

Arpo Aromaa
Seppo Koskinen
(toim.)

Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa

RAPORTTI





Työsuojelurahasto
Arbetskyddsfonden
The Finnish Work Environment Fund

Arpo Aromaa ja Seppo Koskinen
(toim.)

SUOMALAISTEN TYÖ, TYÖKYKY JA TERVEYS 2000-LUVUN ALKAESSA

Loppuraportti työsuojelurahastolle
Hakemus N:o 103124



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

RAPORTTI 11/2010

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Riitta Nieminen

ISBN 978-952-245-245-0 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-246-7 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

Yliopistopaino

Helsinki 2010

1 Johdanto

Arpo Aromaa ja Seppo Koskinen

Vielä 1900-luvun puolivälissä työelämän vaatimukset olivat varsin selväpiirteisiä: oleellista oli ruumiillinen voima ja sitkeys. Työstä suoriutumista rajoittivat etenkin fyysisten voimien ehtyminen ja vammaisuus, joiden taustalla yleensä olivat ruumiilliset sairaudet. Yhteiskunnan kehittyessä sekä työ että sairastavuus ovat muuttuneet ja niiden välinen kytkentä on tullut vaikeammin tunnistettavaksi. Työelämän terveyttä vaarantavat tekijät puolestaan liittyivät aikaisemmin paljolti fyysiseen kuormitukseen, työympäristön fysikaalisiin ja kemiallisiin altisteisiin sekä tapaturmanvaaraan. Näiden rinnalle on noussut mm. kiireen, aikapaineen, suurten osaamisvaatimusten, organisaatiomuutosten ja työttömyyden uhan aiheuttama psyykkinen kuormitus.

Työsuojelurahaston tuella toteutetussa raportissa esitellään ”Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa” -hankkeen tärkeimpiä tuloksia sekä tulosten perusteella tehtävät päätelmät työvoiman terveyden ja työkyvyn edistämisen mahdollisuuksista kiinnittäen erityistä huomiota siihen, mitä työelämän keskeiset toimijat voivat tehdä. Raportin kohderyhmään kuuluvat mm. työterveyshuollon vastuutahot ja työntekijät, luottamusmiehet ja esimiehet. Hankkeen tavoitteena oli tuottaa ajankohtaiset ja monipuoliset tiedot suomalaisten työstä, työkyvystä ja terveydestä sekä näiden välisistä yhteyksistä. Siinä hyödynnettiin ainutlaatuista kansallisesti edustavaa Terveys 2000 -aineistoa. Hanke toteutettiin osana laajaa Terveys 2000 -kokonaisuutta (Aromaa ja Koskinen 2002; www.thl.fi/terveys2000). Erityisenä kohteena olivat työ- ja toimintakyky ja niitä heikentävät sairaudet. Työhön liittyvistä ja työperäisistä sairauksista tutkittiin mm. nivelrikkoa, selkä- ja niskasairauksia ja yläraajojen sairauksia sekä mielenterveyden ongelmia. Erityistä huomiota kiinnitettiin myös työuupumukseen.

Hankkeen tulokset käydään seikkaperäisemmin läpi tämän raportin myöhemmissä luvuissa, ja ne on esitetty myös julkaistuissa tieteellisissä artikkeleissa ja raporteissa. Aineiston analysointi jatkuu ja tuottaa kaiken aikaa lisää tietoja työn, työkyvyn ja terveyden suhteista.

Sisältö

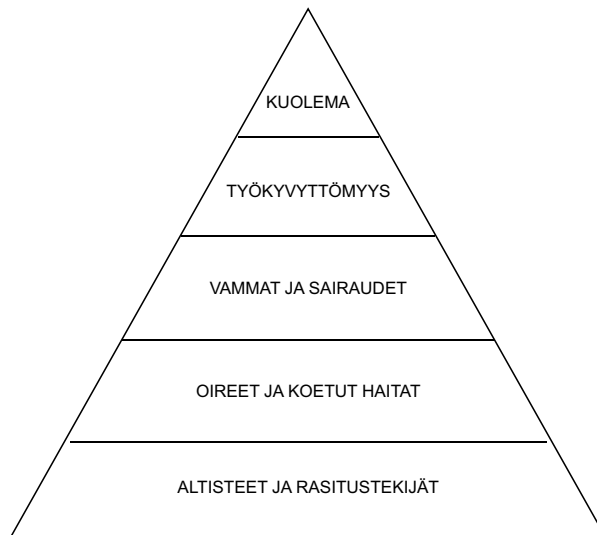
1	JOHDANTO	3
2	TYÖHÖN LIITTYVÄT TERVEYSRISKIT	7
3	TYÖ TERVEYTTÄ TUKEMASSA	13
4	TYÖ JA MIELENTERVEYS	16
4.1	Mielenterveyden häiriöiden yleisyys työssäkäyvillä	16
4.2	Työuupumus.....	17
4.3	Mielenterveys- ja päihdehäiriöt nuorena aikuisväestössä.....	22
5	TYÖ JA TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET	26
5.1	Nivelrikko	26
5.2	Selkäkipu ja iskias.....	27
5.3	Yläraajojen sairaudet.....	28
5.4	Luukato	30
5.5	Päätelmät	31
6	SUOMALAISTEN TYÖKYKY	33
6.1	Miten työkykyä voidaan arvioida?	33
6.2	Suomalaisten työkyky eri osoittimien valossa	36
6.3	Työkyky eri väestöryhmissä	39
6.3.1	Ammatti, toimiala ja työnantajasektori	39
6.3.2	Asuinalue, koulutus ja perherakenne.....	41
6.3.3	Yhteenveto ja päätelmät.....	43
6.4	Onko väestön työkyky parantunut?	46
7	TYÖKYKYYN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	51
7.1	Työkyky ja terveys	51
7.2	Työkyvyn yhteys toimintakyvyn eri ulottuvuuksiin	60
7.3	Osaaminen työkyvyn määrittäjänä	67
7.4	Työhön suhtautuminen ja työkyky	69
7.5	Työ ja työympäristö työkyvyn määrittäjinä	71
7.6	Tukeeko sosiaalinen tuki työkykyä?.....	77
7.7	Työttömyys ja työkyky	79
7.8	Työkyvyn moninaisuus	83
8	TYÖKYKY TYÖIÄN ALKU- JA LOPPUPÄÄSSÄ	89
8.1	Nuorten aikuisten työkyky	89
8.2	Työkyky työuran loppupuolella.....	94
9	PÄÄTELMÄT	102
9.1	Työn terveysvaikutukset	102
9.2	Työkyvyn edistäminen ja ylläpito.....	104

2 Työhön liittyvät terveysriskit

Timo Kauppinen, Jorma Seitsamo ja Juhani Ilmarinen

Työhön voi liittyä varsin monenlaisia terveysriskejä, joiden vakavuusaste vaihtelee koetuista lievistä haitoista aina kuolemaan johtaviin tapaturmiin ja sairauksiin saakka. Työn terveysriskit johtuvat työssä esiintyvistä **altisteista ja rasitustekijöistä**. Suurin osa eli yli miljoona työssäkävijää altistuu ainakin yhdelle altisteelle tai rasitustekijälle, monet jopa useille. Työssä esiintyviä rasitustekijöitä ovat esimerkiksi seuraavat:

- Mekaaniset tekijät kuten tapaturmavaarat
- Fysikaaliset tekijät kuten melu, värinä, kylmyys, kuumuus ja säteilyt
- Kemialliset tekijät kuten pölyt, kaasut ja monet kemikaalit
- Mikrobiologiset tekijät kuten homeitiöt, virukset ja bakteerit
- Fyysiset ja ergonomiset tekijät kuten raskaat nostot, toistotyö ja työn fyysinen raskaus
- Henkiset ja sosiaaliset (psykososiaaliset) tekijät kuten kiire, työn henkinen raskaus ja vuorotyö



Kuva 2.1. Työhön liittyvien terveysriskien vakavuusasteet.

Työhön liittyvistä altisteista voi koitua erilaisia ja vakavuudeltaan eriasteisia terveyshaittoja (kuva 2.1). Tällaisia ovat muun muassa:

Oireet ja koetut haitat

- ihon tai hengityselimistön ärsytys
- kivut
- koettu häiritsevyys ym.

Vammat ja sairaudet

- ammattitaudit (meluvammat, rasitusvammat, ihotaudit, hengityselinsairaudet ym.)
- työtapaturmat (työpaikalla tai työmatkalla)
- työperäiset sairaudet (työ myötävaikuttaa tai pahentaa)

Työkyvyttömyys, jonka lääketieteellisiä syitä ovat mm.

- tuki- ja liikuntaelinsairaudet (selkäsairaudet, nivelsairaudet ym.)
- mielenterveyden häiriöt (masennus ym.)
- sydäntaudit ja muut sairaudet
- vakavat tapaturmat

Kuolema

- työtapaturman seurauksena
- ammattitaudin seurauksena
- muun työperäisen sairauden seurauksena

Altistuminen voi aiheuttaa **koettua haittaa tai oireita** työntekijöille. Rasitustekijästä riippuen oireet voivat esiintyä kehon eri osissa, kuten ihossa, silmissä, niska-hartiaseudulla tai selässä. Oireet voivat olla luonteeltaan myös henkisiä, kuten stressiä tai univaikeuksia. Koetuista haitoista ja oireista kärsitään varsin yleisesti. Kyselytutkimusten mukaan haittaa kokevia on työpaikoilla useita satoja tuhansia.

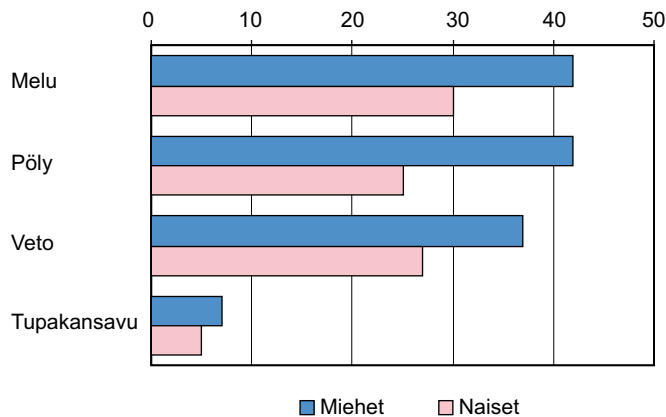
Monissa tapauksissa altistumisesta voi seurauksena olla **vamma tai työperäinen sairaus**. Työtapaturmat aiheuttavat vuosittain yli 100 000 vakuutuslaitosten korvaamaa vammaa. Ammattitauteja vakuutuslaitokset korvaavat vuosittain myös useita tuhansia. Tavallisimpia ammattitauteja ovat meluvammat, toistotyön aiheuttamat rasitusvammat, ihottumat ja erilaiset keuhkosairaudet. Ammattitaukeista osa voi johtaa jopa työkyvyttömyyteen ja kuolemaan.

Työkyvyttömyyteen voivat johtaa myös vakavat tapaturmat. Suomessa työkyvyttömyyteen kuitenkin johtavat yleisimmin tuki- ja liikuntaelinsairaudet, kuten selkäsairaudet ja nivelvaivat, sekä mielenterveyden häiriöt, kuten masennus. Näissä sairauksissa työ ei useinkaan ole selkeä pääasiallinen aiheuttaja, mutta työhön liittyvä rasitus voi myötävaikuttaa sairauden syntyyn tai pahentaa muista syistä johtuvia oireita.

Työkuolemat ovat kaikkein vakavin työhön liittyvä terveysriski. Tapaturmissa työpaikoilla tai työmatkalla kuolee Suomessa vuosittain lähes 100 työntekijää. Työperäisiin syöpiin on arvioitu kuolevan vuosittain joitakin satoja työntekijöitä, joskin usein tällainen syöpä on peräisin esimerkiksi vuosikymmeniä sitten tapahuneesta altistumisesta asbestille.

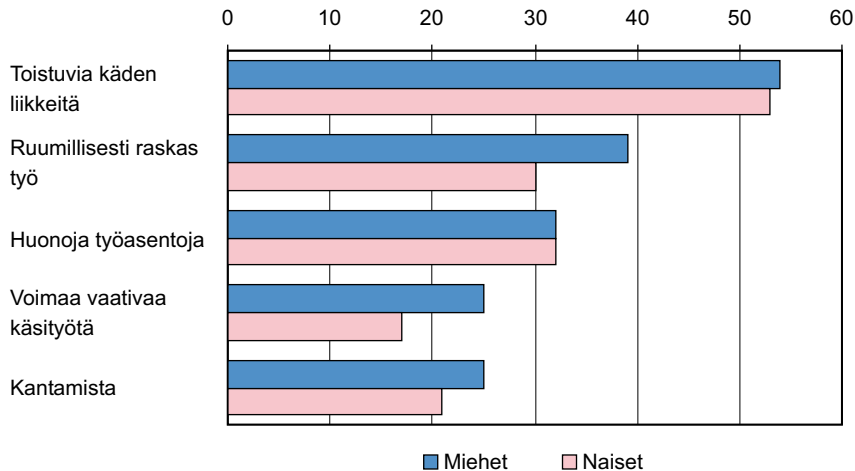
Terveys 2000 -tutkimus tuotti tietoa 30–64-vuotiaiden työssä olleiden koe-tuista haitoista vuonna 2000. Haastateltuja ja kyselyyn vastanneita henkilöitä oli kaikkiaan lähes 4000, joista hieman yli puolet oli naisia. Tulokset on esitetty Terveys 2000 -tutkimuksen perusraportissa *Terveys ja toimintakyky Suomessa – Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset ja Työkyvyn ulottuvuudet* -raportissa. Vastaavia tietoja kerättiin myös erillisessä kyselyssä nuorilta 18–29-vuotialta henkilöiltä jotka olivat olleet koko- tai osapäivätyössä. Vastaajia oli noin 1050, joista hieman yli puolet naisia. Tuloksia on esitetty nuoria aikuisia koskevassa erillisraportissa.

Tulosten mukaan perinteiset **fysikaaliset ja kemialliset altisteet** koetaan edelleen yleisesti haitallisiksi sekä miesten että naisten keskuudessa (kuva 2.2). Tutkimushetkellä tai viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana töissä olleista 30–64-vuotiaista miehistä yli kaksi kolmasosaa (69 %) ilmoitti, että heidän työhönsä liittyi jokin ainakin jonkin verran haittaava ulkoinen haittatekijä, kuten melu, pöly tms. Naisista haittoja ilmoitti hiukan pienempi osa kuin miehistä (59 %). Vähiten haittoja kokivat nuorimmat naiset, mutta ikäryhmien väliset erot olivat pieniä molemmilla sukupuolilla. Tulosten perusteella voidaan arvioida, että vuonna 2000 ainakin yhden työhön liittyvän ulkoisen haittan koki 1,6 miljoonaa suomalaista. Melusta, pölystä ja vedosta koki haittaa 800 000–900 000 työssäkäyvää.



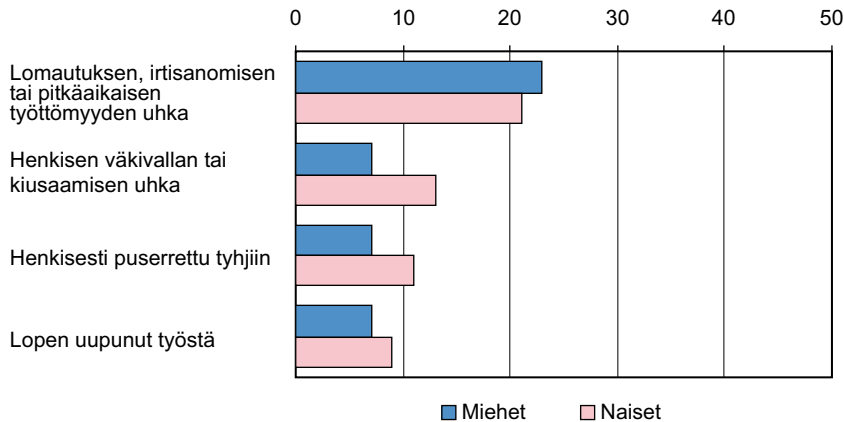
Kuva 2.2. Yleisimpiä fysikaalisia tai kemiallisia haittoja työssä kokevien osuus (%) 30–64-vuotiaista työssä olevista. Lähde: Aromaa ja Koskinen 2002.

Fyysiset ja ergonomiset rasitustekijät olivat myös varsin yleisiä. Yli kolmannes työssäkävivistä piti työtään ruumiillisesti rasittavana (kuva 2.3). Henkilömääränä tämä vastaa lähes 900 000 työntekijää. Lähes yhtä yleisiä olivat huonot työasennot (noin 800 000 työntekijää). Useammin kuin satunnaisesti esiintyi myös kantamista ja voimaa vaativaa käsityötä noni neljänneksellä työssäkävivistä (noin 500 000 työntekijää). Yli puolet työntekijöistä (yli 1,2 miljoonaa) raportoi toistuvia kädenliikkeitä. Näistä suurehko osa liittyy näyttöpäätetyöhön. Miehillä esiintyi ruumiillisesti raskasta työtä, voimaa vaativaa käsityötä ja kantamista jonkin verran yleisemmin kuin naisilla.



Kuva 2.3. Yleisimpiä fyysisiä ja ergonomisia rasitustekijöitä työssä kokevien osuus (%) 30–64-vuotiaista työssä olevista. Lähde: Gould ym 2006.

Terveys 2000 -tutkimuksessa kartoitetut **henkiset ja sosiaaliset rasitustekijät** olivat jonkin verran harvinaisempia kuin fysikaalis-kemialliset ja fyysis-ergonomiset haitat. Haastattelun perusteella oli lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhkaa kokenut hiukan yli viidesosa (yli 500 000 henkilöä) niistä 30–64-vuotiaista, jotka olivat olleet töissä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (kuva 2.4). Osuus oli erityisen suuri 45–54-vuotiailla miehillä (25 %) ja pieni 55–64-vuotiailla naisilla (12 %). Naiset kokivat selvästi useammin henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhkaa työssä kuin miehet: 13 % naisista (noin 160 000), mutta vain 7 % miehistä (noin 90 000) ilmoitti, että heidän työhönsä liittyi ainakin jonkin verran tällaista uhkaa. Tämän uhan kokeminen ei juurikaan vaihdellut iän mukaan. Naisilla henkisen uupumuksen tunteet oli jonkin verran yleisempiä kuin miehillä. Noin 200 000 työntekijää koki vähintään kerran viikossa olevansa lopen uupunut työstä tai henkisesti puserrettu tyhjiin.



Kuva 2.4. Yleisimpiä henkisiä rasitustekijöitä ja uhkia työssä kokevien osuus (%) 30–64-vuotiaista työssä olevista. Lähteet: Aromaa ja Koskinen 2002; Gould ym. 2006.

Nuoria aikuisia (18–29-vuotiaat) koskeneessa tutkimuksessa saatiin työhön liittyvistä terveysriskeistä melko samankaltaisia tuloksia kuin 30–64-vuotiaiden tutkimuksessa (Koskinen ym. 2005). Työhön liittyviä ulkoisia haittatekijöitä, kuten melua, pölyä jne., tiedusteltiin kotihaastattelussa niiltä vastaajilta, jotka kuuluivat johonkin seuraavista kolmesta ryhmästä: 1) tutkimushetkellä päätoimisesti kokotai osapäivätyössä olevat, 2) opiskelijat, jotka tekivät opintojen ohessa ansiotyötä vähintään 15 tuntia viikossa ja 3) sellaiset työttömät tai lomautetut, työkyvyttömyyseläkkeellä olevat, omaa kotitaloutta tai perheenjäsentä hoitavat sekä varusmies- tai siviilipalvelussa olevat, jotka olivat olleet viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana töissä. Yli 60 % näistä nuorista aikuisista ilmoitti, että heidän työhönsä liittyi vähintään yksi ainakin jossakin määrin haittaava tekijä. Tavallisimmat haittatekijät olivat molemmilla sukupuolilla melu (34 % miehistä ja 28 % naisista), pöly (35 % miehistä ja 24 % naisista), kuumuus (29 % miehistä ja naisista), kylmyys (26 % miehistä, 19 % naisista) ja veto (19 % miehistä ja 21 % naisista). Tupakansavun ilmoitti haittatekijäksi 4 % miehistä ja 6 % naisista. Haittojen esiintyvyys on melko lähellä 30–64-vuotiaiden lukuja (kuva 2.2).

Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana töissä olleista 18–29-vuotiaista miehistä ja naisista, jotka olivat vastanneet kyselyssä esitettyihin työoloja koskeviin kysymyksiin, lähes viidesosa koki, että heiltä vaaditaan kohtuutonta työmäärää (jokseenkin tai täysin samaa mieltä väitteen 'Minulta edellytetään kohtuutonta työmäärää' kanssa). Lähes puolet naisista ja hiukan alle 40 % miehistä luonnehti työtään erittäin kiivastahtiseksi (jokseenkin tai täysin samaa mieltä väitteen 'Työni on erittäin kiivastahtista' kanssa).

Ainakin jonkin verran lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhkaa koki lähes viidesosa nuorista aikuisista. Nuoret naiset ja miehet kokivat tämän uhan suunnilleen yhtä yleisesti. Henkisen väkivallan tai kiusaamisen sekä

fyysisen väkivallan uhkaa ilmoitti kokevansa ainakin jonkin verran harvempi kuin joka kymmenes nuori aikuinen (vertaa kuvaan 2.4). Seksuaalisen häirinnän uhka oli tätäkin harvinaisempaa: sitä ilmoitti kokeneensa vajaat viisi prosenttia naisista ja vain runsas yksi prosentti miehistä. Sukupuolten välinen ero oli siis selkeä. Naiset kokivat myös henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhkaa selvästi yleisemmin kuin miehet, ja fyysisen väkivallan uhkan kokeminen oli sekin naisilla hieman tavallisempaa kuin miehillä.

Kirjallisuus

- Aromaa A ja Koskinen S (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2002, Helsinki 2002. <http://www.ktl.fi/publications/2002/b3.pdf>
- Gould R, Ilmarinen J, Jarvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A (toim.) Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 7 / 2005. Helsinki 2005. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b7.pdf

3 Työ terveyttä tukemassa

Timo Kauppinen, Arpo Aromaa ja Seppo Koskinen

Taustaa

Edellisessä luvussa käytiin läpi työn, työolojen ja työympäristön fyysistä ja psyykkistä terveyttä uhkaavia tekijöitä. Tiedetään kuitenkin, että työllä on yleensä myös myönteisiä vaikutuksia terveyteen – etenkin, jos työtehtävät ja työolot on järjestetty hyvin ja työntekijän voimavarat, tarpeet ja rajoitukset huomioon ottavalla tavalla. Työttömyys on varsinkin pitkittyessään uhka psyykkiselle terveydelle.

Työn terveyttä tukevat vaikutukset perustuvat moniin tekijöihin. Ensinnäkin hyvin monille on tärkeää kokea tekevänsä mielekästä työtä ja vielä hyvässä työyhteisössä. Työtoverit voivat olla tärkeä voimavara olemalla saatavilla, keskustelemalla ja neuvomalla. He voivat tarjota jopa päivittäistä psyykkistä tukea.

Toiseksi, henkilöt, joiden työoloihin ja työympäristöön ei liity terveyttä uhkaavia tekijöitä, ovat varsin hyvin suojassa terveyden menetyksiltä. Työt, joihin ei liity liiallista fyysistä eikä psyykkistä kuormitusta ja joissa ympäristö on turvallinen, pitävät yllä ihmisten hyvää terveyttä. Moniin vapaa-ajan toimintoihin ja ympäristöihin liittyykin suurempia terveysuhkia kuin työntekoon työpaikalla.

Kolmanneksi, kaikissa työympäristöissä voidaan saavuttaa terveyden kannalta edullisia tuloksia työterveyshuollon keinoin. Se voi edellyttää edellä kuvattujen altisteiden ja tapaturmavaarojen vähentämistä tai poistamista tekemällä työpaikkaselvityksiä, joiden perusteella muutetaan työtä ja työympäristöä. Työterveyshuollon olisi myös kyettävä kehittämään toimintatapoja ja ilmapiiriä, vaikka niiden käytännössä katsotaan usein kuuluvan yksinomaan työnantajan tehtäviin. Esimerkiksi psyykkinen kuormitus voi johtua työnantajan säätelystä toimintatavoista. Työterveyshuollon olisikin tarvittaessa voitava keskustella korjaustarpeista avoimesti työnantajan kanssa. Työterveyshuollon aktiivista otetta työpaikalla tarvitaan myös, kun tuetaan sairastuneen tai vammaisen henkilön jatkamista entisessä tai muussa sopivassa työssä.

Neljänneksi, työ ja työterveyshuolto yhdessä voivat edistää terveyttä torjumalla tekijöitä, jotka ovat yleisten kansantautien syitä. Terveellisten elintapojen edistäminen ja tunnettujen riskitekijöiden vähentäminen ovat osa perusterveydenhuoltoa ja kuuluvat siksi myös työterveyshuollon tehtäväkenttään. Työnantaja voi tukea terveyttä edistävää toimintaa mm. järjestämällä terveelliset ruokailumahdollisuudet, liikuntaseteleitä ja hyväksymällä kansanterveyttä hyödyntävän neuvonnan osaksi työaika.

Viidenneksi, tavalla millä työ on järjestetty ja miten sen tekijöitä johdetaan, on kiistatta suuri merkitys sekä työn että terveyden kannalta. Hyvät yleiset toimintatavat, hyvä, läheinen ja inhimillinen johtaminen sekä hyvä esimiestyöskentely joh-

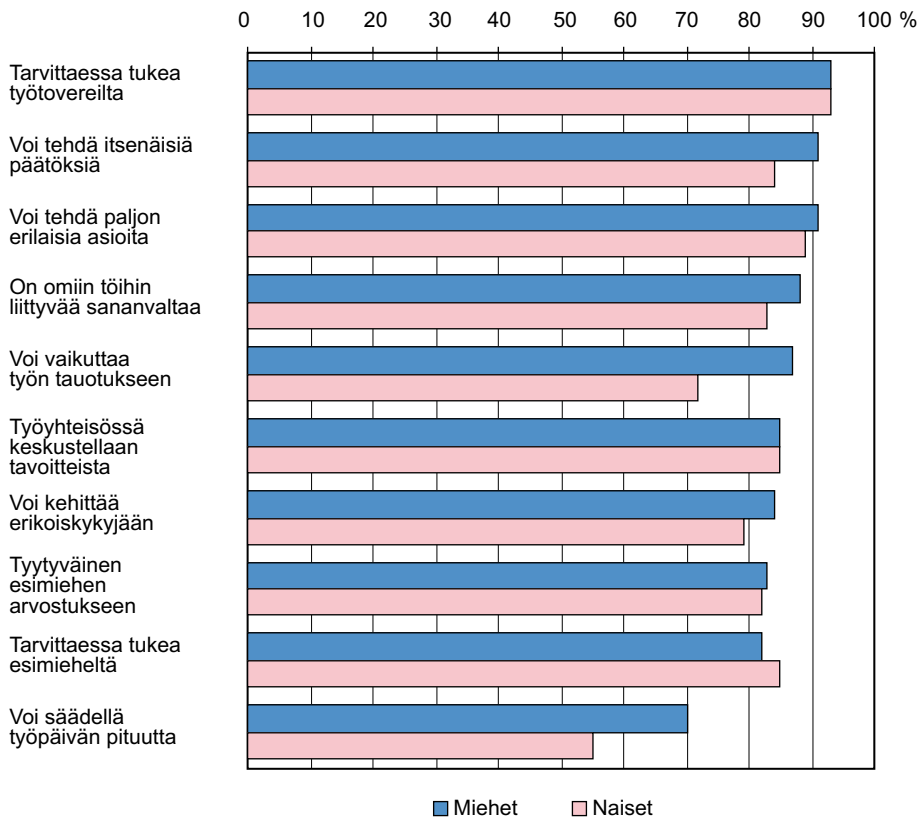
tavat hyvään työtulokseen ja tukevat terveyttä. Niihin kuuluu myös työntekijöiden mielipiteiden ottaminen huomioon työtä järjestettäessä. Sen sijaan autoritaarinen johtaminen ja käslyttäminen aiheuttavat huonoja tuloksia ja voivat jopa vaarantaa terveyden. Tällaista johtamista ja esimiestyöskentelyä ei saisi enää esiintyä myöskään siksi, että sen aiheuttamat taloudelliset tappiot ovat suuret sekä tuottavuuden että terveyden menetyksinä.

Hyvinä aikoina näyttää olevan varaa hyvin työoloihin. Harvoin ne ovat kallista ja erityisen tärkeää olisikin huolehtia siitä, että työolot ja toimintatavat säilyvät hyvinä myös taloudellisesti ankeina aikoina. Julkinen sektori ottaa joskus oppia yksityissektorin pahimmista saneeraustavoista. Vaikeissakin tilanteissa pitäisi molemmilla sektoreilla huolehtia työterveyshuollon ja ammatillisten järjestöjen kanssa siitä, että muutokset – irtisanomiset mukaan lukien – toteutetaan loukkaamatta työntekijöiden ja toimihenkilöiden itsetuntoa. Jos toimintatapoja pystytään nykyisestä kehittämään, terveyttä voidaan tukea vaikeissakin tilanteissa.

Tulokset

Terveys 2000 -tutkimuksessa selvitettiin myös työn ja työolojen myönteisiä henkisiä ja sosiaalisia piirteitä. Rasitustekijöiden vastapainoksi työllä koettiin olevan myös hyvin yleisesti myönteisiä piirteitä, jotka liittyivät työn itsenäisyyteen, esimies- ja työyhteisötukeen ja työn kehittävyteen. Kuvan 2.5 prosenttilukuja laskettaessa vastaajan arvio on katsottu myönteiseksi, jos hän vastasi olevansa samaa mieltä väitteeksi muotoillun kysymyksen kanssa tai ei ottanut kantaa väitteen paikkansapitävyyteen omalla kohdallaan. Tulokset osoittavat, että lähes kaikki työntekijät kokevat saavansa tarvittaessa tukea työtovereiltaan ja yli neljä viidesosaa myös esimiehiltään. Lisäksi suuri enemmistö koki, että heillä on mahdollisuuksia mm. tehdä itsenäisiä päätöksiä ja vaikuttaa muutenkin työhönsä.

Työssä on siis paljon myönteiseksi koettuja piirteitä. Useimmat niistä on yleensä varsin helppoa järjestää, etenkin jos johto ja esimiehet näkevät hieman vaivaa. Toeuttamalla myös käytännössä sopimuksissa ja juhlapuheissa tähdenneettyjä asioita voi jokainen saada aikaan paljon työn kehittämiseksi, työviihtyvyyden parantamiseksi ja samalla terveyden ylläpitämiseksi.



Kuva 3.1. Työhön liittyviä myönteisiä piirteitä kokevien osuus (%) 30–64-vuotiaista työssä olevista.
Lähde: Gould ym. 2006.

Kirjallisuus

Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>

4 Työ ja mielenterveys

Kirsi Ahola, Marianna Virtanen, Sami Pirkola ja Jaana Suvisaari

4.1 Mielenterveyden häiriöiden yleisyys työssäkäyvillä

Edeltäneen vuoden aikana noin joka seitsemästoista (6,4 %) työssäkäyvä oli kärsinyt masennustiloista, lähes joka kahdeskymmenes (4,7 %) alkoholiin liittyvistä häiriöistä ja useampi kuin joka kahdeskymmenesviides (4,1 %) ahdistuneisuushäiriöistä. Vaikka mielenterveydenhäiriöt olivat työssäkäyvillä melko yleisiä, työttömiin verrattuna niitä oli selvästi vähemmän.

Tulotaso ja mielenterveyden ongelmat

Matala tulotaso on yksi mielenterveyden häiriöille altistava tekijä, johon usein liittyy syrjäytyminen työelämän ulkopuolelle. Diagnostoituja masennus- tai ahdistuneisuushäiriöitä esiintyi matalatuloisista 14 prosentilla, keskituloisista 10 prosentilla ja hyvätuloisista 7 prosentilla. Pienituloisilla miehillä mielenterveyden häiriön riski oli 2.8-kertainen verrattuna hyvätuloisiin, naisilla tuloryhmien välinen ero oli kaksinkertainen.

Työolot ja mielenterveyden häiriöt

Korkeat vaatimukset, vähäiset vaikutusmahdollisuudet ja vähäinen sosiaalinen tuki työssä olivat yhteydessä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöihin. Vähäinen niin työtovereilta kuin esimieheltäkin saatu sosiaalinen tuki ennusti myös tulevaa masennuslääkkeiden käyttöä. Miehillä lisäksi korkeat työn vaatimukset sekä vaatimusten ja työn hallinnan välinen epäsuhta ennustivat tulevaa masennuslääkkeiden käyttöä.

Miehillä sosioekonomisten ryhmien väliset erot mielenterveyshäiriöiden yleisyydessä selittyivät enemmän työolojen piirteillä (vaikutusmahdollisuuksien, työssä kehittymisen ja etenemismahdollisuuksien puute) kuin yksityiselämän asioilla. Sen sijaan naisilla mielenterveyshäiriöiden yleisyys sosioekonomisesti huono-osaisemmissa ryhmissä liittyi usein yksityiselämän asioihin (ei parisuhdetta, sosiaalisen tuen puute, perheväkivalta, heikot asunto-olot) ja fyysisiin sairauksiin.

Mielenterveyshäiriöihin saatu hoito työssäkäyvillä

Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivistä työntekijöistä vajaa kolmannes oli edeltävän vuoden aikana saanut jotain hoitoa mielenterveyden ongelmaansa; alkoholiin liittyvistä häiriöistä kärsivistä vain joka kahdeksas (12 %) oli saanut hoitoa. Ahdistuneisuus- ja alkoholihäiriöihin työssäkäyvät olivat hakeneet hoitoa harvemmin kuin työttömät.

Mielenterveyden häiriöt, erityisesti masennustilat, ovat merkittävä työkyvyttömyyden peruste Suomessa. Varhain aloitettu, monipuolinen hoito yhdessä työhön paluun tuen kanssa voi tukea mielenterveyden häiriöistä kärsivien työkykyä ja työssä jatkamista. Työterveyshuolto on avainasemassa masennuksen ja myös muiden mielenterveyden häiriöiden varhaisessa tunnistamisessa ja hoidon tehokkaassa käynnistämisessä. Hoidon ohella myös työhyvinvointia ja mielenterveyttä tukeviin työoloihin tulee kiinnittää huomiota.

Yhteenveto ja suositukset

Tutkimustulokset antavat vahvaa näyttöä sosioekonomisista mielenterveyseroista myös työssäkäyvien suomalaisten keskuudessa. Pienituloiset työntekijät pitäisi tunnistaa selkeäksi riskiryhmäksi ja suunnata heille mielenterveyttä edistäviä ja mielenterveyden ongelmia ehkäiseviä tukitoimia. Lisäksi tulisi kiinnittää huomiota riittävään hoidon saatavuuteen työssäkäyvien alkoholiongelmassa. Koska myös psykososiaalisilla työolotekijöillä näyttää olevan selvä yhteys mielenterveyden häiriöihin, olisi tärkeää, että psykososiaalisia työoloja arvioitaisiin työpaikoilla ja niiden kehittämiseen kiinnitettäisiin huomiota myös mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyyn liittyvissä toimenpiteissä.

4.2 Työuupumus

Työuupumus on pitkittynyt stressioireyhtymä, joka kehittyy jatkuvan työstressin seurauksena. Sillä on kolme laadullista erityispiirrettä: uupumusasteinen väsymys, kynnistyneisyys ja alentunut ammatillinen itsetunto. Kokonaisvaltainen ja yleistynyt väsymys kertyy pitkään jatkuneesta pinnistelystä tavoitteiden saavuttamiseksi ilman riittäviä toimintaedellytyksiä. Kynnistyneisyys viittaa oman työn merkityksen epäilyyn ja työn mielekkyyden kokemuksen katoamiseen. Ammatillinen itsetunto koostuu pystyvyyden ja aikaansaamisen kokemuksista, jotka vähenevät työuupumuksen kehittyessä. Työuupumusta kehittyy työntekijän ja työn vuorovaikutuksessa. Työuupumuksen aiheuttajista tärkeimpinä pidetään seuraavia: 1) motivoitunut työntekijä, jolla on korkeat sisäiset tavoitteet työlleen, 2) epäsuotuisat työolosuhteet, joissa tavoitteita ei pystytä saavuttamaan sekä 3) sellaiset selviytymiskeinot, joiden avulla ei päästä myönteiseen ratkaisuun tai tilanteen uudelleenmäärittelyyn.

Vuosina 2000–2001 jonkinasteista työuupumusta esiintyi 27,9 %:lla suomalaisista 30–64-vuotiaista työssäkäyvistä. Oireet olivat vakava-asteisia 2,5 %:lla ja lieviä 25,3 %:lla. Edeltäneen vuoden aikana töissä olleista 72,1 %:lla ei esiintynyt työuupumuksen oireita.

Työuupumus oli yleisempää 55 vuotta täyttäneillä työntekijöillä tätä nuorempiin verrattuna. Iän ja työuupumuksen yhteys oli erilainen eri sukupuolilla ja eri ikäkausina. Nuorilla naisilla (18–34-vuotiaat) työuupumus väheni iän myötä ja ikääntyneillä naisilla (50–64-vuotiaat) se lisääntyi iän myötä. Lisäksi vaikutti sil-

tä, että työuupumus olisi muihin verrattuna hieman yleisempää erityisesti vähän koulutetuilla ja matalassa ammattiasemassa työskentelevillä naisilla sekä naimattomilla miehillä.

Kuormittavaa työtä tekevillä, eli niillä, joiden työn vaatimukset olivat korkeat ja vaikutusmahdolliset työhönsä vähäiset, oli useammin työuupumusta kuin vähän kuormittavaa työtä tekevillä (vähäiset vaatimukset ja suuret vaikutusmahdollisuudet työssä). Merkitsevä yhteys työkuormituksen ja työuupumuksen välillä säilyi, vaikka työntekijöiden samanaikainen masennusoireilu ja mielenterveydenhäiriöt otettiin huomioon. Työuupumus liittyi työkuormitukseen vahvemmin kuin esimerkiksi masennushäiriöt.

On epäselvää, missä määrin työuupumuksen yleisyys väestössä heijastaa työelämässä vallitsevaa tilannetta ja sen muutoksia. On ainakin selvää, että työuupumuksen yleisyys väestössä ei ole vakio. Näin ollen tilanne voi jo tänä päivänä olla erilainen kuin vuosina 2000–2001. Tulosten perusteella haasteeksi osoittautuu toisaalta ikääntyvien, ja erityisesti naispuolisten, työntekijöiden tukeminen sekä toisaalta vähän koulutettujen ja ammattiaseman alemmilla tasoilla työskentelevien tukeminen. Vanhempaan ikäryhmään kohdistuva haaste on ajankohtainen vuoden 2005 eläkeuudistuksen myötä, joka pyrki kannustamaan työssä jatkamista entistä pidempään. Vaikka työuupumus näytti vuosituhaten alussa harvinaisemmalta kuin aikaisemmin, haasteena on vakiinnuttaa työolosuhteiden jatkuva kehittäminen hyväksi käytännöiksi, sillä noin neljäsosalla työssäkäyvistä todettiin työuupumuksena ilmenevä työkyvyn heikentymisen riski.

Työuupumus, terveys ja työkyky

Työuupumus oli yhteydessä mielenterveyden häiriöihin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä sydän- ja verisuonisairauksiin. Nämä sairaudet ovat yleisimmin perusteena ennenaikaiselle eläkkeelle jäämiseen Suomessa. Tutkimuksen perusteella ei voida varmuudella sanoa, johtaako työuupumus sairauksiin vai vaikeuttavatko sairaudet työstä selviytymistä. Joka toisella vakavasti uupuneella oli masennushäiriö, joka viidennellä ahdistushäiriö ja joka kymmenennellä alkoholiriippuvuus. Vakavasti uupuneista lähes joka toisella (47 %) oli jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus ja useammalla kuin joka neljännellä (28 %) jokin sydän- ja verisuonisairaus. Vain joka kymmenennellä vakavasti uupuneista ei ollut samanaikaisesti yhtään yleisistä tutkituista sairauksista.

Työuupumuksen ja *masennushäiriöiden* välillä todettiin selvä yhteys. Masennustila oli sitä yleisempi, mitä vakavammasa työuupumuksesta oli kysymys. Noin puolet vakavasti työuupuneista täytti masennushäiriön kriteerit. Työuupumusta on pidetty melko lievänä psyykkisenä ongelmana. Kuitenkin tässä tutkimuksessa vakava työuupumus oli useammin yhteydessä vakavaan masennustilaan kuin lievempiin masennushäiriöihin. Vaikka masennustilat ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä, niiden riski oli vakavan työuupumuksen myötä miehillä huomattavasti suurempi kuin naisilla.

Työuupumus oli yhteydessä *alkoholiriippuvuuteen* mutta ei alkoholin suurkulutukseen. Taipumus alkoholiriippuvuuteen on perinnöllistä, mutta sen kehittymiseen vaikuttavat suurkulutuksen lisäksi olennaisesti erilaiset ympäristötekijät. Vaikka naisten alkoholin kulutus on viime vuosina lisääntynyt, alkoholiriippuvuus ja muut alkoholin käytön ongelmat ovat edelleen yleisempiä miehillä. Työuupumuksen ja tutkittujen alkoholiongelmien välillä yhteys oli kuitenkin samanlainen molemmilla sukupuolilla. Sen sijaan **työuupumus ei ollut yhteydessä alkoholin suurkulutukseen**. Vaikka työstressin on todettu lisäävän joidenkin työntekijöiden alkoholin kulutusta, stressin ja alkoholinkäytön väliset yhteydet ovat monimutkaisia. Esimerkiksi alkoholiriippuvuudelle alttiuden omaavilla työntekijöillä stressi voi lisätä alkoholin kulutusta, kun muilla se saattaa vähentää sitä.

Monella työuupuneella oli myös *fyysisiä sairauksia*. Ruumiilliset sairaudet olivat sitä yleisempiä, mitä vakavammasta työuupumuksesta oli kysymys. Vakavasti työuupuneista yli 70 % kärsi jostakin lääkärin toteamasta fyysisestä sairaudesta; 47 prosentilla oli liikuntaelinten sairaus ja 28 prosentilla sydäntauti.

Työuupuneet miehet ja naiset kärsivät eri sairauksista. Miehillä työuupumus on yhteydessä sydän- ja verenkiertoelinten sairauksiin, naisilla taas tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin sen jälkeen, kun sairauksien perinteiset riskitekijät otettiin huomioon. Vaikka nämä molemmat sairausryhmät ovat usein yhteydessä myös mielialaan, työuupumuksen yhteys niihin ei selittynyt masennusoireilla.

Vakava-asteinen työuupumus oli itsenäisesti yhteydessä *pitkiin sairauspoissaoloihin*, vaikka samanaikaisesti esiintyneet työssäkäyvillä yleiset mielenterveyden häiriöt ja somaattiset sairaudet otettiin huomioon. Tämä viittaa siihen, että työuupumuksella saattaa olla itsenäinen vaikutus työkykyyn. Miehillä, joilla oli ollut vähintään yksi pitkä sairauspoissaolojakso, vakavaan työuupumukseen liittyi enemmän poissaolopäiviä kahden vuoden aikana kuin vastaavassa tilanteessa olleilla naisilla. Vakava-asteisesti uupuneiden miesten poissaolot saattavat siis muodostua pitkiksi: Niille miehille, jotka olivat jääneet vähintään kerran pitkälle sairauslomalle, oli korvattu ansion menetyksestä keskimäärin 55 työpäivää, kun naisilla vastaava luku oli 41 päivää. Toisaalta naisten kohdalla myös lievään työuupumukseen liittyi todennäköisemmin pitkä poissaolo.

Työuupumus ennusti itsenäisesti myös *työkyvyttömyyseläkkeelle päätymistä*. Mitä vakavampi työntekijän työuupumus oli tutkimusjakson alussa, sitä todennäköisemmin hän jäi työkyvyttömyyseläkkeelle neljän vuoden seurannan aikana. Työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisperusteena oli useimmiten mielenterveyden häiriö tai liikuntaelinsairaus. Tutkimuksen neljän vuoden seurantajakson aikana kaikkiaan 113 työntekijää sai myönteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen. Niiden työntekijöiden joukosta, joilla ei ollut työuupumusta, työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 2 prosenttia, vakavasti työuupuneista 22 prosenttia ja lievästi uupuneista 6 prosenttia. Työuupuneiden miesten ja naisten eläkkeelle siirtymisessä ei ollut eroa.

Työuupumus ja interventiot

Toimenpiteet työstressin hallitsemiseksi on perinteisesti jaettu kahteen pääryhmään sen mukaan, pyritäänkö kehittämään työolosuhteita hyvinvointia edistävään suuntaan vai pyritäänkö tukemaan yksittäisten työntekijöiden jaksamista kuormittavissa tilanteissa. Työolosuhteiden kehittämistä pidetään ensisijaisesti ennalta ehkäisevänä keinona ja yksilöön kohdistuvia tukitoimia jo syntyneiden ongelmien hoitona. Työlääketiteen hyvät käytännöt suosittavat työuupumuksen taltuttamiseksi sekä työ- että yksilölähtöisiä toimenpiteitä.

Vakavasti uupuneet ilmoittivat osallistuneensa johonkin työtä tai ammattitaitoa kehittävään toimintaan selvästi harvemmin kuin hyvin jaksavat työntekijät. Esimerkiksi työn kehittämiseen oli edeltävien 12 kuukauden aikana osallistunut vakavasti uupuneista 39 % ja hyvin jaksavista 55 %, ja ammattitaitoa parantavaan koulutukseen oli osallistunut vakavasti uupuneista 26 %, mutta hyvin jaksavista 49 %. Myös toimenpiteet työkuormituksen vähentämiseksi olivat vakavasti uupuneiden kohdalla harvinaisempia (14 %) kuin hyvin jaksavien kohdalla (26 %). Eroa havaittiin osallistumisaktiivisuudessa myös hyvin jaksavien ja lievästi uupuneiden välillä. Tutkimuksen luonteesta johtuen ei voi sanoa, onko uupuminen mahdollisesti synnä vähäiseen työpaikkatason toimintaan osallistumiseen vai sen seurausta.

Toisin kuin työhön liittyvät toimenpiteet, yksilöön kohdistuva hoito, esimerkiksi lääkinnällinen kuntoutus, psyykenlääkehoito ja psykoterapia tai muu keskusteluapu, oli vakava-asteisesti uupuneiden kohdalla yleisempää kuin hyvin jaksavilla; ero osallistumisen todennäköisyydessä oli viisinkertainen. Lääkehoito oli yleisin vakavasti uupuneiden raportoima yksilötuki; 22 % heistä kertoi saaneensa psyykenlääkehoitoa, josta yleisintä oli masennuslääkitys. Ammatilliseen kuntoutukseen oli osallistunut 13 % ja keskusteluapua tai psykoterapiaa oli saanut 10 % vakavasti uupuneista.

Yhteenveto ja suosituksia

Työpaikoilla työuupumus on syytä nähdä hälytysmerkkinä terveyden ja työkyvyn kannalta haitallisesta työkuormituksesta. Työkuormitusta voidaan säännöllisesti arvioida niin työpaikkaselvityksissä kuin terveystarkastuksissakin. Työuupumuksen ehkäisemiseksi ja työkyvyn ylläpitämiseksi työoloihin on tarvittaessa tartuttava pontevasti, ja kehitettävä niitä terveyttä edistävään suuntaan. Työuupumusta ehkäisevät työn kohtuulliset vaatimukset, riittävät voimavarat työssä ja jatkuva työyhteisön kehittäminen.

Terveydenhuollossa työikäisten psyykkisesti kuormittuneiden potilaiden kohdalla tulisi ottaa huomioon sekä työuupumuksen että sairauksien mahdollisuus ja suunnitella tarvittavat toimenpiteet löydösten perusteella. Sairauksia hoidetaan pääsääntöisesti yksilökeskeisillä menetelmillä. Kaikki sairaudet eivät kuitenkaan rajoita työkykyä. Jotta voitaisiin saavuttaa kansallinen tavoite työuran pidentämisestä ja jotta työuupumusta voitaisiin ehkäistä, tulisi työtä tarvittaessa sopeuttaa työntekijän voimavarojen mukaiseksi.

Pysyvää toipumista vakavasta työuupumuksesta edistää hoidon lisäksi myös muutos niissä työolosuhteissa, joissa työuupumus on kehittynyt. Työn vaatimusten ja voimavarojen tasapainottaminen tukee kestävästä hyvinvointia, ja työolosuhteiden säännöllinen seuraaminen ja muokkaaminen tarpeen mukaan on hyödyksi myös työuupumuksen ennaltaehkäisyssä. Sekä ennaltaehkäisevän että hoitavan toiminnan onnistuminen edellyttää aktiivista yhteistyötä terveydenhuollon ja työpaikkojen välillä.

Työpaikan mahdollisuuksia terveyden edistämässä ei ole hyödynnetty tarpeeksi. Työpaikoilla on viime vuosina kehitetty useita varhaisen puuttumisen malleja erilaisiin ongelmallisiin tilanteisiin. Mallit toimivat myös tiedottamisen ja ennaltaehkäisyn välineinä ja antavat esimiehille työkaluja ottaa riittävän varhain puheeksi vaikeita asioita, kuten esimerkiksi huolen työntekijän alkoholiongelmasta tai lisääntyneistä sairauspoissaoloista. Esimiehille kehitettyjä varhaisen puuttumisen toimintamalleja olisi hyvä soveltaa myös työntekijöiden jaksamisongelmiin. Työturvallisuuslain mukaan esimiehellä on velvollisuus ryhtyä toimenpiteisiin kuormitustekijöiden selvittämiseksi ja tilanteen parantamiseksi, jos työntekijän todetaan kuormittuvan työssään hänen terveyttään vaarantavalla tavalla.

Terveydenhuollon käyttöön kehitetty mini-interventio alkoholiongelmien hallitsemiseksi on havaittu tehokkaaksi ja käyttökelpoiseksi välineeksi työterveyshuollossa. Yksinkertaisimmillaan mini-interventio tarkoittaa juomatapojen puheeksi ottamista ja alkoholinkäytön terveysriskeistä ja vähentämiskeinoista keskustelemista. Koska ongelmat työssä voivat osaltaan olla liiallisen juomisen taustalla, työolojen selvittäminen tulisi sisältyä myös alkoholiongelmien hoitosuosituksiin.

Työuupumusta ei ole Suomessa määritelty lääketieteellisissä tautiluokituksissa sairaudeksi. Tieto siitä voidaan liittää sairausdiagnoosiin terveyteen vaikuttaneena tekijänä. Tätä käytäntöä olisi syytä edistää, jotta myös työoloja tulisi työuupumuksen yhteydessä tarkistettua yhtenä työssä jatkamiseen vaikuttavana tekijänä.

4.3 Mielensterveys- ja päihdehäiriöt nuoressa aikuisväestössä

Terveys 2000 -tutkimuksessa 30-vuotiaiden ja sitä vanhempien mielensterveysongelmiä kartoitettiin diagnostisella CIDI-haastattelulla. Nuorten aikuisten (18–29-vuotiaitten) otokselle vastaavaa haastattelua ei tehty. Koska nuorten aikuisten mielensterveydestä haluttiin saada lisätietoa, toteutettiin vuosina 2003–2005 Nuorten aikuisten terveys ja psyykinen hyvinvointi (NAPS) -tutkimus, jossa Terveys 2000 -tutkimuksen otokseen kuuluvia nuoria aikuisia, NAPS-tutkimuksen aikaan 20–35-vuotiaita, lähestyttiin uudelleen. Tutkimukseen sisältyi koko otokselle lähetetty kyselylomake, jonka jälkeen osalle tehtiin oireilua tarkemmin kartoitava mielensterveyshaastattelu ja muistia, tarkkaavaisuutta ja muita kognitiivisia eli tiedollisia toimintoja arvioinut neuropsykologinen tutkimus. Lisäksi perehdyttiin mielensterveysongelmiin hoitoa saaneiden potilaskertomustietoihin. Lopulliset diagnoosit perustuivat psykiatrian alan lääkärin kaikkien käytettävissä olevaan tietoon pohjautuvaan arvioon, ja ne tehtiin noudattaen amerikkalaisen DSM-IV-diagnoosijärjestelmän kriteereitä.

NAPS-tutkimuksen mukaan mielensterveys- ja päihdehäiriöt ovat suomalaisilla nuorilla aikuisilla yleisiä. Tutkimusajankohtana mielensterveys- tai päihdehäiriöstä kärsi 15 prosenttia nuorista aikuisista, ja 40 prosentilla oli ollut sellainen jossakin elämän vaiheessa. Elämänaikaiset häiriöt olivat yleisempiä naisilla (46 %) kuin miehillä (35 %). Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt olivat naisilla selvästi yleisempiä kuin miehillä, kun taas miehillä oli huomattavasti enemmän päihdehäiriöitä kuin naisilla.

Mielensterveys- ja päihdehäiriöillä on tutkimuksen perusteella yhteys alhaiseen peruskoulutustasoon ja työttömyyteen. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ainoastaan peruskoulutustasoa, koska tutkimusryhmän nuorimmilla olivat opinnot usein vielä kesken. Ylioppilastutkinnon suorittaneilla nuorilla aikuisilla oli vähemmän mielensterveyshäiriöitä ja erityisesti päihdehäiriöitä kuin sitä alemman peruskoulutuksen saaneilla. Työttömyys liittyi vahvasti erityisesti päihdehäiriöihin mutta myös mielensterveyshäiriöihin.

Taulukossa 4.3.1 esitellään keskeisimpien mielensterveyshäiriöiden elämänaikainen esiintyminen jaoteltuna henkilön ajankohtaisen pääasiallisen toiminnan mukaan. Ryhmä ”Mikä tahansa mielensterveyshäiriö” sisältää kaikki DSM-IV-tautiluokituksen akseli I:n mielensterveys- ja päihdehäiriöt, käytännössä kaikki mielensterveyshäiriöt persoonallisuushäiriöitä lukuun ottamatta. Persoonallisuushäiriöt jätettiin taulukosta pois, koska pitkäkestoiset vaikeudet työelämässä ovat yksi persoonallisuushäiriön diagnoosia määrittävä tekijä. Pääasialliseksi toiminnakseen koko- tai osapäiväisen työssä käynnin ilmoittaneet ryhmiteltiin työssä käyviksi, päätoimisesti opiskelevat opiskeleviksi ja ajankohtaisesti työttömät tai lomautetut työttömiksi. Muu toiminta -ryhmä sisältää kotona omaa kotitaloutta tai perheenjäseniä päätoimisesti hoitavat, varusmies- tai siviilipalvelua suorittavat ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevat.

Ryhmät erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi päihdehäiriöiden ja mikä tahansa mielenterveyshäiriön esiintyvyyden osalta, jotka olivat selvästi yleisempiä työttömillä kuin työssä käyvillä ja opiskelijoilla. Korkea mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys muu toiminta -ryhmässä selittyy sillä, että ryhmään sisältyvät myös työkyvyttömyyseläkkeellä olevat.

Taulukko 4.3.1. Elämänaikaisten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys pääasiallisen toiminnan mukaan.

	Masennushäiriö	Ahdistuneisuus-häiriö	Päihdehäiriö	Mikä tahansa mielenterveyshäiriö
Työssä käyvät	15,9 % (12,4–20,2)	11,3 % (8,2–15,4)	12,0 % (8,9–15,9)	34,1 % (28,4–40,2)
Opiskelijat	18,3 % (11,8–27,2)	9,6 % (5,6–15,8)	7,0 % (3,7–13,1)	33,0 % (24,3–43,0)
Työttömät	18,1 % (9,8–30,9)	19,2 % (9,9–34,1)	34,0 % (20,9–50,2)	52,0 % (35,2–68,5)
Muut	31,7 % (19,8–46,5)	23,5 % (13,6–37,6)	10,1 % (4,7–20,3)	59,3 % (44,1–72,9)

Suluissa esiintyvyyden 95 % luottamusväli

Taulukossa 4.3.2 on esitelty ajankohtaisten eli haastattelua edeltäneen kuukauden aikana diagnostiset kriteerit täyttäneiden mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys eri ryhmissä.

Taulukko 4.3.2. Ajankohtaisten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys pääasiallisen toiminnan mukaan.

	Masennushäiriö	Ahdistuneisuus-häiriö	Päihdehäiriö	Mikä tahansa mielenterveyshäiriö
Työssä käyvät	1,9 % (0,9–3,7)	4,4 % (2,8–6,7)	5,3 % (3,4–8,0)	12,4 % (9,3–16,3)
Opiskelijat	1,4 % (0,4–4,2)	5,6 % (2,8–10,7)	3,1 % (1,1–8,6)	13,2 % (8,4–20,2)
Työttömät	2,5 % (0,3–15,7)	11,6 % (4,8–25,6)	24,6 % (12,9–41,9)	33,0 % (19,1–50,6)
Muut	1,9 % (0,4–7,9)	9,1 % (4,2–18,7)	3,8 % (0,9–14,6)	25,2 % (15,8–37,8)

Suluissa esiintyvyyden 95 % luottamusväli

Työttömillä on merkitsevästi enemmän päihdehäiriöitä ja mitä tahansa mielenterveyshäiriöitä kuin työssä käyvillä ja opiskelijoilla. Erityisen hälyttävää on, että lähes neljäsosalla työttömistä on ajankohtainen päihdehäiriö.

Vertasimme vielä työttömien ajankohtaista psyykkistä oireilua muihin ryhmiin ja havaitsimme, että heidän ajankohtainen psyykinen kuormittuneisuutensa oli huomattavasti voimakkaampaa kuin muissa ryhmissä.

Tutkimus vahvistaa käsitystä siitä, että työttömät nuoret aikuiset ovat vahvassa syrjäytymisvaarassa ja että heidän terveydentilaansa, psyykkiseen hyvinvointiinsa ja päihteiden käyttöönsä olisi syytä kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Tulemme jatkossa selvittämään tarkemmin mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteyttä työelämässä selviämiseen, ja työllisydessä tapahtuneiden muutosten heijastumista psyykkiseen oireiluun ja päihteiden käyttöön.

Kirjallisuus

- Ahola K. Occupational burnout and health. Academic dissertation. University of Helsinki. People and Work Research Reports 81. Helsinki: Työterveyslaitos 2007.
- Ahola K, Gould R, Virtanen M, Honkonen T, Aromaa A, Lönnqvist J. Occupational burnout as a predictor of disability pension: a population-based cohort study. *Occupational and Environmental Medicine* 2009;66, 284-290.
- Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders* 2005;88:55–62.
- Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. Burnout in the general population - results from the Finnish Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006;41:11–17.
- Ahola K, Honkonen T, Pirkola S, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Addiction* 2006;101:1438–1443.
- Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M, Virtanen M, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the Health 2000 Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2006;48:1023–1030.
- Ahola K, Honkonen T, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. Työuupumus Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. *Suomen Lääkärilehti* 2004;59:4109–4113.
- Ahola K, Honkonen T, Virtanen M, Aromaa A, Lönnqvist J. Burnout in relation to age in adult working population. *Journal of Occupational Health* 2008;50:362–365.
- Ahola K, Honkonen T, Virtanen M, Kivimäki M, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Interventions in relation to occupational burnout: the population-based Health 2000 Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2007;49:943–952.
- Ahola K, Honkonen T, Virtanen M, Koskinen S, Kivimäki M, Lönnqvist J. Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research* 2008;64:185–193.
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>

- Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. The association between burnout and physical illness in the general population - results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research* 2006;61:59–66.
- Honkonen T, Virtanen M, Ahola K, Kivimäki M, Pirkola S, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Employment status, mental disorders and service use among the working-aged: Results from the Finnish Health 2000 Study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2007;33:29–36.
- Sinokki M, Hinkka K, Ahola K, Kivimäki M, Honkonen T, Puukka P, Klaukka T, Koskinen S, Lönnqvist J, Virtanen M. Association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: the Health 2000 study. *Journal of Affective Disorders* 2009;115:36–45.
- Suvisaari J. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt yleisiä nuorilla aikuisilla. *Kansanterveys* 2008 (8): 18–19.
- Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A, Härkänen T, Saarni SI, Perälä J, Schreck M, Castaneda A, Hintikka J, Kestilä L, Lähteenmäki S, Latvala A, Koskinen S, Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J. Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 2009 39(2):287–299.
- Virtanen M, Honkonen T, Kivimäki M, Ahola K, Vahtera J, Aromaa A, Lönnqvist J. Work stress, mental health and antidepressant medication: Findings from the Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders* 2007;98:189–197.
- Virtanen M, Koskinen S, Kivimäki M, Honkonen T, Vahtera J, Ahola K, Lönnqvist J. Contribution of non-work and work-related risk factors to the association between income and mental disorders in a working population: the Health 2000 Study. *Occupational and Environmental Medicine* 2008;65:171–178.

5 Työ ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Markku Heliövaara, Leena Kaila-Kangas ja Eira Viikari-Juntura

Tuki- ja liikuntaelinten (TULE) sairaudet ja vammat aiheuttavat enemmän laadukkaiden elinvuosien menetyksiä ja kustannuksia kuin mikään muu sairauspääryhmä. Yli miljoonalla suomalaisella on pitkäaikainen TULE-sairaus. Lisäksi toinen miljoona suomalaisista kärsii tilapäisistä selkä- ja nivelvaivoista, jotka paranevat aikanaan mutta kuormittavat silti tuntuvasti terveydenhuoltoa, työelämää ja sosiaalivakuutusta. Tuki- ja liikuntaelinten terveyttä on välttämätöntä edistää, jotta sairauksien, vammojen ja vaivojen aiheuttama kuorma pysyy siedettävänä väestömme ikääntyessä.

Tuki- ja liikuntaelimestön hyvä terveys ja toimintakyky ovat sinänsäkin tärkeitä selviytymisen, suoritusten, saavutusten ja hyvän elämänlaadun edellytyksiä. Ne antavat pohjan terveyden edistämiseksi yleensä sekä monien kansansairauksien kuten sydän- ja verisuonitautien, diabeteksen ja eräiden syöpien ehkäisylle.

Mini-Suomi-tutkimuksen (1978–80) tapaan TULE-sairaudet valittiin keskeiseksi kohteeksi myös Terveys 2000 -tutkimuksessa. Perusteena tälle valinnalle oli, ettei useimpien tule-sairauksien yleisyyttä ja väestöryhmittäisiä eroja voida selvittää luotettavasti muulla tavoin kuin tutkimalla kliinisin menetelmin edustava väestönäyte. Lisäksi tule-sairauksien riskitekijöistä ja niiden yhteyksistä sairastavuuteen tarvittiin uutta tietoa. Yläraajan rasitussairaudet eivät olleet kohteena Mini-Suomi-tutkimuksessa, mutta nyt niiden luotettavaan diagnostiikkaan kiinnitettiin paljon huomiota. Myös altistumista työn kuormitustekijöille mitattiin aikaisempaa laajalaisemmin ja tarkemmin.

5.1 Nivelrikko

Nivelrikko eli artroosi on yleisin nivelsairaus. Alaraajojen isojen nivelten eli polven ja lonkan nivelrikko on kallis kansantauteja. Muiden nivelten artroosit eivät vaikuta suuresti väestön työ- ja toimintakykyyn. Polvinivelrikosta kärsii 5 % yli 30-vuotiaista suomalaisista miehistä ja 7 % naisista. Mini-Suomi- ja Terveys 2000 -tutkimusten perusteella naisten polvinivelrikko harvinaistui puoleen 20 vuodessa (1970-luvun lopusta 2000-luvun alkuun), mutta miehillä ei vastaavaa muutosta havaittu. Lääkäri diagnosoi sairaudet tutkittavien ilmoittamien tautien ja oireiden sekä tutkimuksessa havaitsemiensa löydösten perusteella samoin kriteerein. Polvivaivan aiheuttama kävelyvaikeus oli nivelrikon tapaan harvinaistunut naisilla muttei miehillä. Kaikkiaan on siis varmaa, että naisten polvinivelrikko on vähenemässä jyrkästi. Lonkkanivelrikko on yli 30-vuotiaista miehistä 5 %:lla ja naisista

4 %:lla, eikä sen esiintyvyys ei ole juurikaan muuttunut.

Terveys 2000 -tutkimuksen yhteydessä vuonna 2001 tehtiin myös uusintatutkimus 900 henkilölle, jotka olivat osallistuneet Mini-Suomi-tutkimukseen 21–23 vuotta aikaisemmin. Tämä etenevä tutkimus osoitti, että altistuminen hyvin raskaalle ruumiilliselle työlle ennustaa lonkan nivelrikon moninkertaista riskiä pitkällä aikavälillä. Raskas työ on jo muissa tutkimuksissa todistettu polven nivelrikon vahvaksi riskitekijäksi, mutta lonkan nivelrikon osalta etenevään tutkimukseen perustuva näyttö on puuttunut.

5.2 Selkäkipu ja iskias

Selän sairaudet ja vaivat ovat suuri ongelma kaikissa kehittyneissä maissa, myös Suomessa. Selkäsairauksien oireisto vaihtelee niin ikään sekä laadultaan että kestoltaan, mikä on ongelma niiden ilmaantuvuutta ja esiintyvyyttä arvioitaessa. Koska vaivojen patologis-anatomiset syyt ovat – kenties välilevytyrän aiheuttamaa iskiasoireyhtymää ja spinaalistenosia lukuun ottamatta – vain harvoin tunnistettavissa, epidemiologinen tutkimus on kohdistunut pääasiassa oireisiin.

Haastattelutietojen valossa kolme neljästä yli 30-vuotiaasta suomalaisesta on kokenut vähintään yhden selkäkipujakson elämänsä aikana. Selkäkivulla on vahva taipumus uusiutua, sillä puolella kaikista aikuisista on ollut yli viisi selkäkipujaksoa. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana selkäkipua on tuntenut joka kolmas aikuinen. Myös alaraajaan säteilevä selkäkipu eli iskiaskipu on yleinen oire: sitä on tuntenut joskus lähes 40 % aikuisista, ja heistä joka toinen on kokenut yli viisi kipujaksoa.

Haastattelu- ja kyselytutkimusten mukaan selkäkipu on viime aikoina hitaasti harvinaistunut työikäisillä suomalaisilla, mutta iäkkäämmässä väestössä viimeksi kuluneen kuukauden aikana koettu selkäkipu on jopa yleistynyt. Lääkäriin klinisessä tutkimuksessa diagnosoima pitkäaikainen selkäoireyhtymä on kuitenkin harvinaistunut 20 vuoden kuluessa molemmilla sukupuolilla. Terveys 2000 -tutkimuksessa pitkäaikaisesta selkäoireyhtymästä oli kärsinyt 10 prosenttia miehistä ja 11 prosenttia naisista. 1970-luvun lopulla tehdyssä Mini-Suomi-tutkimuksessa selkäoireyhtymä oli selvästi yleisempi: se todettiin 18 prosentilla miehistä ja 16 prosentilla naisista. Myös pitkäaikainen niskaoireyhtymä oli harvinaistunut puoleen 20 vuoden kuluessa.

Selkäsairauksien riskitekijöitä tunnetaan, mutta syy-suhteita koskevia päätelmiä voidaan toistaiseksi tehdä vain varauksin. Raskas ruumiillinen työ on lukuisten tutkimusten valossa kiistatta yhteydessä sekä selkäkivun, iskiaksen että lannerangan degeneratiivisten röntgenmuutosten yleisyyteen, etenkin jos työhön liittyy paljon nostamista, hankalia työasentoja tai vartalon tärinää. Terveys 2000 -tutkimuksessa elinaikainen altistuminen työn eri kuormitustekijöille selvitettiin taannehtivalla haastattelulla. Altistuksen kesto oli miehillä suoraan suhteessa pitkäaikaisen iskiasoireyhtymän yleisyyteen ensimmäiset 20 vuotta, mutta yhteys heikkeni sen

jälkeen. Naisilla yhteys oli heikompi. Raskas ruumiillinen työ näyttää siis olevan haitaksi selän terveydelle, ja tätä yhteyttä on ilmeisesti aliarvioitu aikaisemmissa tutkimuksissa, koska selkäsairaus johtaa ruumiillisista töistä luopumiseen. Tuki- ja liikuntaelimestön kuormittumisella on kuitenkin sekä sairauksille altistavia että niiltä suojaavia vaikutuksia. Vapaa-ajan liikunta ja vartaloli hasten voimakkuus – etenkin selän hyvä kesto voima – näyttävät suojaavan selkävauriolta, iskiakselta ja työkyvyttömyyteen johtavilta selkäongelmilta. Tutkimuksia on kuitenkin tehty vähän ja ristiriitaisiakin havaintoja julkaistu, joten varmoja päätelmiä tuki- ja liikuntaelinten kuormituksen suotuisista vaikutuksista ei voida tehdä.

Tupakointi on yhteydessä sekä selkäkipuihin että iskiakseen. Tämä yhteys on todettu yhdenmukaisesti eri väestötutkimuksissa. Selitykseksi on arveltu, että pitkäaikainen altistuminen nikotiinille ja hiilimonoksidille haittaisi välilevyjen aineenvaihduntaa joko suoraan tai nikamiin menevien valtimoiden ateroskleroosin vaikutuksesta, mutta vakuuttavaa näyttöä tästä ei ole esitetty. Terveys 2000 -tutkimuksessa miehillä seerumin LDL-kolesterolin ja triglyseridien pitoisuudet olivat tupakoinnin ohella merkittävästi yhteydessä iskiasoireyhtymän yleisyyteen. Epidemiologista tutkimusta tarvitaan lisää, ennen kuin voidaan arvioida luotettavasti, onko kysymys syy-seuraussuhteesta. Mikäli tupakointi osoittautuu välilevy sairauden merkittäväksi syytekijäksi, iso osa vaikeista selkäoireyhtymistä olisi ehkäistävissä.

Kaikkiaan väestön selkäongelma muodostuu pikemminkin eräänlaisesta jatkumosta kuin selvästi erottuvasta potilasjoukosta. Vain viidesosa suomalaisista on välttynyt selkäongelmilta kokonaan, puolella koko väestöstä on ollut toistuvia kipujaksoja ja noin kymmenesosalla selkäongelma on kehittynyt krooniseksi sairaudeksi. Moni selkäsairauksien epäillyistä vaaratekijöistä on ainakin teoriassa ehkäistävissä.

5.3 Yläraajojen sairaudet

Olkapään sairaudet

Olkanivelistön kivut ja toiminnanrajoitukset ovat yleisiä. Yli 30-vuotiaista suomalaisista kolmannes ilmoittaa tunteneensa olkanivelen kipua viimeksi kuluneen kuukauden aikana, ja kliinisessä tutkimuksessa lähes kymmenellä prosentilla todetaan olkapään toiminnanvajavuutta. Kiertäjäkalvosimen jännetulehduksen uskotaan olevan syynä huomattavaan osaan kiputiloista. Jäätynyttä olkapäätä eli frozen shoulderia esiintyy erityisesti keski-ikäisillä ja vanhemmilla henkilöillä.

Jokin pitkäaikainen olkanivelalueen sairaus on noin viidellä prosentilla yli 30-vuotiaista suomalaisista, kiertäjäkalvosimen jännetulehdus kahdella prosentilla. Olkapään sairauksien esiintyvyys ei ole 1970-luvun lopulta 2000-luvun alkuun juurikaan muuttunut. Olkapään sairaudet yleistyvät iän mukana, ja ne ovat naisilla hiukan yleisempiä kuin miehillä.

Ruumiillisesti kuormittava työ näyttää altistavan olkakivuille. Yksittäisistä kuormitustekijöistä on tutkittu eniten yläraajojen toistotyötä, voimankäyttöä ja olkavarren kohoasentoja. Olkapään sairauksien riskitekijöistä ei ole aikaisemmin julkaistu etenevää tutkimusta. Terveys 2000 -tutkimuksen yhteydessä vuonna 2001 toteutettu Mini-Suomi-uusintatutkimus osoitti, että altistuminen toistotyölle ja tärinälle ennen perustutkimusta (1978–80) ennustivat vahvasti pitkäaikaisen olkapääsairauden ilmaantumista. Terveys 2000 -tutkimuksen poikittaisanalyyseissa yläraajan elinaikainen kuormitussumma eri töistä ja insuliinihoitoa vaativa diabetes olivat vahvasti yhteydessä kiertäjäkalvosimen jännetulehdukseen. Oireyhtymä oli merkitsevästi yleisempi dominantin käden puolella, mutta vain naisilla.

Tulokset viittaavat siihen, että ennaltaehkäisevät toimenpiteet työpaikalla voivat edistää olkapään terveyttä myös pitkällä tähtäimellä.

Sivunastantulehdus

Olkaluun ulomman ja sisemmän sivunastantulehduksen (epikondyliitin) eli ”tenniskyynärpään” ja ”golfskyynärpään” epidemiologiaa on ennen Terveys 2000 -tutkimusta selvitetty hyvin vähän. Yksilöllisinä riskitekijöinä oli iän ohella pidetty yläraajaa rasittavaa urheilua ja mahdollisesti tupakointia. Työhön liittyviä riskitekijöitä ovat yläraajan voiman käyttö erityisesti yhdistettynä toistotyöhön ja asento-kuormitukseen (ranteen taivutus ja ojennus).

Terveys 2000 -tutkimuksessa ulkosivunastantulehdus todettiin 1,3 %:lla ja sisäisivunastantulehdus 0,4 %:lla. Kumpikin oli yleisimmillään 45–54 vuoden iässä. Voimaa vaativa käsityö ja toistotyö todettiin ulkosivunastantulehduksen riskitekijöiksi siten, että ne vahvistivat merkitsevästi toistensa vaikutuksia. Sairaus oli merkitsevästi yleisempi dominantin käden puolella. Tupakointi, lihavuus, voimaa vaativa käsityö ja toistotyö olivat toisistaan riippumatta yhteydessä sisäisivunastantulehduksen yleisyyteen.

Rannekanavaoireyhtymä

Rannekanavaoireyhtymä on keskihermon pinnetila ranteen alueella. Se aiheuttaa öistä sormien puutumista, pistelyä ja myöhemmässä vaiheessa käden kömpelyyttä ja heikkoutta. Pinnetila on yleisempi naisilla kuin miehillä, yleistyy 40 ikävuoden jälkeen, ja sitä tavataan varsin yleisesti myös vanhuksilla.

Rannekanavaoireyhtymän tiedetään liittyvän sekä yksilöllisiin tekijöihin että työn kuormitustekijöihin, mutta niiden tarkempi merkitys tunnetaan puutteellisesti. Terveys 2000 -tutkimuksessa lääkäri diagnosoivat rannekanavaoireyhtymän 4 prosentilla tutkittavista: 2 prosentilla miehistä ja 5 prosentilla naisista.

Tärkeimmiksi rannekanavaoireyhtymän riskiä lisääviksi kuormitustekijöiksi osoittautuivat käden suuri voimankäyttö – vastaten vähintään kolmen kilogramman suuruista puristusvoimaa – keskimäärin vähintään tunnin päivässä ja tärisevien työkalujen käyttö vähintään kaksi tuntia päivässä. Riski säilyi kohonneena vaikka muut työperäiset ja yksilölliset riskitekijät otettiin huomioon. Rannekana-

vaoireyhtymä ilmeni – useimmista muista rasitussairauksista poiketen – yhtä yleisesti dominantin ja ei-dominantin käden puolella.

Koska työntekijä altistuu usein työssään useammalle kuin yhdelle kuormitustekijälle, tutkimuksessa selvitettiin eri kuormitustekijöiden samanaikaisen esiintymisen vaikutusta rannekanavaoireyhtymän riskiin. Voimaa vaativan käsityön, tärisevien työkalujen käytön sekä nosto- ja toistotyön todettiin vahvistavan toistensa vaikutuksia. Rannekanavaoireyhtymän riski väheni kun työssä ei enää esiintynyt kuormittumista.

Tutkimus vahvistaa näyttöä kuormitustekijöiden vaikutuksesta rannekanavaoireyhtymän syntyyn. Tulokset viittaavat siihen, että rannekanavaoireyhtymää voidaan ehkäistä vähentämällä työn fyysistä kuormitusta. Koska käden voimankäytöllä, toistotyöllä ja tärisevien työkalujen käytöllä on yhdysvaikutuksia, saattaa yhteenkin näistä kuormitustekijöistä vaikuttaminen vähentää suuresti rannekanavaoireyhtymän riskiä.

5.4 Luukato

Luukato eli osteoporoosi on sairaus, jossa luun mineraalipitoisuus ja massa vähenevät ja luun rakenteet hajoavat. Luukatoon liittyvät murtumat ovat lisääntyvä ongelma kehittyneiden maiden ikääntyvässä väestössä, etenkin naisilla, joiden luuntiheys alenee vaihdevuosien jälkeen noin kaksi kertaa niin nopeasti kuin miehillä.

Liikunnan puute, laihuus, tupakointi, vähäinen kalkin ja D-vitamiinin saanti ja monet yleissairaudet pitkäaikaisine lääkehoitoineen ovat osteoporoosin ja siihen liittyvien murtumien tunnettuja riskitekijöitä. Naisilla myös varhaiset vaihdevuodet on vahva riskitekijä. Terveys 2000 -tutkimuksessa tehtiin kantapäänluun ultraäänitutkimus luun tiheyden arvioimiseksi. Hyvin suurella osalla tutkituista oli seerumin matala D-vitamiinipitoisuus, joka oli vahvasti yhteydessä kantapäänluun alentuneeseen tiheyteen. Luukadon muita määreitä olivat laihuus, tupakointi, alkoholin käyttö ja vähäinen vapaa-ajan liikunta. Terveys 2000 -tutkimuksen yhteydessä vuonna 2001 toteutetussa Mini-Suomi-uusintatutkimuksessa ilmeni yllätyksellisesti, että sormien symmetrinen kärkinivelartroosi perustutkimuksessa (1978–80) ennusti kantapään alentunutta luuntiheyttä. Aiemmat poikittaistutkimukset ovat viitanneet nivelrikon ja luukadon käänteiseen yhteyteen.

Aikuisväestöä edustaneen otoksen kantaluun ultraäänitutkimus osoitti, että alhainen luuntiheys (ja siksi myös luukato) on yleistä Suomen ikääntyneessä väestössä. Diagnooitu luukato oli siihen nähden hyvin harvinainen ja hoidossa olleiden osteoporoosipotilaiden osuus vielä pienempi. Terveystieteiden tutkimuksessa tarvitaan tulosten perusteella lisäpanostusta ison murtumariskin omaavien potilaiden tunnistamiseen ja hoitoon.

5.5 Päätelmät

Väestön TULE-sairaudet ilmenevät pikemminkin eräänlaisena jatkumona kuin selvästi tunnistettavana potilasjoukkona. Vaivoja on lähes kaikilla ainakin joskus, kolmasosa aikuisväestöstä on kehittänyt kroonisen TULE-sairauden, niistä noin puolet huonontaa toimintakykyä ja haittaa jokapäiväistä selviytymistä, mutta vaikea vammaisuus on harvinaista. Vaikeat TULE-sairaudet näyttävät olevan hitaasti vähenemässä, mutta tautikirjon muutoksen seurauksena krooninen TULE-sairaus on yhä yli miljoonan suomalaisen ongelma. Iso osa TULE-sairauksista olisi ehkäistävissä.

Jo Terveys 2000 -tutkimusta suunniteltaessa tieteellinen näyttö eräiden tekijöiden vaikutuksista TULE-sairauksien syntyyn oli vakuuttava: TULE-sairauksien ja -vammojen 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 selkäkivun, iskiasoireyhtymän, niskahartia-oireyhtymän, olkapään, kyynärpään ja ranteen seudun rasitussairauksien sekä polven ja lonkan nivelrikon vaaraa. Siksi TULE-terveyden edistämisen yhden painopisteen on oltava työikäiseen väestöön, työympäristöön ja työelämään kohdistuvissa toimenpiteissä. Realistiseksi tavoitteeksi voisi asettaa sen, että jokainen työntekijä pystyy varmistamaan työpisteensä, työkalujensa ja työmenetelmiensä riittävän ergonomian ja saa sitä varten tarvittaessa asiantuntijan apua. Liikuntaelimestön riuhtova, tempova, voimakas, toistuva tai yksipuolinen kuormittuminen vaarantaa tietysti vapaa-aikanakin selän ja nivelten terveyden, joten myös muussa ehkäisyssä on kiinnitettävä huomiota liikakuormituksen aiheuttamien riskien torjuntaan. Kaikkiaan työhön liittyyneen kuitenkin enemmän terveyttä edistäviä kuin haitallisia vaikutuksia, sillä monipuolinen kuormitus ylläpitää hyvää kuntoa, auttaa painonhallintaa ja parantaa toimintakykyä.

Kirjallisuus

- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Haara M, Arokoski JP, Kröger H, Kärkkäinen A, Manninen P, Knekt P, Impivaara O, Heliövaara M. Association of radiological hand osteoarthritis with bone mineral mass: a population study. *Rheumatology* 2005; 44:1549–1554.
- Haara M, Arokoski JP, Kröger H, Kärkkäinen A, Manninen P, Knekt P, Impivaara O, Heliövaara M. Relative bone mineral density measured by metacarpal index (MCI) and chronic spinal syndromes: an epidemiological study. *Scand J Rheumatol* 2007; 36:466–469.

- Heliövaara M. Health in Finland according to national health surveys in 1975-2000. *Scand J Rheumatol* 2008; Suppl 123: 5.
- Juhakoski R, Heliövaara M, Impivaara O, Kröger H, Knekt P, Lauren H, Arokoski JPA. Risk factors for the development of hip osteoarthritis: a population based prospective study. *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48:83–87.
- Kaila-Kangas L, ed. *Musculoskeletal disorders and diseases in Finland*. Publications of the National Public Health Institute B 25 / 2007, Helsinki 2007: 8–13.
- Kaila-Kangas L, Leino-Arjas P, Karppinen J, Viikari-Juntura E, Nykyri E, Heliövaara M. History of physical work exposures and clinically diagnosed sciatica among working and nonworking Finns aged 30 to 64. *Spine* 2009; 34: 964–969.
- Kauppi M, Impivaara O, Mäki J, Heliövaara M, Marniemi J, Montonen J, Jula A. Vitamin D status and common risk factors for bone fragility as determinants of quantitative ultrasound variables in a nationally representative population sample. *Bone* 2009;45:119–124.
- Leino-Arjas P, Kauppila L, Kaila-Kangas L, Shiri R, Heistaro S, Heliövaara M. Serum lipids in relation to sciatica among Finns. *Atherosclerosis* 2008; 197: 43–49.
- Miranda H, Punnett L, Viikari-Juntura E, Heliövaara M, Knekt P. Physical work and chronic shoulder disorder. Results of a prospective population-based study. *Ann Rheum Dis* 2008; 67: 218–223.
- Miranda H, Viikari-Juntura E, Heistaro S, Heliövaara M, Riihimäki H. A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorder versus nonspecific shoulder pain without clinical findings. *Am J Epidemiol* 2005; 161: 847–855.
- Shiri R, Miranda H, Heliövaara M, Viikari-Juntura E. Physical work load factors and carpal tunnel syndrome: a population-based study. *Occupational and Environmental Medicine* 2009; 66:368–373.
- Shiri R, Viikari-Juntura E, Leino-Arjas P, Vehmas T, Varonen H, Moilanen L, Karppinen J, Heliövaara M. The association between carotid intima-media thickness and sciatica. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 37:174–181.
- Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliövaara M. Prevalence and determinants of lateral and medial epicondylitis: a population study. *Am J Epidemiol* 2006; 164: 1065–1074.
- Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliövaara M. Hand dominance in upper extremity musculoskeletal disorders. *J Rheumatol* 2007; 34:1076–1082.
- Toivanen AT, Arokoski JPA, Manninen PSH, Heliövaara M, Haara MM, Tyrväinen E, Niemitukia L, Kröger H. Agreement between clinical and radiological methods of diagnosing knee osteoarthritis. *Scand J Rheumatol* 2007;36:58–63.

6 Suomalaisen työkyky

6.1 Miten työkykyä voidaan arvioida?

Raija Gould ja Juhani Ilmarinen

Työkyvyn monimuotoisuus tekee työkyvyn arvioinnin ja mittaamisen haastavaksi. Mittaamista on pidetty jopa mahdottomana. On katsottu, että parhaassakin tapauksessa työkykyä voidaan ehkä arvioida kutakuinkin yhtäpitävästi ja tarkoituksenmukaisesti mutta tarkkaan mittaamiseen ei koskaan päästä. Sosiaalivakuutuksen, työterveyshuollon ja kuntoutuksen käytännöissä onkin yleensä kyse nimenomaan työkyvyn arvioinnista, mutta arvioinnin tueksi on kehitetty erilaisia mittareita.

Yksi työkyvyn arvioinnin peruskysymyksiä on, kenen näkökulmasta työkykyä arvioidaan. Tutkimuksen yhteydessä näkökulmien runsaus saattaa olla yksinomaan positiivinen asia, mutta esimerkiksi sosiaalivakuutuksen työkyvyn arvioinnissa se tuottaa ongelmia. Työkykyä koskevat arviot kun ovat mm. eläkepäätöksiä välttämättömän edellytys.

Työkyvyn arvio voi perustua kohdehenkilön omaan käsitykseen, tai arvion voi tehdä terveydenhuollon tai sosiaalivakuutuksen ammattilainen tai muu asiantuntijaryhmä. Käytännön tilanteissa työpaikoilla myös työnjohto voi arvioida työntekijän suoriutumista työstään. Työkykyä arvioidessa tarkastellaan erilaisia painotuksia ja erilaisista näkökulmista työkyvyn osa-alueita. Sosiaalivakuutuksen työkyvyn arvioinnissa painottuvat yleensä voimakkaimmin työntekijän terveyden ja toimintakyvyn ulottuvuudet. Työpaikkojen työkyvyn edistämistoiminnassa työkyvyn arviointi voi sen sijaan olla paljon monimuotoisempaa, työntekijän toimintakyvyn ja työn ohella myös esimerkiksi organisaatiota ja työyhteisöä painottavaa. Työkyvyn edistämisen arvioinnit lähtevät tällöin toimintajärjestelmän kehittämisestä, ja yksilön työkyky on vain osa toimintajärjestelmän kehittämisen kokonaisuutta.

Työkyvyn arviointi on suhteellisen ongelmatonta sellaisissa tilanteissa, joissa on kyse tietyn työtehtävän vaatimista terveydellisistä edellytyksistä. Sen sijaan monet nykyisen työelämän käytännöt, joissa punnitaan monitaitoisuutta, joustavuutta, sosiaalisia ja kommunikatiivisia kykyjä tai joissa painottuu palkkatyön epävakautuminen ja työllistymismahdollisuuksien rajallisuus, asettavat haasteita työkyvyn arvioinnille. Esimerkiksi työttömien henkilöiden työkyvyn arviointi on vaikeaa, koska työttömyyttä puuttuu työ ja sen myötä sellainen normi, johon toimintakykyä suhteutetaan.

Työkyvyn hahmottaminen on kehittynyt yksilön ominaisuuksien painottamisesta työhön liittyvyyden suuntaan. Työkyvyn arviointi- ja mittausten menetelmien kehityksessä tämä trendi näkyy selkeimmin toiminnan teoriaan perustuvassa tutkimusotteessa, jossa arvioinnin kohde laajenee yksilöistä toimintaan. Yksilöiden ominaisuuksien mittaamisen rinnalle nousee konkreettisesti rajatun työn tekemisen analyysi.

Kysely- ja haastattelututkimuksissa käytetään usein sellaisia työkyvyn mittareita, joissa kohdehenkilö itse arvioi omaa työkykyään. Tällaiset mittarit voivat olla työkyvyn yleisiä osoittimia, jotka perustuvat tutkittavan käsitykseen omasta työ-kunnostaan. Toisaalta mittarit voivat myös olla konkreettisemmin tutkittavan tilanteeseen sidottuja: ne voivat mitata tutkittavan suoriutumista senhetkisestä työstään, ne voivat mitata työkykyä suhteessa työuran aikaiseen parhaaseen työkykyyn tai ne voivat mitata työkykyä esimerkiksi verrattuna samanikäisten samanlaista työtä tekevien työkykyyn. Tutkimuksissa työkykyä lähestytään usein myös sen eri ulottuvuuksien kautta.

Suomalaisissa tutkimuksissa yleisimmin käytettyjä työkyvyn mittareita ovat työkykyindeksi sekä yksittäiset henkilön työkuntoa selvittävät kysymykset. Työkykyindeksi on kehitetty Työterveyslaitoksella laajassa seurantatutkimuksessa, joka kohdistui erityyppisissä ammateissa työskenteleviin ikääntyviin kuntatyöntekijöihin. Indeksi koostuu seitsemästä osiosta:

1. *Nykyinen työkyky verrattuna elinaikaiseen parhaimpaan työkykyyn.* (0–10 pistettä).
2. *Työkyky työn vaatimusten kannalta* (2–10 pistettä).
3. *Lääkärin toteamien nykyisten sairauksien määrä* (1–7 pistettä).
4. *Sairauksien arvioitu haitta työssä* (1–6 pistettä).
5. *Sairauspoissaolopäivät viimeisen vuoden (12 kk) aikana* (1–5 pistettä).
6. *Oma arvio kykenevyydestä työhön terveyden puolesta kahden vuoden kuluessa* (1, 4, 7 pistettä).
7. *Psykkiset voimavarat* (yhteensä 1–4 pistettä).

Työkykyindeksi muodostetaan laskemalla osa-alueiden pistearvot yhteen. Sen vaihteluväli on 7–49 pistettä. Indeksi voidaan jakaa neljään luokkaan: huono (7–27 pistettä), kohtalainen (28–36 pistettä), hyvä (37–43 pistettä) ja erinomainen (44–49 pistettä).

Etenkin työkykyindeksin ensimmäistä osiota, työkykypistemäärää, käytetään myös erillisenä työkyvyn osoittimena. Tässä mittarissa tutkittavan tulee suhteuttaa nykyinen työkykynsä elinaikaiseen parhaimpaan työkykyynsä siten, että nolla vastaa täysin työkyvyttömyyttä ja kymmenen työkykyä parhaimmillaan.

Jo pitkään on myös ollut käytössä yksinkertainen kolmiportainen työkykyarvio, jossa tutkittavaa pyydetään arvioimaan omaa työkykyään riippumatta siitä, onko hän ansiotyössä vai ei. Vastausvaihtoehdot ovat 1) täysin työkykyinen, 2) osittain työkyvyttömyyttä ja 3) täysin työkyvyttömyyttä. Tätä kysymystä käytettiin vuosina 1978–1980 toteutetussa Mini-Suomi-tutkimuksessa, ja sitä on käytetty myös Terveys 2000 -tutkimuksessa. Sitä käytetään usein kaksiluokkaisena, siten että täysin työkykyiset muodostavat yhden ryhmän ja osittain tai täysin työkyvyttömyyttä toisen. Terveys 2000 -tutkimuksessa osittain tai kokonaan työkyvyttömyyttä käytetään nimitystä työkyvyttömyyttä rajoittuneet. On kiintoisaa, että jo Mini-Suomi-tutkimuksessa 1980-luvun alussa osoittautui, että henkilöt, jotka arvioivat olevansa osittain tai kokonaan työkyvyttömiä siirtyivät muutamassa vuodessa eläkkeelle.

Kirjallisuus

- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J ym. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki ja Turku 1989.
- Aromaa A ja Koskinen S (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2002, Helsinki 2002. <http://www.ktl.fi/publications/2002/b3.pdf>
- Gould R. Työttömyys ikääntyneiden työkyvyttömyyseläkekäytännössä 1990-luvulla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2001;38:172–185.
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Ilmarinen J, toim. Työ, terveys ja eläkeikä kunta-alalla. Työterveyslaitoksen tutkimuksia 1985:3(2).
- Ilmarinen J, toim. Työ, terveys ja eläkeikä: seurantatutkimus ikääntyvillä kunta-alan työntekijöillä. Työ ja ihminen 1988:2(4).
- Järvikoski A, Peltoniemi J, Puumalainen J. Ikääntyneet pitkäaikaistyöttömät terveydenhuollossa ja kuntoutuspalveluissa. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 61, Helsinki 1999.
- Lahtela K. Työ- ja toimintakyvyn sekä kuntoutumisen psyykkisten edellytysten arviointi. Osa 1: Kliininen päätöksenteko ja työkyvyttömyyden käsite. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:38, Turku 1983.
- Mäkitalo J. Työkyvyn käsite. Teoksessa Antti-Poika M, Martimo KM, Husman K, toim. Työterveyshuolto. Duodecim, Helsinki 2003, s. 141–147.
- Nokso-Koivisto P. Potilas ja kaksi hahmoa työkyvynarvioinnissa ja kuntoutussuunnitelmassa. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 59, Helsinki 2001.
- Takala I. Työkyvyn rajoitukset ja kuntoutuksen tarve 30-64-vuotiailla lounais- ja itäsuomalaisilla. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:24, Turku 1984.
- Tola S. Sosiaalivakuutuksen korvausperiaatteet. Teoksessa Matikainen E, Aro T, Huunan-Seppälä A, Kivekäs J, Kujala S, Tola S, toim. Toimintakyky. Duodecim, Helsinki 2004, s. 365–370.
- Tuomi K, toim. Eleven-year follow-up of aging workers. Scand J Work Environ Health 1997;23(suppl. 1).
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola M, Katajarinne L, Tulkki A. Työkykyindeksi, Työterveyshuolto 19, 2. korjattu painos, Työterveyslaitos, Helsinki 1997.
- Virtanen P, Saloniemi A, Uitti J, Riikonen E, Hietala R, Oksa P, Viljanen M. Sairastaminen ja työllistyminen työkyvyn heikentyessä ja työttömyyden pitkittyessä. Sosiologia 1997;34:309–321.

6.2 Suomalaisten työkyky eri osoittimien valossa

Raija Gould, Juhani Ilmarinen, Jorma Järvisalo ja Seppo Koskinen

Suomalaisen aikuisväestön työkyky on eri osoittimien valossa hyvä. Sekä työkykyindeksin, työkykypistemäärän että kolmiportaisen työkykyarvion mukaan valtaosa työikäisistä suomalaisista pitää itseään työkykyisinä.

Kolmiportaisen työkykyarvion mukaan koko 30–64-vuotiaassa väestössä neljä viidestä arvioi itsensä täysin työkykyiseksi ja yksi viidestä koki työkykynsä rajoittuneeksi. Myös työkykypistemäärän keskiarvo, runsaat kahdeksan pistettä, osoitti hyvää työkykyä (taulukko 6.2.1). Työkykynsä tädeksi kympeiksi pisteytti koko 30–64-vuotiaasta väestöstä joka neljäs ja hiukan harvempi kuin joka kymmenes antoi työkyvyllään korkeintaan viisi pistettä.

Työssä käyvät 30–64-vuotiaat arvioivat työkykynsä jonkin verran paremmaksi kuin koko väestö. Työssä käyvistä yli 90 prosenttia arvioi itsensä täysin työkykyiseksi ja sekä työkykypistemäärän että työkykyindeksin keskiarvot vastasivat hyvää työkykyä (taulukko 6.2.1). Työssä käyvistä lähes 30 prosenttia antoi työkyvyllään 10 pistettä ja vain 2 prosenttia 5 pistettä tai vähemmän. Työkykyindeksin mukaan 26 prosentilla työssä käyvistä oli erinomainen työkyky (44–49 pistettä) ja vain 3 prosentilla huono (7–27 pistettä).

Taulukko 6.2.1. 30–64-vuotiaiden työkyky. Työkykyarvion jakauma (%) sekä työkykypistemäärän ja työkykyindeksin keskiarvot.¹

	Koko väestö			Työssä käyvät		
	Naiset	Miehet	Kaikki	Naiset	Miehet	Kaikki
Työkykyarvio						
Täysin työkykyinen	81	80	80	92	93	93
Osittain työkyvytön	13	13	13	8	6	7
Täysin työkyvytön	6**	7	7	1	1	1
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
Työkykypistemäärä, (0–10)	8,2***	8,0	8,0	8,7*	8,6	8,6
Työkykyindeksi, (7–49)				39,8***	40,4	40,1

¹ Ikävakioitu. Naisten ja miesten välisen eron tilastollinen merkitsevyys: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Naisten ja miesten työkykyarvioissa ei ollut suuria eroja. Naiset pisteyttivät nykyisen työkykynsä kuitenkin hiukan lähemmäs elinaikaista parasta työkykyään kuin miehet, mutta toisaalta työkykyindeksillä mitattuna työssä käyvien naisten työkyky oli vähän huonompi kuin miesten (taulukko 6.2.1).

Ikäryhmien välillä työkyvyssä oli eroja. Kaikkien osoittimien mukaan työkyky oli paras nuorimmilla ja heikkeni vanhemmissa ikäryhmissä. Vain viisi prosenttia

30–64-vuotiaista arvioi työkykynsä rajoittuneeksi, kun taas 60–64-vuotiaista näin arvioi yli puolet. Työkykyindeksin ja työkykypistemäärän keskiarvot olivat kaikkein nuorimmilla noin 90 prosenttia maksimiarvoistaan. Työssä käyvien ryhmässä kyseiset keskiarvot pienenevät iän myötä melko loivasti, mutta koko väestössä työkyvyn iän mukainen heikkeneminen oli jyrkempää (kuva 6.2.1, a ja b). Kaikkein jyrkimmin vanhemmissa ikäryhmissä pieneni kolmiportaiseen työkykyarvioon perustuva täysin työkykyisten osuus (kuva 6.2.1, c). Erityisesti 55. ikävuoden jälkeen ero työssä käyvien ja koko väestön työkyvyssä oli suuri. Työssä jatkaviksi valikoituvat paremman työkyvyn omaavat.

Yhteenveto ja päätelmät

Suomalaisten työkyky vaikuttaa tulosten mukaan hyvältä. Kaikista 30–64-vuotiaista 80 prosenttia arvioi itsensä täysin työkykyiseksi ja vastaavasti työssä käyvistä suomalaisista yli 90 prosenttia pitää itseään täysin työkykyisinä.

Ikä liittyi selvästi työkyvyn heikkenemiseen. Kaikkien tarkasteltujen työkyvyn osoittimien mukaan sekä työssä käyvässä että koko väestössä vanhempien ikäryhmien koettu työkyky oli heikompi kuin nuorempien.

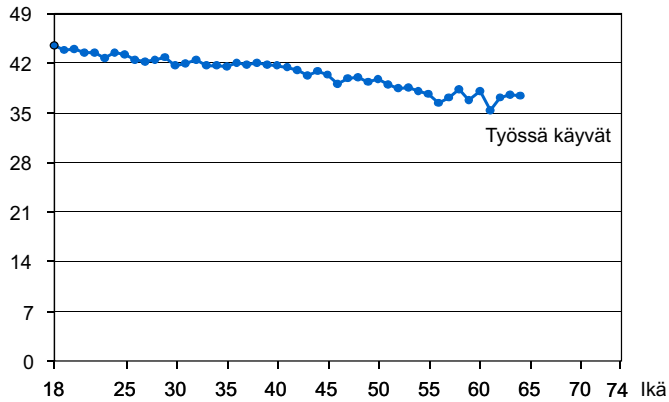
Naisten ja miesten työkyvystä saatiin sen sijaan eri osoittimilla hiukan erilainen kuva. Työkykyindeksin mukaan työssä käyvien naisten työkyky on keskimäärin huonompi, mutta työkykypistemäärän mukaan parempi kuin miesten. Tämä ei kuitenkaan kerro käytettyjen työkyvyn osoittimien epäjohdonmukaisuudesta tai arviointien ailahtelevuudesta vaan osoittimien erilaisesta sisällöstä. Työkykypistemäärän avulla arvioidaan nykyistä työkykyä verrattuna elinaikaiseen parhaimpaan. Pistemäärä ei siis riipu pelkästään nykyisen työkyvyn tasosta vaan myös aikaisemmasta työkyvystä. Koska työssä käyvät naiset pisteyttivät työkykynsä paremmaksi eli lähemmäksi maksimiaan kuin miehet, ja toisaalta heidän työkykyindeksillä mitattu työkykynsä oli heikompi kuin miehillä, viittaa tämä siihen, että naiset ovat arvioineet myös elinaikaisen parhaan työkykynsä heikommaksi kuin miehet.

Kirjallisuus

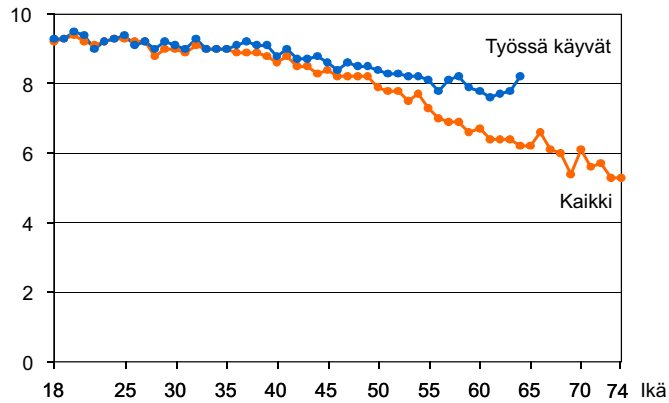
Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet.

Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>

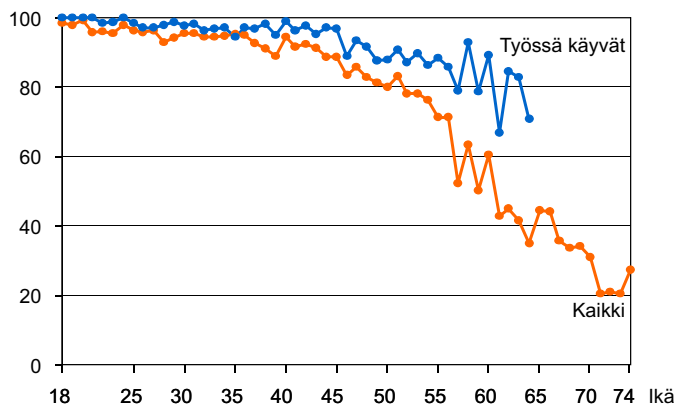
a) Työkykyindeksi



b) Työkyypistemäärä



c) Täysin työkykyisten osuus, %



Kuva 6.2.1. Työkykyindeksin ja työkyypistemäärän keskiarvot sekä työkykyarvion perusteella täysin työkykyisten osuus (%) iän mukaan. Lähde: Gould ym. 2006.

6.3 Työkyky eri väestöryhmissä

*Tuija Martelin, Päivi Sainio, Anu Polvinen, Tiina Pensola,
Seppo Koskinen ja Raija Gould*

Väestöryhmien välisiä työkyvyn eroja tarkastelemalla voidaan tunnistaa sellaisia ryhmiä, joissa työkyvyn ennaltaehkäisen heikkenemisen uhka on keskimääräistä suurempi ja joiden työkyvyn ylläpitämiseen ja kohentamiseen tulisi sen vuoksi kiinnittää erityistä huomiota. Toiseksi väestöryhmien väliset työkyvyn erot voivat antaa vihjeitä sellaisista työkykyyn vaikuttavista tekijöistä, joita voidaan käyttää hyväksi pyrittäessä edistämään koko väestön työkyvyn säilymistä. Eroja on syytä tarkastella myös eriarvoisuuden näkökulmasta. Vaikka eriarvoisuuden vähentäminen on ollut viime vuosikymmeninä suomalaisten terveystieteiden ohjelmien keskeinen päämäärä, tässä tavoitteessa on onnistuttu vain osittain. Työkyvyn edistämisen mahdollisuudet eivät välttämättä kohtaa tasa-arvoisesti eri väestöryhmiä. Työkykyä ylläpitävä toiminta on yleensä kehittynyt parhaiten kasvavilla elinkeinoaloilla ja hyvin menestyvissä työpaikoissa. Sen sijaan esimerkiksi puutteellisesti koulutetut jäävät helposti syrjään työkykyä ylläpitävästä toiminnasta.

Tässä luvussa kuvataan ensin ammattiryhmien, toimialojen ja työnantajasektoreiden välisiä työkyvyn eroja, minkä jälkeen tarkastellaan työkyvyn eroja asuinalueiden, koulutusryhmien ja perherakenneryhmien välillä. Työkyvyn osoittimena käytetään haastateltavan itse arvioimaa työkykykypistemäärää. Työkykykypistemäärien väestöryhmittäiset keskiarvot ovat ikävakioituja, joten ryhmien mahdollisesti erilaiset ikärakenteet eivät vääristä ryhmien vertailua.

6.3.1 Ammatti, toimiala ja työnantajasektori

Ammatti on työkyvyn kannalta merkityksellinen kahdesta eri näkökulmasta. Ensimmäinen ammatti kertoo työn sisällöstä, vaatimuksista ja työoloista. Nämä työn piirteet ovat tärkeitä työkyvyn määrittäjiä. Toisaalta myös työntekijöiden ominaisuudet eroavat ammattien mukaan. Esimerkiksi sosioekonomisen aseman, iän sekä sukupuolten jakauma on erilainen eri ammattiryhmissä. Nämä erot vaikuttavat myös kokonaiskuvaan työkyvystä.

Tutkimuksessa käytetty 9-luokkainen ammattiluokitus perustuu haastattelutietoon nykyisestä tai viimeisimmästä ammatista. Sekä miesten että naisten keskuudessa johtajat, opettajat, asiantuntijat ja toimistotyötä tekevät kokivat työkykynsä keskimäärin paremmaksi kuin muut (taulukko 6.3.1.1). Työssä käyvien naisten ja miesten keskuudessa maanviljelijät ja metsätyöntekijät kokivat työkykynsä keskimäärin huonommaksi kuin muut ryhmät. Työssä käyvistä miehistä lisäksi rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijöiden sekä prosessi- ja kuljetustyöntekijöiden työkyky oli keskimääräistä heikompi; naisilla puolestaan 'muut työntekijät', joita naisista olivat mm. siivoajat, keittiöapulaiset ja pakkaajat, kokivat työkykynsä huonoksi.

Toimialojen vertailussa rahoituksen, vakuutuksen ja tietoliikenteen sekä koulutuksen aloilla toimivat naiset kokivat työkykynsä parhaaksi (taulukko 6.3.1.2). Nämä toimialat olivat myös miesten työkykyarvioiden kärkipäässä. Lisäksi terveys- ja sosiaalipalvelujen alalla työskentelevät miehet kokivat työkykynsä hyväksi. Julkisen hallinnon toimialalla keskimääräinen työkykypistemäärä oli naisilla vain jonkin verran alhaisempi kuin rahoituksen, vakuutuksen ja tietoliikenteen toimialalla, kun taas miehillä näiden toimialojen ero oli suurempi. Julkisen hallinnon ammatit olivatkin naisilla lähinnä asiantuntija- tai toimistotyötä. Julkisessa hallinnossa toimivat miehet kokivat sen sijaan työkykynsä selvästi rahoitusalan miehiä huonommaksi. Tämä selittyy julkishallintoon sijoittuvien poliisien, huoltomiesten ja vahtimestarien työkykyongelmien yleisyydellä. Maa- ja metsätalouden toimialalla koettu työkyky oli molemmilla sukupuolilla selkeästi heikompi kuin muilla toimialoilla.

Taulukko 6.3.1.1. Työkykypistemäärän ikävakioitu keskiarvo ammattiryhmän mukaan, 30–64-vuotiaat.

Ammattiryhmä	Naiset		Miehet	
	Kaikki	Työssä käyvät	Kaikki	Työssä käyvät
Johtajat ja ylimmät virkamiehet	8,3	8,8	8,4	8,8
Opettajat	8,5	8,8	8,5	8,6
Muut asiantuntijat	8,4	8,7	8,4	8,8
Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	8,5	8,9	8,0	8,9
Palvelu-, myynti- ja hoitotyöntekijät	8,0	8,7	7,8**	8,5
Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät	7,5*	8,6	7,6***	8,4***
Prosessi- ja kuljetustyöntekijät	7,9	8,5	7,7***	8,4***
Muut työntekijät	7,6***	8,3***	7,6***	8,5
Maanviljelijät, metsätyöntekijät	7,6**	8,1**	7,4***	8,1***
Ei toiminut ammatissa tai ei tietoa	5,5***		5,2***	

¹ Ammattiryhmien erojen tilastollinen merkitsevyys johtajiin ja ylempiin virkamiehiin verrattuna:

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

² Ikävakioitu sukupuolet samassa mallissa, joten naisten ja miesten luvut ovat vertailukelpoisia.

Kaikkia 30–64-vuotiaita koskevassa analyysissä mukana 2 677 naista ja 2 471 miestä.

Työssä käyviä 30–64-vuotiaita koskevassa analyysissä mukana 1 853 naista ja 1 839 miestä.

Taulukko 6.3.1.2. Työkykypistemäärän ikävakioitu keskiarvo toimialan mukaan, työssä käyvät 30–64-vuotiaat.

Toimiala	Naiset	Miehet
Rahoitus- ja vakuutustoiminta, tietoliikenne	9,0	9,0
Koulutus	8,8	8,7
Terveys- ja sosiaalipalvelut	8,7*	9,0
Muut palvelut	8,7*	8,6**
Julkinen hallinto	8,7*	8,5**
Kauppa ja kuljetus	8,7*	8,5***
Teollisuus ja rakentaminen	8,7	8,6**
Maa-, riista-, metsä- ja kalatalous	8,2***	8,2***

Ero rahoitus- ja vakuutustoiminnan sekä tietoliikenteen toimialoihin: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Palkansaajina toimineilta tutkittavilta kysyttiin haastattelussa tietoa työnantaja-sektorista. **Työnantajasektori** jaettiin neljään ryhmään: yksityisiin yrityksiin, kunta-alaan, valtiosektoriin ja muuhun. Neljäs ryhmä, muu sektori, sisältää lähinnä seurakuntia ja järjestöjä. Keskimääräisessä työkykypistemäärässä ei ollut tilastollisesti merkitseviä toimialoittaisia eroja. Työkyky oli tällä osoittimella mitaten heikoin muulla sektorilla eli seurakunnissa tai järjestöissä työskentelevillä. Ryhmän pienen koon vuoksi ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää.

Työssä selviytymisen ongelmassa oli joitakin eroja työnantajasektorien välillä. Yksityiseen sektoriin verrattuna kunta-alan naiset kokivat enemmän työn fyysisen rasituksen ongelmia. Myös työyhteisön ja työn henkisen rasituksen ongelmat olivat kunta-alalla yleisimpiä. Nämä ongelmat olivat kunta-alan lisäksi hyvin yleisiä seurakuntien ja järjestöjen (muu sektori) naisilla, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Seurakunnissa ja järjestöissä työskentelevien työssä selviytymistä haittasivat muita sektoreita yleisemmin myös työn ulkopuoliset ongelmat asuinalueilla, koulutusryhmissä ja perherakenneryhmissä

6.3.2 Asuinalue, koulutus ja perherakenne

Työkyvyn **alueittaiset** erot voivat heijastaa esimerkiksi elinkeinorakenteen ja sen kehittyneisyyden eroja, tai ne voivat liittyä työkyvyn ylläpitämistä tukevien palvelujärjestelmien, kuten terveydenhuollon, kuntoutuksen ja työhyvinvointitoiminnan eroihin. Työkyvyn alue-erot voivat myös toistaa alueittaisia terveyseroja, tai ne saattavat kertoa työkyvyn kokemisen kulttuurisidonnaisuudesta.

Työkyvyn alueellisessa tarkastelussa asuinkunnat luokiteltiin kuuteen ryhmään toisaalta maantieteellisen sijainnin (Länsi-, Itä- ja Pohjois-Suomi, Etelä-Suomi) ja toisaalta kunnan kaupunkimaisuuden (kaupunkimaiset ja ei-kaupunkimaiset kunnat) mukaan. Kun tarkastellaan koko 30–64-vuotiaista väestöä, Etelä-Suomen kaupunkimaisissa kunnissa asuvat naiset kokivat työkykynsä paremmaksi kuin muilla alueilla asuvat samanikäiset naiset (taulukko 6.3.2.1). Työssä käyvien naisten keskuudessa alue-erot olivat melko pieniä. Kaikista 30–64-vuotiaista miehistä työkykynsä parhaaksi kokivat Etelä-Suomessa asuvat kuntamuodosta riippumatta. Sekä kaikkien että työssä käyvien miesten tapauksessa Itä-, Pohjois- ja Länsi-Suomen ei-kaupunkimaisissa kunnissa asuvat miehet kokivat työkykynsä keskimäärin heikommaksi kuin muilla alueilla asuvat miehet.

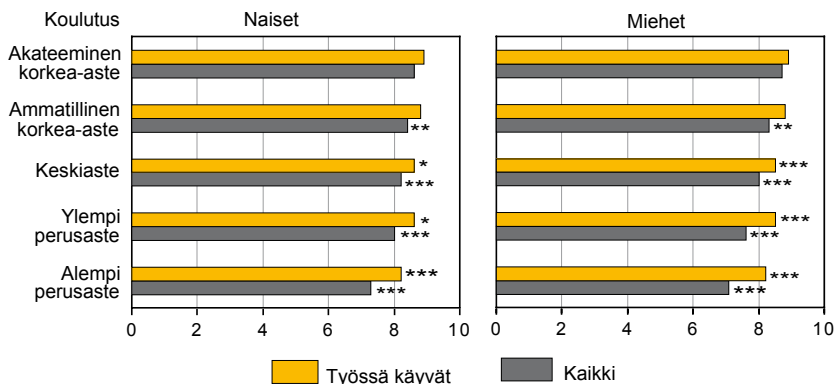
Taulukko 6.3.2.1. Työkyypistemäärän ikävakioidu keskiarvo asuinalueen mukaan 30–64-vuotiailla.

	Naiset		Miehet	
	Kaikki	Työssä käyvät	Kaikki	Työssä käyvät
Etelä-Suomi, kaupunkimaiset kunnat	8,4	8,8	8,1	8,7
Etelä-Suomi, muut kunnat	7,8**	8,7	8,1	8,6
Länsi-Suomi, kaupunkimaiset kunnat	8,2*	8,7	7,9	8,6
Länsi-Suomi, muut kunnat	8,0***	8,6**	7,8*	8,4***
Itä- ja Pohjois-Suomi, kaupunkimaiset kunnat	8,1**	8,6*	8,0	8,6
Itä- ja Pohjois-Suomi, muut kunnat	8,1*	8,7	7,7**	8,4*

Eri alueiden ero Etelä-Suomen kaupunkimaisiin kuntiin verrattuna: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Koulutus on keskeinen sosiaalista asemaa määrittävä tekijä, jolla on merkittävä rooli työuran ja sitä kautta myös tulojen määräytymisessä. Koulutus ohjaa ammattiin ja ammattiasemaan valikoitumista, mikä puolestaan vaikuttaa työkyvyn edellytyksiin ja kehittämismahdollisuuksiin. Aineellisten voimavarojen hankkimisen lisäksi koulutus auttaa terveyden ja työkyvyn ylläpitämisessä tarvittavien tietojen etsimisessä ja omaksumisessa. Koulutukseen liittyvät työkykyerot voivat syntyä koulutuksen vaikutuksena, mutta ne voivat liittyä myös koulutukseen valikoitumiseen. Terveys ja toimintakyky voivat vaikuttaa koulutukseen hakeutumiseen ja koulutuksen pituuteen, ja työkyvyn heikkeneminen voi puolestaan heikentää aikuisiän koulutukseen osallistumisen mahdollisuuksia ja motivaatiota.

Koulutusta kuvaava mittari muodostettiin pohja- ja ammattikoulutuksen perusteella. Se sisältää viisi luokkaa: 1) akateeminen korkea-aste, 2) ammatillinen korkea-aste, 3) keskiaste, 4) ylempi perusaste, 5) alempi perusaste. Koulutusryhmien väliset erot koetussa työkyvyssä olivat huomattavat (kuva 6.3.2.1). Sekä kaikkien 30–64-vuotiaiden että työssä käyvien keskuudessa koettu työkyky oli sitä parempi, mitä enemmän koulutusta saaneesta ryhmästä oli kyse.



Eri koulutusryhmien ero akateemiseen korkea-asteeseen verrattuna: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Kuva 6.3.2.1. Työkyypistemäärän ikävakioidu keskiarvo koulutusryhmittäin, 30–64-vuotiaat. Lähde: Gould ym. 2006.

Työkyky voi olla monin tavoin yhteydessä **perhetilanteeseen**. Siviilisäätiryhmien väliset erot koetussa työkyvyssä olivat erilaiset naisilla ja miehillä. Naimisissa tai avoliitossa elävien, eronneiden ja naimattomien naisten välillä erot koetussa työkyvyssä olivat melko pienet, mutta leskeksi jääneiden naisten työkyky oli huonompi kuin muilla. Miehistä sen sijaan eronneet ja naimattomat kokivat työkykynsä keskimäärin heikommaksi kuin naimisissa tai avoliitossa olevat.

Sekä miehistä että naisista ne, jotka asuivat puolison ja lasten kanssa, kokivat työkykynsä keskimäärin paremmaksi kuin muunlaisessa perhetilanteessa elävät. Naisilla lapsettomassa parisuhteessa elävien, yksinhuoltajien ja yksin asuvien välillä ei ollut juurikaan eroja koetussa työkyvyssä, kun taas miehillä yksin asuvat kokivat työkykynsä keskimäärin huonoksi. Molemmilla sukupuolilla muihin kuin edellä mainittuihin perhetyyppeihin kuuluvat kokivat työkykynsä huonommaksi kuin muut ryhmät; tämä ryhmä sisälsi mm. laitoksissa asuvat ja vanhempiensa kanssa asuvat aikuiset lapset.

6.3.3 Yhteenveto ja päätelmät

Ammattiryhmittäiset ja **toimialoittaiset** työkykyerot olivat selkeitä: toimihenkilöammateissa ja fyysisesti kevyemmällä aloilla työskentelevät kokivat työkykynsä muita ammatti- ja toimialaryhmiä paremmaksi. Fyysisen rasituksen aiheuttamat työssä selviytymisen ongelmat eivät kuitenkaan noudattaneet tiukasti toimihenkilö–työntekijä-jakoa. Joissakin toimihenkilöammattiryhmissä työssä jaksamista haittaavat työympäristön tai ruumiillisen rasituksen ongelmat olivat yleisiä. Toisaalta henkisen rasituksen ongelmia ei esiintynyt vain toimihenkilöammateissa; myös monissa työntekijäammattiryhmissä yli kolmasosa koki työssä selviytymistä haittaavaa henkistä rasitusta.

Työssä selviytymisen ongelmien tarkastelu osoitti, että työyhteisön ja työn henkisen rasituksen ongelmat eivät yhtä selkeästi ja herkästi heijastu työkykyarvioihin kuin terveysongelmat ja työn fyysisen rasituksen ongelmat. Erityisesti opettajat ja muut asiantuntijat kokivat yleisesti työssä jaksamista haittaavia työyhteisön ja henkisen rasituksen ongelmia, vaikka kyseisissä ammattiryhmissä arviot omasta työkyvystä olivat varsin hyviä. Tämä on tärkeä ottaa huomioon työkyvyn edistämisen ja ylläpitämisen toimenpiteiden suunnittelussa.

Ammattiryhmittäiset työkykyerot voivat selittyä paitsi ammatteihin valikoitumisella, ammattien terveysvaikutuksilla tai ammattien toimintakyvylle asettamille vaatimuksilla myös sillä, miten herkästi ammateista työkyvyn heiketessä siirytään pois. Yksi ammatti- ja toimialaryhmittäisen tarkastelun selkeimpiä tuloksia oli maanviljelijöiden muita huonompi työkyky. Maataloustyössä korostuivat ennen kaikkea työympäristön fyysisen rasituksen ongelmat. Ilmeisesti maataloustyö on esimerkki ammattialasta, jossa pysytellään pitkään vielä työkyvyn heikennyttyäkin. Tämä saattaa liittyä maatalousyrittäjien työterveyshuollon puutteisiin mutta myös maatalousammattien elämäntapaluonteeseen.

Työnantajasektorien välillä ei havaittu selkeitä eroja työntekijöiden koetussa työkyvyssä, vaikka työyhteisön ja henkisen rasituksen ongelmat olivat kunta-alalla yleisempiä kuin valtion tai yksityisten työnantajien palveluksessa olevilla.

Työkyvyn **alue-eroissa** on samoja piirteitä kuin useiden terveydentilan ja toimintakyvyn osoittimien vaihtelussa. Nyt havaittu Etelä-Suomessa asuvien keskimääräistä parempi ja Itä- ja Pohjois-Suomessa asuvien huonompi koettu työkyky heijastanevat osittain tätä terveydentilan vaihtelua alueiden välillä, mikä puolestaan voi osittain liittyä koulutusrakenteen ja koulutuksen mukaan vaihtelevien riski- ja suojatekijöiden alue-eroihin. Paitsi terveydentilan, toimintakyvyn ja koulutustason eroihin työkyvyn alue-erot voivat liittyä myös ammattirakenteen ja toimialojen alueellisiin eroihin. Raskaan ruumiillisen työn supistuvat ammattialat ovat alueellisesti painottuneet itään ja pohjoiseen. Erityisesti miehillä työkyvyn alue-erot saattavat liittyä ammattirakenteeseen: työkyvyn rajoittuneisuutta oli eniten juuri Itä- ja Pohjois-Suomen maaseudulla.

Aiemmissä tutkimuksissa on todettu **koulutuksen** olevan varsin johdonmukaisesti yhteydessä useimpiin terveyden ja toimintakyvyn osoittimiin. Myös kaikkien tässä käytettyjen mittareiden valossa työkyky oli selvästi sitä parempi, mitä enemmän koulutusta henkilö oli saanut. OECD-maiden työkykypolitiikkaa käsittelevässä tutkimuksessa onkin todettu, että koulutustaso on yksi selkeimmistä työkyvyttömiä työllisessä väestössä erottelevista sosioekonomisista tekijöistä.

Koulutus lisää työkyvyn ylläpitämisen mahdollisuuksia. Se vähentää työn fyysisen kuormittavuuden riskiä ja lisää työn hallintaa. Koulutus antaa myös valmiuksia toimintakyvyn vaalimiselle ja se voi auttaa ylittämään työkykyä uhkaavia toimintakyvyn ongelmia. Koulutuksen tuottamalla ammatillisella osaamisella onkin oleellinen merkitys työssä suoriutumiselle. Ammatilliset valmiudet voivat tukea niin työn hallintaa, työssä jaksamista kuin työhön motivoitumistakin.

Koulutusryhmittäiset työkykyerot liittynevät paitsi osaamisen merkitykseen myös laajemmin koulutustason ilmaisemaan sosioekonomiseen asemaan. Hyvin koulutetut ovat yleensä hyväosaisia myös taloudellisten, ammatillisten, sosiaalisten ja terveydellisten mittareiden mukaan. Työkyvyn kokemisen koulutustason mukaiset erot lieneekin syytä tulkita koulutuksen heijastaman sosioekonomisen kokonaisuuden näkökulmasta.

Perherakenne- ja siviilisäätyryhmiä koskevien tulosten mukaan perheen antamat sosiaaliset resurssit olivat yhteydessä koettuun työkykyisyyteen sekä miehillä että naisilla. Miehillä naimattomuus ja avioero, naisilla taas leskeksi jääminen liittyivät keskimääräistä huonompaan työkykyyn. Lasten läsnäolo perheessä lisäsi hyvän työkyvyn todennäköisyyttä parisuhteessa olevilla. Perheessä asuvat lapset voivat olla yhteydessä työkykyyn motivaation lähteinä, mutta toisaalta hyvä työkyky on voinut vaikuttaa myös perheen perustamiseen.

Kirjallisuus

- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Järvikoski A, Härkäpää K, Mannila S. Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työkykyerojen kaventaminen. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M, toim. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002, s. 267–278.
- Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M, toim. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002.
- Koskinen S, Teperi J, toim. Väestöryhmien välisten erojen supistaminen. Raportteja 243, STAKES, Jyväskylä 1999.
- Lahelma E, Koskinen S. Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot . haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M, toim. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002, s. 21–44.
- Martelin T, Koskinen S, Lahelma E. Väestöryhmien väliset terveyserot. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. Suomalaisten terveys. Duodecim, Helsinki 2005, s. 266–276.
- OECD. Transforming Disability into Ability. Policies to promote Work and Income Security for Disabled People. Paris 2003
- Piirainen H, Elo A-L, Hirvonen M, Kauppinen K, Ketola R ym. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2000. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2000.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4, Helsinki.

6.4 Onko väestön työkyky parantunut?

Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Tuija Martelin ja Raija Gould

Monien eri osoittimien mukaan suomalaisten terveys ja toimintakyky ovat viime vuosikymmeninä kohentuneet merkittävästi. Elinajanodote on kasvanut, monet sairaudet ovat harvinaistuneet ja toimintakyvyn rajoituksia on entistä harvemalla. Myös työ on muuttunut. Maatalous- ja teollisuustyön osuus on pienentynyt, tietotyön ja palvelutyön puolestaan kasvanut. 1970-luvun lopulta lähtien palkansaajien kokemassa työn ruumiillisessa rasittavuudessa ei kuitenkaan ole tapahtunut juuri lainkaan muutosta, sen sijaan työn henkinen rasittavuus on varsinkin naisilla kasvanut. Terveiden myönteinen kehitys on luonut edellytyksiä työkyvyn paranemiselle. Sen sijaan työn muutokset ovat paljon moninaisemmat.

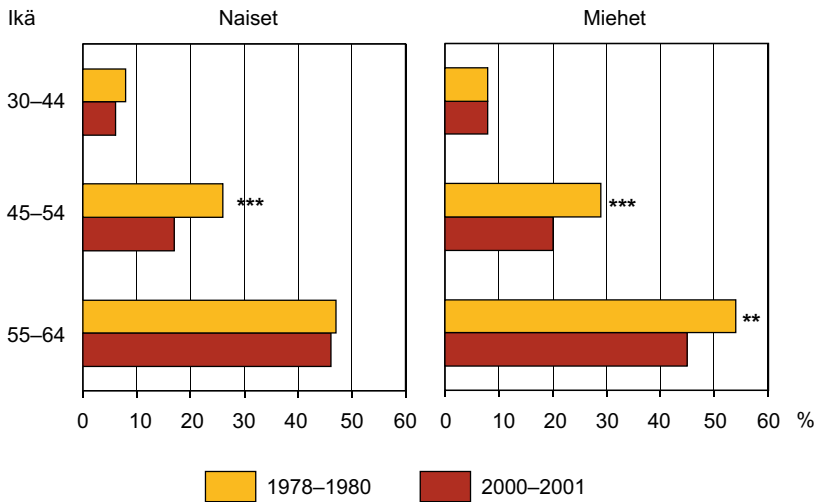
Eläketilastojen mukaan työkyvyttömyys on selvästi vähentynyt vuoden 1980 tasosta. Vuoden 2000 lopussa 30–64-vuotiaasta väestöstä oli työkyvyttömyyseläkkeellä 10 prosenttia, kun vastaava luku vuonna 1980 oli 13 prosenttia (vuoden 2000 väestön ikärakenteella vakioituna). Myönteinen kehitys näkyy kaikissa ikäryhmissä. Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus pieneni enemmän miehillä kuin naisilla ja jyrkimmin 45–54-vuotiaiden ikäryhmässä. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien väestöosuuden kehitykseen ovat vaikuttaneet monet yksilölliset, yhteiskunnalliset ja yritysten toimintaan liittyvät tekijät.

Itse arvioidun työkyvyn pitkän aikavälin muutoksista on niukalti aiempaa tutkimustietoa. 1990-luvun lopulta lähtien työikäisten työkykypistemäärä on pysynyt ennallaan ja palkansaajien työkykypistemäärä on hiukan pienentynyt. Tässä luvussa selvitetään, millaisia muutoksia työkyvyn rajoitusten yleisyydessä on tapahtunut 30–64-vuotiaassa väestössä. Tarkastelu perustuu vuosina 1978–1980 kootun Mini-Suomi-tutkimuksen ja vuosina 2000–2001 toteutetun Terveys 2000 -tutkimuksen aineistoihin. Vähäisen kadon, yhdenmukaisen otannan, tietosisällön ja tutkimuksen toteutuksen ansiosta näistä kahdesta aineistosta saatavat tulokset ovat varsin vertailukelpoisia.

Työkyvyn osoittimena käytetään tutkittavan omaa kolmiportaista arviota työkyvystään. Osittain tai kokonaan työkyvyttömänä itseään pitävät on yhdistetty yhdeksi luokaksi, jota kutsutaan työkyvyltään rajoittuneiksi.

Työkyvyn muutokset iän ja sukupuolen mukaan

Koko ikävälillä 30–64 työkykynsä rajoittuneeksi arvioivien osuus pieneni merkittävästi 1970-luvun lopusta 2000-luvun alkuun, naisilla 23 prosentista 18 prosenttiin ja miehillä 24 prosentista 19 prosenttiin. Ikäryhmittäisessä tarkastelussa selkeä myönteinen kehitys ilmenee kuitenkin ainoastaan 45–54-vuotiailla naisilla ja 45–64-vuotiailla miehillä (kuva 6.4.1). Kuten edellä todettiin, näissä ikäryhmissä myös työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus pieneni tarkastelujaksolla eniten.



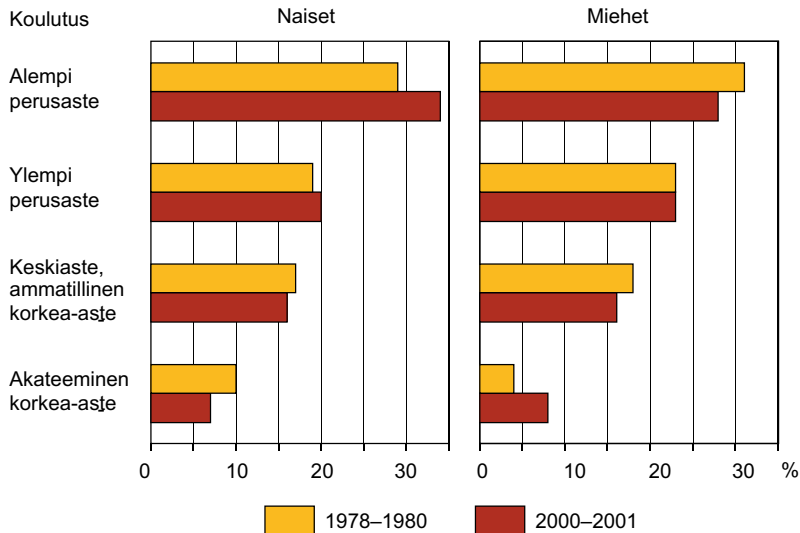
Kuva 6.4.1. Työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) naisista ja miehistä ikäryhmittäin vuosina 1978–80 ja 2000–01. Lähde: Gould ym. 2006.

Työkyvyn muutokset asuinalueen, koulutusryhmän ja siviilisäädyn mukaan

Naisilla tilastollisesti merkitsevää työkyvyn kohentumista tapahtui ainoastaan Etelä-Suomen kaupunkimaisissa kunnissa sekä Itä- ja Pohjois-Suomen muissa kuin kaupunkimaisissa kunnissa. Miehillä työkyvyn rajoitukset harvinaistuivat maan kaikissa osissa lukuun ottamatta Länsi-Suomen kaupunkimaisia kuntia.

Työkyvyn rajoitusten jyrkät koulutusryhmien väliset erot säilyivät ennallaan 1970-luvun lopusta 2000-luvun alkuun. Terveys 2000 -aineistossa työkykynsä rajoittuneeksi arvioivien osuus oli alemman perusasteen koulutuksen suorittaneiden keskuudessa miehillä lähes neljä ja naisilla peräti viisi kertaa niin suuri kuin akateemisen korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden ryhmässä (kuva 6.4.2). Missään koulutusryhmässä työkyvyn rajoitukset eivät harvinaistuneet tilastollisesti merkitsevästi.

Kun koko 30–64-vuotiaan väestön työkyky on parantunut, kuinka on mahdollista, että tämä myönteinen kehitys ei ilmene sen paremmin vähän kouluja käyneiden kuin pitkälle opiskelleidenkaan ryhmissä? Tämä näennäinen ristiriita johtuu väestön koulutustason kohoamisesta. Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneiden koulutus rakenne on huomattavan erilainen kuin Mini-Suomi-tutkimuksen vastaajien: vähintään keskiasteen koulutuksen saaneiden osuus on tuoremmassa tutkimuksessa noin kaksinkertainen vanhempaan verrattuna. Koko väestön työkyvyn koheneminen liittyy siis vahvasti väestön koulutus rakenteen muutokseen.



Kuva 6.4.2. Työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) 30–64-vuotiaista naisista ja miehistä koulutusryhmittäin vuosina 1978–80 ja 2000–01. Lähde: Gould ym. 2006.

Koulutusrakenteen ohella myös väestön siviilisäätyrakenne on selvästi muuttunut parissa vuosikymmenessä. Naimisissa olevien osuus oli pienempi ja avoliitossa olevien sekä eronneiden osuus selvästi suurempi 2000-luvun alussa kuin 1970-luvun lopussa. Naisilla leskien osuus pienentyi 20 vuoden aikana, ja molemmilla sukupuolilla naimattomien osuus jonkin verran kasvoi. Työkyvyn rajoitukset vähenivät merkittävästi ainoastaan parisuhteessa elävien ja eronneiden keskuudessa. Naisilla jopa muutoksen suunta vaihteli siviilisäätiryhmien välillä: leskinaisten työkyky huononi tilastollisesti merkittävästi.

Väestön työkyvyn koheneminen liittyy voimakkaasti väestörakenteen muutoksiin

Edellä kävi ilmi, että työkykynsä rajoittuneeksi arvioivien osuus 30–64-vuotiaista pieneni kahden vuosikymmenen aikana sekä naisten että miesten keskuudessa. Työkyvyn myönteinen kehitys koski nimenomaan 45–54-vuotiaita ja miesten osalta myös 55–64-vuotiaita. Lisäksi havaittiin, että työkyky vaihteli huomattavasti etenkin koulutuksen ja siviilisäädyn mukaisissa ryhmissä. Väestön jakautuminen tarkasteltavien tekijöiden luokkiin muuttui paljon kahdessa vuosikymmenessä: väestön koulutustaso kohosi ja avoliitot sekä avioerot yleistyivät. Siksi on mahdollista, että työkyvyn koheneminen on osittain seurausta väestörakenteen muuttumisesta.

Väestörakenteen muutoksen merkityksen selvittämiseksi tarkasteltiin, mitä näiden rakennetekijöiden vakioiminen vaikuttaa työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuuden muutukseen.

Väestön aluerakenteen muutosten huomioon ottaminen ei muuta kuvaamme työkyvyn kehityksestä 1970-luvun lopusta 2000-luvun alkuun. Sen sijaan siviilisäätöyrakenteen vakioimisen jälkeen työkyvyn rajoitusten väheneminen näyttää jopa hivenerä nopeamalta kuin ikävakioitujen tulosten mukaan. Tämä johtuu siitä, että naimisissa olevien osuus väestöstä on supistunut, ja kun naimisissa olevien työkyky on parempi kuin muiden siviilisäätöryhmien, siviilisäätöyrakenteen muutos työkyvyn kannalta epäedullisemmaksi on ollut omiaan heikentämään väestön keskimääräistä työkykyä.

Alueen ja siviilisäädyn vakioimisen vaikutus koko väestön työkyvyn muutoksia koskeviin tuloksiin on kuitenkin hyvin vähäinen, kun sitä verrataan väestön koulutusrakenteen vakioinnin vaikutuksiin. Naisten työkyvyn paraneminen 1970-luvun lopulta 2000-luvun alkuun näyttää kokonaan liittyvän koulutustason kohenemiseen. Miehillä koulutusrakenteen vakioinnin jälkeenkin työkyvyn rajoitukset näyttävät hieman vähentyneen, 30–44-vuotiaiden ryhmää lukuun ottamatta. Miehilläkään muutos työkyvyn rajoitusten yleisyydessä 1970-luvun lopulta 2000-luvun alkuun ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä, kun koulutustason kohenemisen vaikutus otetaan huomioon.

Kun samanaikaisesti vakioidaan kaikki edellä käsitellyt väestörakennetekijät, naisilla työkyvyn rajoitusten yleisyys ei ole muuttunut tilastollisesti merkitsevästi missään ikäryhmässä. Miesten koulutusrakenteen ja siviilisäätöyrakenteen muutokset ovat vaikuttaneet vastakkaisesti suuntiin, ja kun molemmat muutokset otetaan huomioon, miesten työkyvyn rajoitukset osoittautuvat vähentyneen tilastollisesti merkitsevästi, joskaan myönteinen muutos ei ole läheskään yhtä jyrkkä kuin pelkästään ikävakioitujen tulosten (kuva 6.4.2) mukaan.

Nämä havainnot eivät kiistä sitä ikävakioituihin tuloksiin perustuvaa päätelmää, että työikäisen väestön, etenkin 45–54-vuotiaiden naisten ja 45–64-vuotiaiden miesten, työkyky koheni kahdessa vuosikymmenessä huomattavasti. Sen sijaan väestörakenteen vakioinnin vaikutukset osoittavat, että naisten työkyvyn koheneminen näyttää liittyvän kokonaan siihen, että aiempaa suurempi osa naisista on suorittanut perusasteen jälkeisiä opintoja. Miesten työkyvyn koheneminen ei sen sijaan näytä selittyvän pelkästään väestörakenteeseen liittyvillä tekijöillä.

Yhteenveto ja päätelmät

Väestön koulutusrakenne kohosi 1900-luvun lopulla nopeasti: 1970-luvun lopussa lähes seitsemän kymmenestä työikäisestä oli suorittanut ainoastaan perusasteen tutkinnon, mutta 2000-luvun alussa tähän koulutusryhmään kuului enää kolme kymmenestä. Työikäisten naisten työkyvyn koheneminen liittyy kokonaan väestön koulutusrakenteen muutokseen ja miestenkin työkyvyn kohenemisestä suuri osa.

Koulutuksen voimakas yhteys työkykyyn ja koulutusrakenteen vakioinnin huomattava vaikutus työkyvyn muutoksia koskeviin tuloksiin voi johtua monesta eri tekijästä. Voi olla, että korkeampi koulutus edistää työkyvyn säilymistä työtehtävistä riippumatta esimerkiksi muokkaamalla työ- ja elintapoja terveyttä edistävämmiksi

ja luomalla parempia edellytyksiä työkyvyn ylläpitämistä tukevien palvelujen käyttöön. Toisaalta on ilmeistä, että runsaan kahden vuosikymmenen aikana tapahtunut koulutustason kohoaminen myös heijastaa suuria muutoksia ammattirakenteessa ja työelämässä. Toimistotyö on yleistynyt ja fyysisesti kuormittavimmissa ja vaativimmissa ammateissa työskentelee aiempaa selvästi pienempi osa työvoimasta. Tämä on osaltaan vähentänyt fyysiseen työkykyyn kohdistuvia vaatimuksia. Koulutuksen vaikutuksina tämän luvun analyysissä ilmenevät tulokset saattavatkin heijastaa suurelta osin ammattirakenteen ja työtehtävien muutoksia fyysisesti vähemmän vaativiksi. Toisaalta työelämässä on tapahtunut myös vaatimusten kovenemista, joka saattaa liittyä osin koulutustason kohoamiseen: monipuolista osaamista edellyttävät ja psyykkisesti kuormittavat työtehtävät lienevät yleistyneet, minkä voidaan olettaa lisäävän koettuja työkyvyn rajoituksia. Koulutus- ja ammattirakenteen sekä työtehtävien muutokset kytkeytyvät tiiviisti toisiinsa, eikä niiden vaikutuksia tässä luvussa esitettyihin tuloksiin voida erottaa toisistaan.

Kirjallisuus

- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J ym. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki ja Turku 1989.
- Aromaa A ja Koskinen S (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2002, Helsinki 2002. <http://www.ktl.fi/publications/2002/b3.pdf>
- Gould R. Työttömyys ikääntyneiden työkyvyttömyyseläkekäytännössä 1990-luvulla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2001;38:172–185.
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Hytti H. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen yhteiskunnalliset taustatekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:87, Helsinki 1993.
- Hytti H. Varhainen eläkkeelle siirtyminen . Suomen malli. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 32, Helsinki 1998.
- Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J, Tossavainen A, toim. Työ ja terveys Suomessa 2003. Työterveyslaitos, Helsinki 2004.
- Koskinen S, Martelin T, Notkola I-L, Notkola V, Pitkänen K, Jalovaara M, Mäenpää E, Ruokolainen A, Ryyänen M, Söderling I, toim. Suomen väestö. Gaudeamus, Helsinki 2007.
- Lehto A-M, Sutela H. Uhkia ja mahdollisuuksia. Työolotutkimusten tuloksia 1977–2003. Tilastokeskus, Helsinki 2004.
- Piirainen H, Hirvonen M, Elo A-L, Huuhtanen P, Kandolin I ym. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2003. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2003.
- Työministeriö. Työolobarometri. Lokakuu 2008. http://www.tem.fi/files/23217/TEM_33_2009_tyo_ja_yrittajyys.pdf

7 Työkykyyn vaikuttavat tekijät

Hyvä työkyky merkitsee tasapainoa työntekijän voimavarojen, työn vaatimusten ja mahdollisuuksien sekä työn ulkopuolisen ympäristön piirteiden kesken. Näiden kaikkien tekijöiden voidaan olettaa vaikuttavan työntekijän arvioon omasta työkyvystään. Tässä luvussa selvitetään, millä tavoin itse arvioitu työkyky on yhteydessä näihin tekijöihin. Henkilön voimavaroista tarkastellaan terveyttä, sairauksia, toimintakykyä, osaamista, suhtautumista työhön sekä sosiaalista tukea. Lisäksi käsitellään työn vaatimusten, mahdollisuuksien, sisällön ja organisoinnin yhteyttä koettuun työkykyyn. Tarkastelun tavoitteena on nostaa esiin niitä koettuun työkykyyn liittyviä tekijöitä, joihin vaikuttamalla väestön työkykyä voitaisiin kohentaa.

Työntekijän arvio omasta työkyvystään perustuu työssä suoriutumisen kokemuksiin ja sisäistettyihin normeihin. Huonoksi koettu työkyky voi liittyä terveyden heikkenemiseen, osaamisen tai motivaation puutteeseen, työn raskauteen, työyhteisöllisiin vaikeuksiin, työn organisoinnin ongelmiin tai muihin työprosessin tai työn ulkopuolisen elämänpiirin ongelmiin. Arvio omasta työkyvystä voi siten sisältää eri tavoin painottuneita näkemyksiä työssä jaksamisesta, työn hallinnasta, työmahdollisuuksista ja työyhteisöön osallisuudesta.

7.1 Työkyky ja terveys

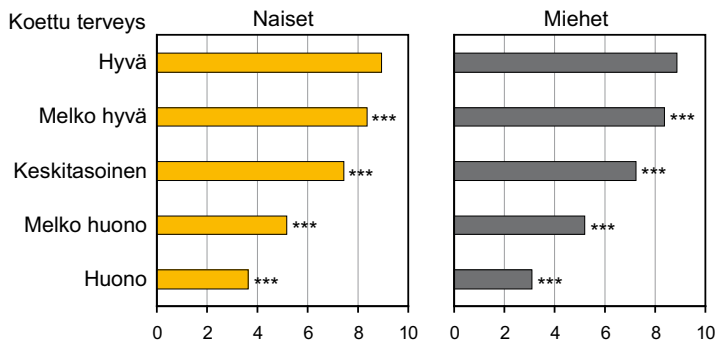
Seppo Koskinen, Tuija Martelin, Päivi Sainio ja Raija Gould

Hyvä terveys on hyvän työkyvyn keskeinen lähtökohta sekä työntekijöiden ja työnantajien että tutkijoiden ja lainsäätäjän näkökulmasta. Terveiden heikkeneminen voi aiheuttaa toimintakyvyn rajoituksia, jotka muista voimavaroista, työstä ja työoloista riippuen voivat heikentää työkykyä. Samanlaisen sairauden tai vamman aiheuttama haitta työssä jaksamisessa ja työn hallinnassa vaihtelee siten sen mukaan, millaisessa työssä, työympäristössä ja työorganisaatiossa yksilö toimii ja minkälaiset hänen muut työn tekemiseen liittyvät voimavaransa ovat.

Eläkerekistereiden perusteella saadaan tarkat tiedot eri sairauksien merkityksestä juridisesti määritellyn työkyvyttömyyden perusteina. Mielenterveyden häiriöt ovat Suomessa tärkein työkyvyttömyyseläkkeiden sairausperuste. Yli puolet alle 55-vuotiaiden voimassaolevista työkyvyttömyyseläkkeistä oli myönnetty mielen-terveyden häiriöiden takia. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat toisella ja sydän- ja verisuonitaudit kolmannella sijalla, mutta niiden osuus on selvästi pienempi. Eri sairauksien yhteydestä koettuun työkykyyn on vähemmän tietoa. Tässä luvussa tarkastellaan itse arvioitua työkyvyn yhteyttä koettuun terveyteen ja eräisiin yleisiin sairauksiin 30–74-vuotiaassa väestössä. Sairastavuuden osoittimina käytetään henkilön omaa ilmoitusta siitä, mitä sairauksia lääkäri on hänellä todennut.

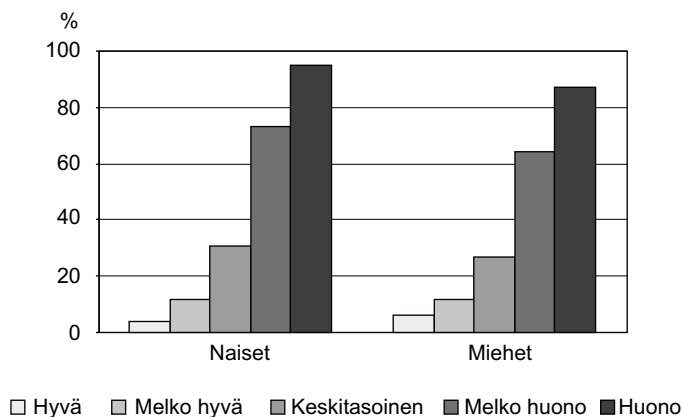
Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus

30–64-vuotiaista naisista kuusi prosenttia ja miehistä kymmenen prosenttia arvioi oman terveytensä melko huonoksi tai huonoksi. Tämä pienehkö, terveyttään huonona tai melko huonona pitävä ryhmä arvioi työkykynsä vastaavan enää keskimäärin kolmannelta parhaasta elämänaikaisesta työkyvystään (työkykypistemäärä naisilla 3,6 ja miehillä 3,1, kuva 7.1.1), ja heistä noin 90 % piti työkykyään rajoittuneena. Vastaavasti lähes kaikki (95 %) terveyttään hyvänä tai melko hyvänä pitävistä – joita oli noin kaksi kolmasosaa kaikista tutkituista – olivat omasta mielestään täysin työkykyisiä (kuva 7.1.2). Työkykyisten osuus pieneni kuitenkin varsin jyrkästi iän karttuessa olipa koettu terveys hyvä tai huono.



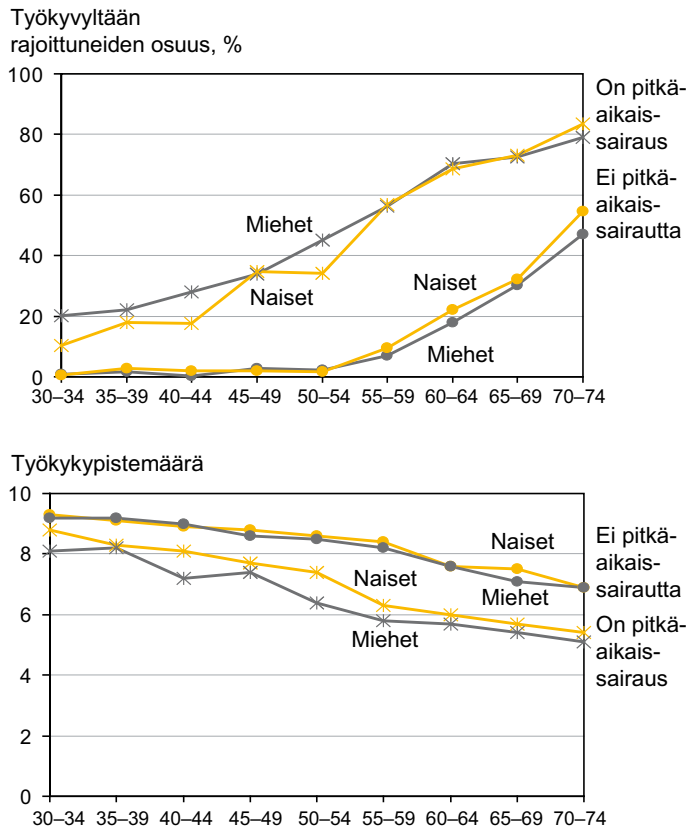
Hyvän terveyden ryhmän ja muiden terveydentilaryhmien välisen työkykyeron tilastollinen merkitsevyys: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Kuva 7.1.1. Työkykypistemäärän ikävakioidu keskiarvo koetun terveyden mukaan, 30–64-vuotiaat.
Lähde: Gould ym. 2006.



Kuva 7.1.2. Työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) koetun terveyden mukaan.
Lähde: Gould ym. 2006.

Lähes joka toinen 30–64-vuotias ilmoitti, että hänellä on ainakin yksi pitkäaikainen sairaus, vika tai vamma. Alle 45-vuotiaista pitkäaikaissairaista vain noin joka viides piti työkykyään rajoittuneena, mutta 55–64-vuotiaista jo kaksi kolmasosaa. Niistä alle 55-vuotiaista, joilla ei ollut yhtään pitkäaikaissairautta, vain pari prosenttia arvioi työkykynsä rajoittuneeksi, mutta tätä vanhempien keskuudessa työkyvyn rajoitukset yleistyivät iän mukana huomattavasti myös terveiden joukossa. Työkyky pistemäärä erottelee hienojakoisemmin tutkittavien työkykyä silloinkin, kun merkittäviä työkyvyn rajoituksia ei ole. Kuvan 7.1.3 alaosasta näkyikin, että terveidenkin alle 55-vuotiaiden joukossa työkyky pistemäärä pienenee iän karttuessa.



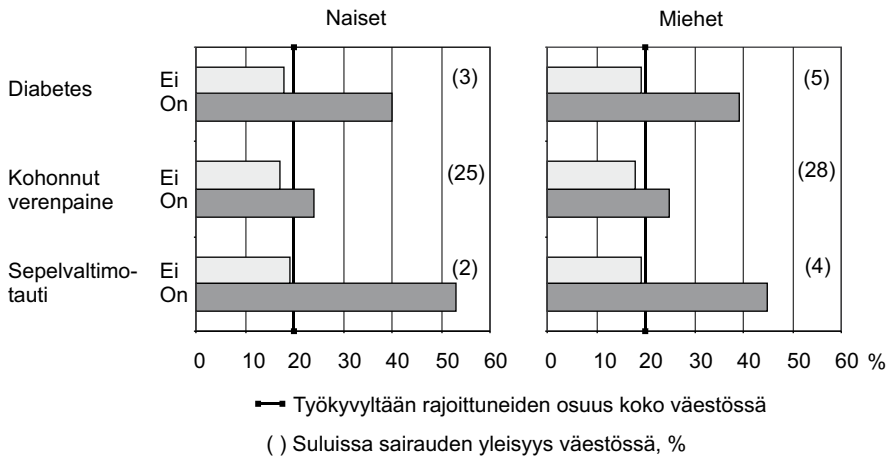
Kuva 7.1.3. Työkyvyltään rajoittuneiden osuus (%) ja työkyky pistemäärän keskiarvo pitkäaikaissairaiden ja muiden keskuudessa. Lähde: Gould ym. 2006.

Sydän- ja verisuonitaudit ja diabetes

Sepelvaltimotaudilla oli erittäin voimakas yhteys koettuun työkykyyn. Sydäninfarktin tai muun sepelvaltimotaudin ilmenemismuodon raportoi kaksi prosenttia 30–64-vuotiaista naisista ja neljä prosenttia miehistä. Sepelvaltimotautia sairastavat arvioivat elämänaikaisesta parhaasta työkyvystään olevan jäljellä vajaat 60 % (työkykypistemäärä 5,8–5,9), kun muiden tutkittujen joukossa työkykypistemäärän keskiarvo oli yli 8. Noin puolet tautia sairastavista 30–64-vuotiaista piti työkykyään rajoittuneena, kun tautia sairastamattomien keskuudessa työkyvyn rajoituksia oli vain vajaalla viidenneksellä (kuva 7.1.4).

Myös diabetesta sairastavien parissa työkykypistemäärä oli alhaisempi ja työkyvyn rajoitukset olivat selvästi yleisempiä kuin muussa väestössä: 30–64-vuotiaista diabeteksen ilmoittaneista lähes 40 prosenttia arvioi työkykynsä rajoittuneeksi, kun muiden tutkittujen keskuudessa työkyvyn rajoituksia oli vajaalla 20 prosentilla.

Verenpainetaudin yhteys koettuun työkykyyn ei ollut yhtä jyrkkä kuin sepelvaltimotaudin ja diabeteksen: 30–64-vuotiaista verenpainetautia sairastavista neljäsosa arvioi työkykynsä rajoittuneeksi, muista tutkituista hieman runsas kuudesosa. Verenpainetauti on kuitenkin edellä mainittuja sairauksia selvästi yleisempi: lääkärin toteamaa verenpainetautia ilmoitti sairastavansa kaikista 30–64-vuotiaista naisista joka neljäs ja miehistä jopa hieman useampi. Yleisyytensä takia verenpainetaudin merkitys väestön työkyvyn rajoittajana on jopa suurempi kuin sepelvaltimotaudin tai diabeteksen.

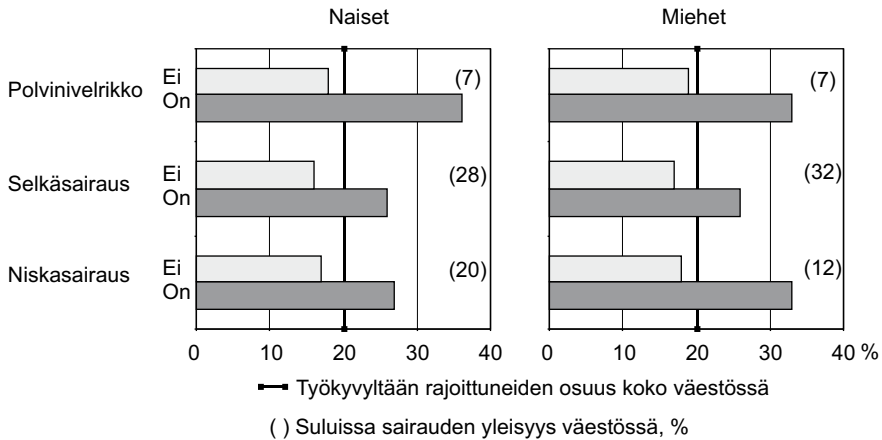


Kuva 7.1.4. Työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) verenkiertoelinsairauksia tai diabetesta sairastavien ja muiden tutkittujen keskuudessa. Lähde: Gould ym. 2006.

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet

Lääkärin toteaman selkäsairauden ilmoitti lähes kolmasosa 30–64-vuotiaista, niskasairauden noin joka viides nainen ja joka kahdeksas mies. Polvinivelrikkoa ilmoitti sairastavansa noin joka viidestoista 30–64-vuotias, ja naisilla käsinivelrikko oli hieman yleisempi. Sen sijaan miehillä käsinivelrikkoa ja kummallakin sukupuolella lonkkanivelrikkoa esiintyi vain 2–3 prosentilla tutkituista (kuva 7.1.5).

Edellä mainituista tuki- ja liikuntaelinten sairauksista lonkkanivelrikko oli voimakkaimmin yhteydessä työkyvyn rajoittumiseen, ja tämä korostui miehillä: tautia sairastavien miesten ryhmässä työkykypistemäärä oli 6,4 ja naisten ryhmässä 7,2. Lonkkanivelrikkoa sairastavista miehistä hieman yli puolet ja naisista lähes 40 prosenttia arvioi työkykynsä rajoittuneen (kuva 7.1.5). Myös polvi- ja käsinivelrikkoa sairastavien parissa työkyvyn rajoittuminen oli hieman yleisempää kuin selkä- tai niskasairauksia sairastavien keskuudessa. Niska- ja etenkin selkäsairaudet olivat kuitenkin yleisyytensä takia väestössä tärkeimmät työkykyä rajoittavat tuki- ja liikuntaelinvaivat.



Kuva 7.1.5. Työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavien ja muiden tutkittujen keskuudessa. Lähde: Gould ym. 2006.

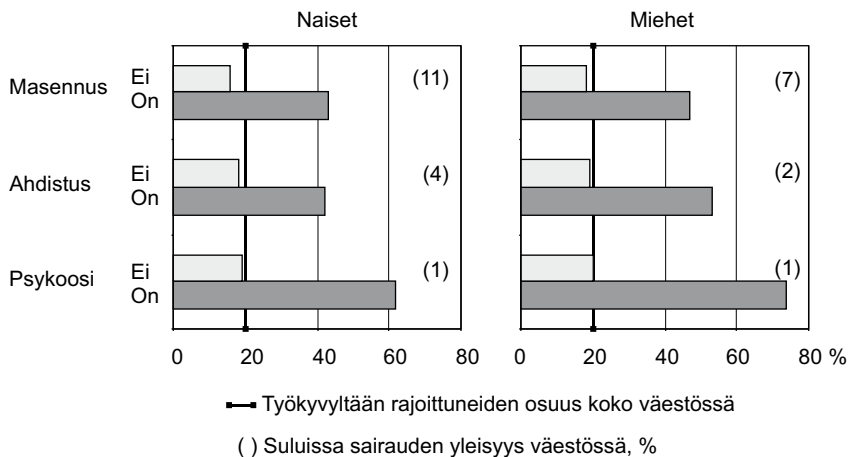
Mielenterveyden häiriöt

Noin joka yhdeksäs 30–64-vuotias nainen ja joka neljästoista mies ilmoitti lääkärin joskus todenneen heillä masennuksen. Hieman yli yksi prosentti haastatelluista ilmoitti lääkärin toteaman psykoosin. Nämä haastatteluun perustuvat arviot masennuksen ja psykoosin esiintyvyydestä vastaavat kohtuullisesti muiden lähteiden tietoja. Ahdistuneisuushäiriöistä suurin osa ei ilmeisesti tullut esiin haastattelussa, sillä vain neljä prosenttia työikäisistä naisista ja kaksi prosenttia miehistä ilmoitti lääkärin todenneen heillä ahdistushäiriön, kun länsimaissa noin 10–15 prosentin väestöstä arvioidaan kärsineen ahdistuneisuushäiriöistä viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Mielenterveyden häiriöistä psykoosi oli kaikkein voimakkaimmin yhteydessä itse arvioituun työkyvyn rajoittumiseen, ja vain noin neljäsosa psykoosin ilmoittaneista miehistä ja runsas kolmasosa naisista piti työkykyään hyvänä (kuva 7.1.6). Myös masennuksen ja ahdistuneisuushäiriön ilmoittaneista vain noin puolet piti työkykyään hyvänä.

Työkyky pistemäärää tarkasteltaessa psykoosi ei erottunut muista mielenterveyden häiriöistä: psykoosin ilmoittaneiden miesten arvio työkyvystään oli jopa lähempänä parasta elämänaikaista työkykyä kuin masennuksen tai ahdistuneisuushäiriön ilmoittaneiden miesten. Tämä hieman yllättävä havainto johtunee ainakin osin siitä, että suuri osa psykoosiin sairastuneista on sairastunut nuorena, ja näiden henkilöiden työkyky on parhaimmillaankin voinut usein olla melko heikko.

Yleisyytensä vuoksi masennuksen vaikutus väestön työkykyyn on kuitenkin vielä suurempi kuin psykoosin. Masennuksella oli voimakas yhteys työkykyyn kaiken ikäisillä ja molemmilla sukupuolilla. Mikäli esimerkiksi 45–54-vuotiaiden ikäryhmässä voitaisiin eliminoida masennuksen merkitys työkykyä heikentävän tekijänä, kyseisen ikäryhmän naisista vain 13 prosenttia kokisi työkykynsä rajoittuneeksi. Koska työkyvyltään rajoittuneiden osuus kaikista kyseisen ikäryhmän naisista oli 17 prosenttia, masennuksen työkykyvaikutuksen poistaminen tarkoittaisi, että noin neljäsosa 45–54-vuotiaiden naisten työkyvyn rajoitteista häviäisi.



Kuva 7.1.6. Työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) mielenterveyden häiriöitä sairastavien ja muiden tutkittujen keskuudessa. Lähde: Gould ym. 2006.

Sairauksien yhteys työkykyyn työssä käyvien, työttömien ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien keskuudessa

Lähes kaikki sairaudet olivat yleisimpiä työkyvyttömyyseläkeläisillä ja harvinaisimpia työssä käyvillä – työttömien sairastavuuden asettuessa näiden ryhmien välimaastoon. Sama järjestys näkyy myös työkyvyssä: työssä käyvien keskimääräinen työkykypistemäärä oli paras (naisilla ja miehillä 8,6), työkyvyttömyyseläkeläisten huonoin (naisilla 4,5 ja miehillä 5,0) ja työttömien siltä väliltä (naisilla 7,4 ja miehillä 7,8).

Työssä käyvien ja työttömien keskuudessa sairauksilla oli vahva yhteys työkykyyn: useimpien sairauksien kohdalla sairauden ilmoittavien työkykypistemäärä oli selvästi pienempi kuin niiden työssä käyvien, joilla kyseistä sairautta ei ollut. Työkyvyttömyyseläkeläisillä yksittäisten sairauksien yhteys työkykyyn oli heikko: tiettyä sairautta sairastavien työkyky ei yleensä olennaisesti poikennut niiden työkyvystä, joilla kyseistä sairautta ei ollut. Tämä tulos johtunee siitä, että kaikilla työkyvyttömyyseläkeläisillä on jokin työkykyä heikentävä sairaus. Nekin, joilla tarkasteltavaa sairautta ei ollut, sairastivat kuitenkin jotain muuta työkykyä rajoittavaa sairautta.

Masennus näyttää heikentävän itse arvioitua työkykyä erityisen voimakkaasti, ja tämä yhteys ilmeni kaikissa ryhmissä, myös työkyvyttömyyseläkeläisillä. Työssä olevilla miehillä myös sepelvaltimotauti, verenpainetauti, diabetes, polvinivelrikko ja selkäsairaus olivat yhteydessä työkykyyn. Koko työssä käyvän miesväestön työkyvyn heikentäjänä selkäsairaus näyttää olevan edellä mainituista tärkein. Masennus ja selkäsairaus näyttävät olevan tärkeimpiä työssä käyvien naisten ja miesten työkykyä rajoittavia sairauksia.

Sairauksien yhteys työkykyyn työn ruumiillisen rasittavuuden mukaisissa ryhmissä

Vaikka sairaimmat ruumiillista työtä tehneistä lienevät jo aiemmin siirtyneet eläkkeelle, kaikki tarkastellut sairaudet – sepelvaltimotautia lukuun ottamatta – olivat raskasta ruumiillista työtä edelleen tekevillä naisilla selvästi yleisempiä kuin fyysisesti kevyemmissä ammateissa työskentelevillä naisilla. Sen sijaan miehillä sydäntautien lisäksi myös astma ja haittaavat allergiat olivat harvinaisempia raskasta ruumiillista työtä tekevillä kuin muilla.

Sairauksien työkykyä heikentävä vaikutus ilmeni selvimmin raskasta ruumiillista työtä tekevien ryhmässä. Erityisesti masennuksesta kärsivät raskasta ruumiillista työtä tekevät arvioivat työkykynsä huonoksi. Melko kevyttä työtä tekevän väestön työkykyä näyttävät heikentävän eniten selkäsairaudet. Lisäksi naisilla myös masennuksen ja polvinivelrikon ja miehillä sydänsairauksien, verenpainetaudin ja diabeteksen yhteys työkyvyn rajoittuneisuuteen oli tilastollisesti merkitsevä. Kevyttä työtä tekevien työkykyä heikensivät tarkastelluista sairauksista tilastollisesti merkitsevästi ainoastaan selkäsairaudet ja masennus, miehillä myös sydäntauti ja verenpainetauti.

Yhteenveto ja päätelmät

Työikäisten oma arvio työkyvystään on erittäin voimakkaasti yhteydessä koettuun terveyteen. Terveyttään keskitasoisena pitävien keskuudessa työkyvyn arvioiminen rajoittuneeksi oli noin kuusi kertaa niin yleistä kuin terveyttään hyvänä pitävien joukossa, ja terveyttään huonona pitävien keskuudessa työkyvyn rajoittuneisuus oli peräti 15–20 kertaa niin yleistä kuin hyvän terveyden omaavilla. Varsinkin naisten joukossa lähes kaikki terveytensä huonoksi kokevat arvioivat myös työkykynsä huonoksi. Koettu työkyky ja koettu terveys eivät kuitenkaan ole sama asia. Niistäkin, jotka pitivät terveyttään hyvänä, osa koki työkykynsä rajoittuneeksi, ja toisaalta terveytensä huonoksi arvioivien joukossa oli myös niitä, jotka kokivat itsensä täysin työkykyisiksi. Lisäksi tulokset osoittivat, että vaikka työkyvyn rajoittuneisuus oli huomattavasti yleisempää pitkäaikaissairaiden kuin terveiden keskuudessa, terveilläkin työkyvyn ongelmat yleistyivät iän myötä.

Aikaisempien tutkimusten mukaan sairaus ja työkykyongelmat eivät aina liity toisiinsa. Työkykyongelmia voi olla sekä terveillä että sairailta, mutta ongelmien painopiste on erilainen. Terveillä työkykyongelmaisilla ongelmat liittyvät usein työn hallintaan ja sen menetykseen, kun taas sairailta työkykyongelmaisilla korostuu työn fyysinen rasittavuus. Toisaalta työkykyarvion voimakas yhteys terveyteen kertoo kuitenkin siitä, että vaikka työntekijöiden mielessä työkyvyttömyys olisikin laajempi käsite kuin sairauden aiheuttama haitta, se kuitenkin useimmiten liitetään sairauksiin. Poikkileikkausaineisto ei kerro onko vaikutussuunta aina sairaudesta työkyvyn heikkenemiseen. Kyse voi myös olla esimerkiksi sosiaalisten tekijöiden hallitsemasta työkyvyttömyysurasta, jossa työelämän ongelmiin painottuvaan työkyvyn heikkenemiseen vasta myöhemmin liittyy sairauden oireita.

Tulokset osoittivat, että kaikki yleiset kansansairaudet heikentävät väestön työkykyä. Tässä käsitellyistä sairauksista kaikkein voimakkaimmin työkyvyn heikkenemiseen liittyivät mielenterveyden häiriöt, etenkin psykoosi, ja sepelvaltimotauti. Sairauden merkitys väestön työkyvyn heikentäjänä riippuu kuitenkin sekä sairauden yleisyydestä että siitä, kuinka paljon huonompi kyseistä sairautta sairastavien työkyky on verrattuna muun väestön työkykyyn. Yksittäisen työntekijän työkykyä jyrkästi heikentävällä harvinaisemmalla sairaudella voi siten olla väestön työkykyisyyden kannalta vähemmän merkitystä kuin yleisillä, vaikkakin lievemmin työkykyyn vaikuttavilla sairauksilla. Haastattelutietojen valossa eniten väestön työkykyä näyttivät heikentävän työikäisillä varsin yleiset sairaudet: masennus, selkä- ja niskasairaudet sekä verenpainetauti. Masennus ja selkäsairaudet ovat myös yleisimpiä työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena olevia sairauksia. Molemmat sairaudet liittyivät koettuun työkyvyn rajoittuneisuuteen sekä raskasta ruumiillista työtä että kevyempää työtä tekeville. Tämä havainto lienee yhteydessä aiemmin esitettyyn tulokseen työssä selviytymisen ongelmista eri ammattialoilla. Työn fyysisen rasituksen ongelmat olivat yleisiä myös toimihenkilöammateissa ja toisaalta henkisen rasituksen ongelmia esiintyi runsaasti myös työntekijäammateissa.

Kirjallisuus

- Aromaa A ja Koskinen S (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2002, Helsinki 2002. <http://www.ktl.fi/publications/2002/b3.pdf>
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Järvikoski A. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutussäätiön tutkimuksia 46, Helsinki 1994.
- Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta. Teoksessa: Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M, Wikström J. Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY, Porvoo, Helsinki, Juva 1995, s. 49–92.
- Järvikoski A, Härkäpää K, Mannila S. Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Kuntoutus 2001(3):3–11.
- Järvikoski A, Tossavainen A, Rissanen H. Työkyvyn aleneminen ilman sairautta? Keskustelualoite varhaiskuntoutuksen käynnistämisperusteista. Kuntoutus 1991(3):31–40.
- Leino P, Hänninen K, Kivekäs J. Työolot, terveydentila ja varhaiskuntoutuksen tarve LEL-alojen työntekijöillä. LEL-työeläkekassan julkaisuja 18, Helsinki 1991.
- Lönnqvist J. Mielenterveyden ongelmat. Teoksessa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. Suomalaisten terveys. Duodecim, Helsinki 2005, s. 178–184.
- Mäkitalo J. Työkyvyn käsite. Teoksessa Antti-Poika M, Martimo KM, Husman K, toim. Työterveyshuolto. Duodecim, Helsinki 2003, s. 141–147.

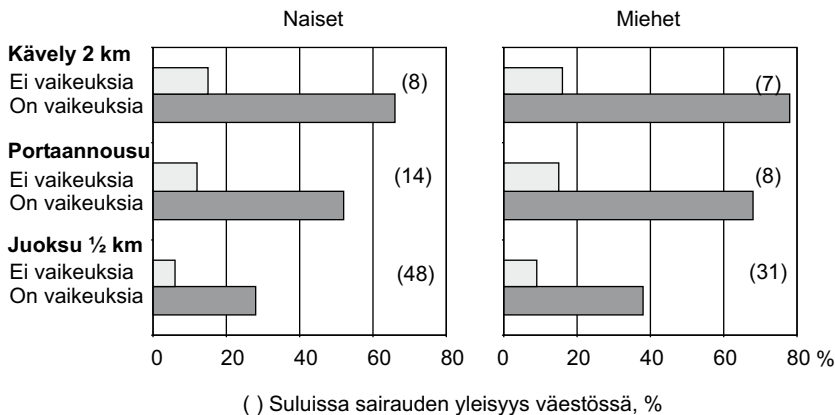
7.2 Työkyvyn yhteys toimintakyvyn eri ulottuvuuksiin

Päivi Sainio, Seppo Koskinen, Tuija Martelin ja Raija Gould

Hyvä suoriutuminen työelämässä edellyttää työntekijältä riittävää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Toimintakykyä koskevat vaatimukset voivat kuitenkin vaihdella huomattavasti esimerkiksi työn luonteesta riippuen. Tässä luvussa tarkastellaan toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden yhteyttä koettuun työkykyyn 30–74-vuotiaassa väestössä. Tarkasteluun on valittu mukaan muutamia työelämän näkökulmasta tärkeitä toimintakyvyn alueita: liikkuminen, aistitoiminnot, kognitiiviset taidot ja sosiaalinen vuorovaikutus

Liikkumiskyky

Vain hieman yli puolet kaikista 30–64-vuotiaista naisista ja noin kaksi kolmasosaa samanikäisistä miehistä arvioi suoriutuvansa vaikeuksista puolen kilometrin juoksusta. Vaikeudet kahden kilometrin kävelyssä ja portaiden nousussa usean kerron välin matkan olivat selvästi harvinaisempia kuin juoksemisvaikeudet. Kahden kilometrin kävely tuotti vaikeuksia yhtä suurelle osalle naisia ja miehiä (7–8 prosenttia), mutta fyysisesti kuormittavammat juoksu ja portaiden nousu tuottivat vaikeuksia useammin naisille kuin miehille.



Kuva 7.2.1. Työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) liikkumiskyvyn mukaan.

Lähde: Gould ym. 2006.

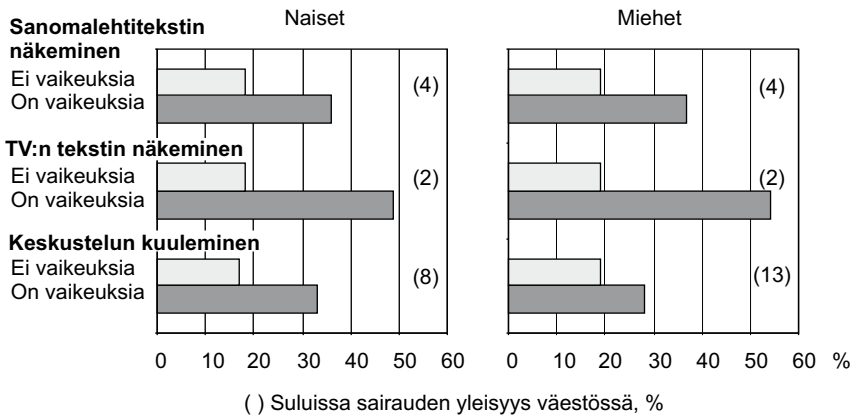
Kaikilla liikkumisvaikeuksien osoittimilla oli hyvin voimakas yhteys työkykyyn. Kaikkein selvimmin tämä ilmeni miesten kävelyvaikeuksissa. Lähes 80 prosenttia niistä miehistä, joilla oli vaikeuksia kahden kilometrin kävelyssä, koki olevansa täysin tai osittain työkyvyttömiä; sen sijaan kävelystä vaikeuksista suoriutuvista vain

runsaat 15 prosenttia piti työkykyään rajoittuneena (kuva 7.2.1). Kävelyvaikeuksia ilmoittaneiden miesten työkykypistemääräkin oli vain 4.2, muilla miehillä lähes kaksinkertainen (8.2). Myös naisilla kävelyvaikeudet liittyivät vahvasti koettuun työkykyyn. Seuraavaksi voimakkain yhteys työkykyyn oli portaiden nousemiskyvyllä. Selvä yhteys työkykyyn oli myös juoksemiskyvyllä, vaikka vain harvat työt edellyttävät juoksemista. Puolet 30–64-vuotiaista naisista ilmoitti vaikeuksia puolen kilometrin juoksemisessa, ja heistä yli neljäsosa piti työkykyään rajoittuneena. Sen sijaan ani harva (6 %) niistä noin 50 prosentista naisista, jotka arvioivat selviytyvänsä vaikeuksista juoksemisesta, koki työkykynsä rajoittuneeksi.

Työkykyrajoitukset yleistyivät iän mukana molemmilla sukupuolilla sekä liikumisvaikeuksia ilmoittaneiden että hyvin liikkumaan kykenevien keskuudessa.

Näkö- ja kuulovaikeudet

Näkö- ja kuulo-ongelmien yhteys työkykyyn oli selvä, joskin heikompi kuin edellä käsiteltyjen liikkumiskyvyn rajoitusten. Kaukonäön ongelmista kärsivillä työkyvyn rajoittuminen oli yleisintä: työkykyään piti rajoittuneena noin puolet niistä 30–64-vuotiaista, joilla oli vaikeuksia tv:n tekstin lukemisessa, mutta vain noin 18 prosenttia niistä, joilla tällaisia vaikeuksia ei ollut. Lähinäön ja miehillä varsinkin kuulon ongelmilla oli selvästi vähäisempi yhteys työkykyyn. Näkö- ja kuulovaikeuksien suhteellinen merkitys oli suurin nuorimmissa ikäryhmissä. Esimerkiksi tv:n tekstin huonosti näkevästä 30–44-vuotiaista lähes puolet piti työkykyään rajoittuneena, mutta hyvin näkevästä vain noin kuusi prosenttia. Työkyvyn rajoitukset yleistyivät iän mukana molemmilla sukupuolilla, hieman hitaammin näkö- tai kuulovaikeuksia ilmoittaneiden kuin muiden keskuudessa.

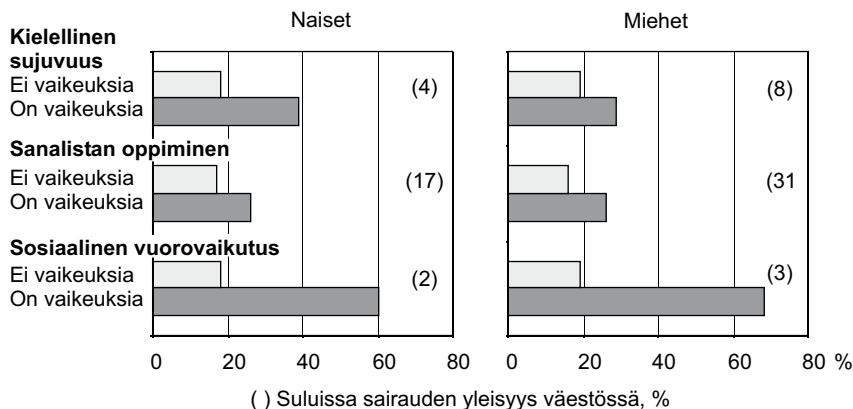


Kuva 7.2.2. Työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) näkö- ja kuulokyvyn mukaan.
Lähde: Gould ym. 2006.

Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivisten kykyjen osoittimina käytetään tässä CERAD-testisarjaan sisältyviä kielellisen sujuvuuden, sanalistan oppimisen ja viivästetyn mieleen palauttamisen testituloksia. Kielellistä sujuvuutta mitattiin pyytämällä tutkittavaa luettelemaan mahdollisimman monta eläintä yhden minuutin aikana. Alle 15 eläintä luetteli noin kuusi prosenttia tutkituista. Heidän arvionsa työkyvystään oli selvästi heikompi kuin testissä paremmin selviytyneiden (kuva 7.2.3).

Oppimis- ja muistitehtävässä kolmannen läpikäynnin jälkeen kymmenen sanan listasta alle kahdeksan sanaa muisti 17 prosenttia naisista ja peräti 31 prosenttia miehistä. Kummallakin sukupuolella alle kahdeksan sanan oppimisella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys omaan arvioon työkyvystä (kuva 7.2.3).



Kuva 7.2.3. Työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mukaan. Lähde: Gould ym. 2006.

Sosiaalinen toimintakyky

Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvän toimintakyvyn mittaaminen on ongelmallisempaa kuin esimerkiksi liikkumiskyvyn tai muistamisen; kanssakäymisessä ei ole kyse vain yhden ihmisen suorituksesta tai osallistumisesta. Vuorovaikutuskykyä ei voida määritellä vain yksilöllisistä psyykkisistä tai fyysisistä edellytyksistä lähtien, vaan rinnalle tarvitaan yksilön ulkopuolelle sijoittuvia toimintakyvyn sosiaalisia edellytyksiä. Empiirisissä tutkimuksissa onkin usein päädytty mittaamaan lähinnä sosiaalisen osallistumisen laajuutta ja ihmissuhteiden sujuvuutta eikä varsinaisesti toimintakykyä.

Tässä tarkastelussa sosiaalisen toimintakyvyn osoitin perustuu kahteen arkielämän vuorovaikutustilanteisiin liittyvään kysymykseen. Niissä tiedusteltiin vastaajan selviytymistä asioiden hoitamisesta muiden kanssa ja asioiden esittämisestä vieraille ihmisille. Kanssakäymisen on katsottu rajoittuneen, jos tutkittava on ilmoittanut vaikeuksia ainakin toisessa näistä toiminnoista.

Vain 2–3 prosenttia 30–64-vuotiaista ilmoitti vaikeuksia sosiaalisessa kanssakäymisessä. Kanssakäymisen ongelmat liittyivät voimakkaasti koettuun työkykyyn. Tällaisia ongelmia ilmoittaneista hyvin suuri osa arvioi työkykynsä rajoittuneeksi; miehillä tämä ilmeni vielä selvemmin kuin naisilla (kuva 7.2.3). Kanssakäymisen vaikeuksia ilmoittaneilla työkyvyn rajoittuminen oli erittäin yleistä jo nuorimmissa ikäryhmässä.

Toimintakyvyn yhteys työkykyyn työssä käyvien, työttömien ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien keskuudessa

Kaikki tarkastelussa mukana olevat toimintarajoitteet olivat yleisimpiä työkyvyttömyyseläkeläisillä ja harvinaisimpia työssä käyvillä (taulukko 7.2.1). Työttömät sijoittuivat näiden ryhmien väliin. Esimerkiksi kävelyvaikeuksia esiintyi vain muutamalla prosentilla työssä käyvistä, mutta työttömistä noin joka kymmenennellä ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevista miehistä peräti 37 prosentilla ja naisista 28 prosentilla. Kävelykyvyn yhteys työkykyyn oli kuitenkin tilastollisesti erittäin merkitsevä kaikissa pääasiallisen toiminnan ryhmissä: riippumatta työtilanteesta, kävelyvaikeuksia kokeneet arvioivat työkykynsä huomattavasti huonommaksi kuin ne, joilla ei ollut vaikeuksia.

Myös näkö- ja kuulovaikeuksista kärsivät arvioivat työkykynsä muita heikommaksi riippumatta siitä, olivatko he työssä tai työttöminä.

Edellä koko 30–64-vuotiaista väestöä tarkasteltaessa havaittiin, että kielellinen sujuvuus liittyi koettuun työkykyyn (kuva 7.2.3). Kun väestö jaettiin työllisiin, työttömiin ja työkyvyttömyyseläkeläisiin, yhteyttä ei kuitenkaan enää havaittu: kielellisen sujuvuuden tulos ei ollut yhteydessä työkykypistemäärään missään pääasiallisen toiminnan ryhmistä. Oppimiskyky näytti sen sijaan liittyvän työssä käyvien ja miehillä myös työttömien koettuun työkykyyn. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien keskuudessa kognitiivinen toimintakyky ei liittynyt koettuun työkykyyn: riippumatta kognitiivisesta kyvykkyydestään työkyvyttömyyseläkeläiset arvioivat työkykynsä varsin heikoksi, noin 45 prosentiksi elinaikaisesta parhaasta työkykyvyydestään.

Työssä käyvillä sosiaalisen kanssakäymisen ongelmat olivat hyvin harvinaisia: niitä oli vain noin yhdellä prosentilla. Tämä vaikeuksien vähäinen määrä selittää sitä hiukan yllättävää tulosta, että sosiaalisen toimintakyvyn vaikeudet eivät olleet yhteydessä työkykyyn työssä käyvillä. Sitä vastoin vaikeuksia kokeneiden työkyvyttömyyseläkkeellä olevien naisten työkykypistemäärä oli selvästi heikompi kuin niiden, jotka eivät kokeneet ongelmia sosiaalisessa kanssakäymisessä (taulukko 7.2.1).

Taulukko 7.2.1. Työkyvyn yhteys toimintakyvyn eri ulottuvuuksiin työssäkäyvillä, työttömillä ja eläkkeellä olevilla 30–64-vuotiailla, ikävakioitu työkykypistemääriä. Lähde: Gould ym. 2006.

	Naiset			Miehet		
	Työssä	Työtön	Eläkkeellä	Työssä	Työtön	Eläkkeellä
	n=1856	n=336	n=204	n=1844	n=270	n=246
Kävely 2 km						
Kävelyvaikeuksien esiintyvyys (%)	4	10	37	2	11	28
Työkykypistemääriä						
Pystyy vaikeuksitta	8,7	7,9	5,8	8,6	7,7	5,4
Vaikeuksia on / ei pysty	7,1***	6,0***	4,0***	6,6***	4,5***	2,8***
Keskustelun kuuntelu						
Vaikeuksien esiintyvyys (%)	8	10	13	11	13	16
Työkykypistemääriä						
Pystyy vaikeuksitta	8,6	7,8	5,1	8,6	7,6	4,5
Vaikeuksia on / ei pysty	8,1***	7,1**	4,4	8,1***	6,1***	4,3
Sanalistan oppiminen						
Vaikeuksien esiintyvyys (%)	14	23	30	27	42	42
Työkykypistemääriä						
8 sanaa tai yli	8,6	7,8	5,0	8,6	7,6	4,3
Alle 8 sanaa	8,4*	7,4	5,0	8,3***	6,9*	4,7
Sosiaalinen vuorovaikutus						
Vaikeuksien esiintyvyys (%)	1	3	22	1	5	23
Työkykypistemääriä						
Pystyy vaikeuksitta	8,6	7,7	5,2	8,5	7,4	4,5
Vaikeuksia on / ei pysty	8,4	7,8	3,2	8,3	6,1	3,9

Toimintakyvyn yhteys työkykyyn työn ruumiillisen rasittavuuden mukaisissa ryhmissä

Useimmissa töissä tarvitaan varsin monipuolista toimintakykyä. Seuraavassa tarkastellaan liikkumisvaikeuksien ja oppimisvaikeuksien yhteyttä koettuun työkykyyn kolmessa työn raskauden suhteen erilaisessa ryhmässä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana työssä olleilla.

Kahden kilometrin kävelyssä oli varsin harvalla työssä käyvällä vaikeuksia riippumatta siitä, tekivätkö he ruumiillisesti raskasta vai kevyttä työtä. Kävelyvaikeuksia kokeneet antoivat kuitenkin kaikissa kolmessa työn raskauden mukaisessa ryhmässä työkyvyilleen pienemmän pistemäärän kuin kävelystä hyvin selviytyvät (taulukko 7.2.2).

Kognitiivisen toimintakyvyn ongelmien voidaan olettaa rajoittavan työkykyä sitä enemmän, mitä suuremmat työn henkiset, etenkin kognitiiviset, vaatimukset ovat. Näistä vaatimuksista ei ollut käytettävissä täsmällistä tietoa, mutta voidaan

arvella, että kevyttä työtä tekevistä huomattava osa työskentelee kognitiivisesti vaativissa tehtävissä, ja raskaassa ruumiillisessa työssä puolestaan kognitiiviset vaatimukset eivät ole keskimäärin yhtä suuria. Sanalistan oppimistestillä mitattuna kognitiivisten toimintarajoitteiden yhteys työkykyyn oli kuitenkin varsin heikko kaikissa työn ruumiillisen rasittavuuden mukaisissa ryhmissä (taulukko 7.2.2).

Taulukko 7.2.2. Työkyvyn yhteys kävelykykyyn (2 km) ja sanalistan oppimiseen työn ruumiillisen rasittavuuden mukaan, 30–64-vuotiaat, ikävakioitu työkykypistemäärä. Lähde: Gould ym. 2006.

	Naiset			Miehet		
	Kevyt työ n=774	Melko kevyt työ n=609	Raskas työ n=598	Kevyt työ n=729	Melko kevyt työ n=423	Raskas työ n=739
Kävely 2 km						
Vaikeuksien esiintyvyys (%)	3	3	4	3	1	2
Työkykypistemäärä						
Pystyy vaikeuksista	8,8	8,7	8,5	8,8	8,6	8,4
Vaikeuksia on / ei pysty	7,9**	7,3**	6,7***	7,4**	–	6,2***
Sanalistan oppiminen						
Vaikeuksien esiintyvyys (%)	11	13	16	22	23	33
Työkykypistemäärä						
Pystyy vaikeuksista	8,8	8,7	8,5	8,8	8,6	8,4
Vaikeuksia on / ei pysty	8,7	8,7	8,1*	8,6*	8,4	8,2

¹ Luvut on ikävakioitu mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle. Työkykypistemäärän keskiarvon ero vaikeuksia ja ei vaikeuksia kokeneiden välillä: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

² Riskiväestön lukumäärä 6–19

³ Riskiväestön lukumäärä 0–5

Yhteenveto ja päätelmät

Koko 30–64-vuotiaassa väestössä liikkumisen ja sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet olivat voimakkaasti yhteydessä koettuun työkykyyn, näön ja kuulon sekä kognitiivisen toimintakyvyn vajavuudet heikommin.

Liikkumiskyvyn rajoitteet olivat selkeästi yhteydessä huonoksi koettuun työkykyyn myös kaikissa pääasiallisen toiminnan ryhmissä: työllisillä, työttömillä ja työkyvyttömyyseläkeläisillä. Samoin liikkumisvaikeudet liittyivät työkyvyn rajoittuneisuuteen sekä raskasta ruumiillista työtä tekevillä että kevyempää työtä tekevillä. Näyttääkin siltä, että liikkumisrajoitteet muodostavat sellaisen toimintakyvyn esteen, joka työn luonteesta riippumatta hyvin yleisesti vaikeuttaa työssä selviytymistä. Myöhemmän tutkimuksen selvitettäväksi jää kuitenkin se, mitkä työntekijän vahvuudet ja työprosessin, työyhteisön tai työorganisaation piirteet selittävät sen, että osa liikkumisrajoitteisista kaikesta huolimatta kokee työkykynsä erittäin hyväksi.

Kognitiivisen toimintakyvyn osoittimet liittyivät työkykyyn koko työikäistä väestöä tarkasteltaessa. Erityisesti kielellisen sujuvuuden vaikeudet olivat yhteydessä huonoksi koettuun työkykyyn. Yhteys työkykyyn hävisi kuitenkin kokonaan, kun työssä käyviä, työttömiä ja työkyvyttömyyseläkeläisiä tarkasteltiin omina ryhmään. Tämä selittyy osittain sillä, että kielellisen sujuvuuden ongelmat painoutuivat työkyvyttömyyseläkeläisten ryhmään. Tässä ryhmässä työkykyä heikentäviä tekijöitä on kuitenkin paljon, eikä yksittäisen toimintarajoitteen merkitys nouse esille. Kognitiivisen toimintakyvyn osoittimista vain sanalistan oppiminen oli yhteydessä koettuun työkykyyn työssä käyvillä. On mahdollista että kognitiiviset toimintarajoitteet ovat työllisillä lieviä, eikä niitä siksi koeta työkykyä rajoittaviksi. Toisaalta on myös mahdollista, että kyse on työkyvyn sisällöllisestä tulkinnasta. Työkyvyttömyyskäsitteen voimakas sairauspainotteisuus saattaa ohjata ihmisten ajatuksia siten, ettei sairauksiksi määrittelemättömiä kielen sujuvuuden, oppimisen ja muistamisen vaikeuksia mielletä työkykyyn liittyviksi.

Myös sosiaalisen kanssakäymisen ongelmat painoutuivat työkyvyttömyyseläkeläisten ryhmään. Tulos on jossain määrin yllättävä, sillä työyhteisöön liittyvät ongelmat haittasivat työssä selviytymistä varsin yleisesti. Ilmeisesti tässä käytetty kanssakäymisen vaikeuksien osoitin – vaikeuksia asioiden hoitamisessa muiden kanssa ja asioiden esittämisessä vieraille – kertoo niin hankalista toimintarajoitteista, ettei niiden kanssa selviydy nykyisessä työelämässä. Kyse voi olla myös työkyvyn tulkinnasta; sosiaalisen kanssakäymisen liittäminen yksilötasoiseen työkyvyn käsitteeseen voi tuntua vieraalta.

Kirjallisuus

- Aromaa A ja Koskinen S (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2002, Helsinki 2002. <http://www.ktl.fi/publications/2002/b3.pdf>
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Morris J, Heyman A, Mohs R, Hughes J, van Belle G, Fillenbaum G, Mellits E, Clark C. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer.s Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer.s disease. *Neurology* 1989; 39:1159–1165.
- Mäkitalo J. Toimintakyky ja toiminnan teoria. Teoksessa Talo S, toim. Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49, Turku 2001, s. 65–92.
- Talo S, Hämäläinen A. Strukturoidusta mallista arviointitapahtumaan: Toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset. *Kuntoutus*1997(4):3–17.

7.3 Osaaminen työkyvyn määrittäjänä

Raija Gould ja Anu Polvinen

Osaaminen on tärkeä osa laaja-alaisesti ymmärrettyä työkykyä. Tietojen ja taitojen tasapaino työn eri ulottuvuuksien kanssa edistää ja ylläpitää työkykyä. Ammatillisen osaamisen ja työn vaatimusten tai työn tarjoamien kehittymismahdollisuuksien välinen epäsuhta voi puolestaan heikentää työssä jaksamista.

Tulokset kertovat osaamisen yhteydestä työkykyyn. Ne työelämässä mukana olevat 30–64-vuotiaat, joiden osaamisvalmiudet olivat hyvät, antoivat työkyvylleen yleensä paremman pistemäärän kuin ne, joilla oli tarvetta lisäkoulutukseen. Kaikkein parhaaksi työkykynsä arvioivat ne, jotka kokivat valmiuksiensa riittävän vaativampiinkin töihin. Heistä noin kaksi kolmasosaa antoi työkyvylleen 9 tai 10 pistettä eli arvioi työkykynsä olevan lähes elinaikaisen maksimityökyvyn tasolla (taulukko 7.3.1).

Sekä osaamisvalmiudet että työkyky liittyvät koulutusasteeseen: enemmän koulutusta saaneilla on yleensä paremmat osaamisvalmiudet ja paremmaksi koettu työkyky kuin vähemmän koulutetuilla. Tästä syystä edellisessä taulukossa koulutusaste on vakioitu. Kun osaamisen ja työkyvyn yhteyttä tarkasteltiin erikseen koulutustason mukaisissa ryhmissä, yhteys osoittautui voimakkaimmaksi korkeamman koulutustason ryhmissä.

Osaaminen liittyi koettuun työkykyyn myös selvemmin naisilla kuin miehillä ja selvemmin nuoremmilla kuin vanhemmilla työntekijöillä. Nuorten korkeampi koulutustaso ei riitä selittämään ikäryhmien eroja. Hyvän osaamisen yhteys hyvään työkykyyn oli voimakkain nuoremmissa ikäryhmissä myös silloin kun koulutustaso vakioitiin.

Entä mikä on terveyden vaikutus osaamisen ja työkyvyn suhteeseen? Selittykö osaamisen yhteys koettuun työkykyyn sillä, että koulutuksen ja osaamisen puutteet saattavat liittyä terveysongelmiin, jotka puolestaan liittyvät työkyvyn heikkenemiseen? Taulukossa 7.3.2 tarkastellaan osaamisen yhteyttä työkykyyn erikseen niillä, joilla oli pitkäaikaissairauksia ja niillä, joilla ei tällaisia sairauksia ollut. Taulukon mukaan osaaminen liittyi koettuun työkykyyn vain niillä, joilla ei ollut pitkäaikaissairauksia.

Taulukko 7.3.1. Työkykynsä hyväksi (9–10) pisteyttäneiden osuus (%) osaamisen riittävyyden mukaan, työssä käyvät 30–64-vuotiaat.¹ Lähde: Gould ym. 2006.

	Naiset	Miehet
Osaamisen riittävyys		
Valmiudet riittäisivät vaativampiinkin tehtäviin	68***	61**
Valmiudet vastaavat tehtäviä	61***	54
On lisäkoulutuksen tarvetta	44	48

¹ Ikä ja koulutusaste vakioitu. Luokan "on lisäkoulutuksen tarvetta" ja muiden luokkien välisen eron tilastollinen merkittävyys: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Taulukko 7.3.2. Työkykynsä hyväksi (9–10) pisteyttäneiden osuus (%) osaamisen ja pitkäaikaissairastavuuden mukaan, työssä käyvät 30–64-vuotiaat.¹ Lähde: Gould ym. 2006.

	Naiset		Miehet	
	On sairauksia	Ei sairauksia	On sairauksia	Ei sairauksia
Osaamisen puutteita				
On	42	56	41	55
Ei	49	70**	40	64*

¹ Ikä ja koulutusaste vakioitu. Osaamisen puutteita omaavien ja ei-omaavien työkykyarvion eron tilastollinen merkitsevyys: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Yhteenveto ja päätelmät

Osaamisen ja koetun työkyvyn tarkastelu tuki käsitystä siitä, että hyvä osaaminen liittyy hyvään työkykyyn. Osaamisen puutteet liittyivät työkykyarvioon selkeimmin korkeimmin koulutetuilla ja nuorilla. Tämä tulos viitannee siihen, että etenkin ns. tietotyössä osaaminen koetaan osaksi työkykyä, kun taas käden taitoja ja konkreettista suorittamista painottavissa töissä työtaidot ja työkyky koetaan erillisiksi.

Osaaminen näytti lisäksi liittyvän työkykyyn vain niillä, joilla ei ollut pitkäaikaissairauksia. Tämä saattaa kertoa siitä, että pitkäaikaissairaat arvioivat työkykyään ensisijaisesti sairauden haittaavuuden perusteella, ja osaamisen ongelmat jäävät vähemmälle huomiolle. Sen sijaan silloin kun sairautta ei ole, osaaminen saa enemmän painoa työkykyarviossa.

Poikittaistutkimus ei kerro vaikuttaako osaaminen työkykyä edistävästi vai tukevatko hyvän työkyvyn muut osa-alueet osaamista. Työkyvyn tukemisen ja kehittämisen kannalta on kuitenkin oleellista, että osaamisen ulottuvuus on tärkeä työkykyyn liittyvä tekijä.

Kirjallisuus

Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet.

Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006.

<http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>

7.4 Työhön suhtautuminen ja työkyky

Raija Gould ja Anu Polvinen

Työhön suhtautumisella tiedetään olevan selkeä yhteys haluun jatkaa työelämässä. Työkykyyn liittyvät arvot ja asenteet muodostavat välittävän rajapinnan työn ja yksilön toimintakyvyn ja osaamisen välillä. Kokemukset työn tekemisestä, työyhteisöstä ja työorganisaatiosta suodattuvat arvojen ja asenteiden kautta työssä suoriutumiseen ja jaksamiseen. Toisaalta myös esimerkiksi toimintakyvyn ja osaamisen kokemukset heijastuvat työhön suhtautumiseen.

Työkyvyn näkökulmasta erityisesti työn sisältöön ja työn tekemiseen liittyvät motivaatiotekijät ovat kiinnostavia. Viimeaikainen tutkimus on nostanut esille mm. työhön sitoutumisen vaikutuksen työhyvinvointiin. Työn imun, kuten esimerkiksi tarmokkuuden ja ammatillisen itsetunnon, on katsottu liittyvän työhyvinvointiin johtavaan motivaatioprosessiin, kun taas väsymys ja kyyninen suhtautuminen työhön on liitetty työkykyä heikentävään uupumusprosessiin.

Työhön suhtautumista kuvataan seuraavassa tyytyväisyyden, työmotivaation, kyynisyyden ja ammatillisen itsetunnon avulla. Työhön suhtautuminen oli selkeästi yhteydessä koettuun työkykyyn. Työhönsä tyytyväiset, motivoituneet, ei-kyynisesti suhtautuvat ja hyvän ammatillisen itsetunnon omaavat pisteyttivät työkykynsä paremmaksi kuin työnsä kielteisemmin kokevat (taulukko 7.4.1).

Taulukko 7.4.1. Työkykypistemäärän keskiarvo työhön suhtautumisen mukaan, työssä käyvät 30–64-vuotiaat.¹ Lähde: Gould ym. 2006.

	Naiset	Miehet
Tyytyväisyys työhön		
Tyytyväinen	8,8	8,7
Tyytymätön	8,1***	7,9***
Työmotivaatio		
Motivoitunut	8,8	8,8
Motivaatio vähentynyt	8,4***	8,1***
Kyyninen asenne työhön		
Ei	8,8	8,7
On	8,2***	7,9***
Ammatillinen itsetunto		
Hyvä	8,8	8,7
Huono	8,1***	8,1***

¹ Ikävakiointu. Työhön myönteisesti ja kielteisesti suhtautuvien työkykypistemäärän eron tilastollinen merkitsevyys: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Työasenteiden yhteys työkykyyn näkyi selkeästi myös kun työkykyä tarkasteltiin työssä jatkamisen näkökulmasta: uskooko terveyden puolesta pystyvänsä työskentelemään nykyisessä ammatissa vielä kahden vuoden kuluttua (työkykyindeksi

osio 6). Työhön suhtautumisen mukaiset erot tulevan työssä selviytymisen arvioissa näkyivät erityisesti vanhimpien työikäisten naisten ryhmässä. Työhönsä motivoituneista 55–64-vuotiaista naisista noin 85 prosenttia uskoi selviytyvänsä työstä vielä kahden vuoden kuluttua. Sen sijaan motivaatioltaan heikentyneistä naisista näin uskoi vain noin 60 prosenttia.

Yhteenveto ja päätelmät

Myönteinen suhtautuminen työhön – tyytyväisyys, motivoituneisuus, kiinnostus ja innostus työhön – liittyivät hyvään työkykyyn. Myönteisesti työhön suhtautuvat kokivat työkykynsä paremmaksi ja he arvioivat kielteisesti suhtautuvia yleisemmin pystyvänsä terveytensä puolesta jatkamaan työssään vielä kahden vuoden kuluttua. Työasenteiden ja työkyvyn yhteys näkyi sekä uupumusprosessiin liittyvässä kyynisessä suhtautumisessa työhön että työn imuun liittyvässä myönteisissä motivaatiotekijöissä kuten ammatillisessa itsetunnossa.

Poikittaisasetelma ei kerro, onko hyväksi koettu työkyky myönteisen työasenteen syy tai seuraus vai liittyvätkö molemmat samankaltaisiin työelämän piirteisiin tai yksinkertaisesti positiiviseen mielenlaatuun. Työasenteiden ja koetun työkyvyn voimakas ja järjestelmällinen toisiinsa liittyminen tukee joka tapauksessa ajatusta, että pyrkimykset työtyytyväisyyden parantamiseksi todennäköisesti tuottavat myös työkyvyn kohenemistä ja pidempiä työuria.

Kirjallisuus

- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006.
<http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Hakanen J. Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 27. Työterveyslaitos, Helsinki 2004.
- Hakanen J, Bakker A, Schaufeli W. Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology* 2005;43:495–513.

7.5 Työ ja työympäristö työkyvyn määrittäjinä

Jorma Seitsamo, Kaija Tuomi, Juhani Ilmarinen ja Raija Gould

Aiemmin esitettyjen työkykymallien mukaan työ on työntekijän toimintakyvyn ohella tärkein työkykyyn liittyvä tekijä. Työn vaatimukset ja voimavaratekijät, työympäristö, työyhteisö, työn organisointi, työprosessi ja koko työn tekemiseen liittyvä kulttuuri vaikuttavat työkyvyn kokemuksiin ja määrittävät hyvän työkyvyn normeja. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että monet työn suotuisat piirteet kuten vaikutusmahdollisuus ja työn kehittävyys liittyvät hyvään työkykyyn, kun taas työn kuormittavat vaatimukset ovat yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn.

Tässä jaksossa tarkastellaan työkyvyn yhteyttä työn vaatimuksiin ja sisältöön 30–64-vuotiaassa väestössä. Tarkastelun kohteena ovat ne, jotka olivat olleet työssä tutkimushetkeä edeltäneiden 12 kuukauden aikana. Valtaosa oli työssä myös tutkimusajankohtana, joten ryhmää kutsutaan työssä käyviksi. Työkyvyn osoittimena käytetään pääasiassa kolmiportaista työkykyarviota. Osittain tai kokonaan työkyvyttöminä itseään pitäviä kutsutaan työkyvyltään rajoittuneiksi.

Työn fyysiset vaatimukset ja henkinen rasittavuus

Työn fyysisistä vaatimuksista voimakkaimpia työkyvyn selittäjiä olivat työn ruumiillinen raskaus, voimaa vaativa käsityö ja huonot työasennot. Sekä miesten että naisten keskuudessa työkyvyltään rajoittuneiden osuus oli suurin ruumiillisesti raskasta työtä tekevillä, sen sijaan kevyttä tai melko kevyttä työtä tekevien välillä ei ollut eroa koetussa työkyvyn rajoittuneisuudessa (taulukko 7.5.1). Työkyky pistemäärän ja työkykyindeksin keskiarvot olivat kuitenkin kevyen työn ryhmässä kaikkein parhaimmat.

Suuri riski kokea työkykynsä rajoittuneeksi oli töissä, joissa oli useammin kuin satunnaisesti huonoja työasentoja tai voimaa vaativaa käsityötä. Tällaista työtä tekevien keskuudessa oli työkyvyltään rajoittuneita kaksinkertainen määrä kevyempää työtä tekeviin verrattuna. Työn fyysisten vaatimusten suurta merkitystä työkyvyille korostaa se, että nämä haitat olivat yleisiä. Voimaa vaativaa käsityötä esiintyi useammin kuin satunnaisesti joka viidennellä ja hankalia työasentoja joka kolmannella työssä käyvällä 30–64-vuotiaalla.

Etenkin 55–64-vuotiailla naisilla työn fyysiset vaatimukset liittyivät työkyvyn rajoittumiseen. Niistä 55–64-vuotiaista naisista, jotka tekivät vähintään puolet työstä ajasta voimaa vaativaa käsityötä, joka toinen koki työkykynsä rajoittuneeksi. Vanhimman ikäryhmän miehillä työn ruumiillisen rasittavuuden ja työkyvyn yhteys oli huomattavasti heikompi (kuva 7.5.1).

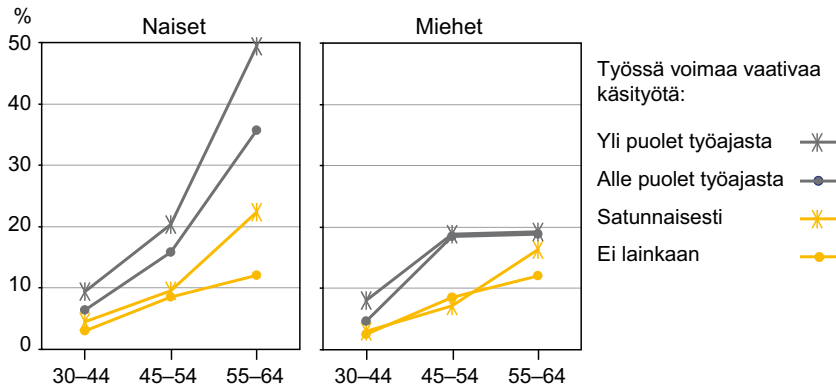
Taulukko 7.5.1. Työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) sekä työkykypistemäärän ja työkykyindeksin ikävakioidu keskiarvo työn ruumiillisen raskauden mukaan, työssä käyvät.
Lähde: Gould ym. 2006.

Työn ruumiillinen raskaus	Työkyvyltään rajoittuneiden osuus, %				OR ^{1,2}	Työkykypistemäärä ²	Työkykyindeksi ²
	30–44	45–54	55–64	30–64 ³	30–64 ³	30–64 ³	30–64 ³
Naiset							
Kevyt työ	5	7	14	7	1	8,8	40,7
Melko kevyt työ	2	9	14	7	0,9	8,7	40,1*
Raskas työ	5	16	34	13	2,1***	8,5***	38,3***
Miehet							
Kevyt työ	4	8	10	6	1	8,8	41,4
Melko kevyt työ	2	10	13	6	1,0	8,6**	40,7**
Raskas työ	5	12	25	10	1,8**	8,3***	39,2***

¹ Odds ratio (OR) eli ristitulosuhde, kuvaa tässä työkyvyn rajoittuneisuuden yleisyyttä muissa ryhmissä verrattuna kevyttä työtä tekeviin.

² Eron tilastollinen merkitsevyys: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

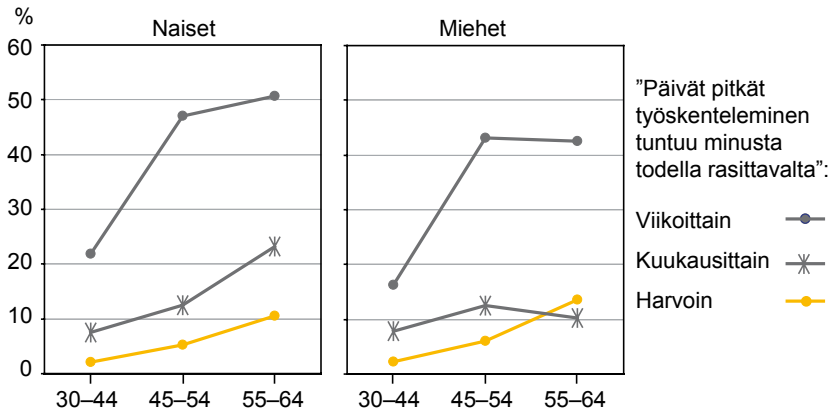
³ Ikävakioidu sukupuolet samassa mallissa, joten naisten ja miesten luvut ovat vertailukelpoisia. Analyysissä mukana 1 857–1 964 naista ja 1 754–1 874 miestä työkyvyn osoittimesta riippuen.



Kuva 7.5.1. Työkykynsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) työhön sisältyvän voimaa vaativan käsityön mukaan, työssä käyvät. Lähde: Gould ym. 2006.

Työn henkisessä rasittavuudessa painottuivat työstä lopen uupuminen, työn rasittavuus ja henkisesti tyhjiin pusertuminen. Työn henkistä rasittavuutta koki viikoittain lähes joka kymmenes työntekijä. Vaikka henkinen rasittavuus ei tässä käytettyjen osoittimien valossa ollut kovin yleistä, sen yhteydet heikentyneeseen työkykyyn olivat voimakkaita. Suurin työkyvyn rajoittuneisuuden riski oli niillä, jotka kokivat päivittäisen työskentelyn todella rasittavaksi tai olivat työstä lopen uupuneita vähintään viikoittain.

Työn henkisen rasittavuuden yhteys työkykyyn näkyi kaikilla työikäisillä ja yhteys oli voimakas myös nuorimmissa ikäryhmässä. Vaikka työkyky yleensä oli vanhemmissa ikäryhmissä selvästi huonompi kuin nuoremmissa, työkyvyltään rajoittuneita oli enemmän usein rasittavuutta kokevien 30–44-vuotiaiden joukossa kuin harvoin rasittavuutta kokevien 55–64-vuotiaiden keskuudessa (kuva 7.5.2).



Kuva 7.5.2. Työkykyinsä rajoittuneeksi kokeneiden osuus (%) työn henkisen rasittavuuden mukaan, työssä käyvät. Lähde: Gould ym. 2006.

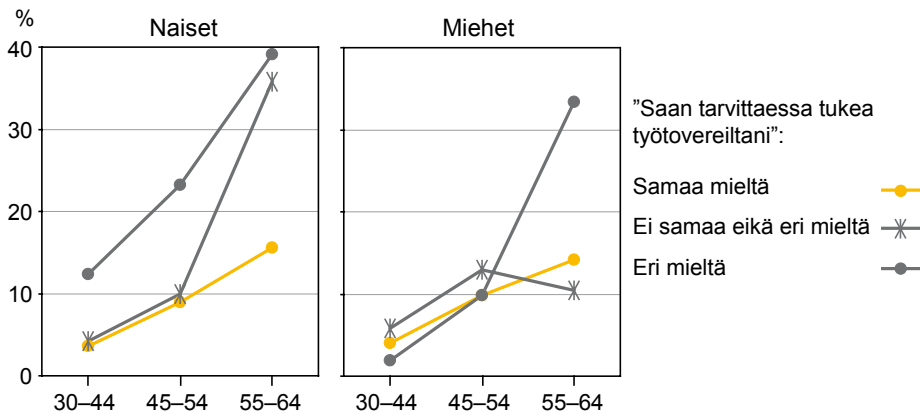
Työn itsenäisyys ja kehittävyys

Työn itsenäisyyttä kuvaavat omiin töihin liittyvä sanavalta ja mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä eivät olleet yhtä voimakkaassa yhteydessä työkykyyn kuin työn henkinen rasittavuus. Vaikka työn itsenäisyyden puutteita oli naisilla enemmän kuin miehillä, ne rajoittivat naisten työkykyä vähemmän kuin miesten. Sanavalta omiin töihin ja mahdollisuus itsenäisiin päätöksiin liittyivät kuitenkin myös naisilla hyväksi koettuun työkykyyn.

Kehittymismahdollisuuksista tarkasteltiin seuraavia tekijöitä: mahdollisuus kehittää erityiskykyjään ja työ vaatii uusien asioiden oppimista. Miehillä vähäiset mahdollisuudet kehittää erityiskykyjään olivat yhteydessä työkyvyn rajoittuneisuuden riskiin. Työkyky oli rajoittunut noin joka kolmannella niistä 55–64-vuotiaista miehistä, joiden työssä ei ollut mahdollisuuksia kehittää erityiskykyjään. Vähäiset mahdollisuudet uusien asioiden oppimiseen työssä liittyivät etenkin naisilla kohonneeseen työkyvyn rajoittuneisuuden riskiin. Työkyky oli rajoittunut noin joka toisella 55–64-vuotiaista naisista, joiden työ ei vaatinut uusien asioiden oppimista.

Esimies- ja työyhteisötuki

Esimies- ja työyhteisötukea kuvasivat esimiehen arvostus, työtovereiden tuki ja keskustelu tavoitteista. Työkyvyn rajoittuneisuus oli yleisintä sekä miehillä että naisilla sellaisissa työyhteisöissä, joissa oli vähäiset mahdollisuudet keskustella tavoitteista. Etenkin miehillä myös mahdollisuus saada esimiehen arvostusta oli yhteydessä työkykyyn. Naisilla työtovereiden tuki liittyi kaikkein voimakkaimmin työkykyyn. Kaikissa ikäryhmissä ne naiset, jotka eivät saaneet tarvittaessa tukea työtovereilta, kokivat työkykynsä huonommaksi kuin tukea saavat. Miehillä työtovereiden tuen puute liittyi rajoittuneeseen työkykyyn vain 55 vuotta täyttäneillä (kuva 7.5.3).



Kuva 7.5.3. Työkärsivien osuus (%) työyhteisötuen mukaan, työssä käyvät.
Lähde: Gould ym. 2006.

Työn piirteiden yhteys työkykyyn ruumiillisesti kevyessä ja raskaassa työssä

Työn fyysisiä vaatimuksia esiintyi odotetusti eniten raskaassa ruumiillisessa työssä. Esimerkiksi huonoja työasentoja tai voimaa vaativaa käsityötä oli enemmän kuin satunnaisesti joka toisella raskaasta ruumiillisesta työstä tekevällä. Kevyessä työssä huonoja työasentoja oli vain noin joka viidennellä eikä voimaa vaativaa käsityötä esiintynyt juuri lainkaan. Mikäli työssä oli fyysisiä rasitustekijöitä, työkyvyn rajoittuneisuuden riski kasvoi sekä raskaissa että kevyemmissä töissä. Esimerkiksi huonot työasennot olivat yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn miehillä kaikentyyppisissä töissä ja naisilla etenkin kevyessä työssä.

Edellä todettiin, että henkisen rasituksen ongelmia esiintyi sekä toimihenkilö- että työntekijäammateissa. Myös tässä jaksossa tarkasteltuja työn henkisen rasittavuuden piirteitä esiintyi suunnilleen yhtä paljon työn ruumiillisesta raskaudesta riippumatta ja henkinen rasittavuus liittyi huonoon työkykyyn kaikissa työn

raskausluokissa. Esimerkiksi sekä ruumiillisesti kevyttä että raskaampaa työtä tekevästä ne, jotka tunsivat itsensä usein henkisesti tyhjiin puserretuksi, arvioivat työkykynsä merkittävästi huonommaksi kuin ne, jotka kokivat henkistä loppuun puserumista harvoin tai ei lainkaan. Erityisen paljon työkyvyltään rajoittuneita oli niiden joukossa, jotka tekivät raskasta ruumiillista työtä ja kokivat työnsä myös henkisesti rasittavaksi.

Yhteenveto ja päätelmät

Tutkimuksessa tarkasteltiin työn vaatimusten ja sisällön yhteyksiä työkykyyn. Työkyvyn rajoittuneisuutta tutkittiin 30–64-vuotiailla miehillä ja naisilla. Voimakkaimmin työkyvyn rajoittuneisuuteen olivat yhteydessä työn fyysisten ja psyykkisten vaatimusten aiheuttama rasittuminen ja uupuminen. Etenkin eläkeikää lähestyttäessä nämä yhteydet olivat voimakkaat ja aiheuttivat suuria työkykyeroja. Työn itsenäisyydellä ja kehittävyydellä sekä esimiehen arvostuksella oli jokseenkin yhtä voimakkaat yhteydet työkykyyn, mutta työkyvyn rajoittuneisuuden kannalta ongelmallisimmat tilanteet liittyivät useimmiten vähäiseen työn itsenäisyyteen ja vähäisiin kehittymismahdollisuuksiin. Myös ikääntyminen selitti johdonmukaisesti miesten ja naisten työkyvyn rajoittuneisuuden lisääntymistä.

Työn fyysistä vaatimuksista haitallisinta oli ruumiillisesti raskaan työn, huonojen työasentojen ja voimaa vaativan käsityön tekeminen. Voimaa vaativa käsityö heikensi etenkin 55–64-vuotiaiden naisten työkykyä. Tulos vastaa aikaisempia havaintoja, joiden mukaan 55 vuoden iässä noin kahdella kolmasosalla naisista verenkierroelimistön toimintakyky ei ole riittävä työn fyysisiin vaatimuksiin. Samoin se sopii aikaisempiin tutkimustuloksiin työn fyysisten vaatimusten ja työkyvyn yhteyksistä.

Työskentelyn tuntuminen todella rasittavalta ja itsensä kokeminen lopen uupuneeksi olivat voimakkaimmat työkyvyn rajoittuneisuuden selittäjät. Eräät haittatekijät näyttivät aikaansaavan työkyvyn nopean huononemisen siten, että niille altistuneiden työkyky oli huonompi kuin kymmenen vuotta vanhempien ei-altistuneiden. Työn fyysiset vaatimukset liittyivät ruumiillisen työn aiheuttamaan kuormitukseen, joka heikentää miesten työkykyä ja valikoi heitä työkyvyttömyyseläkkeelle. Eläkeikää lähestyvien naisten työkykyä rajoittivat työn henkisen rasittavuuden ohella puutteet työn kehittävydessä. Kiireiset ja yksitoikkoiset työt näyttivät siten heikentävän erityisesti eläkeikää lähestyvien naisten työkykyä.

Itsenäinen päätöksenteko ja sananvalta omassa työssä ovat muuttujia, jotka Karasekin mallin mukaan edistävät terveyden myönteistä kehitystä. Niiden yhteydet terveyteen ja työkykyyn tunnetaan myös monista aikaisemmista tutkimuksista. Työyhteisöä kuvaavista muuttujista työkyvyn kannalta myönteisiä olivat esimiehen arvostus ja työtoverien tuki. Esimiehen suhtautumisen paranemisen onkin 11 vuoden seurannassa havaittu voimakkaasti ennustavan työkyvyn paranemista. Työn kehittävyden piirteiden myönteiset yhteydet työkykyyn on havaittu monissa tutkimuksissa.

Kaiken kaikkiaan tutkimustulokset osoittavat että hyvin monenlaiset työn piirteet saattavat vaikuttaa työkykyyn ja sen rajoittuneisuuteen. Tulokset osoittavat lisäksi sen, että fyysiset rasitustekijät voivat olla yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn myös kevyemmissä töissä, ja toisaalta henkiset rasitustekijät lisäävät myös ruumiillisesti raskaissa töissä huonon työkyvyn riskiä. Työkykyä ylläpitävää toimintaa suunniteltaessa onkin syytä laaja-alaisesti selvittää mahdollisten haitallisten työn piirteiden esiintyminen.

Kirjallisuus

- Aittomäki A, Lahelma E, Roos E. Helsingin kaupungin henkilöstön työkyky ja työkyvyn taustatekijät. Helsingin kaupungin tietokeskus, tutkimuskatsauksia 2001:2, Helsinki 2001.
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006.
<http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Karasek R. 1979. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979;24:285–308.
- Pohjonen T. Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work related factors in different age groups. *Occupational Medicine* 2001;51(3):209–217.
- Tuomi K, Huuhtanen P, Nykyri E, Ilmarinen J. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational Medicine* 2001;51(5):318–324.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L, Klockars M. Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981.1992. *Scand J Work Environ Health* 1997;23(suppl 1):58–65.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Klockars M, Aalto L. Työkyvyn paranemiseen ja huononemiseen liittyvät työn ja elintapojen piirteet. Teoksessa Tuomi K, toim. Ikääntyvä työntekijä v. 1981.92. Työn, elämäntyylin, terveyden ja työkyvyn muutokset. Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 2, Työterveyslaitos, Helsinki 1995, s. 118–132.
- Tuomi K, Vanhala S, Nykyri E, Janhonen M. Organizational practices, work demands and the wellbeing of employees: a follow-up study in the metal industry and retail trade. *Occupational Medicine* 2004;54(1):115–121.

7.6 Tukeeko sosiaalinen tuki työkykyä?

Tiina Pensola

Työkyky ei perustu ainoastaan yksilöllisiin tekijöihin, kuten terveyteen, toimintakykyyn, ammattitaitoon, stressinsietokykyyn ja persoonallisuuteen, vaan myös työhön liittyviin ja työn ulkopuolisiin tekijöihin. Tärkeä työkykyä tukeva tekijä voi olla työyhteisön ja sosiaalisen lähiyhteisön tuki. Vastaavasti tuen puuttuminen sekä suoranainen epäasiallinen kohtelu tai syrjintä voivat olla yhteydessä työkyvyn rajoittumiseen tai voimistaa rajoittumista tilanteessa, jossa työkyky ei muista syistä ole enää paras mahdollinen.

Perheeseen tai lähiyhteisöön sitoutuminen voi vaikuttaa henkilön työkykyyn eri tavoin eri elämänvaiheissa. Perhe voi olla voimavaratekijä mutta toisaalta perheen ja työn vaatimusten yhteensovittaminen voivat joissakin elämänvaiheissa aiheuttaa ristiriitatilanteita, jotka vaikuttavat negatiivisesti työkykyyn. Työkyvyn ja sosiaalisten suhteiden välisen yhteyden taustalla voi olla monimutkaisiakin valikointiprosesseja ja eri tekijöiden yhteisvaikutuksia.

Terveystutkimuksissa on havaittu, että usean roolin kasautuminen, kuten työn, avioliiton ja äitiyden, voi olla voimavara- eikä kuormittava tekijä suhteessa terveyteen ja kuolleisuusriskiin. Löydetty yhteys voi myös selittyä sillä, että terveimmät ja työkykyisimmät henkilöt voivat hankkia itselleen useita erilaisia sitoumuksia. Taulukossa 7.6.1 havaitaan vastaavasti, että eniten työkykynsä säilyttäneitä (koettu työkyky vastaa 80–100 % elinaikaisesta parhaasta työkyvystä) oli kumppanin kanssa asuvissa, joiden työkyky oli naisilla vielä parempi, jos taloudessa asui alle 18-vuotiaita lapsia. Työkyky oli heikentynyt suuremmalla osalla yksinhuoltajanaisista kuin parisuhteessa olevista. Tämä voi osittain selittyä erilaisten kuormitustekijöiden kasautumisella ja sillä, että yksinhuoltajanaisilla voi olla vähemmän tukea kuin parisuhteessa elävillä.

Sosiaalisen tuen katkeaminen voi näkyä työkyvyn rajoittumisena. Avioero ja naimattomuus olivat yhteydessä työkyvyn rajoittumiseen kaikenikäisillä miehillä ja alle 55-vuotiailla naisilla; naisilla lisäksi puolison menettäminen kuoleman kautta näkyi työkyvyn rajoittumisena.

Avio- ja avioliitossa olevista noin 95 prosenttia koki saavansa apua kumppaniltaan ollessaan avun tai tuen tarpeessa. Apua ja tukea voi saada myös muilta henkilöiltä. Töissä olevista alle 55-vuotiaista kolmannes ja 55 vuotta täyttäneistä neljännes arvioi saavansa työtoveriltaan apua sitä tarvitessaan. Lisäksi 30–69-vuotiaista miehistä 76 prosenttia ja naisista 91 prosenttia arvioi saavansa tarvittaessa tukea tai apua sukulaiseltaan, ystävältään tai naapuriltaan. Tällaisella tuella oli yhteys myös työkykyyn: työkyky oli maksimissaan tai lähellä sitä suuremmalla osalla niistä naisista ja miehistä, jotka uskoivat tarvitessaan saavansa apua ja tukea joltakin läheiseltään.

Sosiaalisen tuen ja työkyvyn yhteyden syy-yhteyden osoittaminen on ylipäätään vaikeaa, eikä se ole mahdollista tässä käytetyllä poikittaisaineistolla. Tässäkin ha-

vaittu sosiaalisen tuen tai sen puuttumisen ja työkyvyn välinen yhteys voi selittyä useilla erilaisilla mekanismeilla. Työyhteisössä saatu sosiaalinen tuki voi olla yhteydessä työkykyyn lisäämällä työntekijän motivaatiota ja vähentämällä työn kuormittavuutta konkreettisten neuvojen, toimien tai yhteisöllisyyden tunteen ja arvostuksen kautta. Työn ulkopuolinen sosiaalinen verkosto ja tuki voivat vahvistaa henkilön jaksamista muun muassa läheisyyden tunteen ja sosiaalisten aktiiviteettien kautta. Nämä tekijät voivat puolestaan tukea työkykyä. Läheisten tuki ja havainnot voivat toimia myös ennaltaehkäisevänä tekijänä. Esimerkiksi Tilastokeskuksen vuoden 2003 Työolotutkimusaineiston mukaan työkyky oli parhaimmillaan (työkykypistemäärä 9–10) 61 prosentilla niistä, jotka puolison mielestä eivät tehneet liikaa töitä, mutta 51 prosentilla niistä, jotka puolison mielestä tekivät liikaa töitä. Jos työtä liikaa tekevät kiinnittävät työkykyään rajoittaviin tekijöihin huomiota ennen kuin uupuvat, työkyvyn rajoittumiskehitys saattaa pysähtyä.

Taulukko 7.6.1. Hyvän työkyvyn osuus (%) avunsaannin mukaan perherakenne- ja siviilisäätiryhmissä, 30–54- sekä 55–69-vuotiaat naiset ja miehet. Lähde: Gould ym. 2006.

Ikä	Miehet						Naiset					
	30–54			55–69			30–54			55–69		
	Kaikki	Saa tukea	Ei saa tukea	Kaikki	Saa tukea	Ei saa tukea	Kaikki	Saa tukea	Ei saa tukea	Kaikki	Saa tukea	Ei saa tukea
Perherakenne												
Pari + lapsia ¹	85	87	74				91	92	80			
Pari, ei lapsia ¹	84	84	81				85	87	56			
Yksinhuoltaja ¹	82	87	57				79	80	72			
Yksin asuva	68	70	64				83	86	67			
Muu	74	75	68				66	74	43			
Siviilisäätö												
Avoliitto	84	85	78	42	43	44	89	90	77	47	47	48
Avoliitto	84	87	67	42	49	(10)	82	83	54	52	(55)	()
Eronnut	70	73	64	28	31	(16)	81	83	67	46	(47)	32
Leski	(88)	()	()	(39)	(52)	()	(68)	()	()	33	(33)	48
Naimaton	71	73	63	30	32	(26)	81	85	66	56	(64)	20
Yhteensä (%)	80	83	70	40	42	32	88	88	70	46	47	39
N	1932	1595	199	738	596	86	2073	1851	130	847	744	67

¹ Lapsi on tässä 0–17-vuotias

² Ikävakiointu käyttäen Suomen vuoden 2002 väestöä

(): Lukumäärä <30

Tummennettu: eroaa ikäryhmän sisällä pari+lapsia tai avioliitossa olevien osuudesta tasolla $p < 0,05$

Kursiivi: eroaa tukea saavien osuudesta tilastollisesti merkitsevästi tasolla $p < 0,05$

Kirjallisuus

- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Kostiainen E, Martelin T, Kestilä L, Martikainen P, Koskinen S. Employee, partner and mother: woman's three roles and their implications for health. *Journal of Family Issues*. OnlineFirst, published on February 19, 2009 as doi:10.1177/0192513X08329597.

7.7 Työttömyys ja työkyky

Tiina Pensola

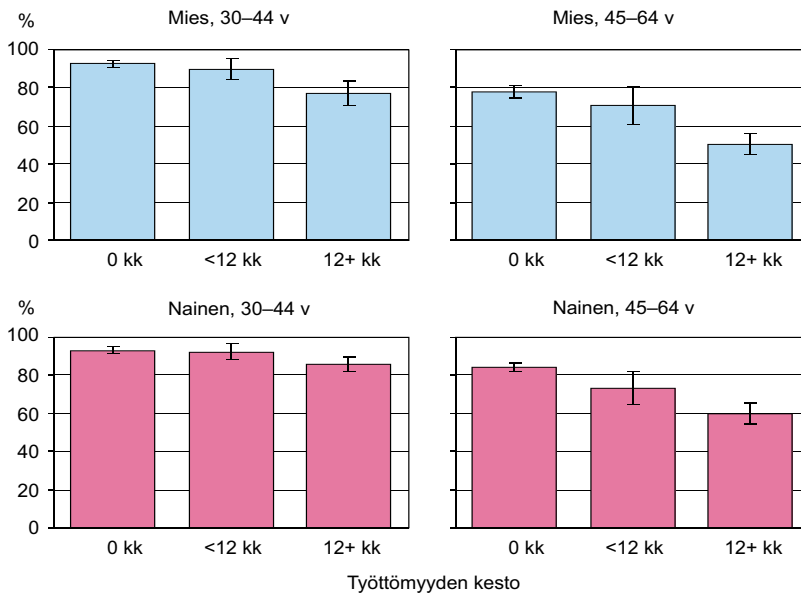
Työttömyyden yhteydestä heikentyneeseen terveyteen ja kuolleisuuteen on runsaasti tutkimustietoa. Sen sijaan työttömyyden ja työkyvyn välistä yhteyttä on tutkittu vähemmän. Työttömien työkyvyn määrittäminen ei ole yksiselitteistä. Työtön voi arvioida työkykyään persoonallisten ominaisuuksien osalta, kuten terveytensä, osaamisensa ja kokemustensa, sekä stressinsietokykynsä osalta. Mutta häneltä luonnollisesti puuttuu välitön kokemus työstä, sen tämänhetkistä vaatimuksista ja omasta osaamisestaan ja jaksamisestaan suhteessa työn asettamiin vaatimuksiin. Työttömältä puuttuu myös osallisuus työyhteisöön liittyviin tekijöihin johtamisesta työn organisointiin, työmoraaliin ja sosiaalisiin suhteisiin, joilla myös voi olla itsessään työkykyä edistävä tai heikentävä vaikutus.

Työkyvyn määrittämisen vaikeuksista huolimatta olemassa olevat tutkimustulokset yksiselitteisesti osoittavat, että työttömien koettu työkyky on huonompi kuin samanikäisten työllisten. Tämä tulee ilmi myös kuviossa 7.7.1, jossa on esitetty hyvän työkyvyn (työkykypistemäärän arvo 8–10 asteikolla 0–10, eli työkyvystä jäljellä 80–100 prosenttia) osuus työttömyyden keston mukaan niillä 30–64-vuotiailla naisilla ja miehillä, jotka olivat kuuluneet työvoimaan Terveys 2000 -tutkimusta edeltävien 12 kuukauden aikana. Työttömyyskokemus (29 % naisista ja 25 % miehistä oli ollut työttömänä) määriteltiin työttömyyden keston ja toistuvuuden mukaan siten, että ensimmäiseen ryhmään kuuluivat ne työvoimassa olevat, joilla ei ollut työttömyyskokemuksia edellisen viiden vuoden aikana. Toiseen ryhmään kuuluivat ne, joiden työttömyys edellisen viiden vuoden aikana oli kestänyt korkeintaan vuoden ja joilla oli ollut korkeintaan kaksi työttömyysjaksoa mahdollinen nykyinen työttömyysjakso mukaan lukien (29 % työttömistä). Toiseen ryhmään kuuluvat ne, joiden työttömyys oli kestänyt yli vuoden tai joilla työttömyysjaksoja oli ainakin kolme (79 % työttömistä).

Lyhytaikainen työttömyys näkyi työkyvyn rajoittumisena ainoastaan 45 vuotta täyttäneillä, mutta pitkäaikaistyöttömillä työkyvyn rajoittuminen ilmeni sekä

naisilla että miehillä iästä riippumatta. Näistä yhteyksistä voi päätellä, että työkyvyn ja työttömyyden yhteys voi vain osin johtua siitä, että työttömiksi valikoituu henkilöitä, joiden työkyky on rajoittunut jo ennen työttömyysjaksoa. Työkyvyn rajoittuminen voi kuitenkin vaikuttaa työttömyyden pitkittymiseen, koska uudelleentyöllistyminen on todennäköisempää, jos työkyky ei ole olennaisesti huonontunut. Pitkäaikaistyöttömien työkyky voi olla siis jo ennalta rajoittunut eri syistä, mutta myös työttömyys ja siihen yhteydessä olevat tekijät voivat joko suoraan tai välittävien mekanismien kautta rajoittaa työkykyä ja siten edelleen vaikuttaa myös työttömyyden jatkumiseen. Työkyky voi rajoittua pitkän työttömyysjakson aikana myös ammattitaidon rapistuuessa tai vanhentuessa työelämän ja työssä tarvittavien taitojen ja menetelmien muuttuessa.

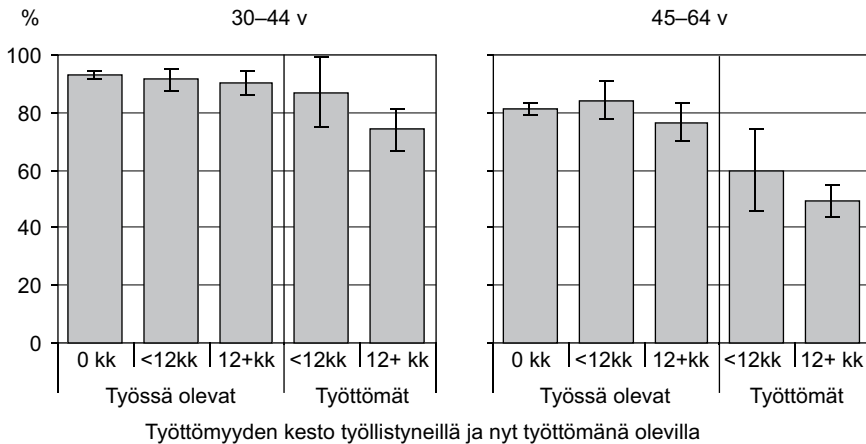
Pitkä työttömyys sinänsä heikentää henkilön uudelleentyöllistymismahdollisuuksia, ja nämä mahdollisuudet ovat sitä heikommat, mitä ikääntyneempi henkilö on. On mahdollista, että vaikka työttömän työkyky ei sinänsä olisi olennaisesti rajoittunut, kokemus huonoista työllistymismahdollisuuksista voi saada työttömän arvioimaan työllisiä kriittisemmin omaa osaamistaan ja kykyään sopeutua työelämään. Tällöin työtön pikemminkin arvioisi työkykynsä sijasta työllistymiskykyään, mikä sekä koostuu henkilökohtaisten tekijöiden lisäksi ulkoisista tekijöistä, kuten työvoiman kysynnästä, työnantajien asenteista esimerkiksi ikääntyviä kohtaan, työvoimapolitiikasta ja taloudellisista tekijöistä.



Kuva 7.7.1. Hyvän työkyvyn (työkyypistemäärä 8–10) yleisyys (%; 95 %:n luottamusväli) työttömyyttä kokemattomilla, alle vuoden sekä vähintään vuoden työttömänä edellisen viiden vuoden aikana olleilla sukupuolen ja iän mukaan. Lähde: Gould ym. 2006.

Työttömien kriittisempi tapa arvioida omaa työkykyään voi selittää sen, että vaikka haastatteluhetkellä työttömänä olleista suurempi osa kuin työssä olleista arvioi oman työkykynsä rajoittuneeksi, uudelleentyöllistyneet lyhyt- ja pitkäaikaistyöttömät arvioivat työkykynsä yhtä hyväksi kuin ne työlliset, jotka eivät edellisen viiden vuoden aikana olleet kokeneet työttömyyttä (kuva 7.7.2). Haastatteluhetkellä työssä olleista lähes joka viides (18 %) oli ollut työttömänä edeltävänä viisivuotiskautena. Tästä ryhmästä hieman yli puolet oli ollut yli 12 kuukautta työttömänä. Sen lisäksi, että asema voi vaikuttaa työkykyarvioon, työllistyminen voi parantaa rajoittunutta työkykyä vastaavasti kuin psyykkistä hyvinvointia.

Työttömyys on yhteydessä myös muihin elämän osa-alueisiin. Terveydelle, toiminta- ja työkyvylle haitallisten tekijöiden kasautuminen voi johtaa siihen, että pitkäaikaistyöttömien syrjäytymisriski kasvaa edelleen työkyvyn ja työssä selviytymisen heikentymisen myötä. Varsinkin pitkäaikaistyöttömistä suuri osa (62 %) oli kokenut taloudellisia vaikeuksia, jotka liittyivät edelleen työkyvyn rajoittumiseen. Taloudelliset vaikeudet voivat heijastua muun muassa materiaalien ja sosiaalisten tarpeiden karsimisen, elinolosuhteiden kaventumisen ja terveydenhoitomahdollisuuksien rajoittumisen kautta fyysisen terveyden tai psyykkisen hyvinvoinnin heikentymiseen ja edelleen näiden kautta työkyvyn rajoittumiseen. Taloudellisten vaikeuksien vakioiminen selitti 13–38 prosenttia pitkäaikaistyöttömien työkyvyn alentumisesta Terveys 2000 -aineistossa.



Kuva 7.7.2. Hyvätyökykyisten (työkyky pistemäärä 8–10) osuus (%; 95 %:n luottamusväli) työvoima-aseman ja työttömyyden keston mukaan 30–44- ja 45–64-vuotiaista. Lähde: Gould ym. 2006..

Työttömyyden vaikutuksia henkilön työkykyyn voidaan säädellä erilaisin toimenpitein ja henkilökohtaisin voimavaroin. Koulutus on yksi mahdollinen voimavarakijä, joka voi parantaa henkilön mahdollisuuksia löytää uutta työtä, hakeutua lisäkoulutukseen tai hankkia tarvittavaa tietoa. Terveys 2000 -aineistossa kuitenkin osoittautui, että yli vuoden kestänyt työttömyys näkyi työkyvyn rajoittumisena kaikissa koulutusryhmissä lukuun ottamatta nuoria ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita naisia. Kaikkiaan koulutuksen vakioiminen selitti työttömyyttä kokeneiden huonommasta työkyvystä noin 10 prosenttia, koska työttömissä oli suhteellisesti enemmän alemmilla koulutustasoilla olevia, joiden mahdollisuudet ammattitaidon päivittämiseen tai uuden ammatin hankkimiseen voivat olla huonommat. Myös työttömyysaste voi olla suurempi ja täten työnsaantimahdollisuudet huonommat vähän koulutusta vaativilla ammattialoilla. Näiden tulosten mukaan hyvän koulutuksen voisi tulkita olevan suojaava tekijä työttömyyden pitkittymistä mutta ei pitkäaikaistyöttömyyden negatiivisia vaikutuksia vastaan.

Tulokset puhuvat työllistymisen merkityksen puolesta myös terveyden ja toimintakyvyn kannalta. Ne saatiin vuoden 2000 työllisyystilanteesta. Eri ajankohdina myös työttömät voivat olla varsin erilaisia ja työttömyys samaten. Laman ja suuren työttömyyden aikana työttömät ovat keskimäärin terveempiä ja toimintakykyisempiä kuin pienen työttömyyden aikana. On silti ilmeistä, että paras keino estää työttömien työkyvyn rajoittuminen on työllistyminen sopivassa työssä. Yhteiskunnan varoja kannattaa käyttää työllistämiseen. Yhteiskuntapoliittisesti olisi myös tärkeää estää erityisesti yli 45-vuotiaiden pitkäaikaistyöttömyyden syntyminen olipa koulutustaso mikä tahansa.

Kirjallisuus

- Ervasti H. Työttömyys elämäntilanteena. Teoksessa: Kangas O. (toim.) *Laman varjo ja nousun huuma.*: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 72. Helsinki 2003, s. 119–152.
- Gould R. Suomalaisten työkyky – Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. *Kuntoutus* 2002;2:16-26.
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Karasek R, Theorell T. Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books, New York 1990.
- Lahelma E. () *Unemployment, re-employment and mental well-being. A Panel survey of industrial jobseekers in Finland.* Scandinavian Journal of Social Medicine, 1989;Supplement 43, Reprints 70/1989
- Lind J. Koettu terveys ja työkyky ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien työllistymisedellytyksinä. Teoksessa: Rajavaara M (toim.) *Yksilölliset*

- palvelut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys*. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvantutkimuksia 54. Helsinki 2000, s. 113–135.
- Pensola T, Järvikoski A. 2006. Psykkiset rasittuneisuusoireet ja niiden huomioonotto työpaikalla. Teoksessa Lehto A-M, Sutela H, Miettinen A, toim. Työolotutkimus 2003, Artikkeleita. Tilastokeskus, Tutkimuksia 244. Helsinki 2006, s. 317–336.
- Perkiö-Mäkelä M, Notkola V, Husman K. Activities Supporting Work Ability as a Part of Farmers' Occupational Health Services *Journal of Occupational Rehabilitation* 1999;9(2):107–114.
- Rossi K, Heinonen K, Heikkinen M-R. Factors affecting the work of an occupational health nurse. *Occupational Medicine* 2000;50(5):369–372.

7.8 Työkyvyn moninaisuus

Jorma Seitsamo, Kaija Tuomi ja Juhani Ilmarinen

Tässä luvussa työkykyä mitataan työkykyindeksin avulla. Tavoitteena on muodostaa monipuolinen ja kattava kuva työssä käyvän väestön työkyvystä ja työkyvyn ydinrakenteista jo aiemmin esitetyn työkykytalo-mallin pohjalta. Tämän mallin mukaan työkyky pohjautuu sekä työhön (työn fyysiset ja henkiset ominaisuudet) että ihmisen voimavaroihin (arvot, osaaminen, terveys ja toimintakyky) liittyviin ominaisuuksiin. Näiden ydinrakenteiden välittömässä vaikutuspiirissä ovat perhe ja lähiyhteisö. Työkykyyn vaikuttavien tekijöiden monipuolisuus tuodaan esille tässä luvussa tarkastelemalla samanaikaisesti eri muuttujaryhmiä.

Työntekijän voimavarojen, työn ja muun elämän yhteydet työkykyyn

30–64-vuotiaat

Työssä käyvien 30–64-vuotiaiden työkyvyn rakenteita kuvaavien regressiomallien selitysosuudet (%) esitetään kuvassa 7.8.1. Eri ydinrakenteista työkykyindeksiä selittivät parhaiten terveys ja toimintakyky, toiseksi parhaiten työ ja kolmanneksi arvot ja perhe. Osaamisen ja lähiyhteisön selitysosuudet olivat pienimmät.

Työtä kuvaavan ydinrakenteen muuttujista vahvin selittäjä oli työn henkinen rasittavuus (kuva 7.8.1). Myös työn fyysisillä vaatimuksilla oli suuri vaikutus. Esi- miestuen, työn itsenäisyyden ja työn kehittävyiden selitysosuudet olivat samaa tasoa mutta hieman matalammat. Näistä muuttujista koko taloa kuvaavaan malliin jäivät työn henkinen rasittavuus, työn fyysiset vaatimukset ja esimiestuen laatu. Muuttujista karsiutuivat kuvassa 7.8.1 sulkeissa olevat työn itsenäisyys ja työn kehittävyys.

Arvojen, asenteiden ja motivaation näkökulmasta molempien selittäjien eli työn ilon ja työn vähäisen innostavuuden selitysosuus oli jokseenkin yhtä suuri, 11–12

prosenttia, mutta yhteisen mallin selitysosuus oli vain hiukan suurempi, 14 prosenttia. Tästä huolimatta molemmat muuttajat pysyivät koko taloa kuvaavassa työkykymallissa.

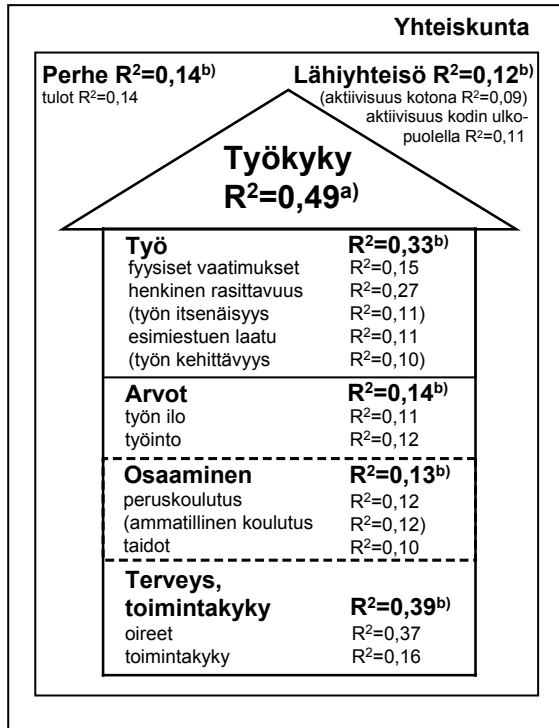
Osaamisen vaikutusta tutkittiin perus- ja ammattikoulutuksen sekä työssä tarvittavien taitojen riittävyyden avulla. Näiden muuttujien selitysosuudet olivat runsaat kymmenen prosenttia. Peruskoulutus ja työssä vaadittavien taitojen riittävyys pysyivät koko taloa kuvaavassa mallissa. Osaamisen muuttajat perustuivat tutkitaville esitettyihin yksittäisiin kysymyksiin.

Terveyden ja toimintakyvyn näkökulmasta oireiden selitysvaiva, 37 prosenttia, oli huomattavasti suurempi kuin toimintakykyä kuvaavan muuttujan, 16 prosenttia (kuva 7.8.1). Oiremuuttuja kuvasi oireiden lukumäärää kun taas toimintakyvyn muuttuja kuvasi kykyä suoriutua vaikeuksista tavanomaisista toiminnoista. Molemmat muuttajat olivat koko työkykymallin keskeisiä selittäjiä.

Perheen vaikutusta kuvaavaan regressiomalliin tarjottiin tulojen ohella siviilisäätyä kuvaavaa luokittelumuuttujaa (kuva 7.8.1). Siviilisäädyltä ei ollut itsenäistä selitysosuutta mutta tulojen riittävyys selitti huomattavasti työkykyä.

Lähiyhteisön vaikutusta kuvasivat toiminta kodin sisällä, kodin ulkopuolella ja yhdistyksissä sekä aktiivisuus sosiaalisissa suhteissa. Ripeän vapaa-ajan liikunnan harrastaminen kuului lisäksi tähän osa-alueeseen. Lähiyhteisön osa-alueelta työkykyyn olivat itsenäisessä yhteydessä aktiivisuus kodissa ja kodin ulkopuolella. Näistä muuttujista kodin ulkopuolinen aktiivisuus, jota kuvasivat opiskelu ja matkustelu sekä teatterissa ja ravintoloissa käynnit, selitti työkykyä myös koko taloa kuvaavassa mallissa.

Kaikkia ydinrakenteita sekä perhettä ja lähiyhteisöä kuvaava koko aineiston malli selitti työkyvyn vaihtelusta 49 prosenttia (kuva 7.8.1). Jokaisesta ydinrakenteesta oli mukana vähintään yksi tekijä. Suurin vaikutus oli terveydellä ja toimintakyvyllä sekä työllä, mutta myös arvot, osaaminen, perhe ja lähiyhteisö vaikuttivat työkykyyn.



a) Koko taloa kuvaava regressiomalli.

b) Eri ulottuvuuksien regressiomallit.

Sulkeissa olevat muuttujat karsiutuivat koko talon mallista. Kaikissa malleissa on kontrolloitu iän ja sukupuolen vaikutus. Näiden selitysosuus $R^2=0,09$. $N=3\ 157-3\ 774$

Kuva 7.8.1. Työkykyindeksiä selittävien regressiomallien selitysosuudet työkykyä ja sen ulottuvuuksia kuvaavassa talomallissa, 30–64-vuotiaat. Lähde: Ilmarinen ym. 2005.

Ikäryhmittäinen tarkastelu

Työkykytaloa ja se ydinrakenteita kuvaavat mallit selittivät parhaiten eläkeikää lähestyvien 55–64-vuotiaiden työkykyä (taulukko 7.8.1). Tässä ryhmässä työkyvyn vaihtelusta selittyi 51 prosenttia. Ydinrakenteista työllä sekä terveydellä ja toimintakyvyllä oli yhtä suuri vaikutus, 34 prosenttia. Tässä ikäryhmässä myös työkykyä selittävien tekijöiden tärkeysjärjestys oli jonkin verran erilainen kuin kahdessa nuoremmassa ikäryhmässä. Vanhimmassa ikäryhmässä terveyden ja työn lisäksi tilastollisesti merkitseviä, joskin selitysosuksiltaan varsin vaatimattomia selittäjiä olivat lähiyhteisö (lähinnä aktiivit kodin ulkopuolelle suuntautuvat harrastukset), arvot ja osaaminen (perus- ja ammattikoulutus) perheen merkityksen jäädessä vähäisimmäksi. Kahdessa nuoremmassa ikäryhmässä sen sijaan arvot ja perhe (tulot), olivat terveyden ja työn jälkeen voimakkaimmat työkyvyn selittäjät osaamisen ja lähiyhteisön merkityksen jäädessä vähäisemmiksi. Myös näissä ryhmissä perus- ja

ammattikoulutus sekä kodin ulkopuoliset harrastukset olivat keskeisiä työkykyyn liittyviä tekijöitä. Keski-ikäisten (45–54-vuotiaat) ryhmässä taitojen riittävyys työssä sekä ripeään liikunnan harrastaminen vapaa-aikana olivat mukana näiden osa-alueiden työkyvyn selitysmalleissa.

Taulukko 7.8.1. Työkykyindeksiä selittävien regressiomallien selitysosuudet (%) työkykyä ja sen ulottuvuuksia kuvaavassa talomallissa ikäryhmittäin, vakioitu iän ja sukupuolen mukaan.

	30–44-vuotiaat	45–54-vuotiaat	55–64-vuotiaat
Työkyky ^{a)}	39	48	51
Työ ^{b)}	21	33	34
Fyysiset vaatimukset	6	8	9
Henkinen rasittavuus	15	25	26
Työn itsenäisyys	(3)	(3)	
Esimiestuen laatu	4	(3)	(4)
Työn kehittävyys		(4)	(4)
Arvot ^{b)}	7	8	7
Työn ilo	5	4	3
Työinto	3	5	6
Osaaminen ^{b)}	(5)	(6)	(9)
Peruskoulutus	(4)	(5)	(8)
Ammatillinen koulutus	(4)	(4)	(6)
Taidot		(2)	
Terveys, toimintakyky ^{b)}	29	38	34
Oireet	27	35	33
Toimintakyky	5	12	8
Perhe ^{b)}	7	8	(5)
Tulot	7	8	(5)
Lähiyhteisö ^{b)}	2	6	10
Aktiivisuus kodin ulkopuolella	(2)	(5)	10
Liikunta		(3)	
N	1700–1904	1151–1397	394–475

a) Koko taloa kuvaava regressiomalli.

b) Eri ulottuvuuksien regressiomallit.

Sulkeissa olevat muuttujat karsiutuivat koko talon mallista.

Yhteenveto ja päätelmät

Tutkimuksessa tarkasteltiin terveyden ja toimintakyvyn, osaamisen, arvojen ja asenteiden, työn sekä perheen ja lähiyhteisön yhteyksiä yli 30-vuotiaiden työssä olevien suomalaisten työkykyyn vuonna 2000. Työkykyindeksillä mitatun työkyvyn vaihtelusta selittyi tarkastelluilla tekijöillä noin puolet (49 prosenttia). Kaikissa ikäryhmissä voimakkaimmat selittäjät olivat terveyden ja toimintakyvyn sekä työn ydinrakenteet.

Useiden tekijöiden yhteys työkykyyn näytti regressiomallien ja keskiarvotarkastelujen mukaan kasvavan iän mukana. Työn piirteistä näin tapahtui työn henkisen rasittavuuden ja fyysisten vaatimusten suhteen. Näin tapahtui myös koulutuksen ja aktiivisuuden alueilla. Huolestuttavaa oli etenkin työn henkisen rasittavuuden merkityksen voimakas kasvu vanhemmissa ikäryhmissä. Regressiomalleissa työn henkinen rasittavuus selitti 30–44-vuotiaiden ryhmässä vain 15 prosenttia työkyvyn vaihtelusta kun tätä vanhemmilla selitysosuus oli 25 prosenttia. Tähän ikään-tymiseen liittyvään ilmiöön tulee työpaikoilla ponnekaasti tarttua esimerkiksi parantamalla työaikajärjestelyjä ja töiden organisointia. Riittävän usein toistuvien lyhyiden lepotaukojen mahdollistaminen työssä saattaa työn henkisen rasittavuuden vähentämisen ohella ehkäistä myös työn fyysisten vaatimusten aiheuttamaa uupumista. Vastaavasti ikääntyvien koulutukseen ja vapaa-ajan aktiivisuuden sisältöihin tulee kiinnittää huomiota.

Taitojen ja liikunnan merkitys näkyi myös nuorempien ikä- ja sukupuoli-ryhmien työkykyvertailuissa. Vaikka taidot ja liikunta eivät jääneet nuorimman ikäryhmän regressiomalleihin, niiden tärkeyden myös nuorilla viittasivat ikä- ja sukupuoliryhmittäiset työkykyvertailut. Sen lisäksi, etteivät osaaminen tai taidot esiinny työkykyindeksin osioissa, osaamisen heikot yhteydet työkykyyn voivat johtua siitä, etteivät ihmiset miellä osaamisen puutteita huonoksi työkyvyksi. Työkyky mielletään pikemminkin terveyden ja jaksamisen kuin osaamisen ja suoriutumisen näkökulmasta.

Arvojen kohdalla merkillepantavaa oli se, että vanhoilla työinnön väheneminen selitti voimakkaammin työkykyä kuin nuorilla. Nuorilla puolestaan työn ilo selitti voimakkaammin työkykyä kuin vanhoilla. Selitys ikääntymisen vaikutuksista työinnön vähenemiseen mutta työn ilon lisääntymiseen saattaa löytyä ammattiuran keskivaiheessa, noin 45 vuoden iässä, havaittuihin ylläpidon, lamaanuksen tai kasvun vaiheisiin. Joidenkin eteenpäin pääsy organisaatiossa saattaa hidastua tai lakata. Joillekin ammattiuran keskivaihe saattaa tuoda voimakkaita urakasvun mahdollisuuksia ja joillekin syrjäytymiseen johtavan lamaanustilan. Organisaation mahdollistama urakasvu saattaa selittää työn ilon lisääntymistä. Työinnön väheneminen puolestaan saattaa liittyä vähentyneisiin eteenpäin pääsyn mahdollisuuksiin ja alkavaan syrjäytymiseen, jota myös terveyden heikentyminen voi edistää.

Tulosten mukaan työkyvyn edistämisen tulee olla laaja-alaista toimintaa, jossa parannettavia asioita kannattaa etsiä kaikista ydinrakenteista eli työntekijän työstä, arvoista, osaamisesta, terveydestä ja toimintakyvystä sekä perheestä ja lähiyhteisöstä. Vaikka ikäryhmien tulokset olivat pääpiirteissään samankaltaiset, ne toivat esiin myös eroja. Vanhemmissa ikäryhmissä tärkeää on psyykkisten ja fyysisten voimavarojen sekä aktiivisuuden säilyttäminen ja osaamisen varmistaminen kun taas nuorempien työkyvyille on tärkeää työn motivoivuus ja tulojen riittävyys. Tutkimuksen avulla saatiin esille se, että työkykyyn ovat yhteydessä ainakin terveys, osaaminen, asenteet, työ sekä perhe ja lähiyhteisö. Näistä ydinrakenteista löytyi

monia tekijöitä, jotka myös liittyivät samanaikaisesti ja itsenäisesti työkykyyn. Vaikka työkykyindeksiä työkyvyn kuvaajana kannattaa edelleen kehittää, tulokset osoittavat sen, että työkyvyn tutkimisessa kannattaa jatkossa suuntautua oleellisten tekijöiden etsintään erilaisilla mallituksilla. Yksittäisten yhteyksien tarkastelussa on vaarana se, että oleellinen tekijä jää tavoittamatta keskinäisten korrelaatioiden takia. Syy-seuraus -suhteiden varmistaminen vaatii myös seurantatutkimuksia.

Suosituksena voi todeta, että kaikkien työkyvylle on tärkeää, että työn henkinen kuormittavuus ja fyysiset vaatimukset ovat sopivat ja että työssä on mahdollisuus saada tukea esimieheltä. Työn pitäisi motivoida, tuottaa aikaansaannoksia ja työn iloa samalla kun koulutuksen ja perehdyttämisen pitäisi varmistaa työssä vaadittavien taitojen riittävyys. Terveiden ja toimintakyvyn alueella pitäisi jo nuorena tukea fyysistä toimintakykyä ja puuttua ajoissa psyykkisten ja fyysisten oireiden hoitamiseen sekä niiden ehkäisemiseen. Tämän lisäksi kannattaa kiinnittää huomiota siihen, miten perheelle taataan riittävä toimeentulo ja miten lähiyhteisössä mahdollistuu aktiivinen psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä edistävä harrastaminen. Työkyvyn edistämisessä työntekijän, työterveyshuollon ja työnantajan yhteistyö ja aloitteellisuus on suotavaa. Työntekijöiden työkyvyn edistäminen vaatii edelleen myös yhteiskuntatason toimenpiteitä.

Kirjallisuus

- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Ruohotie P. Ammatillinen uusiutuminen työelämässä. Teoksessa Ruohotie P, toim. Ammattikasvatuksen tutkimus Hämeenlinnan tutkimusyksikössä 1990–1991. Ammattikasvatussarja 4, Tampereen yliopisto, Hämeenlinna 1991, s. 13–44.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola M, Katajarinne L, Tulkki A. Työkykyindeksi, Työterveyshuolto 19, 2. korjattu painos, Työterveyslaitos, Helsinki 1997.

8 Työkyky työiän alku- ja loppupäässä

8.1 Nuorten aikuisten työkyky

Jorma Seitsamo, Kaija Tuomi ja Juhani Ilmarinen

Nuorten työ- ja toimintakyky ei ole ollut yhtä runsaan tutkimuksen kohteena kuin vanhempien ikäluokkien. Vaikka nuorimmat ikäluokat ovat muita terveempiä, viidesosa 18–29-vuotiaista kokee oman terveytensä ja vajaa kolmannes ruumiillisen kuntonsa korkeintaan keskitasoiseksi. Pitkittävän työttömyyden tiedetään heikentävän nuorekin toimintakykyä: jos työttömyys oli kestänyt yli vuoden, sekä psyykinen että sosiaalinen toimintakyky aleni voimakkaasti 25-vuotiailla. Pohjois-Suomen nuorten seurantatutkimuksessa taas havaittiin, että erityisesti passiivinen ja stressaava työ alensi psyykkistä työkykyä.

Nuoret ja työ -barometrin mukaan asteikolla 0–10 arvioidun työkykypistemäärän keskiarvo oli 15–29-vuotiailla 8,9. Muun muassa elintapoihin liittyvien tekijöiden on kuitenkin havaittu vaikuttavan nuorten työkyvyn tasoon. Muuttuva työelämä ja lisääntyvä määräaikaisten ja tilapäisten töiden osuus kaikista työsuhteista sekä tämän mukana syntyvä epävarmuus tulevasta voivat myös osaltaan vaikuttaa työkykyyn. Nuorten suosimissa ammateissa, varsinkin tietotekniikan aloilla, lisääntyvä kiire, työaikojen venyminen ja ylityöt ovat tyyppillisiä, mikä myös asettaa paineita työkyvyille.

Tässä luvussa työkyvyn osoittimina tarkastellaan sekä koko työkykyindeksiä että sen kolmea osiota: työkykypistemäärää (osio 1), lääkärin toteamien sairauksien lukumäärää (osio 3) ja psyykkisiä voimavaroja (osio 7). Työkykyindeksin mukainen tarkastelu rajattiin henkilöihin, jotka olivat tutkimusajankohtana työssä. Indeksien osioita (osiot 1, 3 ja 7) sen sijaan tarkasteltiin koko aineistossa pääasiallisen toiminnan luokissa (työssä, opiskelee, työtön, kotona, muu).

Työkykyindeksiä sekä työkykypistemäärää selittäviksi työkykytalon eri kerroksia edustaviksi tekijöiksi valittiin työn piirteiden ja työn kokemisen muuttujat, työn fyysiset ja henkiset vaatimukset, ruumiillinen kunto, oman työn arvostus, tyytyväisyys omaan terveyteen sekä koettu elämänlaatu.

Nuorten pääasiallinen toiminta jakautui viiteen perusluokkaan: työssäkäyviä oli 60 prosenttia, opiskelijoita 21 prosenttia, työttömiä 8 prosenttia, kotona olevia (lähinnä kotiäitejä) kuusi prosenttia, sekä muita (pääasiassa varusmiehiä) 4 prosenttia. Kolme neljästä nuoresta – kotiäitejä lukuun ottamatta – oli vielä lapsettomia. Työttömien ja kotona olevien koulutustaso oli alhaisempi kuin muihin ryhmiin kuuluvien. Kotiäideillä oli ollut myös talousongelmia lapsuudenkodissaan enemmän kuin muilla.

Jo nuorilla työkyky näytti olevan sidoksissa koulutukseen ja taloudelliseen taustaan. Parhaan työkyvyn ryhmässä ylioppilaita oli noin 60 prosenttia ja heikoimmassa ryhmässä ylioppilaita oli vain hieman yli 40 prosenttia. Lapsuudenkodin taloudellista tilannetta arvioitaessa suuntaus oli samanlainen: neljä viidestä parhaan työkyvyn ryhmään sijoittuvista arvioi, ettei lapsuudenkodissa ollut taloudellisia huolia, heikoimman työkyvyn omaavista näin arvioi vain 57 prosenttia.

Parhaimmaksi työkykyä pisteyttivät opiskelijat sekä työssä jo olevat nuoret aikuiset (taulukko 8.1.1). Lisäksi näissä ryhmissä työkykypistemäärä oli vain harvoin alle kahdeksan. Työttömien ja kotona olevien ryhmissä oli edellisiä vähemmän työkykyään 10 pisteen arvoisena pitäviä. Suurin hajonta oli ryhmässä ”Muu”: noin puolet antoi työkyvyllään arvosanaksi 10, mutta melkein viidenneksen arvio jäi alle kahdeksan.

Lääkärin toteamien sairauksien määrässä ei ollut suuria eroja pääasiallisen toiminnan mukaisissa ryhmissä. Työttömistä ja kotona olevista oli kuitenkin suuremmalla osalla kuin muilla useita sairauksia. Noin joka viidennellä nuorella aikuisella ei ollut yhtään sairautta.

Taulukko 8.1.1. Työkykypistemäärä, lääkärin toteamien sairauksien lukumäärä ja psyykkiset voimavarat (%) pääasiallisen toiminnan mukaan, 18–29-vuotiaat¹. Lähde: Gould ym. 2006.

	Työssä	Opiskelee	Työtön	Kotona	Muu	Kaikki
Työkykypistemäärä						
0–7	5	4	10	14	19	7
8	15	11	22	19	5	14
9	31	28	27	30	25	30
10	50	58	41	38	51	50
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
Lääkärin toteamien sairauksien lukumäärä						
0	20	19	17	16	22	19
1	27	23	23	18	31	26
2	26	28	25	22	22	26
3	14	15	14	15	8	14
4 tai enemmän	14	16	21	29	17	16
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
Psyykkiset voimavarat²						
Hyvät	44	43	28	34	40	42
Keskinkertaiset	45	47	46	58	35	46
Huonot	11	11	26	8	25	13
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

¹ Analyysissä mukana työkyvyn osoittimesta riippuen 1 273 (psyykkiset voimavarat), 1 491 (työkykypistemäärä) tai 1 503 (sairauksien lukumäärä) 18–29-vuotiasta.

² Työkykyindeksin osio 7: hyvät voimavarat = 4 pistettä, keskinkertaiset = 3 pistettä, huonot = 1–2 pistettä.

Psyykkisten voimavarojen määrä vaihteli selvästi eri elämäntilanteissa olevien nuorten välillä. Työssä olevien sekä opiskelijoiden tilanne oli paras; yli 40 prosentilla oli hyvät psyykkiset voimavarat. Kaikkein heikoin tilanne oli työttömillä nuorilla. Heistä vain 28 prosentilla oli hyvät voimavarat ja runsas neljännes sijoittui huonoimpien voimavarojen luokkaan. Kotona olevista yli puolet sijoittui keskin-kertaisten psyykkisten voimavarojen luokkaan.

Taulukko 8.1.2. Erinomaista työkykyä¹ selittävät tekijät logistisen regressioanalyysin mukaan, 18–29-vuotiaat. Lähde: Gould ym. 2006.

	OR	
	Työssä käyvät (n=768)	Kaikki (n=1 210)
Ikä		
18–21	1,9**	1,4
22–25	1,2	1,5
26–29	1	1
Sukupuoli		
Mies	2,0***	1,3
Nainen	1	1
Peruskoulutus		
Peruskoulu, osa lukiota	0,7	0,5***
Ylioppilas	1	1
Työstatus		
Opiskelee		1,5
Työtön		0,8
Kotona		0,7
Muu		1,5
Työssä		1
Koettu elämänlaatu		
Erittäin hyvä	3,6***	4,8***
Hyvä	3,4**	3,9***
Enintään kohtalainen	1	1
Tyytyväisyys omaan terveyteen		
Erittäin tyytyväinen	5,6***	4,2***
Tyytyväinen	2,1*	2,2**
Enintään kohtalaisen tyytyväinen	1	1
Ruumiillinen kunto		
Hyvä	2,3**	
Melko hyvä	1,3	
Enintään kohtalainen	1	
Työn arvostus työyhteisössä		
Erittäin paljon	1,8*	
Melko paljon	1,1	
Enintään jonkin verran	1	
Työn fyysiset vaatimukset	0,9***	
Työn henkinen rasittavuus	0,7**	0,8*
Aikaansaamisen ilo		1,4***

¹ Erinomainen työkyky tarkoittaa työssä käyvien aineistossa työkykyindeksin arvoja 44–49 ja kaikkien nuorten aikuisten aineistossa työkykypistemäärän pisteitä 9–10.

² Odds ratio (OR) eli ristitulosuhde kuvaa erinomaisen työkyvyn yleisyyttä tarkasteltavassa ryhmässä verrattuna vertailuryhmään, jossa OR=1. Eron tilastollinen merkitsevyys: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Työkykyyn yhteydessä olevat tekijät nuorena aikuisväestössä

Työssä käyvien nuorten aikuisten erinomaiseen työkykyindeksiin (44–49 pistettä) olivat yhteydessä nuori ikä, miessukupuoli, hyvä ruumiillinen kunto, hyväksi koettu elämänlaatu, tyytyväisyys omaan terveyteen sekä kokemus siitä, että työtä arvostetaan työyhteisössä. Vastaavasti työkykyindeksin tasoon vaikuttivat heikentävästi vähäinen peruskoulutus, työn suuret fyysiset vaatimukset sekä työn henkinen rasittavuus (taulukko 8.1.2).

Kun tarkasteltiin työkykypistemäärän avulla kaikkien nuorten arvioita omasta työkyvystään, saatiin hieman erilaiset tulokset (taulukko 8.1.2). Erinomaiseen työkykypistemäärään (9–10 pistettä) yhteydessä olevia tekijöitä olivat hyväksi koettu elämänlaatu, tyytyväisyys omaan terveyteen sekä työssä, opiskelussa tai muussa toiminnassa koettu aikaansaamisen ilo. Työkykyä heikentäviä tekijöitä olivat vähäinen peruskoulutus sekä työn, opiskelun tai muun pääasiallisen toiminnan kokeminen henkisesti rasittavaksi.

Yhteenveto ja päätelmät

Useimpien nuorten aikuisten työkyky oli hyvä, mutta väestöryhmien väliset erot olivat huomattavia. Erityisesti työttömien ja eri syistä kotona olevien työkyky oli muita huonompi. Tämä näkyi korostuneesti psyykkisissä voimavaroissa. Työelämän ulkopuolella olevien nuorten aikuisten psyykkisten voimavarojen ylläpitämiseen olisikin kiinnitettävä erityistä huomiota. Työssä olevien nuorten aikuisten työkyky oli sidoksissa elämänlaatuun, omassa työssä saatuun arvostukseen, koettuun terveyteen sekä ruumiilliseen kuntoon. Onkin ilmeistä, että työllisten nuorten kohdalla työkykyä tukevaa toimintaa tulisi kohdentaa sekä työyhteisötason tekijöihin että oman terveyden ja ruumiillisen kunnon ylläpitämiseen.

Vaikka kotona olevien työkyky oli samalla tasolla kuin työttömien, kotiäideillä oli kuitenkin muita enemmän psyykkisiä voimavaroja käytössään. Kotiäidin rooli voi olla fyysisesti rasittavaa, mutta kotityö näyttää kuitenkin ylläpitävän työkyvyn henkisiä edellytyksiä.

Työkyvyn suuri vaihtelu eri ryhmien välillä edellyttää, että työkyvyn ylläpitämiseen kiinnitetään huomiota jo nuorella iällä. Nuorten työkyvyn suurimpia heikentäjiä näyttävät olevan lyhyt peruskoulutus ja työttömyys. Peruskoulutuksen puutteiden paikkaaminen sekä työhön kiinnittymisen edistäminen ja tukeminen ovatkin nuorten työkyvyn turvaamisen kulmakiviä. Nuorten työkykyä parhaiten ylläpitäisi nuoren työn arvostaminen työyhteisössä, työssä koetun aikaansaamisen ilon tukeminen sekä työn mitoittaminen niin, ettei sitä koeta henkisesti liian rasittavaksi. Myös huolenpito omasta terveydestä ja toimintakyvystä on tärkeää.

Kirjallisuus

- Ek E. Vaikutusmahdollisuudet työhön ja stressin hallintakeinot – yhteys psyykkiseen työkykyyn. *Työ ja ihminen* 2000;14(1):15–26.
- Ek E, Laitinen J, Tammelin T, Remes J, Raatikka V-P, Kujala V. Nuorten aikuisten työssä jaksaminen. Työssä jaksamisen ohjelma, Kirjapaino Snellman Oy, Helsinki 2003.
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Kandolin I. Työaika ja työsuhteet. Teoksessa: Kauppinen T, Heikkilä P, Lehtinen S, Lindström K, Näyhä S, Seppälä A, Toikkanen J, Tossavainen A, toim. Työ ja terveys Suomessa v. 2000. Työterveyslaitos, Helsinki 2000, s. 31–35.
- Kandolin I, Huuhtanen P. Työajat suomalaisissa IT-yrityksissä. Teoksessa: Härmä M, Nupponen T, toim. Työn muutos ja hyvinvointi tietoyhteiskunnassa. Sitran raportteja 22, Edita Prima, Helsinki 2002, s. 81–91.
- Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Aro H, Aromaa A. Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *European Journal of Public Health* 2006; 16:305–314.
- Laitinen J, Näyhä S, Kujala V. Body size from adolescence into adulthood and perceived work ability among young adults. International Symposium on Youth and Work Culture. Espoo, May 30–31, 2005.
- Launonen M, Leino T, Viluksela M, Hirvonen M, Mänttälä J. Nuoret ja työ 2003 -barometri. Työterveyslaitos, Helsinki 2004.
- Nätti J, Anttila T. Tietotyön työajat, perhe ja työkuulttuurit. Teoksessa Härmä M, Nupponen T, toim. Työn muutos ja hyvinvointi tietoyhteiskunnassa. Sitran raportteja 22, Edita Prima, Helsinki 2002, s. 68–80.
- Sainio P, Koskinen S. Liikkumiskyky. Teoksessa Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, toim. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005, Helsinki 2005, s. 122–124.
- Seitsamo J, Hannunkari I, Tuomi K, Anttila A, Toikkanen J, Aalto L. Nuorten pitkittynyt työttömyys ja toimintakyvyn ulottuvuudet. *Työ ja ihminen* 1997;11(2):81–93.

8.2 Työkyky työuran loppupuolella

Raija Gould ja Anu Polvinen

Iäkkäiden työntekijöiden työkyky on viime aikoina ollut erityisen yhteiskuntapoliittisen kiinnostuksen kohteena, kun on toivottu, että työuria pidentämällä voitaisiin ratkaista kansantaloudelliset ja eläkejärjestelmien ongelmat. Pyrkimys pidentää työuria ja vähentää varhaista eläkkeelle siirtymistä on samalla korostanut työkyvyn ylläpitämisen ja edistämisen merkitystä. Työssä pitkään jatkaminen onnistuu vain, jos ikääntyneet ovat työhön kykeneviä ja halukkaita – ja sopivaa työtä on tarjolla.

Iäkkäillä on enemmän työkyvyn rajoituksia kuin nuoremmilla, mutta ikääntyminen ei kuitenkaan automaattisesti merkitse työkyvyn heikkenemistä. Kuntalan seurantatutkimuksissa havaittiin, että runsaan kymmenen vuoden kuluessa noin puolella ikääntyneistä työntekijöistä työkyky säilyi ennallaan, kolmasosalla se heikkeni ja joka kymmenennellä parani. Vanhemmissa ikäryhmissä pitkäaikais-sairaudet yleistyvät, ja sairastavuus selittääkin osaltaan ikääntyneiden työkyvyn heikkenemistä. Koettu työkyky heikkenee iän myötä kuitenkin myös niillä, joilla ei ole mitään pitkäaikaissairautta. Työkyvyn rajoittuminen liittyy silloin esimerkiksi työhön tai osaamiseen ja asenteisiin. Kyse voi olla uupumisesta ja raihnaistumisesta tai työn muutoksesta ja valikoivista työmarkkinakäytännöistä. Nykyisin henkisen suorituskyvyn korostuessa fyysisten suoritusten sijasta on ilmeistä, että kohtalaisen suuri osa iäkkäistä selviytyy hyvin työn tekemisestä.

Työssä käyvien iäkkäiden naisten ja miesten työkyky

Kolmiportaisen työkykyarvion mukaan työssä käyvien naisten työkyky heikkeni iän myötä vielä työuran lopullakin. 50 vuotta täyttäneiden työssä käyvien miesten työkykyarvioissa ei sen sijaan ollut ikäryhmittäisiä eroja. Tilanne näyttää samantaiselta myös muiden työkyvyn osoittimien valossa (taulukko 8.2.1). Työssä käyvät 60 vuotta täyttäneet naiset kokivat työkykynsä työn ruumiillisten vaatimusten kannalta huonommaksi kuin jonkin verran nuoremmat, he antoivat työkyvyllään selvästi huonomman pistemäärän kuin nuoremmat, ja myös työkykyindeksillä mitattuna heidän työkykynsä jäi jälkeen nuorempien työkyvystä. Ainoastaan työn henkisiin vaatimuksiin suhteutetussa työkykyarviossa ei 50–64-vuotiailla naisilla ollut tilastollisesti merkitseviä ikäryhmittäisiä eroja. 50–64-vuotiailla miehillä puolestaan ainoa tilastollisesti merkitsevä iän mukainen ero oli työkykypistemäärässä: vanhimmat miehet arvioivat työkykynsä heikentyneen maksimityökyvystä hiukan enemmän kuin jonkin verran nuoremmat miehet.

Vanhimpien työssä käyvien naisten työkyky varsinkin työn fyysisen kuormituksen näkökulmasta näyttää siis poikkeuksellisen huonolta. Vanhimpien naisten työkyvyssä korostuivatkin monet työkyvyn rajoittuneisuuteen liittyvät tekijät. 60–64-vuotiaiden naisten koulutustaso oli selvästi huonompi kuin kymmenen vuotta nuorempien; miehillä ikäryhmien ero oli huomattavasti vähäisempi. Vanhimmat

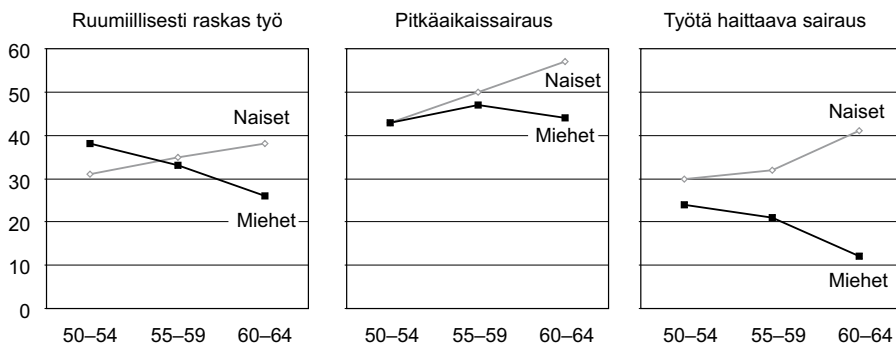
naiset tekivät paljon ruumiillisesti raskasta työtä: kun miehillä ruumiillisesti raskaan työn osuus väheni 60 vuotta täyttäneiden ryhmään siirryttäessä, naisilla sen osuus kasvoi (kuva 8.2.1). Tämä näkyi myös ammattirakenteessa. Naisilla johtajien ja asiantuntijoiden osuus väheni siirryttäessä 50–54-vuotiaista 60–64-vuotiaisiin, ja maataloustyötä tekevien osuus kasvoi. Suuri osa ikääntyneistä naisista teki fyysisesti kuormittavaa peruspalvelutyötä. Miesten tilanne oli päinvastainen: johtajien ja asiantuntijoiden osuus oli suurin kaikkein vanhimpien työssä käyvien keskuudessa, sen sijaan teollista työtä tekevien osuus pieneni iän myötä.

Taulukko 8.2.1. Työkyky ikäryhmittäin eri osoittimien mukaan, työssä käyvät 50–64-vuotiaat. Lähde: Gould ym. 2006.

Sukupuoli ja ikä	Työkykyarvio: Työkyvyltään rajoittuneiden osuus (%)	Erittäin hyvän ruumiillisen työkyvyn omaavien osuus (%)	Erittäin hyvän henkisen työkyvyn omaavien osuus (%)	Työkykykypitemäärä: Keskiarvo	Työkykyindeksi: Keskiarvo
Naiset					
50–54	9	31	29	8,4	38,5
55–59	5*	29	29	8,1*	37,0*
60–64	27***	17*	23	7,8***	35,4***
Miehet					
50–54	12	39	37	8,2	39,2
55–59	11	37	36	8,1	38,4
60–64	10	28	29	7,8*	38,6

50–54-vuotiaiden ja muiden ikäryhmien välisen eron tilastollinen merkitsevyys: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Vähäisen koulutuksen ja raskaiden töiden lisäksi vanhimmilla työssä käyvillä naisilla oli paljon terveysongelmia. Heillä oli esimerkiksi enemmän pitkäaikaissairauksia ja enemmän työtä haittaavia sairauksia kuin nuoremmilla naisilla tai samanikäisillä miehillä (kuva 8.2.1).

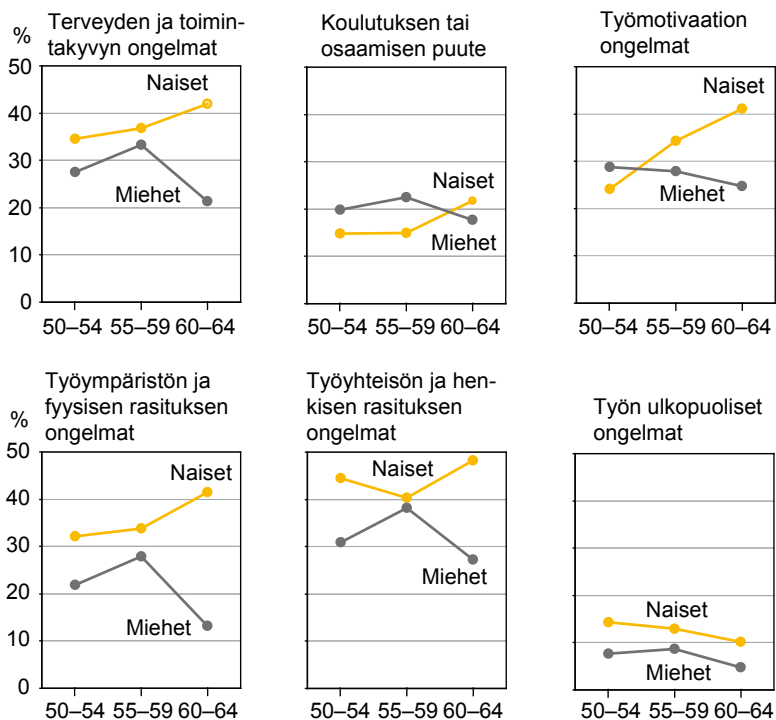


Kuva 8.2.1. Ruumiillisesti raskasta työtä tekevien ja sairastavien osuus (%) työssä käyvistä 50–64-vuotiaista. Lähde: Gould ym. 2006.

Työssä selviytymisen ongelmat

Naiset kokivat miehiä yleisemmin lähes kaikkia työssä selviytymisen ongelmia. Ainoastaan koulutuksen ja osaamisen puutteessa ei ollut juuri eroa naisten ja miesten välillä. Kaikkein eniten ikääntyneet työssä käyvät – sekä naiset että miehet – raportoivat työyhteisön ja henkisen rasituksen ongelmia (kuva 8.2.2). Lähes puolet 60–64-vuotiaista naisista koki työelämän psyykkisten paineiden haittaavan työssä selviytymistä. Samanikäisistä miehistä näin koki vain runsas neljännes. Myös työtä haittaavat fyysisen rasituksen sekä terveyden ongelmat olivat 60–64-vuotiailla naisilla huomattavasti yleisempiä kuin saman ikäryhmän miehillä. Nämä tulokset tukevat edellä esitettyä näkemystä vanhimpien työssä käyvien naisten poikkeuksellisen suurista työkyvyn rajoituksista.

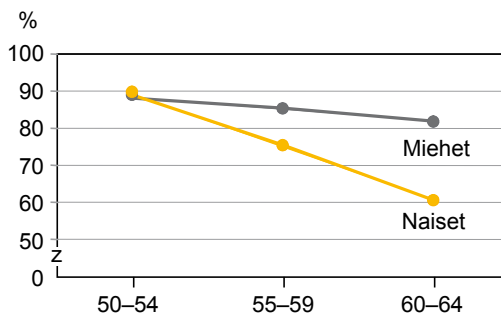
Myös työmotivaation puutetta esiintyi vanhimmilla naisilla enemmän kuin miehillä. Työtä haittaavat motivaatio-ongelmat olivat naisilla vanhimmassa ikäryhmässä yleisempiä mutta miehillä harvinaisempia kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Lähellä vanhuuseläkeikää työssä jatkavat miehet näyttävät siis olevan pääosin työkykyisiä ja motivoituneita; työkyvyltään rajoittuneet ovat siirtyneet jo aiemmin pois työelämästä. Naisten tilanne on sen sijaan toisenlainen: yli 60 vuoden ikään työssä jatkavista suurella osalla on vaikeuksia työssä jaksamisessa.



Kuva 8.2.2. Työssä selviytymisen ongelmia kokevien osuus (%) työssä käyvistä 50–64-vuotiaista.
Lähde: Gould ym. 2006.

Työssä jatkaminen kaksi vuotta eteenpäin

Arvio siitä, pystyykö terveytensä puolesta omaan työhönsä vielä kahden vuoden kuluttua, tuki aiempia tuloksia vanhimpien työssä käyvien naisten huonosta työssä selviytymisestä (kuva 8.2.3). Miehillä ei ollut merkittäviä ikäryhmittäisiä eroja: 50–54-vuotiaista lähes 90 prosenttia ja 60 vuotta täyttäneistäkin yli 80 prosenttia uskoi selviytyvänsä työssään jatkossakin. Naisten tilanne oli toinen. Tarkastelun nuorimmista, 50–54-vuotiaista naisista valtaosa uskoi suoriutuvansa työssä, mutta vanhemmilla naisilla luottamus selviytymiseen oli paljon vähäisempää: 60–64-vuotiaista enää noin 60 prosenttia uskoi pystyvänsä terveytensä puolesta nykyiseen työhönsä vielä kahden vuoden kuluttua.



Kuva 8.2.3. Niiden osuus (%), jotka uskovat terveytensä puolesta pystyvänsä nykyiseen työhönsä kahden vuoden kuluttua, työssä käyvät 50–64-vuotiaat. Lähde: Gould ym. 2006..

Koska tulevaa työssä selviytymistä kysyttäessä korostettiin erityisesti terveyden puolesta selviytymistä, on selvää, että koettu terveydentila vaikutti selviytymisarviointiin. Tutkimusajankohtana terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevista 50–64-vuotiaista työssä käyvistä naisista ja miehistä yli 90 prosenttia uskoi selviytyvänsä työssään vielä kahden vuoden kuluttua, sen sijaan terveytensä huonoksi tai keskita-soiseksi kokevista näin uskoi vain 63 prosenttia naisista ja 71 prosenttia miehistä.

Kun tarkasteltiin työssä jatkamisen yhteyttä terveyden ohella erilaisiin työn piirteisiin, havaittiin että jos terveys oli huono ja samalla työ oli kuormittavaa tai epävarmaa, usko työhön kykenemiseen kahden vuoden kuluttua oli vähäistä. Sen sijaan jos työ oli kevyttä, työmäärä kohtuullinen eikä työssä ollut epävarmuutta, huonomman terveyden omaavistakin valtaosa uskoi terveytensä kuitenkin riittävän työntekoon vielä ainakin pari vuotta. Niillä, joiden terveys oli hyvä, työn kuormittavuudella ei ollut yhtä suurta merkitystä tulevalle työssä selviytymiselle. Työn epävarmuus liittyi kuitenkin myös hyvän terveyden omaavilla tulevaan työssä suoriutumiseen. Vaikka terveys oli hyvä, työn epävarmuus sai kuitenkin epäilemään terveyden riittävyyttä lähivuosien työntekoon.

Työkyky työeläkeuudistuksen näkökulmasta

Suomessa vuoden 2005 alussa voimaan tulleen eläkeuudistuksen tavoitteena on vähentää varhaista eläkkeelle siirtymistä ja kannustaa ikääntyneitä työntekijöitä jatkamaan työelämässä mahdollisimman pitkään. Tavoitteen saavuttamiseksi mm. varhaiseläkkeitä lakkautettiin, niiden ikärajoja korotettiin, vanhuuseläkeikä muutettiin joustavaksi ja pitkään työssä jatkamista tuettiin korotetulla eläkekarttumalla.

Eläkeuudistuksen yhteydessä käyttöön otetun joustavan vanhuuseläkeiän piiriin sijoittuvista eli 63–67-vuotiaista oli tutkimusajankohtana työssä vain kuusi prosenttia naisista ja yhdeksän prosenttia miehistä. Koko ikäryhmästä, sekä työssä käyvistä että muista, kaksi viidestä arvioi itsensä kuitenkin työkykyisiksi. Aivan näin suuri osa kyseisestä ikäryhmästä ei ehkä sittenkään olisi työelämän haasteista selviytynyt. Työkykyarvion ja työkykypistemäärän vertailun perusteella näyttää siltä, että 60 vuotta täyttäneillä ja useimmiten jo työelämän ulkopuolella olevilla työkykyisyyden kriteeri on löyhempi kuin nuoremmilla, jotka pääosin olivat vielä työelämässä mukana. 60 vuotta täyttäneet työkykyiset ovat siten selvästi kauempana elinaikaisesta maksimityökyvystään kuin nuoremmat työkykyiset.

Jos ikääntyneiden työssä suoriutumisen kriteeriksi asetettaisiin ensinnäkin se, että arvioi itsensä työkykyiseksi ja lisäkriteerinä olisi vähintään 80 prosenttia maksimityökyvystä eli ainakin kahdeksikon työkykypistemäärä, 63–67-vuotiaiden ikäryhmästä noin joka neljäs olisi suoriutunut työssä. Jos kriteeriä väljennettäisiin maksimityökyvyn osalta 70 prosenttiin, työssä suoriutuvia olisi runsas kolmasosa kyseisestä ikäryhmästä. Joka tapauksessa tulokset viittaavat siihen, että vanhuuseläkeiän tuntumassa olevilla on kohtalaisen paljon työkykyä jäljellä, osalla jopa samassa määrin kuin ennen aikaisempaa tai nykyistä yleistä eläkeikää.

Iäkkäiden henkilöiden työkykyä voidaan vielä täsmentää koulutusastetta ja työkyvyttömyyseläkettä koskevien tietojen avulla. 63–67-vuotiaista 39 prosenttia oli tai oli ollut ennen vanhuuseläkettä työkyvyttömyyseläkkeellä, ja heidän työkykynsä voidaan olettaa olevan muita heikompi myös vanhuuseläkeiän tuntumassa. Taulukossa 8.2.2 vanhuuseläkkeen valintaikähaarukassa olevat eli 63–67-vuotiaat on jaettu neljään ryhmään koulutusasteen ja aiemman työkyvyttömyyseläkkeen mukaan. Työkyvyttömyyseläkettä koskeva tieto perustuu eläkerekistereihin. Kusakin ruudussa näkyy työkykyisiksi itsensä kokevien osuus. Työkykyisiä oli odotetusti eniten niiden joukossa, jotka eivät olleet työkyvyttömyyseläkkeellä. Tämän ryhmän eniten koulutetuista kaksi kolmasosaa ja korkeintaan perusasteen koulutuksen saaneista lähes puolet koki itsensä työkykyisiksi vielä vanhuuseläkeiän tuntumassa. Työkyvyttömyyseläkkeellä jossakin työuransa vaiheessa olleista yksi kymmenestä arvioi olevansa työkykyinen.

Taulukko 8.2.2. Työkykyisten¹ osuus (%) 63–67-vuotiaista koulutusasteen ja työkyvyttömyyseläketaustan mukaan.² Lähde: Gould ym. 2006.

Työkyvyttömyyseläketausta	Koulutusaste	
	Keski- tai korkea-aste	Perusaste
Ei työkyvyttömyyseläkettä	66***	45***
On tai on ollut työkyvyttömyyseläkkeellä	13	10

¹ Työkykyisiksi on tässä määritelty ne, jotka kolmiportaisella työkykyarviolla luokittelivat itsensä täysin työkykyisiksi ja jotka antoivat työkyvylleen suhteessa elinaikaiseen parhaaseen työkykyyn vähintään seitsemän pistettä kymmenestä.

² Ikä ja sukupuoli vakioitu. Ryhmien välisen eron tilastollinen merkitsevyys verrattuna perusasteen koulutuksen saaneisiin työkyvyttömyyseläkeläisiin: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Yhteenveto ja päätelmät

Monet työssä käyvistä 60 vuotta täyttäneistä naisista kokivat työkykynsä huonoksi. Verrattuna nuorempiin naisiin tai saman ikäryhmän miehiin 60–64-vuotiaat naiset kokivat työkykynsä rajoittuneemmaksi, heillä oli enemmän pitkäaikais-sairauksia ja työtä haittaavia sairauksia ja enemmän sekä omiin voimavaroihin että työn piirteisiin liittyviä työssä jaksamisen haittatekijöitä. Vanhimmat naiset tekivät myös miehiä yleisemmin työtä, jonka he kokivat ruumiillisesti raskaaksi. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Helsingin kaupungin henkilöstöä koskevassa tutkimuksessa.

Yksi selitys vanhimpien naisten huonolle työkyvylle voi löytyä naisten ammatitirakenteesta. Vahtera ja Pentti ovat jaotelleet suomalaisten palkansaajien ammattiryhmiä työn vaatimusten ja työn hallinnan mukaan. Ammatit, joissa työntekijältä vaaditaan paljon, mutta työn hallintamahdollisuuksia on vähän, ovat terveyden kannalta haitallisimpia. Tällaisia ammattiryhmiä olivat Vahteran ja Pentin tulosten mukaan mm. monet naisvaltaiset peruspalvelu- ja toimihenkilöammatit. Tämän tutkimuksen 60 vuotta täyttäneillä naisilla juuri suurten vaatimusten ja vähäisen hallinnan peruspalvelutyöt olivat yleisiä, sen sijaan samanikäisten miesten ammatit sijoittuivat herkemmin suurten vaatimusten ja hyvän hallinnan ryhmään.

Vaikuttaakin siltä, että iäkkäiden ihmisten toimintakykyyn liittyvä valikoituminen – huonokuntoiset siirtyvät pois, ja vanhimmat työssä käyvät ovat siksi terveitä ja hyväkuntoisia – koskee suuremmissa määrin miehiä kuin naisia. Tämä saattaa liittyä esimerkiksi käyttäytymismallien, työelämän toimintatapojen, kulttuuristen normien tai institutionaalisten käytäntöjen sukupuolieroihin. Naisten ja miesten terveystyöelämänsä eroja: naiset oireilevat, miehet katkeavat, liittyy myös sairauskirjon erilaisuuteen. On myös mahdollista, että vanhimpien työssä käyvien naisten huonoksi kokema työkyky kertoo siitä, että työelämässä on vaikeampaa olla vanhana naisena kuin vanhana miehenä. Samoin iäkkäiden naisten fyysinen kunto riittää ruumiilliseen työhön keskimäärin huonommin kuin mies-

ten. Myös työuupumuksen on todettu yleistyvän iän myötä naisilla mutta ei miehillä. Vanhimpien, motivoitumattomien ja työkyvyltään rajoittuneiden naisten työssä jatkaminen voikin osin selittyä myös työkyvyttömyyseläkekäytännöillä: naisten työkyvyttömyyseläkehakemuksia hylätään enemmän kuin miesten, mikä saattaa pidentää naisten työelämässä sinnittelyä.

Ikääntyneiden naisten työkyvyn ongelmien korostaminen antaa kuitenkin ehkä liian kielteisen kuvan naisten työssä selviytymisestä. Vaikka pitkäaikaissairaudet ja raskaaksi koettu työ olivat naisilla yleisiä, 60 vuotta täyttäneistä työssä käyvistä naisista puolet sijoittui työkykyindeksin luokituksessa hyvän tai erinomaisen työkyvyn luokkiin. Työkykynsä hyväksi kokevia on siis myös pitkän työuran tehneiden naisten keskuudessa.

Työn epävarmuus heikentää luottamusta työkyvyn riittävyteen. 60 vuotta täyttäneistä työssä käyvistä naisista 60 prosenttia ja miehistä yli 80 prosenttia uskoi terveytensä puolesta selviytyvänsä työssä vielä kahden vuoden kuluttua. Selviytymisusko ei kuitenkaan liittynyt vain työntekijän terveyteen tai muihin voimavaroihin, myös työ oli tärkeä. Kevyt, työmäärältään kohtuullinen ja varma työ valoi uskoa työssä selviytymiseen, vaikka terveys olisi ollut huono. Toisaalta työn epävarmuus vähensi terveidenkin luottamusta tulevaan työssä suoriutumiseen.

Työn epävarmuuden voimakas yhteys työssä selviytymiseen kertoo työkyvyn moninaisuudesta. Työntekijät arvioivat työkykyään aina kulloisessakin yhteiskunnallisessa tilanteessa, ja työn epävarmuus ja uhkat voivat siten heikentää luottamusta työssä selviytymiseen. Työn epävarmuuden merkityksen korostuminen kertoo myös työkyvyn työllistymiskyky-näkökulmasta. Työkykyä ei koeta vain työssä suoriutumisenä vaan myös työhön suoriutumisenä, ja siten työmahdollisuuksien epävarmuus voi heikentää koettua työkykyä.

Työvuosien aikainen työkyky ennustaa hyvin vanhuuseläkevuosien työkykyä. Ilman työkyvyttömyyseläketäustaa olevista, vähintään keskiasteen koulutuksen saaneista 63–67-vuotiaista kaksi kolmesta koki itsensä työkykyiseksi. Kaiken kaikkiaan ikääntyneiden työkyvyn tarkastelu antoi varsin myönteisen kuvan uuden, joustavan eläkeiän valintahaarukassa olevien 63–67-vuotiaiden työkyvystä. Työkyvyn rinnalle tarvitaan kuitenkin myös työhalukkuutta ja ennen kaikkea sopivaa työtä ja työmahdollisuuksia ennen kuin työurien pitenemisen tavoitteet saavutetaan.

Kirjallisuus

- Ahola A. Naiset oireilevat – miehet katkeavat. Sukupuoli, sosiaalinen asema ja psyykinen oireilu. Sosiaali- ja terveysministeriö, Tasa-arvojulkaissuja, Sarja A: Tutkimuksia 1/1992, Helsinki 1992.
- Ahola K, Honkonen T, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. Työuupumus Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Suomen Lääkärilehti 2004;50:4109–4113.

- Aittomäki A, Lahelma E, Roos E, Leino-Arjas P, Martikainen P. Gender differences in the association of age with physical workload and functioning. *Occupational and Environmental Medicine* 2005;62:95–100.
- Gould R, Nyman H. Työkyvyttömyyseläkkeet 1990–2001. Eläketurvakeskuksen monisteita 38, Helsinki 2002.
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Ilmarinen J, Tuomi K, Eskelinen L, Nygård C-H, Toikkanen J, Järvinen E, Suvanto S, Backman A-L, Huuhtanen P, Aalto L, Mauno I. Ikääntyvä työntekijä kunta-alalla: seurantatutkimuksen tausta ja tavoitteet. *Työ ja ihminen* 1988;2(4):301–309.
- Julkunen R. Kuusikymmentä ja työssä. SoPhi, Jyväskylä 2003.
- Vahtera J, Pentti J. Työntekijä talouden ristiaallokossa. Työterveyslaitos, Työsuojeluhallinto, Helsinki 1999.

9 Päätelmät

Arpo Aromaa, Raija Gould, Juhani Ilmarinen ja Seppo Koskinen

Terveys 2000 -hankkeessa tutkittiin työtä, työkykyä ja terveyttä koko 30 vuotta täyttäneessä väestössä haastatteluin, kyselyin ja monipuolisella terveystarkastuksella. Hanke koski laajasti terveyttä ja sairauksia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä, toimintakykyä sekä hoidon, avun ja kuntoutuksen tarvetta ja saantia. Kansanterveyslaitoksen koordinoiman laajan tutkimuksen valmisteluun ja toteutukseen osallistuivat lukuisat yhteistyötahot, mm. Eläketurvakeskus, Kela, Stakes, Työterveyslaitos ja UKK-instituutti sekä monet yliopistot.

Terveys 2000 tuotti monipuoliset tiedot työstä, terveydestä, toiminta- ja työkyvystä sekä näiden keskinäisistä yhteyksistä ja muista määrittäjistä 30–64-vuotiaassa väestössä. Tutkimus onnistui erinomaisesti; osallistumisalttius 30–64-vuotiailla oli noin 95 % ja osallistuneiden lukumäärä oli lähes 4000. Tulokset on esitetty Terveys 2000 peruseräraportissa *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset* sekä *Työkyvyn ulottuvuudet* -raportissa. Vastaavia tietoja kerättiin erillisessä kyselyssä ja haastattelussa 18–29-vuotiailta, joita oli noin 1050. Nämä tulokset on esitetty *raportissa Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä*.

Tutkimus oli jopa maailman mitassa ainutlaatuinen. Ainoa vertailukelpoinen aikaisempi hanke on Suomessa vuosina 1978–1980 toteutettu Mini-Suomi-terveys-tutkimus. Vuosina 2000–2001 koottujen Terveys 2000 -aineistoon perustuvien tulosten vertailu Mini-Suomi-tutkimuksen kahta vuosikymmentä aiempiin tuloksiin antaa ensimmäiset luotettavat tiedot monien terveyden ja toimintakyvyn ilmiöiden kehittymisestä ajan mukana.

9.1 Työn terveysvaikutukset

Työssä ja työoloissa voi olla terveyttä ja toimintakykyä vaarantavia piirteitä. Toisaalta työ edistää terveyttä. Työ ja pätevä työterveyshuolto yhdessä voivat tukea sairaiden ja vammaisten suoriutumista työstä sekä edistää työntekijöiden terveyttä ja työkykyä. Se edellyttää sekä työperäisten terveysongelmien että suurten kansansairauksien vaaratekijöiden torjuntaa työpaikoilla. Vaikuttaminen työhön, työoloihin ja työntekijöihin onkin tärkeä osa koko väestön terveyden edistämistä.

Tulokset osoittivat, että epäedulliset työhön liittyvät tekijät aiheuttavat erityisesti **tuki- ja liikuntaelimestön** ongelmia sekä mielenterveyden oireita ja pulmia työuupumuksesta vakaviin masennussairauksiin. Työhön liittyvä liiallinen tai virheellinen kuormitus lisää selkäkivun, iskiasoireyhtymän, niska-hartia-oireyhtymän, olkapään, kynärpään ja ranteen seudun rasitussairauksien sekä polven ja lonkan nivelrikon vaaraa. Siksi tuki- ja liikuntaelinten terveyden edistämisen yhden painopisteen on oltava työikäiseen väestöön, työympäristöön ja työelämään

kohdistuvissa toimenpiteissä. Jokaiselle työntekijälle pitäisi turvata työpisteen, työkalujen ja työmenetelmien riittävä ergonomia ja sitä varten tarvittava asiantuntijan apu.

Työpaikoilla **työuupumus** on hälytysmerkki, joka viittaa terveyden ja työkyvyn kannalta haitalliseen työkuormitukseen. Työuupumuksen ehkäisemiseksi ja työkyvyn ylläpitämiseksi työoloihin on tarvittaessa tartuttava hanakasti, ja kehitettävä niitä terveyttä edistävään suuntaan. Työkäisiä psyykkisesti kuormittuneita potilaita tutkittaessa tulisi ottaa huomioon sekä työuupumuksen että sairauksien mahdollisuus. Jotta saavutettaisiin kansallinen tavoite työuran pidentämisestä ja jotta työuupumusta voitaisiin ehkäistä, on tärkeää sopeuttaa työ työntekijän voimavarojen mukaiseksi.

Pysyvää toipumista vakavasta työuupumuksesta edistää hoidon lisäksi myös muutos niissä työolosuhteissa, joissa työuupumus on kehittynyt. Työn vaatimusten ja voimavarojen tasapainottaminen tukee kestävästä hyvinvointia, ja työolosuhteiden säännöllinen seuraaminen ja muokkaaminen on hyödyksi myös työuupumuksen ehkäisyssä.

Työuupumusta ei ole määritelty tautiluokituksissa sairaudeksi, mutta se voidaan liittää sairausdiagnoosiin terveyteen ja työkykyyn vaikuttaneena tekijänä. Tätä olisi suositeltava, jotta myös työoloihin kiinnitettäisiin huomiota kun työuupumus todetaan. Toisaalta työuupumuksen ja masennuksen taustalta olisi muistettava etsiä myös muuhun elämän piiriin liittyviä tekijöitä.

Tutkimustulosten mukaan sosioekonomiset **mielenterveys**erot ovat työssäkäyvien suomalaisten keskuudessa suuria. Pienituloiset työntekijät ovatkin riskiryhmä ja he tarvitsevat mielenterveyttä edistäviä ja sen ongelmia ehkäiseviä tukitoimia. Lisäksi olisi kiinnitettävä huomiota hoidon riittävään saatavuuteen, jos työssäkäyvällä on alkoholi-ongelma. Koska myös psykososiaalisilla tekijöillä on selvä yhteys mielenterveyden häiriöihin, olisi tärkeää, että psykososiaalisia työoloja arvioitaisiin työpaikoilla ja niiden kehittämiseen kiinnitettäisiin riittävästi huomiota ongelmien ehkäisemiseksi.

Työttömät nuoret aikuiset näyttävät olevan syrjäytymisvaarassa ja siksi heidän terveydentilaansa, psyykkiseen hyvinvointiinsa ja päihteiden käyttöönsä olisi syytä kiinnittää nykyistä enemmän huomiota.

Työterveyshuollon pitäisi tehdä kaikkensa työhön liittyvien terveyttä vaarantavien tekijöiden poistamiseksi tunnistamalla syysuhteet ja eliminoimalla syytekijät riittävän varhain. Kaikissa työympäristöissä voidaan saavuttaa terveyden kannalta edullisia tuloksia työterveyshuollon keinoin. Se edellyttää altisteiden ja tapaturmavaarojen vähentämistä tai poistamista. Työterveyshuollon olisi myös kyettävä kehittämään työpaikan toimintatapoja ja ilmapiiriä, vaikka niiden katsotaan usein kuuluvan yksinomaan työnantajan tehtäviin. Tavallista on, että psyykkinen kuormitus, johtuu työpaikan toimintatavoista, joita työnantaja voi monin keinoin säädellä – etenkin jos työterveyshuolto tarjoaa tähän asiantuntija-apua. Työterveyshuollon aktiivista otetta työpaikalla tarvitaan myös kun tuetaan sairastuneen tai

vammaisen henki-lön jatkamista työssä. Työ ja työterveyshuolto yhdessä voivat edistää terveyttä myös tukemalla edullisia elintapoja ja vähentämällä kansantautien tunnettuja vaaratekijöitä. Terveydenhuollon käyttöön kehitetty mini-interventio alkoholiongelmien hallitsemiseksi on tehokas ja käyttökelpoinen väline työterveyshuollossa. Koska ongelmat työssä voivat osaltaan olla liiallisen juomisen taustalla, työolojen selvittämisen tulisi sisältyä myös alkoholiongelmien tutkimus- ja hoitokäytäntöihin.

Terveyden kannalta huonoihin työoloihin ja työtappoihin voidaan usein vaikuttaa olennaisesti **organisaation ja sen johdon** käytettävissä olevin keinoin. Johdon ymmärrystä näissä asioissa on edelleen lisättävä, mikä edellyttää koulutusta ja työterveyshuollon vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä. Työpaikan mahdollisuuksia terveyden edistämiseksi on käytetty liian vähän. Työpaikoilla on viime vuosina kehitetty useita varhaisen puuttumisen malleja erilaisiin ongelmatilanteisiin. Mallit ovat myös tiedottamisen ja sairauksien ehkäisyn välineitä ja antavat esimiehille työkaluja ottaa riittävän varhain puheeksi vaikeita asioita. Esimiehen kuuluu myös työturvallisuuslain mukaan ryhtyä toimenpiteisiin kuormitustekijöiden selvittämiseksi ja tilanteen parantamiseksi

Vaikka moneen työhön nykyisinkin liittyy terveyttä vaarantavia tekijöitä, työllä on kiistatta myös **myönteisiä vaikutuksia** terveyteen. Hyvin monille on tärkeää kokea tekevänsä mielekästä työtä ja hyvässä työyhteisössä. Työtoverit ovat merkittävä vertaistuen lähde. Työt, jotka kuormittavat fyysisesti vain vähän ja joissa olosuhteet ovat suotuisat ja turvalliset pitävät jo sinänsä yllä ihmisten hyvää terveyttä. Ne eivät kuitenkaan yksin riitä estämään psyykkistä kuormittumista tai jopa pahoinvointia. Työolosuhteilla ja toimintatavoilla on suuri merkitys sekä työn että terveyden kannalta. Hyvät toimintatavat, hyvä, läheinen ja inhimillinen johtaminen sekä hyvä esimiestyöskentely johtavat hyvään työtulokseen ja tukevat terveyttä.

9.2 Työkyvyn edistäminen ja ylläpito

Työkyvyn ydin rakentuu ihmisen voimavarojen ja työn ominaisuuksien välisestä tasapainosta, mutta myös monet muut tekijät liittyvät työkykyyn. On tärkeää tunnistaa eri tekijöiden merkitys työkyvyn kannalta ja kohdistaa työkyvyn edistämistoimet juuri niihin tekijöihin, joilla työkykyyn voidaan tehokkaasti parantaa.

Terveys liittyy vahvimmin koettuun työkykyyn. Myös työn henkisen ja fyysisen rasittavuuden sekä työasenteiden yhteys työkykyyn on vahva. Osaamisen ja työyhteisöongelmien yhteys koettuun työkykyyn on heikompi. Vaikka ne heikentävät työssä jaksamista, ihmiset eivät liitä niitä arvioihin omasta työkyvystään. Sekä osaamisen että työyhteisöllisten tekijöiden yhteys koettuun työkykyyn korostuu etenkin, kun henkilöllä ei ole työkykyä heikentäviä pitkäaikaissairauksia. Sairauksien merkitys koetun työkyvyn kannalta lieneekin niin määräävä, että vain terveet yhdistävät monet muut tekijät työkykyyn.

Työkyvyn vajavuudet yleistyvät iän myötä. Lähes kaikki nuoret aikuiset, erityisesti työssä käyvät ja opiskelijat, kokivat työkykynsä hyväksi. Alle 45-vuotiaista yli 90 prosenttia piti itseään täysin työkykyisenä mutta 60–64-vuotiaista vain puolet. Monet työkyvyn rajoittuneisuuteen liittyvät asiat, kuten huono terveys ja vähäinen koulutus, korostuivat iäkkäillä. Nuorten aikuisten työkyvyssä terveys painottuu enemmän kuin työ: työkyvyn ongelmat liittyvät usein psyykkiseen sairauteen tai fyysiseen vammaan. Varttuneilla työkykyä rajoittavat yleisemmin jaksamattomuus ja työn kuormittavuus. Työkyvyn ulottuvuudet ovat kuitenkin eri ikäryhmissä varsin samanlaisia, joten kaikkia työkyvyn rakenteita tulee tukea työuran eri vaiheissa. Esimerkiksi työn ilon ja työmotivaation ylläpitäminen nuoremmissa ikäryhmissä voi edistää työkyvyn säilymistä myös työuran loppupuolelle.

Naisten ja miesten koettu työkyky oli suunnilleen samanlainen. Vanhimmat työssä käyvät naiset arvioivat kuitenkin työkykynsä huonommaksi kuin samankäiset miehet. Heidän työkykynsä tukeminen on tärkeä haaste, jotta työurat piteenisivät.

Moni pitkäaikaissairas arvioi työkykynsä hyväksi. Terveystila korostuu työkykyarvioissa. Terveyttään keskitasoisena pitävät henkilöt arvioivat työkykynsä rajoittuneeksi noin kuusi kertaa niin yleisesti kuin terveyttään hyvänä pitävät. Kaikki yleiset kansansairaudet näyttävät heikentävän työkykyä. Kaikkein eniten henkilön omaa arviota työkyvystään heikensivät mielenterveyden häiriöt, etenkin psykoosi, sekä sepelvaltimotauti ja varsinkin miehillä myös lonkkanivelrikko. Masennus, selkä- ja niskasairaudet sekä verenpainetauti vaikuttavat yksilön työkykyyn hieman vähemmän, mutta yleisyytensä takia ne heikentävät koko väestön keskimääräistä työkykyä kaikkein eniten. Työssä käyvien henkilöiden työkykyä huononsivat eniten masennus ja selkäsairaudet.

Vaikka useat pitkäaikaiset sairaudet lisäsivätkin työkyvyttömyyden todennäköisyyttä huomattavasti, etenkin alle 55-vuotiaiden ikäryhmässä, suuri osa sairaista arvioi olevansa työkykyisiä. Työpaikoilla ja työterveyshuollossa olisi tärkeää tunnistaa ne tekijät, joiden ansiosta pitkäaikaissairaat kokevat työkykynsä hyväksi. Näitä tekijöitä vahvistamalla voidaan olennaisesti tukea ikääntyvän työvoiman selviytymistä työelämässä.

Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky liittyvät työkykyyn. Fyysisellä toimintakyvyllä on voimakas yhteys työkykyyn: etenkin liikkumiskyvyn rajoitukset lisäävät työkyvyttömyyttä jyrkästi. Myös sosiaalisen toimintakyvyn ongelmat, esimerkiksi vaikeudet asioiden hoitamisessa muiden kanssa, lisäävät huomattavasti työkyvyn rajoitusten todennäköisyyttä.

Terveys 2000 -tutkimuksessa mitatun kognitiivisen toimintakyvyn yhteys koettuun työkykyyn oli vähäinen. Ilmeisesti huomattava osa väestöstä mieltää työkyvyn tarkoittavan ennen kaikkea suoriutumista työn fyysisistä vaatimuksista, eikä työkyvyn yhteyttä kognitiiviseen toimintakykyyn koeta yhtä selvänä. Kun yhä suurempi osa työtehtävistä edellyttää nopeaa oppimista ja muita kognitiivisia taitoja, on selvää, että kognitiivisen toimintakyvyn ylläpito on työvoiman työkyvyn ylläpi-

tämisen tärkeä osa-alue. Samalla tulisi turvata mielekkään työnteon mahdollisuus niillekin, jotka eivät kognitiivisesti vaativimmista tehtävistä selviydy.

Koulutus ja työtyytyväisyys tukevat työkykyä. Hyvä koulutustausta liittyy hyvään työkykyyn kaikenikäisillä naisilla ja miehillä. Koulutustason ja työkyvyn yhteys on selvä jopa vanhimmassa 65–74-vuotiaiden ikäryhmässä. Hyvä koulutustaso vähentää monia työhön liittyviä työkyvyttömyyden riskitekijöitä ja lisää työkyvyn ylläpitämisen mahdollisuuksia.

Myönteinen suhtautuminen työhön, tyytyväisyys, motivoituneisuus ja innostus työhön sekä vahva ammatillinen itsetunto liittyvät hyvään työkykyyn. Työhönsä motivoituneet luottavat myös muita useammin pystyvänsä terveytensä puolesta jatkamaan vielä työssä. Työtyytyväisyyden edistäminen tukee näin myös työkyvyn ylläpitämistä. Voidaan olettaa, että koulutustason kohoamisen ansiosta väestön työkyky jatkaa kohenemistään.

Hyvä työ, hyvä työkyky. Sellaisissa töissä, joissa vähintään puolet ajasta on epäsuotuisia fyysisiä piirteitä, on suuri riski kokea työkyvyn ongelmia. Etenkin 55 vuotta täyttäneillä naisilla voimaa vaativat käsityöt ja huonot työasennot liittyvät työkyvyn rajoittumiseen. Työn henkinen rasittavuus, joka ilmenee uupumisena, väsyneisyytenä ja henkisesti tyhjiin pusertumisena on voimakkaasti yhteydessä työkykyyn. Työyhteisö, jossa on mahdollisuus keskustella tavoitteista ja saada työtovereiden ja esimiehen tukea ja arvostusta tukee työkykyä. Työn itsenäisyys ja mahdollisuus omien töiden hallintaan liittyvät etenkin eläkeikää lähestyvien työkykyarvioihin. Työn merkitys työkyvylle näyttää voimistuvan iän myötä. Tulos on tärkeä mm. siksi, että useimmiten mahdollisuudet työn positiivisten piirteiden lisäämiseksi ovat paljon suuremmat kuin mahdollisuudet olennaisesti parantaa ikääntyneen henkilön terveyttä ja suorituskykyä. Työkyvyn edistämisessä olisikin entistä enemmän kiinnitettävä huomiota työn hyvien ominaisuuksien lisäämiseen.

Työttömyys ja työn epävarmuus heijastuvat koettuun työkykyyn. Työttömien ja erityisesti pitkäaikaistyöttömien työkyky on heikompi kuin työssä käyvien. Alle vuoden työttömänä olleiden työkyky ei sen sijaan poikkea työllisten työkyvystä. Samoin työttömänä olleiden mutta uudelleen työllistyneiden työkyky on yhtä hyvä kuin niiden työllisten, joilla ei ole ollut työttömyyskokemuksia. Tulokset viittaavat siihen, että joko työhön palaaminen toimii tehokkaana koetun työkyvyn edistäjänä tai vain työkykyisimmät siirtyvät työttömyydestä työhön.

Myös työn epävarmuus riittää heikentämään koettua työkykyä. Etenkin luottamus tulevaan työkykyyn liittyy vahvasti työn varmuuteen. Vaikka terveys olisi hyvä, työn epävarmuus saa epäilemään terveyden riittävyttä työssä selviytymiseen..

Perheellisten työkyky on parempi kuin yksin asuvien. Työkyky ei liity vain työelämään. Työkyky on yhteydessä lähiyhteisöön, ennen kaikkea perheeseen. Perheellisten työkyky on keskimääräistä parempi, sen sijaan naimattomilla ja eronneilla miehillä ja toisaalta naisleskillä on paljon työkykyongelmia. Leskeksi jääneiden

työkyvyn heikkeneminen kertonee vaikeiden elämänvaiheiden paineista, jotka vaikuttavat myös työssä selviytymiseen. Yksinasuvien miesten heikentynyt työkyky liittyy puolestaan tämän väestöryhmän monin tavoin huonoon tilanteeseen. Yksin asuvien miesten työkyvyn edistäminen onkin nähtävä osana tämän väestöryhmän kokonaisvaltaista syrjäytymisen ehkäisyä.

Työkyvyn rajoitukset ovat vähentyneet 1970-luvun lopusta. Työikäisen väestön itse arvioitu työkyky kohentui 1970-luvun lopusta 2000-luvun alkuun. Tämä myönteinen kehitys kytkeytyi väestön koulutusrakenteen muutoksiin. Missään koulutusryhmässä työkyky ei muuttunut tilastollisesti merkitsevästi 1980- ja 1990-lukujen kuluessa, mutta koulutustason nopean kohenemisen ansiosta aiempaa paljon suurempi osa työikäisistä kuuluu ylempiin koulutusryhmiin, joissa työkyvyn rajoitukset ovat harvinaisia. Väestön koulutusrakenteen muutos selittääkin kokonaan naisten työkyvyn rajoitusten vähenemisen ja suuren osan myös miesten työkyvyn kohenemisestä menneiden kahden vuosikymmenen aikana.

Koulutusrakenteen muutos heijastaa myös ammattirakenteen ja työtehtävien nopeaa muuttumista kahdessa vuosikymmenessä. Toimistotyö on yleistynyt ja fyysisesti kuormittavimmissa ammateissa työskentelee aiempaa pienempi osa työvoimasta. Tämä on osaltaan vähentänyt fyysiseen työkykyyn kohdistuvia vaatimuksia. Toisaalta työelämässä on tapahtunut myös vaatimusten kovenemista, joka saattaa liittyä osin koulutustason kohoamiseen: monipuolista osaamista edellyttävät psyykkisesti kuormittavat työtehtävät lienevät yleistyneet, mikä on voinut lisätä koettuja työkyvyn rajoituksia.

Väestön työkykyä voidaan lisätä edistämällä kansanterveyttä, lisäämällä koulutusta ja kehittämällä työtä. Väestön työkyvyn tuleva kehitys riippuu olennaisesti siitä, miten työkyvyn eri ulottuvuudet muuttuvat. Useimmat työkykyä rajoittavat kansansairaudet ovat harvinaistuneet, mutta esimerkiksi lihavuuden ja päihdeongelmien yleistyminen voi lisätä työkykyä heikentävien sairauksien yleisyyttä tulevana vuosikymmeninä. Toisaalta väestön koulutustaso on kohonnut, etenkin miesten tupakointi on vähentynyt ja terveystalvelujen saatavuus ja vaikuttavuus ovat parantuneet. Nämä ja muut väestön terveyteen myönteisesti vaikuttavat tekijät luovat edellytyksiä työikäisten työkyvyn kohenemiselle.

Työelämän muutosten myötä työssä tarvittava osaaminen lisääntyy. Se edellyttää koulutuksen korkean laadun ylläpitoa ja kehittämistä sekä elinikäisen oppimisen painottamista. Koulutuksella voidaan myös kompensoida työkyvyn rajoituksia. Työelämässä painottuvat vastaisuudessa kognitiivinen osaaminen ja kyky yhteistyöhön ja sosiaalisiin suhteisiin. Samanaikaisesti fyysinen kuormitus vähenee ja sen asettamat vaatimukset ihmisille vähenevät. Tämä luo myös edellytyksiä työurien jatkumiselle.

Suomessa työn arvostus elämänalueena on suuri. Väestön työkyvyn suotuisan kehityksen kannalta on tärkeää, että työ tarjoaa tulevaisuudessakin ihmisille mahdollisuudet toteuttaa taipumuksiaan, saada arvostusta ja kokea olevansa tärkeä yhteisön jäsen. Tämä ei kuitenkaan riitä, jos työelämän rasitukset, epävarmuus-

det ja muut haitat vähentävät työhön osallistumisen houkuttelevuutta. Fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten työolojen kehittämiseen on tarpeen kiinnittää paljon huomiota, jos kansalaisten halutaan kokevan itsensä mahdollisimman pitkään työkykyisiksi. Kuitenkin on selvää, että ihmiset myös tulevaisuudessa vertaavat työn ja vaihtoehtoisten toimeentulolähteiden tuottamaa ansiota. Muista työn piirteistä riippumatta työn koettu palkitsevuus ja sen seurauksena myös koettu työkyky riippuvat osaltaan siitä, millaisen ansiotason toisaalta työnteko ja toisaalta nuo vaihtoehtoiset toimeentulon lähteet tarjoavat.

Terveys 2000 -tutkimukseen perustuvan hankekokonaisuuden tuottamien tulosten valossa työkyvyn arvioinnin ja edistämisen haasteiksi nousevat

- **Työkyvyn vahvuuksien korostaminen**

Työkyvyn edistämisen ominta aluetta on työkyvyn ulottuvuuksien positiivisen puolen korostaminen. Työntekijän voimavarojen kasvattaminen esimerkiksi koulutuksen keinoin ja etenkin työn myönteisten piirteiden vahvistaminen lisäävät työkykyä. Hyvä työ ylläpitää työkykyä työntekijän voimavarojen heiketessäkin.

- **Työkyvyn edistämisen kohdentaminen**

Tutkimus nosti työkyvyn suhteen ongelmallisina ryhminä esille mm. vähän koulutetut, maataloustyötä tekevät, osa-aikatyössä käyvät, työttömät, yksinäiset miehet, naislesket ja vanhimmat työssä käyvät naiset. Nämä ryhmät jäävät usein työpaikkatason työkyvyn edistämisen ulkopuolelle. Työkyvyltään poikkeuksellisen rajoittuneiden ryhmien työkyvyn parantamiseksi tarvitaan koulutusta, sosiaalista tukea ja arvostusta, terveyden edistämistä ja sekä työllistymisen tukea että työn kehittämistä. Esimerkiksi vanhimpien työssä käyvien naisten työkyvyn parantaminen kohentamalla heille tyypillisten töiden työoloja, organisointia ja arvostusta saattaisi lisätä työkykyä tehokkaammin kuin pelkästään ikääntyneiden naisten omien voimavarojen tukeminen.

- **Työkyvyn määrittämisen kehittäminen**

Terveys ja työn raskaus näkyvät työkykyarvioissa, sen sijaan esimerkiksi osaamisen ja työyhteisön toimivuuden yhteys koettuun työkykyyn ei tule yhtä herkästi esille. Osuvien työkykyarvioiden tekeminen sekä työkyvyn edistämisen oikea kohdentaminen ja vaikuttavuuden arviointi edellyttävät nykyistä parempia menetelmiä. Esimerkiksi nuorten aikuisten ja toisaalta työelämän ulkopuolella olevien työkyvyn edistäminen kaipaa tuekseen näille ryhmille soveltuvia työkyvyn määrittämisskeinoja. Niitä kehitetään THL:n koordinoimassa TOIMIA-hankkeessa.

- **Yhteistyön ja koordinaation edistäminen**

Työkyvyn edistämiseksi tarvitaan yhteistyötä yhteiskunnan päättäjien, erilaisen välittäjäorganisaatioiden ja työpaikkatason välillä ja sisällä. Tarvitaan aitoa halua kehittää sekä hyvää työkykyä ylläpitäviä työelämän malleja että sellaisia malleja, jotka mahdollistavat työelämään osallisuuden rajoittuneellakin työ-

kyvyllä. On myös tärkeää huolehtia, että muutkin työkyvyn ulottuvuudet kuin terveys tulevat huomioon otetuiksi ja että toiminnassa korostetaan työkyvyn vahvuuksia.

- **Työkyvyn edistäminen elämänsä elämänkulun kontekstissa**

Yksi työkyvyn edistämisen tärkeitä tavoitteita on parantaa ja pidentää työntekijöiden työuria. Hyvien työvuosien lisäämiseksi tarvitaan työkyvyn edistämistä jo työuran varhaisissa vaiheissa. Väestön ikääntyminen asettaa työkyvyn edistämisen uudenlaisten haasteiden eteen. Työuran loppuvaiheissa olevia on paljon; työkyvyn ylläpitämiseksi tarvitaan sekä ikääntyneiden yksilöllisten voimavarojen tukemista että työn piirteisiin, toimintakulttuureihin ja ikäasenteisiin vaikuttamista. Hyvä työkyky ei ole tavoittelemisen arvoinen vain työssä jaksamisen ja jatkamisen kannalta; hyvä työkyky tukee myös muiden elämäntilanteiden hyvinvointia.

Kirjallisuus

- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J ym. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki ja Turku 1989.
- Aromaa A ja Koskinen S (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2002, Helsinki 2002. <http://www.ktl.fi/publications/2002/b3.pdf>
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J ja Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=26774>
- Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A (toim.). Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005.