

Hyvinvointialueille siirtyneiden työntekijöiden työ- olosuhteet ja työkyky

Risto Nikunlaakso

Vilja Levonius

Kirsikka Selander

Pauliina Toivio

Pyry Silomaa

Työterveyslaitos



Sisältö

Tiivistelmä	3
1. Johdanto	4
1.1. Tutkimuksen tausta ja lähtökohdat	4
1.2. Tutkimuksen tavoitteet	4
2. Tutkimusaineisto ja menetelmät	5
2.1. Tutkimuksen osallistujat	5
2.2. Työkyvyn ja työolosuhteiden mittarit	7
2.3. Tilastolliset menetelmät	8
3. Koettu työkyky	9
3.1. Työolosuhteet	11
3.1.1. Työaikajärjestelyt	11
3.1.2. Vaikutusmahdollisuudet työhön	13
3.1.3. Työn psykososiaaliset kuormitustekijät	16
3.1.4. Palautuminen työpäivän aiheuttamasta rasituksesta	26
3.1.5. Johtaminen	27
3.1.6. Yhteistyö ja innovatiivisuus työyhteisössä	29
3.1.7. Osaaminen	34
4. Työolosuhteiden yhteydet koettuun työkykyyn	38
5. Yhteenveto ja pohdinta	42
Lähteet	44

Tiivistelmä

Hyvinvointialueiden perustaminen oli Suomen historian suurin liikkeenluovutus. Suurten organisaatiomuutosten on aiemmissa tutkimuksissa havaittu vaikuttaneen henkilöstön työhyvinvointiin. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, miten sosiaali- ja terveystaloudissa työskentelevän henkilöstön koettu työkyky ja työolosuhteet muuttuivat hyvinvointialueiden perustamisen yhteydessä.

Tutkimuksen aineisto koostui Työterveyslaitoksen kunnissa, sairaanhoitopiireissä, sote-kuntayhtymissä ja hyvinvointialueilla tekemien työhyvinvointikyselyjen vastauksista. Tutkimuksessa vertaillaan vuosien 2021–2022 kyselyaineistoa (ennen hyvinvointialueiden perustamista, N = 41 651) vuosien 2023–2024 kyselyaineistoon (hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen, N = 71 002). Koettua työkykyä ja työolosuhteita analysoitiin koko aineistossa ja ammattiryhmittäin.

Tutkimuksen tulokset näyttivät, että hyvinvointialueiden henkilöstön työkyvyssä ja työolosuhteissa tapahtui muutoksia hyvinvointialueudistuksen yhteydessä. Koettu työkyky heikentyi tutkitulla ajanjaksolla. Myös työolosuhteet heikentyivät monilla: muun muassa työn epävarmuus kasvoi, työpaikkakiusaaminen lisääntyi ja organisaation päätöksenteko koettiin aiempaa useammin epäoikeudenmukaiseksi. Toisaalta työpaineita koettiin hieman vähemmän, ja useampi koki hyvää työn hallintaa.

Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että hyvinvointialueille siirtyminen ei ole parantanut henkilöstön työolosuhteita eikä työhyvinvointia. Monella mittarilla tilanne on mennyt jopa heikompaan suuntaan, mutta ei dramaattisesti. Työ monessa sote-ammattissa on edelleen hyvin kuormittavaa, ja keinoja kuormituksen vähentämiseksi ja jaksamisen parantamiseksi tarvitaan. Tämän tutkimuksen havaintojen perusteella hyvinvointialueilla pitää keskittyä erityisesti organisaation päätöksenteon kehittämiseen ja henkilöstön kuuntelemiseen päätöksenteossa. Lisäksi hyvinvointialueilla tarvitaan tukea työntekijöille, joilla on heikentynyt työkyky – heitä on hyvinvointialueilla jo paljon.

1. Johdanto

1.1. Tutkimuksen tausta ja lähtökohdat

Hyvinvointialueiden perustaminen, jotka aloittivat toimintansa tammikuun 2023 alussa, oli Suomen historian suurin liikkeenluovutus. Työnantaja vaihtui noin 224 000 sosiaali-, terveys- ja pelastusalan ammattilaisella, jotka aiemmin työskentelivät kunnissa tai kuntayhtymissä (Kunta- ja hyvinvointialueiden työnantajat 2024).

Aiemman tutkimuksen mukaan isot organisaatiomuutokset ja niistä seuraava työn epävarmuus voivat altistaa henkilöstöä terveyden heikentymiselle, erityisesti mielenterveyden ongelmille (Ferrie ym., 2008; Pahkin ym., 2011; Väänänen ym., 2004). Hyvinvointialueiden perustaminen ja henkilöstön siirtyminen uuden työnantajan palvelukseen on ollut merkittävä muutos, jolla voi olla vaikutuksia henkilöstön työhyvinvointiin ja työkykyyn.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, miten hyvinvointialueiden palvelukseen siirtyminen näkyi muutoksen kohteena olleiden ammattilaisten työolosuhteissa ja työkyvyssä. Tutkimuksen aineistona käytettiin Työterveyslaitoksen kunta- ja hyvinvointialueilla toteuttamia työhyvinvointikyselyjä vuosilta 2021–2024. Tutkimusta jatketaan seurantaraportilla syksyn 2024 kyselytuloksista.

Tutkimus toteutettiin Työterveyslaitoksen ja Akava Worksin yhteistyönä. Työterveyslaitos on tehnyt tämän tutkimusraportin ja raportin taustalla olevan tutkimustyön.

Tutkimuksen tekivät Työterveyslaitoksen erityisasiantuntija Risto Nikunlaakso, tutkija Vilja Levonius, erikoistutkija Kirsikka Selander, erityisasiantuntija Pauliina Toivio ja asiantuntija Pyry Silomaa.

Nikunlaakso on raportin pääasiallinen kirjoittaja, ja hän suunnitteli tutkimusaineiston kokoamisen ja analyysit, Levonius kirjoitti kuvauksen suurelle osalle raportin kuvaajista, Selander suunnitteli tilastoanalyysijä ja muokkasi raportin tekstiä, Toivio kokosi tutkimusaineistoa ja teki analyysijä ja Silomaa kokosi tutkimusaineistoa.

1.2. Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten siirtymä hyvinvointialueille vaikutti hyvinvointialueilla töitä tekevien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työoloihin ja työkykyyn. Työolosuhteista tarkasteltiin työaikajärjestelyjä, vaikutusmahdollisuuksia työhön ja työaikoihin, työn psykososiaalisia kuormitustekijöitä (työpaineet, työstressi, eettinen kuormitus, työpaikkakiusaaminen, työn epävarmuus ja asiakasväkivalta), johtamista, koettua osaamista sekä muutoksia näissä tekijöissä. Tavoitteena oli analysoida muutoksia koko hyvinvointialueiden henkilöstössä ja tietyissä ammattiryhmissä, kuten lääkärit, sairaanhoitajat, sosionomit ja sosiaalityöntekijät. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin työolosuhteiden yhteyttä koettuun työkykyyn koko tutkimusaineistossa.

2. Tutkimusaineisto ja menetelmät

2.1. Tutkimuksen osallistujat

Tutkimuksen aineistona käytettiin Työterveyslaitoksen kunta- ja hyvinvointialueilla toteutamia työhyvinvointikyselyjä vuosilta 2021–2024. Tutkimus toteutettiin paneelitutkimuksena, jossa muodostettiin kahden aikapisteen poikkileikkausaineistot: tilanne ennen muutosta sekä tilanne muutoksen jälkeen. Yksittäisiä työntekijöitä ei siis ole seurattu aikapisteiden välillä.

Ensimmäisen aikapisteen eli muutosta edeltäneen tilanteen aineistoon sisällytettiin koko henkilöstö niistä sote-kuntayhtymistä ja sairaanhoitopiireistä, jotka osallistuivat vuoden 2021 henkilöstön hyvinvointitutkimukseen tai vuosien 2021 tai 2022 Mitä kuuluu? -kyselyyn sekä sote- ja pelastusalan henkilöstö, joka vastasi Kunta10-tutkimukseen vuonna 2022. Mitä kuuluu? -kyselyn osalta aineistoon sisällytettiin kaikki vuoden 2022 kyselyyn osallistuneiden organisaatioiden vastaajat. Aineistoa täydennettiin vastaajilla organisaatioista, jotka eivät osallistuneet vuoden 2022 kyselyyn, mutta osallistuivat vuoden 2021 kyselyyn. Mitä kuuluu? -kyselyyn osallistuneita alueita olivat Kanta-Häme, Pohjanmaa, Pirkanmaa, Etelä-Karjala, Etelä-Savo, Keski-Uudenmaa, Pohjois-Karjala ja Pohjois-Savo. Ensimmäisen aikapisteen tutkimusaineistoon lisättiin ne vuoden 2022 Kunta10-tutkimukseen osallistuneiden kuntien (Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa, Turku, Oulu, Raisio, Nokia, Naantali, Valkeakoski ja Virrat) vastaajat, jotka siirtyivät hyvinvointialueille vuonna 2023. Yhteensä ennen-tilanteen vastaajia oli 41 651.

Toisen aikapisteen eli muutoksen jälkeisen tilanteen kyselyaineistoon sisällytettiin vuoden 2023 hyvinvointialueiden työhyvinvointikyselyyn (entinen henkilöstön hyvinvointitutkimus) sekä vuoden 2023 Mitä kuuluu? -fokustutkimukseen ja talven 2024 Mitä kuuluu? -tutkimukseen osallistuneet vastaajat. Hyvinvointialueista kyselyyn osallistui Länsi-Uusimaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa, Etelä-Pohjanmaa, Pohjanmaa, Pohjois-Pohjanmaa, Vantaa-Kerava, Etelä-Karjala, Pohjois-Karjala, Keski-Suomi, Satakunta ja Varsinais-Suomi. Jälkeen-tilanteen vastaajia oli yhteensä 71 002.

Kyselyiden tarkemmat vastaajamäärät ja vastausprosentit olivat:

- Henkilöstön hyvinvointitutkimus 2021: N = 8 202, 62 %
- Hyvinvointialueiden työhyvinvointitutkimus (aiemmin ”henkilöstön hyvinvointitutkimus”) 2023: N = 25 334, 53 %
- Kunta10-tutkimus 2022: N = 57 752 (62 %), joista tutkimuspaneeliin sisällytettiin hyvinvointialueille siirtyneet: N = 19 875
- Mitä kuuluu? -tutkimus 2021: N = 11 925 (62 %), joista tutkimuspaneeliin sisällytettiin N = 3 587; 2022: N = 9 987 (57 %); 2023/2024: N = 45 979 (57 %)

Tutkimus tehtiin paneelitutkimuksena, jossa muodostettiin kahden aikapisteen poikkileikkausaineistot:
tilanne ennen muutosta ja tilanne muutoksen jälkeen.

Tässä tutkimuksessa tarkastelluissa työolosuhdekysymyksissä on paikoitellen hieman eri vastaajamäärät, koska käytetyissä kyselyissä oli hieman erilaiset sisällöt. Syksyn 2023 Mitä kuuluu? -tutkimus toteutettiin lyhennettynä fokuskselyynä, josta puuttui esimerkiksi työyhteisön innovatiivisuutta selvittävät kysymykset (ks. kuvio 26). Toisaalta Mitä kuuluu? -kyselyssä käytettiin hieman erilaisia osaamista mittaavia kysymyksiä kuin Kunta10-, henkilöstön hyvinvointi- ja hyvinvointialueiden työhyvinvointitutkimuksessa (ks. esim. kuviot 31 ja 32). Kaikki kysymykset tai summamuuttujat, joissa on perusaineistoa pienempi vastaajaryhmä, on merkitty tulostaulukoihin tähdellä (*).

Taulukko 1. Tutkimuksessa tarkastellut ammattiryhmät ja niiden vastaajamäärät

Ammattiryhmä	Vastaajamäärä ennen hyvinvointialueiden perustamista	Vastaajamäärä hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen
Farmaseutit	128	270
Fysioterapeutit	1 022	1 620
Fyysikot	50	75
Geronomit	alle 10	28
Hammaslääkärit	542	842
Kuntoutuksenohjaajat	46	116
Lääkärit	1 839	2 843
Psykologit	578	881
Puheterapeutit	170	281
Ravitsemusterapeutit	68	110
Sairaalakemistit	alle 10	17
Sairaanhoitajat	8 753	14 092
Sosiaalityöntekijät	1 874	3 001
Sosionomit	3 379	5 095
Suuhygienistit	256	387
Tekninen henkilökunta	32	75
Terveystenhoitajat	1 646	2 066
Toimintaterapeutit	383	504
Työterveyshoitajat	19	14

Koettua työkykyä ja työolosuhteita tarkasteltiin sekä koko työntekijäaineistosta että tietyissä, etukäteen valituissa ammattiryhmissä. Tarkastellut ammattiryhmät ja ryhmien vastaajamäärät koko aineistossa on lueteltu taulukossa 1. Lisäksi soveltuviin aiheisiin ja mitareihin on tarkasteltu lähiesihenkilönä toimivien työntekijöiden vastauksia, jotta saadaan näkymää heidän kokemuksiinsa työolosuhteista ja niiden muutoksista.

Tulosten analysoinnissa ja esittämisessä osa ammattiryhmistä on yhdistetty, jotta ammattiryhmien vastaajamäärät ylittävät Työterveyslaitoksen tietoturvarajat. Ne ovat 1) koetussa työkyvyssä vähintään 150 vastaajaa jokaisessa vastausluokassa, 2) työpaikkakiusaamisessa vähintään 30 vastaajaa jokaisessa vastausluokassa ja 3) muissa muuttujissa vähintään 10 vastaajaa jokaisessa vastausluokassa.

2.2. Työkyvyn ja työolosuhteiden mittarit

Koettua työkykyä mitattiin työhyvinvointikyselyissä kysymyksellä ”Oletetaan, että työkyky on parhaimmillaan saanut 10 pistettä ja että 0 tarkoittaisi, että et pysty lainkaan työhön. Minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työkyvyillesi?”

Työaikajärjestelyistä tarkasteltiin **keskimääräistä viikkotyöaikaa** (tuntia viikossa), **työaikamuotoa** (säännöllinen päivätyö, vuorotyö ilman yövuoroja ja yötyötä sisältävä vuorotyö/ muu epäsäännöllinen työ) ja **kertyneitä vuorotyövuosia**. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin **mahdollisuuksia vaikuttaa työaikoihin**: työpäivän pituuteen, työpäivän alkamis- ja loppumisajankohtaan, taukojen pitämiseen työpäivän kuluessa, yksityisasioiden hoitamiseen työpäivän kuluessa, työvuorjärjestelyihin, lomien ja vapaiden ajankohtiin sekä palkattomien virka- ym. vapaiden pitämiseen. Vastausvaihtoehdot olivat 1 = erittäin paljon, 2 = melko paljon, 3 = jonkin verran, 4 = melko vähän, 5 = erittäin vähän.

Vaikutusmahdollisuuksia työssä mitattiin kysymyksellä ”Voitko olla mukana, kun työtäsi koskevia muutoksia suunnitellaan?” Vastausvaihtoehdot olivat 1 = voin vaikuttaa muutoksiin hyvin paljon, 2 = voin vaikuttaa jonkin verran, 3 = muutokset tulevat yleensä yllättäen, ilman mahdollisuuttani vaikuttaa niihin. Lisäksi kyselyssä esitettiin kaksi väittämää koskien **työn hallittavuutta**: ”Työhöni kuuluu paljon samanlaisina toistuvia tehtäviä” (vastausasteikko käännetty) ja ”Minulla on paljon omiin töihini liittyvää sananvaltaa”. Vastausvaihtoehdot olivat 1 = täysin samaa mieltä, 2 = melko samaa mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = melko eri mieltä, 5 = täysin eri mieltä.

Johtamisessa tarkasteltiin ensinnäkin **esihenkilön toiminnan oikeudenmukaisuutta**. Väittämät olivat ”Esimieheni henkilökohtaiset mieltymykset eivät vaikuta häiritsevästi hänen päätöksiinsä”, ”Esimieheni kohtelee alaisiaan ystävällisesti ja huomaavaisesti”, ”Esimieheni kunnioittaa työntekijän oikeuksia” ja ”Esimieheni voi luottaa”. **Päätöksenteon oikeudenmukaisuutta** mitattiin väittämällä ”Päätökset tehdään oikean tiedon perusteella”, ”Epäonnistuneet päätökset voidaan purkaa tai niitä voidaan muuttaa”, ”Tehdyt päätökset ovat olleet johdonmukaisia (säännöt ovat kaikille samat)”, ”Päätösten vaikutuksia seurataan ja niistä tiedotetaan” sekä ”Päätösten perusteista saa halutessaan lisätietoa”. Vastausvaihtoehdot johtamisen mittareissa olivat 1 = täysin samaa mieltä, 2 = melko samaa mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = melko eri mieltä, 5 = täysin eri mieltä.

Työn psykososiaalista kuormitustekijöistä tarkasteltiin tässä tutkimuksessa ensinnäkin työpaineita ja työstressiä. **Työpaineita** mitattiin kahdella väittämällä: ”Minulta edellytetään kohtuutonta työmäärää” ja ”Minulla ei ole tarpeeksi aikaa saada töitäni tehdyksi”. Vastausvaihtoehdot olivat 1 = täysin samaa mieltä, 2 = melko samaa mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = melko eri mieltä, 5 = täysin eri mieltä. **Työstressiä** selvitettiin mittaamalla, miten moni koki keskimääräistä enemmän työpaineita ja keskimääräistä vähemmän työn hallittavuutta. Toiseksi **työhön panostamista** mitattiin kysymyksellä ”Kuinka paljon koet panostavasi kykyjäsi ja voimiasi työhön? ja **työn palkitsevuutta** kolmella kysymyksellä ”Kuinka paljon koet saavasti itsellesi vastinetta työstä”: a) tuloina, työsuhde-etuina ym.? b) tunnustuksena ja arvostuksena? c) henkilökohtaisena tyydytyksenä? Vastausvaihtoehdot olivat 1 = erittäin paljon, 2 = melko paljon, 3 = jonkin verran, 4 = melko vähän, 5 = en lainkaan. **Panostus-palkkio-epäsuhtaa** selvitettiin mittaamalla, moniko koki panostavansa työhön keskimääräistä enemmän ja saavansa keskimääräistä vähemmän palkkioita työstään. Kolmanneksi **ettistä kuormitusta** mitattiin kahdella kysymyksellä: kuinka usein joutuu toimimaan sääntöjen ja normien vastaisesti sekä kuinka usein joutuu toimimaan omien arvojen vastaisesti. Vastausvaihtoehdot olivat 1 = en koskaan, 2 = vuosittain, 3 = kuukausittain, 4 = viikoittain, 5 = päivittäin. Neljänneksi **työn epävarmuustekijöitä** mitattiin kysymällä, liittykö työhön seuraavia epävarmuustekijöitä: jonkin tai joidenkin työtehtävien lakkautuksen uhka, siirto toisiin tehtäviin, lomautuksen uhka, irtisanomisen uhka ja työmäärien lisääntyminen yli sietokyvyn. Vastausvaihtoehdot olivat 1 = Erittäin paljon, 2 = Melko paljon, 3 = Jonkin verran, 4 = Melko vähän, 5 = Erittäin vähän. Viidenneksi **koettua asiakasväkivaltaa** selvitettiin kysymällä väkivalta- tai uhkatilanteiden (tavaroiden heitteleminen tai paikkojen rikkominen, henkinen väkivalta, ruumiillinen väkivalta, aseella uhkaaminen) kokemista edellisen 12 kuukauden aikana (kyllä vai ei). Kuudenneksi **työpaikkakiusaamista** selvitettiin kysymällä, onko vastaaja joutunut kiusaamisen kohteeksi kyselyä edeltäneen 12 kuukauden aikana (kyllä vai ei).

Työstä palautumista mitattiin kysymyksellä ”Palaututko työpäivän aiheuttamasta raskuudesta ennen seuraavaa työpäivää?” Vastausasteikko oli 0–10, jossa 0 = en ollenkaan ja 10 = täysin.

Työn ja tehtävien organisointia tarkasteltiin ensinnäkin **yhteistyön toimivuutta** kartoittavilla väittämillä: ”Pidämme toisemme ajan tasalla työasioissa”, ”Tietoa todella pyritään jakamaan työyhteisön sisällä”, ”Asenteemme on: ”Toimimme yhdessä””, ”Jokainen tuntee tulevaisuutensa ymmärretyksi ja olevansa hyväksytty”. Toiseksi kartoitettiin **työyhteisön innovatiivisuutta**: ”Työyhteisön jäsenet etsivät kaiken aikaa uusia, tuoreita tapoja tarkastella työn ongelmia”, ”Työyhteisössä käytetään aikaa uusien ideoiden kehittelyyn”, ”Työyhteisön jäsenet toimivat yhdessä toteuttaakseen uusia ideoita”. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, ottavatko työyhteisön jäsenet työssään huomioon muiden esittämät parannusehdotukset päästäkseen parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. Vastausvaihtoehdot olivat kaikissa väittämissä 1 = täysin samaa mieltä, 2 = melko samaa mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = melko eri mieltä, 5 = täysin eri mieltä.

Osaamista mitattiin kysymyksellä: ”Arvioi, miten ammattitaitosi vastaa työtehtäviesi vaatimuksia”. Vastausvaihtoehdot olivat 1 = erittäin huonosti, 2 = melko huonosti, 3 = kohdallisesti, 4 = melko hyvin, 5 = erittäin hyvin. Lisäksi työn osaamisvaatimuksia ja -mahdollisuuksia kuvaamaan valittiin väittämät ”työni vaatii pitkälle kehittyneitä taitoja”, ”minulla on mahdollisuus kehittää minulle ominaisia erityiskykyjäni” ja ”työni edellyttää minulta luovuutta”. Vastausvaihtoehdot olivat kaikissa väittämissä 1 = täysin samaa mieltä, 2 = melko samaa mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = melko eri mieltä, 5 = täysin eri mieltä.

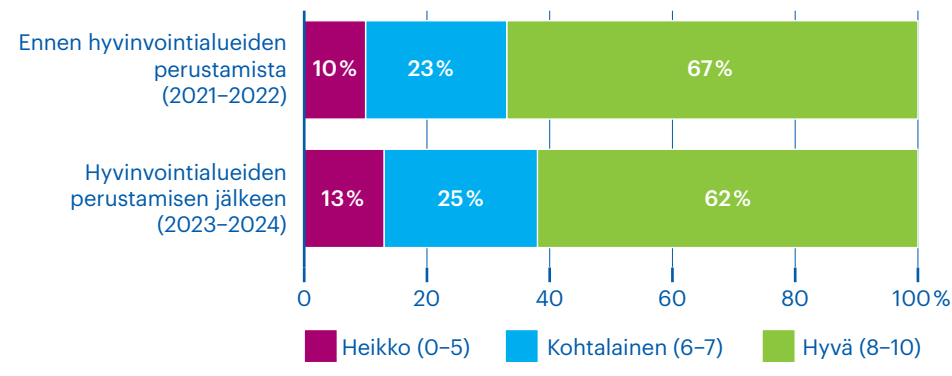
2.3. Tilastolliset menetelmät

Työkyvyn ja työolosuhteiden muutoksia tarkasteltiin ristiintaulukoinneilla. Työolosuhteiden yhteyttä koettuun työkykyyn analysoitiin logistisella regressioanalyysillä, jossa vastemuuttujaksi asetettiin alentunut työkyky ja altistemuuttujiksi työolosuhteet, jokainen tarkasteltu työolosuhdemuuttuja erikseen. Aineiston tilastolliset analyysit toteutettiin SPSS-tilasto-ohjelmalla (versio 29.0.2).

3. Koettu työkyky

Työkyvyllä tarkoitetaan yksilön voimavarojen ja työn vaatimusten välistä suhdetta. Työkykyyn vaikuttavat monet tekijät, kuten terveys ja toimintakyky, työnkuvaa vastaava osaaminen, työn mielekkyyden kokemus ja johtamisen tavat (Gould, 2006). Työkyvyn muutokset ovat myös tavallisia työuran eri vaiheissa. Koetun työkyvyn on havaittu tutkimuksissa kuvastavan hyvin työntekijöiden todellista työkykyä (Hlado & Harvankova, 2024).

Kuvio 1. Koettu työkyky koko aineistossa ennen hyvinvointialueiden perustamista ja sen jälkeen



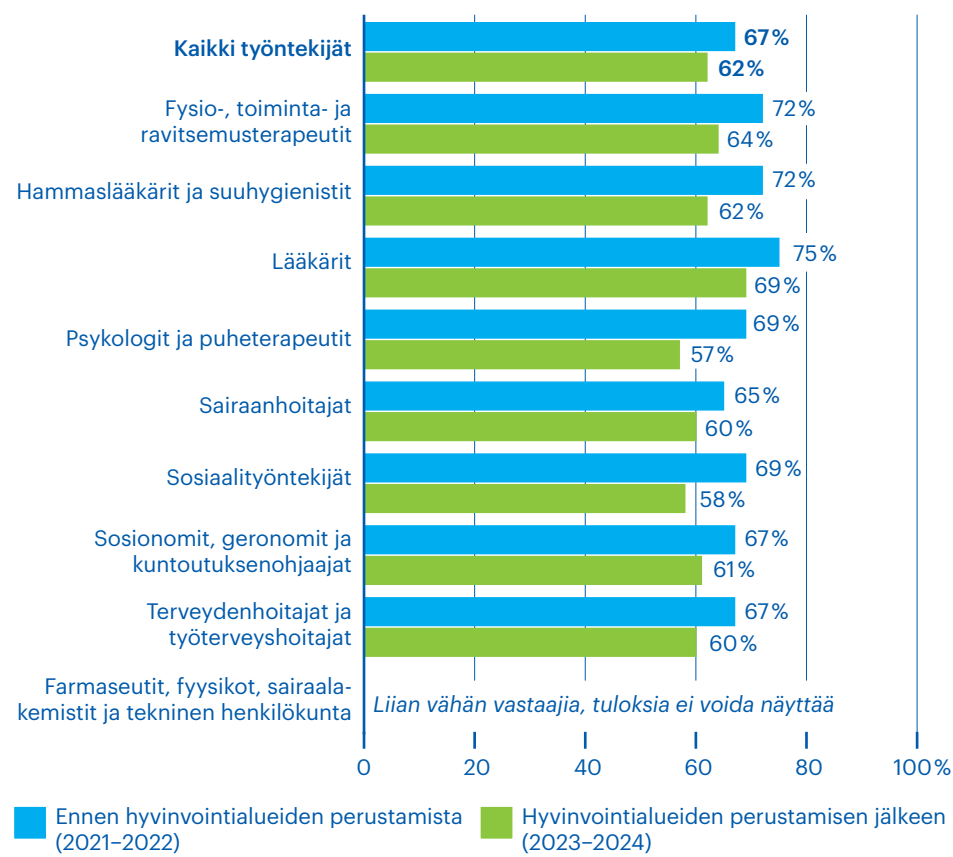
Hyvinvointialueiden työntekijöiden koettu työkyky pysyi lähes samana ennen hyvinvointialueiden perustamista ja sen jälkeen, mutta kokonaisuutena se kuitenkin hieman heikentyi uudemmassa kyselyssä (kuvio 1). Kun ennen hyvinvointialueiden perustamista joka kymmenes vastaaja arvioi työkykynsä olevan huono (0–5 pistettä), perustamisen jälkeen nousua tässä ryhmässä oli kolme prosenttiyksikköä (13 %). Pieni heikennys koetussa työkyvyssä näkyi kaikissa vastaajaryhmissä. Hyväksi (8–10 pistettä) työkykynsä koki ennen uudistusta 67 prosenttia ja sen jälkeen 62 prosenttia vastaajista. Kohtalaisena työkykyään pitävien (6–7 pistettä) osuus nousi 23 prosentista 25 prosenttiin vastaajista.

Taulukossa 2 on työkyvyn kokemuksia eroteltu tarkemmin taustamuuttujien mukaan. Kaiken kaikkiaan miehet ovat kokeneet työkykynsä hieman paremmaksi kuin naiset sekä ennen muutosta että sen jälkeen. Ikäluokkien vertailussa suurimmat heikennykset työkyvyssä näkyivät nuorimmilla vastaajilla: alle 30-vuotiailla muutos oli 68 prosentista 62 prosenttiin). Toisaalta yli 60-vuotiaiden ikäluokka oli ainoa, jossa hyvän työkyvyn kokemus laski alle 60 prosenttiin vastaajista, se oli 57 prosenttia aiemmin 61 prosentin sijaan. Lähiesihenkilöillä havaittiin myös hieman suurempi lasku työkyvyssä, kuin päälliköillä ja johdolla tai työntekijäasemassa olevilla: heistä 69 prosenttia koki työkykynsä hyväksi aiemman 75 prosentin sijaan.

Taulukko 2. Hyvinvointialueiden työntekijöiden taustamuuttujat sekä työkykynsä hyväksi kokeneiden osuudet

Taustamuuttuja	Ennen hyvinvointialueiden perustamista			Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen		
	N	%	Koettu työkyky hyvä (8-10; %)	N	%	Koettu työkyky hyvä (8-10; %)
Sukupuoli						
Nainen	35 870	87	67	61 847	87	61
Mies	5 616	14	69	8 961	13	65
Ikäluokka						
alle 30	4 373	11	68	8 589	12	62
30-39	9 481	23	70	16 212	23	64
40-49	10 582	26	69	19 081	27	64
50-59	11 585	28	64	19 061	27	60
60-	5 465	13	61	7 865	11	57
Esihenkilöasema						
Ei esihenkilöasemaa	37 306	90	66	63 466	90	61
Lähiesihenkilöt	3 148	8	75	5 430	8	69
Päälliköt ja johto	864	2	78	1 519	2	75

Kuvio 2. Hyväksi koettu työkyky ammattiryhmittäin



Sama laskeva trendi toistui tarkastellessa koettua työkykyä ammattiryhmittäin (kuvio 2). Suurimmat erot olivat psykologien ja puheterapeuttien ammattiryhmässä (laskua 12 prosenttiyksikköä) sekä sosiaalityöntekijöillä (laskua 11 prosenttiyksikköä). Yksikään ammattiryhmä ei kokenut työkykynsä parantuneen hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen. Farmaseuttien, fyysikoiden, sairaalakemistien ja teknisen henkilökunnan ammattiryhmien tulosta ei voida näyttää kuviossa, koska niissä oli yhteenlaskettunakin liian vähän työkykynsä alentuneeksi kokeneita.

Yhteenvedona voidaan todeta, että hyvinvointialueiden työntekijöiden koettu työkyky on hieman heikentynyt hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen. Vaikka suurin osa työntekijöistä koki työkykynsä hyväksi, laskua on havaittavissa erityisesti tietyissä ammattiryhmissä ja ikäluokissa. Erityisesti alle 30-vuotiaat ja lähiesihenkilönä toimivat työntekijät raportoivat merkittävämmästä heikentymisestä. Tulokset viittaavat siihen, että hyvinvointialueiden perustaminen on voinut tuoda mukanaan haasteita, jotka ovat vaikuttaneet kielteisesti työntekijöiden kokemaan työkykyyn.

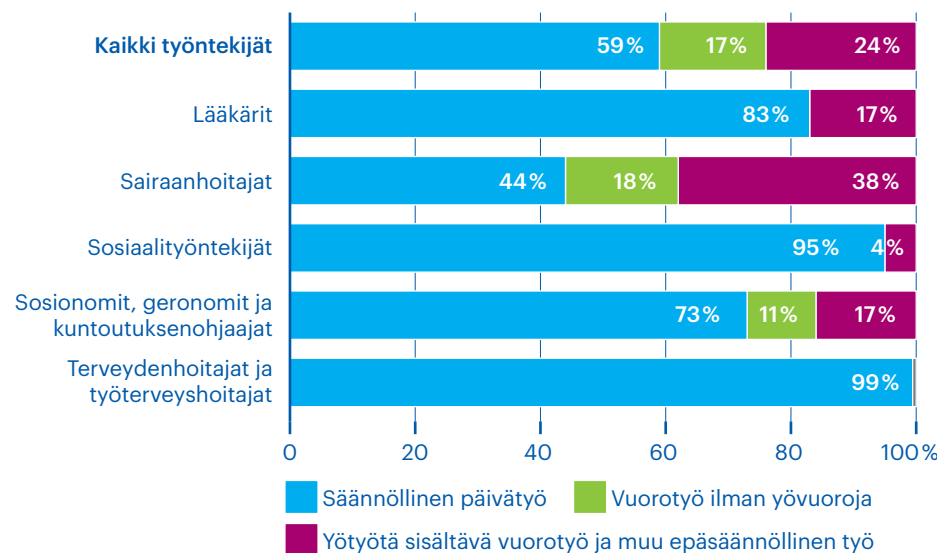
3.1. Työolosuhteet

3.1.1. Työaikajärjestelyt

Tässä luvussa tarkastellaan hyvinvointialueiden työntekijöiden työaikajärjestelyjä: työaika- muotoa, kertyneitä vuorotyövuosia ja keskimääräistä viikkotyöaika. Viikkotyöajasta vertailaan muutoksia ennen hyvinvointialueiden perustamista ja sen jälkeen ja muiden työaikajärjestelyjen tilanne kuvataan vain viimeisimmältä kyselykerralta.

Vuorotyön on havaittu tutkimuksissa lisäävän huonon unen ja useiden sairauksien riskiä, mukaan lukien tyypin 2 diabetes ja sydän- ja verisuonisairaudet (Kecklund & Axelsson, 2016). Selvä enemmistö kaikista hyvinvointialueilla työskentelevistä tekee säännöllistä päivätyötä (kuvio 3). Yli puolet sairaanhoitajista teki vuorotyötä, ja noin neljä kymmenestä, 38 prosenttia, työskenteli vuoroissa, joihin kuului myös yövuoroja tai työ oli muuten epä-säännöllistä. Muissa tarkastelluissa ammattiryhmissä säännöllinen päivätyö oli yleisintä. Esimerkiksi terveydenhoitajat ja työterveydenhoitajat työskentelivät lähes poikkeuksetta säännöllisesti vain päivisin. Niin suuri osa fysioterapeuteista, toimintaterapeuteista ja ravitsemusterapeuteista, hammaslääkäreistä ja suuhygienisteistä, psykologeista ja puheterapeuteista sekä farmaseuteista, fyysikoista, sairaalakemisteistä ja teknisestä henkilökunnasta teki säännöllistä päivätyötä, että muihin vastausluokkiin jäi liian vähän vastaajia raportointia varten.

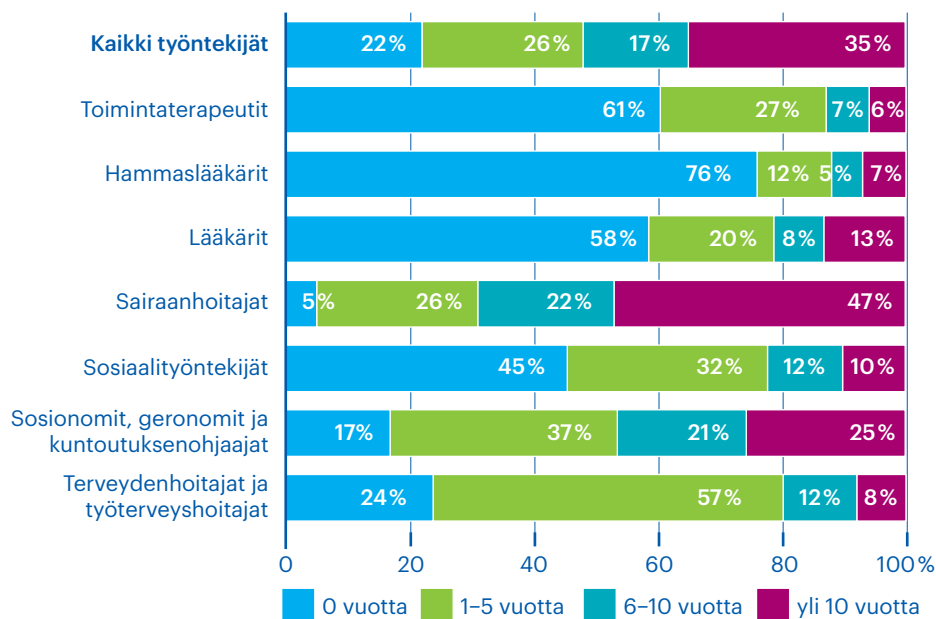
Kuvio 3. Työaika- muoto hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen koko aineistossa ja ammattiryhmissä, joissa oli riittävästi havaintoja



**Hyvinvointi-
alueiden
työntekijöiden
koettu työkyky
on hieman
heikentynyt
hyvinvointi-
alueiden
perustamisen
jälkeen.**

Kuviossa 4 tarkastellaan ammattiryhmien vuorotyövuosien määrää viimeisimmässä tutkimusajankohdassa eli hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen. Kaikkien työntekijöiden kesken vuorotyövuosien määrät jakautuvat tasaisesti: hieman alle puolelle, 48 prosentille, työntekijöistä on kertynyt 0–5 vuorotyövuotta ja yli puolelle, 52 prosentille, yli 5 vuotta. Vähiten vuorotyövuosia on kertynyt hammaslääkäreille, joista 76 prosentilla ei ollut lainkaan vuorotyövuosia ja eniten vuorotyövuosia on sairaanhoitajilla, 69 prosentilla vähintään 6 vuotta. Harvoilla fysioterapeuteilla ja ravitsemusterapeuteilla, suuhygienisteillä, psykologeilla ja puheterapeuteilla sekä farmaseuteilla, fyysikoilla, sairaalakemisteillä ja teknisellä henkilökunnalla oli vuorotyövuosia, joten heidän tilannettaan ei voitu raportoida.

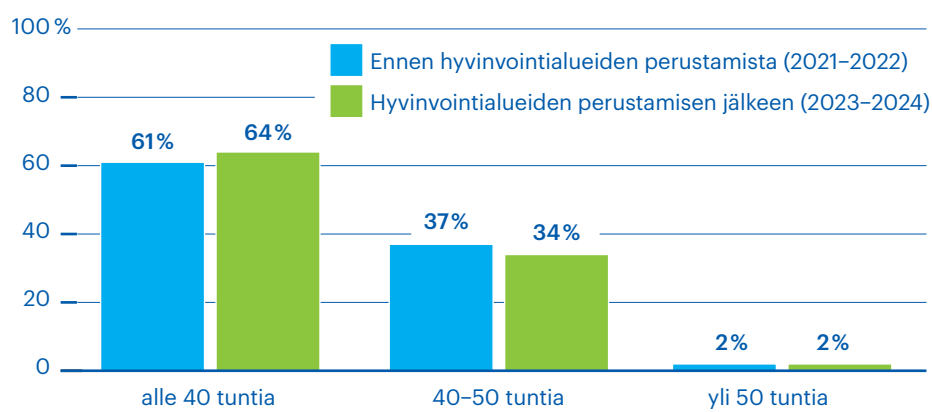
Kuvio 4. Kertyneiden vuorotyövuosien määrä hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen koko aineistossa ja ammattiryhmissä, joissa oli riittävästi havaintoja*



*Pienempi vastaajamäärä: kaikki työntekijät N=28 225

Tutkimusten mukaan pitkät työpäivät voivat altistaa sairauksille, muun muassa sydän- ja verisuonisairauksille (Kivimäki ym., 2015). Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen työntekijöiden viikoittainen työaika on kokonaisuudessaan hieman laskenut (kuvio 5). Yli 40-tuntista työviikkoa teki lähes kolmannes vastaajista ja alle 40-tuntista työviikkoa vastaavasti hieman alle kaksi kolmasosaa. Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen on havaittavissa muutos, mutta se ei ole kovin suuri. Pitkiä, yli 50 tunnin työviikkoa tekevien osuus on pysynyt ennallaan, kahdessa prosentissa.

Kuvio 5. Viikkotyöaika ennen hyvinvointialueiden perustamista ja sen jälkeen koko työntekijäaineistossa



Kuviossa 6 tarkastellaan viikoittaisia työaikoja ammattiryhmittäin. Lääkärit tekevät selvästi pisimpiä työviikkoja: lähes kolme neljästä lääkäristä ilmoitti tekevänsä yli 40 tunnin työviikkoja. Hyvinvointialueiden perustaminen ei ole juurikaan vaikuttanut työviikon mittaan, vaikka lääkärit olivatkin ainoa ammattiryhmä, joiden työajoissa oli tapahtunut hienoinen nousu, 71 prosentista 72 prosenttiin. Lähiesihenkilönä toimivilla on myös verrattain usein yli 40 tunnin työviikkoja, tosin niitä tekevien osuus hieman laski uudistuksen jälkeen. Toiseksi yleisin pidempiä työpäiviä tekevä ammattiryhmä ovat sosiaalityöntekijät. Ennen hyvinvointialueiden perustamista noin puolet heistä, 48 prosenttia, vastasi tekevänsä pitkiä työviikkoja ja hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen 42 prosenttia eli neljä kymmenestä. Tarkastelluista ammattiryhmistä harvimmoin pitkä työviikkoa (yli 40 tuntia) tekivät fysioterapeutit, ravintoterapeutit ja toimintaterapeutit (24 %) sekä terveydenhoitajat ja työterveydenhoitajat (27 %).

Kuvio 6. Yli 40 tunnin viikkotyöaika tehneet koko aineistossa ja ammattiryhmittäin



Yhteenvedon työaikajärjestelyistä voidaan todeta, että suurin osa hyvinvointialueiden työntekijöistä työskentelee säännöllisessä päivätyössä, mutta erityisesti sairaanhoitajat tekevät vuorotyötä, johon sisältyy yövuoroja. Sairaanhoitajilla on myös eniten vuorotyökokemusta työuraltaan. Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen työntekijöiden keskimääräinen viikkotyöaika on hieman laskenut, mutta yli 40-tuntisia työviikkoja tekevien osuus on pysynyt suhteellisen vakaana. Lääkärit tekevät pisimpiä työviikkoja, ja heidän viikkotyöaikansa on hieman pidentynyt.

3.1.2. Vaikutusmahdollisuudet työhön

Työntekijöiden mahdollisuus vaikuttaa työssä tapahtuviin muutoksiin on keskeistä motivaation, työtyytyväisyyden ja hyvinvoinnin kannalta. Mahdollisuus vaikuttaa työolosuhteisiin voi vähentää stressiä ja helpottaa tasapainon saavuttamista työn ja muun elämän välillä (Ka-

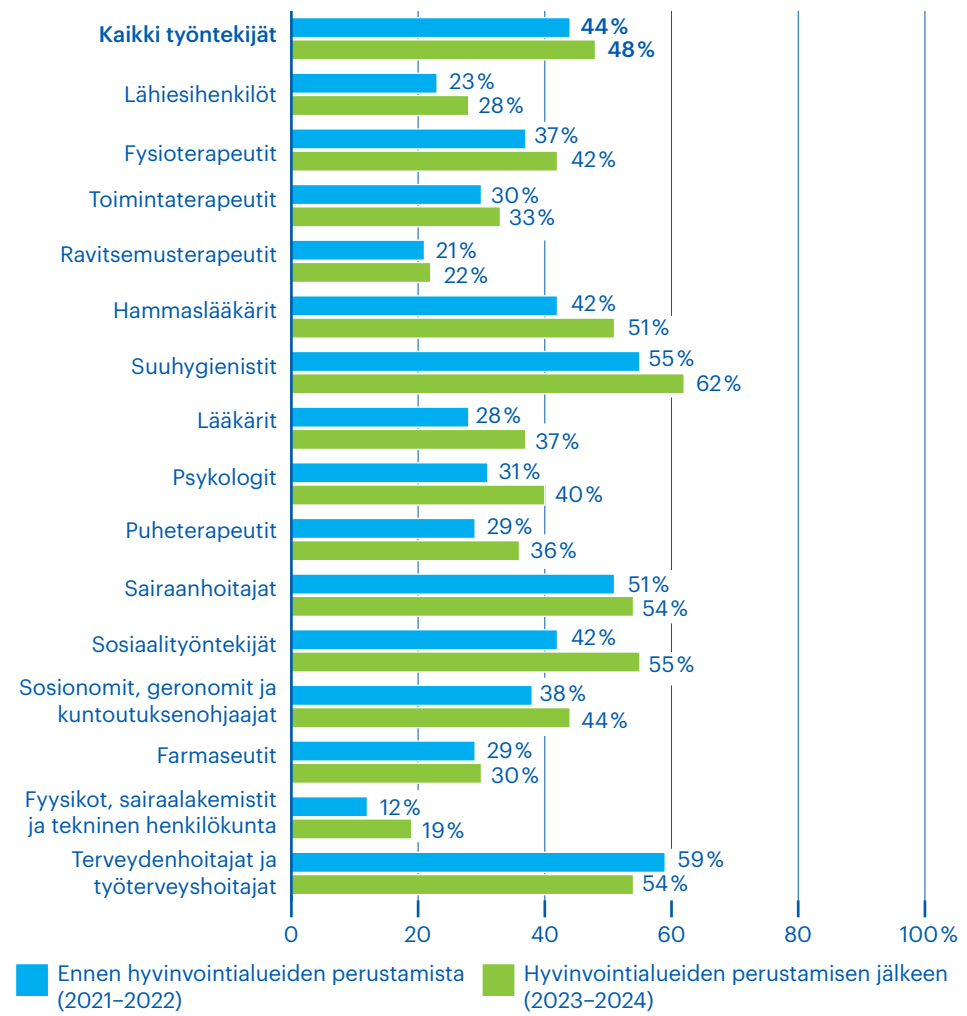
**Lähes puolet
työntekijöistä
koki, että
muutokset
työssä
tapahtuvat
yllättäen
eikä heillä ollut
mahdollisuutta
vaikuttaa niihin.**

rasek, 1979; Kubo ym., 2013). Vastaavasti työn heikon hallittavuuden on havaittu esimerkiksi lisäävän sairauspoissaolojen riskiä (Duchaine ym., 2020). Työntekijöiden osallistumisen päätöksentekoon on nähty parantavan organisaation tehokkuutta, tuottavuutta ja joustavuutta sekä edistävän innovaatioita ja luovuutta (Denison & Mishra, 1995).

Tämä osio tarkastelee hyvinvointialueiden työntekijöiden kokemuksia vaikutusmahdollisuuksistaan ja työaikojen hallinnasta ennen hyvinvointialueiden perustamista ja niiden perustamisen jälkeen.

Kuviosta 7 selviää, että lähes puolet työntekijöistä koki, että muutokset työssä tapahtuvat yllättäen eikä heillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa niihin. Kokemus vaikutusmahdollisuuden puuttumisesta lisääntyi hieman hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen, muutos oli 44 prosentista 48 prosenttiin, mikä oli odotettavaa näin ison ja nopean organisaatiomuutoksen yhteydessä. Aiempaa harvempi, 54 prosenttia (ennen uudistusta 59 prosenttia) terveydenhoitajista ja työterveyshoitajista piti vaikutusmahdollisuuksia puutteellisina hyvinvointialueuudistuksen jälkeen, mutta tämä prosenttiosuus oli edelleen korkea. Muissa ammattiryhmissä vaikutusmahdollisuuksien koettiin kuitenkin vähentyneen hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen. Suurimmat muutokset vaikutusmahdollisuuksien puutteessa näkyivät sosiaalityöntekijöiden, lääkäreiden, psykologien ja hammaslääkäreiden joukossa (kuvio 7).

Kuvio 7. Osuudet työntekijöistä, jotka kokivat, että heillä ei ole vaikutusmahdollisuutta työssä tapahtuviin muutoksiin

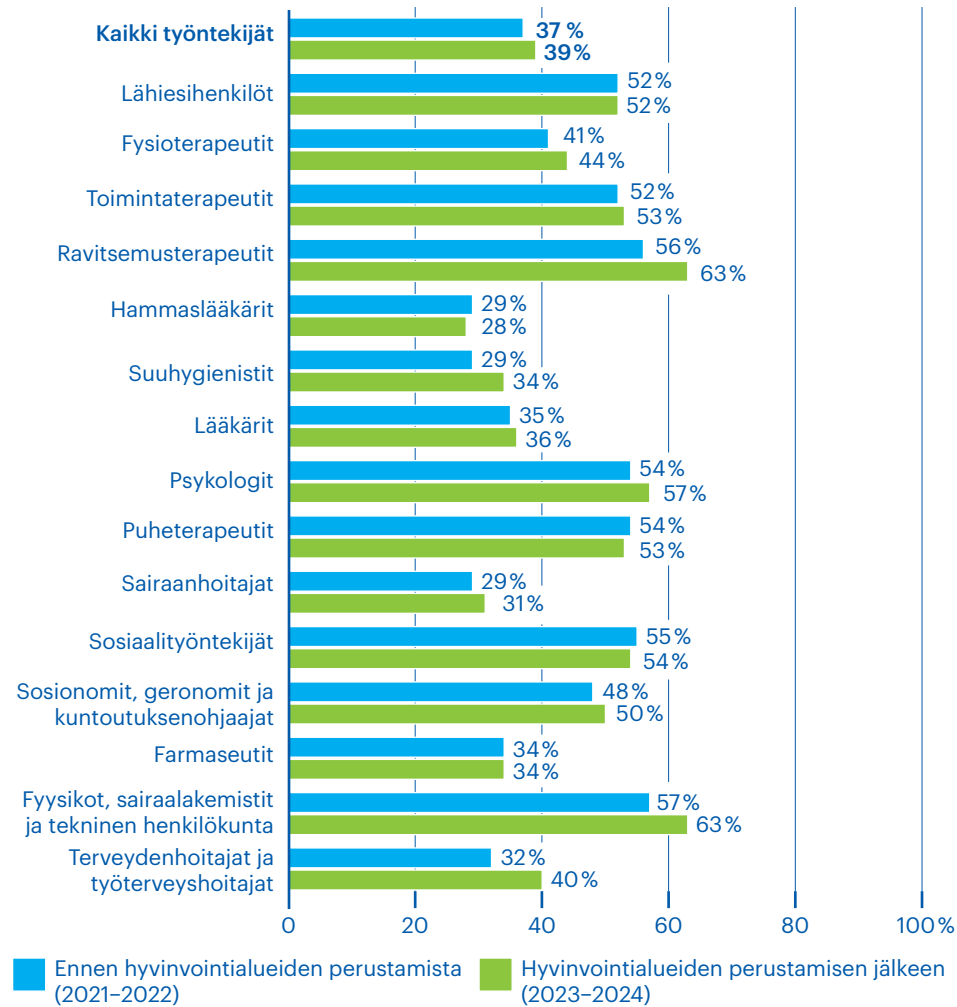


Kuviossa 8 tarkastellaan työaikojen hallintaa. Hyvän työaikojen hallinnan on havaittu tutkimuksissa vähentävän muun muassa ennenaikaisen eläköitymisen riskiä (Vahtera ym., 2010). Kuvioon 8 on koottu ammattiryhmittäin ne vastaajat, jotka kokivat työaikojensa hallintamahdollisuudet melko tai erittäin hyväksi.

Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen kokemus työaikojen hallinnasta on hieman parantunut koko työntekijäaineistossa, se nousi 37 prosentista 39 prosenttiin. Kokemukset

työaikojen hallintamahdollisuuksista ovat yleisiä erityisesti ravitsemusterapeuttien sekä fyysikkojen, sairaalakemistien ja teknisen henkilökunnan joukossa: näissä positiivisten vastausten määrä nousi 63 prosenttiin. Vastaavasti vain hieman yli neljännes hammaslääkäreistä koki mahdollisuutensa hallita työaikoja hyväksi ja tämäkin määrä pienentyi hieman, 29 prosentista 28 prosenttiin, hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen.

Kuvio 8. Työaikojen hallintamahdollisuudet hyväksi kokeneiden osuus koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin*



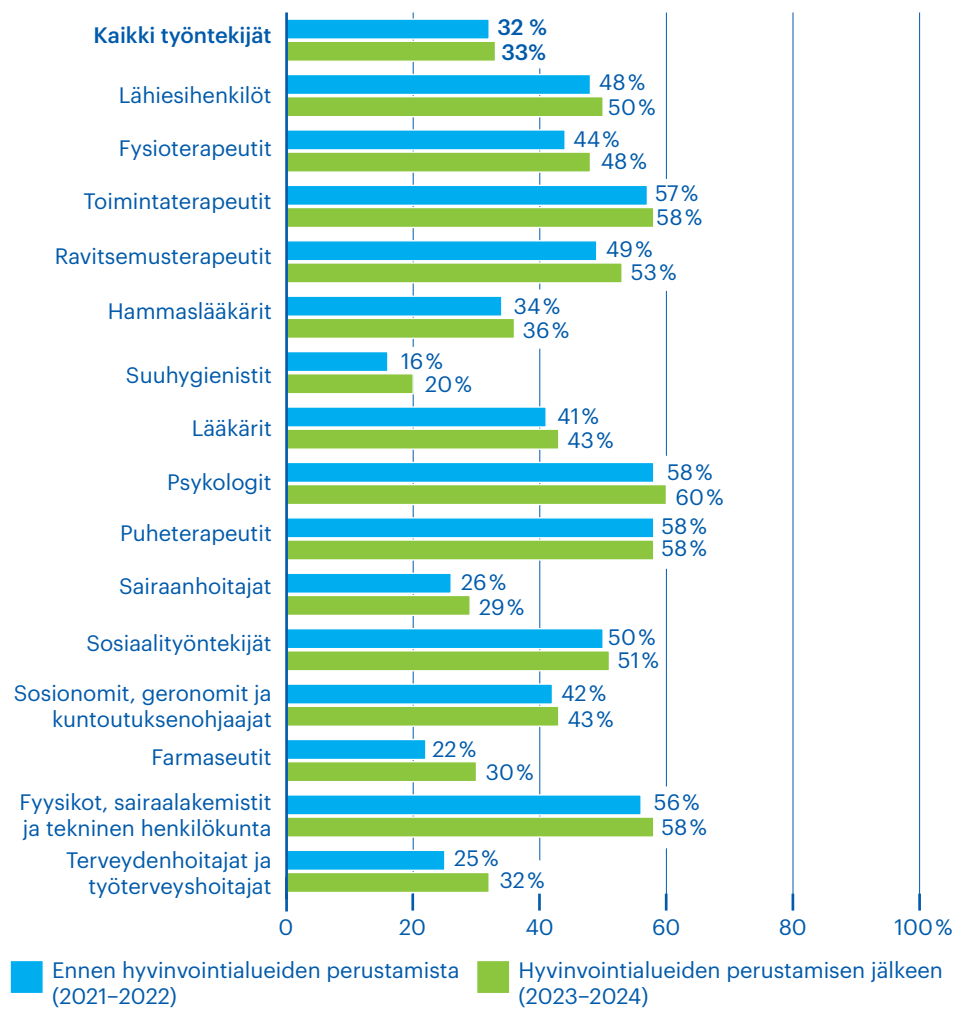
*Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=28 225

Kokemus työaikojen hallinnasta on hieman parantunut koko aineistossa hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen.

Noin kolmasosa kaikista työntekijöistä koki työn hallittavuuden hyväksi (kuvio 9). Prosenttiosuudessa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta hyvinvointialueuudistuksen jälkeen. Koetut mahdollisuudet hallita työtä vaihtelivat suuresti ammattiryhmien välillä. Suuhygienistit kokevat työn hallittavuuden heikoimmaksi: vaikka muutos onkin ollut parempaan suuntaan hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen, 16 prosentista 20 prosenttiin, vain joka viides suuhygienisteistä koki mahdollisuutensa hallita työtään melko tai erittäin hyväksi. Toiseksi harvimmoin työn hallittavuutta kokevat sairaanhoitajat, joilla tämä osuus oli 29 prosenttia ja kolmanneksi harvimmoin farmaseutit, 30 prosenttia. Parhaimmaksi työn hallittavuuden kokevat seuraavat ammattiryhmät: psykologit (60 %), puheterapeutit (58 %), fyysikot, sairaalakemistit ja tekninen henkilökunta (58 %) sekä toimintaterapeutit (58 %). Jokaisessa ryhmässä hyvää työn hallittavuutta kokevien joukko on hieman kasvanut hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen.

Yhteenvedon voidaan todeta, että lähes kaksi kolmasosaa työntekijöistä kokee, ettei heillä ole mahdollisuutta vaikuttaa työssä tapahtuviin muutoksiin. Tämä kokemus lisääntyi hieman hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen. Vaikka työaikojen ja työn hallittavuus on parantunut monessa ammattiryhmässä, hallintamahdollisuuksien tunne vaihtelee edelleen suuresti ammattiryhmien välillä.

Kuvio 9. Työn hallittavuuden hyväksi kokeneiden osuus koko työntekijä-aineistossa ja ammattiryhmittäin



Työn hallittavuutta kokevien osuus kasvoi kaikkien työntekijöiden joukossa, mutta joillakin ammattiryhmillä työpaineet ovat lisääntyneet.

3.1.3. Työn psykososiaaliset kuormitustekijät

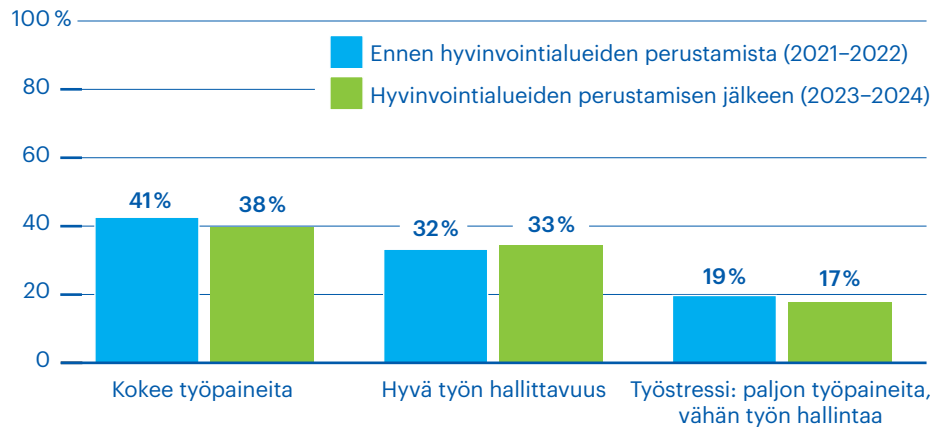
Työn psykososiaaliset kuormitustekijät, joita ovat työpaineet, työstressi, eettinen kuormitus, työn epävarmuus, asiakasväkivalta ja työpaikkakiusaaminen, vaikuttavat merkittävästi työntekijöiden hyvinvointiin (Duchaine ym., 2020; Ferrie ym., 2008; Lamiani ym., 2017; Nielsen & Einarsen, 2012; Rudkjoebing ym., 2020). Tässä osiossa tarkastellaan näitä tekijöitä selvittämällä hyvinvointialueiden työntekijöiden kokemuksia kohtuuttomasta työmäärästä, työn hallittavuuden tunteesta, työn vaatimusten ja palkkioiden epätasapainosta sekä eettisesti haastavista tilanteista. Lisäksi selvitetään työn epävarmuustekijöitä, väkivaltilanteita ja kiusaamista työpaikalla.

Työpaineet ja työstressi

Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen, kuten edellisessä osiossa havaittiin, työn hallittavuutta kokevien osuus kasvoi kaikkien työntekijöiden joukossa (kuvio 10). Samanaikaisesti työpaineita kokevien määrä vähentyi. Muutokset näkyvät työstressiä (paljon työpaineita ja vähän työn hallittavuutta) kokevien osuudessa, joka pieneni 19 prosentista 17 prosenttiin.

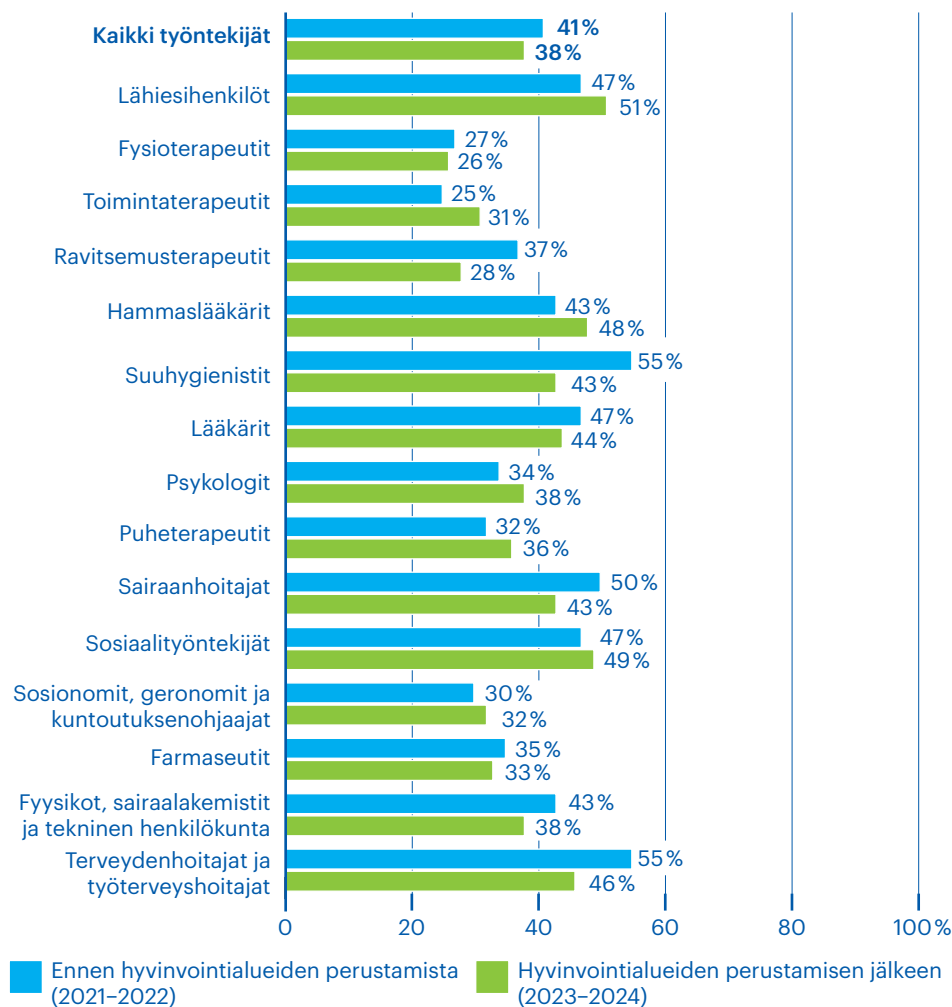
Tarkastellessa tarkemmin työpaineiden kokemusta ammattiryhmittäin (kuvio 11) havaitaan, että hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen työpaineet ovat lisääntyneet psykologeilla, toimintaterapeuteilla, puheterapeuteilla, hammaslääkäreillä ja sosiaalityöntekijöillä sekä sosionomeilla, geronomeilla ja kuntoutuksenohjaajilla. Työpaineet ovat lisääntyneet myös lähiesihenkilöillä. Suurin nousu, 6 prosenttiyksikköä, oli toimintaterapeuteilla, 25 prosentista 31 prosenttiin. Vastaavasti muissa ammattiryhmissä työpaineet ovat vähentyneet.

Kuvio 10. Työpaineiden ja hyvän työn hallittavuuden sekä työstressiä kokeneiden osuudet koko työntekijäaineistossa



Työpaineiden määrässä havaitaan erityisen iso muutos suuhygienistien, joilla muutos oli 55 prosentista 43 prosenttiin sekä terveydenhoitajien ja työterveyshoitajien joukossa, joilla muutos oli 55 prosentista 46 prosenttiin.

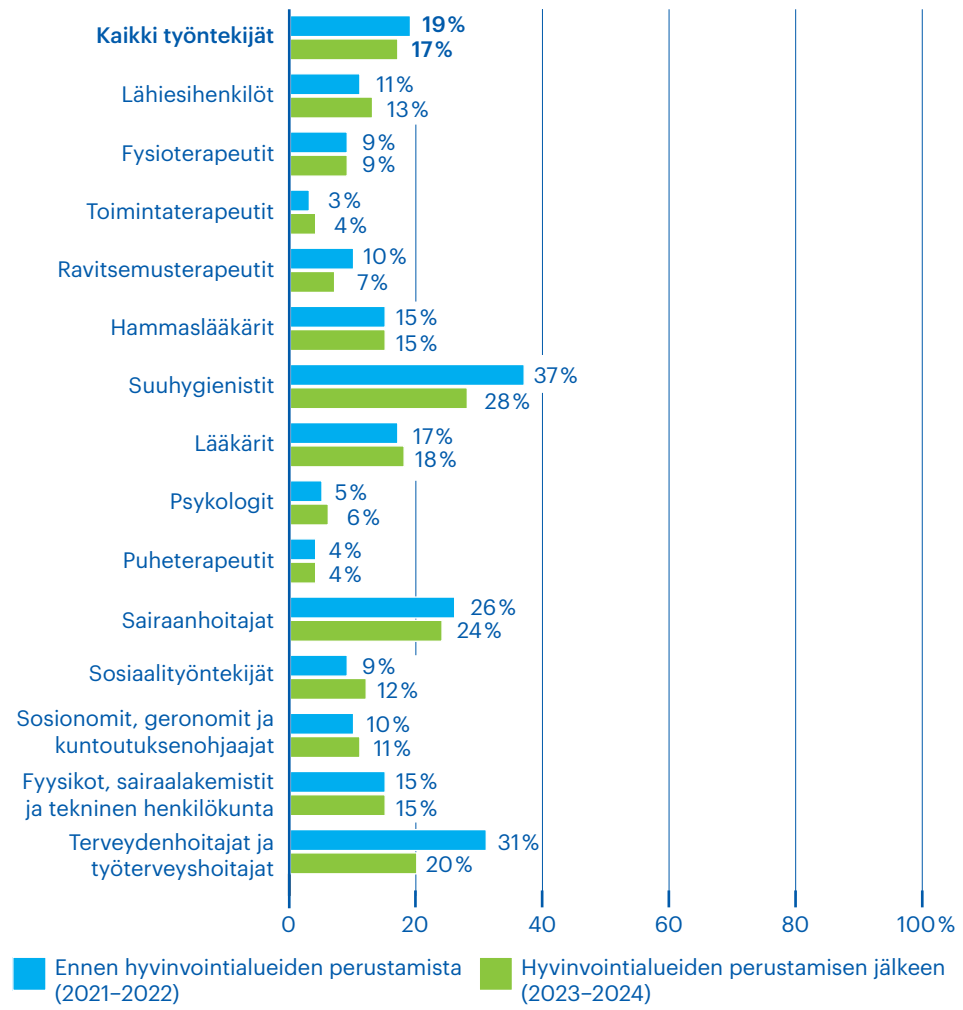
Kuvio 11. Paljon työpaineita kokeneiden osuus koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin



Työstressi on psykologinen reaktio, joka voi syntyä, kun työn vaatimukset ylittävät työntekijän kyvyt, voimavarat tai tarpeet eli silloin, kun työpaineita on paljon, mutta oma hallinta työhön on vähäistä (Karasek, 1979). Vaatimukset-hallittavuus-työstressin on osoitettu

monissa tutkimuksissa altistavan heikolle terveydelle (esim. (Duchaine ym., 2020). Kuten työpaineiden, myös työstressin kokemus on vähentynyt hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen kaikkien työntekijöiden joukossa (kuvio 12). Suurin lasku työstressin määrässä havaitaan terveydenhoitajien ja työterveyshoitajien ammattiryhmässä, jossa muutos oli 31 prosentista 20 prosenttiin sekä suuhygienistien joukossa, jossa muutos oli 37 prosentista 28 prosenttiin. Työstressin kokemuksessa ei havaittu suurimmalla osalla ammattiryhmittäin merkittäviä muutoksia. Muutokset olivat suurimmillaan vain kolme prosenttiyksikköä, sosiaalityöntekijöillä muutos oli 9 prosentista 12 prosenttiin.

Kuvio 12. Vaatimukset-hallittavuus -työstressiä kokeneiden osuudet koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin

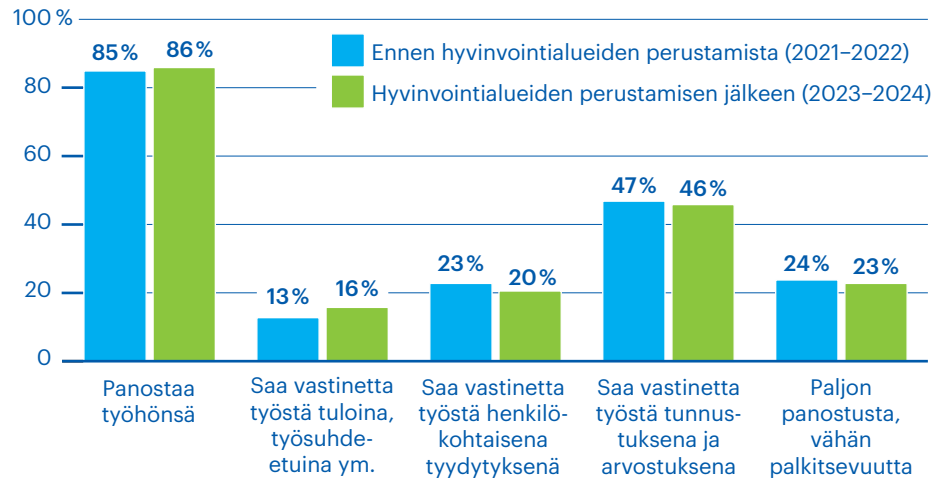


Työhön panostaminen ja työn palkitsevuus

Toinen yleisesti käytetty työstressimalli tarkastelee työhön panostamisen ja työn palkitsevuuden välistä suhdetta. Mallin mukaan epäsuhta, jossa työhön panostetaan paljon, mutta se palkitsee vain vähän, aiheuttaa työntekijälle stressiä, koska se rikkoo yksilön ja työn välistä vastavuoroisuuden suhdetta (Siegrist, 1996). Panostus-palkkio-stressi voi altistaa muun muassa mielenterveysperustaisille sairauspoissaoloille ja työkyvyttömyydelle (Duchaine ym., 2020; Juvani ym., 2014).

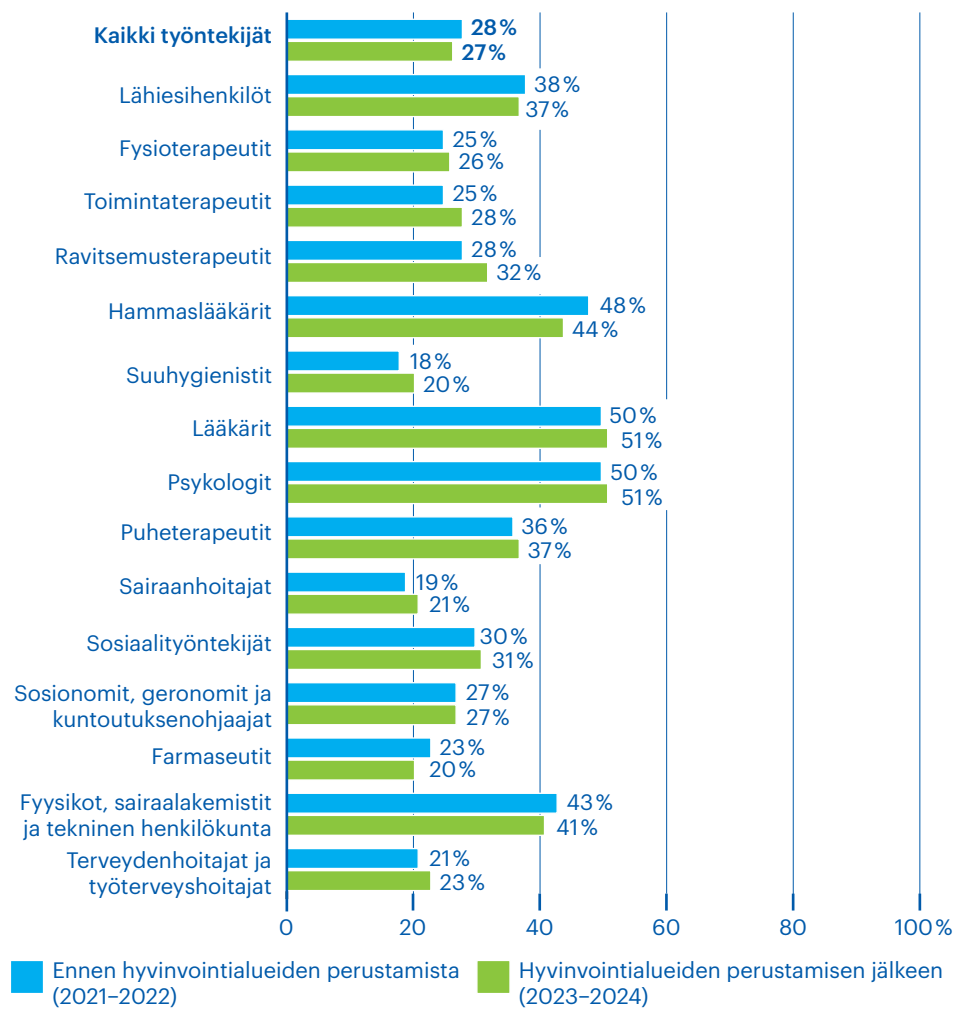
Työhön panostamista ja työn palkitsevuutta mitattiin neljällä kysymyksellä (kuvio 13). Suurin osa, 86 prosenttia työntekijöistä, vastasi panostavansa työhön erittäin paljon tai paljon. Kokemuksena oli, että vastinetta saatiin eniten tunnustuksena ja arvostuksena, tämä osuus oli lähes puolet, 46 prosenttia ja vähiten tuloina tai työsuhte-etuina, minkä osuus oli 16 prosenttia. Noin neljännes, 23 prosenttia, koki työssään olevan paljon panostusta ja vähän palkitsevuutta.

Kuvio 13. Työhön paljon panostaneiden ja paljon palkitsevuutta kokeneiden osuudet koko työntekijäaineistossa



Työn palkitsevuuden kokemusten ammattiryhmittäisessä tarkastelussa (kuvio 14) havaitaan, että palkitsevuuden kokemus on aavistuksen laskenut kaikkien työntekijöiden joukossa. Pientä laskua näkyy hammaslääkäreiden, farmaseuttien ja fyysikoiden, sairaalakemistien ja teknisen henkilökunnan ammattiryhmissä. Muissa ammattiryhmissä palkitsevuuden kokemus on puolestaan hienoisesti noussut, eniten ravitsemusterapeuttien joukossa, jossa muutos oli 28 prosentista 32 prosenttiin. Muutokset ovat olleet kaikissa ammattiryhmissä kuitenkin varsin pieniä.

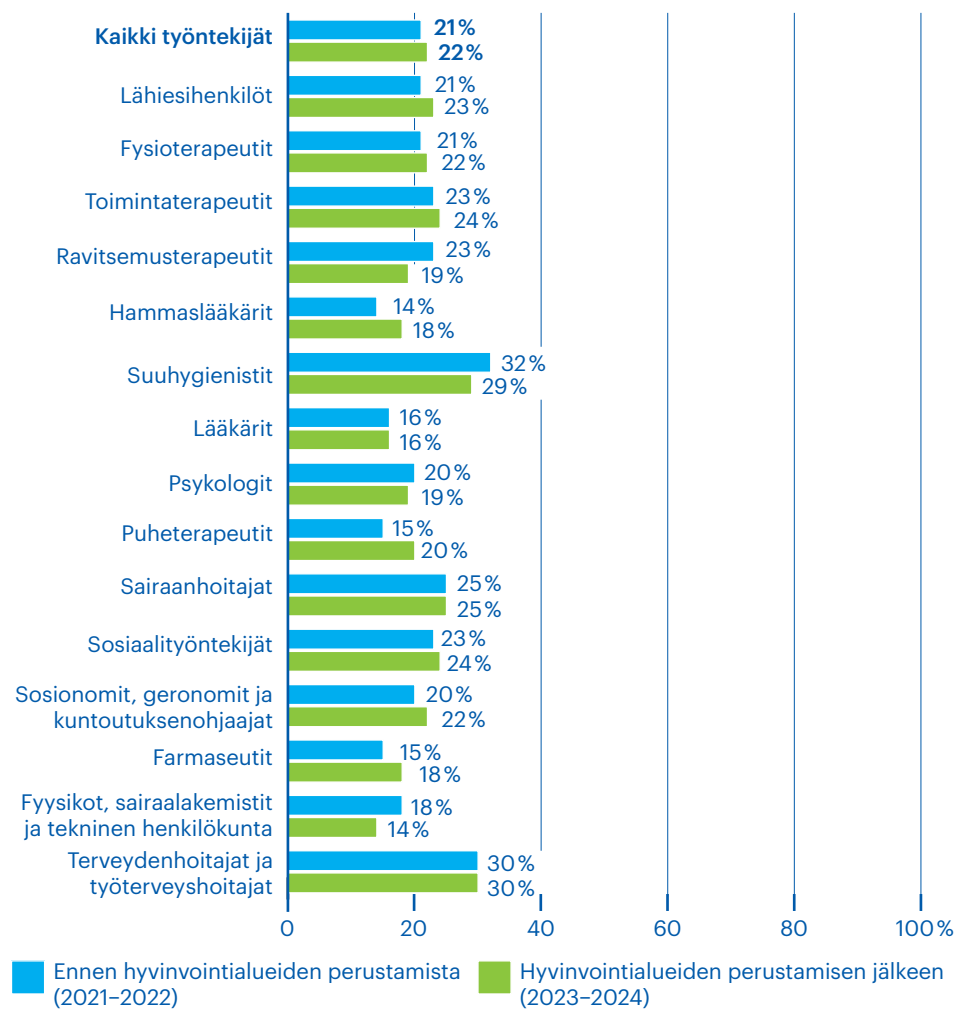
Kuvio 14. Työn palkitsevaksi kokeneiden osuus koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin



Kaikista työntekijöistä panostus-palkkio-epäsuhtaa kertoi kokevansa 22 prosenttia vastaajista. Hyvinvointialueille siirtymisen jälkeen prosenttiosuus on aavistuksen noussut, 21 prosentista 22 prosenttiin. Eniten panostuksen ja palkkion välistä epäsuhtaa ennen hyvinvointialueiden perustamista kokivat suuhygienistit, joista kolmannes vastasi panostavansa keskimääräistä enemmän ja kokevansa palkitsevuutta keskimääräistä vähemmän, osuus oli ennen uudistusta 32 prosenttia ja sen jälkeen 29 prosenttia. Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen terveydenhoitajilla ja työterveyshoitajilla oli korkein panos-palkkio-epäsuhtaan kokemus. Siinä säilyi 30 prosentin osuus vastaajista ennen uudistusta ja sen jälkeen.

Suurin muutos huonompaan suuntaan panos-palkkio-epäsuhtaan kokemuksissa on puheterapeuttien ammattiryhmässä. Ennen hyvinvointialueiden perustamista epäsuhtaa kertoi kokevansa 15 prosenttia, mutta alueiden perustamisen jälkeen luku nousi viidennekseen, 20 prosenttiin. Suurin muutos parempaan suuntaan näkyy ravitsemusterapeuteilla, joilla muutos oli 23 prosentista 19 prosenttiin ja fyysikoiden, sairaalakemistien ja teknisen henkilökunnan ammattiryhmissä, joissa muutos oli 18 prosentista 14 prosenttiin.

Kuvio 15. Panostus-palkkio -epäsuhtaa kokeneiden osuudet koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin



Eettinen kuormitus

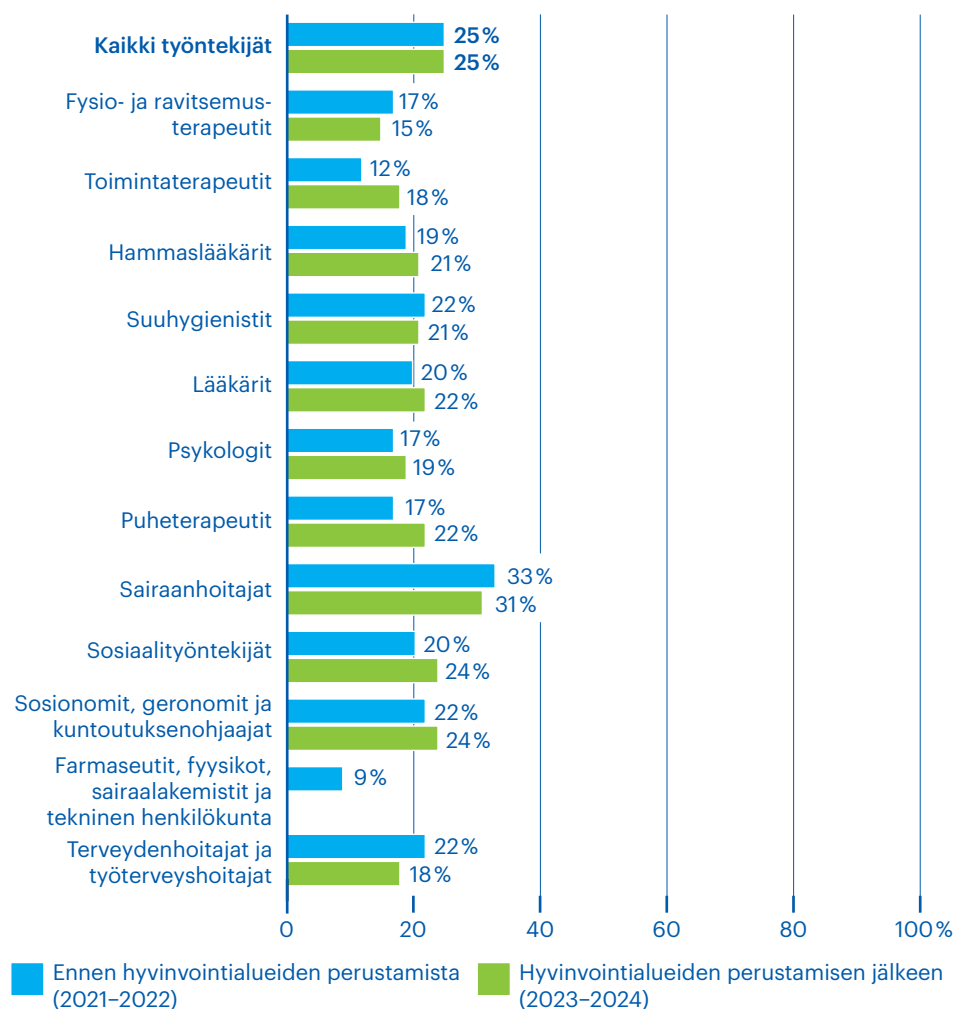
Sote-alalla työntekijät kohtaavat usein eettisesti haastavia tilanteita (Salari ym., 2022). Tällaisia voivat olla esimerkiksi tilanteet, joissa työntekijän osaaminen ei riitä tai hän ei tiedä, miten hänen tulisi toimia sekä tilanteet, joissa työntekijä joutuu toimimaan omien tai työpaikkansa arvojen vastaisesti (Rittenmeyer & Huffman, 2009). Eettisesti haastavista tilanteista voi syntyä eettistä kuormitusta, jos niitä ei käsitellä. Tässä kyselyssä eettistä

kuormitusta mitattiin kahdella kysymyksellä: kuinka usein joutuu toimimaan sääntöjen ja normien vastaisesti ja kuinka usein joutuu toimimaan omien arvojen vastaisesti.

Joka neljäs kaikista hyvinvointialueiden työntekijöistä on joutunut toimimaan usein, eli vähintään viikoittain omien arvojen, normien tai sääntöjen vastaisesti työssään (kuvio 16). Tämä osuus on pysynyt samana ennen hyvinvointialueiden perustamista ja sen jälkeen. Sairaanhoidajien ammattiryhmässä eettinen kuormitus on yleisintä: joka kolmas kertoo joutuneensa toimimaan arvojen, normien tai sääntöjen vastaisesti. Osuus on hieman laskenut hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen, muutos oli 33 prosentista 31 prosenttiin. Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen erityisesti toimintaterapeuttien eettinen kuormitus lisääntyi: prosenttiosuus kasvoi 12 prosentista 18 prosenttiin. Suurin lasku näkyy puolestaan terveydenhoitajilla ja työterveyshoitajilla. Ennen hyvinvointialueiden perustamista heistä 22 prosenttia joutui toimimaan arvojen tai normien vastaisesti ja alueiden perustamisen jälkeen osuus oli pienentynyt 18 prosenttiin.

Eettinen kuormitus on yleisintä sairaanhoitajilla.

Kuvio 16. Eettistä kuormitusta kokeneiden osuudet koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin*



*Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=28 225

Työn epävarmuus

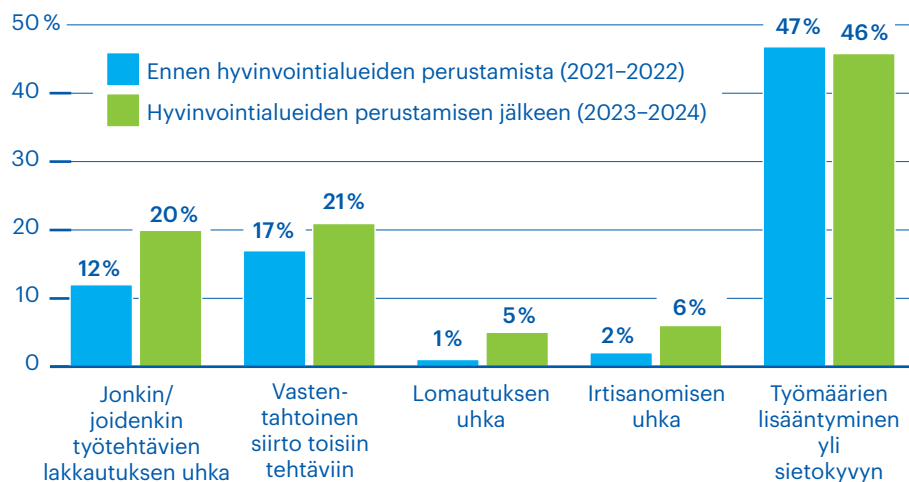
Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että työn epävarmuus voi heikentää työntekijän terveyttä (Ferrie ym., 2008). On tyypillistä, että työn epävarmuus kasvaa isojen organisaatiomuutosten yhteydessä. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin viittä työn epävarmuustekijää: työtehtävien lakkautuksen uhkaa, vastentahtoista siirtoa toisiin tehtäviin, lomautuksen uhkaa, irtisanomisen uhkaa sekä uhkaa työmäärien lisääntymisestä yli sietokyvyn.

Epävarmuus työssä näyttää lisääntyneen hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen (kuvio 17). Työtehtävien lakkautuksen uhka, jota tunsivat 20 prosenttia sekä työntekijän tah-

Epävarmuus työssä näyttää lisääntyneen hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen.

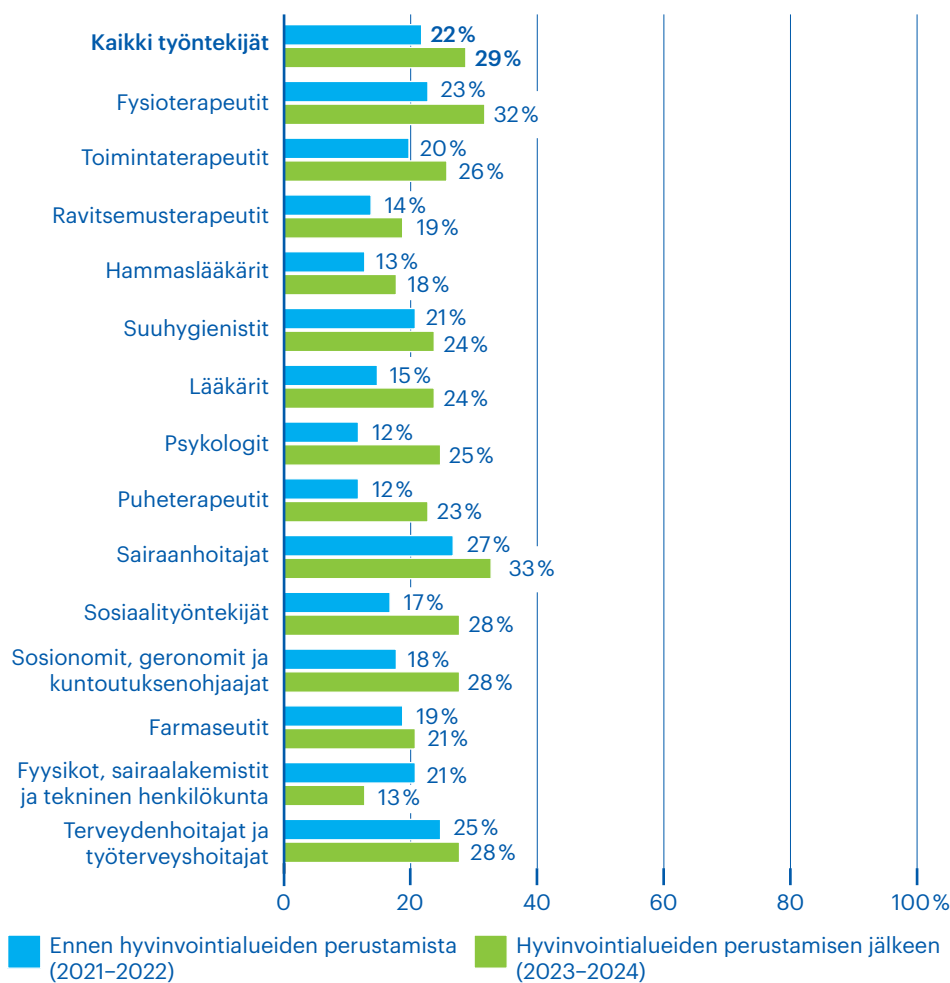
don vastainen siirto toisiin tehtäviin, 21 prosenttia, huolestuttaa joka viidettä työntekijää hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen. Kaikki muut epävarmuustekijät ovat lisääntyneet alueiden perustamisen jälkeen paitsi huoli työmäärän lisääntymisestä yli tekijän sietokyvyn. Vaikka laskua on tapahtunut tässä vain hiukan, tämä on yhä kuitenkin kaikista suurimpana huolenaiheena, sillä lähes puolet, 46 prosenttia, kaikista työntekijöistä on tästä huolissaan.

Kuvio 17. Epävarmuustekijöiden kokemukset koko työntekijäaineistossa*



*Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=28 225

Kuvio 18. Työsuhteen epävarmuutta (lomautus, työtehtävien lakkautus, irtisanominen tai toisiin tehtäviin siirto) kokeneiden osuus koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin*



*Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=28 225

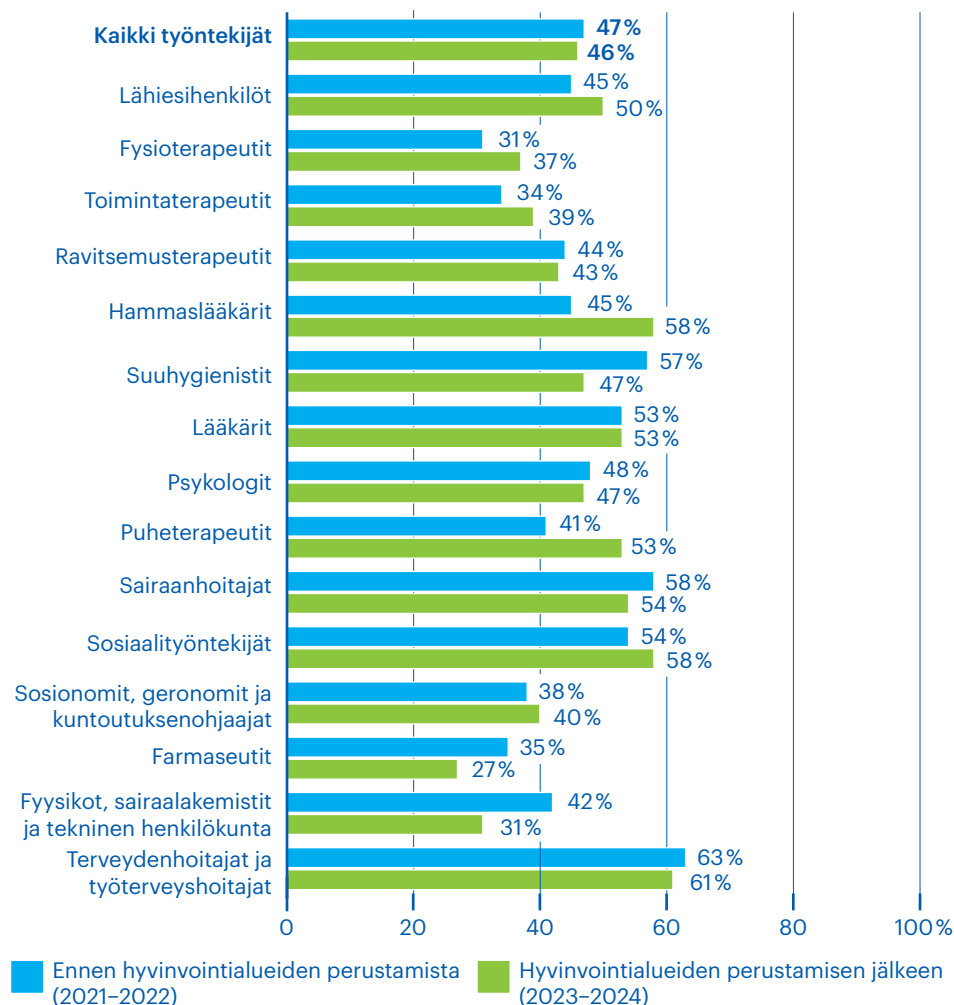
Kuviossa 18 on tarkasteltu niiden osuuksia, jotka tuntevat epävarmuutta työsuhteen jatkumisesta ja mahdollisista muutoksista, koko aineistossa ja ammattiryhmittäin. Kyseessä on siis summamuuttuja kuvion 17 neljästä ensimmäisestä työsuhdetta koskevasta väittämästä eli tässä ei ole mukana epävarmuutta työmäärien lisääntymisestä kokeneiden osuutta. Prosenttiosuudet kertovat, miten moni on kokenut jotain näistä neljästä epävarmuustekijästä.

Kuviosta nähdään, että työsuhteen jatkuminen ja siihen mahdollisesti tulevat muutokset ovat huolestuttaneet joka kolmatta työntekijää. Tämä osuus oli 29 prosenttia. Hyvinvointialueiden perustaminen on lisännyt kokonaisuudessaan huolta työn jatkumisesta, sillä ennen alueiden perustamista työn jatkuminen aiheutti epävarmuutta noin joka viidennessä työntekijässä, hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen tämä osuus oli 22 prosenttia.

Suurin nousu epävarmuuden kokemuksessa havaitaan psykologeilla. Heidän joukossaan nousua on tapahtunut jopa 13 prosenttiyksikköä ja tuoreimmassa kyselyssä joka neljäs oli huolissaan työnsä jatkumisesta. Merkittävää huolen kasvua on lähes kaikissa ammattiryhmissä paitsi fyysikoiden, sairaalakemistien ja teknisen henkilökunnan ammattiryhmässä. Eniten huolta työsuhteen jatkumisesta kokivat hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen sairaanhoitajat ja fysioterapeutit. Näistä molemmista ammattiryhmistä noin kolmannes oli huolissaan työnsä jatkosta.

Kaikkien työntekijöiden suurin epävarmuustekijä on huoli työmäärän lisääntymisestä yli oman sietokyvyn. Tästä kertoi lähes puolet vastaajista sekä ennen hyvinvointialueiden perustamista että sen jälkeen (kuvio 19). Alueiden perustamisen jälkeen yli puolet seuraavista ammattiryhmistä pelkäsi työmäärän lisääntymistä yli sietokyvyn: lääkärit 53 prosenttia, puheterapeutit 53 prosenttia, sairaanhoitajat 54 prosenttia, hammaslääkärit 58 prosenttia, sosiaalityöntekijät 58 prosenttia, terveydenhoitajat ja työterveyshoitajat 61 prosenttia. Myös lähiesihenkilönä työskentelevät olivat hyvinvointialueuudistuksen jälkeen yhä huolestuneempia työmäärien lisääntymisestä yli sietokyvyn, muutos oli 45 prosentista 50 prosenttiin.

Kuvio 19. Epävarmuutta työmäärien lisääntymisestä kokeneiden osuudet koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin*



*Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=28 225

Asiaksväkivalta

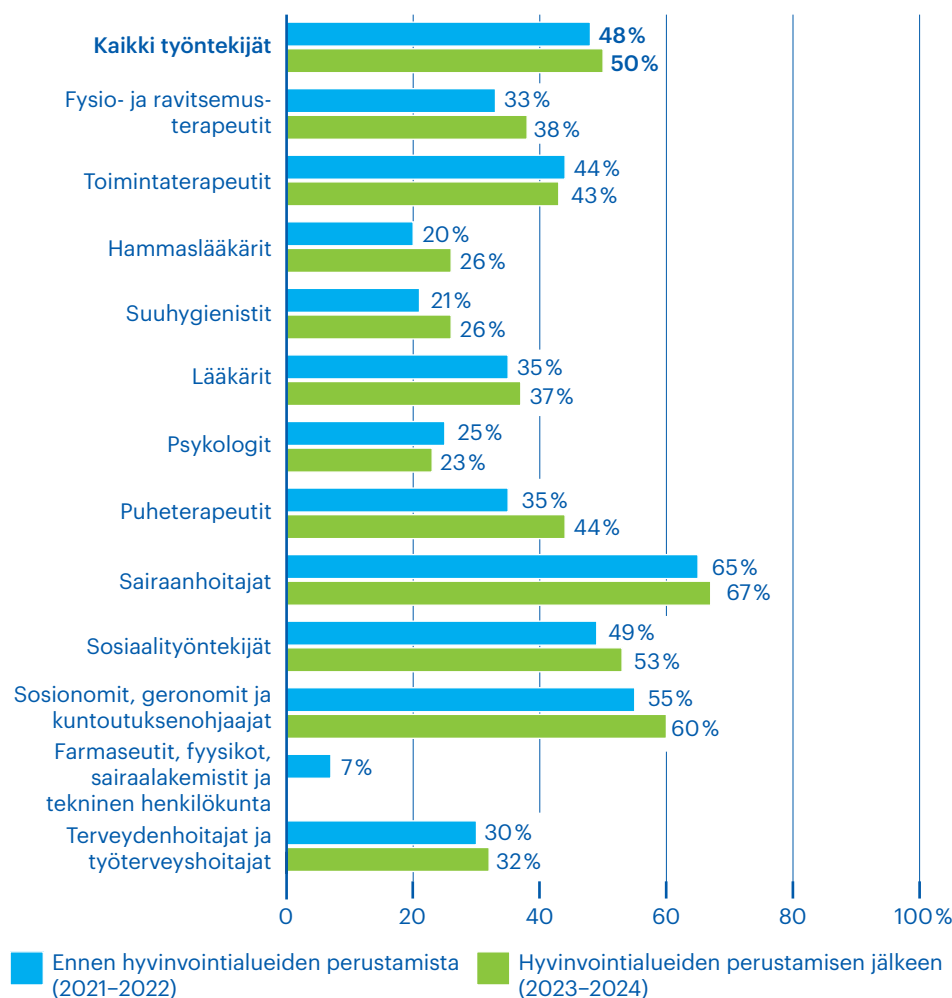
Kaksi kolmesta sairaanhoitajasta on kokenut asiakasväkivaltaa edellisten 12 kuukauden aikana.

Asiakasväkivallalla tarkoitetaan tilanteita, joissa työntekijä on joutunut kohtaamaan väkivalta- tai uhkatilanteita, kuten paikkojen rikkomista, tavaroiden heittelyä, ruumiillista väkivaltaa tai sen uhkaa, aseella uhkaamista tai henkistä väkivaltaa. Tätä selvitettiin kysymällä näistä väkivaltakokemuksista 12 viime kuukauden aikana. Puolet kaikista työntekijöistä on kohdannut asiakasväkivaltaa tai sen uhkaa (kuvio 20). Väkivaltaa tai sen uhkaa kokeneiden osuus on todella suuri ja kasvanut entisestään hyvinvointialueuudistuksen jälkeen.

Asiakasväkivallan kokemukset voivat altistaa mielenterveyden ongelmille (Rudkjoebing ym., 2020). Uhkaaviin tilanteisiin pitäisi varautua ennalta siten, ettei kukaan joutuisi työskentelemään näissä tilanteissa yksin ja että toimintamallit ovat selkeät. Myös hälytysmahdollisuuksien pitää olla kunnossa ja käytössä. Tämän lisäksi tilanteiden jälkihoito on erittäin tärkeää työntekijän palautumisen kannalta. (Työterveyslaitos 2023.)

Asiakasväkivalta ja sen uhka on kaikista suurinta sairaanhoitajien työssä. Jopa kaksi kolmesta sairaanhoitajasta on edellisten 12 kuukauden aikana kohdannut väkivaltaa. Lähes yhtä paljon sosionomeista, geronomeista ja kuntoutuksenohjaajista kertoo kokeneensa asiakasväkivaltaa tai sen uhkaa, heillä osuus oli 60 prosenttia. Kolmanneksi suurin prosenttiosuus, 53 prosenttia, väkivaltaa tai sen uhkaa kokeneista on sosiaalityöntekijöillä. Kaikissa näissä kolmessa ammattiryhmässä asiakasväkivalta tai sen uhka on lisääntynyt hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen.

Kuvio 20. Asiakasväkivaltaa tai sen uhkaa kokeneiden osuus koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin*



*Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=28 225

Työpaikkakiusaaminen

Työpaikkakiusaaminen on koko työyhteisön ongelma ja siihen pitää puuttua. Kiusaamista ei pidä hyväksyä eikä suvaita millään työpaikalla. Kiusaamisen on havaittu aiemmissa tutkimuksissa altistavan mielenterveyden ongelmille, jotka voivat laskea koettua työkykyä (Nielsen & Einarsen, 2012).

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, paljonko työntekijät ovat kohdanneet työpaikkakiusaamista edellisten 12 kuukauden aikana. Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen kiusaamisen kokemukset ovat lisääntyneet hieman: melkein joka kuudes työntekijä, 15 prosenttia, kertoo kokeneensa työpaikkakiusaamista. Vastaava osuus ennen uudistusta oli 13 prosenttia (kuvio 21).

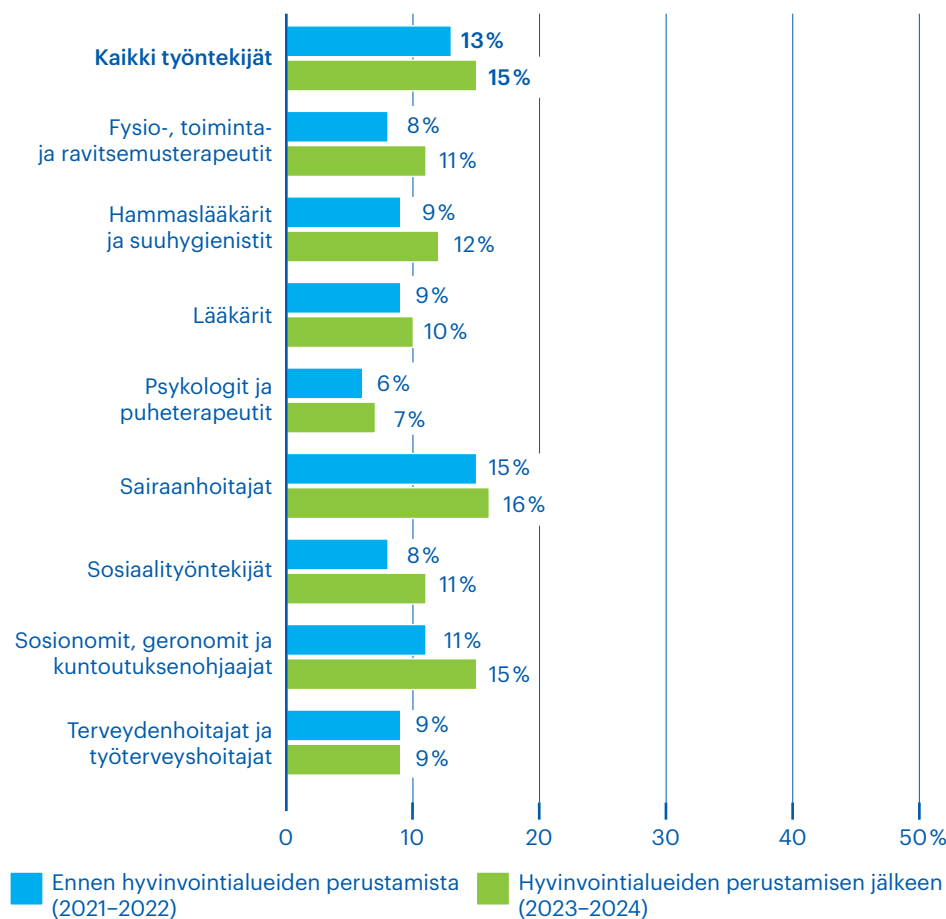
Kiusaaminen on lisääntynyt kaikissa ammattiryhmissä. Havainto on linjassa aiempien tutkimusten kanssa, jotka ovat havainneet yhteyden organisaatiomuutosten ja työpaikkakiusaamisen välillä (Holten ym., 2017). Yksittäisistä ammattiryhmistä sairaanhoitajat kokevat työpaikkakiusaamista useimmin: heistä joka kuudes, 16 prosenttia, kertoi tulleen kiusatuksi. Suurin nousu on sosionomien, geronomien ja kuntoutuksenohjaajien ryhmässä: ennen hyvinvointialueita joka kymmenes heistä kertoi kohdanneensa työpaikkakiusaamista, mutta hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen osuus oli noussut lähes joka kuudenteen. Työpaikkakiusaaminen on koetun työkyvyn lisäksi muita sensitiivisempi kysymys tässä tutkimuksessa, joten kuviossa 21 ei voida näyttää farmaseuttien, sairaalakemistien, fyysikkojen eikä teknisen henkilökunnan tuloksia.

Yhteenvetona voidaan todeta, että työn psykososiaaliset kuormitustekijät, kuten työpaineet, työstressi, eettinen kuormitus, työn epävarmuus, asiakasväkivalta ja työpaikkakiusaaminen, ovat merkittäviä tekijöitä työntekijöiden hyvinvoinnin kannalta. Vaikka hyvinvointialueiden perustaminen on tuonut joitakin parannuksia, kuten vähentänyt yleisesti työstressiä ja lisännyt työn hallittavuutta, kokonaisuudessaan psykososiaalisia kuormitustekijöitä on edelleen sote-työssä paljon. Tietyissä ammattiryhmissä ne ovat erityisen korkealla tasolla, ja tietyissä ammattiryhmissä havaitaan myös kuormitustekijöiden lisääntyneen.

Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen työpaikkakiusaamisen kokemukset ovat lisääntyneet hieman.

Kiusaaminen on lisääntynyt kaikissa ammattiryhmissä.

Kuvio 21. Työpaikkakiusaamisen kohteena olleet koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmissä, joissa on ollut riittävästi vastaajia tulosten näyttämiseksi*



*Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=28 225

3.1.4. Palautuminen työpäivän aiheuttamasta rasituksesta

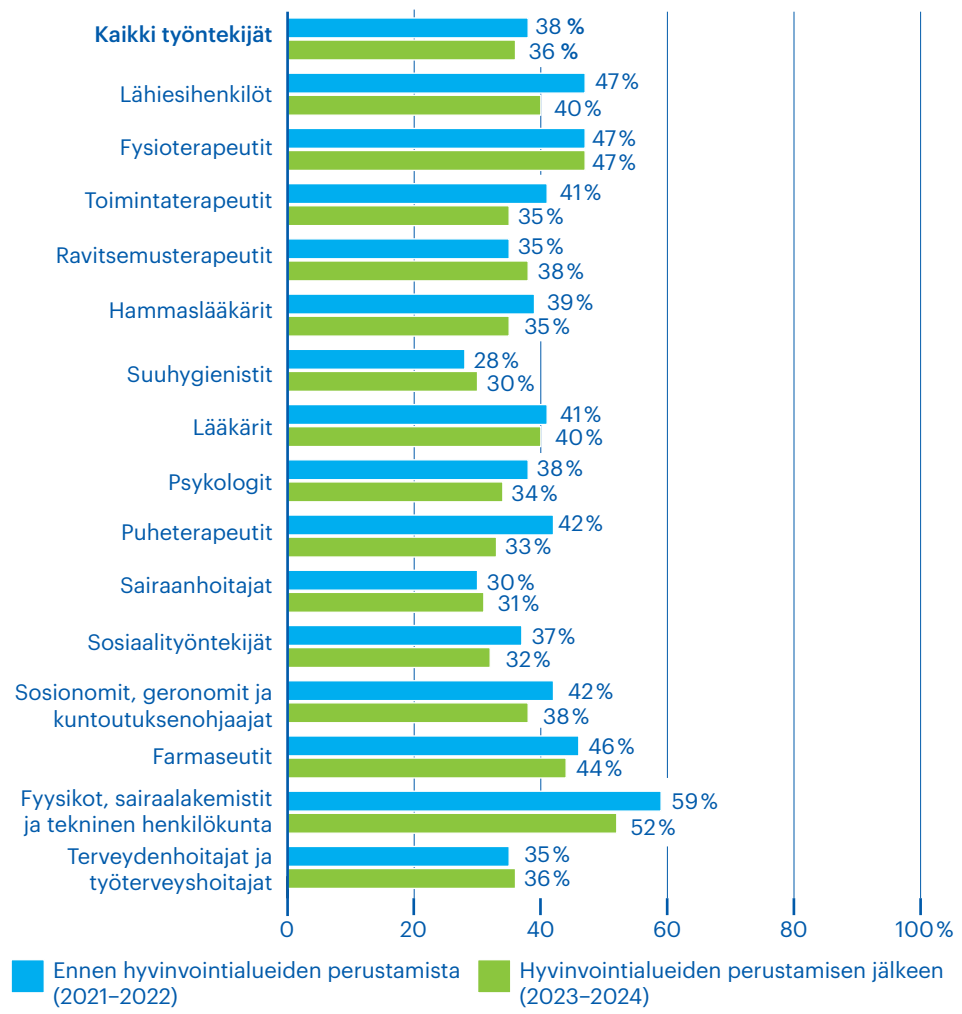
Palautuminen on riittävää vain vähän yli kolmanneksella hyvinvointialueiden kaikista työntekijöistä.

Työstä palautuminen on tärkeää työntekijän jaksamiselle, varsinkin jos työ on kuormittavaa. Hyvän palautumisen on havaittu tutkimuksissa voivan vähentää työn kuormituksen haitallisuutta (Rodriguez-Muñoz ym., 2012). Riittävä uni ja vapaa-aika on tärkeä osa palautumista, mutta työstä palautumista tulisi tapahtua myös työpäivän aikana, esimerkiksi tauoilla.

Palautuminen on riittävää vain vähän yli kolmanneksella kaikista hyvinvointialueiden työntekijöistä (kuvio 22). Tilanne on hiukan huonontunut hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen, muutos oli 38 prosentista 36 prosenttiin. Ennen hyvinvointialueiden perustamista työpäivän kuormituksesta palautuminen toteutui hyvin erityisesti fyysikoiden, sairaalakemistien ja teknisen henkilökunnan joukossa. Melkein kaksi kolmesta heistä kertoi palautuneensa hyvin, osuus oli 59 prosenttia. Nämä olivat ainoat ammattiryhmät, joissa yli puolet kertoi tuolloin riittävästä palautumisesta. Myös hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen nämä olivat ainoat ammattiryhmät, joista yli puolet, 52 prosenttia, katsoi palautuvansa hyvin.

Heikointa palautuminen on suuhygienistien ammattiryhmässä, vaikka siinä on hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen tapahtunut hienoista parannusta, muutos oli 28 prosentista 30 prosenttiin. Myös sairaanhoitajilla tilanne on huolestuttava: vain joka kolmas, 31 prosenttia, kokee palautuvansa riittävästi työn kuormituksesta. Merkille pantavaa on myös, että puheterapeuteilla palautuminen heikentyi hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen huomattavasti. Tämä muutos oli 42 prosentista 33 prosenttiin.

Kuvio 22. Työpäivän aiheuttamasta rasituksesta hyvin palautuneet koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin



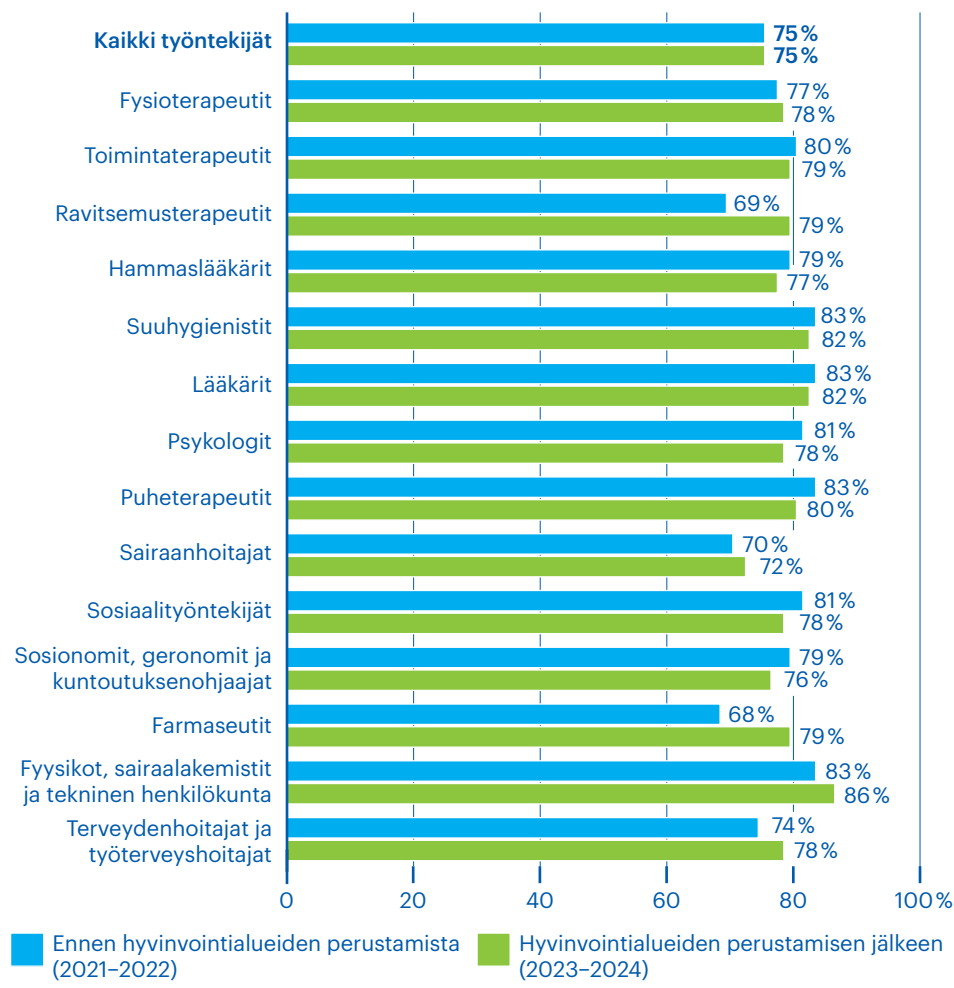
3.1.5. Johtaminen

Esihenkilön toimintaan kohdistuu paljon odotuksia ja johtaminen on parhaimmillaan mukana luomassa yhteistä työkuultuuria kannustamalla ja tukemalla. Hyvä johtaminen ja esihenkilön oikeudenmukainen toiminta edistävät myös työhyvinvointia, työhön sitoutumista ja työn imua. Vastaavasti epäoikeudenmukaisen johtamisen on havaittu lisäävän ennenaikaisen eläköitymisen riskiä (Juvani ym., 2016).

Tässä tutkimuksessa esihenkilön johtamistapoja ja toiminnan oikeudenmukaisuutta tarkasteltiin usealla kysymyksellä, joista muodostettiin summamuuttujat. Esihenkilön toiminta koettiin oikeudenmukaisena kolmessa tapauksessa neljästä eli 75 prosenttia kaikista työntekijöistä oli tätä mieltä (kuvio 23). Luku pysyi samana sekä ennen hyvinvointialueiden perustamista että sen jälkeen. Suurin ammattiryhmäkohtainen muutos hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen on tapahtunut ravitsemusterapeuteilla ja farmaseuteilla. Kummassakin ammattiryhmässä alle 70 prosentin tyytyväisyys nousi 79 prosenttiin.

Lääkäreissä, suuhygienisteissä ja puheterapeuteissa oli eniten heitä, jotka pitivät esihenkilöiden toimintaa oikeudenmukaisena ennen hyvinvointialueiden perustamista. Tämä osuus oli tuolloin 83 prosenttia. Kaikissa kolmessa ryhmässä luottamus oikeudenmukaisuuteen laski hiukan alueiden perustamisen jälkeen. Fyysikoiden, sairaalakemistien ja teknisen henkilökunnan luottamus esihenkilön toiminnan oikeudenmukaisuuteen puolestaan nousi muutoksen jälkeen jopa 86 prosenttiin, mikä oli korkein osuus ammattiryhmittäin luokiteltuna. Myös lähiesihenkilöt kokivat hyvin usein oman esihenkilönsä toiminnan oikeudenmukaiseksi.

Kuvio 23. Esihenkilön toiminnan oikeudenmukaiseksi kokeneet koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin



Esihenkilön oikeudenmukaisen toiminnan lisäksi kyselyssä tarkasteltiin organisaation päätöksenteon oikeudenmukaisuutta. Huomattavasti harvempi vastaaja koki organisaation päätöksenteon oikeudenmukaiseksi kuin esihenkilönsä toiminnan. Noin kolmasosa,

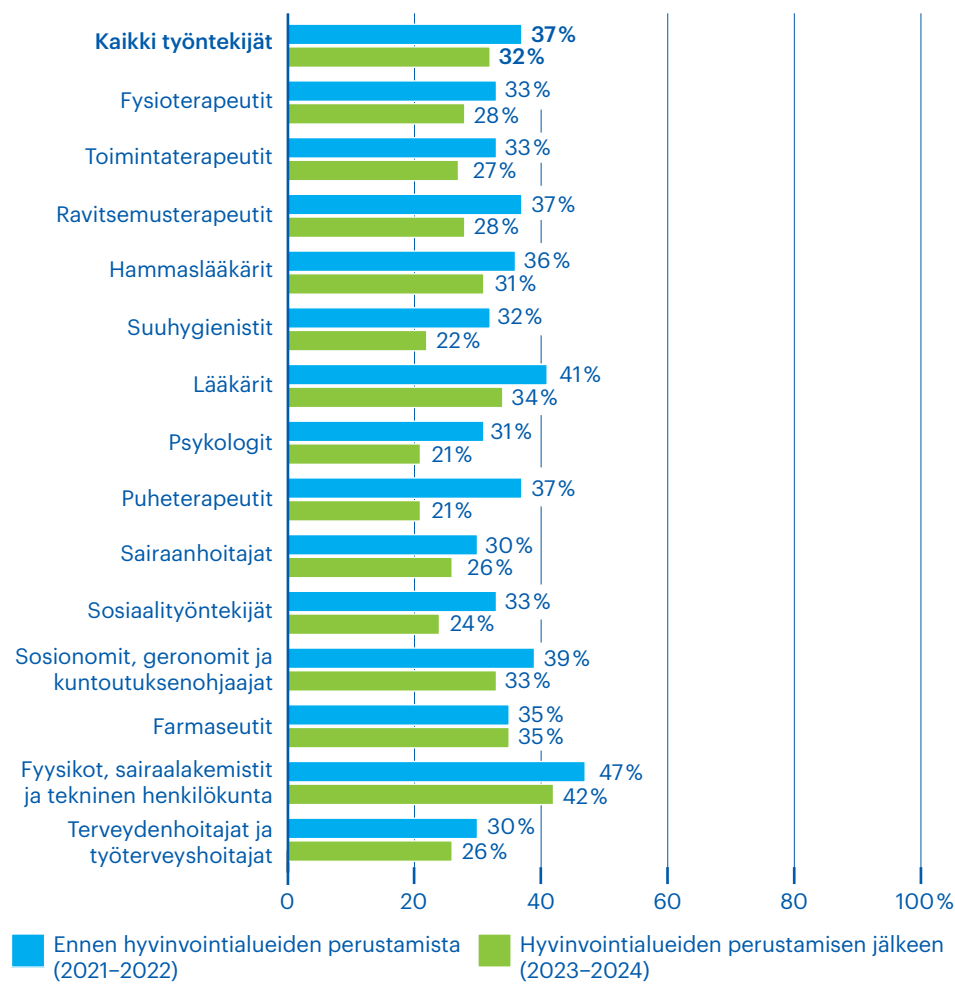
Luottamus organisaation päätöksenteon oikeudenmukaisuuteen

heikkeni kaikilla muilla ammattiryhmillä paitsi farmaseuteilla.

37 prosenttia ennen hyvinvointialueiden perustamista ja 32 prosenttia sen jälkeen, kaikista työntekijöistä koki organisaation päätöksenteon olevan oikeudenmukaista (kuvio 24). Suurin luottamus päätöksenteon oikeudenmukaisuuteen sekä ennen hyvinvointialueiden perustamista että sen jälkeen oli fyysikoiden, sairaalakemistien ja teknisen henkilökunnan ammattiryhmässä, vaikka tässäkin ryhmässä luottamus laski 47 prosentista 42 prosenttiin. Myös lähiesihenkilöillä kokemus organisaation päätöksenteon oikeudenmukaisuudesta laski hyvinvointialueudistuksen jälkeen, muutos oli 47 prosentista 40 prosenttiin.

Huomionarvoista tuloksissa on suuri lasku psykologien ja puheterapeuttien ammattiryhmissä. Psykologeilla muutos oli 31 prosentista 21 prosenttiin ja puheterapeuteilla 37 prosentista 21 prosenttiin. Vain viidennes uusien hyvinvointialueiden puheterapeuteista ja psykologeista piti organisaation päätöksentekoa oikeudenmukaisena. Heti näiden jälkeen tulivat suuhygienistit, joilla päätöksentekoa oikeudenmukaisena pitäneiden osuus oli 22 prosenttia ja sosiaalityöntekijät, joilla vastaava osuus oli 24 prosenttia.

Kuvio 24. Organisaation päätöksenteon oikeudenmukaiseksi kokeneet koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin



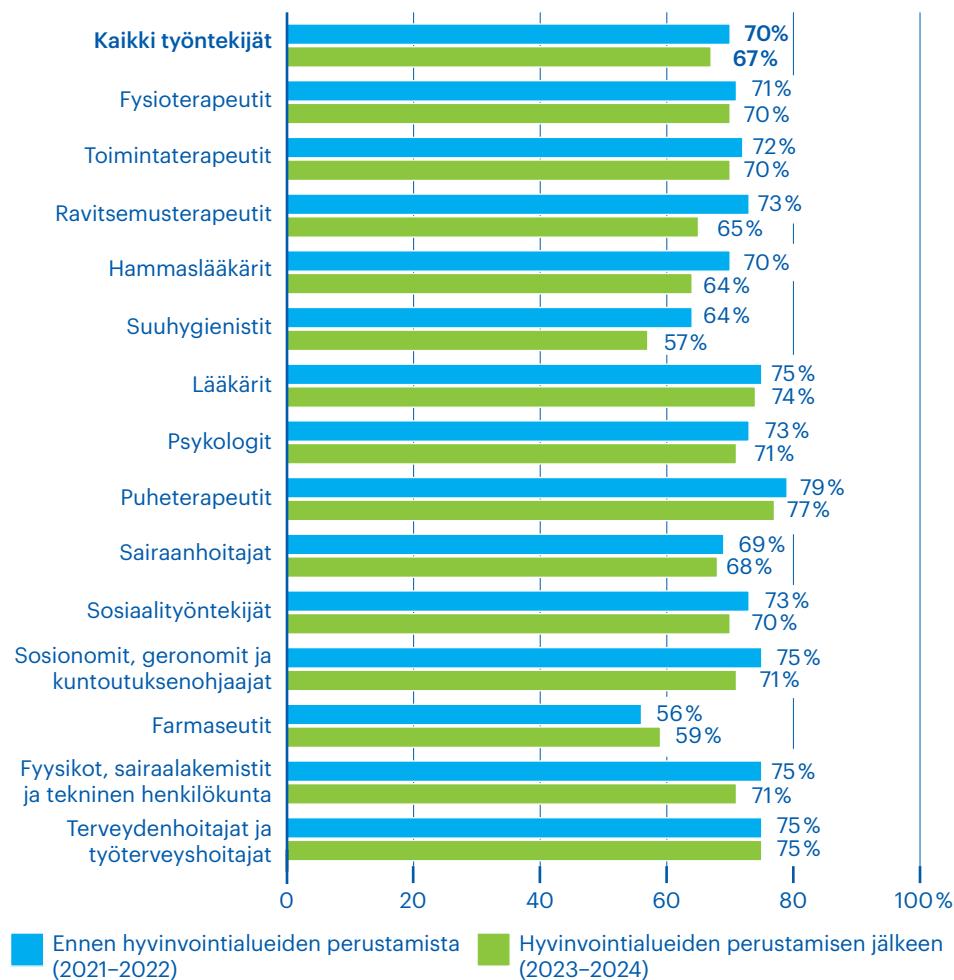
3.1.6. Yhteistyö ja innovatiivisuus työyhteisössä

Yhteistyö oman lähityöyhteisön kanssa sujuu hyvinvointialueilla (kuvio 25), ja kaksi kolmesta, 67 prosenttia, kokee yhteistyön hyväksi. Puheterapeutit, jotka edellisessä kohdassa olivat tyytymättöimpiä oikeudenmukaiseen päätöksentekoon, olivat kaikista tyytyväisimpiä yhteistyöhön lähityöyhteisössään. Tämä osuus oli 79 prosenttia ennen hyvinvointialueiden perustamista ja 77 prosenttia sen jälkeen.

Kriittisimpiä työyhteisön yhteistyön suhteen ovat suuhygienistit ja farmaseutit, mutta heistäkin valtaosa kokee yhteistyön toimivaksi. Vastaavasti puheterapeutit, sairaanhoitajat ja lääkärit kokevat työyhteisön yhteistyön toimivaksi useammin kuin muut.

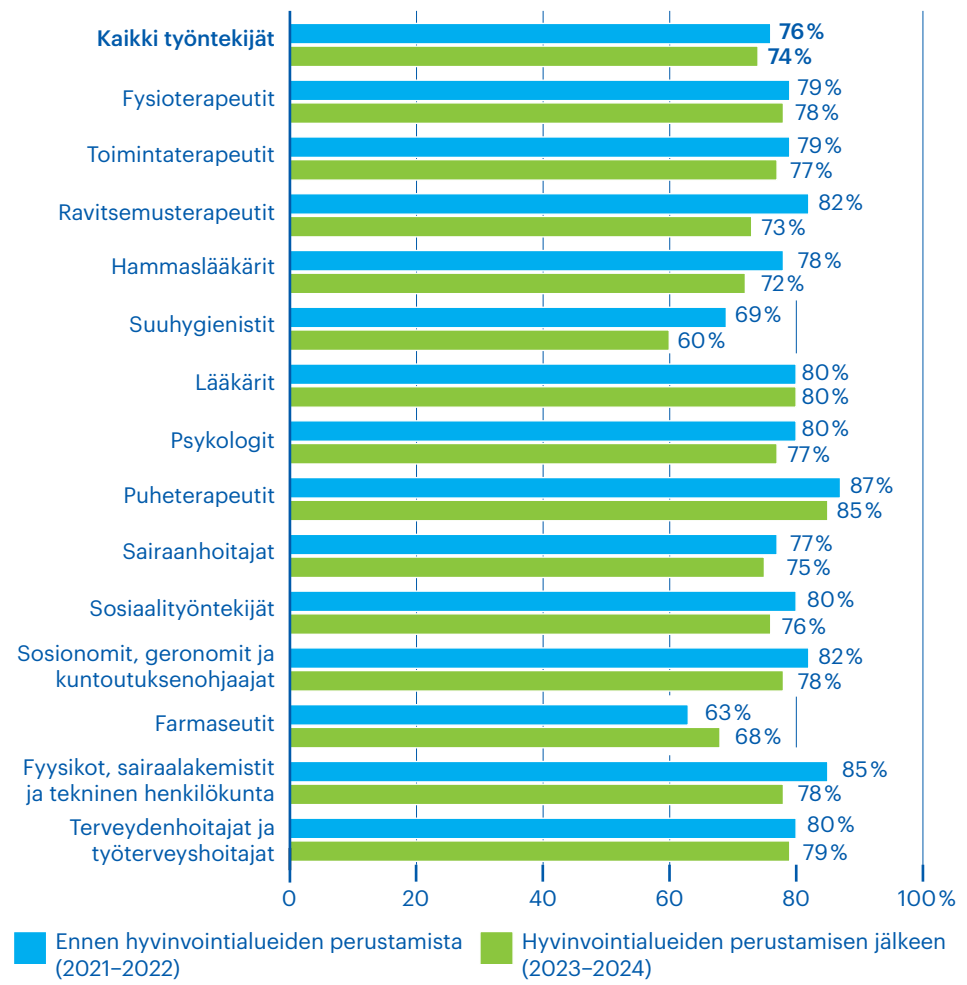
Monilla työpaikoilla toiset pidetään ajan tasalla ja tietoa jaetaan hyvin.

Kuvio 25. Lähityöyhteisön yhteistyötä toimivana pitäneet koko työntekijä-aineistossa ja ammattiryhmittäin

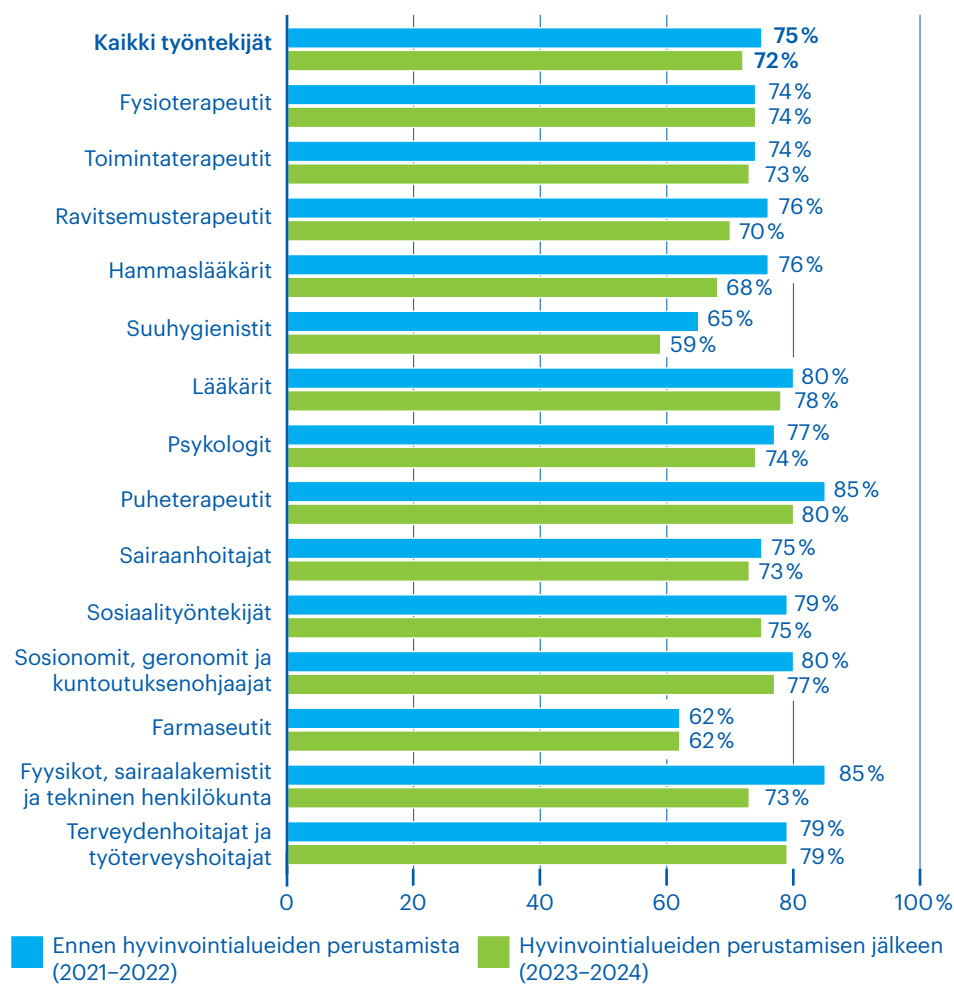


Yksi toimivan yhteistyön muodoista on, että työyhteisön jäsenet pitävät toisensa ajan tasalla työasioissa ja työyhteisössä pyritään jakamaan tietoa. Kuvio 26 ja 27 kertovat, että monilla työpaikoilla molemmat asiat toimivat: toiset pidetään ajan tasalla ja ajantasaista tietoa jaetaan hyvin. Hieman alle kolme neljästä työntekijästä kokee edelleen näin, vaikka prosenttiosuus on hieman pienentynyt hyvinvointialueuudistusta edeltävästä ajasta.

Kuvio 26. Niiden työntekijöiden prosenttiosuudet, jotka kokivat, että työyhteisössä pidetään toiset ajan tasalla työasioissa

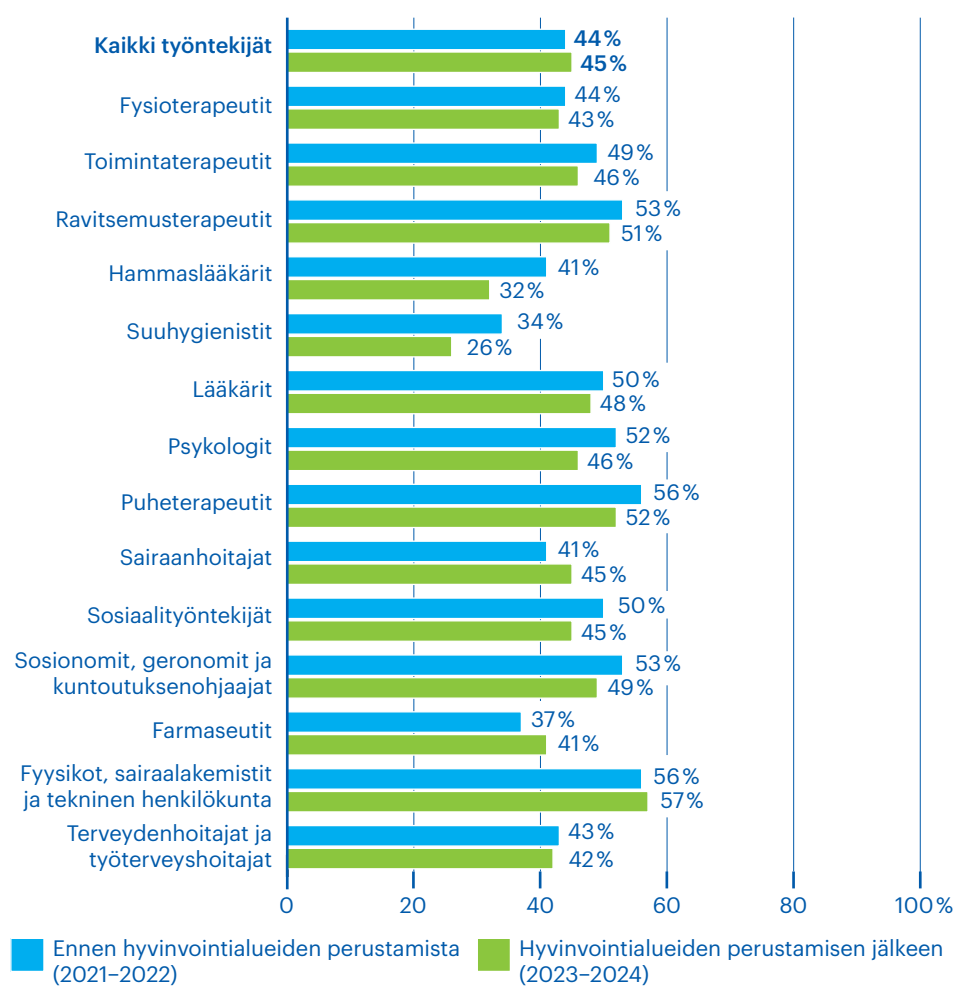


Kuvio 27. Niiden työntekijöiden prosenttiosuudet, jotka kokivat, että työyhteisössä pyritään jakamaan tietoa



Kun yhteistyö sujuu omassa työyhteisössä, työntekijät voivat olla innovatiivisia. Hieman alle puolet, 45 prosenttia, kaikista työntekijöistä kokee työyhteisönsä innovatiiviseksi (kuvio 28). Uusien hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen innovatiivisimmaksi työyhteisönsä kokevat fyysikot, sairaalakemistit ja tekninen henkilökunta, joilla tämä osuus oli 57 prosenttia. Lähes päinvastainen tilanne vaikuttaa olevan suuhygienisteillä. Heistä jopa kolme neljäsosaa ei havainnut innovatiivisuutta työyhteisössään: vain 23 prosenttia suuhygienisteistä kertoi pitävänsä lähityöyhteisöään innovatiivisena.

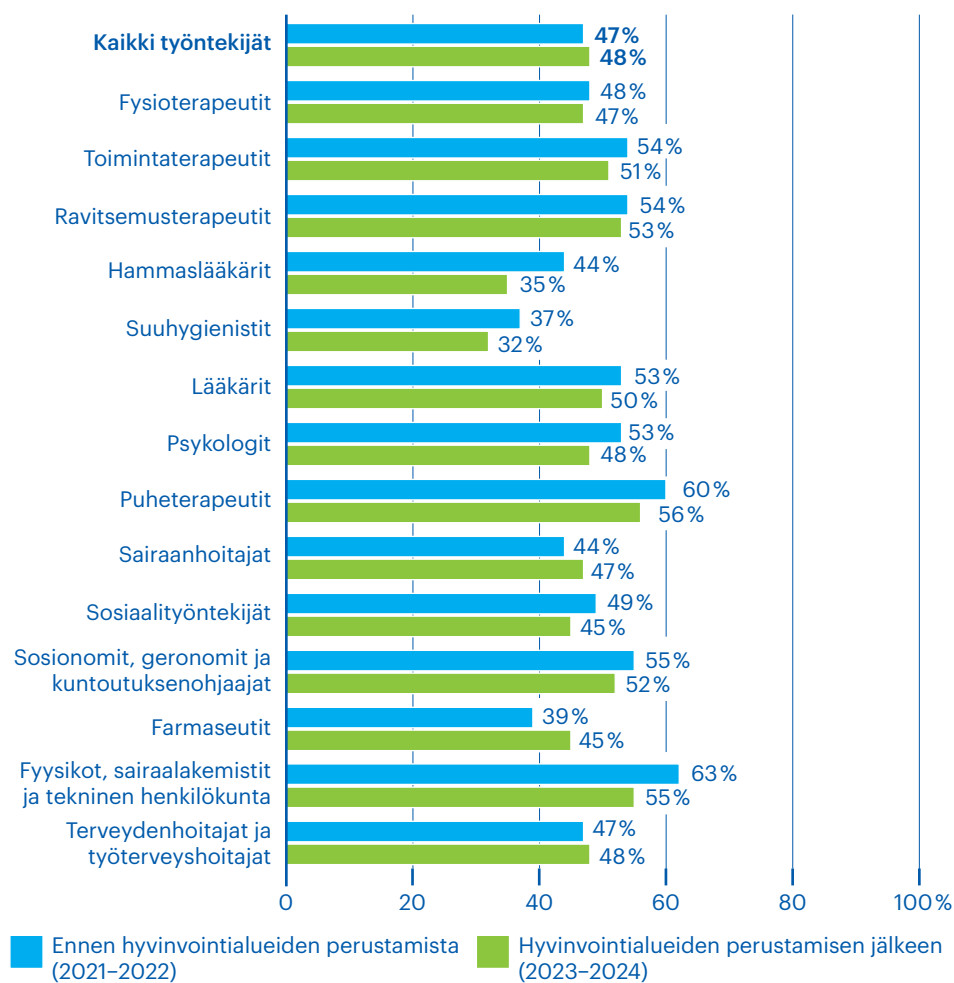
Kuvio 28. Työyhteisön toimintaa innovatiivisena pitäneet koko työntekijäaineistossa ja ammattiryhmittäin*



*Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=28 225

Työyhteisön innovatiivisuudesta tarkasteltiin tässä tutkimuksessa vielä tarkemmin väittämää ”työyhteisön jäsenet toimivat yhdessä toteuttaakseen uusia ideoita” (kuvio 29). Kuviosta nähdään, että hieman vajaa puolet, 48 prosenttia, kaikista työntekijöistä kokee työyhteisön toimivan yhdessä innovatiivisesti. Kriittisimpiä tämän suhteen olivat suuhygienistit, farmaseutit ja farmaseutit. Vastaavasti puheterapeutit sekä fyysikot, sairaalakemistit ja tekninen henkilökunta kokivat useammin kuin muut, että työyhteisössä toimitaan yhdessä uusien ideoiden toteuttamiseksi.

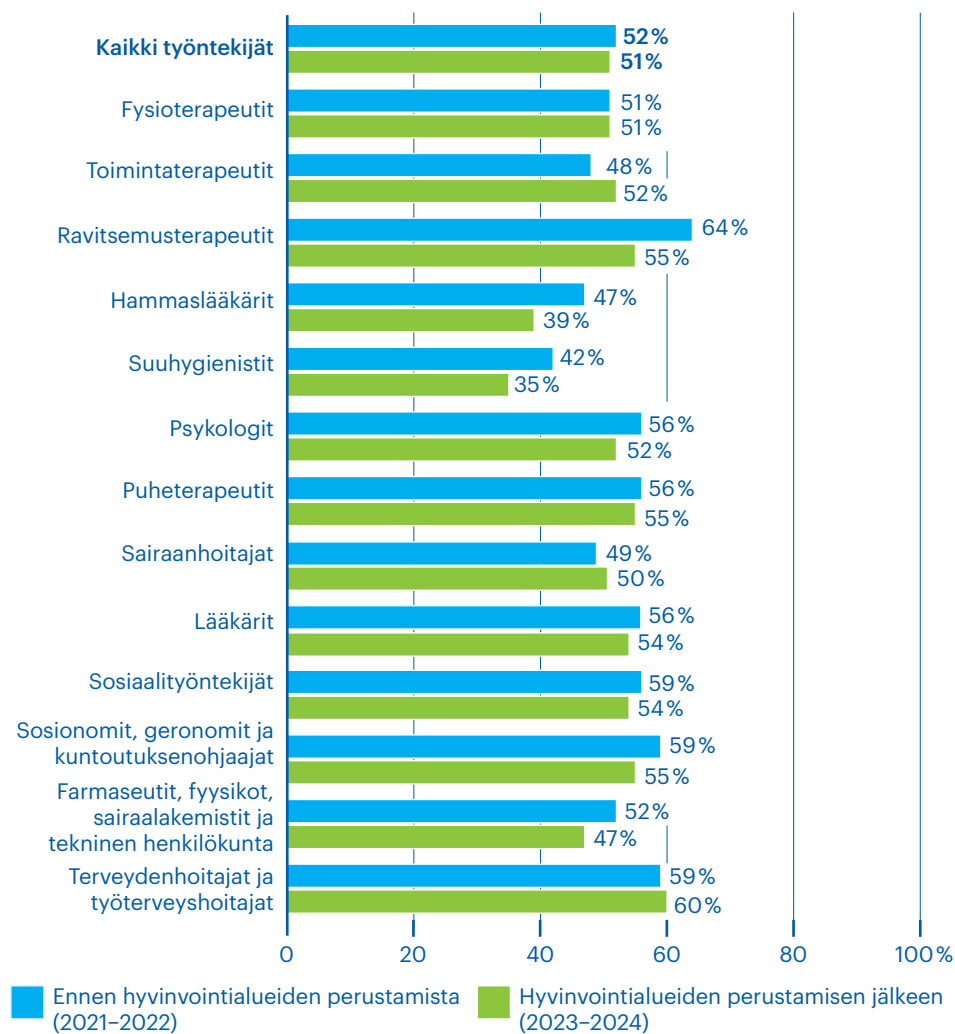
Kuvio 29. Niiden työntekijöiden prosenttiosuudet, jotka kokivat, että työyhteisön jäsenet toimivat yhdessä toteuttaakseen uusia ideoita*



*Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=28 225

Kuviossa 30 on tarkasteltu lisäksi sitä, huomioidaanko työyhteisössä muiden esittämät ehdotukset, kun pyritään parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. Hieman yli puolet kaikista työntekijöistä koki, että omassa työyhteisössä toimitaan näin, mutta ammattiryhmien välisessä vertailussa huomataan eroja. Suuhygienisteistä ja hammaslääkäreistä reilu kolmannes koki, että kaikki työyhteisön jäsenet otetaan huomioon ja vastaavasti 60 prosenttia terveydenhoitajista kokee näin.

Kuvio 30. Niiden työntekijöiden prosentiosuudet, jotka kokivat, että heidän työyksikössään huomioidaan muiden esittämät ehdotukset, jotta päästään parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen*



*Pienempi vastaajamäärä 2021/22: kaikki työntekijät N=27 987

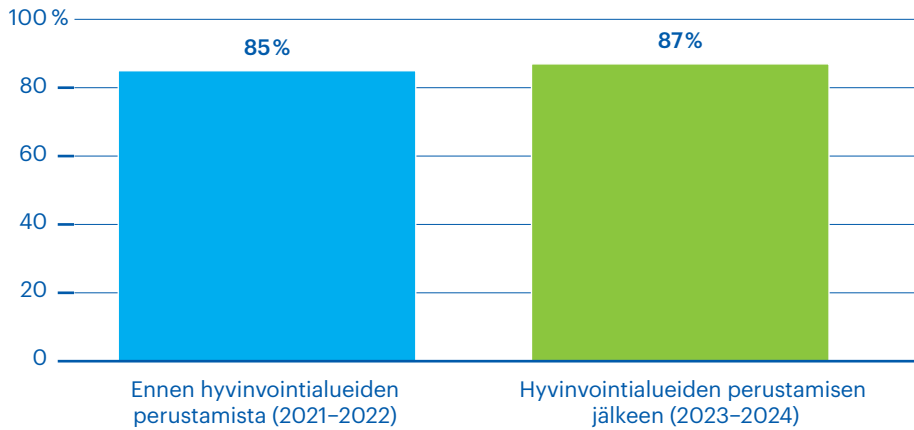
Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=25 334

3.1.7. Osaaminen

Riittävä osaaminen on oleellinen osa hyvää työkykyä. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että osaamisensa hyväksi kokeneiden on kaikilla koulutusasteilla havaittu arvioivansa myös työkykynsä parhaimmaksi (Gould, 2006). Tässä tutkimuksessa osaamista mitattiin kysymällä, miten hyvin kyselyyn osallistuneet työntekijät kokevat ammattitaitonsa vastaavan työtehtävien vaatimuksia (kuvio 31). Kysymys toteutettiin vain osassa tutkimusorganisaatioita, joten vastaajamäärä oli varsinkin hyvinvointialueudistuksen jälkeisessä mittauksessa suhteellisesti pienempi kuin muissa tutkimuksen mittareissa.

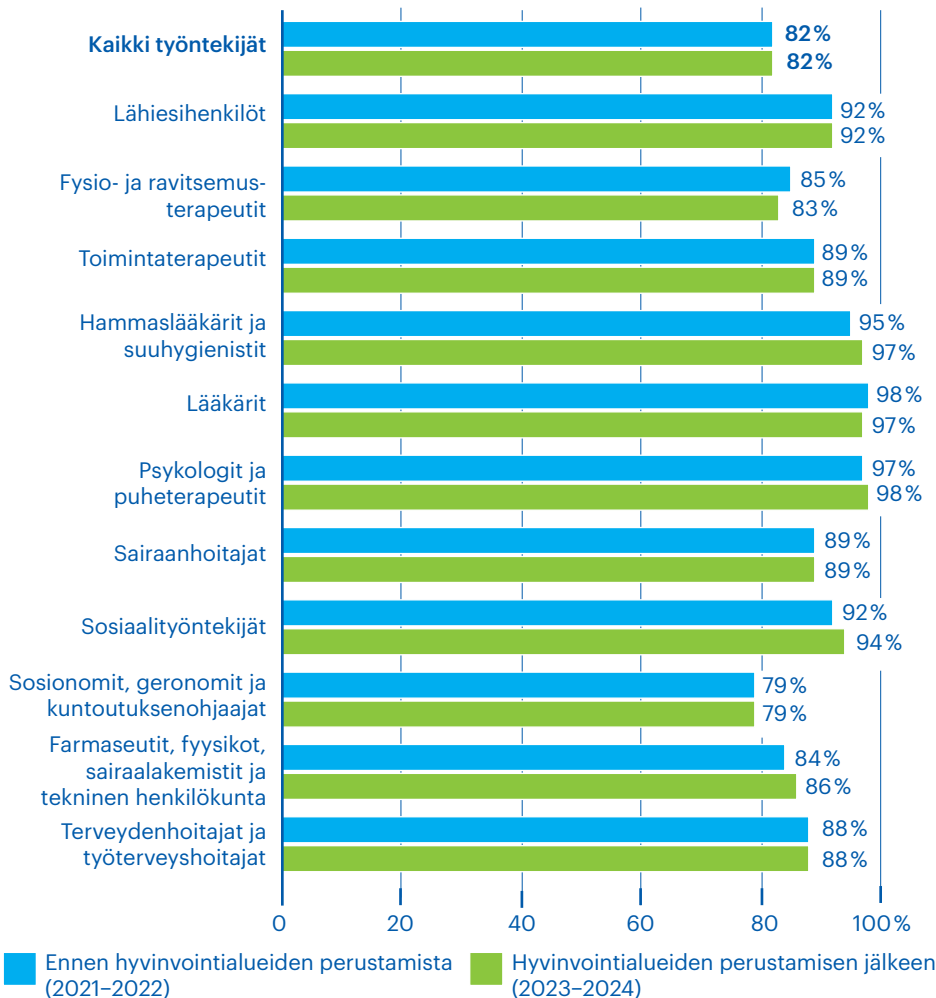
Kuviosta 31 nähdään, että ennen hyvinvointialueudistusta useampi kuin neljä viidestä, 85 prosenttia, työntekijästä koki osaamisen vastaavan erittäin tai melko hyvin työtehtävien vaatimuksia. Tilanne säilyi samankaltaisena hyvinvointialueudistuksen jälkeen, jolloin tätä mieltä oli 87 prosenttia vastaajista.

Kuvio 31. Niiden työntekijöiden prosenttiosuudet, jotka kokivat, että heidän ammattitaitonsa vastaa hyvin työtehtävien vaatimuksia*



*Pienempi vastaajamäärä 2021/22: kaikki työntekijät N=13 574
Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=2 891

Kuvio 32. Niiden työntekijöiden prosenttiosuudet, jotka kokivat, että heidän työnsä vaatii kehittyneitä taitoja*



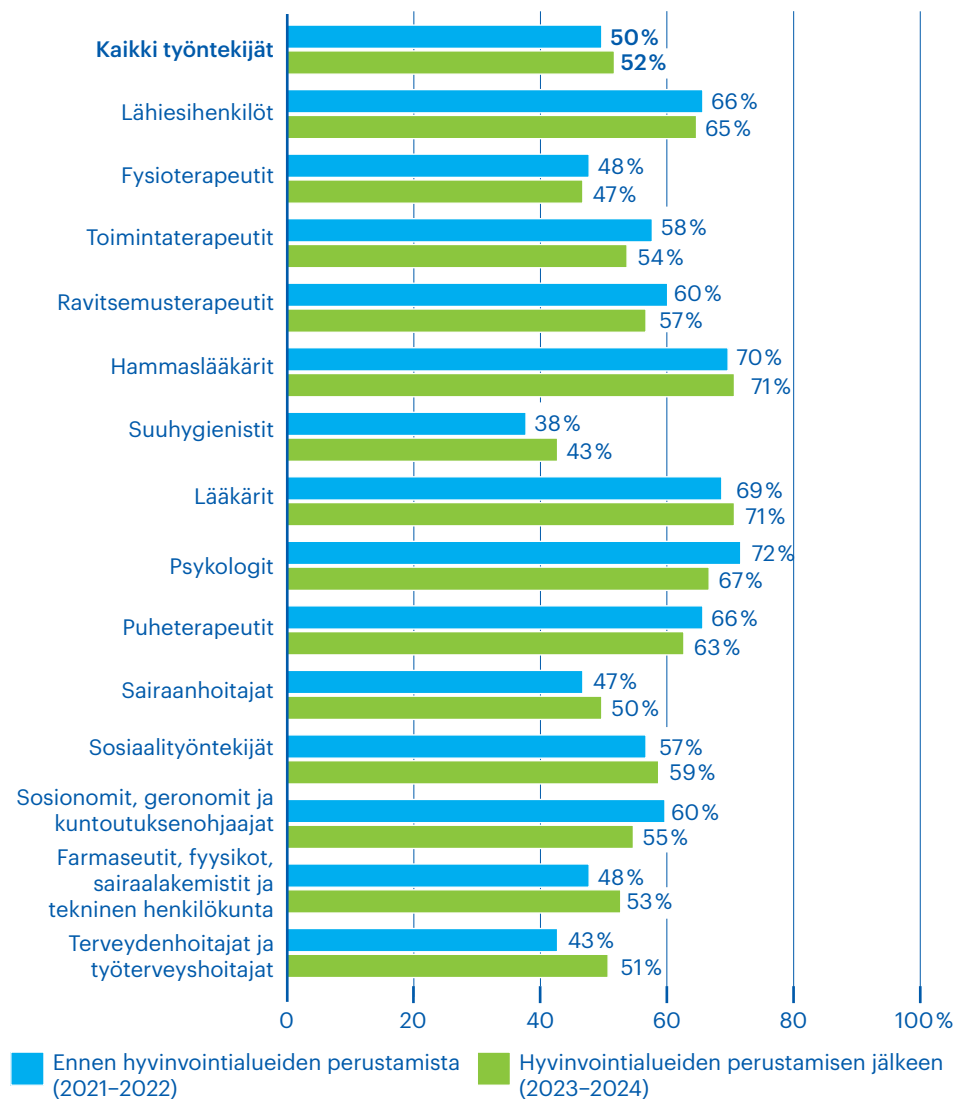
*Pienempi vastaajamäärä 2021/22: kaikki työntekijät N=27 987
Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=25 334

**Noin puolet
työntekijöistä
kokee, että
työssä voi
kehittää
itselle ominaisia
erityiskykyjä.**

Oman työtehtävän osaamisvaatimuksia kuvaa väittämä ”työni vaatii pitkälle kehittyneitä taitoja” (kuvio 32). Enemmän kuin neljä viidesosaa, 82 prosenttia, kaikista työntekijöistä katsoi, että työ vaatii pitkälle kehittyneitä taitoja. Prosenttiosuudet ovat vielä suurempia lähes kaikissa tarkastelluissa ammattiryhmissä. Lähes jokainen lääkäri, hammaslääkäri sekä psykologi ja puheterapeutti oli tätä mieltä. Sosionomien, geronomien ja kuntoutuksenohjaajien ammattiryhmissä prosenttiosuus oli vertailun pienin, mutta heistäkin 79 prosenttia katsoi työn vaativan pitkälle kehittyneitä taitoja. Hyvinvointialueille siirtyminen ei muuttanut tätä työtehtävien osaamisvaatimusta juuri lainkaan.

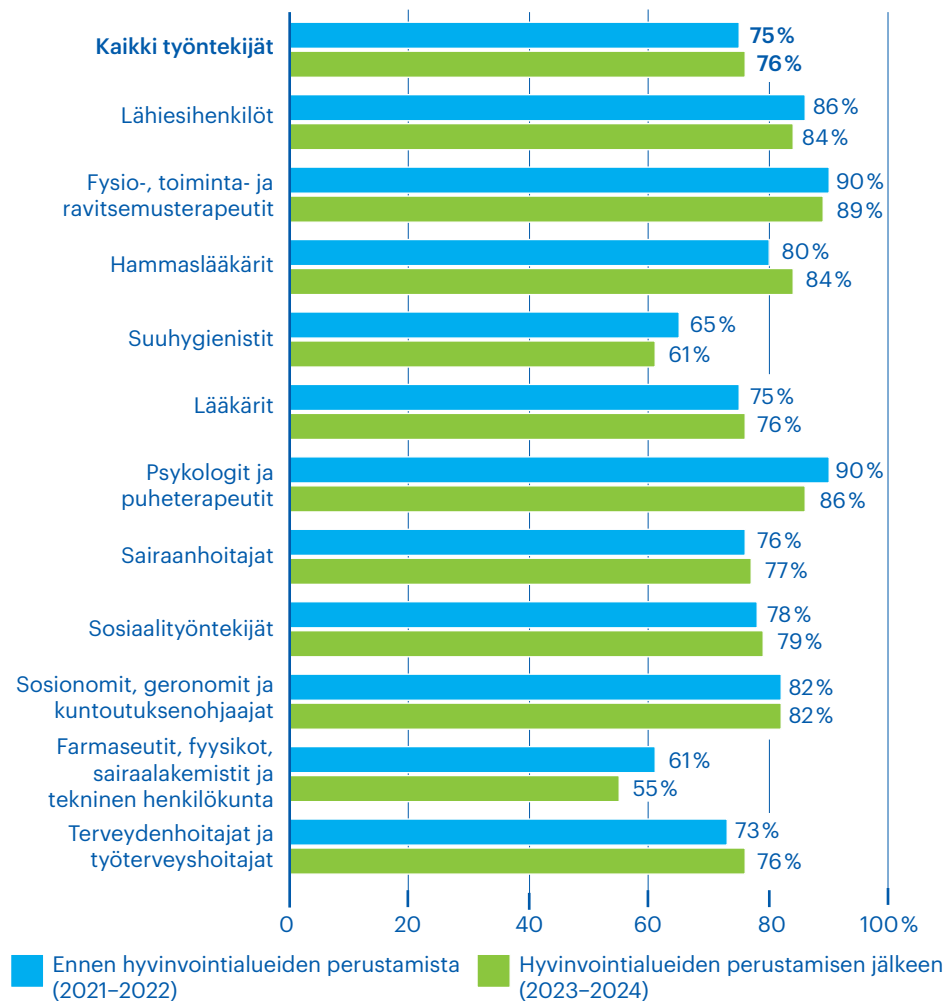
Noin puolet työntekijöistä kokee lisäksi, että työssä voi kehittää itselle ominaisia erityiskykyjä (kuvio 33). Kaksi kolmasosaa lähiesihenkilönä työskentelevistä oli tätä mieltä, osuus oli 66 prosenttia ennen hyvinvointialueiden perustamista ja 65 prosenttia sen jälkeen. Ammattiryhmistä erityisesti lääkärit, hammaslääkärit, psykologit ja puheterapeutit pitivät työtään erityiskykyjä kehittävänä, ja heistä useampi kuin kaksi kolmasosaa oli tätä mieltä. Vastaavasti suuhygienistit, fysioterapeutit ja sairaanhoitajat olivat kriittisempiä oman työn kehittävyttä kohtaan, sillä heistä alle puolet oli täysin tai melko samaa mieltä väittämän kanssa. Ammattiryhmissä voidaan nähdä paikoittain eroja tilanteessa ennen hyvinvointialueuudosta ja sen jälkeen, muun muassa terveydenhoitajat ja suuhygienistit kokevat työn aiempaa useammin erityiskykyjä kehittäväksi. Terveydenhoitajilla muutos oli 43 prosentista 51 prosenttiin ja suuhygienisteillä 38 prosentista 43 prosenttiin. Prosenttiosuudet olivat laskeneet eniten psykologeilla, joilla muutos oli 72 prosentista 67 prosenttiin sekä sosionomeilla, geronomeilla ja kuntoutuksenohjaajilla, joilla muutos oli 60 prosentista 55 prosenttiin.

Kuvio 33. Niiden työntekijöiden prosenttiosuudet, jotka kokivat, että heillä on mahdollisuus kehittää työssä omia erityiskykyjä*



*Pienempi vastaajamäärä 2021/22: kaikki työntekijät N=27 987
Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=25 334

Kuvio 34. Niiden työntekijöiden prosenttiosuudet, jotka kokivat työnsä edellyttävän luovuutta*



*Pienempi vastaajamäärä 2021/22: kaikki työntekijät N=27 987

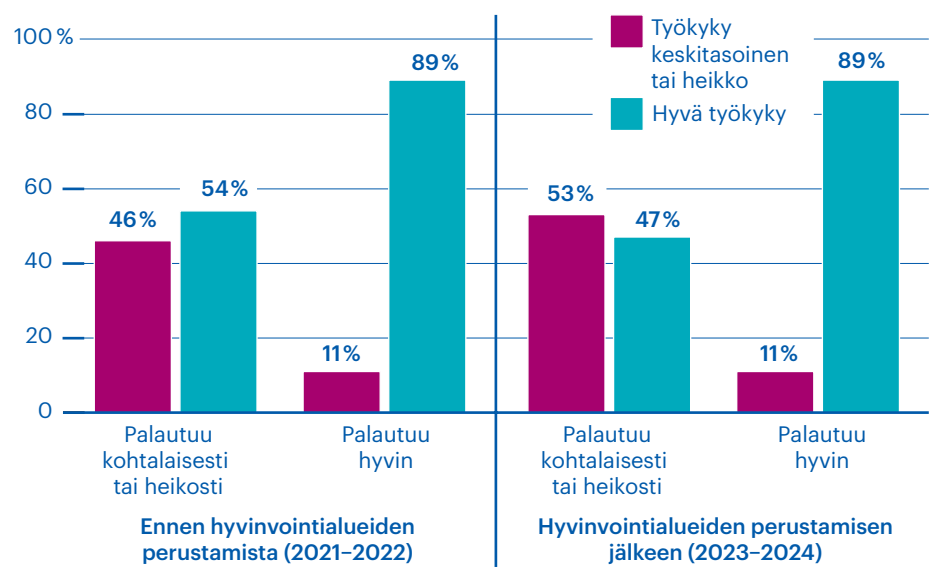
Pienempi vastaajamäärä 2023/24: kaikki työntekijät N=25 334

Kolme neljäsosaa työntekijöistä arvioi sekä ennen hyvinvointialueuudistusta että sen jälkeen, että heidän työnsä edellyttää luovuutta. Luovuuden vaatimus voi olla motivoivaa, jos luovuuden käyttäminen on mahdollista työn resurssien puolesta. Jos luovuutta ei ole mahdollista käyttää työssä, vaatimuksen voi kokea kuormittavaksi. Työtä pitivät luovuutta vaativana erityisesti fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja ravitsemusterapeutit sekä psykologit ja puheterapeutit, joista noin 90 prosenttia koki näin ennen hyvinvointialueuudistusta ja lähes yhtä suuri osuus myös sen jälkeen. Farmaseutit, fyysikot, sairaalakemistit ja tekninen henkilökunta kokivat työnsä muita harvemmin luovuutta vaativaksi: 55 prosenttia heistä oli tätä mieltä hyvinvointialueuudistuksen jälkeen. Heillä tämä osuus oli ennen uudistusta 61 prosenttia. Hyvinvointialueille siirtyminen ei muuttanut merkittävästi luovuuden vaatimuksia koko aineistossa eikä suurimmalla osalla ammattiryhmistä.

4. Työolosuhteiden yhteydet koettuun työkykyyn

Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että työolosuhteilla on merkitystä koetun työkyvyn kannalta. Esimerkiksi Gould ym. (Gould, 2006) havaitsi Terveys 2000-tutkimuksen aineistosta, että työnsä usein henkisesti rasittavaksi kokeneilla oli huomattavasti kohonnut riski kokea työkykynsä alentuneeksi.

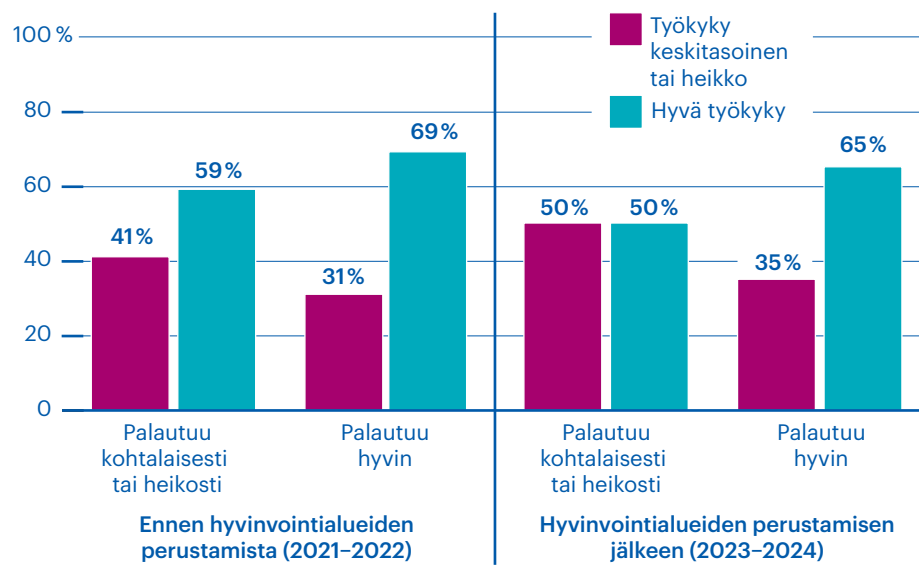
Kuvio 35. Palautumisen ja koetun työkyvyn välinen yhteys koko työntekijäaineistossa



Kuvio 35 näyttää, miten työpäivän aikaisesta rasituksesta palautuminen ja koettu työkyky ovat yhteydessä toisiinsa. Kohtalaisesti tai heikosti palautuvista noin puolet kokee työkykynsä hyväksi, ja hyvin palautuvista lähes 90 prosenttia kokee työkykynsä hyväksi. Kuvasta voidaan havaita, että erityisesti hyvinvointialueuutoksen jälkeen kohtalaisesti tai heikosti palautuvien kokema työkyky oli heikentynyt.

Työpäivän rasituksesta palautumisen ja koetun työkyvyn välinen yhteys on hyvin mahdollisesti kaksisuuntainen: työkyvyn alentuminen voi lisätä työn kuormittavuutta ja siten heikentää mahdollisuuksia palautua työpäivän aikana ja sen jälkeen. Vastaavasti heikko palautuminen työpäivän rasituksista lisää seuraavan työpäivän kuormituksen kasautumista (Chan ym., 2022; Sonnentag, 2018).

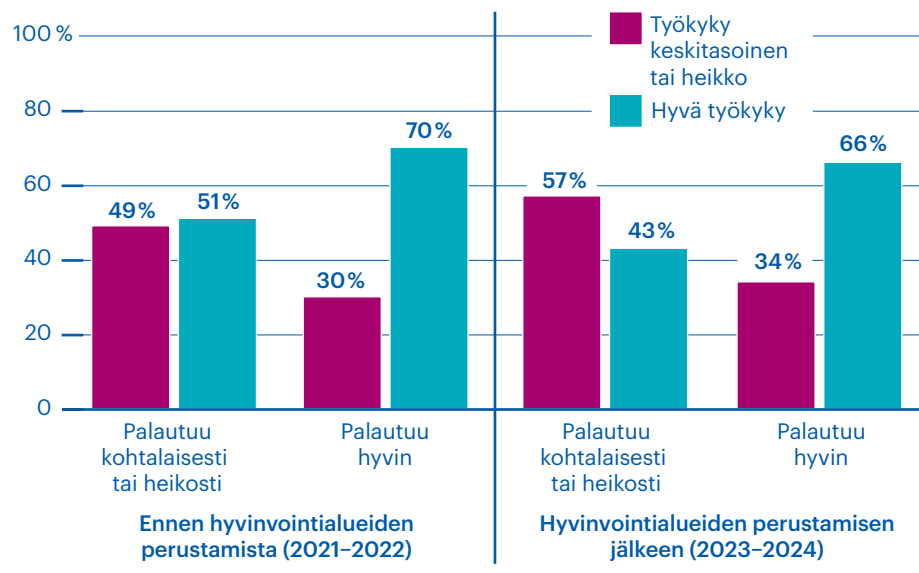
Kuvio 36. Työstressin (paljon työpaineita, vähän työn hallittavuutta) ja koetun työkyvyn välinen yhteys koko työntekijäaineistossa



Työn suuren vaativuuden ja työn heikkojen hallintamahdollisuuksien on havaittu olevan yhteydessä alentuneen työkyvyn kokemukseen (Gould, 2006; Selander ym., 2022). Kuviosta 36 nähdään, että ennen hyvinvointialueudistusta työstressiä kokeneista 41 prosenttia koki työkykynsä keskitasoiseksi tai heikoksi. Työntekijöistä, jotka eivät kokeneet työstressiä, työkykynsä koki alentuneeksi 31 prosenttia. Hyvinvointialueudistuksen jälkeen puolet työstressiä kokeneista koki työkykynsä alentuneeksi. Tulos viittaa siihen, että vaikka työn hallittavuudessa (kuvio 9) ja työpaineiden kokemisessa (kuvio 11) nähtiin hyvinvointialueelle siirtymisen jälkeen myönteistä muutosta, stressin merkitys työkyvyn kannalta on entistä suurempi.

Hyvinvointialueudistuksen jälkeen puolet työstressiä kokeneista koki työkykynsä alentuneeksi.

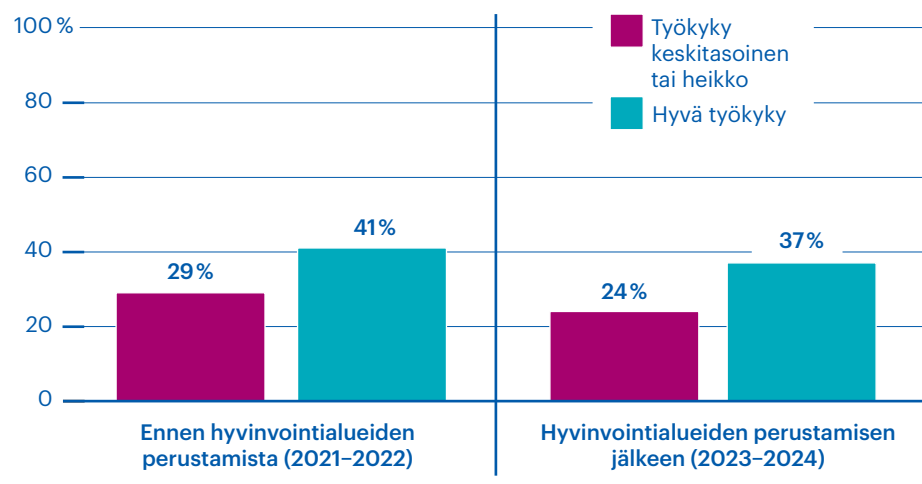
Kuvio 37. Panos-palkkio -epäsuhtaan ja koetun työkyvyn välinen yhteys koko työntekijäaineistossa



Kuviosta 37 nähdään, että ennen hyvinvointialueudistusta panos-palkkio-epäsuhtaa kokeneista 49 prosenttia koki työkykynsä heikentyneeksi, kun alle kolmasosa, 30 prosenttia muista työntekijöistä koki työkyvyn heikentyneeksi. Uudistuksen jälkeen panos-palkkio-epäsuhtaa kokeneista selvästi yli puolet, 57 prosenttia, koki työkykynsä heikentyneeksi, kun muista työntekijöistä kolmasosa, 34 prosenttia, koki työkykynsä heikentyneeksi. Kuten aiem-

min toisen työstressimuuttujan kohdalla, myös tässä tulos viittaa siihen, että panostus-palkkio-stressin merkitys työkyvyn kannalta on suurempi hyvinvointialueuudistuksen jälkeen kuin sitä ennen. Stressin ja työkyvyn yhä vahvempaan yhteyteen voi olla monia syitä, muun muassa se, että työkykynsä heikentyneeksi kokeneet voivat olla entistä kuormittuneempia ja rasittuneempia.

Kuvio 38. Koetun työkyvyn ja organisaation päätöksenteon oikeudenmukaisuuden välinen yhteys koko työntekijäaineistossa



Kuvio 38 näyttää koetun työkyvyn ja organisaation oikeudenmukaisen päätöksenteon välisen yhteyden tutkimusaineistossa. Ennen hyvinvointialueuudistusta työkykynsä heikentyneeksi kokeneista 29 prosenttia ja työkykynsä hyväksi kokevista 41 prosenttia koki organisaation päätöksenteon oikeudenmukaiseksi. Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen vastaavat luvut olivat 24 prosenttia ja 37 prosenttia eli yhä harvempi koki päätöksenteon oikeudenmukaiseksi, kuten kuvio 24 osoitti. Uudistuksella ei ollut merkittävää vaikutusta koetun työkyvyn ja päätöksenteon oikeudenmukaisuuden kokemusten väliseen yhteyteen.

Kuvioon 39 on koottu usean työolosuhteen yhteys koettuun työkykyyn koko tutkimusaineistossa. Jokaisen työolosuhteen yhteyttä työkykyyn on analysoitu erikseen hyödyntäen logistista regressioanalyysia ja vakioimalla jokainen analyysi vastaajan iän, sukupuolen, esihenkilöaseman ja ammattiryhmän mukaan. Kuvio kertoo kunkin työolosuhdemuuttujan ja koetun työkyvyn vetosuhteen (Odds ratio) eli sen, miten todennäköisesti nämä kaksi muuttujaa esiintyvät samanaikaisesti. Vetosuhte voi saada arvon nollan ja äärettömän välillä. Kuviossa alle 1:n vetosuhte kertoo, että työolosuhde vähentää heikentyneen työkyvyn todennäköisyyttä, ja yli yhden vetosuhte, että työolosuhde lisää heikentyneen työkyvyn todennäköisyyttä.

Työstä palautuminen oli voimakkaimmin yhteydessä heikentyneeksi koettuun työkykyyn. Hyvä työstä palautuminen vähensi voimakkaasti heikentyneen työkyvyn todennäköisyyttä eli toisin sanoen oli yhteydessä hyväksi koettuun työkykyyn. Yhteys säilyi suhteellisen samansuuruisena hyvinvointialueuudistusta ennen ja sen jälkeen (ennen hyvinvointialueuudistusta OR 0,14; 95 % luottamusväli [lv] 0,11–0,14 ja uudistuksen jälkeen OR 0,11; 95 % lv 0,11–0,12). Sama yhteys nähtiin kuviossa 35.

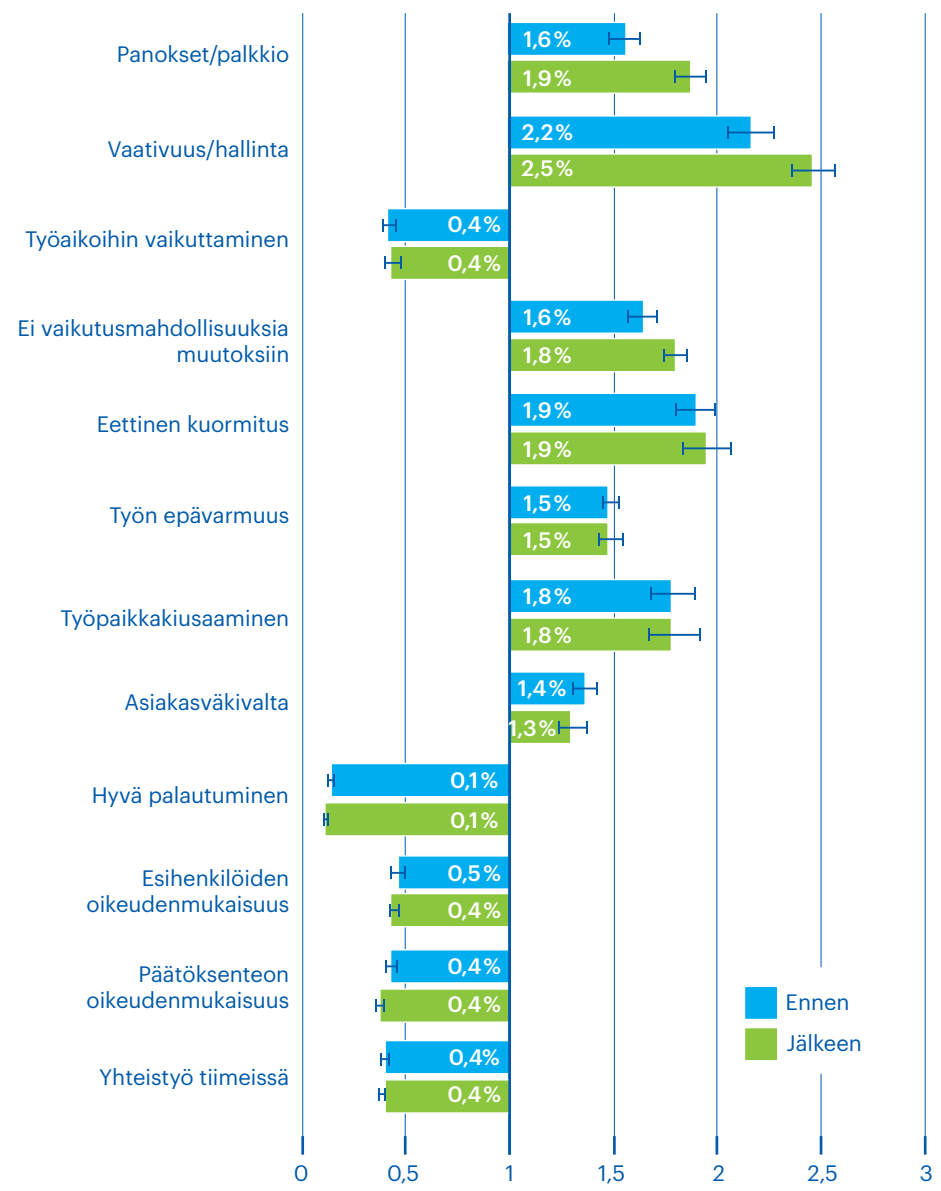
Heikentyneen työkyvyn riskiä lisäsi voimakkaimmin työstressi, jossa työ koettiin vaativaksi ja työn hallintamahdollisuudet heikoiksi. Kuten kuvioista 36 aiemmin havaittiin, yhteyden voimakkuus kasvoi hyvinvointialueuudistuksen jälkeen (ennen hyvinvointialueuudistusta OR 2,16; 95 % lv 2,05–2,28 ja uudistuksen jälkeen OR 2,46; 95 % lv 2,36–2,56). Panokset-palkkio-epäsuhta, eettinen kuormitus ja työpaikkakiusaaminen lisäsivät myös heikentyneen työkyvyn todennäköisyyttä. Hyvän palautumisen lisäksi kaikki tarkastellut työn voimavaratekijät suojasivat heikentyneeltä työkyvyltä eli olivat yhteydessä hyvään työkykyyn. Näitä ovat hyvä työaikoihin vaikuttaminen, hyvä yhteistyö tiimissä sekä kokemus organisaation päätöksenteon ja esihenkilön toiminnan oikeudenmukaisuudesta.

Tulokset viittaavat siihen, että monilla työolosuhteilla on itsenäisesti havaittavissa selvä yhteys heikentyneeksi koetun työkyvyn kanssa. Samanlaisia yhteyksiä on havaittu myös tieteellisissä tutkimuksissa, muun muassa työstressin (Bethge ym., 2012; von Bonsdorff ym., 2011), oikeudenmukaisen johtamisen (Spanier ym., 2014; von Bonsdorff ym., 2014)

Työstä palautuminen oli voimakkaimmin yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn.

ja työaikojen hallinnan (Selander ym., 2022) suhteen. Hyvän työkyvyn ylläpitämiseksi ja heikentyneen työkyvyn parantamiseksi on tärkeä kiinnittää huomiota sekä näihin voimavaroitekiijöihin että työkykyä uhkaaviin tekijöihin. Hyvinvointialueelle siirtyminen ei muuttanut suurinta osaa työolosuhteiden ja työkyvyn välisiä yhteyksiä. Suurin ero vetosuhteissa havaittiin panostus-palkkio- ja vaatimukset-hallittavuus-työstressimuuttujissa. Niissä molemmissa yhteys heikentyneeseen työkykyyn oli voimakkaampi uudistuksen jälkeen kuin sitä ennen.

Kuvio 39. Työolosuhteiden yhteys alentuneeseen työkykyyn. Yhteenveto erillisistä logistisista regressioanalyyseistä ennen hyvinvointialueuudistusta ja sen jälkeen. Analyyseissa on vakioitu ikä, sukupuoli, esihenkilöasema ja ammattiryhmä. Kuvassa näkyvät vetosuhteiden (Odds ratio) arvot sekä 95% luottamusvälit



5. Yhteenveto ja pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, miten hyvinvointialueille siirtyminen vaikutti hyvinvointialueiden työntekijöiden työkykyyn ja työolosuhteisiin sekä koko aineistossa että ammattiryhmittäin. Tuloksissa on havaittavissa muutoksia työkyvyn ja työolosuhteiden kokemuksissa, kun verrataan tilannetta ennen hyvinvointialueiden perustamista tilanteeseen sen jälkeen. Ensinnäkin koetussa työkyvyssä nähtiin laskua, erityisesti nuoremmilla työntekijöillä sekä lähiesihenkilöillä. Koettu työkyky heikentyi kaikissa tarkastelluissa ammattiryhmissä, eniten psykologeilla, puheterapeuteilla ja sosiaalityöntekijöillä. Tulosten perusteella vaikuttaa, että hyvinvointialueiden perustaminen on voinut tuoda mukanaan haasteita, jotka ovat vaikuttaneet kielteisesti työntekijöiden kokemaan työkykyyn. Toisaalta on mahdollista, että työkyky on heikentynyt riippumatta hyvinvointialueuudistuksesta, sillä työ hyvinvointialueiden vastuulle siirretyissä tehtävissä on ollut viime vuosina yhä kuormittavampaa (Laitinen ym., 2024).

Koetun työkyvyn lisäksi työolosuhteissa havaittiin jonkin verran heikennystä, erityisesti sellaisissa mittareissa, joihin suuret organisaatiomuutokset usein vaikuttavat. Vaikutusmahdollisuudet työssä tapahtuviin muutoksiin koettiin entistä heikommiksi, epävarmuus työsuhteen jatkosta lisääntyi ja työpaikkakiusaaminen yleistyi hieman. Myös päätöksenteon oikeudenmukaisuuden kokemukset harvinaistuivat uudistuksen myötä.

Moniin työolosuhteisiin hyvinvointialueuudistuksella sen sijaan oli pienempi vaikutus. Esimerkiksi työn ja työaikojen hallinnassa havaittiin melko pieniä muutoksia, samoin monissa työn psykososiaalisissa kuormitustekijöissä. Vaatimukset-hallittavuus-työstressiä ja panostus-palkkio-epäsuhtaa kokevien osuudet hieman pienenevät, ja eettisessä kuormituksessa ja asiakasväkivallan kokemuksissa prosenttiosuudet olivat hyvin samankaltaisia ennen uudistusta ja sen jälkeen. Lisäksi esihenkilön toiminnan oikeudenmukaisuudessa, työyhteisön yhteistyössä ja innovatiivisuudessa, palautumisessa sekä osaamisessa havaittiin varsin pieniä muutoksia hyvinvointialueuudistuksen jälkeen. Ammattiryhmittäisessä vertailussa havaittiin toki paikoittain jonkin verran eroa uudistuksen jälkeen.

Ammattiryhmien välisessä vertailussa huomiota herätti ensinnäkin suuhygienistien, sairaanhoitajien ja farmaseuttien huolestuttava tilanne. He kokivat hyvää työaikojen ja työn hallittavuutta harvemmin kuin muut ammattiryhmät ja useammin työstressiä, työn heikkoa palkitsevuutta ja vaikutusmahdollisuuksien puutetta. Suuhygienisteillä ja farmaseuteilla havaittiin lisäksi muita ammattiryhmiä harvemmin tyytyväisyyttä työyhteisön innovatiivisuuden ja yhteistyöhön. Monien sairaanhoitajien työtä kuormittaa usein eettinen kuormitus ja asiakasväkivalta.

Vastaavasti ravitsemusterapeuteilla sekä monilta osin myös fysioterapeuteilla ja toimintaterapeuteilla moni mittari kertoo keskimääräistä paremmasta tilanteesta. Muun muassa työpaineita kokevien osuus on suhteellisen pieni sekä työn ja työaikojen hallittavuus koetaan hyväksi. Myös psykologeilla sekä fyysikoilla, sairaalakemisteillä ja teknisellä henkilökunnalla havaittiin hyviä vaikutusmahdollisuuksia työhön ja työn hyvää palkitsevuutta.

Koettu työkyky laski erityisesti nuoremmilla työntekijöillä sekä lähiesihenkilöillä.

Työkyvyn ja työolosuhteiden muutosten lisäksi tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, miten työolosuhteet ja koettu työkyky olivat tilastollisesti yhteydessä toisiinsa. Analyseista havaittiin, että erityisesti hyvä palautuminen oli yhteydessä hyväksi koettuun työkykyyn ja vastaavasti työstressin kokeminen heikentyneeksi koettuun työkykyyn. Hyvinvointialueuudistuksen jälkeen vaatimus-hallinta-työstressin, panostus-palkkio-epäsuhdan ja muutoksiin vaikuttamisen merkitys työkyvyn kannalta kasvoi, mutta muiden työolosuhteiden kohdalla ei havaittu juurikaan muutosta. Tulos voi viitata siihen, että yhä useammalla työstressiä kokeella koettu työkyky on heikentynyt uudistuksen jälkeen.

Tässä tutkimuksessa käytetty hyvinvointialueiden työntekijöiden aineisto on ainutlaatuisen suuri ja hyvin kattava näyte suomalaisista julkisen sektorin sote- ja pelastusalan työntekijöistä hyvinvointialueuudistusta edeltäneeltä ja sitä seuraavalta ajalta. Tutkimuksen tuloksia tulkitessa on kuitenkin hyvä muistaa, että kaikki hyvinvointialueet eivät ole tutkimuksessa mukana, eikä tuloksia voi yleistää koko suomalaisten julkisen sektorin sote- ja pelastusalan työntekijöiden perusjoukkoon. Lisäksi hyvinvointialueuudistuksen vaikutuksia tarkastellessa on tärkeä huomioida, että tutkimus tehtiin paneelitutkimuksena eli kahden aikapisteen poikittaisleikkaustutkimuksena. Siinä ei siis seurattu samoja työntekijöitä kohorttiasetelmassa ennen uudistusta ja sen jälkeen.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat tärkeitä käytännön viestejä koko sote- ja pelastus-alalle sekä sen työnantajille ja työntekijäliitoille, jotta hyvinvointialueuudistus täyttää ne tavoitteet, joita sille asetettiin. Ensinnäkin hyvinvointialueuudistus ei näytä aiheuttaneen sellaisia kielteisiä muutoksia työolosuhteisiin ja työkykyyn kuin etukäteen saatettiin pelätä. Toki on syytä huomata, että työkyvyssä nähtiin laskua, ja moni organisaatiomuutoksissa herkästi reagoiva mittari muuttui, kuten vaikutusmahdollisuudet muutoksiin heikkenivät ja epävarmuus työsuhteen jatkosta lisääntyi. Hyvinvointialueilla tarvittaisiin uudistuksen jälkeen vakautta työolosuhteissa sekä mahdollisuus rakentaa uutta organisaatiokulttuuria, jossa työntekijöiden näkemykset työstä ja sen kehittämisestä huomioidaan entistä paremmin.

Toisaalta hyvinvointialueelle siirtyminen ei näytä tuoneen merkittäviä myönteisiääkään muutoksia. Työ on monilla edelleen erittäin kuormittavaa, työstä palaudutaan heikosti, ja moni työntekijä kokee työkykynsä heikentyneeksi. Koska useamman kuormitustekijän kasautuminen samoille työntekijöille voi altistaa mielenterveyden ongelmille, alentuneelle työkyvyllä ja ennenaikaiselle eläköitymiselle voimakkaammin kuin yksittäiset kuormitustekijät (Juvani ym., 2018; Nikunlaakso ym., 2022; Selander ym., 2022), kuormituksen jatkumista ja mahdollista kasautumista pitää seurata työpaikoilla ja puuttua siihen. On myös syytä ottaa huomioon, että jo suuri osuus kaikista työntekijöistä kokee työkykynsä heikentyneeksi. Tilanne vaatii tukea näille työntekijöille, jotta he jaksavat jatkaa työssään eivätkä jää ennenaikaisesti pois työstä.

Kolmanneksi tutkimuksen tulokset osoittavat, että hyvinvointialueiden työpaikoilla on myös vahvuuksia, jotka tukevat työntekijöiden koettua työkykyä. Esihenkilöiden toiminnan oikeudenmukaisuus, työyhteisön yhteistyö ja työntekijöiden osaaminen ovat erinomaisella tasolla, ja niillä on merkitystä myös työkyvyn kannalta.

Hyvinvointialueilla tarvittaisiin vakautta työoloissa sekä mahdollisuus rakentaa uutta organisaatiokulttuuria, jossa työntekijöiden näkemykset otetaan huomioon entistä paremmin.

Lähteet

Bethge, M., Radoschewski, F. M., & Gutenbrunner, C. (2012). Effort-reward imbalance and work ability: Cross-sectional and longitudinal findings from the Second German Sociomedical Panel of Employees. *BMC Public Health*, 12, 875. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-875>

Chan, P. H. H., Howard, J., Eva, N., & Tse, H. H. M. (2022). A systematic review of at-work recovery and a framework for future research. *Journal of Vocational Behavior*, 137, 103747. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2022.103747>

Denison, D. R., & Mishra, A. K. (1995). Toward a Theory of Organizational Culture and Effectiveness. *Organization Science*, 6(2), 204–223.

Duchaine, C. S., Aubé, K., Gilbert-Ouimet, M., Vézina, M., Ndjaboué, R., Massamba, V., Talbot, D., Lavigne-Robichaud, M., Trudel, X., Pena-Gralle, A.-P. B., Lesage, A., Moore, L., Milot, A., Laurin, D., & Brisson, C. (2020). Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence Due to a Diagnosed Mental Disorder. *JAMA Psychiatry*, 77(8), Article 8. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0322>

Ferrie, J. E., Westerlund, H., Virtanen, M., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2008). Flexible labor markets and employee health. *SJWEH Supplements*, 6, 98–110.

Gould, R. (2006). Työkyvyn ulottuvuudet: Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus. <https://www.julkari.fi/handle/10024/78368>

Hlado, P., & Harvankova, K. (2024). Teachers' perceived work ability: A qualitative exploration using the Job Demands-Resources model. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.1057/s41599-024-02811-1>

Holten, A.-L., Hancock, G. R., Mikkelsen, E. G., Persson, R., Hansen, Å. M., & Høgh, A. (2017). The longitudinal effects of organizational change on experienced and enacted bullying behaviour. *Journal of Change Management*, 17(1), 67–89. <https://doi.org/10.1080/14697017.2016.1215340>

Jwani, A., la Oksanen, T., Virtanen, M., Salo, P., Pentti, J., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2018). Clustering of job strain, effort-reward imbalance, and organizational injustice and the risk of work disability: A cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 44(5), Article 5. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3736>

Jwani, A., Oksanen, T., Salo, P., Virtanen, M., Kivimäki, M., Pentti, J., & Vahtera, J. (2014). Effort-reward imbalance as a risk factor for disability pension: The Finnish Public Sector Study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(3), Article 3. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3402>

Jwani, A., Oksanen, T., Virtanen, M., Elovainio, M., Salo, P., Pentti, J., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2016). Organizational justice and disability pension from all-causes, depression and musculoskeletal diseases: A Finnish cohort study of public sector employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42(5), Article 5. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3582>

Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–308.

Kecklund, G., & Axelsson, J. (2016). Health consequences of shift work and insufficient sleep. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 355, i5210. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5210>

Kivimäki, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., Singh-Manoux, A., Fransson, E. I., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Casini, A., Clays, E., De Bacquer, D., Dragano, N., Erbel, R., Geuskens, G. A., Hamer, M., Hoofman, W. E., Houtman, I. L., Jöckel, K.-H., ... IPD-Work Consortium. (2015). Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: A systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838

individuals. *Lancet* (London, England), 386(10005), Article 10005.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60295-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60295-1)

Kubo, T., Takahashi, M., Togo, F., Liu, X., Shimazu, A., Tanaka, K., & Takaya, M. (2013). Effects on employees of controlling working hours and working schedules. *Occupational Medicine*, 63(2), 148–151. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs234>

Kunta- ja hyvinvointialueuutuntajat (2024). Kunta- ja hyvinvointialan henkilöstömäärä kasvoi, mutta palveluiden kysyntä kasvaa edelleen. Osoitteessa: <https://www.sttinfo.fi/tiedote/70086378/kunta-ja-hyvinvointialan-henkilostomaara-kasvoi-mutta-palveluiden-ky-synta-kasvaa-edelleen?publisherId=1800>. Viitattu 2.5.2024.

Laitinen, J., Selander, K., Ervasti, J., & Kivimäki, M. (2024). Mitä kuuluu hyvinvointialueiden työhyvinvoinnille 2023. Työterveyslaitos.

Lamiani, G., Borghi, L., & Argentero, P. (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/1359105315595120>

Nielsen, M. B., & Einarsen, S. (2012). Outcomes of exposure to workplace bullying: A meta-analytic review. *Work & Stress*, 26(4), 309–332. <https://doi.org/10.1080/02678373.2012.734709>

Nikunlaakso, R., Reuna, K., Selander, K., Oksanen, T., & Laitinen, J. (2022). Synergistic Interaction between Job Stressors and Psychological Distress during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), Article 21. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113991>

Pahkin, K., Väänänen, A., Koskinen, A., Bergbom, B., & Kouvonen, A. (2011). Organizational Change and Employees' Mental Health: The Protective Role of Sense of Coherence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(2), 118. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318206f0cb>

Rittenmeyer, L., & Huffman, D. (2009). How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: A systematic review. *JBHI Library of Systematic Reviews*, 7(28), 1234–1291. <https://doi.org/10.11124/01938924-200907280-00001>

Rodriguez-Muñoz, A., Sanz Vergel, A., & Demerouti, E. (2012). Reciprocal Relationships Between Job Demands, Job Resources, and Recovery Opportunities. *Journal of Personnel Psychology*, 11, 86–94. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000049>

Rudkjoebing, L. A., Bungum, A. B., Flachs, E. M., Eller, N. H., Borritz, M., Aust, B., Rugulies, R., Rod, N. H., Biering, K., & Bonde, J. P. (2020). Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 46(4), Article 4. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3877>

Salari, N., Shohaimi, S., Khaledi-Paveh, B., Kazemini, M., Bazrafshan, M.-R., & Mohammadi, M. (2022). The severity of moral distress in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 17(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s13010-022-00126-0>

Selander, K., Nikunlaakso, R., & Laitinen, J. (2022). Association between work ability and work stressors: Cross-sectional survey of elderly services and health and social care service employees. *Archives of Public Health*, 80(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00841-2>

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
Sonnentag, S. (2018). The recovery paradox: Portraying the complex interplay between job stressors, lack of recovery, and poor well-being. *Research in Organizational Behavior*, 38, 169–185. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2018.11.002>

Spanier, K., Radoschewski, F. M., Gutenbrunner, C., & Bethge, M. (2014). Direct and indirect effects of organizational justice on work ability. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 64(8), 638–643. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu127>

Vahtera, J., Laine, S., Virtanen, M., Oksanen, T., Koskinen, A., Pentti, J., & Kivimäki, M. (2010). Employee control over working times and risk of cause-specific disability pension: The Finnish Public Sector Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(7), Article 7. <https://doi.org/10.1136/oem.2008.045096>

von Bonsdorff, M. E., Kokko, K., Seitsamo, J., von Bonsdorff, M. B., Nygård, C.-H., Ilmarinen, J., & Rantanen, T. (2011). Work strain in midlife and 28-year work ability trajectories. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(6), 455–463. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3177>

von Bonsdorff, M. E., von Bonsdorff, M. B., Zhou, Z. E., Kauppinen, M., Miettinen, M., Rantanen, T., & Vanhala, S. (2014). Organizational justice, selection, optimization with compensation, and nurses' work ability. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(3), 326–330. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000102>

Väänänen, A., Pahkin, K., Kalimo, R., & Buunk, B. P. (2004). Maintenance of subjective health during a merger: The role of experienced change and pre-merger social support at work in white- and blue-collar workers. *Social Science & Medicine*, 58(10), 1903–1915. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.010>

