Artikkeli

Suoraa työkyvyttömyyseläkettä ennakoivat sosiaaliset ja terveyteen liittyvät tekijät: Rekisteritutkimus vuosina 2015–2022 työeläke-järjestelmästä työkyvyttömyyseläkkeen saaneista

Työkyvyttömyyseläkkeelle voi päätyä monenlaisten reittien kautta. Osa työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista saa myönteisen päätöksen suoraan ilman työeläkeyhtiön myöntämiä aiempia etuuspäätöksiä. Tutkimme, mitkä sosiaaliset ja terveyteen liittyvät tekijät ovat yhteydessä suoraan pysyvään toistaiseksi voimassa olevaan työkyvyttömyyseläkkeeseen verrattuna siihen, että henkilöllä on aiempia työeläke-etuuksia. Lisäksi tutkimme suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneiden osalta, mitkä tekijät lisäävät todennäköisyyttä päätyä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle osatyökyvyttömyyseläkkeen sijaan.

Tutkimusaineisto (n= 13 084) muodostuu yhden yksityisen työeläkevakuutusyhtiön työkyvyttömyyseläkehakemuksista vuosilta 2015–2022. Mallinnusmenetelmänä käytimme logistista regressiota.

Tutkimuksemme osoitti, että suoran työkyvyttömyyseläkkeen saajia oli reilu kolmannes (n=5 019) koko aineistosta, ja heistä osatyökyvyttömyyseläkkeen sai 1 574 henkilöä ja täyden työkyvyttömyyseläkkeen 3 445 henkilöä. Monet sosiaaliset ja terveyteen liittyvät tekijät olivat yhteydessä suoran työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen. Eniten suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä nostivat yli 55 vuoden ikä ja sairauden vaikeusaste sekä diagnooseista hermoston sairaudet ja kasvaimet. Kun tutkimme ainoastaan suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneita, täyden työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä lisäsivät erityisesti miessukupuoli, vaikeaksi arvioitu sairauden vaikeusaste sekä yli kaksi aiempaa etuushylkäystä ennen työkyvyttömyyseläkettä. Mielenterveysdiagnoosilla ja kasvaimilla oli muita diagnooseja suurempi todennäköisyys päätyä täydelle suoralle työkyvyttömyyseläkkeelle.

Huomattavan moni päätyy suoraan työkyvyttömyyseläkkeelle ilman aiempia työeläkeyhtiön etuuksia. Työkyvyttömyyteen yhteydessä oleviin tekijöihin olisi tärkeä päästä kiinni mahdollisimman varhain, jotta työhön palaamista voitaisiin tukea työkyvyttömyyseläkkeelle päätymisen sijaan.

ASIASANAT: työkyvyttömyys, työkyvyttömyyseläke, sosiodemografiset tekijät, terveys, työkyky, työeläke-etuudet

AULI AIRILA, TIIA REHO, HENRI HAUTAMÄKI, RIKU LOUHIMO

JOHDANTO

Suomen sosiaaliturvajärjestelmän perusajatuksena on, että työikäinen väestö tekee työtä. Mikäli työkyky on alentunut, arvioi lääkäri työkyvyn alenemisen määrän ja keston. Tavoitteena on työhön paluu työkyvyn palauduttua. Koska työn tekeminen ja työhön paluu nähdään yh-

YDINASIAT

- Usein työkyvyttömyyseläkkeelle päädytään pitkän sairastamisen ja useiden työkyvyttömyysetuuskausien jälkeen. Tietoa suoraan työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisestä ilman aiempia työeläke-etuuksia on vähän.
- Eniten suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä nostivat yli 55 vuoden ikä ja sairauden vaikeusaste sekä diagnooseista hermoston sairaudet ja kasvaimet. Kuitenkin huomattavalla osalla suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneista oli tule-sairaus tai mielenterveyden sairaus.
- Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää ennenaikaisen työelämästä poistumisen vähentämisessä. Mitä varhaisemmin työkyvyttömyysriskissä olevat henkilöt tunnistetaan, sitä vaikuttavampaa on heidän työkykynsä tukeminen.

teiskuntamme kestävyyden kannalta merkittäväksi, tarjoaa sosiaaliturvajärjestelmämme määräaikaisia etuuksia niille, joilla on alentunut työkyky. Etuuksien tavoitteena on turvata toimeentulo hoidon ja kuntoutuksen ajalta, ja siten tukea työkyvyn palautumista, jotta työhön paluu mahdollistuisi. Mikäli henkilöllä on riittävästi työansioita, työkyvyttömyydenaikaisen etuuden maksaa julkinen tai yksityinen työeläkelaitos. (ks. tarkemmin työeläkejärjestelmästä ja -laista: 1–4.). Työkyvyttömyyseläke määräytyy karttuneen eläkkeen ja tulevan eläkkeen perusteella. Henkilö voi saada työkyvyttömyyseläkettä työeläkejärjestelmästä, jos hänellä on ollut ansiotuloja ennen työkyvyttömäksi tuloa (5). Mikäli henkilö ei saa lainkaan työeläkettä tai hän saa sitä vähemmän kuin 1617,13 euroa kuukaudessa (yksinasuja, vuonna 2025), voi hän myös muiden ehtojen täyttyessä olla oikeutettu Kelan työkyvyttömyyseläkkeeseen (6). Lisäksi henkilöllä on oikeus tulevan ajan eläkeosaan, jos hänen työansionsa ovat työkyvyttömyyden alkamisvuotta edeltäneiden kymmenen kalenterivuoden ajalta olleet vähintään 21 024,09 euroa (vuoden 2025 tasossa) (5). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan henkilöitä, jotka ovat hakeneet työkykynsä heikentymiseen liittyen etuutta yksityiseltä työeläkeyhtiöltä.

Työeläkeyhtiön määräaikaiset etuudet ovat ammatillisen kuntoutuksen ajalta maksettava kuntoutusraha ja määräaikainen työkyvyttömyyseläke eli kuntoutustuki. Kuntoutus on ensisijainen vaihtoehto työkyvyn heikentyessä. Työkyvyttömyyseläke on mahdollista saada, jos työkyky on heikentynyt sairauden tai vamman vuoksi, tyypillisesti noin 300 Kelan korvaaman sairauspäivärahapäivän jälkeen. Täysi työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää, jos työkyvyn arvioidaan olevan heikentynyt vähintään 3/5 ja osatyökyvyttömyyseläke, jos heikentyminen on vähintään 2/5. Työkykyä arvioidaan suhteessa mihin tahansa työhön, jota henkilön voidaan arvioida kohtuudella kykenevän tekemään. Yli 60-vuotiailla sovelletaan ammatillisen työkyvyttömyyden määritelmää, jossa huomioidaan kyky tehdä omaan ammattiin kuuluvia työtehtäviä. Sekä täysi että osatyökyvyttömyyseläke voidaan myöntää määräaikaisena tai toistaiseksi voimassa olevana. (7.)

Mielenterveyden häiriöt ovat ylivoimaisesti yleisin työkyvyttömyyseläkkeen syy. Vuoden 2024 lopussa kaikista työeläkkeenä työkyvyttömyyseläkettä saaneista 44 prosenttia oli eläkkeellä mielenterveyssyistä. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat toiseksi yleisin työkyvyttömyyden syy, ja niiden osuus työkyvyttömyyseläkkeistä oli neljännes. Hermoston sairaudet olivat kolmanneksi yleisin työkyvyttömyyseläkkeen sairauspääryhmä kymmenen prosentin osuudellaan. Verenkiertoelinten sairauksien osuus oli kuusi prosenttia. Myös valtaosalla (64 prosentilla) vuonna 2024 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä työkyvyttömyys liittyi mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin tai tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin. Näissä kahdessa sairauspääryhmässä siirtyi vuonna 2024 työkyvyttömyyseläkkeelle yhteensä 11 300 henkilöä. Kaikkien muiden sairauspääryhmien osuudet olivat alle 10 prosenttia, enimmillään kahdeksan prosenttia (kasvaimet sekä verenkiertoelinten sairaudet). (8.)

Usein työkyvyttömyyseläkkeelle päädytään pitkän oireilun ja useiden työkyvyttömyysetuuskausien jälkeen (9–12). Toisaalta tie työkyvyttömyyseläkkeelle voi olla varsin suoraviivainen. Lähes 70 prosenttia Kelan sairauspäivärahan 300 päivän enimmäisajan täyttäneistä siirtyi seuraavan vuoden kuluessa määräaikaiselle tai toistaiseksi myönnetylle työkyvyttömyyseläkkeelle (13). Työkyvyttömyyseläkkeelle voi siirtyä myös ilman pitkää sairauspoissaoloa (esim. 14). Vaikka työkyvyttömyyseläkettä edeltää usein vähintään vuoden mittainen sairauspäivärahakausi, aina näin ole. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi silloin, jos henkilöllä on vakava sairaus tai hänel-

lä ei ole oikeutta sairauspäivärahaan. Lain mukaan täysi työkyvyttömyyseläke voi alkaa joko sairauspäivärahan ensisijaisuusajan päättymistä seuraavan kuukauden alusta tai työkyvyttömyyden alkamista seuraavan kuukauden alusta (15). Ensisijaisuusajalla tarkoitetaan aikaa, jolloin sairausvakuutuspäivärahaa maksetaan ennen työkyvyttömyyseläkkeen alkamista, ja eläkkeen maksaminen voi alkaa ensisijaisuusajan jälkeen (16). Ensisijaisuusaika perustuu sairausvakuutuslakiin (17).

Vaikka työkyvyttömyyden syistä on jo varsin paljon tietoa, ei aiemmin nähdäksemme ole tutkittu erityisesti suoraan pysyvälle työkyvyttömyyseläkkeelle – täydelle tai osittaiselle – päätyviä, eli henkilöitä, joilla ei ole aiempia työeläkejärjestelmän tukia: kuntoutusrahaa tai kuntoutustukea, eli määräaikaista työkyvyttömyyseläkettä. Henkilö, jonka ensimmäinen etuus on pysyvä työkyvyttömyyseläke, on tyypillisesti äkillisesti ja vakavasti sairastunut. Tällöin suora työkyvyttömyyseläke voi olla toimiva ratkaisu. Toisaalta on mahdollista, että suora työkyvyttömyyseläke olisi voitu välttää, jos työkyvyn tukitoimiin olisi ryhdytty riittävän varhain. Voi olla, ettei esimerkiksi työpaikalla ole ollut aktiivisia työkyvyn tukitoimia tai ettei henkilö ole osannut hyödyntää aiemmin etuuksia, jotka olisivat voineet tukea hänen työhön paluutaan. Työeläke-etuuksien alikäyttö on ongelmallista yksilön ja yhteiskunnan kannalta: henkilö ei ole saanut tarvitsemaansa tukea tai palvelua työkykynsä vahvistamiseen riittävän varhain ja päätyy siten ennenaikaisesti pysyvälle työkyvyttömyyseläkkeelle.

Tässä rekisteritutkimuksessa tarkastelemme suoraan työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä ja heidän taustatekijöitään. Tutkimuksen tuottama tieto on tärkeää, jotta ennenaikaista työelämästä poistumista voitaisiin vähentää. Mitä varhaisemmin työkyvyttömyysriskissä olevat henkilöt tunnistetaan, sitä monipuolisempi on työkyvyn tuen keinovalikoima, ja työkyvyn tukeminen on vaikuttavampaa. Työelämässä jatkamisen näkökulmasta huomionarvioista on myös se, että osatyökyvyttömyyseläke muuttuu kohtuullisen harvoin täydeksi työkyvyttömyyseläkkeeksi (18), eli osa henkilöiden työpanoksesta voidaan edelleen hyödyntää työelämässä.

TYÖKYVYTTÖMYYTEEN YHTEYDESSÄ OLEVIA TAUSTATEKIJÖITÄ

Työkyvyttömyyseläkkeen sosiaalisia taustatekijöitä, kuten väestön demografisia sekä taloudellisia piirteitä, on tutkittu laajasti. Työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen todennäköisyys kasvaa esimerkiksi iän myötä (10, 19–20). Vuodesta 2011 lähtien työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä naisia on ollut miehiä enemmän (21). Naisten miehiä suurempi työkyvyttömyyseläkealkavuus johtuu erityisesti osatyökyvyttömyyseläkkeiden yleisyydestä naisilla (22). Myös matala sosioekonominen asema, kuten alhaiset palkkatulot, on yhteydessä korkeampaan työkyvyttömyyden todennäköisyyteen (23–24). Tuloilla (25) ja taloudellisilla vaikeuksilla (26) on osoitettu olevan jopa vahvempi yhteys mielenterveyssairauksiin kuin koulutuksella tai ammattiasemalla. Yhteiskunnan näkökulmasta sosioekonomisiin terveyseroihin puuttuminen on tärkeää, jotta sairastavuutta voidaan vähentää sekä työuria pidentää.

Useat mekanismit vaikuttavat sosioekonomisen aseman ja työkyvyttömyyden väliseen yhteyteen. Ns. sosiaalinen kausaalimalli olettaa, että heikko sosioekonominen asema aiheuttaa terveysongelmia. Esimerkiksi rajalliset taloudelliset resurssit voivat johtaa epävarmuuteen ja huoliin sekä edelleen terveysongelmiin, kuten mielenterveyshäiriöihin (27–28). Vähäiset taloudelliset resurssit voivat myös heikentää yksilön mahdollisuuksia terveellisiin elintapoihin (28–29). Heikko sosioekonominen asema voi vaikuttaa myös muihin yksilön käytettävissä oleviin resursseihin. Esimerkiksi pienituloisilla on suurituloisia enemmän tyydyttämätöntä terveyspalveluiden tarvetta (30), mikä voi vaikeuttaa sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Voi olla, että heikommassa sosioekonomisessa asemassa oleva henkilö ei esimerkiksi ole saanut sairauteensa tarvitsemaansa hoitoa riittävän varhain ja ajautuu siksi suoraan työkyvyttömyyseläkkeelle. Alemmissa sosioekonomisissa asemissa myös työolot ovat usein fyysisesti raskaampia, mikä lisää todennäköisyyttä sairastua tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä päätyä työkyvyttömyyseläkkeelle (24, 31–32).

Työkyvyttömyys vaihtelee myös maantieteellisesti, ja eniten työkyvyttömyyttä esiintyy Itä- ja Pohjois-Suomessa (33). Esimerkiksi alueen työttömyysaste, köyhyys, sosioekonominen rakenne ja sairastavuus ovat yhteydessä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Alueelliset erot ovat suu-

rempia somaattisista sairauksista johtuvissa työkyvyttömyyseläkkeissä kuin mielenterveysperusteisissa eläkkeissä. (34.)

Myös terveysongelmat, työkyvyttömyyttä edeltävät sairauspoissaolot sekä sairauden diagnoosi ovat yhteydessä myöhempään työkyvyttömyyteen (esim. 19, 35–37). Esimerkiksi mielenterveyshäiriöt voivat vaikuttaa fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, ja heikentää ongelmanratkaisutaitoja, muistia, tiedonkäsittelyä sekä sosiaalisia taitoja, jotka ovat työkyvyn kannalta tärkeitä tekijöitä (38). Mielenterveyssyyt korostuvat nuorilla, kun taas tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat useammin työkyvyttömyyden syy vanhemmilla (39). Myös äkillinen sairastuminen voi johtaa suhteellisen nopeasti työkyvyttömyyseläkkeelle (40–42). Eri sairausdiagnooseissa ilmenee myös sosioekonomisia eroja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksilla on suurin merkitys eläkkeelle siirtymisen sosioekonomisiin eroihin. (43.) Työntekijäammateissa tule-sairauksiin liittyvä työkyvyttömyys on edelleen huomattavasti yleisempää kuin asiantuntija-ammateissa (esim. 43–45), vaikka sosioekonomisten ryhmien väliset erot ovatkin viime vuosikymmeninä pienentyneet. Keskeinen tekijä sosioekonomisiin eroihin liittyy työntekijäammattien fyysisesti kuormittaviin työoloihin. Myös verenkiertoelinten sairauksissa ja hermoston sairauksissa on samansuuntaisia sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä (44). Samaten mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle jäädään useissa työntekijäammateissa useammin kuin palkansaajat keskimäärin (45).

Vaikka tutkimustietoa sosiaalisten ja terveyteen liittyvien tekijöiden yhteydestä työkyvyttömyyteen on kertynyt, tarvitsemme tarkempaa tietoa siitä, mitkä tekijät ovat yhteydessä nimenomaan suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen, jotta pystytään tunnistamaan ne henkilöt, jotka voisivat hyötyä varhaisemmista työkyvyn tuen toimenpiteistä, ja siten tukea heidän työssä jatkamistaan ennenaikaisen työelämästä poistumisen sijaan.

TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tavoitteena on tutkia sitä, mitkä sosiaaliset ja terveyteen liittyvät taustatekijät ovat yhteydessä suoran täyden työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen verrattuna tilanteeseen, jossa henkilö on saanut työeläkeyhtiön aiempia etuuksia ennen työkyvyttömyyseläkettä. Suoralla työkyvyttömyyseläkkeellä tarkoitamme sitä, että henkilön ensimmäinen etuus on työeläkeyhtiön myöntämä toistaiseksi voimassa oleva työkyvyttömyyseläke tai osatyökyvyttömyyseläke, jota ei ole edeltänyt muu työkyvyttömyysetuus (kuntoutusraha tai kuntoutustuki). Toisena tavoitteena on tutkia suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneiden osalta sitä, mitkä tekijät kasvattavat todennäköisyyttä päätyä suoraan täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle osatyökyvyttömyyseläkkeen sijaan.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä sosiaaliset ja terveyteen liittyvät taustatekijät ovat yhteydessä suoran täyden työkyvyttömyyseläkkeen saamisen todennäköisyyteen verrattuna ei-suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen?
2. Miten suoraan täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle päätyneiden sosiaaliset ja terveyteen liittyvät tekijät eroavat niistä, jotka ovat saaneet suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen?

MENETELMÄT

AINEISTO

Tutkimusaineisto muodostuu työeläkevakuutusyhtiö Varman rekisteriaineistosta. Vuonna 2024 Varmalla oli yli 36 000 työnantaja-asiakasta sekä lähes 575 000 vakuutettua työntekijää, joiden osuus kattaa yli kolmanneksen kaikista yksityisen sektorin työeläkevakuutetuista Suomessa (46–47). Tutkimusaineisto kattaa vuosina 2015–2022 myönteisen osatyökyvyttömyys- tai työkyvyttömyyseläkepäätöksen Varmasta saaneet henkilöt. Ensimmäinen aineistoon sisältyvä hakemus on vuodelta 2010, koska tutkimusaineistoon kuuluvien henkilöiden mahdollisia työkyvyttömyyseläkettä edeltäviä päätöksiä tarkasteltiin viisi vuotta henkilön saamasta päätöksestä taaksepäin. Aineistosta on poistettu ne henkilöt, jotka olivat yhtäjaksoisen työkyvyttömyyden alkamishetkellä yli 60-vuotiaita, koska heillä työkyvyttömyyden arvioinnissa sovelletaan ammatillisen työkyvyttömyyden määritelmää yleisen työkyvyttömyyden sijasta.

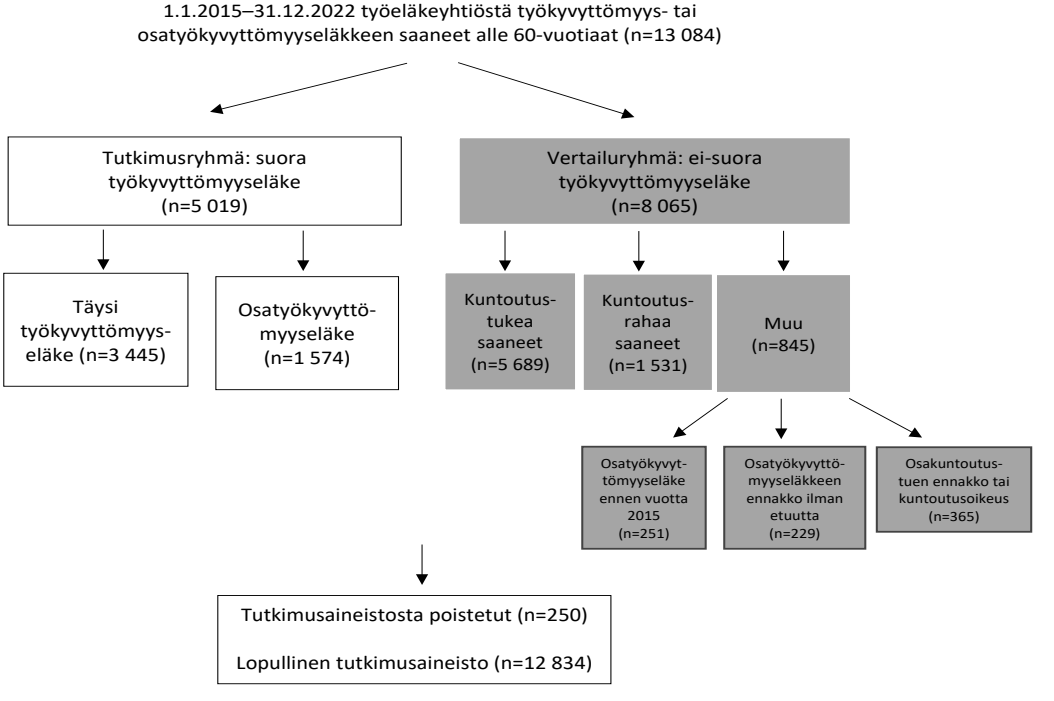
Tutkimusaineisto kuvataan kuviossa 1. Aineisto kattaa 13 084 henkilöä. Tutkimusryhmä

muodostuu 5 019 henkilöstä, jotka saivat suoran työkyvyttömyyseläkkeen, joka myönnettiin heille pysyvänä, toistaiseksi voimassa olevana etuutena. Suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneilla ei ollut aiempia työeläkeyhtiön myöntämiä etuuksia, kuten kuntoutusrahaa tai kuntoutustukea, tai myönteisiä kuntoutuksen ennakkopäätöksiä. Sen sijaan sairauspäivärahakausia ennen yhtäjaksoisen työkyvyttömyyden alkua myös suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneilla on voinut olla. Suoran työkyvyttömyyseläkkeen saajia oli aineistosta reilu kolmannes, ja heistä osatyökyvyttömyyseläkkeen sai 1 574 henkilöä ja 3 445 täyden työkyvyttömyyseläkkeen. Vertailuryhmän muodostavat 8 065 työkyvyttömyyseläkkeen saajaa (62 prosenttia), jotka olivat saaneet aiemmin jonkin työeläkeyhtiön etuuden.

Tutkimusaineisto on pseudonymisoitu ja suojattu asianmukaisesti. Koska tutkimus perustuu rekisteriaineistoon, ei tutkittaviin oltu yhteydessä, eikä eettistä ennakkoarviointia tarvittu.

MUUTTUJAT

Sosiaalisina taustatekijöinä tutkimme henkilön sukupuolta, ikää, asuinpaikkaa ja palkkatuloja, joiden on useissa aiemmissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä työkyvyttömyyteen. Tieto iästä ja palkkatuloista haettiin sen yhtäjaksoisen työkyvyttömyyden alkamishetkeltä, jonka perusteella työkyvyttömyysetuus oli myönnetty. Tämä tehtiin siksi, koska työkyvyttömyyden alkamishetken ja etuuspäätöksen välinen aika voi vaihdella huomattavasti riippuen henkilön hakemushistoriasta, aiemmista etuuksista sekä mahdollisista muutoksenhakuprosesseista. Jos tietoa työkyvyttömyyden alkamishetkestä ei ollut saatavilla, ikä laskettiin hakemuksen päätöshetken postituspäivän perusteella. Päätöshetkellä tarkoitetaan päivämäärää, jolloin työeläkeyhtiö antaa viralisen päätöksensä vireillä olevaan hakemukseen. Ikä luokiteltiin kuuteen luokkaan. Asuinpaikka luokiteltiin kuuteen luokkaan, jotka perustuivat aluehallintovirastojen maantieteelliseen sijaintiin. Palkkatulot perustuvat palkkatulokymmenyksiin. Lisäksi yhdestoista luokka sisälsi henkilöt, joiden palkkatuloista ei ollut tietoa. Palkkatulot perustuivat henkilön yhtäjaksoista työkyvyttömyyttä edeltävän vuoden ansiotietoihin. Mikäli tätä tie-



Kuvio 1. Tutkimusaineisto ja sen jakautuminen tutkimusryhmään (n=5 019) ja vertailuryhmään (n=8 065).

toa ei ollut, huomioitiin palkkatulot lähimmältä sitä edeltävältä vuodelta, jolta palkkatuloja oli. Palkkatulokymmenysten keskiarvot kulutusyksikköä kohti vuodelta 2021 määriteltiin Tilastokeskuksen mukaan (48). Palkkatulokymmenysten rajat arvioitiin kahden tulokymmenyksen keskiarvojen väliseksi keskiarvoksi.

Terveyteen liittyen tarkastelimme sairauspäivärahapäiviä, työkyvyttömyyden diagnoosia, sairauden vaikeusastetta sekä aiempien etuushakemusten hylkäyspäätöksiä. Sairauspäivärahapäivät sisältävät kaikki henkilön yhtäjaksoista työkyvyttömyyttä edeltävät Kelan maksamat sairauspäivärahapäivät vuodesta 2010. Sairauspäivärahapäivät luokiteltiin viiteen luokkaan: 0 päivää, 1–30 päivää, 31–60 päivää, 61–90 päivää sekä yli 90 päivää. Työkyvyttömyyden diagnoosi (ICD-10) luokiteltiin seitsemään luokkaan: mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, hermoston sairaudet, verenkiertoelinten sairaudet, vammat, kasvaimet sekä muut sairaudet. Sairauden vaikeusasteen arvio perustuu työeläkeyhtiön asiantuntijalääkärien hakemusasiakirjojen, kuten hakijan toimittaman hakemuksen ja lääkärinlausuntojen, perusteella tekemään arviointiin. Sairauden vaikeusaste viittaa sairauden lääketieteelliseen vakavuuteen, ja se luokiteltiin neljään luokkaan: ei vaikea, melko vaikea, vaikea, ei tietoa (yhdistettynä kategoria 'epäselvä'). Sairauden vaikeusasteen kohdalla puuttuva tieto korvattiin seuraavalta uudemmalta päätökseltä olevalla arvolla, jos sellainen oli. Henkilön aiemmin hylättyjä työeläkeyhtiön etuuspäätöksiä, kuten kuntoutusoikeus-, kuntoutusraha- ja työkyvyttömyyseläkepäätöksiä, tarkasteltiin viisi vuotta henkilön saamasta ensimmäisestä myöntöpäätöksestä taaksepäin. Hylätyt etuuspäätökset luokiteltiin kolmeen luokkaan: 0, 1 ja 2 tai enemmän niiden määrän mukaan.

Henkilö poistettiin aineistosta, mikäli työkyvyttömyyden diagnoosi tai tieto asuinpaikasta puuttui. Ahvenanmaalla ja ulkomailla asuvat poistettiin. Muissa tapauksissa puuttuva tieto korvattiin arvolla 'ei tietoa'. Yhteensä poistettuja henkilöitä oli 250. Lopullinen tutkimusaineisto oli siten 12 834.

TILASTOLLISET MENETELMÄT

Analysoimme tutkimusaineiston logistisella regressiolla. Tilastollisessa mallinnuksessa tarkastelemme todennäköisyyksien suhdetta, milloin suora työkyvyttömyyseläke tapahtuu tai ei tapahdu. Ensimmäisessä analyysissa oli mukana koko aineisto (n=12 834) ja siinä tutkittiin, mitkä sosiaaliset ja terveyteen liittyvät tekijät olivat yhteydessä työkyvyttömyyseläkkeelle päätymiseen suoraan ilman työeläkeyhtiön aiempia etuuspäätöksiä (vertailuryhmänä ei-suora työkyvyttömyyseläke). Toisessa analyysissä olivat mukana suoran työkyvyttömyyseläkkeen saajat (n=4 871) ja siinä tutkittiin, mitkä tekijät olivat yhteydessä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle päätymiseen osatyökyvyttömyyseläkkeen sijaan. Monimuuttujamalleissa muuttujat (sukupuoli, ikä, asuinpaikka, palkkatulot, sairauspäivärahat, työkyvyttömyyden syy, sairauden vaikeusaste ja aiemmat hylätyt työeläkeyhtiön etuuspäätökset) lisättiin samanaikaisesti. Näin voitiin arvioida eri tekijöiden ja tulosmuuttujan välisen yhteyden suuruutta. Kaikissa analyyseissa vakioitiin työkyvyttömyyseläkkeen päätösvuosi. Logistisesta regressiosta tutkittiin vetosuhdetta, p-arvoa ja vetosuhteen 95 prosentin luottamusväliä. Mallissa ei esiintynyt multikolineaarisuutta varianssin inflaatiokertoimen mukaan. Analyysit toteutettiin Pythonilla käyttäen Statsmodels-kirjastoa.

TULOKSET

MITKÄ SOSIAALISET JA TERVEYTEEN LIITTYVÄT TEKIJÄT OVAT YHTEYDESSÄ SUORAN TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEEN SAAMISEEN?

Taulukossa 1 on kuvattu tutkimus- ja vertailuryhmien taustatiedot. Miesten osuus oli naisia suurempi sekä suoran täyden että osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneilla ja myös ei-suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneilla. 55–59 -vuotiaat oli suurin ikäryhmä sekä suoran täyden (62 prosenttia) että suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen (79 prosenttia) saaneiden ryhmässä. Myös ei-suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneissa yli 55-vuotiaiden osuus (43 prosenttia) oli muita ikäryhmiä suurempi, mutta ei yhtä huomattava. Noin 40 prosenttia suoran täyden työkyvyttömyyseläkkeen saaneista ja ei-suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneista asui Etelä-Suomessa. Vastaava osuus suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneista oli noin kolmannes. Suoran täyden työkyvyttömyyseläkkeen saaneista lähes joka neljäs kuului pienimpään palkkatulokymmenykseen, kun taas suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneista ainoastaan vajaa seitsemän prosenttia

ja ei-suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneista 16 prosenttia. Valtaosa kaikista työkyvyttömyyseläkkeen saaneista ei ollut saanut lainkaan sairauspäivärahaa ennen yhtäjaksoisen työkyvyttömyyden alkua. Sairauspäivärahaa saaneiden osuus oli suurin suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneilla, reilu kolmannes. Suoran täyden työkyvyttömyyseläkkeen saaneilla yleisimmät

Taulukko 1. Sosiaaliset ja terveyteen liittyvät taustatekijät suoran täyden, suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen sekä ei-suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneilla (%, N).

Taustatekijä	Suora täysi työkyvyttömyyseläke (n= 3325)		Suora osatyökyvyttömyyseläke (n=1546)		Ei-suora työkyvyttömyyseläke (n=7963)	
	Jakauma (%)	N	Jakauma (%)	N	Jakauma (%)	N
Sukupuoli						
Nainen	32,0	1063	42,3	654	41,3	4675
Mies	68,0	2262	57,7	892	58,7	3288
Ikä						
alle 35	4,9	164	0,8	12	10,5	834
35–39	3,0	99	2,3	36	5,7	455
40–44	3,9	130	1,8	28	7,0	560
45–49	8,0	265	3,4	53	11,9	949
50–54	18,7	622	13,1	202	22,4	1784
55–59	61,5	2045	78,6	1215	42,5	3381
Asuinpaikka						
Etelä-Suomi	40,5	1347	33,7	521	39,6	3157
Pohjois-Suomi	9,1	303	10,9	169	9,5	756
Lounais-Suomi	15,6	520	15,7	243	15,8	1261
Länsi- ja Sisä-Suomi	19,6	651	22,4	347	20,5	1629
Itä-Suomi	10,9	363	12,8	198	10,7	851
Lappi	4,2	141	4,4	68	3,9	309
Palkkatulodesiili						
1 (alle 3956 €)	23,8	790	6,7	104	16,0	1275
2 (3956–7692 €)	9,8	326	4,0	62	7,8	624
3 (7693–12441 €)	8,4	278	4,0	62	7,6	605
4 (12442–17414 €)	7,2	239	4,0	62	7,1	566
5 (17415–22596 €)	6,3	208	6,8	105	8,6	688
6 (22597–27942 €)	6,7	223	9,9	153	9,6	762
7 (27943–33824 €)	7,4	247	15,3	236	11,9	948
8 (33825–41332 €)	9,5	316	18,8	291	12,8	1022
9 (41333–55416 €)	8,6	286	18,5	286	10,0	795
10 (yli 55417 €)	6,1	204	10,5	163	5,6	442
ei tietoa	6,3	208	1,4	22	3,0	236
Sairauspäivärahapäivät						
0	83,3	2788	65,2	1008	81,5	6486
1–30	6,2	205	12,8	198	6,0	479
31–60	3,3	109	7,2	111	3,6	290
61–90	1,7	56	5,0	78	2,5	196
yli 90	5,0	167	9,8	151	6,4	512

Työkyvyttömyyden syy						
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	21,6	718	5,8	90	32,1	2555
Vammat	5,4	179	3,8	58	5,8	465
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	17,8	593	58,6	906	33,1	2638
Verenkiertoelinten sairaudet	10,6	354	6,3	97	7,6	603
Kasvaimet	19,1	634	3,2	50	6,9	547
Hermoston sairaudet	15,3	510	12,3	190	7,4	590
Muut sairaudet	10,1	337	10,0	155	7,1	565
Sairauden vaikeusaste						
ei vaikea	5,0	166	19,3	298	12,3	977
melko vaikea	43,3	1440	68,2	1054	57,9	4608
vaikea	38,1	1268	4,3	66	12,7	1009
ei tietoa	13,6	451	8,3	128	17,2	1369
Aiemmat etuuksien hylkäyspäätökset						
0	82,9	2758	91,0	1047	90,0	7164
1	10,2	338	6,8	105	7,8	619
2 tai enemmän	6,9	229	2,2	34	2,3	180

työkyvyttömyyden syyt olivat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt sekä kasvaimet, suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneilla tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä hermoston sairaudet ja ei-suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneilla tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneista ainoastaan kuudella prosentilla työkyvyttömyyden syy liittyi mielenterveyden häiriöihin. Täyden suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneista oli muita suuremmalla osalla vaikea sairauden vaikeusaste sekä aiempia työeläke-etuuksien hylkäyspäätöksiä.

SUORAAN TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEESEEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Taulukossa 2 kuvataan vakioimattomat ja monimuuttujamallin tulokset taustatekijöiden yhteydestä suoran työkyvyttömyyseläkkeen saamisen todennäköisyyteen verrattuna siihen, että henkilöllä oli työeläkeyhtiön aiempia etuuksia. Kaikki sosiaaliset ja terveyteen liittyvät tekijät olivat jossakin määrin yhteydessä suoran työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen. Miehillä oli naisia suurempi todennäköisyys saada suora työkyvyttömyyseläke (vetosuhde 1,23, lv 1,13–1,34). 50–54 -vuotiailla suoran työkyvyttömyyseläkkeen vetosuhde oli kaksinkertainen alle 35-vuotiaisiin verrattuna. 55–59 -vuotiailla vetosuhde oli jo noin kuusinkertainen. Itä-Suomessa suoran työkyvyttömyyseläkkeen vetosuhde (1,17, lv 1,02–1,34) oli suurempi kuin Etelä-Suomessa. Kaikissa palkkatulokymmenyksissä suoran työkyvyttömyyseläkkeen vetosuhde oli ensimmäistä palkkatulokymmenystä pienempi.

Henkilön yhtäjaksoisen työkyvyttömyyden alkua edeltävät sairauspäivärahapäivät olivat yhteydessä suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen. 1–30 päivän sairauspoissaololla vetosuhde suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen oli 1,5-kertainen verrattuna niihin, joilla sairauspäivärahapäiviä ei ollut.

Myös sairauden diagnoosi oli yhteydessä suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen. Hermoston sairauksilla vetosuhde oli 3,6-kertainen mielenterveyssairauteen verrattuna, ja verenkiertoelinten sairauksissa 1,7-kertainen. Suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyys oli kaikilla diagnooseilla suurempi kuin mielenterveyssairaudessa. Sairauden vaikeusaste oli yhteydessä suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen. Vaikeaksi arvioitu sairaus kasvatti vetosuhdetta 3,8-kertaiseksi verrattuna ei vaikeaan sairauteen. Myös aiemmat hylätyt työeläkeyhtiön etuuspäätökset nostivat suoran työkyvyttömyyseläkkeen vetosuhdetta. Yksi hylätty etuuspäätös nosti ve-

Taulukko 2. Taustatekijöiden yhteys suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyteen verrattuna ei-suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen.

Taustatekijä	Kaikki (n=12 834)	Vakioimaton vetosuhde	Vakioitu[1] vetosuhde ja 95 % luottamusväli	P-arvo, vakioitu vetosuhde
Sukupuoli				
Nainen	5005		1,00	
Mies	7829	1,29	1,23 (1,13-1,34)	< 0,001
Ikä				
alle 35	1010		1,00	
35–39	590	1,41	1,33 (1,01-1,74)	0,040
40–44	718	1,34	1,26 (0,97-1,63)	0,082
45–49	1267	1,59	1,46 (1,16-1,83)	< 0,01
50–54	2608	2,19	2,16 (1,76-2,65)	< 0,001
55–59	6641	4,57	5,85 (4,80-7,11)	< 0,001
Asuinpaikka				
Etelä-Suomi	5025		1,00	
Pohjois-Suomi	1228	1,06	1,10 (0,96-1,27)	0,184
Lounais-Suomi	2024	1,02	1,10 (0,98-1,24)	0,100
Länsi- ja Sisä-Suomi	2627	1,04	1,10 (0,99-1,23)	0,069
Itä-Suomi	1412	1,11	1,17 (1,02-1,34)	0,021
Lappi	518	1,14	1,19 (0,97-1,45)	0,095
Palkkatulodesiili				
1 (alle 3956 €)	2169		1,00	
2 (3956–7692 €)	1012	0,89	0,74 (0,63-0,88)	< 0,01
3 (7693–12441 €)	945	0,80	0,60 (0,50-0,72)	< 0,001
4 (12442–17414 €)	867	0,76	0,52 (0,43-0,63)	< 0,001
5 (17415–22596 €)	1001	0,65	0,40 (0,34-0,48)	< 0,001
6 (22597–27942 €)	1138	0,70	0,41 (0,35-0,49)	< 0,001
7 (27943–33824 €)	1431	0,73	0,41 (0,35-0,48)	< 0,001
8 (33825–41332 €)	1629	0,85	0,44 (0,38-0,52)	< 0,001
9 (41333–55416 €)	1367	1,03	0,52 (0,44-0,61)	< 0,001
10 (yli 55417 €)	809	1,18	0,58 (0,48-0,70)	< 0,001
ei tietoa	466	1,39	0,77 (0,61-0,97)	0,025
Sairauspäivärahapäivät				
0	10282		1,00	
1–30	882	1,44	1,54 (1,32-1,80)	< 0,001
31–60	510	1,30	1,47 (1,21-1,80)	< 0,001
61–90	330	1,17	1,38 (1,08-1,76)	0,010
yli 90	830	1,06	1,23 (1,04-1,44)	0,013
Työkyvyttömyyden syy				
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	3363		1,00	
Vammat	702	1,61	1,32 (1,09-1,59)	< 0,01
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	4137	1,80	1,34 (1,18-1,51)	< 0,001
Verenkiertoelinten sairaudet	1054	2,37	1,72 (1,46-2,03)	< 0,001
Kasvaimet	1231	3,95	2,37 (2,01-2,80)	< 0,001
Hermoston sairaudet	1290	3,75	3,60 (3,09-4,18)	< 0,001
Muut sairaudet	1057	2,75	2,16 (1,84-2,54)	< 0,001

Sairauden vaikeusaste				
ei vaikea	1441		1,00	
melko vaikea	7102	1,14	1,32 (1,16-1,51)	< 0,001
vaikea	2343	2,78	3,79 (3,21-4,47)	< 0,001
ei tietoa	1948	0,89	1,00 (0,85-1,18)	0,973
Aiemmat etuuksien hylkäyspäätökset				
0	11329		1,00	
1	1062	1,23	1,62 (1,41-1,88)	< 0,001
2 tai enemmän	443	2,78	3,59 (2,89-4,46)	< 0,001

[1] Mallissa kaikki muuttujat on vakioitu toisillaan, eli vakioivina tekijöinä ovat sukupuoli, ikä, asuinpaikka, palkkatulot, sairauspäivärahapäivät, työkyvyttömyyden syy, sairauden vaikeusaste, aiemmat hylkäyspäätökset sekä päätösvuosi.

tosuhteen 1,6-kertaiseksi, ja kaksi tai useampi 3,6-kertaiseksi.

TÄYTEEN SUORAAN TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEESEEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Taulukossa 3 on kuvattu vakioimattomat ja monimuuttujamallien tulokset analyysistä, jossa tarkasteltiin taustatekijöiden yhteyttä suoraan täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle päätymiseen osatyökyvyttömyyseläkkeen sijaan. Miehillä vetosuhde saada suora täysi työkyvyttömyyseläke oli 2,4-kertainen naisiin verrattuna. Vetosuhde oli pienempi 35–39-vuotiailla kuin alle 35-vuotiailla. Asuinpaikka ei ollut merkitsevä selittäjä. Henkilön kuuluminen korkeampiin palkkatulokymmenyksiin laski täyden suoran työkyvyttömyyseläkkeen vetosuhdetta. Sairauspäivärahapäivät olivat yhteydessä pienempään todennäköisyyteen saada suora täysi työkyvyttömyyseläke. Mielenterveyden sairaus ja kasvaimet lisäsivät todennäköisyyttä päätyä täydelle suoralle työkyvyttömyyseläkkeelle, kun taas muu sairaus, kuten tuki- ja liikuntaelinsairaus, verenkiertoelinten sairaus tai hermoston sairaus, vähensi sitä. Myös vaikeaksi arvioitu sairaus ja aiemmat hylätyt etuuspäätökset olivat yhteydessä täyteen suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen sijaan.

POHDINTA

Tutkimme sitä, mitkä sosiaaliset ja terveyteen liittyvät tekijät olivat yhteydessä työkyvyttömyyseläkkeelle päätymiseen ilman työeläkeyhtiön aiempia etuuksia verrattuna niihin, jotka olivat aiemmin saaneet muita työeläke-etuuksia. Suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneiden osalta tutkimme myös sitä, mitkä taustatekijät lisäsivät todennäköisyyttä päätyä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle osatyökyvyttömyyseläkkeen sijaan. Tutkimuksemme tuottaa uutta tietoa työkyvyttömyyseläkkeelle päätyvistä henkilöistä sekä syventää ymmärrystä tekijöistä, jotka erottavat suoran täyden ja suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen saajat toisistaan. Tästä tiedosta on hyötyä, kun pyritään vahvistamaan työntekijöiden työkykyä ennakoivasti ja edistämään työurien pidentymistä. Tietoa voivat hyödyntää sekä yksittäiset työpaikat ja työterveyshuollot oman toimintansa kehittämisessä että poliittiset päättäjät työkyvyttömyyttä ehkäisevien järjestelmätason ratkaisujen suunnittelussa.

MITKÄ TEKIJÄT OLIVAT YHTEYDESSÄ SUORAAN TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEESEEN?

Tutkimuksemme ensimmäisenä tavoitteena oli tarkastella sitä, mitkä sosiaaliset ja terveyteen liittyvät tekijät ovat yhteydessä suoran työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen. Tutkimuksemme osoitti, että suoran työkyvyttömyyseläkkeen sai reilu kolmannes, ja heistä lähes 70 prosenttia sai sen täytenä. Enemmistö suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneista oli miehiä sekä yli 55-vuotiaita. Suoran täyden työkyvyttömyyseläkkeen saaneista noin neljännes oli alimmassa palkkatulokymmenyksessä. Valtaosalla heistä ei ollut sairauspäivärahapäiviä ennen sen yhtäjaksoisen työkyvyttömyyden alkua, jonka perusteella suora työkyvyttömyyseläke oli myönnetty. Yleisimmät työkyvyttömyyden syyt suoran täyden työkyvyttömyyseläkkeen saaneilla olivat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt sekä kasvaimet ja suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneilla tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä hermoston sairaudet. Suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen

Taulukko 3. Taustatekijöiden yhteys täyden suoran työkyvyttömyyseläkkeen saamisen todennäköisyyteen verrattuna suoraan osatyökyvyttömyyseläkkeeseen.

Taustatekijä	Kaikki (n=4871)	Vakioimaton vetosuhde	Vakioitu[1] vetosuhde ja 95 % luottamusväli	P-arvo, vakioitu vetosuhde
Sukupuoli				
Nainen	1717		1,00	
Mies	3154	1,56	2,35 (1,97-2,79)	< 0,001
Ikä				
alle 35	176		1,00	
35–39	135	0,20	0,26 (0,12-0,59)	< 0,01
40–44	158	0,34	0,50 (0,22-1,11)	0,089
45–49	318	0,37	0,62 (0,30-1,29)	0,198
50–54	824	0,23	0,49 (0,25-0,96)	0,038
55–59	3260	0,12	0,86 (0,44-1,65)	0,641
Asuinpaikka				
Etelä-Suomi	1868		1,00	
Pohjois-Suomi	472	0,69	0,97 (0,73-1,28)	0,821
Lounais-Suomi	763	0,83	0,94 (0,75-1,20)	0,633
Länsi- ja Sisä-Suomi	998	0,73	0,89 (0,72-1,11)	0,306
Itä-Suomi	561	0,71	0,85 (0,66-1,11)	0,235
Lappi	209	0,80	1,25 (0,84-1,84)	0,274
Palkkatulodesiili				
1 (alle 3956 €)	894		1,00	
2 (3956–7692 €)	388	0,69	0,77 (0,53-1,13)	0,188
3 (7693–12441 €)	340	0,59	0,60 (0,41-0,88)	< 0,01
4 (12442–17414 €)	301	0,51	0,60 (0,40-0,89)	0,011
5 (17415–22596 €)	313	0,26	0,41 (0,28-0,59)	< 0,001
6 (22597–27942 €)	376	0,19	0,31 (0,22-0,44)	< 0,001
7 (27943–33824 €)	483	0,14	0,17 (0,12-0,23)	< 0,001
8 (33825–41332 €)	607	0,14	0,15 (0,11-0,21)	< 0,001
9 (41333–55416 €)	572	0,13	0,11 (0,08-0,15)	< 0,001
10 (yli 55417 €)	367	0,16	0,09 (0,06-0,13)	< 0,001
ei tietoa	230	1,24	0,88 (0,51-1,52)	0,652
Sairauspäivärahapäivät				
0	3796		1,00	
1–30	403	0,37	0,64 (0,48-0,84)	< 0,01
31–60	220	0,36	0,55 (0,38-0,79)	< 0,01
61–90	134	0,26	0,44 (0,27-0,70)	< 0,001
yli 90	318	0,40	0,58 (0,43-0,79)	< 0,001
Työkyvyttömyyden syy				
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	808		1,00	
Vammat	237	0,39	0,39 (0,25-0,59)	< 0,001
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	1499	0,08	0,14 (0,11-0,19)	< 0,001
Verenkiertoelinten sairaudet	451	0,46	0,55 (0,38-0,79)	< 0,01
Kasvaimet	684	1,59	1,04 (0,67-1,61)	0,858
Hermoston sairaudet	700	0,34	0,42 (0,31-0,59)	< 0,001
Muut sairaudet	492	0,27	0,32 (0,23-0,45)	< 0,001

Sairauden vaikeusaste				
ei vaikea	464		1,00	
melko vaikea	2494	2,45	2,40 (1,86-3,08)	< 0,001
vaikea	1334	34,49	28,07 (19,13-41,20)	< 0,001
ei tietoa	579	6,33	4,11 (2,96-5,72)	< 0,001
Aiemmat etuuksien hylkäyspäätökset				
0	4165		1,00	
1	443	1,64	1,26 (0,95-1,67)	0,106
2 tai enemmän	263	3,44	1,87 (1,23-2,84)	< 0,01

[1] Mallissa kaikki muuttujat on vakioitu toisillaan, eli vakioivina tekijöinä ovat sukupuoli, ikä, asuinpaikka, palkkatulot, sairauspäivärahakaudet, työkyvyttömyyden syy, sairauden vaikeusaste, aiemmat hylkäyspäätökset sekä päätösvuosi.

saaneista ainoastaan kuudella prosentilla työkyvyttömyyden syynä oli mielenterveyden sairaus. Valtaosalla täyden suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneista oli vaikea sairauden vaikeusaste.

Useat sosiaaliset ja terveyteen liittyvät tekijät lisäsivät suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä verrattuna ei-suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen. Erityisesti ikä kasvatti suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä. Tuloksemme tukevat aiempia tutkimuksia iän vaikutuksesta työkyvyttömyyteen (10–11). Huolestuttavaa on havaintomme siitä, että huomattava osa yli 55-vuotiaista päätyi työkyvyttömyyseläkkeelle suoraan ilman aiempia työeläke-etuuksia. Onko niin, että työkykyhaasteiden kanssa sinnitellään liian kauan ja haasteisiin on reagoitu liian myöhään? Tai eikö työkyvyttömyysriskissä olevia henkilöitä ole tunnistettu työpaikoilla tai työterveyshuolloissa eikä siten osattu tarjota heille työkyvyn tukitoimia, jotta pysyvä työkyvyttömyys olisi voitu estää? Mitä varhaisemmin työkykyä tuetaan, sitä enemmän on vaihtoehtoja työkyvyn tukemiseen (49).

Tutkimuksemme osoitti, että miehillä oli naisia vahvempi kytkös saada suora työkyvyttömyyseläke. Tätä selittänee osaltaan aineistomme, jossa on varsin vahva miesvaltaisten toimialojen, kuten teollisuuden, edustus. Monilla miesvaltaisilla aloilla työkyvyttömyyden riski on naisvaltaisia aloja suurempi (45), mikä johtuu osin työn luonteesta, esimerkiksi raskaasta fyysisestä työkuormituksesta. Tulostamme voivat selittää myös sukupuolierot hoitoon hakeutumisessa. Naiset käyttävät terveydenhuoltopalveluita (50) ja kuntoutuspalveluita (51) miehiä useammin. Hoitoon hakeutumattomuuden taustalla voi olla riskityyppi ”puhumattomasta miehestä” (52), joka ei ota esille terveysongelmiaan, etenkään mielenterveyteen liittyviä, kuin vasta äärimmäisissä kriisitilanteissa – mikä voi olla työkyvyn tukemisen kannalta liian myöhäistä. Jos työkykyongelmat eivät ilmene tai niihin ei tartuta työpaikalla tai työterveyshuollossa, ei työkyvyttömyyden uhkaan ole mahdollista reagoida ja tarjota palvelujärjestelmän tukitoimia.

Tutkimuksessamme ilmeni joitakin alueellisia eroja. Itä-Suomessa suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyys oli suurempi kuin Etelä-Suomessa. Tältä osin tuloksemme tukevat aiempia havaintoja (33, 53). Työkyvyttömyyden alueellisiin eroihin voivat vaikuttaa monet tekijät, kuten toimialarakenne, työttömyysaste ja palvelujärjestelmän piirteet (34, 54). Työkyvyttömyyden alue-eroja on tärkeä vähentää. Työpaikalla voidaan panostaa esimerkiksi varhaiseen välittämiseen, työterveyshuoltoyhteistyöhön sekä osatyökykyisten työkyvyn ylläpitoon.

Lisäksi tutkimuksemme osoitti, että suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyys oli suurin pienituloisilla. Tuloksemme tukee sosiaalisen kausaalimallin oletusta siitä, että heikko sosioekonominen asema aiheuttaa terveysongelmia (esim. 27–28). Alhaiset palkkatulot indikoivat heikkoa työmarkkina-asemaa ja voivat kertoa monin tavoin haasteellisesta elämäntilanteesta, johon voi myös kytkeytyä terveydentilaan ja sosiaalisen hyvinvointiin liittyviä haasteita. Alhaiset tulot lisäävät esimerkiksi mielenterveyshäiriöiden riskiä (55). Heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien työkyvyn tukipalveluita olisikin tärkeä vahvistaa. Kun työsuhde on voimassa, tulee työnantajan tehdä kohtuullisia mukautuksia työhön ja työjärjestelyihin, esimerkiksi sairauden aiheuttaman toimintakyvyn aleneman

vuoksi, mikä osaltaan tukee työssä jatkamisen mahdollisuuksia. Työnantajan velvoitteet ovat tältä osin myös tarkentuneet vuonna 2023 uudistuneiden työturvallisuus- ja yhdenvertaisuuslakien myötä.

Tutkimuksemme osoitti, että yhtäjaksoista työkyvyttömyyttä edeltävät sairauspäivärahapäivät olivat yhteydessä suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen. Tutkimuksemme tukee aiempien tutkimusten tuloksia sairauspoissaolojen yhteydestä työkyvyttömyyseläkkeeseen (esim. 12, 23, 35–36). Sitä, että yli 30 sairauspäivärahapäivää omaavilla suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyys oli hieman pienempi verrattuna 1–30 sairauspäivärahaa omaaviin, voi selittää esimerkiksi sairauden luonne. Jos suoraan työkyvyttömyyteen johtava sairaus on äkillinen, ei sairauspoissaolo ole välttämättä ennättänyt pitkittyä. Äkillinen sairastuminen, kuten tietyt syövät tai aivohalvaus, voi johtaa nopeasti työkyvyttömyyseläkkeelle (40–42).

Myös sairauden diagnoosi oli yhteydessä suoran työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen. Hermoston sairauksilla todennäköisyys suoralle työkyvyttömyyseläkkeelle oli 3,6-kertainen ja kasvaimilla 2,4-kertainen mielenterveyssairauteen verrattuna. Tämä löydös tukee ajatusta, että osa suorista työkyvyttömyyseläkkeistä on äkillisen, vakavan sairastumisen seurausta. Yhteensä näitä sairauksia oli kuitenkin ainoastaan 20 prosentilla henkilöistä. Verenkiertoelinten sairauksissa suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyys oli 1,7-kertainen mielenterveyden sairauksiin verrattuna. Myös tuki- ja liikuntaelinsairauksissa, vammoissa sekä muiden sairauksien ryhmässä todennäköisyys suoran työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen oli suurempi kuin mielenterveyssairauksissa. Vastaavasti Perhoniemen ym. (11) tutkimus osoitti, että kasvaimet – verenkiertoelinten sairauksien ohella – lisäsivät työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä.

Yksi mahdollinen selitys mielenterveyden häiriöiden muita sairausdiagnooseja pienempään todennäköisyyteen saada suora työkyvyttömyyseläke voi liittyä sairauden luonteeseen. Usein mielenterveyssairauksista toipuminen on mahdollista ja monet palaavatkin töihin toivuttuaan (56–57). Myös työn muokkaus voi tukea työhön paluuta mielenterveyden häiriöissä (58). Toki mielenterveyssairauksien vakavuus vaihtelee lievästä oireilusta vakaviin ja pitkäaikaisiin sairauksiin (57) – ja näin ollen myös työkyvyttömyyden uhka on erilainen sairauden vakavuusasteen mukaan. Huomionarvioista on, että peräti 58 prosentilla työkyvyttömyyseläkkeen saajista pääasiallinen syy työkyvyttömyyteen oli tuki- ja liikuntaelinsairaus tai mielenterveyden häiriö. Vaikka nämä diagnoosiryhmät sisältävät myös äkillisiä sairauksia, on niissä huomattavasti henkilöitä, jotka olisivat voineet välttyä suoralta työkyvyttömyyseläkkeeltä, jos työkyvyn tukitoimia olisi hyödynnetty riittävän varhain.

Työpaikalla on useita keinoja tukea työntekijöiden työkykyä eri sairauksissa. Esimerkiksi työn muokkauksella, psykososiaalisen työympäristön ja fyysisen ergonomian kehittämisellä, korvaavan työn mallilla, elintapainterventioilla ja stressinhallinnalla voidaan tukea tuki- ja liikuntaelinten terveyttä sekä mielenterveyttä (49). Sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien keskeisiä riskitekijöitä ovat tupakointi, alkoholi, korkea kolesteroli ja verenpaine sekä ylipaino (59). Näiden ohella myös työolot ja työstä aiheutuva stressi voivat vaikuttaa sairastumiseen (60–61). Työpaikan keinoja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien hallintaan ovatkin esimerkiksi liiallisen ja pitkittyneen stressin välttäminen sekä terveellisten elintapojen tukeminen. Myös hermoston sairauksissa työikäisiä sairastuneita voi tukea muun muassa liikunnalla, fysioterapialla ja ammatillisella kuntoutuksella (62). Tehokkaalla hoidolla ja kuntoutuksella on mahdollista ylläpitää työ- ja toimintakykyä esimerkiksi Parkinsonin taudissa, joka tyypillisesti etenee hitaasti (63). Samoin varhaisella sairauden tunnistamisella voi tukea MS-tautia sairastavaa työntekijää. Työn muokkaus ja työjärjestelyt fyysisesti raskaan työn keventämiseksi ja kuntoutus ovat hyviä keinoja MS-potilaan työssä jatkamisen ja työkyvyn tueksi (64). Toki osassa äkillisissä sairauksissa, kuten syöpäsairauksissa, työpaikan keinot ovat rajallisia, mutta tällöinkin on mahdollista sairauden salliessa tukea työhön paluuta esimerkiksi osa-aikaisesti.

Vaikeaksi arvioitu sairaus lähes nelinkertaisti suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyden. Tulos ei sinänsä ole yllättävä: työeläkejärjestelmässä työkyvyttömyyseläkkeen saamisen edellytyksenä on lääketieteellisesti todettu työkyvyn heikentyminen, ja sairaus on keskeinen työkyvyttömyyseläkkeen peruste.

Asiantuntijalääkärin arvioon perustuva sai-

rauden vaikeusasteen indikaattori vaikuttaakin varsin hyvältä suoran työkyvyttömyyseläkkeen riskin mittarilta. Haasteena on, että arvio tehdään eläkelaitoksessa vasta hakemuksen yhteydessä. Työterveyshuoltojen olisi mahdollista tehdä huomattavasti varhaisemmin arviointia ja käynnistää työkyvyn tukitoimet ja siten mahdollisesti estää pysyvä työkyvyttömyys. Työterveyshuolto on myös työpaikkojen tärkeä kumppani työn kuormitustekijöiden tunnistamisessa ja kemiallisten altisteiden kartoittamisessa. Myös terveystarkastukset ovat keino tunnistaa työkyvyn haasteita, työkyvyn heikkenemisen merkkejä ja käynnistää työkyvyn tuen toimia. Työpaikalla työkyvyn heikentymistä voidaan tunnistaa esimerkiksi esihenkilö-alaiskeskusteluissa, henkilöstökyselyillä ja sairauspoissaoloseurannalla.

Myös aiemmat hylätyt työeläkeyhtiön etuushakemukset kasvattivat suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä. Suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyys oli 3,6-kertainen, mikäli hylättyjä hakemuksia oli enemmän kuin kaksi. Huomattava osa hylätyn työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneista saa kahden vuoden kuluessa myönteisen päätöksen (9, 65), vaikkakin tuore tutkimus osoittaa, että hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneiden siirtyminen työkyvyttömyyseläkkeelle päätöksen jälkeisinä vuosina on vähentynyt (66). Kuitenkin hylkäyspäätöksen saaneille kasaantuu taloudellisia, terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia (67), mitkä voivat entisestään hankaloittaa työhön paluuta. Lisäksi jos henkilö on jo suuntautunut eläkkeelle, voi tätä ajatusmallia ulkopuolisten olla vaikea muuttaa – motivaatio on kuitenkin yksi keskeinen työkyvyn osatekijä (68).

MITKÄ TEKIJÄT KASVATTAVAT TODENNÄKÖISYYTTÄ PÄÄTYÄ TÄYDELLE SUORALLE TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEELLE OSATYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEEN SIJAAN?

Keskeisenä tutkimuksemme tavoitteena oli tutkia myös sitä, mitkä sosiaaliset ja terveyteen liittyvät tekijät ovat yhteydessä suoralle täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle päätymiseen suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen sijaan. Monelta osin samat tekijät olivat yhteydessä täyden suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyteen kuin ylipäätään suoran työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen. Näitä kahta analyysia yhdistäviä taustatekijöitä olivat sukupuoli, palkkatulot, sairauden vaikeusaste sekä aiemmat työeläkeyhtiön hylkäyspäätökset. Miessukupuoli, pienet palkkatulot, vaikea sairauden vaikeusaste sekä vähintään kaksi etuuksien hylkäyspäätöstä kasvattivat täyden suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä verrattuna suoraan osatyökyvyttömyyseläkkeeseen. Kaikelta osin täyden suoran työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen yhteydessä olevat tekijät eivät kuitenkaan olleet samankaltaisia kuin edeltävässä analyysissä. Suurempi todennäköisyys saada suora työkyvyttömyyseläke ei siis tarkoita, että henkilöllä olisi myös suurempi todennäköisyys saada suora työkyvyttömyyseläke täytenä.

Vanhempi ikä ei ollut yhteydessä suurempaan todennäköisyyteen samalla tavalla kuin edeltävässä analyysissä, jossa suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyys kasvoi iän myötä. Suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneiden joukossa täyden työkyvyttömyyseläkkeen saamisen todennäköisyys oli 35–39 -vuotiailla pienempi kuin alle 35-vuotiailla. Samankaltaisia tuloksia saatiin Perhoniemen ym. (11) tutkimuksessa, joka osoitti, että alle 30-vuotiaat saivat (yli 49-vuotiaiden ohella) muita todennäköisemmin myönteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen. Osin tuloksemme voi johtua siitä, että sairauden vaikeusaste voi olla nuorilla hakijoilla vakavampi kuin vanhemmilla. Esimerkiksi vakavat psykiatriset sairaudet, kuten skitsofrenia, alkavat yleensä nuorella aikuisiällä (69).

Mielenterveyshäiriöt indikoivat muita diagnooseja suurempaa riskiä päätyä täydelle suoralle työkyvyttömyyseläkkeelle suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen sijaan, vaikka todennäköisyys saada sillä suora työkyvyttömyyseläke verrattuna ei-suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen oli kaikista diagnooseista pienin. Mielenterveyshäiriöt kattavat moninaisen kirjon sairauksia, joista osa, kuten psykoosisairaudet, ovat selkeästi vaikeampia. Vaikeat psykiatriset sairaudet voivat vaikuttaa merkittävästi työ- ja toimintakykyyn (57–58, 70), mikä voi tehdä jo osa-aikaisestakin työstä hankalaa. Työhön palaamisen todennäköisyys vaihteleekin mielenterveyden sairaudesta ja sen vakavuudesta riippuen. Esimerkiksi Roelenin ym. (71) seurantatutkimus osoitti, että korkein työhön palaamisen todennäköisyys mielenterveysperusteisen sairauspoissaolon jälkeen oli henkilöillä, joilla oli tunnetilaan liittyviä oireita, kuten jännittyneisyyttä, levottomuutta tai huolestuneisuutta. Muita harvinaisempaa työhön paluu oli skitsofreniaa sairastavilla, harhaluuloi-

suushäiriöissä sekä aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöissä. Tämä voi olla osaselitys myös tutkimustuloksellemme. Toisaalta vaikeakaan mielenterveyshäiriö ei aina ole työnteon este, ja työhön osallistumista, esimerkiksi osa-aikaisesti, olisi tärkeä vahvistaa myös mielenterveyshaasteissa. Tämä saattaa edellyttää kulttuurin muutosta ja ymmärrystä siitä, että työssä voi jatkaa haastavistakin mielenterveysongelmista huolimatta. Tällä hetkellä osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä ainoastaan noin joka neljännellä työkyvyttömyyden syy liittyy mielenterveyteen (72). Työ voi kuitenkin kuntouttaa vaikeissakin mielenterveyshäiriöissä, erityisesti silloin kun työllistymiseen saa tukea (70). Myös ammatillinen kuntoutus on hyvä keino tukea työssä jatkamista. Vuonna 2023 työeläkekuntoutuksen päättäneistä 65 prosenttia palasi töihin (73). Tämä työkyvyn tukitoimi jää hyödyntämättä niillä, jotka päätyvät työkyvyttömyyseläkkeelle suoraan. Ammatillista kuntoutusta käytetään huomattavan vähän mielenterveyden häiriöissä. Esimerkiksi vuonna 2024 kuntoutujista ainoastaan 26 prosentilla työkyvyttömyyden syy liittyi mielenterveyteen (73). Työeläkevakuuttajat ovatkin syksyllä 2025 laatineet ehdotuksia (74), joiden tavoitteena on tehostaa työelämään paluuta. Ehdotukset liittyvät esimerkiksi työeläkekuntoutukseen ohjaamiseen sekä työkokeiluiden kehittämiseen. Nykyistä pidemmät työkokeilut voisivat tukea erityisesti mielenterveyskuntoutujia.

TUTKIMUKSEN VAHVUUDET JA HEIKKOUDET SEKÄ JATKOTUTKIMUSTARPEET

Tutkimuksemme tuo uutta tietoa sosiaalisten ja terveyteen liittyvien tekijöiden merkityksestä suoran työkyvyttömyyseläkkeen saamisessa. Tutkimuksemme tuottamaa tietoa voi hyödyntää ennenaikaisen työelämästä poistumisen vähentämisessä.

Tutkimuksellamme on joitakin rajoitteita. Aineistomme rajoittui yksinomaan työeläkejärjestelmään ja sielläkin yhteen työeläkeyhtiöön. Aineistomme ei myöskään kata tietoa Kelan kuntoutus- tai työkyvyttömyyseläke-etuuksista. Esimerkiksi Kelan kuntoutuspsykoterapia, jota on voitu hyödyntää henkilön työkyvyn ja työssä jatkamisen edistämiseksi, on tarkastelumme ulkopuolella. Tutkimuksemme ei siten kuvaa kattavasti kaikkia työkyvyttömyyseläkkeelle päätyviä, vaan niitä, joilla on edes vähäistä työhistoriaa. Lisäksi aineistossamme ovat jossakin määrin painottuneet tietyt toimialat, kuten miesvaltainen teollisuus. Siten tulokset eivät ole täysin yleistettävissä kaikkiin palkansaajiin. Kuitenkin tutkimusaineistomme kattaa huomattavan osan, yli kolmanneksen, yksityisen sektorin työeläkevakuutetuista Suomessa (46–47). Toisena tutkimuksemme rajoitteena on se, että sairauspoissaolopäiviin laskettiin yhteen kaikki yhtäjaksoista työkyvyttömyyttä edeltävät sairauspoissaolopäivät vuodesta 2010. Sairauspoissaolot ovat siis voineet muodostua myös useista lyhyistä jaksoista. Lisäksi sairauspoissaolojen seurantajakson pituus vaihteli henkilöittäin, toisin kuin myönteistä työkyvyttömyyseläkepäätöstä edeltävien työeläke-etuuksien seuranta-aika, joka oli kaikilla viisi vuotta. Sairauspoissaolojen osalta halusimme kuitenkin hyödyntää käytettävissä olevaa tietoa mahdollisimman pitkältä ajalta. Jos vastaava aikarajaus olisi tehty sairauspoissaoloihin, olisi hyvinkin mahdollista, että henkilön toteutuneet sairauspäivärahakaudet olisivat jääneet tarkastelujakson ulkopuolelle, eikä siten olisi saatu yhtä kattavaa kuvaa edeltävästä sairastavuudesta. Kolmas rajoite liittyy sairauden vaikeusastetta kuvaavan muuttujan tulkintaan, mikä voi olla jossakin määrin haastavaa, koska sairaus on keskeinen työkyvyttömyyseläkkeen peruste. Kuitenkaan tutkimusmalleissamme ei esiintynyt multikolineaarisuutta, ja siksi päätimme pitää muuttujan mukana. Vaikea-asteinen sairaus ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita sitä, että henkilölle myönnetään työkyvyttömyyseläke, eikä kaikilla suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneista ollut vaikeaksi luokiteltua sairautta. Jatkotutkimuksissa tätä ilmiötä voisi tutkia lisää. Neljänneksi työolotekijät rajautuivat pitkälti tutkimuksen ulkopuolelle, kun tutkimme sosioekonomisena tekijänä ainoastaan palkkatulojen yhteyttä suoralle työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen. Tutkimusaineistomme ei sisältänyt tietoa henkilön työttömyydestä, mutta käytännössä työttömyys tulee ilmi alhaisten palkkatulojen kautta. Aineistomme ei kattanut tietoa myöskään henkilöiden työnantajan toimialasta. Työolotekijöiden, kuten ammattialan ja työn kuormittavuuden, vaikutusta suoran työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen olisi hyvä tarkastella. Aiemmin on esimerkiksi havaittu, että yksityisellä sektorilla työkyvyttömyyden riski on sosiaali- ja terveysalalla muita suurempi (75). Emme

myöskään tarkastelleet tutkimuksessa käytettyjen muuttujien mahdollisia epälineaarisia yhteisvaikutuksia. Työkyvyttömyyden riskitekijöiden yhteisvaikutusten tarkastelu voisi kuitenkin olla kiinnostava jatkotutkimusaihe. Jatkotutkimuksissa voisi myös selvittää, miten hylkäyspäätöksen saaneet eroavat niistä, jotka saivat myönteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Työkyvyttömyys tulee kalliiksi yksilölle, työnantajalle ja yhteiskunnalle. Siksi työkyvyttömyyden syihin olisi tärkeä päästä kiinni mahdollisimman varhain. Jos henkilö hakee työkyvyttömyyseläkettä ja saa sen suoraan, ollaan liikkeellä usein liian myöhään.

Tutkimuksemme osoitti, että suoran työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä kasvattivat erityisesti yli 55 vuoden ikä, diagnoosina hermoston sairaudet tai kasvaimet. Pienin todennäköisyys suoralle työkyvyttömyyseläkkeelle oli niillä, joilla työkyvyttömyyden syy liittyi mielenterveyshäiriöihin. Kun tutkimme ainoastaan suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneita, täyden työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä lisäsivät erityisesti miessukupuoli, vaikea sairauden vaikeusaste sekä yli kaksi aiempaa työeläkeyhtiön hylättyä etuushakemusta. Mielenterveyshäiriöt indikoivat muita diagnooseja suurempaa todennäköisyyttä päätyä täydelle suoralle työkyvyttömyyseläkkeelle suoran osatyökyvyttömyyseläkkeen sijaan. Vaikka diagnooseista hermoston sairaudet ja kasvaimet johtivat muita todennäköisemmin suoralle työkyvyttömyyseläkkeelle ei-suoraan työkyvyttömyyseläkkeeseen verrattuna, oli huomattavalla osalla suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneilla työkyvyttömyyden syynä tule-sairaudet tai mielenterveyshäiriöt.

On selvää, että tietyissä tilanteissa, kuten vakavissa sairauksissa, suora työkyvyttömyyseläke voi olla ainoa ratkaisu. On kuitenkin mahdollista, että riittävän varhaisella reagoinnilla osa suorista työkyvyttömyyseläkkeistä olisi voitu välttää. Aina myöskään vakava sairaus ei ole este työhön paluulle. Huomattavalla osalla suoran työkyvyttömyyseläkkeen saaneilla työkyvyttömyyden syy liittyi tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin tai mielenterveyden sairauksiin. Näissä sairauksissa työtä on monessa tapauksessa mahdollista muokata, esimerkiksi erilaisin työ- ja työaikajärjestelyin. Myös osasairauspäivärahan ja osatyökyvyttömyyseläkkeen hyödyntäminen on hyviä keinoja silloin, kun henkilö on osatyökykyinen. Ainakin osalla työkyvyttömyys olisi voitu välttää riittävillä ennakoivilla toimilla.

Tiedon levittäminen työpaikoille näistä vaikuttavista työkyvyn tuen keinoista, kuntoutusvaihtoehdoista sekä työterveyshuollon tuesta voivat vähentää työkyvyttömyyden riskiä. Myös osatyökykyisten osaamisen hyödyntäminen työpaikoilla on tärkeää ja tukee kestävän työelämän rakentumista. Lisäksi myönteinen suhtautuminen osatyökykyisiin on vastuullisuusteko, joka voi vahvistaa organisaation mainetta hyvänä työnantajana. Osatyökyvyttömyyseläke on alihyödynnetty etenkin silloin, kun työkyvyttömyyden syy liittyy mielenterveyteen. Vaihtoehtoisten mahdollisuuksien hyödyntäminen edellyttää, että niistä ollaan tietoisia. Lisäksi niiden hyödyntäminen vaatii motivaatiota ja hyväksyvää ilmapiiriä yksilöltä ja työpaikalta.

Aiemmat tutkimukset ja selvitykset suomalaisten työnantajien suhtautumisesta osatyökykyisyyteen (esim. 76–79) osoittavat, että kielteisiä asenteita ja ennakkoluuloja esiintyy yhä, vaikka kehitystä kohti myönteisempää suhtautumista on tapahtunut.

Esimerkiksi henkilöstöjohtajien asenteita työntekijöiden mielenterveysongelmia kohtaan tarkastelevassa tutkimuksessa (80) havaittiin, että työpaikoilla suhtaudutaan pääosin myönteisesti henkilöihin, joilla on mielenterveyden ongelmia, ja heidän työnsä muokkaamiseen. Suhtautuminen oli muita kielteisempää teollisuuden toimialalla, jossa myös työkyvyn tuen toimenpiteitä oli toteutettu muita vähemmän. Kuitenkin kielteisiä asenteita osatyökykyisiä työntekijöitä kohtaan on alasta riippumatta. Samaisessa tutkimuksessa noin puolet henkilöstöjohtajista arvioi, että tieto työntekijän tai esihenkilön mielenterveysongelmasta voi johtaa kielteisiin seurauksiin, kuten aseman tai arvostuksen menettämiseen. On muitakin viitteitä siitä, suhtautuminen osatyökykyisyyteen vaihtelee toimialan ja yrityskoon mukaan. Toimialoissa etenkin rakentamisen sekä kuljetuksen ja varastoinnin alalla on arvioitu, ettei osatyökykyisille löydy sopivaa työtä. Sen sijaan sosiaali- ja terveysalalla näkemykset olivat myönteisempiä. Lisäksi suuremmissa yrityksissä osatyökykyisten rekrytointiin saatetaan suhtautua pienempiä myönteisemmin. (76.)

Kaikilla työnantajilla ei ole halua, osaamis-

ta tai resursseja muokata työtehtäviä osatyökykyisille sopiviksi (79). Työnantajien ymmärrystä osatyökykyisyydestä, työn muokkauksen mahdollisuuksista sekä tarjolla olevasta tuesta onkin tarpeen vahvistaa. Työnantaja voi saada esimerkiksi työolosuhteiden järjestelytukea, joka helpottaa osatyökykyisen työntekoa. Samalla työpaikalla on tärkeä purkaa virheellisiä ennakkoluuloja, jotta osatyökykyisten potentiaali saadaan käyttöön. Työpaikkoja on tärkeä rohkaista osatyökykyisten työntekijöiden työssä jatkamisen ja työkyvyn tukeen myös taloudellisesti haastavina aikoina. Talouden sykleistä erityisesti taantuma voi hankaloittaa yritysten mahdollisuuksia työllistää ja tukea osatyökykyisten työntekijöiden työssä jatkamista. Siltikin olisi hyvä muistaa, että työkyvyttömyys aiheuttaa organisaatioille huomattavia taloudellisia kustannuksia, ja jos esimerkiksi työtä ja työaikoja muokkaamalla on mahdollista pitää osaava työntekijä työssä, on se organisaatiolle kannattavaa.

RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään ulkopuolinen taho.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Airila suunnitteli tutkimusasetelman, analysoi tulokset ja kirjoitti vastuukirjoittajana käsikirjoituksen ensimmäisen version. Reho antoi asiantuntija-apua aineiston analysoimiseen ja tulkintaan sekä osallistui kirjoittamiseen. Hautamäki teki aineistopoiminnan rekistereistä ja analyysejä sekä osallistui tulosten tulkintaan ja kirjoittamiseen. Louhimo suunnitteli tutkimusasetelman, teki analyysejä ja osallistui tulosten tulkintaan ja kirjoittamiseen. Kaikki kirjoittajat ovat hyväksyneet lopullisen käsikirjoituksen.

Airila, A., Reho, T., Hautamäki, H., Louhimo, R. ***Social and health-related factors associated with direct disability pension. Register survey of disability pension recipients from the earnings-related pension system in 2015–2022.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2026: 63: 308–328.**

A variety of routes may lead to a disability pension. Some disability pension applicants receive a positive decision directly without previous benefit or preliminary decisions granted by the pension insurance company. The aim of the study was to investigate whether social and health-related factors are related to a direct permanent disability pension compared to having previous earnings-related pension benefits. In addition, we studied what factors increase the likelihood of ending up on a full disability pension instead of a partial disability pension for those who have received a direct disability pension.

The research data (n= 13,084) consists of disability pension applications submitted to one of the private Finnish pension insurance companies for the years 2015–2022. As a modeling method, we used logistic regression.

Our study showed that approximately one third (n=5 019) of the total data were recipients of a direct disability pension, of whom 1,574 received a partial disability pension and 3,445 received a full disability pension. Many sociodemographic, socioeconomic and health-related factors were associated with receiving a direct disability pension. The probability of receiving a direct disability pension was increased most by the age of over 55, the severity of the illness, and the diagnoses of nervous system diseases and neoplasms. When we studied only those who received a direct disability pension, the likelihood of a full disability pension was increased especially by the male sex, the severity of the illness assessed as severe, and more than two previous benefit rejections before the disability pension. An applicant with a mental health diagnosis or neoplasms was more likely to end up on a full direct disability pension than others.

A significant number of people end up on a disability pension directly. It is important to address the factors associated with disability as early as possible to support the return to work instead of ending up on a disability pension.

Keywords: work disability, disability pension, sociodemographic factors, health, work ability, pension benefits

Saapunut 19.06.2025
Hyväksytty 03.02.2026

LÄHTEET

(1) Ritola S, Väänänen N. Eläketietokirja. Helsinki: SKS Kirjat. 2023. https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/398e7ccd-8e4b-4d8b-9afb-d1bb047a4981/content

(2) Rissanen J, Grönlund H, Herrlin O ym. Työeläke. Finva; 2017.

(3) Työntekijän eläkelaki, 395/2006. Luettavissa: https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2006/395

(4) Hietaniemi M. Työkyvyttömyyseläkkeen määräytyminen ja sen muutokset 1990-luvulta lähtien. Teoksessa J Rantala, M Hietaniemi, H Nyman ym. Työkyvyttömyyseläkkeensaajien eläketurva ja toimeentulo 2000-luvulla. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 04/2017. Helsinki: Eläketurvakeskus. 23–56. https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/3cf1ea80-1471-4b69-9c28-706fd24b28a0/content

(5) Eläketurvakeskus. Työkyvyttömyyseläke. Luettu 4.11.2025. https://www.etk.fi/suomen-elakejarjestelma/elaketurva/tyoelake-etuudet/tyokyvyttomyyselake/

(6) Kela. Kuntoutustuki ja työkyvyttömyyseläke. Luettu 4.11.2025. https://www.kela.fi/kuntoutustuki-ja-tyokyvyttomyyselake#tulot-jotka-pienentavat-kuntoutustukea-tai-tyokyvyttomyyselaketta

(7) Eläketurvakeskus. Työkyvyttömyyseläke työkyvyn heiketessä. Luettu 2.6.2025. https://www.tyoelake.fi/elakkeet-eri-elamantilanteissa/tyokyvyttomyyselake-tyokyvyn-heiketessa/

(8) Eläketurvakeskus. Suomen työeläkkeen saajat. Suomen virallinen tilasto. Eläketurvakeskuksen tilastoja 05/2025. Luettu 21.11.2025. https://www.julkari.fi/handle/10024/151723

(9) Airila A, Reho T, Karvala K, ym. Mitkä tekijät ennakoivat täyden ja osatyökyvyttömyyseläkkeen saamista hylkäyksen jälkeen? Sosiaalilääk Aikak 2024;61(2):256–270. https://doi.org/10.23990/sa.127152

(10) Laaksonen M, Gould R, Liukko J. Labor market position after a rejection of a disability pension application: A register-based cohort study. Disabil Rehabil 2017;40(25):3022–3029. doi: 10.1080/09638288.2017.1367039

(11) Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen M. Determinants of disability pension applications and awarded disability pensions in Finland, 2009 and 2014. Scand J Public Heal 2020;48(2):172–180. doi: 10.1177/1403494819843778

(12) Salonen L, Blomgren J, Laaksonen M, ym. Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes: a register-based study of a working-age cohort in Finland in 2007–2014. BMJ Open 2018(5); e020491. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020491

(13) Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen M. Mitä sairauspäivärahan enimmäisajan täytyttyä? Toimeentulon lähteet kahden vuoden seurannassa. Sosiaalilääk Aikak 2021;58(1):16–30. https://doi.org/10.23990/sa.89604

(14) Laaksonen M, Blomgren J, Gould R. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria. Rekisteripohjainen tarkastelu. Eläketurvakeskuksen raportteja 05/2014. Helsinki: Eläketurvakeskus.

(15) Eläketurvakeskus. Työkyvyttömyyseläkkeen alkaminen ja takautuvan työkyvyttömyyseläkkeen maksaminen. Työeläkelakipalvelu. Luettu 21.11.2025. https://www.telp.fi/ohjeet/etuudet/tyokyvyttomyyselake/tyokyvyttomyyselakkeen-alkaminen-ja-takautuvan-tyokyvyttomyyselakkeen-maksaminen/

(16) Eläketurvakeskus. Ensisijaisuusaika. Työeläke.fi. Luettu 21.11.2025. https://www.tyoelake.fi/sanasto/ensisijaisuusaika/

(17) Eläketurvakeskus. Ensisijaisuusaika. Työeläkelakipalvelu. Luettu 21.11.2025. https://www.telp.fi/sanasto/ensisijaisuusaika-esa-aika/

(18) Polvinen A, Laaksonen M. Determinants of transition from partial to full disability pension: a register study from Finland. Scand J Public Heal 2021;50(5):622–628. doi: 10.1177/14034948211020172

(19) Airaksinen J, Jokela M, Virtanen M, ym. Development and validation of a risk prediction model for work disability: multicohort study. Sci Rep 2017;7:13578. doi: 10.1038/s41598-017-13892-1

(20) Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen M. Identifying labour market pathways after a 30-day-long sickness absence – a three-year sequence analysis study in Finland. BMC Public Health 2023;23:1102. doi: 10.1186/s12889-023-15895-2

(21) Eläketurvakeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT), Suomen työeläkkeensaajat. Tilastotietokanta, Eläketurvakeskus. Luettu 6.6.2025. https://tilastot.etk.fi/pxweb/fi/ETK/ETK__120tyoelakkeensaajat__20tyoelakkeensaajien_lkm/?tablelist=true

(22) Laaksonen M. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen: trendit, tilannekuva, tulevaisuus. Eläketurvakeskuksen raportteja 2020/7. Helsinki: Eläketurvakeskus.

(23) Karlsson N, Carstensen J, Gjesdal S, ym. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. Eur J Public Health 2008;18(3):224–231. doi: 10.1093/eurpub/ckm128

(24) Leinonen T, Pietiläinen O, Laaksonen M, ym. Occupational social class and disability retirement among municipal employees – The contribution of health behaviors and working conditions. Scand J Work Env Hea 2011;37(6):464–472. doi: 10.5271/sjweh.3182

(25) Pulkki-Råback L, Ahola K, Elovainio M, ym. Socio-economic position and mental disorders in a working-age Finnish population: The health 2000 study. Eur J Public Health 2012;22(3):327–332. doi: 10.1093/eurpub/ckr127

(26) Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, ym. Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. Soc Sc Med 2006;63(5):1383–1399. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.03.027

(27) Hudson C. Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. Am J Orthopsychiat 2005;75(1):3–18. doi: 10.1037/0002-9432.75.1.3

(28) Ridley M, Rao G, Schilbach F, ym. Poverty, depression, and anxiety: causal evidence and mechanisms. Science, 2020;370:1289. doi: 10.1126/science.aay0214

(29) Laaksonen M, Roos E, Rahkonen O, ym. Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health. J Epidemiol Commun H 2005;59(2):163–169. doi: 10.1136/jech.2003.019323

(30) Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, ym. Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? Sosiaalilääk Aikak 2012;49(1):4–12.

(31) Polvinen A, Gould R, Lahelma E, ym. Socioeconomic differences in disability retirement in Finland: the contribution of ill-health, health behaviors and working conditions. Scand J Public Heal 2013;41(5):470–478. doi: 10.1177/1403494813482400

(32) Salonen L. Processes of long-term work disability and socioeconomic disparities: unwinding the roles of family background, sickness absence, and psychosocial work environment. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja B, Osa 521 Humaniora, University of Turku; 2020. https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8192-2

(33) Kela. Näissä Suomen kunnissa työkyvyttömyys kuormittaa eniten ja vähiten – Kela ja THL julkaisivat Kansallisen terveysindeksin kuntatiedot. Julkaistu 8.12.2023, päivitetty 8.1.2024. Luettu 6.6.2025. https://tietotarjotin.fi/uutinen/878334/naissa-suomen-kunnissa-tyokyvyttomyys-kuormittaa-eniten-ja-vahiten-kela-ja-thl-julkaisivat-kansallisen-terveysindeksin-kuntatiedot

(34) Laaksonen M, Perhoniemi R, Blomgren J. Municipality-level differences in disability retirement in Finland: the contribution of local social characteristics. Scand J Public Heal 2024; Jun 20:14034948241254425. doi: 10.1177/14034948241254425

(35) Kivimäki M, Ferrie J, Hagberg J, ym. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. J Epidemiol Commun H 2007;61(10):915–920. doi: 10.1136/jech.2006.055426

(36) Reini K. Työhön paluu ja työkyvyttömyyseläkkeen riski sairauspoissaolon jälkeen. Katsaus 2008–2019 julkaistuun suomalaistutkimukseen. Sosiaalilääk Aikak 2020;57(2):168–184. https://doi.org/10.23990/sa.80009

(37) Pietiläinen O, Laaksonen M, Rahkonen O, ym. Self-rated health as a predictor of disability retirement - the contribution of ill-health and working conditions. PLoS One 2011;6(9):e25004. doi: 10.1371/journal.pone.0025004

(38) Tuisku K, Vuokko A, Puustinen N. Psyykkisen työ- ja toimintakyvyn arviointiin tarvitaan yhtenäisiä käytäntöjä. Lääkärilehti 2022;77:e33925.

(39) Laaksonen M, Rantala J. Mistä työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrän väheneminen johtuu? Yhteiskuntapolitiikka 2023;88(4):402–411. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20230913125212

(40) Chen L, Alexanderson KAE. Trajectories of sickness absence and disability pension in the 2 years before and 3 years after breast cancer diagnosis: A Swedish longitudinal population-based cohort study. Cancer 2020;126(12):2883–2891. doi: 10.1002/cncr.32820

(41) Hauglann BK, Saltyte Benth J, Fosså S, ym. A controlled cohort study of sickness absence and disability pension in colorectal cancer survivors. Acta Oncol 2014;53(6):735–743. doi: 10.3109/0284186X.2013.844354

(42) Skajaa N, Adelborg K, Hotvath-Puho E, ym. Labour market participation and retirement after stroke in Denmark: registry based cohort study. BMJ 2023,Jan 3:380:e072308. doi: 10.1136/bmj-2022-072308

(43) Polvinen A. Socioeconomic status and disability retirement in Finland. Causes, changes over time and mortality. Finnish Centre for pensions, studies 05/2016. Academic dissertation.

(44) Polvinen A, Laaksonen M, Gould R ym. Socioeconomic differences in cause-specific disability retirement in Finland, 1988 to 2009. J Occup Environ Med 2016;58(8):840-845. doi: 10.1097/JOM.0000000000000808

(45) Rinne H, Parkkinen M, Shemeikka R, ym. Kuolleisuus ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen palkansaajilla ammateittain Suomessa 2001–2015. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 90/2018. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

(46) Eläketurvakeskus. Suomen työeläkevakuutetut 2023. Eläketurvakeskuksen tilastoja 13/2024. Helsinki: Eläketurvakeskus. Luettu 3.6.2025. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024110890169

(47) Varma. Toimintakertomus ja tilinpäätös 2024. Luettu 3.6.2025. https://www.varma.fi/globalassets/tama-on-varma/varman-toimintakertomus-ja-tilinpaatos-2024.pdf

(48) Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto. Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1795-8121. Helsinki. Luettu 4.6.2025. https://stat.fi/tilasto/tjt

(49) Ervasti J, Kausto J, Leino-Arjas P, ym. Työkyvyn tuen vaikuttavuus. Tutkimuskatsaus työkyvyn tukitoimien työkyky- ja kustannusvaikutuksista. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:7. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia; 2022. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-131-5

(50) Reho T, Siukola A, Atkins S, ym. Työterveyshuollon suurkuluttajien

karakterisointi ja palvelujen rinnakkaiskäyttö. Raportti Työsuojelurahastolle 31.12.2021. Tampereen yliopisto. Luettu 1.6.2025. https://oma.tsr.fi/api/projects/7c988092-7730-42af-8908-b28038335ba8/attachment/9a8388c2-65a2-4d33-a5c6-1dd91a0419de

(51) Blomgren J, Laaksonen M, Perhoniemi R, ym. Sairauspäivärahakausien tarkistuspisteet. Kuntoutuksen ja työhön paluun toteutuminen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisuja 2023:54. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia; 2023. Luettu 28.5.2025. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-091-2

(52) Lehmuskoski K, Väänänen A, Juvonen-Posti P, ym. Mielenterveyden toimijahahmot. Laadullinen tutkimus nuorista työntekijöistä kuntasektorilla. Kuntoutus 2022;45(4):6–19. https://doi.org/10.37451/kuntoutus.125397

(53) Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen. Työkyvyttömyyseläkehakemusten ja hylkäysosuuksien maakunnalliset erot. Yhteiskuntapolitiikka 2020;85(1):62–72. http://www.urn.fi/URN:NBN:fi-fe202002115167

(54) Karolaakso T. Disability pensions due to mental disorders in Finland. The role of social factors and mental health services. Tampere University Dissertations 955. Tampere University; 2024. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-3292-1

(55) Hakulinen C, Komulainen K, Suokas K, ym. Socioeconomic position at the age of 30 and the later risk of a mental disorder: a nationwide population-based register study. J Epidemiol Commun H 2023;77(5):298–304. doi: 10.1136/jech-2022-219674

(56) Lancman S, Barroso B. Mental health: professional rehabilitation and the return to work – a systematic review. Work 2021;69(2):439–448. doi: 10.3233/WOR-213489

(57) Tuisku K, Vuokko A, Laukkala T, ym. Psykiatrinen työ- ja toimintakykyarvio – miksi, milloin ja miten? Lääket aikak Duodecim 2012;128(2):2251–2259.

(58) Mattila-Holappa P, Selinheimo S, Valtanen E, ym. Työn muokkauksen keinot, kun mielenterveyden häiriö vaikuttaa työkykyyn. Helsinki: Työterveyslaitos; 2018. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-777-4

(59) Visseren FLJ, Mach F, Smulders Y ym. ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2021;42:3227-3337. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484

(60) Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. Lancet 2012,380(9852):1491-1497. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60994-5.

(61) Kivimäki M, Pentti J, Ferrie JE. Work stress and risk of death in men and women with and without cardiometabolic disease: a multicohort study. Lancet Diabetes Endocrinol 2018, 6(9):705-713. doi: 10.1016/S2213-8587(18)30140-2.

(62) Duodecim. Parkinsonin tauti. Käypä hoito -suositus. Julkaistu 28.3.2022. Luettu 2.11.2025. https://www.kaypahoito.fi/hoi50042

(63) Martikainen K, Marttila R. Miten pidentää Parkinsonin tautia sairastavan työuraa. Potilaan Lääk leht 23/2014. https://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/miten-pidentaa-parkinsonin-tautia-sairastavan-tyouraa/

(64) Duodecim. MS-tauti. Käypä hoito -suositus. Julkaistu 21.5.2024. Luettu 2.11.2025. https://www.kaypahoito.fi/hoi36070

(65) Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen M. Mitä hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen jälkeen? Työttömyys-, sairauspäiväraha- ja kuntoutusrahaetuudet sekä uudet eläkepäätökset neljän vuoden seurannassa. Yhteiskuntapolitiikka 2018;83(2):117–131. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201804196717

(66) Laaksonen M, Liukko J, Rantala J. Miksi työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäykset ovat lisääntyneet? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 04/2025. Helsinki: Eläketurvakeskus, 2025.

(67) Perhoniemi R, Sohlman P, Heino S, ym. Työkyvyttömyyseläkkeen hylkäävät päätökset julkisella sektorilla – tutkimus hylkäävän päätöksen 2009–2013 saaneista. Kevan tutkimuksia 2/2015. Helsinki: Keva.

(68) Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, ym. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos; 2006. https://www.julkari.fi/items/88d544ed-d1aa-4e53-987e-ec9d5c7e33e5

(69) Rovasalo A. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 2.6.2025. https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148

(70) Sailas E, Selkama S, Joffe G. Työ tekijänsä kiittää – tuettu työllistyminen osana skitsofreniapotilaiden kuntoutumista. Lääket aikak Duodecim 2007;123(17):2083–2090.

(71) Roelen CAM, Norder G, Koopmans PC, ym. Employees sick-listed with mental disorders: Who returns to work and when? J Occup Rehabil 2012;22(3):409–417. doi: 10.1007/s10926-012-9363-3

(72) Eläketurvakeskus. Suomen työeläkkeensaajat 2023. Eläketurvakeskuksen tilastoja 5/2024. Helsinki: Eläketurvakeskus. Luettu 13.6.2025. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024060443626

(73) Eläketurvakeskus. Työeläkekuntoutus vuonna 2024. Eläketurvakeskuksen tilastoja 04/2025. Helsinki: Eläketurvakeskus. Luettu 13.6.2025. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025050839098

(74) Tela. Terve taas, vai sairas? Tehokkaasti takaisin työelämään. Luettu 21.11.2025. https://www.tela.fi/wp-content/uploads/2025/11/Terve-taas-vai-sairas-Tehokkaasti-takaisin-tyoelamaan-pitka-versio.pdf

(75) Laaksonen M, Rantala J, Liukko J, ym. Company-level determinants of disability retirement: a multilevel study of Finnish private sector workplaces. Eur J Public Health 2019;29(6):1062–1068. doi: 10.1093/eurpub/ckz068

(76) Ala-Kauhaluoma M, Kesä M, Lehikoinen T ym. Osatyökykyisistä osaavaa työvoimaa. Osatyökykyisisten työvoiman kysyntää ja kehittämistä koskeva tutkimus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 42/2017. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, 2017. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/server/api/core/bitstreams/d1092598-17e7-4eb4-ab3b-1ff6aa7be4dd/content

(77) Keyriläinen M, Lappalainen K. Työkykyohjelma 2019–2023. Loppuraportti. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2023:21. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, 2023. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/server/api/core/bitstreams/4d90f089-91e7-4b22-87ee-3b2b76875ca7/content

(78) Oosi O, Kortelainen J, Luomala N ym. Työkykyohjelman arviointi. Ulkoisen arvioinnin loppuraportti. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2023:27. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö; 2023. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/server/api/core/bitstreams/8f35baae-1677-4987-b974-09715863b680/content

(79) Saikku P, Joensuu M, Männistö-Inkinen V ym. ”Täällä ei sanota, että ei kuulu meille”. Työkykyohjelman arviointi- ja seurantatutkimuksen loppuraportti. Raportti 2/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos, 2023. https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/d48de84a-2127-4569-bb58-069a1324f552/content

(80) Rissanen P, Martin M, Jurvansuu S. Henkilöstöjohtajien asenteet ja mielenterveysongelmien vuoksi alentunen työkyvyn tukemisen toimenpiteet suomalaisilla työpaikoilla. Kuntoutus 2021;44(3),21–35.

Auli Airila
VTT, tutkimuspäällikkö
Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma

Tiia Reho
LT, dosentti, työterveyshuollon ja terveydenhuollon erikoislääkäri, asiantuntijalääkäri
Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma

Henri Hautamäki
FM, data-analyytikko
Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma

Riku Louhimo
FT, johtava asiantuntija
Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma