

Työkyvyn tukitoimet ja työhön osallistuminen

SAIRAUSPOISSAOLOJEN OMAILMOITUSKÄYTÄNTÖ, KORVAAVAN
TYÖN MALLI, TYÖKYKYKOORDINAATTORITOIMINTA JA
OSATYÖKYVYTTÖMYYSETUUDET KUNTA-ALALLA

Johanna Kausto
Pauliina Mattila-Holappa
Leena Kaila-Kangas
Tuula Oksanen
Mika Kivimäki
Jenni Ervasti

Työterveyslaitos

Työkyvyn tukitoimet ja työhön osallistuminen

SAIRAUSPOISSAOLOJEN OMAILMOITUSKÄYTÄNTÖ, KORVAAVAN TYÖN
MALLI, TYÖKYKYKOORDINAATTORITOIMINTA JA
OSATYÖKYVYTTÖMYYSETUUDET KUNTA-ALALLA

Johanna Kausto, Pauliina Mattila-Holappa, Leena Kaila-Kangas, Tuula
Oksanen, Mika Kivimäki, Jenni Ervasti

Työterveyslaitos

Helsinki

Työterveyslaitos

Työkyky ja työurat

PL 40

00032 TYÖTERVEYSLAITOS

www.ttl.fi

© 2020 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Julkaisu on toteutettu Työsuojelurahaston ja Kevan tuella.

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain (404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen) mukaisesti kielletty ilman asianmukaista lupaa.

ISBN 978-952-261-904-4 (nid.)

ISBN 978-952-261-905-1 (PDF)

TIIVISTELMÄ

Aktiivinen työkyvyn tuki sisältää tyypillisesti kolme työkyvyn tuen vaihetta: varhainen tuki on työkykyä ylläpitävää toimintaa ja ensimmäisiin työkyvyn heikentymisen merkkeihin puuttumista; tehostettu tuki tarkoittaa vaihetta, jossa työkyky on jo heikentynyt ja tarvitaan useamman toimijan yhteistyötä; sekä työhön paluun tuki, jonka avulla pyritään ennaltaehkäisemään pysyvää työkyvyttömyyttä ja pitkien sairauspoissaolojen uusiutumista. Tässä hankkeessa kartoitettiin milloin ja minkälaisia konkreettisia aktiivisen työkyvyn tuen toimintamalleja kuntatyöpaikoilla on otettu käyttöön. Tavoitteena oli selvittää, kuinka laajasti eri toimintamalleja on hyödynnetty, kuinka ne on huomioitu talouden suunnittelussa, kenelle ne on suunnattu ja kuka vastaa niiden toteuttamisesta ja seurannasta. Lisäksi tavoitteena oli selvittää haastattelujen perusteella valittujen toimenpiteiden eli sairauspoissaolojen oimailmoitusjakson pidentämisen 1–3 päivästä 1–5 päivään, korvaavan työn käyttöönoton ja työkykykoordinaattoritoiminnan yhteyksiä kuntatyöntekijöiden sairauspoissaoloihin. Selvitimme myös osatyökyvyttömyysetuuksien yhteyksiä työhön osallistumiseen ja työmarkkinapolkuihin.

Tutkimukseen osallistui viisi suurta kuntaa ja yksi pienempi kunta. Näistä kunnista haasteltiin 52 työntekijää, jotka toimivat johto- ja esimiestehtävissä, henkilöstöhallinnossa tai työkyvyn tuen toteutukseen liittyvissä tehtävissä. Toimintamallien yhteyksiä työhön osallistumiseen tutkittaessa haastattelutietoja yhdistettiin Työterveyslaitoksen Kuntasektorin henkilöstön seuranta tutkimuksen kysely- ja rekisteritietoihin. Sairauspoissaoloseuranta kattoi enimmillään vuodet 2007–2017.

Aktiivisen työkyvyn tuen kaikki vaiheet (varhainen, tehostettu ja työhön paluun tuki) olivat syksyllä 2018 käytössä kaikissa tutkimuskunnissa. Eri toimijoiden vastuita eri toimintamalleissa pidettiin melko selvinä. Työkyvyn tukitoimiin osoitettuja resursseja piti 40 % haastatelluista riittävinä ja yhtä moni koki ne riittämättömiksi. Varhaisen tuen mallin käyttö kunnissa oli enimmäkseen järjestelmällistä. Useimmissa kunnissa oli siirrytty tai siirtymässä sairauspoissaolojen pidemmän oimailmoitusjakson käyttöön ja korvaavan työn käyttöön. Tehostetun tuen vaiheen toimenpiteistä osasairauspäivärahaa käytettiin kaikissa tutkimuskunnissa ja sen käyttö oli yleistynyt viime vuosina. Työhön paluun tuen toimintamallin käytössä oli eniten vaihtelua, ja esimerkiksi työkykykoordinaattorin tehtävänkuva oli kuntaorganisaatioissa suhteellisen uusi.

Sairauspoissaolot lisääntyivät kaikissa tutkimuskunnissa seuranta-aikana. Sairauspoissaolojen oimailmoitusjakson pidentäminen ei ollut yhteydessä tähän kehitykseen. Korvaavan työn käyttö oli yhteydessä pieneen myönteiseen muutokseen sairauspoissaolopäivien ja -kertojen määrässä verrattuna kuntiin, joissa ei käytetty korvaavaa työtä. Työkykykoordinaattoritoiminta oli yhteydessä sairauspoissaolojen lisääntymiseen, mutta toisaalta myös työkyvyttömyyseläkeriskin pienenemiseen. Työhön osallistuminen väheni

seuranta-aikana sekä osasairauspäivärahaa saaneiden että täyttä sairauspäivärahaa saaneiden joukossa. Osasairauspäiväraaharyhmässä lasku oli kuitenkin pienempi. Osatyökyvyttömyyseläkkeen saajia koskenut selvitys osoitti, että osatyökyvyttömyyseläke todennäköisesti pidensi työuraa, joskin hyvin harva palasi osatyökyvyttömyyseläkkeeltä kokoaikaisesti työhön.

Tutkimus osoitti, että työkyvyn aktiivisen tuen toimintamallin käyttö oli tutkimuskunnissa jo melko vakiintunutta ja että toimintamalliin liittyvät työkyvyn tukitoimet voivat parhaimmillaan vaikuttaa työhön osallistumiseen ja työssä jatkamiseen myönteisesti. Jatkotutkimusta kuitenkin tarvitaan, jotta näistä vaikutuksista voidaan varmistua.

ABSTRACT

Organizational procedures and social insurance benefits that aim to enhance and support work ability are commonly used at workplaces in Finland. In the municipal sector, work ability is supported by “Active support of work ability” practices that consist of three components: early support, intensified support, and support for return to work. Scientific evidence on the effects of these procedures on work participation is limited.

This project aimed to investigate the “Active support of work ability” procedures and practices that have been implemented at workplaces in the municipal sector. We examined the extent to which these practices were used, how they were featured in financial planning, at whom they were targeted, and who were responsible for the implementation and follow up of these procedures. In addition, we examined the associations between various approaches of active support of work ability (i.e., extending self-certification of sickness absence from 1–3 days to 1–5 days, implementing alternate duties, the practice of return-to-work coordinators, and part-time disability pension) and employee work participation. We also examined the trends of work participation among the recipients of partial and full sickness benefits in a national sample of working aged people.

A total of 5 large cities and 1 smaller city participated to this study. We interviewed 52 employees working in management, human resources or with the support of work ability. In studying the effectiveness of the procedures, we linked the data obtained in the interviews with survey and register data through 2017 (Finnish Public Sector study and a national register-based data).

“Active support of work ability” were in use in all participating municipalities in 2018. The areas of responsibility in active support were regarded as clear-cut among interviewees. Resources for active support of work ability were found adequate by 40% of the respondents, although as many found them inadequate. The use of early support was considered mainly systematic. In most municipalities, the length of self-certification period of sickness absence was being extended, and alternate duties were used. Partial disability benefits were increasingly used, as well. The largest variation between municipalities was found in the support at return to work. Job description of rehabilitation coordinators was introduced quite recently in the municipalities.

The annual number of sickness absence days and episodes increased in the participating municipalities during the follow up. Extending the self-certification period of sickness absence did not affect this trend. Municipalities that implemented alternate duties had a more favourable trend in sickness absence than the other municipalities. Municipalities which implemented return-to-work coordinators had higher increase in sickness absence, but lower work disability pension rates than those without such coordinators. Part-time disability pension was associated with prolonged working career of those with

partial working capacity, although very few of those with part-time disability pension returned to full-time work. Work participation decreased during the follow-up both among those who received partial sickness benefit and those who received full sickness benefit. The decrease was smaller in the partial sick leave group.

In conclusion, this study showed that various practices and procedures of active support of work ability have been implemented in many municipalities. Our findings support the concept that active support of work ability can increase work participation and decrease labour market exit. However, further research is needed to confirm these observed associations, and assess the generalizability of our findings across different settings.



SISÄLLYS

| | |
|---|-----------|
| 1 HANKKEEN LÄHTÖKOHTA | 9 |
| 1.1 Työkyvyn varhainen tuki: esimerkkinä sairauspoissaolojen seuranta ja korvaavan työn käyttö | 9 |
| 1.2 Työkyvyn tehostettu tuki: esimerkkinä osa-aikaratkaisut | 11 |
| 1.3 Työhön paluun tuki: esimerkkinä työkykykoordinaattoritoiminta | 12 |
| 1.4 Tutkimuksen tavoite | 12 |
| 2 MENETELMÄT | 13 |
| 2.1 Tutkimusaineisto | 13 |
| 2.2 Analyysit | 15 |
| 2.2.1 Laadullinen aineisto | 15 |
| 2.2.2 Määrällinen aineisto | 15 |
| 3 TULOKSET | 18 |
| 3.1 Aktiivisen työkyvyn tuen toimintamallin käyttö | 18 |
| 3.1.1 Aktiivinen työkyvyn tuki organisaation toimintatapana | 18 |
| 3.1.2 Työkyvyn tukitoimet työpaikkojen arjessa | 20 |
| 3.1.3 Työkyvyn tukitoimien toteutumisen seuranta | 24 |
| 3.2 Aktiivisen työkyvyn tuen toimintamallin yhteydet sairauspoissaoloihin ja työhön osallistumiseen | 25 |
| 3.2.1 Sairauspoissaolojen oimailmoitusjakson pidentäminen | 25 |
| 3.2.2 Korvaavan työn käyttö | 28 |
| 3.2.3 Osasairauspäivärahan käyttö | 31 |
| 3.2.4 Osatyökyvyttömyyseläke | 34 |
| 3.2.5 Työkykykoordinaattoritoiminta | 37 |
| 4 YHTEENVETO | 40 |
| 4.1 Tulosten tarkastelua | 40 |
| 4.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet | 42 |
| 4.3 Johtopäätökset | 42 |



| | |
|-------------------------|-----------|
| 5 TAULUKOT | 43 |
| 6 KUVAT | 44 |
| LÄHTEET | 45 |
| LIITE 1 | 49 |



1 HANKKEEN LÄHTÖKOHTA

Noin puolella Suomen työikäisistä on jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma ja heistä noin viidesosaosa kokee sen vaikuttavan työmahdollisuuksiin (Taskinen 2012). Osatyökykyisillä on jäljellä työkykyä, mutta heidän on havaittu joutuvan muita useammin työkyvyttömyyseläkkeelle tai muuten työelämän ulkopuolelle (ILO 2002; Loo 2004; Yelin 2004; Vuorento & Terävä 2014).

Työkyvyn tukitoimilla tarkoitetaan menetelmiä tai toimintatapoja, joilla pyritään ennaltaehkäisemään työkyvyttömyyttä, vähentämään pitkittyvän ja pysyvän työkyvyttömyyden uhkaa sekä edistämään työhön paluuta. Osatyökykyisten työssä jatkamista pyritään tukemaan yhteiskunnan taholta monin tavoin ja tukitoimia on suunnattu sekä työpaikoille että yksilöille. Tällaisia tukitoimia ovat esimerkiksi työterveyshuollon kustannusten KELA-korvattavuus, osatyökyvyttömyysetuudet, ammatillinen kuntoutus, sairauspoissaolojen seurantakäytännöt, työn muokkaus ja työkykykoordinaattoritoiminta. Työnantajien välillä on vaihtelua sekä työkyvyttömyyden seurannassa että työkyvyn tuen ja toimintamallien käytössä (Vuorento & Terävä 2014; Pekkarinen & Pekka 2015).

Kunta-alalla on laajalti käytössä *aktiivisen työkyvyn tuen toimintatapa*, joka on tarkoitettu esimiehen, työntekijän ja työyhteisön välineeksi sujuvan työn ja työkyvyn säilymisen varmistamiseksi. Se koostuu *työkyvyn varhaisesta tuesta, tehostetusta tuesta ja työhön paluun tuesta* (Keva 2019). Vuonna 2011 voimaan tullut sairausvakuutuslain muutos ohjasi työnantaja laatimaan työkyvyn aktiivisen tuen toimintamallin. Kun malli on toiminnassa, työnantaja saa korotetun 60 % korvauksen työterveyshuollon lakisääteisistä palveluista. Muutoin korvaus on 50 %. Lakiuudistus edellytti, että työnantaja, työntekijät ja työterveyshuolto sopivat yhdessä työpaikalla ja työterveyshuollossa noudatettavista aktiivisen tuen käytännöistä (Työturvallisuuskeskus 2011).

Työkyvyn tukitoimien yhteyttä sairauspoissaoloihin ja työhön osallistumiseen on tutkittu verrattain vähän.

1.1 Työkyvyn varhainen tuki: esimerkkinä sairauspoissaolojen seuranta ja korvaavan työn käyttö

Työkyvyn varhaisen tuen tavoitteena on varmistaa työn sujuminen ja tuloksellisuus työpaikalla ja ennaltaehkäistä pitkäaikaisia työkykyongelmia. Varhainen tuki on osa esimiehen päivittäistä työtä (Keva 2019). Sairauspoissaolojen seuranta ja sairauspoissaolojen ilmoituskäytännöt ovat tärkeä osa työkyvyn varhaista tukea. Työterveyshuoltolakiin tehtiin vuonna 2012 muutoksia koskien sairauspoissaolojen seuranta. Nämä muutokset



tunnetaan käytännötoimijoiden kesken nimellä 30-60-90-sääntö. Säännön tavoitteena on tiivistää työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistyötä työkyvyn seurannassa silloin, kun sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys uhkaavat pitkittyä. Halonen ym. (2016, 2018) selvittivät tämän lakimuutoksen yhteyttä työhön paluuseen ja työhön osallistumiseen. Tulosten mukaan uusi käytäntö nopeutti työhön paluuta ja lisäsi työn osallistumista. Näissä analyyseissa ei kuitenkaan välttämättä kyetty huomioimaan riittävästi muita ajassa tapahtuneita muutoksia eikä myöskään saatavissa ollut tietoa toimenpiteiden toteutumisesta (Leinonen ym. 2020; Viikari-Juntura ym. 2017b).

Sairauspoissaolojen seurannan lisäksi työterveyshuoltolaki edellyttää, että työpaikoilla sovitaan sairauspoissaolokäytännöistä osana työkyvyn tukea. Useimmilla kuntatyönantajilla on pitkään ollut käytäntö, jossa työntekijä voi omalla ilmoituksellaan olla sairauden vuoksi pois työstään 1–3 päivää (ns. omailmoituskäytäntö). Osassa kunnista sairauspoissaolo voi jatkua omalla ilmoituksella 5 päivää. Tällöin työnantaja ei edellytä lääkärin todistusta työkyvyttömyydestä, vaan työntekijä ilmoittaa sairastumisestaan esimiehelleen. Omailmoituskäytäntö on yleistynyt Suomessa etenkin kuntatyöpaikoilla, mutta täsmällistä tietoa siitä kuinka paljon sitä käytetään ei ole (Toikkanen 2018). Omailmoituskäytännön siirtymisen tai sen muutosten vaikutuksista sairauspoissaolojen määrään tai kestoon on hyvin vähän tutkimustietoa. Oletuksena kuitenkin on, että omailmoituskäytäntö vähentää sairauspoissaolopäiviä ja vapauttaa työterveyshuollon resursseja (Pesonen ym. 2016).

Sairauspoissaolojen omailmoituskäytäntöjä koskevassa systemaattisessa kansainvälisessä kirjallisuuskatsauksessa löydettiin viisi alkuperäistutkimusta, joiden tulokset eivät olleet yhteneväisiä (Kausto ym. 2019). Ruotsalaisen tutkimuksen tulokset (Hesseliuss ym. 2005, 2013) viittasivat siihen, että omailmoitusjakson pidentäminen viikosta kahteen viikkoon pidensi sairauspoissaolojen keskimääräistä pituutta jonkin verran, mutta ei vaikuttanut sairauspoissaolokertojen lukumäärään. Norjalaisen tutkimuksen (Torsvik & Vaage 2014) tulos puolestaan oli, että omailmoitusjakson pidentäminen peräti yhteen vuoteen ei vaikuttanut sairauspoissaolojen kestoon tai määrään. Kaikkiaan tulosten varmuutta ei voitu pitää hyvänä tutkimusten puutteellisen laadun vuoksi (Kausto ym. 2019).

Korvaava työ (josta käytetään myös nimitystä muokattu työ, tuunattu työ, kevennetty työ tai räätälöity työ) on vaihtoehto sairauspoissaololle silloin, kun työntekijä ei pysty sairauden, vian tai vamman vuoksi työskentelemään omissa työtehtävissään, mutta voi toipumisen vaarantumatta työskennellä korvaavassa työssä. Korvaava työ voi käsittää omaa työtä muokattuna tai muita tehtäviä samalla työnantajalla. Lainsäädännössä ei säädetä korvaavasta työstä, eikä siitä ole sovittu kunta-alan yleisessä työ- ja virkaehtosopimuksessa. Kunnat eroavat siinä kuinka korvaava työ on suunniteltu ja otettu käyttöön. Yleisenä periaatteena on, että työterveyshuolto arvioi sairauspoissaolotarpeen arvioinnin yhteydessä mahdollisuuden korvaavaan työhön. Työnantajan vastuulla on päättää siitä,

minkälaisia työtehtäviä korvaavaa työtä tekeväälle osoitetaan huomioiden työsopimuksessa sovitut työtehtävät. Korvaavan työn käsitettä käytetään myös menettelystä, jossa työntekijä ja työnantaja sopivat terveydentilaan liittyvästä, lyhytaikaisesta tehtävänkuvan muutoksesta ilman työterveyshuoltokäyntiä. Yleisenä periaatteena pidetään sitä, että mitä vähemmän ja mitä lyhemmän aikaa sairaus heikentää työkykyä, sitä parempi vaihtoehto korvaava työ on (Pekkarinen & Haapakoski 2017).

1.2 Työkyvyn tehostettu tuki: esimerkkinä osa-aikaratkaisut

Tehostettu työkyvyn tuki on tarpeen silloin, kun työpaikan omat voimavarat eivät riitä varmistamaan työntekijän työssä jaksamista ja työssä pysymistä. Tällöin ratkaisuja voidaan etsiä verkostoyhteistyön avulla. Usein verkostoyhteistyö tapahtuu työterveysneuvotteluissa työntekijän, esimiehen ja työterveyshuollon edustajien välillä (Keva 2019). Eri-laiset osa-aikaratkaisut, joissa yleensä yhdistetään osa-aikatyö osittaiseen sairausvakuutusetuuteen (osasairauspäiväraha, osakuntoutustuki ja osatyökyvyttömyyseläke) voivat tukea työkykyä ja olla osa tehostetun tuen vaihetta.

Osasairauspäiväraha otettiin Suomessa käyttöön vuonna 2007. Osasairauspäiväraha ja sairauspäiväraha ovat Suomessa kaksi erillistä etuutta, jotka kerryttävät Kelan sairauspäivärahan maksupäiviä erikseen. Alkuvaiheessa osasairauspäivärahan myöntämisen edellytyksenä oli, että osasairauspäivärahakautta edelsi välittömästi vähintään 60 päivän pituinen yhtäjaksoinen täyden sairauspäivärahan kausi. Vuodesta 2010 alkaen osasairauspäivärahan käyttö on ollut mahdollista ensimmäisenä sairauspäivärahapäivänä eli heti 1+ 9 työnantajan omavastuupäivän jälkeen. Osasairauspäivärahan käyttö on aina työntekijälle vapaaehtoista ja se edellyttää, että esimies arvioi osasairauspäivärahan käyttöön liittyvät työjärjestelyt mahdollisiksi toteuttaa työpaikalla. Suomessa osasairauspäivärahan käytön on todettu tukevan työhön paluuta ja työssä jatkamista (Kausto ym. 2012, 2014; Viikari-Juntura ym. 2012, 2017a).

Työntekijän on mahdollista hakea osatyökyvyttömyyseläkettä, jos osittainen työkyvyttömyys jatkuu pidempään. Osatyökyvyttömyyseläkkeellä työtulo saa olla enintään 60 % työkyvyttömyyttä edeltäneistä ansioista, mutta työssäkäyntiä ei edellytetä (Keva 2020a). Osatyökyvyttömyyseläke on Suomessa käytössä etenkin julkisella sektorilla (Keva 2017). Kunnallisen alan työntekijöiden joukossa osatyökyvyttömyyseläkkeet ovat yleistyneet taasisesti. Myönnetyistä työkyvyttömyyseläkkeistä noin puolet on osatyökyvyttömyyseläkkeitä (Keva 2020b).

1.3 Työhön paluun tuki: esimerkkinä työkykykoordinaattoritoiminta

Työhön paluun tuen tavoitteena on mm. lyhentää sairauspoissaolojen kestoa ja ehkäistä niiden uusiutumista sekä pysyvää työkyvyttömyyttä. Työhön paluun tuessa on keskeisessä roolissa töihin palaavan työntekijän esimies (Keva 2019). Myös työkykykoordinaattori voi edistää työhön paluun sujumista. Työkykykoordinaattorin työtä on pidetty merkittävänä osatyökyisten työssä jatkamista tukevien ratkaisujen mahdollistajana (Vuorento & Terävä 2014).

Työkykykoordinaattorin tehtävänä on etsiä eri keinoista ja palveluista osatyökyiselle työntekijälle soveltuvat työssä jatkamisen vaihtoehdot, arvioida ja seurata osatyökyisen työntekijän työhön sijoittumista ja vastata siitä, että tehdyt suunnitelmat toteutuvat. Työkykykoordinaattori vahvistaa osatyökyisen motivaatiota ja omatoimisuutta ja antaa apua kriittisissä siirtymävaiheissa. Työkykykoordinaattoritoiminnasta on arveltu olevan hyötyä myös organisaatioille. Työkykykoordinaattori tukee esimiehiä ja työyhteisöjä työkykyä ja työssä jatkamista tukevassa toiminnassa ja pyrkii löytämään oikeat ratkaisut myös työyhteisön ja koko organisaation kannalta (Nevala & Vuorento 2015). Työkykykoordinaattorin tehtäväkuva on kuntaorganisaatioissa melko uusi. Eri organisaatioissa työkykykoordinaattorin toimenkuvat ovat vaihdelleet paljon ja tehtävien ja roolin selkiyttäminen onkin nähty tarpeelliseksi (Hemmi-Lehtola 2017).

Vuonna 2015 alle 20 %:ssa kuntaorganisaatiosta toimi työkykykoordinaattori tai vastaava. Työkykykoordinaattoreita toimi yleisimmin suurissa kuntaorganisaatioissa, tosin niistäkin vain joka toisessa (Pekkarinen & Pekka 2015). Tähän tutkimukseen osallistuneista kunnista työkykykoordinaattoritoimintaa oli kaikissa kunnissa yhtä lukuun ottamatta.

1.4 Tutkimuksen tavoite

Tutkimushankkeen tavoitteena oli kuvata milloin ja millaisia aktiivisen työkyvyn tuen toimintamalleja kuntatyöpaikoilla on otettu käyttöön. Haluttiin myös selvittää, paljonko eri toimintamalleja on hyödynnetty, miten ne on huomioitu talouden suunnittelussa, kenelle ne on suunnattu, sekä kuka on vastuussa niiden toteuttamisesta ja seurannasta.

Lisäksi valitsimme haastattelujen pohjalta muutaman konkreettisen työkyvyn tuen toimenpiteen, joiden yhteyksiä sairauspoissaoloihin ja työhön osallistumiseen tutkittiin. Näitä olivat: sairauspoissaolojen omailmoitusjakson pidentäminen 1–3 päivästä 1–5 päivään, korvaavan työn käyttöönotto, työkykykoordinaattoritoiminta ja osatyökyvyttömyysetuuksien käyttö.

2 MENETELMÄT

Tutkimushanke oli monimenetelmäinen. Ensivaiheessa haastateltiin kuntien edustajia työkyvyn tuen toimintamalleihin liittyen. Haastattelu sisälsi sekä strukturoitua että avoimia kysymyksiä (Liite 1). Kunkin kunnan ja kunnan toimialan työkyvyn tuen käytännöistä saatu laadullinen tieto koodattiin numeeriseksi tiedoksi ja yhdistettiin rekisteriaineistoihin. Näin muodostettiin tutkimusasetelmia valittujen työkyvyn tukitoimien ja sairauspoissaolojen sekä työhön osallistumisen yhteyksien tutkimiseen. Valitut työkyvyn tuen toimenpiteet, eli osatutkimusten interventiot olivat:

- 1) sairauspoissaolojen omailmoitusjakson pidentäminen 1–3 päivästä 1–5 päivään,
- 2) korvaavan työn toimintamallin käyttöönotto lyhytkestoisessa osatyökykyisyydessä,
- 3) osasairauspäivärahan käyttö,
- 4) osatyökyvyttömyyseläke ja
- 5) työkykykoordinaattoritoiminta.

Kriteerinä valinnoille oli, että näille työkyvyn tukitoimille oli saatavissa käyttöönottoaika kunta- tai toimialatasolla ja että löytyi kuntia tai toimialoja, joissa kyseinen toimenpide (interventio) oli tehty sekä sellaisia, joissa tukitoimi ei ollut käytössä (kontrollit). Valittujen tukitoimien osuvuutta punnittiin yhteistyössä laajemmassa tutkimusryhmässä, johon osallistui myös Kevan edustaja.

2.1 Tutkimusaineisto

Hankkeessa olivat mukana viisi suurta kuntaa ja yksi pienempi kunta. Nämä kunnat osallistuvat Työterveyslaitoksen Kunta10-tutkimukseen (<https://www.ttl.fi/tutkimushanke/kunta10-tutkimus/>). Yksittäisten kuntien osalta raportoidaan ainoastaan työkyvyn tuen 'parhaita käytäntöjä' (luku 3.1), muutoin tuloksissa ei eritellä osallistuneita kuntia.

Tutkimushaastattelut tehtiin vuonna 2018 viikoilla 34–50. Kuntien yhteyshenkilöitä pyydettiin valitsemaan haastateltaviksi henkilöitä, joilla oli tietoa ja/tai käytännön kokemusta työkyvyn tukitoimien toimeenpanosta ja toteutuksesta. Työnantajan edustajat tekivät siis ehdotukset haastateltavista, joilta kysyttiin suostumusta haastatteluun. Haastatteluja tehtiin yhteensä 50. Lisäksi mukana on 2 henkilöä, joilta kysyttiin tarkennuksia ja lisätietoja haastattelukysymyksistä sähköpostitse. Strukturoidun haastattelun kysymykset esitetään liitteessä 1.

Haastateltujen ammattinimikkeet on esitetty Taulukossa 1. Ammattinimikkeet luokiteltiin kolmeen ryhmään seuraavasti:

1. Johtotehtävät: ('TTH, johtaja/päällikkö', 'Kunnanjohto, hallinto-/henkilöstöpäällikkö', 'Toimialajohto' ja 'Työhyvinvointipäällikkö/työsuojelupäällikkö') 39 % (n=20)
2. Kehitys-, suunnittelu- ja asiantuntijatehtävät: ('Kunnanjohtoon suunnittelutehtävät, henkilöstösuunnittelija, henkilöstöasiantuntija' ja 'Työhyvinvointiasiantuntija/ -konsultti, työsuojeluvaltuutettu') 27 % (n=14)
3. Työkyvyn tuen toteutukseen liittyvät tehtävät: ('TTH, työterveyslääkäri', 'TTH, työterveyshoitaja', 'osastonhoitaja', 'kuntoutussihteeri, uudelleensijoitusasiantuntija, työkykykoordinaattori') 35 % (n=18).

Taulukko 1. Haastateltavat ammattinimikkeen tai tehtävän mukaan (n=52).

| Ammattinimike/tehtävä | lkm. | % |
|---|-------------|------------|
| TTH, johtaja/päällikkö | 4 | 8 |
| TTH, lääkäri | 6 | 12 |
| TTH, hoitaja/ osastonhoitaja | 6 | 12 |
| Kunnanjohto, hallinto- /henkilöstöpäällikkö | 5 | 10 |
| Kunnanjohto, henkilöstöhallinnon suunnittelu- ja asiantuntijatehtävät | 10 | 19 |
| Toimialajohto | 2 | 3 |
| Työhyvinvointipäällikkö/ työsuojelupäällikkö | 9 | 17 |
| Työhyvinvointiasiantuntija/ -konsultti/ työsuojeluvaltuutettu | 4 | 7 |
| Kuntoutussihteeri/uudelleensijoitusasiantuntija/työkykykoordinaattori | 6 | 12 |
| Yhteensä | 52 | 100 |

Lisätietoja kaupunkien työkyvyn tukitoimista saatiin verkosta löytyvistä raporteista ja opinnäytetöistä.

Tutkittaessa työkyvyn tukitoimien yhteyksiä sairauspoissaoloihin ja työhön osallistumiseen toimintamalleista haastatteluun saatu tieto yhdistettiin kysely- ja rekisteritietoihin. Kunta10-aineistoa hyödynnettiin kaikissa muissa osatutkimuksissa lukuun ottamatta



osasairauspäivärahatutkimusta, jossa käytimme Työkyvyn tila Suomessa -rekisteriseuranta-aineistoa. Kunta 10-aineisto on osa Työterveyslaitoksen Kuntasektorin henkilöstön seurantatutkimusta (Työterveyslaitos 2020a). Kyseessä on laaja kunta-alan henkilöstön työelämän ja terveyden muutoksia selvittävä tutkimus, joka kattaa lähes 30 % kunta-alan henkilöstöstä. Aineisto koostuu säännöllisesti kerättävästä työhyvinvointikyselystä ja siihen yhdistetyistä työnantajien ja kansallisten rekisterien tiedoista. Osatyökyvyttömyyseläkkeen saajien eläkesiirtymiä koskevassa osatutkimuksessa hyödynnettiin Kunta 10-aineiston lisäksi Sairaalahenkilöstön hyvinvointitutkimuksen (Työterveyslaitos 2020b) aineistoa. Sairaalahenkilöstön hyvinvointitutkimuksessa seurataan viiden sairaanhoitopiirin työntekijöiden hyvinvointia.

Työkyvyn tila Suomessa-aineisto (Työterveyslaitos 2020c) perustuu väestötökseen (90 % satunnaisotos) Suomessa vakituisesti asuvista henkilöistä, jotka olivat 31.12.2010 iältään 18–68-vuotiaita. Lisäksi vuosina 2011–2015 täysi-ikäisiksi tulleista (18 vuotta täyttäneistä) henkilöistä tai näinä vuosina maahan muuttaneista 18 vuotta täyttäneistä henkilöistä poimittiin 90 % satunnaisotos. Aineiston muodostavat otosta koskevat eri rekisteripitäjien rekistereistä poimitut tiedot. Näitä rekistereitä olivat mm. Eläketurvakeskuksen eläke- ja ansaintarekisterit, THL:n toimeentulotuki-, syntymä-, syöpä- ja hoitoilmoitusrekisterit, Työterveyslaitoksen työperäisten sairauksien rekisteri, Tilastokeskuksen väestö-, kuolemansyy-, tutkinto-, ammatti- ja muuttoliikerekisteri sekä FLEED työntekijä-työnantaja-aineisto.

2.2 Analyysit

2.2.1 Laadullinen aineisto

Laadullinen strukturoitu haastatteluaineisto koodattiin määrälliseksi aineistoksi. Aineistoa kuvataan frekvenssijakaumilla ja keskiarvo- ja -hajontaluvuilla. Haastattelurunko on liitteessä 1.

2.2.2 Määrällinen aineisto

Sairauspoissaolojen omailmoitusjakson pidentämisen ja korvaavan työn käytön yhteyttä sairauspoissaoloihin selvitettiin analysoimalla ns. luonnollisessa koeasetelmassa koe- (interventio)ryhmien ja näiden kontrolliryhmien sisäisen (ennen-jälkeen) muutoksen erotusta (ns. difference-in-differences- (DID-) analyysi). Omailmoituskäytäntöjä koskevassa osatutkimuksessa koeryhmän muodostivat omailmoitusjakson pidentämisen vuonna



2015 toteuttaneet kaksi kuntaa sekä yhden kunnan sosiaaliala ja terveystoimi. Kontrolliryhmän muodostivat neljän kunnan henkilöstö, joilla oli käytössä 1–3 päivän omailmoitusjakso koko tutkimusajan. Korvaavan työn käyttöä koskevassa analyysissä koeryhmät koostuivat kahdesta kunnasta, jossa korvaava työ oli otettu käyttöön vuosina 2014 ja 2016 ja kontrolliryhmät puolestaan kunnista, joissa tätä työkyvyn tukitoimea ei ollut käytössä. Sairauspoissaolotiedot poimittiin kummassakin analyysissä rekistereistä kahden vuoden ajalta ennen ja jälkeen intervention (intervention toteuttamisvuodelta ei poimittu tietoja sairauspoissaoloista).

DID-analyysin oletetaan kontrolloivan tutkittaviin yhteyksiin vaikuttavat ei mitattavat, yksilötason tekijät ja koe- ja kontrolliryhmiin vaikuttavat yhteiset yleiset trendit. Oletuksena kuitenkin on, että vastemuuttujien trendit ovat tutkituissa ryhmissä samankaltaiset ennen interventiota ja että interventioon liittymättömät (intervention aikaiset tai sen jälkeen tapahtuneet) tapahtumat vaikuttavat koe- ja kontrolliryhmään samalla tavalla (Craig ym. 2012; Dimick ym. 2014).

Analyysissä käytettiin GEE (generalized estimation equation)-mallinnusta (vaihdettavalla korrelaatorakenteella), joka ottaa huomioon havaintojen mahdollisen keskinäisen riippuvuuden. Malleissa vakioitiin sukupuoli, ikä, ammattiryhmä sekä työsuhteen luonne. Malleihin lisättiin tutkimusryhmän ja ajan väliset yhdysvaikutustermit. Vastemuuttujien keskiarvojen trendien yhdensuuntaisuutta testattiin lisäämällä malleihin yhdysvaikutustermi (aika ennen interventiota \times ryhmä) (Dimick ym. 2014).

Omailmoituskäytäntöä koskevissa sensitiivisyysanalyysissä huomioitiin lisäksi tutkittavien pitkäaikaissairaudet sekä terveyskäyttäytymiseen liittyviä tekijöitä. Analyysit myös rajattiin niihin tutkittaviin, joilla oli vuonna 2013 eniten enintään 10 päivää kestäneitä sairauspoissaolokertoja (jakauman ylin kvartiili). Analyysit tehtiin myös erikseen naisille ja miehille, eri ammattiryhmille, nuorten (< 30-vuotiaiden) naisten ryhmässä sekä niin, että tulosmuuttujina olivat enintään kolme tai viisi päivää kestäneet sairauspoissaolot.

Osasairauspäivärahan käyttöä koskevassa osatutkimuksessa aineistosta poimittiin koeryhmään henkilöt, joilla oli ollut ensimmäinen yli 30 päivää kestänyt osasairauspäiväraha-kausikausi vuonna 2011 ($n=3600$). Sairauspäiväraha-ryhmän muodostivat henkilöt, jolla oli vuonna 2011 ollut yli 30 päivää kestänyt kokoaikainen sairauspoissaolo ($n=57803$). Kummassakaan tutkimusryhmässä tutkittavilla ei saanut olla aikaisempia osasairauspäiväraha-kausia eikä työttömyysjaksoja vuonna 2011. Tutkittavien kokoaikaisia sairauspoissaoloja ja kuntoutustukien käyttöä seurattiin 9 vuoden ajan ennen ja jälkeen etuuden myöntämisen vuosina 2007–2015. Työttömyyden kehitystä seurattiin osasairauspäiväraha-kauden jälkeen vuosina 2012–2015.

Työhön osallistumista mitattiin osasairauspäivärahan käyttöä koskevassa tutkimuksessa kolmen tulosmuuttujan avulla: 1) täydet sairauspäivärahapäivät, 2) kuntoutustukipäivät ja

3) työttömyyspäivät. Tutkittavien taustatiedot (ikä, sukupuoli sekä koulutus) poimittiin vuodelta 2011. Tutkimusryhmiä vertailtiin taustatietojen lisäksi kuolleisuuden, vanhuuseläkkeelle siirtymisen sekä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen suhteen (tiedot poimittiin vuosilta 2012–2015). Tulosmuuttujien vakioimattomien ja vakioitujen keskiarvojen aikasarjat muodostettiin kummallekin tutkimusryhmälle ajanjaksoille 2007–2010 ja 2012–2015. GEE-malleissa vakioitiin tutkittavien taustatiedot ja malleihin lisättiin tutkimusryhmän ja ajan väliset yhdysvaikutustermit. Aikasarjojen yhdensuuntaisuutta testattiin suhteellisten riskien (RR) avulla. Sensitiivisyysanalyysissä huomioitiin tutkittavien työttömyys ajanjaksojen 2007–2010 ja 2012–2015 aikana (tarkemmin Ervasti ym. 2020).

Osatyökyvyttömyyseläkkeellä olevien työmarkkina- ja eläkepolkuja kuvattiin ns. trace plot-kuvan avulla. Tarkoituksena oli mitata eläkesiirtymien samankaltaisuutta ja sijoittaa yksilöiden eläkesiirtymät kuvaajaan. Kuvan piirtämiseen ja siihen liittyvään datan käsittelyyn käytettiin R-ohjelman haven-, reshape2-, ggplot2- kirjastoja. Eläkesiirtymiin yhteydessä olevia tekijöitä tutkittiin multinomiaalisella logistisella regressioanalyysillä, jossa off-set-muuttujana oli seuranta-ajan logaritmi. Näin voitiin huomioida yksilöiden eripituiset seuranta-ajat. Kyselyaineiston toistomittausanalyysissä käytettiin yleistettyjä lineaarisia malleja (generalized linear models, SAS proc GENMOD) ja log-binomial -jakaumaa, joka tuotti esiintyvyyssuhteet (PR, Prevalence Ratio) ja niiden 95 % luottamusvälit. Aika oli huomioitu niin, että kyselyn ajankohta oli kovariaattina. Muina sekoittavina tekijöinä huomioitiin ikä, sukupuoli, ammattiasema ja työaikaamuoto (tarkemmin Ervasti ym. 2019).

Työkykykoordinaattoritoimintaa koskevassa osatutkimuksessa verrattiin sairauspoissaolojen riskitiheyssuhdetta (kolme vuotta ennen interventiota ja kolme vuotta intervention jälkeen (interventiovuosi jätettiin pois analyysistä)) koe- ja kontrolliryhmän välillä, erikseen kaikkien työntekijöiden ja osatyökykyisten työntekijöiden joukossa (GEE-mallinnus). Työkyvyttömyyseläkkeellesiirtymisen riskitiheyssuhde (HR, 95 % luottamusväli) koe- ja kontrolliryhmän välillä saatiin elinaikamalleista (Coxin regressiomalli), joissa tutkittavia seurattiin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen, vanhuuseläkkeelle siirtymiseen, kuolemaan tai seuranta-ajan päättymiseen asti. Kaikissa analyysissä vakioitiin tutkittavien sukupuoli, ikä, ammattiryhmä, psyykinen kuormittuneisuus, aikaisemmat sairauspoissaolot (yli 30 päivää), tupakointi, alkoholinkäyttö, painoindeksi ja liikunta.

Aineiston tilastollisessa analysoinnissa käytettiin SAS tilasto-ohjelmiston versiota 9.4 (SAS Institute, Cary, NC).

3 TULOKSET

3.1 Aktiivisen työkyvyn tuen toimintamallin käyttö

3.1.1 Aktiivinen työkyvyn tuki organisaation toimintatapana

Aktiivisen työkyvyn tuen toimintatapa oli käytössä kaikissa tutkimuskunnissa syksyllä 2018 niin, että toimintatavan kaikki osa-alueet; varhainen tuki, tehostettu tuki ja työhön paluun tuki sisältyivät toimintatapaan. Lähes kaikkialla toimintatapa oli mallinnettu (tehty prosessikuvaus) ja kuvattu kirjallisesti. Aktiivisen työkyvyn tuen toimintatapa oli kaikissa tutkimuskunnissa kehitetty laaja-alaisella yhteistyöllä, jossa olivat mukana ylin johto, henkilöstöhallinto ja työterveyshuolto. Usein mukana olivat myös lähiesimies- tai keskijohtotaso sekä henkilöstön edustajina esim. pääluottamusmies. Muutamassa kunnassa oli hyödynnetty kunnan ulkopuolisia asiantuntijoita (ulkopuolinen konsulttiyhtiö, Työterveyslaitos ja Keva).

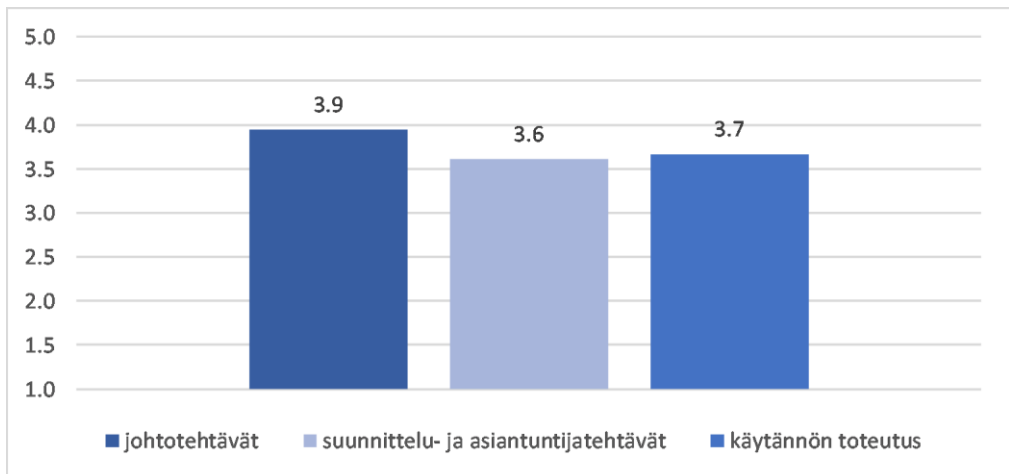
Roolit ja vastuut

Haastateltavia pyydettiin arvioimaan eri toimijoiden roolien ja vastuiden selkeyttä aktiivisen työkyvyn toimintatavassa asteikolla 1 (täysin epäselvät) – 5 (täysin selkeät). Roolit ja vastuut olivat pääosin melko selkeät: vastausten keskiarvo oli 3,75 (hajonta 0,87). Arviot vastuiden ja roolien selkeydestä eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi vastaajan ammattiryhmän mukaan, joskin johtotehtävissä olevat arvioivat roolien ja vastuiden selkeyden hiukan muita myönteisemmin (**Kuva 1**).

Tapaus Turku

Vastuiden selkiyttämiseksi Turussa oli laadittu vastuumatriisi, jossa kuvataan yksityiskohtaisesti työntekijän, esimiehen, johdon, työterveyshuollon, henkilöstöhallinnon, uudelleensijoitusverkoston ja Kevan vastuut työkyvyn (työkyvyttömyyden keston) mukaan.

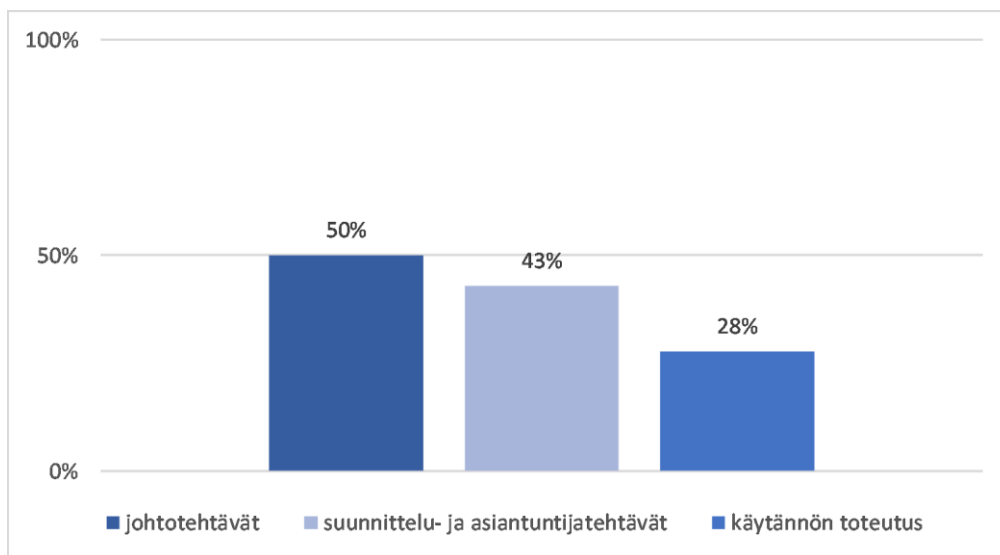
Uudelleensijoitusverkosto organisoii työkyvyn tukitoimia (erityisesti tehostettu tuki) ja siinä oli edustus kaikilta toimialoilta. Sen toiminta koettiin tehokkaaksi ja hyväksi.



Kuva 1. Eri toimijoiden roolien ja vastuiden selkeys aktiivisen työkyvyn tuen toimintatavassa ammattiluokan mukaan. Keskiarvo (asteikko 1–5).

Resursointi

Haastateltavilta kysyttiin: "Onko työkyvyn tuen toimintamallien käyttö mielestäsi riittävästi resursoitu (budjetti, henkilöstö)?" Vastausvaihtoehdot olivat 1 = resursointi on täysin riittävää, 2 = resursointi on lähes riittävää, 3 = resursointi ei ole riittävää omassa organisaatiossa, 4 = resursointi ei ole riittävää työterveyshuollossa, 5 = en osaa/halua arvioida, 6 = muu vastaus. Noin 40 % vastaajista koki, että työkyvyn tukitoimien toteuttamiseen varatut resurssit (talous, henkilöstö) olivat lähes tai täysin riittävät. Toisaalta toinen 40 % koki, ettei resursointi ollut riittävää. Haastatteluissa mainittiin eroja resursseissa toimialojen välillä. Esimiesten kiire ja aikapaineet, eli riittämättömät esimiestyön resurssit aiheuttivat sen, ettei työkyvyn tukitoimia tehty tai seurattu mallin edellyttämällä tavalla. Vain muutama vastaaja oli tyytymätön työterveyshuollon työkyvyn tuen resursointiin. Ammattiryhmien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Johtotehtävissä olevien arviot olivat hivenen myönteisempiä kuin työkyvyn tuen toteutukseen osallistuneiden (**Kuva 2.**)



Kuva 2. Niiden vastaajien osuus, joiden mielestä resursointi työkyvyn tuen toimintamallien toteutukseen on lähes tai täysin riittävä ammattiryhmän mukaan.

3.1.2 Työkyvyn tukitoimet työpaikkojen arjessa

Varhainen tuki

Varhaisen työkyvyn tuen käytännöt olivat tuttuja kaikissa tutkimuskunnissa. Työyksikön lähiesimiehen koettiin pääosin vastaavan varhaisesta tuesta, mutta pelastustoimen edustajat nimesivät yksiköiden päälliköt varhaisen tuen vastuuhenkilöiksi. Vastuuta varhaisen tuen mallin seurannasta oli myös henkilöstöhallinnolla ja osin työterveyshuolloilla.

Varhaisen tuen mallin käyttö kunnissa oli enimmäkseen järjestelmällistä, mutta myös toimialoittaisia eroja raportoitiin. Toimialoilla, joilla työ oli fyysisesti kuormittavaa ja varhaisen tuen tarvetta oli paljon, mallia käytettiin järjestelmällisesti. Asiantuntijatyössä käyttö oli satunnaisempaa tai mallia ei koettu niin tarpeelliseksi. Esimiesten kiirettä ja vaihtuvuutta pidettiin varhaisen tuen mallin käytön ja seurannan riskitekijöinä. Kaikissa kunnissa esimiehiä oli koulutettu varhaisen tuen mallin käyttöön ja suurimmassa osassa kuntia se kuului kaikkien esimiesten yleiseen koulutukseen (usein käytössä oli ns. Esimiespassi). Useimmissa kunnissa intranetistä löytyi paljon tietoa varhaisen tuen mallista. Tiedon levityskanavana mainittiin myös esimiesinfot, henkilöstölehdet, uutiskirjeet, oppaat sekä työterveyshuollon ja työkyvyn tuen käytännön toimijoiden työpaikkakäynnit.



Sairauspoissaolojen seuranta oli osa varhaista tukea ja työkyvyn hallinnan kokonaisuutta. Kaikissa kunnissa sairauspoissaoloja seurattiin ja varhaiseen puuttumiseen oli sovittu toimintamalli. Kunta-alalla on pitkään ollut käytäntö, jonka mukaan omalla ilmoituksella esimiehelle (esimiehen luvalla) saa olla pois työstä 1–3 päivää ilman lääkärintodistusta. Nyt useat kunnat olivat siirtyneet tai siirtymässä siihen, että esimiehen luvalla sairauspoissaolo voi kestää enimmillään 5 päivää.

Sairauspoissaoloja seurattiin useissa kunnissa henkilöstöhallinnon (HR) tietojärjestelmällä, josta esimiehet saivat automaattisen hälytyksen ennalta määritettyjen poissaolorajojen ylittyessä. Tällaisten sähköisten HR-tietojärjestelmien (Sympa, eVälke, ESS, Populus) käyttö tutkimuskunnissa oli yleistynyt 2010-luvun jälkeen. Jos sairauspoissaolojen ja työkyvyn tukitoimien seurantaan ei ollut tietojärjestelmää, seurantajärjestelmän tarve tuli haastatteluissa esiin.

Tyypillisiä ja kaikkialla käytössä olevia varhaisen työkyvyn tuen käytännön toimia olivat myös hyvinvointi- ja työkykyvalmennukset, työkyvyttömyysriskissä olevien seuranta ja työjärjestelyt (esim. työvälineiden muutokset, etätyö ja työtehtävien eriyttäminen). Varhaisessa tuessa oli jonkin verran vaihtelua toimialoittain ja ammateittain. Esimerkiksi pelastusalalla fyysinen toimintakyky arvioitiin vuosittain. Myös työyhteisön varhainen tuki mainittiin muutamassa kunnassa: työyhteisön kehittäminen esim. Kunta10-palautteiden perusteella oli osa työyhteisöjen varhaisen tuen toimintamallia.

Useimmissa tutkimukseen osallistuneista kunnista oli viime vuosina kehitetty tai aloitettu korvaavan työn käyttö.



Tapaus Vantaa

Tuunattu työ tarjoaa apua tilanteisiin, joissa työntekijä on sairauden tai tapaturman vuoksi tilapäisesti kykenemätön suoriutumaan työstään, mutta pystyy kuitenkin tekemään soveltaen eli tuunatusti omaa tai korvaavaa työtä. Tuunatun työn mahdollisuus otetaan puheeksi aina sairastumisen yhteydessä. Tuunatusta työstä voidaan sopia työpaikalla työntekijän ja esimiehen kesken tai työntekijän hakeutuessa työterveyshuoltoon. Vantaan tuunatun työn (korvaava työn) malli on saanut HENRY ry:n ja Ilmarisen Henkilöstöteko 2016 -palkinnon.

Vantaan korvaavan työn mallista löytyy tarkempaa tietoa esim.

https://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaaww_wstructure/130643_Tuunattu_työ_materiaali_2_2017.pdf

ja

<https://www.keva.fi/contentassets/928b0e15e47c42f5b0b604b8cb21075c/leander.pdf>

Tehostettu tuki

Työkyvyn tehostettu tuki oli tutkimuskunnissa toimintaa, jota tehtiin lähiesimiesten, henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon verkostoyhteistyönä. Muutama haastateltava painotti myös osatyökykyisen tai työkyvyttömyysriskissä olevan työntekijän omaa vastuuta tilanteestaan ja työkyvystään. Useimpien haastateltujen mukaan tehostetun tuen toimintatapaan liittyen oli järjestetty erillistä koulutusta tai se sisältyi yleiseen esimieskoulutukseen. Painopiste koulutuksessa oli usein varhaisessa tuessa, mutta tietoa tehostetun tuen vaihtoehdoista oli useimmiten saatavilla intrasta sekä tapauskohtaisesti työterveyshuollosta ja henkilöstöhallinnosta.

Koska kaikki esimiehet eivät kohtaa tilanteita, joissa työntekijä tarvitsee työkyvyn tehostettua tukea tai tehostettua tukea tarvitaan harvoin, toimintamalliin liittyvä osaaminen sekä toimintamallin noudattaminen ja seuranta koettiin haasteellisiksi. Lähes kaikissa kunnissa oli uudelleensijoitusverkosto tai muu toimialarajat ylittävä yhteistyöelin, jossa tehostettua tukea tarvitsevia ja pitkällä sairauspoissaolojaksoilla olevia työntekijöitä seurattiin ja tapauksia ratkottiin yhdessä.

Osa-aikatyö oli käytössä kaikissa kunnissa lukuun ottamatta muutamaa toimialaa tai ammattia, joissa osa-aikaisuus ei onnistunut. Osasairauspäivärahaa käytettiin kaikissa tutkimuskunnissa ja sen käyttö oli yleistynyt viime vuosina.



Tapaus Helsinki

Helsingissä osa-aikatyötä tuetaan kunnan myöntämällä palkkatuella: Kaupunginhallituksen päättämän käytännön mukaan, kun työntekijällä on kunnallisen virka- ja työehtosopimuksen mukaan oikeus täyteen sairausloma-ajan palkkaan, maksetaan työntekijälle osasairausvapaan ajalta kunnallisen virka- ja työehtosopimuksen mukaan määräytyvä osa-aikatyön palkka sekä osa-aikatyön ja kokoaikatyön palkan erotus. Työntekijälle maksetaan siis tältä ajalta osa-aikatyöstä täyden kokoaikatyön palkka. Kela maksaa osasairauspäivärahan työnantajalle.

Tyypillinen työkyvyn tehostetun tuen toimenpide tutkimuskunnissa oli ammatillinen kuntoutus. Työkokeilu ja työn muokkaus (työvälineet, työtilat) olivat käytössä kaikissa kunnissa. Etätömahdollisuudet vaihtelivat sekä kunnittain että työn ja ammatin mukaan. Kuntoutussuunnittelija työskenteli noin puolessa kunnista. Muina tehostetun tuen toimenpiteinä mainittiin myös työhön valmennus, uudelleen koulutus (esim. oppisopimus) ja uudelleen sijoitus toiseen työhön (myös kunnan ulkopuolelle).

Työhön paluun tuki

Työhön paluun tuen toimintamallin käytössä oli aktiivisen työkyvyn tuen osa-alueista eniten vaihtelua. Toimintamallin haasteet liittyivät useimmiten esimiesten vaihtelevaan osamiseen ja resursseihin (esimiesten kiire ja vaihtuvuus), ei niinkään toimialoihin. Toisaalta kuormittavassa työssä (esimerkiksi varhaiskasvatus ja vanhusten palvelut) työhön paluun tukea tarvittiin enemmän ja esimiesten rutiini tapausten hoitamiseen lisääntyi. Työhön paluun tuen toimintamalliin liittyvä koulutus sisältyi yleiseen esimieskoulutukseen kaikissa tutkimuskunnissa. Vastuun toimintamallin toteutuksesta ja seurannasta nähtiin useimmiten olevan esimiehillä, mutta erityisesti seurannan osalta myös henkilöstöhallinnolla ja työterveyshuollolla. Muutama haastateltava totesi, että vastuuta työhön paluusta on myös palaavalla työntekijällä.

Työterveysneuvottelut ja esimies-työntekijä-neuvottelut kuuluivat työhön paluun tuen toimiin kaikissa tutkimuskunnissa. Myös jo aiemmin mainitut työkokeilut, osasairauspäivärahan käyttö ja työn muokkaus olivat käytössä kaikissa tutkimuskunnissa. Uudelleenperehdytys ja työyhteisön valmistaminen työntekijän paluuseen olivat myös kaikissa kunnissa tuttuja toimintatapoja, mutta niiden käyttö ei ollut järjestelmällistä ja ne koettiin usein haasteellisiksi.



Työkykykoordinaattorin tehtäväkuva oli kuntaorganisaatioissa melko uusi. Vuonna 2018 tehdyissä haastatteluissa työkykykoordinaattoreita oli kuitenkin kaikissa tutkimukseen osallistuneissa suurissa kunnissa.

3.1.3 Työkyvyn tukitoimien toteutumisen seuranta

Kuten aikaisemmin on todettu, kaikissa tutkimuskunnissa seurattiin sairauspoissaoloja, mutta kaikkialla ei ollut kuitenkaan tietojärjestelmää, joka ilmoittaisi esimiehille poissaolorajojen ylittymisestä. Tällöin sairauspoissaolojen seuranta teetti paljon työtä henkilöstöhallinnossa.

Varhaisen tuen keskustelujen käymiseen ja seurantaan liittyvät käytännöt olivat hyvin erilaisia. Jossain kunnissa niitä ei voitu seurata lainkaan, toisissa kunnissa niistä koottiin Excel-taulukkoja ja jossain kunnissa seuranta oli osa HR-tietojärjestelmää. Erilaiset koordinoitiryhmät seurasivat sairauspoissaolojen pitkittyessä työntekijöiden tilanteita ja hakivat niihin ratkaisuja. Sähköiset henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon järjestelmät tuottivat lukumäärätietoja sairauspoissaoloista ja diagnooseista. Myös Kunta10 -tutkimuksen tulokset mainittiin työkyvyn tukitoimien seurannan välineenä.

Joissakin kunnissa ei ollut kokonaisvaltaista työkyvyn tukitoimien seurantaan liittyvää järjestelmää käytössä. Tällöin saattoi esiintyä seuraavia ongelmia: Työterveyshuollossa ei aina tiedetty oliko esimies käynyt sovittuja keskusteluja (keskusteluja ei seurattu) ja 30-päivän sairauspoissaolorajojen ylityksistä saatiin huonosti tietoa työterveyshuoltoon. Erityisesti potilaista, jotka olivat erikoissairaanhoidon tai julkisen terveydenhuollon piirissä, tietojen saanti oli vaikeampaa. Myöskään tieto työterveysneuvotteluista ei aina tullut työkykykoordinaattoreille.

Tapaus Oulu

Tiedolla johtaminen ja työkyvyn tukitoimien seuranta näyttäytyi hyvin organisoituna esimerkiksi Oulussa, jossa tuloksia seurataan yhteisten mittareiden avulla. Työkykyjohtamisen raportissa on kootusti sairauspoissaolotiedot (tapaturmista johtuvat eriteltyinä), korvaavan työn määrät, kuntoutustukipäivät, osatyökyvyttömyyseläkkeet, työkyvyttömyyseläkkeet, ns. varhemaksut, työterveyshuollon kustannukset, varhaisen tuen keskustelut, räätelöidyt työtehtävät, uudelleensijoitukset, työkyvyttömyysriskissä olevien määrät, työterveysneuvottelujen määrät, liikuntatuen käyttäjien määrät ja Kunta10-kyselyn valikoidut tulokset. Palvelualueet ja liikelaitokset seuraavat tuloksiaan taulukosta, josta näkyy kaupunkitason tulos, toimialueen nykytila, tavoitetila, toteuma ja sovitut seurantatoimet. Mittaritieto on mahdollista saada työyksikötasolle saakka.

3.2 Aktiivisen työkyvyn tuen toimintamallin yhteydet sairauspoissaoloihin ja työhön osallistumiseen

3.2.1 Sairauspoissaolojen omailmoitusjakson pidentäminen

Sairauspoissaolojen omailmoitusjakson pidentämistä oli mahdollista selvittää kahdessa tutkimusryhmässä. Koeryhmässä sairauspoissaolojen omailmoitusjakson pidentämisen 1–3 päivästä 1–5 päivään toteuttivat vuonna 2015 kaksi tutkimukseen osallistunutta kuntaa sekä yhden kunnan sosiaaliala ja terveystoimi. Kontrolliryhmän muodostivat neljän tutkimukseen osallistuvan kunnan tai kunnan toimialojen henkilöstö, joilla oli käytössä 1–3 päivän omailmoitusjakso koko tutkimusajan.

Koeryhmässä naisten, toimisto- ja (asiakas)palvelutyöntekijöiden sekä korjaustyöntekijöiden osuus oli suurempi kuin kontrolliryhmässä. Pitkäaikaissairaudet olivat hieman yleisempiä koe- kuin kontrolliryhmässä ($p < 0,001$). Tupakoinnissa ei tutkimusryhmien välillä ollut eroa. Koeryhmässä tutkittavat käyttivät hieman vähemmän alkoholia ja liikkuivat hieman enemmän kuin tutkittavat kontrolliryhmässä ($p < 0,001$) (ei taulukkoa).

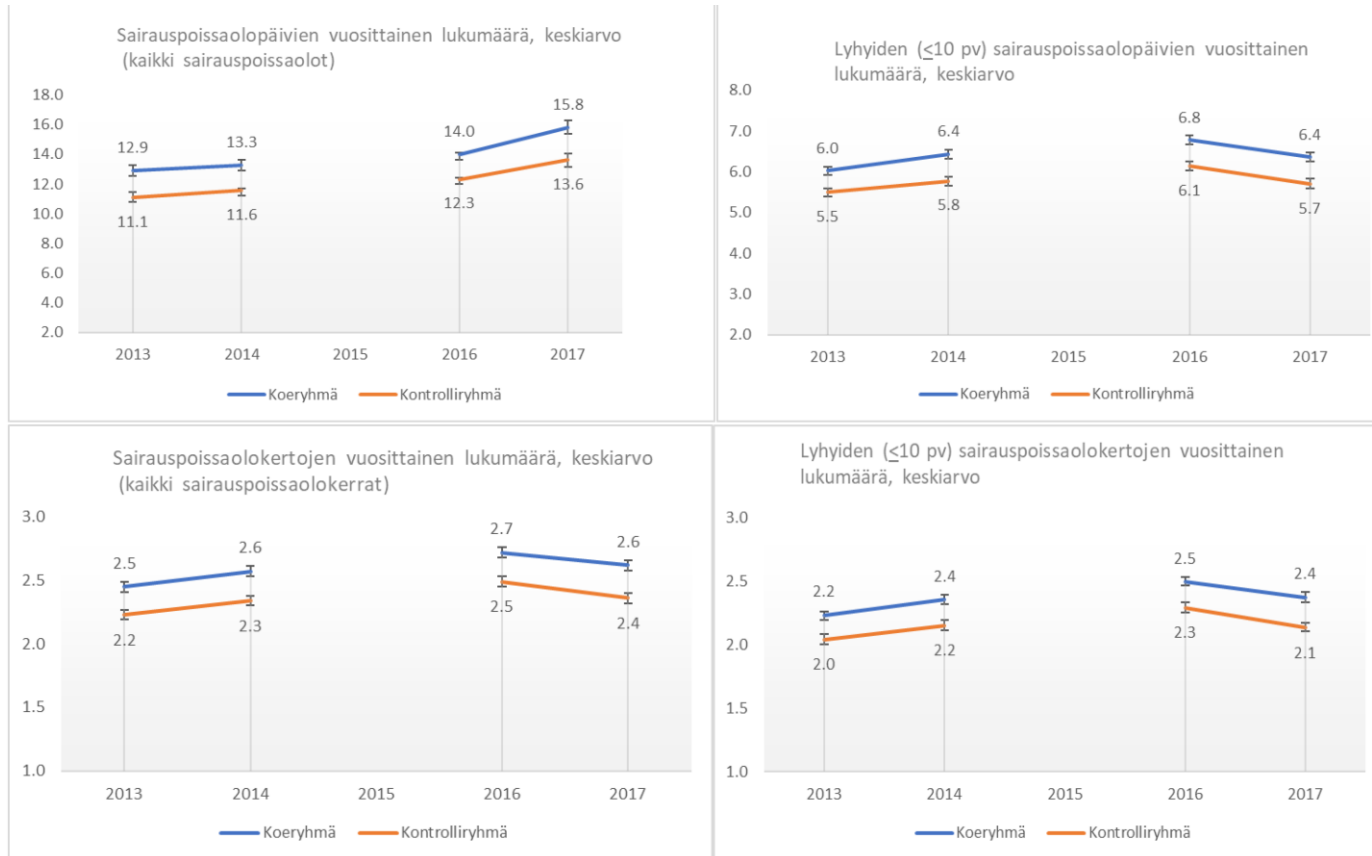
Sekä koe- että kontrolliryhmässä niin lyhyiden kuin kaikkien sairauspoissaolojen riski kasvoi 2–15 %, kun verrattiin intervention jälkeistä ajanjaksoa (vuodet 2016–2017) interventiota edeltäneeseen ajanjaksoon (vuodet 2013–2014). Sairauspoissaolojen kehityksessä ei ollut eroa tutkimusryhmien välillä. Tästä kertovat **Taulukossa 2.** esitetyt tutkimusryhmän ja seuranta-ajan väliset yhdysvaikutustermit sekä **Kuva 3**, joka kuvaa tulosmuuttujien vuosittaisia vakioimattomia keskiarvoja (95 % luottamusväli) koe- ja kontrolliryhmässä.

Kun malleissa huomioitiin lisäksi tutkittavien pitkäaikaissairaudet ja terveyskäyttäytyminen, sairauspoissaolojen riski kasvoi tulosmuuttujasta ja tutkimusryhmästä riippuen 3–10 %, mutta erot muutoksissa tutkimusryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä tutkimusryhmän ja seuranta-ajan välisen yhdysvaikutusterminperusteella.

Kun analyysit rajattiin niihin tutkittaviin ($n = 11615$), joilla oli lähtötilanteessa vuonna 2013 vähintään kolme lyhyttä (kesto ≤ 10 päivää) sairauspoissaolokertaa (sairauspoissaolokertojen ylin kvartiili), havaittiin että sairauspoissaolojen riski tutkimusryhmissä joko kasvoi (5 ja 8 %) (kun tulosmuuttujana kaikki sairauspoissaolopäivät) tai laski 5–10 % (muut tulosmuuttajat). Tutkimusryhmän ja seuranta-ajan välillä ei ollut yhdysvaikutusta. Sairauspoissaolojen kehitys ei myöskään eronnut tutkimusryhmien välillä, kun tarkasteltiin naisia ja miehiä, eri ammattiryhmiä ja alle 30-vuotiaita erikseen tai kun tulosmuuttujina olivat sairauspoissaolot, joiden kesto oli enintään kolme tai viisi päivää. (Kausto ym. 2020)

Taulukko 2. Sairauspoissaolojen riski omailmoitusjakson pidentämisen jälkeen (v. 2016–2017) verrattuna muutosta edeltävään aikaan (v. 2013–2014). Sairauspoissaolopäivät ja -kerrat (ennen-jälkeen riskisuhde, RR ja 95 % luottamusväli, lv) tutkimusryhmän mukaan sekä ryhmien välinen ero (GEE-analyysi, sukupuoli, ikä, ammattiryhmä ja työsuhte vakioitu), n=35409. Yhdysvaikutustermi kertoo, onko ryhmien välillä eroa (kun $p > 0.05$, ryhmien välillä ei ole eroa). Interventio=omailmoi-tusjakson pidentäminen 1–5 päivään, kontrolli=1–3 päivän omailmoitusjakso.

| | Koeryhmä (n=19711) | | Kontrolliryhmä (n=15986) | | Yhdysvaikutustermi ryhmä x aika (p-arvo) |
|---|--------------------|-----------|--------------------------|-----------|---|
| | RR | 95 % lv | RR | 95 % lv | |
| Sairauspoissaolopäivien vuosittainen lukumäärä (kaikki sairauspoissaolot) | | | | | |
| 2013-2014 | 1 | | 1 | | |
| 2016-2017 | 1,13 | 1,10–1,16 | 1,15 | 1,11–1,18 | 0,66 |
| Sairauspoissaolopäivien vuosittainen lukumäärä (lyhyet sairauspoissaolot ≤ 10 pv) | | | | | |
| 2013-2014 | 1 | | 1 | | |
| 2016-2017 | 1,09 | 1,08–1,11 | 1,09 | 1,07–1,10 | 0,41 |
| Sairauspoissaolokertojen vuosittainen lukumäärä (kaikki sairauspoissaolot) | | | | | |
| 2013-2014 | 1 | | 1 | | |
| 2016-2017 | 1,10 | 1,09–1,11 | 1,10 | 1,09–1,12 | 0,40 |
| Sairauspoissaolokertojen vuosittainen lukumäärä (lyhyet sairauspoissaolot ≤10 pv) | | | | | |
| 2013-2014 | 1 | | 1 | | |
| 2016-2017 | 1,10 | 1,10–1,12 | 1,10 | 1,09–1,12 | 0,44 |



Kuva 3. Tulosuuttujien vakioimattomat keskiarvot (95 % luottamusväli) vuoden ja tutkimusryhmän mukaan. Interventio=omailmoitusjakson pidentäminen 1–5 päivään koeryhmässä, kontrolli=1–3 päivän omailmoitusjakso. (Kausto ym., 2020)

3.2.2 Korvaavan työn käyttö

Korvaavan työn malli oli otettu käyttöön yhdessä tutkimuskunnassa vuonna 2014 (Kunta A) ja toisessa tutkimuskunnassa vuonna 2016 (Kunta D). Näiden kuntien työntekijät kuuluivat koeryhmiin. Kahdessa kunnassa (Kunnat B ja C) toimintamallia ei otettu käyttöön seuranta-aikana ja niiden työntekijät muodostivat kontrolliryhmät.

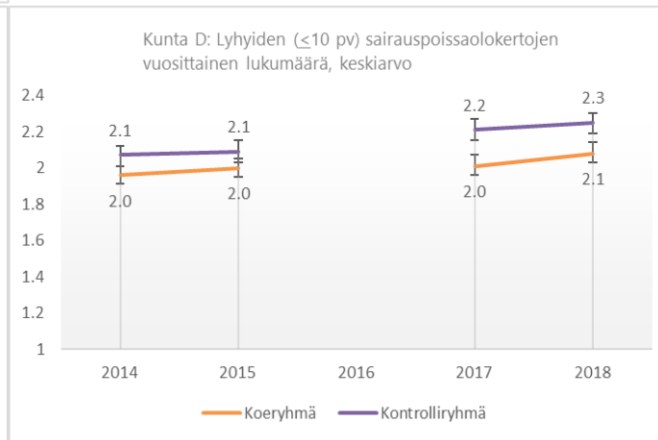
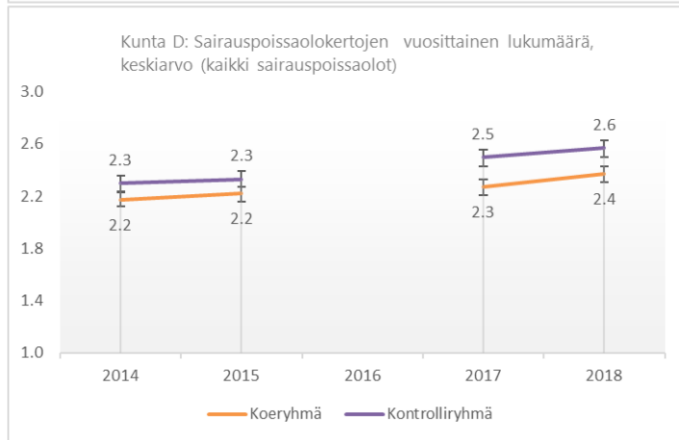
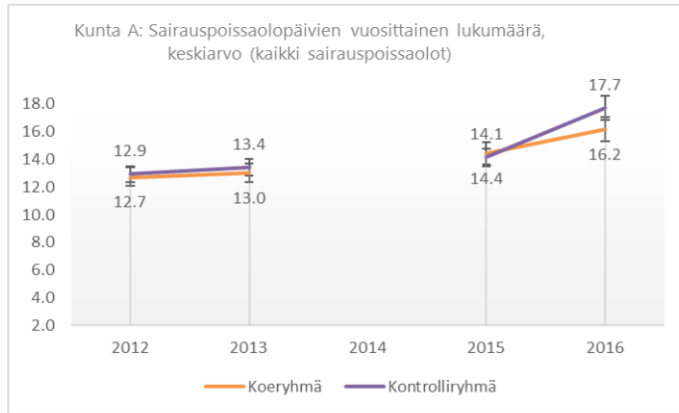
Koeryhmissä miesten sekä johtajien ja asiantuntijoiden osuus oli suurempi kuin kontrolliryhmissä ($p < 0,001$). Koeryhmissä työntekijöillä oli muita (kuin pysyviä tai määräaikaista) työsuhteita harvemmin kuin kontrolliryhmissä (ei taulukkoa). Taustamuuttujien vaikutus vakioitiin tilastomalleissa.

Sekä koe- että kontrolliryhmissä sairauspoissaolojen riski kasvoi, kun verrattiin intervention jälkeistä 2 vuotta interventiota edeltäneeseen kahteen vuoteen. Sairauspoissaolopäivien nousu oli keskimäärin noin kolme päivää koeryhmässä ja noin viisi päivää kontrolliryhmässä. Taustamuuttujilla vakioitu DID-mallinnus vahvisti, että sairauspoissaolopäivien suhteellisen riskin kasvu oli kontrolliryhmässä koeryhmää suurempi Kunnassa A. Kunnassa D ryhmien välillä ei ollut eroa. Kunnassa D puolestaan sairauspoissaolokertojen lukumäärän muutoksessa oli tilastollisesti merkitsevä ero siten, että kontrolliryhmässä sairauspoissaolokertojen lukumäärä kasvoi koeryhmää enemmän. Absoluuttiset erot tutkimusryhmien välillä olivat kuitenkin pienet (**Taulukko 3.** ja **Kuva 4.**).

Taulukko 3. Sairauspoissaolon riski korvaavan työn mallin käyttöönoton jälkeen verrattuna käyttöönottoa edeltävään aikaan. Sairauspoissaolopäivät ja -kerrat (ennen-jälkeen riskisuhde, RR ja 95 % luottamusväli, lv) tutkimusryhmän mukaan sekä ryhmien välinen ero (GEE-analyysi, sukupuoli, ikä, ammattiryhmä ja työsuhte vakioitu). Yhdysvaikutustermi kertoo, onko ryhmien välillä eroa (kun $p < 0.05$, ryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä ero). Interventio=korvaavan työn käyttö koeryhmässä, kontrolli= ei korvaavaa työtä käytössä.

| | | Kunta A: Korvaava työ 2014 | | | | | Kunta D: Korvaava työ 2016 | | | | |
|---|-------------|----------------------------|-----------|----------------------------|-----------|-------------------------------------|----------------------------|-----------|----------------------------|-----------|-------------------------------------|
| | | Koeryhmä (n=5341) | | Kontrolliryhmä (n=6976) | | | Koeryhmä (n=7518) | | Kontrolliryhmä (n=6720) | | |
| | | RR | 95 % lv | RR | 95 % lv | Yhdysvai- kutustermi (p-arvo) | RR | 95 % lv | RR | 95 % lv | Yhdysvai- kutustermi (p-arvo) |
| Sairauspoissaolo- päivät | 2 v ennen | 1 | | 1 | | | 1 | | 1 | | |
| | 2 v jälkeen | 1,14 | 1,09–1,21 | 1,19 | 1,14–1,24 | 0,02 | 1,21 | 1,15–1,26 | 1,25 | 1,19–1,31 | 0,12 |
| Sairauspoissaolo- kerrat | 2 v ennen | | | | | | 1 | | 1 | | |
| | 2 v jälkeen | | | | | | 1,08 | 1,06–1,10 | 1,13 | 1,11–1,15 | <0,001 |
| Lyhyet (≤ 10 pv) sairauspoissaolo- kerrat | 2 v ennen | -- | -- | -- | -- | -- | 1 | | 1 | | |
| | 2 v jälkeen | -- | -- | -- | -- | -- | 1,07 | 1,05–1,09 | 1,12 | 1,10–1,14 | <0,001 |

-- = ei mallia, DID-analyysin ehdot eivät täyttyneet



Kuva 4. Tulosuuttujien vakioimattomat keskiarvot (95 % luottamusväli) vuoden ja tutkimusryhmän mukaan. Interventio=korvaavan työn käyttö koeryhmässä, kontrolli=ei korvaavaa työtä käytössä.

3.2.3 Osasairauspäivärahan käyttö

Osasairauspäivärahan käytön osalta tutkittiin pitkän (>30 päivää) osasairauspäiväraha-kauden vaikutuksia suhteessa pitkään kokoaikaiseen sairauspäivärahakautteen. Osasairauspäivärahaa saaneet (myöhemmin osa-aikainen sairauspoissaolo) olivat täyttä sairauspäivärahaa (myöhemmin kokoaikainen sairauspoissaolo) saaneita useammin naisia, iältään hieman vanhempia ja heidän koulutusasteensa oli hieman korkeampi. Osa-aikaisen sairauspoissaolon ryhmässä tutkittujen sairastavuus, eläkkeelle siirtyminen ja kuolleisuus oli alhaisempaa kuin kokoaikaisen sairauspoissaolon ryhmässä (ei taulukkoa).

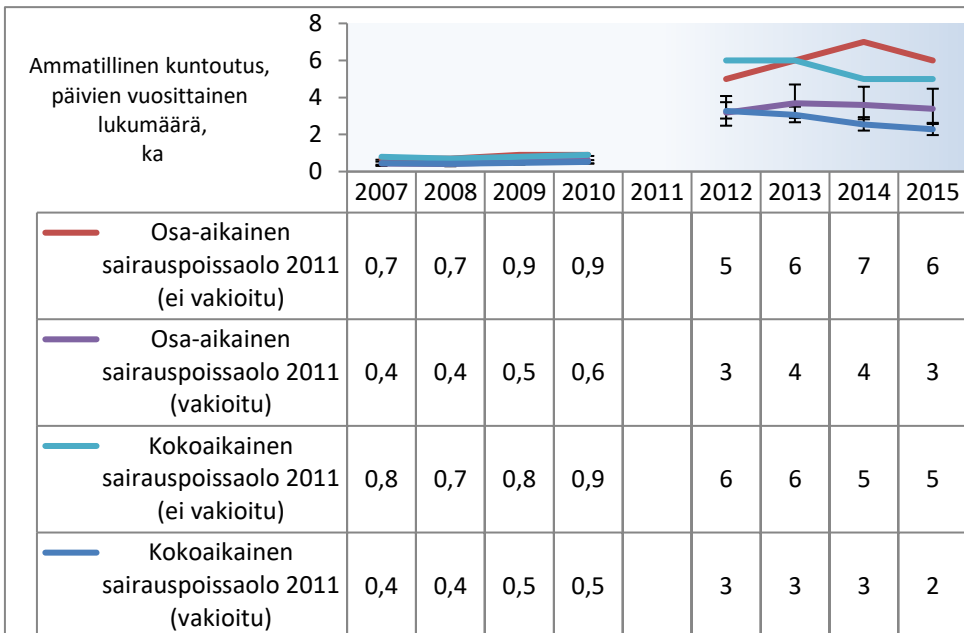
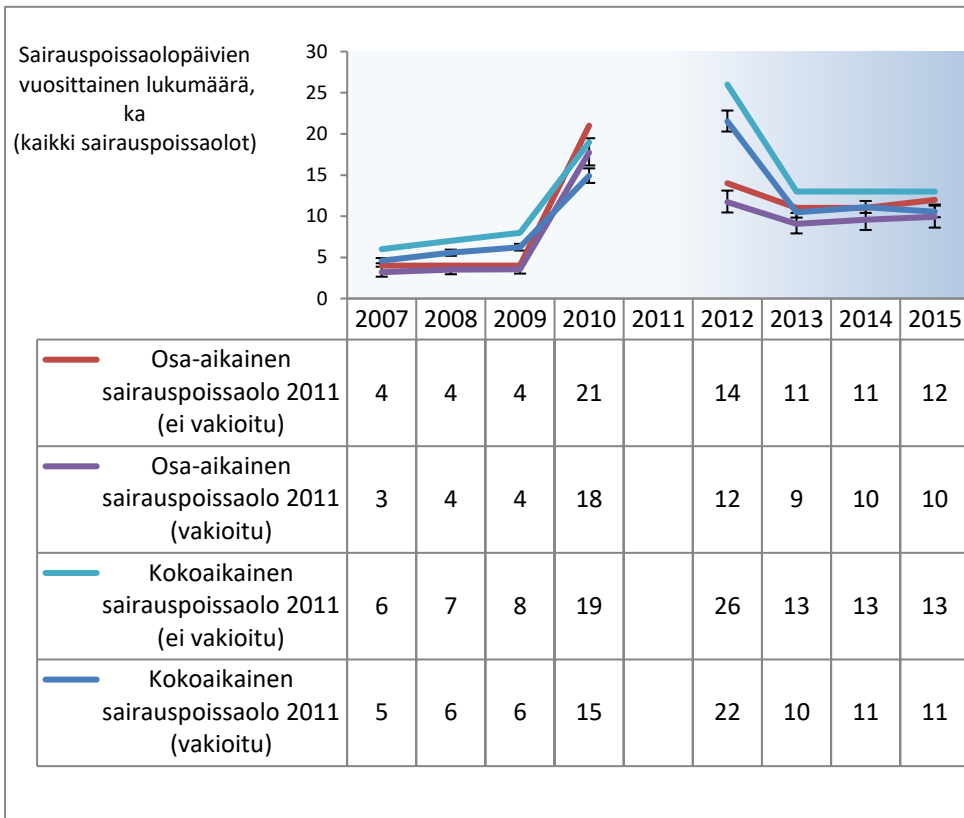
Kuvassa 5 esitetään sairauspoissaolopäivien, ammatillisen kuntouksen päivien ja työttömyyspäivien vuosittaisten keskiarvojen kehitys seuranta-aikana (vakioimattomat ja vakiooidut tulokset). **Taulukossa 4** esitetään riskisuhteet samoille tulosmuuttujille, kun vuosia 2007–2010 verrataan ajanjaksoon v. 2012–2015. Taulukossa on myös tutkimusryhmän ja seuranta-ajan välisten yhdysvaikutustermien tilastollinen merkitsevyys.

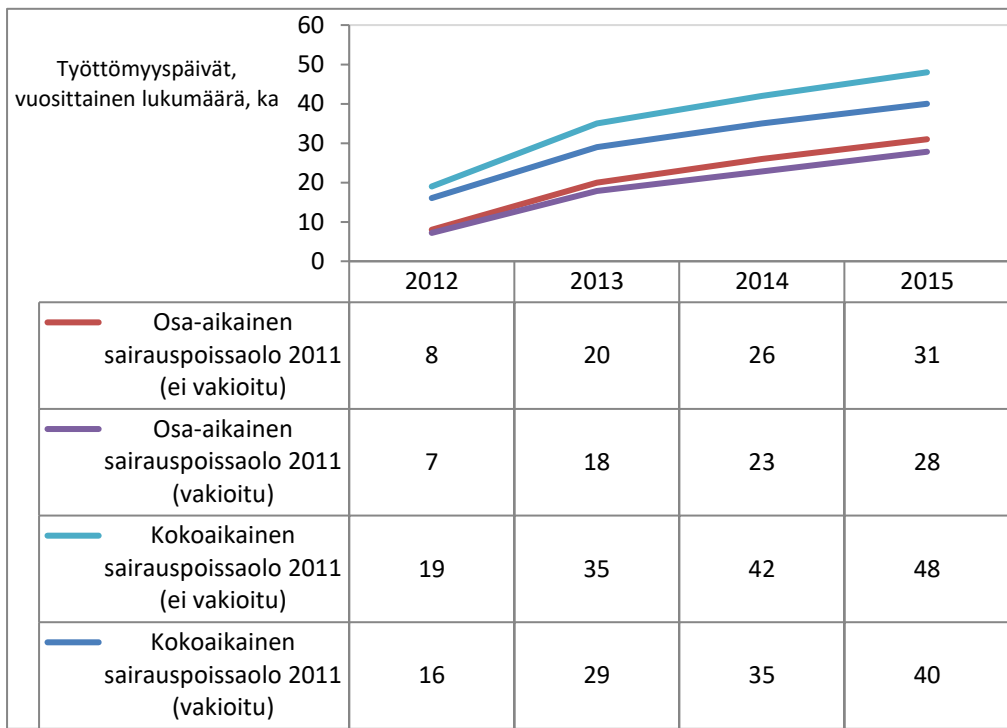
Kokoaikaiset sairauspoissaolot yleistyivät voimakkaasti kohti alkavaa osasairauspäivärahakautta. Tämä oli odotettavissa, sillä osasairauspäivärahaa käytetään usein tukemaan työhön paluuta kokoaikaisen sairauspoissaolon jälkeen. Kokoaikaisen sairauspoissaolojen riski kasvoi osasairauspäiväraharyhmässä sairauspäiväraharyhmää voimakkaammin. Sairauspoissaolopäivien absoluuttinen määrä osasairausvapaata seuraavana vuonna oli kuitenkin pienempi kuin kontrolliryhmässä. Kuntoutustuelle siirtymisen riski kasvoi huomattavasti sekä osa- että kokosairauspäivärahakauden jälkeen, eikä ryhmien välillä ollut eroa. Osasairauspäiväraharyhmässä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 10 % tutkittavista ja täyttä sairauspäivärahaa saaneista 18 % neljän vuoden seuranta-aikana.

Työttömyyden riski kasvoi voimakkaammin osa-aikaisen sairauspoissaolon kuin kokoaikaisen sairauspoissaolon jälkeen (**Taulukko 4**). Työttömyyspäivien absoluuttinen määrä oli alhaisempi osa-aikaisen sairauspoissaolon jälkeen. Tämä voi liittyä siihen, että osasairauspäivärahaa saaneet eivät saa myönteistä työkyvyttömyyseläkepääätöstä yhtä usein kuin täyttä sairauspäivärahaa saaneet. Hylkäävä eläkepääätös lisää työttömyysriskiä.

Taulukko 4. Työstä poissaolon riski pitkän osa- tai kokoaikaisen sairauspoissaolon jälkeen verrattuna edeltäviin vuosiin. Sairauspoissaolo- ja kuntoutuspäivien lukumäärä (ennen-jälkeen riskisuhde, RR ja sen 95 % luottamusväli, lv) tutkimusryhmän mukaan sekä ryhmien välinen ero (GEE-analyysi, sukupuoli, ikä ja koulutus vaki-oitu). Interventio=osasairauspäivärahan käyttö koeryhmässä, kontrolli= täyden sairauspäivärahan käyttö.

| | Pitkä osa-aikainen sairauspoissaolo (koeryhmä, n=3406) | | Pitkä kokoaikainen sairauspoissaolo (kontrolliryhmä, n=42944) | | |
|--|---|-----------|--|-----------|---------------------------------|
| | RR | 95 % lv | RR | 95 % lv | Yhdysvaikutustermi ryhmä x aika |
| Sairauspoissaolopäivien vuosittainen lukumäärä | | | | | |
| 2007–2010 | 1 | | 1 | | |
| 2012–2015 | 1,94 | 1,75–2,15 | 1,83 | 1,78–1,88 | p<0,001 |
| Ammatillisen kuntoutuksen päivien vuosittainen lukumäärä | | | | | |
| 2007–2010 | 1 | | 1 | | |
| 2012–2015 | 7,02 | 5,42–9,08 | 5,96 | 1,07–1,10 | p=0,22 |





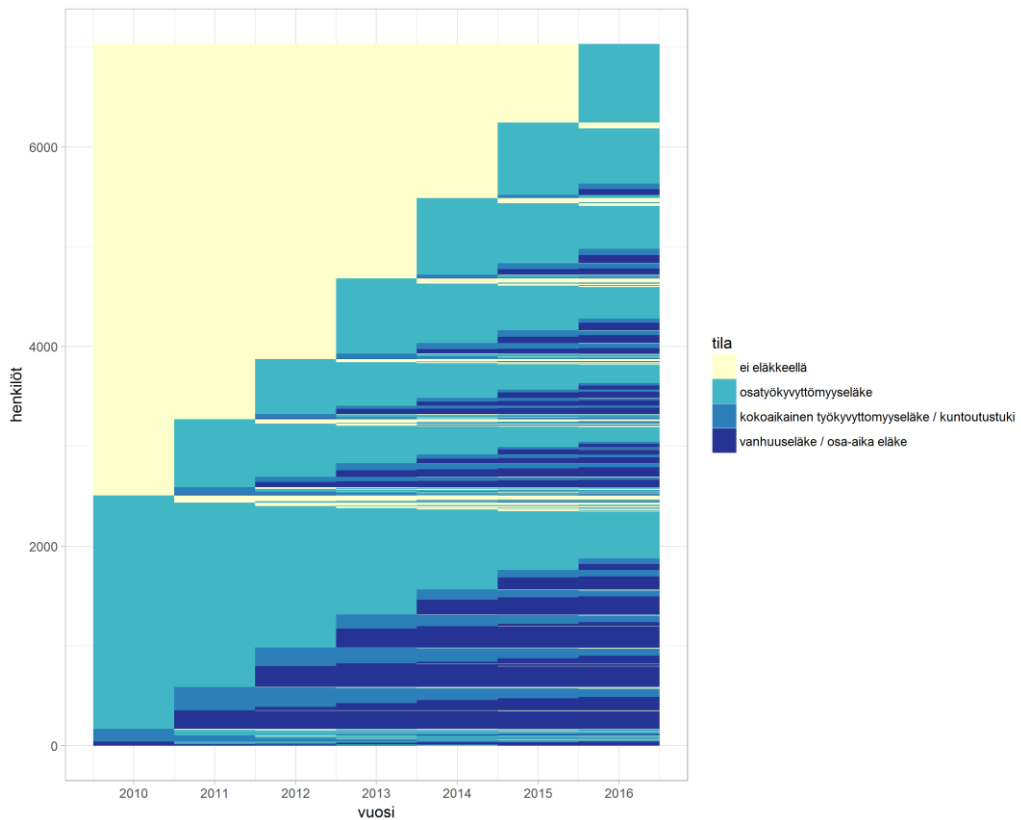
Kuva 5. Tulosuuntuuttujen vakioimattomat ja vakioituidut keskiarvot (ka) vuoden ja tutkimusryhmän mukaan. Pystyjana kuvaa vakioitujen keskiarvojen 95 % luottamusvälejä.

3.2.4 Osatyökyvyttömyyseläke

Tutkimme osatyökyvyttömyyseläkkeen saajien eläkesiirtymiä muille eläkkeille tai työhön paluuta, niihin vaikuttavia tekijöitä sekä osatyökyvyttömyyseläkkeelle päätyneiden koettua terveyttä, työkykyä ja työstressitekijöitä. Tutkimukseen poimittiin osatyökyvyttömyyseläkkeelle vuosina 2010–2016 jääneet henkilöt (n=7032). Kevan eläkerekisteristä tunnistettiin tutkimusjoukon kunkin vuoden joulukuussa maksussa olleet eläkkeet eläkelajeittain. Noin puolet osallistujista (n=3235) oli vastannut kyselyihin vähintään kerran. Kyselyvastauksista 80 % oli ennen osatyökyvyttömyyseläkettä ja 20 % sen aikana tai työhön paluun jälkeen. Jälkimmäisistä lähes kaikki olivat vastanneet kyselyihin myös ennen osatyökyvyttömyyseläkettä (n=798). (Ervasti ym. 2019).

Kuvasta 6 nähdään, että alkavien osatyökyvyttömyyseläkkeiden määrä kasvoi jonkin verran vuosina 2011–2016. Joka vuosi 10 % osatyökyvyttömyyseläkkeen saajista siirtyi kokoaikaiselle työkyvyttömyysetuudelle. Siirtymän todennäköisyyttä lisäsivät krooninen somaattinen sairaus sekä työntekijäasema (**Taulukko 5**). Osatyökyvyttömyyseläkkeeltä siirtyi vanhuuseläkkeelle 8–12 % tutkittavista vuosittain. Kuuden seurantavuoden aikana

vain 2 % osatyökyvyttömyyseläkkeen saajista palasi kokoaikaisesti töihin; todennäköisimmin nuoremmat ja ylemmät toimihenkilöt. Tutkittavien koettu terveys ja työkyky heikkenivät, kun verrattiin ajanjaksoa ennen osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä sen aikaiseen tai jälkeiseen ajanjaksoon. Osatyökyvyttömyysaikana tai kokoaikaiseen työhön paluun jälkeen koettiin useammin työn vaatimien ponnistelujen ja työn palkitsevuuden epäsuhtaa kuin ennen eläkettä (Ervasti ym. 2019).



Kuva 6. Eläkesiirtymät tutkimusaineistossa vuosina 2011–2016. Trace plot-kuvaaja. Eri väreillä on merkitty henkilöiden eläkestatus. Sinivihreällä merkitty porras kertoo kyseisen vuoden joulukuussa maksussa olleesta osatyökyvyttömyyseläkkeestä. Vaaleamman ja tumman siniset portaavat kertovat kyseisen vuoden joulukuussa maksussa olleesta kokoaikaisesta työkyvyttömyyseläkkeestä (vaalea) ja vanhuuseläkkeestä (tumma). Keltaisella on merkitty "ei eläkkeellä" status. (Ervasti ym. 2019)

Taulukko 5. Työmarkkina- tai eläkestatukseen yhteydessä olevat tekijät (ensimmäinen siirtymä tai seurannan loppu). Multinomiaalinen regressioanalyysi (ref. 'osa-työkyvyttömyyseläke jatkuu') (n=976, 47 %). Vetosuhte (OR) ja 95 % luottamusväli (lv).

| | Kokoaikainen työkyvyttömyyseläke n= 447 (21 %) | | Vanhuuseläke n= 617 (29 %) | | Kokoaikatyö n= 52 (3 %) | |
|---------------------------------|--|-----------|--------------------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|
| | OR | 95 % lv | OR | 95 % lv | OR | 95 % lv |
| Mies (ref.) | 1 | | 1 | | 1 | |
| Nainen | 0,76 | 0,54–1,07 | 0,82 | 0,56–1,22 | 1,15 | 0,43–3,08 |
| Ikä / 1 v. | 1,04 | 1,01–1,06 | 2,30 | 2,14–2,47 | 0,91 | 0,88–0,95 |
| Ylempi toimihenkilö (ref.) | 1 | | 1 | | 1 | |
| Alempi toimihenkilö | 0,94 | 0,72–1,24 | 1,01 | 0,75–1,35 | 0,58 | 0,32–1,07 |
| Työntekijä | 1,80 | 1,30–2,48 | 1,16 | 0,80–1,68 | 0,28 | 0,08–0,97 |
| Ei somaattista sairautta (ref.) | 1 | | 1 | | 1 | |
| Somaattinen sairaus | 1,61 | 1,27–2,04 | 1,25 | 0,96–1,64 | 0,79 | 0,42–1,51 |

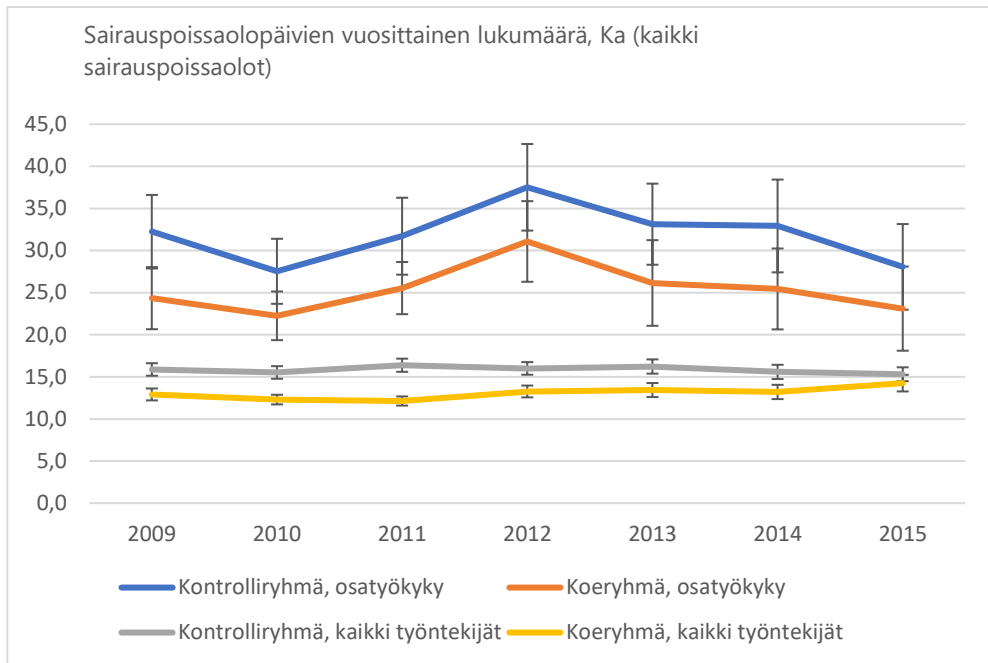
3.2.5 Työkykykoordinaattoritoiminta

Koeryhmän (n=4401) muodosti kunta, jossa työkykykoordinaattoritoiminta oli käynnistetty vuonna 2012 ja kontrolliryhmään (n=6002) kuuluivat kaksi kuntaa, joissa tätä toimintaa ei ollut aloitettu seuranta-aikana. Tarkastelimme erikseen kaikkia työntekijöitä ja osatyökykyisiä työntekijöitä. Osatyökykyisyys määriteltiin niin, että henkilöllä oli yksi tai useampi pitkäaikaissairaus ja hänen itsearvioitu työkykynsä oli huono tai keskinkertainen (työkykypistemäärä alle 7 asteikolla 0–10).

Kaikkien työntekijöiden joukossa koeryhmään kuuluvat olivat kontrolliryhmään kuuluvia useammin naisia, tekivät fyysisesti kuormittavaa työtä ja heillä oli useammin määräaikainen työsopimus ($p < 0,001$). Osatyökykyisten ryhmässä koeryhmään kuuluvat olivat kontrolliryhmään kuuluvia hieman useammin toimisto- ja (asiakas)palvelu työntekijöitä ja määräaikaisia työntekijöitä ($p < 0,001$) (ei taulukkoa). Taustatekijät vakioitiin tilastollisessa mallinnuksessa.

Kaikkien työntekijöiden joukossa sairauspoissaolojen riski kasvoi koeryhmässä 1,26-kertaiseksi (95 % lv 1,14–1,40) kun verrattiin vuosia 2009–2011 vuosiin 2013–2015. Kontrolliryhmässä vastaava riskisuhde oli 1,03 (95 % lv 0,97–1,08). Muutoksen erotus (yhdyksvaikutus-termi aika \times ryhmä) oli tutkimusryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä. Osatyökykyisten ryhmässä vastaavat riskisuhteet luottamusväleineen olivat 1,80 (1,17–2,78) ja 1,27 (1,02–1,58), mutta muutos ajassa koe- ja kontrolliryhmän välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Malleissa huomioitiin tutkittavien sukupuoli, ikä, ammattiryhmä, tupakointi, alkoholin käyttö, liikunta ja psyykinen rasittuneisuus (ei taulukkoa). Vuosittaisten sairauspoissaolopäivien keskiarvojen kehityssuunnat esitetään tutkimusryhmän mukaan **Kuvassa 7**.

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riski oli koeryhmässä kontrolliryhmää pienempi sekä kaikkien työntekijöiden että osatyökykyisten työntekijöiden joukossa myös sen jälkeen, kun mallissa oli huomioitu taustatekijät, terveys ja elintavat (**Taulukko 6**).



Kuva 7. Henkilötyövuosilla painotetut sairauspoissaolopäivien (kaikki sairauspoissaolot) vuosittaisten lukumäärien keskiarvot (+95% luottamusvälit) ennen interventiota (2009–2011), interventiovuonna (2012) ja intervention jälkeen (2013–2015) koe- ja kontrolliryhmissä sekä erikseen osatyökykyisillä työntekijöillä. Interventio=työkykykoordinaattoritoiminnan käynnistäminen koeryhmässä, kontrolli=ei työkykykoordinaattoritoimintaa.

Taulukko 6. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riskitiheysuhde (HR ja 95 % luottamusväli) koe- ja kontrolliryhmän välillä kaikkien työntekijöiden ja osatyökykyisten työntekijöiden ryhmissä. (Malli 1: sukupuoli, ikä ja ammattiryhmä vakioitu; Malli 2: Malli 1 + psyykkinen rasittuneisuus, aikaisemmat sairauspoissaolot (yli 30 päivää), tupakointi, alkoholinkäyttö, painoindeksi ja liikunta vakioitu). Interventio=työkykykoordinaattoritoiminta käynnissä koeryhmässä, kontrolli=ei työkykykoordinaattoritoimintaa.

| | Kaikki työntekijät (n=9720) | | | | Osatyökykyiset työntekijät (n=683) | | | |
|----------------|-----------------------------|------------|---------|------------|------------------------------------|------------|---------|------------|
| | Malli 1 | | Malli 2 | | Malli 1 | | Malli 2 | |
| | HR | 95 % lv | HR | 95 % lv | HR | 95 % lv | HR | 95 % lv |
| Kontrolliryhmä | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Koeryhmä | 0,53 | 0,34 –0,84 | 0,48 | 0,29 –0,77 | 0,32 | 0,12 –0,85 | 0,33 | 0,11 –0,95 |

4 YHTEENVETO

4.1 Tulosten tarkastelua

Selvitimme aktiivisen työkyvyn tuen toimintatavan käyttöä sekä tiettyjen työkyvyn tukitoimien yhteyksiä sairauspoissaoloihin ja työhön osallistumiseen kunta-alalla. Keskitimme tarkastelemaan sairauspoissaolojen omailmoituskäytäntöä (omailmoitusjakson pidentämistä 1–3:sta 1–5 päivään), korvaavan työn toimintamallin käyttöä, osasairauspäivärahan ja osatyökyvyttömyyseläkkeen käyttöä sekä työkykykoordinaattoritoimintaa.

Tutkimus osoitti, että aktiivisen työkyvyn tuen toimintatapa on kuntasektorilla jo melko vakiintuneessa käytössä. Työkyvyn tuen vaiheet oli tutkimuskunnissa lähes poikkeuksetta mallinnettu tai kuvattu kirjallisesti. Suunnittelutyöhön olivat yleensä osallistuneet organisaatioiden johto, henkilöstöhallinto, esimiehet, työterveyshuolto sekä usein henkilöstön edustajina pääluottamusmiehet. Eri toimijoiden rooleja ja vastuita tukitoimien toteutuksessa ja seurannassa pidettiin yleensä selvinä. Kokemus resurssien riittävydestä sen sijaan vaihteli. Esimiestyön riittämättömien resurssien koettiin joissain tutkimuskunnissa aiheuttavan sen, että työkyvyn tukitoimia ei toteutettu tai seurattu mallin edellyttämällä tavalla. Vain muutama vastaaja oli tyytymätön työterveyshuollon työkyvyn tuen resursointiin.

Varhaisen tuen (esimerkiksi sairauspoissaolokäytännöt, työkyvyttömyysriskissä olevien seuranta ja työjärjestelyt ja korvaava työ) käyttö kunnissa oli enimmäkseen järjestelmällistä, mutta jonkin verran vaihtelua esiintyi toimialoittain ja ammateittain. Toimialoilla, joilla työ oli fyysisesti kuormittavaa, näitä työkyvyn tukitoimia käytettiin säännönmukaisemmin. Sairauspoissaoloja seurattiin kaikissa tutkimuskunnissa. Jos seurannassa ei ollut käytössä tietojärjestelmää, sen tarve tuli esiin haastatteluissa.

Työkyvyn tehostetun tuen toimenpiteet (esimerkiksi osasairauspäivärahan käyttö ja ammatillinen kuntoutus) olivat tuttuja kaikissa tutkimuskunnissa. Näihin tukitoimiin liittyvä osaaminen ja seuranta koettiin kuitenkin haasteellisemmiksi, koska esimiehet eivät kohtaa näitä toimia työssään yhtä säännönmukaisesti kuin varhaiseen tukeen liittyviä asioita. Työhön paluun tuen toimintamallin käytössä oli aktiivisen työkyvyn tuen osa-alueista eniten vaihtelua tutkimuskunnissa. Toimintamallin haasteet liittyivät useimmiten esimiesten vaihtelevaan osaamiseen ja resursseihin, eivät niinkään toimialojen eroihin. Työkykykoordinaattoritoiminta oli kunnissa melko uutta.

Sairauspoissaolojen omailmoitusjakson pidentäminen ei vähentänyt eikä lisännyt sairauspoissaolopäivien tai -kertojen riskiä. Tutkimuksessa ei voitu selvittää omailmoitusjakson pidentämisen kustannusvaikutuksia, koska käytettävissä ei ollut tietoa siitä, kuinka paljon omailmoitusta käytettiin. Mikäli lääkärikäynnit ovat pidemmän omailmoitusjakson

seurauksena vähentyneet, kustannussäästöjä on tutkimuskunnissa todennäköisesti syntynyt. Sairauspoissaolojen oimailmoituskäytäntöä koskevan katsaustutkimuksen mukaan aikaisempia aihetta koskevia tutkimuksia on vähän ja niiden tulokset epävarmoja (Kausto ym. 2019).

Korvaavan työn mallin toimeenpanneissa tutkimuskunnissa sairauspoissaolopäivien tai kertojen määrä kasvoi seuranta-aikana hieman vähemmän kuin kontrollikunnissa. Korvaavan työn käytön yhteyttä sairauspoissaoloihin ei tiettävästi ole aikaisemmin tutkittu. Sen sijaan aikaisemmista tutkimuksista on saatu jonkin verran osoitusta siitä, että korvaavan työn käyttö tukee työhön paluuta ja työhön osallistumista (Nevala ym. 2015a).

Osasairauspäivärahan käyttöä koskeva osatutkimus osoitti, että yli 30 päivää kestänyt osasairauspäivärahakausi oli yhteydessä työhön osallistumisen vähenemiseen. Työhön osallistuminen väheni kuitenkin pitkään osasairausvapaalla olleiden ryhmässä vähemmän kuin täyden sairauspoissaolon ryhmässä. Tässä tutkimuksessa seuranta-aika oli pidempi kuin monissa aikaisemmissa osasairauspäivärahan käyttöä koskevilla tutkimuksilla, joissa on saatu osoituksia siitä, että osasairauspäivärahan käyttö tukee työhön paluuta ja työssä jatkamista (Andren & Svensson 2012; Høgelund ym. 2010; Viikari-Juntura ym. 2012, 2017a; Kausto ym. 2012, 2014; Hernæs 2018).

Osatyökyvyttömyyseläkettä koskeva tarkastelu puolestaan osoitti, että osatyökyvyttömyyseläke voi pidentää osatyökykyisten työuria, vaikka harva palaa kokoaikaiseen työhön. Nuorempi ikä, korkeampi ammatillinen asema, hyvä mielenterveys ja vähäisemmät stressitekijät työssä ennen osatyökyvyttömyyseläkettä näyttäisivät parantavan osa-aikaisen tai kokoaikaisen työssä jatkamisen ennustetta. Aikaisempaa tutkimustietoa osatyökyvyttömyyseläkkeellä olevien työhön osallistumisesta ei juuri ole.

Työkykykoordinaattoritoiminnan käynnistäneessä tutkimuskunnassa tutkittavien sairauspoissaolojen riski oli suurempi kuin kahdessa kontrollikunnassa, kun tarkasteltiin kaikkia työntekijöitä. Osatyökykyisten joukossa sairauspoissaolojen kehityksessä ei ollut eroa työkykykoordinaattoritoiminnan käynnistäneen ja kontrollikuntien välillä. Sen sijaan tutkittavien työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riski oli työkykykoordinaattoritoiminnan käynnistäneessä kunnassa kontrollikuntia pienempi. Osatyökykyisten työhön osallistumisen lisääminen todennäköisesti lisäsi sairauspoissaolojen määrää samalla kun se vähensi pysyvän työkyvyttömyyden riskiä (Ervasti & Joensuu 2018). Suomessa työkykykoordinaattoritoiminta on uutta eikä sen vaikutuksista ole kertynyt vielä riittävää tutkimustietoa muistakaan maista (Nevala ym. 2015a; Oestergaard ym. 2020). Tutkimuksemme tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina. Lisätietoa tarvitaan sekä työkykykoordinaattoritoiminnan vaikutuksista muissa työntekijäryhmissä että toiminnan kokonaiskustannusvaikutuksista, kun huomioidaan sairauspoissaolokustannusten kasvu ja toisaalta työkyvyttömyyseläkkeiden vähentymisestä kertyvä säästö.

4.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimushankkeen vahvuutena oli se, että hankkeessa hyödynnettiin sekä laadullista että määrällistä lähestymistapaa. Eri menetelmiä yhdistämällä tutkimuskohteesta saadaan usein monipuolisempi ja kattavampi kuva. Kuntien avainhenkilöitä haastattelemalla saatiin yksityiskohtaista tietoa työkyvyn tukitoimien käyttöönotosta ja rekisteriaineistoista kyettiin seuraamaan näiden tukitoimien yhteyksiä tutkittavien sairauspoissaoloihin ja työhön osallistumiseen. Hankkeessa hyödynnettiin myös Työterveyslaitoksen Kuntasektorin henkilöstön seurantatutkimuksen kyselytietoja sekä Työkyvyn tila Suomessa rekisteriaineistoa.

Käytössä oli laaja kunta-alan työntekijöitä koskeva seuranta-aineisto ja edustava otos suomalaisia työntekijöitä koskevasta rekisteriaineistosta. Rekisteritietoja pidetään luotettavina ja seuranta-aika oli useassa osatutkimuksessa pitkä. Tulokset voidaan yleistää kunta-alalle, mutta muita sektoreita tulisi tarkastella erikseen. Koska työkyvyn tukitoimien vaikutukset voivat vaihdella erityyppisissä töissä ja eri sairausryhmissä, yksityiskohtaisempi selvitys eri työntekijäryhmissä ja sairauksissa on tarpeen.

Eri työkyvyn tukitoimien kustannusvaikutusten selvittäminen on ensiarvoisen tärkeä jatkotutkimuksen aihe.

4.3 Johtopäätökset

Tutkimus osoitti, että työkyvyn aktiivisen tuen toimintatapa oli viidessä tutkimuskunnassa jo melko vakiintunutta. Tulokset tukivat myös sitä, että toimintatapaan liittyvät työkyvyn tukitoimet voivat parhaimmillaan vaikuttaa työhön osallistumiseen ja työssä jatkamiseen myönteisesti. Tämän hankkeen perusteella eri tukitoimien hyötyjen vertailu ei ole mahdollista. Koska tutkimuksemme rajoittui vain kunta-alalle, jatkotutkimusta tarvitaan, jotta työkyvyn aktiivisen tuen toimintatavan käytön hyödyistä ja haitoista saadaan tarkempaa tietoa ja jotta nyt tehtyjen havaintojen yleistettävyydestä muille aloille saadaan tietoa.

5 TAULUKOT

Taulukko 1. Haastateltavat ammattinimikkeen tai tehtävän mukaan (n=52).

*Taulukko 2. Sairauspoissaolojen riski omailmoitusjakson pidentämisen jälkeen (v. 2016-2017) verrattuna muutosta edeltävään aikaan (v. 2013-2014). Sairauspoissaolopäivät ja -kerrat (ennen-jälkeen riskisuhde, RR ja 95 % luottamusväli, lv) tutkimusryhmän mukaan sekä ryhmien välinen ero (GEE-analyysi, sukupuoli, ikä, ammattiryhmä ja työsuhde vakioitu), n=35409. Yhdysvaikutustermi kertoo, onko ryhmien välillä eroa (kun $p > 0.05$, ryhmien välillä ei ole eroa).
Interventio=omailmoitusjakson pidentäminen 1–5 päivään, kontrolli=1–3 päivän omailmoitusjakso.*

Taulukko 3. Sairauspoissaolon riski korvaavan työn mallin käyttöönoton jälkeen verrattuna käyttöönottoa edeltävään aikaan. Sairauspoissaolopäivät ja -kerrat (ennen-jälkeen riskisuhde, RR ja 95 % luottamusväli, lv) tutkimusryhmän mukaan sekä ryhmien välinen ero (GEE-analyysi, sukupuoli, ikä, ammattiryhmä ja työsuhde vakioitu). Yhdysvaikutustermi kertoo, onko ryhmien välillä eroa (kun $p < 0.05$, ryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä ero). Interventio=korvaavan työn käyttö koeryhmässä, kontrolli= ei korvaavaa työtä käytössä.

Taulukko 4. Työstä poissaolon riski pitkän osa- tai kokoaikaisen sairauspoissaolon jälkeen verrattuna edeltäviin vuosiin. Sairauspoissaolo- ja kuntoutuspäivien lukumäärä (ennen-jälkeen riskisuhde, RR ja 95 % luottamusväli, lv) tutkimusryhmän mukaan sekä ryhmien välinen ero (GEE-analyysi, sukupuoli, ikä ja koulutus vakioitu). Interventio=osasairauspäivärahan käyttö koeryhmässä, kontrolli= kokoaikaisen sairauspäivärahan käyttö.

Taulukko 5. Työmarkkina- tai eläkestatukseen yhteydessä olevat tekijät (ensimmäinen siirtymä tai seurannan loppu). Multinomiaalinen regressioanalyysi (ref. 'osatyökyvyttömyyseläke jatkuu') (n=976, 47 %). Vetosuhde (OR) ja 95 % luottamusväli (lv).

Taulukko 6. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riskitiheysuhde (HR ja 95 % luottamusväli, lv) koe ja kontrolliryhmän välillä kaikkien työntekijöiden ja osatyökykyisten työntekijöiden ryhmissä. (Malli 1: sukupuoli, ikä ja ammattiryhmä vakioitu; Malli 2: Malli 1 + psyykinen kuormittuneisuus, aikaisemmat sairauspoissaolot (yli 30päivää), tupakointi, alkoholinkäyttö, painoindeksi ja liikunta vakioitu). Interventio = työkyvytkoordinaattoritoiminta käynnissä, kontrolli = ei työkyvytkoordinaattoritoimintaa.

6 KUVAT

Kuva 1. Eri toimijoiden roolien ja vastuiden selkeys aktiivisen työkyvyn tuen toimintatavassa ammattiluokan mukaan. Keskiarvo (asteikko 1-5).

Kuva 2. Niiden vastaajien osuus, joiden mielestä resursointi työkyvyn tuen toimintamallien toteutukseen on lähes tai täysin riittävää ammattiryhmän mukaan.

Kuva 3. Tulosuuttajien vakioimattomat keskiarvot (95 % luottamusväli) vuoden ja tutkimusryhmän mukaan. Interventio=omailmoitusjakson pidentäminen 1–5 päivään koeryhmässä, kontrolli=1–3 päivän omailmoitusjakso. (Kausto ym. 2020)

Kuva 4. Tulosuuttajien vakioimattomat keskiarvot (95 % luottamusväli) vuoden ja tutkimusryhmän mukaan. Interventio=korvaavan työn käyttö koeryhmässä, kontrolli= ei korvaavaa työtä käytössä.

Kuva 5. Tulosuuttajien vakioimattomat ja vakioidut keskiarvot vuoden ja tutkimusryhmän mukaan. Pystyjana kuvaa vakioitujen keskiarvojen 95 % luottamusvälejä.

Kuva 6. Eläkesiirtymät tutkimusaineistossa vuosina 2011–2016. Trace plot-kuvaaja. Eri väreillä on merkitty henkilöiden eläkestatus. Sinivihreällä merkitty porras kertoo kyseisen vuoden joulukuussa maksussa olleesta osatyökyvyttömyyseläkkeestä. Vaaleamman ja tumman siniset portaavat kertovat kyseisen vuoden joulukuussa maksussa olleesta kokoaikaisesta työkyvyttömyyseläkkeestä (vaalea) ja vanhuuseläkkeestä (tumma). Keltaisella on merkitty "ei eläkkeellä" status. (Ervasti ym. 2019).

Kuva 7. Henkilötyövuosilla painotetut sairauspoissaolopäivien (kaikki sairauspoissaolot) vuosittaisten lukumäärien keskiarvot (95 % luottamusvälit) ennen interventiota (2009-2011), interventiovuonna (2012) ja intervention jälkeen (2013-2015) koe- ja kontrolliryhmissä sekä erikseen osatyökykyisillä työntekijöillä. Interventio=työkykykoordinaattoritoiminnan käynnistäminen koeryhmässä, kontrolli=ei työkykykoordinaattoritoimintaa.

LÄHTEET

- Andren D, Svensson M. Part-time sick leave as a treatment method for individuals with musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 2012;22:418–426.
- Craig P, Cooper C, Gunnell D, Haw S, Lawson K, McIntyre S, Ogilvie D, Petticrew M, Reeves B, Sutton M, Thompson S. Using natural experiments to evaluate population health interventions. *J Epidemiol Community Health* 2012;66(12):1182–1186.
- Dimick JB, Ryan AM. Methods for Evaluating Changes in Health Care Policy: The Difference-in-Differences Approach. *JAMA* 2014;312(22):2401–2402.
- Ervasti J, Joensuu M. Miten saada kokonaiskuva sairauspoissaoloista, presenteismistä ja tuottavuudesta? *Työterveyslääkäri* 2018;36(1): 35–36.
- Ervasti J, Kausto J, Koskinen A, Pentti J, Vahtera J, Joensuu M, Turunen J, Oksanen T, Kivimäki M. Labor Market Participation Before and After Long-Term Part-Time Sickness Absence in Finland: A Population-Based Cohort Study. *J Occup Environ Med* 2020;62(4):e142–e148.
- Ervasti J, Pekkarinen L, Virtanen M, Aalto V, Oksanen T. Osatyökykyisten työolot ja työmarkkinasiirtymät kunta-alalla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2019;56(1): 15–26.
- Halonen JI, Solovieva S, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J, Viikari-Juntura E. Effectiveness of legislative changes obligating notification of prolonged sickness absence and assessment of remaining work ability on return to work and work participation: a natural experiment in Finland. *Occup Environ Med* 2016;73:42–50.
- Halonen JI, Solovieva S, Virta LJ, Laaksonen M, Martimo KP, Hiljanen I, Lallukka T, Autti-Rämö I, Viikari-Juntura E. Sustained return to work and work participation after a new legislation obligating employers to notify prolonged sickness absence. *Scand J Public Health* 2018;46(19_suppl):65–73.
- Hemmi-Lehtola R. Työkyvykoordinaattorit kunta-alalla. Tehtävänkuvua, työssä onnistuminen ja työn kehittämiskohteet. *Kevan tutkimuksia* 3/2017.
- Hernæs Ø. Activation against absenteeism – Evidence from a sickness insurance reform in Norway. *Journal of Health Economics* 2018;62:60–68.
- Hesselius P, Johansson P, Larsson L. Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment. *Upsala:IFAU - Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy*; 2005. Working Paper Series 2005:15.

Hesselius P, Johansson P, Vikström J. Social behaviour in work absence. *Scandinavian Journal of Economics* 2013;115(4):995-1019.

Høgelund J, Holm A, McIntosh J Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours? *Journal of Health Economics* 2010;29:158-169.

ILO code of practice. Managing disability in the workplace. Geneva: International Labor Organization, 2002.

Kausto J, Reuna K, Halonen JI, Oksanen T, Kaila-Kangas L, Kivimäki M, Ervasti J. Sairauspoissaolojen oimailmoitusjakson pidentämisen vaikutus kuntatyöntekijöiden sairauspoissaoloihin. *Lääkärilehti* 2020 [Hyväksytty julkaistavaksi].

Kausto J, Solovieva S, Virta LJ, Viikari-Juntura E. Partial sick leave associated with disability pension: propensity score approach in a register-based cohort study. *BMJ Open* 2012 8;2(6). pii: e001752

Kausto J, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, Halonen JI, Virta LJ, Kankaanpää E. Selfcertification versus physician certification of sick leave for reducing sickness absence and associated costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 5. Art. No.: CD013098.

Kausto J, Viikari-Juntura E, Virta LJ, Gould R, Koskinen A, Solovieva S. Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: a quasi-experiment in Finland. *BMJ Open* 2014;4(12):e006685.

Keva 2017. Julkisella sektorilla paljon osatyökyvyttömyyseläkkeitä. Helsinki: Keva; 2017. Viitattu 02.05.2020. <https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/julkisella-sektorilla-paljon-osaty-okyvyttomyyselakkeita/>

Keva 2019. Aktiivisen tuen toimintatapa - työkalu sujuvan työn varmistamiseen. Viitattu 02.05.2020. <https://www.keva.fi/tyonantajalle/tyoelamapalvelut/tue-tyokyky/#ea937325>

Keva 2020a. Eläkevaihtoehdot. Viitattu 02.05.2020. <https://www.keva.fi/henkiloasiakkaalle/tietoa-elakkeista/elakevaihtoehdot/>

Keva 2020b. Tilastotietoja kunta-alan eläkejärjestelmän eläkkeistä ja vakuutetuista 10.3.2020. Viitattu 02.05.2020. <https://www.keva.fi/tama-on-keva/keva/#66f04058>

Leinonen T, Solovieva S, Viikari-Juntura E. Työkyvyttömyyteen ja osatyökyvyttömyyteen liittyvät etuudet ja järjestelmät. Julkaisussa Alasalmi J, Busk H, Kauhanen A, Leinonen T, Solovieva S, Valkonen T, Viikari-Juntura E. Työpolitiikka ja työllisyysaste : tutkimukseen perustuvia johtopäätöksiä. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:33. Viitattu 22.6.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162271/VNTEAS_2020_33.pdf.

Loo R. Attitudes Toward Employing Persons With Disabilities: A Test of the Sympathy-Discomfort Categories. *J Appl Soc Psychol* 2004;34(10):2200-2214.

Nevala N, Pehkonen I, Koskela I et al. Workplace accommodation among persons with disabilities. A systematic review on it's effectiveness and barriers of facilitators. *J Occup Rehab* 2015a;25:432-448.

Nevala N, Turunen J, Tiainen R, Mattila-Wirolahti P. Osatyökykyiset työssä -toimintamallin (Osku) toteutuminen ja hyödyt erilaisissa toimintaympäristöissä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015b:48 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3689-8>

Nevala N, Vuorento M. (2015). Keinot käyttöön. Ohjeita työkyvyn tueksi. Osatyökykyiset työssä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja julkaisuja 2015:47.

Oestergaard LG, Christensen FB, Bünger CE, Søgaard R, Holm R, Helmig P, Nielsen CV. Does adding case management to standard rehabilitation affect functional ability, pain, or the rate of return to work after lumbar spinal fusion? A randomized controlled trial with two-year follow-up. *Clin Rehabil* 2020;34(3):357-368.

Pekkarinen L, Haapakoski S. Korvaava työ kunta-alalla – toimintatavan suunnittelu ja käyttö. *Kevan tutkimuksia* 2/2017.

Pekkarinen L, Pekka T. Työhyvinvoinnin ja työkyvyn strateginen johtaminen ja työterveysyhteistyö kunta-alalla vuonna 2015. In: KEVA, ed. KEVAn tutkimuksia. Vol. 1. Helsinki: KEVA, 2015.

Pesonen S, Halonen JI, Liira J. Omailmoitus- tutkimus sairauspoissaolojen omailmoituksen käyttöönotosta ja vaikutuksista. Helsinki: Työterveyslaitos 2016.

Taskinen P. Osatyökykyisillä on työhaluja terveysongelmista huolimatta. Tilastokeskus. Hyvinvointikatsaus 2012;4.

Toikkanen U. Sairauslomat lyhenivät TYKS:ssä. *Suom Lääkäril* 2018; 73:968–970.

Torsvik G, Vaage K. Gatekeeping versus monitoring: evidence from a case with extended self-reporting of sickness absence. Munich: CESifo Group; 2014. SESifo Working paper Series 5113.

Työterveyslaitos 2020a. Luettu 16.6.2020. <https://www.ttl.fi/tutkimushanke/kunta10-tutkimus/>

Työterveyslaitos 2020b. Luettu 16.6.2020. <https://www.ttl.fi/tutkimushanke/sairaalalahenkioston-hyvinvointitutkimus/>

Työterveyslaitos 2020c. Luettu 16.6.2020. <https://www.ttl.fi/tutkimushanke/tyokyvyn-tila-suomessa-2018-2030/>

Työturvallisuuskeskus 2011. Aktiivinen tuki yhteistoiminnan työkaluna. https://ttk.fi/files/4624/Aktiivinen_tuki.pdf

Viikari-Juntura E, Kausto J, Shiri R, Kaila-Kangas L, Takala EP, Karppinen J, Miranda H, Luukkonen R, Martimo KP. Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2012;38(2):134-143.

Viikari-Juntura E, Virta LJ, Kausto J, Autti-Rämö I, Martimo KP, Laaksonen M, Leinonen T, Husgafvel-Pursiainen K, Burdorf A, Solovieva S. Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland. *Scand J Work Environ Health* 2017a;43(5):447-456

Viikari-Juntura E, Virta L, Leinonen T, Husgafvel-Pursiainen K, Autti-Rämö I, Solovieva S. Kuntoutus- ja osittaisten työkyvyttömyysetuuksien käyttö lisääntyy – miten työssäolo? *Duodecim* 2017b;133:1655–1663.

Vuorento M, Terävä K. Osatyökykyisen työssä jatkamisen ja työllistymisen tukeminen. *Kuntoutussäätiön työselosteita/Working papers*. Vol. 48. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 2014.

Yelin EH, L. T. Disability and the characteristics of employment. *Monthly Labor Review* United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 2003;20-31.

LIITE 1

HAASTATTELURUNKO

OHJEISTUS

Keva määrittelee aktiivisen työkyvyn tuen seuraavasti: "Aktiivinen tuki on toimintatapa, jonka avulla työyhteisössä ehkäistään ja ratkotaan työn sujumisen ongelmia. Aktiivinen tuki sisältää varhaisen tuen, tehostetun tuen ja työhön paluun tuen. Toimintatapaan liittyviä toimenpiteitä ovat esimerkiksi sairauspoissaolojen seuranta ja varhainen puuttuminen. Tehostetun tuen toimenpiteitä voivat olla ammatillinen kuntoutus, työkykykoordinaattorien käyttö ja erilaiset osatyökykyisyyttä tukevat ratkaisut kuten osatyökyvyttömyyseläke tai kuntoutustuki (tehostettu tuki). Työhön paluun tuen toimenpiteisiin kuuluvat sairauspoissaololta työhön paluuseen liittyvät toimenpiteet kuten työkokeilu ja työterveysneuvottelu."

Kartoitamme, minkälaisia työkyvyn tuen toimintamalleja kuntien toimintayksiköillä on käytössä, kenelle ne on tarkoitettu, mistä lähtien ja missä määrin niitä on toimeenpantu ja kuka niistä vastaa. Ennen haastattelua olen sähköpostitse kysynyt suostumustasi haastatteluun. Samalla toivoin, että etsisit tiedoistasi valmiiksi tietoja eri työkyvyn tuen toimintamallien käyttöönoton ajankohdista. Olet saanut myös tiedotteen tutkimuksesta ja suostumuslomake on allekirjoitettu.

Aluksi kirjataan ylös, **kuka olet, missä asemassa toimit ja minkä toimintayksikön/ toimintayksiköiden työkyvyn tuen toimenpiteistä kerrot.**

1. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten aktiivisen työkyvyn tuen toimintamallin käyttöä niissä toimintayksiköissä joiden osalta nyt vastaat? Aktiivisen tuen toimintamalli on käytössä

0=ei lainkaan [haastattelu päättyy]

1=osittain

2=kyllä, muttei kaikkialla toimintayksikössä

3=kyllä ja yhtenäisesti läpi toimintayksikön

2. Koska aktiivisen toimintamalli on otettu käyttöön? [ajankohta]

3. Mitkä tahot ovat olleet mukana mallin kehittämisessä? [merkitse kaikki]

1=ylin johto

2=henkilöstöhallinto

3=(lähi)esimiestaso/keskijohto

4=työterveyshuolto

5=henkilöstö

6=muu taho, mikä

4. Arvioi eri toimijoiden rooleja ja vastuita toimintamallissa. Ovatko vastuut ja roolit mielestäsi selkeät?

1=täysin epäselvät

2=melko epäselvät

3=ei selvät eikä epäselvät

4=melko selkeät

5=täysin selkeät

5. Onko työkyvyn tuen toimintamallien käyttö mielestäsi riittävästi resursoitu? (budjetti, henkilöstö)

1=resursointi on täysin riittävää

2=resursointi on lähes riittävää

3=resursointi ei ole riittävää omassa organisaatiossa

4=resursointi ei ole riittävää työterveyshuollossa

5=en osaa /en halua arvioida

6=muu vastaus

Tarkastellaan sitten aktiivisen tuen osatekijöitä tarkemmin. KEVAN määritelmän mukaan **varhainen tuki** on ratkaisujen hakemista työntekijän lähityöyksikössä. Sairauspoissaolojen seuranta ja esimerkiksi toistuviin lyhyisiin poissaoloihin puuttuminen kuuluvat varhaisen tuen toimenpiteisiin.

6. Onko varhaisen tuen toimintamalli käytössä toimintayksikössänne/-yksikössä joiden osalta nyt vastaat?

0=ei lainkaan [siirrytään tehostetun tuen toimintatapaan, kysymys 15]

1=osittain

2=kyllä, muttei kaikkialla toimintayksikössä

3=kyllä ja yhtenäisesti läpi toimintayksikön

7. Mitä käytännön toimenpiteitä varhainen tuki sisältää? [merkitse kaikki]

1=sairauspoissaolojen seuranta

2=toistuviin lyhyisiin poissaoloihin puuttuminen, varhaisen tuen keskustelut

3=sairauspoissaolojen omailmoituskäytännöt

4=hyvinvointi ja työkyky valmennukset, työuravalmennus

5=työkyvyttömyysriskissä olevien seuranta (muun kuin sairauspoissaolojen perusteella)

6=työjärjestelyt (työvälineiden muutokset, etättyö, työtehtävien eriyttäminen)
7= muut toimenpiteet, mitkä

8. Onko kaikki toimenpiteet otettu samanaikaisesti käyttöön?

1=kyllä [siirrytään kysymykseen 9]

0=ei [siirrytään kysymykseen 8.1]

a. Mitä toimenpiteitä on otettu eriaikaisesti käyttöön?

[TOIMENPIDE 1 JA AJANKOHTA 1, TOIMENPIDE 2 JA AJANKOHTA 2, TOIMENPIDE N JA AJANKOHTA N]

[siirrytään kysymykseen 10]

9. Koska varhaisen tuen toimintamalli on otettu käyttöön? [AJANKOHTA]

10. Onko varhaisen tuen toimintamalli suunnattu erityisesti jollekin ryhmälle?

0=ei [siirrytään kysymykseen 11]

1=kyllä [siirrytään kysymykseen 10.1]

10.1 Kenelle toimintamalli on suunnattu?

11. Kuka vastaa varhaisen tuen toimintamallin toteuttamisesta ja seurannasta? (MISSÄ ASEMASSA TOIMII)

1=työyksikön lähiesimies

2=HR-asiantuntija (esim. henkilöstöpäällikkö, työhyvinvointipäällikkö)

3=työterveyshuollon edustaja

4=muu

12. Paljonko varhaisen tuen mallia käytetään?

0=ei ole ollut tarvetta

1=ei juuri lainkaan

2=hajanaisesti tarvittaessa [siirrytään kysymykseen 12.1]

3=systemaattisesti

4=muu vastaus, avoin

12.1. Jos varhaisen tuen mallia käytetään hajanaisesti, pystyttekö kertomaan missä toimintayksiköissä mallia käytetään ja missä ei?

13. Onko esimiehiä koulutettu varhaisen tuen toimintamallin käyttöön?

0=ei [siirrytään kysymykseen 13.3]

1=kyllä [siirrytään kysymykseen 13.1]

- a. Milloin koulutusta on järjestetty? [AJANKOHTA]**
- b. Onko koulutukseen osallistuttu aktiivisesti?**
 1=kaikki/lähes kaikki esimiehet ovat osallistuneet
 2=osallistuminen hajanaista/ vaihtelee työyksiköittäin
 3=hyvin harva esimies on osallistunut koulutukseen
- c. Onko tietoa varhaisen tuen toimintamallista levitetty muuten kuin koulutuksen kautta?**
 0=ei
 1=kyllä, miten?

KEVAN määritelmän mukaan **tehostettu tuki** on ratkaisujen hakemista verkostoyhteistyöllä, jossa ovat mukana työterveyshuolto ja usein myös henkilöstöhallinnon edustaja. Tehostetun tuen vaiheessa kartoitetaan, mikä työkykyä heikentää ja mitä sille voidaan tehdä. Työkykyä tukevia toimenpiteitä ovat esimerkiksi työkykykoordinaattoreiden käyttö, ammatillinen kuntoutus, osatyökyvyttömyyseläke tai kuntoutustuki.

- 14. Onko tehostetun tuen toimintamalli käytössä toimintayksikössänne/-yksiköissä joiden osalta nyt vastaat?**
 0=ei lainkaan [siirrytään työhön paluun tuen toimintatapaan, kysymys 22]
 1=osittain
 2=kyllä, muttei kaikkialla toimintayksikössä
 3=kyllä ja yhtenäisesti läpi toimintayksikön
- 15. Mitä käytännön toimenpiteitä se sisältää? [merkitse kaikki]**
 1=osa-aikatyö
 2=osa-aikatyö (+kunnan myöntämä palkkatuki)
 3=osasairauspäiväraha
 4=työkykykoordinaattoreiden/työkykyvalmentajien hyödyntäminen
 5=kuntoutussuunnittelija
 6=ammatillinen kuntoutus
 7=osatyökyvyttömyyseläke & kuntoutustuki
 8=korvaava työ
 9=työkokeilu
 10=työn muokkaus (työvälineet, työtilat, etätyö)

11=muu, mikä

16. Onko kaikki tehostetun tuen toimintamallin toimenpiteet otettu samanlaisesti käyttöön?

1=kyllä [siirytään kysymykseen 17]

0=ei [siirytään kysymykseen 16.1]

a. Mitä toimenpiteitä on otettu eriaikaisesti käyttöön? [TOIMENPIDE 1 JA AJANKOHTA 1, TOIMENPIDE 2 JA AJANKOHTA 2, TOIMENPIDE N JA AJANKOHTA N]

[siirytään kysymykseen 18]

17. Koska tehostetun tuen toimintamalli on otettu käyttöön? [AJANKOHTA]

18. Onko tehostetun tuen toimintamalli suunnattu erityisesti jollekin ryhmälle?

0=ei [siirytään kysymykseen 20]

1=kyllä [siirytään kysymykseen 18.1]

18.1 Kenelle toimintamalli on suunnattu?

19. Kuka vastaa tehostetun tuen toimintamallin toteuttamisesta ja seurannasta? (MISSÄ ASEMASSA TOIMII)

1=työyksikön lähiesimies

2=HR-asiantuntija (esim. henkilöstöpäällikkö, työhyvinvointipäällikkö)

3=työterveyshuollon edustaja

4=muu

20. Paljonko tehostetun tuen toimintamallia käytetään?

0=ei ole ollut tarvetta

1=ei juuri lainkaan

2=hajanaisesti tarvittaessa [siirytään kysymykseen 20.1]

3=systemaattisesti

4=muu vastaus, avoin

20.1. Jos tehostetun tuen mallia käytetään hajanaisesti, pystyttekö kertomaan missä toimintayksiköissä mallia käytetään ja missä ei?

21. Onko esimiehiä koulutettu tehostetun tuen toimintamallin käyttöön?

0=ei [siirytään kysymykseen 21.3]

1=kyllä [siirrytään kysymykseen 21.1]

- a. **Milloin koulutusta on järjestetty?** [AJANKOHTA]
- b. **Onko koulutukseen osallistuttu aktiivisesti?**
1=kaikki/lähes kaikki esimiehet ovat osallistuneet
2=osallistuminen hajanaista/ vaihtelee työyksiköittäin
3=hyvin harva esimies on osallistunut koulutukseen
- c. **Onko tietoa tehostetun tuen toimintamallista levitetty muuten kuin koulutuksen kautta?**
0=ei
1=kyllä, miten?

Pitkän sairauspoissaolon jälkeen työntekijälle tarjottua tukea kutsutaan **työhön paluun tueksi**. Esimerkiksi työkokeilu ja työterveysneuvottelu ovat paluun tuen toimintatapoja.

22. Onko työhön paluun tuen toimintatapa käytössä toimintayksikössänne/ -yksiköissä joiden osalta nyt vastaat?

0=ei lainkaan [haastattelu päättyy]

1=osittain

2=kyllä, muttei kaikkialla toimintayksikössä

3=kyllä ja yhtenäisesti läpi toimintayksikön

23. Mitä käytännön toimenpiteitä se sisältää?

1=työterveysneuvottelu

2= työkokeilu

3=osasairauspäiväraha

4=osa-aikatyö (+palkkatuki)

5=työn muokkaus (muu kuin osa-aikatyö)

6=uudelleen perehdytys

7=esimiehen ja työntekijän välinen neuvottelu

8=työyhteisön valmistaminen työyhteisön jäsenen paluuseen/työpsykologin konsultaatio työyhteisölle

9=työn muokkaus (työvälineet, työtilat, etätyö)

24. Onko kaikki työhön paluun tuen toimintamallin toimenpiteet otettu samanaikaisesti käyttöön?

1=kyllä [siirrytään kysymykseen 25]

0=ei [siirrytään kysymykseen 24.1]

- a. **Mitä toimenpiteitä on otettu eriaikaisesti käyttöön?** [TOIMENPIDE 1 JA AJANKOHTA 1, TOIMENPIDE 2 JA AJANKOHTA 2, TOIMENPIDE N JA AJANKOHTA N]

[siirrytään kysymykseen 26]

25. **Koska työhön paluun tuen toimintamalli on otettu käyttöön?** [AJANKOHTA]

26. **Onko työhön paluun tuen toimintamalli suunnattu erityisesti jollekin ryhmälle?**

0=ei [siirrytään kysymykseen 27]

1=kyllä [siirrytään kysymykseen 26.1]

- 26.1 **Kenelle toimintamalli on suunnattu?**

27. **Kuka vastaa työhön paluun tuen toteuttamisesta ja seurannasta? (MISSÄ ASEMASSA TOIMII)**

1=työyksikön lähiesimies

2=HR-asiantuntija (esim. henkilöstöpäällikkö, työhyvinvointipäällikkö)

3=työterveyshuollon edustaja

4=muu

28. **Paljonko työhön paluun tuen toimintamallia käytetään?**

0=ei ole ollut tarvetta

1=ei juuri lainkaan

2=hajanaisesti tarvittaessa [siirrytään kysymykseen 28.1]

3=systemaattisesti

4=muu vastaus, avoin

- 28.1. **Jos työhön paluun tuen mallia käytetään hajanasesti, pystyttekö kertomaan missä toimintayksiköissä mallia käytetään ja missä ei?**

29. **Onko esimiehiä koulutettu työhön paluun tuen toimintamallin käyttöön?**

0=ei [siirrytään kysymykseen 29.3]

1=kyllä [siirrytään kysymykseen 29.1]

- a. **Milloin koulutusta on järjestetty?** [AJANKOHTA]

- b. Onko koulutukseen osallistuttu aktiivisesti?**
1=kaikki/lähes kaikki esimiehet ovat osallistuneet
2=osallistuminen hajanaista/ vaihtelee työyksiköittäin
3=hyvin harva esimies on osallistunut koulutukseen
- c. Onko tietoa työhön paluun tuen toimintamallista levitetty muuten kuin koulutuksen kautta?**
0=ei
1=kyllä, miten?
- 30. Miten työkyvyn tukitoimien ja toimintamallien toteutumista seurataan?**
- 31. Onko työkyvyn toimenpiteistä ja niiden käyttöönotosta kirjallista materiaalia?**
- 32. Onko sinulla jotain muuta lisättävää liittyen työkyvyn tuen toimenpiteisiin?**

[haastattelu päättyy]

Työkyvyn tukitoimilla pyritään vähentämään pitkittyvää ja pysyvää työkyvyttömyyttä ja edistämään työhön paluuta. Kunta-alalla on käytössä aktiivisen työkyvyn tuen toimintatapa, joka koostuu työkyvyn varhaisesta tuesta, tehostetusta tuesta ja työhön paluun tuesta. Tutkimus tuotti uutta tietoa aktiivisen työkyvyn tuen toimintatavan toteutuksesta tutkimuskunnissa. Selvitimme myös, kuinka sairauspoissaolojen omailmoituskäytännön laajentaminen, korvaavan työn toimintamalli, työkykykoordinaattoritoiminta sekä osasairauspäivärahan ja osatyökyvyttömyyseläkkeen käyttö olivat yhteydessä kuntatyöntekijöiden sairauspoissaoloihin ja työhön osallistumiseen.

Työterveyslaitos
Arbetshälsoinstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

PL 40, 00032 Työterveyslaitos

www.ttl.fi

ISBN 978-952-261-904-4 (nid.)
ISBN 978-952-261-905-1 (PDF)

