

## Lääkäreiden ohjeistaminen työterveyshuollossa:

MONIMENETELMÄTUTKIMUS  
KUNTA-ALALLA

Johanna Kausto  
Ritva Horppu  
Tom Rosenström  
Ari Väänänen

# Työterveyslaitos

## **Lääkäreiden ohjeistaminen työterveyshuollossa:** MONIMENETELMÄTUTKIMUS KUNTA-ALALLA

Johanna Kausto, Ritva Horppu, Tom Rosenström, Ari Väänänen

Työterveyslaitos  
Työkyky ja työurat

PL 40  
00251 Helsinki  
[www.ttl.fi](http://www.ttl.fi)

© 2021 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Hanke on toteutettu Kelan ja Työsuojelurahaston tuella.

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

ISBN 978-952-261-977-8 (nid.)

ISBN 978-952-261-978-5 (pdf)

PunaMusta Oy, Tampere, 2021

## TIIVISTELMÄ

Helsingin kaupungin työterveyshuollossa käynnistettiin vuonna 2016 interventio, jonka tavoitteena oli työntekijöiden työkyvyn koheneminen ja sairauspoissaolosten väheneminen. Tavoitteena oli lisätä työterveyshuollon toiminnan laatua ja tehokkuutta sekä yhtenäistää työkyvyn arviointia ja sairauspoissaolosten kirjoittamista. Päämääränä oli auttaa lääkäreitä huomioimaan paremmin kivun ja työkyvyn yhteydet ja tuottaa potilaille ajantasaista tietoa kivusta, sen hoidosta ja yhteydestä työhön ja työkykyyn.

Intervention keskeisenä elementtinä olivat lääkäreille suunnatut suositukset, jotka koskivat alaseläkivun (ICD-10 M54.5), olkapääkivun (ICD-10 M75) ja kynnärpään seudun kivun (ICD-10 M77.1) hoitoa sekä sairauspoissaolotarpeen ja sairauspoissaolon keston arviointia näissä kiputiloissa.

Tutkimuksessa analysoitiin sekä määrällistä rekisteriaineistoa että laadullista haastatteluaineistoa. Laadullinen tutkimusaineisto kerättiin haastatellen työterveyshuollon henkilökuntaa (työterveys- ja yleislääkäreitä, työfysioterapeutteja, työterveyshoitajia sekä intervention suunnittelusta ja toimeenpanosta vastanneita henkilöitä).

Interventiota pidettiin organisaatiossa onnistuneena. Lääkärit kertoivat arvostavansa näyttöön perustuvia ohjeistuksia ja myös tässä hankkeessa käyttöön otettuja tutkimustietoon perustuvia suosituksia pidettiin luotettavina. Suositusten käyttöön vaikuttivat haastateltujen mukaan kyvykkyyteen liittyvät tekijät (mm. lääkäreiden tieto suosituksista ja niiden käyttötarkoituksesta sekä suositellun toiminnan osaaminen). Suositusten käyttöönottoa edistivät myös motivaatioon liittyvät tekijät (mm. uskomukset suositusten mukaisen toiminnan hyödyistä eri osapuolille). Lääkärillä täytyi olla myös tilaisuuksia toimia suositusten mukaisesti. Esimerkiksi kiire vastaanotolla saattoi haitata suositeltua toimintaa. Puute vastaanottoajoista saattoi myös vaikuttaa siten, että potilaille kirjoitettiin tarpeettoman pitkiä sairauspoissaolajaksoja.

Tutkimushaastattelujen mukaan sairauspoissaoloihin vaikuttivat monet tekijät lääkäreiden toiminnan ohella. Sairauspoissaolosten hallinnan kannalta keskeisiksi tekijöiksi nähtiin työterveyshuollon sisäinen rakenne, moniammatillinen toimintamalli ja kehittämismyönteinen kulttuuri, työnantajaorganisaation kanssa tehtävä yhteistyö, työntekijöiden myönteinen suhtautuminen sairauspoissaolon vaihtoehtoihin ja fysioterapeuttien suoravastaanottokäytäntö.

Sairauspoissaolosten määrä laski selvästi, kun interventiota seuranneita vuosia verrattiin sitä edeltäneeseen aikaan interventio- ja verrokkiryhmässä, mutta lasku tasoittui hieman pidemmällä aikavälillä. On todennäköistä, että interventio tuotti huomattavia taloudellisia hyötyjä, kun tuki- ja liikuntaelinkipupotilaita koskevia hoitokäytäntöjä kehitettiin.

## ABSTRACT

The Occupational health care services of City of Helsinki launched an intervention in 2016 that aimed to increase employees work ability and reduce sick leaves. The specific aims of the intervention were to increase the quality and effectiveness of occupational health care, to unify the process of work disability assessment and sick leave prescription, to help physicians to consider the association between pain and work disability, and to provide patients with up-to-date information about their pain condition, its treatment and how it may affect work and work ability.

Recommendations on work disability management and prescribing sick leaves for back pain (ICD-10 M54.5), shoulder pain (ICD-10 M75) and elbow pain (ICD-10 M77.1) were the central and most noticeable component in the intervention.

In this study, we analysed both quantitative register-based data and qualitative interview data. We interviewed the staff working in the occupational health care services (physicians, physiotherapists, nurses, and those who were responsible for planning and implementation of the intervention).

The intervention was found successful in the organisation. The physicians reported that they valued the recommendations that were based on scientific evidence. Guidelines launched in this intervention were regarded valid and reliable. Factors that we found to affect the use of guidelines included physicians' capability (e.g., knowledge of the guidelines, their use and how to perform the recommended behaviours). Physicians' motivation affected the use of guidelines (e.g., beliefs about the consequences of recommended behaviour for different parties). Opportunities for guideline-consistent behaviour were a prerequisite to the intervention benefits. For example, haste at the doctor's appointment sometimes prevented general physicians from following the new practices. Lack of available appointment times occasionally prolonged sick leaves unnecessarily.

The interviewees identified several factors beyond physicians' behaviour that affected sick leave trends. Organisational structure and multiprofessional co-operation in the occupational health care services, collaboration with employer and employees' positive attitudes towards alternatives for sick leave were seen to be important factors in reducing sick leaves.

There was a clear decline in sick leaves in the intervention and comparison groups, when we compared years after the intervention to the time preceding the intervention but the trend leveled off somewhat thereafter. It is likely that the intervention brought noticeable financial gains by improving the treatment practices of musculoskeletal disorders.

## SISÄLLYS

<b>1 Hankkeen lähtökohta</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Menetelmät</b> .....	<b>7</b>
2.1 Tutkimuksen konteksti .....	7
2.2 Tutkimusaineisto .....	8
2.3 Analyysit .....	9
2.3.1 Rekisteriaineisto .....	9
2.3.2 Haastatteluaineisto .....	9
<b>3 Päätulokset</b> .....	<b>10</b>
3.1 Intervention kuvaus .....	10
3.2 Suositusten käyttö ja käyttöön vaikuttavia tekijöitä .....	11
3.3 Olivatko lääkäriohjeet yhteydessä työntekijöiden sairauspoissaoloihin – rekisterianalyysin tuloksia .....	16
3.4 Mitkä muut tekijät vaikuttivat työterveyshuollon ammattihenkilöiden mielestä työntekijöiden sairauspoissaoloihin .....	20
<b>4 Yhteenveto</b> .....	<b>24</b>
<b>5 Taulukot</b> .....	<b>27</b>
<b>6 Kuvat</b> .....	<b>28</b>
<b>7 Lähteet</b> .....	<b>29</b>
<b>LIITTEET</b> .....	<b>32</b>

# 1 HANKKEEN LÄHTÖKOHTA

Työkyvyn ja sairauspoissaolotarpeen arviointi on vaativaa ja siinä onnistuminen on osa laadukasta hoitoa. Sairauspoissaolojen kirjoittamiskäytännöissä on ollut Suomessa suurta vaihtelua lääkäreiden välillä (Kankaanpää ym. 2012). Suomessa päädyttiinkin laatimaan lääkäreille suunnattu yleinen ohjeistus sairauspoissaolotarpeen ja -keston arviointia varten (Oksanen T ja työryhmä 2016; Sairauspoissaolotarpeen arviointi. Käypä hoito -suositus, 2019).

Helsingin kaupungin työterveyshuollossa (Työterveys Helsinki) päätettiin selvittää kokemuksia myös sairausryhmäkohtaisten suositusten käyttöönotosta ja vaikutuksista. Vuoden 2016 alussa organisaatiossa käynnistettiin interventio, jonka keskeisenä elementtinä olivat lääkäreille suunnatut suositukset, jotka koskivat alaselkäkivun (ICD-10 M54.5), olkapääkivun (ICD-10 M75) ja kynnärpään seudun kivun (ICD-10 M77.1) hoitoa sekä sairauspoissaolotarpeen ja sairauspoissaolon keston arviointia näissä kiputiloissa. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULES) ovat edelleen yksi yleisimpiä lyhyt- ja pitkäaikaisen tai pysyvän työkyvyttömyyden syitä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää suositusten vaikutuksia Helsingin kaupungin työntekijöiden sairauspoissaoloihin. Tavoitteena oli myös selvittää lääkäreiden ja muiden työterveyshuollon asiantuntijoiden kokemuksia suosituksista ja niiden käyttöönotosta.

Tärkeimmät tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

- Millä tavoin annettuja suosituksia käytettiin?
- Mitkä tekijät vaikuttivat lääkäreiden mukaan suositusten käyttöön?
- Olivatko lääkäreille suunnatut ohjeet yhteydessä Helsingin kaupungin työntekijöiden sairauspoissaoloihin?
- Mitkä muut tekijät vaikuttivat lääkäreiden ja muiden työterveyshuollon ammattihenkilöiden mielestä Helsingin kaupungin työntekijöiden sairauspoissaoloihin?

## 2 MENETELMÄT

### 2.1 Tutkimuksen konteksti

#### *Helsingin kaupunki työnantajana*

Helsingin kaupungin palveluksessa työskentelee vuosittain hieman alle 40 000 työntekijää. Työntekijöistä 76 % on naisia. Vuonna 2019 suurimman ikäryhmän muodostivat 50–59-vuotiaat. Suurimmat toimialat Helsingin kaupungilla ovat kasvatus- ja koulutus, sosiaali- ja terveystoimi, keskushallinto sekä kaupunkiympäristön toimiala. Kaupungin työntekijät toimivat useassa sadassa eri ammatissa (Helsingin kaupungin tilinpäätökset 2016–2019).

#### *Työterveyshuolto*

Henkilöstön työterveyshuollosta vastaa Työterveys Helsinki, joka on Helsingin kaupungin oma työterveysyksikkö. Organisaatio koostuu yhdeksästä työterveystiimistä, jotka muodostuvat yhteensä 150 työterveyshoitajasta, -lääkäristä, -psykologista, työfysioterapeutista ja kuntoutussuunnittelijasta. Vuonna 2019 Työterveys Helsingin palveluksessa toimi 40 työterveys- tai yleislääkärinä.

#### *Sairauspoissaolokäytännöt ja sairauspoissaolojen aikaisempi kehitys tutkimusorganisaatiossa*

Helsingin kaupungilla, kuten useimmilla kuntatyönantajilla, sovelletaan sairauspoissaolojen oimailmoituskäytäntöä. Tällöin työntekijä voi omalla ilmoituksellaan olla sairauden vuoksi pois työstään 1–3 päivää. Osassa kunnista sairauspoissaolo voi jatkua omalla ilmoituksella 5 päivää. Tällöin työnantaja ei edellytä lääkärin todistusta työkyvyttömyydestä, vaan työntekijä ilmoittaa sairastumisestaan esimiehelleen. Oimailmoituskäytäntö on yleistynyt Suomessa etenkin kuntatyöpaikoilla, mutta täsmällistä tietoa siitä kuinka paljon sitä käytetään ei ole (Toikkanen 2018). Helsingin kaupungin työntekijöiden joukossa sairauspoissaolojen oimailmotusta ovat hyödyntäneet etenkin alle 30-vuotiaat naistyöntekijät (Sumanen ym. 2018). Kun työkyvyttömyys jatkuu oimailmoitusjaksoa pidempään, työnantaja edellyttää työntekijää toimittamaan lääkärintodistuksen työkyvyttömyydestä.



Kun työntekijän sairauspoissaolo on jatkunut sairastumispäivän ja sitä seuraavat 9 päivää, Kela myöntää sairauspäivärahaa. Siltä ajalta, jolta työnantaja jatkaa palkanmaksua työntekijälle, sairauspäiväraha korvaus maksetaan työnantajalle. Työkyvyttömyyden pitkittyessä sovelletaan sääntöä, jonka mukaan työterveyshuolto selvittää työntekijän tilannetta viimeistään, kun sairauspoissaolo on jatkunut 30 päivää.

Erilaiset sairauspoissaolokäytännöt ja sairauspoissaolojen seuranta ovat osa ns. työkyvyn varhaista tukea työpaikoilla ja työterveyshuolloissa. Myös Helsingin kaupunki seuraa työntekijöiden sairauspoissaolojen kehityssuuntia. Yleisesti ottaen tiedetään, että työntekijöiden sairauspoissaoloissa on usein nähtävissä sekä kausittaista vuodenaikoihin liittyvää vaihtelua että talouden sykleihin liittyviä muutoksia. Sairauspoissaolot lisääntyivät Helsingin kaupungin työntekijöiden joukossa 2000-luvun alkupuolella, mutta kääntyivät laskuun vuosina 2006–2008. Miehillä sairauspoissaolot kääntyivät nousuun vuonna 2014 (Sumanen ym. 2018).

## 2.2 Tutkimusaineisto

Hankkeessa analysoitiin sekä määrällistä että laadullista aineistoa. Määrällinen aineisto poimittiin [Helsingin yliopiston Helsinki Health Studyn](#) (HHS, Helsingin yliopisto) rekisteriaineistosta. Otokseen poimittiin kaikki Helsingin kaupungilla vuosina 2013–2018 (minkä tahansa pituisen ajanjakson) työskennelleet työntekijät (n=86 970). Tutkittavien taustatiedot saatiin työnantajan rekisteristä. Tutkittavien sairauspoissaolojaksojen alkamis- ja päättymispäivät sekä niihin liittyvät diagnoositiedot (yli 11 päivää kestäneiden sairauspoissaolojaksojen osalta) saatiin työnantajan ja Kelan rekistereistä. Tiedot lääkkeiden erityiskorvausoikeuksista ja korvatuista psykenlääkeostoista saatiin Kelan rekisteristä. Eri lähteistä poimitut tiedot yhdistettiin toisiinsa henkilötunnuksen perusteella. Hankkeen tietojen käsittelyssä noudatettiin henkilötietolain, Helsingin yliopiston ja HHS-tutkimusryhmän sisäisiä ohjeita tutkimusaineiston käytöstä. Tutkijat analysoivat aineistoa henkilötunnistamattomassa muodossa.

Laadullinen tutkimusaineisto kerättiin vuosina 2019–2020 haastatellen Työterveys Helsingin henkilökuntaa (yhteensä 20 henkilöä: työterveys- ja yleislääkäreitä, työfysioterapeutteja, työterveyshoitajia sekä intervention suunnittelusta ja toimeenpanosta vastanneita henkilöitä). Haastattelut olivat joko yksilö- (kahdeksan haastattelua)

tai pienryhmä- teemahaastatteluja (viisi haastattelua) ja ne toteutettiin ja tallennettiin käyntihaastatteluina tai Microsoft Teams-sovelluksen avulla. Haastatteluiden keskimääräinen kesto oli 55 minuuttia. Haastateltavilta pyydettiin haastatteluun informoitu suostumus. Haastattelututkimusosuus arvioitiin Työterveyslaitoksen eettisessä työryhmässä, jossa se todettiin tutkimuseettisten säännösten mukaiseksi.

## 2.3 Analyysit

### 2.3.1 Rekisteriaineisto

Lääkäriohjeiden vaikutuksia työntekijöiden sairauspoissaoloihin (sairauspoissaolopäivien tai sairauspoissaoloksojen määrään) selvitettiin katkaistun aikasarjan analyysin (interrupted time series analysis) avulla. Menetelmää suositellaan ns. kvasi-kokeellisten tutkimusasetelmien analysointiin, kun selvitetään jonkin intervention vaikuttavuutta ilman satunnaistettua kokeellista tutkimusasetelmaa. Katkaistun aikasarjan analyysin vahvuutena pidetään sitä, että monien (ei-havaittujen) sekoittavien tekijöiden vaikutukset kyetään sulkemaan pois perinteistä havaintoaineiston analyysia paremmin. Sellaisten mahdollisten interventioajasta riippuvien sekoittavien tekijöiden, joita ei tunneta tai kyetä mittaamaan, vaikutukset puolestaan kyetään hallitsemaan lisäämällä analyysiin ns. kontrolliryhmä. Sovelsimme analyysissa myös Generalized estimating equations (GEE)-analyysia. Kaikki analyysit tehtiin R (versio 3.5.1) -ohjelmalla.

### 2.3.2 Haastatteluaineisto

Haastatteluissa käsiteltiin sairauspoissaolojen kirjoittamissuositusten käyttöönottoa, ohjeiden soveltamista käytännön vastaanottotyössä, sairauspoissaolojen kehitystä ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Haastatteluaineiston analyysissa sovellettiin aineisto- ja teorialähtöistä sisällönanalyysia. Analyysissa hyödynnettiin kahta käyttäytymisen muutosta ja sen osatekijöitä erittelevää viitekehystä: Behaviour Change Wheel (Michie ym. 2011) ja Theoretical Domains Framework (Michie ym. 2005; Cane ym. 2012). Näitä viitekehäksiä hyödyntäen on tutkittu muun muassa terveydenhuollossa uusien toimintatapojen käyttöönottoa edistäviä ja/tai hankaloittavia tekijöitä (Horppe ym. 2018; Atkins ym. 2020). Niitä on hyödynnetty myös toiminnan muutosta tukevien interventioiden suunnittelussa ja arvioinnissa (esim. French ym. 2013; Steinmo ym. 2015; Schneider ym. 2019).

## 3 PÄÄTULOKSET

### Lähteet:

*Horppu R, Väänänen A, Kausto J. Evaluation of a guidelines implementation intervention to reduce work disability and sick leaves related to chronic musculoskeletal pain: a qualitative study guided by the Behaviour Change Wheel. Käsikirjoitus, arvioitavana.*

*Kausto J, Rosenström TH, Ervasti J, et al. Intervention targeted at physicians' treatment of musculoskeletal disorders and sickness certification: an interrupted time series analysis. BMJ Open 2021;0:e047018. doi:10.1136/bmjopen-2020-047018.*

*Johanna Kausto, Ritva Horppu, Ari Väänänen. Lääkäreille suunnatut sairauspoissaolojen kirjoittamissuosituks, lääkäreiden toiminta ja työntekijöiden sairauspoissaolot – Intervention tuloksia ja arviointia. Työterveyslääkärilehti. Käsikirjoitus, hyväksytty julkaistavaksi.*

### 3.1 Intervention kuvaus

Helsingin kaupungin työterveyshuollossa (Työterveys Helsinki) vuoden 2016 alussa käynnistetyn intervention tavoitteena oli lisätä työterveyshuollon toiminnan laatua ja tehokkuutta sekä yhtenäistää työkyvyn arvioinnin ja sairauspoissaolojen kirjoittamisen käytäntöjä. Tarkoitus oli tuottaa lääkäreiden työn tueksi työväline, joka auttaisi lääkäreitä huomioimaan kivun ja työkyvyn välisen yhteyden paremmin. Lisäksi päämääränä oli tuottaa potilaille ajantasaista tietoa tuki- ja liikuntaelinkivusta, sen hoidosta ja yhteydestä työhön ja työkykyyn. Intervention avulla pyrittiin työntekijöiden työkyvyn kohenemiseen ja sairauspoissaolojen vähenemiseen.

Intervention keskeisenä elementtinä olivat lääkäreille suunnatut suositukset, jotka koskivat aluksi alaselkäkivun (ICD-10 M54.5), olkapääkivun (ICD-10 M75) ja kynnärpään seudun kivun (ICD-10 M77.1) hoitoa sekä sairauspoissaolotarpeen ja sairauspoissaolon keston arviointia näissä kiputiloissa. Suositus annettiin jokaiselle sairausryhmälle erikseen. Työterveyshuollossa toimivia lääkäreitä, työfysioterapeutteja, työterveyshoitajia ja hallintohenkilökuntaa perehdytettiin sisäisessä koulutuksessa sekä ohjeistukseen että laajemmin tuki- ja liikuntaelinkivun ajantasaiseen hoitoon. Työterveyshuollossa käynnistettiin sairauspoissaolojen tehostettu seuranta, joka ohjasi lääkäreiden huomiota TULES-peräisten sairauspoissaolojen kuukausittaiseen kehittymiseen. Potilaille perustettiin kivunhallintaryhmiä.

Esimerkiksi alaselkäkivun hoitoa koskeva suositus (liite 1) painotti sitä, että alaselkäkipu on hyvin yleinen ja lähes aina vaaraton ja hyvänlaatuinen vaiva. Vaiva uusiutuu helposti, mutta silloinkin sen paranemisennuste on hyvä. Sairauspoissaoloa ei välttämättä tarvita lainkaan. Fyysisesti kevyessä työssä työkyky saattaa olla alentunut muutamasta päivästä viikkoon ja fyysisesti raskaassa työssä vastaavasti enintään kaksi viikkoa. Suositus kehotti kiinnittämään huomiota muun muassa työjärjestelyihin ja työn muokkaukseen.

Seuraavana vuonna työterveyshuollossa käynnistettiin myös työfysioterapeuttien suoravastaanotto osana interventiota.

## 3.2 Suositusten käyttö ja käyttöön vaikuttavia tekijöitä

### Millä tavoin annettuja suosituksia käytettiin?

Lääkärit kertoivat arvostavansa näyttöön perustuvia ohjeistuksia ja myös tässä hankkeessa käyttöön otettuja tutkimustietoon perustuvia ohjeita pidettiin pätevinä ja luotettavina.

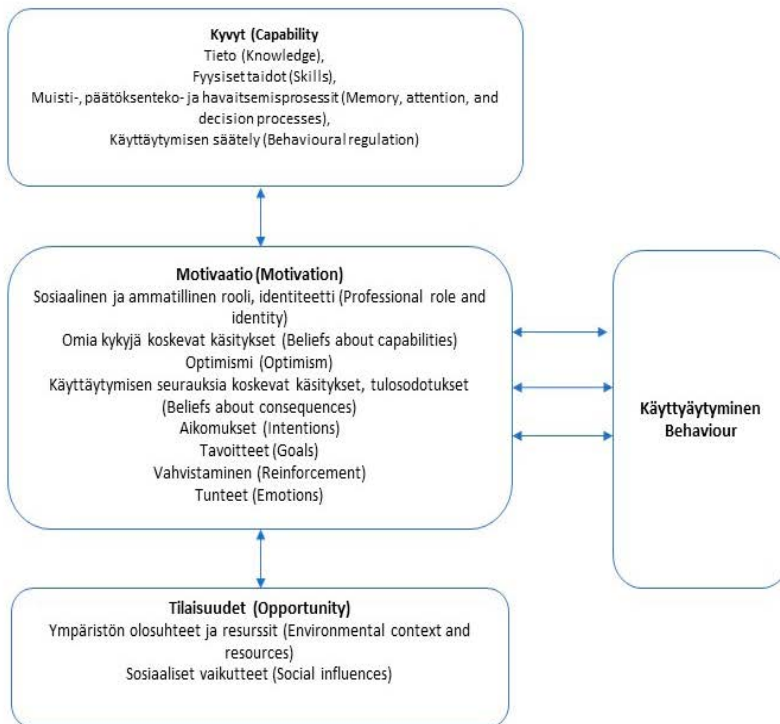
Tarkoituksena oli ollut, että lääkärit käyttävät suosituksia sekä omana ohjeenaan että katsovat niitä yhdessä potilaan kanssa vastaanotolla. Haastatellut yleis- ja työterveyslääkärit kertoivat kuitenkin käyttävänsä suosituksia eri tavoin. Osa haastatelluista ei ollut käyttänyt suosituksia lainkaan, koska tutustui niihin ensimmäistä kertaa haastattelun aikana. Suurin osa haastelluista tunsivat suositukset ennalta, ja aloittelevat lääkärit kertoivat hyödyntäneensä niitä sairauspoissaolotarpeen arvioinnissa erityisesti työskentelynsä alkuvaiheessa. Kun kokemusta oli karttunut, suosituksia ei katsottu tarvittavan enää. Osa kertoi arvioineensa perehdytyksen yhteydessä, toimiiko niissä kuvatulla tavalla. Jos toiminta oli oman arvion perusteella ”suurin piirtein” suositusten mukaista, niihin ei ollut palattu myöhemmin.

Suosituksien tunteneista osa kertoi käyttävänsä niitä toivotulla tavalla vastaanotoilla: käyvänsä läpi niissä olevat asiat potilaan kanssa keskustellen, rastittavansa ”tsekkilistassa” (liite 1) käsitellyt kohdat (työterveyslääkärin tehtävä) ja antavansa suosituslomakkeen potilaalle mukaan. Osa lääkäreistä kertoi sen sijaan kysyvänsä potilaalta ”aina” asiat, jotka on kirjattu suositukseen, mutta he eivät pitäneet suositusta näkyvillä ja/tai antaneet sitä potilaille. Osa haastatelluista kertoi käyttävänsä suosituksia vastaanotolla tarpeen mukaan potilaan ohjauksessa, jos lääkärin puhe ei näyttänyt riittävän potilaan vakuuttamiseen.

Haastatelluista nostettiin esiin tekijöitä, jotka vaikuttavat lääkäreiden mukaan ylipäättään erilaisten suositusten käyttöön. Näitä selvitetään tarkemmin seuraavassa luvussa.

**Mitkä tekijät vaikuttivat haastateltujen lääkäreiden mukaan suositusten käyttöön?**

Suosituksen käyttöön vaikuttavia tekijöitä tarkasteltiin teoreettisten viitekehysten avulla. Hyödynsimme Behaviour Change Wheel -työkalua ja siihen sisältyvää COM-B -mallia (Michie ym. 2005;2011). Tässä ajattelussa käyttäytymisen katsotaan syntyvän kolmen osa-alueen - toimijan kyvyt (capability), tilaisuudet (opportunity) ja motivaatio (motivation) - vuorovaikutuksessa. Tarkemman analyysin apuvälineenä käytettiin Theoretical Domains Framework -viitekehystä (Michie ym. 2005; Cane ym. 2012), jonka 14 osa-alueita voidaan sijoittaa COM-komponenttien alle (kuva 1).



Kuva 1. Käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä. COM-B -malli ja TDF-viitekehys (Cane ym. 2012; Käyttäytymistietoon pohjautuva politiikka, 2021).

**Toimijan kyvykkyys suositusten käyttöön vaikuttavana tekijänä**

Yksi kyvykkyuden osa-alueista on **toimijan tiedot**. Suositusten käyttöön voi vaikuttaa se, tuntee lääkäri ylipäättään suositukset (tietääkö että sellaiset on tehty).

Haastatteluissa kävi ilmi, että sairauspoissaolojen kirjoittamissuositukset olivat tutut suurimmalle osalle haastatelluista lääkäreistä. He olivat olleet työssä Työterveys Helsingissä suositusten laadinnan aikaan tai ne oli esitelty heille työhön perehdytyksen yhteydessä. Osa ei ollut mielestään saanut tällaista perehdytystä. Lääkärit, jotka eivät tunteneet suosituksia ennalta, tutustuivat yhteen niistä (ohjeet selkäkivun hoitoon) haastattelussa ja arvioivat toimivansa sen mukaisesti.

Suosituksen käyttöön voi vaikuttaa se, tietääkö lääkäri miksi niitä olisi hyvä käyttää (tieto suositeltavan toiminnan perusteista). Haastatellut kertoivat arvioivansa ylipäättään uusien ohjeiden ja suositusten kohdalla, ovatko ne omasta mielestä järkeviä ja luotettavia. Tärkeä tieto oli, perustuvatko ne tutkittuun tai ainakin ”puolilitieteelliseen” tietoon. Suositusten käyttöönoton kerrottiin edellyttävän myös, että lääkäri kokee niiden soveltuvan omaan työhönsä. Mainittiin myös, että suosituksen täytyy olla lääkäreiden laatima, koska muut ammattilaiset eivät tunne riittävästi heidän työtään. Haastatellut pitivät puheena olleita sairauspoissaolojen kirjoittamissuosituksia luotettavina, koska niiden taustalla tiedettiin tai arveltiin olevan tutkittua tietoa ja/tai luotettava työryhmä.

Suosituksen käyttöön voi vaikuttaa se, tietääkö lääkäri kenelle ja millaisiin tilanteisiin suositukset on tarkoitettu. Haastattelujen perusteella osa lääkäreistä mielsi suositukset vain sairauspoissaolon kirjoittamisen ohjeeksi, nimensä mukaisesti, vaikka niissä annetaan ohjeita myös kivun hoitoon. Haastatelluille oli myös osittain epäselvää, koskevatko suositukset sekä yleis- että työterveyslääkäreitä, ja että kuuluiko niiden piiriin sekä akuuttikivuiset että pitkittyvästä kivusta kärsivät potilaat.

Osa haastatelluista näki suositusten tarkoituksiksi toimia vain tiedonlähteenä lääkäreille, eikä niitä ajateltu käytettävän potilaiden kanssa vastaanotolla. Kun suositukset miellettiin ohjeeksi itselle, varsinkaan kokeneemmat lääkärit eivät arvioineet tarvitsevänsä niitä vastaanotolla, koska asiat olivat heillä jo ”omassa päässä”. Suositukset nähtiinkin käyttökelpoiseksi avuksi työtään aloittaville lääkäreille, koska asiat oli esitetty niissä jäsennellysti ja konkreettisesti (esimerkkinä tsekkilistat).

Suosituksen mukaiseen toimintaan vaikuttaa luonnollisesti se, **osaako** lääkäri toimia toivotulla tavalla. Haastatellut arvioivat pääosin tietävänsä, miten kipua diagnosoidaan ja hoidetaan, miten työkykyä ja sairauspoissaolon tarvetta arvioidaan ja millaisia (kokoaikaisen) sairauspoissaolon vaihtoehtoja voidaan käyttää. Sairauspoissaolosuositukset olivat toimineet hyvänä tiedon lähteenä erityisesti työuran alussa oleville lääkäreille. Osa haastatelluista lääkäreistä kaipasi kuitenkin edelleen lisää tietoa näistä teemoista oman ammattitaitonsa tueksi.

Toimijan kyvykkyyteen liittyy tiedon ohella puheena olevan **toiminnan huomaaminen, muistaminen ja päätöksenteko**. Suositusten käyttöön voi vaikuttaa se, muistaako lääkäri ylipäätään käyttää niitä. Osa haastatelluista kertoi, että suosituslomakkeet olivat unohtuneet perehdytyksen jälkeen, mutta nyt haastattelussa tarkasteltaessa niissä huomattiin olevan hyviä näkökulmia huomioitavaksi potilastyöskentelyssä. Osa haastatelluista kertoi, että lääkäreitä ei aktiivisesti muistutella suositusten käytöstä, kun osa taas katsoi, että suositukset pysyvät mielessä, koska lääkärikokouksissa seurataan säännöllisesti sairauspoissaolopäiviä tuki- ja liikuntaelindiagnosien osalta. Haastatteluissa todettiin, että erilaisia ohjeita ei ylipäätään saisi tulla liikaa, koska muuten niihin ei enää ehdi kiinnittää huomiota ja ottaa niitä arkikäyttöön.

Yksi toimijan kyvykkyyteen liittyvistä asioista on **käyttäytymisen säätely**. Suosituslomakkeiden käyttöön voi vaikuttaa (hyvässä ja pahassa) toiminnan automatisoiminen tottumuksen seurauksena. Jos työuran alkuvaiheessa olikin hyödyllistä pitää suosituspaperia esillä ja ”täppäillä kohtia” potilaan kanssa keskustellessa, nyt kysymykset olivat jo ”selkäytimessä”. Tässä tapauksessa suosituksia ei mielletty yhteiseksi työvälineeksi potilaan kanssa. Suositusten käyttöön voi vaikuttaa myös se, missä määrin lääkäri on tottunut arvioimaan tietoisesti omaa toimintaansa. Osa haastelluista toi esille, että on tärkeää päivittää omia rutinoituneita käsityksiään ja toimintatapojaan säännöllisesti. Suosituslomakkeita olikin hyödynnetty myös tässä tarkoituksessa, kun omaa toimintaa oli systemaattisesti verrattu suosituksessa kuvattuun toimintaan.

#### *Toimijan motivaatio suositusten käyttöön vaikuttavana tekijänä*

Toimijan **käsitys omasta ammattiroolista/-identiteetistä** on yksi motivaatioon sisältyvistä osa-alueista. Suositusten käyttöön voi vaikuttaa se, katsooko lääkäri suositusten mukaisen toiminnan kuuluvan omaan lääkärin rooliinsa. Haastatellut lääkärit pitivät kivun hoitoa, työkyvyttömyyden ehkäisyä ja työssä olemisen tukemista keskeisinä tehtävinään.

Suosituksien käyttöön voi vaikuttaa myös lääkärin näkemys **ammattillisesta autonomiasta** (katsooko lääkäri suositusten sitovan itseään). Osassa haastatteluja todettiin, että ”pitäisi olla itsestään selvää”, että noudatetaan työnantajan laatimia suosituksia. Toisaalla tuotiin esille, että nämäkin suositukset ovat vain suosituksia. Sairauspoissaolojen kirjoittamissuosituksia hyväksyttiin, koska niitä ei nähty määräyksinä, eikä niiden noudattamista haastateltujen mukaan valvota. Lääkärit kokivat voivansa edelleen arvioida potilaidensa työkyvyn ja sairauspoissaolon tarpeen tapauskohtaisesti.

Yksi motivaation osa-alueista on **käyttäytymisen seurauksia koskevat käsitykset**. Suositusten käyttöön voi vaikuttaa se, millaisia myönteisiä tai kielteisiä seurauksia lääkäri uskoo niiden käytöstä olevan itselleen, potilaille tai työpaikoille. Haastattelu-

sa tuotiin esille, että lääkäreiden täytyy ylipäätään uskoa suositellun toiminnan vaikutuksiin, jotta he sitoutuvat siihen. Suosituslomaketta tarkasteltiin yhdessä potilaan kanssa, jos sen uskottiin hyödyttävän potilasta. Lääkärit kertoivat motivoituvansa erilaisten suositusten käyttöön, jos uskovat niiden helpottavan jollain tavalla omaa työtä tai jos he uskovat voivansa auttaa potilaita paremmin niiden avulla, ilman että siitä syntyy lääkärille kohtuutonta vaivaa. Suositusten tulisi olla niin käytännöllisiä, ettei lääkärin tarvitse nähdä vaivaa niiden soveltamisessa omaan työhön. Työterveys Helsingin suosituksia pidettiin tässä mielessä pääasiassa hyvinä. Osa haastatelluista piti kuitenkin suosituslomakkeen ”tsekkilistan” täyttämistä yhdessä potilaan kanssa liian työläänä tai aikaa vievänä.

**Käyttötymisen vahvistaminen** on yksi motivaation osa-alueista. Suositusten käyttöön voisivat periaatteessa vaikuttaa palkitseminen suositusten käytöstä tai ikävät seuraukset niiden käyttämättömyydestä. Haastatteluissa kerrottiin, että työterveyshuollossa ei seurattu yksilötasolla suositusten noudattamista, esimerkiksi sairauspoissaolojen kirjoittamista, vaikka sairauspoissaolojen kehitystä seurattiinkin organisaation tasolla. Osa haastatelluista arvioi, ettei mahdollinen yksilökohtainen seuranta vaikuttaisi omaan toimintaan millään tavalla. Osa puolestaan kokisi seurannan ja palautteen mahdollisuutena kehittää omaa toimintaa.

#### *Tilaisuudet suositusten käyttöön ja/tai niiden mukaiseen toimintaan*

Suosittelun käyttötymisen tilaisuudet jaotellaan kahteen osa-alueeseen: **fyysinen ympäristö ja resurssit sekä sosiaalinen ympäristö**. Suositusten käyttöön voivat vaikuttaa esimerkiksi **aikaresurssit**. Haastateltujen mukaan uusien ohjeiden käyttöönottoon vaikuttaa ylipäätään se, onko heillä työssään aikaa lukea niitä. Puheena olevat suositukset olivat saattaneet jäädä huomiotta tämän takia. Koettiin että kaikenlaisen uuden tiedon lukeminen on lääkärin työssä tärkeää, mutta tietoa tulee niin paljon, että sitä ei ehdi lukea niin paljon kuin haluaisi. Työssä täytyy myös olla mahdollisuuksia toteuttaa suositeltuja toimintoja. Osa haastatelluista yleislääkäreistä koki, että ajanpuute vastaanotoilla vaikeuttaa työn ja kivun yhteyden perusteellisempaa selvittämistä tai potilaan neuvontaa kivunhallinnassa.

Suosittelun käyttöön voivat vaikuttaa myös käytössä olevat **työvälineet ja materiaalit**. Lääkäreiden mukaan on tärkeää saada helposti tietoa uusista suosituksista. Organisaation tietojärjestelmässä pitäisi olla helppokäyttöiset hakutoiminnot, jotta haluamansa ohjeen löytää nopeasti. Kaikkia ei ollut perehdytetty työhön tullessa suosituksiin, ja niitä olikin itse etsitty järjestelmästä. Joku oli löytänyt ne helposti, toinen vasta kollegan avustuksella. Jos tiedon haku omasta järjestelmästä koetaan hankalaksi, käytettiin aiemmin tuttuja ja helpoksi koettuja lähteitä (useissa haastatteluissa mainittiin Terveysportti).



Sosiaalisen ympäristön osalta suositusten käyttöön voivat vaikuttaa koetut **työtoverien odotukset, suhtautuminen ja sosiaalinen tuki**. Haastatellut lääkärit arvioivat, että kollegat suhtautuivat suosituksiin positiivisesti ja niitä noudatettiin ”ainakin jollain tasolla kohtuullisen hyvin”. Lääkäreillä ei ollut kuitenkaan asiasta tarkempaa tietoa, koska suositusten käytöstä ei keskusteltu epävirallisissa tai virallisissa tapauksissa. Lääkärit eivät myöskään tuoneet esille sosiaalista painetta toimia yhdenmukaisesti. Erityisesti työuraansa aloittelevat lääkärit toivat esille työpaikkansa hyvät mahdollisuudet konsultoida seniorilääkäreitä kipupotilaiden hoidossa ja sairauspoissaolon vaihtoehtojen käytössä.

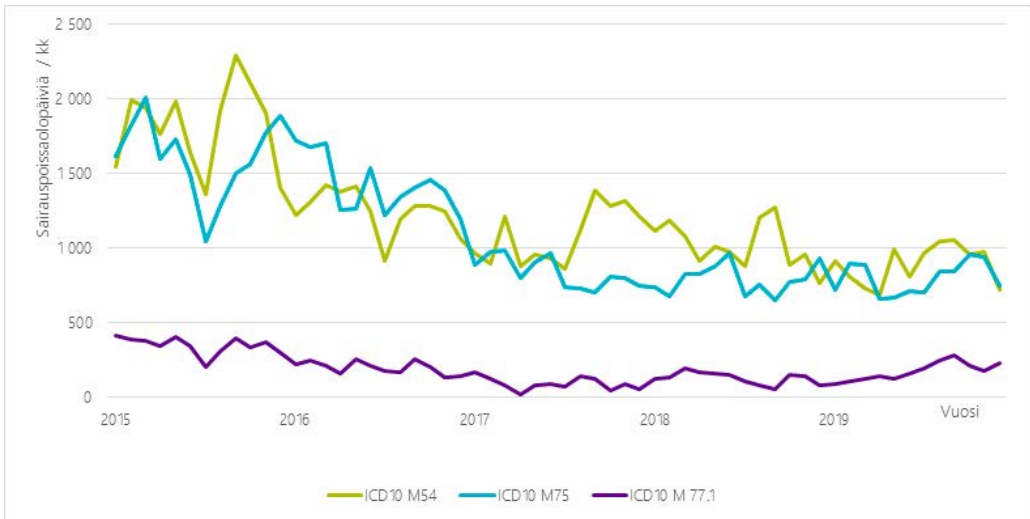
Haastateltujen mukaan vastaanotoilla käyvät työntekijät suhtautuivat pääosin myönteisesti ehdotuksiin muokata työtä tai käyttää muita (kokoaikaisen) sairauspoissaolon vaihtoehtoja. Tämäkin edisti osaltaan suositusten mukaista toimintaa.

Haastatteluissa arvioitiin, että **työpaikan organisaatiokulttuuri** edisti suositusten käyttöä. Työterveys Helsingissä nähtiin olevan vahva ideologia, joka ohjaa työn tekoa: ei tavoitella liikevoittoa tai suurta määrää suoritteita, vaan tehdään ”oikeita asioita ja tarpeeseen”. Tavoitellaan vaikuttavuutta, joka perustuu asioiden tekemiseen laadukkaasti. Haastateltujen mukaan työterveystiimeissä myös uskottiin tähän ja haluttiin olla nimenomaan täällä työssä. Yleislääkärit, jotka eivät työskennelleet työterveystiimeissä, eivät puolestaan samalla tavalla tunnistanee tällaista vahvaa kulttuuria.

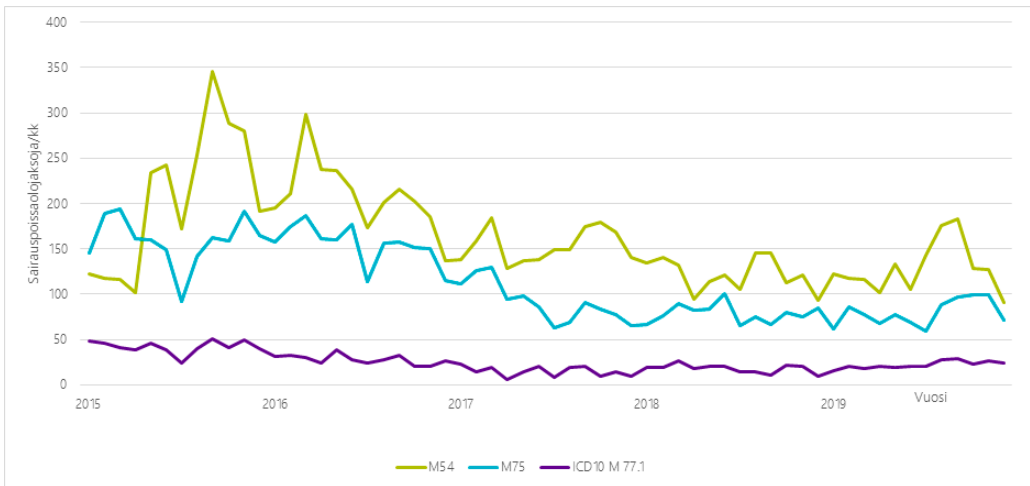
### 3.3 Olivatko lääkäriohjeet yhteydessä työntekijöiden sairauspoissaoloihin – rekisterianalyysin tuloksia

Seuraavassa tarkastellaan aluksi yksinomaan työterveyshuollosta kirjoitettujen sairauspoissaolopäivien ja -jaksojen kehitystä vuosina 2015–2019 (ennen-jälkeen intervention).

Kuvassa 2. esitetään työnantajan rekistereistä saadut tiedot työterveyshuollosta kirjoitetuista sairauspoissaolopäivistä diagnoositiedon mukaan (kaikenpituiset sairauspoissaolajakso). Sairauspoissaolopäivissä nähdään selkeä laskeva kehityssuunta, etenkin alaselkä- ja olkapääkipuun liittyneissä sairauspoissaolopäivissä. Sairauspoissaolopäivien lukumäärän lasku tasottui hieman seuranta-ajan loppua kohden. Kuvassa 3. tarkastellaan vastaavasti sairauspoissaolajaksojen lukumäärää, jossa nähdään samansuuntainen kehityskulku.



Kuva 2. Työterveyshuollossa kirjoitetut sairauspoissaolopäivät diagnoositiedon mukaan (alaselkäkipu (ICD-10 M54.5), olkapääkipu (ICD-10 M75) ja kyynärpään seudun kipu (ICD-10 M77.1)).



Kuva 3. Työterveyshuollossa kirjoitetut sairauspoissaolojaksot diagnoositiedon mukaan (alaselkäkipu (ICD-10 M54.5), olkapääkipu (ICD-10 M75) ja kyynärpään seudun kipu (ICD-10 M77.1)).

Intervention vaikutuksia työntekijöiden sairauspoissaoloihin analysoitiin vertaamalla työterveyshuollossa kirjoitettuja sairauspoissaoloja muihin sairauspoissaoloihin. Rekisteriaineisto sisälsi tiedot yhteensä 86 970 Helsingin kaupungin työntekijän sairauspoissaoloista noin 6 vuoden ajalta. Kaikkiaan 70 %:lla työntekijöistä oli vähintään

yksi sairauspoissaolo seuranta-aikana ja 33 %:lle kirjoitettiin sairauspoissaolo työterveyshuollossa 1.1.2013–21.4.2017 välisenä aikana. Heistä, joille kirjoitettiin sairauspoissaolo työterveyshuollossa, 95 %:lle kirjoitettiin sairauspoissaoloja myös muualta (terveyskeskuksesta tai yksityiseltä sektorilta) tai he olivat poissa työstä omalla ilmoituksella. Kaikista työntekijöistä 30 %:lla ei ollut lankaan sairauspoissaoloja seuranta-aikana. Keskimäärin sairauspoissaoloja kirjoitettiin työterveyshuollossa 0,36 päivää kuukaudessa ja muualta kuin työterveyshuollossa (mukaan lukien itseilmoitetut sairauspoissaolot) 0,82 päivää kuukaudessa.

Työntekijöiden taustatietoja on kuvattu taulukossa 1. Vertasimme työntekijöitä, joille oli kirjoitettu sairauspoissaolo työterveyshuollossa vähintään kerran niihin työntekijöihin, joille oli kirjoitettu sairauspoissaolo muualta. Taulukosta nähdään, että työntekijät, joille oli kirjoitettu vähintään kerran sairauspoissaolo työterveyshuollossa, olivat muita hieman vanhempia, hieman useammin naisia, vakituisessa työsuhteessa, ja heidän joukossaan oli useammin fyysisesti kevyempää työtä, esimerkiksi toimistotai asiakaspalvelutyötä tekeviä.

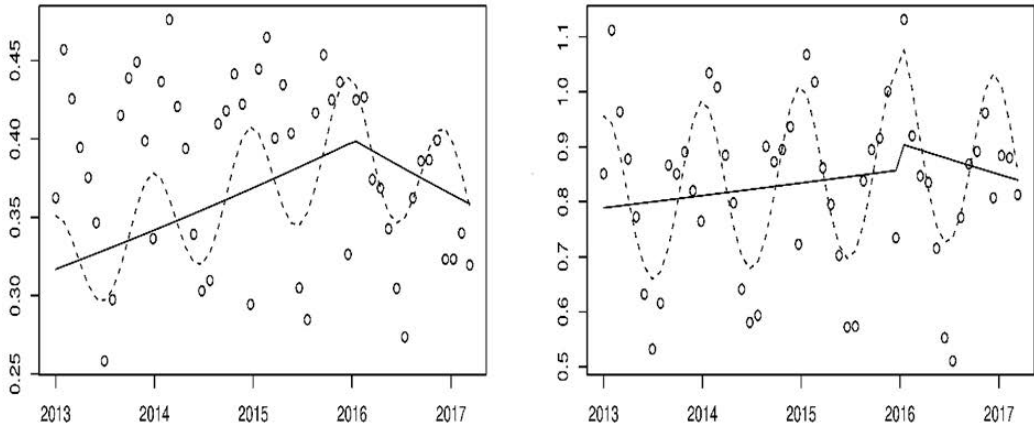
Selvittääksemme intervention yhteyttä työntekijöiden sairauspoissaoloihin käytimme katkaistun aikasarjan analyysiä (interrupted time-series analysis, ITS), jossa vertasimme työterveyshuollossa ja muualta kirjoitettujen sairauspoissaolojen (ennen-jälkeen intervention) aikasarjoja toisiinsa. Kun vasteena olivat kaikki sairauspoissaolopäivät (kaiken pituiset ja mihin tahansa diagnoosiin liittyneet sairauspoissaolot), havaitsimme työterveyshuollossa kirjoitetuissa sairauspoissaolopäivissä vähittäisen laskevan kehityksen. Muualta kirjoitettujen sairauspoissapäivien määrä kohosi heti intervention jälkeen, mutta kääntyi sitten vähittäiseen laskuun (Taulukko 2 ja Kuva 4.). Tulosten perusteella voitiin arvioida, että keskimäärin intervention avulla saatiin vähennettyä 2.5 sairauspoissaolopäivää työntekijää kohden vuodessa.

Tulokset olivat samansuuntaisia, kun vasteena olivat sairauspoissaolojaksot. Kun vasteena olivat yli 11 päivää kestäneet sairauspoissaolot selkä-, olkapää tai kynnärpääkipuun liittyen (nämä tiedot saatiin Kelan rekistereistä), kehityssuunnissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroa tutkittujen ryhmien välillä (Taulukko 2).

Tulokset olivat miesten ja naisten ryhmissä samansuuntaisia.

Rekisteritutkimuksemme vahvuutena voidaan pitää sitä, että käytettävissämme oli kokonaisuus työntekijöiden rekisteritiedoista ja meillä oli mahdollisuus yhdistää yksilötasolla työnantajan rekistereistä saatuja tietoja kansallisista rekistereistä saatuihin tietoihin.

Analyseissä sovellettua katkaistun aikasarjan analyysia pidetään suositeltavana tilastollisena menetelmänä populaatiotason interventioiden vaikutuksia selvittäessä. Heikkoutena oli se, että rekistereistä ei ollut saatavissa tietoa siitä oliko sairauspoissaolo kirjoitettu työterveyshuollossa vai muualta ja jouduimme arvioimaan tätä muita käytitietoja hyödyntäen. Meillä ei myöskään ollut käytössämme diagnoositietoa lyhyemmistä, alle 11 päivää kestäneistä, sairauspoissaolojakoista.



Kuva 4. Kaikkien sairauspoissolopäivien kk-keskiarvojen kehityssuunnat vuosina 2013–2017: Työterveyshuollossa kirjoitetut (vas.) ja muualta kirjoitetut (oik.) keskimääräiset sairauspoissolopäivät per henkilö per kuukausi. Katkoviiva kuvaa kausivaihtelun sisältävän kokonaismallin ennustetta ja jatkuva viiva taustalla olevaa (kausivaihteluvapaata) katkaistua aikasarjaennustetta.

Lähde: Kausto J, Rosenström TH, Ervasti J, et al. Intervention targeted at physicians' treatment of musculoskeletal disorders and sickness certification: an interrupted time series analysis. *BMJ Open* 2021;0:e047018. doi:10.1136/bmjopen-2020-047018.

### **3.4 Mitkä muut tekijät vaikuttivat työterveyshuollon ammattihenkilöiden mielestä työntekijöiden sairauspoissaoloihin**

Sairauspoissaolojen kehitystä seurattiin ja niistä raportoitiin työterveyshuollossa toimiville lääkäreille kuukausittain. Heti ensimmäisenä interventiovuonna sairauspoissaolojen määrä laski kaikissa intervention kohteena olleissa diagnoosiryhmissä. Hankkeen toteuttajat arvioivat, että tämä oli pitkälti tulosta siitä, että lääkärit olivat ottaneet suositukset käyttöön. Haastatellut lääkärit olivat hieman varovaisempia arvioissaan, mutta olivat sitä mieltä, että esimerkiksi osasairauspäivärahaa ja korvaavaa työtä käytettiin enenevässä määrin. Muita mahdollisesti vaikuttaneita tekijöitä nimettiin myös: työterveyshuollon eri ammattilaisten tarjoama laadukas hoito ja moniammatillinen toimintamalli, fysioterapeuttien suoravastaanottokäytäntö, organisaation hyvin toimivat käytännöt (esim. hoitoonohjaus) ja rakenteet. Työterveys Helsingin ansaintalogiikan (ei tavoitella voittoa) katsottiin mahdollistavan henkilöstön sitoutumisen työkyvyttömyyden ennaltaehkäisyyn ja jäljellä olevan työkyvyn ylläpitoon.

Työnantajaorganisaation kanssa tehtävän yhteistyön nähtiin olevan keskeinen tekijä sekä uuden toimintamallin käyttöönoton että sairauspoissaolojen hallinnan kannalta. Työntekijöiden asenteissa oli havaittu myös intervention tavoitteiden mukainen suotuista muutos. Osittaisen työkyvyn hyödyntämisen ja kokoaikaisen sairauspoissaolon vaihtoehtojen arvioitiin tulleen aikaisempaa hyväksyttymmiksi. Suositusten käyttöönoton yhteydessä oli toteutettu tiedotuskampanja kaupungin työpaikoille sisäisissä lehdissä ja muissa kanavissa. Työntekijöille ja esihenkilöille kerrottiin Työterveys Helsingin uusista käytännöistä (etsitään vaihtoehtoja sairauspoissaolon sijaan) ja näistä koituvista hyödyistä.

Haastatellut ammattilaiset kuvasivat myös tekijöitä, jotka lisäsivät ja/tai pidensivät sairauspoissaoloja. Esimerkiksi puute työterveyslääkäreiden vastaanottoajoista saattoi aiheuttaa sen, että potilaille kirjoitettiin tarpeettoman pitkiä sairauspoissaolojaksoja. Haastateltujen mukaan kivunhoidon osaaminen ei ole riittävää perus- ja erikoissairaanhoidossa, mikä lisää sairauspoissaoloja. Haastatellut kokivat, että myös pitkät odotusajat leikkauksiin pidensivät sairauspoissaoloja. Samalla tavalla vaikutti osasairauspäivärahakäytäntö, joka edellyttää noin 2 viikon kokoaikaista sairauspoissaoloa.

Taulukko 1. Työntekijöiden taustatekijöitä. (On huomattava, että monelle työntekijälle kirjoitettiin sairauspoissaoloja sekä työterveyshuollossa että muualla, tai he hyödynsivät omailmoituskäytäntöä).  
Ka= keskiarvo, Kh=keskihajonta

Taustatekijä	Työntekijät, joilla työterveyshuollossa kirjoitettuja sairauspoissaoloja	Työntekijät, joilla muualla kirjoitettuja sairauspoissaoloja (tai omailmoitus)	Kaikki työntekijät
Ikä (Ka, Kh) (vuotta)	44,67 (12,32)	42,16 (13,02)	40,27 (14,08)
Miehiä (%)	20	23	27
Ammattiryhmä (%)			
Asiantuntijat, muut ylemmät toimihenkilöt	21	24	27
Toimihenkilöt, keskitaso	27	25	22
Alemmat toimihenkilöt, palvelutyöntekijät jne.	37	36	34
Fyysisen työn tekijät	16	15	17
Työsuhde (%)			
Vakituisen	82	67	54
Erityiskorvattuja lääkeostoja (pitkäaikaissairaudet) (%)	21	17	16
Korvattuja mielenterveyslääkeostoja (%)	12	9	8

Taulukko 2. Intervention yhteys sairauspoissaolopäiviin (binomiaalinen regressio).

		Sairauspoissolo kirjoitettu työterveyshuollossa				Sairauspoissaolo kirjoitettu muualla kuin työterveyshuollossa (tai omailmoitus)			
	$\beta$	Keskivirhe	OR	95% LV	$\beta$	Keskivirhe	OR	95% LV	
Sairauspoissaolopäivät (kaikki sairauspoissaolot, kaikki diagnoosit) (Vakiomaton malli) (n=2 160 445 työkuukautta, n=75 962 työntekijää)									
Välitön muutos	0,012	0,035	1,012	0,95–1,08	0,060**	0,018	1,062	1,03–1,10	
Trendin muutos	-0,014***	0,003	0,986	0,98–0,99	-0,008***	0,002	0,992	0,99–1,00	
Lineaarinen trendi ennen interventiota	0,006***	0,001	1,006	1,00–1,01	0,002***	0,001	1,002	1,00–1,00	
Sairauspoissaolopäivät (kaikki sairauspoissaolot, kaikki diagnoosit) (Täysin vakioitu malli) (n=2 148 566 työkuukautta, n=74 701 työntekijää)									
Välitön muutos	-0,003	0,032	0,997	0,94–1,06	0,057**	0,018	1,059	1,02–1,10	
Trendin muutos	-0,010**	0,003	0,990	0,98–1,00	-0,007***	0,002	0,993	0,99–0,99	
Lineaarinen trendi ennen interventiota	0,007***	0,001	1,007	1,01–1,01	0,003***	0,001	1,003	1,00–1,01	
Sairauspoissaolopäivät (lyhyet poissaolot, < 11 päivää, kaikki diagnoosit) (n= 2 160 445 työkuukautta, n=75 962 työntekijää)									
Välitön muutos	0,105***	0,024	1,111	1,06–1,16	0,196***	0,010	1,217	1,19–1,24	
Trendin muutos	-0,020***	0,002	0,980	0,98–0,98	-0,009***	0,001	0,991	0,99–0,99	
Lineaarinen trendi ennen interventiota	0,001	0,001	1,001	1,00–1,00	-0,003***	<0,001	0,997	1,00–1,00	

OR= Odds ratio, eli sairauspoissaolon vetosuhte. LV= luottamusväli. Välitön muutos: Mallin vakion muutos jälkeen vs. ennen interventiota.

Trendin muutos: Mallin (aika)kulmakertoimen muutos jälkeen vs. ennen interventiota.

Seuranta-aika 1.1.2013–21.4.2017

Vakioitu ikä, sukupuoli, ammattiryhmä, työsuhte, erityiskorvatut lääkeostot ja korvatut mielenterveyslääkkeet.

Taulukko 2. Intervention yhteys sairauspoissaolopäiviin (binomiaalinen regressio). Jatkuu.

Sairauspoissaolo kirjoitettu työterveyshuollossa		Sairauspoissaolo kirjoitettu muualla kuin työterveyshuollossa (tai omailmoitus)						
$\beta$	Keskivirhe	OR	95% LV	$\beta$	Keskivirhe	OR	95% LV	
Sairauspoissaolopäivät, selkäkipu (poissaolot > 11 päivää) (n=2 160 445 työkuukautta, n=75 962 työntekijää)								
Välitön muutos	-0,547	0,340	0,579	0,30–1,13	-0,205	0,283	0,815	0,47–1,42
Trendin muutos	0,040	0,035	1,041	0,97–1,12	-0,019	0,031	0,981	0,92–1,04
Lineaarinen trendi ennen interventiota	-0,004	0,009	0,996	0,98–1,01	-0,004	0,007	0,996	0,98–1,01
Sairauspoissaolopäivät, olkapääkipu (poissaolot > 11 päivää) (n=2 160 445 työkuukautta, n=75 962 työntekijää)								
Välitön muutos	0,365	0,207	1,441	0,96–2,16	-0,426	0,292	0,653	0,34–1,16
Trendin muutos	-0,023	0,023	0,977	0,93–1,02	0,013	0,025	1,013	0,97–1,06
Lineaarinen trendi ennen interventiota	-0,004	0,008	0,996	0,98–1,01	-0,003	0,008	0,997	0,98–1,01
Sairauspoissaolopäivät, kynnärpääkipu (poissaolot > 11 päivää) (n=2 160 445 työkuukautta, n=75 962 työntekijää)								
Välitön muutos	-0,964	0,514	0,381	0,14–1,04	-0,398	0,486	0,672	0,26–1,74
Trendin muutos	-0,034	0,072	0,967	0,84–1,11	-0,079	0,084	0,924	0,78–1,09
Lineaarinen trendi ennen interventiota	0,003	0,014	1,003	0,98–1,03	-0,001	0,018	0,999	0,96–1,04

OR= Odds ratio, eli sairauspoissaolon vetosuhte. LV=luottamusväli.

Välitön muutos: Mallin vakion muutos jälkeen vs. ennen interventiota. Trendin muutos: Mallin (aika)kulmakertoimen muutos jälkeen vs. ennen interventiota.

Seuranta-aika 1.1.2013–21.4.2017.

Vakioitu ikä, sukupuoli, ammattiryhmä, työsuhde, erityiskorvatut lääkeostot ja korvatut mielenterveyslääkeostot.



## 4 YHTEENVETO

Suomessa lääkärit ovat kokeneet, että sairauspoissaolojen tarpeen ja kestoon arviointia koskevia ohjeistuksia kaivataan arkityössä (Hinkka ym. 2019). Esimerkiksi Ruotsissa on selvitetty siellä käytössä olevan sairauskohtaisen ohjeistuksen toimivuutta. Skånér ym. (2011) tutkivat, missä määrin lääkärit olivat hyödyntäneet ohjeistusta ja kuinka hyödyllisenä he suosituksia pitivät. Kyselytutkimukseen vastasi vuonna 2008 61 % Ruotsissa työskentelevistä lääkäreistä. Heistä 65 % oli todennut ohjeistuksen hyödylliseksi potilastyössä, 44 % oli hyötynyt siitä yhteistyössään sosiaalivakuutuslaitoksen kanssa, 30 % yhteistyössään muun terveydenhuoltohenkilöstön kanssa ja 30 % koki ohjeet hyödyllisiksi tehdessään yhteistyötä työpaikkojen kanssa. Vastajista noin kolmasosa koki, että ohjeistus oli auttanut heitä melko tai hyvin paljon kehittämään työkyvyttömyyden ja sairauspoissaolojen keston arviointiin liittyvää kompetenssiaan ja parantanut hoidon laatua.

Sairausryhmäkohtaisten kiputilan hoitoa ja sairauspoissaolojen kirjoittamista koskevien suositusten käyttöönoton yhteyttä sairauspoissaoloihin ei sen sijaan ole juuri selvitetty.

Tässä tutkimuksessa selvitimme työterveyshuollossa toimeenpannun intervention toteutusta ja sen yhteyttä työntekijöiden sairauspoissaoloihin. Intervention keskeisenä elementtinä oli lääkäreille suunnattu ohjeistus koskien alaselkävivun (ICD-10 M54.5), olkapääkivun (ICD-10 M75) ja kyynärpäähän seudun kivun (ICD-10 M77.1) hoitoa sekä sairauspoissaolotarpeen ja sairauspoissaolon keston arviointia näissä kiputiloissa. Intervention tavoitteena oli muun muassa lisätä työterveyshuollon toiminnan laatua ja tehokkuutta, tuottaa lääkäreille käytännön työväline työkyvyn ja sairauspoissaolon tarpeen arviointiin, auttaa lääkäreitä huomioimaan kivun ja työkyvyn välisen yhteyden mutkikkuus ja tuottaa potilaille ajantasaista tietoa kivusta, sen hoidosta ja yhteydestä työhön ja työkykyyn. Tavoitteena oli myös työntekijöiden työkyvyn kohentaminen ja sairauspoissaolojen väheneminen.

Intervention suunnittelijoiden ja toimeenpanijoiden haastattelujen perusteella asetetut tavoitteet saavutettiin melko hyvin ja kaikkiaan interventiota pidettiin onnistuneena. Lääkäreiden haastatteluiden perusteella suositusten käyttöön vaikuttivat

lääkäriin kyvyt: etenkin se, että tunnettiin suositusten sisältö ja käyttötarkoitus, osattiin toimia suositusten mukaisesti, muistettiin suosituslomakkeita käyttäen ja oliko lääkäri tottunut arvioimaan omaa toimintaansa. Suositusten käyttöön vaikutti myös lääkäriin motivaatio: katsottiin suositellun toiminnan kuuluvan omaan rooliin ja uskottiin sen tuottavan hyviä vaikutuksia eri osapuolille. Myös fyysinen ympäristö ja resurssit, jotka mahdollistivat uuden toimintatavan käyttöönoton, koettiin tärkeiksi. Kiire vastaanotolla tai suositeltujen hoitovaihtoehtojen puute saattoivat vaikuttaa niin, että uusia käytäntöjä ei sovellettu. Sosiaalisen ympäristön tekijät, kuten suositeltua toimintaa tukeva organisaatiokulttuuri tai kokemukset ja arviot eri osapuolten suhtautumisesta uusiin käytäntöihin vaikuttivat lääkäreiden toimintaan.

Suosituksen käyttöönoton uskottiin olleen yhteydessä työntekijöiden sairauspoissaoloissa havaittuun vähenemiseen. Muita mahdollisesti vaikuttaneita tekijöitä nimettiin myös, kuten fysioterapeuttien suoravastaanottokäytäntö, työterveyshuollon tarjoama laadukas hoito moniammatillisen toimintamallin mukaisesti, ja työntekijöiden asenteissa tapahtunut suotuisa muutos. Työnantajaorganisaation kanssa tehtävää yhteistyötä pidettiin keskeisenä tekijänä sairauspoissaolojen hallinnan kannalta.

Rekisterianalyysin tulokset viittasivat siihen, että interventio oli tuloksellinen. Sairauspoissaolojen määrä laski selvästi, kun interventiota seuranneita vuosia verrattiin sitä edeltäneeseen aikaan, mutta lasku tasoittui hieman pidemmällä aikavälillä. Tulosten perusteella arvioimme, että keskimäärin intervention avulla saatiin vähennettyä 2.5 sairauspoissaolopäivää työntekijää kohden vuodessa. On todennäköistä, että tuki- ja liikuntaelinkipupotilaiden hoitokäytäntöihin kohdistunut interventio on tuonut huomattavia taloudellisia hyötyjä.

Tutkimushankkeen sekä määrälliset että laadulliset tulokset korostavat interventioiden käyttöönoton aktiivista seuraamista ja hyvien toimintatapojen juurruttamista organisaatioon, jotta tulokset eivät jää lyhytaikaisiksi. Uudet käytännöt tulisi saada osaksi organisaation olemassa olevia toimintamalleja. Usein käy kuitenkin niin, että intervention jotkin elementit ”elävät” organisaatiossa aikansa, kunnes uudet käytännöt unohtuvat tai jäävät toisten muutosten jalkoihin. Tähän interventioon sisältynyt kipuun, työkykyyn ja sairauspoissaoloihin liittynyt sisäinen koulutus, suositukseen liittynyt lääkäriin käytännön työväline (kipukysely) ja potilaiden kipuryhmät olivat jääneet pois työterveyshuollon nykyisestä toiminnasta. Etenkin koulutukselle koettiin olevan jatkuvaa tarvetta ja sen päättymistä pahoiteltiin. Uusien työntekijöiden perehdytys on myös hoidettava hyvin, jotta suositukset ja hoitokäytännöt

tulevat tutuksi alusta alkaen. Interventiota toteuttaneet kertoivat, että yleislääkäreiden lyhyitä sijaisuuksia tekeviä ei ehditä perehdyttää suosituksiin riittävän hyvin.

Asiantuntijoiden toimintaan vaikuttaminen ei välttämättä ole yksinkertaista. Interventiossa pyrittiin muuttamaan työterveyshuollossa toimineiden lääkäreiden ja muiden työterveyshuollon ammattihenkilöstön TULE-kipuun liittyviä hoitokäytäntöjä, etenkin työkyvyn ja sairauspoissaolotarpeen arviointia. On olemassa runsaasti aikaisempia tutkimustuloksia, jotka koskevat interventioita, joissa on pyritty vaikuttamaan lääkäreiden toimintaan erilaisilla ohjeistuksilla. Tulokset ovat olleet hyvin vaihtelevia. Tässä tutkimuksessa tunnistettiin joitain suositusten käyttöön vaikuttaneita tekijöitä ja resursseja, jotka voivat vaikuttaa myös muiden tämän kaltaisten interventioiden onnistumiseen. Intervention aktiivisen implementaation lisäksi intervention konteksti on kuitenkin tärkeä, eikä tuloksia voida välttämättä suoraan soveltaa jossakin hyvin erilaisessa kontekstissa. Tuloksia voidaan hyödyntää suomalaisten työterveyshuoltojen toiminnan kehittämisessä.

Kiitämme lämpimästi

- Työterveys Helsingin hallinnossa toimivia/toimineita asiantuntijoita (ylilääkäri Eeva-maija Tuovinen, lääkäri Helena Miranda, lääkäri Ritva Teerimäki ja toimitusjohtaja Tiina Pohjonen) sekä haastateltuja lääkäreitä, työfysioterapeutteja ja työterveyshoitajia.
- Helsinki Health Studyn (Helsingin yliopisto) tutkijajoukkoa (Olli Pietiläinen, Ossi Rahkonen, Jaakko Harkko, Anne Kouvonen, Jouni Lahti ja Tea Lallukka).

## 5 TAULUKOT

Taulukko 1. Työntekijöiden taustatekijöitä (On huomattava, että monelle työntekijälle kirjoitettiin sairauspoissaoloja sekä työterveyshuollossa että muualla, tai he hyödynsivät omailmoituskäytäntöä). Ka= keskiarvo, Kh=keskihajonta.

Taulukko 2. Intervention yhteys sairauspoissaolopäiviin (binomiaalinen regressio).

## 6 KUVAT

Kuva 1. Käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä. COM-B -malli ja TDF-viitekehys (Cane ym. 2012; Käyttäytymistietoon pohjautuva politiikka, 2021).

Kuva 2. Työterveyshuollossa kirjoitetut sairauspoissaolopäivät diagnoositiedon mukaan (alaselkäkipu (ICD-10 M54.5), olkapääkipu (ICD-10 M75) ja kyynärpään seudun kipu (ICD-10 M77.1)).

Kuva 3. Työterveyshuollossa kirjoitetut sairauspoissaolujaksot diagnoositiedon mukaan (alaselkäkipu (ICD-10 M54.5), olkapääkipu (ICD-10 M75) ja kyynärpään seudun kipu (ICD-10 M77.1)).

Kuva 4. Kaikkien sairauspoissaolopäivien kk-keskiarvojen kehityssuunnat vuosina 2013–2017: Työterveyshuollossa kirjoitetut (vas.) ja muualta kirjoitetut (oik.) keskimääräiset sairauspoissaolopäivät per henkilö per kuukausi. Katkoviiva kuvaa kausivaihtelun sisältävän kokonaismallin ennustetta ja jatkuva viiva taustalla olevaa (kausivaihteluvapaata) katkaistua aikasarjaennustetta. Lähde: Kausto J, Rosenström TH, Ervasti J, et al. Intervention targeted at physicians' treatment of musculoskeletal disorders and sickness certification: an interrupted time series analysis. *BMJ Open* 2021;0:e047018. doi:10.1136/bmjopen-2020-047018.

## 7 LÄHTEET

Atkins L, Sallis A, Chadborn T, Shaw K, Schneider A, Hopkins S, Bunten A, Michie S, Lorencatto F. Reducing catheter-associated urinary tract infections: a systematic review of barriers and facilitators and strategic behavioural analysis of interventions. *Implement Sci.* 2020;15(1):44. doi: 10.1186/s13012-020-01001-2.

Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci* 2012;7:37. doi:10.1186/1748-5908-7-37.

French SD, McKenzie JE, O'Connor DA, Grimshaw JM, Mortimer D, Francis JJ, et al. Evaluation of a theory-informed implementation intervention for the management of acute low back pain in general medical practice: the IMPLEMENT cluster randomized trial. *PLoS One* 2013;8:e65471. doi: 10.1371/journal.pone.0065471.

Helsinki Health Study, Helsingin yliopisto. <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimusryhmat/helsinki-health-study>

Helsingin kaupungin tilinpäätökset (2016–2019). Saatavissa: <https://www.hel.fi/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/strategia-ja-talous/tilipaatos> (viitattu:12.10.2021).

Hinkka K, Niemelä M, Autti-Rämö I, Palomäki H. Physicians' experiences with sickness absence certification in Finland. *Scand J Public Health* 2019;47(8):859–866. doi:10.1177/1403494818758817.

Horppu R, Martimo KP, MacEachen E, Lallukka T, Viikari-Juntura E. Application of the Theoretical Domains Framework and the Behaviour Change Wheel to understand physicians' behaviors and behavior change in using temporary work modifications for return to work: A qualitative study. *J Occup Rehabil* 2018;28(1):135-146. doi:10.1007/s10926-017-9706-1.

Horppu R, Väänänen A, Kausto J. Evaluation of a guidelines implementation intervention to improve pain management and reduce pain-related sick leaves in occupational health context: a mixed-method study using the Behaviour Change Wheel. *Käsikirjoitus, arvioitavana.*

Kankaanpää, AT, Franck JK, Tuominen RJ, Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *Eur J Public Health* 2012.; 22(1): 92-96. doi:10.1093/eu-rpub/ckr031.

Kausto Johanna, Ritva Horppu, Tom Rosenström, Ari Väänänen. Lääkäriohjeet, lääkäreiden toiminta ja työntekijöiden sairauspoissaolot – Intervention tuloksia ja arviointia. *Työterveyslääkärelehti. Käsikirjoitus, hyväksytty julkaistavaksi.*

Kausto J, Rosenström TH, Ervasti J, et al. Intervention targeted at physicians' treatment of musculoskeletal disorders and sickness certification: an interrupted time series analysis. *BMJ Open* 2021;0:e047018. doi:10.1136/bmjopen-2020-047018.

Käyttätymistietoon pohjautuva politiikka: Johdatus käyttäytymistä koskevan tiedon hyödyntämiseen. Valtioneuvoston kanslia 2021. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021083044629> . (Viitattu 12.10.2021).

Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *BMJ Qual Saf* 2005;14(1):26–33. doi:10.1136/qshc.2004.011155.

Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* 2011;6(1):42. doi:10.1186/1748-5908-6-42.

Oksanen T, työryhmä (2016). Ohjeistus sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin lääkäreille: Ohjeistuksen laadinnan mahdollisuutta työryhmän loppuraportti. Tietoa työstä. Helsinki: Työterveyslaitos. Saatavissa: [http://urn.fi/URN:ISBN%20978-952-261-666-1%20\(pdf\)](http://urn.fi/URN:ISBN%20978-952-261-666-1%20(pdf)) (viitattu 12.10.2021).

Sairauspoissaolon tarpeen arviointi. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Verkostovaliokunnan asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) (viitattu 12.10.2021).

Schneider A, Coope C, Michie S, Puleston R, Hopkins S, Oliver I. Implementing a toolkit for the prevention, management and control of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in English acute hospitals trusts: a qualitative evaluation. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):689. doi:10.1186/s12913-019-4492-4.

Skånér Y, Nilsson GH, Arrelöv B, et al Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. *BMJ Open* 2011;1:e000303. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000303.

Steinmo SH, Michie S, Fuller C, Stanley S, Stapleton C, Stone SP. Bridging the gap between pragmatic intervention design and theory: using behavioural science tools to modify an existing quality improvement programme to implement “Sepsis Six”. *Implement Sci* 2015;11(1):14. doi:10.1186/s13012-016-0376-8.

Sumanen H, Piha K, Pohjonen T, Lahelma E, Pietiläinen O, Rahkonen O. Helsingin kaupungin henkilöstön sairauspoissaolot 2002–2016. *Suom Lääkäril* 2018;73(7):438–444.

Toikkanen U. Sairauslomat lyhenivät TYKS:ssä. *Suom Lääkäril* 2018;73(16):968–970.

## LIITTEET

## LIITE 1

**Alaselän (lanneselän) kipu, noidannuoli, lumbago, M54.5**

Äkillinen alaselkäkipu on hyvin yleinen vaiva, jota jokainen kokee joskus elämänsä aikana.

Siihen liittyy lanneselän kipu, särky ja jäykkyys. **Se on lähes aina vaaraton ja hyvälaatuinen vaiva**, joka lievittyy itseksensä, mutta usein uusiutuu seuraavien kuukausien aikana.

Uusiutuessaankin paranemisennuste on hyvä. Kipu saattaa alkaa äkillisesti vaarattoman tilanteen yhteydessä, mutta voi syntyä myös vähitellen.

- **Äkilliset selkäkiput lievittyvät pääsääntöisesti muutamassa päivässä.** Yli 90 %:lla selkäkipu on kokonaan ohi 4-6 viikon kuluessa.
  - Vakavan selkäsairauden merkit (jatkuva ja asteittain lisääntyvä selkäsärky levossakin, kuumeilu, laihtuminen, korkeaenerginen vamma, osteoporoosi, virtsan/ulosteenpidätyskyvyn muutokset, syöpähistoria) voidaan sulkea pois yksinkertaisin menetelmin.
  - **Sairausloman tarpeen arviointi:**
    - Uusien suositusten mukaan sairauslomaa ei välttämättä tarvita lainkaan. *Ei ole olemassa mitään lääketieteellisiä todisteita, joiden mukaan raskas työ hidastaisi tavallisen selkäkipun paranemista tai siihen liittyisi vaivojen jatkumisen tai lisävamman riski.*
    - **Jos sairauslomalle katsotaan olevan tarvetta:** Potilaan kyky tehdä fyysisesti kevyttä työtä (vähän nostoja, taivutuksia ja kääntöliikkeitä) voi olla **alentunut muutaman päivän tai enintään viikon.**
    - Potilaan kyky tehdä fyysisesti raskasta työtä (johon sisältyy nostoja, taivutuksia ja kääntöliikkeitä) voi olla alentunut **enintään kaksi viikkoa** (+ tarvittaessa 2 viikkoa osaaikaista sairauslomaa) lähinnä siksi, että raskaiden nostojen tekeminen on vaikeaa.
- Viimeistään sen jälkeen käydään läpi oheinen tsekkauslista.**

- **Kipua provosoivien tekijöiden tilapäinen vähentäminen ja muokkaus ovat suositeltavia.**
- Alaselkäkipusta huolimatta työnteko ei ole vaarallista ja että työn ja kuormituksen jatkaminen pääsääntöisesti nopeuttaa paranemista.
  - **Potilasta on kehoitettava käyttämään selkäänsä normaalisti – se on vaaratonta.** Kipu voi pitkittyä, jos potilas passivoituu ja pelkää liikkumista. Fyysinen aktiivisuus on hyödyllistä ja liiallinen lepo haitallista. Kohtalainen harjoitteluun liittyvä kipu ei ole merkki haitallisuudesta.
  - Kipua kannattaa alkuun hoitaa riittävän suurilla annoksilla parasetamolia ja/tai tulehduskipulaaketta. Vahvoista kipulaakkeista (opiaatteja) tai lihasrelaksanteista ei ole osoitettu olevan apua.
  - Kivun pitkittyessä voi manipulaatiosta, hieronnasta tai akupunktiosta olla hyötyä.
  - Pitkittyneessä kivussa monipuoliset laakkeettomat kivunhallintakeinot ja kipukynnyslaakkeet vähentävät kipuperkkyyttä ja parantavat kivunsietokykyä.
  - Kipuun liittyviä uni- ja mielialaongelmia kannattaa hoitaa.



## LIITE 1

Tsekkauksista, jos koettu työkyvyttömyys pitkittyy:

DIAGNOOSI:	✓
• Onko <b>tulehdussairauden</b> (esim. selkärankareuma) mahdollisuus poissuljettu?	
• Onko taustalla merkittävää selän <b>vammaa tai aiempaa syöpätauti</b> ?	
• Sateileeko kipu tai puutuminen polven alapuolelle ( <b>iskiashermopinne</b> )?	
TYÖ:	
• Onko työtä muokattu niin, että <b>toistuva nostaminen, etukumarat ja kiertyneet selän asennot ja tärinää aiheuttavat työtehtävät</b> olisi saatu tilapäisesti vähennettyä?	
• Onko työkykyyn oleellisesti vaikuttavia työhön liittyviä <b>psykososiaalisia kuormitustekijöitä</b> (huono työilmapää, esimiehen tuen puute, liiallinen kiire, työn liiallinen vaativuus ym.) kartoitettu? Jos on, onko niihin pyrityt vaikuttamaan?	
• Onko työntekijä <b>keskustellut esimiehen kanssa</b> potilaan työstä ja työkyvystä?	
• Onko <b>työterveyshuolto ollut yhteydessä</b> esimieheen <b>työjärjestelyistä</b> ?	
• Onko <b>työfysioterapeutti</b> käynyt työpaikalla neuvomassa työn muokkauksessa?	
YKSILÖLLISIÄ TEKIJÖITÄ:	
• Onko <b>työn ulkopuolella</b> kuormitustekijöitä, jotka voivat vaikuttaa kivunsietokykyyn ja kivun kanssa pärjämiseen (kriisi, suru, pitkittynyt stressi)?	
• Onko <b>työn ulkopuolella toimintoja tai harrastuksia</b> , jotka ylläpitävät kipua (urheilu, remontointi, pitkät ajomatkat, läppäri tai kännykän runsas käyttö, puutarhatyöt)?	
HOITO:	
• Onko selvitetty mistä <b>hoitomuodoista</b> potilas kokee <b>hyötynensä</b> ? Mitkä <b>pahentavat</b> ?	
• Onko potilas saanut fysioterapeutilta <b>omahoito-ohjeita</b> ?	
• Onko potilaalla käytössä <b>aktiivisia keinoja</b> hallita kipuaan? Liikunta?	

Univaikeudet

Ahdistuneisuus,  
masentuneisuus

Pelko pysyvasta vauriosta tai  
kivun pahenemisesta

Nämä asiat, ns. keltaiset liput, selkävivun yhteydessä lisäävät kivun pitkittymisen ja työkyvyttömyyden riskiä.

Kipua kehossa laajalti

Passiivisuus,  
vältämiskäyttäytyminen

Ongelmat työssä, huono  
työtyytyväisyys

Työkyvyn ja sairauspoissaolotarpeen arviointi on vaativaa ja siinä onnistuminen on osa laadukasta hoitoa. Haastattelututkimuksessa tarkasteltiin Helsingin kaupungin työterveyshuollossa toimivien lääkäreiden näkemyksiä ja kokemuksia suosituksista, jotka oli laadittu tuki- ja liikuntaelinkipujen hoitoon ja niihin liittyvän työkyvyn ja sairauspoissaolotarpeen arviointiin. Rekisteritutkimuksessa selvitettiin suositusten käyttöönoton yhteyttä Helsingin kaupungin työntekijöiden sairauspoissaoloihin. Tutkimus tuottaa uutta tietoa kivun kokonaisvaltaisen hoidon tukemisesta ja TULE-sairauspoissaolojen hallinnasta.



Työsuojelurahasto  
Arbetskyddsfonden  
The Finnish Work Environment Fund