



**Työterveyslaitos** | Arbetshälsöinstitutet  
Finnish Institute of Occupational Health

# **Työkykyjohtamisen monitoimijaista kehittämistä**

TYÖHYVINVOINTI-SIB -HANKKEEN ARVIOINTI

**Pehkonen Irmeli  
Horppu Ritva  
Turunen Jarno  
Ojajärvi Anneli  
Toivio Pauliina  
Juvonen-Posti Pirjo**





**Työterveyslaitos** | Arbetshälsainstitutet  
Finnish Institute of Occupational Health

# **Työkykyjohtamisen monitoimijaista kehittämistä**

TYÖHYVINVOINTI-SIB -HANKKEEN ARVIOINTI

Pehkonen Irmeli, Horppu Ritva, Turunen Jarno, Ojajärvi Anneli,  
Toivio Pauliina, Juvonen-Posti Pirjo

Työterveyslaitos 2019

Helsinki



Työterveyslaitos

PL 40

00251 Helsinki

[www.ttl.fi](http://www.ttl.fi)

Toimitus: Irmeli Pehkonen

© 2019 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Julkaisu on toteutettu Sosiaali- ja terveysministeriön tuella.

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

ISBN 978-952-261-885-6 (PDF)

PunaMusta Oy, Tampere, 2019



## KIITOKSET

Työhyvinvointi-SIB -hankkeen arviointihanke käynnistettiin syyskuussa 2016 ja se päättyi vuoden 2019 elokuun lopussa. Tutkijaryhmä kiittää lämpimästi hankkeeseen osallistuneita organisaatioita, palveluntuottajia, hankkeen hallinnoijaa sekä Sitran edustajia. Ilman heidän osallistumistaan hankkeen tiedonkeruu ja siten arviointihankkeen toteuttaminen ei olisi ollut mahdollista. Erytisen lämmin kiitos kuuluu niille organisaatioiden ja palveluntuottajien edustajille, jotka osallistuivat moniin haastatteluihin ja kokosivat muuta tietoa arviointihankkeen käyttöön.

Tutkimusryhmä kiittää myös arviointihankkeen rahoittajia, Sosiaali- ja terveysministeriötä (STM) ja Työterveyslaitosta. STM myönsi hankkeelle kolmivuotisen rahoituksen.

Hankkeelle perustettiin sen alkaessa ohjausryhmä: Ohjausryhmän puheenjohtajana toimi syyskuuhun 2017 saakka Heikki Palm (STM) ja sen jälkeen Minna Liuttu (STM). Muut ohjausryhmän jäsenet olivat Jukka Lavaste (STM), Niina Kiviaho (STM), Ralf Ekobom (STM), Mika Pyykkö (SITRA), Petri Hilli (SITRA), Jussi Savukoski (FIM Vaikuttavuussijoitukset Oy, aiemmin Epiqus) / Juha Kuisma (FIM Vaikuttavuussijoitukset Oy, aiemmin Epiqus), Kimmo Järvelin (Aino Health Management), Kristiina Halonen (TTL, toukokuuhun 2018 saakka) sekä Irmeli Pehkonen (TTL). Kiitämme ohjausryhmän puheenjohtajia ja jäseniä aktiivisista keskusteluista ja tuesta tutkimuksen aikana.

Kiitokset myös hankkeen eri vaiheissa mukana olleille tutkijoille ja kehittäjille: Kristiina Halonen, Heljä Karvonen, Kari-Pekka Martimo ja Juha Liira.

Helsingissä syyskuussa 2019

Tekijät



## TIIVISTELMÄ

Työhyvinvointi-SIB oli ensimmäinen tulosperusteiseen rahoitussopimukseen (niin kutsuttu Social Impact Bond) perustuva hanke Suomessa ja ensimmäinen työhyvinvoinnin parantamiseen tähtäävä vaikuttavuusinvestointihanke maailmanlaajuisesti. Hanke käynnistyi vuosien 2015–2017 aikana neljässä eri kokoisissa ja eri toimialoja edustavissa julkisissa organisaatioissa. Hanke päättyi viimeiseksi mukaan tullessa organisaatioissa toukokuussa 2020. Organisaatioissa työskenteli yhteensä noin 1600 henkilöä. Kukin organisaatio sai kolmen vuoden ajan neljän eri palveluntuottajan toteuttamia palveluja, joilla pyrittiin erilaisin keinoin kehittämään työhyvinvointia. Palveluntuottajien toimesta organisaatioille tarjottiin valmis palveluvalikoima, jota resursoitiin organisaatiokohtaisesti.

TyHy-SIB -hankkeen arvioinnilla pyrittiin saamaan tietoa uuden toimintamallin käytöstä työhyvinvoinnin edistämiseen julkisella sektorilla. Arviointiteemat olivat: 1) Organisaatiolle toteutettujen toimenpiteiden (intervention) välittömät vaikutukset, 2) organisaatioille kohdistuneiden työkyvyttömyyskustannusten muutokset, 3) organisaatioille räätälöityjen palvelumallien (intervention) toteutettavuus ja toteutus, ja 4) organisaatioiden käyttämien työhyvinvointikyselyjen soveltuvuus interventioilla tavoiteltujen muutosten havaitsemiseen.

Arviointimallina käytettiin kompleksisten, monitoimijaisten kokeilujen arviointiin kehitettyä prosessiarvioinnin mallia ja sovellettiin kehittävän arvioinnin otetta. Arvioinnissa koottiin moninäkökulmainen aineisto, joka koostui toimintaan osallistuneiden osapuolten haastattelusta, organisaatioissa toteutetuista kehittämispajoista, palveluntuottajien täyttämästä sähköisestä päiväkirjasta, organisaatioiden henkilöstölle suunnatusta kyselystä sekä organisaatiokohtaisista henkilöstö- ja sairauspoissaolorekistereistä. Laadullisen aineiston analyysissä hyödynnettiin interventioiden suunnittelun ja arvioinnin työkalua. Määrällisen aineiston analyysi tuotettiin deskriptiivisenä kuvauksena sairauspoissaolojen kehittymisestä organisaatioittain.



TyHy-SIB -hankkeen tavoitteena oli parantaa työntekijöiden hyvinvointia. Tulospöerusteisen investoinnin arvioinnin mittariksi oli valittu sairauspoissaolojen vähentyminen 2,1 päivällä seurantajaksojen aikana. Mittarin valinta siirsi hankkeen fokuksen työhyvinvoinnin kehittämisestä sairauspoissaolojen vähentämiseen, ja vaikutti täten hankkeen toteutukseen. Sairauspoissaolot vaihtelivat paljon kaikissa organisaatioissa hankkeen aikana. Vaikutukset sairauspoissaoloihin jäivät tässä hankkeessa vaatimattomiksi, ja osallistuvien organisaatioiden tulospöerusteiset maksut jäivät vähäisiksi. Hankkeen osapuolet kuvasivat useita työhyvinvointia tukevia vaikutuksia, ja organisaatioiden johdon ja esimiesten kokemukset hankkeesta olivat myönteisiä. Henkilöstön osallistumismahdollisuudet olivat odotettua vähäisemmät. Erityisesti työkykyjohtamisen kehittämisessä oli päästy kaikissa organisaatioissa eteenpäin. Lisäksi koettiin, että organisaatiot olivat saaneet hankkeesta enemmän hyötyä kuin mitä ne olivat siihen taloudellisesti panostaneet.

Tässä arvioinnissa saatua tietoa voidaan hyödyntää muiden tulospöerusteisten rahoitussopimushankkeiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Hankkeiden arviointiaselmissa tulisi määritellä mitä, miten ja missä vaiheessa kannattaa arvioida sekä millaista joustavuutta arvioinnin aikana tarvitaan. Kokosimme arvioinnin tulosten pöerusteella suosituksia vastaavanlaisten hankkeiden eri osapuolille. Suosittelemme panostamista kohderyhmien tarpeista lähtevään toimintaan, mittareiden valintaan, yhteistoimintaan sekä hankeprosessin jatkuvaan seurantaan ja arviointiin.

## SAMMANDRAG

Pehkonen I, Horppu R, Turunen J, Ojajärvi A, Toivio P, Juvonen-Posti P. Utvecklingen av arbetsförmågeledningen med flera parterna. Utvärdering av det Välbefinnandet i arbetet - SIB -projektet. Arbetshälsainstitutet 2019, Helsingfors.

Välbefinnandet i arbetet -SIB-projektet var det första projektet i Finland som grundade sig på ett resultatbaserat finansieringsavtal (så kallat Social Impact Bond) och det första effektivitetsinvesteringsprojektet i världen vars syfte är att förbättra välbefinnandet i arbetet. Projektet inleddes åren 2015–2017 i fyra offentliga organisationer som var olika stora och representerade olika sektorer. I den organisation som kom med sist avslutas projektet i maj 2020. Organisationerna sysselsatte sammanlagt omkring 1 600 personer. Varje organisation fick under tre års tid tillgång till tjänster producerade av fyra olika serviceproducenter, vars syfte var att på olika sätt utveckla välbefinnandet i arbetet. Serviceproducenterna erbjöd organisationerna ett färdigt servicepaket, och resurstilldelningen gjordes separat för varje organisation.

Genom utvärdering av Vélbefinnandet i arbetet SIB-projektet samlade man information om användningen av den nya verksamhetsmodellen för främjande av välbefinnandet i arbetet inom den offentliga sektorn. Temana för bedömningen var: 1) De omedelbara effekterna av de åtgärder som genomförts i organisationen, 2) förändringar i organisationens utgifter för arbetsförmåga, 3) genomförbarheten hos och genomförandet av de servicemodeller som skräddarsyts för organisationen, och 4) lämpligheten hos de arbetshälsoenkäter som används inom organisationen för observation av de förändringar som interventionen strävar efter.

Som utvärderingsmodell användes en modell för processutvärdering som utvecklats för utvärdering av komplexa försök som involverar många aktörer, och ett utvecklande utvärderingsgrepp tillämpades. I utvärderingen samlades multi-perspektiv material och som bestod av intervjuer med parter som deltog i verksamheten, utvecklingsseminarier som genomförts inom organisationerna, en elektronisk dagbok som fyllts i av serviceproducenterna, enkäter riktade till organisationernas personal samt organisationsspecifika register över personal och sjukfrånvaro. I analysen av det kvalitativa materialet användes verktyget för planering och utvärdering av interventioner. Analysen av det kvantitativa materialet gjordes som en deskriptiv beskrivning av utvecklingen av sjukfrånvaro inom organisationen.



Målet med Välbefinnandet i arbetet - -SIB-projektet var att förbättra arbetstagarnas välbefinnande. Som indikator för utvärderingen av de resultatbaserade investeringarna valdes en minskning av sjukfrånvaron med 2,1 dagar under uppföljningsperioderna. Valet av indikator flyttade fokus i projektet från utveckling av välbefinnandet i arbetet till minskning av sjukfrånvaron och påverkade på så sätt genomförandet av projektet. Sjukfrånvaron varierade mycket i alla organisationer under projektet. Effekterna på sjukfrånvaron blev små i detta projekt, och de deltagande organisationernas resultatbaserade avgifter blev låga. Parterna i projektet beskrev flera effekter som bidrog till välbefinnandet i arbetet, och organisationernas ledning och chefer upplevde projektet som positivt. Personalens möjligheter att delta var mindre än väntat. Särskilt i utvecklingen av arbetsförmågeledningen har alla organisationer kommit framåt. Man upplevde också att organisationen fått mer nytta av projektet än vad man satsat ekonomiskt.

Den information som samlats in genom denna utvärdering kan användas i planeringen och genomförandet av andra resultatbaserade finansieringsavtalsprojekt. Utgående från resultaten av utvärderingen har vi sammanställt rekommendationer för olika parter i motsvarande projekt. I arrangemangen för utvärdering av projekt bör man definiera vad, hur och när man ska utvärdera samt vilken typ av flexibilitet som krävs under utvärderingen. Vi rekommenderar satsningar på verksamhet som utgår från målgruppernas behov, val av indikatorer, samarbete samt kontinuerlig uppföljning och utvärdering av projektprocessen.



## SUMMARY

Pehkonen I, Horppu R, Turunen J, Ojajärvi A, Toivio P, Juvonen-Posti P. The development of work disability management with several actors. The evaluation of the Well-being at work SIB -project. Finnish Institute of Occupational Health 2019, Helsinki.

Well-being at work SIB was the first Social Impact Bond-based project in Finland and the world's first impact investing project aimed at improving well-being at work. The project commenced during 2015–2017 in four public organizations of different sizes, representing different sectors. The project will end in the last organization to join in May 2020. The organizations had a total of approximately 1,600 employees. Each organization received services realized by four different service providers for three years, aimed at developing well-being at work through diverse means. The service providers offered the organizations a ready-to-use set of services, resourced organization-specifically.

The evaluation of the well-being at work SIB project aimed to obtain information about the use of the new operational model for the promotion of well-being at work in the public sector. The themes of the evaluation were: 1) Direct impacts of the measures realized for the organization, 2) changes in work disability costs incurred by the organization, 3) feasibility and implementation of the service models customized for the organizations and 4) applicability of the well-being at work surveys used by the organizations for detecting changes pursued through the interventions.

The evaluation model used was a process evaluation model designed for the evaluation of complex multi-party experiments, and a developmental evaluation approach was applied. A multi-perspective set of data was compiled in the evaluation, comprised of interviews of parties that took part in the activities, joint workshops realized in the organizations, an electronic data journal completed by the service providers, a query aimed at the personnel of the organizations and organization-specific personnel- and sickness absence registries. An intervention design and evaluation tool was used in analyzing the qualitative data. The analysis of quantitative data was produced as a description of the development of sickness absence rates in each organization.

The aim of the well-being at work SIB project was to improve the well-being of employees. A decrease of sickness absence rates by 2.1 days during the follow-up periods was chosen as the indicator of evaluating the impact investment. The choice of indicator shifted the focus of the project from the development of well-being at work to decreasing sickness absence, and therefore it had an effect on the implementation of the project. Sickness absence rates varied to a considerable extent in all organizations during the project. The impacts on sickness absence rates remained moderate in this project, and the impact-based payments of the participating organizations were minor. The parties to the project described several impacts that support well-being at work, and the experiences of the organizations' management and supervisors of the project were positive. The participation opportunities of personnel were more minor than expected in the project. In particular, all organizations advanced in the development of work disability management. In addition, the organizations' actors perceived that they received more benefits from the project than they had financially invested in it.

The lessons learned in this evaluation are useful in the planning and implementation of other Social Impact Bond projects. We compiled recommendations for the relevant parties to similar projects based on the results of this evaluation. The evaluation setting of the project should define what should be evaluated, how and at which phase, and what kind of flexibility is required during the evaluation. We recommend investing in activities based on the target groups' needs, choice of indicators, co-operation and continuous follow-up and process evaluation.



## KÄSITTEET

**Hankehallinnoija** vastaa SIB-hankkeessa tavoitteiden mukaisen toiminnan organisoinnista, kuten palveluntuottajien rekrytoinnista ja toiminnan resursoimiseksi tarvittavan rahoitusinstrumentin rakentamisesta ja hallinnoinnista.

SIB-hankkeessa **sijoittajat** investoivat julkisen sektorin vastuulle kuuluvaan hyvinvointipalveluun ja kantavat rahoitusriskin. Määriteltyjen tavoitteiden täyttyessä sijoittajalle maksetaan takaisin sijoitettu pääoma ja lisäksi sovittu tuotto-osuus.

**Asiamiehenä** SIB-hankkeessa toimii usein julkinen sektori tai jokin sen alainen taho. Asiamies tunnistaa ongelman, jota lähdetään ratkaisemaan SIB-hankkeella. Asiamies edistää hankesuunnittelua ja -sopimista, joiden pohjalta SIB luodaan, sekä rekrytoi asiakkaita ja palveluntuottajia hankkeeseen.

**Palveluntarjoajalla** tarkoitetaan tässä hankkeessa yrityksiä, jotka tuottavat työhyvinvointiin liittyviä palveluja organisaatioille.

**Panokset** (Input) ovat lineaarisesti etenevässä vaikuttavuusarviointimallissa resursseja, joita hankkeeseen sisällytetään (esimerkiksi rahallinen panostus, työtuntien määrä).

**Tuotokset** (Output) ovat lineaarisesti etenevässä vaikuttavuusarviointimallissa intervention tuloksena syntyneet suorat seuraukset, kuten kuinka monta työpajaa pidettiin tai kuinka monta tuntia henkilöstöä valmennettiin.

**Vaikutuksilla** (tuloksilla) (Outcome) tarkoitetaan lineaarisesti etenevässä vaikuttavuusarviointimallissa konkreettisia muutoksia organisaatioissa ja työntekijöissä, esimerkiksi muutoksia työmenetelmissä, työympäristössä tai työntekijöiden terveydessä. Välittömillä vaikutuksilla tarkoitetaan muutoksia, joita voidaan tarkastella heti intervention toteuttamisen jälkeen (esimerkiksi muutokset työntekijän fyysisessä kunnossa tai esimiesten ja työyhteisöjen toimintakäytännöissä).



**Vaikuttavuus** (Impact) tarkoittaa lineaarisesti etenevässä vaikuttavuusarviointimallissa asetetun tavoitteen mukaista muutosta, esimerkiksi tässä hankkeessa hyvinvoinnissa, joka saavutetaan tiettyjen toimenpiteiden ansiosta. Lineaarisesti etenevässä vaikuttavuusarviointimallissa vaikuttavuusajattelu perustuu logiikkaketjuun: Input, Output, Outcome, Impact (IOOI), joka voidaan suomentaa Panos, Tuotos, Vaikutus, Vaikuttavuus.

**Työhyvinvointi** tarkoittaa, että työ on mielekästä ja sujuvaa turvallisessa, terveyttä edistävässä sekä työuraa tukevassa työympäristössä ja työyhteisössä. Työhyvinvointia tarkastellaan sekä aineellisen että aineettoman pääoman näkökulmasta.

**Työkyky** on systeeminen ja dynaaminen käsite, joka kytkeytyy työhön, työn tekemiseen ja työympäristöön. Työkyvyn kohentamiseksi pyritään yksilölliseen toimintakykyyn vaikuttamisen rinnalla vahvistamaan laajemmin työntekijöiden toimintamahdollisuuksia heidän työ- ja toimintaympäristöissään, laajimmillaan yhdistäen eri politiikoista tulevia keinoja. Toimittaessa laaja-alaisten työkykykäsitysten pohjalta työkyvyn tukemisessa ja kehittämisessä edellytetään monen toimijan yhteistoimintaa. (Järvikoski ym. 2018.)

**Työkykyjohtaminen** sisältää kaikki toimet, joita organisaatiossa suunnitellusti ja seurattusti tehdään itse ja yhteistyössä työterveyshuollon, muiden asiantuntijatahojen, sosiaalivakuutuksen ja viranomaisten kanssa henkilöstön työturvallisuuden, työkyvyn ja terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi sekä työssä jatkamisen tukemiseksi.

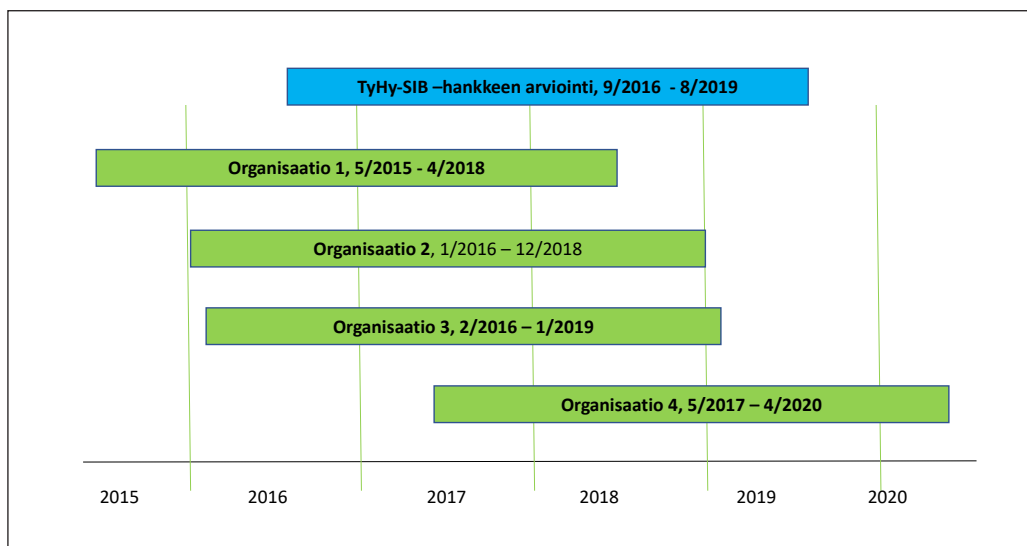
# SISÄLLYS

KIITOKSET .....	3
TIIVISTELMÄ.....	4
SAMMANDRAG .....	6
SUMMARY .....	8
KÄSITTEET .....	10
SISÄLLYS .....	12
<b>1 TAUSTAA .....</b>	<b>14</b>
1.1 Työhyvinvointi julkisella sektorilla.....	14
1.2 Vaikuttavuusinvestoiminen ja tulosperusteinen SIB-malli.....	15
1.3 Työhyvinvointi ja työkyky .....	20
1.4 Työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin liittyvät tekijät.....	22
1.4.1 Työntekijään liittyvät tekijät.....	22
1.4.2 Työhön ja työpaikkaan liittyvät tekijät.....	24
1.4.3 Muut tekijät.....	26
1.5 SIB-hankkeiden arviointi .....	27
<b>2 ARVIOINNIN TAVOITTEET .....</b>	<b>29</b>
<b>3 ARVIOINTIMALLI.....</b>	<b>30</b>
<b>4 ARVIOINTIIN KÄYTETTY AINEISTO .....</b>	<b>32</b>
4.1 Haastattelut .....	33
4.1.1 Palveluntuottajien haastattelut .....	33
4.1.2 Organisaatioiden edustajien haastattelut.....	33
4.1.3 Hankkeen asiamiehen ja hallinnoijan edustajien haastattelut.....	34
4.1.4 Haastattelujen analysointi.....	34
4.2 Sähköiset päiväkirjat.....	34
4.3 Kehittämispajat.....	35
4.4 Henkilöstötietojen keräys.....	35
4.5 Kyselyt organisaatioiden henkilöstölle.....	36
4.6 Työhyvinvointikyselyt.....	36

<b>5 TULOKSET</b> .....	<b>37</b>
5.1 Organisaatiolle toteutettujen toimenpiteiden (intervention) välittömät vaikutukset sairauspoissaoloihin ja työhyvinvointiin .....	37
5.1.1 Välittömät vaikutukset sairauspoissaoloihin .....	37
5.1.2 Sairauspoissaolojen kehitys TyHy-SIB -hankkeessa mitattuna .....	46
5.1.3 Näkemykset hankkeen vaikutuksista sairauspoissaoloihin ja työhyvinvointiin organisaatioittain .....	47
5.1.4 Hankkeen muut vaikutukset organisaatioiden ja palveluntuottajien näkökulmasta .....	49
5.2 Organisaatiolle räätälöityjen palvelumallien (intervention) toteutettavuus ja toteutus .....	59
5.2.1 Hankkeen tarve, tavoitteet ja kohderyhmä .....	60
5.2.2 Hankkeen suunnittelu .....	65
5.2.3 Hankkeessa toteutettu toiminta .....	74
5.2.4 Hankkeen vaikuttavuuden ja prosessin arviointi.....	86
5.3 Työhyvinvointikyselyjen soveltuvuus muutosten havaitsemiseen.....	90
<b>6 POHDINTA</b> .....	<b>92</b>
6.1 Organisaatioille kohdistuneiden työkyvyttömyyskustannusten muutosten arviointi .....	96
6.2 Intervention välittömien vaikutusten arviointi.....	98
6.3 Interventioiden toteutettavuuden ja toteutuksen arviointi .....	101
6.4 Työhyvinvointikyselyjen soveltuvuus muutosten havaitsemiseen.....	104
6.5 Arviointihankkeen vahvuudet ja heikkoudet .....	104
<b>7 SUOSITUKSET</b> .....	<b>106</b>
7.1 Suosittelemme hankkeiden asiamiehille ja hallinnoijille.....	106
7.2 Suosittelemme SIB-palveluntuottajille.....	107
7.3 Suosittelemme SIB- kohdeorganisaatioille .....	108
7.4 Suosittelemme SIB -hankkeiden arvioijille.....	108
<b>8 LÄHTEET</b> .....	<b>109</b>

# 1 TAUSTAA

Työhyvinvointi-SIB on ensimmäinen SIB-rahoitteinen hanke Suomessa ja ensimmäinen työhyvinvoinnin parantamiseen tähtäävä SIB-rahoitteinen hanke maailmanlaajuisesti. Hanke toteutettiin neljässä eri kokoisessa julkisen sektorin organisaatiossa eri toimialoilta (kuva 1). Organisaatioissa työskenteli yhteensä noin 1500 henkilöä. Vuoden 2015 aikana hanke käynnistyi yhdessä organisaatiossa, vuoden 2016 aikana kahdessa ja vuoden 2017 aikana yhdessä organisaatiossa. Hanke on päätynyt kolmessa organisaatiossa ja jatkuu neljännessä organisaatiossa vuoden 2020 toukokuulle. Kukin organisaatio saa kolmen vuoden ajan palveluja, joita on toteuttanut neljä eri palveluntuottajaa. Palveluilla on pyritty kehittämään työhyvinvointia. Organisaatioille on tarjottu valmis palveluvalikoima, mutta tarjottujen palveluiden sisällä resurssija on suunnattu organisaatiokohtaisten tarpeiden mukaisesti. TyHy-SIB -hankkeen arviointihanke aloitettiin syksyllä 2016 ja se päättyi elokuussa 2019.



Kuva 1. TyHy-SIB -hankkeen ja arvioinnin aikataulut mukana olleissa organisaatioissa.

## 1.1 Työhyvinvointi julkisella sektorilla

Puutteellisesta työhyvinvoinnista aiheutuu vuosittain Suomessa noin 25 miljardin euron kustannukset, jotka kertyvät sairauspoissaoloista, työkyvyttömyyseläkkeistä, tapaturmista, sairaanhoitokustannuksista sekä tuottavuuden alenemasta (Rissanen & Kaseva 2014, Aura & Ahonen 2016). Työkyvyttömyyden aiheuttamista välittömistä kustannuksista 61 % aiheutui kunta-alalla suurissa kaupungeissa sairauspoissaoloista (Suhonen 2014).



Työnantajille työhyvinvoinnin puutteesta ja työkyvyttömyydestä koituva menetetty työpanos koostuu työkyvyttömyyseläkemaksuista ja työtapaturmien, sairauspoissaolojen ja sairaana työskentelyn kustannuksista. Lisäksi työnantaja vastaa edellä mainittuihin liittyvästä terveystalouden hyödyntämisen kustannuksista, niiltä osin kuin ne kuuluvat työnantajan vastuulle. Vuoden 2012 arvioidusta menetetystä työpanoksesta 3,4 miljardia euroa (noin 14 prosenttia kokonaisuudesta) oli sairauspoissaoloista aiheutuvaa (Rissanen & Kaseva 2014).

Viime vuosien sairauspoissaolo- ja työkyvyttömyyseläke -trendimuutokset ovat hämmentäviä. Kunta-alalla sairauspoissaolojen määrä laski vuodesta 2008 vuoteen 2013 saakka, ja sen jälkeen väheneminen pysähtyi (Oksanen 2017). Samanaikaisesti kuntatyöntekijät saivat aikaisempaa enemmän tukea esimiehiltään, ja henkilöstön kokemukset johtamisen oikeudenmukaisuudesta kunnissa kasvoivat (emt.). Työmäärä ja muutokset olivat kuitenkin lisääntyneet, ja jopa 43 prosenttia vastaajista koki, että heillä ei ollut vaikutusmahdollisuuksia muutoksiin (emt.). Leinosen ym. (2018) mukaan julkisella sektorilla poissaoloja oli edelleen enemmän kuin yksityisellä sektorilla, eikä ero viime vuosina ollut kaventunut. Lisäksi 2010-luvulla koettu pitkien sairauspoissaolojen määrän väheneminen näyttää päättyneen vuoteen 2017 (Leinonen ym. 2019, Blomgren 2018). Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä vähentyi viimeisen 10 vuoden aikana, mutta vuoden 2018 alusta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä on kääntynyt kasvuun (Laaksonen 2019).

Julkisella sektorilla käytetään joka vuosi useita miljardeja euroja erilaisten terveyden ja hyvinvointiin liittyvien ongelmien ratkaisemiseen. Toiminnan vaikutuksia ja vaikuttavuutta arvioidaan kuitenkin vain harvoin, minkä vuoksi väheneviä varoja ei välttämättä käytetä mahdollisimman tuloksellisella tavalla. Kun kustannuksia joudutaan leikkaamaan, valtaosa resursseista käytetään jo syntyneiden ongelmien ratkaisemiseen. Huonosti toimivista käytännöistä ei osata tai uskalleta luopua, ja samoja huonostikin sopivia palveluja käytetään vuodesta toiseen. Suurimpina esteinä uusien lähestymistapojen kokeilemiselle ovat muun muassa alkurahoituksen ja pitkäjänteisyyden puute sekä pelko uuden, mutta vielä testaamattoman idean epäonnistumisesta. (Hilli ym. 2015.)

## 1.2 Vaikuttavuusinvestoiminen ja tulosperusteinen SIB-malli

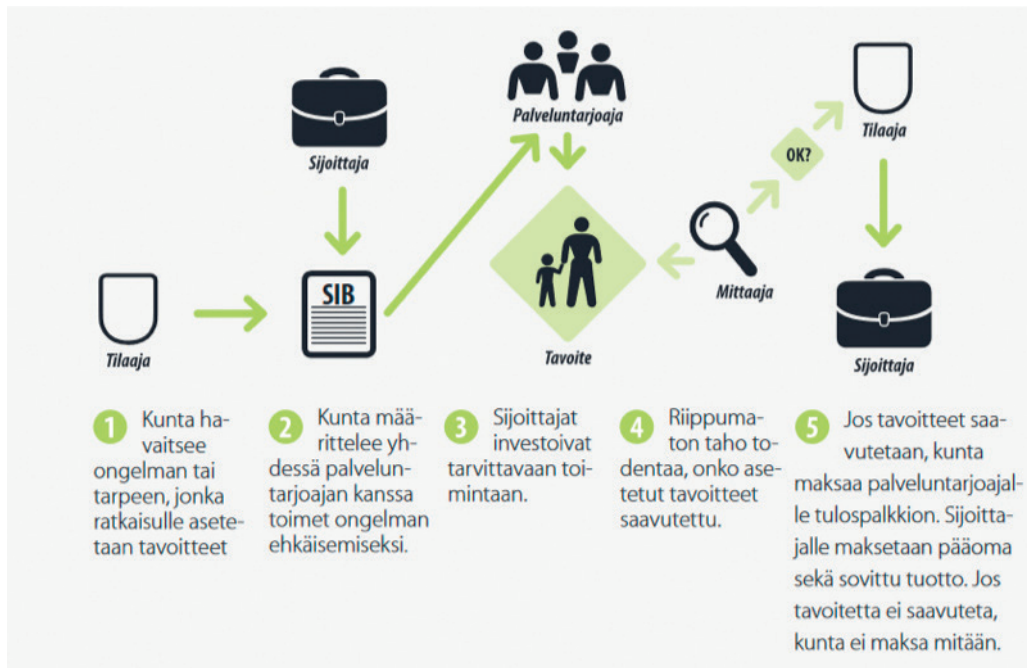
Vaikuttavuusinvestoiminen tarkoittaa yksityisen pääoman tietoista ohjaamista toimintoihin ja toimijoihin, jotka saavat aikaan sekä taloudellista tuottoa että mitattavaa yhteiskunnallista tai ympäristöllistä hyötyä. Samalla se voidaan nähdä keinona lisätä yksityisten, julkisten, järjestö- yms. toimijoiden suunnitelmallista yhteistyötä.



SIB-malli (Social Impact Bond) eli tulosperusteinen rahoitussopimus on yksi vaikuttavuusinvestoinnin toteutustapa. Hyvin suunniteltuna mallin hyödyntäminen tarjoaa julkiselle sektorille taloudellisesti riskittömän työkalun vaikutusten ja vaikuttavuuden hankkimiseksi, mikä mahdollistaa hyvinvoinnin pitkäjänteisen rakentamisen. SIB-malli on systemisen muutoksen työväline, joka soveltuu erityisen hyvin ennakkoivaan ja ehkäisevään toimintaan.

SIB-mallissa yksityinen pääoma mahdollistaa toiminnan ja palvelut, joiden toteuttaminen julkisin varoin on eri syistä johtuen vaikeaa. Pääoman takaisinmaksu (mukaan lukien taloudellinen tuotto) perustuu tuloksellisen toiminnan julkiselle sektorille mahdollistamaan säästöön tai muuhun taloudelliseen hyötyyn. Lähtökohtaisesti sijoittajat kantavat hankkeen taloudellisen riskin, kun taas julkinen sektori, suoraan tai välillisesti suurimpana hyödyn saajana, maksaa vain tuloksista (vaikutukset ja pidemmän aikavälin vaikuttavuus).

SIB -sopimuksen osapuolia ovat tilaaja-asiakas (usein julkisen sektorin toimija), yksityiset sijoittajat, hankehallinnoija ja palveluntuottajat (Hilli ym. 2015, Männistö 2016, Pyykkö & Keltanen 2016). (Kuva 2).



Kuva 2. SIB-malli (Lähde: Sitra).



SIB-hankkeissa asiamies on taho, joka on tunnistanut ongelman, jota voidaan lähteä ratkaisemaan SIB-hankkeella. Julkinen sektori tai jokin sen alainen taho on usein tunnistettavissa asiamieheksi. Asiamies myös edistää hankesuunnittelua ja -sopimista, joiden pohjalta luodaan SIB, eli sopimus siitä mitä ratkaistaan, miten, kenen toimesta ja mitä siitä seuraa. Sopimus antaa myös tiedoksi maksuperusteet asiakkaalle, sijoittajille ja palveluntuottajille. Asiamies myös rekrytoi hankkeeseen asiakkaita ja palveluntuottajia. TyHy-SIB -hankkeessa asiamiehenä toimi Sitra.

SIB-hankkeissa kohteena olevan ongelman ratkaisua toteuttavat palveluntuottajat, jotka voivat edustaa eri sektoreita. Mukanaolo SIB-hankkeessa tarjoaa palveluntuottajille mahdollisuuden osoittaa palveluidensa vaikuttavuutta ja toisaalta monistaa toimintatapojaan. Palveluntuottajille maksetaan hankkeen toteutusvaiheessa ensisijaisesti korvaus vain palvelutuotannosta aiheutuneista kuluista. Sopimukseen voidaan sisällyttää myös tulosperusteisia kannustimia, jolloin maksetaan korvausta toteutuneen tuloksen mukaan. Palveluntuottajia sitovat asiamiehen linjaukset toiminnasta, sen kestosta ja soveltuvuudesta interventioihin. TyHy-SIB -hankkeen palveluntuottajina ovat toimineet Aino Health Management (terveystietojärjestelmät ja terveysjohtaminen), Headsted (mielenterveyden verkko-ohjelmat), Coronaria Tietotaito Oy (aiemmin Tietotaito Group Oy, työ- ja organisaatiopsykologia johtamisen ja työterveyshuollon rajapinnassa) ja Trainers' House (johtajien ja esimiesten kouluttaminen).

Sijoittajat rahoittavat ongelmanratkaisussa hyödynnettäviä palveluita ja kantavat tältä osin taloudellisen riskin niiden onnistumisesta ja tulosten toteutumisesta. TyHy-SIB -hankkeen sijoittajina olivat Me-säätiö, Sitra sekä yksityinen finanssijoittaja.

Niin sanottu välimies tai hankkeen hallinnoija on toimija, joka vastaa esimerkiksi SIB:n hallinnoinnista, seurannasta ja raportoinnista eri tahoille. Välimiehen toiminnan kannustimet on kytketty välimiehen saamaan rahoitukseen, joka voi olla ennalta määrätty summa tai esimerkiksi tuloksiin perustuva palkkio. TyHy-SIB -hankkeen hallinnoijana toimi FIM Vaikuttavuussijoitukset Oy (aiemmin Epiqus).

Asiakkaan kannustin osallistua SIB-hankkeeseen on selkeä. Asiakas maksaa vain todennetusta tuloksesta suoritteiden sijaan. Tällöin valtaosa asiakkaalle koituvista kustannuksista muodostuu interventioihin käytetystä työajasta, aloitusmaksusta sekä mahdollisista tulospalkkioista, joita maksetaan vain suotuisista tuloksista. Maksu toteutui TyHy-SIB-hankkeessa sairauspoissaolojen tavoitteen mukaisesta vähenemisestä. TyHy-SIB-hankkeen asiakkaita olivat julkisen sektorin työnantajat. Varsinainen palvelun käyttäjä voi olla eri taho kuin työnantaja, kuten esimerkiksi yksittäiset työntekijät tai työntekijäryhmät.

SIB-mallin toimeenpanoon kuuluu, että ennen hankkeen aloittamista määritellään hankkeelle mitattava tavoite. Tavoitteen saavuttamisen arvioijan tulee olla riippumaton kohdeorganisaatioista, hankehallinnoijasta tai yhteistyökumppaneista. TyHy-SIB-hankkeessa ei ole ollut ulkopuolista arvioijaa.

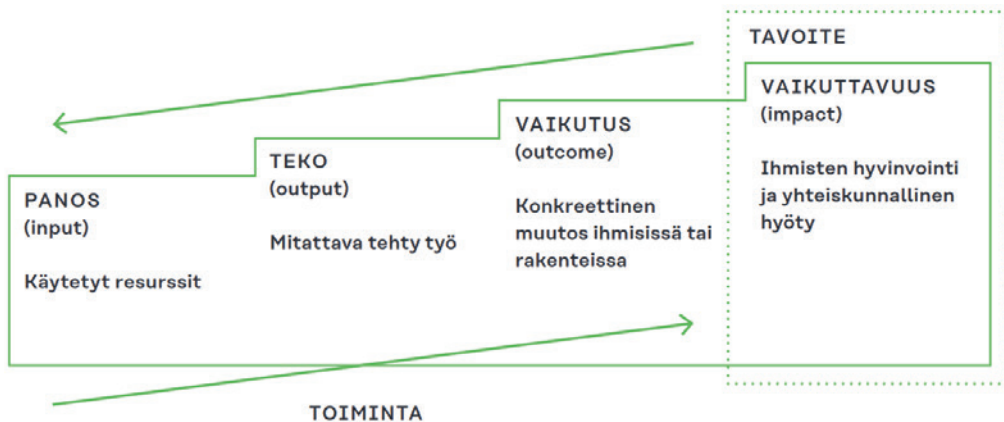
TyHy-SIB aloitettiin vuonna 2015 ja se oli ensimmäinen SIB-hanke Suomessa (Hilli ym. 2015). Muut Suomessa tällä hetkellä käynnissä olevat SIB-hankkeet kohdistuvat maahanmuuttajien kotouttamiseen ja työllistämiseen, lasten, lapsiperheiden ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseen, työllistymisen edistämiseen, ikääntyneiden itsenäisen toimintakyvyn tukemiseen ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn (Sitra 2019).

Sitra on jaotellut SIB-hankkeen toteutuksen seitsemään vaiheeseen (Kuva 3). SIB-hanke käynnistyy tarpeen määrittelyllä ja SIB-sopimuksen käyttökelpoisuuden arvioinnilla. Hanke kannattaa aloittaa vain, jos sen oletetaan tuottavan sekä hyvinvointia että rahallisia säästöjä. Seuraavaksi tehdään hankkeen tarkempi linjaus, jonka perustana tulee olla tuloksellinen toimintamalli ja sen toteuttamiseen sopivat palveluntuottajat. Palveluntuottajien valinnan jälkeen tehdään toiminnallinen ja taloudellinen mallinnus. Koska hankkeen kohdeorganisaatiot maksavat toteutettujen toimenpiteiden sijaan saavutetuista tuloksista, toiminnan tuloksellisuutta täytyy mitata. Hankkeen toiminnan keskiössä oleva muutos hyvinvoinnissa tulee olla selkeästi mitattavissa sekä muutoksina että esimerkiksi euroina. Mallinnuksen pohjalta kunta tekee virallisen päätöksen hankkeen suunnittelun jatkamisesta ja kilpailuttaa hankehallinnoijan. Hankehallinnoija vastaa yhteistyössä kunnan kanssa määriteltyjen tavoitteiden saavuttamisesta ja rahoitussopimuksen laatimisesta sekä hankkii sijoittajat. Sen johdolla tehdään myös lopullinen hankesuunnitelma. Hankehallinnoijan tehtävänä on myös tehdä sopimukset eri yhteistyötahojen kanssa sekä vastata hankkeen koordinoimisesta. SIB-hankkeen tulosten arviointi annetaan usein riippumattoman arvioijan tehtäväksi. (Hilli ym. 2015.)



Kuva 3. SIB-hankkeen toteutusvaiheet (Lähde: Sitra).

SIB-hankkeiden vaikuttavuutta voidaan tarkastella vaikutusketjun, kuten iooi-ketjun, avulla (Kuva 4). Kirjainyhdistelmä viittaa sanoihin input (panos), output (teko), outcome (vaikutus) ja impact (vaikuttavuus). Vaikuttavuus- ja tuloslähtöisessä toiminnassa voidaan lähteä liikkeelle ketjun loppupäästä, vaikuttavuudesta. Myönteisen kehityksen aikaansaamiseksi tarvitaan konkreettisia muutoksia, vaikutuksia. Vaikutusten tulee olla sellaisia, että intervention tuottamien muutosten voidaan perustellusti ajatella johtavan hyödyn syntymiseen. Vaikutusketjussa seuraavaksi taaksepäin mentäessä ovat teot eli tehty työ (output). Hyötyjen saavuttamiseksi tarvitaan usein monia tekoja. Prosessin onnistumiseksi tarvitaan tekojen suunnittelua sekä rajallisten resurssien oikein suuntaamista, jossa voidaan hyödyntää kohderyhmien tunnistamista ja segmentointia. Vaikuttavuuslähtöisessä toiminnassa keskeisiä työvälineitä ovat yhdessä kohderyhmän kanssa kehitettävät kokeilut. Jos jotkin teot osoittautuvat toimimattomiksi, niitä muokataan tai niistä luovutaan. Tekoja seuraamalla voidaan ennakoida muutosten toteutumisen todennäköisyyttä. Vaikutusketjun ensimmäinen osa on panokset (input), ja ne voivat sisältää muun muassa työtä, rahaa, materiaalia, osaamista ja kontakteja. (Heliskoski ym. 2018.)



Kuva 4. Vaikutusketju (The iioi method, Bertelsmann Stiftung, muokattu Heliskoski ym. 2018).

Vaikuttavuus syntyy useiden tekojen myötä toimijoiden yhteistyössä. Yksittäinen palveluntuottaja voi osallistua useiden muutosten toteuttamiseen, mutta ei välttämättä pysty yksin tuottamaan kaikkia hyödyn syntymiseen vaikuttavia tekoja. Parhaaseen tulokseen päästään yhteiskehittämällä, jolloin lähtökohtana ovat yhteisesti sovitut vaikuttavuus- ja vaikutustavoitteet. (Heliskoski ym. 2018.)

Kompleksisessa toimintaympäristössä tapahtuva monitoimijainen kehittäminen on prosessi, joka muuntuu jatkuvasti ja koostuu erilaisista toisiinsa liittyvistä osista (Vataja & Seppänen-Järvelä 2006). Kun työhyvinvointia ja työkykyjohtamista edistetään monitoimijaisesti, yhteistyötä on ylläpidettävä pitkäjänteisesti eri keinoin, jotta saavutetaan tavoitellut sosiaaliset ja taloudelliset vaikutukset (Juvonen-Posti ym. 2014, Pehkonen ym. 2017, Reiman ym. 2017). Tässä arvioinnissa hyödynnetään kompleksisen prosessin arviointimallia (Moore ym. 2015), joka esitellään tarkemmin luvussa 3 Arviointimalli.

### 1.3 Työhyvinvointi ja työkyky

Työhyvinvointi on työntekijän työkokemuksesta lähtöisin oleva positiivisen tunteen tila. Käsitteenä se on kuitenkin moniulotteinen ja vakiintumaton, ja sitä voidaan tarkastella useiden tieteenalojen, kuten lääke- ja terveystieteen, käyttäytymistieteiden, talous- ja liiketaloustieteiden tai yhteiskuntatieteiden, näkökulmista. Hyvin pitkään työhyvinvointia tarkasteltiin pääosin työpahoinvoinnin kautta. Viime vuosikymmenten aikana työhyvinvoinnin käsite on laajentunut ja myös työn voimavaraiteijöiden merkitys on noussut esille. (Laine ym. 2016.)



Työhyvinvointiin liittyvistä tekijöistä on edelleen erilaisia käsityksiä. Laine (2013) kävi väitöskirjassaan läpi kotimaisia vertaisarvioituja työhyvinvointia käsitteleviä tieteellisiä artikkeleja vuosilta 1990–2014 ja löysi seitsemän aihealuetta: 1) terveys ja työympäristö, 2) työn ja muun elämän yhteensovittaminen, 3) persoonallisuus- ja yksilötekijät 4) psyykkinen turvallisuus ja muutos, 5) työ ja työkonteksti laajasti nähtynä, työuupumus ja työn imu, 6) sosiaalinen ympäristö ja johtaminen sekä työnantajapolitiikka, ja 7) muu käsittäen muun muassa työhyvinvoinnin kehittämisen ja mittaamisen. Tämä antaa kuvan työhyvinvointikäsitteen nykyisestä laaja-alaisuudesta.

Työhyvinvoinnille on ominaista subjektiivisuus, dynaamisuus ja kontekstuaalisuus. Enimmäkseen työhyvinvointia tarkastellaan yksilölähtöisesti, jolloin siinä korostuu subjektiivinen ja kokemuksellinen luonne. Työhyvinvointi on dynaaminen ilmiö eli se voi muuttua voimakkaastikin siihen vaikuttavien tekijöiden muuttuessa. Yksittäinen tekijä, kuten vaikkapa YT-tilanteessa koettu epävarmuus, saattaa nousta työhyvinvoinnin kokemuksesta dominoivaksi tekijäksi (Laine ym. 2016). Työhyvinvoinnin kontekstuaalisuus eli kytkeytyminen toimintaympäristöön tulee esille siinä, että työhyvinvoinnin kuormitus- ja voimavaratekijät ovat hyvin erilaisia esimerkiksi teollisuustyössä, hoiva- ja hoitotyössä ja asiantuntijatyössä (Laine 2013, Hamling ym. 2015). Moniulotteisuuden, dynaamisuuden ja kontekstuaalisuuden myötä työhyvinvointiin vaikuttaminen ja työhyvinvoinnin mittaaminen tuottavat haasteita. Osassa työhyvinvoinnin mittareista jää epäselväksi, mitä ne lopulta mittaavat (Jarden ym. 2018).

Työhyvinvoinnin käsitteen tavoin myös työkyvyn käsite on riippuvainen näkökulmasta ja kontekstista. Erilaisten työkykykäsitteiden voidaan siten olettaa vaikuttavan myös työkyvyn edistämisen ja ylläpitämisen käytäntöihin. Järvikoski ja muut (2018) erottavat toisistaan yhtäältä työkyvyn arvioinnin ja toisaalta työkyvyn edistämisen ja kuntoutuksen kontekstit. He suosittelevat työkyvyn edistämässä hyödynnettävän esimerkiksi seuraavia työkykymalleja: biopsykososiaaliset ja moniulotteiset mallit, integroitu yksilö työyhteisössä -mallit tai työkyky yhteiskunnan tai organisaatioiden sosiaalisena konstruktiona -mallit. Näissä malleissa työkyky on systeeminen ja dynaaminen käsite, joka kytkeytyy työhön, työn tekemiseen ja työympäristöön, eikä ole yksinomaan yksilön ominaisuus. Kun tavoitteena on työkyvyn kohentuminen, pyritäisiin siis yksilölliseen toimintakykyyn vaikuttamisen rinnalla vahvistamaan laajemmin työntekijöiden toimintamahdollisuuksia heidän työ- ja toimintaympäristöissään, laajimmillaan yhdistäen eri politiikoista tulevia keinoja. Laaja-alaisiin työkykykäsitteisiin pohjautuva kehittäminen edellyttää monen toimijan yhteistoimintaa.

## 1.4 Työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin liittyvät tekijät

Työkykyyn, työkyvyttömyyteen ja sairauspoissaoloihin vaikuttavat monet eri tekijät (Järvikoski ym. 2018). Oksanen ja työryhmä (2016) jakoi sairauspoissaolojen tarpeeseen ja keston vaikuttavat tekijät neljään osa-alueeseen: 1) Työntekijän terveys ja selviytymiskeinot, kuten työkyvyttömyyttä aiheuttava sairaus, toimintakyky, ammattillinen koulutus, ikä ja muut esimerkiksi elämäntilanteeseen liittyvät tekijät, 2) työpaikkaan liittyvät tekijät, kuten työ itsessään, työn organisointi, ilmapiiri, johtaminen ja työn muokkausmahdollisuudet, 3) terveydenhuolto- ja kuntoutusjärjestelmään liittyvät tekijät, kuten hoitoon- ja kuntoutukseen pääsy, hoito- ja kuntoutusmahdollisuudet ja alueelliset erot hoidossa ja kuntoutuksessa, sekä 4) yhteiskuntaan liittyvät tekijät, kuten työttömyys, lainsäädäntö ja sosiaaliturvajärjestelmä esimerkiksi sairauspoissaolojen korvauskäytäntöjen osalta. Luokittelu on yhdenmukainen Ledererin ja työryhmän laaja-alaisen työkykykäsitteellisen mallin kanssa, joka työkykykäsitteen lisäksi sisällyttää malliin myös runsaasti työkykyyn vaikuttavia tekijöitä (Järvikoski ym. 2018).

Sairauspoissaolojen rinnalla keskustellaan myös sairaana työskentelystä, presenteismista. Tällä tarkoitetaan useimmiten sitä, että työntekijä on työssä, vaikka sairauden vuoksi työkyky on alentunut siten, että se johtaa lyhyt- tai pitkäaikaisesti tuottavuuden alentumiseen (Böckerman ja Laukkanen 2009, Martimo 2010). Presenteismien vaikutukset työn tuottavuuteen – ja täten työnantajan kustannuksiin – voivat olla hyvin merkittäviä verrattuna sairauspoissaolojen kustannuksiin (Kigozi ym. 2017). Presenteismien havainnointi ja sen vaikutusten mittaaminen työpaikalla on vaikeaa ja se on haaste johtamiselle (Bierla ym. 2013, Reiman ym. 2017). Tämä on johtanut osaltaan siihen, että presenteismia ei tunnisteta sairauspoissaolojen veroisena tuottavuutta alentavana ongelmana työpaikoilla. On arvioitu, että Suomessa presenteismista aiheutuvat kustannukset ovat samaa luokkaa kuin sairauspoissaoloista syntyvät kustannukset, joiden on arvioitu olevan 3,4 miljardia euroa. (Rissanen & Kaseva 2014.)

Sairauspoissaolojen vähentäminen esimerkiksi sairauspoissaolokynnystä nostamalla, vaikuttamatta työntekijöiden terveyteen, voi johtaa sairaana työskentelyyn ja myös presenteismien lisääntymiseen.

### 1.4.1 Työntekijään liittyvät tekijät

Yksilön epäterveet elintavat, kielteisenä koettu stressi, krooniset sairaudet ja fyysisesti raskas työ lisäävät työstä poissaoloa, varhaista eläköitymistä ja terveydenhuoltokuluja (Aldana 2001, Salonen ym. 2003). Ennenaikaista eläköitymistä ennustaa myös alhainen sosioekonominen asema, huono terveys ja huonoksi arvioitu työkyky (Biering-Sørensen ym. 1999, Martimo ym. 2007, von Bonsdorff 2009, van den Berg ym.



2010). Riskitekijöiksi sairaana työskentelylle on tunnistettu ylipaino, ruokailutottumukset, liikkumattomuus, korkea stressi ja huonot suhteet työkavereihin ja johtoon työpaikalla (Cancelliere ym. 2011).

Terveyden ja työtyytyväisyyden on puolestaan todettu ennustavan vähäisiä sairauspoissaoloja ja vähäistä työkyvyttömyyttä (Kuoppala ym. 2011). Liikunta lisää hyvinvointia ja työkykyä (Kuoppala ym. 2008). Liikunnan lisäämisen todettiin parantavan psyykkistä hyvinvointia toimistotyössä (Abdin ym. 2018). Yksilölähtöisen, sairauskeskeisen työkykykäsityksen pohjalta (ks. Järvikoski ym. 2018) voidaan ajatella, että interventiolla, jossa motivoidaan ja tuetaan työntekijöitä omaa terveyttä ja toimintakykyä parantaviin elämäntapoihin, voitaisiin lisätä työssä oloa ja vähentää poissaoloa. Tutkimustieto fyysisen aktiivisuuden ja sairauspoissaolojen yhteydestä on kuitenkin osin ristiriitaista. On kohtalaista katsastason näyttöä siitä, että työpaikan liikunta-hankkeet eivät vaikuta sairauspoissaoloihin (Odeen ym. 2013). Toisen systemaattisen katsauksen mukaan liikunta-aktiviteetti vähentää stressi- ja mielenterveysoireita ja saattaa vähentää sairauspoissaoloja (Joyce ym. 2016). Jo oireisilla työntekijöillä, jotka kokivat esimerkiksi selkävaivoja, fyysinen aktiivisuus vähensi sairauspoissaoloja ja nopeutti työhön paluuta pitkän sairauspoissaolon jälkeen (Odeen ym. 2013, White ym. 2016). Suomalaisen seurantatutkimuksen mukaan vähäinen vapaa-ajan liikunta oli merkittävässä yhteydessä sairauspoissaolojen syihin tuki- ja liikuntaelinoireissa, mielenterveysoireissa ja hengitystiesairauksissa (Virtanen ym. 2018). Näihin tuloksiin perustuen on esitetty, että fyysisen aktiivisuuden lisääminen tai aloittaminen, erityisesti ylipainoisilla, saattaisi vähentää merkittävästi pitkäaikaisia poissaoloja (Ervasti ym. 2019). Myös jo oireilevilla, esimerkiksi selkäkipuisilla työntekijöillä ohjattu liikunta vähensi sairauspoissaoloja (Odeen ym. 2013). Kuoppala ja Lamminpää (2006 ja 2008) havaitsivat systemaattisissa katsauksissa, että millä tahansa kuntoutustyyppillä on vaikutusta työkyvyn kohenemiseen ja sairauspoissaolojen vähenemiseen alentuneen työkyvyn varhaisessa vaiheessa, mutta työkyvyn edelleen alentuessa mikään yksi kuntoutusmalli ei riitä. Moniammatillinen lääkinnällinen kuntoutus näyttää vähentävän sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläköitymistä, ja ammatillinen kuntoutus lisää työhönpaluuta. Leinonen ja muut (2019) havaitsivat, että työssäolo väheni kuitenkin voimakkaasti jo ensimmäisen vuoden aikana, kun oli palattu työhön työeläkejärjestelmän mukaisesta ammatillisesta kuntoutuksesta. Kun työntekijä on jo poissa töistä sairauden vuoksi, tarvitaan sekä moniammatillista lääkinnällistä että ammatillista kuntoutusta toivottujen hyvinvointi- ja sairauspoissaolovaikutusten aikaansaamiseksi. Tällöin pelkällä lääkinnällisellä kuntoutuksella ei saavuteta hyviä tuloksia, vaan työpaikan tulee olla mukana kuntoutusprosessissa, ja kuntoutujan työ-



sä ja työpaikalla täytyy tapahtua muutoksia. (Kuoppala ja Lamminpää 2006 ja 2008.) Vaikka laadukkaisiin tutkimusasetelmiin perustuvissa tutkimuksissa on todettu, että interventioilla voidaan vaikuttaa työhön osallistumiseen, työssä jatkamiseen tai työhön paluuseen, on edelleen vaikea osoittaa, mikä osuus (yksittäisillä) interventioilla on näihin, kun toimitaan kompleksisessa kontekstissa (Tuomala 2012).

#### 1.4.2 Työhön ja työpaikkaan liittyvät tekijät

Yksilöllisten tekijöiden lisäksi työkykyyn, sairauspoissaoloihin, presenteeismiin, työkyvyttömyyden pituuteen, työssä jatkamiseen ja työhön paluuseen vaikuttavat työ, työn luonne, työn organisointi, työpaikan kulttuuri, esimiestyö ja johtaminen. Työpaikalla hyvinvointiin voidaan vaikuttaa joko työn vaatimuksia vähentämällä tai työn voimavaratekijöitä vahvistamalla. Työn negatiivisia vaikutuksia voivat olla esimerkiksi aikapaine, liiallinen työmäärä tai liian suuret kognitiiviset vaatimukset. Työn voimavaratekijöitä ovat puolestaan sellaiset työn fyysiset, psykologiset, sosiaaliset ja organisatoriset piirteet, jotka auttavat vähentämään työn koettuja vaatimuksia, edesauttavat työn tavoitteiden saavuttamisessa ja motivoivat työntekijöitä. Ne voidaan Hakasen (2011) mukaan jaotella tehtävää (muun muassa tehtävien monipuolisuus, kehittävyys, itsenäisyys merkityksellisyys), työn järjestelyjä (muun muassa työroolien ja -tavoitteiden selkeys, osallistuminen päätöksentekoon), vuorovaikutusta (muun muassa esimiehen tuki, oikeudenmukaisuus, luottamus, palaute ja arvostus) ja organisatorista tasoa (muun muassa työpaikan myönteinen ilmapiiri, perhemyönteinen työkuulttuuri, palkka ja uranäkymät) koskeviksi. Erilaisissa töissä työn voimavaratekijät vaihtelevat. Panostamalla voimavaratekijöihin parannetaan työn imua, joka tarkoittaa myönteistä tunne- ja motivaatiotilaa työssä. Sitä kuvaa kolme ulottuvuutta: tarmokkuus, omistautuminen ja uppoutuminen. Työn imulla on tutkimuksissa todettu olevan positiivinen yhteys työkykyyn (Airila ym. 2014), ja sen on todettu ennustavan vähäistä masennusoireilua (Hakanen & Schaufeli 2012, Innstrand ym. 2012) ja sairauspoissaolojen määrää (Schaufeli 2009 ym.).

Työpaikan haittatekijät ovat yhteydessä työtytyymättömyyteen ja työtytyymättömyys puolestaan sairauspoissaolon todennäköisyyteen (Böckerman & Ilmakunnas 2008). Hyvän johtajuuden on puolestaan todettu olevan yhteydessä vähäisempään poissaolojen ja työkyvyttömyyden määrään (Kuoppala ym. 2008). Hyvä ihmisten johtaminen (leadership) on yhteydessä työtytyväisyyteen ja työhyvinvointiin (Montano 2016) sekä sairauspoissaoloihin (Kuoppala 2006).

Työhyvinvoinnin johtamisella ja systemaattisesti toteutetuilla työhyvinvointiohjelmilla ja toimintatavoilla on saatu vähennettyä sairauspoissaoloja, nostettua eläköitymisiä ja pienennettyä työkyvyttömyyskustannuksia (Wynne ym. 2004, Kuoppala ym.

2008, Wendt ym. 2010, Parvinen ym. 2010, Ahonen ym. 2011, Chapman 2012). Taulukossa 1 on lueteltu näille ohjelmille ja toimintavoille (Amick ym. 2000, Pelletier 2009) yhteisiä tekijöitä.

*Taulukko 1. Yhteisiä tekijöitä työhyvinvointiohjelmille, jotka tukivat työuria*

- kytkeytyminen yrityksen liiketaloudellisiin päämääriin tai strategioihin
- johdon tuki
- huolellinen suunnittelu
- työntekijöiden osallistuminen tavoitteiden määrittämiseen
- monipuolinen toteutus
- työntekijöiden ja esimiesten koulutus
- ohjelman suuntaaminen korkean työkyvyttömyysriskin henkilöihin
- yrityksen antama taloudellinen tai muu tuki
- osallistumisen tekeminen helpoksi
- tehokas tiedotus ja tiedonvaihto
- tuloksellisuuden arviointi

Työtä muokkaavien toimenpiteiden ja työpaikan ja terveyspalveluiden tuottajien yhteistyön ja koordinaation on osoitettu nopeuttavan työhön paluuta, vähentävän sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyden kestoa (France ym. 2005, Høgelund & Holm 2009, Nieuwenhuijsen ym. 2014). Ahosen ja muiden (2011) mukaan sairauspoissaoloihin voitiin vaikuttaa työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyötä kehittämällä, kun kiinnitettiin huomio nimenomaan poissaoloihin ja niiden hallintaan. Työterveysyhteistyö työkyvyn tukemiseksi oli suunnitelmallista, tiivistä, organisaatiomuutoksiin reagoivaa, tapauskohtaista ja tuloksellista, kun kunnallinen liikelaitos panosti työkykyjohtamiseen (Juvonen-Posti ym. 2014, Reiman ym. 2017). Suomalaisissa yksityisissä yrityksissä toteutetussa tutkimuksessa onnistuneen työkykyjohtamisen tunnuspiirteitä olivat osapuolten yhteistyö, toimenpiteiden kohdistuminen työkykyriskeihin, yhteistyötä estävien tekijöiden ratkaiseminen ja työkykyjohtamisen strategisten tavoitteiden näkyminen käytännössä (Pehkonen ym. 2017). Työpaikan integroidulla toiminnalla (työsuojelun edistäminen, ihmisten johtamisen kehittäminen, tehostettu työterveyshuolto) voitiin vaikuttaa työssä jaksamiseen ja mielenterveyssyistä johduttuihin poissaoloihin (La Montagne 2014). Ammatillisen kuntoutuksen palvelut toimivat parhaimmillaan osana integroitua kokonaisuutta (Seppänen-Järvelä ym. 2014).

Esimiehillä on merkittävä rooli työhyvinvoinnin ja työkykyjohtamisen käytännössä. Laajan tutkimuskatsauksen mukaan lähiesimiesten koulutuksella ja johdon toi-

mintamalleilla oli merkitystä erityisesti pitkien sairauspoissaolojen vähentämisessä (Kristman ym. 2016). Työhön kytkeytyvässä varhaiskuntoutuksessa työuravaikutukset syntyivät yhteistyössä eri toimijoiden kesken, ja keskeistä oli esimiehen aktiivinen osallistuminen työn muokkaukseen (Seppänen-Järvelä ym. 2015, Juvonen-Posti 2018).

Pitkittyvässä sairauspoissaoloissa voidaan hyödyntää työhön paluun tuen toimenpiteitä (Liira ym. 2012), kuten asteittaista työhön paluuta, esimiesten yhteydenpitoa työntekijään ja työkykykoordinaattorin tukea. Asteittaisen työhön paluun on todettu tukevan paluuta työntekijöillä, joilla on tuki- ja liikuntaelinten ongelmia (Andren & Svensson 2012, Hernaes 2018), mielenterveysongelmia (Hogelund ym. 2012, Andrén 2014, Schneider ym. 2016) tai muita terveysongelmia (Hogelund ym. 2010, Rehwald ym. 2018).

Sairauspoissaolojen tehostettu ja keskitetty seuranta voi vaikuttaa hoitoon ja kuntoutukseen ohjautumiseen ja oikeaan hoitoon ja kuntoutukseen, mutta yksinään seurannan vaikutus poissaoloihin lienee rajallinen. Jos tehostunut seuranta ei jää kontrolloinniksi, vaan käynnistää työkyvyn tuen prosessin, tehostuneen seurannan vaikutukset syntyvät pidemmän vaikutusketjun kautta: onnistuminen työpaikka- tai työyhteisökohtaisessa työterveysyhteistyössä parantaa kuntoutuksen kohdentamista, ja onnistuminen työntekijäkohtaisessa työterveysyhteistyössä on keskeistä työhön ja työuraan liittyvien vaikutusten kannalta erityisesti osatyökykyisten henkilöiden osalta (Juvonen-Posti ym. 2015).

Sairauspoissaolojen syihin liittyvä valvonnan (niin kutsuttu screening, gatekeeping) lisääminen vähentää sekä lyhyitä (Hartman 2013) että pidempiä (Hägglund 2013) sairauspoissaoloja. Niin kutsuttu sairauspoissaolon omailmoituskäytäntö lyhensi jonkin verran 1–3 päivän sairauspoissaolojen keskimääräistä kestoa, mutta sillä ei todettu olevan vaikutusta lyhytaikaisten poissaolojen määrään (Pesonen ym. 2016).

Suomalaisen tutkimuksen mukaan presentismin esiintymiseen voidaan vaikuttaa työaikajärjestelyin (Böckerman & Laukkanen 2009), erityisesti niillä työntekijöillä, joilla on terveysongelmia (Böckerman & Laukkanen 2010). Presentismin yleisyyteen on pystytty vaikuttamaan johtamisella, terveysriskien kartoituksella, yksilöille suunnatuilla interventioilla ja terveyttä tukevalla työpaikan kulttuurilla (Cancelliere ym. 2011).

### 1.4.3 Muut tekijät

Edellä mainittujen lisäksi sairauspoissaoloihin vaikuttavat monet terveydenhuolto- ja kuntoutusjärjestelmään sekä yhteiskuntaan liittyvät tekijät. Talouden suhdanteet vaikuttavat sairauspoissaolojen määrään ja työkyvyttömyyseläkealkavuuteen. Useis-



sa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että korkeassa suhdanteessa on enemmän tapaturmia ja sairauspoissaoloja (Brooker ym. 1995, Askildsen ym. 2005, Arai & Thoursie 2005, Boone & van Ours 2006, Engström & Holmlund 2007, Davies ym. 2009, Ashfaw ym. 2011, Pouliakas & Theodossiou 2013). Myös työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden on todettu vähenevän huonossa taloudellisessa tilanteessa. Työpaikan pysyvyyteen liittyvä epävarmuus vähentää lyhyitä sairauspoissaoloja ja pidentää pidempiä eli sairauspoissaolokynnys ja työhöpaluukynnys nousevat (Joensuu ym. 2008). Myös työsuhteen laadulla on vaikutusta: lyhytaikaisessa työsuhteessa olevat työntekijät ovat vähemmän pois työstä sairauden vuoksi kuin vakituinen henkilöstö (Arai ja Thoursie 2005, Wendt ym. 2010). Syyinä voi olla se, että he ovat taloudellisesti vaikeina aikoina suuremmassa riskissä tulla irtisanotuksi (Virtanen ym. 2006).

Sairauspoissaoloajan toimeentulo on tunnetuin sairauspoissaolojen määrään vaikuttavista sosiaaliturvajärjestelmän tekijöistä. Sairauspoissaolotasot vaihtelevat voimakkaasti eri maissa (esimerkiksi Barmby ym. 2002, Morikawa ym. 2004). Useita maita koskevissa tutkimuksissa sairauspäivärahan tason (verrattuna palkkatasoon) on nähty vaikuttavan sairauspoissaolojen määrään. Vähennykset sairauspäivärahan tasoon ovat vähentäneet sairauspoissaolojen määrää, ja lisäykset korvaustasoon ovat lisänneet sairauspoissaolojen määrää (Johansson & Palme 2002 ja 2005, Andrén 2005, Ziebarth & Karlsson 2010).

Kokonaiskuvaa sairauspoissaolojen määrästä suomalaisessa työelämässä on vaikea saada (esimerkiksi Forma 2018). Työpaikoilla on sektori- ja toimialakohtaiset seurantajärjestelmät ja erilaiset indikaattorit. Oikean kuvan saamista hankaloittaa myös se, että Suomessa sairauspäiväraha ja osasairauspäiväraha ovat erillisiä sosiaaliturvatuksia. Työpaikat eivät myöskään erittele seurannassaan vielä systemaattisesti osaja kokopäiväpoissaoloa.

## 1.5 SIB-hankkeiden arviointi

SIB-hankkeita on tehty noin 10 vuoden ajan. Ensimmäinen SIB-hanke aloitettiin vuonna 2010 Iso-Britanniassa, ja se kohdistui lyhytaikaisvankien rikosten uusimisen ehkäisyyn (Disley ym. 2015). Elokuussa 2019 SIB-hankkeita oli meneillään tai päättyneet yhteensä 137 yli 20 maassa. Hankkeisiin oli sijoitettu rahaa yli 440 miljoonaa dollaria. Valtaosassa hankkeista tavoitteena oli edistää vaikeasti työllistettävien kytkemistä ja kytkeytymistä työvoimaan (Social Finance 2019). Iso-Britanniassa suuri SIB-instituutio odottaa noin 3–5 % tuottoa sijoitetulle pääomalle, joskin yksittäisten SIB-hankkeiden tuotot sijoitetulle pääomalle ovat voineet olla jopa 12–13 % (Berndt & Wirth 2018).



Fraser ja muut (2018b ) kävivät katsauksessaan läpi 101 SIB-hankkeisiin tai -toimintatapoihin liittyvää artikkelia tai raporttia. Näistä 38 oli tieteellisiä artikkeleita ja 63 muuta julkaisua muun muassa ajatushautomoilta tai konsulttitoimijoilta. Valtaosa katsauksessa tarkastellusta kirjallisuudesta oli peräisin Iso-Britanniasta tai Yhdysvalloista, ja sisältö oli enimmäkseen raportteja ilman empiiristä osiota. Empiiriset osiot oli toteutettu pääosin laadullisilla tutkimusmenetelmillä, erityisesti prosessiarvioinnin tarpeisiin. Katsauksen perusteella SIB-hankkeiden ydinkysymyksiä ovat julkisten ja yksityisten toimijoiden arvojen yhteensovittaminen, tulosten mittaaminen sekä riskin laskeminen ja siirtäminen. Käytössä on vain vähän vertaisarvioituja tutkimuksia SIB-kohtaisista tekijöistä, jotka ovat vaikuttaneet tavoitteiden saavuttamiseen.

Maduro ja muut (2018) ovat listanneet Euroopan maita vaikuttavuusinvestoimisen markkinoiden kehitysasteen mukaan. Jaottelussa Suomi kuuluu Euroopan keskikastiin. Suomea koskeviksi maakohtaisiksi puutteiksi nimetään erityisesti puutteet SIB-toiminnan eri toimijoita kokoavassa ekosysteemissä.

SIB-mallissa maksut perustuvat tuloksiin, joten varmistettavissa olevien tulosten mittaaminen on hankkeissa keskeistä. Laskentaa hyödyntävä mittaaminen ja tuloksia varmentavat koeasetelmat ovatkin olleet osa SIB-hankkeiden toteutusta (Chiapelle & Godefroy 2017). Mittaamiseen liittyvää vertailua on tehty SIB-hankkeissa eri tavoin. Koeasetelmissa on hyödynnetty ennen-jälkeen-vertailua sekä tapaus-verrokki-asetelmaa. (Barclay & Symons 2013). Berndtin ja Wirthin (2018) mukaan usein käytetyt projektikohtaiset mittarit ovat olleet frekvenssimittoja, kuten "Kuinka monta tapahtumaa / päivää / palvelua ..." säästettiin, mutta myös laadullisia mittareita on tuotu määrällisten mittarien oheen, kun on mitattu esimerkiksi hyvinvointimuutoksia.



## 2 ARVIOINNIN TAVOITTEET

Työhyvinvointi-SIB on ensimmäinen SIB-rahoitteinen hanke Suomessa ja ensimmäinen työhyvinvoinnin parantamiseen tähtäävä hanke maailmanlaajuisesti. Arviointihankkeessa pyrittiin saamaan tietoa uuden toimintamallin käytöstä työhyvinvoinnin edistämässä julkisella sektorilla.

TyHy-SIB -hankkeen arvioinnin tavoitteina on arvioida

- organisaatiolle toteutettujen toimenpiteiden (intervention) välittömiä vaikutuksia työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin
- intervention aikana tapahtuvia muutoksia organisaatioille kohdistuvissa sairauspoissaolokustannuksissa
- organisaatiolle räätälöityjen palvelumallien (intervention) toteutettavuutta ja toteutusta
- organisaatioiden käyttämien työhyvinvointikyselyjen soveltuvuutta interventiolla tavoiteltujen muutosten havaitsemiseen

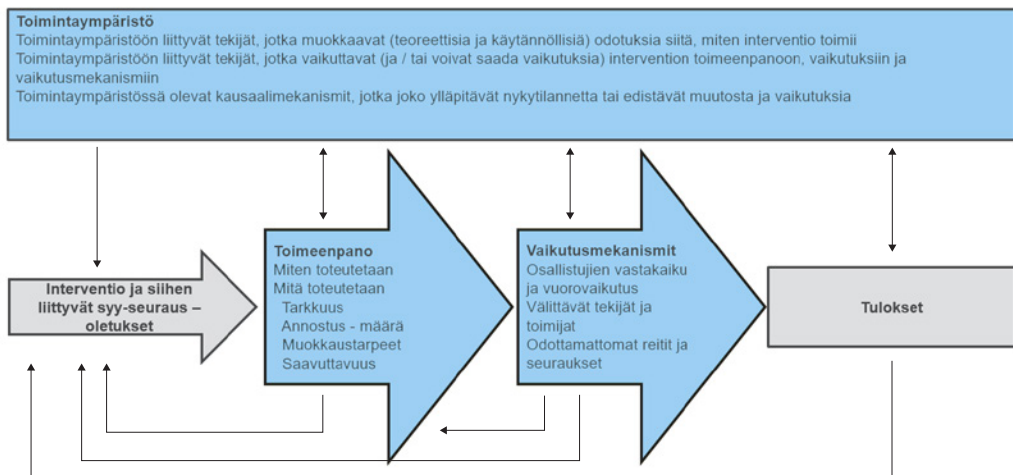
Tulosmittariksi SIB-hankkeessa on määritelty sairauspoissaolot. Työterveyslaitoksen toteuttama arviointi perustuu aiempaan tietoon interventiohankkeiden arvioinnista, työhyvinvoinnin lisäämisestä ja sairauspoissaolojen vähentämisestä.

Arvioinnin tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää seuraavien sekä työhyvinvoinnin että muilla alueilla toteutettavien SIB-hankkeiden suunnittelussa ja toteutuksessa.

### 3 ARVIOINTIMALLI

TyHy-SIB - hankkeen arvioinnissa käytetty malli on esitetty kuvassa 5 (mukaillen Moore ym. 2015), joka pohjautuu realistiseen arviointiin (Pawson & Tilley 1997). Mallin avulla arvioidaan monitahoista interventiota, sen lopputuloksia, prosesseja sekä niiden välistä yhteyttä. Intervention ja sen tulosten lisäksi arvioinnin kohteena ovat toteutuksen ympäristö, toimeenpano ja vaikutusmekanismit. Intervention tavoitteena on saada aikaan tuloksia. Kompleksinen prosessiarviointimalli pyrkii havaitsemaan toimintaympäristöön kytkeytyviä vaikutusmekanismeja, joiden avulla tulokset syntyvät tai jäävät syntymättä. Arviointimalli ei oleta, että jatkumo olisi lineaarinen, vaan lähtee siitä, että kompleksisessa ympäristössä ja monitoimijaisessa toteutuksessa toimintaa ohjataan mahdollisesti uudelleen eri vaiheissa intervention aikana.

Tämän arviointimallin etuna on, että se tunnistaa lähtökohtaisesti sosiaalisen intervention, kuten työhyvinvoinnin monitoimijaisen kehittämisen, vaikutusten arvioinnin systeemisen ja kompleksisen luonteen. Näiltä osin tämän mallin oletukset poikkeavat siis olennaisesti lineaarisesti etenevän arviointimallin oletuksista. Mallissa otetaan huomioon toimintaympäristön, intervention, toimeenpanon, vaikutusmekanismien ja tulosten keskinäiset yhteydet ja riippuvuudet.



Kuva 5. Kompleksisten interventioiden prosessiarviointi (Moore ym. 2015). Suomennos Jarno Turunen ja Pirjo Juvonen-Posti.

**Interventio** eli kokeiltava toiminta: Interventio on tavoitteellista toimintaa jonkun asetun tavoitteen saavuttamiseksi. Kompleksisuus interventioissa viittaa monitoimijaisuuteen, useiden eri tekijöiden yhteisvaikutukseen tai esimerkiksi eri ympäristöissä toteutettuihin interventioihin.



Toimintaympäristö (konteksti): Toimintaympäristö on se sosiokulttuurinen ja rakenteellinen ympäristö, jossa interventio toteutetaan. Toimintaympäristössä on tunnistettavissa itse intervention ulkopuolisia, mutta intervention vaikutuksia vaimentavia tai vahvistavia tekijöitä. Nämä ovat tekijöitä, jotka muokkaavat intervention toteutusta tai siihen liittyviä odotuksia tai toisaalta saavat itse vaikutuksia kokeilun toteutuksesta tai muista syistä. Toimintaympäristö on dynaamisessa muutoksessa. Muutokset voivat ylläpitää nykytilannetta tai edistää tai estää intervention muutoksia ja vaikutuksia.

Toimeenpano: Toimeenpano on sitä, miten interventio on toteutettu, mitä ja miten interventiossa on tosiasiallisesti tehty ja miltä osin interventio onnistuttiin toteuttamaan. Toimeenpanon arviointiin sisältyy kokeilussa tarjottujen käytännön toimien laatu (tarkkuus) ja määrä sekä arvioi, missä määrin toimeenpano saavutti aiotut kohderyhmät (saavutettavuus) aiotulla tavalla (muokkaustarpeet).

Vaikutusmekanismit: Realistisen arviointiteorian mukaisesti (Pawson & Tilley 1997) selvitetään, millaisten toimintaympäristöön kytkeytyvien mekanismien kautta tulokset ja vaikutukset syntyvät. Mekanismina voi olla esimerkiksi intervention toteutuksesta vastaavien ja interventioon osallistuvien yhteistoiminta ja vuorovaikutus tai osallistujien kokemus osallisuus ja tuottama vastakaiku toimeenpanon aikana. Vaikutusmekanismien ymmärtäminen edellyttää myös vaikutuksia välittävien tekijöiden ja odottamattomien vaikutusten huomioimista.

Intervention tulosten ja vaikutusten juurruttamisen kannalta on tärkeää ymmärtää myös vaikutuksia niille toimijoille, jotka eivät ole kokeilun kohteena.

Tulokset: Tulokset ovat tuotoksia, tuloksia ja vaikutuksia, jota kokeilun toiminnan myötä on saavutettu.

Kompleksisten prosessien arviointimallissa (Moore ym. 2015) pyritään huomioimaan useita tekijöitä, mutta Vatajan (2019) mukaan viheliäisten ongelmien arvioinnissa – kuten esimerkiksi työkykyjohtamiseen liittyvässä interventiossa – on tehtävä valintoja. Viheliäistä ongelmaa, jossa arvioinnin kohteessa, toimintaympäristössä tai molemmissa on kompleksisia piirteitä, ei ole mahdollista arvioida läpikotaisin. Tällöin tarvitaan aktiivista vuoropuhelua eri osapuolten kesken arvioinnin rajojen määrittämiseksi. Vataja toteaa: ”Kompleksinen toiminta ei ole staattista ja siten ikään kuin ‘valmista arvioitavaksi’ samaan tapaan kuin jokin interventio, jolla on selkeä alku ja loppu.”



## 4 ARVIOINTIIN KÄYTETTY AINEISTO

Arvioinnin aineistot koostuivat haastatteluista, kehittämispajoista, sähköisestä päiväkirjasta, kyselyistä sekä henkilöstö- ja taloustiedoista (Taulukko 2).

Taulukko 2. Arvioinnin aineistot.

Aineisto	Informantit	Laajuus
<b>Haastattelu</b>		
Palveluntuottajat (yksilö- tai ryhmähaastattelut)	Palveluntuottajien edustajat	Yhteensä 8 haastattelua, joista kuhunkin osallistui 1–2 henkilöä.
Organisaatiot (ryhmähaastattelut)	Organisaatioiden edustajat (esimerkiksi johtaja, työhyvinvointipäällikkö, työkykykoordinaattori)	Yhteensä 7 haastattelua, joista kuhunkin osallistui 2–4 henkilöä.
Muut (yksilöhaastattelut)	TyHy-SIB -hankkeen asiamiehen edustaja ja TyHy-SIB -hankkeen hallinnoijan edustaja	Molemmille yksi haastattelu.
Kehittämispajat (Kokeilut käyttöön -arviointimenetelmä)	Organisaatioiden edustajat (johto, HR, esimiehet, työsuojeluhenkilöstö, luottamusmiehet, työterveyshuolto), palveluntuottajat	Yksi neljän tunnin kehittämispaja kullekin kohdeorganisaatiolle. Yhteensä osallistujia oli 56.
Sähköinen päiväkirja (strukturoidu taulukko)	Palveluntuottajat	Täytettiin useita kertoja hankkeen aikana.
Kysely organisaatioille (sähköinen kysely)	Koko henkilöstö	Tehtiin kerran kussakin organisaatiossa. Kyselyjä lähetettiin yhteensä 1627:lle henkilölle, joista vastasi 442 (27 %).
Kohdeorganisaatioiden henkilöstö- ja taloustiedot	Palveluntuottajien yhteyshenkilö Organisaatioiden yhteyshenkilöt Henkilöstökertomukset	Organisaatiokohtaisesti sairauspoissaolotietoja, yksilötason terveystietoa vuosilta 2014–2018.
Työhyvinvointikyselyt	Organisaatioiden yhteyshenkilöt	Kyselyt kolmelta organisaatiolta vuosilta 2014–2018, yhdeltä organisaatiolta vuodelta 2017.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan arviointi oli tarkoitus toteuttaa summatiivisena arviointina (Virtanen 2007), ja siten että tiedonkeruu tapahtuisi interventioiden aikana hankkeessa toimivien palveluntuottajien kautta. Tällöin tutkijat eivät olisi olleet yhteydessä organisaatioiden edustajiin ja olisivat toimineet pelkästään ulkoisina ar-



vioijina. Ohjausryhmän kokouksessa marraskuussa 2017 päätettiin siirtyä osittain kehittävään arviointiin (Patton 2011, Vataja 2019). Suunnitelman muutoksen perustelu oli, että näin hankkeen ohjaukseen saataisiin tietoa jo aiemmin ja että tutkijoiden vetämät kehittämispajat auttaisivat kohdeorganisaatioita jalkauttamaan hankkeen aikana kehitettyjä hyviä käytäntöjä omaan toimintaansa. Käytännössä päätös tarkoitti sitä, että kohdeorganisaatioissa hankkeen lopussa tehtäväksi suunniteltujen haastattelujen lisäksi haastatteluja tehtiin myös vuoden 2018 alussa. Lisäksi haastattelujen ja muun kerätyn aineiston perusteella järjestettiin kussakin kohdeorganisaatiossa yhteiskehittämisen areenoina toimivat kehittämispajat.

## 4.1 Haastattelut

### 4.1.1 Palveluntuottajien haastattelut

Palveluntuottajien haastatteluja tehtiin hankkeen aikana yhteensä kahdeksan. Arviointihankkeen alussa haastateltiin kultakin palveluntuottajalta 1–3 edustajaa. Haastattelujen tavoitteena oli selvittää 1) miten tarvekartoitus oli toteutettu kohdeorganisaatioissa, 2) millaisia interventioita kohdeorganisaatioissa oli toteutettu ja oli tarkoitus toteuttaa ja millaiset olivat interventioiden vaikutusteoriat, 3) miten interventioita oli toteutettu käytännössä, 4) miten interventioita seurattiin ja vaikutuksia mitattiin, 5) miten kohdeorganisaatiot erosivat toisistaan ja 6) miten palveluntuottajien yhteistyö oli toteutettu ja toteutunut. Noin vuoden kuluttua tehtiin uudet haastattelut kahdelle palveluntuottajalle, jotka vastasivat pääosin interventioiden toteuttamisesta kohdeorganisaatioissa. Näissä haastatteluissa interventioiden tilanne päivitettiin jo aiemmin käynnistyneiden kolmen organisaation osalta. Tavoitteena oli selvittää, miten interventioita oli toteutettu edellisen haastattelun jälkeen. Tämän lisäksi käytiin läpi lähtötilanne ja intervention aloitus toukokuussa 2017 käynnistyneessä neljännessä organisaatiossa. Arviointihankkeen loppuvaiheessa haastateltiin vielä nämä kaksi palveluntuottajaa. Tällöin hanke oli jo päättynyt kolmessa organisaatiossa ja jatkui vielä yhdessä organisaatiossa. Näissä haastatteluissa palveluntuottajia pyydettiin arvioimaan hankkeen vaikutuksia ja toteutusta kokonaisuutena.

Yhtä lukuun ottamatta haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Suurin osa haastatteluista tehtiin kasvotusten Työterveyslaitoksella tai palveluntuottajien tiloissa ja osa Skype-yhteydellä. Haastattelujen kesto oli 1–1,5 tuntia. Haastattelujen vetäjinä olivat arviointiryhmän jäsenet. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

### 4.1.2 Organisaatioiden edustajien haastattelut

Kaikkien hankkeessa mukana olevien organisaation edustajille tehtiin ryhmähaastattelut helmikuussa 2018. Haastatteluihin osallistui 2–4 henkilöä kustakin organisaatio-



tiosta. Haastattelujen teemoina oli 1) mukaan lähteminen TyHy-SIB -hankkeeseen, 2) toiminnan tavoitteiden määrittely ja tarvekartoitus, 3) hankkeen aikana toteutuneet palvelut, 4) hankkeen tulokset ja koetut hyödyt, ja 5) yhteistyö eri tahojen kesken hankkeen aikana. Haastattelut uusittiin noin vuoden kuluttua arviointihankkeen loppupuolella, kun hanke oli päättynyt kolmessa organisaatiossa ja sitä oli vielä jäljellä noin vuosi yhdessä organisaatiossa. Näissä haastatteluissa osallistujia pyydettiin arvioimaan hankkeen vaikutuksia, koettuja hyötyjä ja toteutusta kokonaisuutena. Kaikki organisaatioiden haastattelut tehtiin Skype-yhteydellä, ja niiden kesto oli noin 1 tunti. Haastattelijoina toimivat arviointiryhmän jäsenet. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

#### **4.1.3 Hankkeen asiamiehen ja hallinnoijan edustajien haastattelut**

Hankkeen asiamiehen ja hallinnoijan edustajat haasteltiin erikseen. Haastattelujen teemoja olivat 1) hankkeen tarve ja tavoitteet, 2) hankkeen suunnittelu, 3) palveluntuottajien rekrytointi ja valinta, 4) osallistuvien organisaatioiden rekrytointi, 5) hankkeen ja sen vaikutusten arviointi sekä 6) suositukset tuleville SIB-hankkeille. Haastattelut tehtiin heidän toimitiloissaan ja ne kestivät 1,5 tuntia. Haastattelijoina toimivat arviointiryhmän jäsenet. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

#### **4.1.4 Haastattelujen analysointi**

Haastattelu- ja työpaja-aineisto luokiteltiin sisällönanalyysin keinoin, mutta varsinaista tutkimuksellista analyysia ei tehty tässä vaiheessa (Elo & Kyngäs 2007, Ruusuvuori ym. 2010). Luokittelurunkona käytettiin Intervention Mapping (IM) – työkalua (Bartolomew ym. 2016), joka on laajasti käytetty menetelmä terveyden edistämisen interventioiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. IM-prosessin vaiheet ovat 1) Ongelman määrittely ja tarvekartoitus kohdejoukossa, 2) Intervention tavoitteiden määrittely ja ns. loogisen mallin valinta (muun muassa mitä muutoksia tavoitellaan, mihin tekijöihin pyritään vaikuttamaan ja millä tavalla), 3) Valittuun teoriaan/teorioihin perustuvien menetelmien valinta ko. kohdejoukolle ja kontekstiin soveltuen, 4) Intervention tarkka suunnittelu: yksityiskohtaisemmat tavoitteet ja toimintatavat, osallistujat, prosessin kulku jne., 5) Intervention menetelmien ja materiaalien esitelmä ja 6) Intervention arvioinnin suunnittelu (vaikutusten ja prosessin arviointi).

## **4.2 Sähköiset päiväkirjat**

Palveluntuottajat kirjasivat säännöllisesti tietoja toteutetuista toimenpiteistä sähköisiin tiedonkeruulomakkeisiin. Tiedot kerättiin erikseen kussakin organisaatiossa toteutetuista toimenpiteistä. Kerätyt tiedot olivat seuraavat: 1) Tapahtuma / interventio, 2) Toteuttaja, 3) Päivämäärä tai ajanjakso, 4) Kertojen määrä, 5) Kesto, 6) Tavoite, 7)

Kohderyhmä, 8) Osallistujamäärä, 9) Toteutus, 10) Konkreettiset tuotokset ja 11) Mitatut/arvioidut muutokset ja vaikutukset. Sähköisistä päiväkirjoista saatiin tietoa interventioiden toteutumisesta.

### 4.3 Kehittämispajat

Kaikille organisaatioille järjestettiin kehittämispajat. Pajoissa käytettiin laaja-alaista ihmislähtöistä arviointimallia, joka on kehitetty kokeilujen arviointiin ja niistä oppimiseen (Saari ym. 2018). Mallissa arvioinnin kohteena on kuusi ulottuvuutta: Vaikutukset 1) kansalaisiin, 2) työntekijöihin, 3) väestöön, 4) maineeseen, 5) palvelujen ja teknologioiden yhteensovittamiseen sekä 6) talouteen (Kuva 6).



Kuva 6. Laaja-alaisen ihmislähtöisen arviointimallin ulottuvuudet (Saari ym. 2018).

Neljään pajaan osallistui yhteensä 56 organisaatioiden edustajaa. Yksi palveluntuottajien edustaja osallistui kaikkiin pajiin. Pajojen toteuttajina toimivat arviointiryhmän jäsenet. Pajat nauhoitettiin ja nauhoitukset purettiin tekemällä niistä tarkat muistiinpanot. Kaikille neljälle organisaatiolle tehtiin ja toimitettiin koonti omasta pajasta huhtikuussa 2018. Koosteessa painotettiin kehittyneiden hyvien käytäntöjen juurtumisen varmistamista.

### 4.4 Henkilöstötietojen keräys

Kohdeorganisaatioiden henkilöstöön, henkilöstön sairastavuuteen ja sairauspoissaoloihin liittyvää tietoa kerättiin hankkeen projektipäälliköltä, suoraan kohdeorganisaatioilta sekä julkisista lähteistä.

Hankkeen projektipäällikkö toimitti henkilöstön terveystietojen ja organisaatiokohtaisia sairauspoissaolotietoja anonymisoituna siten, että tunnistettavuuden mahdollisuus oli poistettu sekä yleistämällä että poistamalla aineistosta henkilötunnukset. Yksittäisiä henkilöitä ei voinut siten tunnistaa yhdistetyistä aineistoista. Terveystiedot sisälsivät tietoa henkilöstön terveyteen liittyvistä riskeistä ja muista huomioista yksilötasolla.

Organisaatiokohtainen kattava sairauspoissaolorekisteri saatiin käyttöön valtaosalta organisaatioista vuosilta 2015 – 2018 ja yhdeltä organisaatiolta vuosilta 2016 – 2018. Saadut rekisterit sisälsivät organisaation henkilöstön sairauspoissaolotiedot siten, että niissä oli alku- ja loppupäivämäärät, anonymisoitu henkilötunnustieto ja poissaolon syy. Syitä olivat "sairauspoissaolo", "lääkärikäynti", "osasairauspäiväraha", "kuntoutus", "työtapaturma", "vapaa-ajan tapaturma" tai "lapsen sairastuminen". Vain "sairauspoissaolo"-syytä tarkasteltiin tämän arvioinnin osana olevassa sairauspoissaolotilanteen deskriptiivisessä tarkastelussa. Anonymisoitu henkilötunnustieto mahdollisti henkilömäärien laskemisen sairauspoissaoloihin liittyen.

## 4.5 Kyselyt organisaatioiden henkilöstölle

Interventiovaiheen päätyttyä organisaatioiden henkilöstölle tehtiin sähköinen kysely, jossa selvitettiin heidän mielipiteitään ja kokemuksiaan TyHy-SIB -hankkeen tavoitteista, suunnittelusta, toteutuksesta ja vaikutuksista. Kysely lähetettiin kaikille organisaatioissa työskenteleville. Kyselyn mukana lähetetyssä tiedotteessa kerrottiin, että äskettäin organisaatioon tulleiden ei tarvinnut täyttää kyselyä, koska heillä ei ollut kokemusta interventiosta. Henkilöstön sähköpostiosoitteet saatiin organisaatioiden yhteyshenkilöiltä. Kyselyyn vastaamatta jättäneille lähetettiin yksi muistutusviesti.

Sähköinen kysely lähetettiin yhteensä 1627:lle henkilölle, joista 439 (27 %) vastasi. Vastausprosentti vaihteli eri organisaatioissa 12 %:sta 44 %:iin. Vastaajista 92 % toimi asiantuntijana, asiakaspalvelutyössä tai muissa tehtävissä ilman esimiesvastuuta. Lähiesimiehiä vastaajista oli 6 % ja johdossa tai henkilöstöhallinnossa toimivia 2 %.

## 4.6 Työhyvinvointikyselyt

Kaikilta organisaatioilta pyydettiin tuloksia hyvinvointikyselyistä, joita oli tehty juuri ennen hankkeen alkua sekä hankkeen aikana eli vuosilta 2014–2018. Kyselyjen tulokset pyydettiin suoraan kohdeorganisaatioista. Niissä olevaa tietoa tarkasteltiin osana interventioiden vaikutusten arviointia.



## 5 TULOKSET

### 5.1 Organisaatiolle toteutettujen toimenpiteiden (intervention) välittömät vaikutukset sairauspoissaoloihin ja työhyvinvointiin

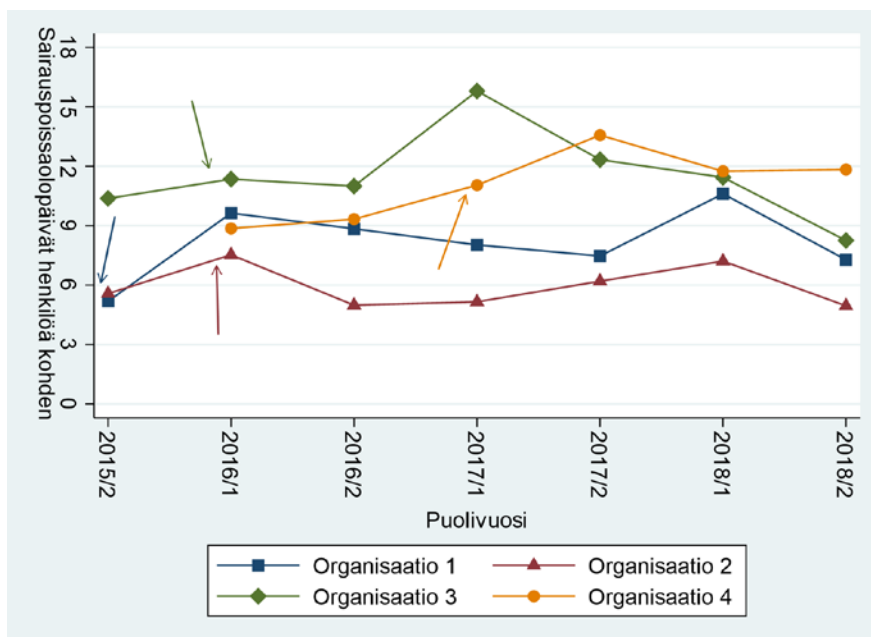
#### 5.1.1 Välittömät vaikutukset sairauspoissaoloihin

TyHy-SIB -hankkeen päätulosmuuttuja oli sairauspoissaolot työpäivinä henkilöä kohden vuodessa. Sairauspoissaoloja tarkasteltiin ensin vuoden kuluttua hankkeen aloituksesta ja sen jälkeen puolen vuoden välein. Vertailukohdissa verrattiin sairauspoissaolojen viimeaikaista kehitystä ennen hankkeen aloitusta olleeseen vuoden pituisen jakson sairauspoissaolojen tasoon. Kaikkien neljän organisaation osalta luotettavat sairauspoissaolorekisteritiedot kattavat ajanjakson vuoden 2016 alusta vuoden 2018 loppuun. Hanke oli päättynyt kolmessa kohdeorganisaatiossa tätä arviointia tehtäessä kesällä 2019. Yhdessä organisaatiossa se oli jatkumassa vielä vuoden ajan. Kuvis- sa on merkitty kunkin organisaation hankkeen aloitusajankohta kutakin organisaatiota kuvaavalla värillä.

Tässä osiossa kuvaillaan organisaatiokohtaisten sairauspoissaolojen kehitystä usealla eri tavalla. Tarkastelutapamme eroaa TyHy-SIB -hankkeessa virallisesti hyödynnetystä laskentatavasta<sup>1</sup>. Tässä esitetty tarkastelutapa huomioi kaikki yrityskohtaisista rekistereistä löytyvät sairauspoissaolot, jolloin kuvaamme menetettyjen työpäivien ohella myös työpäivistä riippumatonta sairastavuuden määrää. Sairauspoissaolojen tarkastelutapamme on täten sairastavuuslähtöinen. Samalla tarkastelutapamme on altis esimerkiksi kausivaihtelusta tai yllättävästä puolivuositaisesta satunnaisvaihtelusta aiheutuvalle virheelle.

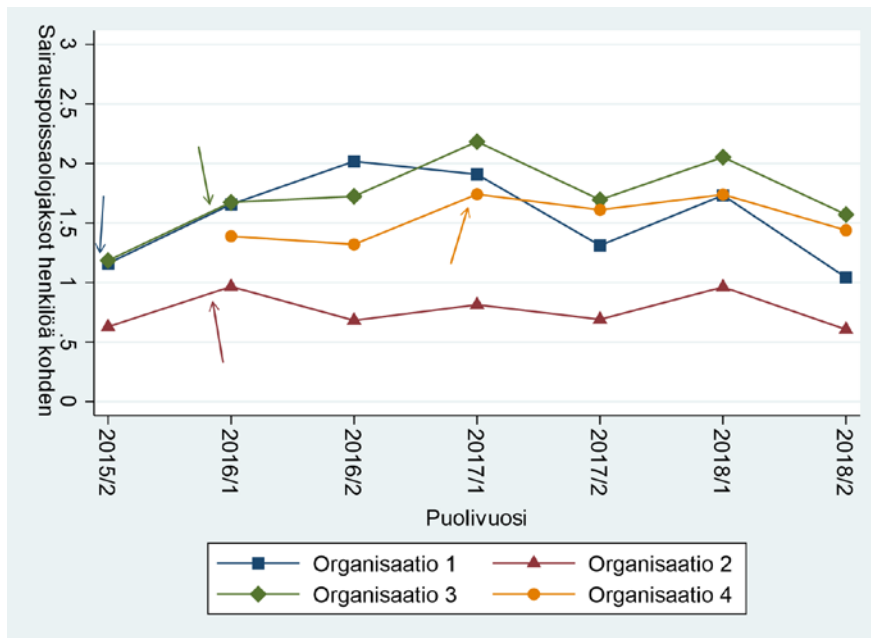
<sup>1</sup> TyHy-SIB -hankkeen tulosten tarkastelussa sairauspoissaolojen taso määritettiin Aino Healthin toimesta laskemalla edellisen 12 kuukauden sairauspoissaolot jaettuna keskimääräisellä henkilöstömäärällä. Laskentatapa vaimentaa sairauspoissaolojen kausivaihtelua parantaen kausien vertailtavuutta, verrattuna tässä käytettyyn puolivuositaiseen tarkasteluun. Lisäksi Aino Healthin tarkastelussa huomioitiin vain arkipäivät, kun tässä käytettiin sairauspoissaolopäiviä riippumatta niiden sijoittumisesta kalenteriin.

Kolmen vuoden seuranta-ajanjaksolla sairauspoissaolopäivien taso henkilöä kohden on ollut korkeammalla organisaatioissa 3 ja 4, joissa tehdään fyysistä työtä, verrattuna asiantuntijatyötä tekeviin organisaatioihin 1 ja 2 (Kuva 7). Selkeää kaikille yhteistä sairauspoissaolojen trendiä ei ole. Sairauspoissaolopäivien kausivaihtelu on ollut yleistä kaikissa organisaatioissa. Suurinta se on ollut organisaatioissa 3 ja 4. Sairauspoissaolopäivät henkilöä kohden laskivat seuranta-ajanjaksolla selkeästi organisaatiossa 3. Hanke on kesken organisaatiossa 4, mutta seuranta-aineistomme lopussa sairauspoissaolot ovat korkeammalla tasolla kuin organisaation aloittaessa hankkeessa.



Kuva 7. Organisaatiokohtaiset sairauspoissaolopäivät henkilöä kohden puolivuositain. Nuolet kuvaavat organisaatiokohtaista hankkeen aloitusajankohtaa.

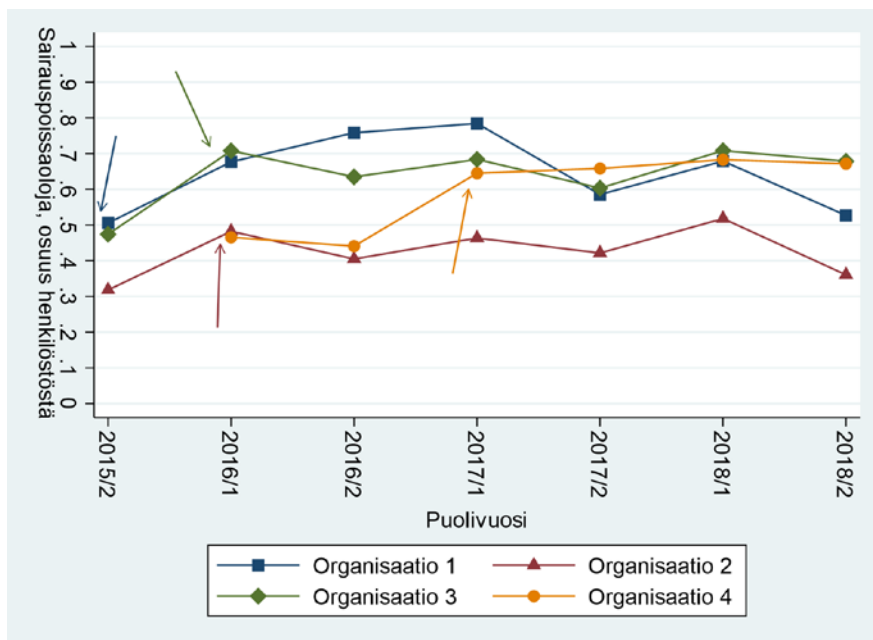
Sairauspoissaolojaksojen määrä henkilöä kohden on laskenut seuranta-ajanjaksolla hankkeiden alkamisesta (Kuva 8). Jaksoja on ollut vähiten henkilöä kohden organisaatiossa 2. Jaksot henkilöä kohden ovat vaihdelleet eniten organisaatioissa 1 ja 3. Tätä selittää osaltaan organisaatioiden pienempi henkilöstömäärä, jolloin muutamat yksittäiset jaksot kasvattavat vaihtelua. Sairauspoissaolojen syklisyys näkyy siten, että alkuvuodesta on enemmän jaksoja kuin loppuvuonna. Alkuvuoden sairauspoissaolujaksoja selittää lyhyehköjen jaksojen suurempi määrä, joka voi johtua esimerkiksi flunssakaudesta.



Kuva 8. Organisaatiokohtaiset sairauspoissaolojaksot henkilöä kohden puolivuositain. Nuolet kuvaavat organisaatiokohtaista hankkeen aloitusajankohtaa.

Sairastavuutta voidaan kuvata myös sairauspoissaoloja kerryttävien henkilöiden osuudella koko henkilöstöstä. Mittari on herkempi lyhyille sairauspoissaoloille, joten se reagoi herkemmin aloilla, joissa ei ole mahdollisuutta sairaana työskentelylle. Seuranta-aikana sairauspoissaoloja kerryttäneiden osuus henkilöstöstä on kasvanut kaikissa organisaatioissa (Kuva 9). Seuranta-ajanjakson alkupuolella osuus on korkea organisaatioissa 1 ja 3, mutta seuranta-ajanjakson loppua kohden myös organisaation 4 sairauspoissaoloja kerryttävien henkilöiden osuus henkilöstöstä kasvaa. Sairauspoissaolojen syklisyys näkyy siten, että alkuvuoden sairauspoissaolopäiviä kerryttäneiden osuus on suurempi kuin loppuvuoden.

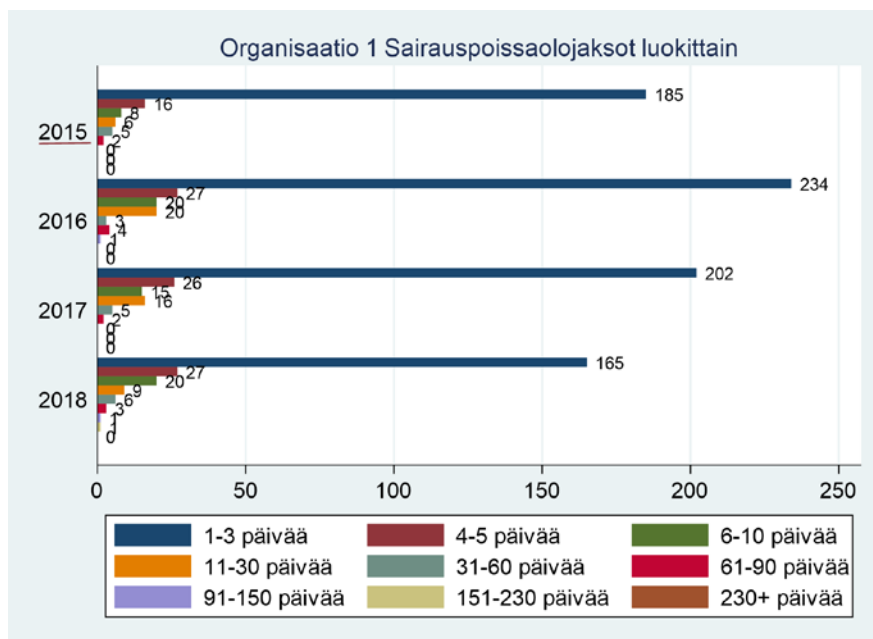




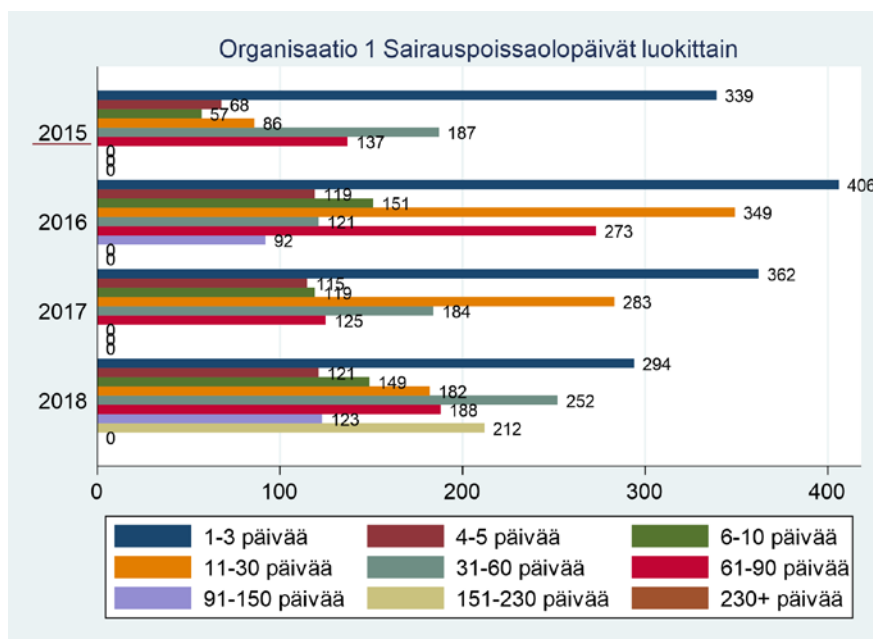
Kuva 9. Organisaatiokohtaiset sairauspoissaoloja kerryttäneiden henkilöiden osuudet henkilöä kohden puolivuositain. Nuolet kuvaavat organisaatiokohtaista hankkeen aloitusajankohtaa.

Seuraavissa tarkasteluissa kuvataan sairauspoissaolopäivien ja -jaksojen kertymistä eri sairauspoissaolopituuksien luokissa organisaatioittain. Luokkia on yhteensä yhdeksän kappaletta. Jaottelu perustuu erilaisiin sairauspoissaolojen pituuksiin ja niihin mahdollisesti vaikuttaviin keinoihin. Tämä antaa mahdollisuuden tarkastella eri pituisia sairauspoissaoloja organisaatioittain. Kuvissa alleviivattu vuosiluku viittaa hankkeen alkamiseen organisaatiossa.

Organisaatiossa 1 eniten sairauspoissaolopäiviä ja -jaksoja oli koko seuranta-ajan 1–3 päivän sairauspoissaolojen luokassa (Kuvat 10 ja 11). Vaihtelua sairauspoissaolopäivien määrässä eri vuosina oli paljon, 294:sta 406:een päivään. Kokonaisuutena lyhyet sairauspoissaolot (1–3 päivän ja 4–5 päivän luokat yhdessä) vähenivät vuodesta 2016 vuoteen 2018 tultaessa miltei sadalla päivällä. Vuonna 2015 sairauspoissaolopäiviä ja -jaksoja oli kokonaisuudessaan vähemmän kuin myöhemmin vuosina. Pitkät sairauspoissaolot lisääntyivät seuranta-ajan edetessä. Luokkiin 11–30 päivää, 31–60 päivää ja 61–90 päivää sisältyi huomattava määrä sairauspoissaolopäiviä ja -jaksoja vuosina 2016, 2017 ja 2018.

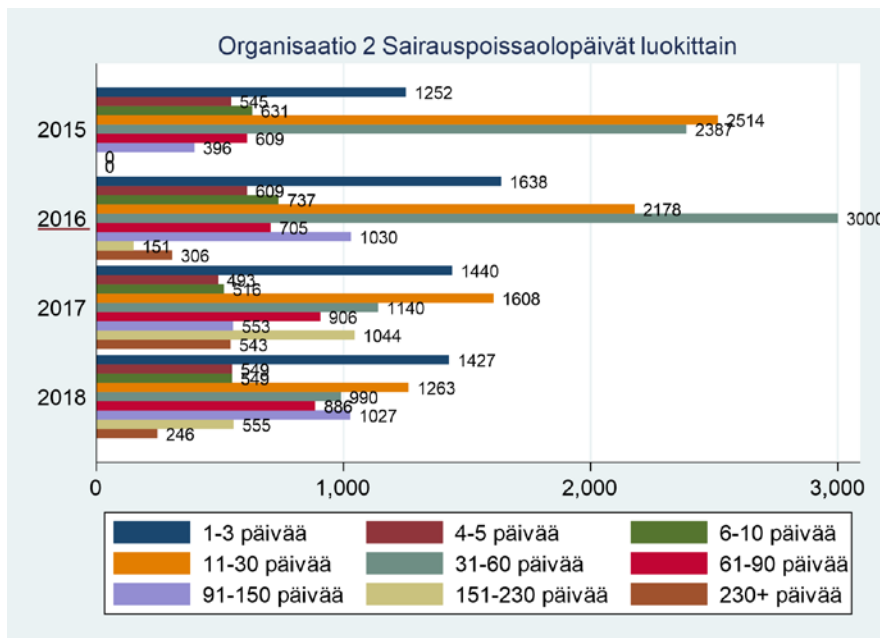


Kuva 10. Organisaatio 1:n sairauspoissaolopäivät sairauspoissaolopäivien keston mukaan luokiteltuna vuosittain. Alleviivattu vuosiluku kuvaa hankkeen aloitusajankohtaa.

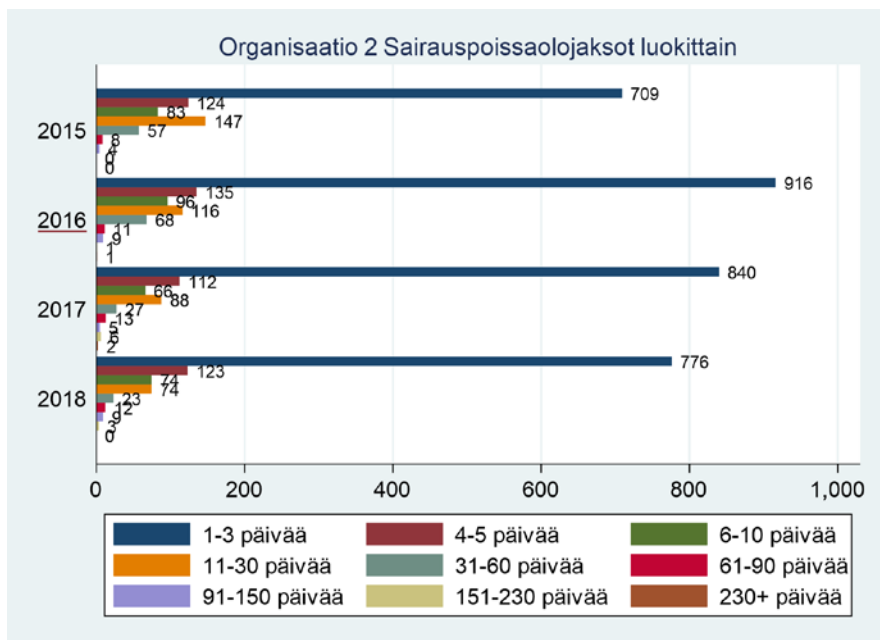


Kuva 11. Organisaatio 1:n sairauspoissaolojaksot sairauspoissaolopäivien keston mukaan luokiteltuna vuosittain. Alleviivattu vuosiluku kuvaa hankkeen aloitusajankohtaa.

Organisaatiossa 2 oli seuranta-ajanjakson alussa huomattava määrä keskipitkiä eli 11–30 ja 31–60 päivää kestäneitä sairauspoissaoloja (Kuvat 12 ja 13). Seuranta-aikana sairauspoissaolopäivät vähenivät erityisesti näissä luokissa sekä 6–10 päivän sairauspoissaoloista. Lyhyet 1–3 ja 4–5 päivän sairauspoissaolot olivat korkeimmillaan vuonna 2016, jonka jälkeen ne hieman laskivat. Vuodesta 2017 vuoteen 2018 myös pisimmissä poissaololuokissa sairauspoissaolopäivien määrä väheni. Korkeimmillaan sairauspoissaolopäivien yhteenlaskettu määrä oli vuonna 2016.

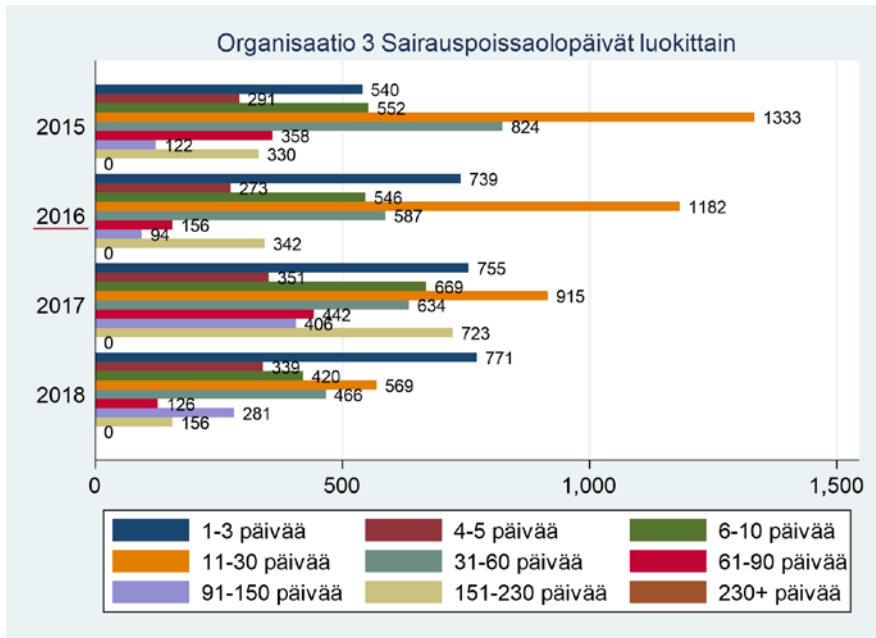


Kuva 12. Organisaatio 2:n sairauspoissaolopäivät sairauspoissaolopäivien keston mukaan luokiteltuna vuosittain. Alleiviivattu vuosiluku kuvaa hankkeen aloitusajankohtaa.

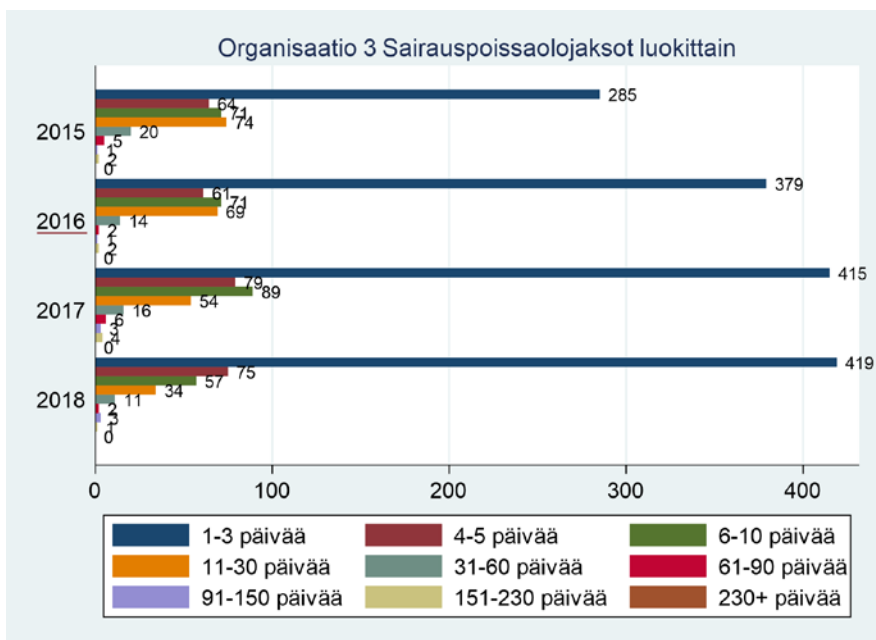


Kuva 13. Organisaatio 2:n sairauspoissaolojaksot sairauspoissaolopäivien keston mukaan luokiteltuna vuosittain. Alleiviivattu vuosiluku kuvaa hankkeen aloitusajankohtaa.

Organisaatiossa 3 sairauspoissaolopäiviä oli ennen hankkeen alkamista vuonna 2015 eniten luokassa 11–30 sairauspoissaolopäivää (Kuvat 14 ja 15). Nämä vähenivät koko seuranta-ajan. Lyhyet sairauspoissaolot (1–3 päivän ja 4–5 päivän luokat yhdistettynä) kasvoivat seuranta-aikana vuodesta toiseen. Sen sijaan yhteenlasketut 6–10 ja 11–30 päivän sairauspoissaolopäivät lähes puolittuivat seuranta-ajalla. Hankkeen ensimmäisenä toimintavuotena, vuonna 2016, 31–60 päivän sairauspoissaolopäivä oli paljon, mutta seuraavina vuosina sekä päivissä että jaksoissa tapahtui huomattavaa vähenemistä. Vuonna 2017 oli huomattava määrä sairauspoissaolopäiviä ja -jaksoja luokassa 151–230. Nämä vähentyivät tultaessa vuoteen 2018.

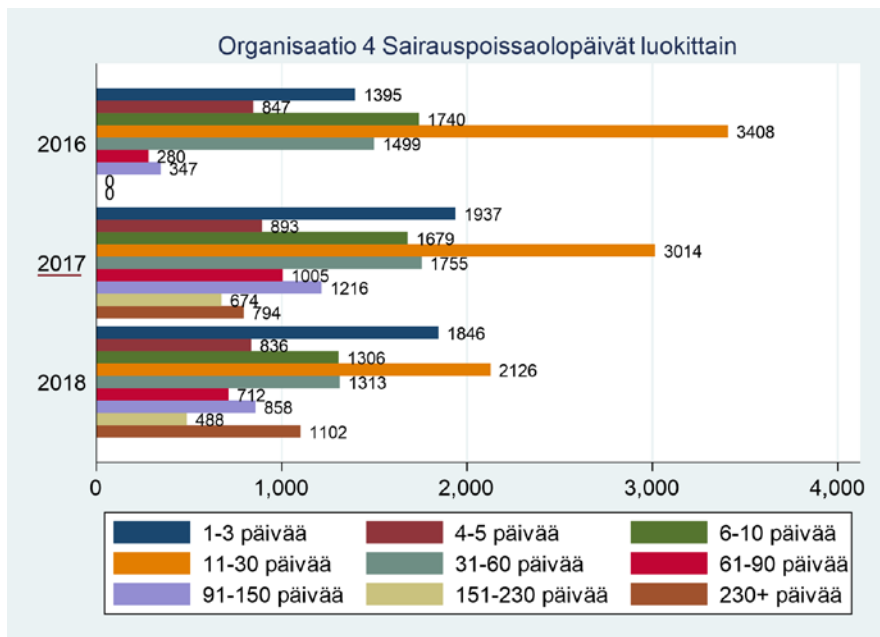


Kuva 14. Organisaatio 3:n sairauspoissaolopäivät sairauspoissaolopäivien keston mukaan luokiteltuna vuosittain. Alleiviivattu vuosiluku kuvaa hankkeen aloitusajankohtaa.

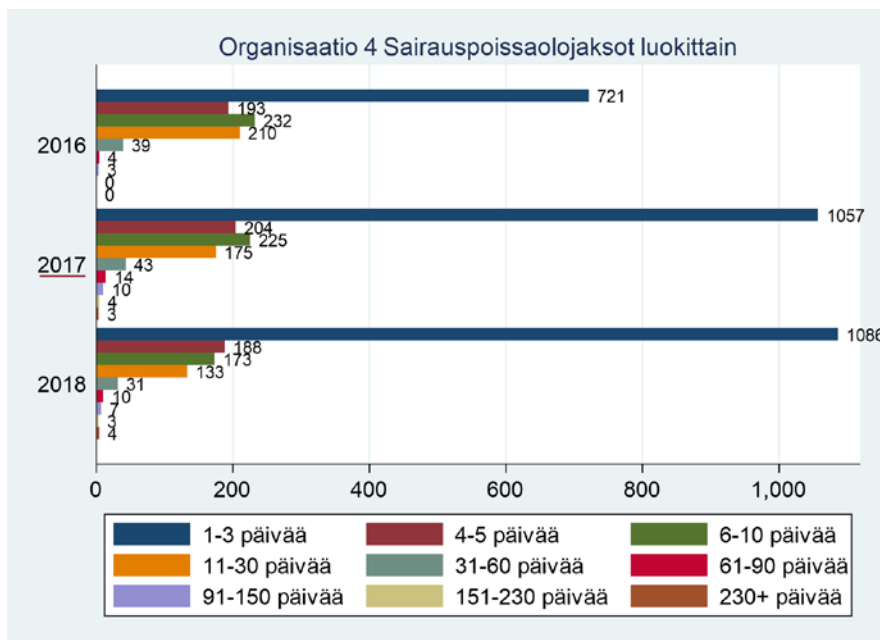


Kuva 15. Organisaatio 3:n sairauspoissaolojaksot sairauspoissaolopäivien keston mukaan luokiteltuna vuosittain. Alleiviivattu vuosiluku kuvaa hankkeen aloitusajankohtaa.

Organisaatiossa 4 sairauspoissaolopäiviä oli koko seuranta-aikana eniten luokassa 11–30 päivää (Kuvat 16 ja 17). Myös 6–10 ja 31–60 päivän mittaiset sairauspoissaolot olivat yleisiä. Kaikissa edellä mainituissa luokissa sairauspoissaolot vähentyivät vuodesta 2016 vuoteen 2018. Lyhyet sairauspoissalot (1–3 ja 4–5 päivän luokat yhdistettynä) kasvoivat seuranta-ajalla noin 2250 päivästä 2700 päivään. Tämä voi olla seurausta tarkentuneesta raportoinnista lyhyiden sairauspoissaolojen osalta. Vuosina 2017 ja 2018 oli muutamia pitkiä sairauspoissaolojaksoja, jotka kerryttivät sairauspoissaolopäivien määrää.



Kuva 16. Organisaatio 4:n sairauspoissaolopäivät sairauspoissaolopäivien keston mukaan luokiteltuna vuosittain. Alleviivattu vuosiluku kuvaa hankkeen aloitusajankohtaa.



Kuva 17. Organisaatio 4:n sairauspoissaolojaksot sairauspoissaolopäivien keston mukaan luokiteltuna vuosittain. Alleviivattu vuosiluku kuvaa hankkeen aloitusajankohtaa.

Yhteenvedona voidaan todeta, että tarkastelussamme sairauspoissaolopäivien ja -jaksojen väheneminen on ollut maltillista. Lyhimmat, 1–3 päivän sairauspoissaolopäivät ovat lisääntyneet kaikissa organisaatioissa. Tämä voi olla seurausta tarkentuneesta raportoinnista, joka voi osaltaan johtaa parempaan poissaolojen hallintaan, kun oikeisiin toimiin tartutaan. 1–5 päivän (1–3 päivän ja 4–5 päivän luokat yhdessä) sairauspoissaoloja on kyetty vähentämään organisaatioissa 1 ja 2. Erityisesti 6–10 ja 11–30 päivän luokkien yhteenlasketut sairauspoissaolot vähenivät kaikissa organisaatioissa seuranta-aikana. Siirtymä tapahtui lyhempiin poissaoloihin.

### 5.1.2 Sairauspoissaolojen kehitys TyHy-SIB -hankkeessa mitattuna

TyHy-SIB -hankkeen tulosten tarkastelussa sairauspoissaolojen taso määritettiin organisaatioittain laskemalla edellisen 12 kuukauden sairauspoissaolot jaettuna keskimääräisellä henkilöstömäärällä. Tarkastelujaksona oli aluksi yksi vuosi, minkä jälkeen tarkastelu tehtiin puolen vuoden välein. Vertailuajankohdaksi otettiin hankkeen käynnistymistä edeltänyt 12 kuukauden ajanjakso, paitsi organisaatiossa 2, jossa intervention käynnistyminen viivästyi kaksi kuukautta. Tässä organisaatiossa vertailuajankohdaksi päätettiin 11/2015, mutta palvelut käynnistyivät varsinaisesti vasta vuoden 2016 alussa. Mikäli päivät vähenivät, niistä maksettiin korvausta rahastoon 175 euroa per päivä.

Taulukossa 3 on esitetty organisaatioittain hankkeen seuranta-aikana saavutettu sairauspoissaolojen väheneminen TyHy-SIB -hankkeen virallisella laskentatavalla lasketuna. Kolmessa organisaatiossa hanke on saatu päätökseen. Kaikissa niistä vähentymistä tapahtui kolmena mittausperiodina viidestä. Tavoitteeseen eli vähintään 2,1 sairauspoissaolopäivän vähennykseen seurantajaksolla päästiin kahdessa organisaatiossa kahdella seurantajaksolla. Organisaatiossa 4 hanke on vielä kesken, ja siellä kolmesta seurantajaksosta yhdellä on saavutettu 0,5 päivän väheneminen sairauspoissaoloissa.

Taulukko 3. Hankkeen aikana saavutettu väheneminen sairauspoissaolopäivissä organisaatioittain eri seurantajaksolla.

Hankkeen aikana saavutettu väheneminen sairauspoissaoloissa (päivää / henkilö)					
Seurantajakso ja sen pituus	1 (12 kk)	2 (6 kk)	3 (6 kk)	4 (6 kk)	5 (6 kk)
Organisaatio 1	3,5	1,5	0	2,5	0
Organisaatio 2	0	0,3	0,4	0	0,7
Organisaatio 3	3,3	0	0	0,9	2,9
Organisaatio 4	0	0,5	0	N/A	N/A

### 5.1.3 Näkemykset hankkeen vaikutuksista sairauspoissaoloihin ja työhyvinvointiin organisaatioittain

Organisaatioiden edustajat ja palveluntuottajat arvioivat haastatteluissaan hankkeen vaikutuksia sairauspoissaoloihin ja esittivät näkemyksiään sairauspoissaoloihin vaikuttavista tekijöistä. Yhteenveto arvioista on esitetty liitteessä 1, taulukossa 1. Yhdessä hankkeen jo päättäneistä organisaatioista (Organisaatio 3) sairauspoissaolojen arvioitiin vähentyneen selkeästi lähtötilanteeseen verrattuna. Poissaolot olivat kuitenkin "aaltoilleet" hankkeen aikana, mikä on ollut tyypillistä organisaation edustajien mukaan aiemminkin. Organisaatiossa oli edelleen pitkiä poissaoloja, jotka johtuivat vakavista sairauksista, joiden syntymistä ei haastateltujen mukaan voinut työpaikan keinoin ehkäistä.

Toisessa hankkeen päättäneessä organisaatiossa (Organisaatio 1) sen edustajat ja palveluntuottajat arvioivat, että sairauspoissaolot olivat vaihdelleet hankkeen aikana eivätkä olleet vähentyneet toivotusti hankkeen päättyessä. Molemmat osapuolet arvioivat, että organisaation pienen koon vuoksi jo muutamankin työntekijän pidempi poissaolo vaikutti voimakkaasti koko organisaation lukuihin. Pitkiä poissaoloja aiheuttivat vakavat sairaudet ja niiden hoito, esimerkiksi leikkauksen odottaminen. Satunnaisten tekijöiden ja "kausivaihtelun" katsottiin vaikuttavan sairauspoissaoloihin enemmän kuin ne tekijät, joihin hankkeessa voitiin vaikuttaa.





Kolmannessa hankkeen jo päättäneessä organisaatiossa (Organisaatio 2) sairauspoissaolot olivat myös vaihdelleet hankkeen aikana, mutta päättymisen aikaan organisaation edustajat ja palveluntuottajat arvioivat vähennystä tulleen jonkin verran tai kehityksen olevan ainakin toivottuun suuntaan. Palveluntuottajan mukaan organisaation lähtötilanne oli sairauspoissaolojen vähentämisen kannalta haastava, koska sairauspoissaolot eivät alun perinkään olleet siellä kovin korkealla. Kaikkia lyhyitä poissaoloja ei ollut kuitenkaan kirjattu järjestelmään. Suurimman osan pitemmistä poissaoloista katsottiin johtuvan tekijöistä, joihin hankkeessa ei voitu vaikuttaa. Palveluntuottajien mukaan monet muutokset organisaatiossa sekä rahoittajan vaatimuksesta tehty toiminnan supistaminen kesken hankkeen heikensivät tuloksia.

Hanke oli edelleen kesken viimeiseksi mukaan tullessa organisaatiossa (Organisaatio 4), jossa toimintaa oli jäljellä vielä vuosi. Organisaation edustajien ja palveluntuottajien mukaan sairauspoissaolot olivat vaihdelleet täälläkin hankkeen kuluessa. Viimeksi tehdyssä väliarvioissa poissaolot olivat vähentyneet, mutta olivat kehittymässä taas huonompaan suuntaan. Palveluntuottajien mukaan moniin pitkiin poissaoloihin ei voitu vaikuttaa hankkeen keinoin. Katsottiin myös, että työntekijät kuormittuvat, kun toimialalla oli vaikea saada tarpeeksi osaavaa henkilökuntaa ja sijaisia. Esimiesten vaihtuvuuden nähtiin myös kuormittavan työntekijöitä ja vaikeuttavan työkykyjohtamista.

Hankkeen asiamiehen ja hallinnoijan edustajat arvoivat haastatteluissaan, että sijoittajien näkökulmasta hanke on ollut huono. Jos sairauspoissaolot olisivat vähentyneet 2,1 päivää henkilöä kohden vuosittain verrattuna hanketta edeltäneeseen 12 kuukauden sairauspoissaolopäivien määrään, tuottoa olisi saatu, mutta nyt sijoittajat saivat maksimissaan sijoittamansa pääomat takaisin. Sijoittajat olivat kuitenkin SIB-mallin mukaisesti varautuneet tällaiseenkin tulokseen, ja hanke voitiinkin nähdä hyvänä kokeiluna. Toisaalta työhyvinvointi oli haastateltujen mielestä saattanut olla liian vaikea aihe ensimmäiseen SIB:iin, jossa mallia vasta testattiin Suomessa.

Asiamiehen ja hallinnoijan mukaan syynä heikkoon tulokseen oli yhtäältä mukana ollut "huono businesscase" eli iso organisaatio, jossa sairauspoissaolotilanne oli lähtökohtaisesti liian hyvä. Sairauspoissaoloihin vaikuttavat myös satunnaiset seikat, kuten millainen flunssavuosi sattuu olemaan tai millaisia ennakoimattomia muutoksia organisaatioissa tapahtuu hankkeen aikana. Haastatellut arvioivat kuitenkin, että interventio oli vaikuttanut sairauspoissaoloihin, vaikka sitä ei pystytty pienellä aineistolla osoittamaan. Jos mukana olisi ollut useampia kohdeorganisaatiota ja henkilöstöä, "kohinasta" olisi voinut erottaa nämä vaikutukset. On myös mahdollista, että työhyvinvoinnin parantamisen toimet (kuten esimerkiksi johtamiskulttuurin muutos) eivät ehdi ylipäättään tulla vielä näkyviin sairauspoissaoloissa parissa vuodessa. Heik-

koon tulokseen vaikutti haastateltujen mukaan myös se, että palveluntuottajat eivät rakentaneet hankkeesta toivottua yhtenäistä kokonaisuutta, jossa olisi optimaalisesti otettu huomioon organisaatioiden tarpeet ja vastattu niihin. Palveluntuottajille ei ollut myöskään taloudellisesti järkevää muuttaa toimintaansa organisaatioiden uusien tarpeiden ilmaantuessa ennen kuin rahoitusmalli muuttui niin, että heidän toimintansa oli tulosperustaista.

Organisaatioiden edustajat ja palveluntuottajat kuvasivat haastatteluissa tekijöitä, joiden he arvioivat vähentäneen sairauspoissaoloja ainakin jossain hankkeen vaiheessa (ks. liite 1, taulukko 1). Osa organisaatioiden edustajista katsoi oman toimintansa vähentäneen sairauspoissaoloja, esimerkkinä pitkällä sairauslomilla olevien palauttaminen takaisin työhön tai tehdyt eläkeratkaisut. Palveluntuottajat näkivät erityisesti johdon toiminnan merkityksellisenä lähes kaikissa organisaatioissa joko niin, että taitava johtaja edisti hankkeen tavoitteiden saavuttamista tai niin, että johdon ei nähty sitoutuvan ja panostavan aikaa riittävästi hankkeeseen.

Sairauspoissaoloja vähentäväksi tekijäksi nähtiin kaikissa organisaatioissa hankkeen aikana parantunut työkykyjohtaminen. Haastatellut eivät useinkaan käyttäneet tätä käsitettä, mutta kuvailivat asioita, joiden katsotaan kuuluvan työkykyjohtamiseen. Osassa organisaatioita vaikuttaviksi tekijöiksi arvioitiin myös hankkeen aikana parantunut yleisjohtaminen, yksilöiden valmennus ja tuki sekä terveystietämisen käyttö. Näitä tekijöitä kuvataan tarkemmin seuraavissa alaluvuissa.

Osassa organisaatioita työhyvinvointi oli mittausten mukaan ollut hyvää jo ennen hanketta, ja arviot olivat pysyneet hyvänä myös hankkeen aikana (ks. liite 1, taulukko 1). Monien tekijöiden katsottiin vaikuttavan hyvään tulokseen, mutta hankkeen aikana parantuneen esimiestoiminnan arvioitiin näkyvän erityisesti johtamisen hyvisä arvioissa. Kun työhyvinvointi oli mittausten mukaan parantunut hankkeen aikana, vaikuttavana tekijänä nähtiin erityisesti työyhteisöjen parantunut toiminta, hankkeessa tehdyn kehittämistyön ansiosta. Myös esimiesten kuormituksen koettiin vähentyneen hankkeessa saadun tuen vuoksi.

#### **5.1.4 Hankkeen muut vaikutukset organisaatioiden ja palveluntuottajien näkökulmasta**

##### *Parantunut työkykyjohtaminen*

Kaikkien organisaatioiden edustajat ja palveluntuottajat arvioivat työkykyjohtamisen parantuneen hankkeen aikana ja vaikuttaneen myös sairauspoissaoloihin. Työkykyjohtamisen parantuminen oli tarkoittanut ensinnäkin sitä, että esimiehet olivat ryhtyneet toimimaan entistä paremmin organisaation varhaisen tuen mallin mukaisesti.

Organisaatioiden edustajat näkivät hankkeen tehostaneen jo aiemminkin tekemiään työkykyjohtamisen kehittämistoimia. Osassa organisaatioita hankkeen nähtiin lisäneen myös organisaation johtoryhmän tietoisuutta ja sitoutumista työkykyjohtamiseen. Tämän myötä työkyvyn ja työhyvinvoinnin kehittämisestä vastaavat henkilöt olivat saaneet lisää resursseja ja tukea omaan toimintaansa.

Organisaatioiden edustajat ja palveluntuottajat pitivät hankkeessa käytössä ollutta terveysjohtamisen järjestelmää keskeisenä työkykyjohtamisen välineenä. Järjestelmä oli mahdollistanut sairauspoissaolojen seuraamisen reaaliajassa organisaation eri tasoilla, ja siitä oli saatu monipuolisia raportteja. Raporttien säännöllinen ja perusteellinen tarkastelu oli lisännyt organisaatioiden vastuuhenkilöiden tietoisuutta koko henkilöstön tilanteesta. Joissakin organisaatioissa raportteja oli tarkasteltu säännöllisesti myös esimiesten yhteisissä kokouksissa, mikä oli lisännyt esimiesten ymmärrystä sairauspoissaolojen kustannuksista ja oman roolin merkityksestä niihin puuttumisessa. Järjestelmän katsottiin tukevan hyvin organisaatioiden omia varhaisen tuen malleja.

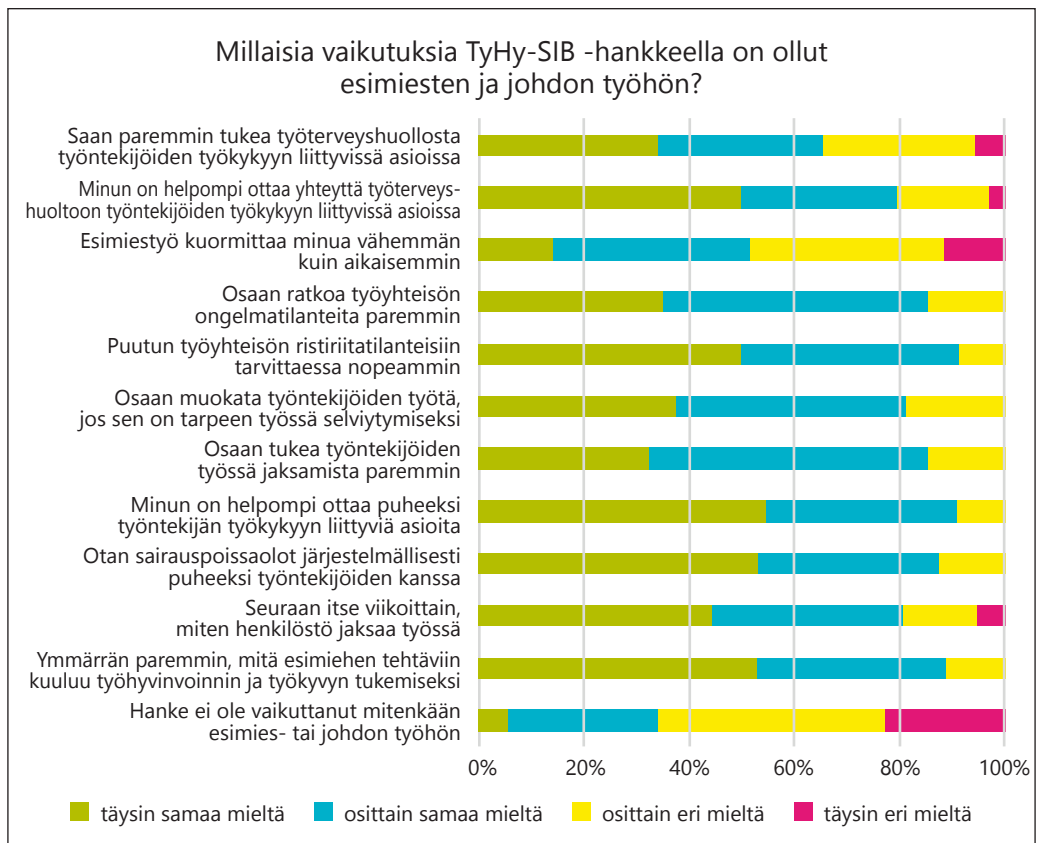
Terveysjohtamisen järjestelmä oli mahdollistanut sen seurannan, käyvätkö esimiehet poissaoloihin liittyvät keskustelut ja tekevätkö muut vaadittavat toimenpiteet organisaatiossa sovitun mallin mukaan. Organisaation edustajien ja palveluntuottajien mukaan esimiehet olivatkin ryhtyneet seuraamaan hyvin poissaoloja osassa organisaatiota, mutta osassa oli vielä tehostamisen tarvetta. Viimeiseksi mukaan lähteneessä organisaatiossa esimiesten varhaisen tuen mallin mukainen toiminta ei ollut levinnyt odotetusti, koska organisaatiossa oli ollut erilaisia muutoksia ja esimiesten vaihtuvuus oli suurta. Palveluntuottajat olivatkin ryhtyneet tehostamaan entisestään esimiesten tukea ryhmätoiminnalla sekä nimeämällä jokaiselle esimiehelle oman valmentajan työkykyasioiden käsittelemiseen.

Esimiehille tarjottu tuki (valmennus, esimiesklinikat, yksilöllinen puhelinneuvonta) oli organisaatioiden edustajien ja palveluntuottajien mukaan antanut uskallusta ja osaamista puuttua paremmin työkykyongelmiin. Esimiesten parantunut osaaminen näkyi joissakin organisaatioissa myös siten, että työkyky- tai työhyvinvointikoordinaattorille tuli entistä vähemmän haastavia työkykyasioita ratkaistavaksi, koska esimiehet osasivat puuttua varhaisemmin tilanteisiin ja miettiä niihin ratkaisuja työpaikalla. Koettiin myös, että esimiehet olivat oivaltaneet entistä paremmin, että osatyökykyinenkin voi olla hyödyksi, joten työuria yritettiin pidentää esimerkiksi korvaavan työn ja osakuntoutustukien avulla.

Organisaation edustajat kertoivat kuulleensa tai havainneensa muutoksia työntekijöiden suhtautumisessa varhaisen tuen keskusteluihin tai työterveysneuvotteluihin. Kun nämä keskustelut olivat lisääntyneet hankkeen aikana, niistä oli tullut arkipäi-

väisempiä. Työntekijät ymmärsivät, että keskustelut eivät olleet valvontaa vaan välittämistä, jonka tarkoituksena oli löytää apua tilanteeseen. Esimiehet ja työntekijät keskustelivat nyt ylipäättään enemmän erilaisista asioista, ei vain poissaoloista. Työntekijät ottivat entistä enemmän itse työkykyasioita puheeksi esimiehensä kanssa.

Kyselyn mukaan kohdeorganisaatioiden johto ja esimiehet kokivat, että hanke oli edistänyt esimiesten ymmärrystä, valmiuksia ja toimintaa työhyvinvoinnin ja työkyvyn johtamisessa (Kuva 18). Vähintään puolet vastanneista oli täysin samaa mieltä, että ymmärrys esimiehen roolista työkykyjohtamisessa oli lisääntynyt (53 %), että oli helpompi ottaa puheeksi työntekijän työkykyyn liittyviä asioita (55 %) ja että he olivat ottaneet sairauspoissaolot järjestelmällisesti puheeksi (53 %) ja puuttuneet risti-riitatilanteisiin nopeammin (50 %).



Kuva 18. Hankkeen vaikutukset esimiesten ja johdon työhön (n=36).



Hankkeessa oli kehitetty työterveysyhteistyötä, mikä oli haastateltujen mukaan osaltaan vaikuttanut suotuisasti sairauspoissaoloihin. Yhteiset palaverit työterveyshuollon ja työpaikan edustajien kesken selkiyttivät osapuolten rooleja, vastuita ja tehtäviä työkykyprosessien hoitamisessa. Jos työterveyshuollossa pystyttiin käyttämään terveysjohtamisen järjestelmää hankkeen aikana, sielläkin oli reaaliaikainen tieto organisaation poissaolotilanteesta ja varhaisen tuen toiminnoista. Työntekijöitä voitiin näin ollen tarvittaessa kutsua nopeastikin vastaanotolle. Parantunut työterveysyhteistyö näkyi erityisesti siinä, että esimiehet ottivat varhaisemmin yhteyttä työterveyshuoltoon työkykyasioissa. Työterveyshuollon toiminnan työkykyriskissä olevien kohdalla arvioitiin myös parantuneen, esimerkiksi työterveysneuvotteluja pidettiin varhaisemmassa vaiheessa kuin aikaisemmin ja niiden määrä oli noussut. Työterveyshuollon katsottiin joissakin tapauksissa toteuttavan entistä paremmin ennaltaehkäisevää toimintaa.

Organisaatioiden edustajat arvioivat terveyspuhelimien vähentäneen tarpeettomia tai tarpeettoman pitkiä poissaoloja, koska esimiehen sijaan oli edellytetty soittoa terveydenhuollon ammattilaiselle poissaolotarpeesta neuvottelemiseksi. Palveluntuottaja arvioi, että terveyspuhelin lyhentäisi ensin lyhyitä poissaoloja ja sitten myös keskipitkiä poissaoloja, mutta joissakin tapauksissa alkavien lyhyiden (1–3 päivää) poissaolojaksojen määrä saattaisi alussa noustakin, koska ennen työterveyshuolto antoi usein samasta syystä yhden keskipitkän (4 päivää ja enemmän) poissaolojakson.

Yhdessä kohdeorganisaatioista sairauspoissaolot eivät olleet kokonaisuudessaan vähentyneet toivotusti, vaikka välillä suunta olikin ollut oikea. Tässäkin organisaatiossa työkykyjohtamisen katsottiin parantuneen, mutta organisaation edustajat kuvasivat sitä jonkin verran muista poikkeavalla tavalla. Kun muualla esimiesten varhaisen tuen toimista puhuttiin välittämisenä, täällä käytettiin myös käsitettä kontrolli. Arvioitiin, että sairauspoissaoloja oli vähentänyt työntekijöiden huomio, että heitä valvottiin nyt tarkemmin. Kaikki esimiehet eivät myöskään olleet ryhtyneet toimimaan sovitulla tavalla hankkeen aikana. Esimiesten toimintaa ei valvottu terveysjohtamisen järjestelmästä yhtä systemaattisesti kuin muissa kohdeorganisaatioissa. Varhaisen tuen keskusteluja jätettiin käymättä, koska koettiin että niihin ei ole aikaa jo muutenkin suuren työmäärän takia. Osa esimiehistä oli kokenut keskustelujen käymisen myös kuormittavaksi, jos he eivät mielestään osanneet tai voineet tehdä mitään työntekijän pitkittyneelle tai samana toistuvalla työkykyongelmalle. Koettiin että organisaatiosta puuttui edelleen selkeä tehostetun tuen malli varhaisen tuen mallin täydennykseksi. Organisaation edustajien mukaan kaikki työntekijätkään eivät nähneet varhaista puuttumista välittämisenä tai tuen osoituksena. Järjestelmästä tulevat viestit, joissa ilmoitettiin tulevasta keskustelusta esimiehen kanssa, koettiin tylyiksi. Orga-



nisaation edustajat arvioivatkin, että uusi ajattelutapa ja sitä tukevat käytännöt eivät ehtineet vielä juurtua koko organisaatioon, ja että henkilöstön kanssa on syytä keskustella paremmin varhaisen tuen ja siihen liittyvien toimien tarkoituksesta. Keskusteluille päätettiin laatia myös selkeät ohjeet.

Tässä organisaatiossa työterveysyhteistyökään ei ollut kehittynyt hankkeen aikana yhtä hyvin kuin muissa kohdeorganisaatioissa. Haastatellut kokivat monipaikkaista organisaatiota palvelevien eri työterveyshuoltojen olleen hankkeessa mukana liian irrallisena. Työterveyshuollon palveluntuottajien välillä nähtiin olevan myös eroja siinä, miten ne olivat ottaneet työkykyasioita haltuun. Työpaikan ja työterveyshuoltojen tiedonkulussa koettiin edelleen olevan puutteita työkykyprosesseihin liittyen. Organisaation edustajat ja palveluntuottaja arvioivat hankkeen kuitenkin edistäneen työterveysyhteistyötä jonkin verran, ja ainakin kaikki palveluntuottajat oli saatu saman pöydän ääreen keskustelemaan asioista.

### ***Henkilöstön työkyvyn paraneminen***

Hankkeessa pyrittiin vaikuttamaan yksilöiden fyysiseen ja psyykkiseen jaksamiseen tai hyvinvointiin. Kolmessa organisaatiossa neljästä organisaatioiden edustajat eivät nähneet yksilöihin kohdistuneiden palvelujen vaikuttaneen sairauspoissaolojen kehitykseen. Yhdessä organisaatiossa arvioitiin, että fyysisen kunnon kohoaminen on saattanut vähentää sairauspoissaoloja niillä, jotka osallistuivat valmennukseen, mutta valmennus kesti liian vähän aikaa, jotta siitä olisi tullut enemmän tulosta. Koettiin, että aika oli liian lyhyt pysyvien elämäntapamuutosten tekemiseen.

Palveluntuottaja katsoi, että fyysiseen terveyteen ja jaksamiseen panostaminen olisi voinut olla vaikuttavaa erityisesti organisaatioissa, joissa oli paljon fyysisen jaksamisen ongelmia. Valmennuksen alku- ja loppumittausten perusteella näytti siltä, että valmennuksessa olleiden sairauspoissaolot olisivat laskeneet enemmän kuin muilla, mutta organisaation pienuus teki luotettavan vertailun vaikeaksi. Valmennusten tulokset olivat palveluntuottajan mukaan hyviä: monen kunto oli noussut, paino pudonnut ja osallistujat olivat kertoneet muuttaneensa elintapojaan tavoitteidensa mukaisesti. Palveluntuottaja arvioi, että jos palvelua ei olisi jouduttu supistamaan ennen aikojaan, vaikutuksia sairauspoissaoloihin olisi saatu näkyviin.

Hankkeessa tarjottiin kaikille mahdollisuus edistää omaa henkistä hyvinvointiaan verkko-ohjelmilla, mutta niiden käyttö jäi kaikissa organisaatioissa vähäiseksi. Psykkisesti kuormittuneita yksilöitä tuettiin myös henkilökohtaisesti puhelinneuvonnalla, jossa pyrittiin löytämään nopeita ratkaisuja ja ohjattiin sopivien palvelujen pariin työssä tai yksityiselämässä kuormittavien tilanteiden selvittämiseksi. Palveluntuotta-



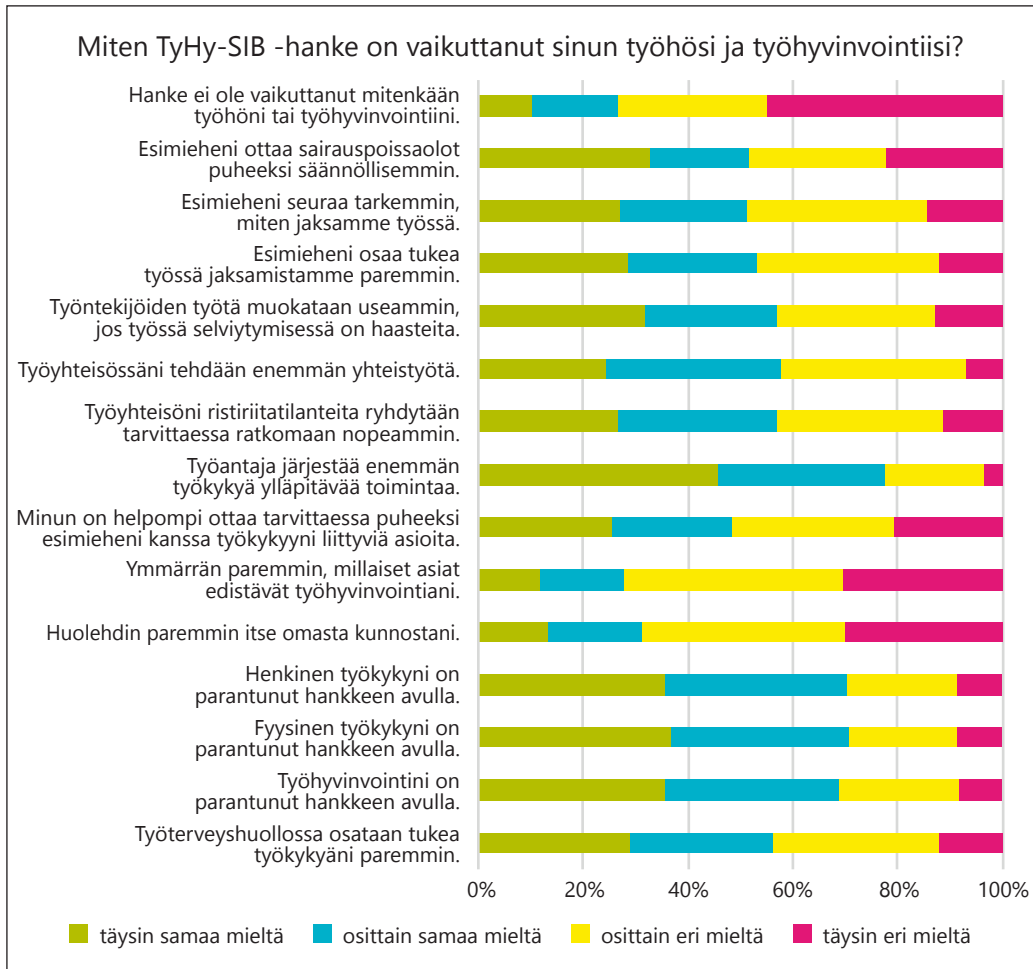
jan mukaan psyykkisistä syistä johtuviin poissaoloihin on kuitenkin haastavaa vaikuttaa, jos niiden takana on omista elämäntilanteista, ei niinkään työstä tulevaa kuormitusta. Somaattisten sairauksien takanakin voi olla psyykkisiä syitä. Palveluntuottaja arvioi, että tukipuheluilla saatiin autettua monia sopivan avun piiriin, mutta henkilöiden myöhemmistä vaiheista ei kerätty tietoa.

Organisaatioille toteutetun kyselyn perusteella yksilöihin kohdistuneista toimenpiteistä eniten vaikutusta työhyvinvointiin ja työkykyyn koettiin olleen henkilökohtaisiin mittauksiin ja haastatteluun osallistumisella (49 %:n mielestä edisti vähintään melko paljon) ja ryhmävalmennuksiin osallistumisella (42 %:n mielestä edisti vähintään melko paljon). Sen sijaan verkko-ohjelmien tekemisen tai sairauspoissaoloihin liittyvän keskustelun esimiehen kanssa koettiin harvemmin vaikuttavan työhyvinvointiin tai työkykyyn (26 % koki edistävän vähintään melko paljon).

Organisaatioiden edustajat arvioivat, että terveystarkastukset ja mittaukset olivat kirkastaneet työntekijöille, että jokaisella on omakin vastuu (työ)hyvinvoinnistaan. Oivalluksen syntyminen – tai sen mukainen toiminta – koettiin kuitenkin haastavaksi erityisesti organisaatioissa, joissa tehtiin fyysistä työtä. Yksilöihin vaikuttamisen ei nähty toimivan siten samalla tavalla kaikissa organisaatioissa.

Organisaatioiden edustajat arvioivat, että työntekijöiden työuria oli ehkä hankkeen vaikutuksesta saatu jatkettua, koska parantuneen työkykyjohtamisen ansioista riskihenkilöt löydetään paremmin. Hankkeessa oli tarjottu tähän liittyen palveluna opastusta organisaatioiden työkyky- tai työhyvinvointikoordinaattoreille.

Kyselyn perusteella henkilöstö koki, että hankkeella oli ollut jonkin verran vaikutuksia yksittäisten työntekijöiden työhön ja työhyvinvointiin (Kuva 19). Useimmin vastaajat olivat samaa mieltä väittämistä, jotka liittyivät omaan ymmärrykseen siitä, mitkä asiat edistävät työhyvinvointia (30 % täysin samaa mieltä) ja parempaan huolehtimiseen omasta kunnosta 30 % täysin samaa mieltä). Myös työkykyjohtamiseen liittyvissä asioissa koettiin tapahtuneen edistymistä. Reilu viidesosa (22 %) koki, että esimiehet ottivat sairauspoissaolot puheeksi säännöllisemmin ja että työkykyasiat oli helpompaa ottaa puheeksi esimiehen kanssa (21 %). Vastanneista 12 % oli täysin samaa mieltä siitä, että työterveyshuolto osaa tukea työkykyä paremmin.

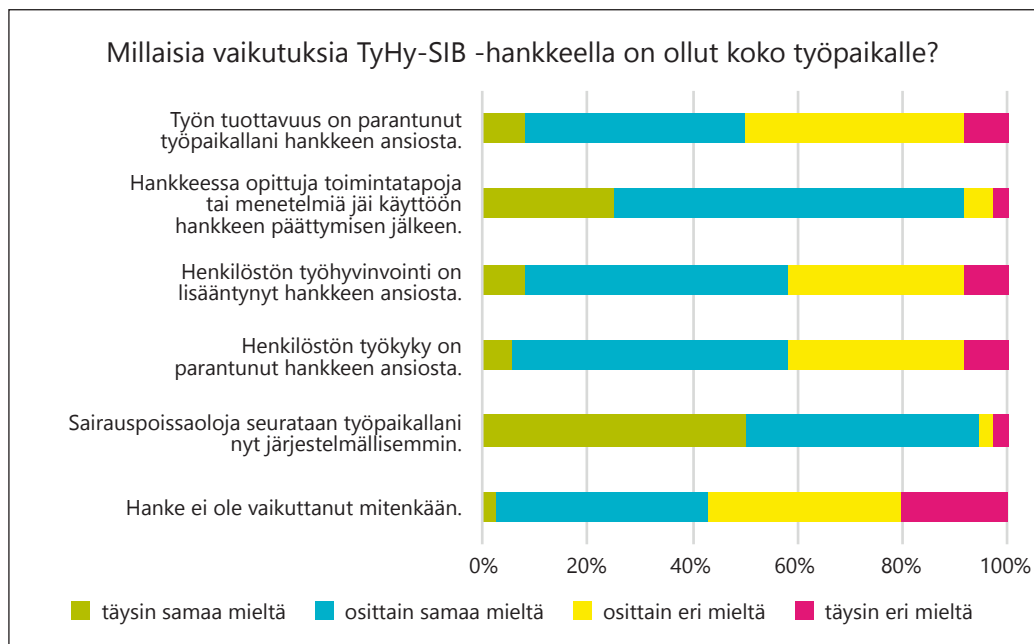


Kuva 19. Hankkeen vaikutukset omaan työhön ja työhyvinvointiin (n=430).



## Toiminnan juurtuminen organisaatiossa

Henkilöstökyselyyn vastanneet esimiehet ja johto arvioivat hankkeesta koko työpaikalle kohdistuneita vaikutuksia. Vastanneiden mukaan esimerkiksi sairauspoissaoloja seurataan työpaikalla nyt systemaattisemmin (50 % täysin, 44 % osittain samaa mieltä) (Kuva 20).



Kuva 20. Hankkeen vaikutukset koko työpaikalle (n=36).

Kolmessa organisaatiosta neljästä niiden edustajat arvioivat työkykyjohtamista tukevien toimien juurtuneen hyvin hankkeen aikana. Myös kyselyssä koko aineistosta 92 % vastanneista johdon ja esimiesten edustajista oli täysin tai osittain samaa mieltä, että hankkeessa opittuja toimintatapoja ja menetelmiä jäi käyttöön hankkeen päättymisen jälkeen (Kuva 20).

Kahden organisaation edustajat näkivät juurtumista edistävänä tekijänä ”hyvän tarttumapinnan” ja henkisen valmiuden tälle hankkeelle. Hankkeen katsottiin vauhdittaneen organisaatioissa jo aiemmin suunniteltuja ja toteutettujakin työkykyjohtamisen toimia. Hanke oli vahvistanut organisaation omaa käsitystä siitä, millaisin keinoin kannattaa pyrkiä vähentämään sairauslomaa ja edistämään työhyvinvointia. Tärkeiksi nähtiin johdon sitoutuminen ja lähiesimiestyö. Palveluntuottajien koettiin myös huomioineen hyvin organisaation omat työkykyjohtamisen mallit ja toimet tarjottujen

palvelujen sisällöissä. Yhdessä organisaatiossa hankkeen koettiin tuoneen aivan uuttakin ymmärrystä ja työkaluja työkykyjohtamiseen, ja toimintoja suunniteltiin kehitettävän edelleen esimerkiksi KEVA:n kanssa. Esimiestyön ja työyhteisöjen toiminnan tukeminen sekä koko henkilöstön työhyvinvoinnin vahvistaminen jatkuvissa muutoksissa nähtiin jatkossakin tärkeäksi, ja niihin oli jo suunniteltu lisätoimenpiteitä hankkeen päättymisen aikaan.

Työkykyjohtamisen käytäntöjen juurtumista oli edistänyt organisaatioiden vastuuhenkilöiden mukaan heidän oma aktiivisuutensa koko hankkeen ajan. Vastuuhenkilö oli toiminut esimerkiksi terveysjohtamisen järjestelmän controllerina ja seurannut systemaattisesti poissaoloraportteja ja tehtyjä toimenpiteitä. Kun esimiehet veloitettiin varhaisen tuen toimiin, käytännöt tulivat heille tutuiksi ja arkipäiväisiksi.

Organisaatioiden edustajat arvioivat, että työkykyjohtamisen juurtumista edisti myös johtoryhmän osoittama kiinnostus ja sitoutuminen. Sairauspoissaolo- ja muita raportteja oli esimerkiksi käyty läpi kuukausittain johtoryhmän kokouksessa. Seuranta oli jatkettu johtoryhmässä hankkeen päätyttyäkin.

Hankkeessa kehitetyt työkykyjohtamisen toiminnot eivät olleet haasteltujen mielestä vielä juurtuneet kovin hyvin yhdessä organisaatiossa hankkeen päättyessä. Organisaatiossa myös ennakoitiin, että tulevana vuosina nähdään muutosten ja jatkuvan kiireen aiheuttamana runsaasti työhyvinvoinnin ongelmia. Hankkeessa oli kuitenkin opittu, mitä pitäisi kehittää ja ideoitukin uusia toimia, esimerkiksi henkilöstön parempi osallistaminen muutosten suunnitteluun, työkyvyn tehostetun tuen mallin luominen, työnohjaus ja työterveysyhteistyön kehittäminen.

Organisaatioiden edustajat arvioivat, että yksilöiden omaehtoinen fyysisen työkyvyn edistäminen ei ollut juurtunut merkittävästi hankkeen päättyessä. Tarjottu valmennus oli päättynyt odotettua aikaisemmin, eikä toivottuja jatkotoimia ollut saatu. Hankkeessa käytössä ollut työkykyriskissä olevien seulonta ja kuntoutuspolkujen laadinta oli kuitenkin nähty ainakin yhdessä organisaatiossa hyvänä mallina, jota suunniteltiin hankkeen päättyessä toteutettavaksi työterveysyhteistyössä.

### ***Pilottiorganisaatioissa opitun leviäminen muihin yksiköihin***

Osa hankkeessa mukana olleista organisaatioista tavoitteli laajempaa hyötyä niin, että kunta tai pilottiyksikköä vastaavat muut organisaatiot saisivat oppia omien toimintamalliensa kehittämiseen. Organisaatioiden edustajat arvioivat työkykyjohtamisen parantuneen koko kunnassa, kun hankkeessa kehitettyjä esimiesten tukemisen tapoja oli otettu käyttöön muissakin yksiköissä. Hankkeessa tarjottu terveysjohtamisen järjestelmä raportteineen oli sparrannut omien vastaavien järjestelmien kehittä-



mistä tai hankintaa. Hankkeessa koettiin opitun, millaisia raportteja työkykyjohtamisessa tarvitaan. Osassa tapauksista hankkeen päättymisen aikaan olikin jo käytössä oma uusi järjestelmä, ja osassa sen hankinta oli vireillä.

Myös työterveysyhteistyön koettiin kehittyneen entisestään koko kunnan tasolla, kun nyt esimerkiksi osattiin paremmin ostaa työterveyshuollon palveluja, ja niitä myös tuotettiin paremmin. Oli opittu täsmentämään esimerkiksi aikatavoitteita (missä ajassa vastataan työkykyarviopyyntöihin) ja miten työkykyarvioprosessi etenee. Molemmien puolin oli lisääntynyt luottamus siihen, että asiat hoituvat, kun kaikki tietävät vastuunsa ja tehtävänsä. Jos työterveysyhteistyö oli ollut hyvää jo aiemminkin, hankkeen koettiin toimineen hyvänä impulssina lisäkehittämislle.

Yhdessä organisaatioissa arvioitiin, että hanke oli saattanut vahvistaa kunnan mainetta työnantajana. Hankkeesta oli kirjoitettu myönteisiä juttuja erilaisissa lehdissä, ja niissä levitettiin viestiä, että työnantaja haluaa panostaa työntekijöihin. Koska uusia työntekijöitä oli saatu hyvin ja poislähteneitäkin oli tulossa takaisin, arveltiin, että hankkeesta viestiminen oli saattanut vaikuttaa tähän.

### ***Hankkeesta saatu kokonaishyöty***

Kaikki organisaatiot arvioivat hyötynensä hankkeesta itse maksettujen kustannuksien enemmän. Kustannuksia oli tullut aloitusmaksusta (15 euroa per henkilö), ja kaikki organisaatiot olivat maksaneet ainakin jonkin verran tulospalkkiota hankkeen jossain vaiheessa. Omia kustannuksia oli tullut myös esimerkiksi tilavuokrasta, matkoista ja päivärahoista, käytetystä työajasta ja organisaation omien tietojärjestelmien ja hankkeessa käytetyn terveysjohtamisen järjestelmän yhdistämisestä.

Organisaatioiden edustajat kuvasivat hankkeesta saatuina hyötyinä (mahdollisesti vähentyneiden sairauspoissaolojen ja sijaiskustannusten ohella) saadut palvelut, joita ei olisi pystytty tuottamaan omin voimin tai työterveyshuollossa (terveyspuhelein, terveysjohtamisen järjestelmä). Hankkeessa oli saatu myös valmennuksia ja muuta ryhmä- ja yksilömuotoista tukea, joita olisi muutoin pitänyt hankkia omalla rahalla. Koettiin myös, että hankkeessa säästyttiin palvelujen kilpailuttamisen vaivalta, eikä välttämättä olisi saatu kilpailuttamalla yhtä edullisia hintoja. Hyötynä nähtiin sekkin, että erilaiset valmennukset saatiin samoilta palveluntuottajilta, mikä turvasi kehittämisen jatkuvuuden hankkeen aikana. Hanke oli innostanut ja antanut tukea oman toiminnan kehittämiseen. Hankkeeseen panostaminen nähtiin myös investointina henkilöstön terveyteen ja hyvinvointiin. Henkilöstön kokemus, että työnantaja haluaa panostaa henkilöstön hyvinvointiin, nähtiin tuloksena, jota ei voi mitata rahalla.

Palveluntuottajien mukaan sairauspoissaolojen valinta hankkeen vaikuttavuuden ai-noaksi indikaattoriksi aiheutti sen, että hankkeen tulokset näyttävät vaatimattomilta, vaikka organisaatiot olivat omankin kokemuksensa mukaan saaneet hankkeesta pal-jon enemmän hyötyä. Myös hankkeen asiamiehen ja hallinnoijan edustajat uskoivat, että työhyvinvoinnin parantaminen johtamista kehittämällä näkyy jatkossa pienem-pinä sairauspoissaoloina, vaikkakin käytännössä voi olla vaikea erotella sen osuutta monien poissaoloihin vaikuttavien tekijöiden joukossa. Haastateltujen mukaan alus-sa arvioitiin, että kolme vuotta olisi sopiva aika siihen, että työyhteisöissä saadaan ai-kaan pysyviä muutoksia, ja että sijoittajatkin jaksavat odottaa.

Haastateltujen mukaan tästä hankkeesta on opittu, että on pohdittava tarkemmin, mitä mitataan ja kuinka realistista tuloksen saavuttaminen on. Asiamiehen mukaan olisi ollut järkevää, että vaikuttavuuden arvioinnissa sairauspoissaolot olisivat paina-neet esimerkiksi vain 50% ja mukana olisi ollut myös laadullisia indikaattoreita. Hank-keen arviointia varten olisi ollut myös hyödyllistä nimetä kullekin organisaatiolle eri palveluntuottajat, jotta olisi voitu vertailla, kenen ja mitkä interventiot ovat vaikutta-via. Tässä hankkeessa haluttiin kuitenkin tarjota kaikille organisaatioille samanlainen kokonaisvaltainen palvelupaketti.

## 5.2 Organisaatiolle räätälöityjen palvelumallien (intervention) toteutettavuus ja toteutus

Hankkeen loppuvaiheessa haastatellut TyHy-SIB -hankkeen asiamiehen ja hallin-noijan edustajat kuvasivat ja arvioivat toteutunutta hanketta yleensä sekä erityises-ti SIB-mallin näkökulmasta. Hankkeen palveluntuottajat kuvasivat ja arvioivat omis-sa haastatteluissaan toimintaansa ja sen perusteluja neljässä kohdeorganisaatiossa. Kahta hankkeessa eniten mukana ollutta palveluntuottajaa pyydettiin arvioimaan myös SIB-mallia ja sen ideoiden toteutumista tässä hankkeessa. Organisaatioiden edustajat kuvasivat ja arvioivat haastatteluissaan ja työpajoissaan omia odotuksiaan ja toteutunutta toimintaa.

Hankkeen toteutettavuuden ja toteutuksen arvioinnissa hyödynnettiin Intervention Mapping (IM) -työkalua (Bartholomew ym. 2016), joka ohjaa vaikuttavan interven-tion suunnitteluun ja arviointiin. Tässä luvussa peilataan kerätyn aineiston perusteel-la koko TyHy-SIB -hanketta ja erityisesti sen toteutusta kohdeorganisaatiossa näihin suosituksiin.



### 5.2.1 Hankkeen tarve, tavoitteet ja kohderyhmä

Vaikuttavan intervention suunnittelu aloitetaan määrittelemällä tarkasti intervention fokus: mihin kohderyhmän elämänlaadussa olevaan vajeeseen halutaan vaikuttaa tai miten halutaan parantaa kohderyhmän hyvinvointia (Bartholomew ym. 2016). Suunnittelun alussa luodaan oleellisen tutkimus- ja kokemustiedon perusteella ns. looginen malli kohteena olevasta ongelmasta ja siihen vaikuttavista yksilö- ja ympäristötason tekijöistä. Loogisen mallin luominen edellyttää tarvekartoitusta, jotta saadaan selville epäsuhta nykyisen ja toivotun tilanteen välillä suunnitellussa kohderyhmässä. Kartoituksen tavoitteena on myös luoda perusteellinen kuva kohderyhmästä ja sen kontekstista. Kartoituksessa suositellaan käytettäväksi sekä määrällistä että laadullista tietoa: onko ajateltu kohderyhmä juuri eniten hankkeen tarpeessa? Mikä on intervention kohteena olevan ongelman merkitys tässä kohderyhmässä? Millaisia voimavaroja kohderyhmällä on hankkeessa tavoiteltavan muutoksen toteuttamiseen? Millaisia muutosta edistäviä ja estäviä tekijöitä on kohderyhmän välittömässä sosiaalisessa ja fyysisessä ympäristössä sekä laajemmin politiikka- ja yhteiskunnan tasolla?

Intervention tavoitteet määritellään valitun tason mukaan muutoksiksi kohderyhmän elämänlaadussa/hyvinvoinnissa tai niihin vaikuttavissa tekijöissä. Suunnitteluvaiheessa määritellään myös valitun kohderyhmän osalta, minkä suuruista muutosta odotetaan, millaisin mittarein havaittuna ja missä ajassa. Näihin kohdistuu myöhemmin ohjelman arviointi: miten saavutettiin hankkeelle asetetut tavoitteet.

#### ***TyHy-SIB -hankkeen tarve, tavoitteet ja kohderyhmien rekrytointi***

TyHy-SIB -hanke lähti liikkeelle asiamiehen (Sitra) tavoitteesta kokeilla Suomessa SIB-mallia, jossa julkinen sektori ostaisi palveluja tulosperusteisesti sen sijaan, että maksetaan suoritteista. SIB-mallin toisena keskeisenä periaatteena on, että yhteiskunnallisia ongelmia ehkäistään enemmän ennalta. Tähän tarvitaan ulkopuolista rahaa, jonka SIB-malli mahdollistaa.

Koska kyseessä oli SIB-mallin ensimmäinen suomalainen kokeilu, TyHy-SIB -hanke ei käynnistynyt puhtaasti SIB-mallin vaihekaavion (ks. kuva 4, luku 1.2.) mukaisesti. Lähtökohtana ei ollut selkeä etukäteen tunnistettu yhteiskunnallinen ongelma, vaan haastateltujen asiamiehen ja hallinnoijan edustajien mukaan hankkeen tarvetta ja fokusta hahmoteltiin suunnittelun aikana. Fokus täsmentyi ennen aikaisen eläköitymisen vähentämisestä työhyvinvoinnin edistämiseksi. Hankkeen taustaksi tehdyn markkina-analyysin ja asiantuntijahaastattelujen perusteella ennen aikaisen eläköitymisen kaksi suurinta syytä olivat mielenterveysongelmat ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Ajatuksena oli, että näitä voidaan vähentää edistämällä työhyvinvointia ja työkykyä.



Hankkeen tarkemman linjauksen perustaksi hankkeen asiamiehen edustaja haastatteli asiantuntijoita, joilta pyydettiin näkemyksiä muun muassa työhyvinvoinnin edistämisen tilasta Suomessa sekä keskeisistä työhyvinvoinnin kehittämiseen liittyvistä tekijöistä. Haastatteluissa tuli esille, että työhyvinvoinnin kehittämisen nimissä työpaikoille myydään usein vain sairaanhoitoa, kun taas lakisääteinen työhön liittyvien ongelmien ja haittojen ja sairauksien ehkäisy jää vähemmälle. Toiminta on myös hyvin yksilökeskeistä. Havaintona oli myös, että palveluntuottajien toimintatavat perustuvat harvoin tutkittuun tietoon.

Hankkeen tavoitteeksi asetettiin työhyvinvoinnin ja tuottavuuden edistäminen. Tuottavuuden edistäminen jäi kuitenkin pian pois virallisesta tavoitteesta. Hankkeen tavoitteiksi määrittyi tässä vaiheessa:

- 1) Vähentää sairauspoissaoloja ja niihin liittyviä suorja ja epäsuoria kustannuksia.
- 2) Toteuttaa ennaltaehkäisevää, proaktiivista ja tuloksellista työkykyjohtamista.
- 3) Koota asiakkaalle valmiiksi helppo, laadukas, vaikuttava ja vähäriskinen palvelukokonaisuus, joka sisältää metodin ja työkalut työhyvinvoinnin tasokorotukseen yhteisö- ja yksilötasolla.
- 4) Löytää Suomeen tuloksiin sidottava toimintamalli, jolla yhteiskunnallisesti merkittäviä haasteita voidaan ratkaista yksityisellä rahoituksella.

Hankkeen edetessä tavoitteeksi pelkistyi sairauspoissaolojen väheneminen. Palveluntuottajat kertoivat, että rekrytointivaiheessa heitä pyydettiin esittelemään toimia, joilla voidaan vähentää sairauspoissaoloja. Tavoitteen kapenemiseen on vaikuttanut ilmeisesti se, että työhyvinvoinnin lisääntymisen indikaattoriksi valittiin alun perin sairauspoissaolojen väheneminen. Palveluntuottajat painottivat kuitenkin haastatteluisaan hankkeen tavoitteita eri tavoin. Jotkut korostivat muita enemmän hyvinvoinnin edistämistä hankkeen tärkeänä yhteiskunnallisena tavoitteena ja arvokkaana itsessään, ei vain keinona alentaa sairauspoissaoloja.

Hankkeen aikana ei mitattu muutosta työhyvinvointiin/sairauspoissaoloihin mahdollisesti vaikuttavissa tekijöissä, eikä palveluntuottajillekaan asetettu mittauspalveluita. Näin ollen hankkeessa ei myöskään laadittu spesifejä tavoitteita, minkä tulisi muuttua, kenen toiminnassa, kuinka paljon ja missä ajassa, jotta sairauspoissaolot alenisivat toivotusti. Kukin palveluntuottaja oli vastuussa oman toimintansa suunnittelusta ja toteutuksesta.

Haastatellun asiamiehen edustajan mukaan hankkeen kohderyhmäksi valittiin julkisen sektorin organisaatiot, koska niissä tiedettiin olevan enemmän sairauspoissaoloja kuin yksityisellä sektorilla. Koska julkinen sektori toimii verorahoitteisesti, tässä kohderyhmässä ajateltiin myös toteutuvan selkeimmin SIB-ajattelun periaate tuottaa



yhteiskunnallista hyvää. Kohdeorganisaatioiden rekrytointi oli haasteellista ensinnäkin siksi, että kuntien päättäjät olivat monessa tapauksessa haluttomia maksamaan suurelta tuntuvaa tulospalkkiota, vaikka virkamiehet näkivät, että ennaltaehkäisevään toimintaan panostaminen olisi järkevää, ja että sairauspoissaolokuluihin menee jo paljon rahaa. Hankkeen opiksi nähtiinkin, että tulospalkkion suuruus kannattaisi räätälöidä organisaatiokohtaisesti, kun tässä se oli kaikilla 175 euroa per henkilö. Kuntien päättäjät saattoivat kieltäytyä hankkeesta myös siksi, että uskoivat kykenevänsä edistämään työhyvinvointia yhtä hyvin omin keinoin. Osa palveluntuottajista arvioi, että kieltäytymisen syynä oli ollut kaikille tarjottu samanlainen palvelupaketti, jossa ei huomioitu organisaation omia erityistarpeita ja -toiveita. Kieltäytymistä selittäviksi tekijöiksi arvioitiin myös haluttomuus käyttää yksityisen sektorin palveluntuottajia, työterveyshuollon epäselvä rooli hankkeessa sekä kokemus, että sairauspoissaolojen vähenemisen tuoma säästö ei kuitenkaan hyödyttäisi suoraan organisaatiota, vaan se menisi "kunnan laariin".

Haastattelujen ja työpaja-aineistojen perusteella päätöksen hankkeeseen osallistumisesta oli tehnyt organisaatiosta riippuen esimerkiksi kunnanhallitus tai organisaation johtoryhmä. Alustavaan keskusteluun hankkeeseen liittymisestä oli osallistunut laajempi joukko, esimerkiksi kunnanjohtaja, hallintojohtaja, henkilöstöpäällikkö ja osallistuvan yksikön johtaja ja yhteistoimintaryhmä, johon kuului myös henkilöstön edustaj(i)a. Organisaatioiden henkilöstö ei ollut osallistunut tähän vaiheeseen. Kohdeorganisaatioiden tarpeita ei selvitetty perusteellisesti siinä vaiheessa, kun niitä on pyydetty liittymään hankkeeseen.

### ***Hankkeen tarpeet, tavoitteet ja kohderyhmät organisaatioissa***

Haastattelujen ja työpaja-aineistojen perusteella organisaatiokohtaisten tarpeiden määrittely oli vaihdellut kussakin yksikössä, ja palveluntuottajat eivät osallistuneet siihen yhteisenä joukkona. Organisaatioita pyydettiin toimittamaan tietoa esimerkiksi sairauspoissaoloista ja niiden kustannuksista. Tarpeita kysyttiin haastatteluissa organisaatioiden johdolta ja johtoryhmiltä. Henkilöstöä ei kuultu tässä vaiheessa. Esille nousseita tarpeita käytettiin systemaattisimmin kunkin kartoittajan omien palvelujen sisällön suuntaamiseen. Palveluntuottajien mukaan tarpeiden kartoitus oli kehittynyt hankkeen kuluessa, ja viimeisenä mukaan lähteneessä organisaatiossa oli kuultu johtoa, esimiesten ja henkilöstön edustajia sekä työterveyshuoltoa.

Palveluntuottajat kartoittivat tarkimmin omien palveluidensa kohderyhmien tarpeita. Työntekijöiden fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin tarpeita selvitettiin alkukyselyin ja -mittauksin. Johdon tuen tarpeita selvitettiin ennen heidän valmennuksensa alkua. Esimiesten tuen tarpeita kysyttiin valmennusten alkaessa ja kuluessa. Osa palvelun-



tuottajista oli saattanut selvittää myös kohderyhmien omia voimavaroja hankkeessa tavoiteltujen muutosten toteuttamiseen.

Taulukossa 1, liitteessä 1 nähdään, että organisaatioiden edustajat ja palveluntuottajat kuvasivat hankkeen alkuvaiheen haastatteluisa keskenään pääosin samanlaisia tarpeita ja tavoitteita. Kahdessa organisaatiossa neljästä sekä organisaatioiden edustajat että palveluntuottajat kuvasivat keskeisenä tarpeena sairauspoissaolojen vähentämisen. Sen sijaan palveluntuottajat kuvasivat sairauspoissaolot ongelmana kahdessa muussakin organisaatiossa, mutta organisaatioiden edustajat eivät olleet niistä itse huolissaan hankkeen alkaessa. Yhdessä haastattelussa tuotiin esille, että sairauspoissaolojen radikaali väheneminen ei olisi heidän organisaatiossaan edes mahdollista, koska henkilöstö tekee työtään jo hyvin tunnollisesti ja osa tulee jopa sairaana töihin. Pitkien sairauslomien taustalla katsottiin puolestaan olevan vakavia sairauksia, joita on mahdotonta ehkäistä tällaisella hankkeella. Osassa organisaatioista TyHy-SIB-hankkeen kiinnostavana piirteenä nähtiinkin ihmislähtöinen ajattelu ja nimenomaan henkilöstön työhyvinvoinnin tukeminen. Vaikka hankkeen tavoitteena oli sairauspoissaolojen ja niiden myötä organisaatioiden kustannusten vähentäminen, nämä nähtiin kuitenkin vain mahdollisena hyvänä lopputuloksena.

Organisaatioiden edustajat ja palveluntuottajat olivat haastattelujen perusteella melko yksimielisiä työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen/työkyvyn haasteista kussakin organisaatiossa. Palveluntuottajat eivät kuitenkaan nähneet mahdolliseksi vaikuttaa hankkeen avulla kaikkiin organisaatioiden esittämiin työhyvinvoinnin ongelmiin, esimerkkinä lisääntynyt kiire työssä tai sisäilmaongelmat. Kolmessa organisaatiossa neljästä palveluntuottajat kuvasivat ongelmia, joita organisaation edustajat eivät itse nostaneet esiin haastatteluisa tai työpajoissa. Tällaisia palveluntuottajien näkemisiä asioita olivat puutteellinen (työkyky)johtaminen ja esimiestyö. Palveluntuottajat olivat osin myös erimielisiä keskenään organisaatioiden työhyvinvointiin tai työssä jaksamiseen vaikuttavista tekijöistä. Yhdessä organisaatiossa toinen palveluntuottaja näki puutteita johtamisessa, kun toisen mukaan tilanne oli toimiva.

Sairauspoissaolojen väheneminen asetettiin tavoitteeksi kaikissa organisaatioissa. Organisaatiot eivät määritelleet tarkasti, minkä suuruista muutosta ne tavoittelevat nimenomaan tämän hankkeen avulla. Osa palveluntuottajista ilmoitti haastattelussa vähenemiselle myös tarkan määrällisen tavoitteen, mikä organisaatioiden edustajien mukaan ei kuitenkaan ollut realistinen.

Työhyvinvoinnin tai työssä jaksamisen lisääntyminen mainittiin tavoitteena kolmessa organisaatiossa, ja kahdessa tapauksessa myös palveluntuottajien kuvaamana. Kumpikaan osapuoli ei määritellyt spesifisti, minkä suuruista muutosta tavoiteltiin jolla-





kin mittarilla (muun muassa työhyvinvointikysely, työolobarometri) arvioituna. Kaksi organisaatiota on tavoitellut lisäksi parempaa työkykyjohtamista (mukaan lukien esimiestyö), ja palveluntuottajat mainitsivat saman tavoitteen. Osa organisaatioiden edustajista kuvasi myös tavoitteita, joita palveluntuottajat eivät maininneet, esimerkiksi työn tuottavuuden lisääntyminen ja työterveyskustannusten pieneneminen. Palveluntuottajat määrittelivät puolestaan joillekin organisaatiolle tavoitteita, joita niiden edustajat eivät maininneet, kuten esimiestyön paraneminen. Palveluntuottajien kuvaukset kunkin organisaation tavoitteista olivat myös osin keskenään erilaisia.

Kahdessa organisaatiossa hanke toteutettiin vain muutamassa kunnan yksikössä. Organisaatiot olivat määritelleet hankkeen tavoitteeksi näissä pilottiyksiköissä opittujen käytäntöjen levittämisen koko kuntaan. Myös palveluntuottajat mainitsivat tämän tavoitteen toisessa näistä organisaatioista.

Organisaatioille tehdyn kyselyn perusteella tärkeimpinä tavoitteina pidettiin henkilöstön työhyvinvoinnin paranemista työpaikalla, jota 84 % vastanneista piti erittäin tärkeänä, ja esimiesten osaamisen lisääntymistä työntekijöiden työkyvyn tukemisessa, jota 80 % piti erittäin tärkeänä.

Haastattelujen ja työpaja-aineistojen perusteella hankkeen kohderyhmät olivat samanlaiset kussakin organisaatiossa. Palveluntuottajat ja heidän hankkeessa tarjoamansa palvelut oli sovittu jo ennen organisaatioiden liittymistä, joten kohderyhmätkin olivat määrittyneet ennakolta tarjottavien palvelujen perusteella. Hankkeessa oli päätetty tarjota kussakin organisaatiossa valmennusta ja ryhmä- sekä yksilötukea johdolle ja esimiehille sekä fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin kartoitusta kaikille työntekijöille. Erityisen työkyvyn tuen tarpeessa oleville tarjottiin myös ryhmä- ja yksilötukea. Osa tuesta tarjottiin verkko-ohjelmina. Lisäksi työterveysyhteistyön kehittäminen oli hankkeessa kaikille tarjottava palvelu.

Organisaatioiden edustajat painottivat haastatteluissaan joitakin kohderyhmiä muita enemmän. Kun organisaation omana keskeisimpänä tavoitteena oli sairauspoissaolosten selkeä väheneminen, tärkeimpänä kohderyhmänä nähtiin henkilöt, joiden työkyky oli jo vaarantunut. Tällöin korostettiin, että hankkeen tarkoituksena ei ollut tarjota paljonkaan muille. Kun hankkeen tavoitteeksi nähtiin ennen kaikkea esimiestyön kehittäminen, katsottiin että hanke oli suunnattu pääasiassa esimiehille. Palveluntuottajatkin painottivat kohderyhmiä eri tavoin, ymmärrettävästi omista palveluistaan käsin. Osa kohdeorganisaatioiden henkilöstöstä oli kaikesta huolimatta odottanut olevansa keskeistä kohderyhmää. Oli odotettu esimerkiksi, että koko henkilöstö saa hankkeen aikana kuntovalmennusta riippumatta lähtötasostaan.

### 5.2.2 Hankkeen suunnittelu

Interventioiden suunnittelussa suositellaan hyödynnettävän riittävän monipuolista asiantuntemusta (Bartholomew ym. 2016). Suunnittelussa tarvitaan henkilöitä, joilla on tietoa kohderyhmästä ja sen tarpeista. Kohderyhmän edustajien mukanaololla jo suunnitteluvaiheessa vältetään ylhäältä alas – lähestymistapaa ja varmistetaan, että tavoiteltavat vaikutukset ovat merkityksellisiä kohderyhmälle.

Suunnitteluvaiheen alussa luodaan relevantin tutkimus- ja kokemustiedon perusteella ns. looginen malli fokuksessa olevasta ongelmasta, siihen liittyvästä tekijöistä ja niihin vaikuttamisen keinoista. Mallissa kuvataan biologisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä, joiden on havaittu olevan yhteydessä yksilöiden toimintaan. Mallissa kuvataan myös ympäristötekijöitä (henkilöiden väliset, yhteisötason, organisaatiotason ja yhteiskuntatason tekijät), joiden on todettu liittyvän fokuksessa olevaan ongelmaan. Lisäksi mallissa kuvataan teoria- ja evidenssiperustaiset interventiomenetelmät ja niiden käytännön sovellukset. Suunnitteluryhmän tärkeitä jäseniä olisivat siten myös oleellisten tieteenalojen edustajat sekä tutkijat/kehittäjät, joilla on kokemusta saman tyyppisestä hankkeesta. Interventioissa tulisi priorisoida fokuksessa olevaan ilmiöön vaikuttavia tekijöitä, jotka ovat sekä hyvin merkityksellisiä ja joihin tiedetään voitavan vaikuttaa. Innovatiivisiin kokeiluhankkeisiin voidaan sisällyttää myös merkittäviä tekijöitä, joihin tiedetään aiemman tutkimuksen perusteella olevan vaikea vaikuttaa.

Suunnitteluvaiheessa arvioidaan myös, millaiset tekijät voivat vaikuttaa hankkeen hyväksymiseen (adoption) ja toteutettavuuteen (feasibility) kohderyhmissä ja yhteistyökumppaneissa (Bartholomew ym. 2016). Keskeisiä kysymyksiä ovat esimerkiksi: Ovatko hankkeen tavoitteet kohderyhmälle merkityksellisiä? Mikä motivoisi tavoiteltuja kohderyhmiä osallistumaan? Millaiset aktiviteetit heitä kiinnostavat tai mihin heidän on mahdollista/helppo osallistua työnsä puolesta? Millaista sitoutumista edellytetään, ja mihin ollaan valmiita? Miten muunneltavissa ja räätälöitävissä hanke on kohderyhmien tarpeiden mukaan? Millaiset organisaation vallitsevat käytänteet ja kannustimet voivat edistää tai haitata hanketta? Millainen valmius johdolla ja henkilöstöllä on tavoitella muutoksia, jos organisaatioissa on (ollut) meneillään muitakin muutoksia samaan aikaan?

#### ***TyHy-SIB -hankkeen suunnittelu***

Hankkeen asiamiehen edustaja haastatteli suunnitteluvaiheessa noin 50 henkilöä, muun muassa tutkijoita, kehittäjiä, työeläkevakuuttajia, ministeriöiden asiantuntijoita, yritysten ja organisaatioiden edustajia, jotka esittivät tutkimus- ja kokemustietoa työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä ja keinoista vaikuttaa näihin tekijöihin. Haastattelujen perusteella tärkeäksi nähtiin muun muassa seuraavat asiat (Hilli ym. 2014).



Työhyvinvoinnin/työkyvyn edistämistä on tarkasteltava kokonaisuutena, johon liittyvät yhteiskunta, yritys ja yksilö. Työhyvinvoinnin edistämiseen tarvitaan työkykyjohtamista, ja johdon ja esimiesten toiminta on keskeistä. Tulisi tunnistaa ennakoivilla mittareilla erilaiset riskiryhmät ja kohdistaa toimia niiden mukaan. Tuloksellinen työhyvinvoinnin edistäminen edellyttää johdon sitoutumista, pitkäjänteisyyttä, organisaatiokohtaisia tarvekartoituksia, tavoitteita ja sisältöjä, yhteisö- sekä yksilönäkökulmien huomioimista sekä seurantajärjestelmää. Toiminnan tuloksellisuuden mittaamiseksi tarvitaan erilaisia indikaattoreita, joiden avulla voitaisiin saada esille kattavammin eri vaiheiden muutoksia.

Haastattelut suuntasivat hankkeen suunnittelua, mutta hankkeelle ei luotu varsinaista loogista mallia työhyvinvointiin liittyvistä tekijöistä ja niihin vaikuttamisen keinoista. Hankkeen tavoitteeksi muuttui käytännössä jo hankkeen alkuvaiheessa sairauspoissaolojen vähentäminen. Työhyvinvoinnin ja sairauspoissaolojen katsottiin olevan yhteydessä toisiinsa ensinnäkin siten, että työntekijä voi uuvuttaa itsensä työssä fyysisesti tai henkisesti niin, ettei hän ole enää työkykyinen. Sen lisäksi ajateltiin, että töistä ollaan pois myös muista kuin terveyssyistä tai jäädään helpommin pois pienistäkin vaivoista, jos työhyvinvointi on heikentynyt.

Hankkeen hallinnoija ei osallistunut hankkeen sisällön suunnitteluun, eivätkä rahoittajat myöskään ottaneet kantaa hankkeen sisältöön. Asiamiehen edustaja tapasi hankkeen suunnitteluvaiheessa useita palveluntuottajia ja pyysi heitä esittämään luotettavia tuloksia aiempien toimien vaikutuksesta työhyvinvointiin ja/tai työkykyyn. Kellään kontaktoiduista ei ollut esitettävänä täysin vakuuttavaa näyttöä, mutta valituksi tuli neljä palveluntuottajaa, jotka voisivat parhaimmillaan täydentää toisiaan, koska ne edustivat erilaista asiantuntemusta: Aino Health Management (terveystietojärjestelmät ja terveysjohtaminen), Headsted (mielenterveyden verkko-ohjelmat), Coronaria Tietotaito Oy (aiemmin Tietotaito Group Oy, työ- ja organisaatiopsykologia johtamisen ja työterveyshuollon rajapinnassa) ja Trainers' House (johtajien ja esimiesten kouluttaminen). Hankkeen ajatuksena oli, että kukin organisaatio saa työhyvinvointiin tarvittavan asiantuntemuksen ns. yhdeltä luukulta.

### ***Hankkeen organisaatiokohtainen suunnittelu***

Haastattelujen ja työpaja-aineistojen perusteella hankkeessa toteutettavan toiminnan suunnitteluun osallistui organisaatiosta riippuen sen johtoa ja palvelu- tms. päälliköitä, henkilöstöhallinnon edustajia (muun muassa henkilöstöpäällikkö, työsuojelupäällikkö, työhyvinvointi- tai työkykykoordinaattori) ja henkilöstön edustajina esimerkiksi työsuojeluvaltuutettu ja päluottamusmies. Koko henkilöstö ei osallistunut laajemmin hankkeen sisällön ja toiminnan suunnitteluun, mutta suun-



nitteluryhmissä oli kuitenkin henkilöstön edustaj(i)a, joilla on tietoa kohderyhmän-  
sä tarpeista ja kiinnostuksen kohteista. Suunnittelussa keskeisesti mukana olleil-  
la työhyvinvointi- tai työkykykoordinaattoreilla oli tietoa sekä valtaa ja resursseja  
hankkeen toteuttamiseen. Heillä oli myös mahdollisuus, ja haastattelujen perus-  
teella innostusta, sitoutua hankkeen tulosten levittämiseen ja juurruttamiseen sen  
päättymisen jälkeenkin.

Työterveyshuolto on työpaikkojen keskeinen yhteistyökumppani sairauspoissaoloi-  
hin ja työhyvinvointiin vaikuttamisessa, mutta kohdeorganisaatioita palvelevia työ-  
terveyshuoltoja ei pyydetty osallistumaan hankkeen suunnitteluun. Yhtenä perus-  
teluna organisaation edustajat esittivät, että heillä ei ollut hankkeen alkuvaiheessa  
riittävän selkeää käsitystä hankkeesta kokonaisuutena, jotta he olisivat osanneet näh-  
dä, mitä hyötyä olisi ollut työterveyshuollon kytkemisestä heti mukaan. Toisena pe-  
rusteluna esitettiin, että työterveysyhteistyö ei ollut hankkeen alkaessa koordinoitua,  
jos monipaikkaista organisaatiota palvelivat useat työterveyshuollon palveluntuotta-  
jat. Hankkeen palveluntuottajien mukaan jotkut (yksityiset) työterveyshuollon palve-  
luntuottajat suhtautuivat varsinkin hankkeen alkuvaiheessa kielteisesti yhteistyöhön,  
koska hanke koettiin kilpailevaksi toiminnaksi. Yhteistyö oli yleensä kuitenkin suju-  
nut myöhemmin hyvin, kun hankkeen toiminta alkoi ja työterveyshuollon ja työpai-  
kan rooleja ja vastuita selkeytettiin osana hankkeen palveluja. Työterveyshuolto näki  
parhaassa tapauksessa hankkeen voimavaraksi myös itselleen.

Koko henkilöstö osallistui ensimmäisen kerran hankkeeseen alkuvaiheen infotilaisuu-  
dessa. Organisaatioissa järjestettiin tarvittaessa useampia tilaisuuksia, myös eri paik-  
kakunnilla, jotta kaikki voisivat osallistua omien työvuorojensa puitteissa. Tilaisuus oli  
saatettu myös videoida katsottavaksi organisaation intrassa. Henkilöstölle kerrottiin  
infotilaisuudessa hankkeen taustasta, tavoitteista ja tarjottavasta toiminnasta sekä  
vastattiin kysymyksiin. Organisaatioille tehdyn kyselyn perusteella infotilaisuuksiin ei  
kuitenkaan osallistuttu kovin aktiivisesti. Kyselyyn vastanneista 62 % ilmoitti osallis-  
tuneensa. Kaikki palveluntuottajat eivät osallistuneet infotilaisuuksiin, vaan joku muu  
esitteli heidänkin palvelunsa. Viimeisenä mukaan tullessa organisaatioissa infotilai-  
suuteen oli osallistunut vain viidennes henkilöstöstä. Henkilöstön edustajia (muun  
muassa luottamusmiehet) oli kuitenkin osallistunut infoihin, ja heidän uskottiin vie-  
neen tietoa eteenpäin työyhteisöissä.

Hanke oli haastattelujen ja työpajojen perusteella herättänyt pääosin myönteisiä  
odotuksia henkilöstössä, varsinkin kun hankkeen nimestä, "Työhyvinvointi-SIB", oli  
syntynyt mielikuva, että hankkeessa kaikille tarjotaan enemmän palveluja. Kun oi-  
keaa tietoa saatiin hankkeen kuluessa, moni oli myös pettynyt. Joissakin organisa-  
atioissa ja/tai kohderyhmissä hanke oli alkuvaiheessa herättänyt myös epäilyjä. Osa



henkilöstöstä ei innostunut hankkeesta, jos oli jo väsyttynyt monenlaisiin muutoksiin ja kehittämistoimiin työpaikalla. Oli saatettu myös turhautua aiempiin hyvinvoinnin edistämisen hankkeisiin ja/tai niiden tuloksiin. Henkilöstön kokemuksen mukaan infotilaisuuksissa olisi kaivattu enemmän tietoa, mitä hyötyä hankkeesta olisi juuri tälle organisaatiolle ja henkilöstölle. Palveluntuottajat kertoivatkin parantaneensa infotilaisuuksia hankkeen edetessä.

Kun suurin osa kohderyhmästä (henkilöstö) ei osallistunut hankkeen suunnitteluun omissa organisaatioissaan, työpajoissa mukana olleet kertoivat, että hanke oli jäänyt lopulta monelle vieraaksi tai he eivät olleet edes huomanneet sitä arjessaan. Sitoutuminen hankkeeseen oli jäänyt vajavaiseksi, eikä siitä ole tullut ”meidän oma juttu”. Tämä koski varsinkin niitä, jotka eivät kuuluneet keskeisiin kohderyhmiin, esimerkiksi niihin, jotka saivat alkumittausten perusteella kunto- tai elämäntapavalmennusta. Jos organisaatiossa oli ollut meneillään muitakin työhyvinvoinnin edistämisen hankkeita, ei välttämättä erotettu, mikä toiminta liittyi mihinkin. Henkilöstö oli myös kokenut hankkeen olleen suunnattu enemmän esimiehille. Esimiehet kertoivat puolestaan, etteivät osanneet viedä tietoa työntekijöilleen, jos heilläkään ei ollut selkeää kokonaiskuvaa hankkeesta. Jos organisaation hankkeiden koettiin olevan ylipäättään ”ylhäältä annettuja”, tämäkään hanke ei ollut tehnyt poikkeusta.

Organisaatioiden edustajat kuvasivat haastatteluissaan ja työpajoissaan, miksi he innostuivat nimenomaan SIB-hankkeesta. Haastateltujen odotukset perustuivat lupauksiin, joita heille oli annettu siinä vaiheessa, kun hanketta esiteltiin ja toivottiin organisaation lähtevän mukaan. Odotukset ja muistetut lupaukset vaihtelivat organisaatiosta riippuen. Hankkeelta odotettiin lupauksen perusteella, että palveluntuottajat auttavat organisaation tarpeiden määrittelyssä ja räätälöivät palvelut tarpeiden mukaan. Palveluiden odotettiin kohdistuvan nimenomaan niille henkilöstöryhmille, jotka niitä eniten tarvitsevat. Näin toivottiin saatavan tukea kunkin organisaation yksilölliseen tilanteeseen. Hankkeessa innosti myös usean palveluntuottajan yhteistyö, jonka luvattiin tuottavan tukea ”uudella tavalla laajalla rintamalla”.

Organisaatioiden edustajien odotukset eivät toteutuneet optimaalisesti. He kuvasivat kehittämisehdotuksina erilaisia hankkeen hyväksymiseen ja toteutettavuuteen liittyviä tekijöitä (vrt. Bartholomew ym. 2016). Näkemysten mukaan hankkeessa olisi tarvittu erillinen suunnittelujakso, jossa olisi kartoitettu organisaation tilanne, kysytty organisaation edustajien toiveita, määritelty ja konkretisoitu niiden pohjalta hankkeen tavoitteet sekä kirjoitettu selkeä suunnitelma, mitä hankkeessa tullaan tekemään. Koettiin, että organisaatioihin oli tuotu pääasiassa valmis toimintakonsepti ja palvelut selvittämättä riittävästi etukäteen, miten ne sopivat organisaatioon tai sen tapaan toimia. Vaikka valmis malli ja palvelupaketti oli toisaalta innostanut alun



perin organisaatioita liittymään hankkeeseen, olisi kuitenkin haluttu vaikuttaa enemmän sen sisältöön. Haastatellut kokivat myös, ettei heillä ollut alkuvaiheessa riittävästi tietoa ja kokonaisnäkemyksiä hankkeesta. Viimeisenä mukaan liittyneen organisaation edustajat kertoivat sen sijaan, että hanke ei ollut heille erillistä ulkoa tuotua toimintaa, vaan integroitui hyvin jo aiemmin tehtyyn kehittämistyöhön ja yhteistyöhön muun muassa työterveyshuollon kanssa.

Organisaatioiden edustajat arvioivat myös, että koko henkilöstöä olisi kannattanut osallistaa jo suunnitteluvaiheessa, esimerkiksi keräämällä heiltä kokemuksia ja näkemyksiä työn arjesta. Nyt hyödynnettiin pääasiassa vain organisaatioiden omia työhyvinvointi- tms. kyselyiden tuloksia. Haastatellut arvioivat, että henkilöstön parempi osallistaminen tai ainakin perehdyttäminen hankkeen sisältöön jo käynnistämävaiheessa olisi voinut tuoda sen läheisemmäksi. Tarjotut palvelut olisi myös ehkä otettu paremmin vastaan. Hankkeen viestintä ja markkinointi organisaation sisällä jäi joissakin organisaatioissa vähäiseksi, jos palveluntuottajilla ja organisaation vastuhenkilöillä ei ollut yhteistä käsitystä siitä, kenen vastuulla tämä toiminta on.

Hankkeen asiamiehen ja hallinnoijan edustajien mukaan yksi TyHy-SIB -hankkeen oppi on, että mukaan tulevien organisaatioiden tarpeet pitäisi analysoida hyvin ja valita vasta sitten niihin sopivat palvelut ja tuottajat, joita voitaisiin vaihtaa hankkeen edetessä tarpeen mukaan tai jos odotettua tulosta ei synny. Organisaatioiden pitäisi ylipäätään saada osallistua enemmän. Hankkeissa mukana olevat palveluntuottajat olisi saatava tekemään parempaa yhteistyötä. Vaikuttavan intervention suunnittelun näkökulmasta (Bartholomew ym. 2016) kehittämistarpeeksi voidaan nostaa myös sen varmistaminen, että palveluntuottajien ja kohderyhmien käsitykset tarpeista ja tavoitteista vastaavat toisiaan, myös odotetun muutoksen suuruuden osalta. Kohderyhmien tarpeiden kartoituksen ohella olisi tärkeää selvittää myös, millaisia voimavaroja niillä on hankkeessa tavoiteltavan muutoksen toteuttamiseen ja millaiset tekijät estävät ja edistävät tavoiteltuja muutoksia.

### ***Käsitykset sairauspoissaoloihin yhteydessä olevista tekijöistä ja niihin vaikuttamisen keinoista hankkeessa***

Koska TyHy-SIB -hankkeen tavoitteeksi oli määräytynyt sen käynnistyessä sairauspoissaolojen väheneminen, palveluntuottajat kuvasivat haastatteluissaan pääasiassa käsityksiään sairauspoissaoloihin liittyvistä tekijöistä ja niihin vaikuttamisen keinoista. Haastatteluissa tuotiin esille erilaisia yksilötason ja ympäristötekijöitä, joiden katsottiin liittyvän sairauspoissaoloihin. Haastatteluissa todettiin, että kaikkia sairauspoissaoloja ei luonnollisestikaan voida ehkäistä. Henkilöstö sairastaa monista syistä, ja osa syistä ei liity mitenkään työhön. Palveluntuottajien mukaan osa sairauspoissa-



oloista on kuitenkin vältettävissä tai ehkäistävissä, ja alkaneita sairauspoissaoloja on myös mahdollista lyhentää erilaisia toimin.

Osa palveluntuottajista katsoi, että yksilön terveyskäyttäytyminen vaikuttaa sairastamiseen ja siten sairauspoissaoloihin. Kyse on siitä, miten henkilö pitää huolta fyysisestä ja henkisestä terveydestään. Fyysisen kunnon katsottiin auttavan jaksamaan (henkisestikin) paremmin työssä. Fyysiseen kuntoon vaikuttavat haastateltujen mukaan muun muassa paino sekä tuki- ja liikuntaelimestön kunto. Henkisen terveyden osalta esimerkiksi masennus ja siihen liittyvät oireet aiheuttavat paljon sairauspoissaoloja. Masennusoireiluun ja psyykkiseen terveyteen laajemminkin vaikuttavat muun muassa uniongelmat, jännitys, stressi ja palautuminen. Henkilö voi vaikuttaa fyysiseen ja henkiseen terveyteensä omalla terveyskäyttäytymisellään (elintavoillaan). Yksilöiden terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen nähtiinkin hankkeessa keskeiseksi. Tavoitteena oli, että yksilö kohentaa tai pitää yllä fyysistä ja psyykkistä kuntoa ja tekee tarvittavia pitkäkestoisia elämäntapamuutoksia. Tässä katsottiin tarvittavan ensinnäkin tietoa omasta terveydestä ja kunnosta, mutta myös ymmärrystä sen kohentamisen tarpeesta. Pysyvien elintapamuutosten tekemisen katsottiin edellyttävän myös yksilön omaa osaamista ja motivaatiota. Hankkeessa kolme palveluntuottajaa paneutui yksilöiden terveyskäyttäytymisen muutosten tukemiseen.

Kaikki palveluntuottajat toivat esille, että osa työntekijöistä on aiheetta poissa työstä. Sairauslomalle hakeudutaan tällöin muista kuin poissaoloa välttämättä vaativista terveyssyistä tai poissaolo jatkuu pidempään kuin olisi tarpeen. Aiheettomien sairauslomien taustatekijöiksi nähtiin ensinnäkin yksilön heikko työmotivaatio. Työntekijä voi hakea sairauslomaa, vaikka pystyisikin tekemään työtään. Työmotivaatioon vaikuttavina tekijöinä kuvattiin muun muassa, miten merkitykselliseksi kokee oman työnsä ja miten paljon voi vaikuttaa omaan työhönsä. Keskeiseksi nähtiin erityisesti sisäisen työmotivaation vahvistaminen. Tähän katsottiin päästävän vaikuttamalla esimiesten toimintaan. Tavoitteena oli, että esimiehet luovat sisäistä motivaatiota ylläpitävän ja vahvistavan työympäristön. Aiheettomien sairauspoissaolojen toiseksi syyksi nähtiin tilanteet, joissa työntekijä hakee sairauspoissaoloa koettuaan ikävää kohtelua työyhteisössä. Tavoitteeksi nähtiin, että esimiehet ottavat asioita taitavasti puheeksi alaisensa kanssa ja tarttuvat rakentavasti epäasialliseen käyttäytymiseen tai muihin työyhteisön ongelmiin.

Lisäksi haastatteluissa tuotiin esille, että eri syistä johtuvia aiheettomia poissaoloja mahdollistaa sairauspoissaolojen löyhä myöntämiskäytäntö. Katsottiin että omailmoituskäytännön puitteissa esimiehet eivät osaa tai halua arvioida, onko alaisen esittämä poissaolo tarpeellinen. Työterveyshuoltoa kritisoitiin siitä, että työntekijän pyyntö sairauslomasta hyväksytään liian usein selvittämättä työkykyä riittävästi. Työ-



terveyshuollon katsottiin myös ylipäättään kirjoittavan tarpeettoman pitkiä sairauslomia. Tavoitteeksi nähtiin, että sairauspoissaolo myönnetään vain todelliseen tarpeeseen, ja silloinkin vain niin lyhyeksi aikaa kuin on tarpeen. Hankkeessa ei pyritty kuitenkaan vaikuttamaan sairauspoissaoloja hyväksyviin esimiehiin tai niitä myöntäviin työterveyshuollon edustajiin, vaan henkilöstö ohjattiin soittamaan palveluntuottajan tarjoamaan terveystuoteeseen, jossa sairaanhoitajat arvioivat tilanteen vakavuuden ja poissaolon tarpeen.

Palveluntuottajien haastattelujen mukaan aiheettomia poissaoloja voi kertyä samalle henkilölle useitakin ilman, että työpaikalla kiinnitetään niihin huomiota. Tavoitteena nähtiin, että esimiehet seuraavat alaisten poissaolojen kertymistä ja käyvät niin sanotut varhaisen tuen keskustelut organisaatiossa sovitun mallin mukaan.

Osa palveluntuottajista korosti, että työntekijät voivat olla aiheellisellakin terveydentilaan perustuvalla sairauslomalla tarpeettoman pitkän ajan, vaikka heidän työkykynsä sallisi jo työhön paluun. Katsottiin, että esimiehet eivät seuraa riittävän tarkkaan pitkiä poissaoloja ja/tai tue työhön paluuta. Esimiesten toimintaan vaikuttaa puolestaan se, miten heitä ohjeistetaan toimimaan kussakin organisaatiossa. Organisaatioiden johdossa nähtiin olevan myös eroja sen suhteen, seurataanko poissaoloja ja niiden rakennetta, jotta saadaan selville, missä yksiköissä on paljon poissaoloja ja mistä ne johtuvat. Kun esimiesten toiminnan katsottiin vaikuttavan pitkittyviin poissaoloihin, tavoitteeksi nähtiin, että kaikki esimiehet toimivat organisaatiossa sovitun varhaisen tuen mallin mukaan. Tässä he tarvitsevat tietoa poissaoloista sekä osaamista ja halua niiden puheeksi ottamiseen.

Haastateltujen kritiikki kohdistui myös työterveyshuoltoon, jossa ei heidän mukaansa aina seurata ja/tai auteta riittävän varhain työntekijää, jonka työkyky on heikentymässä. Työntekijälle saatetaan esimerkiksi kirjoittaa työterveyshuollossa vain sairausloma, vaikka huomio pitäisi kiinnittää hänen työhönsä ja sen muuttamiseen. Työterveyshuollot eivät myöskään aina toteuta hyvää työterveysyhteistyötä asiakasyritystensä kanssa. Tällöin ei esimerkiksi sovita yhdessä vastuita ja menettelytapoja työkykyongelmien hoidossa. Kun työterveyshuollon puutteellisen toiminnan katsottiin vaikuttavan pitkittyviin poissaoloihin, hankkeen tavoitteeksi nähtiin, että työterveyshuolto toteuttaa oman vastuunsa työkyvyn tukemisessa ja tukee esimiehiä näiden työssä.

Palveluntuottajat kuvasivat haastatteluissa myös sairauspoissaoloihin mahdollisesti vaikuttavia muita ympäristötekijöitä, joihin ei kuitenkaan keskitytty tässä hankkeessa. Yhtenä tekijänä mainittiin organisaation sisäilmaongelmat, jotka saattavat vaikuttaa sairastumiseen ja/tai sairauspoissaoloihin. Haastattelussa todettiin kuitenkin, että tähän ongelmaan on vaikea puuttua lyhytkestoisen hankkeen aikana niin, että vaiku-





tus näkyisi poissaoloissa jo hankkeen kuluessa. Toisena tekijänä tunnistettiin työntekijöiden työhön kohdistuvat merkittävät muutokset. Työn kohteet, tekemisen tavat tai tavoitteet saattavat muuttua yhteiskuntatason päätösten seurauksena, vaadittu työtahti voi kiristyä tai työnantaja vaihtua julkisesta liikelaitokseksi. Näiden muutosten katsottiin vaikuttavan työssä jaksamiseen ja sitä kautta sairauspoissaoloihin. Kun yhdessä haastattelussa katsottiin, että tällaisiin yleisiin työelämän muutoksiin on vain sopeuduttava, toisessa haastattelussa esitettiin, että olisi tarpeen tehdä organisaatiotasolle kohdistuvia interventioita, kehittää prosesseja ja johtamistapoja, jotta henkilöstön jaksamista voidaan tukea. Pelkän yksilöiden tukemisen katsottiin olevan vain oireiden hoitoa. Vaikka tässä hankkeessa pyrittiin vaikuttamaan sekä yksilöiden jaksamiseen että johtamiseen ja esimiestyöhön, mainittuihin jaksamisongelmien syihin, muuttuneeseen työhön, ei kiinnitetty sinänsä huomiota.

Taulukkoon 1 liitteessä 1 on koottu tiivistettynä organisaatioiden edustajien ja palveluntuottajien käsityksistä työhyvinvointiin/työssä jaksamiseen tai sairauspoissaoloihin liittyvistä tekijöistä kussakin organisaatiossa ja niihin vaikuttamisen keinoista. Taulukosta on nähtävissä, että organisaatioiden edustajat ja palveluntuottajat kuvaavat osin samanlaisia vaikuttavia tekijöitä ja niihin puuttumisen keinoja. Molemmat osapuolet ovat esimerkiksi esittäneet alkuhaastatteluissaan, että kohdeorganisaation henkilöstön työhyvinvointia heikentävät työyhteisötason ongelmat, kuten epäasiallinen käytös. Tähän molemmat osapuolet näkivät hyvänä apuna palveluntuottajan tarjoaman työpaikan pelisääntökeskustelun ja esimiesten tukemisen haastavien tilanteiden käsittelyssä. Joissakin tapauksissa molemmat osapuolet kuvasivat samanlaisia sairauspoissaoloihin vaikuttavia tekijöitä, mutta palveluntuottajat totesivat, että niihin ei haluta/voida puuttua tässä hankkeessa. Esimerkiksi kohdeorganisaatiossa ei tarjottu palvelua sisäilmaoireileville, vaikka tämän katsottiinkin aiheuttavan sairauspoissaoloja.

Organisaatioiden edustajat ja palveluntuottajat kuvasivat myös osin erilaisia sairauspoissaoloihin tai työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Esimerkiksi palveluntuottaja katsoi kohdeorganisaatiossa, että sairauspoissaoloja aiheuttavat mielenterveyden ongelmat, jotka johtuvat paitsi työkuormituksesta myös kuormittavista tilanteista ja elämänhallinnan haasteista yksityiselämässä. Työnantajan voikin olla vaikeampaa havaita tällaista kuormitusta. Organisaatioissa tarjottiin joka tapauksessa palveluntuottajien kuvaamiin tekijöihin suunnatut palvelut, vaikka organisaation edustajat eivät niitä alkuhaastatteluissaan maininneetkaan. Organisaation edustajat ja palveluntuottajat kuvasivat myös osin erilaisia keinoja vaikuttaa sairauspoissaoloihin liittyviin tekijöihin. Esimerkiksi molemmat osapuolet katsoivat kohdeorganisaatiossa, että somaattiset sairaudet (erityisesti tule-vaivat) aiheuttivat runsaasti poissaoloja. Mo-



lempien osapuolten mukaan tule-vaivojen taustalla oli fyysisesti raskas työ. Organisaation edustajat näkivät oleellisimpana keinona tule-ongelmien vähentämisessä työolosuhteisiin ja työergonomiaan vaikuttamisen, ja he olisivat toivoneet hankkeessa tarjottavan tällaista palvelua. Tarjolla oli kunto- ja elintapavalmennusta erityisen tuen tarpeessa oleville yksilöille, mitä sinänsä pidettiin hyvänä, mutta riittämättömänä keinona.

Palveluntuottajat kuvasivat osin keskenään erilaisia sairauspoissaoloihin tai työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä samassakin organisaatiossa. Tämä liittyy palveluntuottajien taipumukseen tarkastella asioita oman erikoisosaamisensa näkökulmasta. Myös vaikuttavaksi arvelut keinoit painottuivat luonnollisesti omaan palveluvalikkoon. Esimerkiksi yksi palveluntuottaja korosti muista poiketen, että yksilöiden heikentynyt työmotivaatio lisää sairauspoissaoloja. Hankkeessa tarjottiin valmennusta esimiehille, jotta he voisivat puolestaan tukea alaisten työmotivaatiota ja työn kokemista merkitykselliseksi.

Intervention suunnittelun näkökulmasta (vrt. Bartholomew ym. 2016) kehittämisedotuksena on, että hankkeille luodaan suunnitteluvaiheessa oleellisen tutkimus- ja kokemustiedon perusteella ns. looginen malli fokuksessa olevasta ongelmasta, siihen liittyvistä tekijöistä ja niihin vaikuttamisen keinoista. Hanketta varten haastateltiin useita henkilöitä, mutta ei edetty mallin rakentamiseen asti. Suunnitteluryhmäänkin voisi kutsua hankkeen fokuksen mukaan oleellisten tieteenalojen edustajia ja kehittäjiä, joilla on kokemusta saman tyyppisestä hankkeesta.

Hankkeen asiamiehen ja hallinnoijan edustajien mukaan TyHy-SIB -hankkeen opittiin onkin, että ensin tulisi selvittää perusteellisesti, millaiset tekijät ovat yhteydessä kohteena olevaan ilmiöön, ja miten niihin voidaan vaikuttaa. Hanke olisi asiamiehen edustajan mukaan hyötynyt myös sisällöllisestä johtajasta, joka olisi varmistanut, että palveluntuottajat luovat alusta pitäen yhteisen näkemyksen työhyvinvointiin, sairauspoissaoloihin ja/tai tavoiteltuun toiminnan muutokseen vaikuttavista tekijöistä. Palveluntuottajat eivät kertomansa mukaan käyneet keskenään tällaista teoreettista keskustelua. He käyttivät erilaisia käsitteitä: puhuttiin työhyvinvoinnista, työssä jaksamisesta ja työkyvystä. He kuvasivat haastatteluissa omia palvelujaan ja niihin sisältyviä interventiomenetelmiä, jotka perustuivat heidän mukaansa pääasiassa kokemustietoon. Osa palveluntuottajista kertoi kuitenkin hyödyntävänsä myös ainakin osin tutkimustietoa työhyvinvointiin ja/tai käyttäytymisen muutokseen vaikuttavista tekijöistä. Hankkeen hallinnoija ei puuttunut hankkeen sisältöön, ja yksi palveluntuottajasta vastasi vain hankkeen teknisestä koordinoinnista organisaatioissa ja palveluntuottajien kesken.



### 5.2.3 Hankkeessa toteutettu toiminta

Interventioita suunniteltaessa keskeinen osuus on toteutettavan toiminnan suunnittelu ja räätälöinti kohderyhmälle (Bartholomew ym. 2016). Suunnitellaan muun muassa toteutettavan ohjelman eri komponentit (materiaalit, aktiviteetit) ja toteutusten määrät, kohdejoukot ja niiden "altistuminen" kullekin komponentille, kohdejoukkojen tavoittaminen ja ennakoimattomiin muutoksiin varautuminen toiminnan kuluessa.

TyHy-SIB -hankkeeseen oli valittu etukäteen palvelut, joilla oletettiin voitavan vaikuttaa sairauspoissaoloihin ja/tai työhyvinvointiin. Tarjottujen palvelujen sisällä on käytetty resursseja eri tavoin organisaatiokohtaisesti. Esimerkiksi kun kohdeorganisaatioissa on todettu tarvetta erityisesti tule-ongelmien ja elintapahaasteiden työstämiseen, on järjestetty muita enemmän lähiohjausta etäpalveluiden sijaan. Psykkisesti kuormittuneille on tarjottu esimerkiksi uniryhmä.

Taulukossa 4 esitetään toteutettu toiminta ja toteutusten ja osallistuneiden määrät organisaatioissa. Organisaatioiden edustajat arvioivat haastatteluissa ja työpajoissa saamiaan palveluja. Palveluntuottajat arvioivat toimintaansa haastatteluissaan ja kertoivat, missä määrin toiminta oli sujunut suunnitelmien mukaan ja mitä muutoksia palveluihin oli tehty.

Taulukko 4. Toteutetut toimenpiteet

Toteutetun toiminnan kohde	Organisaatio 1	Organisaatio 2	Organisaatio 3	Organisaatio 4
<b>YKSILÖ</b>	Henkilöstömäärä 85	820	175	520
Terveys- ja työkykykysely	Lähes kaikki vastasivat sekä hankkeen alussa että lopussa.	Hankkeen alussa 82 % vastasi.	Hankkeen alussa lähes kaikki, hankkeen lopussa noin 60 %	Hankkeen alussa 84 % vastasi. 66 %:n kanssa käytiin henkilökohtainen kartoituskeskustelu.
Henkilökohtaiset mittaukset (muun muassa kunto-testi, verenpaine, BMI)	Yli 80 % osallistui	Lähes 80 % osallistui	Lähes kaikki osallistuivat	Ei tarjottu
Aktivointi ja kuntoutusryhmät. Sisälsivät sekä henkilökohtaista ja ryhmämuotoista ohjausta liikuntaan, ravitsemukseen, uneen sekä jaksamiseen liittyvissä asioissa	Noin viidennes henkilöstöstä osallistui.	Noin 8 % henkilöstöstä osallistui.	Noin kolmannes henkilöstöstä osallistui. Halukkaiden kanssa jatkettiin vielä etävalmennuksella.	Kaksi ryhmää, joista toiseen osallistui 18 % ja toiseen 12 % henkilöstöstä, lisäksi kaksi valmennusta pitkillä sairauspoissaoloilla olleille (yht. 13 henkilöä)
Henkilökohtaiset mittaukset ryhmiin osallistuneille ryhmien päättymisen jälkeen	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei
Seulontapuhelut, joiden tavoitteena oli löytää ratkaisupolkuja fyysisiin ja psyykkisiin ongelmiin	Toteutettiin 4 %:lle henkilöstöstä	Toteutettiin 17 %:lle henkilöstöstä	Toteutettiin 3 %:lle henkilöstöstä	Toteutettiin 12 %:lle henkilöstöstä
Henkisen hyvinvoinnin kysely	Kysely lähetettiin koko henkilöstölle, 55 % vastasi	Henkisen hyvinvoinnin kysymykset liitettiin terveys- ja työkykykyselyyn	Henkisen hyvinvoinnin kysymykset liitettiin terveys- ja työkykykyselyyn	Henkisen hyvinvoinnin kysymykset liitettiin terveys- ja työkykykyselyyn

Toteutetun toiminnan kohde	Organisaatio 1	Organisaatio 2	Organisaatio 3	Organisaatio 4
Soitto henkisen hyvinvoinnin kyselyn perusteella puheluaajan varanneelle työntekijälle, tilanteesta keskustelu ja toimenpiteiden tarpeen arviointi.	Toteutettiin 17 %:lle henkilöstöstä	Ei tarjottu	Ei tarjottu	Ei tarjottu
Verkko-ohjelmat, joiden tavoitteena oli parantaa henkistä hyvinvointia, kehittää ajatusten ja tunteiden käsittelytaitoja tai tukea omien arvojen mukaista elämää	Palveluntuottajalle ei ole tarkkaa tietoa käyttäjien määrästä. Käyttö vähäistä.	Palveluntuottajalle ei ole tarkkaa tietoa käyttäjien määrästä. Käyttö vähäistä.	Palveluntuottajalle ei ole tarkkaa tietoa käyttäjien määrästä. Käyttö vähäistä.	Palveluntuottajalle ei ole tarkkaa tietoa käyttäjien määrästä. Käyttö vähäistä.
Terveyspuhelin, johon kuului poissaolon hyväksyntä, terveysneuvonta ja ohjaus tarvittaessa työterveyshuoltoon	Käytössä noin 2 vuotta, käytettiin vain terveysneuvontaan, ei ilmoitettu sairauspoissaoloja	Käytössä kaikilta osin n. 2 vuotta.	Käytössä kaikilta osin yli 2 vuotta	Otettiin käyttöön muutaman kuukauden kuluttua hankkeen aloittamisesta. Käyttöaste alhainen, n. 50 %.
<b>TYÖPAIKKA</b>				
Johtaminen				
Ryhmävalmennukset johdolle ja esimiehille	Johtoryhmän valmennus 1,5 pv, esimiesten valmennukset yhteensä 2,5 päivää.	Johdon valmennus 1,5 päivää, esimiesten valmennukset yhteensä 2,5 päivää	Johdon ja esimiesten valmennus yhteensä 2,5 päivää	Johtoryhmän roolin määrittely hankkeessa, kesto 2 h
Sähköinen työkalu muutoksen johtamiseen	Käytössä hankkeen alussa noin vuoden	Käytössä hankkeen alussa noin vuoden	Käytössä hankkeen alussa noin vuoden	Ei tarjottu



Toteutetun toiminnan kohde	Organisaatio 1	Organisaatio 2	Organisaatio 3	Organisaatio 4
<b>Työkykyjohtaminen</b>				
Terveysjohtamisjärjestelmä	Käytössä lähes koko hankkeen ajan	Käytössä n. 2,5 vuotta	Käytössä lähes 2,5 vuotta	Otettiin käyttöön muuttaman kuukauden kuluttua hankkeen aloittamisesta. Jatkuu edelleen.
Organisaation ja työterveyshuollon yhteistyön parantaminen, tavoitteena oli työterveyshuollon linjausten täsmentäminen, toimintasuunnitelman täsmentäminen ja roolien vastuiden selkiyttäminen	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Esimiesten ja ryhmien tukikonsultaatiot, esimiesklinikat ja valmennukset. Tavoitteena löytää ratkaisuja esimiestyön pulmallisiin tilanteisiin ja ryhmien toiminnan kuormittaviin tilanteisiin	Osallistuneita 15, tapahtumia 27	Osallistuneita n. 300, tapahtumia n. 60	Osallistuneita 25, tapahtumia 10	Esimiesten tukikonsultaatiot: osallistuneita 25, kertoja 284; ryhmien konsultaatiot: osallistuneita n. 20, kesto yht. 4 h; johtamisen tukikonsultaatiot, kesto yht. 6 h
Esimiesten täydennysvalmennus	8 tapahtumaa, joihin osallistunut yhteensä 20 esimiestä	2 tapahtumaa, joihin osallistunut yhteensä 40 esimiestä	Ei ole tarjottu	Ei ole tarjottu





## **Sairauspoissaoloihin tai työhyvinvointiin pyrittiin vaikuttamaan yksilötasolla**

Yksilöiden fyysistä ja henkistä terveyttä ja hyvinvointia pyrittiin edistämään tarjoamalla organisaatioiden koko henkilöstölle terveys- ja työkykykysely sekä henkilökohtaiset mittaukset (BMI, verenpaine, kuntotestit), joiden tuloksista sai palautteen. Osassa organisaatioita kysely toteutettiin uudestaan hankkeen loppuvaiheessa. Eri-tyisesti alkuvaiheessa osallistumisasteet olivat korkeat. Organisaatioille tehtyyn kyselyyn vastanneista 87 % oli täyttänyt terveyskyselyn ja 76 % osallistunut henkilökohtaisiin mittauksiin. Tulokset ilmoitettiin myös työterveyshuoltoon osallistuneiden luvalla. Haastattelujen ja työpaja-aineistojen perusteella henkilöstö on arvostanut mahdollisuutta selvittää oma tilanteensa, ja osallistumisasteet olivat korkeat. Henkilökohtaisten tulosten perusteella työkykyriskissä oleville tarjottiin mahdollisuutta osallistua puoli vuotta kestäväan ryhmävalmennukseen, jossa ohjattiin kunnon kohottamiseen sekä elintapamuutosten toteuttamiseen (muun muassa painonhallinta, nukkuminen, mieliala). Ryhmiin osallistuneet saivat myös yksilöllistä tukea. Kyselyyn vastanneista 39 % oli osallistunut näihin valmennuksiin.

Organisaatioiden edustajien mukaan valmennuksiin osallistuneet olivat niihin pääasiassa hyvin tyytyväisiä. Kyselyyn vastanneista ryhmiin osallistuneista työntekijöistä kuitenkin vain vajaa puolet (42 %) koki, että osallistuminen edisti heidän työhyvinvointiaan tai työkykyään vähintään melko paljon. Haastatellut arvioivat, että jos toimintaan ei oltu tyytyväisiä, koettiin että omia tarpeita ja toiveita ei huomioitu riittävästi, vaan toimittiin ennalta suunnitellun mallin mukaan. Osa olisi kaivannut vielä henkilökohtaisempaa palautetta ja/tai ohjausta. Tyytymättömyyttä aiheutti myös valmennuksen lyhyt kesto. Koettiin että puolessa vuodessa ei ole mahdollista edistää fyysistä kuntoa kovin paljon, varsinkin jos lähtötilanne oli heikko. Epäselvää oli, seuraisiko esimerkiksi työterveyshuolto ryhmissä käyneiden työkyvyn kohenemistä valmennuksen päätyttyä.

Osa organisaatioiden edustajista kritisoi fyysisen kunnon kohentamiseen kohdistettua palvelua, koska siitä puuttui kytkös työhön ja työpaikkaan, vaikka raskas fyysinen työ ja työolosuhteet vaikuttavat terveyteen merkittävästi oman kuntoilun ohella. Hankkeessa jäi liikaa yksilön vastuulle, miten kuntoutusryhmissä sovitut työskentelytapojen muutokset toteutuvat työpaikalla.

Osa valmennukseen oikeutetuista ei lähtenyt mukaan tai jättäytyi kesken pois, joten osallistujia oli vähemmän kuin odotettiin. Syiksi odotettua vähäisemmälle osallistumiselle tai keskeyttämiselle arveltiin ensinnäkin työaikoihin sopimattomat kokoontumisajat joidenkin työntekijöiden osalta tai haluttomuus osallistua työajan ulkopuolella, omalla ajalla. Palveluntuottaja kertoi tarjonneensa vaihtoehdoksi etäkuntoutusta,



jos osallistuminen lähitapaamisiin oli hankalaa työaikojen vuoksi. Kaikki eivät innostuneet etäpalveluista. Joitakin valmennukseen oikeutettuja ei tavoitettu, jos he eivät käyttäneet säännöllisesti perusviestintävälineitä (sähköposti, organisaation intra). Palveluntuottajan mukaan valmentajat kävivät työpaikoillakin kutsumassa osallistujia henkilökohtaisesti. Haastatteluissa arvioitiin myös, että kaikki työntekijät eivät oivaltaneet valmennuksen tarvetta tai nähneet omaehtoista työkyvyn ylläpitoa niin tärkeänä, että sille varattaisiin aikaa omassa arjessa. Palveluntuottaja arveli lisäksi, että viive kyselyn ja valmennusten alkamisen välillä vähensi osallistumista yhdessä organisaatiossa.

Osassa organisaatioita palveluntarjoaja on järjestänyt koko henkilöstölle elintapoihin liittyviä luentoja tai facebook-ryhmän, jossa jaettiin tietoa ja kannustusta terveyteen, liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Viimeisessä mukaan lähteneessä organisaatiossa suunniteltiin tarjottavaksi yhdessä työterveyshuollon kanssa monikypuisille ryhmää avuksi kivunhallintaan. Ryhmää ei kuitenkaan syntynyt osallistujien puutteen vuoksi.

Terveys- ja työkykykyselyn ja terveystalyyysin perusteella osalle vastanneista soitettiin seulontapuhelut, joiden tavoitteena oli löytää nopeasti ratkaisuja psyykkiseen ja sosiaaliseen kuormitukseen. Kuormitus saattoi liittyä työhön tai yksityiselämän tilanteisiin. Puhelimessa tarjottiin neuvontaa ja ohjausta sopivien tahojen pariin työpaikalla tai esimerkiksi julkisissa palveluissa. Palveluntuottaja arvioi, että näillä puheluilta saatiin monia autetuksi julkisen avun piiriin, mutta asiakkaiden tilanteita ei seurattu tästä eteenpäin.

Yksilöille suunnattiin myös verkko-ohjelmat henkisen hyvinvoinnin edistämiseen. Suunnitelmana oli kartoittaa kaikkien organisaatioiden henkilöstön psyykkistä hyvinvointia omalla kyselyllä, mutta melko pian päätettiin liittää osa näistä kyselyistä toisen palveluntuottajan terveys- ja työkykykyselyyn päällekkäisistä kyselyistä johtuvan vastausväsymyksen välttämiseksi. Oma kysely toteutettiin yhdessä organisaatiossa, ja asiantuntija otti yhteyttä tulosten perusteella osaan vastanneista tarjotakseen keskustelutukea.

Kyselyjen yhdistämisen jälkeen kaikille markkinoitiin verkko-ohjelmia, joiden tavoitteena oli edistää henkistä hyvinvointia muun muassa kehittämällä ajatusten ja tunteiden käsittelytaitoja sekä tukemalla omien arvojen mukaista elämää. Ohjelmat käsittelevät muun muassa unta, mielialaa ja ravitsemusta. Organisaatioiden edustajien mukaan verkko-ohjelmia käytettiin hyvin vähän, vaikka niitä pidettiin lähtökohtaisesti mielenkiintoisina ja hyvin suunniteltuina. Syiksi vähäiseen käyttöön kerrottiin ensinnäkin ajan puute. Ohjelmat olisivat vaatineet paneutumista, jotta niiden tekemisestä





olisi ollut hyötyä. Joissakin organisaatioissa arvioitiin, että omaehtoinen voimavarojen pohtiminen ja kehittäminen ovat ainakin osalle henkilöstöstä vierasta. Arveltiin, että tässä palvelussa olisi tarvittu myös yhteistä ohjattua työskentelyä tai ainakin aktiivisempaa ohjelmien markkinointia ja mukaan ilmoittautuneiden muistuttelua palveluntarjoajan puolelta. Tarkoituksena olikin, että muut palveluntuottajat markkinoivat verkko-ohjelmia omien toimintojensa yhteydessä, mutta tämä oli saattanut jäädä vähäiseksi. Palveluntuottajalla ei ollut tietoa verkko-ohjelmia käyttäneiden määristä kohdeorganisaatioissa, koska rekisteröitymiseen ei vaadittu työpaikan tunnusta. Ohjelmia suorittaneet olivat antaneet niistä myönteistä palautetta. Organisaatioille tehtyyn kyselyyn vastanneista neljännes (25 %) oli käyttänyt jotakin ohjelmaa. Ohjelmaa käyttäneistä 26 % koki, että ohjelmien käyttö oli edistänyt työhyvinvointia tai työkykyä melko tai erittäin paljon. Palveluntarjoaja arveli, että käytön vähäisyyttä selitti osaltaan se, että verkkovalmennusta vieroksuttiin tietoturva huolien takia tai koska oma työ sisälsi jo niin paljon työskentelyä tietokoneella. Psykkisesti kuormittuneet eivät ehkä jaksaneet liittyä enää verkkovalmennukseen, jos he olivat jo muiden avuntarjoajien piirissä.

### ***Sairauspoissaoloihin tai työhyvinvointiin pyrittiin vaikuttamaan työyhteisön tasolla***

Osassa organisaatioista tarjottiin koko henkilöstölle tai kriisiytyneille työyhteisöille työpajoja, joissa kehitettiin työyhteisön pelisääntöjä tai käsiteltiin työyhteisön haastavia tilanteita. Palvelun tarkoituksena oli vähentää psyykkistä kuormitusta, joka johtuu työyhteisön ristiriidoista tai epäasiallisesta käyttäytymisestä. Haastattelujen ja työpaikka-aineistojen perusteella työpajat koettiin hyödyllisiksi. Kyselyn perusteella työpaikan pelisääntöjen kehittämiseen oli osallistunut vain 38 % vastanneista, joista 28 % koki, että sillä oli vaikutusta melko tai erittäin paljon työhyvinvointiin ja työkykyyn. Palveluntuottaja arvioi, että pelisääntöjä otettiin käyttöön vaihtelevasti, esimiesten sitoutumisesta riippuen.

### ***Sairauspoissaoloihin tai työhyvinvointiin pyrittiin vaikuttamaan kehittämällä organisaation johtamista***

Johdolle ja esimiehille järjestettiin ryhmävalmennuksia. Johdon valmennuksissa korotettiin keskeisiä kehitettäviä asioita organisaation johtamisessa. Esimiesten valmennuksen tavoitteena oli tukea esimiehiä sisäistämään esimiesroolinsa ja toimimaan yhtenäisesti sovitulla tavalla. Palveluntuottajan kuvauksen mukaan valmennuksen lähipäivissä sovittiin esimiesten kanssa, mitä uutta johtamisen tapaa aletaan juurruttaa käytäntöön seuraavaan lähipäivään mennessä. Se purettiin hyvin konkreettiseksi tekemiseksi ("kiitän tänään alaista"). Esimiehen tuli merkitä käytössä olleen verkko-



työkalun sivustolle viikoittain, oliko hän toiminut sovitulla tavalla. Seuraavassa lähipäivässä tarkasteltiin onnistumista ja sovittiin uudet konkreettiset tekemisen tavat, joita taas vietiin käytäntöön. Valmentaja seurasi alkuvaiheessa itse merkintöjä verkotyökalussa ja pohti organisaation vastuuhenkilön kanssa, vaadittiinko vahvistavia toimia myös organisaation johdon puolelta.

Haastattelujen ja työpaja-aineistojen perusteella valmennukset koettiin hyödyllisiksi kahdessa kolmesta organisaatiosta. Osallistuneiden mukaan valmennuksessa kirkastettiin ja vahvistettiin esimiehen roolia ja saatiin käytännönläheisiä työkaluja johtamiseen. Valmennuksen koettiin myös lujittaneen esimiesten yhteisyyttä sekä varmistaneen yhteisesti sovittujen käytäntöjen ja toimintamallien leviämisen kaikkiin yksiköihin. Osallistuneet eivät kuitenkaan innostuneet verkkotyökalusta, vaan pitivät sitä työläänä. Vaikka valmennuksista pidettiin, arvioitiin kuitenkin, että niiden lyhytkestoisuuden takia esimiestoiminta ei muuttunut kovin paljon tavoiteltuun suuntaan.

Yhdessä organisaatiossa tästä valmennuksesta ei pidetty eikä sitä koettu hyödylliseksi. Koettiin että valmentajat eivät selvittäneet alussa osallistujien toiveita ja tarpeita, eivätkä he tunteneet organisaation toimialaa tai arjen työtä. Osallistuneiden mukaan valmentajilla ei ollut myöskään valmiutta muuttaa toimintaa annetun palautteen perusteella.

### ***Sairauspoissaoloihin tai työhyvinvointiin pyrittiin vaikuttamaan kehittämällä organisaation työkykyjohtamista***

Palveluna tarjottiin terveysjohtamisen järjestelmä, jonka tarkoituksena oli ohjata esimiehet toimimaan organisaation varhaisen tuen mallin mukaisesti. Järjestelmästä toimitettiin vastuuhenkilöille kuukausittain sairauspoissaolo- ja muita raportteja. Haastattelujen ja työpaja-aineistojen perusteella terveysjohtamisen järjestelmä koettiin erittäin hyödylliseksi palveluksi kaikissa organisaatioissa. Joissakin organisaatioissa palveluntuottajan asiantuntija tuki organisaation omaa työkykykoordinaattoria pitkäaikaisesti työkäytönsä käsittelemällä. Tätä pidettiin myös hyvänä palveluna.

Osassa organisaatioita johtoryhmälle tarjottiin "sparrausta", jonka tavoitteena oli tuoda tietoa ja kirkastaa johtoryhmän ymmärrystä työkyvyn tukemisesta ja johtamisesta. Esimiesten työkykyjohtamista pyrittiin kehittämään tarjoamalla ryhmämuotoisia valmennuksia ja esimiesklinikoita sekä henkilökohtaisia konsultaatioita. Palvelun tavoitteena oli tukea esimiehiä löytämään ratkaisuja yksilöiden haastaviin (työkyky)tilanteisiin ja työyhteisöjen ristiriitatilanteisiin. Esimiehiä opastettiin näissä tilaisuuksissa myös keskustelemaan rakentavasti sairauspoissaoloista ja muista puuttumista vaativista tilanteista. Haastattelujen ja työpaja-aineistojen perusteella esimiehet kokivat työpajat ja klinikat hyödyllisiksi, koska niissä käsiteltiin heidän toivomiaan asioi-



ta ja esille tuomiaan tapauksia, joihin oli haettu hyvin käytännönläheisiä ratkaisuja. Valtaosa esimiehistä oli osallistunut tilaisuuksiin. Esimiehet olivat voineet myös konsultoida henkilökohtaisesti palveluntarjoajan asiantuntijoita haastavissa tilanteissa. Saatuun tukeen oltiin tyytyväisiä. Viimeisessä mukaan tullessa organisaatiossa jokaiselle esimiehelle oli nimetty lisäksi henkilökohtainen valmentaja, jonka kanssa hänen oli mahdollista käydä läpi muun muassa hankalia työkykytapauksia. Palveluntuottaja kertoi saaneensa esimiehiltä positiivista palautetta tarjotuista ryhmätilanteista ja henkilökohtaisesta tuesta.

Organisaatioille tarjottiin käyttöön myös terveyspuhelin, jonka tavoitteena oli vähentää tarpeettomia tai tarpeettoman pitkiä sairauspoissaoloja. Puhelimessa myönnettiin poissaoloja vain tarpeen mukaan ja päivä kerrallaan. Puhelimessa annettiin myös terveysneuvontaa ja ohjattiin tarvittaessa työterveyshuoltoon. Haastattelujen ja työpaja-aineistojen perusteella suurin osa esimiehistä oli pitänyt palvelusta, koska heidän ei tarvinnut enää ottaa kantaa työntekijän sairausloman tarpeeseen. Osa esimiehistä koki kuitenkin, että puhelin mahdollisti edelleen tarpeettomankin poissaolon. Osa esimiehistä piti hankalana sitä, että puhelimesta saa sairauslomaa vain päivän kerrallaan, vaikka työntekijä tietää varmasti, että vaiva ei mene päivässä ohi. Esimiehelle oli hankalaa sopia sijaisen kanssa, kun ei voinut sanoa varmasti, pitääkö tulla seuraavanakin päivänä. Useassa organisaatiossa työntekijät suhtautuivat aluksi terveyspuhelimeen epäluuloisesti, mutta suhtautuminen muuttui kokemusten myötä neutraaliksi. Puhelimesta saatavaan terveysneuvontaan oltiin myös tyytyväisiä. Osa työntekijöistä koki kuitenkin puhelimen käytön tuottaneen lisää vaivaa, koska poissaolosta piti ilmoittaa esimiehelle joka tapauksessa. Jokapäiväistä soittamista ei pidetty myöskään tarkoituksenmukaisena, jos sairasti esimerkiksi flunssaa, jonka keston pystyi arvioimaan etukäteen. Työntekijät olivat pelänneet myös, että työterveyshuollossa käyntiä rajoitetaan terveyspuhelimen takia. Tämä pelko oli kumottu infotilaisuuksissa.

Osassa organisaatioita puhelimen käyttöaste oli jäänyt toivottua alhaisemmaksi, vaikka ohjeena oli, että kaikissa sairauspoissaolotarpeissa soitetaan ensin tähän puhelimeen. Esimiehet eivät kuitenkaan vaatineet alaisiltaan samanlaista toimintaa kaikissa yksiköissä. Terveyspuhelin oli käytössä yhdessä organisaatiossa vain terveysneuvonnan tarjoajana, koska henkilöstö vastusti sen käyttöä sairauspoissaolojen myöntämisessä. Neuvontapalvelukin lopetettiin vähäisen käytön vuoksi hankkeen aikana.

Hankkeessa tarjottiin kaikissa organisaatioissa palveluna myös työterveysyhteistyön kehittämistä. Toiminnan tavoitteena oli edistää muun muassa työkykyhaasteita omaavien henkilöiden asioiden käsittelyä yhteistoimin. Palveluna tarjottiin järjestettyjä tapaamisia, joissa työpaikan ja työterveyshuollon rooleja ja vastuita kirkastettiin. Tapaamisissa sovittiin yhteisistä toimintatavoista työkykyriskien hallinnassa ja työhy-



vinvoinnin edistämisessä. Haastattelujen ja työpaja-aineistojen perusteella sekä esimiehet että työterveyshuollon edustajat olivat kokeneet palvelun hyödylliseksi.

### ***Yhteenvetoa toteutetusta toiminnasta***

Vaikka osa organisaatioiden odotuksista ei toteutunut, haastatteluissa ja työpajoissa arvioitiin, että hankkeessa oli saatu pääasiassa tarvittavia palveluja. Yhtä lukuun ottamatta palveluntarjoajien koettiin tunteneen riittävän hyvin julkisia organisaatioita ja niiden toimintaa. Toimintoihin osallistuneet olivat niihin pääasiassa tyytyväisiä. Yhteistyö palveluntuottajien kanssa oli sujunut pääsääntöisesti hyvin. Myös palveluntuottajien keskinäinen yhteistyö oli näyttänyt toimivan hyvin. Erityisesti kahden eniten mukana olevan koettiin ”puhaltaneen yhteiseen tavoitteeseen” ja heidän palvelunsa tukeneen hyvin toisiaan. Haastateltujen mukaan oli hyvä, että hankkeessa oli useita eri toimijoita, jotta saatiin erilaista osaamista mukaan, kun jokainen katsoi asioita eri näkökulmista.

Hankkeen palvelut kohdistuivat suunnitelluille kohderyhmille, mutta joissakin palveluissa vain osa kohderyhmästä osallistui toimintaan. Joissakin palveluissa osallistuminen keskeytyi tai jäi muuten vajaaksi. Organisaatioiden edustajat eivät osanneet sanoa, käyttivätkö yksilövalmennuksia juuri tarpeessa olevat. He olivat saaneet yleisemmällä tasolla raportit toteutuneesta toiminnasta ja saavutetuista tuloksista ryhmätasolla. Heillä ei ollut myöskään tietoa, onko osallistuminen vaikuttanut sairauspoissaoloihin. Kaikki eivät ole halunneet kertoa työpaikalla osallistumisestaan tai kokemuksistaan. Joissakin tapauksissa valmennusryhmissä oli käynyt myös kohderyhmään kuulumattomia, jos oli tilaa. Henkilöstöltä oli tullut toiveita, että kunto- ja elintapavalmennuksen kohderyhmää olisi alun perin laajennettu niin, että useammat olisivat saaneet osallistua.

Palveluntuottajat kuvasivat toiminnan haasteina ensinnäkin sen, että terveysjohtamisen järjestelmän käyttöönotto viivästyi kahdessa organisaatiossa noin puoli vuotta hankkeen alussa organisaation omien tietojärjestelmähaasteiden vuoksi. Palveluntuottajan mukaan tämä saattoi vaikuttaa tuloksiinkin. Tietojärjestelmäongelmien vuoksi myös terveystarkastusten tekeminen viivästyi toisessa organisaatiossa.

Osa suunnitellusta toiminnasta toteutettiin kuitenkin vain osittain. Osassa organisaatioita yksilöille tarjottua kunto- ja elintapavalmennusta oli supistettu, ja se lopetettiin kokonaan rahoittajatahon ilmoittaessa säästövaatimuksista, kun oli ilmennyt, että hankkeessa ei saavuteta asetettuja tuloksia, kun sairauspoissaolot eivät vähene riittävästi. Organisaatioiden edustajat olivat tähän pettyneitä. Myös palveluntuottaja toivoi, että palvelua olisi voitu jatkaa edelleen, jotta olisi ehditty saada näkyviin sen vaikutukset. Myös johdolle ja esimiehille tarjottua (yleis)johtamisen valmennusta oli



lyhennetty organisaatioissa säästösyistä, ja sitä ei sisällytetty enää lainkaan viimeiseksi mukaan tulevan organisaation palveluihin. Valmennuspalvelu saikin osin ristiriitaisen vastaanoton kohdeorganisaatioissa. Palveluntuottaja katsoi itse, että lyhennetty toiminta ei mahdollistanut toivottujen tulosten saavuttamista. Esimiesten tukea olisi pitänyt jatkaa kauemmin, jotta he olisivat omaksuneet sovitut toimintatavat osaksi arkityötään.

Yksi palveluntuottajista kertoi jättäytyneensä jo hankkeen alkuvaiheessa "sivuraitteelle", koska alkoi näyttää siltä, että he eivät tule saamaan juurikaan rahaa omasta palvelustaan. Käyttäjää oli vähän, ja palveluntuottaja katsoi, ettei ole taloudellisesti kannattavaa myöskään panostaa enempää käyttäjien tavoitteluun organisaatioissa. Hankkeen epävarma rahoitustilanne vaikutti heidän mukaansa toimintaan sitoutumiseen.

Hankkeen viimeisessä vaiheessa vain kaksi palveluntuottajaa on ollut aktiivisesti mukana. He siirtyivät toimimaan omalla riskillä helmikuusta 2018. Rahoittajatahon kanssa solmittu sopimus muuttui niin, että palveluntuottajat saivat suoriteperustaisen korvauksen sijaan osuuden mahdollisesta tulospalkkiosta. Palveluntuottajat kertoivat muuttaneensa toimintaa niin, että yksilöihin panostamisen sijaan organisaatioissa keskityttiin esimiesten ja organisaatioiden johdon tukemiseen. Yksilöille suunnatun toiminnan arvioitiin tuottavan sairauspoissaloissa näkyviä vaikutuksia vasta viiveellä, kun taas esimiehille suunnatun työkykyjohtamisen tuen arvioitiin vaikuttavan jo lyhyelläkin aikavälillä.

SIB-mallin peruspiirteeksi kuvataan kirjallisuudessa (Disley ym. 2015, Fraser 2018a, Maduro ym. 2018) innovatiivisuus ja mahdollisuus joustavaan toimintaan. Sen katsotaan tarjoavan palveluntuottajille mahdollisuuden kokeilla riskittä uuden tyyppisiä ratkaisuja yhteiskunnallisiin ongelmiin. Organisaatioiden edustajat kertoivat saaneensa hankkeen esittelyvaiheessa käsityksen, että hanke on hyvin perusteltu ja se nojaa tutkittuun tietoon. Esittelyjen perusteella odotettiin, että työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin vaikuttavia tekijöitä katsotaan uudelta näkökannalta ja niihin vaikuttamiseen saadaan uusia toimintatapoja ja työkaluja. Ennakoiva toiminta nähtiin tärkeäksi, samoin luvattu esimiesten ja henkilökunnan osallisuus. Haastateltavien mukaan hanke oli kiinnostava myös, koska se näytti poikkeavan perinteisestä kunta-byrokratiasta. Toiminnan odotettiin olevan ketterää, ja että tehdyt suunnitelmat viedään nopeasti ja täysipainoisesti käytäntöön. Hankkeen tulosperustaisuus innostikin ainakin osaa haastatelluista, koska sen katsottiin varmistavan toiminnan ketteryys.

Haastatellut organisaatioiden edustajat eivät pitäneet hankkeessa tarjottuja palveluja erityisen innovatiivisina. Palvelun ostajan näkökulmasta uutta oli se, että tarjottiin



palvelukokonaisuutta ja saatiin yhteyshenkilö, jonka kanssa asioita vietiin eteenpäin ja saatiin tietoa. Palvelut olivat määräytyneet pääasiassa palveluntarjoajien valmiiden pakettien perusteella. Palveluntuottajatkin arvioivat tarjonneensa perinteisiä palveluja, joita on käytetty menestyksellisesti muuallakin. Innovatiivista toimintaa esti heidän mukaansa se, että palveluita jouduttiin lopettamaan kesken hankkeen. Kun säästö tavoitteita tuli jatkossa vielä lisää, hankkeessa ei ollut käytettävissä rahaa normaalia tilannetta enempää. Sairauspoissaolojen vähenemisen tavoittelu ja tulospalkkion määräytyminen vain sen perusteella ovat ohjanneet vahvasti sitä, mitä heidän on ollut järkevää tehdä organisaatioissa.

Organisaation edustajien näkökulmasta hankkeen oppi on se, että asiakasnäkökulma pitäisi saada vahvemmin tarjottavan toiminnan suunnitteluun. Olisi syytä kysyä palveluiden potentiaalisilta kohderyhmiltä, mitä he tarvitsevat. Viimeiseksi mukaan läheneessä organisaatiossa haastatellut katsoivat, että toimintaa onkin muokattu esille tulleiden tarpeiden mukaan. He arvelivat, että hankkeen tulosperusteisuus on tuottanut ketteryyttä palveluntuottajien toimintaan. Se motivoi heitä hakemaan ja kokeilemaan nopeasti uusia keinoja, jos joku ei näytä toimivan.

SIB-mallin kuvataan (Fraser ym. 2018b) tuottavan tehokkaampaa palveluntuottajien toimintaa. Palveluntuottajan mukaan heidän ajatuksensa on aina palvella asiakasta mahdollisimman hyvin, mutta hanke, joka ei ole suoriteperustainen, mahdollistaa tehokkaamman toiminnan, koska voidaan panostaa siihen, minkä nähdään olevan merkityksellistä. SIB-malli ei hänen mukaansa niinkään piiskaa palveluntuottajaa tekemään parempaa työtä, vaan tehokkuuden tuottaa se, että asiakkaat eivät maksa enempää esimerkiksi jokaisesta lisätunnista.

SIB-mallin etuna kuvataan (Disley ym. 2015, Maduro ym. 2018), että se tuoo yhteen toimijoita, jotka muuten toimisivat omissa lokeroissaan. Hankkeen asiamiehen edustaja kertoikin toivoneensa neljän palveluntuottajan ryhmää kootessaan, että näiden palvelut täydentäisivät hyvin toisiaan, ja että kokonaisuudesta muodostuisi enemmän kuin vain osiensa summa. Tämä toive ei haastatellun mukaan kuitenkaan toteutunut. Jokainen teki hänen mukaansa varmasti hyvää työtä, mutta pääasiassa itsenäisesti, ja tehden sitä mitä oli tottunut tekemään ennenkin. Palveluntuottajat eivät "ylittäneet itseään" muodostaakseen toivotun kokonaisuuden ja vastatakseen yhdessä organisaatioiden matkan varrella ilmenneisiin tarpeisiin. Palveluntuottajankin mukaan neljä toimijaa toimivat alussa omissa lokeroissaan, mutta kaksi eniten mukana ollutta tekivät hankkeen kuluessa enemmän yhteistyötä keskenään.

SIB-mallin eduksi kuvataan kirjallisuudessa (Disley ym. 2015, Fraser ym. 2018a) että palveluntuottajat voivat oppia sinä toimiessaan itse uutta, esimerkiksi hankkeen fo-



kuksena olevasta ilmiöstä tai mittamaan oman toimintansa vaikutuksia. Näin he voivat jatkossa esitellä osaamistaan entistä paremmin tuleville asiakkailleen. Palveluntuottajat eivät olleet kertomansa mukaan kokeilleet hankkeessa (uusua) vaikutusten mittaamisen tapoja, eivätkä he katsoneet oppineensa mitään erityisen uutta. Toinen eniten mukana olleista arvioi hankkeen kirkastaneen entisestään, että johdon sitoutuminen ja tuki ovat oleellisia asioita sairauspoissaoloihin vaikuttamisessa. Hankkeen oppi olikin hänelle se, että hankkeissa pitäisi varmistaa ylipäätään asiakasorganisaation sitoutuminen hankkeen tavoitteeseen ja toiminnan tukemiseen. Toinen kertoi puolestaan hankkeen kirkastaneen, että sairauspoissaoloihin vaikuttamiseen tarvitaan erilaisia tulokulmia ja palveluja, ja että yhteistyö olisi jatkossakin antoisaa. Molemmat kertoivat hankkeen avanneen, miten paljon ihmisten omat elämänhallinnan pulmat vaikuttavat työssä, mutta työnantajalla ei ole niihin välttämättä vaikutusmahdollisuuksia. Hankkeen oppina nähtiin, että yksilöiden työkykyä kannattaisi arvioida jatkuvasti samoin kuin nyt tarjotussa palvelussa, jotta nämäkin työkykyriskissä olevat henkilöt löydettäisiin varhain. Myös sosiaalityöntekijän palveluja (työterveyshuollossa) pidettiin tärkeänä. Koettiin, että hanke voisi yhteiskunnallisena antinaan nostaa tämän teeman yleisempään keskusteluun.

#### **5.2.4 Hankkeen vaikuttavuuden ja prosessin arviointi**

Intervention arviointi perustuu suunnitteluvaiheessa määriteltyihin tavoitteisiin (Bartholomew ym. 2016). Tavoitteet tulisi kuvata valitun tason mukaan muutoksiksi kohderyhmän elämänlaadussa tai hyvinvoinnissa tai niihin vaikuttavissa tekijöissä. Suunnitteluvaiheessa määritellään myös valitun kohderyhmän osalta, minkä suuruista muutosta odotetaan, millaisin indikaattorein havaittuna ja missä ajassa. Myös hankkeprosessin arviointi suunnitellaan, ja intervention kuluessa kerätään tietoa prosessin etenemisestä tavoitteiden suunnassa, jotta prosessia voidaan oikaista tarvittaessa. Prosessiarviointiin kerätty tieto auttaa lisäksi ymmärtämään vaikutusarvioinnin tuloksia.

#### ***Koko hankkeen arviointi***

Haastateltujen mukaan TyHy-SIB -hankkeen vaikuttavuuden indikaattoriksi valittiin sairauspoissaolot, koska se oli objektiivisesti mitattavissa oleva suure. Palveluntuottajat olivat myös tuoneet esille, että heidän toiminnallaan oli aiemmin pystytty vähentämään sairauspoissaoloja. Maksuperusteena oli sairauspoissaolopäivien väheneminen edeltäneen vuoden tasoon verrattuna. Vähentyneistä päivistä asiakas maksoi 175 euroa rahastoon. Hinta vastasi vuoden 2012 arvioitua sairauslomapäivän kustannusta kuntatyönantajilla (Rissanen & Kaseva 2014). Hankkeen tavoitteeksi asetettiin kaikille organisaatioille, että sairauspoissaolot vähenevät 2,1 päivää. Tätä pienemmästäkin



sairauspoissaolojen vähenemisestä kohdeorganisaatiot maksoivat, mutta vähemmän. Mikäli poissaolot eivät vähentyneet edelliseen periodiin verrattuna, organisaatiot eivät maksaneet mitään. Sairauspoissaolojen pienenemisen tasoa mallinnettiin ennen hankkeen aloittamista ottamalla huomioon useita asioita: palveluntuottajien esittämien interventioden kustannusrakenne ja arviot aiemmista hankkeista, palveluntuottajille riittävä palkkio, rahoittajille sopiva tuotto sekä maksaville organisaatioille kohtuullinen kustannus.

Koko hankkeen prosessin arviointi ei ollut varsinaisesti kenenkään vastuulla. Hankkeen hallinnoija arvioi hanketta vain sairauspoissaolojen kehittymisen näkökulmasta. Hankkeella on ollut myös ohjausryhmä, johon kuuluvat asiamiehen, hallinnoijan ja palveluntuottajien edustajat. Hallinnoija on seurannut sairauspoissaolojen kehitystä organisaatioissa, ja myös palveluntuottajat ovat saaneet niistä tiedon kuukausittain. Palveluntuottajat ovat keskustelleet tuloksista ja niiden vaatimista toimenpiteistä säännöllisesti organisaatioiden vastuuhenkilöiden kanssa. Hallinnoija ei ole seurannut hankeprosessia arvioimalla käytettyjen interventiomenetelmien toimitavuutta, vaan he ovat haastattelun mukaan luottaneet palveluntuottajien asiantuntemukseen.

### **Organisaatiokohtainen arviointi**

Sairauspoissaolojen väheneminen oli asetettu tavoitteeksi ja vaikuttavuusindikaattoriksi kaikissa organisaatioissa. Organisaatiot eivät kuitenkaan määritelleet tarkasti, minkä suuruista muutosta ne tavoittelevat nimenomaan tämän hankkeen avulla. Osa palveluntuottajista ilmoitti haastattelussa vähenemiselle myös tarkan määrällisen tavoitteen, mikä organisaatioiden edustajien mukaan ei kuitenkaan ollut realistinen.

Joissakin organisaatioissa tavoiteltiin työhyvinvoinnin tai työssä jaksaminen lisääntymistä, mutta tavoiteltavan muutoksen suuruutta ei määritely. Mahdollista muutosta ei arvioitu hankkeessa systemaattisesti, vaikka organisaatiot keräävätkin säännöllisesti henkilöstön kokemuksia erilaisilla työhyvinvointi- tai työolobarometrikyselyillä. Viimeisenä mukaan tullessa organisaatioissa suunniteltiin kuitenkin, että hankkeen mahdollista vaikutusta katsotaan vertaamalla työhyvinvointikyselyn tuloksia ennen hankkeen alkua ja sen päättyessä vuonna 2020. Osa organisaatioista kuvasi haastattelussa myös muita tavoitteita, esimerkiksi työkykyjohtamisen paranemisen tai hankkeessa opitun leviämisen organisaation muihin yksiköihin, mutta tavoitteiden saavuttamista ei arvioitu systemaattisesti hankkeen kuluessa.

Palveluntuottajat ja organisaatioiden edustajat kuvasivat erilaisia sairauspoissaoloihin tai työhyvinvointiin/työssä jaksamiseen vaikuttavia tekijöitä, kuten fyysinen ja psyykinen terveys, yksilön työmotivaatio tai esimiesten toiminta. Näiden tekijöi-





den osalta ei laadittu selkeitä muutostavoitteita (mikä muuttuu, kenen toiminnassa, kuinka paljon ja missä ajassa), mutta osa palveluntuottajista arvioi kuitenkin muutoksia näissä tekijöissä. Fyysisen kunnon kehitystä arvioitiin valmennukseen osallistuneiden osalta. Elintapavalmennukseen osallistuneilta kysyttiin tehdyistä muutoksista. Palveluntuottajan tarkoituksena oli lisäksi katsoa valmennusryhmiin osallistuneiden sairauspoissaolojen kehittymistä, mutta toteutus osoittautui haasteelliseksi. Toisena keskeisenä sairauspoissaoloihin vaikuttavana tekijänä pidettiin esimiesten työkykyjohtamista, kuten esimerkiksi miten he seuraavat poissaoloja ja ottavat ne puheeksi organisaation varhaisen välittämisen mallin mukaan. Palveluntuottajan tarjoamasta terveysjohtamisen järjestelmästä seurattiin, miten moni esimiehistä alkoi toimia sovittuun hankkeen aikana. Osa palveluntuottajista katsoi arvioinniksi myös omat havainnot, joita saatiin esimerkiksi keskusteluista eri osapuolten kanssa.

Organisaatioissa tarkasteltiin haastateltujen mukaan hankeprosessia säännöllisissä tapaamisissa, joihin osallistui vastuuhenkilöitä, palveluntuottajia ja organisaatioista riippuen myös henkilöstön edustajia, jotka toivat tietoa henkilöstöstä päin ja veivät sitä vastaavasti eteenpäin. Kokouksissa tarkasteltiin tilastoja ja toteutettua toimintaa sekä sovittiin seuraavista toiminnoista. Osassa organisaatioista oli odotettu systemaattisempaa prosessin seuranta ja suunnittelua. Koettiin että kokouksissa olisi ollut tarpeen arvioida paremmin toimintaa siihen mennessä saatujen tulosten valossa. Joidenkin kokemuksenä oli myös, että oli liiaksi "eletty hetkessä", eikä suunniteltu tarpeeksi pidemmän aikavälin toimintaa. Jos suunnitelmia olisi tehty, olisi ollut mahdollista myös tarkistaa esimerkiksi puolivuositain, ollaanko menossa oikeaan suuntaan. Kaikkien palveluntuottajien kanssa ei ollut määritelty selkeästi, mistä kukin on vastuussa ja mikä on kunkin rooli. Toteutetusta toiminnasta ja osallistuneiden määristä oli kaivattu myös selkeämpää koontia. Joidenkin organisaatioiden vastuuhenkilöt arvioivat kuitenkin myös, että heidän omat kiireensä olivat vähentäneet yhteistä suunnittelua ja seuranta.

Viimeisenä mukaan liittyneessä organisaatiossa oltiin tyytyväisiä hankeprosessin seurantaan. Ohjausryhmään kuuluu yksiköiden johtoa ja päälliköitä, pääluottamusmiehet, työkykykoordinaattori, työterveyshuollon edustaja sekä palveluntuottajien edustajat. Ryhmä käsittelee sairauspoissaolot ja analysoi, mistä ne johtuvat, mitä muutoksia on tullut, ja mitä asioille on tehty. Jos poissaolot näyttivät yksiköissä menevän eri suuntiin, mietittiin muutosten syitä. Hankkeesta tehtiin säännöllisesti väliarviointi, joka raportoitiin myös henkilöstölle.

Palveluntuottajat kertoivat kokoontuneensa hankkeen aikana säännöllisesti keskenään keskustellakseen tekemistään toimista ja kohdatuista haasteista kohdeorganisaatioissa. Alussa kaikki neljä palveluntuottajaa olivat mukana kokoontumisissa, mut-

ta hankkeen loppuvaiheessa vain kolme heistä tarjosi palvelujaan. Yksi kolmesta oli vetäytynyt omasta halustaan taustalle, eikä osallistunut kokouksiin. Mukana olevat arvioivat kouliintuneensa hyvään yhteistyöhön, vaikka hankkeen alkuvaiheessa oli-kin kohdattu yhteistyön haasteita, muun muassa tiedonkulun katkoksia. Myöhemmin palveluntuottajille oli kehittynyt selkeämpi vastuunjako.

Vaikuttavan Intervention suunnittelun näkökulmasta (vrt. Bartholomew ym. 2016) voidaan nostaa kehittämisehdotuksia, joita haastatellut toivat itsekkin esille. Hankkeesta koettiin opitun, että on pohdittava tarkemmin, mitä mitataan ja kuinka realistista tavoitteiden saavuttaminen on. Kaikki osapuolet näkivät vaikuttavuusmittarin olleen puutteellinen jo valintavaiheessa: hankkeen tavoitteena oli työhyvinvoinnin paraneminen, mutta mitattiin sairauden poissaoloa. Vaihtoehdoksi mietittyjen mitta-reiden, esimerkiksi työhyvinvointikyselyiden, haasteeksi nähtiin subjektiivisuus ja alhainen vastausaktiivisuus. Haastateltavat toivat kuitenkin esille, että töistä oltiin pois myös muista kuin terveyssyistä. Työhyvinvoinnin lisääntymisen tavoitteen katsottiin sisältävän paljon muutakin kuin sairauspoissaolojen vähenemistä, joten hankkeelle olisi kannattanut asettaa muitakin alatavoitteita ja valita sopivat mittarit niiden saavuttamisen arviointiin. Ajateltiin myös, että koska hyvin monet tekijät vaikuttavat sairauspoissaoloihin, olisi ollut hyödyllistä mitata muutoksia näissä tekijöissä hankkeen kuluessa. Lisäksi ehdotettiin, että olisi kannattanut katsoa sairauspoissaolojen kehitystä erikseen eri henkilöstö- tai ikäryhmissä. Asiamiehen edustajan mukaan olisi ollut järkevää, että vaikuttavuuden arvioinnissa sairauspoissaolot olisivat painaneet esimerkiksi vain 50 % ja mukana olisi ollut myös laadullisia indikaattoreita.

Haastatellut arvioivat, että kun seurattiin vain sairauspoissaoloja, ja jos niissä ei tapahtunut selvää alenemista, organisaatioissa saatettiin epäillä hankkeen kuluessa, onko sillä mitään vaikutusta. Palveluntuottajan näkökulmasta ongelmallista oli myös se, että sairauspoissaolojen kehittymistä mitattiin hankkeessa yhden päivän tilanteena, mikä ei kerro asiakasorganisaation todellisesta tilasta tai kuinka siihen on voitu vaikuttaa.

Haastattelujen ja työpaja-aineistojen perusteella hankkeen toteutusta ei suunniteltu tavoitteista käsin niin yksityiskohtaisesti, että tavoitteiden toteutumista olisi ollut mahdollista seurata ja arvioida prosessin kuluessa. Vaikka sairauspoissaolojen kehittymistä seurattiin tarkasti, niihin oletetusti vaikuttavien tekijöiden kehittymisestä ei kuitenkaan kerätty systemaattisesti tietoa. Näin ollen prosessia ei ollut mahdollista oikaista tarvittaessa tietoon perustuen. Hankeprosessin seuranta ja arviointi kannattaisikin suunnitella huolellisesti hankkeen alussa, koska kerätty tieto auttaa ymmärtämään myös hankkeen päättyessä tehtävän vaikutusarvioinnin tuloksia.

### 5.3 Työhyvinvointikyselyjen soveltuvuus muutosten havaitsemiseen

Kahdessa organisaatiossa työhyvinvointia mitattiin Kevan työhyvinvointikyselyllä, yhdessä Valtionvarainministeriön VMBarolla ja yhdessä työolobarometrilla. Kevan työhyvinvointikysely sisälsi viisi aihekokonaisuutta: 1) johtaminen työyksikössä, 2) johtaminen organisaatiossa, 3) työn sujuminen työyhteisössä, 4) työtehtävät ja omat voimavarat sekä 5) asiakkaat ja yhteistyö. Kysymyksiä arvioidaan pääosin 5-luokkaisen asteikon mukaan (0=erittäin huono tilanne ... 4=erittäin hyvä tilanne). VMBarossa aihekokonaisuuksia on kahdeksan: 1) johtaminen, 2) työn sisältö ja vaikutusmahdollisuudet, 3) palkkaus, 4) osaaminen, oppiminen ja uudistuminen, 5) työyhteisön toimintakulttuuri, 6) työ- ja toimintaympäristö, 7) vuorovaikutus ja viestintä sekä 8) työnantajakuva ja arvot, joiden alla on 3–7 alakohtaa. Kyselyn lopussa on lisäkysymyksiä, jotka koskevat tehtäväkiertohalukkuutta, työpaikan vaihtoaikkeitä, toimitilaa, epäasiallista kohtelua, työhyvinvointia sekä työyhteisön vahvuuksia ja heikkouksia. Näiden lisäksi organisaatiot voivat lisätä omia kysymyksiään. Kysymykset ovat väittämien muodossa ja arviointi tehdään viisiportaisella asteikolla 1=täysin eri mieltä, ..., 5=täysin samaa mieltä. (Valtiovaraministeriö 2016). Työolobarometrissa työhyvinvointia arvioidaan kuudella aihekokonaisuudella: 1) työn kehittävyys, 2) esimiestyö, 3) ergonomia, 4) optimaalinen kuormitus, 5) työkyky, ja 6) tiedonkulku ja vuorovaikutus. Näitä selvitetään väittämillä, joiden määrä vaihtelee aihekokonaisuuksittain välillä 2–5. Vastausvaihtoehtoja on viisi (Täysin eri mieltä, eri mieltä, ei eri eikä samaa mieltä, samaa mieltä ja täysin samaa mieltä).

Organisaatiossa 1 ja 2 työhyvinvointikysely toteutettiin seuranta-aikana vuosittain, kysely oli pysynyt pääpiirteissään samanlaisena ja arviointiryhmän käytössä oli kaikkien kyselyjen tulokset. Organisaation 1 osalta arviointiryhmän käytössä ei ollut kyselyn vastaajien määriä tai vastausprosentteja. Organisaatiossa 3 oli käytettävissä kyselytiedot vuosilta 2015, 2017 ja 2018. Vuodesta 2015 vuoteen 2017 kysely oli kuitenkin muuttunut merkittävästi. Organisaatiossa 4 työhyvinvointikysely toteutetaan joka kolmas vuosi ja käytettävissä oli kyselytiedot ainoastaan vuodelta 2017. Edellä mainittujen syiden vuoksi hankkeen aikana tapahtuvia muutoksia työhyvinvoinnissa ei ollut mahdollista selvittää organisaatioissa 3 ja 4. Organisaatioiden 1 ja 2 työhyvinvointikyselyjen eri osa-alueiden tasoja ja niiden muutoksia intervention aikana tarkasteltiin erilaisten graafien (muun muassa radar-kuvioiden ja pylväsdiagrammien) avulla. Tietosuojan vuoksi kuvioita ei kuitenkaan sisällytetty raporttiin.



Organisaatiossa 1 työhyvinvointia arvioitiin yhdeksällä osa-alueella, joista kuudessa tapahtui parantumista ja kolmessa huonontumista verrattaessa ennen hankkeen aloittamista (2014) tehdyn kyselyn tuloksia hankkeen päättymisen jälkeen tehdyn kyselyn tuloksiin (2018). Ero kyselyn osa-alueissa vaihteli  $-0,07$ :stä  $+0,57$ :ään. Suurimmat positiiviset muutokset liittyivät kokonaisuuksiin 'osaaminen, oppiminen ja uudistuminen', 'työn sisältö ja vaikutusmahdollisuudet' ja 'työnantajakuva ja arvot'. Organisaatiossa 2 kokonaisuuksia oli kyselyssä kuusi, joista puolessa ero ennen hankkeen aloittamista ja hankkeen päättymisen jälkeen tehdyn kyselyn välillä oli positiivinen ja puolessa negatiivinen. Erot olivat erittäin pieniä vaihdellen  $-0,05$ :stä  $+0,12$ :een.



## 6 POHDINTA

Tässä arvioinnissa hyödynnettiin kompleksisten interventioiden prosessiarvioinnin mallia (Moore ym. 2015) ja osittain kehittävän arvioinnin otetta. TyHy-SIB -hankkeessa toteutettu interventio on kompleksinen, sillä työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin vaikuttavat useat eri tekijät yhdessä. Kompleksisuutta korostaa myös se, että toimenpiteitä toteuttivat organisaatioissa samanaikaisesti useat toimijat: palveluntuottajat ja organisaation henkilöstö. Lisäksi kunkin organisaation toimintaympäristössä tapahtui kokeilusta riippumattomia muutoksia, ja niissä oli myös muita tekijöitä, jotka mahdollisesti vaimensivat ja/tai vahvistivat intervention mahdollisia vaikutuksia. Näitä olivat esimerkiksi valtakunnallisen maakunta- ja sote-muutoksen valmistelu sekä organisaatioiden sisäiset muutokset muun muassa johtamisessa sekä työn organisoinnissa ja sisällössä tai työympäristössä. Oman lisänsä toivat myös henkilö- ja henkilöstömuutokset. TyHy-SIB -hankkeeseen mukaan lähteneet organisaatiot eivät saaneet vaikuttaa palveluntuottajien valintaan, ja palveluvalikoima oli pitkälti ennalta suunniteltu. Interventiot toteutettiin muuten suunnitellusti, mutta osa palveluista lopetettiin tai niitä supistettiin hankkeen aikana.

TyHy-SIB -hanke oli ensimmäinen SIB Suomessa, ja sen kokeiluluonteisuus ja suhteellisen pieni alkupääoma vaikuttivat toteutukseen. Hankkeen pääoma oli 598 000 euroa, mikä edellytti kustannustehokkuuden huomioimista jokaisessa vaiheessa. Jotta mahdollisimman suuri osa budjetista voitiin käyttää intervention toteuttamiseen, päädyttiin melko valmiiksi hiottujen palvelukokonaisuuksien tarjoamiseen. Parhailaan on käynnissä muun muassa SIB-hanke, jonka pääoma on noin 20-kertainen TyHy-SIB:iin verrattuna.

Palveluihin osallistuneet olivat kuitenkin palveluihin pääosin tyytyväisiä. Kaikkia tarjottuja palveluja ei hyödynnetty organisaatioissa toivotusti, erityisesti henkisen hyvinvoinnin kehittämisen verkko-ohjelmia jäi vähälle käytölle. Vaikutukset sairauspoissaoloihin ja osallistuvien organisaatioiden tulosperusteiset maksut jäivät tässä hankkeessa vähäisiksi, mikä vaikutti myös hankkeen loppuvaiheen toteutukseen. Hankkeeseen viimeisenä liittyneessä organisaatiossa tarjotaan vain palveluja, joilla arvioidaan voitavan vähentää nopeasti sairauspoissaoloja. Taulukossa 5 esitellään TyHy-SIB -hankkeen interventioiden mahdollisia vaikutusmekanismeja sairauspoissaoloihin kirjallisuuden pohjalta ja peilataan niitä havaittuihin muutoksiin sairauspoissaoloissa.

Taulukko 5. TyHy-SIB -hankkeen interventioiden mahdollisia vaikutusmekanismeja sairauspoissaoloihin, peilaten niitä havaittuihin muutoksiin sairauspoissaoloissa.

Sairauspoissaolojen tarpeeseen ja kestoon vaikuttavat tekijät (Oksanen ja työryhmä 2016)	TyHy-SIB interventiot	Tutkimustietoa interventioiden vaikutuksista sairauspoissaoloihin	Arvio TyHy-SIB:in interventioiden mahdollisista vaikutuksista
<p>1) Työntekijän terveys ja selviytymiskeinot, kuten työkyvyttömyyttä aiheuttava sairaus, toimintakyky, ammatillinen koulutus, ikä ja muut esimerkiksi elämäntilanteeseen liittyvät tekijät</p>	<p>Terveys- ja työkykykysely</p> <p>Henkilökohtaiset terveyteen ja fyysiseen kuntoon liittyvät mittaukset</p> <p>Ryhmätoiminta, ohjaus ja neuvonta työkykyriskissä oleville</p> <p>Digitaaliset valmennusohjelmat, mm. uni, stressin hallinta, (organisaatiot 1, 2, 3)</p> <p>Terveyspuhelin terveysterveystuontaan</p>	<p>Tutkimustieto fyysisen aktiivisuuden ja sairauspoissaolojen yhteydestä osin ristiriitaista (mm. Odeen ym. 2013, Joyce ym. 2016, White ym. 2016). Erityisesti ylipainoisilla fyysisen aktiivisuuden lisääminen saattaisi vähentää merkittävästi pitkäaikaisia poissaoloja (Ervasti ym. 2019).</p> <p>Työuravaikutusten* saamiseksi yksilölliseen työ- ja toimintakykyyn vaikuttamisen lisäksi pitää vaikuttaa myös työhön ja työympäristöön (mm. Kuoppala &amp; Lamminpää 2006 ja 2008, Seppänen-Järvelä ym. 2015, Juvonen-Posti 2018).</p>	<p>Interventioilla todennäköisesti vaatimattomat mahdollisuudet vaikuttaa sairauspoissaoloihin, koska interventioihin ei kuulunut integroitu työhön tai työympäristöön vaikuttaminen. Arvioinnin käytössä ei ollut tietoa, minkä verran hyödynnettiin työhön kytkeytyvää tukea esimerkiksi työterveys- tai kuntoutusyhteistyössä. Interventioilla saattoi kuitenkin olla merkityksellisiä hyvinvointivaikutuksia yksittäiselle työntekijälle.</p>



Sairauspoissaolojen tarpeeseen ja keston vaikuttavat tekijät (Oksanen ja työryhmä 2016)	TyHy-SIB interventiot	Tutkimustietoa interventioiden vaikutuksista sairauspoissaoloihin	Arvio TyHy-SIB:in interventioiden mahdollisista vaikutuksista
2) Työpaikkaan liittyvät tekijät, kuten työ itsessään, työn organisointi, ilmapiiri, johtaminen ja työn muokausmahdollisuudet	<p>Terveysjohtamisjärjestelmä ja sen kehittäminen esimiesten ja HR:n yhteistyönä.</p> <p>Sähköinen työkalu muutoksen johtamiseen (käytössä vuoden organisaatioilla 1, 2, 3)</p> <p>Ryhmävalmennukset johdolle ja esimiehille</p> <p>Esimiesten henkilökohtainen tuki</p>	<p>Lähiesimiesten koulutuksella ja johdon toimintamalleilla merkitystä erityisesti pitkien sairauspoissaolojen vähentämisessä (Kristman ym. 2016).</p> <p>Työkykyjohtamisen kehittymisen kautta tavoitellut muutokset saatetaan pitkäjänteisen yhteistyön avulla. (Juvonen-Posti ym. 2014, Reiman ym. 2017, Pehkonen ym. 2017). Pitkittyvään työkyvyttömyyteen liittyvän varhaisen tuen työuravaikutukset vähäisiä (Halonen ym. 2016, Viikari-Juntura ym. 2017).</p>	<p>Työkykyjohtamisen järjestelmän käyttöönotto ja esimiesten lisääntynyt osaaminen systematisoi työkykyasioiden puheeksi ottamista kohdeorganisaatioissa.</p> <p>Sairauspoissaolopäivien pieni väheneminen 11–30 ja 30–60 päivän sairauspoissaololuokissa seuranta-aikana saattaa olla tämän lisääntyneen toiminnan seurausta.</p>
3) Terveystuolto- ja kuntoutusjärjestelmään liittyvät tekijät, kuten hoitoon- ja kuntoutukseen pääsy, hoito- ja kuntoutusmahdollisuudet ja alueelliset erot hoidossa ja kuntoutuksessa	<p>Terveyspuhelin sairauspoissaolojen ilmoittamiseen (organisaatiot 2, 3, 4)</p> <p>Työterveysyhteistyön kehittäminen</p>	<p>Hartmanin (2013) ja Hägglundin (2013) mukaan lisätty sairauspoissaolon syihin liittyvä valvonta vähensi sairauspoissaoloja. Poissaolojen oimailotuskäytäntö lyhensi 1–3 päivän sairauspoissaolojen keskimääräistä kestoja ja vähensi terveydenhuollon akuuttikäyntien tarvetta 20–40 %, mutta poissaolojen kokonaismäärä ei muuttunut merkittävästi (Pesonen ym. 2016).</p>	<p>1–3 päivän sairauspoissaolopäivät lisääntyivät kaikissa organisaatioissa. Tämä voi olla seurausta tarkentuneesta raportoinnista. 1–5 päivän (1–3 päivän ja 4–5 päivän luokat yhdessä) sairauspoissaolot vähenivät organisaatioissa 1 ja 2.</p>
4) Yhteiskuntaan liittyvät tekijät, kuten työttömyys, lainsäädäntö ja sosiaaliturvajärjestelmä, esimerkiksi sairauspoissaolojen korvauskäytännöt	(ei toimenpiteitä)	<p>Sairauspäivärahan tason epäsuotuisista työllisyysvaikutuksista on paljon tutkimusnäyttöä (Johansson &amp; Palme 2002 ja 2005, Andrén 2005, Ziebarth &amp; Karlsson 2010)</p>	

\*Työuravaikutuksilla tarkoitetaan tässä sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden vähentymistä ja/tai työssäoloajan lisääntymistä.





Sairauspoissaolomääristä on edelleen vaikea saada kansallisesti toimialat ylittävää ajantasaista ja luotettavaa tietoa (esimerkiksi Forma 2018). Sairauspoissaoloja oli TyHy-SIB -hankkeessa mukana olleissa organisaatioissa vähemmän kuin kunta-alalla keskimäärin: määrät vaihtelivat viidestä neljääntoista sairauspoissaolopäivään henkilöä kohden vuodessa, kun kunta-alalla sairauspoissaoloja on ollut viime vuosina noin 16,5–17 päivää henkilötyövuotta kohden (Työelämätiето 2019). Jo lähtötilanteessa alhaisempi sairauspoissaolojen taso aiheutti omat haasteensa sairauspoissaolojen vähentämiseen.

Kun vuosien 2016, 2017 ja 2018 sairauspoissaolojen tasoa tarkastellaan kaikissa organisaatioissa yhteensä arviointihankkeessa käytetyllä tavalla, sairauspoissaolot kasvoivat hieman (1,0 päivää) vuodesta 2016 vuoteen 2017, jolloin ne kääntyivät hienoiseen (0,3 päivää) laskuun. Vuodesta 2016 vuoteen 2018 sairauspoissaolot siis lisääntyivät 0,7 päivää. Kahdessa mukana olleista neljästä organisaatiosta sairauspoissaolot laskevat hieman (0,2 ja 0,6 päivää) ja yhdessä organisaatiossa kohtalaisesti (1,6 päivää). Organisaatiossa, jossa hanke on vielä kesken, sairauspoissaolot nousivat tällä ajankaksolla (2,7 päivää). Vähentämistä sairauspoissaolopäivien mukaan kootuissa luokissa oli erityisesti luokissa 11–30 ja 30–60 päivää, joista siirtymää tapahtui lyhyempiin sairauspoissaoloihin. Jos aktiivisempi työkyvyn tukeminen jatkuu ja organisaatiot pystyvät ylläpitämään muutoksen, tällä voi olla vaikutuksia sairauspoissaolojen vähentämisen lisäksi esimerkiksi tuleviin työkyvyttömyyseläkevastuiden vähentämiseen (Pehkonen ym. 2017).

Palveluntuottajat pyrkivät vähentämään sairauspoissaoloja kehittämällä henkilöstön työkykyä, lisäämällä esimiesten osaamista (työkyky)johtamisessa ja parantamalla työterveysyhteistyötä Organisaatioiden edustajat kuvasivat hankkeen koettuina vaikutuksina ja hyötyinä työkykyjohtamisen ja työterveysyhteistyön kehittymisen. Vaikutuksia välittävinä tekijöinä tunnistettiin erityisesti johdon ja vastuuhenkilöiden sitoutuminen hankkeeseen ja työkykyjohtamiseen, organisaation tarpeiden tunnistaminen ja huomioiminen sekä tarjottujen palveluiden integrointi organisaation omaan toimintaan ja järjestelmiin.

Seuraavaksi luvussa 6.1 pohdimme mukana olleille organisaatioille kohdistuneiden työkyvyttömyyskustannusten muutosten arviointia, luvussa 6.2. hankeintervention välittömien vaikutusten arviointia, 6.3 intervention toteutettavuuden ja toteutuksen arviointia, luvussa 6.4 työhyvinvointikyselyjen soveltuvuutta työhyvinvointimuutosten havaitsemiseen ja lopuksi luvussa 6.5 arviointihankkeen vahvuuksia ja heikkouksia.



## 6.1 Organisaatioille kohdistuneiden työkyvyttömyyskustannusten muutosten arviointi

Hankkeen tavoitteet ja tulosmittari eivät vastanneet toisiaan. TyHy-SIB -hankkeen tavoitteena oli julkisen sektorin työntekijöiden hyvinvoinnin edistäminen. Hankkeessa asetettu mittari ja toiminnan kannustimet liittyivät sairauspoissaolojen vähentämiseen, joten tarjotut palvelut kohdistuivat myös ensisijaisesti sairauspoissaoloihin. Työhyvinvoinnin lisääntymisen myötä mahdolliset kustannussäästöt työnantajille voivat kohdistua myös muihin kustannuseriin, kuten työkyvyttömyyseläkkeisiin ja rekrytointikustannuksiin. Tämä olisi puoltanut valitsemaan hankkeelle useampia tulosmittareita, mikä olisi saattanut kannustaa palveluntuottajia kehittämään laajemmin työhyvinvointia ja työssä jaksamista.

Jokaista vähentyntä sairauspoissaolopäivää kohden organisaatio maksoi 175 euroa rahastoon. Hinta vastasi vuoden 2012 arvioitua sairauslomapäivän kustannusta kuntatyönantajilla (Rissanen & Kaseva 2014). Vuotta 2012 seuranneen kustannustason nousun myötä säästetyn sairauspoissaolopäivän hintaa voidaan pitää asiakkaalle vähintäänkin kohtuullisena. Esimerkiksi Työeläkeyhtiö Ilmarinen arvioi sairauspoissaolopäivän keskimääräiseksi hinnaksi 325 euroa (Ilmarinen 2019). Tähän arvioon pohjautuen jokainen säästetty sairauspoissaolopäivä, josta asiakas maksaa 175 euroa, olisi tuottanut asiakkaalle vähintään 150 euron hyödyn. Mikäli sairauspoissaolopäivän hinta on ollut mukana olleissa organisaatioissa yli 175 euroa, on organisaatio hyötynyt rahallisesti sairauspoissaolojen suorien kustannusten vähenemisestä.

Tässä arvioinnissa ei selvitetty hankkeessa mukana olleiden organisaatioiden oman panostuksen suhdetta saatuun taloudelliseen hyötyyn (esimerkiksi työkyvyttömyyskustannusten lasku, tuotantokyvyn lisääntyminen), mutta haastatellut organisaatioiden edustajat olivat tyytyväisiä syntyneeseen panos-tuotos-suhteeseen. Tulospalkkion ja aloitusmaksun lisäksi merkittävä osa organisaatioiden panostuksista on ollut interventioihin käytetty työaika.

Kaikki organisaatiot maksoivat tulospalkkiota vähintään yhdessä tarkastelukohdassa, mikä kertoo siitä, että sairauspoissaolojen kehitys on ollut ainakin ajoittain suotuisaa. Tarkasteltaessa kaikkia organisaatioita, hanke ei vuodesta 2016 vuoteen 2018 ollut kuitenkaan vähentänyt tavoitellusti sairauspoissaoloja, mikä viittaa sijoittajien näkökulmasta huonoon taloudelliseen kannattavuuteen. Tavoiteltu 2,1 päivän väheneminen vuosittaisissa sairauspoissaoloissa oli kohdeorganisaatioissa haasteellinen. Organisaatioiden rekrytointi hankkeeseen oli haastavaa, joten kokeilun käynnistämiseksi mukaan otettiin kaikki halukkaat, vaikka niiden sairauspoissaolojen määrä oli lähtötilanteessa maltillinen verrattuna julkisen sektorin yleiseen sairauspoissaolota-



soon. Mukaan otettiin kaksi alun perinkin haasteellisiksi "businesscaseksi" arvioitua. Yhdessä mukana olleista organisaatioista sairauspoissaolot eivät olleet lähtötilanteessa suuri ongelma. Toisen organisaation henkilöstömäärä oli puolestaan pieni, ja jo yksittäisen työntekijän pitkä sairauspoissaolo sai aikaan vaihtelua. Hankkeen opina onkin, että kohderyhmien valinta on tehtävä huolellisesti, ja valinnan mahdollistamiseksi on saatava riittävästi potentiaalisia osallistujia.

TyHy-SIB -hanke olisi saattanut kiinnostaa useampia organisaatioita, mikäli tulospalkkion suuruus olisi sovittu organisaatiokohtaisesti, esimerkiksi 125 – 175 hintahaitarille. Julkisella sektorilla on paljon työtä, jonka laskennallinen päiväkustannus ei yllä 175 euroon. Tällaisia töitä toteuttaville organisaatioille hankkeeseen osallistuminen ei olisi ollut kannattavaa nyt käytetyllä korvaustasolla. Alempi korvaus olisi saattanut lisätä TyHy-SIB:n asiakasvolyymia, mikä olisi osaltaan tuonut suurempia tuotto-odotuksia sijoittajille ja suurempaa toiminnan volyymia palveluntarjoajille. Tulevissa (SIB)-hankkeissa organisaatioiden rekrytointia saattaisi helpottaa myös varmuus tarjottavien palvelujen räätälöinnistä organisaatioiden omien tarpeiden ja tavoitteiden mukaan. Mahdollisuus vaihtaa palveluntuottajia hankkeen edetessä tarpeiden muuttuessa tai täsmentyessä saattaisi edistää sekä rekrytointia että tavoiteltujen vaikutusten saavuttamista.

Kaikilla mukana olleilla organisaatioilla oli sama määrällinen tavoite sairauspoissaolosten vähenemiselle, vaikka poissaolosten määrä erosi lähtötilanteessa organisaatioissa huomattavasti, erityisesti erilaisten toimialojen vuoksi. Hankkeen sairauspoissaoloihin kytketty maksu olisikin voinut määräytyä myös esimerkiksi sairauspoissaolosten suhteellisen laskun myötä. Sairauspoissaolosten lisäksi olisi voitu käyttää myös muita vaikutusmittareita, kuten osa-aikatyössä jatkaminen, työkyvyttömyyseläköitymisen välttäminen tai työskentelyn jatkaminen saavutetussa työeläkeiässä. Monisyisemmät mittarit olisivat kuitenkin tehneet tavoitteiden mittaamisen vaikeammaksi ja täten mahdollisesti hankkeen vähemmän houkuttelevaksi esimerkiksi sijoittajille. Sijoittajan on kyettävä tunnistamaan SIB:n ansaintamekanismi arvioidakseen sijoitukseen liittyvää riskiä. Tällöin on tärkeää, että maksatukseen liittyvä sopimus on selkeä. Sijoitustuotot tulee suhteuttaa vaikutuspyrkimyksiin. Tärkeitä tekijöitä ovat tällöin muun muassa rahaston volyymi, ratkaistava ongelma, lähtötilanne ja haluttu muutos, palveluntarjoajat ja palvelujen kustannusrakenne sekä rahaston ansaintalogiikka.

## 6.2 Intervention välittömien vaikutusten arviointi

Hankkeessa ei toteutettu vaikuttavuuslähtöisen toiminnan suositusten mukaisesti vaikutusketjua, jolloin lähdetään liikkeelle ketjun loppupäästä eli vaikuttavuudesta (Heliskoski ym. 2018). Sen aikaansaamiseksi tarvitaan konkreettisia muutoksia (vaihtokuituksia) ihmisten käyttäytymisessä ja/tai rakenteissa. Muutosten tulee olla sellaisia, että niiden voidaan perustellusti ajatella johtavan tavoitellun hyödyn syntymiseen. Seuraavaksi ketjussa ovat mitattavat interventiot eli teot, joita tarvitaan usein monia samanaikaisesti. Tekojen suunnittelu ja resurssien suuntaaminen edellyttävät kohderyhmien tunnistamista. Tekoja kehitetään yhdessä kohderyhmän kanssa, ja toimimattomia tekoja muokataan tai niistä luovutaan. Tekoja seuraamalla voidaan ennakoida muutosten toteutumisen todennäköisyyttä.

TyHy-SIB -hankkeessa fokus muuttui työhyvinvoinnin (ja tuottavuuden) lisääntymisestä sairauspoissaolojen vähentymiseen. Palveluntuottajilla ei ollut hankkeen käynnistyessä yhteisesti sovittuja vaikutustavoitteita eli ei määritelty yhteisesti, mitä ovat myönteisen sairauspoissaolo- tai työhyvinvointikehityksen aikaansaamiseksi tarvittavat konkreettiset muutokset henkilöstön käyttäytymisessä ja/tai rakenteissa. Kukin palveluntuottaja pyrki omalla toiminnallaan vaikuttamaan tekijöihin, joiden ajatteli vähentävän sairauspoissaoloja: yksilöiden parempi terveys, työkyky ja työmotivaatio, työkykyä tukeva työyhteisö, johdon ja esimiesten osaaminen ja motivaatio työkyvyn tukemisessa tai toimiva työterveysyhteistyö. Palveluntuottajat selvittivät organisaatioiden lähtötilannetta hieman eri tavoin. Palveluntuottajilla ja organisaatioiden edustajilla oli osittain erilaiset käsitykset tarpeista ja tavoitteista sekä keinoista niiden saavuttamiseksi. Tekoja ei räätälöity organisaatiokohtaisesti kohderyhmien tarpeiden ja kontekstien mukaan. Niitä seurattiin (esimerkiksi kuinka monta esimiestä osallistui koulutukseen), mutta ei arvioitu systemaattisesti, saatiinko niiden avulla haluttuja vaikutuksia. Toiminta kohdistui yleisesti tunnettuihin työhyvinvointia ja työkykyä sekä sairauspoissaoloja selittäviin tekijöihin, mutta interventioiden ote oli enemmän yksittäisiin, sinällään tärkeisiin, työkykytekijöihin puuttumista kuin systeemistä organisaatiokohtaista vaikuttamista. Tämän perusteella hankkeen vaikuttavuutena voi parhaimmillaan olla 'osa-vaikuttavuus' eli yksittäiseen tekijään vaikuttaminen (fyysinen kunto, stressin hallinta, työkykyä tukeva esimiestyö, sairauspoissaolojen puhelinohjaus).

Tulevissa SIB-hankkeissa tulisi jo käynnistämävaiheessa hyödyntää interventioiden suunnittelun ja arvioinnin asiantuntemusta, jotta voidaan määritellä mielekkäästi hankkeen tavoitteet ja niiden saavuttamisen arviointi: millaista ja minkä suuruista muutosta tavoitellaan, millaisin indikaattorein havaittuna ja missä ajassa. Hankkeis-



sa olisi tärkeää mitata muutosta myös prosessin kuluessa kohteena olevaan ilmiöön oletetusti vaikuttavissa tekijöissä, jotta prosessia voidaan muuttaa tarvittaessa. Havaitut odotetut muutokset innostanevat palveluntuottajia ja kohderyhmiä jatkamaan toteutusta täysipainoisesti koko toimintajakson (tässä hankkeessa 3 vuotta) ajan. Prosessiarviointiin kerätty tieto auttaisi myös ymmärtämään vaikutusarvioinnin tuloksia.

Vaikka vaikutukset sairauspoissaoloihin jäivät tässä hankkeessa vaatimattomiksi, hankkeen osapuolet kuvasivat useita muita vaikutuksia. Kyselyistä, haastatteluista ja kehittämispajoista kootun tiedon perusteella organisaatioiden johdon ja esimiesten kokemukset hankkeesta olivat myönteisiä. Moni heistä koki, että organisaatio oli saanut hankkeesta enemmän hyötyä kuin mitä oli siihen rahallisesti panostanut. Erityisesti työkykyjohtamisen kehittämisessä päästiin kaikissa organisaatioissa eteenpäin. Vaihtelua organisaatioiden välillä kuitenkin oli, johtuen muun muassa organisaation työkykyjohtamisen lähtötilanteesta ja siitä miten aktiivisesti johto sitoutui ja osallistui hankkeeseen. Organisaatiot pääsivät kokeilemaan hankkeessa heille uusia toimintamalleja ja välineitä. Erityisesti sairauspoissaolojen seurantarjestelmää pidettiin hyvänä, ja useimmat organisaatiot ottivatkin vastaavan järjestelmän käyttöön hankkeen päätyttyä. Tämän seurauksena poissaoloja seurattiin tarkemmin ja varhaisen tuen keskustelujen määrä lisääntyi merkittävästi hankkeen aikana. Hankkeessa panostettiin myös esimiesten tukemiseen ja osaamisen lisäämiseen tarjoamalla sekä ryhmämuotoista koulutusta että henkilökohtaista tukea muun muassa haastavien tilanteiden käsittelyyn. Esimiehet kokivatkin, että osaaminen ja rohkeus asioiden esille ottamiseen ja varhaiseen puuttumiseen oli parantunut. Työkykyjohtamisen kehittämisen koettiin siten myös parantavan esimiesten työhyvinvointia. Vaikka mikään organisaatio ei asettanut alun perin tavoitteekseen yhteistyön kehittämistä organisaation ja työterveyshuollon välillä, se otettiin kehittämisen kohteeksi kaikissa kohdeorganisaatioissa. Kyselyjen ja haastattelujen mukaan yhteistyö oli parantunut, mikä omalta osaltaan helpotti myös esimiesten työtä. Työkykyjohtamisen parantumisella voidaankin pidemmällä aikavälillä olettaa olevan vaikutusta sekä työhyvinvointiin että sairauspoissaoloihin.

Organisaatioiden henkilöstö odotti enemmän koko henkilöstölle suunnattuja palveluja hankkeen aikana. Viimeiseksi hankkeen käynnistänyttä organisaatiota lukuun ottamatta työntekijöillä oli mahdollisuus täyttää terveystarkastus ja osallistua terveyteen liittyviin mittauksiin ja haastatteluun sekä saada palaute omasta tilanteestaan. Näitä hyödynnettiin aktiivisesti. Tämän lisäksi osassa organisaatioista järjestettiin muun muassa luentoja elintapoihin liittyen. Haastattelujen ja kyselyn perusteella osa työntekijöistä olikin ymmärtänyt oman vastuunsa työhyvinvointiin. Systemaattisempaa ryhmätoimintaa terveyden edistämiseksi tarjottiin vain osalle työntekijöistä. Näihin

ei kuitenkaan välttämättä haluttu osallistua. Verkkovälitteisten ohjelmien hyödyntäminen jäi hankkeessa vähäiseksi, vaikka ne sisälsivät valmennusohjelmia (esimerkiksi unettomuus ja stressi), jotka olisivat oletettavasti olleet hyödyllisiä suurelle joukolle henkilöstöä ja myös kustannustehokkaita. Tehokkaammalla viestinnällä erityisesti hankkeen alussa olisi mahdollisesti voitu vaikuttaa henkilöstön käyttäytymiseen ja kokemukseen, mutta myös koko hankkeen ajan tiedon kulkuun ja viestintään olisi ollut hyvä kiinnittää huomiota.

Tutkimusten mukaan työhyvinvoinnin ja työkyvyn onnistunut kehittäminen edellyttää työn, työn tekemisen ja työympäristön kehittämisen kytkemistä toimintaan. Tässä hankkeessa kohdeorganisaatioissa tehtävän työn sekä siihen liittyvien kuormitus- ja voimavaratekijöiden selvittäminen ja niihin vaikuttaminen jäi hyvin vähälle huomiolle. Kahdessa organisaatioissa tehtiin raskasta ja/tai keskiraskasta fyysistä työtä aloilla, joissa esiintyi runsaasti tuki- ja liikuntaelinkuormitusta ja -vaivoja. Kaksi kohdeorganisaatioista toimi puolestaan aloilla, jotka ovat myös viime vuosina olleet isojen muutosten kohteena. Työn kuormittavuuteen ja työntekijöiden voimavarojen vahvistamiseen liittyvät toimenpiteet olisivat olleet tarpeen kohdeorganisaatioissa.

Palveluntuottajien toimenpiteet painottuivat kohdeorganisaatioissa voimakkaasti hankkeen alkuun. Hankkeessa olisi voitu panostaa enemmän kehitettyjen ja syntyneiden organisaatiokohtaisten hyvien toimintamallien juurruttamiseen. Nyt juurruttaminen jäi organisaatioiden omalle vastuulle.

TyHy-SIB -hankkeen tavoitteen kapeutumisen sairauspoissaolojen vähentämiseksi suuntasi myös tarjottavat palvelut sen mukaiseksi. Lisäksi osa tarjotuista palveluista lopetettiin tai niitä supistettiin hankkeen kuluessa hallinnoijan vaatimuksesta, kun kävi selväksi, että tulospalkkion edellyttämiä vaikutuksia ei saavuteta. Organisaatioissa oltiin muutoksiin pettyneitä, koska niiden mahdollisuus ei ollut ilmeisesti tiedossa hankkeeseen lähdetessä. Lakkautuksen tai supistusten kohteena olleet palveluntuottajat kokivat puolestaan, että heille ei annettu riittävästi aikaa osoittaa palvelujen oletettuja vaikutuksia. Hyvin suunniteltu ja toteutettu prosessin arviointi antaisi reaaliaikaista tietoa toimintojen vaikutuksista.

Palveluntuottajien ansaintalogiikka näytti osaltaan vaikuttavan tarjottaviin palveluihin. Kun hankkeen viimeisessä vaiheessa mukana olevat palveluntuottajat siirtyivät suoriteperustaisesta toiminnasta tulospalkkioon, he päättivät suunnata toimintansa yksilöihin panostamisen sijaan esimiesten ja organisaatioiden johdon tukemiseen. Yksilöille suunnatun toiminnan arvioitiin vähentävän sairauspoissaoloja vasta pidemällä aikavälillä, mutta esimiehille suunnatun työkykyjohtamisen tuen arvioitiin vaikuttavan jo hankkeen aikana.

Käytössä olleen aineiston perusteella ei ole mahdollista arvioida, missä määrin ja millä tavoin hankkeessa toteutetut toimenpiteet ovat vähentäneet sairauspoissaoloja tai parantaneet työhyvinvointia. Työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin vaikuttavat samanaikaisesti monet tekijät. TyHy-SIB -hankkeessa haluttiin vaikuttaa työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin kehittämällä valituin menetelmin työkykyjohtamista ja tukemalla korkeassa työkykyriskissä olevien työntekijöiden elintapamuutoksia. Hyvällä työkykyjohtamisella on mahdollista vaikuttaa koko työpaikkaan, ja monilla toimenpiteillä onkin osoitettu olevan positiivisia vaikutuksia sekä työhyvinvointiin että sairauspoissaoloihin. Esimiesten koulutuksella ja johdon toimintamalleilla on saatu vähennettyä erityisesti pitkiä sairauspoissaoloja (Kristman ym. 2016). Yksilöllisiin tekijöihin vaikuttaminen ei ole yhtä kustannustehokasta. Tutkimuskatsausten mukaan liikunta lisää hyvinvointia ja työkykyä (Kuoppala ym. 2008), ja liikunnan lisääminen edistää psyykkistä hyvinvointia toimistotyössä. Sen sijaan tutkimustieto fyysisen aktiivisuuden ja sairauspoissaolojen yhteydestä on osin ristiriitaista. Esimerkiksi selkäoireisilla työntekijöillä fyysinen aktiivisuus vähentää sairauspoissaoloja ja nopeuttaa työhön paluuta pitkän sairauspoissaolon jälkeen (Odeen ym. 2013, White ym. 2016).

Tutkimusten perusteella tiedetään, että hyviin tuloksiin päästään systemisen vaikutusmekanismin kautta (Pehkonen ym. 2017). Tämän vuoksi tarvitaan useita samaan suuntaan vaikuttavia toimenpiteitä ja vaikuttamista riittävän pitkään. Intervention vaikutukset ja vaikuttavuus riippuvat sekä valituista toimenpiteistä että niiden toteutuksesta. Jälkimmäistä käsitellään tarkemmin seuraavassa kappaleessa.

### 6.3 Interventioiden toteutettavuuden ja toteutuksen arviointi

Intervention toteutettavuuden ja toteutuksen kuvauksella ja arvioinnilla pyritään edistämään tulevien (SIB)-hankkeiden suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Tutkimuskirjallisuudessa korostetaan, että interventioita suunniteltaessa ja arvioitaessa tulisi hyödyntää enemmän tieteellisiä teorioita tai malleja (Michie ym. 2014, Moore ym. 2015, Medical Research Council 2000). Teoriaperustaisuus auttaa tunnistamaan kohteena olevaan ilmiöön vaikuttavia tekijöitä, muotoilemaan interventiolle mielekkäitä tavoitteita sekä valitsemaan tavoiteltua muutosta tutkitusti tukevia menetelmiä. Tässä arvioinnissa hyödynnettiin Intervention Mapping (IM) -työkalua (Bartholomew ym. 2016), joka ohjaa vaikuttavan intervention suunnitteluun. Suosituksena onkin, että jatkossa (SIB)-hankkeissa hyödynnetään erilaisia suunnittelun ja arvioinnin apuvälineitä.



Hankkeelle olisi ollut todennäköisesti hyödyksi ulkopuolinen työhyvinvoinnin asiantuntija, joka olisi varmistanut, että toiminnan fokus ja valitut interventiomenetelmät perustuvat tutkittuun tietoon ja koordinoitunut hankkeen etenemistä sisällön osalta. TyHy-SIB -hankkeen suunnitteluvaiheessa haastateltiin asiantuntijoita, joilla oli tutkimus- ja/tai kokemustietoa työhyvinvoinnin tilasta julkisen sektorin organisaatioissa, työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä ja niihin puuttumisen keinoista. Haastateluista koottiin monipuolinen yhteenveto (Hilli ym. 2014) tarpeen ja tavoitteiden määrittelyä varten, mutta hankkeelle ei laadittu niin sanottua loogista teoreettista mallia. Yhteenvedon näkökulmat eivät myöskään kokonaisuudessaan siirtyneet hankkeeseen, ja tavoitteen kapeutuminen sairauspoissaolojen vähentämiseen rajoitti edelleen kerätyn tiedon käyttöä. Hankkeen hallinnoijalla ei ollut asiantuntemusta työhyvinvoinnin ja työkykyjohtamisen alalta. Hankkeen koordinoinnista vastasi yksi palveluntuottajista. Palveluntuottajat oli valittu ennen kuin hankkeessa mukana olleiden organisaatioiden, niiden yhteistyöverkostojen tai henkilöstön tarpeita kartoitettiin.

Hankkeen sisältöjohtajan panos olisi ollut todennäköisesti hyödyllinen myös organisaatiokohtaisten tarpeiden ja voimavarojen kartoituksessa, tavoitteiden määrittelyssä, palveluntuottajien valinnassa ja palveluiden räätälöinnissä. Palveluntuottajilla ja organisaatioilla ei ollut kaikilta osin yhteistä näkemystä hankkeen toteutettavuudesta, esimerkiksi millainen valmius organisaatiolla on tavoiteltuun muutokseen tai mikä on organisaation rooli: palvelujen kohde vai kanssatoteuttaja. Kun työkykyjohtamisen kehittäminen integroitiin hyvin kohdeorganisaation toimintaan ja järjestelmiin, toiminnan juurtuminen helpottui.

Vaikuttavuuslähtöisessä toiminnassa (Heliskoski ym. 2018) vaikuttavuuden ajatellaan syntyvän useiden tekojen kautta ja toimijoiden yhteistyönä niin, että yksittäinen toimija (palveluntuottaja) voi osallistua useiden muutosten aikaansaamiseen, mutta kykenee harvoin tuottamaan yksin kaikkia hyödyn syntymiseen vaikuttavia tekoja. Vaikuttavuuslähtöisessä toiminnassa tulisikin suosia yhteiskehittämistä, jonka lähtökohtana ovat yhteisesti sovitut vaikuttavuus- ja vaikutustavoitteet. TyHy-SIB -hankkeessa tarjottiin työhyvinvoinnin kehittämistä julkisille organisaatiolle 'yhden luukun periaatteella', mikä tarkoitti sitä, että valitut neljä palveluntuottajaa lähtivät yhdessä toteuttamaan ennalta koottua toimenpidekokonaisuutta. Organisaation kannalta malli koettiin helpoksi, koska tällöin säästyttiin jokaisen osakokonaisuuden erilliseltä kilpailutukselta julkisessa organisaatiossa. Hankkeen asiamiehen ajatuksena oli hankkeen alussa, että useamman palveluntuottajan samanaikainen toiminta tuottaisi kohdeorganisaatioille enemmän lisäarvoa kuin kunkin erillinen toiminta. Erityisesti hankkeen alussa tämä jäi kuitenkin toteutumatta. Kukin palveluntuottaja lähti to-

teuttamaan interventiota omista lähtökohdistaan ja omilla, aiemmin käytössä olleilla menetelmillä, eikä yhteiskehittämistä tehty. Palvelut jäivät toisistaan irrallisiksi. Vaikka palveluntuottajat tekivät ammattitaitoisesti omat erilliset osuutensa kohdeorganisaatioissa, SIB-mallissa tavoiteltua uutta – uudenlaisten toimintojen kokeilua yhteistoimintana ja joustavasti organisaatioiden tarpeiden mukaan – saattaa olla vaikea saavuttaa ilman toiminnan sisältöä johtavaa ja koordinoivaa tahoa. Palveluja saaneet organisaatiot pitivät hankkeen antina kuitenkin sitä, että mukana on ollut useita eri toimijoita, joilla on ollut tuotavanaan keskenään erilaista osaamista ja palveluja.

Seuraavien (SIB)-hankkeiden suunnittelussa kannattaa varmistaa hankkeen hyväksyttävyyden ja toteutettavuuden varaamalla organisaatio- ja/tai kohderyhmäkohtaiseen suunnitteluun riittävästi aikaa. TyHy-SIB -hankkeessa, varsinkin ensimmäisinä mukaan lähteneissä organisaatioissa, koettiin, että niihin tuotiin pääasiassa valmis toimintakonsepti ja palvelut selvittämättä riittävästi etukäteen, miten ne sopivat organisaatioon tai sen tapaan toimia. Vaikka valmis malli ja palvelupaketti oli toisaalta innostanut alun perin organisaatioita liittymään hankkeeseen, olisi kuitenkin haluttu vaikuttaa enemmän sen sisältöön. Riittävän perusteellisessa suunnitteluvaiheessa koko henkilöstöä voitaisiin osallistaa niin, että heillä on riittävä käsitys hankkeesta ja sen tavoitteista, ja että hanke vastaa mahdollisimman hyvin heidän tarpeitaan ja sitouttaa osallistumaan tarjottuun toimintaan. Kaikkien palveluntuottajien yhteinen esiintyminen infotilaisuuksissa olisi tuonut kaikki palvelut riittävällä tarkkuudella esille, mikä olisi saattanut motivoida työntekijöitä hyödyntämään palveluja. Toimintoihin aktiivisesti osallistuneet olivat kuitenkin palveluihin pääsääntöisesti tyytyväisiä, vaikka odotettuja (työ)hyvinvointivaikutuksia ei kaikin osin saavutettukaan. Toiminta koettiin erittäin hyödylliseksi niiltä osin kuin se suunniteltiin puhtaasti osallistujien tarpeiden pohjalta.

Suunnitteluvaiheessa on tärkeää myös ottaa mukaan kaikki olennaiset toimijatahot. TyHy-SIB -hankkeessa työterveyshuolto jäi suunnitteluvaiheen ulkopuolelle, vaikka työterveysyhteistyö on keskeinen keino vaikuttaa työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin. Työterveysyhteistyötä kuitenkin kehitettiin hankkeen kuluessa, mikä koettiin tärkeänä hankkeen antina. Suunnitteluvaiheessa on tärkeää myös sopia selkeästi palveluntuottajien ja kohdeorganisaation vastuuhenkilöiden roolit ja vastuut. Organisaatioiden johdon sitoutuminen nähtiin tässä hankkeessa keskeiseksi hankkeen toteutuksen kannalta, ja sen varmistaminen on tärkeää jo rekrytoitaessa organisaatioita hankkeeseen.



## 6.4 Työhyvinvointikyselyjen soveltuvuus muutosten havaitsemiseen

Organisaatioiden tekemissä työhyvinvointikyselyissä ei voitu havaita selkeitä muutoksia, jotka olisi voitu tulkita toteutetuista toimenpiteistä johtuviksi. Työhyvinvointikyselyillä selvitetään työntekijöiden käsityksiä organisaatiosta ja työyhteisöstä. Työhyvinvoinnin käsite on vakiintumaton, eikä työhyvinvoinnin mittaamiselle ole olemassa yhtä vakiintunutta mittaria. Tämä oli nähtävissä myös TyHy-SIB -hankkeessa, jossa neljässä mukana olleessa organisaatiossa oli käytössä kolme erilaista työhyvinvointikyselyä. Osa kysymyksistä käsitteli aihekokonaisuuksia, joihin esimerkiksi parantuneella työkykyjohtamisella tai työntekijän fyysisen tai henkisen kunnon parantumisella olisi voinut olettaa olevan vaikutusta, kuten esimieheltä saatava tuki, kannustus ja oikeudenmukainen kohtelu sekä työkyky työn fyysisiin ja henkisiin vaatimuksiin nähden. Osa kysymyksistä taas liittyi asioihin, joihin tässä hankkeessa ei ollut mahdollista vaikuttaa, kuten työskentelytilat ja välineet sekä palkkaus.

TyHy-SIB -hankkeessa muutoksia työhyvinvointikyselyjen tuloksissa päästiin tarkastelemaan vain organisaatioissa 1 ja 2. Muutokset eri osa-alueissa olivat molemmissa organisaatioissa pieniä eikä niiden yhteyttä toteutettuihin interventioihin voitu todentaa. Toisaalta työhyvinvoinnin on todettu olevan nopeastikin muuttuva ja altis muuttumaan jopa yksittäisen, riittävän vahvan tekijän vaikutuksesta. Tällaisia ovat saattaneet TyHy-SIB -hankkeessa olla esimerkiksi johtajavaihdokset ja yhdessä organisaatiossa esiin tulleet sisäilmaongelmat. Mikäli työhyvinvointikyselyä olisi haluttu käyttää TyHy-SIB -hankkeessa yhtenä mittarina, kysely olisi pitänyt toteuttaa saman sisältöisenä kaikissa organisaatioissa ja toteuttaa yhtä usein, esimerkiksi vuosittain.

## 6.5 Arviointihankkeen vahvuudet ja heikkoudet

Arviointihankkeen vahvuuksia ja heikkouksia tarkastellaan vertaamalla niitä yleisiin arvioinnin laatuksiterieihin (Virtanen 2007) ja kompleksisten prosessien arvioinnista viime aikoina käytyyn keskusteluun (Vataja 2019). Arvioijan roolina on perinteisesti olla etäinen tarkkailija arvioinnin riippumattomuuden ja objektiivisuuden takaamiseksi. Arvioitavien interventioiden ja ilmiöiden kompleksisuus ja dynaamisuus vaativat kuitenkin niin arvioijalta kuin tilaajilta uudenlaisia rooleja ja vuorovaikutusta. Arvioinnin onnistuminen varmistetaan tällöin tilaajan ja toteuttajan arviointiosaamisella ja eettisten periaatteiden toteutumisella. (Vataja 2019.)

Tehdyn arvioinnin vahvuutena oli se, että summatiivisen eli tilinpäätösarvioinnin ohella hyödynnettiin osittain kehittävän arvioinnin otetta, jolloin arvioija ja arvioin-



nin kohde tekevät arviointia yhdessä (Vataja 2019). Organisaatioille tarjottiin yhteiskehittämisen työpajat, jotka perustuivat Kokeilut käytäntöön -työmenetelmään (Saari ym. 2018). Työpajoissa konkretisoitiin kunkin osallistujan tilannetta ja saatiin esille henkilöstön näkemyksiä. Toinen nyt toteutetun arvioinnin vahvuus oli sen moniaineisuus, -menetelmällisyys ja -näkökulmaisuus. Sijoittajia lukuun ottamatta eri osapuolilta kerättiin tietoa hankkeen suunnittelusta ja toteutuksesta, mikä lisäsi arvioinnin luotettavuutta. Arvioinnissa käytettiin sekä laadullista että määrällistä aineistoa. Arviointiryhmän jäsenet edustivat eri tieteenaloja ja asiantuntemusta, kuten arviointitutkimus, interventioden suunnittelu ja arviointi, terveystaloustiede, lääke- ja kuntoutustiede, monimenetelmällinen tutkimus ja työkykyjohtaminen.

Arviointi pyrittiin tekemään siten, että se palvelee sekä arvioinnin tilaajaa (STM) että muita osapuolia, kuten vastaavien hankkeiden asiamiehiä ja hallinnoijia, palveluntuottajia ja kohdeorganisaatioita. Arvioinnissa vastattiin etukäteen asetettuihin arviointikysymyksiin. Aineisto ei kuitenkaan mahdollistanut kaikkien kysymysten tarkastelua yhtä perusteellisesti.

Arvioinnin suurin heikkous oli se, että se käynnistyi vasta reilun vuoden kuuluttua siitä, kun hanke oli käynnistynyt ensimmäisessä organisaatiossa. Arviointi tulisi suunnitella ja käynnistää kehittämistoiminnan kanssa samanaikaisesti. Erityisesti niin sanottujen viheliäisten pulmien ratkaisemiseen tarkoitetun toiminnan arviointi tulisi tehdä eri osapuolten yhteistyönä, ja arviointiasetelmassa tulisi määritellä mitä, miten ja missä vaiheessa kannattaa arvioida sekä millaista joustavuutta arvioinnin aikana tarvitaan (Vataja 2019).

Arviointiryhmän keräämän laadullisen aineiston ohella käytössä oli organisaatioiden ja palveluntuottajien keräämää tietoa, joka oli osin retrospektiivistä, mikä on saattanut aiheuttaa virheitä ja puutteita aineistoon. Tämän vuoksi esimerkiksi organisaatioissa toteutetuista toimenpiteistä ei ole välttämättä saatu kattavaa kuvaa. Arvioinnin heikkoutena voidaan pitää myös organisaatioille tehdyn sähköisen kyselyn vastausprosenttia, joka jäi alhaiseksi. Erityisen alhainen se oli organisaatioissa, joissa tehtiin fyysistä työtä eikä työskennelty tietokoneella.

Seuraavaksi raportissa esitetään arvioinnin perusteella syntyneitä suosituksia meneillään olevien ja tulevien SIB-hankkeiden osapuolille.

## 7 SUOSITUKSET

### 7.1 Suosittelemme hankkeiden asiamiehille ja hallinnoijille



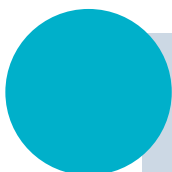
Hankkeen suunnittelussa tulee hyödyntää tutkittua tietoa tarkasteltavasta ilmiöstä, siihen liittyvistä tekijöistä ja vaikuttavista keinoista. Hankkeen sisällön suunnittelussa ja toteutuksen koordinoinnissa tarvitaan tarkasteltavan ilmiön asiantuntijaa.



Hankkeen ansaintalogiikka ja maksatus tulee suunnitella tukemaan tavoitteiden saavuttamista. Tässä tulee huomioida asiakkaiden tilanteet ja tarpeet, sijoittajien tuotto- ja muut odotukset sekä palveluntarjoajien soveltuvuus ja kannustimet. Esimerkiksi tulospalkkio voidaan räätälöidä organisaatiokohtaisesti.



Hankkeen alussa on tärkeää varmistaa, että mukaan rekrytoitujen kohdeorganisaatioiden johto on aktiivisesti mukana hankkeessa.



Mittarit tulee valikoida tavoitteiden mukaan. Joissakin tilanteissa on syytä harkita useamman mittarin käyttöä. Hankkeessa on hyvä prosessin aikana mitata muutosta myös ilmiöön oletetusti vaikuttavissa tekijöissä. Näin prosessia voidaan tarvittaessa suunnata uudelleen.



## 7.2 Suosittelemme SIB-palveluntuottajille

Hankkeen alkaessa palveluntuottajien tulee muodostaa yhteinen käsitys tarkasteltavasta ilmiöstä, siihen liittyvistä tekijöistä ja vaikuttavista keinoista.

Hankkeen vaikuttavuuden kannalta on tärkeää panostaa kohdeorganisaatioiden tarpeiden ja voimavarojen selvittämiseen ja räätälöidä palvelut näitä vastaaviksi. Jos samassa organisaatiossa toimii useampi palveluntuottaja, on tarjottavien palvelujen yhteiskehittäminen erityisen tärkeää.

Hankkeen alussa on määriteltävä toteutuksen roolit ja vastuut organisaation sisällä, organisaation ja palveluntuottajien välillä sekä palveluntuottajien kesken. Myös toimintamallien juurruttaminen tulee suunnitella.

Hankkeen kohdeorganisaatiossa on viestittävä tavoitteista, toimenpiteistä, aikatauluista, vastuista ja muutoksista koko hankkeen ajan.

### 7.3 Suosittelemme SIB-kohdeorganisaatioille



Kohdeorganisaation tulee edellyttää, että hanke vastaa sen omiin tarpeisiin. Myös tarjotut palvelut tulee integroida kohdeorganisaation olemassa olevaan toimintaan ja järjestelmiin.



Johdon tulee selvittää ja varmistaa hankkeen edellyttämät resurssit organisaatiossa ja sitoutua hankkeen toteutukseen.



Henkilöstön on voitava osallistua hankkeen tarpeen kartoitukseen, tavoitteiden määrittelyyn ja toimenpiteiden suunnitteluun.

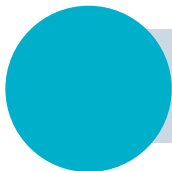
### 7.4 Suosittelemme SIB-hankkeiden arvioijille:



Arvioinnissa tulee varmistaa tilaajan arviointiosaaminen, toteutuksen joustavuus ja arvioinnin eettiset periaatteet. Summatiivisen arvioinnin lisäksi on hyvä soveltaa kehittävää arviointia. Kehittävä arviointi mahdollistaa mukana oleville osallistumisen ja vuoropuhelun.



Arvioinnissa on tärkeää kerätä tietoa kaikkien toimijoiden näkökulmista, myös sijoittajien. Tarjottujen palvelujen tarkastelussa on huomioitava niiden toimeenpanon ohella toimintaympäristö ja siinä tapahtuvat muutokset. Tavoiteltujen vaikutusten lisäksi on hyvä arvioida muutkin vaikutukset.



Erilaisille loppukäyttäjille on hyvä raportoida eri keinoin.

## 8 LÄHTEET

Abdin S, Welch RK, Byron-Daniel J, Meyrick J. The effectiveness of physical activity interventions in improving well-being across office-based workplace settings: a systematic review. *Public Health* 2018;160:70–76.

Ahonen G, Parvinen L, Vainio H, Husman K, Ylikoski M, Parvinen A, Liira J, Puputti I, Parry S. Arvopohjainen työkyvyn hallinta tehostaa työterveyshuoltoa. Kahden yrityksen tapauskuvaus. *Suomen Lääkärilehti* 2011;66:921–926.

Airila A, Hakanen J, Schaufeli WB, Punakallio A, Luukkonen R, Lusa S. Are job and personal resources associated with work ability 10 years later? The mediating role of work engagement. *Work & Stress* 2014;28:1–19.

Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion* 2001;15:296–320.

Amick BC, Habeck RV, Hunt A, Fossel AH, Chapin A, Keller RB, Katz JN. Measuring the impact of organizational behaviors on work disability prevention and management. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2000;10:21–38.

Andren D. Never on a Sunday: economic incentives and sickness absence in Sweden. *Applied Economics* 2005;37:327–338.

Andrén D & Svensson M. Part-time sick leave as a treatment method for Individuals with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2012;22:418–426.

Andrén D. Does part-time sick leave help individuals with mental disorders recover lost work capacity? *Journal of Occupational Rehabilitation* 2014;24:344–360.

Arai M, Thoursie PS. Incentives and selection in cyclical absenteeism. *Labour Economics* 2005;12:269–280.

Ashfaw A, Pana-Cryan R, Rosa R. The business cycle and the incidence of workplace injuries: evidence from the U.S.A. *Journal of Safety Research* 2011;42:1–8.

Askildsen JE, Bratberg E, Nilsen OA. Unemployment, labor force composition and sickness absence: a panel data study. *Health Economics* 2005;14:1087–1101.

Aura O, Ahonen G. Strategisen hyvinvoinnin johtaminen. Helsinki: Talentum Pro, 2016.

Barclay L, Symons T. A technical guide to developing Social Impact Bonds. London: Social Finance, 2013.

Barmby TA, Ercolani MG, Treble JG. Sickness absence: an international comparison. *The Economic Journal* 2002;112:315–331.

Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruitter RAC, Fernandez ME, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs. An Intervention Mapping approach. San Francisco: Jossey-Bass, 2016.

Berndt C, Wirth M. Market, metrics, morals: The Social Impact Bond as an emerging social policy instrument. *Geoforum* 2018;90:27–35.

Biering-Sørensen F, Lund J, Høydalsmo O, Darre E, Deis A, Kryger P, Müller CI. Risk indicators of disability pension: a 15 year follow-up study. *Danish Medical Bulletin* 1999;46:258–262.

Bierla I, Huver B, Richard S. New evidence on absenteeism and presenteeism. *The International Journal of Human Resource Management* 2013;24:1536–1550.

Blomgren J. Sairauspoissaolot kääntyneet kasvuun – mielenterveysperusteiset sairaspäivärahakaudet yleistyneet. Kelan tutkimusblogi-kirjoitus 19.3.2018. Saatavana: <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4473> <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4473>. Viitattu 12.9.2019.

Boone J, van Ours JC. Are recessions good for workplace safety? *Journal of Health Economics* 2006; 25:1069–1093.

Brooker AS, Frank JW, Tarasuk VS. Back pain claim rates and the business cycle: in contrast to acute claim rates. *Social Science and Medicine* 1995;45:429–439.

Böckerman P, Ilmakunnas P. Interaction of working conditions, job satisfaction, and sickness absences: evidence from a representative sample of employees. *Social Science and Medicine* 2008;67:520–528.

Böckerman P, Laukkanen E. What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of workers. *European Journal of Public Health* 2009;20:43–46.

Böckerman P, Laukkanen E. Predictors of sickness absence and presenteeism: does the pattern differ by a respondent's health? *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2010;52:332–335.

Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Cote P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers: a systematic review and best evidence synthesis of literature. *BMC Public Health* 2011;11:395.

Chapman L. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: update. *American Journal of Health Promotion* 2012;26:1–12.

Chiapello E, Godefroy G. The dual function of judgment devices. Why does not plurality of market classification matter? *Historical Social Research* 2017;42:152–188.

Davies R, Jones P, Nunez I. The impact of the business cycle on occupational injuries in the UK. *Social Science and Medicine* 2009;69:178–182.

Disley E, Giacomantonio C, Kruithog K, Sim M. The payment by results. Social Impact Bond pilot at HMP Peterborough: final process evaluation report. Ministry of Justice Analytical Series, 2015.

Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2007;62:107–15.

Engström P, Holmlund B. Worker absenteeism in search equilibrium. *Scandinavian Journal of Economics* 2007;109:439–467.

Ervasti J, Airaksinen J, Pentti J, Vahtera J, Suominen S, Virtanen M, Kivimäki M. Does increasing physical activity reduce the excess risk of work disability among overweight individuals? *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 2019;45:376–385.

Forma P. Sairauspoissaolojen luonne työelämässä. Sairauspoissaolot ja uusityöelämä -seminaari 25.10.2018. Saatavana: [https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kooste\\_esitykset\\_sairauspoissaolot.pdf](https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kooste_esitykset_sairauspoissaolot.pdf). Viitattu 30.8.2019.

Franche RL, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005;15:525–542.

Fraser A, Tan S, Kruithof K, Sim M, Disley E, Giacomantonio C, Lagarde M, Mays N. Evaluation of the Social Impact Bond trailblazers in health and social care: final report. Policy Innovation Research Unit Publication 23/2018a.

Fraser A, Tan S, Lagarde M, Mays N. Narratives of promise, narratives of caution: A review of the literature on Social Impact Bonds. *Social Policy & Administration* 2018b;52:4–28.

Hakanen J. Työn imu. Helsinki: Työterveyslaitos, 2011.

Hakanen J, Schaufeli WB. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders* 2012;141:2415–424.



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. *Occupational and Environmental Medicine* 2016;73:42–50.

Hamling K, Jarden A, Schofield G. Recipes for occupational wellbeing: An investigation of the associations with wellbeing in New Zealand workers. *The New Zealand Journal of Human Resources Management* 2015; 5:151-173.

Hartman L, Hesselius P, Johansson P. Effect of eligibility screening in the sickness insurance: evidence from a field experiment. *Labour Economics* 2013;20:48–56.

Heliskoski J, Humala H, Kopola R, Tonteri A, Tykkyläinen S. Vaikuttavuuden askelmerkit. Sitran selvityksiä 130/2018.

Hernaes O. Activation against absenteeism – Evidence from a sickness insurance reform in Norway. *Journal of Health Economics* 2018;62:60–68.

Hilli P, Pyykkö M, Savukoski J. IIFF-selvitysprojektin TyHy-osuus. 14.4.2014. Sitra. Sisäinen raportti.

Hilli P, Karttunen M, Keltanen T, Pyykkö M, Rautio S. SIB-opas julkiselle sektorille. Sitran selvityksiä 106/2015. <https://media.sitra.fi/2017/02/27175024/Selvityksia106-2.pdf>

Hägglund P. Do time limits in sickness insurance system increase return to work? *Empirical Economics* 2013;45:567–582.

Høgelund J, Holm A. Worker adaptation and workplace accommodations after the onset of an illness. VIVE Danish Center for Social Science Research. Research department of employment and integration, working paper 8/2009.

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.

Høgelund J, Holm A, Eplöv LF. The effect of part-time sick leave for employees with mental disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 2012;15:157–170.

Ilmarinen 2019. Saatavana: <https://www.ilmarinen.fi/tyokyky/laske-miten-tyohyvintointi-vaikuttaa-tulokseen/> Viitattu 14.8.2019

Innstrand ST, Langballe EM, Falkum E. A longitudinal study of the relationship between work engagement and symptoms of anxiety and depression. *Stress and Health* 2012; 28: 1-10.

Jarden R, Sandham M, Siegert RJ, Koziol-McLain J. Quality appraisal of workers' well-being measures: a systematic review protocol. *Systematic Reviews* 2018;7:240.

Joensuu M, Kivistö S, Malmelin J, Lindström K. Pitkä sairausloma ja työhönpaluu. Työterveyslaitos, Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 34/2008.

Johansson P, Palme M. Assessing the effect of public policy on worker absenteeism. *Journal of Human Resources* 2002;37:381-409.

Johansson P, Palme M. Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics* 2005;89: 1879-1890.

Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, Harvey SB. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine* 2016;46:683-97.

Juvonen-Posti P. Work-related rehabilitation for strengthening working careers. A multiperspective and mixed methods study of its mechanisms. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1468/2018. University of Oulu, Oulu 2018.

Juvonen-Posti P, Seppänen-Järvelä R, Pesonen S, Savinainen M, Laaksonen M, Kalleva S. Työterveysyhteistyö kuntoutumisen mahdollistajana. *Kuntoutus* 2015; 3:28-41.

Juvonen-Posti P, Joensuu M, Reiman A, Heusala T, Takala E-P. Työkykyjohtaminen - johdettua yhdessä tekemistä. Tapaustutkimus käytännön johtamismenettelyistä ja taloudellisesta vaikutuksesta kunnallisessa liikelaitoksessa. Helsinki: Työterveyslaitos, 2014.

Järvikoski A, Takala E-P, Juvonen-Posti P, Härkäpää K. Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännöissä. Kelan sosiaali- ja terveysturvan raportteja 13/2018.

Kigozi J, Jowett S, Lewis M, Barton P, Coast J. The estimation and inclusion of presenteeism costs in applied economic evaluation: a systematic review. *Value in Health* 2017;20:496-506.

Kristman VL, Shaw WS, Boot CR, Delclos GL, Sullivan MJ, Ehrhart MG, Hopkinton Conference Working Group on Workplace Disability Prevention. Researching complex and multi-level workplace factors affecting disability and prolonged sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2016; 26:399-416.

Kuoppala J, Lamminpää A. Kuntoutuksen vaikutukset työhönpaluuseen ja varhaiseen eläköitymiseen: systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Kuntoutus* 2006;4:3–17.

Kuoppala J, Lamminpää A. Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008;40:796–804.

Kuoppala J, Lamminpää A, Liira J, Vainio H. Leadership, job well-being, and health effects: a systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2008;50:904–915.

Kuoppala J, Lamminpää A, Väänänen-Tomppo I, Hinkka K. Employee well-being and sick-leave, occupational accident, and disability pension: a cohort study of civil servants. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2011;53:633–40.

Laaksonen M. 2019. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä kääntyi kasvuun 2018. Saatavana: <https://www.etk.fi/blogit/tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtyneiden-maara-kaantyi-kasvuun-2018/>

Laine P. Työhyvinvoinnin kehittäminen. Hyvän kehittämisen reunaehtoja tutkimassa. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 372/2013.

Laine P, Lindberg M, Silvennoinen H. Työhyvinvoinnista tarvitaan väestötason seurantatietoa – Työhyvinvoinnin käsite ja mittaamisen problematisointia ja kehittelyä. *Hallinnon Tutkimus* 2016;35:297–303.

LaMontagne AD, Martin A, Page KM, Reavley NJ, Noblet AJ, Milner AJ, Keegel T, Smith PM. Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry* 2014; 14:131

Leinonen T, Viikari-Juntura E, Husgafvel-Pursiainen K, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Solovieva S. The effectiveness of vocational rehabilitation on work participation: a propensity score matched analysis using nationwide register data. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 2019; doi:10.5271/sjweh.3823.

Liira J, Juvonen-Posti P, Redemann B, Takala E-P, Joensuu M, Uitti J, Sauni R, Verbeek J, Martimo K-P, Vuokko A, Tuisku K, Järvisalo J, Gould R, Honkonen T, Kivekäs J, Goda J. 2012. Työterveys-suositus: Työhön paluun tuki. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).

Maduro M, Pasi G, Misuraca G. Social Impact Investment in the EU financing strategies and outcome oriented approaches for social policy innovation: narratives, experiences and recommendations. Luxembourg; Publications Office of the European Union; 2018.

Martimo KP, Varonen H, Husman K, Viikari-Juntura.. Factors associated with self-assessed work ability. *Occupational Medicine* 2007; 57:380–382.

Martimo KP. Musculoskeletal disorders, disability and work. Työterveyslaitos, People and work research reports 89/2010.

Medical Research Council 2000. Developing and evaluating complex interventions: new guidance. Saatavana: <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/developing-and-evaluating-complex-interventions/>

Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: a guide to designing interventions. London: Silverback Publishing; 2014.

Montano D. Certifying leaders? High-quality management practices and healthy organisations: an ISO-9000 based standardisation approach. *Industrial Health* 2016; 54:324–36.

Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O’Caithan A, Tinati T, Wight D, Baird J. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council Guidance. *BMJ* 2015;350:h1258.

Morikawa Y, Martikainen P, Head J, Marmot M, Ishizaki M, Nakagawa H. A comparison of socio-economic differences in long-term sickness absence in a Japanese cohort and a British cohort of employed men. *European Journal of Public Health* 2004;14:413–416.

Männistö H. Vaikuttavuusinvestoimisen opas sijoittajille. Sitran selvityksiä 120/2016.

Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2014, Issue 12.

Odeen M, Magnussen LH, Maeland S, Larun L, Eriksen HR, Tveito TH. Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occupational Medicine* 2013;63:7–16.

Oksanen T ja työryhmä. Ohjeistus sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin lääkäreille Ohjeistuksen laadinnan mahdollisuutta arvioivan työryhmän lopuraportti. Työterveyslaitos, 2016. Saatavana: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131067/Ohjeistus\\_sairauspoissaolon\\_tarpeen\\_ja\\_keston\\_arviointiin\\_I%C3%A4%C3%A4k%C3%A4reille.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131067/Ohjeistus_sairauspoissaolon_tarpeen_ja_keston_arviointiin_I%C3%A4%C3%A4k%C3%A4reille.pdf?sequence=3). Viitattu 14.8.2019.

Oksanen T. Sairauspoissaolojen määrä ei enää vähene kunnissa. Työterveyslaitos 19.5.2017. Saatavana: <https://www.ttl.fi/sairauspoissaolojen-maara-ei-enaavahe-ne-kunnissa/> Viitattu. 12.9.2019.

Parvinen LA, Windischhofer R, Gustafsson M. Competitive advantage through value-based health care: the case of Metso Corporation. *European Management Journal* 2010;28:117–129.

Patton MQ. *Developmental evaluation. Applying complexity concepts to enhance innovation and use.* New York: Guilford Press; 2011.

Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation.* London: Sage; 1997.

Pehkonen I, Turunen J, Juvonen-Posti P, Henriksson L, Vihtonen T, Seppänen J, Liira J, Uitti J, Leino T. Yhteistyöllä tulosta työkykyjohtamisessa. Moniaineisto- ja monimenetelmätutkimus., Helsinki: Työterveyslaitos; 2017. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132028/Yhteistyolla-tulosta-tyokykyjohtamisessa.pdf?sequence=1>. Viitattu: 14.8.2019.

Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the work-site: update VII 2004-2008. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2009;51:822–837.

Pesonen S, Halonen JI, Liira J. Omailmoitus – tutkimus sairauspoissaolojen omailoituksen käyttöönnotosta ja vaikutuksista. Helsinki: Työterveyslaitos; 2016. Saatavana: <http://www.julkari.fi/handle/10024/129934>

Pouliakas K, Theodossiou I. The economics of health and safety at work: an interdisciplinary review of the theory and policy. *Journal of Economic Surveys* 2013;27: 67–208.

Pyykkö M, Keltanen T. Mikä ihmeen työhyvinvointi-SIB? Kysymyksiä ja vastauksia! Sitra, 2016. Saatavana: <http://www.sitra.fi/artikkelit/mika-ihmeen-tyohyvinvointi-sib-kysymyksiä-ja-vastauksia>. Viitattu 14.8.2019.

Rehwald K, Rosholm M, Rouland B. Labour market effects of activating sick-listed workers. *Labour Economics* 2018;53:15–32.

Reiman A, Ahonen G, Juvonen-Posti P, Heusala T, Takala E-P, Joensuu M. Economic impacts of workplace disability management in a public enterprise. *International Journal of Public Sector Performance Management* 2017; 3:297-310.

Rissanen M, Kaseva E. Menetetyn työpanoksen kustannus. STM/TSO/Strateginen suunnittelu -ryhmä 2014.

Ruusuvuori J, Nikander P, Hyvärinen M. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vas-tapaino; 2010.

Saari E, Hyytinen K, Hasu M, Hyypiä M, Korvela P, Käpykangas S, Leväsluoto J, Melkas H, Nordlund A, Pekkarinen S, Toivonen M. Kokeilut käytäntöön -työkirja. Työterveyslaitos; 2018. Saatavana: <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2017/12/kokeilut-kaytantaan-tyokirja.pdf>.

Salonen P, Arola H, Nygård CH, Huhtala H, Koivisto AM. Factors associated with premature departure from working life among ageing food industry employees. *Occupational Medicine* 2003;53:65–68.

Schneider U, Linder R, Verheyen F. Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany. *European Journal of Health Economics* 2016;17:629–643.

Seppänen-Järvelä R (toim.) Kuntoutuksen yhteistoiminta osaksi työn arkea. Arviointitutkimus työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisesta vaiheesta. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 84/2014. Saatavana: <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Selosteita84.pdf/5a40abc8-482d-42bf-80cb-0ec4fc6a6aa4>. Viitattu 12.9.2019.

Seppänen-Järvelä R, Syrjä V, Juvonen-Posti P, Pesonen S, Laaksonen M, Tuusa M, Savinainen M, Henriksson M. Yhteistoimintaa ja yksilöllisiä valintoja kuntoutumisen polulla. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen tapaustutkimus. Kela: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 141/2015.

Schaufeli WB, Bakker AB, Van Rhenen W. How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior* 2009;30:893–917.

Sitra 2019. SIB-rahastot. Saatavana: <https://www.sitra.fi/hankkeet/sib-rahastot/>. Viitattu 21.8.2019.

Social Finance 2019. Impact Bond Global Database. Saatavana: <https://sibdatabase.socialfinance.org.uk/>. Viitattu 15.8.2019.

Suhonen M-L. Tule-sairaudet ja työkyvyttömyyden kustannukset. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ergonomia ja terveellinen työ – seminaari, Rovaniemi 5.-6.6.2014 Saatavana: [https://www.sotergo.fi/files/347/Keva\\_Marja\\_Leena\\_Suhonen050614.pdf](https://www.sotergo.fi/files/347/Keva_Marja_Leena_Suhonen050614.pdf).

Tuomala J. Vaikuttaako kuntoutus työssä jatkamiseen? Kirjassa: Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A (toim.) Toimiiko työeläkekuntoutus? Helsinki: Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia, 1/2012 163–189. Saatavana: <http://www.etk.fi/wp-content/uploads/2015/10/Toimiiko%20ty%C3%B6el%C3%A4kekuntoutus.pdf>. Viitattu 10.11.2017.

Työelämätieto. Sairauspoissaolot kunnissa. Saatavana: <https://tyoelamatieto.fi/#/fi/dashboards/kunta10-sick-leave>. Viitattu 19.8.2019.

Valtiovarainministeriö 2016. Henkilöstökyselyjärjestelmä työtyytyväisyyden, esimiestyön onnistumisen ja palkkausjärjestelmän toimivuuden selvittämiseksi. Saatavana: [http://shell.vetokonsultit.fi/virtual/vmbaro/images/VMBaro\\_Yleiskuvaus\\_2016\\_tammikuu.pdf](http://shell.vetokonsultit.fi/virtual/vmbaro/images/VMBaro_Yleiskuvaus_2016_tammikuu.pdf).

van den Berg, T, Elders L, Burdorf A. Influence of health and work on early retirement. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2010;52:576–83.

Vataja S. Laadukas arviointi syntyy vuoropuhelulla. Blogikirjoitus 2019. Saatavana: <http://www.sayfes.fi/category/blogi/>»Laadukas arviointi syntyy vuoropuhelulla. Viitattu 14.8.2019.

Vataja K, Seppänen-Järvelä R. Prosessiarviointi: mahdollisuus lujittaa kehittämissuunnitelmia. Kirjassa: Seppänen-Järvelä ja Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyskohtia: 216-230. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus; 2006.

Wendt JK, Tsai SP, Bhojani FA, Cameron DL. The Shell disability management program: A five-year evaluation of the impact on absenteeism and return-on-investment. *Journal of Occupational Medicine* 2010; 52:544–550.

White MI, Dionne CE, Wärje O, Koehoorn M, Wagner SL, Schultz IZ, Koehn C, Williams-Whitt K, Harder HG, Pasca R, Hsu V, McGuire L, Schulz W, Kube D, Wright MD. Physical activity and exercise interventions in the workplace impacting work outcomes: a stakeholder-centered best evidence synthesis of systematic reviews. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2016;7:61–74.

Viikari-Juntura E, Virta L, Leinonen T, Husgafvel-Pursiainen K, Autti-Rämö I, Solovieva S. Kuntoutus- ja osittaisten työkyvyttömyysetuuksien käyttö lisääntyy - miten työssäolo? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2017;133:1655–63.

Virtanen, P. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy; 2007.

Virtanen M, Ervasti J, Head J, Oksanen T, Salo P, Pentti J, Kouvonen A, Väänänen A, Suominen S, Koskenvuo M, Vahtera J, Elovainio M, Zins M, Goldberg M, Kivimäki M. Lifestyle factors and risk of sickness absence from work: a multicohort study. *Lancet Public Health* 2018;3:e545–e554.

Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Sund R, Virtanen P, Ferrie JE. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occupational & Environmental Medicine* 2006;63:212–217.

von Bonsdorff M, Janhonen M, Vanhala S, Husman P, Ylöstalo P, Seitsamo J, Nykyri E. Henkilöstön työkyky ja yrityksen menestyminen vuosina 1997–2007 – tutkimus metalliteollisuudessa ja vähittäiskaupan alalla. Helsinki: Työterveyslaitos, Työympäristötutkimuksen raporttisarja 36/2009.

Wynne R, McAnaney D. Employment and disability: back to work strategies. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2004. Saatavana: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/115/en/1/ef04115en.pdf>

Ziebarth NR, Karlsson M. A natural experiment on sick pay cuts, sickness absence, and labor costs. *Journal of Public Economics* 2010;94: 108–1122.



LIITE 1. Taulukko 1. TyHy-SIB hankkeen tarve ja tavoitteet, käsitykset työhyvinvointiin, työkykyyn ja sairauspoissaoloihin vaikuttavista tekijöistä ja niihin vaikuttamisen keinoista, hankkeen vaikutukset ja koettu hyöty sekä toiminnan juurtuminen organisaatiossa.

	Organisaatio 1	Organisaatio 2	Organisaatio 3	Organisaatio 4
<b>Taustatietoja organisaatioista</b> – työn luonne – henkilöstömäärä	Asiantuntijatyö Henkilöstömäärä 1–100 Monipaikkainen organisaatio	Asiantuntijatyö Henkilöstömäärä yli 500 Monipaikkainen organisaatio	Keskiraskas ja raskas fyysinen työ Henkilöstömäärä 101–250 Monipaikkainen organisaatio	Keskiraskas ja raskas fyysinen työ Henkilöstömäärä yli 500 Monipaikkainen organisaatio
<b>Hankkeen tarve ja tavoitteet organisaatiossa</b>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan työhyvinvoinnissa on haasteita. Tavoitteena on sairauspoissaolojen väheneminen ja sen myötä kustannusten väheneminen, työkykyjohtamisen osaamisen lisääntyminen sekä työhyvinvoinnin parantuminen.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan organisaatiossa on paljon sairauspoissaoloja verrattuna vastaaviin organisaatioihin sekä työhyvinvoinnin haasteita. Tavoitteena on sairauspoissaolojen ja niihin liittyvien kustannusten väheneminen, johtamisen ja esimiestyön kehittyminen sekä työhyvinvoinnin paraneminen.</p>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan osalla henkilöstöä ja joissakin yksiköissä on työssä jaksamisen haasteita. Jatkuvat muutokset luovat tarpeen ennakkoiden edistää kaikkien työssä jaksamista. Tavoitteena on tukea niitä, joilla on jo työssä jaksamisen haasteita sekä edistää koko henkilöstön työssä jaksamista, jotta työkyky kestää koko työuran. Tavoitteena on myös edistää työkykyjohtamista ja lyhentää pitkiä sairauspoissaoloja. Lyhyet poissaolot eivät ole ongelma, koska henkilöstö on hyvin sitoutunut työhönsä.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan sairauspoissaoloja on enemmän kuin vertailuorganisaatioissa, ja työntekijöillä on työhyvinvoinnin haasteita ja psykososiaalista kuormitusta. Organisaatiossa on kehitettävää esimiestyössä ja johtamisessa. Tavoitteena on sairaus-</p>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan henkilöstön työhyvinvointi on melko hyvä, mutta sairauspoissaolot ovat korkeat. Tavoitteena on sairauspoissaolojen ja sijaiskustannusten väheneminen, työn tuottavuuden lisääntyminen ja työterveyskustannusten pieneneminen. Tavoitteena myös saada pilottiyksiköistä oppia muiden yksiköiden toimintamallien kehittämiseen.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan organisaatiossa on paljon sairauspoissaoloja ja kehitettävää terveysjohtamisessa. Tavoitteena on sairauspoissaolojen väheneminen ja oppien saaminen kokeilusta muiden yksiköiden toimintaan.</p>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan sairauspoissaolot ovat korkeat, erityisesti osassa yksiköitä. Tavoitteena on vähentää sairauspoissaoloja kohdeyksiköissä ja edistää koko henkilöstön hyvinvointia, jotta he haluaisivat pysyä organisaation palveluksessa. Tavoitteena on myös saada hyviä sairauspoissaoloihin vaikuttamisen käytäntöjä leviettyä muihin yksiköihin.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan organisaatiossa on paljon sairauspoissaoloja, henkilöstöllä on työhyvinvoinnin haasteita ja esimiestyössä on kehitettävää. Tavoitteena on sairauspoissaolojen väheneminen ja esimiestyön parantuminen.</p>



	Organisaatio 1	Organisaatio 2	Organisaatio 3	Organisaatio 4
		poissaolojen väheneminen, työhyvinvoinnin paraneminen sekä johtamisen kehittyminen.		
<b>Käsitykset työhyvinvointiin, työkykyyn ja sairauspoissaoloihin vaikuttavista tekijöistä organisaatioissa ja niihin vaikuttamisen keinoista hankkeessa</b>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan työhyvinvointia heikentävät organisaatiomuutokset ja niihin liittyvät johtamishaasteet, esimiesten vaihteleva yleis- ja työkykyjohtamisen osaaminen sekä ongelmat joidenkin työyhteisöjen toiminnassa. Esimiehiä tuetaan sisäistämään esimiesroolinsa ja käsittelemään haastavia tilanteita sekä toimimaan organisaation varhaisen välittämisen mallin mukaan. Esimiesten ja työterveyshuollon rooleja ja vastuita kirkastetaan. Henkilöstöä ohjataan rakentamaan yhteiset toiminnan pelisäännöt.</p> <p>Henkilöstön keskuudessa on erilaisia käsityksiä omasta vastuusta työhyvinvoinnista ja sen ylläpidosta. Henkilöstölle tarjotaan terveystarkastusta ja kunnontestaus sekä ohjausta erityisesti tarpeessa oleville. Kaikille on tarjolla verkko-ohjelmia hyvinvoinnin kehittämiseen.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan työhyvinvointia heikentävät johtamiskulttuuriin liittyvät</p>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan pitkittyviä sairauksilomia aiheuttaa esimiesten vaihteleva työkykyjohtaminen. Esimiehiä ohjataan toimimaan organisaation varhaisen välittämisen mallin mukaan. Työkykykoordinaattori saa tukea työhön paluun keinojen pohdintaan.</p> <p>Henkilöstön työhyvinvointia / työssä jaksamista heikentää huono fyysinen kunto, liiallinen työmäärä ja vaikeus hallita muutoksia työssä, ristiriidat työyhteisössä tai esimiesten ja henkilöstön välillä sekä puutteelliset resurssit työkykyjohtamiseen. Henkilöstö saa muutosvalmennusta, ja erityistarpeessa olevat saavat tukea fyysisen kunnan kehittämiseen. Esimiehet saavat tukea ristiriitojen ratkomiinseen. Työkykyjohtamiseen saadaan ulkopuolisia resursseja, ja vastuuhenkilöt saavat tukea ylemmän tahon vakuuttamiseen työkykyjohtamisen merkityksestä.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan</p>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan sairauspoissaoloja aiheuttavat pääasiassa tule-sairaudet, jotka johtuvat fyysisestä työstä. Työkykyyn voidaan vaikuttaa parantamalla fyysistä kuntoa, mutta ennen kaikkea vaikuttamalla työolosuhteisiin ja ergonomiaan. Poissaoloja aiheuttavat myös vakavat sairaudet, jotka eivät johdu työstä. Työhön paluuta pitkiltä sairauslomilta tuetaan organisaation omin keinoin. Sairauspoissaoloja voidaan vähentää hyvällä työkykyjohtamisella.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan sairauspoissaoloja aiheuttavat raskaasta työstä johtuvat fyysisen ja psyykkisen jaksamisen ongelmat ja sairaudet. Psyykkiseen jaksamiseen vaikuttavat myös yksityiselämän asiat. Jaksamista vahvistetaan edistämällä fyysistä kuntoa ja elintapamuutosten tekemistä sekä tarjoamalla keskustelua psykkisesti ja sosiaalisesti kuormittaviin tilanteisiin. Esimiehiä kuormittaa myös alaisten työhön liittyvien pul-</p>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan sairauspoissaoloja aiheuttavat tule-ongelmat, koska työ on fyysisesti raskasta ja henkilöstön keski-ikä melko korkea. Poissaoloja aiheuttavat myös mielenterveyden häiriöt, koska työ kuormittaa henkisesti, työssä ja työvälineissä on tapahtunut erilaisia muutoksia ja esimiehet vaihtuvat usein. Sisäilmaongelmat joissakin yksiköissä aiheuttavat hengitystieoireilua ja siitä johtuvia poissaoloja. Ennen hanketta on jo pyritty vaikuttamaan tule-poissaoloihin sopimalla käytännöistä työterveyshuollon kanssa. Henkistä kuormitusta on pyritty tukemaan johtamisen uusilla toimintamalleilla. Hankkeen ulkopuolisella koikeilulla on pyritty auttamaan sisäilmasta oireilevia.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan sairauspoissaoloja aiheuttavat raskaasta työstä johtuvat tule-vaivat ja monikipuisuus sekä psyykkisesti kuormittavasta työstä, työjärjestelyistä ja esimiesten vaihtuvuudes-</p>

	Organisaatio 1	Organisaatio 2	Organisaatio 3	Organisaatio 4
	<p>tekijät, esimiesten vaihteleva yleis- ja työkykyjohtamisen osaaminen sekä ongelmat joissakin työyhteisöissä. Johtoa ja esimiehiä tuetaan johtamisessa ja haastavien tilanteiden käsittelyssä sekä ohjataan toimimaan organisaation varhaisen puuttumisen mallin mukaisesti. Työyhteisöjä autetaan laatimaan yhteiset käytäytymisen pelisäännöt.</p> <p>Sairauspoissaoloihin vaikuttavat työntekijöiden fyysinen ja psyykinen kunto ja työmotivaatio. Erityisen tuen tarpeessa oleville tarjotaan ryhmä- ja yksilötukea. Esimiehiä opastetaan edistämään työntekijöiden työmotivaatiota. Esimiesten jaksamiseen vaikuttaa mm. tavoitteiden selkeys. Johtoa tuetaan toiminnan tavoitteiden määrittämisessä ja esimiehiä ohjataan oman toimintansa kehittämiseen.</p> <p>Sairauspoissaoloihin vaikuttavat myös puutteellinen työkykyjohtaminen sekä tarpeettomien tai liian pitkien sairauspoissaolojen myöntäminen työterveyshuollossa. Esimiehiä ohjataan toimimaan organisaation varhaisen välittämisen mallin mukaan. Ter-</p>	<p>työhyvinvointiin vaikuttavat johtajien vaihtuvuus ja johtamisjärjestelmän haasteet sekä esimiesten vaihteleva yleisjohtaminen. Johtoa ja esimiehiä tuetaan tehtävissään.</p> <p>Sairauspoissaoloja aiheuttaa psykososiaalinen kuormitus, jota synnyttävät työn ohella yksityiselämän huolet ja krooninen kipu. Erityisesti tarpeessa oleville tarjotaan keskusteluapua sekä tukea fyysisen kunnon kehittämiseen ja elintapamuutosten tekemiseen. Kaikille tarjotaan henkisen hyvinvoinnin verkkovalmennusta.</p> <p>Sairauspoissaoloihin vaikuttavat myös työkykyjohtaminen sekä tarpeettomien tai liian pitkien sairauspoissaolojen myöntäminen työterveyshuollossa. Esimiehiä ohjataan toimimaan organisaation varhaisen tuen mallin mukaan. Terveyspuhelimessa poissaoloja myönnetään vain tarpeen mukaan, päivä kerrallaan.</p>	<p>mien ratkominen, ja he saavat siihen ohjausta.</p> <p>Sairauspoissaoloihin vaikuttavat myös vaihteleva työkykyjohtaminen ja esimiestyö sekä puutteellisesti hyödynnetty työterveysyhteistyö. Esimiehet ohjataan toimimaan organisaation varhaisen puuttumisen mallin mukaisesti. Työterveysyhteistyötä kehitetään.</p>	<p>ta johtuvat mielenterveyden ongelmat. Erityisessä tarpeessa oleville tarjotaan tukea fyysisen kunnon kohentamiseen ja elintapamuutosten tekemiseen. Monikipuisille tarjotaan tukea yhdessä työterveyshuollon kanssa. Psykkisesti kuormittuneille tarjotaan keskustelutukea. Kuormittavaan työhön vaikutetaan kehittämällä johtamista ja esimiestyötä.</p> <p>Sairauspoissaoloihin vaikuttavat myös tarpeettomien tai liian pitkien sairauspoissaolojen myöntäminen työterveyshuollossa ja vaihteleva työkykyjohtaminen. Esimiehiä ohjataan toimimaan organisaation varhaisen tuen mallin mukaisesti. Työkykykoordinaattoria tuetaan haastavien työkykyongelmien käsittelyssä. Terveyspuhelimessa sairauspoissaoloja myönnetään vain tarpeen mukaan, päivä kerrallaan.</p>



	<b>Organisaatio 1</b>	<b>Organisaatio 2</b>	<b>Organisaatio 3</b>	<b>Organisaatio 4</b>
	veyspuhelimessa poissaolo- ja myönnetään vain tarpeen mukaan, päivä kerrallaan.			
<b>Hankkeen vaikutukset ja koettu hyöty</b>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan sairauspoissaolot vaihtelivat hankkeen aikana, eivätkä vähentyneet kokonaisuudessaan toivotusti. Muutamankin työntekijän pitkäaikaiset poissaolot vaikuttavat paljon koko organisaation lukuihin. Sairauspoissaoloja on vähentänyt esimiesten lisääntynyt toiminta organisaation varhaisen välittämisen mallin mukaisesti.</p> <p>Henkilöstön työhyvinvointi on mahdollisesti lisääntynyt, koska luotiin yhteiset työelämän pelisäännöt. Esimiesten kuormitus on saattanut vähentyä saadun tuen ansiosta.</p> <p>Hankkeesta on saatu kustannuksia enemmän hyötyä: saadut palvelut ovat olleet hyviä ja vähentäneet oman panostuksen tarvetta. Hanke on innostanut oman toiminnan kehittämiseen. Hanke on investointi terveyteen ja hyvinvointiin.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan sairauspoissaolot vaihteli-</p>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan sairauspoissaolot vaihtelivat hankkeen aikana, ja olivat viimeisenä vuonna laskusuunnassa. Poissaolojen vähenemiseen on vaikuttanut työkykyjohtamisen kehittymisen organisaation eri tasoilla, terveyspuhelimien käyttö ja esimiesten lisääntynyt toiminta varhaisen tuen mallin mukaisesti.</p> <p>Sairauspoissaoloihin on saatanut vaikuttaa yksilöiden fyysisen kunnon kohoaminen saadun valmennuksen aikana.</p> <p>Työhyvinvointi kehittyi mittauksen perusteella hiukan parempaan suuntaan hankkeen viimeisenä vuonna, mutta jatkuvien muutosten tuoma kuormitus heikentää tuloksia todennäköisesti seuraavassa mittauksessa. Terveyskyselyt ja mittaukset ovat saattaneet kirkastaa kaikille työntekijöille omaa vastuuta hyvinvoinnistaan.</p> <p>Joidenkin työntekijöiden työuria on ehkä hankkeen</p>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan sairauspoissaolot ja sijaiskustannukset vähenivät omin toimin ja hankkeen vaikutuksesta. Omin keinoin on saatu pitkällä sairauslomilla olevia takaisin työhön tai ratkaisuna on ollut eläke. Hankkeen myötä sairauspoissaoloja on vähentänyt esimiesten kehittynyt toiminta organisaation työkykyjohtamisen käytäntöjen mukaisesti sekä parantunut työterveysyhteistyö. Terveyspuhelin on saattanut vähentää poissaoloja.</p> <p>Työhyvinvointikyselyssä on saatu hyvät arviot, mutta tulokset vaikuttavat monet asiat hankkeen ohella. Eri-tyisesti johtamisen arvioissa saattaa näkyä esimiesten kehittynyt toiminta.</p> <p>Pilottiyksiköistä on saatu mallia muidenkin yksiköiden toimintojen kehittämiseen. Työterveysyhteistyö on parantunut myös muissa yksiköissä. On opittu ostamaan ja tuottamaan palveluja paremmin. Hankkeesta levitetty</p>	<p><b>Organisaation edustajien</b> mukaan sairauspoissaolot ovat vaihdelleet hankkeen kuluessa (ja hanke on vielä kesken). Edellisessä väliarvioissa ne olivat vähentyneet, mutta haastattelun aikaan menossa huonompaan suuntaan. Sairauspoissaoloja on vähentänyt terveyspuhelin, esimiesten lisääntynyt toiminta organisaation varhaisen tuen mallin mukaisesti ja entisestään parantunut työterveysyhteistyö. Pitkiä sairauspoissaoloja on saatu vähenemään organisaation omilla toimilla (esim. korvaavan työn käyttö, osakuntoutustuki).</p> <p>Sairauspoissaoloihin vaikuttamisen käytäntöjä on saatu levitettyä muihin yksiköihin, mm. tuetaan entistä vahvemmin varhaisen tuen mallin mukaista esimiesten toimintaa.</p> <p>Hankkeesta on saatu paljon hyötyä verrattuna maksettuihin kustannuksiin: hyviä palveluja, joita ei ole tarvinnut ostaa itse sekä asiantunte-</p>



	Organisaatio 1	Organisaatio 2	Organisaatio 3	Organisaatio 4
	<p>vat hankkeen aikana, eivätkä vähentyneet kokonaisuudessaan toivotusti. Parinkin ihmisen pidempien sairauspoissaolojen vaikutus on suuri. Satunnaiset tekijät vaikuttivat enemmän kuin tekijät, joihin hankkeessa voitiin vaikuttaa. Sairauspoissaoloihin on vaikuttanut (yleis)johtamisen parantuminen ja esimiesten lisääntynyt toiminta organisaation varhaisen tuen mallin mukaisesti.</p>	<p>vaikutuksesta saatu jatkettua, koska parantuneen työkykyjohtamisen ansioista riskienkilöt löydetään paremmin.</p> <p>Hankkeessa on saatu kustannuksia enemmän palveluja, ja hinta-laatusuhde oli kohdallaan. Hanke on ollut kokonaisuutena erittäin hyvä, koska se on tuottanut paljon vaikutuksia organisaation toimintatapoihin. Myös työterveysyhteistyötä on kehitetty.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan sairauspoissaolot ovat vaihdelleet, mutta kehitys on parantunut loppuvaiheessa, ja vähennystä tuli jonkin verran. Suurin osa pitemmistä poissaoloista johtuu tekijöistä, joihin hankkeessa ei voi vaikuttaa (mm. leikkauksen odottaminen). Organisaation poissaolotilanne oli alussa hankkeen näkökulmasta liian hyvä. Kaikkia lyhyitä poissaoloja ei ollut kirjattu järjestelmään.</p> <p>Sairauspoissaoloihin on vaikuttanut esimiesten lisääntynyt toiminta organisaation varhaisen tuen mallin mukaisesti. Hankkeen vaikutuksia</p>	<p>myönteinen viesti (työnantaja haluaa panostaa työntekijöihin) on saattanut lisätä työntekijöiden halukkuutta hakeutua organisaatioon.</p> <p>Hankkeesta on saatu kustannuksia enemmän hyötyä, kuten palveluja, jota omat henkilöstöpalvelut tai työterveyshuolto eivät pystyisi toteuttamaan, ja koulutuksia, joita olisi muuten ostettu itse. Palvelut ovat kehittäneet toimintaa.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan sairauspoissaolot vähenivät. Vähennemiseen on vaikuttanut esimiesten parantunut toiminta organisaation työkykyjohtamisen käytäntöjen mukaisesti ja kehittynyt työterveysyhteistyö.</p>	<p>musta ja tukea oman toiminnan kehittämiseen edelleen.</p> <p><b>Palveluntuottajien</b> mukaan sairauspoissaolot ovat vaihdelleet: välillä vähentyneet ja haastattelun aikaan taas kasvussa. Moniin pitkiin poissaoloihin ei voi vaikuttaa hankkeen keinoin (esim. työntekijä odottaa leikkaukseen pääsyä). Työntekijät kuormittuvat, kun ei saada tarpeeksi osaavaa henkilökuntaa ja sijaisia. Esimiesten vaihtuvuus kuormittaa työkykyjohtamista. Sairauspoissaoloja on vähentänyt terveyspuhelin ja esimiesten lisääntynyt toiminta organisaation varhaisen tuen mallin mukaisesti.</p>





	<b>Organisaatio 1</b>	<b>Organisaatio 2</b>	<b>Organisaatio 3</b>	<b>Organisaatio 4</b>
<b>Toiminnan juurtuminen organisaatiossa</b>	<b>Organisaation edustajien</b> mukaan hankkeessa opitut tai kehitetyt asiat eivät olleet vielä juurtuneet toivotusti. Kehitettävät asiat olivat tiedossa, ja suunnitelmia juurruttamiseksi oli tehty.	<b>Organisaation edustajien</b> mukaan hankkeessa kehitetty työkykyjohtaminen oli juurtumassa hyvin ja sen edelleen kehittämiseksi oli tehty suunnitelmia ja haettu yhteistyökumppaneita.	<b>Organisaation edustajien</b> mukaan hankkeessa kehitetty työkykyjohtaminen on juurtunut hyvin.	<b>Organisaation edustajien</b> mukaan hankkeessa kehitettävä työkykyjohtaminen oli juurtumassa hyvin (hanke on edelleen kesken).