

Osasairausvapaa sairausloman vaihtoehtona tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa

Loppuraportti hankkeesta "Osasairausvapaa ja työjärjestelyt liikuntaelinten sairauksissa: satunnaistettu vertailututkimus ja kustannusvaikuttavuusanalyysi"



Osasairausvapaa sairausloman vaihtoehtona tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa

Loppuraportti hankkeesta "Osasairausvapaa ja
työjärjestelyt liikuntaelinten sairauksissa:
satunnaistettu vertailututkimus ja kustannus-
vaikuttavuusanalyysi"

Eira Viikari-Juntura, Kari-Pekka Martimo, Johanna Kausto,
Rahman Shiri, Leena Kaila-Kangas, Esa-Pekka Takala, Jaro
Karppinen, Helena Miranda, Ritva Luukkonen
Työterveyslaitos

Katja Ryynänen, Rokua konserni
Leena Ala-Mursula, Oulun yliopisto

*Toteutettu Työsuojelurahaston (hankenumero 106304),
Kelan (Dnro 28/26/2006) ja Sosiaali- ja terveysministeriön
(hankenumero 600107016) tuella.*

Työterveyslaitos
Työkyvyn tuki -teema
Topeliuksenkatu 41 a A
00250 Helsinki

Kansi: Tuula Solasaari

Kannen kuva: Iisakki Härmä

© Työterveyslaitos ja kirjoittajat 2011

ISBN 978-952-261-160-4 (nid.)
ISSN-L 1458-9311
ISSN 1458-9311

ISBN 978-952-261-161-1(pdf)
ISSN-L 1458-9311
ISSN 1799-4470

Juvenes Print, Tampere 2011



TIIVISTELMÄ

Tausta

Nykykäsityksen mukaan aktiivisena pysyminen hyödyttää tuki- ja liikuntaelinvaivoista toipumista. Toisaalta on osoitettu, että pitkittyvät sairauslomat ovat usein yhteydessä pysyvään työkyvyttömyyteen. Suomessa otettiin vuonna 2007 käyttöön osasairauspäiväraha, jonka tarkoituksena oli helpottaa työhön paluuta pidemmän sairauspoissaolon jälkeen.

Tavoitteet ja menetelmät

Tutkimushankkeen tarkoituksena oli selvittää, voidaanko jo työkyvyn heikkenemisen alkuvaiheessa lyhennetyllä työpäivällä sairausloman aikana eli ns. osasairausvapaalla edistää työhön paluuta ja vähentää tuki- ja liikuntaelinten kipuja sekä niistä aiheutuvaa haittaa tavanomaiseen sairauspoissaoloon verrattuna. Tutkimukseen otettiin työterveyshuoltoon liikuntaelinten kiputilan vuoksi hakeutuneita työntekijöitä, jotka eivät selviytyneet kaikista työtehtävistään, mutta joiden arvioitiin voivan jatkaa osa-aikaisessa työssä oireiden pahenematta. Tutkimuksessa arvioitiin myös osasairausvapaajärjestelmän toteutettavuutta suomalaisilla työpaikoilla. Lisäksi selvitettiin alustavasti järjestelmästä aiheutuvia taloudellisia kustannuksia ja siitä saatavia hyötyjä. Interventiotutkimus toteutettiin satunnaistetussa asetelmassa, jossa vertailtiin osasairausvapaalla ja tavanomaisella sairauslomalla olleita. Tutkittaville tehdyn kliinisen tutkimuksen ja haastattelun lisäksi hankkeessa kerättiin kattavasti tietoa sekä määrällisin että laadullisin menetelmin.

Tulokset

Osasairausvapaaryhmässä palattiin tavanomaisiin työtehtäviin keskimäärin 12 päivän kuluttua, kun sairauslomalta palattiin 20 päivän jälkeen. Seurantavuoden aikana interventioryhmässä oli sairauspoissaolopäiviä noin 20 % vähemmän kuin verrokkiryhmässä. Interventioyöryhmän tutkittavat raportoivat vähemmän toimintakyvyn alenemaa ja vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa ja he kokivat terveytensä paremmaksi kuin sairauslomaryhmän tutkittavat. Osasairausvapaajärjestelyt työpaikalla onnistuivat yleensä hyvin ja sekä työntekijöiden että esimiesten kokemukset olivat pääpiirteittäin myönteisiä. Kokeneen työntekijän osittainkin työpanos koettiin hyödylliseksi. Hankkeessa kehitettiin sairauspoissaolojen ja työhön paluun hallinnan välineeksi uudenlainen lääkärin suositus (fit note), joka osoittautui tarpeelliseksi, kun työpaikalla suunniteltiin osasairausvapaan aikaisia työjärjestelyjä. Alustavat taloudelliset analyysit osoittavat merkittäviä kustannussäästöjä vuoden seuranta-aikana.

Pohdinta

Tulokset tukevat oletuksia varhaisen osasairausvapaan hyödyllisyydestä; lyhennetty työpäivä sairausloman aikana eli ns. osasairausvapaa nopeuttaa työhön paluuta tuki- ja liikuntaelinten sairauden alkuvaiheessa. Koska osasairausvapaaryhmässä oli vähemmän sairauspoissaolopäiviä kuin sairauslomaryhmässä koko vuoden seuranta-ajan, osasairausvapaa saattaa lisätä työhön osallistumista myös pitemmällä aikavälillä. Osasairausvapaa ei lisännyt liikuntaelinoireita tai niistä aiheutuvaa haittaa, joten se osoittautui turvalliseksi vaihtoehdoksi tavanomaiselle sairauslomalle. Osasairausvapaan onnistuminen riippuu paljon työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyöstä, minkä vuoksi olisi käynnistettävä fit note – tyyppisen ”työkykylausunnon” kehittäminen ja kokeilu erilaisissa työterveyshuolloissa ja työpaikoilla. Osasairausvapaan vaikutuksia ja toteutettavuutta olisi jatkossa selvitettävä myös muissa kuin tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa.

Early part-time sick leave as an alternative to full sick leave in musculoskeletal disorders
Final report of project "Part-time sick leave and work modifications in musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial and cost-effectiveness -analysis

ABSTRACT

Background

Research results and clinical practice indicate that staying active improves recovery from musculoskeletal disorders. On the other hand it has been found that long-term sick leaves are often associated with permanent work disability. Partial sickness benefit was introduced in Finland in 2007 in order to facilitate return to work after longer sickness absence.

Aim and methods

The purpose of the intervention study was to assess the effects of early part-time sick leave on return to work (RTW) and subsequent sickness absence among patients with musculoskeletal disorders. Employees who sought medical advice due to musculoskeletal pain were eligible to participate in the study. Furthermore, the symptoms and related disability had to be severe enough to justify prescription of full-time sick leave according to the prevailing practice, but still allow working reduced work hours without risk of deterioration. In addition, the aim was to study the feasibility of early part-time sick leave at Finnish workplaces. Preliminary economical analyses were carried out as well. The study was an individually randomized controlled trial, in which patients were randomised into either part-time or full-time sick leave group. Besides clinical examination and interviews performed at the baseline, additional information was gathered using both quantitative and qualitative methods.

Results

Time to return to work was shorter in the intervention group (median 12 versus 20 days). Total sickness absence during the 12-month follow-up was about 20% lower in the intervention than the control group. Employees on part-time sick leave reported less disability and functional impairment and better self-rated health than those on full-time sick leave. Work arrangements carried out at the work places in connection with part-time sick leave were mostly successful, and the experiences of supervisors and employees mainly positive. Even reduced work contribution of experienced employees was found important. The fit note was one tool that was specifically developed for this study and it was well received and found useful by the supervisors. Preliminary results from the economic evaluation suggest significant economical benefits during the 12-month follow up.

Discussion

The results showed that early part-time sick leave enhances return to work in musculoskeletal disorders. The results suggest better work participation outcomes after part-time sick leave compared with full-time sick leave even at a longer perspective than one year. Since early part-time sick leave did not increase musculoskeletal complaints or their interference with work, it can be concluded that it is a safe alternative to full-time sick leave. Successful implementation of part-time sick leave relies on a good collaboration between the occupational health service and the work place, which urges us to further develop tools to assess work ability, such as the fit note introduced in this study. The effects and feasibility of part-time sick leave should in the future be studied also in other than musculoskeletal disorders.



Sisällys

TII VI STELMÄ	3
ABSTRACT	4
1 TAUSTA	6
2 TAVOITTEET JA MENETELMÄT	7
2.1 Tutkimushypoteesi ja -kysymykset	7
2.2 Aineisto ja menetelmät	8
2.2.1 Tutkimusasetelma ja tutkittavat	8
2.2.2 Interventio	11
2.2.3 Tiedon keruu	14
2.2.4 Perus- ja seurantakyselyt	14
2.2.5 Sairauspoissaolojen seuranta	15
2.2.6 Osasairausvapaalla olleiden puhelinhaastattelut	15
2.2.7 Esimiesten puhelinhaastattelut	15
2.2.8 Esimiesten teemahaastattelut	15
2.2.9 Tulosuuttajat ja tilastolliset analyysit	16
2.2.10 Kustannus-vaikuttavuus- ja kustannus-hyöty- analyysit	16
2.2.11 Eettiset näkökohdat ja tutkimuksen rekisteröinti	17
3 TULOKSET	18
3.1 Sairauspoissaolot ja työhön paluu	18
3.2 Kyselytutkimuksen tulokset	22
3.3 Intervention toteutuminen työpaikalla	23
3.4 Kustannus-vaikuttavuus- ja kustannus-hyöty- analyysit	28
3.5 Esimiesten teemahaastattelut	28
4 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	29
4.1 Osasairausvapaan toteutettavuus	30
4.2 Vertailu muihin tutkimuksiin	32
4.3 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet	32
4.4 Tulosten yleistettävyyden	33
4.5 Johtopäätökset ja suositukset	33
5 TIEDOTUS JA TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN	34
6 KIITOKSET	35
7 KIRJALLISUUS	36

1 TAUSTA

Aktiivisuuden hyödyistä vuodelevon sijaan on lisääntyvässä määrin näyttöä tuki- ja liikuntaelinvaivojen ja niihin liittyvän työkyvyttömyyden hoidossa (Hagen ym. 2005, Schonstein ym. 2003, Gross ym. 2007, Cheng & Hung 2007). Suosituksen mukaan epäspesifissä alaselkävaurissa tulisi välttää töistä poissaoloa, koska se voi viivästyttää toipumista (van Tulder ym. 2006, Alaselkäsairaudet 2008). Kun tavoitteena on vähentää liikuntaelinvaivoihin liittyvää työkyvyttömyyttä, työhön kohdistuvien toimenpiteiden vaikuttavuudesta on näyttöä. Erityisen vahva osoitus tutkimuksissa on saatu muokatun työn tarjoamisesta toipumisen ajaksi sekä yhteydenpidosta terveydenhuollon ja työpaikan välillä (Franche ym. 2005).

Suomalaisessa tutkimuksessa pyydettiin terveysongelmien vuoksi työterveyslääkärin vastaanotolle tulleita työntekijöitä arvioimaan työkykyään ennen vastaanottokäyntiä (Martimo ym. 2007). Työntekijät, joilla oli liikuntaelinvaivoja, raportoivat osittaista työkykyä melkein kaksi kertaa useammin kuin täyttä työkyvyttömyyttä (28 % ja 16 %). Samassa tutkimuksessa sekä liikuntaelinvaivoista kärsivät työntekijät että heidän lääkäriensä pitivät työhön liittyviä toimenpiteitä toipumisen kannalta usein hyödyllisinä. Näiden toimenpiteiden tärkeyttä tukee myös näyttö työhön liittyvien tekijöiden merkityksestä liikuntaelinvaivojen synnyssä (NRCIM 2001).

Jos työntekijä ei ole täysin työkyvytön, häntä voidaan kannustaa jatkamaan työssä sairausloman sijaan. Tämä edellyttää kuitenkin mahdollisuutta muokata työkuormitusta työntekijälle sopivaksi niin kauan kuin työkyky on alentunut. Kun työntekijä saa Kelan osasairauspäivärahaa, hän tekee työtä 40 - 60 % tavanomaisesta työajastaan. Etuus oli vuodesta 2007 vuoteen 2010 käytettävissä kuitenkin vasta, kun kokopäiväinen sairausloma oli jatkunut melkein kolme kuukautta (60 sairauspäivärahopäivää).

Useimmissa tapauksissa osa-aikainen sairausloma on kokoaikaista taloudellisesti kannattavampi vaihtoehto sen jälkeen, kun palkanmaksu on päätynyt pitkän sairausloman seurauksena. Osasairauspäivärahaudella tehdystä työstä maksetun palkan lisäksi Kela maksaa työntekijälle puolet sairauspäivärahan suuruudesta korvauksesta. Jos työntekijä saa osa-aikaisen työnteon ajalta täyttä palkkaa, osasairauspäiväraha voidaan maksaa myös työnantajalle.

Tähän mennessä osasairauspäivärahaa on käytetty odotettua vähemmän, vaikka sen käyttö edellisvuoteen verrattuna kaksinkertaistui vuonna 2010, jolloin osasairauspäiväraha tuli mahdolliseksi jo työnantajan omavastuukauden (1+9 arkipäivää) jälkeen. Noin puolet vuonna 2010 alkaneista osasairauspäiväraha-kausista oli sellaisia, joita edelsi lyhyempi kuin 60 päivän jakso täydellä sairauspäivärahalta.

Joissakin maissa (esim. Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa) osa-aikainen sairausloma on mahdollinen ilman edeltävää kokopäiväistä sairausloma. Kuitenkaan osa-aikaisen sairauspoissaolon vaikutuksia ei ole kovin paljon tutkittu (Kausto ym. 2008). Norjassa tehty ryhmäsatunnaistettu tutkimus ei osoittanut hyödyllisiä vaikutuksia "aktiivisesta sairauslomasta" (sosiaalietuuksin tuettiin paluuta muokattuun työhön sen jälkeen,



kun perinteinen sairausloma oli kestänyt vähintään 16 päivää). Tuloksen arveltiin johtuvan osittain etuuden vähäisestä käytöstä (Scheel ym. 2002). Osasairauspäivärahan saajat ovat kuitenkin yleensä tyytyväisiä; Ruotsissa 92 % osasairausvapaalla olleista työntekijöistä oli tyytyväisiä järjestelyihin (Sieurin ym. 2007). Kaksi kolmasosaa kokopäiväisellä sairauslomalla olleista piti osa-aikaista järjestelyä itselleen mahdollisesti hyvänä vaihtoehtona. Tutkimuksissa on havaittu myös haittoja: ruotsalaisessa tutkimuksessa todettiin 1,5 vuoden seurannassa, että osa-aikainen sairausloma kesti yleensä pitempään kuin perinteinen sairausloma (Eklund ym. 2004). Kirjoittajien mielestä luotettavien tulosten saamiseksi osa-aikaisen sairausloman vaikutuksia pitää tutkia satunnaistetussa asetelmassa (Eklund ym. 2004, Axelsson & Marnetoft 2010).

Tässä tutkimuksessa osasairausvapaalla tarkoitetaan päivittäisen tai viikoittaisen työajan puolittamista. Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus suunniteltiin selvittämään varhaisen osasairausvapaan vaikutuksia työhön paluuseen, terveyteen ja kustannuksiin liikuntaelinvaikeiden hoidossa tavanomaiseen sairauslomaa verrattuna.

2 TAVOITTEET JA MENETELMÄT

Tutkimushankkeen tarkoituksena oli selvittää, voidaanko työkyvyn heikkenemisen alkuvaiheeseen sijoitetun osasairausvapaan avulla edistää työhön paluuta ja vähentää tuki- ja liikuntaelinten kipuja sekä niistä aiheutuvaa haittaa tavanomaiseen sairauspoissaoloon verrattuna.

Tutkimuksessa arvioitiin myös osasairausvapaajärjestelmän toteutettavuutta suomalaisilla työpaikoilla tavoitteena kehittää osasairausvapaan järjestämiseen liittyviä prosesseja erityyppisissä työtehtävissä.

Kustannuksia ja hyötyjä verrattiin osasairausvapaa- ja sairauslomaryhmissä ensisijaisesti työpaikan ja yhteiskunnan näkökulmasta.

2.1 Tutkimushypoteesi ja -kysymykset

Tutkimuksen pääolettamuksena oli, että tuki- ja liikuntaelinten vaivoissa osasairausvapaa (työajan puolittaminen ja tarvittaessa kuormittavimpien työtehtävien keventäminen) työkyvyn heikkenemisen varhaisvaiheessa auttaa toipumista ja johtaa nopeammin vakiintuneeseen työhön paluuseen kuin tavanomainen sairauspoissaolo.

Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin:

Onko osasairausvapaalla ja tavanomaisella sairauslomalla olleiden kipuoireissa, toimintakyvyssä, koetussa terveydessä ja mielialassa, univaikeuksissa ja itsearvioidussa työn tuottavuudessa eroa vuoden seuranta-aikana?

Millaisia kokemuksia työntekijöillä ja lähiesimiehillä on osasairausvapaan käytöstä työpaikoilla?

Kuinka osasairausvapaan aikaiset työjärjestelyt toteutettiin (mm. työajan suunnittelu, sijaisten käyttö) ja miten niihin työpaikalla suhtauduttiin?

Miten esimiehet hahmottavat toimintaympäristöään ja millaisia ristiriitaisia ongelmatilanteita he kohtaavat, kun työpaikalla tehdään osasairausvapaaseen liittyviä työjärjestelyjä?

2.2 Aineisto ja menetelmät

2.2.1 Tutkimusasetelma ja tutkittavat

Esitutkimus

Tutkimuksen toteutettavuutta ja menetelmiä testattiin kahdessa kohdeyrityksessä. Tässä esitutkimuksessa osasairausvapaata sovellettiin liikuntaelinten kiputiloissa välittömästi hoitoon hakeutumisen jälkeen ilman edeltävää sairauslomaa. Kokemukset osoittivat osasairausvapaajärjestelmän olevan toteutettavissa, mutta onnistunut toteutus edellytti työjärjestelyihin liittyvää koulutusta ja tiedottamista työpaikoilla. Sopivien potilaiden tunnistaminen ja ohjeistaminen oli myös työterveyshuolloille uusi käytäntö, johon tarvittiin koulutusta. Esitutkimus osoitti lisäksi, että osasairausvapaajärjestelmälle olisi tarvetta myös lyhyiden sairauslomien jälkeen. Työterveyshuollon esitutkimuksessa käyttämien kliinisten tutkimusmenetelmien katsottiin sopivan myös varsinaiseen tutkimukseen.

Varsinainen tutkimus

Varsinaiseen tutkimukseen osallistui kuusi erilaista kohdeorganisaatiota (kaksi sairaanhoitopiiriä, alueosuuskauppa, kuljetus- ja logistiikka-alan, lihanjalostusteollisuuden sekä siivousalan yritys). Yrityksissä tutkittavat hakeutuivat tuki- ja liikuntaelinvaijoiden vuoksi työterveyslääkärin vastaanotolle, mitä varten työterveyshuollon henkilökuntaa koulutettiin tutkimusprosessin toteuttamisessa. Terveystieteiden alan organisaatioissa tutkittavat tulivat työterveyshuollon lähettäminä Työterveyslaitoksen työfysiatrian poliklinikalle. Kohdeorganisaatioissa järjestettiin lisäksi yhteistyöpalavereita, joihin osallistuivat työterveyshuollon, työntekijöiden, työnantajan ja hankkeen edustajat. Tiedottamisesta sovittiin yhdessä ja tiedotuskanavana käytettiin organisaatioiden sisäisiä viestimiä (sähköistä viestintää ja lehtiä) sekä sisäisiä kokouksia. Tutkimukseen osallistuneet työpaikat sopivat etukäteen, miten varhainen osasairausvapaa kirjataan yrityksen palkkausjärjestelmään.

Hankkeelle perustettiin seurantaryhmä, jossa oli edustajia sosiaali- ja terveysministeriöstä, Kelasta sekä työmarkkinajärjestöistä.

Tutkimuksen asetelma ja kulku (ns. satunnaistettu vertaileva tutkimusasetelma) on esitetty kuvassa 1. Kaikki tutkimukseen hakeutuneet tutkittiin kliinisesti yhtenäisen tutkimuskäytännön mukaan (Viikari-Juntura ym. 1998, Viikari-Juntura ym. 2000, Viikari-Juntura & Varonen 2005). Lisäksi tutkittavilta kysyttiin mm. pituutta ja painoa, oireiden alkamisajankohtaa ja aikaisempaa esiintymistä, paikallistumista, voimakkuutta ja työperäisyyttä sekä sitä, miten rasitus vaikuttaa oireisiin, kivun luonnetta ja sen aiheuttamaa haittaa työssä ja nukkuessa. Tiedot täytettiin strukturoidulle lomakkeelle vastaanottokäynnin aikana.



Tutkimukseen otettiin 18 - 60 -vuotiaita työssäkäyviä henkilöitä, joiden työaika oli vähintään 30 tuntia viikossa. Yli 60-vuotiaita ei otettu mukaan, koska he olisivat voineet jäädä seuranta-aikana eläkkeelle. Hoitoon hakeutumisen pääasiallisen syyn tuli olla kiputila selässä, niskahartiaseudussa, olkapäässä tai ylä- tai alaraajassa. Sairausloman tuli olla kiputilan vuoksi tarpeellinen, mutta työkykyä täytyi olla jäljellä niin, että osa-alkaisessa työssä jatkamisen ei arvioitu vaikeuttavan oireita. Välittömästi tutkimusta edeltäneen kuukauden aikana potilaan piti olla ollut omassa työssään vähintään kaksi viikkoa ja tuki- ja liikuntaelinvai- van vuoksi sairauslomalla korkeintaan kaksi viikkoa. Edeltäneen kolmen kuukauden aikana sairauslomapäiviä (minkä tahansa syyn vuoksi) sai olla kertynyt yhteensä enintään 30 päivää.

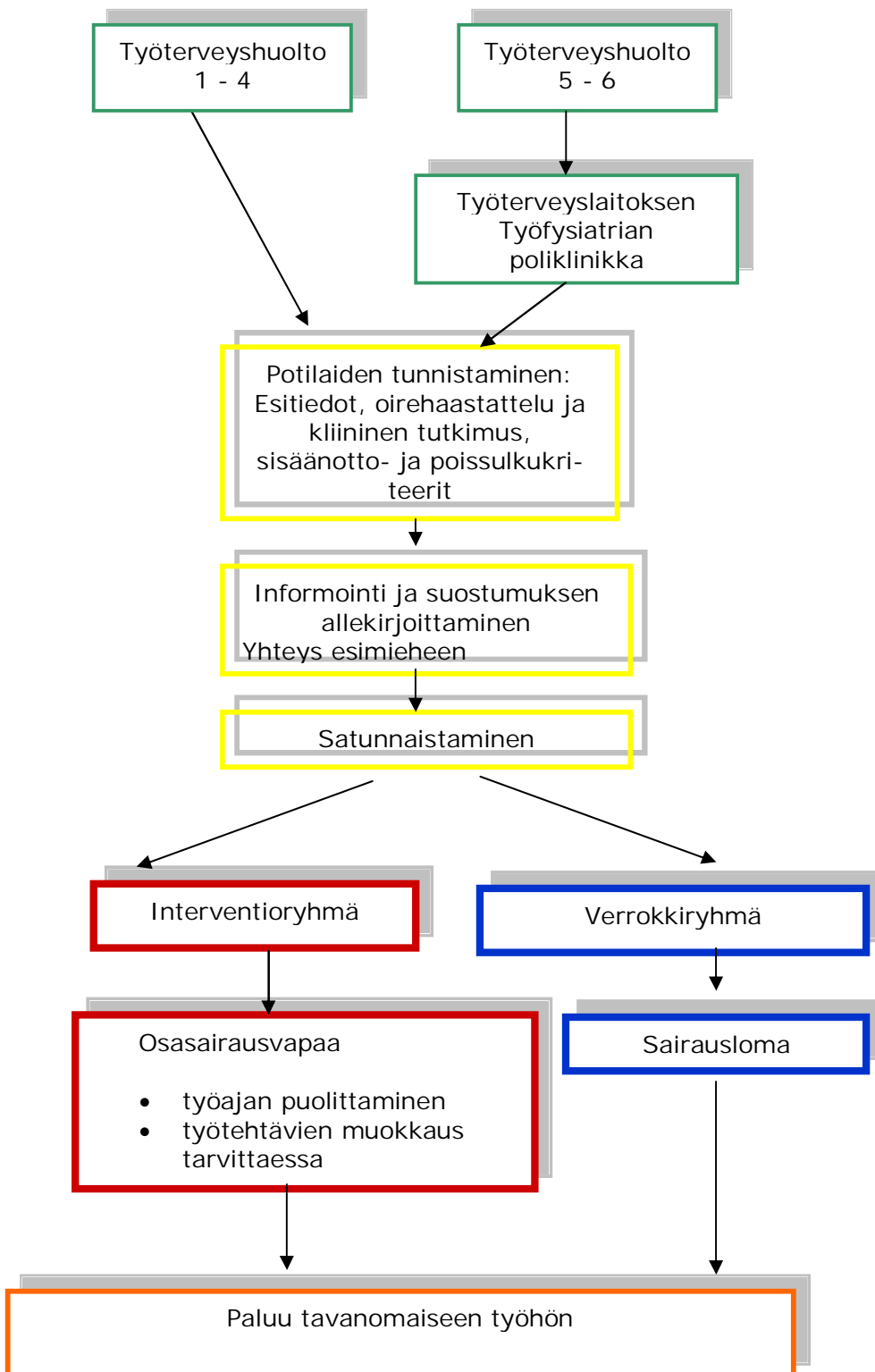
Tutkimuksesta suljettiin pois henkilöt, joiden oireiden syynä oli tuore tapaturma tai ammattitautiepäily, kipu oli voimakas (> 7 asteikolla 0 - 10) tai häytti merkittävästi nukkumista. Poissulkukriteereitä olivat myös raskaus, äkillinen tulehdustauti, aktiivivaiheessa oleva tulehduksellinen nivelsairaus, vaikea-asteinen mielenterveyden häiriö tai edeltäneen vuoden aikana todettu tai aktiivisessa hoidossa oleva pahanlaatuinen kasvain tai sen epäily. Lisäksi kehon eri alueiden kiputiloissa oli käytössä erityiset lääketieteelliset kriteerit, joilla pyrittiin sulkemaan pois sellaiset tilanteet, joissa työssä jatkaminen saattoi pahentaa sairautta tai osasairausvapaaajärjestelyt olisivat haitanneet tutkimusta tai hoitoa.

Kun tutkimuksen sisäänottokriteerit täyttävä potilas löytyi, työterveyslääkäri tai työfysiatrian poliklinikan lääkäri kertoi hänelle tutkimuksesta ja sen tavoitteista ja antoi tutkimusta koskevan tiedotteen. Jos potilas oli halukas osallistumaan tutkimukseen, lääkäri soitti potilaan suostumuksella esimiehelle ja varmisti, että osasairausvapaan edellyttämät työjärjestelyt olivat toteutettavissa. Tämän jälkeen potilas allekirjoitti suostumuslomakkeen. Lääkäri arvioi sairausloman pituuden ja satunnaisesti potilaan osasairausvapaa- tai sairauslomaryhmään.

Mikäli potilas ei täyttänyt tutkimuksen sisäänottokriteereitä tai osasairausvapaaajärjestelyitä ei kyetty toteuttamaan työpaikalla, tilanne selitettiin potilaille, ja hänet tutkittiin ja hoidettiin tavanomaiseen tapaan tutkimuksen ulkopuolella.

Vaikuttavuustutkimuksissa pyritään yleensä ns. kaksoissokkoutukseen niin, ettei hoidon saaja eikä antaja kumpikaan tiedä, mitä hoitovaihtoehtoa kulloinkin käytetään. Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista sokkouttaa potilasta eikä häntä mahdollisesti jatkossa hoitaneita lääkäreitä. Jos potilaan myöhemmiltä lääkäreiltä olisi salattu tieto osasairausvapaasta tai tavanomaisesta sairauslomasta, tämä olisi johtanut ongelmallisiin tilanteisiin potilaan ja lääkärin välisessä kommunikaatiossa.

Kuva 1. Tutkimusasetelma.



- Verkkopohjainen kysely 0, 1, 3, 8, 12 ja 52 viikon kuluttua
- Työntekijöiden ja esimiesten puhelin- ja käyntihaastattelut
- Lääkärissä käyntien ja sairauslomatietojen poiminta 1 vuoden kuluttua



2.2.2 Interventio

Interventioryhmässä (osasairausvapaa) työntekijät tekivät vastaanottokäyntiä seuraavasta päivästä lähtien puolet tavanomaisesta työajastaan. Lääkäri antoi esimiehelle ohjeita osasairausvapaan aikaisia työjärjestelyjä varten. Tutkimuksessa otettiin käyttöön *uudenlainen lääkärintsuositus (engl. fit note)*, jonka työntekijä toimitti esimiehelle. Suosituksessa määriteltiin osasairausvapaan ja siihen liittyvien työjärjestelyiden kesto, arvioitiin tarve vähentää työhön liittyvää fyysisiä kuormitustekijöitä ja suositeltiin mahdollisesti muita tarvittavia työjärjestelyitä (kuva 2).

Osasairausvapaan päätyttyä potilas palasi työhön. Jos potilas katsoi olevansa kyvytön tavanomaiseen työhönsä, osittaisen tai täyden sairausloman tarve arvioitiin uudella lääkärin vastaanottokäynnillä. Osasairausvapaalla olevilla potilailla oli myös oireiden pahentuessa mahdollisuus päästä nopeasti lääkärin arviointiin.

Osasairausvapaata sovellettiin tarvittaessa yhteensä 60 päivän ajan (kuva 3). Työnantajan omavastuu ulottui 1+9 päivään asti ensimmäisen osasairausvapaajakson aikana, minkä jälkeen työnantajalle maksettiin osasairauspäivärahan suuruinen korvaus. Jos työntekijä joutui jäämään osasairausvapaan aikana tai sen jälkeen täydelle sairauslomalle, hän ei voinut tutkimukseen liittyen palata osasairausvapaalle. Sen sijaan, jos potilas kipeytyi saman sairauden vuoksi uudestaan kuukauden sisällä työhön paluusta, hän saattoi tarvittaessa jäädä uudelleen osasairausvapaalle. Tässäkin tapauksessa potilas sai osapäivärahaa yhteenlaskettuna 60 päivään asti. Työnantajan omavastuujaksoa sovellettiin osasairausvapaaseen kunkin tutkittavan kohdalla vain kerran.

Verrokkiryhmässä (tavanomainen sairausloma) työntekijä jäi kokoaikaiselle sairauslomalle. Seurantakäynnit lääkärille ja mahdolliset myöhemmät sairauslomat ja niiden edellyttämät seurantakäynnit arvioitiin lääketieteellisen tarpeen mukaan. Verrokkiryhmän työntekijät eivät voineet jäädä osasairausvapaalle tutkimuksen aikana.

Kuvassa 3 on esitetty palkan ja sairausvakuutusetuuksien maksu tutkimuksen kuluessa.

Kuva 2. Tutkimuksessa käytetty lääkärin suositus.

SUOSITUS OSASAIRAUSVAPAAN AIKAISIKSI TYÖJÄRJESTELYIKSI

Työntekijän nimi: _____

Esimiehen nimi: _____

Työkykyyn vaikuttava sairaus: _____

Osasairausvapaan ja työjärjestelyiden kesto

Alkaen __ / __ 200__ päättyen __ / __ 200__

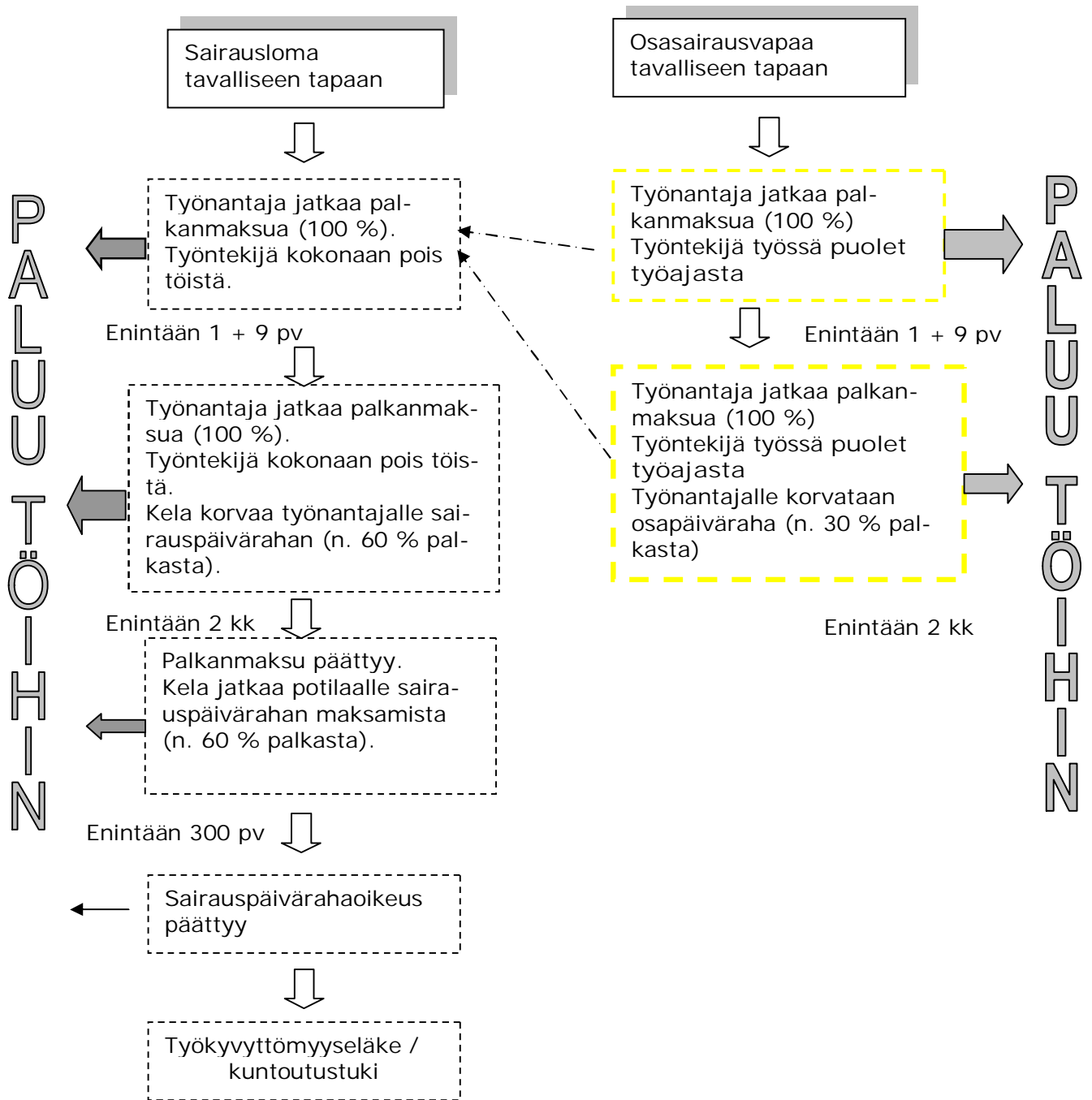
Arvio työkuormituksesta	Sopiva	Vähennettävä
Nostot, kantaminen		
Työntäminen, vetäminen		
Kumartelu		
Polvillaan/kyykyssä työskentely		
Työskentely kädet hartioiden yläpuolella		
Suuren puristusvoiman käyttö		
Toistotyö		
Näppäily- tai hiirityö		
Jalkojen päällä olo		
Tärinä		
Kylmässä työskentely		
Istuminen / seisomaan nousu		
Suositus	Kyllä	Ei
Työajan puolittaminen riittää		
Tarvitaan lisäksi muita työjärjestelyitä		
Tarkennus:		

Päiväys: __ / __ 200__

Työterveyslääkärin nimi:



Kuva 3. Sairausvakuutusetuudet tutkimuksessa.



TUTKIMUS PÄÄTTYY 12 KK: N KULUTTUA

2.2.3 Tiedon keruu

Rekrytointivaiheessa tutkittaville tehdyn kliinisen tutkimuksen ja haastattelun lisäksi hankkeessa kerättiin kattavasti tietoa sekä määrällisin että laadullisin menetelmin. Menetelminä olivat sähköiset kyselyt, puoli-strukturoidut puhelinhaastattelut, syventävät käyntihaastattelut sekä sairauspoissaolotietojen poiminta työterveyshuoltojen rekistereistä.

2.2.4 Perus- ja seurantakyselyt

Tutkittavat vastasivat sähköiseen peruskyselyyn lähtötilanteessa, viimeistään muutaman päivän kuluttua tutkimukseen rekrytoinnista. Seurantakyselyt (5 kyselyä) lähetettiin vastattaviksi yhden, kolmen, kahdeksan, kahdentoista ja 52 viikon kuluttua lähtötilanteesta. Ne tutkittavat, joilla ei ollut sähköpostia käytössään, vastasivat kyselyihin puhelimitse.

Kyselyihin vastaamatta jättäneille lähetettiin sähköpostitse tai tekstiviestillä muistutuksia. Katoa tutkimuksessa oli hyvin vähän - vain 4 % kaikista kyselylomakkeista jäi palautumatta vuoden seuranta-aikana (kuusi lomaketta osasairausvapaa- ja kahdeksan lomaketta verrokki-ryhmässä).

Peruskyselyssä kysyttiin aluksi vastaajan taustatietoja (syntymävuosi, siviilisäätö, kotitalouteen kuuluvien lasten lukumäärä, koulutusaste, yritys, jossa vastaaja työskentelee, ammattiasema, vuodet nykyisessä työtehtävässä, pääasiallinen työaikamuoto, viikostaisten työtuntien määrä ja työmatkan kesto). Työtehtäviin liittyviä fyysisiä kuormitustekijöitä (raskaiden taakkojen käsittely, kuormittavat työasennot, toistolikkeet, tietokoneen käyttö, tärisevien työkalujen käyttö, kylmässä työskentely, ja yhtäjaksoinen seisominen, kävely ja istuminen) selvitettiin useilla kysymyksillä (Viikari-Juntura ym. 1996).

Tämän jälkeen kyselylomakkeessa tiedusteltiin vastaajan elintapoja (alkoholin käyttö ja tupakointi, liikunnan harrastaminen) sekä vastaajan omaa arviota kyvystään palata tavanomaiseen työhönsä ja työssä jatkamisesta.

Toimintakykyä selvitettiin seuraavilla kipualuekohtaisilla toimintakyky-mittareilla: Selkä - Oswestryn indeksi (7 osiota, Fairbank ym. 1980, Fairbank & Pynsent 2000), olkapää ja yläraaja - Quick DASH (11 osiota, Beaton ym. 2001, Solway ym. 2002), niska-hartiaseutu - 11 osiota (Viikari-Juntura ym. 1988) ja alaraaja - COAT (3 osiota, Brooks ym. 2004). Kipuun liittyvää välttämiskäyttäytymistä mitattiin kahdella kysymyksellä (Linton & Hallden 1998).

Tuki- ja liikuntaelinvaivan aiheuttamia kustannuksia (terveydenhuoltokäynnit, lääke- ja apuvälinekustannukset) selvitettiin kymmenen kysymyksen avulla. Nukkumista ja univaikeuksia (Jenkins ym. 1988) sekä masentuneisuutta (Arroll ym. 2003) kysyttiin molempia kahdella kysymyksellä. Itsearviointua työn tuottavuutta selvitettiin kahdesta kysymyksestä koostuvalla mittarilla (Brouwer ym. 1999). Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä kysyttiin viisisiosoisella mittarilla (EuroQol 1990) ja koettua terveyttä yhdellä kysymyksellä.



Lopuksi kyselylomakkeessa selvitettiin työhön ja työpaikkaan liittyviä psykososiaalisia kuormitus- ja voimavaratekijöitä: työn henkistä kuormittavuutta, työmäärää ja työtahtia, työn kognitiivisia ja emotionaalisia vaatimuksia (Kristensen ym. 2005), sosiaalista tukea työssä, työilmapiiriä (Lehto 1991), työyhteisön oikeudenmukaisuutta (Moorman 1991) ja vastavuoroisuutta (Taris ym. 2002).

Koettua kipua ja sen aiheuttamaa haittaa työssä ja nukkuessa, toimintakykyä, päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, työn tuottavuutta sekä tuki- ja liikuntaelinvaihan aiheuttamia hoitokustannuksia pyydettiin arvioimaan lähtötilanteen lisäksi neljässä ensimmäisessä seurantakyselyssä. Masentuneisuutta selvitettiin lähtökyselyn lisäksi kahdentoista ja 52 viikon kuluttua lähtötilanteesta. Viimeinen seurantakysely noudatti lähtötilanteesta tehtyä peruskyselyä. Lisäksi siinä selvitettiin vastaajan senhetkistä työssäkäyntiä ja työhön liittyviä taustatietoja sekä pääasiallista toimeentulon lähdettä.

2.2.5 Sairauspoissaolojen seuranta

Tutkittavien sairauspoissaoloja koskevat tiedot pyydettiin työterveyshuolloista, joiden ylläpitämistä rekistereistä saatiin kaikkien sairauspoissaolojen alkamis- ja päättymisajankohdat sekä lääketieteelliset diagnoosikoodit. Työsuhtetiedot saatiin työnantajilta.

2.2.6 Osasairausvapaalla olleiden puhelinhaastattelut

Osasairausvapaalla olleita haastateltiin puhelimitse osasairausvapaan päätyttyä. Puolistrukturoitu puhelinhaastattelu koski työntekijän kokemuksia osasairausvapaaseen liittyneistä työjärjestelyistä, lääkärin työjärjestelyjä koskeneen suosituksen toteutumisesta, työajan suunnittelusta ja työtehtävien muokkauksesta. Lisäksi tiedusteltiin, miten työtoverit ja esimies olivat suhtautuneet osasairausvapaajärjestelyihin.

2.2.7 Esimiesten puhelinhaastattelut

Kaikkia esimiehiä haastateltiin puhelimitse noin viikon kuluttua tutkittavan rekrytoinnista. Puolistrukturoidussa haastattelussa selvitettiin esimiehen kokemuksia osasairausvapaaseen tai tavanomaiseen sairauslomaan liittyneistä työjärjestelyistä; lääkärin suosituksen hyödyllisyydestä ja toteutumisesta, sijaisjärjestelyistä, ylitöistä ja tiedon kulusta. Lisäksi selvitettiin esimiehen yleisiä kokemuksia ja näkemyksiä sairauspoissaoloista ja työntekijöiden työhön paluun tukemisesta.

2.2.8 Esimiesten teemahaastattelut

Osasairausvapaalla olleiden esimiehiltä kysyttiin puhelinhaastattelun yhteydessä kiinnostusta syventävään teemahaastatteluun. Haastateltaviksi ilmoitettiin kuusi terveydenhuollossa toimivaa lähiesimiestä. Haastattelut toteutettiin käyntihaastatteluina esimiesten työpaikalla vasta osasairausvapaan toteutumisen jälkeen, jotta haastattelu ei olisi vaikuttanut

tutkimuksen kulkuun. Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa esimiestä pyydettiin aluksi kertomaan lyhyesti taustastaan ja työskentelystään esimiehenä. Seuraavaksi keskusteltiin organisaation sairauslomakäytännöistä. Tämän jälkeen käsiteltiin esimiehen kokemuksia osasairausvaapaasta. Haastattelut kestivät noin 20 - 50 minuuttia.

2.2.9 Tulosuuttajat ja tilastolliset analyysit

Tutkimushankkeen päätulosuuttajia oli aika (päiviä), joka kului siihen, että tutkittava onnistui palaamaan tavanomaiseen työhönsä ilman uutta sairauslomaa seuraavien neljän viikon aikana. Lisäksi laskettiin osasairausvapaapäivien ja täysien sairauspäivien lukumäärä ja niiden osuus seuranta-ajasta. Muita keskeisiä tulosuuttajia olivat tuki- ja liikuntaelinvaivaan liittyneen kivun voimakkuus ja kivusta aiheutunut haitta työssä ja nukkuessa, koettu toimintakyky ja terveys, päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, itsearvioitu työn tuottavuuden alenema sekä tuki- ja liikuntaelinvaivan aiheuttamat kustannukset.

Pääasiallisina tilastollisina menetelminä käytettiin ns. elinaikamallinnusta (survival analysis) ja toistomittausten analyysijä.

2.2.10 Kustannus-vaikuttavuus- ja kustannus-hyöty- analyysit

Sairauslomista aiheutuu kustannuksia eri osapuolille. Sairastunut työntekijä, joka ei pysty käymään töissä, saa jonkin aikaa palkkaa sairauspoissaolon ajalta, mutta vain työehtosopimuksessa mainitun ajan (yleensä kaksi kuukautta). Kelan maksama sairauspäiväraha ja myöhemmin mahdollisesti maksettava kuntoutustuki tai työkyvyttömyyseläke jäävät yleensä palkkatuloa matalammaksi.

Työnantajalle aiheutuu kustannuksia työkyvyttömyydestä sekä suoraan että epäsuorasti. Kahden ensimmäisen sairauslomaviikon ajan työnantaja maksaa työntekijälle täyttä palkkaa tekemättömästä työstä (työehtosopimuksen mukaisesti). Työsuhteen pituudesta riippuu, kuinka pitkään palkanmaksu jatkuu tämän jälkeen. Omavastuun (1+9 päivää) jälkeiseltä ajalta työnantaja voi hakea Kelasta sairauspäivärahaa pienentääseen palkkakustannuksia. Palkanmaksun päätyttyä sairauslomalla olevasta työntekijästä ei ole työnantajalle suoria kustannuksia. Sen sijaan mahdollisesta työkyvyttömyyseläkkeestä työnantajalle aiheutuvat kustannukset riippuvat työpaikan vuosittaisten palkkakustannusten suuruudesta.

Epäsuoria kustannuksia aiheutuu työnantajalle sairauslomista monessa eri muodossa: työtoiminta häiriytyy yhden työntekijän jäädessä pois töistä, sijaisten hankkiminen ja perehdyttäminen lisäävät esimiehen työmäärää, muiden työntekijöiden ylityöt ja niistä maksettavat korvaukset voivat lisääntyä, työn laatu voi kärsiä jne.

Yhteiskunnan näkökulmasta työkyvyttömyyteen liittyy kustannuksia paitsi maksettujen sairauspäivärahojen muodossa, myös tuottavan työn ja verotulojen vähentyessä. Menetyksiä voidaan toisaalta kompensoida, mikäli sairauslomalle jääneen työntekijän tilalle palkataan sijaiseksi työntekijä.



Kustannus-vaikuttavuus- (cost-effectiveness-) analyysissä lasketaan interventtiosta aiheutuvat kustannukset, joista vähennetään kontrolliryhmän toimenpiteiden kustannukset. Tällöin saadaan interventtiosta aiheutuneet ylimääräiset kustannukset. Sen jälkeen valitaan ne terveysvaikutukset, joiden suhteen analyysi tehdään (esim. kipu ja siitä aiheutuva haitta mitattuna VAS-asteikolla tai toimintakyky numeerisina arvoina), ja vähennetään interventtioryhmän tuloksesta kontrolliryhmän tulos. Interventio- ja kontrolliryhmän aiheuttamien kustannusten ja terveysvaikutusten erotusten suhde on tutkimuksen kustannus-vaikuttavuus eli yhden yksikön terveysmuutoksen hinta euroissa.

Kustannus-hyöty-analyysissä huomioidaan interventtiosta aiheutuvat lisäkustannukset, jotka suhteutetaan siitä saatavaan lisähyötyyn jonkun osapuolen kannalta katsottuna. Tässä tutkimuksessa kustannus-hyöty lasketaan työnantajan näkökulmasta; kuinka paljon osasairausvapaan mahdollisilla lisäkustannuksilla voidaan vähentää työstä poissaolosta aiheutuvia kustannuksia.

Mikäli hyötyinä saatavat kustannussäästöt ylittävät interventtiosta aiheutuneet kustannukset, toiminta on kannattavaa. Voidaan laskea myös hyöty-kustannus-suhde, jossa saavutetut säästöt jaetaan lisäpanostuksella. Mikäli suhde on yli 1, toiminta kannattaa. Kustannus-hyöty-analyysissä on mahdollista laskea lisäksi pääoman tuottoaste investoinnissa (Return on Investment, ROI), joka saadaan, kun lasketaan hyötyjen ja panosten eron suhde panoksiin ja kerrotaan se 100:lla.

2.2.11 Eettiset näkökohdat ja tutkimuksen rekisteröinti

Tutkimuksessa noudatettiin satunnaistetun hoitokokeen eettisiä periaatteita. Potilaille tiedotettiin tutkimuksesta sekä suullisesti että kirjallisesti. Lisäksi tutkittavilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta, lupa työterveyshuollolle ja työnantajalle luovuttaa tutkimukseen tarvittavia tietoja sekä lupa työterveyslääkärille ottaa yhteys esimieheen osasairausvapaan aikaisten työjärjestelyjen toteuttamiseksi ja työhön kohdistuvien muutosten suunnittelemiseksi. Tutkimukseen otettiin mukaan potilaita, joiden työkyky arvioitiin alentuneeksi siten, että sairausloma oli perusteltu, mutta potilas itse ja lääkäri arvioivat työkykyä olevan jäljellä. Edellytyksenä oli lisäksi, että lääkärin arvion mukaan osa-aikainen työskentely ei haitannut toipumista.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän koordinoiva eettinen toimikunta antoi hankkeesta puoltavan lausunnon. Koska tutkimuksessa käytettiin osittain rekisteritietoja, tutkimuksen rekisteriseloste lähetettiin tiedoksi tietosuojavaltuutetulle.

Tutkimus on rekisteröity Current Controlled Trials -rekisteriin numerolla ISRCTN30911719.

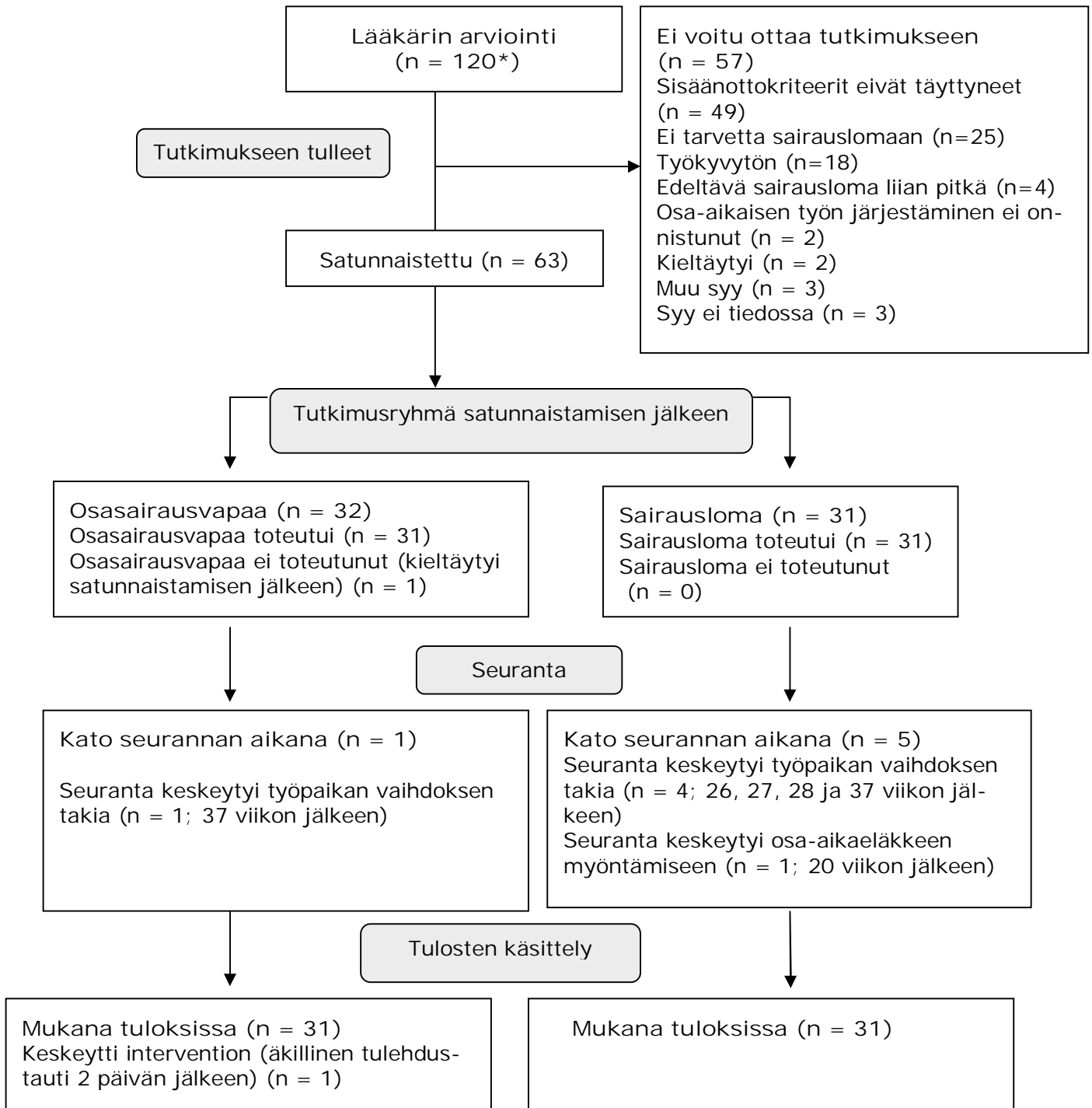
3 TULOKSET

3.1 Sairauspoissaolot ja työhön paluu

Tutkimukseen osallistuneet lääkärit tutkivat rekrytointiaikana (marraskuu 2006 - joulukuu 2009) kaikkiaan 120 potilasta. Tutkimukseen ei voitu ottaa 57 potilasta, koska heillä ei ollut sairausloman tarvetta tai lääkäri arvioi osa-aikaisenkin työskentelyn pahentavan heidän oireitaan. Tutkimukseen otettiin mukaan 63 potilasta, joista yksi jäi pois tutkimuksesta jo alkuvaiheessa. Seurannassa oli mukana 62 potilasta, interventioryhmässä ja vertailuryhmässä kummassakin 31 (kuva 4).



Kuva 4. Tutkittavat.



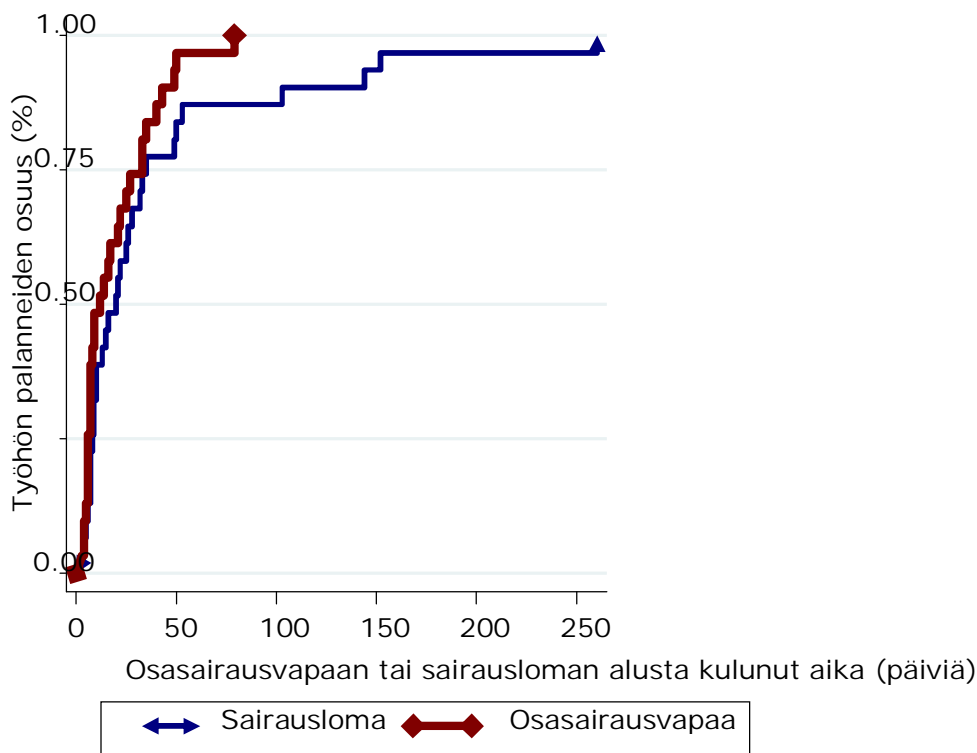
*Täydelliset tiedot saatiin vain suurimmista yrityksistä, jotka muodostivat 80 % tutkimuspohjasta.

Tutkimukseen osallistuneet olivat pääosin naisia (97 %) ja heidän keski-ikänsä oli 44 vuotta. Useimmat toimivat terveydenhuollossa tai vähittäiskaupan alalla. Lisäksi mukana oli lihanjalostusteollisuuden työntekijöitä ja puhelunvälittäjiä. Niska-hartiaseudun ja olkapään ongelmia oli yli kolmasosalla, yläraajan ongelmia kolmasosalla ja selkäongelmia neljäsosalla. Sairauspoissaolopäiviä tutkittavilla oli ennen tutkimukseen tuloa ollut keskimäärin neljä, joskin vajaalla puolella (25:llä 62:sta) ei ollut lainkaan sairauslomaa ennen tutkimukseen tuloa.

Osasairausvapaalla olleet työntekijät palasivat tavanomaisiin tehtäviinsä keskimäärin 12 päivän kuluttua (25 % tutkittavista palasi 6 päivässä, 75 % 33 päivässä), kun taas sairauslomalla olleet palasivat 20 päivän kuluttua (25 % 8 päivässä, 75 % 35 päivässä). Osasairausvapaalta palattiin työhön nopeammin kuin sairauslomalta koko seuranta-ajan. Työhön paluun vakioimaton riskisuhde oli 1,52 (95 %:n luottamusväli (LV) 0,91 - 2,55) (kuva 5). Ikävakioitu työhön palaamisen riskisuhde oli 1,60 (95 % LV 0,98 - 2,63). Kun iän lisäksi vakioitiin kivun aiheuttama haitta nukkumiselle ja tutkimukseen tuloa edeltäneen sairausloman pituus – joissa osasairausvapaa- ja sairauslomaryhmät erosivat toistensa suhteen – riskisuhde oli 1,76 (95 % LV 1,20 - 2,82).

Sairauspoissaolopäivien osuus työajasta väheni sekä osasairausvapaa- että sairauslomaryhmässä seuranta-ajan kolmena ensimmäisenä kuu-kautena ja lisääntyi sen jälkeen (taulukko 1). Sairauspoissaolopäivien osuus pysyi kuitenkin pienempänä osasairausvapaa-ryhmässä kuin sairauslomaryhmässä koko seuranta-ajan. Ensimmäisen seurantaviikon jäl-keen ryhmien ero oli suurin seurantaviikkoina 9 - 26. Koko vuoden seuranta-aikana osasairausvapaa-ryhmässä oli sairauspoissaolopäiviä noin 20 % vähemmän kuin sairauslomaryhmässä.

Kuva 5. Työhön palanneiden osuus (%) osasairausvapaa- ja sairauslomaryhmässä tutkimuksen seuranta-aikana (vakioimaton).



Taulukko 1. Sairauslomapäivien määrä (n) ja osuus (%) seuranta-ajasta.

	Viikko 1		Viikot 2-3		Viikot 4-8		Viikot 9-12		Viikot 13-26		Viikot 27-52		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Osasairausvapaa-ryhmä (n = 31)														
Osasairausvapaa-päivät	189	44	88	10	100	5	47	3	0	0	0	0*	428	4
Täydet sairauslomapäivät	12	6	72	17	89	8	33	4	417	14	768	13	1391	12
Yhteensä	107	50	116	27	139	13	57	7	417	14	768	13	1605	16
Sairausloma-ryhmä (n = 31)														
Täydet sairauslomapäivät	209	96	151	35	198	18	109	13	616	21*	843	17**	2126	20

* Yksi henkilö poissa seurannasta.

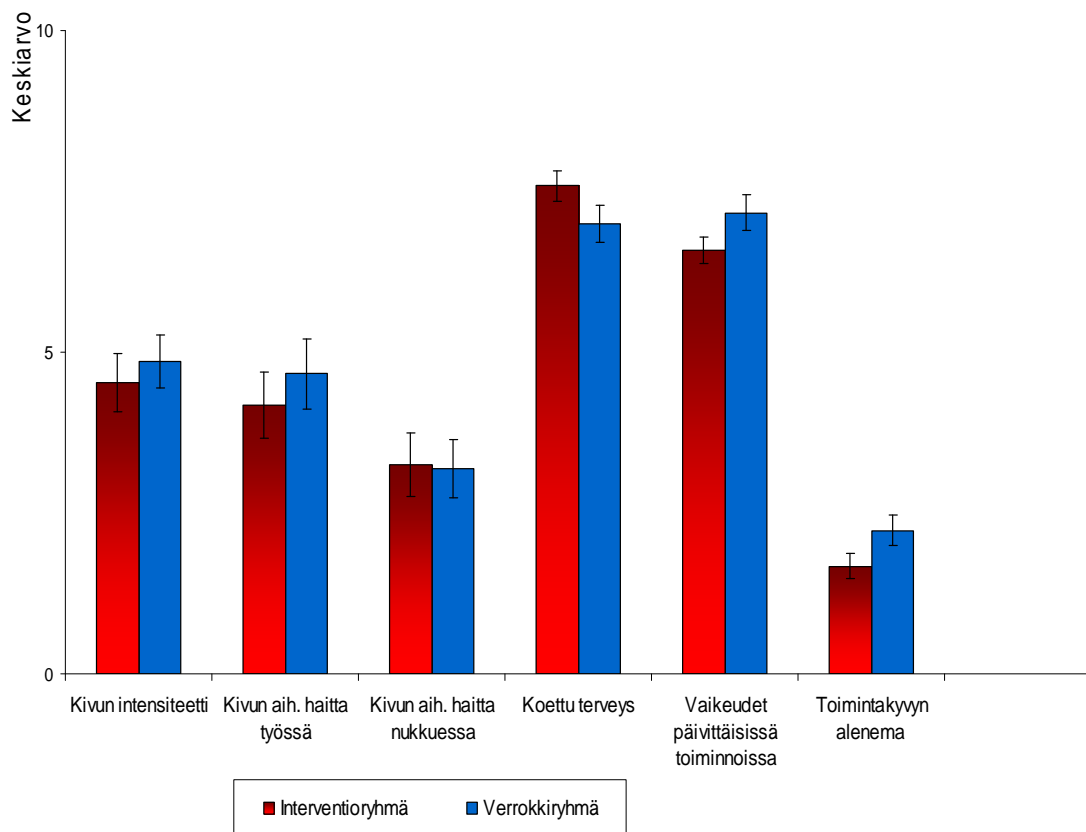
** Neljä henkilöä poissa seurannasta.

3.2 Kyselytutkimuksen tulokset

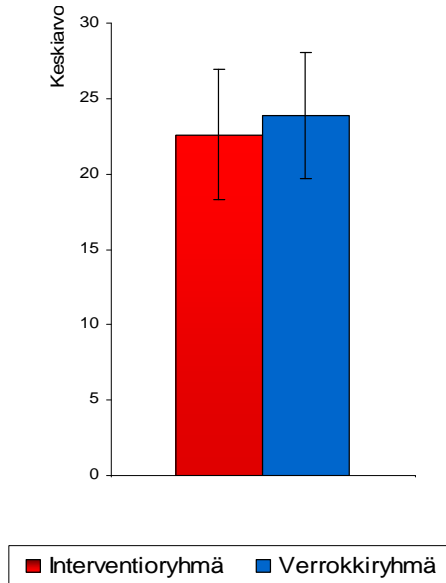
Alustavat tutkimustulokset viittaavat siihen, että osasairausvapaalla olleilla oli vuoden seuranta-aikana vähemmän toimintakyvyn alenemaa ja vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa ja he kokivat terveytensä paremmaksi kuin sairauslomalla olleet. Sen sijaan tuki- ja liikuntaelinvaivoihin liittyvässä kivussa ja kivun aiheuttamassa haitassa, masentuneisuudessa ja unihäiriöissä ei ollut eroa ryhmien välillä. Kuvassa 6 ja 7 on esitetty koettu kipu ja sen aiheuttama haitta kolmen ensimmäisen seuranta-kauden ajalta sekä koettu terveys, vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa ja toimintakyvyn ja työn tuottavuuden alenema koko seuranta-kauden ajalta.

Tutkittavat jaettiin edelleen alaryhmiin sen mukaan, kuinka kauan tuki- ja liikuntaelinoireiden alkamisesta oli kulunut, kuinka voimakasta koettu kipu oli ollut ja kuinka paljon oman työn tuottavuuden arvioitiin alentuneen lähtötilanteessa. Näiden alaryhmäanalyysien mukaan osasairausvapaalla ja sairauslomalla olleiden väliset erot korostuivat jonkin verran, kun oireiden alkamisesta ei ollut lähtötilanteessa kulunut kauempaa kuin kuusi viikkoa tai koettu työn tuottavuuden alenema ei ollut suuri lähtötilanteessa. Toisin sanoen osasairausvapaa tuki toipumista ja toimintakyvyn palautumista erityisesti akuutissa tai alkavassa tuki- ja liikuntaelinvaivassa.

Kuva 6. Tutkittavien raportoima kipu ja sen aiheuttama haitta (0 - 3 kk), koettu terveys, vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa sekä toimintakyvyn alenema (0 - 12 kk) (Keskiarvo, 95 % LV).



Kuva 7. Tutkittavien raportoima työn tuottavuuden alenema (0 - 12 kk) (Keskiarvo, 95 % LV).



3.3 Intervention toteutuminen työpaikalla

Tietoa interventioiden toteutumisesta kerättiin työntekijöiltä ja heidän esimiehiltään osapäiväsairausvapaan päättymisen jälkeen. Myös sairauslomalla olleiden työntekijöiden esimiehiä haastateltiin töiden järjestelyistä.

Suosituksen toteutuminen

Suositus toteutui 29 työntekijän osalta ja he olivat osasairausvapaalla koko suunnitellun ajan. Yhden kohdalla suositus ei toteutunut lainkaan ja yksi jatkoi aluksi tavanomaisissa töissä viikon, koska työtehtäviä ei saatu järjestettyä.

Työmäärä ja osasairausvapaan aikana tehdyt työtunnit

Lyhennettyä työaikaa teki päivittäin 21 (70 %) työntekijää. Kahdeksalla (27 %) vähennettiin viikoittain tehtyjen työpäivien määrää. Päivittäin työskentelevät ilmoittivat työajan olleen keskimäärin 3,5 tuntia (3 työntekijää) tai 4 tuntia (18 työntekijää) ja työpäivän pituus vaihteli 2 - 6 tunnin välillä. Jos viikoittaisten päivien määrää oli vähennetty, päivässä tehtyjen tuntien määrä oli keskimäärin 6 tuntia vaihdellen eri päivien osalta 3 -10 tunnin välillä. Itsearvioitu työmäärä oli keskimäärin 50 % tavanomaisesta. Kolmen henkilön työmäärä oli 40 % ja viiden 70-80 % tavanomaisesta (taulukko 2). Työajan lyhentämisessä ei ollut selvää eroa työalojen välillä.

Taulukko 2. Itsearvioitu työmäärä osasairausvapaa-ryhmässä ("Arvioi, kuinka monta prosenttia osasairausvapaalla tekemäsi kokonaistyömäärä oli tavanomaisesta työmäärästäsi vastaavana työjaksona"). Vastausten lukumäärä, %.

Työmäärä	n	%
40 %	3	10
50 - 55 %	19	63
60 %	3	10
70 -80 %	5	17
Yht.	30	100

Mitä tehtäviä tehtiin?

Lyhennetty työaika ilman muita muutoksia työssä oli 19 (63 %) työntekijällä, kun puolestaan 11 ilmoitti jonkin laajemman työtehtävän jääneen pois. Eniten poisjääneitä tehtäviä oli hoito-alalla (7/10 hoitoalan henkilöstä). Yksittäisistä fyysisistä kuormitustekijöistä jäivät pois useimmin raskaat nostot ja siirrot (9 vastaajaa). Tavanomaisesta poikkeavia uusia työtehtäviä oli järjestetty viidelle vastaajalle (yksi kaupan alalta ja neljä hoito-alalta). Osasairausvapaan aikana 23 henkilöä teki vain yhtä tehtäväkokonaisuutta. Seitsemän henkilön työ sisälsi kaksi tehtävää, jolloin päätehtävä käsitti 50 - 90 % työajasta.

Oliko fyysinen kuormitus sopivaa?

Työntekijöiltä kysyttiin heidän käsitystään fyysisen kuormituksen sopivuudesta osasairausvapaan aikana ("Onko mielestäsi työn ruumiillinen kuormitus ollut sinulle sopivaa osasairausvapaan aikana?"). 24 (80 %) ilmoitti fyysisen kuormituksen olleen heille sopivaa. Kuusi henkilöä ilmoitti lähinnä yksittäisiä haitallisesti kuormittavia tehtäviä, joita joutui tekemään työajan lyhentämisestä huolimatta.

Työajan ja töiden suunnittelu sekä järjestelyjen helppous

Esimies oli suunnitellut kymmenen työntekijän työtehtävät ja 12 työntekijää suunnitteli työt yhdessä esimiehen kanssa. Työt suunnitteli itse viisi työntekijää ja yhden kohdalla myös työtoverit olivat osallistuneet siihen. Suunnitelma toteutui 28:lla, kahden kohdalla ei.

"Ei hankittu sijaista. Aikaisin aamulla ja illalla joutui tekemään raskaita nostoja." (myyjä/kassa)

"Jätettävä perustyötä tekemättä. Priorisoitava kiireellisiä työtehtäviä." (sairaalan osastonhoitaja)

Esimiehistä 21 arvioi järjestelyiden olleen erittäin tai melko helppoja toteuttaa ja vain yksi oli kokenut ne melko vaikeiksi. Työntekijöistä taas 22 ilmoitti järjestelyiden olleen helppoja ja kolme oli kokenut ne vaikeiksi (taulukko 3).



Taulukko 3. "Kuinka helppoa tai vaikeaa osasairausvapaan järjestäminen oli käytännössä?" Vastausten lukumäärä, %.

	Työntekijät		Esimiehet	
	n	%	n	%
Erittäin helppoa	6	20	8	28
Melko helppoa	16	53	13	43
Ei helppo eikä vaikeaa	5	17	7	23
Melko vaikeaa	1	3	1	3
Erittäin vaikeaa	2	7	0	0
Vastaus puuttuu	0	0	1	3
Yht.	30	100	30	100

Järjestelyjä helpottivat työntekijöiden mukaan esimiehen ja työtovereiden myönteinen suhtautuminen (6 mainintaa), töiden selkeä suunnittelu ja se, että työntekijä sai osallistua suunnitteluun (7 mainintaa). Muina asioina mainittiin itsenäinen työ sekä riittävä työvoiman saatavuus tai jo muuten järjestetyt vapaavuorot, jolloin työtoverit eivät rasittuneet liikaa osasairausvapaalla olleen työntekijän työpanoksen jäädessä vajaaksi.

Esimiehet taas ilmoittivat järjestelyjä helpottaneiksi tekijöiksi riittävän työntekijöiden määrän, hyvin toimivan organisaation ja työkuulttuurin, jossa oli opittu joustamaan, sekä sen, että töiden ja sijaisten järjestelyyn oli käytettävissä riittävästi aikaa. Jotkut esimiehet kokivat osittainkin työpanoksen helpottavan töiden järjestelyjä. Työntekijöiden mukaan ongelmia ilmeni työyksiköiden sisäisessä työnjaossa.

Miten "saada työtoverit tekemään ne työt, joita ei itse voinut tehdä?" (kokki)

Esimiesten kannalta ongelmalliseksi mainittiin korvaavan työvoiman hankkiminen erityisesti silloin, kun työssä tarvitaan erityistä osaamista. Myös osapäivää tekevien sijaisten saaminen oli ongelma ja kokopäiväisen sijaisen hankkiminen koettiin helpommaksi. Osasairausvapaa aiheutti uutena järjestelynä lisätyötä mm. työvuorolistojen laadinnassa tai yrityksen tietojärjestelmien takia.

"Miten työajat merkitään työajanhallintajärjestelmään?"

Kuka teki sairastumisen takia tekemättä jääneet työt? Esimiesten mukaan osasairausvapaaryhmässä kahdelle viidesosalle ja sairauslomaryhmässä puolelle vapaalla olleista hankittiin sijainen (taulukko 4).

Taulukko 4. Hankittiinko sijainen? Vastausten lukumäärä, %.

	OSV		SL		Yht.	
	n	%	n	%	n	%
Ei	13	42	11	37	24	39
Ei saatu	2	6	2	7	4	7
Kyllä	12	39	16	53	28	46
Tieto puuttuu	4	13	1	3	5	8
Yht.	31	51	30	49	61	100

Yleensä tarvittavat työt tehtiin sekä ulkopuolisen työvoiman avulla että sisäisillä järjestelyillä. Kummassakin ryhmässä vain muutama (2 -3) esimies ilmoitti, että sijaisten perehdyttämiseen oli erityistä tarvetta.

Taulukko 5. Sairastumisen takia tekemättä jääneiden töiden järjestelyt esimiesten ilmoittamana. Vastausten lukumäärät.

Kuka teki työt?	OSV	SL	Yht.
Työtoverit normaalina työaikana	12	13	25
Työtoverit ylityönä	1	1	2
Työtoverit normaalina työaikana sekä ylityönä	1	0	1
Ylimääräinen työvoima	12	10	22
Työtoverit normaalina työaikana sekä sijaiset	2	2	4
Työtoverit normaalina työaikana ja ylityönä sekä sijaiset	0	1	1
Työtoverit normaalina työaikana, sijaiset ja työntekijä myöhemmin ylityönä	0	1	1
Työtä ei tehty	2	2	4
Yht.	30	30	60

Osapäivätyötä tehneiden ilmoituksen mukaan töitä tekivät usein työtoverit (18 kpl) ja esimiehet (8 kpl). Kukaan ei tehnyt osasairausvapaalla olleen töitä viidessä tapauksessa.

Osasairausvapaasta koettu hyöty

Työntekijöistä suurin osa (73 %) koki osasairausvapaan kohdallaan hyödylliseksi. Vain kolme henkilöä (10 %) ilmoitti järjestelyn olleen haitallisen. Esimiehiltä pyydettiin arvio osasairausvapaan hyödyistä kysymyksellä: "Miten hyödyllisenä tai haitallisena näette varhaisen osasairausvapaajärjestelyn töiden sujumisen kannalta verrattuna siihen, että NN olisi ollut kokonaan poissa työstä?" Esimiehistä 25 (83 %) koki järjestelyn melko tai erittäin hyödylliseksi ja vain yksi melko haitalliseksi (taulukko 6).

Taulukko 6. Kokemukset osasairausvapaan hyödyllisyydestä. Vastausten lukumäärä, %.

	Työntekijät		Esimiehet	
	n	%	n	%
Erittäin hyödyllinen	16	53	9	30
Melko hyödyllinen	6	20	16	53
Ei hyödyllinen eikä haitallinen	5	17	4	13
Melko haitallinen	3	10	1	3
Erittäin haitallinen	0	0	0	0
Yht.	30	100	30	100



Työntekijät olivat mieluummin osittain töissä kuin kokonaan poissa, ja työssä olemisen uskottiin jopa edistävän paranemista. Osapäiväisessä työssä ei rasittunut liikaa ja aikaa jäi itsensä hoitamiseen ja vaivan aktiiviseen kuntouttamiseen. Haittana kuvattiin lähinnä sitä, että vaiva ei parantunut osasairausvapaan vaan vasta muiden vapaapäivien tai täyden sairausloman aikana. Jotkut olivat mielestään joutuneet urakoimaan työssä enemmän kuin tuntien vähentäminen olisi edellyttänyt, koska sijaista ei ollut.

Esimiehet kokivat osittaisenkin työskentelyn hyödyllisemmäksi kuin sen, että henkilö olisi ollut kokonaan poissa. Erityisesti kokeneiden työntekijöiden työpanos nähtiin arvokkaana. Osittainen työssä olominen pitkän sairausloman sijaan auttoi työntekijää pitämään yllä osaamistaan. Järjestelmä oli haastanut esimiehiä miettimään työssä jaksamista entistä laajemmin.

Ongelmiksi koettiin osasairausvapaaseen liittyvät järjestelyt sekä yleensäkin voimavarojen riittämättömyys. Puoleksi päiväksi voi olla hankalampi saada sijaista kuin koko päiväksi. Myös osapäiväisen työskentelyn jakson pituus vaikuttaa sijaisten saamiseen. Joissakin töissä kuormitusta on päivän mittaan jatkuvasti siten, että pelkällä työajan lyhentämisellä ei saada ylikuormitusta vähennettyä. Muiden työntekijöiden kuormittuminen huolesti silloin, kun ulkopuolista sijaista ei saatu. Asenteet työpaikoilla voivat vaikuttaa siihen, että täyttä poissaoloa suositaan osittaisen työskentelyn sijaan.

Työyhteisön suhtautuminen

Työntekijät kokivat esimiehen suhtautuneen osasairausvapaaseen yleensä myönteisesti (19 henkilöä) tai neutraalisti (10 vastausta). Myös työtovereiden suhtautuminen oli yleensä myönteistä, mutta jotkut olivat ihmetelleet totutusta poikkeavaa järjestelyä. Työyhteisössä olisi tarvittu enemmän tietoa työjärjestelyistä ja usein osasairausvapaalla oleva joutui itse selittämään järjestelyjä työtovereilleen.

Kielteiset kommentit työtovereilta liittyivät yleiseen asennoitumiseen vajaan kunnossa työskentelyyn tai siihen, että työtoverit joutuivat tekemään ylimääräisiä töitä.

- *"Mitä järkeä? Parempi olisi ollut olla levossa."*

Myös esimiehet kokivat työyhteisön suhtautuneen järjestelyyn lähinnä myönteisesti tai neutraalisti. Kielteiset kommentit olivat osin liittyneet tiedon puutteeseen tai pelkoon omien tehtävien lisääntymisestä.

Lääkärin suositus työkuormituksesta osasairausvapaan aikana
Esimiehiltä kysyttiin mielipidettä tutkimuksessa käytetyn lääkärin suosituksen (fit note) hyödyllisyydestä. Suurin osa esimiehistä (25, 83 %) kertoi saaneensa suosituksen ja heistä lähes kaikki (23) arvioivat sen hyödylliseksi. Ohjetta pystyttiin noudattamaan täysin 18 ja osittain neljän työntekijän kohdalla.

3.4 Kustannus-vaikuttavuus- ja kustannus-hyöty- analyysit

Kustannus-hyöty

Taulukon 1 mukaan 31 osasairausvapaaryhmään kuuluneella työntekijällä oli kokopäiväisiksi laskettuna yhteensä 1605 työkyvyttömyyspäivää vuoden seurannassa (16 % koko seuranta-ajasta). Tämä luku ei sisällä pelkästään menetettyjä työpäiviä, vaan siihen sisältyvät kaikki sairauspoissaoloon kuluneet kalenteripäivät. Vastaava luku 31 sairauslomaryhmään kuuluneen osalta oli 2126 (20 % seuranta-ajasta). Näin ollen interventioryhmässä oli 4 prosenttiyksikköä vähemmän työkyvyttömyyspäiviä vuoden seurannassa kontrolliryhmään verrattuna.

Vaikka yllä olevat luvut ovat kalenteripäiviä, työkyvyttömyyspäivien väheneminen tarkoittaa myös työntekoon käytettävien päivien lisääntymistä neljällä prosentilla. Tämän säästetyn työajan kustannushyötyjä voidaan laskea käyttämällä työntekijöiden keskiansiota. Lokakuussa 2010 säännöllisen työajan keskiansio kuntasektorilla oli 2778 euroa ja yksityisellä 3255 euroa (Suomen virallinen tilasto). Kun käytetään näiden lukujen keskiarvoa (3017 euroa) kustannusanalyysissä, vuotuisen palkkasumman suuruus on 36 198 euroa. Kun tähän lisätään 30 % palkkasivukulut, saadaan 47 057 euroa, josta 4 % on 1882 euroa. Voidaan siis arvioida, että vuoden seurannassa interventioryhmässä säästettiin työpanoksessa 1882 euron verran yhden työntekijän osalta.

Kustannus-vaikuttavuus

Neljän prosentin säästöllä vuosipalkasta näytetään saatavan pieniä myönteisiä muutoksia liikuntaelinten ja yleisessä toimintakyvyssä ja koetussa terveydessä (kuva 6). Kustannus-vaikuttavuutta tullaan myöhemmin arvioimaan tarkemmin näiden tulosten pohjalta.

3.5 Esimiesten teemahaastattelut

Esimiesten teemahaastattelut tuottivat tietoa siitä, miten terveydenhuollossa toimivat lähiesimiehet hahmottavat omaa toimintaansa pyrkiesään tukemaan työntekijän työkykyä työpaikalla. Kirjallisuuden mukaan tätä on tutkittu niukasti (MacEachen ym. 2006, Loisel ym. 2005).

Haastattelupuheessa esimiesten työn kohteeksi tiivistyi työjärjestelyiden käytännön toteuttaminen työpaikalla. Sairauspoissaolojen hallinta organisaatiossa ilmeni puheessa lähinnä mainintoina ylempältä tasolta tulevista ohjeistuksista.

Esimiehet tunnistivat laajan valikoiman välineitä, joilla he voivat vaikuttaa työjärjestelyihin. Organisaation ohjeiden ja sääntöjen koettiin tukevan esimiestyötä sairauspoissaolojen hallinnassa, ja työyhteisön tasolla esimiehet kokivat voivansa itsekin vaikuttaa sairauspoissaoloja koskeviin sääntöihin ja normeihin. Esimiehet toivoivat tiiviimpää yhteistyötä työterveyshuollon kanssa, jotta sairauspoissaoloihin liittyviä järjestelyitä kyettäisiin ennakoimaan.

Syventävissä teemahaastatteluissa esimiehet kuvasivat ristiriita- tai ongelmatilanteita, joissa he joutuivat tekemään vaikeita valintoja ja huomioimaan eri näkökulmia työjärjestelyitä miettiessään. Puheessa tuli esiin esimerkiksi tilanteita, joissa esimies joutui pohtimaan, kuinka työjärjestelyitä sairautensa vuoksi tarvitsevan työntekijän yksityisyys suojataan samalla kun työntekijää tuetaan työkykyongelmassa ja töiden su-



juminen ja yhteisymmärrys työpaikalla varmistetaan. Joskus työjärjestelytilanteissa näyttivät asettuvan vastakkain työjärjestelyitä tarvitsevan työntekijän ja muun työyhteisön etu.

4 POHDI NTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen tulokset osoittivat, että tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi osasairausvapaalla olleet onnistuivat työhön paluussa paremmin kuin tavanomaisella sairauslomalla olleet. Osasairausvapaalla olleet palasivat kokoaikaiseen työhön nopeammin ja heillä oli vuoden seuranta-aikana vähemmän sairauspoissaoloja kuin verrokkiryhmällä. Sairauslomien vaikutuksia on tutkittu satunnaistetussa koeasetelmassa vain kerran aikaisemmin (Borchgrevink ym. 1998). Käsi-illä oleva tutkimus on ensimmäinen, jossa kohteena on ollut osasairausvapaa.

Päätulokset tukevat tutkijoiden oletuksia varhaisen osasairausvapaan hyödyllisyydestä. Osasairausvapaalla olleet palasivat tavanomaisiin työtehtäviinsä keskimäärin 12 päivän kuluttua, kun sairauslomalta palattiin keskimäärin 20 päivän jälkeen. Koko vuoden aikana interventioryhmässä oli sairauspoissaolopäiviä noin 20 % vähemmän kuin verrokkiryhmässä. Kun tutkittujen ryhmien väliset erot lähtötilanteessa vakioitiin, osasairausvapaalla olleiden "riski" palata työhön oli 1,76 -kertainen sairauslomalla olleisiin verrattuna. Alustavat taloudelliset analyysit osoittavat merkittäviä kustannussäästöjä vuoden seuranta-aikana.

Tutkimuksessa verrattiin myös osasairausvapaalla ja tavanomaisella sairauslomalla olleiden kipuoireita, toimintakykyä, koettua terveyttä ja mielialaa, univaikeuksia ja itsearvioitua työn tuottavuutta seurantavuoden aikana. Interventioryhmän tutkittavat raportoivat hieman vähemmän ongelmia liikuntaelinten ja yleisessä toimintakyvyssä sekä parempaa koettua terveyttä kuin verrokkiryhmän osallistujat.

Tutkimuksen aikana Kelan osasairauspäivärahaa oli mahdollista saada vasta 60 sairauspäivärahapäivän jälkeen. Kun tähän lisätään työnantajan omavastuu-aika (1+9 arkipäivää), osasairausvapaata ei voinut käyttää kuin vasta noin kolmen kuukauden sairausloman jälkeen. Tutkimukseen osallistuneissa työterveyshuolloissa ja työfysiatrian poliklinikalla otettiin käyttöön täysin uudenlainen toimintatapa, jossa jo liikuntaelinvaivan aiheuttaman työkyvyttömyyden varhaisvaiheessa lääkäri suosittelee potilaalle osa-aikaista työssä jatkamista kokoaikaisen sairausloman sijaan. Tutkittavien vähäiseen määrään saattoi osittain vaikuttaa se, että lääkärit kokivat uuden toimintatavan vievän liian pitkän ajan vastaanotolla. Osallistuneiden lääkäreiden mielipide olikin, että tutkimukseen kului keskimäärin kaksinkertainen aika normaaliin vastaanottoon verrattuna. Koska tutkimuksen aikana laki varhaisesta osasairausvapaasta ei vielä ollut voimassa, oli mahdollista tehdä satunnaistettu tutkimus osasairausvapaan vaikutuksista.

4.1 Osasairausvapaan toteutettavuus

Tutkimuksen tavoitteena oli myös arvioida osasairausvapaajärjestelmän toteutettavuutta erilaisilla työpaikoilla. Intervention tärkein elementti oli työajan vähentäminen noin puoleen työntekijän tavanomaisesta työajasta. Lisäksi tarvittaessa työtehtäviä muokattiin kuormituksen vähentämiseksi.

Osasairausvapaan järjestelyt työpaikalla onnistuivat yleensä hyvin ja sekä työntekijöiden että esimiesten kokemukset olivat pääpiirteittäin myönteisiä. Vakituisen ja kokeneen työntekijän työpanos osittaisenakin koettiin paremmaksi kuin kokonaan työstä poissa oleminen. Täysin uuden käytännön haittoina koettiin lähinnä ylimääräiset järjestelyt työpaikalla. Sijaisjärjestelyt tuottivat vaikeuksia etenkin osasairausvapaaryhmässä. Siitä huolimatta osasairausvapaaryhmässä sijainen hankittiin lähes yhtä usein kuin sairauslomaryhmässä.

Myös työntekijät kokivat osittaisen työn tekemisen useimmiten hyödyllisemmäksi kuin kokonaan poissa olemisen. Osassa vastauksia ilmeni hyvä sitoutuminen työhön sekä huoli siitä, että työtoverit ylikuormittuvat, kun heidän työtaakkaansa joudutaan lisäämään. Osa osallistujista toi myös esille työn hyviä ja terveyttä edistäviä puolia verrattuna kotona olemiseen. Järjestelyillä saatiin kuormitusta vähennettyä siten, että se koettiin yleensä sopivaksi. Työpaikoilla osasairausvapaa oli uusi järjestely, josta oli tiedotettu hankkeen yhteydessä, mutta jota työyhteisön muut jäsenet joskus ihmettelivät.

Osasairausvapaaryhmään kelpuutettiin ainoastaan ne henkilöt, jotka olivat itse halukkaita kokeiluun ja joiden esimies suostui järjestelyyn. Osallistuvissa yrityksissä oli hanketta markkinoitu erityisesti esimiehille. Sitä osallistujiksi seuloutui todennäköisesti joukko työntekijöitä ja heidän esimiehiään, joilla oli myönteisiä odotuksia järjestelyjen hyödyistä.

Tässä tutkimuksessa lääkäriltä kului aikaa paitsi sen arviointiin, mistä tehtävistä työntekijä pystyi selviytymään osasairausvapaalla, myös tutkimuksesta tiedottamiseen ja suostumusten saamiseen. Vaikka lääkärin työstä jätettäisiin pois tutkimuksesta tiedottamiseen ja suostumuksiin liittyvä osuus, osasairausvapaan määrääminen on huomattavasti työlämpää kuin sairausloman kirjoittaminen. Jotta vaihtoehto saataisiin kilpailukykyiseksi nykykäytännölle, pitäisi osasairausvapaan määräämisestä tehdä yhtä sujuvaa kuin sairausloman kirjoittamisesta. Jos lääkäri katsoo potilaan tarvitsevan tavanomaista sairauslomaa, hän ei ota yhteyttä työpaikalle ja kirjoita todistusta vain, mikäli esimies suostuu järjestelyihin. Myös osasairausvapaassa toimintatavan pitäisi perustua ensisijaisesti lääkärin kliiniseen arviointiin. Toimintatavat osa-aikaisen työntekijän hyödyntämiseksi työpaikalla tulee luoda yleisellä tasolla ilman että lääkärin tarvitsee olla esimiehen yhteydessä jokaisen yksittäisen potilaan kohdalla.

Jotta tutkimukseen saatiin tarpeeksi laaja tutkimuspohja, tutkijat ottivat yhteyttä kaikkiaan 22 eri kohdeyritykseen, joissa käytiin keskusteluja tutkimuksen tavoitteista ja kulusta. Vain kuusi organisaatiota sitoutui hankkeeseen. Hanke jäi näin ollen käynnistämättä esimerkiksi kunnallisessa päivähoidossa työntekijäpulan takia, kuljetusalan yrityksessä työvuorojen järjestelyihin liittyneiden vaikeuksien takia, vanhustenhuollossa sen vuoksi, että työterveyshuollolla ei ollut resursseja osallistua tutkimukseen sekä pienen kunnan sosiaali- ja terveydenhuollossa työnteki-



jöiden vastustuksen vuoksi. Tutkijoiden käsityksen mukaan näissä organisaatioissa interventio ei ollut toteutettavissa osittain työjärjestelyihin liittyneiden vaikeuksien takia ja osittain tutkimusprotokollan vaativuuden vuoksi. Tutkittavien rekrytointia ei voitu jatkaa enää sen jälkeen, kun lakisääteinen varhainen osasairauspäiväraha otettiin käyttöön vuoden 2010 alussa.

Osa hankkeeseen osallistuneista organisaatioista osallistui aktiivisesti tutkimuksen toteutuksen suunnitteluun. Näissä yrityksissä nähtiinkin selvä tarve kehittää toimintamallia, jonka avulla työpaikoilla voitaisiin tarvittaessa soveltaa muokattua työtä, jolloin niin työntekijöiden ja työnantajan kuin työterveyshuollon edustajat osallistuivat suunnittelu-prosessiin.

Tulokset viittaavat siihen, että varhainen osasairausvapaa voidaan toteuttaa työpaikoilla onnistuneesti. Tämä edellyttää työntekijöiden, esimiesten ja koko työyhteisön perusteellista informoimista sekä sitoutumista järjestelyihin. Työpaikalla joudutaan joka tapauksessa pohtimaan, miten työt saadaan parhaiten tehdyksi sairauspoissaolojen aikana. Jotta osasairausvapaan toteuttamista ei koettaisi liian hankalaksi, se kannattaa liittää yhdeksi vaihtoehdoksi sairauspoissaolojen hallintaan liittyviin käytäntöihin.

Tutkimuksessa noudatettiin uutta toimintatapaa jäljellä olevan työkyvyn arvioinnissa. Tämän on monissa yhteyksissä todettu olevan lääkärille suuri haaste. Myöskään tieteellisestä kirjallisuudesta ei löydy tietoa siitä, miten jäljellä olevaa työkykyä tulisi arvioida. Hankkeessa kehitettiin sairauspoissaolojen ja työhön paluun hallinnan välineeksi uudenlainen lääkärintoiminta (fit note). Siinä lääkäri arvioi yhdessä potilaan kanssa, minkälaista työhön liittyvää fyysistä kuormitusta tulee välttää ja miten työtehtäviä tulee mahdollisesti muokata osasairausvapaan aikana. Nämä yhdessä työstetyt ehdotukset ovat käytännönläheisiä viestejä, jotka luovat pohjaa työhön paluun esteiden poistamiselle työpaikalla. Lomaketta edelleen kehittämällä on mahdollista luoda uusi yhteinen työväline esimiehille ja työterveyshuolloille. Tällöin nykyistä sairauspoissaolotodistusta (SVA-todistus) ei käytettäisi muussa kuin sen alkuperäisessä tarkoituksessa täyden työkyvyttömyyden todistamiseen.

Lääkärin suositus otettiin kohdeorganisaatioissa hyvin vastaan ja siitä koettiin olevan hyötyä, kun osasairausvapaan aikaisia työtehtäviä suunniteltiin työpaikalla. Ruotsissa ja Norjassa osatyökykyisyyden arviointi tapahtuu vastaanotolla normaaliin tapaan, minkä jälkeen lääkärintodistuksen saatuaan työnantaja päättää, pystytäänkö osa-aikaisen työntekijän työpanosta hyödyntämään. Samantapainen lääkärin kirjoittama suositus on otettu hiljattain käyttöön Iso-Britanniassa. Mikäli työtä ei voida muokata, todistusta voidaan käyttää myös perinteisenä sairauslomato-distuksena.

Yksi este osasairausvapaan laajemmalle käytölle liittyy palkkaukseen. Jos työntekijä saa tavanomaisen sairausloman ajalta paremman korvauksen (esim. keskituntiansion mukaan) kuin osasairausvapaalta (esim. perustyöajan mukaan), hän valitsee todennäköisesti sairausloman. Siksi osasairausvapaalle jääminen tulisi palkkauksellisesti rinnastaa sairauslomaan, mikäli ei luoda kokonaan uutta palkkausjärjestelmää.

Monilla työpaikoilla tehokkuutta mitataan läsnä olevien työntekijöiden lukumäärän mukaan. Osa-aikainen ja osatyökykyinen työntekijä ei pysty samaan tuottavuuteen kuin terve ja toimintakykyinen sijainen. Tämä voi

johtaa siihen, että esimies kannattaa tavanomaista sairauslomaa ja työkykyisen sijaisen hyödyntämistä. Samoin voivat ajatella työtoverit, jos heidän palkkauksensa perustuu ryhmän työtulokseen. Tämänkaltaiset osasairausvapaan käyttöä estävät käytännöt tulee tehdä näkyviksi ja pohtia niiden muuttamista.

4.2 Vertailu muihin tutkimuksiin

Aikaisemmat tutkimukset (esim. Lötters & Burdorf 2006) ovat osoittaneet, että työhön paluun todennäköisyys laskee tuki- ja liikuntaelinvai-voista johtuvan sairauspoissaolon pitkeytyessä. Onkin todennäköistä, että pitkällä sairauslomalla on sinänsä myös ei-toivottuja vaikutuksia työhön paluuseen. Tämän tutkimuksen kohdejoukoksi valittiin potilaat, joilla ei tutkimusta edeltävästi ollut pitkiä sairauslomia. Tällä tavoin oli mahdollista selvittää osasairausvapaan vaikutusta työhön paluuseen jo työkyvyttömyyden varhaisessa vaiheessa.

Nyt saadut tulokset ovat osittain samansuuntaisia hiljattain julkaistujen rekisteritutkimusten tulosten kanssa. Tanskalaisessa tutkimuksessa (Høgelund ym. 2010) kohderyhmänä olivat pitkällä sairauslomalla olleet työntekijät, jotka palasivat sairausloman jälkeen ensin muokattuun työhön. He onnistuivat paluussa tavanomaiseen työhönsä todennäköisemmin kuin pelkästään kokoaikaisella sairauslomalla olleet. Suomalaisesta rekisteriaineistosta julkaistut tulokset (Kausto ym. 2010) osoittivat, että osasairauspäivärahaa saaneet siirtyivät harvemmin täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle ja useammin osatyökyvyttömyyseläkkeelle kuin pelkästään täyttä sairauspäivärahaa saaneet. Näiden tulosten luotettavuutta heikentää se, että osasairauspäivärahan käyttäjät ovat valikoitunut ryhmä, jonka suora vertaaminen tavanomaista sairauspäivärahaa saaneisiin on ongelmallista ei-kokeellisessa tutkimusasetelmassa.

4.3 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Seurantatiedon kerääminen onnistui hankkeessa hyvin. Sairauspoissaolotiedot saatiin kohdeorganisaatioiden työterveyshuolloista ensimmäisen viiden kuukauden ajalta ilman puuttuvia tietoja. Vuoden seuranta-ajan jälkeenkin sairauspoissaolotiedot saatiin 94 %:lla interventioryhmän tutkittavista ja 84 %:lla verrokkiryhmän jäsenistä.

Kriteerit, joilla tutkittavat valittiin mukaan tutkimukseen, oli huolellisesti harkittu. Tällä tavoin pyrittiin keräämään tutkittavien joukko, jolla olisi mahdollisuuksia hyötyä interventiosta ja joka olisi motivoitunut jatkaamaan tutkimuksessa koko seurannan ajan. Potilailla oli oireiden vaikeudessa mahdollisuus hakeutua nopeasti lääkärin vastaanotolle, jolloin osasairausvapaa olisi tarvittaessa keskeytetty. Tähän ei kuitenkaan ollut tarvetta, joten osasairausvapaa osoittautui tutkimukseen valituilla työntekijöillä turvalliseksi ratkaisuksi.

Voidaan myös kysyä, oliko kivun voimakkuuden yläraja 7/10-portaisella asteikolla liian tiukka. Tutkimukseen oli tullut mukaan pieni määrä tutkittavia (15 %), joiden kohdalla tulosten analyysissä huomattiin, että kivun voimakkuus oli lähtötilanteessa ollut vähintään 8/10. Heidän sairauspoissaolonsa ei kuitenkaan poikennut muista. Tällä perusteella ehdotonta rajaa kivun tai siitä aiheutuvan haitan voimakkuudelle ei ehkä olisi syytä asettaa, vaan osa-aikaisen työskentelyn turvallisuus tulisi ratkais-



ta tapauskohtaisesti lääketieteelliseen arvioon, työntekijän mielipiteeseen ja työpaikan olosuhteisiin perustuen.

4.4 Tulosten yleistettävyyys

On vaikea sanoa, kuinka hyvin tutkimuksessa mukana olleet potilaat edustavat työterveyshuoltoihin hakeutuvia liikuntaelinoireisia työntekijöitä. Siksi tarvitaan lisää tutkimustietoa ennen kuin tutkimuksen sairauspoissaoloja ja osasairausvapaan taloudellisia vaikutuksia koskevia tuloksia voidaan yleistää laajemmin liikuntaelinoireisiin työntekijöihin Suomessa.

Tutkimuksesta suljettiin pois tapaturmat ja ammattitautiepäilyt, joiden korvaus saattaa kuulua muiden vakuutusjärjestelmien kuin yleisen sairausvakuutuksen piiriin. Toisaalta osasairauspäivärahan käytöstä on hyviä kokemuksia tapaturmien jälkitiloissa (Kausto ym. 2010). Myös ammattitautiepäilyissä toimenpiteet, joilla vähennetään sairauden taustalla olevia kuormitustekijöitä, saattaisivat olla riittäviä oireiden hallitsemiseksi ja työkyvyn ylläpitämiseksi.

Kaksi kolmasosaa kaikista hoitoon hakeutuneista ohjattiin Työterveyslaitoksen työfysiatrian poliklinikalle. Vain kaksi heistä kieltäytyi tutkimuksesta. Saattaa olla, että kieltäytyneitä oli hieman enemmän kohdeorganisaatioiden työterveyshuolloissa, mutta vastaavaa tietoa ei ole niistä saatavissa. Näin ollen tutkimusjoukko saattaa olla joidenkin tekijöiden suhteen valikoitunut. Melkein kaikki osallistujat olivat naisia, mikä myös heikentää tulosten yleistettävyyttä. Tutkimuksen tuloksia ei voida liioin yleistää kohdeorganisaatioiden toimialojen ulkopuolelle. Mukana olleet kohdeorganisaatiot edustavat kuitenkin sekä julkista että yksityistä sektoria ja hyvin erilaisia toimialoja.

4.5 Johtopäätökset ja suositukset

Tämän tutkimuksen mukaan lyhennetty työpäivä sairausloman aikana eli ns. osasairausvapaa nopeuttaa työhön paluuta tuki- ja liikuntaelinten sairauden varhaisvaiheessa. Koska osasairausvapaaryhmässä oli vähemmän sairauspoissaolopäiviä kuin sairauslomaryhmässä koko vuoden seuranta-ajan, osasairausvapaa saattaa lisätä työhön osallistumista myös pitemmällä aikavälillä. Osasairausvapaata ei liikuntaelinten oireiden vuoksi jouduttu keskeyttämään. Lisäksi oireita ja niistä aiheutuvaa haittaa ei osasairausvapaaryhmässä ollut enemmän kuin sairauslomaryhmässä, joten osasairausvapaa oli turvallinen vaihtoehto sairauslomalle. Sekä työntekijöiden että heidän esimiestensä kokemukset osasairausvapaasta olivat pääosin myönteisiä. Näyttää myös siltä, että varhaisella osasairausvapaalla voidaan saavuttaa liikuntaelinten sairauksissa huomattavia taloudellisia säästöjä. Tulosten perusteella osasairausvapaata kannattaisi hyödyntää sairausloman sijaan jo työkyvyn aleneman varhaisvaiheessa.

Jatkossa tarvitaan lisää suomalaisia tutkimuksia ja kehittämishankkeita, joissa osasairausvapaata kokeillaan erilaisilla työpaikoilla ja erilaisissa sairaustiloissa. Onnistuminen riippuu paljolti työterveyshuollon ja työpaikan onnistuneesta yhteistyöstä, minkä vuoksi olisi hyvä käynnistää fit note – tyyppisen ”työkykylausunnon” kehittäminen ja kokeilu erilaisissa työterveyshuolloissa ja työpaikoilla.

5 TIEDOTUS JA TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN

Tutkimuksen alkamisesta ja etenemisestä tiedotettiin mukana olleiden yritysten verkkosivuilla. Niissä yrityksissä, joissa oli oma työterveyshuolto, tiedotukseen käytettiin myös työterveyshuollon verkkosivuja. Yritysten henkilöstölehtiin kirjoitettiin tutkimuksesta useita artikkeleita, joista osassa haastateltiin myös tutkimukseen osallistuneita työntekijöitä. Tutkimuksen etenemistä ja tutkimuksesta saatuja kokemuksia käsiteltiin lisäksi yritysten työterveyshuollon ja henkilöstöryhmien edustajien kanssa pidetyissä kokouksissa.

Hankkeen seurantar ryhmän jäsenet toivat tutkijaryhmälle tietoa edustamiensa organisaatioiden tarpeista ja veivät taas hankkeesta saatua tietoa ja kokemuksia eteenpäin. Hankkeesta saatuja kokemuksia osasairausvapaan toteuttamisessa hyödynnettiin myös suunniteltaessa osasairauspäivärahalain vuonna 2010 voimaan tullutta muutosta. Hankkeen päätuloksien ilmestyttyä kansainvälisessä vertaisarvioidussa julkaisussa laadittiin lehdistötiedote, jota siteerattiin laajasti mediassa. Suomenkielinen raportti julkaistaan Työterveyslaitoksen järjestämässä seminaarissa, johon on kutsuttu työterveyshuollon, työntekijöiden, työnantajien, päättäjien, tutkijoiden, rahoittajien ja muiden aiheesta kiinnostuneiden tahojen edustajia.

Hankkeen tuloksia hyödynnetään jatkossa paitsi käytännön työssä työpaikoilla ja työterveyshuolloissa myös ammattilehtiin tehtävissä ja yleis-tajuisissa kirjoituksissa, liikuntaelinten sairauksien Käypä hoito -suosituksissa ja työterveyshuollolle suunnatussa Työhön paluun tuen suosituksessa.



6. KIITOKSET

Kiitämme Heidi Furua, Tuomo Pienimäkeä ja Martti Recharttia osallistumisesta potilaiden tutkimiseen. Merja Joutsenlahti ja Eeva Hallikainen auttoivat monissa Työfysiatrian poliklinikan järjestelyissä. Ritva Ketola, Martta Ranta, Hilikka Riihimäki ja Tuija Toikka osallistuivat tutkimukseen sen aikaisemmissa vaiheissa. Kiitämme myös tutkimukseen osallistuneita työntekijöitä sekä mukana olleita yrityksiä ja niiden työterveyshuollon henkilöstöä tutkimuspotilaiden rekrytoinnista ja hyvästä yhteistyöstä. Ilman Työsuojelurahaston, Kelan ja sosiaali- ja terveysministeriön tukea tutkimusta ei olisi voinut toteuttaa.

7. KIRJALLISUUS

Alaselkäsairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatryhdistyksen asettama työryhmä. 16.6.2008.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi20001>. (1.12.2011).

Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327:1144-1146.

Axelsson I, Marnetoft SU. Benefits and harms of sick leave: lack of randomized, controlled trials. *International Journal of Rehabilitation Research* 2010; 33(1):1- 3.

Beaton DE, Katz JN, Fossel AH et al. Measuring the whole or the parts? Validity, reliability, and responsiveness of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand outcome measure in different regions of the upper extremity. *Journal of Hand Therapy* 2001; 14(2):128-146.

Borchgrevink GE, Kaasa A, McDonagh D et al. Acute treatment of whiplash neck sprain injuries. A randomized trial of treatment during the first 14 days after a car accident. *Spine (Phila Pa 1976)* 1998; 23(1):25 - 31.

Brooks LO, Rolfe MI, Chreas PA et al. The comprehensive osteoarthritis test: a simple index for measurement of treatment effects in clinical trials. *Journal of Rheumatology* 2004; 31(6):1180 - 1186.

Brouwer WBF, Koopmanschap MA, Rutten FFH. Productivity losses without absence: measurement validation and empirical evidence. *Health Policy* 1999; 48(1):13-27.

Cheng ASK, Hung LK. Randomized controlled trial of workplace-based rehabilitation for work-related rotator cuff disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2007; 17(3):487-503.

Eklund M, von Granotz H, Marklund S. Deltidssjukskrivning - individ, arbetsplats och hälsa. (In Swedish) (Part-time sick leave - individual, work place and health) In: Högstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T, red. *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.

EuroQol Group. Euro Qol -- a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16(3):199 - 208.

Fairbank JC, Couper J, Davies JB et al. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 1980; 66(8):271 - 273.

Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine* 2000; 25(22):2940 - 2952.



Franché R-L, Cullen K, Clarke J et al. Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil* 2005; 15(4):607 - 631.

Gross AR, Goldsmith C, Hoving JL et al. Conservative management of mechanical neck disorders: a systematic review. *Journal of Rheumatology* 2007; 34(5):1083 -1102.

Hagen KB, Jamtvedt G, Hilde G et al. The updated Cochrane review of bed rest for low back pain and sciatica. *Spine* 2005; 30(5):542 - 546.

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(1):158 - 169.

Jenkins CD, Stanton BA, Niemcryk SJ et al. A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *Journal of Clinical Epidemiology* 1988; 41(4):313 - 321.

Kausto J, Miranda H, Martimo K et al. Partial sick leave - review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2008; 34(4):39 - 49.

Kausto J, Virta L, Luukkonen R et al. Associations between partial sickness benefit and disability pensions: initial findings of a Finnish nationwide register study. *BMC Public Health* 2010; 10: 361.

Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A et al. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire - a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2005; 31(6):438 - 449.

Lehto A-M. Työelämän laatu ja tasa-arvo. Naisten ja miesten työolojen muutoksia 1977-1990. Työolokomitean lisäselvitys. Komiteamietintö 1991:39. Tilastokeskuksen tutkimuksia 189. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Linton SJ, Hallden K. Can We Screen for Problematic Back Pain? A Screening Questionnaire for Predicting Outcome in Acute and Subacute Back Pain. *Clinical Journal of Pain* 1998; 14(3):209 - 215.

Loisel P, Buchbinder R, Hazard R et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005; 15(4):507 - 524.

Lötters F, Burdorf A. Prognostic factors for duration of sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Clinical Journal of Pain* 2006; 22(2):212 - 221.

MacEachen E, Clarke J, Franché R-L et al. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2006; 32(4):257-69.

Martimo KP, Varonen H, Husman K et al. Factors associated with self-assessed work ability. *Occupational Medicine* 2007; 57(5):380-382.

Moorman RH. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology* 1991; 76:845-855.

NRCIM. National Research Council and Institute of Medicine: Musculoskeletal Disorders and the Workplace: Low Back and Upper Extremities. Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace, Commission of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington DC: National Academy Press 2001.

Scheel IB, Hagen KB, Herrin J et al. Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients: a cluster-randomized controlled trial. *Spine* 2002; 27(23):2734-40.

Schonstein E, Kenny D, Keating J et al. Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: A Cochrane Systematic Review. *Spine* 2003; 28(19):E391-E395.

Sieurin L, Josephson M, Vingård E: Partiell eller hel sjukskrivning, konsekvenser för individen. Delrapport 1; Redovisning av deskriptiva data. (In Swedish) (Partial or complete sick leave, consequences to the individual). Rapport 1/2007. Akademiska Sjukhuset: Uppsala Universitet; 2007.

Solway S, Beaton DE, McConnell S et al. (2002). The DASH Outcome Measure User's Manual, Second Edition. Toronto: Institute for Work & Health.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuntasektorin palkat [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-0203. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.11.2011].

Suomen virallinen tilasto (SVT): Yksityisen sektorin kuukausipalkat [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-3894. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.11.2011].

Taris TW, Kalimo R, Schaufeli WB. Inequity at work: its measurements and association with worker health. *Work & Stress* 2002; 16(4):287-301.

van Tulder M, Becker A, Bekkering T et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal* 2006; Suppl 2:169 -191.

Viikari-Juntura E, Rauas S, Martikainen R et al. Validity of self-reported physical work load in epidemiologic studies on musculoskeletal disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 1996; 22(4):251 - 259.

Viikari-Juntura E, Takala E-P, Alaranta H et al. Neck and shoulder pain and disability. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1988; 20(4):167 -173.

Viikari-Juntura E, Takala E-P, Riihimäki H et al. Standardized physical examination protocol for low-back disorders. Feasibility of use and validity of symptoms and signs. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998; 51(3):245-255.



Viikari-Juntura E, Takala E-P, Riihimäki H et al. Predictive validity of symptoms and signs in the neck and shoulder. *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53(8):800 - 808.

Viikari-Juntura E, Varonen H. Yläraajan rasitussairauksien tutkiminen - verkkokurssi 2005.

http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640.
(1.12.2011).

Työympäristötutkimuksen raporttisarjassa ilmestyneet:

1. Hongisto V, Helenius R, Lindgren M: Kaksinkertaisen seinärakenteen ääneneristävyys – laboratoriotutkimus. Työterveyslaitos, Helsinki 2002.
2. Hongisto V: Monikerroksisen seinärakenteen ilmaääneneristävyys-ennustemalli. Työterveyslaitos, Helsinki 2003.
3. Työhygienian koulutuspäivät 2003. (Imatra 20.–21.5.2003.) Työterveyslaitos 2003.
4. Kaarlela A, Jokitulppo J, Keskinen E, Hongisto V: Toimistojen ääniympäristökysely – menetelmän kehitys. Työterveyslaitos 2003.
5. 6th European Seminar on Personal Equipment Seminar Report. Ed. Eero Korhonen. Työterveyslaitos, Helsinki 2003.
6. Petra Larm, Jukka Keränen, Valtteri Hongisto: Avotoimistojen akustiikka. Työterveyslaitos, Helsinki 2004.
7. Työhygienian koulutuspäivät 2004. (Helsinki 25.–26.5.2004.) Toim. Mirja Kiilunen. Työterveyslaitos, Helsinki 2004.
8. Valkeapää A, Anttonen H, Niskanen J: Liike- ja palvelurakennuksen tuulikaappien vedontorjunta. Työterveyslaitos, Helsinki 2004.
9. Kaarlela A, Jokitulppo J, Helenius R, Keskinen E, Hongisto V: Meluhaitat toimistotyössä – pilottitutkimus. Työterveyslaitos, Helsinki 2004.
10. Toppila E, Laitinen H, Starck J, Pyykkö I: Klassinen musiikki ja kuulonsuojelu. (Myös pdf-versio.) Työterveyslaitos, Helsinki 2004.
11. Hirvonen A, Kiilunen M, Valkonen S: Biologisen monitoroinnin palveluanalytiikan vuositilasto 2003. Työterveyslaitos, Helsinki 2004.
12. Heikkilä P, Saalo A, Soosaar A: Työpaikkojen ilman epäpuhtausmitaukset 1994–2003. Työterveyslaitos, Helsinki 2005.
13. Työhygienian koulutuspäivät 2005. (Tampere 15.–16.6.2005.) Toim. Starck J ja Laitinen R. Työterveyslaitos, Helsinki 2005.
14. Maila Hietanen, Patrick von Nandelstadh, Tommi Alanko: Sähkömagneettiset kentät työympäristössä. Opaskirja työntekijöiden altistumisen arvioimiseksi. Työterveyslaitos, Helsinki 2005.
15. Biologisen monitoroinnin palveluanalytiikan vuositilasto 2004. Työterveyslaitos, Helsinki 2005.
16. Elo A-R, Korhonen E, Starck J (Eds.): 7th European Seminar on Personal Protective Equipment. Seminar report. (Work Environment Research Report Series nro 16.) Työterveyslaitos, Helsinki 2005. (Saatavilla myös pdf-verkkoversio [www-sivuilla](http://www.sivuilla).)
17. Puuntyöstöpölyn hallinnan kehittäminen (FineWood). Lappeenranta aluetyöterveyslaitos, Fysiikan osasto ja VTT Tuotteet ja tuotanto. Työterveyslaitos, Lappeenranta 2005.



18. Hautalampi T, Henriks-Eckerman M-L, Engström K, Koskela H, Saarinen P & Välimaa J: Kemikaalialtistumisen rajoittaminen automaatioalajoissa. Työterveyslaitos, Turku 2006.
19. Alanko T, Hietanen M, von Nandelstadh P: Työntekijöiden altistuminen tukiasemien radiotaajuisille kentille. Työterveyslaitos, Helsinki 2006.
20. Niemelä R: Virtual 4D. Loppuraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2006.
21. Valkonen S: Biologisen monitoroinnin palveluanalytiikan vuositilasto 2005. Työterveyslaitos, Helsinki 2006.
22. Larm P, Hakala J, Hongisto V: Sound insulation of Finnish building boards. (Work Environment Research Report Series 22.) Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland 2006.
23. Hongisto V, Keränen J, Larm P, Oliva D: Työtilan ääniympäristön havainnollistaminen, Virtual Space 4D ääniympäristöosion loppuraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2006.
24. Liesivuori J, Naumanen P, Aromaa E, Pääkkönen R, Starck J, Kauppinen T, Savolainen K: Muuttuva työympäristö – visio vuoteen 2015. Työterveyslaitos, Helsinki 2006. (Myös nettiversio.)
25. Aitio A, Hakala E, Kiilunen M, Laitinen J, Mikkola J ja Valkonen S: Biologisen monitoroinnin palveluanalytiikan vuositilasto 2006. Työterveyslaitos, Helsinki 2007.
26. Romppanen V, Sulander J: Hyvintointi koulutyössä ja opiskelussa. Työterveyslaitos, Helsinki 2007.
27. Mäki Susanna (Ed.): 8th European seminar on Personal Protective Equipment. 27–29.3.2007 in Saariselkä, Lapland, Finland. (Myös pdf.)
28. Liesivuori J, Naumanen P: Visioita alueellisen työhyvinvoinnin ja työterveyden edistämisestä. Työterveyslaitos, Helsinki 2007.
29. Nurminen M, Norppa H: Metallisen kromin ja kolmiarvoisten kromiyhdisteiden ammatillinen syöpävaara. Työterveyslaitos, Helsinki 2008.
30. Räikkönen, T Työelämä murtuvan aallon harjalla - mitä on tapahtumassa työhyvinvoinnin edellytyksille?, Helsinki 2008 (+nettiversio)
31. Kasvio A, Nikkilä R, Moilanen L, Virtanen S: Työ murroksessa - kyselyn aineistoraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2008. (Myös pdf.)
32. Ahonen Ilpo & Liukkonen Tuula: Pellettivarastojen ilman epäpuhtaudet ja niiden aiheuttamien vaarojen ehkäiseminen. Työympäristötutkimuksen raporttisarja 32. Työterveyslaitos, Helsinki 2008. (Myös PDF-versio.)

33. Janhonen Minna, Laitinen Heikki, 3T-ratkaisut Oy: Pienyritysten kehittämishanke Mäntsälässä -hankearviointi. Työterveyslaitos, Helsinki 2008.
34. Alanko Tommi, Tolvanen Tuomas, Hietanen Maila: Mastotyöntekijöiden altistuminen radiotaajuuskentille. Työterveyslaitos, Helsinki 2008. (Myös PDF-versio.)
35. Hakala, Erkki, Kiilunen Mirja, Santonen Tiina, Mikkola Jouni: Biologinen monitorointi vuositilasto 2007. Työterveyslaitos, Helsinki 2008. (Myös PDF-versio.)
36. von Bonsdorff Monika, Janhonen Minna, Vanhala Sinikka, Husman Päivi, Ylöstalo Pekka, Seitsamo Jorma, Nykyri Erkki: Henkilöstön työkyky ja yrityksen menestyminen vuosina 1997–2007-tutkimus metalliteollisuudessa ja vähittäiskaupan alalla. Työterveyslaitos, Helsinki 2009. (Myös PDF.)
37. Hongisto Valtteri, Häggblom Henna: MAKSI hankkeen loppuraportti – Toimistojen mallinnettu ja koettu sisäympäristö. Työterveyslaitos, Helsinki 2009.
38. Mäki Susanna: 9th European seminar on Personal Protective Equipment. 29.–31.1.2008 in Spa Hotel Levitunturi, Levi, Finland. Työterveyslaitos, Helsinki 2009. (Myös PDF-versio.)
39. Saarinen Pekka: Ilmastoinnin virtausäänien laskenta. Työterveyslaitos, Helsinki 2009.
40. Häggblom Henna, Koskela Hannu: Toimiston ilmapvirtaukset ja lämpöolot jäähdytyspalkkijärjestelmässä. Työterveyslaitos, Helsinki 2009.
41. Oliva D, Häggblom H, Hongisto V: Sound absorption coefficient multi-layered materials - an experimental study (in english). Work Environment Report Series, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki 2009.
42. Laine Tarja, Peurala Marjatta, Rautio Maria, Manninen Pirjo: Asiakasorganisaatioiden työterveyshuollon toimintasuunnitelmien arviointi ja kehittäminen. Työterveyslaitos, Helsinki 2009. (Myös pdf.)
43. Kandolin Irja, Tilev Kristina, Lindström Kari, Vartia Maarit, Ketola Ritva: Palvelualojen työolot ja hyvinvointi. Työterveyslaitos, Helsinki 2009.
44. Kasvio Antti, Nikkilä Riku, Räikkönen Timo: Work and its future as viewed by Finnish citizens and experts, Helsinki 2009.
45. Kiilunen, Mirja, Mikkola, Jouni, Santonen Tiina: Biologinen monitorointi, Vuositilasto 2008. Helsinki 2009. (Myös PDF.)
46. Pesonen Sanna, Lindström Pia, Meyer-Arnold Marianne, Rautio Maria, Manninen Pirjo, Kämäräinen Markku, Mäenpää-Moilanen Eija, Ylikoski Matti: Työterveyshuollon pätevöittävän koulutuksen vaikutavuus Työterveyslaitoksella, Helsinki 2009. (Myös PDF.)



47. Saalo Anja, Vainiontalo Sinikka, Kiilunen Mirja, Tuomi Tapani: Työympäristön kemikaalien altistumismittaukset 2004–2007. Helsinki 2010. (Myös PDF.)
48. Pahkin Krista, Leppänen Anneli, Kajosaari Katri, Ala-Laurinaho Arja, Welling Irma, Väänänen Ari, Joensuu Matti, Koskinen Ari: Työhyvinvoinnin kehittäminen ja sairauspoissaolojen hallinta paperiteollisuudessa. Työterveyslaitos, Helsinki 2010. (Myös PDF.)
49. Vuorinen Helena, Kivistö Sirkku, Joensuu Matti, Haapanen Ari: Työhön paluun tuesta työssä jatkamiseen – Osasairauspäivärahan tavoitteet, etuuden käyttöönotto ja jatkon haasteet. Työterveyslaitos, Helsinki 2010. (Myös PDF.)
50. Holopainen Rauno, Salmi Kari, Hintikka Eeva-Liisa, Kekäläinen Pirjo, Kähkönen Erkki, Lappalainen Sanna, Niemelä Raimo ja Reijula Kari, Työterveyslaitos, Laadukas sisäympäristö -teema, Asikainen Vesa, Kalliokoski Pentti ja Pasanen Pertti, Itä-Suomen yliopisto, Ympäristötieteen laitos, Kakko Leila, Tampereen ammattikorkeakoulu: Sairaaloiden ilmanvaihtokanavistojen puhtaus ja puhdistuksessa leviävien epäpuhtauksien hallinta. Loppuraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2010. (Myös PDF.)
51. Elo Anna-Liisa, Ervasti Jenni ja Kuokkanen, Anna: Hyvinvointi ja tuloksellisuus esimiehen haasteena. Tutkimus kolmessa julkisen sektorin organisaatiossa. TSR-projektin loppuraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2010.
52. Kiilunen Mirja: Biologinen monitorointi. Vuositilasto 2009. Työterveyslaitos, Helsinki 2010. (Myös PDF.)
53. Moilanen Liisa: Toiveet ja todellisuus – Työn ominaisuudet eri työntekijäryhmien näkökulmasta. Työterveyslaitos, Helsinki 2010. (myös PDF)
54. Oliva D, Hongisto V, Keränen J, Koskinen V: Control of facade sound insulation at low frequencies - LFN. Measurement of low frequency noise in rooms – Method for constant and intermittent noise. Työterveyslaitos, Helsinki 2010
55. Savinainen Minna, Peurala Marjatta, Manninen Pirjo, Rautio Maria, Oksa Panu: "Työterveyshuollon työpaikkaselvitys osana yritysten hyvinvointi- ja turvallisuustoimintaa" 2007–2009. Loppuraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2010. (myös PDF)
56. Mäki Susanna: Work environment research report series X, 10th european seminar on PPE. Työterveyslaitos, Helsinki 2010. (myös PDF)
57. Pahkin Krista, Kuronen-Mattila Tanja, Mäki Eerikki, Leppänen Anneli, Järvenpää Eila: Asiantuntija turvallisuuskriittisessä ympäristössä. SafeExpertNet 2007–2010. Työterveyslaitos, Helsinki 2011. (myös PDF)
58. Oksanen Marko, Rytönen Esko: Puutavara-auton tärinän vähentäminen rengaspaineita säätämällä. Työterveyslaitos, Helsinki 2011. PDF

59. Järnefelt Heli, Akila Ritva, Hirvonen Ari, Hyvärinen Hannakaisa, Kajaste Soili, Keskinen Ullamaija, Lagerstedt Rea, Leivategija Terje, Lindholm Harri, Rosenström Else, Sallinen Mikael, Savolainen Aslak, Virkkala Jussi, Vuori Marko, Hublin Christer: Unettomuuden arviointi ja hoito työterveyshuollossa. Tutkimushankkeen n:o 108332 loppuraportti Työsuojelurahastolle. Työterveyslaitos, Helsinki 2011. (Myös PDF)
60. Hasu Mervi: Kohti osaamisen kehittämisen uutta käytäntöä. Työterveyslaitos, Helsinki 2011. (Myös PDF)
61. Bergbom Barbara, Vesala Hanne, Leppänen Anneli, Sainio Markku, Mukala Kristiina, Smolander Annikki: Kansainvälisten työmatkojen kuormittavuus sekä terveys- ja hyvinvointivaikutukset. Työsuojelurahaston loppuraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2011.
62. Mamia Tero, Alvesalo-Kuusi Anne, Kuokkanen Anna, Virtanen Simo: Työn elektroninen valvonta Suomessa. Työterveyslaitos, Helsinki 2011.
63. Karhula Kati, Puttonen Sampsa, Vuori Marko, Hyvärinen Hannakaisa, Kalakoski Virpi: Työstressi ja uni hoitotyössä. Työstressin ja työaikajärjestelyjen vaikutukset uneen, kuormittumiseen ja toimintakykyyn terveydenhuoltoalan ammattilaisilla. Työsuojelurahaston loppuraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2011. (myös PDF)
64. Karvala Kirsi, Uitti Jukka, Luukkonen Ritva, Lappalainen Sanna, Toskala Elinä, Nordman Henrik: Kosteusvauriomikrobien aiheuttamat hengitysteiden sairaudet. Loppuraportti Työsuojelurahastolle. Työterveyslaitos, Helsinki 2011.
65. Kiilunen Mirja: Biologinen monitorointi vuositilasto 2010. Työterveyslaitos, Helsinki 2011. (myös PDF)
66. Länsimies-Antikainen, Helena, Kontio Paula, Mäittälä Jukka: HAASTE-hanke Maatalousyrittäjien työterveyshuollon sisällön ja kattavuuden kehittäminen. Loppuraportti 2009 - 2011. Työterveyslaitos, Helsinki 2011. (myös PDF)
67. Jokisaari Markku, Toppinen-Tanner Salla, Wallin Marjo, Varje Pekka, Hakanen Jari ja Vuori Jukka: Nuorten työntekijöiden sosialisatio työpaikoilla: Sosiaalisten suhteiden, työhyvinvoinnin ja perehdytyksen merkitys. Työsuojelurahaston loppuraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2011. (myös PDF)
68. Viikari-Juntura Eira ym.: Osasairausvapaa sairausloman vaihtoehtona tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa. Työsuojelurahaston loppuraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2011. (myös PDF)

TYÖYMPÄRISTÖTUTKIMUKSEN RAPORTTISARJA 68

Työterveyslaitos 2011

Interventiohankkeen tarkoituksena oli selvittää, voidaanko lyhennetyllä työpäivällä sairauslomana aikana eli ns. osasairausvapaalla vähentää oireita sekä niistä aiheutuvaa haittaa tuki- ja liikuntaelinten sairauden varhaisvaiheessa. Tutkimus toteutettiin satunnaistetussa asetelmassa, jossa vertailtiin osasairausvapaalla ja tavanomaisella sairauslomalla olleita. Tutkimuksessa selvitettiin myös osasairausvapaajärjestelmän toteutettavuutta suomalaisilla työpaikoilla ja arvioitiin kertyneitä taloudellisia kustannuksia ja saavutettuja säästöjä. Osasairausvapaaryhmässä palattiin tavanomaisiin työtehtäviin keskimäärin 12 päivän kuluttua, kun sairauslomalta palattiin 20 päivän jälkeen. Seurantavuoden aikana interventoryhmässä oli sairauspoissaolopäiviä noin 20% vähemmän kuin verrokkiryhmässä. Interventoryhmässä oli vähemmän toimintakyvyn alenemaa ja vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa ja parempi koettu terveys kuin sairauslomaryhmässä. Alustavat taloudelliset analyysit osoittavat merkittäviä kustannussäästöjä vuoden seuranta-aikana.

TYÖTERVEYSLAITOS

Työterveyslaitos, Työkyvyn tuki -teema

Topeliuksenkatu 41a A
00250 Helsinki

www.ttl.fi

Kannen kuva: Iisakki Härmä

ISBN 978-952-261-160-4 (printti)

ISSN-L 1458-9311

ISSN 1458-9311

ISBN 978-952-261-161-1 (pdf)

ISSN-L 1458-9311

ISSN 1799-4470



Työsuojelurahasto
Arbeterskyddsfonden
The Finnish Work Environment Fund

Kela



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ