



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

# Ohjeistus sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin lääkäreille

OHJEISTUKSEN LAADINNAN MAHDOLLISUUTTA ARVIOIVAN TYÖRYHMÄN  
LOPPURAPORTTI

**Tuula Oksanen ja  
työryhmä**





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

# **Ohjeistus sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin lääkäreille**

OHJEISTUKSEN LAADINNAN MAHDOLLISUUTTA ARVIOIVAN  
TYÖRYHMÄN LOPPURAPORTTI

Tuula Oksanen ja työryhmä

Työterveyslaitos

Helsinki



Työterveyslaitos

PL 40

00251 Helsinki

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

Toimitus: Tuula Oksanen

© 2016 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

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

ISBN 978-952-261-667-8 (nid)

ISBN 978-952-261-666-1 (pdf)

Juvenes print 2016. Tampere.



## TIIVISTELMÄ

Osana sopimusta vuoden 2017 työeläkeuudistuksesta päätettiin selvittää mahdollisuudet ottaa käyttöön ohjeistus sairauspoissaolotarpeen arvioinnista. Toimeksiannon mukaan sairauslomien tarvetta ja tavanomaista kestoja koskevien arvioiden on perustuttava tutkittuun tietoon ja kliiniseen kokemukseen tyypillisesti työkykyä rajoittavien sairauksien ja vammojen aiheuttamista keskimääräisistä työkyvyttömyysjaksoista. Olennainen merkitys on myös työn sisällöstä ja työstä terveydentilalle ja toimintakyvylle aiheutuville vaatimuksilla.

Työryhmän selvityksen perusteella on mahdollista laatia lääkäreille ohjeistus sairauspoissaolotarpeen ja keston arvioimiseksi keskeiseen osaan sairauksista ja tapaturmista. Ohjeistus olisi nykyisen lainsäädännön puitteissa annettu suositus lääkäreille hyvästä toimintatavasta.

Työryhmä esittää, että suosituksista tehtäisiin geneerinen malli, joka kiinnittää huomiota sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin liittyviin tekijöihin.

Tämän lisäksi olisi mahdollista liittää suosituksia työ- ja toimintakyvyn arvioinnista Käypä hoito –suositukseen niitä päivitettäessä ja/tai tehdä erillisiä sairauskohtaisia suosituksia työkyvyn arviointiin liittyen sairauspoissaolojen kannalta merkittäviin sairauksiin. Sairaus- tai diagnoosikohtaisten suositusten tarpeesta työryhmä ei kuitenkaan ollut yksimielinen.

Suositus ehdotetaan valmisteltavaksi asiantuntijatyönä siten, että riittävä lääketieteellinen ja työelämän asiantuntemus on edustettuna. Tarkempi kustannusarvio ja rahoitus ehdotetaan selvitettäväksi jatkotyössä.



## ABSTRACT

As part of the 2017 Earnings-related pension reform, it was decided that the possibility of implementing national guidelines for doctors for assessing the need for sickness absence would be investigated. This would mean that the assessment of the need for and the normal duration of sickness absence must be based on research evidence and clinical experience of the average duration of work disability periods caused by illnesses and injuries that typically restrict work ability. The demands that the contents of the work and the work itself place on the worker's health and functional capacity are also central determining factors.

According to the working group, it is possible to make these guidelines to help doctors assess the need for and the duration of sickness absence in cases of the most common illnesses and accidents. These guidelines would be a recommendation for good practice among doctors, in keeping with current legislation.

The working group proposes that the guidelines are generic, and that they focus on factors associated with the assessment of the need for and the duration of sickness absence.

This would make it possible to add recommendations regarding the assessment of work ability and functional capacity to the Current Care Guidelines as they are updated and/ or make illness-specific recommendations concerning sickness absences in cases of the most significant illnesses. However, the working group was not unanimous as regards the need for illness- or diagnoses-specific recommendations.

It is proposed that the recommendations are prepared by experts, so that the group represents sufficient medical and work life expertise. It is also proposed that further work investigates more precise cost estimates and funding.



## SISÄLLYS

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>TOIMEKSIANTO</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>2</b> | <b>NYKYTILA</b> .....   | <b>9</b>  |
| 2.1      | ONGELMIA SAIRAUSPOISSAOLON TARPEEN JA KESTON ARVIOINNISSA .....                                     | 11        |
| 2.2      | OHJEISTUKSEN LAADINTAA PUOLTAVIA JA KYSEENALAISTAVIA SEIKKOJA .....                                 | 13        |
| <b>3</b> | <b>KÄYTÖSSÄ OLEVIA TAPOJA TUOTTAJA JA JULKAISTA OHJEISTUS</b> .....                                 | <b>17</b> |
| 3.1      | KANSAINVÄLISET MALLIT .....   | 17        |
| 3.2      | KÄYPÄ HOITO –JÄRJESTELMÄ SUOMESSA ( <a href="http://www.kaypahoito.fi">www.kaypahoito.fi</a> )..... | 19        |
| <b>4</b> | <b>TYÖRYHMÄN ESITYS</b> .....   | <b>21</b> |
| <b>5</b> | <b>SUOSITUKSEN MAHDOLLISET VAIKUTUKSET</b> .....  | <b>25</b> |
| <b>6</b> | <b>SUOSITUKSEN VALMISTELU</b> .....   | <b>27</b> |
|          | <b>LÄHTEET</b> .....  | <b>29</b> |
|          | <b>LIITE</b> Työryhmän jäsenten näkemyksiä .....  | <b>31</b> |





# 1 TOIMEKSIANTO

Sopimuksessa vuoden 2017 työeläkeuudistuksesta päätettiin toimeksiannosta, jolla selvitetään mahdollisuudet ottaa käyttöön ohjeistus sairauspoissaolotarpeen arvioinnista sairauspoissaolojen vähentämiseksi.

<http://www.eläkeuudistus.fi/media/linkkitiedostot/sopimus-vuoden-2017-työeläkeuudistukseksi.pdf>

Toimeksiannon mukaan:

- Sairauslomien tarvetta ja tavanomaista kestoja koskevien arvioiden on perustuttava tutkituun tietoon ja kliiniseen kokemukseen tyypillisesti työkykyä rajoittavien sairauksien ja vammojen aiheuttamista keskimääräisistä työkyvyttömyysjaksoista. Olennainen merkitys on myös työn sisällöstä ja työstä terveydentilalle ja suorituskyvyllä aiheutuvilla vaatimuksilla.
- Suositukset eivät ole sitovia ja työkyvyttömyystodistuksen antava lääkäri voi poiketa niistä potilaan terveydentilaan ja työtehtäviin liittyvistä syistä.
- Mikäli päädytään tekemään ohjeita sairauslomien pituuksista, ohjeita tarkastellaan ja päivitetään säännöllisesti vastaamaan ajantasaista lääketieteellistä tietämystä ja hoitomuotojen kehitystä.

Työryhmän tuli selvitystä tehdessään tarvittaessa käyttää apuna eri maiden kuten Ruotsin linjauksia sairauslomien pituuksista ja kansallisia Käypä hoito- ohjeita. Selvitystyö tuli tehdä työmarkkinajärjestöjen, Kelan ja Työterveyslaitoksen (TTL) toimesta keväeseen 2015 mennessä tarvittavaa ulkopuolista asiantuntemusta käyttäen.

STM antoi Työterveyslaitokselle tehtäväksi kutsua koolle työryhmän. Työryhmän puheenjohtajana toimi johtaja Tuula Oksanen (TTL) ja jäsenenä lääkintöneuvos Kristiina Mukala (STM), johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki (STM), lakimies Paula Ilveskivi (Akava), asiantuntijalääkäri Jan Schugk (EK), asiantuntijalääkäri Kari Haring (SAK), sosiaali- ja terveystieteellinen asiantuntija Riitta Työlälä (STTK), johtaja Heikki Pärnänen (SLL), päätoimittaja Jorma Komulainen (Duodecim/Käypä hoito), ylilääkäri Pirjo Anttila (STLY), ylilääkäri Ilona Autti-Rämö (Kela), asiantuntijalääkäri Lauri Keso (Kela), ylilääkäri Kyösti Haukipuro (Kela), ylilääkäri Teija Kivekäs (TTL), tutkimusprofessori Eira Viikari-Juntura (TTL), vanhempi asiantuntija Kari-Pekka Martimo (TTL) ja johtaja Jorma Mäkitalo (TTL). Työryhmän sihteerinä toimi johtaja Kristiina Halonen (TTL).

Työryhmä kokoontui 7 kertaa. Työryhmä kuuli työskentelynsä aikana työryhmän jäseniä (Tuula Oksanen, Jorma Komulainen, Pirjo Anttila, Ilona Autti-Rämö, Teija Kivekäs, Eira Viikari-Juntura ja Kari-Pekka Martimo) sekä seuraavia tahoja: Kela ja Duodecim Käypä hoito.

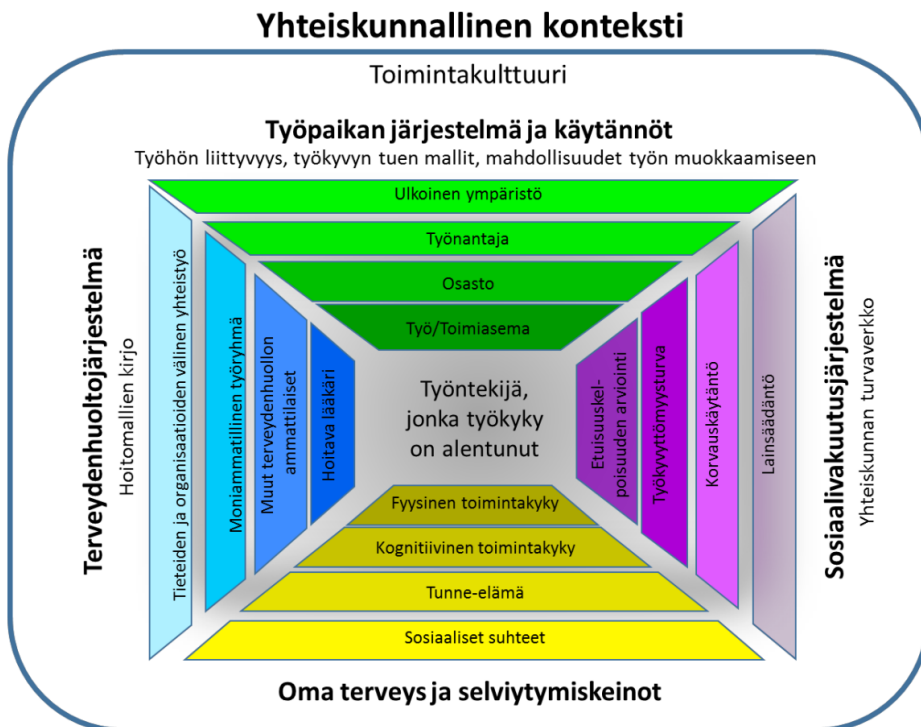




## 2 NYKYTILA

### Sairauspoissaolon tarve

Sairauspoissaolot ovat monisyinen ilmiö ja niihin vaikuttavat monet eri tekijät. Näitä ovat työkyvyttömyyttä aiheuttava sairaus ja liitännäissairaudet, toimintakyky, työ, ammatillinen koulutus, osaaminen, ikä sekä muut yksilölliset tekijät. Näiden lisäksi monet lainsäädäntöön (varhaisen tuen mallit, 30-60-90 päivän-sääntö, sairauspoissaolojen korvauskäytännöt), yhteiskunnalliseen tilanteeseen (työttömyys, asenneilmasto, kulttuuri), terveydenhuollon resursseihin (hoitojonot, hoitomahdollisuudet, alueelliset erot), työympäristöön (ilmapiiri, johtaminen, psykososiaaliset tekijät, työn muokkaamismahdollisuus) sekä muut työntekijään liittyvät tekijät (terveydentila, työn ja perheen yhteensovittaminen, motivaatio, persoonallisuus) vaikuttavat sairauspoissaolon tarpeeseen ja keston. Tilannetta kuvaa Loiselin Työkyvyttömyyden arena:



Kuva 1. Työkyvyttömyyden arena. Tarvainen ym. 2015 mukailen Loisel et al. Occup Rehab 2005.



Presenteismi eli sairaana työskentely on myös yleinen ilmiö. Sairaana työskentelyn sijasta riittävä ja tarkoituksenmukainen sairauspoissaolo voisi edistää työkykyä ja toipumista. Kuten sairauspoissaoloista, myös presenteismistä on arvioitu aiheutuvan merkittäviä kustannuksia (Rissanen ja Kaseva 2014).

### Sairauspoissaolon kesto

Sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointi voi perustua potilaan/ työntekijän omaan arvioon (omailmoituskäytäntö) tai työterveyshoitajan, terveydenhoitajan, sairaanhoitajan tai lääkärin tekemään arvioon. Omailmoituskäytäntö on ollut Suomessa käytössä pääosin 1980-luvulta lähtien. Työntekijät ovat voineet itsearvioida lyhyen sairauspoissaolon tarvetta ja ilmoittaa siitä esimiehelle. Käytäntö on ollut voimassa aluksi julkisilla työpaikoilla ja myöhemmin myös yksityisissä yrityksissä. Omailoituksella on toivottu voitavan vähentää turhia sairaanhoitokäyntejä ja lyhentää sairauspoissaolojen kestoja. Työterveyslaitoksen tutkimuksen (Pesonen ym. 2016) mukaan omailoituksen käyttö vähentää terveydenhuollon akuuttikäyntien tarvetta 20-40 % ja lyhentää 1-3 päivän pituisten poissaolojen keskimääräistä pituutta. Sairauspoissaolojen kokonaismäärään omailoituksella ei kuitenkaan ollut tutkimuksessa vaikutusta.

Sairauspoissaolon tarpeen arviointi on lääkärin tavallisimpia tehtäviä (Martimo ja Liira 2016). Lääkärin arvio sairauspoissaolon tarpeesta ja kestosta perustuu sairauden ja sen aiheuttaman toimintakyvyn aleneman sekä työn vaatimusten arviointiin. Näiden osatekijöiden (sairaus, toimintakyky ja työ) yhteisarviointiin perustuen lääkäri arvioi työkyvyttömyyttä (kokonaan tai osittain työkyvyttö) ja jäljellä olevaa työkykyä (kokonaan tai osittain työkykyinen) liittyen työntekijän omaan tai muuhun tarjolla olevaan työhön.

### Sairauspoissaolon taustalla työkyvyttömyys

Työkyvyttömyys on juridinen käsite, jonka sisältö vaihtelee etuuslajeittain. Suomen sosiaaliturvassa työkyvyttömyydelle onkin lukuisia laintasoisia määritelmiä.

Työsopimuslain (55/2001) mukaan työntekijällä, joka on sairauden tai tapaturman vuoksi estynyt tekemästä työtään, on oikeus sairausajan palkkaan. Jos työsuhde on jatkunut vähintään kuukauden, työntekijällä on oikeus saada esteen ajalta täysi palkkansa sairastuspäivää seuranneen yhdeksännen arkipäivän loppuun, enintään kuitenkin siihen saakka, kun hänen oikeutensa sairausvakuutuslain (364/1963) mukaiseen päivärahaan alkaa. Alle kuukauden jatkuneissa työsuhteissa työntekijällä on vastaavasti oikeus saada 50 prosenttia palkastaan. Alakohtaisissa työehtosopimuksissa on kuitenkin sovittu työsuhteen kestoon sidotuista sairauspoissaoloajan palkanmaksujaksoista, jotka ovat huomattavasti pidempiä kuin työsuopimuslain määrittelemä vähimmäisjakso. Työntekijällä ei ole oikeutta sairausajan



palkkaan, jos hän on aiheuttanut työkyvyttömyytensä tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella. Työntekijän on pyydettyessä esitettävä työnantajalle luotettava selvitys työkyvyttömyydestään.

Sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaan vakuutetulla on oikeus sairauspäivärahaan ajalta, jona hän on estynyt tekemästä työtään sairaudesta johtuvan työkyvyttömyyden vuoksi. Työkyvyttömyydellä tarkoitetaan sairausvakuutuslaissa sellaista sairaudesta johtuvaa tilaa, jonka kestäessä vakuutettu on sairauden edelleen jatkuessa kykenemätön tekemään tavallista työtään tai työtä, joka on siihen läheisesti verrattavaa (ammatillinen työkyvyttömyys).

Työntekijän eläkelain (395/2006) mukaan työntekijällä on oikeus työkyvyttömyys- eläkkeeseen, jos hänen työkykynsä arvioidaan olevan heikentynyt sairauden, vian tai vamman vuoksi vähintään kahdella viidesosalla yhtäjaksoisesti ainakin vuoden ajan. Työkyvyttömyyseläke myönnetään täytenä eläkkeenä, jos työntekijän työkyky on heikentynyt vähintään kolmella viidesosalla. Muussa tapauksessa työkyvyttömyyseläke myönnetään osatyökyvyttömyyseläkkeenä. Työkyvyn heikentymistä arvioitaessa otetaan huomioon työntekijän jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansiotuloja sellaisella saatavissa olevalla työllä, jota työntekijän voidaan kohtuudella edellyttää tekevän. Tällöin otetaan huomioon myös työntekijän koulutus, aikaisempi toiminta, ikä, asuinpaikka ja muut näihin rinnastettavat seikat. Arvioitaessa 60 vuotta täyttäneen työntekijän oikeutta työkyvyttömyyseläkkeeseen painotetaan työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta.

Työkykyä voidaan tilanteesta riippuen verrata hakijan omaan työhön tai oman työhistorian mukaisiin tai työmarkkinoilla yleensä tarjolla oleviin tehtäviin.

Työkyvyttömyys määritellään hyvin eri tavalla riippuen siitä, kuka, milloin ja mistä näkökulmasta asiaa arvioi. Potilaalle työkyvyttömyys tarkoittaa merkittävästi heikentynyttä kykyä suoriutua työstä suhteessa omiin ja/tai ympäristön odotuksiin. Työnantajalle työkyvyttömyys tarkoittaa työntekijän merkittävästi alentunutta tuottavuutta sairauteen tai oireisiin liittyen. Työkavereille työkyvyttömyys tarkoittaa kollegan heikentynyttä työsuoritusta, joka voi heijastua muiden työntekijöiden työkuorman lisääntymisenä. Sairauspoissaolojen vähentäminen edellyttää näiden kaikkien näkökulmien huomioimista.

## 2.1 ONGELMIA SAIRAUSPOISSAOLON TARPEEN JA KESTON ARVIOINNISSA

### Arviointi

Arvio sairauspoissaolon tarpeesta ja kestosta samassa sairaudessa vaihtelee lääkäreiden, eri erikoisalojen ja maantieteellisten alueiden välillä. Sairauspoissaolon tarve ja kesto tulisi



arvioida osana hoitoa; sairauspoissaolon pituuden pitäisi olla optimaalinen sekä toipumisen että työhön paluun kannalta. Vuonna 2014 julkaistussa fiktiivisiin potilastapauksiin perustuvassa väitöskirjatutkimuksessa kävi ilmi, että lääkäreiden sairauspoissaolojen kirjoituskäytännöissä on huomattavaa vaihtelua (Kankaanpää 2014).

Kela teki 2014/2015 vuodenvaihteessa työikäisiä henkilöitä hoitaville lääkäreille kyselyn. Kyselyn sisältö perustui Ruotsissa tehtyyn kyselyyn, mikä mahdollistaa myös kansainvälisen vertailun. Kyselyyn vastasi noin kolmannes lääkäreistä (n=3048, vastausprosentti 35 %). Kolmasosa (35 %) vastaajista koki melko tai hyvin ongelmalliseksi sairauspoissaolon optimaalisen pituuden arvioinnin. Lähes puolet (47 %) kaikista vastaajista koki melko tai hyvin suurta osaamisen syventämisen tarvetta sairauspoissaolojen optimaalisen pituuden arvioinnissa. Neljä kymmenestä vastaajasta esitti, että sairauspoissaoloasioiden siirrolla työterveyshuoltoon olisi suuri ja kolmanneksen mielestä kohtalainen merkitys sairauspoissaoloihin liittyvistä työtehtävistä selviytymiseen. Valtaosa vastaajista (80 %) piti suositusta tarpeellisena: 41 %:n mielestä Suomessa pitäisi olla suositus sairauspoissaolon kestosta kaikkiin sairauksiin liittyen ja 39 %:n mielestä ainakin joihinkin sairauksiin liittyen. Syitä sairauspoissaolojen pitkittymiseen olivat vastaajien näkemyksen mukaan hoitoon tai kuntoutukseen pääsyn odottaminen, mutta myös se, että hoitavalla lääkärillä ei ollut aikaa miettiä vaihtoehtoja täydelle sairauspoissaololle (Hinkka ym. 2016).

### Työkyvyn tuen koordinaatio

Työterveyshuollon lakisääteinen työkyvyn tuen koordinaatorooli ei toteudu parhaalla mahdollisella tavalla. Työterveyshuollon rooli alueellisella tasolla on monelle terveydenhuollon toimijalle epäselvä ja työterveyshuollon työn ja terveyden asiantuntijuus jää hyödyntämättä. Viime vuonna valmistuneessa selvityksessä (Tarvainen ym 2015) todettiin, että yhteistyö työkyvyn tukemisessa työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen toimijoiden kesken vaihtelee alueittain. Yhteistyökäytännöistä tulisi olla sovitut toimintamallit eri toimijoiden välillä (Tarvainen ym 2015). Ohjeistus voisi edesauttaa työkyvyn arviointiin liittyvien toimintamallien rakentamista.

### Yhteistyö työpaikan kanssa ja työjärjestelyt

Vaihtoehtoja työssä jatkamiseen sairaudesta huolimatta on tarjolla entistä enemmän (Martimo ja Liira 2016). Sairauspoissaolon pitkittyessä on tärkeä käynnistää työhön paluuta tukevat toimet yhdessä esimiehen kanssa, mikä on osa työterveyslääkärin toimenkuvaa. Tämä sisältää mm. työn ja työolosuhteiden yksilöllisen mukauttamisen, työkokeilun, osa-sairauspäivärahan ja ammatillisen kuntoutuksen. Myös työpaikat voisivat paremmin hyödyntää työterveyshuollon asiantuntemusta työkyvyn arvioinnissa ja toimia aktiivisemmin työhön paluun edistämiseksi yhteistyössä työterveyshuoltojen kanssa. Osasairauspäivärahan vähäinen vaikkakin lisääntyvä käyttö heijastelee sitä, ettei osatyökyisyyttä, työn



muokkaamista ja työssä kuntoutumista hyödynnetä riittävästi. Osasairauspäivärahan tavoitteena on tukea työkyvyttömän henkilön työssä pysymistä sekä paluuta takaisin hänen omaan työhönsä. Usein tässä onnistutaan hyvin. On kuitenkin myös viitteitä siitä, että osasairauspäiväraha mielletään sairauspäiväraha-oikeuden jatkoksi tai lisäksi, jolloin työstä poissaoloaika voi tavoitteiden vastaisesti jopa pidentyä ja myös ammatillisen kuntoutuksen käynnistyminen viivästyä.

Suomalaisten työterveyslääkäreiden haastatteluihin pohjautuvassa tutkimuksessa havaittiin, että lääkäreiden tulee mielestään monestakin syystä pyrkiä vähentämään sairauspoissaoloja suosittelemalla työjärjestelyjä. Tämä ei kuitenkaan ole työterveyslääkäreillekään täysin yksinkertaista. Tulosten mukaan tarvitaan lisää tutkimusta ja koulutusta siitä, minkälaisissa sairauksissa, työolosuhteissa ja tilanteissa työjärjestelyjä voidaan hyödyntää turvallisesti aiheuttamatta haittaa potilaalle tai työpaikalle (Horppu ym 2016).

### Presenteismi

Puutteellinen tai puuttuva hoito, voimakas työmotivaatio tai liian pidättyväinen sairauspoissaolokäytäntö voi johtaa työskentelyyn sairaana ja mahdollisesti toipumisen hidastumiseen ja sairauspoissaolojaksojen uusiutumiseen. Sairaana työssä jatkamiseen liittyy myös alentunut työn tuottavuus (nk. presenteismi) sekä ennen mahdollista sairauspoissaoloa että mahdollisesti myös sen jälkeen, mikäli tavoitteena ei ole täysi kuntoutuminen ennen työhön paluuta. Työn muokkaaminen sopivammaksi voisi olla yksi keino mahdollistaa työssä kuntoutuminen ja vähentää pitkittyvään sairauspoissaoloon liittyviä riskejä.

### Työttömät

Toimintamalleja pitäisi hyödyntää kaikkien työikäisten kohdalla, myös työttömien. Työttömyyden pitkittyessä työkyvyn ja sairauspoissaolon tarpeen arviointi ja työllistymisen edellytysten selvittäminen vaativat moniammatillista yhteistyötä (Kerätär 2016). Pitkäaikaistyöttömien työkykyä arvioitaessa tulisi noudattaa samoja periaatteita kuin työssäkäyvien osalta. Haasteena on, mihin työnkuvaan työttömän työkykyä verrataan. Työttömän työkyvyn arvioiminen ja työhön paluun tukeminen edellyttää lääkärin arviota työ- ja toimintakyvystä sekä työelämän asiantuntijan arviota niistä mahdollisista työtehtävistä, joista työttömän voidaan olettaa selviytyvän työkyvyn rajoitteet huomioiden.

## 2.2 OHJEISTUKSEN LAADINTAA PUOLTAVIA JA KYSEENALAISTAVIA SEIKKOJA

### Puoltavia seikkoja

- Ohjeistus selkeyttäisi kaikille osapuolille sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointia sekä arviointiprosessia.



- Ohjeistus kiinnittäisi huomiota työ- ja toimintakykyyn ja työn muutosmahdollisuuksiin arvioitaessa sairauspoissaolon tarvetta.
- Sote-uudistuksen tavoitteena on parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta. Potilaiden pitäisi saada samanlaista hoitoa riippumatta siitä, kenen lääkärin vastaanotolle he haikautuvat. Tämä vähentäisi lääkäreiden välistä toimintakäytäntöjen vaihtelua. Tämä toteutuisi ohjeistuksen myötä paremmin myös sairauspoissaolojen tarpeen ja keston arvioinnin osalta. Ohjeistuksen myötä lääkäreiden välinen vaihtelu sairauspoissaolojen tarpeen ja keston arvioinnissa voisi vähentyä, työkyvyn arviointiin voisi tulla lisää objektiivisuutta ja toiminta yhdenmukaistua.
- Kelan kyselyn mukaan huomattava osa työikäisiä hoitavista lääkäreistä toivoo tällaista ohjeistusta ainakin joihinkin sairauksiin. Asiantuntijoiden laatima ohjeistus tukisi kliinistä päätöksentekoa yksittäisten potilaiden kohdalla.
- Sairauspoissaoloja koskevia suosituksia on käytössä monissa maissa (de Boer ym 2016).

### Kyseenalaistavia seikkoja

- Ohjeistus olisi yleisluontoinen ja se voisi koskea vain tavanomaisia tilanteita. Työ- ja toimintakyvyn arviointi olisi joka tapauksessa tehtävä aina yksilöllisesti ja arvioinnissa olisi aina otettava huomioon muut yksilölliset ja työhön liittyvät tekijät. Diagnoosi tai edes toimintakyky ei voi yksistään määrittää sairauspoissaolon tarvetta eri töissä ja tehtävissä. Lisäksi potilaalla voi olla samanaikaisesti useampia työ- ja toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia.
- Sairauspoissaoloja koskevilla ohjeilla voi olla kielteisiä vaikutuksia, jos ne johtavat mekaaniseen sairauspoissaolon pituuden määrittelyyn. Ohjeistuksella ei voida rajoittaa potilaan oikeuksia eikä niillä voi syrjäyttää lääkärin velvollisuutta arvioida tapauskohtaisesti potilaan terveydentilasta johtuvaa sairauspoissaolon tarvetta. Ohjeistukset voivat siten toimia ainoastaan apuna arvioitaessa yksittäistapauksessa sairauspoissaolon tarvetta ja sen pituutta (Freeman ja Lewis, 2000).
- Jos ohjeistus olisi diagnosoiperustainen, siinä olisi vaikea ottaa huomioon työtä ja sen erityispiirteitä. Ohjeistuksessa tulisi diagnosoita lisäksi ottaa huomioon sairauden tai vamman henkilölle aiheuttaman toimintakyvyn alenemisen luonne ja määrä. On kyseenalaista voidaanko ammattisidonnaisen työkyvyttömyyden kesto eri sairauksissa riittävän yksiselitteisesti määritellä. Diagnosoiperustainen sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointi ei huomioi työpaikan ja -tehtävän merkitystä eikä anna työkaluja sopivien työtehtävien muokkaamisessa. Jotta ohjeistus ei vähentäisi työn muokkauksen mahdollisuuden käyttöä, on siinä huomioitava työn vaatimukset osana sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointia.
- Useissa maissa on lääkäreille annettuja suosituksia sairauspoissaolojen pituuksista eri sairauksissa. Tuoreen katsausartikkelin mukaan (de Boer ym. 2016) niiden tieteellinen pohja on rajallinen ja vaikuttavuus epäselvä. Mikäli lähtökohtana on tehdä ohjeistukset tieteelliseen näyttöön ja käytännön kokemukseen pohjautuen useille diagnooseille huomioiden erilaisten työtehtävien vaatimukset, ohjeistusten tekeminen vaatii huomattavia resursseja (Vonk Noordegraaf ym. 2011).



Uusi sähköinen B-todistus, joka on vaiheistusasetuksen mukaan otettava käyttöön vuoden 2017 loppuun mennessä, tulee ohjaamaan toiminta- ja työkyvyn arviointia sekä kirjaamista tavalla, joka yhdenmukaistaa ja parantaa työkyvyttömyyttä koskevia lausuntoja. Tämä parantaa myös työkyvyttömyden objektiivisen arvioinnin edellytyksiä vakuutuslaitoksissa.





## 3 KÄYTÖSSÄ OLEVIA TAPOJA TUOTTAJA JA JULKAISTA OHJEISTUS

Työkyvyn arviointiin ja sairauspoissaolon tarpeen ja keston arvioinnin tueksi on monissa maissa kehitetty lääkäreille malleja. Arvioitaessa mallien hyödyllisyyttä suomalaisten sairauspoissaolojen hallinnan välineinä, tulee kuitenkin muistaa, että mallit ovat kontekstisidonnaisia. Tässä raportissa ei ole mahdollisuutta käsitellä kyseisten maiden sosiaalivaikutusjärjestelmiä eikä työlainsäädäntöä, jossa määritellään yhtäältä työntekijöiden oikeuksia ja toisaalta työnantajien velvollisuuksia, kuten palkanmaksuvelvollisuutta, muuta taloudellista kompensatiota tai työnantajan velvollisuuksia osatyökykyisen työntekijän työssä jatkamisen tukemiseksi.

### 3.1 KANSAINVÄLISET MALLIT

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>)

- Ruotsissa huolestuttiin jo 1990-luvun alkupuolella korkeasta sairauspoissaolotasosta. Försäkringskassanille tilastoituvat yli 2 viikkoa kestävät sairauspoissaolot; ne nousivat 1990-luvulla vuoteen 2002 asti jonka jälkeen ne lähtivät laskuun. Ruotsissa on systemaattisesti tehty hallituksen johdolla päätöksiä ja toimenpiteitä sairauspoissaolojen vähentämiseksi. Muutoksia on tehty samanaikaisesti useita, mikä vaikeuttaa yksittäisen päätöksen vaikutusten arviointia (Hägglund ym. 2010; Försäkringskassan 2011).
- Ruotsissa laadittiin yhteistyössä erikoislääkäriyhdistysten kanssa diagnoosipohjainen ohjeistus sairauspoissaolojen arviointiin, joka otettiin käyttöön vuonna 2007 (<https://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>). Ohjeistuksen tavoitteena oli prosessin laadunvarmistus, yhtenäisyys ja oikeusturva sekä alueellisen vaihtelun vähentäminen. Ohjeistuksen ajateltiin toimivan tukena lääkäreille sairauspoissaolojen todistamisessa, koska se sisältää suosituksia sairauspoissaolojen pituudesta normaalitapauksissa ja suosituspituuden ylittäminen vaatii selvityksen Försäkringskassalle. Suositus sisältää yli 100 diagnoosia ja niihin liittyvän työkyvyn arvioinnin.
- Vuonna 2009 tehdyn kyselyn mukaan lähes 60 % lääkäreistä noudatti suosituksia ja noin 70 % sairauslomista noudatti suosituspituuksia. Ohjeistusta pidetään edelleen hyvänä, mutta lääkäreiden koulutuksessa nähdään puutteita ja ohjeistuksen kehittämistä pidetään tärkeänä.
- Ohjeistuksen voimaantultua sairauspoissaolojen väheneminen jatkui vuoteen 2010 saakka. Näkemykset ohjeistuksen merkityksestä vähenemiseen eivät ole yksimielisiä (Hägglund ym. 2010; Försäkringskassan 2011). Vuoden 2010 jälkeen sairauspoissaolot ovat nousseet 56 % vuoteen 2014 mennessä. Nousu on tapahtunut kaikissa ikäryhmissä,



molemmilla sukupuolilla ja kaikissa ammattiryhmissä. Suurin nousu on havaittu nuorilla, naisilla ja psyykkisten syiden vuoksi tapahtuneissa sairauspoissaoloissa.

- Seuraavana tavoitteena Ruotsissa on "Beslutsstödets" (Päätöksentuki) -dokumentin digitalisoiminen, jotta sitä voidaan käyttää laajemmin (ml. sairaalat ja laitokset, koko perusterveydenhuolto ja kaikki terveydenhuollon ammattilaiset) sekä Beslutsstödets-dokumentin uudistaminen ja päivittäminen (dokumentin sisältö ja käyttö). Beslutsstödets- linjausten lisäksi Ruotsissa pidetään nykyään tärkeänä toimintakyvyn arviointia osana työkyvyttömyyden arviointia (AFU: Aktivitetsförmågeutredning). Tämä tarkoittaa syvennettyä lääketieteellistä selvitystä, jossa arvioidaan työn vaatimuksia suhteessa työntekijän toimintakyvyn nykytyössä.

•  
Fit note –toimintatapa (<https://www.gov.uk/government/collections/fit-note>)

- Viranomaisten pyynnöstä Iso-Britanniassa julkaistiin vuonna 2008 katsaus "Working for a Healthier Tomorrow- Review of the Health of Britain's Working Age Population". Tämän katsauksen pohjalta tehtiin 10 ehdotusta. Yhdessä ehdotettiin, että paperisesta sairauspoissaolotodistuksesta tulisi siirtyä sähköiseen lomakkeeseen, jolla on mahdollista arvioida jäljellä olevaa työkykyä ja parantaa työnantajien, työntekijöiden ja yleislääkäreiden välistä vuorovaikutusta.
- Fit note on ollut käytössä vuodesta 2010 lähtien paperisena ja vuodesta 2012 sähköisessä muodossa. Lomake mahdollistaa eri johtopäätökset. Lääkäri voi pitää potilasta työkyvyttömänä (unfit for work), mutta myös sairaudesta huolimatta tukea työssä jatkamista (you may be fit for work provided...). Lomakkeella hoitava lääkäri voi antaa työpaikalle ohjeita työn muokkaamiseksi joko valitsemalla vaihtoehdon valmiilta listalta tai kirjoittamalla vapaata tekstiä. Tällä hetkellä uuden lomakkeen käyttö on pakollista yleislääkäreille, työterveyslääkäreille ja sairaalalääkäreille, joille on netissä julkaistu erilliset ohjeet, kuten potilaille, työnantajille ja esimiehillekin. Mikäli työpaikalla ei voida toteuttaa ehdotettuja työjärjestelyitä, fit note –lomake toimii kuten sairauspoissaolotodistus.
- Vuosina 2013-14 analysoitiin reilut 800 fit note –lomaketta, joista 91 %:ssa potilasta pidettiin työkyvyttömänä, 7 %:ssa työkykyä katsottiin olevan jäljellä ja 2 %:ssa ei oltu valittu kumpaakaan vaihtoehtoa. Jos työkykyä oli arvioitu olevan jäljellä, oli 85 %:ssa valittu yksi tai useampi tarjolla olleista vaihtoehdoista työn muokkaamiseksi, ja 89 %:ssa ohjeistusta oli annettu vapaalla tekstillä.
- Suurimpana esteenä jäljellä olevan työkyvyn hyödyntämiselle ja suositusten tekemiselle pidetään yleislääkäreiden puutteellista koulutusta ja työpaikkatuntemuksen puutetta. Tutkimusten mukaan työterveyteen ja työkyvyttömyyteen liittyvällä koulutuksella tätä puutetta on saatu korjattua.
- Hallitus on käynnistänyt myös Fit for Work –palveluiden verkoston. Sen tarkoitus on omalta osaltaan auttaa työnantajaa, työntekijää ja lääkäriä sopivien työjärjestelyiden suunnittelussa. Tämä palvelu perustuu case managerointiin ja potilaiden moniammatilliseen tukeen sairauspoissaolon alkuvaiheessa. Sen tavoitteena on mahdollistaa kaikille



pääsy työhön liittyvän tuen piiriin. Jos sairauspoissaolo jatkuu yli neljä viikkoa, yleislääkärin velvollisuus on konsultoida verkoston asiantuntemusta.

The Medical Disability Advisor (<http://www.mdguidelines.com>)

- USA:ssa on laajalti käytössä varsin perusteellinen The Medical Disability Advisor - ohjeistus työkyvyn arvioinnissa. Se huomioi yksilön lisäksi työkyvyn kannalta oleellisen työn kuormittavuuden. Sairauden diagnostisten kriteerien lisäksi arvioidaan hoitoa, ennustetta, erotusdiagnostiikkaa, oheissairauksia, kuntoutuksen tarvetta, toipumisaikaa, työrajoitteita ja työkyvyttömyyden kestoa eri tilanteissa. Ohjeistusta käytetään vakuutuslaitoksissa, terveydenhuollossa ja työpaikoilla.

•

Job Accommodation Network (<https://askjan.org/media/atoz.htm>)

- Job Accommodation Network -sivusto antaa ohjeita työn muokkaamiseksi eri sairauksiin liittyvän toimintakyvyn rajoitteen mukaisesti sen sijaan, että suositeltaisiin diagnoosikohtaisesti tietyn mittaisia työkyvyttömyysjaksoja. Ohjeiston lähtökohta on lainsäädännössä (Americans with Disabilities Act), jossa kielletään syrjimästä ketään terveydellisin perustein.
- Mikäli sairauksiin liittyvää työkyvyttömyyttä halutaan vähentää, työpaikkojen tueksi tarvitaan yksinkertaisia ohjeita siitä, miten työtä tulee muokata, jotta työntekijä pärjäisi siellä sairautensa kanssa. Tavoitteena on pitää sairauteen liittyvä haitta työssä mahdollisimman pienenä ja työntekijän mahdollisuus tuottavaan työhön mahdollisimman hyvänä.
- Tältä sivustolta löytyy aakkosellinen luettelo diagnooseista, joiden osalta käydään lyhyesti läpi keskeiset lääketieteelliset näkökohdat, hoito ja erityisesti mitä sairauden osalta tulee huomioida, kun pyritään tukemaan työssä pärjäämistä kyseessä olevan sairauden kanssa. Kunkin tunnistetun toimintakyvyn haasteen kohdalla annetaan konkreettisia ehdotuksia siitä, miten suoriutumista työssä voidaan helpottaa.
- Sairauspoissaolojen tarpeeseen ja keston liittyvän suosituksen vaikuttavuutta tarpeettoman pitkien poissaolojen vähentämisessä lisää se, että myös työpaikoilla lisätään tiedon- saantimahdollisuuksia työn muokkaamistarpeista ja -mahdollisuuksista.

## 3.2 KÄYPÄ HOITO –JÄRJESTELMÄ SUOMESSA

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

- Käypä hoito –suositukset perustuvat tieteelliseen näyttöön ja ne ovat laajasti hyväksytyjä ja käytettyjä ohjeita hoidon perusteena Suomessa. Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Ne toimivat tukena lääkärin käytännön työssä ja perustana laadittaessa alueellisia hoito-ohjelmia. Hoitosuosi-



tukset voivat sisältää perusteltuja kannanottoja sellaisistakin merkittävistä terveydenhuollon kysymyksistä, joista ei ole tieteellistä näyttöä tai joista sitä ei voida saada. Niitä päivitetään tarvittaessa.

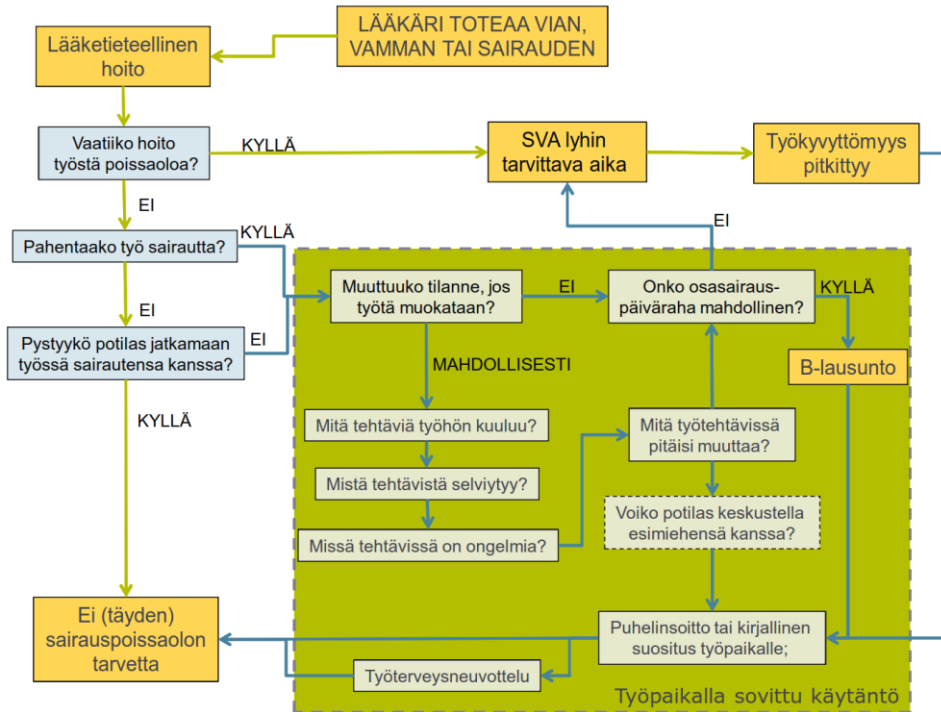
- Depression Käypä hoito –suositus on yksi suosituksista, jossa on arvioitu myös sairauspoissaolon tarvetta osana hoitoa. Se on hyvä esimerkki tavasta toteuttaa mahdollinen ohjeistus. Sen viimeisin päivitys julkaistiin huhtikuussa 2016.
  - Päivitystyössä depression Käypä hoito –suosituksessa diagnostiikan merkitystä ja työhön paluuta korostetaan, samoin korostetaan työterveyshuollon koordinaatiroolia ja verkostoyhteistyötä työssä jatkamisen ja työhön paluun tukemisessa. Suosituksessa painotetaan sitä, että sairauspoissaolon tarpeeseen ja pituuteen vaikuttavat sairauden lisäksi toimintakyky, työn vaatimukset sekä työpaikan mahdollisuudet tarvittaviin työhön liittyviin tukitoimiin tai työjärjestelyihin. Lievässä depressiossa sairauspoissaolo ei yleensä ole tarpeen. Keskivaikeassa depressiossa jäljellä olevan toimintakyvyn riittävyys riippuu työn vaatimuksista ja mahdollisuuksista työssä jatkamista tukeviin työjärjestelyihin. Vaikeassa tai psykoottisessa depressiossa jäljellä oleva toimintakyky ei yleensä riitä minkään työn vaatimuksiin.
  - Sairauspoissaolon tarvetta arvioitaessa on punnittava mahdolliset hyödyt ja haitat potilaan kannalta. Työssä käyvän depressiopotilaan osalta arvioidaan, onko työpaikalla tarvetta ja mahdollisuuksia työkykyä edistäviin työjärjestelyihin (esim. siirtyminen tilapäisesti vuorotyöstä päivätyöhön, asiakastyöstä taustatyöhön) tai muihin työhön liittyviin tukitoimiin. Jos hoitovaste on osittainen, on tarpeen selvittää työpaikan mahdollisuudet osatyökykyisen työntekijän työhön paluun tukemiseen. Asteittaista työhön paluuta voidaan tukea osasairauspäivärahan avulla. Masennustilasta toipuvan työ- ja toimintakyky palautuu usein oireiden häviämistä hitaammin. Toipilasaika tulisi tarvittaessa huomioida työnkuvassa esimerkiksi sopimalla paluuvaiheen toimenkuvasta. Työterveyshuollon, muun terveydenhuollon (esim. hoitovastuussa oleva psykiatri) ja kuntoutuksen (esim. psykoterapia) toimiva yhteistyö on työkyvyn tukemisessa olennaista. Pitkittyvän työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi myös yhteistyö työssäkäyvän depressiopotilaan esimiehen kanssa on tärkeää.



## 4 TYÖRYHMÄN ESITYS

Työryhmä esittää, että

- Tehdyn selvityksen perusteella on mahdollista tehdä ohjeistus lääkäreille sairauspoissaolojen tarpeen ja keston arviointiin. Ohjeistus olisi nykyisen lainsäädännön puitteissa annettu **suositus** hyvästä toimintatavasta liittyen työ- ja toimintakyvyn ja sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin ottaen huomioon työ ja työn erityispiirteet sekä yksilöllinen harkinta moniammatillista toimintatapaa hyödyntäen.
- Työryhmä oli yksimielinen siitä, että suosituksesta voitaisiin tehdä **geneerinen malli**.
  - Se voisi olla Käypä hoito –suosituksen tyyppinen yleinen suositus sairauspoissaolotarpeen ja keston arvioinnista. Malli ottaisi huomioon sekä sairauspoissaolon osana hoitoa että työpaikalla tehtävät toimenpiteet.
  - Suositus voisi sisältää vuokaaviotyypin ohjeistuksen sairauspoissaolotarpeen arvioinnissa huomioon otettavista seikoista sekä sairauteen liittyvän työ- ja toimintakyvyn arvioinnista (vuokaavioesimerkki alla).
  - Suositus olisi mahdollista tehdä erityisesti sairastumisen tai vammautumisen alkuvaiheen osalta. Sairauspoissaolon keston pitkittyessä yksilölliset tekijät niin toimintakyvyn kuin työn osalta vaikuttavat enenevästi työhön paluun edellytyksiin. Myös sairauksien yhteisesiintyvyys, erityisesti kun mukana on mielenterveyden häiriö, liittyy sairauspoissaolojen pitkittymiseen.
  - Työmarkkinaosapuolten ja työterveyshuollon edustajien osallistumista valmisteluun pidetään tärkeänä.



TTI 2013

Kuva 2. Sairauspoissaolojen tarpeen arviointi vuokaavion avulla (Työterveyslaitos 2013).

- Työryhmä oli erimielinen siitä tarvitaanko sairaus- tai diagnoosikohtaisia suosituksia.
  - Sairaus- tai diagnoosikohtainen suositus sairauspoissaolon tarpeesta ja tavanomaisesta kestosta voitaisiin tehdä esimerkiksi Ruotsin mallin mukaisesti (Försäkringsmedicinskt Beslutsstöd). Suositus julkaistaisiin tällöin erillisenä. Sairauskohtaiset suositukset työ- ja toimintakyvyn arvioinnista käsittäisivät merkittävimmät sairauspoissaoloja aiheuttavat sairaudet (esimerkiksi alkuun 10-20 tavallisinta sairauspoissaoloja aiheuttavaa sairautta).
  - Sairauksiin liittyvää työ- ja toimintakyvyn arviointia voitaisiin ohjeistaa myös osana Käypä hoito -suosituksia. Osana jatkotyöskentelyä voitaisiin myös kerätä tietoa siitä, miten Käypä hoito -suosituksissa jo nyt ohjeistetaan sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin eri sairauksissa. Jatkossa suositusten päivitysten yhteydessä niihin voitaisiin liittää ohjeistus työ- ja toimintakyvyn arvioinnista sekä sairauspoissaolotarpeesta ja keston.



- Uudet sähköiset A- ja B-todistukset tarjoavat mahdollisuuden lääkärikohtaisen palautteen antamiseen omista diagnoosikohtaisista sairauspoissaolokäytännöistä nykyisen lääkemääräyspalautteen kaltaisesti sekä suosituksen käytön seurantaan.







## 5 SUOSITUKSEN MAHDOLLISET VAIKUTUKSET

### Sairauspoissaolojen keston ja tarpeen arviointi

Suositus voisi lisätä potilaiden yhdenvertaisuutta, jos lääkäreiden väliset erot sairauspoissaolotarpeen ja keston arvioinnissa vähenevät. Se voisi yhdenmukaistaa sairauspoissaolokäytäntöjä ja tehdä sairauspoissaolojen tarpeen ja keston arvioinnin prosessin nykyistä läpinäkyvämmäksi. Suosituksella voitaisiin myös vähentää erilaisten työpaikan ristiriitojen, elämänhallinnan ongelmien ja muiden vastaavien tilanteiden medikalisoitumista sairauspoissaolotarpeen perustelemiseksi.

Toisaalta ongelmana olisi se, että suosituksessa on haastavaa huomioida yksilöittäin vaihtelevia sairauspoissaaloon vaikuttavia tekijöitä, kuten muut sairaudet, psykososiaalinen tilanne ja työhön liittyvät tekijät. Diagnoosin lisäksi pitäisi kiinnittää huomiota toimintakykyyn ja työn vaatimusten ja toimintakyvyn suhteeseen. Suosituksen vaikutus tilanteissa, joissa työkyky on alentunut, mutta työtä ei ole mahdollista muokata tarvittavalla tavalla jäljellä olevan työkyvyn hyödyntämiseksi on erilainen kuin tilanteissa, joissa työtä voidaan muokata jäljellä olevan työkyvyn mukaisesti.

Suositus tukisi lääkärikunnan toimintatapoja ja yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa. Suositukseen voidaan kirjata myös tarvittava yhteistyö työterveyshuollon kanssa. Työterveyshuolto tuntee työntekijän työn vaatimukset ja työolosuhteet. Suosituksen avulla työterveyshuollon asiantuntemusta työkyvyn arvioinnissa voidaan hyödyntää nykyistä enemmän ja työterveyshuollon rooli työkyvyntuen koordinaatiossa paranee. Työnantajalla on vastuu työn terveellisyydestä ja turvallisuudesta sekä työn ja työolosuhteiden muokkaamisesta työntekijän työkykyä vastaavaksi. Suositus voisi parhaimmillaan auttaa työterveyshuoltoa vahvistamaan asiantuntijarooliaan työnantajan ja työyhteisön tukena sekä neuvonantajana näissä tilanteissa.

### Sairauspoissaolojen väheneminen

Sairauspoissaolot ovat monisyinen ilmiö. Niihin vaikuttavat erittäin monet tekijät: työntekijän yksilöllisten ominaisuuksien ja sairauden lisäksi myös mm. sairauden diagnosointi ja hoito, muu terveydentila, toimintakyky, työ, työolot, johtaminen, työn organisointi ja muut mahdollisuudet, työyhteisö, (työ)kulttuuri, työmotivaatio, työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen, asuinalue ja sosiaalinen viitekehys, sosiaaliturva- ja korvausjärjestelmä, lääkäreiden sairauspoissaolokäytännöt ja työaikaresurssit potilasta kohden sekä hoito- ja kuntoutusmahdollisuudet. Sairauspoissaaloon liittyy myös juridinen näkökulma mm. työkyvyttömyyden juridisen määritelmän osalta. Lääkäreiden käyttöön laadittu suositus sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin koskettaisi vain osaa tästä kokonaisuudesta,



eikä sairauspoissaoloihin voi vaikuttaa pelkästään vaikuttamalla lääkäreiden toimintatapoihin.

Teoriassa suositus voi jopa vaikuttaa sairauspoissaolojen määrää lisäävästi, jos työntekijät tulevat tietoisiksi suosituksista sairauspoissaolon tarpeeseen ja keston liittyen ja ne aletaan nähdä subjektiivisen oikeuden sisältävinä vähimmäiskestoina (eli suositus nähdään minimipituutena).

Raportin liitteenä on taulukoituna työryhmän jäsenten tunnistamia mahdollisia hyötyjä ja haittoja työntekijän, hoitavan lääkärin, työnantajan ja yhteiskunnan näkökulmista.



## 6 SUOSITUKSEN VALMISTELU

Suositus ehdotetaan valmisteltavaksi asiantuntijatyönä siten, että riittävä lääketieteellinen ja työelämän asiantuntemus on edustettuna. Tarkempi kustannusarvio ja rahoitus ehdotetaan selvitettäväksi jatkotyössä. Suosituksen lisäksi olisi hyvä miettiä, miten työpaikkoja voisi tukea tarpeellisten työjärjestelyjen tekemiseksi yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Sairauspoissaolojen hallintaan tähtäävien toimien ohella on tärkeää edistää sellaisia ennaltaehkäiseviä, hoidollisia ja kuntouttavia keinoja, joilla työssä jaksamista ja jatkamista voidaan tukea. Tietojärjestelmiin on rakennettava mahdollisuus ohjeistuksen käytön, sen vaikuttavuuden ja sairauspoissaolojen määrän kehityksen seurantaan. Tämän kustannusarvio ja vastaavan investointihyödyn arviointi jää jatkovalmisteluun.





## LÄHTEET

de Boer WEL, Mousavi SM, Delclos GL, Benavides FG, Lorente M, KUnz R. Expectation of sickness absence duration: a review of statements and methods used in guidelines in Europe and North America. *European Journal of Public Health*, 2016;2(2):306-11.

Depressio (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 5.6.2016). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Freeman M, Lewis A (edit). Law and medicine, Current legal issues volume 3. Oxford University Press, 2000.

Försäkringskassan. Försäkringsmedicinska beslutsstodet- En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster. Socialförsäkringsrapport 2011:7. Stockholm: Försäkringskassan.

Horppu R, Martimo KP, Viikari-Juntura E, Lallukka T, MacEachen E. Occupational physicians' reasoning about recommending early return to work and work modifications. *PLoS ONE* 2016;11(7):e0158588.

Hägglund P, Skogman Thoursie P. De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: En discussion om deras förväntade effekter. Rapport till Finanspolitiska rådet 2010/5.

Hinkka K, Niemelä M, Autti-Rämö I, Palomäki H, Pärnänen H, Vänskä J. Sairauspoissaolotarpeen määrittäminen – kyselytutkimus lääkäreille. *Kela Työpapereita* 2016;96.

Kankaanpää A. Sick leave prescribing practices. *Annales universitatis turkuensis*, D1132, Turku 2014.

Kerätär R. Kun katsoo kauempaa näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. *Universitas ouluensis*, D1340, Oulu 2016.

Martimo K-P, Liira J. Sairauspoissaolotarpeen arviointi. *Suomen Lääkärelehti* 2016;71(21):1513-18.

Pesonen S, Halonen JI, Liira J. Omailmoitus – tutkimus sairauspoissaolojen omailmoituksen käyttöön otosta ja vaikutuksista. Työterveyslaitos, Helsinki. 2016.

Rissanen Mikko, Kaseva Elina. Menetetyn työpanoksen kustannus. Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosasto, toimintapolitiikkayksikkö, strateginen suunnittelu ryhmä. 2014.



Tarvainen K, Pesonen S, Laaksonen M. Alueellisella yhteistyöllä tukea työkykyyn – HAH-MOTUS: Selvitys työkyvyn tuen ja sen koordinaation toteutumisesta viiden sairaanhoitopiirin alueella työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen toimijoiden välisessä yhteistyössä. Työterveyslaitos, Helsinki. 2015.

Vonk Noordegraaf A, Huirne JA, Brölmann HA, van Mechelen W, Anema JR. Multidisciplinary convalescence recommendations after gynaecological surgery: a modified Delphi method among experts. BJOG 2011;118:1157-67.



## LIITE

Työryhmän jäsenten näkemyksiä suositusten mahdollisista hyödyistä ja haitoista.

|                        | <b>Hyödyt</b>   | <b>Haitat</b>   |
|------------------------|---|---|
| <b>Työntekijä</b>      | <p>Sairauspoissaoloperusteet yhdenmukaistuvat ja yhdenvertaisuus paranee. Vähentää lääkäreiden välistä vaihtelua arvioinnissa. Lisää läpinäkyvyyttä, objektiivisuutta ja oikeudenmukaisuutta.</p> <p>Vältetään tarpeettoman pitkiä toipumista hidastavia ja työkyvyn vaarantavia sairauspoissaoloja. Työhön palaaminen voisi nopeutua ja kuntoutustoimien suunnittelu aikaistua. Työkykyasioiden kokonaishallinta voi parantua ja olemassa oleva työkyky tulee arvioinnin keskiöön.</p> | <p>Voi johtaa mekaaniseen toimintatapaan, joka jättää ottamatta huomioon yksilölliset erityispiirteet, kuten työja toimintakyky suhteessa työn vaatimuksiin, eikä huomioi työpäikällä tehtäviä järjestelyjä, joilla mahdollistetaan työssä jatkaminen. Diagnoosin lisäksi pitää kiinnittää huomiota toimintakykyyn ja työn vaatimusten ja toimintakyvyn suhteeseen. Voidaanko työtehtäväsidoonaisen työkyvyttömyyden kesto eri sairauksissa riittävän yksiselitteisesti määritellä?</p> <p>Alueelliset erot: erilaiset resurssit ja hoitokäytännöt eri paikkakunnilla (esim. psykiatrien ja psykoterapian saatavuus) vaikuttavat toipumisaikoihin.</p> <p>Varhainen työhön paluu voi olla hyvää hoitoa ja silloin minimiksi mielletävä ohje voisi toimia haitallisesti.</p> |
| <b>Hoitava lääkäri</b> | <p>Selkeyttää työkyvyttömyyteen liittyvää päätöksentekoa ja yhdenmukaistaa sairauspoissaolokäytäntöjä vaarantamatta potilas-lääkärisuhdetta.</p>  | <p>Ohjeistus voisi koskea vain perustilanteita; arviointi olisi joka tapauksessa tehtävä aina yksilöllisesti. Diagnoosikeskeinen lähestymistapa ei kata moniongelmaisen tilanteen arviointia.</p>   |





|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>Hoitavien lääkäreiden työn helpottuminen: uskottavaa tietoa ja työväline työkyvyn arvioon ennen kaikkea nuorille ja työkyvyn arvioimisen suhteen kokemattomille lääkäreille. Lääkäreiden tietämys voisi parantua eri sairauksien aiheuttamien toimintakykyrajoitusten kestoista. Ohjeistus kiinnittäisi lääkäreiden huomion diagnoosin merkitykseen, jolloin diagnosointi voisi tarkentua.</p> <p>Voi motivoida hoitavaa lääkäriä tehokkaiden hoitomenetelmien käyttöön.</p> <p>Helpottaa kommunikaatiota potilaan kanssa ja vähentää ristiriitoja tilanteissa, joissa potilas toivoo pidempää poissaoloa kuin lääkäri arvioi tarpeelliseksi. Työkalu lääkäreille myös potilaiden suuntaan vahvistamaan kokemusta sairauspoissaolon tarpeen ja sopivan pituuden määrittämisestä.</p> <p>Mahdollisuus yhdistää ”päätöksenteon tukeen” potilastietojärjestelmissä, jolloin sairauspoissaolon arviointi teknisesti helpottuu.</p> | <p>Sairauspoissaolon tarpeen arvioiminen voi muuttua liian kaavamaiseksi, yksilöllinen arviointi vähenee. Työkyky on usein monitekijäinen kokonaisuus ja usean sairauden yhdistelmät ovat tavallisia.</p> <p>Vähäinen tutkimustieto päätöksenteon tueksi ainakin mielenterveyden häiriöiden osalta (erityisesti muiden kuin masennustilojen osalta).</p> <p>Suosituskestot voidaan siksi kokea huonosti perusteltuina, eikä niihin luoteta. Kestojen haarukka voi varmuussyistä jäädä niin suureksi, että sillä ei ole ohjaavaa vaikutusta.</p> <p>Ohjeet saatetaan tulkita minimi- tai maksimiohjeina. Keskimääräiseksi tarkoitettu sairauspoissaolo alkaa muodostua vähimmäis- tai enimmäiskestoksi.</p> <p>Voi aiheuttaa ristiriitoja lääkäreiden ja potilaiden välillä. Potilaat alkavat vaatia ohjeiden mukaista hoitoa – lääkärin arvioinnin merkitys vähenee.</p> |
|--|---|--|



|                    |  |   |
|--------------------|--|---|
| <b>Työnantaja</b>  | <p>Lisää ymmärrystä sairauspoissaolojen tarpeesta ja kestosta. Sairauspoissaolon kesto perustuu näyttöön tai vähintään kokemuseräiseen tietoon vaadittavasta toipumisajasta, jonka puitteissa työkyky yleensä palautuu.</p> <p>Työnantajan mahdollisuudet muokata työtä voidaan ottaa huomioon.</p> <p>Mahdollisuus puuttua ajoissa työpaikan ongelmiin paranee; ei yritetä peittää niitä hakeutumalla sairauslomalle.</p> | <p>Työnantajat saavat välineen kyseenalaistaa lääkärin arvio: esimiehet, työnantajat saattavat tulkita suositusta yksioikoisesti ja työntekijän oikeusturva voi kärsiä.</p> <p>Suosituksista muodostuu minimi tai maksimi, joka käytetään, vaikka tapauskohtaisesti lyhyempikin poissaolo olisi hoidon kannalta riittävä tai toipuminen vaatisi pidemmän sairauspoissaolon.</p> |
| <b>Yhteiskunta</b> | <p>Potilaiden yhdenvertaisuus parantuisi.</p> <p>Hoitavan lääkärin lisääntyvä huomio poissaolon lääketieteellisiin perusteisiin helpottaa arviointia sosiaalivakuutuksen piirissä.</p> <p>Voisi lisätä luottamusta lääkäreihin. Vakuutettujen yhtenäinen kohtelu. Vähentää työkyvyttömyyspäätöksiin liittyviä valituksia</p>   | <p>Vaatii merkittävän työpanoksen käydä erikoisalojen kanssa läpi vähintään keskeiset diagnoosit ja arvioida niihin liittyvä sairauspoissaolotarve erilaisissa työtehtävissä. Ohjeistus voi olla vanhentunut jo syntyessään.</p> <p>Jos ohjeet mielletään vain suosituksiksi, niiden ohjaava vaikutus jää heikoksi.</p>   |

Osana sopimusta vuoden 2017 työeläkeuudistuksesta päätettiin selvittää mahdollisuudet ottaa käyttöön ohjeistus sairauspoissaolotarpeen arvioinnista.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi Työterveyslaitokselle tehtäväksi koota selvitystä varten työryhmä. Työryhmässä on ollut mukana Akavan, EK:n, SAK:n, STTK:n, Suomen Lääkäriliiton, Duodecimin, Suomen työterveyslääkäriyhdistyksen, Kelan, STM:n ja Työterveyslaitoksen edustajat. Tämä julkaisu on työryhmän loppuraportti.

Toimeksiannon mukaan sairauslomien tarvetta ja tavanomaista kestoa koskevien arvioiden on perustuttava tutkittuun tietoon ja kliiniseen kokemukseen tyypillisesti työkykyä rajoittavien sairauksien ja vammojen aiheuttamista keskimääräisistä työkyvyttömyysjaksoista. Olenainen merkitys on myös työn sisällöstä ja työstä terveydentilalle ja toimintakyvyille aiheutuvilla vaatimuksilla.

Työryhmän selvityksen perusteella on mahdollista laatia lääkäreille ohjeistus sairauspoissaolotarpeen ja keston arvioimiseksi keskeiseen osaan sairauksista ja tapaturmista. Ohjeistus olisi nykyisen lainsäädännön puitteissa annettu suositus lääkäreille hyvästä toimintatavasta.

**Työterveyslaitos**  
**Arbetshälsoinstitutet**  
**Finnish Institute of Occupational Health**

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

ISBN 978-952-261-666-1 (pdf)  
ISBN 978-952-261-667-8 (nid)