

Pitkien sairauspoissaolojen kehitys maakunnittain 2010–2019

RIKU PERHONIEMI & JENNI BLOMGREN & SAULI JÄPPINEN

Johdanto

Sairauspoissaolot aiheuttavat tuottavuuden menetyksiä ja etuusmenoja sekä lisäävät työkyvyttömyyden riskiä (Henderson ym. 2005; Kivimäki ym. 2007; Marmot ym. 1995; OECD 2020; Salonen ym. 2018). Erityisesti pitkät sairauspoissaolot ennustavat työkyvyttömyyseläkeriskiä ja siten pitkäaikaista työkyvyttömyyttä (Kivimäki ym. 2007; Salonen ym. 2018). Kelan sairauspäivärahan saamisella mitatut pitkät sairauspoissaolot ovat vähentyneet työkäisillä vuodesta 2007, mutta vuodesta 2017 alkaen ne ovat jälleen yleistyneet erityisesti mielenterveysperusteisten poissaolojen kasvun vuoksi (Blomgren 2017a; Blomgren & Perhoniemi 2021). Näiden muutosten jälkeen oltiin vuonna 2019 jälleen kutakuinkin vuoden 2010 tasolla: 9,5 prosenttia ei-eläkkeellä olevasta 16–67-vuotiaasta väestöstä sai sairauspäivärahaa (Blomgren 2020).

Alueellisesti viime vuosien kehitystä ei ole tarkasteltu, vaikka tiedetään, että sairauspoissaolojen yleisyys, kestot ja kustannukset vaihtelevat maakunnittain (Blomgren ym. 2019; Perhoniemi ym. 2020a). Maakuntakohtaiset ajalliset erittelyt ovat tärkeitä, jotta voidaan syventää ymmärrystä työkyvyttömyyden alueellisista haasteista. Tämä tarve korostuu paitsi yleisten alueellisten erojen hallinnan myös rakenteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen näkökulmasta.

Karkeasti ottaen maakuntaerot pitkissä sairauspoissaoloissa noudattelevat sairastavuuden (THL 2021) alue-eroja: Pohjois- ja Itä-Suomessa on sairauspoissaoloja Etelä- ja Länsi-Suomea enemmän

(Blomgren ym. 2019; Perhoniemi ym. 2020a). Pitkien sairauspoissaolojen esiintyvyys oli vuonna 2013 suurin Kymenlaaksossa, Kainuussa, Pohjois-Savossa ja Keski-Pohjanmaalla (Blomgren ym. 2019). Sairauspäivärahakustannukset vuonna 2019 noudattelivat melko samanlaisia maakuntaeroja (Perhoniemi ym. 2020a). Vastaavia maakuntaeroja on löydetty myös työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuksissa ja hakemisaltiliudessa (Laaksonen & Gould 2013; Perhoniemi ym. 2020b).

Yksilötasolla pitkien sairauspoissaolojen riskiä nostavat muun muassa korkea ikä, matala ammattiasema ja heikko terveydentila (Allebeck & Mastekaasa 2004; Beemsterboer ym. 2009; Hansen & Ingebrigtsen 2008; Laaksonen ym. 2010; Blomgren & Jäppinen 2016; Pekkala ym. 2017; Blomgren & Jäppinen 2021). Maakunnat eroavat väestörakenteiltaan (Repo 2018), mikä voi osin selittää alueellisia eroja pitkien sairauspoissaolojen määrässä. Maakuntien keskinäinen järjestys sairauspäivärahan esiintyvyydessä ja kustannuksissa on kuitenkin ollut pääosin samanlainen riippumatta siitä, onko väestörakenteita heijastelevia taustatekijöitä vakioitu vai ei (Blomgren ym. 2019; Perhoniemi ym. 2020a).

Valtaosa pitkistä sairauspoissaoloista maksetaan joko mielenterveyden häiriöiden tai tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella (Kela 2020). Tuki- ja liikuntaelinsairauksiin perustuvien sairauspoissaolojen pitkäaikainen väheneminen ja mielenterveysperusteisten poissaolojen tuore lisääntyminen (Blomgren & Perhoniemi 2021) ovat kehityskaaria, joita ei ole aiemmin tarkasteltu maakuntakohtaisesti.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan pitkien sairauspoissaolojen ajallista kehittymistä maakunnittain viime vuosikymmenen (v. 2010–2019) aikana Kelan maksaman sairauspäivärahaetuuden kautta. Näin saadaan tarkennettua ja syvennettyä kuvaa maakuntien välisistä eroista pitkien sairauspoissaolojen kehityksessä. Lisäksi maakuntaeroja tarkastellaan vakioimalla maakuntien välisiä väestörakenteen ja sairastavuuden eroja. Erikseen tarkastellaan mielenterveyden häiriöiden ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella maksettuja päivärahoja.

Sairauspäiväraha pitkien sairauspoissaolojen mittarina

Sairauspäiväraha on ensisijainen etuus alle vuoden kestävä työkyyttömyyden aikaisen toimeentulon varmistamiseksi. Sairauspäivärahaa voidaan maksaa tuloja korvaavana etuutena 16–67-vuotiaille ei-eläkkeellä oleville henkilöille, jotka ovat sairauden tai vamman takia estyneet tekemään tavallista työtään (SVL 1224/2004). Päivärahaa voivat saada paitsi työlliset myös muun muassa opiskelijat ja työttömät. Sairauspäivärahaa maksetaan pääsääntöisesti sairastumispäivän ja sitä seuraavien yhdeksän arkipäivän kestävä omavastuujan jälkeen. Siten sairauspäivärahan saamisella voidaan mitata vain melko pitkiä sairauspoissaoloja, sillä omavastuujan puiteissa loppuvista sairauspoissaoloista ei makseta sairauspäivärahaa.

Sairauspäivärahaa voidaan pääsääntöisesti maksaa enintään 300 arkipäivältä eli noin vuoden ajalta saman sairauden perusteella. Tämä enimmäisaika voi kertyä myös useista erillisistä jaksoista kahden vuoden aikana.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa käytettiin Suomen työikäistä väestöä koskevaa rekisteriaineistoa, johon yhdistettiin Kelan ja Tilastokeskuksen tietoja maksetuista sairauspäivärahaetuuksista sekä väestön demografisista, sosioekonomisista ja lääkkeiden erityiskorvausoikeuteen liittyvistä taustatekijöistä.

Kunkin kalenterivuoden tutkimusjoukoksi rajattiin Kelan rekisteritietojen perusteella tarkasteluvuotta edeltävän vuoden lopussa 16–67-vuotiaat Suomen väestöön kuuluneet henkilöt. Koska eläkkeellä olevilla ei pääsääntöisesti ole oikeutta sairauspäivärahaan, täydellä vanhuus- tai työ-

kyyttömyyseläkkeellä tai näihin rinnastettavalla eläkkeellä olevat henkilöt¹ rajattiin pois kustakin tutkimusjoukosta edellisen vuoden lopun tiedon perusteella. Tutkimusjoukon koko vaihteli 3 109 500 henkilöstä 3 132 918:aan henkilöön vuosien 2010 ja 2019 välillä.

Tarkastelut rajattiin koskemaan vain varsinaista sairauspäivärahaa, ja esimerkiksi osasairauspäivärahat jätettiin tarkastelun ulkopuolelle. Tutkimuksessa tarkasteltiin maakunnittain kunkin vuoden aikana maksettujen sairauspäivärahapäivien määrää yhtä 16–67-vuotiaista ei-eläkkeellä olevaa tutkimusjoukon henkeä kohden. Sairauspäivärahapäivien määrä valittiin tarkasteluun, koska se kertoo sairauspäivärahan saamisen yleisyyttä tai etuusjaksojen keskimääräistä pituutta konkreettisemmin todellisen työpanoksena menetettyjen päivien määrän.

Lisäksi osassa analyysyjä eriteltiin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden (F00–F99) ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien (M00–M99) perusteella maksettujen sairauspäivärahapäivien määrää. Tämä tehtiin maksetun sairauspäivärahakauden perusteena olleen pääasiallisen sairauden (ICD-10-luokitus; WHO 2008) perusteella.

Tarkasteltavina demografisina ja sosioekonomisina yksilötason taustamuuttujina olivat sukupuoli, ikäryhmä, siviilisäätö, koulutustaso ja ammatti-asema sekä sairastavuuteen liittyvänä taustamuuttujana lääkkeiden erityiskorvausoikeudet. Taustamuuttujien jakaumat vuosilta 2010 ja 2019 on esitetty taulukossa 1.

Keskimäärin henkeä kohden maksettujen sairauspäivärahapäivien määriä seurattiin vuosittain 2010–2019. Maakuntien välisiä tilastollisia eroja sen sijaan tarkasteltiin ainoastaan vuosina 2010 ja 2019.

Tilastolliset menetelmät

Aluksi tarkasteltiin graafisesti keskimääräisiä, tutkimusjoukon yhtä henkeä kohden maksettujen sairauspäivärahapäivien määriä vuosina 2010–2019 maakunnittain ilman väestörakenteen vakiointia. Yleistä maakunnittaista vaihtelua arvioitiin henkeä kohden maksettujen sairauspäivärahapäivien määrien keskihajonnalla maakuntien välillä. Sen jälkeen maakuntien välisiä eroja sairauspäivärahapäivien henkeä kohden lasketussa määrässä tarkasteltiin vuosien 2010 ja 2019 osalta negatiiv-

¹ Vuosina 2017 ja 2018 rajattiin ulos myös eläketukea kunkin vuoden joulukuussa saaneet henkilöt.

Taulukko 1. Taustamuuttujien jakaumat 16–67-vuotiaassa, ei-eläkkeellä olevassa väestössä 2010 ja 2019.

	2010		2019	
	N	%	N	%
Sukupuoli				
Mies	1 565 625	50,3	1 580 883	50,7
Nainen	1 543 875	49,7	1 538 141	49,3
Ikäryhmä				
16–29	924 989	29,8	897 917	28,8
30–39	632 401	20,3	690 841	22,2
40–49	702 311	22,6	634 998	20,4
50–67	849 799	27,3	895 268	28,7
Siviilisääty				
Naimisissa	1 355 050	43,6	1 242 252	39,8
Naimaton	1 399 500	45,0	1 531 545	49,1
Eronnut/leski	354 950	11,4	345 227	11,1
Ammattiasema				
Ylempi toimihenkilö	504 946	16,3	544 240	17,5
Alempi toimihenkilö	828 297	26,7	846 915	27,2
Työntekijä	713 850	23,0	703 209	22,6
Yrittäjä	242 774	7,8	208 333	6,7
Muu	819 633	26,4	816 327	26,2
Koulutustaso				
Ylempi korkea-aste	314 401	10,1	409 301	13,1
Alempi korkea-aste	678 846	21,8	704 701	22,6
Keskiaste	1 394 910	44,9	1 385 061	44,4
Korkeintaan perusaste	721 343	23,2	619 961	19,9
Lääkkeiden erityiskorvausoikeus				
Ei	2 630 003	84,6	2 648 883	84,9
On	479 497	15,4	470 141	15,1
Maakunta				
Uusimaa	954 495	30,7	1 034 287	33,2
Varsinais-Suomi	268 655	8,6	270 383	8,7
Satakunta	124 884	4,0	114 375	3,7
Kanta-Häme	97 709	3,1	92 071	3,0
Pirkanmaa	284 311	9,1	294 553	9,4
Päijät-Häme	113 324	3,6	106 930	3,4
Kymenlaakso	99 632	3,2	90 181	2,9
Etelä-Karjala	73 861	2,4	68 581	2,2
Etelä-Savo	82 163	2,6	71 944	2,3
Pohjois-Savo	136 194	4,4	130 844	4,2
Pohjois-Karjala	91 852	3,0	86 408	2,8
Keski-Suomi	154 435	5,0	151 509	4,9
Etelä-Pohjanmaa	105 204	3,4	98 295	3,2
Pohjanmaa	100 565	3,2	99 502	3,2
Keski-Pohjanmaa	39 142	1,3	35 819	1,2
Pohjois-Pohjanmaa	220 124	7,1	224 827	7,2
Kainuu	44 069	1,4	36 841	1,2
Lappi	102 336	3,3	94 664	3,0
Ahvenanmaa	16 545	0,5	17 010	0,6
Yhteensä N	3 109 500		3 119 024	
Yhteensä %		100		100

visen binomijakauman regressiomalleilla muodostettujen ilmaantumistiheyksien suhteiden (IRR) ja niiden 95 %:n luottamusvälien kautta. Mallit ajettiin sekä vakioimattomina että maakuntien väestörakennetta ja sairastavuutta heijastelevien taustatekijöiden suhteen vakioituna. Regressiomallien vertailumaakunnaksi valittiin Uusimaa. Analyysit tehtiin Stata 14.0 -tilasto-ohjelmistolla.

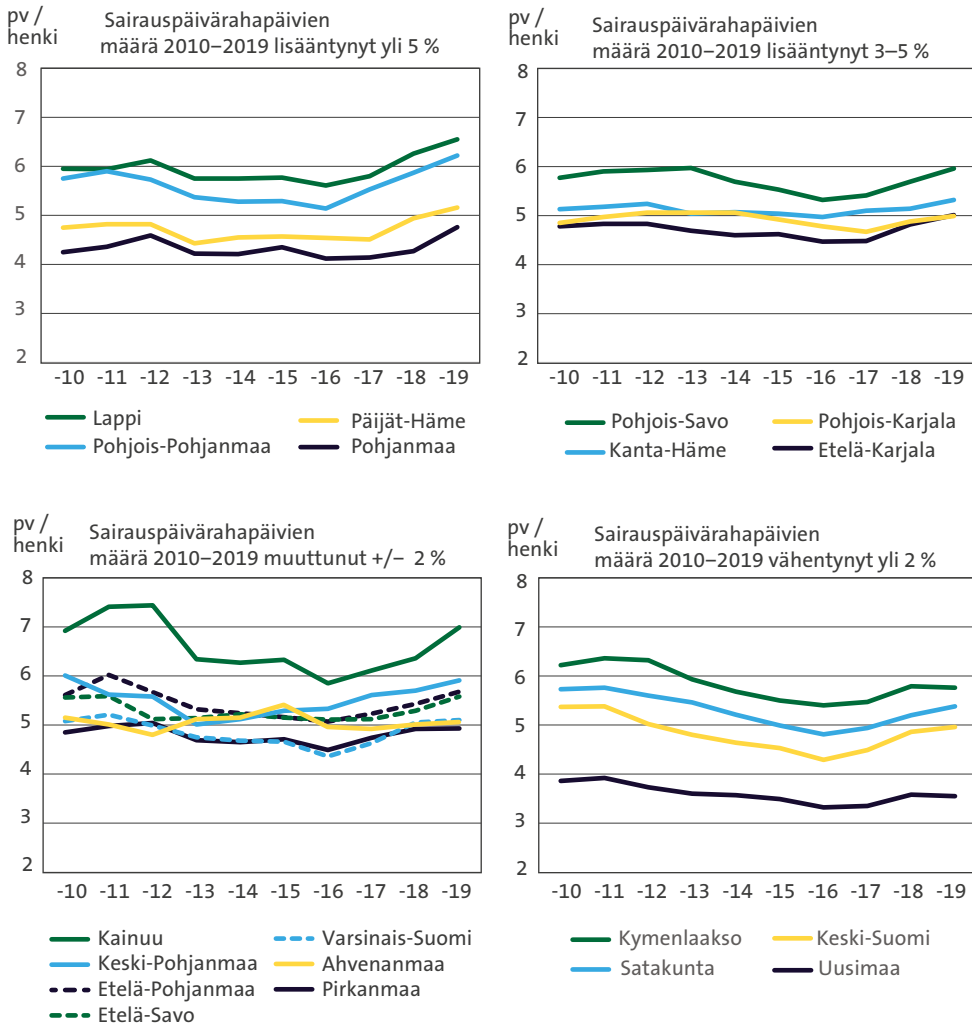
Tulokset

Henkeä kohden maksettujen sairauspäivärahopäivien määrät vuosina 2010–2019

Kuviossa 1 on esitetty yhtä maakunnan ei-eläkkeellä olevaa 16–67-vuotiasta tutkimusjoukon henkeä kohden maksettujen sairauspäivärahopäivien määrän kehittyminen vuosina 2010–2019. Valtaosassa maakuntia ajallinen muutos vastasi koko Suomen trendiä, jossa korvattujen sairauspäivien määrä laski melko tasaisesti 2010-luvulla ennen kuin alkoi jälleen nousta vuodesta 2017 alkaen.

Kuviossa maakunnat on jaettu neljään alaryhmään sen perusteella, minkä suuntaista ja miten suurta pitkän aikavälin muutosta oli tapahtunut seurannan alku- ja loppuvuosia vertailtaessa. Ensimmäisessä alaryhmässä sairauspäivärahopäivien määrä kasvoi 8–12 prosenttia vuosien 2010 ja 2019 välillä. Ryhmään kuuluivat Pohjanmaa, Lappi, Päijät-Häme ja Pohjois-Pohjanmaa. Myös toisessa alaryhmässä (Etelä- ja Pohjois-Karjala, Kanta-Häme ja Pohjois-Savo) päivärahopäivien määrä kaikkiaan kasvoi, mutta kasvu oli maltillisempaa, 3–5 prosenttia. Kolmannessa alaryhmässä, johon suuri osa maakuntia kuului, päivien määrä pysyi kutakuinkin samana (muutos +/- 2 %). Neljännessä alaryhmässä sairauspäivärahopäivien määrä väheni 6–8 prosenttia. Tähän ryhmään kuuluivat Satakunta, Kymenlaakso, Keski-Suomi ja Uusimaa.

Ajallisten muutosten ohella kuviossa 1 voi nähdä maakuntien välisen melko suuren tasoeron. Kainuussa, Lapissa, Pohjois-Savossa, Kymenlaaksoissa sekä Etelä-, Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalla sairauspäivärahopäiviä maksettiin paljon sekä vuonna 2010 (5,6–6,9 pv/henkilö) että yhä vuonna 2019 (5,7–7,0 pv). Vastaavasti Uudellamaalla ja Pohjanmaallakin, kasvusta huolimatta, oli vähiten korvattuja sairauspäiviä sekä vuonna 2010 (3,9–4,3 pv/henkilö) että vuonna 2019 (3,6–4,8 pv/henkilö). Erityisesti Uusimaa erottui muista maakun-



Kuvio 1. Sairauspäivärahopäivät henkeä kohti Suomen maakunnissa vuosina 2010–2019 jaoteltuna yleisen kehityksen mukaisiin ryhmiin.

nista jokaisena tarkasteluvuotena alhaisella päivärahopäivien määrällä. Maakuntakohtaiset ajalliset muutokset eivät kymmenessä vuodessa merkittävästi vaikuttaneet maakuntien keskinäiseen järjestykseen sairauspäivärahopäivien määrässä.

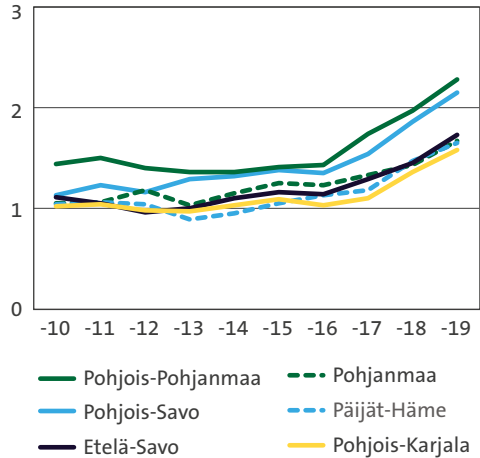
Mielenterveyden häiriöiden sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella maksettujen sairauspäivärahopäivien määrät vuosina 2010–2019

Kuvioissa 2 ja 3 on vastaavasti esitetty maakunnittain mielenterveyden häiriöiden sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella henkeä kohden maksettujen sairauspäivärahopäivien mää-

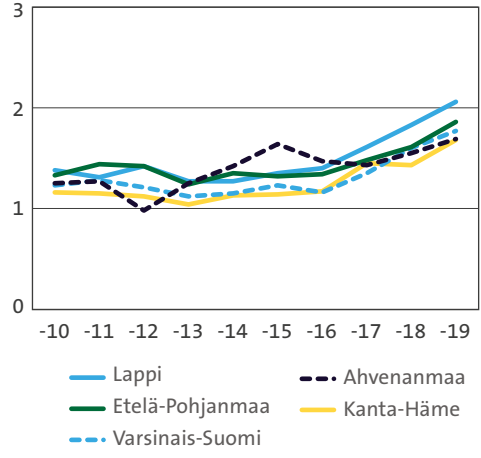
rien kehittyminen vuosina 2010–2019. Kuvioissa maakunnat on jälleen jaettu neljään alakuvioon sen perusteella, miten päivärahopäivien määrä oli suhteellisesti muuttunut vuosikymmenen aikana. Kuten Suomessa yleisesti, mielenterveysperusteisten sairauspäivärahopäivien määrä kasvoi jokaisessa maakunnassa samalla kun tuki- ja liikuntaelinsairauksiin perustuvien sairauspäivärahopäivien määrä vähentyi. Kehityksen seurauksena mielenterveyden häiriöiden ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella maksettiin seurannan lopussa suunnilleen saman verran sairauspäivärahopäiviä tutkittavan väestön yhtä henkeä kohden.

Mielenterveysperusteisten sairauspäiväraha-

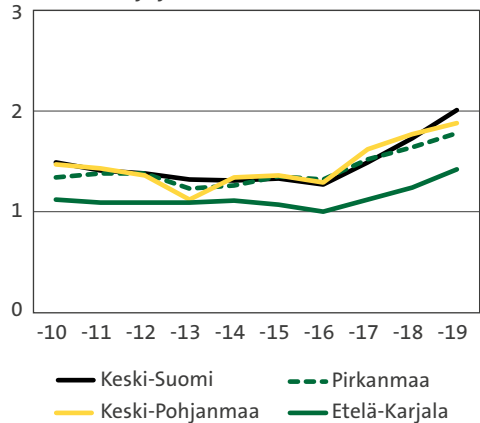
pv / Sairauspäivärahopäivien määrä 2010–2019
henki lisääntynyt yli 50 %



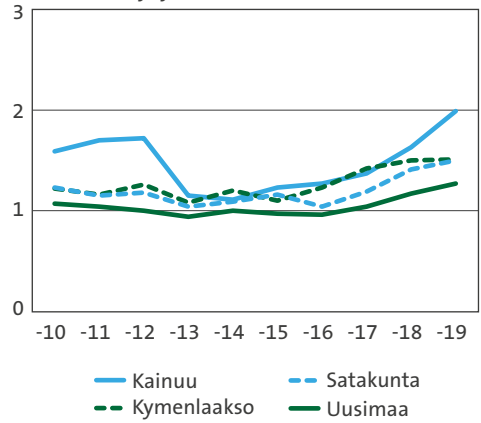
pv / Sairauspäivärahopäivien määrä 2010–2019
henki lisääntynyt 40–50 %



pv / Sairauspäivärahopäivien määrä 2010–2019
henki lisääntynyt 26–39 %



pv / Sairauspäivärahopäivien määrä 2010–2019
henki lisääntynyt 19–25 %

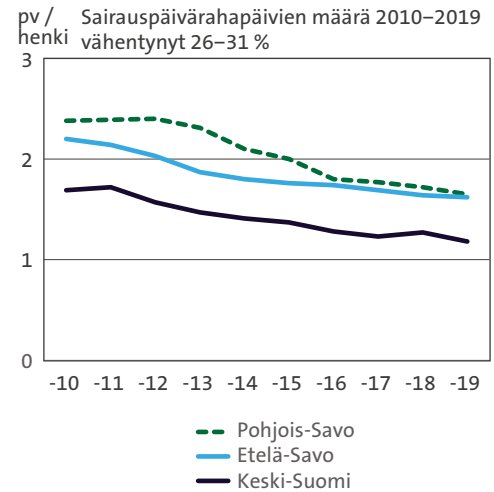
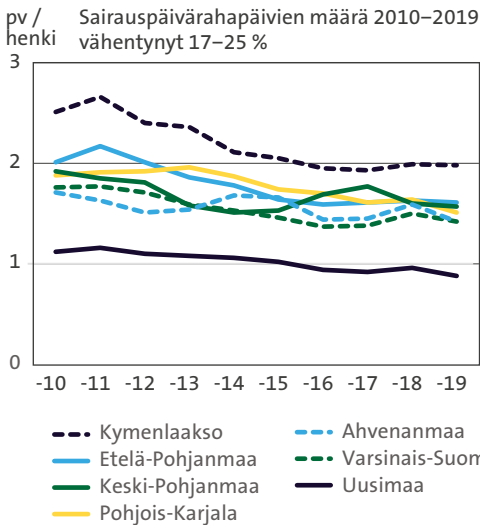
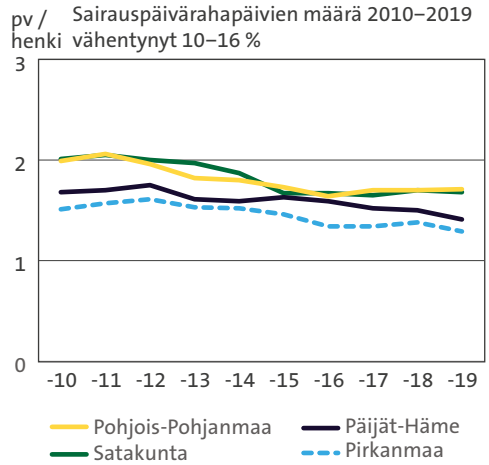
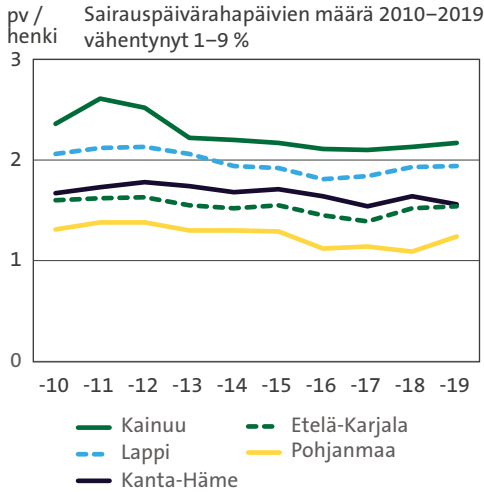


Kuvio 2. Mielenterveyden häiriöiden perusteella maksetut sairauspäivärahopäivät henkeä kohti Suomen maakunnissa vuosina 2010–2019 jaoteltuna yleisen kehityksen mukaisiin ryhmiin.

päivien määrä (kuvio 2) lisääntyi eniten Pohjois-Savossa, Pohjanmaalla, Päijät-Hämeessä, Pohjois-Pohjanmaalla, Etelä-Savossa ja Pohjois-Karjalassa, joissa kasvua oli jopa 55–90 prosenttia. Pohjois-Pohjanmaalla mielenterveysperusteisten sairauspäivärahopäivien määrä oli korkea jo 2010-luvun alussa, ja kun kasvu on ollut hyvin voimakasta, oli tässä maakunnassa väestöön suhteutettuna eniten mielenterveysperusteisia sairauspäivärahopäiviä vuonna 2019. Pohjois-Savo oli vuonna 2010 samalla tasolla monen muun maakunnan kanssa, mutta kymmenessä vuodessa mielenterveysperusteiset sairauspäivärahopäivät henkeä koh-

den lähes tuplaantuivat. Myös Lapissa, Kanta-Hämeessä, Varsinais-Suomessa, Etelä-Pohjanmaalla ja Ahvenanmaalla kasvu oli huomattavaa (40–50 %). Osassa maakuntia suhteellinen kasvu oli 26–35 prosenttia (kolmas alaryhmä). Uudellamaalla, Satakunnassa, Kymenlaaksossa ja Kainuussa viime vuosikymmenen aikainen kasvu mielenterveysperusteisissa sairauspäivärahopäivissä oli maltillisempaa (19–25 %) kuin muissa maakunnissa. Kasvu erityisesti vuoden 2016 jälkeen näkyi kaikissa maakunnissa.

Toisin kuin mielenterveysperusteiset päivärahat, tuki- ja liikuntaelinsairausperusteiset sairauspäivä-



Kuvio 3. Tuki- ja liikuntaelinsairauden perusteella maksetut sairauspäivärahopäivät henkeä kohti Suomen maakunnissa vuosina 2010–2019 jaoteltuna yleisen kehityksen mukaisiin ryhmiin.

rahopäivät henkeä kohti vähentyivät kymmenessä vuodessa melko tasaisesti kaikissa maakunnissa (kuvio 3). Maksettujen päivärahopäivien määrä henkeä kohden vaihteli maakuntien välillä kuitenkin suuresti, samoin muutoksen voimakkuus. Vähenneminen oli pienintä (-4–8 %) Kainuussa, Kanta-Hämeessä, Lapissa, Pohjanmaalla ja Etelä-Karjalassa. Erityisesti Kainuussa ja Lapissa tuki- ja liikuntaelinsairausperusteisten sairauspäivärahopäivien määrä pysyi korkeana koko seurannan ajan. Valtaosassa maakuntia lasku oli kymmenessä vuodessa 14–21 prosenttia (toinen ja kolmas alaryhmä). Pohjois- ja Etelä Savossa sekä Keski-Suomes-

sa henkeä kohden maksettujen päivärahopäivien määrä puolestaan väheni eniten, 26–31 prosenttia.

Maakuntaerot ilmaantumistiheyksien suhteina ja keskihajontoina

Taulukossa 2 esitetään suhteelliset maakuntaerot vuosina 2010 ja 2019 negatiivisen binomijakauman regressiomallien tuloksina eli maakunnittaisten sairauspäivärahopäivien ilmaantumistiheyksien suhteina (IRR). Analyysit on tehty erikseen kaikille sairauspäivärahopäiville sekä mielenterveysperusteisille ja tuki- ja liikuntaelinsairausperusteisille sairauspäivärahopäiville. IRR-kertoimet kertovat,

Taulukko 2. Vuoden aikana maksettujen sairauspäivärahopäivien ilmaantumistiheyksien suhteet (IRR) negatiivisen binomijakauman regressiomallien perusteella kaikille sairauspäivärahopäiville sekä erikseen kahdelle diagnosooryhmälle 2010 ja 2019. Vakioimattomat (IRR) ja vakioituid suhteet (vakioitu IRR). Uusimaa vertailuryhmänä. MT = sairauspäivärahopäivät mielenterveyshäiriön perusteella. TULES = sairauspäivärahopäivät tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella.

	2010						2019					
	Kaikki sairaudet			TULES			Kaikki sairaudet			TULES		
	IRR (LV 95 %)	vakioitu IRR (LV 95 %)	IRR (LV 95 %)	vakioitu IRR (LV 95 %)	IRR (LV 95 %)	vakioitu IRR (LV 95 %)	IRR (LV 95 %)	vakioitu IRR (LV 95 %)	IRR (LV 95 %)	vakioitu IRR (LV 95 %)	IRR (LV 95 %)	vakioitu IRR (LV 95 %)
Uusimaa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Varsinais-Suomi	1,31 (1,28-1,36)	1,29 (1,25-1,33)	1,15 (1,07-1,24)	1,13 (1,05-1,22)	1,58 (1,50-1,66)	1,52 (1,45-1,60)	1,44 (1,39-1,48)	1,38 (1,34-1,43)	1,4 (1,31-1,49)	1,34 (1,26-1,42)	1,6 (1,51-1,70)	1,44 (1,36-1,53)
Satakunta	1,49	1,35	1,15	1,03	1,8	1,64	1,51	1,35	1,18	1,09	1,89	1,6
	(1,42-1,55)	(1,29-1,40)	(1,03-1,27)	(0,93-1,14)	(1,67-1,93)	(1,53-1,75)	(1,45-1,58)	(1,29-1,41)	(1,08-1,29)	(1,00-1,19)	(1,73-2,06)	(1,48-1,74)
Kanta-Häme	1,33	1,25	1,08	1,09	1,49	1,42	1,5	1,35	1,32	1,29	1,76	1,47
	(1,27-1,39)	(1,19-1,31)	(0,96-1,21)	(0,98-1,22)	(1,38-1,62)	(1,32-1,54)	(1,42-1,57)	(1,29-1,42)	(1,20-1,46)	(1,17-1,43)	(1,60-1,94)	(1,34-1,60)
Pirkanmaa	1,26	1,23	1,25	1,24	1,36	1,3	1,39	1,36	1,41	1,36	1,45	1,35
	(1,22-1,29)	(1,20-1,27)	(1,16-1,34)	(1,16-1,34)	(1,29-1,43)	(1,24-1,37)	(1,35-1,43)	(1,32-1,40)	(1,32-1,49)	(1,28-1,44)	(1,37-1,54)	(1,28-1,43)
Päijät-Häme	1,23	1,11	0,98	0,88	1,5	1,39	1,45	1,32	1,3	1,22	1,58	1,33
	(1,18-1,28)	(1,06-1,16)	(0,88-1,09)	(0,80-0,98)	(1,39-1,62)	(1,29-1,49)	(1,39-1,52)	(1,26-1,38)	(1,18-1,42)	(1,11-1,33)	(1,45-1,73)	(1,22-1,44)
Kymenlaakso	1,61	1,48	1,14	1,08	2,25	2,1	1,62	1,41	1,19	1,12	2,22	1,76
	(1,54-1,69)	(1,42-1,55)	(1,01-1,27)	(0,97-1,21)	(2,08-2,44)	(1,95-2,27)	(1,54-1,71)	(1,34-1,48)	(1,08-1,32)	(1,02-1,24)	(2,02-2,45)	(1,61-1,93)
Etelä-Karjala	1,24	1,17	1,04	1,02	1,43	1,34	1,41	1,25	1,12	1,12	1,73	1,37
	(1,17-1,31)	(1,11-1,23)	(0,92-1,19)	(0,90-1,16)	(1,31-1,57)	(1,23-1,46)	(1,33-1,49)	(1,18-1,32)	(1,00-1,26)	(1,01-1,26)	(1,55-1,93)	(1,24-1,52)
Etelä-Savo	1,44	1,24	1,03	0,94	1,97	1,66	1,57	1,38	1,37	1,28	1,83	1,54
	(1,37-1,52)	(1,18-1,31)	(0,91-1,17)	(0,83-1,06)	(1,81-2,15)	(1,53-1,81)	(1,49-1,66)	(1,31-1,46)	(1,22-1,53)	(1,15-1,42)	(1,64-2,03)	(1,39-1,70)
Pohjois-Savo	1,49	1,35	1,06	0,97	2,13	1,94	1,68	1,57	1,7	1,53	1,86	1,7
	(1,43-1,55)	(1,29-1,40)	(0,96-1,17)	(0,88-1,07)	(1,99-2,28)	(1,82-2,08)	(1,61-1,75)	(1,51-1,64)	(1,56-1,85)	(1,41-1,66)	(1,72-2,02)	(1,58-1,84)
Pohjois-Karjala	1,26	1,08	0,95	0,84	1,68	1,42	1,4	1,27	1,24	1,14	1,7	1,43
	(1,20-1,32)	(1,03-1,13)	(0,84-1,07)	(0,75-0,94)	(1,55-1,83)	(1,31-1,54)	(1,33-1,48)	(1,21-1,34)	(1,12-1,38)	(1,03-1,26)	(1,54-1,87)	(1,30-1,57)
Keski-Suomi	1,39	1,33	1,39	1,35	1,51	1,52	1,4	1,38	1,59	1,48	1,33	1,17
	(1,34-1,44)	(1,29-1,39)	(1,26-1,52)	(1,23-1,48)	(1,41-1,61)	(1,43-1,62)	(1,34-1,45)	(1,32-1,43)	(1,46-1,72)	(1,37-1,60)	(1,23-1,43)	(1,09-1,26)
Etelä-Pohjanmaa	1,45	1,31	1,24	1,19	1,8	1,6	1,6	1,47	1,47	1,41	1,82	1,54
	(1,39-1,52)	(1,26-1,37)	(1,11-1,39)	(1,06-1,32)	(1,67-1,95)	(1,49-1,73)	(1,52-1,68)	(1,40-1,54)	(1,33-1,61)	(1,28-1,55)	(1,66-1,99)	(1,41-1,68)
Pohjanmaa	1,1	1,07	0,98	1,08	1,17	1,1	1,34	1,38	1,31	1,45	1,39	1,35
	(1,05-1,15)	(1,02-1,12)	(0,88-1,10)	(0,97-1,21)	(1,08-1,27)	(1,02-1,19)	(1,28-1,40)	(1,32-1,45)	(1,19-1,45)	(1,32-1,59)	(1,27-1,53)	(1,24-1,47)
Keski-Pohjanmaa	1,56	1,48	1,37	1,36	1,72	1,5	1,66	1,63	1,48	1,54	1,77	1,49
	(1,45-1,67)	(1,38-1,59)	(1,15-1,63)	(1,15-1,62)	(1,52-1,94)	(1,34-1,69)	(1,54-1,80)	(1,51-1,76)	(1,27-1,73)	(1,32-1,79)	(1,53-2,06)	(1,30-1,72)
Pohjois-Pohjanmaa	1,49	1,42	1,34	1,29	1,79	1,71	1,75	1,7	1,8	1,67	1,92	1,84
	(1,44-1,54)	(1,38-1,47)	(1,24-1,46)	(1,19-1,39)	(1,69-1,89)	(1,62-1,81)	(1,69-1,81)	(1,64-1,75)	(1,68-1,92)	(1,57-1,79)	(1,80-2,05)	(1,73-1,95)
Kainuu	1,79	1,54	1,48	1,26	2,11	1,86	1,97	1,72	1,57	1,49	2,44	1,92
	(1,67-1,92)	(1,44-1,64)	(1,26-1,75)	(1,08-1,49)	(1,88-2,37)	(1,66-2,07)	(1,82-2,12)	(1,60-1,86)	(1,35-1,83)	(1,28-1,73)	(2,11-2,83)	(1,67-2,20)
Lappi	1,54	1,36	1,29	1,21	1,84	1,65	1,84	1,63	1,63	1,48	2,19	1,78
	(1,47-1,61)	(1,30-1,42)	(1,16-1,44)	(1,08-1,35)	(1,70-1,99)	(1,53-1,78)	(1,76-1,94)	(1,55-1,71)	(1,48-1,80)	(1,34-1,63)	(1,99-2,40)	(1,63-1,94)
Ahvenanmaa	1,33	1,32	1,17	1,32	1,53	1,35	1,42	1,32	1,33	1,49	1,59	1,13
	(1,20-1,49)	(1,18-1,46)	(0,90-1,53)	(1,02-1,71)	(1,26-1,84)	(1,13-1,62)	(1,27-1,59)	(1,19-1,48)	(1,07-1,66)	(1,19-1,85)	(1,29-1,97)	(0,92-1,38)

kuinka moninkertainen oli sairauspäivärahopäivien määrä tutkittavan väestön henkeä kohden tiettyssä maakunnassa verrattuna Uuteenmaahan.

Ilman väestörakennetta heijastelevien taustatekijöiden vakiointia kaikissa muissa maakunnissa oli vuonna 2010 sairauspäivärahopäiviä Uuteenmaahan verrattuna 10–79 prosenttia enemmän, ja vuonna 2019 vastaavasti 34–97 prosenttia enemmän. Ero Uuteenmaahan oli molempina tarkasteluvuosina suurin Kainuussa ja pienin Pohjanmaalla. Muiden maakuntien erot Uuteenmaahan olivat molempina tarkasteluvuosina suurempia tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella maksettujen (IRR 2010: 1,17, –2,25; IRR 2019: 1,33–2,44) kuin mielenterveysperusteisten sairauspäivärahopäivien määrässä (IRR 2010: 0,95–1,48; IRR 2019: 1,12 – 1,80).

Arvioimme myös ajallista muutosta maakuntien välisessä vaihtelussa. Keskihajonta henkeä kohden maksetuissa sairauspäivärahopäivissä oli maakuntien välillä 0,7 päivää vuonna 2010 ja 0,8 päivää vuonna 2019. Maakuntien välinen keskihajonta kasvoi vuosina 2010–2019 hieman 0,2:sta 0,3 päivään mielenterveysperusteisissa sairauspäivärahopäivissä ja pieneni hieman 0,4:sta 0,3 päivään tuki- ja liikuntaelinsairausperusteisissa sairauspäivärahopäivissä.

Väestörakenteella ja sairastavuudella vakioidut maakuntaerot ilmaantumistiheyksien suhteina

Kun väestörakennetta ja sairastavuutta heijastelevien taustatekijöiden vaikutukset sairauspäivärahopäivien määrään vakioitiin maakuntien väliltä, laskivat muiden maakuntien suhteelliset ilmaantumistiheydet hieman verrattuna Uuteenmaahan (taulukko 2). Sairauspäivärahopäiviä oli kuitenkin edelleen kaikissa maakunnissa henkeä kohden enemmän kuin Uudellamaalla sekä vuonna 2010 että 2019.

Väestörakenteen ja sairastavuudenkin huomioiden useimpien maakuntien suhteellinen ero Uuteenmaahan kasvoi kymmenessä vuodessa: taustatekijät vakioiden muissa maakunnissa oli sairauspäivärahopäiviä Uuteenmaahan verrattuna 8–54 prosenttia enemmän vuonna 2010 ja 25–72 prosenttia enemmän vuonna 2019.

Siinä missä vuonna 2010 vain osassa maakuntia oli Uttamaata enemmän mielenterveysperusteisia sairauspäivärahopäiviä, vuonna 2019 niitä oli kaikissa muissa maakunnissa Uttamaa-

ta enemmän. Yleisesti muiden maakuntien ero Uuteenmaahan kasvoikin erityisesti mielenterveysperusteisten sairauspäivärahopäivien määrässä (IRR 2010: 0,84–1,36; IRR 2019: 1,09–1,67), ei niinkään tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella maksettujen sairauspäivärahopäivien määrässä (IRR 2010: 1,10–2,10 IRR 2019: 1,13–1,92).

Kaikkia päivärahopäiviä tarkastellessa korkeimmat ilmaantumistiheyksien suhteet Uuteenmaahan nähden olivat vakioiduissa malleissa vuonna 2010 Kainuussa, Kymenlaaksossa sekä Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalla. Vuonna 2019 Uudesta maasta erosivat puolestaan eniten Kainuu, Pohjois-Pohjanmaa, Lappi, Keski-Pohjanmaa ja Pohjois-Savo. Pohjois-Savon nousu niiden maakuntien joukkoon, joissa maksettiin henkeä kohden eniten sairauspäivärahopäiviä, johtui mielenterveysperusteisesti maksettujen sairauspäivärahopäivien suhteellisesti suuresta määrästä 2019 (IRR 2010: 0,97; IRR 2019: 1,53). Maakuntien väestörakenteen ja sairastavuuden mukaan vakioidut mallit näyttivät myös, että Kymenlaakson ero Uuteenmaahan laski kymmenessä vuodessa tuki- ja liikuntaelinsairausperusteisten sairauspäivärahopäivien vähenemisen ansiosta (IRR 2010: 2,10; IRR 2019: 1,76).

Pohdinta

Tutkimuksessa tarkasteltiin maakunnittain, miten maksettujen sairauspäivärahopäivien määrät jokaista ei-eläkkeellä olevaa työikäistä kohden ovat kehittyneet vuosina 2010–2019. Aiempi tutkimus on tuonut esiin pitkien sairauspoissaolojen melko vakaan vähenemisen 2010-luvulla mutta myös mielenterveysperusteisten sairauspoissaolojen noususta johtuvan sairauspäivärahopäivien määrän selvän lisääntymisen vuodesta 2017 (Blomgren & Perhoniemi 2021). Sama yleinen kehitystrendi koskee tämän tutkimuksen perusteella kaikkia maakuntia. Muissa maakunnissa maksettiin Uttamaata enemmän sairauspäivärahopäiviä vuosina 2010 ja 2019. Vuosikymmenen aikana muiden maakuntien ero Uuteenmaahan myös kasvoi mielenterveysperusteisten sairauspäivärahopäivien määrässä. Samoin kasvoi maakuntien välinen yleinen vaihtelu mielenterveysperusteisten sairauspäivärahopäivien määrässä. Vuosikymmenessä tapahtuneet ajalliset muutokset ei-

vät toisaalta merkittävästi vaikuttaneet maakuntien keskinäiseen järjestykseen sairauspäivärahopäivien määrässä.

Ajallinen muutos vaihteli maakuntien välillä. Osassa maakuntia sairauspäivärahopäivien määrä henkeä kohden oli kymmenessä vuodessa noussut selvästi: Pohjanmaalla, Lapissa, Päijät-Hämeessä ja Pohjois-Pohjanmaalla sairauspäivärahopäivien määrä kasvoi kymmenessä vuodessa maakunnista eniten, 8–12 prosenttia. Kasvu näissä maakunnissa johtui pääosin nimenomaan mielenterveysperusteisten sairauspäivärahopäivien lisääntymisestä.

Mielenterveysperusteiset sairauspäivärahopäivät henkeä kohden lisääntyivät kymmenessä vuodessa kaikissa maakunnissa, mutta kasvu oli erisuuruista maakunnasta riippuen. Yllä mainittujen Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Päijät-Hämeen ohella tämä kasvu oli suurta Pohjois- ja Etelä-Savossa sekä Pohjois-Karjalassa.

Osassa maakuntia puolestaan sairauspäivärahopäivien määrä henkeä kohden oli vähentynyt: Satakunnassa, Kymenlaaksossa, Keski-Suomessa ja Uudellamaalla sairauspäivärahopäivät vähenevät 6–8 prosenttia. Satakunnassa, Kymenlaaksossa ja Uudellamaalla tämä selittyi sillä, että samalla kun muiden diagnoosien aiheuttamat etuuspäivät vähentyivät, ei myöskään mielenterveysperusteisten sairauspoissaolojen määrässä tapahtunut yhtä suurta nousua kuin muualla. Kymenlaakson ja Keski-Suomen suunta selittyi myös tuki- ja liikuntaelinsairausperusteisten sairauspoissaolojen merkittävällä laskulla.

Kaikille maakunnille yhteinen suuntaus, jossa mielenterveysperusteiset sairauspoissaolot lisääntyvät ja tuki- ja liikuntaelinsairausperusteiset vähentyvät kertonee osin työn muuttumisesta. Fyysinen työ vähenee ja henkisesti vaativa tietotyö lisääntynee riippumatta ammateista tai maakuntien toimialapainotuksesta. Viime vuosina tapahtuneen mielenterveysperusteisten sairauspoissaolojen kasvun tiedetään koskevan erityisesti naisia (Blomgren & Perhoniemi 2021). Viimeksi kuluneiden vuosien aikana myös haittaavan kiireen kokemus työssä on lisääntynyt erityisesti naisilla (Sutela ym. 2019). Mielenterveysperusteisten poissaolojen lisääntymisen taustalla voivat olla myös työelämän tekijöistä riippumaton mielenterveyden ongelmien yleistyminen, hoitoon hakeutumisen yleistyminen tai työelämän vaatimusten kasvu, jolloin mielenterveyshäiriöiden kanssa on vaikeaa pärjätä työssä (Pirkola 2021; Markkula & Suvisaari 2018).

Väestörakenteiden ja sairastavuuden maakuntaerot huomioivissa analyyseissä kaikissa muissa maakunnissa oli sekä vuonna 2010 että vuonna 2019 Uuttamaata enemmän sairauspäivärahopäiviä henkeä kohden, mikä vastaa aiempien tutkimusten tuloksia (Blomgren ym. 2019; Perhoniemi ym. 2020a). Uudenmaan ero muihin maakuntiin myös kasvoi kymmenessä vuodessa erityisesti mielenterveysperusteisten sairauspäivärahopäivien määrässä. Taustalla voi olla monia tekijöitä, mutta terveyspalveluiden saatavuus ja saatavuus on Uudellamaalla verrattain hyvää (Pentala-Nikulainen ym. 2018; Sotkanet 2021). Tämä osaltaan saattaa selittää, miksi mielenterveysperusteisten sairauspäivärahopäivien määrä kasvoi viime vuosikymmenen aikana Uudellamaalla keskimääräistä vähemmän.

Maakuntaerot väestörakenteissa ja sairastavuudessa selittävät eroja sairauspäivärahopäivien määrässä (Blomgren ym. 2019). Tässä tutkimuksessa muiden maakuntien ero Uuteenmaahan pieneni mutta säilyi, kun väestörakenteen ja sairastavuuden vaikutus vakioitiin. Selityksiä maakuntaeroihin ja maakuntien erisuuntaisiin kehityskulkuihin täytyy siten hakea osin muista tekijöistä, joita tässä tutkimuksessa ei voitu ottaa huomioon. Yksi keskeinen tekijä on alueellinen toimialapainotus. Ajallisesta muutoksesta riippumatta esimerkiksi Kymenlaaksossa, Pohjois-Savossa, Pohjois-Pohjanmaalla, Kainuussa, Lapissa ja Satakunnassa on vuodesta toiseen paljon tuki- ja liikuntaelinten sairauksista johtuvia poissaoloja, kun maakuntien väestörakenteiden erot otetaan luvuissa huomioon. Näissä maakunnissa tehdään paljon fyysistä työtä muun muassa teollisuuden, maan-, metsä- ja kalatalouden sekä kaivostoiminnan alueilla (Owalgroupp 2017), eivätkä maakuntien väliset toimialaerot muutu nopeasti.

Muita mahdollisia selityksiä sairauspoissaolojen maakuntaeroille ovat sairauksien erilainen alueellinen painottuminen, elinolot, elintavat sekä eroavaisuudet muun muassa paikallisissa sosiaalisissa oloissa ja sairauspoissaolokulttuureissa (Laaksonen & Gould 2013; Martelin ym. 2006; Virtanen ym. 1997; 2010). Tässä tutkimuksessa sairastavuuden indikaattorina käytetty lääkkeiden erityiskorvausoikeus ei varmasti täysin riittänyt huomioimaan maakuntien välisiä terveyseroja. Yksityiskohtaisempia diagnoosiryhmäkohtaisia tarkasteluja, jotka heijastaisivat maakuntakohtaisia painotuksia sairauksissa, ei tässä tutkimuksessa tehty.

Vaikka pitkät sairauspoissaolot kertovat työky-

vyttömyydestä, vaikuttavat myös taloussuhdanteet sairauspoissaolojen ajalliseen kehittymiseen. Nämä vaikutukset ovat kuitenkin monimutkaisia. Yhtäältä työttömyyden kasvun on nähty vähentävän sairauspoissaoloja ja sairauspäivärahan saamista (Leigh 1985; Blomgren 2017b; Blomgren ym. 2021). Tämä johtuu siitä, että työttömyyden kasvaessa potentiaalisesti sairauspäivärahaa haakevien määrä vähenee. Työttömyyden kasvaessa osatyökykyiset työntekijät saattavat joutua muita herkemmin palkkatyön ulkopuolelle jättäen työllisiin työkyvyiltään valikoidun ja vähemmän sairauspoissaoloja aiheuttavan työntekijäjoukon. Samoin heikommassa taloussuhdanteessa työntekijöiden kynnys jäädä pois töistä voi olla korkeampi. Tällainen dynaaminen prosessi voi osin selittää myös maakuntien välisiä eroja sairauspäivärahakehityksessä. Toisaalta samoilla alueilla on usein samanaikaisesti sekä korkea työttömyysaste että korkea työkyvyttömyysaste. Talouden taantumat voivat muutenkin vaikuttaa eri toimialapainotuksilla varustettuihin maakuntiin keskenään eri tavoin.

Tällä hetkellä rakenteilla olevan sote-uudistuksen tarkoituksena on laskea julkisia menoja sekä tehostaa ja yhdenvertaistaa palveluja, mikä voi onnistuessaan kaventaa maakuntaeroja sairauspäivärahojen määrissä. Maakunnallinen pitkien sairauspoissaolojen seuraaminen tuokin alueellisille ja valtakunnallisille päättäjille tärkeää taustatietoa maakuntien tilanteesta ja kehityksestä. Toimivilla sote-palveluilla voidaan osaltaan yleisemminkin ehkäistä työkyvyttömyyttä ja sen pitkitty-

mistä. Pääosin yksityisesti järjestetyt, työnantajien ja työntekijöiden kustantamat työterveyshuoltopalvelut ovat tässä pääosassa. Kuitenkin myös julkiset palvelut ja perusterveydenhuoltoa tarjoavat terveyskeskukset ovat suuressa roolissa, varsinkin työterveyshuollon palvelujen ulkopuolella olevien kohdalla. Mielenterveyshäiriöiden aiheuttaessa yhä kasvavan määrän sairauspoissaoloja korostuu mielenterveys- ja kuntoutuspalvelujen lisäksi julkisten sosiaalipalvelujen toimivuus. Sosiaalipalvelut tukevat muun muassa toimeentuloa, perhettä ja asumista sekä tarjoavat parhaimmillaan varhais- ta tukea työkyvyn ylläpitämiseen. Olennaista olisi myös parantaa tiedonkulkua eri sote- ja viranmaistoimijoiden välillä. Tähän on kiinnitetty huomiota myös tulevan sosiaaliturvauudistuksen valmistelussa (STM 2021).

Koronapandemia puolestaan hankaloittaa johdonmukaista pitkien sairauspoissaolojen seuraamista, koska se näyttää vaikuttaneen sairauspäivärahojen trendiin: vuonna 2020 sairauspäivärahan saaminen väheni vuoteen 2019 verrattuna (Blomgren 2021). Taustalla tässä vähenemisessä voivat olla muun muassa etätöiden kasvu, työnantajien joustot itseilmoitetun sairastamisen kestosta tai sairaustodistusten tarpeesta sekä hoitoon haikutumisen ja influenssataruntojen vähentymisen. Koronan pidempiaikaisesta vaikutuksesta sairauspoissaoloihin ei vielä ole käsitystä, mutta on selvää, että epidemia saattaa kurittaa maakuntien taloutta ja väestön terveyttä eri tavoin.

KIRJALLISUUS

- Allebeck, Peter & Mastekaasa, Arne (2004) Risk factors for sick leave. *General studies. Scandinavian Journal of Public Health* 32 (Suppl. 63), 49–108.
- Beemsterboer, Willibrord & Stewart, Roy & Groothoff, Johan & Nijhuis, Frans (2009) A literature review on sick leave determinants (1984–2004). *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 22 (2), 169–179.
- Blomgren, Jenni (2017a) Pitkät sairauspoissaolot vähentyneet kaikkien aikojen ennätykseen. Kelan tutkimusblogi 4.10.2017. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4164> (luettu 1.4.2021)
- Blomgren, Jenni (2017b) Kun työttömyys vähenee, sairauspoissaolot yleistyvät. Kelan tutkimusblogi 29.11.2017. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4305> (luettu 1.4.2021)
- Blomgren, Jenni (2020) Mielenterveyden häiriöistä joutuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä. Kelan tutkimusblogi 29.1.2020. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5168> (luettu 7.4.2021)
- Blomgren, Jenni (2021) Sairauspoissaolot kääntyivät laskuun koronavuonna 2020. Kelan tutkimusblogi 13.1.2021. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5764> (luettu 7.4.2021)
- Blomgren, Jenni & Jäppinen, Sauli (2016) Sairauspäiväraha maksetaan useimmin työntekijäammateissa toimiville. *Sosiaalivakuutus* 20.9.2016. <https://sosiaalivakuutus.fi/sairauspaivaraha-maksetaan-useimmin-tyontekijaammateissa-toimiville/> (luettu 2.1.2021)
- Blomgren, Jenni & Jäppinen, Sauli (2021) Incidence and Length of Sickness Absence among Hierarchical Occupational Classes and Non-Wage-Earners: A Register Study of 1.6 Million Finns. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(2), doi:10.3390/ijerph18020501
- Blomgren, Jenni & Jäppinen, Sauli & Rahkonen, Ossi & Pekkala, Johanna & Lahelma, Eero (2019) Pitkien sairauspoissaolojen alue-erot selittyvät vain osin väestörakenteella ja sairastavuudella. *Suomen Lääkärilehti* 47 (74), 2734–2738.
- Blomgren, Jenni & Laaksonen, Mikko & Perhoniemi,

- Riku (2021) Changes in unemployment rates affect sickness absence and disability retirement rates: analysis of panel data on Finnish municipalities, 2003–2017. [Lähetetty vertaisarvioitavaksi.]
- Blomgren, Jenni & Perhoniemi, Riku (2021) Increase in sickness absence due to mental disorders in Finland: trends by gender, age and diagnostic group in 2005–2019. *Scandinavian Journal of Public Health*, doi: 10.1177/1403494821993705
- Hansen, Hans-Tore & Ingebrigtsen, Tor (2008) Social class and sickness absence in Norway. *Acta Sociologica* 51 (4), 309–327.
- Henderson, Max & Glozier, Nicholas & Elliott, Kevin (2005) Long term sickness absence. *BMJ* 330, 802–803.
- Kela (2020) Kelan sairausvakuutustilasto 2019. Helsinki: Kela, SVT.
- Kivimäki, Mika &, Ferrie Jane & Hagberg, Jan ym. (2007) Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61, 915–920.
- L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki.
- Laaksonen, Mikko & Gould, Raija (2013) Regional differences in disability retirement. Explaining between-county differences in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 39 (6), 609–617.
- Laaksonen, Mikko & Mastekaasa, Arne & Martikainen, Pekka & Rahkonen, Ossi & Piha, Kustaa & Lahelma Eero (2010) Gender differences in sickness absence. The contribution of occupation and workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 36 (5), 394–403.
- Leigh, Paul (1985) The effects of unemployment and the business cycle on absenteeism. *Journal of Economics and Business* 37 (2), 159–170.
- Markkula, Niina & Suvisaari, Jaana (2018) Onko mäsennus lisääntynyt suomalaisessa aikuisväestössä? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 55 (3), 189–99.
- Marmot, Michael & Freaney, Amanda & Shipley, Martin & North, Fiona & Syme, Leonard (1995) Sickness absence as a measure of health status and functioning. From the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 49, 124–130
- Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo & Valkonen, Tapani (2006) Mortality. In Seppo Koskinen & Arpo Aromaa & Jussi Huttunen & Juha Teperi (eds) *Health in Finland*. Helsinki: National Public Health Institute THL, National Research and Development Centre for Welfare and Health STAKES and Ministry of Social Affairs and Health, 48–51.
- OECD (2020) Public spending on incapacity. <https://data.oecd.org/socialexp/public-spending-on-incapacity.htm#indicator-char> (luettu 3.6.2020)
- Owalgrou (2017) Maakuntien vahvuudet. Helsinki: Owalgrou.
- Pekkala, Johanna & Blomgren, Jenni & Pietiläinen, Olli & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (2017) Occupational class differences in diagnostic-specific sickness absence. A register-based study in the Finnish population, 2005–2014. *BMC Public Health* 17, doi: 10.1186/s12889-017-4674-0
- Pentala-Nikulainen, Oona & Koskela, Timo & Parikka, Suvi ym. (2018) Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. thl.fi/finsote (luettu 3.6.2020)
- Perhoniemi, Riku & Blomgren, Jenni & Jäppinen, Sausli & Virta, Lauri (2020a) Sairauspäivärahojen kustannukset maakunnittain vuonna 2019. Kelan työpapereita 155/2020. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/317019>
- Perhoniemi, Riku & Blomgren, Jenni & Laaksonen, Mikko (2020b) Työkyvyttömyyseläkehakemusten ja hylkäysosuuksien maakunnalliset erot. *Yhteiskuntapolitiikka* 85 (1), 62–72.
- Pirkola, Sami (2021) Yleistyvätkö mielenterveyshäiriöt vaiko vain niiden aiheuttama haitta? *Lääkärilehti* 76 (5), 239.
- Repo, Joonas (2018) Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta ja väestö. TEM-analyysija 78/2017. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Salonen, Laura & Blomgren, Jenni & Laaksonen, Mikko & Niemelä, Mikko (2018) Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes. A register-based study of a working-age cohort in Finland in 2007–2014. *BMJ Open* 8 (5), doi:10.1136/bmjopen-2017-020491
- Sotkanet (2021) Tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti terveydenhuollossa päässeiden osuus (%), 20–64-vuotiaat (2018–). <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index> (luettu 5.6.2021)
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö (2021) Ongelmaraportti IV. Palvelujen ja etuuksien yhteensovittaminen. Luonnos 28.5.2021. <https://stm.fi/documents/1271139/74894163/Liite+5.+Palvelujen+ja+etuuksien+yhteensovittaminen+ongelmaraporttiluonnos.pdf/88e2f44b-37bc-6d49-7930-e89b-bcf39bd9/Liite+5.+Palvelujen+ja+etuuksien+yhteensovittaminen+ongelmaraporttiluonnos.pdf?t=1620747758412> (luettu 5.6.2021)
- Sutela, Hanna & Pärnänen, Anna & Keyriläinen, Marianne (2019) Digiajan työelämä –työolotutkimuksen tuloksia 1977–2018. Helsinki: Tilastokeskus.
- THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021) THL:n sairastavuusindeksi. <http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi> (luettu 1.5.2021)
- Virtanen, Pekka & Vahtera, Jussi & Nygård, Clas-Håkan (2010) Locality differences of sickness absence in the context of health and social conditions of the inhabitants. *Scandinavian Journal of Public Health* 38 (3), 309–16.
- Virtanen, Pekka & Vahtera, Jussi & Pentti, Jaana & Kinnunen, Anne & Lampio, Marja (1997) Paikkakunta, ammattikunta ja sairauspoissaolojen vaihtelu. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 113 (19), 1891.
- WHO, World Health Organization (2008) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revision

TIIVISTELMÄ

*Riku Perhoniemi, Jenni Blomgren & Sauli Jäppinen:
Pitkien sairauspoissaolojen kehitys maakunnittain
2010–2019*

Tutkimuksessa tarkasteltiin pitkien sairauspoissaolojen ajallista kehittymistä maakunnittain vuosina 2010–2019. Lisäksi tarkasteltiin maakuntien välisiä väestörakenteen ja sairastavuuden eroja sekä mielenterveyden häiriöiden ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella maksettuja päivärahoja. Kunkin kalenterivuoden tutkimusjoukkona oli 16–67-vuotias ei-eläkkeellä oleva Suomen väestö. Aineistoihin yhdistettiin Kelan ja Tilastokeskuksen tietoja maksetuista sairauspäivärahaetuksista sekä maakuntien väestörakenteita ja sairastavuutta heijastelevina taustatekijöinä sukupuoli, ikäryhmä, siviilisäätty, koulutustaso ja ammattiasema sekä lääkkeiden erityiskorvausoikeudet. Tutkimuksessa tarkasteltiin maakunnittain kunkin vuoden aikana maksettujen sairauspäivärahopäivien määrää yhtä tutkimusjoukon henkeä kohden.

Kaikissa maakunnissa sairauspäivärahopäivät vähentyivät 2010-luvun alun ajan, mutta ne yleistyivät vuodesta 2017 alkaen. Tämä johtui erityisesti mielenterveysperusteisten poissaolojen kasvusta. Vuosikymmenen aikainen suhteellinen muutos kuitenkin vaihteli maakuntien välillä ja diagnosiryhmästä riippuen. Muissa maakunnissa oli Uttamaata enemmän

sairauspäivärahopäiviä vuosina 2010 ja 2019. Ero Uuteenmaahan pieneni, kun väestörakenteen ja sairastavuuden vaikutus vakioitiin. Mielenterveysperusteisten sairauspäivärahopäivien määrässä muiden maakuntien ero Uuteenmaahan kasvoi vuosikymmenessä. Tuki- ja liikuntaelinsairausperusteiset päivärahopäivät vähentyivät kaikissa maakunnissa. Maakunnille yhteinen suuntaus, jossa mielenterveysperusteiset sairauspoissaolot lisääntyvät ja tuki- ja liikuntaelinsairausperusteiset poissaolot vähentyvät, kertonee osin työn vaatimusten ja työkyvyn samankaltaisesta muuttumisesta joka puolella Suomea. Mielenterveysperusteisten poissaolojen lisääntymisen taustalla voivat olla myös muun muassa yleinen mielenterveyden ongelmien tai hoitoon hakeutumisen yleistyminen. Terveyspalveluiden saatavuus ja saavutettavuus Uudellamaalla voi osaltaan selittää, miksi mielenterveysperusteisten sairauspäivärahopäivien määrä kasvoi Uudellamaalla keskimääräistä vähemmän. Maakuntaerojen ja erisuuntaisten kehityskulkujen taustalla voivat tutkimuksessa huomioitujen tekijöiden lisäksi olla alueelliset painotukset sairauksissa ja toimialoissa, elinolot- ja tavat, paikalliset sosiaaliset olot, sairauspoissaolokulttuurit ja alueelliset taloussuhdanteet. Tuleva sote-uudistus saattaa onnistuessaan tasoittaa havaittuja maakuntaeroja sairauspäivärahojen määrässä.

KIRJOITTAJAT

Perhoniemi, Riku, PsM, tutkija (riku.perhoniemi[at]kela.fi)

Blomgren, Jenni, VTT, tutkimuspäällikkö (jenni.blomgren[at]kela.fi)

Jäppinen, Sauli, VTM, data scientist (sauli.jappinen[at]kela.fi)