



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Heidi Lahtinen

Sairauspoissaolojen profilointi työhyvinvoinnin kehittämisen tukena

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti YAMK

Terveysten edistäminen

Opinnäytetyö

2.1.2020

Tekijä(t) Otsikko	Heidi Lahtinen Sairauspoissaolojen profilointi työhyvinvoinnin kehittämisen tukena
Sivumäärä Aika	68 sivua + 4 liitettä 2.1.2020
Tutkinto	Fysioterapeutti YAMK
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveysala
Suuntautumisvaihtoehto	Terveyden edistäminen
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Kaija Matinheikki-Kokko
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli profiloida toimeksiantajana toimineen kuntaorganisaation työntekijöiden sairauspoissaoloja. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää toimeksiantajalle interventiosuunnitelma sairauspoissaolojen vähentämiseksi. Tutkittavassa organisaatiossa sairauspoissaolot olivat olleet kasvussa useamman vuoden ajan. Organisaatiossa työhyvinvoinnin kehittäminen ja sairauspoissaolojen vähentäminen nähtiin strategisesti tärkeänä asiana.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin rekisteritutkimuksena, jossa hyödynnettiin tutkittavan organisaation työterveyshuollon keräämiä sairauspoissaolotietoja vuosilta 2017 ja 2018. Tutkittavassa organisaatiossa työskenteli tarkasteluvuosina noin 3 500 henkilöä. Tutkimusaineiston mukaan organisaatiossa oli 3 776 sairauspoissaolojaksoa vuonna 2017 ja 3 785 jaksoa vuonna 2018 (N=7 561). Tutkimuksessa sairauspoissaolojen taustamuuttujia olivat sairauspäryhmittä, sairauspoissaolojaksen pituus, ikä, sukupuoli, organisaation palvelualueet ja tapaturmat.</p> <p>Tutkimuksen mukaan organisaatiossa oli 60 555 sairauspoissaolopäivää vuonna 2018. Määrä oli lisääntynyt 8,8 prosenttia vuodesta 2017. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttivat eniten sairauspoissaoloja. Sairauspoissaolojaksoista 35 prosenttia, ja sairauspoissaolopäivistä 57 prosenttia aiheutuivat tuki- ja liikuntaelinten sairauksista vuonna 2018. Tyypillisimmin sairauspoissaolojen pituus oli 1–5 vuorokautta. Tarkasteluvuosina 1–5 vuorokauden pituiset poissaolot kuitenkin vähenivät ja pidemmät poissaolot lisääntyivät. Ikäryhmiä tarkastellessa sairauspoissaolojaksot olivat pääsääntöisesti pidempikestoisia, mitä vanhemmista työntekijöistä oli kyse. Sukupuolien välisessä tarkastelussa naiset sairastivat lähes viikon miehiä enemmän. Sairauspoissaolot vähenivät tarkasteluvuosina ainoastaan varhaiskasvatuksen palvelualueella sekä lomituspalveluyksikössä. Muilla palvelualueilla sairauspoissaolot lisääntyivät. Tapaturmien aiheuttamat sairauspoissaolopäivät vähenivät 14 prosentilla tarkasteluvuosina.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimuksen tulosten pohjalta toimeksiantajalle laadittiin interventiosuunnitelma sairauspoissaolojen vähentämiseksi. Toimenpide-ehdotuksiksi nousivat sairauspoissaolojen profilointi organisaation työkykyriskien mukaan sekä ergonomiaohjauksen kehittäminen.</p>	
Avainsanat	sairauspoissaolot, työhyvinvointi, sairauspoissaolojen profilointi, ergonomia

Author(s) Title	Heidi Lahtinen Profiling Sickness Absence to Support Wellbeing at Work
Number of Pages Date	68 pages + 4 appendices 2 January 2020
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Social and Health Care Services
Specialisation option	Master's Degree Programme in Health Promotion
Instructor(s)	Senior Lecture, Kaija Matinheikki-Kokko
<p>The purpose of this study was to profile sickness absence of municipal employees. The aim of this study was to develop an intervention plan to the client to decrease the amount of sickness absences in organization. The amount of sickness absences had been risen many years in the organization. Developing of wellbeing at work and decreasing the amount of sickness absences would be important for the organization.</p> <p>The study was made as a register-based study. It used the amount of sickness absences in the organization from years 2017 and 2018, registered by occupational healthcare. At that moment 3 500 people worked in the organization. The research material had 3 776 sickness absence periods in the year 2017, and 3 785 in the year 2018 (N=7 561). The background variables of the study of sickness absences were diagnostic categories, the length of the sickness absence period, age, gender, service area in the organization and accidents.</p> <p>According the study, the organization had 60 555 sickness absence days in the year 2018. The amount was increased 8,8 % from 2017. Musculoskeletal diseases created the most sickness absences. 35 % of the sickness absence periods, and 57% of sickness absence days were from musculoskeletal diseases in 2018. Typical number of days in absence was from 1 to 5 in the sickness absences. The study also showed, that the shorter absences (1 to 5 days) were decreasing and the longer absences were increasing in the research years. Regarding to age, the sickness absence periods were mainly longer with older employees. The study results also showed, that the women were in sick leave almost a week more per year than the men. The amount of sickness absences in the organization decreased only in the service areas of the early childhood education and farm relief services. Sickness absences increased in every other service areas. Sickness absence days because of accidents decreased 14 % in the research years.</p> <p>Based of the study results, the intervention plan was made to the client to decrease the amount of sickness absences. Development areas would be profiling sickness absences based on organization work capacity risks, and to develop ergonomic working methods.</p>	
Keywords	sickness absence, wellbeing at work, profiling sickness absence, ergonomics

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työhyvinvointi	3
2.1	Työhyvinvointi käsitteenä	3
2.2	Työhyvinvoinnin tila Suomessa	4
3	Sairauspoissaolot	6
3.1	Sairauspoissaolon käsite	7
3.2	Sairauspoissaolot kansainvälisesti	8
3.3	Sairauspoissaolot Suomessa	9
3.4	Sairauspoissaolot kunta-alalla	11
3.5	Sairauspoissaolojen vähentäminen	12
4	Tutkimusasetelma	14
4.1	Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	14
4.2	Aineisto ja menetelmät	15
4.3	Tutkimuksen toteuttaminen ja aineiston analyysi	17
5	Tulokset	19
5.1	Kohderyhmän taustamuuttujat	19
5.2	Sairauspoissaolopäivien lukumäärät vuosina 2017 ja 2018	20
5.3	Sairauspääryhmät taustatekijöiden mukaan	24
5.4	Sairauspoissaolojaksojen pituudet taustatekijöiden mukaan	30
5.5	Sairauspoissaolojen syyt ja pituudet vuosina 2017 ja 2018	37
6	Interventiosuunnitelma sairauspoissaolojen vähentämiseksi	40
6.1	Intervention taustaa	40
6.2	Sairauspoissaolojen profilointi organisaation työkykyriskit huomioiden	42
6.3	Ergonomiaa lisäämällä vähemmän sairauspoissaoloja	47
7	Pohdinta	53
7.1	Tulosten tarkastelu	53
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	58
7.3	Jatkotoimenpiteet ja kehittämissuositukset	60
	Lähteet	62

Liitteet

Liite 1. Kohderyhmän taustamuuttajat

Liite 2. Taustojen vaikutus sairauspääryhmiin ristiintaulukot

Liite 3. Taustojen vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen ristiintaulukot

Liite 4. Vuoden vaikutus sairauspääryhmiin ja sairauspoissaolojakson pituuteen ristiintaulukot

1 Johdanto

Työelämässä eletään nopean muutoksen aikaa ja samalla muuttuvat myös työhyvinvoinnin tarpeet. Organisaation menestyminen riippuu sen kyvystä uudistua ja kehittää omaa toimintaansa markkinoiden ja toimintaympäristön muutoksiin vastaten. Sama jatkuva kehittäminen on tärkeää ulottaa myös työhyvinvoinnin alueelle. Hyvin suunnitellut ja toteutetut työhyvinvointia lisäävät toimenpiteet voivat olla taloudellisesti kannattavia. Satsaus työhyvinvointiin tuo panostuksen takaisin, kun hyvinvoiva työntekijä ja työyhteisö ovat tuottavia. (Puttonen – Hasu – Pahkin 2016: 4; Työterveyslaitos n.d.a.) Työhyvinvoinnin puutteet vaikuttavat monella tapaa työpaikan toimintaan. Erityisesti vaikutukset näkyvät sairauspoissaoloissa, työkyvyttömyyseläkkeissä, työtapaturmissa, sairaanhoitokustannusten määrässä sekä tuottavuuden laskuna. Näiden tekijöiden kansantaloudellinen merkitys on hyvin suuri. Pelkästään sairauspoissaolojen on arvioitu aiheuttavan 3,4 miljardin kustannukset vuosittain. (Aura – Ahonen 2016: 39.)

Sairauspoissaolot ovat laskeneet lähes kymmenen vuoden ajan, mutta vuonna 2017 Kela-sairauspäivärahalta korvattavat pitkät sairauspoissaolot kääntyivät uuteen nousuun. Mielenterveyden sairauksien vuoksi alkaneet sairauspäiväraha-kaudet lähtivät kasvuun vuonna 2017 ja kasvu jatkuu edelleen. Vuoteen 2016 verrattuna mielenterveyden häiriön perusteella päivärahaa saaneiden määrä on kasvanut yli neljänneksen. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi maksettavat sairauspäivärahapäivät eivät ole myöskään enää vähentyneet. (Blomgren 2019; Kansaneläkelaitos 2018.) Vuoden 2018 työolobarometrin mukaan palkansaajien lyhyemmissäkin sairauspoissaoloissa on nähtävissä kasvua. 2000-luvun aikana eniten poissaolopäiviä on ollut vuosina 2005 ja 2006 sekä vuonna 2018. Vuonna 2018 sairauden takia poissaoloiden palkansaajien poissaolopäivien keskiarvo oli 13 päivää. (Lyly-Yrjänäinen 2019: 111.)

Vaikka pitkät sairauspoissaolot perustuvat lääkärin arvioimaan lääketieteelliseen työkyvyttömyyteen, vaikuttavat sairauspoissaolojen todennäköisyyteen ja pituuteen terveydentilan lisäksi monet muut tekijät. Nämä tekijät on hyvä huomioida, kun puhutaan sairauspoissaolojen vähentämisestä ja työkyvyn edistämisestä. Sairauspoissaoloihin ovat sairauden lisäksi yhteydessä muun muassa fyysiset ja psykososiaaliset työolot, käsitykset sairauksien vaikutuksista työkykyyn, asenteet, perhetilanne, sairausloman määrittämissä käytännöissä lääkärien keskuudessa, sairausajan voimassa oleva sairausetuusjärjestelmä sekä taloussuhdanteet. (Blomgren 2016: 687.)

Lähtökohtana tälle opinnäytetyölle on kiinnostus työhyvinvoinnin monimuotoisuudesta sekä sen vaikutuksesta yksilön terveyteen. Aihe rajautui sairauspoissaoloihin toimeksiantajana toimineen kuntaorganisaation tarpeiden perusteella. Kyseisessä organisaatiossa sairauspoissaolot ovat kasvussa ja kustannukset poissaoloille lähes viisi miljoonaa euroa vuodessa. Organisaatio oli jo aikaisemmin tehnyt päätöksen sitoutua työntekijöidensä työhyvinvoinnin kehittämiseen ja aihe nähtiin strategisesti tärkeänä. Tämä tukee opinnäytetyön tarpeellisuutta ja ajankohtaisuutta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on profiloida toimeksiantajana toimivan kuntaorganisaation työntekijöiden sairauspoissaolotietoja. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää toimeksiantajalle interventiosuunnitelma sairauspoissaolojen vähentämiseksi. Lisäksi tutkimuksella saatavaa tietoa on mahdollista käyttää organisaation työhyvinvointityön kehittämisen tukena. Tutkimuksessa tarkastellaan organisaation työterveyshuollon keräämiä sairauspoissaolotietoja vuosilta 2017 ja 2018. Tarkoituksena on selvittää organisaation työntekijöiden sairauspoissaolopäivien lukumäärät tarkasteluvuosina, sekä tarkastella yleisimpiä sairauspoissaolonperusteena olleita sairauspäyryhmiä ja sairauspoissaolojaksojen pituuksia eri taustatekijöiden mukaan. Lisäksi tarkastelua tehdään vuosien 2017 ja 2018 välillä. Millaisia muutoksia sairauspoissaolon perusteena olleiden sairauspäyryhmien ja poissaolojaksojen pituuksien osalta on tapahtunut tarkasteluvuosina? Opinnäytetyössä käytetään tutkimusmenetelmänä rekisteritutkimusta. Rekisteritutkimuksen etuna on, että tutkija saa käyttöönsä koko tutkimusjoukkoa kattavat sairauspoissaolotiedot, mikä antaa tilastolliseen päätöksentekoon lisää mahdollisuuksia.

Opinnäytetyön raportissa tullaan avaamaan ensin yleisellä tasolla työhyvinvoinnin käsitettä, sekä esitellään tarkemmin sairauspoissaoloihin liittyvää kansallisista ja kansainvälistä tutkimustietoa. Lisäksi esitellään suomalaisia sairauspoissaolokäytänteitä. Tämän jälkeen esitellään tutkimusasetelma ja tutkimustulokset. Interventiosuunnitelmassa käydään läpi toimenpide-ehdotukset sairauspoissaolojen vähentämiseksi. Lopuksi pohdinnassa esitellään työn johtopäätökset sekä jatkotoimenpiteet ja kehittämisetdotukset.

2 Työhyvinvointi

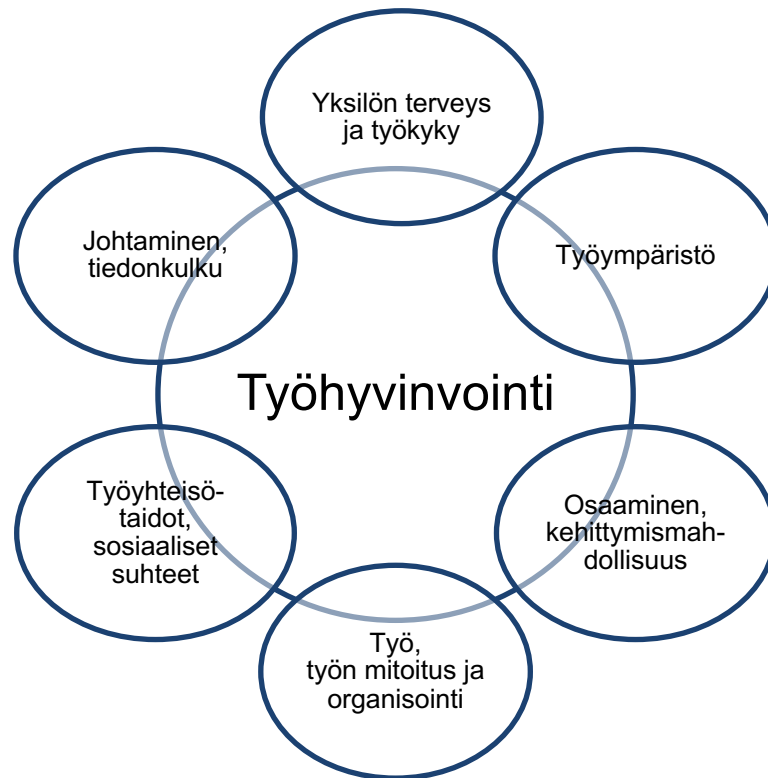
2.1 Työhyvinvointi käsitteenä

Työterveyslaitoksen koordinoima kansainvälinen tutkimushanke päättyi seuraavaan työhyvinvoinnin määritelmään:

Työhyvinvointi tarkoittaa turvallista, terveellistä ja tuottavaa työtä, jota ammattitaitoiset työntekijät ja työyhteisöt tekevät hyvin johdetussa organisaatiossa. Työntekijät ja työyhteisöt kokevat työnsä mielekkääksi ja palkitsevaksi, ja heidän mielestään työ tukee heidän elämänhallintaansa. (Anttonen – Räsänen 2009: 18-19.)

Nykyinen työhyvinvoinnin määritelmä on laajempi kuin aiemmin käytössä ollut työkyvykäsäsite, joka on pitkään ollut keskeinen käsite suomalaisessa työterveyspolitiikassa (Aura – Ahonen 2016: 21). Ilmarisen ym. (2008: 17) mukaan työkyvyn keskeisiä määrittäjiä ovat terveys, toimintakyky, elintavat, osaaminen, arvot ja asenteet, työn monet eri piirteet sekä yksilön elämäntilanne.

Työhyvinvointikäsite laajentaa työkyvykäsitettä sisällöllisesti. Yksilön hyvinvointia tarkastellessa voidaan työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät jakaa kahteen kategoriaan; yksilöön ja organisaatioon liittyviin. Yksilöön liittyvien tekijöiden ensisijaisena lähtökohtana on yksilön oma henkinen ja fyysinen suorituskyky. Siihen vaikuttavat arvot, asenteet, osaaminen, terveys ja motivaatio. Organisaatioon liittyviä tekijöitä on myös huomattava määrä. Keskeisimpiä ovat muun muassa työsuhteen laatu ja työn sisältö, työympäristö, työaika, sisäinen viestintä, päätöksentekoon osallistuminen, työyhteisön toimivuus, esimiestyö sekä kasvupolut. Työhyvinvoinnin osa-alueita voidaan kuvata myös kuvion avulla (kuvio 1), jossa yhdistyvät työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät yksilö- ja organisaatiotasolla. (Kauhanen 2016: 28–29.)



Kuvio 1. Työhyvinvoinnin osa-alueet (Kauhanen 2016: 28).

Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi työhyvinvointiin liittyy olennaisesti myös työntekijän vapaa-aika, joka kilpailee yhä vahvemmin työajan kanssa ihmisten hyvinvointitekijänä. Tämän vuoksi työhyvinvointi voi olla hyvä vain, jos työntekijä kokee, että työnantaja ottaa riittävästi huomioon työntekijän vapaa-ajan tarpeet kuten esimerkiksi perheen ja harrastukset. Ihannetapauksessa työn ja vapaa-ajan tulisi tukea toisiaan. (Aura – Ahonen 2016: 22.)

2.2 Työhyvinvoinnin tila Suomessa

Vuoden 2017 työolobarometrissa arvioidaan suomalaisen työelämän kehittyvän aiempaa parempaan suuntaan. Viime vuosina palkansaajien kokemukset omista työoloista ovat säilyneet vakaina monilta osin yhteiskunnan muutosten keskellä. (Lyly-Yrjänäinen 2018: 10.) Työhyvinvointi vaikuttaa olevan 2010-luvun työpaikoilla yleistä. Puolet teollisuuden ja 61 prosenttia palveluiden ja yli 80 prosenttia julkisen alan työnantajien edustajista raportoi, että organisaatiossa on määritelty kirjalliset tavoitteet työhyvinvoinnin edistämiseksi. (Puttonen – Hasu – Pahkin 2016: 5.)

Vuonna 2017 työntekijät kokivat, että heitä kohdellaan työssä tasapuolisesti ja tieto liikkuu avoimesti. Neljä viidestä työntekijästä oli samaa mieltä tasapuolisesta kohtelusta ja 73 prosenttia tiedonkulun avoimuudesta. Neljä viidestä työntekijästä kertoi, että tehtyä työtä arvostetaan. Työntekijöistä 85 prosenttia koki, että työtä tehdään yhdessä, mutta 38 prosenttia kertoi kuitenkin, että työt eivät jakaudu tasapuolisesti. Hieman yli puolet arvioivat, että omalla työpaikalla on liikaa töitä työntekijämäärään nähden. Enemmistö työntekijöistä kokee, että työ oli ainakin jossain määrin henkisesti raskasta ja kolmannes arvioi myös työn fyysisesti raskaaksi. (Lyly-Yrjänäinen 2018: 6.)

Keva seuraa julkisen alan työhyvinvointia säännöllisesti yhteistyössä työturvallisuuskeskuksen kuntaryhmän ja valtiovarainministeriön asiantuntijoiden kanssa. Vuoden 2018 tutkimusraportissa on tuotu esiin julkisen alan työhyvinvoinnin erityispiirteitä. Tutkimuksessa julkisen alan työhyvinvoinnissa ja työoloissa on monia myönteisiä piirteitä. Lähes jokainen työntekijä kokee työnsä tärkeäksi ja merkitykselliseksi. Lähes neljä viidestä työntekijästä kokee työssään iloa ja innostusta sekä suosittelee työpaikkaansa. Lisäksi neljä viidestä arvioi työkykynsä hyväksi tai erinomaiseksi. Tutkimuksesta nousee myös tekijöitä, joita työpaikoilla tulee parantaa. Etenkin kunta-alalla on ongelmana työn henkinen rasitus ja kiire. Kunta-alan työntekijöistä 61 prosenttia kokee työssään henkistä kuormitusta sekä kolmannes koko julkisen alan henkilöstöstä kokee, ettei työn tekemiseen ole riittävästi aikaa. Työn fyysinen kuormitus on edelleen monen ammattiryhmän arkea. Lisäksi monilla aloilla kuormittavat väkivalta, ja epäasiallinen kohtelu työyhteisöissä. Kunnan työntekijöistä 42 prosenttia kokee työhyvinvoinnin työyhteisössään kehittyneen parempaan suuntaan. Samanaikaisesti henkilöstöstä joka neljäs arvioi kehityksen suunnan kielteiseksi. Tämän lisäksi joka kolmas oli sitä mieltä, ettei kehitystä ollut tapahtunut. Tutkimusraportin mukaan henkilöstön kokemuksiin voivat vaikuttaa osaltaan erilaiset kunta-alan toimintojen kehittämiseen ja tehostamiseen liittyvät ohjelmat ja hankkeet. (Pekkarinen 2018: 2, 19–20).

Työhyvinvoinnin taloudellinen merkitys ja tuottavuus tulee kahdesta lähteestä: työn tuottavuus kehitty ja työhyvinvoinnin puutteen aiheuttamat kustannukset vähenevät. Hyvinvointi edistää ihmisten motivaatiota ja osaamista sekä työkyky paranee. Työyhteisössä työhyvinvointi näkyy hyvänä johtamisena sekä tasa-arvoisena, toisia kunnioittavana työyhteisön toimivuutena. Toimialoista eniten työhyvinvointiin investointeja tekevät valtio ja liike-elämän palvelut. Näillä toimialoilla panostukset ovat reilu 1 000 euroa henkilöä kohden. Pienimmät investoinnit ovat kunta-alalla, jossa jäädytään alle 500 euron. (Aura – Ahonen 2016: 216–217.)

Suomessa puutteellisen työhyvinvoinnin kustannuksia on arvioitu kahdella eri tavalla. Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaryhmän raportissa Rissanen ja Kaseva (2014: 11) arvioivat puutteellisen työhyvinvoinnin kustannuksiksi 25 miljardia euroa vuodessa. Kauppinen ym. (2013: 12) puolestaan päätyivät huomattavasti suurempaan 41 miljardin euron arvioon Työ- ja terveys Suomessa 2012 -raportissa. Molemmissa arvioissa on otettu huomioon sairauspoissaolojen, ennenaikaisten eläkkeiden, työtapaturmien ja presentismin (sairaana työskentely) kustannukset sekä terveyden- ja sairaanhoitokulut.

Erityisesti työvoimavaltaisella kunta-alalla henkilöstön työhyvinvointi näkyy organisaation kustannuksissa, tuloksellisuudessa ja työnantajamaineessa (Pekkarinen – Pekka 2015: 4). Keva (2019) on arvioinut kunta-alalla työkyvyttömyydestä aiheutuvien menojen olevan ainakin kaksi miljardia euroa vuodessa. Kevan tekemä arvio perustuu suurimpien kuntaorganisaatioiden työkyvyttömyysmenoihin. Kunta-alalla työkyvyttömyydestä aiheutuvat välittömät kustannukset, kuten sairauspoissaolo-, työterveyshuolto-, tapaturma- ja eläkekustannukset ovat noin miljardin euron luokkaa. Työkyvyttömyydestä aiheutuvat välilliset kustannukset maksavat toisen miljardin. Välillisiä kustannuksia ovat esimerkiksi heikentynyt työhyvinvointi ja tuottavuuden heikentyminen.

3 Sairauspoissaolot

Sairauspoissaolot ovat monitahoinen ilmiö, mihin vaikuttavat useat eri tekijät. Sairauden lisäksi yhteydessä ovat muun muassa ihmisen toimintakyky, työ, osaaminen, ikä, sukupuoli ja muut yksilölliset tekijät. Poissaoloihin vaikuttavat myös lainsäädännölliset asiat, yhteiskunnallinen tilanne, sairausjärjestelmä, terveydenhuollon resurssit sekä työympäristöön ja -ilmapiiriin liittyvät tekijät. (Oksanen 2016: 9; Blomgren 2016: 687.) Sairauspoissaolojen syyjakauma on muuttunut selvästi viimeisten vuosikymmenten aikana. Sydän- ja verisuonisairauksien osuus on pienentynyt, kun taas mielenterveyden häiriöiden määrä on lisääntynyt. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus poissaoloista on pysynyt melko samana huolimatta siitä, että fyysisesti raskaiden työtehtävien määrä on vähentynyt. Tarkkaa vastausta syyjakauman muutokseen ei olla saatu, mutta työelämän olennaista muutosta ja terveyskäyttäytymisen muutosta voidaan pitää ainakin osittain selittävinä tekijöinä. (Schugk 2016; Leinonen ym. 2018.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Työelämä 2025 -katsauksessa (2015: 28–29) sairauspoissaolojen määrän lisääntymistä viimeisten vuosien aikana on perusteltu muun muassa eläkeiän nostolla, työelämän lisääntyneellä psyykkisellä kuormittavuudella, nuorten

työkyvyn polarisoitumisella, sekä työkyvyttömyyseläkkeelle pääsyn vaikeutumisena. Ikääntyneillä työntekijöillä ei ole muita työikäisiä enempää lyhyitä sairauspoissaoloja, mutta pitkät sairauspoissaolot ovat heillä yleisempiä kuin muilla. Työelämää leimaava kiire, epävarmuus, kasvavat osaamisvaatimukset, kognitiivinen kuormittuneisuus ja monisuorittaminen vaikuttavat työntekijöiden koettuun psyykkiseen hyvinvointiin. Osittain ehkä tästä johtuen, mielenterveyden häiriöstä johtuvat sairauspoissaolot ovat lisääntyneet viime vuosina. Työuransa alussa olevien fyysisiä terveysongelmia, kuten tuki- ja liikuntaelinsairauksia, ovat lisänneet muun muassa ihmisten fyysinen liikkumattomuus ja ylipaino.

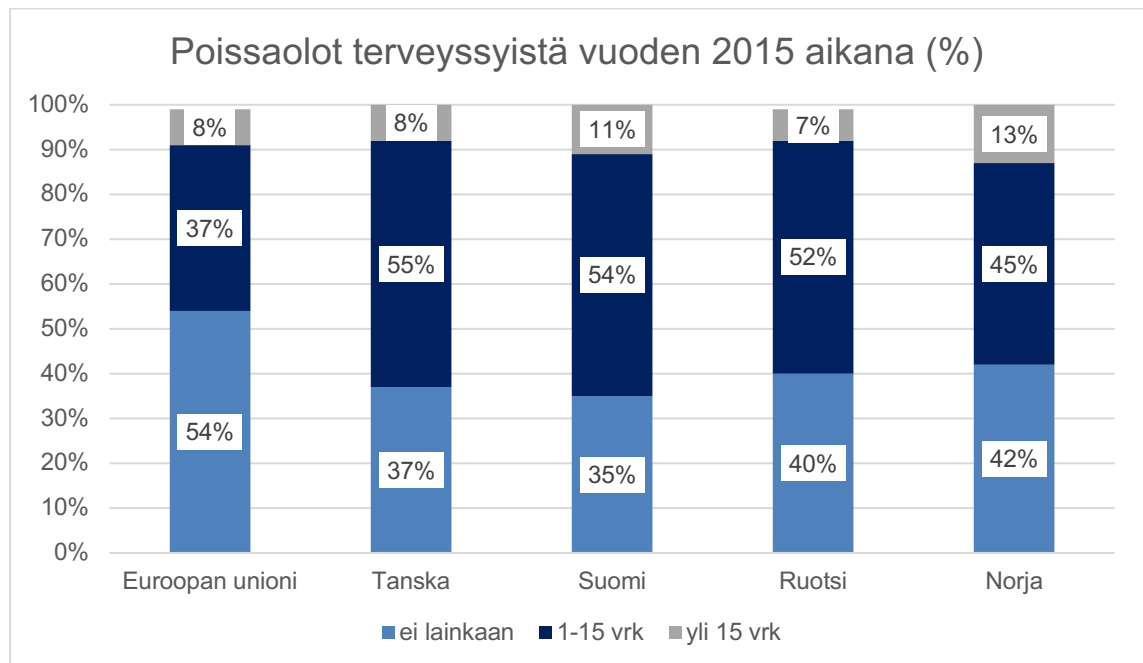
3.1 Sairauspoissaolon käsite

Sairauspoissaolo tai sairausloma voidaan määritellä poissaoloksi työstä, jonka työntekijä on katsonut sairaudeksi, ja jonka työnantaja on hyväksynyt (Kausto – Verbeek – Ruotsalainen, Halonen – Virta – Kankaanpää 2019: 6). Sairauspoissaolo perustuu diagnosoituun sairauteen, vammaan tai epäilyyn sellaisesta (Käypä hoito -suositus 2019). Sairaus tai vamma heikentää toimintakykyä niin, että työssä käyminen ei onnistu. Poissaolo on perusteltua myös, mikäli sairaus pahenee työssä eikä vaihtoehtoista työtä ole tarjolla, tai sairauden hoito voi edellyttää työstä poissaoloa. (Työterveyslaitos n.d.b.) Edellä mainittujen syiden lisäksi sairauspoissaolon syynä voi olla sairauden tunne ilman lääketieteellistä diagnoosia (Piha 2013: 15).

Sairauspoissaolot voidaan jakaa lyhyisiin sekä pitkiin poissaoloihin. Työterveyslaitoksen (n.d.c.) ohjeen mukaan lyhyet sairauspoissaolot ovat 1-3 päivän mittaisia ja pidemmäksi sairauslomaksi luokitellaan yli 14 päivän yhtäjaksoinen poissaolo tai yli 20 päivän poissaolo kumulatiivisesti. The National Institute for Health and Care Excellencen (NICE) ohjeen mukaan pitkiksi sairauspoissaoloiksi määritellään vasta neljä viikkoa kestävät poissaolot (Kausto ym. 2019: 6). Lyhyet sairauspoissaolot johtuvat yleensä akuuteista ja ohimenevistä sairauksista kuten hengitystie- ja suolistoinfektioista. Pidempien sairauspoissaolojen syynä ovat vakavammat tai pitkäkestoiset sairaudet. (Liira – Pesonen – Halonen – Matrimo – Kempainen – Arajärvi 2017: 138.)

3.2 Sairauspoissaolot kansainvälisesti

Työkyvyttömyys on merkittävä kansanterveydellinen ongelma läntisissä teollisuusmaissa. Yleisimmin työkyvyttömyys johtuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista tai mielenterveyden häiriöstä kuten Suomessakin. (van Vilstern – van Oostrom – de Vet – Franche – Boot – Anema 2015: 7; Henderson – Glozier – Holland 2005.) Kansainvälisesti verrattuna Suomessa esiintyy runsaasti sairauspoissaoloja OECD:n tilastovertailussa. Vuonna 2008 mukana olleista 25 maasta Suomessa oli kolmanneksi eniten sairauspoissaoloja. Suomessa kokopäiväisistä työntekijöistä noin 4,5 prosenttia oli poissa töistä sairauden takia vähintään yhden päivän tutkimusviikon aikana, kun OECD-maan mediaani oli noin 2,5 prosenttia. Ainoastaan Norjassa ja Ruotsissa sairauspoissaoloasteet olivat vielä korkeammat kuin Suomessa. Pohjoismaiden korkeiden lukujen on arvioitu liittyvän muun muassa sairauspoissaoloja korvaavaan etuusjärjestelmään. (OECD 2010: 63; Blomgren 2016: 681.) Huomioitavaa kuitenkin on, että tämän katsauksen jälkeen Ruotsissa on toteutettu joukko työhön paluukynnystä laskevia toimenpiteitä. Näiden toimenpiteiden ansiosta Ruotsin sairauspoissaolot ovat laskeneet alle Suomen tason. (Schugk 2013.) Kuviossa 2 esitellään Euroopan unionin ja Pohjoismaiden (poissulkien Islanti) palkansaajien poissaolot töistä terveyssyistä vuonna 2015.



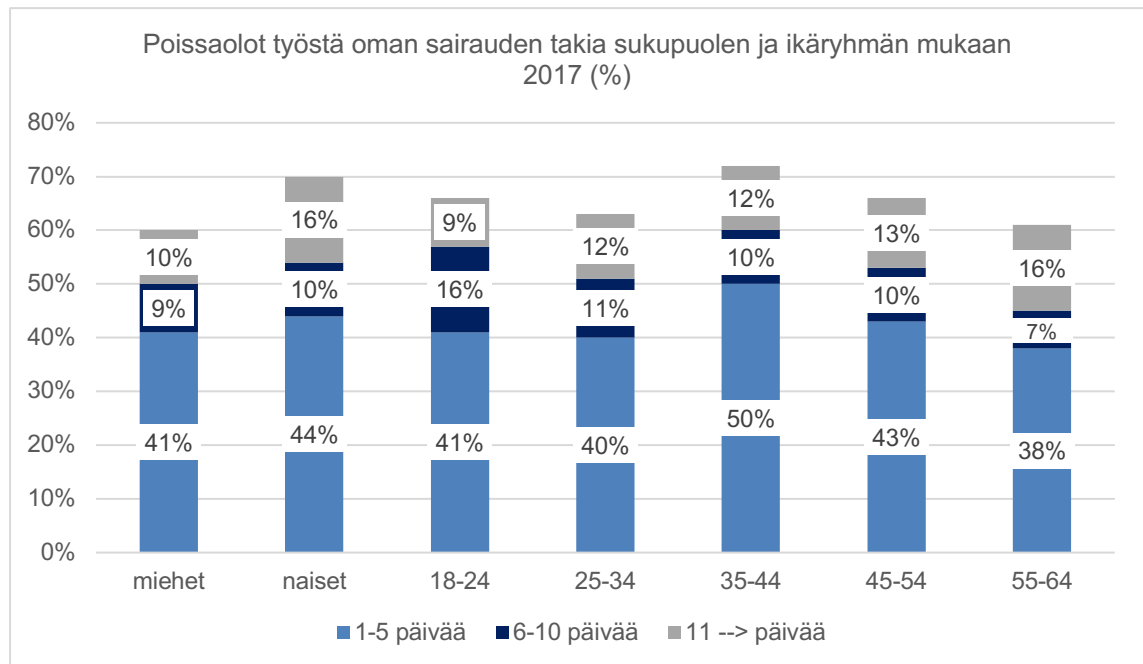
Kuvio 2. Poissaolot työstä terveyssyistä vuonna 2015. (Euroopan työolotutkimus 2015.)

Vuonna 2015 Ruotsissa on ollut terveyssyistä johtuvia poissaoloja vähemmän kuin Suomessa (Euroopan työolotutkimus 2015). Yhtenä syynä Ruotsin sairauspoissaolojen vähenemiseen pidetään vuonna 2008 käyttöönotettua kuntoutusmallia. Ruotsin mallissa työkyvyttömyyden aikainen etuisuus maksetaan samoilla kriteereillä kuin Suomessa ensimmäisen kolmen kuukauden ajalta. Kyseisen kolmen kuukauden aikana pyritään myös arvioimaan, kykeneekö työntekijä palaamaan takaisin aiempaan työhönsä. Kolmen kuukauden kuluttua työntekijälle maksetaan korvausta työkyvyttömyydestä, jos työnantajalta ei löydy työtä, jota työntekijä pystyisi tekemään sairaudesta huolimatta. Työkyvyttömyyden jatkuttua kuusi kuukautta, katsotaan, löytyisikö työntekijälle sopivia töitä vapailta markkinoilta. Korvausta työkyvyttömyydestä maksetaan vielä kahdentoista kuukauden jälkeenkin erillisen hakemuksen perusteella. (Vester Thorsen ym. 2015: 42–43; Toikkanen 2015.)

3.3 Sairauspoissaolot Suomessa

Vuoden 2017 työolobarometrissa käy ilmi, että viime vuosina noin kaksi kolmasosaa palkansaajista on ollut poissa töistä oman sairauden takia. Suurin osa vuoden aikana kerntyneistä poissaoloista on kestänyt ainoastaan yhdestä viiteen työpäivää. Vuonna 2017 palkansaajista 43 prosentilla oli lyhyitä poissaoloja, joka kymmenes oli pois työstä 1–2 viikkoa ja 13 prosenttia enemmän kuin kaksi viikkoa. Kun sairauspoissaoloja tarkastelee keskiarvojen avulla, olivat työntekijät sairauden vuoksi poissa töistä 15 päivää. (Lyly-Yrjänäinen 2018: 124, 126.)

Kuviossa 3 esitellään sairauspoissaolot sairauden takia sukupuolen ja ikäryhmän mukaan vuonna 2017. Naiset ovat sairauden vuoksi poissa töistä miehiä useammin. Miehillä poissaoloja oli 60 prosentilla ja naisista 70 prosentilla. Naisilla oli myös pitkiä poissaoloja miehiä useammin. Naisista 16 prosenttia ja miehistä joka kymmenes oli yli kaksi viikkoa poissa töistä. Kun tarkastellaan keskiarvoja, naiset ovat olleet noin yhden päivän miehiä enemmän poissa töistä. Ikäryhmistä 35–44-vuotiailla oli useimmin poissaoloja, mutta yli 54-vuotiailla pitkiä sairauspoissaoloja oli eniten. (Lyly-Yrjänäinen 2018: 126.)

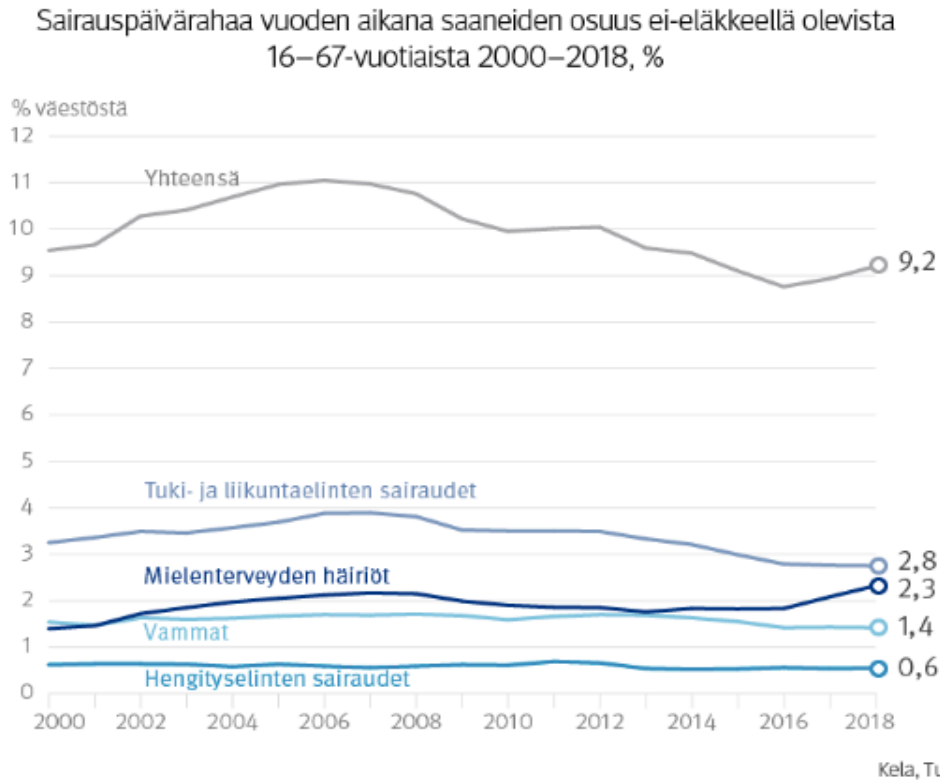


Kuvio 3. Poissaolot työstä oman sairauden takia sukupuolen ja ikäryhmän mukaan vuonna 2017. (Lyly-Yrjänäinen 2018: 126.)

Sosioekonomisen aseman tuomat vaikutukset sairauspoissaoloissa näkyvät sairauspoissaolojen pituudessa. Työntekijät ovat hieman harvemmin poissa töistä toimihenkilöihin verrattuna, mutta heidän joukossaan on eniten niitä, joiden poissaolot ovat kestäneet yli kaksi viikkoa. Sosioekonomisten ryhmien väliset erot korostuvat, kun tarkastellaan sairauspoissaolojen kestoja keskiarvoina. Ylemmille toimihenkilöille kertyy poissaoloja keskimäärin neljä, alemmille toimihenkilöille kahdeksan ja työntekijöille kymmenen työpäivää. (Lyly-Yrjänäinen 2018:126–127.)

Sairauspäivärahan saaminen toimii yhtenä työikäisten pitkien sairauspoissaolojen mittarina (Kansaneläkelaitos 2018). Suomessa sairauspäivärahaa saaneiden ja alkaneiden sairauspäiväraha-kausien määrät olivat vähentyneet 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen jälkipuoliskolta lähtien. Sairauspäivärahaa saaneiden osuus oli vähentynyt erityisesti yleisimmässä sairausryhmässä eli tuki- ja liikuntaelinsairauksissa. Sairauspäivärahan saaneiden osuus oli vähentynyt enemmän 35 vuotta täyttäneiden keskuudessa kuin tätä nuorempien joukossa. (Leinonen ym. 2018). Kansaneläkelaitoksen tilastotiedon mukaan pitkät sairauspoissaolot kääntyivät kuitenkin uuteen kasvuun vuonna 2017 ja jatkoivat samaa linjaa vuonna 2018. Muutaman viime vuoden merkittävin muutos edeltävään trendiin verrattuna on mielenterveysperusteisten sairauspoissaolojen kasvu. Vuoteen 2016 verrattuna mielenterveyden häiriön perusteella päivärahaa saaneiden määrä

on kasvanut yli neljänneksen (27 %). Toinen merkittävä muutos on se, että sairauspäivärahan saaminen tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella ei enää näytä vähentyneen (kuvio 4).



Kuvio 4. Sairauspäivärahaa vuoden aikana saaneiden osuus ei-eläkkeellä olevista 16 – 67 -vuotiaista 2000-2018, %. (Blomgren 2019.)

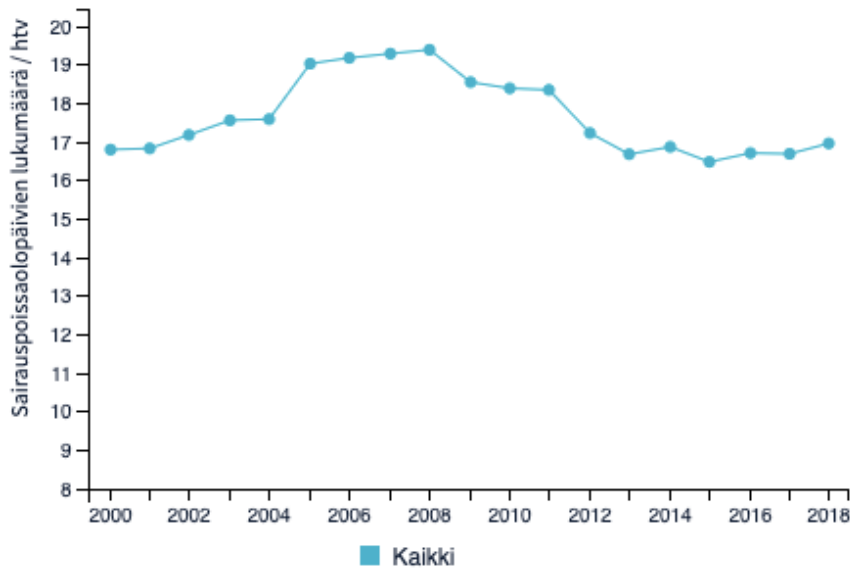
Mielenterveyden ongelmista aiheutuu nykyään lähes yhtä paljon sairauspäivärahapäiviä kuin tuki- ja liikuntaelinten sairauksista. (Blomgren 2019; Kansaneläkelaitos 2018.) Eri-laisten tutkimusten mukaan terveysongelmien ja iän ohella muun muassa naissukupuoli, julkisella sektorilla työskentely sekä sote-alalla työskentely ennustavat sairauspoissaoloja (Leinonen ym. 2018; Pekkala – Blomgren – Pietiläinen – Lahelma – Rahkonen 2017). Myös matala koulutus, ammattiasema ja henkilökohtaiset tulot ovat yhteydessä korkeisiin sairauspoissaolotasoihin (Piha 2013: 9).

3.4 Sairauspoissaolot kunta-alalla

Työterveyslaitoksen (n.d.d.) Kunta10-tutkimuksen mukaan sairauspoissaolojen määrä ei enää vähene kunnissa. Kuviossa 5 on esitetty tutkimukseen osallistuneiden noin 90 000 henkilöiden sairauspoissaolopäivien lukumäärä jaettuna henkilötyövuosilla.

SAIRAUSPOISSAOLOT

Yhteensä koko Kunta10-aineistossa



Kuvio 5. Sairauspoissaolot kunnissa (Työterveyslaitos 2019).

Tutkimuksen mukaan kunnissa on ollut eniten sairauspoissaoloja vuonna 2008, jolloin poissaolopäivien lukumäärä on ollut keskimäärin 19,4 päivää. Tämän jälkeen sairauspoissaolot ovat laskeneet vuoteen 2015 asti, jolloin sairauspoissaolopäiviä on ollut keskimäärin 16,5. Vuonna 2016 sairauspoissaolot ovat lähteneet uuteen kasvuun ja vuonna 2018 sairauspoissaolot olivat kasvaneet 17 päivään. (Työterveyslaitos 2019.)

Kunta-alalla työskentelevien ammattiryhmien väliset erot sairauspoissaolopäivien lukumäärissä ovat pysyneet suhteellisen tasaisina. Eniten sairauspoissaolopäiviä kertyy palvelutyöntekijöille ja ruumiillista työtä tekeville. Vuonna 2018 palvelutyöntekijöillä oli keskimäärin 23,6 sairauspoissaolopäivää ja ruumiillista työtä tekevillä 21,1 sairauspoissaolopäivää. Vähiten sairastavat johtajat ja erityisasiantuntijat. Näille ammattiryhmille kertyi keskimäärin 11,5 sairauspoissaolopäivää. Ammateittain tarkasteltuna eniten sairauspoissaolopäiviä oli laitoshuoltajilla ja hoitajilla. Vähiten sairastivat johtajat. (Työterveyslaitos 2019.)

3.5 Sairauspoissaolojen vähentäminen

Sairauspoissaolot ja niihin vaikuttaminen voidaan nostaa esille kaikenlaisissa organisaatioissa. Käytännön esimerkit ovat osoittaneet, että sairauspoissaoloja voidaan hallita ja niihin voidaan vaikuttaa. (Elinkeinoelämän keskusliitto 2009: 16.) Työterveyslaitos (n.d.b) suosittelee työpaikoille sairauspoissaolojen seurannan ja varhaisen tuen mallin

käyttöönottoa sekä työhön paluuta tukevia toimenpiteitä. Lisäksi on tutkimusnäyttöä omailmoituskäytännön hyödyistä sairauspoissaolojen vähentämisessä.

Elinkeinoelämän keskusliiton (2011: 6) työkykyjohtamisen mallissa sairauspoissaolojen seuranta on nostettu keskeiseksi prosessiksi. Sairauspoissaoloja seuraamalla organisaatio saa tärkeää tietoa muun muassa sairauksien työperäisyydestä. Kattavien poissaolotietojen kerääminen edellyttää sairauspoissaolotietojen selkeää ilmoituskäytäntöä sekä sovittua käytäntöä ilmoitusten käsittelystä. Tiedon vertailukelpoisuuden ja luotettavuuden varmistamiseksi on lisäksi määriteltävä, miten sairauspoissaolojen eri tunnusluvut lasketaan.

Varhaisella tuella tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, jotka aloitetaan henkilön työkyvyn ja työhyvinvoinnin parantamiseksi (Mattila – Rauramo 2015: 2). Toimenpiteet työkyvyn varhaiseen tukemiseen sovitaan työpaikalla työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon kesken. Kyseiset toimenpiteet kuvataan työpaikan työkyvyn tuen mallissa, joka tulee laatia jokaisella työpaikalla. (Työterveyslaitos n.d.e.) Varhaisen tuen mallissa on tärkeää kuvata eri yhteistyötahojen tehtävät ja vastuut. Näin toiminnasta tulee johdonmukaista ja tuloksellista. Varhaisen tuen mallissa esimiehen tehtäviin voi esimerkiksi kuulua seurata henkilöstön työkykyä ja poissaoloja, käydä varhaisen tuen keskustelu henkilön kanssa ja tehdä suunnitelma toimenpiteistä sekä dokumentoida ne. Henkilöstöhallinto tukee esimiehiä työssään, seuraa henkilöstön poissaoloja, suunnittelee ja kehittää työhyvinvoinnin edistämiseen liittyviä asioita sekä koordinoi mahdollisia uudelleensijoitusten toteutumisia ja yhteydenpitoa ulkopuolisten tahojen kanssa. Työterveyshuollon tehtävänä on seurata sairauspoissaoloja ja henkilön työkykyä, tehdä hoidon ja/tai kuntoutustarpeen arviointeja sekä olla yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa ja antaa asiantuntija-apua mahdollisissa työn muutoksissa. (Mattila – Rauramo 2015: 5.)

Oikeinkohdistetulla työhön paluun tuella voidaan lyhentää sairauspoissaolon kestoa sekä ehkäistä uusia pitkiä sairauspoissaoloja (Aura – Ahonen 2016: 129). Työhön paluutta helpottaa, kun organisaatiolla on kaikkien tiedossa oleva työhön paluu -ohjelma. Ohjelman keskeisiä elementtejä ovat yhteydenpidon tavat sairauspoissaolon aikana, työtehtävien yhteensovittaminen sen hetkiseen terveydentilaan sekä työkyvyn palautumisen riittävä ja pitkäaikainen seuranta. (Elinkeinoelämän keskusliitto 2011: 8.)

Omailmoituskäytäntöä pidetään yhtenä keinona vähentää sairauspoissaoloja. Käytännössä työnantaja hyväksyy työntekijän oman ilmoituksen lyhyestä poissaolosta sairauden vuoksi. Yleisimmin käytössä on malli, jossa esimiehen hyväksymällä omailmoituksella voi olla poissa töistä 1–3 päivää. (Liira ym. 2017.) Työterveyslaitoksen omailmoitus – tutkimuksen mukaan omailmoituskäytäntö lisäsi etenkin yhden päivän poissaolojen lukumäärää, mutta poissaolojen kesto lyheni. Poissaolojen kokonaismäärässä ei havaittu merkittävää muutosta. Omailmoituskäytännön kuitenkin havaittiin vapauttavan työterveyshuollon resursseja muuhun käyttöön, kun lääkärintodistusta ei tarvittu enää lyhyisiin poissaoloihin. Tätä voidaan pitää omailmoituskäytännön merkittävänä positiivisena vaikutuksena. (Pesonen – Halonen – Liira – Martimo 2016: 5–6.)

4 Tutkimusasetelma

4.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on profiloida toimeksiantajana olevan kuntaorganisaation työntekijöiden sairauspoissaoloja taustatekijöiden mukaan. Tavoitteena on kehittää interventiosuunnitelma sairauspoissaolojen vähentämiseksi sekä työhyvinvoinnin edistämiseksi. Toimeksiantaja toivoi intervention olevan yleistettävissä koko henkilöstölle, käytännönläheinen sekä helposti toteutettavissa. Näin henkilöstöpalvelut voivat toteuttaa työhyvinvointia parantavan intervention kaupungin strategiaan ja muuhun toimintaan sopivana ajankohtana.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat sairauspoissaolojen lukumäärät vuosina 2017 ja 2018, ja onko vuosien välillä eroja?
2. Mitkä ovat yleisimmät sairauspoissaolojen perusteena olleet sairauspääryhmät ja millainen on yleisimpien sairauspääryhmien yhteys taustatekijöihin (ikäryhmä, sukupuoli, palvelualue ja tapaturma)?
3. Mitkä ovat sairauspoissaolojaksojen pituudet sekä niitä kuvaavat taustatekijät (sairauspääryhmä, ikäryhmä, sukupuoli, palvelualue ja tapaturma)?

4. Miten sairauspoissaolojen syyt ja pituudet ovat muuttuneet vuosien 2017 ja 2018 välillä?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena on selvittää toimeksiantajana toimivan organisaation työntekijöiden sairauspoissaolopäivien lukumäärät tarkasteluvuosina. Tarkastelua tehdään sairauspäryhmän, organisaation palvelualueiden, ikäryhmän, sukupuolen ja tapaturman mukaan. Toinen tutkimuskysymys koskee yleisimpiä sairauspoissaolon perusteena olleita sairauspäryhmiä. Mitkä ovat yleisimmät sairauspoissaolon perusteena olleet sairauspäryhmät tutkittavassa organisaatiossa? Miten taustatekijät vaikuttavat sairauspoissaolon perusteena olleisiin sairauspäryhmiin? Kolmannessa tutkimuskysymyksessä tarkastellaan organisaation työntekijöiden sairauspoissaolojaksojen pituuksia sekä taustatekijöiden vaikutuksia näihin. Neljännen tutkimuskysymyksen on tarkoitus vertailla tutkittavan organisaation sairauspoissaolotietoja tarkasteluvuosina. Onko sairauspoissaolojen pituuksissa tai sairauspoissaolon perusteena olleissa sairauspäryhmissä tapahtunut muutoksia?

Opinnäytetyön kehittämisosiolle laadittiin oma kehittämiskysymys:

5. Millä keinoin sairauspoissaoloja voidaan vähentää toimeksiantajana olevassa kuntaorganisaatiossa?

Kehittämiskysymykseen vastataan opinnäytetyössä interventiosuunnitelmalla, jonka tavoitteena on sairauspoissaolojen vähentäminen. Interventiosuunnitelman laadinnassa hyödynnetään opinnäytetyön teoriaosuutta sekä tutkimuksen tuloksia.

4.2 Aineisto ja menetelmät

Opinnäytetyö on rekisteritutkimus. Aineistona oli kuntaorganisaation työterveyshuollon keräämät sairauspoissaolotiedot vuosilta 2017–2018. Sairauspoissaolotiedoista kävi ilmi työntekijän ikä, sukupuoli, sairauspoissaolon perusteena ollut sairauspäryhmä, sairauspoissaolon pituus ja ajankohta sekä työyksikkö, jossa työntekijä työskentelee. Kyseiset vuodet valikoituivat tutkimusaineistoon niiden vertailukelpoisuuden vuoksi. Aiempien vuosien sairauspoissaolotiedot eivät olleet yhtä kattavat taustamuuttujien osalta kuin vuosien 2017 ja 2018 tiedot. Otoksena tutkimuksessa on koko kuntaorganisaation henkilöstö, jotta tutkimustulokset ja sairauspoissaoloja vähentävä interventiosuunnitelma olisi yleistettävissä koko henkilöstölle.

Organisaation henkilöstökertomuksen mukaan vuonna 2017 henkilöstömäärä on ollut noin 3 500 henkilöä ja vuonna 2018 noin 3 650 henkilöä. Työterveyshuollon aineiston mukaan vuonna 2017 kaupungin työntekijöillä oli sairauspoissaolopäiviä noin 55 650 ja vuonna 2018 sairauspoissaolopäiviä kertyi noin 60 560. Opinnäytetyössä ei huomioida työntekijöiden omalla ilmoituksella tekemiä sairauspoissaoloja, koska ne ovat eri rekisterinpitäjän hallinnassa. Työntekijöillä on mahdollisuus olla sairauden vuoksi poissa töistä 1–5 peräkkäistä kalenteripäivää esimiehen luvalla.

Työterveyshuolto kerää sairauspoissaoloista rekisteritietoa kuukausittain, jotta sairauspoissaolojen kehitystä voidaan seurata mahdollisimman reaaliaikaisesti. Tiedot kerätään myös aina vuosittain koosteeksi. Tietojen kerääminen on tärkeää, sillä sairauspoissaolotiedot kuvaavat työelämän sairastavuutta ja työhyvinvoinnin tilaa (Heikkinen 2014). Sairauspoissaolojen seurannalla on myös taloudellinen näkökulma. Sairauspoissaolot ovat merkittävä työkyvyttömyyskustannusten aiheuttaja (Keva 2019). Tutkittavan kaupungin kohdalla sairauspoissaolot aiheuttavat yli 5 miljoonan euron palkkakustannukset vuosittain.

Tutkimusmenetelmänä on sovellettu kvantitatiivinen retroperspektiivinen rekisteritutkimus. Rekisteritutkimus on tutkimusta, jossa hyödynnetään yleensä muuhun tarkoitukseen kuin kyseistä tutkimusta varten kerättyjä rekisteritietoja. Rekisteritutkimus voi perustua kokonaan rekisteritietoihin kuten tässä tapauksessa, tai rekisteritietoja voidaan käyttää muita aineistoja täydentävinä tietoina. Rekisteriaineistojen erityispiirteinä on se, että rekistereihin kerättyä tietoa ei ole alun perin tarkoitettu tutkimuskäyttöä varten (ReTKi n.d.; Räisänen – Gissler 2012: 64.) Rekisteritutkimuksen vahvuutena on tutkimusaineiston hankinnan nopeus ja edullisuus perinteisiin aineistonkeruumenetelmiin verrattuna. Tutkija saa käyttöönsä koko tutkimusjoukkoa kattavat tiedot perinteisillä aineistonkeruumenetelmillä kerättyjen otoksen sijaan, mikä antaa tilastolliseen päätöksentekoon lisää mahdollisuuksia. Toisaalta ongelmia saattaa aiheuttaa aineiston koko, tietojen kattavuus ja luotettavuus. (Räisänen – Gissler 2012: 64.)

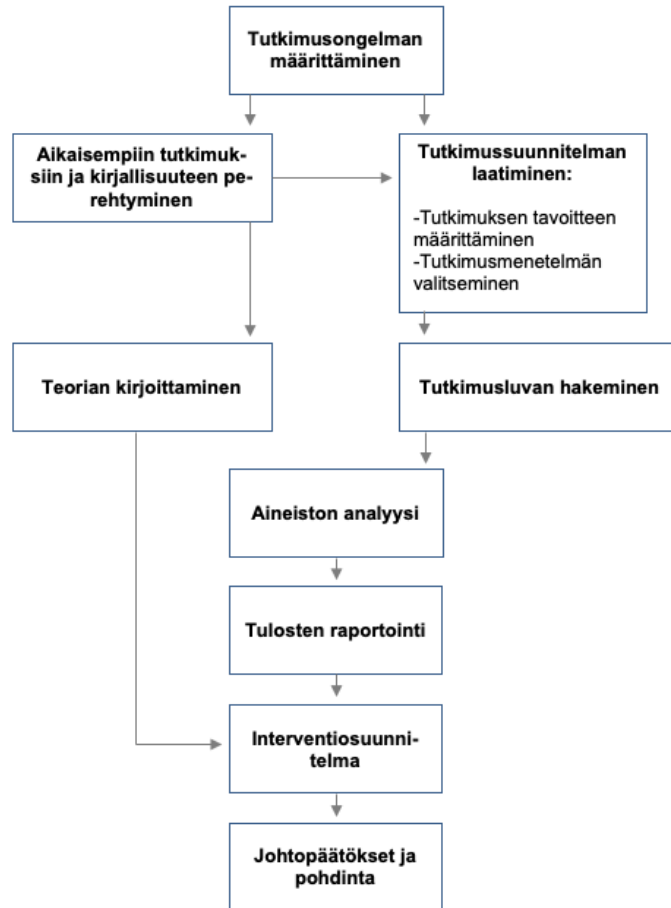
Rekistereiden hyödyntämisessä ja rekisteritutkimuksessa on huomioitava salassapitosymykset sekä yksityisyyden suoja. Itsemääräämisen periaatteen toteutuminen on rekisteritutkimuksen kohdalla ongelmallista, koska tiedot on usein kerätty muuta kuin tutkimuskäyttöä varten. Rekisteritutkimuksen tietosuojamääräysten mukaisesti yksityisyyden suoja on pyritty turvaamaan siten, että rekisteritiedot annetaan henkilötietojen kanssa vain poikkeustapauksissa. (Räisänen – Gissler 2014: 66.) Henkilörekisteriä ja

sen kaikenlaista käyttämistä, tallentamista, luovuttamista tai säilyttämistä säätelee henkilörekisterilaki (471/1987) ja tietosuojalaki (1050/2018). Tässä tutkimuksessa rekisteri on luovutettu tutkijalle ilman henkilötietoja.

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Tämä edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Asioiden kuvataan numeeristen suureiden avulla ja tuloksia voidaan havainnollistaa kuvoin ja taulukoin. Usein selvitetään myös asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia muutoksia. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä selvittämään riittävästi asioiden syitä ja taustoja. (Heikkilä 2014: 15.) Tutkimus voidaan jakaa myös aikaulottuvuuden perusteella. Ilmiötä takautuvasti tarkastelevaa tutkimusta kutsutaan retroperspektiiviseksi (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 57.)

4.3 Tutkimuksen toteuttaminen ja aineiston analyysi

Tutkimusprosessi (kuviot 6) sai alkunsa ensisijaisesti halusta tutkia työhyvinvointia, mutta myös yhteistyökumppanina toimivan kuntaorganisaation tarpeesta vähentää työntekijöiden sairauspoissaoloja. Tutkimuksen tavoitteiden ja tarkoituksen tarkentuessa oli selvää, että tutkimusmenetelmä tulisi olemaan rekisteritutkimus. Tiedossa oli mahdollisuus hyödyntää valmista ja laajaa aineistoa sairauspoissaoloista, jonka kaupungin työterveyshuolto oli kerännyt. Tutkimus aloitettiin tutkimussuunnitelman laatimisella ja tutkimusluvan hakemisella. Tutkimussuunnitelmaa laatiessa tutustuttiin aiheeseen liittyviin aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen kuntaorganisaation työterveyshuolto luovutti sairauspoissaolotiedoista koostuvan rekisteriaineiston tutkijan käyttöön. Aineiston luovuttamisen jälkeen aloitettiin aineiston analysointi ja samalla työstettiin tutkimuksen teoreettista osaa. Tulosten raportoinnin jälkeen tehtiin tiedonhaku sairauspoissaoloja vähentämistä tavoittelevaa interventiosuunnitelmaa varten ja kehitettiin suunnitelma. Tutkimusprosessin lopussa kirjoitettiin pohdinta ja johtopäätökset.



Kuvio 6. Tutkimusprosessin eteneminen.

Aineiston analysointi alkoi sairauspoissaolotietojen käsittelyllä Excel-ohjelmassa. Ensimmäisenä aineistosta tarkistettiin ja muokattiin päällekkäiset ja ketjutettavat sairauspoissaolotiedot. Tämän jälkeen siirryttiin muuttujien luokitteluun. Sairauspoissaolotiedoissa muuttujina olivat ikä, sukupuoli, sairauspääryhmä tai diagnoosi, sairauspoissaolajakson pituus ja ajankohta, tapaturma sekä työyksikkö. Tutkimusaineiston muuttujista ikä jaettiin tarkastelua varten viiteen ikäryhmään: alle 30-vuotiaat, 30–39-vuotiaat, 40–49-vuotiaat, 50–59-vuotiaat sekä 60-vuotiaat ja vanhemmat. Sukupuolen osalta muuttujina olivat miehet ja naiset. Sairauspoissaolon perusteena olleet diagnoosit jaettiin kuuteen eri sairauspääryhmään: tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mielenterveyden sairaudet, naistentaudit ja raskaudet, verenkiertoelinten sairaudet, hengityselinten sairaudet sekä muut sairaudet. Sairauspoissaolajakson pituus jaettiin kuuteen eri ajanjaksoon: 1–5 vuorokautta, 6–10 vuorokautta, 11–30 vuorokautta, 31–60 vuorokautta, 61–90 vuorokautta

ja yli 90 vuorokautta. Aineiston tarkastelussa huomioitiin myös, johtuuko sairauspoissaolo tapaturmasta. Työyksiköt jaettiin palvelualueisiin kauntaorganisaation oman jaon mukaisesti:

1. Terveyspalvelut
2. Varhaiskasvatuksen palvelut
3. Vanhuspalvelut
4. Sosiaalityöpalvelut
5. Perusopetus, 2. aste ja vapaa sivistystyö, liikunta-, nuoriso-, kulttuuri-, museo- ja kirjastopalvelut
6. Ravitsemis- ja puhtaanapitoalvelut
7. Toimitilapalvelut, yhdyskuntatekniikka, kiinteistö- ja mittauspalvelut, teknisen toimen hallinto, kehittämis- ja elinkeinotoiminta, liikelaitokset ja maaseutuyksiköt
8. Lomituspalveluyksikkö
9. Lupa- ja valvonta-asiat, taloushallinto, tietohallinto, hallinto- ja tukipalvelut sekä henkilöstöhallinto

Luokittelun jälkeen tutkimusaineisto siirrettiin IBM SPSS 25 -tilastoanalyysiohjelmaan, jossa varsinainen tulosten analysointi tapahtui. Aineiston varsinainen käsittely aloitettiin kuvailemalla muuttujat. Muuttujat kuvailtiin frekvenssijakauman avulla. Frekvenssijakauma tarkoittaa sitä, että muuttujien vaihteluväli on jaettu luokkiin, ja kuhunkin luokkaan tulevien havaintojen lukumäärä on ilmoitettu (Tilastokeskus n.d.).

Aineiston muussa analysoinnissa hyödynnettiin ristiintaulukointia ja khiin neliö -testiä. Ristiintaulukoinnilla selvitetään kahden muuttujan välistä yhteyttä eli millä tavalla ne vaikuttavat toisiinsa. Khiin neliö -testillä tarkastellaan, onko kahden muuttujan välillä tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta (Heikkilä 2014: 198, 200).

5 Tulokset

5.1 Kohderyhmän taustamuuttujat

Tutkittavassa kuntaorganisaatiossa oli töissä vuonna 2017 noin 3 500 henkilöä ja vuonna 2018 noin 3 650 henkilöä. Tutkimusaineiston mukaan (liite 1) organisaatiossa oli 3 776 sairauspoissaolajaksoa vuonna 2017 ja 3 785 sairauspoissaolajaksoa vuonna 2018 (N=7561). Suurin sairauspoissaoloja aiheuttava sairauspääryhmä oli tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, jotka aiheuttivat 35,4 % kaikista sairauspoissaolajaksoista ja 55 % kaikista

sairauspoissaolopäivistä. Lyhyitä 1–5 vuorokauden pituisia sairauspoissaoloja oli 57 % kaikista poissaoloista. Aineiston mukaan henkilöt olivat iältään 16–68-vuotiaita ja heidän keski-ikänsä oli 47 vuotta. Sairauspoissaolojaksoja oli eniten 50–59-vuotiaalla (31,1 %) ja vähiten alle 30-vuotiaalla (8,5 %) työntekijöillä. Sairauspoissaolotiedoista 9,5 % koski miehiä ja 90,5 % naisia. palvelualueita tarkastellessa eniten poissaoloja oli terveystalveissa (17,3 %), vanhustalveissa (24,2 %) sekä perusopetuksen, 2. asteen ja vapaan sivistystyön, liikunta-, nuorisot-, kulttuuri-, museo- ja kirjastopalvelut kattavalla palvelualueella (16,1 %). Tapaturmista johtuvia sairauspoissaolojaksoja oli 2,8 % kaikista poissaoloista.

5.2 Sairauspoissaolopäivien lukumäärät vuosina 2017 ja 2018

Tutkimusaineiston mukaan vuonna 2017 kuntaorganisaation työntekijöillä oli sairauspoissaolopäiviä 55 658 ja vuonna 2018 sairauspoissaolopäiviä kertyi 60 555. Sairauspoissaolopäivät lisääntyivät 8,8 % (4 897 päivää) ajanjakson aikana. Taulukossa 1 on kuvattu eri sairauspääryhmien aiheuttamien sairauspoissaolopäivien lukumäärät vuosittain ja poissaolopäivien muutos lukuina ja prosentteina.

Taulukko 1. Sairauspoissaolopäivät sairauspääryhmän mukaan.

Sairauspääryhmä	Sairauspoissaolopäivät		
	2017	2018	Muutos sairauspoissaolopäivät / %
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	30 104	34 379	4 275 (14,2 %)
Mielenterveyden sairaudet	9 073	9 344	271 (3,0 %)
Naistentaudit ja raskaudet	1 177	1 531	354 (30,0 %)
Verenkiertoelinten sairaudet	1 161	940	-221 (-19,0 %)
Hengityselinten sairaudet	4 773	5 953	1 180 (24,7 %)
Muut sairaudet	9 365	8 408	-957 (-10,2 %)
YHTEENSÄ	55 658	60 555	4897 (8,8 %)

Päiviä tarkastelemalla tuki- ja liikuntaelinten aiheuttamat sairauspoissaolopäivät lisääntyivät eniten vuodesta 2017 vuoteen 2018, reilulla neljälätuhannella päivällä (4 275) eli

14,2 %. Prosentuaalisesti eniten lisääntyivät kuitenkin naistentautien ja raskauksien vuoksi olevat poissaolot 30 %:lla (354 päivää). Hengityselinten sairauksista johtuvat poissaolot puolestaan lisääntyivät vertailujaksolla reilulla tuhannella päivällä (1 180) eli 24,7 %. Vähiten sairauspoissaoloja aiheuttivat verenkiertoelinten sairaudet, jotka vähenivät 19,0 % (221 päivää) tarkastelujaksolla.

Sairauspoissaolojen lukumäärien suhteen palvelualueet eivät ole suoraan verrannollisia toisiinsa, koska työntekijöiden määrä alueittain vaihtelee suuresti. Sairauspoissaolojen lukumääriä voidaan kuitenkin tarkastella vertailemalla sairauspoissaolojen kehitystä palvelualueen sisällä vuosien 2017 ja 2018 välillä (taulukko 2).

Taulukko 2. Sairauspoissaolopäivät palvelualueen mukaan.

Palvelualue	Sairauspoissaolopäivät		
	2017	2018	Muutos sairauspoissaolopäivät/ %
Terveyspalvelut	9 502	10 308	806 (8,5 %)
Varhaiskasvatuksen palvelut	10 247	7 873	-2 374 (-23,2 %)
Vanhuspalvelut	13 616	17 128	3 512 (25,8 %)
Sosiaalityön palvelut	3 814	3 889	75 (2,0 %)
Perusopetus, 2. aste ja vapaa sivistystyö, liikunta-, nuoriso-, kulttuuri-, museo- ja kirjastopalvelut	6 980	9 072	2 092 (30,0 %)
Ravitsemis- ja puhtaanapitopalvelut	6 433	6 871	438 (6,8 %)
Tilapalvelut, yhdyskuntatekniikka, kiinteistö- ja mittauspalvelut, kehittämis- ja elinkeinopalvelut, liikelaitokset, maaseutuyksikkö	1 549	1 855	306 (19,8 %)
Lomituspalveluyksikkö	1 808	1 369	-439 (-24,3 %)
Talous- ja tietohallinto, hallinto- ja tukipalvelut, henkilöstöhallinto, lupa- ja valvonta-asiat	1 709	2 190	481 (28,1 %)
YHTEENSÄ	55 658	60 555	4 897 (8,8 %)

Pääsääntöisesti sairauspoissaolopäivät lisääntyivät kaikilla palvelualueilla pois lukien varhaiskasvatuksen palvelut sekä lomituspalveluyksikkö. Varhaiskasvatuksessa poissaolopäivät vähenivät 2 374 päivällä (23,2 %) ja lomituspalveluyksikössä 439 päivällä (24,3 %). Prosentuaalisesti eniten sairauspoissaolopäivät lisääntyivät perusopetuksen, 2. asteen ja vapaan sivistystyön, liikunta-, nuoriso-, kulttuuri-, museo- ja kirjastopalvelut kattavalla palvelualueella 2 092 päivällä (30 %), talous- ja tietohallinnon, hallinto- ja tukipalveluiden, henkilöstöhallinnon sekä lupa- ja valvonta-asioiden palvelualueella 481 päivällä (28,1 %) sekä vanhuspalveluissa 3 512 päivällä (25,7 %).

Ikäjakauman mukaan (taulukko 3) vähiten sairauspoissaolopäiviä sekä vuonna 2017, että 2018, oli alle 30-vuotiailla. Kyseisen ikäryhmän sairauspoissaolojen määrän keskiarvo kuitenkin kasvoi 0,3 päivällä, pysyen reilussa kahdeksassa päivässä. Vuonna 2017 ikäjakaumaan suhteutettuna eniten sairastivat 60-vuotiaat tai vanhemmat. Kyseisen ikäryhmän sairauspoissaolopäivien keskiarvo oli 22,6 päivää. Vuonna 2018 eniten sairauspoissaoloja oli puolestaan 50–59-vuotiailla (21,9 päivää). Kyseisellä ikäryhmällä sairauspoissaolopäivät lisääntyivät eniten, kolmella päivällä. Toisaalta sairauspoissaolopäivät vähenivät eniten 60-vuotiailla tai vanhemmilla (2,8 päivällä).

Taulukko 3. Sairauspoissaolopäivät ja sairauspoissaolopäivien keskiarvo ikäjakauman mukaan 2017 ja 2018.

Ikäryhmät	Sairauspoissaolopäivät			
	2017		2018	
	Sairauspoissaolopäivät	Sairauspoissaolopäivien keskiarvo	Sairauspoissaolopäivät	Sairauspoissaolopäivien keskiarvo
alle 30 v	2 548	8,2	2 959	8,5
30-39 v	9 168	12,9	8 791	12,5
40-49 v	14 063	15,4	16 107	15,4
50-59 v	19 844	18,9	23 298	21,9
60 v tai yli	10 035	22,6	9 400	19,8
YHTEENSÄ	55 658	15,9	60 555	16,5

Sukupuolten välisessä tarkastelussa tulee huomioida, että kunta-alalla on suuria naisvaltaisia aloja. Tämä näkyy myös tutkittavan kaupungin henkilöstössä, jossa työntekijöistä selvä enemmistö on naisia (n. 86 %). Näin ollen lukumäärissä mitattuna sairauspoissaoloja oli naisilla luonnollisesti enemmän kuin miehillä (taulukko 4). Sairauspoissaolopäivien keskiarvoja tarkastellessa voi kuitenkin havaita selvän eron naisten ja miesten välillä. Kun vuonna 2017 miehet olivat poissa sairauden vuoksi keskimäärin 10,6 päivää, niin vuonna 2018 sairauspoissaolojen keskiarvo oli 10,5 päivää. Naiset puolestaan olivat poissa sairauden vuoksi vuonna 2017 noin kuusi päivää ja vuonna 2018 viikon enemmän kuin miehet.

Taulukko 4. Sairauspoissaolopäivät ja sairauspoissaolopäivien keskiarvo sukupuolen mukaan 2017 ja 2018.

Sukupuoli	Sairauspoissaolopäivät			
	2017		2018	
	Sairauspoissaolopäivät	Sairauspoissaolopäivien keskiarvo	Sairauspoissaolopäivät	Sairauspoissaolopäivien keskiarvo
Mies	4 952	10,6	5 434	10,5
Nainen	50 706	16,7	55 121	17,5
YHTEENSÄ	55 658	15,9	60 555	16,5

Vuonna 2017 sairauspoissaolopäivistä 1 483 (2,7 %) ja vuonna 2018 poissaolopäivistä 1 281 (2,1 %) johtui tapaturmasta (taulukko 5). Tapaturmista johtuvat sairauspoissaolopäivät vähenivät 13,6 %, vaikka muuten sairauspoissaolopäivien kohdalla trendi oli nouseva.

Taulukko 5. Sairauspoissaolopäivät tapaturman mukaan 2017 ja 2018.

Tapaturma	Sairauspoissaolopäivät		
	2017	2018	Muutos sairauspoissaolopäivät / %
kyllä	1 483	1 281	-202 (-13,6 %)
ei	54 175	59 274	5 099 (9,4 %)
YHTEENSÄ	55 658	60 555	4 897 (8,8%)

Sairauspoissaolopäivät lisääntyivät 8,8 % tarkasteluvuosina. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttivat selvästi eniten, yli puolet sairauspoissaolopäivistä molempina tarkasteluvuosina. Vähiten sairauspoissaolopäiviä aiheuttivat verenkiertoelinten sairaudet ollen noin kahden prosentin luokkaa kaikista poissaoloista. Sairauspoissaolopäivät vähenivät ainoastaan varhaiskasvatuksen palvelualueella ja lomituspalveluyksikössä. Muilla palvelualueilla sairauspoissaolopäivät lisääntyivät. Naiset sairastivat vertailuvuosina lähes viikon enemmän kuin miehet. Ikäryhmiä tarkastellessa eniten sairastivat vanhimmat työntekijät, 50–59-vuotiaat sekä 60-vuotiaat ja vanhemmat. Tapaturmista johtuvat sairauspoissaolot vähenivät 13,6 %, jota voidaan pitää positiivisena muutoksena.

5.3 Sairauspääryhmät taustatekijöiden mukaan

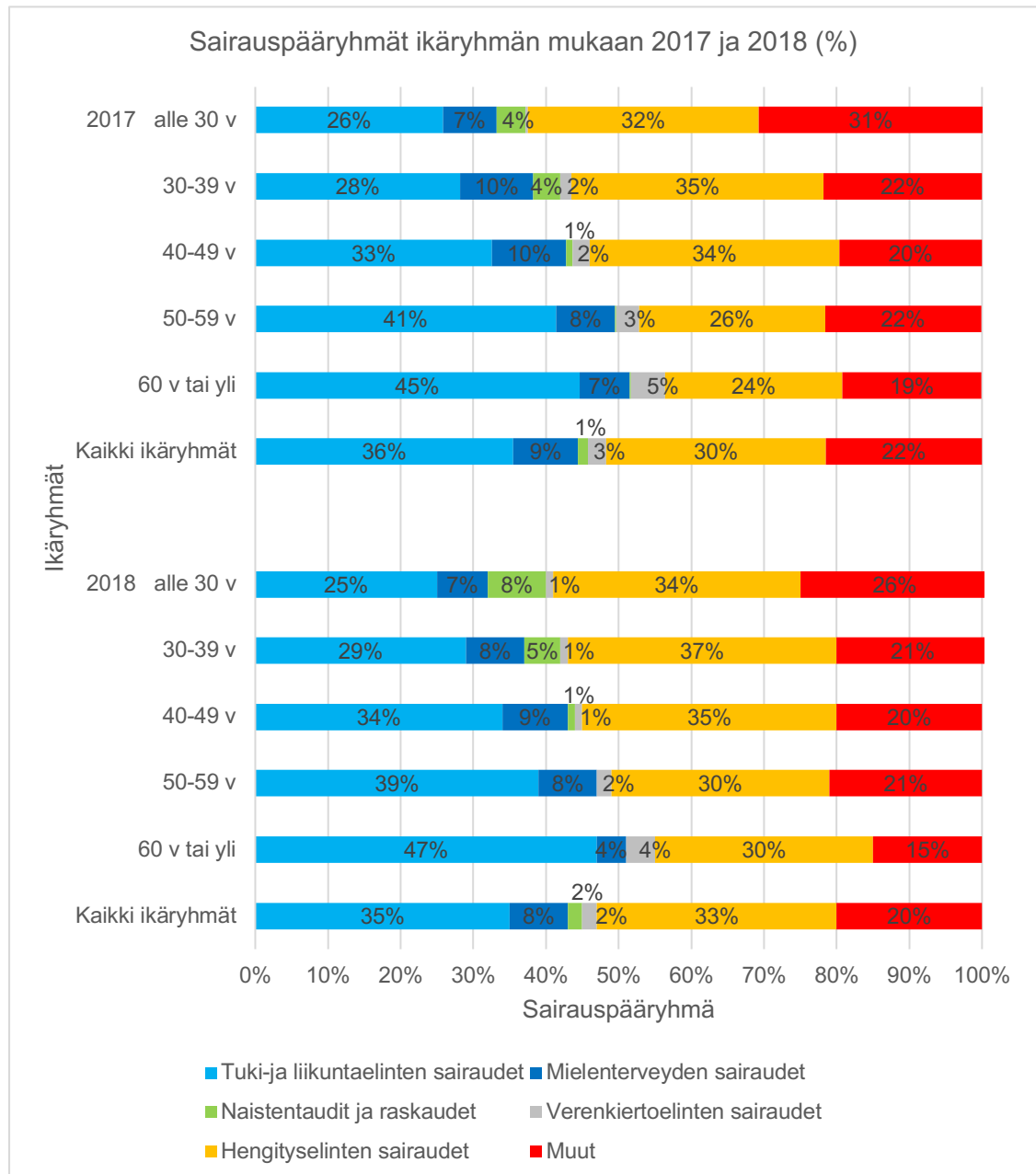
Sairauspääryhmiä tarkastellaan taustatekijöiden mukaan. Tarkastelua tehdään ikäryhmän, sukupuolen, työntekijän palvelualueen sekä tapaturman mukaan. Tarkasteltavista taustamuuttujista ikäryhmä, tapaturma sekä palvelualue, jolla työntekijä työskentelee, vaikuttavat jokainen erillisenä taustamuuttujana tilastollisesti erittäin merkitsevästi sairauspoissaolon perusteena olleeseen sairauspääryhmään $p=0,000$. Ikäryhmiä tarkastellessa iäkkäimmät yli 50-vuotiaat työntekijät sairastivat tyypillisimmin tuki- ja liikuntaelinten sairauksia ja nuoremmat alle 40-vuotiaat työntekijät hengityselinten sairauksia. Tapaturman seurauksena aiheutuneet sairauspoissaolot johtuivat noin 90 prosentissa tapauksissa tuki- ja liikuntaelintensairauksista. Palvelualueita tarkastellessa tuki- ja liikuntaelinten sairauksia sairastettiin useammin palvelualueilla, joilla työnkuva oli fyysisempi. Muilla palvelualueilla sairauspoissaolot perusteena oli tyypillisimmin hengityselinten sairaudet. Sukupuoli vaikutti sairauspoissaolon perusteena olleeseen sairauspääryhmään vuonna 2017 tilastollisesti merkitsevästi $p<0,01$ ja vuonna 2018 melkein

merkitsevästi $p < 0,05$. Molemmilla sukupuolilla tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat tyypillisemmin syynä sairauspoissaolojaksoille. Erityisesti vuonna 2017 miehillä sairauspoissaolojaksoja oli naisia enemmän muiden sairauksien vuoksi. Naisilla puolestaan poissaolojaksojen perusteena oli miehiä enemmän mielenterveyden sairauksia vuonna 2017 sekä molempina tarkasteluvuosina naistentauteja ja raskauksia. Ristiintaulukot ja khiin neliö -testit taustojen vaikutuksesta sairauspääryhmiin löytyvät liitteestä 2.

län ja sukupuolen vaikutus sairauspoissaolon perusteena olleeseen sairauspääryhmään

Tyypillisesti alle 30-vuotiailla, 30–39-vuotiailla ja 40–49-vuotiailla yleisin sairauspoissaolojakson perusteena ollut sairauspääryhmä oli hengityselinten sairaudet (kuvio 7). Kyseisissä ikäryhmissä hengityselinten sairaudet aiheuttivat ikäryhmästä ja vuodesta riippuen noin kolmanneksen kaikista sairauspoissaolojaksoista. 50–59-vuotiailla sekä 60-vuotiailla ja vanhemmilla tyypillisin sairauspoissaolon perusteena ollut sairauspääryhmä oli tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. 50–59-vuotiailla tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttivat noin 40 % kaikista poissaolojaksoista ja 60-vuotiailla ja vanhemmilla vastavasti yli 45 % kaikista poissaolojaksoista.

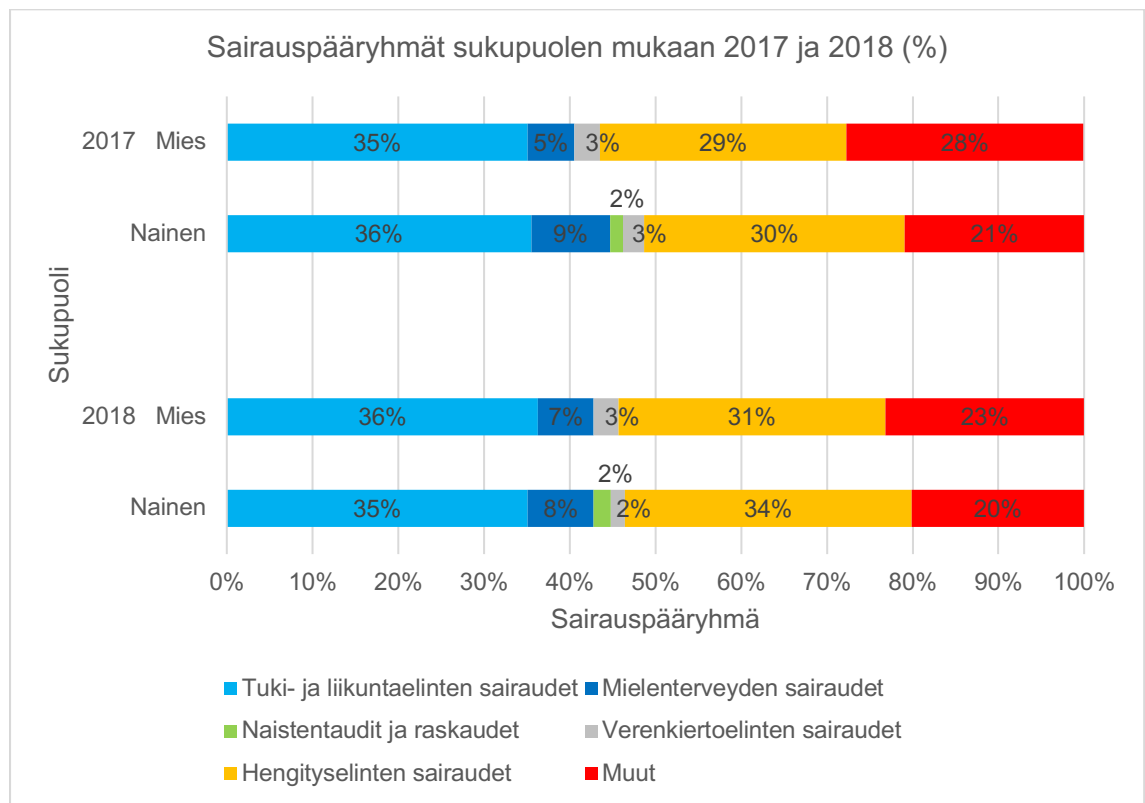
Mielenterveyden sairauksia sairastavat yleisimmin 30–39-vuotiaat, 40–49-vuotiaat sekä 50–59-vuotiaat. Kyseisten ikäryhmien sairauspoissaolojakson perusteena olleista diagnooseista noin 10 % kuului mielenterveyden sairauksien pääryhmään. Alle 30-vuotiailla lähes kolmannes (31 %) sairauspoissaoloista johtui muista sairauksista vuonna 2017. Muihin sairauksiin kuuluvat sairauspoissaolon perusteena olleet diagnoosit vähenivät kuitenkin vuonna 2018 ollen enää 26 %.



Kuvio 7. Sairauspääryhmät ikäryhmän mukaan 2017 ja 2018 (% , N=7561).

Tyypillisin sairauspoissaolojaksen perusteena ollut sairauspääryhmä miehillä ja naisilla on ollut tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (kuvio 8). Molemmilla sukupuolilla noin kolmannes sairauspoissaolon perusteena olleista diagnooseista kuului kyseiseen sairauspääryhmään. Hengityselinten sairaudet olivat lähes yhtä yleinen syy sairauspoissaolojaksille kuin tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Vuonna 2017 miehillä ja naisilla hengityselinten sairaudet olivat sairauspoissaolojaksen perusteena noin 30 % tapauksista. Vuonna

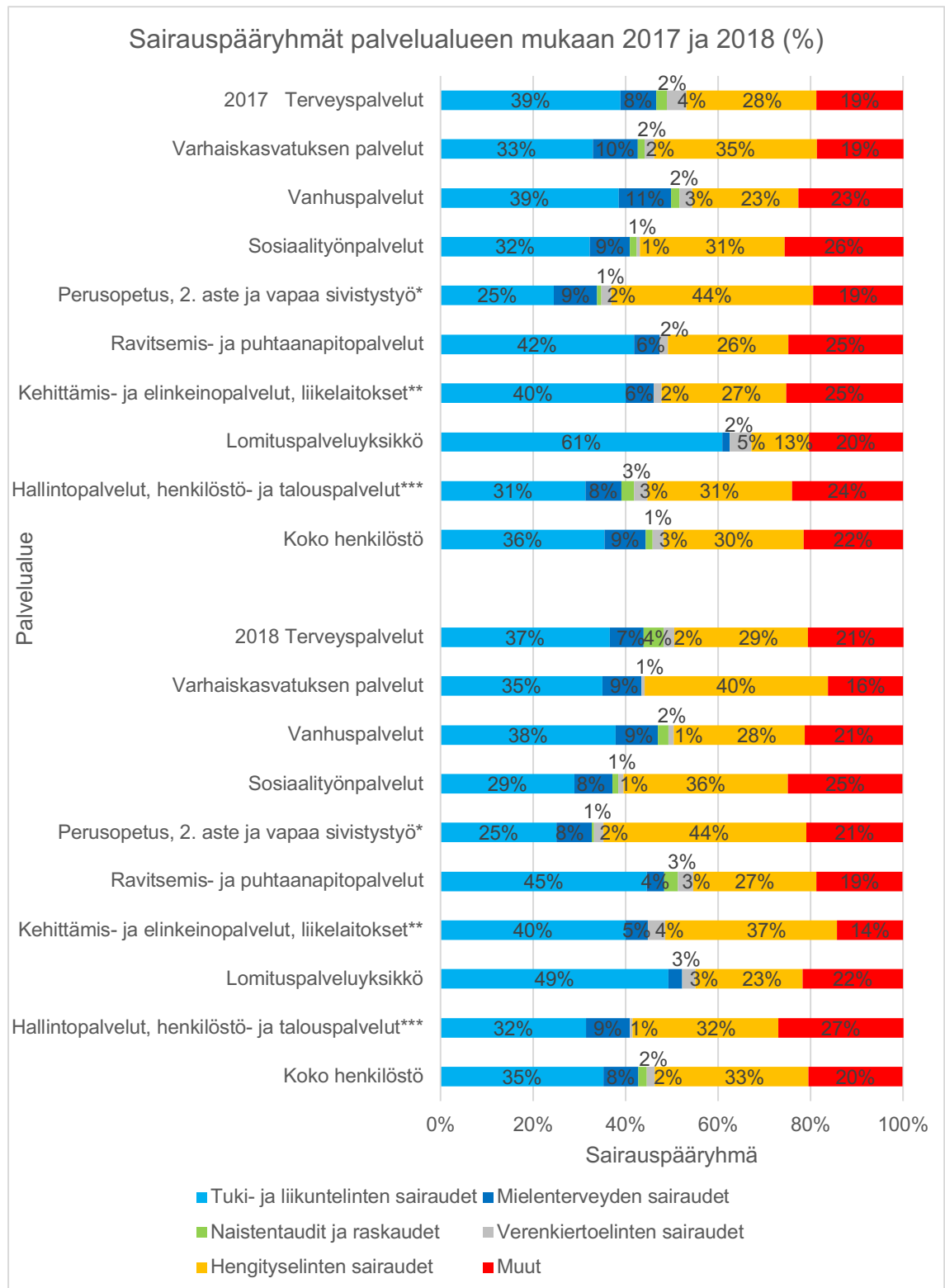
2018 hengityselinten sairauksista johtuvat poissaolojaksot hieman lisääntyivät ollen miehillä 31 % ja naisilla 34 % kaikista sairauspoissaolojaksoista.



Kuvio 8. Sairauspääryhmät sukupuolen mukaan 2017 ja 2018 (% , N=7561).

Palvelualueen vaikutus poissaolonperusteena olleeseen sairauspääryhmään

Palvelualueita tarkastellessa tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi alkaneet sairauspoissaolojaksot olivat tyypillisimpiä terveys- ja vanhuspalveluissa, ravitsemis- ja puhtaanapitopalveluissa sekä toimitilapalvelut, yhdyskuntatekniikan, kiinteistö- ja mittauspalvelut, teknisentoimen hallinnon, kehittämis- ja elinkeinotoiminnan, liikelaitosten ja maa-seutu yksiköt kattavalla palvelualueella (kuvio 9). Kyseisillä palvelualueilla tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat sairauspoissaolon perusteena yli kolmannekseen sairauspoissaolojaksoista. Lomituspalveluyksiköllä tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat myös tyypillisin sairauspoissaolon perusteena ollut sairauspääryhmä. Lomituspalveluyksiköllä tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat selvästi yleisempi syy sairauspoissaololle kuin muilla palvelualueilla. Vuonna 2017 sairauspoissaoloista 61 % ja vuonna 2018 vastaavasti 49 % alkavista poissaolojaksoista johtui lomituspalveluyksikössä tuki- ja liikuntaelinten sairauksista.



Kuvio 9. Sairauspääryhmät palvelualueen mukaan 2017 ja 2018 (% , N=7561).

*Perusopetus, 2. aste ja vapaa sivistystyö, liikunta-, nuoriso-, kulttuuri-, museo- ja kirjastopalvelut.

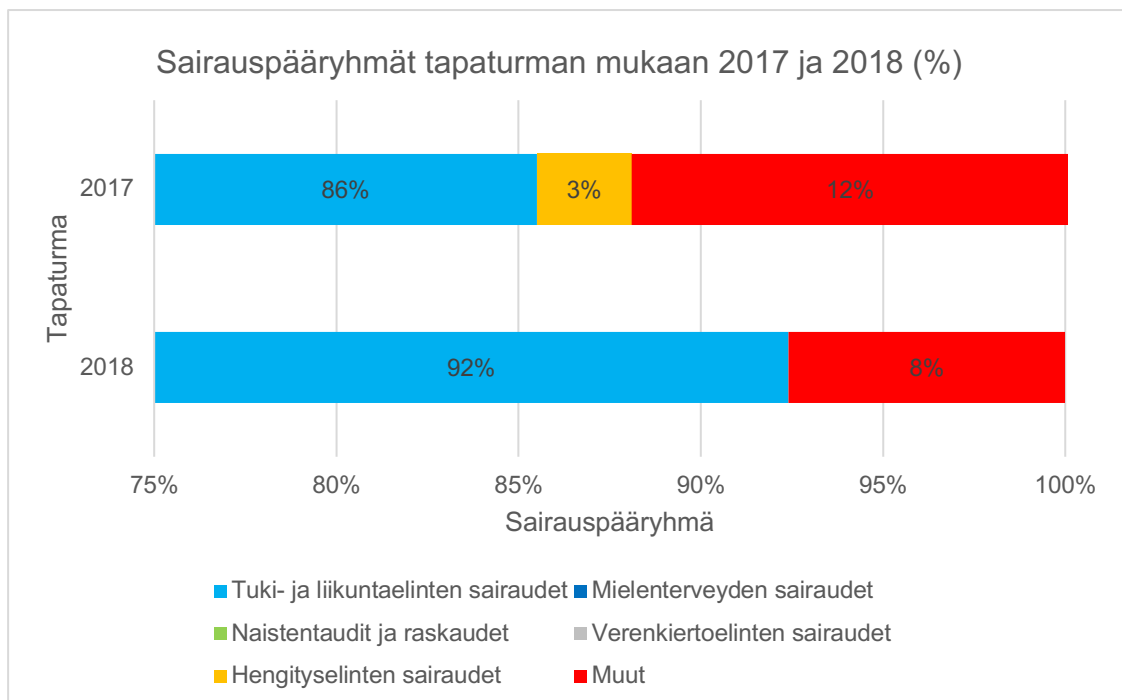
** Toimitilapalvelut, yhdyskuntatekniikka, kiinteistö- ja mittauspalvelut, teknisentoimen hallinto, kehittäminen- ja elinkeinotoiminta, liikelaitokset ja maaseutuyksiköt.

*** Lupa- ja valvonta-asiat, taloushallinto, tietohallinto, hallinto- ja tukipalvelut sekä henkilöstöhallinto.

Hengityselinten sairaudet olivat puolestaan tyypillisin sairauspoissaolojakson syy varhaiskasvatuksen palveluissa sekä perusopetuksen, toisen asteen ja vapaan sivistystyön, liikunta- ja nuorisopalvelut, kulttuuri-, museo- ja kirjastopalvelut kattavalla palvelualueella. Sosiaalityöpalveluissa vuonna 2017 tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat tyypillisin sairauspoissaolojakson syy (32 %) ja vuonna 2018 hengityselinten sairaudet (36 %). Lupa- ja valvonta-asiat, talous- ja tietohallinnon, hallinto- ja tukipalvelut sekä henkilöstöhallinnon kattavalla palvelualueella tuki- ja liikuntaelintensairaudet sekä hengityselinten sairaudet olivat yhtä tyypillisiä (noin 30 %) sairauspoissaolojakson perusteena olleita sairauspäyryhmiä.

Tapaturman vaikutus sairauspoissaolon perusteena olleeseen sairauspäyryhmään

Tapaturman seurauksena alkaneet sairauspoissaolojaksoit kuuluivat tyypillisimmin tuki- ja liikuntaelinten sairauspäyryhmään (kuvio 10). Vuonna 2017 tapaturman seurauksena alkaneista sairauspoissaoloista 86 % oli tuki- ja liikuntaelinten sairauksia. Vastaava luku vuonna 2018 oli 92 %. Vuonna 2017 tapaturman seurauksena alkaneista sairauspoissaoloista 3 % oli hengityselinten sairauksia. Vuonna 2018 tapaturmat eivät aiheuttaneet hengityselinten sairauksia.



Kuvio 10. Sairauspääryhmät tapaturman mukaan 2017 ja 2018 (% , N=7561).

Sairauspääryhmiä tarkastellessa taustamuuttujien mukaan tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä hengityselinten sairaudet olivat tyypillisimmät syyt sairauspoissaolojaksoille. Nuorempien työntekijöiden (alle 30-vuotiaat, 30–39-vuotiaat ja 40–49-vuotiaat) kohdalla sairauspoissaolojakson perusteena oli tyypillisimmin hengityselinten sairaudet (noin 35 %) ja vanhempien työntekijöiden kohdalla tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Ikäryhmistä 50–59-vuotiailla noin 40 % sekä 60-vuotiailla ja vanhemmilla noin 45 % sairauspoissaolojakson perusteena oli tuki- ja liikuntaelinsairauksiin kuuluva diagnoosi. Sukupuolen mukaan tarkastellessa naisilla ja miehillä noin kolmannes sairauspoissaolojakson perusteena olleista diagnooseista kuului tuki- ja liikuntaelinten sairauksien pääryhmään. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat tyypillisimpiä palvelualueilla, joilla työnkuva on fyysisempi. Muilla palvelualueilla hengityselinten sairaudet olivat tyypillisin syy sairauspoissaolojaksolle. Tapaturman seurauksena alkavat sairauspoissaolojaksot olivat suurelta osin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien pääryhmään kuuluvia.

5.4 Sairauspoissaolojaksojen pituudet taustatekijöiden mukaan

Seuraavaksi sairauspoissaolojaksojen pituuksia tarkastellaan taustatekijöiden mukaan. Tarkastelua tehdään sairauspääryhmän, ikäryhmän, sukupuolen, palvelualueen sekä tapaturman mukaan. Tarkasteltavista taustatekijöistä sairauspääryhmä, ikäryhmä ja palvelualue, jolla työntekijä työskentelee, vaikuttavat jokainen erillisenä taustatekijänä tilastollisesti erittäin merkitsevästi $p=0,000$ sairauspoissaolojakson pituuteen. Sairauspääryhmistä hengityselinten sairauksista johtuvien poissaolojaksojen pituus oli noin 80 prosentissa tapauksista 1–5 vuorokautta ja pääsääntöisesti poissaolot kestivät alle 30 vuorokautta. Mielenterveyden sairaudet sekä naistentaudit ja raskaudet aiheuttivat puolestaan prosentuaalisesti eniten pitkiä yli 30 vuorokauden pituisia poissaoloja. Tosin lukumäärällisesti tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat tyypillisemmin syynä pitkiin yli 30 vuorokauden pituisiin poissaolojaksoihin. Palvelualueita tarkastellessa lomituspalveluyksikössä oli vähiten lyhyitä poissaoloja ja eniten pitkiä yli 30 vuorokauden pituisia poissaoloja. Poissaolojaksojen jakauma poikkesi selvästi muista palvelualueista.

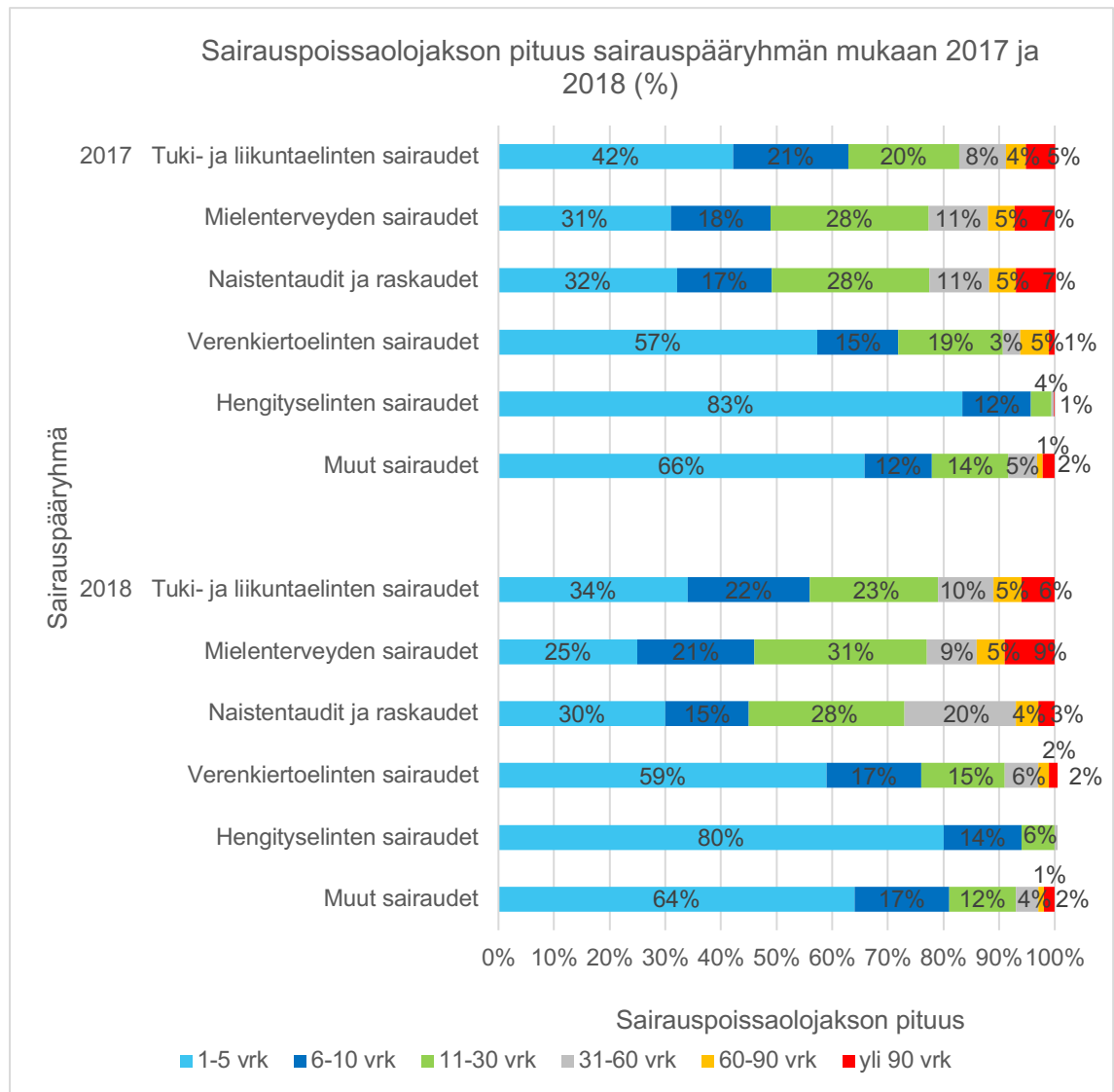
Sukupuoli ei vaikuttanut sairauspoissaolojakson pituuteen merkitsevästi $p>0,05$ vuonna 2017, mutta vuonna 2018 sukupuolen vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen oli melkein merkitsevä $p<0,05$. Vuonna 2017 sukupuolten välillä ei ollut merkittävää eroa sairauspoissaolojaksojen pituuksissa. Vuonna 2018 miehillä oli lähes 10 prosenttia enemmän 1–5 vuorokauden pituisia poissaoloja naisiin verrattuna. Myöskään tapaturma ei vaikuttanut merkitsevästi $p>0,05$ sairauspoissaolojakson pituuteen vuonna 2017, mutta

vuonna 2018 tapaturman vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen oli melkein merkitsevä $p < 0,05$. Vuonna 2017 tapaturma ei vaikuttanut sairauspoissaolojakson pituuteen. Vuonna 2018 tapaturmat aiheuttivat enemmän 11–30 vuorokauden pituisia poissaoloja ja vähemmän 1–5 vuorokauden pituisia poissaoloja kuin ilman tapaturmaa alkaneet poissaolojaksot. Ristiintaulukot ja khiin neliö -testit taustojen vaikutuksesta sairauspoissaolojakson pituuksiin löytyvät liitteestä 3.

Sairauspääryhmän vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen

Tyypillisin sairauspoissaolojakson pituus molempina tarkasteluvuosina oli 1–5 vuorokautta (kuvio 11). Ainoa poikkeus oli mielenterveyden sairaudet, jossa tyypillisin poissaolon pituus oli muuttunut 1–5 vuorokaudesta 11–30 vuorokauteen tarkastelujaksolla. Selvästi eniten lyhyitä (1–5 vuorokautta) sairauspoissaolojaksoja aiheuttivat hengityselinten sairaudet. Tarkastelujaksolla hengityselinten sairauksista aiheutuvia lyhyitä poissaoloja oli noin 80 % kaikista hengityselinten aiheuttamista poissaoloista. Mielenterveyden sairauksissa oli puolestaan suhteessa eniten pitkiä, yli 90 vuorokauden mittaisia, poissaoloja. Mielenterveyden sairauksista johtuvista poissaoloista 7 % oli yli 90 vuorokauden mittaisia vuonna 2017 ja vuonna 2018 vastaava luku oli 9 %.

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttivat lukumäärällisesti eniten sairauspoissaolojaksoja vuonna 2017 ($n=1340$) ja vuonna 2018 ($n=1333$). Vuosia vertaillessa sairauspoissaolojaksojen lukumäärä väheni, mutta sairauspoissaolojaksojen kesto piteni. Vuonna 2017 lyhyitä 1–5 vuorokauden mittaisia poissaolojaksoja oli 42 % ja vastaavasti vuonna 2018 lyhyitä poissaolojaksoja 34 %. Tuki- ja liikuntaelinten aiheuttamat poissaolojaksot lisääntyivät kaikissa 1–5 vuorokautta pidemmissä aikajaksoissa.

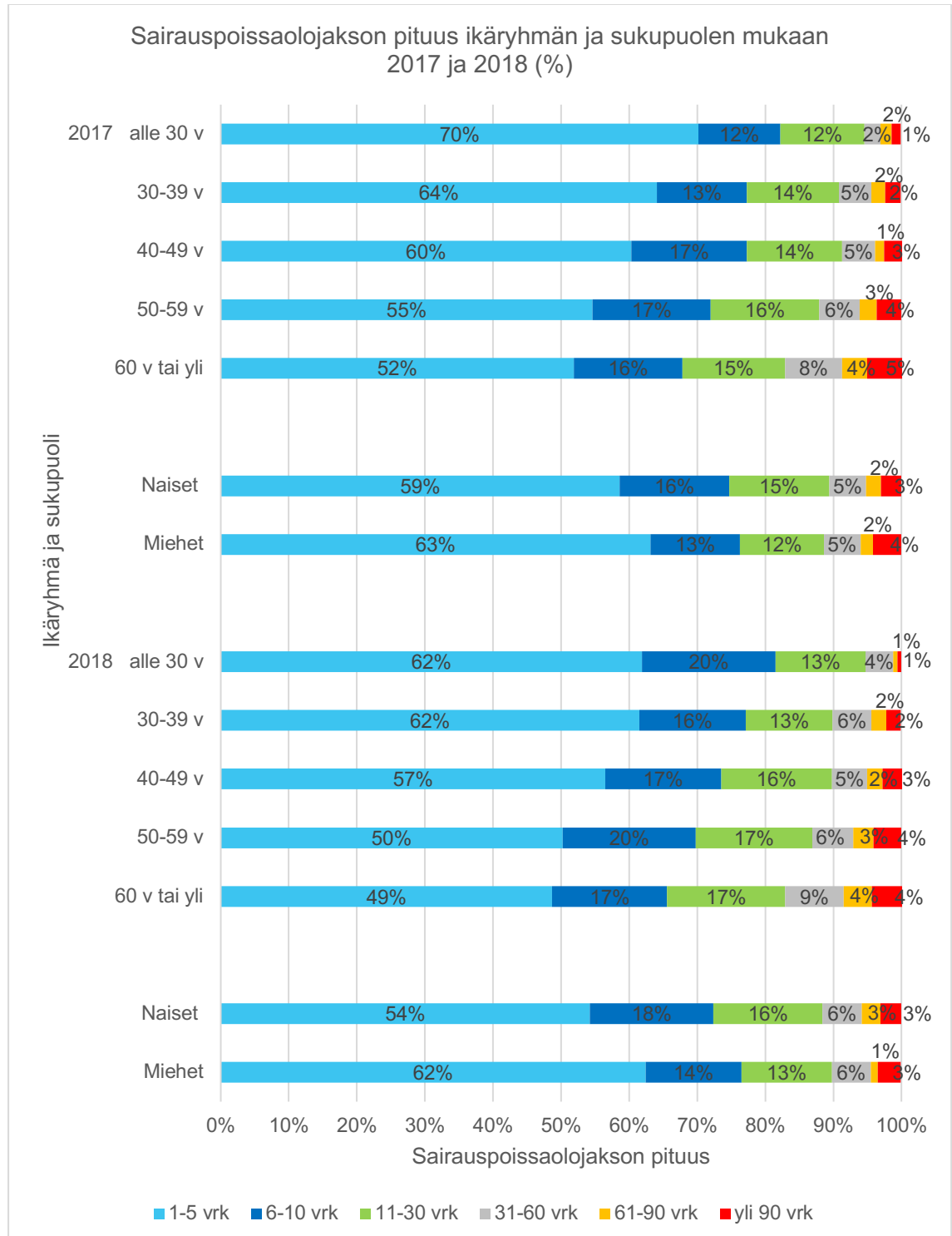


Kuvio 11. Sairauspoissaolojakson pituus sairauspäryhmän mukaan 2017 ja 2018 (% , N=7561).

län ja sukupuolen vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen

Kaikilla ikäryhmillä tyypillisin sairauspoissaolojakson pituus oli 1–5-vuorokautta. Kuitenkin mitä vanhemmista työntekijöistä on kyse, pääsääntöisesti sitä suurempi osuus sairauspoissaolojaksoista on pidempikestoisia (kuvio 12). Tarkastelussa ikääntyneimmillä työntekijöillä (50–59-vuotiaat ja 60-vuotiaat tai vanhemmat) oli eniten pitkiä 31–60 vuorokauden, 61–90 vuorokauden ja yli 90 vuorokauden pituisia poissaoloja sekä vähiten 1–5 vuorokauden pituisia poissaoloja. Nuoremmilla työntekijöillä (alle 30-vuotiaat ja 30–39-vuotiaat) oli eniten 1–5 vuorokauden pituisia poissaoloja ja vähiten yli 90 vuorokau-

den poissaoloja. Kun vertaillaan vuosia 2017 ja 2018 on trendi kaikissa ikäryhmissä samansuuntainen. Lyhyet 1–5 vuorokauden pituiset sairauspoissaolot vähentyivät ja muut pidemmät poissaolojaksot lisääntyivät.



Kuvio 12. Sairauspoissaolojaksosten pituus ikäryhmän ja sukupuolen mukaan 2017 ja 2018 (% , N=7561).

Kun sairauspoissaolojaksojen pituuksia tarkastellaan sukupuolen mukaan, tyypillisin poissaolon pituus oli 1–5 vuorokautta naisilla ja miehillä. Naisten poissaoloista oli lyhyitä (1–5 vuorokautta) 59 % vuonna 2017 ja 54 % vuonna 2018. Miehillä lyhyitä poissaoloja oli noin 60 % kaikista poissaoloista. Naisilla noin kolmannes poissaolojaksoista oli 6–10 ja 11–30 vuorokauden mittaisia vertailujaksolla. Miehillä ja naisilla 31–60 vuorokauden sekä 61–90 vuorokauden mittaisia poissaolojaksoja oli alle 10 % ja yli 90 vuorokauden mittaisia poissaoloja noin 3 % kaikista poissaolojaksoista.

Palvelualueen vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen

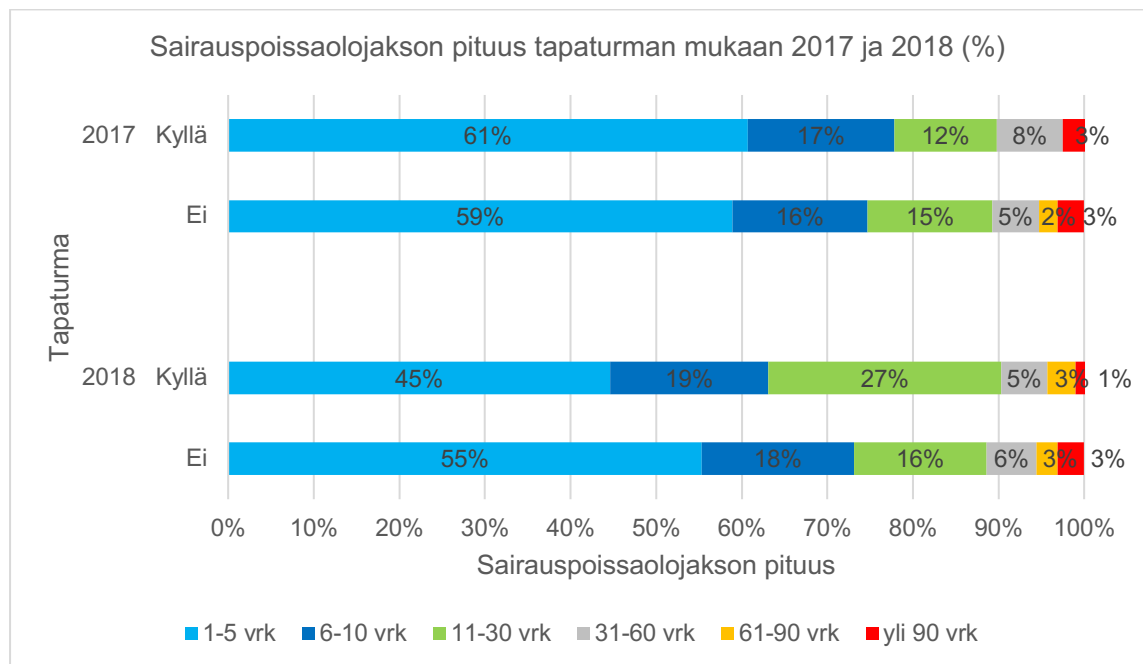
Tyypillisin sairauspoissaolojakson pituus kaikilla palvelualueilla on 1–5 vuorokautta (kuvio 13). Pääsääntöisesti palvelualueilla 1–5 vuorokauden pituisia poissaoloja oli yli puolet kaikista poissaoloista. Perusopetuksen, 2. asteen ja vapaan sivistystyön sekä hallinto-, henkilöstö ja talouspalveluiden palvelualueilla lyhyitä sairauspoissaoloja oli yli 60 % kaikista poissaoloista. Ainoastaan lomituspalveluyksikössä lyhyitä 1–5 vuorokauden pituisia poissaoloja on vain noin kolmannes kaikista yksikön poissaoloista.

Pääsääntöisesti 6–10 ja 11–30 vuorokauden pituiset poissaolot olivat noin kolmanneksen kaikista poissaoloista. Vertailuvuosina useammalla palvelualueella 1–5 vuorokauden sairauspoissaolojaksot vähenivät ja pidemmät 6–10 ja 11–30 vuorokauden pituiset poissaolot lisääntyivät. Ainoastaan perusopetuksen, 2. asteen ja vapaan sivistystyön, liikunta-, kulttuuri-, museo- ja kirjastopalveluiden sekä lupa- ja valvonta-asiat, taloushallinnon, tietohallinnon, hallinto- ja tukipalvelut sekä henkilöstöhallinnon kattavilla palvelualueilla tarkasteluvuodet olivat samankaltaisia.

Useimmilla palvelualueilla pitkien yli 30 vuorokauden pituisten poissaolojen osuus oli pääsääntöisesti noin 10 % kaikista poissaolojaksoista. Useimmilla palvelualueilla myös pitkien poissaolojen määrä pysyi lähes samana vertailuvuosina. Sosiaalityön palveluissa, ravitsemis- ja puhtaanapitopalveluissa sekä toimitilapalvelut, yhdyskuntatekniikan, kiinteistö- ja mittauspalvelut, teknisen toimen hallinnon, kehittämis- ja elinkeinotoiminnan, liikelaitokset ja maaseutuyksiköt kattavalla palvelualueella pitkät sairauspoissaolot lisääntyivät eniten, 3–5 prosenttiyksikköä. Lomituspalveluyksikössä yli 30 vuorokauden pituiset sairauspoissaolot vähenivät kymmenellä prosenttiyksiköllä.

Tapaturman vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen

Tapaturman seurauksena alkanut sairauspoissaolojakso oli tyypillisimmin 1–5 vuorokauden pituinen kuten myös muiden sairauspoissaolojaksojen (kuvio 14). Vuoden 2017 sairauspoissaolojaksojen pituudet olivat samankaltaisia huolimatta siitä, oliko poissaolon perusteena ollut tapaturma. Vuonna 2018 tapaturman aiheuttamat lyhyet 1–5 vuorokauden pituiset poissaolot vähenivät ja samalla pidemmät 6–10 vuorokauden ja 11–30 vuorokauden pituiset poissaolot lisääntyivät 17 prosenttiyksiköllä.



Kuvio 14. Sairauspoissaolojakson pituus tapaturman mukaan 2017 ja 2018 (% , N=7561).

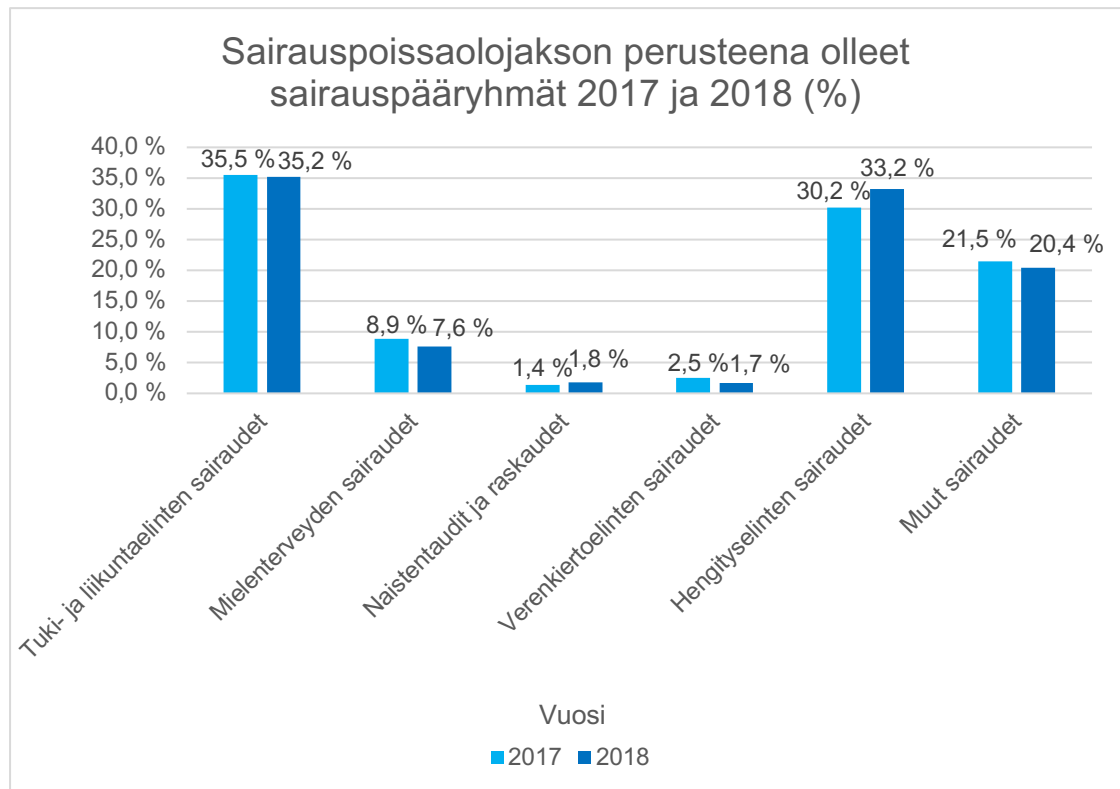
Taustatekijöiden mukaan tarkasteltuna tyypillisin sairauspoissaolojakson pituus oli 1–5 vuorokautta. Hengityselinten sairauksista johtuvista poissaoloista noin 80 % oli lyhyitä 1–5 vuorokauden pituisia. Tuki- ja liikuntaelinten sekä mielenterveyden sairauksien aiheuttamista poissaolojaksoista noin 20 % oli pitkiä yli 30 vuorokauden pituisia. Ikä vaikutti poissaolojaksojen pituuteen niin, että mitä vanhemmista työntekijöistä oli kyse, pääsääntöisesti sitä suurempi osuus sairauspoissaoloista oli pidempikestoisia. Miehillä oli naisia enemmän lyhyitä 1–5 vuorokauden pituisia poissaoloja ja vähemmän 6–10 sekä 11–30 vuorokauden pituisia poissaoloja. Pitkiä yli 30 vuorokauden pituisia poissaoloja oli naisilla ja miehillä lähes yhtä paljon. Palvelualueiden mukaan tarkasteltuna koko henkilöstöllä noin puolet poissaoloista kestivät 1–5 vuorokautta ja noin 10 % poissaoloista

oli yli 30 vuorokauden pituisia. Tapaturman seurauksena aiheutuneet lyhyet 1–5 vuorokauden pituiset poissaolot vähenivät 16 prosenttiyksikköä tarkasteluvuosina. Samalla erityisesti 11–30 vuorokauden pituiset poissaolot lisääntyivät 15 prosenttiyksiköllä vuodesta 2017 vuoteen 2018.

5.5 Sairauspoissaolojen syyt ja pituudet vuosina 2017 ja 2018

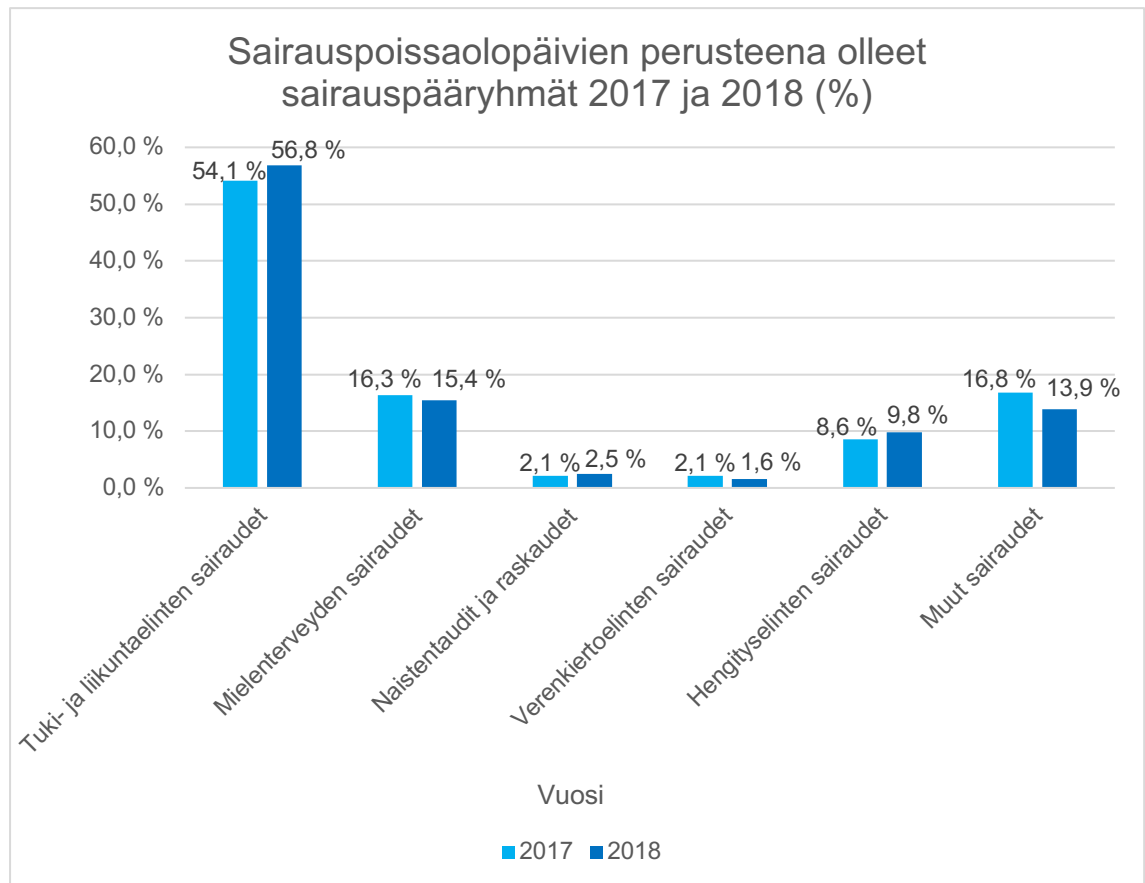
Yhteenvedona tarkastellaan vielä vuosien 2017 ja 2018 välisiä muutoksia sairauspoissaolojen pituuksien ja syiden mukaan. Tilastollista merkitsevyyttä tarkastellessa vuosien välillä on eroa. Vuosi vaikuttaa tilastollisesti merkitsevästi sairauspoissaolon perusteena olleeseen sairauspääryhmään $p < 0,01$ ja melko merkitsevästi sairauspoissaolojakson pituuteen $p < 0,05$. Sairauspääryhmiä tarkastellessa merkittävin muutos on hengityselinten sairauksien lisääntyminen vuonna 2018. Sairauspoissaolojaksojen pituuksien osalta lyhyet 1–5 vuorokauden pituiset poissaolojaksot ovat vähentyneet ja pidemmät 6–10 vuorokauden, 11–30 vuorokauden sekä 31–60 vuorokauden poissaolojaksot lisääntyneet. Ristiintaulukot ja khiin neliö -testit vuoden vaikutuksesta sairauspääryhmään ja sairauspoissaolojakson pituuteen löytyvät liitteestä 4.

Tarkasteluvuosina tyypillisin sairauspoissaolojakson perusteena ollut sairauspääryhmä oli tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttaen noin kolmanneksen (35 %) kaikista sairauspoissaolojaksoista. Hengityselinten sairaudet olivat seuraavaksi yleisin syy sairauspoissaolojaksoille. Vuonna 2017 hengityselinten sairaudet olivat syynä 30 % poissaolojaksoista ja vuonna 2018 määrä nousi 33 %. Mielenterveyden sairauksien, verenkiertoelinten sairauksien ja muiden sairauksien pääryhmän sairauspoissaolojaksot vähenivät tarkasteluvuosina noin prosenttiyksikön verran. Naistentautien ja raskauksien kohdalla sairauspoissaolojaksot lisääntyivät 0,4 prosenttiyksikköä. Kuviossa 15 on esitetty sairauspoissaolojakson perusteena olleet sairauspääryhmät vuosina 2017 ja 2018.



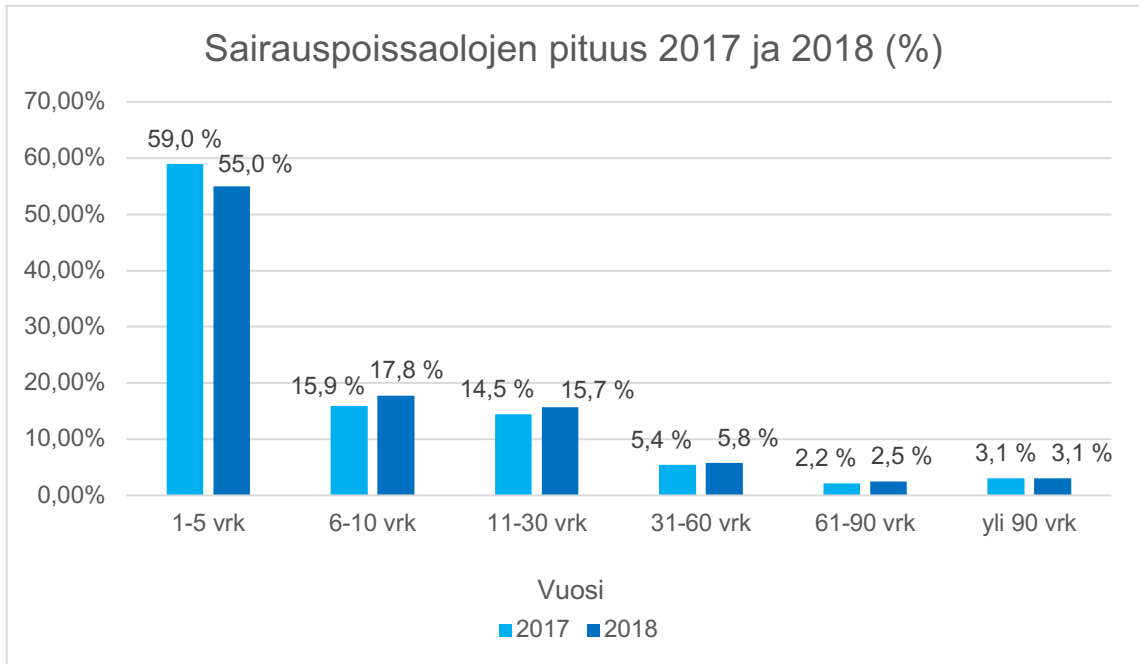
Kuvio 15. Sairauspoissaolojaksen perusteena olleet sairauspäryhmät 2017 ja 2018 (% , N=7561).

Sairauspoissaolopäivien lukumäärää (kuvio 16) tarkastellessa tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat selvästi tyypillisin sairauspoissaolon perusteena ollut sairauspäryhmä. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttivat 54 % kaikista sairauspoissaolopäivistä vuonna 2017 ja vuonna 2018 vastaavasti 57 %. Mielen terveyden sairaudet aiheuttivat 16 % poissaolopäivistä vuonna 2017. Tarkasteluvuonna mielen terveyden sairauksien aiheuttamat sairauspoissaolopäivät kuitenkin laskivat yhden prosenttiyksikön verran. Hengityselinten sairaudet aiheuttivat 9 % sairauspoissaolopäivistä vuonna 2017 ja lisääntyivät reilulla prosenttiyksiköllä vuonna 2018. Vähiten sairauspoissaolopäiviä aiheuttivat naistentaudit ja raskaudet sekä verenkiertoelinten sairaudet. Naistentaudit ja raskaudet aiheuttivat 2 % kaikista sairauspoissaolopäivistä vuonna 2017 ja määrä lisääntyi noin puolella prosenttiyksiköllä vuonna 2018. Verenkiertoelinten sairaudet aiheuttivat vuonna 2017 noin 2 % kaikista poissaoloista ja vähenivät noin puolella prosenttiyksiköllä vertailuvuonna.



Kuvio 16. Sairauspoissaolopäivien perusteena olleet sairauspääryhmät 2017 ja 2018 (%).

Kuviossa 17 on esitetty sairauspoissaolojaksojen pituudet. Sairauspoissaolojaksojen tyypillisin pituus vuosina 2017 ja 2018 on ollut 1–5 vuorokautta. Vertailuvuosina lyhyet 1–5 vuorokauden pituiset poissaolot ovat kuitenkin vähentyneet ja pidemmät 6–10 vuorokauden, 11–30 vuorokauden, 31–60 vuorokauden sekä 61–90 vuorokauden pituiset poissaolot lisääntyneet. Tarkasteluvuosina 1–5 vuorokauden mittaiset poissaolot ovat vähentyneet neljä prosenttiyksikköä. Vuonna 2017 lyhyet poissaolot olivat 59 % kaikista poissaoloista, kun vastaava luku vuonna 2018 oli enää 55 %. Tarkasteluvuosina 6–10 vuorokauden pituiset poissaolot lisääntyivät noin kaksi prosenttiyksikköä ollen lähes 18 % kaikista poissaoloista vuonna 2018. Samalla 11–30 vuorokauden mittaiset poissaolot lisääntyivät noin prosenttiyksikön ja olivat vuonna 2018 noin 16 % kaikista poissaoloista. Yli 90 vuorokauden mittaisten poissaolojen määrä on pysynyt noin kolmessa prosentissa vuonna 2017 ja 2018.



Kuvio 17. Sairauspoissaolojaksojen pituus 2017 ja 2018 (% , N=7561).

Vuosien välillä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien aiheuttamat sairauspoissaolojaksot ovat vähentyneet 0,3 prosenttiyksikköä, mutta samalla sairauspoissaolopäivien määrä on lisääntynyt lähes kolmella prosenttiyksiköllä. Mielenterveyden sairauksien kohdalla sairauspoissaolojaksot ja -päivät ovat hieman vähentyneet vertailuvuosina. Hengityselinten sairauksien kohdalla sekä sairauspoissaolojaksot että sairauspoissaolopäivät lisääntyivät. Oleellisin muutos sairauspoissaolojaksojen pituuksissa olivat 1–5 vuorokauden pituisten sairauspoissaolojen väheneminen ja samalla pidempien sairauspoissaolojaksojen lisääntyminen.

6 Interventiosuunnitelma sairauspoissaolojen vähentämiseksi

6.1 Intervention taustaa

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää toimeksiantajana olevalle kuntaorganisaatiolle interventiosuunnitelma sairauspoissaolojen vähentämiseksi. Toimeksiantajan toiveena on, että suunnitelma olisi käytännönläheinen, helposti toteutettavissa ja yleistettävissä koko henkilöstölle. Tutkimusaineistosta käy ilmi, että tuki- ja liikuntaelinten sekä hengityselinten sairaudet olivat tyypillisimmät syyt sairauspoissaolojaksoille. Tuki- ja liikunta-

elinten sairaudet aiheuttivat yli 50 prosenttia kaikista sairauspoissaolopäivistä ja hengityselinten sairaudet olivat syynä noin 10 prosenttiin poissaoloista. Aineistosta käy myös ilmi, että naiset sairastivat lähes viikon miehiä enemmän ja mitä vanhemmista työntekijöistä on kyse, pääsääntöisesti sitä suurempi osuus sairauspoissaolojaksoista oli pidempikestoisia. Tutkimuksen tuloksista voidaan siis tehdä diagnoosipohjaista sekä henkilöstörakenteeseen liittyviä päätelmiä sairauspoissaoloista, mutta ei voida päätellä organisaation yleisimpien työkykyriskien esimerkiksi työympäristön tai -ilmapiirin yhteyttä sairauspoissaoloihin.

Interventiosuunnitelmassa esitellään kaksi erilaista toimenpide-ehdotusta. Ensimmäisen toimenpiteen tarkoituksena on kehittää sairauspoissaolojen profilointia organisaation työkykyriskit huomioiden. Sairauspoissaolojen tarkemmalla profiloimisella pyritään tunnistamaan organisaation työkykyriskejä niin, että jatkossa voidaan kohdentaa aiempaa tarkempia interventioita sairauspoissaolojen vähentämiseksi organisaation näkökulmasta. Toisen toimenpiteen tarkoituksena on kehittää työpaikan ergonomiaa. Työpaikan ergonomiaa lisäämällä pyritään vaikuttamaan erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksista aiheutuviin sairauspoissaoloihin.

Intervention toimenpiteiden suunnittelussa hyödynnetään Intervention Mapping -mallia (taulukko 6) soveltuvin osin. Malli koostuu kuudesta eri vaiheesta, jotka ovat tarpeen määrittely, tavoitteiden asettelu, intervention suunnittelu ja rakentaminen, intervention toimeenpano sekä arviointi. (Jack – Grim – Gross – Lynch – McLin 2010: 75.) Molemmissa toimenpidesuunnitelmissa vaiheet 1–2 ovat saman sisältöiset ja tullaan kuvaamaan seuraavassa kappaleessa. Vaiheet 3–6 kuvataan omina kokonaisuuksinaan seuraavissa luvuissa.

Taulukko 6. Intervention Mapping -malli. (Bartholomew – Parcel – Kok – Gottlieb 2006: 16; Jack ym. 2010: 75.)

VAIHE	
1. <i>Tarpeen määrittely</i>	Terveyteen liittyvän ongelman määrittely (terveys, elämänlaatu, käyttäytyminen, ympäristö) ja tarkastelu näyttöön perustuen.
2. <i>Tavoitteiden asettelu</i>	Tavoitteiden määrittely tarvelähtöisesti ja konkreettisesti.
3. <i>Intervention suunnittelu</i>	Intervention suunnittelu teoriaan pohjautuen. Valitaan ja/tai suunnitellaan tarpeeseen sopivia toimivia menetelmiä.
4. <i>Intervention rakentaminen</i>	Intervention käytännön toimien valmistelu.
5. <i>Intervention toimeenpano</i>	Luodaan toimenpidesuunnitelma ja nimetään toteuttajat.
6. <i>Arviointi</i>	Intervention prosessin ja tulosten vaikuttavuuden arviointi.

Intervention tarpeen määrittelyä on tehty aiemmin opinnäytetyön teoriaosuudessa sekä luvussa viisi, jossa on kuvattu tutkimuksen tulokset. Intervention toimenpiteiden tavoitteena on vähentää organisaation sairauspoissaoloja tulevaisuudessa ja välillisenä tavoitteena on parantaa työntekijöiden hyvinvointia. Intervention vaikuttavuuden arvioinnin mittarina toimii organisaation työterveyshuollon keräämät sairauspoissaolotiedot.

6.2 Sairauspoissaolojen profilointi organisaation työkykyriskit huomioiden

Intervention suunnittelu

Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksista selviää sairauspoissaolojen syyt sairauden tai vamman perusteella sekä tuloksista voidaan päätellä henkilöstörakenteeseen liittyviä

asioita, jotka vaikuttavat sairauspoissaoloihin. Kun tutkimusaineistoa tarkasteltiin kokonaisuutena, tuloksissa ikäryhmä, sukupuoli, palvelualue, jolla työntekijä työskentelee, ja tapaturma vaikuttivat tilastollisesti merkitsevästi sairauspoissaolon perusteena olleeseen sairauspääryhmään. Puolestaan sairauspääryhmä, ikäryhmä sekä palvelualue, jolla työntekijä työskentelee, vaikuttivat tilastollisesti merkitsevästi sairauspoissaolojaksen pituuteen. Tutkimuksen tuloksista ei voitu kuitenkaan päätellä henkilöstörakenteen lisäksi muita organisaation työkykyriskejä, jotka vaikuttavat sairauspoissaoloihin.

Sairauspoissaolojen tarkempi profilointi nousi intervention yhdeksi toimenpiteeksi, jotta organisaatio saa jatkossa tarkempaa tietoa sairauspoissaolojen taustasyistä. Tällöin voidaan miettiä uudesta näkökulmasta missä määrin ja millä keinoin sairauspoissaoloja voidaan vähentää juuri organisaatitasolla. Pelkällä diagnoosipohjaisella ja henkilöstörakenteeseen liittyvällä luokittelulla ei päästä näihin tavoitteisiin. Esimerkki jo olemassa olevasta profilointityökalusta löytyy Helsingin kaupungin työterveyskeskuksesta. Työterveyskeskuksen kehittämä sähköinen sairauspoissaolojen profiloitiväline ryhmittelee poissaolot niiden oletettujen taustasyiden perusteella. (Haakana – Teerimäki – Talvitie 2013.) Helsingin kaupunki on hyödyntänyt työterveyshuollon tekemää sairauspoissaolojen profilointia silloin, kun työpaikan sairauspoissaolot ovat olleet erityisen korkeat. Profiloinnin avulla on autettu esimiestä tunnistamaan poissaoloja selittäviä tekijöitä ja sitä kautta ehkäisemään vältettävissä olevia poissaoloja. (Helsingin kaupunki 2014: 18.)

Kuten aiemmassa teoriaosuudessa on tuotu esille, sairauspoissaolot ovat monitahoinen ilmiö, mihin vaikuttavat useat eri yksilölliset ja organisaatioon liittyvät tekijät. Sairauksien ja vammojen lisäksi yhteydessä ovat muun muassa työntekijän ikä, sukupuoli, toimintakyky, työ ja työolot, työn vaatimukset ja osaaminen sekä työpaikan ilmapiiri. (Oksanen 2016: 9.) Profilointityökaluun valittiin opinnäytetyön teoriaosuudessa esitetyn tiedon sekä Helsingin työterveyskeskuksen esittelemän mallin perusteella taustasyiksi sairaudet ja vammat, työ ja työolot, osaaminen ja työn vaatimukset, työpaikan ilmapiiri, henkilöstörakenne ja sairauspoissaolojen väärinkäyttö. Seuraavaksi esitellään sairauspoissaolojen profilointityökalu (kuvio 18), joka huomioi organisaation työkykyriskit sekä kuvataan työkalun käytön keskeiset periaatteet.



Kuvio 18. Sairauspoissaolojen taustasyitä profiloitityökalussa pohjautuen Helsingin työterveyskeskuksen sairauspoissaolojen profiloitinvälineeseen. (Haakana – Teerimäki – Talvitie 2013.)

Sairauksista ja vammoista johtuva poissaolo on perusteltavissa selkein lääketieteellisin syin ja perustuu diagnosoituun sairauteen, vammaan tai epäilyyn sellaisesta (Käypä hoito -suositus 2019). Poissaolon perusteena oleva sairaus tai vamma heikentää toimin-

takykyä niin, että työssä käyminen ei onnistu. Poissaolo on perusteltua myös, mikäli sairaus pahenee työssä eikä vaihtoehtoista työtä ole tarjolla tai sairauden hoito voi edellyttää työstä poissaoloa. (Työterveyslaitos n.d.b.) Sairauksien ja vammojen kohdalla poissaoloja voidaan tukea sekä varhaisen tuen että työhön paluun tuen avulla. Osatyökykyisten työratkaisut mahdollistavat niiden työskentelyn, joiden työkyky on alentunut. (Aura – Ahonen 2016: 129.) Myös sairauksien tehokas hoito on perusteltua työkykyrisien hallintaa (Haakana – Teerimäki – Talvitie 2013).

Työhön ja työoloihin liittyvät sairauspoissaolot viittaavat työstä aiheutuviin sairauksiin, ammattitauteihin, työtapaturmiin sekä työssä kohdatun väkivallan tai vaaratekijän aiheuttamiin fyysisiin ja psyykkisiin traumoihin (Haakana – Teerimäki – Talvitie 2013). Työperäinen stressi luetaan myös työhön ja työoloihin liittyviin sairauspoissaoloihin. Työperäisellä stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihmiseen kohdistuu niin paljon vaatimuksia, että sopeutumiseen käytettävissä olevat voimavarat eivät riitä. (Kivimäki – Lindholm – Reijula 2019.) Työhön ja työoloihin liittyviä sairauspoissaoloja voidaan hallita työn kuormitukseen vaikuttavilla tekijöillä. Tässä tukena on työterveyshuollon erityisosaaminen, joka tunnistaa työn haasteita työpaikkaselvitysten ja vastaanottoimintansa kautta. (Launis – Lehtelä 2011: 34.)

Osaaminen ja työn vaatimukset on yksi mahdollinen kuormitustekijä sairauspoissaolojen kehittymisessä. Osaamisella tarkoitetaan henkilöstön kokemusta omasta osaamisesta suhteessa työtehtävän vaatimuksiin (Aura – Ahonen 2016: 127). Työelämän kasvavat osaamisvaatimukset vaikuttavat työntekijän psyykkiseen kuormitukseen ja hyvinvointiin työssä (Työelämä 2025 -katsaus 2015: 29). Henkilöstön puutteet osaamisessa voivat aiheuttaa muun muassa vastenmielisyyttä työhönmenoa kohtaan, työmotivaation vähenemistä, työasioiden pakonomaista pyörittämistä mielessä ja unettomuutta (Haakana – Teerimäki – Talvitie 2013). Osaamiseen voidaan vaikuttaa jatkuvalla osaamistarpeiden ja osaamisen kartoittamisella, kehityskeskusteluilla sekä jatko- ja täydennyskoulutuksilla (Aura – Ahonen 2016: 127).

Työpaikan ilmapiiri liittyy sairauspoissaoloihin monin eri tavoin. Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan työilmapiirillä on selvä yhteys sekä ihmisen kokemuksiin työhön liittyviin oireisiin että sairauspoissaoloihin. Huonosta työilmapiiristä kärsivillä työntekijöillä oli enimmillään yli 70 prosenttia enemmän sairauspoissaoloja kuin muilla työntekijöillä. (Työterveyslaitos 2003.) Huonon ilmapiirin taustalla voivat olla epäoikeudenmukaisu-

den kokemukset, toimenkuvan sekavuus, resurssivaje ja epäasiallinen käytös. Myös organisaatiomuutoksesta johtuvat muutokset työilmapiirissä voivat olla syy sairauspoissaoloihin. Työpaikan ilmapiiristä johtuvia poissaoloja voidaan vähentää parantamalla työpaikan toiminnan sujuvuutta. Toimenpiteet voivat liittyä esimerkiksi työpaikan pelisääntöihin ja organisaatiokulttuuriin. Epäasiallisen kohtelun ehkäisy ja esimiesten vuorovai-
kutustaitojen kehittäminen voivat olla osuvia toimenpiteitä. (Haakana – Teerimäki – Talvitie 2013; Sinokki 2010.)

Henkilöstörakenteeseen liittyvät sairauspoissaolot voidaan pitkälti ennakoida. Terveysongelmien ohella ikä, naissukupuoli, matala ammattiasema sekä julkisella ja sosi-
aali- ja terveysalalla työskentely ennustavat sairauspoissaoloja (Leinonen ym. 2018). Henkilöstörakenteen haasteisiin voidaan vastata työurajohtamisen avulla. Työurajohta-
minen pyrkii yhteen sovittamaan organisaation henkilöstöstrategiset ja tuottavuustavoit-
teet sekä työntekijöiden työmotivaatioon ja työkykyyn liittyvät tavoitteet huomioimalla uravaiheet sekä yksilölliset elämäntilanteet. (Työterveyslaitos n.d.f.)

Sairauspoissaolon väärinkäyttö tarkoittaa, että työntekijä on virallisesti poissa sairau-
den takia, vaikka varsinainen syy ei ole terveydentila. Väärinkäyttöä ovat oireiden liioit-
telu ja keksiminen, sekä poissaolot päihtymyksen tai krapulan vuoksi. Joskus poissaolo
voi johtua töissä tapahtuneesta epämiellyttävästä tapahtumasta ja on ikään kuin protesti
työnantajaa ja työyhteisöä kohtaan. (Haakana – Teerimäki – Talvitie 2013.) Väärinkäy-
töksiä pyritään ehkäisemään selkeällä toimintamallilla ja ohjeistuksella sairauden aiheut-
tamiin työkyvyttömyystilanteisiin (Elinkeinoelämän keskusliitto 2011: 19).

Intervention rakentaminen

Intervention suunnittelun yhteydessä esiteltiin profilointityökalun keskeiset periaatteet. Seuraavaksi esitellään intervention käytännön toimien valmistelu. Profilointityökalun
käyttöönotto vaatii ensimmäisenä organisaation johdon päätöksen käyttöönotosta. Tä-
män jälkeen päätetään, mistä työkalu tilataan. Työkalun tilaaminen on suositeltavaa
tehdä omalta työterveyshuollolta, joka tuottaa tietoa organisaation työntekijöiden sai-
rauspoissaoloista. Aiemmin tehdyn profiloinnin lisäksi työterveyshuolto tuottaisi sairaus-
poissaolotiedot myös niiden oletettujen taustasyiden perusteella. Työkalun on hyvä olla
sähköisessä muodossa, jotta käyttö olisi mahdollisimman helppoa. Organisaation omalla
työterveyshuollolla on tarkempaa tietoa siitä, miten käytännön toteutus on mahdollista

toteuttaa esimerkiksi potilastietojärjestelmässä käynnin tilastoinnin yhteydessä. Organisaatiossa on mahdollista olla poissa myös omalla ilmoituksella sairauden vuoksi 1–5 kalenteripäivää. Työkalu ei välttämättä sovellu sellaisenaan omailmoitusten profilointiin, jos vuorovaikutus ei ole avointa työntekijän ja esimiehen välillä. Omailmoitusten profilointi vaatisi myös esimiehille mahdollisesti omaa sähköistä työkalua. Eri työkaluilla tehtyjen profilointien yhdistäminen saattaa olla käytännössä kohtuuttoman työn takana. Työkalulla ei pystytä myöskään profiloimaan muiden terveydenhuoltopalveluiden kautta kirjoitettuja sairauspoissaoloja.

Tämän suunnitelman mukaan työterveyshuollon vastuulle jää sairauspoissaolotietojen ja niiden taustasyiden kerääminen ja raportointi. Profilointityökalun avulla saatuja tuloksia on kuitenkin hyvä käsitellä henkilöstöpalveluiden, työterveyshuollon, työsuojelun sekä esimiesten välisenä yhteistyönä. Eri toimijoilla on erilaiset mahdollisuudet puuttua organisaation työkykyriskeihin. Organisaation työkykyriskeistä saatu tieto raportoidaan myös kaupungin johtoryhmälle.

Intervention toimeenpano ja arviointi

Intervention varsinainen toimeenpano jää toteutumatta tässä kuvauksessa. Toimeksiantaja saa tämän suunnitelman käyttöönsä ja päättää itse sen toimeenpanosta. Intervention tulosten arviointi tapahtuu seuraamalla työterveyshuollon tuottamien sairauspoissaolotietojen kehittymistä eri taustamuuttujat huomioiden. Intervention prosessin arvioinnissa huomioidaan profilointityökalun toimivuus ja luokittelun pohjalla olevien taustasyiden sopivuus organisaatiolle. Prosessin toimivuutta arvioidaan säännöllisesti esimerkiksi vuosittain eri toimijoiden (henkilöstöpalvelut, työterveyshuolto ja työsuojelu) yhteistyöta- paamisissa. Arvioinnin perusteella työkalua kehitetään organisaatiolle sopivaksi.

6.3 Ergonomiaa lisäämällä vähemmän sairauspoissaoloja

Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksissa tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat tyypillisiin syy alkaville sairauspoissaolojaksoille sekä sairauspoissaolopäiville, kun tarkastellaan organisaation koko henkilöstöä. Tarkasteluvuosina tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi alkaneet sairauspoissaolojaksot lisääntyivät lähes kolmella prosenttiyksiköllä sekä sairauspoissaolopäivät lisääntyivät 14 prosentilla (noin 4 300 päivällä). Tästä syystä intervention toinen toimenpide-ehdotus kohdistuu kyseisen sairauspääryhmän aiheuttamien sairauspoissaolojen vähentämiseen ergonomian keinoin. Suunnitelmassa esitellään

taustaa ergonomian hyödyntämisestä tuki- ja liikuntaelinsairauksien vähentämisessä sekä kuvataan prosessi työntekijöiden ergonomiohjauksesta ja ergonomiavastaavien kouluttamisesta.

Intervention suunnittelu

Launiksen ja Lehtolan (2011: 19) mukaan ergonomia määritellään tiivistetysti seuraavasti:

Ergonomia on ihmisen ja työjärjestelmän vuorovaikutuksen tutkimista ja kehittämistä ihmisen hyvinvoinnin ja järjestelmän suorituskyvyn parantamiseksi. Ergonomian avulla työ, työvälineet, työympäristö ja muu toimintajärjestelmä sopeutetaan vastaamaan ihmisen ominaisuuksia ja tarpeita. Ergonomian avulla parannetaan ihmisen turvallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia sekä järjestelmän häiriötöntä ja tehokasta toimintaa.

International Ergonomics Associationin (2019) määritelmässä ergonomia on jaettu seuraaviin osa-alueisiin: fyysinen ergonomia, kognitiivinen ergonomia sekä organisatorinen ergonomia. Fyysinen ergonomia liittyy ihmisen anatomisiin ja biomekanisiin ominaisuuksiin, joihin voidaan vaikuttaa työympäristöllä, työvälineillä, työasunnoilla ja -menetelmillä. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet linkitetään vahvasti yhteen fyysisen ergonomian kanssa. Kognitiivinen ergonomia tarkoittaa ihmisen tiedonkäsittelykykyjen yhteensovittamista työn, työvälineiden, työympäristöjen ja työtapojen kanssa. Kognitiiviseen teoriaan yhdistetään muun muassa työn henkinen kuormittavuus, ammatillinen päätöksenteko, tietojärjestelmien käyttö ja hallinta, työstressi sekä osaaminen. Organisatorinen ergonomia liittyy organisaatorakenteiden ja prosessien optimointiin. Organisatorista ergonomiaa voidaan kehittää esimerkiksi viestintää parantamalla, henkilöstöresursseja tarkistamalla, työaikajärjestelyiden suunnittelulla sekä toimintaa, laatua ja yhteistyötä kehittämällä.

Ergonomian myönteiset vaikutukset ovat parannuksia työssä ja työn sujuvuudessa. Ne ilmenevät työntekijöiden lisääntyneenä hyvinvointina ja tuotannon tehostumisena. Vaikutukset työhön, työympäristöön, kuormitukseen, terveyteen ja hyvinvointiin voivat olla seuraavanlaisia: työ tuntuu kevyeltä ja sujuvalta, työssä voi käyttää kykyjään ja taitojaan, työympäristö on miellyttävä, työntekijöiden parempi viihtyvyys, motivaatio ja jaksaminen sekä haitallisen fyysisen ja psyykkisen kuormituksen väheneminen. Taloudellisia vaikutuksia voivat olla poissaolojen ja työperäisten sairauksien väheneminen, helpompi työvoiman saanti ja pienempi vaihtuvuus työnantajamaineen parantuuessa. (Launis – Lehtelä 2011: 36.)

Euroopan työterveys- ja turvallisuuskeskus on tehnyt tutkimuskirjallisuuteen perustuvan raportin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ennaltaehkäisystä. Raportin keskeisimmät tulokset kertovat, että toistotyöhön voidaan lisätä taukoja ilman tuottavuuden vähenemistä sekä ergonomiaa parantavat tekniset toimenpiteet voivat pienentää selkään ja yläraajoihin kohdistuvaa taakkaa ja siten vähentää tuki- ja liikuntaelinten sairauksien riskiä ilman tuottavuuden vähenemistä. Raportin mukaan yksittäiset toimenpiteet eivät todennäköisesti riitä ehkäisemään tuki- ja liikuntaelinten sairauksia, vaan tarvitaan monien eri toimenpiteiden kuten organisatoristen, teknisten ja henkilökohtaisten toimenpiteiden yhdistelmää. Osallistava toimintamalli, jossa työntekijät ovat mukana, voi parantaa onnistumismahdollisuuksia. (European Agency for Safety and Health at Work 2008: 33–34.)

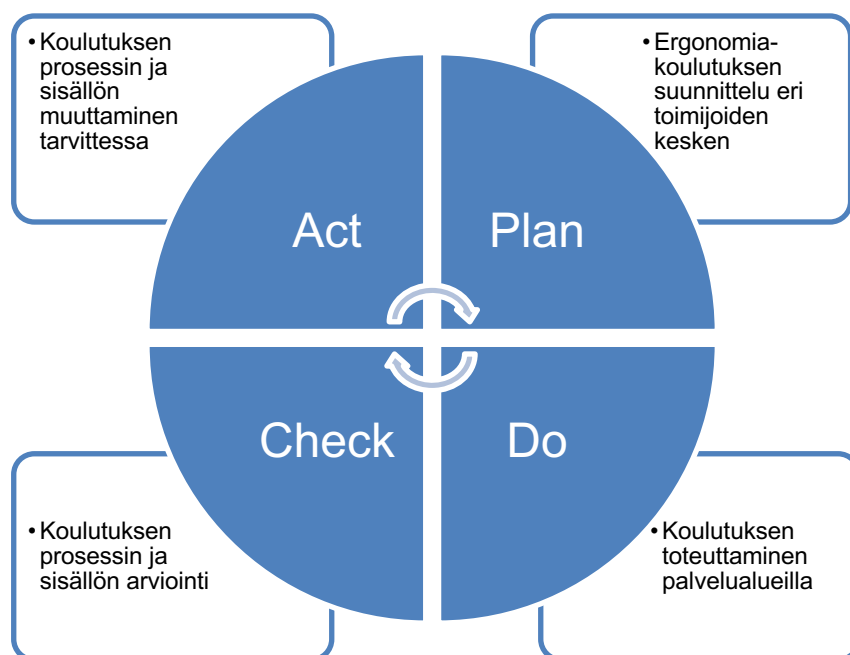
Tänä syksynä mediassa on uutisoitu, miten ergonomiaa lisäämällä on voitu vähentää sairauspoissaoloja. Rovaniemen kaupunki on saanut vähennettyä sairauspoissaoloja ikäihmisten hoivapalveluissa kahdeksalla prosentilla osittain ergonomiaa parantamalla (Passoja 2019). Rovaniemen mallissa ergonomisia työtapoja on kehitetty Työterveyslaitoksen Potilassiirto Ergonomiakorttikoulutuksen pohjalta. Koko hoitohenkilöstö on saanut ergonomiakoulutusta ja koulutusta on tarkoitettu laajentaa myös muille ammattialoille. Lisäksi Rovaniemellä on kehitetty malli, jossa työntekijöiden joukosta on koulutettu ergonomiakouluttajia. Heidän tehtävänä on levittää oppia koko henkilöstölle ja edesauttaa uusien toimintatapojen jalkauttamisessa. (KunTeko 2017.)

Seuraavaksi esitellään suunnitelma prosessista työntekijöiden ergonomiohjaukseen sekä ergonomiavastaavien kouluttamiseen. Lisäksi annetaan muutamia käytännön esimerkkejä mahdollisista ergonomiaa lisäävistä toimenpiteistä, joilla tuki- ja liikuntaelinsairauksia voidaan vähentää. Varsinainen työntekijöiden ergonomiohjauksen ja ergonomiavastaavien koulutuksen sisällön kehittäminen jää organisaatiolle ja sen työterveyshuollolle. Tämä siitä syystä, että opinnäytetyön tekijällä ei ole tietoa palvelualueiden erityistarpeista, eikä organisaation keskeisiä toimijoita (henkilöstöpalvelut, työterveyshuolto, työsuojelu ja työntekijät) ole mahdollista hyödyntää opinnäytetyön aikataulun puitteissa koulutuskokonaisuuden sisällön suunnitteluun.

Työntekijöiden ergonomiohjauksen tarkoituksena on luoda kullekin palvelualueelle pysyviä ergonomiaratkaisuja, joiden avulla voidaan vaikuttaa tuki- ja liikuntaelinsairauksien syntyyn. Ergonomiohjaus tähtää erityisesti ennaltaehkäisyyn. Tavoitteena on, että ohjausta järjestetään tulevaisuudessa systemaattisesti ennen tuki- ja liikuntaelinvaijien

syntymistä. Tällä hetkellä organisaation työterveyshuollon kautta työntekijöillä on mahdollisuus saada yksilöllistä ohjausta tarpeen mukaan. Ohjaus liittyy kuitenkin usein tilanteeseen, jossa työntekijällä on jo tuki- ja liikuntaelinten ongelmia. Lisäksi järjestetään säännöllisesti potilassiirtokoulutuksia hoitohenkilöstölle. Potilassiirtokoulutuksilla pyritään ennaltaehkäisemään työn kuormitustekijöitä. Ergonomiavastaavien kouluttamisen tavoitteena on saada palvelualueille työntekijöitä, jotka hallitsevat oman alansa ergonomian perusteet. Näin työssä pystytään nopeasti kehittämään ergonomiata myöskin oma-aloitteisesti matalalla kynnyksellä. Ergonomiavastaavien tehtäviin kuuluu myös uusien toimintatapojen juurruttaminen palvelualueiden ja työyksiköiden arkeen.

Ergonomiaohjauksen ja ergonomiavastaavien koulutuksen prosessi kuvataan PDCA-mallin mukaisesti (kuvio 19). Malli on keskeinen työkalu prosessin kehittämiseen. Syklin mukaan ensin suunnitellaan (plan) ja toteutetaan (do), jonka jälkeen tarkistetaan (check) ja tehdään tarvittavat korjaukset (act). Korjausten jälkeen sykli palaa sen ensimmäiseen vaiheeseen eli suunnitteluun ja jatkaa kulkuaan. (Mannermaa 2018: 113.)



Kuvio 19. Ergonomiakoulutuksen kehittäminen PDCA-mallin mukaisesti.

Intervention rakentaminen

Työntekijöiden ergonomiaohjauksen ja ergonomiavastaavien koulutusprosessit alkavat suunnittelulla. Mukaan on hyvä kutsua organisaation eri toimijoita. Työsuojelun ja työterveyshuollon asiantuntijoilla on paljon tietoa organisaation terveys- ja turvallisuusriskeistä sekä ergonomiaosaamista. Henkilöstöpalvelut puolestaan vastaavat toiminnan rahoituksen toteutumisesta sekä mahdollistavat käytännön toteutuksen. Työntekijät on hyvä ottaa mukaan suunnitteluun, kun mietitään ergonomiaohjauksen sisältöä. Työntekijät tuntevat parhaiten työnsä kuormittavuuden ja hankaloittavat asiat, joihin ergonomisilla ratkaisuilla pyritään vaikuttamaan. (Launis – Lehtelä 2011: 33–34.) Suunnittelu kannattaa aloittaa ensin ergonomiaohjauksen kehittämisellä. Kun näitä toimintatapoja saadaan juurrutettua palvelualueiden toimintaan, siirrytään vasta palvelualueiden ergonomiavastaavien kouluttamiseen. Toimintaa suunniteltaessa päätetään myös aikataulut koulutusten järjestämiselle.

Prosessin toteutusvaiheessa työterveyshuolto alkaa systemaattisesti kouluttamaan työntekijöitä ergonomian osalta kunkin palvelualueen erityistarpeet huomioiden. Kouluttaminen on hyvä aloittaa palvelualueista, joilla tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat tyypillisiä syy sairauspoissaolojaksoille. Näitä palvelualueita tutkimuksen tulosten mukaan olivat lomituspalveluyksikkö, terveys- ja vanhuspalvelut, ravitsemis- ja puhtaanapitopalvelut sekä toimitilapalvelut, yhdyskuntatekniikan, kiinteistö- ja mittauspalvelut, teknisentoimen hallinnon, kehittämis- ja elinkeinotoiminnan, liikelaitosten ja maaseutu yksiköt kattava palvelualue. Kuten suunnitteluvaiheessa tuotiin esille, ergonomiavastaavien kouluttaminen aloitetaan vasta, kun toiminta ergonomiaohjauksen osalta on vakiintunutta. Henkilöstöpalveluiden ja johdon tehtävänä on toteutusvaiheessa varmistaa työntekijöille työaikaa koulutusta varten. Mahdollisesti myös esimiehet tarvitsevat koulutusta ergonomian hyödyistä ja mahdollisuuksista.

Ergonomiaohjaustoiminnan alettua kaikki toimijat (työterveyshuolto, työsuojelu, henkilöstöpalvelut ja työntekijät) kokoontuvat arvioimaan prosessin toimivuutta sekä ergonomiaohjauksen ja -kouluttaja koulutusten sisältöä. Arvioinnin perusteella prosessia ja /tai ergonomiaohjauksen sisältöä muokataan organisaation tarpeisiin sopivammaksi.

Ergonomiaohjauksessa käytettävät toimenpiteet valikoituvat palvelualueiden ja työyksiköiden erityistarpeiden mukaan. Seuraavaksi esitellään muutamia esimerkkejä mahdol-

lisistä toimenpiteistä eri palvelualueilla toteutettaviksi. Ensin annetaan esimerkkejä fyysisen ergonomian kehittämisestä. Lomituspalveluyksikössä työskennellään pitkälti maataloustöiden parissa, jotka ovat fyysisesti kuormittavia. Lomituspalveluyksikössä voidaan kehittää ergonomiaa esimerkiksi keskittymällä työmenetelmien kehittämiseen, apuvälineiden käyttöön, asianmukaisiin työvälineisiin ja työtapojen suunnitteluun. Erityisen tärkeää on ohjata työntekijöitä nostotyön osuuden minimoimiseen. Lomituspalveluyksikön ergonomian haasteena on vaihtuva työympäristö. Tällöin tulee miettiä esimerkiksi mukana kulkevia apuvälineiden tarvetta ja mukautuvia työtapoja erilaisiin olosuhteisiin. (Perkiö-Mäkelä ym. 2016: 8, 189.) Ravitsemis- ja puhtaanapitopalveluissa keittiötyö kuormittaa tuki- ja liikuntaelimiä, koska työssä käsitellään raskaita taakkoja, tehdään toistuvia työliikkeitä sekä työskennellään kädet koholla tai selkä kumarassa. Keittiössä ergonomisia ratkaisuja voidaan löytää muun muassa miettimällä periaatteita tavaroiden sijoitteluun ja käsittelyyn. Useimmin käytettävät ja raskaat tavarat sijoitetaan säilytystiloissa keskihyllyille. Samalla kevyemmät tavarat sijoitetaan ala- ja ylähyllyille niin, että harvemmin käytettävät tulevat ylös. Kuljetuslaatikoiden pakkaamisessa ja purkamisessa hyödynnetään aputasoa. Tuotteita tilatessa voidaan myös miettiä ergonomiaa. Tavaroita tilatessa otetaan huomioon pakkausten helppo käsiteltävyys sekä säilytysmahdollisuudet. Kasvikset ja vihannekset voidaan tilata valmiiksi pilkottuina. Suunnittelun avulla voidaan vähentää toistotyötä sekä nostamiseen liittyvää kuormitusta. (Työterveyshuolto n.d.g.)

Kognitiivisen ergonomian kehittämisen esimerkiksi otetaan terveys- ja vanhuspalvelut. Sosiaali- ja terveysalalla työn luonne on muuttunut yhä enemmän aivotyöksi, jossa tiedolla työskentely ja työn vaatimukset ovat kasvaneet voimakkaasti. Hoitotyössä on paljon kiirettä, keskeytyksiä ja useita samanaikaisia tehtäviä, mikä altistaa kognitiiviselle kuormittumiselle ja työhyvinvoinnin ongelmille. (Kalakoski 2018: 5.) Kognitiivisia ratkaisuja hoitotyössä voivat esimerkiksi olla tietotulvan hallintaa helpottavat toimenpiteet kuten viestien ja muiden huomiota vaativien asioiden kerääminen samaan paikkaan päivän työlistaan tai ajanvarauslistojen loppuun. Muistikuorman vähentäminen yksinkertaisten tarkastuslistojen avulla. Häiriöiden ja keskeytyksien vähentäminen sopimalla millä tavoin ja missä väleissä kysytään asioita, joissa tarvitaan lisätietoa. (Työterveyslaitos 2018.)

Organisatorisen ergonomian kehittämisen esimerkit sopivat kaikille palvelualueille. Organisatorisessa ergonomiassa korostuu muun muassa henkilöstön, työprosessien, työkokonaisuuksien ja työaikajärjestelyjen suunnittelu. (International Ergonomics Asso-

ciation 2019.) Työyhteisöviestintä voidaan myös lukea organisatorisen ergonomian piiriin. Työelämässä ei enää riitä saneleva yksisuuntainen viestintä vaan kaivataan vuorovaikutusta, keskustelua sekä yhdessä sopimista. Hyvälle työyhteisöviestinnälle on ominaista monisuuntaisuus, avoimuus ja pyrkimys yhteisöllisyyteen. Tutkimusten mukaan vuoropuheluun perustuva viestintä motivoi ihmisiä ja lisää hyvinvointia sekä työn iloa. Huonon viestinnän ominaispiirteitä ovat yksisuuntaisuus sekä se, että tietoa jaetaan mahdollisimman vähän ja mahdollisimman myöhään. Arkinen työyhteisöviestintä on tiedon ja kokemusten vaihtamista, tietämyksen ja ymmärryksen luomista sekä asioiden pohdintaa työntekijöiden kesken. Työyhteisöviestinnässä kannattaa hyödyntää erilaisia välineitä. Tutuimpia ovat esimerkiksi sähköposti ja intranet. Uudempia menetelmiä ovat verkkopohjaiset yhteistyöalustat, digitaaliset ryhmätyötilat ja sosiaalinen media. Verkkopohjaisten ratkaisujen lisäksi tulee pitää huolta puhutusta viestinnästä ja henkilökohtaisen vuorovaikutuksen säilymisestä. (Rissa 2016: 4,7, 13.)

Intervention toimeenpano ja arviointi

Intervention varsinainen toimeenpano jää toteutumatta tässä kuvauksessa. Toimeksiantaja saa suunnitelman käyttöönsä ja päättää itse sen toimeenpanosta. Intervention tulosten arviointi tapahtuu seuraamalla työterveyshuollon tuottamia sairauspoissaolotietoja. Erityistä huomiota kiinnitetään tuki- ja liikuntaelinten sairauksista aiheutuvien sairauspoissaolopäivien ja -jaksojen lukumäärään. Intervention prosessin arvioinnissa huomioidaan ergonomiaoahjauksen ja ergonomiavastaavien kouluttamisen onnistumista eri toimijoiden näkökulmasta (henkilöstöpalvelut, työterveyshuolto, työsuojelu ja työntekijät). Arvioinnin perusteella ergonomiaoahjausta ja ergonomiavastaavien koulutusta kehitetään niin, että toiminta vastaa eri toimijoiden tavoitteita.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli profiloida toimeksiantajana olevan kuntaorganisaation työntekijöiden sairauspoissaoloja taustatekijöiden mukaan vuosina 2017 ja 2018. Tarkastelua tehtiin sairauspääryhmän, sairauspoissaolajakson pituuden, ikäryhmän, sukupuolen, organisaation palvelualueiden ja tapaturman mukaan. Aluksi tutkimuksessa selvitettiin työntekijöiden sairauspoissaolopäivien lukumäärät tarkasteluvuosina sekä tar-

kasteltiin vuosien välisiä muutoksia. Tarkastelun kohteena olivat lisäksi yleisimmät sairauspoissaolon perusteena olleet sairauspääryhmät ja sairauspoissaolojaksojen pituudet sekä taustekijöiden vaikutus näihin. Lopuksi tarkasteltiin vielä, miten sairauspääryhmät ja sairauspoissaolojaksojen pituudet olivat muuttuneet tarkasteluvuosina.

Sairauspoissaolojen lukumäärät vuosina 2017 ja 2018

Tutkittavassa organisaatiossa sairauspoissaolopäivät lisääntyivät lähes 4 900 päivällä eli 8,8 prosentilla vuodesta 2017 vuoteen 2018. Sairauspoissaolopäivien keskiarvo työntekijää kohti vuonna 2017 oli 15,9 päivää ja vuonna 2018 vastaavasti 16,5 päivää. Huomioitavaa kuitenkin on, että sairauspoissaolopäivien keskiarvo työntekijää kohden on todellisuudessa suurempi koska työntekijöiden omalla ilmoituksella tehtyjä poissaolopäiviä ei olla tutkimuksessa huomioitu. Tarkasteluvuosina sairauspoissaolopäivät lisääntyivät myös valtakunnallisesti työolobarometrin ja Kunta10-tutkimuksen mukaan. Vuoden 2018 työolobarometrissa palkansaajien sairauspoissaolopäivien keskiarvo oli 13 päivää (Lyly-Yrjänäinen 2019: 111). Kunta-alalla työntekijöiden sairauspoissaolopäivien keskiarvo oli tätä suurempi. Vuonna 2017 poissaolopäivien keskiarvo oli 16,7 työntekijää kohden ja vuonna 2018 vastaavasti 17 päivää. (Työterveyslaitos 2019.)

Tutkittavassa kuntaorganisaatiossa naiset sairastivat lähes viikon miehiä enemmän tarkasteluvuosina. Miehillä sairauspoissaolopäivien keskiarvo oli noin 10,5 päivää tarkasteluvuosina. Naisilla sairauspoissaolopäivien keskiarvo oli 16,7 päivää vuonna 2017 ja 17,5 päivää vuonna 2018. Ikäryhmiä tarkastellessa sairauspoissaolopäivien keskiarvo oli selvästi korkein yli 50-vuotiailla työntekijöillä, joiden sairauspoissaolopäivien keskiarvo oli yli 18 päivää. Myös sukupuolen ja ikäryhmän osalta valtakunnalliset tulokset olivat samansuuntaisia. Työolobarometrin mukaan sairauspoissaolopäivien keskiarvo oli miehillä seitsemän päivää ja naisilla kymmenen päivää vuonna 2018 (Lyly-Yrjänäinen 2019: 112). Kunta-alalla yli 50-vuotiaat sairastivat keskimäärin 18 päivää ja nuoremmat työntekijät noin 16 päivää. Aiemman kunta-alan tutkimuksen mukaan laitoshuoltajat, lähihoitajat, lastenhoitajat, sairaanhoitajat ja keittäjät sairastavat eniten. Kyseisten ammattiryhmien sairauspoissaolopäivien keskiarvo oli yli 19 päivää vuonna 2018 (Työterveyslaitos 2019.) Tutkittavassa organisaatiossa sairauspoissaolopäivät keskittyivät pitkälti niille palvelualueille, joilla kyseisissä työntekijöitä työskentelee. Tutkimusta tehdessä ei kuitenkaan ollut tiedossa palvelualueiden henkilöstön lukumääriä, joten sairauspoissa-

olopäivien keskiarvo jäi tältä osin laskematta. Sairauspoissaolopäivät lisääntyivät tutkittavassa organisaatiossa lähes kaikilla palvelualueilla. Poikkeuksena olivat varhaiskasvatuksen palvelualue sekä lomituspalveluyksikkö, joissa poissaolopäivät vähenivät.

Sairauspoissaolojen perusteena olleet sairauspääryhmät sekä niitä kuvaavat taustatekijät

Sairauspääryhmistä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat tyypillisin syy sairauspoissaoloille, kun tarkastellaan koko henkilöstöä. Noin kolmannes poissaolojaksoista johtui tuki- ja liikuntaelinsairauksista ja noin 30 prosenttia hengityselintensairauksista. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat tyypillisin syy sairauspoissaolojaksolle miehillä ja naisilla sekä yli 50-vuotiailla työntekijöillä. Ikäryhmittäin tarkastellessa nuoremmilla alle 50-vuotiailla työntekijöillä hengityselinsairaudet olivat tyypillisin syy sairauspoissaolojaksolle. Kelan tilastotietojen mukaan valtakunnallisesti molemmilla sukupuolilla sairauspäivärahan myöntämisen perusteena ovat useimmiten olleet tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Ikäryhmiä tarkastellessa alle 35-vuotiailla naisilla yleisin syy sairauspäivärahan myöntämiselle on ollut mielenterveyden sairaudet ja vanhemmilla tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Alle 35-vuotiailla miehillä yleisin syy sairauspäivärahan myöntämiselle on ollut vammat ja vanhemmilla työntekijöillä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. (Blomgren 2016: 685–686.) Kelan sairauspäivärahaa myönnetään vasta omavastuuajan jälkeen, joka on yleensä sairastumispäivä ja sitä seuraavat yhdeksän arkipäivää. Tästä syystä lyhyet akuutit hengityselinten sairaudet eivät tule huomioiduksi Kelan tilastoissa, mutta ovat toiseksi yleisin syy sairauspoissaolojaksolle tutkittavassa organisaatiossa.

Palvelualueittain tarkasteltuna tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat tyypillisimpiä pääsääntöisesti niillä alueilla, joissa työ on fyysisempää. Esimerkiksi terveys- ja vanhuspalveluissa sekä ravitsemis- ja puhtaanapitopalveluissa noin 40 prosenttia poissaolojaksosta oli tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamia. Lomituspalveluyksikössä vuonna 2017 jopa 60 prosenttia poissaolojaksosta johtui tuki- ja liikuntaelinten sairauksista. Aiemman kansallisenkin tutkimustiedon mukaan fyysisesti raskasta työtä tekevät sairastavat tuki- ja liikuntaelinten sairauksia useammin kuin muut ammattiryhmät (Kansaneläkelaitos 2018).

Sairauspoissaolajaksojen pituudet sekä niitä kuvaavat taustatekijät

Sairauspoissaolajaksoja tarkastellessa tyypillisin pituus poissaololle tutkittavassa organisaatiossa oli 1–5 vuorokautta. Tulos noudattaa valtakunnallista linjaa, sillä vuoden 2018 työolobarometrissa suurin osa palkansaajien sairauspoissaoloista oli juuri yhdestä viiteen työpäivää (Lyly-Yrjänäinen 2019: 111). Kuntasektorilla puolestaan 60–65 prosenttia poissaoloista ovat lyhyitä, 1–3 vuorokauden pituisia poissaoloja. Lyhyet sairauspoissaolot johtuvat yleensä akuuteista sairauksista kuten hengitystie- tai suolistoinfektioista. Pidempien sairauksien poissaolojen syynä olivat vakavammat tai pitkäkestoiset sairaudet kuten esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten tai mielenterveyden sairaudet. (Liira ym. 2017.) Tutkittavassa organisaatiossa sairauspääryhmät aiheuttivat tyypillisimmin lyhyitä 1–5 vuorokauden pituisia poissaoloja. Poikkeuksena olivat mielenterveyden sairaudet vuonna 2018, jolloin kyseisen sairauspääryhmän tyypillisin poissaolon pituus oli 11–30 vuorokautta. Hengityselinten sairauksista yli 80 prosenttia oli 1–5 vuorokauden pituisia. Mielenterveyden sairaudet aiheuttivat suhteessa eniten yli 90 vuorokauden pituisia poissaoloja. Vuonna 2018 mielenterveyden sairaudet aiheuttamista poissaolajaksoista yhdeksän prosenttia kesti yli 90 vuorokautta.

Molemmilla sukupuolilla ja kaikilla ikäryhmillä sairauspoissaolajakson tyypillisin pituus oli 1–5 vuorokautta. Miehillä oli hieman enemmän lyhyitä poissaoloja naisiin verrattuna, mutta pidempiä yli 30 vuorokauden pituisia poissaoloja lähes yhtä paljon. Ikäryhmiä tarkastellessa ikääntyneimmillä työntekijöillä (50–59-vuotiaat ja 60-vuotiaat tai vanhemmat) oli eniten pitkiä yli 30 vuorokauden pituisia poissaoloja sekä vähiten 1–5 vuorokauden pituisia poissaoloja. Nuoremmilla työntekijöillä (alle 30-vuotiaat ja 30–39-vuotiaat) oli eniten 1–5 vuorokauden pituisia poissaoloja ja vähiten yli 90 vuorokauden poissaoloja. Kun sairauspoissaolajaksojen pituuksia tarkastellaan sukupuolen osalta, voidaan havaita pieniä eroavaisuuksia tutkittavan organisaation ja valtakunnallisten tulosten välillä. Vuoden 2018 työolobarometrin mukaan molemmilla sukupuolilla oli lyhyitä 1–5 työpäivää kestäviä poissaoloja lähes yhtä paljon, mutta naisilla oli pitkiä poissaoloja enemmän kuin miehillä. Ikäryhmiä tarkastellessa organisaation tulos oli linjassa barometrin kanssa, jonka mukaan iäkkäämmillä yli 54-vuotiailla pisimpiä poissaoloja oli eniten. (Lyly-Yrjänäinen 2019: 110–112.) Myös palvelualueita tarkastellessa tyypillisin sairauspoissaolajakson pituus oli 1–5 vuorokautta. Pääsääntöisesti palvelualueilla 1–5 vuorokauden pituisia poissaoloja oli yli puolet kaikista poissaoloista sekä 6–10 ja 11–30 vuorokauden pituisia poissaoloja noin kolmannes. Useimmilla palvelualueilla pitkien yli 30 vuorokauden pituisten poissaolojen osuus oli noin 10 prosenttia kaikista poissaolajaksoista.

Sairauspoissaolojen syiden ja pituuksien muutokset vuosien 2017 ja 2018 välillä

Vuosien 2017 ja 2018 välisessä vertailussa tuki- ja liikuntaelinten, mielenterveyden, verenkiertoelinten sekä muiden sairauksien aiheuttamat sairauspoissaolojaksot olivat vähentyneet. Samalla naistentautien ja raskauksien sekä hengityselinten sairauksien aiheuttamien sairauspoissaolojaksojen määrä lisääntynyt. Sairauspoissaolopäivien lukumäärää tarkastellessa tuki- ja liikuntaelinten, naistentautien ja raskauksien sekä hengityselinten sairauksien aiheuttamat sairauspoissaolopäivät olivat lisääntyneet, mutta mielenterveyden, verenkiertoelinten ja muiden sairauksien aiheuttamien sairauspoissaolopäivät vähentyneet.

Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien aiheuttamat sairauspoissaolojaksot vähenivät 0,3 prosenttiyksiköllä, pysyen noin 35 prosentissa tarkasteluvuosina. Samalla sairauspoissaolopäivät lisääntyivät 2,7 prosenttiyksiköllä ollen 57 prosenttia kaikista sairauspoissaolopäivistä. Hengityselinten sairaudet olivat seuraavaksi yleisin syy sairauspoissaolojaksoille tuki- ja liikuntaelinten sairauksien jälkeen. Hengityselinten sairauksien aiheuttamat poissaolot lisääntyivät tarkasteluvuosina kolmella prosenttiyksiköllä ollen 33 prosenttia kaikista poissaolojaksoista vuonna 2018. Hengityselinten sairauksien aiheuttamat sairauspoissaolopäivät olivat kuitenkin vain noin 10 prosenttia kaikista sairauspoissaolopäivistä. Mielenterveyden sairaudet aiheuttivat tutkittavassa organisaatiossa noin kahdeksan prosenttia sairauspoissaolojaksoista ja 15 prosenttia sairauspoissaolopäivistä. Kansaneläkelaitoksen (2018) tilastotiedon mukaan tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttivat 28 prosenttia sairauspäiväraha-kausista vuonna 2018 ja olivat edelleen yleisin syy alkaneille sairauspäiväraha-kausille. Mielenkiintoista on, että vuonna 2018 sairauspäivärahapäivistä 31 prosenttia maksettiin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella. Tutkittavassa organisaatiossa kuitenkin vain noin 15 prosenttia sairauspoissaolopäivistä johtuu mielenterveyden sairauksista. Tulos siis poikkeaa mielenterveyden sairauksien osalta valtakunnallisesta linjasta. Tutkittavassa organisaatiossa hengityselinten sairauksien aiheuttamat sairauspoissaolojaksot sekä -päivät lisääntyivät tarkasteluvuosina. Yhtenä syynä voidaan pitää joulukuussa 2017 alkanutta ja toukokuussa 2018 päättynyttä influenssakautta. Kyseisenä kautena influenssa-aktiivisuus ylsi korkealle tasolle koko maassa. Lisäksi kyseisen influenssakauden virusten geneettinen moninaisuus on osaltaan saattanut heikentää rokotteen antamaa suojaa, joka näkyy myöskin tartuntojen määrässä. (Ikonen ym. 2018: 4.)

Kun tarkastellaan sairauspoissaolojaksojen pituuksia tarkasteluvuosina, voidaan todeta lyhyiden 1–5 vuorokauden pituisten poissaolojen vähentyneen ja pidempien 6–10 vuorokauden, 11–30 vuorokauden, 31–60 vuorokauden sekä 61–90 vuorokauden pituisten poissaolojen määrän lisääntyneenä. Yli 90 vuorokauden pituisten poissaolojen prosentuaalinen määrä on pysynyt samana. Lyhyitä 1–5 vuorokauden pituisia poissaolojaksoja oli 55 prosenttia kaikista poissaoloista vuonna 2018. Määrä oli neljä prosenttiyksikköä pienempi kuin vuonna 2017.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä huolehdittiin eettisyydestä alusta alkaen. Opinnäytetyö noudattaa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamia ohjeita. Tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta, sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä tarvittavat tutkimusluvut on hankittu tutkittavalta organisaatiolta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.) Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu, koska tutkimuksessa käytettiin rekisteriaineistoa eikä tietoa kerätty sensitiivisiltä aihealueilta. Tutkimuksessa ei myöskään puututtu tai kajottu tutkittaviin, heidän koskemattomuuteensa tai autonomiaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d.; Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999).

Valmiin aineiston käyttöön liittyi kuitenkin muutamia eettisiä haasteita, jotka huomioitiin opinnäytetyötä tehdessä. Tutkimuseettiset ongelmat liittyvät tutkittavien yksityisyyden suojeluun ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseen (Räisänen – Gissler 2012: 62). Yksi eettisistä kysymyksistä liittyi aineistoon. Kerättyjä tietoja ei ole tarkoitettu tutkimusaineistoksi, eivätkä kohderyhmän henkilöt ole antaneet suostumusta tietojen käyttöön tutkimuksessa. Tässä tapauksessa arviointi rekisteritiedon luovuttamisesta jäi toimeksiantajana toimineelle ja tutkimusluvan myöntäneelle kuntaorganisaatiolle. Henkilöstöpalvelut selvittivät tietosuojakäytäntöjä ja pohti eettisiä kysymyksiä. Selvityksen jälkeen rekisteritieto katsottiin voitavan luovuttaa tutkijan käyttöön. Näin ollen kohdehenkilöiden omaa suostumusta tutkimukseen ei tarvittu. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 20013: 220–221.)

Toisena eettisenä näkökulmana oli henkilöiden identifiointi. Rekisteriaineistosta sosiaaliturvatunnukset olivat valmiiksi identifioitu ja korvattu tunnuksilla, joista tutkija ei voi tunnistaa kohdehenkilöitä. Lisäksi opinnäytetyössä jätetään kertomatta tutkittavan kuntaorganisaation nimi anonyymiteetin ja yksityisyyden säilyttämiseksi. Myös toimeksiantajan

edustaja on lukenut opinnäytetyön ennen sen julkaisemista tutkimuseettisen vastuun kuitenkin säilyessä tutkijalla. Opinnäytetyöprosessin aikana tutkimusmateriaalia säilytettiin tietosuojalain edellyttämällä tavalla ja prosessin lopuksi aineisto tuhoitiin kyseisen lain määrittelemällä tavalla. Tutkimusaineisto ja analysoinnissa käytetty tietokone suojattiin salasanalla, joka oli vain tutkijan tiedossa. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 220-221).

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen. Sisäinen validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Ulkoinen validiteetti taas tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tulokset ovat yleistettävissä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189.) Tutkimustulokset ovat helposti irrotettavissa opinnäytetyöstä, koska tutkimuksessa on käytetty kansallisesti tunnettuja luokitteluja sairauspoissaoloista. Poikkeuksena on kuitenkin luokittelu palvelualueisiin, joka on käytössä vain tutkittavassa organisaatiossa. Rekisteritutkimuksen ansiosta tutkimuksen sisäinen validiteetti on vahva. Tutkimuksen tulokset johtuvat vain tutkimuksen asetelmasta eivätkä esimerkiksi historia, valikoituminen, testauksen vaikutus ja kypsyminen ole vaikuttaneet tuloksiin.

Reliabiliteetti viittaa puolestaan tulosten pysyvyyteen. Mittaamisen reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189.) Opinnäytetyö oli rekisteritutkimus, jossa ei muodostettu tiettyä mittaria. Aineisto saatiin valmiina tutkittavan organisaation työterveyshuolloilta. Aineistosta valittiin kuitenkin tietyt muuttujat, joita voidaan pitää ikään kuin mittareina reliabiliteettia tarkastellessa. Valittujen muuttujien avulla pyrittiin kuvamaan sairauspoissaolotietoja mahdollisimman tarkasti sekä mahdollistettiin sairauspoissaolojen vähentämiseen kohdentuvan interventiosuunnitelman tekeminen.

Sairauspoissaoloja on tutkittu paljon kansainvälisesti ja kansallisesti. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa hyödynnettiin pääsääntöisesti kansallista tutkimustietoa, joka oli yleistettävissä sellaisenaan suomalaiseen terveydenhuoltoon ja työelämään. Opinnäytetyössä esiteltiin myös muutamia kansainvälisiä tutkimuksia, jotta saatiin käsitys vastaako suomalaisten ja länsimaalaisten teollisuusmaiden sairauspoissaolokulttuurit toisiinsa. Kirjallisuuskatsauksessa tuotiin tutkimustiedon lisäksi esille suomalaiseen sairaus-

poissaolokulttuuriin yleistyneitä käytänteitä. Tutkijan huolellinen perehtyneisyys tutkituun ilmiöön voidaan katsoa lisäävän tutkimuksen luotettavuutta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 94–95.)

Rekisteriaineiston käyttöön liittyi tiettyjä vahvuuksia ja rajoituksia tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta. Vahvuuksiin kuului aineiston hankinnan nopeus sekä koko kohdejoukkoa koskeva materiaali. Materiaali oli kattavampi kuin perinteisillä aineistonkeruumenetelmillä kerätyn otoksen sijaan. Mahdollisia ongelmia saattoi kuitenkin aiheuttaa tietojen kattavuus ja luotettavuus. Luotettavuuden kannalta oli oleellista kirjauskäytäntöjen asianmukaisuus ja yhtenäisyys. Alun perin sairauspoissaolotiedon kirjaajan puutteellinen, epätäydellinen tai jopa virheellinen tieto sairauspoissaoloista voi olla siirtynyt rekisteritietoihin. Ajan myötä rekisteritietojen keruussa ja tietojen luokittelussa on voinut tapahtua muutoksia, mitkä on huomioitava tutkimusaineistoa käsiteltäessä ja muokattaessa. (Räisänen – Gissler 2012: 64.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa on hyvä huomioida, että työ tehtiin yksin. Sairauspoissaolotiedot käsiteltiin Excelissä manuaalisesti, joten tutkimusaineistoa käsiteltäessä on saattanut tapahtua muutoksia, joita työn tekijä ei ole huomannut. Aineistoa valittaessa kiinnitettiin huomiota niiden vertailtavuuteen. Etukäteen oli tiedossa, että toimeksiantajana olevan kuntaorganisaation työntekijöiden sairauspoissaolojen luokittelussa on erilaisia käytäntöjä eri vuosina. Vuosien 2017 ja 2018 luokittelu oli ollut samanlaista, joten näitä vuosia voitiin luotettavasti verrata toisiinsa.

7.3 Jatkotoimenpiteet ja kehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää toimeksiantajalle interventiosuunnitelma sairauspoissaolojen vähentämiseksi. Intervention suunnittelussa hyödynnettiin opinnäytetyön teoriaosuutta sekä tutkimuksen tuloksia. Suunnitelmassa otettiin myös huomioon toimeksiantajan toiveet suunnitelman yleistettävyydestä koko organisaation henkilöstölle sekä toimenpiteiden käytännönläheisyys. Suunnitelmassa toimenpide-ehdotuksiksi nousivat lopulta sairauspoissaolojen profilointi työkykyriskien mukaan sekä ergonomian kehittäminen työyhteisöissä. Suunnitellut toimenpiteet sairauspoissaolojen vähentämiseksi jäävät käytännössä toteutumatta tässä opinnäytetyössä. Organisaation henkilöstöpalvelut tekevät päätöksen, miten ja millä aikataululla he aikovat tulevaisuudessa hyödyntää interventiosuunnitelmaa.

Sairauspoissaolojen profiloinnin tavoitteena on selvittää sairauspoissaolojen takana olevia taustasyitä, joihin voidaan puuttua organisaatiotasolla. Sairauspoissaolojen profilointi työkykyriskien mukaan on toimenpiteistä helpompi toteuttaa käytännössä ja on todennäköisesti kustannuksiltaan edullisempi. Sairauspoissaolojen tarkempi profilointi ei juurikaan lisää työterveyshuollon tekemää työtä, jos profilointityökalu saadaan rakennettua helposti käytettävään sähköiseen muotoon. Toimenpiteen suurin yksittäinen kustannuserä syntyy toimivan työkalun rakentamisesta. Sairauspoissaolojen profilointia tulee tehdä muutaman vuoden ajan, jotta työkalun avulla saadaan luotettavaa tietoa. Työkalua käytettäessä tulee myös arvioida, ovatko työkaluun valitut sairauspoissaolojen taustasyöt riittävän selkeitä sekä organisaatiolle sopivia. Työkalun käyttö ei itsessään vähennä organisaation sairauspoissaoloja, mutta antaa mahdollisuuden miettiä uudesta näkökulmasta, missä määrin ja millä keinoin sairauspoissaoloja voidaan vähentää tulevaisuudessa juuri organisaatiotasolla.

Ergonomian kehittäminen työyhteisössä vaatii edellistä toimenpide-ehdotusta enemmän resursseja. Ergonomiaohjauksen ja ergonomiakouluttajien koulutuksen kehittämisessä korostuvat erityisesti henkilöstöresurssit. Työaikaan tarvitaan koulutusten suunnitteluun ja kouluttamiseen, mutta myös koulutukseen osallistuminen on pois työntekijöiden perustehtävästä. Toimenpiteen kustannukset muodostuvat työterveyshuollon kustannuksista sekä työntekijöiden käyttämästä ajasta koulutukseen. Ergonomiaohjauksen onnistuminen vaatii eri ergonomian osa-alueiden yhdistelemistä sekä osallistavaa toimintamallia, jossa työntekijät ovat jo suunnitteluvaiheessa mukana. Intervention onnistumisessa keskeisessä roolissa ovat myös uusien ergonomisten toimintatapojen juurruttaminen työyhteisöihin. Juurruttamista auttaa johdon sitoutuminen työtapojen kehittämiseen ergonomisesta näkökulmasta, viestintään panostaminen sekä toiminnan sisällön dokumentointi. Ergonomiaohjauksen sisällön tulee olla jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen kohteena eri toimijoiden näkökulmasta, jotta työpaikkojen ergonomisiin haasteisiin pystytään vastaamaan onnistuneesti ja sairauspoissaolot saadaan kääntymään laskuun.

Lopuksi, koska tämän opinnäytetyön interventiosuunnitelman käytännön kokeilu jäi tekemättä, jatkossa toimenpiteiden toteutumisen sekä vaikutuksien arviointi ovat potentiaalisia jatkotutkimuskohteita. Erityisesti olisi mielenkiintoista tutkia organisaation työkykyriskejä profilointityökalun avulla saatujen tulosten pohjalta sekä pohtia toimenpiteitä niiden ratkaisemiseksi. Ergonomiaohjauksen osalta puolestaan olisi mielenkiintoista tutkia uusien toimintatapojen vaikutuksia tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin sekä sairauspoissaoloihin.

Lähteet

Anttonen, Hannu – Räsänen, Tuula (toim.) 2009. Työhyvinvointi – Uudistuksia ja käytäntöjä. EU Progress -hanke. Työterveyslaitos. Helsinki: Multiprint Oy.

Aura, Ossi – Ahonen, Guy 2016. Strategisen hyvinvoinnin johtaminen. Helsinki: Talentum Pro.

Bartholomew, L. Kay – Parcel, Guy – Kok, Gerjo – Gottlieb, Nell 2006. Planning Health Promotion Programs – An Intervention Mapping Approach. San Francisco: Jossey-Bass.

Blomgren, Jenni 2019. Sairauspäivärahalla korvattavien sairauspoissaolojen kasvu on jatkunut. Mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauspäivärahaa saaneiden määrä on kahdessa vuodessa kasvanut neljänneksen. Tutkimusblogi. Kansaneläkelaitos. Verkkodokumentti. <<http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4792>>. Luettu 13.10.2019.

Blomgren, Jenni 2016. Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä naisilla ja miehillä. Sairauspäivärahan saajat 1996-2015. Yhteiskuntapolitiikka 81 (2016):6. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131587/YP1606_Blomgren.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Luettu 13.10.2019.

Elinkeinoelämän keskusliitto 2011. Johda työkykyä, pidennä työuria – EK:n työkykyjohtamisen malli. Verkkodokumentti. <<https://ek.fi/wp-content/uploads/Tyokykyjohtamisen-malli.pdf>>. Luettu 2.12.2019.

Elinkeinoelämän keskusliitto 2009. Sairauspoissaolojen hallinta – Työkykyä ja työhyvinvointia. Opas työpaikoille. Verkkodokumentti. <https://ek.fi/wp-content/uploads/sairauspoissaolot_opas.pdf>. Luettu 2.12.2019.

Euroopan työolotutkimus 2015. Data and resources. Eurofound. Verkkodokumentti. <https://www.eurofound.europa.eu/fi/data/european-working-conditions-survey?locale=EN&dataSource=EWCS2016&media=png&width=740&question=y15_Q88&plot=euBars&countryGroup=linear&subset=agecat_3&subsetValue=All>. Luettu 27.10.2019.

European Agency for Safety and Health at Work 2008. Work-related musculoskeletal disorders: Prevention report. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities. Verkkodokumentti. <file:///Users/heidilahtinen/Downloads/en_TE8107132ENC.pdf>. Luettu 5.12.2019.

Haakana, Leena – Teerimäki, Ritva – Talvitie, Vesa 2013. Sairauspoissaolojen profiloinnilla työkykyriskien hallintaan -viestintää johdon kielellä. Työterveyslääkäri 2013; 31(1): 10-12.

Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Porvoo: Edista Publishing Oy.

Heikkinen, Jarmo 2014. Sairauspoissaolokäytännöt – salapoliisin työtä? Työterveyslääkäri 2014; 32(2): 17-21.

Helsingin kaupunki 2014. Henkilöstöraportti 2013. Helsingin kaupungin keskushallinnon julkaisuja 2014:4. Verkkodokumentti. < <https://www.hel.fi/static/kanslia/Hera/Henkrapasu2013.pdf>>. Luettu 20.12.2019.

Henderson, Max – Glozier, Nicholas – Holland, Elliot Kevin 2005. Long term sickness absence. BMJ. 2005;330: 802-803. Verkkodokumentti. < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC556060/>>. Luettu 3.12.2019.

Henkilörekisterilaki 471/1987.

Ikonen, Niina – Murtopuro, Satu – Haveri, Anu – Virtanen, Mikko J. – Baum, Ulrike – Isoniemelä, Viivi – Savolainen-Copra, Carita – Nohynek, Hanna – Lyytikäinen, Outi 2018. Influenssakausi Suomessa viikot 40/2017–20/2018. Seurantaraportti. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136791/URN_ISBN_978-952-343-159-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 19.12.2019.

Ilmarinen, Juhani – Gould, Raija – Järvikoski, Aila – Järvisalo, Jorma 2006. Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Gould, Raija – Ilmarinen, Juhani – Järvisalo, Jorma – Koskinen, Seppo (toim.): Työkyvyn ulottuvuudet. Helsinki: Hakapaino Oy. 17-34.

International Ergonomics Association 2019. Definition and Domains of Ergonomics. Verkkodokumentti. < <https://www.iea.cc/whats/index.html>>. Luettu 14.12.2019.

Jack, Leonard – Grim, Melissa – Gross, Tyra – Lynch, Sara – McLin, Carlen 2010. Theory in Health Promotion Programs. Teoksessa Fertman, Carl – Allensworth, Diane (toim): Health Promotion Programs – From Theory to Practice. San Francisco: Jossey-Bass. 57–88.

Kalakoski, Virpi – Käpykangas, Sari – Valtonen, Teppo – Selinheimo, Sanna – Koivisto, Tiina – Paajanen, Teemu – Louhimo, Riku 2018. Kognitiivisen ergonomian parantaminen hoitotyössä. Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämishanke. Helsinki: Työterveyslaitos. Verkkodokumentti. < https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136179/Kognitiivisen_ergonomian_parantaminen_hoitotyossa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 20.12.2019.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen – Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansaneläkelaitos 2018. Pitkät sairauspoissaolot kääntyneet jälleen kasvuun. Sairauspoissaolot. Tietopaketti. Tutkimus. Päivitetty 7.8.2019. Verkkodokumentti. <<https://www.kela.fi/sairauspoissaolojen-tutkimus>>. Luettu 13.10.2019.

Kauhanen, Juhani 2016. Työhyvinvointi organisaation menestystekijänä: Kehittämissuunnitelman laatiminen. Helsinki: Kauppakamari.

Kauppinen, Timo – Mattila-Holappa, Pauliina – Perkiö-Mäkelä, Merja – Saalo, Anja – Toikkanen, Jouni – Tuomivaara, Seppo – Uuskulainen, Sanni – Viluksela, Marja – Virta-

nen, Simo 2013. Työ ja terveys Suomessa 2012: Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy. Verkkodokumentti. <<https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2012.pdf>>. Luettu 27.9.2019.

Kausto, Johanna – Verbeek, Jos – Ruotsalainen, Jani – Halonen, Jaana – Virta, Lauri – Kankaanpää, Eila 2019. Self-certification versus physician certification of sick leave for reducing sickness absence and associated costs. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 5. Art. No.:CD013098.

Keva 2019. Työkyvyttömyyskustannukset. Hallitse työkyvyttömyyskustannuksia. Työelämäpalvelut. Päivitetty 4.3.2019. Verkkodokumentti. <<https://www.keva.fi/tyonantajalle/tyoelamapalvelut/hallitse-tyokyvyttömyyskustannuksia>>. Luettu 13.10.2019.

Kivimäki, Mika – Lindholm, Joni – Reijula, Kari 2019. Työstressi ja sairastavuus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2019; 135(5): 433–8.

KunTeko 2017. Ergonomisten työkäytäntöjen jalkautuminen arkeen. Rovaniemen kaupunki. KunTeko 2020 – kunta-alan työelämän kehittämisohjelma. Verkkodokumentti. <<https://www.kunteko.fi/katso/539>>. Luettu 5.12.2019.

Käypä hoito -suositus 2019. Sairauspoissaolon tarpeen arviointi. Verkkodokumentti. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50121#readmore>>. Luettu 1.11.2019.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999. Annettu Helsingissä 9.4.1999.

Launis, Martti – Lehtelä, Jouni 2011. Ergonomian periaatteet ja käyttöalueet. Teoksessa Launis, Martti – Lehtelä, Jouni (toim.): Ergonomia. Tampere: Tammerprint Oy. 17–38.

Leinonen, Taina – Solovieva, Svetlana – Husgafvel-Pursiainen, Kirsti – Virta, Lauri J. – Laaksonen, Mikko – Autti-Rämö, Ilona – Viikari-Juntura, Eira 2018. Julkisen ja yksityisen sektorin välinen ero sairauspoissaoloissa on säilynyt väestötasolla mutta pienentynyt sote-alalla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2018; 134(17):173 8–48.

Liira, Jukka – Pesonen, Sanna – Halonen, Jaana I. – Matrimo, Kari-Pekka – Kemppainen, Tero – Arajärvi, Jukka 2017. Lyhyen sairauspoissaolon omailmoituskäytännöstä hyötyvät kaikki. Lääkärilehti 3/2017 vsk 72. 138–139.

Lyly-Yrjänäinen, Maija 2019. Työolobarometri 2018. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 2019:51. Verkkodokumentti. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161826/TEM_2019_51.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 2.12.2019.

Lyly-Yrjänäinen, Maija 2018. Työolobarometri 2017. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu. TEM raportteja 32/2018. Verkkodokumentti. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161126/TEMrap_32_2018_Tyoolobarometri_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 12.10.2019.

Mannermaa, Katri 2018. Hyvät tiedon johtamisen käytännöt työterveyshuolto-organisaatioissa. Työterveyslaitos. Tampere: Juvenes Print. Verkkodokumentti. < <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136180/Hyv%C3%A4t%20tiedon%20johtamisen%20k%C3%A4ytann%C3%B6t%20ty%C3%B6terveyshuolto-organisaatioissa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 7.12.2019.

Mattila, Leena – Rauramo, Päivi 2015. Työkyvyn hallinta, seuranta ja varhainen tuki. Työturvallisuuskeskus, TTK. Nykypaino Oy. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa < https://ttk.fi/files/4665/Tyokyvyn_hallinta_seuranta_ja_varhainen_tuki_pdf.pdf>. Luettu 2.12.2019.

OECD 2010. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Pariisi: OECD Publishing. Verkkodokumentti. <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers_9789264088856-en#page4>. Luettu 13.10.2019.

Oksanen, Tuula (toim.) 2016. Ohjeistus sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin lääkäreille. Työterveyslaitos. Tampere: Juvenes print 2016. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131067/Ohjeistus_sairauspoissaolon_tarpeen_ja_keston_arviointiin_l%C3%A4%C3%A4k%C3%A4reille.pdf?sequence=3>. Luettu 3.12.2019.

Passoja, Annu 2019. Sairauspoissaolot maksavat kunnille miljoonia ja lasku kasvaa – Rovaniemellä lääkkeeksi kokeillaan parempaa ergonomiaa ja tulokset näkyvät jo. Yleisradio. Uutiset. Verkkodokumentti. < <https://yle.fi/uutiset/3-11042419>>. Luettu 5.12.2019.

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. Verkkodokumentti. < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568169/>>. Luettu 13.10.2019.

Pekkarinen, Laura 2018. Kevan tutkimuksia 1/2018: Julkisen alan työhyvinvointi vuonna 2018. Verkkodokumentti. <<https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/ta-tiedostot/esitteet-ja-julkaisut/tutkimusraportti-julkisen-alan-tyohyvinvointi-vuonna-2018.pdf>>. Luettu 27.9.2019.

Pekkarinen, Laura – Pekka, Toni 2015. Kevan tutkimuksia 1/2015: Työhyvinvoinnin ja työkyvyn strateginen johtaminen ja työterveysyhteistyö kunta-alalla vuonna 2015. Verkkodokumentti. <https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/ta-tiedostot/esitteet-ja-julkaisut/tyohyvinvoinnin_tyokyvyn_strateginen_johtaminen_keva_1_2015.pdf>. Luettu 12.10.2019.

Perkiö-Mäkelä, Merja – Hirvonen, Maria – Kinnunen, Birgitta – Koponen, Milja – Louhelainen, Kyösti – Mäittälä, Jukka – Sipponen, Jouni – Torpström, Anne 2016. Terveys ja maatalous Suomessa 2014. Työterveyslaitos. Helsinki: Lönnberg Print & Promo. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa < <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130362/TyoterveysJaMaatalousSuomessa2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 15.12.2019.

Pesonen, Sanna – Halonen, Jaana – Liira, Jukka – Martimo, Kari-Pekka 2016. Omailmoitus – ohje työpaikoille omailmoituksen käytöstä. Työterveyslaitos. Helsinki: Juvenes Print – Suomen yliopistopain Oy. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/10/Ohje-tyopaikoille-omailmoituksen-kaytosta.pdf>>.

Piha, Kustaa 2013. Socio-economic determinants of sickness absence. Academic dissertation. Faculty of Medicine. University of Helsinki. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/41671/Socio-ec.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

Puttonen, Sampsa – Hasu, Mervi – Pahkin, Krista 2016. Työhyvinvointi paremmaksi: Keinoja työhyvinvoinnin ja työterveyden kehittämiseksi suomalaisilla työpaikoilla. Työterveyslaitos. Tampere: Juvenes Print. Verkkodokumentti. <http://www.tyoelama2020.fi/files/1353/TTL_Tyohyvinvointi_paremmaksi_kannet_22062016.pdf>. Luettu 27.9.2019.

ReTki n.d. Rekisteritutkimus. ReTki – Rekisteritutkimuksen tukikeskus. Verkkodokumentti. <<https://rekisteritutkimus.wordpress.com/rekisteritutkimus/>>. Luettu 31.10.2019.

Rissa, Kari 2016. Työyhteisöviestinnällä hyvinvointia. Työturvallisuuskeskus TTK. Verkkodokumentti. <https://ttk.fi/files/5128/TTK_Tyoyhteisoviestinnalla_hyvinvointia_2016.pdf>. Luettu 21.12.2019.

Rissanen, Mikko – Kaseva, Elina 2014. Menetetyn työpanoksen kustannus. Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosasto. Toimintapolitiikkayksikkö. Verkkodokumentti. <<https://stm.fi/documents/1271139/1332445/Menetetyn+ty%C3%B6panoksen+kustannus+2+%28%29+%28%29.pdf/63af9909-0232-474d-bf2e-aa4c50936c33>>. Luettu 1.11.2019.

Räisänen, Sari – Gissler, Mika 2012. Rekisteritutkimus – mahdollisuus hoitotieteessä. *Hoitotiede* 2012, 24 (1). 62–69.

Schugk, Jan 2016. Sairausloma on osa hoitoa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2016; 132(19):1738-9. Verkkodokumentti. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/19/duo13319>>. Luettu 27.9.2019.

Schugk, Jan 2013. Suomi sairauspoissaolojen kärkisijoilla OECD-maissa – Työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyössä varaa parantaa. *Työterveyslääkäri* 2013;31 (2): 52–53.

Sinokki, Marjo 2010. Altisteena työpaikan ihmissuhteet. *Työterveyslääkäri* 2010; 28(3): 13–15.

Tietosuojalaki 1050/2018.

Tilastokeskus n.d. Frekvenssijakauma. Käsitteet. Verkkodokumentti. <<https://www.stat.fi/meta/kas/frekvenssi.html>>. Luettu 2.11.2019.

Toikkanen, Ulla 2015. Suomessa on enemmän sairauslomia kuin Ruotsissa. Potilaan lääkärilehti. Verkkodokumentti. < <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/suomessa-on-enemman-sairauslomia-kuin-ruotsissa/>>. Luettu 2.12.2019.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Verkkodokumentti. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 14.11.2019.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d. Eettinen ennakoarviointi Suomessa. Verkkodokumentti. <<https://www.tenk.fi/eettinen-ennakoarviointi-suomessa>>. Luettu 14.11.2019.

Työelämä 2025 -katsaus 2015. Työelämän ja työympäristön muutosten vaikutukset työsuojeluun ja työhyvinvointiin. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2015:16. Verkkodokumentti. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70339/URN_ISBN_978-952-00-3573-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 27.9.2019.

Työterveyslaitos 2019. Sairauspoissaolot kunnissa. Työelämätieto. Päivitetty 9.5.2019. Verkkodokumentti. < <https://tyoelamatieto.fi/#/fi/dashboards/kunta10-sick-leave>>. Luettu 13.10.2019.

Työterveyslaitos 2018. Miten sujuvoitat hoitotyötä. Esite. Verkkodokumentti. < <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2018/10/Miten-sujuvoitat-hoitoty%C3%B6t%C3%A4-A4-A4.pdf>>. Luettu 20.12.2019.

Työterveyslaitos 2003. Huonosta työilmapiiristä oireilua ja sairauspoissaoloja suomalaisilla työpaikoilla. Verkkodokumentti. < https://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.lue_abstrakti2?iid=3595&iprint=2&p_hakusana=>. Luettu 8.12.2019.

Työterveyslaitos n.d.a. Työhyvinvointi. Toimiva työyhteisö. Työterveyshuolto. Verkkodokumentti. < <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>>. Luettu 1.11.2019.

Työterveyslaitos n.d.b. Sairauspoissaolot. Työkykyinen työntekijä. Verkkodokumentti. < <https://www.ttl.fi/tyontekija/sairauspoissaolot/>>. Luettu 27.9.2019.

Työterveyslaitos n.d.c. Sairauspoissaolokäytännöt työkyvyn tukena. Työkykyinen työntekijä. Verkkodokumentti. < <https://www.ttl.fi/tyontekija/tyoterveyshuolto/tyokyvyn-tuki/sairauspoissaolokaytannot-tyokyvyn-tukena/>>. Luettu 1.11.2019.

Työterveyslaitos n.d.d. Kunta10-tutkimus. Tutkimus ja kehittäminen. Verkkodokumentti. < <https://www.ttl.fi/tutkimushanke/kunta10-tutkimus/>>. Luettu 13.10.2019.

Työterveyslaitos n.d.e. Työkyvyn varhainen tuki. Verkkodokumentti. < <https://www.ttl.fi/tyontekija/tyoterveyshuolto/tyokyvyn-tuki/tyokyvyn-varhainen-tuki/>>. Luettu 2.12.2019.

Työterveyslaitos n.d.f. Johdatus työurajohtamiseen – tietoa ja harjoituksia. Verkkodokumentti. < <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/tilaa-opas/tyourajohtamisen-materiaalipaketti/>>. Luettu 8.12.2019.

Työterveyshuolto n.d.g. Keittiötyö. Turvallinen työympäristö. Verkkodokumentti. < <https://www.ttl.fi/tyoymparisto/ergonomian-tietopankki/keittiotyo/>>. Luettu 15.12.2019.

van Vilsteren, M – van Oostrom, SH – de Vet, HCW – Franche, RL – Boot, CRL – Anema, JR 2015. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.:CD006955.

Vester Thorsen, Sannie – Friberg, Claus – Lundstrom, Birgitte – Kausto, Johanna – Örneelius, Kristian – Sundell, Therese – Male Klasto, Åshild – Thune, Ola – Gross, Bent-Ole – Petersen, Heri – Haram, Øystein 2015. Sickness Absence in the Nordic Countries. Nordic Social Statistical Committee. Kööpenhamina. Verkkodokumentti. <<http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:811504/FULLTEXT06.pdf>>. Luettu 2.12.2019.

Kohderyhmän taustamuuttujat

Tutkimuksen rekisteriaineistossa oli käytettävissä yhteensä 7561 työntekijöiden sairauspoissaolajaksoa (n=7561). Vuoden 2017 aikana sairauspoissaolajaksoja oli 3776 (49,9 %, n=3776) ja vuonna 2018 sairauspoissaolajaksoja oli 3785 (50,1 %, n=3785). Sairauspoissaolajaksoista 9,5 prosenttia (n=716) oli miehillä ja 90,5 prosenttia (n=6845) naisilla. Sairauspoissaolajaksoja oli vähiten alle 30 vuotiailla (8,5 %, n=640) ja eniten 50-59 vuotiailla (31,1 %, n=2351). Sairauspoissaolajaksoista 209 (2,8 %, n=209) johtui tapaturmasta. Sairauspoissaolajaksoista 57,0 prosenttia (n=4309) oli lyhyitä 1-5 vuorokauden pituisia poissaoloja. Vähiten oli pitkiä sairauspoissaolajaksoja, joista 2,4 prosenttia (n=178) oli 61-90 vuorokauden pituisia ja 3,1 prosenttia (n=233) yli 90 vuorokauden pituisia. Sairauspoissaolajaksoja tarkastellessa sairauspääryhmistä yleisimmät olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet (35,4 %, n=2673) sekä hengityselinten sairaudet (31,7 %, n=2399). Muita sairauspääryhmiä olivat mielenterveyden häiriöt (8,2 %, n=622), naisten taudit ja raskaudet (1,6 %, n=122), verenkiertoelinten sairaudet (2,1 %, n=162) ja muut sairaudet (20,9 %, n=1583). Sairauspoissaolajaksoja oli eniten vanhuspalveluissa n=1831 (24 %) ja terveyspalveluissa n=1309 (17,3 %). Vähiten sairauspoissaoloja oli lomituspalveluyksikössä n=133 (1,8 %) ja tilapalveluiden, yhdyskuntatekniikan, kiinteistö- ja mittauspalveluiden, kehittämis- ja elinkeinopalveluiden sekä liikelaitosten yhdistetyllä palvelualueella n=220 (2,9 %).

<i>Taustamuuttujat</i>	<i>frekvenssi</i>	<i>%</i>
Vuosi (N=7561)		
2017	3776	49,9
2018	3785	50,1
Sukupuoli (N=7561)		
mies	716	9,5
nainen	6845	90,5
Ikä (N=7561)		
alle 30 v	640	8,5
30-39 v	1449	19,2
40-49 v	2174	28,8
50-59 v	2351	31,1

60 v tai yli	947	12,5
Tapaturma (N=7561)		
kyllä	209	2,8
ei	7352	97,2
Sairausloman pituus (N=7561)		
1-5 vrk	4309	57,0
6-10 vrk	1272	16,8
11-30 vrk	1143	15,1
31-60 vrk	426	5,6
61-90 vrk	178	2,4
yli 90 vrk	233	3,1
Sairauspääryhmä (N=7561)		
Tuki- ja liikuntaelinten sairau- det	2673	35,4
Mielenterveyden häiriöt	622	8,2
Naistentaudit ja raskaudet	122	1,6
Verenkiertoelinten sairaudet	162	2,1
Hengityselinten sairaudet	2399	31,7
Muut	1583	20,9
Palvelualue (N=7561)		
Terveyspalvelut	1309	17,3
Varhaiskasvatuksen palvelut	1126	14,9
Vanhuspalvelut	1831	24,2
Sosiaalityön palvelut	530	7,0
Perusopetus, 2. aste ja vapaa- sivistystyö, liikunta-, kulttuuri-, museo- ja kirjastopalvelut	1214	16,1
Ravitsemis- ja puhtaanapito- palvelut	838	11,1

<i>Tilapalvelut, yhdyskuntatekniikka, kiinteistö- ja mittauspalvelut, kehittämis- ja elinkeinopalvelut, liikelaitokset</i>	220	2,9
<i>Lomituspalveluyksikkö</i>	133	1,8
<i>Talous- ja tietohallinto, hallinto- ja tukipalvelut, henkilöstöhallinto, lupa- ja valvontasiat</i>	360	4,8

Taustojen vaikutus sairauspäryhmiin ristiintaulukot

län vaikutus sairauspäryhmiin

Vuosi				Ikä					Yht.
				alle 30	30-39	40-49	50-59	60 tai yli	
2017	Sairauspääryhmä	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	f	77	207	354	483	219	1340
			%	25,8%	28,2%	32,6%	41,4%	44,6%	35,5%
	khiin neliö p=0,000	Mielenterveyden häiriöt	f	22	73	111	95	34	335
			%	7,4%	10,0%	10,2%	8,1%	6,9%	8,9%
	df=20	Naistentaudit ja raskaudet	f	12	28	10	2	1	53
			%	4,0%	3,8%	0,9%	0,2%	0,2%	1,4%
		Verenkiertoelinten sairaudet	f	1	11	25	36	23	96
%			0,3%	1,5%	2,3%	3,1%	4,7%	2,5%	
	Hengityselinten sairaudet	f	95	254	374	299	120	1142	
		%	31,8%	34,7%	34,4%	25,6%	24,4%	30,2%	
	Muut	f	92	160	213	251	94	810	
		%	30,8%	21,8%	19,6%	21,5%	19,1%	21,5%	
Yhteensä		f	299	733	1087	1166	491	3776	
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2018	Sairauspääryhmä	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	f	85	206	368	462	212	1333
			%	24,9%	28,8%	33,9%	39,0%	46,5%	35,2%
	khiin neliö p=0,000	Mielenterveyden häiriöt	f	22	56	98	93	18	287
			%	6,5%	7,8%	9,0%	7,8%	3,9%	7,6%
	df=20	Naistentaudit ja raskaudet	f	26	38	5	0	0	69
			%	7,6%	5,3%	0,5%	0,0%	0,0%	1,8%
		Verenkiertoelinten sairaudet	f	2	6	14	24	20	66
%			0,6%	0,8%	1,3%	2,0%	4,4%	1,7%	

Sukupuolen vaikutus sairauspäryhmiin

Vuosi				Sukupuoli		Yht.
				mies	nainen	
2017	Sairauspääryhmä	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	f	117	1223	1340
			%	35,1%	35,5%	35,5%
	khiin neliö p=0,004	Mielenterveyden häiriöt	f	18	317	335
			%	5,4%	9,2%	8,9%
	df=5	Naistentaudit ja raskaudet	f	0	53	53
			%	0,0%	1,5%	1,4%
		Verenkiertoelinten sairaudet	f	10	86	96
			%	3,0%	2,5%	2,5%
		Hengityselinten sairaudet	f	96	1046	1142
			%	28,8%	30,4%	30,2%
	Muut	f	92	718	810	
		%	27,6%	20,9%	21,5%	
	Yhteensä	f	333	3443	3776	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
2018	Sairauspääryhmä	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	f	139	1194	1333
			%	36,3%	35,1%	35,2%
	khiin neliö p=0,016	Mielenterveyden häiriöt	f	25	262	287
			%	6,5%	7,7%	7,6%
	df=5	Naistentaudit ja raskaudet	f	0	69	69
			%	0,0%	2,0%	1,8%
		Verenkiertoelinten sairaudet	f	11	55	66
			%	2,9%	1,6%	1,7%
		Hengityselinten sairaudet	f	119	1138	1257
			%	31,1%	33,5%	33,2%
	Muut	f	89	684	773	
		%	23,2%	20,1%	20,4%	
	Yhteensä	f	383	3402	3785	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
Yht.	Sairauspääryhmä	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	f	256	2417	2673
			%	35,8%	35,3%	35,4%
	khiin neliö p= 0,000	Mielenterveyden häiriöt	f	43	579	622
df=5		%	6,0%	8,5%	8,2%	

	Naistentaudit ja ras- kaudet	f	0	122	122
		%	0,0%	1,8%	1,6%
	Verenkiertoelinten sairaudet		21	141	162
		%	2,9%	2,1%	2,1%
	Hengityselinten sai- raudet	f	215	2184	2399
		%	30,0%	31,9%	31,7%
	Muut	f	181	1402	1583
		%	25,3%	20,5%	20,9%
Yhteensä		f	716	6845	7561
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tapaturman vaikutus sairauspäryhmiin

Vuosi				Tapaturma		Yht.
				kyllä	ei	
2017	Sairauspää- ryhmä	Tuki- ja liikuntaelinten	f	100	1240	1340
		sairaudet	%	85,5%	33,9%	35,5%
khiin neliö p=0,000		Mielenterveyden häi- riöt	f	0	335	335
			%	0,0%	9,2%	8,9%
df=5		Naistentaudit ja ras- kaudet	f	0	53	53
			%	0,0%	1,4%	1,4%
		Verenkiertoelinten sairaudet	f	0	96	96
			%	0,0%	2,6%	2,5%
		Hengityselinten sai- raudet	f	3	1139	1142
			%	2,6%	31,1%	30,2%
		Muut	f	14	796	810
			%	12,0%	21,8%	21,5%
Yhteensä			f	117	3659	3776
			%	100,0%	100,0%	100,0%

2018	Sairauspääryhmä	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	f	85	1248	1333
			%	92,4%	33,8%	35,2%
	khiin neliö p=0,000	Mielenterveyden häiriöt	f	0	287	287
			%	0,0%	7,8%	7,6%
	df=5	Naistentaudit ja raskaudet	f	0	69	69
			%	0,0%	1,9%	1,8%
	Verenkiertoelinten sairaudet	f	0	66	66	
		%	0,0%	1,8%	1,7%	
	Hengityselinten sairaudet	f	0	1257	1257	
		%	0,0%	34,0%	33,2%	
	Muut	f	7	766	773	
		%	7,6%	20,7%	20,4%	
	Yhteensä		f	92	3693	3785
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
Yhteensä	Sairauspääryhmä	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	f	185	2488	2673
			%	88,5%	33,8%	35,4%
	khiin neliö p=0,000	Mielenterveyden häiriöt	f	0	622	622
			%	0,0%	8,5%	8,2%
	df=5	Naistentaudit ja raskaudet	f	0	122	122
			%	0,0%	1,7%	1,6%
	Verenkiertoelinten sairaudet	f	0	162	162	
		%	0,0%	2,2%	2,1%	
	Hengityselinten sairaudet	f	3	2396	2399	
		%	1,4%	32,6%	31,7%	
	Muut	f	21	1562	1583	
		%	10,0%	21,2%	20,9%	
	Yhteensä		f	209	7352	7561
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

Palvelualueen vaikutus sairauspäähmiin

Vuosi			Palvelualue									Yht.	
			Terveyspalvelut	Varhaiskasvatuksen palvelut	Vanhuspalvelut	Sosiaalityön palvelut	Perusopetus, 2. aste ja vapaa sivistystyö*	Ravitsemis- ja puhtaanapito-palvelut	Kehittämisen- ja elinkeinopalvelut, liikelaitokset**	Lomituspalveluyksikkö	Hallintopalvelut, henkilö- ja talouspalvelut***		
2017	Sairauspääryhmä	Tuki- ja liikunta-	f	237	204	350	93	140	175	46	39	56	1340
		elinten sairaudet	%	38,9%	32,9%	38,5%	32,3%	24,5%	41,8%	40,0%	60,9%	31,3%	35,5%
	khiin neliö p=0,000	Mielenterveyden häiriöt	f	47	60	104	25	54	23	7	1	14	335
			%	7,7%	9,7%	11,4%	8,7%	9,4%	5,5%	6,1%	1,6%	7,8%	8,9%
	df=40	Naistentaudit ja raskaudet	f	14	9	16	4	5	0	0	0	5	53
			%	2,3%	1,5%	1,8%	1,4%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	1,4%
		Verenkiertoelinten sairaudet	f	26	13	25	2	12	8	2	3	5	96
		%	4,3%	2,1%	2,7%	0,7%	2,1%	1,9%	1,7%	4,7%	2,8%	2,5%	
	Hengityselinten sairaudet	f	171	218	209	90	250	109	31	8	56	1142	
		%	28,1%	35,2%	23,0%	31,3%	43,7%	26,0%	27,0%	12,5%	31,3%	30,2%	
	Muut	f	114	116	206	74	111	104	29	13	43	810	
		%	18,7%	18,7%	22,6%	25,7%	19,4%	24,8%	25,2%	20,3%	24,0%	21,5%	

Yht.	Sairauspääryhmä	Tuki- ja liikunta-	f	493	381	699	163	301	362	88	73	113	2673
		elinten sairaudet	%	37,7%	33,8%	38,2%	30,8%	24,8%	43,2%	40,0%	54,9%	31,4%	35,4%
khiin neliö p=0,000		Mielenterveyden	f	98	103	188	45	103	39	12	3	31	622
		häiriöt	%	7,5%	9,1%	10,3%	8,5%	8,5%	4,7%	5,5%	2,3%	8,6%	8,2%
df=40		Naistentaudit ja	f	44	9	37	7	8	12	0	0	5	122
		raskaudet	%	3,4%	0,8%	2,0%	1,3%	0,7%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%	1,6%
		Verenkiertoelin-	f	42	16	35	5	25	22	6	5	6	162
		ten sairaudet	%	3,2%	1,4%	1,9%	0,9%	2,1%	2,6%	2,7%	3,8%	1,7%	2,1%
		Hengityselinten	f	373	419	471	176	532	221	70	24	113	2399
		sairaudet	%	28,5%	37,2%	25,7%	33,2%	43,8%	26,4%	31,8%	18,0%	31,4%	31,7%
		Muut	f	259	198	401	134	245	182	44	28	92	1583
			%	19,8%	17,6%	21,9%	25,3%	20,2%	21,7%	20,0%	21,1%	25,6%	20,9%
Yhteensä			f	1309	1126	1831	530	1214	838	220	133	360	7561
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Perusopetus, 2. aste ja vapaa sivistystyö, liikunta-, nuoriso-, kulttuuri-, museo- ja kirjastopalvelut.

** Toimitilapalvelut, yhdyskuntatekniikka, kiinteistö- ja mittauspalvelut, teknisen toimen hallinto, kehittämis- ja elinkeinotoiminta, liikelaitokset ja maaseutuuyksiköt.

*** Lupa- ja valvonta-asiat, taloushallinto, tietohallinto, hallinto- ja tukipalvelut sekä henkilöstöhallinto.

Taustojen vaikutus sairauspoissaolojaksojen pituuteen ristiintaulukot

Sairauspäryhmän vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen

Vuosi				Sairauspäryhmä					Muut	Yht.
				Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	Mielen-terveyden häiriöt	Nais-tentaudit ja raskaudet	Veren-kier-toelinten sairaudet	Hengi-tyselin-ten sai-raudet		
2017	Sairausloman kesto	1-5	f	566	104	17	55	952	533	2227
		vrk	%	42,2%	31,0%	32,1%	57,3%	83,4%	65,8%	59,0%
	khiin ne-liö	6-10	f	277	60	9	14	141	98	599
		vrk	%	20,7%	17,9%	17,0%	14,6%	12,3%	12,1%	15,9%
	p=0,000	11-30	f	266	95	14	18	42	112	547
		vrk	%	19,9%	28,4%	26,4%	18,8%	3,7%	13,8%	14,5%
	df=25	31-60	f	112	36	7	3	6	41	205
		vrk	%	8,4%	10,7%	13,2%	3,1%	0,5%	5,1%	5,4%
		61-90	f	48	16	5	5	0	8	82
		vrk	%	3,6%	4,8%	9,4%	5,2%	0,0%	1,0%	2,2%
	yli 90	f	71	24	1	1	1	18	116	
	vrk	%	5,3%	7,2%	1,9%	1,0%	0,1%	2,2%	3,1%	
Yhteensä			f	1340	335	53	96	1142	810	3776
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2018	Sairausloman kesto	1-5	f	451	73	21	39	1002	496	2082
		vrk	%	33,8%	25,4%	30,4%	59,1%	79,7%	64,2%	55,0%
	khiin ne-liö	6-10	f	293	59	10	11	171	129	673
		vrk	%	22,0%	20,6%	14,5%	16,7%	13,6%	16,7%	17,8%
	p=0,000	11-30	f	308	88	19	10	75	96	596
		vrk	%	23,1%	30,7%	27,5%	15,2%	6,0%	12,4%	15,7%
	df=25	31-60	f	139	27	14	4	7	30	221
		vrk	%	10,4%	9,4%	20,3%	6,1%	0,6%	3,9%	5,8%
		61-90	f	66	15	3	1	2	9	96
		vrk	%	5,0%	5,2%	4,3%	1,5%	0,2%	1,2%	2,5%

Yht.	Sairausloman kesto	1-5 vrk	f	421	910	1269	1232	477	4309
			%	65,8%	62,8%	58,4%	52,4%	50,4%	57,0%
	khiin neliö p=0,000	6-10 vrk	f	103	209	370	435	155	1272
			%	16,1%	14,4%	17,0%	18,5%	16,4%	16,8%
	df=20	11-30 vrk	f	82	191	329	388	153	1143
			%	12,8%	13,2%	15,1%	16,5%	16,2%	15,1%
		31-60 vrk	f	21	76	108	141	80	426
			%	3,3%	5,2%	5,0%	6,0%	8,4%	5,6%
		61-90 vrk	f	7	31	39	64	37	178
			%	1,1%	2,1%	1,8%	2,7%	3,9%	2,4%
		yli 90 vrk	f	6	32	59	91	45	233
			%	0,9%	2,2%	2,7%	3,9%	4,8%	3,1%
Yhteensä			f	640	1449	2174	2351	947	7561
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sukupuolen vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen

Vuosi	Sairausloman kesto		Sukupuoli		Yht.	
			mies	nainen		
2017	Sairausloman kesto	1-5 vrk	f	210	2017	2227
			%	63,1%	58,6%	59,0%
	khiin neliö p=0,348	6-10 vrk	f	44	555	599
			%	13,2%	16,1%	15,9%
	df=5	11-30 vrk	f	41	506	547
			%	12,3%	14,7%	14,5%
		31-60 vrk	f	18	187	205
			%	5,4%	5,4%	5,4%
		61-90 vrk	f	6	76	82
			%	1,8%	2,2%	2,2%
		yli 90 vrk	f	14	102	116
			%	4,2%	3,0%	3,1%
Yhteensä			f	333	3443	3776
			%	100,0%	100,0%	100,0%

2018	Sairausloman kesto	1-5 vrk	f	239	1843	2082
			%	62,4%	54,2%	55,0%
	khiin neliö p=0,024	6-10 vrk	f	54	619	673
			%	14,1%	18,2%	17,8%
	df=5	11-30 vrk	f	51	545	596
			%	13,3%	16,0%	15,7%
	31-60 vrk	f	22	199	221	
		%	5,7%	5,8%	5,8%	
	61-90 vrk	f	4	92	96	
		%	1,0%	2,7%	2,5%	
	yli 90 vrk	f	13	104	117	
		%	3,4%	3,1%	3,1%	
	Yhteensä	f	383	3402	3785	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
Yht.	Sairausloman kesto	1-5 vrk	f	449	3860	4309
			%	62,7%	56,4%	57,0%
	khiin neliö p=0,006	6-10 vrk	f	98	1174	1272
			%	13,7%	17,2%	16,8%
	df=5	11-30 vrk	f	92	1051	1143
			%	12,8%	15,4%	15,1%
	31-60 vrk	f	40	386	426	
		%	5,6%	5,6%	5,6%	
	61-90 vrk	f	10	168	178	
		%	1,4%	2,5%	2,4%	
	yli 90 vrk	f	27	206	233	
		%	3,8%	3,0%	3,1%	
	Yhteensä	f	716	6845	7561	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tapaturman vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen

Vuosi	Sairausloman kesto	1-5 vrk	f	Tapaturma		Yht.
				kyllä	ei	
2017	khiin neliö p=0,471	6-10 vrk	f	71	2156	2227
			%	60,7%	58,9%	59,0%
			f	20	579	599
			%	17,1%	15,8%	15,9%

Liite 3
6 (9)

df=5	11-30 vrk	f	14	533	547		
		%	12,0%	14,6%	14,5%		
	31-60 vrk	f	9	196	205		
		%	7,7%	5,4%	5,4%		
	61-90 vrk	f	0	82	82		
		%	0,0%	2,2%	2,2%		
	yli 90 vrk	f	3	113	116		
		%	2,6%	3,1%	3,1%		
	Yhteensä	f	117	3659	3776		
		%	100,0%	100,0%	100,0%		
2018	Sairausloman kesto	1-5 vrk	f	41	2041	2082	
			%	44,6%	55,3%	55,0%	
	khiin neliö p=0,048	6-10 vrk	f	17	656	673	
			%	18,5%	17,8%	17,8%	
	df=5	11-30 vrk	f	25	571	596	
			%	27,2%	15,5%	15,7%	
		31-60 vrk	f	5	216	221	
			%	5,4%	5,8%	5,8%	
		61-90 vrk	f	3	93	96	
			%	3,3%	2,5%	2,5%	
		yli 90 vrk	f	1	116	117	
			%	1,1%	3,1%	3,1%	
	Yhteensä	f	92	3693	3785		
		%	100,0%	100,0%	100,0%		
	Yht.	Sairausloman kesto	1-5 vrk	f	112	4197	4309
				%	53,6%	57,1%	57,0%
		khiin neliö p=0,483	6-10 vrk	f	37	1235	1272
				%	17,7%	16,8%	16,8%
df=5		11-30 vrk	f	39	1104	1143	
			%	18,7%	15,0%	15,1%	
		31-60 vrk	f	14	412	426	
			%	6,7%	5,6%	5,6%	
		61-90 vrk	f	3	175	178	
			%	1,4%	2,4%	2,4%	
		yli 90 vrk	f	4	229	233	
			%	1,9%	3,1%	3,1%	
Yhteensä		f	209	7352	7561		
		%	100,0%	100,0%	100,0%		

Palvelualueen vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen

				Palvelualue										
Vuosi				Terveys- palvelut	Varhais- kasvatuk- sen palve- lut	Vanhus- palvelut	Sosiaali- työn palve- lut	Perusope- tus, 2. aste ja vapaa- sivistystyö*	Ravitse- mis- ja puhtaa- napitopal- velut	Kehittä- mis- ja elinkei- nopalve- lut, liike- laitok- set**	Lomitus- palveluyk- sikkö	Hallinto- palvelut, henki- löstö- ja talous- palve- lut***	Yht.	
2017	Sairausloman kesto	1-5 vrk	f	350	376	528	186	348	224	71	22	122	2227	
			%	57,5%	60,6%	58,0%	64,6%	60,8%	53,5%	61,7%	34,4%	68,2%	59,0%	
	khiin neliö p=0,000	6-10 vrk	f	95	71	158	39	104	77	16	15	24	599	
			%	15,6%	11,5%	17,4%	13,5%	18,2%	18,4%	13,9%	23,4%	13,4%	15,9%	
	df=40	11-30 vrk	f	98	104	127	30	66	74	15	12	21	547	
			%	16,1%	16,8%	14,0%	10,4%	11,5%	17,7%	13,0%	18,8%	11,7%	14,5%	
		31-60 vrk	f	41	26	45	19	32	22	5	7	8	205	
			%	6,7%	4,2%	4,9%	6,6%	5,6%	5,3%	4,3%	10,9%	4,5%	5,4%	
		61-90 vrk	f	6	19	24	7	10	9	4	1	2	82	
			%	1,0%	3,1%	2,6%	2,4%	1,7%	2,1%	3,5%	1,6%	1,1%	2,2%	
		yli 90 vrk	f	19	24	28	7	12	13	4	7	2	116	
			%	3,1%	3,9%	3,1%	2,4%	2,1%	3,1%	3,5%	10,9%	1,1%	3,1%	
	Yheensä			f	609	620	910	288	572	419	115	64	179	3776

Liite 3

8 (9)

		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
2018	Sairausloman kesto	1-5 vrk	f	378	295	465	138	393	213	54	21	125	2082
			%	54,0%	58,3%	50,5%	57,0%	61,2%	50,8%	51,4%	30,4%	69,1%	55,0%
	khiin neliö p=0,000	6-10 vrk	f	127	87	185	44	98	68	21	21	22	673
			%	18,1%	17,2%	20,1%	18,2%	15,3%	16,2%	20,0%	30,4%	12,2%	17,8%
	df=40	11-30 vrk	f	125	67	155	26	95	77	15	17	19	596
			%	17,9%	13,2%	16,8%	10,7%	14,8%	18,4%	14,3%	24,6%	10,5%	15,7%
		31-60 vrk	f	39	25	62	19	26	29	7	6	8	221
			%	5,6%	4,9%	6,7%	7,9%	4,0%	6,9%	6,7%	8,7%	4,4%	5,8%
		61-90 vrk	f	14	19	18	5	12	23	3	1	1	96
			%	2,0%	3,8%	2,0%	2,1%	1,9%	5,5%	2,9%	1,4%	0,6%	2,5%
		yli 90 vrk	f	17	13	36	10	18	9	5	3	6	117
			%	2,4%	2,6%	3,9%	4,1%	2,8%	2,1%	4,8%	4,3%	3,3%	3,1%
Yhteensä		f	700	506	921	242	642	419	105	69	181	3785	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Yht.	Sairausloman kesto	1-5 vrk	f	728	671	993	324	741	437	125	43	247	4309
			%	55,6%	59,6%	54,2%	61,1%	61,0%	52,1%	56,8%	32,3%	68,6%	57,0%
	khiin neliö p=0,000	6-10 vrk	f	222	158	343	83	202	145	37	36	46	1272
			%	17,0%	14,0%	18,7%	15,7%	16,6%	17,3%	16,8%	27,1%	12,8%	16,8%
	df=40	11-30 vrk	f	223	171	282	56	161	151	30	29	40	1143
			%	17,0%	15,2%	15,4%	10,6%	13,3%	18,0%	13,6%	21,8%	11,1%	15,1%
		31-60 vrk	f	80	51	107	38	58	51	12	13	16	426
			%	6,1%	4,5%	5,8%	7,2%	4,8%	6,1%	5,5%	9,8%	4,4%	5,6%

	61-90	f	20	38	42	12	22	32	7	2	3	178
	vrk	%	1,5%	3,4%	2,3%	2,3%	1,8%	3,8%	3,2%	1,5%	0,8%	2,4%
	yli 90	f	36	37	64	17	30	22	9	10	8	233
	vrk	%	2,8%	3,3%	3,5%	3,2%	2,5%	2,6%	4,1%	7,5%	2,2%	3,1%
Yhteensä		f	1309	1126	1831	530	1214	838	220	133	360	7561
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Perusopetus, 2. aste ja vapaa sivistystyö, liikunta-, nuoris-, kulttuuri-, museo- ja kirjastopalvelut.

** Toimitilapalvelut, yhdyskuntateknikka, kiinteistö- ja mittauspalvelut, teknisen toimen hallinto, kehittämis- ja elinkeinotoiminta, liikelaitokset ja maaseutuyksiköt.

*** Lupa- ja valvonta-asiat, taloushallinto, tietohallinto, hallinto- ja tukipalvelut sekä henkilöstöhallinto.

Vuoden vaikutus sairauspäryhmiin ja sairauspoissaolon pituuteen ristiintaulukot

Vuoden vaikutus sairauspäryhmiin

			Vuosi		Yht.
			2017	2018	
Sairauspääryhmä khiin neliö p=0,003 df=5	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	f	1340	1333	2673
		%	35,5%	35,2%	35,4%
	Mielenterveyden häiriöt	f	335	287	622
		%	8,9%	7,6%	8,2%
	Naistentaudit ja raskaudet	f	53	69	122
		%	1,4%	1,8%	1,6%
	Verenkiertoelinten sairaudet	f	96	66	162
		%	2,5%	1,7%	2,1%
	Hengityselinten sairaudet	f	1142	1257	2399
		%	30,2%	33,2%	31,7%
	Muut	f	810	773	1583
		%	21,5%	20,4%	20,9%
	Yhteensä	f	3776	3785	7561
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Vuoden vaikutus sairauspoissaolojakson pituuteen

			Vuosi		Yht.
			2017	2018	
Sairausloman kesto khiin neliö p=0,024 df=5	1-5 vrk	f	2227	2082	4309
		%	59,0%	55,0%	57,0%
	6-10 vrk	f	599	673	1272
		%	15,9%	17,8%	16,8%
	11-30 vrk	f	547	596	1143
		%	14,5%	15,7%	15,1%
	31-60 vrk	f	205	221	426
		%	5,4%	5,8%	5,6%
	61-90 vrk	f	82	96	178
		%	2,2%	2,5%	2,4%
	yli 90 vrk	f	116	117	233
		%	3,1%	3,1%	3,1%
	Yhteensä	f	3776	3785	7561
		%	100,0%	100,0%	100,0%