

Katariina Hinkka, Mikko Niemelä, Ilona Autti-Rämö, Heikki Palomäki,
Heikki Pärnänen ja Jukka Vänskä

Sairauspoissaolotarpeen määrittäminen

Kyselytutkimus lääkäreille



Kirjoittajat

Katariina Hinkka, LT, dosentti
johtava tutkijalääkäri, Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

Mikko Niemelä, VTT, dosentti
tutkimusprofessori, Kelan tutkimus
Professori, Turun yliopiston Sosiaalitieteiden laitos
etunimi.sukunimi@kela.fi

Ilona Autti-Rämö, LT, tutkimusprofessori
johtava ylilääkäri, Vakuutuslääketieteellinen yksikkö, Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

Heikki Palomäki, LT, dosentti

Heikki Pärnänen, LL
politiikkatoimialan johtaja, Suomen Lääkäriliitto
etunimi.sukunimi@laakariliitto.fi

Jukka Vänskä, VTM
tutkimuspäällikkö, Suomen Lääkäriliitto
etunimi.sukunimi@laakariliitto.fi

© Kirjoittajat ja Kela

www.kela.fi/tutkimus

ISSN 2323-9239

Helsinki 2016

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
1.1 Sairauspoissaolojen määrittäminen lääkärin työssä.....	6
1.2 Sosiaalivakuutuslaitos.....	8
1.3 Osaaminen ja koulutus.....	9
1.4 Kehittämistarpeita	10
2 Tutkimuksen toteutus	11
2.1 Hankkeen tausta.....	11
2.2 Kyselyn toteutus.....	12
2.3 Aineiston kuvaus.....	12
3 Tulokset.....	14
3.1 Sairauspoissaolojen määrittäminen lääkärin työssä.....	14
3.2 Yhteydenpito Kelaan.....	24
3.3 Osaaminen ja koulutus.....	27
3.4 Kehittämistoimenpiteet.....	29
4 Yhteenveto.....	32
Lähteet.....	36

TIIVISTELMÄ

Kelan tutkimusosasto ja Suomen Lääkäriliitto toteuttivat vuonna 2014 lääkäreille kohdistetun kyselyn, jonka tarkoituksena on kartoittaa lääkäreiden näkemyksiä ja kokemuksia sairauspoissaoloihin liittyvistä käytännöistä ja kehittämistarpeista. Kysely perustuu vuonna 2012 Ruotsissa tehtyyn kyselyyn. Vastaava kysely toteutettiin myös Norjassa. Kysymykset on muokattu kunkin maan järjestelmään sopiviksi.

Kyselylomake lähetettiin 8 867 lääkärille loppuvuodesta 2014, ja siihen saattoi vastata joko paperisella tai sähköisellä lomakkeella. Vastausprosentti oli 34,8. Rakenteeltaan aineisto edusti perusjoukkoa, joskin työterveyshuolto oli hieman yliedustettuna.

Lääkärit pitivät julkisen sektorin palvelujen saatavuutta keskeisenä syynä sairauspoissaolojen pitkittymiseen. Myös vajaakuntoisten työntekijöiden työssä jaksamista tukevien toimenpiteiden saatavuus vaikutti sairauspoissaolojen kirjoittamiseen. Kelalta toivottiin enemmän palautetta lääkärien omasta toiminnasta. Lääkärien osaamisen kehittämistarpeet korostuivat erityisesti terveyskeskuksissa, mutta koulutusta tarvitsevien osuus on varsin suuri muillakin toimintasektoreilla. Lääkärit toivoivat laajasti, erikoistumisalasta tai toimipaikasta riippumatta, vähintäänkin joitakin sairauksia koskevia kansallisia suosituksia sairauspoissaolojen kestosta. Nykyisiä käytettävissä olevia ohjeita ja suosituksia monet lääkärit pitivät tärkeinä. Työterveyslääkärit erottuivat monissa kohdin omaksi ryhmäkseen. He näyttävät hallitsevan työkyvyn ja sairauspoissaolon tarpeen arviointiin liittyvät tehtävät parhaiten. Suomalaiset lääkärit kokivat ruotsalaisia ja norjalaisia perusterveydenhuollon lääkäreitä vähemmän ongelmia sairauspoissaoloon liittyvissä asioissa.

Tutkimuksen perusteella annetuissa suosituksissa esitetään puuttumista jatkohoidon ja kuntoutukseen pääsyn viiveisiin, työkyvyn arviointiin liittyvän koulutuksen lisäämistä, sairauspoissaolotarpeen siirtämistä enemmän työterveyshuollon vastuulle sekä sairauspoissaolojen kestoa koskevien suositusten laatimista ainakin joistakin sairauksista.

1 JOHDANTO

Sairauspoissaolo, sairausloma, sairasloma, sairausvapaa, työkyvyttömyysvapaa, sairausaika ja sairauspäivä ovat eri yhteyksissä käytettyjä käsitteitä samasta asiasta. Työikäisten sairaus- ja tapaturmatilanteissa sairausloma on vallitseva sopimusoikeudellinen käsite (Laaksonen ja Virta 2008). Sairauspoissaolo on kuitenkin alkanut korvata sairauslomaa esimerkiksi sairausvakuutuslaissa (L 532/2009). Tässä raportissa käytetään termiä sairauspoissaolo.

Suomalaisessa työelämässä on tavallisinta, että palkansaajat voivat olla sairauden vuoksi työstä pois ilman lääkärin tai terveydenhoitajan todistusta enintään kolme päivää. Tällainen käytäntö koskee useammin naispalkansaajia (62 %) kuin miehiä (40 %). Joka viides (21 %) palkansaaja tarvitsee todistuksen jo päivänkin poissaolosta. (Sutela ja Lehto 2014.) Yrittäjät ja muut itsensä työllistäjät voivat saada korvausta sairausvakuutuksen omavastuujalta vakuutuksen kautta. Sairauspoissaoloprosentti vuonna 2013 oli keskimäärin 4,1 eli 10 työpäivää. Teollisuuden työntekijöillä sairauspoissaoloja oli eniten (5,9 %, 14 työpäivää) (Työaikakatsaus 2015). Sairauspäivärahan omavastuu-aika on 1 + 9 vuorokautta (Kela 2015a). Kela korvasi vuonna 2014 sairaudesta johtuvaa ansionmenetystä noin 317 700 henkilölle, joista runsaat 13 000 oli osasairauspäivärahan saajia (Kela 2015b). Kahdenkymmenenviiden OECD-maan vertailussa sairauspoissaoloja oli vuonna 2008 Suomea enemmän vain Norjassa ja Ruotsissa. Vuonna 2013 Pohjoismaiden järjestys oli muuttunut: Norja 5,9 prosenttia, Suomi 4,1 prosenttia, Ruotsi 3,6 prosenttia ja Tanska 3,2 prosenttia. (Työaikakatsaus 2015.) Perusterveydenhuollossa määrättyjen sairauspoissaolojen on arvioitu aiheuttavan yli puolet kaikista hoidon kustannuksista (Peterson ym. 1997). Suomessa terveysturvan kokonaiskustannusten nousu on esitetty liittyvän erityisesti sairauspoissaolojen pidentymiseen (Vohlonen ym. 2015).

Tutkimukset ovat osoittaneet sairauspoissaoloihin liittyvän suuren joukon yksilö-, työpaikka- ja makrotason tekijöitä (Whitaker 2001). Sairauspoissaoloilmiötä eri näkökulmilla on Suomessa tutkittu kahdessa tuoreessa väitöskirjassa (Siukola 2013; Kankaanpää 2014). Siukola (2013) analysoi, miten yksilön kokemus määrittää sairauspoissaololle hakeutumista, ja Kankaanpää (2014) selvitti lääkärin sairauspoissaolotodistuksen kirjoittamista. Sairauspoissaoloja on Suomessa tutkittu myös esimerkiksi organisaation rakenteisiin ja kulttuureihin liittyvänä ilmiönä (Virtanen ym. 2000).

Siukolan tutkimuksessa työilmapiiri ja ryhmähenki, eivät niinkään fyysiset työolosuhteet, nousivat sairauspoissaolojen kannalta merkityksellisiksi tekijöiksi työolosuhteissa. Sairauspoissaolokulttuuri oli merkityksellinen silloin, kun työntekijä mietti, jäädäkö sairauden vuoksi pois töistä vai ei. Lopullista päätöstä näytti kuitenkin ohjaavan ”yksilöllinen sairauslomalle jäämisen kynnys”, lukuun ottamatta täysin työkyvyttömiä. (Siukola 2013.) Työntekijän oma käsitys heikentyneestä työkyvystä on ruotsalaistutkimuksessakin noussut sairauspoissaolon vahvimmaksi ennustajaksi (Hensing ym. 1997). Lääkäreiden arviot sairauspoissaolopäivien tarpeesta puolestaan erosivat 4–8-kertaisesti ja vastaavasti yhteiskunnalle koituvissa kustannuksissa oli kymmenien tuhansien eurojen erot (Kankaanpää 2014). Työntekijän ja lääkärin arviot työkykyisyydestä ovat osoittautuneet varsin yhteneväisiksi norjalaisessa aineistossa (Reiso ym. 2000). Sen sijaan ruotsalaisessa tutkimuksessa yleislääkärin ja potilaan arviot sai-

rauspoissaolon tarpeen pituudesta olivat yhteneväiset vain neljänneksessä tapauksista (Ericson Sjöström ym. 2014).

1.1 Sairauspoissaolojen määrittäminen lääkärin työssä

Lääkärillä on järjestelmästä riippumatta keskeinen rooli sairauspoissaoloprosessissa (Wahlström ja Alexanderson 2004). Suomessa ei ole virallista ohjeistusta eikä näyttöön perustuvaa käytäntöä sairauspoissaolojen pituudesta vaan sairauspoissaolon tarve ja työstä poissaolon pituus perustuvat pääosin lääkärin henkilökohtaiseen arvioon (Kankaanpää ym. 2012). Ruotsalaisilla lääkäreillä on vuodesta 2007 ollut käytettävissään virallinen suositus eri sairauksia koskevista sairauspoissaolojen pituuksista¹. Työterveyslaitos on julkaissut siitä suomennoksen (Työterveyslaitos 2015). Syksyllä 2015 on avautunut kaikille sairauspoissaolotodistuksia kirjoittaville lääkäreille tarkoitettu verkkokurssi Lääkäriliiton sivuilla (Lääkäriliitto ja Työterveyslaitos 2015; Kedzia ym. 2015).

Samankin alan lääkärin kesken on eroja sairauspoissaolon kirjoituskäytännöissä. Kankaanpään (2014) tutkimuksessa 1 991 yleislääkärää, työterveyslääkärää, kirurgia ja hammaslääkärää arvioi 19 kuvitteellisen omaan alaansa kuuluvan potilastapauksen sairauspoissaolon tarpeen. Verrattaessa pienintä ja suurinta sairauspoissaolopäivien määrää, jonka yksittäinen lääkäri kirjoitti näille potilaille, ero oli yleislääkäreiden välillä ja kirurgien välillä lähes nelinkertainen ja työterveyslääkäreiden välillä jopa kahdeksankertainen. Osa hammaslääkäreistä ei kirjoittanut lainkaan sairauspoissaoloa yhdellekään esitetyistä 16 potilastapauksestaan, osa taas kirjoitti yhteensä lähes sata päivää. Työterveyslääkärit kirjoittivat yleislääkäreitä vähemmän sairauspoissaolopäiviä samoille potilastapauksille. Pienissä kunnissa työskentelevät lääkärit kirjoittivat enemmän sairauspoissaolopäiviä kuin suurissa kunnissa työskentelevät. Sen sijaan lääkärin iällä tai sukupuolella ei ollut selvää yhteyttä kirjoitettujen sairauspoissaolopäivien määrään. Tulokset tukivat Ruotsissa ja Norjassa aikaisemmin saatuja tuloksia siinä, että käytännöt vaihtelivat selvästi (Brage ja Reiso 1999; Englund ja Svärdsudd 2000; Arrelöv ym. 2005).

Tutkimukset osoittavat, että lääkärit kokevat sairauspoissaolon määrittämisen ongelmalliseksi työtehtäväksi (Alexanderson ja Norlund 2004; Löfgren ym. 2007; Löfgren ym. 2010; Wynne-Jones ym. 2010; Engblom ym. 2011; Winde ym. 2012). Koettuja ongelmia on yksityiskohdaisemmin analysoitu laadullisissa tutkimuksissa (Hussey ym. 2004; von Knorring ym. 2008; Swartling ym. 2008; Cohen ym. 2009; Gerner ja Alexanderson 2009). Erityisesti nousee esille se, miten vaikea on arvioida työkyvyttömyyden ja työkyvyn ennustetta (Hiscock ja Ritchie 2001; Lindholm ym. 2010; Engblom ym. 2011; Alexanderson ym. 2014; Kedzia ym. 2015).

Perusterveydenhuollon lääkäreillä on useissa tutkimuksissa raportoitu olevan eniten vaikeuksia sairauspoissaolon määrittämisessä (Wahlström ja Alexanderson 2004; Löfgren ym. 2007; Löfgren ym. 2010; Bremander ym. 2012; Alexanderson ym. 2014). Ruotsissa kaikille yleislääkäreille kohdistetussa kyselyssä viikoittain sairauspoissaolotodistuksia kirjoittavista lääkäreistä yli puolet koki ongelmalliseksi todistusten kirjoittamisen ja neljännes kohtasi potilaita,

¹ Ks. www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod.

jotka halusivat sairauspoissaolotodistuksen muista kuin sairaussyistä (Engblom ym. 2011). Von Knorring ym. (2008) ovat todenneet, että hallinnolliset ja työnjohdolliset syyt selittävät monia yleislääkärien kohtaamia sairauspoissaolotodistusten kirjoittamisen ongelmia Ruotsissa. Systemaattisessa katsauksessa on analysoitu 56 artikkelia, jotka käsittelivät sairauspoissaolotodistuksen kirjoittamisen prosessia yleislääkäripraktiikassa (Letrilliart ja Barrau 2012). Eniten tutkimuksia oli Pohjoismaista (mutta ei yhtään Suomesta), Englannista ja Hollannista. Esille nousivat lääkärien kokemat vaikeudet sairauspoissaolon tarpeen ja pituuden arvioinnissa, potilas-lääkärisuhteessa sekä suhteessa terveydenhuoltojärjestelmään ja sosioekonomiseen ympäristöön.

Tutkimuksissa tulee esille, että lääkärien suhtautuminen rooliinsa sairauspoissaolojen kirjoittajana ja portinvartijana vaihtelee suuresti, mutta lääkärin henkilökohtaisilla tekijöillä, kuten persoonallisuudella, ei ole osoitettu olevan yhteyttä lääkärin kirjoittamiin sairauspoissaoloihin (Hiscock ja Ritchie 2001; Wahlström ja Alexanderson 2004; Gulbrandsen ym. 2007). Norjalaisten tutkimuksessa (Gulbrandsen ym. 2007) selvitettiin yleislääkärien työtyytyväisyyttä, persoonallisuutta, asennoitumista, toimintatyyliä ja kokemuksia sairauspoissaoloon liittyvistä tehtävistään. Siinä tunnistettiin neljä keskenään erilaista ryhmää persoonallisuuden, kuormittumisen ja asenteiden osalta, mutta ryhmien välillä ei ollut eroja sairauspoissaolojen määrittämiskäytännöissä.

Ruotsalaisten, kliinistä työtä tekeviä lääkäreitä koskevien tutkimusten mukaan vähiten ongelmia sairauspoissaolotodistusten kirjoittamisessa oli työterveyslääkäreillä (Lindholm ym. 2010; Ljungquist ym. 2015), sisätautilääkäreillä ja kirurgeilla (Löfgren ym. 2007). Toisaalta kivun hoidon, psykiatrian ja ortopedian aloilla on todettu ongelmia sairauspoissaolotodistusten kirjoittamisessa (Alexanderson ym. 2014). Kuitenkin psykiatrisella ja ortopedisellä klinikalla toimivilla lääkäreillä oli vähemmän ongelmia verrattuna perusterveydenhuollossa toimiviin kollegoihinsa (Bremander ym. 2012). Vähemmän ongelmia oli lääkäreillä, joilla oli pitkä työkokemus, klinikan tuki ja mahdollisuus varata enemmän aikaa ongelmapotilaiden hoitoon (Bremander ym. 2012). Sairauspoissaolotodistusten kirjoittamisessa ongelmat liittyvät monimutkaisiin, kroonisiin tai epäselviin tapauksiin sekä potilaiden sellaiseen käytökseen tai vaatimukseen, joihin lääkäri kokee vaikeaksi vastata (Edlund 2001; Hussey ym. 2004; von Knorring ym. 2008).

Haastattelututkimuksella etsittiin syitä siihen, miksi ruotsalaiset lääkärit eivät pysty toimimaan hyvän sairauspoissaolojen kirjoittamisen ohjeen mukaan. Syyt olivat luokiteltavissa järjestelmän sisäisiin ja ulkoisiin. Terveydenhuollon sisäisiä syitä ovat kliinisten arvioiden monimutkaisuus ja taidot (vaativien potilaiden kohtaaminen, muiden ammattilaisten vaikutus, terveydenhuoltojärjestelmän toimimattomuus), ulkoisia puolestaan yleiset asenteet sairauspoissaoloihin ja etuuksiin, työmarkkinatilanne, potilaan sosiaaliset ongelmat ja yhteistyö muiden tahojen kanssa. (Swartling ym. 2008.)

Lääkäreiden kokemuksista sairauspoissaolon kirjoittamisesta on tehty systemaattiseen haakuun perustuva narratiivinen katsaus (Wynne-Jones ym. 2010). Mukaan otettiin perusterveydenhuollossa toimineisiin yleislääkäreihin kohdistuneet tutkimukset. Pääosin Ruotsissa, Norjassa ja Isossa-Britanniassa tehdyissä tutkimuksissa oli mukana kvalitatiivisia, kvantitatiivisia

ja monimenetelmällisiä tutkimuksia. Katsauksessa tunnistettiin tutkimuksissa olevan kolme eri teemaa: erilaiset konfliktit, lääkäriroolin vastuu sekä hyvien käytäntöjen soveltamisen esteet. Konflikti oli tavallisin teema. Useimmin kyse oli potilaan ja lääkärin välisestä konfliktista, joskin myös muu taho saattoi esiintyä osapuolena, kuten kollegat tai muut sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät, työnantajat ja sosiaalivakuutuksen edustajat. Lääkärin kaksoisrooli sairauspoissaolotodistuksen kirjoittamisessa ja siihen liittyvä ristiriitaisuus nousi esille toisena yleisenä teemana. Hoitava lääkäri on lääketieteen asiantuntija ja potilaan edunvalvoja ja toisaalta sosiaalivakuutuksen portinvartija. Selvästi tuli esille, että lääkäreille rooli potilaan edunvalvojana oli tärkeämpi kuin vastuu sosiaalivakuutusjärjestelmälle. Moni olisi halunnut luopua kokonaan työkyvyn määrittämisestä lääkärintyössään. Kolmanneksi teemaksi tunnistettu hyvien käytäntöjen soveltamisen esteet ulottui yksittäisten potilaiden sairauspoissaolotodistuksen kirjoittamiseen liittyvistä vaikeuksista järjestelmästä johtuviin vaikeuksiin. Oma kompetenssi työkyvyn arvioimisessa ja sairauspoissaolon tarpeen määrittämisessä voi tuntua vajavaiselta, muiden hoitoon osallistuvien työntekijöiden mielipiteet painostavilta ja yhteistyötahojen (työvoimahallinto, työnantaja, sosiaalivakuutus) asenteet medikalisoivilta. Terveydenhuoltojärjestelmästä johtuvat syyt, kuten pitkät jonot hoitoon ja kuntoutukseen tai kontrolloaikojen puute, vaikuttavat myös sairauspoissaolon pituuden määrittämiseen. (Wynne-Jones ym. 2010.)

1.2 Sosiaalivakuutuslaitos

Sairauspäivärahaprosessissa hoitavalla lääkäriellä on lääketieteellisen asiantuntijan rooli, ja sairauspoissaolotodistus on suositus, ei määräys. Työnantajan ja Kelan on hyväksyttävä todistus. Sairausvakuutuslain mukaista sairauspäivärahaa haetaan lääkärin kirjoittamalla SVA-todistuksella. Työkyvyttömyyden pitkittyessä tarvitaan laajempi B-lausunto. Osasairauspäivärahaetus mahdollistaa osa-aikaisen sairauspoissaolon yhdistämisen osa-aikatyöhön.

Hoitamisen eetos ja asiantuntijuuden vaade asettuvat ajoittain vastakkain aiheuttaen eettisiä ristiriitatilanteita, kun lääkärin työssä yhdistyvät hoitavan lääkärin ja etuuksien portinvartijan roolit (Martimo ja Viikari-Juntura 2012; Pälve ja Martimo 2015). Esimerkiksi Hollannissa hoitavat lääkärit eivät tästä syystä kirjoita sairauspoissaolotodistuksia, mikä tuo omat haasteensa työkyvyttömyyden arviointiin. Belgiassa on kolmen lääkärin – hoitava lääkäri, sosiaalivakuutuslääkäri ja työpaikkalääkäri – järjestelmä (Mortelmans ym. 2006). Useimmissa maissa sairausetuuksien myöntäminen edellyttää julkisen tai yksityisen vakuutuslaitoksen lääkärin tai muun virkailijan hyväksyntää sairauspoissaolotodistukselle (Söderberg ja Alexanderson 2005). Kaiken kaikkiaan Euroopassa sairauspoissaoloissa ja niiden määräämiskäytännöissä on suurta vaihtelua (Gimeno ym. 2004; Wahlström ja Alexanderson 2004; Wynne-Jones ym. 2010; Godycki-Cwirko ym. 2011; Parent-Thirion ym. 2012). Eri maissa ja erilaisissa järjestelmissä on sairauspoissaolojen hallintaan ollut tarvetta puuttua (Whitaker 2001). Yhdysvalloissa on tutkittu lääkärin sellaista tarkoitushakuista toimintaa lääkärintodistusten kirjoittamisessa, mikä varmistaa järjestelmän edut potilaalle (Wynia ym. 2000; Werner ym. 2002; Bogardus ym. 2004). Suomessa lääkäreille on Lääkäriliiton ohjeisto lääkärintodistusten kirjoittamisesta (Lääkäriliitto 2010). Lääkäriliiton tuoreen kannanoton mukaan hoitavan lääkärin ei tulisi määrätä sairauspoissaoloista (Pälve ja Martimo 2015).

Kun tutkittiin työeläkelaitokselle tulleita B-lausuntoja, työterveyshuollossa ja erikoissairaanhoidossa laadituissa lausunnoissa esiintyi 20 prosentissa merkittäviä puutteita ja 18 prosentissa jouduttiin tilaamaan jatkoselvityksiä ennen etuushakemuksen ratkaisemista (Kivekäs ym. 2012). Tulokset olivat samanlaiset ruotsalaisessa tutkimuksessa (Söderberg ja Alexanderson 2005).

Ruotsissa virallinen sairauspoissaolo-ohjeistus on vakiintumassa; sitä käytetään ja sen koetaan helpottavan työtä sekä parantavan lausuntojen laatua (Alexanderson ym. 2014). Lääkäreistä kolmannes arvioi ohjeistuksen tärkeäksi työssään ja puolet lääkäreistä arvioi sen tuovan apua potilastilanteissa. Puolet lääkäreistä on kokenut, että sähköisen lääkärintodistuksen käyttöönotto on ollut toimintaa helpottava uudistus. Vastaavasti joka kymmenes on kokenut sen vaikeuttavana (Alexanderson ym. 2014). Niistä ruotsalaisista lääkäreistä, jotka olivat asioineet työtehtäviensä vuoksi Försäkringskassanin kanssa jo aiemmin, kaksi kolmannesta vuosina 2008 ja 2012 oli tyytyväisiä saamaansa neuvontaan (Alexanderson ym. 2014). Tilanne oli kuitenkin pysynyt ennallaan verrattuna vuosina 2004 ja 2008 tehtyjen kyselyjen tuloksiin siitä, että sairauspoissaoloja kirjoittavista lääkäreistä kolmannes koki todistusten kirjoittamiseen liittyviä ongelmia ainakin kerran viikossa, eniten terveyskeskuslääkärit (Alexanderson ym. 2014). Yhteenvetona voidaan todeta, että sairauspoissaolo-ohjeistuksesta sekä sähköisistä lausunnoista huolimatta noin kolmannes ruotsalaisista lääkäreistä, erityisesti terveyskeskuksissa toimivat, kokevat viikoittain sairauspoissaoloihin liittyviä haasteita. Englannissa British Department of Work and Pensions puolestaan antoi vuonna 2002 monien sairauksien osalta suositukset sairauspoissaolon pituudesta, mutta seuranta-arvio osoitti, että yleislääkärit tunsivat (36 %) ja käyttivät (20 %) niitä heikosti (Roope ym. 2009). Suomessa ei ole toteutunut Eero Tuomen jo 1970-luvulla esittämä ajatus siitä, että olisi hyvä olla jonkinlaisia ohjeellisia taulukoita sairauspoissaolojen kestoista, vaikka absoluuttisen tarkkojen ohjeiden luominen on mahdotonta (Tuomi 1976).

Systemaattiseen katsaukseen, johon kerättiin sairauspoissaolojen minimoimisesta ja työhön-paluun edistämisen toimenpiteistä vastaavien vakuutuslaitosten toimihenkilöiden työhön liittyviä tutkimuksia, kelpuutettiin 16 tutkimusta (Söderberg ja Alexanderson 2005). Monessa tutkimuksessa tuli esille, että toimenpiteitä koordinoidessaan toimihenkilöt kokivat epävarmuutta yhteydenpidossa asiakkaisiin ja muihin toimijatahoihin. Yhden tutkimuksen mukaan etuuksia myönnettiin automaattisesti lääkärintodistuksen perusteella ilman omaa harkintaa aikapaineiden vuoksi. Tutkimuksissa rajoituttiin yleensä tarkastelemaan päätöksentekovapautta yksilön tasolla ja suhteessa kollegoihin ja/tai asiakkaisiin eikä suhteessa sosiaalivakuutusta ohjaavaan lainsäädäntöön ja ohjeisiin. Vain muutama tutkimus oli kohdistettu sairauspäivärahan myöntämiseen. (Söderberg ja Alexanderson 2005.)

1.3 Osaaminen ja koulutus

Ruotsalaiset ovat selvittäneet, mistä lääkärit kokevat saaneensa sairauspoissaoloihin liittyvän osaamisensa (Löfgren ym. 2011). Muodollisia opetustilanteita enemmän osaaminen oli karttunut käytännön työssä (65 %). Osaamisen kehittymisessä hyödyllisimpiä olivat olleet kontaktit kollegoihin. Lääkärikoulutuksesta pääasiallinen osaaminen oli kehittynyt lääketieteen perusopintovaiheessa (undergraduate studies) 17 prosentille, käytännön harjoittelussa (in-

ternship) 37 prosentille ja erikoistumisaikana (resident training) 46 prosentille vastaajista. Kolmannes lääkäreistä ilmoitti hyötynensä sosiaalivakuutuslaitoksen järjestämästä koulutuksesta. (Löfgren ym. 2011.)

Eri tutkimuksissa lääkärit ovat kokeneet tarvitsevansa lisää tietoa, ohjeistusta ja koulutusta sairauspoissaolon tarpeen määrittämisessä ja todistusten kirjoittamisessa (Krohne ja Brage 2007; Swartling ym. 2008; Gerner ja Alexanderson 2009; Löfgren ym. 2010; Engblom ym. 2011; Kedzia ym. 2015). Ruotsalaisista lääkäreistä eniten tietoa sairauspoissaoloasioista kaipaivat psykiatrit ja perusterveydenhuollon lääkärit. Perusterveydenhuollon lääkärit kokivat muita lääkäriryhmiä enemmän myös taitonsa puutteellisiksi. (Löfgren ym. 2010.)

Vakuutuslääketieteen koulutuksessa on suuria eroja eri maiden välillä (deBoer ym. 2004). Suomessa lääkäreiden peruskoulutukseen kuuluu sosiaalivakuutuslainsäädännön opetusta ja työterveyshuoltoon erikoistuvien koulutuksessa on pakollinen työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen koulutusjakso, mutta muuten työkyvyn arvioinnista ei ole lääkärikunnalle systemaattista koulutusta. Lääkärikunnalle on suunnattu ohjeistusta ja myös ammattilehdissä käydään asiassa keskustelua (Martimo 2006; Lääkäriliitto 2010; Työterveyslääkäri 2014; Martimo 2014). Vaikka työkyvyn arviointiin kaivataan lääkäreille ohjeistusta (Martimo ja Viikari-Juntura 2012; Kankaanpää 2014), keskustelua käydään myös monimutkaisesta todellisuudesta sairauspoissaolojen taustalla. Sairauspoissaoloja määrittämässä nähdään konteksti – työpaikka tai työyhteisö, yhteiskunnan rakenteet ja työssä tai yhteiskunnassa tapahtuvat suuret muutokset yksilön ominaisuuksien, kokemusten ja käyttäytymisen rinnalla (Virtanen ym. 2000; Virtanen ym. 2014).

Vuonna 2012 kyselytutkimus osoitti, että ruotsalaisista lääkäreistä yli 90 prosenttia piti tarpeellisena kehittää sosiaalivakuutuksen osaamistaan, vaikka tarvetta kokevien osuus oli jonkin verran pienentynyt aikaisempiin vuosiin (2008 ja 2004) verrattuna (Alexanderson ym. 2014). Suurin tarve koski eri toimijoiden mahdollisuuksia ja velvollisuuksia sairauspoissaoloon liittyvissä tehtävissä ja sairausvakuutus säännöissä. Myös työkyvyn arviointia, ennustetta, sairauspoissaolon pituutta ja osatyökyvyn suuruutta koskevien tietojen syventämisen tarve oli suuri. Sosiaalivakuutuksen ohjausta ja kursseja kaivattiin aiempaa enemmän. Vuonna 2012 lähes puolet katsoi, että mahdollisuus saada yhteys vakuutuslääketieteen osajaan oli arvokasta sairauspoissaoloon liittyvän työn laadulle. Kolmanneksella vastaajista oli työpaikalla sairauspoissaolojen ohjeistusta ja joka viidennellä oli merkittävä lähiesimiestuki sairauspoissaoloasioissa. Joka kolmannella ei ollut tukea lainkaan.

1.4 Kehittämistarpeita

Kankaanpään (2014) tulokset suomalaisten lääkäreiden sairauspoissaolon keston arvioinnista tukivat Ruotsissa ja Norjassa aikaisemmin saatuja tuloksia siinä, että käytännöt sairauspoissaolojen kestossa vaihtelivat selvästi (Brage ja Reiso 1999; Englund ja Svärdsudd 2000; Arrelöv ym. 2005). Johtopäätöksensä Kankaanpää suositteli sairauspoissaolokäytäntöjen yhtenäistämistä joko liittäen ohjeisto Käypä hoito -suositukseen tai erillisenä julkaisuna (Kankaanpää 2014).

Sen jälkeen kun Ruotsissa julkaistiin vuonna 2007 Sosiaalhallituksen ohjeisto sopivista sairauspoissaolon pituuksista, sairauspoissaolojen määrä on Ruotsissa huomattavasti vähentynyt. Suomessa asia on noussut keskusteluun (esim. Martimo ja Viikari-Juntura 2012) erityisesti vuonna 2012 voimaan tulleen lainsäädäntömuutoksen yhteydessä, jossa edellytetään 90 päivän kohdalla työterveyshuollon lausuntoa Kelan sairauspäivärahan jatkumiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2015 osana vuoden 2017 eläkeuudistusta Työterveyslaitokselle tehtäväksi selvittää, onko sairauspoissaoloa koskeva ohjeistus myös Suomessa mahdollista ottaa käyttöön. Työryhmän raportti valmistuu keväällä 2016. Ohjeita ”oikeiksi” sairauspoissaolon pituuksiksi on epäilty mahdottomiksi ja on sen sijaan esitetty pohdittavaksi Britannian *fit note* -käytännön tapaista toimintakyvyn ja sen rajoitusten määrittämistä (Pälve ja Martimo 2015). Tällöin potilaan työkyky realisoituisi työnantajan ja tarvittaessa työterveyshuollon keskusteluissa.

Ruotsissa on käynnistetty hanke (SRS – Stöd för rätt sjukskrivning) tukemaan kaikkia sairauspoissaolo- ja kuntoutusprosesseihin liittyviä osapuolia mukaan lukien henkilö itse. Yhteisellä IT-pohjaisella arviointituella on tarkoitus luoda lääkäreille yhtenäinen arviointiperusta osuvampien todistusten laatimiseksi. Tarkoitus on myös auttaa terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen toimijoita tunnistamaan yksilöitä, jotka ovat spesifisten tai yhteistyötä edellyttävien toimenpiteiden tarpeessa. Myöhempänä tavoitteena on tukea työntekijää ja hänen työnantajaansa ottamaan aktiivinen rooli kuntoutuksessa. Ruotsissa on myös käynnistynyt hanke, jossa kehitetään potilastietojärjestelmään lisättäviä sairauspoissaolon riskiä tunnistavia indikaattoreita. (Förstudierapport 2015.)

Ruotsalaisten lääkärien asenteista sairauspoissaolotodistusten kirjoittamiseen on tehty laaja kyselytutkimus (Alexanderson ym. 2014). Samoja kysymyksiä käytettiin norjalaisessa yleislääkäreille kohdistetussa tutkimuksessa suoraan tai paikalliseen järjestelmään sovellettuina (Winde ym. 2012). Ruotsalaisiin yleislääkäreihin verrattuna norjalaiset yleislääkärit raportoivat vähemmän muista kuin lääketieteellisistä syistä sairauspoissaolotodistusta haluavista potilaista ja he eivät kokeneet yhtä paljon vaikeuksia työstä poissaolon eduista ja haitoista keskustelemisessä tai toisen lääkärin kirjoittaman poissaolotodistuksen jatkamisessa. Sen sijaan norjalaiset olivat ruotsalaisia kollegoitaan useammin huolissaan potilaan hakeutumisesta toiselle lääkärille, jos hän ei saanut sairauspoissaolotodistusta. Norjalaiset kokivat myös hankalammiksi tilanteet, joissa oli erimielisyyttä potilaan kanssa työstä poissaolon tarpeesta. Ruotsalaista lomaketta on käytetty pohjana nyt raportoitavassa suomalaisille lääkäreille kohdistetussa kyselyssä.

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

2.1 Hankkeen tausta

Kelan tutkimusosasto sai luvan kääntää suomeksi ruotsalaisen vuonna 2012 lääkäreille kohdistetun kyselyn, joka koski sairauspoissaolojen kirjoittamista. Kysely toteutettiin yhteistyössä Suomen Lääkäriliiton kanssa. Hankkeen ohjausryhmään kuuluivat Kelan tutkimusosastolta osastopäällikkö Olli Kangas, terveystutkimuksen päällikkö Ilona Autti-Rämö ja johtava lääkä-

ritutkija Lauri Virta, Kelan terveysosastolta asiantuntijalääkäri Heikki Palomäki sekä Lääkäriliitosta varatoiminnanjohtaja Hannu Halila ja tutkimuspäällikkö Jukka Vänskä. Sähköisten kyselyjen toteutuksesta vastasi Kelan suunnittelija Piia Bogdanoff.

Hankkeen tutkimusryhmään nimettiin Kelasta osastopäällikkö Olli Kangas, terveystutkimuksen päällikkö Ilona Autti-Rämö, johtava lääkäritutkija Katariina Hinkka, tutkimusprofessori Mikko Niemelä sekä asiantuntijalääkäri Heikki Palomäki ja Lääkäriliitosta tutkimuspäällikkö Jukka Vänskä sekä johtaja Heikki Pärnänen. Tutkimusryhmä työsti kyselylomaketta syksyyn 2014 muokaten sen sisältöä Suomen oloihin sopivaksi. Kyselytutkimuksen tavoitteeksi asetettiin tiedon saaminen sairauspoissaolojen kirjoittamiseen vaikuttavista käytännöistä ja nyky-lainsäädännön vaikutuksesta sairauspoissaolojen keston. Lisäksi haluttiin tietoa siitä, miten suomalaiset lääkärit suhtautuvat yhtenäisen sairauspoissaolokäytännön ohjeistukseen, ja pyydettiin myös tietoa Kelan toiminnan kehittämiseksi sähköisiin järjestelmiin siirryttäessä. Ohjausryhmä hyväksyi lopullisen kyselyn (liite 1).

2.2 Kyselyn toteutus

Kyselyn logistisesta toteutuksesta vastasi Lääkäriliitto. Kysely päädyttiin lähettämään 50 prosentille työikäisiä hoitavista lääkäreistä. Kohderyhmänä olivat työikäisiä hoitavilla klinisillä erikoisaloilla toimivat lääkärit sekä erikoistumattomat lääkärit. Poissulkukriteereinä olivat ei-kliininen työ sekä työ lasten parissa. Kysely päätettiin toteuttaa kotiin lähetettävänä kyselynä, johon vastaanottajilla oli mahdollisuus vastata myös sähköisesti.

Kyselylomake lähetettiin 8 867 henkilölle marraskuussa 2014. Kyselyyn oli mahdollista vastata joko paperisella tai sähköisellä lomakkeella. Aineistonkeruuprosessin aikana lähetettiin kaksi sähköistä muistutusta kyselyyn vastaamatta jättäneille henkilöille. Kysely sulkeutui helmikuussa 2015. Paperilomakkeen palautti kaikkiaan 1 908 henkilöä. Sähköisiä vastauksia saatiin yhteensä 1 181. Vastauksia saatiin kaikkiaan 3 089, joten vastausprosentiksi muodostui 34,8.

2.3 Aineiston kuvaus

Vastaajista 63 prosenttia oli erikoislääkäreitä (N = 1 931) ja loput 37 prosenttia erikoistumattomia (N = 1 117). Suurin osa erikoistumattomista lääkäreistä ilmoitti olevansa erikoistumassa (N = 713). Otannan poimintatietoihin verrattaessa erikoislääkärit olivat hieman aktiivisempia osallistumaan kyselyyn kuin erikoistumattomat (otannassa erikoistuneiden lääkäreiden osuus oli 55 %).

Työkokemusta vastaajilla oli keskimäärin 20 vuotta (vaihteluväli 0–45 vuotta) ja he olivat työskennelleet nykyisessä tai viimeisimmässä työpaikassa keskimäärin 10 vuotta.

Taulukossa 1 (s. 13) kuvataan aineiston jakaumat päätoimen erikoisalan, työpaikan ja sairaanhoitopiirin mukaan. Päätoimen erikoisala erikoislääkäreillä ja erikoistumassa olevilla lääkäreillä oli yleisimmin yleislääketiede tai työterveyshuolto. Kirurgiset erikoisalat yhteen laskien kirurgivastaajia oli enemmän kuin psykiatreja. Myös anestesiologian ja tehohoidon

alalta oli paljon vastaajia (6,2 %, N =156). Aineiston erikoisalaa koskevat jakaumat noudattavat melko hyvin otannan poimintatietojen jakaumia. Selkeä poikkeus on kuitenkin siinä, että työterveyshuoltoon erikoistuneet lääkärit ovat aineistossa vahvasti yliedustettuina.

Taulukko 1. Aineiston jakaumat päätoimen erikoisalan, toimipaikan ja sairaanhoitopiirin mukaan.

	N	%
Erikoisala		
Kirurgia	272	10,9
Psykiatria	241	9,6
Yleislääketiede	554	22,1
Työterveyshuolto	307	12,3
Muut	1 128	45,1
Päätoimen toimipaikka		
Sairaala	1 253	41,3
Terveyskeskus	699	23,1
Työterveyshuolto	315	10,4
Yksityinen lääkäriasema/-keskus	386	12,7
Muu	379	12,5
Sairaanhoitopiiri		
Ahvenanmaa	5	0,2
Etelä-Karjala	49	1,7
Etelä-Pohjanmaa	70	2,4
Etelä-Savo	41	1,4
Helsinki ja Uusimaa	949	32,3
Itä-Savo	24	0,8
Kainuu	23	0,8
Kanta-Häme	90	3,1
Keski-Pohjanmaa	30	1,0
Keski-Suomi	99	3,4
Kymenlaakso	56	1,9
Lappi	65	2,2
Länsi-Pohja	20	0,7
Pirkanmaa	338	11,5
Pohjois-Karjala	66	2,3
Pohjois-Pohjanmaa	242	8,3
Pohjois-Savo	192	6,5
Päijät-Häme	82	2,8
Satakunta	111	3,8
Vaasa	65	2,2
Varsinais-Suomi	318	10,8

Sairaalalääkärit olivat suurin vastaajaryhmä, seuraavana terveyskeskuslääkärit työsuhteessa kuntaan tai työvoimaa vuokraavan yrityksen kautta, ja kolmanneksi eniten vastasivat yksityislääkärit. Työterveyshuollossa työskentelevistä lääkäreistä noin 64 prosentilla päätoimipaikkana oli yksityinen työterveyshuolto.

Kolmanneksella vastaajista päätoimipaikka sijaitsi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, seuraavaksi eniten vastaajia oli Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireistä. Sairaanhoitopiirien mukainen jakauma aineistossa vastaa hyvin otannan poimintatietojen jakaumaa. Yksityisvastaanottoa piti 35 prosenttia vastaajista, useammin sivutoimisesti. Sivutoimisen vastaanoton tuntimäärä viikossa oli keskimäärin 5,6 tuntia.

3 TULOKSET

3.1 Sairauspoissaolojen määrittäminen lääkärin työssä

Kyselyyn vastanneista lääkäreistä 81 prosenttia kohtasi kliinisessä työssään sairauden vuoksi työstä poissa olevia potilaita tai arvioi potilaiden sairauspoissaolon tarvetta. Loput vastaajista eivät joko juuri koskaan tavanneet tällaisia potilaita tai he eivät työskennelleet kliinisessä yksikössä. Seuraavat analyysit koskevat vain niitä lääkäreitä, jotka tapaavat vähintään muutama kerran kuukaudessa potilaita, jotka ovat poissa töistä sairauden vuoksi tai joiden kohdalla lääkäri arvioi sairauspoissaolon tarpeen.

Erikoistumisala ja toimipaikka ovat jonkin verran yhteydessä siihen, kuinka usein lääkäriillä on sairauspoissaoloihin liittyviä potilastapaamisia (taulukko 2, s. 15). Noin 84 prosenttia työterveyshuoltoon erikoistuneista lääkäreistä tapaa vähintään yli 10 kertaa viikossa potilaan, joka on poissa töistä sairauden vuoksi tai jonka kohdalla lääkäri arvioi sairauspoissaolon tarpeen. Tulos on yhteneväinen myös toimipaikkaa tarkasteltaessa. Lähes kaikilla työterveyshuollossa työskentelevillä on viikoittain sairauspoissaoloihin liittyviä potilastapaamisia. Myös kirurgiaan tai yleislääketieteeseen erikoistuneilla lääkäreillä, samoin kuin erikoistumattomilla lääkäreillä on työssään varsin usein sairauspoissaoloihin liittyviä tehtäviä. Sen sijaan psykiatriaan ja muihin aloihin erikoistuneilla lääkäreillä sairauspoissaoloihin liittyvät potilastapaamiset ovat harvemmassa. Työterveyshuollossa työskentelevien lisäksi yksityisellä lääkäriasemalla tai yksityisessä lääkärikeskuksessa työskentelevillä on useammin sairauspoissaoloihin liittyviä potilastapaamisia kuin terveyskeskuksessa tai sairaalassa työskentelevillä. Toimipaikkoja tarkasteltaessa huomataan myös se, että sairaalassa ja yksityisellä lääkäriasemalla tai -keskuksessa työskentelevät jakautuvat muissa toimipaikoissa työskenteleviä enemmän yhtäältä niihin, joilla sairauspoissaoloihin liittyviä potilastapaamisia on useasti, ja toisaalta niihin, joilla tapaamisia on harvemmin.

Taulukko 2. Sairauspoissaoloihin liittyvien potilastapaamisten yleisyys lääkärin erikoisalan ja päätoimen toimipaikan mukaan (%). Tilastollinen merkitsevyys sulkeissa.

	Yli 20 kertaa viikossa	11–20 kertaa viikossa	6–10 kertaa viikossa	1–5 kertaa viikossa	Muutaman kerran kuukaudessa
Erikoisala (***)					
Ei erikoistunut	32,3	26,3	24,0	12,4	5,0
Kirurgia	28,6	29,8	26,2	11,3	4,0
Psykiatria	7,4	26,1	29,6	25,6	11,3
Yleislääketiede	25,2	30,2	28,1	11,1	5,5
Työterveyshuolto	60,5	23,9	12,0	2,5	1,1
Muu erikoistumisala	10,7	16,3	26,4	29,2	17,4
Yhteensä	25,0	22,7	24,7	21,3	12,8
Toimipaikka (***)					
Sairaala	15,5	21,0	27,6	24,4	11,5
Terveyskeskus	17,1	31,0	29,9	15,4	6,6
Työterveyshuolto	63,0	24,0	11,0	0,6	1,3
Yksityinen lääkäriasema/-keskus	38,6	16,4	14,0	16,4	14,6
Muu	10,6	14,9	28,6	28,0	18,0
Yhteensä	24,8	23,0	24,3	18,2	9,8

Vain harvan vastaajan työpaikalla oli yhtenäiset sairauspoissaoloja koskevat ohjeet esimerkiksi sairauskohtaisista poissaolojen kestoista (taulukko 3, s. 16). Eniten yhtenäisiä ohjeita on sairaaloissa. Tosin sairaaloissakin työskentelevistä yli 80 prosenttia ilmoitti, että yhtenäistä ohjeistusta ei ole tai he eivät tiedä ohjeistuksen olemassaolosta. Ohjeista vastasi olevan hyötyä 85 prosenttia niistä vastaajista, joiden työpaikalla ohjeistus oli ja jotka tekivät kliinistä työtä.

Lisäksi vastaajilta tiedusteltiin, saavatko he sairauspoissaoloasioissa tukea klinikan tai vastaanoton lähimmältä johdolta. 45 prosenttia vastaajista raportoi saavansa vähintään jonkin verran tukea. Tuen esiintyvyys vaihtelee hieman toimipaikan mukaan (taulukko 3). Eniten tukea saavat ne lääkärit, jotka työskentelevät työterveyshuollossa.

Yhtenäisen ohjeistuksen ja lähimmän johdon tuen vähäisyyden lisäksi järjestelmällistä laadunvarmistusta ei vaikuta yksiköissä myöskään olevan. Vain vajaa 12 prosenttia vastaajista ilmoitti, että yksikkö käyttää potilaiden sairauspoissaoloasioissa järjestelmällistä laadunvarmistusta. Laadunvarmistus on vähäisintä sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Sen sijaan työterveyshuollossa työskentelevistä reilu kolmannes ilmoitti, että yksikössä on käytössä sairauspoissaoloihin liittyvä laadunvarmistus (taulukko 3).

Taulukko 3. Sairauspoissaoloja koskeva ohjeistus, johdon tuki ja laadunvarmistus lääkärin päätoimen toimipaikan mukaan (%). Tilastollinen merkitsevyys sulkeissa.

	Sairaala	Terveys- keskus	Työterveys- huolto	Yksityinen lääkäriasema/ -keskus	Muu	Yhteensä
Työpaikalla yhtenäinen ohjeistus (***)						
Kyllä, vakiintunut	9,3	1,9	5,2	2,8	5,0	5,7
Kyllä, ei vakiintunut	7,4	1,4	3,6	3,1	1,9	4,4
Ei	72,6	92,3	90,3	86,9	85,6	82,8
En tiedä	10,7	4,4	1,0	7,3	7,5	7,1
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Onko ohjeista hyötyä? (ns)						
Kyllä	89,6	79,6	87,8	81,3	73,7	86,4
Ei	10,4	20,4	12,2	18,8	26,3	13,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tuki lähimmältä johdolta (***)						
Kyllä, paljon	8,0	7,0	14,5	5,0	3,2	7,8
Kyllä, jonkin verran	40,8	39,3	43,1	18,0	36,8	37,3
En	29,0	43,1	29,6	33,1	29,7	33,4
Ei koske minua	22,2	10,6	12,8	44,0	30,3	21,4
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Laadunvarmistuksen käyttö yksikössä (***)						
Suuressa määrin	0,6	0,3	9,5	3,1	5,2	2,3
Jossakin määrin	5,6	4,5	25,6	12,2	11,0	9,1
Ei lainkaan	55,4	58,5	37,4	31,9	42,6	49,9
Ei tietoa	38,4	36,7	27,5	52,8	41,3	38,7
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taulukossa 4 (s. 17) tarkastellaan, missä määrin vastaajat kokevat ajan riittämättömyyttä potilaiden sairauspoissaoloihin liittyvien toimien ja tehtävien hoitamiseen. Kaikista vastaajista noin kolmannes kokee ajan riittämättömyyttä vähintään muutaman kerran viikossa. Eniten ajan riittämättömyyttä kokevat erikoistumattomat ja työterveyshuoltoon erikoistuneet lääkärit. Toimipaikan mukaisessa tarkastelussa ajan riittämättömyyden kokeminen paikantuu erityisesti työterveyshuoltoon ja terveyskeskuksiin.

Taulukko 4. Ajan riittämättömyyden kokeminen potilaiden sairauspoissaoloasioihin liittyvien toimien ja tehtävien hoitamiseen lääkärin erikoisan ja toimipaikan mukaan (%). Tilastollinen merkitsevyys sulkeissa.

	Päivittäin	Muutaman kerran viikossa	Muutaman kerran kuukaudessa	Muutamia kertoja vuodessa	En koskaan / juuri koskaan	Yhteensä
Erikoisala (***)						
Ei erikoistunut	11,3	30,0	27,8	15,3	15,6	100,0
Kirurgia	8,9	28,0	22,0	21,1	19,9	100,0
Psykiatria	12,9	22,4	29,9	18,9	15,9	100,0
Yleislääketiede	9,9	24,0	36,8	16,4	12,8	100,0
Työterveyshuolto	10,9	32,8	29,9	12,0	14,2	100,0
Muu erikoistumisala	5,9	17,2	22,9	20,3	33,6	100,0
Yhteensä	9,4	22,7	27,4	18,4	22,1	100,0
Toimipaikka (***)						
Sairaala	8,7	21,7	25,4	20,2	24,0	100,0
Terveyskeskus	11,5	27,3	34,2	17,2	9,8	100,0
Työterveyshuolto	12,7	27,0	31,9	14,3	14,0	100,0
Yksityinen lääkäriasema/-keskus	5,2	16,3	19,1	17,5	41,8	100,0
Muu	8,9	17,1	22,8	20,3	31,0	100,0
Yhteensä	9,5	22,8	27,5	18,3	21,8	100,0

Yli 60 prosenttia kyselyyn vastanneista jatkaa vähintään muutaman kerran kuukaudessa toisen lääkärin kirjoittamaa sairauspoissaoloa. Yli puolet vastaajista myös pitää sairauspoissaoloon liittyviä asioita ongelmallisina vähintään muutaman kerran kuukaudessa. Hyvin tavallista on myös se, että lääkäri on potilaan kanssa eri mieltä sairauspoissaolosta, tai se, että lääkäri tapaa potilaan, joka haluaisi sairauspoissaolotodistuksen jonkin muun kuin sairauden tai vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden vuoksi. Reilu kolmannes vastaajista kohtaa tällaisia tilanteita vähintään muutaman kerran kuukaudessa. Yli 30 prosenttia vastaajista kokee myös vakuutuslääketieteellisen osaamisen riittämättömäksi. Selvästi harvinaisempia tilanteita ovat puolestaan sellaiset, joissa lääkäri olisi huolissaan potilaan mahdollisista valituksista, potilaan uhkaavasta käyttäytymisestä tai siitä, että nämä vaihtaisivat lääkäriä sairauspoissaoloon liittyvän lääkärin päätöksen vuoksi. (Taulukko 5, s. 18.)

Taulukko 5. Sairauspoissaoloihin liittyvien seikkojen yleisyys (%).

	Vähintään kerran viikossa	Muutaman kerran kuukaudessa	Muutaman kerran vuodessa	Ei koskaan / ei juuri koskaan
Jatkat toisen lääkärin kirjoittamaa sairauspoissaoloa	28,2	34,7	31,0	6,1
Koet sairauspoissaoloasiat ongelmallisiksi	27,8	33,0	27,6	11,2
Olet potilaan kanssa eri mieltä sairauspoissaolosta	8,5	27,2	47,4	16,9
Tapaat potilaan, joka haluaa sairauspoissaolotodistuksen muusta syystä kuin sairauden tai vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden vuoksi	9,7	26,7	43,0	20,6
Koet vakuutuslääketieteellisen osaamisesi riittämättömäksi	8,9	23,5	45,8	21,8
Ohjaat potilaan työterveyshuoltoon sairauspoissaoloasi selvittämiseksi ^a	9,9	26,4	44,9	18,7
Potilas kieltäytyy kokonaan tai osittain ehdottamastasi sairauspoissaolosta	6,0	22,4	44,6	27,0
Kieltäydyt kirjoittamasta sairauspoissaolotodistusta sitä haluavalle	2,0	12,8	53,6	31,7
Neuvottelet muiden lääkäreiden kanssa sairauspoissaoloasioista	3,8	14,9	43,4	37,9
Harkitset ensisijaisesti osasairauspäivärahan mahdollisuutta	8,3	17,9	30,0	43,9
Kirjoitat sairauspoissaolotodistuksen tapaamatta potilasta kasvokkain	2,1	12,9	36,8	48,2
Sinua huolestuttaa, että potilas valitsee toiminnastasi sairauspoissaoloon liittyvässä asiassa	1,2	3,2	14,0	81,7
Koet potilaan käyttäytymisen uhkaavaksi sairauspoissaoloon liittyvässä asiassa	0,3	1,9	13,4	84,3
Sinua huolestuttaa, että potilaat vaihtavat lääkärin, jos et kirjoita heille sairauspoissaolotodistusta	0,9	1,9	7,5	89,7
Potilas sanoo aikovansa vaihtaa lääkärin, jolle kirjoita hänelle sairauspoissaolotodistusta	0,4	0,9	7,8	90,9

^a Työterveyshuollossa työskentelevät lääkärit on rajattu pois tarkastelusta.

Taulukossa 6 (s. 19) on analysoitu tarkemmin työterveyshuoltoon ohjaamista erikoisalan ja toimipaikan suhteen. Enemmistö kaikilla erikoisaloilla toimivista vastasi ohjaavansa potilaan työterveyshuoltoon enintään muutaman kerran vuodessa. Tavallisimmin potilaan työterveyshuoltoon ohjaa kirurgi. Viikoittain työterveyshuoltoon ohjaavat lääkärit löytyvät useimmin yksityisiltä lääkäriasemilta.

Taulukko 6. Työterveyshuoltoon ohjaaminen sairauspoissaoloasian selvittämiseksi erikoisaloittain ja päätoimen toimipaikan mukaan (%). Tilastollinen merkitsevyys sulkeissa.

	Vähintään kerran viikossa	Muutaman kerran kuukaudessa	Muutaman kerran vuodessa	Ei koskaan / ei juuri koskaan
Erikoisala (***)				
Kirurgia	15,4	33,2	39,3	12,1
Psykiatria	6,9	25,2	41,1	26,7
Yleislääketiede	10,1	30,7	43,8	15,5
Muut	7,5	22,9	48,7	20,8
Yhteensä	10,5	24,8	41,4	23,3
Toimipaikka (***)				
Sairaala	8,9	26,3	46,4	18,4
Terveyskeskus	8,0	31,3	47,6	13,1
Yksityinen lääkäriasema/-keskus, yksityisvastaanotto	17,5	20,7	35,6	26,2
Muu	9,6	21,0	43,3	26,1
Yhteensä	10,8	25,0	40,9	23,3

Taulukossa 7 (s. 20) tarkasteluun on otettu vain työterveyshuollossa toimivat lääkärit. Tarkasteltavana ovat ne lainsäädännön työterveyslääkärille asettamat tehtävät, jotka liittyvät sairauspoissaoloihin. Useimmiten arvioidaan kuntoutustarvetta, kun potilaan sairauspoissaolo on kestänyt yli 60 päivää ja laaditaan lausuntoa ns. 90 päivän säännön² perusteella. Yli puolet työterveyslääkäreistä tekee tätä vähintään muutaman kerran kuukaudessa, vajaa neljännes viikoittain. Sen sijaan työterveysneuvottelut ns. 90 päivän säännön tai muun syyn vuoksi ovat harvinaisempia. Yli puolet työterveyslääkäreistä ei tee niitä käytännössä lainkaan. Vähintään kerran viikossa työterveysneuvotteluun osallistuu 90 päivän säännön perusteella 16 ja muun syyn perusteella 17 prosenttia työterveyslääkäreistä.

Vaikka sairauspoissaoloihin liittyviä potilastapaamisia on työterveyslääkäreillä paljon (84 %:lla vähintään 11 tapaamista viikossa; taulukko 2), vain osa heistä näyttää aktiivisesti käynnistävän pitkiin sairauspoissaoloihin liittyviä, työkykyä tukevia toimenpiteitä tai osallistuvan niihin.

² Lääkäri tekee terveystarkastuksen ja antaa lausunnon työntekijän jäljellä olevasta työkyvystä ja työhön paluun mahdollisuuksista viimeistään, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 päivältä. Ennen lausunnon tekemistä työterveyshuolto neuvottelee tilanteesta työntekijän ja työnantajan kanssa.

Taulukko 7. Potilaan työkyvyn arviointiin liittyvien seikkojen yleisyys, vain työterveydenhuollossa toimivat lääkärit (%).

	Vähintään kerran viikossa	Muutaman kerran kuukaudessa	Muutaman kerran vuodessa	Ei koskaan / ei juuri koskaan
Arvioit kuntoutustarvetta, kun potilaan sairauspoissaolo on kestänyt yli 60 päivää?	23,7	29,9	25,6	20,9
Osallistut yhteiseen neuvonpitoon (potilas ja työnantaja) potilaan jäljellä olevan työkyvyn ja työssäjatkamismahdollisuuksien selvittämiseksi (ns. 90 päivän sääntö)?	16,0	21,3	11,0	51,7
Osallistut yhteiseen neuvonpitoon (potilas ja työnantaja) muussa kuin 90 päivän säännön edellyttämässä tilanteessa?	16,9	20,3	12,2	50,6
Laadit A-todistuksen tai B-lausunnon potilaan jäljellä olevan työkyvyn ja työssäjatkamismahdollisuuksien selvittämiseksi (ns. 90 päivän sääntö)?	22,9	31,5	24,3	21,3

Taulukossa 8 (s. 21) tarkastellaan syitä sairauspoissaolotodistuksen kirjoittamiselle pidemmälle ajalle kuin se olisi välttämätöntä. Keskeisimpänä syynä näyttää olevan hoitoon pääsemisen pitkät odotusajat. Noin 60 prosenttia vastaajista on kirjoittanut vähintään muutamia kertoja vuodessa sairauspoissaolotodistuksen pidemmälle ajalle kuin se olisi välttämätöntä siksi, että hoitoon pääsyn odotusajat olivat liian pitkät. Tämä näkyy ennen muuta työterveys- huollossa, mutta on sängen yleistä myös terveyskeskuksissa sekä erikoistumattomien tai yleislääketieteeseen erikoistuneiden työnkuvassa. Hyvin samansuuntainen tulos saadaan tarkasteltaessa Kelan järjestämään toimenpiteeseen pääsyn viemää aikaa. Kelan järjestämään toimenpiteeseen pääsyä korostavat erikoistumattomien, yleislääketieteeseen tai työterveys- huoltoon erikoistuneiden lisäksi myös psykiatriaan erikoistuneet.

Lisäksi noin 45 prosenttia vastaajista koki, että kontrollikäyntiaikojen riittämättömyys on syynä pitkiin sairauspoissaoloihin. Kontrollikäyntiaikojen riittämättömyyttä koettiin hieman useammin terveyskeskuksissa ja erikoistumattomien lääkärien keskuudessa. Niin ikään noin 45 prosentilla vastaajista oli vähintään muutamia kertoja vuodessa tilanteita, joissa työnanta- jan toimenpiteiden toteutumisen pitkä kesto oli syynä sairauspoissaolotodistuksen kirjoitta- miseen pidemmälle ajalle kuin se olisi välttämätöntä. Tämä korostuu erityisesti työterveys- huollossa työskentelevien kokemuksissa. Hieman harvinaisempi syy on se, että sairauspois- saolon vaihtoehtojen selvittäminen veisi liikaa aikaa (noin 40 %:lla vastaajista vähintään muutama kokemusvuodessa). Yleisintä tämä on terveyskeskuksissa sekä niillä, jotka ovat eri- koistumattomia tai yleislääketieteeseen erikoistuneita.

Taulukko 8. Sairauspoissaolotodistuksen kirjoittamisen yleisyys pidemmälle ajalle kuin se olisi välttämätöntä. Niiden osuus, jotka kirjoittavat todistuksen vähintään muutamia kertoja vuodessa (%). Tilastollinen merkitsevyys sulkeissa.

	Kontrollikäyntien ajat eivät riitä	Hoitoon pääsemisen odotusajat liian pitkät	Kelan järjestämään toimenpiteeseen pääsy vie aikaa	Työnantajan toimenpiteiden toteutuminen vie aikaa	Sairauspoissaolon vaihtoehtojen selvittäminen veisi liikaa aikaa
Erikoisala (***)					
Ei erikoistunut	56,2	72,0	66,1	52,5	53,4
Kirurgia	46,7	52,0	41,8	27,2	42,4
Psykiatria	53,5	54,0	65,8	48,7	42,4
Yleislääketiede	54,3	75,1	79,7	49,7	54,0
Työterveyshuolto	52,0	83,9	69,6	81,4	36,7
Muu erikoistumisala	34,6	43,8	38,2	27,5	32,1
Yhteensä	45,1	60,2	57,4	44,8	40,7
Toimipaikka (***)					
Sairaala	42,6	47,9	42,4	28,0	37,1
Terveyskeskus	58,7	76,3	80,3	49,4	57,5
Työterveyshuolto	45,1	80,7	67,1	83,0	37,2
Yksityinen lääkäri- asema/-keskus	27,0	50,6	51,9	50,8	26,6
Muu	41,8	50,3	49,4	39,2	32,9
Yhteensä	45,0	60,1	57,2	44,6	40,7

Kyselyssä tiedusteltiin lisäksi, kuinka ongelmallisena lääkärit pitävät erilaisia sairauspoissaoloasioiden käsittelyyn sekä niihin liittyviin päätöksiin ja toimenpiteisiin liittyviä seikkoja. Tulokset erikoistumisalan mukaan on raportoitu taulukossa 9 (s. 22) ja päätoimen toimipaikan mukaan taulukossa 10 (s. 23). Kaikkiaan noin 15 prosenttia vastaajista koki potilaiden sairauspoissaolojen käsittelyn hyvin tai melko ongelmallisena. Sairauspoissaoloasioiden ongelmallisuuden kokeminen vaihtelee kuitenkin huomattavasti erikoistumisalan mukaan. Ongelmallisimpana sairauspoissaolojen käsittelyä pitävät erikoistumattomat sekä psykiatriaan ja yleislääketieteeseen erikoistuneet lääkärit. Asiaa ongelmallisena pitävien osuus on pienin työterveyshuoltoon erikoistuneilla lääkäreillä. Toimipaikkakohtaisessa tarkastelussa havaitaan puolestaan, että sairauspoissaoloasioiden käsittely koetaan ongelmalliseksi terveyskeskuksissa.

Potilaan toimintakyvyn heikentymisen arviointia piti ongelmallisena noin 27 prosenttia vastaajista. Lisäksi reilu 20 prosenttia vastaajista koki ongelmalliseksi arvioida, johtuuko toimintakyvyn heikentyminen sairaudesta tai vammasta. 37 prosenttia vastaajista puolestaan koki ongelmalliseksi sen arvioimisen, missä määrin toimintakyvyn heikentyminen rajoittaa potilaan kykyä selviytyä työtehtävistä, ja yli 30 prosenttia koki ongelmalliseksi arvioida, missä määrin toimintakyvyn heikentyminen rajoittaa työntekoa niillä potilailla, jotka eivät ole töissä (esim. työttömät, kotona lastaan hoitavat tai opiskelijat). Erikoistumisalojen mukaiset erot ovat varsin yhteneväisiä kaikkien potilaan toimintakyvyn arviointia koskevien seikkojen osal-

ta. Asiaa ongelmallisena pitävien osuus on pienin työterveyshuoltoon erikoistuneilla lääkäreillä. Vastaavasti erikoistumattomat sekä psykiatriaan ja yleislääketieteeseen erikoistuneet lääkärit kokivat potilaan toimintakyvyn arvioinnin kaikkein ongelmallisimpana. Myös toimipaikkojen mukaisessa tarkastelussa erot ovat varsin yhteneväisiä. Potilaan toimintakyvyn arvioinnin kokevat kaikkein ongelmallisimpana terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit.

Taulukko 9. Kokemukset sairauspoissaoloasioiden käsittelystä sekä niihin liittyvistä päätöksistä ja toimenpiteistä. Niiden vastaajien osuus (%), jotka kokivat aiheen hyvin tai melko ongelmallisena, erikoistumisalan mukaan.

	Ei erikoistunut	Kirurgia	Psykiatria	Yleislääketiede	Työterveyshuolto	Muu erikoistumisala	Yhteensä
Sairauspoissaoloasioiden käsittelyä ^a	20,7	10,9	20,9	20,0	8,3	12,3	14,8
Toimintakyvyn heikentymisen arviointia ^a	38,3	18,5	33,3	37,8	16,7	24,6	27,4
Johtuuko toimintakyvyn heikentyminen sairaudesta tai vammasta ^a	30,0	16,2	27,9	29,2	12,7	19,2	21,7
Missä määrin rajoittaa kykyä selviytyä työtehtävistä ^a	50,5	32,1	40,3	52,3	19,3	34,4	37,2
Missä määrin rajoittaa työntekoa niillä jotka eivät ole töissä ^a	54,6	32,0	55,8	58,1	28,6	34,0	41,1
Tarkoituksenmukaisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemistä ^a	46,0	30,1	28,2	48,7	14,2	31,5	33,7
Keskustelemista elintavoista ja -olosuhteista ^a	28,3	17,5	9,5	22,1	9,9	18,9	17,9
Mitä sairauspoissaoloasioissa dokumentoidaan sairauskertomukseen	11,6	6,5	6,4	8,5	4,7	8,1	7,7
Sairauspoissaolon jatkamista kun edellisen todistuksen on kirjoittanut toinen lääkäri ^a	15,0	10,5	11,1	15,6	5,2	13,7	12,1
Sairauspoissaolon optimaalisen pituuden arviointia ^a	51,6	26,9	38,3	47,3	28,1	34,2	35,3

^aErot toimipaikkojen välillä tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 10. Kokemukset sairauspoissaoloasioiden käsittelystä sekä niihin liittyvistä päätöksistä ja toimenpiteistä. Niiden vastaajien osuus (%), jotka kokivat aiheen hyvin tai melko ongelmallisena, toimipaikan mukaan.

	Sairaala	Terveyskeskus	Työterveys- huolto	Yksityinen lääkäriasema/ -keskus	Muu	Yhteensä
Sairauspoissaoloasioiden käsittely ^a	14,2	22,4	11,0	6,2	10,8	14,6
Toimintakyvyn heikentymisen arviointia ^a	25,9	41,7	20,2	12,3	24,8	27,4
Johtuuko toimintakyvyn heikentyminen sairaudesta tai vammasta ^a	20,3	32,7	13,0	11,1	23,4	21,6
Missä määrin rajoittaa kykyä selviytyä työtehtävistä ^a	37,3	55,9	22,5	18,3	32,3	37,3
Missä määrin rajoittaa työntekoa niillä jotka eivät ole töissä ^a	39,1	61,0	31,0	19,4	38,9	41,4
Tarkoituksenmukaisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemistä ^a	33,0	53,4	19,2	13,9	27,2	33,6
Keskustelemista elintavoista ja -olosuhteista ^a	18,4	25,8	11,2	8,6	13,8	17,8
Mitä sairauspoissaoloasioissa dokumentoidaan sairauskertomukseen ^a	7,5	10,5	6,2	4,3	6,9	7,7
Sairauspoissaolon jatkamista, kun edellisen todistuksen on kirjoittanut toinen lääkäri ^a	13,2	15,4	7,2	5,0	11,9	11,8
Sairauspoissaolon optimaalisen pituuden arviointia ^a	34,8	48,6	30,2	19,1	31,0	35,5

^aErot toimipaikkojen välillä tilastollisesti merkitseviä.

Noin kolmannes kaikista vastaajista on sitä mieltä, että tarkoituksenmukaisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekeminen on hankalaa. Erikoistumattomat ja yleislääketieteeseen erikoistuneet sekä terveyskeskuksessa työskentelevät lääkärit pitävät hoito- ja kuntoutussuunnitelmien tekemistä keskimääräistä ongelmallisempina. Sama tulos saadaan, kun tarkastellaan potilaan elintavoista ja -olosuhteista (esim. päihdeongelmat, kotihuolet tai työolosuhteet) keskustelemista. Näistä aiheista keskustelemista pitää vaikeana kaikkiaan 18 prosenttia vastaajista. Molemmissa tapauksissa keskustelua ongelmallisena pitävien osuus on pienin työterveyshuoltoon erikoistuneiden keskuudessa.

Melko pieni osa, noin 8 prosenttia, kaikista vastaajista kokee ongelmallisena sairauspoissaoloasioiden dokumentoinnin sairauskertomukseen. Tässä myös erikoisala- ja toimipaikkakoh-

taiset erot ovat pieniä. 12 prosenttia kaikista vastaajista kokee ongelmalliseksi sellaisen sairauspoissaolon jatkamista, josta toinen lääkäri on kirjoittanut edellisen lausunnon. Keskimääräistä ongelmallisempina tätä pitävät erikoistumattomat ja yleislääketieteeseen erikoistuneet sekä terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit.

Noin 35 prosenttia kaikista vastaajista kokee ongelmalliseksi sairauspoissaolon optimaalisen pituuden arvioinnin. Yli puolet erikoistumattomista ja lähes puolet yleislääketieteeseen erikoistuneista ja terveyskeskuksessa työskentelevistä lääkäreistä pitää sairauspoissaolon optimaalisen pituuden arviointia vaikeana. Myös työterveyshuoltoon erikoistuneista tai työterveyshuollossa työskentelevistä suuri osa kokee sairauspoissaolon pituuden arvioimisen vaikeana. Vajaa kolmannes työterveyshuollon lääkäreistä pitää sairauspoissaolon pituuden arviointia ongelmallisena.

3.2 Yhteydenpito Kelaan

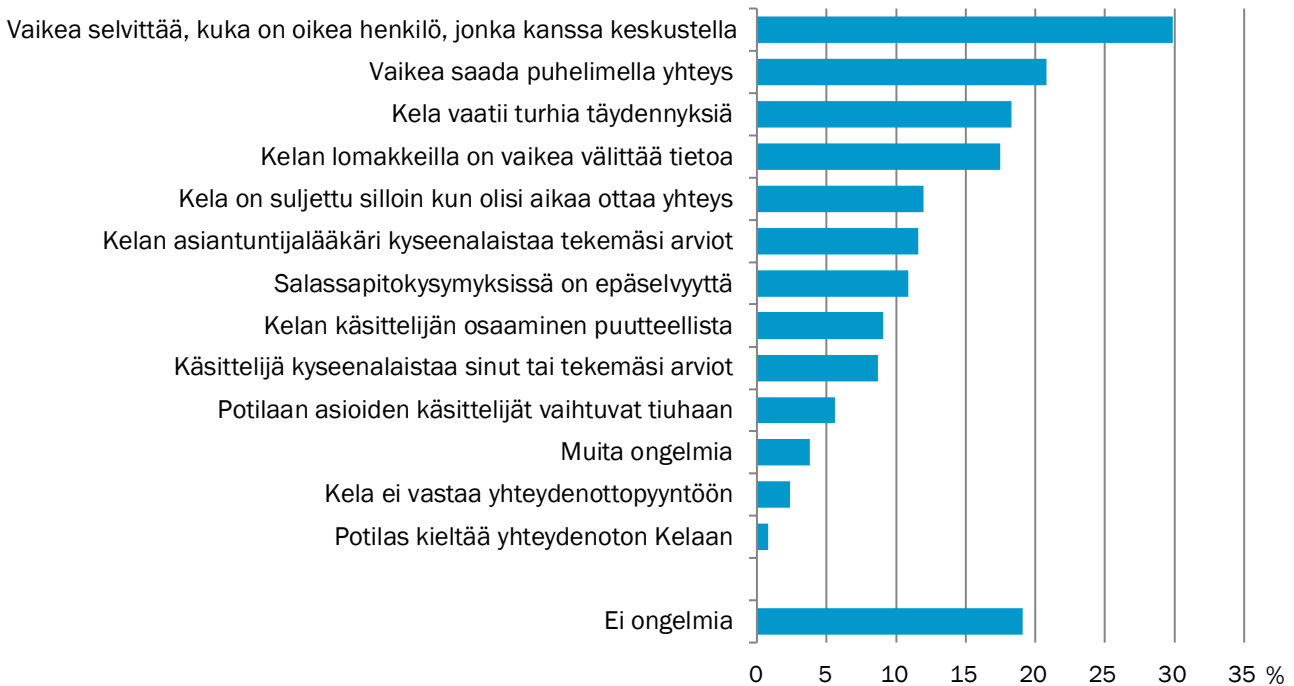
Tässä luvussa tarkastellaan lääkärien yhteistyötä Kelan kanssa. Kaiken kaikkiaan noin 80 prosenttia vastaajista oli ollut yhteydessä Kelaan. Valtaosa Kelaan yhteydessä olleista oli yhteistyöhön erittäin tai melko tyytyväisiä. Tyytyväisimpiä olivat työterveyshuollossa työskentelevät tai siihen erikoistuneet. Lisäksi yksityisessä lääkäriasemassa tai -keskuksessa työskentelevät olivat keskimääräistä tyytyväisempiä yhteistyöhön Kelan kanssa. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Tyytyväisyys yhteistyöhön Kelan kanssa (% vastaajista, jotka olivat olleet yhteydessä Kelaan). Tilastollinen merkitsevyys sulkeissa.

	Erittäin tai melko tyytyväinen	Jonkin verran tyytyväinen	En lainkaan tyytyväinen
Erikoisala (***)			
Ei erikoistunut	49,9	41,9	8,3
Kirurgia	46,8	46,0	7,2
Psykiatria	53,4	38,1	8,5
Yleislääketiede	41,7	49,3	9,0
Työterveyshuolto	61,0	32,6	6,4
Muu erikoistumisala	53,5	38,2	8,3
Yhteensä	51,5	39,9	8,6
Toimipaikka (***)			
Sairaala	49,5	42,2	8,4
Terveyskeskus	42,1	46,2	11,7
Työterveyshuolto	58,7	36,5	4,9
Yksityinen lääkäriasema/-keskus	63,2	28,4	8,4
Muu	66,9	28,8	4,3
Yhteensä	51,8	39,6	8,5

Kuviossa (alla) selvitetään, minkälaisia vaikeuksia lääkärit kokevat yhteydenpidossa Kelan kanssa. Viidennes vastaajista ei ole kokenut minkäänlaisia vaikeuksia. Suurimmat vaikeudet puolestaan koskevat yhteydenottoa: yhtäältä on vaikea selvittää oikeaa henkilöä, johon ottaa yhteyttä, ja toisaalta puhelimella on vaikea saada yhteys Kelaan. Vajaa viidennes vastaajista on myös sitä mieltä, että Kela vaatii turhia täydennyksiä ja Kelan lomakkeilla on vaikea välittää tietoa. 12 prosenttia vastaajista kokee, että Kelan asiantuntijalääkäri kyseenalaistaa lääkärin tekemät arviot.

Kuvio. Vaikeuksien kokeminen yhteydenpidossa Kelan kanssa (%).



Kelassa on lääkäreille suunnattu palvelunumero. Noin kolmannes vastaajista ei tuntenut palvelua eikä myöskään muita Kelan etuuskohtaisia palvelulinjoja. Lisäksi noin 40 prosenttia vastaajista ei ole koskaan tai juuri koskaan käyttänyt palvelunumeroa. Eniten palvelunumeroa käyttävät työterveyshuollossa työskentelevät tai siihen erikoistuneet (taulukko 12, s. 26).

Kyselyyn vastaajat pitivät kuitenkin melko tärkeänä saada tietoa Kelan tekemistä sairauspäivärahopäätöksistä sekä Kelan tai työeläkevakuutusyhtiön tekemistä työkyvyttömyyseläkepäätöksistä. Vajaa puolet vastaajista oli sitä mieltä, että lääkärin olisi tarpeellista saada tieto sairauspäivärahopäätöksestä aina tai useimmissa tapauksissa. Tarve on suurin niillä, jotka työskentelevät terveyskeskuksissa tai työterveyshuollossa. Myös erikoistumisala on yhteydessä tiedontarpeen suuruuteen. Yli 70 prosenttia psykiatriaan erikoistuneista kaipaishi tietoa vähintään useimmissa tai kaikissa tapauksissa. (Taulukko 13, s. 26.)

Vielä suurempi tiedontarve liittyy työkyvyttömyyseläkepäätöksiin. Yli 60 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että lääkärille olisi tarpeellista saada tieto työkyvyttömyyseläkepäätöksestä. Tarvetta korostavat etenkin ne, jotka työskentelevät työterveyshuollossa. Yli 80 prosenttia työterveyshuoltoon tai psykiatriaan erikoistuneista tarvitsisi useimmissa tai kaikissa tapauksissa tiedon työkyvyttömyyseläkepäätöksestä. (Taulukko 14, s. 27.)

Taulukko 12. Kelan lääkäreiden palvelunumeron käytön yleisyys (%). Tilastollinen merkitsevyys sulkeissa.

	Vähintään muutamia kertoja vuodessa	En koskaan tai en juuri koskaan	En tunne palvelua
Erikoisala (***)			
Ei erikoistunut	27,7	42,9	29,4
Kirurgia	4,5	30,2	65,3
Psykiatria	41,8	35,3	22,9
Yleislääketiede	37,6	49,8	12,7
Työterveyshuolto	52,4	39,7	10,9
Muu erikoistumisala	11,7	40,6	47,7
Yhteensä	25,4	41,6	33,0
Toimipaikka (***)			
Sairaala	12,4	38,0	49,6
Terveyskeskus	35,8	48,0	16,2
Työterveyshuolto	45,1	39,9	15,0
Yksityinen lääkäriasema/-keskus	26,8	40,6	32,6
Muu	25,2	44,7	30,2
Yhteensä	25,5	41,7	32,8

Taulukko 13. Vastaukset kysymykseen ”Kuinka usein olisi tarpeellista saada tietoa Kelan tekemistä sairauspäivärahopäätöksistä” (%). Tilastollinen merkitsevyys sulkeissa.

	Aina	Useimmissa tapauksissa	Joskus	Ei koskaan	Ei koske minua
Erikoisala (**)					
Ei erikoistunut	21,0	32,2	39,1	1,9	5,7
Kirurgia	7,3	16,6	57,5	5,3	13,4
Psykiatria	38,6	35,1	23,8	1,0	1,5
Yleislääketiede	25,2	37,0	34,7	0,8	2,3
Työterveyshuolto	25,1	35,3	38,9	0,4	0,4
Muu erikoistumisala	14,2	21,8	43,4	4,0	16,5
Yhteensä	20,2	28,1	40,6	2,7	8,4
Toimipaikka (***)					
Sairaala	14,3	22,0	46,3	3,8	13,5
Terveyskeskus	25,7	35,2	35,5	1,3	2,4
Työterveyshuolto	25,5	34,3	38,6	0,7	1,0
Yksityinen lääkäriasema/-keskus	20,6	23,1	39,7	3,7	12,9
Muu	25,5	31,7	31,7	3,1	8,1
Yhteensä	20,4	27,9	40,6	2,7	8,5

Taulukko 14. Vastaukset kysymykseen ”Kuinka usein olisi tarpeellista saada tietoa Kelan tai työeläkevakuutusyhdistöön työkyvyttömyyseläkepäättöksestä” (%). Tilastollinen merkitsevyys sulkeissa.

	Aina	Useimmissa tapauksissa	Joskus	Ei koskaan	Ei koske minua
Erikoisala (***)					
Ei erikoistunut	39,6	27,7	20,2	2,6	9,9
Kirurgia	17,7	18,5	35,1	9,3	19,4
Psykiatria	53,0	31,7	12,9	0,5	2,0
Yleislääketiede	46,7	33,1	16,6	1,5	2,1
Työterveyshuolto	60,4	26,5	12,7	0,0	0,4
Muu erikoistumisala	23,7	22,7	23,5	6,4	23,7
Yhteensä	36,7	26,2	20,9	4,0	12,1
Toimipaikka (***)					
Sairaala	23,1	23,4	26,8	6,0	20,6
Terveyskeskus	43,7	31,3	19,0	2,4	3,6
Työterveyshuolto	60,3	25,4	12,4	0,0	2,0
Yksityinen lääkäriasema/-keskus	40,2	22,7	17,5	4,9	14,7
Muu	42,2	28,0	15,5	5,0	9,3
Yhteensä	36,9	26,0	20,9	4,1	12,2

3.3 Osaaminen ja koulutus

Tässä luvussa tarkastellaan lääkärin näkemyksiä sairauspoissaoloihin liittyvästä koulutuksesta ja osaamistarpeista. Taulukon 15 mukaan lääkärit ovat sitä mieltä, että heidän perustutkinnostaan ja erikoislääkärikoulutuksestaan on hyötyä sairauspäiväraha-asioissa. Kelan tai Työterveyslaitoksen järjestämää koulutusta hyödynnetään harvemmin, mutta vajaa puolet vastaajista oli hyödyntänyt Kelan järjestämää koulutusta.

Taulukko 15. Eri koulutusten merkitys osaamisen kehittämisessä sairaus- ja osasairauspäiväraha-asioissa (%).

	Paljon tai jonkin verran	Vähän	Ei lainkaan	En osaa sanoa / ei koske minua
Lääkärin perustutkinto	40,3	40,9	14,8	4,0
Yleislääketieteen erityiskoulutus	27,8	18,2	6,5	47,5
Erikoislääkärikoulutus	46,1	23,6	13,5	16,8
Hallinnollinen koulutus	25,0	23,6	16,4	35,1
Kelan järjestämä koulutus	22,3	17,0	12,6	48,0
Työterveyslaitoksen järjestämä koulutus	16,7	7,2	12,3	63,7

Taulukoissa 16 ja 17 tarkastellaan lääkärin näkemyksiä sairauspoissaoloihin liittyvistä osaamistarpeista. Noin puolet kaikista vastaajista on sitä mieltä, että potilaan toiminta- ja työkyvyn arvioinnissa, eri ammattien asettamissa vaatimuksissa, sairauspoissaolon optimaalisen pituuden arvioinnissa, osasairauspäivärahan mahdollisuuksien arvioinnissa ja sairausvakuu-

tukseen liittyvissä säännöissä on hyvin tai melko suuria osaamistarpeita. Lisäksi noin 40 prosentilla vastaajista oli hyvin tai melko suuria osaamistarpeita työhön paluun suunnitelman laatimisessa.

Osaamistarpeita koskevia erikoisala- ja toimipaikkakohtaisia eroja on hyvä verrata edellä (taulukot 9 ja 10) tarkasteltuihin kokemuksiin, jotka koskevat sairauspoissaoloasioiden käsittelyä ja niihin liittyviä päätöksiä ja toimenpiteitä. Suurimpia ongelmia kokivat useimmissa tapauksissa erikoistumattomat ja yleislääketieteeseen erikoistuneet sekä terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit. Taulukot 16 ja 17 (s. 29) osoittavat, että kokemukset heijastuvat myös näkemyksiin osaamistarpeista. Erikoistumattomilla ja yleislääketieteeseen erikoistuneilla sekä terveyskeskuksissa työskentelevillä lääkäreillä oli keskimääräistä suurempi osaamisen syventämisen tarve kaikissa tarkastelluissa tapauksissa. Useimmissa tapauksissa vähiten osaamisen kehittämistarpeita korostavat kirurgit. Kaikki muut paitsi työterveyshuoltoon erikoistuneet lääkärit kuitenkin kokivat, että heidän olisi lisättävä osaamistaan osasairauspäivärahaan liittyvistä asioista.

Taulukko 16. Osaamisen syventämisen tarve eri osa-alueilla (hyvin tai melko suuri tarve, %), erikoistumisalan mukaan.

	Ei erikoistunut	Kirurgia	Psykiatria	Yleislääketiede	Työterveyshuolto	Muu erikoistumisala	Yhteensä
Toimintakyvyn tai sen heikentymisen arviointi ^a	61,3	26,5	51,8	66,5	55,7	33,3	46,4
Työkyvyn arviointi ^a	61,9	26,2	48,5	66,9	43,4	36,8	45,9
Eri ammattien asettamat vaatimukset työkyvylle ^a	63,8	38,1	53,0	67,7	39,7	48,5	51,1
Sairauspoissaolon optimaalisen pituuden arviointi ^a	61,7	34,3	51,3	64,1	47,8	41,6	47,2
Osasairauspäivärahan mahdollisuuksien arviointi ^a	64,1	53,1	51,5	69,3	14,0	48,5	51,2
Työhön paluun suunnitelman laatiminen ^a	55,7	30,3	51,5	65,5	23,7	32,7	42,0
Sairausvakuutukseen liittyvät säännöt ^a	68,9	48,6	54,5	66,5	39,9	50,6	54,5

^aErot toimipaikkojen välillä tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 17. Osaamisen syventämisen tarve eri osa-alueilla (hyvin tai melko suuri tarve, %), toimipaikan mukaan.

	Sairaala	Terveyskeskus	Työterveyshuolto	Yksityinen lääkäriasema/-keskus	Muu	Yhteensä
Toimintakyvyn tai sen heikentymisen arviointi ^a	35,2	66,9	57,8	29,2	45,9	46,4
Työkyvyn arviointi ^a	37,3	69,4	47,7	27,5	41,5	46,1
Eri ammattien asettamat vaatimukset työkyvyille ^a	48,0	69,2	43,6	34,1	49,4	51,3
Sairauspoissaolon optimaalisen pituuden arviointi ^a	43,3	62,4	51,5	25,9	50,3	47,5
Osasairauspäivärahan mahdollisuuksien arviointi ^a	52,2	73,3	20,4	30,6	57,6	51,1
Työhön paluun suunnitelman laatiminen ^a	34,8	67,1	30,0	24,6	43,7	41,9
Sairausvakuutukseen liittyvät säännöt ^a	52,6	68,5	46,1	40,3	48,1	54,0

^aErot toimipaikkojen välillä tilastollisesti merkitseviä.

3.4 Kehittämistoimenpiteet

Tässä luvussa tarkastellaan lääkärien näkemyksiä sairauspoissaoloasioihin liittyvistä kehittämistoimenpiteistä. Kaikkia vastaajia tarkasteltaessa suurin merkitys vaikuttaa olevan sillä, että sairauspoissaoloasiat on mahdollista siirtää työterveyshuollon arvioitavaksi (taulukko 18, s. 30). 40 prosenttia kaikista vastaajista koki siirrolla olevan suuri ja 35 prosentin mielestä kohtalainen merkitys sairauspoissaoloihin liittyviin työtehtäviin. Taulukko 19 (s. 31) osoittaa, että tällä olisi suuri merkitys etenkin sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevien lääkärien työtehtäviin. Erikoistumisalan mukaiset erot (taulukko 18) puolestaan kertovat, että muutoksella olisi enemmän merkitystä erikoistumattomien sekä yleislääketieteeseen ja kirurgiaan erikoistuneiden lääkärien työhön kuin työterveyshuoltoon ja psykiatriaan erikoistuneiden työhön.

Lisäksi 40 prosenttia kaikista vastaajista on sitä mieltä, että sairauspoissaoloja koskevien suositusten sisällyttämisellä Käypä hoito -suosituksiin olisi suuri merkitys heidän työtehtäviinsä. Merkitys korostuisi etenkin erikoistumattomien ja yleislääketieteeseen erikoistuneiden sekä terveyskeskuksissa ja sairaaloissa työskentelevien lääkärien työssä. Niin ikään noin 40 prosenttia kaikista vastaajista kokee, että kansallisesti yhtenäisillä työkyvyn arviointimenetelmillä olisi suuri merkitys sairauspoissaoloihin liittyviin työtehtäviin. Kansallisten arviointimenetelmien merkitys korostuu laajasti erikoistumattomien sekä yleislääketieteeseen ja työterveyshuoltoon erikoistuvien näkemyksissä.

Taulukko 18. Eri kehittämistoimenpiteiden merkitys sairauspoissaoloihin liittyviin työtehtäviin (suuri merkitys, %), erikoistumisalan mukaan.

	Ei erikoistunut	Kirurgia	Psykiatria	Yleislääketiede	Työterveyshuolto	Muu erikoistumisala	Yhteensä
Sairauspoissaoloja koskevat suositukset Käypä hoito -suosituksissa ^a	50,3	35,2	32,0	47,1	35,5	41,1	40,0
Oman työpaikan ohjeistus ^a	46,5	33,2	19,6	39,5	27,1	39,4	33,8
Kansalliset työkyvyn arviointimenetelmät ^a	44,5	32,8	35,8	44,2	41,7	33,4	37,1
Parempi korvaus todistusten laatimisesta ^a	11,7	14,8	18,1	9,3	8,8	11,7	11,3
Tiiviimpi yhteistyö työterveyshuollon kanssa ^a	35,0	20,7	32,7	36,0	41,7	24,5	29,8
Mahdollisuus siirtää sairauspoissaoloasiat työterveyshuollon arvioitaviksi ^a	46,7	43,8	21,5	49,9	31,5	40,3	40,3
Tilastotiedon saaminen kirjoitetuista sairauspäivärahatodistuksista ^a	25,6	20,9	17,1	25,1	24,4	17,4	20,7
Lisäperusteiden saaminen työkykyä koskeviin arvioihin työterveydenhuollosta ^a	45,2	24,8	39,2	47,7	36,4	32,0	36,9

^aErot toimipaikkojen välillä tilastollisesti merkitseviä.

Myös yhteistyön tiivistämistä työterveyshuollon kanssa toivottiin. 37 prosenttia kaikista vastaajista kokee, että olisi tärkeää saada lisäperusteita työkykyä koskeviin arvioihin potilaan työterveyshuollosta. Lisäksi 30 prosenttia vastaajista näkee, että tiiviimpi yhteistyö työterveyshuollon kanssa auttaisi sairauspoissaoloihin liittyvien työtehtävien hoitamisessa. Tiiviimpää yhteistyötä korostavat etenkin työterveyshuoltoon erikoistuneet sekä työterveyshuollossa ja terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit. Lisäperusteiden saamisen merkitystä korostavat puolestaan erikoistumattomat ja yleislääketieteeseen erikoistuneet sekä terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit.

Noin kolmannes kaikista vastaajista kokee, että oman työpaikan ohjeistuksella olisi suuri merkitys sairauspoissaoloihin liittyviin työtehtäviin. Oman työpaikan ohjeistuksen merkitystä korostavat etenkin sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevät sekä erikoistumattomat ja yleislääketieteeseen erikoistuneet lääkärit.

Noin viidennes kaikista vastaajista kokee tärkeäksi myös sen, että lääkäri saisi tilastotietoja kirjoittamistaan sairauspäivärahatodistuksista. Eri erikoistumisalojen edustajien väliset erot ovat pienet. Terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa työskentelevien työtehtäviin tilastotiedon saaminen vaikuttaisi hieman enemmän kuin muissa toimipaikoissa työskenteleville.

Lääkäreiltä tiedusteltiin myös, olisiko sairauspoissaoloihin liittyvien todistusten laatimisesta maksettavalla paremmalla korvauksella merkitystä sairauspoissaoloihin liittyviin työtehtäviin. 63 prosenttia kaikista vastaajista arvioi, että paremmalla korvauksella ei olisi lainkaan merkitystä. 11 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että paremmalla korvauksella olisi suuri merkitys, ja 26 prosenttia arvioi, että sillä olisi kohtalainen merkitys. Psykiatriaan erikoistuneet korostavat paremman korvauksen merkitystä hieman useammin kuin muut lääkärit.

Taulukko 19. Eri kehittämistoimenpiteiden merkitys sairauspoissaoloihin liittyviin työtehtäviin (suuri merkitys, %), toimipaikan mukaan.

	Sairaala	Terveyskeskus	Työterveyshuolto	Yksityinen lääkäriasema/-keskus	Muu	Yhteensä
Sairauspoissaoloja koskevat suositukset Käypä hoito -suosituksissa ^a	40,0	48,3	34,9	28,4	44,9	40,3
Oman työpaikan ohjeistus ^a	38,8	38,2	28,1	15,0	36,3	33,9
Kansalliset työkyvyn arviointimenetelmät ^a	35,5	44,9	40,1	25,4	36,5	37,3
Parempi korvaus todistusten laatimisesta ^a	13,0	12,3	5,9	10,7	10,7	11,4
Tiiviimpi yhteistyö työterveyshuollon kanssa ^a	26,0	36,2	39,7	19,9	28,7	29,7
Mahdollisuus siirtää sairauspoissaoloasiat työterveyshuollon arvioitaviksi ^a	41,7	54,5	28,4	20,7	27,7	40,0
Tilastotiedon saaminen kirjoitetuista sairauspäivärahadistuksista ^a	18,8	24,7	25,4	15,5	19,6	20,8
Lisäperusteiden saaminen työkykyä koskeviin arvioihin työterveydenhuollosta ^a	32,7	50,2	33,1	24,7	36,8	36,7

^aErot toimipaikkojen välillä tilastollisesti merkitseviä.

Taulukossa 20 tarkastellaan lääkäreiden näkemyksiä sairauspoissaolojen kestoa koskevien kansallisten suositusten tarpeesta. Vain 20 prosenttia vastaajista kokee, että kansalliset suositukset eivät olisi lainkaan tarpeellisia. 41 prosenttia vastaajista puolestaan on sitä mieltä, että kansalliset suositukset olisivat tarpeen kaikista sairauksista ja 39 prosentin mielestä joistakin sairauksista.

Etenkin erikoistumattomat ja yleislääketieteeseen erikoistuneet sekä terveyskeskuksessa työskentelevät lääkärit korostavat kansallisten suositusten tarvetta kaikista sairauksista. Hieman varauksellisempia ovat työterveyshuoltoon, kirurgiaan ja psykiatriaan erikoistuneet tai työterveyshuollossa ja yksityisellä lääkäriasemalla tai -keskuksessa työskentelevät lääkärit. Kokonaisuudessaan kansallisten suositusten kannatus vähintään joistakin sairauksista on kuitenkin laajaa erikoistumisalasta tai toimipaikasta riippumatta.

Taulukko 20. Kansallisten suositusten tarve sairauspoissaolojen kestoista (%). Tilastollinen merkitsevyys sulkeissa.

	Kaikista sairauksista	Joistain sairauksista	Ei ollenkaan
Erikoisala (*)			
Ei erikoistunut	45,9	39,3	14,8
Kirurgia	38,8	36,7	24,5
Psykiatria	37,8	34,7	27,6
Yleislääketiede	44,2	40,3	15,5
Työterveyshuolto	36,0	41,8	22,8
Muu erikoistumisala	39,8	40,8	19,4
Yhteensä	40,9	38,9	20,3
Toimipaikka (***)			
Sairaala	40,8	39,6	19,6
Terveyskeskus	48,2	38,2	13,6
Työterveyshuolto	39,1	38,5	22,4
Yksityinen lääkäriasema/-keskus	32,0	37,0	31,1
Muu	34,6	42,9	22,4
Yhteensä	40,9	38,9	20,1

4 YHTEENVETO

Tutkimus tuotti arvokasta tietoa siitä, miten hoitavat lääkärit kokevat sairauspoissaolon määrittämiseen liittyvät työtehtävät. Keskeiset tulokset voidaan ryhmitellä seuraavasti.

Sairauspoissaolon keston liittyvät haasteet. Hoitavat lääkärit tunnistivat useita merkittäviä ei-hoidollisia syitä sairauspoissaolojen pitkittymiseen. Lääkärit pitivät pitkittymisen keskeisenä syynä julkisen sektorin palvelujen saatavuutta. Noin 60 prosenttia kaikista ja yli 80 prosenttia työterveyslääkäreistä ilmoitti liian pitkien hoitoon pääsyn odotusaikojen johtavan sairauspoissaoloaikojen pitkittämiseen omassa praktiikassaan. Myös vajaakuntoisten työntekijöiden työssä jaksamista tukevien toimenpiteiden saatavuus ja kuntoutukseen pääsyn odotus vaikuttivat siihen, kuinka pitkiä sairauspoissaolotodistuksia lääkärit kirjoittivat. Muut kuin työterveyshuollon erikoislääkärit ilmoittivat, että Kelan järjestämään toimenpiteeseen pääsyn odottelu pitkitti sairauspoissaoloja useammin kuin työnantajan toimenpiteiden toteutumisen odottaminen. Työterveyshuoltoon erikoistuneilla ja työterveyshuollossa toimivilla tilanne oli päinvastainen. Tätä voi tulkita niin, että työterveyshuollosta lähetettävät potilaat pääsevät sujuvammin Kelan palveluihin. Toisen tulkinnan mukaan nimenomaan työterveyslääkäreillä on työnantajan toimenpiteisiin kohdistuvia odotuksia, joiden toteutumisen odottelu pitkittää sairauspoissaoloja (taulukko 7).

Lääkärikunta tuntuu yllättävänkin suuressa määrin toivovan, että työkykyä koskevissa lausunnoissa työterveyslääkäreillä olisi keskeinen rooli. Tämä heijastanee kokemusta ainakin laajojen lausuntojen tekemisen työläydestä ja niiden vaatimasta ajasta, mutta myös työkyvyn

arvioinnin osaamisen haasteista. Lääkäri saattaa olla epävarma lausuntonsa sisällöllisistä vaatimuksista. Siitä vastaajat lienevät yksimielisiä, että hoitava taho on edelleen paras taho arvioimaan kunkin sairauden hoitoa sekä tarvittavaa toipumisaikaa ja toimintakykyä, mutta työterveyshuolto on paras taho yhdistämään nämä tiedot työoloihin ja mahdollisiin työjärjestelyihin. Tämän perusteella työterveyshuolto on myös paras taho arvioimaan tarvittavat työkyvyttömyysjaksojen kestot. Pyrkimys tämän työnjaon selkiennyttämiseen korostuu myös sairausvakuutuslain ns. 90 päivän säännössä. Yleislääkäreillä työnkuva on laajin, ja he ilmoittivatkin suurempia haasteita työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa kuin erikoislääkärit. Tämä korostui työttömien työkyvyn arvioinnissa. Tämän tutkimuksen perusteella lääkärien näkemykset kentällä vastaavat Lääkäriliiton kannanottoa siitä, että hoitavan lääkärin ei tule määrätä sairauspoissaolosta (Pälve ja Martimo 2015).

Laajalti toivotaan myös palautetta lausuntojen saamasta vastaanotosta ja niiden kohtalosta. Halutaan tietää, seuraako lausunnosta potilaalle eläkepäätös vai ei ja jos ei, niin miksi ei. Tätä on käsitelty viime aikoina esimerkiksi ns. Risikon ryhmissä vakuutuslääkärijärjestelmän kehittämiseksi (STM 2014). Asiaa käsitelleen alaryhmän suositus oli, että etuuspäätös tallennettaisiin kansalliseen terveystietokantaan, josta hoitava lääkäri voisi sen potilaan luvalla käydä tarkistamassa. Siirtyminen sähköisiin lausuntoihin mahdollistaa tulevaisuudessa myös suoraan lääkärille annettavan palautteen, jos hänen kirjoittamiensa sairauspoissaolojen kestot poikkeavat oleellisesti yleisestä toimintakäytännöstä.

Osaaminen ja kehittämistarpeet. Lääkärin osaamisen kehittämistarpeet korostuvat erityisesti terveyskeskuksissa, mutta tarve on varsin suuri muillakin toimintasektoreilla (taulukot 16 ja 17). Vähiten osaamisen kehittämistarpeita korostavat kirurgit. Poikkeuksena on kuitenkin osasairauspäivärahaan liittyvä osaaminen, jonka kokevat puutteelliseksi kaikki muut paitsi työterveyshuoltoon erikoistuneet lääkärit. Työterveyslääkäreillä oli odotetusti vähiten osaamisen kehittämistarpeita myös työhönpaluuunnielmien laatimisessa ja sairausvakuutukseen liittyvissä säännöissä. Lääkärit ilmoittivat merkityksellisimmiksi koulutuksen tarjoajiksi toisaalta lääkärin peruskoulutuksen ja toisaalta erikoiskoulutuksen. Työterveyslaitoksen järjestämää koulutusta eivät juuri muut kuin työterveyslääkärit ole kokeneet omakseen. Kelan järjestämää koulutusta pidettiin merkittävämpänä osaamisen kehittämisessä. Jatkossa on selkeytettävä, kenelle kuuluu sairauden ja jäljellä olevan työkyvyn arviointiin liittyvä koulutus ja miten se huomioidaan erikoislääkärin koulutusvaatimuksissa.

Lääkärit toivoivat laajasti erikoistumisalasta tai toimipaikasta riippumatta vähintään joitakin sairauksia koskevia kansallisia suosituksia sairauspoissaolojen kestosta (taulukko 19). Moni lääkäri arvioi nykyisten käytettävissä olevien ohjeiden ja suositusten merkityksen työssään suureksi, joskin ohjeita oli vain harvassa työpaikassa.

Yhteydenpito Kelaan. Valtaosa Kelaan yhteydessä olleista lääkäreistä oli tyytyväisiä yhteydenpitoon, erityisesti työterveyshuollossa työskentelevät tai siihen erikoistuneet. He myös tunsivat parhaiten ja käyttivät eniten Kelan palvelunumeroa. Jokaisessa Kelan vakuutuspiirissä on oma lääkäriyksikkö, jossa on hoitavia lääkäreitä palveleva puhelin, jossa vastaavat Kelan asiantuntijalääkärit. Vaikka asiantuntijalääkäreiden konsultaatiot ovat lisääntyneet, on ilmeis-

tä, että hoitavat lääkärit eivät tunne riittävän hyvin tätä palvelukanavaa. Kelalta toivottiin myös enemmän palautetta omasta toiminnasta (taulukot 13 ja 14).

Vertailua muihin tutkimuksiin. Suomalaisen lääkärikyselyn tulokset ovat vertailtavissa ruotsalaiseen ja norjalaiseen kyselyyn (Winde ym. 2012). Ruotsalainen kysely vuonna 2008 kattoi kaikki ruotsalaiset yleislääkärit. Norjalaisten aineisto perustuu otokseen yleislääkäreistä vuonna 2010 ja se on raportoitu vain niiden lääkäreiden osalta, jotka osallistuvat listapotilaiden hoitoon. Vaikka järjestelmissä onkin yksityiskohdissa eroja, maat ovat hyvin verrattavissa toisiinsa siinä mielessä, että sairausvakuutusetuudet ovat universaaleja oikeuksia kaikille kansalaisille. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot olivat yhteneväiset, vaikka osa kysymyksistä oli muokattu vastaamaan kansallista järjestelmää. Sveitsistä on raportoitu yleislääkäreille kohdennettu kysely, jonka kysymyksistä osa on täysin tai miltei samoja kuin tässä pohjoismaalaisessa kyselyssä (Kedzia ym. 2015).

Ruotsalaisiin ja norjalaisiin perusterveydenhuollon lääkäreihin verrattuna suomalaiset lääkärit kokivat vähemmän ongelmallisina sairauspoissaoloihin liittyvät työtehtävänsä. Ruotsissa 55 prosenttia ja Norjassa 43 prosenttia perusterveydenhuollon lääkäreistä ilmoitti ongelmia vähintään viikoittain, kun Suomessa heitä oli lääkäreistä 28 prosenttia. Näin huomattavia maakohtaisia eroja selittänevät ainakin osittain potilaiden odotuksiin liittyvät tekijät. Erot voivat kuvastaa myös herkkyyttä, jolla erilaiset työhön tai muihin elämäntilanteisiin liittyvät stressit tulkitaan sairauksiksi, kuten sopeutumishäiriöksi tai masennukseksi.

Ruotsalaisista yleislääkäreistä 28 prosenttia kohtaa vähintään viikoittain potilaan, joka haluaa sairauspoissaolotodistuksen muusta syystä kuin sairauden tai vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden vuoksi. Suomalaisilla lääkäreillä samoin kuin norjalaisilla ja sveitsiläisillä vastaava prosenttiosuus on 10. Norjalaisista yleislääkäreistä 18 ja ruotsalaisista 7 prosenttia on huolissaan siitä, että potilaat vaihtavat lääkäriä, jos tämä ei kirjoita heille sairauspoissaolotodistusta. Suomalaisista lääkäreistä ja sveitsiläisistä yleislääkäreistä vain yhdellä prosentilla on tällainen huoli. Sen sijaan sveitsiläiset, ruotsalaiset ja norjalaiset yleislääkärit tapaavat yhtä usein (9 %) ja suomalaiset lääkärit heitä harvemmin (6 %) potilaita, jotka kieltäytyvät osittain tai kokonaan sairauspoissaolosta. Viikoittain vain 2 prosenttia suomalaisista lääkäreistä tapaa potilaan, jolle hän kieltäytyy kirjoittamasta sairauspoissaolotodistusta, vaikka potilas sitä tahtoo. Ruotsalaisilla yleislääkäreillä vastaava osuus oli 15, norjalaisilla 11,5 ja sveitsiläisillä 8 prosenttia. Myös potilas, joka sanoo aikovansa vaihtaa lääkäriä, jollei tämä kirjoita hänelle sairauspoissaolotodistusta, on harvinaisin suomalaisen lääkärin vastaanotolla (0,4 %). Vähintään viikoittain tällaisen potilaan tapaa 1 prosentti sveitsiläisistä, 2,8 prosenttia ruotsalaisista ja 5,1 prosenttia norjalaisista yleislääkäreistä. On mahdollista, että vapaa hoitopaikan valinta tulee vaikuttamaan myös Suomessa potilaiden käyttäytymiseen ja täten myös lääkäreiden kokemuksiin.

Ongelmallisina koettuja tilanteita voidaan vertailla maittain perusterveydenhuollon lääkäreiden välillä, jos työterveyshuoltoon tai yleislääketieteeseen erikoistuneet suomalaiset lääkärit katsotaan perusterveydenhuollon lääkäreiksi. Sairauspoissaolon optimaalisen pituuden arvioinnin raportoi ongelmalliseksi noin 70 prosenttia norjalaisista ja ruotsalaisista lääkäreistä, mutta suomalaisista yleislääkäreistä vain 47 ja työterveyslääkäreistä 28 prosenttia. Työter-

veyslääkärien osuus on samalla tasolla kuin sveitsiläisillä yleislääkäreillä. Heistä melko tai hyvin ongelmallisena sairausloman optimaalisen pituuden arviointia pitää 29 prosenttia. Selkeitä eroja eri maiden välillä on myös siinä, miten ongelmalliseksi koetaan sen arvioiminen, missä määrin toimintakyvyn heikentyminen rajoittaa työkykyä. Ruotsalaisista lääkäreistä 81, norjalaisista 68, sveitsiläisistä 42, suomalaisista yleislääkäreistä 38 ja suomalaisista työterveyslääkäreistä 17 prosenttia ilmoittaa tämän arvioimisen olevan ongelmallista. Toisen lääkärin kirjoittaman sairauspoissaolon jatkamisen ongelmalliseksi kokeneiden osuudet ovat vastaavasti Ruotsissa 70, Norjassa 31, Suomessa yleislääkäreillä 16, Sveitsissä 14 ja Suomessa työterveyslääkäreillä 5 prosenttia. Suomessa ei ole sairauspoissaolon kestoa koskevia suosituksia eikä palautejärjestelmää. Onkin mahdollista, että Suomessa lääkärit eivät koe sairauspoissaolon keston määrittämiseen liittyviä yhteiskunnallisia, erityisesti taloudellisia, vaikutuksia merkittäväksi osaksi terveydenhuollon laadukasta toimintaa. Tämä voi osittain liittyä myös sairauspäivärahaetuuden erilaiseen sisältöön. Osasairauspäiväraha on Suomessa edelleen verraten uusi etuus ja vähän käytetty esimerkiksi Ruotsiin verrattuna. Siten lääkäreiden vastaanotolla mahdollisuutta osa-aikaiseen työskentelyyn sairauspäivärahakaudella ei Suomessa ole ollut tarvetta samassa määrin pohtia.

Vahvuudet ja heikkoudet. Tutkimuksen vahvuus on sen pohjautuminen ruotsalaisten kehittämään ja toistamaan kyselytutkimuslomakkeeseen, jota on käytetty myös Norjan olosuhteisiin muokattuna. Tämä mahdollistaa vertailun. Kysymysten muokkaus suomalaiseen järjestelmään tehtiin huolella, mihin varmasti vaikuttaa se, että lomakkeiden kaikkiin kysymyksiin oli vastannut suurin osa. Kysely on monipuolinen ja antaa kuvan niin käytännöstä, koetuista ongelmista kuin kehittämistarpeistakin.

Tutkimuksen heikkoutena on pieni osallistumisprosentti (35 %), joka vastaa kuitenkin Lääkäriliiton tekemien kyselyjen osallistumista eikä ole niin pieni, ettei johtopäätelmiä voisi tehdä. Rakenteeltaan aineisto edustaa varsin hyvin perusjoukkoa, tosin työterveyshuolto on hieman yliedustettuna. Tutkimuksen sisältö huomioiden tätä voidaan pitää varsin loogisena. Samalla menetelmällä (sähköinen + paperinen lomake) toteutetuissa tutkimuksissa Lääkäriliitto on ylittänyt suurempiinkin prosentteihin (jopa 50 %), mutta joissakin tutkimuksissa vastausprosentti on ollut pienempikin kuin tässä tutkimuksessa. Vastausprosentit Ruotsissa (60,6 %) ja Norjassa (66,5 %) olivat suuremmat. Sveitsiläisessäkin tutkimuksessa vastausprosentti oli 50. Kankaanpään lääkäreille lähettämässä sairauspoissaolotodistusten kirjoittamista koskeneessa kyselyssä vastausprosentit vaihtelivat kirurgien 44 prosentista hammaslääkärien 60 prosenttiin (Kankaanpää 2014).

Suosituksset:

1. Jotta sairauspoissaoloja ei kirjoiteta pidemmiksi kuin on hoidollisista syistä tarpeen, turhista jatkohoidon ja kuntoutukseen pääsyn viiveistä on päästävä.
2. Koulutusta on lisättävä, sillä lääkärit kokevat työkyvyn arvioinnin vaikeaksi. Lääkärit myös toivovat sairauspoissaolotarpeen määrittämistä siirrettäväksi enemmän työterveyshuollon vastuulle.
3. Lääkärit kannattavat sairauspoissaolojen kestoa koskevia suosituksia ainakin joistakin sairauksista.

LÄHTEET

Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, ym. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, 2014.

Alexanderson K, Norlund A. Sickness absence. Causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). *Scand J Public Health Suppl* 2004; 63: 1–263.

Arrelöv BE, Borgquist L, Svärdsudd KF. Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice. A population-based study. *Eur J Public Health* 2005; 15 (5): 470–474.

Bogardus ST Jr, Geist DE, Bradley EH. Physicians' interactions with third-party payers. Is deception necessary? *Arch Intern Med* 2004; 164 (17): 1841–1844.

Brage S, Reiso H. Work ability and gender. Physicians' assessment of sick-listed patients. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119 (25): 3737–3740.

Bremander AB, Hubertsson J, Petersson IF, Grahn B. Education and benchmarking among physicians may facilitate sick-listing practice. *J Occup Rehabil* 2012; 22 (1): 78–87.

Cohen DA, Aylward M, Rollnick S. Inside the fitness for work consultation. A qualitative study. *Occup Med (Lond)* 2009; 59 (5): 347–352.

deBoer W, Brenninkmeijer V, Zuidam W. Long-term disability arrangements. A comparative study of assessment and quality control. The Hague: The Netherlands Organisation for Applied Scientific Research, 2004.

Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer. En studie om sjukskrivning och rehabilitering. Umeå: Umeå University, Medical dissertations New Series 711, 2001.

Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, ym. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 2011; 29 (4): 227–233.

Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18 (2): 81–86.

Ericson Sjöström M, Wallin I, Strandhagen E, Baigi A, Hensing G, Björkelund C. GP and patient predictions of sick-listing duration. How well do they correspond? A prospective observational study. *Scand J Prim Health Care* 2014; 32 (2): 73–77.

Förstudierapport. Stöd för rätt sjukskrivning. Saatavissa:
<<http://skl.se/download/18.698ab1741511f5d2e791b19d/1448358813680/Forstudierapport-Stod-for-ratt-sjukskrivning.pdf>>. 2015.

Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates. A difficult task for physicians. A qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health* 2009; 37 (1): 57–63.

Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Amick BC, 3rd. Distribution of sickness absence in the European Union countries. *Occup Environ Med* 2004; 61 (10): 867–869.

Godycki-Cwirko M, Nocun M, Butler CC, Muras M, Fleten N, Melbye H. Sickness certification for patients with acute cough/LRTI in primary care in Poland and Norway. *Scand J Prim Health Care* 2011; 29 (1): 13–18.

Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 2007; 25 (1): 20–26.

Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scand J Soc Welf* 1997; 6: 301–309.

Hiscock J, Ritchie J. The role of GPs in sickness certification. Leeds: HMSO, Report 148, 2001.

Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ* 2004; 328 (7431): 88.

Kankaanpää A. Sick leave prescribing practices in Finland. Turku: Turun yliopisto, 2014.

Kankaanpää AT, Franck JK, Tuominen RJ. Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *Eur J Public Health* 2012; 22 (1): 92–96.

Kedzia S, Kunz R, Zeller A, ym. Sickness certification in primary care. A survey on views and practices among Swiss physicians. *Swiss Medical Weekly* 2015; 145:w14201.

Kela. Sairauspäiväraha. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/sairauspaivaraha>>. Helsinki: Kela, 2015a.

Kela. Kelan sairausvakuustilasto. Saatavissa: <http://www.kela.fi/vuositilastot_kelan-sairausvakuustilasto>. Helsinki: Kela, 2015b.

Kivekäs J, Hannu T, Rokkanen T, Ropponen T. Pitkäaikaisen työkyvyttömyyden arviointi kannattaa keskittää työterveyshuoltoon. *Suom Lääkäril* 2012; 67 (33): 2229–2233.

Krohne K, Brage S. New rules meet established sickness certification practice. A focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care. *Scand J Prim Health Care* 2007; 25 (3): 172–177.

L 532/2009. Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta.

Lääkäriliitto. Lääkärintodistuksen kirjoittaminen. Hyväksytty Lääkäriliiton hallituksessa 9.12.2010.

Lääkäriliitto, Työterveyslaitos. Sairauspoissaolotarpeen arviointi. Miten kirjoitan sairauslomia oikein? Saatavissa: <<https://www.laakariliitto.fi/koulutus/verkkokoulutus/sairauspoissaolotarpeen-arviointi>>. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 2015.

Laaksonen K, Virta L. Ollaanko sairaana lomalla? *Kielikello* 2008; (3).

Letrilliar L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *Eur J Gen Pract* 2012; 18 (4): 219–228.

- Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, ym. Sickness-certification practice in different clinical settings. A survey of all physicians in a country. *BMC Public Health* 2010; 10: 752–761. doi 10.1186/1471-2458-10-752.
- Ljungquist T, Alexanderson K, Kjeldgård L, Arrelöv B, Nilsson GH. Occupational health physicians have better work conditions for handling sickness certification compared with general practitioners. Results from a nationwide survey in Sweden. *Scand J Public Health* 2015; 43 (1): 35–43.
- Löfgren A, Hagberg J, Arrelöv B, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks. A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care* 2007; 25 (3): 178–185.
- Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. What physicians want to learn about sickness certification. Analyses of questionnaire data from 4019 physicians. *BMC Public Health* 2010; 10: 61-2458-10-61.
- Löfgren A, Silen C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scand J Public Health* 2011; 39 (3): 245–254.
- Martimo K. Lyhytaikaisen työkyvyttömyyden toteaminen. *Duodecim* 2006; 122: 158–159.
- Martimo K. Saira-an hyvä työkyky. *Suom Lääkäril* 2014; 69 (42): 2730.
- Martimo K, Viikari-Juntura E. Määrätäkö sairauslomaa vai ei? *Suom Lääkäril* 2012; 20: 1564–1565.
- Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med* 2006; 63 (7): 495–502.
- Pälve H, Martimo K. Hoitavan lääkärin ei tule määrätä sairauslomaa. Pääkirjoitus. *Suom Lääkäril* 2015; 40: 2569.
- Parent-Thirion A, Vermeulen G, van Houten G, ym. Fifth European working conditions survey. Luxembourg: Eurofound, Publications Office of the European Union, 2012.
- Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15 (2): 68–75.
- Reiso H, Nygard JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Fam Pract* 2000; 17 (2): 139–144.
- Roope R, Parker G, Turner S. General practitioners' use of sickness certificates. *Occup Med (Lond)* 2009; 59 (8): 580–585.
- Siukola A. Sickness absence and working conditions in the food industry. Tampere: Tampereen yliopisto, 2013.
- Söderberg E, Alexanderson K. Gatekeepers in sickness insurance. A systematic review of the literature on practices of social insurance officers. *Health Soc Care Community* 2005; 13 (3): 211–223.
- STM. Vakuutuslääkärjärjestelmää kehittäneen työryhmän muistio. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 1, 2014.

Sutela H, Lehto A. Työolojen muutokset 1977–2013. Helsinki: Tilastokeskus, SVT, 2014.

Swartling MS, Alexanderson KA, Wahlström RA. Barriers to good sickness certification. An interview study with Swedish general practitioners. *Scand J Public Health* 2008; 36 (4): 408–414.

Tuomi E. Työkyvyttömyys ja invaliditeetti. *Lääketiede* 76. Luentolyhennelmät. 1976.

Työaikakatsaus. Työajat ja poissaolot EK:n jäsenyrityksissä vuonna 2013. Helsinki: Elinkeinoelämän keskusliitto, 2015.

Työterveyslaitos. Sairaaksikirjoittamisen ohjeisto. Helsinki: Työterveyslaitos, 2015. Saatavissa: <<http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/sairaaksikirjoittaminen/sivut/default.aspx>>.

Työterveyslääkäri. Teemanumero: Sairauspoissaolo – oikea annostelu. Suomen Työterveyslääkäriyhdistys, 2014.

Virtanen M, Oksanen T, Ervasti J, Kivimäki M, Vahtera J. Mistä kaikesta sairauspoissaolot voivat kertoa? *Työterveyslääkäri* 2014; (2): 13–16.

Virtanen P, Nakari R, Ahonen H, Vahtera J, Pentti J. Locality and habitus. The origins of sickness absence practices. *Soc Sci Med* 2000; 50 (1): 27–39.

Vohlonen I, Vehviläinen A, Husman K, Koistinen V, Rasilainen J, Pesonen H. Terveysturvan rahoitus. Seurantatutkimus 2000–2013. Alustavia kansallisia tuloksia. 2015.

von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients. A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26 (1): 22–28.

Wahlström R, Alexanderson K. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scand J Public Health Suppl* 2004; 63: 222–255.

Werner RM, Alexander GC, Fagerlin A, Ubel PA. The "Hassle Factor". What motivates physicians to manipulate reimbursement rules? *Arch Intern Med* 2002; 162 (10): 1134–1139.

Whitaker SC. The management of sickness absence. *Occup Environ Med* 2001; 58 (6): 420–424.

Winde LD, Alexanderson K, Carlsen B, Kjeldgard L, Wilteus AL, Gjesdal S. General practitioners' experiences with sickness certification. A comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 10-2296-13-10.

Wynia MK, Cummins DS, VanGeest JB, Wilson IB. Should physicians manipulate reimbursement rules to benefit patients? *JAMA* 2000; 284 (11): 1382–1383.

Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care* 2010; 28 (2): 67–75.