

Pekka Kallionpää, Juho Immonen, Norma Välimaa,
Fredrik Herse ja Riikka-Leena Leskelä

Työkyvyn hallinta, seuranta ja varhainen tuki

Tutkimus sairausvakuutuslain vuoden 2011 muutoksen
vaikutuksista työpaikkojen toimintaan





Kirjoittajat

Pekka Kallionpää, projektipäällikkö, KTM
Nordic Healthcare Group Oy (30.06.2017 asti)
etunimi.sukunimi@esperifi.fi

Juho Immonen, lääkäri, LL, KTK
Nordic Healthcare Group Oy
etunimi.sukunimi@nhg.fi

Norma Välimaa, analyttikko, DI
Nordic Healthcare Group Oy (31.08.2016 asti)
etunimi@suomihealth.com

Fredrik Herse, Senior Manager, KTM
Nordic Healthcare Group Oy
etunimi.sukunimi@nhg.fi

Riikka-Leena Leskelä, tutkimusjohtaja, TkT
Nordic Healthcare Group Oy
etunimi.sukunimi@nhg.fi

© Kirjoittajat ja Kela

www.kela.fi/tutkimus

ISSN 2323-9239

Helsinki 2017

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
2 Taustaa	6
3 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset.....	7
4 Aineisto ja menetelmät	9
4.1 Laajalle vastaajajoukolle lähetetty kyselytutkimus.....	10
4.2 Case-tutkimus	13
5 Tutkimuksen tulokset.....	14
5.1 Kyselytutkimuksen tulokset	14
5.1.1 Suunnitelmien laatiminen ja korvausmenettelyn hyödyntäminen	14
5.1.2 Tavoitteet ja mittarit	17
5.1.3 Käytännöt ja toimenpiteet.....	19
5.2 Case-tutkimuksen tulokset.....	21
5.2.1 Toimintasuunnitelmat ja tavoitteet	22
5.2.2 Työkyvyn hallinta ja prosessit.....	24
5.2.3 Tavoitteiden seuranta ja toteutuminen	27
5.2.4 Kriittiset tekijät muutosten taustalla ja kehitysehdotukset	29
6 Pohdinta ja johtopäätökset.....	31
6.1 Tulosten luotettavuus ja yleistettävyys	31
6.2 Lakimuutoksen vaikutus työkyvyn hallinnan panostuksiin	31
6.3 Lakimuutoksen vaikutus työkyvyn hallinnan prosessiin.....	33
6.4 Tavoitteiden toteutuminen ja hyvät käytännöt.....	35
Lähteet	37
Liiteluettelo	40

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksessa selvitettiin vuoden 2011 sairausvakuutuslain muutoksen vaikutuksia työkyvyn hallintaan, seurantaan ja varhaiseen tukeen. Sairausvakuutuslakimuutos (L 1056/2010) edellyttää, että ”työpaikalla on yhteistyössä työterveyshuollon kanssa sovitut käytännöt siitä, miten työkyvyn hallintaa, seuranta ja varhaista tukea toteutetaan työpaikan ja työterveyshuollon yhteisenä toimintana”, jotta työterveyshuollon korvausluokkaan 1 kuuluvista palveluista aiheutuvista kustannuksista korvattaisiin 50 % sijaan 60 %.

Tutkimus toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa tehtiin laaja, sähköinen kyselytutkimus, johon osallistui yli 1 000 työnantajaa. Toisessa vaiheessa kartoitettiin syvemmin työnantajien hyväksi kokemia työkyvyn hallinnan käytäntöjä sekä kehitysehdotuksia case-tutkimuksen menetelmin suppeammasta 22 työnantajan otoksesta. Tämän lisäksi haastateltiin viittä eri työterveyshuollon palveluntuottajaa.

Yli 85 % kyselytutkimukseen osallistuneista ilmoitti sopineensa toimintakäytännöistä tai laati-neensa toimenpideohjelman yhteistyössä työterveyshuollon kanssa, mikä on noin 10 prosenttiyksikköä enemmän kuin ennen vuotta 2011. Erilaisille toimintamalleille on laadittu suunnitelmia melko kattavasti, mutta suunnitelmien seuranta ei ole vielä systemaattista: suunnitelmiin ei ole kytketty tavoitteita, ja seurattavat mittarit puolestaan eivät välttämättä kytkeydy suunnitelmiin.

Suurin osa tutkimuksen toiseen vaiheeseen osallistuneista organisaatioista koki lakimuutoksen onnistuneeksi tavaksi edistää työkyvyn hallintaa. Osallistuneissa organisaatioissa työkyvyn hallinta ja varhainen tuki on tullut viime vuosina keskimäärin systemaattisemmaksi ja tavoitteellisemmaksi. Haastateltavat kuitenkin korostivat organisaation omaa toimintaa ja valmiutta tärkeämmäksi työkyvyn hallinnassa. Haastateltavat pitivät suunnitelmien tekoa melko hyödyllisenä työkyvyn hallinnan kannalta ja osasivat mainita esimerkkejä hyvistä työkykykäytännöistä. Tavoitteiden seuranta ja mittaaminen ei kuitenkaan ole niin systemaattista kuin laajat suunnitelmat antaisivat olettaa. Tavoitteet on suunnitelmissa ilmaistu tyypillisesti yleisellä tasolla, jolloin niitä on vaikea mitata tai asettaa tavoitetasoja. Työpaikoilla seurataankin tyypillisesti helposti mitattavia asioita, kuten työtapaturmia, sairauspoissaoloja ja ennenaikaisia eläköitymisiä. Nämä kuvastavat myöhäisen vaiheen ongelmia. Varhaisen vaiheen tunnistamista tai ennaltaehkäisyn toteutumista ei seurata, oletettavasti niiden vaikean mitattavuuden vuoksi, vaikka tavoitteista nämä teemat löytyvät.

Työkyvyn hallinnan kehittäminen on monivaiheinen prosessi, joka lähteäkseen käyntiin edellyttää yleistä tietoisuutta työkyvyn hallinnasta sekä henkilöstöasioista vastaavien tahojen kykyä kommunikoida muun johdon kanssa työkyvyn hallinnan kustannusvaikuttavuudesta. Onnistunut työkyvyn hallinta edellyttää lisäksi, että johto on sitoutunut siihen, sisäinen viestintä esimiehille ja työntekijöille toimii ja että henkilöstö osallistuu prosessiin.

Avainsanat: sairausvakuutuslaki, lainsäädäntö, muutokset, vaikutukset, työterveyshuolto, työnantajat, työpaikat, yhteistyö, työkyky, työterveys, hallinta, seuranta, tavoitteet, varhainen tuki, ennaltaehkäisy, työperäiset sairaudet

1 JOHDANTO

Työterveystoiminnan tavoitteena on terveellinen ja turvallinen työ ja työyhteisö sekä työssä käyvän väestön terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen, edistäminen ja seuranta työuran eri vaiheissa. Työkykyä kuvataan usein niin sanotulla talomallilla, jossa terveys ja toimintakyky ovat talon perusta, osaaminen toisessa kerroksessa, asenteet ja motivaatio kolmannessa ja lopulta johtaminen, työyhteisö ja työolot ovat viimeisessä kerroksessa (Ilmarinen ym. 2006). Eri kerrokset ovat vuorovaikutuksessa keskenään, ja työkykyä ympäröivät perheen ja eri yhteisöjen verkostot. Lisäksi ympäröivät yhteiskunnan rakenteet ja säännöt vaikuttavat yksilön työkykyyn. Niin sanottu moniulotteinen työkykymalli erittelee kolmeksi työkyvyn osa-alueeksi jaksamisen, työnhallinnan sekä työyhteisöosallisuuden (Järvikoski ym. 2001). Jaksaminen liittyy fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ja työn kuormittavuuden väliseen tasapainoon, työn hallinta osaamisen ja vaatimusten väliseen suhteeseen sekä osallisuus sosiaalisten taitojen ja muiden vastaavien valmiuksien sekä yhteisön vaatimusten väliseen suhteeseen.

Lain (L 1383/2001; L 738/2002) mukaan työnantaja on vastuussa työntekijän terveydestä ja turvallisuudesta työssä. Vuoden 2011 sairausvakuutuslain muutoksen tavoitteena oli ”parantaa työpaikkojen ja työterveyshuoltojen yhteistyönä toteutettavan työkyvyn hallinnan ja edistämisen toteutumista työpaikoilla” (HE 67/2010). Työntekijän työkykyä ja työhyvinvointia ajatellen paras lopputulos saavutetaan työnantajien, työntekijöiden ja työterveyshuollon yhteistyönä, mikä on myös hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaista. Kaikki kolme osapuolta sopivat yhdessä työpaikalla ja työterveyshuollossa noudettavista käytännöistä ja toimenpiteistä liittyen työkyvyn hallintaan, seurantaan ja varhaiseen tukeen.

Vuonna 2011 voimaan tulleen sairausvakuutuslain muutoksen (L 1056/2010) tavoitteena on ollut edistää työkykyä edistävien toimien käyttöönottoa: tarkoituksena oli pyrkiä edistämään työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyötä sekä edistää työkykyä tukevaa ja työkyvyttömyyttä ehkäisevää toimintaa. Laki edellyttää, että ”työpaikalla on yhteistyössä työterveyshuollon kanssa sovitut käytännöt siitä, miten työkyvyn hallintaa, seurantaa ja varhaista tukea toteutetaan työpaikan ja työterveyshuollon yhteisenä toimintana”, jotta työterveyshuollon korvausluokkaan 1 kuuluvista palveluista aiheutuvista kustannuksista korvattaisiin 50 %:n sijaan 60 %.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten vuonna 2011 toteutettu sairausvakuutuslain muutos (L 1056/2010) on vaikuttanut työkyvyn edistämisen käytäntöihin ja erityisesti työpaikkojen omiin toimenpiteisiin – onko työkyvyn edistämiseksi ja parantamiseksi laadittu suunnitelmia, ovatko suunnitelmat realistisia, millaisia toimenpiteitä niihin liittyy ja onko suunnitelmien toteutumista seurattu. Lisäksi tutkimuksessa tunnistetaan hyviä käytäntöjä työkyvyn hallinnassa ja parhaita toteutuneita käytäntöjä toimintamallien juurruttamiseen ja ennalta ehkäisevän työn toteuttamiseen. Erityistä huomiota tutkimuksessa on annettu pk-yritysten toiminnalle käytännössä. Tutkimus toteutetaan takautuvana monimenetelmäisenä arviointitutkimuksena. Koska tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on saada tietoa siitä, millaisia muutoksista työpaikkojen toimintakäytännöissä on tapahtunut lakimuutoksen seurauksena, hyödynnettiin tutkimuksessa ensisijaisesti tutkimuksen aikana kerättyä kvalitatiivista aineistoa. Aineistoa kerättiin kahdella menetelmällä: internetpohjaisella kyselytutkimuksella, johon

osallistui yli 1 300 työpaikkaa, sekä syvemmillä case-tutkimuksella, jossa haastateltiin edustajia 22 työpaikalta sekä viidestä työterveyshuollon palveluntuottajaorganisaatiosta. Case-tutkimuksessa myös kerättiin työpaikkojen työterveyshuollon uusimmat toimintasuunnitelmat ja vastaavat vuosilta 2010–2012 sekä näihin liittyvät mahdolliset varhaisen tuen toimintamallit. Kyselytutkimuksen tuloksia analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin. Case-tutkimuksen tulosten analysoinnissa käytettiin kvalitatiivisia menetelmiä, kuten toistuvien teemojen taulukointia. Case-tutkimuksen haastatteluita hyödynnettiin myös kyselytutkimuksen tulosten tulokinnassa.

Tutkimuksen lopputuloksena on saatu arvio lakimuutoksen vaikutuksista käytännön toimintaan työkyvyn edistämiseksi erityisesti työpaikoilla, mutta myös työterveyshuollossa sekä työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyössä. Kela, sosiaali- ja terveysministeriö sekä työmarkkinajärjestöt sekä työmarkkinajärjestöt voivat hyödyntää tuloksia lakimuutosten suunnittelussa ja toimeenpanossa. Tutkimus on toteutettu yhteistyössä Kelan kanssa.

2 TAUSTAA

Työkykyä on tutkittu runsaasti eri näkökulmista. Osa työkyvyn hallinnan tutkimuksesta on keskittynyt paljon yksittäisten työterveysinterventioiden tai yksittäisen työpaikan interventio-ohjelmien vaikuttavuuden tutkimiseen (Goldenhar ym. 1994; Harden ym. 1999; Elo ym. 2001; Pelletier ym. 2001; Goetzel ym. 2002; Franche ym. 2005; Ruotsalainen ym. 2006) tai jopa kustannusvaikuttavuuden arvioimiseen (Taimela ym. 2008; Parvinen ym. 2010). Suoraa yhteyttä ennalta ehkäisevän työterveyshuollon panosten ja yrityksen taloudellisen tuloksen välille ei kuitenkaan ole löydetty (Kankaanpää 2012).

Toinen selkeä kokonaisuus muodostuu ikääntyvien työntekijöiden työkykyyn ja työurien pidentämiseen liittyvästä tutkimuksesta (Ilmarinen ym. 2006). Jonkin verran on olemassa myös laadullista tapaustutkimusta työkykytoiminnasta sekä työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyöstä (Rokkanen 2015), ja työterveysyhteistyöstä on vastikään laadittu opas (Viljamaa ym. 2015). Yrittäjien ja pienten yritysten työterveyshuollon sisältöä ja kattavuutta on tutkittu osana STM:n Vaikuttavuuden lisääminen työterveystoiminnassa -ohjelmaa (Palmgren ym. 2015). Pienten yritysten työterveyshuoltomallin vieminen käytäntöön onnistui vaihtelevasti. Suhteellisesti eniten työterveyshuollon kattavuus parani pienimmissä, alle 10 henkilön mikroyrityksissä. Yksinyrittäjillä työterveyshuollon järjestäminen sen sijaan ei yleistynyt. Neljä viidestä yrittäjästä ja kaksi kolmesta pienestä yrityksestä olivat tyytyväisiä työterveyshuoltopalveleihinsa. Verkottuminen, yhteistyö, joustavat palvelukonseptit ja sähköiset palvelut nousivat tulevaisuuden kehittämiskohteiksi. (Palmgren ym. 2015.) Tutkimuksia, jotka käsittelevät työkyvyn tukimallien juurtumista ja käytettävyyttä sekä yleisyyttä organisaatioissa on kuitenkin raportoitu sängen niukasti (Mäkelä-Pusa 2010; Juvonen-Posti ym. 2012). Työpaikkojen ja työterveyshuollon yhteistyössä tehtävän työterveystoiminnan kehittämisen juurtumista on kuitenkin tutkittu seitsemän tutkimus- ja kehittämishankkeen kokemusten pohjalta (Turpeinen ym. 2016). Juurtuminen oli helpompaa, jos kehittämiseen liittyvät tehtävät liitettiin osaksi työpaikan olemassa olevia käytäntöjä. Onnistuminen kehittämisprosessin eri vaiheissa motivoi

jatkamaan. Muita juurtumista edistäviä tekijöitä olivat kehittämistyön saama tuki, osallistavuus, selkeä rakenne sekä voimavara- ja ratkaisukeskeisyys. Myös toimintaympäristön tekijät, kuten osallistavan johtamiskulttuurin arvostus ja yhteistyöhön velvoittavat asetukset ja lait edistivät yhteiskehittämisen juurtumista. Juurtumista vaikeuttavia tekijöitä puolestaan olivat lopputuloksen vaikea ennakoitavuus, osallistamisen ja prosessin työläys ja hitaus sekä ulkopuolisen avun tarve. (Turpeinen ym. 2016.)

Erilaisten lakimuutosten ja säännösten vaikutusten tutkimukset ovat tyypillisesti interventiotutkimuksia, joissa vertaillaan tilannetta ennen ja jälkeen muutoksen (Bhattacharyya ja Laytona 1979; Harvey ja Durbin 1986; Craig ym. 2012; Kausto ym. 2014). Suomessa lakimuutoksien vaikutusta on tutkittu tyypillisesti kvantitatiivisen rekisteriaineiston avulla (Uusitalo ja Nivalainen 2013; Kausto ym. 2014). Terveystieteiden tutkimuksessa on tutkittu esimerkiksi vammaispalvelulain muutosta (Väisänen ym. 2013) ja työterveyshuollossa osasairauspäivärahan muutosta (Kausto ym. 2014). Tässä tutkimuksessa rekisteripohjainen tutkimus ei ollut mielekäs, koska tavoitteena oli arvioida sairausvakuutuslain muutoksen vaikutusta erityisesti työpaikalla toteutuneisiin käytänteisiin työkyvyn edistämiseksi, eikä näistä jää merkintöjä rekistereihin.

3 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida sairausvakuutuslain muutoksen vaikutuksia työpaikan työkyvyn edistämiseen ja siihen liittyviin asetettuihin tavoitteisiin työpaikoilla. Työterveyslaitos määrittelee vaikuttavuuden tavoitteiden toteutumiseksi ja toteutumisasteeksi (Viljamaa ym. 2012). Heidän mukaansa tulosten lisäksi (esim. työkyvyttömyyseläkkeiden määrä) on tarkasteltava myös vaikutusketjua eli vaikutuksen prosessia. ”Vaikutusketju on tavoitteista vaikutuksiin johtava prosessi, joka sisältää resurssien lisäksi toteutuksen edellyttämät toiminnot. Vaikuttavuuden kannalta on tärkeää arvioida ja kehittää vaikutusketjujen (prosessien) toimivuutta.” (Viljamaa ym. 2012, 21.) Tutkimuksen viitekehyksen pohjana lakimuutoksen vaikuttavuutta arvioidessa käytettiin Viljamaan määrittämää vaikutusketjua. Jotta lakimuutoksen vaikuttavuutta voidaan arvioida, on siis tutkittava myös käytäntöjä ja toimenpiteitä, joita ensisijaisesti lakimuutos on saanut aikaan työpaikoilla ja työterveyshuollossa.

Vaikuttavuuden indikaattorit voidaan jakaa tulosindikaattoreihin ja ennakoiviin indikaattoreihin (Viljamaa ym. 2012, 27). Ennakoivat indikaattorit kuvaavat muun muassa prosessien ja järjestelmien toimivuutta. Tulosindikaattorit kuvaavat monimutkaisten prosessien päässä olevia päätetapahtumia ja ovat siten viiveellisiä. Tulosindikaattoreihin vaikuttavia tekijöitä on paljon ja yksittäisten tekijöiden merkityksen arviointi haastavaa. Varsinkin lyhyellä aikavälillä vaikuttavuuden kannalta onkin tärkeintä arvioida ennakoivia indikaattoreita ja kehittää vaikutusketjujen toimivuutta. Lopputuloksien arvioimiseksi tarvitaan usein pidempi aikaväli, etenkin jos on kyse ennalta ehkäisevästä toiminnasta, joten tulosindikaattorien tarkastelu rajataan ulos tästä tutkimuksesta.

Tässä tutkimuksessa tutkitaan vaikuttavuutta arvioimalla ensisijaisesti vaikutusketjun alkuosaa, joka on Viljamaan pohjalta jaettu kahteen osaan: 1) panoksiin eli työkyvyn edistämisen

tärkeys ja rooli organisaatiossa sekä työkyvyn edistämiseksi laaditut suunnitelmat, 2) prosessiin, jolla työkykyä pyritään edistämään, mukaan lukien esimerkiksi käytännöt, toimenpiteet ja seuranta. Varsinaisten tulosindikaattorien sijasta arvioidaan, ovatko työpaikat mielestään saavuttaneet työkykytoiminnalle asettamia tavoitteita.

Tutkimuksen tavoitteita selvitetään seuraavien kysymysten avulla: 1) miten lakimuutos on muuttanut organisaatioiden panostuksia työkyvyn edistämiseksi, 2) miten lakimuutos on vaikuttanut organisaatioiden työkyvyn edistämistoimintaan eli prosessiin ja 3) ovatko työpaikat saavuttaneet tavoitteita, joita ne asettivat työkykytoiminnalle.

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen avulla selvitetään, miten lakimuutos on vaikuttanut organisaatioiden työkykyä edistävän toiminnan panoksiin:

- Miten työkyvyn edistäminen on organisaatiossa vastuutettu: kuka organisaatiossa vastaa työkyvyn edistämisestä?
- Laaditut suunnitelmat: Miten laadittujen suunnitelmien määrä on kehittynyt? Onko suunnitelmissa asetettu konkreettisia tavoitteita ja määritetty vastuualueita yrityksen ja työterveyshuollon välillä? Millainen suunnitelmaan laadittujen toimenpiteiden sisältö ja laatu on? Ovatko dokumentit laadullisesti riittäviä ja toteutuskelpoisia?
- Työpaikkojen ja työterveyshuoltojen asenne ja ilmapiiri työkyvyn edistämiseksi

Toisen tutkimuskysymyksen avulla selvitetään, mikä vaikutus lakimuutoksella on ollut työkykytoimintaan eli prosessiin:

- Työkykykäytäntöjen kehittyminen: Onko lakimuutoksesta seurannut muutoksia työpaikkojen toimintatavoissa? Miten työterveyshuollon, työnantajan ja työntekijöiden yhteistyö on kehittynyt? Ovatko yhteistyö ja toimintatavat muuttuneet käytännössä vai ainoastaan suunnitelmissa?
- Suunniteltujen toimenpiteiden ja interventioiden toteutuminen: Onko suunniteltuja toimenpiteitä tehty? Miten työterveyshuollon suorittamien aktiviteettien määrä työpaikoilla on kehittynyt? Miten työpaikoilla tehtyjen aktiviteettien määrät työkyvyn edistämiseksi ovat kehittyneet (esim. tyky-toiminta)?
- Suunnitelmissa määritetyn seurannan toteutuminen: Kuinka hyvin toimintamallit ovat juurtuneet organisaatiossa? Onko dokumentteihin kirjattuja seurantamenetelmiä noudatettu? Onko asetettuja tavoitteita seurattu ja/tai saavutettu suunnitelmien mukaisesti tai uudella tavalla?
- Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet laadittujen suunnitelmien toteutumiseen ja toteuttamatta jäämiseen?

Kolmannella tutkimuskysymyksellä arvioidaan, ovatko yritykset toteuttaneet suunnitelmiaan onnistuneesti ja ovatko ne saavuttaneet tavoitteitaan. Lisäksi arvioidaan, mitkä ovat olleet parhaita toteutuneita käytäntöjä yhteistyön tiivistämiseksi ja työkyvyn edistämiseksi sekä miten käytäntöjä voitaisiin levittää laajempaan käyttöön.

- Työkykytoiminnan tavoitteet: Mitä tavoitteita suunnitelmissa on määritetty? Kuinka konkreettisia tavoitteet ovat? Miten suunnitelmissa määritetyt tavoitteet on saavutettu?
- Parhaiden toteutuneiden käytäntöjen arviointi: Mitkä ovat olleet hyviksi koettuja toimenpiteitä? Mitkä tekijät ovat tukeneet yhteistyön kehittämistä ja toimenpiteiden käyttöönottoa? Miten parhaita käytäntöjä voitaisiin levittää edelleen ja miten hyviksi havaittuja toimenpiteitä saadaan laajempaan käyttöön?

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus on luonteeltaan arviointitutkimus, jolla selvitettiin lakimuutoksen vaikutuksia tekeväällä laajalle vastaajajoukolla lähetetty kyselytutkimus ja sen lisäksi haastatteluihin ja kirjallisten dokumenttien analyysin perustuva case-tutkimus. Monimenetelmäiseen lähestymiseen päädyttiin, koska kvantitatiivisen tutkimuksen mahdollisuudet olisivat jääneet rajalliseksi. Yleistettävyyteen, ennustettavuuteen ja kausaaliselityksiin pyrkivän kvantitatiivisen tutkimuksen rinnalla vaikutuksia selvitettiin siis myös kvalitatiivisin menetelmin, jossa pyrkimys on kontekstuaalisuuteen, tulkintaan ja toimijoiden ymmärtämiseen. Monimenetelmäisellä tutkimusotteella pyrittiin saamaan mahdollisimman kattava käsitys aiheesta.

Tutkimusaineisto voidaan jakaa kahteen kategoriaan: 1) kyselytutkimukseen työnantajille ja 2) suppeampaan case-tutkimuksen otokseen kyselytutkimukseen osallistuneista työpaikoista. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen lähestymisen yhdistäminen tähtää molempien menetelmien vahvuuksien hyödyntämiseen ja tutkimusongelman syvälliseen ymmärtämiseen (Creswell 2012). Tutkimuksessa käytetään triangulaatiota, erilaisten aineistojen, tutkijoiden, teorioiden, tutkimusmenetelmien, analyysien tai tieteenalojen yhdistämistä samassa tutkimuksessa, mikä parhaimmillaan lisää tutkimuksen reliabiliteettia. Aineiston osalta trianguloituvat kysely- ja tapausotokset, menetelmien osalta kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen sekä tutkijoiden osalta ammatilliset useammalta tieteenalalta (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 141–142).

Laajalle vastaajajoukolla lähetetty kyselytutkimus tavoittelee maantieteellisesti, toimialoittain ja organisaatiotyypeittäin kattavaa ylätasoa kuvaavaa työkykytoiminnan tilasta ja muutoksesta. Kyselytutkimuksia on hyödynnetty useissa työkyvyn hallintaa ja työterveyshuoltoa selvittämissä tutkimuksissa (Hyytiäinen ym. 1998; Rantanen ym. 2003; Forma ym. 2008). Kyselytutkimuksen tulosten analysointiin sovelletaan deskriptiivisiä tilastollisia menetelmiä. Vastauksia analysoidaan eri tavoin kategorisoituina, esimerkiksi organisaation koon mukaan, käytössä olevien ennalta ehkäisevien käytäntöjen mukaan, tai sen mukaan, kuinka kauan ennalta ehkäisevät käytännöt ovat olleet käytössä. Suppeampi otos case-tutkimuksessa syventää ymmärtämystä aiheesta, ja case-tutkimuksen avulla pyritään myös tunnistamaan parhaita käytäntöjä työkyvyn edistämiseen liittyvien käytäntöjen juurruttamiseen ja työkyvyttömyyden ennaltaehkäisyyn. Case-tutkimuksen tavoitteena ei tyypillisesti ole otoksen tulosten yleistäminen laajempaan populaatioon, vaan muodostaa hypoteeseja, joita jatkotutkimuksessa testataan laajemmalla aineistolla ja sen pohjalta yleistetään.

4.1 Laajalle vastaajajoukolle lähetetty kyselytutkimus

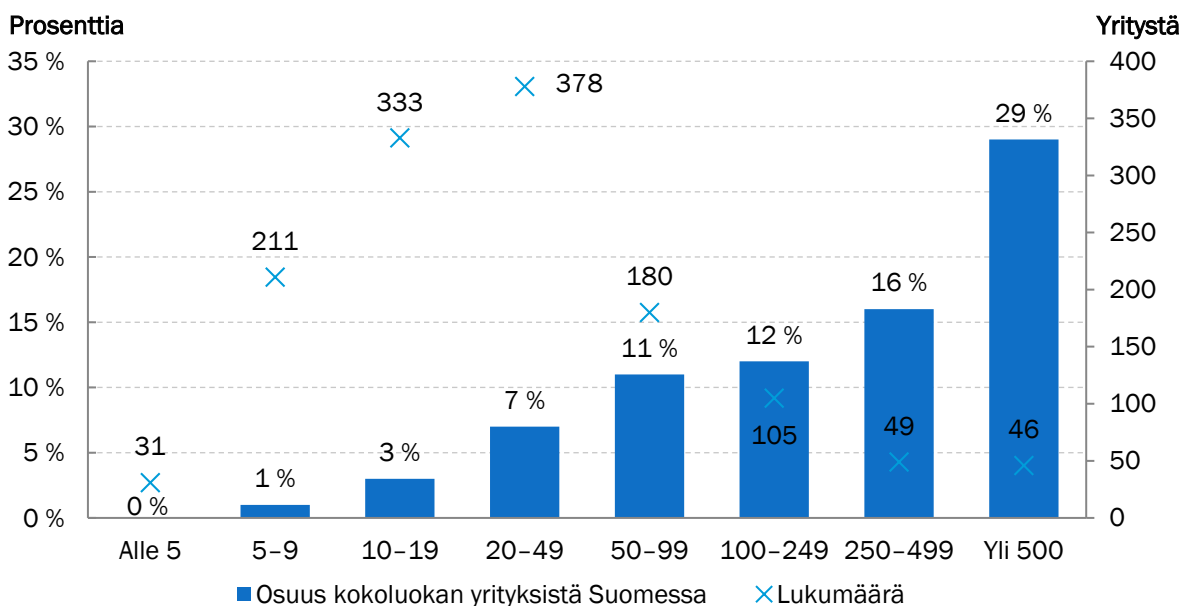
Laajalle vastaajajoukolle lähetetyn internetkyselyn tavoitteena oli selvittää työkyvyn ja varhaisen tuen toiminnan suunnittelua, tavoitteiden ja mittareiden asetantaa sekä seurantaorganisaatioissa. Lisäksi kartoitettiin toimintaa ennen ja jälkeen vuoden 2011. Kysely lähetettiin organisaatioille, joille löytyi sähköpostiosoite Suomen Asiakastieto Oy:n tietokannasta.

Kysely toteutettiin sähköisesti internetpohjaisella Questback-ohjelmistolla, joka on suunniteltu erityisesti sähköisten kyselytutkimusten toteuttamiseen. Kyselyn edetessä vastaajalle esitettäviä kysymyksiä valikoitiin automaattisesti hänen aiempien vastaustensa perusteella. Jos vastaajan organisaatiolla ei esimerkiksi ollut varhaisen tuen mallia käytössä ollenkaan, ohjelma ei kysynyt, otettiinko malli käyttöön ennen vuotta 2011 vai sen jälkeen. Kyselyn laadinnassa kiinnitettiin huomiota vastaamisen helppouteen ja kysymysten järjestyksen loogisuuteen hyödyntämällä autenttisia koevastaajia kyselyn tekemisessä. Kyselyä varten tehtiin muutamia esihaastatteluita erilaisissa työpaikoissa ja valmista kyselyä testattiin koehenkilöillä.

Otokseen pyrittiin saamaan mahdollisimman kattavasti sekä pk-yrityksiä, suuria yrityksiä että julkisia organisaatioita. Kysely lähetettiin helmikuussa 2016 noin 23 000 suomalaiselle organisaatiolle, pääasiassa yksityisille yrityksille. Organisaatioista 958 kpl (4,2 %) osallistui kyselyyn ennen muistutusviestien lähettämistä. Muistutusviestien lähettämisen jälkeen kyselyyn osallistui lopulta 1 333 vastaajaa (5,8 %) 22.6.2016 mennessä.

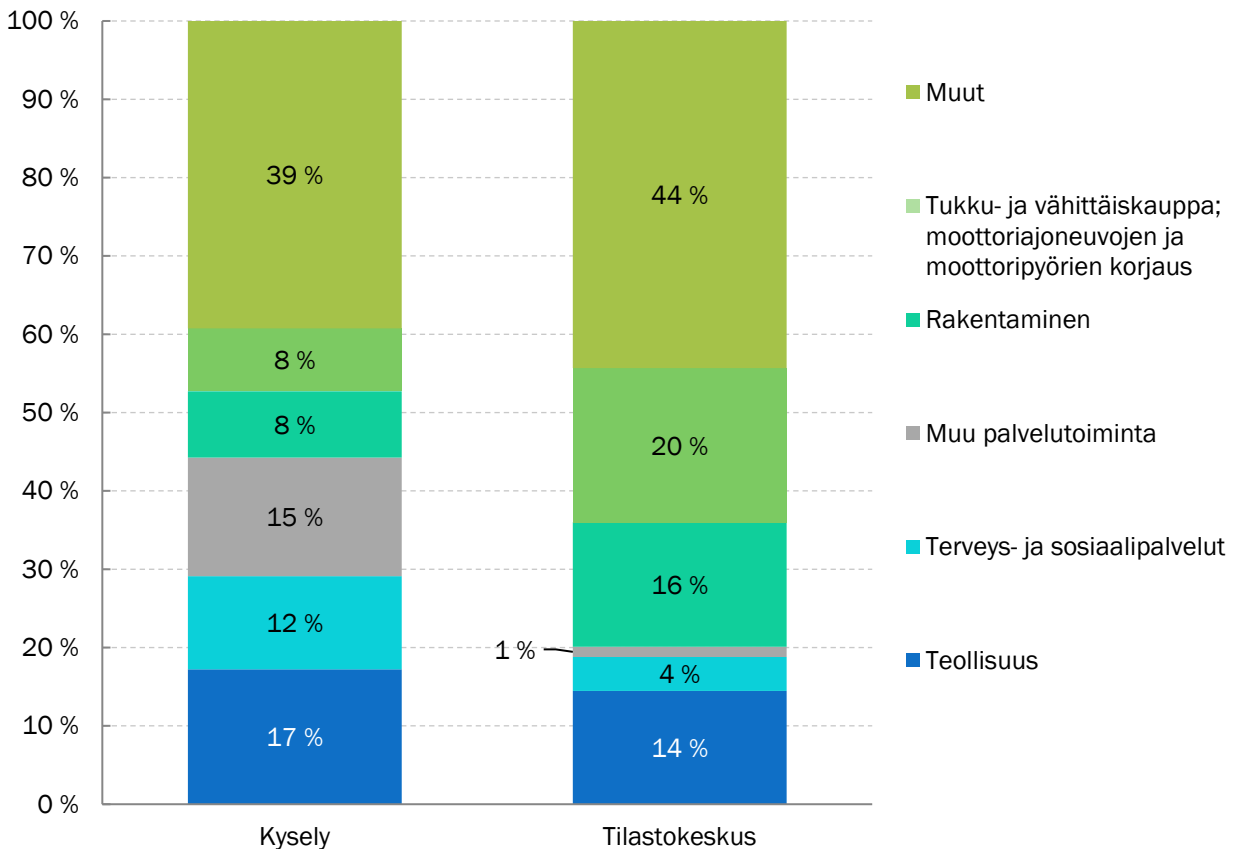
Kyselyllä tavoiteltiin erityisesti pieniä ja keskisuuria yrityksiä. Vastanneista organisaatioista 43 % edusti alle 20 henkilön yrityksiä. Kutsutuista alle 20 henkilön organisaatioista 4,4 % ja yli 20 henkilön organisaatioista 5,7 % vastasi kyselyyn. Kuvio 1 osoittaa, että vastauksia saatiin suhteellisesti eniten yli 500 henkilön yrityksiltä, kun vastanneiden yritysten määrää verrataan kokoluokan yritysten määrään Suomessa. Lukumäärällisesti osallistujia oli kuitenkin eniten 10–50 henkilön organisaatioista.

Kuvio 1. Osallistujat kokoluokittain lukumäärinä ja osuutena vastaavan kokoluokan yrityksistä Suomessa.



Vastanneiden yritysten toimialat ja tuottajat vastasivat kohtuullisesti Suomen yritysraakennetta, kuten kuvio 2 osoittaa. Toimialoista terveys- ja sosiaalipalvelut sekä muu palvelutoiminta olivat jokseenkin yliedustettuina vastauksissa, kun tukku- ja vähittäiskauppa sekä rakentaminen olivat hieman aliedustettuina. Referenssinä käytetty Tilastokeskuksen aineisto Suomen yritysten toimialoista ei sisällä alle viiden työntekijän yrityksiä, koska näitä on suhteettoman paljon ja merkittävä osa näistä on toiminimiä eikä varsinaisia työnantajia.

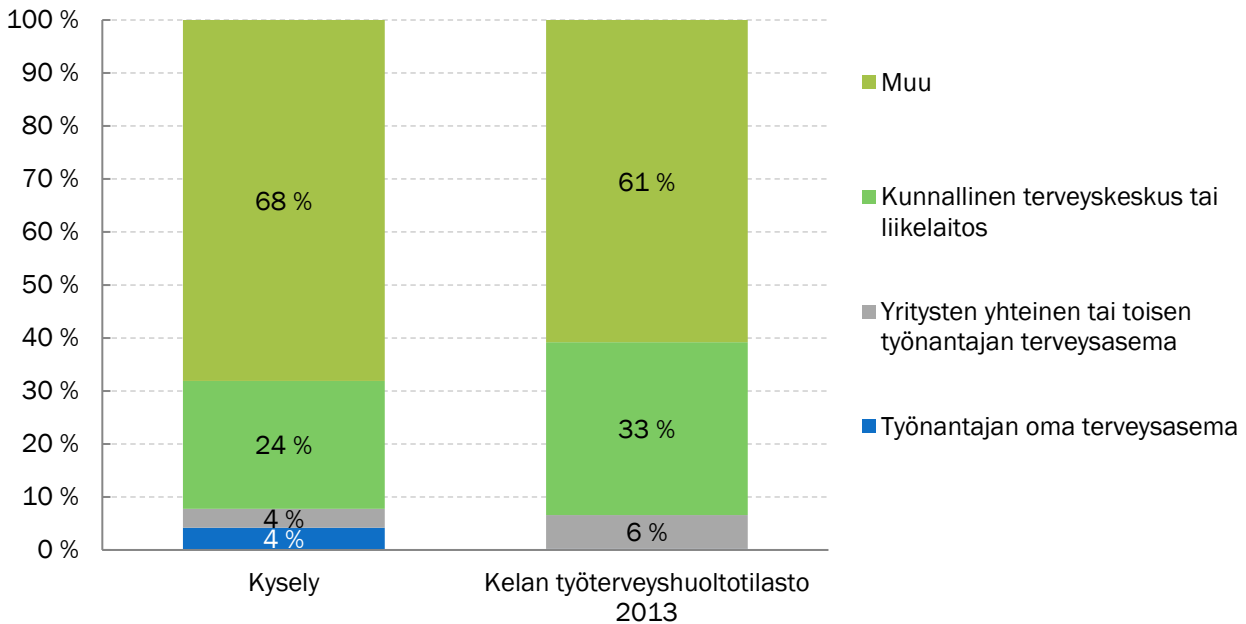
Kuvio 2. Kyselyyn vastanneiden organisaatioiden toimialajakauma verrattuna Tilastokeskuksen tilastoon suomalaisten yritysten toimialoista.



Vastanneiden organisaatioiden työterveyshuollon tuottajista kunnallinen terveyskeskus tai liikelaitos -luokka oli hieman aliedustettuna vastaajissa, kuten kuvio 3 (s. 12) osoittaa. Tuottajien referenssiaineistona käytettiin Kelan työterveyshuoltotilastoa vuodelta 2013. Julkisen sektorin työnantajia vastasi suhteellisesti vähemmän kyselyyn, koska heidän yhteystietojaan ei ollut yhtä kattavasti saatavilla kuin yksityisen sektorin toimijoiden vastaavia.

Vastauspyynnöt lähetettiin ensisijaisesti organisaatioiden henkilöstöstä vastaaville johtajille ja päälliköille sekä tarvittaessa toimitusjohtajille. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli yrityksen toimitusjohtajia (30 %), toiseksi suurin vastaajaryhmä oli talousjohtajat ja -päälliköt ja kolmanneksi suurin ryhmä henkilöstöjohtajat ja -päälliköt. Kyselyn yksityiskohtaiset kysymykset on esitetty liitteessä 1. Kysymykset on luokiteltu taulukossa 1 (s. 12) neljään kategoriaan, jotka noudattelevat tutkimuksen viitekehystä: ensin tarkastellaan panoksia eli suunnitelmia ja tavoitteita ja sen jälkeen prosessia, eli tavoitteiden seuraamista ja toimintaa käytännössä.

Kuvio 3. Kyselyyn vastanneiden organisaatioiden työterveyshuollon tuottajajakauma verrattuna Kelan työterveyshuoltotilastoon.



Taulukko 1. Kyselytutkimuksen osa-alueet.

Suunnitelmat ja dokumentointi	Tavoitteet	Mittarit	Toiminta käytännössä
<p>Onko työpaikallanne tehty työpaikkaselvitystä?</p> <p>Oletteko arvioineet työn ja työpaikan riskejä?</p> <p>Onko työpaikalla sovittu toimintakäytännöt ja laadittu suunnitelmat?</p> <p>Oletteko hakeneet 60 % korvausta ennalta ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista?</p> <p>Millaisia tarpeita olette tunnistanee työkyvyn hallintaan, seurantaan ja varhaiseen tukeen liittyen?</p> <p>Miten työhyvinvointia tai työkykyä edistävä toimintanne on muuttunut vuodenvaihteen 2010–2011 jälkeen?</p>	<p>Oletteko asettaneet tavoitteita</p> <ul style="list-style-type: none"> • varhaisen tuen toimintamallille? • sairauspoissaolojen seurannalle? • kuntoutusyhteistyölle? • työhön paluun tuen toimintamallille? <p>Millaisia tavoitteita organisaatiollanne on työtatapaturmien osalta?</p> <p>Seuraatteko työterveyshuollon tavoitteiden toteutumista?</p>	<p>Oletteko asettaneet mittareita tai reagoitirajoja</p> <ul style="list-style-type: none"> • varhaisen tuen toimintamallille? • sairauspoissaolojen seurannalle? • kuntoutusyhteistyölle? • työhön paluun tuen toimintamallille? <p>Millaisia mittareita käytätte työkyvyn hallintaan, seurantaan tai varhaiseen tukeen?</p> <p>Kuinka usein työpaikallanne seurataan mittareita tai tavoitteiden toteutumista?</p> <p>Seuraatteko työterveyshuollon toiminnan laatua tai vaikuttavuutta?</p>	<p>Toteutatteko seuraavia työhyvinvointia ja -kykyä tukevia toimia?</p> <ul style="list-style-type: none"> • työkykyneuvottelut • työntekijöiden terveydentilan ja työkyvyn seuranta • työperäisten ja työhön liittyvien sairauksien seuranta • työntekijöiden altistumisen ja kuormittumisen seuranta • työtatapaturmien ja työturvallisuuden seuranta • sairauspoissaolojen säännöllinen seuranta <p>Tarjoatteko työkyvyn tukea työpaikalla omatoimisesti tai muun toimijan kuin työterveyshuollon toimesta?</p>

4.2 Case-tutkimus

Koska kyselytutkimuksilla ei saada tietoa siitä, mitkä tekijät edistävät työkykyä ylläpitävien ja työkyvyttömyyttä ennalta ehkäisevien käytäntöjen syntyä ja juurtumista organisaatioissa, parhaiden käytäntöjen tunnistamiseksi on tutkimuksessa käytetty case-tutkimusta. Case-tutkimuksia on hyödynnetty aiemmin työkyvyn hallinnan ja työterveyshuollon tutkimuksessa sekä selvittämään kehittämistarpeita että arvioimaan käytäntöjen muutosta ja toimivuutta (Rokkanen 2015). Case-tutkimuksella saadaan monipuolista tietoa organisaatioiden työkyvyn ylläpitoon liittyvistä käytänteistä ja toimenpiteistä sekä olennaista muuta tietoa organisaatiosta, kuten työilmapiiristä, taloudellisista paineista ja organisaatiokulttuurista, jotka myös vaikuttavat työkykyyn. Laajemman ja tarkemman aineiston ansiosta osiossa saadaan parempi ja luotettavampi kuva tilanteesta ennen lakimuutosta kuin pelkällä kyselytutkimuksella. Case-tutkimuksessa sovelletaan ensisijaisesti kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä, kuten erilaisia ominaisuuksien luokitteluja ja ristiintaulukointeja, joiden avulla etsitään toistuvia ilmiöitä.

Case-tutkimusta varten ensimmäisen vaiheen kyselytutkimuksesta poimittiin suppeampi otos työpaikkoja tarkempien tietojen keräämiseksi niin, että mukaan saataisiin organisaatioita eri toimialoilta ja eri kokoluokista. Lisäksi mukaan yritettiin saada sekä työkykyasioita aktiivisesti edistäneitä että niihin kriittisesti suhtautuvia organisaatioita. Kutakin organisaatiota lähestyttiin monitahoisesti teemahaastattelun ja dokumenttiaineiston avulla. Haastateltavista pääkaupunkiseudun ulkopuolella sijaitsevat organisaatiot haastateltiin puhelimitse, pääkaupunkiseudulla pääosin kasvotusten. Haastatteluaineisto analysoitiin teemoittain ja dokumenttiaineistosta, työterveyshuoltojen toimintasuunnitelmista, etsittiin tukea tulkinnoille.

Case-tutkimuksessa käytettiin haastattelupohjaa (liite 2), jonka työpaikoille osoitetussa osiossa kysyttiin ensin lyhyesti osallistujan perustiedot. Toinen osio kartoitti työkyvyn hallintaa, kolmas muutoksia vuosina 2010–2016, neljäs työterveyshuollon toimintasuunnitelmien tavoitteita ja viimeinen osio antoi osallistujalle mahdollisuuden esittää avoimia kehitysehdotuksia, kuinka edistää työkyvyn hallintaa jatkossa. Case-vaiheeseen osallistuneet 22 organisaatiota on jaoteltu henkilöstön koon ja toimialan mukaan taulukossa 2.

Taulukko 2. Kooste case-organisaatioiden koosta ja toimialasta.

Toimiala/henkilömäärä	Alle 5	5–9	10–19	20–49	50–100	Yli 100	Yhteensä
Sosiaali- ja terveyspalvelut			2	1	2		5
Sähköntuotanto						1	1
Muu palvelutoiminta		1		2	2		5
Kiinteistöhuolto					1		1
Koulutus				1		1	2
Teollisuus			2		2		4
Tukku- ja vähittäiskauppa						1	1
Rakentaminen					1		1
Rahoitus- ja vakuutus toiminta				1		1	2
Yhteensä	0	1	4	5	8	4	22

Valituista organisaatioista kerättiin seuraavat tiedot:

1. Työterveyshuollon uusimmat toimintasuunnitelmat ja vastaavat vuosilta 2010–2012 sekä näihin liittyvät mahdolliset varhaisen tuen toimintamallit oheismateriaaleineen, kuten lomakkeineen ja työpaikkaselvitykset.
2. Haastattelu työkyvyn edistämisestä ja henkilöstöasioista vastaavalle henkilölle, millä kartoitettiin näkemyksiä ja kokemuksia työkyvyn edistämiseen liittyvistä käytännöistä ja niiden vaikutuksista, työpaikan yleistä ilmapiiriä sekä lakimuutosta seuranneita tietoisia muutoksia.

Lisäksi case-tutkimuksessa haastateltiin viittä työterveyshuollon tuottajaa, jotta työterveyshuollon ja työpaikkojen yhteistyön ja roolien kuvaus ei jäisi pelkästään työpaikkojen näkökulman varaan. Lisäksi työterveyshuolloilta toivottiin ulkopuolista näkemystä työpaikoilla 2010-luvulla tapahtuneesta muutoksesta ja sen ajureista. Tuottajat oli valittu case-yritysten käyttämien työterveyshuollon palveluntuottajien keskuudesta. Tuottajien haastattelurunko mukaili työpaikkojen haastattelurunkoa ja sen pääkohtia olivat suunnitelmat ja tavoitteet, työkyvyn hallinta, prosessi ja varhainen tuki sekä kehitysehdotukset.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustulokset esitetään erikseen kyselytutkimukselle ja case-tutkimukselle. Synteesi näiden kahden osa-alueen tuloksista esitetään johtopäätöksissä.

5.1 Kyselytutkimuksen tulokset

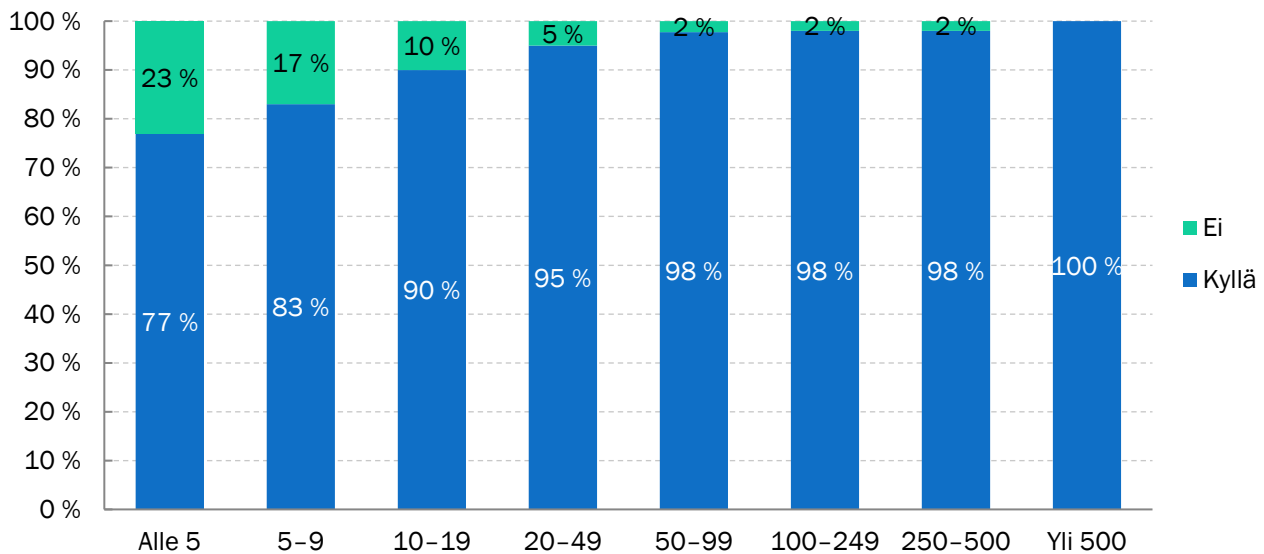
Kappaleessa esitetään keskeiset tulokset internetpohjaisesta kyselytutkimuksesta. Laajempi raportti tuloksista on tämän raportin liitteenä.

5.1.1 Suunnitelmien laatiminen ja korvausmenettelyn hyödyntäminen

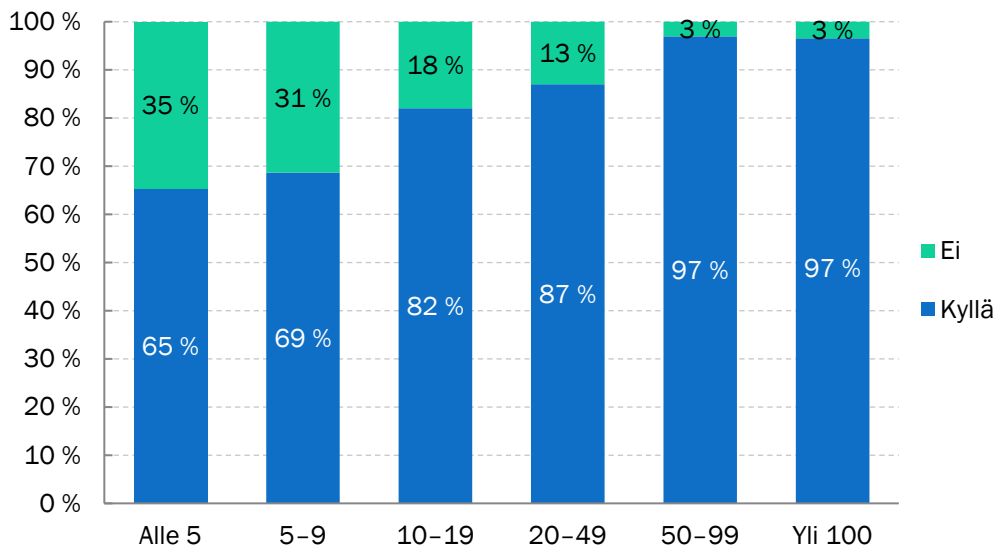
Kyselyyn vastanneista organisaatioista yli 90 % on toteuttanut sairausvakuutuslain muutoksen mukaiset vaatimukset yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Organisaatiot sopivat työkyvyn toimintakäytännöistä ja laativat toimenpideohjelmia näiden osalta hieman systemaattisemmin, mitä suuremmasta organisaatiosta on kysymys. Kuitenkin jo yli 80 % myös pienistä työnantajista on sopinut käytännöistä työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen osalta työterveyshuollon kanssa yhteistyössä (kuvio 4, s. 15).

Vastausten mukaan 60 %:n korvausta hakevat aktiivisemmin kuitenkin suuremmat yritykset, kuten kuvio 5 (s. 15) osoittaa. Pienistä, 5–9 työntekijän kokoisista yrityksistä hieman alle 70 % on hakenut korotettua korvausta, kun taas yli 100 henkilön organisaatioista vastaavasti 95 % on hakenut tätä. Kiinnostavaa on, että osa kaiken kokoisista organisaatioista ilmoittaa sopineensa toimintakäytännöistä työterveyshuollon kanssa tai laatineensa suunnitelman tai toimenpideohjelman työkyvyn hallintaan, seurantaan ja varhaiseen tukeen, mutta eivät ole hakenneet 60 % korvausta työterveyshuollon kuluista (osuudet kuviossa 4 ovat systemaattisesti suurempia kuin kuviossa 5).

Kuvio 4. Osuus vastaajista, jotka ovat sopineet toimintakäytännöistä työkyvyn hallintaan, seurantaan ja varhaiseen tukeen yhteistyössä työterveyshuollon kanssa (alle 20 henkilön organisaatiot) tai ovat laatineet toimenpideohjelman tai suunnitelman työkyvyn hallintaan, seurantaan ja varhaiseen tukeen liittyvistä käytännöistä (vähintään 20 henkilön organisaatiot).



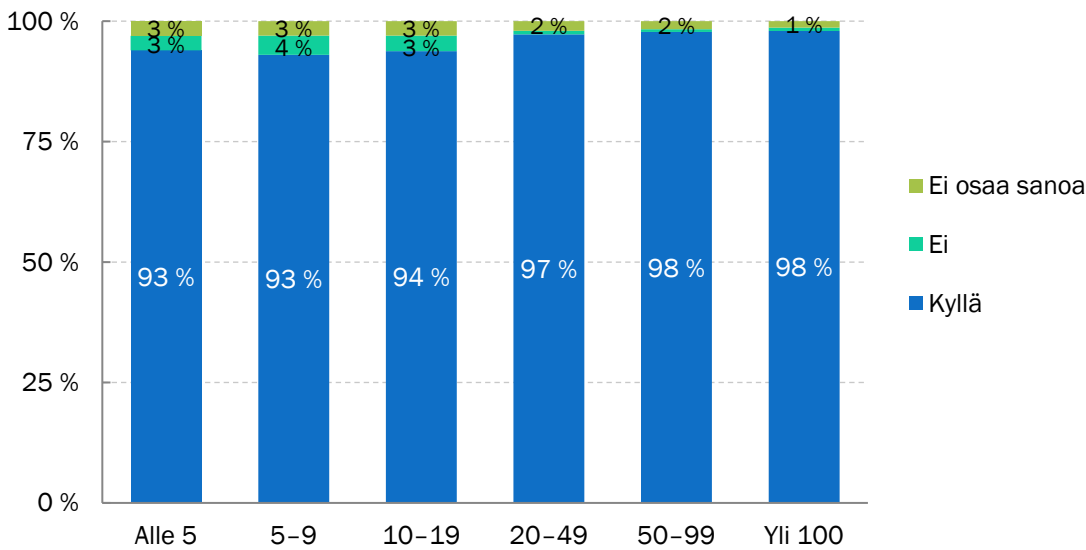
Kuvio 5. 60 % korvauksen hakeminen kokoluokittain.



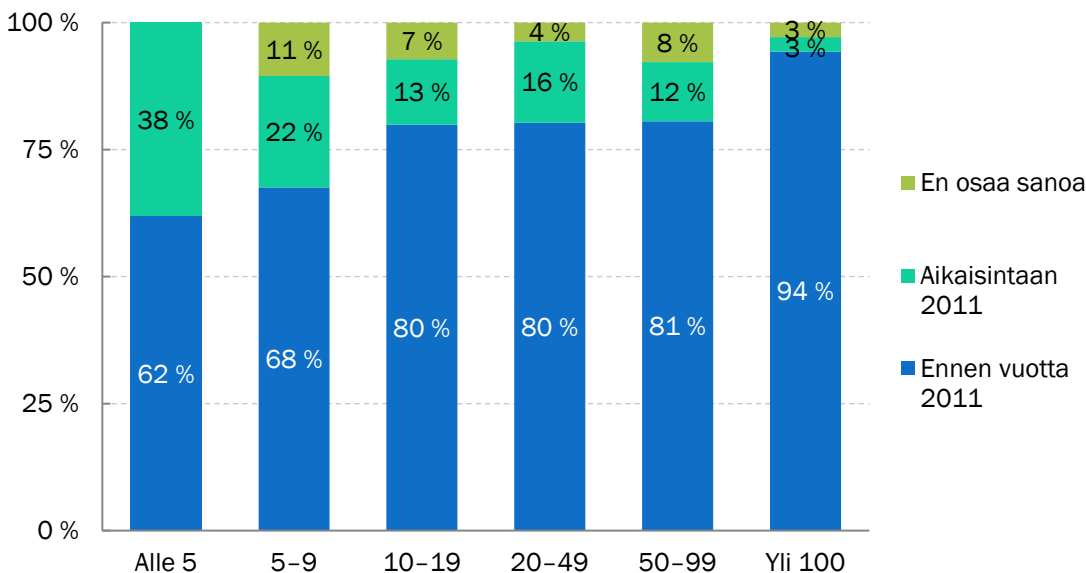
Työpaikkaselvityksiä on tehnyt 90 % kaiken kokoisista organisaatioista, ja erot eri kokoluokissa ovat pieniä, kuten kuvio 6 (s. 16) osoittaa. Yli 90 % työnantajista on toteuttanut työpaikkaselvityksiä riippumatta organisaatiokoosta.

Työpaikkaselvitykset ja riskien arviointi ovat yleistyneet vuodenvaihteen 2010–2011 jälkeen erityisesti pienissä yrityksissä, kuten kuvio 7 (s. 16) osoittaa. Esimerkiksi työpaikkaselvitys oli tehty 75 % yrityksissä ennen vuotta 2011 ja selvitys oli keväällä 2016 tehty 92 %:ssa yrityksistä. Myös kyselyn avoimista vastauksista ilmenee, että lakimuutoksen tultua voimaan toiminnan suunnitelmallisuus ja yhdenmukaisuus ovat lisääntyneet.

Kuvio 6. Työpaikkaselvityksien tekeminen kokoluokittain.

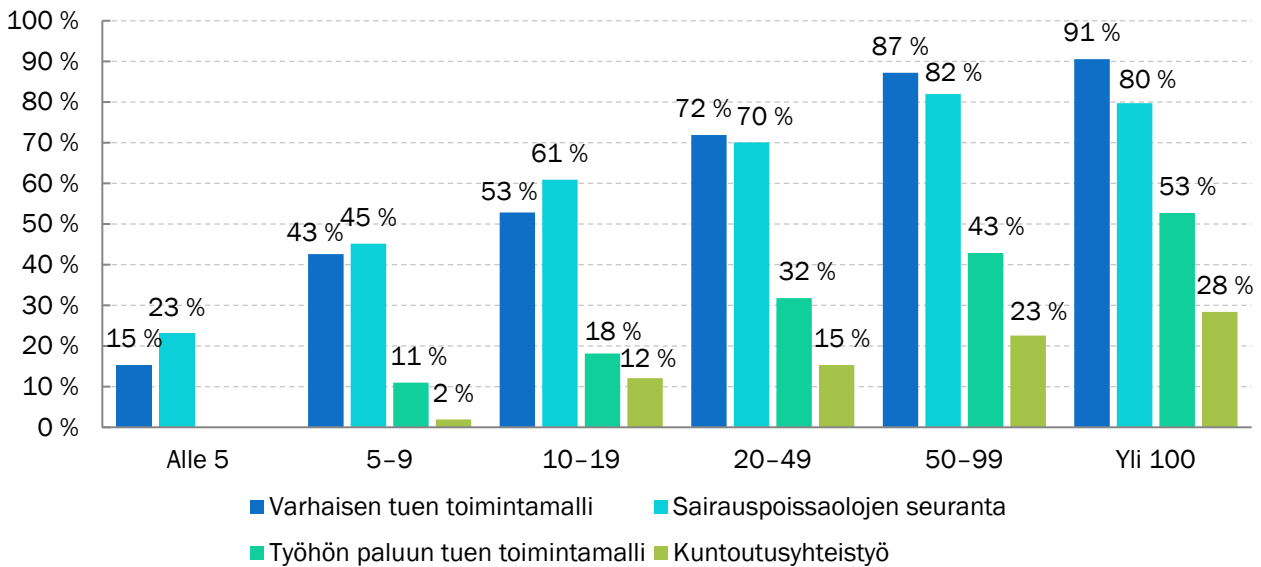


Kuvio 7. Työpaikkaselvitysten aloittaminen suhteessa lakimuutokseen.



Dokumentoituja suunnitelmia tehdään sitä enemmän, mitä suuremmasta yrityksestä on kyse (kuvio 8, s. 17). Pienemmissä organisaatioissa on tyypillisimmin dokumentoitu suunnitelma sairauspoissaolojen seurannalle, suuremmissa organisaatioissa dokumentoitu suunnitelma varhaisen tuen mallista on yleisin. Suunnitelman työhön paluun tuen toimintamallille on tehnyt noin puolet suurista organisaatioista, muista selkeästi vähemmän. Dokumentoitu suunnitelma kuntoutusyhteistyöstä on harvinainen kaiken kokoisissa organisaatioissa.

Kuvio 8. Osuus organisaatioista, joilla on dokumentoitu suunnitelma eri toimintamalleille.



5.1.2 Tavoitteet ja mittarit

Vaikka organisaatiot ovat laatineet suunnitelmia toimintamalleille, ei niihin välttämättä sisälly tavoitteita (kuvio 9, s. 18). Yrityksen kokoluokasta riippumatta dokumentoitu suunnitelma oli useimmin laadittu varhaisen tuen mallin ja sairauspoissaolojen seurannan osalta. Sairauspoissaoloille suuret organisaatiot ovat asettaneet tavoitteita, pienet harvemmin. Kuitenkin alle puolet suuristakin organisaatioista, jotka ovat tehneet toimintamallisuunnitelman, on asettanut tavoitteita varhaisen tuen mallille ja muille toimintamalleille vielä harvempi.

Myöskään mittareiden laatiminen osana suunnittelua ei ole säännönmukaista, vaikkakin yleisempää kuin tavoitteiden asettaminen (kuvio 10, s. 18). Varhaisen tuen toimintamallin laati-neilla alle puolella on käytössä mittarit tähän liittyen.

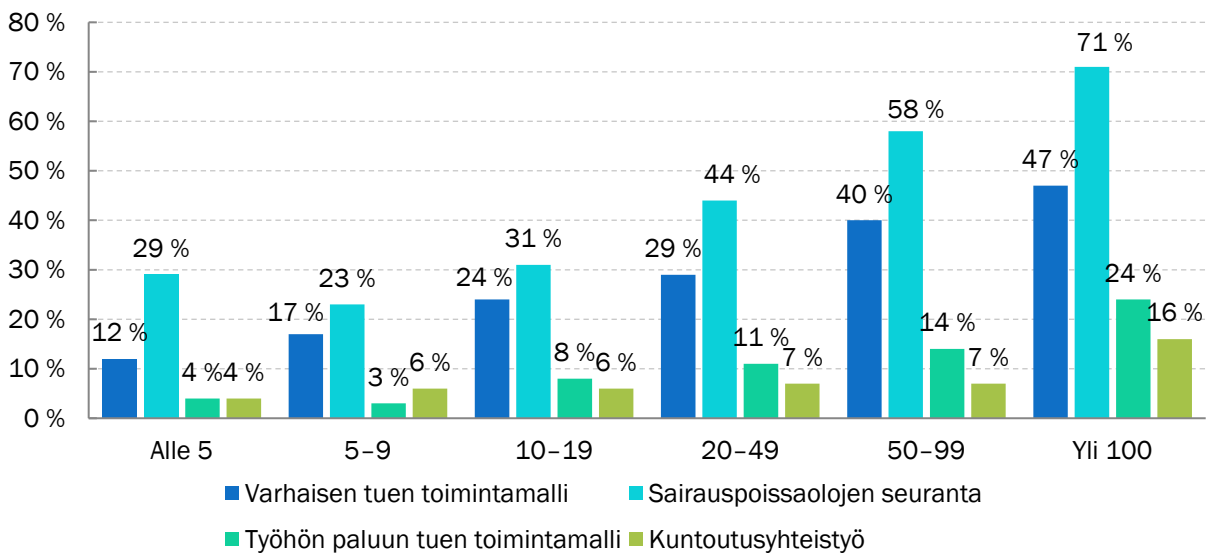
Mittarit on tyypillisimmin laadittu sairauspoissaolojen seuraamiseen. Noin puolet organisaatioista seuraa sairauspoissaoloja itse ja noin 80 %:lla työterveyshuolto seuraa poissaoloja. Yli 100 työntekijän yrityksissä sairauspoissaoloja seurataan tyypillisesti kuukausittain. Pienissä yrityksissä seuraaminen tapahtuu yleensä joko kuukausittain tai puolivuosisittain.

Työterveyshuollon laatua, vaikuttavuutta ja yhteistyön tavoitteita seurataan noin kahdessa kolmasosassa alle 20 työntekijän yrityksistä ja 85 %:ssa yli 50 henkilön yrityksistä, kuten kuvio 11 (s. 19) osoittaa. Työterveyshuollon toiminnan seuranta on lisääntynyt vuodenvaihteen 2010–2011 jälkeen noin 30–50 % kaikenkokoisissa yrityksissä.

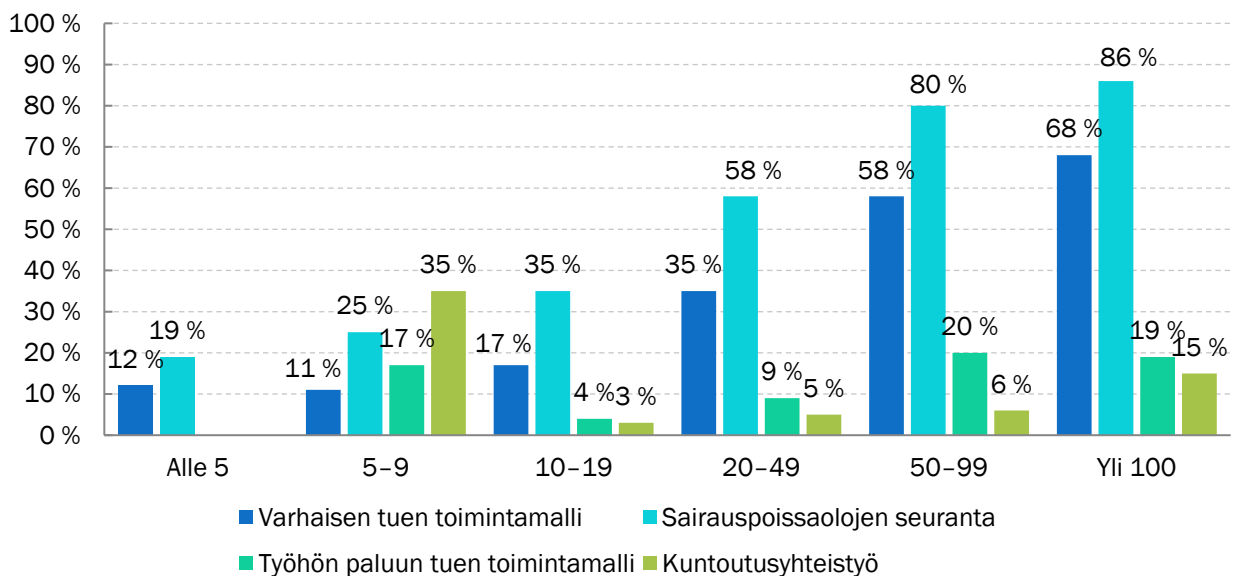
Ero yli ja alle 20 työntekijän yritysten välillä tulee selkeästi esiin, kun tarkastellaan suunnitelmien yksityiskohtaisuutta, tavoitteita ja tavoitteille asetettuja mittareita. Varhaisen tuen toimintamalli on käytössä joka toisessa alle 20 työntekijän yrityksistä ja 80 %:ssa tätä suuremmissa yrityksissä. Varhaisen tuen toimintamallilla on tavoitteet 20 %:ssa pienissä yrityksissä ja 45 %:ssa suuremmissa yrityksissä. Tavoitteille on asetetut mittarit joka kymmenennessä pienessä yrityksessä ja noin 26 %:ssa yli 20 työntekijän yrityksistä.

Kuvio 12 (s. 19) havainnollistaa paitsi edellä kuvattuja pienten ja suurten yritysten eroja, myös sitä, että suunnitelmat eivät ole konkreettisia yritysten koosta riippumatta. Yli 90 % yrityksistä on tehnyt vaadittavat suunnitelmat, mutta tavoitteet ja mittarit on laatinut 10–30 % yrityksistä. Suunnitelmien seurantaan ilmoittaa tekevänsä tavalla tai toisella 60 % pienistä ja 90 % suurista työpaikoista, mutta suurin osa toteuttaa seurantaan ilman, että on asettanut tavoitteita tai laatinut erikseen mittareita. Skaala on suuri seurannassa ja toimenpiteissä, pienillä yrityksillä 30–60 % ja suuremmilla 40–90 %, koska pienyrityksistä noin 60 % ja suuremmista noin 90 % seuraa sairauspoissaoloja, mutta passiivisemmin esimerkiksi työhön paluun ja kuntoutusyhteistyön onnistumista.

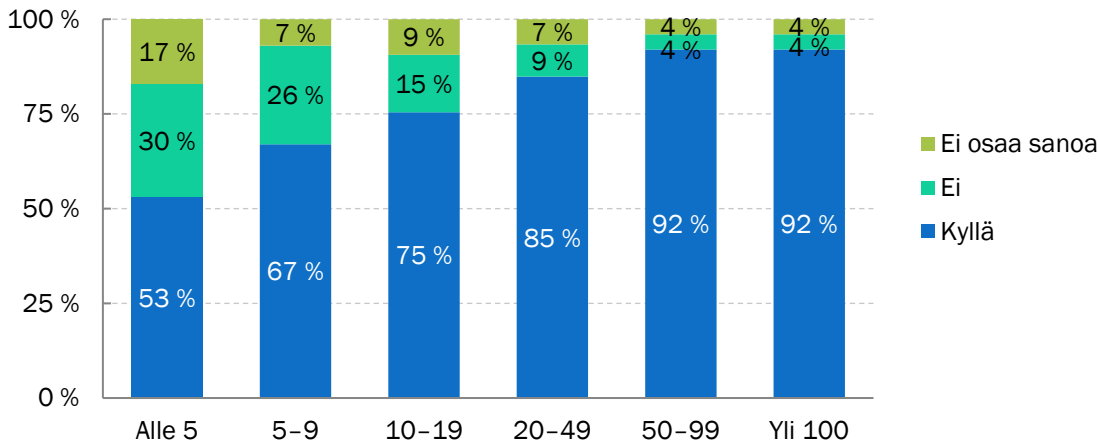
Kuvio 9. Osuus vastanneista, joilla on asetettuna tavoitteita eri toiminnoille.



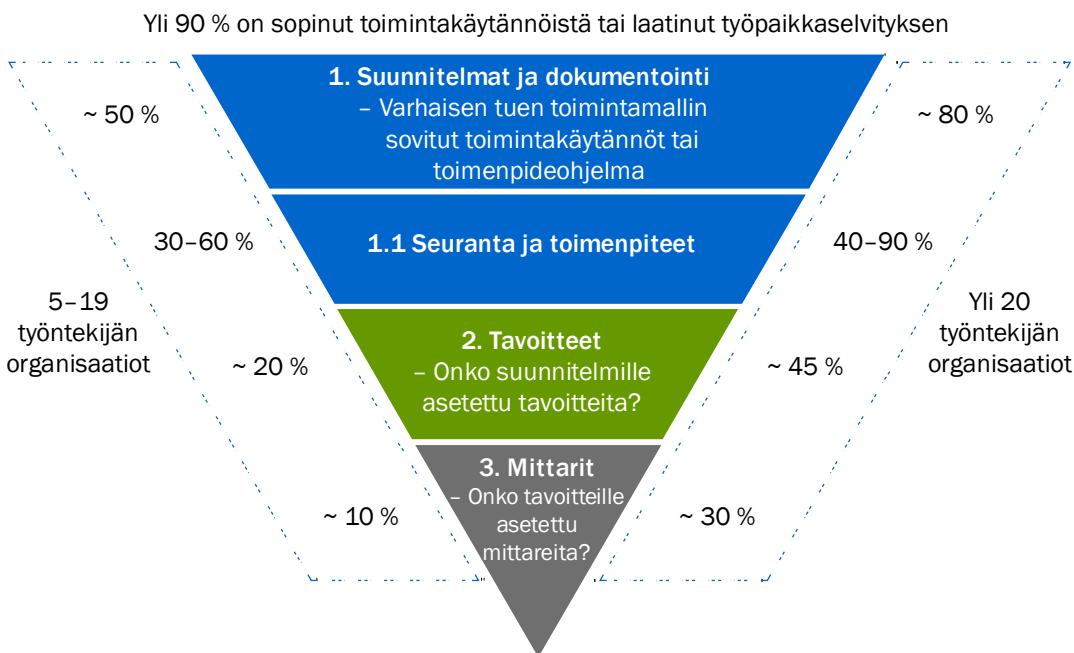
Kuvio 10. Osuus vastanneista, jotka ovat asettaneet mittareita eri toiminnoille.



Kuvio 11. Osuus vastaajista, jotka seuraavat työterveyshuollon tavoitteita.



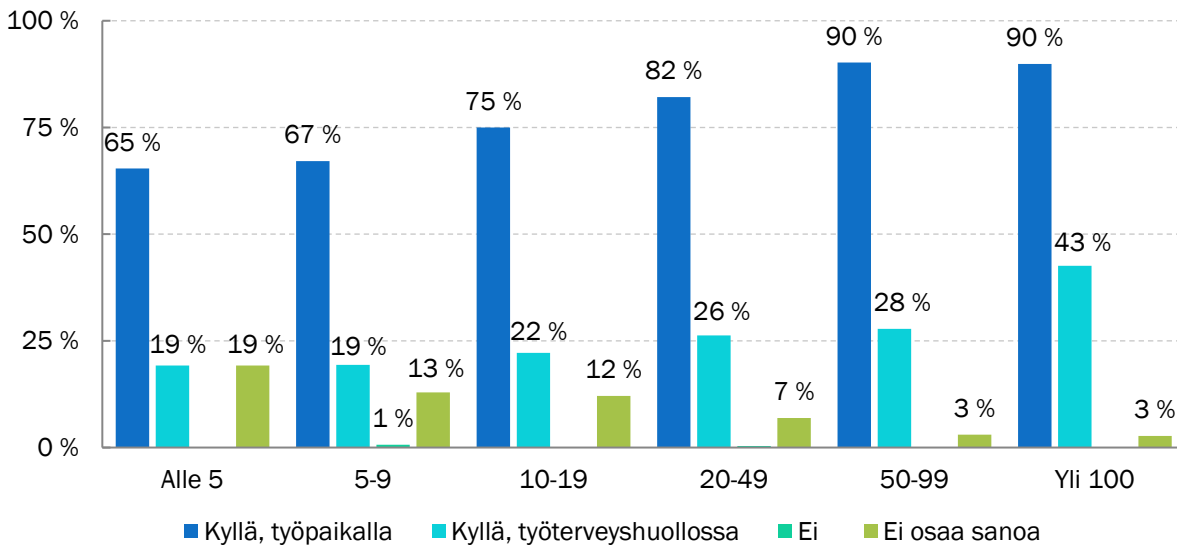
Kuvio 12. Osuus vastaajista, joissa suunnitelmat tai suunnitelmien osa-alueet on tehty 5–19 ja yli 20 työntekijän organisaatioissa.



5.1.3 Käytännöt ja toimenpiteet

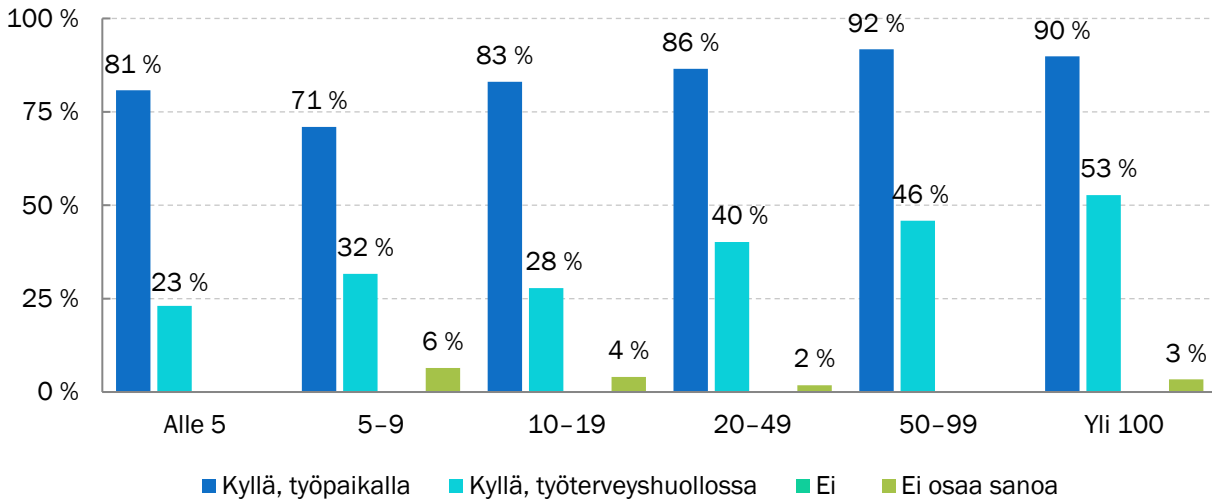
Sekä työtaturmia ja työturvallisuutta että työntekijöiden työkykyä ja terveydentilaa seurataan aktiivisesti (kuvio 13, s. 20). Työturvallisuuden seuranta on tyypillisesti pelkkien tapahtuneiden tapaturmien ja ammattitautien rekisteröinnin lisäksi esimerkiksi työpaikan altisteiden mittaamista ja toisaalta huolehtimista ennalta määrättyjen toimenpiteiden toteutumisesta sovitussa aikataulussa. Työturvallisuuden seurantaan liittyvät usein erilaiset sisäiset tai ulkoiset auditoinnit.

Kuvio 13. Työturvallisuuden, terveydentilan ja työkyvyn seurannan yleisyys vastaajien keskuudessa.



Työhyvinvoinnin seuranta toteuttaa selkeä enemmistö työnantajista (kuvio 14). Työntekijöiden terveydentilaa voidaan seurata esimerkiksi mittaamalla sairauspoissaoloja ja erilaisia toimintakykyindeksejä, ja se heijastuu myös yleiseen työhyvinvointiin, jota voidaan seurata esimerkiksi erilaisin työpaikka- ja tyytyväisyyskyselyin.

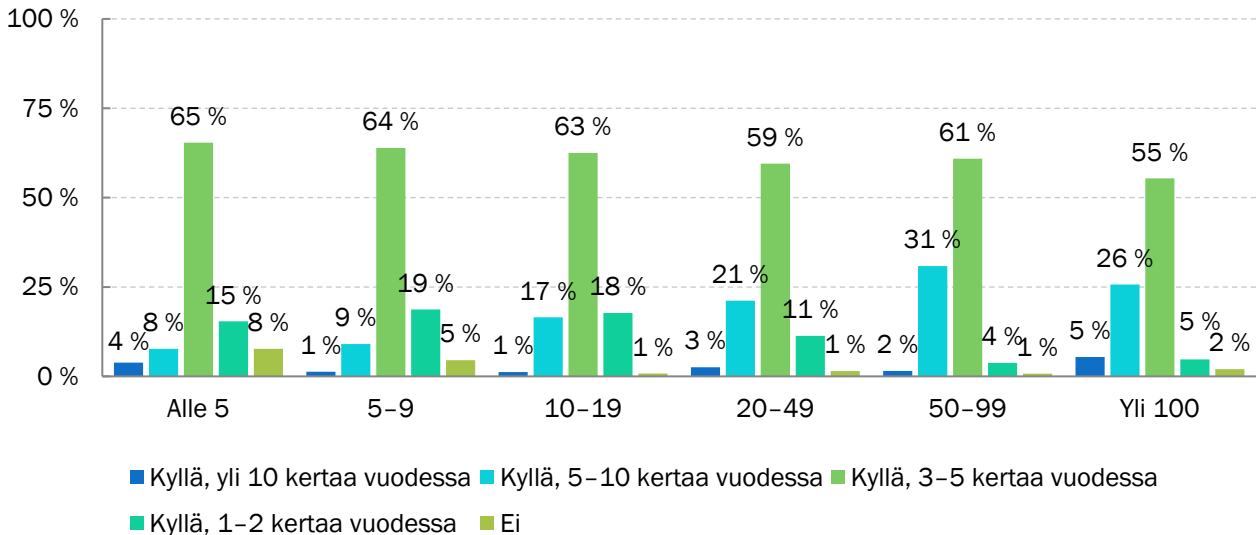
Kuvio 14. Osuus vastaajista, joka seuraa työntekijöiden terveydentilaa ja työkykyä.



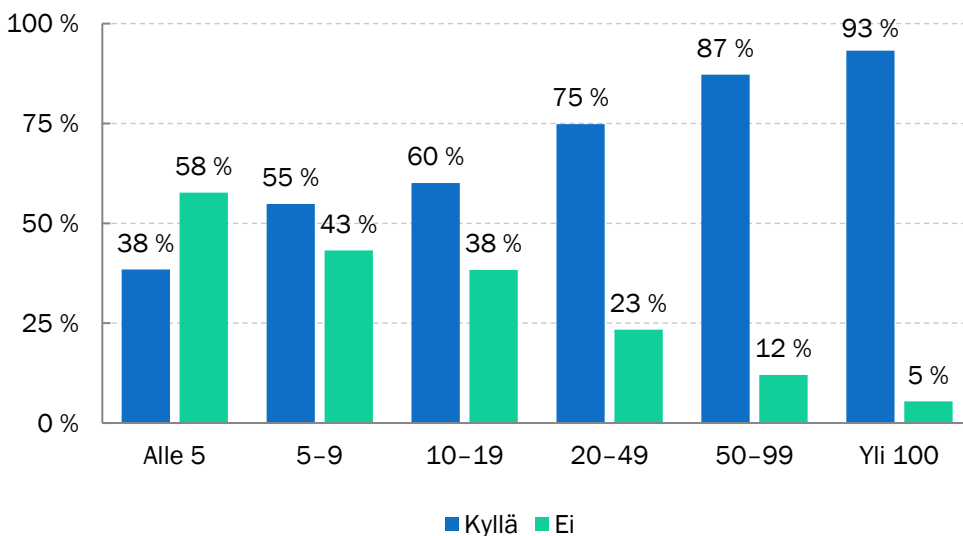
Työhyvinvointia edistäviä tapahtumia järjestetään lähes kaikissa organisaatioissa ja useimmissa monta kertaa vuodessa (kuvio 15, s. 21). Työntekijöiden liikuntaa tuetaan lähes kaikissa yli 100 hengen työpaikoissa ja 5-9 hengen työpaikoissakin joka toisessa (kuvio 16, s. 21). Työkykyyn tarjoaa tukea muuten kuin työterveyshuollon kautta noin joka toinen alle 20 työntekijän organisaatio, kun vastaavasti omaehtoista tukea on tarjolla 86 %:ssa yli 100 henkilön yrityksissä. Tyypillisiä omaehtoisen tuen muotoja ovat erilaiset työhyvinvointia edistävät tapahtumat, liikuntapalveluiden subventiot, esimieskoulutus, työn sisällön kehittäminen, erilaiset työaikajoustot sekä etätönn mahdollisuus.

Avointen kysymysten vastauksien perusteella työnantajien oma työkyvyn tukeminen toteutuu usein työntekijöiden liikuntaan kannustamisena esimerkiksi liikuntasetelein, yhteisellä säännöllisellä liikunnalla sekä työntekijöille järjestettävänä virkistytymistilaisuuksina.

Kuvio 15. Työhyvinvointia edistävien tapahtumien yleisyys vastaajien keskuudessa.



Kuvio 16. Liikuntavuoroja tai alennuksia liikuntapalveluihin järjestävien organisaatioiden osuus kokoluokittain.



5.2 Case-tutkimuksen tulokset

Case-tutkimusosioon osallistui 22 organisaatiota, joista kustakin haastattelun antoi yksi henkilö, joka oli tyypillisesti henkilöstöasioista vastaava. Hyvin pienistä organisaatioista haastattelun antoi usein toiminnan- tai toimitusjohtaja, koska organisaatiossa ei ollut erillistä henkilöstöpäällikköä, -johtajaa tai vastaavaa. Lisäksi haastateltiin viiden työterveyshuollon palveluntuottajan edustajaa, joista kolme oli kunnallisia työterveyshuollon liikelaitoksia, yksi asiakkaiden yhteisesti omistama ja yksi suuri valtakunnallinen terveystaloketju. Kyselyyn vastasi neljä työterveyshuollon vastaavaa lääkäriä sekä yksi vastaava työterveyshoitaja.

Osallistuneilta organisaatioilta kerättiin työterveyshuollon toimintasuunnitelmat vuosilta 2010–2012. Lisäksi organisaatioita pyydettiin toimittamaan suunnitelmiin liittyvät mahdolliset varhaisen tuen toimintamallit. Kaikilla osallistujilla ei ollut enää saatavilla vuoden 2011 lakimuutosta edeltänyttä suunnitelmaa tutkimusta varten. Haastatteluissa kartoitettiin laajasti organisaatioiden työkyvyn hallinnan nykytilaa sekä muutoksia viime vuosien aikana. Lisäksi organisaatioilta kysyttiin haastatteluissa erityisesti heidän hyviksi kokemiaan käytäntöjä, jotka on ryhmitelty pääosin työpaikalla, työterveyshuollossa ja selkeämmin yhteistyössä tehtäviksi. Työterveyshuoltojen edustajien haastatteluissa selvitettiin työterveyshuoltojen näkemystä organisaatioiden työkykytoimintaan ja siinä tapahtuneisiin muutoksiin sekä niiden taustalla oleviin mahdollisiin tekijöihin.

5.2.1 Toimintasuunnitelmat ja tavoitteet

Työterveyshuollon toimintasuunnitelmista poimittiin työterveyshuoltoyhteistyölle asetetut tavoitteet, jotka ryhmiteltiin pääteemoittain. Lisäksi arvioitiin tavoitemääriä vuotta 2012 ennen ja kyseisestä vuodesta lähtien. Ryhmittelyssä aikatarkastelun rajaksi päädyttiin asettamaan vuosi 2012 lain voimaantuloajankohdan 2011 sijaan, koska huomattavalla osalla haastatelluista organisaatioista toimintasuunnitelma uudistui vuonna 2012 ja koska lain tultua voimaan 2011 tietoisuus lisääntyi ja muutokseen liittyvät toimet vaativat aikaa toteutuakseen.

Jokaisella osallistuvalla organisaatiolla oli lain vaatima työterveyshuollon toimintasuunnitelma. Vuotta 2012 edeltäneistä suunnitelmista muutamista puuttuivat selkeät toimintakaudelle eritellyt työterveysyhteistyön tavoitteet, kun taas lakimuutosta seuranneista suunnitelmista nämä löytyivät kaikista. Yksittäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta kaikilla on käytössään varhaisen tuen malli, joka tyypillisesti sisältää hälytysrajoja poissaoloista ja ohjeistusta, kuinka ottaa nämä puheeksi. Usein malli sisältää myös valmiit lomakepohjat kyseisiä keskusteluja varten. Muita käytettyjä malleja ovat muun muassa päihdehuoltomalli, työhön paluun toimintamalli – osalla osa varhaisen tuen mallia, korvaavan ja kevennetyn työn malli sekä väkivallan uhan toimintamalli. Yleisimmät toimintasuunnitelmien tavoitteet ovat ryhmitelty teemoittain taulukossa 3 (s. 23).

Työterveyshuollon toimintasuunnitelmien tavoitteista selkeä enemmistö on luonteeltaan yleisiä, jollaisille eksaktin ja ylipäättään numeerisen tavoitteen asettaminen ei ole helppoa eikä välttämättä tarkoituksenmukaistakaan. Vain muutama organisaatioista on muotoillut ainakin osan tavoitteista niin, että kullekin tavoitteelle on jopa yksilöidyt toimenpiteet, keinot sekä mittarit mahdollisine tavoitetasoineen. Haastateltavista suurin osa arveli, että 3–4 tavoitetta suunnitelmaa kohti olisi sopiva.

Yleisin tavoite on työkykyuhkien varhainen tunnistaminen ja työstä johtuvien riskien vähentäminen. Myös sairauspoissaolojen hallintaan ja varhaisen tuen malliin liittyvät tavoitteet ovat hyvin yleisiä. Henkiseen jaksamiseen liittyvät tavoitteet ovat olleet miltei yhtä yleisiä kuin fyysisen kuormitukseen ja ergonomiaan liittyvät tavoitteet. Huomion arvoista on, että muutama tavoitteista on liittynyt myös yrityskuvaan ja toisaalta tuottavuuteen ja tätä kautta myös taloudelliseen tulokseen.

Taulukko 3. Organisaatioiden toimintasuunnitelmien tavoitteiden teemat.

Tavoitteen pääkohde	Tavoitteen teema	Yleisyys % vastaajista (kpl), ennen/jälkeen 2012	Esimerkkিতavoite teemasta / muuta
Organisaatio	Työkykyuhkien varhainen tunnistaminen / työstä johtuvien terveys- ja turvallisuusriskien vähentäminen	40 % / 55 %	Työn, työympäristön ja työolosuhteiden terveellisyys/turvallisuus
	Varhaisen tuen malli	20 % / 40 %	Varhaisen tuen mallin soveltaminen vajaakuntoisilla Varhaisen tuen mallin käyttöönotto
	Työpaikkatoiminnan tehostaminen, työpaikan tuntemuksen lisääminen	15 % / 40 %	Työpaikkaselvitykset Riskikartoitukset
	Yleinen hyvä yhteistyö työnantajan ja työterveyshuollon välillä	15 % / 40 %	
	Työterveyshuollon/eläkeyhtiön kustannukset	15 % / 10 %	Alle 500 €/vuosi/työntekijä Kustannusluokkien 1/2 jakauma 60 % / 40 % Eläkemaksuluokka enintään 2
	Työnantaja- ja yrityskuvaan liittyvä tavoite	10 % / 15 %	Esimerkillinen työnantaja
	Yksilö	Työssä jaksamisen tukeminen / hyvinvoiva työyhteisö	15 % / 40 %
Tuki- ja liikuntaelämistön ongelmien ennaltaehkäisy		20 % / 30 %	
Terveystarkastuksiin liittyvä tavoite		15 % / 30 %	Tarkastusten soveltaminen suunnitelman mukaisesti Työkykyä tukevat terveystarkastukset
Ergonomiaan liittyvä tavoite		15 % / 15 %	Ergonomiatietämyksen lisääminen Ergonomiaselvitykset suunnitelman mukaan
Pysyvän työkyvyttömyyden / varhaiseläköitymisen ehkäisy		10 % / 20 %	Erytishuomio osatyökykyisiin
Työhyvinvoinnin ja tuottavuuden edistäminen		10 % / 20 %	
Esimiestyön tukeminen työkyvyn hallinnan osalta		0 % / 25 %	Esimiesten kouluttaminen työkyvyn hallintaan
Henkisen jaksamisen tukeminen, henkisen kuormituksen vähentäminen		10 % / 10 %	Esimiesten koulutus tämän osalta

Edellä mainituista 15 tavoiteteemasta 13 oli yleisempiä vuodesta 2012 alkaen, kaksi yhtä yleisiä ja vain yksi yleisempi ennen vuotta 2012. Erytisesti esimiestyön tukeminen, työssä jaksamisen tukeminen, työpaikkatoiminnan tehostaminen ja varhaisen tuen malliin liittyvät teemat ovat yleistyneet vuoden 2012 jälkeen. Yleisimpiä teemoja, joissa on eksakteja ja numeerisia tavoitteita, ovat sairauspoissaolojen hallinta, työterveyshuollon tai eläkeyhtiön kustannukset.

Esimerkiksi sairauspoissaoloissa tavoitteina saattoi olla poissaolojen osuus työajasta alle 5 % tai alle sovitun tuntimäärän. Muutama osallistunut organisaatio oli määritellyt myös eläkemaksuluokalle yksiselitteisen tavoitteen, esimerkiksi maksuluokkana enintään 2.

Tavoitteisiin vaikuttavat vahvasti työterveyshuollon tuottajat. Haastatelluista suurimmalla osalla palvelut tuottivat suuret valtakunnalliset terveydenhuoltoalan yritykset, jotka käyttävät omia lomakepohjiaan systemaattisesti toimintasuunnitelmien runkoina. Muutama tavoitteista toistui sanatarkasti eri työnantajilla, joilla oli sama työterveyshuollon tuottaja. Haastatelluista osa mainitsikin, että osa tavoitteista olikin tullut suoraan työterveyshuollon edustajalta.

Yleisesti joka organisaatiolla, riippumatta henkilöstömäärästä, on nykyisin tavoitteet sovituna työterveyshuollon kanssa. Tavoitteet ovat useimmiten yleisiä mutta eivät yksiselitteisesti tai helposti mitattavia. Tavoitteiden teemat vaihtelevat, ja yleisimmät teemat liittyvät varhaisen tuen malliin ja sairauspoissaolojen hallintaan.

5.2.2 Työkyvyn hallinta ja prosessit

Työkyvyn hallintaa kartoitettiin haastattelun osiossa, jossa kysyttiin muun muassa, miten työkyky ilmenee strategisella tasolla ja kuinka sen johtaminen ja vastuut näkyvät arjen toiminnassa. Lisäksi haastatteluissa kysyttiin yrityksen erityisen hyviksi havaitsemiaan työkyvyn hallinnan käytäntöjä.

Enemmistössä haastatelluista organisaatioista arjen työkyvyn hallinnasta vastaa lähiesimies, koska tämä yleensä tuntee alaistensa tilanteet ja haasteet parhaiten. Huomattavalla osalla organisaatioista työkyvyn hallintaa koordinoi henkilöstöjohtaja, -päällikkö tai muu henkilöstöasioista vastaava toimihenkilö, joka tyypillisesti esittää kehitysehdotuksia ja hankkeita johtoryhmälle. Pienimmillä organisaatioilla ei välttämättä ollut erillistä henkilöstöasioista vastaavaa, jolloin henkilöstövastuut kuuluivat usein talousjohtajalle tai toimitus- tai toiminnanjohtajalle. Muodollisempia työkykylinjauksia haastatelluilla organisaatioilla olivat esimerkiksi kirjatut henkilöstöstrategiat ja työhyvinvointisuunnitelmat, huomattava osa osallistuneista pitää henkilöstön jaksamista tärkeänä jo esimerkiksi asiakastyön sujuvuuden kannalta. Osassa työnantajia työsuojeluvaltuutettu, yli 10 hengen organisaatioissa, tai -toimikunta, yli 20 hengen organisaatioissa, osallistuivat työpaikalla työkyvyn edistämiseen. Työsuojeluvaltuutetut ja -toimikunnat osallistuvat työturvallisuuden arvioimiseen sekä erilaisen työhyvinvointitoiminnan suunnitteluun. Muutamalla organisaatiolla oli lisäksi nimetty erillinen työhyvinvointivastaava. Enemmistö vastaajista koki yhteistyön työterveyshuollon kanssa positiiviseksi ja ainakin melko hyvin onnistuneeksi. Toisaalta osa kyseenalaisti pienen asiakkaan merkityksen suurelle palveluntuottajalle: osa haastateltavista arveli, ettei pieneen yritysasiakkaaseen panosteta kuin suureen vähäisemmän taloudellisen merkityksen vuoksi. Muutama haastateltava koki yhteistyön sujuvan normaalissa arjessa mutta pettävän kriisitilanteissa. Yksi haastateltava ilmaisi selkeämmin pettymystään työterveyshuoltoon ja koki yhteistyön puutteelliseksi ja huonosti omaa organisaatiota palvelevaksi.

Hyviksi todetut, työterveyshuollon kanssa yhteistyössä luodut käytännöt ovat lueteltu ja ryhmitelty teemoittain taulukossa 4. Hyviksi todetut, osin työterveyshuollon kanssa yhteistyössä

luodut käytännöt ovat lueteltu ja ryhmitelty teemoittain taulukossa 5 (s. 26). Hyviksi todetut, lähinnä itsenäisesti luodut käytännöt ovat lueteltu ja ryhmitelty teemoittain taulukossa 6 (s. 26–27).

Hyviksi todetut työhyvinvointikäytännöt vaihtelevat suuresti, useimmin mainittu teema on varhaisen tuen malli. Työterveyshuolto on ollut mukana mallin muotoilussa tai käyttöönotossa kaikkien mallin maininneiden organisaatioiden kanssa. Työterveyshuolto on pystynyt auttamaan hyvin myös erilaisten kyselyiden ja haastatteluiden, kuten terveystarkastusten, toteuttamisessa, joita erityisesti pienempien organisaatioiden on saattanut olla vaikea suunnitella ja toteuttaa itsenäisesti. Lisäksi muutamat palvelut tai toimet, joita työterveyshuolto oli tarjonnut organisaatiolle, kuten luennot ja neuvonta, sairauspoissaoloraportointi ja työterveyspsykologipalvelut, koettiin hyviksi käytännöiksi. Kolme haastateltavaa mainitsi hyväksi käytännöksi myös yleisesti hyvän yhteistyön työterveyshuollon kanssa, jolloin kynnys yhteydenottoon on tyypillisesti matala. Vastaavasti esimerkiksi työpaikan rutiinit, kuten kuukausikeskustelut tai henkilöstökerho, sekä tietynlainen, esimerkiksi avoin, työilmapiiri ovat hyviä käytäntöjä, jotka ovat syntyneet kokonaan omatoimisesti ilman työterveyshuollon apua. Esimerkiksi ergonomiaan ja työaikaratkaisuihin liittyvissä käytännöissä noin puolet vastaajista ovat toimineet omatoimisesti ja puolet merkittävässä yhteistyössä työterveyshuollon kanssa.

Organisaatioiden hyviksi todetuilla käytännöillä on useita eri pääteemoja, joista varhaisen tuen malliin liittyvät ovat yleisimpiä. Suurin osa teemoista esiintyy useammin sairausvakuutuslain muutoksen jälkeen. Työkyvyn hallinnasta vastaa operatiivisella tasolla tyypillisesti lähiesimiehet, minkä lisäksi henkilöstöasioista vastaava tai muu johtaja koordinoi toimintaa keskeisemmin.

Taulukko 4. Organisaatioiden pääosin työterveyshuollon kanssa yhteistyössä luodut hyvät käytännöt.

Luotu itsenäisesti / työterveyshuollon kanssa	Teema	Yleisyys, % vastaajista (kpl)	Tarkenne/esimerkkikäytäntö/muuta
Työterveyshuollon kanssa yhteistyössä	Varhaisen tuen malli	40 %	Koko varhaisen tuen malli Puuttumisrajat Implementointi rutiiniksi onnistunut
	Kyselyt/haastattelut	25 %	Terveystarkastus TIKKA-kysely Henkilöstöhaastattelu, jonka positiivisia osa-alueita korostettu henkilöstölle
	Työterveysyhteistyö	15 %	Matala kynnys työkykyneuvotteluihin Kolmikantayhteistyö

Taulukko 5. Organisaatioiden osittain työterveyshuollon kanssa yhteistyössä luodut hyvät käytännöt.

Luotu itsenäisesti/ työterveyshuollon kanssa	Teema	Yleisyys, % vastaajista (kpl)	Tarkenne/esimerkkikäytäntö/muuta
Osa itsenäisesti, osa työterveyshuollon kanssa	Ergonomia	25 %	Sähkösäätöiset pöydät ja tuolit Työfysioterapeutin työ vaikuttavaa Onnistunut nostokoulutus
	Työaikaan liittyvät ratkaisut	25 %	Joustopot helpottavat työn & muun elämän yhteen sovittamista Osa-aikatyön käyttö Osasairauspäiväraha helpottanut työhön paluuta
	Kyselyt/haastattelut	25 %	Terveyskysely, TIKKA-kysely Henkilöstöhaastattelu, jonka positiivisia osa-alueita korostettu henkilöstölle
	Työterveyshuollon spesifi toimi	25 %	Riskinarviointi, koulutukset hyvinvoinnin osalta, poissaolojen raportointi, työterveyspsykologipalvelut
	Aktiivinen puheeksi otto	15 %	Henkilön ei pelkää olla sairauslomalla, vaan tiedustellaan vointia ja paranemista
	Työnkuvaan liittyvät ratkaisut	15 %	Kevennetty työnkuva Tehtävien muutokset, astmaatikkohitsaaja uudelleen koulutettu Toimipisteen muutokset, mielenterveyskuntoutujalle uusi alku
	Altisteisiin kohdistuva toimi	10 %	Altisteiden vähentäminen, suojaimet & varoitukset
	Päihdehuoltomalli	10 %	Osalla osana varhaisen tuen mallia
	Sairauspoissaolojen ilmoituskäytäntö	10 %	Aiemmin omailmoitus aika 3, nykyisin 7 vuorokautta Yrityksessä sairaanhoitaja työntekijänä, myöntänyt sairauspoissaoloja
Muut	3 * 5 %	Yksityinen lisäsairauskuvakuutus Velvoite ilmoittaa esimiehelle/kollegalle ongelmista Työminän kuvaukset: Tekes-projektissa määritelty, kuinka muun muassa suhtautua asiakkaaseen ja työhön yleisesti	

Taulukko 6. Organisaatioiden pääosin itse luomat hyvät käytännöt.

Luotu itsenäisesti/ työterveyshuollon kanssa	Teema	Yleisyys, % vastaajista (kpl)	Tarkenne/esimerkkikäytäntö/muuta
Itsenäisesti	Työpaikan säännölliset rutiinit	35 %	Vuosikellon tavoitteena ennakoida kuormitusta Kuukausikeskustelut tai -palaverit, kehityskeskustelut Yhteinen päivän aloitus ja tehtävien jako Henkilöstökerho, kävelykokoukset
	Työilmapiiri	25 %	Hyvä/avoin/luottamuksellinen ilmapiiri Kollegoiden keskinäinen välittäminen tärkeää
	Liikunta	25 %	Liikuntasetelit Järjestetyt liikuntaryhmät työpaikan ulkopuolella Taukoliikunta Kannustinjärjestelmä huomioi liikunnan

Luotu itsenäisesti/ työterveyshuollon kanssa	Teema	Yleisyys, % vastaa- jista (kpl)	Tarkenne/esimerkkikäytäntö/muuta
	Työaikasäädösten noudattaminen	10 %	Lakisääteisistä tauoista huolehtiminen Työaikaseuranta, 40 ylityötunnin jälkeen suunnitelma
	Työtavat	10 %	Tiimirakenne mahdollistaa oman työn jaksotuksen paremmin, toimi puskurina yllättävissä tilanteissa Verkostomainen työtapa

5.2.3 Tavoitteiden seuranta ja toteutuminen

Haastatteluissa kartoitettiin myös tavoitteiden seuranta ja toteutumista kysyen, mitä kunkin tavoitteen osalta on tehty ja kuinka tämä on onnistunut. Lisäksi kartoitettiin, kuinka yleiset mittarit, kuten sairauspoissaolot ja henkilöstökyselyiden tulokset, ovat kehittyneet, vaikka ne eivät olisikaan varsinaisia tavoitteita olleetkaan.

Koska suurin osa tavoitteista on luonteeltaan yleisiä eikä numeerisia, tavoitekohtainen systemaattinen tai tuloskorttimainen seuranta on verrattain vähäistä. Haastatellut organisaatiot seuraavat aktiivisestikin yleisiä työhyvinvointia kuvastavia päätetapahtumia tai mittareita, kuten sairauspoissaolosten lukumäärää, varhaiseläköitymistä ja henkilöstön tyytyväisyyttä. Näiden päätetapahtumien yhteys tavoitteisiin, jotka korostavat varhaista tukea, työssä jaksamisen tukemista ja työkykyongelmien ennaltaehkäisyä, on kuitenkin epäsuora. Lisäksi muutamissa tapauksissa mittareille oli selkeä numeerinen tavoitetaso, muttei sitä mainittu toimintasuunnitelmassa, vaan se kävi ilmi haastatteluissa. Oikeastaan vain yksi organisaatio oli asettanut tavoitteeksi selkeästi mitattavia tavoitearvoja, joiden kehitys liitännäisine tavoitteineen on eritelty taulukossa 7.

Taulukko 7. Esimerkki numeerisesti tavoitteensa asettaneesta organisaatiosta.

Organisaatio	Seuranta- kohde	Tavoite mittaria koskien	Miten onnistuttu	Muuta
Organisaatio 5	Sairaus- poissaolot	Alle < 5 %	Saavutettu	
	Työterveys- huollon kustannukset	Alle 500 €/henkilö vuosittain; kustannusluokat 1/2 60/40 %	Saavutettu, mutta vasta myöhemmän toimintasuunnitelmakauden aikana	
	Työeläke- maksuluokka	Enintään 2	Saavutettu	Tänä vuonna alentuu todennäköisesti 1:een
	Henkilöstön tyytyväisyys/ hyvinvointi	Koettu työhyvinvointi vähintään 3,8	Saavutettu	Asteikko 1–5, jossa 5 paras ja 1 huonoin

Organisaatio 5, henkilöstömäärältään suurin osallistuneista, on systemaattisesti asettanut tavoitteita, joita se pystyy konkreettisilla ja lukumääräisillä mittareilla seuraamaan. Tavoitteissaan se on onnistunut kolmessa neljästä ajallaan ja yhdessä jälkikäteen. Muutkin organisaatiot

toki seuraavat aktiivisesti kyseisiä mittareita, vaikka ne eivät tavoitteiksi olisikaan listattu. Taulukkoon 8 on koottu esimerkkejä organisaatioista, jotka seuraavat kyseisiä mittareita jokseenkin systemaattisesti, ovat ainakin sisällyttäneet mittarin osittain tavoitteeksi tai ovat haastattelussa nostaneet esiin mittarista jotain erityisen huomionarvoista.

Taulukko 8. Esimerkkejä organisaatioista, jotka ovat seuranneet mittareita systemaattisesti.

Organisaatio	Seurantakohte	Onko varsinaisena tavoitteena?	Miten onnistuttu	Muuta
Organisaatio 3	Sairauspoissaolot	Ei	2010: 3,5 % 2012: 4,1 % 2015: 3,3 %	Toimialan keskiarvoon verrattuna matalahkot
Organisaatio 4	Sairauspoissaolot	Ei		Tarkasteluvaiheessa pitkien sairauslomien vaikutus eliminoitu
	Henkilöstön tyytyväisyys/hyvinvointi	Yleinen tavoite jaksamisen tukemisesta	Yleistaso ollut erinomainen	Heikot osa-alueet otettu kehityskohteiksi
Organisaatio 6	Sairauspoissaolot	Kyllä, sairauspoissaolojen hallinta	Olleet aina vähäisiä, jopa vähentyneet viime vuosina	
	Työeläkemaksuluokka	Ei	Pienentynyt 3:een edellisvuoden 5:stä	
Organisaatio 7	Sairauspoissaolot	Kyllä, sairauspoissaolojen hallintajärjestelmän kehittäminen	Toteutuma 4,5–4,9 %, vähentyneet 2000-luvun alusta	Tavoitetaso 4,8 %, ei mainittu toimintasuunnitelmassa
	Työeläkemaksuluokka	Ei	Vaihdellut välillä 1–5	Herkkä yksittäistapauksille
	Henkilöstön tyytyväisyys / hyvinvointi	Yleinen tavoite työkyvyn tukiprosessin toteuttamisesta	Arvioitu työkykykokemus tasaisesti 8,5 asteikolla 1–10	Tarkkaa tavoitetta ei mainittu toimintasuunnitelmassa, mutta ilmeni haastattelussa

Eräällä yrityksellä oli käytettävissään sairauspoissaoloista hyvin kattavat tilastot ja aikasarjat. Toinen yritys on seurannut systemaattisesti sekä sairauspoissaoloja, työeläkemaksuluokkaa että henkilöstön tyytyväisyyttä. Kolmas seuraa sairauspoissaoloja ja on asettanut näiden hallinnan tavoitteeksi, tosin ilman tarkkaa numeroarvoa. Moni haastateltava nosti esiin erityisesti pieniä organisaatioita koskevan ongelman pitkien yksittäisten sairauslomien suuresta vaikutuksesta makrotason mittariin.

Suuri osa organisaatioista pyrkii seuraamaan tavoitteita ainakin jollain tasolla, vaikka nämä eivät olisikaan numeerisesti määriteltyjä. Esimerkiksi edellä mainittu toinen yritys on onnistunut tavoitteessaan parantaa työkyvyn raportointia ottamalla käyttöön päivitetyn HR-järjestelmän. Moni haastateltava arvioi sairauspoissaoloraportoinnin kehittyneen, suurelta osin työterveyshuollon tuottajien parantuneista työkaluista johtuen. Yksi yritys on onnistunut vähentämään tuki- ja liikuntaelämistön ongelmia tarjoamalla henkilöstölle harjoittelua ergonomisesta lumen lapioinnista. Yksi haastatelluista on onnistunut vähentämään TULE-sairauksien poissaoloja

hyödyntämällä aktiivisemmin työfysioterapeuttia ja toinen on onnistunut systemaattisesti vähentämään tuotannon altisteita. Toisaalta yksi haastateltu on kokenut tavoitteiden seurannan hankalaksi juuri konkreettisten mittareiden puuttuessa. Toinen haastateltava kokee mittareiden asettamisen ja seurannan hankalaksi, koska tavoitteet ovat hyvin yleismuotoisia.

5.2.4 Kriittiset tekijät muutosten taustalla ja kehitysehdotukset

Kyselyssä kartoitettiin myös, kuinka tärkeäksi osallistuvien organisaatioiden edustajat kokivat edellä mainitun sairausvakuutuslain muutoksen. Haastateltavilta kysyttiin myös, mitkä muut tekijät ovat heidän mielestään kriittisiä työhyvinvoinnin edistämiseksi ja miten tätä voitaisiin edistää muun muassa lainsäädännön näkökulmasta.

Haastatelluista organisaatioista suurin osa muisti vuoden 2011 lakimuutoksen tapahtuneen, muttei sen tarkkaa sisältöä. Tyypillinen vaikutelma haastatelluilla oli, että lakimuutos olisi vaatinut varhaisen tuen mallin muotoilemista ja ottamista käyttöön. Tämä ei täysin pidä paikkaansa, sillä lakimuutos on yleisemmällä tasolla edellyttänyt, että työnantajan ja työterveyshuollon tulee yhteistyössä sopia työpaikalla ja työterveyshuollossa noudatettavista käytännöistä, joilla työkyvyn hallintaa, seurantaa ja varhaista tukea toteutetaan työpaikan ja työterveyshuollon yhteisenä toimintana. Huomattava osa haastatelluista muisti kuitenkin korvausmenettelyn muutoksen itse tai viimeistään muistutettaessa. Suuri osa haastateltavista kertoi, että lakimuutoksen aikana työterveyshuollon tuottajat olivat aktiivisia ja aloitteellisia kertoessaan lakimuutoksesta ja sen vaatimuksista, minkä seurauksena huomattava osa alkoi valmistella varhaisen tuen mallia.

Enemmistö haastatelluista kuvasi työkyvyn hallinnasta tulleen joko systemaattisempaa, tavoitteellisempaa tai ylipäättään tärkeämpää viimeisen kuuden vuoden aikana. Haastatelluista enemmistö piti kuitenkin organisaatioiden omaa motivaatiota ja valmiutta muutokseen merkittävämpänä kuin itse lakimuutosta. Muutaman haastateltavan mukaan lakimuutos voi käynnistää prosessin herättämällä kiinnostuksen työkyvyn hallintaan, mutta on lopulta organisaatiosta itsestään kiinni, toteutuuko toivottu muutos.

Työterveyshuollon palveluntuottajien haastattelut vahvistivat organisaatioiden haastatteluissa esiin nousseet trendit. Myös työterveyshuoltojen näkökulmasta työpaikkojen työkyvyn hallinnan käytännöt ovat systematisoituneet lakimuutoksen jälkeen. Kuitenkin työpaikkojen välillä on edelleen suuria eroja: toiset ovat kehittäneet käytäntöjä merkittävästi, kun taas toisissa ei ole tapahtunut mitään muutosta. Työterveyshuoltojen näkökulmasta lakimuutos ei ole vaikuttanut merkittävästi suuriin organisaatioihin, koska niillä on tyypillisesti ollut olemassa vaaditut käytännöt jo ennen lakimuutosta. Pienet organisaatiot ovat sitä vastoin selvästi panostaneet työkykyyn liittyviin asioihin enemmän kuin aikaisemmin.

Suuri osa haastatelluista sekä työpaikoilta että työterveyshuolloista korosti suunnitelmallista organisaatioviestintää muutosten implementoinnissa. On myös tärkeätä, että hyvinvointia voi havainnollistaa konkreettisin kustannusvaikutuksin ja muutoin numeerisesti, sillä usein johto ei tartu hyvinvointihankkeisiin, mikäli näillä ei ole odotettua taloudellista vaikutusta.

Muutama haastateltava toivoi tietoa ja ohjeistusta työterveyshuollon vaikuttavuuden ja työkyvyn hallinnan mittaamiseen ja jopa valmista materiaalia ja yleiskäyttöisiä mittareita, joita soveltaa. Osa haastatelluista korosti työterveyshuollon tarjoamia esimieskoulutuksia ja käytännön harjoituksia erityisesti varhaisen tuen mallin käyttämisessä ja siinä, kuinka tämän mukaan ottaa joskus hankaliakin asioita puheeksi henkilöstön kanssa. Yksi esimieskoulutusta painottaneista korosti, että mikäli johto ei ole sitoutunut muutokseen ja oma organisaatio ei ole riittävän vahva toteuttamaan muutosta ja käytäntöjä, ei ulkopuolinen, niin sanottu varjo-organisaatio voi puutetta paikata.

Noin puolet haastatelluista toivoi hyvien käytäntöjen jakamiseksi foorumeita tai muita kanavia. Toisaalta osa koki näitä hyvinkin jo löytyvän, mutta harmitteli esimerkiksi eläkeyhtiöiden keskittyvän liiaksi suuryrityksiin pienten ja keskisuurten sijaan. Lisäksi pk-yrityksillä on lähtökohtaisesti vähäisemmät resurssit osallistua vastaavaan toimintaan kuin suurilla. Foorumeilla voisi toiveiden mukaan tyypillisesti olla moniammatillinen osallistujakunta ja henkilöstö- ja muuta yritysjohtoa eri toimialoilta vastaavan kokoisista yrityksistä.

Osa haastatelluista työpaikkojen työterveyshuoltojen edustajista nosti esille tarpeen työkyvyn hallinnan ja tuen kohdistamisesta entistä varhaisempaan vaiheeseen. Käytännössä tämä tarkoittaisi, että toimenpiteitä tehtäisiin entistä enemmän työpaikoilla jo ennen kuin työterveyshuollon tarvitsee puuttua asiaan. Näistä kuitenkin puuttuu työterveyshuollon korvausjärjestelmän kannustus, sillä korvaukset on sidottu työterveyshuollon tekemiin toimenpiteisiin. Osa haastatelluista toivoi myös uudistuksia korvauskäytäntöihin työterveyspsykologien toimien osalta. Haastateltavat kokivat psykologin toimet ennaltaehkäisyn kannalta tärkeinä, minkä vuoksi usea toivoi näille korvauksen laajempaa kattavuutta.

Yli puolet haastateltavista piti ulkopuolisia kannusteita hyvinä ja tärkeinä keinoina aktivoida työkyvyn hallintaa ja ehdotti, että korvauksen voisi ulottaa täysin muihinkin ennaltaehkäisyn muotoihin kuin työterveyshuoltoon, koska suurin osa työhyvinvoinnista on kuitenkin lopulta työnantajan eikä työterveyshuollon vastuulla. Lisäksi jotkut haastatellut toivoivat korostettavan enemmän yksilön vastuuta, sillä työnantajalla on hyvin rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa siihen, mitä työntekijä tekee muulloin kuin töissä ollessaan.

Osa haastatelluista koki liian tiukan yksityisyydensuojan myös ajoittain yhteistyön rajoitteeksi, koska työnantaja ja työterveyshuolto eivät voi kommunikoida työntekijään liittyvistä asioista ilman työntekijän läsnäoloa. Suurin osa myönsi yksityisyydensuojan olevan yksilön kannalta välttämätön, eikä kukaan haastatelluista osannut ehdottaa, miten ongelman voisi välttää. Suurin osa haastatelluista koki työterveyshuoltoa koskevan nykylainsäädännön olevan yleisesti sopivaa, muutama haastateltava toivoi tätä kuitenkin yksinkertaisemmaksi ja totesi, että ainaakaan sääntelyn lisääminen ei välttämättä palvele yritysmaailman etua. Toisaalta yksi haastateltava ajatteli, että laki voisi edellyttää enemmänkin työnantajalta toimia korvausten saamiseksi ja esimerkiksi esimiesten vastuutehtävistä työkyvyn hallinnasta osan voisi kirjata lakiinkin.

Suuri osa haastatelluista muisti vuoden 2011 sairausvakuutuslain muutoksen ja piti tätä periaatteessa hyvänä tapana aktivoida työnantajia työkyvyn hallintaan, mutta korosti kuitenkin organisaation omaa toimintaa ja valmiutta tärkeämmäksi työkyvyn hallinnassa. Moni haastateltava korosti erilaisia tiedonjakokanavia hyvien käytäntöjen levittämisessä.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten luotettavuus ja yleistettävyys

Kutsu tutkimukseen lähetettiin laajalle joukolle heterogeenisiä ja valikoitumattomia työpaikkoja, joille oli löydettävissä asianmukainen sähköpostiyhteys. Kyselyyn vastasi noin 6 % kutsutuista, mikä on varsin tyypillinen vastausprosentti vastaavanlaiselle internetpohjaiselle kyselytutkimukselle. Absoluuttinen osallistujamäärä 1 333 on riittävän korkea tilastollisesti merkitsevien erojen löytämiseen. Kyselytutkimukseen osallistui myös kattavasti eri kokoisia ja eri toimialojen organisaatioita, ja organisaatioiden jakaumat vastasivat verrattain hyvin suomalaisen elinkeinoelämän rakennetta. Kyselytutkimuksen tulosten yleistettävyyteen voi vaikuttaa se, että työkyvyn hallinnasta kiinnostuneet ja siinä hyvin onnistuneet yritykset ovat voineet mahdollisesti vastata keskimääräistä aktiivisemmin kyselyyn. Mikäli näin on, kyselytutkimuksen tulokset voivat olla hieman liian optimistisia. Toisaalta kyselytutkimuksen avoimissa kommentoissa oli lukuisia kriittisiäkin vastauksia, jotka osaltaan osoittavat myös lakimuutokseen negatiivisesti suhtautuneiden organisaatioiden vastanneen kyselyyn.

Case-osioon pyrittiin saamaan mukaan monipuolinen valikoima yrityksiä: erikokoisia, eri toimialoilta sekä kyselytutkimuksen perusteella kriittisesti ja myönteisesti työkyvyn hallintaan suhtautuvia organisaatioita. On odotettavaa, että esimerkkiorganisaatioissa on hieman ylläditettyinä työkyvyn hallinnasta keskimääräistä kiinnostuneemmat ja täten ehkä myös siinä paremmin onnistuneet organisaatiot. Valikoituminen ei ole kuitenkaan merkittävä uhka case-vaiheessa, joka ei kvalitatiivisena tutkimuksena tähtääkään tulosten yleistämiseen vaan tässä tapauksessa erityisesti hyvien käytäntöjen tunnistamiseen. Lisäksi yli 20 tapauksen aineisto on jo varsin suuri laadullisen tutkimuksen aineistoksi.

Tutkimukseen haastateltiin myös työterveyshuollon palveluntuottajia, jotta saataisiin kaksi näkökulmaa lakimuutokseen. Lisäksi työterveyshuollon palveluntuottajat palvelevat useita organisaatioita ja siten myös monia sellaisia, jotka eivät olleet mukana case-tutkimuksessa. Näin ollen heillä on case-tutkimuksen otosta laajempi näkemys työkyvyn hallinnan ja varhaisen tuen tilanteesta ja viimeaikaisesta kehityksestä Suomessa.

6.2 Lakimuutoksen vaikutus työkyvyn hallinnan panostuksiin

Tutkimuksen perusteella sairausvakuutuslaissa vuonna 2011 voimaan tullut lakimuutos on vaikuttanut työkyvyn hallinnan panostuksiin. Kyselytutkimuksen perusteella havaittiin, että organisaatiot ovat muotoilleet suunnitelmia aktiivisesti sekä asettaneet kohtalaisen hyvin tavoitteita. Suuri enemmistö organisaatioista (yli 95 % yli 20 hengen organisaatioista ja lähes

90 % 5–19 hengen organisaatioista) ilmoittaa laatineensa lain edellyttämät suunnitelmat työkyvyn hallintaan, seurantaan ja varhaiseen tukeen tai sopineensa käytännöistä työterveyshuollon kanssa.

Kun organisaatioilta kysyttiin tarkemmin suunnitelmien tekemisestä eri toimintamalleille, olivat sairauspoissaolojen seuranta ja varhaisen tuen mallit selkeästi yleisimmät. Pienistä organisaatioistakin noin puolet oli laatinut näille dokumentoidut suunnitelmat, suuremmista organisaatioista 70–90 % koosta riippuen. Sitä vastoin melko harvalla oli suunnitelma työhön paluun tuen toimintamallista tai kuntoutusyhteistyöstä. Etenkin alle 20 hengen organisaatioissa nämä olivat harvinaisia. On mahdollista, ettei näille ole koettu tarvetta, koska vakavat, työkykyä uhkaavat tilanteet ovat harvinaisia, jolloin tarvetta työhön paluun tukeen ja kuntoutusyhteistyöhön ei ole koettu.

Luonnollisesti suuremmilla organisaatioilla oli pieniä tyypillisemmin nimetty henkilöstöjohtaja, joka vastasi myös työkyvyn hallinnasta. Tämä voi tehdä työkykyjohtamisesta systemaattisempaa. Pienissä organisaatioissa työkyvyn hallinnasta vastasi toimitusjohtaja. Toisaalta pienillä yrityksillä ei välttämättä ole edes tarvetta laatia kovin systemaattisia toimintamalleja esimerkiksi kuntoutusyhteistyöhön, koska vakavia sairastumisia ja eläköitymistapauksia on vähän. Lisäksi tiedonkulku pienissä yrityksissä voi olla suuria yrityksiä epämuodollisempaa ja tuttavallisempaa, jolloin esimiehet ovat hyvin tietoisia henkilöstön tilanteesta ilman muodollisesti suunniteltuja ja dokumentoituja prosessejakin.

Case-tutkimuksen osallistujien vastausten perusteella työterveyshuolto oli ollut hyvin aktiivinen tiedottaessaan vuoden 2011 lakimuutoksista ja ohjatesaan osallistujia varhaisen tuen mallin muotoilussa ja käyttöönotossa. Toisaalta haastatteluissa kävi ilmi, että useat työterveyshuollon tuottajat käyttävät aktiivisesti omia mallipohjiaan ja joskus ehkä jopa sanelevat osan tavoitteista. Usein työnantajilta itseltään vaaditaan aktiivisuutta, jotta tavoitteet palvelisivat yhteistyötä ja käytäntöä työpaikalla parhaiten. Työterveyshuoltojen edustajien mukaan suunnitelmat pyritään tekemään aidossa yhteistyössä, joskin osalle pienistä organisaatioista tavoitteita joudutaan antamaan edelleen valmiimpina.

Perinteinen, tasapainotetun tulokortin avulla toteutettu johtaminen lähtee tavoitteista, joiden pohjalta laaditaan mittarit, joita seurataan. Muutokset mittareissa johtavat erilaisiin toimenpiteisiin ja toimenpidekäytäntöjen kehittämiseen. Alle puolet internetkyselyyn vastanneista organisaatioista on asettanut tavoitteita osana suunnitelmiaan, vaikkakin useampi ilmoitti laatineensa mittareita. Merkittävä osa organisaatioista ei siten vaikuttaisi noudattavan tällaista systematiikkaa työhyvinvoinnin edistämiseksi, vaan suunnitelmien laadinnan lisäksi lähinnä seurataan reaktiivisesti sairauspoissaoloja, vaikka niille ei välttämättä ole edes asetettu tavoitteita. On mahdollista, että kyselytutkimuksen vastaajat eivät ole mieltäneet tavoitteeksi yleistä pyrkimystä parantaa työkykyä tai vähentää sairauspoissaoloja, mikäli niihin ei liity tarkkoja tavoitetasoja.

Case-tutkimuksessa mukana olleet organisaatiot ovat asettaneet suunnitelmissaan monenlaisia ja -tasoisia tavoitteita: tavoitellaan hyvää mielikuvaa työnantajana, hyvää yhteistyötä työ-

terveyshuollon kanssa, työkykyongelmien ennaltaehkäisyä, työssä jaksamisen tukemista, työhyvinvoinnin ja henkilötön tuottavuuden lisäämistä sekä pienempää sairauspoissaolo- ja eläkemaksukertymää. Tavoitteiden määrä on kasvanut lakimuutoksen jälkeisinä vuosina. Tavoitteet oli kuitenkin harvoin määritelty niin, että ne olisivat mitattavissa ja vain yksi organisaatio oli määritellyt mitattaville tavoitteille tavoitetasot.

Haastateltavien työnantajien työterveyshuollon toimintasuunnitelmien tavoitteet olivat pääasiassa yleisiä, joiden saavuttamiseksi on vaikea määritelläkään yksityiskohtaisia toimenpiteitä. Yksittäiset työnantajat, jotka olivat asettaneet yksityiskohtaisia tavoitteita työhyvinvoinnin ja työterveysyhteistyön eri osa-alueille, olivat myös määritelleet tarkemmat toimenpiteet näiden saavuttamiseksi. Suurin osa haastatelluista kuitenkin piti yleisiä tavoitteita sopivina ja koki, ettei toimintasuunnitelmassa ole tarkoitukseen syventyä yksityiskohtiin. Haastateltujen työterveyshuollon palveluntuottajien mukaan toimintasuunnitelmat ovat kehittyneet 2010-luvulla konkreettisimmiksi, ja laatu on yleisesti parantunut.

Yleisellä tasolla ja tietämyksen kasvattamisessa lakimuutos on onnistunut, sillä suurin osa on toteuttanut vaadittavat suunnitelmat ja toimenpiteet, ja hyödyntänytkin korkeamman korvausprosentin kannustetta. Käytännössä on kuitenkin vaikeata erotella varsinaista lakimuutoksen vaikutusta ja muita tekijöitä, kuten yleistä trendiä lisääntyneestä tietoisuudesta työkyvyn hallinnassa. Lisäksi on vaikea arvioida, kuinka suuri osa työnantajista laatii suunnitelmia niin sanotusti vain suunnitelmien ja nimellisten vaatimusten täyttämiseksi ja kuinka suuri osa vastavasti on tarkentuneiden suunnitelmien kautta aktivoitunut työkyvyn hallintaan todellisuudessa. Haastatteluissa kävi myös ilmi, että suurin osa muisti tai oli tietoinen laki- ja myös korvausmenettelyn muutoksesta, vaikkakaan harva muisti enää lakimuutoksen vaatimuksia yksityiskohtaisesti. Haastattelujen perusteella lakimuutos voikin herättää kiinnostuksen työkyvyn hallintaan, muttei takaa sen systemaattisuutta ilman organisaation vahvaa omaa motivaatiota muutoksen toteuttamiseen.

Haastatteluiden perusteella lakimuutos aktivoi erityisesti osaa pienistä työnantajista, joissa kiinnostus työkyvyn hallintaan saattaa merkittävästi riippua yksittäisistä henkilöistä. Osa pienyrityksistä investoi työkyvyn hallintaan paljon, sillä yksittäisen työntekijän hyvinvointi saattaa olla elintärkeä yrityksen jatkuvuudelle. Toisaalta osalle pienistä yrityksistä työhyvinvointiin liittyvät asiat ovat vain välttämätön kuluerä, jota pyritään minimoimaan. Yksi haastateltavista poikkesi yleisestä linjasta kokien, ettei työterveyshuollossa ja työkyvyn hallinnassa ole tapahtunut merkittävää edistystä 2010-luvulla, vaan varsinkin pienyritykset kokevat sen edelleen pakkona.

6.3 Lakimuutoksen vaikutus työkyvyn hallinnan prosessiin

Kyselytutkimuksen tulosten perusteella lähes kaikki yli 50 työntekijän organisaatiot seuraavat työterveyshuollon toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutumista, ja pienistäkin työpaikoista vähintään kaksi kolmasosaa. Tulosten perusteella lakimuutoksen jälkeen toiminnan seuranta on yleistynyt 30–50 % organisaation koosta riippuen.

Case-tutkimuksen selkeä enemmistö kertoi työkyvyn hallinnasta tulleen lakimuutoksen jälkeen systemaattisempaa ja tavoitteellisempaa, mikä tukee kyselytutkimuksen löydöksiä. Löytö on myös linjassa (Turpeinen ym. 2016) kanssa, jonka mukaan yhteistyöhön velvoittavat lait ja asetukset edistävät yhteiskehittämisen juurtumista.

Useat case-tutkimuksessa haastatellut mainitsivat työterveyshuollon tuottajien aktivoituneen selvästi hieman ennen lakimuutoksen voimaantuloa. Tämän jälkeenkin osalla haastatelluista yhteistyö työterveyshuollon kanssa on aidosti pysynyt tiiviinä ja vuorovaikutteisena, osa sitä vastoin kritisoi työterveydenhuoltokumppanien käyttävän valmiita lomakepohjia ja välillä jopa sanelevan tavoitteet valmiiksi kuulematta asiakasta riittävästi. Tietoisuus työkyvyn kustannusvaikutuksista on parantunut, ja osa haastatelluista kuvaa oman työkyvyn hallinnan kehittyneen merkittävästi viime vuosina.

Työterveyshuollon palveluntuottajat kokivat lakimuutoksen pääosin positiivisena ja kuvasivat sen olleen ensisijaisesti käynnistävä ja tukeva tekijä. Haastateltavat arvelivat työurien pidentämisen ja lisääntyneen tietoisuuden esimerkiksi työkyvyn kustannusvaikutuksista ohjanneen työnantajia systemaattisempaan työkyvyn hallintaan. Tyypillisesti isoilla organisaatioasiakkailla työkyvyn hallinnan mallit olivat kehittyneitä ja jo käytössä ennen lakimuutostakin.

Yleisiä työkykyä ylläpitäviä toimenpiteitä, kuten työhyvinvointi edistäviä tapahtumia, järjestetään vähintään kolme kertaa vuodessa jopa 75 %:sta (alle 10 hengen organisaatiot) 90 %:iin (yli 50 hengen organisaatiot) organisaatioista. Liikuntamahdollisuuksia puolestaan tarjoavat lähes kaikki yli 100 hengen organisaatiot ja pienistä organisaatioistakin puolet. Muitakin työhyvinvointia edistäviä keinoja oli käytössä. Suurella osalla haastatelluista työterveyshuollon toimintasuunnitelmien tavoitteet olivat varsin yleisiä, joten toimenpiteet eivät olleet kytkettyjä tavoitteisiin. Moni haastateltava kuitenkin kuvasi esimerkiksi työkykyneuvotteluprosessin kehittyneen ja tulleen standardoiduksi.

Tavoitteiden seuranta ja mittaaminen eivät ole niin systemaattisia kuin suunnitelmat antavat olettaa. Tavoitteille on harvoin asetettu tavoitetasoja, ja niiden toteutumista ei seurata. Tavoitteissa korostuu ennalta ehkäisevä näkökulma, mutta seurannassa työkykyongelmien myöhäiset vaikutukset, kuten sairauspoissaolot ja ennenaikaiset eläköitymiset. Tämä on luonnollista seurausta siitä, että näitä asioita on helppo mitata numeerisesti ja tieto on helposti työpaikkojen saatavilla. Kyselytutkimuksen tulosten perusteella työpaikoilla seurataan työturvallisuutta ja työtapaturmien määrää sekä työntekijöiden työkykyä ja terveydentilaa (vähintään 75 % vastanneista seuraa), mutta näille ei välttämättä ole asetettu tavoitetasoja. Case-tutkimuksessa haastatelluista työpaikoista suurin osa seuraa melko yleisiä työkyvyn mittareita, kuten sairauspoissaoloja, vaikka nämä eivät välttämättä aina toimintasuunnitelmien tai -mallien tavoitteina olisikaan. Haastateltavien mukaan kehitys sairauspoissaoloissa ja yleistä työhyvinvointia ja -kykyä mittaavien henkilöstökyselyiden tuloksissa oli ollut positiivista, mutta sitä ei voitu suhteuttaa mihinkään tavoitetasojen puuttuessa.

Tulosten perusteella näyttää siltä, että työpaikat hyötyisivät työhyvinvoinnin monipuolisen mittariston kehittämisestä, jonka avulla voitaisiin seurata henkilöstön työkykyä ja -tyytyväisyyttä, ennalta ehkäisevien toimien toteutumista sekä niiden vaikutuksia lyhyellä aikavälillä.

Esimerkiksi Viljamaa ym. (2015) ehdottaa konkreettisia, määrällisiä ja laadullisia indikaattoreita työterveystoiminnan panoksien ja prosessin sekä lopputuloksien seurantaan.

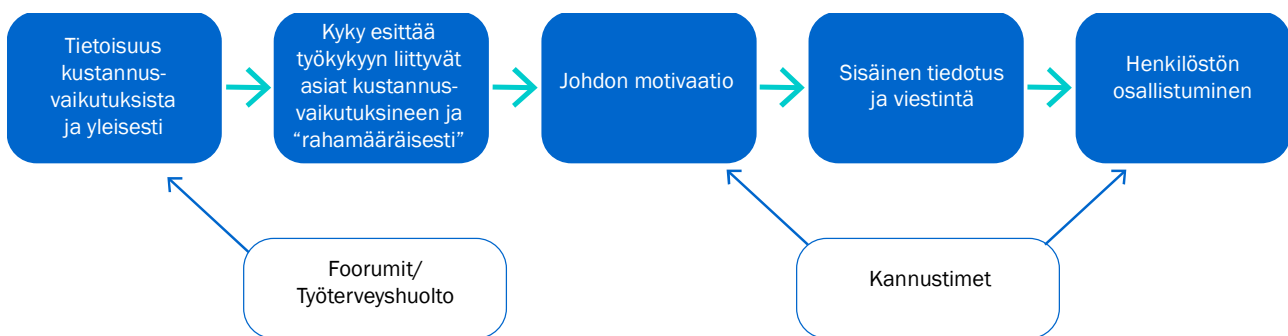
Sekä toimenpiteiden toteuttamiseen että tavoitteiden seurantaan liittyy sama ilmiö: työpaikoilla toteutetaan työkykyä tukevia toimenpiteitä ja seurataan erilaisia indikaattoreita, kuten työtapaturmia ja sairauspoissaoloja, mutta niitä ei ole kytketty suunnitelmissa mainittuihin tavoitteisiin. Täten myös suunnitelmien toteutumista tai toteuttamatta jättämistä on haastava arvioida.

6.4 Tavoitteiden toteutuminen ja hyvät käytännöt

Tavoitteiden saavuttamisen arviointi oli haastavaa, sillä vain yksi case-osioon osallistunut organisaatio oli asettanut työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan konkreettiset numeerisesti mitattavat tavoitteet, kuten sairauspoissaolojen osuuden ja eläkemaksuluokan. Suurin osa haastatelluista pystyi kertomaan tekemiään toimia ja keinoja asetettujen tavoitteiden saamiseksi, mikä osoittaa organisaatioiden kuitenkin tehneen töitä tavoitteidensa eteen. Numeeriset tavoitteet asettanut organisaatio esitti myös konkreettisen aikasarjarealisaation tavoitteistaan, joista se oli suurimman osan saavuttanut tavoittelemassaan ajassa.

Suuri osa haastatelluista organisaatioista korosti työkyvyn hallinnassa viestinnän, kustannusvaikutusten ja -tietoisuuden sekä organisaation osallistamisen tärkeyttä. Haastattelujen perusteella oli mahdollista hahmottaa alla olevan kaavion mukainen kehys, jonka mukaan työkyvyn hallinta voi edetä onnistuneesti organisaatioissa (kuvio 17).

Kuvio 17. Työkyvyn hallinnan eteneminen organisaatioissa.



Voidakseen edistää työkyvyn hallintaa organisaation pitäisi olla siis tietoinen siihen liittyvistä vaikutuksista, joita esimerkiksi työterveyshuolto voi luonnollisesti tuoda esiin yhteistyössään työnantajien kanssa. Myös erilaiset tiedonjaon foorumit, joita usea haastateltavakin toivoi, edistäisivät organisaatioiden tietoisuutta työkyvyn hallinnan edullisista vaikutuksista. Haastateltavat mainitsivat merkittävimpänä tähänastisista tiedonjaon foorumeista työeläkeyhtiöiden tilaisuudet sekä työhyvinvointiverkoston. Työterveyshuoltojen edustajat mainitsivat myös Työterveyslaitoksen hyvänä tietolähteenä. Tämä ei vielä kuitenkaan riitä, vaan henkilöstöjohtoon tai -vastaavaan täytyy myös kyetä esittämään työkykyyn liittyvät vaikutukset rahamääräisesti, jotta organisaation johto voi huomioida nämä konkreettisesti taloudellisessa päätöksenteossa ja harkitessaan erilaisten hankkeiden budjetointia. Haastateluissa kävi usein ilmi,

että ilman tätä johdon halu lähteä toteuttamaan mitään työhyvinvointiin liittyvää jää usein heikoksi. Yhtä lailla usea haastateltava korosti avointa tiedonvälitystä ja yleisestikin onnistunutta viestintää hankkeiden edistämiseksi, jotta henkilöstö omaksuisi työkyvyn hallinnan. Lisäksi yksi haastateltava korosti, kuinka varhaisen tuen mallin käytännön harjoittelu erilaisine tapaussimulaatioineen auttoi suuresti toimintamallin omaksumista. Parhaimmillaan oikeanlaiset kannusteet, joita myös lainsäädännöllisesti voidaan osittain ohjata, voivatkin tukea sekä johtoa että henkilöstöä työkykytavoitteiden saavuttamisessa.

Haastatteluissa ilmeni muutamia hyviä esimerkkejä onnistuneista ennalta ehkäisevistä ja työhyvinvointia parantaneista hankkeista, joihin rahoitusta oli haettu ja saatu esimerkiksi Teikesiltä ja työeläkeyhtiöiltä. Varhaisen tuen mallin soveltaminen usein edellyttää jo ongelman ilmaantumista tai toimintakyvyn laskua, minkä vuoksi otollisinta voisi olla suunnata toimet vielä varhaisempaan vaiheeseen, toki mahdollisuuksien mukaan riskiryhmiin kohdistetusti. Varhaisimmassa vaiheessa työkyvyn hallintaa voitaneen parhaiten edistää suuntaamalla tuki suoraan työpaikan omaan työhyvinvointia ja työkykyä ylläpitävään toimintaan, kuten työn ja työympäristön kehittämiseen, työyhteisön ja organisaatioiden toimivuuden parantamiseen sekä ammatillisen osaamisen edistämiseen. Työn ja työympäristön kehittämiseen kuuluvia haastateltavien hyviksi kokemia käytäntöjä olivat muun muassa erilaiset tiimityömallit, systemaattinen riskinarviointi sekä ergonomiaan ja työtiloihin liittyvien altisteiden eliminointi. Työyhteisön toimivuuden osalta haastateltavat mainitsivat yleisesti hyvän työilmapiirin, johon voidaan luonnollisesti vaikuttaa monin eri tavoin. Ammatillista osaamista voidaan tukea organisaation sisäisellä ja jatkuvalla kouluttamisella sekä ulkoisin koulutuksin, jotka voivat tarvittaessa johtaa myös virallisiin tutkintoihinkin. Hyvä tapa kartoittaa henkilöstön työhyvinvointia on yksinkertaisesti kysyä kuukausittain, kuinka kukin työntekijä jaksaa. Systemaattinen ja matkan kynnyksen seuranta ei tällöin vaadi erityisiä ja ehkä työtä vaativia formaaleja toimintamalleja, mikä voi helpottaa työkyvyn hallintaa erityisesti pienissä organisaatioissa.

Moni haastateltava koki, että varhaisen vaiheen tukea ja työkyvyn ylläpitoa tukevia toimia on mahdollista toteuttaa monella tavalla. Ennalta ehkäiseviä ja työkykyä tukevia palveluita tarjoavat työterveyshuoltojen lisäksi monet tahot. Myös työpaikat pyrkivät itse tekemään työkykyä ja työilmapiiriä parantavia toimenpiteitä. KL1:n alaiset palvelut nähdään osana laajempaa kokonaisuutta. Työpaikoilla koetaan kasvavaa tarvetta psyykkisen hyvinvoinnin tuelle, jota sitäkin on tarjolla monella eri tavalla, myös työterveyspsykologin kautta. Lakimuutos, joka muuttaa korvaustasoja Kela-korvattavissa palveluissa vaikuttaa siten suoraan vain osaan työpaikkojen tekemästä ennalta ehkäisevästä työstä ja varhaisesta tuesta.

Työterveyspalvelujen tuottajat kokivat esimiesten taitojen ottaa työkykyongelmia puheeksi parantuneen merkittävästi, mikä voi parhaimmillaan vähentää ongelmien medikalisaatiota ja myös työterveyshuollon kustannuksia. Parantuneita keskustelutaitoja ovat tukeneet erityisesti systemaattiset dokumentaatiopohjat sekä erilaiset työkuuntoon-toimintamallit. Monet yritykset ovat omaksuneet sairauspoissaolojen omailmoituskäytäntöjä, mikä mahdollistaa työterveyshuollon keskittymisen ennalta ehkäisevään työhön. Suuremmilla yrityksillä omat HR-raportointijärjestelmät tuottavat nykyisin paljon hyödyllistä tietoa, kuten herätteitä päätöksenteon ja reagoinnin tueksi. Osa työterveyshuollon tuottajista kuvasi joidenkin suurempien työnantajien omien työkykykoordinaattoreiden toimintaa erityisen onnistuneeksi. Usea haastateltava

korosti tiedottamista työkyvyn hallinnassa ja piti tärkeänä, että esimerkiksi Työterveyslaitoksen internetsivut ovat ajan tasalla sekä helpot käyttää. Parantuneista keskustelutaidoista huolimatta avointa keskustelua työkyvystä ei ole koskaan liikaa työpaikoilla. Lisäksi yksi haastateltava koki, että työterveyshuollon tuottajien tulee jatkossa panostaa vielä enemmän tiedonlouhintaan ja käyttökelpoisen analytiikan ja ennusteiden tuottamiseen. Osa haastateltavista toivoi lisää huomiota jo varhaiseen koulutus- ja ammatinvalintaan, sillä epäonnistuneista nuoruuden valinnoista johtuvat työkyvyttömyysongelmat ovat erityisen kalliita yhteiskunnalle ja yllättävän yleisiäkin. Osa haastateltavista koki korvausjärjestelmän kustannusluokkajaon keinotekoisena ja toivoi esimerkiksi, että sairaanhoidon korvaukset voitaisiin poistaa ja siihen nykyään käytetyt rahat ohjata ennalta ehkäisevään työhön.

Melko yksiselitteisesti case-tutkimuksen haastateltavat pitivät tehdyn kaltaista lakimuutosta hyvänä keinona edistää työkyvyn hallintaa. Haastateltavat kuitenkin korostivat organisaation omaa toimintaa ja valmiutta tärkeämmäksi työkyvyn hallinnassa. Usea haastateltava piti nyky-lainsäädäntöä sinänsä sopivana ja arveli kuitenkin, että lisääntynyt säätely ei välttämättä palvele yritysten etua. Mikäli työkykyä haluaa jatkossa edistää lainsäädännön avulla, tulee haastateltavien mukaan huomioida lakimuutosten vaatimusten realistisuus ja tarjota muutokseen liittyen sopivia ja mielekkäitä kannustimia, jotka ohjaavat lainsäätäjän toivomaan muutokseen ja joista työnantajat myös hyötyisivät.

LÄHTEET

Bhattacharyya MN ja Layton AP. Effectiveness of seat belt legislation on the Queensland road toll. An Australian case study in intervention analysis. *J Amer Statistical Ass* 1979; 74 (367): 596–603.

Craig P, Cooper C, Gunnell D ym. Using natural experiments to evaluate population health interventions. New Medical Research Council guidance. *J Epidemiol Community health* 2012; 66: 1182–1186.

Creswell J. Educational research. Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, 2012.

Elo A-L, Liira J, Karjalainen V ym. Tieto työtoiminnan erilaisten muotojen ja menetelmien terveys- ja työkykyvaikutuksista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työkyvyn ylläpidon tutkimus ja arviointi 2, 2001.

Franche RL, Cullen K, Clake J ym. Work-based return-to-work interventions. A systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehab* 2005; 15: 607–631.

Forma P, Harkonmäki K, Pekka T, Saarinen A. Kunnallinen työterveyshuolto 2008. Työterveyshuollon organisointi ja toiminta henkilöstöasioista vastaavien ja työterveyshuollon arvioimana. Helsinki: Keva, Kuntien eläkevakuutuksen raportteja 4, 2008.

Goetzel RZ, Ozminkovski R, Bruno JA, Rutter KR, Isaac F, Wang S. The long-term impact of Johnson & Johnson's Health & Wellness program on employee health risks. *J Occup Environ Med* 2002; 44 (5): 417–424.

Goldenhar LM, Schulte PA. Intervention research in occupational health and safety. *J Occup Med* 1994; 36 (7): 763–775.

Grimshaw J, Campbell M, Eccles M, Steen N. Experimental and quasi-experimental designs for evaluating guideline implementation strategies. *Fam Pract* 2000; 17 (1): 11–16.

Harden A, Peersman G, Oliver S, Mauthner M, Oakley A. A systematic review of the effectiveness of health promotion interventions in the workplace. *Occup Med* 1999; 49 (8): 540–548.

Harvey AC, Durbin J. The effects of seat belt legislation on British road casualties. A case study in structural time series. *J R Statist Soc* 1986; 149 (3): 187–227.

HE 67/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 13 luvun 5 §:n muuttamisesta.

Hilton S, Semple S, Miller BG ym. Expectations and changing attitudes of bar workers before and after the implementation of smoke-free legislation in Scotland. *BMJ Public Health* 2007; 7: 206.

Hyytiäinen K, Järvisalo J, Lind J, Mäki J. Työterveyshuollon toimivuus pientyöpaikoilla. Koetut ja arvioidut kuormitustekijät työssä. *Suom Lääkäril* 1998; 53 (12): 1369–1376.

Ilmarinen J, Gould R, Järvisalo A, Järvisalo J. Työkyvyn moninaisuus. Julkaisussa: Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, 2006: 17–34.

Juntunen P, Puumalainen J, Mäkelä-Pusa P. Perustuksia valamassa. Pientyöpaikkojen työterveysyhteistyö. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön työselosteita 43, 2012.

Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Arrimo C ym. Miten työkyvyn tuki -toiminta toteutuu kunnallisten työterveyshuoltojen asiakkaila? SEITTI-hankkeen esimerkki Keski-Suomesta. *Työterveyslääkärilehti* 2012; 30 (1): 35–37.

Järvisalo A, Härköpää K, Mannila S. Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. *Kuntoutus* 2001; 24 (3): 3–11.

Kankaanpää E. Studies on purchasers and providers of occupational health services in Finland. Kuopio: University of Eastern Finland, Dissertations in Social Sciences and Business Studies 44, 2012.

Kausto J, Viikari-Juntura E, Virta LJ, Gould R, Koskinen A, Solovieva S. Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation. A quasi-experiment in Finland. *BMJ Open* 2014; 4 (12): e006685.

L 738/2002. Työturvallisuuslaki.

L 1056/2010. Laki sairausvakuutuslain 13 luvun 5 §:n muuttamisesta.

L 1383/2001. Työterveyshuoltolaki.

Martimo K, Antti-Poika M. Työterveyshuollon terveystarkastukset ja niiden tuloksellisuus. *Suom Lääkäril* 2000; 55: 4631–4635.

Mäkelä-Pusa P. Työkyvyn varhainen tuki pientyöpaikoilla. *Kuntoutus* 2010; 4: 55–60.

Palmgren H, Kaleva S, Savinainen M, Rajala K, Nyberg M, Oksa P. Yrittäjien ja pienten yritysten työterveyshuolto Suomessa 2013–2014. Helsinki: Työterveyslaitos, 2015.

Parvinen LA, Windischhofer R, Gustafsson M. Competitive advantage through value-based health care. The case of Metso Corporation. *European Management Journal*, 2010; 28 (3): 117–129.

Pelletier K. A review and analysis of the clinical- and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite. 1998–2000 update. *Appl Occup Environ Hyg* 2001; 16: 107–116.

Rantanen S, Pääkkönen R, Jokitulppo J, Palmroos P. Kysely työpaikkaselvityksestä ja riskin arvioinnista. *Työterveyslääkäri* 2003; 21 (2): 223–230.

Rokkanen T. Työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyö työpaikan tarpeiden arvioinnissa. Helsinki: Työterveyslaitos, Tutkimusraportti 45, 2015.

Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Salmi JA ym. Evidence of the effectiveness of occupational health interventions. *Am J Ind Med* 2006; 49: 865–872.

Taimela S, Justen S, Aronen P ym. An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2008; 65: 242–248.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2002; 141–142.

Turpeinen M, Ylisassi H, Hirvonen L, Laitinen J. Edistetään terveyttä työpaikoilla yhteistoimin. Helsinki: Työterveyslaitos, 2016.

Uusitalo R, Nivalainen S. Vuoden 2005 eläkeuudistuksen vaikutus eläkkeellesiirtymisikään. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 5, 2013.

Viljamaa M, Uitti J, Kurppa K, Juvonen-Posti P. Työterveystoiminnan seurannan indikaattorit. Työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen prosessien indikaattorit. Helsinki: Työterveyslaitos, 2012.

Viljamaa M, Uitti J, Juvonen-Posti P ym. Työterveysyhteistyöllä vaikuttavuutta työkyvyn tukeen. Helsinki: Työterveyslaitos, 2015.

Väisänen A, Linnosmaa I, Eskelinen J, Nurmi-Koikkalainen P. Tutkimus vuoden 2009 vammaispalvelulain muutosten vaikutuksista asiakasmääriin ja kustannuksiin. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 1/2014, 2013.

LIITELUETTELO

Liitteet ovat erillisinä tiedostoina.

Liite 1. Kyselytutkimusosio, väliraportti

Liite 2. Case-tutkimusosion haastattelukysymykset

Liite 3. Yhteenvedot haastatteluista ja organisaatioiden dokumenteista