

Jan Schugk

Tulevaisuudessa sairausloma on yhä aktiivisempi osa hoitoa, ei vain paranemisen odottamista

Sairausloma on osa hoitoa

Sairauspoissaolojen määrän kansainvälinen vertailu on tilastoinnin erojen vuoksi vaikeaa. OECD:n keräämien lukujen perusteella poissaoloja on Suomessa paljon (1). Erikoista on, että sairauspoissaolot ovat pysyneet samalla vakiintuneella tasolla 1980-luvun alusta lähtien, vaikka vastaavana aikana suomalaisen työikäisen väestön terveys ja työkyky ovat kehittyneet myönteisesti (2,3).

Sairauspoissaolojen syyjakauma on sen sijaan muuttunut huomattavasti. Sydän- ja verisuonisairauksien osuus on pienentynyt, kun taas mielenterveyden häiriöiden lisääntynyt. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus poissaoloista on pysynyt melko vakaana huolimatta siitä, että fyysisesti raskaiden työtehtävien määrä on vähentynyt (4). Ovatko työelämän vaatimukset tiukentuneet vai ovatko työkyvyttömyyden kriteerit laskeneet?

Tarkkaa vastausta tähän kysymykseen ei ole. Työelämä on kolmessakymmenessä vuodessa muuttunut olennaisesti. Rutiinimaiset työtehtävät ovat vähentyneet, ja yhä suurempi osa työstä on tietotyötä, palvelua tai niiden yhdistelmä. Nämä työt kuormittavat henkisesti aiempaa enemmän, ja toisaalta ne myös edellyttävät hyvää henkistä suorituskykyä. Työkyvyttömyyden syynä ovat yhä useammin tilat, kuten mielialahäiriöt ja monimuotoiset kivut, joiden objektiivinen mittaaminen ja arviointi on vaikeaa.

Terveys ja työkyky eivät ole absoluuttisia suureita, vaan niihin voi terveydenhuollon toimenpiteiden lisäksi vaikuttaa merkittävästi myös muun muassa kehittämällä työtä ja sen johtamista (5). Huomattavan usein työkyvyttömyys onkin suhteellinen tila, johon vaikuttavat työn vaatimusten lisäksi muun muassa työyhteisön toimintatavat, kokemus työn mielekkyydestä sekä työn merkitys henkilön elämässä.

Sairausloma on osa potilaan hoitoa. On hämmästyttävää, kuinka vähän tutkimustietoa tämän hoidon osan oikeasta määrästä ja vaikuttavuudesta on. Lääketieteen opinnoissa sairausloman tarpeen ja sen keston arviointiin kiinnitetään vain vähän huomiota. Käytännössä sairausloman keston arviointi opitaan toisilta lääkäreiltä ensimmäisissä työpaikoissa tai katsoamalla potilaskertomuksesta, kuinka paljon sairauslomaa vastaavassa tilanteessa edelliskeralla kirjoitettiin. Siksi on ymmärrettävää, että lääkärin käytännöt sairausloman kirjoittamisessa vaihtelevat huomattavasti. Samanlaisessa tilanteessa olevan potilaan sairausloman pituus saattaa vaihdella merkittävästi riippuen lääkärin erikoisalasta, sukupuolesta tai jopa asuinpaikkakunnasta (6).

Sairausloma on usein kallein osa hoitoa, kun otetaan huomioon muun muassa työnantajan maksama palkka, sairauspäivärahat sekä menetetyt työpanoksen arvo (7). Tutkimuksissa on kertynyt näyttöä siitä, että tietyissä tilanteissa pitkät sairauslomat voivat johtaa toipumisen pitkittymiseen tai jopa pysyvään työkyvyttömyyteen (8,9). Kuten kaikella muullakin hoidolla, myös sairauslomalla on haittavaikutuksia, joista hoitavan lääkärin on oltava tietoinen.

Muiden hoitomuotojen, kuten toimenpiteiden ja lääkehoidon, kehittyessä voimakkaasti sairausloman käyttö osana hoitoa on kehittynyt hyvin vähän. Suuri osa potilaista on sairauden sattuessa edelleen kokonaan pois työstä huolimatta siitä, että täyden poissaolon rinnalle on luotu vaihtoehtoja ja työterveyshuolto on sairausloman pitkittyessä velvoitettu arvioimaan henkilön jäljellä oleva työkyky ja mahdollisuudet palata työhön. Esimerkiksi osasairauspäivärahan käyttö on vähäistä, vuonna 2014 vain 4,9 % kaikista sairauspäivärahopäivistä oli osasairauspäivärahopäiviä (10).



Mahdollisuuksia sairauslomakäytäntöjen kehittämiseen on pohdittu laajalti. Yhtenä keinona esille on noussut lääkäreille laadittava sairaaksi kirjoittamisen ohjeisto, joka tarjoaisi apua sairausloman tarpeen ja keston arviointiin eri sairauksissa. Ruotsissa tällainen ohjeisto on kehitetty erikoislääkäriyhdistysten ja Socialstyrelsenin yhteistyönä (11). Ohjeet ovat suositusluonteisia, mutta lääkärin on pystyttävä perustelemaan suosituksesta poikkeaminen, jotta potilaan oikeus sairauspäivärahaan säilyy.

Toinen mahdollinen toimintatapa voisi olla työkyvyttömyyden arvioinnin porrastaminen vallitsevasta dikomisesta mallista, jossa henkilö on joko työkykyinen tai työkyvytön. Tällöin lääkäri arvioisi potilaan työkyvyn osuuksina täydestä työkyvystä. Työntekijä voisi näin olla täysin työkykyinen tai osin työkyvytön 25 %:n askelin aina täyteen työkyvyttömyyteen asti. Palkkaa ja vastaavasti sairauspäivärahaa maksettaisiin suhteessa työkyvyttömyyden tasoon.

Britanniassa käyttöön otetun ”fit noten” mukainen toimintamalli tarjoaisi meille muunnellun työkyvyn porrastetusta arvioimisesta (12). Todetessaan työkykyyn vaikuttavan sairauden lääkäri kirjaisi todistukseen diagnoosin lisäksi arvionsa siitä, onko henkilön oltava kokonaan pois työstä vai voisiko hän tietyin edellytyksin jatkaa työskentelyä. Jos työpaikalla ei pystyttäisi soveltamaan lääkärin ehdottamia toimia työn muokkaamiseksi potilaan työkykyä vastaavaksi, työntekijä jäisi sairauslomalle.

Tulevaisuuden ennustaminen on tunnetusti vaikeaa, mutta varmaa on, että ensi vuosi-

kymmenellä sairauslomien tarpeen ja keston arviointi on nykyistä järjestelmällisempää. Työkyvyttömyyden todistamisen sijaan painopiste on jäljellä olevan työkyvyn arvioinnissa. Omailmoituskäytännön jatkaessa yleistymistään lääkärin panos lyhytaikaisen työkyvyttömyyden arvioinnissa vähenee, jolloin aikaa jää pidempikestoisen työkyvyttömyyden perusteelliseen käsittelyyn. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Pariisi: OECD 2010, s. 57–63.
2. Työaikakatsaus: työajat ja poissaolot EK:n jäsenyrityksissä vuonna 2014. Helsinki: Elinkeinoelämän keskusliitto EK 2016, s.12–5. <http://ek.fi/wp-content/uploads/Työaikakatsaus-2014.pdf>.
3. Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 68/2012, s. 77–101.
4. Kauppinen T, Mattila-Holappa P, Perkiö-Mäkelä M, ym, toim. Työ ja terveys Suomessa 2012: seurattutieto työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki: Työterveyslaitos 2013, s. 97–112.
5. Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health* 2002;92:105–8.
6. Kankaanpää A. Sick leave prescribing practices in Finland. Väitöskirja. Turun yliopisto 2014.
7. Rissanen M, Kaseva E. Menetetty työpanoksen kustannukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. stm.fi/menetettytyopanoksen-kustannukset.
8. Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T, ym. The treatment of acute low back pain – bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995;332:351–5.
9. Kausto J, Virta L, Luukkonen R, Viikari-Juntura E. Associations between partial sickness benefit and disability pensions: initial findings of a Finnish nationwide register study. *BMC Public Health* 2010;10:361.
10. Kelan tilastollinen vuosikirja 2014. Helsinki: Kansaneläkelaitos 2015, s. 154.
11. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd [verkkotietokanta]. Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinskt-beslutsstod.
12. Guidance for GPs, employers, hospital doctors and occupational health practitioners on using fit notes (statements of fitness for work). GOV.UK 2013. www.gov.uk/government/collections/fit-note.



JAN SCHUGK, asiantuntijalääkäri
Elinkeinoelämän keskusliitto EK

SIDONNAISUUDET
Kirjoittajalla ei ole sidonnaisuuksia