

KIRSI PIITULAINEN

TtT, projektkoordinaattori
Keski-Suomen keskussairaala,
fysiatrian yksikkö

IRJA KORHONEN

LL, työterveystieteen erikoislääkäri,
liikelaitosjohtaja
Työterveys Aalto

KAJ HUSMAN

LKT, M.Sc., professori
Finnish Consulting Group

TARJA JALKANEN

merkonomi, sairaanhoitaja,
etuuskäsittelypäällikkö
Kela, itäinen vakuutuspiiri

MAURI KALLINEN

professori, kuntoutuksen ylilääkäri
Oulun yliopisto, elinikäisen
terveyden tutkimusyksikkö, Keski-
Suomen keskussairaala

KARI MASTOKANGAS

fysioterapeutti, palvelupäällikkö
Jyväskylän yhteistoiminta-alueen
terveyskeskus

JANNE NISSINEN

HTM, ratkaisukeskuksen päällikkö
Kela, Itäinen vakuutuspiiri

VESA NYMAN

KTM, projektipäällikkö
Finnish Consulting Group

ILKKA VOHLONEN

FT, M.Sc., MBA, professori
Itä-Suomen yliopisto
ilkka.vohlonen@uef.fi

Tukimalli työhönpaluuseen selkäleikkauksen jälkeen

Asiakasohjaajana työterveyshuolto

LÄHTÖKOHDAT Kokeilussa Keski-Suomessa integroitiin työterveyshuolto muuhun sosiaali- ja terveydenhuoltoon potilaiden jatkohoidossa selkäleikkauksen jälkeen.

MENETELMÄT Työterveyshuolto arvioi potilaan työkyvyn ja teki työhönpaluusuunnitelman kahdessa viikossa. Hoitoa, kuntoutusta ja työpaikan toimia koordinoi vastuullinen asiakasohjaaja.

TULOKSET Potilaiden sairauspoissaolot lyhenivät 78:sta 38 päivään verrattuna kahden sairaanhoitopiirin lukuihin v. 1998 ja 2013. Yhteistyö toimi, mutta tiedonkulussa oli ongelmia. Kelan päiväraha korvauksia säästyivät keskimäärin 2 280 €/potilas.

PÄÄTELMÄT Yhteistyö ja työterveyshuollon koordinointi nopeuttivat merkittävästi potilaiden paluuta työhön työkykyisinä.

Toipilasajat erikoissairaanhoidon jälkeen ovat Suomessa 2–3 kertaa pidempiä kuin muissa hyvinvointivaltioissa (1,2). Vuonna 2013 selkäleikkauksessa (M51.1) olleiden potilaiden sairauspoissaolojen keskiarvo leikkauksen jälkeen oli 82 päivää (3).

Optimal Recovery Guidelines (ORG) -ohjeiden mukaan työikäisen tulisi palata töihin 54 päivässä (4). Kun sairausloman kesto ylittää noin 6 kuukautta, todennäköisyys siirtyä ennenaikaiselle eläkkeelle työkyvyttömyyden takia

Hahmotus-tutkimuksen (9) mukaan erikoissairaanhoidon, terveyskeskusten ja työterveyshuollon yhteistyö toimii huonosti ja tiedonkulku sekä lähete-palautekäytäntö ovat puutteellisia. Tämän on katsottu johtuvan siitä, ettei työterveyshuolto ole mukana terveydenhuollon verkostoissa eikä muussa terveydenhuollossa tunneta sen erityisosaamista.

Koska työterveyshuolto tuntee työelämän tarpeet ja vaatimukset sekä työntekijän osaamisen, sen toiminnallinen integrointi muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja etuuksiin tukee työikäisten työkykyä. Ikääntyvien työkyvyn tukemiseksi työterveyshuoltoa on yhä tehostettava ja terveyskeskusten palvelu nostettava työterveyshuollon tasolle. Näin saavutetaan väestöryhmien yhdenvertaisuus (10).

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä tehtiin kokeilu työterveyshuollon toiminnallisesta integraatiosta muuhun sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Saumaton hoitoketju ja kuntoutuspolku työikäiselle -kokeilun rahoitti sosiaali- ja terveysministeriön johtama Osatyökykyisille tie työelämään -kärkihanke (OTE).

Tutkimuksemme tavoitteena oli kehittää ja arvioida uusi malli, jonka avulla leikkauksella tai konservatiivisella hoidolla hoidetut osatyökykyiset selkäpotilaat voivat nopeammin kuntoutua töihin tai hakemaan töitä työterveyshuollon avulla.

Työterveyshuolto teki tarkan työhönpaluusuunnitelman kahden viikon kuluessa hoidosta.

suurenee (5). Turnerin ym. (2008) mukaan seuraavan vuoden sairauspoissaoloja ennusti parhaiten selkäkipujen määrä (6). Kun muut riskitekijät oli vakioitu, selkäkipuisilla oli 5–7 kertaa suurempi todennäköisyys päätyä sairauslomalle kuin muilla (7).

Suomen kestävyysvajeen selättämiseksi on tärkeää pidentää työuria ja nostaa työllisyysastetta (8). Työterveyshuollon merkittävin tehtävä on tukea työkykyä. Se voi integroida työhön erilaiset sosiaali- ja terveyspalvelut, monet etuudet ja kuntoutuksen. Muilla sote-toimijoilla ei ole tarvittavaa yhteyttä työpaikkaan.

LIITEAINEISTO
verkossa
laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 17/2019

VERTAISARVIOITU

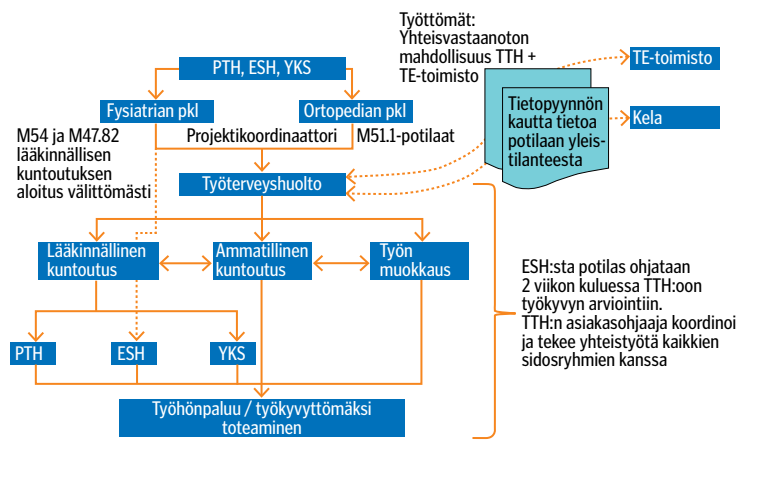


KUVIO 1.

Työterveyshuollon toiminnallisen integroinnin malli

Yleinen OTE-malli (Osatyökykyisille tie työelämään).

ESH = erikoissairaanhoido, PTH = perusterveydenhuolto, YKS = yksityinen, pkl = poliklinikka, TTH = työterveyshuolto, M54, M47.82 = kroonisen selkävivun diagnooseja ICD-10-tautiluokituksen mukaan



KIRJALLISUUTTA

- Vohlonen I, Ihalainen R, Saltman RB, Karhunen T, Palmunen J, Kinnunen J. Improving health security: a pilot study from Finland linking disability and health expenditures. *Health Policy* 2004;67:119–27.
- Saltman RB, Bergman S-E. Renovating the Commons: Swedish health care reforms in perspective. *J Health Polit Policy Law* 2005;30:253–75.
- Vohlonen I, Vehviläinen A, Virta L, Husman K, Kröger H, Koistinen V. Ortopediin leikkauksiin liittyvät sairaalahoidokset ja sairauspoissaolot työikäisillä vuosina 1998 ja 2013. *Suom Lääkäril* 2017;72:1085–90.
- Doyle R. Medical grand rounds. Kirjassa: Milliman and Robertson, toim. *Healthcare Management Guidelines*, no.65. Danville, Pennsylvania: GMC 1996.
- Laaksonen M, Blomgren J, Gould R. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria. *Eläketurvakeskus raportteja*. Helsinki 5/2014.
- Turner JA, Franklin G, Fulton-Kehoe D ym. ISSLS Prize Winner: Early predictors of chronic work disability: a prospective, population based study of workers with back injuries. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008;33:2809–18.

Aineisto ja menetelmät

Kohderyhmänä olivat osatyökykyiset potilaat, joille oli tehty selkäleikkaus (M51.1), sekä kroonisesta selkävivusta kärsivät potilaat (M54), jotka olivat olleet sairauslomalla vähintään 6 viikkoa.

Selkäpotilaille suunniteltiin uusi hoitoketju ja kuntoutuspolku. Sen muodostivat ortopedian ja fysiatrian klinikat, terveyskeskus sekä alueen työterveyshuollot ja kuntoutustahot.

Solmukohtien purkamiseksi toteutettiin koikeilu, jonka keskeinen toimintamalli oli palveluntuottajien ja etuusorganisaatioiden yhteistyö ja yhteinen prosessi työkyvyn tukemiseksi. Malliin integroitiin kuntoutustahot, sosiaalivakuutus ja työpaikat. Vastuullinen asiakasohjaaja (case manager) työssä oleville ja työttömille työikäisille oli alueen työterveyshuolto. Mallia sovellettiin Keski-Suomessa.

Aineisto ja menetelmät on kuvattu tarkemmin verkossa (liite 1, www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelo > SLL 17/2019).

Toimintamalli

Tavoitteena oli työterveyshuollon tuella kuntouttaa työssä olevat osatyökykyiset potilaat toi-

hin tai työnhakuun selkäleikkauksen tai konservatiivisen hoidon jälkeen nykyistä tehokkaammin. Vastaavaa mallia on toteutettu mm. Skotlannissa ja Washingtonissa (11).

Ortopedi kirjoitti pitkittyneestä tai leikkausta edellyttävästä selkävaivasta kärsiville potilaille (M51.1) kaksi viikkoa sairauslomaa iskiasleikkauksen jälkeen. Hän lähetti potilaan työkyvyn arviointia ja työhönpaluusuunnitelman tekoa varten työterveyshuoltoon, jonne sairaalasta oli otettu yhteyttä ennen leikkausta.

Fysiatri määräsi kroonisesta selkävivusta (M54) potevalle potilaalle kaksi viikkoa sairauslomaa. Työterveyshuolto arvioi työkyvyn ja teki tarkan työhönpaluusuunnitelman työpaikan ja potilaan kanssa kahden viikon kuluessa hoidosta (kuvio 1).

Työterveyshuolto vastasi asiakasohjaajana, että potilas palaa työhön suunnitelman mukaisen tarvittavien ja oikea-aikaisten toimenpiteiden jälkeen. Hoitovastuu säilyi sairaalalla. Työkyvyn tukeminen voi edellyttää toimia työpaikalla. Työterveyshuolto arvioi sairauspoissaolon pituuden potilaan kanssa.

Keskeistä on, että jokaiselle työikäiselle potilaalle on tehty työkyvyn arviointi ja työhön paluuta koskeva suunnitelma kaksi viikkoa hoidon/konsultaation jälkeen. Asiakasohjaajat koordinoivat työterveyshuollon muiden toimijoiden ja työpaikan kanssa jatkotoimintaa varmistuen, että työhönpaluusuunnitelman mukaiset toimet tehtiin. He myös huolehtivat seurannasta työhön paluussa ja kolme kuukautta sen jälkeen.

Hankkeessa olivat mukana Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylän yhteistoimintaluueen terveyskeskus ja alueen kuusi suurinta työterveyspalvelujen tuottajaa (Työterveys Aalto, Terveystalo, Mehiläinen, Valmet, Pihlajalinna ja Jyväskylän Työterveys Oy).

Toimijoina ja/tai hankkeen ohjausryhmässä olivat terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi työntekijöiden ja työnantajien, kuntoutuksen, TE-toimiston, Kelan ja eläkevakuutuslaitosten edustajat.

Työssä käyville teki työkyvyn arvon ja työhönpaluusuunnitelman potilaan oma työterveyshuolto ja työttömille Työterveys Aalto. Työterveyshuolto ei tuottanut itse kaikkia palveluja.

Arviointitutkimus

Mallin toimivuutta ja vaikutuksia arvioitiin

Potilaiden työhönpaluun kesto (pv) sairaaloittain selkäleikkauksen (ICD-10: M51.1) jälkeen

Keskiarvot (ka.), 95 %:n luottamusvälit (95 %:n LV) ennen kokeilua 1998^{1,2} ja 2013³ sekä kokeilussa (2017–18³).

Ajankohta (potilaita)	Keston keskiarvo sairaaloittain (95 %:n LV)			
	TAYS	Keski-Suomen keskussairaala	KYS	Koko maa
V. 1998	60	74	91	72
(n)	(249)	(131)	(157)	(3 049)
V. 2013	80 (67,4–92,2)	78 (64,7–90,6)	92 (82,3–102,9)	82 (79,2–85,4)
(n)	(129)	(131)	(157)	(2 040)
Kokeilussa				
2017–18		38 (33,9–42,1)		
(n)		(28)		

¹Tieto luottamusvälistä puuttuu

²Korvattujen sairauspoissaolopäivien kesto hoidon jälkeen

³Työhönpaluun kesto (hoidon jälkeisestä sairauspoissaolosta riippumatta) hoidon jälkeen

- 7 Wickizer TM, Franklin G, Plaeger-Brockway R, Mootz R, Drylie D. Improving the quality of occupational health care in Washington State: new approaches to designing community-based health care systems. *J Ambul Care Manage* 2002;25:43–52.
- 8 Valtioneuvosto. Hallitusohjelman toteutus. Hyvinvointi ja terveys. Helsinki 2017.
- 9 Tarvainen K, Pesonen S, Laaksonen M. Alueellisella yhteistyöllä tukea työkykyyn – Hahmotus: Selvitys työkyvyn tuen ja sen koordinoituihin toteutumisesta viiden sairaanhoitopiirin alueella työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen toimijoiden välisessä yhteistyössä. Työterveyslaitos, Helsinki 2015.
- 10 GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018;391:2236–71.
- 11 Wickizer TM, Franklin G, Fulton-Kehoe D ym. Improving quality, preventing disability and reducing costs in workers' compensation healthcare: a population-based intervention study. *Med Care* 2011;49:1105–11.

Suunta-viitekehityksen avulla (12,13). Kokeilun vaikutuksia mitattiin sairausloman keston / työhönpaluun muutoksina hoidon tai poliklinikakäynnin jälkeen (2). Toipilasajaksi määriteltiin aika sairaalahoidon tai -konsultaation päättymisestä siihen, kun potilas palasi töihin tai työtön todettiin työkykyiseksi.

Kokeilun vaikutusten arvioimiseksi verrattiin mukana olleiden potilaiden toipilasajojen keskiarvoja (2017–18) toipilasajoihin kahtena kokeilua edeltäneenä ajanjaksona (1998–2000 ja 2012–14) kahdessa vertailusairaalassa (TAYS, KYS) ja koko maassa ns. organisaatiokohtaisella takautuvalla tapaus-verrokiasetelmalla (14,15).

Vuosien 1998 ja 2013 aineistoiksi poimittiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen HILMO-rekisteristä lannerangan välilevypotilaat (M51.1) ja valittiin koko maasta ne työikäiset potilaat, jotka oli hoidettu mikrokirurgisella tai avoimella leikkauksella (ABC16 ja ABC26).

Tulokset

Kokeilussa oli ollut tähän mennessä mukana 40 iskiasleikkauksessa ollutta ja 19 kroonista selkäkipupotilasta, jotka kävivät töissä, sekä 30 työtöntä selkäkipupotilasta. Heistä osalle (28) oli tehty iskiasleikkaus.

Aikaisempien tutkimusten mukaan vuonna

2013 leikkattujen selkäpotilaiden (M51.1) sairauspoissaolojen keskiarvo hoidon jälkeen oli koko Suomessa 82 vuorokautta (taulukko 1).

Tämän tutkimuksen selkäpotilailla sairauspoissaolot vähentyivät 78:sta keskimäärin 38 päivään verrattuna sairauslomiin kahdessa muussa sairaanhoitopiirissä ja koko maassa v. 2013.

Jos muutokseen sovelletaan Kelan maksamien päiväraha korvauksien keskiarvoa (noin 57 euroa/päivä), uudella mallilla vähennettiin potilaskohtaisia korvauksia 2 280 euroa.

Vertailusairaaloissa TAYS:ssa ja KYS:ssa ei ollut tapahtunut muutoksia sairaaloiden ja työterveyshuoltojen yhteistyössä, lääkärin tavoissa määrittää sairauspoissaolon kestoä eikä sairauskertomuksissa mainituissa sairauslomien kestoissa.

Päätelmät

Työterveyshuollon, erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuksen yhteydenpitoa pitää harkita aina, kun potilaan työkykyä on tuettava. Työntekijän pitkään jatkunut selkäkipu esimerkiksi edellyttää työterveyshuollon seurantaa ja toimia työpaikalla. Ne ovat työterveyshuollon tehtäviä, oli pa potilas sairauslomalla tai ei.

Työterveyshuolto ei voi toimia, jos se ei saa muualta terveydenhuollosta tietoa tarvittavien työkykyä tukevien toimien aloittamiseksi. Tämä edellyttää perusterveydenhuollossa ja sairaaloissa työskentelevien lääkärin ja hoitajien tiedon ja asenteen muutosta, jotta potilas ja häntä koskeva tarpeellinen tieto ohjautuvat työkyvyn tukitoimiin työterveyshuoltoon.

Kokemukset Keski-Suomessa osoittavat mallin toimivan. Iskiasleikkauksessa olleet selkäpotilaat palasivat leikkauksen jälkeen työkykyisinä työhön keskimäärin 40 päivää (60 %) varhemmin kuin aiemmissa tutkimuksissa. Osoitettiin hoidettujen eri toimijoiden yhdyspinnolla päästiin, ja potilas eteni työterveyshuollon asiakasohjauksessa työkykyisenä töihin ilman viiveitä.

Työterveyshuolto ei tuottanut kaikkia palveluja, vaan kukin toimija tuotti niistä osansa. Malli osoitti, että työterveyshuolto ja työpaikat on mahdollista saada yhteistyöhön muiden sote-toimijoiden, Kelan ja TE-toimiston kanssa.

Uuden prosessin haltuunotossa ja toimintamallissa oli neljä keskeistä tekijää: 1) eri toimijoiden yhteistyö, 2) työkyvyn tukemisen näkeminen toimijoiden yhteisenä prosessina, 3) vastuullinen asiakasohjaus sekä 4) katkeamaton, saumaton

- 12 Goeschel CA, Weiss WM, Pronovost PJ. Using a logic model to design and evaluate quality and patient safety improvement. *Int J for Quality in Health Care* 2012;24:330-7.
- 13 Rasimus J. Loogisen viitekehysten lähestymistapa (LFA). Kehys-kurssi 30.9.2011.
- 14 Campbell DT, Stanley JC. Experimental and quasi-experimental designs for research. Rand McNally, Illinois 1966.
- 15 Vohlonen I, Vehviläinen A, Kinnunen J, toim. Terveysturva ja sen rahoitus: Tuloksia tutkimus- ja kehittämishankkeen ensimmäisestä vaiheesta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopisto. Kuopio 2003.
- 16 Aaltonen J, Jaatinen S, Talvinko T, Virtanen M, Vohlonen I. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuoteistus Suomessa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2007.
- 17 Asklöf T, Martikainen J, Kautiainen H, Haanpää M, Kiviranta I, Pohjolainen T. Paid expenditures and productivity costs associated with permanent disability pensions in patients with spinal disorders: Nationwide Finnish Register-based Study, 1990-2010. *Eur Spine J* 2016;25:275-81.
- 18 Kankaanpää A. Sick leave prescribing practices in Finland. *Annales Universitatis Turkuensis. D 1132. Medica Odontologica*. Turku 2014.

SIDONNAISUUDET

Kirsi Piitulainen, Irja Korhonen, Kai Husman, Tarja Jalkanen, Mauri Kallinen, Kari Mastokangas, Janne Nissinen: Ei sidonnaisuuksia.
Vesa Nyman: (Palkkiot hankkeen projektijohtamisesta maksettu FCG Prodacapo Finland Oy:lle) Konsultointi- tai muu palkkio, matkakorvaus, palkkiot osallistumisesta tutkimuksen toteutukseen, korvaus käsikirjoituksen kirjoittamisesta tai tarkistamisesta, kirjoitusapu, laitteet tai hallinnollinen tuki (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri).
Ilkka Vohlonen: Konsultointi- tai muu palkkio, matkakorvaus, palkkiot osallistumisesta tutkimuksen toteutukseen ja konsultointi (FCG).

tiedonkulku ja -siirto toimijoiden välillä.

Tässä kokeilussa kunkin toimijan osuus on sovitettu yhteiseen prosessiin, joka tähtää yhteiseen tavoitteeseen: työntekijä tai työtön työkykyisenä työhön tai työtä hakemaan. Potilaan rinnalla on asiakasohjaaja, joka ohjaa häntä työhönpaluusuunnitelman mukaisiin palveluihin yhteisesti sovitulla tavalla. Neljän keskeisen tekijän toteutuminen tuntuu itsestään selvältä. Keski-Suomessa mallin mukainen prosessi saatiin vasta kovalla työllä toimimaan teorian lisäksi myös käytännössä.

Yhdysvalloissa Washingtonin osavaltion työntekijöille suunnatussa vastaavassa kokeilussa (COHE) sairauspoissaolot vähenivät merkittävästi (7). Myös siinä organisoitiin ja arvioitiin toimintamalli, jossa työterveyshuolto on vastuullinen asiakasohjaaja (6,11).

Kelan maksamat sairauspäiväraha-korvaukset potilasta kohden vähenivät noin 2 280 euroa. Selkäleikkauksen yksikkökustannus on Suomessa keskimäärin noin 3 200 euroa (16).

Keski-Suomessa tehdään työikäisille työssäkäyville noin 130 selkäleikkausta vuodessa. Uusi malli säästi siellä vuodessa noin 300 000 euroa etuuksia, jotka muutoin olisivat tulleet Kelan maksettavaksi.

Jos selkäpotilaiden hoito työterveyshuollossa integroitaisiin toiminnallisesti koko maassa, saataisiin vuosittain aikaan säästöt (4 500 000 euroa), joilla voitaisiin tuottaa noin 2 000 selkäleikkausta, eli lähes nykyinen tarve.

Työnantajien tuotannonmenetykset saattavat olla jopa kymmenen kertaa suuremmat kuin edellä mainitut säästöt välittömissä kustannuksissa (17).

Toiminnallisen integroinnin kustannus-hyötysuhteen arvioinnissa on otettava huomioon tämän kokeilun tulos, jonka mukaan toimintamalli ei edellytä uusia resursseja, kun asiakasohjaaja on prosessin vastuullinen koordinoija. Toimijat pyrkivät yhteiseen päämäärään ylittämisen yhdyspinnat ilman turhia viiveitä.

Kokeilun kvalitatiivisten ja kvantitatiivisten tulosten paikkansapitävyyttä varmistettiin potilas- ja henkilökuntakyselyin. Vertailuasetelman luotettavuutta TAYS:n ja KYS:n sairauspoissa-

TÄSTÄ ASIASTA TIEDETTIIN

- Työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon yhteistyö ei toimi varsinkaan osatyökykyisten työkyvyn tukemisessa.
- Paluu työhön sairaalahoidon jälkeen kestää kauemmin kuin muissa vastaavissa maissa.

TÄMÄ TUTKIMUS OPETTI

- Yhteisen tavoitteen ja prosessin määrittely, työterveyshuollon asiakasohjaajat ja sitoutuminen tuloksen saavuttamiseen edistävät työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon yhteistyötä työkyvyn tukemiseksi.
- Tiedonkulun sujuminen käytännössä on yhä vaikea haaste.
- Toiminnallisella integraatiolla voidaan merkittävästi nopeuttaa osatyökykyisten potilaiden paluuta työhön iskiasleikkauksen jälkeen ja saada aikaan huomattavia kustannussäästöjä.

oloihin hoitojen jälkeen 2017-18 selvitettiin haastattelemalla sairaaloiden ortopedejä ja tarkastelemalla potilaille hoitojen jälkeen kirjoitettuja sairauspoissaoloja.

Tutkimuksen ehkä merkittävin heikkous on, että Kansaneläkelaitoksen rekisteritiedoissa sairauspoissaoloista ei ole poissaolotodistuksen kirjoittaneen lääkärin tunnustetietoja eikä tietoja potilaiden lyhyistä poissaoloista. Tämä vaikeuttaa sairauspoissaolotarpeen arvioineen tahon identifioimista ja kokonaisarviointia.

Työterveyshuollon toiminnallisen integroinnin suuri haaste oli tiedonkulku. COHE-kokeilussa todettiin, että uudenlaisen yhteistyön neljästä edellytyksestä toiseksi tärkein oli tiedon siirto ja siihen liittyvä teknologia (6,7). Tärkeimmäksi koettiin toiminnallinen yhteistyö.

Keski-Suomen kokeilu osoittaa, että julkiset ja yksityiset terveyspalvelujen tuottajat voivat sovittujen yhteisten tavoitteiden sekä yhteistyön muotojen ja toimintamallien avulla jo nyt tuottaa merkittävästi parempaa terveyshyötyä työikäisille potilaille. ●

ENGLISH SUMMARY | www.laakarilehti.fi | in english

New support for return to work of temporarily incapacitated workers:

Results of operational integration of occupational health and other health services

KIRSI PIITULAINEN
IRJA KORHONEN
KAJ HUSMAN
TARJA JALKANEN
MAURI KALLINEN
KARI MASTOKANGAS
JANNE NISSINEN
VESA NYMAN

ILKKA VOHLONEN
Ph.D., M.Sc., MBA, Professor
University of Eastern Finland
ilkka.vohlonen@uef.fi

New support for return to work of temporarily incapacitated workers:

Results of operational integration of occupational health and other health services

BACKGROUND As a trial scheme of the Hospital District of Central Finland, in spring 2017 a project was started to operationally integrate occupational health care with other health care services and social benefits. The aim was to shorten return-to-work (RTW) periods. The project was funded and steered by the Finnish Ministry of Social Affairs and Health and was supported and implemented with the backing of various stakeholders.

METHODS The investigational group consisted of patients who had undergone back surgery (M51.1) and patients suffering from chronic back pain (M54) who were temporarily unable to work. After an operation or treatment, orthopaedists or physiatrists did not put patients on 2 to 3 months' sick leave as usual. Instead, within two weeks the patients were referred to occupational health care. The case manager thereafter took care of the necessary support for returning patients to work as soon as possible. The outcome of this case management model was assessed on the basis of the change in the length of the return-to-work period.

RESULTS The main qualitative change was the way in which the patients were examined and advised with regard to returning to work two weeks after their discharge from hospital. As main quantitative result, instead of the previous recovery periods of 78 days, patients now returned to work in 38 days. If these outcomes are assessed on the basis of the average benefits per patient from the Social Insurance Institution, the cost saving per patient was 2280 euros.

CONCLUSIONS As a new model for integration of occupational health care with the rest of health care and social benefits, case management requires the definition of shared targets and the operational commitment of various actors. If these conditions are fulfilled, the return-to-work periods of both surgical and chronic back pain patients could be significantly shortened and costs of income subsidies reduced.

Liite 1.

Aineisto ja menetelmät

Kohderyhmänä olivat osatyökykyiset potilaat, joille oli tehty selkäleikkaus (M51.1), sekä kroonisesta selkäkivusta kärsivät potilaat (M54), jotka olivat olleet sairauslomalla vähintään 6 viikkoa.

Selkäpotilaille suunniteltiin uusi hoitoketju ja kuntoutuspolku (työkyvyn tuen prosessi). Sen muodostivat ortopedian ja fysiatrian klinikat, terveystakeskus sekä alueen työterveyshuollot ja kuntoutustahot.

Saumatonta toimintaa estävien solmukohtien purkamiseksi toteutettiin kokeilu, jonka keskeinen toimintamalli oli palveluntuottajien ja etuusorganisaatioiden yhteistyö ja yhteinen prosessi työkyvyn tukemiseksi. Toimintamalliin integroitiin myös kuntoutustahot, sosiaalivakuutus ja työpaikat. Vastuullinen asiakasohjaaja (case manager) sekä työssä oleville että työttömille työikäisille oli alueen työterveyshuolto. Mallia sovellettiin Keski-Suomessa.

Uusi toimintamalli

Mallin tavoitteena oli työterveyshuollon ohjauksessa kuntouttaa työssä olevat osatyökykyiset potilaat töihin tai työnhakuun selkäleikkauksen tai konservatiivisen hoidon jälkeen nykyistä tehokkaammin. Vastaavaa mallia on toteutettu mm. Skotlannissa ja Washingtonissa (11).

Ortopedi kirjoitti pitkittyneestä tai leikkausta edellyttävästä selkävaivasta kärsiville potilaille (M51.1) kaksi viikkoa sairauslomaa iskiasleikkauksen jälkeen. Hän lähetti potilaan työkyvyn arviointia ja työhönpaluusuunnitelman tekoa varten työterveyshuoltoon, jonne sairaalasta oli otettu yhteyttä ennen leikkausta.

Fysiatrian konsultaation jälkeen fysiatreri määräsi kroonisesta selkäkipua (M54) potevalle potilaalle kaksi viikkoa sairauslomaa. Työterveyshuolto arvioi työkyvyn ja teki tarkan työhönpaluusuunnitelman työpaikan ja potilaan kanssa kahden viikon kuluessa hoidosta (kuvio 1).

Mallissa työterveyshuolto vastaa asiakasohjaajana, että potilas palaa työhön suunnitelman mukaisten tarvittavien ja oikea-aikaisten toimenpiteiden jälkeen. Hoitovastuu säilyy sairaalalla. Työkyvyn tukeminen voi edellyttää työn muokkaamista, työjärjestelyjä, aluksi osasairauspäivärahaa työhön paluun helpottamiseksi tai muita työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyössä toteuttamia toimia työpaikalla. Työterveyshuolto arvioi sairauspoissaolon pitempien potilaan kanssa.

Jotta työhönpaluusuunnitelman mukaiset toimet (lääkinnällinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, työterveysneuvottelu ja työn muokkaaminen) toteutuivat saumattomasti, sairaalan poliklinikalta otettiin yhteyttä potilaan työterveyshuoltoon ennen leikkausta tai konsultaatiokäynnin jälkeen (kuvio 1). Asiakasohjaaja varasi potilaalle ajan työterveyshuoltoon työkyvyn arviointia ja työhön paluusuunnitelman tekemistä varten sairausloman aikana.

Keskeistä on, että jokaiselle työikäiselle potilaalle on tehty työkyvyn arviointi ja työhön paluuta koskeva suunnitelma kaksi viikkoa hoidon/konsultaation jälkeen. Asiakasohjaajat

koordinoivat työterveyshuollon muiden toimijoiden ja työpaikan kanssa jatkotoimintaa varmistaen, että työhönpaluusuunnitelman mukaiset toimet tehtiin, ja huolehtivat seurannasta työhön paluussa ja kolme kuukautta sen jälkeen.

Hankkeessa olivat mukana Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus ja alueen kuusi suurinta työterveyspalvelujen tuottajaa (Työterveys Aalto, Terveystalo, Mehiläinen, Valmet, Pihlajalinna ja Jyväskylän Työterveys Oy).

Toimijoina ja/tai hankkeen ohjausryhmässä olivat myös työntekijöiden ja työnantajien, kuntoutuksen, TE-toimiston, Kelan ja eläkevakuutuslaitosten edustajat.

Työssä käyville teki työhönpaluusuunnitelman potilaan oma työterveyshuolto ja työttömille Työterveys Aalto. Työterveyshuolto ei tuottanut itse kaikkia palveluja, kuten sairaalan poliklinikkahoitoja tai käyntejä tai kuntoutuksia.

Tietoja erikoissairaanhoidosta (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri), terveyskeskuksesta (Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus JyTe), työterveyshuolloista, Kelasta ja TE-toimistosta kerättiin potilaiden suostumuksella. Neljä iskiasleikkauksessa ollutta potilasta kielsi tietojensa käytön arviointitutkimuksessa. Yksikään potilas ei kieltäytynyt kliinisten tietojen vaihdoista, kuten potilaan taustatietojen luovuttamisesta Kelasta työterveyshuoltoon. Työttömien potilaiden taustatietoja siirtyi potilaan luvalla Kelasta TE-toimistoon ja työterveyshuoltoon.

Arviointitutkimus

Mallin toimivuutta ja vaikutuksia arvioitiin Suunta-viitekehyksen avulla (12,13). Kokeilun vaikutuksia mitattiin sairausloman keston / työhön paluun muutoksina hoidon tai poliklinikkakäynnin jälkeen (2). Toipilasajaksi määriteltiin aika, joka kului sairaalahoidon tai -konsultaation päättymisestä siihen, kun potilas palasi töihin tai työtön todettiin työkykyiseksi.

Kokeilun vaikutusten arvioimiseksi verrattiin mukana olleiden potilaiden toipilasaikojen keskiarvoja (2017–18) toipilasaikoihin kahtena kokeilua edeltäneenä ajanjaksona (1998–2000 ja 2012–14) kahdessa vertailusairaalassa (TAYS, KYS) ja koko maassa ns. organisaatiokohtaisella takautuvalla tapaus-verrokkiasetelmalla (14,15).

Vuoden 2018 tilanteen selvittämiseksi vertailusairaaloissa haastateltiin toimialan ylilääkärit ja ortopedit ja tarkasteltiin potilaiden sairauskertomuksia työhön paluun keston selvittämiseksi.

Vuosien 1998 ja 2013 aineistoiksi poimittiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen HILMO-rekisteristä lannerangan välilevypotilaat (M51.1) ja valittiin koko maasta ne työikäiset potilaat, jotka oli hoidettu mikrokirurgisella tai avoimella leikkauksella (ABC16 ja ABC26).

Näiden potilaiden etuustiedot poimittiin Kelasta (15) ja yhdistettiin potilaskohtaisesti kryptattujen henkilötunnusten avulla. Yhdistetystä rekisteriaineistosta laskettiin kunkin potilaan sairauspoissaolon pituus leikkauksen jälkeen sairaaloittain. Vuosina 2017–18 kokeiluun kuuluneiden potilaiden työhön paluun kesto määriteltiin ja mitattiin kokeilussa työterveyshuolloista saadun tiedon avulla.