



Työterveyslaitos

Työkykyjohtaminen - johdettua yhdessä tekemistä

TAPAUSTUTKIMUS KÄYTÄNNÖN JOHTAMISMENETTE-
LYISTÄ JA TALOUDELLISESTA VAIKUTTAVUUDESTA
KUNNALLISESSA LIIKELAITOKSESSA

Pirjo Juvonen-Posti
Matti Joensuu
Arto Reiman
Tiina Heusala
Esa-Pekka Takala
Guy Ahonen



Työterveyslaitos

Työkykyjohtaminen – johdettua yhdessä tekemistä

TAPAUSTUTKIMUS KÄYTÄNNÖN JOHTAMISMENETTELYISTÄ JA
TALOUDELLISESTA VAIKUTTAVUUDESTA KUNNALLISESSA
LIIKELAITOKSESSA

Pirjo Juvonen-Posti, Matti Joensuu, Arto Reiman, Tiina Heusala,
Esa-Pekka Takala, Guy Ahonen

Työterveyslaitos

Helsinki 2014

Työterveyslaitos

Työkyvyn tuki -teema

Topeliuksenkatu 41 a A

00250 Helsinki

www.ttl.fi

Tietoa työstä -julkaisusarjassa julkaistaan tutkimusraportteja, koosteita ja selvityksiä Työterveyslaitoksen kaikilta tutkimusaloilta.

Kansi: Mainostoimisto Albert Hall Finland Oy Ltd

© 2014 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Julkaisu on toteutettu Työsuojelurahaston tuella.

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain (404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen) mukaisesti kielletty ilman asianmukaista lupaa.

ISBN 978-952-261-362-2 (nid.)

ISBN 978-952-261-363-9 (PDF)

Juvenes Print, Tampere, 2014

TIIVISTELMÄ

Työurien jatkumisen näkökulmasta merkityksellistä on, miten työtä voidaan muokata siten, että henkilö, jonka työkyky on alentunut, pystyisi kuitenkin jatkamaan tuottavasti työssä. Tavoite on tärkeä niin työnantajan, työntekijän, kuin yhteiskunnankin kannalta. Oulun kaupungin sisäisessä liikelaitoksessa oli lähdetty uudistamaan johtamisen käytäntöjä, jotta heidän henkilöstönsä pystyisi jatkamaan työssään heikentyneestä työkyvystä huolimatta. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia tätä uudistunutta johtamista työkyvyn tukemisessa ja saada selville mitä liikelaitoksessa tehtiin ja miten, millaisia hyviä kokemuksia ja ongelmia siellä oli, ja mitkä olivat toiminnan vaikutukset? Tavoitteena on kuvata saadut kokemukset riittävän yksityiskohtaisesti sellaisessa muodossa, että niitä voidaan hyödyntää kunta-alan ja mahdollisesti yksityisen sektorin johtamisen kehittämishankkeissa sekä työhyvinvoinnin johtamisen työkalujen ja mallien kehittämisessä.

Liikelaitos oli ottanut aktiiviseen käyttöön Oulun kaupungissa yhteistoiminnassa eri tuen tarpeen tilanteisiin valmistellut työkyvyn tuen -mallit, ”..vaihtoehdot, kun työkyky muuttuu..”. Kaikkien esimiesten edellytetään toimivan sovitulla tavalla, mutta esimiestä ei jätetä yksin työkyvyn tuki – tilanteisiin. Liikelaitos on selvillä henkilöstönsä tilanteesta koko ajan ja varautuu vuosittain toiminnan ja talouden suunnittelussa siihen, että tulevan vuoden aikana osan henkilöstöstä työkyky muuttuu.

Työnmuokkauksen yhteydessä liikelaitoksessa tarkastellaan siltä tilattua työtä, sen tuottamisen työprosessia ja lähityöyhteisöä ja suhteutetaan tätä jäljellä olevaan työkykyyn. Tätä työtä tehdään tiiviissä työterveyhteistyössä.

Liikelaitoksessa toimii työkykykoordinaattori, joka tuntee kohdeliikelaitoksen työn, työprosessit ja toimintaympäristön. Työkykykoordinaattori toimii yhteistyössä liikelaitoksen johdon ja esimiesten, työterveyshuollonedustajien sekä tarvittaessa esimiehen rinnalla työntekijöiden kanssa. Työkykykoordinaattorin työ on tuonut muuttuvaan toimintaympäristöön ja pitkiinkin tukiprosesseihin jatkuvuutta. Työkykykoordinaattorin avulla yhteistyö on syventynyt työterveyshuollon ja konsernin henkilöstöpalvelualueen uudelleensijoituksen kanssa. Yksilöllisten ratkaisujen suunnittelu ja seuranta vie noin puolet työkykykoordinaattorin vuosityöajasta

Tarkastelimme toimintaan käytettyjä taloudellisia resursseja ja kertyneitä säästöjä vuosilta 2009-2012. Keskimäärin toiminnan kannattavuus oli noin 50 000 euroa per vuosi neljän vuoden seurannan aikana. Suurimmat säästöt tulivat alentuneista eläkemaksuista ja vähentyneistä sairauspoissaoloista, joissa molemmissa tapahtui selkeä kustannustason lasku. Tämä työkyvyttömyyteen liittyvä uusi vuosittainen kustannustaso on toiminnan panostuksetkin huomioiden yli 600 000 euroa matalampi tällä hetkellä kuin keskimäärin aiempina vuosina. Näin ollen toiminnan käynnistämisessä kolmena ensimmäisenä vuonna

tehdyt panostukset maksavat itsensä takaisin 4,7 vuodessa hankkeen aloituksesta, edellyttäen että tasomuutos jää pysyväksi vähintään kahden vuoden ajaksi.

Tutkimus osoitti, että työkyvyn johtamisen kehittäminen edellyttää vahvaa sitoutuneisuutta yhteisiin tavoitteisiin ja valmiutta tarkastella ja muuttaa työprosesseja. Lisäksi tarvitaan avoimuutta yhteistyöhön ja määriteltyjä yhteistyön areenoja, joissa eri toimijoiden roolit määrittyvät. Kun eri toimijoiden välille rakentuu riittävä luottamus, voidaan herkkiäkin työkykyyn ja toimintaan liittyviä muutoksia toteuttaa. Taloudellisen vaikuttavuuden kannalta tutkimus osoittaa, kuinka monta eri tekijää työkyvyn tuen taloudelliseen kannattavuuteen vaikuttaa. Myös hyötyjen toteutumisessa on tietty viive, johtuen mm. eläkemaksujen takautuvasta laskentatavasta, jolloin toimintaan tulee sitoutua pitkäjänteisesti, jotta päästään keräämään suurimpia hyötyjä.

ABSTRACT

In what ways can the working situations of disabled employees be modified in order to prolong their working careers? This goal is important to employers, employees as well as to society in general. A public in-house enterprise of around 500 employees in the city of Oulu started to develop their management procedures, in order to assist their employees to continue working careers in spite of disabilities. The aim of this study was to analyze this new work disability management system and to find out what changes were made and how, what were the successes and problems in the process, and what effects the did the changes have? The goal was to produce a detailed description of the process which can be used in future development of well-being at work projects within the municipal sector and possibly also in the private sector.

The public in-house enterprise in question had put in use the work disability models developed previously in the city of Oulu. All supervisors are obliged to act according to the models, but the supervisors are not left alone to act in the situations where an employee has disabilities. The organization keeps track of the personnel and prepares in the budgeting and planning of operations for upcoming changes in employee disability.

Changes in the work processes are made in order to accommodate to the work ability of the employees considering the commissioned work and the work team composition. The new processes are designed in close co-operation with the occupational health services.

There is a work disability coordinator working in the organization familiar with the working tasks, work processes and the operational environment. The work disability coordinator works in close cooperation with the directors of the organization, occupational health services and supervisors, and also alongside the employees, if necessary.

The work disability coordinator has brought continuity to these, often long, processes of employee support in the ever changing work contexts. The introduction of the work disability coordinator has deepened the co-operation with occupational health services and the employee redeployment services of the city of Oulu.

We analyzed the financial resources used and the savings made during the period of 2009 to 2012. On average the yearly net profit was approximately 50 000 euros during the four years. The largest savings came from reduced pension payments and sickness absences. In both a significant drop in costs was observed. This new cost level associated with employee disability is over 600 000 euros lower at the moment after subtracting the costs relating to the operation. Therefore all the investments in the first three years are gained back after 4,7 years from the start if the new cost level is maintained for at least for two years.

This study showed that the development of work disability management at the workplace requires a strong commitment to common goals from all parties and an open attitude to review and change the work processes. Willingness to work together and defined arenas for the co-operation are also necessary. Even sensitive work disability related issues can be handled and necessary changes made, when there is good trust between the parties involved. From an economic point of view the study shows how many different factors influence the financial gain of work disability management. Also the benefits accrue only after a certain delay, due to e.g. the calculation principles in pension payments. Therefore a long-term commitment to the new approach is required in order to collect the largest benefits.

SISÄLTÖ

1	Taustaa.....	4
1.1.	Työkykyisyys ja työkyvyttömyys.....	4
1.2.	Johtaminen ja työkyvyn tuki	5
1.3.	Työkyvyn tuki osana riskien hallintaa.....	6
1.4.	Työhyvinvoinnin johtaminen kunta-alalla	8
2	Työterveysyhteistyö ja työkyvyn tuki	10
2.1.	Yhteistyö – lakisäätöinen velvollisuus.....	10
2.2.	Työkyvyn tuen toimintamallit	10
2.2.1.	Sairauspoissaolojen seuranta työkyky- ja työkyvyttömyysriskin tunnistamisessa	12
2.2.2.	Lähiesimies avainasemassa työkyvyn tukemisessa	13
2.2.3	Työterveyshuollon ja kuntoutuksen yhteistyö työhön paluun tuessa	13
2.3.	Työterveyshuollon palvelutoiminnan johtaminen	16
2.4.	Työkyvyn johtamisen onnistumisia Suomessa.....	17
3.	Kohdeliikelaitos ja yhteiskehittely Oulussa	18
3.1.	Aktiivinen työkyvyn tuki Oulussa – yhteiskehittelyn kuvaus.....	18
3.2.	Yhteiskehittelyhankkeen tuloksia – mitä kohdeliikelaitoksessa oli tapahtunut?...	19
4.	Tutkimuksen tavoitteet.....	20
5.	Tapaustutkimus ja kokonaisvaltainen arviointi	21
5.1.	Tapaustutkimuksen tapaus, tapahtumaympäristö ja konteksti	21
5.1.1.	Tapaus	21
5.1.2.	Tapahtumaympäristö.....	22
5.1.3.	Konteksti	23
5.2.	Kokonaisvaltainen ja kehittävä arviointi: prosessi ja vaikuttavuus	26
5.3.	Tutkimuksen toteutus hanketyöryhmä kanssa	28
6.	Aineistot ja menetelmät	29
6.1.	Taustadokumentit	29

6.2.	Kohdeliikelaitos Kunta10-aineistossa	29
6.3.	Ryhmä- ja yksilöhaastatteluaineistot	30
6.3.1.	Haastatteluaineistot	30
6.3.2.	Haastatteluaineiston anonymisointi ja luokittelu	36
6.3.3.	Haastatteluaineiston analysointi	37
6.4.	Taloudellisen vaikuttavuuden arviointi	39
6.4.1.	Analyyysi Potentiaali-mallin avulla	39
6.4.2.	Vertailu verrokkiorganisaatioon	41
6.5.	Tiedonkeruu työterveyshuollosta	41
6.6.	Moniaineistaisuus ja monimenetelmällisyys analyysissä	42
6.7.	Aineiston käsittely ja eettiset kysymykset.....	44
7.	Tulokset.....	45
7.1.	Uudistunut johtaminen	45
7.1.1.	Henkilöstön arvio työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä	45
7.1.1.	Työkyvyn johtamisen uudet areenat	47
7.1.2.	Edistävät ja estävät tekijät	52
7.1.3.	Työntekijäpolkuja	54
7.2.	Taloudelliset vaikutukset	58
7.2.1.	Työkykyjohtaminen -intervention kuvaus	58
7.2.2.	Työn muokkaamisen vaikutukset henkilöstölle ja työyhteisöille	59
7.2.3.	Perustiedot työntekijöistä, joille työssä jatkamista tukevia ratkaisuja oli toteutettu	59
7.2.4.	Työkykyjohtamisen aiheuttamat investoinnit	61
7.2.5.	Työkykyjohtamisen aiheuttamat muutokset.....	61
7.2.6.	Työkykyjohtamisen kannattavuus.....	66
8.	Pohdinta ja suositukset.....	70
8.1.	Uudistunut johtaminen ja työkyvyn tuki työterveys- ja kuntoutusyhteistyössä	70
8.2.	Taloudelliset vaikutukset pitkäjänteisen strategisen johtamisen tuloksena	71

8.3. Suositukset	73
9. Liitteet.....	76

1 TAUSTAA

Sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden takia menetetään Suomessa vuosittain miljoonia työpäiviä. Sairauspoissaoloihin, työkyvyttömyyteen ja työhön paluuseen vaikuttavat yksilön ja hänen sairautensa lisäksi työhön, työpaikkaan, terveydenhuolto- ja kuntoutus- sekä sosiaalivakuutusjärjestelmään liittyvät tekijät, jolloin kokonaisuudesta muodostuu monimutkainen systeemi (Joensuu ym.2008, Juvonen-Posti & Jalava 2008, Juvonen-Posti ym.2011, Liira ym. 2012, Loisel ym.2005). Suomessa on organisaatioiden johtoa haluttu aktivoida tähän toimintaan ja keskusteluun mukaan työkyvyttömyyden ja erityisesti sen organisaatiolle aiheuttaminen kustannusten kautta.

1.1. Työkykyisyys ja työkyvyttömyys

Suomalaisessa kuntoutuksen ja työterveyden keskusteluissa on käytetty paljon käsitettä ”työkyky” (work ability). Kansainvälisessä kirjallisuudessa on ehkä enemmän käytössä työkyvyttömyys-käsite (work disability), (Juvonen-Posti ym.2011). Molempia käsitteitä on eri yhteyksissä määritelty eri tavoin. Perinteisesti on työkykyä/-kyvyttömyyttä tarkasteltu erilaisten yksilö- ja lähiympäristön tekijöiden avulla. Nykyisin nämä käsitteet kuitenkin kuvaavat työkyvyn ja työkyvyttömyyden suhteita moniulotteisina, monimutkaisina ja erilaisiin prosesseihin liittyvinä ilmiöinä, joihin liittyvät mm. lainsäädäntö, toimintapolitiikat sekä erilaiset palvelut. Laaja-alainen näkemys toimijoiden rooleista ja tehtävistä (esim. esimies ja terveydenhuolto) eri vaiheissa työkyvyttömyyden prosesseissa korostuu näissä määritelmässä. (Seppänen-Järvelä ym.2014).

Erot erilaisten laaja-alaisten työkyky- ja työkyvyttömyysnäkemysten välillä tulevat esille muun muassa siinä, kuinka moniulotteisena työn ja työelämän luonne nähdään, ja millaisin mekanismein vaikutussuhteet rakentuvat työkyvyn eri osa-alueiden välillä, sekä kuinka palvelut ja niiden laatu ja säätely on malleissa huomioitu. Moniulotteiset näkemykset heijastuvat myös siihen, millaisin keinoin ja keiden toimesta työssä pysymiseen, työssä jatkamiseen tai työhön paluuseen voidaan olettaa voitavan vaikuttaa, esimerkiksi työterveysyhteistyössä tapahtuvalla työkyvyn tukemisella ja kuntoutuksella. (Seppänen-Järvelä ym.2014)

Vaikka työkyvyn ymmärretään muodostuvan monista tekijöistä, ei sitä koskevien teorioiden ja mallinnusten pohjalta ole kuitenkaan syntynyt konsensusta (Pransky ym. 2011). Sekaannuksia aiheuttaa myös erilaisten työkykykäsitteiden yhtäaikainen käyttäminen työpaikoilla ja työterveyshuollossa (Mäkitalo 2006) sekä kuntoutuksen palvelukokonaisuuksissa (esim. laaja, moniulotteinen käsitys vs. suppea yksilölliseen terveydentilaan liittyvä). Laaja-alaisen työkykykäsitteiden mukaisesti myös kuntoutustoiminta tulee nähdä suunnitelmallisena ja monialaisena toimintana, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteut-

tamaan omia elämäntavoitteitaan, kun hänen selviytymismahdollisuutensa ovat sairauden tai muun syyn takia uhattuna (Seppänen-Järvelä ym.2014). Työssä selviytymisen ja kuntoutumisen mahdollisuuksia pystytään luomaan mm. työn, työympäristön ja työprosessin muokkauksella. Kuntoutustoiminta on perinteisesti koettu kuitenkin työpaikan näkökulmasta varsin irrallisena, pelkästään yksittäiseen työntekijään kohdistuvana toimintana.

Työuran jatkumisen näkökulmasta merkityksellistä on se, voidaanko työtä muokata siten, että osatyökykyinen henkilö, jonka työkyky on alentunut, pystyy jatkamaan tuottavasti työssä ilman, että terveydentila heikkenisi työn kuormituksen takia. Työn muokkaaminen edellyttää työpaikkojen johtamiseen liittyviä päätöksiä.

1.2. Johtaminen ja työkyvyn tuki

Työelämästä ja johtamisesta käydyssä keskustelussa on usein todettu työntekijöiden olevan yrityksen tärkein voimavara. Vaikka monet johtamisopit ovatkin aluksi keskittyneet liiketoiminnan ja työhön liittyvien prosessien johtamiseen, on niihin yhä enemmän liitetty mukaan työntekijöiden hyvinvointi. (Seeck 2012) Työntekijöiden hyvinvointiin ja jaksamiseen tähtäävän tavoitteellisen toiminnan yhteydessä on alettu käyttää käsitteitä, kuten ”työhyvinvoinnin johtaminen”, ”työkyky- tai ikäjohtaminen” ja ”ihmisten johtaminen”.

Hyvällä johtamisella voidaan työpaikalla vaikuttaa myös asioihin, jotka lisäävät yleisemmin hyvinvointia, työntekijöiden voimaantumisen tunnetta ja työn vetovoimaa sekä myös työn tuottavuutta. Nykyisen käsityksen mukaisesti korostuu tarve saada työhyvinvoinnin konkreettiseen johtamiseen laaja-alainen malli, jossa yhdistyvät terveyden edistäminen, työterveyshuolto, turvallisuusjohtaminen, henkilöstöjohtaminen sekä tuottavuuden näkökulma (Anttonen & Räsänen 2009).

Organisaation ja sen toiminnan kokonaisuuden strateginen johtaminen edellyttää, että johdolla on riittävä näkemys päämääristä ja, keinoista, millä niihin päästään (Kaplan & Norton 2004). Strategisessa johtamisessa tulisi huomioida ja tuntee liiketoiminnan ympäristön ja talouden lisäksi ihmisten, käytettävien teknologioiden sekä työympäristön ja organisaation prosessit ja niiden vuorovaikutukset (EUOSHA 2010). Eri organisaatiot voidaan tässä yhteydessä ymmärtää sosioteknisinä systeeminä (Zink 1999).

Sosioteknisten järjestelmien ja näiden keskinäisten vuorovaikutusten ymmärtäminen auttaa kehittämään yrityksen strategista, kokonaisvaltaista johtamista (Reiman 2013). Organisaatioissa voi olla työntekijöiden hyvinvointiin liittyen useita erillisiä toimintajärjestelmiä tai toiminnan alueita, kuten työturvallisuus, työhyvinvointi ja työkyvyn tuki -toiminta, jotka on vastuutettu toisistaan erillisille toimijoille (esim. työsuojaus, henkilöstöhallinto, työterveyshuolto) tai näiden toimijoiden erilaisille yhteistyöfoorumille. Parhaimmillaan eri järjestelmät on integroitu toisiinsa niin, että rajapinnat niiden välillä on saatu häivytettyä yhteisen johtamismallin avulla. Aina näiden järjestelmien yhteisiä tavoitteita ei

kuitenkaan tunnisteta, vaan toimintoja johdetaan ja toteutetaan erillisinä kokonaisuuksina. Tällöin on mahdollista, että eri toimijaryhmät keskittyvät ajamaan omia etujaan ymmärtämättä niiden vaikutuksia kokonaisuuteen (Dzissah ym. 2000). Siten työntekijän työhyvinvointia eri tavoin tukeva toiminta on voinut kehittyä niin monimuotoiseksi tai pirstaleiseksi, ettei se enää tue toimijoita riittävästi. Useilla työpaikoilla on edelleen toistetaan erillisinä ohjelmina esimerkiksi työsuojelun toimintaohjelma, varhaisen tuen toimintamalli, uudelleensijoitus, työhön paluun tuki ja osaamisen kehittämisohjelma. Kokonaiskuva nykytilanteesta, osa-tarpeista tai toiminnan tuloksista voi jäädä tunnistamatta. Tässä tilanteessa järjestelmän sisällä olevilta toimijoilta voi puuttua myös yhteiset tavoitteet apua tarvitsevan työntekijän auttamiseksi ja tukemiseksi tai niitä voi olla käytännössä vaikea hahmottaa tai toteuttaa yhdessä. (Viljamaa ym. 2013)

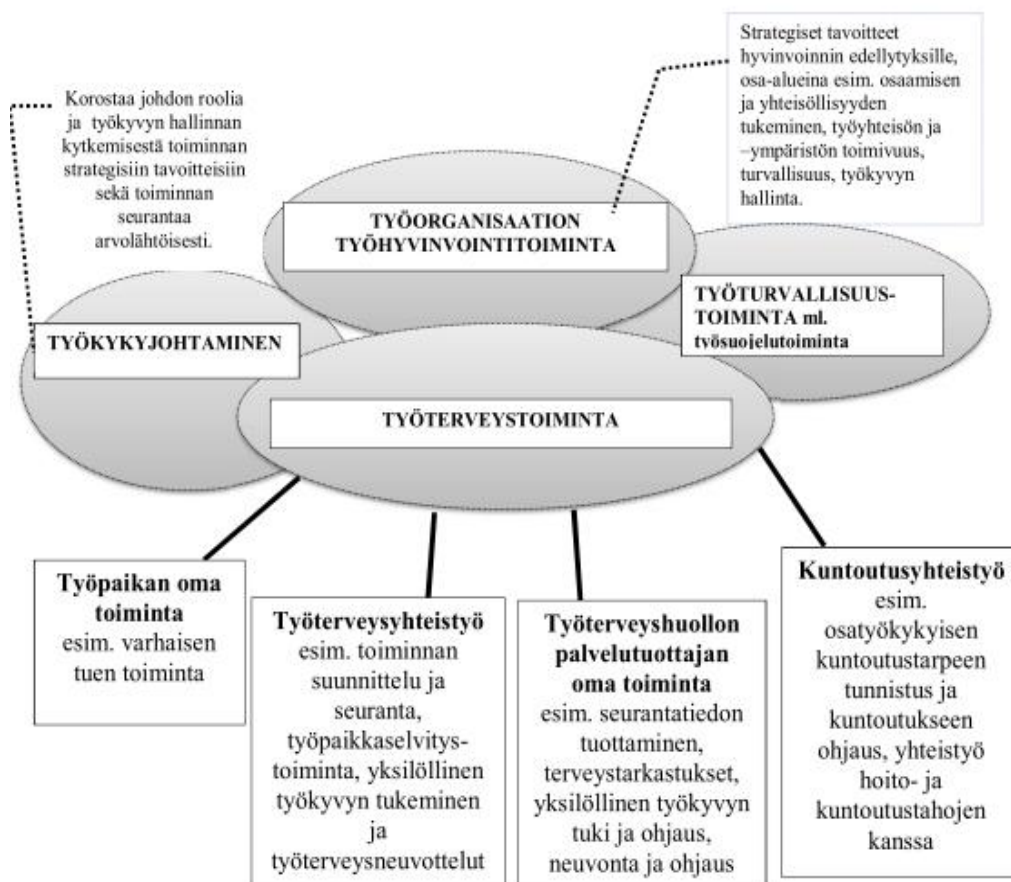
Sosiotekninen näkökulma ja systeemien kompleksisuus tulee huomioida myös organisaation muutostilanteissa ja niiden johtamisprosesseissa. Muutosjohtaminen edellyttää psykologisten, taloudellisten, teknisten, kulttuuristen ja poliittisten tekijöiden tunnistamista sekä näiden vuorovaikutussuhteiden ymmärtämistä (Mumford 2003). Muutos voi näkyä epävarmuutena tulevasta heijastuen siten yrityksen toiminnan suuntauksiin, erilaisiin muutosprosesseihin sekä myös muutoksiin perustehtävissä (Sinisammal 2011). Jatkuva muutostila sekä epäselvä strategia muutosten toteuttamiseksi voivat aiheuttaa skeptisyyttä ja vastarintaa (Kleiner 2002). Ihmisten johtaminen korostuukin muutosjohtamisessa; työntekijöille kerrotaan muutoksen taustoista ja perustellaan muutoksen tarpeita ja uusia tavoitteita, jotta työyhteisö ymmärtää muutoksen tarpeet ja sitoutuu muutokseen. Tärkeää on myös pystyä kuvaamaan, kuinka onnistuneilla, usein yksittäisiltä tuntuvilla muutoksilla pystytään vaikuttamaan ja kehittämään organisaatiota kokonaisuutena (Zink ym. 2008).

1.3. Työkyvyn tuki osana riskien hallintaa

Strateginen johtaminen hyödyntää organisaatiosta ja muualta saatavaa tietoa toiminnan seuraamisessa ja päätöksenteossa. Eri työpaikoilla on mahdollisuus tuottaa eri tavoin seuranta- ja arviointitietoa työhyvinvoinnin ja työkyvyn tilasta. Organisaatioilla voi olla valmiuksia tuottaa esim. laskentalähtöistä tietoa työkyky- ja työkyvyttömyysriskistä. Näiden rinnalle on kehitetty myös psykososiaalisia voimavaroja kuvaavia tunnuslukuja (esimerkiksi ilmapiiri-kyselyt), taloudellisia mittareita, yksilön ja työyhteisön hyvinvoinnin mittareita sekä työn ja toimintaympäristön mittareita. Tietoa tarvitaan koko organisaation tilanteen ja toimenpiteiden suunnitteluun ja vaikuttavuuden arviointiin, työkykyä/toimipaikkojen kokonaisuuksien tai tapauskohtaiseen tarkasteluun sekä yksittäisen työntekijän työssä jatkamismahdollisuuksien arvioimiseen. Tarvittavaa tietoa löytyy useita eri lähteistä (esim. Viljamaa ym. 2013, Rätty 2012).

Sairauksiin liittyvien poissaolojen hallinta riippuu useista eri tahoista: sairas tai osatyökykyinen työntekijä, työpaikan esimiehet ja työtoverit, työterveyshuollon sekä muun sairaanhoidon ja kuntoutuksen toiminta, sosiaalietuuksista riippuvat päätökset (vakuutusyhtiöt, Kela) sekä joskus myös työvoimaviranomaisten toiminta. Myös yhteistyö organisaation asiakkaiden kanssa ja asiakasorganisaatioiden toiminta saattavat vaikuttaa kokonaisuuteen. Paras tulos saavutetaan silloin, kun kaikki nämä tahot toimivat saumattomasti yhteen. Hyvän johtamisjärjestelmän tulisikin oman yksikön ja organisaation toiminnan lisäksi kattaa näiden tahojen yhteistyön koordinaatioon liittyviä asioita tilanteessa, joissa terveydentilan heikkeneminen uhkaa työkykyä.

Taloudelliset seikat ohjaavat vahvasti johtamiseen liittyvää päätöksentekoa. Työhyvinvoinnin johtamisjärjestelmän tulisi pystyä arvioimaan päätösten taloudellisia vaikutuksia huomioiden työssä jatkamiseen ja työhön paluuseen liittyvät ratkaisut investointeina. Työkyvyttömyyteen ja poissaoloon liittyvistä kustannuksista (mm. eläkemaksut) löytyy usein indikaattoreita sille, että työterveyteen ja hyvinvointiin tulisi investoida. Myös työn ja työyhteisön voimavarot voidaan kuvata omilla indikaattoreillaan (Manka ym. 2012) Johtamisjärjestelmän tulisi tuoda nämä indikaattorit esiin. Työhyvinvoinnin johtamista voidaan hahmottaa oheisen kaavion avulla (Kuva 1).



Kuva 1. Työkykyjohtaminen työorganisaation työhyvinvointitoiminnan osana (mukaillen Viljamaa ym., 2012)

1.4. Työhyvinvoinnin johtaminen kunta-alalla

Julkisen johtaminen pohjautuu yhteiskuntapoliittisiin päämääriin. Päätöksenteko tapahtuu osin poliittisin perustein toisin kuin liiketalouden ohjaamisessa organisaatioissa. Julkisen ja yksityisen yrityksen eroista huolimatta johtamisessa on silti runsaasti samoja piirteitä.

Kunta-sektorilla on tapahtunut runsaasti organisaatioiden muutoksia ja eri toimintoja on liikelaitostettu. Konsernin tasolla strategian, talouden ja toiminnan ohjaamista ja seuranta tulisi toteuttaa yhtenevästi toimialojen ja yksiköiden sisällä (Pauni 2012). Vaikka kunnan tarjoamia palveluita eriytetään, henkilöstöpolitiikan tulisi olla kunnan työntekijöille yhtenevää konsernin tasolla. Henkilöstön hyvinvointia kuvaava tieto tulisi myös olla sa-

malla tavoin käytettävissä eri yksiköissä, jotta tiedon avulla voitaisiin yhtenevästi tehdä hyvinvointiin liittyviä päätöksiä.

Kuntatyönantaja on perinteisesti turvannut pitkän työuran myös vajaakuntoisille tai osatyökykyisille henkilöille, ja tätä toimintaa tukemaan on syntynyt uudelleensijoitustoiminta osaksi henkilöstöhallintoa. Vastaava toiminta yksityisellä sektorilla on ollut vähäisempää. Uudelleensijoitustoiminnan kehittämiskohteina on tunnustettu seuraavia asioita: 1) toiminta tulee kytkeä osaksi kokonaisvaltaisista, modernia henkilöstöpolitiikkaa, 2) toiminnasta tulee tiedottaa organisaatioiden sisällä ja sen imagoa on kehitettävä, 3) esimiehiä on tuettava uudelleensijoituksen käytännön toimissa, 4) yhteistyötä työterveyshuollon kanssa on lisättävä, 5) uudelleensijoituksen palveluvalikoima on arvioitava kriittisesti, ja 6) uudelleensijoitusta tarvitsevia työntekijöitä on kannustettava ja motivoitava omaan aktiivisuuteen (Virtanen ym. 2009a ja 2009b).

Työkykyä tukevan toiminnan voidaan katsoa alkaneen kunta-alalla 1990-luvulla ensimmäisten kuntien käynnistäessä konsernijohtoisesti työhön paluun aktiivisen tukemisen prosesseja. Seuraavassa vaiheessa 2000-luvun alussa useissa kunnissa kehitettiin varhaisen puuttumisen, välittämisen ja tukemisen malleja (Cave'n-Suominen 2005, Hirvonen ym.2004). Niissä työkykyasioiden puheeksiotto siirtyi työterveyshuollosta tai konsernin keskushallinnosta lähiesimiehille. Tämän toiminnan piti perustua luotettavaan tietoon mm. sairauspoissaoloista, joten viimeistään tässä yhteydessä kunnissa lähdettiin kehittämään sairauspoissaolojen seurantajärjestelmiä, näihin järjestelmiin liittyviä raportointiohjelmiä ja käytänteitä (STM 2007, Juvonen-Posti & Jalava 2008). Seuraavassa vaiheessa useissa toimintamalleissa esimiesten vastuulla olevaan ja työterveyshuollon kanssa yhteisesti toteutettavaan tukitoimintaan liitettiin myös sairausjaksoilta työhön paluun tukeminen. Monissa kunnissa työkyvyn tuki -toimintamallit on rakennettu yhteistoiminnassa ja useamman vuoden aikana. Työhyvinvointiin tähtääviä toimia on siten kunnissa lisätty koko 2000-luvun ajan (Forma ym.2012).

Kunta-alan työterveyshuollon palveluiden järjestäjinä voivat olla terveyskeskukset, kunnallinen liikelaitos, yrityksen oma/yhteinen työterveyshuolto tai lääkärikeskukset. Viime vuosina on palveluiden järjestämisessä tapahtunut siirtyminen kunnallisiin työterveyshuollon liikelaitoksiin tai kuntien omistamiin osakeyhtiöihin. Kuntien eläkevakuutuksen (Keva) kyselyn mukaan nämä olivat v. 2012 yleisin tapa järjestää työterveyshuolto kunnissa (Pekka & Forma 2012). Muutos on ilmeisesti seurausta kuntien organisaatiomuutoksista.

2 TYÖTERVEYSYHTEISTYÖ JA TYÖKYVYN TUKI

2.1. Yhteistyö – lakisääteinen velvollisuus

Suomessa työterveyshuollolle on annettu lakisääteisesti tärkeä rooli työkyvyn edistämisessä. Työturvallisuuslain mukaan työnantajalla on vastuu työpaikan turvallisuudesta, terveellisyydestä ja työkykyyn vaikuttavien tekijöiden hallinnasta. Työnantajan on myös järjestettävä työterveyshuolto. Työterveyshuoltolain mukaan työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin tulee edistää 1) työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, 2) työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, 3) työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa, sekä 4) työyhteisön toimintaa (1383/2001, 1§).

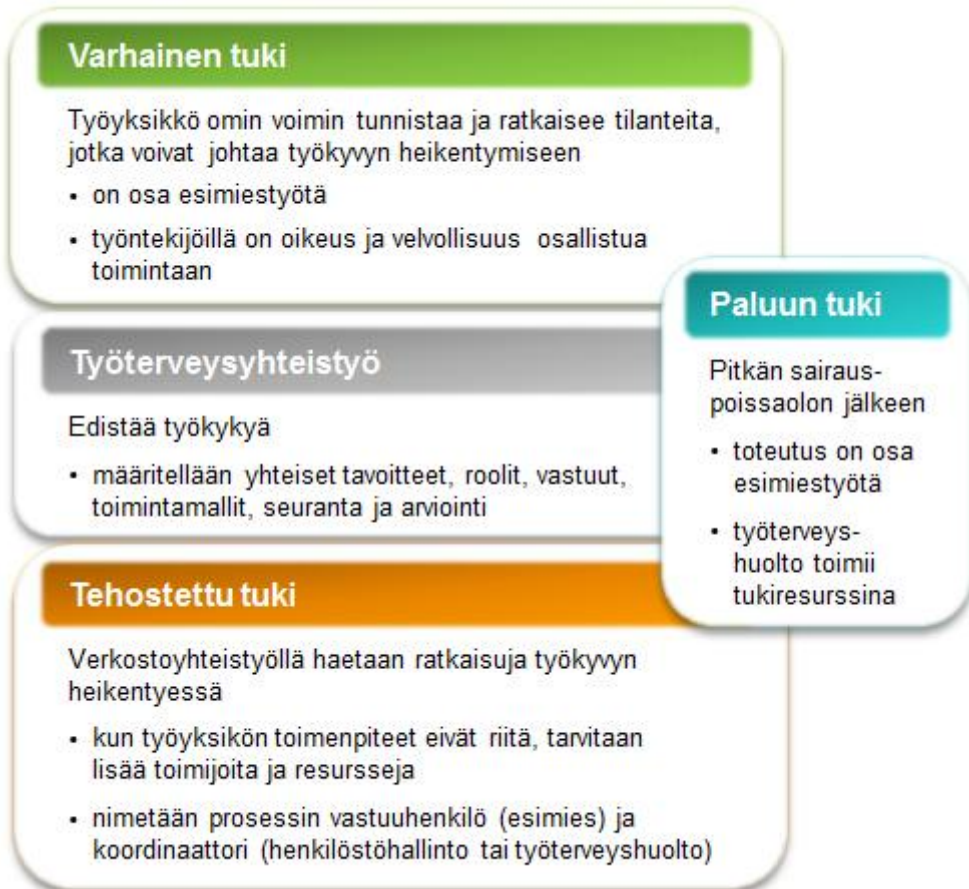
Lakien uudistuksen myötä on uutena käsitteenä tullut ”työterveysyhteistyö”, jonka toteutuksessa on säädöksiä valmistelleissa ehdotuksissa mainittu kolme periaatetta (Työelämäryhmä 2010): 1) on oltava selvillä nykytilasta, 2) toimintaan on varauduttava suunnitelmalla yhteiset toimintamallit, ja 3) toteutus ja toiminnan seuranta tulee tapahtua yhteistyössä, joka mahdollistaa kaikkien osapuolten osallistumisen. Työpaikan asettamien tavoitteiden ja toimenpiteiden kautta tulisi määrittäytyä käytännön sisällöt myös työterveyshuollon toiminnalle ja yhteistyölle (Viljamaa ym. 2013). Työnantajan ja työntekijöiden kesken sovitaan yhdessä tarkemmin työkykyä tukevan toimintajärjestelmän osista: yhteistoimintaorganisaatiot, työsuojelutoimikunnat, työkykyä ylläpitävä toiminta ja työkyvyn tuen toimintamallit.

2.2. Työkyvyn tuen toimintamallit

Työkyvyn tuen toimintamalleja on rakennettu yrityksissä ja julkisella sektorilla 1990-luvulta saakka. Suurimmat työeläkevakuutusyhtiöt ovat olleet omien työhyvinvointipalveluidensa kautta tukemassa työnantaja-asiakkaitaan toimintamallien kehittämisessä ja käyttöönotossa (esim. Antti-Poika 2011). Kunnissa on kehittämistä tuettu mm. ”Aktiivinen aikainen puuttuminen” – toimintamallilla (Cavén-Suominen 2005).

Keva on viime vuosina tarjonnut lähestymistavaksi ”Aktiivisen tuen” toimintatapaa (Keva, Komulainen 2011, kuva 2). Varhaisessa tuessa esimies ja työyksikkö omin voimin tunnistaa ja ratkaisee tilanteita, jotka muuten voisivat johtaa työkyvyn heikentymiseen. Paluun tuessa esimies vastaa toiminnasta tarvittaessa työterveyshuollon tuella, eli korostetaan esimiehen vastuuta. Tehostetussa tuessa esimies, työterveyshuollon asiantuntijat ja työ-

yksikkö hakevat apua verkostolta silloin kun omat keinot eivät riitä. Pitkältä sairauslomalta paluu edellyttää tukea sekä työpaikalta että terveydenhuolloilta. Muista malleista poiketen tässä mallissa on prosesseissa erotettu työterveysyhteistyö ja tehostettu tuki.



Kuva 2. Aktiivisen tuen toimintamalli (www.keva.fi/tyossa_jatkaminen/ aktiivinen tuki)

Aktiivisen tuen toimintamalli sisältää käytännössä taulukossa 1 lueteltuja prosesseja tai niiden osia, joista ovat vastuussa tai toteuttajina työpaikka johdon määräämällä tavalla, esimiehet, työyhteisö, ja työterveyshuolto (tth) yksin tai yhdessä verkostona. Yksilöllistä ohjausta voi toteuttaa joko työpaikan tai työterveyshuollon henkilö, joka on erityisesti perehtynyt tällaiseen toimintaan ("case manager", työkykyohjaaja tai työvalmentaja).

Taulukko 1. Työkyvyn tuen prosesseja ja toteuttajia

Prosessit	Vastuu ja toteutus
Toiminnan tavoitteiden määrittäminen	Työpaikka, tth
Sairauspoissaolojen seuranta ja reagointirajat	Työpaikka, tth
Varhainen työkyvyn tuki	Esimiehet, työyhteisö, tth
Työterveysneuvottelu	Tth, esimies, (uusi esimies uudelleensijoittamisessa), työntekijä
Tehostettu työkyvyn tuki	Verkosto
Työhön paluun tuki	Verkosto
Työssä jatkamiseen tai työhön paluuseen tähtäävä yksilöllinen ohjaus	”Case manager”
Toimintamallin seuranta ja tarkistaminen	Työpaikka, tth
Toimintamallin hyväksymismenettely	Työpaikka

Työterveysyhteistyön periaatteiden mukaisesti toimintamallin laatiminen edellyttää työpaikan tarpeiden arviointia, ja arvioinnissa tulisi käyttää hyväksi työpaikan kokoamaa tietoa henkilöstöriskeistä. Henkilöstöriski voi painottua eri tavoin koko organisaatiossa ja sen työyksiköissä. Työkyvyn toimintamalli tulee valmistella ja tarvittaessa tarkistaa työterveysyhteistyössä siten, että myös henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua. Työnantajan vastuulla on huolehtia siitä, että käytännön tavoitteiden asettaminen ja työkyvyn tuen toimintamallin toteutuksesta sopiminen tapahtuu yhteistoiminnassa työpaikalla. Mallissa tulee kuvata mahdollisimman konkreettisesti työpaikan, esimiehen, työntekijän ja työterveyshuollon vastuut ja roolit työkyvyn tuessa.

2.2.1. Sairauspoissaolojen seuranta työkyky- ja työkyvyttömyysriskin tunnistamisessa

Työterveysyhteistyössä sairauspoissaolo-tietojen käsittelyä on viime vuosina pyritty tehostamaan lakimuutosten avulla. Ensimmäisessä muutoksessa sairauspoissaolojen kattava seuranta liitettiin työkyvyn tuki -toimintamalliin (1.1.2011 sairausvakuutuslain 13 luvun 5 § muutos). Toisessa muutoksessa työpaikan sairauspoissaolojen seurannasta on poimittava ne henkilöt, joiden poissaolo on yhteensä kestänyt 30 päivää, ja ilmoitettava näistä poissaoloista työterveyshuoltoon (1.6.2012 sairausvakuutuslaki (19/2012) ja työ-

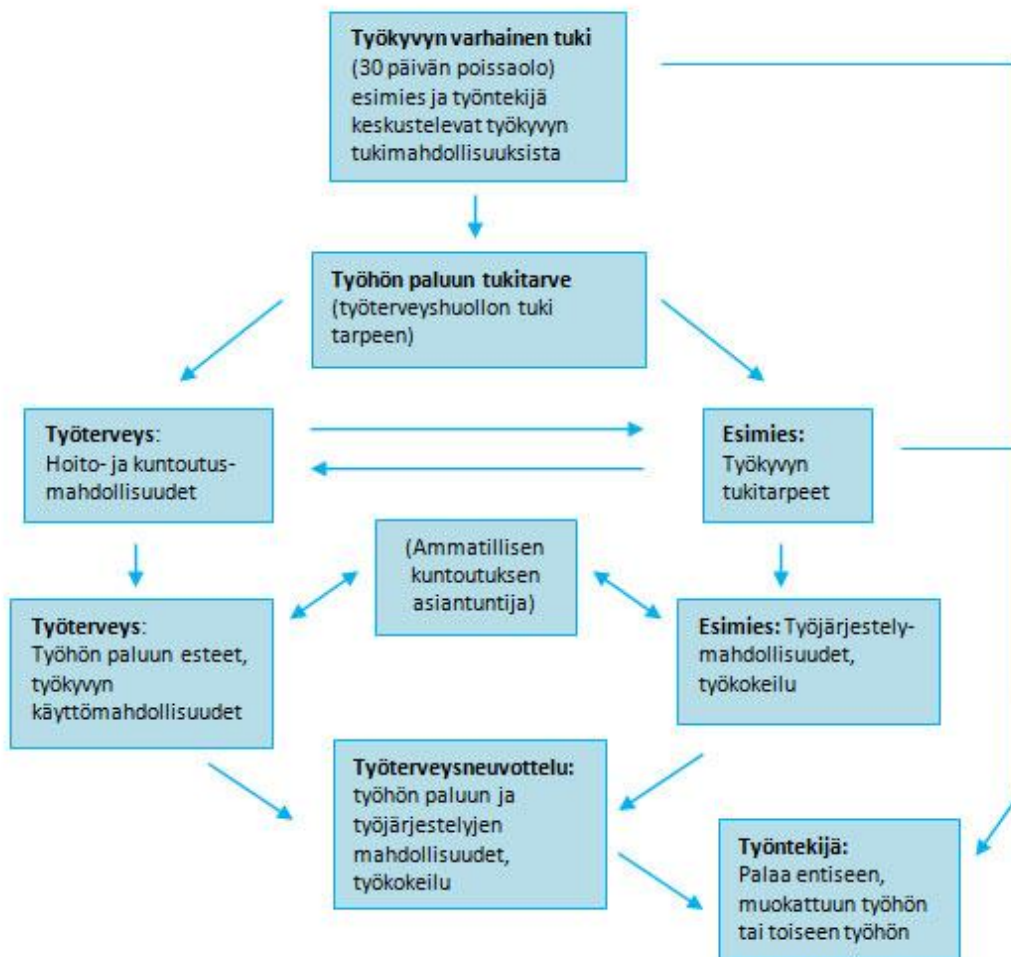
terveyshuoltolaki (20/2012)). Työpaikan tulisi toimittaa myös muualla kuin työterveyshuollossa kirjoitetut sairauspoissaolotiedot työterveyshuoltoon, ellei työntekijä sitä erikseen kiellä. Lisäksi työntekijän on toimitettava lausunto työssä jatkamisen mahdollisuuksistaan Kelaan viimeistään silloin, kun sairasvakuutuspäivärahopäiviä on kertynyt yli 90. Kela tiedottaa sairauspäivärahan hakijaa sairauspoissaolojen kertymästä päivärahopäästönsä yhteydessä ja pyytää tarvittaessa lausuntoa, jonka työterveyslääkärin tulisi laatia työssä jatkamisen mahdollisuuksista työntekijän ja hänen esimiehensä kanssa.

2.2.2. Lähiesimies avainasemassa työkyvyn tukemisessa

Esimiehellä on tärkeä tehtävä työyhteisönsä ja yksittäisen työntekijän työkyvyn seurannassa. Esimiehet voivat havaita varhaisia merkkejä työkyvyn alenemisesta usein jo ennen sairauspoissaoloja (ks. esi m. Rätty 2012). Näiden merkkien havaitseminen voi olla lähiesimiehille hankalaa, jos hän ei ole jatkuvassa kontaktissa alaisiinsa, esim. monipaikkaisessa tai mobiilissa työssä ja monella paikkakunnalla toimivassa organisaatiossa. Yleensä työkyvyn tuen toimintamalleissa viimeistään tietty määrä sairauspoissaoloja laukaisee tarpeen esimiehen ja alaisen väliselle keskustelulle. Esimiehen tulisi saada poissaoloista raportit, joista selviää, keiden kohdalla työkyvyn tuen keskustelu tulisi käynnistää. Jos kukaan ei seuraa tai tue esimiestä tässä toiminnassa, saattavat raportit jäädä hakematta ja varhaisen tuen toimenpiteet aloittamatta. Ilman kattavaa raportointia ei myöskään pystytä seuraamaan, kuinka esimiehen ja työntekijän väliset keskustelut käytännössä toteutuvat suhteessa sairauspoissaoloihin, ts. kuinka hyvin työkyvyn tuen toiminta toteutuu käytännössä.

2.2.3. Työterveyshuollon ja kuntoutuksen yhteistyö työhön paluun tuessa

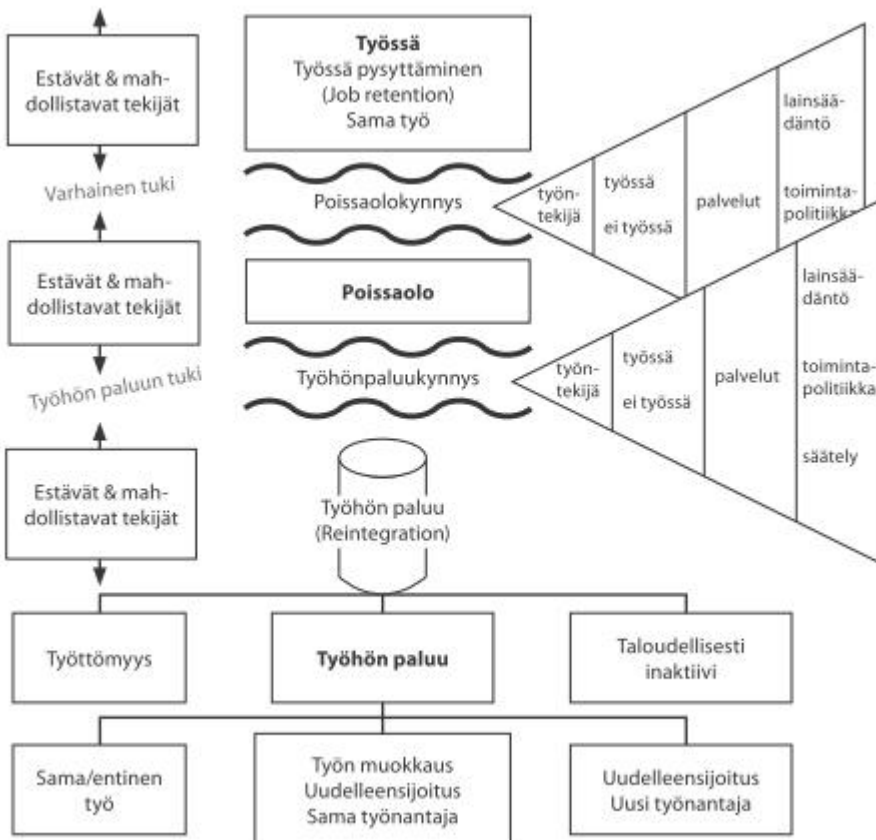
Tavanomaisin työterveyshuollossa vastaan tuleva työhön paluun tilanne on se, että työntekijä on pitkältä sairauslomalta palaamassa entisen työntantajansa palvelukseen ja siellä omaan työhönsä. Tässä tilanteessa tapahtuva yksilöllinen työkyvyn tuen prosessi on kuvattu kuvassa 3. Näissäkin tilanteissa työterveyshuollon tulee uuden työterveyshuoltoasetuksen mukaisesti (VNa 708/2013) kyetä sovittamaan yhteen eri tukipalvelut, jotta työhön paluun jälkeen työssä pysyminen mahdollistuu.



Kuva 3. Työhön paluun tukiprosessi (Liira ym., 2012).

Työssä pysymistä ja työhön paluuta voidaan kuvata myös ns. kynnyksimallin avulla (kuva 4) (Juvonen-Posti ym.2011, Wynne & McAnaney 2004). Yksilö- ja ympäristötekijöiden rinnalla moniulotteinen malli sisältää mm. lainsäädännön, toimintapolitiikat sekä palvelut. Lisäksi malli liittyy prosesseihin, jolloin siinä korostuvat yhtä aikaa työssä pysymiseen, työstä poissaoloon ja työhön paluuseen liittyvät monenlaiset estävät ja edistävät tekijät. Malli konkretisoi vaihtoehdot siinäkin tilanteessa, kun entisessä työssä jatkaminen ei ole mahdollista. Näissä tilanteissa kuntoutukseen liittyvän tuen järjestäminen on usein vai-

heittäistä ja usean eri kuntoutuksen järjestäjän yhteistä tehtävää. Tällöin korostuu koordinoinnin tärkeys sekä työpaikan (työkykykoordinaattori) että työntekijän (kuntoutussuunnittelija, työkykyohjaaja, työvalmentaja) näkökulmasta. Työterveyshuollon tulee nykyisten säädösten perusteella toimia koordinoivana linkkinä muihin terveydenhuoltojärjestelmän sektoreihin ja kuntoutustahoihin yksilön työkykyä tuettaessa (VNa 708/2013). Terveystuololaki (2010) ja kuntoutuslainsäädäntö kokonaisuudessaan korostavat paikallista ja alueellista yhteistyötä sekä kuntoutuksen eri toimijoiden ja järjestäjien yhteistyötä kuntoutumisen tukena.



Kuva 4. Työssä pysymisen ja työhön paluun kynnyksmalli (Wynne ja McAnaney 2004)

Työterveyshuoltojen tulee aktiivisesti selvittää työpaikka- ja yrityskohtaiset mahdollisuudet (esim. työeläkeyhtiöt) sekä paikalliset ja alueelliset yhteistyökumppanit (terveydenhuollon ja muut toimijat; myös TE-palvelut), joiden kanssa sovitaan yhteistoiminnan tavoista. Työterveyshuoltojen tulisi aktiivisesti verkottua ja koota keskeinen paikallinen ja alueellinen kuntoutuksen toimijaverkosto yhteistyöympäristökseen.

Yksittäisen henkilön kuntoutussuunnitelmasta tulisi ilmetä, pyritäänkö vaikuttamaan toiminta-, työkyky- vai työkyvyttömyysriskiin (Juvonen-Posti ym. 2011, Viljamaa ym. 2013) ja mikä tässä (riski)tilanteessa on päätavoite: työssä jatkaminen, työhön paluu, työssä pysyminen, vaiko työllistyminen tai uudelleensijoittuminen. Kuntoutussuunnitelmassa tulisi tulla esille esteet, voimavarat ja mahdollisuudet sekä yksilön että toimintaympäristön osalta. Kuntoutuksen toimenpiteet kuvataan suhteissa näihin: mitä esteitä tulee madaltaa, mitä voimavaroja vahvistaa, ja mitä olemassa olevia mahdollisuuksia on otettavissa käyttöön. Suunnitelman laatimisen yhteydessä on myös selkeästi sovittava, miten eri syistä tulevat muutokset otetaan kuntoutumis- ja kuntoutusprosessin aikana huomioon. Kuntoutujan näkökulmasta on sovittava selkeästi myös seuranta ja tuki monialaisen tukiprosessin ajaksi. Kuntoutus voi olla myös tärkeässä roolissa tukemassa työntekijän kuntoutumista vertaistuen näkökulmasta; kuntoutuksessa työntekijällä on mahdollisuus saada moninaista vertaistukea samankaltaisessa tilanteessa olevilta muilta työntekijöiltä.

2.3. Työterveyshuollon palvelutoiminnan johtaminen

Työterveyshuollon tulisi selvittää, miten palveluja ostavassa ja käyttävässä organisaatiossa johdetaan niitä asioita, joita työterveyshuollon on tarkoitus tukea, ja millainen on työterveyshuollolle varattu rooli näissä järjestelmissä. (Viljamaa ym. 2013) Työterveyshuollon pitäisi pystyä myös arvioimaan, miten sen omat resurssit, kuten osaaminen, prosessit ja työmäärät, vastaavat näitä odotuksia. Työterveyshuollon toimintaedellytyksiin ja -tapoihin vaikuttavat mm. työterveyshuollon järjestämistapa, työterveyshuoltoyksiköiden käytettävissä olevat resurssit, työterveyshuollon ammattilaisten koulutustausta, työkokemus ja ikä sekä työterveysyhteistyön toimivuus. Vuonna 2010 Suomessa oli 440 työterveyshuoltoyksikköä, yksiköt ovat melko pieniä ja ne poikkeavat resursoinneissa toisistaan: vaikka työterveyshuolto on määritelty moniammatilliseksi yhteistyöksi, ei kaikissa yksiköissä ole käytettävissä työterveyspsykologia tai työfysioterapeuttia. Suuret työterveysyksiköt ovat yleensä paremmin resursoituja kuin pienet. Suuret työterveysyksiköt ovat yleensä paremmin resursoituja kuin pienet. (Seppänen-Järvelä ym. 2014)

Tulevaisuudessa todennäköisesti työterveyshuollon edustajien tulee myös jäsentää ja kuvata omaa toimintaansa tarkemmin asetettujen organisaation, yrityksen tai työpaikan, tavoitteiden mukaisesti esimerkiksi toimintasuunnitelmassa: mitä tekemällä ja milloin työterveyshuollon toiminta tukee minkin työpaikan kanssa sovittun tavoitteen saavuttamista. Tavoitteen asetannassa oltaisiin siis siirtymässä normien ja asiantuntijoiden yksin

määrittelemästä työstä kohti yhteistyössä tehtäviä määrittelyjä. Samalla työterveyshuollon palvelutuottajilta odotetaan aikaisempaan paremmin ennakoituja kustannukset ja vaikuttavuutta.

Työterveyshuollon toimintasuunnitelman tulisi siis tukeutua organisaation esim. liikelaitoksen suunnitelmiin. Selvillä olon periaatteen mukaisesti työterveyshuollon on jatkossa omalta osaltaan osattava kuvata käytännön toimintana organisaatio- ja työyhteisötasoinen työkyvyn koordinaatio ja seuranta sekä työntekijäkohtainen työkyvyn tuki ja seuranta (Vna 708/2013). Työterveyshuollon yksiköissä tämä voi tarkoittaa tiiviimpiä ja sovitumpia yhteistyöprosesseja ja näiden johtamista, ja samalla pitäisi pystyä säilyttämään asiantuntijatyön vapaus.

2.4. Työkyvyn johtamisen onnistumisia Suomessa

Suomessa on esimerkkejä yrityksistä, joissa sairauspoissaoloja on pystytty vähentämään ja hyvinvointia parantamaan systemaattisella toiminnalla, ja toiminta on ollut taloudellisesti kannattavaa ja jopa tuottavaa (Ahonen ym.2011, Näsman & Ahonen 2008, Parvinen ym. 2010). Kuntasektorilla aktiivisen tuen mallin toteuttamisesta on saatu hyviä kokemuksia (Gerlander ym. 2012). Myös eläkevakuutusyhtiöt ovat kuvanneet asiakasyritysten kanssa tekemäänsä toimintaa tulokselliseksi (esim. Antti-Poika 2011). Näitä esimerkkejä ei kuitenkaan ole dokumentoitu julkisesti tai analysoitu systemaattisesti sellaisella tarkkuudella, että niiden kokemuksia voitaisiin helposti soveltaa muiden työpaikkojen käyttöön. Kansainvälinen tutkimustieto erilaisten työkyvyn tuen toimintamallien vaikuttavuudesta perustuu pitkälti hyviin tapaustutkimuksiin. Eri maiden ja työpaikkojen järjestelmät poikkeavat niin paljon toisistaan, ettei pelkästään määrällisin menetelmin tehtyä tutkimustietoa ole mahdollista yleistää laajemmalle kuin siihen sosio-ekonomis-kulttuuriseen ympäristöön, jossa tutkimus on tehty. Huolellisesti tehtyjä ja raportoituja tapaustutkimuksia voidaan koota yhteen, ja arvioida siten yleisemmin erilaisten toimintatapojen vaikuttavuutta laadullisesti (esim. MacEachen ym.2006, MacEachen ym.2010). Katsauksissa todetaan tarve saada lisää korkeatasoista laadullista tutkimusta työkyvyn tukeen liittyvistä ratkaisuksista. Tarvitaan myös kriittisesti tutkittua tietoa siitä, millaisilla johtamisen malleilla, yhteistyökäytännöillä ja työkaluilla onnistutaan hyvinvoinnin johtamisessa erilaisissa ympäristöissä.

3. KOHDELIKELAITOS JA YHTEISKEHITTELY OULUSSA

Kunta-sektorilla on tapahtunut runsaasti organisaatioiden muutoksia, ja eri toimintoja on liikelaitostettu. Tämän tutkimuksen kohteena oleva Oulun kaupungin liikelaitos ("kohdeliikelaitos") syntyi v. 2008 organisaatiomuutoksessa palveluyksiköstä. Samalla kohteessa alettiin kehittää työhyvinvointiin ja työkyvyn tukeen liittyviä toimintoja yhdessä työterveyshuollon kanssa. Tulokset olivat kannustavia: sairauspoissaolojen kasvu näytti taittuneen, varhaisen työkyvyttömyyseläkeriskin maksujen kasvu taittui ja työterveyshuollon kustannusten nousu oli työkyvyttömyyden kustannusten kokonaisuutena kustannusneutraali. Oulun kaupungin kuntauudistukseen valmistauduttaessa toteutettiin yhteiskehittelyä työhyvinvoinnin lisäämiseen tähtäävä konsultaatiohanke, joka toimi ponttime- na tälle tutkimushankkeelle. Kohdeliikelaitoksen hyvät tulokset johtivat kysymykseen, voitaisiinko siellä toteutettua toimintamallia kehittää ja soveltaa myös muiden toimialojen hyödyksi.

3.1. Aktiivinen työkyvyn tuki Oulussa – yhteiskehittelyn kuvaus

- Alkoi syksyllä 2010, päättyi 29.2.2012 seminaariin ja oppimiskahvilaan
- Mukana Oulun kaupunki, Työterveyslaitos (TTL), Kuntien eläkevakuutus (Keva)
- Tavoitteena jäsentää ja kehittää työkyvyn tukea ja työkykyjohtamista tilanteessa, jossa Oulun ympäryskunnat liittyvät Ouluun ("Uusi Oulu"). Lähtökohtana oli työkykyriskien hallinnan avulla vähentää Oulun kaupungin työntekijöiden työkyvyttömyyden riskiä.
- Kehittämistyön muotona oli videoneuvottelujen avulla toteutetut yhteistyökokoukset, joissa läsnä Oulun kaupungin HR-henkilöstöä, työterveyshuollon ja kohdeliikelaitoksen edustajia, sekä TTL:n ja Kevan asiantuntijoita
- Kartoitettiin Oulun kaupungin, kohdeliikelaitoksen ja työterveyshuollon käytäntöjä
- Kerättiin seuraavat luvut viime vuosilta sekä kohdeliikelaitoksesta että koko kaupunkikonsernista: 1) Varhaiseläkemenon perusteinen maksu ("varhemaksu"), 2) KuEL-palkkasumma, 3) Vakinaisen henkilöstön sairauspoissaolopäivät /henkilö, 4) Vakinaisen henkilöstön sairauspoissaolopäivät yhteensä, 5) Tapaturmavakuutuksen alainen palkkasumma
- Tarkasteltiin myös Kunta-10 – tutkimuksen tuloksia Oulun kaupungin osalta
- Dokumentoinnissa hyödynnettiin yhteistä verkko-alustaa, johon koottiin kartoituksen tulokset yhteistyökokousten käyttöön

3.2. Yhteiskehittelyhankkeen tuloksia – mitä kohdeliikelaitoksessa oli tapahtunut?

- Liikelaitoksen johto oli ymmärtänyt varhe-maksujen merkityksen liiketoiminnan kannalta.
- Liikelaitoksessa ongelman suuruusluokka euroina onnistuttiin konkretisoimaan esimiehille esimerkkitapausten avulla.
- Palveluesimiehet koulutettiin ottamaan työkykyasiat puheeksi.
- Henkilöstösuunnittelija oli pystynyt olemaan esimiesten tukena ja muistuttajana arjen keskellä, mikä oli yhdenmukaistanut toimintatapoja.
- Johdon, esimiesten ja työterveyshuollon välille oli syntynyt luottamuksellinen ja avoin yhteistyösuhde. Aikaa ja rohkeutta yhteisiin keskusteluihin oli löytynyt, johto on sietänyt kritiikkiä. Työterveyshuoltoa ei jätetä yksin ratkomaan asioita.
- Työterveyshuolto seurasi niitä työntekijöitä, joilla oli todettu pitkäaikainen työkyvyn tuen tarve.
- Työterveyshuolto ja työpaikka olivat yhdessä olleet mukana erilaisissa kehittämishankkeissa.
- Henkilöstön luottamus oli kasvanut toiminnan edetessä.

4. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Kohdeliikelaitoksen hyvät tulokset johtivat kysymykseen, voitaisiinko siellä toteutettua toimintamallia kehittää ja soveltaa myös muiden organisaatioiden hyödyksi. Siten hankkeen tavoitteena oli

- Tutkia ja analysoida uudistunutta johtamista työkyvyn tukemisessa:
 - Mitä kohdeliikelaitoksessa tehtiin ja miten?
 - Millaisia hyviä kokemuksia ja ongelmia siellä oli?
 - Mitkä olivat toiminnan vaikutukset?
- Kuvata saadut kokemukset riittävän yksityiskohtaisesti sellaisessa muodossa, että niitä voidaan hyödyntää kunta-alan ja mahdollisesti yksityisen sektorin johtamisen kehittämishankkeissa sekä työhyvinvoinnin johtamisen työkalujen ja mallien kehittämisessä
- Raportoida tapaustutkimus tieteellisinä artikkeleina siten, että sitä voidaan hyödyntää tulevissa tieteellisissä katsauksissa
- Verrata tästä hankkeesta saatuja tuloksia muiden organisaatioiden onnistuneiden toimintamallien kokemuksiin

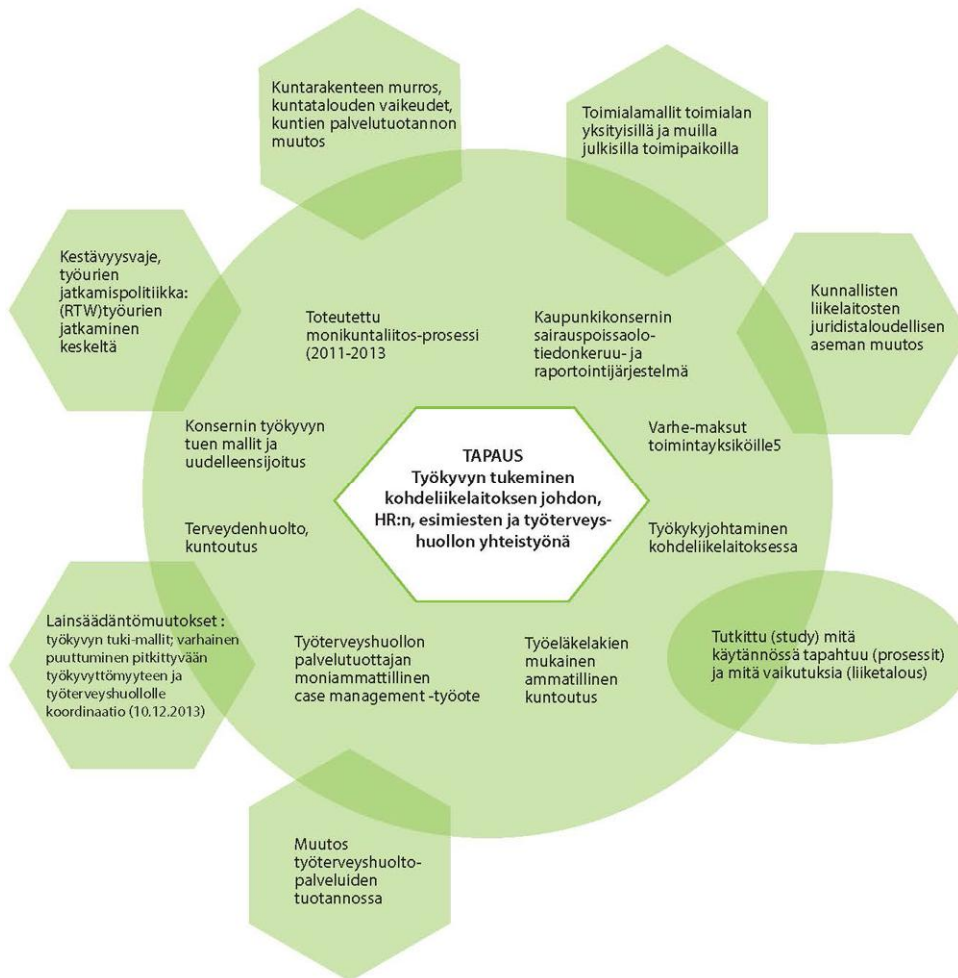
5. TAPAUSTUTKIMUS JA KOKONAISVALTAINEN ARVIOINTI

5.1. Tapaustutkimuksen tapaus, tapahtumaympäristö ja konteksti

Tapaustutkimuksessa (case study research) tapauksena (case) esitellään usein esimerkiksi organisaatio tai yksilö (Radley & Chamberlain 2001, Yin 2003). Tapaukseen liittyvien ilmiöiden ymmärtäminen ja tulkinta riippuvat yleensä siitä ympäristöstä (setting), missä tapaus todentuu. Tapahtumaympäristöön vaikuttavat ja ovat vaikuttaneet myös laajemmat yhteiskunnalliset ja kulttuuriset asiayhteydet (konteksti). Tutkimuksessa tapaus siis ymmärretään kontekstissaan ja tapahtumaympäristössään tarkentuvaksi ja muuttuvaksi ilmiöksi.

5.1.1. Tapaus

Tässä tutkimuksessa yhteiskehittelyhankkeen (luku 3) aikana syntyi alustava ymmärrys siitä, että lopputulokseen eniten vaikuttavat seikat ovat olleet kohdeliikelaitoksessa kehittyneet yhteiset toimintatavat ja prosessit. Siten tapaukseksi valittiin Oulun kaupungissa kohdeliikelaitoksessa rakennettu yhteistyön käytäntö työkyvyn tukemiseksi (kuva 5). Erityisesti haluttiin tietoa kohdeliikelaitoksen ja kumppaniksi valitun työterveyshuollon palvelutuottajan vastaavan työryhmän yhteistoiminnan eri käytännöistä. Aineisto koottiin ja yhdistettiin useista lähteistä: haastatteluista (luku 6.3.), työkyvyttömyyden kustannuksista (luku 6.4.) sekä muusta käytettävissä olevasta tiedosta (luku 6.6.).



Kuva 5. Tapaustutkimuksen tapaus, tapahtumaympäristö ja konteksti

5.1.2. Tapahtumaympäristö

Tapahtumaympäristön (setting) kuvaukseen käytettiin v. 2011–2012 tehdyssä kehittä-mishankkeessa syntyneitä dokumentteja (luku 6.1.). Tuolloin konsultoitiin Oulun ja ympä-ristökuntien yhdistymiseen (“Uusi Oulu”) liittyvää työhyvinvoinnin johtamista ja tuotettiin työkyvyttömyysriskin laskentalähtöistä aineistoa. Tutkimusaineistoissa on ollut käytettä-vissä myös muita lähteitä; mm. Kevan tekemä yhteenveto niin kutsutun kanta-Oulun työkyvyttömyyskustannuksista, työterveyshuollon laskutukseen liittyvää raportointia sekä kohdeliikelaitoksen henkilöstöraportointia.

Uuden Oulun kuntaliitosprosessissa (**setting 1**) yhtenä liitosta valmistelevana työnä arvi-oiitiin eri kunnissa käytössä olleet työkyvyn tuen mallit ja toimintakäytännöt. Uuden kau-

punkikonsernin käytännöiksi valikoituivat tässä tarkastelussa kanta-Oulun toimintatavat: kaupunkikonsernin sairauspoissaolotietojen keruu ja raportointi Ouka DW - henkilöstöhallinnon tietojärjestelmässä (**setting 2**), Varhaisen puuttumisen malli, Sairauspoissaolo- ja työhön paluun tukeminen -malli sekä Uudelleensijoitus- ja työkokeilu -malli (**setting 3**).

Kanta-Oulussa työkyvyttömyyskustannukset (ns. varhe-maksut ja eläkemenoperusteiset maksut) oli siirretty liikelaitosten ja hallintokuntien vastuulle v. 2008 alkaen (**setting 4**). Tämä oli toiminut käynnistämispulssina kohdeliikelaitoksessa työkyvyn johtamisen (**setting 5**) ja työkyvyn tuen toiminnan kehittämiseksi. Samanaikaisesti työterveyshuollon palvelutuottajan edustajat olivat valmiita yhteisen toiminnan kehittämiseen. Kohdeliikelaitoksessa otettiin aktiiviseen käyttöön konsernissa yhteisesti ja yhteistoiminnassa jo aikaisemmin hyväksytyt eri työkyvyn tuen mallit, joskin työkyvyn tukitoiminnan käynnistäminen käytiin läpi yhteistoimintaverkostossa vielä liikelaitoksessakin.

Kohdeliikelaitoksessa työkyvyn tuen mallin käyttöönottoon liittyi tiivis lähiesimiesten koulutus ja liikelaitoksen johto resursoi työkykykoordinaattorin tehtäviin. Tämän uuden työkykyjohtamistyön rinnalla keskusteltiin myös liikelaitoksen tulevaisuudesta kaupungin sisäisenä liikelaitoksen, valmisteltiin käytännössä monikuntaliitokseen liittyvää palveluiden tuottamista ja henkilöstön siirtymisiä, valmennettiin henkilöstöä tähän muutokseen sekä käynnistettiin ateriapalveluiden tilojen uudistamiseen ja korjaamiseen liittyvän hankkeen valmistelu.

Oulun kaupungissa on samankokoisista kaupungeista poiketen järjestetty työterveyshuoltoon liittyvä sairaanhoito laajana ja kattavana palveluna. Tämä on ollut tietoinen henkilöstöpoliittinen valinta. Työterveyshuollon kustannukset työntekijää kohden ovat suuremmat kuin vastaavan kokoisissa kaupungeissa keskimäärin ja työterveyshuoltopalvelu painottuu vahvemmin sairaanhoidon palveluihin (nk. Kelan korvausluokka 2). Hallintokunnat ja liikelaitokset ovat itse vastanneet työterveyshuollon ennaltaehkäisevistä kustannuksista (nk. Kelan korvausluokka 1). Työterveyshuollossa osatyökykyisten työkyvyn arviointiin ja tukemiseen liittyvä työterveyshuollon palveluiden käyttö on kirjattu työterveyshuollon sairaanhoidoksi (**setting 6**). Oulun kaupungin henkilöstölle oli tehty vähemmän työeläkelakien mukaisia ammatillisen kuntoutuksen aloitteita kuin vastaavan kokoisissa kaupungeissa (**setting 7**). Työterveyshuollon palvelutuottaja oli kehittänyt työprosessilähtöistä toimintakäytäntöä työpaikkaselvitykseen ja ollut aktiivisesti mukana useamman vuoden aikana työhönkuntoutuksen (Kela) kehittämisessä (**setting 8**).

5.1.3. Konteksti

Kontekstin kuvaamiseen tarvittava aineisto on koottu kirjallisuudesta sekä Oulun kaupungin ja liikelaitoksen sisäisestä raportoinnista.

Suomessa pidetään kestävyysvajetta (**konteksti 1**) yhtenä tärkeimmistä kansantalouden ongelmista. Eläkkeellä olevien määrä kasvaa Suomessa toisaalta varhaisten työkyvyttömyyseläkkeiden ja toisaalta eliniän pidentymisen myötä. Nykyinen taloudellinen tilanne "houkuttelee" sekä kuntaorganisaatioissa että yksityisellä sektorilla sanomaan irti myös kokenutta väkeä säästösyistä. Samanaikaisesti tiedetään, että 55-60 -vuotiaiden työllisyys on noussut 1990-luvun alun lamavuosiin verrattuna. Vuoden 2005 eläkelakien uudistus toi joustoa eläkkeelle siirtymiseen eli pidentää työuria niiden lähellä loppupäästä eläkeikää (Lehto 2013a ja 2013b). Työllisyysasteen muutos voi olla myös seurausta siitä, että varhaiseläkkeille ja työttömyyseläkkeelle pääsemisen ikärajoja on nostettu ja ehtoja tiukennettu ja ne ovat myös työntekijälle taloudellisesti aikaisempaa epäedullisempia (Uusitalo & Nivalainen 2013). Ei tiedetä tarkkaan, miten työpaikan hyvinvoinnin tekijät ja erityisesti työkykyjohtaminen vaikuttavat työuriin.

Työurien pidentäminen (**konteksti 1, konteksti 3**) on osa nykyistä hallitusohjelmaa. Valtiovallan ja työmarkkinajärjestöjen yhteistyönä on valmistunut useita työryhmien raportteja (Työelämäryhmä 2010, STM 2011a, 2011b, TEM 2011) ja niitä seuranneita lainsäädännön muutoksia (**konteksti 3**), jotka velvoittavat työnantajaa, työntekijää ja työterveyshuoltoa yhteisesti työkyvyn tukemiseen erilaisissa työkyvyn muutostilanteissa:

1) Sairausvakuutuslain muutos (1.1.2011): 10 % suuremmalla työterveyshuoltokorvausten palautuksella kannustetaan työnantajia laatimaan yhteistoiminnassa toimintamalli työkyvyn hallintaan, seurantaan ja varhaiseen tukeen.

2) Sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muutokset (1.6.2012): a) työnantajaa veloitetaan ilmoittamaan työterveyshuoltoon kaikki yli 30 pv kestäneet sairauspoissaolot; b) korvauksen saamiseksi työnantaja kehoitetaan hakemaan sairauspäiväraha korvaukset Kelalta 60 päivän sisällä sairauspäiväraha kauden alkamisesta; ja c) työntekijää veloitetaan toimittamaan Kelalle työterveyslääkärin lausunto työssä jatkamisen mahdollisuuksista viimeistään kun sairauspäiväraha kausi on kestänyt 90 päivää.

3) Uudistettu asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä (VNa 708/2013), jossa määritellään mm. työterveyhteistyö, ja työterveyshuollolle määritellään kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kuntoutukseen ohjauksen lisäksi uudeksi tehtäväksi työkyvyn tukeen liittyvien toimenpiteiden toteutuksen seuranta ja eri toimijoiden toteuttamien toimenpiteiden yhteensovittaminen.

Tässä yhteydessä on käyty myös keskustelua suomalaisen työterveyshuollon vaikuttavuudesta, toiminnan nykyisistä painopisteistä ja palvelutuotantomalleista (**konteksti 6**) (Seuri 2013). Selvityksen mukaan (Arvekari ym.2010) työterveyshuollon toimintaedellytyksiin ja -tapoihin vaikuttavat työterveyshuollon järjestämistapa, työterveyshuoltoyksiköiden koko ja käytettävissä olevat resurssit, työterveyshuollon ammattilaisten koulustausta, työkokemus ja ikä sekä työterveysyhteistyön toimivuus. Yritysten omissa ja yhtei-

sissä työterveyshuolloissa kuntoutuksen on koettu yhdistyvän paremmin työterveyshuollon muuhun toimintaan (Arvekari ym. 2010). Jotta työurien jatkamiseen liittyvät tavoitteet toteutuisivat, työkyvyn hallintaan liittyvän työn työterveyshuolloissa ja työterveysyhteistyössä tulisi lisääntyä, ja todennäköisesti tämä merkitsee myös työterveyshuollon työkäytäntöjen ja toimintamallien kehittämistä (Seppänen-Järvelä ym. 2014).

Viimeisten vuosien muutos työterveyspalveluiden tuottamisessa julkisessa terveydenhuollossa on ollut työterveyshuoltopalveluiden siirtyminen terveyskeskuksista kunnallisiin liikelaitoksiin tai kuntien omistamiin osakeyhtiöihin sekä yksityisen työterveyshuollon lisääntyminen, ts. lääkärikeskusten tuottamien palveluiden markkinaosuuden edelleen lisääntyminen: v. 2010 puolelta työterveyshuoltopalveluista tuotettiin lääkärikeskuksissa (Työterveyshuolto Suomessa 2007 ja 2010). Viime vuosina yritysostojen ja -fuusioiden jälkeen työterveyshuollon palvelujen tuottaminen yksityisessä terveydenhuollossa on siirtynyt aiempaa suurempiin konserneihin. (Seppänen-Järvelä ym.2014)

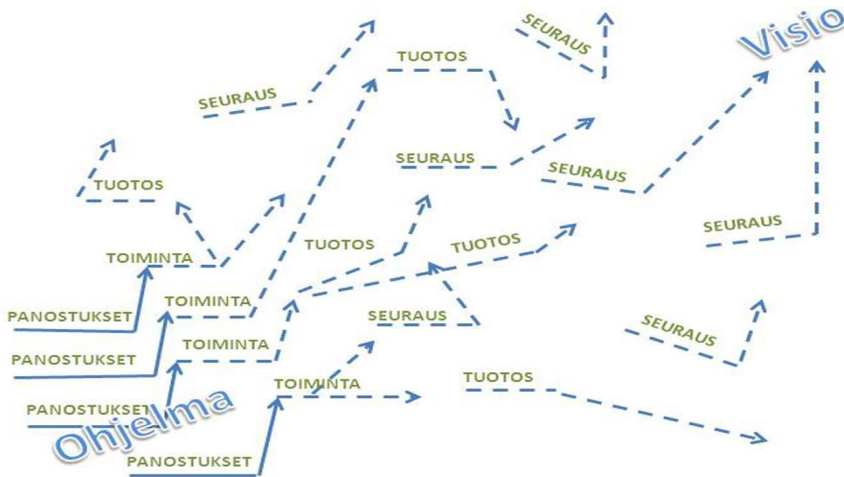
Toisena yhteiskunnallisena muutostrendinä, joka on koskettanut Oulun kaupunkia ja myös kohdeliikelaitoksen toimintaa, on kuntarakenteen ja talouden murros (**konteksti 2**). Kuntatalouden alijäämä koskee myös Oulun kaupunkia. Edelleen meneillään oleva kuntarakennemuutos keskusteluttaa myös nykyisen Oulun ympäristössä, vaikka alueella on toteutettu monikuntaliitos v. 2012-2013. Käytännössä tämä vaiheittain toteutettu muutos toisaalta teki hyvin näkyväksi kohdeliikelaitoksen toimintatavan työkyvyn tukemisessa, toisaalta se edellytti mm. uusien kaupunginosien mukana tuoman esimieskunnan ja henkilöstön perehdyttämistä ja kouluttamista sekä uusien kumppanuuksien vahvistamista. Kuntatalous on Suomessa v. 2013 lähes yhtä vakavassa tilanteessa kuin 1990-luvun alussa. Kunnissa vuonna 2014 on toteutumassa ennätysuuret lomautukset ja irtisanomiset (Helsingin Sanomat 25.11.2013). Tilanteeseen ovat vaikuttaneet useat eri syyt; mm. valtion lisäämät kuntien velvoitteet ilman vastaavaa tulonsiirtoa valtionosuuksissa, tehottomuus kuntaliitoksissa viiden vuoden irtisanomissuojan vuoksi, ja globaali talouden taantuma on romahduttanut myös kuntien verotulopohjaa. (Kuntatalous 2013a). Eräiden arvioiden mukaan jopa kuntien eläkemaxikyky on heikentynyt. (<http://www.talouselama.fi/uutiset/kuntatalous+retuperalla+elakkeet+vaarassa/a2212734>). Oulun kaupunki ei ole säästynyt tältä kuntatalouden murrokselta, vaan kaupunki joutuu sopeuttamaan toimintaansa vahvasti alijäämäisen vuoden 2012 johdosta, ja Oulun kaupungissakin monikuntaliitoksen johdosta henkilöstön vähentäminen ei viiden vuoden irtisanomissuojan vuoksi ole mahdollista (Sanomalehti Kaleva 18.11.2013 <http://www.kaleva.fi/uutiset/kotimaa/oulu-aikoo-lomauttaa-vakensa-viikoksi/648421/>).

Kuntatalouden murroksen rinnalla on käyty useita vuosia keskustelua kunnallisten liikelaitosten juridishallinnollisesta tilanteesta (**konteksti 5**). Keskustelu johti 1.9.2013 voimaan astuneeseen kuntalain muutokseen, jossa kuntalakia muutettiin siten, että kunnan hoitajissa tehtävää kilpailutilanteessa markkinoilla sen tulisi pääsääntöisesti antaa tehtävä osa-

keyhtiön, osuuskunnan, yhdistyksen tai säätiön hoidettavaksi. (HE 32/2013 <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2013/20130032>). Tällä hetkellä ei tiedetä, miten kunnallisten liikelaitosten toiminta tulisi organisoida, kun vaihtoehtoja on useita. Esim. Helsingin kaupungin liikelaitos Palmia voisi jatkaa liikelaitoksena, Helsingin omistamana yhtiönä tai sen toiminta voitaisiin pilkkoa osiin (Helsingin Sanomat 20.11.2013). Samanlaisesti kuitenkin ateria- ja puhtaus ja työterveyshuoltopalveluissa on Suomessa tarjolla paljon yksityisiä palvelutuottajia, jotka pyrkivät kilpailemaan palvelutuotantonsa hinnalla, laadulla ja henkilöstön työssä pysyttämällä (**konteksti 4**). Tämä kaikki haastaa kaupungin sisäisiä liikelaitoksia kehittämään toimintaansa.

5.2. Kokonaisvaltainen ja kehittävä arviointi: prosessi ja vaikuttavuus

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitä ja miten kohdeliikelaitoksessa työkykyä johdettiin. Tämä luvattiin tietäen, että tämänkaltaisen kehittämisprosessin eli työterveysyhteistyössä toteutuvan työkyvyn tuen johtamisen kulkua on haasteellista seuranta, arvioida, analysoida ja raportoida siten, että sen keskeiset muuttujat ja elementit voitaisiin tehdä havaittavaksi. Pyrkimys oli avata niitä moniulotteisia, monitoimijaisia ja tilanneehtoisia prosesseja, joita tähän toimintaan liittyy (luku 6.3). Uudistuvan johtamisen prosessilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa, kuten kehittämisprosessilla yleisimminkin, ei-lineaarista, jatkuvasti muuntuvaa, yhteen liittyvistä palasista koostuvaa ajallisesti kulkevaa jatkumoa, ja prosessi viittaa ennemminkin siihen, miten asioita tehdään kuin mitä asioista tehdään (Vataja & Seppänen-Järvelä 2006; kuva 6).



Kuva 6. Ei-lineaarinen muuntuva prosessi (Wilson-Grau, 2010; Seppänen-Järvelä, 2013)

Tämän kehittävän arvioinnin tavoitteena on ollut myös kohdeliikelaitoksessa käynnistetyn työkyvyn tuki -toiminnan edistäminen (vrt. Patton 1997), ja arvioinnin hyödynnettävyys sekä kohdeliikelaitoksessa, mahdollisesti vertailuliikelaitoksessa ja ehkä kaupunkikonsernissa yleisemminkin on yksi sen tärkeimmistä arvoista (vrt. Patton 1997, 2011).

Tällä formatiivisella prosessiarvioinnilla on vahva yhteys myös summatiiviseen arviointiin. Työkykyjohtamisen panostusten vaikutuksia arvioidaan liiketaloudellisesta näkökulmasta (luku 6.4.), mutta pelkästään lopputuloksia katsomalla ei voida tehdä päätelmiä tulosten keskinäisistä yhteyksistä ja vaikutusketjuista (Patton 1997, 2011). Tutkimuksessa pyrittiin siis tältä osin yhdistämään prosessi ja vaikuttavuusarviointi, eli arvioimaan kokonaisvaltaisesti työkykyjohtamista, ja päästä tutkimaan tekemisten ja tulosten välisiä suhteita (Vataja & Seppänen-Järvelä 2006).

Pattonin (1997) kuvaaman prosessin aikaisen arviointitiedon hyödyntämisen elementit tässä tutkimuksessa voisi kuvata vaiheittain seuraavasti: 1) Jaetun ymmärryksen kartuttaminen, joka tapahtui tätä hanketta edeltäneessä yhteiskehittelyssä ja tämän tutkimuksen hanketyöryhmän työskentelyssä. 2) Osallistujien sitoutumisen lisääminen, joka toteutui tutkimusrahoituksen hakemisvaiheessa ja tutkimushankkeen kuluessa hanketyöryhmän työskentelyssä. 3) Organisaation toiminnan tukeminen arviointi-interventiolla, joka tapahtuu tutkimushankkeen havaintojen raportoinnin ja niistä keskustelun avulla, ja 4) organisaation edelleen kehittäminen, joka tutkimushankkeen osalta päättyy tulosten esittelyyn ja siihen liittyvään keskusteluun, mutta organisaation kehittävät toimijat esim. hanketyöryhmän jäsenet voivat tehdä ohjauspäätöksiään tavoitettaan kohti (Seppänen-Järvelä 2003).

5.3. Tutkimuksen toteutus hanketyöryhmä kanssa

Tutkimushankeprosessi koostui Työterveyslaitoksen tutkijaryhmän työn lisäksi tiiviistä yhteistyötä hanketyöryhmän kanssa. Hanketyöryhmään kuuluivat edustajia Oulun kaupungin konsernihallinnon henkilöstöpalvelualueelta, kohdeliikelaitoksesta, vertailuliikelaitoksesta ja työterveyshuollon palvelutuottajalta. Hanketyöryhmä kokoontui yhteisiin videoneuvotteluihin kuusi kertaa 12.12.2012- 29.10.2013 välisenä aikana. Hanketyöryhmällä oli kolme päätehtävää: aineiston keruussa avustaminen, viestintä ja tiedottaminen Oulun kaupungin organisaatiossa, ja tuloksiin liittyvä kommentointi. Hanketyöryhmän työskentelyyn osallistuneet henkilöt olivat hyvin sitoutuneita tutkimushankkeen toteuttamiseen, ja yhteistyö oli koko hankkeen ajan aktiivista myös kokousten välillä.

Aineiston keruuseen liittyen hanketyöryhmässä suunniteltiin ryhmähaastattelujen aikataulut. Ryhmässä sovittiin myös, miten otetaan yhteyttä niihin kohdeliikelaitoksen työntekijöihin, jotka olivat osallistuneet toimenpiteisiin ja joille haluttiin esittää kutsu yksilöhaastatteluun. Merkittävän aineistokeruutehtävän toteutti kohdeliikelaitoksen henkilöstöhallinto, joka kokosi taloudelliseen arviointiin tarvittun pohja-aineiston. Aineistosta osa saatiin henkilöstöhallinnon raportointijärjestelmästä, mutta osa oli koottava manuaalisesti muista dokumenteista, kuten esim. kalentereista. Hanketyöryhmässä syntyi myös ajatus siitä, että taloudellisen arvioinnin aineistoa täydennetään työterveyshuollon palveluiden laskutusaineistoilla. Taloudellisen aineiston keruuta tarkennettiin kaikissa kevään 2013 hanketyöryhmän kokouksissa, ja aineiston keruu kesti seitsemän kuukautta.

Hankkeen tuloksiin liittyvästä viestinnästä aloitettiin keskustelu seitsemän kuukautta ennen hankkeen päättymistä. Työnjaosta ja tehtävistä sovittiin hanketyöryhmässä. Hanketyöryhmän oululaiset edustajat vastasivat suurelta osin hankkeen päätösseminaarin järjestelyistä. Hanketyöryhmä on keskeisessä roolissa tulosten viemisessä Oulun kaupungin muihin organisaatioihin.

6. AINEISTOT JA MENETELMÄT

6.1. Taustadokumentit

Kontekstin kuvaamiseen tarvittava aineisto koottiin kirjallisuudesta (ulompi konteksti) sekä Oulun kaupungin ja mahdollisesti Ouluun liittyneiden kuntien sisäisestä raportoinnista (sisäinen konteksti).

Tapahtumaympäristön (setting) kuvaukseen käytettiin v. 2011-12 tehdyssä ”Aktiivinen Työkyvyn tuki Oulussa” –konsultaatiohankkeessa syntyneitä dokumentteja (ks. luku 3).

Taustamateriaaleina olivat seuraavat Oulun kaupungin toimintamallit- ja ohjeet sekä tunnusluvut :

- Varhaisen puuttumisen ohjeellinen toimintamalli Oulun kaupungin työpaikoilla-prosessikuvaus (Liite 1)
- Sairaspoissaolot ja työhön paluun tukeminen - opas ja prosessi (Liite 2)
- Oulun kaupungin keskitetty uudelleensijoitusprosessin kuvaus (Liite 3)
- Oulun kaupungin työkokeilun prosessikuvaus (Liite 4)

Lisäksi sekä konsernitason että kohdeliikelaitostason kerättiin seuraavia tunnuslukuja:

- Jäsenyhteisön varhaiseläkemenon-perusteinen maksu, €
- Jäsenyhteisön KuEL-palkkasumma, €
- Vakinaisen henkilöstön sairauspoissaolopäivät, pv
- Tapaturmavakuutuksen alainen palkkasumma, €
- Lakisääteinen tapaturmavakuutus vakuutusmaksu, €

Kohdeliikelaitos oli kuvannut myös toiminnan periaatteet sekä sen, miten toiminta oli organisoitu ja toiminnan vastuut jaettu. Toimintaa hahmottavia kysymyksiä olivat näissä kuvauksissa ongelman määrittäminen, kuka toimii, milloin ja miten.

Taustadokumenttien pohjalta laadittiin toiminnasta haastattelujen pohjaksi esimalleja, joista haastatteluissa täsmentyi lopullinen toiminnan malli (ks luku 7.1.).

6.2. Kohdeliikelaitos Kunta10-aineistossa

Kohdeliikelaitos on osallistunut Kunta10-tutkimukseen, joka selvittää kunta-alan henkilöstön työtä ja työssä tapahtuvia muutoksia sekä niiden vaikutuksia henkilöstön terveyteen ja hyvinvointiin. Tarkoituksena oli saada taustatietoa koko työyhteisön tilasta ja kehityksestä muutamien keskeisten työhyvinvointiin liittyvän tekijän suhteen. Tarkasteltujen muuttujien tarkempi sisältö ja yleiset tunnusluvut kunta-alalla on kuvattu Kunta10-tutkimuksen raporteissa (mm. Oksanen 2012, Vahtera 2002). Tutkimuksessa on mukana

viisi yli 100 000 asukkaan kaupunkia ja niiden viisi lähikaupunkia: Espoo, Vantaa, Tampere, Turku, Oulu, Raisio, Nokia, Valkeakoski, Naantali ja Virrat. Kunta 10 kohderyhmään kuuluvat siten kaikki noin 55 000 tutkimukseen osallistuvien kuntien palveluksessa olevaa vakinaista työntekijää ja pitkäaikaista sijaista.

Tarkastelimme kohdeliikelaitoksessa tehdyn Kunta10-kyselyn tuloksia vuosilta 2008 (vastausprosentti 58 %), 2010 (vastausprosentti 59 %) ja 2012 (vastausprosentti 58 %). Lisäksi tarkastelimme osaryhmänä niitä henkilöitä, jotka ilmoittivat kyselyssä työkykynsä olevan enintään 7 arvioituna asteikolla 1-10. Tätä raja-arvoa on aiemmin käytetty kuvaamaan sellaista työkyvyn heikentymistä, johon esim. työterveyshuollon tulisi puuttua (Tuomi ym. 1997). Vuonna 2010 työkykyä ei kysytty. Vertasimme myös kohdeliikelaitoksen kehitystä koko kaupunkikonsernin tilanteen kehitykseen, jotta voimme arvioida, ovatko mahdolliset muutokset yleisiä, vai kohdeliikelaitokselle erityisiä. Kaikki kuvatut muuttujat on mitattu asteikolla 1-5, jossa 1 on "vähän" ja 5 on "paljon". Yli 0,2 mittayksikön muutosta keskiarvoissa voidaan pitää oleellisena muutoksena.

6.3. Ryhmä- ja yksilöhaastatteluaineistot

6.3.1. Haastatteluaineistot

Tapausta, yhteistoimintaprosesseja työkyvyn tukemisessa (case) -ilmiötä halusimme tarkastella mahdollisimman edustavasti. Tästä johtuen päädyimme siihen, että tätä yhteistoimintaa tulee tarkastella eri toimijoiden näkökulmista, ja erityisesti sitä haluttiin tarkastella eri toimintojen johtamisen näkökulmista. Koska kyseessä olivat monitoimijaiset prosessit, niistä haluttiin tietoa eri näkökulmista: johdon, esimiesten, työterveyshuollon, toimenpiteiden kohteena olleen henkilöstön ja henkilöstön edustajien näkökulmista. Koska tutkimusyhteistyössä mukana olleessa organisaatiossa yhteistoimintaprosessi oli olemassa olevaa toimintaa, päätettiin moninäkökulmainen aineisto koota tätä prosessia toteuttavissa mahdollisimman luonnollisissa ryhmissä. Luonnollisella ryhmällä viittamme siihen, että tutkimuksen tiedonkeruu päätettiin kohdistaa sellaisiin ryhmiin, jotka tekivät työkyvyn tukemiseen liittyvässä prosessissa joko hallinnollista tai käytännöllistä yhteistyötä, tai molempia. Ryhmiin koottiin siis henkilöitä, joiden tehtäviin kuuluu vastata näistä yhteistyöprosesseissa organisaation eri tasoilla. (Krueger & Casey, 2000). Kunnallisen päätöksentekotavan näkökulmasta on todettava, että tässä tutkimuksessa aineiston keruun ulkopuolelle jätettiin poliittinen päätöksenteko. Hallinnollista tai käytännöllistä yhteistyötä tekeviä ryhmiä hahmottui yhteiskehittelyhankkeen tulosten pohjalta kolme: 1) ylemmän johdon ryhmä, 2) työkyvyn tuki työterveysyhteistyössä – ryhmä, sekä 3) lähiesimiesten ja henkilöstön yhteinen ryhmä.

Ylemmän johdon ryhmään pyydettiin liikelaitoksen ylin johto. Lisäksi liikelaitoksen johtamisen näkökulmasta yhteistoimintaa työkyvyn tukemisessa tehdään työterveyshuolto-

sopimuksen kautta, jonka Oulun kaupunki on tehnyt työterveyshuoltopalvelutuottajan kanssa. Yhteiskehittelyhankkeen aikana oli tullut jo selväksi, että aktiivisen työkyvyn tukemisen käynnistämisyhteistyössä konsernin henkilöstöhallinto oli tukenut toiminnan käynnistämistä. Siten ylemmän johdon ryhmään kutsuttiin Oulun kaupunkikonsernin henkilöstöhallinnon edustajat sekä työterveyshuollon palvelutuottajan johdon edustajat, siis sopimuskumppanien johdon edustajat. Ryhmähaastattelun jälkeen tutkijaryhmä päätti täydentää tätä haastattelua kahdella yksilöhaastattelulla; haastattelimme kohdeliikelaitoksen johtajaa sekä apulaiskaupunginjohtajaa, jolla kaupunkikonsernissa oli vastuullaan kohdeliikelaitos.

Työkyvyn tuki työterveysyhteistyössä - ryhmään pyydettiin mukaan koko työterveyshuollon palvelutuottajan moniammatillinen työryhmä, joka vastasi työterveyshuoltopalveluiden tuottamisesta kohdeliikelaitokselle. Liikelaitoksen johdosta haastatteluun osallistuivat työkykykoordinaatiosta vastaava henkilö ja lähiesimiesten edustaja. Kaupunkikonsernin johdosta osallistuivat työkyvyn tuki -mallien kehittämisestä ja uudelleensijoittumisesta vastanneet henkilöt. Yhdelle haastatteluun kutsutulle työterveyshuollon edustajalle tarjottiin mahdollisuus osallistua yksilöhaastatteluun aikataulusyistä ennen ryhmähaastattelua. Tätä haastattelua tutkijaryhmä halusi täydentää haastatteleamalla ryhmänä vertailuliikelaitoksesta vastaavat työterveyshuollon edustajat.

Kolmanteen ryhmähaastatteluun kutsuttiin **lähiesimieskuntaa sekä henkilöstön** edustajia luottamushenkilöt ja työsuojeluvaltuutetut. Kutsutulle ei ollut aikataulusyistä mahdollisuutta osallistua tähän ryhmähaastatteluun, tarjottiin mahdollisuus yksilöhaastatteluun, joka toteutui.

Haastatteluun kutsuttaville henkilöille lähetettiin sähköposti, jossa oli liitetiedostona tiedote tutkimuksesta sekä suostumuslomake. Mahdollisia kysymyksiä pyydettiin esittämään vastuututkijalle, ja tätä kautta päästiin järjestämään yksilöhaastatteluja. Kaikki kutsutut osallistuivat ryhmähaastatteluihin lukuun ottamatta kahta kolmanteen ryhmähaastatteluihin kutsuttua. Kirjalliset suostumuslomakkeen koottiin allekirjoitetuina haastattelutilanteiden alussa, ja suostumuksista tarkistettiin lupa tallennukseen. Yllä kuvatuista haastatteluista kolme ryhmähaastattelua ja yksi yksilöhaastattelu taltioitiin videoimalla, ja muut vikisi haastattelua äänitallenteena. Ryhmä- ja yksilöhaastattelujen teemat on esitelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Ryhmä- ja yksilöhaastattelujen teemat

- Yleiset periaatteet ja niiden valinnan perusteet
 - Onko rakenteeseen valitut mallit ja niiden ohjeistukset toimivia ja riittäviä johdon, esimiesten ja työntekijöiden ja työterveyshuollon näkökulmista?
- Organisoiminen ja prosessit sekä toimijoiden roolit
 - Onko malleissa kuvattu riittävän selkeästi työntekijöiden, esimiesten, johdon ja työterveyshuollon tehtävät ja rooli? Selviääkö niistä kuka tekee, mitä ja milloin tekee?
- Kouluttautuminen, ohjeistus ja ylläpito
 - Miten toiminnan käynnistymisestä mielestänne tulisi tiedottaa?
 - Missä asioissa mielestänne esimiehet tarvitsevat koulutusta tai valmennusta?
 - Miten työterveyshuollon edustajat saadaan ajattelemaan ja toimimaan samalla tavoin?
- Toiminnassa tunnistetut vaikeudet ja niiden ratkaisut
 - Mitä vaikeuksia olisi mahdollisesti odotettavissa ja mistä syystä?
- Arviot toimintaa edistävästä asioista
 - Mitä onnistunut toiminta edellyttäisi työterveysyhteistyöltä?
- Toiminnasta koetut hyödyt tai haitat
 - Mitä hyötyjä olisi saavutettavissa? Mitä haittoja on ennakoitavissa?

Tutkimussuunnitelman mukaisesti haastateltiin lisäksi toimintaan osallistuneita työntekijöitä. Haastateltavien valinta ja kutsuminen toteutettiin yhteistyössä kohdeliikelaitoksen työkykykoordinaattorin ja esimiesten kanssa. Työkykykoordinaattori valitsi alustavasti sopivat henkilöt ja lähetti haastatteluun kutsutuksi ehdottamansa työntekijän esimiehen nimen tutkijaryhmälle. Tutkijaryhmä sai esimieheltä työntekijän puhelinnumeron, tutkija soitti työntekijälle ja sai käyttöönsä työntekijän sähköpostiosoitteen, jonne kutsu haastatteluun lähetettiin. Sähköpostissa oli liitetiedostona tiedote tutkimuksesta ja suostumuslomake. Yksilöhaastatteluun suostui neljä viidestä kutsutusta ja haastattelun taltiointiin antoi luvan kolme haastateltavaa. Yhdestä haastattelusta laadittiin muistiinpanot haastat-

telun aikana. Työntekijähaastattelujen teemat on esitelty taulukossa 3. Haastattelut toteutettiin 11.2.- 10.5.2013 välisenä aikana.

Taulukko 3: Työntekijöiden haastattelujen aiheet

[KOHDELIIKELAITOKSESSA] on työtä räätälöity työntekijän työkyvystä nousseiden tarpeiden mukaan. Työkykyasioita selvitetään ja suunnitellaan esimiehen, [TYÖKYKY-KOORDINAATTORIN] ja työterveyshuollon yhteistyönä. Olivatko työkyvyn tukimallit tuttuja entuudestaan? Oulun kaupungissa on yhteistyössä rakennettu Varhaisen puuttumisen, Työhön paluun ja Uudelleen sijoittumisen – toimintamallit.

- *Muistatko, olivatko nämä mallit tiedossasi ennekuin asia tuli ajankohtaiseksi itsellesi? Tutustuitko toimintamalleihin oman asiasi selvittelyn aikana?*

Mitä tapahtui: tapaamisia, neuvotteluja?

- *Miten työtäsi räätälöitiin; mitä teit ennen ja mitä nyt? Miten oma työssä selviytymisen asiasi tuli puheeksi? Mitä tapahtui sen jälkeen? Kuka teki, mitä ja milloin? Mitkä asiat sujuivat mielestäsi hyvin ja miksi? Tuliko esiin ongelmia tai hädasteita? Mitä syitä oli vaikeuksille? Mitä olisi pitänyt tehdä toisin? Kuinka kauan ratkaisun hakeminen kaiken kaikkiaan kesti?*
- *Saitko riittävästi tietoa ja tukea? Keneltä tai mistä? Pystyitkö omasta mielestäsi vaikuttamaan ratkaisuun riittävästi? Tarjottiinko vaihtoehtoja? Miten mielestäsi ratkaisuehdotus syntyi: yhteisenä pohditteluna vai jonkun osapuolen esityksestä? Oliko tapa, jossa asiaasi hoidettiin, mielestäsi reilu ja luottamuksellinen? Suositteletko toimintatapaa työkaverillesi?*

Mitä hyötyjä tai haittoja?

- *Mitä hyötyä työkykyä tukemista ja työn uudelleen järjestelystä on ollut sinulle? Mitä haittoja siitä mahdollisesti on ollut sinulle? Saitko tietoa, neuvontaa ja tukea työkykyasioissasi mielestäsi oikeaan aikaan?*
- *Miten työyhteisösi on suhtautunut räätälöityyn työhösi? Oletko kokenut syrjintää työkykyongelmien tai työn uudelleen järjestelyn takia? Miten mielestäsi työpaikalla saadaan työkaverit (ja asiakkaat) ajattelemaan ja toimimaan siten, että työntekijöiden yksilölliset tarpeet otetaan huomioon tasapuolisesti? Onko perheesi tai ystäväsi ottaneet kantaa?*
- *[KOHDELIIKELAITOKSESSA] tehdään paljon työn muotoilua moniosaaja -mallilla. Onko moniosaaja -malli toimiva? Ovatko mielestäsi tämän toiminnan johdosta esimiesten johtamistaidot tai työyhteisöjen asennoituminen muuttuneet?*

Yhteenvedona haastattelujen toteuttamisesta voimme todeta, että kolmesta ryhmähaastattelusta aineisto koottiin videoituna ja yksi ryhmähaastattelu taltioitiin äänitallenteena. Yksilöhaastatteluista yksi toteutettiin videoneuvotteluteitse ja videoitiin. Tähän menettelyyn oli haastateltavan suullinen suostumus, joka oli saatu ennen haastattelutilanteen järjestämistä. Yksilöhaastatteluista nauhoitettiin seitsemän, ja yhdestä laadittiin muistiinpanot. Jokaiseen haastatteluun osallistui 2-3 tutkijaa, joista yksi vuorollaan toimi moderaattorina. Tutkijat tekivät tallennetuistakin haastattelutilanteista muistiinpanoja, joita käytettiin erityisesti esimallin kehittämiseen haastatteluprosessin aikana. Ryhmähaastattelut pohjautuivat ryhmäkeskusteluun, jota viritettiin tutkijaryhmän laatimalla työkyvyn tuen yhteistoiminnan esimallilla (luku 7.1.). Tutkijat olivat valmistautuneet haastatteluihin myös teemojen näkökulmasta (taulukko 2 ja 3). Yksilöhaastattelujen teemoja suunnattiin osin tarkemmiksi ryhmähaastattelujen perusteella tai niissä selkiytettiin ryhmähaastattelussa epäselviksi jääneitä kysymyksiä. Haastattelut toteutuivat 1,5- 2 tunnin kestoisina.

Suunnitteluvaiheessa oli ajateltu, että ryhmähaastattelut muodostuisivat kahdesta eri vaiheesta, jossa ensimmäisessä vaiheessa keskustellaan ja arvioidaan aikaisemman hankkeen tulosta. Käytäisiin keskustelu esimallin pohjalta siitä, mitä yhteistoiminnasta oli opittu (Patton 1997, 2011) ja siihen liittyviä tapausesimerkkejä. Toisessa vaiheessa keskustelua olisi siirrytty pohtimaan ylläpidettäviä ja edelleen kehittäviä asioita (Patton 1997, 2011). Tavoitteena oli tarkastella a.o. keskustelussa muokkautunutta mallia toiminnan muutosvaiheen ja sen jälkeisen siirtymävaiheen näkökulmista. Ryhmä- ja yksilökeskustellut toteutuivat hyvin vilkkaina ja eloisina keskusteluina, jossa ylläkuvattu kahtiajako arviointi – ja kehittämiskeskustelua toteutui teemoittaisena ja limittäisenä. Keskusteluun osallistujat ottivat moderaatio -rooleja ja halusivat tarkentaa toisiltaan haastattelutilanteessa oivaltamia asioita. Haastateltavat ryhmät olivat käytännön yhteistyössä toistensa kanssa, ja tähän arkiseen työhön liittyvät jännitteet olivat välillä jopa ”käsin kosketeltavissa” haastattelutilanteissa. Jännitteisyydestään huolimatta keskustellut olivat toisia osapuolia arvostavia ja kunnioittavia.

Taltioidun aineiston koko on 990 min. ja anonymisoidun litteraatio- ja muistiinpanoaineiston koko on 181 sivua. Koko haastatteluaineisto on esitelty taulukossa 4.

Taulukko 4: Haastatteluaineistot

<i>Haastattelu</i>	<i>Litterointi/anonymisointi</i>	<i>Aineiston koko</i>
Ryhmähaastattelu 1: johdon edu stajat	litteroitu/anonymisoitu	119 min /32 s
Ryhmähaastattelu 2: kohdeliikelaitoksen HR ja kohdeliikelaitoksen työterveyshuollon edus- tajat	litteroitu/anonymisoitu	117 min/24 s
Ryhmähaastattelu 3: esimiehet ja henkilöstön edustajat	litteroitu/relitteroitu/anonymisoitu	128 min/27 s
Ryhmähaastattelu 4: vertailuliikelaitoksen työterveyshuoltotiimin edustajat	litteroitu/anonymisoitu	52 min /10 s
Työntekijä 1	litteroitu/anonymisoitu	54 min/79 s
Työntekijä 2	muistiinpanot/anonymisoitu	-/3 s
Työntekijä 3	litteroitu/anonymisoitu	85 min/13 s
Työntekijä 4	litteroitu/anonymisoitu	49 min/12 s
Yksilöhaastattelu	litteroitu/anonymisoitu	132 min/717 s
Yksilöhaastattelu	litteroitu/anonymisoitu	54 min/9 s
Yksilöhaastattelu	litteroitu/anonymisoitu	102 min/9 s
Yksilöhaastattelu	litteroitu/anonymisoitu	98 min/16 s

6.3.2. Haastatteluaineiston anonymisointi ja luokittelu

Haastatteluaineistoja saatiin tavoiteltua enemmän ja aineistot ovat rikkaat. Ryhmähaastatteluissa keskustelu oli hyvin laaja-alaista: eri toimijoiden yhteinen haastattelu osoittautui hyväksi aineiston keruutavaksi tutkittavan ilmiön näkökulmasta. Ryhmähaastattelutilanteisiin osallistumattomille tarjottiin mahdollisuutta yksilöhaastatteluihin aineiston täydentämiseksi. Haastatteluapaikat ja ajankohdat järjestyivät yhteistyössä Oulun kaupungin ja työterveyshuollon palvelutuottajan edustajien kanssa.

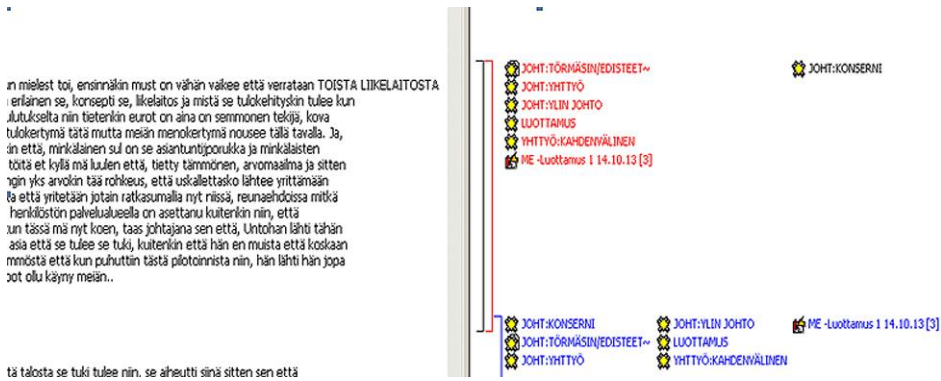
Koko tallennettu haastatteluaineisto on litteroitu. Muistiinpanot ja litteroitu aineisto saatettiin henkilötunnistamattomaan muotoon (anonymisointi) Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston kvalitatiivisen aineiston anonymisointiperiaatteiden mukaisesti (FSD). Anonymisoitu aineisto siirrettiin tutkijoiden yhteiselle verkkolevylle luokittelua varten. Koko aineistomasalle tehtiin poikkiaineistollinen luokittelu (Manson 2002, Ruusuvuori ym. 2010, Rahikka 2013), jonka tarkoituksena oli aineiston järjestelmällinen läpikäynti tutkimusongelman, keskeisten käsitteiden ja lähtökohtien määrittämällä tavalla (Ruusuvuori ym. 2010). Aineiston luokittelua varten tutkijat laativat yhdessä alustavan koodilistan. Koodilista johdettiin tutkimuksen viitekehysten, tutkimuskysymysten (miten ja mitä työkyvyn tukemisessa tapahtui) ja aineistosta syntyneen esiymmärryksen pohjalta. Alustavaa koodilistaa testattiin aineiston lyhyimmässä primaaridokumentissa eli yhdessä työntekijähaastatteluaineistossa. Pilotoinnin jälkeen koodilistaa täydennettiin työmuokkausta huomioon ottavin koodein. Aineisto luokiteltiin Atlas.ti -ohjelman avulla siten, että kaikki tutkijat käyttivät samaa koodilistaa, joka on esitelty taulukossa 5. Tutkijoilla oli käytettävissään koodilistaa avaava dokumentti, johon oli etukäteen sovittu, että miten tiettyjä aineistossa esiintyviä asioita luokitellaan edelleen. Esim. sovittiin, että YHTEISTYÖ (YHTTYÖ) koodia käytettäessä kirjataan ylös minkä laatuista ja keiden välistä yhteistyötä kohdassa kuvattiin. Eri tutkijat koodasivat primaaridokumentit sovittun työnjaon mukaisesti: yksi tutkijoista koodasi ryhmähaastattelut, yksi näihin liittyvät yksilöhaastattelut, ja yksi tutkijoista koodasi työntekijähaastattelut. Koko luokiteltu aineisto koottiin yhteen Atlas.ti -ohjelman hermeneuttiseen yksikköön.

Taulukko 5: Aineiston luokitteluun käytetty koodilista Atlas.ti-ohjelmasta

JOHT:ESIMIES
JOHT:HISTORIA JA MUUTOS
JOHT:KONSERNI
JOHT:STRATEGINEN MUUTOS
JOHT:TÖRMÄSIN/EDISTEET
JOHT:TÖRMÄSIN/ESTEET
JOHT:VAIKUTUKSET
JOHT:YHTTYÖ
JOHT:YLIN JOHTO
LUOTTAMUS
TALOUS:SÄÄSTÖ
TYOMUO:ARVIO MUUTOKSESTA
TYOMUO:ESTEET JA EDISTEET
TYOMUO:PROSESSI
TYOMUO:SIS/MUUTOS
TYOMUO:SIS/TYOTEHTÄVÄ
TYOMUO:SIS/TYOYMPÄRISTÖ
TYOMUO:SISÄLTÖ
TYOMUO:TARVE
TYOMUO:SIS/TYÖAIKA
TYÖORG:TAPAUSKOHT
TYÖORG:TYÖPROSESSIN MUUTOS
TYÖORG:YLEINEN
YHTTYÖ:HISTORIA
YHTTYÖ:KAHDENVÄLINEN
YHTTYÖ:MONENVÄLINEN

6.3.3. Haastatteluaineiston analysointi

Kuten yllä kuvattiin, ensi vaiheessa hyödynnettiin koko koottua haastatteluaineistoa ja käytiin koko aineisto läpi. Luokittelu vahvisti esiyymmärrystä siitä, että ryhmähaastatteluis-
sa on tutkimuksen näkökulmasta kiinnostavaa ja tiivistä kerrontaa työkykyjohtamisen
yhteistoiminnasta. Esimerkki tiiviin kerronnan kohdasta on kuvassa 7. Siinä on kuvattu
yhdestä ryhmäkeskustelusta yhden valitun sitaatin osalta perusluokittelu, ja kahteen ker-
taan tehty edelleenluokittelu samoilla koodeilla. Sitaatti on luokiteltu konsernitason johta-
misen historian ja muutoksen näkökulmasta (musta), ja sen jälkeen sitä on tarkennettu
viidellä koodilla (punaiset). Osa isommasta sitaatista on luokiteltu edelleen kuudella koo-
dilla (siniset). Kuvassa näkyy myös koodauksen aikana tehtyjen muistioiden linkittäminen
alkuperäiseen sitaattiin.



Kuva 7. Aineiston luokittelu ja edelleen analysointi Atlas.ti –ohjelman kuvaamana

Rajatumpaan analyysiin tulivat mukaan ryhmähaastattelujen lisäksi työntekijähaastattelut. Työntekijöiden haastatteluista otettiin tarkasteluun erityisesti kuvaukset prosesseja edistäneistä ja niitä hankaloittaneista asioista. Osa-aineistollinen tapausanalyysi työntekijähaastatteluista dokumentoi näihin tapauksiin liittyviä havaintoja, jota toivat esille työpaikan toimintaa laajemman yhteistoiminnan kontekstiin, jotka eivät näkyneet ryhmähaastatteluissa (Ruusuvuori ym.2010). Tekstejä on tarkastelu sekä fakthanäkökulmasta että näytenäkökulmasta, ja käytännössä näkökulmat ovat kietoutuneet toisiinsa. (Alasuutari 1994). Tarkemmassa ryhmähaastattelujen analyysissä keskityttiin siihen, minkälaista yhteistoimijuutta eri toimijat itselleen rakentavat ja millaisiin toiminnan osa-alueisiin he oman toimintansa liittivät. Kuvaus yhteistoiminnasta tehtiin siis luonnollisista ryhmistä koottujen aineistojen avulla organisaation eri tasoilla. Tämän tutkimuksen ilmiö on siis työssä jatkamisen tukeminen yhteistoiminnassa kohdeliikelaitoksessa johdettuna toimintana. Analyttinen taso, johon tämän tutkimuksen ilmiö kytketään, on siis institutionaalinen (Ruusuvuori ym. 2010). Tällä ilmiöllä on omat formaaliset ja yhteistoimintaan liittyvät rakenteensa (luku 3) ja kehittämistyön kautta syntynyt kulttuurinsa tässä instituutiossa (luku 6.1.). Keskeisiä seurattavia analyttisiä ulottuvuuksia olivat siten prosessiin osallistuvien toimijoiden strateginen asettuminen, luottamus ja työssä selviytymiseen yhdistyvät tekijät. Työyhteisötason näkemys jää tässä tarkastelussa ulkopuolelle.

Haastatteluaineiston tulosten koonti ja tulkinta on siis tehty kaksivaiheisesti. Kokonaiskuva hahmotettiin aineiston karkeahkon analyysin perusteella ja tässä vaiheessa tarkastelussa olivat mm. toiminnan esteet, edisteet, hyödyt ja muut vaikutukset. Jatkoanalyysi on tehty erityisesti ryhmähaastatteluaineiston kiintoisista analyttisistä solmukohtista ja tässä tarkastelussa erityisesti ovat olleet yhteistoiminnan areenat. Näitä solmukohtia avattiin tarkemmilla kysymyksillä, joita olivat mm.: Miten johto kiinnostui työkykyjohtamis-

ta? Mistä ja miten kehittämisvaiheessa mukana olleet toimijat saivat valtuutukset toimia toisin? Miten työkyvyn tuen toimintamalleja on kohdeliikelaitoksessa implementoitu? Mitä käytäntöjä on syntynyt työterveysneuvotteluissa? Miten työyhteisö on mukana työn uudelleen organisoinnissa? Miten toiminnan seuranta on järjestetty liikelaitoksessa ja työterveyshuollossa? Mikä on tukenut toiminnassa mukana olevia? Miksi toimintatapa ei ole siirtynyt jo muihin yksiköihin? Analyysin tulokset palautettiin toimintaympäristöön tämän raportin johtopäätöksinä ja suosituksina (Patton 1997, 2011). Teoreettinen dialogi käydään aineistosta kirjoitettavissa tieteellisissä artikkeleissa (Ruusu vuori ym, 2010).

6.4. Taloudellisen vaikuttavuuden arviointi

Taloudellisen vaikuttavuuden arviointiin tarvittava aineiston keruu tapahtui 2/2013-9/2013. Aineiston keräsivät Työterveyslaitoksen tutkijat yhdessä liikelaitoksen henkilöstökoordinaattorin kanssa. Kerätty aineisto kuvataan tuloksissa (taulukko 12). Taloudellista analyysia varten kerättiin tietoja kohdeliikelaitoksen talouden tunnusluvuista. Aineistoa saatiin muun muassa henkilöstöhallinnon tietojärjestelmistä, liikelaitoksen käsin päivitetävistä rekistereistä, vanhoista sähköposteista ja kalenterimerkinnöistä. Osa tunnusluvuista saatiin valmiina tietojärjestelmien raporteista ja osa laskettiin käsin raporttien, rekistereiden ja muun aineiston tiedoista kohdeliikelaitoksessa. Taloudellinen vertailu tehtiin vuosilta 2009–2012.

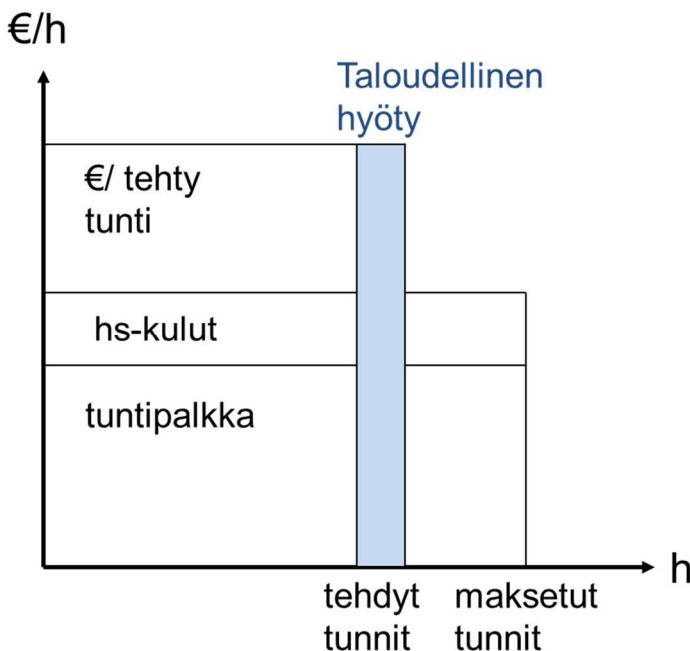
Hankkeen taloudellinen vaikuttavuus on arvioitu seuraavalla tavalla

1. Interventio on kuvattu.
2. On määriteltä, mihin työntekijäryhmiin projekti vaikuttaa.
3. Projektin vaatimat toimenpiteet on eritelty.
4. Projektin vaikutukset kohderyhmään on eritelty.
5. Valittua henkilöryhmää koskevat perustiedot on kerätty.
6. Projektin aiheuttamat muutokset on kerätty.
7. Projektin aiheuttamat investoinnit on kerätty.
8. Näistä tiedoista on laskettu projektin kannattavuus.

6.4.1. Analyysi Potentiaali-mallin avulla

Työkykyä ylläpitävien hankkeiden systemaattiseen analysointiin käytettiin Potentiaali-mallia, jonka lähtökohtana on Productivity Assessment Tool (Oxenburt & Marlow, 2005). Mallissa käytetään perusaineistona samoja tietoja kuin henkilöstövahvuutta kuvattaessa. Mallin perusajatuksena on verrata keskenään kahta tilaa: tilaa ilman hanketta, ja tilaa hankkeen toteutuksen jälkeen. Mallissa tarkastellaan työkykyä edistävien hankkeiden

tuottavuusvaikutuksia lähtien siitä oletuksesta, että tuottavuuteen vaikuttavat tehokkaan työajan lisääntyminen sekä työvoimakustannusten väheneminen. Näiden kahden vaikutuksen seurauksena tehokkaan työajan yksikkökustannukset vähenevät. Jos jokaisen tehokkaan työtunnin bruttotuoton oletetaan pysyvän ennallaan, syntyy yritykselle uutta taloudellista ylijäämää lisääntyneistä tehotunneista ja alentuneista työajan yksikkökustannuksista.



Kuva 8. Potentiaali -malli. Työvoimakustannukset syntyvät tuntipalkasta ja sivukuluista, jotka maksetaan sovittujen periaatteiden mukaisesti. Todellisuudessa tehtyjen tuntien määrä on maksettuja tunteja pienempi. Taloudellinen hyöty syntyy kun kustannuksia tuntia kohti saadaan lisättyä kasvattamalla tehtyjen tuntien määrää lähemmäksi maksettuja tunteja; esimerkiksi vähentämällä poissaoloja.

Mallin muodostamiseen tarvitaan seuraavat tiedot:

- henkilöstön lukumäärä
- normaalit työtunnit
- ylityötunnit
- vuosilomat
- sairauspoissaolot

- muut maksetut poissaolot
- vaihtuvuus
- keskituntipalkka
- henkilösivukulut
- muut henkilöstökulut
- työkykyä edistävän hankkeen vuotuiset ajalliset ja rahalliset panostukset

Muutoksen vaikutuksen analyysi edellyttää seuraavien seikkojen selvittämistä

- sairauspoissaolojen muutos,
- henkilösivukulujen, erityisesti työkyvyttömyyseläkemaksujen, muutos ja
- vaihtuvuuden muutos.

6.4.2. Vertailu verrokkioorganisaatioon

Taloudelliset muutokset voivat heijastaa monia organisaatiossa ja toimintaympäristössä tapahtuneita muutoksia. Kohdeliikelaitoksen toiminnan vaikutusten arvioimiseksi tarkasteltiin verrokkioorganisaationa kaupunkikonsernin toista liikelaitosta, jossa ei vastaavaa toimintaa ollut toteutettu. Verrokkioorganisaatio oli kooltaan ja palkkatasoltaan suurin piirtein samansuuruinen kuin kohdeliikelaitos (vuositasolla keskimäärin 657,5 työntekijää, keskituntipalkka 13,49 €). Vertailu tapahtui sairauspoissaolojen ja eläkemaksujen avulla vuosilta 2009–2012.

6.5. Tiedonkeruu työterveyshuollosta

Taloudellisten vaikutusten arviointia varten koottiin työterveyshuollon laskutustietokannasta vuosien 2009-2012 ajalta kohdeliikelaitoksen työntekijöihin kohdistuneet työterveyshuollon kustannukset. Koonnin teki yksi hanketyöryhmän työterveyshuollon edustaja, jolla työtehtävänsä puolesta oli oikeus tietokannan käyttöön. Kukin vuosi ja yksittäinen työntekijä koottiin erikseen kuitenkin siten, etteivät yksittäiset henkilöt olleet tietojen perusteella tunnistettavissa. Käyntien lukumäärään laskettiin kyseisen vuoden aikana työterveyshuollon järjestelmään syntyneet kaikki tapahtumat, esim. vastaanottokäynnit, puhelut, reseptin uusinnat, terveystarkastukset. Kustannuksiin laskettiin kaikki henkilöön kohdistuneet kustannukset kyseiseltä vuodelta. Mikäli henkilöön kyseisenä vuonna oli kohdistunut kohdeliikelaitoksen toimesta työssä jatkamista tukevia toimenpiteitä, henkilö merkittiin K-kirjaimella. Nämä tapaukset (K) toimitti työterveyshuollon edustajalle kohdeliikelaitoksen työkykykoordinaattori. Työterveyshuollon edustaja poisti tiedostosta kaikki muut tunnistetiedot, jonka jälkeen tiedosto toimitettiin Työterveyslaitoksen tutkijaryhmälle, joka tietojen avulla laski työterveyshuollon lisäpanostuksen (Taulukko 12).

Samasta työterveyshuollon laskutustietokannasta toinen työterveyshuollon edustaja poimi viisi paljon työterveyshuollon palveluja käyttänyttä tapausta, jotka olivat olleet työssä jatkamista tukevien toimenpiteiden kohteena. Näiden valittujen tapausten kohdalla työterveyshuollon edustaja tutustui työterveyshuollon työnantaja- ja työntekijäkertomuksiin, ja luokitteli tapahtumat korvausluokkaan 1 (KL1, ennaltaehkäisevä työ) ja korvausluokkaan 2 (KL2, työterveyshuollon sairaanhoito). Korvausluokka kahden osalta palveluiden käyttö luokiteltiin edelleen 1) osatyökykyisen työkyvyn tukeminen - ja 2) muu sairaanhoito - luokkiin. Työterveyslaitoksen tutkijaryhmä sai a.o. tiedot koottuina Exel-taulukkoina tapausittain. Osatyökykyisen polku työterveyshuollossa -tulos on esitetty luvussa 7.1.

6.6. Moniaineistaisuus ja monimenetelmällisyys analyysissä

Tutkimuksessa kuvataan kokonaisvaltaisen arvioinnin keinoin ja tapauskohtaisesti työkyvyn tuki -yhteistoimintaa kohdeliikelaitoksessa. Tässä yhteydessä kokonaisvaltaisella arvioinnilla tarkoitamme sitä, että samassa tutkimuksessa arvioidaan toiminnan prosesseja ja toiminnan vaikutuksia (Patton 1997, Vataja & Seppänen-Järvelä 2006, Seppänen-Järvelä 2013). Tarkemmin itse työkyvyn tuki -prosessia kuvataan poikittaisasetelmassa haastatteluaineistojen avulla. Ajallisen näkökulman toiminnan kehittymiseen aineistoissa mahdollistaa yhteiskehittelyhankkeessa koottu tausta-aineisto ja tässä hankkeessa koottu taloudellisen arvioinnin aineisto vuosilta 2009-2012. Vaikuttavuuden arviointi tehtiin liike-taloudellisesta näkökulmasta ja se on myös pitkittäisasetelma. Toiminnan vaikutuksia ja seurauksia, samoin kuin toimintaa edistäviä ja estäviä tekijöitä, kuvattiin myös haastatteluaineistoissa. (Taulukko 6)

Taulukko 6: Moniaineistisuus tapaustutkimuksessa ja arvioinnissa

	Prosessi Työkyvyn tuki yhteistoiminta (case)	Tapahtuma- ympäristö (setting)	Konteksti (context)	Vaikutukset, seuraukset (outcome)
Aineisto 1	Tausta-aineisto (6.1.)	Tausta-aineisto (6.1.)	Tausta-aineisto (6.1.)	
Aineisto 2		Kunta-10 (6.2.)		Kunta-10 (6.2.)
Aineisto 3	Haastattelu- aineisto (6.3.)			Haastattelu- aineisto (6.3.)
Aineisto 4		Taloudellisen arvioinnin aineisto (6.3.)		Taloudellisen arvioinnin aineisto (6.3.)
Aineisto 5	Tiedonkeruu työterveyshuol- lon toiminnasta (6.5.)	Tiedonkeruu työ- terveyshuollon toiminnasta (6.5.)		

Tutkimusasetelma on erityinen siksi, että siinä mallinetaan jatkuvasti toimivaa käytäntöä, monen toimijan yhteistyötä työkyvyn tukemisessa. Analysoimme tätä käytännössä työelämässä tapahtuvaa toimintaa johtamisen näkökulmasta kolmella erilaisella yhteistyöalustalla. Tätä toimintaa analysointiin eri institutionaalisten intressinhaltijoiden tuottamien näkemysten ja kuvauksien kautta, joita he tuottivat näillä yhteistyöfoorumeilla. Kuten yllä on todettu, asetelma on erityinen myös siksi, että tutkimusasetelmassa oli tähän prosessiarviointiin yhdistetty vaikuttavuusarviointi.

Tutkimus on eri aineistoja hyödyntävä tapaustutkimus. Analyysimenetelminä käytettiin aineisto- ja tulostriangulaatiota (Denzin 1978, Denzin & Lincoln 2011), laadullista sisälönanalyysiä (ks. esim. Ruusuvoori ym. 2010) sekä liiketaloudellista kustannushyötyanalyysiä Return on Investment (RoI)-tavoitteella Potentiaali -menetelmällä. Moniaineistoisuutta on analyysissä hyödynnetty useilla eri tavoilla. Prosessinanalyysin aikaikkunaa levennettiin yhteiskehittelyhankkeen ja taloudellisen analyysin tiedonkeruulla: haastatte-

luissa saatua tietoa pystyttiin tarkentamaan ja kontekstoimaan paremmin. Taloudellisessa analyysissä käytettiin hyväksi prosessianalyysissä saatua varsin yksityiskohtaista tietoa interventioista, joiden avulla tarkennettiin laskentamallin joitakin oletuksia. Työterveyshuollon kautta tehty aineiston keruu tarkensi omalta osaltaan taloudellista analyysiä ja toi työntekijän polkuanalyysiin lisäulottuvuuden. Aineistotriangulaatio oli mahdollista, koska tutkijaryhmä kävi koko hankkeen ajan keskustelua aineiston kertymisestä, havainnoista ja tuloksista omissa ja hanketyöryhmän kokouksissa. Taustadokumentteja, haastatteluaineistoja ja osatyökykyisen polkua työterveyshuollossa on analysoitu laadullisin menetelmin ja taloudelliset vaikutukset on arvioitu määrällisin menetelmin, Menetelmiä on kuvattu edellä olleissa luvuissa yksityiskohtaisemmin.

6.7. Aineiston käsittely ja eettiset kysymykset

Tutkimus käsiteltiin Työterveyslaitoksen eettisen toimikunnan 1/2013 kokouksessa. Eettinen työryhmä pyysi korjaamaan dokumentteja ja lähettämään Tietosuojavaltuuden (TSV) toimistoon ilmoituksen ulkopuolisen litterointipalvelujen käytöstä. Pyydettyjen korjausten jälkeen eettiseltä työryhmältä saatiin myönteinen lausunto helmikuun 2013 alussa. TSV-toimisto ei edellyttänyt toimia. Tutkimukseen osallistujat saivat tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden kieltäytyä siitä. Tätä mahdollisuutta käytti kolme haastatteluun kutsuttuista. Ennen haastattelujen aloittamista tiedote tutkimuksesta ja suostumuslomake käytiin keskustellen läpi. Kaikilta osallistujilta pyydettiin tietoinen suostumus.

Kaikki haastattelut, joihin saatiin lupa, taltioitiin. Yksi haastateltavista kieltäytyi taltioinnista ja haastattelusta laadittiin muistiinpanot. Taltioidut haastattelut on litteroitu sanatarkasti puheenvuoro puheenvuorolta. Litteroinnin ja muistiinpanojen kirjaamisen jälkeen tutkittavien nimet ja muut tunnistamisen mahdollistamat tiedot on muutettu ja aineisto anonymisoitiin.

Tunnisteellista aineistoa taloudellisen vaikuttavuuden arviointitietojen kokoamista varten käsittelivät ainoastaan kohdeliikelaitoksen ja vertailuliikelaitoksen ne henkilöt, joilla on oikeus oman työtehtävänsä perusteella käyttää näitä tietoja. Tutkijaryhmä sai käyttöönsä tunnisteettoman aineiston. Samoin tunnisteellista työterveyshuollon aineistoa käsittelivät vain ne hanketyöryhmän työterveyshuollon edustajat, joilla työtehtäviensä perusteella on oikeus a.o. tietojen käyttöön. Tutkijaryhmä sai työterveyshuollostakin käyttöönsä henkilö-tunnisteettoman aineiston. Näin ollen tutkimuksessa koottuja henkilötason tietoja ei ole voitu yhdistää muihin aineistoihin esim. haastatteluaineistoihin.

7. TULOKSET

7.1. Uudistunut johtaminen

7.1.1. Henkilöstön arvio työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä

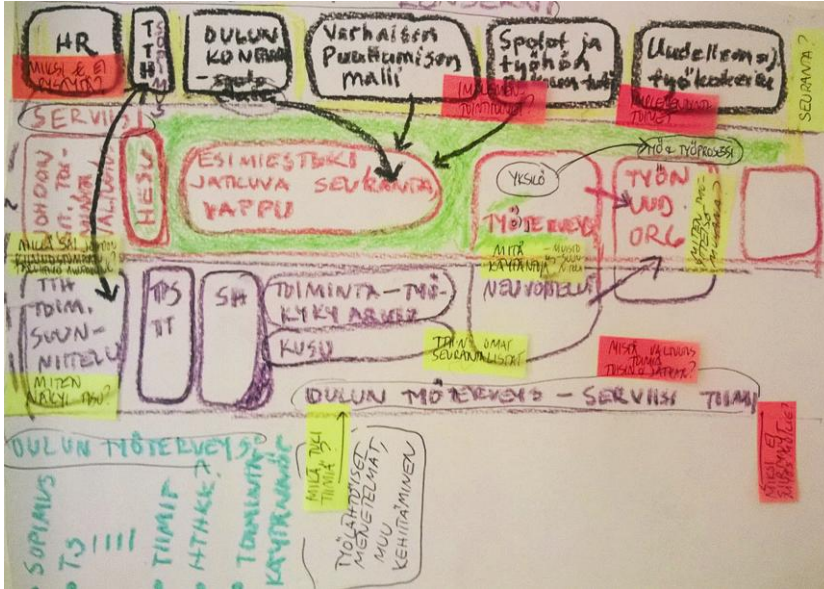
Tarkastelimme henkilöstön arvioita omasta tilanteestaan Kunta -10 – tutkimuksen tulosten perusteella. Taulukossa 7 on esitetty keskeiset työhön liittyvien tekijöiden keskiarvot. Työkyvyn vaikutus työhön liittyviin tekijöihin tuli selvästi esille. Yleisesti ottaen matalamman työkyvyn omaavien työntekijöiden arviot työhön liittyvistä tekijöistä olivat heikommalla tasolla kuin koko organisaatiossa. Työhön liittyvistä tekijöistä työpaineet ja työn hallinta olivat pysyneet suunnilleen samantasoisina sekä koko liikelaitoksessa että heikentyneen työkyvyn omaavien osaryhmässä. Sen sijaan työaikojen hallinta ja työn epävarmuus olivat hieman heikentyneet molemmissa ryhmissä. Koko kaupunkikonsernissa tapahtui kuitenkin näissä tekijöissä myös samansuuntainen muutos: työaikojen hallinta väheni ja työn epävarmuus lisääntyivät 0,2 yksikköä. Työyhteisöön liittyvissä tekijöissä ei näytä tapahtuneen merkittäviä muutoksia valittiinpa tarkasteltavaksi ryhmäksi kaikki kohdeliikelaitoksen työntekijät, heikentyneen työkyvyn omaavien osaryhmä tai koko kaupunkikonsernin työntekijät. Johtamiseen liittyvistä tekijöistä esimieheltä saatu tuki ja kohdellun oikeudenmukaisuus olivat laskeneet kaikkien kohdeliikelaitoksen työntekijöiden ja myös heikentyneen työkyvyn omaavien osaryhmän osalta. Koko kaupunkikonsernissa johtamiseen liittyvissä tekijöissä ei ollut muutoksia.

Taulukko 7. Työhön liittyvien tekijöiden keskiarvot kohdeliikelaitoksessa vuosina 2008–2012 (asteikko: 1–5 ”vähän” – ”paljon”)

		2008	2010	2012
Kyselyyn vastanneita	kaikki	244	219	369
	työkykyindeksi ≤7	118	-	151
Työ				
Työpaineet	kaikki	3.9	4.1	3.8
	työkykyindeksi ≤7	4.1	-	3.9
Työn hallinta	kaikki	3.1	3.1	3.0
	työkykyindeksi ≤7	2.9	-	2.9
Työaikojen hallinta	kaikki	2.4	2.2	2.0
	työkykyindeksi ≤7	2.2	-	1.9
Työn epävarmuus	kaikki	2.1	2.2	2.3
	työkykyindeksi ≤7	2.2	-	2.4
Työyhteisö				
Työpaikan ilmapiiri	kaikki	3.6	3.4	3.5
	työkykyindeksi ≤7	3.3	-	3.4
Sosiaalinen pääoma	kaikki	3.6	3.4	3.4
	työkykyindeksi ≤7	3.4	-	3.3
Työyhteisötaidot: auttaminen ja huomaavaisuus	kaikki	3.6	3.5	3.6
	työkykyindeksi ≤7	3.4	-	3.4
Johtaminen				
Esimiehen tuki	kaikki	3.3	3.1	3.1
	työkykyindeksi ≤7	3.1	-	2.9
Kohtelun oikeudenmukaisuus	kaikki	3.6	3.4	3.3
	työkykyindeksi ≤7	3.4	-	3.2
Päätöksenteon oikeudenmukaisuus	kaikki	3.1	3.0	3.1
	työkykyindeksi ≤7	3.0	-	2.9

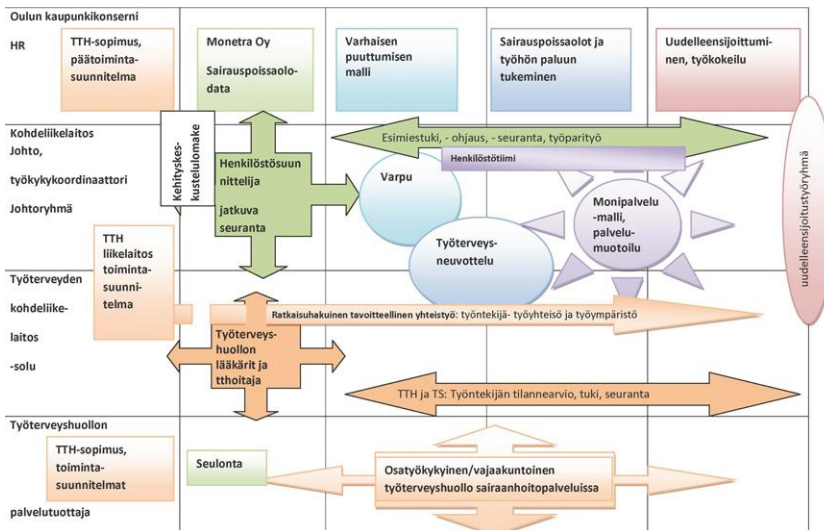
7.1.1. Työkyvyn johtamisen uudet areenat

Oulun kaupungissa on yhteistoiminnassa suunniteltu ja sovittu työkyvyn tukemiseen työkyvyn muuttuessa eri tilanteisiin kolme eri toimintamallia. Lisäksi osana konsernin keskitettyä henkilöstöhallinnon seurantajärjestelmää on sairauspoissaolojen ilmoitus- ja raportointijärjestelmä (nk. OukaDW). Mallit ovat Oulussakin syntyneet useamman vuoden aikana (ks luku 1.4.). Monikuntaliitosvaiheessa ”Uusi-Oulu” kaikkia malleja tarkasteltiin kehittämis- ja yhteistoimintaprosesseissa, mutta käyttöön jäivät alun perin Oulun kaupungin alustalle tehdyt toimintamallit. Haastatteluihin valmisteltiin näiden konsernin ohjeistusten pohjalta työkyvyn tuen mallien kokonaisuus työkyvyn tukemisesta ”varhaisesta myöhäiseen”. Tässä vaiheessa mallituksessa pyrittiin avaamaan esiin keskeiset yhteistoiminnan kentät tai areenat, joilla työkykyjohtaminen käytännössä toimii (ks luku 3 ja 6.1.). Kuvassa 9 olemme kuvanneet tätä esiyymmärrystä kohdeliikelaitoksen työkykyjohtamisen areenoista. Taustadokumenttien ja yhteiskehittelyhankkeen perusteella tutkijaryhmän jäsenyys oli se, että keskeinen työkykyjohtamisen areena olisi kohdeliikelaitoksen ja työterveyshuollon palvelutuottajan edustajien yhteistoiminta työkyvyn tuen eri tilanteissa.



Kuva 9: Kohdeliikelaitoksen työkykyjohtamisen arena

Tästä esiymmärryksestä muodostettiin haastattelujen virittämiseksi nk. työkykyjohtamisen esimalli. Tätä esimallia muutettiin ja täydennettiin kaikkien haastattelujen jälkeen niistä saadun tiedon ja toiminnasta kehittyneen ymmärryksen pohjalta. Kuvassa 10 on viimeisimmässä haastattelussa käytetty malli.



Kuva 10. Kohdeliikelaitoksen työkykyjohtamisen yhteistoiminta-areenat

Kohdeliikelaitoksessa uudistuneen työkykyjohtamisen ytimessä on yhteistoiminta tähän tarkoitukseen rakennetuilla areenoilla. Esimmäryksestämme poiketen näitä työkykyjohtamisen yhteistoiminta-areenoita kohdeliikelaitoksen toiminnassa on hahmotettavissa kolme: strategisen johtamisen käytännön arena, työkyvyn tuen eri prosessien koordinaation arena ja tapauskohtainen työterveysyhteistyöarena.

Strategisen johtamisen käytännön areenana ja henkilöstöjohtamisen henkilöjohtamisforumina toimii kaksi kertaa kuukaudessa kokoontuva kohdeliikelaitoksen johtajan vetämä henkilöstötiimi. Henkilöstötiimiin kuuluu liikelaitoksen johto ja työkykykoordinaattori. Henkilöstötiimi keskustelee toteutetuista yksilöllisistä ratkaisuita ja valmistelee uusia. Kohdeliikelaitoksessa ennakoitaan budjetissa vuositasona sitä tuotannonmenetystä, joka yksilöllisistä ratkaisuksista syntyy. Tämä ennakoiti toimii toisaalta työn rääätälöinnin taloudellisena resurssina erityisesti työkykykoordinaattorille. Kohdeliikelaitoksella on siis työkykyjohtamiselle selkeät tavoitteet myös euroina, mutta henkilöstötiimin kautta johto saa todellisen kuvan toiminnasta ja voi yhteiskehittämisen, toiminnan suuntaamisen perustaa tähän toiminnasta tulevaan kuvaan (vrt.kuva 6).

Työkyvyn tuen eri prosessien koordinaatioarena muodostuu työkykykoordinaattorin työn ja verkostojen ympärille. Kohdeliikelaitoksessa on työkykykoordinaattoriksi rekrytoitu liikelaitoksen arjen työn ja työprosessit tunteva ammattilainen, joka nykyisen työnsä ohessa on kouluttanut työkykykoordinaattoriksi. Työkykykoordinaattorin tehtävät on kuvattu taulukossa 5. Yksilöllisten ratkaisujen toteuttamiseen ja seurantaan työkykykoordinaattorin vuosityöajasta menee noin puolet.

Taulukko 8: Kohdeliikelaitoksen työkykykoordinaattorin tehtävät

- tukee tiimien henkilöstösuunnitelmien rakentamista, myös yli tiimirajojen
- kehittää toiminnan kannalta oikea henkilöstörakenne huomioimalla yksilölliset ratkaisut, työkokeilut, sijaisjärjestelyt jne.
- kehittää yhtenäistä kehityskeskustelukäytäntöä
- toteuttaa henkilöstöseurannan
- organisoii henkilöstökoulutusta ja kuntoutustoimintaa
- koordinoi henkilöstökyselyjä
- koordinoi yhteistoimintaa johdon, työntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden välillä mm. yksilöllisissä ratkaisuisissa
- esittelee yksilölliset henkilöstöratkaisut henkilöstötiimissä, johon kuuluvat johtaja, tuotantopäällikkö ja henkilöstösihteeri työhyvinvointikoordinaattorin lisäksi
- esittelee yksilöllisten ratkaisujen seurannan liikelaitoksen johtoryhmässä

Kuten yllä olevasta tehtäväkuvauksesta ja kuvasta 10 on nähtävissä, työkykykoordinaattori koordinoi työkyvyn tukeen liittyvää esimiestyötä liikelaitoksessa. Johto edellyttää, että kaikki esimiehet toimivat sovittujen työkyvyn tuki- toimintamallien mukaisesti. Tämän lisäksi hän on tarvittaessa esimiehen työparina esim. työn ja työprosessin muokkausvaiheissa ja tiiviissä yhteistyössä työterveyshuollon eri edustajien ja konsernin henkilöstöpalvelualueen uudelleensijoitustoiminnan kanssa. Työkykykoordinaattori varmentaa, että eri puolilla liikelaitosta toimitaan työkyvyn tuki – tilanteissa samalla tavalla. Samalla hän pystyy perehdyttämään vaihtuvaa esimieskuntaa ja toimimaan hankalimmissa tilanteissa esimiehen työparina. Myös liikelaitoksen työntekijät voivat ottaa suoraan yhteyttä työkykykoordinaattoriin esim. pitkittyvien poissaolojen tai hankaloituneen työhön paluun tilanteissa. Työkykykoordinaattorin työ on tuonut työkykyjohtamiseen, erityisesti sen käytännön toimintaan jatkuvuutta koko ajan muuttuvassa kohdeliikelaitoksen toimintaympäristössä.

Työterveyshuolto ja uudelleensijoitus näkevät työkykykoordinaattorin keskeiseksi yhteistyökumppaniksi. Työkykykoordinaattorin rooli liikelaitoksen johtoryhmälle esittelevänä ja henkilöstötiimin jäsenenä mahdollistaa kunnallisen organisaation sisällä sujuvan ja nopean asioiden hoidon myös yhteistyökumppaneiden näkökulmasta. Vastaavasti työkykykoordinaattorin näkökulmasta tapauskohtainen yhteistyö asiantuntevien työterveyshuollon edustajien kanssa on keskeistä työntekijän työn ja työprosessin muokkaamisen käynnistyessä. Liikelaitoksen esimiehet havaitsivat työssä selviytymisen pulmat ja/tai poissaolot nyt jo varsin hyvin. Siihen mihin suuntaa a.o. työntekijän kohdalla muokkaus ja muita tukitoimenpiteitä on tehtävä, tarvitaan työterveyshuollossa tapahtuvaa jäljellä olevan työkyvyn arviointia ja sen konkretisointia: mitä mahdollisuuksia ja mitä esteitä toimintakyky asettaa. Työkykykoordinaattorin työllä on kohdeliikelaitoksessa responsiivinen ja refleктоiva johdon ja henkilöstötiimi tuki.

Kolmas työkykyjohtamisen areena (Kuva 10) kohdeliikelaitoksessa on tapauskohtainen työterveysyhteistyön areena. Tällä arenalla toivat työkyvyn tukitoimenpiteitä tarvitsevat työntekijät, heidän esimiehensä sekä työterveyshuollon edustajat. Liikelaitoksen esimiehet ovat työterveyshuollon ja henkilöstönkin mielestä ”oppineet uskaltautumaan” toimimaan työntekijöiden työkykyasioissa. Työterveyshuollon edustajat kuvaavat, että kohdeliikelaitoksen esimiehet ovat käynnistäneet omalta osaltaan toimenpiteet jo siinä vaiheessa, kun työntekijä ottaa työkyvyn tuen puheeksi työterveyshuollossa. Tarvittaessa yhteistyöhön osallistuu myös työkykykoordinaattori. Työterveyshuolto toimii työkyvyn tukemisessa työterveyshuollon sairaanhoidon logiikalla. Oulun kaupunki tarjoaa henkilöstölleen hyvin laajat sairaanhoidon palvelut työterveyshuollon palveluna. Ilmeisesti tästä johtuen työterveysyhteistyössä toimivat ensisijaisesti lääkärit. Työterveyshuolto ei seurannut vajaatyökykyisiä tai osatyökykyisiä muuten kuin sairaanhoidon vastaanottokäytien kautta. Osa henkilöstöstä käytti runsaasti työterveyshuollon palveluja ja toisaalta työterveyshuolto

näyttäytyi joissakin tapauksissa ainoaksi tahoksi, joka pystyi tukemaan työntekijää pitkäaikaisemmin esim. yhdestä kahteen vuoteen. Työkykyä tukevaa kuntoutusyhteistyötä oli työterveyshuolto kehittänyt paikallisen kuntoutuksen palvelutuottajan kanssa työhönkuntoutuksen (Kela) osalta, mutta työeläkelakien mukaisen ammatillisen kuntoutuksen yhteistyöhön liittyi paljon pulmia (Keva).

Kohdeliikelaitoksessa jäljellä olevan työkyvyn ja työn yhteensovittamista on tukenut työterveyshuollon työpaikkaselvityksissä käyttöön ottama työlähtöinen toimintatapa. Työprosessilähtöisyys tuotti kohdeliikelaitoksen johdossa oivalluksen siitä, että työnmuokkaustilanteessa tarkastellaan yksittäisen työntekijän työtehtävien sijaan koko työyhteisön työtehtäviä ja työprosessia. Kohdeliikelaitoksessa on käynnistetty myös nk. moniosaja-toimintamalli, jolla tarkoitetaan sitä, että henkilökuntaa on koulutettu toimimaan sekä ateria- että siivoustehtävissä puhtauspalvelutehtävissä ja työnkuva rakentuu kohteessa tarjolla olevien töiden mukaan. Näiden kahden uudenlaisen jäsennyksen pohjalta räätälöinnin fokus on siirtynyt yksilöstä työhön ja sen prosessiin, vaikka muokkaus tehdään yksilöllisesti ja yksilöllisin, tapauskohtaisin perusteluin. Toinen kohdeliikelaitoksen esimiestyössä havaittavissa oleva muutos on reagoinnista ”reagoinnin ennakoitiin”. Näitä molempia esimiestyön muutoksia, yksilöstä työhön ja työprosessiin ja reagoinnista ”reagoinnin ennakoitiin” kuvaa muokattu ote esimies- ja henkilöstötön edustajien ryhmähaastattelusta:

Esimies1: ..Tietenkin ne on ne tietyt, henkilöstöresurssit ja henkilöstömäärärahat, jotka myös on näissä kuvioissa taustalla mukana. Ja sitten tietenkin ne tehtävät, mitä me ollaan luvattu, sille asiakkaalle toteuttaa. Nämähän on mukana tässä aina kun me käydään tätä läpi. Ihan, jos sitä omaa tehtäväsarkaa ajattelee niin sitähan tapahtuu, ilman tätä isompaa prosessia, jo siellä tiimin sisällä, että löydetään työntekijälle semmoinen tehtävä, mistä hän selviää, ilman paljoja sairaslomia, että kun kohteita on kuitenkin useita, isoja tiimejä. Niin ei aina, tarvitse lähteä tämän varhaisen puuttumismallin kautta, etenemäänkään kun pystyy jo tekemää..

Esimies2: ..Vähän niin kuin ennakoimaan.

Esimies1: Niin, ennakoimaan niitä asioita...

Uudistunut työkykyjohtaminen, jossa työkykyä tuetaan työterveys- ja kuntoutusyhteistyössä on kuvattu liitteessä 5. Siinä korostetaan eri työssäjatkamis- ja työhönpaluuvaihtoehtojen esittämistä kokonaisuutena työkyvyn muuttuessa tai työkyvyn alennuttua. Toi-

senä kokonaisuutena ovat työkykyjohtamisen eri areenat: strategisen johtamisen areena, prosessikoordinaation areena, työterveysyhteistyön areena, ja uutena selkeämpi toimintatapa työterveyshuollossa osatyökykyisen ja kuntoutusyhteistyön areenana.

7.1.2. Edistävät ja estävät tekijät

Yhteistoiminnassa tapahtuneen työkykyjohtamisen ytimessä varsinkin käynnistämisvaiheessa, mutta vielä haastattelutilanteissakin, oli tulokselliseen kaikkia osapuolia hyödyttävän työssä jatkamisen tukemiseen intohimoisesti suhtautuvia sekä liikelaitoksen että työterveyshuollon palvelutuottajien edustajia. Toinen toimintaa selkeästi edistänyt tekijä oli luottamus. Luottamusta kuvattiin monesta eri näkökulmasta. Haastatteluaineistot koottiin luonnollisia toiminnan ryhmiä jäljittelevissä ryhmätilanteissa ja varsinkin liikelaitoksen ja työterveyshuollon edustajien haastattelussa haasteellisten tilanteiden kanssa yhteistyöhön liittyvät jännitteet olivat haastattelutilanteessa jopa käsin kosketeltavissa. Konfrontointi oli puolin ja toisin suoraa, mutta tiivis yhteistyö, jopa kumppanuus, kuitenkin näkyi haastattelutilanteessakin toisen osaamisen ja mielipiteiden kunnioituksena. Intohimo, luottamus ja kunnioitus näyttäytyivät laajemminkin yhteistoimintaa edistävinä inhimillisinä voimavaroina.

Toiminnan keskeinen edellytys kohdelliikelaitoksessa oli johdon vahva mukana olo toiminnan tavoitteiden määrittelyssä sekä käytännön työhön osallistumisen kautta tuleva tuki, ja toisaalta vaade kaikille esimiehille toimia aktiivisesti työkyvyn tukemisessa ja työterveysyhteistyössä. Työkykykoordinaattori toimii useilla yhteistyöalustoilla ja tuo muuttuvassa toimintaympäristössä pitkiinkin tukiprosesseihin jatkuvuutta sekä henkilöstön että yhteistyökumppaneiden näkökulmasta. Työkykykoordinaattorin merkityksen toiminnan onnistumiselle nostivat esille kaikki yhteistyöosapuolet ja myös henkilöstön edustajat, vaikka toimintaan osallistuneille työntekijöille työkykykoordinaattori oli jäänyt etäiseksi Työkykykoordinaattori tuo henkilöstön näkökulmasta "tasa-laatuisuutta" toimintaan: eri puolilla liikelaitosta toimitaan samalla tavalla. Esimiesten näkökulmasta oli tärkeää, että ajoittain varsin haastavissakin prosesseissa esimiehelle on tarjolla mahdollisuus reflektioon ja tukeen.

Tärkeä toimintaa edistävä tekijä oli myös tapa, jolla liikelaitoksessa muokataan työkyvyn muuttuessa työtä. Tämän muokkaamisen mahdollistaa se, että toimintaan on varauduttu myös talousarviossa vuositasolla. Se edustaa uutta tapaa ajatella työn ja työprosessien kokonaisuutta ja on haastavaa sekä esimiehelle että koko työyhteisölle: kun yhden työtä muutetaan, muuttuu samalla kaikkien muidenkin työ. Käytännössä tämä edellyttää myös työterveyshuoltoa uudenlaista tarkkuutta jäljellä olevan työkyvyn määrittelyssä ja niissä keskusteluissa joissa työtä ja työkykyä sovitetaan yhteen.

Merkittävimmät estävät tekijät olivat vaikeasti ennustettavat muun terveydenhuollon, kuntoutuksen ja sosiaalivakuutuksen prosessit. Vaikka työntekijän työhön paluu prosessia liikelaitoksessa seurataan, niin sosiaalivakuutus- ja kuntoutusjärjestelmä voi aiheuttaa hankalia ja ainakin työntekijälle hallitsemattomia tilanteita. Osa toimintaan osallistuneista työntekijöistä myös koki, ettei heidän työtään oltu räätälöity tai sitä ei oltu räätälöity riittävästi. He siis kokivat, että vaadittua työpanosta ei oltu ajallisesti ja/tai määrällisesti kevennetty olemassa olevaan työkykyyn nähden riittävästi. Eivätkä he myöskään tienneet mahdollisuudesta, että työn mitoitusta voisi edelleen muokata. Osittaiseksi esteeksi voisi luokitella myös sen, ettei toimintaan osallistuneet työntekijät tienneet kollegoistaan, joille vastaavia ratkaisuja olisi tehty, tai ylipäätään kuulleet toiminnasta.

Kohdeliikelaitoksen tarkkuus tuotannon menetyksen arvioinnissa haastaa työterveyshuollon jäljellä olevan työkyvyn arviointikäytännön. Kun kohdeliikelaitos muokkaa työtä 10%, 15 % tai 20 % tuotantokyvyn menetys tarkkuudella, on työterveyslääkärillä käytössään suomalaisen sairausvakuutuksen täystyökyvyttömyys ja työeläkelakien osa- ja täystyökyvyttömyys. Kokopäivätyöstä osa-aikaisempaan työhön räätälöinnin yhteydessä siirtyvä työntekijä käytännössä siis joutuu tinkimään omasta toimeentulostaan, jos tuotannonmenetys on 20-40% välillä. Työterveysyhteistyössä ja työterveyshuollossa tuleekin olla tarkkana, ettei työntekijöille synny määräaikaisista toimeentulon alennuksista pysyviä ratkaisuja ainakaan asiasta asianomaisen kanssa keskustelematta, ts. työterveyshuollossa tulee yksilöllisten ratkaisujen yhteydessä muistaa tarkastella myös työntekijän toimeentuloratkaisua.

Jonkinlaisen hankaluutena voidaan pitää sitä, ettei työterveyshuolto seuraa järjestelmällisesti osatyökykyisten työntekijöiden ratkaisujen kehittymistä ja etenemistä. Toisaalta osa työntekijöitä käyttää työterveyshuollon tarjoamaa tukea itse aktiivisesti, jolloin seurantaan liittyvät kysymykset hoituvat ehkä automaattisesti. Työterveyshuollossa tulisi tunnistaa työkyvyn aleneminen mahdollisimman varhain. Sitä, kenen rooli on tukea työntekijää prosessin eri vaiheissa tai läpi koko prosessin, ei ole selkeästi määritelty. Tämä korostuu erityisesti pitkittyvissä prosesseissa.

Aineistoistamme jäi puuttumaan työyhteisöllinen näkökulma asiaan. Kunta-10- tutkimustulokset antavat yllättävän kuvan, kun kohdeliikelaitoksessa koettiin, että esimiehiltä saatu tuki oli vähentynyt. Liittykö tämän siihen, että esimieskunta siirrettiin yhteisiin toimintoihin, eivätkä he enää osallistu päivittäiseen toimintojen johtamiseen missään yksittäisessä kohteessa kokoaikaisesti paikan päällä. Työkyvyn tukemiseen liittyen henkilöstön edustajat antoivat sekä kriittistä että erittäin kannustavaa palautetta esimiesten henkilöjohtamisosaamisesta. Toisaalta yleisemmin keskusteluissa on nostettu esiin myös yksilöllisten ratkaisujen myönteistä vaikutusta työyhteisöjen ilmapiiriin, kun päinvastaistakin on epäilty.

7.1.3. Työntekijäpolkuja

Kokosimme työntekijähaastatteluaineistoista kaksi tapausta: sujuvan työkyvyn tuen prosessin ja pulmallisen prosessin. Molemmat esimerkit koostuvat useista eri haastatteluista. Prosessikuvaukset on esitelty taulukossa 9 ja 10.

Taulukko 9. Ateriapalvelutyöntekijä Sennin sujuva prosessi.

Työkyky alenee	Ei jaksanut enää nostaa kuormia, voimakasta selkäkipua. Työkyvyn tuen toimintamallit tuttuja jo ennen prosessia. Käy parikymmentä kertaa lääkärissä mm. hakemassa kipupiikkejä.
Yhteydenotto	Ottaa itse yhteyttä työterveyslääkärille, kun tavarat putoilevat käsistä. Hermotulehdus, yhteensä 8 kuukautta sairauslomaa (osissa). Ei pysty palaamaan entiseen työhönsä. Työterveyslääkäri ehdottaa kevennettyä työtä ja osasairauspäivärahan hakemista.
Keskustelu	Yhteisneuvottelu: työterveyslääkäri, työkykykoordinaattori, oma esimies, työntekijä. Myös lääkärin kanssa kahdenkeskisiä keskusteluja, lääkärin suora numero käytettävissä. Kartoitetaan myös koulutusmahdollisuudet. Päätetään kuntoutuksesta. Vaihtanut kokemuksia muiden työntekijöiden kanssa, joille tehty työkykyrätälöintiä.
Lääkärissä käynnit	Sama työterveyslääkäri hoitaa työntekijän muutkin lääkärikäynnit (flunssa jne.).
Kuntoutus	Kuntoutuksessa ehdotus työkokeilusta. Saa muutenkin lisää tietoa tilanteestaan ja mahdollisuuksistaan, vertaistukea samassa tilanteessa olevilta ja myös elämänhallintaan liittyvää tietoa psykologilta. Kokee saavansa kuntoutuksesta voimaa.
Työkokeilu	Työkokeilussa (Keva) aulaemäntänä. Esimies tukee ja kannustaa lähtemään työkokeiluun. Sujuu hyvin. Saa paikan.
Työhönpaluu	Aamukahvilla esimies ja työntekijä itse kertovat työyhteisölle, että hän aloittaa tässä työssä. Kerrotaan myös, että

	<p>on työrajoitteinen. Työyhteisö ottaa hänet hyvin vastaan. Työkaverit auttavat sellaisissa asioissa, joita itse ei pysty tekemään.</p> <p>Tekee 6 tunnin työpäivää ja saa 6 tunnista palkan. Ei tarvitse sijaistaa muita heidän työtehtävissä. Saa käyttää työnsä tekemiseen tunnin enemmän kuin tehtävänkuvassa mitoitetaan. Asteittain työtä lisätään ja lopulta tekee normaali-rytmiä.</p> <p>Työhön paluun aikana terapiassa käynti tukee paluuta (suunniteltu yhteisneuvotteluna terapeutin ja työterveyslääkärin välillä).</p>
Jatko	<p>Jatkaa työssä. Tehty ergonominen työympäristö fysioterapeutin avulla. Saanut jumppaohjeet.</p> <p>Esimies tiedustelee ajoittain jaksamista.</p> <p>Perhe, ystävät ja liikuntaharrastus tukevat.</p> <p>Opettelee uutta ajatustapaa; kättä ei voi käyttää raskaampiin töihin, ei töissä eikä kotona.</p> <p>”Oikeesti jos on sairas niin kyllä se on parempi se, että pyrkii sinne töihin ku jää kotia.”</p> <p>Kokemus prosessin onnistumisesta: ”Minun kohalla ainaki on onnistunu”</p>

Taulukko 10. Puhtauspalvelutyöntekijä Pertin pulmallinen prosessi.

Työkyky alenee.	<p>Toimistotalon puhtaanapitoa. Uniongelmat, masennusta, keho ei jaksaa siivousta. Ei pysty syömään. Huonoon kuntoon. ”Selviätkö työpäivästä?” Ei tunne työkyvyn tuen malleja. Sairauslomaa jaksoittain. Työpäivän jälkeen ei jaksaa tehdä kotona enää mitään. Ei koe saavansa apua työterveyshuollosta, joten käy välillä yksityisellä lääkäriasemalla saamassa apua.</p>
Puheeksi ottaminen/ Yhteydenotto	<p>Kertoo itse esimiehelle jaksamisestaan. Esimiehellä kiire, keskustelu lyhyt. Toivoo ehtivänsä seuraavana päivänä hoitaa työnsä sovitusti.</p>

	<p>Kelalta otetaan yhteyttä runsaiden sairauspoissaolojen takia. Kehotus työkykyarviointiin. Burnout. Pari viikkoa sairauslomaa ja takaisin omaan työhön.</p> <p>Yhteydenotto työsuojeluvaltuutettuun. Erimielisyyksiä johdon ja työsuojeluhenkilöstön välillä.</p>
Keskustelu	<p>Yhteisneuvottelu siirretään kolme kertaa, ajallisesti noin puoli vuotta. Lopulta paikalla työterveyslääkäri, työkyvykoordinaattori, oma esimies, työntekijä. Ei koe voivansa vaikuttaa päätöksiin.</p> <p>Kevalle anomus osasairauspäivärahasta (puolet päivää töissä) ja jää omalla vastuulla osapäivätöihin. Hylky. Useita valituksia ja hakemuksia. Työntekijä tekee hakemukset itse, ei saa riittävästi apua eikä tietoa.</p> <p>Työntekijää kehoitetaan aktiivisuuteen ja yrittääkin miettiä, mitä kaikkea hänen pitää kysyä keneltäkin. Tekee kysymyslistoja ja yrittää miettiä, keneltä asioita pitäisi kysyä milloinkin. Ei pääsyä tietokoneelle eikä työpäivän aikana ehtisikään. Toivoo voivansa perehtyä asiaan kotona mutta kotoa ei saa yhteyttä työpaikan tietojärjestelmään.</p> <p>Sairauslomaa jatketaan aina kuukaudeksi kerrallaan päätöksiä odotellessa. Voimavaroja ei kokopäiväiseen työhön.</p> <p>Kehityskeskustelussa puhuttiin jaksamisesta. Ei johtanut toimiin.</p> <p>Työyhteisössä kateutta ja ymmärtämättömyyttä lyhyempää työpäivää tekevää kohtaan.</p>
Lääkärissä käynnit	<p>Muutakin kuin työkykyyn liittyvää käyntiä lääkärissä. Erikoissairaanhoidossa työkykyarvio. Vakava-asteinen masennus. Sairauslomaa 9kk. Haetaan osatyökyvyttömyyseläketä ja suunnitellaan työkokeilua. Jää epäily, käytiinkö kunolla läpi mahdollisuudet jatkaa omassa työssä.</p>
Työkokeilu	<p>Kela hukkaa työntekijän työkokeilupaperit (Keva). Työkokeilu alkaa kuukauden myöhässä. Kelan kanssa paljon paperityötä.</p> <p>Tekee työkokeiluna 4 tunnin työpäivää vanhusten hoivakodissa. HR:n uudelleensijoitus mukana. Tieto ei ensin kulke-</p>

	<p>nut, mitä työtä ei saa tehdä ja tekee aluksi raskaitakin töitä. Jää sairauslomalle. Tykkää työkokeilusta mutta paikkaa ei löydy. Masennus.</p> <p>Kela maksaa työkokeilun ajan korvausta vaikka työntekijä soittaa Kelalle monta kertaa, että on jäänyt sairauslomalle. Lopulta ilmoitus, ettei työntekijä ole ilmoittanut sairauslomasta ja rahat peritään takaisin.</p>
Työhönpaluu	<p>Raskasta työtä koululla. Työnkuva yllätys työkykykoordinaattorillekin. Työkyky alentunut mutta työn mitoitus kuin muillakin. Sairauslomia. Työpisteet vaihtuneet, ei tukea työyhteisöltä eikä esimieheltä. Tukea työterveyslääkäriltä. Olisi kaivannut luottamuksellista tukea muualtakin.</p>
Jatko	<p>Haetaan edelleen osa-aikaista työkyvyttömyyseläkettä. Jatkaa 6 tunnin työpäivää ja saa palkan vain 6 tunnilta. Ei ollut voimavaroja kokopäiväiseen työhön.</p> <p>Jatkotoimenpiteitä ei suunniteltuna, toisen työpisteen löytäminen oman aktiivisuuden varassa.</p> <p>”Parasta, että voi olla vielä työelämässä.”</p>

Sujuvan ja pulmallisen pääasiallisen prosessin ero yhteistoiminnan toteutumisessa: sujuvassa prosessissa jokainen toimintaan osallistuva toimija toteuttaa oman tehtävänsä ja tekee yhteistyötä prosessissa olevan työntekijän kanssa. Esimerkit nostavat esille sen, että vaikka kohdeliikelaitoksessa pyritään selkeisiin, tavoitteellisiin ja työssä jatkamista tai työhön paluuta tukeviin prosesseihin, niin näissä prosessissa voi tapahtua mitä vaan, joka voi vakavasti haavoittaa tavoitteeseen pääsemistä.

Keinoja, jolla etukäteen voisi tunnistaa, kenen prosessi menee syystä tai toisesta solmuun, ei ole. Tämän vuoksi työterveysyhteistyössä olisi hyvä sopia, miten liikelaitos seuraa osatyökykyisten tilannetta ja mitä säännöllisiä tilanteiden tarkistuksia työterveyshuolto voisi tehdä ja miten. Seuranta ei luonnollisesti saisi kohtuuttomasti kuormittaa toimintaan osallistuvia työntekijöitä.

Tarkastelimme työntekijäpolkuja myös työterveyshuollon kautta (Taulukko 11). Polut on koottu työterveyshuollon laskutustietokannasta, ts. palveluiden käytön näkökulmasta. Näissä esimerkkitapauksissa työterveyshuollossa asioivan työkyvyn tuki -toimintaan osallistuvan työntekijän asioissa ei tehdä kovinkaan paljon yhteistyötä työpaikan edustajien kanssa. Tosin on heti todettava, että käynneissä on paljon esim. puhelinkontakteja, em-

mekä tiedä, liittyvätkö ne mahdollisesti yhteistyöhön työpaikan kanssa tai muuhun verkostotyöhön. Toiminta on hyvin vahvasti lääkäriyötä ja vain yhdessä tapauksessa mukana on moniammatillinen tiimi. Sitäkään emme tiedä, onko moniammatillista työtä tehty koordinoitujen, vai osaako tämä työntekijä käyttää työterveyshuollon eri asiantuntijoiden palveluja? Joka tapauksessa osatyökykyisten työssä jatkavien joukossa on runsaasti tukea tarvitsevien joukko, joka tarvittaessa saa hyvin pitkäkestoisen tuen. Työterveyshuollon johdossa tulisikin miettiä, miten työntekijälle, joka sitoutuu noinkin intensiivisiin tukiprosesseihin, järjestetään esim. oma työnohjaustuki, ja olisiko tarpeen kehittää työkykyohjauspalvelua näitä pitkiä prosessitukia varten.

Taulukko 11 Osatyökykyiset työterveyshuollossa

	KL1								KL2				KL2			
	terveystarkastus				neuvottelu				vastaanotto käynti /yhteydenotto osatyökykyisyyteen liittyen				vastaanottokäynti muu syy			
	ttil	tth	tpsyk	tft	ttil	tth	tpsyk	tft	ttil	tth	tpsyk	tft	ttil	tth	tpsyk	tft
Tapaus 1									14	4		1	8			
vuosi 1		1							6				9			
vuosi 2	1	1														
Tapaus 2									12	1	4	1	8	5		
vuosi 1	2	1														
Tapaus 3																
vuosi 1	1	1		2					8	2			5	1		
vuosi 2									13				5	1		
vuosi 3									11				5	1		
Tapaus 4																
vuosi 1		1							10			3	6	3		
vuosi 2		1			1	1			6	5		1	7	2		
Tapaus 5																
vuosi 1					1				26			11				
vuosi 2		1							10		1	2	1	3	1	
vuosi 3									9	1						

7.2. Taloudelliset vaikutukset

7.2.1. Työkykyjohtaminen -intervention kuvaus

Kyseessä oli laaja työkykyjohtamisen kehittäminen, jonka sisältö on kuvattu edellisessä luvussa ja liitteessä 5. Työkykyjohtamisen kehittäminen koskettaa koko henkilöstöä. Siinä vaikutetaan kokonaisjohtamisen käytäntöihin ja työn prosesseihin, joilla on vaikutuksia kaikkiin työntekijöihin. Näin ollen vaikutukset on mielekästä laskea koko henkilöstön osalta. Kuitenkin suurimmat vaikutukset ja toimenpiteet kohdistetaan työntekijöihin, joilla on alentunut työkyky tai joiden työkyky on uhattuna. Osalle heistä ei tarvita ja osalle taas on tarpeen tehdä kustannuksia vaativia toimenpiteitä. Työterveysyhteistyössä tapahtuvan työkyvyn tukemisen vaatimista toimenpiteistä olennaisin osa työkykyjohtamisen

kehittämisestä olivat yleiset johtamismuutokset. Edistyneimmillään tämä tarkoittaa sitä, että työprosessien suunnittelussa otetaan jo lähtökohtaisesti huomioon, että työntekijöillä on erilainen työkyky. Toinen olennainen muutos yleisessä johtamisessa on varhainen puuttuminen alkaviin työkykyongelmiin. Oleellista on työkyvyn rajoitusten ja työkykyä edistävien työtehtävien huomioon ottaminen, ja työn muokkaaminen työssä jatkamisen mahdollistamiseksi.

7.2.2. Työn muokkaamisen vaikutukset henkilöstölle ja työyhteisöille

Suurin muutos, joka koskee koko henkilöstöä, on työn rakentumisen muutos. Työprosessi ja kokonaisuuksia on suunniteltava tarvittaessa, toistuvasti ja uudelleen, jotta voidaan tehdä joustavia ratkaisuja heikentyneen työkyvyn omaaville työntekijöille. Työkykyjohtaminen viestittää kaikille työntekijöille, että työnantaja on kiinnostunut työntekijöiden työkyvystä ja on valmis tukemaan heidän työssä jatkamistaan. Kuitenkin näkyvin osa interventioista on heikentyneen työkyvyn omaaville työntekijöille tehdyt yksilölliset työn muokkaukset. Käytännössä nämä muokkaukset ovat olleet työtehtävien valikoimista sel-laisiksi, että työntekijän työkyky niihin riittää. Joissain tapauksissa tämä tarkoittaa myös työmäärän tai työajan vähentämistä, joka näkyy tuotannon menetyksenä. Tuotantotavoitteet kohdeliikelaitoksessa ovat ateriapalvelussa 19 ateriaa/tunti/työntekijä, ja puhtaanapido-n osalta 337 neliötä/tunti/työntekijä.

7.2.3. Perustiedot työntekijöistä, joille työssä jatkamista tukevia ratkaisuja oli toteutettu

Koko henkilöstön ja työn muokkauksen kohteena olleiden perustiedot vuosilta 2009 - 2012 on esitetty taulukossa 9. Keskimäärin organisaatiossa oli 497 henkilöä vuosittain töissä (keskimäärin 412 henkilötyövuotta), joista keskimäärin 49:lle tehtiin vuosittain kustannuksia vaatineita työjärjestelyitä heikentyneen työkyvyn vuoksi. Keskituntipalkka organisaatiossa oli 11.68 euroa keskimäärin neljältä vuodelta. Sivukulun oletuksina on laskettu palkkaperusteinen eläkevakuutusmaksu (vuonna 2011 16,1 %), sairausvakuutusmaksu (oletus 2 %), työttömyysvakuutusmaksu (oletus 3 %) ja tapaturmavakuutusmaksu (oletus 2 %), eli yhteensä 23,1 %. Eläkemenoperusteinen maksu ja varhaiseläkemenerusteinen maksu on laskettu ensin euromääräisenä toteutuneena kustannuksena laskelmassa, jossa on huomioitu koko eläkekulun muutos. Laskelmassa, jossa on huomi-oitu vain varhe-maksun muutos, eläkemenoperustainen kustannus on laskettu euromää-räisenä sivukuluna. Kaikkine laskennallisine sivukuluneen työtunnin keskimääräisenä kustannuksena käytämme 17,81 euroa. Seuraavalla sivulla taulukossa 12 on kuvattu hankkeen taloudellisen arvioinnin aineisto.

	2009	2010	2011	2012	Keski- arvo	Keski- määräinen muutos	Tason muutos 2009–2011 vs. 2012
Koko organisaatio							
Työntekijöiden lukumäärä	432	421	417	716	496,5		
Henkilötyövuodet	390	376	371	510	412		
Resurssityöpanos		483	481	691			
Työaika työpäivinä /v	95 828	90 632	89 651	136 611	103 180,5		
Keskituntipalkka €	10,81	11,79	11,76	12,35	11,68		
Henkilösivukuluprosentti ilman kuel-eläkemeno ja kuel-varhemaksua, oletus					23,1		
Vuosilomat työpäiviä/hlö	31 pv	31,5 pv	31 pv	30,5 pv	31		
Muut palkalliset lomapäivät työpäiviä/hlö	0,67	0,59	0,35	0,23	0,67		
Sairauspoissaoloprosentti	9,2	9,8	9,3	7,8	9,025	-0,47	-1,63
Kuel varhemaksut €		610 243	590 361	588 938	596 514		
Kuel varhemaksut € / htv		1623	1591	1155	1456	-234	-452
Kuel eläkemenoperusteinen maksu €		1 603 209	1 672 154	1 644 405	1 639 923		
Kuel kuel-eläkemeno ja kuel-varhemaksu €		2 213 452	2 262 515	2 233 343	2 236 437		
Kuel kuel-eläkemeno ja kuel-varhemaksu € / htv		5887	6098	4379	5455	-754	-1614
Työterveyshuollon kokonaiskustannukset €	293 917	296 163	282 968	363 746	309 199		
Vaihtuvuus henkilöä/v	31	29	28	29	29,25		
Vaihtuvuus htv/v	28,0	25,9	24,9	20,6	24,9	-2,3	-5,67
Henkilöt, joille tehty kustannuksia sisältäviä työn muokkauksia							
Henkilöt, joille on tehty työn muokkauksia	32	41	60	61	48,5		
Työn muokkauksen työaika- menetykset tunteina/päivä	58	110	91	106	91,25		
Budjetoitu työajan menetys htv			8	11	9,5		
Budjetoitu työajan menetys €			240 000	333 000	285 000		
Laskennallinen työajan menetys %					19,6		
Sairauspoissaolot työpäivää / ko. henkilö	32,28	17,85	12,68	9,74	18,14	-7,28	
Muiden henkilöiden työaika- panostukset h, oma hlökunta	70	156	193	134	138		
Työterveyshuollon lisäpanostus €/ ko. henkilö	763	551	686	281	570,3	-131	
Työkykykoordinaattori työpanos laskennallinen	24 300	24 300	24 300	24 300	24 300		

7.2.4. Työkykyjohtamisen aiheuttamat investoinnit

Suurin investointi interventiossa tuli tuotannon menetyksestä työtehtävien keventämisen seurauksena. Neljänä vuotena oli keskimäärin 49 henkilöä, joiden työkyky ei riittänyt työn silloisiin vaatimuksiin, joten heille oli perusteltua suunnitella uusi työnkuva. Näihin työnkuvan muutoksiin sisältyi työajan vähenemistä ja/tai tuotantomäärän pienentämistä siten, että vuoden 2011 ja 2012 henkilöstöbudjetissa työn muokkauksen aiheuttamalle tuotannon menetykselle oli varattu keskimäärin 9,5 henkilötyövuotta. Käytännössä tämä tarkoitti, että henkilöiden tuotantovaatimuksia vähennettiin keskimäärin 19,6 %. Suhteutettuna koko henkilöstöön tuotannon vähenemä oli 2,28 %.

Toinen merkittävä investointi oli työkykykoordinaattorin työpanos. Yksi henkilöstöhallinnon työntekijä toimi työkykykoordinaattorina puolet työajastaan. Tehtävänkuvana oli työtehtävien uudelleenjärjestäminen, esimiesten neuvonta ja tuki sekä yhteistyö työterveyshuollon kanssa. Tunnistettavuuden vuoksi käytämme laskennallista työkykykoordinaattorin kustannusta, jonka on ajateltu olevan alemman korkeakoulututkinnon (esim. tradenomi, työterveyshoitaja) ja kohtuullisen työkokemuksen omaavan henkilön palkkakustannus kunnallisella puolella. Tässä käytämme palkkakustannuksena 3000 euroa kuukaudessa brutto, joka organisaation sivukulujen lisäämisen myötä on vuodessa 48 600 euroa, josta 50 % työpanos on 24 300 euroa vuodessa.

Lisäksi työtehtävien järjestämisen yhteydessä muiden henkilöiden työpanosta kului neljän vuoden aikana keskimäärin 138 tuntia vuosittain. Keskimääräisen työtunnin kustannuksella kerrottuna työpanoksen arvo oli keskimäärin 2458 euroa vuodessa.

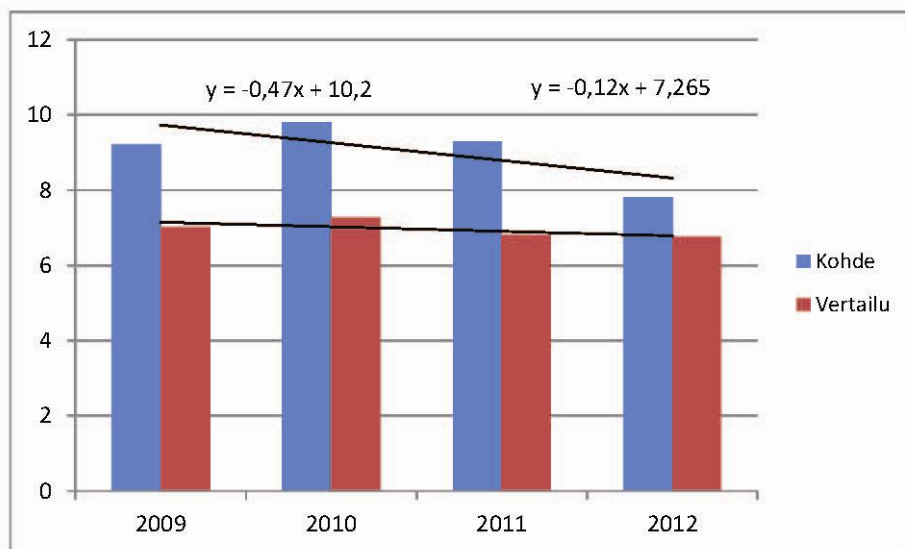
7.2.5. Työkykyjohtamisen aiheuttamat muutokset

Kustannusvaikuttavuuden arvioimiseksi olemme keränneet tiedot sairauspoissaolojen, eläkemenoperustaisen eläkemaksun, työkyvyttömyyseläkkeiden varhe-maksujen sekä vaihtuvuuden tasosta ja muutoksesta vuosilta 2009 – 2012. Nämä tiedot on esitetty taulukossa 12.

Taulukko 13. Kannattavuuslaskelmat huomioiden muutokset sairauspoissaoloissa sekä eläkemenerusteisessa maksussa että varhe-maksussa.

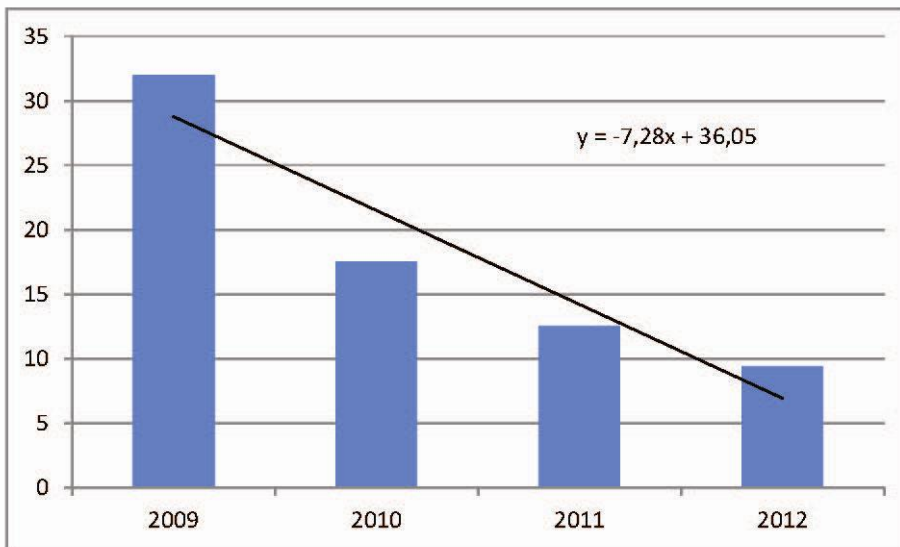
	Keskimääräiset muutokset	Tason muutos	Sairauspäivän hinnan (250 e/pv) huomioiminen	Presenteismi (50 % tuotannon menetyksestä)
Investoinnit				
Tuotannon menetys	335 475	335 475	335 475	167 738
Työkykykoordinaattori	24 300	24 300	24 300	24 300
Muiden henkilöiden työaikapanostukset	2458	2458	2458	2458
Investoinnit yhteensä vuosittain	362 233	362 233	362 233	194 496
Investoinnit kolmelta vuodelta		1 086 699		
Säästöt				
Sairauspoissaoloprosentin lasku	88 963	311 611		88 963
Sairauspäivän hinta koko liikelaitoksen osalta			143 381	
Eläkemaksut	310 648	664 762	310 648	310 648
Vaihtuvuus	6032	15 818	6032	6032
Työterveyshuollon käyttö	6543	6543	6543	6543
Säästöt yhteensä	412 186	998 734	466 604	412 186
Kokonaistulos keskimäärin 1 vuodelta	49 963	636 501	104 371	217 690
Takaisinmaksu-ai-ka		1 086 699 / 636 501 eli 1.7 vuotta uudella tasolla		

Koko henkilöstön sairauspoissaolot työajasta olivat keskimäärin n. 9 prosenttia vuosittain neljän vuoden aikana. Sairauspoissaoloprosentti laski neljän vuoden aikana keskimäärin 0,47 prosenttiyksikköä vuodessa (Kuva 11). Lasku kuitenkin tapahtui selkeästi vasta vuoden 2012 aikana, jolloin sairauspoissaoloprosentti laski 1,5 prosenttiyksikköä edellisestä vuodesta.



Kuva 11. Sairauspoissaoloprosentin kehitys kohde- ja vertailuliikelaitoksessa

Erityisen selkeää sairauspoissaolosten lasku oli henkilöillä, joille oli tehty työjärjestelyitä (kuva 12). Heidän sairauspoissaolonsa laskivat 32,2 työpäivästä vuonna 2009 aina 9,4 työpäivään asti vuonna 2012. Keskimääräinen sairauspoissaolopäivien lasku heillä oli 7,28 työpäivää vuodessa.



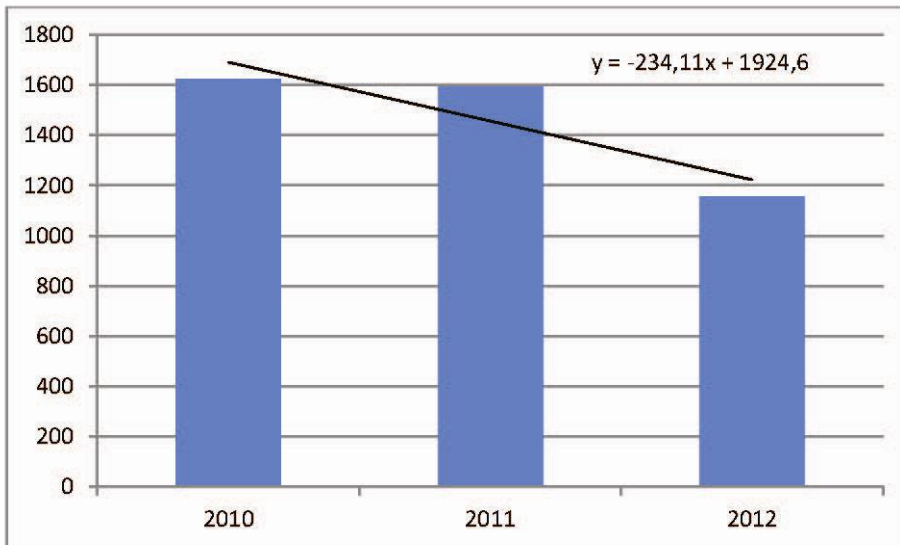
Kuva 12. Sairauspoissaolopäivien määrän kehitys työjärjestelyjen kohteena olevilla henkilöillä

Kuntatyönantaja maksaa kolmea eri eläkemaksua: palkkaperusteista, eläkemenoperusteista sekä varhaiseläkemenoperusteisesta eli varhe -maksua. Palkkaperusteinen eläkemaksu on samansuuruinen kaikille työnantajille ja se on ollut viime vuosina hieman yli 16 % palkkasummasta.

Eläkemenoperusteiseen maksuun vaikuttavat kaikki ennen vuotta 2005 karttuneet eläkkeet, jotka ovat tällä hetkellä maksussa. Eläkemenoperusteinen maksu oli kohdeliikelaitoksessa keskimäärin 3999 euroa henkilötyövuotta kohden vuosina 2010 - 2012. Vuodelta 2009 ei ollut saatavilla vertailukelpoista tietoa, koska maksujen kohdentumisperusteet olivat erilaiset kaupunkikonsernin sisällä.

Varhe-maksuun vaikuttaa se, kun kuntatyönantajan työntekijät jäävät ensimmäistä kertaa työkyvyttömyyseläkkeelle, yksilölliselle varhaiseläkkeelle, työttömyyseläkkeelle tai kuntoutustuelle eli alkavat saada määräaikaista työkyvyttömyyseläkettä. Eläkkeet vaikut-

tavat työnantajan varhe-maksuun tasan 36 kalenterikuukauden ajan eläkkeen alkamisesta. Näin ollen maksut voivat jakautua neljälle vuodelle (Keva) Mitä useammat työntekijät jäävät varhaiseläkkeelle, sitä suurempi on työnantajan varhe-maksu. Työnantajan koko vaikuttaa myös varhe-maksun suuruuteen; suuret työnantajat vastaavat täysin varhaiseläkkeelle siirtymisen kustannuksista (ETK). Kohdeliikelaitoksessa maksu oli keskimäärin 1456 euroa henkilötyövuotta kohden vuosittain ja laski keskimäärin 234 euroa vuosittain vuodesta 2010 vuoteen 2012. Vuodelta 2009 ei ollut saatavilla vertailukelpoista tietoa, koska maksujen kohdentumisperusteet olivat erilaiset kaupunkikonsernin sisällä. Myös varhe-maksussa oli havaittavissa, että alentuma kohdentui vuodelle 2012, jolloin varhe-maksu laski 436 euroa vuodesta 2011 (kuva 13). Kokonaisuutena varhe-maksut alenivat henkilötyövuosiin suhteutettuna keskimäärin 96 408 euroa vuositasolla.



Kuva 13. Varhe-maksun kehitys henkilötyövuotta kohden kohdeorganisaatiossa

Henkilöstön vaihtuvuus oli keskimäärin 24,9 henkilötyövuotta 2009 – 2012. Vaihtuvuus laski keskimäärin 2,3 henkilötyövuotta vuosittain. Kun oletetaan, että poistuvan henkilön työn tuottavuus laskee lineaarisesti kahden viikon ajan täydestä tuottavuudesta kaksi viikkoa ennen lähtöä nolnaan lähtöpäivänä ja vastaavasti uuden työntekijän tuottavuus kasvaa nollasta täyteen tuottavuuteen lineaarisesti neljässä viikossa saadaan kokonaisyödyksi vaihtuvuuden laskusta keskimäärin 6032 euroa vuosittain.

Työterveyshuollon kokonaislaskutuksessa heikentyneen työkyvyn omaavat henkilöt käyttivät neljän vuoden aikana keskimäärin 570 euron edestä enemmän työterveyshuollon työnantajalta laskutettuja palveluita kuin muut työntekijät. Intervention yhteydessä kuitenkin heikentyneen työkyvyn omaavien työterveyshuollon palvelujen käyttö laski. Keskimääräinen palvelujen käytön alenema oli 131 euroa vuodessa eli yhteensä 6534 euroa kaikilta toimenpiteiden kohteena olevilta henkilöiltä vuosittain. Työterveyshuoltopalveluiden käytössä tapahtui selkeä lasku. Vuonna 2009 nämä henkilöt käyttivät työterveyshuollon palveluja keskimäärin 763 euroa enemmän kuin muut työntekijät. Vuonna 2012 ero oli 281 euroa.

7.2.6. Työkykyjohtamisen kannattavuus

Koska työkyvyttömyyden kustannukset näkyvät hieman eri tavalla eläkemenoperusteisessa maksussa ja varhe-maksussa olemme laskeneet kannattavuuden erikseen kun otetaan huomioon muutokset sekä eläkemenoperusteisessa maksussa että varhe-maksussa (taulukko 13) ja pelkästään varhe-maksussa (taulukko 14).

Suurimmat investoinnit tulivat tuotannon menetyksestä työtehtävien keventämisen seurauksena. Säästöjä tuli pääosin vähentyneistä sairauspoissaoloista ja pienentyneistä eläkemaksuista. Keskimäärin neljälle vuodelle jaettuna kustannusvaikutus oli 49 963 euroa positiivinen vuotta kohden, kun huomioidaan muutokset sekä eläkemenoperusteisessa maksussa että varhe-maksussa. Jos tuloksen laskee vuonna 2012 tapahtuneen selkeän tason muutoksen mukaan, oli tulos tutkimushetkellä 636 501 euroa positiivinen vuotta kohden. Tällöin tulee huomioida, että ensimmäiseltä kolmelta vuodelta ei ole laskettu tuottoja vaan ainoastaan kuluja, joten uuden saavutetun sairauspoissaolo- ja eläkemaksutason tulisi säilyä 1,7 vuotta eli noin syy skuulle 2013, jotta investointi olisi maksanut itsensä takaisin. Tason muutos näyttäisi säilyneen ja jopa laskevan edelleen, sillä vuoden 2013 sairauspoissaoloprosentti lokakuun loppuun asti laskettuna oli 7,0. Vuonna 2012 sairauspoissaoloprosentti lokakuun loppuun asti laskettuna oli sama kuin koko vuoden ajalta eli 7,75.

Taulukko 14. Kannattavuuslaskelmat huomioiden muutokset sairauspoissaoloissa ja varhe-maksuissa.

	Keskimääräiset muutokset	Tason muutokset	Sairauspäivän hinnan (250 e/pv) huomioiminen	Presenteismi (50 % tuotannon menetyksestä)
Investoinnit				
Tuotannon menetys	335 475	335 475	335 475	167 738
Työkykykoordinaattori	24 300	24 300	24 300	24 300
Muiden henkilöiden työaikapanostukset	2458	2458	2458	2458
Investoinnit yhteensä vuosittain	362 233	362 233	362 233	194 496
Investoinnit kolmelta vuodelta		1 086 699		
Säästöt				
Sairauspoissaoloprosentin lasku	88 963	311 611		88 963
Sairauspäivän hinta koko liikelaitoksen osalta			143 381	
Varhemaksut	96 408	186 224	96 408	96 408
Vaihtuvuus	6032	15 818	6032	6032
Työterveyshuollon käyttö	6543	6543	6543	6543
Säästöt yhteensä	197 946	520 196	252 364	197 946
Kokonaistulos keskimäärin 1 vuodelta	- 164 287	157 963	- 109 869	3450
Takaisinmaksuaika		1 086 699 / 157 953 eli 6,9 vuotta uudella tasolla		

Kun laskelmassa otetaan huomioon vain muutokset varhe-maksussa, eikä lainkaan eläkemenoperusteisessa maksussa, on tulos 164 287 euroa negatiivinen vuotta kohden keskimäärin neljän vuoden aikana. Jos tuloksen laskee vuonna 2012 tapahtuneen selkeän tason muutoksen mukaan, on tulos tutkimushetkellä 157 963 euroa positiivinen vuotta kohden. Tällöin ensimmäisen kolmen vuoden investoinnin takaisinmaksuaika on 6,9 vuotta uudella tasolla.

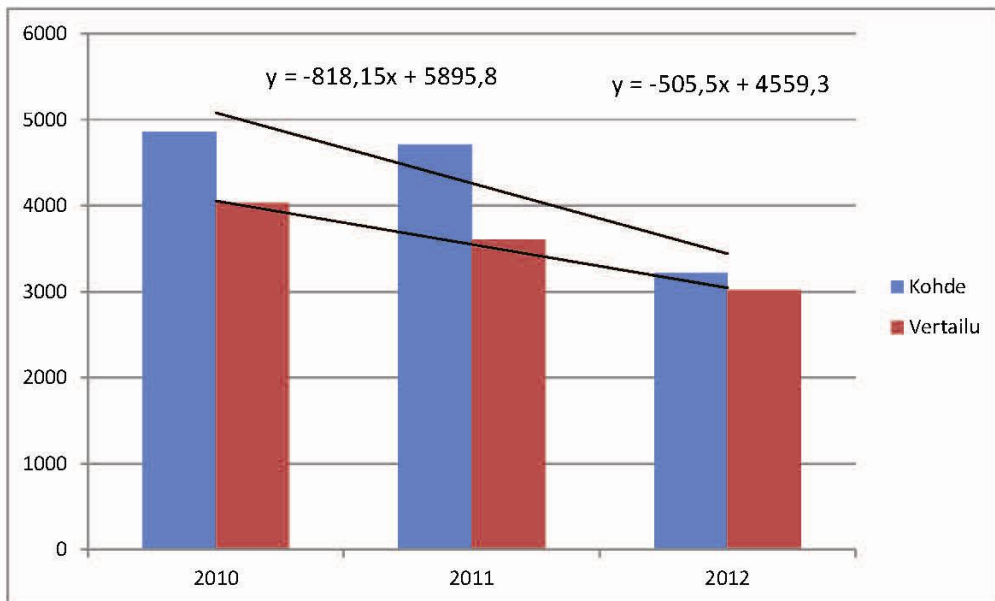
Työkykyinterventioiden kannattavuudessa yleisesti käytetään sairauspäivän keskihintaa arvioinnin välineenä. Hinnan lasketaan muodostuvan sekä maksetusta palkasta, sijaisten hankinnan kustannuksista, että vaikutuksesta työprosessien sujuvuuteen. Yleinen sairauspäivän keskihinta on laskettu olevan valtiolla 240-380 euroa (Lehtonen 2010). Koska kohdeliikelaitos on kunnallisen puolen toimija sekä kunnallisellakin puolella matalamman palkkatason alueella, käytämme tässä sairauspäivän keskihinnan arviona 250 euroa. Koko henkilöstön osalta sairauspoissaolojen keskimääräinen lasku 0,47 % tekee 251 arkipäivän oletuksella 1,18 päivää henkilötyövuotta kohden eli keskimäärin 573,5 päivää vuosittain liikelaitoksessa. Tästä seuraisi 250 euron keskihinnalla 143 381 euroa säästöä vuosittain. Kokonaistulos olisi tällöin vuosittain 104 371 euroa positiivinen. Jos sairauspäivän hintalaskelmaa sovelletaan vain työn keventämisen kohteena olleiden henkilöiden poissaolojen laskuun, keskimääräinen lasku on 7,28 päivää vuodessa, on säästö vuosittain 88 270 euroa, jolloin kokonaistulos on 49 260 euroa positiivinen vuosittain.

On arvioitu, että alentuneen työkyvyn tuoma tuottavuuden lasku eli presenteismi vastaa 18 – 61 % työkyvyttömyyden kokonaiskustannuksista työnantajalle (Goetzel 2004). Aiemmin esitettyjen laskelmien perusoletuksena on, että henkilöiden, joille on tehty työtä keventäviä työjärjestelyjä, työn tuotanto ennen työn kevennystä olisi ollut 100 % suunnitellusta. Tällöin aiempi tuotannon menetys koostuisi ainoastaan sairauspoissaoloista. Käytännössä kuitenkin henkilöiden heikentynyt työkyky näkyy myös tuotannon menetyksenä työssä ollessa. Tarve työn keventämiseen tulee juuri siitä, että henkilön työkyky ei riitä keskimääräisiin tuotantotavoitteisiin. Jos ajatellaan, että työn muokkauksen kohteena olleiden henkilöiden todellinen lähtökohtainen tuottavuus ei ole 100 %, vaan n. 90 %. Tällöin sairauspoissaolojen laskun ja eläkekustannusten tulisi kattaa ainoastaan puolet menetetyistä työpanoksesta, jotta kustannusvaikuttavuus olisi neutraali. Tällä oletuksella keskimääräinen kannattavuus olisi 217 690 euroa vuosittain koko eläkemenon laskelmasa, ja 3450 euroa pelkän varhe-maksun huomioivassa laskelmassa.

Jotta voimme arvioida, missä määrin kohdeliikelaitoksen muutokset ovat seurausta toiminnan muutoksesta, olemme keränneet vertailutietoa toisesta kaupunkikonsernin suurin piirtein samansuuruisesta liikelaitoksesta (keskimäärin 657,5 työntekijää vuositasolla, keskituntipalkka 13,49 euroa). Vertailuliikelaitoksessa ei tapahtunut käytännössä minkäänlaista muutosta sairauspoissaoloissa neljän vuoden aikana (kuva 14). Keskimääräinen muutos oli 0.12 prosenttiyksikköä. Kohdeliikelaitoksen sairauspoissaoloihin 0,12 prosent-

tiyksikön korjaus vuosittaiseen muutokseen merkitsisi tuottojen vähenemistä 22 475 euroa vuositasolla.

Eläkemenoissa on tapahtunut samansuuntainen, mutta loivempi lasku vertailuliikelaitoksessa, kuin kohdeliikelaitoksessa. Eläkemenot on laskettu laskennallista resurssityöpanosta kohden, joka oli ainoa vertailukelpoinen nimittäjä liikelaitosten henkilöstön suhteen. Lasku vertailuliikelaitoksessa on ollut 61 % kohdeliikelaitoksen laskusta, jolloin jos tämä suhteutetaan laskelmaan, vähenee vuotuinen tuotto 189 648 euroa.



Kuva 14. Eläkemenoperusteisen sekä varhe-maksun yhteissumman kehitys resurssityöpanosta kohden kohde- ja vertailuliikelaitoksessa 2010-2012

8. POHDINTA JA SUOSITUKSET

8.1. Uudistunut johtaminen ja työkyvyn tuki työterveys- ja kuntoutusyhteistyössä

Kohdeliikelaitos on työkykyjohtamisessaan päässyt voimakkaita toimintaympäristömuutoksia, kuten monikuntaliitos, sietävään toimintakäytäntöön ja kulttuuriin. Tämä työkykyjohtamisen malli tukeutuu verkostomaiseen koordinaatioon ja kumppanuuteen yhteistyössä. Työkykykoordinaatio pohjautuu vahvasti liikelaitoksen työn ja työprosessin tunteeseen henkilöstö- tai ohjaamisosaamisen sijaan, ja tämä on mahdollistanut hyvin yksityiskohtaisesti räätälöivät työn ratkaisut henkilölle, jonka työkyky on alentunut. ”Kaveri ei jätetä yksin” –toimintaperiaate vahvistaa yhteisen tavoitteen saavuttamista prosessin eri vaiheissa. Tulevassa kunnallisten liikelaitosten organisaatiomuutoksissa tulisi pyrkiä varmistamaan tämänkaltaisten taloudellisesti kannattavien työkykyjohtamisprosessien jatkuvuus, koska taloudellinen liikkumavara todennäköisesti uusissa liikelaitoksissa on ensimmäisinä vuosina vähäinen.

Yksilöllisten ratkaisujen hakeminen on aina haastava tehtävä ja prosessi on helposti yksilön kohdalla haavoittuva. Sillä tarkkuudella, jolla kohdeliikelaitos arvioi tällä hetkellä työkyvyn aleneman aiheuttaa tuotannonmenetystä, ei sosiaalivakuutus kompensoi sitä Suomessa toisin kuin muissa Pohjoismaissa. Työntekijän talouden näkökulmasta 20-40 % välille tuleva tuotannonmenetys voi johtaa sairauspoissaololle hakeutumisen taloudellisen tilanteen huonontumisen johdosta. Suomalaisen sosiaalivakuutusjärjestelmän ”täystyökyvyttömyys” –edellytys näyttäytyy tämänkaltaisen toiminnan rinnalla erittäin jäykältä talvalta toimia ja sosiaalivakuutuksen tarjoamat tukitoimenpiteet tuntuvat tulevan viipeellä ja ovat tukimuotoina jopa useita vuosia kestävässä prosesseissa hyvin lyhytaikaisia. Jäljellä olevan työkyvyn arvioiminen työterveyshuollossa tällä tarkkuudella on vaikeaa, toiminta- ja työkyvyn kuvaamiseen tarvitaankin uusia yhteisiä jäsenyksiä. sairaanhoitopainotteista työterveyshuolto on arvosteltu viime vuosina voimakkaasti epätarkoituksenmukaisena, päällekkäisenä ja kalliina järjestelmänä. Näissä esimerkeissä näyttäytyy tämän keskustelun toinen puoli: työterveyshuollon sairaanhoito on ollut ainoa pitkäkestoisesti (1-3 vuotta) osatyökykyistä tukenut taho. Niinkuin näissäkin työtekijätapauksissa, vaikka töissä jatketaan, missä on pitkäkestoisen tuen paikka terveydenhuolto- ja kuntoutusjärjestelmässä. Onko Oulussa jatkossa mahdollisuus tähän?

Monialainen kuntoutus näyttäytyy tämänkaltaisessa prosessissa myös kankealta ja jotenkin eri tavoitteeseen kulkevalta, vaikka varsinkin ammatillisessa kuntoutuksessa pitäisi olla ihan sama yhteiskunnallinen arvopohja ja sama tavoite: työssä jatkamisen ja työhön

paluun tukeminen. Työntekijöiden kertomuksia kuunnellessa oli ajoittain hyvin vaikea ymmärtää sitä, miksi he eivät olleet päässeet niiden kuntoutuspalveluiden piiriin, joita heille oli kuntoutumisen tueksi haettu. Aktiivinen ja yksilöllisesti räätälöity tuki ja työn muokkaus edellyttää myös kuntoutuksen palveluilta joustavuutta. Työterveyshuollolle tämänkaltaisen työkyvyn tuki- toiminnan ja siihen rinnalle tarvittavien sekä kuntoutuspalveluiden että toimeentuloetuuksien sovittaminen on vaativa yhteensovitus tehtävä, jos tavoitteena pidetään sitä, että ratkaisusta hyötyvät niin työntekijä kuin hänen työpaikkansaakin.

8.2. Taloudelliset vaikutukset pitkäjänteisen strategisen johtamisen tuloksena

Tässä tutkimuksessa tarkastelimme työkyvyn tukemiseen liittyvään toimintaan käytettyjä resursseja ja siitä kertyneitä säästöjä vuosilta 2009-2012. Olemme pyrkineet kuvaamaan kaikki käytössämme olleet luvut ja tiedot mahdollisimman tarkasti, ja esittämään useita erilaisia laskentatapoja, jotta eri lähteiden vaikutuksia pystytään erittelemään ja arvioimaan. Kirjallisuudessa on aiemmin raportoitu muutamia Suomessa tehtyjä henkilöstön työkykyyn liittyviä kustannusvaikuttavuuslaskelmia (Ahonen 2011; Parvinen 2010). Näissä tutkimuksissa on raportoitu työkykyyn liittyvän toiminnan olevan kannattavaa, mutta tarkkoja kannattavuuslukuja ja niiden taustalla olevaa aineistoa ei pystytä helposti erittelemään. Eri tietoja oli tässä tutkimuksessa harvinaisen hyvin saatavilla, eli luvut ovat konkreettisia toteutuneita kustannuksia ja säästöjä, eivätkä perustu suurelta osin oletuksiin, kuten usein aiemmissa tutkimuksissa. Samalla kuitenkin tutkimus osoittaa, kuinka monta eri tekijää työkyvyn tuen taloudelliseen kannattavuuteen vaikuttaa.

Keskimäärin toiminnan kannattavuus oli noin 50 000 euroa per vuosi neljän vuoden seurannan aikana. Suurimmat säästöt tulivat alentuneista eläkemaksuista ja vähentyneistä sairauspoissaoloista, joissa molemmissa tapahtui selkeä kustannustason lasku. Tämä työkyvyttömyyteen liittyvä uusi vuosittainen kustannustaso on toiminnan vuosittaiset panostuksetkin huomioiden yli 600 000 euroa matalampi tällä hetkellä kuin keskimäärin aiempina vuosina. Hyötyjen toteutumisessa oli kuitenkin havaittavissa selkeästi tietty viive, johtuen mm. eläkemaksujen takautuvasta laskentatavasta, jolloin toimintaan tulee sitoutua pitkäjänteisesti, jotta päästään keräämään suurimpia hyötyjä.

Teimme laskelmat käyttäen pohjana muutoksia sekä eläkemenoperustaisissa maksuissa ja ns. Varhe-maksuissa että vain käyttäen muutoksia Varhe-maksuissa. Tämä sen vuoksi, että usein työkyvyttömyyteen liittyvien eläkekustannusten kuvaamiseen on käytetty pelkästään Varhe-maksun suuruutta. Näillä eri laskelmilla on havaittavissa selkeä ero, koska itse asiassa näistä eläkemaksuista suurempi muutos tapahtui eläkemenoperusteisessa maksussa. Uudet työkyvyttömyyseläkkeet ja kuntoutustuet lisäävät paitsi Varhe-maksua

myös eläkemenoperusteista maksua, koska se lasketaan kaikkien maksussa olevien, myös työkyvyttömyyteen liittyvien, eläkkeiden perusteella. Jotta työkyvyttömyyden kustannuksia pystyttäisiin vielä tarkemmin erittelemään, pitäisi eläkemenoperusteista maksusta pystyä erottamaan työkyvyttömyyseläkkeistä ja kuntoutustuista muodostuva osuus. Toisaalta täytyy myös muistaa, että työkyvyn johtamisen kehittäminen oli kokonaisvaltaista toimintaa, joka vaikutti koko henkilöstön työhön, jolloin se voi myös osaltaan myöhentää vanhuuseläkkeelle siirtymistä.

Elinkeinoelämän keskusliiton laskelmien mukaan yksi sairauspäivä maksaa työnantajalle n. 300 euroa vuoden 2009 kustannustasossa (EK, 2009). Kustannukset voivat vaihdella eri aloilla ja yrityksessä suuresti, mutta nyrkkisääntönä EK:n mukaan voidaan laskea, että poissaolojen kokonaiskustannukset ovat noin kolme kertaa suuremmat kuin sairausajalta maksetut palkat. Valtiolla yleinen sairauspäivän keskihinnan on laskettu olevan 240--380 euroa (Lehtonen 2010). Koska kohdeliikelaitos on kunnallisen puolen toimija sekä kunnallisellakin puolella matalamman palkkatason alueella, käytimme sairauspäivän keskihinnan arviona 250 euroa. Tällä laskelmalla vuosittainen hyöty olisi n. 100 000 euroa.

Presenteismien eli alentuneen työkyvyn tuoman tuottavuuden laskun on arvioitu olevan jopa suurin työkykyyn liittyvistä kustannuksista työnantajille (Goetzel 2004). Presenteismien suuruuden arvioiminen on kuitenkin hyvin haastava tehtävä. Tutkimushaastattelussa työntekijät kuvasivat, kuinka he joutuivat tinkimään mm. työn laadusta tai jopa jättämään joitain työtehtäviä hoitamatta heikentyneen työkyvyn vuoksi. On selvää, etteivät työtehtävien keventämisen kohteena olleet henkilöt pystyneet täyteen työpanokseen ennen työtehtävien keventämistä, jolloin tuotantoa on jouduttu kompensoimaan esimerkiksi muiden työntekijöiden lisätyönä. Laskelmien perusoletuksena on kuitenkin 100 % lähtökohtainen työpanos, ja siihen tehty n. 20 % työn kevennys. Jos kuitenkin arvioidaan, että lähtökohtainen työpanos olisi n. 90 %, jolloin todellista tuotannon menetystä tulisi vain n. 10 %, eikä kevennyksessä työssä enää presenteismia esiintyisi, olisi vuosittainen hyöty yli 200 000 euroa, eli yli nelinkertainen peruslaskelmaan verrattuna.

Kuten eri laskelmista on havaittavissa, yhden tarkan arvion muodostaminen toiminnan kustannusvaikuttavuudesta on vaikeaa. Eri laskelmien tulokset vaihtelivat heikosta kannattavuudesta ja pitkästä takaisinmaksuajasta aina useiden satojentuhansien eurojen vuosittaisiin hyötyihin. Kaikki laskelmat ovat joltain osalta vajavaisia. Toiset perustuvat liikaa vain suoraan työkyvyttömyyteen liitettäviin kustannuksiin, kuten pelkkään Varhemaksuun perustuvat laskelmat. Toisissa taas on mukana oletuksia, joiden tarkka määrittäminen on vaikeaa, kuten presenteismia kuvaava laskelma. Lisäksi säästöjen toteutumisessa olevan viiveen vuoksi vuosittainen keskimääräinen laskelma tuottaa tällä seurannalla liian varovaisia arvioita hyödyistä. Realistisin tulkinta eri laskelmista varmaan löytyy eri vaihtoehtojen keskiväliltä, jolloin nettohyöty vuosittain toiminnan alkuvaiheessa on kym-

meniä tuhansia euroja ja toiminnan vakiinnuttua ja työkyvyttömyyskulujen tason pysyvän laskun jälkeen useita satojatuhsia euroja vuodessa.

Tutkimuksen kohteena olevassa liikelaitoksella on, myös tutkimus itsessään huomioon ottaen, lähdetty johtamaan työkykyä ja työhyvinvointia aktiivisesti ja johtamisen strategisena osa-alueena. Strateginen hyvinvoinnin johtaminen tarkoittaa pelkistetysti sitä, että [työ-]hyvinvointiin liittyvät kustannukset ja säästöt näkyvät euroina muiden eurojen rinnalla organisaation toiminnan suunnittelussa. (Aura ym. 2010) Koko Oulun kaupungin tämänhetkisessä strategiassa ei henkilöstön liittyvissä strategisissa linjauksissa ole arvioitu vaikuttavuutta euroina, vaan henkilöstökyselyn indikaattoreiden pohjalta (Oulun kaupunki, 2013). Strategiassa ei ole myöskään eritelty työkyvyttömyyteen liittyviä kustannuksia. Joidenkin muiden kaupungin toimintayksiköiden ja liikelaitosten omissa strategioissa ja toimintasuunnitelmissa työkyvyttömyyteen liittyviä kustannuksia on kuitenkin myös arvioitu ja niiden vähentämiseksi asetettu tavoitteita. Tulevaisuudessa koko kaupunkikonsernin strategian kehittämisessä olisi hyödyllistä luoda yhteneväiset tavat tuoda henkilöstön [työ-]hyvinvointiin liittyvät kustannukset ja säästöt esille konsernin eri tason toimintasuunnitelmiin ja tavoitteisiin.

8.3. Suositukset

- Työkykyjohtaminen tulisi ottaa strategiseksi painopisteeksi koko Oulun kaupunkikonsernissa. Tavoitetta tulisi täsmentää toiminnassa onnistumista kuvaavilla taloudellisilla tunnusluvuilla, joiden tulisi olla selkeät ja mitattavat. Kohdeliikelaitoksessa toteutetun toiminnan hyötyjen saamiseksi, työkykyjohtamisen laajentaminen edellyttää konsernin johdon aktiivista tukea toiminnalle.
- Kohdeliikelaitoksessa strategiaan taloudellisiin tavoitteisiin sidottu työkykyjohtaminen on saatu arkiseksi johdon ja esimiesten yhteistoiminnaksi. Samanlaisen pitkäjänteisen toiminnan käynnistämistä tai edelleen kehittämistä tähän suuntaa on mahdollista myös muissa Oulun kaupungin yksiköissä ja kuntaorganisaatioissa.
- Kunnalliset liikelaitokset ovat parhaillaan vahvassa muutosvaiheessa. Muutokset tulevat korostamaan työkykyjohtamisen tarvetta, mutta samalla liikelaitoksen taloudellinen liikkumavara esim. tuotannonmenetysten kompensoimisessa voi kaivata nykyisestä. Suosittelemme kohdeliikelaitoksessa toiminnan jatkamista ja työterveysyhteistyössä entistä tarkemmin tuotannonmenetyksen korvaamista mahdollisimman tarkasti ja riittävän pitkän aikaa eri sosiaalivakuutuksen keinoin.
- Kohdeliikelaitoksessa työkykyjohtamisesta ja yksilöllistä ratkaisusta, toiminnasta ja sen tuloksista, työn räätälöinnin edellytyksistä ja ehdoista tulisi käydä keskus-

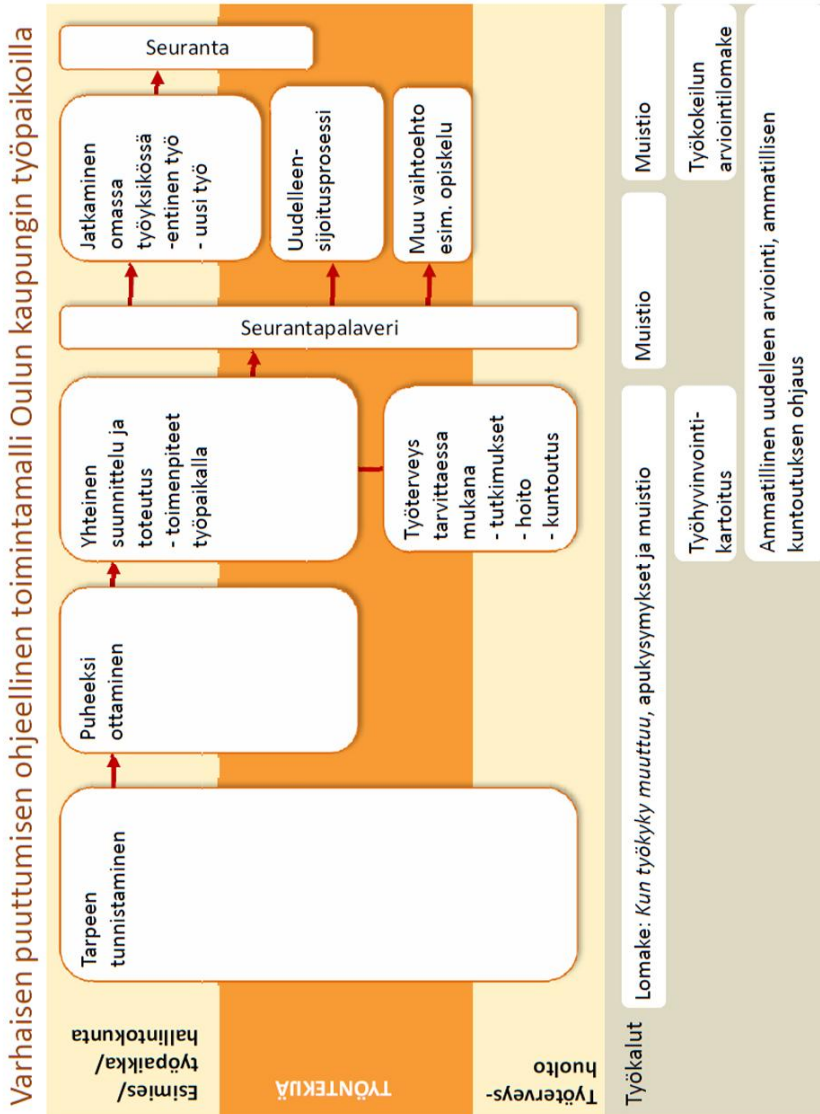
telua henkilöstön kanssa. Vaikka toiminta kohdistuu vuosittain 50-80 työntekijään ja sitä on jatkettu useampia vuosia, henkilöstö tuntee sen huonosti.

- Kohdeliikelaitoksessa on kiistatta saatu työuria jatkumaan kahdesta viiteen vuoteen ja liikelaitoksen kohdistuvat kustannukset työkyvyttömyydestä ovat merkittävästi vähentyneet. Aktiivisesta tuesta huolimatta työhön paluu ja työssä jatkamisprosessit ovat helposti haavoittuvia tai työntekijät ovat pitkään, esim. 1-3 vuotta, vahvemman tuen tarpeessa. Työterveysyhteistyöhön tulisi kehittää toimintatapa, jonka avulla saataisiin seurantatietoa toteutetuista ratkaisuista. Seuranta voisi mahdollisesti kehittää esim. tukemalla toimintaan osallistuvia työntekijöitä palautteen antoon. Tämä olisi tärkeää varsinkin niissä tilanteissa, joissa prosessi ei etene yhdessä suunnitellulla tavalla tai siinä työntekijälle tulee vastaan kohtuuttomia esteitä kuten esim. että kuntoutusetuuden hakemiseen toimitetut dokumentit häviävät niiden käsittelyprosessissa.
- Kohdeliikelaitos on onnistunut rakentamaan hyvin toimivan työkykykoordinaation prosesseihinsa. Työkykykoordinaattori osaaminen pohjautuu vahvaan liikelaitoksen työn ja työprosessien osaamisen ja verkostotyöhön. Työkykykoordinaatio voisi vastaavalla tavalla vahvistaa myös muissa kaupungin yksiköissä, joissa työkyvyttömyysriski on korkea. Työkykykoordinaattorin tehtävään voisi kouluttaa esim. kokeneen esimiehen. Kohdeliikelaitoksen esimerkki osoittaa yksilölliseen työn räätälöintiin päästäkseen työkykykoordinaattorin on toimittava henkilöjohtamisen osaajana poiketen ehkä perinteisestä henkilöstöjohtamistehtävästä.
- Työterveyshuollon palvelutuottaja pystyy Oulussa tarjoamaan laajan sairaanhoidon palvelun työterveyshuollon kautta, ja tämä näkyy myös osatyökykyisten tukemisprosesseissa. Toiminta on vahvasti lääkärivetoista ja lääkäriresurseja edellyttävää. Työterveyshuollossa ei ole sovittuja tukiprosessimalleja, vaan eri tiimeissä toimitaan itsenäisesti. Työterveyshuollon kannattaisi työkyvyn tukiminnan kattavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi kehittää moniammatilliseen toimintaan pohjautuvia työkäytänteitä, jotka tukisivat jäljellä olevan työkyvyn arviointia työterveysyhteistyössä, ja vahvistaisivat ja systematisoivat osatyökykyisten ohjaus- ja seurantaprosesseja myös työterveyshuollossa. Tilanteissa, jossa joku osatyökykyinen tarvitsee vahvaa tukea työterveyshuollosta, tulisi varmistaa, että a.o. työterveyshuollon työntekijä saa työohjauksen vähintäänkin intensiivisiin työvaiheisiin.
- Kuntoutuksen palvelukokonaisuudesta työterveyshuollossa parhaiten hallitaan Kelan työhönkuntoutuksen prosessit. Vastaavasti työeläkelakien mukaisen ammatillisen kuntoutuksen palveluiden käytössä olisi paljon kehitettävää. Sen sijaan, että työterveyshuolto lähtisi kehittämään omia ammatillisen kuntoutuksen palve-

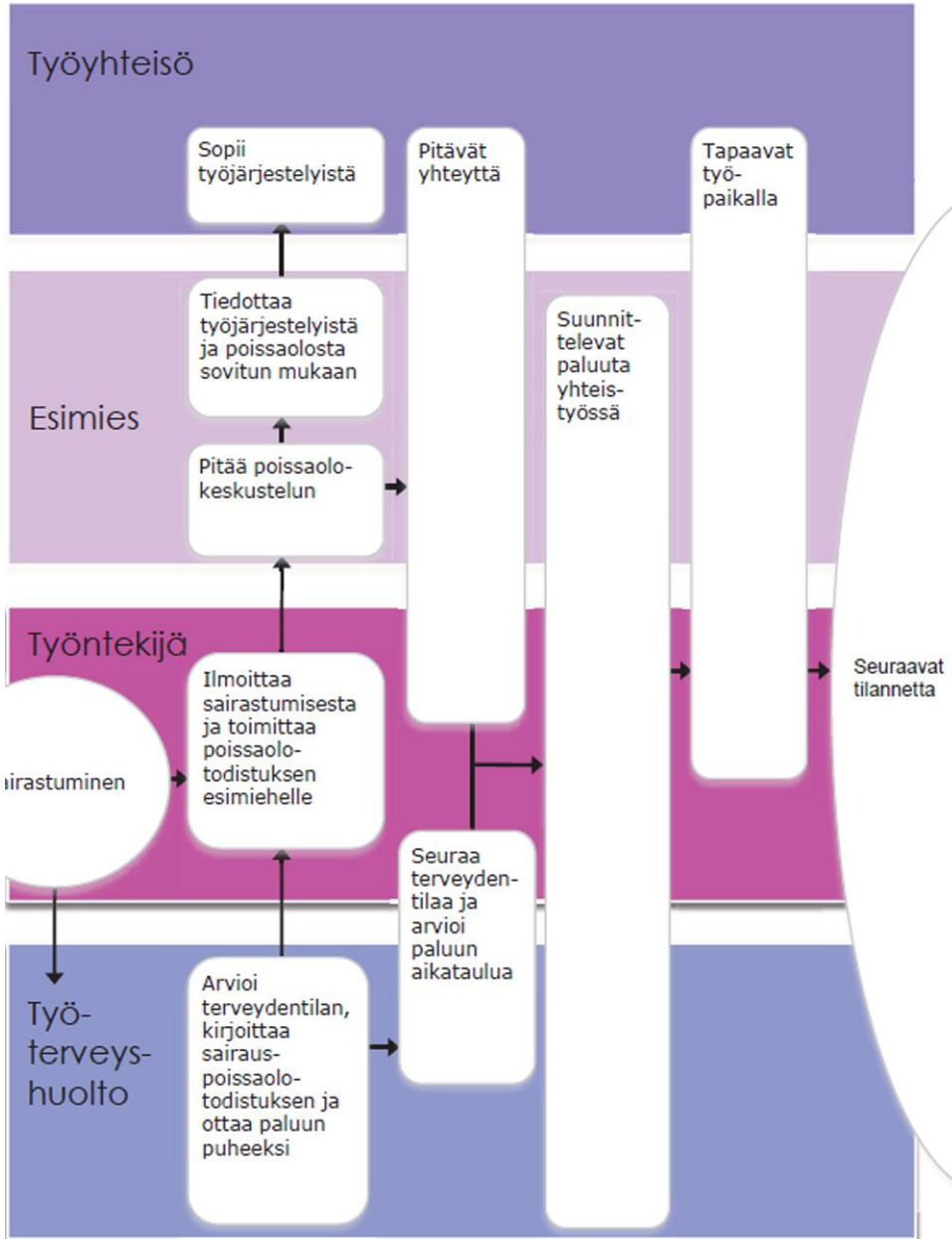
luja työnantajan maksettaviksi, olisi tärkeä vahvistaa työeläkelakien mukaisen ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu- ja ohjausosaamista. Täältäkin osain työterveyshuollossa tulisi vahvistaa kustannustietoisuutta ja ymmärrystä tuotannonmenetyksen maksimaaliseen kompensoimiseen sekä työntekijän että työnantajan näkökulmista sosiaalivakuutuksen tarjoamin keinoin. Työterveyshuollossa tulisi seuranta tiivistä tukeva tarvitsevien tilanteita työhön palamisen jälkeenkin riittävän kauan, ja työterveyshuollossa tulisi huomioida myös myös toimeentulokysymykset näissä seurantatilanteissa.

9. LIITTEET

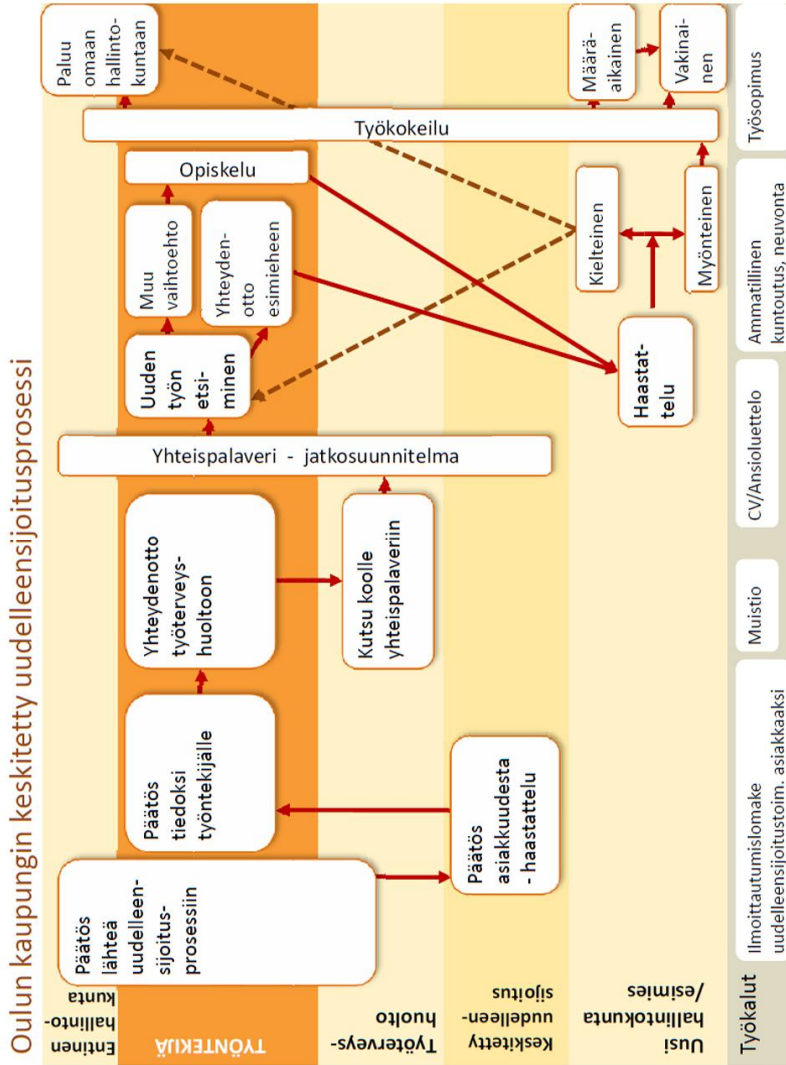
Liite 1: Varhaisen puuttumisen ohjeellinen toimintamalli



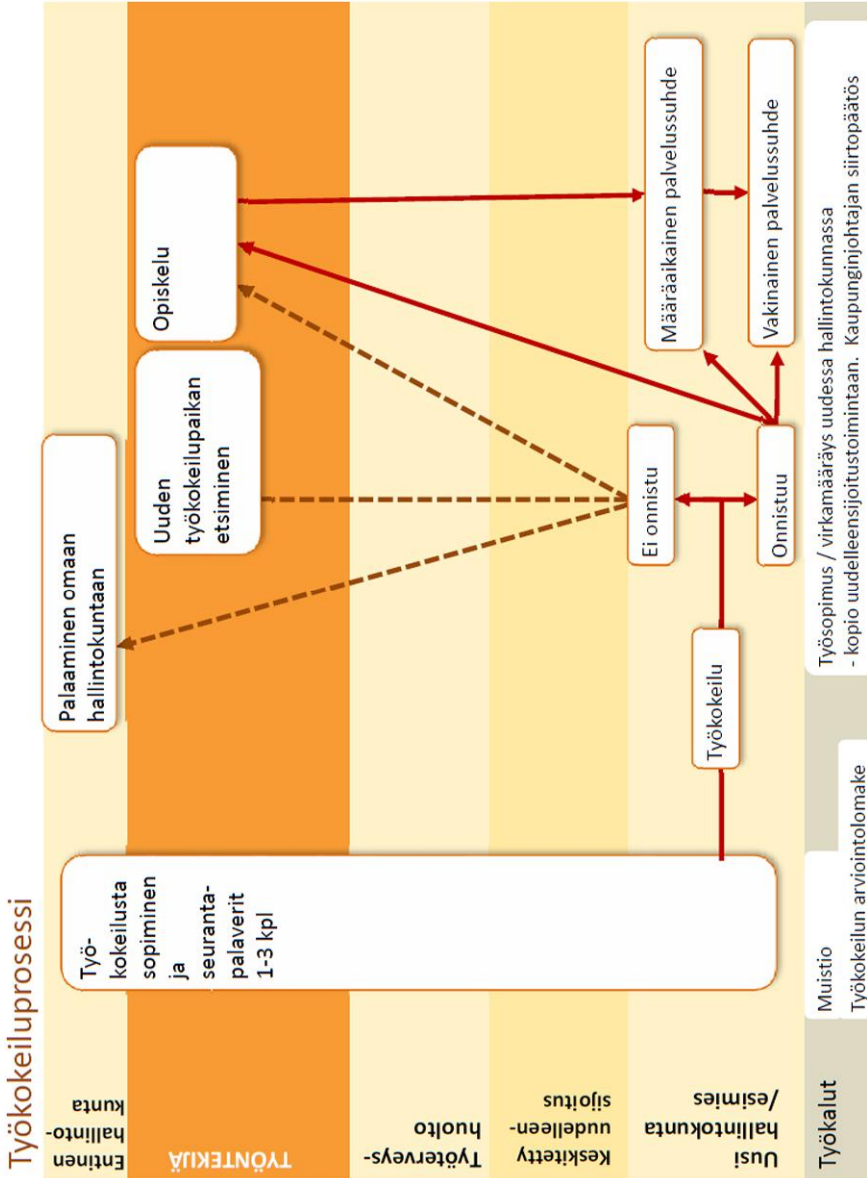
Liite 2: Sairauspoissaolot ja työhön paluun tukeminen

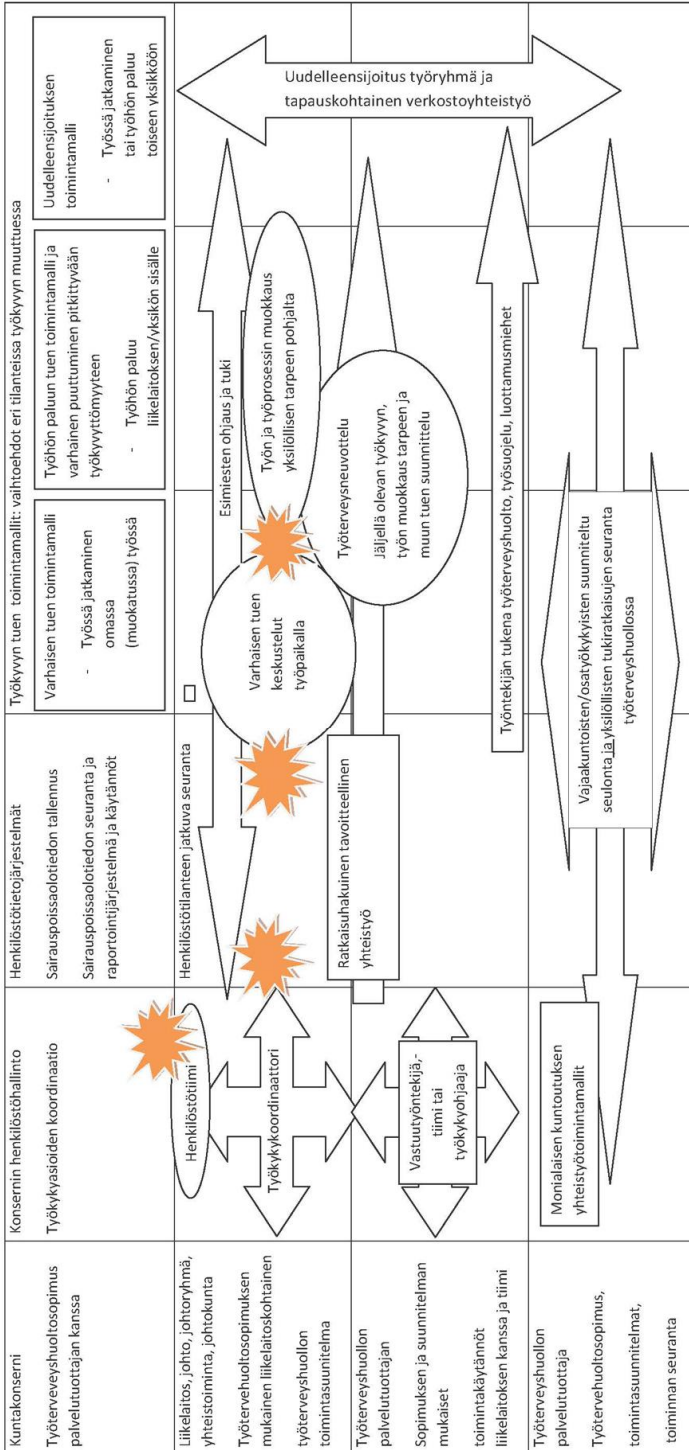


Liite 3: Keskitetty uudelleensijoitusprosessi



Liite 4: Työkokeiluprosessi



Liite 5: Työkykyjohtaminen työterveys- ja kuntoutusyhteistyössä


Lähteet

Ahonen G, Parvinen L, Vainio H, Husman K, Ylikoski M, Parvinen A, Liira J, Puputti I & Parry S (2011). Arvopohjainen työkyvyn hallinta tehostaa työterveyshuoltoa – Kahden yrityksen tapauskuvaus. Suomen Lääkärilehti, 66, 921-926.

Alasuutari P. 1993. Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere

Antti-Poika M. 2011. Hyvä työkyky – Työkyvyn tukemisen malli. Varma. <https://www.varma.fi/fi/PdfDocuments/Anonymous/Julkaisut/tyohyvinvointi/HyvaTyokykyMalli.PDF>

Anttonen H & Räsänen T. 2009. Työhyvinvointi - uudistuksia ja hyvä käytäntöjä. Työterveyslaitos. Helsinki.

Arvekari J, Sauni R, Toivio P & Uitti J (2010). Työterveyshuollon ja kuntoutuksen yhteistyö – työterveyslääkäreille kohdistetun kyselyn tuloksia. Työterveyslääkäri, 28, 81-85.

Aura O, Ahonen G, Ilmarinen J. 2010. Strategisen hyvinvoinnin tila Suomessa. Helsinki: Excenta Oy.

Cavén-Suominen S. 2005. Aktiivinen aikainen puuttuminen: tavoitteena pitkäaikaisterveys; opas henkilöstön kehittäjille, esimiehille ja työterveyshuololle. Kuntien eläkevakuutus.

Denzin NK. 1978. The research act: A theoretical introduction to sociological methods. 2nd edition. McGraw-Hill (New York)

Denzin NK & Lincoln YS. 2011. The SAGE handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA. Sage Publications.

Dzissah S, Karwowski W & Yang Y. 2000. Integration of quality, ergonomics, and safety management systems. Kirjassa: International encyclopedia of ergonomics and human factors: 1129–1135. Taylor & Francis, London.

Elinkeinoelämän keskusliitto (EK) 2009. http://www.ek.fi/ek/fi/tutkimukset_julkaisut/arkisto/2009/SP-opas_23032009.pdf.

European Agency for Safety and Health at Work. Mainstreaming OSH into business management. 2010. Publication Office of the European Union, Luxembourg

Forma P, Kaartinen R, Pekka T & Väänänen J. 2010. Jaksaaako jatkaa? Artikkeleita kuntatyön muutoksesta ja työssä jatkamisen tukemisesta kunta-alalla. Kuntatyö 2010 -hanke. Kuntien eläkevakuutus.

Gerlander E-M, Ollila M, Pesonen S, Ropponen T, Tuomi T & Wecksten S. 2012. Pohjois-Karjalan kuntatyöpaikkojen kuntoutuksen ja työhyvinvoinnin kehittämishankkeen loppuraportti. PoKa- hanke 2009-2011. Kuntien eläkevakuutus.

Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *J Occup Environ Med.* 2004 Apr;46(4):398-412

Hirvonen T, Pohjonen T, Eranti E, Penttilä R & Poikonen M. 2004. Varhainen tuki. – toimintamalli työkyvyn heiketessä. Helsingin kaupungin työterveyskeskus. Erweko Painotuote Oy

Joensuu M, Kivistö S, Malmelin J & Lindström K. 2008. Pitkä sairausloma ja työhönpaluu.

Juvonen-Posti P & Jalava J. 2008. Onnistunut työkykyasioiden puhekeskustelu. Lupaavia käytäntöjä pk-työpaikoille työhyvinvoinnin ja sairauspoissaolojen hallintaan ja seurantaan. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 34.

Juvonen-Posti P, Liira J & Järvisalo J. 2011. Kuntoutus työterveyshuollossa ja työuran pidentämistä koskeissa tavoitteissa. Kirjassa: Kuntoutus muutoksessa: 229- 248. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi

Juvonen-Posti P, Suhonen I, Mäkelä-Pusa P, Juntunen P. Työkyvyn tuki. Fi. Muokattava www-pohjainen opas työkykyasioihin. <https://www.tyokyvyntuki.fi/> , viitattu 13.12.13.

Kaleva 18.11.2013. Oulu aikoo lomauttaa väkensä viikoksi.

Kaplan RS & Norton DP. 2004. Strategy maps. Converting intangible assets into tangible outcomes. Harvard Business School Press, Boston.

Keva. 2011. Aktiivinen tuki – ratkaisuja sujuvaan työhön. Kuntien eläkevakuutus.

Kleiner B. 2002. Macroergonomics in large-scale organizational change. Kirjassa: Macroergonomics. Theory, methods and applications: 273-288. Lawrence Erlbaum Associates Inc, New Jersey NJ.

Komulainen M. 2011. Aktiivinen tuki yhteistoiminnan työkaluna. Työturvallisuuskeskus.

Krueger R.A., Casey M.A. 2000. Focus Groups. 3rd Edition. A Practical Guide fo Applied Reseaech. Sage Publications, Inc. Thousand Oaks

Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely. Teoksessa: Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto
<http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa7.html#kvali> . Poimittu 29.11.2013

Lehto A-M (2013a) Eläkeikä nousut reilusti yli tavoitteen. Tieto&trendit-blogi
<http://tietotrenditblogi.stat.fi/el%C3%A4keik%C3%A4-noussut-reilusti-yli-tavoitteen/>

Lehto A-M (2013b) Korkea eläkeikä ei takaa pitkiä työuria Euroopassa. Tietotrendit-blogi <http://tietotrenditblogi.stat.fi/korkea-el%C3%A4keik%C3%A4-ei-takaa-pitki%C3%A4-ty%C3%B6uria-euroopassa/>

Liira J, Juvonen-Posti P, Redemann B, Takala E-P, Joensuu M, Uitti J, Sauni R, Verbeek J, Martimo K-P, Vuokko A, Tuisku K, Järvisalo J, Gould R, Honkonen T, Kivekäs J & Goda J (2012) Työterveys-suositus: Työhön paluun tuki. www.terveysportti.fi

Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M & Webster B (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil*, 15, 507-24.

MacEachen E, Clarke J, Franche RL & Irvin E (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health*, 32, 257-69.

MacEachen E, Kosny A, Scott-Dixon K, Facey M, Chambers L, Breslin C, Kyle N, Irvin E & Mahood Q (2010). Workplace health understandings and processes in small businesses: a systematic review of the qualitative literature. *J Occup Rehabil*, 20, 180-98.

Manka M-L, Heikkilä-Tammi K & Vauhkonen A. 2012. Työhyvinvointi ja tuloksellisuus. Henkilöstön arvoa kuvaavat tunnusluvut johtamisen tukena kunnissa. http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/hakuopas_netti.pdf

Mason J. 2002. *Qualitative Researching* Sage Publications, London

Mumford E. 2003. *Redesigning human systems*. Information Science Publishing, Hershey, PA.

Mäkitalo J. Työkyvyn käsite. Kirjassa: Antti-Poika M, Martimo K, Husman K, toim. Työterveyshuolto. Helsinki: Duodecim; 2006. s. 172-9

Näsman O & Ahonen G (2008). Druvan-projekti. *Työterveyslääkäri*, 26, 58-65.

Oksanen T. 2012. Hyvinvointihavaintoja - tutkimustietoa kunta-alalta. Työterveyslaitos.

Oulun kaupungin strategia 2013.

http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=3cd43780-be77-4bd9-9f09-96d93811cd9a&groupId=52058.

Oxenburgh M & Marlow P (2005). The Productivity Assessment Tool: Computer-based cost benefit analysis model for the economic assessment of occupational health and safety interventions in the workplace. *Journal of Safety Research*, 36: 209-214

Parvinen LA, Windischhofer R & Gustafsson M (2010). Competitive advantage through value-based health care: The case of Metso Corporation. *European Management Journal*, 28, 195-207.

- Patton MQ. Utilization focused evaluation. London: Sage Publications; 1997
- Patton MQ. 2011. Evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use. Guilford Press, New York
- Pauni M. 2012. Kuntakonsernin strateginen ja poliittinen johtaminen. Kuntien konsernijohtamisen asiantuntijaryhmän kehittämisaioite. Helsinki. Suomen Kuntaliitto
- Pekka T & Forma P. 2012. Työterveys-yhteistyö kunta-alalla 2012. KEVAn tutkimuksia, 96. KEVA.
- Pransky GS, Loisel P, Anema JR. Work disability prevention research: current and future prospects. J Occup Rehabil. 2011;21(3):287-92
- Radley A & Chamberlain K (2001). Health psychology and the study of the case: from method to analytic concern. Soc Sci Med, 53, 321-32.
- Rahikka A. 2013. Dialogi auttavissa verkkopalveluissa : Sosiaali- ja terveysjärjestöjen ammattilaisten kertomuksia kommunikaatiosta. Väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalitieteiden laitos, sosiaalityö. Helsingin yliopisto
- Reiman A. 2013. Holistic work system design and management : — a participatory development approach to delivery truck drivers' work outside the cab. Väitöskirja. Oulu. University of Oulu
- Ruusuvuori J., Nikander P. & Hyvärinen M. (toim.) (2010). Haastattelun analyysi. Vastapaino, Tampere
- Räty T. 2012. Työhyvinvointikortti – portti työhyvinvointiin. Työturvallisuuskeskus.
- Seeck H. 2012. Johtamisopit Suomessa. Gaudeamus, Helsinki
- Seppänen-Järvelä Riitta 2003. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. FinSoc työpapereita 1/2003. STAKES, Helsinki
- Seppänen-Järvelä R, Aalto A-M, Ala-Kauhaluoma M, Heino P, Heponiemi T, Henriksson M, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Nyholm S, Pesonen S, Sauni R, Savinainen M, Syrjä V, Toivio P & Tuusa M. 2014 (painossa). Kuntoutuksen yhteistoiminta osaksi työn arkea? Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toinen vaihe (TK2). Arviointitutkimuksen väliraportti. Sosiaali- ja terveysturvan selvityksiä. Kela.
- Seuri M. 2013. Työterveyshuolto 2.0 - järjestelmämme on muututtava. Docendo. Jyväskylä.
- Sinisammal J. 2011. Työhyvinvoinnin ja työympäristön kokonaisvaltainen kehittäminen – tuloksia osallistuvista tutkimus- ja kehittämissuorituksista sekä asiantuntijahaastatteluista. Oulun yliopisto, Tuotantotalous.

Soosalu I & Vuorento R (2013). Kuntien menopaineet kasvavat. Kuntatalous, 1: 3-4

Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:7

Talouselämä 30.10.2013. Kuntatalous retuperällä: eläkkeet vaarassa.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L & Tulkki A. 1997. Työkykyindeksi. Työterveyslaitos, Helsinki

Työelämäryhmä. 2010. Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010. Elinkeinoelämän Keskusliitto.

Työhyvinvointiryhmä (pj. Kuuskoski E). 2011. Työhyvinvointiryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:4.

Työryhmä (pj. Kerminen). 2011. Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. TEM raportteja 10/2011.

Työryhmä (pj. Rantahalvari) . 2011. Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:6.

Uusitalo R & Nivalainen S. 2013. Vuoden 2005 eläkeuudistuksen vaikutus eläkkeellesiirtymisikään. Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 5/2013.

Vahtera J, Kivimäki M & Virtanen P. 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos, Helsinki

Vataja K & Seppänen- Järvelä R. 2006. Prosessiarviointi: mahdollisuus lujittaa kehittämissuunnitelmaa. Kirjassa Kehittämistyön risteyksiä: 216-230. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Viljamaa M., Juvonen-Posti P, Uitti J, Kurppa K, Martimo K-P: 3.3 Työkyvyn tuki . Kirjassa: Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, uudistettu laitos (toim. Uitti J.). Työterveyslaitos. 2013 (käsikirjoitus)

Virtanen P, Lähteenmäki-Smith K, Koskela S, Ruuth M & Juuti P. 2009a. Uudelle uralle? Henkilöstön uudelleen sijoitustoiminnan tila, toimivuus ja uudistaminen Helsingin kaupungissa.

Virtanen P, Lähteenmäki-Smith K, Koskela S, Ruuth M & Juuti P. 2009b. Yhteisvastuullisuus Lappeenrannan kaupungissa. Henkilöstön uudelleen sijoitustoiminnan tila, toimivuus ja uudistaminen

Wynne R & McAnaney D. 2004. Employment and disability: Back to work strategies. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities

Yin RK. 2003. Case study research: design and methods. Sage Publications, Thousand Oaks CA.

Zink K (1999). Safety and quality issues as part of a holistic (i.e., sociotechnical) approach. International journal of occupational safety and ergonomics, 5, 279-90.

Zink KJ, Steimle U & Schroder D (2008). Comprehensive change management concepts. Development of a participatory approach. Applied ergonomics, 39, 527-38.

Muut lähteet:

Eläketurvakeskus (ETK):

http://www.etk.fi/fi/service/muut_el%C3%A4kelaitokset/1340/muut_el%C3%A4kelaitokset

Keva:

http://www.keva.fi/fi/tyonantajille/elakemaksut/kunta/varhaiselakemenoperusteinen_elakemaksu/Sivut/Default.aspx).

Yhteiskuntatieteellinen tietokanto (FSD). Kvalitatiivisen aineiston anonymisointi <http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa7.html#kvali>; viitattu 29.11.2013.

Suomessa pidetään kestävyysvajetta eräänä polttavimmista ongelmista. Siihen haetaan ratkaisuja työuria pidentämällä. Mikä vaikutus tähän voisi olla työpaikan työhyvinvointiteijöillä ja työkykyjohtamisella?

Uudistuva johtaminen työkyvyn tukemisessa kunnallisessa liikelaitoksessa -tapaustutkimuksessa kuvaamme julkisella sektorilla toimivan liikelaitoksen työkykyjohtamisen arkea. Liikelaitos tuottaa ateria- ja puhtauspalveluja, ja työ siellä on suorittavaa, osin fyysisesti raskastakin työtä. Tämän liikelaitoksen työntekijöiden työurat ovat jatkuneet, kun organisaatio lähti työkykyjohtamisen keinoin pitkäjänteisesti investoimaan sekä sosiaalisesti että taloudellisesti.

TYÖTERVEYSLAITOS

Työterveyslaitos, Työkyvyn tuki -teema
Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki

www.ttl.fi

ISBN 978-952-261-362-2 (nid.)
ISBN 978-952-261-363-9 (pdf)



Työterveyslaitos



Työsuojelurahasto
Arbeterskyddsfonden
The Finnish Work Environment Fund

OULU
● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

OULUN SERVIISI
Puhtautta ja hyvää ruokaa



ot Oulun
Työterveys