

OMAILMOITUS VAI LÄÄKÄRINTODISTUS: COCHRANE SYSTEMAATTINEN KATSAUS

HANKKEEN LOPPURAPORTTI

Dnro 2/26/2017

Kausto Johanna¹, Verbeek Jos¹, Ruotsalainen Jani¹, Halonen Jaana I.¹, Virta Lauri², Kankaanpää Eila³

¹Työterveyslaitos, ²KELA, ³Itä-Suomen yliopisto

YHTEENVETO TUTKIMUSHANKKEESTA

JOHDANTO

Omailmoituksella tarkoitetaan Suomessa käytäntöä, jossa työntekijä jää pois työstä sairastumisen ja arvioimansa työkyvyttömyyden vuoksi ilmoittamalla asiasta esimiehelleen sen sijaan, että hakeutuisi lääkärin vastaanotolle työkyvyttömyyden arviointia varten.

Omailmoituskäytännöllä saattaa olla useita erilaisia vaikutuksia työntekijöiden sairauspoissaoloihin ja niihin liittyviin kustannuksiin, sekä työhön ja työyhteisöön. Kun lyhyisiin sairauspoissaoloihin liittyvät käynnit työterveyshuollossa vähenevät, vapautuu resursseja muuhun toimintaan. Saattaa olla, että työntekijä kokee, että hänellä on enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä ja työn tekemiseen ja että hän voi palata työhön heti, kun kokee työkykynsä riittäväksi. Joustava toimintatapa saattaa myös lisätä luottamusta työntekijän ja työnantajan välillä ja lisätä keskustelua työntekijän ja esimiehen välillä. On myös mahdollista, että työntekijät käyttävät omailmoitusta väärin jäämällä töistä pois vaikka kykenisivät työhön, käytäntö kuormittaa esimiestä tai lisää preenteeismin (sairauslänäolon) mahdollisuutta jos työntekijä palaa töihin liian aikaisin [1, 2].

TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Cochrane-katsauksen avulla sairauspoissaolojen omailmoituskäytännön (sen käyttöönoton, keston muuttamisen tai siitä luopumisen) vaikutuksia lyhyisiin sairauspoissaoloihin ja niihin liittyviin kustannuksiin sekä työpaikan ilmapiiriin, esimiehen työhön ja työmäärään sekä presenteeismiin.

MENETELMÄ

Systemaattinen kirjallisuushaku toteutettiin yhteistyössä Helsingin ja Itä-Suomen yliopistojen kirjastojen informaattikoiden kanssa. Kirjallisuushaku kohdistettiin seuraaviin kirjallisuustietokantoihin: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (Wiley Online Library), MEDLINE (Ovid), EMBASE (embase.com), PsycINFO (Ovid), EBM Reviews (Ovid), CINAHL (Ebsco Host), EconLit (Pro Quest), EBSCO Business Source Premier (Ebsco Host), EconPapers, NIOSHTIC (OSH-UPDATE), NIOSHTIC-2 (OSH-UPDATE), HSELINE (OSH-UPDATE) ja CISDOC (OSH-UPDATE). Clinical Trials.gov- ja WHO Trials portalista haettiin tietoa vielä julkaisemattomista tutkimuksista. Lisäksi Google Scholarin avulla tehtiin alustavia hakuja. Kirjallisuushaut tehtiin kesäkuussa 2018. Tutkimuksille ei asetettu julkaisuajankohdan tai -kielen suhteen rajoituksia.

Katsauksen menetelmä on kuvattu yksityiskohtaisesti Cochrane protokolla-artikkelissa [2].

TULOKSET

Haut tuottivat 6573 viitettä. Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen julkaisuja oli yhteensä 6091. Kaksi tutkimusryhmän jäsentä luki julkaisujen otsikot ja tiivistelmät ja poimi tutkimuskysymysten kannalta mahdollisesti relevantit tutkimukset, joita oli 28. Näistä luettiin kokotekstit. Tutkimusten valinnassa noudatettiin ennalta sovittuja mukaanottokriteereitä. Katsaukseen otettiin mukaan pitkäikäisasetelmassa toteutetut satunnaistetut kontrolloidut kokeelliset tutkimukset (RCT), kontrolloidut ennen-jälkeen tutkimukset

(CBA) ja katkaistut aikasarjatutkimukset (ITS). Tutkittavien tuli olla työntekijöitä ja/tai sairausvakuutuksen piiriin kuuluvia. Tutkimus saattoi olla toteutettu joko yksilö- tai ryhmätasolla. Tutkimuksessa tuli olla vasteena:

- 1) lyhyiden sairauspoissaolojaksojen kokonais- tai keskimääräinen kesto,
- 2) lyhyiden sairauspoissaolojaksojen kokonais- tai keskimääräinen lukumäärä,
- 3) lyhyisiin sairauspoissaoloihin liittyvät kustannukset ja/tai
- 4) työpaikan ilmapiiri, esimiehen osallistuminen ja työmäärä tai presenteeismi.

Lyhyiksi sairauspoissaoloiksi määriteltiin enintään neljä viikkoa kestäneet sairauspoissaolot.

Kriteereiden perusteella katsaukseen otettiin mukaan viisi alkuperäistutkimusta. Näistä yksi oli satunnaistettu kontrolloitu kokeellinen tutkimus (RCT) Hesselius ym. (2005) [3] ja neljä kontrolloituja ennen-jälkeen tutkimuksia (CBA) Fleten ym. (2009) [4], Saksvik ja Nytrø (2001) [5], Taylor (1969) [6] sekä Torsvik ja Vaage (2014) [7]. Vasteet oli tutkimuksissa mitattu eri tavoin. Yleisimmin tutkimuksissa tarkasteltiin sairauspoissaoloja tai menetettyä työaikaa vuoden ajan ennen interventiota ja vuoden ajan jälkeen intervention. Vain yhdessä tutkimuksessa oli mukana sairauspoissaoloihin liittyvien kustannusten tarkastelua.

Taylor (1969) [6] selvitti omailmoituksen (kesto 1–3 päivää) käyttöönoton vaikutuksia sairauspoissaoloihin Iso-Britannialaisen öljynjalostamon työntekijöillä. Intervention seurauksena 1–3 päivää kestäneiden sairauspoissaolojaksojen lukumäärä (keskiarvo henkilötyövuotta kohti) nousi interventioryhmässä 0,48 jaksoa enemmän kuin kontrolliryhmässä.

Interventioryhmässä 1–3 päivää kestäneiden sairauspoissaolojaksojen keskimääräinen kesto lyheni 0,32 päivää enemmän kuin kontrolliryhmässä. Keskimääräinen menetetty työaika kuitenkin kasvoi interventioryhmässä 0,53 päivää enemmän kuin kontrolliryhmässä lisääntyneiden poissaolojaksojen takia.

Saksvik ja Nytrø (2001) [5] tarkastelivat omailmoituskauden keston pidentämisen (1–3 päivästä neljä kertaa vuodessa 1–5 päivään neljä kertaa vuodessa) vaikutuksia sairauspoissaoloihin norjalaisilla kuntatyöntekijöillä. Interventioryhmässä enintään 3 päivää kestäneisiin sairauspoissaoloihin liittynyt keskimääräinen menetetty työaika per henkilötyövuosi kasvoi 5,6 päivästä 8,3 päivään. Kontrolliryhmässä vastaavat luvut olivat 5,9 päivää ja 7,2 päivää. Keskimääräinen menetetty työaika 1–3 päivän sairauspoissaolojen vuoksi piteni 1,4 päivää enemmän interventio- kuin kontrolliryhmässä. Tutkimuksessa ei raportoitu sairauspoissaolojaksojen lukumäärää tai kestoja.

Torsvik ja Vaage (2014) [7] selvittivät omailmoituskauden keston pidentämisen (tavanomaisesta kahdesta päivästä tai viikosta yhteen vuoteen) vaikutuksia ≥ 16 päivän sairauspoissaoloihin norjalaisilla kuntatyöntekijöillä. Keskimääräinen menetetty työaika lyheni 2,8 päivää enemmän interventio- kuin kontrolliryhmässä. Koska sairauspoissaolojaksojen keskimääräinen kesto ei tutkijoiden mukaan muuttunut, ero menetetyssä työajassa johtui sairauspoissaolojaksojen lukumäärän laskusta interventioryhmässä.

Fleten ym. (2009) [4] tutkivat omailmoituskauden keston pidentämisen (tavanomaisesta 1–3 päivästä 50 päivään vuodessa) vaikutuksia sairauspoissaoloihin norjalaisilla kuntatyöntekijöillä. Interventioryhmässä 4–16 päivää kestäneisiin sairauspoissaoloihin liittynyt menetetty työaika lyheni 8,47 päivästä 7,82 päivään. Kontrolliryhmässä kesto pysyi vakiona, mutta tarkempia tietoja ei raportoitu. Keskimääräinen menetetty työaika lyheni 0,65 päivää enemmän interventio- kuin kontrolliryhmässä. Tämä saattaa johtua sairauspoissaolojaksojen lukumäärän laskusta tai niiden keskimääräisen keston lyhenemisestä.

Hesselius ym. (2005) selvittivät omailmoitusjakson keston pidentämisen (tavanomaisesta yhdestä viikosta kahteen viikkoon) vaikutuksia sairauspoissaolojen keston yhdessä ruotsalaisessa kunnassa. Muutos seitsemästä päivästä 14 päivään ei vaikuttanut lyhyiden sairauspoissaolojen määrään, mutta tutkijat raportoivat tuloksen ainoastaan kuviona, josta ei voitu johtaa lukuarvoja. Interventioryhmässä enintään 29 päivää kestäneiden sairauspoissaolojaksojen keskimääräinen kesto oli 8,91 päivää (keskihajonta 14,6) ja kontrolliryhmässä 8,24 päivää (keskihajonta 13,9) työntekijää kohden intervention jälkeen. Näin ollen sairauspoissaolopäiviä oli 0,67 päivää enemmän interventio- kuin kontrolliryhmässä. Koska sairauspoissaolojaksojen lukumäärässä ei ollut eroa interventio- ja kontrolliryhmien välillä, pidemmät poissaolojaksot ovat johtaneet menetetyän työajan lisääntymiseen interventioryhmässä.

Hesselius ym. (2005) arvottivat yhden sairauspoissaolopäivän kustannuksen käyttämällä keskimääräistä työnantajan työntekijälle sairauspoissaolopäivästä maksamaa korvausta SEK 296. Korvaustaso vastasi 90–100 % palkasta kokeilun aikaan vuonna 1988. Lyhyemmän omailmoitusjakson ryhmässä 20,6 %:lla sairausloma oli

pidempi kuin seitsemän päivää, pidemmän omailmoitusjakson ryhmässä 11,6 %:lla pidempi kuin 14 päivää. Omailmoitusjakson pidentäminen vähensi siis lääkärin sairauslomatoistuksen tarvetta yhdeksällä prosenttiyksiköllä. Kirjoittajat esittivät lääkärin vastaanottokäynnin kustannukseksi SEK 445. He pohtivat, että pidemmästä omailmoitusjaksosta seuranneet korkeammat sairauspoissaolojen korvauskustannukset (SEK 29 milj.) olivat huomattavasti korkeammat kuin mahdollinen väheneminen lääkärikäyntien kustannuksissa Göteborgin alueella (SEK 4,9 milj.).

TUTKIMUSTEN LAATU

RCT-tutkimuksen (Hesselius ym. 2005) mahdollisia harhan riskejä arvioitiin seuraavilla osa-alueilla: satunnaistamisen toteutus, intervention toteuttajien, niihin osallistuneiden ja tuloksia arvioineiden sokkouttaminen, tulostietojen saatavuus ja tulosten raportointi [8]. Etenkin satunnaistamiseen ja sokkouttamiseen liittyviä riskejä tutkimusryhmämme piti suurina ainoassa katsaukseen löydettyssä satunnaistetussa tutkimuksessa. Kontrolloitujen ennen-jälkeen tutkimusten harhan riskejä arvioitiin Risk of Bias in non-randomised studies of Interventions (ROBINS-I)-asteikolla, joka sisältää arviointia mm. sekoittavien tekijöiden ja puuttuvan tiedon mahdollisista vaikutuksista harhan todennäköisyyteen [9]. Tulokset olivat puutteellisesti raportoituja useassa tutkimuksessa, eikä kontrolloiduissa ennen-jälkeen tutkimuksissa oltu riittävästi huomioitu mahdollisia sekoittavia tekijöitä.

NÄYTÖN LAATU

Tutkimusten tuottaman näytön laatu arvioitiin ns. GRADE- asteikolla [10] hyvin heikoksi.

POHDINTA

Tämän systemaattisen katsaustutkimuksen kirjallisuushaku tuotti viisi mukaanottokriteerit täyttävää tutkimusta, joissa selvitettiin omailmoituskäytännön vaikutuksia sairauspoissaoloihin.

Kolmessa tutkimuksessa, joissa omailmoitusajaksi oli enintään 14 päivää, menetetty työaika sairauspoissaolojen vuoksi kasvoi 0,5–1,4 päivää. Yhden tutkimuksen mukaan menetetyt työajan kustannukset olivat suuremmat kuin lääkärikäyntien vähenemisestä johtuvat säästöt. Kahdessa tutkimuksessa, joissa omailmoitusajaksi oli pidempi kuin 50 päivää, menetetty työaika väheni 0,7–2,8 päivää. On epävarmaa mikä aiheutti muutoksen menetetyssä työajassa, sillä poissaolojaksojen ja poissaolojen keston suhteen tulokset olivat ristiriitaisia. Tutkimusten heikon laadun vuoksi tulosten pohjalta ei voi tehdä vahvoja johtopäätöksiä omailmoituskäytännön vaikutuksista.

Yhteenvetona voidaan todeta, että tulokset omailmoituskauden keston muutosten vaikutuksista sairauspoissaolojaksojen lukumäärään olivat keskenään ristiriitaisia.

RCT-tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että omailmoituskauden keston pienet muutokset (1–14 päivän omailmoitus) todennäköisesti lisäsivät hieman lyhyitä sairauspoissaoloja.

On hyvin epävarmaa, muuttivatko omailmoituskauden keston suuremmat muutokset (>50 päivän omailmoitus) lyhyiden sairauspoissaolojaksojen kestoja, koska näyttö oli hyvin heikkoa tutkimusten laatu huomioiden.

Katsaus osoittaa, että omailmoituskäytännön vaikutuksia sairauspoissaoloihin selvittäviä laadukkaita tutkimuksia tarvitaan lisää. Uusissa tutkimuksissa tulisi käyttää ryssäsatunnaistettua kontrolloitua koeasetelmaa. Tarvitaan myös tutkimuksia, joissa tarkastellaan omailmoituskäytännön vaikutuksia esimerkiksi työpaikan ilmapiiriin, esimiehen osallistumiseen ja työmäärään tai presenteisimiin, koska tällaisia tutkimuksia ei systemaattisissa kirjallisuushauissa löytynyt lainkaan. Tulokset julkaistaan Cochrane-katsauksen muodossa vuoden 2019 kuluessa.

LÄHTEET

1. Pesonen S, Halonen JI, Liira J. Omailmoitus-tutkimus sairauspoissaolojen omailmoituksen käyttöönotosta ja vaikutuksista. Helsinki: Työterveyslaitos 2016.
2. Kausto J, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, Halonen JI, Virta LJ, Kankaanpää E. Self-certification versus physician certification of sick leave for reducing sickness absence and associated costs (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD013098. DOI: 10.1002/14651858.CD013098.
3. Hesselius P, Johansson P, Larsson L. Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment. IFAU Working paper 2005:15.
4. Fleten N, Krane L, Johnsen R. Extended self-certification - A step towards more appropriate sickness absence? Norsk Epidemiologi 2009;19(2):223-228.
5. Saksvik P O; Nytrø K. Improving subjective health and reducing absenteeism in a natural work life-intervention. Scandinavian Journal of Psychology 2001;42(1):17-24.
6. Taylor P J. Self-certification for brief spells of sickness absence. British Medical Journal 1969;1(5637):144-7.
7. Torsvik G, Vaage K. Gatekeeping versus Monitoring: Evidence from a Case with Extended Self-Reporting of Sickness Absence. CESifo Group Munich, CESifo Working Paper Series: 5113, 2014 2014.
8. Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011.
9. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, Henry D, Altman DG, Ansari MT, Boutron I, Carpenter JR, Chan AW, Churchill R, Deeks JJ, Hróbjartsson A, Kirkham J, Jüni P, Loke YK, Pigott TD, Ramsay CR, Regidor D, Rothstein HR, Sandhu L, Santaguida PL, Schünemann HJ, Shea B, Shrier I, Tugwell P, Turner L, Valentine JC, Waddington H, Waters E, Wells GA, Whiting PF, Higgins JP. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. BMJ 2016;355:i4919. [DOI: 10.1136/bmj.i4919; PubMed: 27733354]
10. Ryan R, Hill S (2016) How to GRADE the quality of the evidence. Cochrane Consumers and Communication Group, available at <http://ccrg.cochrane.org/author-resources>. Version 3.0 December 2016.