

Työterveyshuollon korvausjärjestelmän kehittäminen

Kohtaako työterveyshuollon korvausjärjestelmä asiakastyöpaikkojen tarpeet ja missä määrin järjestelmä edistää työkyvyn tuen ja työterveyshuollon kehittämistä?

Yrjänä Hynninen¹, Antti Rissanen¹, Samuli Voltti¹, Riikka-Leena Leskelä¹, Kristiina Patja², Matias Posa², Paulus Torkki², Kari Reijula².

¹ Nordic Healthcare Group (NHG), ² Helsingin yliopisto.

Sisällysluettelo

Johdanto	3
Tausta ja keskeiset käsitteet	4
Työterveyshuoltojärjestelmä	4
Työkyky ja sen ulottuvuudet	5
Terveys ja toimintakyky	6
Osaaminen	7
Arvot, asenteet ja motivaatio	7
Johtaminen, työyhteisö ja työolot	8
Työterveyshuollon palvelutarpeet ja niihin vastaaminen	9
Tuotantonäkökulma: Kuka tuottaa palvelut?	10
Työntekijänäkökulma: Ketkä käyttävät työterveyshuollon palveluita?	12
Yhteenvetoa potilasaineiston tuloksista	17
Työnantajien näkemys työterveyshuoltojärjestelmästä	18
Yhteenvetoa kyselyaineiston tuloksista	21
Vaikuttavat ennaltaehkäisykeinot - kirjallisuuskatsaus	22
Keskeiset ristiriidat palvelutarpeen ja palvelukäytön välillä	24
Johtopäätökset	29
Yhteenveto: 10 teesiä korvausjärjestelmän ja ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kehittämiseksi	32
Korvausjärjestelmän kehittäminen	32
Tieto järjestelmän ohjaajana	33
Muut teesit	33
Lähteet	35
Lähdeluettelo: Vaikuttavat ennaltaehkäisykeinot - kirjallisuuskatsaus	36

Johdanto

Työterveyshuollon tavoitteena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa, työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä työyhteisön toimintaa (Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383). Työnantajalla on velvollisuus järjestää työntekijöilleen ehkäisevä työterveyshuolto ja lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoitopalveluita. Työterveyshuollon piirissä oli vuonna 2017 86 % työntekijöistä eli joka kolmas suomalainen, lähes 1,9 miljoonaa suomalaista ja sen osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista oli 4,3 % eli 20,6 miljardia euroa (Työterveyslaitos 2020).

Työterveyshuolto rahoitetaan työnantajilta ja työntekijöiltä perittävillä pakollisilla työtulovakuutuksen maksuilla sekä työnantajien asiakasmaksuilla. Rahoituksen avulla korvausjärjestelmä korvaa osan työterveyshuoltopalveluiden kustannuksista työnantajalle tiettyyn enimmäissummaan asti. Korvausjärjestelmä ohjaa palveluiden hankintaa kahden korvausluokan kautta. Korvausluokkaan 1 kuuluvat ehkäisevän toiminnan ja työntekijöiden työkykyä ylläpitävän toiminnan kustannukset ja korvausluokkaan 2 kuuluvat yleislääkäritasoisien sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannukset.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella, miten työterveyshuollon korvausjärjestelmä kohtaa asiakastyöpaikkojen tarpeet, missä määrin järjestelmä edistää työkyvyn tuen ja työterveyshuollon kehittämistä ja miten järjestelmää tulisi kehittää, jotta se tukisi ennaltaehkäisyä ja työkyvyn ylläpitoa. Tavoitteisiin vastaamiseksi tutkimuksessa tarkastellaan työntekijöiden tarpeita ja työkykyyn vaikuttavia tekijöitä sekä korvausjärjestelmän vaikutusta työnantajien valintoihin.

Keskeisenä tutkimusaineistona tutkimuksessa on kolmen työterveyshuoltopalveluntuottajan potilastietoaineisto sekä työnantajille kohdistettu kyselytutkimus. Potilastietoaineiston pohjalta tarkastellaan työterveyshuollon henkilöasiakkaiden eli työntekijöiden tarpeita, sairauspoissaoloja, palvelukäyttöä ja sen kustannuksia. Työnantajakyselyn avulla tarkastellaan työnantajien näkemyksiä työterveyshuollon toiminnasta ja sen tärkeimmistä palveluista sekä toiveita työterveyshuollon ja korvausjärjestelmän kehittämiseksi.

Tämän tutkimusraportin rakenne on seuraavanlainen. Seuraavassa luvussa esitellään työterveyshuoltojärjestelmän keskeiset toimijat ja ohjausmekanismit sekä määritellään työkyky Työkykytalon avulla. Luvussa “Työterveyshuollon palvelutarpeet ja niihin vastaaminen” tutkitaan potilastiedon avulla, mitkä ovat palvelutarpeet työterveyshuollolle ja miten työterveyshuollon palvelut vastaavat näitä tarpeita. Luvussa “Työnantajien näkemys työterveyshuoltojärjestelmästä” avataan työnantajakyselyn tuloksia. Työterveyshuollon ennaltaehkäisyyn keskittyneen kirjallisuuskatsauksen tuotoksia esitellään luvussa “Vaikuttavat ennaltaehkäisykeinot”. Aineistojen havaintoja kootaan yhteen luvussa “Keskeiset ristiriidat palvelutarpeen ja palvelukäytön välillä”, minkä jälkeen esitetään johtopäätökset ja tutkimuksen yhteenvetona 10 teesiä korvausjärjestelmän ja ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kehittämiseksi.

Tausta ja keskeiset käsitteet

Työterveyshuoltojärjestelmä

Työterveyshuolto ja sen säädöspohja Työterveyshuoltolaki säädettiin Suomessa vuonna 1978. Työterveyshuolto kehittyi alkuvaiheessa teollisen tuotannon tarpeista suojella työntekijään työn mekaanisilta, kemiallisilta tai muilta ulkoisilta terveysriskeiltä. Työelämän monimuotoistumisen myötä työn ja terveyden väliset yhteydet ovat laajentuneet. Fyysisen työsuojelun ja riskien tunnistamisen rinnalle on tullut yhä enemmän työn kuormittavuuden ja työssä jaksamisen edistäminen ja riskien tunnistaminen. Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383 säätelee toimintaa, jossa työterveyshuollon tavoitteena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää

- työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa
- työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä
- työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta
- työyhteisön toimintaa.

Työnantajan on työterveyshuoltolain (1383/2001) perusteella järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi.

Työntekijälle työ on merkittävä elämänalue, jolla on vaikutukset työntekijän yksityiselämään ja päinvastoin. Työntekijän työkykyyn vaikuttaa useat eri tekijät fyysisestä ja psykososiaalisesta terveydestä johtamiseen ja työtä ympäröivään elämään. Työterveyshuolto toimii työntekijän työn ja muun elämän rajapinnassa liittyen näin muuhun terveydenhuoltojärjestelmään työntekijän kautta.

Työterveyspalvelujen tulee vastata työnantajien ja työntekijöiden tarpeisiin. Työnantajien on otettava palveluja valitessaan huomioon a) kustannusvaikuttavuus, millaisia ovat ennaltaehkäisyn kustannukset verrattuna onnettomuuksista tai sairauksista aiheutuviin kustannuksiin; b) yhteiskunnan sääntely ja valvonta: terveys-, turvallisuus- ja työsuojelun ja -lainsäädännön toteutuminen ja mahdollisten rikkomusten taloudelliset seuraukset; c) liiketoiminnan ja tuottavuuden turvaaminen: työntekijöiden terveys yrityksen voimavarana. Työntekijän näkökulmasta työterveyspalvelujen on tuettava työkykyä, toimintakykyä ja terveyttä sen kaikkien osa-alueiden osalta tarkoittaen niin fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä. Lisäksi työterveyshuollon on tunnettava työtehtävän erityispiirteet työsuojelun ja työhyvinvoinnin edistämiseksi eri työympäristöissä.

Yhteiskunnan näkökulmasta työterveyshuolto on osa kansanterveyden ja kilpailukykyyn ylläpitämistä. Työ voi olla terveyttä edistävää, vaikka voikin sisältää terveyttä uhkaavia tekijöitä. Työterveyshuollon rakenteita pohdittaessa on huomioitava työterveyden kaikkia ulottuvuuksia rinnakkain: yhteiskunta, työnantajat, työntekijät ja terveyspalvelujen tuottajat. Työterveyshuolto rahoitetaan työnantajilta ja työntekijöiltä perittävillä pakollisilla työtulovakuutuksen maksuilla sekä työnantajien asiakasmaksuin. Työterveyshuollon osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista oli vuonna 2017 4,3 % (20,6 mrd €) ja sen piirissä oli 86 % työntekijöistä eli joka kolmas suomalainen, lähes 1,9 miljoonaa suomalaista (Työterveyslaitos 2020).

Kansaneläkelaitos (Kela) ohjaa työnantajalle osan työterveyshuollosta aiheutuneista kustannuksista vuosittain vahvistettavaan enimmäismäärään saakka. Kustannukset jakautuvat kahteen korvausluokkaan.

Korvausluokkaan 1 kuuluvat ehkäisevän toiminnan ja työntekijöiden työkykyä ylläpitävän toiminnan kustannukset, joita syntyy esim. työpaikkaselvityksistä, työpaikkakäynneistä, terveystarkastuksista ja työterveyteen liittyvästä neuvonnasta. Korvausluokkaan 2 kuuluvat yleislääkäritasoisien sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannukset.

Vuodesta 2020 työterveyshuollon korvauksen painopiste on siirtynyt ehkäisevään työterveyshuoltoon. Ehkäisevällä työterveyshuollolla eli korvausluokalla 1 ja sairaanhoidolla eli korvausluokalla 2 on 1.1.2020 lähtien ollut voimassa yksi yhteinen laskennallinen enimmäismäärä. Kela korvaa ensisijaisesti ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksia. Enimmäismäärän voi käyttää kokonaan ehkäisevään työterveyshuoltoon. Sairaanhoidon kustannuksia Kela korvaa enintään 40 % yhteisestä enimmäismäärästä. Työnantajan tilikaudesta 2020 ja yrittäjillä vuodesta 2021 alkaen ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista voidaan korvata aina 60 % ja sairaanhoidon kustannuksista 50 %.

Terveystaloustieteellisen tutkimuksen perusteella tiedetään, että muutokset insentiiveissä ja suhteellisissa kustannuksissa ovat voimakkaita muutoksen aikaan saajia (Gibbons, 1998; Peltokorpi et al., 2008; Trader-Leigh 2002). Korvausjärjestelmää kehittämällä on mahdollista muuttaa palveluja ja asiakastyöpaikkojen toimintaa kohti ennaltaehkäisyä. Jotta tämä onnistuisi, on ymmärrettävä korvausjärjestelmän asiakasyrityksille luomia kannustimia sekä tekijöitä, jotka vaikuttavat asiakastyöpaikkojen päätöksiin. Esimerkiksi työterveyshuoltojen hinnoittelumalleilla voi olla myös merkittävä vaikutus. Työnantajan ja työntekijän kannalta merkittävimmät ehkäistävät asiat ovat työkyvyn aleneminen tai työkyvyttömyys. Eri tekijöiden vaikutuksia esimerkiksi sairauspoissaoloihin on tutkittu laajasti (Virtanen ym. 2008, Laaksonen ym. 2010, Vänni ym. 2017), mutta niiden kustannusvaikutuksia vähemmän (Kowlessar ym. 2011, Kanerva ym. 2018). Ennaltaehkäisyyn kustannusvaikuttavuus tunnustetaan ja siitä on rajallista tutkimusnäyttöä. Suunniteltaessa insentiivejä on otettava huomioon taloudelliset kokonaisvaikutukset.

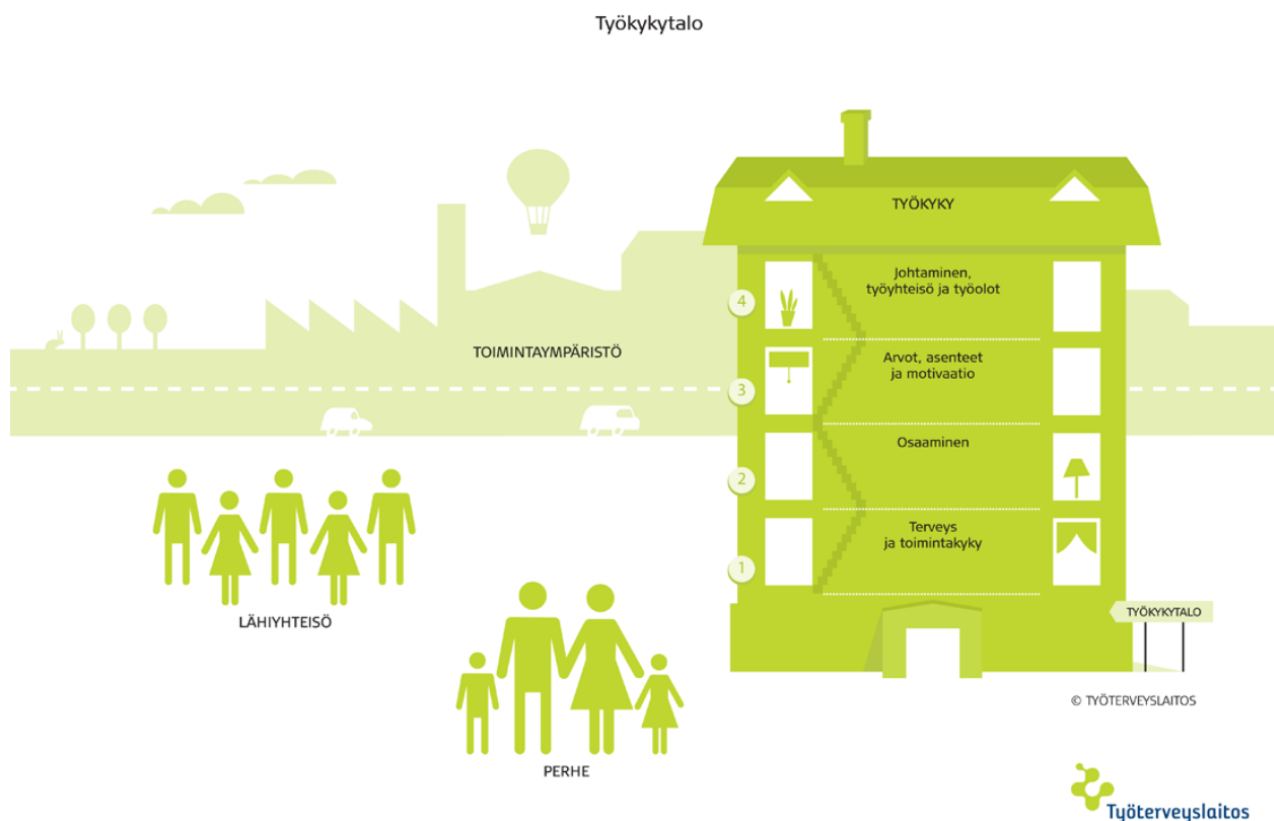
Korvausjärjestelmää ei voi tarkastella irrallaan korvattujen palveluiden sisällöistä eikä hinnoittelusta. Työterveyshuollon tavoitteiden toteutumisen näkökulmasta on keskeistä, että tuotetut palvelut tukevat ennaltaehkäisyä (myös sekundääri- ja tertiääripreventiota) ja työkyvyn ylläpitoa, oli kyseessä puhtaasti ennaltaehkäisevä palvelu tai sitten sairauden hoito.

Työkyky ja sen ulottuvuudet

Työkyky muodostuu ihmisen voimavaroista, työhön ja työnteekoon liittyvistä tekijöistä ja työn ulkopuolisesta ympäristöstä (Ilmarinen ym. 2006) sekä niiden välisestä yhteensopivuudesta ja tasapainosta. Työkyvyn käsite on kehittynyt ja laajentunut kansainvälisen tutkimuksen ja yhteistyön kautta. Työterveyshuollon kansainvälinen kehittämisen keskeiset toimijat ovat maailman työjärjestö ILO ja maailman terveysjärjestö WHO, jonka työterveyshuollon ohjelman WHO Global Plan of Action on Workers' Health", jonka kehittämisessä suomalaiset ovat olleet tässä aktiivisia. Suomen työterveyshuollon tilaa on kuvattu mm WHO:n (2012) toimesta. Työkyky-käsite sisältää moniulotteisen näkemyksen yksilön ja työn välisestä suhteesta ja se muuttuu ajassa työympäristöjen muuttuessa. Kansainvälisessä tutkimuksessa työkyky sisältää seuraavia tekijöitä, kuten fyysinen ja psyykinen terveys, ammatissa vaadittava perusosaaminen, ammatillinen pätevyys, ammattietiikka ja ammatillisuus sekä erilaiset motivaatiotekijät. Työkyky on ammatillista osaamista, työn tekemisen edellyttämää terveyttä ja työtehtävien hallintaa ja ammatillisia hyveitä olettaen, että tehtävät ovat

kohtuullisia ja työympäristö turvallinen (Tengland 2010). Määritelmästä seuraa se, että työterveyden turvaaminen ja edistäminen ovat moniulotteisia.

Tässä tutkimuksessa työkykyä tarkasteltiin Työterveyslaitoksella kehitetyn Työkykytalon avulla (Ilmarinen ym. 2006). Kuvassa 1 esitetty Työkykytalo ja sen eri kerrokset ja ympäristö kuvaavat työkyvyn ulottuvuuksia. Työkykytaloissa on neljä kerrosta, joista kolme alimmaista kuvaavat yksilön henkilökohtaisia voimavaroja ja neljäs kerros itse työtä ja työoloja sekä johtamista. Työkykytalo pysyy pystyssä, kun kaikkia kerroksia kehitetään jatkuvasti koko työelämän ajan.



Kuva 1. Työkykytalo työkyvyn ulottuvuuksien esittäjänä. (© Työterveyslaitos)

Terveys ja toimintakyky

Terveys ja toimintakyky muodostava Työkykytalon ensimmäisen kerroksen. Fyysinen toimintakyky, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ja terveys muodostavat yhdessä työkyvyn perustan.

Suomessa työkyvyttömyyden yleisimmät syyt ovat tuki- ja liikuntaelinten ja mielenterveyden sairaudet. Suurimman työkyvyttömyyden kustannuserän aiheuttavat sairauspoissaolot, jotka ovat miltei kolme neljästä kaikista työkyvyttömyyden kustannuksista eli noin 5 prosenttia palkkasummasta. Sairauspoissaolokustannukset ovat noin prosenttiyksikön suuremmat kuntaorganisaatioissa kuin yrityksissä (Keva 2019).

Työntekijällä on päävastuu oman terveytensä ylläpidosta ja edistämisestä. Työnantajalla on mahdollisuus vaikuttaa työn fyysiseen ja psyykkiseen kuormittavuuteen ja välittömiin terveyttä ja toimintakykyä uhkaaviin työhön liittyviin tekijöihin. Työterveyshuollolla on mahdollisuus vaikuttaa

erityisesti fyysiseen terveyteen ja toimintakykyyn, mutta myös psyykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen.

Työterveyshuollon toiminta kohdistuu työssä tarvittavan työkyvyn kannalta olennaisten sairauksien ehkäisyyn. Työkyky ja terveys liittyvät yhteen ja työterveyshuollolla on mahdollisuuksia toimia ennalta ehkäisyssä mukana kaikilla sairauksien ehkäisyn tasoilla. Työtehtävien psyykkisen kuormituksen muuttuminen liittyy työkyvyn turvaamisen sairauksien ehkäisyn laajaan kehykseen.

Sairauksien ehkäisy on perinteisesti kuvattu suhteessa yksilön sairauteen tai riskiin:

1. Sairauden ehkäiseminen eli **primaariprevention** tavoite on ehkäistä sairaus tai vamma vähentämällä yksilön riskitekijöitä tai suojaamalla hänet. Palveluja kehittämällä tai lainsäädännöllä pyritään luomaan olosuhteita terveellisemmälle valinnalle (esim. Tupakkalaki), suojaamaan ympäristön haitoilta (Työturvallisuuslaki) tai suojaamaan taudeilta (Laki tarttuvista taudeista ja Rokotuksista)
2. **Sekundaaripreventiossa** pyritään sairauden tai vamman varhaiseen diagnostiikkaan ja hoitoon, jotta estetään sen edelleen kehittyminen ja paheneminen. Näin sairauden ennuste paranee tai se voidaan hoitaa tehokkaammin. Siihen voidaan liittää sairauden ennustetta parantavaa hoitoa. Kohdennetut tarkastukset, varhainen puuttuminen tai lääkehoito ovat osa sekundaaripreventiota.
3. Sairauden aiheuttaman haitan vähentäminen eli **tertiääripreventio** sisältää taudin varsinaisen hoidon yhteydessä suoritettut toimet, joilla pyritään torjumaan taudin eteneminen, lisäkomplikaatiot tai taudista aiheutuvien haittojen paheneminen. Lääketieteellinen hoito ja kuntoutus ovat tertiääriprevention toimia.

Osaaminen

Osaaminen on Työkykytalon toisessa kerroksessa. Sen perustana ovat peruskoulutus sekä ammatilliset tiedot ja taidot. Tietojen ja taitojen jatkuva päivittäminen eli niin sanottu elinikäinen oppiminen on tärkeää. Kerroksen merkitys on viime vuosina korostunut, koska uusia työkykyvaatimuksia ja osaamisen alueita syntyy jatkuvasti kaikilla toimialoilla. Osaamisen kehittämisessä päävastuu työntekijällä ja työnantajalla.

Muuttuvassa työelämässä tietojen ja taitojen jatkuva päivittäminen oppiminen on tärkeää. Osaamisen tarpeiden muuttuessa syntyy uusia työkykyvaatimuksia. Psyykkisen ja sosiaalisen kuormituksen muuttuminen haastaa työterveyspalveluita ja niiden on suunnattava toimintaansa uudella tavalla. Työn kuormittavuuteen voidaan vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen vaikuttamalla, vaikka merkittävin tekijä toki on työpaikoilla tehtävä kehittäminen työn tekemisen ja johtamisen alueille.

Arvot, asenteet ja motivaatio

Arvot, asenteet ja motivaatio ovat kolmannessa kerroksessa. Tässä kerroksessa myös työelämän ja muun elämän yhteensovittaminen kohtaavat.

Työntekijän omat asenteet työntekoon vaikuttavat merkittävästi työkykyyn. Jos työ koetaan mielekkäänä ja sopivan haasteellisenä, se vahvistaa työkykyä. Mikäli työ on pakollinen osa elämää eikä vastaa omia odotuksia, se heikentää työkykyä. Iän myötä työ- ja eläkeasenteet muuttuvat ja voivat johtaa työelämästä luopumiseen tai ennenaikaiseen syrjäytymiseen.

Työnantajalla on mahdollisuus vaikuttaa työelämän ja muun elämän yhteensovittamiseen.

Johtaminen, työyhteisö ja työolot

Johtaminen, työyhteisö ja työolot on talon neljännessä kerroksessa. Tämä kerros kuvaa työpaikkaa konkreettisesti ja työ ja työolot, työyhteisö ja organisaatio kuuluvatkin tähän kerrokseen. Myös esimiestyö ja johtaminen ovat keskeinen osa kerroksen toimintaa. Työnantajalla, esimiehillä ja johtajilla on vastuu ja velvollisuus organisoida ja kehittää työpaikan työkykyä ylläpitävää toimintaa. Työterveyshuollon vaikutusmahdollisuudet tähän kerrokseen ovat rajalliset.

Esimiehillä on keskeinen rooli vaikuttaa tasapainoon kehittämällä ja organisoimalla neljättä kerrosta ihmisen mittojen mukaiseksi. Esimiesten huomattava merkitys yksilön työkyvyn tukemisessa on osoitettu pitkittäistutkimuksissa (Tuomi 1995, Gould ym. 2006).

Työterveyshuollon palvelutarpeet ja niihin vastaaminen

Tämän tutkimuksen keskeisenä tavoitteena on tarkastella, mitkä ovat palvelutarpeet työterveyshuollolle ja miten työterveyshuollon palvelut vastaavat näitä tarpeita. Palvelutarvetta sekä työterveyspalveluiden käyttöä erityisesti työntekijöiden näkökulmasta arvioitiin tarkastelemalla kolmen työterveyspalveluita tuottavan toimijan potilastietoja (Työterveys Helsinki, Finla Työterveys Oy ja Etelä-Savon Työterveys Oy).

Potilastietoaineiston avulla tarkasteltiin, millaisia palveluita palveluntuottajat tuottivat asiakkailleen ja keitä työterveyshuollon asiakkaat ovat ja miten he käyttävät työterveyshuollon palveluita. Potilastiedoista muodostettiin pitkittäisaineisto, joka sisälsi palveluntuottajien omille asiakasorganisaatioilleen sekä henkilöasiakkaille tuottamat palvelut vuosilta 2015-2018. Erityisesti tutkimuksessa tarkasteltiin työkykyä keskeisesti uhkaavien tuki- ja liikuntaelinsairauksien (ICD10: M00-99) ja mielenterveyden häiriöiden (ICD10: F00-99) esiintyvyyttä ja niistä aiheutuvia sairauspoissaoloja ja niiden hoidosta aiheutuvia kustannuksia.

Aineistoon kuului noin 136 700 henkilöä, jotka olivat käyttäneet työterveyshuollon palveluita vähintään kerran vuosien 2015-2018 aikana. Aineisto on kuvattu tarkemmin taulukossa 1. Verrattuna Suomen työvoimaan aineistossa on kevyesti ylikorostunut julkisen sektorin työntekijöiden osuus ja naisten osuus. Finla Työterveys Oy:n aineisto tasapainottaa aineistoa, sillä yksityiset yritykset ja asiakkaiden nuorempi ikä korostuvat tässä aineistossa. Tulosten yleistäminen koko maan tasolle tulee tehdä harkiten: aineisto on määrällisesti ja osittain alueellisesti laaja, mutta painottunut työnantajan ja sektorin näkökulmasta.

Taulukko 1. Käyntitietoaineiston kuvaus.

	Etelä-Savon Työterveys Oy	Työterveys Helsinki	Finla Työterveys Oy
Henkilöasiakkaita Palveluiden piirissä käyneitä (2015-18)	~25 000	~56 000	~56 000
Henkilöasiakkaiden ikä Henkilöasiakkaiden ikä keskimäärin (2018)	45,6	45,4	41,9
Sukupuolijakauma Naisten osuus henkilöasiakkaista (2015-18)	59 %	71 %	41 %

Organisaatiokäyntejä Vuodessa keskimäärin (2015-18)	~15 000	~14 000	~61 000
Henkilökäyntejä Vuodessa keskimäärin (2015-18)	~120 000	~289 000	~293 000
Omistusmuoto (2015-2018)	Osakeyhtiö	Julkinen liikelaitos	Osakeyhtiö

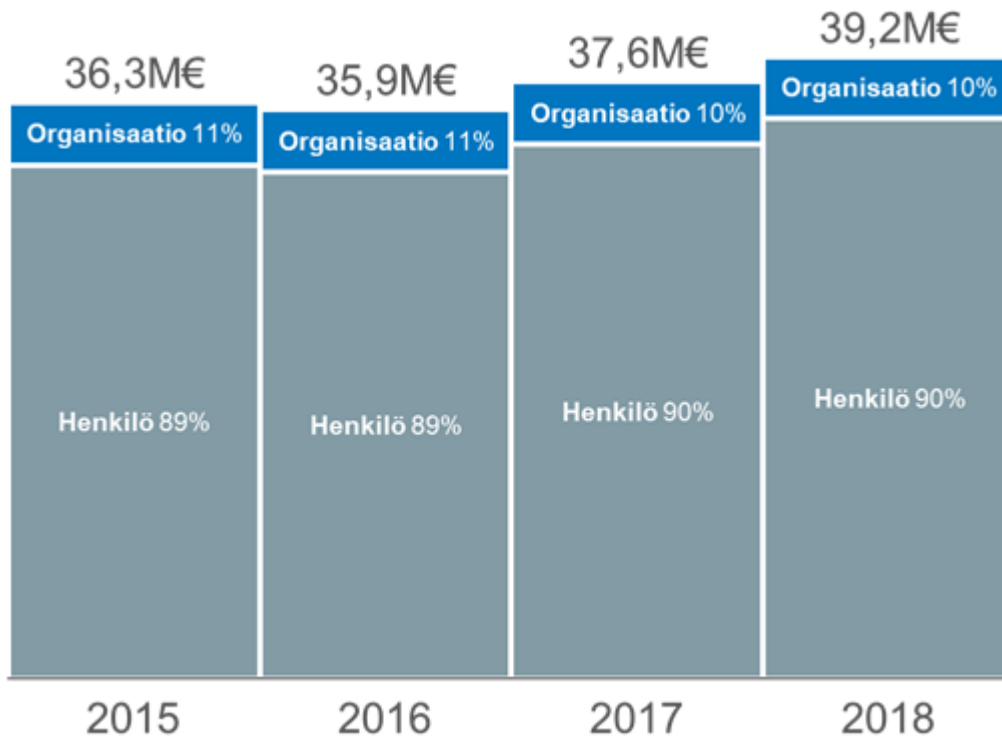
Analyysi on jaoteltu kahteen näkökulmaan:

1. **Tuotantonäkökulma:** Mikä on työterveyshuollon palvelutuotannon koko ja miten se jakaantuu tekijöiden ja korvausluokkien mukaan?
2. **Palvelukäytön näkökulma:** Keitä työterveyshuoltojen henkilöasiakkaat ovat ja miten he käyttävät työterveyshuoltopalveluita?

Tuotantonäkökulma: Kuka tuottaa palvelut?

Aineiston kolme palveluntuottajaa tuottivat vuonna 2018 työterveyspalveluita 39,2 miljoonalla eurolla (kuva 2). Työterveyspalvelut on jaoteltu organisaatio- ja henkilötapahtumiin. Organisaatiotapahtumilla viitataan työterveyshuollon toimintaan, jossa palvelun vastaanottajana on ensisijaisesti asiakasorganisaatio: esimerkkinä työterveyshuoltojen tekemät työpaikkaselvitykset. Henkilötapahtumilla viitataan toimintaan, jossa palvelun vastaanottaa yksittäinen työntekijä: esimerkkinä sairaskäynti työterveyshuollossa. Kustannuksilla tarkoitetaan työterveyshuollon laskutushintoja ilman korvauksia ja niistä noin 10 % koostui organisaatiotapahtumista ja 90 % henkilötapahtumista.

Kuvan 2 perusteella valtaosa (90 %) työterveyshuoltojen toteuttamasta toiminnasta on suoraan yksittäisille henkilöille tehtävää palvelua, eikä tässä osuudessa ole havaittavissa merkittävää muutosta neljän vuoden tarkastelujaksolla. Työpaikkatarkastukset ja organisaatioille tuotettavien palvelujen osuus on pientä suhteessa organisaatioiden kokonaistuotantoon.



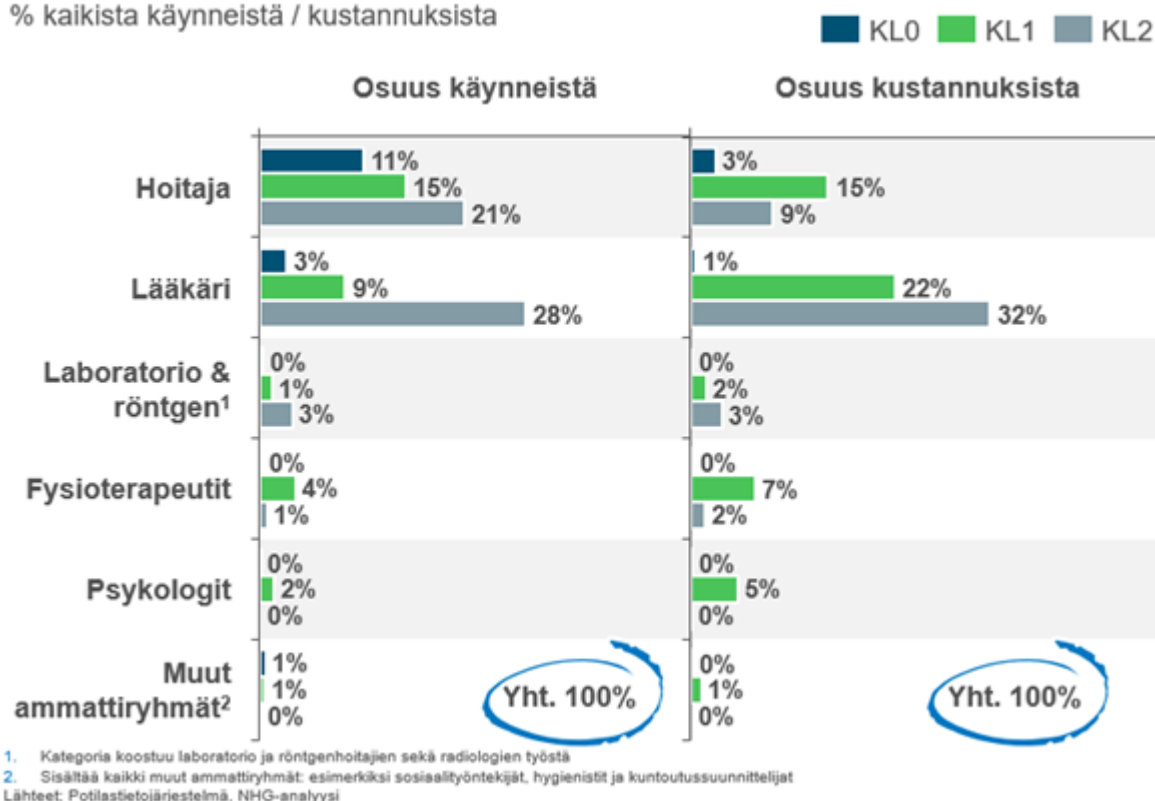
Kuva 2. Työterveyspalveluiden kustannukset ja niiden jakauma henkilö- ja organisaatiopalveluihin vuosina 2015-2018.

Kuvassa 3 on esitetty, kuka mitkä ammattiryhmät tuottavat nämä palvelut ja miten tuotanto jakaantuu korvausluokkien mukaan. Muuttujina on sekä kustannukset (tuotannon arvo) että käyntien määrä. Kokonaisuudesta erottuu kaksi ammattiryhmää: hoitajat ja lääkärit. Näiden ammattiryhmien tekemä työ kattaa noin 87 % käynneistä ja 80 % kokonaiskustannuksista. Selkeästi suurin osuus tuotannosta on lääkäreiden tekemää sairaanhoidollista työtä (korvausluokka 2), joka on noin 28 % käynneistä ja 32 % kustannuksista.

Käyntiosuuksien ja kustannusoikeuksien välisistä eroista voidaan tehdä päätelmiä tapahtumien ajallisesta ja yksikkökustannusten jakaantumisesta: hoitajien KL2-työ on noin 21 % käynneistä, mutta vain 9 % kustannuksista, kun taas lääkäreiden KL1-työ on 9 % käynneistä ja 22 % kustannuksista. Lääkäreiden tekemän KL2-työn osuus on suurin sekä kustannusten että käyntien näkökulmasta, mikä osoittaa noin kolmanneksen työterveyshuollon tuotannosta olevan lääkäreiden tekemää sairaanhoidollista työtä.

Ammattiryhmien osuus käynneistä ja kustannuksista 2018

% kaikista käynneistä / kustannuksista



Kuva 3. Työterveyshuollon keskeisten ammattiryhmien osuus työterveyshuollon käynneistä ja kustannuksista vuonna 2018.

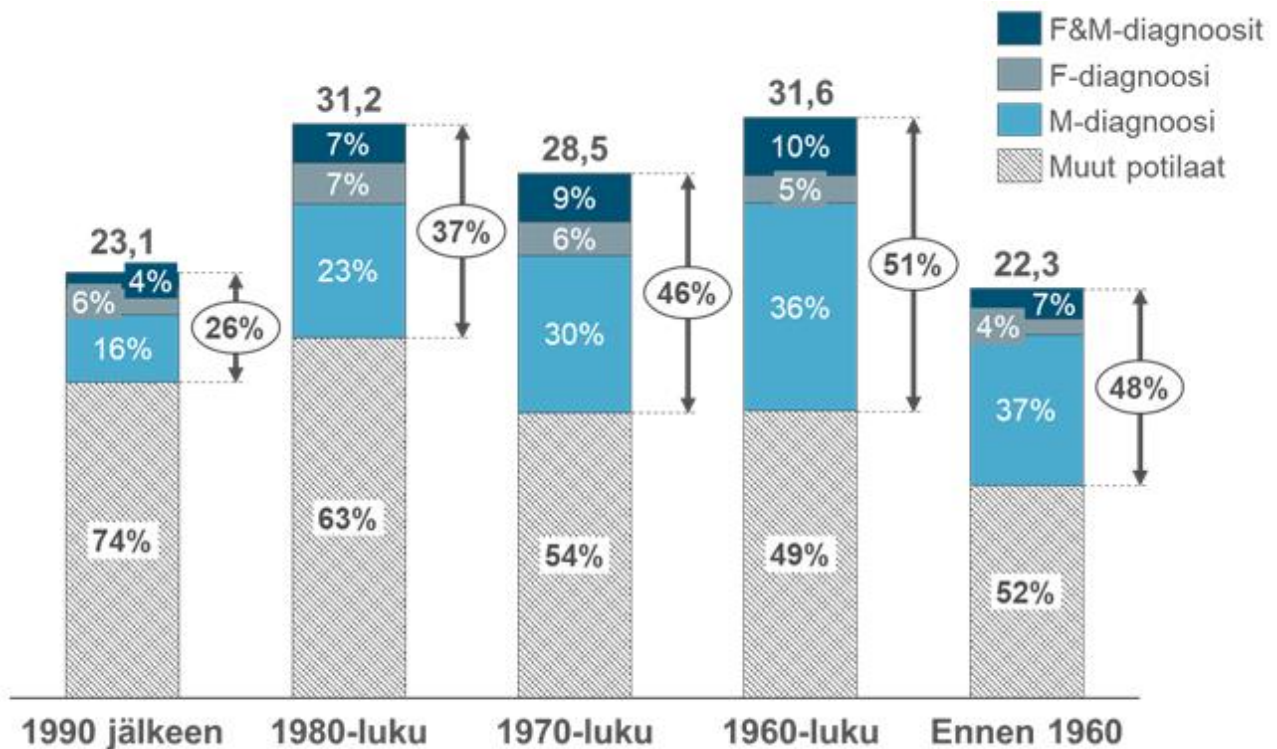
Työntekijänäkökulma: Ketkä käyttävät työterveyshuollon palveluita?

Työterveyshuollon käyttäjien tarkastelussa keskityttiin työkykyä keskeisesti uhkaaviin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin (ICD10: M00-99) ja mielenterveyden häiriöihin (ICD10: F00-99) ja niistä aiheutuviin sairauspoissaoloihin ja niiden hoidosta aiheutuviin kustannuksiin.

Palveluiden piirissä ajanjaksolla kävi noin 136 700 potilasta, jotka jaoteltiin neljään ryhmään ICD-10 diagnoosiluokkien perusteella: 'F&M-diagnoosit', 'F-diagnoosi', 'M-diagnoosi' ja 'Muut potilaat'. Ryhmä määrytyi sen perusteella, oliko potilaalle kirjattu ajanjaksolla 2015-18 vähintään yksi tuki- ja liikuntaelinsairauteen (ICD10: M00-99) tai mielenterveyden häiriöön (ICD10: F00-99) viittaava diagnoosi. Jos henkilöllä oli kirjattu molempien diagnoosiluokkien diagnoosit, hän kuului ryhmään F&M-diagnoosit ja jos ei kumpaakaan, hän kuului analyysissä ryhmään Muut potilaat. Viimeksi mainitulla ryhmällä on siis joko muita kuin F- tai M-diagnooseja tai ei diagnooseja ollenkaan.

Kuvassa 4 näiden potilasryhmien koko on esitetty syntymävuosikymmenen mukaan. Keskimäärin noin puolella aineiston potilaista oli vuosien 2015-2018 aikana kirjattu työterveyshuoltokäynnin yhteyteen F- tai M-diagnoosi, mutta osuus muuttuu tarkasteltavan syntymävuosikymmenen mukaan. 1990-luvulla syntyneillä henkilöillä noin 26 % on saanut ajanjaksona vähintään yhden F- tai M-alkuisen diagnoosikirjauksen. Kun siirrymme vanhempiin ikäryhmiin tämä osuus kasvaa selkeästi, mutta kasvu aiheutuu lähes täysin tuki- ja liikuntaelindiagnoosien kasvulla.

Esimerkin vuoksi vertaillaan 1980-luvulla syntyneitä ja 1960-luvulla syntyneitä, jotka ovat määrällisesti suurimmat ja suunnilleen samankokoiset syntymäkohortit aineistossa. F-diagnoosien kokonaisosuus (F&M-diagnoosit ja F-diagnoosi) kasvaa noin 14 % osuudesta 1980-luvulla syntyneillä noin 15 % osuuteen 1960-luvulla syntyneissä, kun taas M-diagnoosien kokonaisosuus (F&M-diagnoosit ja M-diagnoosi) kasvaa noin 30 % osuudesta 1980-luvulla syntyneillä noin 46 % osuuteen 1960-luvulla syntyneissä. Mielenterveysongelmiin viittaava F-diagnoosi ei ole aineistossa samalla tavoin yhteydessä henkilön ikään kuin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin viittaava M-diagnoosi.



Kuva 4. Potilasryhmien koko eri ikäluokissa.

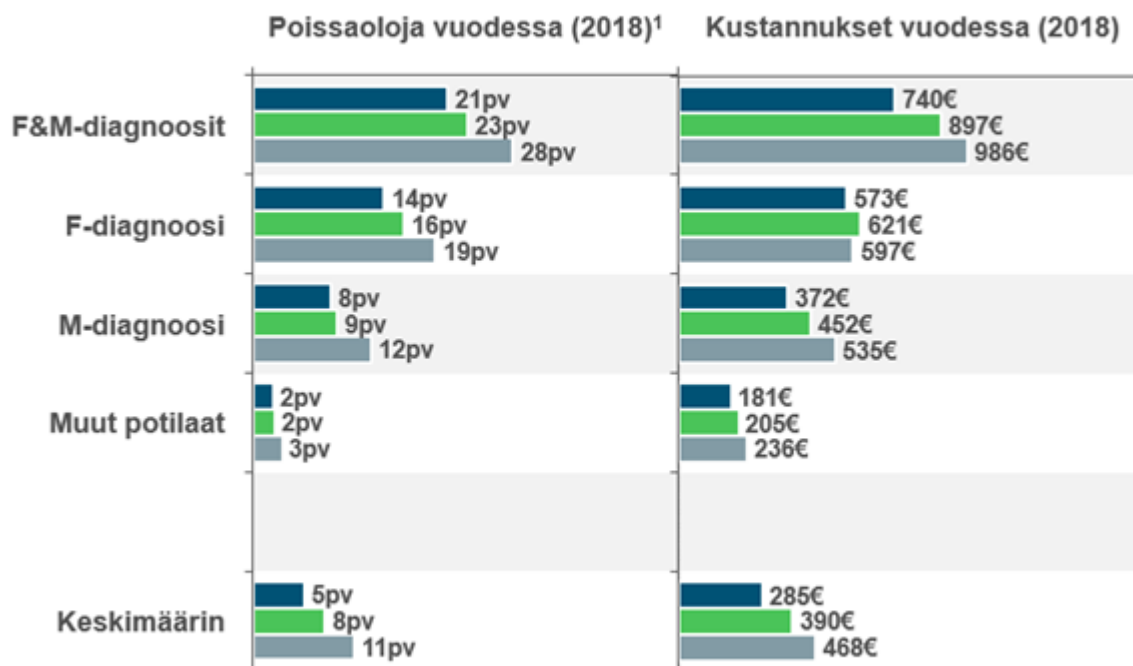
Kuvassa 5 on esitetty, millaiset ovat potilasryhmien sairauspoissaolot ja työterveyshuollon kustannukset. Olemme tarkastelleet eroja potilasryhmien välillä näissä muuttujissa vuonna 2018, kun ikä on kontrolloituna kolmeen ryhmään.

Sairauspoissaolojen ja kustannusten osalta voidaan tehdä samankaltaiset huomiot. Diagnoosiluokissa F&M-diagnoosit oli merkittävästi eniten palvelujen käyttöä ja sairauspoissaoloja vuonna 2018. Erot diagnoosiluokassa eri ikäryhmien välillä ovat marginaalisia. Tämä tulee esiin selkeästi kategoriassa Muut potilaat: yli 50-vuotiailla on keskimäärin 3 sairauspoissaolopäivää ja 286 € verran palvelujen käyttöä, kun taas nuorimmassa ikäryhmässä alle 35-vuotiailla on keskimäärin 2 poissaolopäivää ja 181 € edestä palvelujen käyttöä. Jos alle 35-vuotiaista samaan vertailuun otettaisiin mikään muu diagnoosiluokka, sairauspoissaolot ja palvelujen käyttö olisivat selkeästi korkeammalla tasolla kuin yli 50-vuotiaiden Muut potilaat -ryhmässä.

Poissaolot ja kustannukset diagnoosikategorian ja iän mukaan 2018

Päivää / € per vuosi

■ Alle 35v. ■ 35-50v. ■ Yli 50v.



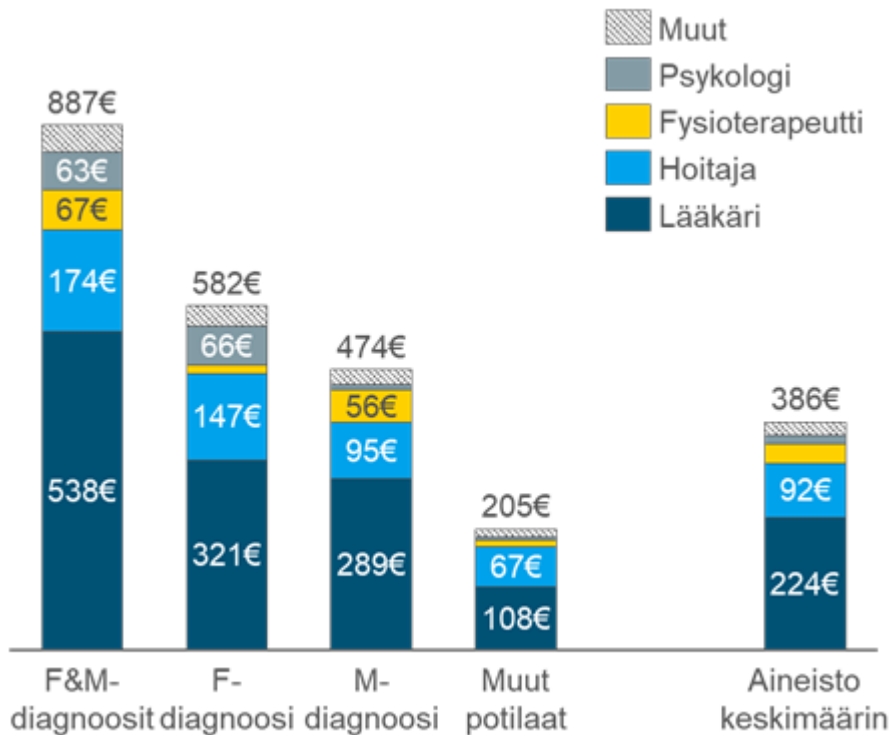
1. Poissaolopäivissä on huomioitu myös viikonloput ja muut pyhät
Lähteet: Potilastietojärjestelmä, NHG-analyysi

Kuva 5. Sairauspoissaolot ja työterveyshuollon kustannukset diagnoosiluokkien ja/tai niiden yhdistelmien ja iän mukaan vuonna 2018.

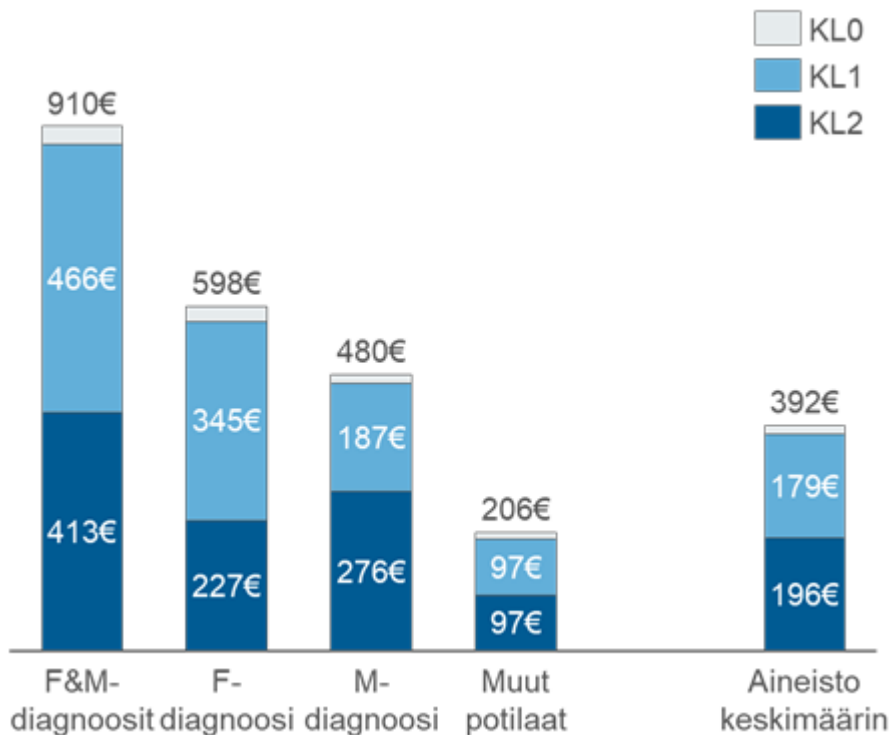
Koska tutkimuksen ryhmien välillä oli merkittäviä eroja palvelujen käytössä, tarkastelimme, minkä ammattiryhmän tuottamia palveluita eri kategorioissa käytetään eniten. Kuvassa 6 potilasryhmien palvelujen käyttö on jaettu palvelut tuottaneen ammattiryhmän mukaan ja kuvassa 7 korvausluokan mukaan.

Erot työterveyshuollon kustannuksissa selittyvät lähes täysin lääkäripalvelujen käytöllä. Potilasryhmä F&M-diagnoosit lääkäripalvelujen kustannukset ovat noin viisinkertaiset kuin potilasryhmän Muut potilaat kustannukset. Myös hoitajien tekemä työ lähes kolminkertaistuu samassa tarkastelussa. Nämä kaksi huomiota selittävät isossa kuvassa palvelujen käytön kasvun. Tarkastelussa kahden muun ammattiryhmän (psykologit ja fysioterapeutit) palvelujen käyttö oli aineistossa matalaa: psykologipalveluita oli lähtökohtaisesti henkilöillä, joilla oli F-diagnoosi ja tällöinkin noin 60 € edestä vuositasolla. Sama huomio pätee fysioterapeuttien työhön, jossa M-diagnoosin ajanjaksolla saaneet potilaat ovat käyttäneet noin 60 € edestä palveluita.

Korvausluokkien välisistä eroista (kuva 7) on haastavaa tehdä johtopäätöksiä. Jokaisella potilasryhmällä KL0-palveluiden määrä on olematonta ja KL1- sekä KL2-palvelut jakaantuvat suurin piirtein 50:50 suhteessa. Poikkeuksena potilasryhmä F-diagnoosi, jossa psykologipalvelujen käyttö painottaa jakaumaa KL1-suuntaan.



Kuva 6. Työterveyshuollon kustannukset diagnosiryhmittäin ja ammattiryhmittäin.



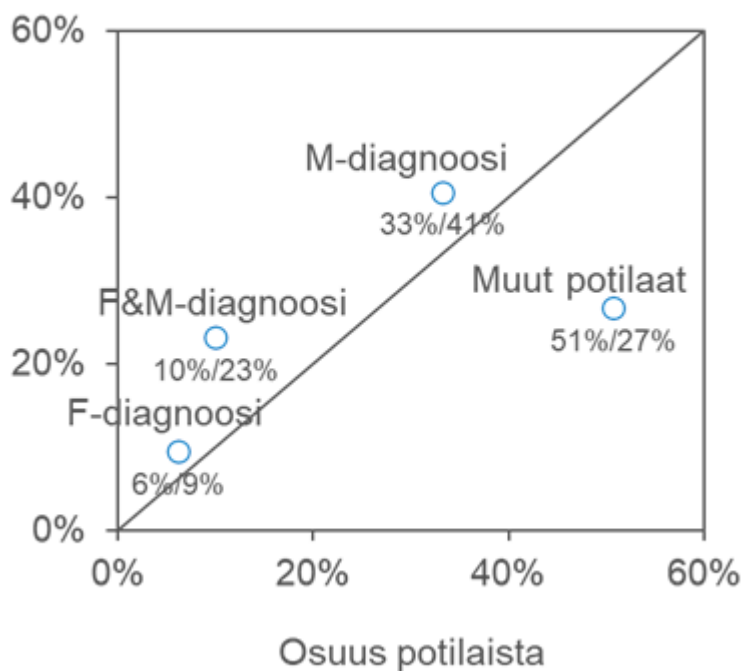
Kuva 7. Työterveyshuollon kustannukset diagnosiryhmittäin ja korvausluokittain.

Analyysin viimeisessä vaiheessa tarkastelimme palvelujen käytön, sairauspoissaolojen ja suhteellisia osuuksia potilasryhmittäin. Kuvissa 8 ja 9 pystyakselilla esitetään kyseisen potilasryhmän osuus kustannuksista ja sairauspoissaaloista ja vaaka-akselilla osuus kaikista potilaista. Keskellä kuvattuna

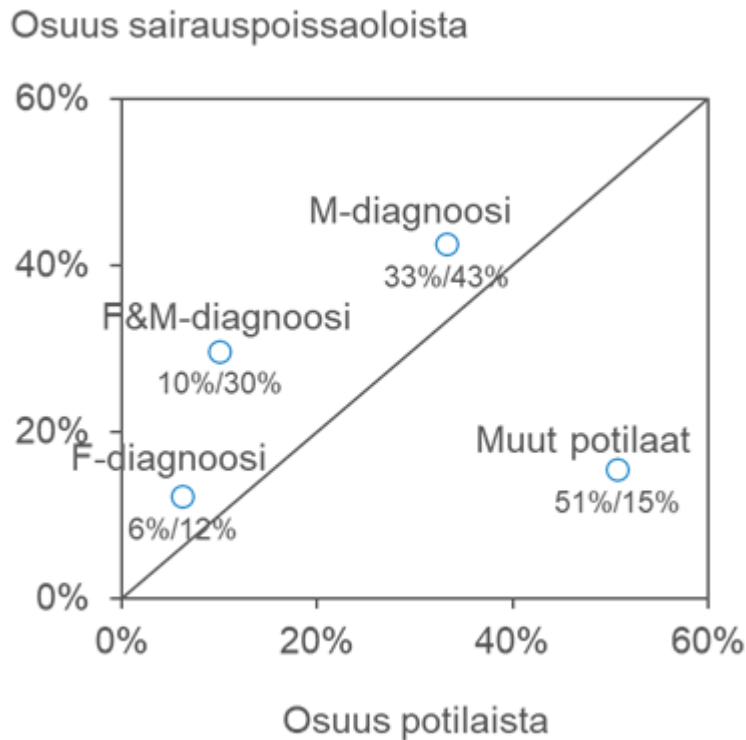
on 1:1 viiva, jonka päällä ollessa potilasryhmän osuus kustannuksista tai sairauspoissaoloista on yhtä suuri kuin potilasryhmän osuus kaikista potilaista.

Potilasryhmistä huomataan seuraavat havainnot: Muut Potilaat -ryhmässä osuus kustannuksista on noin puolet suhteessa ryhmän kokoon ja sairauspoissaolopäivissä vielä tätäkin pienempi. M-diagnoosi-potilasryhmässä kustannusten ja sairauspoissaolojen osuus on potilasryhmän kokoon nähden suurempi, mutta suhteellisesti pienempi kuin F-diagnoosi-potilasryhmässä. F-diagnoosi-potilasryhmän osuus potilaista on pieni, mutta sen suhteellinen osuus kustannuksista on 1,5 kertaa ryhmän kokoa suurempi ja suhteellinen osuus sairauspoissaaloista kaksinkertainen verrattuna potilaiden osuuteen. F&M-diagnoosi-potilasryhmä sisältää noin 10% kaikista potilaista ja heidän osuus kustannuksista on osuuteen nähden kaksinkertainen ja sairauspoissaolojen kohdalla kolminkertainen.

Osuus kokonaiskustannuksista



Kuva 8. Potilasryhmien merkitys potilasmäärän ja kustannusten osalta.



Kuva 9. Potilasryhmien merkitys potilasmäärän ja sairauspoissaolojen osalta.

Yhteenvetoa potilasaineiston tuloksista

- Kolmen työterveyspalveluntuottajan potilastietaineistossa (N=136 700) työterveyspalveluiden kokonaiskustannukset olivat vuonna 2018 noin 42,5 miljoonaa euroa. Tästä summasta 35,3 miljoonaa euroa kului työntekijöiden henkilökohtaiseen työterveyshuoltoon ja 7 miljoonaa euroa organisaatiotapahtumiin. Suurin yksittäinen kustannuserä olivat lääkäripalvelut, joihin käytettiin yhteensä 20,3 miljoonaa euroa
- Henkilötapahtumien kustannuksista 50 % käytettiin KL2-palveluihin, 46 % KL1-palveluihin ja 4 % KL0-palveluihin
- Potilasta kohden tuki- ja liikuntaelinten ja mielenterveyden sairaudet aiheuttavat suurimman osan kustannuksista: keskimääräiset vuosittaiset kustannukset potilaalla, jolla oli sekä TULES- että mielenterveysdiagnoosi, olivat 910 euroa. Näiden potilaiden osuus kaikista työterveyspalveluita käyttäneistä potilaista oli 8 %. Pelkän mielenterveysdiagnoosin saaneiden kustannukset olivat keskimäärin noin 600 euroa vuodessa ja TULES-diagnoosipotilaiden 480 euroa. Vastaavasti heidän lukumääräinen osuutensa kaikista potilaista oli 6 % ja 29 % prosenttia.
- Kallein 10 prosenttia käyttää 42 prosenttia kokonaiskustannuksista ja heistä yhdeksällä kymmenestä on joko mielenterveys- tai tules-ryhmän diagnoosi. Näiden sairauksien ehkäiseminen on merkittävä työterveyshuollon kustannuspaineita ja samalla myös sairauspoissaoloja vähentävä toimi.

Työnantajien näkemys työterveyshuoltojärjestelmästä

Työnantajien näkemyksiä työterveyshuoltojärjestelmästä selvitettiin kyselyn avulla. Kyselyn pääasiallisena tavoitteena oli selvittää, mitkä työterveyshuollon palvelut työnantajaorganisaatiot kokivat omasta näkökulmastaan tärkeimmiksi ja mistä nykyiseen työterveyshuoltosopimukseen kuuluvista palveluista he olisivat ensi sijassa valmiita luopumaan. Lisäksi työnantajilta kysyttiin, millaisia palveluita he toivoisivat nykyisen työterveyspalveluntuottajan valikoimiin sekä Kela-korvauksen piiriin.

Kysely lähetettiin toukokuussa 2020 Suomen 500 liikevaihdoltaan suurimmalle yritykselle, Suomen Yrittäjien vastaajaryhmälle, johon kuuluu noin 2 700 pientä tai keskisuurta työnantajaa sekä noin 230 julkishallinnolliselle työnantajalle (suurimmat kunnat, virastot, laitokset, yliopistot, ammattikorkeakoulut ym). Kysely pyrittiin kohdistamaan organisaatiossa sellaisille henkilöille, jotka vastasivat työterveyshuollon järjestämiseen liittyvistä asioista.

Vastauksia saatiin yhteensä 232, joista 55 suuryrityksistä, 142 Suomen Yrittäjien jäseniltä ja 35 julkisilta työnantajilta. Koko otoksen vastausprosentti oli noin 7 prosenttia.¹ Vastaajista 40% toimi yrityksen tai organisaation johtotehtävissä (mm. toimitusjohtaja, hallintojohtaja, talousjohtaja) 33% henkilöstöhallinnon tehtävissä (mm. HR-päällikkö), 21 % omistajan, ammatinharjoittajan tai yrittäjän roolissa ja 10 % jossain muussa kuin edeltä mainituissa roolissa (mm. controller, johdon assistentti).

Kyselyyn vastanneiden organisaatioiden taustat on esitelty taulukossa 2. Vastaajien yleisin toimiala oli teollisuus. Vajaat puolet organisaatioista työllisti alle 10 henkeä ja noin viidennes yli 500 henkeä.

Taulukko 2. Vastaajien taustat.

Organisaation taustatiedot	
Suuryritykset	55 (24%)
Yritykset	142 (61%)
Julkiset toimijat	35 (15%)
Top 5 toimialat	
Teollisuus	39 (17%)
Muut toimialat	38 (16%)
Rakentaminen	28 (12%)
Terveys- ja sosiaalipalvelut	26 (11%)
Tuokku- ja vähittäiskauppa	25 (11%)
Henkilöstömäärä	
Alle 10 henkeä	99 (43%)
10-499 henkeä	41 (35%)
500 tai enemmän henkeä	51 (22%)
Onko työntekijät vakuutettu vapaaehtoisella sairaskuluvakuutuksella (Kyllä)	
Suuryritykset	15 (27%)
Yritykset	41 (29%)
Julkiset toimijat	3 (9%)
Kuinka hyvin ostamanne TTH-palvelut vastaavat tarpeitanne (Erittäin hyvin tai hyvin)	
Suuryritykset	54 (98%)
Yritykset	124 (87%)
Julkiset toimijat	33 (95%)

¹ Organisaatiotyyppikohtaiset vastausprosentit: Suuryritykset 14%, yritykset 5% ja julkiset toimijat 15%. Vastaajilla oli mahdollisuus jättää osaan kysymyksistä vastaamatta.

Taustassa selvitettiin myös sitä, kuinka moni työnantaja oli vakuuttanut henkilöstönsä vapaaehtoisella sairaskuluvakuutuksella. Suuryrityksissä ja pk-yrityksissä sairausvakuutuksia oli noin 30 prosentilla vastaajista. Julkisista organisaatioista vain muutamalla oli vakuutus (taulukko x). Valtaosa vastaajista oli kaikissa organisaatioryhmissä sitä mieltä, että nykyiset työterveyspalvelut vastasivat heidän tarpeisiinsa hyvin tai erittäin hyvin.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan mitkä työterveyspalvelut he kokevat oman organisaationsa näkökulmasta kaikkein tärkeimmäksi. Suuryrityksissä ja julkisissa organisaatioissa työkyvyn johtaminen ja seuranta sai eniten ääniä (kuva 10). Muutenkin suuryritysten ja julkisten organisaatioiden näkemykset tärkeiksi kokemistaan työterveyspalveluista olivat hyvin samansuuntaisia: kolmen tärkeimmäksi koetun palvelun joukossa oli molemmissa ryhmissä työterveyshuollon tuottama neuvonta ja ohjaus sekä työterveyslääkärin vastaanotto.

Top 3 organisaation näkökulmasta tärkeimmäksi koetut TTH-palvelut			
	Suuryritys (N=55)	Yritys (N=139)	Julkinen organisaatio (N=34)
1)	Työkyvyn johtaminen, seuranta (38%)	Terveystarkastukset (30%)	Työkyvyn johtaminen, seuranta (29%)
2)	Neuvonta ja ohjaus (22%)	Työterveyslääkärin vastaanotto (29%)	Työterveyslääkärin vastaanotto (23%)
3)	Työterveyslääkärin vastaanotto (15%)	Työ- ja toimintakykyarviot (9%)	Neuvonta ja ohjaus (17%)

Kuva 10. Mikä on organisaatiosi näkökulmasta tärkein työterveyshuollon tällä hetkellä tuottama palvelu. Prosenttiosuus kuvaa vastaajien määrää, jotka vastanneet kyseisen vaihtoehdon oman organisaation näkökulmasta kaikkein tärkeimmäksi työterveyspalveluksi.

Pk-yritysten vastaukset erosivat suuryrityksistä ja julkisista organisaatioista jonkin verran (kuva 10). Tämän ryhmän vastauksissa painottuivat suoraan yksilöön kohdistuvat palvelut: tärkeimmiksi palveluiksi koettiin terveystarkastukset, työterveyslääkärin vastaanotot sekä työ- ja toimintakykyarviot. Työterveyslääkärin vastaanotto oli jokaisen organisaatioryhmän vastauksissa kolmen tärkeimmäksi koetun työterveyspalvelujen joukossa.

Tärkeimmäksi koetun työterveyspalvelun ohella työnantajilta kysyttiin, mistä nykyisestä työterveyspalveluista he ensimmäisenä olisivat valmiita luopumaan, jos saisivat tilalle jonkun uuden toivomansa (ja Kelan korvaaman) työterveyspalvelun (kuva 11). Suuryrityksistä joka neljäs luopuisi ensimmäisenä ryhmätoiminnasta, pk-yrityksistä joka kolmas ensimmäisenä työpaikkakäynneistä ja -selvityksistä ja julkisista organisaatioista joka neljäs mahdollisuudesta tavoittaa työterveyshuolto vuorokauden ympäri.

Top 3 TTH-palvelut joista ensimmäisenä valmis luopumaan			
	Suuryritys (N=52)	Yritys (N=130)	Julkinen organisaatio (N=32)
1)	Ryhmätoiminta (24%)	Työpaikkakäynnit ja – selvitykset (34%)	Työterveyshuollon tavoittaminen 24/7 (26%)
2)	Työpaikkakäynnit ja – selvitykset (18%)	Ryhmätoiminta (13%)	Ryhmätoiminta (20%)
3)	Työterveyshuollon tavoittaminen 24/7 (16%)	Työterveyshuollon tavoittaminen 24/7 (8%)	Etävastaanotto (9%)

Kuva 11. Mistä nykyisestä työterveyspalvelusta organisaatiosi olisi valmis luopumaan, jos se olisi edellytyksenä jonkun toivomasi työterveyspalvelun Kela-korvattavuudelle. Prosenttiosuus kuvaa vastaajien määrää, jotka vastanneet kyseisen vaihtoehdon oman organisaation näkökulmasta palveluksi, josta ensisijaisesti olisi valmis luopumaan.

Kaikissa työnantajaryhmien vastauksissa ryhmätoiminta sekä työterveyshuollon ympärivuorokautinen tavoittaminen olivat kolmen eniten vastauksia saaneen vaihtoehdon joukossa (kuva 11). Huomionarvoista on myös se, että moni suuryritys ja erityisen moni yritys koki (lakisääteiset) työpaikkakäynnit ja -selvitykset luopumisen arvoisina.

Työnantajilta kysyttiin avovastauksin mitä ennaltaehkäiseviä ja sairaanhoidollisia työterveyspalveluita he toivoisivat olevan työterveyshuollon palveluntuottajan valikoimassa ja Kela-korvauksen piirissä (kuva 12). Vastauksia saatiin yhteensä 139 organisaatiolta, (39 suuryritystä, 77 yritystä, 23 julkista toimijaa). Saadut vastaukset kuvastavat pitkälti työnantajien toiveita siitä, mitä palveluita omaan työterveyshuollon palvelusopimukseen haluttaisiin sisällytettävän, koska moni toivottu palvelu kuuluu jo Kelan korvaaman työterveyshuollon piiriin.

1 Mielenterveyspalvelut	2 Tules-valvojen ennaltaehkäisy	3 Työkyvyn ohjaus ja johtaminen	4 Elämänhallinnan välineet	5 Lääkäripalvelut
Eniten mainintoja saaneet palvelut: • Lyhyt terapiapalvelut • Työterveys-psykologin palvelut 35% vastaajista mainitsi jonkun tähän kategoriaan kuuluvan palvelun	Eniten mainintoja saaneet palvelut: • Fysioterapia • Hieronta • Työergonomiaan liittyvä ohjaus ja opastus • 29% vastaajista mainitsi jonkun tähän kategoriaan kuuluvan palvelun	Eniten mainintoja saaneet palvelut: • Esihenkilöiden valmennus ja tukeminen • Työnohjaukseen ja organisointiin liittyvä tuki • 19% vastaajista mainitsi jonkun tähän kategoriaan kuuluvan palvelun	Eniten mainintoja saaneet palvelut: • Stressin hallintaan liittyvä ohjaus/apu • Ravintoneuvonta • 19% vastaajista mainitsi jonkun tähän kategoriaan kuuluvan palvelun	Eniten mainintoja saaneet palvelut: • Erikoislääkäri ◦ Päiväkirurgia ◦ Silmälääkäri • Hammaslääkäri • 24% vastaajista mainitsi jonkun tähän kategoriaan kuuluvan palvelun

Kuva 12. Millaisia työterveyshuoltopalveluita toivoisit olevan oman työterveysopimuksesi sekä Kela-korvauksen piirissä. Prosenttiosuus kertoo kuinka moni kysymykseen vastanneista 139 työnantajasta mainitsi jonkun kategorian alle kuuluvan palvelun.

Työnantajat toivoivat eniten mielenterveyspalveluita, kuten lyhytterapiaa ja työterveyspsykologin palveluita. Kaikista kyselyyn vastanneista joka kolmannes (35 %) mainitsi toiveissaan mielenterveyspalvelut. Myös tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisyyn tarkoitetut toimet olivat monen organisaation toivelistalla (29 % vastaajista mainitsi jonkun tällaisen palvelun). Eniten mainintoja tähän kategoriaan kuuluvista palveluista saivat fysioterapia, hieronta ja työergonomiaan liittyvä ohjaus ja opastus.

Yhteenvetoa kyselyaineiston tuloksista

- **Työterveyshuolto pystyy suurelta osin vastaamaan työnantajien työterveystarpeisiin:** valtaosa kyselyyn vastanneista työnantajista koki, että heidän ostamansa työterveyspalvelut vastasivat oman organisaation tarpeisiin hyvin - kaikissa organisaatioryhmissä yli 90 % vastaajista oli sitä mieltä, että palvelut vastasivat työterveystarpeisiin hyvin tai erittäin hyvin (suuryritykset, PK-yritykset ja julkiset toimijat).
- **Työnantajat pitävät erityisesti työterveyslääkärin vastaanottoa tärkeänä työterveyspalveluna:** kaikissa organisaatioryhmissä kolmen tärkeimmäksi nostetun työterveyspalvelun joukossa oli työterveyslääkärin vastaanotto. Eniten vastauksia tärkeimmästä työterveyspalvelusta sai suuryrityksissä sekä julkisissa toimijoissa työkyvyn johtamisen ja seurannan palvelut ja PK-yrityksissä terveystarkastukset.
- **Moni vastaaja olisi valmis korvaamaan ryhmätoiminnan, jollain muulla korvaukseen oikeuttavalla ennalta ehkäisevällä toiminnalla:** avovastausten perusteella ryhmätoimintaan on vaikea löytää aikaa ja osallistujia. Huomionarvoista on myös se, että moni kyselyyn vastannut suuryritys ja PK-yritys olisi valmis luopumaan nykymuotoisista työpaikkaselvityksistä ja -käynneistä jonkin itseä enemmän tyydyttävän ennalta ehkäisevän työterveyspalvelun vuoksi.
- **Työnantajien parissa kysyntää erityisesti ennaltaehkäiseville ja työkykyä ylläpitäville palveluille.** Sairauksien ehkäiseminen ja varhainen tunnistaminen sekä näyttöön perustuva hoito erityisesti mielenterveys- ja tuki- ja liikuntaelinsairauksissa (tule) koettiin järjestelmän kehittämisessä tärkeiksi. Käytännön toimiksi työnantajat ehdottavat mm. KL1-palveluiden piiriin psykologin suoravastaanottoa, lyhytterapiaa sekä chat-palveluita. Lisäksi toivottiin ennaltaehkäiseviä tule-palveluita esim. keuhonhuoltoa. Henkilömäärältään isoissa organisaatioissa toiveena oli myös, että KL1 laajenisi kattamaan työkyvyn ylläpitoon ja johtamiseen liittyvää neuvontaa (kuten esimiesten valmennus ja tuki).

Vaikuttavat ennaltaehkäisykeinot - kirjallisuuskatsaus

Terveyspalveluissa toimien ja hoitojen tulisi perustua tutkimusnäyttöön. Mikä sitten on tutkimusnäytön perusteella vaikuttavaa työkyvyn tukea ja työkykyongelmien ehkäisyä? Työterveyshuollossa ennaltaehkäisevien toimien vaikutusta on tutkittu rajallisesti. Ennaltaehkäisyn keinojen kansainvälistä tutkimusnäyttöä arvioitiin tekemällä kirjallisuuskatsaus yksilöön kohdistuvista työpaikalla toteutettavista interventioista. Kirjallisuuskatsauksen pohjana mielenterveyden, TULE-ongelmien sekä näiden ennaltaehkäisyn kustannusvaikuttavuuden osalta toimi tuore työpaikkainterventioiden systemaattisten katsauksien systemaattinen katsaus (1). Katsauksen artikkelit ja niihin viittaneet artikkelit käytiin läpi ja löydöksiä täydennettiin tuoreella pohjoismaisella tutkimuksella.

Tutkimusnäytön osalta toistuva haaste työpaikalla toteutetun ennaltaehkäisyn kirjallisuudessa on laadukkaasti ja standardoidusti toteutetun tutkimuksen puute. Merkittävin osa käsitteli sekundaaripreventiota. Tämä oli tyypillisin este varauksettoman suosituksen antamiselle kirjallisuudessa tarkastelluille interventioille. Kustannusvaikuttavuudessa oli myös keskenään vertailukelpoisten interventioiden tapauksessa suurta variaatiota, jonka syiksi kirjallisuudessa esitettiin implementaation laadun vaihtelua. Nämä ongelmat kertautuvat kustannusvaikuttavuutta arvioitaessa johtuen vuoroin merkittävän positiiviseen (37,38) tai määrittämättömäksi jäävään ja jopa negatiiviseen (1) kustannusvaikuttavuuteen. Kuvaamme lyhyesti havainnot merkittävimmistä sairausryhmistä sekä uudentyyppisten interventioiden tutkimustuloksia.

Mielenterveysongelmien osalta keskeisimmät tutkimuskirjallisuudessa tutkitut interventiotyypit ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia (Cognitive behavioral therapy, CBT), mindfulness ja erilaiset työnkuvaan ja työn rasittavuuteen vaikuttavat interventiot. Tarkasteltuina päätetapahtumina olivat tyypillisimmin koettu stressi, masennus ja ahdistuneisuus.

Eniten näyttöä löydettiin CBT-pohjaisista interventioista huolimatta niiden vaihtelevasta toteutuksesta (1-9, 12-15 35-36). Tutkimusnäytön perusteella CBT-pohjaisen interventiot ovat tehokkaimmillaan, kun ne ovat mukautettu sopimaan kohderyhmän tarpeisiin ja interventioon liittyy komponentteja (hieronta, rentoutusharjoitukset yms.) myös perinteisen sisällön ulkopuolelta.

Mindfulnessin käyttöä stressin lievittäjänä ja burnoutin ja ahdistuneisuuden ehkäisyssä on kattavasti tutkittu (14-31) ja sen on todettu toimivan stressin lievittäjänä myös etä- sekä web-pohjaisena jopa CBT-interventioita tehokkaammin. Erityisesti terveydenhuollon työntekijöihin kohdistettuna näyttöä toimivuudesta on runsaasti (14, 16-19, 22-25, 29-31). Kaikissa tutkimuksissa tilastollisesti merkitsevään vaikutukseen ei kuitenkaan päästy ja useammassa tutkimuksessa suosituksesta pidättäydyttiin ennen kattavaa standardoitua tutkimusta (26-28).

TULE-ongelmien ennaltaehkäisyssä tutkimuskirjallisuudessa on arvioitu erityisesti tiedon ja koulutuksen antamista, organisaatiotason toiminnan muutoksia, ergonomian kehittämistä työssä ja työpisteillä sekä ohjattua liikuntaa. Tutkimuksien päätetapahtumina ovat useimmiten koettu TULE-kipu, koettu jaksaminen, tuottavuus tai sairauspoissaolot. Huomattavaa on, että näin rajattu tarkastelu jättää huomiotta liikunnan muita potentiaalisia hyötyjä mielenterveyden ja elintapasairauksien ehkäisijänä sekä elämänlaadun parantajana. Esimerkiksi vähäistä liikkumista ehkäisevät interventiot (säädetävät työtasot, käytänteet) ovat tutkitusti tehokas tapa alentaa kardiometabolisia riskimarkkereita (43), mutta vaikuttavuusnäyttö TULES-ongelmien ehkäisyn suhteen on vaihtelevaa.

Tutkimuskirjallisuuden perusteella vahvin vaikuttavuusnäyttö on havaittu työpaikkaliikunnalla ja säädetävillä työtasoilla. Intervention monitekiäisyys ja monitasoisuus organisaatiossa on usein

nostettu tärkeäksi asiaksi. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi koulutuksen yhdistämistä työpaikan käytänteiden muutokseen ja nostoa helpottavien apulaitteiden saatavuuden parantamiseen samanaikaisesti. (TULE-ongelmista työpaikkainterventioilla kyetään nopeuttamaan todistetusti työhönpaluuta. (39))

Digitaaliset ja web-pohjaiset ratkaisut ovat tutkimusnäytön perusteella potentiaalisia mm. mielenterveyden ja elämäntapamuutoksen tukena. Web-pohjaisten interventioiden potentiaali on skaalautuvuuden vuoksi merkittävä ja uutta tutkimusta aiheesta tehdään jatkuvasti (34).

Keskeiset ristiriidat palvelutarpeen ja palvelukäytön välillä

Toteuttamamme kyselyn perusteella työnantajat olivat pääosin tyytyväisiä työterveyshuoltoon. Samalla moni työnantaja kuitenkin toivoo, että Kelan korvaamien työterveyspalveluiden sisältöä laajennettaisiin erityisesti ennaltaehkäisyyn ja varhaisen tuen osalta. Mainintoja saivat erityisesti monet työyhteisöille osoitetut työkyvyn tukemisen toimenpiteet (kuten esimiesten koulutus ja työn kuormittavuuteen ja muutokseen liittyvä ohjaus ja neuvonta) sekä mielenterveysongelmien varhainen tuki, kuten lyhytterapia ja digitaaliset mielenterveys-chat-palvelut.

Tunnistimme aineistojen pohjalta neljä ristiriitaa työnantajien palvelutarpeiden ja toteutuneen työterveyspalveluiden käytön sekä nykyisen työterveyshuollon korvausjärjestelmän välillä.

1) Työterveydellisten mielenterveyspalveluiden saatavuus ja korvaavuus eivät vastaa riittävän hyvin palveluihin kohdistuvaan kysyntään

Mielenterveyden häiriöihin liittyvät sairauspoissaolot ja niiden perusteella maksetut sairauspäivärahat ovat kovassa kasvussa: vuosien 2016-2019 aikana mielenterveyden häiriön perusteella sairauspäivärahaa² saaneiden lukumäärä kasvoi yli 40 prosenttia. Vuonna 2018 mielenterveyden häiriöiden perusteella maksettujen päivärahopäivien määrä myös ohitti tuki- ja liikuntaelinsairauksista maksettujen päivärahopäivien määrän (Blomgren 2019). Keräämämme potilastilastoaineiston mukaan mielenterveyden häiriöihin liittyvän F-diagnoosin saaneilla henkilöillä työterveyspalveluiden käytön kustannukset olivat myös huomattavasti muita diagnoosiryhmiä korkeammat. Aineistossamme pelkän F-diagnoosin saaneiden keskimääräiset vuosittaiset työterveyspalveluiden kustannukset (598€) olivat noin 20 prosenttia korkeammat kuin pelkän tuki- ja liikuntaelindiagnoosin saaneiden (480€). Henkilön, jolla oli sekä F-diagnoosi että TULE-sairauteen liittyvä M-diagnoosi keskimääräiset kustannukset (910€) olivat noin 50 prosenttia korkeammat kuin pelkän M-diagnoosin saaneilla.

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella ei pystytä yksiselitteisesti sanomaan, onko mielenterveysongelmien kasvun taustalla mielenterveyshäiriöiden todellinen lisääntyminen työikäisessä väestössä vai onko kyse ennemmin mielenterveyshäiriöiden aiempaan paremmasta tunnistamisesta ja nopeammasta hoitoon hakeutumisesta (Blomgren 2019). Se kuitenkin on osoitettu, että mielenterveyden häiriöiden riskiryhmänä ovat erityisesti nuoret ja naiset (Blomgren & Tuulio-Henriksson 2018; Blomgren 2019).

Näistä lähtökohdista on helppo ymmärtää kyselyn esiin tuomia työnantajien toiveita nykyistä laajemmasta mielenterveyspalveluiden korvattavuudesta, mielenterveyspalveluiden käytön helpottamisesta (mm. työterveyspsykologin suoravastaanoton mahdollistaminen) sekä laajemmasta mielenterveyspalveluiden valikoimasta. Nopeiden ja matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden saatavuuden esteenä on muun muassa se, että monet kaivatut palvelut, kuten lyhytterapia tai mielenterveys-chat-palvelut, eivät kuulu työterveyshuollon korvattavuuden piiriin. Lyhytterapian ja sekä matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden vaikuttavuudesta on kuitenkin viime vuosilta jo näyttöä. Muun muassa SOK ja Lidl tarjoavat työntekijöilleen lähetteellisiä psykoterapiajaksoja tai mielenterveyden chat-palveluita ja oman kertomansa mukaan niiden vaikutukset esimerkiksi sairauspoissaolojen vähentymiseen ovat olleet huomattavia (Yle 2020). Psykoterapian vaikutuksista

² Sairauspäivärahaa voidaan maksaa yli yhdeksän arkipäivän pituisissa sairauspoissaoloissa. Prosenttiosuus kuvaa uusien sairauspäivärahauskautien muutosta. Absoluuttinen muutos vuosina 2016-19: 56 885 ->87 477.

erityisesti työkyvyttömiä nuorten kuntoutuksessa on myös pitkittäisaineistolla tehtyä tutkimusta, joka tukee sen käyttöä osana työterveyshuoltoa (Mattila-Holappa 2018).

Osaltaan matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden saatavuutta ja käyttöä saattaa rajoittaa se, että pääsy psykologille kulkee työterveyslääkärin kautta, toisin kuin esimerkiksi työfysioterapeutin palveluissa, joiden osalta työfysioterapeutin suoravastaanotot tulivat Kela-korvauksen piiriin vuoden 2020 alusta. Lääkärin portinvartijaroolista on viitteitä potilasaineistossamme siinä, että pelkän F-diagnoosin saaneiden keskimääräisistä kustannuksista yli puolet tulee lääkärinpalveluista ja vain kymmenen prosenttia psykologin palveluista. Lainsäädännössä lääkärit ja terveydenhoitajat määrittävät työterveyshuollon ammattihenkilöiksi, kun psykologit ovat asiantuntijoita, joiden käyttö perustuu pääasiassa ammattihenkilöiden tekemään tarveharkintaan. Toisaalta työterveyslääkärit ovat koulutettuja kohtaamaan myös mielenterveysongelmia eikä ole syytä olettaa, etteivätkö niistä kärsivät työntekijät saisi oikeanlaista hoitoa. Keskeinen ristiriita onkin ennen kaikkea siinä, että korvausluokkauudistus siirtää työterveyshuollon painopistettä entistä enemmän ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin, mutta kevyet ensilinjan mielenterveyspalvelut, kuten chat-palvelut ja lyhytterapia, eivät edelleenkään ole korvattavia.

Mielenterveyspalveluiden kysynnän ja tarjonnan kohtaamista voidaan parantaa laajentamalla Kelan korvausluokka 1:n palveluita kattamaan lyhytterapia sekä tiettyjä muita matalan kynnyksen mielenterveyspalveluita, myös digitaalisina. Työnantajien sekä työterveyshuoltojen on myös oma-aloitteisesti mahdollista innovoida ja toimia edelläkävijöinä kevyiden mielenterveyspalveluiden kehittämisessä, kuten SOK:n Lidl:n esimerkit osoittavat.

Mielenterveyden edistäminen on monimutkainen kokonaisuus, jossa työn sisällöt, osaaminen, työyhteisö sekä yksilön voimavarat ovat tekijöitä, joihin tulisi voida vaikuttaa. Siksi niiden ehkäiseminen on laaja-alaista ja sisältää organisaatioon kohdistuvia toimia, kuten esimiesten tuki, hyvät päihdekäytännöt ja toisaalta kuormitusten purkamista muutostilanteissa tai muissa.

2) KL1-toiminnan sisältö ei täysin vastaa työnantajien kokemia tarpeita

Toinen tunnistamamme ristiriita on, että työnantajien ja lainsäädännön käsitys vaikuttavasta ennalta ehkäisevästä KL1-toiminnasta ei kaikilta osin kohtaa. Työnantajille kohdistetun kyselyn perusteella KL1-luokasta puuttuu työnantajien toivomia palveluita ja toisaalta osaa lakisääteisistä KL1-luokan palveluista ei pidetä kovin hyödyllisinä.

Kyselyvastauksissa monet työnantajat toivoivat oman työterveyspalvelutuottajan valikoimiin ja Kela-korvauksen piiriin työkyvyn ohjaukseen ja johtamiseen vaikuttavia palveluita (mm. esihenkilöiden valmennus ja tukeminen, työnohjaukseen ja organisointiin liittyvä tuki). Tällä hetkellä tämän tyyppiset palvelut eivät ole Kelan korvaamaa ennaltaehkäisevää työterveyttä – niiden ei katsota olevan työterveyslain mukaista työterveyshuoltoa. Lakia tulkitsemalla korvatuksi katsotun ennaltaehkäisevän toiminnassa tulee täyttyä työn ja terveyden välinen yhteys. Tulkinta tästä tapahtuu työterveyshuollon ammattihenkilöiden (työterveyslääkäri ja työterveyshoitaja) toimesta, jotka toimivat portinvartijoina korvaukseen oikeuttavan ennalta ehkäisevän työnohjauksen ja työkykyjohtamisen määrittelyssä. Tällä hetkellä työnohjauspalvelut, hyvinvointivalmennus ja muu muutos- tai esimiesvalmennus nähdään ensi sijassa työn kehittämisenä ja organisoitina. Jos tarkastellaan työkykyä laajana kokonaisuutena (esim. Työkykytalo-malli), niin työn ja terveyden

välinen yhteys ennaltaehkäisyssä on erilainen kuin sairauden ja työn väline yhteys. Ennaltaehkäisyssä pyritään vaikuttamaan olosuhhteisiin, ympäristöön ja toimintamalleihin yksilö, ryhmän tai organisaation tasoilla. Sairauksien hoidon ja ennaltaehkäisyn korvausten ohjauksessa lähtökohtien erilaisuus tulisi huomioida. Toimien vaikutusten seuranta ja vaikuttavuuden arviointi olisi samalla toteutettava, jotta toiminta on taloudellisesti kannattavaa.

Sen lisäksi, että työnantajien mielestä KL1-luokasta puuttuu vaikuttavia työkykyä tukevia toimenpiteitä, kyselytulosten perusteella osa nykyisistä KL1-palveluista vastaa huonosti työnantajien tarpeisiin. Erityisesti ryhmätoiminta oli yleisimpien vastausten joukossa, kun kysyttiin, mistä nykyisistä työterveyspalveluista työnantaja olisi valmis luopumaan, jos saisi jotain toivomaansa tilalle. Avovastauksissa perusteluina nousi esiin se, että ryhmätoimintaan on vaikea saada riittävästi osallistujia eivätkä tarjotut ryhmätoiminnot kohdistu keskeisiin työnantajan tunnistamiin tarpeisiin. Nykyisellään ryhmätoiminnan korvattavuus edellyttää, että työterveyshuollon ammattihenkilöt ovat esimerkiksi työpaikkaselvityksessä todenneet sen tarpeelliseksi ja että toimintaan osallistuvat työntekijät valitaan työn kuormituksen, terveydentilan ja työkyvyn mukaan. Teknologia tarjoaa ryhmätoimintaan uudenlaisia toimintamalleja ja niitä tulisi kokeilla ja ottaa käyttöön työterveys

Työterveyslaista annettu valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattilaisten ja asiantuntijoiden koulutuksesta (708/2013) määrittää, että työterveyshuollon ammattilaisten ja asiantuntijoiden antama neuvonta ja ohjaus on muun muassa i) työn, työympäristön ja työyhteisön kehittämistä, työntekijän terveyden ja työkyvyn ylläpitämistä ja edistämistä sekä työkyvyttömyyden ehkäisemisestä työuran eri vaiheissa ja ii) neuvontaa ja ohjausta terveyttä ja työkykyä ylläpitävien ja edistävien voimavarojen merkityksestä. Tämän perusteella esimerkiksi esimiesten työkykyvalmennuksen (mm. kohtaamaan ja auttamaan eteenpäin alaisia, jotka ovat mielenterveyspalveluiden tarpeessa) voisi katsoa olevan mitä suurimmassa määrin ennaltaehkäisevää toimintaa. Myös työn ja terveyden välistä yhteyttä ei myöskään tarvitsisi etsiä, jos tarpeen taustalla olisi esimerkiksi sairauspoissaolojen kasvu tai muu työn kuormittavuuteen ja työhyvinvointiin liittyvän mittarin negatiivinen muutos organisaatiossa.

Toinen nykyinen KL1-palvelu, joka ei kyselyvastausten perusteella vastaa tarpeeksi hyvin työnantajien toiveisiin ovat työpaikkaselvitykset- ja käynnit. Kyselyn avovastauksissa erityisesti pk-yritykset kritisoivat työpaikkaselvityksiä ja -käynnejä siitä, että niiden hyötyjä organisaatiolle oli vaikea hahmottaa – ne koettiin monesti jäykiksi ja eikä niissä huomioitu tarpeeksi hyvin eri organisaatioiden erityispiirteitä. Toisin kuin ryhmätoiminta, työpaikkaselvitys on osa lakisääteistä työterveyshuoltoa ja sen avulla työterveyshuolto ja työnantaja arvioivat työn, työyhteisön ja työympäristön vaikutukset terveyteen ja työkykyyn – arvioitu työterveyshuollon tarve perustuu siis käytännössä työpaikkaselvityksen päätelmiin. Kritiikki työpaikkaselvityksiä kohtaan on huolestuttavaa, koska se tarkoittaa, että työnantajat eivät ole ymmärtäneet työpaikkaselvityksen hyötyä tai se on toteutettu niin, että sitä ei ole koettu hyödylliseksi tai arvoa tuottavaksi.

Ratkaisuna KL1-toimintaa koskevaan ristiriitaan voisi olla ehkäisevän työterveyshuollon palveluvalikoiman uudelleen arvioiminen ja laajentaminen sekä laatuksien määrittäminen. Työterveyshuollon palvelujen vaikutusten ja vaikuttavuuden seuranta tulisi suunnitella kattavasti. Apuna tässä voitaisiin käyttää esimerkiksi valittuja työntekijöiden terveyttä ja kuormittavuutta kuvaavia mittareita ja muutoksia niissä: työkykyjohtamisen tai muun vastaavan koulutuspalvelun yhteys työterveyteen täytyy, jos se nähdään yhdeksi keinoksi vaikuttaa työntekijöiden työhyvinvointiin. Lisäksi työpaikkaselvitysten sisältöjen ja toteutustapojen päivittäminen vastaamaan

nykyisen työelämän vaatimuksia ja työnantajien tarpeita voisi tukea ennaltaehkäisevää toimintaa nykyistä paremmin. Nykyisin teknologioiden avulla nämä ovat toteutettavissa jatkuvaluonteisesti ja kohtuullisin kustannuksin.

3) Työterveysjärjestelmän tavoitteena on tukea työkykyä ja ennalta ehkäistä työperäisiä sairauksia – silti työterveyspalvelut hahmotetaan ensisijaisesti sairaanhoidollisten yksilöpalveluiden kautta

Kolmas aineistosta tunnistamamme ristiriita on, että työterveyshuolto konkretisoituu työnantajille ja työntekijöille pääosin lääkärivetoisena sairauksien hoitona vaikka työterveysjärjestelmän ensisijainen tehtävä on ennaltaehkäistä työperäisiä sairauksia sekä tukea ja ylläpitää työntekijöiden työkykyä. Yksi mahdollinen syy tähän on, että sairaanhoidollisten KL2-palvelujen vaikuttavuus on usein sekä työnantajalle että työntekijälle konkreettisemmin hahmotettavissa kuin ehkäisevien palvelujen. Ehkäisevän toiminnan tavoitteena on estää työperäisten vaivojen syntyminen, kun sairaanhoidolliset palvelut keskittyvät pääasiassa jo esiin tulleiden vaivojen hoitoon ja parantamiseen. Kyselyn tulokset vahvistavat tätä tulkintaa: työterveyslääkäripalvelut olivat kolmen tärkeimmäksi koetun työterveyspalvelun joukossa kaikenkokoisten organisaatioiden vastauksissa.

Työterveyshuolto on käytännön tasolla myös suurelta osin sairaanhoidollisten palveluiden tuottamista. Potilastietoa-aineistossa kaikesta työterveyshuoltojen toteutuneesta palvelutuotannosta KL2:n alaiset lääkärikäynnit muodostivat lähes kolmanneksen sekä käyntimäärissä että kustannuksissa. Kun käyntimäärien tarkasteluun lisätään sairaanhoitajan tuottamat KL2-palvelut, kattoi sairaanhoidollisten työterveyspalveluiden osuus noin puolet kaikesta aineiston kolmen työterveyshuollon palveluntuottajan toiminnasta.

Yksi merkittävä syy siihen, että työnantajat ostavat ja työntekijät käyttävät työterveyshuollon tarjoamia sairaanhoitopalveluita on siinä, että hoitoon pääsy on tätä kautta usein huomattavasti nopeampaan kuin vastaavaan palveluun pääseminen julkisen perusterveydenhuollon puolella. Työnantajilla ja työntekijöillä on näin ollen myös selkeä kannustin käyttää sairaanhoidollisia palveluja työterveyshuollon kautta. Työterveyshuolto nähdään työsuhde-etuna ja vetovoimatekijänä, jollainen se tulisi ollakin, mutta kansallisista terveydenhuollon kehittämisen haasteista johtuen se on muotoutunut nykyiseen muotoonsa. Kansainvälisesti suomalainen työterveyshuolto poikkeaa palveluiltaan muista maista johtuen juuri tästä laajemmasta kehityksestä.

Työterveyshuolto ja erityisesti sen tuottamat sairaanhoitopalvelut liittyvät kiinteästi myös pitkään valmisteilla olleeseen sote-uudistukseen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen on vienyt Suomessa kohtuuttoman kauan ja heikentänyt vuosien myötä perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta. Työkyvyssä sairauksien oikea-aikainen diagnosointi ja hyvä hoito on tärkeää. Työterveyshuolto onkin ottanut yhä enemmän perusterveydenhuollon tehtäviä osaksi työterveyspalveluja. Niiden korvaaminen on toki mielekäästä, mutta pohdittavaksi tulee, millainen niiden osuus on työterveyshuollon toiminnasta. Työterveyshuollon kustannusten nousua pyritään hillitsemään ja ennaltaehkäisy on kustannusvaikuttavinta pitkällä aikajänteellä tarkasteltuna.

Ennaltaehkäisevien palveluiden merkitystä voidaan parantaa tuomalla niiden vaikuttavuutta paremmin esiin tutkimuksen ja vaikuttavuusarvioinnin kautta. Korvausjärjestelmän kehittämisessä ja vaikuttavuuden arvioinnissa **tulisi huomioida ennaltaehkäisyn erilaiset tasot**. Toimien tavoite ja kohteet ovat hyvin erilaiset työkyvyttömyyden ensisijaisessa ennaltaehkäisyssä (primaariprevention),

jossa toimet ulottuvat laajalle joukolla työntekijöitä ja joiden tavoite työkyvyn ylläpito tai sairauden tai ongelman ehkäisy kokonaan käyttäytymistä, toimintamalleja ja ympäristöä muokaten. Tämä on yleensä työnantajien ja työterveysammattilaisten yhteistyötä Työkyky-talon kaikilla tasoilla. Toissijainen 1. sekundaarinen ehkäisy on tällä hetkellä itseasiassa pääroolissa työterveyshuollon korvausjärjestelmässä. Siinä kohteena on lääketieteellinen haitta, oire tai sairaus tai vakava sairauden uhka ja se liittyy olemassa olevan taudin etenemisen tai vaikutusten estämiseen. Se on edelleen merkittävä osa työkyvyn ylläpitoa, mutta sen palvelujen organisointi, vaikutuksen ja vaikuttavuuden arviointi perustuvat osin eri lähtökohtiin kuin primaariprevention. Lisäksi työterveyshuollolla on merkittävä rooli tertiäärisessä ennaltaehkäisyssä, joka pehmentää vaikutusta, jolla taudilla voi olla työn tekemiseen tai mahdollistaa työkyvyn sairauden kanssa mm. osatyökykyisyyden mahdollistaen. Ennaltaehkäisyä ei tulisi korvausjärjestelmässä tarkastella vain sekundaaripreventiona, vaan laajempaan kokonaisuuteen kattaen kaikki prevention tasot. Työnantajien kuvaamat tarpeet työterveyshuollolle sekä tuki- ja liikuntaelinvaikeuksien ja mielenterveyden haasteiden määrän kasvu työterveyshuollossa tulisivat näin paremmin katetuksi.

Ennaltaehkäisyä suunniteltaessa eri tasojen tunnistamisen toteutumisiksi tarvitaan työnantajien ja työterveyshuoltojen tiivistä yhteistyötä, jotta tunnistetut ja vaikuttaviksi todetut ehkäisevät toimet saadaan (esimerkiksi kokeilujen kautta) osaksi organisaatioiden työterveys suunnitelmia ja sitä myöten työntekijöiden arkea. Ideaalitulanteessa työterveyspalveluiden tuottaja on osa työpaikan arkea tavalla, joka vahvistaa työnantajan ja henkilöstön käsitystä siitä, että työterveys on paljon muuta kuin sairaanhoitoa (ja ennen kaikkea se on työperäisten sairaanhoidollisten tarpeiden ennaltaehkäisyä). Sairaanhoitopalveluiden ja niiden korvaavuuden rajaamiseen ei kyselyvastausten perusteella ole työnantajien parissa juurikaan kannatusta.

4) Kansainvälinen tutkimusnäyttö nostaa esille vaikuttavia ennaltaehkäisyn keinoja - kaikki eivät kuulu korvauksen piiriin

Kirjallisuuskatsauksen perusteella tieteellistä näyttöä ehkäisyn vaikuttavuudesta on rajallisesti. Mielenterveysongelmissa ja TULE-ongelmissa kuitenkin on tiedossa useita interventioita, joiden vaikuttavuudesta alkaa olla melko hyvin näyttöä. Mielenterveysongelmissa vaikuttavia interventioita ovat CBT ja mindfulness. TULE-ongelmissa vahvin vaikuttavuusnäyttö on havaittu työpaikkaliikunnalla ja säädettyillä työtasoilla. Intervention monitekkijäisyys ja monitasoisuus organisaatiossa on usein nostettu tärkeäksi asiaksi. Tällä tarkoitetaan usean intervention yhdistämistä, esimerkiksi koulutuksen yhdistämistä työpaikan käytäntöjen muutokseen.

Korvausjärjestelmän näkökulmasta useat tutkimusnäytön perusteella vaikuttavat ennaltaehkäisyn keinot eivät ole korvattavia. Erityinen ristiriita on mielenterveyden ongelmien ennaltaehkäisyn kohdalla, jossa keskeisiä keinoja (CBT-interventio ja mindfulness) on tutkittu laajasti, mutta ne eivät ole korvattavia.

Vahvinta tutkimusnäyttöä saaneiden ennalta ehkäisevien interventioiden lisääminen korvausluokassa 1 korvattaviksi voisi kannustaa työterveyshuoltoa kehittämään niihin pohjautuvaa palvelutarjontaa ja työnantajaa investoimaan kyseisiin palveluihin. Mikäli tutkimusnäytöllä interventioiden vaikuttavuudesta olisi nykyistä suurempi vaikutus intervention korvattavuuteen, kasvaisi kaikkien toimijoiden (niin korvausjärjestelmästä päättävien tahojen, palvelun maksajien kuin palveluntuottajien) intressi tuottaa tutkimustietoa interventioiden vaikuttavuudesta.

Johtopäätökset

Havaintojen perusteella valtaosa työterveyshuollon palveluista ja niiden kustannuksista kohdistuu yksilölliseen sairaanhoitoon. Työterveyshuollon ensisijainen tehtävä eli työkyvyn tuki ja työperäisten sairauksien ennaltaehkäisy (lakisääteiset korvausluokka 1:n palvelut) on sairaanhoitoa pienemmässä roolissa niin työyhteisön kuin yksittäisen työntekijän näkökulmasta, kun tarkastellaan toteutunutta työterveyspalveluiden käyttöä sekä työnantajien vastauksia koskien työterveysjärjestelmän toimivuutta. Lisäksi fysioterapeutin ja erityisesti psykologin palveluiden käyttö on tutkimuksen aineiston perusteella pientä suhteutettuna TULES- tai mielenterveysdiagnoosin saaneiden työntekijöiden merkittävään määrään ja heidän sairauspoissaoloihin. Aineistossamme kallein kymmenen prosenttia työntekijöistä kerrytti 42 prosenttia kokonaiskustannuksista ja näistä henkilöistä yhdeksällä kymmenestä oli mielenterveys- tai TULES-diagnoosi tutkimuksen tarkastelujaksolla.

Kyselytutkimuksen perusteella työnantajat ovat pääsääntöisesti hyvin tyytyväisiä työterveyshuoltoon: yli 90 prosenttia kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että työterveyshuollon palvelut vastasivat oman organisaation työterveystarpeisiin hyvin tai erittäin hyvin. Kysely nosti kuitenkin esiin työnantajien toiveita Kelan korvaamien työterveyspalveluiden kehittämiseksi. Keskeisimmät toiveet uusien palveluiden osalta liittyivät ennalta ehkäisevien mielenterveys- ja TULES-palveluiden saatavuuteen ja korvattavuuteen. Nykyisistä korvatuista palveluista työnantajat kokivat tärkeiksi erityisesti työterveyslääkärin vastaanotot, työkyvyn johtamisen ja seurannan palvelut sekä terveystarkastukset. Työpaikkaselvitykset ja -käynnit sekä ryhmätoiminta olivat puolestaan useimmiten palveluita, joiden tarpeellisuus kyseenalaistettiin työnantajien vastauksissa. Korvaustasot tai korvauksen jakautuminen korvausluokkiin 1 tai 2 eivät nousseet esiin korvausjärjestelmän keskeisenä kehityskohteenä, vaan tärkeämmäksi osoittautui, mitkä palvelut ylipäänsä ovat korvauksen piirissä.

Työterveyshuollon korvausjärjestelmällä ja erityisesti korvauksen piirissä olevien palvelujen valikoimalla näyttäisi olevan melko suuri vaikutus siihen, millaisia palveluja työnantajat ostavat. Esimerkiksi kokonaan korvauksen ulkopuolella olevien työterveyspalvelujen käyttö on hyvin vähäistä, mutta samalla työnantajat toivoivat kyselyvastauksissa korvattavaksi monia tärkeiksi kokemiaan ennaltaehkäiseviä palveluita kuten esimiesten koulutuksia ja muutosvalmennuksia. Tällä hetkellä korvattavuuden piirissä olevien palvelujen valikoimaa ohjaa toisaalta työterveyslaki ja toisaalta STM:n alainen työterveyshuollon neuvottelukunta, jossa ovat edustettuina työmarkkinaosapuolet, KELA, eri ministeriöt sekä työterveyshuollon asiantuntijat. Korvauksenalaisten työterveyspalveluiden uudelleen tarkastelulle olisi siis tarvetta ja sen toteuttamiseen tarvittaisiin myös läpinäkyvä prosessi. Korvauksenalaisia palveluita olisi syytä myös tarkastella säännöllisen väliajoin, ja palveluiden keskeisenä valintakriteerinä olla tieteellinen näyttö niiden vaikutuksista.

Tällä hetkellä työterveysjärjestelmän korvaustasot ja palveluvalikoima ovat linkitettyinä toisiinsa. Työterveyshuoltoon korvauksiin käytettävissä olevat varat ovat kiinteät, joten ajatellaan, että yhden palvelun lisääminen valikoimaan edellyttää, että joku on poistettava. Näin ei kuitenkaan tarvitsisi olla. Korvaussummalla voisi edelleen olla sama katto, vaikka palveluvalikoima laajenisi. Tällöin toki on mahdollista, että työnantajan maksettavaksi jäävä (korvauksen ylittävä) osuus kasvaisi, jolloin työnantajalla olisi suurempi vastuu valita, mitä palveluja (lakisääteisten lisäksi) sisällyttää työterveyshuollon sopimukseen. Tällöin kuitenkin eri alojen ja erilaisten työpaikkojen erilaisia tarpeita olisi mahdollista huomioida nykyistä paremmin, ja konsensus korvattavuuden piirissä olevista palveluista saattaisi olla helpompi löytää.

Työterveyshuollon ja sen korvausmallin muutospaineiden taustalla on nähtävissä työelämän yleiseen muutokseen liittyviä ilmiöitä ja niiden työkyvylle asettamia uusia haasteita. Työkyky on monitahoinen ilmiö, joka voidaan jäsentää monella tavalla. Työkykytalo hahmottaa työkyvyn osa-alueiksi 1) terveyden ja toimintakyvyn, 2) osaamisen, 3) arvot, asenteet ja motivaation sekä 4) johtamisen, työyhteisön ja työolot. Perinteisesti työterveyshuollon vastuulla on ollut terveyden ja toimintakyvyn tukeminen ja jossain määrin työoloihin vaikuttaminen, mikä näkyy myös työterveyshuoltolaissa. Muut työkyvyn osa-alueet ovat olleet työnantajan ja työntekijöiden vastuulla. Tilanteessa, jossa valtaosa työntekijöistä on teollisuuden suorittavissa tehtävissä tai maa- ja metsätaloudessa, fyysinen terveys ja toimintakyky työkyvyn osa-alueena korostuu. Nykyisessä yhteiskunnassa tietotyön teko yleistyy koko ajan ja sen myötä työkyvyn suurimmaksi haasteeksi ovat nousseet henkinen kuormitus ja mielenterveydelliset ongelmat. Toisin kuin fyysiseen terveyteen, joissa työolojen merkitys on suurin, psyykkiseen terveyteen vaikuttavat merkittävästi myös kaikki muut työkyvyn osa-alueet: työntekijän osaaminen suhteessa työtehtävien vaatimuksiin, johtaminen ja työyhteisön ilmapiiri sekä työntekijän että työkavereiden arvot, asenteet ja motivaatio. Psyykkisestä kuormituksesta aiheutuvien työkykyhaasteiden ratkaiseminen pelkästään terveyteen ja toimintakykyyn keskittyvällä työterveyshuollolla on siten haastavaa, ellei jopa mahdotonta. Työterveyshuollon ytimessä oleva työn ja terveyden välinen yhteys tulisikin entistä selvemmin nähdä myös koko työyhteisöä koskettavana asiana, ja jonka kehittämiseksi olisi olemassa laaja valikoima niin johtamiseen, työyhteisössä toimimiseen kuin itsensä kehittämiseen tarkoitettuja välineitä.

Korvausjärjestelmän muutokset eivät kuitenkaan ole ainoa ohjauskeino, jolla voidaan ohjata työterveyshuoltoa kohti sille asetettuja tavoitteita. Informaatio-ohjauksen keinot ovat tärkeitä joko itsessään tai liitettynä korvausjärjestelmän muutokseen. Tiedon ja ymmärryksen lisääminen työnantajien ja työntekijöiden keskuudessa työkyvyn tuen ja työkykyongelmia ehkäisevistä interventioista sekä tutkimustiedon tuottaminen eri interventioiden kustannusvaikuttavuudesta voisi kannustaa muutoksiin työterveyshuollon sopimuksissa ja palvelujen käytössä. Lisäksi ymmärryksen lisääntyminen voi auttaa vähentämään tyytymättömyyttä mahdollisiin sairaanhoidollisten lääkäripalvelujen käytön vähentämiseen tähtääviin korvausmallimuutoksiin - olivatpa ne sitten muutoksia KL2-luokan korvaustasossa tai korvauksen piirissä olevien palvelujen valikoimassa. On myös huomioitava, että pelkästään relevantin ja käyttökelpoisen tiedon jakaminen toimii ohjauskeinona.

Informaatio-ohjaukseen liittyvä dialoginen, vuorovaikutukseen perustuva ohjaus pitää sisällään muun muassa erilaisissa työryhmissä, verkostoissa, neuvottelujärjestelmissä ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassa tapahtuvan vuorovaikutuksen ja tietojen vaihdon (Tukia ja Wilskman 2011). Olennaista dialogisessa ohjauksessa on se, että siinä jatkuvasti luodaan ja tarkennetaan eri osapuolten käsitystä palvelujärjestelmän tavoitteista, mittareista ja toimenpiteistä, joilla tuloksia ja vaikuttavuutta parannetaan (vrt. Laihonen ym. 2017). Dialogiin perustuvan ohjauksen kehittämistä tulee tulevaisuudessa pohtia laajemmin, sillä sitä käytetään ohjauksen osana sitä enemmän, mitä monimutkaisemmasta ohjausympäristöstä on kysymys.

On hyvä myös huomioida, että terveydenhuollossa on käynnissä laajempi trendi, jossa potilaan yksilöllisiä tarpeita pyritään huomioimaan, sekä lääketieteessä (personalized medicine) että räätelöityjen hoitopolkujen kautta (personalized healthcare). Vaikuttavuuskäsitteen nousu keskeisempään asemaan sote-johtamisen kontekstissa voidaan nähdä osana tätä megatrendiä, jossa pyritään huomioimaan potilaat yksilöinä, heidän yksilöllisten tarpeidensa ja tavoitteidensa myötä

(Lindblad ym. 2017), verrattuna perinteiseen järjestelmään, jossa terveydenhuolto on suunniteltu palvelemaan potilasryhmiä diagnoosin tai demografian mukaan (esim. diabeetikot tai lapset). Vaikuttavuuskeskustelun kanssa rinnakkain kulkee myös keskustelu siitä, että potilas tulisi tulevaisuudessa tehdä aktiivisemmaksi omassa hoidossaan (McColl-Kennedy 2017).

Vaikuttavuusperustaisen terveydenhuollon näkökulmasta (VBHC, Porter 2010) työterveyshuolto näyttäytyy samoin kuin muutkin terveydenhuollon osa-alueet suoritekeskeisenä ja reaktiivisena järjestelmänä, jossa on monta toimijaa hieman eri suuntaisilla kannusteilla. Järjestelmän kehittämisessä tulevaisuudessa tulisi laajemminkin arvioida, miten eri toimijat saadaan yhtäältä tukemaan vaikuttavuutta ja toisaalta toimimaan vaikuttavasti kokonaisuuden kannalta. Esimerkit työtapaturmapotilaiden hoidon kehittämisestä (Peltokorpi) tai Keski-Suomen selkäpotilaiden hoidon kehittämisestä (STM 2020), jossa työkyvyttömyysjaksoja on saatu lyhennettyä 15-50 % varsin lyhyessä ajassa, viittaavat siihen, että lähtötilanne on ollut heikko, vaikkakin kehittämistoimenpiteet sinänsä ovat edistyksellisiä. Edelleen on olemassa vastaavaa kehittämispotentiaalia monessa eri sairausryhmässä.

Isossa kuvassa keskeinen ongelma on, että nykyisin kannusteet työkyvyttömyyden ehkäisyyn ja vähentymiseen ovat hajautuneet eri toimijoille ja kukaan ei vastaa kokonaisuudesta pois lukien työtapaturmapotilaat, joissa vakuutusyhtiö on lakisääteisesti vastuussa työkyvyttömyyden kokonaiskustannuksista. Korvausmalleja ja ohjausmalleja kehitettäessä tämän tulee olla avainkysymys: miten voidaan saada toimijoiden itseohjautuvuutta työkyvyn ylläpitoon ja toisaalta työkyvyttömyysjaksojen vähentämiseen ja lyhentämiseen rakentamalla kannusteita ja käyttämällä muita ohjauskeinoja.

Työterveyshuollon kustannusvaikuttavuuden arvioimiseksi ja seuraamiseksi tarvitaan hyviä välineitä. Yhtenä ratkaisuna tähän voisi olla kansallisten työterveyshuollon laatukriteerien luominen sekä laatukriteerien täyttymisen vertailujärjestelmän luominen (benchmarking-toiminta) mahdollistaisi työterveyshuollon parhaiden käytäntöjen nykyistä tehokkaamman leviämisen. Työterveyshuollon laatukriteeristö toisi järjestelmään kaivattua vaikuttavuusperustaisen terveydenhuollon näkökulmasta (VBHC, Porter 2010). Tämä olisi myös luonnollista, koska työterveyshuolto ei juurikaan eroa muista terveydenhuollon osa-alueista, ollen myös suoritekeskeinen ja reaktiivinen ympäristö, jossa on monta toimijaa hieman eri suuntaisilla kannusteilla.

Yhteenveto: 10 teesiä korvausjärjestelmän ja ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kehittämiseksi

Korvausjärjestelmän kehittäminen

Työterveyshuollon tontin ulottaminen tukemaan laajasti työkykyyn vaikuttavia tekijöitä. Tällä hetkellä työterveyshuolto painottuu vahvasti terveyden ja toimintakyvyn tukemiseen eli Työkykytalon ensimmäiseen kerrokseen ja vielä kerroksen sisällä fyysiseen terveyteen ja toimintakykyyn. Kuitenkin yhä suurempi osa työkykyä uhkaavista ilmiöistä kumpuaa psyykkisen ja sosiaalisen terveyden ja toimintakyvyn haasteista sekä muista työkyvyn ulottuvuuksista kuten osaamisesta, arvoista, asenteesta ja motivaatiosta sekä johtamisesta. Toisin sanoen kaikki edellä mainitut Työkykytalon kerrokset ovat oleellisia arvioitaessa syitä työkyvyn heikkenemiseen ja toimia sen tukemiseen ja ennalta ehkäisyyn.

Psyykkisen terveyden ja työkyvyn tukea tulee vahvistaa. Mielenterveyden häiriöiden tuessa ja ennaltaehkäisyssä on olemassa tutkimusnäyttöön pohjautuvia palveluita, jotka eivät vielä ole korvattavia. Tällaisia palveluita (mm. lyhytterapia, matalan kynnyksen mielenterveyspalvelut, työntekijöiden koulutus kohtaamaan ja tunnistamaan esim. uupumisen merkkejä) on Suomessakin testattu organisaation ja työterveyshuollon yhteistyönä ja tulokset ovat olleet hyviä. Korvattavuuden laajentamisen lisäksi mielenterveyspalveluiden saatavuutta voidaan parantaa esimerkiksi helpottamalla psykologin palveluiden käyttöä, mahdollistamalla työterveyspsykologin suoravastaanotto tai kouluttamalla työterveyshoitajia mielenterveyspalveluiden toteuttajiksi.

Toimintatapa uusien, näyttöön pohjautuvien palveluiden ja tuotantotapojen arvioimiseksi ja sisällyttämiseksi korvattavuuden piiriin. Työelämän vaatimukset ovat erityisesti 2000-luvulla monipuolistuneet ja työntekijöiden tarpeen painopiste on siirtynyt fyysisen kuormituksen ehkäisystä psykososiaalisen ja kognitiivisen kuormituksen ehkäisyyn. Muun muassa näiden muuttuvien vaatimusten ja digitalisaation johdosta työterveyshuollon palvelut ja tuotantotavat kehittyvät jatkuvasti. Muuttuvassa ympäristössä tarvitaan selkeä toimintatapa, jolla uusia palveluita ja tuotantotapoja arvioidaan jatkuvasti tieteelliseen näyttöön pohjautuen ja sisällytetään läpinäkyvin kriteerein korvattavuuden piiriin. Korvausjärjestelmän on tärkeää mahdollistaa kustannusvaikuttavien palveluiden ja tuotantotapojen laajentuva ja monipuolistuva käyttö ja luoda insentiivit siihen.

Korvausjärjestelmän uudistaminen vastaamaan nykyaikaista ja kokonaisvaltaista käsitystä työkyvystä ja sen tukemisesta. Työterveyspalveluiden jakaminen ennalta ehkäisevään ja työkykyä tukevaan työterveyshuoltoon (korvausluokka 1) ja sairaanhoidolliseen työterveyshuoltoon (korvausluokka 2) ei tue nykyaikaista ja kokonaisvaltaista käsitystä työkyvystä, joka esimerkiksi Työkykytalon mukaan sisältää muun muassa terveyden ja toimintakyvyn (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen), osaamisen, asenteet ja johtamisen ja työympäristön. Kokonaisvaltaisessa työkyvyn viitekehyksessä moni perinteisesti sairaanhoidoksi luokiteltava palvelu on myös työkykyä tukevaa, erityisesti mielenterveysongelmien ja pitkäaikaisten terveysongelmien kohdalla. Korvausluokittelun ja korvausjärjestelmän uudistaminen nykyaikaista työkykykäsitystä vastaavaksi voisi tukea työterveysjärjestelmän tavoitteiden saavuttamista nykyisessä työympäristössä ja nykyisten työkykyhaasteiden kohdalla.

Korvausluokkien 1 ja 2 välisen rajanvedon selkeyttäminen. Ennalta ehkäisevän ja työkykyä tukevan työterveyshuollon (korvausluokka 1) ja sairaanhoidollisen työterveyshuollon (korvausluokka 2) välimaastossa on määritelmällisesti harmaa alue, jossa työterveyshuollon palvelu

voi perustellusti kuulua kumpaankin korvausluokkaan. Sekundääri- tai tertiääriehkäisyksi luokiteltavat toimet ovat työterveyshuollon ydintoimintaa ja voivat olla samalla sekä akuutin sairauden hoitoa että työkyvyn tukea ja sen heikkenemisen ennalta ehkäisyä. Jos korvausluokat ja niihin liittyvät korvausosuudet ovat keskeinen työterveyshuoltojärjestelmän ohjausväline, on korvausluokkien välisen eron oltava mahdollisimman selkeä. Muuten on mahdollista, että 1.1.2020 voimaan tulleen korvausjärjestelmämuutoksen toivottu ohjausvaikutus (KL1-toiminnan painotus) laimenee arkityön epäselvyyksien ja ristiriitaisten insentiivien kautta. Mahdollisina ratkaisuinä on esimerkiksi kansallisen linjan selkeytys tai asian erityinen huomiointi työterveyslääkärien ja -hoitajien koulutuksessa.

Tieto järjestelmän ohjaajana

Kustannusvaikuttavuuden arviointi ja tutkimus. Työterveyshuoltojärjestelmän kehittämiseksi tarvitaan tutkimustietoa työterveyspalveluiden kustannusvaikuttavuudesta. Tutkimustieto palveluiden ja toimintatapojen kustannusvaikuttavuudesta tukee työterveyshuoltoa palveluiden kehittämisessä ja työnantajia työterveyshuollon palveluvalikoimaan ja laajuuteen liittyvissä päätöksissä. Suomessa on kansainvälisesti ainutlaatuinen työterveyshuoltojärjestelmä, joka toisaalta luo haasteen kansainvälisten tutkimusten yleistettävyydelle ja toisaalta luo erinomaiset mahdollisuudet työterveyshuollon tutkimukselle.

Kansallisten laatukriteerien luominen ja benchmarking. Yhtenäisten työterveyshuollon laatukriteerien kehittäminen yhdessä työnantajien ja työterveyshuoltojen välisen benchmarking-toiminnan (vertailu laatukriteerien perusteella) kanssa mahdollistaisi työterveyshuollon parhaiden käytäntöjen nykyistä tehokkaamman leviämisen. Työnantajien kohdalla vertailutieto voisi tukea työkykyyn liittyvien ilmiöiden tarkastelua ja työkykyriskkeihin kohdistuvien toimien ja työterveyshuollon palveluiden faktapohjaista valintaa. Työterveyshuolloille kansallinen arviointi ja vertailu voisi toimia tukena vaikuttavimpien palveluiden ja toimintatapojen tunnistamisessa ja toiminnan kehittämisessä.

Työntekijän subjektiivisen työkykyarvion kirjaaminen potilastietojärjestelmään. Työntekijän työkyky on tekijä, joka sitoo kaikkien sidosryhmien tavoitteet yhteen. Työkyvyn subjektiivisen arvion on todettu useissa tutkimuksissa ennustavan sairauspoissaoloja ja työterveyshuollon palvelujen käyttöä, mutta tietoa kerätään ja hyödynnetään vaillinaisesti. Työterveyskyselyt sisältävät kysymyksiä työntekijän työkyvystä, mutta kyselyjä toteutetaan harvoin, niihin ei vastata kattavasti ja tietoa ei usein yhdistetä potilastietoon tai hyödynnetä laajamittaisesti palveluiden ja toimien tarpeen arvioinnissa ja kohdentamisessa. Subjektiivisen työkykyarvion kysyminen systemaattisesti ja säännöllisesti ja tiedon rakenteinen kirjaaminen potilastietojärjestelmään mahdollistaisi tiedon paremman käytön arjen työssä, resurssien kohdentamisessa, toiminnan kehittämisessä ja tutkimuksessa ja on erinomainen mahdollisuus työterveyshuollon ja työterveyspalvelujen kustannusvaikuttavuuden arvioimiseksi.

Muut teesit

Työpaikkaselvityksen sisällön ja toteutustavan päivittäminen. Työpaikkaselvitysten sisältöjen ja toteutustapojen päivittäminen lainsäädännön tasolla vastaamaan nykyisen työelämän vaatimuksia ja työnantajien tarpeita voisi tukea ennaltaehkäisevää toimintaa nykyistä paremmin. Työnantajat toivovat työpaikkaselvitykseltä vahvempaa yhteyttä käytännön terveyshyötyjen saavuttamiseen ja muokattavuutta työpaikan erityispiirteisiin nähden esimerkiksi etänä toteutettavan selvityksen

muodossa. Myös työterveyslääkäreiden aktiivista osallistumista työpaikkaselvitysten toteuttamiseen tulisi tukea.

Kiinteähintaisten ja vaikuttavuusperusteisten sopimusten mahdollistaminen. Työnantajan ja työterveyshuollon välinen sopimus ja hinnoittelu on voimakas ohjauskeino työterveyshuollon kustannusvaikuttavuuden kehittämisessä. Viime vuosina yleistyneet kiinteähintaiset sopimukset kannustavat työterveyshuoltoa kohdistamaan interventiot ennalta ehkäisevästi niihin työntekijöihin, joilla on suurin riski työkyvyn heikkenemiseen ja siten palvelukäytön lisääntymiseen. Samalla sopimustyyppi kannustaa tuottamaan palvelut mahdollisimman kustannustehokkaasti. Kustannusvaikuttavuuden kehittämiseksi seuraava askel kiinteähintaisten sopimusten jälkeen on vaikuttavuusperusteisen hinnoittelun käyttöönotto. Tällaisessa toimintatavassa työnantaja ja työterveyshuollon palvelutuottaja seuraavat tavoiteltujen vaikutusten toteutumista sovitulla mittareilla. Näiden tulosten perusteella palvelutuottajalle maksetaan joko bonusmaksu tai asetetaan rahallinen sanktio. Korvausjärjestelmä ei saa olla este uusien sopimustyyppien kehittämiselle ja käyttöönotolle, vaan sen on mahdollistettava ne ja jopa kannustettava tällaisiin.

Lähteet

- Blomgren J & Tuulio-Henriksson A (2018) Mielenterveysperusteiset sairauspoissaolot yleistyneet kaikissa ikäryhmissä ja erityisesti naisilla. Tutkimusblogi 4.4.2018. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4502>.
- Blomgren J (2019) Mielenterveydenhäiriöt ohittavat tuki- ja liikuntaelin sairaudet sairauspoissaolopäivien määrässä. Tutkimusblogi 7.8.2019. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5011>.
- Gibbons R (1998) Incentives in organizations. Working paper. National bureau of economic research. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w6695/w6695.pdf
- Gould R & Polvinen A (2006) Työkyky eri ammateissa, toimialoilla ja työnantajasektoreilla. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.), Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos.
- Ilmarinen J, Gould R, Järvisalo J & Järvisalo J (2006) Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa R Gould, J Ilmarinen, J Järvisalo & S Koskinen (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000- tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos.
- Kanerva N, Pietiläinen O, Lallukka T, Rahkonen O & Lahti J (2017). Unhealthy lifestyle and sleep problems as risk factors for increased direct employers' cost of short-term sickness absence. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 44(2): 192-201.
- Keva (2019) Työkyvyttömyys aiheuttaa suomalaisessa työelämässä merkittäviä kustannuksia ja mielenterveyden häiriöt ovat edelleen nousussa. Uutinen 29.10.2019. <https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/karu-totuus-suomalaisesta-tyoelamasta/>
- Kowlessar NM, Goetzel R, Carls G, Tabrizi MJ & Guindon A (2011) The Relationship Between 11 Health Risks and Medical and Productivity Costs for a Large Employer. Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine 53(5):468-77.
- Laaksonen M, Mastekaasa A, Martikainen P, Rahkonen O, Piha K & Lahelma E (2010). Gender differences in sickness absence - the contribution of occupation and workplace. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health Vol. 36, No. 5, pp. 394-403.
- Laihonen H, Rajala T, Haapala P & Vakkuri J (2017) Dialogia tuloksista : kohti tuloksekasta julkisjohtamista. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/102451>
- Lindblad S, Ernestam S, Van Citters A.D, Lind C, Morgan,T.S & Nelson E. C. (2017). Creating a culture of health: evolving healthcare systems and patient engagement. QJM: An International Journal of Medicine, 110(3), 125-129.
- Mattila-Holappa P (2018) Mental health and labour market participation among young adults.Studies in social security and health 152. Helsinki: Kela.
- McColl-Kennedy J. R, Snyder H, Elg M., Witell L, Helkkula A., Hogan S.J & Anderson L. (2017). The changing role of the health care customer: review, synthesis and research agenda. Journal of Service Management, 28(1), 2-33.

Peltokorpi A, Alho A, Kujala J, Aitamurto J & Parvinen P (2008) Stakeholder approach for evaluating organizational change projects. *International journal of health care quality assurance*. Vol. 21 No. 5, pp. 418-434.

Porter M. E. (2010) What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363;26.

Tengland PA (2010) The concept of work ability. *Journal of Occupational Rehabilitation* 21(2):275-85.

Trader-Leigh KE (2002) Case Study: Identifying Resistance in Managing Change. *Journal of Organizational Change Management* 15(2):138-155.

Tukia H & Wilskman K (2011) Informaatio-ohjaus kuntien tukena : Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Raportti / Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 57/2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085099>

Tuomi K (1995). Ikääntyvä työntekijä v. 1981-92. Työn, elämäntyylin, terveyden ja työkyvyn muutokset. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 2. Helsinki: Työterveyslaitos.

Työterveyslaitos (2020) Työterveyshuollon rahoitus ja kustannukset. Työterveyslaitoksen Työelämä-tieto-verkkosivu. Viitattu 28.1.2021. <https://tyoelamatieto.fi/#/fi/articles/analysisOhsCosts>

Virtanen P, Siukola A, Luukkaala T, Savinainen M, Arola H, Nygård C-L, Kivimäki M, Helenius H, Vahtera J. (2008) Sick leaves in our factories – do characteristics of employees and work conditions explain differences in sickness absence between workplaces? *Scandinavian Journal Work Environ Health* 34:260-266.

Vänni KJ, Neupane S & Nygård CH (2017). Associations between perceived leadership and presenteeism in an industrial population. *Occupational Medicine*, Volume 67, Issue 9, pp. 672–677.

WHO (2012). National Profile of Occupational Health System in Finland. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/160522/e96482.pdf

Yle (2020) Mielenterveysongelmien räjähdysmäinen kasvu on yllättänyt työnantajat – työntekijöille tarjotaan nyt chat-apua, nettipsykologia ja lyhytterapiaa. Yle uutiset 17.2020. <https://yle.fi/uutiset/3-11204584>.

Lähdeluettelo: Vaikuttavat ennaltaehkäisykeinot - kirjallisuuskatsaus

1 Pieper C, Schröer S, Eilerts AL. Evidence of Workplace Interventions-A Systematic Review of Systematic Reviews. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(19):3553. Published 2019 Sep 23. doi:10.3390/ijerph16193553

2 Bhui KS, Dinos S, Stansfeld SA, White PD. A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *J Environ Public Health*. 2012;2012:515874. doi:10.1155/2012/515874

3 Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD002892. Published 2006 Oct 18. doi:10.1002/14651858.CD002892.pub2

- 4 Maricuțoiu, Laurențiu P.; Sava, Florin A.; Butta, Oana (2014). The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Published . 2014 Dec 16. doi:10.1111/joop.12099
- 5 Lau RWM, Mak WH. Effectiveness of Workplace Interventions for Depression in Asia: A Meta-Analysis. *SAGE Open*. April 2017. doi:10.1177/2158244017710293
- 6 Romppanen J, Häggman-Laitila A. Interventions for nurses' well-being at work: a quantitative systematic review. *J Adv Nurs*. 2017;73(7):1555-1569. doi:10.1111/jan.13210
- 7 Ahola, K.; Toppinen-Tanner, S.; Seppänen, J. Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burn. Res*. 2017, 4, 1–11.
- 8 Tan L, Wang MJ, Modini M, et al. Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace [published correction appears in *BMC Med*. 2014;12:212]. *BMC Med*. 2014;12:74. Published 2014 May 9. doi:10.1186/1741-7015-12-74
- 9 Joyce S, Modini M, Christensen H, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med*. 2016;46(4):683-697. doi:10.1017/S0033291715002408
- 10 Goetzel RZ, Roemer EC, Holingue C, et al. Mental Health in the Workplace: A Call to Action Proceedings From the Mental Health in the Workplace-Public Health Summit. *J Occup Environ Med*. 2018;60(4):322-330. doi:10.1097/JOM.0000000000001271
- 11 Quinn RW, Spreitzer GM, Lam CF. Building a sustainable model of human energy in organizations: Exploring the critical role of resources. *Acad Manag Ann*. 2012;6(1):337–396.
- 12 Robertson IT, Cooper CL, Sarkar M, Curran T. Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: a systematic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2015 Sep;88(3):533-562. <https://doi.org/10.1111/joop.12120>
- 13 Pomaki G, Franche RL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen TM. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *J Occup Rehabil*. 2012;22(2):182-195. doi:10.1007/s10926-011-9338-9
- 14 Murray, M., Murray, L. & Donnelly, M. Systematic review of interventions to improve the psychological well-being of general practitioners. *BMC Fam Pract* 17, 36 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0431-1>
- 15 Joyce S, Modini M, Christensen H, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med*. 2016;46(4):683-697. doi:10.1017/S0033291715002408
- 16 Regehr C, Glancy D, Pitts A, LeBlanc VR. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(5):353-359. doi:10.1097/NMD.000000000000130
- 17 Burton, A.; Burgess, C.; Dean, S.; Koutsopoulou, G.Z.; Hugh-Jones, S. How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analyse. *Stress Health* 2017, 33, 3–13.

- 18 Kriakous SA, Elliott KA, Lamers C, Owen R. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Psychological Functioning of Healthcare Professionals: a Systematic Review [published online ahead of print, 2020 Sep 24]. *Mindfulness* (N Y). 2020;1-28. doi:10.1007/s12671-020-01500-9
- 19 Ghawadra SF, Abdullah KL, Choo WY, Phang CK. Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2019;28(21-22):3747-3758. doi:10.1111/jocn.14987
- 20 Ryan C, Bergin M, Chalder T, Wells JS. Web-based interventions for the management of stress in the workplace: Focus, form, and efficacy. *J Occup Health*. 2017;59(3):215-236. doi:10.1539/joh.16-0227-RA
- 21 Lau RWM, Mak WH. Effectiveness of Workplace Interventions for Depression in Asia: A Meta-Analysis. *SAGE Open*. April 2017. doi:10.1177/2158244017710293
- 22 Nowrouzi B, Lightfoot N, Larivière M, et al. Occupational Stress Management and Burnout Interventions in Nursing and Their Implications for Healthy Work Environments: A Literature Review. *Workplace Health Saf*. 2015;63(7):308-315. doi:10.1177/2165079915576931
- 23 Luken M, Sammons A. Systematic Review of Mindfulness Practice for Reducing Job Burnout. *Am J Occup Ther*. 2016;70(2):7002250020p1-7002250020p10. doi:10.5014/ajot.2016.016956
- 24 Virgili M (2015) Mindfulness-Based Interventions Reduce Psychological Distress in Working Adults: a Meta-Analysis of Intervention Studies. *Mindfulness* 6, 326–337. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0264-0>
- 25 Westermann, C.; Kozak, A.; Harling, M.; Nienhaus, A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *Int. J. Nurs. Stud*. 2014, 51, 63–71.
- 26 Ivandic I, Freeman A, Birner U, Nowak D, Sabariego C. A systematic review of brief mental health and well-being interventions in organizational settings. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(2):99-108. doi:10.5271/sjweh.3616
- 27 Lomas T, Medina JC, Ivztan I, Rupprecht S, Hart R & Eiroa-Orosa FJ (2017) The impact of mindfulness on well-being and performance in the workplace: an inclusive systematic review of the empirical literature, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26:4, 492-513, DOI: 10.1080/1359432X.2017.1308924
- 28 Lomas, T.; Medina, J.C.; Ivztan, I.; Rupprecht, S.; Eiroa-Orosa, F.J. The impact of mindfulness on the wellbeing and performance of educators: A systematic review of the empirical literature. *Teach. Teach. Educ*. 2017, 61, 132–141
- 29 Guillaumie L, Boiral O, Champagne J. A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *J Adv Nurs*. 2017;73(5):1017-1034. doi:10.1111/jan.13176
- 30 West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388(10057):2272-2281. doi:10.1016/S0140-6736(16)31279-X
- 31 Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):195-205. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674

- 32 Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace. *J Med Internet Res*. 2017;19(7):e271. Published 2017 Jul 26. doi:10.2196/jmir.7583
- 33 Armaou M, Konstantinidis S, Blake H. The Effectiveness of Digital Interventions for Psychological Well-Being in the Workplace: A Systematic Review Protocol. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;17(1):255. Published 2019 Dec 30. doi:10.3390/ijerph17010255
- 34 Burgess S, Junne F, Rothermund E, et al. Common mental disorders through the eyes of German employees: attributed relevance of work-related causes and prevention measures assessed by a standardised survey. *Int Arch Occup Environ Health*. 2019;92(6):795-811. doi:10.1007/s00420-019-01414-7
- 35 Mochari-Greenberger H, Andreopoulos E, Peters A, Pande RL. Clinical and Workplace Outcomes From a Virtually Delivered Cognitive Behavioral Therapy Program for Pain. *Pain Pract*. 2020;20(4):387-395. doi:10.1111/papr.12867
- 36 Vega-Escañó J, Porcel-Gálvez AM, Diego-Cordero R, Romero-Sánchez JM, Romero-Saldaña M, Barrientos-Trigo S. Insomnia Interventions in the Workplace: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6401. Published 2020 Sep 2. doi:10.3390/ijerph17176401
- 37 Hamberg-van Reenen HH, Proper KI, van den Berg M. Worksite mental health interventions: a systematic review of economic evaluations. *Occup Environ Med*. 2012;69(11):837-845. doi:10.1136/oemed-2012-100668
- 38 Müller G, Pfinder M, Schmahl C, Bohus M, Lyssenko L. Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program: economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1309. Published 2019 Oct 17. doi:10.1186/s12889-019-7585-4
- 39 van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):CD006955. Published 2015 Oct 5. doi:10.1002/14651858.CD006955.pub3
- 40 Goodman G., Kovach L., Fisher A., Elsesser E., Bobinski D., Hansen J. Effective interventions for cumulative trauma disorders of the upper extremity in computer users: Practice models based on systematic review. *Work*. 2012;42:153–172. doi: 10.3233/WOR-2012-1341
- 41 Aslam I., Davis S.A., Feldman S.R., Martin W.E. A review of patient lifting interventions to reduce health care worker injuries. *Workplace Health Saf*. 2015;63:267–275. doi: 10.1177/2165079915580038.
- 42 Tew G.A., Posso M.C., Arundel C.E., McDaid C.M. Systematic review: Height-adjustable workstations to reduce sedentary behaviour in office-based workers. *Occup. Med*. 2015;65:357–366. doi: 10.1093/occmed/kqv044.
- 43 Brierley ML, Chater AM, Smith LR, Bailey DP. The Effectiveness of Sedentary Behaviour Reduction Workplace Interventions on Cardiometabolic Risk Markers: A Systematic Review. *Sports Med*. 2019;49(11):1739-1767. doi:10.1007/s40279-019-01168-9

- 44 Moreira-Silva I., Teixeira P.M., Santos R., Abreu S., Moreira C., Mota J. The effects of workplace physical activity programs on musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *Workplace Health Saf.* 2016;64:210–222. doi: 10.1177/2165079916629688.
- 45 Freiberg A., Euler U., Girbig M., Nienhaus A., Freitag S., Seidler A. Does the use of small aids during patient handling activities lead to a decreased occurrence of musculoskeletal complaints and diseases? A systematic review. *Int. Arch. Occup. Environ. Health.* 2016;89:547–559. doi: 10.1007/s00420-015-1094-2.
- 46 Hegewald J, Berge W, Heinrich P, et al. Do Technical Aids for Patient Handling Prevent Musculoskeletal Complaints in Health Care Workers?-A Systematic Review of Intervention Studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(3):476. Published 2018 Mar 9. doi:10.3390/ijerph15030476
- 47 Freiberg A., Girbig M., Euler U., Scharfe J., Nienhaus A., Freitag S., Seidler A. Influence of the Kinaesthetics care conception during patient handling on the development of musculoskeletal complaints and diseases: A scoping review. *J. Occup. Med. Toxicol.* 2016;11:24. doi: 10.1186/s12995-016-0113-x
- 48 Karol S., Robertson M.M. Implications of sit-stand and active workstations to counteract the adverse effects of sedentary work: A comprehensive review. *Work.* 2015;52:255–267. doi: 10.3233/WOR-152168.
- 49 Karakolis T, Callaghan JP. The impact of sit-stand office workstations on worker discomfort and productivity: a review. *Appl Ergon.* 2014;45(3):799-806. doi:10.1016/j.apergo.2013.10.001
- 50 Rosenkranz SK, Mailey EL, Umansky E, Rosenkranz RR, Ablah E. Workplace Sedentary Behavior and Productivity: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):6535. Published 2020 Sep 8. doi:10.3390/ijerph17186535
- 51 van Holland BJ, Soer R, de Boer MR, Reneman MF, Brouwer S. Preventive occupational health interventions in the meat processing industry in upper-middle and high-income countries: a systematic review on their effectiveness. *Int Arch Occup Environ Health.* 2015;88(4):389-402. doi:10.1007/s00420-014-0964-3
- 52 Robson LS, Stephenson CM, Schulte PA, et al. A systematic review of the effectiveness of occupational health and safety training. *Scand J Work Environ Health.* 2012;38(3):193-208. doi:10.5271/sjweh.3259
- 53 Leider PC, Boschman JS, Frings-Dresen MH, van der Molen HF. Effects of job rotation on musculoskeletal complaints and related work exposures: a systematic literature review. *Ergonomics.* 2015;58(1):18-32. doi:10.1080/00140139.2014.961566
- 54 Van Eerd D, Munhall C, Irvin E, et al. Effectiveness of workplace interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal disorders and symptoms: an update of the evidence. *Occup Environ Med.* 2016;73(1):62-70. doi:10.1136/oemed-2015-102992
- 55 van Niekerk SM, Louw QA, Hillier S. The effectiveness of a chair intervention in the workplace to reduce musculoskeletal symptoms. A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012;13:145. Published 2012 Aug 13. doi:10.1186/1471-2474-13-145
- 56 Nguyen P, Le LK, Nguyen D, Gao L, Dunstan DW, Moodie M. The effectiveness of sedentary behaviour interventions on sitting time and screen time in children and adults: an umbrella review of

systematic reviews. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020;17(1):117. Published 2020 Sep 21. doi:10.1186/s12966-020-01009-3

57 Neuhaus M, Eakin EG, Straker L, et al. Reducing occupational sedentary time: a systematic review and meta-analysis of evidence on activity-permissive workstations. *Obes Rev.* 2014;15(10):822-838. doi:10.1111/obr.12201

58 Hogan DA, Greiner BA, O'Sullivan L. The effect of manual handling training on achieving training transfer, employee's behaviour change and subsequent reduction of work-related musculoskeletal disorders: a systematic review. *Ergonomics.* 2014;57(1):93-107. doi:10.1080/00140139.2013.862307

59 Dalager T, Søgaaard K, Bech KT, Mogensen O, Jensen PT. Musculoskeletal pain among surgeons performing minimally invasive surgery: a systematic review. *Surg Endosc.* 2017;31(2):516-526. doi:10.1007/s00464-016-5020-9

60 Coskun Beyan A, Dilek B, Demiral Y. The Effects of Multifaceted Ergonomic Interventions on Musculoskeletal Complaints in Intensive Care Units. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(10):3719. Published 2020 May 25. doi:10.3390/ijerph17103719

70 Padula RS, Comper MLC, Sparer EH, Dennerlein JT. Job rotation designed to prevent musculoskeletal disorders and control risk in manufacturing industries: A systematic review. *Appl Ergon.* 2017;58:386-397. doi:10.1016/j.apergo.2016.07.018

71 Shrestha N, Ijaz S, Kukkonen-Harjula KT, Kumar S, Nwankwo CP. Workplace interventions for reducing sitting at work. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;1:CD010912. Published 2015 Jan 26. doi:10.1002/14651858.CD010912.pub2

72 Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Burdorf A, Stynes SM, de Vet HC, Koes BW. Conservative interventions for treating work-related complaints of the arm, neck or shoulder in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(12):CD008742. Published 2013 Dec 12.

73 Varatharajan S, Côté P, Shearer HM, et al. Are work disability prevention interventions effective for the management of neck pain or upper extremity disorders? A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) collaboration. *J Occup Rehabil.* 2014;24(4):692-708. doi:10.1007/s10926-014-9501-1

74 Thomas DR, Thomas YL. Interventions to reduce injuries when transferring patients: a critical appraisal of reviews and a realist synthesis. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(10):1381-1394. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.03.007