

Työpaperi 8/2023

Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut

Näkökulmia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuteen

Päivikki Koponen ja Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.)

Selvityksen tavoitteena oli tuottaa ensisijaisesti THL:n aineistoihin, olemassa olevaan tutkimuskirjallisuuteen ja THL:n asiantuntija-arvioon perustuva katsaus siitä, mitä työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista tällä hetkellä tiedetään ja millaisia tutkimusaukkoja aiheeseen liittyen on mahdollisuus tunnistaa.

Raportissa kuvataan työterveyshuoltojärjestelmän lakiperustaa, työterveyshuollon sairaanhoidon palveluita osana suomalaista terveysjärjestelmää ja sen kehitystä, taloudellisia vaikutuksia, aiempia tutkimus- ja kehittämishankkeita, väestötutkimuksiin perustuvaa tietoa terveyspalveluiden käytöstä. Avohilmo-rekisteritietoon perustuen kuvataan työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen ja terveyskeskusten avosairanhoidon eroja työikäisten vastaanotto- ja etäkäynneillä. Lisäksi esitetään arvio työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen henkilöstöresursseista.

Johtopäätöksissä todetaan tarve tiedostaa työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden vaikutukset palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuteen. Jatkossa tulisikin tarkemmin pohtia, miten työterveyshuollon sairaanhoitoon sitoutuvat resurssit voisivat olla paremmin koko väestön käytössä. Palvelujen yhteensovittamisessa lähtökohtana tulisi olla se, miten työterveyshuollon osaamista voidaan parhaiten hyödyntää koko työikäisen väestön palvelukokonaisuuksissa. Lisää tutkimusta tarvitaan erityisesti siitä, miten työterveyshuollon sairaanhoitopalveluissa edistetään ja tuetaan työikäisen väestön työ- ja toimintakykyä.

Esipuhe

Työterveyshuollon järjestäminen kiinnittyy useisiin Suomea velvoittaviin kansainvälisiin sopimuksiin. Sopimusvelvoitteissa painopiste on ennaltaehkäisevässä työterveyshuollossa. Kansallisessa järjestelmäsämme velvollisuus järjestää työterveyshuoltoa työkyvyn ylläpitämiseksi ja työstä aiheutuvien terveysongelmien ehkäisemiseksi on kohdistettu työnantajille ja hyvinvointialueille. Lainsäädäntö kuitenkin mahdollistaa sen, että työnantaja järjestää myös sairaanhoitoa ja muita terveydenhuoltopalveluja työntekijöilleen.

Työterveyshuollon sairaanhoito on teema, joka herättää aika-ajoin vilkasta yhteiskunnallista keskustelua. Teemaan on kiinnitetty huomiota myös useissa kansallisissa ja kansainvälisissä, suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän suorituskykyä käsittelevissä selvityksissä. Suomalainen monikanavainen terveydenhuoltojärjestelmä on kansainvälisesti poikkeuksellinen ja sillä on todennäköisesti vahva yhteys terveydenhuollon oikeudenmukaisuuteen.

Tämän raportin tarkoituksena on esittää THL:n asiantuntijoiden laajempi arvio työterveyshuollon sairaanhoidosta osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. Aihe on ajankohtainen myös siksi, että sote-uudistus on vihdoinkin saatu toimeenpanovaiheeseen. Samalla kun seuraamme sote-uudistuksen toimeenpanoa ja sen vaikutuksia, on syytä myös arvioida sitä, miten uudistuksen ulkopuolelle jääviä terveysjärjestelmän osia tulisi uudistaa ja paremmin integroida osaksi julkisen järjestelmän kokonaisuudesta ja ekosysteemiä.

THL:n tehtävä on edistää koko väestön hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta, ehkäistä sairauksia ja sosiaalisia ongelmia, arvioida palvelujärjestelmää sekä kehittää hyvinvointiyhteiskuntaa. Raportin näkökulma aiheeseen on THL:n perustehtävän mukainen. Tarkoituksena ei ole arvioida työterveyshuoltojärjestelmää sinänsä vaan käsitellä sitä osana suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuutta. Raportissa keskitytäänkin tarkastelemaan työterveyshuollon sairaanhoitopalveluita ennen kaikkea koko väestön ja koko terveysjärjestelmän näkökulmista. Yksi keskeinen tavoite on arvioida sairaanhoitopalveluiden merkitystä palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden näkökulmasta.

Tämä työpaperi on tarkoitettu avaukseksi, jonka toivomme herättävän laajaa yhteiskunnallista keskustelua. Tavoitteemme on, että työ toimisi ponnahduslautana laajemmalle ja systemaattisemmalle selvitystyölle työterveyshuollon asemasta osana suomalaista terveydenhuoltoa ja terveydenhuoltopolitiikkaa sekä kokonaisjärjestelmän uudistamista.

Markku Tervahauta
Pääjohtaja

Kirjoittajat

Selvitystyöryhmä

Anna-Mari Aalto, VTT, dos., johtava asiantuntija, Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen -yksikkö, THL

Satu Kapiainen, KTM, MSc, kehittämispäällikkö, Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen -yksikkö, THL

Ilmo Keskimäki, LT, dos., tutkimusprofessori, Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen -yksikkö, THL
Päivikki Koponen, TtT, dos., johtava asiantuntija, Elämänterveystieteiden tutkimuskeskus, työkäiset, Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen -yksikkö, THL

Anu Niemi, LL, yksikön päällikkö, Tiedolla johtaminen ja vertaiskehittäminen -yksikkö, THL

Eeva Nykänen, OTT, johtava asiantuntija, Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen -yksikkö, THL

Markku Satokangas, LT, erikoistutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen -yksikkö, THL

Timo Sinervo, VTT, tutkimusprofessori, Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen -yksikkö, THL

Liina-Kaisa Tynkkynen, FT, dos., tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen -yksikkö, THL

Muut asiantuntijat

Johanna Cresswell-Smith, MSc, erityisasiantuntija, Yhdenvertaisuus -yksikkö, THL

Jarno Karjalainen, YTM, kehittämispäällikkö, Yhdenvertaisuus -yksikkö, THL

Petra Kokko, HT, kehittämispäällikkö, Tieto ja tiedonhallinnan ohjaus -yksikkö, THL

Hannamaria Kuusio, FT, dos., tutkimuspäällikkö, Yhdenvertaisuus -yksikkö, THL

Outi Linnaranta, LT, YET, dos., ylilääkäri, Yhdenvertaisuus -yksikkö, THL

Jaana Markkula, VTM, kehittämispäällikkö, Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen -yksikkö, THL

Kaisa Mölläri, TtM, kehittämispäällikkö, Tieto ja tiedonhallinnan ohjaus -yksikkö, THL

Lien Nguyen, VTT, dos., erikoistutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen -yksikkö, THL

Helka Raivio, VTM, kehittämispäällikkö, Yhdenvertaisuus -yksikkö, THL

Anu Vähäniemi, TtT, projektipäällikkö, Tiedolla johtaminen ja vertaiskehittäminen -yksikkö, THL

Visa Väisänen, TtM, tutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen -yksikkö, THL

Kiitokset

Kiitämme kaikkia selvitystyön aikana keskusteluihin osallistuneita asiantuntijoita, kaikkien nimien listaaminen olisi mahdotonta. Erityisesti kiitämme tämän raportin esilukijoina toimineita, joilta saimme arvokasta palautetta raportin viimeistelyyn: Ilmo Keskimäki, Mika Salminen, Tuukka Tammi ja Markku Tervahauta sekä selvitystyön käynnistämiseen osallistunutta tutkimusprofessori Heikki Hiilamo. Kiitämme myös Tuukka Holsteria hänen tutkimustulostensa avaamisesta taloudellisia vaikutuksia koskevaan lukuun. Avohilmo-tietopoinnoista kiitämme Antti Tuomi-Nikulaa ja poiminnat toteuttanutta Jatta Jämseniä. Tämän raportin kuvioiden ja taulukkojen muokkauksista sekä muusta tekstin teknisestä viimeistelystä kiitämme Sarianna Vaaraa.

Tiivistelmä

Päivikki Koponen, Liina-Kaisa Tynkkynen, toim. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut - Näkökulmia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuteen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäperi 8/2023. 119 sivua. Helsinki 2023. ISBN 978-952-408-040-8 (verkkojulkaisu)

Tämä raportti on katsaus siitä, mitä työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista tällä hetkellä tiedetään ja millaisia tutkimusaukkoja aiheeseen liittyen voidaan tunnistaa. Työ perustuu THL:n aineistoihin, olemassa olevaan tutkimuskirjallisuuteen ja näiden pohjalta tehtyyn asiantuntija-arvioon työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden merkityksestä koko väestön ja koko sosiaali- ja terveystalouden näkökulmista. Raportissa esitetään myös uusia, ennen julkaisemattomia tietoja väestötutkimuksista ja Avohimo-rekisteristä saaduista palveluiden käytintiedoista. Lisäksi esitetään arvio työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden tuotantoon kohdistuvasta lääkäreiden työpanoksesta. Tällä hetkellä työterveyshuollon sairaanhoidossa työskentelevästä henkilöstömäärästä ei ole tarkkaa tietoa.

Selvityksen keskeinen näkökulma on ollut arvioida työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden merkitystä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Raportin tarkoitus on toimia keskustelunavauksena, jonka toivomme johtavan laajaan keskusteluun ja systemaattisempaan tutkimukseen työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden asemasta osana suomalaista terveydenhuoltoa sekä sosiaali- ja terveydenhuoltopolitiikkaa.

Suomessa väestöryhmien terveydentilassa sekä terveystalouden käytössä on merkittäviä sosioekonomisia eroja, jotka ovat yhteydessä myös palvelujärjestelmän rakenteisiin. Järjestelmän resurssit jakautuvat paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevia ryhmiä suosien kolmeen ensisijaisen terveydenhuollon osajärjestelmään. Näitä ovat hyvinvointialueiden järjestämistä vastaava perusterveydenhuolto, työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut sekä yksityiset terveystaloudet.

Työnantajilla on velvollisuus järjestää työntekijöilleen ennaltaehkäisevät työterveyshuollon palvelut. Tähän Suomea velvoittavat myös useat kansainväliset sopimukset. Näiden palveluiden lisäksi työnantajat voivat halutessaan järjestää työntekijöilleen myös avosairanhoidon palveluita. Tällaisten sairaanhoitopalveluiden rooli suomalaisessa työterveyshuollossa on merkittävä ja myös kansainvälisesti poikkeuksellinen, sillä työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut muodostavat julkiselle terveydenhuoltojärjestelmälle rinnakkaisen ensisijaisen terveydenhuollon kanavan.

Työikäisten terveystalouden käytössä työnantajien järjestämien sairaanhoitopalveluiden merkitys on lisääntynyt erityisesti 1990-luvulta lähtien ja tämä kehitys on kiihtynyt 2000-luvulla. Yksi syy tähän on se, että julkisen perusterveydenhuollon suorituskyky on ollut pitkään huono. Julkista järjestelmää ei ole onnistuttu kehittämään väestön tarpeita vastaavasti. Suomalaista terveystaloutta ei ole koskaan ohjattu kokonaisuutena eikä eri osajärjestelmiä ole integroitu toisiinsa osana järjestelmäuudistuksia.

Työterveyshuollon palvelujen kattavuutta, saatavuutta ja jakaantumista ohjaavat sopimukset työnantajan ja työterveyshuollon palvelun tuottajan välillä sekä Kelan korvauskäytännöt. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujärjestelmä rakentuu yksityisen terveydenhuollon varaan sillä palveluita tuottavat pääosin suurimmat yksityiset lääkärikeskukset. Sairasvastaanottokäyntejä tarjoavat näissä yksityisinä ammatinharjoittajina toimivat lääkärit. Sairanhoitopalveluiden järjestämistavat poikkeavatkin eri osajärjestelmissä merkittävästi: julkisessa perusterveydenhuollossa painopiste on moniammatillisessa työssä, kun taas työterveyshuollon kautta järjestetyissä sekä yksityisissä terveystalouksissa hoitoon hakeudutaan ennen kaikkea lääkärille.

Työterveyshuollon sairaanhoidon taloudelliset vaikutukset ovat moninaisia, joista helpoiten havaittavissa ovat työnantajille maksettavat Kela-korvaukset. Ne rahoitetaan pääosin työnantajilta ja palkansaajilta sekä yrittäjiltä kerättävillä maksuilla. Selkeitä taloudellisia hyötyjä järjestelmästä koituu ainakin palveluiden käyttäjille (esim. maksuttomat palvelut käyttöhetkellä) sekä työnantajille ja julkiselle sektorille (esim. sairauspoissaolojen ehkäisy, nopeampi töihin paluu). Julkiselle sektorille järjestelmästä koituu välillistä hyötyä myös lyhyempien hoitokausien myötä. Samanaikaisesti syntyy kuitenkin myös merkittäviä välillisiä kustannuksia muun muassa henkilöstön saatavuusongelmien tai hallinnollisten kustannusten myötä.

Väestötutkimusten perusteella itse koetut palvelutarpeet ovat yleisempiä työttömillä ja eläkeläisillä, jotka käyttävät ensisijaisesti julkisen sektorin terveystalouksia, työterveyshuollossa asioivilla on vähemmän

palvelutarpeita. Palvelujen riittävyys, saatavuus, saavutettavuus, hoidon jatkuvuus ja muut asiakaskokemukset ovat parempia työterveyshuollossa kuin terveyskeskuksissa.

Avohilmo-aineistoon perustuvassa vertailussa työikäisellä väestöllä oli työterveyshuollon sairaanhoidossa enemmän lääkärin vastaanottokäyntejä ja erityisesti enemmän etäkäyntejä kuin terveyskeskusten avosairaanhoidossa. Terveyskeskuksissa työikäisten avosairaanhoidossa oli työterveyshuollon sairaanhoitoon verrattuna enemmän sekä terveyden- tai sairaanhoitajien vastaanottokäyntejä että hoitajien etäkontakteja.

Käyntisyys lääkärin etäkontakteissa painoutuivat eri tavoin kuin vastaanottokäynneillä. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat yleisimpiä lääkärin vastaanottokäyntien syytä sekä terveyskeskusten avosairaanhoidossa että työterveyshuollon sairaanhoidossa, mutta työterveyshuollossa selvästi yleisempiä. Hengitystieinfektiot olivat lääkärin etäkontakteissa yleisempi syy työterveyshuollon sairaanhoidossa kuin terveyskeskuksissa. Myös lääkärin ja hoitajien välisessä työnjaossa oli eroja.

Avohimo-aineistossa oli vuoden tarkastelujakson aikana yhteensä 7840 lääkäriä, joille työterveyshuollon sairaanhoidon käyntejä oli kirjattu. Heistä suurella osalla oli alle 50 vastaanottokäyntiä ja/tai etäkontaktia. Valtaosa työterveyshuollon sairaanhoitoa tuottaneista lääkäreistä työskentelikin osa-aikaisesti. Arvion mukaan kokoaikaista työtä tekeviä lääkäreitä oli noin 800. Kaiken kaikkiaan työterveyshuollon sairaanhoitoon kohdentuva lääkäreiden työpanos on karkeasti arvioituna noin 1600–1800 henkilötyövuotta, joka jakautuu alueellisesti painottuen asukasluvultaan isompiin hyvinvointialueisiin.

Aiemmat suomalaiset tutkimukset osoittavat, että erityisesti paljon työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja käyttävien palveluja tulisi paremmin yhteensovittaa julkisten terveyspalvelujen kanssa. Työterveyshuollon palveluiden integroitumista osaksi muuta palvelujärjestelmää onkin edistetty useissa hankkeissa. Hankkeet keskittyvät kuitenkin usein lakisääteiseen työterveyshuoltoon, eikä niissä ole otettu laajasti huomioon työterveyshuollon sairaanhoitopalveluita ja työterveyshuollon palveluiden tuotantorakennetta.

Selvitys antaa useita perusteita työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden systemaattisemmalle arvioinnille ja järjestelmän uudistamiselle. THL:n asiantuntija-arvio on, että suomalaiseen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään eriarvoisuutta synnyttävien rakenteiden tarkastelu on sote-uudistuksen jälkeen tärkeä seuraava askel, jos terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus halutaan pitää terveyspolitiikan keskeisinä tavoitteina.

Selvityksen pohjalta THL esittää, että suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuohjausta tulee kehittää terveyspoliittiset tavoitteet ja koko väestön palvelutarpeet huomioiden. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut tulisi huomioida, kun arvioidaan terveyserojen kaventamista tavoittelevia toimenpiteitä. Työterveyshuollon sairaanhoidon palveluiden nykyistä järjestämistapaa tulisi myös arvioida muuttuneen työelämän vaatimusten ja kansainvälisten käytäntöjen valossa.

Edellä esitettyjen arvioiden toteuttamiseksi tarvitaan systemaattista ja pitkäjänteistä tutkimusta, jotta uusien aineistojen tarjoamat mahdollisuudet saadaan hyödynnettyä tietoon perustuvan päätöksenteon tueksi. Työterveyshuollon sairaanhoidon tietopohjaa tulee myös kehittää edelleen huomioiden laajasti erilaiset aineistot ja tutkimusmenetelmät.

Myös itse työterveyshuoltojärjestelmän ohjausta ja taloudellisia kannustimia (ml. Kelan korvausjärjestelmä) tulee kehittää. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut ja niiden merkitys työikäisen väestön palvelukokonaisuuksissa tulee huomioida hyvinvointialueiden kansallisessa ohjauksessa sekä mahdollisissa tulevissa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän rakenteellisissa uudistuksissa. Työterveyshuollon toimintaa tulee ohjata osana kaikkien työikäisten palvelukokonaisuutta hyvinvointialueilla tunnistuen koko työikäisen väestön palvelutarpeet. Hyvinvointialueilta ja työterveyshuollon palveluiden tuottajilta tulee edellyttää yhteistyötä palveluiden paremman yhteensovittamisen mahdollistamiseksi.

Jotta asiantuntija- ja kansalaiskeskustelun kautta päästäisiin kohti yhteistä ymmärrystä, tulisi määritellä tarkemmin, millä käsitteillä parhaiten kuvataan erilaisia työterveyshuollossa järjestettäviä ja työnantajien hankkimia palveluita. Lakisääteisen työterveyshuollon ja työterveyshuollon kautta järjestettyjen sairaanhoitopalveluiden käsitteellinen erottaminen toisistaan saattaisi hälventää epäselvyyttä, jota työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista keskustelemiseen ja niiden analyttiseen tarkasteluun usein liittyy.

Avainsanat: Työterveyshuolto, terveyspalvelujen käyttö, terveydenhuollon oikeudenmukaisuus, terveydenhuoltojärjestelmä, terveyspolitiikka

Sammandrag

Päivikki Koponen, Liina-Kaisa Tynkkynen, red. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut - Näkökulmia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuteen. [Publikations namn på svenska]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 9/2023. 119 sidor. Helsingfors 2023. ISBN 978-952-408-040-8 (nätpublikation)

Denna rapport är en översikt över vad man för närvarande vet om företagshälsovårdens sjukvårdstjänster och hurdana de identifierbara forskningsluckorna ser ut. Arbetet grundar sig på THL:s material, befintlig forskningslitteratur och en expertutvärdering utifrån dessa om företagshälsovårdens sjukvårdstjänsters betydelse ur hela befolkningens och hela social- och hälsovårdssystemets perspektiv. I rapporten presenteras också nya, tidigare opublicerade uppgifter om befolkningsundersökningar och besöksuppgifter om tjänster från Avohilmo-registret. Dessutom presenteras en uppskattning av läkarnas arbetsinsats i produktionen av företagshälsovårdens sjukvårdstjänster. För närvarande finns det inga exakta uppgifter om antalet anställda inom företagshälsovårdens sjukvård.

Utredningens centrala infallsvinkel har varit att bedöma betydelsen av företagshälsovårdens sjukvårdstjänster ur ett rättvist perspektiv inom hälso- och sjukvården. Syftet med rapporten är att den ska fungera som ett diskussionsunderlag som vi hoppas ska leda till en bredare debatt och mer systematisk undersökning om företagshälsovårdens sjukvårdstjänsters roll som en del av den finländska hälso- och sjukvården samt social- och hälsovårdspolitikerna.

I Finland finns det betydande socioekonomiska skillnader i befolkningsgruppernas hälsotillstånd och i användningen av hälso- och sjukvårdstjänster, vilka också är kopplade till strukturerna i servicesystemet. Grupper som har en bättre socioekonomisk ställning kan lättare ta del av resurserna i systemet och gynnas av tre delsystem inom den primära hälsovården. De tre delsystemen är primärvård som välfärdsområdena ansvarar för att ordna, sjukvårdstjänster som företagshälsovården ordnar samt privata hälso- och sjukvårdstjänster.

Arbetsgivarna är skyldiga att ordna förebyggande företagshälsovårdstjänster för sina anställda. Detta förpliktar också Finland av flera internationella avtal. Utöver dessa tjänster kan arbetsgivarna om de så önskar också ordna tjänster inom den öppna sjukvården för sina anställda. Dessa hälsovårdstjänster spelar en viktig roll inom den finländska företagshälsovården och är även exceptionella internationellt sett, eftersom företagshälsovårdens sjukvårdstjänster utgör en primär kanal parallellt med den offentliga hälso- och sjukvården.

I användningen av hälso- och sjukvårdstjänster har betydelsen av de sjukvårdstjänster som arbetsgivarna ordnar för personer i arbetsför ålder ökat särskilt sedan 1990-talet, och denna utveckling har accelererat under 2000-talet. En orsak till detta är att den offentliga primärvårdens kapacitet länge varit dålig. Man har inte lyckats utveckla det offentliga systemet i enlighet med befolkningens behov. Det finländska hälsosystemet har aldrig styrts som en helhet och de olika delsystemen har inte integrerats i varandra som en del av systemets reformer.

Omfattningen, tillgången och fördelningen av företagshälsovårdstjänsterna styrs av avtal mellan arbetsgivaren och de som producerar företagshälsovårdstjänsterna samt av FPA:s ersättningspraxis. Företagshälsovårdens sjukvårdssystem bygger på den privata hälso- och sjukvården, eftersom de största läkarcentralerna huvudsakligen producerar tjänsterna. Läkare som verkar som privata yrkesutövare erbjuder mottagningsbesök. Sjukvårdstjänsterna är organiserade på olika sätt i de olika delsystemen: inom den offentliga primärvården ligger tyngdpunkten på multiprofessionellt arbete, medan läkaren är den primära källan till vård inom företagshälsovården och inom de privata hälso- och sjukvårdstjänsterna.

De ekonomiska effekterna av företagshälsovårdens sjukvård är många, varav de ersättningar som FPA betalar till arbetsgivarna är enklast att observera. De finansieras i huvudsak med avgifter arbetsgivare, löntagare och företagare betalar in. Systemet medför tydliga ekonomiska fördelar åtminstone för arbetstagarna (t.ex. avgiftsfria tjänster vid användningstidpunkten) samt för arbetsgivarna och den offentliga sektorn (t.ex. förebyggande av sjukfrånvaro, snabbare återgång till arbetet). Kortare vårdköer kommer även indirekt att gynna den offentliga sektorn i systemet. Samtidigt uppstår dock också betydande indirekta kostnader bland annat på grund av personalbrist.

Enligt befolkningsundersökningar är de upplevda servicebehoven vanligare bland arbetslösa och pensionärer som i första hand anlitar hälso- och sjukvårdstjänster inom den offentliga sektorn, medan de som

besöker företagshälsovården har färre servicebehov. Tjänsternas tillräcklighet, tillgänglighet, vårdens kontinuitet och andra klientupplevelser är bättre inom företagshälsovården än på hälsovårdscentralerna.

I en jämförelse som grundar sig på Avohilmo-materialet gjorde befolkningen i arbetsför ålder fler läkarbesök inom företagshälsovårdens sjukvård och i synnerhet fler distansbesök än inom hälsocentralernas öppna sjukvård. Både mottagningsbesök vid hälsovårdscentralerna och distanskontakter med hälso- och sjukvårdarna inom den öppna sjukvården för personer i arbetsför ålder var fler än inom företagshälsovården. Besöksorsakerna vid distanskontakt med läkare betonades på ett annat sätt än vid mottagningsbesöken. Sjukdomar i rörelseorganen var de vanligare orsakerna till läkarbesök både inom hälsocentralernas öppna sjukvård och inom företagshälsovårdens sjukvård, men klart vanligare inom företagshälsovården. Luftvägsinfektioner var den vanligare orsaken till distanskontakter bland läkare inom företagshälsovården än på hälsovårdscentralerna. Det fanns också skillnader i arbetsfördelningen mellan läkarna och vårdarna.

I Avohilmo-materialet ingick under en granskningsperiod på ett år sammanlagt 7840 läkare, till vilka registrerade mottagningsbesök gjorts inom företagshälsovårdens sjukvård. En stor del av dem hade färre än 50 mottagningsbesök och/eller distanskontakter. Majoriteten av läkarna inom företagshälsovården arbetar deltid. Uppskattningsvis arbetade cirka 800 läkare på heltid. Totalt sett är arbetsbelastningen för läkare inom företagshälsovårdens sjukvård grovt uppskattat till cirka 1600–1800 årsverk, som är indelade med fokus på välfärdsområden med större invånarantal.

Tidigare finländska undersökningar visar att i synnerhet de som i hög grad använder företagshälsovårdens sjukvårdstjänster borde samordnas bättre med de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna. Flera projekt har främjat integreringen av företagshälsovårdens tjänster som en del av det övriga servicesystemet. Projekten fokuserar dock på den lagstadgade företagshälsovården och i dem har man inte i någon större utsträckning beaktat företagshälsovårdens sjukvårdstjänster och produktionsstrukturen för företagshälsovårdens tjänster.

Utredningen innehåller flera grunder för en mer systematisk utvärdering av företagshälsovårdens sjukvårdstjänster och för en reform av systemet. THL:s expertutvärdering är att granskningen av de strukturer som skapar ojämlikhet i det finländska social- och hälsovårdssystemet är ett viktigt nästa steg efter social- och hälsovårdsreformen, om de centrala målen för hälsopolitiken ska vara att minska ojämlikhet i hälsa och välfärd och rättvisa inom hälso- och sjukvården.

Utifrån utredningen föreslår THL att den övergripande styrningen av det finländska hälso- och sjukvårdssystemet ska utvecklas med beaktande av de hälsopolitiska målen och hela befolkningens servicebehov. Företagshälsovårdens sjukvårdstjänster bör beaktas vid bedömningen av åtgärder för att minska hälsoskillnaderna. Det nuvarande sättet hur företagshälsovården ordnar sina sjukvårdstjänster bör också bedömas i ljuset av arbetslivets krav och internationell praxis.

För att genomföra det ovan nämnda behövs systematisk och långsiktig undersökning för att de möjligheter som det nya materialet erbjuder ska kunna utnyttjas som stöd för välgrundat beslutsfattande. Informationsunderlaget för företagshälsovårdens sjukvård bör också vidareutvecklas med grundligt beaktande av de olika materialen och undersökningsmetoderna.

Även styrningen av själva systemet för företagshälsovården och de ekonomiska incitamenten (inkl. FPA:s ersättningssystem) bör utvecklas. Företagshälsovårdens sjukvårdstjänster och deras betydelse i servicehelheterna för befolkningen i arbetsför ålder ska beaktas i den nationella styrningen av välfärdsområdena samt i eventuella framtida strukturella reformer av social- och hälsovårdssystemet. Företagshälsovårdens verksamhet ska styras som en del av servicehelheten för alla personer i arbetsför ålder i välfärdsområdena och identifiera servicebehovet för hela befolkningen i arbetsför ålder. Att möjliggöra en bättre samordning av tjänsterna förutsätter samarbete mellan välfärdsområdena och producenterna av företagshälsovårdstjänsterna.

För att man genom expert- och medborgardiskussioner ska nå en gemensam förståelse bör man närmare definiera med vilka begrepp man bäst beskriver olika tjänster som företagshälsovården ordnar och som arbetsgivarna skaffar. Den begreppsmässiga distinktion mellan den lagstadgade företagshälsovården och sjukvårdstjänster som ordnas via företagshälsovården kan bidra till att undanröja den tvetydighet som ofta är förknippad med diskussionen om företagshälsovårdens sjukvårdstjänster och den analytiska granskningen av dem.

Nyckelord: Företagshälsovård, användning av hälso- och sjukvårdstjänster, rättvis hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdssystem, hälsopolitik

Abstract

Päivikki Koponen, Liina-Kaisa Tynkkynen, eds. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut - Näkökulmia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuteen. [Primary care in occupational health services – Viewpoints to health care equity]. Finnish institute for health and welfare (THL). Discussion Paper 8/2023. 119 pages. Helsinki, Finland 2023. ISBN ISBN 978-952-408-040-8 (online publication)

In Finland, significant socio-economic differences in health status as well as in the use of health services have been observed between population groups. The health care system's resources are distributed in favour of the higher socio-economic groups through three primary care channels: primary care organised by the well-being services counties, primary care provided through occupational health care and private health services. Primary care services provided through occupational health care are a unique feature of the Finnish health care system and this has received attention in several international reviews.

In this report, we discuss the primary care services provided through occupational health care in the context of the wider Finnish health care system. The aim is to provide an overview of what is currently known about the primary care services provided in occupational health care and what kind of knowledge gaps can be identified. The report is based primarily on data from national registers and surveys, existing research literature and the Finnish institute for health and welfare's (THL) expert evaluation. THL addresses the issue from the perspective of the whole population and the entire health care system and from the perspective of healthcare equity.

Employers are obliged by national legislation to organise preventive occupational healthcare services for their employees. This is also an obligation under several international agreements. In addition to these services, employers may also provide primary care for their employees. The role of primary care within the Finnish occupational health care system is significant. It is also exceptional in international terms, as these services constitute a parallel primary care channel to the universal primary care system. The importance of employer-provided health services in the health care of the working-age population has increased, particularly since the 1990s, and this trend has accelerated in the 2000s. One reason for this is that the performance of the public system and access to public primary care services has been poor for a long time.

In practice, the coverage, availability, and distribution of primary care services provided in occupational health care are based on agreements between the employer and the occupational health care provider, and the reimbursement policies of the Social Insurance Institution of Finland (Kela). At present, primary care is provided mainly by large private health care provider organizations where doctors have their own private practice providing medical consultations. The way in which the services are provided differs significantly between the different subsystems: in public primary care the emphasis is on multidisciplinary work, while in primary care provided in occupational health care the patient mainly books an appointment to see a physician.

The economic impact of primary care in occupational health services is not only on employers and employees, but also on society at large. Kela reimbursements are mainly financed by contributions collected from employers and employees as well as from entrepreneurs. There are also clear economic benefits at least for employees (e.g., no user fees for appointments) and for employers and the public sector (e.g., prevention of sickness absence, faster return to work). For the public sector, there are also indirect benefits in terms of shorter waiting times for treatment, but at the same time significant indirect costs in terms of for instance problems in staff availability.

Several population surveys show that self-perceived service needs are more common among the unemployed and pensioners, with the elderly using primarily public sector health services. Contrastingly, those using occupational health services have fewer service needs. The adequacy, availability, accessibility, continuity of care and other patient reported outcomes are better in occupational health care than in public health centres.

Based on register data on outpatient visits (the "Avohilmo" register) the working-age population had more doctor's visits in primary care provided through occupational health care and, in particular, more remote or virtual visits than in outpatient care in public health centres. Working-age people also had both more doctor's visits and more remote consultations in primary care provided through occupational health care than in public

primary care, where there were more contacts with nurses (public health nurses or other registered nurses). Musculoskeletal disorders were the most common reason for doctors' consultations in both outpatient care in public health centres and primary care in occupational health care but these were clearly more common in occupational health care. Respiratory tract infections were a more common reason for doctors' remote consultations in primary care through occupational health care than in public health centres. A comparison of the number of visits also showed differences in the division of work between doctors and nurses in primary care through occupational health care and in public primary care.

There is no precise information on the number of staff providing primary care in occupational health services. In the Avohilmo register data, there was a total of 7840 physicians for whom occupational health care primary care visits were recorded during the one-year period. A large proportion of them had fewer than 50 consultations and/or remote contacts. The majority of physicians providing these services worked part-time. It is estimated that there were around 800 doctors working full-time in primary care in occupational health services. The physician workforce providing primary care in occupational health is roughly estimated to be around 1600-1800 person-years, concentrated regionally in larger affluent areas with a high proportion of working-age people.

THL proposes that the overall governance of the Finnish healthcare system should be developed in line with the national health policy objectives and the service needs of the entire population. Primary care in occupational health services should be taken into account when measures to reduce health inequalities are developed. The current way of organising primary care through occupational health services should also be evaluated in the light of the changing working life. Systematic and sustained research is needed to address these issues.

The guidance and financial incentives of the occupational health care system should also be developed. Occupational health care services and their role in the provision of primary care for the entire working-age population should be considered in the national governance of the health care and social service system and in the national guidance of the wellbeing services counties. The role of primary care through occupational health services should also be discussed in the context of the potential future structural reforms of the social and health care system.

At the level of the wellbeing services counties, primary care through occupational health services should be governed as part of all services directed to the working-age population and by identifying the service needs of the working-age population as a whole. Wellbeing services counties and occupational health care service providers should collaborate to enable better coordination of primary care services.

Keywords: Health care, Health care system, Health services, Health system, Occupational health care, Health care equity, Primary care, Health system governance, Health system reform

Sisällys

Esipuhe.....	2
Kiitokset	3
Tiivistelmä.....	5
Sammandrag.....	7
Abstract	9
Sisällys.....	11
Johdanto.....	12
1 Keskeiset käsitteet	16
2 Työterveyshuollon lakiperusta ja lakisääteinen työterveyshuolto	20
3 Terveysthuollon oikeudenmukaisuus ja työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen kehitys osana suomalaista terveydenhuoltopolitiikkaa	25
4 Ensisijaiseen terveydenhuoltoon hakeutumisen vaihtoehdot ja työterveyshuoltopalveluiden markkinat Suomessa	34
5 Työterveyshuollon sairaanhoidon taloudelliset vaikutukset	45
6 Työterveyshuolto ja työnantajien tarjoamat yksityiset vakuutukset kansainvälisesti.....	53
7 Suomalaisia tutkimushankkeita ja katsauksia työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen käytöstä.....	57
8 Työikäisten julkisten sote-palvelujen ja työterveyspalvelujen integraatiota tukevia kehittämishankkeita	62
9 Avoterveydenhuollon palvelujen käytön oikeudenmukaisuus ja koetun palvelujen tarpeen tyydyttyminen väestötutkimustiedon perusteella	73
10 Työterveyshuollon sairaanhoito ja työikäisten julkinen avoterveydenhuolto – vertailussa palveluiden toteutustavat ja käyntisyyt.....	84
11 Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen henkilöstö	102
Pohdinta ja johtopäätökset.....	111

Johdanto

Liina-Kaisa Tynkkynen ja Päivikki Koponen

Työterveyshuolto on tehoton ja typerä järjestelmä, THL:n Mika Salminen lataa Ylen dokumentissa (Yle 18.4.2022)

THL:n Mika Salminen sohausi herhiläispesään kritisoidessaan työterveyshuoltoa – EK:n johtaja Ilkka Oksala: "Salminen on väärässä" (Yle 19.4.2022)

THL:n Mika Salmisen näkemys työterveydestä pöyristyttää – ”Ei näitä varoja voi sosialisoida” (IS 19.4.2022)

Työterveyshuoltoa ei kannata romuttaa vaan sote-yhteistyötä tulee tiivistää (TTL 19.4.2022)

Työterveyshuollon pitää kestää rakentavaa kritiikkiä (HS 21.4.2022)

Mika Salminen on oikeassa (Lääkärilehti 4.5.2022)

Nämä eri medioiden otsikoista poimitut esimerkit kuvaavat keväällä 2022 käynnistynyttä keskustelua työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista ja niiden roolista osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. Aiheeseen liittyen julkaistiin runsaasti esimerkiksi uutisia, mielipidekirjoituksia ja blogeja eri näkökulmista. Myös sosiaalisessa mediassa keskustelu kävi vilkkaana. Näkemysten kirjo ja aiheeseen liittyvä laaja keskustelu osoittavat aihepiirin kiistanalaisuuden. Tämän julkaisun tarkoitus on jatkaa tätä keskustelua, joka osoitti tarpeen koota yhteen tutkimusnäyttöä ja tilastotietoa sekä tehdä laajempi asiantuntija-arvio työterveyshuollosta osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää.

Vaikka keskustelu aiheen ympärillä on ollut viime aikoina vireää, aihe ei ole suomalaisessa terveystieteessä keskustelussa uusi. Työterveyshuollon asema osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää liittyy laajempaan keskusteluun monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä. Työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut ovat suomalaisen monikanavaisen terveydenhuoltojärjestelmän yksi osa, johon on kiinnitetty huomiota myös useissa kansainvälisissä arvioinneissa. Aihe on terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuohjauksen ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden näkökulmista merkittävä.

Toinen peruste tehdä tämä selvitys on vuoden 2023 alusta voimaan astunut sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistus (sote-uudistus). Sote-uudistuksen myötä suomalaisen sosiaali- ja terveystalvuelujärjestelmän rahoitus-, järjestämis- ja ohjauksrakenteet uudistuvat merkittävästi. Tämä perustelee pohtimaan myös julkisen sosiaali- ja terveystalvuelujärjestelmän ulkopuolelle jäävien terveystalvuelujärjestelmän osien asemaa ja uudistustarpeita.

Työnantajilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää työntekijöilleen ennaltaehkäisevät työterveyshuollon palvelut. Lisäksi työnantajat voivat halutessaan järjestää työntekijöilleen myös avosairaanhoidon palveluita. Näiden sairaanhoitopalveluiden rooli suomalaisessa työterveyshuollossa on kasvanut vuosien mittaan merkittäväksi ja se on myös kansainvälisesti poikkeuksellinen. Tässä selvityksessä mielenkiinnon kohteena ovatkin nimenomaan nämä vapaaehtoiset sairaanhoitopalvelut, joista käytämme pääosin käsitettä työnantajan järjestämät tai työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut (lyhyesti sairaanhoito työterveyshuollossa/työterveyshuollon sairaanhoito).

Suomessa Työterveyslaitos on työhyvinvoinnin asiantuntijana työterveys- ja työsuojelualan tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka vastaa myös osasta työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutusta. THL puolestaan on asiantuntija- ja tutkimuslaitos, jonka tavoitteena on edistää väestön hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta, ehkäistä sairauksia ja sosiaalisia ongelmia sekä kehittää hyvinvointiyhteiskuntaa. Tämän THL:n asiantuntijoiden tekemän selvityksen tarkoituksena onkin keskittyä tarkastelemaan työterveyshuollon sairaanhoitopalveluita *koko väestön ja koko terveystalvuelujärjestelmän näkökulmista*. Yksi keskeinen teema selvityksessä on arvioida työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden merkitystä *terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden näkökulmasta*. Raportti on luonteeltaan ennen kaikkea keskustelunavaus, jonka

toivomme toimivan ponnahduslautana laajemmalle ja systemaatisemmalle selvitystyölle työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden asemasta osana suomalaista terveydenhuoltoa sekä sosiaali- ja terveydenhuoltopoliittikkaa.

Työn tavoitteena oli tuottaa ensisijaisesti THL:n aineistoihin, olemassa olevaan tutkimuskirjallisuuteen ja THL:n asiantuntija-arvioon perustuva katsaus siitä, mitä työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista tällä hetkellä tiedetään ja millaisia tieto- ja tutkimustarpeita aiheeseen liittyen on mahdollisuus tunnistaa. Työryhmä on selvitystyön aikana konsultoinut ja kuullut eri näkemyksiä tavaten muita asiantuntijoita THL:sta sekä THL:n ulkopuolisia asiantuntijoita mm. Työterveyslaitoksesta ja Kelasta. Selvityksen tiukka aikataulu ei ole kuitenkaan mahdollistanut laajaa kuulemiskierrosta tai eri asiantuntijoiden erityiskysymyksiin kohdennettuja haastatteluja. Raportissa kuvaamme myös keskeisimpiä käynnissä tai käynnistymässä olevia hankkeita, jotka tuottavat aiheesta lisätietoja ja joiden tulokset ovat tärkeitä huomioitaviksi myöhemmässä keskustelussa.

Raportin tekemiseen on osallistunut laaja joukko THL:n asiantuntijoita eri tieteen- ja asiantuntija-aloilta. Osallistuneiden asiantuntijoiden nimet näkyvät kunkin luvun kirjoittajalistassa ja tämän raportin alussa. Selvitystyöstä on vastannut THL:n pääjohtajan nimeämä työryhmä, joka koostui kansanterveyden, työikäisten terveyden ja hyvinvoinnin, terveys- ja sosiaalipoliittikan, terveydenhuoltotutkimuksen, terveystaloustieteen, oikeustieteen ja lääketieteen erikoisalojen (kuntoutus, terveydenhuolto ja yleislääketiede) asiantuntijoista.

Raportti koostuu kolmesta osasta. Ensimmäisessä osassa työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut kontekstoidaan osaksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuutta. Taustoittavat luvut käsittelevät työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden sääntelyä, terveydenhuollon monikanavaisuuden historiaa ja työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden yleistymisen ja laajenemisen taustoja ja syitä. Lisäksi käsitellään työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden, julkisten ja yksityisten terveyspalveluiden toiminnan eroja, työterveyshuollon taloudellisia vaikutuksia sekä luodaan katsaus työterveyshuollon markkinoiden kehitykseen. Raportin ensimmäisessä osassa tehdään myös lyhyt katsaus siihen, miltä työnantajien järjestämät sairaanhoitopalvelut näyttävät kansainvälisessä kontekstissa tarkasteltuina. Käytämme taustoittavassa osassa käsitettä ensisijainen terveydenhuolto¹ jolla viitataan niihin terveyspalveluihin, joiden piiriin ihminen voi hakeutua oma-aloitteisesti ilman hoidon porrastusta tai läheteitä.

Raportin toisessa osassa esitellään tuloksia THL:n toteuttamista väestötutkimuksista sekä avohoidon hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo) tätä selvitystä varten poimituista tiedoista. Aihetta käsitellään niin palveluiden käytön kuin henkilöstöresurssienkin näkökulmasta. Avohilmo-rekisteritietoihin perustuvia tietoja työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden käytöstä ja näistä tehtyjä vertailuja julkiseen perusterveydenhuoltoon ei ole aikaisemmin julkaistu. Myös henkilöstön määrästä ja työpanoksen kohdentumisesta esitettävät arviot ovat aikaisemmin julkaisemattomia.

Työterveyshuolto ja työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut pähkinänkuoressa

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 (STM 2017). Ko. määritelmän mukaan työterveyshuollossa on siis kyse monitoimijaisesta yhteistyöstä. Vuonna 2020 työterveyshuollon piirissä oli 88,6 % palkansaajista (Kela 2022). Kelan korvaaman työterveyshuollon ulkopuolelle jää osa pienten yritysten työntekijöistä ja yrittäjistä. Vuonna 2020 sairaanhoitokäyntejä tehtiin työterveyshuollossa 3,4 miljoonaa, keskimäärin kaksi käyntiä työntekijää kohti. Sairaanhoitokäyntien lukumäärä työterveyshuollossa pienentyi 34 % vuodesta 2010 vuoteen 2020. Vastaavana aikana terveystarkastuksien lukumäärä kasvoi, mikä vastaa tavoitetta siirtää toiminnan painopistettä vahvemmin ennaltaehkäisyyn. (Kela 2022)

Työnantaja voi hankkia työterveyshuollon palvelut hyvinvointialueen työterveysyksiköltä tai yhtiöltä, yksityiseltä työterveyshuollon palveluntuottajalta tai omalta työterveysasemalta tai yhdessä toisten työnantajien kanssa ylläpidetyltä yhteiseltä työterveysasemalta. Tällä hetkellä palveluita tuottavat pääosin

¹ Kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään esimerkiksi termejä primary care, first point of contact tai entry point of care

lääkärikeskukset (Takala ym. 2019, Kela 2022), joihin luetaan yksityisten lääkäriasemien lisäksi myös kuntien ja hyvinvointialueiden yhtiötetyt työterveyshuollon yritykset (Lith 2021).

Työterveyspalvelujen toteuttamisessa tulee noudattaa hyvää työterveyshuoltokäytäntöä (VNA 708/2013). Työterveyshuollon järjestämiseksi työnantaja tekee valitsemansa palveluntuottajan kanssa kirjallisen työterveyshuoltosopimuksen, joka konkretisoituu vuosittaisessa työpaikkakohtaisesti laadittavassa toimintasuunnitelmassa. Työterveyshuoltosopimus ja toimintasuunnitelma on saatettava työpaikan henkilöstön tietoon yhteistoimintalain mukaisia periaatteita noudattaen. Työterveyshuoltosopimus sisältää tiedot työterveyshuollon yleisistä järjestelyistä ja palvelujen sisällöstä sekä siitä, onko lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi sovittu sairaanhoidon järjestämisestä.

Työterveyshuoltojärjestelmän piiriin kuulumisen riippuu ihmisen työmarkkina-asemasta, palvelujen laajuus myös työnantajan järjestämis- ja maksuhaluudesta (ks. myös luvut 4 ja 5). Työnantajan järjestämän sairaanhoitopalveluiden käyttö ei myöskään ole työntekijöille velvoittavaa ja henkilö voi hakeutua hoitoon myös julkiselle sektorille tai yksityisesti rahoitettujen palveluiden piiriin. Ainoastaan silloin, jos työntekijän sairaspöissaolo pitkittyy 90 sairauspäivän mittaiseksi, edellyttää Kela sairauspäivärahan jatkon maksamiseksi lausunnon työntekijän tilanteesta ja työhön paluun edellytyksistä. Tämä toteutetaan osana lakisääteistä työterveyshuoltoa ja lausunto on toimitettava Kelaan, vaikka työntekijää ei olisi hoidettu työterveyshuollossa. Henkilö voi myös käyttää useiden sektoreiden (työterveys, julkinen, yksityinen) palveluita rinnakkain ja päällekkäin erilaisten terveysongelmien hoitamiseen.

Vuonna 2018 työnantajien tekemistä työterveyshuoltosopimuksista noin kolmasosa oli sellaisia, jotka sisälsivät vain lakisääteiset palvelut. Kokonaisvaltaiset sopimukset, jotka siis sisältävät sekä lakisääteisen työterveyshuollon että sairaanhoitopalvelut, olivat sitä yleisempiä mitä suuremmasta työnantajasta oli kysymys. Eniten sellaisia sopimuksia, jotka sisälsivät ainoastaan lakisääteiset palvelut, oli pienillä 1–10 henkilön yrityksillä. (Takala ym. 2019.) Vuonna 2020 lakisääteisten palvelujen piiriin (kelan korvausluokka I) kuului 1,9 miljoonaa työntekijää ja tätä laajemman (korvausluokka II) palvelun piiriin kuului 1,8 miljoonaa työntekijää (Kela 2022).

Käytännössä työterveyshuollon palvelujen kattavuutta, saatavuutta ja jakaantumista ennaltaehkäisyyn ja sairaanhoitoon ohjaavat sopimukset työnantajan ja työterveyshuollon palvelun tuottajan välillä sekä Kelan korvauskäytäntö työnantajille ja yrittäjille (Kela 2022). Kela korvaa työnantajalle työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneita tarpeellisia ja kohtuullisia kustannuksia sairausvakuutuslain (1224/2004, luku 13) perusteella. Käytännössä tämä tarkoittaa, että Kela kanavoi työnantajilta ja työntekijöiltä kerättyä maksua työterveyshuollon korvauksiin työnantajille. Korvauksen saamisen edellytys on, että työnantaja on järjestänyt palvelut kaikille työntekijöille saman tasoisina. Pääperiaatteena työterveyshuollon kustannukset jakautuvat kuitenkin kahteen korvausluokkaan. Korvausluokkaan I kuuluvat ehkäisevän toiminnan ja työntekijöiden työkykyä ylläpitävän toiminnan kustannukset, joita syntyy esimerkiksi työpaikkaselvityksistä, työpaikkakäynneistä, terveystarkastuksista ja työterveyteen liittyvästä neuvonnasta ja ohjauksesta.

Korvausluokka I:n osalta Kela korvaa 60 % hyväksytyistä kustannuksista. Korvausluokkaan II kuuluvat em. ehkäisevän työterveyshuollon lisäksi järjestetyn yleislääkäritasoisen sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannukset. Korvausluokka II:n osalta Kela korvaa 50 % hyväksytyistä kustannuksista. Jäljelle jäävään osuuden työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista työnantaja voi vähentää verotuksessaan. Kela vahvistaa vuosittain työntekijäkohtaisen kustannusten laskennallisen enimmäismäärän. Korvausluokkien I ja II osalta määritetään yksi yhteinen laskennallinen enimmäismäärä, josta korvataan ensisijaisesti korvausluokan I kustannukset. Sairanhoidon eli korvausluokan II kustannuksia voidaan korvata korkeintaan 40 % laskennallisesti vahvistetusta enimmäismäärästä. Käytännössä rajanveto korvausluokkien välillä on toisinaan hankalaa. Työterveyshuollon palveluista ei peritä käyttöhetkellä asiakasmaksuja.

Lähteet

- Kela (2022). Kelan työterveyshuoltotilasto 2020. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2022.
- Lith P. (2021). Lääkäripalvelujen markkinat. Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon tasoisten lääkäripalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta koko maassa ja maakunnittain 2019–21. Hyvinvointiala 2021. <https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2021/05/oppenvard2021.pdf>
- Sairausvakuutuslaki (1224/2004) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>
- STM (2017). Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveys 2025 – yhteistyöllä työkykyä ja terveyttä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:1. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3799-4>
- Takala E-P, Leino T, Harjunpää K, Hirvonen M, Kauranen T, Liljeström K, Syynimaa S, Österbacka O. (2019) Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos, Helsinki.

1 Keskeiset käsitteet

Päivikki Koponen, Anu Niemi, Liina-Kaisa Tynkkynen

Kansanterveystyö (public health), josta nykyisin joissain yhteyksissä käytetään suomeksi myös synonyyminä väestöterveys) pohjautuu kansanterveystieteen tietoperustaan, jossa etsitään ensisijaisesti ratkaisuja sellaisiin terveysongelmiin, jotka voidaan määritellä vain laajemmalla systeemitasolla. Väestön tarpeet ja systeemien tutkimus ovat tällöin keskiössä. Kansanterveystyö kattaa yksilöön, perheisiin ja elinympäristöön kohdistuvan terveyden edistämisen, ensisijaisen terveydenhuollon ja yksilön sairaanhoidon. Orientaatio on yhteisin yhteiskunnallisin toimin tulevaisuuteen suuntautuva, mm. arvioitaessa tarpeita muutoksiin lainsäädännössä. Se perustuu tietoon väestön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä näihin vaikuttavista tekijöistä. Kansanterveystyö kattaa laajasti terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimet eri hallinnonaloilla sekä terveys- ja yhteiskuntapoliittisen vaikuttamisen. Kansanterveystyössä terveyden sosiaaliset ja ekologiset määrittäjät ovat lähtökohtina politiikkatoimille ja yhteisötason toimille niin paikallisesti, alueellisesti kuin kansallisestikin. Järjestötoimijoilla on merkittävä rooli kansanterveystyön toteutuksessa Suomessa. Terveys kaikissa poliitikoissa viitekehysellä kansanterveys on mukana kaikessa ja sen tulee näkyä kaikkialla. Työterveyshuolto toteuttaa osaltaan kansanterveystyötä työpaikoilla ja laajemmin työelämän kontekstissa. (Kauhanen ym. 2013, Cabaj ym. 2019)

Perusterveydenhuolto (primary health care) on terveydenhuoltoa, jonka tulee olla kaikkien yksilöiden ja yhteisöjen saatavilla ja saavutettavissa ja joka tukee heidän täysipainoista osallisuuttaan. Sen ydintä on ns. välttämätön (essential) hoito. Perusterveydenhuolto on palvelujärjestelmän ensimmäinen ja ensisijainen taso, jolla Suomessa asuvat saavat kontaktin hyvinvointialueen terveydenhuoltojärjestelmään ja kansallisesti porrastettuun hoitoon. Hoidon jatkuvuuden toteutuessa perusterveydenhuollon asiakkuus laajenee yksittäisistä asiakkaista perheisiin ja yhteisöön. Perusterveydenhuolto tuo terveyspalvelut mahdollisimman lähelle ihmisten asuinyhteisöjä ja elämänpiiriä. Näissä palveluissa keskeistä on yhdenvertaisuus ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Perusterveydenhuollon tasolla tulee myös olla kokonaisvastuu potilaan hoidon koordinaatiosta eri palveluntuottajien ja palvelujärjestelmän tasojen välillä. (Muldoon ym. 2006, Tange Larsen ym. 2020.) Perusterveydenhuollon palvelukokonaisuus organisoidaan Suomessa käytännössä sote-keskuksissa laajana moniammatillisena työnä, jossa lähtökohtana on asiakkaiden ja väestön elinympäristöjen ja elinolojen tuntemus sekä erilaisten elämäntilanteiden ymmärrys. Perusterveydenhuollon keskiössä on hyvinvoinnin, terveyden ja arjen turvallisuuden edistäminen ja ennaltaehkäisevä työ. Osaa perusterveydenhuollon palveluista tuottavat myös yksityiset lääkäriasemat ja työterveyshuolto. Perusterveydenhoitoa ohjaa Terveydenhuoltolaki (laki 2010/1326, Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 2022/581).

Ensisijainen terveydenhuolto (primary care) toimii palvelujärjestelmässä ensimmäisenä yhteispisteenä henkilön uusissa terveysongelmissa. Tämä tarkoittaa, että vastaanotolle tuleva väestö on valikoitumatonta ja työ edellyttää erityistä ammattiosaamista perustason palveluissa työskentelevältä henkilöstöltä. Hoidon esteetön saatavuus ja jatkuvuus ovat keskeisiä periaatteita ja tavoitteita, kuten myös potilaan kokonaisvaltainen hoito sekä hoidon koordinaatio. (Muldoon ym. 2006, Jimenez ym. 2021, Eskola ym. 2022.) Käytännössä ensisijainen terveydenhuolto on yleislääkäritasoisista vastaanottotyötä, joka Suomessa toteutuu sekä terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa että yksityisillä lääkäriasemilla. Terveyskeskuksissa asiakkaan ensisijaisen hoidon ensimmäinen kontakti on useimmiten terveyden- tai sairaanhoitaja, joka laatii hoidon tarpeen arvion. Myös fysioterapeutin suoravastaanottoja on otettu aiempaa laajemmin käyttöön, jolloin asiakas ei välttämättä hakeudu ensin lääkärin vastaanotolle.

Työterveyshuolto (occupational health care) pohjautuu tietoon ja tutkimukseen työhön liittyvistä sairauksiin vaikuttavista tekijöistä, työperäisistä altisteista ja riskeistä sekä näiden ehkäisemisestä, jolloin keskeisenä tavoitteena on työkyvyn edistäminen sekä työyhteisötasoinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (Kauhanen ym. 2013). Työterveyshuollon kokonaisuuteen sisältyy sekä ennaltaehkäisevä työ että sairaanhoito. Työterveyshuollon prosesseja ovat työyhteisötasoinen työpaikkaselvitys, työterveyshuollon toimintasuunnitelma, työntekijöiden terveystarkastukset sekä neuvonta ja ohjaus. Ehkäisevään toimintaan kuuluu

työkykyyn liittyvän kuntoutustarpeen tunnistaminen, kuntoutukseen ohjaus sekä yhteistyö muiden tahojen, kuten muun terveydenhuollon, työ- ja elinkeinohallinnon ja sosiaalivakuutuksen kanssa. (STM 2017a).

Lakisääteinen työterveyshuolto on työterveyshuoltolain mukaista ehkäisevää työterveyshuoltoa (ks. luku 2 lakiperustasta tässä raportissa), josta säädetään työterveyshuoltolaissa (1383/2001). Tätä tarkentaa valtioneuvoston asetuksessa 708/2013 säädetty, hyvän työterveyshuoltokäytännön mukainen toiminta. Lakisääteistä työterveyshuoltoa toteuttavat pätevyysvaatimukset täyttävät ammattihenkilöt. (STM 2017a)

Ei-lakisääteinen työterveyshuolto kattaa vapaaehtoisesti järjestetyn yleislääkäritasoisien sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon, johon voi sisältyä myös muuta kuin Kelan korvaamaa palvelua.

Korvausluokkaan 1 kuuluva työterveyshuolto on käytännössä sisällöltään ja tavoitteiltaan samaa kuin lakisääteinen ehkäisevä työterveyshuolto (ks. luku 5).

Korvausluokkaan 2 kuuluva työterveyshuolto kattaa osan ei-lakisääteisestä työterveyshuollosta, mm. sairaanhoitopalvelut, siltä osin, kun ensimmäisen korvausluokan toiminta ei täytä molemmille korvausluokille yhteistä laskennallista enimmäismäärää. (ks. luku 5)

Työterveyspainotteinen sairaanhoito edellyttää, että sairaanhoidossa otetaan kantaa sairauden yhteydestä työhön ja työkykyyn sekä ryhdytään tilanteen edellyttämiin toimenpiteisiin. Käytännössä päätös sairauden yhteydestä työhön ja sen kautta osaksi työterveyshuollon kautta rahoitettavaa palvelua tehdään vastaanottotapahtuman yhteydessä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välisessä kohtaamisessa työterveyshuoltosopimuksen puitteissa. Työterveyspainotteisessa sairaanhoidossa keskitytään työhön liittyvien sairauksien tunnistamiseen ja hoitoon. Työterveyspainotteista sairaanhoitoa tulee toteuttaa ehkäisevän toiminnan kanssa kokonaisuutena ja sen tulee perustua työpaikan olojen tuntemukseen. (STM 2017a.)

Sairaanhoito työterveyshuollossa kattaa laajemmin työnantajan hankkimat ja järjestämät sairaanhoitopalvelut. Työterveyspainotteisen sairaanhoidon lisäksi työnantajan ja työterveyshuoltopalveluja järjestävän organisaation väliseen työterveyshuoltosopimukseen voi vaihtelevasti sisältyä eri laajuisia palveluja. Nämä ovat terveyskeskusten ja yksityisten lääkäriasemien palveluille rinnasteisia ensisijaisen terveydenhuollon palveluja, joiden yhteys työhön ja työkykyyn ei ole aina tarkkaan määritetty tai todennettu. Osa näistä palveluista jää Kela-korvausten ulkopuolelle.

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuus tarkoittaa, että ihmisten terveydentilan edellyttämää hoitoa tulisi sekä tarjota että käyttää samantasoisesti riippumatta esimerkiksi heidän sosioekonomisesta asemastaan, asuinpaikastaan tai synnyinmaastaan. Tämän lisäksi hoidon tulisi olla myös yhtä laadukasta. (Whitehead ja Dahlgren 2006, Whitehead 1992.)

Terveydenhuollon eriarvoisuus tarkoittaa palveluiden saatavuudessa, saavutettavuudessa tai laadussa väestöryhmien välillä ilmeneviä systemaattisia ja vältettävissä olevia eroja. Nämä erot voivat liittyä palvelujärjestelmän rakenteisiin, ihmisen sosioekonomiseen asemaan tai muihin yksilön tai yhteiskunnan ominaisuuksiin, jotka estävät hoitoon hakeutumista tai tarpeellisen ja laadukkaan hoidon toteutumista.

Työkyky on käsitteenä moniulotteinen ja sitä voidaan tarkastella eri lähtökohdista (Juvonen-Posti ym. 2021), mutta yleisesti työkyky määritellään ihmisen ja työn yhteensopivuuden kautta tai ihmisen kykyä vastata toiminnallaan työn tavoitteisiin ja tehdä niitä työtehtäviä, joita hänen työhönsä kuuluu (Järvikoski ym. 2018). Työkyky on yksilön, hänen työnsä ja ympäristönsä yhteinen ominaisuus (Gould ym. 2006). Työkyvyn kehitykseen vaikuttavat toimintakyvyn ja työelämän muutokset. Työkyvyllä tarkoitetaan henkilön kokonaisvaltaisen terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen suhdetta työn vaatimuksiin ja olosuhteisiin. Työkyvyllä voidaan tarkoittaa ensi sijassa kykyä ja mahdollisuutta saada työtä, säilyttää työ ja edetä työssä (STM 2017b). Työkyvyn perustana on terveys ja toimintakyky, mutta työkyky rakentuu myös osaamisesta, arvoista, asenteista ja motivaatiosta. Lisäksi siihen vaikuttavat johtaminen, työyhteisö ja työolot. (Sauni ym. 2022) Työkyvyn arviointi, edistäminen ja tuki ovat keskeisiä työterveyshuollon tehtäviä, mutta näitä toteutetaan laajasti myös muualla sote- palveluissa ja laajemmin yhteisöissä sekä yhteiskunnallisissa toimin (vrt. kansanterveystyö).

Työkyvyn arvioinnilla tarkoitetaan usein työkyvyttömyyteen liittyvien etuuksien hakemiseen tarvittavaa lääketieteellistä arviota, joka perustuu tietoon sairauden, vian tai vamman vaikutuksista työkykyyn tietyissä tehtävissä (Juvonen-Posti ym. 2021). Työkyvyn arvioinnin näkökulmasta sama sairaus tai vamma asettaa eri työtehtävissä ja elämäntilanteissa oleville erilaisia tuen tarpeita työkyvyn kohentamiseksi, palautumiseksi tai ylläpitämiseksi. Tällaista työkyvyn arvioinnin erityisasiantuntijuutta on mm. työterveyspainotteisessa

sairaanhoidossa toimivilla työterveyslääkäreillä. Työkyvyn arviointia voidaan toteuttaa kuitenkin myös yleisemmin yksilön laajan toimintakyvyn arvioinnin perusteella, myös moniammatillisesti ja muusta kuin lääketieteellisestä viitekehuksesta ja ilman suhdetta tiettyyn tehtävään tai etuuksien tarpeeseen, mm. työttömien terveystarkastuksissa ja työkyvyn tuen tiimeissä. Olennainen lähtökohta on myös ihmisten oma arvio työkyvystään.

Työkyvyn edistäminen tarkoittaa kaikkia toimia työyhteisössä ja laajemmin yhteiskunnassa, joilla tuetaan mahdollisuuksia edistää ja ylläpitää terveyttä ja työkykyä sekä yksilöllisesti että yhteisöissä. Tällaiset toimet voivat kohdentua laajemmin mm. työ- ja elinoloihin, jolloin tavoitteena on ensisijaisesti työkyvyttömyyden ehkäisy ja varhainen työkyvyn tuki (ns. primaaripreventio). Lakisääteisessä työterveyshuollossa tämä toteutuu työpaikkaselvityksiin perustuen. Lähtökohtana ovat työterveyshuollon asiantuntijan arviot työstä, työympäristöstä ja työyhteisöstä aiheutuvista terveysvaaroista, haitoista, kuormitustekijöistä ja voimavaroista sekä niiden merkityksestä työntekijöiden terveydelle ja työkyvylle. Olennaista on myös ihmisten oma näkemys työ- ja toimintakykyinsä vaikuttavista tekijöistä.

Työkyvyn tuki tarkoittaa toimia, jotka usein käynnistetään vasta epäiltäessä työkyvyn heikkenevän tai todettaessa puutteita työkyvyssä (Ervasti ym. 2022). Työkyvyn tukitoimet työterveyshuollossa voivat sisältää laajasti eri tasoisia toimia yksilön sairauksien ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta työpaikalla toteutettuihin muutoksiin, joiden avulla pyritään mahdollistamaan työskentely myös silloin kun työntekijä on vain osittain työkykyinen (Liira 2020, Sauni ym. 2022). Työkyvyn tukitoimia voidaan järjestää myös sote-keskuksissa, erityisesti työttömille ja muille työterveyshuollon palvelujen ulkopuolella oleville. Tällaiset toimet kattavat monipuolisesti myös työvoimapalveluissa sekä erilaisissa sote-palveluissa toteutuneet tuen muodot mm. työkokeiluista ja työpajatoiminnasta erilaiseen sosiaaliseen, psyykkiseen ja fyysiseen kuntoutukseen (ks. luku 8 kehittämishankkeista tässä raportissa). Keskeisenä lähtökohtana on myös ihmisten oma arvio tuen ja kuntoutuksen tarpeesta.

Kuntoutusta voidaan toteuttaa työkyvyn edistämiseksi ja tukemiseksi sekä hyvinvointialueiden että työterveyshuollon järjestämänä. Suomessa merkittävä osa työikäisten kuntoutuksesta toteutuu Kelan päätöksiin perustuen, Kelan järjestämänä tai korvaamana. Osa kuntoutuksesta perustuu myös vakuutuksiin. Tapaturmavakuutuslaitokset korvaavat lääkinnällistä kuntoutusta osana sairaanhoitoa silloin, kun kuntoutustarve johtuu työtapaturmasta tai ammattitaudista. Kuntoutusjärjestelmä on Suomessa hajanainen, jolloin kuntoutukseen ohjautumisessa voi olla haasteita ja kuntoutukseen pääsy riippuu paljon myös ensisijaisen terveydenhoidon saatavuudesta ja perusterveydenhuollon palvelujen jatkuvuudesta (STM 2017 b).

Lääkinnälliseen kuntoutukseen tarvitaan lääkärin lausunto, jonka voi laatia joko työterveyshuollossa, terveyskeskuksessa, erikoissairaanhoidossa tai yksityisenä yrittäjänä toimiva lääkäri.

Kuntouttavan työtoiminnan järjestämisvastuu on hyvinvointialueilla. Kuntouttavaa työtoimintaa tarjotaan niille pitkään työttöminä olleille henkilöille, jotka saavat työmarkkinatukea tai toimeentulotukea, ja jotka eivät työ- ja toimintakykynsä takia kykene osallistumaan TE-hallinnon ensisijaisiin palveluihin.

Ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu työikäisille, joita sairauden tai vamman vuoksi uhkaa lähivuosina työkyvyttömyys tai heikentynyt työ- ja ansiokyky. Ammatillisella kuntoutuksella parannetaan työllistymisen, työhön paluun ja työssä jatkamisen edellytyksiä. Ammatillista kuntoutusta järjestävät Kela, työeläkelaitokset, tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset ja ammatilliset oppilaitokset.

Sosiaalinen kuntoutus on sosiaalipalvelu, joka perustuu sosiaalihuoltolakiin ja asiakkaan toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen kokonaisvaltaiseen selvittämiseen. Sosiaalisessa kuntoutuksessa yksilöllinen tuki yhdistyy toiminnalliseen. Asiakaskohtaisessa päätöksessä määritellään asiakkaan tuen tarpeisiin vastaavan sosiaalisen kuntoutuksen sisällöt. Asiakkaan kanssa sovittava palvelun tavoite voi olla arkielämän taitojen oppimista, päihteettömän arjen hallintaa, koulutukseen tai työhön tarvittavien asioiden harjoittelua tai tukea ryhmässä toimimiseen.

Lähteet

- Cabaj JL, Musto R, Ghali WA. (2019). Public health: who, what, and why? *Canadian Journal of Public Health*. 2019 Jun;110(3):340-343. doi: 10.17269/s41997-019-00207-2. Epub 2019 Apr 12. PMID: 30980334; PMCID: PMC6964624.
- Jimenez G, Matchar D, Koh GCH, Tyagi S, van der Kleij RMJJ, Chavannes NH, Car J. (2021) Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: operational definitions and complexities. *Primary Health Care Research & Development* 22(e68): 1–9. doi: 10.1017/S1463423621000669
- Ervasti J, Kausto J, Leino-Arjas P, Turunen J, Varje P, Väänänen A. (2022). Työkyvyn tuen vaikuttavuus Tutkimuskatsaus työkyvyn tukitoimien työkyky- ja kustannusvaikutuksista. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:7
- Eskola P, Tuompo W, Riekkö M, Timonen M, Auvinen J. (2022). Hoidon jatkuvuusmalli Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1>
- Gould R., Ilmarinen J., Järvisalo J. ja Koskinen S. (2006). Työkyvyn ulottuvuudet – Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos ja Kansanterveyslaitos.
- Juvonen-Posti P, Tarvainen K, Helin-Salmivaara A, Räsänen K, Liira J. (2021). Lääkäri työkykyä tukemassa. *Duodecim* 137:293–300.
- Järvikoski A, Takala E-P, Juvonen-Posti P, Härkäpää K. (2018). Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännöissä. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 13/2018, Kela.
- Kauhanen J, Erkkilä A, Korhonen M, Myllykangas M, Pekkanen J. (2013). *Kansanterveystiede*. 4. uudistettu painos, Sanoma Pro Oy.
- Liira J. (2020). Miten työterveyshuolto arvioi ja tukee työkykyä. *Lääkärilehti* 23/2020, vsk 75, 1437–1440.
- Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. (2006). Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC). What is the Difference? *Canadian Journal of Public Health*, 2006, September-October, 409-411.
- Sauni R, Reho T, Uitti J. (2022). Ikääntyneiden työntekijöiden työkyvyn haasteet. *Lääkärilehti*, 11–12/2022, vsk 77, 485–488.
- STM (2017a). Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveys 2025 – yhteistyöllä työkykyä ja terveyttä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3799-4>
- STM (2017b). Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>
- Tange Larsen A, Bonde Klausen M, Højgaard B. (2020). Primary Health Care in the Nordic Countries Comparative Analysis and Identification of Challenges. VIVE – The Danish Center for Social Science Research. <https://www.vive.dk/media/pure/15439/4892199>
- Whitehead M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445. <https://doi.org/https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- Whitehead M, Dahlgren G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health, 2, 460–474.

2 Työterveyshuollon lakiperusta ja lakisääteinen työterveyshuolto

Eeva Nykänen

- Työterveyshuollon järjestämistä ja sisältöä koskevia määräyksiä sisältyy useisiin Suomea sitoviin kansainvälisiin sopimuksiin, joiden perusteella Suomella ja muilla sopimusvaltioilla on velvollisuus toteuttaa ennaltaehkäisevää työterveyshuoltoa ja työperäisten sairauksien hoitoa.
- Työnantajilla ja hyvinvointialueilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää ennaltaehkäisevää työterveyshuoltoa työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi.
- Työnantajaa sitovien työterveyshuoltoa koskevien velvoitteiden rikkominen on säädetty rangaistavaksi.
- Lainsäädäntö mahdollistaa, että työnantajat ja hyvinvointialueet järjestävät työntekijöille lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi myös muita terveydenhuollon ja sairaanhoidon palveluja. Tällaisten palvelujen järjestäminen perustuu vapaaehtoisuuteen.
- Sairaanhoidolla tarkoitetaan tässä sääntely-yhteydessä yleislääkäritasoisista avosairaanhoitoa ja työpaikan työterveyslääkärin arvioon perustuvaa erikoislääkärin toimintaa, joka liittyy työntekijän työkyvyn ja hoitomahdollisuuksien arvioimiseen.

Työterveyshuollon oikeudellisen perustan kehittyminen Suomessa

Työpaikkojen terveydenhuolto alkoi kehittyä Suomessa 1800-luvun puolivälissä, kun työnantajat alkoivat tarjota tehtaiden työntekijöille tehtaiden omien lääkäreiden ja hoitajien toteuttamia terveyspalveluja. Toiminta perustui työnantajien vapaaehtoisuuteen ja taustalla oli pyrkimys varmistaa työkykyisen työvoiman saatavuus. (ks myös luku 3.) Työterveyshuollon oikeudellinen rakenne muodostui alkuun työnantaja- ja työntekijäpuolen välisistä sopimuksista. Keskeisenä merkkipaaluna voidaan pitää työmarkkinajärjestöjen vuonna 1971 tekemää sopimusta työpaikkaterveyshuollon kehittämisestä. (HE 114/2001 vp, s. 3)

Työterveyshuollon lainsäädännöllinen perusta alkoi rakentua 1950-luvulla työsuojelulainsäädännön kehittämisen myötä. Työturvallisuuslaissa (299/1958) ja nuorten työntekijäin suojelusta annetussa laissa (699/1967) säädettiin työnantajan velvollisuudesta järjestää terveystarkastuksia työntekijöille ja mainittuihin säädöksiin sisältyi myös muita säännöksiä työntekijöiden terveyttä edistävästä toimista. Säädösperustaa vahvisti edelleen se, että työterveyshuolto tuli vuonna 1964 yleisen sairausvakuutuksen myötä julkisen rahoituksen kattamaksi ja vuonna 1969 korvattavuus ulotettiin myös ehkäisevään terveydenhuoltoon. Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki (66/1972) puolestaan mahdollisti työterveyshuollon palvelujen tarjoamisen terveyskeskuksista lääkintöhallituksen suostumuksella.

Työnantajien yleiseksi lakisääteiseksi velvollisuudeksi työterveyshuollon toteuttaminen tuli työterveyshuoltolain (743/1978) vuonna 1979. Laki velvoitti työnantajat käyttämään terveydenhuollon ammattihenkilöitä työpaikkojen olosuhteista, työmenetelmistä ja työympäristöstä johtuvien terveysvaarojen tunnistamisessa ja ehkäisemisessä. Sääntelyllä pyrittiin varmistamaan ennaltaehkäisevän työterveyshuollon ulottuminen kaikille työpaikoille niiden toimialasta ja koosta riippumatta. Laki antoi työnantajille mahdollisuuden sisällyttää järjestämäänsä työterveyshuoltoon työnantajia velvoittavan ennaltaehkäisevän, eli niin kutsutun lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi myös yleisiä terveydenhuollon ja sairaanhoidon palveluja. Työterveyshuollon lakisääteistämisen yhteydessä sairausvakuutuslakia (364/1963) muutettiin siten, että työnantajalle annettiin oikeus saada korvausta työterveyshuollon kustannuksista. Oikeus korvaukseen koski sekä lakisääteisen työterveyshuollon että työnantajan vapaaehtoisesti järjestämän terveydenhuollon ja

sairaanhoidon hyväksyttävää ja kohtuullisia kustannuksia. Korvauksilla pyrittiin varmistamaan, että työterveyshuollon toteutuminen ei riippuisi yritysten taloudellisesta tilanteesta.

Työterveyshuollon sääntelyperustaa uudistettiin vuonna 2002 voimaan tulleella työterveyshuoltolailla (1383/2001). Työn ja työolosuhteiden terveellisyys ja turvallisuus olivat 1980- ja 1990-luvuilla parantuneet ja ammattitaudit ja työstä johtuvat sairaudet vähentyneet. Samanaikaisesti työelämä ja sen terveysriskit olivat muuttunut etenkin teknologian kehittymisen ja väestön ikääntymisen vuoksi. Työterveyshuollon sisältöä oli kehitetty vastaamaan tätä muuttunutta tilannetta erilaisissa kokeiluissa ja kehittämishankkeissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten suunnitelmien ja hallinnollisten ohjeiden tuella. Vuoden 2002 uudistuksessa lainsäädäntö päivitettiin vastaamaan kuvattua kehitystä siirtämällä sääntelyn painopistettä yksittäisiin vaaratekijöihin vaikuttamisesta laajemmin työterveysvaarojen ehkäisyyn ja työntekijöiden terveyden ja työkyvyn vahvistamiseen. (HE 114/2001 vp, s. 3.) Lisäksi uudella työterveyshuoltolailla muun muassa selkeytettiin työnantajan ja työterveyshuollon ammattihenkilöiden vastuita ja tehtäviä. Muutoksen jälkeenkin työnantajilla säilyi mahdollisuus järjestää lakisääteisen, pakollisen työterveyshuollon rinnalla vapaaehtoisuuteen perustuvia terveydenhuollon ja sairaanhoidon palveluja.

Työnantajien ohella myös hyvinvointialueilla – aiemmin kunnilla – on järjestämisvastuu työterveydenhuollon palveluista. Terveydenhuoltolaki velvoittaa hyvinvointialueet järjestämään alueellaan sijaitsevissa työpaikoissa työskenteleville työntekijöille ja yrittäjille työterveyshuoltolaissa ja muualla lainsäädännössä säädettyä työterveyshuoltopalvelut (terveydenhuoltolaki 3 §:n 2 kohta ja 18 §). Lisäksi hyvinvointialue voi sopia alueellaan toimivan työnantajan kanssa, että hyvinvointialueen terveyskeskus järjestää työnantajan palveluksessa oleville työntekijöille lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi myös muita sairaanhoidon ja terveydenhuollon palveluja. Tällöin hyvinvointialueen katsotaan toimivan kilpailutilanteessa markkinoilla, minkä vuoksi kyseisten palvelujen tuotanto tulee yhtiöittää (laki hyvinvointialueesta 131–133 § ja 137 §).

Valtiosääntöoikeudellisessa tarkastelussa työterveyshuolto kiinnittyy perustuslain 18 §:n 1 momentin sääntelyyn julkisen vallan tehtävästä huolehtia työvoiman suojelusta sekä 19 §:n 3 momentin sääntelyyn julkisen vallan tehtävästä edistää väestön terveyttä. Työterveyshuoltolailla ja terveydenhuoltolailla säädettyä työterveyshuollon järjestämisvastuu toteuttaa osaltaan näitä velvoitteita (PeVL 39/2001 vp).

Työterveyshuolto kansainvälisessä oikeudessa ja eurooppaoikeudessa

Työterveyshuolto kiinnittyy useisiin Suomea sitoviin kansainvälisoikeudellisiin velvoitteisiin. Yhdistyneiden kansakuntien (YK) vuonna 1966 laaditun ja Suomen vuonna 1975 ratifioiman taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan yleissopimuksen (SopS 6/1976, TSS-sopimus) 12 artiklassa tunnustetaan oikeus terveyteen. Tämän oikeuden toteuttamiseksi sopimusvaltioilla on velvollisuus ryhtyä sellaisiin toimenpiteisiin, joita tarvitaan kaiken ympäristö- ja teollisuushygienian piiriin kuuluvan parantamiseksi (12 artiklan 2 kohdan b alakohta) ja ammattitautien estämiseksi, hoitamiseksi ja valvomiseksi (12 artiklan 2 kohdan c alakohta). Sopimusmääräyksen painopiste on työhön liittyvien onnettomuuksien ja sairauksien ennaltaehkäisyssä, mutta se velvoittaa myös työperäisten sairauksien hoitoon (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14).

Toinen työterveyshuollon kannalta keskeinen kansainvälisoikeudellinen asiakirja on Kansainvälisen työjärjestön (ILO) työterveyshuoltosopimus no 161 (SopS 19/1988), jonka Suomi ratifioi vuonna 1987. Sopimusta täydentää ILO:n suositus no 171. ILO:n sopimuksessa käsitteellä "työterveyshuolto" tarkoitetaan palveluja, joiden keskeisenä tehtävänä on ennaltaehkäisy ja työnantajan, työntekijöiden ja heidän edustajiensa neuvonta kysymyksissä, jotka koskevat työntekijöiden hyvän työterveyden mahdollistavan turvallisen ja terveellisen työympäristön kehittämistä ja ylläpitämistä ja toisaalta työn sovittamista työntekijöiden kykyä vastaavaksi heidän terveydentilansa huomioon ottaen. Kuten TSS-sopimuksen 12 artiklan, myös ILO:n työterveyshuoltosopimuksen painopiste on siten työkyvyn ylläpitämisessä ja työhön liittyvien sairauksien ja muiden terveysongelmien ennaltaehkäisyssä sekä työn aiheuttamien terveysongelmien hoidossa.

ILO:n sopimusta täydentävässä suosituksessa painotetaan vielä erikseen, että työterveyshuollon roolin tulisi olla ensisijaisesti ennaltaehkäisevä (kohta 4). Työterveyshuolto voi kuitenkin tehdä yhteistyötä terveysviranomaisten kanssa esimerkiksi kansanterveysohjelmien toimeenpanossa (kohta 24). Lisäksi työterveyshuolto voi osallistua työntekijöiden ja heidän perheenjäsentensä muidenkin kuin työterveyspalvelujen

tuottamiseen ottaen huomioon kansallinen lainsäädäntö ja palvelujärjestelmä ja etenkin työpaikan etäisyys terveydenhuollon toimintayksiköistä. Tämä kuitenkin edellyttää toimivaltaisen viranomaisen lupaa ja työntekijöitä ja työnantajia edustavien järjestöjen konsultointia (kohta 26).

ILO:n työterveyshuoltosopimuksen mukaan työterveyshuollon järjestämisestä tulee huolehtia lainsäädännöllä tai esimerkiksi työehtosopimuksilla taikka asianomaisen työnantajan ja työntekijöiden keskinäisellä sopimuksella (6 artikla). Vastuu työterveyshuollon järjestämisestä voidaan osoittaa viranomaisille tai esimerkiksi asianomaisille yrityksille (7 artiklan 2 kohta). Lisäksi sopimuksessa on määräyksiä muun muassa työterveyshuollon kansallisesta toimintapolitiikasta, joka kunkin sopimusvaltion tulee laatia yhteistyössä työnantaja ja työntekijöitä edustavien järjestöjen kanssa (2 artikla).

ILO:n sopimusjärjestelmässä työterveyshuoltoon liittyviä sopimuksia ovat myös Suomen vuonna 1985 ratifioima sopimus no 155 työturvallisuudesta ja -terveydestä sekä työympäristöstä (SopS 23/1986) ja Suomen vuonna 2008 ratifioima sopimus työturvallisuuden ja -terveyden edistämisestä (SopS 121/2008). Mainitut sopimukset sisältävät määräyksiä muun muassa työturvallisuuden ja -terveyden toimintapolitiikasta ja kansallisesta ohjelmista sekä työturvallisuutta ja terveyttä ylläpitävistä järjestelmistä.

Euroopan alueellisessa ihmisoikeusjärjestelmässä työterveyshuolto kiinnittyy Euroopan neuvostossa laaditun uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan (SopS 80/2002) 3 artiklaan, jossa tunnustetaan oikeus turvallisiin ja terveellisiin työoloihin. Säännös muun muassa velvoittaa sopimusvaltiot laatimaan kansallisen työturvallisuutta, -terveyttä ja -ympäristöä koskevan toimintapolitiikan yhteistoiminnassa työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen kanssa. Toimintapolitiikan päätavoitteena tulee sopimuksen mukaan olla työturvallisuuden ja työterveyden parantaminen sekä työhön liittyvien terveyttä uhkaavien tapaturmien ja vammojen estäminen (1 kohta). Lisäksi sopimusvaltioiden tulee edistää kaikille työntekijöille tarkoitettujen pääosin ehkäisevien ja neuvoo-antavien työterveyspalveluiden asteittaista kehittämistä (4 kohta).

Työterveyshuoltoa on tarkasteltu uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan valvontakäytännössä. Euroopan sosiaalisten oikeuksien komitea on kiinnittänyt Suomen määräaikaissraportteihin antamissaan päätelmissä huomiota ongelmiin työterveyshuollon kattavuudessa etenkin pienissä yrityksissä (European Committee of Social Rights Conclusions 2017, Finland).

Myös Euroopan unionin oikeuteen sisältyy työterveyshuoltoon liittyvää sääntelyä. Neuvoston direktiivi toimenpiteistä työntekijöiden turvallisuuden ja terveyden parantamisen edistämiseksi työssä (89/391/ETY) sisältää yleisiä periaatteita, jotka koskevat muun muassa työssä ilmenevien vaarojen ehkäisemistä ja poistamista sekä turvallisuuden ja terveyden suojelua työssä. Kuten edellä kuvatuissa kansainvälisissä sopimuksissa, myös direktiivissä pääpaino on erilaisissa työympäristöön ja työvälineisiin liittyvissä työturvallisuutta ja -terveyttä edistävässä ja ongelmia ennaltaehkäisevässä toimissa. Lisäksi direktiivi sisältää säännökset työssä esiintyvien terveys- ja turvallisuusvaarojen kannalta tarpeellisten terveystarkastusten järjestämisestä. Direktiivin mukaan terveystarkastukset voidaan järjestää osana kansallista terveydenhuoltojärjestelmää.

Työterveyshuoltolain keskeinen sisältö

Työnantajan velvollisuudesta järjestää työterveyshuolto sekä työterveyshuollon sisällöstä ja toteuttamisesta säädetään työterveyshuoltolaissa ja hyvinvointialueiden velvollisuudesta järjestää työterveyshuoltolaissa tarkoitettua työterveyshuoltoa alueellaan työskenteleville työntekijöille ja yrittäjille säädetään terveydenhuoltolaissa. Työterveyshuoltolain säännöksiä täsmennetään valtioneuvoston asetuksella hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (10.10.2013/708). Lisäksi työterveyshuollon kehittämistä ja toteuttamista ohjataan muun muassa valtioneuvoston Työterveys 2025 -periaatepäätöksellä (STM 2017), joka osaltaan toteuttaa ILO:n työterveyshuoltoa koskevien sopimusten ja uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan veloitetta hyväksyä kansallisia työterveyshuollon kehittämislinjauksia.

Työterveyshuoltolain painopiste on työstä aiheutuvien terveysongelmien ennaltaehkäisyssä. Sen tarkoituksena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä sekä työyhteisön toimintaa (1 §). Työterveyshuoltolakia sovelletaan työsopimuksen perusteella sekä virkasuhteessa tehtävän työn lisäksi muun muassa vuokratyöhön, työvoimapoliittiseen

toimenpiteeseen osallistuvan henkilön työhön ja opiskelijan työhön koulutuksen yhteydessä (työterveyshuoltolaki 2§; työturvallisuuslaki 2002/738 2–6 §).

Laki velvoittaa työnantajan järjestämään omalla kustannuksellaan työterveyshuoltoa työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi (4.1 §). Työterveyshuollon laajuus riippuu kyseessä olevasta työstä, työjärjestelyistä, henkilöstöstä, työpaikan olosuhteista ja niiden muutoksista (4.2 §).

Työterveyshuollon lakisääteisestä sisällöstä säädetään lain 12 §:ssä. Pykälän muotoilu korostaa työterveyshuollon prosessinomaisuutta (HE 114/2001 vp s. 27). Sääntelyn mukaan työterveyshuoltoon kuuluu työn ja työolosuhteiden terveellisyyden ja turvallisuuden selvittäminen ja arviointi toistuvasti toteutettavien työpaikkakäynnein sekä muita työterveyshuollon menetelmiä käyttäen. Tämän lisäksi työterveyshuolto sisältää työperäisten terveysvaarojen ja työntekijöiden terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn selvittämisen ja seurannan sekä toimenpide-ehdotukset työn terveellisyyden ja turvallisuuden parantamiseksi. Työterveyshuolto kattaa myös muun muassa vajaakuntoisen työntekijän työssä selviytymisen seurannan ja edistämisen, kuntoutusta koskevan neuvonnan ja hoidon, kuntoutukseen ohjaamisen ja työntekijän työkyvyn arviointia ja työssä jatkamismahdollisuuksia koskevan lausunnon laatimisen. Lisäksi työterveyshuoltoon kuuluu yhteistyö muun terveydenhuollon, työhallinnon, opetushallinnon, sosiaalivakuutuksen ja sosiaalihuollon sekä työsuojeluviranomaisen edustajien kanssa sekä eräitä muita tehtäviä.

Työnantaja voi järjestää työterveyslain 12 §:n mukaisen lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi työntekijöille myös sairaanhoitoa ja muita terveydenhuoltopalveluja (14 §). Pykälän perusteluissa selvennetään, että sairaanhoidolla tarkoitetaan tässä yhteydessä yleislääkäritasoisista avosairaanhoitoa ja työpaikan työterveyslääkärin arvioon perustuvaa erikoislääkärin toimintaa, joka liittyy työntekijän työkyvyn ja hoitomahdollisuuksien arvioimiseen. Tällaisen työterveyspainotteisen sairaanhoidon vahvuutena on säännöksen perustelujen mukaan työterveyshuollon ammattihenkilöiden tieto työn ja terveyden välisistä vaikutuksista, mikä luo paremmat mahdollisuudet ennaltaehkäistä työhön ja työkykyyn vaikuttavia uhkia. Hallituksen esityksessä esitetyn arvion mukaan nopeasti saatavilla olevalla ja ammattitaitoisesti toteutetulla sairaanhoidolla voidaan vaikuttaa hoitojen onnistumiseen, ennusteeseen ja työkyvyn palautumiseen. Säännöksen perusteluissa korostetaan vielä, että sairaanhoidosta saatavan tiedon hyödyntämisessä ehkäisevän toiminnan tukena saadaan suurin hyöty, kun samat työterveyshuollon ammattihenkilöt toteuttavat sekä sairaanhoitoa että ehkäisevää työterveyshuoltoa (HE 114/2001 vp s. 32–33).

Lakisääteinen työterveyshuolto ja sitä täydentävät sairaanhoidon palvelut tulee toteuttaa yhdenvertaisesti siten, että mitään työntekijäryhmää ei aseteta muihin nähden erilaiseen asemaan ilman hyväksyttäviä perusteita. Korkein oikeus on linjannut päätöksessä KKO:2009:52, että lakisääteistä työterveyshuoltoa laajemmat, työterveyshuoltolain 14 §:ään perustuvat palvelut ovat luonteeltaan sellaisia työsuhteeseen liittyviä etuuksia, joiden kohdentamista vain joillekin työntekijöille tai henkilöstöryhmille voidaan pitää hyväksyttävänä ainoastaan, jos työnantaja osoittaa järjestelylle kyseisiin työtehtäviin tai asemaan liittyvät asialliset perusteet.

Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon palvelut hankkimalla ne hyvinvointialueen terveydenhuollon toimintayksiköltä, toteuttamalla ne itse tai yhdessä toisten työnantajien kanssa taikka hankkimalla ne muulta työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen oikeutetulta palveluntuottajalta (7 §). Työnantajan ja palvelujen tuottajan on tehtävä työterveyshuollon järjestämisestä kirjallinen sopimus, josta ilmenee palvelujen sisältö ja laajuus sekä työterveyshuollon yleiset järjestelyt. Jos työnantaja toteuttaa työterveyshuollon palvelut itse, sen tulee kuvata mainitut seikat sopivalla tavalla (6 §).

Valtioneuvoston asetuksessa hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (708/2013, muutettu asetuksella 1038/2021) säädetään työterveyshuollossa toimivien ammattihenkilöiden pätevydestä. Asetuksen 12 §:n mukaan lääkärin, joka toimii työterveyshuollossa päätoimisesti, tulee olla työterveyshuollon erikoislääkäri. Päätoimiseksi tässä merkityksessä katsotaan henkilö, joka työskentelee työterveyshuollon tehtävissä keskimäärin vähintään 20 tuntia viikossa. Työterveyshuollossa osa-aikaisesti toimivalla lääkärillä tulee puolestaan olla vähintään viidentoista opintopisteen laajuinen työterveyshuollon koulutus kahden vuoden kuluessa siitä, kun hän siirtyy työterveyshuollon tehtäviin. Asetuksessa säädetään myös työterveyshuollossa toimivien terveydenhoitajien ja muiden ammattihenkilöiden pätevydestä ja vaadittavasta koulutuksesta.

Työnantajalla on oikeus korvaukseen työterveyshuoltolain 12 §:ssä tarkoitetun työterveyshuollon ja 14 §:ssä tarkoitetun muun terveydenhuollon tai sairaanhoidon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista siten kuin sairausvakuutuslaissa säädetään (9 §). Sairausvakuutuslain nojalla korvattavat kustannukset ryhmitellään kahteen korvausluokkaan siten, että korvausluokkaan I kuuluu ehkäisevä työterveyshuolto ja korvausluokkaan II sairaanhoito ja muu terveydenhuolto.

Työnantajalle työterveyshuoltolaissa säädettyjen velvollisuuksien laiminlyönti on säädetty rangaistavaksi. Esimerkiksi työterveyspalvelujen järjestämisen laiminlyönnistä voidaan tuomita työnantajalle sakko-rangaistus (23 §).

Lähteet

Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000 (Contained in Document E/C.12/2000/4)

European Committee of Social Rights Conclusions 2017, Finland. Articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 and 30 of the European Social Charter.

HE 114/2001 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle työterveyslaiksi sekä laiksi työsuojelun valvonnasta ja

muutoksenhausta työsuojeluasioissa annetun lain 4 ja 11 §:n muuttamisesta.

PeVL 39/2001 vp. Perustuslakivaliokunnan lausunto 39/2001 vp - Hallituksen esitys työterveyshuoltolaiksi sekä laiksi työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta työsuojeluasioissa annetun lain 4 ja 11 §:n muuttamisesta.

STM (2017). Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2025 – yhteistyöllä työkykyä ja terveyttä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:1.

3 Terveydenhuollon oikeudenmukaisuus ja työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen kehitys osana suomalaista terveydenhuoltopolitiikkaa

Liina-Kaisa Tynkkynen, Markku Satokangas, Ilmo Keskimäki, Päivi Koponen

- Suomessa esiintyy merkittäviä sosioekonomisia eroja niin terveydentilan kuin terveyspalveluiden käytön suhteen ja järjestelmän voimavarat jakautuvat paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevia ihmisryhmiä suosien.
- Terveydenhuoltojärjestelmään on yhteensovittamattomien uudistusten seurauksena kehittynyt kolme rinnakkaista ensisijaisen terveydenhuollon järjestelmää, joista työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut ovat yksi.
- Terveydenhuoltojärjestelmää ei ole uudistettu eikä ohjattu kokonaisuutena, vaan eri osajärjestelmät ovat kehittyneet vailla kokonaisohjausta ja pyrkimystä rakentaa Suomeen yhtä, koko väestölle yhteistä ensisijaisen terveydenhuollon järjestelmää.
- Työterveyshuollon kautta järjestetyistä sairaanhoitopalveluista on muodostunut merkittävä ensisijaisen terveydenhuollon kanava, koska julkinen järjestelmä ei ole kehittynyt väestön palvelutarpeita vastaavasti ja sen suorituskyky on pitkään ollut huono.
- Ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevan väestön käyttäessä julkisen perusterveydenhuollon sijaan muita ensisijaisen hoidon kanavia, ei julkisen perusterveydenhuollon resursointiin ole todennäköisesti riittäviä kannusteita.

Jokaisella suomalaisella on perustuslaissa todettu oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kaikille on tarjottava yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut riippumatta ihmisen sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä. Tavoitteena on siis terveyspalveluiden oikeudenmukainen jakautuminen väestössä (ks. terveydenhuollon oikeudenmukaisuus, luku 1).

Suomessa julkisen vallan tehtävänä on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia. Myös suomalaisella terveyspolitiikalla on jo pitkään tavoiteltu sekä väestön terveyden parempaa tasoa että oikeudenmukaista jakautumista väestössä. Viimeisten 30 vuoden ajan terveyspolitiikan keskeinen julki lausuttu tavoite on ollut hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen (ks. esim. STM 1986).

Tavoitteista huolimatta ja vaikka suomalaisten terveyden taso onkin viimeisten vuosikymmenten aikana kohentunut, väestön terveydessä ja toimintakyvyssä sekä koetussa työkyvyssä, on havaittu myönteisen kehityksen pysähtyminen tai jopa kielteisiä muutoksia (Koponen ym. 2017). Väestöryhmien väliset erot terveydessä eivät ole merkittävästi kaventuneet ja joiltakin osin nämä erot ovat jopa kasvaneet (Majlander ym. 2021, Jokela ym. 2021). Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on ollut sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita uudistamalla turvaamaan yhdenvertaiset palvelut koko väestölle. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen on kirjattu myös sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisiin tavoitteisiin vuosille 2023–2026 (STM 2022).

Terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn määrittäjät ovat moninaisia. Siitä huolimatta terveyseroja voidaan kaventaa niin terveyspolitiikan kuin terveydenhuollon toimin (Manderbacka ym. 2013). Erityisesti terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävien terveyspalveluiden on katsottu olevan tärkeässä roolissa väestön terveyden tason parantamisessa. Pitkäaikaisena tavoitteena on ollut myös siirtää sosiaali- ja terveydenhuollossa painotusta ennaltaehkäisevään työhön. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa

tavoitteissa vuosille 2023–2026 tämä nähdään myös keinona hidastaa kustannusten kasvua suhteessa erityisesti väestön ikääntymisestä johtuvaan palvelutarpeen kasvuun (STM 2022).

Lääketieteen kehityksen myötä aiempaa edistyneempi diagnostiikka ja parantuneet ennaltaehkäisy- ja hoitomahdollisuudet lisäävät terveydenhuollon merkitystä terveyserojen kaventamisessa, vaikka terveyserojen kaventamisen perusta onkin elinoloissa ja laajoissa yhteiskuntapoliittisissa toimissa. Sosioekonomiset erot somaattisten (elimellisiä sairauksia koskevien) palveluiden käytössä ovat selvät sekä ensisijaisen terveydenhuollon että erikoissairaanhoidon osalta (esim. Lumme ym. 2017, Satokangas 2021, Manderbacka ym. 2022). Paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset käyttävät terveystalvuuja tarpeeseensa nähden enemmän kuin huonomassa asemassa olevat (ks. luku 9) ja ensisijaisen terveydenhuollon resurssit, palvelutarve huomioiden, näyttäväkin jakautuvan paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevia ihmisiä suosien (Holster ym. 2021).

Työterveyshuoltojärjestelmää ja sen kautta tarjottavien avosairaanhoidon palvelujen merkitystä ei nähdäksemme voi arvioida irrallaan koko suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuudesta, kehityksestä, saatikka sen terveyspoliittisista tavoitteista. Suomalaiseen terveysjärjestelmään on rakentunut erilaisia osajärjestelmiä osin reformien viivästymisen ja niiden vaiheittaisuuden vuoksi. Terveydenhuoltojärjestelmämme muotoutumista ei ole ohjattu kokonaisuutena, vaan eri osajärjestelmät ovat institutionalisoituneet ja kehittyneet omia polkujaan. Niihin myös kohdistuu useiden eri toimijoiden ja kohderyhmien intressejä, jotka ylläpitävät monikanavaista järjestelmää sen laajoista kokonaisjärjestelmän suorituskykyä heikentävistä ja terveydenhuollon eriarvoisuutta synnyttävistä rakenteellisista ongelmista huolimatta.

Tässä luvussa kuvataan pääpiirteittäin, miten suomalainen järjestelmä on kehittynyt nykyiseen muotoonsa (ks. tarkemmin esim. Eskola ym. 2022, Keskimäki 2022, Tynkkynen ym. 2021, Keskimäki ym. 2019; Mattila 2011, Heikkilä ym. 2005). Lisäksi kuvataan työterveyshuoltojärjestelmää osana monikanavaista terveydenhuoltojärjestelmää. Luvussa käydään myös läpi terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden osalta keskeistä suomalaista tutkimuskirjallisuutta.

Suomalaisen terveysjärjestelmän eri osat ovat kehittyneet omalakisesti eikä järjestelmää ole ohjattu kokonaisuutena

Suomessa julkisen, vuoteen 2023 kuntien järjestämisvastuulla olleen terveystalvuujärjestelmän rakentaminen alkoi 1960-luvulla, kansainvälisesti verrattain myöhään (Keskimäki 2022). Julkisen, kaikki asukkaat kattavan järjestelmän rakentamista lykkäsivät esimerkiksi vuosien 1939–1945 sodat sekä niitä seurannut pula-aika. 1960–1980-lukuja onkin kutsuttu julkisen terveydenhuoltojärjestelmän institutionalisoitumisen ajaksi (ks. esim. Harjula 2015). Tänä aikana aloitettiin mittava sairaalaverkoston rakentaminen ja nykyisenkaltaisen suomalaisen monikanavaisen järjestelmän muotoutuminen alkoi (Tynkkynen ym. 2021).

Vuonna 1963 säädetyn sairausvakuutuslain myötä kansalaiset saivat oikeuden korvauksiin avohoidon lääkärikäynneistä, tutkimuksista ja hoidosta, reseptilääkkeistä ja sairaanhoitoon liittyvistä matkakustannuksista. Tätä aiemmin terveydenhuoltojärjestelmän painopiste oli ollut ennen kaikkea sairaalatoiminnan kehittämisessä. Sairaalatoiminnasta erillinen kunnanlääkärjärjestelmä keskittyi ensisijaisesti ennaltaehkäisevään työhön ja vuodeosastohoitoon, joita rahoitettiin pääosin kuntaverolla sekä vähäisemmissä määrin valtionosuuksilla. Kunnanlääkäreiden tarjoamien vastaanottopalveluiden saatavuus oli heikkoa ja potilaat maksoivat näistä palveluista korkeita käyntimaksuja. Palvelut eivät siis olleet kaikkien, etenkin syrjäisemmillä alueilla asuvien tai pienituloisten asukkaisen saavutettavissa. (Keskimäki 2022.)

Sairausvakuutuslain tarkoituksena oli parantaa järjestelmän kattavuutta ja palveluiden saavutettavuutta (Keskimäki 2022). Sairausvakuutusuudistusta oli valmisteltu pitkään ja se saatettiin loppuun suunnitellussa muodossa, vaikka järjestelmän ydin seuraavalla vuosikymmenellä rakentuikin verorahoitteen, kuntapohjaisen järjestelmän ympärille. Suomessa kattavien, julkisten avohoitopalvelujen rakentaminen alkoiinkin siis vakuutuslajin terveydenhuoltojärjestelmän lähtökohdista. Lisäksi avosairaanhoidon palvelujen rinnalla kehittyi ennaltaehkäisyyn keskittyvä terveyslajin ja kunnankätilöiden toiminta ja neuvolajärjestelmä.

Vuonna 1972 säädettiin kansanterveyslaki (28.1.1972/66), joka takasi kaikille asukkaille oikeuden julkisiin perusterveydenhuollon palveluihin ja muodosti suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän keskeisen ytimen. Lain myötä Suomeen rakennettiin kunnallinen terveyskeskusverkosto sekä universaali, kaikille

asukkaille verorahoin järjestetty terveydenhuolto, jossa myös paikallisella poliittisella päätöksenteolla oli keskeinen rooli (esim. Tynkkynen ym. 2021). Laki velvoitti kunnat kansanterveystyöhön, joka kattoi yksilön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvan ennaltaehkäisevän terveydenhoidon, yksilön sairaanhoidon, sekä näihin liittyvän, väestön terveydentilan ylläpitämiseen ja edistämiseen tähtäävän toiminnan. Lakimuutoksen myötä myös terveydenhuollosta maksettuja valtionosuuksia yhtenäistettiin ja ne vaihtelivat 39–70 % välillä riippuen kunnan taloudellisesta tilanteesta. Lain säätämisen myötä lääkäreistä tuli työsuhteisia työntekijöitä ammatinharjoittajien sijaan, mutta mahdollisuus ammatinharjoittamiseen yksityislääkärinä säilyi myös tämän jälkeen. Toisin kuin yleensä muissa maissa, universaalin järjestelmän muodostamisen jälkeen sairausvakuutuslaissa säädetyistä yksityislääkärikäyntien korvauksista ei Suomessa luovuttu. (Keskimäki 2022, Tynkkynen ym. 2021.)

Työnantajien järjestämien terveys- ja sairaanhoitopalveluiden historia on universaalia terveydenhuoltojärjestelmää pidempi (ks. esim. Heikkilä ym. 2005). Monen muun maan tavoin, myös Suomessa, työnantajat järjestivät ennen universaalin järjestelmän syntyä työntekijöilleen terveyspalveluita, joita ei muuten ollut saatavilla (Hassard ym. 2021). Etenkin suuret tehtaات ja muut isot työnantajat (myös julkisen sektorin työnantajat) järjestivät työntekijöilleen terveyspalveluita jo ennen vuoden 1978 työterveyshuoltolain säätämistä tavoitteena turvata työvoiman saatavuus (ks. myös luku 2). Nämä palvelut kattoivat osalle työikäistä väestöä heidän tarvitsemansa ensisijaisen terveydenhuollon.

Sittemmin työterveyshuoltolakia säädettäessä laajaa ns. tehtaanlääkärijärjestelmää ei haluttu lakkauttaa (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015) ja työnantajien valinnanvapaus palveluiden tuottajan suhteen haluttiin säilyttää (Keskimäki 2022). Lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi työnantajille jätettiin mahdollisuus järjestää työntekijöille sairaanhoidon palveluita osana työterveyshuoltoa, hankkia ne haluamaltaan tuottajalta ja saada niistä korvausta sairausvakuutuksesta. Huomionarvoista on, että työterveyshuoltojärjestelmän kehityksen taustalla ovat vaikuttaneet vahvasti työmarkkinaosapuolet. Heikkilä, Kautto ja Teperi (2005) ovatkin nimittäneet työterveyshuoltoa ”kolmikantamalliin perustuvaksi työterveyshuolloksi”.

Työterveyshuoltojärjestelmää alettiin siis alusta asti kehittää erillisenä palvelujärjestelmänä eikä sitä integroitu osaksi julkista terveydenhuoltojärjestelmää, joka oli juuri muutamaa vuotta aikaisemmin luotu kansanterveyslain säätämisen myötä. Kansanterveyslain säätämisen jälkeen työnantajat jatkoivat sairaanhoitopalveluiden järjestämistä työntekijöilleen, sillä julkisen järjestelmän rakentuminen ei lähtenyt tasaisesti käyntiin koko maassa. Terveyskeskusverkoston kehittäminen ja laajentaminen aloitettiin pääsääntöisesti Itä- ja Pohjois-Suomesta sekä maaseutukunnista, joissa pula terveyspalveluista oli suurin. Etelä-Suomen ja isompien kaupunkien perusterveydenhuollon niukkaa tarjontaa kompensoitiinkin osin työterveyshuoltojärjestelmällä. (Lehto 2015.)

Kuvaavaa on myös se, ettei kansanterveyslainsäädetyissä kuntien kansanterveystyön velvollisuuksissa mainittu lainkaan työterveyshuoltoa. Lain mukaan kunnat saattoivat kuitenkin tehdä lääkintöhallituksen suostumuksella työnantajien kanssa sopimuksen, joka siirsi vastuun työnantajalle kuuluvan työterveyshuollon järjestämisestä kunnalliselle terveystalokselle. Erillisistä laeista ja työnantajien mahdollisuudesta valita palveluiden tuottaja seurasi, että universaali, julkinen järjestelmä ja työterveyshuolto pysyivät pääosin erillään. Kaupunkialueilla terveystaloksista ei koskaan muodostunut kattavasti väestölle lääkäripalveluja tarjoavaa toimijaa, vaan jo 1980-luvulla erityisesti kaupungeissa iso osa avosairanhoidon käynneistä toteutui yksityisillä terveysasemilla ja yksityisen terveydenhuollon piirissä (Aro 1993).

Julkisen järjestelmän asteittainen kehittäminen jatkui 1980-luvulla, johon saakka kuntien toimintaa oli ohjattu vahvasti keskusjohtoisesti. Kansallinen ohjaus koettiin kuitenkin raskaaksi ja tehottomaksi, minkä vuoksi sitä haluttiin keventää. Vastapainona kuntien autonomiaa sekä palveluiden kustannustehokkuutta pyrittiin lisäämään. Vuonna 1989 säädettiin erikoissairaanhoitolaki, jonka myötä erikoissairanhoidon järjestelmää yksinkertaistettiin ja yhtenäistettiin. Lain myötä muodostetut sairaanhoitopiirit aloittivat toimintansa vuoden 1991 alusta. Vuoden 1993 kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistuksessa korvamerkityistä valtionosuuksista siirryttiin yleiskatteelliseen rahoitukseen. Uudistuksella pyrittiin parantamaan esimerkiksi kuntien kykyä huomioida paikalliset olosuhteet perusterveydenhuollon palveluiden suunnittelussa. Kunnat saivat myös enemmän valtaa päättää esimerkiksi asiakasmaksuista. (Keskimäki 2022.) Uudistus valmistettiin 1980-luvun taloudellisen nousukauden aikana, mutta sen toimeenpano ajoittui nousukauden jälkeiseen, 1990-luvun

alun syvään talouslamaan. Laman seurauksena myös valtionosuuksien tasoa leikattiin, mikä yhdessä kuntien verotulojen vähenemisen kanssa johti paikoin merkittäviinkin palveluiden leikkauksiin.

Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden välistä työnjakoa pyrittiin selkeyttämään 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa. Terveyskeskusten ongelmia hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden parantamiseksi pyrittiin ratkomaan kehittämällä perhe- ja omalääkärijärjestelmää, joiden pohjalta käynnistetyissä väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeiluissa mukaan tuli myös tavoite selvittää mahdollisuuksia niveltää tähän myös työpaikkaterveydenhuolto (Aro 1993). Kokeiluissa selvitettiin, voitaisiinko terveyskeskuksissa lakisääteisiä työterveyspalveluja saavien työntekijöiden ja yrittäjien sairaanhoitopalvelut tuottaa ensisijaisesti työterveyshuoltoyksikössä.

Yksityisen työterveyshuollon piiriin kuuluvaa väestöä kehoitettiin käyttämään ensisijaisesti työterveyshuoltoyksikköä hakiessaan perusterveydenhuollon sairaanhoitoa. Lisäksi suositeltiin, että terveyskeskukset ottaisivat huomioon yksityisen työterveyshuollon piiriin kuuluvan väestön muodostaessaan alueellisia vastuuväestöjä. Työterveyshuollon väestövastuukokeilu ei kuitenkaan toteutunut suunnitellussa laajuudessa millään kokeilupaikkakunnalla. Työterveyshuollon piiriin kuuluvan väestön lääkärikäynneistä aiempaa suurempi osuus toteutui työterveyshuollossa kokeilujen päättyessä. Käytännön yhteistyön järjestäminen terveyskeskusten ja työterveysasemien välillä osoittautui vaikeaksi. Kokeilujen päättyessä arvioitiin, että kunnallinen valtionosuteen oikeuttava rahoitus, työterveyshuollon korvausjärjestelmä ja sairausvakuutus pitäisi nivoa selkeämmäksi kokonaisuudeksi, jotta työterveysasemat voisivat sitoutua yhteiseen palvelujen kehittämiseen. (Notkola ym. 1993.)

Sittemmin viimeisten vuosikymmenten aikana Suomen sisäinen muuttoliike, maan eri osien taloudellinen elinvoima sekä väestön palvelutarpeet ovat kehittyneet epätasaisesti maan eri puolilla. Jo 2000-luvun alussa poliittiseen keskusteluun nousi jälleen tarve uudistaa järjestelmää, jotta näihin haasteisiin voitaisiin paremmin vastata (esim. Keskimäki ym. 2019, Tynkkynen ym. 2019, Tynkkynen ym. 2021). Vuonna 2010 säädetty Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) yhdisti kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain keskeiset linjaukset samaan sisältölakiin. Laissa säädettiin ensimmäistä kertaa myös asiakkaan mahdollisuudesta valita oma terveyskeskuksensa, terveysasemansa sekä kiireettömän hoidon hoitopaikkansa. Terveydenhuoltolakiin kirjattiin myös esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä sekä kuntien ja sairaanhoitopiirien välisestä yhteistyöstä niin potilaiden hoidon kuin alueellisen työnjaonkin näkökulmista.

Terveydenhuoltolaki ei kuitenkaan sisältänyt uudistuksia palvelujärjestelmän rakenteisiin tai rahoitukseen. Pitkän, yli vuosikymmenen kestäneen uudistusprosessin seurauksena julkinen palvelujärjestelmä koki isoimman muutoksen sitten kansanterveyslain säätämisen, kun hyvinvointialueet aloittivat toimintansa vuoden 2023 alusta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 sekä Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta 617/2021). Työterveyshuoltoa tai sen asemaa ei näissä laeissa muutettu.

Ensisijaisen terveydenhuollon rinnakkaiset järjestelmät ovat kehittyneet omiin suuntiinsa, usein sairaanhoitopalveluita suosien. Huolimatta yksityislääkärikorvausten vuosikymmenten aikana laskeneesta tasosta, ovat nämä korvaukset, yhdessä verrattain laajan yksityislääkäritoiminnan kanssa, osaltaan luoneet pohjaa suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän pohjoismaisittain laajalle yksityisen sektorin palveluiden tarjonnalle tilanteessa, jossa julkisen perusterveydenhuollon palvelut ovat olleet kroonisesti aliresursoituja ja -mitoitettuja. Samalla, kun sairausvakuutuskorvausten taso on jäänyt jälkeen hintojen kehityksestä, vapaaehtoiset yksityiset sairauskuluvakuutukset ovat yleistyneet, mutta ne kattavat edelleen alle viisi prosenttia terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta (Tynkkynen ym. 2018).

Huolimatta kansanterveystyön laajoista tavoitteista terveyskeskusten toiminta on painottunut lähinnä yksilöiden sairaanhoitopalveluihin, ja osin perheiden palveluihin. Vähemmälle huomiolle ovat jääneet monialaiset politiikat ja toimenpiteet, joilla tähdättäisiin ongelmien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen hoitamiseen joko yksilö- tai väestötasolla. Myös käytännön toimenpiteet terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi ovat olleet vähäisiä. Samalla työterveyshuollon merkitys työikäisten avosairaanhoidon palveluiden tarjoajana on kasvanut, etenkin ensisijaisen terveydenhuollon osalta. Vuonna 2018 noin 70 % työterveyshuoltosopimuksista sisälsi myös sairaanhoitopalveluita (Takala ym. 2019). Työnantajien järjestämällä sairaanhoidon palveluilla onkin nykyisin keskeinen osa suomalaisissa työterveyspalveluissa, vaikka työterveyshuollon ensisijainen, lakisääteinen tehtävä on ennaltaehkäisevässä työssä.

Työterveyshuollon kautta järjestettyjen sairaanhoitopalveluiden yleistymisen syitä

Olemassa olevan tutkimustiedon perusteella ei voida tehdä suoria päätelmiä siitä, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet työterveyshuollon sairaanhoidon palveluiden merkittävään rooliin työikäisen väestön ensisijaisen terveydenhuollon tarjonnassa. On kuitenkin mahdollista tunnistaa erilaisia yhteiskunnallisia kehityskulkuja, joilla on todennäköisesti yhteys työnantajien järjestämien sairaanhoitopalveluiden yleistymiseen ja kehitykseen.

Suomalaisen ensisijaisen terveydenhuollon rahoitus on useista järjestelmän uudistuksista huolimatta säilynyt monikanavaisena. Samalla kun julkista, kaikille maksukyvyistä riippumatta tasavertaisesti saatavilla olevaa järjestelmää on uudistettu, terveydenhuoltojärjestelmän muita osia ei ole sovitettu yhteen muuttuneen järjestelmän kanssa, vaan muut osajärjestelmät on säilytetty ennallaan. Kun uudistukset ovat olleet tällä tavoin vaihteellaisia ja pistemäisiä, on myös terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuus kehittynyt pirstaleiseksi.

Julkisen sektorin sisällä ensisijaisten terveyspalvelujen kehitykseen on todennäköisesti vaikuttanut perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon hallinnollinen siiloutuminen terveyskeskuksiin ja sairaanhoitopiireihin. Tämä on monissa osissa maata ollut omiaan heikentämään mahdollisuuksia suunnitella terveydenhuollon alueellista palvelurakennetta väestön palvelutarpeen mukaiseksi. Käytännössä tämä on heikentänyt terveyskeskusten voimavarojen kehitystä ja mahdollisuuksia tarjota palveluita kaikille ikäryhmille. Työikäisten ensisijaisen terveydenhuollon palvelut ovat siten vähitellen siirtyneet entistä laajemmin työnantajien järjestämiksi tai yksityisten sairauskuluvakuutusten kautta rahoitetuiksi.

Tarkasteltaessa työikäisten terveyspalvelujen käyttöä onkin työnantajien järjestämien sairaanhoitopalveluiden merkitys lisääntynyt 1990-luvulta lähtien ja kiihtynyt etenkin 2000-luvulla (ks. myös luku 9). Tämä kulkee käsi kädessä julkisen, kuntapohjaisen terveydenhuoltojärjestelmän vaikeuksien kanssa. 1990-luvun laman jälkeen, julkisen perusterveydenhuollon resursointi ei ole juuri lisääntynyt, mikä on johtanut palveluiden saatavuuden ja hoidon jatkuvuuden heikkenemiseen (Keskimäki 2022). Myös pula osaavasta työvoimasta on heikentänyt julkisen perusterveydenhuollon palvelukykyä (Eskola ym. 2022).

Alueelliset erot perusterveydenhuollon hoitoon pääsyssä ovat merkittäviä (Mölläri ja Marttila 2022) ja useilla paikkakunnilla perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden huono saatavuus on todennäköisesti kiihdyttänyt kehitystä, jossa työssäkäyvien ensisijaisen terveydenhuollon palveluita on siirtynyt työterveyshuollon järjestettäväksi. Työnantajat myös hyötyvät sairaanhoitopalveluiden järjestämisestä, jos niiden kautta työntekijät pääsevät nopeammin hoitoon ja takaisin työkykyisiksi (Sagan & Thompson 2016). Tätä selvitystä varten käydyissä taustakeskusteluissa kävi myös ilmi, että kun työnantajien järjestämät sairaanhoitopalvelut ovat yleistyneet, niistä on mahdollisesti muodostunut työnantajille myös väline houkutellessa palvelukseensa osaavaa työvoimaa.

Työnantajien järjestämien sairaanhoitopalveluiden yleistymisen ja monikanavaisen järjestelmän säilymisen taustalla vaikuttavat todennäköisesti myös nykyisen järjestelmän hyödyt (ks. alla) monelle keskeiselle, vaikutusvaltaiselle intressiryhmälle (ks. esim. Heikkilä ym. 2005). Suomalaisen järjestelmän kehitys onkin hyvä esimerkki siitä, miten terveysjärjestelmiin kohdistuu merkittävä määrä erilaisia poliittisia ja kaupallisia pyrkimyksiä, jotka voivat olla ristiriidassa järjestelmän julkilausuttujen tavoitteiden kanssa (esim. Topp 2021, Dawes 2020, Kickbusch 2015, Bambra ym. 2005). Terveyden poliittiset (*political determinants of health*) ja kaupalliset (*commercial determinants of health*) määrittäjät tarjoavatkin yhden selityksen sille, miksi suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään on syntynyt rakenteita, jotka näyttävät osaltaan synnyttävän terveyden ja terveydenhuollon eriarvoisuutta eri väestöryhmien kesken. Esimerkiksi yksityisten terveyspalveluyritysten merkitys on lisääntynyt merkittävästi työterveyshuollon sairaanhoidon tarjonnassa (ks. luku 4).

Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut ovat osa monikanavaista terveydenhuoltojärjestelmää, joka tuottaa väestöryhmien välistä terveydenhuollon eriarvoisuutta

Suomalaisen terveydenhuollon monikanavaisuutta (niin rahoituksen kuin palveluiden tarjonnan suhteen) sekä sen vahvuuksia ja heikkouksia on käsitelty useissa kotimaisissa ja kansainvälisissä raporteissa ja selvityksissä (esim. Keskimäki 2022, Keskimäki ym. 2019, Pekurinen ym. 2011, Heikkilä ym. 2005). Monikanavaisuuden ja etenkin työnantajien ostamien sairaanhoidon palveluiden rooliin terveyden eriarvoisuuden tuottajina on kiinnitetty huomiota myös suomalaisen järjestelmän kansainvälisissä arvioissa (esim. OECD 2021).

Monikanavaisuuden hyödyksi voidaan lukea useita asioita (Pekurinen ym. 2011, s. 25, ks. myös luku 5). Monikanavainen palvelujärjestelmä tarjoaa valinnanvapautta maksukykyisille ja julkisen sektorin vastuulla oleviin palveluihin työttömille, se voi tuoda helpotusta hyvinvointialueiden järjestämien palveluiden kysyntään ja parantaa palveluiden kokonaissaatavuutta (erityisesti työikäisille) lisäämällä palvelutarjontaa (yksityisellä sektorilla tai työterveyshuollon kautta). Lisäksi monesta eri rahoituslähteestä kerättävä rahoitus saattaa lisätä korvamerkittyä rahaa terveyspalveluihin ja näin vahvistaa rahoitusjärjestelmän resilienssiä eli muutosjoustavuutta. On myös pohdittu, että monikanavaisuus saattaisi hillitä hyvinvointialueiden järjestämien palveluiden kustannusten kasvua, kun osa väestöstä käyttää muulla tavoin rahoitettuja palveluja.

Etenkin lääkäreille monikanavainen terveysjärjestelmä mahdollistaa useita eri työ- ja ansaintamahdollisuuksia, kun lääkärit voivat työskennellä sekä julkisen että yksityisen sektorin palveluksessa. Muiden terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa monikanavaisen järjestelmän edut ovat todennäköisesti vähäisemmät, mutta tietoa muiden ammattiryhmien toimimisesta rinnakkain eri sektoreilla ei ole juuri saatavissa. Tutkimuksia monikanavajärjestelmän vaikutuksista henkilöstöresurssien riittävyyteen tarvittaisiinkin lisää.

Vaikka monikanavaisella rahoitusjärjestelmällä on useita hyötyjä, voidaan sen haittojen katsoa olevan suurempia (Pekurinen ym. 2011, s. 25). Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän perusongelmaksi voidaan lukea se, että rinnakkaiset palvelujärjestelmät saattavat lisätä epätarkoituksenmukaista palveluiden käyttöä ja yksityisten palveluntuottajien lisäämää kysyntää (ns. *moral hazard*), jos palveluiden saatavuus on hyvä ja asiakasmaksut käyttöhetkellä hyvin pienet tai olemattomat.

Monikanavainen järjestelmä voi myös luoda legitimititeettiongelmaa julkiselle järjestelmälle. Kun ihmisten on mahdollisuus hakeutua ensisijaiseen hoitoon myös muualle kuin julkiseen perusterveydenhuoltoon, julkisella perusterveydenhuollon järjestelmällä ei välttämättä ole kaikkien kansalaisten tukea – tai ainakaan sen heikosta tilasta ei kanneta suurta huolta. Julkisen perusterveydenhuollon parantaminen ja resursointi ei siis monikanavaisessa järjestelmässä saa välttämättä osakseen tarpeeksi poliittista painetta kansalaisilta tai poliittisilta puolueilta (Tuohy ym. 2004). Tämä voi hankaloittaa julkisen järjestelmän kehittämistä ja resursointia ja johtaa kaksitasoiseen palvelujärjestelmään, jota on kansainvälisesti kuvattu toteamuksella ”*poor service for the poor*” (Propper 2000).

Toistaiseksi julkisen järjestelmän kannatusperusta on monikanavaisesta rahoitusmallista huolimatta terveydenhuollon osalta pysynyt suhteellisen korkealla ja julkisen rahoituksen kannatus on jopa hieman vahvistunut (Aalto ym. 2022). Suomessa julkinen terveydenhuollon rahoitus on kuitenkin kroonisesti pysytellyt muiden Pohjoismaiden tasosta jäljessä (OECD 2021). Monikanavainen järjestelmä voikin heikentää mahdollisuuksia kehittää julkista järjestelmää, etenkin perusterveydenhuollon osalta ja heikentää julkisten, hyvinvointialueiden vastuulla olevien palveluiden saatavuutta, kun esimerkiksi henkilöstöresurssit jakautuvat ja liikkuvat eri terveydenhuoltosektoreiden välillä (vrt. Pekurinen ym. 2011).

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden näkökulmasta huomionarvoista on se, että eri rahoituskanavien kautta rahoitetut palvelut eivät ole koko väestön saatavilla tasavertaisesti eivätkä palvelujärjestelmän resurssit kohdennu tarpeen mukaisesti (Holster ym. 2021). Ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset käyttävätkin palveluja tarpeeseen nähden enemmän kuin alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat (ks. luku 9). Toisaalta kattavien sairaanhoitopalveluiden tarjoaminen työnantajien toimesta saattaa vaikuttaa myös siihen, miten kattavasti julkisessa järjestelmässä resursoidaan ja kehitetään työikäisen väestön palveluja. Työterveyshuollon ulkopuolella tai vain lakisääteisten työterveyshuollon palveluiden piirissä oleva työikäinen väestö saattaaakin jäädä julkisen palvelujärjestelmän kehittämisessä sivuun. Lisäksi on tärkeää

huomioida, että monikanavainen järjestelmä saattaa hajauttaa paljon erilaisia palveluita tarvitsevien työikäisten hoitoa ja hankaloittaa koordinaatiota. Paljon palveluita tarvitsevat ihmiset, jotka käyttävät paljon työterveyshuollon sairaanhoidon palveluita tarvitsevat usein palveluita myös julkisesta terveydenhuollosta, jolloin hoidon kokonaisuuden koordinaatio hajautuu monelle eri taholle (Reho ym. 2021).

Rinnakkaisten ensisijaisten terveydenhuollon palvelujärjestelmien olemassaolo on myös kansainvälisesti harvinaista (ks. luku 6). Suomalaisen järjestelmän kansainvälisissä arvioissa (esim. Keskimäki 2022, OECD 2021, Tange Larsen ym. 2020, Keskimäki ym. 2019) on viitattu etenkin siihen, että rinnakkaiset osajärjestelmät heikentävät terveydenhuollon resurssien tehokasta ja tarpeenmukaista väestötasoista kohdentamista (vrt. Holster ym. 2021). Lisäksi rinnakkaiset järjestelmät kiihdyttävät terveydenhuollon eriarvoisuutta, hoitoon pääsyn ja käytön riippuessa palveluiden käyttäjän työmarkkina- ja/tai sosioekonomisesta asemasta. Esimerkiksi OECD:n maaraportissa (2021, s. 22) todetaan seuraavaa:

”Erityisenä huolenaiheena on, että sekä työterveyshuolto että yksityisten tuottajien tuottama perusterveydenhuolto lisäävät eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Ne nopeuttavat pääasiassa ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien hoitoon pääsyä, kun taas alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ja eläkeläiset joutuvat odottamaan palveluihin pääsyä pidempään.”

Ensisijaisen terveydenhuollon osalta eriarvoisuus hoidon saatavuudessa ja palveluiden käytössä liittyy tarjolla olevaan palvelujärjestelmään: ylempässä sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset käyttävät enemmän yksityisiä ja työterveyshuollon tarjoamia vastaanottopalveluja, kun taas alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät enemmän julkisen perusterveydenhuollon tarjoamia palveluja (Manderbacka ym. 2013, Blomgren & Virta 2020, Blomgren ym. 2022, Holster ym. 2021). Tätä kuvataan väestötutkimusten pohjalta myös luvussa 9. Tietoa eri sektoreiden yhteis- ja rinnakkaiskäytöstä on Suomessa olemassa niukasti ja keskeisimmät tulokset liittyvät oululaisten palveluiden ja etuuskien käyttöä kuvaavaan tutkimukseen (Blomgren ym. 2022) sekä Tampereen yliopiston tutkimushankkeisiin, joissa on tarkasteltu paljon työterveyshuollon palveluja käyttäviä (Reho ym. 2022). Blomgrenin ja kollegoiden (2022) kaikkia oululaisia työikäisiä ja heidän terveystalvaidensa käyttöä vuonna 2018 koskeneen tutkimuksen mukaan työssä olleet käyttävät pääosin työterveyshuollon palveluja ja muut ryhmät (työttömät tai työelämän ulkopuolella olevat) pääosin terveyskeskuspalveluja. Vaikka ryhmien palveluiden käyttö kanavoitui monikanavaisen palvelujärjestelmän eri sektoreille, työlliset ja työttömät käyttivät palveluja suunnilleen yhtä usein. (ks. myös luku 7)

Erityisesti matalamman koulutuksen omaavat, jotka käyttävät paljon työterveyshuollon palveluja, käyttävät myös paljon julkisia palveluja perusterveydenhuollossa, mutta usein myös erikoissairanhoidossa. Sekä työterveyshuollon että julkisia palveluja paljon käyttävät saavat myös muita todennäköisemmin työkyvyttömyysetuuksia. (Reho ym. 2022a, Reho ym. 2022b) Heidän työkykynsä edistämiseksi tarvitaan palvelujen koordinaatiota, joka edellyttää työterveyshuollon palvelujen tarkastelua hyvinvointialueilla sekä perusterveydenhuollon että erikoissairanhoidon rinnakkaisina palveluina.

Ensisijaisen terveydenhuollon saatavuuden ja käytön erot tarjoavat myös ainakin osaselityksen sosioekonomisen aseman mukaisille sairaalapalveluiden tarpeenmukaisen käytön eroille, sillä julkisiin erikoissairanhoidon palveluihin tarvitaan lähete (Satokangas 2021). Suomessa lähete voi kirjoittaa niin julkisessa perusterveydenhuollossa toimiva lääkäri kuin työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla toimiva lääkäri, jolloin nopeampi hoitoon pääsy ensisijaiseen terveydenhuoltoon mahdollistaa todennäköisesti myös nopeamman pääsyn erikoissairanhoidon piiriin. Erikoissairanhoidon hoitoon pääsyn kriteerien kuitenkin tulisi olla samanlaiset lähettäjästä riippumatta. (STM 2019).

Suomalaisissa tutkimuksissa on myös todettu, että terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus on vähentynyt nopeammin ylempien sosioekonomisten ryhmien osalta ja perusterveydenhuollon ensisijaisen hoidon osalta erot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat jopa hiukan lisääntyneet suosien paremmassa asemassa olevia väestöryhmiä (Lumme ym. 2017, Lehikoinen ym. 2016). Työterveyshuollon vastaanottopalveluiden tarjonnan vaikutusta perusterveydenhuollon keinoin vältettävissä olevien sairaalahoitotaksojen alue-eroihin on tutkittu toistaiseksi vain vähän. Oheissairastavuuden ja sosioekonomisen aseman huomioiden jälkeen nämä epätoivotut hoitotakset kuitenkin korostuivat varakkaammilla kaupunkialueilla (Satokangas ym. 2021), joille työterveyshuollon palveluiden tarjontakin pääosin keskittyy. Löydöksen yksi

mahdollinen tulkinta on, että kaupunkialueilla korostuva ensisijaisen terveydenhuollon monikanavaisuus vaikeuttaa järjestelmän ohjaamista ja heikentää hoidon laatua.

Lähteet

- Aalto AM, Muuri A, Ilmarinen K & Ikonen J. (2022). Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä toimintaympäristön myllerryksessä – miten on käynyt väestön kokemalle luottamukselle? Teoksessa S Karvonen, L Kestilä & P Saikkonen (toim.). (2022). Suomalaisten hyvinvointi 2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>
- Aro S. (1993). Kansanterveyslaista väestövastuukokeiluihin. Teoksessa Aro S, Lukko M. VPK Väestövastuusen perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992. Mikä muuttui? Stakes raportteja 105/1993, 13–19.
- Bambra, C, Fox, D & Scott-Samuel A. (2005). Towards a politics of health. *Health Promotion International* 20(2):186–193.
- Blomgren J, Jäppinen S, Lahdensuo K. (2022). Avosairaanhoidon palveluiden käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. *Suomen Lääkärilehti* 2022; 77 (7–8).
- Blomgren J, & Virta LJ. (2020). Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland. *PLoS one*, 15(4), e0231792. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231792>
- Dawes, D. (2020). Political determinants of health. Johns Hopkins University Press.
- Eskola P, Tuompo W, Riekkilä M, Timonen M, Auvinen J. (2022). Hoidon jatkuvuusmalli Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1>
- Harjula M. (2015) Hoitoonpääsyn hierarkiat: terveystieteiden tutkimus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9872->
- Hassard ym. (2021). International Comparisons on Occupational Health Systems and Provisions. Department for Work and Pensions, UK. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1001861/international-comparison-of-occupational-health-systems-and-provisions.pdf
- Heikkilä M, Kautto M, Teperi J. (2005). Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. https://vnk.fi/documents/10616/622942/J0505_Julkinen-hyvinvointivastuu.pdf
- Holster T, Nguyen L, Häkkinen U. (2021). The role of occupational health care in ambulatory health care in Finland. *Nordic Journal of Health Economics* <https://doi.org/10.5617/njhe.8561>
- Jokela S, Kilpeläinen K, Parikka S, Sares-Jäske L, Koskela T, Lumme S, Martelin T, Koponen P, Koskinen S, Rotko T. (2021). Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Ehdotus seuranta-järjestelmän kehittämiseen. Raportti 5/2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-656-5>
- Keskimäki I. (2022). Development of Primary Health Care in Finland. <https://www.lshtm.ac.uk/media/62361>
- Keskimäki I, Tynkkynen L-K, Reissel E, Koivusalo M, Vuorenkoski L, Rechel B, Karanikolos M. (2019). Finland: Health System Review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/18176127-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kickbush I. (2015). The political determinants of health – 10 years on. *BMJ*, 350:h81.
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.) (2018). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018, 187–188. Helsinki 2018. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Lehikoinen M, Arffman M, Manderbacka K, Elovainio M, Keskimäki I. (2016). Comparative observational study of mortality amenable by health policy and care between rural and urban Finland: no excess segregation of mortality in the capital despite its increasing residential differentiation. *International journal for equity in health*, 15(1), 1. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12939-016-0348-2>
- Lehto J. (2015). Pohjoismaainen vai omalaatuinen terveydenhuolto? Teoksessa Niemelä ym. (toim). 2015. Terveydenhuollon muutokset: politiikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampere University Press. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98488/Terveysdenhuollon%20muutokset_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lumme S, Manderbacka K, Keskimäki I. (2017). Trends of relative and absolute socioeconomic equity in access to coronary revascularisations in 1995–2010 in Finland: a register study [journal article]. *International journal for equity in health*, 16(1), 37. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12939-017-0536-8>
- Majlander S, Kuusio H, Kauppinen T, Kilpeläinen K, Koskela T, Rotko T. (2021). Terveyden seuranta ja terveyserojen kaventaminen Suomessa – havaintoja terveyseroista ja käytännön toimista. THL, Tutkimuksesta tiiviisti 59/2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-746-3>
- Manderbacka K, Peltonen R, Lumme S, Keskimäki I, Tarkiainen L, Martikainen P. (2013). The contribution of health policy and care to income differences in life expectancy – a register based cohort study. *BMC Public Health* 13: 812. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-812>
- Manderbacka K, Satokangas M, Arffman M, Reissel E, Keskimäki I, Leyland AH. (2022). Explaining regional variation in elective hip and knee arthroplasties in Finland 2010 – 2017 – a register-based cohort study. *BMC health services research*, 22(1), 891. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08305-7>
- Mattila Y. (2011). Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista.

- Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26343/Tutkimuksia116.pdf>
- Mussalo-Rauhamaa H, Savikko R, Kernisalo-Perälä S, Paakkola K. (2015). Työterveyshuolto ja haasteet. *Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja* 37/2015. file://helfs01.thl.fi/documents/Tyoterveyshuoltoselvitys/Materiaaleja/ESAVI_tyoterveyshuolto_37_WEB.pdf
- Mölläri K, Marttila T. (2022). Hoitopääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2022: 71 prosenttia lääkärin avosairaanhoidon kiireettömistä käynneistä toteutui kahdessa viikossa. *Tilastoraportti* 24/2022 <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022061345929>
- Notkola V, Räsänen K, Peurala M, Husman K, Kankaanpää E. (1993). Työpaikkaterveydenhuolto vai terveyskeskus? Teoksessa Aro S, Lukko M. VPK Väestövastuisten perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992. Mikä muuttui? *Stakes raportteja* 105/1993, 175–184.
- OECD. (2021). State of Health in the EU. Finland Country Health Profile.
- Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U, Jonsson PM, Keskimäki I, Kokko S, Kärkkäinen J, Widström E, Vuorenkoski L. (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti* 4/2011. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085346>
- Propper C. (2000). The demand for private health care in the UK. *Journal of Health Economics*, 19 (6), 855-876.
- Reho T, Siukola A, Atkins S, Korhonen M, Viljamaa M, Sumanen M, Uitti J, Sauni R. (2021). Työterveyshuollon suurluttajien karakterisointi ja palvelujen rinnakkaiskäyttö Raportti Työsuojelurahastolle 31.12.2021, Tampereen yliopisto.
- Reho T, Atkins S, Korhonen M, Siukola A, Sumanen M, Viljamaa M, Uitti J, Sauni R. (2022). Parallel use of primary and secondary healthcare by frequent attenders in occupational health and their work disability: a longitudinal study in Finland. *BMJ Open* 2022;12:e052740. doi:10.1136/bmjopen-2021-052740
- Reho T, Atkins S, Korhonen M, Siukola A, Viljamaa M, Sumanen M, Uitti J, Sauni R. (2022) Occupational health patients' parallel use of primary- and secondary-care services and linkage to work disability: A follow-up study in Finland. *Scand J Public Health*. 2022 Nov 2:14034948221130438. doi: 10.1177/14034948221130438. Epub ahead of print. PMID: 36324196.
- Satokangas, M., Arffman, M., Antikainen, H., Leyland, A. H., & Keskimäki, I. (2021). Individual and area-level factors contributing to the geographic variation in ambulatory care sensitive conditions in Finland: a register-based study. *Medical care*, 59(2), 123-130. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001454>
- STM. (1986). Terveyttä kaikille vuoteen 2000: Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.
- STM. (2019). Yhteinätiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>
- STM. (2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5427-4>
- Tange Larsen A, Bonde Klausen M, Højgaard B. (2020). Primary Health Care in the Nordic Countries Comparative Analysis and Identification of Challenges. VIVE – The Danish Center for Social Science Research. <https://www.vive.dk/media/pure/15439/4892199>
- Takala E-P, Leino T, Harjunpää K, Hirvonen M, Kauranen T, Liljeström K, Syyrimaa S & Österbacka O. (2019) Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos, Helsinki
- Topp SM, Schaaf M, Sriram V, Scott K, Dalgligh SL, Nelson EM et al. (2021). Power analysis in health policy and systems research: a guide to research conceptualization. *BMJ Global Health* 6: e007268.
- Tuohy CH, Flood CH, Stabile M. (2004) How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29 (3), 359-396
- Tynkkynen L-K, Alexandersen N, Kaarboe O, Anell A, Lehto J, Vrangbæk K. (2018). Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy* 122(5):485–492
- Tynkkynen L-K, Keskimäki I, Koivusalo M. (2021). Finland. In: E Immergut, K Anderson, C Devitt, and T Popic. *Health Politics in Europe: A Handbook*. Oxford University Press.

4 Ensisijaiseen terveydenhuoltoon hakeutumisen vaihtoehdot ja työterveyshuoltopalveluiden markkinat Suomessa

Liina-Kaisa Tynkkynen, Markku Satokangas, Ilmo Keskimäki, Päivikki Koponen, Anu Niemi

- Suomessa on kolme ensisijaisen terveydenhuollon kanavaa: hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla oleva perusterveydenhuolto, työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut sekä yksityiset terveystalot.
- Sairaanhoitopalveluiden järjestämistavat poikkeavat eri osajärjestelmissä merkittävästi: julkisessa perusterveydenhuollossa painopiste on moniammatillisessa työssä, kun taas työterveyshuollon kautta järjestetyissä sekä yksityisissä terveystalouksissa hoitoa tarjotaan ja hoitoon hakeudutaan ennen kaikkea lääkärille.
- Hoidon saatavuudessa on merkittäviä eroja julkisen perusterveydenhuollon ja muiden ensisijaisen terveydenhuollon hoitoon hakeutumisen väylien välillä.
- Työterveyshuollon kautta järjestettyjen sairaanhoitopalveluiden tuotanto nojaa vahvasti yksityiseen palvelutuotantoon.
- Yksityinen terveystalouksen markkina on keskittynyt merkittävästi viimeisten vuosien aikana.

Suomen monikanavainen terveydenhuoltojärjestelmä sisältää kolme ensisijaisen terveydenhuollon osajärjestelmää, joista vain universaali, julkinen järjestelmä on tarjolla kaikille työmarkkina-asemasta ja varallisuudesta riippumatta (ks. luku 3). Vaikka nämä osajärjestelmät noudattavat eri toimintalogiikoita, ne eivät ole toisistaan täysin irrallisia (esim. Erhola ym. 2013). Työterveyshuollon kautta järjestettyä sairaanhoitoa onkin tärkeä tarkastella suhteessa sekä julkisesti että yksityisesti tarjottavaan ensisijaiseen terveydenhuoltoon.

Tässä luvussa kuvataan sekä työterveyshuollon tarjoaman sairaanhoidon erityispiirteitä, että ensisijaisen terveydenhuollon eri osajärjestelmien piiriin hakeutumisen peruseräitä ja toimintalogiikkoja. Lisäksi kuvataan työterveyshuollon markkinoita, koska niissä on tapahtunut merkittäviä muutoksia viimeisten vuosien aikana (ks. myös luku 10). Tämän luvun ulkopuolelle jäävät pääosin sellaiset teemat, joita käsitellään toisaalla tässä raportissa. Luvussa 5 käsitellään työterveyshuollon taloudellisia vaikutuksia ja palveluista maksettuja korvauksia. Työterveyshuollon sairaanhoitokäyntejä on kuvattu tätä lukua tarkemmin luvussa 10. Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluissa työskentelevän henkilöstön pätevyysvaatimuksia ja henkilöstön työnjakoa käsitellään luvussa 11.

Ensisijaisen terveydenhuollon kolme kanavaa Suomessa

Työnantajan järjestämät avosairanhoidon palvelut

Työnantajilla on velvollisuus järjestää työntekijöilleen ennaltaehkäisevät työterveyshuollon palvelut. Lisäksi työnantajat voivat halutessaan järjestää työntekijöilleen myös avosairanhoidon palveluita. (ks. tarkemmin luku 2.) Palvelut eivät ole universaaleja vaan niiden piiriin kuulumisen riippuu ihmisen työmarkkina-asemasta sekä työnantajan maksuhalukkuudesta. Työnantajan järjestämien sairaanhoitopalveluiden käyttö ei myöskään ole työntekijöille velvoittavaa ja henkilö voi hakeutua hoitoon myös julkiselle sektorille tai yksityisesti rahoitettujen palveluiden piiriin. Ainoastaan silloin, jos työntekijän sairaspöytäkirja pitkäaikainen sairauspäivän mittaiseksi, edellytetään sairausvakuutuslain (1224/2004) ja työterveyshuoltolain (muutos lakiin 20.1.2012/20) mukaan lausunto, jossa on työterveyshuollon arvio työntekijän jäljellä olevasta työkyvystä sekä työnantajan yhdessä työntekijän ja työterveyshuollon kanssa tekemä selvitys työntekijän mahdollisuudesta jatkaa työssä. Henkilö voi myös käyttää useiden sektoreiden palveluita rinnakkain ja erilaisten

tilanteiden hoitamiseen. Rehon ym. (2022 a ja b) tutkimusten mukaan tällainen eri sektoreiden palvelujen rinnakkaiskäyttö onkin varsin yleistä niillä, jotka käyttävät paljon työterveyshuollon palveluja ja joilla on pitkittyviä ongelmia työkyvyssä.

Työterveyshuollon palveluvalikoima vaihtelee työnantajakohtaisesti ja se määrittellään työnantajan ja palveluntuottajan välisessä työterveyshuoltosopimuksessa. Työnantaja voi hankkia työterveyshuollon palvelut hyvinvointialueen työterveysyksiköltä tai yhtiöltä, yksityiseltä työterveyshuollon palveluntuottajalta tai omalta työterveysasemalta tai yhdessä toisten työnantajien kanssa ylläpidetyltä yhteiseltä työterveysasemalta. Tällä hetkellä palveluita tuottavat pääosin yksityiset yritykset (Takala ym. 2019, ks. myös luku 10), joihin luetaan yksityisten lääkäriasemien lisäksi myös aiemmin kuntien ja kuntayhtymien ja nykyään hyvinvointialueiden yhtiöitetty työterveyshuollon yritykset (Lith 2021). Yksityisen sektorin tuotanto on keskittynyt voimakkaasti muutamalle isolle tuottajalle (KKV 2020, ks. myös luku 10).

Työterveyshuollon järjestämiseksi työnantaja tekee valitsemansa palveluntuottajan kanssa kirjallisen työterveyshuoltosopimuksen, joka konkretisoituu vuosittaisessa työpaikkakohtaisesti laadittavassa toimintasuunnitelmassa. Työterveyshuoltosopimus ja toimintasuunnitelma on saatettava työpaikan henkilöstön tietoisuuteen yhteistoimintalain mukaisia periaatteita noudattaen. Työterveyshuoltosopimuksen tulisi sisältää tiedot työterveyshuollon yleisistä järjestelyistä ja palvelujen sisällöstä sekä siitä, onko lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi sovittu sairaanhoidon järjestämisestä. Työterveyspalvelujen toteuttamisessa tulee noudattaa hyvää työterveyshuoltokäytäntöä (VNA 708/2013).

Vuonna 2018 työterveyshuoltosopimuksista noin kolmasosa oli sellaisia, jotka sisälsivät vain lakisääteiset palvelut. Laajat sopimukset, jotka siis sisältävät sekä lakisääteisen työterveyshuollon että sairaanhoitopalvelut, olivat sitä yleisempiä mitä suuremmasta työnantajasta oli kysymys. Eniten sellaisia sopimuksia, jotka sisälsivät ainoastaan lakisääteiset palvelut, oli pienillä 1–10 henkilön yrityksillä. (Takala ym. 2019.) Myös työsuhteen luonteella on merkitystä työterveyshuollon saatavuudelle. Työmarkkinatilaneet vaihtelevat yhä useamilla työelämän muuttuessa kohti yleistä määrää- ja osa-aikaisia työsuhteita, sekä moninaistuvia yrittäjyyden ja alustatyön muotoja.

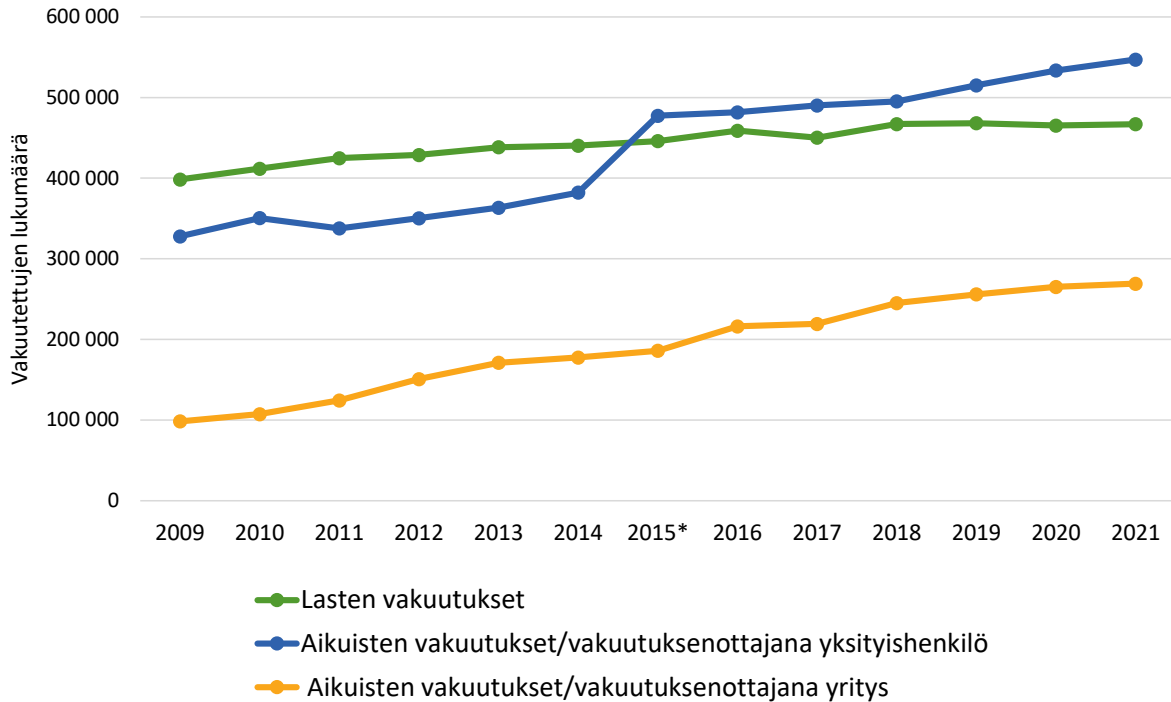
Työterveyshuollon sopimuksien tarkkoja sisältöjä ei tätä selvitystä varten ollut mahdollisuus selvittää, mutta tyypillisesti sairaanhoitopalvelut sisältävissä sopimuksissa sopimukseen kuuluvat minimissään yleislääkäritasoiset vastaanottopalvelut mahdollisine laboratorio- ja röntgentutkimuksineen. Lisäksi sairaanhoidon palveluihin voi kuulua erikoislääkärin konsultaatiokäyntejä ja erikoislääkärin määräämiä tutkimuksia, pienkirurgisia toimenpiteitä, mielenterveyspalveluita (esim. työpsykologi, lyhytpsykoterapia), erilaisia fysioterapiapalveluja, ravitsemusterapeutin palveluja sekä erilaisia ennaltaehkäiseviä ohjelmia (esim. tupakoinnin lopettamisen ohjelmat). Lisäksi työnantajat saattavat tarjota työntekijöilleen esimerkiksi mahdollisuuden saada influenssarokote työterveyshuollossa. COVID-19 pandemian aikana työterveyshuollon kautta tehtiin esimerkiksi koronatestausta ja keväällä 2023 koronarokotuksia voidaan tarjota myös työterveyshuollossa.

Työterveyshuoltosopimukset voivat olla erilaisia myös laboratorio- ja kuvantamistutkimusten laajuuden osalta. Kelan työterveyshuoltotilaston mukaan laboratoriotutkimuksia tehtiin työterveyshuollossa vuonna 2020 yhteensä 5,1 miljoonaa ja kuvantamistutkimuksia 389 000 (Kela 2022). Näistä laboratoriotutkimuksista yli puolet kuului korvausluokkaan II (3,5 milj), kuten myös kuvantamisen kustannuksista enemmistö (344 667). Kun tarkastellaan kustannuksia ja korvauksia työntekijää kohti, tällaiset tutkimuskustannukset olivat suurimmat yksityisissä lääkärikeskuksissa.

Kaikki työnantajien järjestämät palvelut eivät kuulu työnantajalle maksettavien Kela-korvausten piiriin, mutta tällaisten palvelujen määrästä ei ole saatavissa tarkempaa tietoa. Jatkossa tiedot ovat ainakin jossain määrin saatavissa Avohilmo-rekisteristä (ks. luku 10). Lisää tutkimusta tarvittaisiinkin siitä, millaisia sopimuksia eri alojen työnantajilla työntekijöilleen sairaanhoitopalveluiden osalta on ja miten hyvin ne vastaavat kyseisten työpaikkojen työhön liittyvien terveysriskien ennaltaehkäisyä. Lisää tietoa tarvittaisiin myös vapaaehtoisten sairaanhoitopalveluiden sisällöistä sekä palvelujen tarkoituksenmukaisuudesta, vaikuttavuudesta työkykyyn, työhyvinvointiin ja työhön liittyvien riskien ennaltaehkäisyyn.

Perinteisen työterveyshuollon kautta järjestetyn avosairanhoidon lisäksi työnantajat ovat enenevästi hankkineet työntekijöilleen myös yksityisiä sairauskuluvakuutuksia (Finanssiala 2022), mutta vakuutusten kokonaismäärä on edelleen melko pieni (kuvio 4.1). Vakuutuksia tarjoavista työnantajista, niiden sisällöstä ja vakuutetuista ei ole olemassa kattavaa tutkimustietoa, mutta käytyjen taustakeskustelujen perusteella niitä

otetaan todennäköisesti etenkin yritysten avaintyöntekijöille sekä työntekijöille raskasta fyysistä työtä sisältävillä aloilla. Vakuutuksista on mahdollisesti tullut työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden ohella työnantajien hyödyntämä etuus, jolla pyritään houkuttelemaan osaavaa työvoimaa työnantajan palvelukseen. Samalaisia havaintoja työnantajien ottamista vakuutuksista tehty myös muissa Pohjoismaissa (Tynkkynen ym. 2018). Yksityiset vakuutukset luetaan verovapaaksi eduksi vain, jos ne on otettu kaikille työnantajan palveluksessa oleville työntekijöille.



* Vuonna 2015 tilastoon tuli mukaan yksi yhtiö lisää.

Kuvio 4.1 Yksityisten sairauskuluvakuutusten määrän kehitys 2009–2021 (määrä kunakin vuonna 31.12.), vakuutettujen lukumäärä lasten vakuutusten, aikuisten vakuutusten (vakuutuksen ottaja yksityishenkilö) ja yritysten ottamien aikuisten vakuutusten osalta (Lähde: Finanssiala 2023)

Hyvinvointialueiden järjestämävastuulla oleva ensijajainen terveydenhuolto työkäisessä väestössä

Julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä hyvinvointialueet ovat vuoden 2023 alusta vastuussa asukkaidensa riittävien sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä. Hyvinvointialueiden järjestämävastuulla olevat palvelut ovat universaaleja palveluja, joiden käyttöön ovat oikeutettuja kaikki ne henkilöt, joilla on kotikunta hyvinvointialueella. Tämän lisäksi henkilöllä voi olla mahdollisuus käyttää työnantajan järjestämiä sairaanhoidon palveluja sekä yksityisiä terveystalveluja.

Hyvinvointialueen ylin päättävä elin on aluevaltuusto, joka ohjaa hyvinvointialueen toimintaa päättämässä hyvinvointialuestrategian mukaisesti. Strategian tulee perustua hyvinvointiasukkaiden tarpeisiin. Palvelut rahoitetaan valtion verotuksen kautta, valtion hyvinvointialueille kohdentamalla yleiskatteellisella rahoituksella sekä hyvinvointialueiden keräämillä asiakasmaksuilla. Valtio ohjaa hyvinvointialueita rahoituksen lisäksi myös kunkin hyvinvointialueen ja keskeisten ministeriöiden välisillä vuotuisilla neuvotteluilla sekä kansallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden kautta. Kansalliset tavoitteet vahvistetaan joka neljäs vuosi.

Hyvinvointialueet voivat tuottaa järjestämisvastuullaan olevat palvelut itse tai ne voivat ostaa palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. Perusterveydenhuolto ja sen osana ensisijainen terveydenhuolto tuotetaan hyvinvointialueiden omien tai ulkoistettujen sote-keskusten toimesta. Ulkoistettujen terveystasemalipalveluiden osuus on kuitenkin verrattain pieni, arviolta noin kahdeksan prosenttia (Tervameri 2022). Ensisijaisen terveydenhuollon palvelut on organisoitu terveyskeskuksiin, nykyään sote-keskuksiin, joissa työskentelee lääkäreitä², terveyden- ja sairaanhoitajia, psykiatrisia sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, psykologeja, puhe- ja toimintaterapeutteja, ravitsemusterapeutteja ja muita ammattilaisia. Tämän lisäksi perusterveydenhuollossa työskentelee sosiaalityöntekijöitä. Sote-keskuksissa muutkin sosiaalipalvelut tulevat osaksi laajempaa palvelujen koonaisuutta.

Avosairaanhoidon lisäksi työikäisen väestön palvelukokonaisuuteen sote-keskuksissa kuuluvat elämäntilanteen ja työllisyysaseman mukaan myös mm. opiskeluterveydenhuollon palvelut, lapsiperheiden palvelut sekä työttömille kohdenetut palvelut ja muut sosiaalipalvelut (ks. kuvio 4.2.). Palveluja tarjoava henkilöstö on pääosin työsuhteessa hyvinvointialueeseen, mutta eri alueilla käytetään vaihtelevasti myös vuokratyövoimaa, mutta vuokratyön käytöstä ei ole olemassa tarkkaa tutkimus- tai tilastotietoa. Sote-keskuksilla on useita toimipisteitä hyvinvointialueella ja niiden palveluvalikoimat tyypillisesti vaihtelevat.

Hyvinvointialueilla on myös velvoite järjestää työterveyshuolto alueen yrityksille ja yrittäjille (ks. luku 2, terveydenhuoltolaki 1326/2010, 18) ja huolehdittava riittävästä työterveyshuollon palvelutuotannosta. Toistaiseksi ei ole kuitenkaan kattavaa tietoa siitä, miten tämä tulee toteutumaan ja missä määrin palvelut sisältävät sairaanhoidon palveluja. Tilannetta seurataan STM:n koordinoimassa hyvinvointialueiden työikäisten palvelujen verkostossa.

Kun tarkastellaan työikäisten henkilöiden sosiaali- ja terveystasemalipalvelukokonaisuuksia hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevien palveluiden osalta, huomataan, että työikäiset voivat saada työmarkkina- ja perhetilanteestaan riippuen hyvin monenlaisia ensisijaisen terveydenhuollon palveluja (kuvio 4.2). Elinikäisen oppimisen ja ammattialavaihdosten myötä sekä työ- ja opiskelujaksojen yhä useammin limittyessä, osalla työikäisistä voi olla mahdollisuus käyttää myös opiskeluterveydenhuollon palveluja. Tilanteesta ja paikallisista järjestelyistä riippuen erityisten tarpeiden mukaisesti palveluihin voidaan hakeutua joko suoraan tai muiden sote-palvelujen kautta ohjattuna. Kaikissa hyvinvointialueiden palveluissa lähtökohtana tulisi olla ennaltaehkäisy sekä laaja-alainen työ- ja toimintakyvyn edistäminen.

² Perusterveydenhuollossa työskentelevistä lääkäreistä vain kolmannes on suorittanut yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnon. Tämä on mo-
neen muuhun maahan verrattuna poikkeuksellista ja myös ristiriidassa kansallisten tavoitteiden kanssa (2/3 lääkäreistä yleislääketieteen eri-
koislääkäreitä). (Eskola ym. 2022.)

Työkäisen sote-palvelut perustasolla



Kuvio 4.2. Työkäisten perusterveydenhuollon sote-palvelut

Yksityiset terveystalot

Kaikki Suomen sosiaaliturvan piiriin kuuluvat ovat oikeutettuja yksityisistä terveystalojen käytöstä aiheutuvien kustannusten sairausvakuutuskorvauksiin. Näiden sairausvakuutuskorvausten taso on kuitenkin sen verran alhainen, että käytännössä palveluiden käyttö perustuu asiakkaiden ja potilaiden maksukykyyn ja -halukkuuteen. Kelan sairaanhoitokorvauksissa yksityisten lääkäripalvelujen summa on pudonnut 62,5 miljoonasta vuonna 2005 49,4 miljoonaan vuonna 2020, mutta vuonna 2021 summa kasvoi 51,3 miljoonaan (Kela 2022). Kela-korvauksen määrää on vähennetty ja korvausten taso on nykyisellään niin pieni, että sen merkitys palveluiden hankinnassa ei todennäköisesti ole koko väestön palvelujen käytön kannalta suuri (Blomgren 2017).

Leskelän ja kumppaneiden (2020) selvityksessä, jossa kohderyhmänä olivat yksityisiä terveystalouksia käyttäneet, kolmasosa vastanneista oli kuitenkin sitä mieltä, että Kela-korvauksen mahdollinen poistaminen vaikuttaisi paljon tai erittäin paljon heidän yksityisten terveystalouksien käyttöönsä. Kaksi kolmasosaa näin vastanneista arvioi, että korvausten poistuessa he käyttäisivät nykyistä enemmän julkisia terveystalouksia, noin 10 % harkitsisi yksityisen sairausvakuutuksen hankkimista ja neljäsosa käyttäisi terveystalouksia kokonaisuudessaan nykyistä vähemmän. Vastajat arvostivat suoraa pääsyä erikoislääkärin vastaanotolle ja jatkuvaa hoitosuhdetta samaan ammattilaiseen.

Samassa selvityksessä (Leskelä ym. 2020) terveystalouksien käyttäjät kokivat, että Kela-korvaus on merkityksellinen asiakkaille, ei niinkään euromääräisen korvauksen vuoksi vaan siksi, että yksityisiä palveluita käyttävät säästävät julkista terveydenhuoltoa kuormittumasta. Pientäkin korvausta pidettiin oikeutettuna ja merkityksellisenä ostopäätöksen kannalta.

Lääkärikeskuksen asiakkailta veloittama kokonaishinta muodostuu pääosin kahdesta osasta: ammatinharjoittajalääkärin määrittämästä vastaanottomaksusta sekä lääkärikeskuksen määrittämistä poliklinikka- ja tukipalvelumaksuista (esim. kuvantaminen ja laboratoriotuotteet). Sairaanhoitokorvauksissa yksityisten tutkimusten ja hoidon kustannukset ovat vaihdelleet vuosina 2005–2021 39,5 miljoonasta 70,9 miljoonaan euroon (Kela 2022). Lääkärin vastaanotto sekä siihen liittyvät laboratorio- ja kuvantamispalvelut ovat palvelukokonaisuus, jonka asiakas harvemmin hajauttaa usealle eri palveluntuottajalle (KKV 2020). Julkisessa terveydenhuollossa on kuitenkin paikkakunnittain vaihtelevasti voitu tehdä esimerkiksi laboratoriotutkimuksia yksityislääkäreiden läheteillä. Lääkärikeskuksille lääkäriin vastaanottopalvelut ovat todennäköisesti tärkeä väylä tarjota asiakkaille muita palveluita, kuten laboratorio- ja kuvantamispalveluita, jotka muodostavat tärkeän osan lääkärikeskusten tuloista. Tästä ei kuitenkaan ole olemassa tarkkaa tutkimustietoa. Yksityisissä

lääkäripalveluissa lääkärit tilittävät osan tuloistaan vuokrana lääkärikeskukselle. Lääkärikeskusten tulot muodostuvat siis lääkäreiden maksamista tilavuokrista ja asiakkailta perityistä maksuista (KKV 2020).

Lääketieteen erikoisalojen osalta eniten yksityisiä palveluita käytetään silmätautien, naistentautien ja synnytysten (so. gynekologia), ortopedian ja traumatologian, lastentautien sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisaloilla (Lith 2021). Myös suun terveydenhuollossa yksityisten palvelujen osuus on merkittävä. Yksityisiä vastaanottopalveluja tarjoavat yksityiset ammatinharjoittajat sekä päätoimisesti julkisella sektorilla työskentelevät (erikois)lääkärit, jotka pitävät sivutoimisesti vastaanottoa terveystalouden yritysten toimintiloissa. Lääkäriasema- ja yksityislääkäritoimintaan tilastoituvista yrityksistä noin puolet oli sivutoimisia tilastovuonna 2018 (Lith 2021), mikä selittyy todennäköisesti lääkäreiden osa-aikaisella työskentelyllä yksityisellä sektorilla (ks. myös luku 11).

Yksityisissä terveystalouksissa muut ammattilaiset kuin lääkärit ovat useimmiten työsuhteessa palveluorganisaatioon (erityisesti terveyden- ja sairaanhoitajat), mutta joskus myös yksityisinä ammatinharjoittajina. Eri ammattilaisten erilainen asema, yksityisinä ammatinharjoittajina tai työsuhteessa yritykseen, voi hankaloittaa eri ammattiryhmien välisestä työnjaosta sopimista enemmän kuin saman työnantajan palveluksessa olevan julkisen perusterveydenhuollon henkilöstön osalta.

Työterveyshuollon markkinat

Suomalaisten terveydenhuoltomarkkinoiden kehityksestä on tehty vain vähän tieteellistä tutkimusta. Keskeiset tietolähteet, joiden pohjalta markkinoita ja niiden kehitystä tässä luvussa kuvataan ovatkin pääosin viranomais selvityksiä, yksityisiltä konsulteilta tilattuja selvityksiä sekä tilastoraportteja. Suomessa terveystalouksien asiakkaat jakautuvat pääosin kolmeen segmenttiin: yksityisasiakkaisiin, yritysasiakkaisiin ja julkiseen sektoriin (KKV 2020). Työterveyshuollon osalta myös yksityisten terveystalouksien markkinoiden tarkastelu on olennaista, sillä yksityiset palveluntuottajat tuottavat nykyään myös suuren osan työterveyshuollon palveluista.

Työnantajien järjestämien sairaanhoitopalveluiden tuottamisessa on tapahtunut viimeisen vuosikymmenen aikana merkittäviä muutoksia. Muutokset heijastelevat yksityisen terveydenhuoltosektorin ja sen markkinoiden kehitystä, jolle ominaista on ollut isojen terveystalouksien aseman vahvistuminen (KKV 2016, KKV 2020). Työterveyslaitoksen vuoden 2018 kyselyn mukaan työterveyshuoltosopimuksista 69 % oli lääkärikeskuksilla ja 22 % kunnallisilla yhtiöillä (Takala ym. 2019). Osa yksityisten palveluntuottajien merkityksen kasvusta selittyykin kuntalain mukaisen kuntien työterveyshuollon liikelaitosten yhtiöittämisvelvoitteella vuosina 2014–2019 (STM:n Kuntainfo 3/2018). Siirtymäkaudella kunnat saivat tarjota ja tuottaa työterveyspalveluita myös kunnan alueella oleville työnantajille, mutta palvelu täytyi hinnoitella markkina-perusteisesti. Kun kunnan velvollisuudet työterveyshuoltopalveluiden järjestämisestä siirtyvät hyvinvointialueille, poikkeuksen muodostavat kuntien omalle henkilökunnalleen tuottamat työterveyshuoltopalvelut. Näitä kunta voi tuottaa työnantajan roolissa kuten muutkin työnantajat.

Muutosta on tapahtunut myös asiakkaiden kirjossa. Nykyään myös julkisen sektorin työnantajat ostavat suurilta konserneilta palveluita. Lisääntyneet vaatimukset, mm. laatu- ja järjestelmien osalta ovatkin saattaneet muokata markkinoita, sillä suuret konsernit ovat pystyneet pieniä yksiköitä paremmin kehittämään laatu- ja järjestelmiä, joita on edellytetty vuodesta 2014. (Takala ym. 2019.) On myös huomattava, että asiakkaiden tarpeet ovat erilaisia. Työterveysasiakkaista osa ostaa palveluita vain yhteen toimipisteeseen, jolloin palveluntuottajilla ei välttämättä tarvitse olla tarjolla laajaa palveluverkkoa. Osa asiakkaista taas on monipisteasiakkaita, jotka tarvitsevat valtakunnallisia palveluita toimipisteiden sijaitessa eri puolilla maata. Näiden ääripäiden väliin jäävät asiakkaat, joiden mahdollisten palvelutarjoajien joukko vaihtelee asiakkaan toimipisteiden sijainnista riippuen. (KKV 2020.)

Yksityinen terveydenhuoltoala on keskittynyt merkittävästi. Suomessa on tällä hetkellä vain kolme yritystä, jotka tuottavat sekä työterveyshuollon palveluita, yksityisiä palveluita että julkisesti rahoitettuja palveluita. Kilpailu- ja kuluttajaviraston (2020) markkinaoikeudelle tekemän selvityksen mukaan näiden kolmen suurimman toimijan yhteenlaskettu markkinaosuus koko terveystalouksien markkinalla oli vuonna 2014 noin 20–30 % kun vastaava luku viisi vuotta myöhemmin, vuonna 2019, oli jo 70–80 %.

Kolme suurinta toimijaa ovat kasvattaneet markkinaosuuksiaan sekä yritysostoin että laajentamalla toimintaansa maantieteellisesti. Tämä on merkinnyt useiden paikallisten lääkärikeskusten poistumista markkinoilta, minkä myötä markkinoilla toimii enää muutamia paikallisesti vahvoja lääkäriasemia. Muut kymmenen isoimman terveystaluyrityksen joukkoon sijoittuvat yritykset tuottavat korkeintaan kahden yllä mainitun asiakassegmentin palveluita ja/tai ne toimivat vain jollakin tietyllä erikoisalalla (esim. suun terveydenhuolto). Lisäksi muiden isojen terveystaluyritysten markkinaosuus jää huomattavasti kolmea suurinta toimijaa pienemmäksi. Samalla terveysalan suuret yritykset ovat hankkineet myös kunnallisten liikelaitosten toimintoja omistukseensa. KKV arvioi vuonna 2020, että markkinoiden keskittyminen kolmelle suurimmalle toimijalle jatkuu myös tulevaisuudessa (KKV 2020).

Kaiken kaikkiaan yritysmaailman lääkäriasemien työterveyshuollon asiakkaiden määrä on selvästi lisääntynyt. Lith (2021) on arvioinut, että yritysmaailman palveluntuottajien asiakasmäärä kasvoi vuosina 2008–2019 106 %. Samanaikaisesti lääkäriasemien työterveyshuollon reaaliset kustannukset lisääntyivät 150 %. (Lith 2021.) Kilpailu- ja kuluttajaviraston (2020) selvityksen mukaan kolmen isoimman terveystaluyrityksen osuus yksityisesti tuotetuista työterveyspalveluista on 80–90 % ja ne ovat myös ainoita yrityksiä, jotka pystyvät ilman alihankintaa palvelemaan niin sanottuja monipisteasiakkaita³ (ks. myös luku 10). KKV:n (2020) selvityksen mukaan työterveyspalveluita tarjoavien yritysten on pystyttävä palvelemaan riittävää osaa asiakkaan toimipisteverkostosta ilman, että se joutuu turvautumaan alihankintaan toisilta työterveyspalveluiden tuottajilta.

Kolmella suurimmalla toimijalla on pääosin vähintään yksi toimipiste jokaisessa maakunnassa, kun taas neljänneksi suurimmalla toimijalla toimipisteiden maantieteellinen kattavuus oli jo huomattavasti vähäisempi. Kolmen suurimman yrityksen toimipisteet olivat myös KKV:n selvityksen mukaan selvästi muita toimijoita useammin asiakasyritysten läheisin toimipiste, etenkin kun tarkasteltiin monipisteasiakkaita. (KKV 2020.)

Suurimmat yritykset myös mainostavat työterveyshuollon yksilöasiakkaille työterveyshuoltosopimukseen kuulumattomia palveluja, mm. laboratoriotutkimuspaketteja sekä hammaslääkärin tai syyhygienistin palveluja, usein erilaisin tarjoushinnoin. Tämä on omiaan ohjaamaan työterveyshuollon henkilöasiakkaat saman toimijan tai yrityksen muidenkin palvelujen piiriin. Onkin mahdollista, että työterveyshuollon palvelut toimivat niin sanottuina sisäänheittotuotteina yksityisille terveystaluyrityksille, mutta varsinaista tutkimustietoa asiasta ei ole olemassa.

Työnantajien tarjoaman sairaanhoidon vastaanotto toimintaan osallistuvilta terveydenhuollon ammattihenkilöitä ei edellytetä vastaavanlaisia osaamisvaateita kuin lakisääteisen työterveyspalveluiden tuottamisessa vaaditaan (ks. luku 11). Sairaanhoidopalvelut rakentuvatkin osin yksityisen terveydenhuolto sektorin päälle ja tuottajina voivat toimia yksityisinä ammatinharjoittajina lääkärikeskuksissa työskentelevät yleislääkärit. Osa lääkäreistä työskentelee oman julkisen sektorin toimensa ohella osa-aikaisesti yksityisellä sektorilla pitäen sivutoimista vastaanottoa. Lääkäreiden työskentelystä työterveyshuollon sairaanhoidopalveluissa tarvittaisiin kuitenkin enemmän tutkimustietoa.

Lithin (2021) mukaan lääkäriasema- ja yksityislääkäritoimintaan tilastoituvista yrityksistä noin 47 % (1 882 kpl) oli sivutoimisia tilastovuonna 2018. Se, missä määrin sivutoimenaan yksityislääkärivastaanottoa pitävät lääkärit osallistuvat tällä hetkellä työterveyshuollon asiakkaiden sairasvastaanotto toimintaan, on epäselvää (ks. luku 11), mutta aiemminkin on arvioitu, että osa-aikaisen työnteon mahdollisuudet houkuttelevat lääkäreitä työskentelemään työterveyshuollon kautta järjestetyissä sairaanhoidopalveluissa (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015), mutta tästä tarvittaisiin lisää ajantasaista tutkimustietoa. Osviittaa saattaa antaa kuitenkin tieto siitä, että vuonna 2018 työterveyshuollon lääkäreistä päätoimisia oli vain 37 % kaikista työterveyshuollossa työskentelevistä lääkäreistä. Ammatinharjoittajina toimi 52 % lääkäreistä. (Takala ym. 2019, ks. myös luku 11.) Nykyään alan isoimmat yritykset tarjoavat kattavasti myös erilaisia digitaalisen asioinnin muotoja, mikä mahdollistaa asiakkaille paikkariippumattoman asioinnin ja myös ammattilaiselle paikkariippumattoman työskentelyn (ks. luku 10 ja luku 11).

³ KKV määritteli selvityksessään (2020) monipisteasiakkaita yritysasiakkaat, joilla oli vähintään 10 käyntiä vähintään kolmessa kunnassa tai kahdessa maakunnassa

Eri osajärjestelmien vertailu

Julkiset terveystalot ovat universaaleja palveluja eli niiden tulisi olla kaikille saavutettavissa sosioekonomisesta asemasta tai muista taustatekijöistä riippumatta. Julkinen palveluvalikoima määrittyy kansallisesti lainsäädännössä ja osin siis myös poliittisen päätöksenteon kautta. Työterveyshuollon sairaanhoidon sopimusten sisältö sen sijaan perustuu työnantajan päätökseen ja palveluntuottajan kanssa tehtyyn sopimukseen. Työnantajien välillä on eroja siinä, kuinka kattavia sopimukset ovat. Yksityisten terveystaloiden osalta palveluiden käyttö perustuu ihmisen maksukykyyn ja -halukkuuteen. Kela-korvaukseen ovat kaikki Suomen sosiaaliturvan piiriin kuuluvat oikeutettuja, mutta korvauksen taso on nykyisin hyvin pieni⁴. Suomalaiset ovat hankkineet itselleen myös yksityisiä sairauskuluvakuutuksia, joiden saamisen esteeksi voivat kuitenkin muodostua esimerkiksi olemassa olevat krooniset sairaudet tai ikä (Tynkkynen ym. 2018). Tällä hetkellä vakuutuksia on noin neljänneksellä väestöstä (Tynkkynen ym. 2018, OECD 2021/2022). Yksityisiä terveystaloluita käytetään kaikissa väestöryhmissä mutta niiden käyttö on yleisempää paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevien keskuudessa (esim. Blomgren 2017, Koponen ym. 2018, ks. tarkemmin luku 9). Yksityislääkäripalveluita käytetään eniten väkirikkailla alueilla (Hujanen & Mikkola 2022, Hujanen ym. 2022), joissa myös palveluiden tarjonta on syrjäisempiä seutuja parempaa.

Hyvinvointialueet voivat kerätä palveluiden käytöstä asiakasmaksuja, joiden enimmäistasot määräytyvät laissa ja asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Perittävän asiakasmaksun suuruus on lääkärin vastaanotolla suurempi kuin hoitajan vastaanotolla. Lisäksi laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista määritetään joukko palveluja, joista asiakasmaksuja ei saa periä (esimerkiksi tietyt ennaltaehkäisevät palvelut). Julkisten perusterveydenhuollon palvelujen käytöstä maksetut asiakasmaksut kerryttävät vuotuista asiakasmaksukattoa. Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista ei sen sijaan peritä käyttöhetkellä asiakasmaksuja. On kuitenkin huomioitava, että työntekijät maksavat palkastaan vakuutusmaksuja työtulo- vakuutusrahastoon, josta työnantajille maksettavat Kela-korvaukset rahoitetaan. Näin ollen kaikki työntekijät osallistuvat työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden rahoitukseen, vaikka kaikki eivät kuuluisikaan työnantajan järjestämien sairaanhoitopalveluiden piiriin. Kuten aiemmin on todettu, noin 30 % työterveyshuoltosopimuksista ei kata sairaanhoitopalveluita vaan vain ennaltaehkäisevän, lakisääteisen työterveyshuollon (Takala ym. 2019). Työterveyshuollon rahoitusta ja maksettujen korvausten suuruutta ja kehitystä on kuvattu tarkemmin luvussa 5.

Yksityisten palveluiden osalta asiakas maksaa suurimman osan palvelusta itse. Jos asiakkaalla on yksityinen sairauskuluvakuutus, voi hän hakea korvausta vakuutuksesta jälkikäteen. Sairauskuluvakuutusten hinnoittelussa on kuitenkin vaihtelua esimerkiksi vakuutusmaksun suuruuden ja sairauden hoitoon liittyvien kustannusten omavastuiden osalta (Alexandersen ym. 2016). KKV:n (2020) selvityksen mukaan ennen kaikkea nuoremmat henkilöt hakevat korvausta jälkikäteen vakuutusyhtiöltä.

Palveluiden järjestämisen periaatteet poikkeavat eri osajärjestelmissä merkittävästi. Julkisessa palvelujärjestelmässä keskeisiä periaatteita ovat muun muassa niukkojen resurssien mahdollisimman tehokas ja vaikuttava kohdentaminen. Resurssilla viitataan tässä suhteessa niin rahallisiin kuin henkilöstöresurssisiin (ks. myös luvut 5 ja 11). Viime vuosikymmenen aikana julkisessa perusterveydenhuollossa toimintaa onkin kehitetty enenevästi sellaisten toimintamallien suuntaan, joilla pyritään varmistamaan rajallisen lääkäreiden vastaanotokapasiteetin kohdentuminen potilaille, jotka tarvitsevat lääketieteellistä erityisosaamista (esim. Sinervo ym. 2016). Sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla onkin merkittävä rooli ensisijaisen terveydenhuollon ammattilaisina antamassa ohjausta ja neuvontaa (ks. myös luku 10).

Esimerkiksi Terveystalolain 51§ edellyttää julkisella sektorilla kiireettömän hoidon osalta terveydenhuollon ammattilaisen tekemää hoidon tarpeen arviointia, josta perusterveydenhuollossa vastaavat nykyään pääosin hoitajat. Hoitajien rooli on merkittävä myös tavanomaisten, lyhytkestoisten ja monesti itsestään paranevien vaivojen, kuten hengitystieinfektioiden oireenmukaisen hoidon ohjauksessa ja mm. lyhytkestoisten sairaspöissaolotodistusten antamisessa. Terveystalolain lääkäreiden vastaanottojen ajanvaraukset tapahtuvat pääosin hoitajien kautta. Tämä tarkoittaa, että hoitajilla on myös tietynlainen ”portinvartijan” rooli lääkäriin pääsyn osalta. Hoitajat ovat myös joutuneet ottamaan vastuuta aiemmin selkeästi lääkäreille

⁴ Vuoden 2023 alusta 8 euroa/käynti

kuuluneista tehtävistä, koska etenkin suurten asutuskeskusten ulkopuolella lääkäreiden rekrytointi on ollut vaikeaa (Eskola ym. 2022).

Työterveyshuollon sairaanhoidossa ja myös yksityisesti rahoitetuissa palveluissa potilas varaa itse ajan, usein sähköisten ajanvarauskanavien kautta. Käytössä on myös erilaisia digitaalisia vastaanottokanavia, joita potilas voi hyödyntää (esimerkiksi chat, videovastaanotto, puhelinvastaanotto). Näin ollen asiakas saattaa ohjautua lääkärille sellaisen vaivan vuoksi, minkä lääketieteellisen osaamisen näkökulmasta hoituisi myös hoitajan vastaanotolla tai vaivan vuoksi ei edes tarvitsisi hakeutua hoitoon (ks. myös luku 10).

Työnantajien linjaukset työntekijöiden sairauspoissaoloista vaadittavista sairauslomatoistuksista vaikuttavat myös erityisesti työterveyshuollon kautta järjestetyn sairaanhoidon käyttöön. Niiden osalta, joiden työterveyshuollon sopimus ei kata sairaanhoitoa, nämä linjaukset vaikuttavat myös julkisen avosairanhoidon käyttöön. Omaan ilmoitukseen perustuva sairauspoissaolo, ilman lääkärintodistusta tai terveyden- tai sairaanhoidajalta saatua selvitystä, voi vähentää tarpeettomia käyntejä terveydenhuollossa. Tällaista omailmoituskäytäntöä on kuitenkin tutkittu melko vähän, eikä sen vaikutuksista ole toistaiseksi riittävästi tietoa. Kuntalalla, jossa omailmoituskäytäntö on suhteellisen yleinen, on havaittu, ettei omailmoitusjakson pidentäminen kolmesta päivästä viiteen päivään vaikuta pidentävästi tai lyhentävästi vuotuisiin sairauspoissaolopäiviin tai sairauspoissaolopakojen määrään (Kausto ym. 2020). COVID-19 epidemian aikana toteutettiin pidennyksiä ja joustoja omailmoituskäytännöissä, mutta näistä ei vielä löytynyt tätä raporttia laadittaessa tarkempaa tietoa eikä tutkimuksia.

Suomessa julkiseen erikoissairaanhoidon vaaditaan lähete, jonka voi kirjoittaa niin julkisessa perusterveydenhuollossa kuin työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla toimiva lääkäri. Tämän lisäksi kukin ensisijaisen terveydenhuollon kanava tarjoaa erilaisia erikoislääkäreiden vastaanottopalveluilta omilla logiikoillaan. Julkisessa perusterveydenhuollossa toimii pieni määrä valikoitujen erikoisalojen konsultoivia erikoislääkäreitä: yleisimmin geriatreja, psykiatreja ja sisätautilääkäreitä (Syrjä ym. 2019). Myös näiden erikoislääkäreiden vastaanotoille vaaditaan pääsääntöisesti edeltävä yleislääkärin arvio ja tämän tekemä erikoislääkärin konsultaatio. Yksityisen sektorin palveluille on puolestaan ominaista, että niitä tarjoavat usein eri erikoisalojen erikoislääkärit ja asiakas voi varata ajan suoraan erikoislääkärin vastaanotolle, joskus myös diagnostiikkapalveluihin. Myös työterveyshuollon kautta järjestetty sairaanhoito käyttää yksityisen sektorin tarjoamia erikoislääkäreiden vastaanottopalveluita. Suuressa osassa työterveyshuoltosopimuksia, joihin sisältyy sairaanhoidon palveluja, erikoislääkärin konsultaatiota ja diagnostiikkapalveluita varten edellytetään kuitenkin työterveyslääkärin tai yleislääkärin lähete.

Kuten yllä on todettu, työterveyshuollon kautta toteutetussa sairaanhoidossa tuottajina toimivat nykyään valtaosin isot yksityiset yritykset. Työterveyshuollon yksityiset markkinat ovatkin keskittyneet kolmelle isolle yksityiselle palveluntuottajalle (KKV 2020 ja luku 10). Näin ollen on oletettavaa, että palveluiden tuotannossa keskeinen toimintaa ohjaava periaate liittyy palveluiden kannattavuuteen liiketoiminnan näkökulmasta (vrt. julkisten palveluiden toimintaperiaate). Kun huomioidaan se, että isoillakaan asiakasyrityksillä ei välttämättä ole tuottajien isoa kokoa tasapainottavaa osaamista tai neuvotteluvoimaa hankkia työterveyspalveluita (KKV 2020), on palveluiden tuotannossa olemassa selkeä riski tuottajien synnyttämälle kysynnälle, mikä ei palvele terveydenhuollon tehokasta ja vaikuttavaa resurssien käyttöä.

Lisää tutkimusta tarvittaisiinkin esimerkiksi siitä, miten työterveyssovimusten sisällöt ovat kehittyneet markkinoiden keskittymisen myötä, millaista osaamista työnantajilla on hankkia palveluita työntekijöilleen ja millaisia vaikutuksia markkinoiden keskittymisellä ja tilaajien todennäköisesti vähäisellä neuvotteluvoimalla on sopimusten sisältöihin ja toiminnan laatuun ja vaikuttavuuteen. Joidenkin aikaisempien arvioiden mukaan työterveyshuollon palveluiden nykyinen sairaanhoitopalveluita painottava toimintamalli ei tue sen ennaltaehkäiseviä ja työkykyä edistäviä tehtäviä (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015). Kelan korvauskäytäntöjä onkin sittemmin muutettu painottaen ennaltaehkäisevien palveluiden roolia, mutta tietoa korvausuudistuksen vaikutuksista on vielä niukalti. Lähetekäytännöistä sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista tarvittaisiin myös lisää tietoa.

Keskeinen tekijä miksi potilaat kokevat työterveyshuollon osana tuotetut sairaanhoitopalvelut ja yksityis- palvelut laadukkaampina kuin julkisen sektorin palvelut, perustuu todennäköisesti palveluiden ja myös erilaisten tutkimusten, nopeaan saatavuuteen (ks. esim. KKV 2020, Mussalo-Rauhamaa ym. 2015 ja luku 9). Yksityisessä yleislääkäritasoisessa palvelussa ei ole käytännössä lainkaan jonoja, ja erikoislääkärin

vastaanotollekin pääsee tyypillisesti viimeistään muutamassa päivässä (KKV 2020). Isoilla yrityksillä on tarjolla myös digiklinikoita, joiden kautta lääkäriin on mahdollisuus saada kontakti ympärivuorokauden⁵. Nämä palvelut ovat todennäköisesti usein myös työterveysasiakkaiden käyttämiä palveluja. Kovin lyhyet jonot tai niiden puuttuminen saattavat kuitenkin viitata esimerkiksi tuotannon ylikapasiteettiin ja siten tehottomuuteen. Tässä tilanteessa yksityislääkärien vastaanottoaikojen ylitarjonnan voisi ajatella johtavan muun muassa siihen, että lääkärin potilasvalinta ei välttämättä ole tarkoituksenmukainen eikä vastaanotto toiminnassa hyödynnetä muun henkilöstön osaamista.

Julkisessa terveydenhuollossa jonotusajat voivat olla kohtuuttoman pitkiä, vaikka ne pysyisivätkin hoitotakuun rajoissa. Hoitoprosessit ovatkin julkisella sektorilla todennäköisesti huomattavasti pitkäkestoisempia kuin yksityisellä sektorilla.⁶

Työterveyshuollon kautta tarjotut sairaanhoitopalvelut sijoittuvat todennäköisesti julkisten ja yksityisten palveluiden välimaastoon siltä osin, että ne riippuvat työnantajan ja palveluntuottajan välisestä sopimuksesta ja palveluihin liittyvistä ehdoista. Asiakkaiden, erityisesti pitkäaikaisesti sairaiden, hoitoprosesseista työterveyshuollossa tarvittaisiinkin jatkossa tarkempaa tutkimustietoa. Joidenkin sairausryhmien osalta hoitoprosesseja ja lähetekäytäntöjä on kehitetty viimeaikaisissa hankkeissa lakisääteisen työterveyshuollon ja julkisten palvelujen, ensi sijassa erikoissairaanhoidon, toiminnallisena integraationa (ks. luku 8). Tilastotietoa työterveyshuollosta julkisiin palveluihin, sekä perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoitoon, tehdyistä lähetteisistä tai vastaavasti julkisista palveluista työterveyshuoltoon lähetetyistä potilaista, ei kuitenkaan ole nykyisin saatavissa.

Hoidon saatavuuteen panostamisella voi olla myös epäsuotuisia vaikutuksia esimerkiksi hoidon jatkuvuuteen. Hoidon jatkuvuus ja saatavuus ovat läheisesti yhteydessä toisiinsa sillä hoidon jatkuvuutta ei voi syntyä ilman saatavuutta. Jos saatavuus saavutetaan vain vastaanottoaikojen saatavuus optimoimalla, joudutaan mahdollisesti tinkimään hoidon jatkuvuudesta eli esimerkiksi siitä, että asiakkaan olisi mahdollisuus tavata sama ammattilainen asioidessaan vastaanotolla. Pelkkä hoitoprosessin ajallisen etenemisen seuranta ei siis yksin riitäkään kuvaamaan hoidon laatua, toteutuksen oikea-aikaisuutta ja potilasturvallisuutta (Pelttari & Kaila 2014). Vahva tieteellinen näyttö osoittaa, että saman yleislääkärin hoitaessa potilasta a) hoidon laatu paranee, b) sairastuvuus ja kuolleisuus vähenevät merkittävästi, c) terveydenhuollon palveluiden kokonais- tarve ja -kustannukset pienenevät ja d) potilastyytyväisyys paranee (Eskola ym. 2022). Tähän tulisi pyrkiä niin työterveyshuollon sairaanhoidossa (ks. luku 2) ja julkisessa perusterveydenhuollossa.

Lähteet

- Alexandersen N, Anell A, Kaarboe O, Lehto J, Tynkkynen L-K, Vrangbæk K. (2016). The development of Voluntary Private Health Insurance in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics* 4(1): 68–83.
- Blomgren J. (2017). Kela-korvauksia leikattiin – yksityisten terveyspalveluiden käyttö silti lähes ennallaan. Kelan tutkimusblogi 27.6.2017. Saatavilla: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3995>
- Erhola M, Jonsson PM, Pekurinen M, Teperi J. (2013). Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114514/Jonottamatta%20hoitoon.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Eskola P, Tuompo W, Riekkö M, Timonen M, Auvinen J. (2022). Hoidon jatkuvuusmalli Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1>
- Finanssiala (2023). Tilasto sairauskuluvakuutus 2012–06/2022. <https://www.finanssiala.fi/julkaisut/tilasto-sairauskuluvakuutus-2009-06-2022/>
- Hujanen T, Mikkola H, Heino P. (2022). Kela-korvausten leikkaukset kohdistuivat suurimmille hyvinvointialueille – poikkeuksena fysioterapia. Kelan tutkimusblogi 16.9.2022. Saatavilla: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/6782>
- Hujanen T, Mikkola H. (2022). Kainuussa ja Lapissa maksettiin eniten sairaanhoidon Kela-korvauksia asukasta kohti. Kelan tutkimusblogi 25.4.2022. Saatavilla: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/6593>
- Kausto J, Reuna K, Halonen JI, Oksanen T, Kaila-Kangas T, Kivimäki M, Ervasti J. (2020). Omailmoitusjakson pidentämisen yhteys kuntatyöntekijöiden sairauspoissaoloihin. *Lääkärilehti* 34/2020, vsk 75, s. 1603–1607.
- Kela (2022). Kelan työterveyshuoltoilasto 2020. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2022.

⁵ <https://www.terveystalo.com/fi/asiakkaalle/digipalvelut-ja-etaasiointi>, <https://www.mehilainen.fi/omamehilainen/digiklinikka>.

⁶ Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksessä (2020) on kuvattu julkisen palvelutuotannon ja yksityisen palvelutuotannon keskeisiä eroja hoitoketjuissa.

- KKV (2016). Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sote-palveluissa. Selvityksiä 5/2016. Kilpailu- ja kuluttajavirasto. <https://www.kkv.fi/uploads/sites/2/2021/11/2016-kkv-selvityksia-5-2016-kilpailun-mahdollisuudet-ja-edellytykset-sote-palveluissa.pdf>
- KKV (2020). Kilpailu- ja kuluttajaviraston esitys markkinaoikeudelle Mehiläisen ja Pihlajalinnan välisen yrityskaupan kieltämisestä. <https://www.kkv.fi/uploads/sites/2/2022/04/2019-10-1233.pdf>
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S. (toim.) (2018). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018, 189–94. Helsinki 2018 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Leskelä R-L, Haavisto I, Rissanen A, Arponen I, Nuutinen M. (2020). Kelan sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutukset. Loppuraportti (Dnro 57/26/2019), NHG Finland. <https://www.tietotarjotin.fi/documents/20124/343726/leskela-kelan-sairausvakuutuskorvauksen-muutoksen-vaikutukset-nhg.pdf/30a3c92a-f0d0-dc11-79bb-74a72f5869e6?t=1667233594306>
- Lith P. (2021). Lääkäripalvelujen markkinat. Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon tasoisten lääkäripalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta koko maassa ja maakunnittain 2019-21. Hyvinvointiala 2021. <https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2021/05/oppensvard2021.pdf>
- Mussalo-Rauhamaa H, Savikko R, Kernisalo-Perälä S, Paakkola K. (2015). Työterveyshuolto ja haasteet. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja 37/2015. file://helfs01.thl.fi/documents/Tyoterveyshuoltoselvitys/Materiaaleja/ESAVI_tyoterveyshuolto_37_WEB.pdf
- OECD. (2021). Health at a Glance 2021. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- OECD. (2022). Health at a Glance: Europe 2022. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Pelttari H, Kaila M. (2014). Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys. Nykytila ja toimenpide-ehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:27. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3515-0>
- Reho T, Atkins S, Korhonen M, Siukola A, Sumanen M, Viljamaa M, Uitti J, Sauni R. (2022). Parallel use of primary and secondary healthcare by frequent attenders in occupational health and their work disability: a longitudinal study in Finland. *BMJ Open* 2022;12:e052740. doi:10.1136/bmjopen-2021-052740
- Reho T, Atkins S, Korhonen M, Siukola A, Viljamaa M, Sumanen M, Uitti J, Sauni R. (2022). Occupational health patients' parallel use of primary- and secondary-care services and linkage to work disability: A follow-up study in Finland. *Scand J Public Health*. 2022 Nov 2:14034948221130438. doi: 10.1177/14034948221130438. Epub ahead of print. PMID: 36324196.
- Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. (toim.) (2016). Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Raportti 16/2016, THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-732-9>
- STM (2018). Kuntalain (410/2015) 126 §:n mukainen työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden yhtiöittämisvelvollisuus. Kuntainfo 15.3.2018.
- Syrjä, V., Parviainen, L., & Niemi, A. (2019). Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019: Ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. Tutkimuksesta tiiviisti 51/2019, THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-442-4>
- Tervameri T. (2022). Sosiaali- ja terveyspalvelualan työvoima ja yrityskenttä. TEM toimialaraportit 2022:2 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-626-0>
- Takala E-P, Leino T, Harjunpää K, Hirvonen M, Kauranen T, Liljeström K, Syynimaa S, Österbacka O. (2019) Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Tynkkynen L-K, Alexandersen N, Kaarboe O, Anell A, Lehto J, Vrangabæk K. (2018). Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy* 122(5):485-492.

5 Työterveyshuollon sairaanhoidon taloudelliset vaikutukset

Satu Kapiainen, Petra Kokko

- Työterveyshuollon sairaanhoidon taloudelliset vaikutukset kohdentuvat laajasti yhteiskuntaan – eivät pelkästään työntekijöille ja työnantajille.
- Osa taloudellisista vaikutuksista on suoraa, osa välillisiä.
- Kela-korvaukset ja niiden rahoitusosuudet ovat vain yksi osa taloudellisista vaikutuksista.
- Välilliset vaikutukset ovat merkittäviä.
- Työterveyshuollon kokonaisuudesta ja maksuhalukkuudesta tarvitaan lisää tietoa.

Työterveyshuollon sairaanhoidon taloudelliset vaikutukset ovat moninaiset: ne eivät kohdistu pelkästään työntekijöille ja työnantajille, vaan myös laajemmin yhteiskuntaan. Osa vaikutuksista on suoraa, osa vaikeammin havaittavia välillisiä vaikutuksia. Helpoiten havaittavissa oleva taloudellinen vaikutus on maksetut Kela-korvaukset. Työnantajalla, kuten myös yrittäjällä ja muulla omaa työtään tekevällä, on oikeus korvaukseen työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista sairausvakuutuslaissa (1224/2004) säädetyn mukaisesti. Näitä korvauksia rahoitetaan pääosin työnantajilta ja palkansaajilta sekä yrittäjiltä kerättävillä maksuilla. Valtion rahoitusosuus on erittäin pieni.

Koska työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen käyttäjien ei tarvitse maksaa palveluista asiakasmaksuja, he saavat suoraa taloudellista hyötyä. Työnantajille tulee taloudellista hyötyä silloin, kun työterveyspalvelujen avulla pystytään vähentämään alentuneesta työtehosta, sairauspoissaoloista ja ennenaikaisista eläköitymisistä aiheutuneita kustannuksia. Lisäksi työnantajan kustannukset jäävät vähäisiksi Kela-korvauksen ja verovähennysoikeuden johdosta (jonka kautta myös valtio tosiasiallisesti osallistuu järjestelmän rahoittamiseen). Alentuneen työtehon, sairauspoissaolojen ja ennenaikaisten eläköitymisten aiheuttamien kustannusten väheneminen hyödyttää myös julkista sektoria. Julkiselle sektorille tulee lisäksi välillistä hyötyä lyhyempien hoitojonojen myötä, mutta samanaikaisesti merkittäviä välillisiä kustannuksia muun muassa henkilöstön saatavuusongelmien ja epätarkoituksenmukaisen palvelukäytön myötä.

Työterveyshuollon sairaanhoidosta maksettiin korvauksia 125 miljoonaa euroa vuonna 2020

Työnantajan järjestämän työterveyshuollon korvattavaksi hyväksytyt kustannukset olivat 879 miljoonaa euroa vuonna 2020. Hyväksytyistä kustannuksista 417 miljoonaa euroa aiheutui ehkäisevän työterveyshuollon palveluista (korvausluokka I) ja 463 miljoonaa euroa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista (korvausluokka II). Sairanhoidon ja muun terveydenhuollon hyväksytyt kustannukset jakautuivat sairaanhoidon kustannuksiin (445 milj. euroa), muun terveydenhuollon kustannuksiin (0,9 milj. euroa) ja muihin voimavaroihin⁷ (14 milj. euroa). Keskimääräiset kustannukset työterveyshuollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohti olivat sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon osalta 254 euroa⁸. (Kela 2022)

Kela maksoi työterveyshuollon kustannuksista työnantajille korvauksia⁹ 371 miljoonaa euroa vuonna 2020. Sairanhoidon ja muun terveydenhuollon osuus korvauksista oli 125 miljoonaa euroa. Keskimääräiset

⁷ Muilla voimavaroilla tarkoitetaan muita käyttökustannuksia ja perustamiskustannuksia.

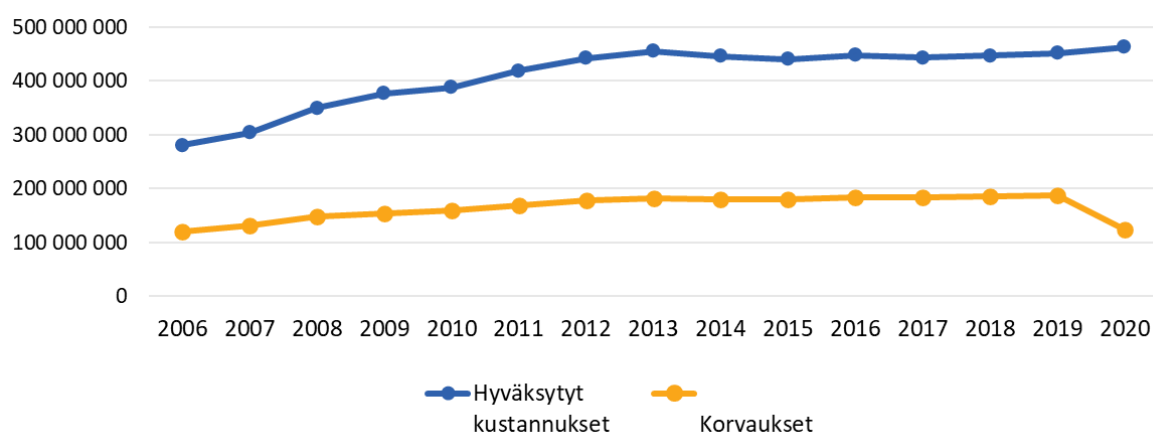
⁸ Työnantajien järjestämän työterveyshuollon piiriin sisältyy myös hieman vajaa 30 000 työnantajan korvausmenettelyä käyttänyttä yrittäjää, joista reilu 23 000 sai korvausluokan II mukaisia palveluja. Näitä yrittäjiä ei ole laskettu työterveyshuollon piiriin kuuluviin henkilöihin, ja siksi keskimääräiset kustannukset ja korvaukset ovat muutamia euroja tässä esitettyjä tilastotietoja pienemmät. (Kela 2022)

⁹ Työterveyshuollon ensimmäisen ja toisen korvausluokan korvauksille määritellään vuosittain yhteinen laskennallinen enimmäismäärä, josta korvataan ensisijaisesti ensimmäisen korvausluokan kustannukset. Jos enimmäismäärää on jäljellä ehkäisevän työterveyshuollon kustannusten jälkeen, sitä voidaan käyttää sairaanhoidon kustannusten korvaamiseen, mutta kuitenkin enintään 40 % yhteisestä enimmäismäärästä. Kela korvaa ei-lakisääteisen työterveyshuollon (sairanhoidon ja muun terveydenhuollon) hyväksyttävistä kustannuksista 50 prosenttia.

korvaukset työterveyshuollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohti olivat sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon osalta 68 euroa¹⁰. (Kela 2022)

Yrittäjien työterveyshuollon kustannukset olivat 5,2 miljoonaa euroa vuonna 2021. Tästä summasta Kela maksoi korvauksia 3,5 miljoonaa euroa. Korvauksista ehkäisevän terveydenhuollon osuus oli 2,9 miljoonaa euroa ja sairaanhoidon osuus 0,6 miljoonaa euroa. (Kela 2022.)

Korvattaviksi hyväksytyt työnantajien järjestämän työterveyshuollon sairaanhoidon kustannukset ovat nousseet merkittävästi vuodesta 2006 (280 milj. euroa) vuoteen 2020 (463 milj. euroa) (Kuvio 1). Kustannusten kasvun taustalla on useita tekijöitä, kuten kustannustason nousu sekä työterveyshuollon sairaanhoito- ja palvelujen piiriin kuuluvien työntekijöiden määrän kasvu. Korvausten euromäärä oli vastaavalla ajanjaksolla korkeimmillaan vuonna 2019 (188 milj. euroa), mutta väheni merkittävästi vuoteen 2020 (125 milj. euroa). Taustalla on vuoden 2020 alusta voimaan tullut sairausvakuutuslain muutos¹¹, jossa siirrettiin työterveyshuollon korvausten painopistettä ennaltaehkäisevään toimintaan. Myös COVID-19-epidemia on varsin todennäköisesti vaikuttanut vuoden 2020 lukuihin, joten muutoksen pysyvyys jää nähtäväksi.



Kuvio 5.1 Työnantajien järjestämän työterveyshuollon sairaanhoidon (korvausluokka II) hyväksytyt kustannukset ja korvaukset vuosina 2006–2020. Lähde: Kela/Kelasto

Työnantaja voi järjestää työterveyshuoltopalvelut itse tai ostaa ne terveyskeskuksesta, yksityiseltä lääkäriasemalta tai muulta palveluntuottajalta. Suurimman osan työterveyshuoltopalveluista tuottavat yksityiset lääkärikeskukset. Vuonna 2020 jopa 85 % kaikista työterveyshuollon sairaanhoidon korvauksista maksettiin lääkärikeskuksille. Työntekijää kohden tarkasteltuna eniten korvauksia maksettiin kuitenkin kunnallisille terveyskeskuksille (noin 10 % keskimääräistä korvausta enemmän). (Kela 2022.)

Työterveyshuollon korvaukset maksetaan työtulovakuutusrahastosta. Työtulovakuutuksen kuluista (ilman yrittäjien lisärahoitusosuutta, valtion osuutta ja työnantajien rahoittamaa perhevapaakorvausta) rahoitetaan 52 % työnantajien sairausvakuutusmaksulla ja 48 % palkansaajien sekä yrittäjien päivärahamaksulla. Maksuja kerätään myös niiden palkoista, joiden työterveyshuolto ei sisällä sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluja. Valtio rahoitti työterveyshuoltoa 1,6 miljoonalla eurolla. Valtion rahoitusvastuulla on eräät yrittäjien sairaanhoidon ja maatalousyrittäjien työterveyshuollon korvaukset. (Adolfsen 2022, Kela 2023)

¹⁰ Työnantajien järjestämän työterveyshuollon piiriin sisältyy myös hieman vajaa 30 000 työnantajan korvausmenettelyä käyttänyttä yrittäjää, joista reilu 23 000 sai korvausluokan II mukaisia palveluja. Näitä yrittäjiä ei ole laskettu työterveyshuollon piiriin kuuluvien henkilöihin, ja siksi keskimääräiset kustannukset ja korvaukset ovat muutamia euroja tässä esitettyjä tilastotietoja pienemmät. (Kela 2022)

¹¹ Ennen lakiuudistusta (HE 77/2018 vp, laki 1075/2018) niin ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kuin sairaanhoidon kustannuksista korvattiin lähtökohtaisesti 50 % hyväksyttävistä, enintään laskennallisen enimmäismäärän suuruista kustannuksista. Tietyissä tilanteissa ennaltaehkäisevästä työterveyshuollosta korvattiin 60 %. Uudistuksen jälkeen ennaltaehkäisevästä työterveyshuollosta korvataan 60 % ja vapaaehtoisien hoidon kustannuksista 50 %, enintään laskennallisen enimmäismäärän kustannuksista. Lisäksi työnantajan järjestämälle työterveyshuoltotoiminnalle määriteltiin yksi yhteinen enimmäismäärä ja sairaanhoidon enimmäismääräksi määriteltiin 40 % yhteisestä enimmäismäärästä. Uudistuksen jälkeen koko yhteinen enimmäismäärä on mahdollista käyttää pelkästään ennaltaehkäisevään toimintaan.

Työnantajien rahoitettavaksi jää myös se osuus, johon ei myönnetä korvauksia. Kun tämä osuus huomioidaan, työnantajat maksavat työterveyshuollosta yhteensä noin 80 % (Adolfson 2022). Kun työnantajat kuitenkin voivat vähentää korvauksen ulkopuolisen osan verotuksessa, todelliset kustannukset jäävät paljon matalammaksi. Työnantajien kustannukset saatetaan myös rahoittaa työntekijöiden pienemmillä palkoilla (wage pass-through). Tämän ilmiön suuruutta on mahdotonta arvioida tutkimustiedon puuttuessa. Toisin sanoen, työterveyshuollon kustannusten tosiasiallisesta jakautumisesta ei ole tarkkaa tietoa.

Työterveyshuollolla on merkittäviä välillisiä vaikutuksia

Työterveyshuollon tavoitteena on edistää työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä ja ehkäistä työhön liittyviä sairauksia ja tapaturmia, mitä kautta on myös mahdollista säästää merkittävästi kustannuksista, joita syntyy alentuneesta työtehosta, sairauspoissaoloista ja ennenaikaisista eläköitymisistä. Näihin tavoitteisiin vastataan ennen kaikkea työterveyshuollon lakisääteisellä osalla eli ehkäisevällä työterveyshuollolla. Sitä, millainen vaikutus työterveyshuollon sairaanhoidolla on edellä mainittujen tavoitteiden saavuttamisessa, on mahdoton arvioida.

Työterveyshuollossa päätoimisesti toimivan (keskimäärin 20 tuntia tai enemmän viikossa työterveyshuollon tehtävissä työskentelevän) laillistetun lääkärin on oltava työterveyshuollon erikoislääkäri. Myös muille työterveyshuollossa toimiville sote-asiantuntijoille on esitetty pätevyysvaatimuksia¹². Asiakas voi kuitenkin varata työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen vastaanottoaikoja myös sellaisilta lääkäreiltä (ja muilta ammattihenkilöiltä), joilla ei ole työterveyshuollon pätevyyttä (ks. luvut 4 ja 11). Siksi on mahdoton arvioida, kuinka paljon työterveyshyötyä syntyy juuri työterveyshuollon sairaanhoidosta verrattuna julkisen sektorin tarjoamaan hoitoon, joka on myös työssäkävien saatavilla.

Jos työterveyshuollon sairaanhoitoa ei olisi tarjolla, näiden palvelujen käyttäjät joutuisivat hankkimaan palvelut muualta. Oletettavasti osa siirtyisi yksityisen sektorin palveluiden ja osa taas julkisen sektorin palveluiden piiriin, mikä luonnollisestikin kasvattaisi julkisten palveluiden kysyntää. On mahdollista, että myös työnantajien henkilöstölleen ottamien sairaanhoitovakuutusten käyttö yleistyisi, joskin monet asiat, kuten kustannusten jakautuminen ja työmarkkinatilanne todennäköisesti vaikuttavat asiaan. Se, kuinka moni siirtyisi julkisten palvelujen piiriin, riippuisi muun muassa julkisen sektorin palveluiden saatavuudesta, saavutettavuudesta ja hoitonoista, mutta myös yksityisen sektorin hintatasosta, vakuutuskustannuksista ja palveluiden saatavuudesta.

Edellä kuvattujen välillisten hyötyjen lisäksi työterveyshuollosta aiheutuu merkittäviä välillisiä kustannuksia. Näiden kustannusten muodostumista kuvataan tarkemmin seuraavissa alaluvuissa.

Avohoidon palvelut eivät kohdennu tarveperusteisesti

Suomessa terveystalouden käyttöä leimaa tuloluokittainen eriarvoisuus (van Doorslaer ym. 2006, Devaux 2015, Devaux & de Looper 2012). Yksi merkittävä eriarvoisuutta aiheuttava tekijä on työterveyspalvelujen käyttö. Palvelutarve huomioiden työterveyshuollon lääkäriäkäynnit jakautuvat suurituloisia suosivasti, kun taas terveyskeskuslääkärikäynnit painottuvat pienituloisille (Holster ym. 2022, Häkkinen & Nguyen 2010).

Työssäkävät voivat käyttää samoja, kaikille tarkoitettuja julkisia palveluja kuin muukin väestö, mutta lisäksi heillä on käytettävissään työterveyshuollon palvelut. Vuonna 2020 työterveyshuollon piiriin kuului 1,9 miljoonaa henkilöä, joista 94 %:lla (85 %:lla kaikista palkansaajista) oli käytettävissään työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja (Kelasto Kela, Tilastokeskus). Työterveyshuollon piirissä olevien henkilöiden määrä on kasvanut viime vuosikymmenten aikana. Viimeisen kymmenen vuoden aikana työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen piirissä olevien osuus kaikista työterveyshuollon asiakkaista on ollut noin 94 %. (Kelasto Kela.)

Julkisella sektorilla hoitoon pääsyä voi joutua odottamaan pitkiäkin aikoja. Keväällä 2022 yli kolme kuukautta lääkärin vastaanotokäyntiä odottaneita perusterveydenhuollon avosairanhoidon asiakkaita oli kaikkien aluehallintovirastojen alueilla (Mölläri & Marttila 2022). Työterveyshuollon sairaanhoidossa lääkärin

¹² Ks. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (708/2013).

vastaanotolle pääsee keskimäärin huomattavasti nopeammin. Lisäksi työterveyshuollon sairaanhoidossa pääsee halutessaan suoraan lääkärin vastaanotolle, ilman hoitohenkilökunnan tekemää hoidontarpeen arviota, toisin kuin julkisella sektorilla (ks. luku 9 ja 10). Työssäkäyvillä lääkärin vastaanottopalvelujen saatavuus on siis yleisesti ottaen muuta väestöä parempaa.

Koska työssäkäyvät ovat yleensä taloudellisesti paremmassa asemassa ja terveempiä kuin työttömät (Karvonen ym. 2017), eivät hoitoresurssit kohdennu työterveyshuollon myötä optimaalisesti: hyvätuloisia ja terveitä hoidetaan liikaa ja pienituloisia ja sairaita liian vähän suhteessa siihen, miten pitäisi hoitaa, jos resurssit ohjattaisiin tarpeenmukaisesti. Työterveyspalvelujen saatavuudessa on kuitenkin merkittäviä eroja työterveyshuollon piiriin kuuluvien välillä, sillä palveluvalikoiman laajuus vaihtelee työnantajittain. Henkilöstömäärällä mitattuna suurempien yritysten työntekijöillä on suurempi todennäköisyys käyttää työterveyshuollon palveluja (Holster ym. 2022).

Holster ym. (2022)¹³ osoittivat työterveyshuoltopalvelujen käytön olevan yhteydessä korkeampaan lääkäri- ja hoitajakäyntien kokonaiskäyttöön: työterveyshuoltopalveluja käyttäneet käyttivät kunnallista terveydenhuoltoa jonkin verran vähemmän, mutta eivät niin paljoa vähemmän, että se olisi kompensoinut heidän korkeampaa palvelujen kokonaiskäyttöä. Osittain tämä johtui siitä, että työterveyshuoltopalveluja käyttäneet käyttivät enemmän sairaaloiden poliklinikapalveluja.

Kun palvelutarve huomioitiin, työterveyspalveluja käyttäneillä oli noin 0,47 lääkärikäyntiä vuodessa vähemmän (ja työterveyshuollon lääkäripalveluja käyttäneillä 0,4 lääkärikäyntiä vuodessa vähemmän) julkisissa terveyskeskuksissa. Työterveyspalvelujen käyttö oli siis negatiivisessa yhteydessä julkisen terveydenhuollon käyttöön: yksi työterveyslääkärikäynti vastasi 0,08 lääkärikäyntiä vähemmän terveyskeskuksessa palvelutarve huomioiden. Kun palvelutarve ja käytettävissä olevat tulot huomioitiin, negatiivinen yhteys työterveyshuollon ja kunnallisen terveydenhuollon välillä oli hieman heikompi, mutta silti tilastollisesti merkitsevä. Työterveyslääkäripalvelujen käytöllä oli sen sijaan positiivinen yhteys sairaalan avohoidon käyttöön: käynti työterveyslääkärin luona oli yhteydessä 0,04 useampaan lääkärikäyntiin sairaalan poliklinikalla. Työterveyshuollolla oli selkeä yhteys lääkäripalvelujen kokonaiskäyttöön, sillä työterveyspalvelujen käyttäjällä oli (palvelutarve ja tulot huomioiden) keskimäärin yli kaksi lääkärikäyntiä enemmän neljällä hoitosektorilla (terveyskeskuksissa, sairaalan poliklinikoilla, yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa) kuin henkilöllä, joka ei käyttänyt työterveyspalveluja. (Holster ym. 2022.)

Työterveyshuollon sairaanhoitajakäynnit eivät olleet selvästi yhteydessä muiden sektorien sairaanhoitajakäynteihin. Kaikilla työterveyshuoltopalvelujen käyttäjillä oli noin 0,50 käyntiä vähemmän terveyskeskuksen sairaanhoitajalle, kun palvelutarve otettiin huomioon (ja 0,39 käyntiä vähemmän, kun sekä palvelutarve että tulot huomioitiin). (Holster ym. 2022.) Sama tutkimus osoitti, että työterveyshuollon käyttö liittyi lisääntyneeseen lääkäri- ja sairaanhoitajapalvelujen käyttöön kokonaisuutena työikäisten keskuudessa. Tutkimuksessa oli kontrolloitu niin itse raportoidut sairaudet kuin itse arvioitu terveydentilakin, joten on mahdollista, että suurempi palvelukäyttö on seurausta moraalikadosta: kun tiedetään työssäkäyvien ja parempituloisten olevan paremmassa terveydentilassa, on selvää, ettei työterveyshuollon käyttöön liittyvä korkeampi kokonaispalvelukäyttö voi johtua heikommasta terveydentilasta. Työterveyshuollossa ei peritä asiakasmaksuja, mikä voi johtaa suurempaan palvelukäyttöön kuin mikä olisi lääketieteellisestä ja taloudellisesta näkökulmasta perusteltua. Asiakasmaksujen puute ja suoriteperusteinen palkkaus voivat myös kannustaa tarjoamaan asiakkaalle enemmän palveluja, kuin mitä he tarveperusteisesti tarvitsisivat.

Tutkijoiden mukaan edellä mainitut tulokset kuitenkin jossain määrin yliarvioivat vaikutusta, sillä arvioinnit perustuivat itse raportoituun palvelukäyttöön, eikä tietoa työterveyspalvelujen saatavuudesta ja kattavuudesta ollut saatavilla. Osa työterveyspalvelujen käytöstä on saattanut olla hallinnollisista syistä aiheutuneita käyntejä, kun sairauslomalle tarvitaan lääkärin tai sairaanhoitajan todistus. (Holster ym. 2022)

Rinnakkaisten palvelujen käyttö aiheuttaa kustannustehottomuutta myös erilaisten tiedonkulkuongelmien vuoksi. On osoitettu, että saman yleislääkärin hoitaessa potilasta hoidon laatu paranee, sairastavuus ja kuolleisuus vähenevät, terveyspalvelujen kokonaistarve ja -kustannukset pienenevät ja asiakastytyväisyys paranee (Eskola ym. 2022). Mitä enemmän asiakkaat käyttävät sekaisin eri järjestelmiä (kuten julkista sektoria

¹³ Holster ym. (2022) selvittivät työterveyshuollon palvelujen käyttöä määrittäviä tekijöitä sekä työterveyshuoltopalvelujen käytön yhteyttä muuhun terveydenhuollon avopalvelukäyttöön 25–64-vuotiaiden osalta. Aineistona käytettiin FinSote 2017–2018 aineistoa yhdistettynä rekisteriaineistoihin, ja selitettävänä muuttujina palvelukäyttöä viimeisen 12 kuukauden aikana ennen kyselyajankohtaa.

ja työterveyshuollon sairaanhoitoa), sitä vaikeampaa sote-ammattilaisten on oppia tuntemaan asiakkaitaan ja pysymään perillä siitä, mitä toimenpiteitä heille on tehty. Tiedonkulkuongelmia saattaa aiheutua myös silloin, jos kilpailutusten seurauksena työterveyspalvelujen tarjoaja vaihtuu.

Muita tämän aihepiirin tutkimuksia kuvataan luvussa 7 ja muita THL:n aineistoihin perustuvia tuloksia luvuissa 9 ja 10.

Suoriteperusteisuus luo riskin tarjoajan luomalle kysynnälle

Työnantajan ja työterveyshuoltopalvelujen tuottajan tulee tehdä työterveyshuollon järjestämisestä työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaisesti kirjallinen sopimus, josta käy ilmi työterveyshuollon yleiset järjestelyt sekä palvelujen sisältö ja laajuus. Työnantajalla tulee olla riittävää osaamista palvelujen ostamisesta. Riittämätön osaaminen johtaa helposti epätarkoituksenmukaiseen sopimukseen ja sitä kautta lisäkustannuksiin.

Pienillä työnantajilla ei välttämättä ole yhtä vahvaa osaamista palvelujen ostamiseen kuin suuremmilla. Toisaalta monet pienet työnantajat sisällyttävät työterveyshuoltosopimukseen vain lakisääteisen työterveyshuollon, mikä vähentää osto-osaamisen puutteesta aiheutuvaa riskiä. Nykyisin työterveyshuoltopalvelujen hankinnan tueksi on tarjolla erilaisia materiaalipaketteja ja konsulttipalveluja.

Suurin osa työterveyshuollon palveluista hankitaan yksityisiltä lääkäriasemilta. Lääkäriasemat ovat ketjuuntuneet, ja kilpailu asiakkaista on kovaa. Suoriteperusteinen järjestelmä luo riskin tarjoajan luomalle kysynnälle. Palveluntarjoajalle tulee kannustin tarjota asiakasyritysten henkilöstölle enemmän palveluja kuin mitä he tarvitsisivat – etenkin, kun palveluntarjoajat tietävät, ettei palveluista peritä asiakasmaksuja.

Räsänen ym. (2014) havaitsivat työterveyspalvelujen tarjonnassa ja käytössä jopa 30-kertaisia eroja eri työterveysyksiköiden välillä¹⁴. Julkisen sektorin työterveysyksiköissä sekä vastaanottoaikojen tarjonta että palvelujen käyttö olivat vähäisempää. Käyntimäärätarkastelussa kaikki lääkärikeskusten työterveysyksiköt sijoituivat mediaanin yläpuolelle, kun taas yritysten omista ja yhteisistä sekä kunnallisista liikelaitoksista mediaanin yläpuolelle sijoittui yksi työterveysyksikkö kustakin. Eroja oli myös vapaana olevien vastaanottoaikojen määrässä: tarkasteltaessa neljän viikon vapaiden lääkäriainakojen lukumääriä mediaanin yläpuolelle sijoituivat kaikki lääkärikeskukset yhtä lukuun ottamatta ja kaksi omaa työterveysyksikköä. Mitä enemmän vapaita lääkärin vastaanottoaikoja oli tarjolla, sitä enemmän oli myös lääkäripalvelujen käyttöä. Toisin sanoen, helppo saatavuus vaikuttaisi madaltavan kynnystä palveluiden käyttöön.

Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut houkuttelevat lääkäreitä pois julkiselta sektorilta

Väestö ikääntyy ja palvelutarve kasvaa, mikä luo haasteita sote-henkilöstön riittävyydelle – siitäkin huolimatta, että työnjakoa kehitetään ja teknologiaa hyödynnetään entistä enemmän. Julkisella sektorilla on kova pula monista sote-ammattilaisista, muun muassa lääkäreistä. Henkilöstön riittämättömyys pahentaa julkisen sektorin hoitojonoja, mikä taas ohjaa niitä ihmisiä, joilla on siihen mahdollisuus, käyttämään enemmän työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja, vahvistaen näin työterveyshuollon sairaanhoitoa. Mitä vahvemmaksi työterveyshuollon sairaanhoito kehittyy, sitä enemmän se houkuttelee lääkäreitä pois julkiselta sektorilta joustavamman työn, korkeampien palkkojen ja keskimääräisesti helppohoitaisempien asiakkaiden pariin. Tämä heikentää julkisia palveluja entisestään ja edellä mainittu palvelukanavien eriytymisen kehä ja asiakkaiden riski eriarvoistumiseen vain pahenee.

Lääkäriresursseja hyödynnetään eri tavoin julkisella sektorilla ja työterveyshuollon sairaanhoidossa. Julkisella sektorilla keskeisessä roolissa on hoidon tarpeen arviointi, jonka avulla asiakas ohjataan tarveperusteisesti oikealle ammattihenkilölle. Asiakkaalla ei ole automaattista oikeutta päästä suoraan lääkärin vastaanotolle, toisin kuin työterveyshuollon sairaanhoidossa, erityisesti silloin, kun asiakkaat varaavat itse ajan neitistä. Työterveyshuollon sairaanhoidossa lääkärit siis hoitavat myös sellaisia asiakkaita, jotka julkisella sektorilla ohjautuisivat muille asiantuntijoille, kuten hoitajille (ks. luku 10). Työterveyshuollon sairaanhoitoon

¹⁴ Räsänen selvitti vuonna 2013 työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen tarjontaa ja käyttöä työterveyspalvelujen tuottajille (n = 60) suunnatulla kyselyllä, johon vastasi 26 työterveysyksikköä. Kyselyyn vastanneiden työterveysyksiköiden piirissä oli yli neljännes työterveyshuollon piiriin kuuluvasta väestöstä.

myös pääsee monesti varsin nopealla aikataululla. Kun vastaanottoaikoja on paljon tarjolla, osa vastaanottoajoista jää väistämättä käyttämättä. Lääkäriresurssia ei käytetä optimaalisella tavalla, jos toisaalla (julkinen sektori) on kova pula lääkäreistä samaan aikaan kun toisaalla (työterveyshuollon sairaanhoito) osa lääkäreiden vastaanottoajoista kuluu hoitajatasoisten asioiden selvittelyyn tai jää käyttämättä kokonaan. Helppo ja nopea lääkärille pääsy on kuitenkin selkeästi yksityisen sektorin lääkärikeskusten ansaintamallin ytimessä.

Työterveyshuollon sairaanhoito voi välillisesti vaikuttaa myös sote-henkilöstön palkkoihin kysynnän ja tarjonnan lakien mukaan. Kun niukkaa lääkäriresurssia siirtyy työterveyshuollon sairaanhoitoon, julkiselle sektorille syntyy haastavia rekrytointitarpeita, jotka saattavat johtaa palkankorotuksiin. Toisaalta vaikutus voi olla myös päinvastainen. Suuremmilla alueilla, joilla on vahvaa työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen (ja yksityisten palvelujen) tarjontaa, ei välttämättä ole samanlaisia rekrytointi- ja palkankorotustarpeita, koska asiakkaita siirtyy julkisten palvelujen hoitajajonoista työterveyshuollon sairaanhoidon piiriin.

Työterveyshuollon sairaanhoito aiheuttaa hallinnollisia kustannuksia

Rinnakkaiset järjestelmät lisäävät hallinnollisia kustannuksia. Työterveyshuollossa työnantajilta, palkansaajilta ja yrittäjiltä kerätyt maksut kierrätetään Kelan kautta työterveyshuollon korvauksiin työnantajille. Korvausten hakemisesta ja korvaushakemusten käsittelystä aiheutuu hallinnollisia kustannuksia työnantajille ja Kelalle.

Terveydenhuollon hallintomenot koostuvat julkisen sektorin yleishallinnon, yksityissektorin hallinnon ja sairausvakuutuksen sekä terveyden edistämisen ja terveysvalvonnan menoista. Yhteensä nämä menot ovat yhden prosentin verran terveydenhuollon kokonaismenoista kansallisessa terveydenhuollon menotilastossa (vrt. THL, 2022). Vuonna 2020 nämä menot olivat yhteensä 236,1 miljoonaa euroa, josta yleishallinnon osuus oli 117,2 miljoonaa euroa ja yksityissektorin osuus oli 71 miljoonaa euroa. Yleishallinnon menot sisältävät aluehallintovirastojen terveyspalveluja koskevat hallintomenot, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) hallintomenot, Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutustoiminnan hallinnon kustannukset, 50 % sosi-aali- ja terveysministeriön toimintamenoista sekä 50 % Valviran (aiemmin Terveydenhuollon oikeusturva-keskus 100 %) toimintamenoista. Yksityissektorin summa sisältää sairaus- ja avustuskassojen hallinnon kustannukset sekä lakisääteisten tapaturma- ja liikennevakuutusten että vapaaehtoisten sairaus- ja tapaturmavakuutusten korvaustoiminnan hoitokulut. (THL 2021.)

Työterveyshuollon hallinnollisia menoja raportoidaan osana yleishallinnon menoja Kelan sairausvakuutustoiminnan kustannuksissa ja yksityissektorin sairaus- ja avustuskassojen hallinnollisissa kustannuksissa. THL:n Terveydenhuollon menot ja rahoitus -raportin ennakkotietojen mukaan sairaus- ja täydennys(avustus)kassojen hallinnon kulut olivat 2020 yhteensä 10,92 milj. euroa, josta Kelan osuus oli 1,45 milj. euroa. Kelan lääkekorvausten ja sairaanhoitokorvausten hallintokulut olivat heidän ilmoituksensa mukaan 83 milj. euroa. (THL 2022.)

Tuottajille syntyy hallinnollisia kustannuksia, joista osa on niin sanottua hallinnollista taakkaa. Hallinnollisilla kustannuksilla tarkoitetaan kustannuksia, joita toimijoille aiheutuu lainsäädännön velvoittamina tietojen tuottamisesta ja/tai toimittamisesta viranomaisille tai kolmansille osapuolille toiminnastaan tai tuotantotavoistaan. Kaikki hallinnolliset kustannukset eivät ole hallinnollista taakkaa, sillä toimijat käyttävät kerättyjä tietoja myös omiin tietotarpeisiin. Hallinnollisella taakalla tarkoitetaan sitä osaa kustannuksista, jotka syntyvät yksinomaan lainsäädännön velvoitteiden täyttämistä. Yritysten hallinnollinen taakka aiheutuu työnantajana toimimisesta, verotuksesta, taloushallinnon raportoinnista, elintarviketurvallisuudesta ja laadusta, julkisista hankinnoista ja ympäristöluvista. Eniten hallinnollista taakkaa aiheuttaa työnantajana toimiminen ja verotus. Vuonna 2012 yrityksille hallinnollisen taakan suuruudeksi arvioitiin noin 1,6 miljardia euroa. (TEM 2012.) Työsuojelun osuus tästä summasta on noin 200 miljoonaa euroa vuositasona (TEM 2010).

Työnantajana toimimisen hallinnollinen taakka kasvoi vuoden 2011 alusta tulleen sairausvakuutuslain (1056/2010) muutoksen myötä, mikä edellytti yli 20 hengen työnantajia laatimaan yhteisen suunnitelman työterveyshuollon tuottajan kanssa yhteisistä tavoitteista sekä kirjallisesti sovitut käytännöt työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toteuttamiseen. Suunnitelma oli ehtona oikeudelle Kelan ennaltaehkäisevän

korvauksen saamiseksi. Pienemmiltä työpaikoilta edellytettiin kirjausta toteutettavista käytännöistä ja yhteistyöstä vuosittaiseen toimintasuunnitelmaan. (TEM 2012.)

Työterveyshuollon sairaanhoito on verovapaa etu

Työnantajalle, kuten myös yrittäjälle ja muulle omaa työtään tekeväälle, maksetaan korvauksia työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista sairausvakuutuslaissa säädetyn mukaisesti (ks. luvun alkuosa). Se osa työterveyshuollon kustannuksista, joihin ei myönnetä korvauksia, jää työnantajien ja yrittäjien maksettavaksi. Työnantajat ja yrittäjät voivat kuitenkin vähentää korvauksen ulkopuolisen osan verotuksessa.

Lakisääteistä laajemmat työterveyshuollon palvelut eivät ole työntekijöille verotettavia luontoisetuja¹⁵. Luontoisedut ovat työnantajan järjestämiä ja kustantamia hyödykkeitä (tavaroita tai palveluja), joita työnantaja luovuttaa palkansaajan käyttöön. Valtion ja kuntien verotulot kasvaisivat tuntuvasti, mikäli esimerkiksi lakisääteisiä palveluja laajempia työterveyshuollon palveluja verotettaisiin luontoisetuna. Julkinen sektori rahoittaa siis ao. verovapauden muodossa epäsuorasti työterveyshuoltoa.

Työterveyshuollon sairaanhoidopalvelujen lisäksi työnantaja voi täydentää lakisääteistä työterveyshuoltoa ottamalla henkilöstölleen vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen, joka kattaa sairauden tai vamman tutkimisesta ja hoidosta aiheutuvia kustannuksia – joko kaikkien sairauksien ja tapaturmien osalta tai rajatusti (ks. luku 4). Tällaisesta sairaanhoidovakuutuksesta saatu etu voi myös tietyin edellytyksin olla työntekijälle verovapaa¹⁶. (Verohallinto 2023.)

Työterveyshuollon sairaanhoidon vaikutusta ei pystytä huomioimaan hyvinvointialueiden rahoituksessa

Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu pääosin valtion rahoitukseen (lopun rahoituksesta tulee asiakas- ja käyttömaksuista). Valtion rahoitus on laskennallista ja sen merkittävimpana kriteerinä on THL:n tutkimukseen pohjautuva sote-palvelutarvekerroin¹⁷. THL:n tutkimuksessa on mallinnettu palvelukäytön kustannusten yhteyttä sairastavuuteen, sosioekonomisiin tekijöihin ja palvelujen saatavuuteen. Tätä tietoa hyödynnetään hyvinvointialueiden rahoitusmallissa, jotta rahoitus saadaan kohdennettua alueille mahdollisimman oikeudenmukaisesti.

Työterveyshuollon sairaanhoidon piirissä olevat käyttävät oletettavasti jonkin verran vähemmän julkisen perusterveydenhuollon palveluja. Tätä vaikutusta ei kuitenkaan pystytä ottamaan huomioon täydellisesti hyvinvointialueiden rahoitusmallissa, sillä toistaiseksi ei ole ollut saatavilla riittävän kattavaa yksilötason tietoa työterveyshuollon piiriin kuulumisesta, työterveyshuollon kattavuudesta eikä työterveyspalvelujen käytöstä (Häkkinen ym. 2020). Tätä puutetta toki jossain määrin kompensoi se, että rahoitusmallissa huomioidaan henkilön työllisyystilanne ja tulotaso.

Työterveyshuollon sairaanhoitoon liittyvät tietopuutteet voivat aiheuttaa alueellista eriarvoisuutta ja kustannustehottomuutta. Tämä ongelma on ollut jo pitkään kuntien valtionosuuksissa ja se jatkuu hyvinvointialueiden rahoituksessa – siihen asti, kunnes rekisteritietojen laatu ja kattavuus saadaan riittävälle tasolle. Hyvinvointialueiden kohdalla ongelmaa lieventää se, että hyvinvointialueiden väliset erot ovat pienempiä kuin kuntien väliset erot. Toisaalta ongelman merkitystä korostaa se, että hyvinvointialueilla tarveperusteisen rahoituksen osuus on suuri, ja pienilläkin rahoitusmallin muutoksilla voi näin ollen olla merkittävä vaikutus rahoituksen määrään.

¹⁵ Lisätietoa Verohallinnon sivuilla: <https://www.vero.fi/syventavat-vero-ohjeet/ohje-hakusivu/62486/henkilokuntaedut-verotuksessa7/>

¹⁶ Kaikille työntekijöille otettu sairauskuluvakuutus voi olla tietyissä tilanteissa veronalainen etu. Erityisryhmille – esimerkiksi johtoryhmän jäsenille – otettu sairauskuluvakuutus on veronalainen etu (Verohallinto 2023).

¹⁷ Ks. Häkkinen ym. (2020) Sote-rahoituksen tarvevakiointi ja Holster ym. (2022) Sote-rahoituksen tarvevakiointi: Päivitys 2022.

Työterveyshuollon sairaanhoidon taloudellisia vaikutuksia on mahdoton arvioida euromääräisesti

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on monimutkainen kokonaisuus (ks. luku 3). Kun järjestelmässä muuttaa yhtä osaa, se voi vaikuttaa merkittävästi järjestelmän muihin osiin. Monikanavaisuus monimutkaisuuttaa asiaa entisestään, sillä rinnakkaiset järjestelmät vaikuttavat myös toisiinsa. Se, mitä tapahtuu työterveyshuollon sairaanhoidossa, voi heijastua merkittävästi julkiseen sote-järjestelmään, ja päinvastoin.

Mitä enemmän työterveyshuollosta saadaan tietoa myös sairaanhoidon osalta, sitä paremmin työterveyshuollon vaikutuksia on mahdollista arvioida. Nykyistä kattavampaa rekisteritietoa tarvitaan työterveyshuollon piiriin kuulumisesta, työterveyshuollon kattavuudesta sekä työterveyspalvelujen käytöstä. Myös monelle muulle työterveyshuoltoa koskevalle tiedolle on kysyntää. Ymmärryksen lisäämiseksi tarvitaan muun muassa tietoa työnantajien, työntekijöiden ja yrittäjien maksuhalukkuudesta. Mitä tarkempaa ja monipuolisempaa tietoa saadaan, sitä helpompi on miettiä eri vaihtoehtoja ja arvioida niiden vaikutuksia.

Lähteet

- Adolfson V (2022) Näistä osista työterveyshuollon rahoitus koostuu. Kehittyvä sosiaaliturva. 21.4.2022. <https://sosiaali-vakuutus.fi/naista-osista-tyoterveyshuollon-rahoitus-koostuu/>.
- Devaux M. (2015) Income-related inequalities and inequities in health care services utilization in 18 selected OECD countries. *Eur J Health Econ.* 2015 Jan; 16(1):21-33.
- Devaux M and de Looper M (2012): Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. *OECD Health Working Papers.* 2012
- van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X for the OECD Health Equity Research Group (2006) Inequalities in access to medical care by income in developed countries *R Canadian Medical Association Journal* 2006; 17; 177-183.
- Eskola P, Tuompo W., Riekkö M., Timonen M. & Auvinen, J. (2022) Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:17.
- Holster T, Nguyen L, Häkkinen U. (2022) The role of occupational healthcare in ambulatory healthcare in Finland. *Nordic Journal of Health Economics.*
- Holster T, Haula T, Korajoki M. (2022). Sote-rahoituksen tarvevakiointi: Päivitys 2022. THL, Työpäpöri 26/2022.
- Häkkinen U, Nguyen L. (2010) Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää enemmän. *Optimi* 2010:2.
- Häkkinen U, Holster T, Haula T, Kapiainen S, Kokko P, Korajoki M, Mäklin S, Nguyen L, Puroharju T, Peltola M (2020) Sote-rahoituksen tarvevakiointi. THL, Raportti 6/2020.
- Karvonen S, Martelin T, Kestilä L, Junna L (2017). Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. THL, Helsinki.
- Kela (2022). Kelan työterveyshuoltotilasto 2020. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2022.
- Kela (2023): <https://www.kela.fi/rahoitus>
- Mölläri K, Marttila T. (2022) Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2022. Tilastoraportti 24/2022, THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022061345929>
- Räsänen K, Heikkinen J, Myllykangas M. (2014) Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen käyttö vaihtelee tarjonnan mukaan. *Lääkärilehti* 18/2014 vsk 69, s. 1325–1330.
- TEM. (2010) Selvitys yrityksille aiheutuvista hallinnollisista kustannuksista – Työnantajavelvoitteet. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 7/2010.
- TEM. (2012) Selvitys yritysten hallinnollisen taakan kehityksestä – Loppuraportti. Työ- ja elinkeinoministeriön raportteja 15/2012.
- THL (2021) Terveystenhuollon menot ja rahoitus 2019. THL:n tilastoraportti 15/2021. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021052131001>
- THL. (2022) Terveystenhuollon menot ja rahoitus – Ennakkotiedot 2020, 28.9.2022. https://thl.fi/documents/10531/729014/Tr15_21_toimintojen_kuvaukset.pdf/641a46d4-7932-4d42-2753-b74631262ef5?t=1621578992910
- Verohallinto (2023). Työnantajan ottaman sairauskuluvakuutuksen verotus. <https://www.vero.fi/syventavat-vero-ohjeet/ohje-hakusivu/48347/tyonantajan-ottaman-sairauskulu-vakuutuksen-verotus/>

6 Työterveyshuolto ja työnantajien tarjoamat yksityiset vakuutukset kansainvälisesti

Liina-Kaisa Tynkkynen

- Kansainvälisesti työterveyshuolto (occupational health care) viittaa työhön ja työssä käyvän väestön terveyteen ja hyvinvointiin keskittyneeseen osajärjestelmään ja erikoistuneeseen palveluun, jonka ydintehtävänä on taata työntekijöiden terveys ja turvallisuus.
- Työterveyshuollon järjestämistavat poikkeavat eri maiden välillä.
- Työterveysjärjestelmän kautta ei yleisesti tarjota laajoja sairaanhoidon palveluita siinä merkityksessä kuin niitä Suomessa työterveysjärjestelmän kautta tarjotaan.
- Työnantajat järjestävät sairaanhoidon palveluja pääosin yksityisten vakuutusten kautta, esimerkiksi siksi, että jonotusajat kiireettömiin operaatioihin ovat pitkiä julkisella sektorilla, koska julkinen järjestelmä ei kata kaikkia olennaisia palveluita (esimerkiksi suun terveydenhuolto) tai koska palveluiden asiakasmaksut ovat korkeita.
- Suuressa osassa Euroopan maita ensisijainen terveydenhuolto järjestyy pääosin julkisen järjestelmän kautta, yleensä oman yleis- tai perhelääkärin vastaanotolla.

Työterveyshuollon palvelut ovat pääosin ennaltaehkäiseviä eivätkä ne sisällä sairaanhoitopalveluja

Työterveyshuolto (*occupational health care*) on kansainvälisesti määritelty melko laveasti ja maiden välillä on eroja siinä, mitä työterveyshuollolla tarkoitetaan, miten palvelut järjestään ja tuotetaan ja miten työterveyshuoltojärjestelmää säädellään ja ohjataan. Myös työterveyshuoltojärjestelmien kattavuudessa on isoja eroja maiden välillä. Työterveyshuoltojärjestelmien systemaattinen vertailu ei tämän selvityksen kontekstissa ollut mahdollista. Kuvaamme yleisellä tasolla järjestelmien keskeisiä piirteitä palveluiden sääntelyn, järjestämisen ja tuotannon osalta. Lisäksi kuvaamme työnantajien tarjoamien yksityisten vakuutusten kautta järjestettyjen sairaanhoitopalveluiden roolia eri maiden terveysjärjestelmissä. Ylipäätään työnantajien rooli sairaanhoitopalveluiden järjestäjinä riippuu paljon julkisen terveysjärjestelmän historiasta, rahoituspohjasta sekä kattavuudesta.¹⁸

Suomessa työterveyshuollon kattavuus on yksi maailman parhaista ja toisin kuin moni muu länsimaa, Suomi on ratifioinut kaikki kolme ILO-sopimuksen työterveyshuollon järjestelmien kannalta keskeistä julistusta (ks. tarkemmin luku 2). Kuten luvussa 2 todetaan, laajat sairaanhoidon palvelut eivät kuitenkaan kuulu ILO-sopimuksen mukaisiin työterveyspalveluihin vaan niillä viitataan ennen kaikkea ennaltaehkäisevään, työterveyttä ja -turvallisuutta edistävään toimintaan.

Työterveyshuollon kattavuuden ja velvoittavuuden osalta maat eroavat toisistaan, mutta suuressa osassa Eurooppaa työterveyshuollon palveluiden järjestäminen on lakisääteistä. Kattavuus väestössä ei kuitenkaan kerro esimerkiksi eri ammattiryhmien välisestä variaatiosta palveluiden suhteen. Monessa maassa, myös Suomessa, esimerkiksi yksinyrittäjien ja muiden omaa työtä tekevien sekä maanviljelijöiden osalta työterveyshuollon kattavuus on työllisten keskiarvoa selvästi alempi.

Yleisesti ottaen palveluiden järjestämisvastuu kuuluu työnantajille ja työterveyshuoltoon katsotaan kuuluvaksi työntekijöiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, työpaikkojen terveys ja turvallisuus sekä työsuojelulliset toimet. Vastaavanlainen määritelmä kuvaa melko hyvin myös suomalaista työterveyshuoltolain mukaista lakisääteistä työterveyshuoltoa. Palveluiden tuotannosta vastaa yleensä työterveyslääkäri¹⁹, jonka

¹⁸ ”Työterveyshuollon palvelut ovat pääosin ennaltaehkäiseviä eivätkä ne sisällä sairaanhoitopalveluja” -alaluvussa lähteenä on käytetty keskeisesti Hassard ym. 2021. International Comparisons on Occupational Health Systems and Provisions.

¹⁹ Joko erikoislääkäri tai joissain maissa työterveyshuollon erityispätevyyden suorittanut yleislääkäri

lisäksi työterveyshuollon piirissä työskentelevien ammattilaisten kirjo vaihtelee maittain. Työterveyslääkäriin lisäksi työterveyshuollon yksiköissä voi työskennellä työterveyshoitajia, fysioterapeutteja, työhygienian ja -ergonomian (kemiallisten, biologisten ja fysikaalisten riskitekijöiden) asiantuntijoita ja psykologeja. Ammattilaisten kirjo vaihtelee maittain ja riippuu osin myös työpaikkojen tarpeista ja työn luonteesta. Palveluiden tuottajat vaihtelevat joko työpaikkojen omista yksiköistä, julkisen järjestäjän vastuulla oleviin tai markkinaehtoisesti toimiviin palveluntuottajiin.

Maiden välillä on eroa siinä, missä määrin työterveyshuoltoyksiköt ovat vastuussa yksilötason hoidosta ja esimerkiksi sairauslomien määräämisestä ja seurannasta. Joissain maissa (esim. Iso-Britannia, Kanada) sairauslomat ja töihin paluun tukeminen kuuluvat perusterveydenhuollossa toimiville yleislääkäreille, mutta työterveyshuolto on muuten järjestetty erillisten yksiköiden toimesta. Joissain maissa (esim. Kanada) työterveyslääkärit ovat erikoislääkäreitä, joiden palveluiden piiriin yleislääkäri voi ohjata, jos työkyvyn tuen tarvetta ilmenee. Joissain maissa (esim. Italia) työterveyshuollon palvelut on integroitu osaksi julkista, alueellisesti organisoitua perusterveydenhuollon järjestelmää. Yhteistä isolle osalle maista on, että työnantajat vastaavat työterveyshuollon kustannuksista. Joissain maissa julkinen sektori tukee työnantajia palveluiden järjestämisessä esimerkiksi korvaamalla osan palveluiden kustannuksissa. Tämä helpottaa erityisesti pienempien työnantajien mahdollisuutta järjestää palvelut työntekijöilleen.

Kaiken kaikkiaan kansainvälisessä katsannossa työterveyshuolto (*occupational health care*) viittaa työhön ja työssä käyvän väestön terveyteen ja hyvinvointiin keskittyneeseen osajärjestelmään ja erikoistuneeseen palveluun, jonka ydintehtävänä on taata työntekijöiden terveys ja turvallisuus. Työterveysjärjestelmän kautta ei yleisesti tarjota sairaanhoidon palveluita siinä merkityksessä kuin niitä Suomessa työterveysjärjestelmän kautta tarjotaan. Jos sairaanhoidon palveluita tarjotaan työnantajan toimesta, ne on järjestetty pääosin työnantajien ja/tai yksilöiden itsensä ottamien vakuutusten kautta.

Työnantajien tarjoamat yksityiset sairausvakuutukset tarjoavat nopeamman pääsyn erikoistuneiden palveluiden piiriin

Työnantajien ottamat vakuutukset ovat kansainvälisesti tarkasteltuna keskeinen tapa järjestää sairaanhoito- ja palveluita työnantajien toimesta. Maissa, joissa universaalia, kaikki asukkaat kattavaa järjestelmää ei ole olemassa (esimerkiksi Yhdysvallat) työnantajien kautta järjestetty sairausvakuutus on monesti lakisääteinen ja yksi keskeinen terveysturvan muoto. Tässä katsauksessa keskitytään kuitenkin Euroopan maihin, joissa julkiset terveysjärjestelmät ovat pääosin hyvin kehittyneitä.²⁰

Yksityiset sairauskuluvakuutukset jakautuvat kolmeen päätyyppiin²¹. Ne voivat olla

1. täydentäviä (*complementary insurance*), jolloin ne paikkaavat julkisen järjestelmän kattavuudessa olevia puutteita (esim. tietyt palvelut) tai kompensoivat korkeita asiakasmaksuja
2. päällekkäisiä (*supplementary insurance*), jolloin ne tarjoavat vakuutetuille nopeamman pääsyn julkiselle järjestelmälle rinnakkaisiin, yksityisiin palveluihin, kuten kiireettömiin toimenpiteisiin, ja/tai mahdollisuuden nostaa palvelutasoa (esim. yhden hengen huone sairaalassa, mahdollisuus valita hoitava lääkäri)
3. korvaavia (*substitutive insurance*), jolloin ne tarjoavat vakuutetulle mahdollisuuden siirtyä kokonaan julkisen järjestelmän korvaavan yksityisen järjestelmän piiriin.

²⁰ Tässä kappaleessa lähteenä on käytetty keskeisesti Sagan A & Thompson S. 2016. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. European Observatory on Health Systems and Policies.

²¹ Määritelmät vaihtelevat hiukan lähteestä riippuen. Tässä on käytetty Saganin ja Thompsonin 2016 käyttämää määritelmää.

Kun puhutaan työnantajien tarjoamista vakuutuksista ne ovat yleensä päällekkäistä turvaa tarjoavia, eli ne tarjoavat vakuutetulle pääsyn julkiselle järjestelmälle rinnakkaisten palveluiden piiriin. Useissa työnantajan ottamalla vakuutuksilla voidaan kattaa myös palveluita, jotka eivät kuulu julkisen palvelujärjestelmän piiriin (esim. suun tai silmäterveydenhuollon palvelut, kuntoutus). Joissain maissa vakuutukset tarjoavat turvaa korkeita asiakasmaksuja vastaan (esim. Ranska).

Työnantajien työntekijöilleen ottamat vakuutukset ovat yksityisten vakuutusmarkkinoiden keskeinen muoto ja monessa Euroopan maassa²² ryhmämuotoiset vakuutukset kattavat suurimman osan vakuutusmarkkinoilla myydyistä vakuutuksista. Yksityisten vakuutusten kattavuus väestössä vaihtelee myös maittain (esim. Ruotsissa alle 10 % väestöstä, kun taas Hollannissa väestökattavuus on yli 80 %). Yksityisten vakuutusten osuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta on kuitenkin maltillinen ja suurimmassa osassa Euroopan maita alle 10 %. (OECD 2022, OECD 2021.)

Työnantajien työntekijöilleen ottamat vakuutukset ovat käytännössä yleensä ryhmävakuutuksia, joilla kattettava palveluvalikoima on kaikille vakuutetuille sama ja usein työnantajan määrittämä (so. yksilö ei pysty vaikuttamaan vakuutusten kattamaan palveluvalikoimaan). Työnantajien tarjoamien ryhmävakuutusten vakuutusmaksut voivat kuitenkin olla yksilövakuutuksia edullisempia ja ne saattavat tarjota pääsyn vakuutuksen piiriin myös sellaisille henkilöille, joilla on aikaisempia tai pitkäaikaisia terveysongelmia ja sairauksia (*pre-existing conditions*). Joissain maissa vakuutusturva saattaa jatkua myös eläköitymisen jälkeen.

Työnantaja ei välttämättä maksa työntekijöidensä vakuutusmaksuja itse vaan tarjoaa työntekijöilleen vain mahdollisuuden ottaa verrattain edullinen yksityinen vakuutus työnantajan kautta. Työnantajat saattavat myös maksaa vakuutuksia vain tietyille henkilöstön jäsenille (esim. ylemmät toimihenkilöt), mikä aiheuttaa eriarvoisuutta työpaikkojen sisällä. Joissain maissa työnantajat on lailla velvoitettu kustantamaan osa työntekijöiden sairausvakuutusmaksuista (esim. Ranska) tai tarjoamaan työntekijöilleen sairausvakuutuksia (esim. Saksa, Belgia). Näissä maissa yksityiset vakuutukset ovat valmiiksi isossa roolissa ja velvoittavuudella pyritään saattamaan yksityiset vakuutukset paremmin saataville myös alemmassa sosioekonomisessa asemassa oleville tai henkilöille, joilla on edeltäviä terveysongelmia.

Työntekijöitä ja työnantajia on useissa maissa aikaisemmin kannustettu erilaisin verokannustein ottamaan vapaaehtoisia vakuutuksia, mutta näistä kannusteista on monin paikoin luovuttu niiden korkeiden kustannusten vuoksi. Vakuutuksia käsitelläänkin usein työnantajien tarjoamina etuuksina, jolloin niistä on maksettava myös veroa. Joissain maissa (esim. Tanska) verokannustin on poistettu osittain työpaikkojen sisäisen eriarvoisuuden vuoksi ja työnantajilla on oikeus vähentää verotuksessa sairausvakuutusten kustannuksia vain, jos vakuutus on otettu koko henkilöstölle. Tämä käytäntö pätee myös Suomessa.

Eri maiden vakuutusmarkkinat ovat historiallisista syistä erilaisia ja useassa maassa on pitkä perinne voittoa tavoittelemattomien vakuutusyhtiöiden keskeisestä roolista. Viime vuosikymmenen aikana voittoa tavoittelevien vakuutusyhtiöiden merkitys on kuitenkin kasvanut Euroopassa. Joissain maissa (esim. Iso-Britannia) työnantajilla on myös omia sairauskassoja (*company self-insurance*) joiden kautta ne järjestävät sairaanhoidon palveluita työntekijöilleen. Myös Suomessa on edelleen olemassa työpaikkakassoja²³, jotka sääntöjensä mukaisten etuuksien lisäksi myöntävät sairausvakuutuslain mukaisia etuuksia jäsenilleen.

Kaiken kaikkiaan työnantajat järjestävät työntekijöilleen sairaanhoidon palveluita vakuutuksin esimerkiksi siksi, että jonotusajat esimerkiksi kiireettömiin operaatioihin ovat pitkiä julkisella sektorilla, koska julkinen järjestelmä ei kata kaikkia olennaisia palveluita (esimerkiksi suun terveydenhuolto) tai koska palveluiden asiakasmaksut ovat korkeita. Tässä suhteessa suomalainen järjestelmä eroaa merkittävästi monesta muusta maasta. Suomessa työnantajan järjestämät avosairanhoidon palvelut toimivat lakisääteisten tehtäviensä lisäksi keskeisenä avosairanhoidon/ensisijaisen terveydenhuollon kanavana työssä käyvälle väestölle. Muissa maissa ensisijainen terveydenhuolto järjestyy pääosin julkisen järjestelmän kautta, yleensä oman yleis- tai perhelääkärin vastaanotolla. Vakuutuksilla katetaan palveluita, joita julkinen järjestelmä ei korvaa, tiettyjä erikoistuneempia palveluita, tai niillä pyritään nostamaan palveluiden (ei-lääketieteellistä) laatua eli esimerkiksi palvelukokemusta yhdenhengen huoneen tai parempien aterioiden muodossa. Vakuutuksilla katetut

²² Sagan ja Thompson (2016, s. 14) mukaan yli 50 % vakuutuksista (yleensä työntekijöille otettuja) ryhmävakuutuksia seuraavissa maissa: Armenia, Slovakia, Liettua, Georgia, Bulgaria, Ruotsi, Norja, Ukraina, Venäjä, Puola, Latvia, Iso-Britannia, Belgia, Malta, Alankomaat ja Portugali

²³ <http://www.vakuutuskassat.fi/index.php/jasenkassat>

palvelut eivät siis yleensä muodosta rinnakkaista ensisijaisen terveydenhuollon järjestelmää. (Ks. esim. Alexandersen ym. 2016, Tynkkynen ym. 2018.)

Lähteet

- Alexandersen N, Anell A, Kaarboe O, Lehto J, Tynkkynen L-K, Vrangbæk K. (2016). The development of Voluntary Private Health Insurance in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics* 4(1): 68-83.
- Hassard ym. (2021). International Comparisons on Occupational Health Systems and Provisions. Department for Work and Pensions, UK. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1001861/international-comparison-of-occupational-health-systems-and-provisions.pdf
- OECD. (2022). Health at a Glance: Europe 2022. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- OECD. (2021). Health at a Glance 2021. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Sagan A & Thompson S. (2016). Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. *European Observatory on Health Systems and Policies*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/310838/Voluntary-health-insurance-Europe-role-regulation.pdf
- Tynkkynen L-K, Alexandersen N, Kaarboe O, Anell A, Lehto J, Vrangabaek K. (2018). Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy* 122(5):485–492

7 Suomalaisia tutkimushankkeita ja katsauksia työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen käytöstä

Päivikki Koponen ja Liina-Kaisa Tynkkynen

- Paljon työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja käyttävät ovat keskeisin ryhmä, joiden palveluja tulisi yhteensovittaa julkisten terveystalvelujen hoitopolkuihin.
- Sairaanhoitopalveluiden käyttö on jakautunut sosioekonomisen aseman mukaan eri sektoreille, mikä tuo haasteita tarpeiden mukaiseen työkyvyn edistämiseen ja työkyvyttömyyden pitkittymisen ehkäisyyn.
- Työttömyyden kesto ja työkykyyn vaikuttavat terveysongelmat ovat yhteydessä työttömien terveystalvelujen käyttöön. Työttömissä on sekä paljon, vähän että ei lainkaan terveystalveluja käyttäviä.

Työterveyshuollon toimintaan liittyvää seurantatietoa tuottavat Kela, viimeisin työterveyshuoltotilasto kattaa tiedot vuodelta 2020 (Kela 2022). Työterveyshuoltopalveluja tarjoavien yksikköjen toimintaa kuvaavia, ko. yksiköille kohdennettuun kyselyyn pohjautuvia katsauksia on tehty 3–5 vuoden välein vuodesta 1992. Viimeisin, lakisääteisen työterveyshuollon toteutukseen keskittyvä Työterveyslaitoksen julkaisema katsaus kuvaa tilannetta vuoden 2018 lopussa. (Takala ym. 2019.)

Suomessa työterveyshuollon, tai rajatun työterveyshuollon kautta järjestettyjen sairaanhoidon palvelujen käyttöä on tutkittu useissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa, joissa on käytetty useimmiten eri työterveyshuoltoyksikköjen omista potilastiedoista poimittuja tietoja. Tässä luvussa kuvataan lyhyesti tunnistamimme, arvioimme mukaan keskeisimpien suomalaisten tutkimushankkeiden päätuloksia. Lisäksi kuvaamme työttömien terveystalveluista tehtyä tutkimusta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen ei ollut mahdollista tämän selvityksen puitteissa.

Tässä luvussa kuvatut tutkimukset keskittyvät suurelta osin rekisteripohjaiseen palveluiden käytön tutkimukseen. Työterveyshuollon sairaanhoitoon liittyviä väestötutkimuksia on kuvattu luvussa 9, jossa palveluiden käyttöä kuvataan ihmisten itse raportoiman tiedon pohjalta. Lisäksi luvussa 3 käsitellään terveydenhuollon oikeudenmukaisuuteen liittyvää tutkimuskirjallisuutta, josta tässä luvussa 7 tarkennetaan tietoa käytetyistä aineistoista ja menetelmistä.

Paljon työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja käyttävät ovat ryhmä, joka vaatii erityistä huomiota

Useat työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen käyttöä tarkastelevat viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, että erityisesti paljon työterveyshuollon palveluita käyttävät ihmiset ovat ryhmä, joiden palvelukokonaisuuteen, työkyvyn arviointiin ja palveluiden yhteensovittamiseen tulisi kiinnittää huomiota, sillä he käyttävät usein paljon myös julkisia perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon palveluita. Eri sektorien palvelujen rinnakkaiskäyttö on yleistä, mikä edellyttää hoitoketjujen ja lähetekäytäntöjen kehittämistä. Tarvitaan myös paljon palveluja tarvitsevien hoidon ja kuntoutuksen koordinoitua.

Helsingin kaupungin työntekijöiden terveyden seurantatutkimuksessa (*Helsinki Health Study*) on tutkittu myös työterveyshuollon palvelujen käyttöä rekisteriaineistoihin perustuen (Lallukka ym. 2020, Sumanen ym. 2018, Harkko ym. 2021). Alle 35-vuotiaista suuri osa ei käyttänyt lainkaan työterveyshuollon palveluja ja kokonaisuutena ikäryhmä käytti myös työterveyden sairaanhoitopalveluja vähemmän kuin muut ikäryhmät. Alhaisemman ammattiaseman omaavat kuuluivat kuitenkin muita useammin paljon työterveyshuollon palveluja käyttäviin ja työntekijäammateissa palvelujen käyttö oli runsainta. Jatkuvasti paljon

sairaanhoitopalveluja käyttävä ryhmä vastasi 40 %:sta kaikista nuorten työntekijöiden sairaanhoitopalvelukäynneistä. Sekä lyhyet sairauslomat (mistä tahansa syystä) että työterveyshuollon käyntien määrä olivat yhteydessä mielenterveyssyistä aiheutuneisiin pitkiin sairauslomiin.

Tampereen yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa (Reho ym. 2021a, Reho ym. 2021b, Reho ym. 2022) käytettiin yhden yksityisen työterveyspalvelutuottajan potilasrekisteritietoa yhdistäen sitä kansallisiin rekistereihin (Tilastokeskus, THL, KELA ja ETK). Tutkimuksessa todettiin, että työterveyshuollon sairaanhoidon suurkuluttajat käyttävät muita palvelusektoreita todennäköisemmin kuin muut työterveyshuollossa kävijät. Melkein kolmannes pysyvistä työterveyshuollon suurkuluttajista oli käyttänyt julkista erikoissairaanhoitoa jokaisen kolmen tutkimusvuoden aikana. Kaikista työterveyshuollon sairaanhoidon asiakkaista neljännes käytti perusterveydenhuoltoa jonain kolmesta tutkimusvuodesta ja 10 % kolmen vuoden ajan peräkkäin. Terveystenhuollon eri sektorien runsas käyttö liittyi työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyteen myös muilla työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen käyttäjillä kuin vain suurkuluttajilla.

Kelan Oulu-tutkimushankkeessa suurkäyttäjille kasautui hoitoa kaikilla avosairaanhoidon sektoreilla (Perhoniemi ja Blomgren 2021). Väestöstä 5 % vastasi 31 %:sta työterveyshuollon käynneistä. Avosairaanhoidon suurkäyttö ennusti pitkiä sairauspoissaoloja palvelusektorista riippumatta. Työterveyshuollon suurkäyttö oli yhteydessä etenkin tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuviin sairauspäivärahoihin. Henkilöt, jotka tutkimuksen seurantajakson aikana siirtyivät toistaiseksi myönnetylle työkyvyttömyyseläkkeelle, käyttivät sairauspäivärahaikauden alettua jatkuvasti enemmän sekä avosairaanhoitoa että vuodeosastohoitoa kuin ne henkilöt, jotka eivät siirtyneet eläkkeelle (Perhoniemi ja Blomgren 2022).

Eläkeikää lähestyvien työntekijöiden työkyvyn tukeminen edellyttää toimia sekä työpaikalla että terveydenhuollossa. Saunin ym. (2022) katsauksessa keskityttiin 55–64-vuotiaiden työkyvyn haasteisiin ja erityispiirteisiin, jotka on hyvä muistaa työkykyä tuettaessa. Katsauksessa todettiin, että ikääntyminen ei automaattisesti merkitse työkyvyn heikentymistä, vaikka iäkkäillä on enemmän työkyvyn rajoituksia kuin nuoremmilla. Katsauksen perusteella ehdotetaan, että tukitoimien koordinoimiseksi ikääntyneet työntekijät tulisi näitä tukitoimia tarvitessaan ohjata muusta terveydenhuollosta työterveyshuoltoon oikeaan aikaan. Tätä perustellaan sillä, että vain työterveyshuollolla on mahdollisuus koordinoida tukitoimia ja keskustella suoraan työpaikan edustajien kanssa sekä yksilöllisistä että työpaikalla tarvittavista muutoksista. Myös Liiran katsausartikkelissa (2020) korostetaan sitä, että työterveyshuolto on terveydenhuollon ainoa toimija, jolla on yhteys työpaikalle. Lisäksi pidetään tärkeänä mahdollisuutta seurata työkykyä jatkuvasti työterveyshuollon vastaanotokäynneillä. Olennaista on myös se, että työhön paluuta sairauden jälkeen voidaan tukea työjärjestelyillä, työtä muokkaamalla ja ammatillisella kuntoutuksella. Työterveyslääkärit voivat osallistua asiantuntijoina myös pitkäaikaistyöttömien ja muiden erityisryhmien palvelujen suunnitteluun.

Hynninen ym. (2023) tutkimuksessa tarkasteltiin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien (TULE) tai mielenterveydenhäiriöiden (MT) diagnoosin saaneiden työntekijöiden työterveyshuollon palveluiden käyttöä. Aineistona olivat työterveyshuollon potilastiedot kolmelta työterveyshuollon palveluntuottajalta. Noin puolella työterveyshuollon palveluja käyttäneistä oli TULE- tai MT-diagnoosi, heistä 10 prosentilla oli molemmat. Yleisin TULE-diagnoosi oli selkäsairaus ja yleisin MT-diagnoosi oli masennustila. Työterveyshuollon palveluiden käytön kustannuksista 73 % kohdistui näihin työntekijöihin. Lääkärissäkäyntien kustannukset olivat merkittävin kustannuserä. Potilaskohtaiset kustannukset ja sairauspoissaolot olivat TULE ja MT -ryhmässä (asiakkaalla molemmat) merkittävästi korkeammat kuin MT- tai TULE-ryhmissä ja moninkertaiset verrattuna muihin työterveyspalveluja käyttäneisiin. Kustannukset ja sairauspoissaolot olivat tässä ryhmässä keskimääräistä suurempia. Palveluiden käyttö kohdentui lääkärivastaanottoihin ja vain noin kolmasosa TULE tai MT diagnoosin saaneista kävi fysioterapeutin tai psykologin vastaanotolla. Hynnisen ym. (2023) artikkeli on osatyö laajemmassa tutkimuksessa, jonka 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. Hankkeen laajempi raportti julkaistaan keväällä 2023.

Sairaanhoitopalveluiden käyttö on jakautunut sosioekonomisen aseman mukaan eri sektoreille

Kelan tutkimushankkeessa [Sosiaali- ja terveystalouden sekä sosiaaliturvaetuksien käyttö ja kustannukset Oulussa 2013–2018](#) on myös selvitetty palvelujen käytön sosioekonomisia eroja, palvelujen rinnakkaiskäyttöä ja palvelujen suurkäyttäjiä hyödyntäen laajaa rekisteriaineistoa kaikista oululaisista palkansaajista. Tutkimuksessa todettiin ammattiluokkien välisiä eroja terveystalouden käytössä. Mitä korkeampi sosioekonominen asema sitä todennäköisemmin käytettiin työterveyshuollon palveluja, mutta myös työterveyshuollon lisäksi yksityisiä terveystalouden palveluja (Blomgren ja Viita 2020). Ammattiryhmien väliset palvelujen käytön erot eivät selittyneet sairastavuudella (Rinne ym. 2022).

Kaikissa ammattiryhmissä eniten käyntejä oli työterveyshuollossa (Rinne 2022). Työterveyshuollon käyntejä oli vähän maa- ja metsätalouden työntekijöillä. Kuitenkin palvelua käyttäneiden osuudet olivat eri työmarkkina-asemassa olevilla melko lähellä toisiaan, kun kaikki sektorit huomioitiin yhtä aikaa (Blomgren ym. 2022). Lisäksi ryhmien väliset erot kolmea vuotta tarkasteltaessa olivat pienemmät kuin vain yhden vuoden käyntejä tarkasteltaessa.

Kelan Oulu-tutkimushankkeen aineiston perusteella työterveyshuolto on työikäisille tärkeä kanava myös lääkemääräysten osalta (30 % lääkemääräyksistä), vaikka valtaosa lääkkeistä (59 %) määrätään julkisessa terveydenhuollossa (Rättö ym. 2022). Yksityisen sektorin lääkemääräysten osuus oli 11 %. Lääkemääräysten lukumäärän mukaan työterveyshuollossa useimmin määrättyjä lääkeryhmiä olivat tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien lääkkeet (20 % kaikista työterveyshuollon lääkemääräyksistä) sekä hermostoon vaikuttavat lääkkeet (18 %). Myös hengityselimien sairauksien lääkkeitä (17 %) sekä sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä määrättiin paljon työterveyshuollossa (13 % työterveyshuollon lääkemääräyksistä). Tutkimuksessa tunnistettiin tarve selvittää tarkemmin potilaiden lääkkeitä kokonaisuutta ja jatkuvuutta eri sektoreilla.

Työttömyyden kesto ja työkykyyn vaikuttavat terveysongelmat ovat yhteydessä työttömien terveystalouden palvelujen käyttöön

Työterveyslaitoksen koordinoimassa Työttömien terveystalouden palvelujen sisällön ja rakenteen kehittäminen (TTP)-hankkeessa kerättiin laaja aineisto rekistereistä ja asiakashaastatteluista kuudessa kunnassa (Lappalainen ym. 2018). Tässä tutkimuksessa työttömyyden kesto oli yhteydessä terveystalouden palvelujen käyttöön, pisimpään työttöminä olleiden joukossa oli eniten niitä, jotka eivät olleet käyttäneet lainkaan terveystalouden palveluja. Mielenterveyshäiriön diagnoosi oli pisimpään työttömänä olleilla yleisin terveystalouden lääkärikäynnin syy, myös erikoissairaanhoidon käyntejä pitkäaikaistyöttömillä oli eniten psykiatrian erikoisalalla. Kelan kuntoutusrahaa oli maksettu vain harvoille (5 %:lle neljän vuoden tutkimusjakson aikana). Haastattelujen työttömien asiakaskokemukset terveystalouden palveluista olivat pääosin myönteisiä, mutta osa heistä toi esiin yksilöllisen ja tasa-arvoisen palvelun tarvetta sekä myös koetun palveluntarpeen tyydyttymättömyyttä.

Väisäsen ja Sinervon (2021) selvityksessä THL:ssä käytettiin laajaa vuoden 2017 koko maan kattavaa rekisteriaineistoa. Työttömät käyttivät työssäkäyviä enemmän sosiaali- ja terveystalouden palveluita, erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluita. Työttömyyden pitkittyessä myös keskimääräinen sote-palvelujen käyttö määrä nousi. Palvelujen käyttö kasaantui pienelle osalle työttömistä, mutta osa työttömistä ei ollut lainkaan palveluiden piirissä. Saman aineiston lisäanalyysissä (Saikku ym. 2023) muodostettiin viisi työttömien ryhmää perustuen henkilöiden sosiaalihuollon ja perusterveyshuollon avopalveluiden käytön kustannuksiin. Palveluja käyttämättömien ryhmä oli toiseksi suurin klusteri. Heitä oli neljännes työttömistä ja ryhmässä on henkilöitä, joilla ei joko ole sote-palvelujen tarvetta tai he voivat käyttää muita sote-palveluja (yksityinen, työterveyshuolto) tai he eivät ole päässeet palveluiden piiriin. Palveluita jonkin verran käyttävät oli suurin ryhmä (64 % työttömistä). He käyttivät keskimääräistä vähemmän palveluja. Noin 10 % työttömistä asettui avohoito- ja päivystyspalveluja runsaasti käyttävien ryhmään ja heillä oli keskimääräistä enemmän sairausdiagnooseja. Ryhmässä oli myös enemmän kuin muissa ryhmissä muualla kuin Suomessa syntyneitä. Käyttäjärühmän voi tulkita sisältävän henkilöitä, joilla on voimassa oleva hoitosuhde. Toisaalta runsas päivystyspalvelujen käyttö voi viitata vaikeuksiin päästä suunnitelmallisen palvelukokonaisuuden piiriin.

Pieni osuus (noin 1,2 % työttömistä) asettui ryhmään, jossa korostui voimakkaasti sosiaalihuollon palveluiden käyttö (mm. sosiaalityön ja -ohjauksen, mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen sekä vammaisten palvelut). Myös muu palvelukäyttö oli tässä ryhmässä hieman keskiarvojen yläpuolella. Mielenterveys- ja päihdepalveluita paljon käyttävien klusteri sisälsi noin 0,3 % työttömistä. Ryhmässä käytettiin joko mielenterveys- tai päihdepalveluja tai molempia. Ryhmän jäsenet käyttivät myös kohtuullisen paljon sosiaalihuollon palveluita. Lisäksi perusterveydenhuollon avohoidon sekä päivystyspalveluiden käyttö oli jonkin verran suurempaa kuin keskimäärin. Viides, erittäin pieni erityisesti osastohoitoa käyttävien ryhmä sisälsi vain alle 0,1 % työttömistä. Ryhmä koostui muita iäkkäämmistä ja valtaosin miehistä, joilla työttömyyden viimeisin kesto oli selvästi keskimääräistä pidempi. He käyttivät paljon kaikkia palveluja, mutta erityisesti terveyskeskuksen vuodeosastohoito ja päivystyskäynnit korostuivat. (Saikku ym. 2023) Saikun ym. (2023) tutkimuksessa työttömien perustason sote-palvelujen käytön kustannuksia selitti parhaiten sairastavuus. Työttömyyden kesto ei selittänyt terveys- tai sosiaalipalvelujen käytön kustannuksia.

Jatkotutkimustarpeet

Koska valtakunnallisia tietoaineistoja ei ole ollut käytettävissä, aiemmat tutkimukset ovat pääasiassa perustuneet paikallisiin aineistoihin eli yhden kaupungin tai muutaman kunnan alueelta poimittuun rekisteritietoon ja/tai yhden tai muutamien työterveyshuoltopalveluja tarjoavien yritysten potilastietoihin. Tutkimuksissa ei ole eroteltu lakisääteistä työterveyshuoltoa ja työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja, mikä on usein palvelujen tarpeen kannalta perusteltua, mutta näin kysymys työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen merkityksestä työikäisten palvelukokonaisuudessa on jäänyt tarkastelujen ulkopuolelle. Perusterveydenhuollon Avohilmo -hoitoilmoitusrekisterin laajentuminen työterveyshuoltoa kattavaksi voi avata uusia mahdollisuuksia palvelukokonaisuuksien tarkasteluun hyvinvointialueilla ja kansallisella tasolla (ks. luku 10).

Lähteet

- Blomgren J, Viita LJ. (2020). Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland. *PLoS One* 2020 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231792>
- Blomgren J, Jäppinen S, Lahdensuo K (2022). Avosairaanhoidon palvelujen käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. *Suomen Lääkärilehti* 2022; 77 (7–8): 314.
- Harkko J, Nordquist H, Pietiläinen O, Piha K, Mänty M, Lallukka T, Rahkonen O, Kouvonon A. (2021). Frequent short sickness absence, occupational health service utilisation and long-term sickness absence due to mental disorders among young employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health* (2021) 94:1549–1558.
- Hynninen Y, Lahelma M, Rissanen A, Voltti S, Patja K, Psa M, Torkki P, Reijula K, Leskelä R-L. (2023). Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja mielenterveyden häiriöt aiheuttavat valtaosan työterveyshuollon kustannuksista. *Lääkärilehti* 78/2023, e34248
- Kela (2022). Kelan työterveyshuoltotilasto 2020. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2022.
- Lappalainen K, Mattila-Holappa P, Yli-Kaitala K, Hult M, Räsänen K. (2018) Pisimpään työttömänä olleet käyttävät vähiten terveyskeskuksen palveluja. *Lääkärilehti* 42/2018 vsk 73, 2421–2426.
- Lallukka T, Kouvonon A, Lahelma E, Rahkonen O (toim.) (2020). Kuka jaksaa jatkaa töissä? 20 vuotta Helsingin kaupungin työntekijöiden terveyden seuranta tutkimusta. Tutkimuksia 2020:2, Helsingin kaupunki.
- Liira J. (2020). Miten työterveyshuolto arvioi ja tukee työkykyä. *Lääkärilehti* 23/2020, vsk 75, 1437–1440.
- Perhoniemi R, Blomgren J. (2021). Frequent attenders of three outpatient health care schemes in Finland: Characteristics and association with long-term sickness absences, 2016-2018. *BMC Public Health* 2021 <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10866-x>
- Perhoniemi R, Blomgren J. (2022). Use of health services and rehabilitation before and after the beginning of long-term sickness absence – comparing the use by employment and disability pension transition after the sickness absence in Finland. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19(9), 4990. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094990>
- Reho T, Siukola A, Atkins S, Korhonen M, Viljamaa M, Sumanen M, Uitti J, Sauni R. (2021a). Työterveyshuollon suurkuluttajien karakterisointi ja palvelujen rinnakkaiskäyttö Raportti Työsuojelurahastolle 31.12.2021. Tampereen yliopisto.
- Reho T, Atkins S, Korhonen M, Siukola A, Sumanen M, Viljamaa M, Uitti J, Sauni R. (2021b). Sociodemographic characteristics and disability pensions of frequent attenders in occupational health primary care - a follow-up study in Finland. *BMC Public Health*. 2021 Oct 12;21(1):1847. doi: 10.1186/s12889-021-11873-8. PMID: 34641841; PMCID: PMC8507378.
- Reho T, Atkins S, Korhonen M, Siukola A, Sumanen M, Viljamaa M, Uitti J, Sauni R. (2022). Parallel use of primary and secondary healthcare by frequent attenders in occupational health and their work disability: a longitudinal study in

- Finland. *BMJ Open*. 2022 Apr 12;12(4): e052740. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052740. PMID: 35414544; PMCID: PMC9006804.
- Rinne H. (2022) Työterveyshuolto on kaikissa ammattiryhmissä eniten käytetty avosairaanhoidon muoto, mutta osuus käyntipäivistä vaihtelee. Kelan tutkimusblogi 3.8.2022, <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/6743>
- Rinne H, Laaksonen M, Blomgren J. (2022) Use of outpatient and inpatient health care services by occupation – a register study of employees in Oulu, Finland. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07970-y>
- Rättö H, Nurminen M, Kari H. (2022). Valtaosa työikäisten lääkkeitä määrätään julkisella sektorilla. *Yleislääkäri* 4/2022, 17- 22.
- Saikkunen P, Väisänen V, Sinervo L. (2023). Työttömien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset. Teoksessa Karvonen S, Kestilä L, Saikkonen P (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2022*. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2023, 208–225. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>
- Sauni R, Reho T, Uitti J. (2022). Ikääntyneiden työntekijöiden työkyvyn haasteet. *Lääkärilehti* 11–12/2022, vsk 77, 485–488.
- Sumanen H, Harkko J, Piha K, Pietiläinen O, Rahkonen O, Kouvonon A. (2018). Association between socioeconomic position and occupational health service utilisation trajectories among young municipal employees in Finland. *BMJ Open* 2019;9:e028742. doi:10.1136/bmjopen-2018-028742
- Takala E-P, Leino T, Harjunpää K, Hirvonen M, Kauranen T, Liljeström K, Syynimaa S, Österbacka O. (2019) Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Väisänen V, Sinervo L. (2021). Työttömien sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö rekisteritietojen valossa. Tutkimuksesta tiiviisti 76/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-796-8>

8 Työikäisten julkisten sote-palvelujen ja työterveyspalvelujen integraatiota tukevia kehittämishankkeita

Anu Niemi, Päivikki Koponen, Jarno Karjalainen, Outi Linnaranta, Jaana Markkula, Helka Raivio, Johanna Cresswell-Smith, Anu Vähäniemi

- Työterveyshuollon palveluiden integroitumista osaksi muuta palvelujärjestelmää on rahoitettu useilla määräraikaisilla hankkeilla, joiden perusta on moninaisessa strategia- ja ohjelmatyössä.
- Kehittämistyön tuloksien juurruttamista on tuettu rakentamalla alueellisia, paikallisesti sovittuja yhteistyörakenteita.
- Mielenterveysperustaisen työkyvyttömyyden lisääntymisen myötä on kansallisesti tuettu mielen-terveyden edistämistä työpaikoilla sekä mielenterveysongelmia kokeneiden työllistymistä.
- Osatyökykyisten työllistymistä edistäviä ja muita työttömien sote-palvelujen kehittämishankkeita toteutetaan laajalti.

Työterveyshuollon päätavoitteita tukevaa kehittämistoimintaa on rahoitettu vuosien ajan pitkälti hankerahoituksilla, joista osaan liittyy laajaa kansallisen tason yhteistyötä. Osa kehittämistoiminnasta on kytkeytynyt myös työterveyshuollon sairaanhoitopalveluihin siltä osin kuin vastaanottokäynneillä paneudutaan siihen, miten sairaudet ja oireet ovat yhteydessä henkilön työtehtäviin ja työyhteisöön sekä siihen, millaisia vaikutuksia näillä on henkilön työkykyyn. Myös THL osallistuu useisiin tällaisiin kansallisiin hankkeisiin yhteistyössä Työterveyslaitoksen, yliopistojen ja muiden tutkimuslaitosten kanssa.

Hankkeiden tulosten juurruttaminen osaksi palvelurakennetta on ollut haastavaa laajan toimijakentän johdosta. Tässä luvussa kuvataan palvelujen integraatiota tukevia, monipuolisesti työkyvyn edistämiseen sekä työkyvyn tuen vahvistamiseen tähtääviä ajankohtaisia strategioita sekä laajempia kansallisia hankkeita. Jos työterveyshuollon sairaanhoito olisi työterveyspainotteista ja liittyisi selkeästi työkyvyn edistämiseen ja tukeen, se vahvistaisi myös tässä luvussa kuvattavan laajemman strategia- ja ohjelmatyön tavoitteiden saavuttamista. Tällöin myös sairaanhoitopalveluissa painopiste olisi mm. työikäisten keskeisten terveysongelmien, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemisessä, hoidossa ja kuntoutuksessa.

Valtakunnallisella tasolla työterveyshuollon toiminnallista integraatiota edistetään [Työterveyshuollon neuvottelukunnan työikäisten terveydenhuolto/toiminnallinen integraatio -jaostossa](#), joka valmistelelee sosi- aali- ja terveydenhuollon uudistukseen ja työterveyshuollon toiminnalliseen integraatioon muuhun terveydenhuoltoon liittyvät asiat (työikäisten ehyet palvelukokonaisuudet, terveydenhuoltolaki, jne.) sekä sairaus- vakuutuslain mukaiset työterveyshuoltoon liittyvät asiat. Nykyisen jaoston toimintakausi on 17.12.2020 – 16.12.2023. Jaoston työn lähtökohtana on työterveyshuollon toiminnallinen integraatio osaksi muuta sosi- aali- ja terveydenhuoltoa. Toiminnallisessa integraatiossa työterveyshuollon rahoitus ja rakenne pysyvät en- nallaan, järjestämisvastuu pysyy työnantajalla ja palveluja tuotetaan monitoimijaisesti.

Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveyshuolto 2025

Valtioneuvoston periaatepäätöksen ”Työterveyshuolto 2025 – yhteistyöllä työkykyä ja terveyttä” (STM 2017a) kehittämissuunnitelmat ovat: asiakaslähtöiset työterveyspalvelut, terveyttä ja työkykyä työikäisille yhteis- työssä sekä työterveyshuollon toiminnan, voimavarojen ja korvausjärjestelmän kehittäminen.

Periaatepäätöksen mukaan työterveyspalveluja kehitetään toimialakohtaisesti erilaisten asiakasryhmien tarpeisiin soveltuviksi (esim. osatyökykyiset, epätyypillisissä työsuhteissa toimivat, maahanmuuttajat, maasta toiseen liikkuvat). Terveyttä ja työkykyä edistetään ja ylläpidetään elämän ja työuran eri vaiheissa. Työterveyshuolto aktivoi asiakkaita ottamaan itse vastuuta omasta terveydestään, työkyvystään ja

hyvinvoinnistaan. Työterveyshuollon digitaalisia palveluita kehitetään perinteisten palvelujen rinnalle. Palvelut ovat hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisia. Omatoimisia terveyspalveluja, terveydentilan seuranta ja verkkoasiointia monipuolistetaan ja asiakkaita aktivoidaan käyttämään niitä.

Tavoitteeksi asetetaan sen varmistaminen, että työterveyshuolto on toiminnallisesti integroitunut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Työterveyshuolto, terveydenhuolto- ja kuntoutusjärjestelmä tekevät oikea-aikaisesti yhteistyötä työikäisten työkyvyttömyyden ehkäisyssä ja työkyvyn palauttamisessa.

Työterveyshuoltoa kehitetään kolmikantaisesti työterveyshuollon neuvottelukunnan kanssa yhteistyössä. Terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuuden parantamiseksi selkiytetään työterveyshuollon tehtävää suhteessa muihin terveydenhuollon toimijoihin uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Työterveyshuoltoa kehitetään palvelujärjestelmän integraation eri vaiheissa tutkittuun tietoon perustuen. Periaatepäätöksen mukaan työterveyshuollon korvausjärjestelmää kehitetään niin, että se kannustaa työterveyshuoltoyksiköitä kehittämään toiminnan sisältöä ja menetelmiä palvelemaan yhteiskuntaa, työnantajaa, yrittäjää ja työntekijää työterveyden ja työkyvyn edistämiseksi niin, että se on tarkoituksenmukaista myös terveydenhuollon integraation kannalta. Tavoitteena on, että korvausjärjestelmä tukee työterveyshuollon painopisteen siirtymistä työhön liittyvien sairauksien hoitoon. Tässä indikaattorina on ennalta ehkäisevän työterveyshuollon osuus kaikista työterveyspalveluista.

TYÖKE – hankkeesta alueellisiin työterveyshuollon yhteistyöryhmiin

Valtioneuvoston periaatepäätöksen (STM 2017a) mukaan TTL selkiyttää eri terveydenhuollon toimijoiden rooleja ja kehittää terveydenhuollon yhteistyökäytäntöjä yhdessä THL:n ja muiden asiantuntijatahojen kanssa. Tavoitteena ovat alueelliset hoitopolut ja saumattomat palveluketjut, jolloin työkyvyn arviointia, työhön paluun tukea tai sairauden työperäisyyden arviointia tarvitsevat osataan ohjata työterveyshuoltoon. Lähtökohtana on työterveyshuollon merkittävä rooli työhön liittyvissä sairauksissa. Työterveyshuolto tukee työkyvyn säilyttämistä muokkaamalla työtä ja työoloja yhdessä työpaikan kanssa siten, että työntekijä selviää työstään sairautensa kanssa. Tavoitteena on, että työterveyshuolto on edustettuna alueellisissa terveydenhuollon yksiköissä.

ESR-rahoitteisessa ”TYÖKE - Verkostoilla tehoa SOTEen, työkyvyn tukeen ja työikäisten terveyteen” -hankkeessa (2017–2020) kehitettiin työikäisten sosiaali- ja terveydenhuoltoa integroiden työterveyshuolto osaksi muuta sosiaali- ja terveydenhuoltoa (Hakulinen ym. 2020). Työterveyshuollon toiminnalliseen integraatioon määritettiin neljä tavoitetta:

1. Yhtenäinen palvelukokonaisuus työikäisille koko Suomen alueella. Sote-toimijoiden, mukaan lukien työterveyshuollon, saumaton yhteistyö työikäisen palvelupolkujen sujuvoittamiseksi. Tämä edellyttää alueellista yhteistyötä ja yhteistyörakenteita.
2. Nykyistä varhaisempi ja tehokkaampi ote työkyvyttömyysuhkien ratkaisemiseksi, sairauspoissaolojen vähenemiseksi ja uusien työkyvyttömyyseläkkeiden määrän laskemiseksi.
3. Päällekkäisten toimintojen välttäminen eri sote-toimijoiden välillä ja sen myötä resurssien tarkempi kohdentaminen.
4. Tiedonkulun ja tiedonkeruun tehostaminen.

TYÖKE-hankeaikana muodostettiin 18 sairaanhoitopiirin alueelle vapaaehtoisuuteen perustuvat alueelliset työterveyshuollon verkostomaiset yhteistyöryhmät. Yhteistyöryhmässä on moniammatillinen edustus alueella toimivista työterveyshuollon palvelujen tuottajista ja julkisesta terveydenhuollosta. Yhteistyöryhmien työ tukee keskinäistä viestintää ja alueellisten asiakkuusprosessien kehittämistä. Hankeaikana työterveyshuollon osaamista on tehty tutuksi muille sote-toimijoille. Työryhmien työhön osallistuvat myös TTL:n asiantuntijat. Yhteistyöryhmät tukevat alueellisten toimintamallien juurruttamista. Työterveyshuollon asiantuntemusta on käytetty työikäisten hoito- ja palveluketjujen rakentamisessa. Hankkeessa esimerkiksi tiivistettiin erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon yhteistyötä useassa maakunnassa siten, että erikoissairaanhoidosta pyritään kirjoittamaan työikäiselle vain lyhyitä sairauspoissaoloja ja työikäinen ohjataan aktiivisesti työterveyshuoltoon työkyvyn arviota ja työkyvyn tukitoimia varten. Kehittämistyö jatkuu TYÖOTE-hankkeessa. Syksyn 2022 aikana yhteistyöryhmien kokoonpanot on päivitetty tukemaan aluetasoisia yhteistyötä hyvinvointialueilla.

STM koordinoi keväällä 2022 käynnistynyttä hyvinvointialueiden työikäisten palvelukokonaisuuksien rakentamista tukevaa verkostoa, johon on osallistunut alueilla työikäisten palvelukokonaisuudesta vastaavia henkilöitä tai tällaisen henkilön puuttuessa muita työikäisten palvelujen asiantuntijoita. Verkosto keskittyy työikäisten palvelujen järjestämiseen ja yhteensovittamiseen etenkin työ- ja toimintakyvyn näkökulmasta. Tarkoituksena kehittää työikäisten palveluja niin, että ne toimivat kokonaisuutena työikäisten tarpeiden mukaisesti työmarkkina-asemaan katsomatta. Verkostotapaamisissa on ollut myös Työterveyslaitoksen ja THL:n asiantuntijoita.

Potilaiden ohjaaminen julkisesta terveydenhuollosta työterveyshuoltoon: Vastuullinen työkyvyn tuki – TYÖOTE-hanke

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä kehitettyä, julkisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyötä tehostavaa toimintamallia levitetään [TYÖOTE-hankkeessa](#) vuosina 2020–2023 koko Suomeen. Toimintamallissa työterveyshuolto ottaa koordinoivastuun erikoissairaanhoidossa tai terveyskeskuksessa hoidetusta potilaasta ja huolehtii jatkotoimista, jotta työntekijä voi palata mahdollisimman pikaisesti työkykyisenä töihin. Työterveyshuollon osaaminen työkykyasioissa saadaan nykykäytäntöä nopeammin ja systemaattisemmin julkisen terveydenhuollon hyödynnettäväksi. Näin vältetään kirjoittamasta tarpeettoman pitkiä sairauspoissaoloja ja potilaan työkykyyn liittyvät asiat ohjataan työterveyshuoltoon. Tavoitteena on, että työkyky tulee arvioitua yksilöllisesti työn kuormitus huomioiden. Alustavien kustannusvaikuttavuuslaskelmien mukaan TYÖOTE-mallilla pystytään lyhentämään sairauspoissaolojen pituuksia merkittävästi. Mallissa myös työpaikat osaltaan tukevat työntekijän kuntoutumista. Tämä geneerinen toimintamalli viritetään kunkin alueen ominaispiirteisiin sopivaksi. Toimintamalli on jo käynnistynyt vähintään yhdessä potilasryhmässä valtaosassa hyvinvointialueista.

Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon sekä työpaikan ja työterveyshuollon välisen yhteistyön kehittäminen – TYKY-TUO-hanke

[TYKYTUO-hankkeen](#) tarkoituksena on kehittää työkyvyn tukea pidempien työurien ja työelämän tuottavuuden parantamiseksi. Tähän pyritään tunnistamalla varhaisessa vaiheessa eri terveydenhuollon sektoreiden hoitoon hakeutuneiden työikäisten työkyvyn tuen tarve sekä kehittämällä työkyvyn tuen jatkotoimenpiteitä ja niiden vaikuttavuuden seuranta työterveysyhteistyössä. Hanke toteutuu Tampereen yliopiston ja TTL:n sekä Pihlajalinnan yhteistyössä vuosina 2020–2023. Työterveyshuollon tulevaisuuden hahmottaminen tulee olemaan yksi hankkeen keskeisistä tuloksista. Tähän perustaa on koottu mm. Delfoi asiantuntijapaneeleissa, joista ei ollut vielä tätä tätä raporttia laadittaessa käytettävissä koottua julkaistua tietoa. Pienissä kaupungeissa toimivien, terveyskeskusten ja työterveyshuollon ammattilaisten (lääkärit ja hoitajat) haastattelut osoittivat, että toisen sektorin palveluja tunnettiin heikosti ja ammattilaiset tunnistivat useita rajoitteita terveyskeskusten ja työterveyshuollon organisaatioiden ja ammattilaisten väliseen yhteistyöhön, mm. kiireen ja potilastietojen siirtoon liittyvien ongelmien vuoksi (Vähätalo ym. 2022).

Työttömien palvelujen kehittäminen työkykyohjelmassa ja Suomen kestävä kasvun ohjelman projekteissa

Valtioneuvoston periaatepäätöksen (STM 2017a) mukaan työttömyyden uhatessa työterveyshuolto arvioi työntekijän terveyden, työkyvyn ja mahdollisuudet työllistyä nykyisellä työkyvyllään koulutustaan vastaavaan työhön ja käynnistää tarvittavat hoito- ja kuntoutustoimet. Tämä sisältyy myös asetuksen (708/2013) mukaisiin työterveyshuollon tehtäviin (pykälä 7). Mikäli työttömäksi jäävä tarvitsee työkyvyn ylläpitämiseksi terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimia, työterveyshuolto ohjaa työttömäksi jäävän julkisen terveydenhuollon ja kuntoutuspalvelujen piiriin, jossa huolehditaan työttömän työkyvystä ja kuntoutuksesta. Työttömille tulisi määritellä taho, joka ottaa vastuun työttömän työ- ja toimintakyvyn tuen koordinoinnista.

Tavoitteena on, että terveydenhuollon hoito- ja kuntoutuspolut tukevat työttömän terveyttä ja työkykyä. Työterveyshuolto tarjoaa muulle terveydenhuollolle työkyvyn arvioinnin ja konsultoinnin palveluja.

Työttömien palvelukokonaisuuksien asiakaslähtöistä yhteensovittamista on tuettu vuosien 2019–2023 aikana kansallisessa Työkykyohjelmassa, josta vastaa työ- ja elinkeinoministeriö (TEM) yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. TEM:n kehittämistyö kohdentuu osatyökykyisten työllistymisen esteiden purkamiseen ja työllisyyttä tukeviin toimiin. STM:n hallinnonalan toimet kohdentuvat työkyvyn ja työllistymisen tuen palveluiden kehittämiseen sekä rakentamiseen osaksi tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusta (STM 2020a). Hyvinvointialuekohtaisten mallien rakentamista on tuettu kohdennetuilla valtionavustuksilla vuosina 2019–2023. Alueellisesti rahoitettuja kehittämishankkeita on ollut yhteensä 22.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Työterveyslaitos (TTL) ovat olleet mukana Työkykyohjelman toteutuksessa. THL on vastannut Työkykyohjelman operatiivisesta toimeenpanon tuesta alueellisille kehittämishankkeille. TTL:n vastuulla on ollut työkyvyn tukeen liittyvän palvelun mallintaminen ja osaamisen vahvistaminen. THL ja TTL ovat osallistuneet myös valtakunnalliseen valmistelu- ja arviointityöhön.

Työkykyohjelman hankkeissa on mallinnettu ja pilotoitu työkyvyn tuen tiimien toimintaa ja laatuperusteista työhönvalmennusta osana hyvinvointialueiden sote-keskukseen sijoittuvaa palveluvalikoimaa. Työkyvyn tuen tiimien kokoonpano on monialainen ja moniammatillinen. Siihen kuuluu esimerkiksi terveydenhoitaja, lääkäri, työkykykoordinaattori, sosiaaliohjaaja, sairaanhoitaja, Kelan virkailija ja TE-toimen työntekijä. Ohjautuminen tiimiin tapahtuu sidosryhmien lähetteellä, matalan kynnyksen konsultoinnin kautta tai asiakkaan omasta pyynnöstä.

Työkyvyn tiimien tukiprosessi käynnistyy useimmiten työttömien terveystarkastuksella tai sosiaalihuollon palvelutarpeen arviolla. Terveystarkastuksen toteuttamassa työttömän terveystarkastuksessa keskitytään henkilön terveyteen ja hyvinvointiin, elämäntilanteeseen ja elintapoihin sekä työnhakuun ja siihen vaikuttavaan työ- ja toimintakykyyn. Lääkäriä tarvitaan esimerkiksi silloin, jos halutaan työkyvyn tai kuntoutustarpeen arviointia.

Työkyvyn tuen tiimeissä keskitytään erityisesti asiakkaan jäljellä olevaan työkykyyn sekä omiin toiveisiin ja voimavaroihin. Työkyvyn tuen tiimien asiakkailta on usein useita työkyvyn ja työllistymisen haasteita, jotka vaativat monialaisia ja moniammatillisia ratkaisuja sekä sosiaalihuollon ammattihenkilön näkökulmaa. Mikäli työllistymisen esteeksi nousee sosiaalityön keinoin ratkaistava ongelma, tuo sosiaalihuollon ammattilainen tähän oman osaamisensa ja sosiaalihuollon keinovalikoiman. Työkyvyn tuen tiimi tekee yhdessä asiakkaan kanssa suunnitelman tarvittavasta tuesta ja palveluista. Tiimistä nimetään työttömälle asiakasvas- taava, joka koordinoi työkyvyn tuen suunnitelmassa sovittujen toimenpiteitten etenemistä.

Työkykyohjelmassa on pyritty kehittämään ensisijaisesti osatyökykyisten työttömien palvelukokonai- suuksia, joten yhteydet työterveyshuoltoon ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Hankkeissa on kuitenkin todettu, että joidenkin asiakkaiden palveluissa tarvittaisiin selkeämpiä asiakasohjauksen toimintamalleja myös työterveyshuollon ja sote-palveluiden välille, esimerkiksi silloin kun asiakas siirtyy työterveyshuol- losta julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin.

Työkyvyn ja työllistymisen tuen alueellisia toimintamalleja on laadittu yhteistyössä Tulevaisuuden sote- keskus -ohjelman ja hyvinvointialueiden toiminnan sisällölliseen kehittämiseen osallistuvien sidosryhmien (Kela, TE-toimisto, kunnat ja järjestöt) tahojen kanssa. Hankkeiden toimintaan on osallistunut kokemusasi- antuntijoita ja kehittäjäasiakkaita, myös asiakasraateja on pidetty.

Työkykyohjelman puitteissa käynnistynyt kehittämistyö jatkuu ja laajenee uusille alueille vuosina 2022– 2024 Suomen kestävä kasvun ohjelman (RRP) projekteissa yhteistyössä THL:n, Työterveyslaitoksen ja hy- vinvointialueiden kanssa. Ohjelmakaudella toimenpiteiden tarkoituksena on:

- rakentaa sosiaali- ja terveyskeskukseen työkyvyn tuen matalan kynnyksen palvelut varmistaen, että osatyökykyisten työttömien työkyvyn tuen tarve tunnistetaan oikea-aikaisesti. Tavoitteena on huo- lehtia siitä, että palvelut ja palvelupolut toimivat asiakaslähtöisesti.
- ottaa käyttöön laatuperusteinen tuetun työllistymisen työhönvalmennus osana sosiaalihuollon pal- veluita.
- vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden osaamista siten, että he tuntevat työkyvyn tuen palvelukokonaisuuden ja osaavat hyödyntää sitä asiakkaan parhaaksi.
- kehittää työttömien terveystarkastuksia ja työttömien ryhmäinterventiota.

Työ 2030 – Työn ja työhyvinvoinnin kehittämishankkeita

TYÖ2030-ohjelmassa kehitetään uudenlaisia toimintatapoja yhdessä työpaikkojen, toimialojen ja asiantuntijoiden kanssa sekä kannustetaan kokeiluihin. Sosiaali- ja terveysministeriö toteuttaa ohjelman yhteistyössä työ- ja elinkeinoministeriön sekä työmarkkinajärjestöjen ja muiden työelämän toimijoiden kanssa. Ohjelman operatiivisesta toteutuksesta vastaa TTL. Osana TYÖ2030-aluehankkeita kokeillaan esimerkiksi erilaisia työelämävalmentajien toimintamalleja. Työelämävalmentajat tarjoavat käytännön tukea työelämän kehittämiseen alueilla muun muassa valmentamalla työpaikkoja, aktivoimalla työelämän kehittämistä ja verkostoimalla alueen eri työelämätoimijoita.

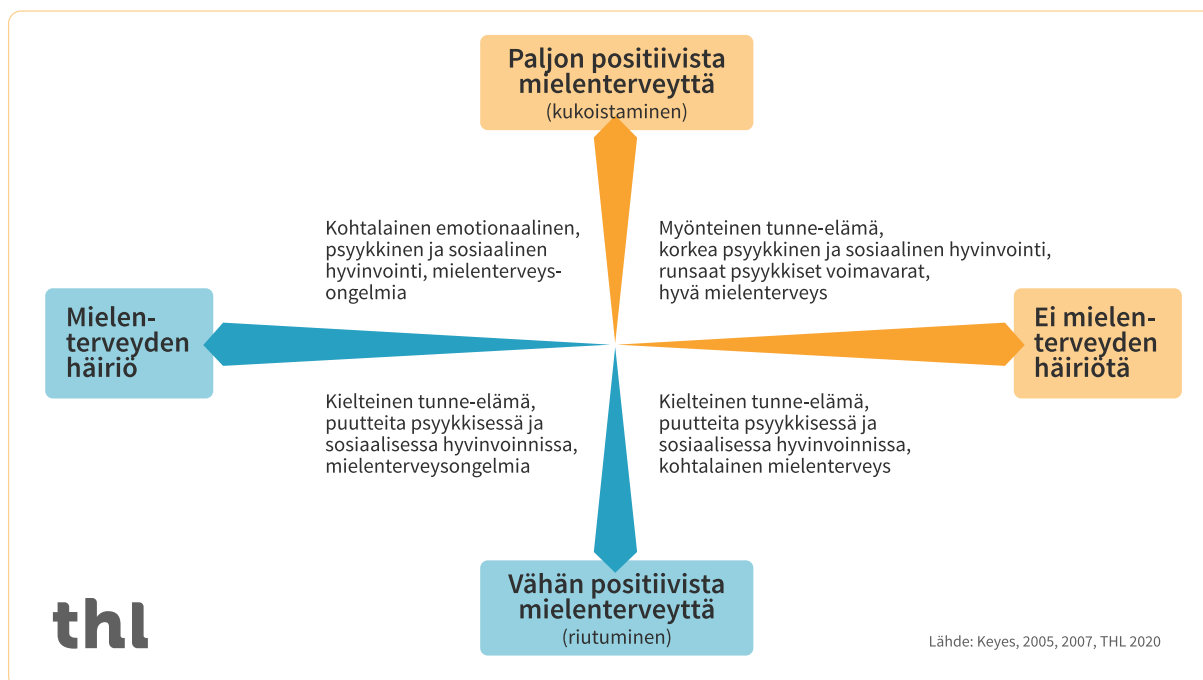
Mielenterveysstrategia antaa suuntaviivat pitkäjänteiselle kehittämistyölle

Kansallinen mielenterveysstrategia 2020–2030 sisältää useita työhön liittyviä toimenpiteitä (Vorma ym. 2020). Työ ja mielenterveys- näkökulma tulee esiin myös yhteistyössä muihin samanaikaisiin strategioihin tai ohjelmiin (kuvio 8.1). Mielenterveysongelmien ehkäisy ja hoito on keskeistä työkyvyn ylläpitämisen kannalta ja siten kaikissa työterveyshuollon palveluissa. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy alle 55-vuotiaalla Suomessa (ETK 2022). Ne ovat myös merkittävin sairauspäivärahopäiviä aiheuttava sairausryhmä alle 50-vuotiailla. Yleisimmin sairauspäivärahaa aiheuttavat tässä ryhmässä masennushäiriöt, muut mielialahäiriöt sekä ahdistuneisuushäiriöt. Nuorille naisille maksettujen ahdistuneisuushäiriöihin perustuvien päivärahopäivien määrä on vuodesta 2005 lähes viisinkertaistunut. (Blomgren ja Perhoniemi 2022.)



Kuvio 8.1. Mielenterveysstrategia sekä muut strategiat ja ohjelmat

Mielenterveysstrategia lähtee mielen terveyden käsitteestä, joka koostuu toisaalta mielen hyvinvoinnista, toisaalta mielen terveyden häiriöistä (Kuvio 8.2). Tämä näkemys on erityisen merkityksellinen työhön liittyvän mielen terveyden kannalta.



Kuvio 8.2. Positiivinen mielen terveys ja mielen terveyden häiriöt

Mielen hyvinvointi on vahvistettavissa oleva voimavara. Kun puhutaan mielen hyvinvoinnista, tarkoitetaan psyykkisiä voimavaroja, mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämään, toiveikkuutta, tyydytystä tuottavien sosiaalisten suhteiden olemassaoloa sekä myönteistä käsitystä omasta itsestä ja omista kehittymismahdollisuuksista. Mielen hyvinvointi on myös tärkeä työkyvyn kannalta, silloinkin kun ihminen on sairastunut mielen terveyden häiriöön. Työ voi olla merkittävä positiivista mielen terveyttä lisäävä tekijä. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastava henkilö voi kokea onnellisuutta, pystyvyyden tunnetta, työmotivaatiota ja läheisyyttä muihin ihmisiin. Toisaalta psykiatrisesti arvioituna terve, mutta työuupumuksesta kärsivä henkilö saattaa kokea olevansa onneton ja heikosti motivoitunut.

Mielen terveysstrategian toimeenpanon osana on toteutettu IPS-Sijoita ja valmenna! -kehittämishanke sekä Työelämän mielen terveysohjelma (Linnaranta ym. 2022). Suurin yksittäinen investointi mielen terveysstrategiasta on tehty Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kautta perustason palveluiden kehittämiseen.

IPS-Sijoita ja valmenna! -kehittämishanke tuo vaikuttavuutta työelämään kuntouttaviin mielen terveyspalveluihin

[IPS- Sijoita ja valmenna!](#) -kehittämishanke toteuttaa kansallisen mielen terveysstrategian työelämään kuntouttavien mielen terveyspalveluiden sisällöllistä ja toiminnallista uudistusta. THL:n koordinoiman IPS-kehittämishankkeen alueellisissa kokeiluissa on otettu käyttöön tutkimusnäyttöön ja kansainvälisiin laatuksiteereihin perustuva IPS-työhönvalmennus osana alueiden psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen palveluita. Tavoitteena on edistää mielen terveydenhäiriöihin sairastuneiden henkilöiden työmarkkinoille pääsyä, paluuta ja siellä pysymistä. THL tukee alueellisia kokeiluja IPS-toimintamallin käyttöönotossa ja toimeenpanossa, ja vastaa arviointitutkimuksesta, joka tuottaa tietoa toimeenpanon toteutuksesta, palvelun soveltuvuudesta asiakkaille sekä toiminnan tuloksellisuudesta ja vaikuttavuudesta. (Raivio ja Appelqvist-Schmidlechner 2020.)

Alueellisissa kokeiluissa mallinnetaan ne käytänteet, joilla tuetun työllistymisen näyttöön perustuva IPS-työhönvalmennus toteutuu psykiatriseen hoitoon ja kuntoutukseen integroituna palveluna. Kokeiluissa ei ole

aktiivisina toimijoina työterveyshuollon yksiköitä, joten toiminnan nivoutumista työterveyshuoltoon ei ole vielä toistaiseksi edistetty. Kokeilut ovat osoittaneet, että vakavankaan mielenterveyden häiriön ei tarvitse olla este työnteolle. Marraskuun 2022 lopussa kehittämishankkeen alueellisissa kokeiluissa IPS-työhönvalmennuksen oli aloittanut 597 yhteistyösopimuksen allekirjoittanutta asiakasta, joista työllistyneiden osuus vastaavana aikana oli 41 % (242 henkilöä). Toimintamallin kustannusten on osoitettu olevan samansuuntaisia muiden työllistymisen ja työhön kuntoutumisen tukipalveluiden kanssa, mutta toiminnan tuloksellisuuden kaksinkertainen verrokkipalveluihin nähden.

Työelämän mielenterveysohjelma – työkaluja työpaikoille mielenterveyden edistämiseen

[Työelämän mielenterveysohjelma](#) (2020–2022) oli osa mielenterveysstrategian toimeenpanoa ja sitä rahoitti sosiaali- ja terveysministeriö. Ohjelma koostui neljästä projektista, joista ensin käynnistyneessä Mielenterveyden keinot ja menetelmät -projektissa kehitettiin digitaalinen työkalupakki työpaikoille mielenterveyden tukemiseen. Työelämän mielenterveysohjelmassa kehitettiin työpaikkojen valmiutta tukea työntekijöiden mielenterveyttä ja kykyä hallita mielenterveyttä uhkaavia riskejä. (Linnaranta ym. 2022)

[Mielenterveyden tuen työkalupakki](#) tarjoaa yhdeksän tutkimusperustaista verkkopohjaista välinettä mielenterveyden edistämiseen. Ohjelman osana on tarjottu maksutonta mielenterveyteen liittyvää koulutusta näkökulmina esihenkilötyö, työpaikan muutosvalmius, työuran hallintaa tukeva vertaisryhmätoiminta sekä liikunta ja työ. Valmennuksiin on osallistunut noin 450 henkilöä. Toisessa ohjelman projektissa on tuotettu syksyllä 2022 julkaistu [työterveysyhteistyön toimintamalli](#).

Mallin tavoitteena on kehittää ennaltaehkäisevää otetta mielenterveyteen työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyössä. Lisäksi viestinnän keinoin tuetaan muutosta kohti toimintakulttuuria, jossa mielenterveyttä pyritään työpaikoilla systemaattisesti edistämään ongelmiin reagoimisen sijasta. Koko ohjelman toimintaa arvioidaan ohjelman aikana arviointiprojektissa.

Päihde- ja riippuvuusstrategia sekä ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma vahvistavat työterveyshuollon ja työpaikkojen ehkäisevää päihdetyötä

Päihteiden ja tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö sekä rahapelaaminen ja niistä aiheutuvat haitat ja ongelmat ovat keskeinen työikäisen väestön työkykyyn vaikuttava kansanterveysongelma. Tutkimuksissa alkoholin riskikäytön on havaittu liittyvän ennen aikaisten kuolemien lisäksi myös pitkiin sairauspoissaoloihin, työkyvyttömyyseläkkeisiin ja työttömyyteen (ks. esim. Kaila-Kangas 2016). Lisäksi on havaittu, että nuorena alkanut alkoholin haitallinen käyttö on yhteydessä merkittävään työelämästä syrjäytymiseen. Alkoholia ongelmallisesti käyttävien nuorten matala koulutustaso vaikeuttaa heidän pääsyään työelämään ja työelämässä pärjäämistä. (Paljärvi ym. 2015.)

Päihteiden käyttö on keskeinen syy tai osatekijä tapaturmiin niin töissä kuin kotona. Tilastojen valossa myös päihteiden käyttö ja väkivalta liittyvät toisiinsa. Runsas alkoholin käyttö esimerkiksi lisää lähisuhdeväkivallan riskiä ja vaikuttaa väkivallan uusiutumiseen, vakavuuteen ja seurauksiin (Piispa 2013). Se ei kuitenkaan yksinään aiheuta väkivaltaa eikä selitä sitä. Alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys on neljänneksi yleisin kuolemansyy työikäisillä Suomessa (Tilastokeskus 2022). Noin 80 % 45–64-vuotiaina alkoholisyytävistä kuolleista naisista ja miehistä oli ollut työssä 17 vuotta ennen kuolemaa. Osuus oli lähes yhtä suuri kuin muussa väestössä. (Paljärvi ym. 2014.) Huumausaineista johtuvien kuolemien kasvu on ollut viime vuosina merkittävää (Tilastokeskus 2022).

Päihde- ja riippuvuusstrategian tavoitteena on varmistaa, että työ on koordinoitua eri aihealueilla (Kotovirta ym. 2021). Strategian painopisteitä konkretisoidaan ja toimeenpannaan erillisillä aihealuekohtaisilla ohjelmilla, työryhmätyöskentelyllä sekä periaatepäätöksillä hallituskausittain sovittavin toimenpitein. Yhtenä tavoitteena on tukea mielenterveyden häiriöitä sekä päihde- ja riippuvuusongelmia kokevien oikeutta osallistua työhön ja opintoihin työkykynsä puitteissa. Tavoitteena on myös vahvistaa päihde- ja riippuvuusosaamista eri ammattialojen perus- ja täydennyskoulutuksessa, huomioiden tarve erityisesti peruspalveluissa.

Varmistettaessa tarpeenmukaiset, asiakaslähtöiset päihdepalvelut, niiden saavutettavuus ja saatavuus tarvi- taan myös työterveyshuoltopalvelut mukaan palveluiden yhteensovittamiseen, yhdenmukaisten palveluiden varmistamiseen ja haittojen vähentämisen toimiin.

Yhteistyössä työkykyohjelman kanssa pyritään asiakkaan työ- ja toimintakykyä arvioitaessa tunnistamaan palvelutarpeet ja rakentamaan palvelupolku. Palvelutarpeissa ja palvelupolussa huomioidaan päihteis- siin liittyvät näkökohdat ja huolehditaan palveluihin ja tarvittaessa kuntoutukseen ohjaamisesta, sekä varmista- taan tarvittavien palveluiden saatavuus. Lisäksi varmistetaan työkykyohjelman mukaisesti alueilla tehtävä yhteistyö Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus ohjelman -hankkeissa paikallisten päihde- ja riippuvuus- järjestöjen kanssa.

Strategian mukaisesti vahvistetaan työterveyshuollossa ja työpaikoilla tehtävää ehkäisevän päihdetyön toimien seuranta (ml. puhekeskiotto, mini-interventio sekä päihdeohjelmat). Lisäksi tehdään yhteistyötä Työ- elämän ja hyvän mielenterveyden toimenpideohjelman ja Työ2030 -ohjelman niiden hyvinvoinnin kehittä- miseen liittyvien hankkeiden kanssa, joihin sisältyy päihdeohjelmaan kytkeytyviä teemoja ja toimenpiteitä.

Ehkäisevä päihdetyö kunnissa 2020-kyselyn mukaan kuntien työ painottuu vahvasti lapsiin ja nuoriin. Työkäisille suunnattua aktiivista ehkäisevää päihdetyötä ilmoitti tekevänsä ainoastaan reilu neljäsosa (28 %) vastanneista kunnista. (Warpenius & Markkula 2020.) Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman väliarvioin- nissa (Markkula ym. 2021) havaittiin tarve varhaisen tunnistamisen ja tuen tehostamiseen eri palveluissa. Esimerkiksi mini-intervention edistämiseksi on tarpeen varmistaa, että palveluketjut riskikäytön ja ongel- mien tunnistamisesta tuen kautta tarvittaessa hoitoon ovat sujuvia eri palveluissa, myös työterveyshuollossa sekä työttömien palveluissa.

Yhteistyössä Työkykyohjelman kanssa vahvistetaan päihdeiden käyttöön liittyvää varhaista tunnistamista ja tuen piiriin ohjausta, silloin kun palvelujärjestelmässä ja asiakas- ja palveluohjauksessa tunnistetaan pal- velutarpeet sekä kun arvioidaan asiakkaan työ- ja toimintakykyä. Vastaavasti Ohjaamoiden palveluissa on tarvetta yhteistyössä systemaattisesti kehittää päihdeiden ja riippuvuuksien varhaista tunnistamista, puheek- sioittoa ja tuen piiriin ohjausta. Edelleen on tarvetta vahvistaa Savuton työpaikka -toimintamallin käyttöä sekä kannustaa työpaikkoja laajentamaan päihdeohjelmiaan niin, että ne sisältävät savuttomuuden edistämisen, vieroituksen ja rahapeliongelmiin ehkäisyyn. Osana Työelämän mielenterveysohjelmaa Työterveyslaitos tuotti päihdeohjelmatyökulun (ks. hyvatyo.ttl.fi/mielityo/tyokalut/paihdeohjelmatyokalu), joka tukee laaja- alaisten päihdeohjelmien tekoa työpaikoilla.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden sisällöllinen kehittäminen osana Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmaa koskee myös työkäisiä

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan toimintaa, joka pyrkii ehkäisemään, lievittämään ja hoitamaan mielen- terveyden häiriöitä ja niiden seurauksia. Palveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta ja psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus.

Hyvinvointialueen tulee huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana perustervey- denhuoltoa ja erikoissairaanhoidtoa sekä osana sosiaalihuoltoa (Mielenterveyslaki 3 §, (8.7.2022/583). Mie- lenterveyspalvelujärjestelmän toiminnan suunnittelu ja toimintojen työnjako perus- ja erityistason välillä on ohjeistettu suosituksessa Yhtenäiset perusteet kiireettömälle hoidolle, joka päivitettiin viimeksi 2019.

Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan terveysasemien lääkäri- tai hoitajavastaan- ottoja sekä terveysasemilla toimivia mielenterveystyön ammattilaisia tai mielenterveys- ja päihdetyön tii- mejä. Muita perusterveydenhuoltoon verrattavia perustason palveluja aikuisille ovat muun muassa opiskelu- huollon palvelut, Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö (YTHS) sekä julkinen tai yksityinen työterveyshuolto.

Työkäisten mielenterveyspalveluiden integroimiseksi ja asiakaskeskeisyyden lisäämiseksi on keskeistä parantaa niin asiakkaan kuin tiedon siirtymistä eri toimijoiden välillä ja toimijoiden yhteistyötä. Tämä koros- tuu erityisesti työnantajan vaihtuessa, työkyvyn vaarantuessa tai työttömyyden ja työllisyyden vaihtuessa, jotka muodostavat riskikohdan mielenterveyden kannalta.

[Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023-ohjelmassa](#) (STM 2020b) kehitetään perustason so- siaali- ja terveyspalveluja. Ohjelmassa tuetaan valtionavustuksilla hyvinvointialueita valmistelevaan ja otta- maan käyttöön uudenlainen, laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus, jossa hyödynnetään uudenlaista työnja- koa, tarjotaan eri ammattilaisten ja erityistason konsultaatioita sekä hyödynnetään digitalisointia.

Ohjelmalla on viisi tavoitetta:

1. Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen
2. Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön
3. Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen
4. Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen
5. Kustannusten nousun hillitseminen

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelmassa painotetaan mielenterveyspalveluiden kehittämistä ja noin kolmasosa ohjelman rahoituksesta tulee mielenterveysstrategiasta (Linnaranta ym. 2022).

Ohjelmassa perustason mielenterveys- ja päihdepalveluita kehitetään osana perustason palvelukokonaisuutta erillisen kehittämisohjelman sijaan. Kokonaisuuden kehittämisellä pyritään seuraaviin tavoitteisiin:

- Kehittämisessä vahvistetaan yhteistyökäytäntöjä, joilla erikoissairaanhoidon tukee perustason palveluja sosiaali- ja terveyskeskuksissa. Tällä nopeutetaan avun saamista matalalla kynnyksellä, välitetään lähetekäytännöistä johtuvia viiveitä ja pyritään kokonaisresurssitarpeen vähentämiseen
- Sosiaalihuollon mielenterveys- ja päihdepalvelut huomioidaan asiakkaan hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja arjen sujumisen tukena, niin yksilölle kuin perheelle.
- Parannetaan mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vuoksi hoidossa olevien henkilöiden somaattisen terveydenhuollon toteutumista
- Parannetaan somaattisten sairauksien vuoksi hoidossa olevien mielenterveyspalvelujen toteutumista.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen painottuu erityisesti niissä osa-alueissa, joissa parannetaan palveluiden saatavuutta ja hoitoon pääsyä sekä otetaan käyttöön perustasolla psykososiaalisia menetelmiä kaikille ikäryhmille.

MENTUPP -hanke – EU-tasoista kehittämistä ja tutkimustyötä työntekijöiden masennuksen ja itsemurhariskin vähentämiseksi

THL on osallistunut työyhteisöjen mielenterveyden edistämiseen liittyvään EU-hankkeeseen, nimeltään [MENTUPP](#), jota rahoitetaan Horizon 2020 -ohjelmasta. MENTUPP-hankkeen ensisijaisena tavoitteena on edistää mielenterveyttä ja ehkäistä häiriöitä työpaikoilla kehittämällä, toteuttamalla ja arvioimalla monitasoisia interventioita. Interventio kohdistuu pieniin ja keskisuuriin yrityksiin rakennus-, terveys- ja ICT-sektoreilla. Intervention tavoitteena on vähentää työntekijöiden masennusta ja itsemurhariskiä. MENTUPP-hankkeessa on kehitetty erilaisia digitaalisia materiaaleja, joiden käyttöä ja vaikutuksia arvioidaan tutkimuksessa, jossa on koe- ja verrokkiryhmät. Koeryhmän käyttämä materiaali sisältää harjoituksia, tietokilpailuja, videoita ja informaatiota mielenterveydestä. Materiaalit soveltuvat arjen työelämän tukemiseen ja ne ovat saatavilla usealla eri kielellä, mm. suomi, englanti ja saksa.

Kuntoutuksen uudistaminen

Kuntoutuksen uudistamiskomitea (STM 2017b) on esittänyt, että työterveyshuollon tehtävää työntekijän työssä selviytymisen seurannassa ja edistämässä vahvistetaan sekä työterveyshuollon sisältöä selkiytetään. Työkyvyn ylläpitämisessä keskeinen rooli on työterveyshuollolla, joka toimii kuntoutuksen yleisen toimintamallin mukaisena prosessivastuutahona. Työterveyshuollon tulee ohjata henkilö tarvittaessa kuntoutukseen ja toimia yhteistyössä työpaikan ja kuntoutuspalveluja järjestävien ja tuottavien kanssa kuntoutuksen aikana ja siinä vaiheessa, kun henkilö palaa työhön. Työterveyshuollolla on kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksen mukaan parhaat mahdollisuudet kuntoutujan kokonaisvaltaiseen työ- ja toimintakyvyn tukemiseen myös vakuutuslaitosten ammatillisen kuntoutuksen prosesseissa. Tämä edellyttää jatkuvuutta myös työterveyshuollon sairaanhoidon palveluissa.

Työterveyshuollolla tulee komitean ehdotuksen (STM 2017b) mukaan olla vastuullinen asiakasohjausmalli työntekijöiden työssä selviytymisen seurantaan ja edistämiseen sekä kuntoutukseen ohjaamiseen, jotta kuntoutusprosessi alkaisi oikea-aikaisesti ja monialainen yhteistyö sekä palveluiden yhteensovittaminen

toteutuisi. Jotta prosessilla olisi aktiivinen vastuhenkilö, työterveyshuoltoon nimetään kuntoutujan tueksi työkykykoordinaattori. Vastuuhenkilön tehtäviin kuuluu myös työhön paluun suunnittelu sekä aktiivinen rooli työpaikalla toteutettavien kuntoutustoimenpiteiden osalta. Asiakkaasta ja hänen tarpeistaan riippuen, työkykykoordinaattorina voi toimia työterveyslääkäri, työterveyshoitaja, työfysioterapeutti, työterveyspsykologi tai sosiaalialan asiantuntija.

Kuntouksen uudistamiskomitean muita ehdotuksia ovat mm. työfysioterapeuttien roolin vahvistaminen. Komitea esitti myös mm. ehdotuksia eri toimijoiden tehtävistä työterveyshuollon ulkopuolella olevien kuntoutusprosessista.

Valtakunnallisista lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen perusteista laaditun oppaan tavoitteena on yhtenäistää kuntoutukseen ohjaamista, selkeyttää ja yhtenäistää käytäntöjä ja kuntoutuksen vastuunjakoja sekä tukea kuntoutuksen suunnittelua ja ohjata oikea-aikaisen kuntoutuksen järjestämisessä (STM 2022). Oppaassa saumattoman ja toinen toisensa roolin tuntemiseen perustuvan yhteistyön eri toimijoiden ja asianosaisten välillä todetaan olevan erityisen tärkeää siirtymä- tai nivelvaiheissa, joilla tarkoitetaan muutosta elämäntilanteesta tai elinpiirissä tai kuntoutusprosessin yhteydessä muutosta hoitovastuussa, kuntoutuksen järjestäjässä, palveluntuottajassa tai kouluasteelta toiselle siirryttäessä. Tällöin kuntoutujan kokonaistilanteen hahmottamisessa voidaan tarvita monia toimijoita, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon, työterveyshuollon, koulutuksen, työhallinnon ja sosiaalivakuutuksen asiantuntijoita, kuntoutuksen asiantuntijoiden tukena. Oppaassa todetaan, että työkyvyn arviointi kuuluu työterveyshuollossa jokaisen potilaan kohtaamiseen sekä terveystarkastuksissa että sairaanhoidossa. Arvioinnissa huomioidaan myös lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen tarve pidemmällä tähtäimellä. Oppaassa muistutetaan, että työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi kuuluu lakisääteiseen työterveyshuoltoon, eikä siis edellytetä, että työterveyshuoltosopimukseen sisältyisi laajempaa sairaanhoitoa.

Strategia- ja ohjelmatyön keskinäiset yhteydet ja hankkeissa kehitettyjen hyvien toimintamallien laaja soveltaminen

Työ- ja toimintakyvyn edistäminen on ollut monipuolisesti esillä viimeaikaisessa strategia- ja ohjelmatyössä ja näiden puitteissa toteutetuissa hankkeissa. Strategia- ja ohjelmatyön tavoitteita ei ole koottu yhteen niin, että voitaisiin arvioida, miten kehitettyjä toimintamalleja voidaan soveltaa laajasti työterveyshuollon kokonaisuudessa sekä integroitaessa työterveyshuollon palveluja toiminnallisesti työikäisten palvelukokonaisuuteen. Painopiste on ollut lakisääteisessä työterveyshuollossa, missä työkyky on toiminnan keskiössä. Uusien toimintakäytäntöjen käyttöönottoa ja edistämistä myös työterveyshuollon sairaanhoidossa ei ole laajemmin huomioitu.

Lähteet

- Blomgren J, Perhoniemi R. (2022) Mielenterveyden häiriöihin perustuvien sairauspäivärahopäivien määrä kasvaa taas. *Kelan tutkimusblogi* 10.5.2022. <https://tutkimusblogi.kela.fi/artikisto/6636>
- ETK (2022). Suomen työeläkkeensaajat (SVT). <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/tyoelakkeensaajat/>
- Hakulinen H, Kangas P, Pesonen S. (toim) (2020). Yhteistyöllä toimivampi työikäisten terveydenhuolto - TYÖKE - Verkostoilla tehoa SOTEen, työkyvyn tukeen ja työikäisten terveyteen -hankkeen loppuraportti. Työterveyslaitos, <https://urn.fi/URN:ISBN:9789522619211>
- Kaila-Kangas L (toim.). (2016). Alkoholi ja työkyky suomalaisten väestöaineistojen valossa. Työterveyslaitos: Tampere. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-642-5>
- Kotovirta E, Markkula J, Pajula M, Paavola M, Honkanen R, Tuominen I. (2021). Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17.
- Linnaranta O, Strand T, Suvisaari J, Partonen T, Solin P. (2022). Mielenterveysstrategia 2020–2030 – toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto. THL Työpaperi 55/2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-990-0>
- Markkula J, Rapeli S, Kemppainen J, Kotovirta E. (2021). Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Väliarviointi ja jatkossa tehostettavat toimet vuoteen 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:13. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9887-2>
- Paljärvi T, Martikainen P, Leinonen T, Pensola T, Mäkelä P (2014). Non-employment histories of middle-aged men and women who died from alcohol-related causes: a longitudinal retrospective study. *PLoS ONE* 9(5): e98620.
- Paljärvi T, Martikainen P, Pensola T, Leinonen T, Herttua K, Mäkelä P. (2015). Life course trajectories of labour market participation among young adults who experienced severe alcohol-related health outcomes: a retrospective cohort study. *PLoS ONE* 10(5):e126215.
- Piispa M. (2013). Parisuhdeväkivalta ja alkoholi: uhrin vai tekijän ongelma? Teoksessa Warpenius K, Tigerstedt C, Holmila M. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. THL, Teema 14/2013.
- Raivio H, Appelqvist-Schmidlechner K. (2020). IPS – Sijoita ja valmenna! -kehittämishanke. Ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:12. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9870-4>
- STM (2017a). Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveys 2025 – yhteistyöllä työkykyä ja terveyttä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3799-4>
- STM (2017b). Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>
- STM (2020a). Työkykyohjelma 2020–2022: Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:11, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9866-7>
- STM (2020b). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:27. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5655-1>
- STM (2022). Valtakunnalliset lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen perusteet 2022 Opas terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille ja kuntoutuksen parissa työskenteleville. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5423-6>
- Tilastokeskus (2022). Kuolemansyyt 2021. <https://stat.fi/tilasto/ksyyt>
- Vorma H, Rotko T, Larivaara M, Kosloff A (toim.) (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>
- Vähätalo L, Siukola A, Atkins S, Reho T, Sumanen M, Viljamaa M, Sauni R. (2022). Cooperation between Public Primary Health Care and Occupational Health Care Professionals in Work Ability-Related Health Issues. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 11916. <https://doi.org/10.3390/ijerph191911916>
- Warpenius K, Markkula J. (2020). Ehkäisevän päihdetyön sisällöt, toimet ja seuranta kunnissa – vuoden 2020 kuntakyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 25/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

9 Avoterveydenhuollon palvelujen käytön oikeudenmukaisuus ja koetun palvelujen tarpeen tyydyttyminen väestötutkimustiedon perusteella

Anna-Mari Aalto, Päivi Koponen, Hannamaria Kuusio, Lien Nguyen

- Itse koetut palvelutarpeet ovat yleisempiä työttömillä ja eläkeläisillä, jotka ovat ensi sijassa julkisen sektorin terveystarpeiden varassa, työterveyshuollossa asioivilla on vähemmän palvelutarpeita.
- Suurituloiset käyttävät tarpeeseensa nähden enemmän avoterveydenhuollon palveluita, mikä johtuu pääosin suuremmasta työterveyshuollon ja yksityispalvelujen käytöstä.
- Palvelujen riittävyys, saatavuus, saavutettavuus, hoidon jatkuvuus ja positiiviset asiakaskokemukset toteutuvat paremmin työterveyshuollossa kuin terveyskeskuksissa.

Taustaa

Suomessa on kansainvälisesti katsoen korkeatasoiset, palvelujen käyttöä koskevat rekisteriaineistot. Niistä kuitenkin kertyy tietoa vain siitä väestönosasta, joka on palvelujen piirissä. Rekisteritietoihin kertyy myös tietoa palvelutarpeesta vain niiden terveysongelmien osalta, jotka ovat vaatineet hoitoa tai ovat oikeuttaneet esimerkiksi Kela-korvattavaan lääkitykseen. Lievemmistä terveysongelmista rekisterit eivät kerro. Lievemmät terveysongelmat, kuten koetut oireet, ovat kuitenkin usein lähtökohtana avoterveydenhuollon palveluihin hakeutumiselle. Lievempien ongelmien huomioiminen palvelun tarvetekijänä on tärkeää myös riittävän varhaisen puuttumisen näkökulmasta, jotta ongelmat eivät pahenisi ja aiheuttaisi korkeita terveydenhuollon kustannuksia myöhemmin. Esimerkiksi huonoksi koetun terveydentilan on todettu ennustavan sairastavuutta ja kuolleisuutta riippumatta objektiivisesti todennetuista riskitekijöistä (Idler ja Benyamini 1997, Mutz ja Lewis 2022).

Väestötutkimustietojen perusteella voidaan vertailla eri palvelujen asiakasrakennetta sekä sitä, miten hyvin palvelujen käyttö kohdentuu palvelutarpeen mukaisesti. Tyydyttymätön palvelutarve, eli tilanne, jossa tarvittuja palveluita ei saada tai niitä ei saada riittävästi, on muun muassa kansainvälisissä terveydenhuoltojärjestelmien vertailuissa yleisesti käytetty indikaattori (OECD 2019). Tämä yksilön omaan arvioon perustuva tieto on kerättävissä vain edustavista väestötutkimuksista (Allin ym. 2010).

Väestötutkimukset tuottavat vertailukelpoista tietoa eri terveydenhuollon sektoreiden asiakaskokemuksista. Suomessa yhdenmukaista asiakaskokemustiedon keruuta kehitetään mm. esikoissairaanhoidon laatu- ja rekisterihankkeissa. Lisäksi THL toteuttaa julkisissa terveystarpeissa (mm. terveysasemat) asiakaspalautteiden kahden-kolmen vuoden välein. Työterveyslaitoksen toteuttamissa työterveyshuolto- ja palvelu- ja kartoitettu myös asiakastyytyväisyyttä yksittäisten työntekijöiden kokemuksina niin, että kyselyyn vastanneet työterveyshuoltoyksiköt ovat ilmoittaneet kuinka suuri osuus henkilöasiakkaista oli hyvin tai erittäin tyytyväisiä työterveyshuollon toimintaan kokonaisuutena (Takala ym. 2019). Vertailukelpoista, sekä julkiset että yksityiset palveluntuottajat kattavaa perusterveydenhuollon asiakaskokemusmittaristoa ei kuitenkaan ole käytettävissä, vaan tieto perustuu väestötutkimuksiin.

Suomessa on pitkä terveys- ja hyvinvointiaiheisten väestötutkimusten perinne. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa sekä palvelujen käyttöä on seurattu kysely- ja haastattelumenetelmin jo 1960-luvulta lähtien. Mini-Suomi-tutkimuksen pohjautuen ja perustuen myös sitä aiempiin Kelan tutkimuksiin, Kansanterveyslaitos (sitemmin THL) on toteuttanut terveystarkastus- ja kyselytutkimusten sarjaa (Terveys 2000, Terveys

2011, Terveys 2017). Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimus on alun perin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskukseen (Stakes) hyvinvointiin ja palvelujen käyttöön kohdistuva kyselytutkimus, jonka aineistoja on kerätty vuosilta 2004, 2006, 2009 ja 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen aikuisväestöön kohdistuvassa Aikuisväestön terveys, hyvinvointi ja palvelut (ATH) -tutkimuksessa on tarkasteltu terveyttä ja hyvinvointia ja niitä edistäviä tekijöitä sekä palvelujen käyttöä kansallisesti edustaviin otoksiin perustuen. Vuodesta 2017 lähtien tutkimus on toteutettu FinSote -kyselytutkimuksena ja samalla otospohjaa laajennettiin maakuntatasoiseksi tuolloin vielä suunnitteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen arviointia ja seuranta varten. Samalla kyselyssä vahvistettiin palvelujärjestelmää koskevaa kysymysosiota. Näiden tutkimusten perinnettä jatkaa vuosina 2021–2022 toteutettava TerveSuomi -tutkimus, josta ensimmäisiä tuloksia hyvinvointialueittain tarkasteltuna saadaan keväällä 2023.

Suomessa on lisäksi toteutettu erillistiedonkeruita eräistä vähemmistöryhmistä kuten maahan muuttaneista ja romaneista. Koko väestöä koskevissa tutkimuksissa otoskoko jää näiden ryhmien osalta hyvin pieneksi. Lisäksi heidän tavoittamisensa tutkimukseen edellyttää usein erillistoimia. Maahan muuttaneille suunnattuja väestötutkimuksia ovat olleet mm. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi -tutkimus (Castaneda ym 2012), Ulkomaalaistaustaisten terveys- ja hyvinvointi Suomessa (UTH, Nieminen ym. 2015), Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa 2018–2019 (FinMonik, Kuusio ym. 2020) ja parhaillaan toteutettava MoniSuomi (2022–2023). Romanien hyvinvointitutkimus ”Roosa” toteutettiin vuonna 2018 yhteistyössä Suomen romaniväestön kanssa (Weiste-Paakkanen ym. 2018). Nämä väestötutkimukset on pääasiassa toteutettu siten, että vertailutieto koko väestöön säilyy sekä indikaattorien, otannan että tiedonkeruutavan osalta.

Tässä luvussa tarkastellaan koettuja palvelutarpeita, avoterveydenhuollon eri sektoreiden palvelujen käyttöä ja palvelujen riittävyyttä sekä avoterveydenhuollon asiakaskokemuksia edellä kuvattujen väestötutkimusten pohjalta. Tarkastelunäkökulmina on mahdollisuuksien mukaan ajallinen kehitys ja sosiodemografiset erot ilmiöiden ja kokemusten yleisyydessä. Sosiodemografisia eroja tarkastellaan erityisesti työmarkkina-aseman, sekä siihen läheisesti liittyvien tekijöiden, kuten ikä ja koulutus, mukaisesti. Lisäksi ilmiöitä ja kokemuksia tarkastellaan mahdollisuuksien mukaan myös työikäisten käyttämien avoterveydenhuollon sektoreiden (terveysasema, yksityisektori, työterveyshuolto ja sairaalan poliklinikka) mukaan. Palvelusektorin mukaisessa tarkastelussa on kuitenkin huomioitava, että työterveyshuollon käytössä ei väestötutkimustiedon perusteella voida erottaa lakisäateistä työterveyshuoltoon liittyviä käyntejä ja työterveyshuollon sairaanhoitoon liittyviä käyntejä (kts. luku 1 ja 2). Tietoja esitetään mahdollisuuksien mukaan myös vähemmistöistä, kuten maahan muuttaneista ja Suomen romaneista. Tiedot perustuvat pääasiassa THL:n väestöaineistoista tehtyihin tutkimusjulkaisuihin, joita on täydennetty mahdollisuuksien mukaan tätä selvitystä varten tehdyillä täydentävillä analyysillä tuoreimmista aineistoista.

Palvelutarpeet yleisempiä ikääntyneillä, vähemmän koulutetuilla ja työttömillä, palvelujen käyttö taas yleisempää parempituloisilla

Väestötutkimuksissa palvelujen tarvetta voidaan tarkastella palvelutarpeita aiheuttavien fyysisten tai psyykkisten terveysongelmien esiintyvyytenä. Taulukossa 9.1 on esitetty terveysongelmia ja työkyvyttömyyttä kokeneiden osuuksia eri väestötutkimuksissa.

Työikäisillä pitkäaikaissairaiden ja terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi kokeneiden osuudet ovat eri tutkimuksissa hieman vaihdelleet (taulukko 9.1). Tähän vaikuttaa myös se, että tulokset on raportoitu eri ikärajauskein. Mielenterveysongelmien yleisyys vaihtelee käytetyn arviointimenetelmän mukaan. Samallakin mittarilla (Mental health Index, MHI-5, Berwick ym 1991) arvioitua psyykkistä kuormittuneisuutta kokeneiden osuus on vaihdellut eri tutkimuksissa seitsemästä 19 %:iin. Vakava masennusjakso oli ollut 4–8 %:lla työikäisistä vuonna 2000 ja suunnilleen yhtä moni ilmoitti vuonna 2017, että lääkäri oli todennut tai hoitanut hänellä masennusta viimeisten 12 kuukauden aikana. Noin viidennes työikäisistä on arvioinut olevansa osittain tai täysin työkyvyttömiä. (Taulukko 9.1).

Sekä pitkäaikaissairastavuudessa että koetussa terveydessä on todettu selviä koulutusryhmittäisiä eroja siten, että heikommin koulutetuilla terveydentilaan liittyviä ongelmia on ollut enemmän kuin korkeasti koulutetuilla (Martelin ym. 2002, Koskinen ym. 2018b). Koetun terveydentilan kehitystä on seurattu 1970–80-

luvun vaihteesta vuoteen 2014 Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen -aineiston valossa. Tällä ajanjaksolla suhteelliset koulutuksen mukaiset erot ovat pysyneet suurina, vaikka erot kaventuivat jonkin verran 1980-luvulta 1990-luvulle siirryttäessä (Lahelma ym. 2017). Psykkisessä oireilussa koulutuserot eivät näyttäytyneet yhtä selvästi ja johdonmukaisesti. Suomen romanien hyvinvointitutkimuksessa (Roosa) romaniväestöön kuuluvien koettu terveys oli heikompi koko väestöön verrattuna (Weiste-Paakkanen ym. 2018).

Taulukko 9.1. Terveysongelmien ja rajoittuneen työkyvyn esiintyvyys työikäisessä väestössä THL:n väestötutkimuksissa

	Terveys 2000 30–64-vuotiaat (Aromaa ja Koskinen 2002)	Terveys 2017 30–64-vuotiaat (Koponen ym. 2018*)	FinSote 2020 20–54-vuotiaat (Parikka ym. Ter- veytemme.fi)	FinMonik 2018– 2019 20–64-vuotiaat (Kuusio ym. 2020, ja Terveitemme.fi)
Pitkäaikainen sairaus	Miehet 43 % Naiset 45 %	Miehet 44 % Naiset 48 %	Miehet 37 % Naiset 46 %	Miehet 31 % Naiset 39 %
Koettu terveys keskinkertainen tai huonompi	Miehet 33 % Naiset 29 %	Miehet 32 % Naiset 29 %	Miehet 29 % Naiset 30 %	Miehet 33 % Naiset 37 %
Psyykkinen kuormittuneisuus (MHI-5)	(eri mittari)	Miehet 7 % Naiset 9 %	Miehet 17 % Naiset 19 %	Miehet 18 % Naiset 17 %
Lääkärin toteama tai hoitama masennus	CIDI haastattelussa to- dettu vakava masennus Miehet 4 % Naiset 8 %	12 kk aikana, itse raportoitu Miehet 6 % Naiset 8 %	(ei kysytty/ raportoitu)	(ei kysytty/ raportoitu)
Osittain tai täysin työkyvytön	Miehet 20 % Naiset 19 %	Miehet 19 % Naiset 20 %	Heikentynyt työkyky (enintään 7/10 pistettä) Miehet 24 % Naiset 25 %	Miehet 12 % Naiset 17 %

* raportoitu 10 v ikäluokituksella ja 30+, 30–64 v ikäryhmässä aiemmin julkaisematon tulos

Työmarkkinatilanteen mukaisia eroja terveydentilassa ja sairastavuudessa on raportoitu väestötutkimuksissa harvemmin. Työllisyyden ja terveyden välinen suhde on monimutkainen pitäen sisällään sekä terveydentilan perusteella valikoitumisen työttömäksi tai ennenaikaiselle eläkkeelle sekä toisaalta työttömäksi jäämisen seurausvaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin (esim. Korpi ym. 2001). Palvelutarpeiden näkökulmasta kysymys valikoitumisesta tai seurausvaikutuksista ei ole niin olennainen, kun tarkastellaan, missä väestöryhmissä palvelutarpeita esiintyy ja mihin ryhmiin palveluja siten tulisi kohdistaa.

Työmarkkinatilanne liittyy myös läheisesti siihen, mitä avoterveydenhuollon palveluja eri asemassa olevilla ihmisillä on käytettävissä, joten se selittää myös pitkälti eri sektoreiden eroja asiakasrakenteessa (ks. luku 4). Työikäisten joukossa (20–64-vuotiaat) pääasiallisesti terveysasemilla asioivista pitkäaikainen sairaus oli noin 40 %:lla, kun yksityissektorilla tai työterveysluollossa asioivista pitkäaikainen sairaus oli joka neljännellä. Psykkisestä rasittuneisuutta raportoiti terveysasemilla asioivista 64 %, yksityissektorilla ja työterveysasemilla asioivista 54 % (Aalto ym 2023). Eri sektoreiden välisten asiakasrakenteen erojen tarkastelussa on kuitenkin huomioitava se, että työelämän ulkopuolella olevien työikäisten lisäksi julkisten avoterveydenhuollon palvelujen varassa ovat myös lapset ja nuoret, sekä erityisesti eläkeläiset, joilla palvelutarpeet yleistyvät. Vuonna 2020 55–74 vuotta täyttäneistä pitkäaikainen sairaus oli 62 % ja 75 vuotta täyttäneistä jo noin 80 % (Parikka ym. 2020, Terveitemme.fi). Suurten ikäluokkien ikääntyessä erityisesti ikääntyvän väestön palvelutarpeet tulevat edelleen kasvamaan.

Avoterveydenhuollon käyntimäärät lisääntyivät 1960-luvulta 1990-luvulle kaikissa ikäryhmissä. Käynnit lisääntyivät pääasiassa terveyskeskuksissa, mikä liittyy todennäköisesti 1990-luvulla toteutetun

omalääkärijärjestelmän yleistymiseen (Arinen ym 1998). Työterveyshuollon palvelujen käytön yleistyminen suhteessa terveyskeskuskäynteihin tulee esille väestötutkimusaineistoissa vuosituhannen vaihteessa. Kun vuonna 1996 työterveyshuollon käyntejä oli noin 10 % käynneistä, vuonna 2000/2001 työterveyshuollon käynnit olivat noin 18 % kaikista käynneistä. Terveyskeskuskäyntien osuus laski samassa ajassa noin 45 prosentista noin 40 %:iin. (Häkkinen ja Alha 2006). Vuoden 2018 FinSote -aineistossa koko väestössä lääkärikäyntejä työterveyshuollossa oli kaikista lääkärikäynneistä 15 % ja terveyskeskuksissa 41 %, työikäisessä väestössä (20–64-vuotiaat) osuudet olivat vastaavasti 32 % työterveyshuollossa ja 29 % terveyskeskuksissa (lähde: erillinen analyysi tähän julkaisuun). Myös työterveyshuollon lääkäripalveluja 12 kuukauden aikana käyttäneiden osuus ja ensisijaisesti työterveyslääkärille lääkäripalveluja tarvitsevien osuudet ovat kasvaneet (taulukko 9.2).

Taulukko 9.2. Työterveyshuollon palvelujen käyttö THL:n väestötutkimuksissa

	Terveys 2000 ikä 30+ (Häkkinen ja Alha 2006)	Terveys 2011 (Koskinen ym. 2012)	FinTerveys 2017 30–64-vuotiaat (Koponen ym. 2018*)	FinSote 2020 20–54-vuotiaat (Parikka ym. Terveystemme.fi)	FinMonik 2018– 2019 20–64-vuotiaat (Kuusio ym. 2020, ja Terveystemme.fi)
Hakeutuu ensisijaisesti työterveyslääkärille	30 + Miehet 22 % Naiset 20 % 35–54 v 32 %	30–64 v Miehet 56 % Naiset 46 %	Rajaus työssä olevista Miehet 59 % Naiset 59 %	(ei kysytty/raportoitu)	(ei kysytty/raportoitu)
Työterveyshuollon lääkäripalveluja käyttäneet (vähintään 1 käynti 12 kk aikana)	30–64 v Miehet 25 % Naiset 28 %	30–64 v Miehet 33 % Naiset 37 %	(ei kysytty/raportoitu)	(ei kysytty/raportoitu)	Lääkäri tai hoitaja Miehet 32 % Naiset 30 %

* raportoitu 10 v ikäluokituksella ja 30+, 30–64 v ikäryhmässä julkaisematon tulos

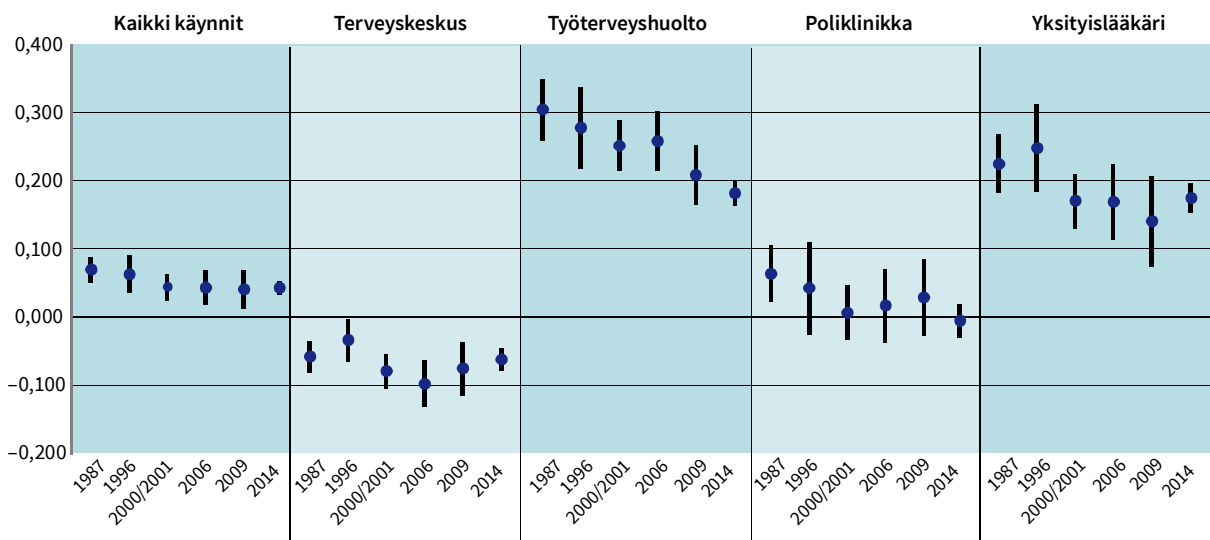
Sosioekonomisena indikaattorina avoterveydenhuollon palvelujen käytön tarkastelussa on käytetty koulutusta ja tuloja. Tuloluokittain tarkasteltuna käynnit ovat jakautuneet suhteellisen tasaisesti 1980-luvun lopulta vuosituhannen vaihteeseen (Arinen 1998, Häkkinen ja Alha 2006). Vuoden 2009 HYPY-aineistossa lääkäriässä käyneitä oli vähiten kahdessa alimmassa tuloluokassa (Klavus 2010). Vuoden 2013 HYPY-kyselyssä useimmiten lääkäriässä olivat käyneet ylimpään tuloluokkaan kuuluneet (Nguyen ja Seppälä 2014). Terveyskeskuslääkärillä asiointi oli yleisempää alemmissä tuloluokissa, kun taas työterveys- ja yksityislääkäripalveluja käyttivät useammin suurituloiset (Klavus 2010, Nguyen ja Seppälä 2014). Työterveyslääkärille hakeutuivat muita useammin naimisissa olevat, ylimpään koulutus- ja tuloluokkaan kuuluvat sekä silloisessa HUS-piirissä asuvat (Häkkinen ja Alho 2006).

Koska sairastavuus kasautuu kuitenkin heikommassa sosiaalisessa sosioekonomisessa asemassa oleviin väestöryhmiin, myös palvelutarve on näillä väestöryhmillä suurempaa (Martelin ym 2002, Koskinen ym 2018b) Palvelujen tarpeenmukaisen käytön eriarvoisuutta tutkitaan vertailemalla palvelujen toteutunutta käyttöä tulojen mukaan palvelujen [odotettuun] tarpeenmukaiseen käyttöön (esim. van Doorslaer ym. 2006, Devaux 2015). Horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksi (horizontal inequity index) arvioi eri tuloryhmien välistä eriarvoisuutta palvelujen käytössä sen jälkeen, kun tarve on vakioitu. Kun indeksin arvo on nolla, palvelujen tarpeenmukainen käyttö jakaantuu tasaisesti eri tuloryhmissä. Indeksien positiivinen arvo tarkoittaa, että palvelujen tarpeenmukainen käyttö on suurituloisia suosivaa; negatiivinen taas sitä, että palvelujen tarpeeseen suhteutettu käyttö on pienituloisia suosivaa.

Kuviossa 9.1 on esitetty horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksin arvon kehitys vuosina 1987–2014. Palvelujen tarpeen mittarina käytettiin itse arvioitua koettua terveyttä ja pitkäaikaista sairastavuutta. Palvelutarpeeseen nähden suurituloiset käyttivät enemmän työterveyshuollon ja yksityissektorin palveluita, mutta pienituloiset jossain määrin enemmän terveyskeskuspalveluita. Kokonaiskäyttöä tarkasteltaessa

suurituloiset käyttivät kaiken kaikkiaan avoterveydenhuollon palveluita tarpeeseensa nähden enemmän kuin pienituloiset ja tilanne on pysynyt suhteellisen samanlaisena lähes 30 vuoden seurannassa (Manderbacka ym. 2017, Kuvio 9.1). Kansainvälisessä vertailussa Suomen avoterveyspalveluiden käyttö oli selvästi hyvätuolaisia suosivien maiden kärjessä heti Yhdysvaltojen ja Meksikon jälkeen (van Doorslaer ym. 2006).

Tulokset vuoden 2018 FinSote-kyselyaineistosta, joka yhdistettiin rekisteriaineistoihin kattaen koko väestön sosioekonomisia ja demografisia sekä työnantajia koskevia tietoja, osoittavat, että tilanne näyttää 25–64-vuotiailla (työkäisessä väestössä) edelleen samanlaisena. Lisäksi työterveyspalvelujen käytön on havaittu olevan yhteydessä työnantajan kokoon, joskaan yhteys ei ollut suoraviivainen. Kun palvelutarve oli vakioitu, yksityisellä sektorilla työskentelevien hakeutuminen työterveyshuoltoon lisääntyi työnantajan koon eli työntekijämäärän kasvaessa saavuttaen koon 20–49, minkä jälkeen se vähentyi työnantajan koon ollessa 50–99, hakeutuminen työterveyshuoltoon oli korkeimmillaan työnantajan koon ollessa 500–999. Kun työnantajan koko oli yli 1000 työntekijää, työterveyshuoltoon hakeutuminen oli samaa luokkaa kuin 20–49 työntekijän työnantajilla. Työterveyshuoltoon hakeutuivat enemmän valtio- ja kuntasektoreilla työskentelevät verrattuna niihin, jotka eivät olleet työssä vuoden 2017 loppupuolella. (Holster ym. 2022.)



Kuvio 9.1. Avoterveydenhuollon horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksin arvojen kehitys vuosina 1987–2014 (Manderbacka ym 2017).

Useiden tutkimusten perusteella maahan muuttaneet käyttävät vähemmän yksityisiä lääkäripalveluita ja työterveyslääkärien palveluita kuin koko väestö (Castaneda ym. 2012, Kuusio 2020). Myös työssäkäyvät maahan muuttaneet käyttivät työterveyshuollon palveluita harvemmin verrattuna koko työkäiseen aikuisväestöön (Kuusio 2020). Analyyseissä ei kuitenkaan ole huomioitu eroja maahan muuttaneiden ja koko väestön palveluntarpeissa.

Palvelujen riittävyys, saavutettavuus ja toimivuus toteutuvat paremmin työterveyshuollossa kuin terveysasemilla

Palveluiden riittävyyttä on väestötutkimuksissa arvioitu pyytämällä vastaajia arvioimaan, ovatko he saaneet riittävästi palveluja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Riittämättömien palveluiden, eli tyydyttymättömän palvelutarpeen indikaattorina pidetään sitä, kuinka moni ei ole lainkaan saanut tarvitsemaansa palvelua tai on käyttänyt palvelua, mutta ei ole kokenut sitä riittävänä. Vuonna 2018 FinSote -tutkimuksessa tyydyttymättömyyttä lääkäripalvelujen tarvetta koki 16 %. Vuonna 2020 lääkäripalveluja riittämättömästi saaneiden osuus oli kasvanut 20 % (taulukko 9.3). Syitä tyydyttymättömän palvelutarpeen kasvuun voi olla monia.

EU:n tulo- ja elinolotutkimustulosten (EU-SILC) mukaan vuonna 2017 ja 2020 asiakasmaksuista, odotusajoista tai etäisyydestä johtuvaa tyydyttämätöntä terveystalvelujen tarvetta kokeneiden 16 vuotta täyttäneiden osuudet olivat 3,6 % ja 5,4 % Suomessa (EuroStat 2022). Yleisin ilmoitettu syy tähän oli odotusajat (OECD 2019b, 2021). Vuoden 2020 väestökyselyaineisto kerättiin koronapandemian ensimmäisen aallon jälkeen, mikä voi heijastua tuloksissa. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen viivästyminen Sipilän hallituksen Sote-uudistusesityksen kaaduttua vuonna 2019 on voinut vaikeuttaa palveluihin pääsyä ja näkyä siten heikentyneenä palvelujen saatavuutena (Aalto ym. 2022).

Taulukko 9.3. Tyydyttymätön palvelun tarve ja palvelukokemukset THL:n väestötutkimuksissa

	Terveys 2000 ikä 30+ (Häkkinen ja Alha 2006)	FinTerveys 2017 30–64-vuotiaat (Koponen ym. 2018*)	FinSote 2020 20–54-vuotiaat (Parikka ym. Terveytemme.fi)	FinMonik 2018–2019 20–64-vuotiaat (Kuusio ym. 2020, ja Terveytemme.fi)
Tyydyttymätön lääkäripalvelujen tarve	(ei kysytty/raportoitu)	(ei kysytty/raportoitu)	Ei saanut lainkaan tai sai riittämättömästi tarvitsemiaan lääkärin vastaanottopalveluita Miehet 19 % Naiset 21 %	Ei saanut lainkaan tai sai riittämättömästi tarvitsemiaan lääkärin vastaanottopalveluita Miehet 14 % Naiset 17 %
Asiakasmaksut	(ei kysytty/raportoitu)	Liian korkeat maksut Miehet 26 % Naiset 27 %	Korkeat asiakasmaksut haitanneet hoidon saantia Miehet 16 % Naiset 21 %	
Matka hoitopaikkaan	(ei kysytty/raportoitu)	Matka hoitopaikkaan hankala Miehet 20 % Naiset 25 %	Hankalat matkat haitanneet hoidon saantia Miehet 22 % Naiset 26 %	
Yhteys hoitopaikkaan	(ei kysytty/raportoitu)	Yhteyden saaminen aina sujuvaa Miehet 60 % Naiset 55 %	Yhteys hoitopaikkaan riittävän nopeasti Miehet 71 % Naiset 69 %	Yhteys hoitopaikkaan riittävän nopeasti Miehet 48 % Naiset 41 %
Hoitoon pääsy / vastaanottoajan saaminen	(ei kysytty/raportoitu)	Hoitoon pääsy riittävän nopeaa Miehet 53 % Naiset 48 %	Vastaanottoaika riittävän nopeasti Miehet 66 % Naiset 65 %	Vastaanottoaika riittävän nopeasti Miehet 41 % Naiset 32 %
Tutkimuksiin ja hoitoon pääsy	(ei kysytty/raportoitu)	Tutkimuksiin pääsy aina riittävän nopeaa Miehet 55 % Naiset 53 %	Tutkimuksiin ja hoitoon riittävän nopeasti Miehet 66 % Naiset 66 %	Tutkimuksiin ja hoitoon riittävän nopeasti Miehet 47 % Naiset 38 %

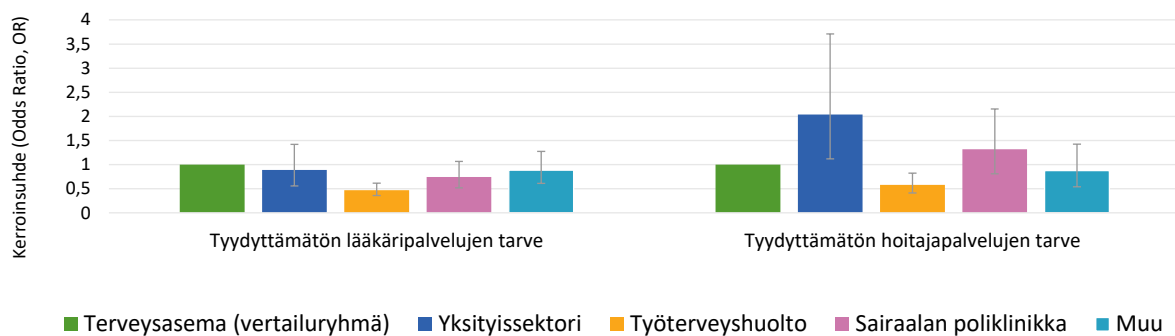
* raportoitu 10 v ikäluokituksella ja 30+, 30–64 v ikäryhmässä julkaisematon tulos

**KORJAUS
PUNAIISIIN
LUKUIHIIN
15.3.2023:
Miehet 22 %
Naiset 26 %**

Tyydyttymättömässä palvelutarpeessa esiintyy myös väestöryhmittäisiä eroja. Vuoden 2020 FinSote-aineiston perustuvassa tutkimuksessa erityisesti työmarkkina-asema oli selvästi yhteydessä tyydyttymättömään palvelutarpeeseen siten, että eläkkeellä olevat ja työttömät kokivat työssäkäyviä useammin tyydyttämätöntä palvelutarvetta. Verrattuna suomea äidinkielenään puhuviin, ruotsinkieliset ja muuta kieltä äidinkielenään puhuvat raportoivat useammin tyydyttämätöntä lääkäri- ja hoitajapalvelujen tarvetta. Tyydyttymätön palvelutarve oli lisäksi yleisempää niillä, joilla oli toimeentulotuen tarvetta, jotka kokivat terveytensä huonoksi sekä kaupunkimaisissa kunnissa asuvilla, kun heitä verrattiin maaseutumaisissa kunnissa asuviin (Aalto ym. 2022). Saman suuntaisia väestöryhmittäisiä eroja on raportoitu myös aiemmista väestötutkimuksista

(Manderbacka ym. 2012, Nguyen ja Häkkinen 2022). Erityisen suurta tyydyttymätön lääkäripalvelujen tarve oli Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla sekä Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleilla naisilla (Kuusio ym. 2020). Romaniväestöön kuuluvista noin joka neljäs raportoi tyydyttymätöntä palvelutarvetta. Romanian kokema tyydyttymätön lääkäripalvelujen tarve oli selvästi yhteydessä heidän kokemaansa syrjintään terveyspalveluissa (Lämsä ym. 2020).

Koronaepidemiaa edeltäneessä vuoden 2018 FinSote-aineistossa oli myös mahdollisuus tarkastella eroja tyydyttymättämässä palvelutarpeessa pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan. Työikäisten joukossa (20–64-vuotiaat) tyydyttymätön lääkäripalvelujen tarve oli suurempi pääasiassa terveysasemalla asioivilla verrattuna työterveyshuollossa asioiviin, eivätkä erot selittyneet sosiodemograafisilla tai palvelutarpeisiin liittyvillä seikoilla, kuten pitkäaikassairaudet tai psyykinen hyvinvointi (Kuvio 9.2). Tyydyttymättömässä hoitajapalveluiden tarpeessa ei ollut eroja työterveyshuollossa ja terveysasemalla asioivien välillä, kun sosiodemografiset tai palvelutarpeisiin liittyvät tekijät oli huomioitu (Aalto ym. 2023).

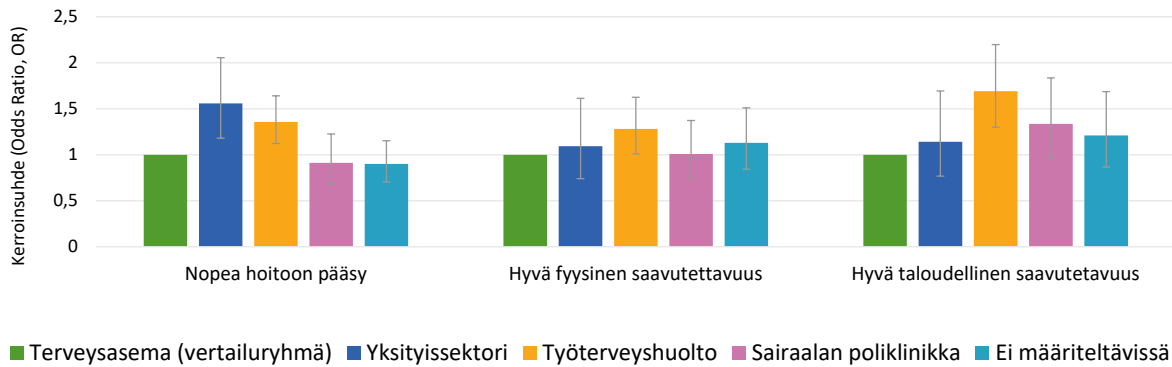


Kuvio 9.2. Tyydyttymätön lääkäripalvelujen tarve pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan työikäisillä (20–64-vuotiaat). Logistinen regressioanalyysi, jossa asiakasrakteeseen liittyvien tekijöiden vaikutus on vakioitu (Aalto ym 2023).

Palveluihin pääsyä vaikeuttaneita asioita on selvitetty hieman eri kysymysmuotoiluilla eri väestökyselyissä (taulukko 9.3). Vuosien 2009 ja 2013 HYPA-kyselyssä keskimäärin 10–12 % katsoi joutuneensa odottamaan hoitoon pääsyä kohtuuttoman kauan (Klavus 2010, Nguyen ja Seppälä 2014). Työikäisessä väestössä vaikeudet saada yhteys hoitopaikkaan tai päästä hoitoon ja tutkimuksiin ovat kaiken kaikkiaan varsin yleisiä, ja vain noin puolet vastaajista on eri väestötutkimuksissa kokenut nämä ongelmattomiksi (Taulukko 9.3). Noin joka neljäs tai joka viides työikäisistä on kokenut matkan hoitopaikkaan hankalaksi ja lähes yhtä useat ovat kokeneet myös korkeiden asiakasmaksujen haitanneet hoitopääsyä (Taulukko 9.3, Aalto ja Koponen 2018, Kuusio ym. 2020, Parikka ym. 2020).

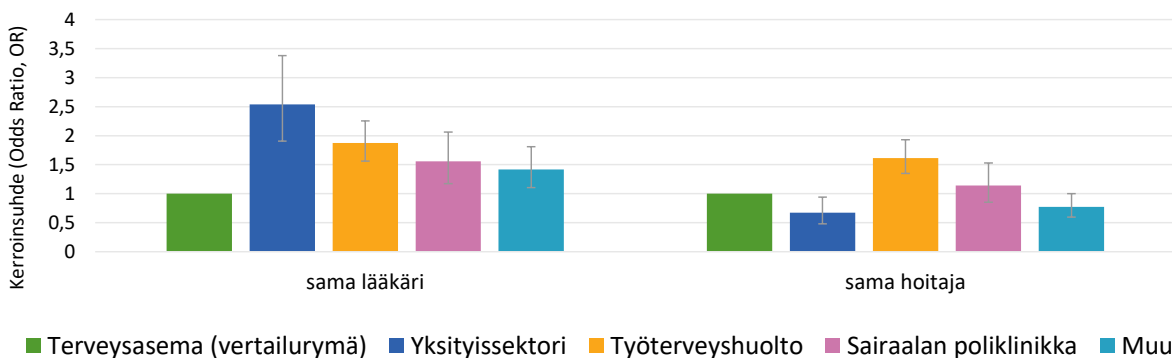
Myös palvelujen saamista vaikeuttaneissa tekijöissä esiintyy väestöryhmittäisiä eroja. Naiset, taloudellisesti vaikeuksissa olevat ja terveytensä huonoksi kokevat raportoivat enemmän sekä matkoihin, aukioloaikoihin että asiakasmaksuihin liittyviä ongelmia. Matkojen ja aukioloaikojen aiheuttamat vaikeudet palvelujen saannissa olivat yleisempiä taajama- ja maaseutumaisissa kunnissa asuvilla verrattuna kaupungeissa asuviin. Lisäksi työttömät ja eläkeläiset raportoivat työssäkäyviä useammin asiakasmaksujen aiheuttamia vaikeuksia terveyspalveluiden saamisessa (Aalto ym 2022). Maahan muuttaneiden hoitoon pääsyä ovat pitkien jonotusaikojen lisäksi vaikeuttaneet korkeat hinnat ja kielivaikkeudet (Castaneda ym. 2012).

Työikäisillä palvelun saannin esteitä on tarkasteltu vuoden 2018 FinSote aineistossa myös pääasiallisen asiointisektorin mukaisesti (kuvio 9.3). Palvelujen fyysinen saavutettavuus (matkojen ja aukioloaikojen aiheuttamat hankaluudet) ja erityisesti taloudellinen saavutettavuus (asiakasmaksujen tai oman taloudellisen tilanteen aiheuttamat vaikeudet) toteutuivat paremmin työterveyshuollossa pääasiallisesti asioivilla verrattuna terveysasemalla asioiviin. Terveysasemilla asioivat raportoivat useammin myös ongelmia hoitopääsystä verrattuna yksityissektorilla ja työterveyshuollossa asioiviin (Aalto ym. 2023).



Kuvio 9.3. Terveyspalvelujen saavutettavuus avoterveydenhuollon pääasiallisen asiointisektorin mukaan FinSote 2018 -aineistossa työikäisillä (20–64-vuotiaat.) Logistinen regressioanalyysi, jossa asiakasrakenteeseen liittyvät tekijät on vakioitu (Aalto ym. 2023).

Hoidon jatkuvuuden merkityksestä potilaan tyytyväisyydelle ja hoidon laadulle on runsaasti tutkimusnäyttöä (kts. Raivio 2017). Kun FinSote 2018 kyselyssä saman lääkärin tapasi koko väestössä aina tai useimmiten 40 % vastaajista, kaksi vuotta myöhemmin vastaava osuus oli laskenut 37 % FinSote 2020 -kyselyssä. Saman hoitajan tapasi useimmiten 32 % vuonna 2018 ja 30 % vuonna 2020 (Terveytemme.fi). Samalla lääkärillä asiointia tarkasteltiin myös pääasiallisen asiointisektorin mukaisesti työikäisillä vuoden 2018 FinSote-aineistossa. Samalla lääkärillä asioiminen oli yleisempää yksityissektorilla (50 %) ja työterveyshuollossa (43 %) asioivilla verrattuna terveyskeskuksissa asioiviin (32 %). Saman hoitajan tapasi terveysasemilla asioivista 30 %, työterveyshuollossa asioivista 39 % mutta yksityissektorilla asioivista vain 22 %. Sosiodemograafisiin tekijöihin tai palvelutarpeisiin liittyvät erot eivät selittäneet eroja hoidon jatkuvuudessa terveysasemilla ja työterveyshuollossa asioivien välillä (Aalto ym. 2023, Kuvio 9.4).

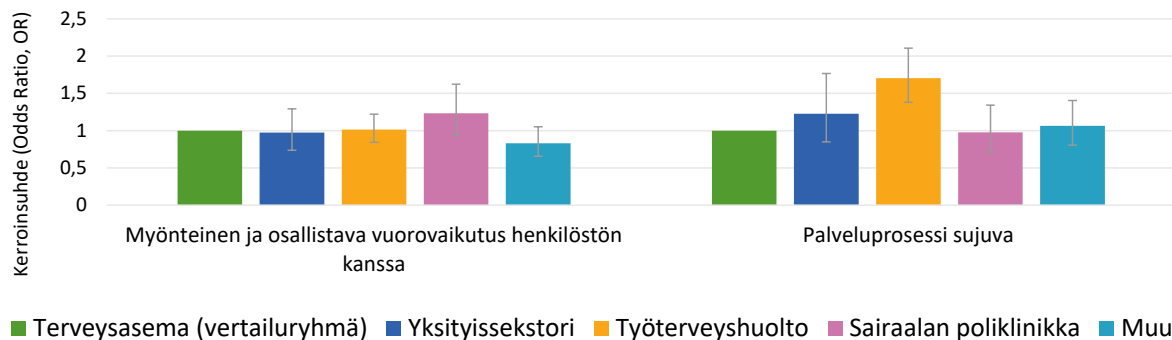


Kuvio 9.4. Hoidon jatkuvuus (tapaa useimmiten saman lääkärin tai hoitajan) avoterveydenhuollon pääasiallisen asiointisektorin mukaan FinSote 2018 -aineistossa työikäisillä (20–64-vuotiaat.) Logistinen regressioanalyysi, jossa sosiodemografiset ja palvelutarpeisiin liittyvät tekijät on vakioitu (Aalto ym. 2023).

Terveys 2011 -tutkimuksessa tyytyväisyys hoitoon pääsyyn ja vuorovaikutukseen henkilöstön kanssa olivat korkeammalla tasolla työterveyshuollossa asioineilla verrattuna terveyskeskuksessa tai sairaalan poliklinikalla asioineisiin myös silloin, kun sosiodemografiset taustatekijät oli huomioitu (Oksanen ym. 2015). Analyysissä ei kuitenkaan huomioitu eroja sairastavuudessa eri sektoreilla asioineiden välillä. Vuoden 2020 FinSote-aineistoon perustuvassa analyysissä saatiin kuitenkin saman suuntaisia tuloksia, kun vastaajien kokemus terveydentilastaan otettiin huomioon (Aalto ym. 2022).

Myös FinTerveys 2017 -tutkimuksessa kysyttiin kokemuksia viimeksi toteutuneelta käynniltä (Aalto ja Koponen 2018). Yli puolet työikäisistä (56 % miehistä ja 53 % naisista) koki, että asiat selitettiin ymmärrettävästi, ja lähes yhtä moni työikäinen koki, että hoitohenkilökunta oli kuunnellut heitä riittävästi vastaanotolla (59 % miehistä ja 50 % naisista). Heikoimmin toteutui mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin (44 % sekä työikäisistä miehistä että naisista).

Vuoden 2017 FinSote -aineiston työikäisiin perustuvassa analyysissä tarkasteltiin asiakaskokemuksia terveydenhuollon avopalveluissa viimeksi kuluneilta 12 kuukaudelta pääasiallisen asiointisektorin (vähintään 80 % käynneistä) mukaan. Työikäisiin rajatussa tarkastelussa hieman yli kolmannes (36 %) katsoi päässeensä aina riittävän nopeasti hoitoon, 44 % katsoi vuorovaikutuksen sujuneen aina hyvin terveydenhuollon henkilöstön kanssa ja lähes joka neljäs arvioi hoitoprosessin sujuvaksi. Kun asiakasrakennetta kuvaavat taustatekijät (sosiodemografiset tekijät, pitkäaikaissairastavuus ja psyykkinen rasittuneisuus sekä tupakointi ja ylipaino) oli huomioitu, työterveyshuollossa ja yksityissektorilla sekä sairaalan poliklinikalla asioivat raportoivat enemmän ongelmia hoitoon pääsyssä verrattuna terveysasemilla asioiviin. Lisäksi työterveyshuollossa asioineet arvoivat hoidon saannin sujuvammaksi kuin terveysasemilla asioivat. Vuorovaikutuksessa terveydenhuollon henkilöstön kanssa ei kuitenkaan ollut eroja eri sektoreilla asioivien kesken, kun asiakasrakennetta oli huomioitu (Aalto ym. 2023, kuvio 9.5).



Kuvio 9.5. Asiakaskokemukset avoterveydenhuollon pääasiallisen asiointisektorin mukaan FinSote 2018 -aineistossa työikäisillä, 20–64-vuotiaat. Logistinen regressioanalyysi, jossa asiakasrakennetta kuvaavat tekijät on vakioitu (Aalto ym. 2023).

Maahan muuttaneiden asiakaskokemuksia ei ole analysoitu palvelusektorin mukaisesti, mutta yleisesti ottaen heidän kokemuksensa hoidon hyödyllisyydestä ja yksityisyyden kunnioittamisesta ovat saman suuntaisia verrattuna koko väestöön. Ehkä yllättävästikin maahan muuttaneilla on kuitenkin koko väestöä myönteisempiä kokemuksia asioiden sujuvasta hoidosta ja tiedonkulusta ammattilaisten välillä. Tulosta voi selittää se, että vastaajat vertaavat kokemuksiaan oman lähtömaansa tilanteeseen. (FinMonik, Kuusio ym. 2020).

Lähteet

- Aalto A-M, Koponen P. (2018) Ensisijainen hoitopaikka ja kokemukset terveysterveyspalveluista. Kirjassa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S. (toim) Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvoinnin Laitos, Raportti 4/2018
- Aalto A-M, Ilmarinen K, Muuri A, Ikonen J. Sosiaali- ja terveysterveyspalvelujen saatavuus ja asiakaskokemukset. Suomalaisen hyvinvointi 2022, ss. 226–250. Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvoinnin laitos 2022.
- Aalto A-M, Koponen P, Väisänen V, Elovainio M, Sinervo T, Sulander J. Työikäisten monikanavainen avoterveydenhuolto Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 2023, THL (julkaistaan helmikuussa 2023).
- Allin S, Grignon M, Le Grand J (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Social Science & Medicine*, 70, 465–472. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.027>
- Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. (1998) Suomalaisen terveys ja terveysterveyspalvelujen käyttö. Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvoinnin Laitos, Raportti 4/2018
- Aromaa A, Koskinen S. (toim) (2002). Terveysterveystoimintakyky Suomessa. Terveysterveystoimintakyky 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002.
- Berwick DM, Murphy JM, Goldman PS, Ware Jr JA, Barsky AJ, Weinstein MC (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Med. Care*, 29: 169–176
- Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. (2012). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi—Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/90907>
- Devaux M. (2015). Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *The European Journal of Health Economics*, 16(1), 21–33. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0546-4>
- van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X for the OECD Health Equity Research Group (2006). Income-related inequality in health and health care in the European Union. *Canadian Medical Association Journal*, 174(2), 177–183. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.050584>
- EuroStat (2022). Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile [hlth_silc_08]. https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/HLTH_SILC_08/default/table?lang=en (19.1.2021)
- Goldberg D.P. ym. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27 (1997), pp. 191–197
- Holster T, Nguyen L, Häkkinen U. (2022) The role of occupational healthcare in ambulatory healthcare in Finland. *Nordic Journal of Health Economics – Early view* 1. Online July 2022. <https://doi.org/10.5617/njhe.8561>
- Häkkinen U, Alha P. (toim.) (2006). Terveysterveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot- Terveysterveystoimintakyky 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006.
- Idler EL, Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies *J Health Soc Behav*. 1997 Mar;38(1):21–37.
- Klavus J (2010). Suomalaisen terveys, terveysterveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.). Suomalaisen hyvinvointi 2010. Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvoinnin laitos. s. 28–43 <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S. (toim.) (2018) Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvoinnin Laitos, Raportti 4/2018.
- Korpi T (2001). Accumulating disadvantage. Longitudinal analysis of unemployment and physical health in representative sample of Swedish population. *European sociological review* vol 17 no 3, 255–273
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. (toim.). (2011). Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 68/2012.
- Koskinen S, Manderbacka K, Koponen P. (2018). Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Kirjassa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S. (toim) Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvointi Suomessa, FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvoinnin Laitos, Raportti 4/2018
- Kuusio H, Seppänen A, Jokela S, Somersalo L, Lilja E. (2020). Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa: FinMonik-tutkimus 2018–2019. Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 01/2020. <https://www.julkari.fi/handle/10024/139210>
- Lahelma E, Pentala O, Hellman A, Helakorpi S, Rahkonen O. (2017). Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot ovat pysyneet tasaisen suurina. *Suomen lääkirlehti* 25–32/2017 vsk 72. ss 1629-1634a.
- Lämsä R, Castaneda A, Weiste-Paakkanen A, Laalo M, Koponen P, Kuusio H. (2020). The Role of Perceived Unjust Treatment in Unmet Needs for Primary Care Among Finnish Roma Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(16), 5825; <https://doi.org/10.3390/ijerph17165825>
- Nguyen L, Seppälä T (2014). Väestön lääkäripalvelujen käyttö ja kokemukset terveysterveyspalveluista. Teoksessa Vaarama M, Karvonen S, Kestilä L, Moisio P, Muuri A (toim.). Suomalaisen hyvinvointi 2014. s. 192–211. Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-015-3>
- Nguyen L, Häkkinen U (2022). Koettu tyydyttämätön terveysterveyspalvelujen tarve ja terveysterveyspalvelujen käyttö. Työpapereita 48/2022. Terveysterveystoimintakyky ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145565>
- Nieminen T, Sutela H, Hannula U. (2015). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Tilastokeskus.
- Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. (1999). Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Social Science & Medicine*, Volume 48, Issue 12, June 1999, Pages 1713–1720
- Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R, Elovainio M. (2012). Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo

- terveyspalvelujen saatavuudesta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012: 49 4–12
- Manderbacka K, Aalto A-M, Kestilä L, Muuri A, Häkkinen U. (2017). Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. (2002). Terveyden ja toimintakyvyn sekä niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. Kirjassa Aromaa A, Koskinen S (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/ 2002.
- Mutz J, Lewis CC. (2022) Cross-classification between self-rated health and health status: longitudinal analyses of all-cause mortality and leading causes of death in the UK [Scientific Reports](#) volume 12, Article number: 459 /2022.
- OECD (2019a), Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.
- OECD (2019b). Finland: Country Health Profile 2019. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://doi.org/10.1787/20656739-en>
- OECD (2021). Finland: Country Health Profile 2021. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. <https://doi.org/10.1787/8bbe2ecb-fi>
- Oksanen K, Sauni R, Koskinen A, Aalto AM, Räsänen K. (2015). Työikäisten arviot avohoidon lääkärisäkänneistä. Suomen Lääkärilehti 42/2015 vsk 70, 2777–2784.
- Parikka S, Koskela T, Ikonen J, Kilpeläinen H, Hedman L, Koskinen S, Lounamaa A. (2020). Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. Verkojulkaisu: thl.fi/finsote
- Raivio R. (2017). Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 2017; 133 (17): 1563–9
- Takala E-P, Leino T, Harjunpää K, Hirvonen M, Kauranen T, Liljeström K, Syynimaa S, Österbacka O. (2019) Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Weiste-Paakkanen A, Lämsä R, Kuusio H (toim). (2018). Suomen romaniväestön osallisuus ja hyvinvointi. Romanien hyvinvointitutkimus Roosin perustulokset 2017–2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Raportti 15/2018.

10 Työterveyshuollon sairaanhoito ja työikäisten julkinen avoterveydenhuolto – vertailussa palveluiden toteutustavat ja käyntisytyt

Päivikki Koponen, Anu Niemi, Kaisa Mölläri

- Avohilmo-aineistoon perustuvassa vertailussa työikäisellä väestöllä oli työterveyshuollon sairaanhoidossa enemmän lääkärin vastaanottokäyntejä ja erityisesti enemmän etäkäyntejä kuin terveyskeskusten avosairanhoidossa saman ikäisellä väestöllä.
- Terveyskeskuksissa työikäisten avosairanhoidossa oli työterveyshuollon sairaanhoitoon verrattuna enemmän sekä hoitajien vastaanottokäyntejä että hoitajien etäkontakteja.
- Työterveyshuollossa lääkärikäyntejä oli enemmän työikäistä asiakasta kohden kuin terveyskeskuksissa.
- Sekä terveyskeskusten avosairanhoidossa että työterveyshuollon sairaanhoidossa fysioterapeuttien ja psykologien käyntien ja asiakkaiden määrä oli varsin pieni verrattuna lääkärin ja hoitajien käynti- ja asiakasmääriin.
- Käyntisytyt lääkärin etäkontakteissa painottuivat eri tavoin kuin fyysisillä vastaanottokäynneillä. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat yleisimpiä lääkärin vastaanottokäyntien syitä sekä terveyskeskusten avosairanhoidossa että työterveyshuollon sairaanhoidossa, mutta työterveyshuollossa selvästi yleisempiä. Hengitystieinfektiot olivat lääkärin etäkontakteissa huomattavasti yleisempi syy työterveyshuollon sairaanhoidossa kuin terveyskeskuksissa.
- Käyntisyiden vertailun perusteella myös ammattiryhmien välisessä työnjaossa on eroja työterveyshuollon ja terveyskeskusten välillä.
- Jatkossa tarvittaisiin lakisäätöisen ja ei-lakisäätöisen työterveyshuollon käyntisyiden ja käynneillä tehtyjen toimenpiteiden vertailua.

Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden käytöstä ja näiden palvelujen sisällöstä on ollut tähän saakka olemassa vain vähän tietoa. Tiedon saatavuus on parantunut viime vuosina, kun myös työterveyshuollon käynnit ovat tulleet THL:n ylläpitämän perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin (Avohimo) piiriin. Tässä luvussa työterveyshuollossa toteutuneita sairaanhoitokäyntejä vertaillaan julkisesta avosairanhoidosta eli terveyskeskusten vastaanottoiminnasta saatavaan tietoon. Tarkastelu rajattiin työikäiseen väestöön eli 18–64-vuotiaisiin.

Tämänkaltaista vertailua ei ole aikaisemmin julkaistu. Tarkastelu tuottaa uutta tietoa esimerkiksi siitä, millaisia käyntisyitä työterveyshuollon sairaanhoidon käynneillä kirjataan ja miten ne vertautuvat julkisella sektorilla samanikäisessä väestössä tehtyihin käynteihin. Lisäksi saadaan tietoa siitä, miten käynnit jakautuvat eri ammattiryhmien kesken.

Tarkastelu rajautuu vain työikäisten sairaanhoidon vastaanottokäyntien ja etäkontaktien yhteydessä kertyneeseen tilastotietoon, eikä siten kuvaa muuta kuin työterveyshuoltosopimuksen laajuudesta riippuvaa osaa työterveyshuollossa, koska mukana ei ole lakisäätöisen toiminnan tarkastelua. Tarkastelussa on myös vain pieni osa terveyskeskusten avosairanhoidosta, jossa keskeisenä asiakasryhmänä ovat ikääntyneet.

Rekisteritietoja työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista on saatu Avohilmo-hoitoilmoitusrekisteriin vasta viime vuosina

Työterveyshuoltopalveluja tuottavista yrityksistä saadaan tietoja perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriin (Avohilmo). Yksityinen työterveyshuolto aloitti Avohilmo-tietojen tuottamisen keväällä 2020 Suomen Terveystalo Oy:stä ja Pihlajalinna Oyj:stä. Mehiläinen Oy aloitti tietojen toimittamisen marraskuussa 2020 (Hauhio ym. 2021, laatuselosteessa). Näihin tietosisällöt ja -rakenteet on valmisteltu yhteistyössä THL:n, Työterveyslaitoksen ja Kelan asiantuntijoiden sekä palveluntuottajien kanssa. Työterveyshuollon tietoja ei ole kuitenkaan toistaiseksi julkaistu vastaavasti kuin perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyiden tilastoraporteissa, josta viimeisin julkaisu perustuu vuoden 2020 tietoihin (Hauhio ym. 2021). Uusi vastaava raportti vuosilta 2021–2022 julkaistaan tämän selvitysraportin kirjoittamisen jälkeen (Hauhio ja Mölläri 2023). Tietoja voi myös tarkastella ei-lakisääteisen työterveyshuollon palvelumuodon mukaisesti julkisissa, kuukausittain päivittyvissä [tiiviste- ja kuutioraporteissa](#). Näissä voidaan tarkastella käyntimääriä, asiakkaiden määriä tai käynnejä asiakasta kohden. Tarkastelua voidaan tehdä käyntisyyn, yhteystavan (esim. vastaanotto tai etäasiointi) tai ammattiryhmän (ei kuitenkaan erikoisalana, kuten työterveyshuollon erikoislääkäri tms.) mukaan. Vastaavalla tavalla kuutioraporteissa voidaan tarkastella julkisen avosairaanhoidon käynnejä sote-keskuksissa.

Avohilmon rekisteritiedoissa sairaanhoito ja muu terveydenhuolto työterveyshuollossa tarkoittaa työnantajan työntekijälleen järjestämiä työterveyshuoltolain 14 §:n mukaisia sairaanhoitopalveluita ja muita terveydenhuoltopalveluja (Häkkinen ym. 2019), eli Kelan korvausluokkaan II kuuluvaa työterveyshuoltoa. Valtaosa sairaanhoitoon ja muuhun terveydenhuoltoon luokitelluista käynneistä on Kela-korvattavaa sairaanhoitoa. Työterveyshuollossa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon käynneihin (Avohilmossa palvelumuoto -luokituksen koodilla T31) kirjautuvat myös työterveyshuoltosopimusten puitteissa työterveyshuollon muu toiminta, joka ei ole työterveyshuoltona Kelan korvattavaa toimintaa. Vuodesta 2023 lähtien Avohilmo-tietoihin tullaan kirjaamaan omalla koodillaan käynnit, jotka eivät kuulu Kelan korvauksen piiriin. Työterveyshuollon toimintaa kuvaavat tiedot kerätään palveluihin liittyvistä laskutustapahtumista, jolloin ne saadaan rekisteriin varsin kattavasti. Tiedoissa voi kuitenkin olla vielä joitain puutteita pienten työterveyspalveluja tuottavien yritysten osalta.

Avosairaanhoito kattaa hyvinvointialueiden terveystieteiskäynnit, myös jos ne on ulkoistettu. Tarkastelujaksolla palveluiden järjestämistä vastuussa olivat vielä kunnat ja kuntayhtymät, vuoden 2023 alusta hyvinvointialueet. Avohilmon tietojen kattavuudessa on kuitenkin puutteita myös julkisen sektorin avosairaanhoidon osalta (Avohilmossa palvelumuoto -luokituksen koodilla T11) potilastietojärjestelmän vaihtumisen johdosta pääkaupunkiseudulla vuodesta 2021 lähtien. Vuonna 2021 arvioitiin, että niiden terveystieteiskäyntien tiedoissa oli puutteita, alueiden väestö kattoi noin seitsemän prosenttia koko maan väestöstä (Hauhio ym. 2021).

Aineiston tietomäärittelyt ja rajaukset

Työterveyshuollossa toteutuneita sairaanhoitokäynnejä vertaillaan tässä tarkastelussa julkisesta avosairaanhoidosta eli terveystieteiskäyntien vastaanotto toiminnasta saatavaan tietoon työikäisistä asiakkaista. Tietopoimintojen ajanjaksoksi valittiin syyskuu 2021–syyskuu 2022, jotta selvitystä varten käytössä olisi mahdollisimman ajantasainen ja laadukas tieto käynneistä, sillä mm. käyntisyiden kirjauskattavuus on kehittynyt jatkuvasti (Taulukko 10.1).

Työterveyshuollon lääkärin sairausvastaanottokäynneillä käyntisyiden kirjauskattavuus on parhaalla tasolla (95 % vuonna 2022, terveystieteiskäyntien avosairaanhoidossa 85 %, taulukko 10.1). Myös reaaliaikaisen etäasioinnin osalta kirjauskattavuus on parempi työterveyshuollossa kuin terveystieteiskäynneissä (84 vs. 46 %). Terveyden- tai sairaanhoitajien sairaanhoitoon liittyvässä etäasioinnissa kirjauskattavuus on parempi työterveyshuollossa (49 % vs. 30 %), mutta vastaanottokäynneillä parempi terveystieteiskäynneissä (66 %) kuin työterveyshuollossa (47 %).

Taulukko 10.1. Käyntisyiden (ICD-10 tai ICPC2) kirjausasteet (%) avosairaanhoidossa (T11) ja työterveyshuollon sairaanhoidossa (T31)

Ammattiryhmä / Vastaanottomuoto	Käynti/etäasiointi	2021	2022
Lääkärit			
Terveyskeskus	Asiakkaan käynti vastaanotolla	79	85
	Reaaliaikainen etäasiointi	38	46
Työterveyshuolto	Asiakkaan käynti vastaanotolla	90	95
	Reaaliaikainen etäasiointi	73	84
Terveyden- ja sairaanhoitajat			
Terveyskeskus	Asiakkaan käynti vastaanotolla	62	66
	Reaaliaikainen etäasiointi	26	30
Työterveyshuolto	Asiakkaan käynti vastaanotolla	32	47
	Reaaliaikainen etäasiointi	40	49

Tarkastelu rajattiin yksilökäynteihin, poissulkien ryhmävastaanotot ja ryhmäkäynnit. Lisäksi tehtiin rajaus ei-kiireellisiin sairaanhoitokäynteihin (käynnin kiireellisyys=E, eli suunniteltu ja sovittuna aikana tapahtuva hoito tai arviointi avohoidossa, ja käynnin luonne = SH eli sairaanhoito). Käyntejä tarkastellaan fyysisinä vastaanottokäynteinä (R10) ja etäkontakteina, joihin on otettu mukaan etäasiointi reaaliaikaisesti (R52, esim. kontaktissa puhelin tai videoneuvottelu), käynti- ja asiakasmäärien tarkastelussa myös etäasiointi ilman reaaliaikaista kontaktia (R56, esim. kirje, sähköinen asiointijärjestelmä, verkkopalvelu tai chat). Asiakkaiden määrä on laskettu yksilöivistä tunnuksista.

Tuloksissa tarkastellaan vastaanottokäynti- ja etäkontaktimääriä, käyntisyitä ja diagnooseja, lääkärikäynneissä ICD-10- ja hoitajakäynneissä ICPC-2-koodein. Tarkastelussa ovat mukana kaikki kirjatut diagnoosit, eli yhtä käyntiä kohti voi olla useita diagnooseja. Pitkäaikaisdiagnooseja ei ole kuitenkaan poimittu mukaan, mikä osaltaan rajoittaa asiakasprofiilien vertailua, mutta kohdentaa tarkastelun käynnin pääasialliseen syyhyn. Lisäksi tehdään käyntimääriin ja käyntejä toteuttavien ammattilaisten määriin perustuvia arvioita sairaanhoitoon ja muuhun terveydenhuoltoon työterveyshuollossa käytettävistä resursseista, sekä näiden kohdentumisesta palveluntuottajittain ja hyvinvointialueittain (ks. luku 11).

Tarkastelujaksolla COVID-19-epidemia on aiheuttanut mahdollisesti poikkeuksellisen paljon etäkontakteja. Epidemia on mahdollisesti vaikuttanut esimerkiksi niin, että mm. todistuksia sairauspoissaoloihin ja erilaisia lääkärinlausuntoja on tarvittu aiempaa enemmän, jolloin palveluja on mahdollisesti käytetty tavanomaista enemmän. Kaikissa tässä esitettävissä tuloksissa on tärkeää tunnistaa rajoitteet tietojen vertailukelpoisuudessa (mm. [erot tietojen kattavuudessa](#)). Oletuksena on, että koko maan tasollakin tarkasteltaessa mahdolliset havaitut erot näiden kahden erilaisen vastaanotto toiminnan asiakkaiden määrissä sekä vastaanottokäyntien ja etäkontaktien syissä ja käyntimäärissä ovat vain suuntaa antavia. Tästä syystä emme esitä yksityiskohtaisia lukumääriä tai tietoja tarkemmilla luokituksilla mm. käyntisyiden osalta. Tulokset ovat suuntaa antavia erityisesti alueilla, joissa käyntitiedoissa on puutteita tietyissä terveyskeskuksissa (Vantaalla vuodesta 2019 sekä Helsingissä, Kauniaisissa ja Keravalla vuodesta 2021 alkaen). Hyvinvointialuekohtainen tieto perustuu tietoon asiakkaan kotikunnasta, tarkastelujaksolla hyvinvointialueet eivät vielä vastanneet palveluista.

Vuoden 2021 lopussa Suomessa oli 3 233 688 (<https://stat.fi/tilasto/vaerak>) 18–64-vuotiaista, joka on tässä tarkastelussa käytetty työikäisen väestön ikäryhmä. Tarkastelumme on rajattu tämän ikäryhmän palvelujen käyttöön ja rajattuna myös edellä kuvatuin määrityksin. Tässä ei siis tarkastella työterveyshuollon palveluja muun kuin sairaanhoitokäyntien osalta. Tarkastelumme ei myöskään anna kokonaiskuvaa terveyskeskusten asiakkaista, joista suuri osuus on ikääntyneitä ja työikäisilläkin on sairaanhoitokäyntien lisäksi myös terveydenhoitokäyntejä. Tarkastelussamme terveyskeskuslääkärin avosairaanhoidon kiireetön vastaanottokäynti käyntisyystiedoin Avohilmossa oli 1 065 617 henkilöllä eli 33,0 prosentilla kaikkien työikäisten määrästä. Kaikkien 18–64-vuotiaiden määrästä työterveyshuollon sairaanhoitokäyntejä oli tarkastelussamme 27,8 prosentilla. Työllisiä 18–64-vuotiaita oli vuoden 2021 lopussa 2 340 186 (<https://stat.fi/tilasto/tyokay>).

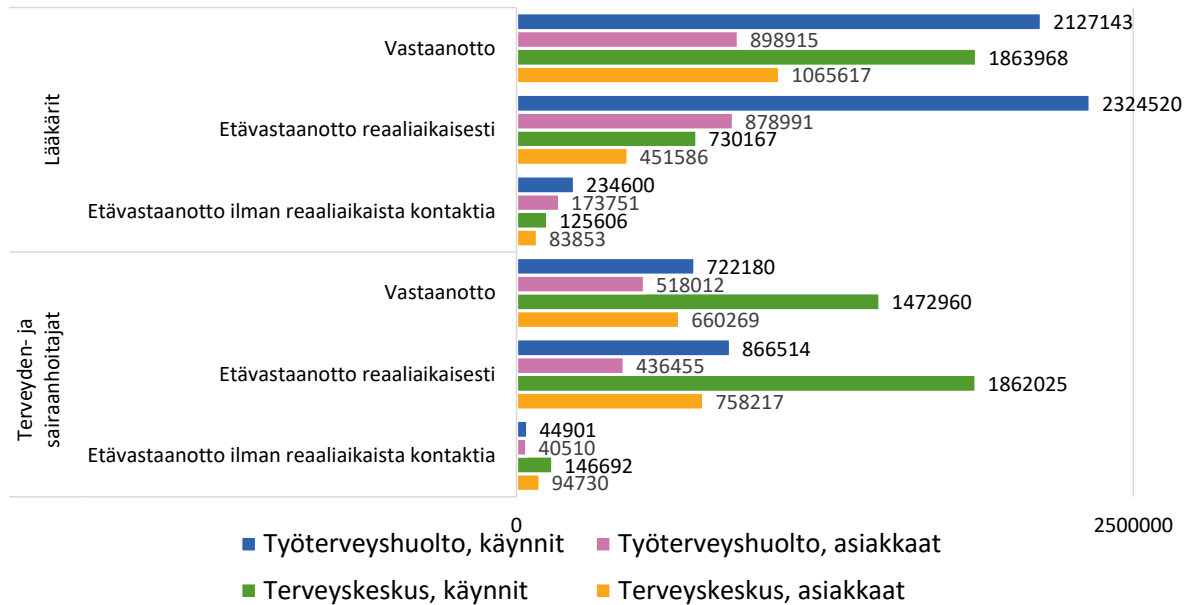
Työterveyshuollon lääkärin kiireetön sairaanhoidon vastaanottokäynti tarkasteluun rajaamallamme ajanjaksolla Avohilmossa oli 898 915 henkilöllä eli 38,4 prosentilla työikäisistä työllisistä.

Tarkkaa työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen piirissä olleiden määrää tässä raportissa tarkastellulla ajanjaksolla (syyskuu 2021–syyskuu 2022) ei ole tiedossa, emmekä siis tällä aineistolla pysty arvioimaan työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen peittävyttä työikäisessä väestössä. Kelan työterveyshuoltotilaston (Kela 2022) mukaan vuonna 2020 työterveyshuollon korvausluokka II:n piiriin kuului 1,8 miljoonaa työntekijää, josta voidaan arvioida tarkastelumme kattavan todennäköisesti vähintään puolet palvelujen piiriin kuuluneista. Emme kuitenkaan pysty tarkemmin määrittämään tarkastelemiemme tietojen kattavuutta suhteessa palvelujen piirissä olleiden määrään. Tarkastelussamme samoilla henkilöillä voi olla käyntejä sekä vastaanotolla että etäkontakteina, sekä lääkäreillä että muilla ammattilaisilla, mutta myös sekä työterveyshuollon sairaanhoidossa että terveyskeskusten avosairanhoidossa. Palvelujen yhteiskäyttö jäi tämän selvityksen ulkopuolelle, sillä siihen olisi tarvittu lisäanalyyssejä, jotka eivät olleet mahdollisia selvitystyömme aikataulussa.

Vastaanottokäyntien ja etäkontaktien määrät sekä asiakkaiden määrä eri ammattiryhmillä työterveyshuollon sairaanhoidossa ja terveyskeskusten avosairanhoidossa

Eri ammattiryhmien toteuttamien käyntien määriä tarkastellaan tässä lääkärin, sairaan- ja terveydenhoitajien sekä fysioterapeuttien ja psykologien osalta. Muille ammattiryhmille kirjautuu käyntejä huomattavasti vähemmän.

Työterveyshuollon sairaanhoidossa oli enemmän lääkärin fyysisiä vastaanottokäyntejä ja erityisesti enemmän lääkärin etäkontakteja kuin terveyskeskusten avosairanhoidossa (Kuvio 10.1). Etäkontakteista valtaosa toteutui reaaliaikaisesti (puhelin tai videoneuvottelu tms.). Terveyskeskusten avosairanhoidossa oli puolestaan työterveyshuollon sairaanhoitoon verrattuna enemmän sekä hoitajien vastaanottokäyntejä että hoitajien etäkontakteja. Asiakkaiden määrinä tarkasteltuna erot olivat samansuuntaisia (Kuvio 10.1) ja vastaavat erot havaittiin myös tarkasteltaessa asiakkaiden keskimääräisten vastaanottokäyntien tai etäkontaktien määrää tämän selvityksen tarkastelujaksolla (Taulukko 10.2). Tämä vahvistaa olettamusta siitä, että työterveyshuollon ja julkisen perusterveyden avosairanhoidon välillä on eroja siinä, miten ammattilaisten välinen työnjako on organisoitu (ks. luku 4).



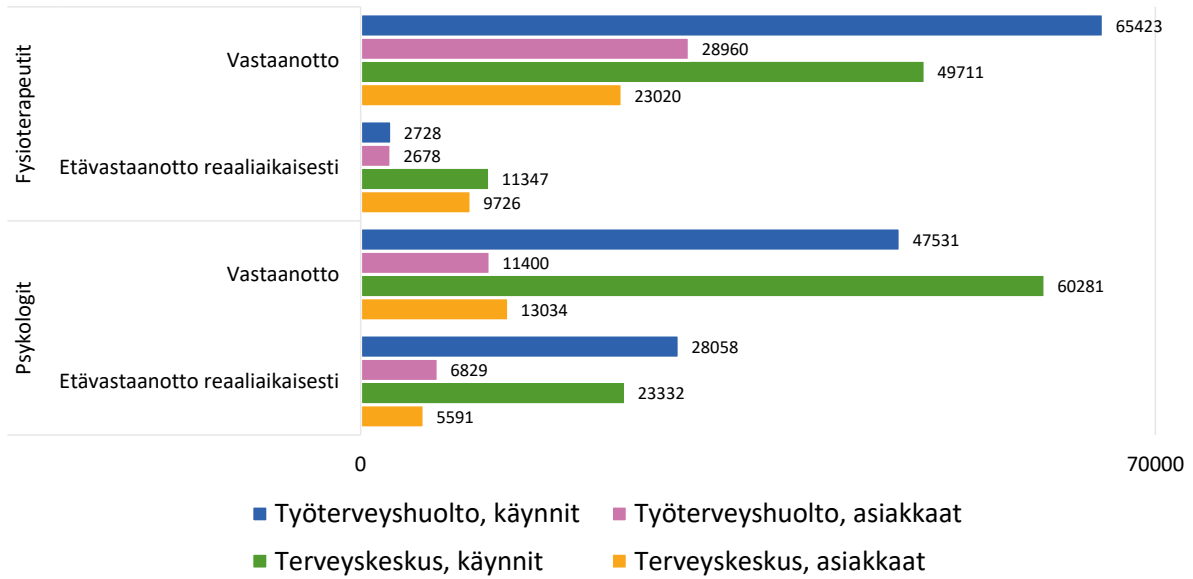
Kuvio 10.1. Työikäisten (18–64-vuotiaiden) sairaanhoidon vastaanottokäyntien ja etäkontaktien sekä asiakkaiden määrä koko maassa lääkäreillä ja terveyden- tai sairaanhoitajilla aikavälillä syyskuu 2021–syyskuu 2022 terveyskeskusten avosairaanhoidossa ja työterveyshuollon sairaanhoidossa.

Taulukko 10.2. Työikäisten (18–64-vuotiaiden) sairaanhoidon vastaanottokäyntien ja etäkontaktien määrä koko maassa ammattiryhmittäin/asiakas aikavälillä syyskuu 2021–syyskuu 2022 terveyskeskusten avosairaanhoidossa ja työterveyshuollon sairaanhoidossa

Ammattiryhmä / Vastaanottomuoto	Työterveyshuolto käyntejä/asiakas	Terveyskeskus käyntejä/asiakas
Lääkäri		
Vastaanotto	2,4	1,7
Etäasiointi reaaliaikaisesti	2,6	1,6
Etäasiointi ilman reaaliaikaista kontaktia	1,4	1,5
Terveyden- ja sairaanhoitajat		
Vastaanotto	1,4	2,2
Etäasiointi reaaliaikaisesti	2,0	2,5
Etäasiointi ilman reaaliaikaista kontaktia	1,1	1,5
Fysioterapeutit		
Vastaanotto	2,3	2,2
Etäasiointi reaaliaikaisesti	1,0	1,2
Psykologit		
Vastaanotto	4,2	4,6
Etäasiointi reaaliaikaisesti	4,0	4,2

Sekä terveyskeskusten avosairaanhoidossa että työterveyshuollon sairaanhoidossa fysioterapeuttien ja psykologien käyntien ja asiakkaiden määrä oli varsin pieni verrattuna lääkäreiden ja hoitajien käynti- ja asiakasmääriin (Kuvio 10.2). Etäkontakteja oli näillä ammattiryhmillä enemmän terveyskeskuksissa kuin työterveyshuollossa ja etäkontakteissa oli vain hyvin vähän ei-reaaliaikaisesti toteutettuja, joten näiden määrä ei ole muihin ammattiryhmiin nähden vertailukelpoinen, eikä niitä tässä esitetä. Työterveyshuollossa oli enemmän fysioterapeuttien kontakteja, terveyskeskuksissa oli puolestaan enemmän psykologien kontakteja. Asiakkaiden käyntimäärissä tarkastelujaksolla ei ollut suuria eroja ja käyntejä/asiakas oli enemmän kuin

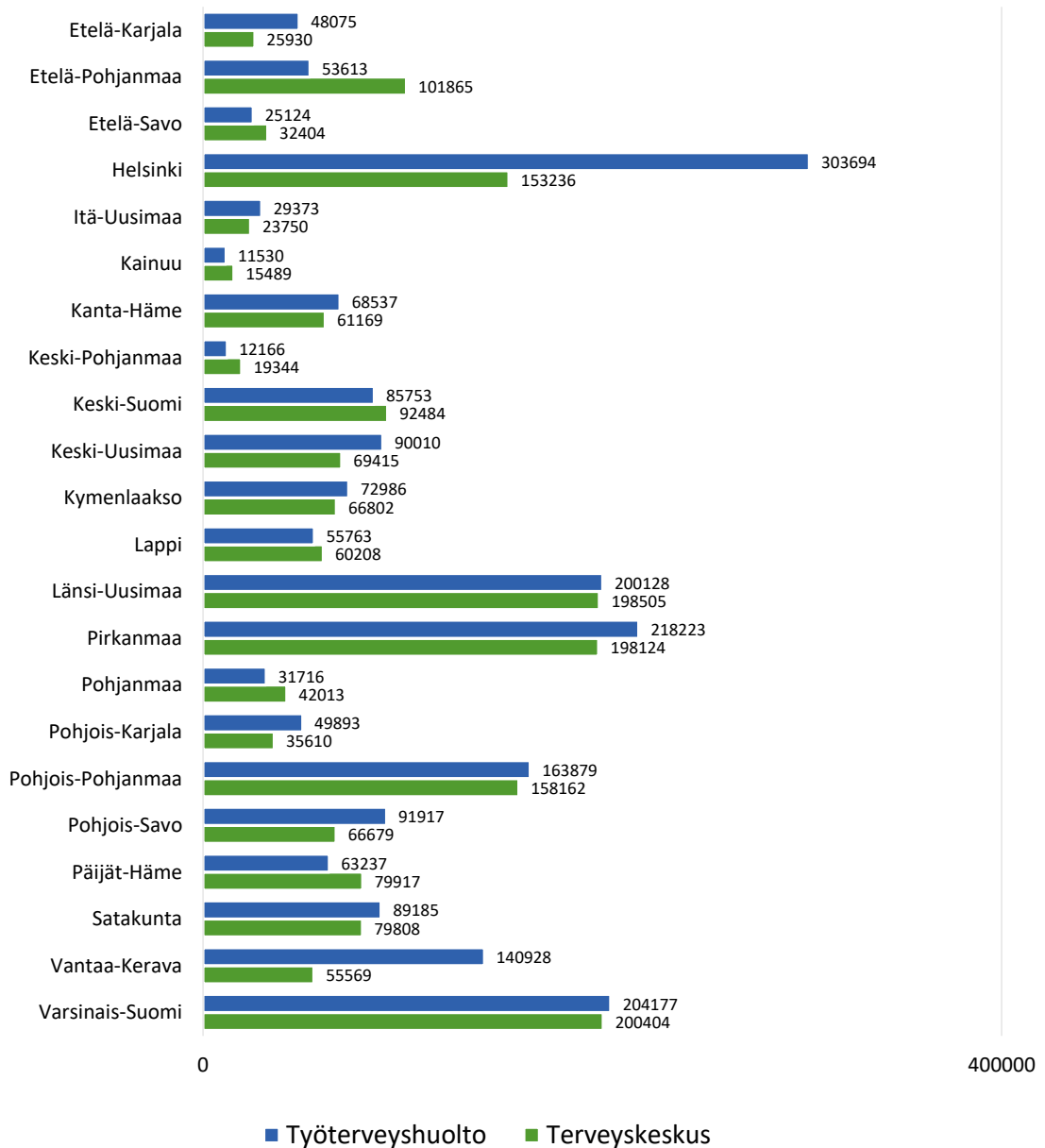
lääkäreillä ja terveyden- tai sairaanhoitajilla, mikä kuvastaa eroa eri ammattiryhmien tyypillisissä hoitojaksoissa (Taulukko 10.2).



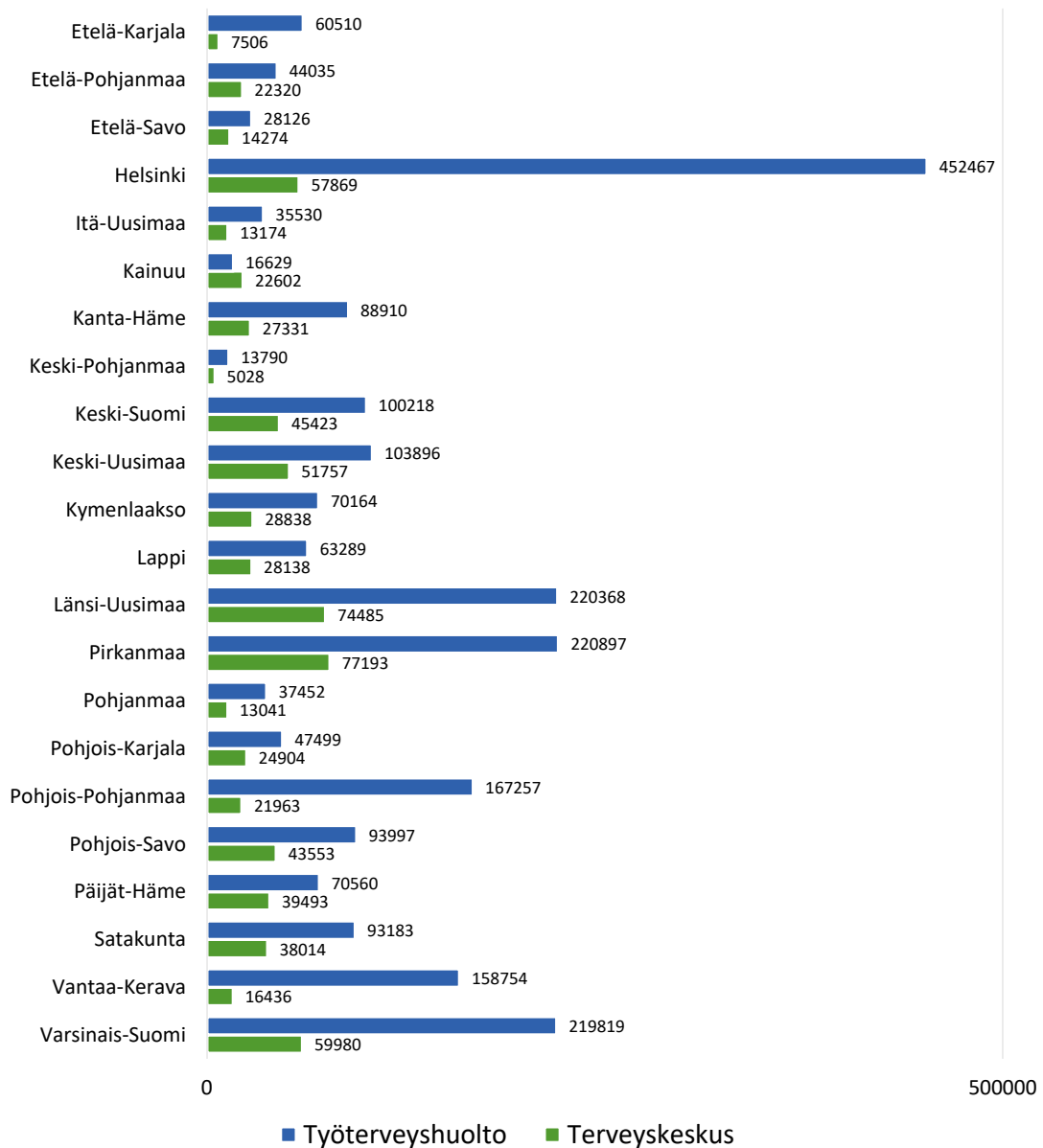
Kuvio 10.2. Työikäisten (18–64-vuotiaiden) sairaanhoidon käyntien ja etäkontaktien sekä asiakkaiden määrä koko maassa fysioterapeuteilla ja psykologeilla aikavälillä syyskuu 2021--syyskuu 2022 terveyskeskusten avosairanhoidossa ja työterveyshuollon sairaanhoidossa.

Hyvinvointialueittaisessa tarkastelussa alue määritettiin asiakkaan kotikunnan perusteella. Asiakkaiden työpaikka on voinut olla toisella alueella, mutta tässä tarkastelussa haluttiin kiinnittää huomio alueiden väestön palvelujen käyttöön. Osalla hyvinvointialueista lääkäriin (Kuvio 10.3) tai sairaan- ja terveydenhoitajien (Kuvio 10.4) sairaanhoidon vastaanottokäyntejä tai etäkontakteja oli enemmän työterveyshuollossa, toisilla alueilla näitä oli enemmän terveyskeskusten avosairanhoidossa. Osa eroista saattaa johtua myös alueellisista eroista Avohilmoon kertyneen tiedon kattavuudessa sekä terveyskeskusten avosairanhoidon tai työterveyshuollon palvelun tuottajien osalta. Erityisesti Helsingissä ja Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla tiedetään olevan puutteita Avohilmoon kertyneissä tiedoissa (potilastietojärjestelmän tiedonsiirto-ongelmien vuoksi). On kuitenkin todennäköistä, että pääkaupunkiseudulla työterveyshuollon osuus työikäisen väestön palvelujen käytöstä on selvästi suurempi kuin muualla Suomessa.

a) Lääkärien vastaanottokäyntien määrä:

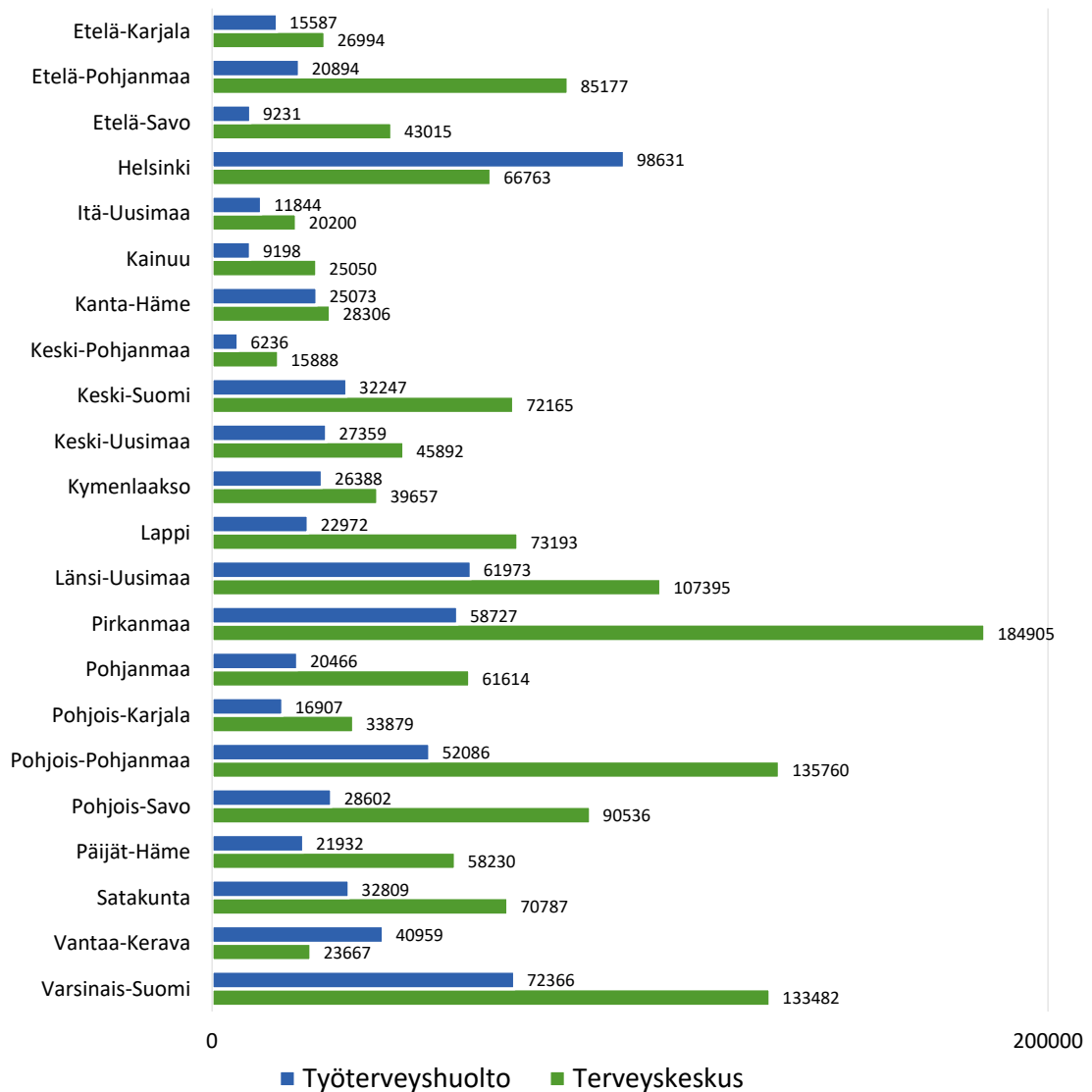


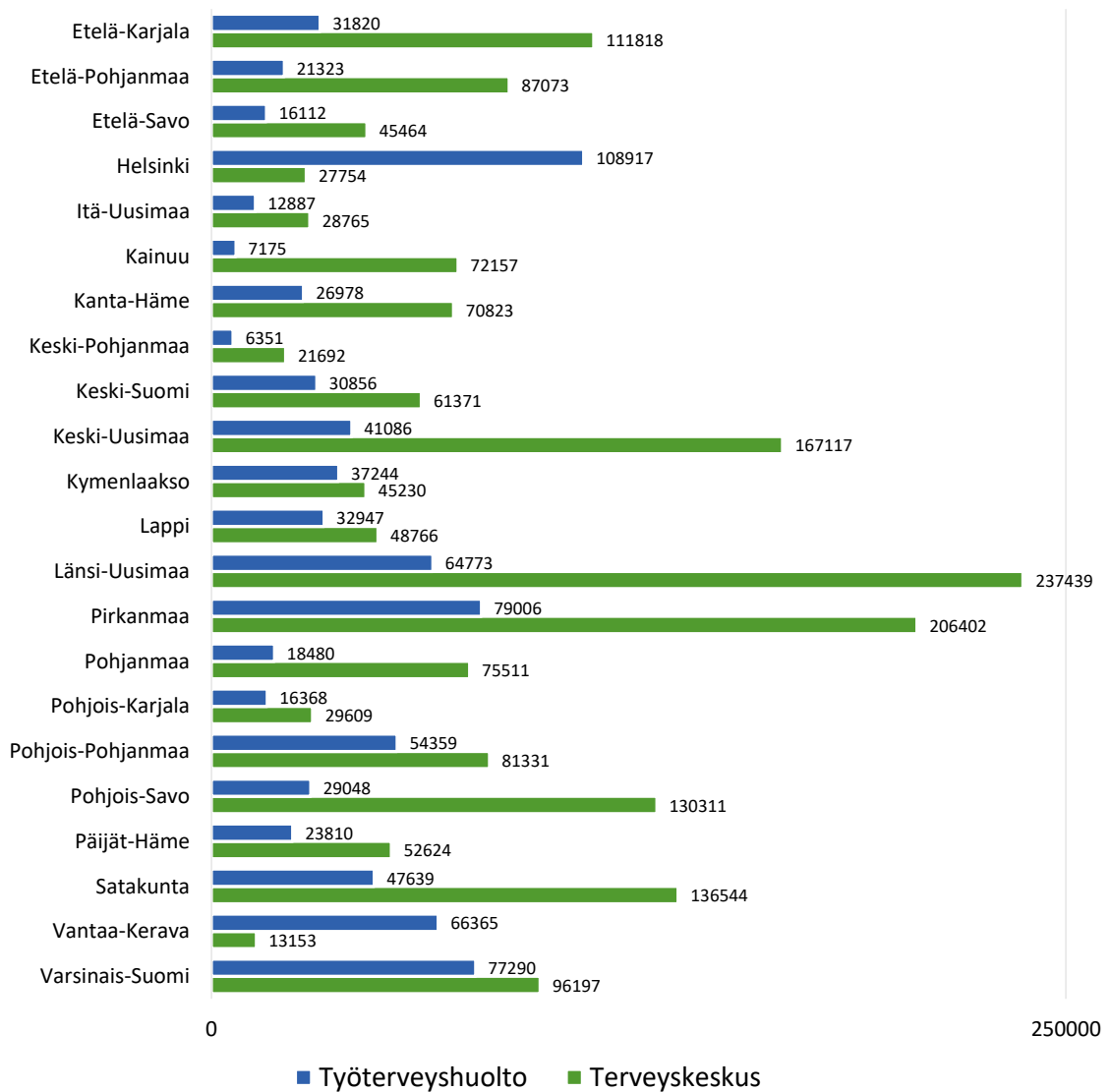
b) Lääkärien etäkontaktien määrä:



Kuvio 10.3. Lääkärien sairaanhoidon vastaanottokäyntien (a) ja lääkärien sairaanhoidon reaaliaikaisten etäkontaktien (b) määrä työikäisillä (18–64-vuotiailla) aikavälillä syyskuu 2021–syyskuu 2022 terveystieteiden avosairaanhoitossa ja työterveyshuollon sairaanhoidon vastaanottokäynnillä asiakkaan kotipaikkakunnan hyvinvointialueen mukaan. Potilastietojärjestelmän vaihdoksesta johtuen terveystieteiden avosairaanhoitossa on puutteita Vantaalla (v. 2019 alkaen) Helsingissä, Keravalla ja Kauniaisissa (v. 2021 alkaen).

a) Terveysten- ja sairaanhoitajien vastaanottokäyntien määrä:



b) Terveyden- ja sairaanhoitajien etäkontaktien määrä:

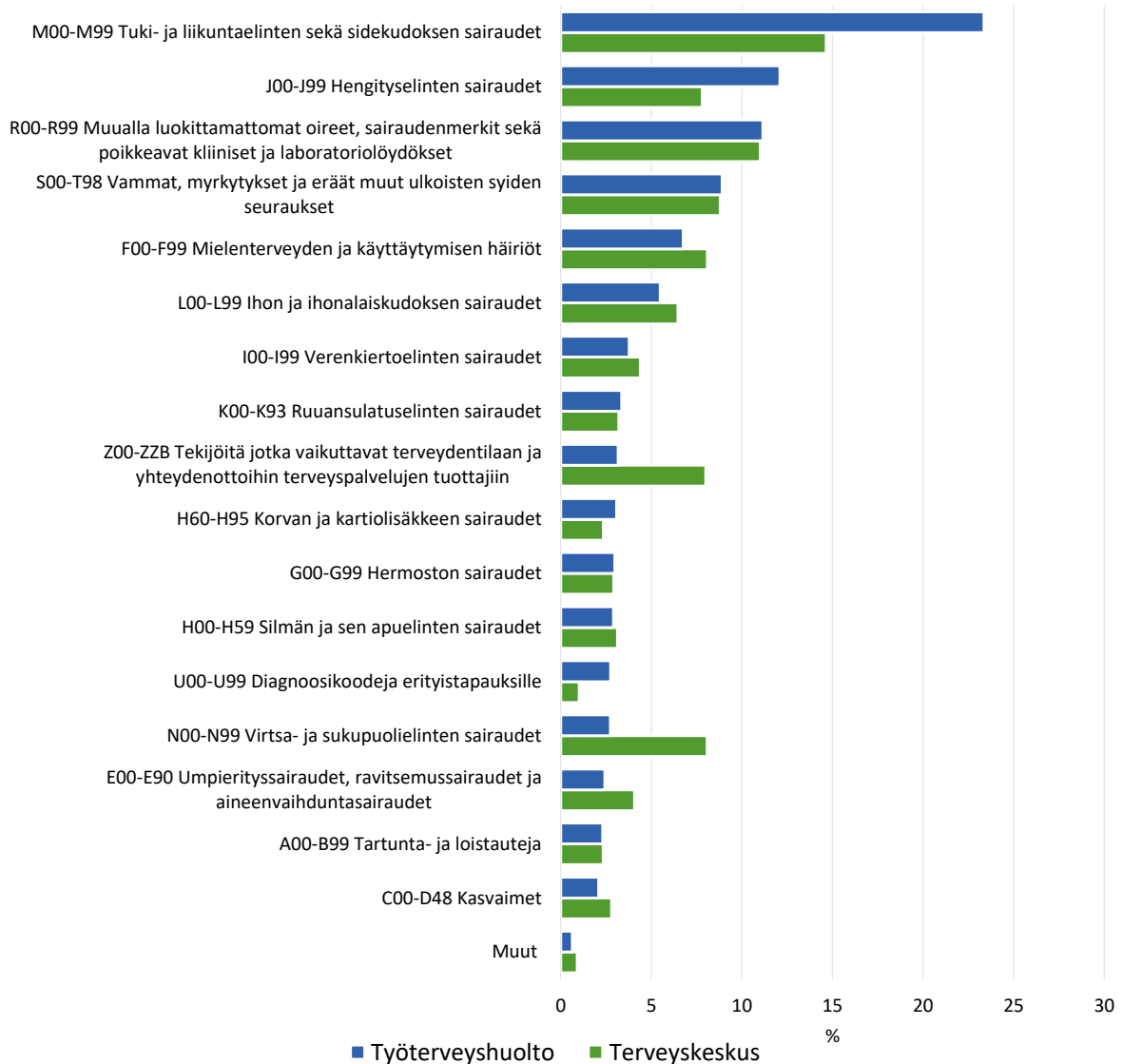
Kuvio 10.4. Terveyden- ja sairaanhoitajien sairaanhoidon vastaanottokäyntien (b) sekä terveyden- ja sairaanhoitajien sairaanhoidon reaaliaikaisten etäkontaktien (b) määrä työikäisillä (18–64-vuotiailla) aikavälillä syyskuu 2021–syyskuu 2022 terveyskeskusten avosairanhoidossa ja työterveyshuollon sairaanhoidossa asiakkaan kotipaikkakunnan hyvinvointialueen mukaan. Potilastietojärjestelmän vaihdoksesta johtuen avosairanhoidon käyntitiedoissa on puutteita Vantaalla (v. 2019 alkaen) Helsingissä, Keravalla ja Kauniaisissa (v. 2021 alkaen).

Diagnoosit lääkärin vastaanotoilla

Työterveyshuollossa toimivat lääkärit kirjaavat käynneistä lähes pelkästään ICD-10-luokituksella. Terveyskeskuslääkärit mm. Espoossa ja Salossa käyttävät ICPC-2-luokitusta käyntisyiden kirjaamiseen. Oletettavasti näiden terveyskeskusten tietojen puuttuminen terveyskeskuskäyntien syiden tarkastelusta ei merkittävästi vääristä tuloksia, sillä myös ICPC-2 koodein yleisimmät käyntisytyt lääkäreiden vastaanotoilla kohdentuivat samansuuntaisiin oireisiin ja vaivoihin kuin ICD-10 koodein.

Lääkärin sairaanhoidon vastaanotokäynneillä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat yleisimpiä diagnooseja sekä terveyskeskusten avosairanhoidossa että työterveyshuollon sairaanhoidossa, mutta työterveyshuollossa selvästi yleisempiä (14 % vs. 23 %) (kuvio 10.5). Tämän diagnoosiryhmän sisällä yleisimmät tarkemmat diagnoosit olivat selkäsärky ja hartianseudun pehmytkudossairaudet, terveyskeskuksissa myös polven nivelrikko. Toiseksi yleisimmässä diagnoosiryhmässä hengityselinten sairauksista (7 % diagnooseista terveyskeskuksissa ja 12 % työterveyshuollossa) valtaosassa diagnooseina oli ylähengitysteiden infektiot. Muualla luokittelemattomissa oireissa korostuvat terveyskeskuskäynneillä vatsa- ja lantiokivut, työterveyshuollossa myös kurkkukipu ja rintakipu sekä huonovointisuus ja väsymys. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöissä (8 % käyntisyistä terveyskeskuksissa ja 7 % työterveyshuollossa) molemmilla sektoreilla yleisiä diagnooseja olivat ei-elimelliset unihäiriöt sekä reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt erityisesti työterveyshuollossa, molemmilla sektoreilla masennustila sekä muut ahdistuneisuushäiriöt.

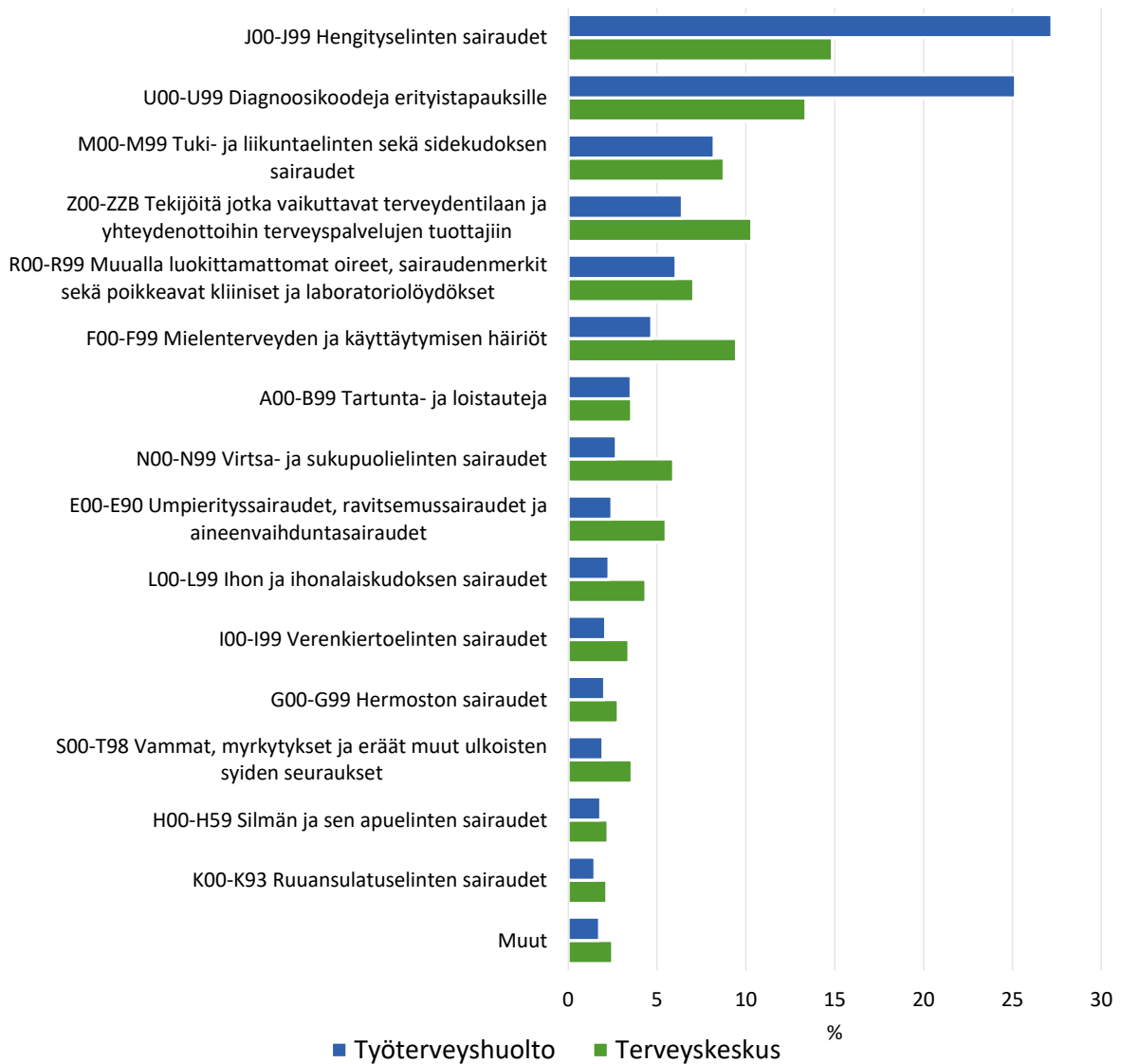
Verenkiertoelinten sairauksista (noin 4 % diagnooseista molemmilla sektoreilla eli 4,4 % vs. 3,8 %) essentiaalinen (primaarinen) verenpainetauti on yleisin tämän ryhmän diagnoosi molemmilla sektoreilla (kuvio 10.4). Terveyskeskusten lääkäri vastaanotoilla nousivat yleisiksi diagnooseiksi myös naisten terveyteen, kuumautisiin ja vaihdevuosiin liittyvät ongelmat, virtsatieinfektiot molemmilla sektoreilla (N-diagnoosit 8 % vs. 3 %). Aikuistyyppin (tyyppi 2) diabetes näkyi terveyskeskuskäynneillä yleisempänä umpierityssairauksien ryhmänä (4 % terveyskeskuksissa vs. 2 % työterveyshuollossa). U-ryhmän diagnooseissa korostui COVID-19 epäily. Z-ryhmän käynneissä (8 % vs. 3 %) korostuvat reseptien uusinnat työterveyshuollossa pääosin etäkontakteissa (kuvio 10.5). Lisäksi tähän Z-ryhmään sisältyi erityisesti terveyskeskuksissa hallinnollisista syistä tapahtuvia yhteydenottoja ja tarkastuksia, joihin kuuluvat mm. erilaisia lääkärinlausuntoja varten tarvitut vastaanotokäynnit.



Kuvio 10.5. Työikäisten (18–64-vuotiaat) yleisimmät diagnoosit ICD 10-pääryhmittäin lääkärin sairaanhoidon vastaanotoilla aikavälillä syyskuu 2021–syyskuu 2022 terveyskeskusten avosairaanhoidossa ja työterveyshuollon sairaanhoidossa, eri diagnoosien osuus (%) käyntien yhteismäärästä (työterveyshuolto n = 2 414 878, terveyskeskus n = 1 868 046).

Diagnoosit lääkärin etäkontakteissa

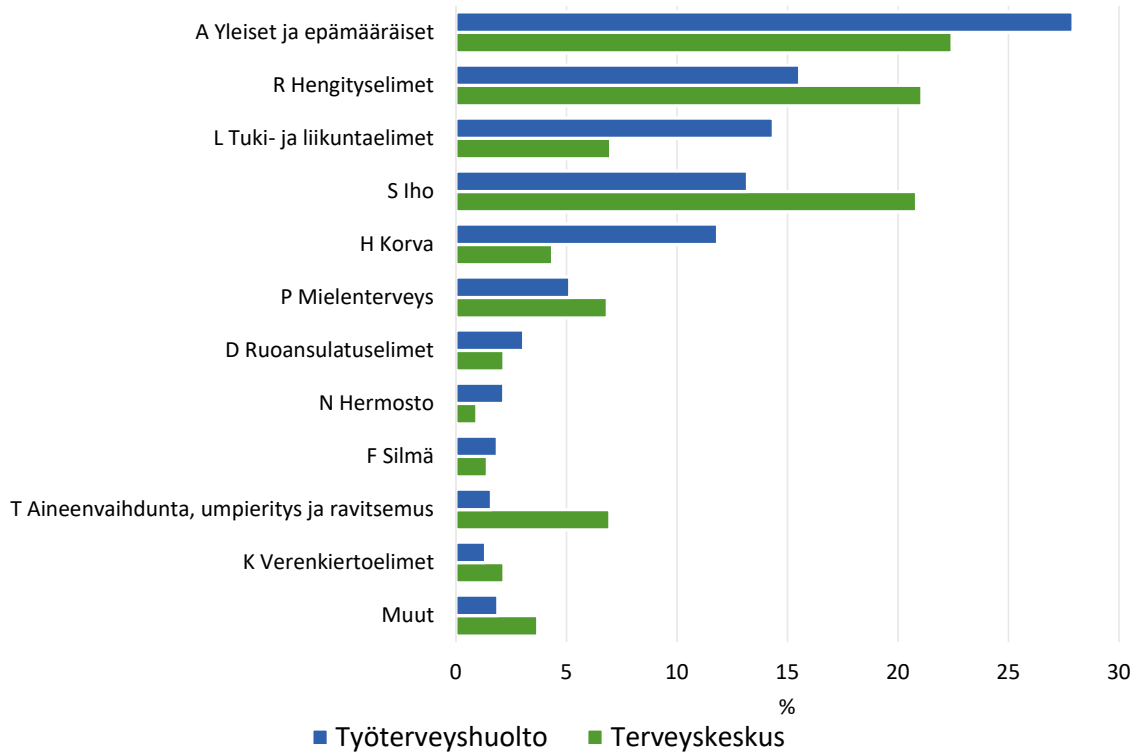
Diagnoosit lääkärin etäkontakteissa painottuvat eri tavoin kuin vastaanottokäynneillä. Hengityselinten sairaudet (yleisimpinä hengitystieinfektiot) ja U-ryhmästä COVID-19 epäilyyn liittyvät syyt ovat selvästi yleisempiä työterveyshuollon sairaanhoidossa kuin terveyskeskusten avosairaanhoidossa (Kuvio 10.6). Tämä selittyy ainakin osin esimerkiksi erilaisilla käytännöillä hoidon porrastuksessa sekä yksityisten palveluntuottajien laajoilla digipalveluilla, joiden käyttö edelleen laajeni COVID-19 epidemian aikana.



Kuvio 10.6. Työikäisten (18–64-vuotiaat) yleisimmät diagnoosit ICD 10 pääryhmittäin lääkärin reaaliaikaisissa sairaanhoidon etäkontakteissa aikavälillä syyskuu 2021 - syyskuu 2022 terveyskeskusten avosairaanhoidossa ja työterveyshuollon sairaanhoidossa, osuus (%) käyntien yhteismäärästä (työterveyshuolto n = 2 577 464, terveyskeskus n = 475 386).

Käyntisyöt terveyden- ja sairaanhoitajien vastaanotoilla

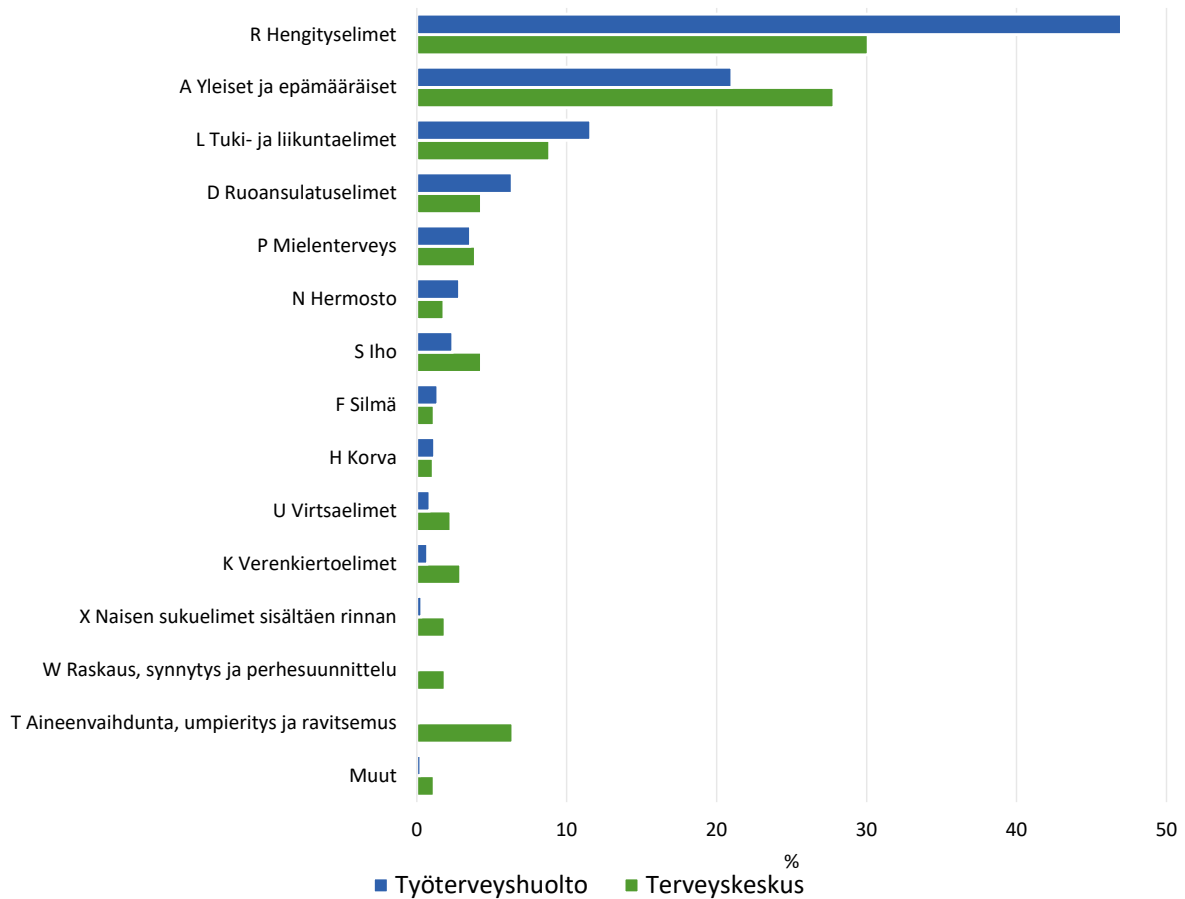
Hoitajat käyttävät pääasiassa ICPC-2-luokitusta sekä työterveyshuollossa että avosairaanhoidossa. Alle 10 % hoitajien käynneistä on kirjattu ICD-koodein (Hauhio ym. 2021). Hoitajakäynneillä ICPC-2:n mukaiseen A-luokkaan kirjatut käyntisyöt olivat yleisimpiä vastaanotokäyntien syitä sekä terveyskeskusten avosairaanhoidossa että työterveyshuollon sairaanhoidossa (kuvio 10.7). Tähän A-luokkaan sisältyivät yleisinä käyntisyinä erityisesti terveyden ylläpito ja sairauksien ehkäisy (valtaosa käynneistä), sairauksien riskitekijät ja muut yleisoireet. R-luokassa yleisimpiä käyntisyitä olivat hengitystieinfektiot, kurkun tai nielun oireet ja vaivat sekä yskä. L-luokassa yleisiä käyntisyitä olivat polven, alaselän, olkapään, käden tai sormen sekä jalan/varpaan oireet ja vaivat. I-luokassa yleisimpiä olivat käynnit haavan/laseraation vuoksi, erityisesti terveyskeskuksissa. T-luokassa diabetes (sekä tyyppi 1 että 2) oli yleinen käyntisyö hoitajavastaanotoilla terveyskeskuksissa. H-luokassa korvan tukkoisuus ja korvavahatulppa olivat yleisiä hoitajien vastaanottojen käyntisyitä. P-luokassa yleisiä hoitajavastaanottojen käyntisyitä olivat unihäiriö, työterveyshuollossa myös akuutti stressireaktio.



Kuvio 10.7. Työikäisten (18–64-vuotiaat) yleisimmät käyntisyöt ICPC-2-pääryhmittäin terveyden- ja sairaanhoitajien sairaanhoidon vastaanotoilla aikavälillä syyskuu 2021–syyskuu 2022 terveyskeskusten avosairaanhoidossa ja työterveyshuollon sairaanhoidossa, osuus (%) käyntien yhteismäärästä (työterveyshuolto n= 315 245, terveyskeskus n= 828 008).

Käyntisyöt terveyden- ja sairaanhoitajien etäkontakteissa

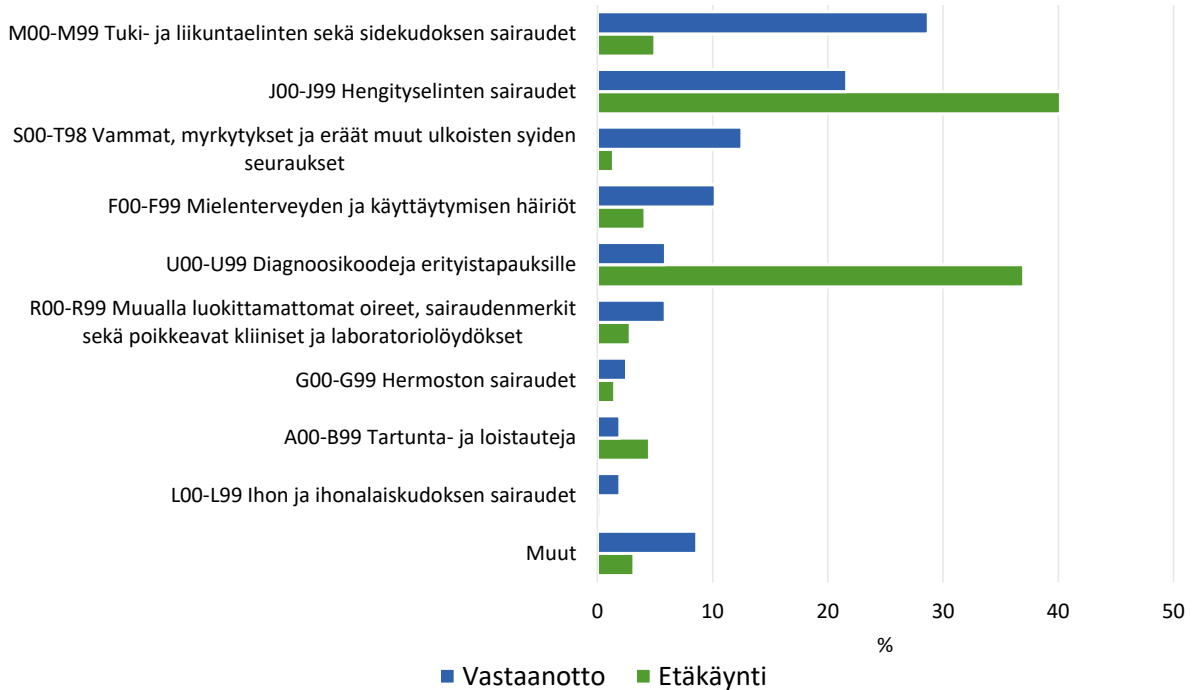
Hoitajien etäkontakteissa yleisimpiä käyntisyötyä (kuvio 10.8) olivat pääosin samat syyt kuin vastaanottokäynneillä, mutta etäkontakteissa D-luokkaan kuuluivat vastaanottokäynneitä useammin käyntisyötyinä ripuli sekä yleinen vatsakipu ja oksentelu. N-luokasta käyntisyötyynä oli useimmin kirjattu päänsärky. Työterveyshuollossa A-luokkaan kirjattujen käyntien määrää lisää vastaanottokäynneillä yleisten käyntisyötyiden lisäksi etäkäynneillä luokitus ”Yleiset ja epämääräiset: potilaan tarpeen ja tulosityn selvittäminen”, mikä liittyy eroihin terveyskeskusten avosairaanhoidon ja työterveyshuollon sairaanhoidon ajanvarausten ja hoidon tarpeen arvioinnin käytännöissä. Terveyskeskuksissa myös diabetes (luokka T) oli yleinen etäkontaktin syy.



Kuvio 10.8. Työikäisten (18–64-vuotiaat) yleisimmät käyntisyöt ICPC-2 koodit pääryhmittäin terveyden- ja sairaanhoitajien sairaanhoidon reaaliaikaisissa etäkontakteissa aikavälillä syyskuu 2021–syyskuu 2022 terveyskeskusten avosairanhoidossa ja työterveyshuollon sairaanhoidossa, osuus (%) käyntien yhteismäärästä (työterveyshuolto n = 592 764, terveyskeskus n = 543 932).

Työkyvyttömyyden syyt työterveyshuollon sairaanhoidossa kirjattuihin sairauslomatodistuksiin

Vastaavia työkyvyttömyyden syiden kirjauksia ei ole avosairanhoidon vastaanottojen tietosisällöissä, siksi tämä tieto voidaan esittää vain työterveyshuollosta. Tästä haetaan kuvaa siitä, mikä merkitys työterveyshuollon sairaanhoitokäynneillä on työstä poissaolojen kannalta. Tässä tarkastelu rajattiin lääkärin vastaanottokäynnteihin ja etäkontakteihin, joissa työkyvyttömyyden syy on kirjattu ICD-10 koodein. Kaikkien lääkärin sairaanhoidon vastaanottokäyntien määrään (2 367 040) suhteutettuna, sairauslomatodistuksen poissaolosyyt oli kirjattu 767 358 käynnillä, eli noin joka kolmannella käynnillä (32,4 %). Kaikista etäkontakteista (2 854 760) sairausloman syy oli kirjattu tätä useammin, 1 058 998 kontaktissa eli 37,1 %:ssa etäkontakteista. Sairauslomien syissä, erityisesti etäkontakteissa, U-diagnoosiryhmään (37 % etäkontakteista ja 6 % vastaanottokäynneistä) kuuluvat COVID-19-diagnoosit olivat tarkastelujakson aikana hyvin yleisiä, kuten myös hengityselinten sairaudet (40 % etäkontakteista ja 22 % vastaanottokäynneistä). Näissä useimmiten sairauslomien syinä olivat hengitystieinfektiot (kuvio 10.9).



Kuvio 10.9. Sairausluomatodistusten yleisimmät poissaolosyyt ICD-10 pääryhmittäin työterveyshuollon lääkärin sairaanhoidon vastaanottokäynneillä ja reaaliaikaisissa etäkontakteissa, osuus (%) käynneistä, joissa kirjattu poissaosyyt (vastaanottokäynneillä n=767 358 ja etäkontakteissa n=1 058 998).

Vastaanottokäyntien ja etäkontaktien määrä työterveyshuoltopalveluja tuottavien organisaatioiden mukaan tarkasteltuna

Avohilmasta poimittiin tätä selvitystä varten tiedot työterveyshuollon sairaanhoidon käyntimääristä myös palveluntuottajittain. Koska tarkastelujaksolla osa yrityksistä on voinut toimittaa tietoja Avohilmoon eri tavoin kattavasti ja eri ajanjaksoilta, esitetään tässä vain suuntaa antavia arvioita. Organisaatioita, joista oli tietoja vähintään 100 käynnistä oli yhteensä 90. Käynneistä valtaosa oli neljällä suurimmalla yrityksellä Mehiläinen, Suomen Terveystalo, Pihlajalinna sekä Lääkärikeskus Aava), joilla oli toimipisteitä eri puolilla Suomea. (vrt. luku 4.) Lisäksi useilla hyvinvointialueilla oli yksi tai useampi paikallinen yritys, joka toteutti merkittävän osan ko. alueen käynneistä. Myös joillakin teollisuuden ja kaupan alan yrityksillä oli omia työterveysyksiköitä, jotka toteuttivat merkittävän osan työterveyshuollon sairaanhoitokäynneistä omalla toimialueellaan. Tarkastelussamme työterveyshuollon palvelujen toteutuminen eri palvelun tuottajilla vastaa aiempaa tietoa (Takala 2019, Kela 2022).

Yritysten välillä oli suuria eroja siinä, miten käynnit jakautuivat lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajien toteuttamiksi sekä miten ne jakautuivat vastaanottokäynneiksi tai etäkontakteiksi. Varsinkin isoimmassa yrityksissä, mutta myös joissakin pienimmässä yrityksissä lääkärikäyntien määrä oli moninkertainen terveyden- ja sairaanhoitajakäynnteihin verrattuna. Etäkontaktien määrä suhteessa vastaanottokäynnteihin oli suurin isoimmassa yrityksissä. Isoimmat työterveyshuoltoa tuottavat yritykset ovatkin kehittäneet digitaalisen asiainninn muotoja merkittävästi viime vuosina (vrt. luku 4).

Avohilmo-rekisteritiedot avaavat mahdollisuuksia palvelujen käytön seurantaan, mutta tietojen laadun varmistamiseksi tarvitaan tutkimusta sekä yhteistyötä tiedon tuottajien kanssa

Tässä selvityksessä esitetyt sairaanhoitokäyntien määrät eivät ole vertailukelpoisia suhteessa Kelan työterveyshuoltotilastoon, jonka mukaan vuonna 2020 lääkäreillä oli 2,4 miljoonaa sairaanhoitokäyntiä ja terveydenhoitajilla 0,6 miljoonaa (Kela 2022). Erot johtuvat mm. siitä, että tarkastelimme erikseen rajattuja vastaanottokäyntejä ja etäkäyntejä, joita ei ole eritelty Kelan tilastossa ja joista osaan ei välttämättä ole haettu Kela korvausta. Tässä selvityksessä esitetyt tulokset ovat suuntaa antavia. Lääkärikäyntien huomattavasti suurempi määrä verrattuna terveyden- ja sairaanhoitajien käynteihin sekä fysioterapeuttien ja psykologien käyntien vähäinen määrä on kuitenkin samansuuntainen tulos kuin Kelan tilastoissa raportoidut ammattiryhmittäiset tiedot korvausluokasta II (Kela 2022).

Avohilmo-rekisteriin kertyneiden tietojen tarkastelut osoittivat, että kirjauksissa on paljon puutteita, esimerkiksi kirjaukset käynnin kiireellisyydestä tai käynnin luonteesta (terveydenhoito- vai sairaanhoitokäynti) saattavat puuttua, jolloin osa käynneistä on rajautunut tämän tarkastelun ulkopuolelle. Myös käyntisyiden kirjausasteet vaihtelevat, mikä rajoittaa tietojen vertailukelpoisuutta. Pääosin tulokset vastaavat niitä oletuksia ja aikaisempia tutkimuksia, joita on esitetty tämän raportin aiemmissa luvuissa (ks. luvut 3, 4 ja 7), eli työterveyshuollon sairaanhoito näyttäisi sisältävän paljon yleistä ensisijaista terveydenhuoltoa (mm. hengitystieinfektioissa), jolla ei ole aina selkeää yhteyttä muuhun työterveyshuoltoon tai työkyvyn kannalta keskeisiin terveysongelmiin.

Tässä selvitystyössä päätettyjä rajoituksia pidettiin tarpeellisina, jotta saataisiin mahdollisimman vertailukelpoinen tieto saman tyyppisistä käynneistä erityisesti selvityksemme fokuksen eli työterveyshuollon sairaanhoitokäyntien osalta. On kuitenkin mahdollista, että samoilla käyntisyillä (ICD-10 tai ICPC-2) sisällöltään vastaava käynti voidaan kirjata joko terveydenhoito- tai sairaanhoitokäynniksi käynnin toteuttaneen ammattilaisen oman harkinnan ja kyseisen toimintayksikön omien linjausten mukaan. Myös etäkäyntien luonne ja toteutus saattaa vaihdella eri sektoreilla ja eri organisaatioissa. Työterveyshuollossa saattaa olla myös organisaatio- ja työntekijäkohtaista sekä työterveyshuoltosopimusten mukaista vaihtelua siinä, mikä kirjataan lakisääteiseen, mikä ei-lakisääteiseen osuuteen.

Esittämämme tulosten tulkinnassa on muistettava tekemämme rajoitukset. Tässä esitettyssä vertailussa työterveyshuollossa ei ole huomioitu lakisääteistä osuutta mitenkään, vaikka osa sairaanhoidosta on myös lakisääteiseen työterveyshuoltoon kuuluvaa. Terveyskeskuslääkärien työajasta, myös vastaanotto- ja etäkäynneistä, kohdentuu merkittävä osa myös ennaltaehkäisevään työhön, mm. neuvoloissa, mutta erityisesti ikäntyneiden hoitoon. Terveyden- ja sairaanhoitajien osalta neuvolatyötä toteuttavat eri hoitajat, mutta myös työterveyshuollossa lakisääteistä osuutta saattavat toteuttaa eri hoitajat kuin ne, joilla on työterveyshuollon sairaanhoidon vastaanotto- ja etäkäyntejä. Sama saattaa päteä fysioterapeuttien ja psykologien työhön sekä työterveyshuollossa että julkisessa perusterveydenhuollossa.

Käyntikirjauksissa vaihtelevat käytännöt siinä, mikä merkitään sairaanhoito- ja mikä terveydenhoitokäynniksi on yksi peruste, miksi lakisääteisen ja ei-lakisääteisen työterveyshuollon erottelua on pidetty hankalana. Selvityksemme tuo esiin myös tämän mahdollisen harhan. Samantyyppiset käynnit samoin käyntisyin saataan vaihtelevasti kirjata joko lakisääteisen työterveyshuollon tai sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon käynniksi työterveyshuollossa. Vastaavasti myös terveyskeskuksissa ero sairaanhoito- ja terveydenhoitokäynnin välillä saattaa olla liukuva. Tähän viittaisi myös tässä selvityksessä havaittu suuri osuus terveyden- ja sairaanhoitajien käynneistä, joita oli kirjattu ICPC-2 koodilla terveyden ylläpito ja sairauksien ehkäisy. Näitä kirjauskäytäntöjä tulisi selvittää tarkemmin.

Laajempien johtopäätösten tekemiseksi tarvittaisiin lakisääteisen ja ei-lakisääteisen työterveyshuollon diagnoosien, käyntisyiden ja myös mm. toimenpidekirjausten vertailua sekä palvelujen yhteiskäytön arviointia. Yhteiskäytöstä olisi hyvä selvittää mm. kuinka suuri osuus käyttää sekä lääkärin että muiden ammattilaisten palveluja, sekä kuinka suuri osuus käyttää sekä sairaanhoitoon että terveydenhoitoon keskittyviä palveluja. Yksittäisten vastaanottokäyntien ja etäkontaktien lisäksi pitäisi tarkastella hoitokohtaisia, esim. liittykö etäkontakti aiemmalla vastaanottokäynnillä selvitetyn terveysongelman tutkimuksiin ja hoitoon. Tarvittaisiin myös laajempaa vastaanottokäyntien ja etäkontaktien laadun arviointia, jotta voidaan arvioida,

miten käynnit vastaavat hyvää työterveyshuoltokäytäntöä ja miten vastaanottokäynneillä ja etäkontakteissa arvioidaan ja tuetaan työkykyä. Avohilmoon saatujen tietojen laatua ja kattavuutta on tarpeen analysoida tarkemmin. Työterveyshuollon käyntien osalta mm. tiedon laadun arviointi ja hoitoepisodien tarkastelu ovat keskeisiä tavoitteita syksyllä 2022 käynnistyneessä Sote-integraatorahoituksen hankkeessa ”Työterveyshuollon palveluiden käyttö työikäisten terveydenhuollon palvelukokonaisuudessa”. Hanke toteutetaan THL:n ja TTL:n asiantuntijoiden yhteistyössä vuosina 2022–2023.

Lähteet

- Hauhio N, Puroharju T, Mölläri K. (2021). Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyys vuonna 2020: Verenpainetauti, ylähengitystieinfektiot ja selkäsärky olivat edelleen yleisimmät käyntisyys lääkärin vastaanotolla. THL, Tilastoraportti: 12/2021 <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021042820667>
- Hauhio N, Mölläri K. (2023). Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyys vuosina 2021–2022. Hengitystieinfektioiden vuoksi käytiin eniten lääkärin vastaanotolla. THL, Tilastoraportti 6/2023.
- Häkkinen P, Mölläri K, Saukkonen S-M, Väyrynen R, Mielikäinen L, Järvelin J. (2019). Hilmo - Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2020: Määrittelyt ja ohjeistus: Voimassa 1.1.2020 alkaen. THL, Ohjaus 7/2019 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-346-5>
- Kela (2022). Kelan työterveyshuoltotilasto 2020.
- Takala E-P, Leino T, Harjunpää K, Hirvonen M, Kauranen T, Liljeström K, Syynimaa S, Österbacka O. (2019) Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos, Helsinki.

11 Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen henkilöstö

Visa Väisänen, Timo Sinervo, Anu Niemi

- Työterveyshuollon ei-lakisääteisessä sairaanhoidossa työskentelevästä henkilöstömäärästä ei ole tarkkaa tietoa.
- Avohimoaineistossa oli tarkastelujakson aikana yhteensä 7840 lääkäriä, joille työterveyshuollon sairaanhoidon käyntejä oli kirjattu. Heistä suurella osalla oli alle 50 vastaanottokäyntiä sekä etä-kontaktia.
- Valtaosa työterveyshuollon sairaanhoitoa tuottaneista lääkäreistä työskenteli osa-aikaisesti, arviomme mukaan kokoaikaista työtä tekeviä lääkäreitä oli noin 800
- Työterveyshuollon sairaanhoitoon kohdentuva lääkärin työpanos on karkeasti arvioituna noin 1600–1800 henkilötyövuotta, joka jakautuu alueellisesti painottuen asukasluvultaan isompiin hyvinvointialueisiin, joilla työikäisen väestön osuus on suuri.

Kaikkea lakisääteisessä työterveyshuollossa tarvittavaa osaamista ei saada sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutuksessa. Sen vuoksi työterveyshuollossa toimiville ammattilaisille on hyvää työterveyshuoltokäytäntöä koskevassa asetuksessa (708/2013) ja työterveyshuoltolaissa (1383/2001) määritetty pätevyysvaatimukset. Päätoimisesti (vähintään 20 tuntia viikossa) lakisääteisissä työterveyspalveluissa toimivalta lääkäriltä ja työterveyshuoltopalveluiden vastaavalta lääkäriltä edellytetään työterveyslääkärin erikoislääkärin tutkintoa. Muiden lakisääteisten työterveyshuoltopalveluiden parissa toimivilta terveydenhuollon ammattihenkilöiltä (fysioterapeutit, terveydenhoitajat), työterveydenhuollon asiantuntijoilta (psykologi) sekä osa-aikaisesti (alle 20 tuntia viikossa) työterveydenhuollossa toimivilta lääkäreiltä edellytetään työterveyshuoltoon pätevöittävää moniammatillista koulutusta (15 opintopistettä). Muilta työterveyshuollossa toimivilta ammattilaisilta (mm. sosiaalialan, ravitsemuksen ja puheterapian korkeakoulu- tai ammatillisen tutkinnon suorittaneilta) edellytetään suppeampaa (2 opintopistettä) työterveyshuoltoon pätevöittävää koulutusta ammattilaisille. Koulutuksen järjestäjinä on nykyisin useita ammattikorkeakouluja ja yliopistoja Työterveyslaitoksen järjestämän koulutuksen lisäksi. Työterveyshuoltoon pätevöittävän moniammatillisen koulutuksen saaneista käytetään vastaavia nimikkeitä esim. työterveyslääkäri, työterveyshoitaja, työpsykologi tai työfysioterapeutti.

Työterveyshuollossa toimivien lääkärin ja muiden ammattilaisten koulutustaustasta ei ole saatavilla ajankohtaisia tietoja, joten ei ole mahdollista arvioida miten edellä kuvatut pätevyysvaatimukset toteutuvat. Lääkäriliiton vuositilaston mukaan vuonna 2019 Suomessa oli 894 työterveyshuollon erikoislääkärin oikeudet omaavaa lääkäriä (Lääkäriliitto 2019a). Valtioneuvoston periaatepäätöksessä vuonna 2017 arvioitiin, että työterveyshuollon ammattihenkilöiden määrä vähenee vuoteen 2025 mennessä eläköitymisen vuoksi (STM 2017). Alan koulutusta ja koulutusresursseja arvioitiin tarvittavan erikoistumiseen ja osaamisen täydentämiseen. Työterveyshuollon koulutuksen rahoituksen todettiin vähentyneen ja rahoituksen saaminen on epävarmaa. Erikoislääkärikoulutuksen uusi strategia ja EVO-rahoituksen linjaukset ottavat kantaa työterveyshuollon erikoislääkärikoulutukseen. Periaatepäätöksen mukaan on turvattava myös työterveyslääkärin, työterveyshoitajien, työfysioterapeuttien ja työterveyspsykologien koulutuksen järjestäminen ja rahoitus, jotta varmistetaan ammattitaitoinen ja riittävä työterveyshenkilöstö tulevaisuudessa.

Vuonna 1993 työterveyshuollossa työskenteli noin 1000 lääkäriä (Savolainen ym. 1993). Työterveyshuollon toiminta ja laatu –selvityksen (Takala ym. 2019) mukaan työterveyshuoltopalveluita tuottavissa yksiköissä toimi vuonna 2018 yhteensä 6573 työterveyshuollon ammattilaista (ei sisältänyt työhygienikkoja, ravitsemusterapeutteja ja muita pienempiä ammattiryhmiä). Lääkärikeskuksissa sekä lakisääteisen että ei-lakisääteisen työterveyshuoltopalveluiden tuottamiseen koko- tai osa-aikaisesti osallistuneita lääkäreitä oli

yhteensä 2657, joista 52 % oli yksityisiä ammatinharjoittajia (ks. myös luku 4). Työterveyshoitajina toimi 1940 työntekijää, joista 99 % oli työ- tai virkasuhteessa työnantajaansa.

Vuonna 2018 suhteellisesti suurin osuus ammatinharjoittajina toimineista lääkäreistä oli lääkäreitä, joilla ei ollut työterveyshuollon lakisääteisten palveluiden tuottamiseen vaadittavaa koulutusta (Takala 2018). Näiden lääkäreiden työpanos kohdentuu yleislääkäritasoisien sairaanhoitopalveluiden tuottamiseen, missä ei voiteta edellä kuvattua työterveyshuollon pätevytyymiseen liittyvää osaamisen varmistamista.

Lääkärin työolot ja terveys 2019-tutkimuksessa noin 16 % vastaajista työskenteli päätoimisesti yksityisillä lääkäriasemilla -ja lääkärikeskuksissa (Lääkäriliitto 2019b). Valtakunnalliseen työikäisten lääkärin kokonaismäärään suhteutettuna tämä vastaa noin 3400 lääkäriä, joista kuitenkin merkittävä osa luultavasti työskenteli työterveyshuollon ulkopuolella ja/tai mahdollisesti osa-aikaisesti (ks. myös luku 4).

Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluita tuottavan lääkärimäärän arviointi on hankalaa useasta syystä. Ensiksi on todennäköistä, että merkittävä osa niistä työterveyshuollon lääkäreistä, jotka tuottavat lakisääteistä työterveyshuoltoa, tuottavat myös sairaanhoitopalveluita. Toiseksi suuri osa ammatinharjoittajista työskentelee työterveyshuollossa osa-aikaisesti. Kolmanneksi digitaaliset palvelut ovat muuttaneet työn luonnetta merkittävästi, eikä työ jäseny enää selkeästi käynneiksi (erilaiset chat- ja viestipalvelut) ja lääkärit voivat tuottaa palveluita eri puolilta maata ja näin palvelu eri puolilla maata asuvia potilaita. Seuraavaksi esitellään tarkastelu, jonka tavoitteena oli saada suuntaa antava arvio tämänhetkisestä työterveyshuollon laskennallisesta henkilöstöresurssimäärästä sairaanhoitokäyntien perusteella.

Henkilöstömäärän arvioissa käytetty aineisto ja menetelmät

Työterveyshuollon henkilöstömäärää selvitettiin THL:n avosairaanhoidon hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) käyntitietojen perusteella. Avohilmo-rekisterin tietosisältöjä ja tätä tutkimusta varten sieltä poimittuja tietoja sekä tiedon poiminnan periaatteita on kuvattu kattavasti luvussa 10. Tässä luvussa emme tee vertailua julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon henkilöstöön, sillä sen arvioiminen selvitykseen poimituilla vain työikäisten asiakkaiden käynnit sisältävällä aineistolla on haastavaa.

Arvio työterveyshuollon henkilötyövuosien (HTV) määrästä laskettiin perustuen niiden työntekijöiden vastaanottokäyntien sekä etäkontaktien määriin, joille oli kirjauksia työterveyshuollon sairaanhoitoon (palvelumuoto T31) ajanjaksolla syyskuu 2021–syyskuu 2022.

Vastaanottokäynnillä tarkoitetaan asiakkaan käyntiä vastaanotolla, eli fyysistä palvelunantajan toimipaikassa tapahtuvaa käyntiä. Etäkontakteista tarkasteluun sisällytettiin vain reaaliaikaiset etäkäynnit, eli puhelini- tai videoyhteydellä tapahtuva etäasiointi. Ei-reaaliaikaiset etäkäynnit (viesti, sähköposti, kirje ja chat) eivät ole resurssitarpeeltaan vertailukelpoisia vastaanottokäynteihin tai reaaliaikaisiin etäkäynteihin. Yhteensä ei-reaaliaikaisia etäkäyntejä oli noin 15 % kaikista etäkontakteista.

Aineiston vastaanottokäyntien ja etäkontaktien määrät rajattiin ylimmän prosentin kohdalle, jotta poikkeavan korkeat käyntimäärät eivät vaikuttaisi työajan määrittelyyn. Osalla työntekijöistä oli erityisen suuri määrä vuosittaisia käyntejä, jotka saattavat johtua esimerkiksi kirjaamisesta tai tiedonsiirrossa tapahtuneista virheistä. Lääkäreillä vuoden aikaisten vastaanottokäyntien raja-arvo oli 2188 ja etäkontaktien 4213. Vastavasti hoitajien vastaanottokäyntien raja-arvo oli 1442 ja etäkontaktien 2845. Käyntimäärien rajaus koski 79 lääkäriä ja 52 hoitajaa. Rajauksissa on tärkeä huomioida, että käyntimäärältään ylin prosentti teki usein sekä vastaanottokäyntejä että etäkontakteja. Yhteenlaskettuna lääkärin käyntimäärien rajaukset tarkoittavat sitä, että yli 6400 käynnin ylittävät arvot asetettiin 6400 käyntiin vuoden aikana. Tämä tarkoittaa noin 29–32 käyntiä päivässä, olettaen, että vuodessa on 200–220 työpäivää.

Kokoaikainen työ (100 % työaika) määriteltiin aineistolähtöisesti. Työajan määrittely aineiston työntekijöiden toteutuneiden vastaanottokäyntien ja etäkontaktien perusteella huomioi sekä lääkärin että hoitajien muun työn osuuden, joka sisältää muun muassa hallinnollisen työn, kirjaamisen sekä tautot. Vastaanottokäyntejä ja etäkontakteja käsiteltiin erikseen, koska yhteystavoilla voi olla eroja esimerkiksi käynnin kestossa ja valmisteleman työn määrässä.

Työntekijät jaettiin erikseen vastaanottokäyntien ja etäkontaktien määrän perusteella kymmenyksiin, niin, että vuoden aikana alle 50 vastaanottokäyntiä tai etäkontaktia toteuttaneet eriteltiin omaksi ryhmäksi. Jokainen työntekijä sai siis kaksi arvoa, josta ensimmäinen kertoi fyysisten vastaanottokäyntien kymmenyksiin

sijoittumisesta ja toinen etäkontaktien kymmenyksiin sijoittumisesta. Vastaanottokäynneiltään tai etäkontakteiltaan ylimpään kymmenykseen kuuluvat työntekijät määriteltiin kokoaikaista työtä tekeviksi. Ylimmän kymmenyksen lääkäreillä vastaanottokäyntejä ja etäkontakteja oli keskimäärin 2753 vuoden aikana, joka vastaa 200–220 työpäivän lukumäärällä noin 12,5–13,8 käyntiä päivässä.

Tämän lisäksi myös yhteenlasketuilta kymmenyksiltään ylimmät 15/10/5 % määriteltiin kokoaikaista työaika tekeviksi, jolloin syntyi kolme toisistaan työajan määrittelyssä eriävää erisuuruista arviota. Sekä vastaanottokäyntien että etäkontaktien määriltään ylimmät 3 % (n = 273) asetettiin 120 prosentista työaika tekeviksi, sillä heidän keskimääräinen vuosittainen käyntimääränsä oli muihin täysipäiväisiin verrattuna korkeampi (3337). Kokoaikaista työtä tekeviksi määriteltyjen työntekijöiden keskimääräisten vuosittaisten vastaanottokäyntien sekä etäkontaktien määrän perusteella laskettiin muiden osa-aikaisten työntekijöiden prosentuaalinen työaika. Esimerkki: Kokoaikaista työaika tekeviksi määritellyillä lääkäreillä oli keskimäärin noin 2700 käyntiä vuoden aikana, jolloin 1350 käyntiä tehneen lääkärin laskennallinen työaika olisi 1350 / 2700 eli 50 % (0,5 henkilötyövuotta).

Työterveyshuollon lääkärin henkilötyövuosien määrää ja niiden jakautumista vastaanottokäynteihin ja etäkontakteihin tarkasteltiin myös hyvinvointialueittain perustuen asiakkaan kotikuntaan. Tilastokeskuksen vuoden 2021 tietoihin perustuen laskettiin alueellinen tieto työterveyshuollon lääkäriresurssien määrästä suhteessa 1000 asukkaaseen. Etäkontaktien suuren määrän takia selvitettiin myös eri työaika tekevien lääkärin käyntien alueellista jakautumista asiakkaan kotikunnan perusteella. Alueellisessa tarkastelussa ei huomioitu alueiden väestörakennetta.

Tässä luvussa kuvataan vain ei-lakisääteistä työterveyshuoltoa tuottavan henkilöstön henkilötyövuosien määrää. Aineistosta ei pystytty erottamaan erikoislääkäreitä. Työterveyshuollon erikoislääkärin työ koostuu usein sekä lakisääteisestä että ei-lakisääteisestä työterveyshuollosta, minkä takia erityisesti työterveyshuollon erikoislääkärit voidaan päätyä määrittelemään aineistossa osa-aikaisiksi.

Tässä luvussa keskitytään pääosin työterveyshuollon lääkärin henkilöstöresurssimäärään. Työterveyshuollon hoitajien arvioitu henkilöstöresurssi esitetään tuloksissa, vaikka se sisältää enemmän merkittäviä epävarmuustekijöitä kuin arvio lääkäreistä.

Ei-lakisääteisen työterveyshuollon arvioitu henkilöresurssi

Aineistossa oli vuoden aikana yhteensä 2 330 879 työterveyshuollon sairaanhoidon vastaanottokäyntiä ja 2 053 906 reaaliaikaista etäkontaktia. Tarkasteltavalla ajanjaksolla lääkäreitä, joille oli kirjattu työterveyshuoltoon sairaanhoitokäyntejä, oli yhteensä 7840. Tästä joukosta kuitenkin 2420:lla oli sekä alle 50 vastaanottokäyntiä että alle 50 etäkontaktia vuoden aikana. Hoitajia aineistossa oli yhteensä 5110. Lääkäreiden vastaanottokäyntien ja etäkontaktien määrät näkyvät kokonaiskäyntien kymmenyksittäin taulukossa 11.1.

Etäkontaktit painottuivat vahvasti käyntimäärien ylimpiin kymmenyksiin. Kokonaiskäyntimäärältään ylin 20 % lääkäreistä (n = 1 118) teki noin 70 % kaikista etäkontakteista. Vastaanottokäyntejä tehtiin sen sijaan tasaisemmin kaikissa kymmenyksissä. Etäkontakteja tehtiin vastaanottokäyntejä enemmän vain käyntimäärien ylimmässä kymmenyksessä. On tärkeä huomioida, että käyntimäärien jakauma oli vahvasti vinoutunut, sekä käyntimäärissä että vastaanottokäyntien ja etäkontaktien määrien jakautumisessa. Tämän takia yhteystavat eroteltiin työajan määrittelyssä.

Taulukko 11.1. Lääkäreiden kaikkien sairaanhoidon vastaanottokäyntien ja etäkontaktien kymmenyksien yhteenlasketut ja keskimääräiset käyntimäärät työterveyshuollossa (ka. = keskiarvo)

Kymmenys	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kaikki
Lääkärien määrä	2258	557	551	565	558	558	559	559	557	559	559	7840
Kaikkien käyntien vaihteluväli	1–50	51–79	80–122	123–182	183–275	276–394	395–565	566–837	838–1245	1246–2002	2003–6401	1–6401
Kaikkien käyntien määrä	43 302	35 580	54 828	85 211	125 464	185 755	266 793	388 385	570 532	884 828	1 744 107	4 384 785
Kaikkien käyntien ka.	19	64	100	151	225	333	477	695	1024	1583	3120	559
Määrä %	1,0	0,8	1,3	1,9	2,9	4,2	6,1	8,9	13,0	20,2	39,8	
Määrä kumulatiivinen %	1,0	1,8	3,0	5,0	7,9	12,1	18,2	27,0	40,0	60,2	100,0	
Vastaanottokäyntien määrä	36 749	28 950	43 490	66 322	95 253	131 615	174 844	237 621	328 205	513 296	674 534	2 330 879
Vastaanottokäyntien ka.	16	52	79	117	171	236	313	425	589	918	1207	297
Etäkäyntien määrä	6 553	6 630	11 338	18 889	30 211	54 140	91 949	150 764	242 327	371 532	1 069 573	2 053 906
Etäkäyntien ka.	3	12	21	33	54	97	164	270	435	665	1913	262

Vuoden aikana enemmän kuin 1000 työterveyshuollon sairaanhoidon vastaanottokäyntiä tai etäkontaktia tehneiden lääkärien määrä oli vain 923, joista suurella osalla oli merkittävä määrä molempien yhteystapojen käyntejä. Kokoaikaista työtä tekeviä lääkäreitä arvioitiin olleen 744–938. Heidän tekemänsä keskimääräinen vuosittainen yhteenlaskettu sairaanhoidon vastaanottokäyntien ja etäkontaktien määrä oli 2537–2753. Tämä vastaa vuosittaisella 200–220 työpäivällä noin 12–14 vastaanottokäyntiä ja/tai etäkontaktia päivässä. Tästä luvusta etäkontakteja oli keskimäärin noin 56 % ja vastaanottokäyntejä noin 44 %.

Merkittävän suurta alle 50 sekä vastaanottokäyntiä että etäkontaktia tehnyttä joukkoa (n = 2420) saattaa selittää esimerkiksi se, että osa lääkäreistä tekee työterveyshuollon töitä sivutoimisesti esimerkiksi alle kymmenen tuntia kuukaudessa. On myös mahdollista, että eri alojen erikoislääkärit tekevät yksityisvastaanotto toiminnan ja muun työn ohella satunnaisesti pienen määrän työterveyshuollon sairaanhoidon käyntejä tai heille ohjataan asiakkaita myös lakisääteisestä työterveyshuollosta, mikäli tällaisetkin palvelut kuuluvat ko. työpaikan työterveyshuoltosopimuksen piiriin. Työterveyshuollon erikoislääkäreillä pääosa työajasta kohdentunee lakisääteiseen osuuteen, jolloin he tekevät vain satunnaisesti myös sairaanhoidon vastaanottotyötä ja etäkontakteja. Aineistossa on todennäköisesti myös sellaisia lääkäreitä, jotka ovat aloittaneet työterveyshuollon palveluiden tuottajina tarkastelujakson lopussa tai lopettaneet tarkastelujakson alussa.

Vastaanottokäyntien ja etäkontaktien perusteella jaettujen kymmenysten mukaiset lääkäreiden määrät näkyvät taulukossa 11.2. Tummemmalla taustavärillä on merkitty solut, joiden sisältämät lääkärit määriteltiin sairaanhoidossa kokoaikaista työtä tekeviksi. Osa-aikaista työterveyshuollon sairaanhoidon työtä tekevien prosentuaalinen työaika laskettiin suhteuttamalla heidän kokonaiskäyntimääränsä kokoaikaista työtä tekevien keskimääräiseen käyntimäärään. 25 % tai lyhempää työaikaa tekeviä lääkäreitä oli aineistossa 5840, eli melkein 75 % kaikista aineiston lääkäreistä. Loput noin 2000 lääkäriä jakautuivat työterveyshuollon sairaanhoidossa kokoaikaista työaikaa tekeviin ja yli 25 prosentista työaikaa tekeviin.

Taulukko 11.2. Lääkärien määrä työterveyshuollon sairaanhoidon vastaanottokäyntien ja etäkontaktien määrän perusteella jaettujen kymmenysten mukaan. Lääkäri asettuu johonkin taulukon soluista vuoden aikana tehtyjen vastaanottokäyntien ja etäkontaktien määrän perusteella. Kymmenyksiä yhdistelty. Tummemmalla taustavärillä kokoaikaiseksi määritellyt työntekijät.

		Etäkontaktien kymmenykset							
		0	1 ja 2	3 ja 4	5 ja 6	7 ja 8	9	10	Yhteensä
Vastaanotto- käyntien kymmenykset	0	2420	92	76	63	49	42	68	2810
	1 ja 2	837	66	34	23	13	7	17	997
	3 ja 4	647	132	95	72	30	8	28	1012
	5 ja 6	389	189	155	138	82	25	26	1004
	7 ja 8	168	145	202	204	187	57	44	1007
	9	38	27	62	103	147	72	57	506
	10	9	12	41	67	159	121	95	504
Yhteensä		4508	663	665	670	667	332	335	7840

Arvioitu ei-lakisääteisen työterveyshuollon eli työterveyshuollon sairaanhoidon lääkärien henkilötyövuosien määrä oli aineiston perusteella 1647–1783. Luku on karkea arvio ja sisältää useita epävarmuustekijöitä. Luku voi suhteuttaa terveyskeskusten lääkärien täytettyjen tehtävien määrään, joka oli vuonna 2021 noin 3750 (Lääkäriliitto 2021), huomioiden että osa voi työskennellä osa-aikaisesti. Tämän lisäksi vertailua haittaa työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon huomattavasti eriävä asiakasrakenne. Arvioita pelkästään työikäisiin kohdistuvasta perusterveydenhuollon lääkäreiden resurssimäärästä ei ole.

Työajan määrittely perustui pääosin vastaanottokäyntien ja reaaliaikaisten etäkontaktien määrään. Käynnin kestoa ei tarkastelussa erikseen huomioitu, koska käyntien kestosta ei ole saatavissa luotettavaa tietoa. Myöskään reaaliaikaisesti chat-kanavan kautta toteutettua toimintaa ei huomioitu, sillä chatin kautta tapahtuva toiminta kirjautuu voimassa olevan ohjeistuksen mukaan ei-reaaliaikaisiin etäkäynteihin (kuten sähköisten kanavien kautta tapahtuva viestintä). Jos yksittäisen lääkärin käynnit ovat syystä tai toisesta keskimääräistä pidempiä tai lyhyempiä, hänen työaikansa voi olla väärin arvioitu. Tämän lisäksi etäkontaktien määrä aineistossa saattaa vaikuttaa tuloksiin, sillä laskennassa ei huomioitu etäkontaktien mahdollisesti alhaisempaa resurssitarvetta verrattuna fyysisiin vastaanottokäynteihin. Jokaiseen vastaanottokäyntiin ja etäkontaktiin sisältyy myös asiakaskontaktin jälkeen tai sitä ennen tehtyä potilasasiakirjoihin tutustumista ja kirjauksia sekä osaan käynneistä tai etäkontakteista myös lausuntojen laatimista ja muuta työtä, joiden vaikutusta käynnin kestoon on vaikea arvioida.

Kokoaikaisen työajan määrittely vaikuttaa osa-aikaisten työaikaan ja siten henkilötövuosien määrään. Aineistossa kokoaikaiseksi työntekijäksi määritellyt lääkärit tekivät keskimäärin noin 2600 käyntiä vuodessa, mikä vastaa 13 käyntiä päivässä (jos vuosittaisia työpäiviä on 200). Käyntien lisäksi työpäivät sisältävät kuitenkin myös muuta työtä (chatit ja viestit, hallinnollinen työ), mikä voi selittää alhaiselta näyttävää käyntimäärää. Suurin osa työterveyshuollon sairaanhoitokäyntejä ja etäkontakteja toteuttaneista lääkäreistä teki tällaista töitä vain 0–25 prosentin työajalla, vaikka suurimman osan käynneistä tuottivatkin todennäköisesti työterveyshuollon sairaanhoidossa kokoaikaisesti tai lähes kokoaikaisesti toimivat lääkärit.

Yhden keskimääräisen henkilötövuoden sisältö tässä tarkastelussa ei välttämättä ole täysin vertailtavissa esimerkiksi terveyskeskuslääkärin tai työterveyshuoltoa päätoimisesti tekevän lääkärin henkilötövuoden sisältöön. On mahdollista, että kokoaikaista työaika työterveyshuollon sairaanhoidossa tehneet työterveyshuollon lääkärit tekivätkin todellisuudessa esimerkiksi näissä tehtävissä vain 80 prosenttista työaika (noin 30 tuntia viikossa). Tällöin yllä oleva arvioitu henkilötövuosien määrä voidaan kertoa esimerkiksi luvulla 0,8, jolloin saadaan noin 100 prosenttista työaika vastaava luku (1318–1426). Emme kuitenkaan pysty arvioimaan sitä, kuinka suuri osa ammatinharjoittajien tekemästä työmäärästä kohdistuu suoraan vastaanottokäynteihin ja kuinka suuri osa muuhun työhön, minkä vuoksi arvioissa on epävarmuuksia.

Arvion luotettavuutta tukee sen perustuminen vuoden ajanjaksolla toteutuneisiin ja kirjattuihin käynteihin sekä niiden jakaumaan. Oletus, että ylin kymmenys tekee työterveyshuollon sairaanhoidossa kokoaikaista työaika, on käyntimäärien perusteella kohtalaisen realistinen.

Hoitajien henkilötövuosien määräksi arvioitiin 1277–1357. Arvio sisältää paljon epävarmuustekijöitä, sillä hoitajien työnkuva on todennäköisesti erilainen ja koostuu muustakin työstä kuin pelkästään vastaanotto- ja etäkäynneistä. Lisäksi osa-aikaisuuksien määrä oli jonkin verran lääkäreitä alhaisempi. Myös lakisääteisen työterveyshuollon osuus työajasta voi vaikuttaa arvioon. Vuoden 2018 tietoon perustuva työterveyshoitajien määrä (1940) sisältää myös lakisääteisen työterveyshuollon (Takala ym. 2019).

Henkilöstömäärä alueittain

Työterveyshuollon sairaanhoidossa toimivien lääkärin henkilötyövuosien määrän jakautumista tarkasteltiin myös hyvinvointialueittain. Hyvinvointialueisiin laskettiin mukaan myös Helsinki ja Ahvenanmaa. Henkilötyövuosien määrä ja niiden jakautuminen vastaanottokäynteihin sekä etäkontakteihin alueittain näkyy taulukossa 11.3. Tarkastelussa käytettiin henkilötyövuosien alempaa arviota (1647), jossa oli tiukempi määrittely kokoaikaiselle työntekijälle.

Taulukko 11.3. Hyvinvointialueittain arvioidut lääkärin henkilötyövuosien (HTV) määrät työterveyshuollon sairaanhoidossa, niiden jakautuminen vastaanottokäynteihin ja etäkontakteihin sekä määrä per 1000 18–64-vuotiasta asukasta

Hyvinvointialue	Arvioitu HTV *	HTV Vastaanottokäynnit	HTV Etäkontaktit	Etäkontaktien osuus	HTV per 1000 18–64 -vuotiasta**
Ahvenanmaa	7,6	4,4	3,2	41,5 %	0,44
Etelä-Karjala	36,0	19,5	16,4	45,8 %	0,51
Etelä-Pohjanmaa	35,9	23,0	12,9	36,0 %	0,35
Etelä-Savo	33,2	17,0	16,3	49,0 %	0,48
Helsinki	240,7	134,6	106,1	44,1 %	0,56
Itä-Uusimaa	23,4	12,6	10,8	46,0 %	0,41
Kainuu	9,5	5,0	4,5	47,6 %	0,25
Kanta-Häme	53,5	28,8	24,7	46,2 %	0,57
Keski-Pohjanmaa	8,9	4,8	4,1	45,9 %	0,24
Keski-Suomi	70,5	38,6	31,9	45,3 %	0,45
Keski-Uusimaa	68,5	36,9	31,6	46,1 %	0,58
Kymenlaakso	51,1	29,0	22,1	43,2 %	0,58
Länsi-Uusimaa	148,1	82,6	65,5	44,2 %	0,51
Lappi	40,7	22,8	17,9	44,0 %	0,42
Päijät-Häme	49,3	26,1	23,3	47,2 %	0,44
Pirkanmaa	185,0	110,1	74,9	40,5 %	0,59
Pohjanmaa	25,0	14,4	10,6	42,5 %	0,25
Pohjois-Karjala	34,0	19,2	14,8	43,4 %	0,37
Pohjois-Pohjanmaa	112,6	63,8	48,8	43,3 %	0,48
Pohjois-Savo	65,6	37,0	28,6	43,6 %	0,47
Satakunta	63,0	36,0	27,1	43,0 %	0,54
Vantaa ja Kerava	107,7	59,6	48,1	44,7 %	0,61
Varsinais-Suomi	153,1	83,9	69,2	45,2 %	0,54
Kaikki	1647,2	921,1	726,1	44,1 %	0,51

* Henkilötyövuosien määrä arvioitu kirjattujen käyntien ja niiden jakauman perusteella.

** Perustuu Tilastokeskuksen väestörakennetilastoon (väestön määrä alueittain 31.12.2021).

Arvioitu henkilötyövuosien määrä työterveyshuollon sairaanhoidossa vaihteli noin yhdeksän (Kainuu ja Keski-Pohjanmaa) ja noin 241 (Helsinki) välillä. Resurssien määrä seurasi hyvinvointialueen asukkaiden määrää, jolloin pienemmillä alueilla työterveyshuollon sairaanhoidon käyttämä lääkäriresurssi oli oleellisesti

pienempi kuin esimerkiksi pääkaupunkiseudulla ja Pirkanmaalla. Tietoja ei vakioitu väestörakenteella. Tällöin alueilla, joilla asuu enemmän työkäisiä (mahdollisia työterveyshuollon asiakkaita) ja joissa työllisyysaste on keskimääräistä korkeampi, oli johdonmukaisesti eniten henkilötyövuosia työterveyshuollon sairaanhoidossa, sekä absoluuttisesti että jokaista tuhatta asukasta kohden.

Etäkontaktien osuus kaikista käynneistä oli valtakunnallisesti noin 44 %. Osassa hyvinvointialueita työterveyshuollon sairaanhoidon etäkontakteja tehtiin enemmän kuin toisissa. Etäkontakteihin yhdistettyjen henkilötyövuosien määrän osuus oli alin Etelä-Pohjanmaalla (36 %) ja suurin Etelä-Savossa (49 %). Etäkontaktien määrään saattavat vaikuttaa työntekijöiden ja organisaatioiden sekä asiakkaiden ja heidän työpaikkojen valinnat, mutta erityisesti myös työterveyshuoltosopimuksissa määritetyt palvelut sekä se, edellyttääkö työnantaja lääkärin todistusta myös lyhyistä sairauspoissaoloista. Myös alueelliset tekijät, kuten väestön alueellinen jakautuminen, työllisyystilanne ja toimialarakenne sekä eri työterveyshuollon palveluja tarjoavien yritysten ja niiden toimipisteiden määrä voivat vaikuttaa etäpalvelujen käyttöön.

Työterveyshuollon lääkärin pääasiallista työpistettä tarkasteltiin asiakkaiden kotikunnan perusteella. Jos 80 % tai enemmän lääkärin käynneistä kohdistui tietyllä hyvinvointialueella asuviin asiakkaisiin, kyseinen alue määriteltiin ko. lääkärin pääasialliseksi työpisteeksi. Lopuilla lääkäreistä käynnit jakautuivat joko vierekkäisten hyvinvointialueiden asiakkaiden kesken tai (erityisesti etäkontaktien osalta) asiakkaita saattoi olla useammalta tai jopa jokaiselta hyvinvointialueelta.

Kokoaikaisista lääkäreistä, jotka tekivät enemmän vastaanottokäyntejä kuin etäkontakteja, noin puolet (n = 390) teki töitä pääosin yhdellä hyvinvointialueella. Sen sijaan enemmän etäkontakteja tehneistä vain alle kolmannes (n = 216) teki käyntejä pääosin yhdellä hyvinvointialueella. Työterveyshuollon sairaanhoidossa osa-aikaisesti työskentelevien lääkärin käynnit kohdistuivat hieman useammin vain yhdelle hyvinvointialueelle, sekä vastaanottokäyntejä että etäkontakteja enemmän tehneiden joukossa.

Työterveyshuollon sairaanhoidossa todennäköisesti kokoaikaisesti toimivien lääkärin hieman alempaa yhden työpisteen osuutta saattaa selittää se, että he tekivät usein sekä vastaanottokäyntejä että etäkontakteja. Vastaanottotyötä saatettiin täydentää etäkontakteilla, joiden asiakas saattoi asua millä hyvinvointialueella tahansa. Etäkontakteja tehtiin selvästi enemmän yli hyvinvointialueiden rajojen. Osa-aikaisesti työterveyshuollossa työskennelleet saattoivat sen sijaan tehdä enemmän pääosin oman alueensa käyntejä esimerkiksi työtilanteen tai tarpeen mukaan.

Johtopäätökset henkilöstöarvioista

Tarkastelujakson (syyskuu 2021- syyskuu 2022) Avohilmo-rekisteritietoihin perustuen työterveyshuollon eilakisääteistä sairaanhoitoa tuotti karkean arvion mukaan noin 700–900 kokoaikaista lääkärinä ja 4500–4700 osa-aikaista lääkärinä, joista suurin osa (noin 3500) tekee alle 25 prosentista työaikaan näissä tehtävissä. Lisäksi 2420 lääkärinä työskenteli työterveyshuollon sairaanhoidossa, mutta teki vain alle 50 vastaanottokäyntiä sekä etäkontaktia tarkastelujakson aikana. Henkilötyövuosina työterveyshuollon eilakisääteisen sairaanhoidon käyttämä lääkäriresurssi on arviolta noin 1600–1800, kun kokoaikainen työ määriteltiin aineiston käyntimäärien ylimmän kymmenysten perusteella. Jos työterveyshuollon kokoaikainen työ oletetaan 80 prosenttiseksi, eli noin 30 tunniksi viikossa, arvio on noin 1250–1450 henkilötyövuotta.

Tulosten perusteella työterveyshuollon hoitajien sairaanhoidon vastaanotoille ja etäkontakteihin kohden tuva henkilötyövuosien määrä on noin 1200, mutta arvio sisältää paljon epävarmuustekijöitä, johtuen muun muassa siitä, että hoitajien työ ei välttämättä koostu vain vastaanottokäynneistä ja lakisääteisen sekä eilakisääteisen työterveyshuollon sekoittumisesta.

On tärkeä huomioida, että tässä tarkastelussa käytetty henkilötyövuosi perustuu työterveyshuollon sairaanhoidossa tehtyyn työaikaan, joka oli laajalti osa-aikaista. On mahdollista, että kokoaikainen työ työterveyshuollon sairaanhoidossa vastaa esimerkiksi vain 80 % tavallisessa palkkasuhteessa tehtävää työtä, eli noin 30 tuntia viikossa. Tällöin alkuperäiset arvioidut henkilötyövuodet ovat jokseenkin liian suuria, jos niitä on tarkoitus verrata esimerkiksi terveyskeskuksen lääkärin työhön.

Lääkärikäyntitietojen valossa on ilmeistä, että etäpalvelut ovat voimakkaasti muuttaneet henkilöstön käyttöä vuosien 2018 ja 2022 välillä. Etäkontaktien yleistymisen myötä myös lääkärin asiakkaat jakautuvat yhä useammalle hyvinvointialueelle. Kun lääkärin työ näyttää pirstoutuvan ja työtä tehdään osa-aikaisena usean

hyvinvointialueen alueella, on syytä pohtia, miten hoidon jatkuvuus toteutuu ja miten asiakkaiden työ tai työpaikan olosuhteet huomioidaan. Myös paikallisen palvelujärjestelmän tuntemus, jota tarvittaisiin erityisesti paljon palveluja käyttävien ohjauksessa, voi jäädä suppeaksi. Jos ajatellaan, että ei-lakisääteinen sairaanhoito tukee lakisääteistä tehtävää, herää kysymys, miten edellä kuvatun kaltainen työn organisointi soveltuu tähän tarkoitukseen. Laajan osa-aikaista työtä tekevän joukon ohjaaminen yhtenäiseen, jatkuvuutta ja kokonaisvaltaisuutta korostavaan työtapaan voi olla haastavaa. Samoin erilaisin osuuksin työterveyshuollon sairaanhoidossa toimiville lääkäreille voi olla vaikeaa arvioida sairauksien yhteyttä työkykyyn ilman mahdollisuutta tarkemmin perehtyä asiakkaan työtehtäviin ja työoloihin.

Tässä luvussa on tarkasteltu vain henkilöstöä, joka tuottaa työterveyshuollon sairaanhoitoa. Siksi henkilötyövuosia tai henkilöstön kokoaikaisuutta arvioitaessa on otettava huomioon, että työterveyshuollon erikoislääkäreiden työstä merkittävä osa kuluu lakisääteisiin tehtäviin. Siten he voivat työskennellä kokoaikaisina työntekijöinä, mutta tässä tarkastelussa he ovat osa-aikaisia. Toiseksi arviot henkilötyövuosista tai kokoaikaisista työntekijöistä perustuvat työterveyshuollon sairaanhoidon vuosittaisiin käyntimääriin. Kyse on karkeasta arviosta, joka sisältää aiemmin kuvattuja epävarmuustekijöitä. Lukua voidaan kuitenkin pitää suuntaa antavana.

Lähteet

- Lääkäriliitto (2019a). Lääkärit 2019. <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/tutkimus/laakarityovoima/>
- Lääkäriliitto (2019b) Lääkärin työolot ja terveys 2019-tutkimus. <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/tutkimus/tyo-olot-ja-hyvinvointi/>
- Savolainen A, Antti-Poika M, Torstila I. (1993). Työterveyshuolto lääketieteen erikoisalana. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 109(18):1529.
- STM (2017) Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveys 2025 – yhteistyöllä työkykyä ja terveyttä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3799-4>
- Takala E-P, Leino T, Harjunpää K, Hirvonen M, Kauranen T, Liljeström K, Syynimaa S, Österbacka O. (2019). Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos, Helsinki.

Pohdinta ja johtopäätökset

Liina-Kaisa Tynkkynen, Päivikki Koponen, Anna-Mari Aalto, Satu Kapiainen, Ilmo Keskimäki, Anu Niemi, Eeva Nykänen, Markku Satokangas, Timo Sinervo

Tämä raportti on katsaus siitä, mitä työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista tällä hetkellä tiedetään sekä millaisia tutkimusaukkoja aiheeseen liittyen voidaan tunnistaa. Työ perustuu THL:n aineistoihin (Avohilmo ja väestökyselyt), olemassa olevaan tutkimuskirjallisuuteen ja näiden pohjalta tehtyyn asiantuntija-arvioon työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden merkityksestä koko väestön ja koko sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän näkökulmista.

Yksi keskeinen teema selvityksessä on ollut arvioida työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden merkitystä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Raportin tarkoitus on toimia ennen kaikkea keskustelunavauksena, jonka toivomme johtavan entistä laajempaan ja systemaattisempaan tutkimukseen työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden asemasta osana suomalaista terveydenhuoltoa sekä sosiaali- ja terveydenhuoltopolitiikkaa.

Raportissa esitetään aikaisemmin julkaisemattomia tuloksia Avohilmo-rekisteristä tehdyistä analyyseistä. Työterveyshuollon tiedot tulivat vuonna 2019 Avohilmo-rekisteriin saataville. Analyysit mahdollistanut käyntien kirjauskattavuus on kuitenkin saavutettu vasta vuoden 2021 aikana. Koska aineistot ovat uusia ja vasta vähän käytettyjä, tarvitaan jatkossa systemaattisempaa ja tarkempaa tutkimusta työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden käytöstä näitä aineistoja hyödyntäen. Alkuvaiheessa THL ja Työterveyslaitos jatkavat tutkimusta meneillään olevassa rekisteriaineistoihin pohjautuvassa hankkeessa "Työterveyshuollon palveluiden käyttö työikäisten terveydenhuollon palvelukokonaisuudessa", jonka rahoitus päättyy vuoden 2023 loppussa. Tämän lisäksi tarvitaan monimenetelmäistä tutkimusta, jossa haetaan vastauksia tässä raportissa nousseisiin kysymyksiin.

Työterveyshuollosta puhuttaessa sekaisin menevät usein lakisäätöinen työterveyshuolto ja työterveyshuollon sairaanhoidon palvelut sekä muut työnantajan hankkimat terveystaloudet. Yhteiskunnallisessa keskustelussa, ja myös eri näkökulmista asiaa tarkastelevien asiantuntijoiden kesken, tämä voi aiheuttaa ohi puhumista. Tarvittaisiinkin käsitteiden selkiinnyttämistä esimerkiksi siitä, milloin puhutaan lakisäätöisestä, ennaltaehkäisevästä työterveyshuollosta tai työterveyshuoltopainotteisesta sairaanhoidosta ja työkyvyn tuen palveluista ja milloin taas työnantajan järjestämästä sairaanhoidosta, joka voi kattaa myös muita palveluja kuin suoraan työterveyshuollon määritelmän ja sen ensisijaisten tavoitteiden mukaisia palveluja. Tässä selvityksessä olemme käyttäneet pääosin käsitettä työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut, tunnistaen siihenkin liittyvän epätarkkuuden.

Lainsäädännössä lakisäätöisen ja ei-lakisäätöisen työterveyshuollon raja ei ole täysin selkeä. Työterveyshuollon kautta järjestettyjen sairaanhoitopalveluiden määrittely onkin muotoutunut lain soveltamisen tuloksena sekä järjestelmän eri osiin rajautuneiden uudistusten myötä syntyneen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän, sen synnyttämien kannustinvaikutusten ja tunnistettujen liiketoimintamahdollisuuksien seurauksena (luku 2 ja luku 3). Tätä kehitystä on vauhdittanut myös resurssien (rahoitus ja henkilöstö) niukkuus suomalaisessa perusterveydenhuollossa, mikä on todennäköisesti osin myös monikanavaisen rahoitusjärjestelmän aikaansaamaa.

Kansainväliset sopimukset velvoittavat ennaltaehkäisevän ja työkykyä ylläpitävän työterveyshuollon järjestämiseen (luku 2). Tältä osin suomalaisen työterveyshuoltojärjestelmän kattavuus on yksi maailman laajimmista (luku 6). Sen sijaan sairaanhoitopalveluiden järjestämisen mahdollisuus, joka kansalliseen lainsäädäntöön on kirjattu, ei tulkintamme mukaan johdu kansainvälisistä velvoitteista, vaan sen juuret juontavat palvelujärjestelmän kehityshistoriaan ja vain osittain toteutettuihin järjestelmäuudistuksiin (luku 3). Myös kansainvälisessä kontekstissa työterveyshuollolla tarkoitetaan nimenomaan ennaltaehkäisevää ja työkykyä ylläpitävää palvelua. Sairaanhoitopalveluiden laajamittainen järjestäminen työterveyshuoltojärjestelmän kautta niin, että se muodostaa vaihtoehtoisen väylän ensisijaiseen hoitoon perusterveydenhuollossa, on kansainvälisesti verraten poikkeuksellista (luku 6).

Monikanavaisen terveydenhuoltojärjestelmän ohjaus väestön tarpeiden mukaan on vaikeaa

Työterveyshuollon sairaanhoidon palvelut kytkeytyvät laajempaan keskusteluun monikanavaisesta terveydenhuollon rahoituksesta (ks. luvut 3–5). Vaikka monikanavarahoituksella on omat etunsa, sen haitat ovat todennäköisesti hyötyjä suurempia, kun asiaa tarkastellaan esimerkiksi terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden, palvelujärjestelmän vaikuttavan ohjauksen ja taloudellisten vaikutusten näkökulmista. Järjestelmätasolla monikanavaisuus todennäköisesti synnyttää avohoidossa päällekkäistä palvelutuotantoa, ylikapasiteettia ja näin myös kustannuksia. Lisäksi se kannustaa kustannusten siirtoon toimijoiden välillä. Esimerkiksi hyvinvointialueet (aikaisemmin kunnat) ja valtio voivat siirtää kustannuksia työnantajalle ja työntekijöille aliresursoimalla julkista ensisijaisen terveydenhuollon järjestelmää. Myös terveydenhuollon ammattilaisten työ kohdentuu usealle eri työskentelysektorille, mikä voi olla terveystalouden tavoitteiden kannalta haitallista etenkin tilanteessa, jossa työvoiman saatavuudessa on isoja ongelmia.

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä rakentuu kolmen rinnakkaisen osajärjestelmän varaan etenkin ensisijaisen terveydenhuollon osalta (luku 3). Julkisen järjestelmän rakentamisen ja uudistamisen eri vaiheissa esimerkiksi työterveyshuoltojärjestelmää ja sairaanhoitopalveluita sen osana ei ole rakenteellisesti integroitu osaksi julkista, universaalia järjestelmää. Sen sijaan 1960- ja 1970-luvuilla työmarkkinaosapuolten keskeisesti rakentama ja sittemmin lakiin kirjattu järjestelmä on säilynyt nykypäivään saakka ja työnantajilla on vapaus järjestää sairaanhoitopalveluja haluamassaan laajuudessa ja hankkia ne haluamaltaan palveluiden tuottajalta. Kokonaisjärjestelmän näkökulmasta tämä on tarkoittanut resurssien ohjautumista työmarkkinaosapuolten (vrt. luku 3) tekemien ratkaisujen myötä hyödyttämään vain osaa väestöstä sen sijaan, että järjestelmän resurssit kohdentuisivat tarpeenmukaisesti ja olisivat selkeämmin myös demokraattiselle päätöksenteolle alisteisia. Nyt kun julkista järjestelmää koskeva soite-uudistus on saatettu toimeenpanovaiheeseen ja hyvinvointialueet aloittivat toimintansa vuoden 2023 alusta, myös uudistuksen ulkopuolelle jääneiden osien tarkastelu on ajankohtaista.

Monikanavaisessa palvelujärjestelmässä järjestelmän kokonaisohjaus ja vaikuttava sekä oikeudenmukainen, väestön tarpeiden mukainen resurssien jakaminen on haastavaa, jopa mahdotonta. Keskeisenä ongelmana hajautuneessa järjestelmässä on vaikeus kohdentaa resursseja sinne, missä niitä väestön tarpeiden mukaan tarkasteltuna eniten tarvittaisiin. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän vaikutus sosioekonomiseen ja alueelliseen palvelujen käytön jakaumaan on muodostunut vuosikymmenten aikana muovautuneen palvelurakenteen kautta. Julkiselle järjestelmälle rinnakkaiset sektorit (yksityispalvelut ja työterveyshuollon sairaanhoido) ovat todennäköisesti suoraan ja epäsuorasti vaikeuttaneet ennen kaikkea perusterveydenhuollon palvelujen kehittämistä. Monikanavaisuus on osaltaan luonut perusteen sille, ettei perusterveydenhuollon palveluja ole kehitetty kattavasti koko väestölle. Työikäisen väestön osalta on todennäköisesti luotettu työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen kattavuuteen.

Kaiken kaikkiaan suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän eri osia on ohjattu erilaisen strategia- ja ohjelmatyön kautta pirstaleisesti eri ajanjaksoina ja usein ilman jatkuvuutta. Järjestelmän osia ei ole julkisen järjestelmän uudistusten yhteydessä pyritty tai pystytty rakenteellisesti tai edes toiminnallisesti integroimaan osaksi yhtä yhtenäisesti ohjattavaa järjestelmää (luku 3 ja 8). Tähän todennäköinen syy on se, että nykyinen tilanne suosii useita järjestelmän toimijoita ja sisältää useita saavutettuja etuja. Tilanne ei kannusta uudistamaan järjestelmää yhden, koko väestön palvelutarpeita palvelevan järjestelmän tai edes selkeiden toiminnallisesti integroitujen palvelukokonaisuuksien suuntaan.

Huomion arvoista on myös se, että työterveyshuollossa palveluiden tuotanto on siirtynyt merkittävässä määrin yksityiselle sektorille, jossa markkinat ovat keskittyneet vain muutamalle suurelle yksityiselle yritykselle (luku 4). Tämä aiheuttaa todennäköisesti haasteita erityisesti ei-lakisääteisten sairaanhoidon palvelujen järjestämisessä, sillä palvelujen hankkijoina ovat usein kohtuullisen pienet työnantajaorganisaatiot, jotka ostavat palveluita isoilta terveydenhuollon pörssiyrityksiltä. Onkin aiheellista kysyä, millaisia mahdollisuuksia ja osaamista työnantajilla on hankkia vaikuttavia työkykyä edistäviä ja ylläpitäviä sairaanhoidon palveluita tilanteessa, jossa palveluntuottajilla on merkittävän suurta neuvotteluvoimaa suhteessa työnantajiin. Laaja yksityinen palvelutuotanto on haaste myös järjestelmän yhtenäisemmälle ohjaukselle eriytyneessä palvelurakenteessa.

Työterveyshuollon kautta järjestetty sairaanhoito luo eriarvoisuutta väestöryhmien välille mutta myös työikäisen väestön sisällä

Terveyden ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus ovat olleet suomalaisen terveys- ja terveydenhuoltopoliittikan keskeisiä tavoitteita vuosikymmenten ajan. On kuitenkin olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä siitä, että väestöryhmien väliset terveyserot ovat suomalaisessa väestössä sitkeitä ja palveluiden käyttö on eriytynyt siten, että sosioekonominen asema määrittää ihmisen mahdollisuuksia saada tarvitsemiaan palveluja (luku 3, luku 7 ja luku 9).

Erot palveluiden käytössä ja saavutettavuudessa johtuvat ainakin osin olemassa olevasta palvelujärjestelmästä. Tutkimusnäytöstä ja poliittisista tavoitteista huolimatta konkreettiset toimet terveyden ja terveydenhuollon eriarvoisuuden kitkemiseksi ovat olleet vähäisiä. Suomalaisen terveyspolitiikan tavoitteiden saavuttaminen on mahdotonta, jos terveydenhuollon eriarvoisuuteen ja palvelujärjestelmän nykyisiin rakenteisiin ei puututa.

Nykyisellään työllisten ja työelämän ulkopuolella olevien sairaanhoitopalvelujen käyttö on jakautunut sosioekonomisen aseman mukaan eri sektoreille, mikä tuo haasteita tarpeiden mukaiseen työkyvyn edistämiseen ja työkyvyttömyyden pitkittymisen ehkäisyyn muuttuvissa elämäntilanteissa, joissa työsuhteet ovat moninaisia (luku 7). Ihmisten itse raportoimat palvelutarpeet ovat yleisempiä työttömillä ja eläkeläisillä, jotka käyttävät ensisijaisesti julkisen sektorin palveluja. Väestötutkimusten mukaan työterveyshuollossa asioivilla sen sijaan on yleensä vähemmän palvelutarpeita (luku 9) vaikka työssäkäyvän väestön sisällä on toki eroja palveluiden käytössä (luku 7).

Suurituloiset käyttävät tarpeeseensa nähden enemmän avoterveydenhuollon palveluita, mikä johtuu todennäköisesti suuremmasta työterveyshuollon ja yksityisten palvelujen käytöstä. Nämä erot heijastuvat myös asiakkaiden kokemuksissa: työelämän ulkopuolella olevat väestöryhmät ja julkisten terveyspalvelujen käyttäjät kokevat enemmän ongelmia mm. riittävän nopeassa hoitoon pääsyssä, palvelujen riittävydessä ja hoidon jatkuvuudessa (luku 9). Työterveyshuollon sairaanhoidossa kuitenkin hoidetaan sekä lääkärin vastaanotoilla että etäkontakteissa todennäköisesti myös sellaisia vaivoja ja terveysongelmia, kuten ylähengitystieinfektiot, joissa lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa ei tarvittaisi (luku 10).

Kela korvaa työterveyshuollon ja sen kautta järjestetyn sairaanhoidon kustannuksia vain, jos palvelut tarjotaan samantasoisina kaikille työnantajan palveluksessa oleville työntekijöille. Näin työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut kohdentuvat oikeudenmukaisesti työpaikan sisällä siten, että henkilön asema organisaatiossa ei määritä palveluiden sisältöä. Tällä perustellaan usein myös sitä, miksi suomalainen työterveyshuollon sairaanhoitojärjestelmä on oikeudenmukaisempi vaihtoehto verrattuna esimerkiksi työnantajien ottamiin yksityisiin vakuutuksiin, jotka eivät useinkaan koske kaikkia työntekijöitä tasavertaisesti (luku 6).

Suomessa työnantajien välillä on kuitenkin merkittäviä eroja siinä, kuinka kattavasti sairaanhoitopalveluita työntekijöille järjestetään. Lähes kolmasosa työterveyssopimuksista on sellaisia, että ne eivät kata lainkaan sairaanhoitopalveluita. Yleisesti ottaen, mitä pienemmästä työnantajaorganisaatiosta on kyse, sitä harvemmin työntekijöille on järjestetty sairaanhoitopalveluita. Esimerkiksi Euroopan sosiaalisten oikeuksien komitea on kiinnittänyt huomiota ongelmiin palveluiden kattavuudessa etenkin pienissä yrityksissä (luku 2). Sairaanhoitopalveluiden tarjonta on myös erilaista maan eri osissa, mikä vaikuttaa työntekijöiden mahdollisuuksiin hyödyntää palveluita. Palveluvalikoiman ja palveluiden tarjonnan vaihtelusta huolimatta työntekijät kuitenkin maksavat työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista joko suorina tai epäsuorina kustannuksina, riippuen siitä onko näistä palveluista koitua etu huomioitu palkkauksessa vai ei (ks. luku 5).

Eri työnantajien palveluksessa olevien työntekijöiden välille muodostuvan eriarvoisuuden lisäksi työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut synnyttävät eriarvoisuutta koko työikäisen väestön keskuudessa. Työterveyshuoltojärjestelmän kohteena ovat työssäkäyvät henkilöt, joiden työkyvyn edistäminen ja ylläpitäminen on työterveyshuoltojärjestelmän ydintehtävä. Viime vuosina on kuitenkin nostettu esiin tarve kehittää työttömien palveluja ja hyödyntää työterveyshuollon osaamista myös heidän työkykynsä edistämiseen ja tukemiseen.

Työterveyshuollon palveluita ja työkyvyn tukea on kehitetty viime vuosina lukuisissa erilaisissa hankkeissa (luku 8). Ohjelmatyössä ja kehittämishankkeissa, joissa mukana on ollut työterveyshuolto, näkökulma

on usein rajautunut lakisääteisiin palveluihin, eikä näissä ole otettu laajemmin huomioon työterveyshuollon sairaanhoidon merkittävää osuutta ja tuotantorakennetta työikäisten palvelukokonaisuudessa. Onkin syytä kysyä, miten näiden hankkeiden tuloksia voidaan hyödyntää tilanteessa, jossa työterveyshuollon sairaanhoidon palveluiden tuotanto näyttää olevan jossain määrin irrallaan lakisääteisistä työterveyshuollon palveluista. Lisäksi olisi syytä kiinnittää huomiota siihen, että hankkeiden tuloksena kehitettyjä toimintamalleja hyödynnettäisiin laaja-alaisesti koko työikäisen väestön palvelukokonaisuutena niin, että aiempaa enemmän huomiota kiinnitetään pelkän työssäkäyvän väestön sijaan koko potentiaaliseen työvoimaan ja toimintakykyyn työkykyä laajemmin.

Viimeaikaisten tutkimusten mukaan paljon työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja käyttävät ihmiset käyttävät todennäköisesti paljon myös julkisia terveyspalveluja niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Tämä korostaa tarvetta palveluiden yhteensovittamiseen hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa. Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluihin tarvittaisiin myös systemaattisempaa hoidon jatkuvuuden ja palvelujen laadun arviointia ja seuranta. Työterveyshuollossa järjestetyn sairaanhoidon laatua voitaisiin mahdollisesti arvioida samoin kriteerein kuin perusterveydenhuollon toimintaa hyvinvointialueilla, mutta arvioinnissa käytetyt indikaattorit eivät ole suoraan sovellettavissa työterveyshuoltoon. Esimerkiksi hoidon jatkuvuuden seurantaan tarvittaisiin palveluja järjestävien organisaatioiden, THL:n ja Työterveyslaitoksen kanssa yhteistyössä tehtyä määrittelytyötä.

Tulevaisuudessa pääasiassa julkisen terveydenhuollon palveluja käyttävien määrä tulee entisestään kasvamaan, kun suuret ikäluokat siirtyvät työelämän ulkopuolelle ja heidän palvelutarpeensa lisääntyvät. Tämä aiheuttanee merkittäviä resurssihaasteita koko palvelujärjestelmälle. Ikääntyvän väestön palvelutarpeiden kasvaessa työikäisen väestön palvelutarpeita ei kuitenkaan voida jättää vähemmälle huomiolle. Työ- ja toimintakyvyn edistäminen ja tukeminen on työllisyyden ja hyvinvointivaltion kestävyyskannalta tärkeää. Työiässä rakennetaan toimintakykyä ja voimavaroja myös eläkevuosiin ja näin vähennetään myöhempiä palvelujen tarvetta. Lisäksi työikäinen väestö kantaa keskeisen vastuun lasten ja nuorten sekä ikääntyneiden hyvinvoinnista ja hoivan tarpeista. Työikäisten jaksaminen ja toimintakyky mahdollistaa myös läheis- ja omaishoivan. Hyvinvointialueilla tulisikin muodostaa kokonaiskuva työikäisten palveluista, sillä työterveyshuolto ei tarjoa kaikille työssäkäyville kattavia ensisijaisen terveydenhuollon palveluja kaikissa terveysongelmissa. Se ei edes ole työterveyshuollon tehtävä.

Työterveyshuollon sairaanhoidossa ja julkisessa perusterveydenhuollossa palvelujen tarjonta ja ammattilaisten työ kohdentuvat eri periaattein

Rinnakkaisten järjestelmien olemassaololla on merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Työterveyshuollon sairaanhoidon taloudelliset vaikutukset ovat moninaiset (luku 5). Ne eivät kohdistu pelkästään työntekijöille ja työnantajille, vaan myös laajemmin yhteiskuntaan. Osa vaikutuksista on suoria (esim. Kela-korvaukset), osa vaikeammin havaittavia ja mitattavia välillisiä vaikutuksia (esim. henkilöstön saatavuusongelmat). Työterveyshuollon taloudellisia vaikutuksia ei voikaan tarkastella vain esimerkiksi Kelan maksamien korvausten kautta, vaan huomiota tulisi kiinnittää epäsuoriin vaikutuksiin, kuten terveydenhuollon resurssien kohdentumiseen, tuottajien luomaan kysyntään sekä hallinnollisiin kustannuksiin.

Julkisen terveydenhuoltojärjestelmän keskeisenä tavoitteena on niukkojen resurssien käyttäminen mahdollisimman vaikuttavasti. Tämä näkyy julkisessa ensisijaisessa terveydenhuollossa esimerkiksi hoidon porrastuksessa ja hoitajien työn kohdentumisessa sekä hoidon tarpeen arviointiin että itsehoidon ohjaukseen ja tukemiseen. Työterveyshuollon sairaanhoitokäynnit kohdentuvat kuitenkin selvästi lääkärin vastaanotto-toimintaan ja etäkontakteihin. Sairaanhoitokäyntien ja etäkontaktien yleisimmät syyt (luku 10) viittaavat kuitenkin siihen, että käynneillä ei välttämättä olisi aina tarvetta lääketieteelliselle asiantuntijuudelle. Osa palveluiden käytöstä taas viittaa työnantajien intresseihin kontrolloida sairauspoissaoloja. Näyttääkin siltä, että työterveyshuollon sairaanhoidossa hoitoon hakeutumisen ja hoidonparrastuksen periaatteet eroavat merkittävästi julkisesta terveydenhuoltojärjestelmästä (luku 4, luku 10). Monelle työssäkäyvälle helppokäyttöiset etäpalvelut ovat yksityisissä lääkärikeskuksissa kehittyneet nopeammin kuin julkisella sektorilla, mutta etäpalvelujen käytöstä ja laadusta on niukasti tutkimustietoa.

Selvityksemme mukaan suurin osa työterveyshuollon sairausvastaanottokäyntejä ja etäpalveluja toteuttavista lääkäreistä näyttäisi työskentelevän näiden palveluiden piirissä hyvin pienellä laskennallisella viikkotyöajalla (luku 11). Tämän lisäksi palveluja tuotetaan usealle eri alueelle, koska etävastaanotot mahdollistavat paikkariippumattoman palvelujen tuotannon. Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluihin liittyvien tavoitteiden ja vaikuttavuuden kannalta voidaankin kysyä, missä määrin hyvin pienellä viikkotuntimäärällä työterveyshuollon sairausvastaanottoa tekevä lääkäri kykenee perehtymään erilaisiin työhön ja työkykyyn liittyviin riskeihin ja missä määrin esimerkiksi hoidon jatkuvuuteen kyetään kiinnittämään huomiota. Myös paikallisen palvelujärjestelmän tuntemus voi olla heikkoa, mikä voi hankaloittaa ennen kaikkea paljon palveluja tarvitsevien henkilöiden palvelujen yhteensovittamista.

Tässä raportissa esitettyjen, rekisteriaineistojen pohjalta tehtyjen vertailujen perusteella näyttää siltä, että suositus työterveyshuoltopalveluiden järjestämisestä niin, että samat työterveyshuollon ammattihenkilöt hoitavat sekä ehkäisevän työterveyshuollon että sairaanhoidon ei toteudu. Selvityksemme perusteella onkin mahdollista kyseenalaistaa se, missä määrin työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut tosiasiallisesti ovat työterveyspainotteisia ja hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisia. Lisää tutkimusta tarvittaisiin esimerkiksi siitä, missä määrin muun työterveyshuollon ulkopuolella työskentelevien lääkäreiden sairaanhoidon vastaanotoilla ja etäkontakteissa kyetään arvioimaan terveysongelmien yhteyttä työtehtäviin ja työyhteisön toimintaan. Entä missä määrin näillä palveluilla pystytään tukemaan työkykyä, huomioimaan työkyvyn kannalta keskeisten päihde- ja riippuvuusongelmien tai mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy ja hoito tai muu keskeisten kansanterveysongelmien hoito (esim. työterveyshuollossa yleisesti hoidettu verenpainetauti)? Jatkossa tulisi myös tutkia sitä, miten asiakkaiden hoidon ohjaus muualle palvelujärjestelmään toteutuu, esimerkiksi silloin kun pitkäaikaissairauden hoito ei kuulu työterveyshuoltosopimukseen.

Työterveyshuollon sairaanhoitoa tarjoavien lääkäreiden työpanos on tässä selvityksessä tekemämme arvion mukaan noin 1600–1800 henkilötyövuotta (tai konservatiivisemman arvion mukaan 1250–1450 htv:ta), mikä vastaa noin kolmannesta tai neljännestä julkisissa terveyskeskuksissa työskentelevistä lääkäreistä. Tämä henkilöstö näyttäisi jakautuvan alueellisesti painottuen asukasluvultaan isompiin hyvinvointialueisiin, joilla myös asuu eniten työssäkävää väestöä. Kun sosiaali- ja terveyspalveluissa työvoiman saatavuus on merkittävä haaste, on syytä kiinnittää erityistä huomiota siihen, että esimerkiksi lääkäreiden työpanos kohdistuisi koko järjestelmän tasolla väestön palvelutarpeiden mukaisesti.

Työterveyshuollon sairaanhoidon palvelut sitovat merkittävän määrän henkilöstöä, jonka uudelleen kohdentaminen suoraan koko väestön palveluiden piiriin ei kuitenkaan ole, esimerkiksi osa-aikaisen työskenteilyn yleisyyden vuoksi, todennäköisesti mahdollista, ainakaan lyhyellä aikavälillä. Työterveyshuollon sairaanhoidon palvelujen rajaaminen saattaisi myös johtaa yhä laajenevaan työnantajien avaintyöntekijöilleen hankkimien sairauskuluvakuutusten käyttöön työpaikkaetuina. Tätä emme kuitenkaan voi tämän selvityksen perustella tietää tai ennustaa. Suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän näkökulmasta keskeistä olisi kuitenkin etsiä laaja-alaisia järjestelmän uudistamisen keinoja, joilla suomalaisen terveysjärjestelmän kokonaisuohjausta voitaisiin parantaa siten, että niukkoja, nyt eri osajärjestelmiin hajautuneita resursseja (henkilöstö ja rahoitus) saataisiin ohjattua ja kohdennettua paremmin koko väestön palvelutarpeiden mukaisesti.

Perusterveydenhuollon henkilöstön saatavuusongelmien ratkaisemiseksi tärkeää on lisätä myös työn houkuttelevuutta ja tukea terveyskeskuksissa työskentelevien ammattilaisten työssäjaksamista. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyvät potilaat ovat useammin monisairaita ja lääketieteellisesti haastavampia kuin useimmat työterveyshuollon sairaanhoidon palveluja käyttävät asiakkaat. On mahdollista, että jos terveyskeskuksissa työskentelevien lääkäreiden vastaanotoilla olisi enemmän myös työikäisiä asiakkaita, joiden hoidon tarpeet ovat rajatumia ja selkeämpiä, olisi työ ammatillisesti vähemmän kuormittavaa ja vastaisi paremmin yleislääketieteen erikoisalan koulutusta, joka on suuntautunut koko väestön hoitoon. Työterveyshuollossa resursseja ja osaamista pitäisi puolestaan kohdentaa työhön liittyviin riskeihin, työkyvyn edistämiseen ja tukemiseen, eikä niiden terveysongelmien hoitoon, joissa resurssit ja osaaminen olisi vaikuttavampaa kohdentaa perusterveydenhuoltoon sekä yleislääketieteen ja kansanterveystyön tietoperustaan. Selvityksemme mukaan näyttää siltä, että työterveyshuollon sairaanhoidon palveluita käytetään myös sellaisissa tilanteissa, joissa palveluiden käyttö ei olisi todennäköisesti lainkaan tarpeen (esimerkiksi lievät ylähengitystieinfektiot).

Lääkäri työvoiman saatavuuden rinnalla on kiinnitettävä huomiota terveyden- ja sairaanhoitajien saatavuuteen ja osaamiseen perusterveydenhuollon vastaanottotyössä. Hyvin toimiva moniammatillinen yhteistyö, mukaan lukien myös mm. fysioterapeutit, psykologit ja sosiaalityöntekijät, voi olla myös merkittävä vetovoimatekijä henkilöstön saatavuutta ratkottaessa. On todennäköistä, että moniammatillinen yhteistyö toteutuu työterveyshuollon lakisääteisissä palveluissa paremmin kuin työterveyshuollon sairaanhoidossa, jossa yhteistyön kannusteita rajoittanee lääkärin asema yksityisinä ammatinharjoittajina. On selvää, että työterveyshuollon sairausvastaanoilla ammattilaisten työ kohdentuu hyvin erilaisin periaatein kuin julkisella sektorilla.

Terveysjärjestelmän kokonaisuudesta on kehitettävä, jotta resurssit saadaan kohdennettua koko väestön palvelutarpeiden mukaisesti

Selvityksemme ja aikaisemman tutkimuskirjallisuuden perusteella on mahdollisuus todeta, että työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut ovat yksi mekanismi, jonka kautta järjestelmään syntyy sellaisia rakenteita, jotka ovat omiaan tuottamaan terveydenhuollon eriarvoisuutta. Tulevaisuudessa olisi kuitenkin vielä tarkemmin arvioitava, missä määrin työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut ohjaavat terveysjärjestelmän resursseja keskimäärin parempiosaisen ja terveemmän väestöosan lääketieteelliseen tutkimiseen ja hoitamiseen myös sellaisissa pienissä vaivoissa, joissa itsehoito tai terveyden- tai sairaanhoitajan antama ohjaus olisi tarkoituksenmukaisempaa (luku 10). Avohilmo-rekisterin tietojen kattavuus antaa tähän tulevaisuudessa hyviä mahdollisuuksia. Myös sairauspoissaolojen omailmoituskäytännön laajentamisen hyötyjä ja haittoja tulisi arvioida, sillä lyhyiden sairauslomien todistusten laatiminen vie paljon resursseja.

Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden ongelmista on puhuttu pitkään, mutta viimeksi sote-uudistuksen yhteydessä laajamittainen järjestelmäreformi jätettiin tekemättä, siltä osin kuin se lainsäädännön avulla olisi ollut mahdollista. Kuten tämän raportin alussa todettiin, työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja voidaan tarkastella useista erilaisista näkökulmista. Suomen julkilausuttujen terveystieteellisten tavoitteiden, terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden, järjestelmän niukkojen resurssien jakautumisen ja palvelujärjestelmän kokonaisuusnäkökulmista siihen liittyy merkittäviä ongelmia.

Aihe liittyy kiinteästi myös sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseen ja vaikutusten arviointiin. Jos hyvinvointialueet esimerkiksi jättävät rinnakkaisen ensisijaisen terveydenhuollon kanavan vuoksi työikäisen väestön palveluiden kehittämisen vähemmälle huomiolle, ei uudistus kykene täyttämään sille asetettuja tavoitteita. Työterveyslaitoksen hiljattain julkaisema politiikkasuositus ”Työkykyä ja tuottavuutta hyvinvointialueille sote-toimijoiden yhteistyöllä” nostaa esiin työikäisten sosiaali- ja terveyspalvelukokonaisuuden koordinoinnin tärkeyden. Suosituksissa muistutetaan myös siitä, että työ- ja työllistymiskyvyn tulee olla keskiössä kaikkien työikäisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. THL:n näkökulmasta tarvitaan myös laajempaa näkökulmaa toimintakykyyn, koska työikäisten elämä ei määrity vain työn kautta.

Selvityksemme antaa useita perusteita työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden systemaattisemmalle arvioinnille ja järjestelmän uudistamiselle. Selvitystyön pohjalta THL:n asiantuntija-arvio on, että suomalaisen sosiaali- ja terveysjärjestelmään eriarvoisuutta synnyttävien rakenteiden korjaaminen olisi sote-uudistuksen jälkeen tärkeä seuraava askel, jos terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus halutaan pitää terveystieteellisten keskeisinä tavoitteina.

THL:n ehdotukset työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden systemaattisemmalle arvioinnille ja järjestelmän uudistamiselle

Kokonaisjärjestelmän uudistaminen

Järjestelmän kokonaisuudesta tulisi kehittää terveystieteellisten tavoitteiden ja koko väestön tarpeiden mukaan: Tulevalla hallituskaudella voitaisiin käynnistää eri alojen asiantuntijat (mm. ajankohtaisista tutkimus- ja kehittämishankkeista), tutkijat, poliittiset päättäjät, hyvinvointialueet, eri intressiryhmät (mm. työnantaja- ja työntekijäjärjestöt, palvelujen tuottajat) ja muut keskeiset toimijat muukaan ottava laaja-

alainen selvitystyö. Tämän tavoitteena olisi esittää keinoja, joilla suomalaisen sosiaali- ja terveysjärjestelmän kokonaisuohjausta kehitetään siten, että niukkoja, nyt eri osajärjestelmiin hajautuneita resursseja (henkilöstö ja rahoitus) voidaan ohjata ja kohdentaa paremmin koko väestön palvelutarpeiden mukaisesti ja nivomalla yhteen ajankohtaiset strategiat, ohjelmatyö ja hankkeet.

Työterveyshuollon sairaanhoidon palveluiden nykyistä järjestämistapaa tulisi arvioida muuttuneen työelämän vaatimusten ja kansainvälisten käytäntöjen valossa: Työelämä on muuttunut paljon siitä, kun nykyisenkaltainen työterveyshuoltojärjestelmä luotiin ja siihen sisällytettiin myös yleislääkäritasoinen sairaanhoito. Järjestelmä on kansainvälisestäkin vertailtuna ainutlaatuinen ja sillä on selkeitä negatiivisia vaikutuksia terveydenhuollon oikeudenmukaisuuteen ja resurssien kohdentamiseen tarpeen mukaan. Palveluiden kattavuudessa on myös isoja eroja työnantajien välillä. Osana edellä esitettyä selvitystyötä, voitaisiin toteuttaa myös systemaattinen arvio siitä, miten nykyisen työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden järjestämismalli vastaa muita nykyisen palvelujärjestelmän tavoitteita ja työelämän tarpeita.

Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut tulisi huomioida osana terveyserojen kaventamista tavoittelevia toimenpiteitä: Otetaan työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut ja niiden yleistymisen mahdollistaneet rakenteet huomioon yhtenä terveyseroihin ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuuteen vaikuttavana tekijänä, kun terveyserojen kaventamista käsitellään mahdollisissa tulevilla työryhmissä.

Työterveyshuoltojärjestelmän ohjausta ja taloudellisia kannustimia (ml. Kelan korvausjärjestelmä) tulisi kehittää, jotta työterveyshuollon sairaanhoidon palvelut kohdistuisivat nykyistä selkeämmin työkyvyn edistämisen ja tuen kannalta vaikuttaviin palveluihin ja toimintamalleihin.

Etsitään moninaisia keinoja perusterveydenhuollon henkilöstöresurssien vahvistamiseksi, huomioiden myös työterveyshuollon asiantuntemus.

Määritellään tarkemmin, millä käsitteillä parhaiten kuvataan erilaisia työterveyshuollossa järjestettäviä ja työnantajien hankkimia palveluita: Jotta analyttinen ja rakentava kansalais- ja asiantuntijakeskustelu olisi mahdollista, tarvitaan käsitteiden selkeyttämistä. Lakisääteisen työterveyshuollon, johon myös kansainväliset sopimukset velvoittavat, ja työterveyshuollon kautta järjestettyjen sairaanhoitopalveluiden käsitteellinen erottaminen toisistaan, poistaisi näkemyksemme mukaan ainakin osin sitä epäselvyyttä, jota työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista keskustelemiseen ja niiden analyttiseen tarkasteluun usein liittyy.

Tutkimus

Systemaattista ja pitkäjänteistä tutkimusta tarvitaan, jotta uusien aineistojen tarjoamat mahdollisuudet saadaan hyödynnettyä tietoon perustuvan päätöksenteon tueksi: Työterveyshuollon sairaanhoidon palveluista saatava tietopohja on kehittynyt ja se mahdollistaa aikaisempaa systemaattisemman arvioinnin tekemisen sekä esimerkiksi tässä raportissa esitettyihin tutkimustarpeisiin vastaamisen. Käynnistetään työterveyshuollon sairaanhoitopalveluita systemaattisesti tarkasteleva tutkimusohjelma, jossa hyödynnetään osaamista ja aineistoja eri organisaatioista (mm. THL, Työterveyslaitos ja Kela). Keskeisiä tutkimuskohteita ovat esimerkiksi:

- Terveyden kaupallisten ja poliittisten määrittäjien merkitys suomalaisen terveysjärjestelmän kehitykseen ja sen nykyisten rakenteiden ylläpitämiseen.
- Työterveyshuoltosopimusten sisällöt ja tuottajien rooli sopimusten laadinnassa (tarjoajan luoma kysyntä).
- Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden
 - kohdentuminen työllisessä väestössä palvelutarpeiden mukaisesti esimerkiksi työstä aiheutuvien terveysriskien sekä työ- ja toimintakyvyn edistämisen ja tuen kannalta.
 - työkykypainotteisuus ja suhde hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisiin palveluihin
 - kustannus -vaikuttavuuden arviointi
 - vaikutus työntekijöiden palkkaan ja menetettyihin verotuloihin
 - yhteensovittaminen muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa.
- Työterveyshuollon markkinoiden keskittyminen ja sen vaikutukset sopimusten ja tarjottujen palvelujen hintaan ja sisältöön.
- Työnantajien ja työntekijöiden maksuhalukkuus työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista

- työnantajien maksuhalukkuus ja kiinnostus hankkia yksityisiä terveys-/sairaanhoitokulu- vakuutuksia
- työnantajien osaaminen sairaanhoidon palveluiden järjestäjinä.

Tietopohja

Työterveyshuollon sairaanhoidon tietopohjaa tulisi kehittää edelleen huomioiden laajasti erilaiset ai- neistot ja tutkimusmenetelmät:

- Arvioidaan hoitoilmoitusjärjestelmään (Avohilmo) kertyvän tiedon laatua systemaattisesti sekä työterveyshuollon palveluntuottajilta että julkisesta perusterveydenhuollosta saatavan aineiston osalta. Hyödynnetään tietoja tutkimuksessa entistä laajemmin.
- Hyödynnetään aiempaa laajemmin väestötutkimusaineistoja arvioitaessa työterveyshuollon palve- lujen käyttöä suhteessa väestön ja eri väestöryhmien palvelujen tarpeeseen ja hoidon tarpeen tyy- dyttymiseen.
- Edistetään monimenetelmäistä ja monitieteistä tutkimusta mm. edellä ja muualla tässä raportissa esitettyjen tutkimuskysymysten selvittämiseksi.
- Kehitetään tutkimustietoon ja asiantuntijayhteistyöhön pohjautuen uusia indikaattoreita palvelujen käytön ja palvelujen laadun seurantaan mm. osana sote-uudistuksen arviointia.

Hyvinvointialueiden palvelut ja ohjaus

Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut ja niiden merkitys työikäisen väestön palvelukokonaisuuksissa tulisi huomioida hyvinvointialueiden kansallisessa ohjauksessa sekä mahdollisissa tulevilla sosi- aali- ja terveydenhuoltojärjestelmään liittyvissä rakenteellisissa uudistuksissa.

Työterveyshuollon toimintaa tulisi ohjata osana kaikkien työikäisten palvelukokonaisuutta hyvinvoin- tialueilla:

- Tunnistetaan koko työikäisen väestön palvelutarpeet ja edellytetään hyvinvointialueilta sekä työ- terveyshuollon palveluiden tuottajilta yhteistyötä palveluiden paremman yhteensovittamisen ja työterveyshuollon toiminnallisen integraation mahdollistamiseksi.
- Varmistetaan viimeaikaisissa hankkeissa kehitettyjen palveluintegraation, työkyvyn tuen ja keskei- simpien kansanterveysongelmien (mm. päihde- ja mielenterveysongelmat) ennaltaehkäisytoimin- takäytäntöjen laaja käyttöönotto työikäisen väestön palveluissa sekä laajemmin hyvinvoinnin, ter- veyden ja toimintakyvyn edistämiseksi työ- ja elinympäristöissä.
- Varmistetaan palvelujen yhteensovittaminen yksilöllisten tarpeiden mukaisesti erityisesti niille työssäkäyville, jotka käyttävät paljon työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja.
- Varmistetaan työterveyshuollon toiminnallinen integraatio lähetekäytäntöjen ja sujuvampien hoito- polkujen osalta sekä erikoissairaanhoitoon että perusterveydenhuoltoon.
- Kehitetään soveltuvien osin yhtenäisiä sairaanhoitoon hakeutumisen ja hoidonporrastuksen sekä moniammatillisen yhteistyön periaatteita julkiseen perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuollon sairaanhoitoon.
- Varmistetaan, että työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut ovat työterveyspainot- teisia ja hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisia.
- Arvioidaan työterveyshuollon palvelujen merkitystä osana kaikkia työikäisten hoito- ja palveluket- juja.