

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

YRITYKSEN VELVOLLISUUDET JA  
MAHDOLLISUUDET JOHTAA TYÖNTEKIJÖIDEN  
TERVEYTTÄ - TAPAUSTUTKIMUS

Pro gradu –tutkielma

Tiina Alahautala

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

Helmikuu 2016

# **SISÄLLYSLUETTELO**

## **1. JOHDANTO**

## **2. TERVEYDEN JOHTAMINEN**

## **3. JURIDINEN NÄKÖKULMA TERVEYDEN JOHTAMISEEN**

### **3.1 Työterveyshuolto**

### **3.2 Sairauspoissaolojen hallinta ja työkyvyttömyyseläkkeet**

### **3.3 Varhaisen tuen malli**

## **4. TALOUDELLINEN NÄKÖKULMA TERVEYDEN JOHTAMISEEN**

### **4.1 Terveysinvestoinnit**

### **4.2 Tekemättömän työn kustannukset**

#### **4.2.1 Sairauspoissaolot**

#### **4.2.2 Työkyvyttömyyseläkkeet**

## **5. TERVEYDELLINEN NÄKÖKULMA TERVEYDEN JOHTAMISEEN**

### **5.1 Sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyden yleisimmät syyt**

### **5.2 Terveudessa tapahtuvien muutosten mittaaminen ja arviointi**

### **5.3 Tutkimustietoa terveydenedistämisen vaikuttavuudesta**

## **6. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

### **6.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset**

### **6.2 Tutkimusote**

### **6.3 Tutkimuskohde**

### **6.4 Aineiston keruu**

### **6.5 Aineiston analyysi**

## **7. TULOKSET**

### **7.1 Haastatteluanalyysin tulokset**

### **7.2 Raporttien ja ohjeiden analyysin tulokset**

#### **7.2.1 Yrityksen työterveyshuolto ja muut terveystoiminnot**

#### **7.2.2 Yrityksen terveyden johtamisen prosessit**

### **7.3 Yhteenveto tuloksista**

## **8. POHDINTA**

### **8.1 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet**

### **8.2 Tutkimuksen eettisyys**

### **8.3 Kehitysehdotukset**

## **Lähdeluettelo**

## TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO Terveystieteiden yksikkö

TIINA ALAHAUTALA: Yrityksen velvollisuudet ja mahdollisuudet johtaa työntekijöiden terveyttä - tapaus tutkimus, Pro gradu -tutkielma, 34 s.

Ohjaajat: professori Clas-Håkan Nygård ja tutkijatohtori, TtT Leena Forma

Terveystieteiden tutkinto-ohjelma, Kansanterveystiede

Helmikuu 2016

---

Tutkielman tarkoitus on selvittää yritysten mahdollisuuksia ja velvollisuuksia vaikuttaa työntekijöiden terveyteen ja työkykyyn ja näiden toteutumista tutkittavassa tapausyrityksessä. Tutkielma perustuu kolmeen näkökulmaan: juridiseen, taloudelliseen ja terveydelliseen. Näistä näkökulmista perustellaan yrityksen velvollisuudet ja mahdollisuudet johtaa työntekijöiden terveyteen liittyviä asioita. Tavoitteena on tuottaa työnantajille käyttökelpoista tietoa terveyden johtamisen mahdollisuuksista.

Tutkielma on tapaus tutkimus suomalaisesta yrityksestä, jossa on tehty sekä haastattelututkimus että raporttien ja ohjeiden analyysit eli kyseessä on aineistotriangulaatio. Haastatteluihin osallistui 5 henkilöä yrityksen eri tasoilta ja tehtävistä. Haastatteluiden lisäksi analysoitiin yrityksen ja työterveyshuollon raportit ja ohjeet sekä verrattiin näitä Elinkeinoelämän keskusliiton ja Kansaneläkelaitoksen raportteihin Suomen keskiarvolukuihin.

Tutkimuksessa havaittiin, että kyseisessä tapausyrityksessä juridiset velvoitteet oli hoidettu periaatteen tasolla hyvin eli ohjeistukset ja dokumentit olivat juridisten vaatimusten mukaiset, mutta ohjeistusten noudattamisessa esiintyi puutteita erityisesti varhaisen tuen mallin toimeenpanossa. Taloudellisesta näkökulmasta terveyteen kohdistuvia panostuksia ei ollut tehty optimaalisella tasolla, koska ne eivät kohdistuneet yritykselle eniten kustannuksia aiheuttaviin sairauskategorioiden. Terveydellisestä näkökulmasta oli vielä huomionarvoista, että osa terveydellisistä toimenpiteistä kohdistui interventioihin, joilla ei ole lukuisissa tutkimuksissa löydetty olevan vaikuttavuutta sairastavuuteen eli joita ei voida pitää vaikuttavina investointeina.

Tutkimus rajoittui yhteen yritykseen ja pieneen haastattelujoukkoon eikä sitä sen vuoksi voida pitää yleistettävänä, mutta se antaa pohjaa jatkotutkimuksille terveyteen liittyvien johtamisen toimenpiteiden kehittämiseksi.

Asiasanat: Johtaminen, terveys, talous, juridiikka, työ

## **ABSTRACT**

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

TIINA ALAHAUTALA: Employer duties and possibilities for employee health leadership – a case study - Master Thesis, 34 pages

Supervisors: professor Clas-Håkan Nygård and postdoctoral researcher, PhD Leena Forma

Degree Programme in Health Sciences, Public Health

February 2016

---

The purpose of the study is to explore employer's duties and possibilities to influence the health and work ability of employees in a case company. The study is based on three perspectives: legal, economical and health. The duties and possibilities will be justified by these three perspectives. The goal is to produce useful information to the employers of the possibilities to lead health.

This is a case study of a Finnish company which has been studied by interviewing employees and by analysing reports and internal instructions by using data triangulation. Five employees from different levels and functions of the company were interviewed. In addition company's internal reports and instructions and health service provider's reports were analysed and compared to Finnish averages provided by Confederation of Finnish Industries (EK) and Social Insurance Institution of Finland (KELA).

The study showed that the legal compliance was good in principal as all the required instructions and policies were in place but there was lack of implementation especially in implementing early support policy. From then economical point of view the investments to health had not been made in optimal manner as they did not focus on the illness categories which caused the largest costs to the company. From health perspective some of the health investments were aimed to interventions which have been shown in numerous studies to lack effectiveness.

Present study was very limited and cannot therefore be generalised but it may give foundation to further studies to develop health leadership in companies.

Key words: Leadership, health, economics, legal, work

## 1. JOHDANTO

Tutkija on toiminut yli 15 vuotta Suomessa ja ulkomailla henkilöstöjohdon tehtävissä ja huomannut selkeän puutteen henkilöstöjohdon osaamisessa. Terveysasiat, joihin yrityksillä on paljon lakisääteisiäkin velvoitteita, on ulkoistettu terveysalan toimijoiden hoidettavaksi ja käytännössä myös johdettavaksi. Toisaalta taas terveysalan ammattilaisilla on harvoin riittävää osaamista yrityksen toiminnasta ja tavoitteista, jotta he pystyisivät tätä tehtävää menestyksekkäästi suorittamaan. Ulkoistetulla terveysalan toimijalla saattaa tulla myös selkeitä ristiriitoja asiakkaan sekä oman yrityksen tavoitteiden välillä.

Työterveyshuolto on yksi yritysten juridisista velvoitteista, mutta samalla potentiaalinen tuottavuuden parantaja sekä kustannusten säästäjä. Työterveyshuolto yksinään ei kuitenkaan voi vastata työntekijöiden terveydestä vaan yksilöt ovat aina itse ensisijaisesti vastuussa omasta terveydestään. Myös työnantajalla on omat velvollisuutensa yksilöiden terveyden ja toimintakyvyn tukemisessa ja varmistamisessa. Näistä työnantajan terveyden edistämisen toimenpiteistä käytetään tässä tutkimuksessa termiä terveyden johtaminen, jotta voidaan rajata tämän tutkimuksen ulkopuolelle muut työkykyyn ja työhyvinvointiin liittyvät seikat kuten esimerkiksi työntekijän osaaminen ja asenne. Terveiden johtaminen ei ole yleisesti vakiintunut termi, mutta sitä käytetään tässä kuvaamaan sitä johtamisen osaa, jolla voidaan vaikuttaa työkyvyn perustaan eli terveyteen ja toimintakykyyn.

Tässä tutkimuksessa kohdistetaan erityinen kiinnostus yrityksen terveyden johtamisen mahdollisuuksista ja toimenpiteistä työterveyshuoltoon, johdon ja esimiesten suorittamaan terveyden johtamisen työhön sekä yrityksen sisäisten prosessien osalta sairauspoissaolojen hallintaan liittyviin prosesseihin. Sairauspoissaolojen hallinnan sisällä käsitellään sairauspoissaolojen myöntämisen ja hallinnoinnin prosessia sekä varhaisen tuen mallia.

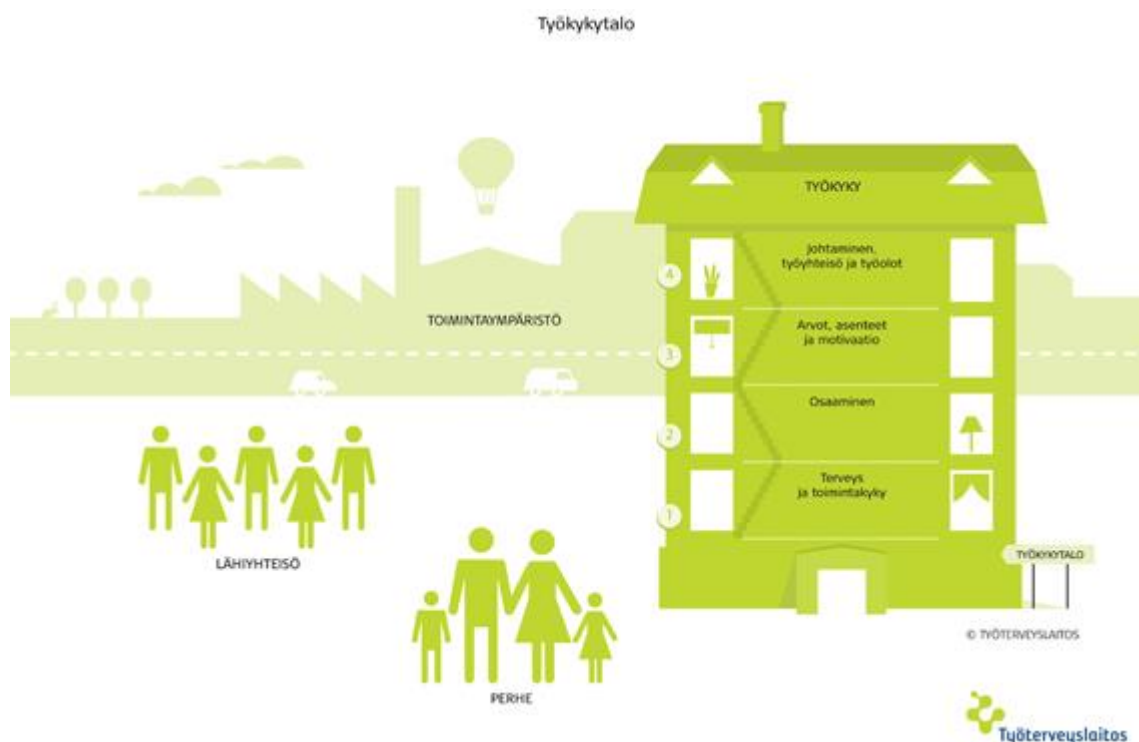
Tutkimuksessa pyritään kuvaamaan terveyden johtamiseen liittyvät tärkeimmät seikat juridisesta, taloudellisesta sekä terveydellisestä näkökulmasta. Lähestymistapa johtuu tutkijan koulutustaustasta (oikeustaloustieteen maisteri 1997, kauppatieteen maisteri 2000 sekä tuleva terveystieteiden maisteri 2016). Tällä monitieteellisellä lähestymistavalla pyritään tuottamaan tutkimuksella käyttökelpoista tietoa yritysten terveyden johtamisen tueksi.

Tässä tutkimuksessa perehdytään yhden yrityksen osalta terveyden johtamisen alle kuuluviin kustannuksiin, niiden vertailutasoihin muihin yrityksiin nähden sekä siihen miten yrityksessä

haastattelujen pohjalta arvioidaan terveyden johtamisen tilaa. Haastattelujen ja aineistoanalyysien pohjalta pyritään löytämään kyseisen yrityksen kohdalta kehitysalueet terveyden johtamisen prosesseissa.

## 2. TERVEYDEN JOHTAMINEN

Tässä luvussa määritellään ja rajataan tutkimuksen keskeinen käsite terveyden johtaminen, joka ei ole vakiintuneessa käytössä. Työkyky on termi, joka on hyvin vakiintunut suomalaiseen tutkimukseen ja keskusteluun. Työkykytalon neljästä kerroksesta kolme alimmaista liittyvät yksilön henkilökohtaisiin voimavaroihin ja neljäs kerros kuvaa itse työtä ja työoloja sekä johtamista (Kuva 1).



KUVA 1: Työterveyslaitoksen kehittämä työkykytalo

Talon perusta muodostuu terveydestä ja toimintakyvystä. Tähän sisältyy fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ja terveys. Talon toinen kerros muodostuu osaamisesta. Kolmanteen kerrokseen on asetettu henkilön arvot, asenteet ja motivaatio. Ylin kerros koostuu johtamisesta, työyhteisöstä ja työoloista. Mallissa linjataan, että yksilö on

päävastuussa omista voimavaroistaan ja työnantaja ja esimiehet ovat puolestaan päävastuussa työkykyläön ylimmästä kerroksesta eli työn sisällöstä ja työskentelyolosuhteista. Työkykyläön kerrosten lisäksi mallissa on kuvattu talon ympäristöä, jossa sijaitsevat perhe ja läheiset sekä muu ympäröivä yhteiskunta. (Ilmarinen ym. 2003).

Työkyky määritelmänä pitää siis sisällään yksilön terveyden ja toimintakyvyn lisäksi osaamisen, asenteet, arvot ja motivaation, johtamisen, työyhteisön ja työolot sekä koko ympäröivän maailman. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä terveyden johtaminen rajaamaan työkyvystä muut kuin terveyteen liittyvät osa-alueet. Tämä erottelu joudutaan tekemään, jotta tutkimuksessa voidaan keskittyä nimenomaan terveydellisiin asioihin ja muut ihmisen hyvinvointiin ja työhön liittyvät seikat voidaan rajata tutkimuksen ulkopuolelle. Terveyden johtamisella pyritään rajaamaan toimintakenttä ainoastaan terveyteen ja toimintakykyyn eli työkykyläön ensimmäiseen kerrokseen sekä määrittämään mitkä osa-alueet tästä ovat työnantajan johtamisen piirissä eli mitä työkykyläön neljännessä kerroksessa tulisi johdon tehdä. Ihmisen terveys on hyvin pitkälti yksilön omassa vaikutuskentässä ja yksityisyydensuojan piirissä. Työnantajalla on kuitenkin oikeus saada tietoja henkilön terveydentilasta niiltä osin kun sillä on vaikutusta työntekoon tai palkanmaksuvelvoitteeseen (Koskinen ym. 2012).

Työnantajalla on myös velvoitteensa työntekijän terveyden ja toimintakyvyn osalta ja tästä johtuen oikeus terveyden johtamiseen tiettyjen rajojen sisällä. Työnantaja on velvollinen huolehtimaan siitä, ettei työ aiheuta terveydellistä haittaa työntekijälle. Työnantaja on velvollinen järjestämään työterveyshuollon palveluita työntekijöilleen. Työnantajan velvollisuus maksaa sairausloman aikaista palkkaa antaa myös työnantajalle oikeuden saada tietoa työntekijän terveystilanteesta, koska palkanmaksuvelvollisuus perustuu diagnoositietoihin. (Koskinen ym. 2012).

Yrityksen terveyden johtamisen prosesseihin kuuluvat työterveyshuollon järjestäminen, työsuojelu, sairauspoissaoloprosessit, varhaisen tuen malli, mahdolliset päihdeohjelmat sekä muut vapaaehtoiset toimintamallit. Tässä tutkimuksessa keskitytään näistä työterveyshuoltoon sekä sairauspoissaolojen hallintaan ja varhaisen tuen malliin.



### **3. JURIDINEN NÄKÖKULMA TERVEYDEN JOHTAMISEEN**

Työnantajan juridisia velvollisuuksia ja oikeuksia säätelevät terveyden johtamisen osalta useat eri lait ja asetukset sekä toimialakohtaisesti työehtosopimukset. Näistä tärkeimpiä käsiteltävän aiheen osalta ovat työterveyshuoltolaki, sairausvakuutuslaki, tapaturmalaki, henkilötietosuojalaki sekä työehtosopimukset. Koska lainsäädäntö asettaa selkeät velvoitteet ja oikeudet työnantajalle työntekijän terveyteen liittyen, on juridinen näkökulma tärkeää ottaa huomioon aihetta tutkittaessa.

#### **3.1 Työterveyshuolto**

Työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Laki määrittelee, että työterveyshuolto tulee järjestää ja toteuttaa siinä laajuudessa kuin työstä, työjärjestelyistä, henkilöstöstä, työpaikan olosuhteista ja niiden muutoksista johtuva tarve edellyttää. Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon palvelut hankkimalla tarvitsemansa palvelut terveyskeskukselta, järjestämällä tarvitsemansa työterveyshuoltopalvelut itse tai yhdessä toisten työnantajien kanssa tai hankkimalla tarvitsemansa palvelut muulta työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen oikeutetulta toimintayksiköltä tai henkilöltä. (Työterveyshuoltolaki 2001/1383, Kansanterveyslaki 1972/66).

Työnantajalla on oltava työterveyshuollosta kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka tulee sisältää työterveyshuollon yleiset tavoitteet sekä työpaikan olosuhteisiin perustuvat tarpeet ja niistä johtuvat toimenpiteet. Työterveyshuollon toimintasuunnitelma voi olla osa työturvallisuuslaissa tarkoitettua työsuojelun toimintaohjelmaa tai muuta työnantajan laatimaa kehittämisohjelmaa tai -suunnitelmaa. Työterveyshuoltolaki velvoittaa yritykset lisäksi tiettyihin lakisääteisiin terveystarkastuksiin, silloin kun työpaikalla on terveyttä vaarantavia altisteita (Työterveyshuoltolaki 2001/1383).

Työterveyshuoltolaki edellyttää siis työnantajalta tiettyjen ennaltaehkäisevien toimenpiteiden toteuttamista. Lisäksi työnantaja voi halutessaan järjestää työntekijöille sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä ei ole yksilöity muuten kuin lakisääteisten terveystarkastusten osalta. Lakisääteisiksi ei kuitenkaan ole määritelty yleisiä työhöntulotarkastuksia tai vuositarkastuksia ellei kyseisessä työtehtävässä ole terveyttä vaarantavia altisteita.

Työterveyshuoltolaki antaa työnantajalle eri vaihtoehtoja järjestää työntekijöidensä lakisääteiset työterveyshuoltopalvelut sekä mahdollinen vapaaehtoinen sairaanhoito ja muu terveydenhuolto (Työterveyshuoltolaki 2001/1383). Kansaneläkelaitoksen tilastojen mukaan eniten työterveyshuoltopalveluja tuottivat lääkärikeskukset, joiden työterveyspalveluiden piirissä oli vuonna 2012 työntekijöitä 984 000 eli melkein puolet kaikista työterveyshuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä. Suurilla työnantajilla on usein oma työterveysasema. Terveyskeskuksista työnantajat ostivat palvelut vajaalle puolelle miljoonalle työntekijälle. Työnantajien omilta ja/tai heidän yhdessä muiden työnantajien kanssa omistamilta työterveysasemilta pääasialliset palvelut sai 367 000 henkilöä ja toisen työnantajan työterveysasemaa käytti 42 000 henkilöä. Palveluiden tuotanto on siirtynyt yhä enemmän lääkärikeskusten tuottamaksi. (Työterveyshuoltotilasto 2012).

### **3.2 Sairauspoissaolojen hallinta ja työkyvyttömyyseläkkeet**

Sairauspoissaolon perusteena tulisi olla sairauden aiheuttama työkyvyttömyys. Lääkäri tai sairaanhoitaja kirjoittaa sairauspoissaolotodistuksen potilaan tutkimisen perusteella. Lääkärin tai sairaanhoitajan tulee tehdä objektiivisiä havaintoja sairaudesta ja vahvistaa havainnot kliinisellä tutkimuksella tai esimerkiksi laboratoriokokeilla silloin kun se on mahdollista. Tiettyjen sairauksien kuten masennuksen tai kiputilojen osalta joudutaan tekemään oirediagnoosi sairaudesta. Diagnosoidun sairauden pitää lisäksi heikentää työkykyä, työnteon täytyy haitata parantumista tai vaarantaa muiden terveyttä, jotta lääkäri voi kirjoittaa sairauden perusteella sairauslomaa (Alapuranen ym. 2008). Työterveyshuollon kirjoittamien sairauspoissaolojen lisäksi myös esimiehellä on yleensä oikeus myöntää lyhyt sairauspoissaolo. Esimiehen oikeudesta myöntää sairauspoissaolo päättää työnantaja, mutta oikeuteen on asetettu tiettyjä rajoituksia osassa työehtosopimuksia.

Työnantajalla on oikeus saada työntekijälle sairausvakuutuslain tai tapaturmavakuutuslain mukaan kuuluva päiväraha, enintään kuitenkin maksamaansa palkkaa vastaava määrä. Tämä koskee kuitenkin vain yli 9 päivää yhtäjaksoisesti kestäneitä sairauspoissaoloja. Sairausvakuutuslaki edellyttää työntekijän diagnoositietoja, jotta yritys voi tätä korvausta hakea ja sen vuoksi työnantajalla voidaan katsoa olevan oikeus käsitellä työntekijän sairauspoissaoloon liittyviä diagnoositietoja. Työnantajalle päivärahan maksaa Kansaneläkelaitos. (Sairausvakuutuslaki 2004/1224, Tapaturmalaki 1948/608).

Yrityksen sairauspoissaolojen hallintaan liittyvät keskeiset prosessit ovat sairauspoissaolojen myöntäminen ja hallinnointi sekä varhaisen tuen malli. Näistä molemmista on oman kokemukseni mukaan hyvä olla selkeät ohjeet sekä työntekijöille että esimiehille. Sairauspoissaolojen myöntäminen tapahtuu edellä kuvatun mukaisesti yleensä työterveyshuollon kautta tai esimiehen luvalla. Työehtosopimuksissa tähän viitataan nimikkeellä omalla ilmoituksella poissaolo, mutta työnantajan on mielestäni syytä kirjata tämä omiin ohjeistuksiinsa esimiehen luvalla tapahtuvaksi poissaoloksi. Esimiehellä on väärinkäyttöepäilyksissä mahdollisuus vaatia lääkärintodistus myös näistä lyhyistä sairauspoissaoloista. Elinkeinoelämän keskusliitto (EK) arvioi, että noin 15 - 20 % sairauspoissaoloista on sellaisia, jotka eivät perustu sairauteen tai tapaturmaan. Tätä tukee EK:n teettämä haastattelututkimus, jossa ilmeni että 53 % vastaajista hyväksyi sairauspoissaololle jäämisen ilman varsinaista sairausperustetta. (Elinkeinoelämän keskusliitto 2009).

Sairauspoissaolojen kirjaamisesta tulee olla selkeät säännöt ja kirjaamisten oikeellisuutta tulee seurata, jotta sairauspoissaoloraporttien oikeellisuus voidaan varmistaa. EK suosittelee teoreettiseen työaikaan perustuvaa sairauspoissaoloprosentin seuranta ja seurannan linkittämistä yrityksen palkkahallintoon. Työterveyshuoltolaki velvoittaa myös työterveyshuollon palveluntarjoajan seuraamaan sairauspoissaoloja. Yrityksen ja työterveyshuollon tulee työterveyshuoltolain mukaan käydä yhdessä sairauspoissaolot läpi säännöllisin väliajoin, jotta raportoinnin oikeellisuus voidaan vahvistaa ja tarvittaviin toimenpiteisiin ryhtyä sekä yksilö- että ryhmätasolla. (Työterveyshuoltolaki 2001/1383, Elinkeinoelämän keskusliitto 2009).

Työntekijällä on oikeus työkyvyttömyyseläkkeeseen, jos hänen työkykynsä arvioidaan olevan heikentynyt sairauden, vian tai vamman vuoksi vähintään kahdella viidesosalla yhtäjaksoisesti ainakin vuoden ajan. Työkyvyttömyyseläke myönnetään täytenä eläkkeenä,

jos työntekijän työkyky on heikentynyt vähintään kolmella viidesosalla. Muussa tapauksessa työkyvyttömyyseläke myönnetään osatyökyvyttömyyseläkkeenä. Työkyvyn heikentymistä arvioitaessa otetaan huomioon työntekijän jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansiotuloja sellaisella saatavissa olevalla työllä, jota työntekijän voidaan kohtuudella edellyttää tekevän. Tällöin otetaan huomioon myös työntekijän koulutus, aikaisempi toiminta, ikä, asuinpaikka ja muut näihin rinnastettavat seikat. (Työntekijän eläkelaki 2006/395).

### **3.3 Varhaisen tuen malli**

Sairausvakuutuslaissa määritellään, että työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista korvausluokan I kustannuksista korvataan 60 prosenttia, jos työpaikalla on yhteistyössä työterveyshuollon kanssa sovitut käytännöt siitä, miten työkyvyn hallintaa, seurantaa ja varhaista tukea toteutetaan työpaikan ja työterveyshuollon yhteisenä toimintana (Sairausvakuutuslaki 2004/1224).

Varhaisen tuen mallissa asetetaan sairauspoissaoloille puuttumisrajat, jotka voivat olla esimerkiksi:

- vähintään 3 lyhyttä sairauspoissaoloa 4 kuukauden ajanjaksolla
- yksi yli 10 päivän sairauspoissaolo
- vähintään 30 sairauspoissaolopäivää vuoden ajanjaksolla.

Määriteltyjen rajojen lisäksi keskustelu tulisi käydä myös muutoin aina kun siihen koetaan aiheutta esimerkiksi poikkeavan käytöksen tai muun esimiehen tietoon tulleen seikan vuoksi. Myös työntekijä voi pyytää työkykyisyyskeskustelua esimiehensä kanssa. Puuttumisrajoista tai tarkemmista vaatimuksista varhaisen tuen mallille ei ole määritelmiä vaan sen sisältö saadaan räätälöidä yksilöllisesti yrityksen ja työterveyshuollon yhteistyönä.

#### 4. Taloudellinen näkökulma terveyden johtamiseen

Yritykselle aiheutuu vuosittain huomattavat kustannukset tekemättömästä työstä. Nämä kustannukset aiheutuvat työntekijän työkyvyn heikkenemisestä, sairauspoissaoloista sekä työkyvyttömyyseläkkeistä. Tekemättömän työn kustannuksia pyritään pienentämään tekemällä terveystoimintoja sekä kehittämällä yrityksen terveyden johtamisen prosesseja, joilla esimerkiksi sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeitä uskotaan voitavan vähentää.

Työterveysinvestointien tuloksellisuutta voidaan arvioida esimerkiksi sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrän vähenemisellä ja näin syntyneillä kustannussäästöillä. Vaikutusta arvioitaessa tulee kuitenkin huomioida, että työntekijän työkykyyn vaikuttavat muutkin kuin varsinaiset työterveysinvestoinnit. Työnantajan sisäinen työympäristö sekä esimerkiksi työntekijän oma asenne, arvomaailma ja koulutus ovat huomioitavia asioita vaikuttavuutta arvioitaessa. Työterveyshuollon toiminnan suoraa vaikuttavuutta voidaan arvioida esimerkiksi kuntoutustoimenpiteiden onnistumisen osalta. Sairauspoissaoloja seuraamalla ja varhaisen tuen mallia aktiivisesti käyttämällä pystytään suuntaamaan ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. (Manninen ym. 2007).

Työkyvyn edistämisen välittöminä vaikutuksina voi näkyä sairauspoissaolojen vähentyminen, yksilötuottavuuden parantuminen, enneaikaisten kuolemien vähentyminen ja työkyvyttömyyseläkkeiden vähentyminen. Näistä seurauksista puolestaan syntyy positiivisia vaikutuksia liiketalouden, yksilötalouden ja kansantalouden näkökulmasta. Työkyvyn edistämisen talousvaikutukset muodostuvat keskinäisistä tapahtumaketjuista, joiden lopputuloksena ovat yritysten tuottavuus ja kannattavuus, yksilöiden elintaso ja elämänlaatu sekä bruttokansantuote (Ahonen 2003). Yritysten terveystoimintojen ja liiketoiminnan tuloksen välillä ei kuitenkaan aina ole löytynyt selvää syy-yhteyttä (Kankaanpää 2012). Yritysten päättäjien näkökulmasta olisi erittäin tärkeää saada tietoa erilaisten interventioiden terveyshyödyistä verrattuna kustannuksiin, jotta rajalliset resurssit voitaisiin suunnata mahdollisimman kustannusvaikuttavasti (Drummond ym. 1997).

## 4.1 Terveysinvestoinnit

Työterveyshuolto on yritysten suurin yksittäinen terveysinvestointi. Työterveyshuollon kustannukset olivat Suomessa vuonna 2011 yhteensä 689 miljoonaa euroa. Kustannukset jaetaan kahteen korvausluokkaan. Korvausluokkaan I kuuluvat ehkäisevän toiminnan ja työntekijöiden työkykyä ylläpitävän toiminnan kustannukset, jotka pitävät sisällään muun muassa työpaikkaselvitykset, työpaikkakäynnit ja terveystarkastukset. Kansaneläkelaitos maksaa 60 % työnantajalle aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista korvausluokan I toimenpiteiden osalta. Korvausluokkaan II kuuluvat työterveyspainotteisen, yleislääkäritasoisien avosairaanhoidon kustannukset. Erikoislääkärin palvelut korvataan siltä osin kuin työterveyslääkäri tarvitsee erikoislääkärin konsultaatiota arvioidakseen työntekijän työkykyä ja hoitomahdollisuuksia. Korvausluokassa II Kansaneläkelaitos korvaa 50 % työnantajille aiheutuneista kustannuksista. Kansaneläkelaitos maksaa työterveyshuollon kustannukset pääosin yrityksiltä keräämistään sairausvakuutusmaksuista. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2011). Kansaneläkelaitos määrittelee vuositasolla korvausluokkien enimmäismäärät. Työterveyshuollon keskimääräiset kustannukset olivat 396 euroa huollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohti ja Kansaneläkelaitoksen maksamat korvaukset 173 euroa. Kustannuksista keskimäärin 40 prosenttia aiheutui ennaltaehkäisevästä työterveyshuollosta ja noin 60 prosenttia sairaanhoidosta (Työterveyshuoltotilasto 2012).

Työterveyshuollon toiminnan on Kansaneläkelaitoksen tilastojen mukaan huomattu painottuvan ennaltaehkäisevään toimintaan enemmän silloin, kun se tapahtuu yrityksen omalla työterveysasemalla. Lääkärikeskuksissa ja terveyskeskuksissa järjestetty työterveyshuolto keskittyy enemmän sairaanhoitoon. (Työterveyshuoltotilasto 2012). Ahonen (2003) epäilee erojen selittyvän osaksi sillä, että sairauskäyntejä ja laboratoriotutkimuksia painottava hinnoittelurakenne suuntaa helposti palvelua toimintaan, joka antaa niille parhaan katteen.

## **4.2 Tekemättömän työn kustannukset**

### **4.2.1 Sairauspoissaolot**

Elinkeinoelämän keskusliiton jäsenyritysten henkilöstöllä oli omasta sairaudesta tai tapaturmasta aiheutuneita poissaoloja keskimäärin 10 työpäivää per henkilö. Näiden yritysten keskimääräinen sairauspoissaoloprosentti vuonna 2013 oli 4,1 prosenttia. Työntekijäryhmällä oli selkeästi enemmän sairauspoissaoloja kuin toimihenkilöillä. Esimerkiksi teollisuuden työntekijöiden keskimääräinen sairauspoissaoloprosentti oli 5,9 kun vastaava luku toimihenkilöillä oli 1,9. Myös eri toimialoilla ja yritysten välillä toimialan sisällä oli vaihtelua poissaolojen määrissä. Elintarviketeollisuudessa oli muita teollisuudenaloja enemmän poissaoloja ja palvelualoilla poissaoloja oli eniten liikennealalla. (Elinkeinoelämän keskusliitto 2013).

EK arvioi yhden sairauspoissaolopäivän kustannukseksi 100 – 500 euroa. EK:n keskimääräisten poissaolomäärien mukaan laskettuna yhden työntekijän keskimääräinen sairauspoissaoloista johtuva kustannus on yritykselle noin 3 000 € vuodessa. Tuhannen hengen yrityksessä tämä tarkoittaa siis keskimäärin 3 miljoonan euron vuosikustannuksia (Elinkeinoelämän keskusliitto 2013).

### **4.2.2 Työkyvyttömyyseläkkeet**

Suomessa suurimmat yksityiset työnantajat ovat olleet velvollisia korvaamaan työntekijöidensä työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset osittain tai täysimääräisinä työntekijän eläkelain syntymästä 1960-luvulla alkaen. Periaatteen taustalla on pyrkimys kannustaa työnantajia ennaltaehkäisemään yhteiskunnalle kalliita työkyvyttömyyseläkkeitä. Nykyään voimassa olevassa maksuluokkamallissa työnantajat asetetaan työkyvyttömyysriskinsä mukaiseen maksuluokkaan, eikä niiltä veloiteta yksittäisen eläkkeen kustannuksia. Tämä koskee kuitenkin vain suuria yrityksiä eli pienet yritykset, joiden palkkasumma kahden vuoden takaa jää alle 1,5 miljoonaan euroon, maksavat työkyvyttömyyseläkkeistä riippumatonta tasamaksua. Keskiuurissa yrityksissä maksu

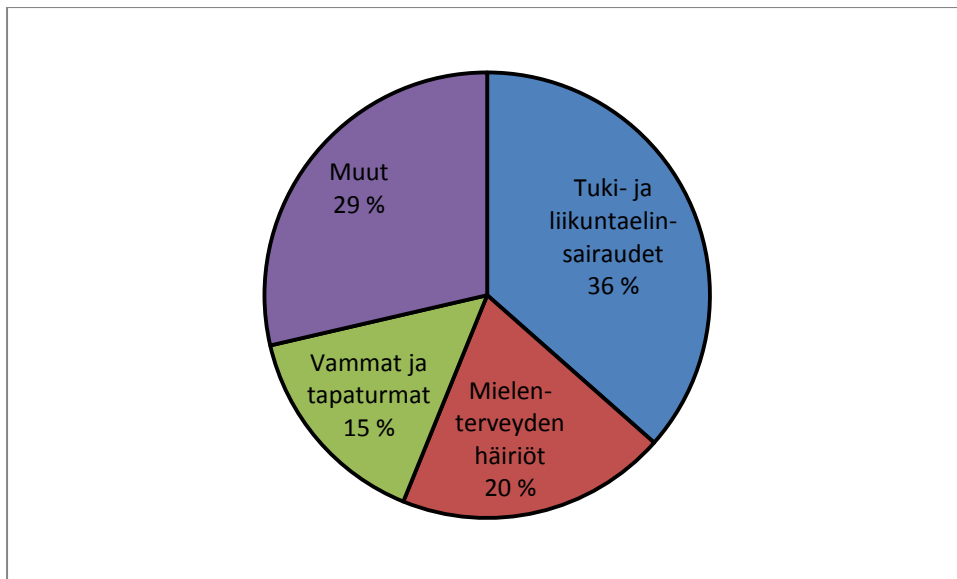
muodostuu perusmaksun ja maksuluokkamaksun yhdistelmästä, jossa maksuluokkamaksun osuus kasvaa lineaarisesti. Maksuluokka perustuu yrityksen omaan työkyvyttömyyskustannuksiin verrattuna yrityksen ikäjakauman perusteella määriteltyihin keskimääräisiin työkyvyttömyyskustannuksiin. Myös julkisen sektorin työpaikkojen eläkemaksut riippuvat myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrästä. (Kyyrä ym. 2012).

## **5. Terveydellinen näkökulma terveyden johtamiseen**

### **5.1 Sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyden yleisimmät syyt**

Työterveyslaitoksen tilaston mukaan vuonna 2013 suurin yksittäinen sairauskategoria oli tuki- ja liikuntaelinsairaudet (Kuva 2). Nämä aiheuttivat 36 % kaikista yli 9 päivää kestäneistä sairauspoissaoloista. Toiseksi merkittävin kategoria oli mielenterveyden häiriöt. Niistä johtuvia sairauspoissaoloja oli 20 % sairauspoissaoloista. Kansaneläkelaitoksen tilastoista on mahdollista saada tietoa ainoastaan Kansaneläkelaitoksen korvaamista sairauspäivärahoista. Alle 9 päivää kestäneiden tai niiden pitkien sairauspoissaolojen osalta, joissa korvaajana toimii jokin muu taho kuin Kansaneläkelaitos, ei luotettavia tietoja ole saatavilla (Martimo ym. 2010).





KUVA 2: Palkansaajien sairauspäivärahapäivät tautiryhmittäin vuonna 2013. Tiedot työterveyslaitoksen raportista.

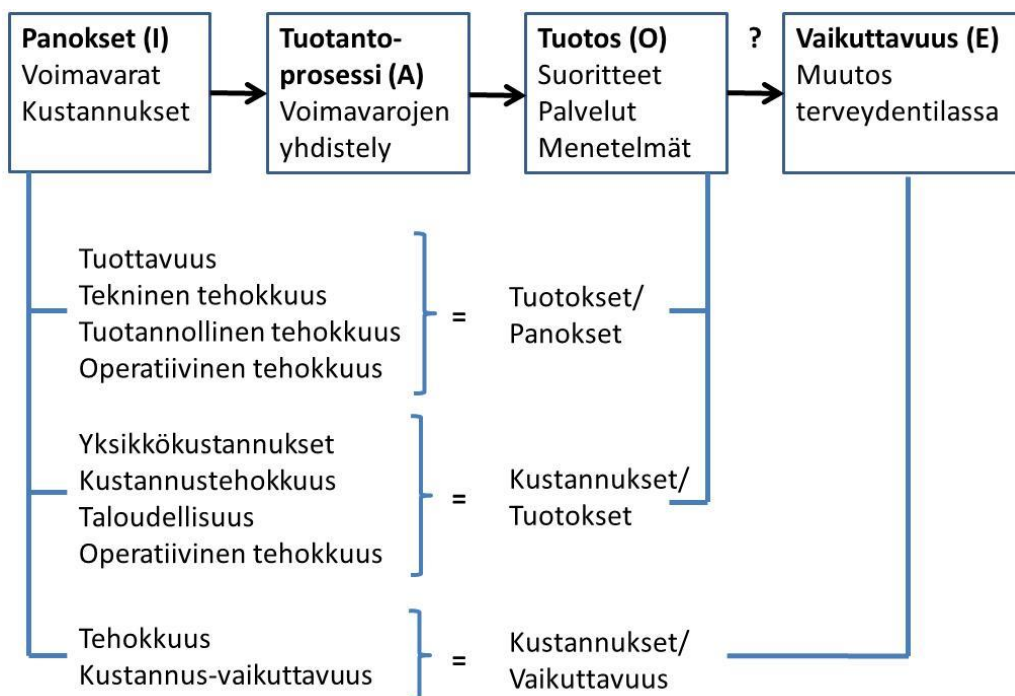
Työelämästä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyä vuosittain noin 25 000 henkilöä. Näistä uusista työkyvyttömyyseläkkeistä noin kaksi kolmasosaa johtuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista sekä mielen-terveyden häiriöistä (Pensola ym. 2010). Masennuksen esiintyvyys näyttää tutkimusten valossa pysyneen ennallaan, mutta sen aiheuttamat työkyvyttömyyseläkkeet ovat lisääntyneet. Sairauspoissaoloista pitkät sairauspoissaolot näyttävät ennustavan työkyvyttömyyseläkeriskiä, kun taas lyhyiden poissaolojen osalta vastaavaa yhteyttä ei ole löydetty (Työ ja terveys Suomessa 2006).

## 5.2 Terveydessä tapahtuvien muutosten mittaaminen ja arviointi

Työterveyshuollossa mitataan yleensä tuotoksia eli asiakaskäyntejä ja tehtyjä toimenpiteitä. Näillä toimenpiteillä toivotaan saatavan aikaan vaikutuksia terveyteen. Työterveyshuollossa pidetään usein myös haasteena sitä, että toivottujen tulosten saavuttamiseen ei voida päästä ainoastaan työterveyshuollon toimenpiteiden avulla vaan yhteistyö työnantajan kanssa on kriittisen tärkeää tulosten saavuttamiseksi (Martimo ym. 2010). Vaikuttavuus voidaan määrittellä toiminnan nettomuutoksena toiminnan perimmäisessä tavoitteessa, jonka voidaan laskea olevan kyseisen toiminnan ansiota. Esimerkiksi terveydenhuollossa tämä tarkoittaisi muutosta terveydentilassa (Sintonen & Pekurinen 2006). Vaikuttavuus tulee erottaa laadusta,

koska vaikuttavuuden seuraukset nähdään vasta pidemmällä aikajänteellä toipumisena, paluuna hyvään kuntoon, rajoitusten vähenemisenä, työkuntoiseksi palautumiseen kuluvana aikana tai mahdollisina sivuvaikutuksina (Lumijärvi 1994).

Vaikuttavuus sekoitetaan helposti tehokkuuteen ja tuottavuuteen. Terveystaloustieteellisessä kirjallisuudessa tehokkuudella tarkoitetaan toiminnassa käytettyjen panosten ja niillä aikaansaadun vaikuttavuuden suhdetta. Vaikuttavuudella tarkoitetaan esimerkiksi muutosta terveydentilassa. Tuottavuus puolestaan ilmaisee toiminnan tuotoksen ja sen aikaansaamiseksi käytettyjen panosten suhdetta (Sintonen & Pekurinen 2006). (Kuva 3).



KUVA 3: Vaikuttavuus (Sintonen & Pekurinen 2006)

Vaikuttavuuden arviointia pidetään tärkeänä asiana, koska terveysinvestointeihin käytettävät varat ovat rajalliset ja niille on saatava paras mahdollinen vastike. Vaikuttavuuden lisäksi tarvitaan tehokkuutta eli mikäli sairaudenhoitoon on tarjolla useita eri hoitovaihtoehtoja, tulisi niistä valita kustannusvaikuttavin vaihtoehto (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1996). Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä Kansaneläkelaitoksen kanssa vastaa valtakunnallisella tasolla työterveyshuollon arvioinnista ja seurannasta, mutta käytännössä kummassakaan

näistä seurannoista ei arvioida toiminnan vaikuttavuutta. Myös yrityksissä keskitytään tällä hetkellä työterveyshuollon kokonaisuutta arvioitaessa panosten ja tuotosten mittaamiseen ja nämä ovatkin kohtuullisen hyvin tiedossa. Työterveyshuollon vaikuttavuutta voidaan arvioida riskialtistusten ja kuormitustilojen vähenemisenä, työympäristön ja työolojen laadun paranemisenä ja työperäisen sairastavuuden, tapaturmaisuuksien ja kuormittuneisuuden sekä sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyden vähenemisenä ja työkyvyn paranemisenä. (Manninen ym. 2007).

### **5.3 Tutkimustietoa terveystoimenpiteiden vaikuttavuudesta**

Terveydenedistämisen interventioilla on todettu olevan alentava vaikutus terveydenhuoltokustannuksiin ja sairauspoissaoloihin. Terveyden edistämisen hankkeista kuitenkin kaikki eivät ole yhtä vaikuttavia vaan terveydenhuoltokustannusten ja poissaolojen kannalta lupaavina terveydenedistämishankkeina on mainittu varhainen masennuksen havaitseminen, selkävaivoihin liittyvä lihasvoimaharjoittelu, tupakoinnin lopettaminen, stressinhallintaohjelmat, influenssarokotus ja hoidonohjaus lievien terveysongelmien hoidossa. Erityisesti riskiryhmiin kohdistuvilla toimenpiteillä on mahdollisuus saada paras hyöty terveydenhuoltokustannusten ja sairauspoissaolojen kannalta. (Martimo ym. 2010).

Työterveyshuollon käynneistä noin neljännes kohdistuu työterveystarkastuksiin. Vuonna 2012 työterveystarkastuksiin käytettiin 1,1 M€ ja noin 60 % työterveyshuollon palveluiden piiriin kuuluvaa henkilöä kävi työterveystarkastuksessa (Työterveyshuoltotilasto 2012). Terveystarkastusten vaikuttavuutta on tutkittu sekä Suomessa että kansainvälisesti ja tutkimustulokset ovat johtaneet samaan lopputulokseen eli terveystarkastuksilla ei ole pystytty osoittamaan olevan vaikutusta sairastavuuteen tai kuolleisuuteen. (Martimo ym. 2010, Cochrane 2012). Cochrane -katsauksessa terveystarkastuksilla ei todettu olevan vaikutusta sydän- ja verisuonitauteihin tai syöpiin sairastumisen tai kuolleisuuden osalta vaikka diagnoosien määrä lisääntyi. Tutkimustulokset johtivat loppupäätelmään, että yleiset terveystarkastukset eivät todennäköisesti ole hyödyllisiä (Cochrane 2012). Martimo ja Antti-Poika tulivat tutkimuksissaan samaan tulokseen. He tutkivat lisäksi aikaisemmin terveystarkastusten vaikutusta eläköitymiseen eikä näidenkään välillä löydetty yhteyttä (Martimo ja Antti-Poika 2000).

Pitkillä sairauspoissaoloilla olleita henkilöitä haastateltaessa kävi ilmi, että perhe tai ystävät tai muut työpaikan ulkopuoliset henkilöt eivät olisi haastateltujen mukaan voineet vaikuttaa poissaoloon, mutta eri sairausryhmien osalta näkyi selkeä ero siinä miten työpaikan rooli nähtiin sairauspoissaolon ehkäisyssä. Niissä tapauksissa kun kyseessä oli fyysisen ongelman aiheuttama sairausloma, vain 20 % haastatelluista uskoi, että työpaikka olisi voinut vaikuttaa sairauslomaan esimerkiksi työoloja muuttamalla. Psykkisistä syistä johtuvien sairauspoissaolojen kohdalla jopa 80 % haastatelluista uskoi, että työpaikka olisi voinut estää poissaolon esimerkiksi työmäärää vähentämällä tai paremmalla kohtelulla. Useasta sairaudesta yhtäaikaisesti sairauslomalla olleista 90 % katsoi, että työpaikka olisi voinut tehdä jotakin poissaolon ehkäisemiseksi esimerkiksi työjärjestelyillä. Esimiesten rooli nähtiin tärkeänä sairauslomien ehkäisyn kannalta. (Joensuu ym. 2008). Työikäisten aikuisten mielenterveyteen vaikuttavista terveysinterventioista on tehty useampia meta-analyyssejä, joissa on todettu psykologisten interventioiden vähentäneen masennusjaksojen esiintyvyyttä noin 10 - 20 % (Cuijpers ym. 2008, Jané-Llopis ym. 2003).

## **6. Tutkimuksen toteutus**

### **6.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset**

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää yritysten mahdollisuuksia ja velvollisuuksia työntekijöidensä terveyden ja toimintakyvyn johtamiseen. Tätä lähdettiin selvittämään juridisesta, taloudellisesta ja terveydellisestä näkökulmasta tutkimalla yrityksen terveyden johtamisen tärkeimpiä prosesseja: työterveyshuoltoa ja sairauspoissaolojen hallintaa.

Haastatteluiden sekä raporttien ja ohjeiden analyysien pohjalta tutkimuksessa pyrittiin vastaamaan seuraavaan tutkimuskysymykseen:

- Miten yrityksessä käytetään terveyden johtamisen keinoja juridisesta, taloudellisesta ja terveydellisestä näkökulmasta?

## **6.2 Tutkimusote**

Tutkimusstrategiaksi valittiin tapaustutkimus, koska haluttiin yksityiskohtaista tietoa yhden yrityksen terveyden johtamisen tilasta. Tapaukseksi valittiin yhden yrityksen terveyden johtamisen prosessit: työterveyshuolto ja sairauspoissaolojen hallinta, sillä näiden tietojen perusteella uskottiin saatavan paras mahdollinen ymmärrys tilanteesta. Tapaustutkimuksella pyritään selvittämään yksityiskohtaista tietoa yksittäisestä tapauksesta tai useasta toisiinsa suhteessa olevasta tapauksesta. Tutkimusta tehtäessä käytettiin useita eri metodeja kuten tässä tutkimuksessa haastatteluja sekä dokumenttien tutkimista. (Hirsjärvi ym. 2009). Tässä tapaustutkimuksessa toteutuu myös aineistotriangulaatio eli tutkimuksessa yhdistettiin erilaisia aineistoja keskenään. Tapaustutkimuksen tavoitteena on yleensä ilmiöiden kuvailu. (Eskola & Suoranta 2008).

## **6.3 Tutkimuskohde**

Tutkimuskohde on suomalaisen, mutta kansainvälisestikin toimivan yrityksen Suomen toiminnot ja sen terveyden johtamisen prosesseista työterveyshuolto sekä sairauspoissaolojen hallinta. Koko yrityksessä on yli tuhat työntekijää useilla eri paikkakunnilla ympäri Suomen. Työntekijäryhmistä yrityksessä on edustettuna toimihenkilöt ja ylemmät toimihenkilöt.

## **6.4 Aineiston keruu**

Ensimmäinen osa tapausaineistoa koostui johdon, keskijohdon ja esimiestason sekä työsuojeluhenkilöstön haastatteluista. Lisäksi analysoitiin yrityksen ja työterveyshuollon palveluntuottajan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät raportit, ohjeistukset ja prosessikuvaukset sekä työterveyshuollon toimintasuunnitelma. Aineisto kerättiin ohjeistamalla yrityksen henkilöstöosastot toimittamaan kaikki terveyden johtamiseen liittyvät raportit ja talon sisäiset ohjeet ja toimintamallit. Lisäksi aineistoon kerättiin työterveyshuoltopalveluita tuottavilta yrityksiltä tulleet raportit työterveyteen ja sairauspoissaoloihin liittyen.

Haastatteluaineisto kerättiin yksilöhaastatteluilla, joihin yrityksestä oli valittu 5 haastateltavaa yrityksen eri toiminnoista ja organisaatiotasoilta. Haastateltavat valitsi yrityksen toimitusjohtaja yhdessä henkilöstöjohtajan kanssa. Perusteena valinnalle pidettiin henkilön keskeistä roolia henkilöstön johtamisen kannalta sekä mahdollisimman hyvää kattavuutta eri organisaatiotasoilta. Valintakriteerinä mainittiin myös henkilön rohkeus ilmaista omia mielipiteitään. Haastattelut toteutettiin henkilöiden omilla työpisteissä eri puolilla Suomea.

Haastattelukysymykset:

- Kuvaile omaa työtäsi ja miten olet roolisi puolesta tekemisissä työterveyden kanssa?
- Mikä tällä hetkellä sujuu hyvin työterveyden kanssa ja miten kehittäisit työterveyshuoltoa?
- Millaista tietoa saat työterveyshuollosta oman tehtäväsi tueksi? Mitä tietoa toivoisit lisää?
- Miten teidän sisäinen prosessi ja työterveyshuollon prosessi kulkevat sairastumistapauksissa? Miten kehittäisit prosesseja?
- Kuinka laadukkaana/vaikuttavana pidät työterveyshuoltoa?
- Mitkä näet suurimpina riskeinä terveyden johtamisen näkökulmasta?
- Miten kehittäisit terveyden johtamista yrityksesi sisällä?
- Mitä terveisiä lähettäisit henkilöstöhallinnolle ja yrityksen johdolle?

## **6.5 Aineiston analyysi**

Aineiston analyysi tehtiin sisällönanalyysimenetelmällä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista viestintää ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001).

Haastatteluissa ei ollut mahdollista käyttää nauhoitusta, koska yritys näki tässä riskin, että nauhurin käyttö rajoittaisi haastateltavien avoimuutta. Haastattelut kirjoitettiin aina heti haastattelun jälkeen puhtaaksi, jotta saatiin kaikki oleelliset asiat mahdollisimman hyvin kirjalliseen muotoon. Haastattelun puhtaaksikirjoituksen jälkeen edettiin suoraan haastatteluanalyysiin, jota oli osittain tehty jo haastattelujen aikana tiivistämällä ja tulkitsemalla haastateltavien vastauksia, jolloin haastateltavilla oli mahdollisuus korjata ja

täsmentää vastauksiaan. Haastatteluista kirjoitettiin yhteenveto, johon poimittiin haastateltujen tärkeimmiksi koetut ja eniten esiin nousseet aiheet. (Hirsjärvi & Hurme 2010).

Kirjalliset materiaalit kuten yrityksen sisäiset ohjeet ja terveystiedot luokiteltiin seuraavien otsikoiden alle:

- Sairauspoissaolot
  - Sairauspoissaolojen määrä
  - Sairauspoissaolojen kategoriat
- Työterveyshuolto
  - Työterveyshuollon kustannukset
  - Työterveyshuollon käyntimäärät
- Sisäiset prosessit
  - Varhaisen tuen malli
  - Sairauspoissaolojen hallinta

Kirjalliset materiaalit tutkittiin ja niitä verrattiin haastattelujen vastauksiin, jotta voitiin varmentaa prosessien oikea käyttö. Numeerisia tilastoja laskettiin yhteen ja yhdenmukaistettiin tarvittaessa vastaamaan vertailuaineistona käytettyjä Kansaneläkelaitoksen raportteja käyttämällä excel taulukkolaskentaohjelmaa. Yrityksestä saatua tietoa verrattiin Kansaneläkelaitoksen raportteihin ja saatiin näin verrattua yrityksen tilannetta Suomen muiden työnantajien vastaaviin terveyden johtamisen lukuihin. Osa ohjeista ja raporteista rajattiin tässä kohtaa tutkimuksen ulkopuolelle ja keskityttiin ainoastaan työterveyshuollon toimintaan sekä sairauspoissaolojen hallintaan liittyviin raportteihin ja ohjeisiin.

## **7. Tulokset**

### **7.1 Haastatteluanalyysin tulokset**

Palaute työterveyshuollon osalta oli vaihtelevaa. Johdon näkemyksen mukaan kustannukset olivat liian suuret vaikka palveluiden laajuutta oli karsittu poistamalla erikoislääkäreiden ja

fysioterapeuttien käyttömahdollisuus. Sen sijaan työterveyshuollon johtamisen nähtiin helpottuneen, kun toiminta oli keskitetty yhdelle palveluntuottajalle koko Suomen osalta. Työntekijöiden näkökulmasta työterveyshuollon palveluihin ei oltu tyytyväisiä supistuneen palveluntarjonnan vuoksi sekä yksittäisten lääkärin koetun epätevyyden tai epäasiallisuuden vuoksi. Eräs haastateltavista kuvasi tilannetta näin:

”Sairauspoissaolot kyllä lisääntyvät, kun sairaat ihmiset eivät pääse erikoislääkärin vastaanotolle. Tämä tulee kyllä yritykselle kalliimmaksi näin.”

Johto ja esimiehet kokivat saavansa riittävästi tietoa työterveyshuollosta, mutta väliportaassa toimiva keskijohto koki jäävänsä tiedonkulun ulkopuolelle. Työterveyshuollon laadun arvioinnin osalta palaute haastatelluilta oli vaihtelevaa. Vaikuttavuutta tai keinoja sen kehittämiseksi haastateltavat eivät osanneet arvioida.

Sairauspoissaolojen myöntämisen ja kirjaamisen prosessit olivat haastattelujen perusteella koulutettu esimiehille hyvin ja haastateltavat uskoivat prosessin toteutuvan hyvin. Haastatteluissa kävi ilmi, että varhaisen tuen mallin uskottiin olevan hyvin käytössä ja keskusteluja arvioitiin käytävän muutamia kymmeniä vuodessa. Eräs haastateltavista oli erityisen tyytyväinen nykytilanteeseen:

”Meillä on nyt kaikki hyvin mallillaan. Ohjausryhmä ohjaa työterveyshuoltoa ja turhia kustannuksia on karsittu. Sairauspoissaolot ovat laskussa ja olemme omaan markkinaamme nähden hyvällä tasolla.”

Prosessien kehittämisessä eniten esiin nousi tarve järjestelmästä tulevalle hälytykselle, joka lähettäisi esimiehelle sähköpostin silloin kun varhaisen tuen mallin mukainen keskustelu tulisi käydä. Haastateltavilla ei ollut tietoa tällaisen hälytysjärjestelmän mahdollisuudesta ennen kuin haastateltava kysyi sen olemassaoloa.

Terveysriskeinä kaikki haastateltavat arvioivat tuki- ja liikuntaelinsairauksien olevan jatkossakin suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairauskategoria johtuen operatiivisen henkilöstön työnkuvista. Osa haastateltavista oli myös huolissaan työturvallisuudesta ja tapaturmariskistä yrityksessä.



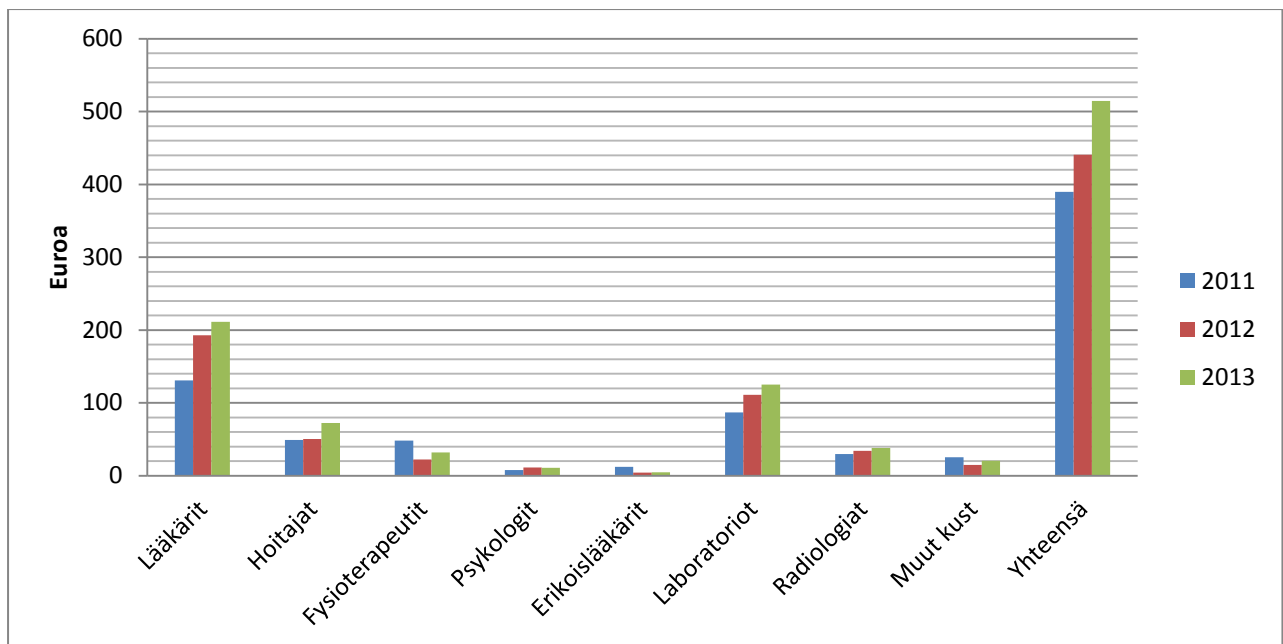
## **7.2 Raporttien ja ohjeiden analyysin tulokset**

### **7.2.1 Yrityksen työterveyshuolto ja muut terveystoiminnot**

Yrityksen suurin yksittäinen terveystoiminta on työterveydenhuolto, joka toteutetaan valtakunnallisesti yhteistyössä valitsemansa työterveyshuollon palveluita tuottavan lääkärikeskuksen kanssa. Työterveyshuolto pitää sisällään sekä ennaltaehkäisevät toimenpiteet että sairaanhoidon. Vuoden 2012 alusta on päätetty muuttaa työterveyshuollon palveluiden sisältöä niin, että työfysioterapian määriä on laskettu ja niistä on poistettu manuaaliterapia. Samaan aikaan myös erikoislääkäreiden palvelut on poistettu palveluista. Näillä toimenpiteillä on haettu kustannussäästöjä. Työterveyshuolto on ollut hajautettuna eri palveluntarjoajille vielä vuoteen 2013, jolloin palvelut päätettiin hallinnollisista syistä siirtää tuotettavaksi yhden palveluntarjoajan toimesta.

Työterveyshuollon lisäksi yritys on tehnyt terveystoimintoja erityisesti ehkäistäkseen tuki- ja liikuntaelinsairauksia, koska nämä ovat yrityksen näkökulmasta suurin työperäisen sairastumisriskin aiheuttaja. Yritys on tarjonnut kaikille työntekijöille liikuntaseteleitä, jotka on nyt vaihdettu SmartCard ratkaisuksi. Yritys maksaa kolme neljäsosaa tästä tuetusta liikuntamuodosta ja työntekijä maksaa itse yhden neljäsosan. Lisäksi pääkonttorilla on tarjolla ohjattua ryhmäliikuntaa. Terveystilan perusteella valikoidulle ryhmälle työntekijöitä on lisäksi tarjottu mahdollisuutta osallistua Aslak –kuntoutukseen.

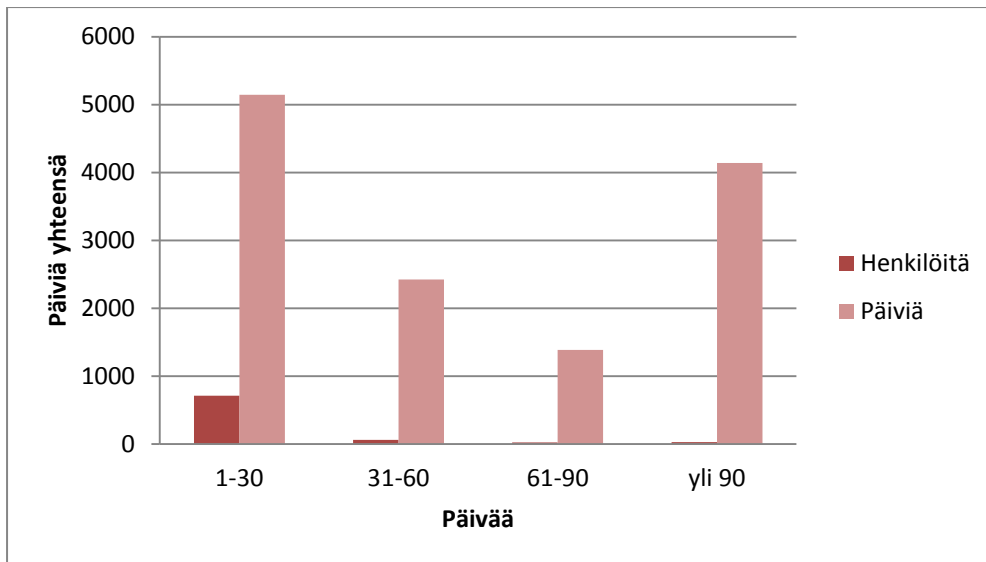
Työterveyshuollon vuosiraportin mukaan kokonaiskustannus vuonna 2013 oli 600 000 €. Henkilötasolla kokonaiskustannus oli keskimäärin 516 €/vuosi, kun keskiarvo organisaatioissa oli noin 400 €/henkilötyövuosi (Terveystoimintojen menot ja rahoitus 2011). Työterveyshuollon kokonaiskustannuksista suurimman kuluerän aiheuttivat lääkäripalvelut, joista suurin osa oli sairauden hoitoa sekä laboratoriokokeita. Kahden edellisen vuoden aikana työterveyshuollon kustannukset olivat nousseet 32 %, vaikka palveluita oli karsittu. Sairauskäyntiraporteista ei löytynyt selitystä työterveyshuollon kustannusten jyrkälle nousulle. (Kuva 4).



KUVA 4. Työterveyshuollon kustannukset per henkilötyövuosi vuosina 2011-2013.

### 7.2.2 Yrityksen terveyden johtamisen prosessit

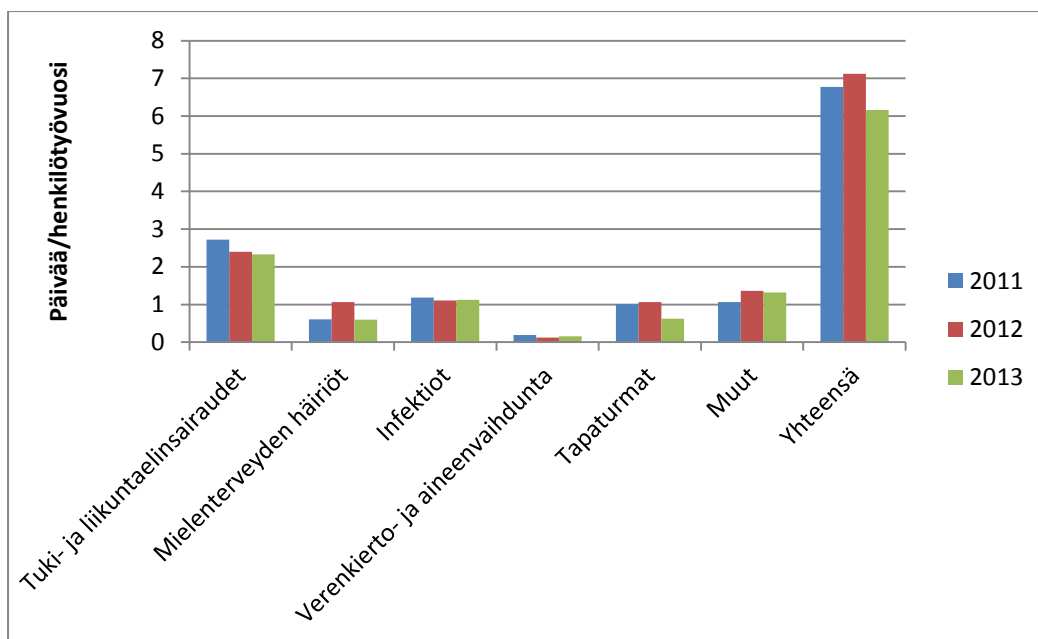
Sairauspoissaoloja yrityksessä on työterveyshuollon sairauspoissaoloraportin mukaan ollut vuonna 2013 keskimäärin 6,1 työpäivää/henkilötyövuosi. Vuonna 2012 vastaava luku oli keskimäärin 7,1 työpäivää/henkilötyövuosi eli siinä oli nähtävissä ainakin tilapäinen laskusuuntaus. Vuoden 2014 lukuja ei ollut tutkimusta tehtäessä vielä saatavissa. Vuoden 2013 sairauspoissaoloprosentti 1,7 oli alan keskivertotasoa. Koko Suomen organisaatioihin verrattuna sairauspoissaolot olivat alhaiset, mutta tämä johtuu pääosin työntekijäryhmiin jakaantumisesta, koska henkilöstö kuului toimihenkilöihin ja ylempiin toimihenkilöihin. Sairauspoissaolojen kustannukset yrityksessä olivat EK:n määrittelemää päivähintaa käyttäen noin  $6,1 \text{ pv} \times 300 \text{ €} \times 1162 \text{ henkilötyövuotta} = 2,1 \text{ M€}$  (Elinkeinoelämän liitto 2009). Näistä kustannuksista osa (2,2 päivää) siirtyi Kelan korvattaviksi, joten yritykselle jäi kokonaiskustannuksiksi  $(6,1 - 2,2 \text{ päivää}) \times 300 \text{ €} \times 1162 \text{ henkilötyövuotta} = 1,3 \text{ M€}$ . Sairauspoissaaloista noin 30 % on keskittynyt 2 %:lle henkilöstöä, kun vastaavasti 30 % henkilöstöä ei ollut sairauspoissaaloja lainkaan vuonna 2013. (Kuva 5).



KUVA 5. Sairauspoissaolojen jakautuminen henkilöittäin vuonna 2013.

Vuonna 2013 suurin osa sairauspoissaoloista aiheutui tuki- ja liikuntaelinsairauksista. Nämä aiheuttivat yli kolmanneksen kaikista sairauspoissaoloista (38 %). Toiseksi yleisin sairauspoissaolon syy oli infektioaudit, jotka aiheuttivat 18 % sairauspoissaoloista. Kolmanneksi yleisimmät sairausdiagnoosit olivat mielenterveyden häiriöt sekä vammat ja tapaturmat, jotka molemmat aiheuttivat 10 % sairauspoissaoloista.

Kolmen vuoden vertailusta voidaan todeta, että suurinta vaihtelua sairauskategorioiden osuuksissa näkyy erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksissa, mielenterveyden häiriöissä ja tapaturmissa. Näissä sairauskategorioiden myös keskimääräiset sairauspoissaolojen pituudet ovat suuremmat kuin esimerkiksi infektioauditteissa sekä aineenvaihdunnan taudeissa, joihin sijoittuu useita lyhyitä hengitystieinfektioita tai vatsatauteja. (Kuva 6).



KUVA 6. Sairauskategorioiden kolmen vuoden vertailu 2011 - 2013.

Yrityksessä on laadittu erittäin selkeät ja konkreettisen ohjeet esimiehille ja työntekijöille sairauspoissaolojen osalta. Työntekijällä on velvollisuus ilmoittaa työkyvyttömyydestään viipymättä omalle lähimmälle esimiehelle puhelimitse. Esimiehellä on oikeus myöntää kolmen kalenteripäivän pituinen sairauspoissaolo ja sitä pidemmiltä sairauspoissaoloilta on oltava lääkärintodistus. Esimiehellä on oikeus vaatia myös oman työterveyslääkärin todistus jo ensimmäisestä sairauspäivästä lähtien.

Yrityksen varhaisen tuen malli lähtee esimiehen lakisääteisestä velvoitteesta tukea yksilöä hänen työkykyynsä liittyen. Esimiehen velvollisuuden lisäksi painotetaan työntekijän omaa vastuuta sekä työyhteisön vastuuta työtovereidensa hyvinvoinnista. Hälytysmerkit jaetaan työsuoritukseen ja työajan käyttöön, sairauspoissaolojen määrään ja muihin esiin tuleviin syihin. Sairauspoissaolojen osalta hälytysmerkiksi määritellään tilanne, jolloin työntekijä on ollut työkyvyttömyyden vuoksi poissa työstä 3 lyhyttä poissaoloa (1 – 3 kalenteripäivää) viimeisten 3 kk:n aikana ja / tai 30 päivää viimeisen 12 kk:n aikana. Nämä hälytysmerkit velvoittavat esimiehen käymään työntekijän kanssa varhaisen tuen mallin mukainen työkykyisyyskeskustelun. Raporttien analyysissä kävi ilmi, että varhaisen tuen mallin mukaisia keskusteluita olisi tullut käydä yrityksessä vuoden 2013 aikana yhteensä 205 kappaletta. Haastattelujen perusteella arvio on, että keskusteluita käytiin vain muutamia kymmeniä. Tarkkaa kirjausta käydyistä keskusteluista ei yrityksessä löytynyt.

### **7.3 Yhteenveto tuloksista**

Juridisesta näkökulmasta yrityksessä on huolehdittu hyvin lakisääteisten prosessien olemassaolosta. Näiden prosessien käyttöönotossa on kuitenkin nähtävissä haasteita esimerkiksi varhaisen tuen mallin toimeenpanossa. Taloudellisesta näkökulmasta katsottuna terveydenhuollossa kustannuksia on pyritty karsimaan erikoislääkäreiden palveluista sekä työfysioterapiasta. Näillä on saatu aikaan välittömiä kustannussäästöjä, mutta nämä säästöt ovat puolestaan lisänneet riskiä vielä suuremmista kuluista pitkäaikaissairaiden osalta. Terveydellisestä näkökulmasta investointeja ei ole kohdistettu yrityksen kannalta tärkeimpiin sairauskategorioiden tai suurinta vaikuttavuutta tuottaviin interventioihin. Tästä esimerkkinä terveystarkastukset, joiden vaikuttavuutta ei ole pystytty todentamaan.

## **8. Pohdinta**

### **8.1 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet**

Terveyden johtaminen ei ole vakiintunut termi ja se on helposti sekoitettavissa muuhun terveyden alan terminologiaan. Tutkija on kuitenkin halunnut ottaa käyttöön uuden termin, jotta tässä tutkimuksessa voitiin erottaa terveys ja toimintakyky ja niiden johtaminen tutkimuksen kohteeksi. Terveyden johtamisen erottaa työkykyjohtamisesta rajaus nimenomaan terveydellisiin seikkoihin, jolloin huomion ulkopuolelle jätetään henkilön muista kuin terveyssyistä johtuva työkykyisyys.

Tutkimuksen tavoitteena oli alun perin tutkia yritysten terveysinvestointien vaikuttavuutta. Tätä tavoitetta jouduttiin tutkimuksen edetessä muuttamaan, koska kävi ilmeiseksi, ettei vaikuttavuutta ole mahdollista kyseisessä yrityksessä arvioida terveyden johtamisen osalta. Tämä johtui siitä, että yrityksessä ei ollut asetettu tavoitteita eikä mittareita terveyden johtamisen osa-alueilla. Vaikuttavuuden arvioinnin sijaan tutkimuksessa keskityttiin

yrittäjien terveyden johtamisen nykytilanteen analysointiin sekä kehitysalueiden määrittelyyn.

Tutkimus suoritettiin haastatteluiden ja yrityksen ohjeistusten ja raporttien analysoinnin avulla. Tutkimuksen luonne johtui toimeksiannosta, jonka tutkija oli saanut asiakkaaltaan. Jos tutkimuksen lähtökohta ei olisi ollut yrityslähtöinen ja tutkija olisi voinut vapaammin määrittellä esimerkiksi haastateltavien määrän, olisi tutkimus rakennettu paremmin vastaamaan tieteellisen tutkimuksen lähtökohtia ja esimerkiksi haastateltavia olisi valittu tutkimukseen laajemmin.

Tutkimuksella päästiin selvittämään yrityksen tämän hetken tilanne verrattuna muihin yrityksiin ja työnantajiin Suomessa. Haastattelujen ja materiaalianalyysien pohjalta löytyi myös selkeitä kehittämisen kohteita yrityksen omien terveyden johtamisen prosessien kehittämiseksi, kuten varhaisen tuen mallin parempi käyttöönotto ja seuranta sekä terveystieteiden parempi kohdistaminen yrityksen kustannusten kannalta tärkeämmille osa-alueille. Jos yritys lähtee toteuttamaan näitä kehitysajatuksia ja ottaa käyttöön vaikuttavuuden arvioinnin työkalut, voidaan näiden kehitysehdotusten vaikuttavuus jatkossa myös mitata.

Tutkimuksen luotettavuudessa on huomioitava, että haastattelujen otos oli pieni eikä kattanut kaikkia yrityksen maantieteellisiä ulottuvuuksia tai organisaatiotasoja. Tutkimuksen tuloksia arvioitiin face-validiteetilla eli esiteltiin yrityksen koko johtoryhmälle, joka omalta osaltaan validoi tutkimustuloksen. Tutkimus perustuu yhden yrityksen tietoihin ja yrityksen edustajien luovuttamiin materiaaleihin eikä tutkimustulosta voida tältä pohjalta pitää vielä yleistettävänä.

Tutkimuksen tuloksia oli hankala verrata suoraan aiempiin tutkimustuloksiin, koska vastaavaa kysymyksenasettelua ei löytynyt kirjallisuuskatsausta tehtäessä. Kehitysehdotusten pohjana on kuitenkin käytetty eri tutkimustuloksia toimenpiteiden vaikuttavuudesta ja esitykset on perustettu tutkimustiedolle esimerkiksi terveystarkastusten vaikuttavuudesta.

Tutkimuksessa oli tavoitteena tuottaa suoraan yrityksissä käytettävää tietoa, jonka perusteella työnantajat voisivat tehdä päätöksiä omien yritystensä terveyden johtamisen investointien ja

kehittämisen osalta. Tähän tavoitteeseen päästiin osittain, mutta vaikuttavuuden arvioinnin osalta jäi myös kehitettävää seuraaviin tutkimuksiin.

## **8.2 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimuksen eettisyyden varmistamiseksi kaikki yksilötasoinen tieto oli salattu eikä tutkija päässyt käsiksi aineistoon, jossa yksilötasoisia tietoja olisi käsitelty. Kaikki diagnoosipohjainen tieto oli kerätty yksikkötasolla yksilöiden potilastietojen suojaamiseksi. Mitään yksittäisiä potilastietoja ei tutkijalla ollut käytettävissä. Yritykseltä oli saatu lupa käyttää tutkimuksen tietoja pro gradu työssä. Koska työterveyshuollon palveluntarjoajalta ei ollut kysytty erikseen lupaa yrityksen nimen käyttämiseen tutkimuksessa, on se jätetty mainitsematta. (Kuula 2006).

Tutkijan oma rooli ei ole sitoutumaton tutkittavaan organisaatioon, koska tutkimuksesta on maksettu korvaus tutkijalle. Tämä yhteys ei ole kuitenkaan vaikuttanut tutkimuksen tuloksiin.

## **8.3 Kehitysehdotukset**

Tutkimuksen perusteella pyritään antamaan kehitysehdotuksia tutkittavalle yritykselle ja näitä kehitysehdotuksia on mahdollista käyttää myös yleisemmin hyväksi yritysten terveyden johtamista suunniteltaessa ja kehitettäessä.

Työterveyshuollosta saadut tiedot sairauspoissaolojen määrästä olivat hyvin linjassa yrityksen omien tietojen kanssa. Analyysin perusteella todettiin kuitenkin, että varhaisen tuen mallin mukaisesti vuonna 2013 olisi tullut käydä 124 työkykykeskustelua yhteensä yli 30 päivää kestäneistä sairauspoissaoloista johtuen. Lisäksi olisi tullut käydä 81 työkykykeskustelua johtuen lyhyistä poissaoloista (vähintään 3 poissaoloa viimeisen kolmen kuukauden aikana). Haastattelujen mukaan niitä käytiin kuitenkin vain muutama kymmenen. Voidaan siis arvioida, että keskusteluista käytiin vain murto-osa. Tästä johtuen kehitysehdotuksena yritykselle esitetään hälytystoiminnon rakentamista esimiehille, jotta nämä saisivat reaaliaikaisen tiedon sairauspoissaoloista ja hälytysrajojen täyttymisestä. Varhaisen tuen mallin mukaisia keskusteluja tulisi myös seurata esimerkiksi henkilöstöosaston toimesta ja

raportoida johdolle. Näin päästäisiin käsiksi työkyvyttömyysuhkaan jo varhaisessa vaiheessa ja ehkäistäisiin myös sairauspoissaolojen mahdollisia väärinkäytöksiä.

Työterveyshuollon osalta kehitysehdotuksena on tieteellisten tutkimusten ja tämän tutkimuksen tulosten pohjalta siirtää työterveyshuollon investointeja ennaltaehkäisevässä työterveyshuollossa yleisistä terveystarkastuksista kohdennettuihin tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisyyn, koska tämä on kyseisen yrityksen kannalta kriittisin sairauskategoria. Tämä voitaisiin toteuttaa erilaisilla yksilö- ja ryhmätasoisilla harjoitteluohjelmilla ja työergonomian muutoksilla. Erikoislääkärien ja fysioterapeuttien palvelut ehdotetaan otettavaksi takaisin ostettavien palveluiden pariin, mutta kohdennettuna erityisessä työkyvyttömyysriskissä oleville työntekijöille. Tällä pyritään lyhentämään erittäin pitkien sairauspoissaolojen määrää sekä ehkäisemään työkyvyttömyyseläkkeitä.

Jotta yritys voisi jatkossa arvioida terveysinvestointiensa ja terveyden johtamisen prosessiensa vaikuttavuutta, tulisi sen tämän tutkimuksen tulosten pohjalta määritellä ne toimenpiteet, joiden vaikuttavuutta halutaan arvioida. Tarkasteluun voitaisiin ottaa esimerkiksi kohdennettujen terveysinvestointien vaikuttavuus. Silloin tulisi määritellä erityiset hoitopolut tai muut interventiot erityisessä työkyvyttömyysriskissä oleville henkilöille, asettaa näille interventioille tavoitteet ja mittarit sekä tarkastelujakso. Esimerkiksi tämä voisi tarkoittaa mielenterveyshäiriödiagnoosin saaneille mielenterveyden yksilövalmennuksen hoitopolkua, jonka tavoitteena olisi lyhentää odotettavissa olevaa työkyvyttömyysjaksoa. Vaikuttavuuden mittaamisessa tulisi olla myös kontrolliryhmä eli esimerkiksi erilaista hoitopolkua kulkevien tai ilman hoitopolkua vastaavalla diagnoosilla olevien henkilöiden ryhmä. Mittareina voitaisiin käyttää sairauspoissaolojen määrää tai pidemmällä aikajaksolla myös toteutuneiden työkyvyttömyyseläkkeiden määrää.



## LÄHDELUETTELO:

Ahonen G 2003. Työkyvyn taloudellinen merkitys. Teoksessa Antti-Poika M, Martimo K-P, Husman K. Työterveyshuolto. Duodecim, Helsinki, 190-197.

Alapuranen L, Heino A-M, Koskinen S, Lehtonen L, Arola M, Virta L, Ullakonoja V. 2008. Työkyvytön. Edita Prima Oy, Helsinki

Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group October 17, 2012

Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C. & Beekman A. 2008. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. American Journal of Psychiatry: 165, 1272–80.

Drummond M, Cooke J, Walley T. 1997. Economic evaluation under managed competition: evidence from the UK. Soc Sci Med 45:583–95.

Elinkeinoelämän keskusliitto 2009. Sairauspoissaolojen hallinta.

Elinkeinoelämän keskusliitto 2013. Työaikakatsaus.

Eskola J, Suoranta J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus, Jyväskylä.

Hirsjärvi S, Hurme H: Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö 2010. Gaudeamus, Helsinki.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.  
Ilmarinen J, Lähteenmäki S, Huuhtanen P, toim. 2003. Kyvyistä kiinni. Ikäjohtaminen yritysstrategiana. Enterprise Advicer -kirjasarja nro 28, Talentum, Helsinki.

Jané-Llopis, Eva & Anderson, Peter eds. 2006: Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities.

Joensuu M., Kivistö S, Malmelin J, Lindström K 2008. Pitkä sairausloma ja työhön paluu. Työterveyslaitoksen Työ ja ihminen tutkimusraportti 34. Työterveyslaitos, Helsinki.

Kankaanpää E 2012. Studies on Purchasers and Providers of Occupational Health Services in Finland, Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 44. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Kansanterveyslaki 1972/66

Koskinen S, Alapuranen L, Heino A-M 2012. Henkilötietojen käsittely työelämässä. Edita, Helsinki.

Kuula A: Tutkimusetiikka 2006. Vastapaino, Tampere.

Kyyrä T, Tuomala J ja Ylinen T 2012. Työnantajan omavastuuperiaate työkyvyttömyyseläkkeissä. Eläketurvakeskuksen raportteja 04/2012. Edita, Helsinki.

Latvala E, Vanhanen-Nuutinen L 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi. Teoksessa Janhonen S, Nikkonen M (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki. 21-43.

Lumijärvi I 1994. Vaikuttavuusarviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Käsitteellisiä tarkennuksia ja sovellutusesimerkkejä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia No 187, Vaasa

Manninen P, Laine V, Leino T, Mukala K, Husman K: Hyvä työterveyshuoltokäytäntö 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö, työterveyslaitos, Helsinki.

Martimo K-P, Antti-Poika M 2000. Työterveyshuollon terveystarkastukset ja niiden tuloksellisuus. Suom Lääkäril 2000;45:4631-5.

Martimo K-P, Antti-Poika M, Uitti J (toim.) 2010. Työstä terveyttä. Duodecim, Helsinki.

Pensola T, Gould R, Polvinen A 2010. Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:16. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sairausvakuutuslaki 2004/1224

Sintonen H, Pekurinen M 2006. Terveystaloustiede, WSOY, Helsinki.

Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2011, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013

Tapaturmavakuutuslaki 1948/608

Terveydenhuollon suuntaviivat 1996. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: 1996:16

Työ ja terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos, Helsinki.

Työntekijän eläkelaki 2006/395

Työterveyshuoltolaki 2001/1383

Työterveyshuoltotilasto 2012. Kansaneläkelaitos, Helsinki.