

# TYÖELÄKELAITOSTEN TYÖKYVYTTÖMYYSRISKIN HALLINTATOIMIEN VAIKUTTAVUUTEEN LIITTYVÄ SELVITYS

Toimeksiantaja: Työeläkevakuuttajat Tela ry  
Toteuttajat: Työterveyslaitos ja Kuntoutussäätiö

2020

## SISÄLLYS

TYÖELÄKELAITOSTEN TYÖKYVYTTÖMYYSRISKIN HALLINTATOIMIEN VAIKUTTAVUUTEEN LIITTYVÄ SELVITYS .....	1
SISÄLLYS .....	2
1 SELVITYKSEN TAUSTAA JA SEN LAATIMISEEN LIITTYVIÄ RAJAUKSIA .....	3
2 KÄSITTEITÄ.....	5
2.1 Työhyvinvointi .....	5
2.2 Työkyky ja työkyvyttömyyden uhka.....	6
2.3 Työkyvyttömyysriski .....	7
3 TYÖKYVYN UHKIEN JA TYÖKYVYTTÖMYYSRISKIEN HALLINNAN KEINOJA.....	9
4 TYÖKYVYTTÖMYYSRISKEIHIN LIITTYVÄÄ TIETOA TILASTOIVAT JA KERÄÄVÄT ORGANISAATIOT ...	11
5 TYÖKYVYTTÖMYYSRISKIN HALLINTATOIMIEN VAIKUTTAVUUS.....	17
5.1 Vaikuttavuuden käsitteestä .....	17
5.2 Vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointi monitoimijaisissa prosesseissa .....	18
5.3 Työkykyyn ja työkyvyttömyyteen vaikuttavia tekijöitä.....	22
5.4 Artikkelien haku ja valintakriteerit.....	23
5.5 Selvitys työkyvyttömyysriskin hallintaan liittyvien interventioiden vaikuttavuudesta.....	24
6 TYÖKYVYTTÖMYYSRISKIN HALLINTATOIMIEN VAIKUTTAVUUDEN JA TEHOKKUUDEN MITTAAMINEN .....	34
7 SUOSITUKSET .....	42
8 LÄHTEET .....	44
LIITE 1 .....	55

## 1 SELVITYKSEN TAUSTAA JA SEN LAATIMISEEN LIITTYVIÄ RAJAUKSIA

Työeläkevakuuttajat TELA ry on aiemmin tilannut riippumattoman selvityksen työeläkelaitosten työkyvyttömyysriskin hallintaan liittyvistä toimista, työeläkemaksun hoitokustannusosasta ja asiakashyvityksistä. Ahtelan ja Lempiäisen (2019) laatima selvitys perustui työeläkeyhtiöiden hallinnasta, asiakkuuksista ja aktuaaritoiminnoista vastaavien henkilöiden sekä yhtiöiden johdon haastatteluihin. Selvitys kartoitti myös Finanssivalvonnan ja sosiaali- ja terveysministeriön työeläkevakuutuksesta vastaavan johdon ja työmarkkinaosapuolten näkemyksiä työeläkeyhtiöiden toiminnasta.

Finanssivalvonnan antama työkyvyttömyysriskin hallintaa koskeva ohjeistus muuttui vuonna 2016. Työeläkelaitosten työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteiden lähtökohtana tarjosten tekemisestä hankkeiden toteutukseen tulee olla työkyvyttömyysriskiperusteisuus. Käytännössä esimerkiksi on oleellista, että toiminta kohdentuu todennettavissa oleviin työkyvyttömyysriskeihin ja siten, että työeläkevakuutusyhtiön vastuulla olevaa työkyvyttömyysriskiä hallitaan mahdollisimman tehokkaasti. Ensisijaisesti toiminnan toivotaan kohdistuvan johtamisen, työn, työprosessien tai työyhteisön toimivuuden kehittämiseen ja tähän liittyviin työkykyä ylläpitäviin hankkeisiin (Finanssivalvonta 2016).

Ahtelan ja Lempiäisen (2019) mukaan ohjeiden uusiminen aiheutti merkittäviä muutoksia yhtiöiden toimintatavoissa, kun yhtiöt siirtyivät rahallisesta panostuksesta palvelujen kehittämiseen. Samaan aikaan otettiin käyttöön asiakasorganisaatioiden omavastuu. Asiakasorganisaatiot antoivat pääosin varsin myönteistä palautetta yhtiöiden työkykypalveluista. Kritiikkiä kohdistettiin liian vähäiseen organisaation toiminnan ja käytännön haasteiden tuntemiseen. Työeläkeyhtiöiden edustajat puolestaan toivoivat selkeämpiä, sitovia ohjeita työkyvyttömyysriskin hallintaan sekä perusteita ja kriteerejä vaikutusten arviointiin.

Työeläkelaitoksista julkisella puolella työkyvyttömyysriskien hallinta on lailla säädetty Kevan tehtäväksi. Yksityisellä puolella asiasta ei ole lailla säädetty. Keva ei jaa työhyvinvointirahaa työnantaja-asiakkailleen. Sen sijaan se kilpailuttaa vuosittain jäsenyhteisöjensä ehdottamat työkykyjohtamisen kehittämishankkeet. Valittujen hankkeiden kustannuksista Keva rahoittaa korkeintaan 50 %. Tarkoitus on näin vahvistaa strategista työkykyjohtamista, ennaltaehkäistä työkyvyttömyysriskiä sekä edistää tuloksellisuutta työpaikoilla (Kietäväinen 2019).

Työmarkkinaosapuolet (EK, SAK, STTK ja AKAVA) ovat pyytäneet Työeläkevakuuttajat TELA ry:tä tilaamaan ja rahoittamaan selvityksen työeläkevakuutusyhtiöiden työkyvyttömyysriskin hallintatoimien vaikuttavuudesta. Selvityksen kohteena olivat yksityisen sektorin työeläkelaitokset, mutta tilaajan pyynnön mukaisesti myös kuntien eläkevakuuttajan Kevan toimintaa on otettu huomioon soveltuvin osin. Selvityksen laatijan tuli olla työeläkelaitoksista riippumaton toimija. TELA ry valitsi selvityksen tekijöiksi Työterveyslaitoksen ja Kuntoutussäätiön. Työterveyslaitoksesta selvityksen tekivät vanhempi asiantuntija Irmeli Pehkonen, erityisasiantuntija Julia Anttilainen ja erityisasiantuntija Jarno Turunen. Lisäksi mukana oli ohjausryhmä, johon kuuluivat johtaja Salla Toppinen-Tanner, ohjelmapäällikkö Matti Joensuu ja vanhempi tutkija Taina Leinonen. Kuntoutussäätiöstä selvitystä tekemässä olivat tutkimuksesta ja kokeiluista vastaava johtaja Riikka Shemeikka, yhteispäällikkö Mika Ala-Kauhaluoma, tutkija Jouni Puumalainen, tutkija Marja Heikkilä, tutkija Timo Ilomäki sekä tutkija Maari Parkkinen.

Selvitykseen liittyi neljä tutkimuskysymystä, jotka olivat

1. Työhyvinvointitoiminnan edistämisen eri keinojen kuvaus ja alan käsitteistön määrittely.
2. Mitkä organisaatiot tilastoivat ja keräävät työkykyriskeihin liittyvää tietoa?
3. Kokoomatutkimus kotimaisen ja kansainvälisen tutkimustiedon pohjalta. Mitä organisaatioiden erilaisten työhyvinvointitoimien vaikuttavuudesta tiedetään? Onko niistä löydettävissä parhaita käytäntöjä?
4. Työkyvyttömyysriskin hallinnan vaikuttavuusmittariston kehittäminen. Miten työhyvinvointitoiminnan vaikuttavuutta ja tehokkuutta voidaan mitata? Mitkä ovat olennaisia mittareita ottaen huomioon yhtiöiden toiminnan luonne ja keinot?

Kaksi ensimmäistä tutkimuskysymystä olivat pääosin Kuntoutussäätiön, kolmas Työterveyslaitoksen ja neljäs molempien toteuttajatahojen vastuulla. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen pyritään vastaamaan raportin luvuissa 2 ja 3, toiseen tutkimuskysymykseen luvussa 4, kolmanteen tutkimuskysymykseen luvuissa 5 sekä neljänteen tutkimuskysymykseen luvussa 6. Luvussa 7 esitetään suosituksia asioista, joita työkyvyttömyysriskin hallinnassa tulisi ottaa huomioon.

Tämä selvitys tehtiin työeläkevakuuttajista riippumattomasti, ilman yhteydenottoja työeläkelaitoksiin. Selvitys perustuu olemassa olevaan kirjallisuuteen sekä muuhun julkisesti saatavilla olevaan tietoon.

Työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteiden vaikuttavuudesta ei aihepiirin laajuuden ja käytettävissä olleiden resurssien puitteissa ollut mahdollista tehdä systemaattista tutkimuskatsausta, joten siinä hyödynnettiin ensisijaisesti olemassa olevia systemaattisia katsauksia. Aineistoa täydennettiin kuitenkin katsausten puuttuessa yksittäisillä tieteellisillä tutkimuksilla sekä kotimaassa tehdyillä tutkimusraporteilla.

## 2 KÄSITTEITÄ

Mika Ala-Kauhaluoma, Jouni Puumalainen ja Julia Anttilainen, Kuntoutussäätiö

Työkyvyttömyyden ja työkyvyn käsitteiden lisäksi on yleisesti käytössä niihin kytköksissä olevia käsitteitä. Käytettyjen käsitteiden taustalla on erilaisia tarpeita ja annettuja merkityksiä erilaisille toimintatavoille ja kohderyhmille. **Työkyvystä** voidaan puhua silloin, kun pohditaan yleensä ihmisen ja hänen ominaisuuksiensa suhdetta työhön ja sen ominaisuuksiin ja vaatimuksiin. **Työhyvinvoinnista** voidaan puhua silloin, kun tarkastellaan, miten ihminen turvallisesti, terveellisesti ja mielekkäästi selviytyy työstään. **Työkyvyttömyyden uhasta** voidaan puolestaan puhua silloin, kun on havaittavissa jotakin ongelmaa ihmisen ja hänen työnsä vaatimusten välillä. Ongelman korjaaminen voi edellyttää korjaavia toimenpiteitä, kuten esimerkiksi yksilöllistä kuntoutusta. Viimein **työkyvyttömyyden riskistä** voidaan puhua silloin, kun tarkastellaan, minkälaisia riskitekijöitä työkyvyttömyyden ilmaantuvuuteen työntekijöillä sisältyy kuhunkin työhön, ammattiin tai ammattialaan. Työkyvyttömyyden riski on myös vakuutusmatemaattinen käsite. Seuraavissa luvuissa käydään tarkemmin läpi keskeisiä käsitteitä.

### 2.1 Työhyvinvointi

Työhyvinvointi on määritelty tutkimuksissa eri tavoin ja erilaisin painotuksin. Laineen ja muiden (2016) mukaan työhyvinvointi on työntekijän työkokemuksesta lähtöisin oleva positiivisen tunteen tila. Käsitteenä se on kuitenkin moniulotteinen ja vakiintumaton, ja sitä voidaan tarkastella useiden tieteenalojen, kuten lääke- ja terveystieteen, käyttäytymistieteiden, talous- ja liiketaloustieteiden tai yhteiskuntatieteiden, näkökulmista. Hyvin pitkään työhyvinvointia tarkasteltiin pääosin työpahoinvoinnin kautta. Viime vuosikymmenten aikana työhyvinvoinnin käsite on laajentunut ja myös työn voimavaratekijöiden merkitys on noussut esille. Työhyvinvointia edistävien toimenpiteiden hyödyt näkyvät kansantalouden, yksilön ja yrityksen tasolla.

Yksilön tasolla eli mikrotasolla työhyvinvoinnissa on ennen kaikkea kysymys ihmisen omien voimavarojen ja työn aiheuttaman kuormituksen välisestä yhteensopivuudesta ja tasapainosta. Työhyvinvoinnin kokemus muodostuu yksilön terveydestä, hyvinvoinnista ja sosiaalisesta toimintaympäristöstä, eikä siinä ole aina tarkoituksenmukaista erottaa työtä omaksi osa-alueekseen (Liuhamo 2015).

Työpaikan tasolla eli mesotasolla työhyvinvointi liittyy työyhteisön tai työorganisaation toimintaan. Työpaikalla työnantaja huolehtii työhyvinvoinnin yleisistä edellytyksistä, kuten työympäristön turvallisuudesta, työyhteisön ilmapiiristä, hyvästä ja motivoivasta johtamisesta sekä työntekijöiden yhdenvertaisesta kohtelusta. Työntekijällä on kuitenkin vastuu esimerkiksi oman työkyvyn ja ammatillisen osaamisen ylläpitämisestä, ja osana työyhteisöään myös yhteisen tahtotilan aikaansaamisessa ja toteuttamisessa. Työpaikan tasolla työnantajan edustajien toiminnan merkitys korostuu (Liuhamo 2015).

Yhteiskunnassa eli makrotasolla työhyvinvointi liittyy kansantalouteen, huoltosuhteeseen, tuottavuuteen, työurien pidentämiseen, elinkeinoelämään ja vastaaviin laajoihin yhteiskunnallisiin kysymyksiin. Työhyvinvointia laajemmaksi kattokäsitteeksi onkin vakiintumassa termi työelämän laatu, jota erityisesti työmarkkinaosapuolet käyttävät. Se korostaa enemmän työn johtamista,

organisointia ja yhteistoimintaa, kun työhyvinvoinnin ymmärretään olevan lähemmin sidoksissa työn terveystieteelliseen ja yksilön hyvinvointiin (Liuhamo 2015).

Työhyvinvoinnille on ominaista **subjektiivisuus, dynaamisuus ja toimintaympäristöön kytkeytyminen** eli kontekstuaalisuus. Työhyvinvointia tarkastellaan usein yksilölähtöisesti, jolloin siinä korostuu yksilön subjektiivinen ja kokemuksellinen luonne. Työhyvinvointi on dynaaminen ilmiö eli se voi muuttua voimakkaastikin siihen vaikuttavien tekijöiden muuttuessa. Yksittäinen tekijä, kuten vaikkapa YT-tilanteessa koettu epävarmuus, saattaa nousta työhyvinvoinnin kokemusta dominoivaksi tekijäksi (Laine ym. 2016). Työhyvinvoinnin kontekstuaalisuus tulee esille siinä, että työhyvinvoinnin kuormitus- ja voimavaratekijät ovat hyvin erilaisia esimerkiksi teollisuustyössä, hoiva- ja hoitotyössä ja asiantuntijatyössä (Laine 2013, Hamling ym. 2015). Moniulotteisuuden, dynaamisuuden ja kontekstuaalisuuden myötä työhyvinvointiin vaikuttaminen ja työhyvinvoinnin mittaaminen tuottavat haasteita. Tämän vuoksi osassa työhyvinvoinnin mittareista jääkin epäselväksi, mitä ne lopulta mittaavat (Jarden ym. 2018).

## 2.2 Työkyky ja työkyvyttömyyden uhka

Tavallisimmat tavat määritellä työkykyä tai työkyvyttömyyden uhkaa ovat perustuneet ihmisen ja työn yhteensopivuuteen tai ihmisen kykyyn vastata toiminnallaan työn tavoitteisiin ja suorittaa niitä työtehtäviä, joita hänen työhönsä kuuluu. Eri toimijatahoille, kuten esimerkiksi vakuutuslaitoksille, työterveyshuollolle, kuntoutuslaitoksille tai eri tieteenaloja edustaville tutkijoille **yksimielisesti hyväksyttävää yhtenäistä tulkintaa on vaikea löytää** (Ilmarinen ym. 2006). Yksimielisiä ollaan siitä, **ettei työkyky ole vain yksilön ominaisuus, vaan sitä määrittää myös hänen työnsä sekä työympäristönsä**. Se, miten työ ja siihen liittyvät erilaiset tekijät ja toimijat sekä niiden rooli määritellään, ratkaisee osaltaan työkykykäsitteen laajuuden. Työkyvyn uhalla tarkoitetaan tilannetta, jossa vakuutetulla on sellainen sairaudesta johtuva työkyvyttömyyden uhka, että hänelle lähivuosina ilman ammatillisen kuntoutuksen toimia tulisi myönnettäväksi työkyvyttömyyseläke (Haanpää 2018). Tämä uhka määritellään työeläkejärjestelmässä siten, että ”sairaus, vika tai vamma aiheuttaa lähivuosina todennäköisesti ja objektiivisesti todettavissa olevan uhan työkyvylle”.

Järvikosken ja muiden (2018) kuvaamat kahdeksan mallia korostavat työkykyilmiön eri puolia:

*Lääketeieteellinen tai sairauslähtöinen viitekehys* rinnastaa työkyvyn terveyteen, joka ymmärretään sairauksien, vikojen ja vammojen puuttumisena. Se ohjaa työkyvyn edistämisen toimet ensi sijassa sairauksien tunnistamiseen ja niiden hoitoon.

*Työkyky yhteiskunnan tai organisaation sosiaalisena konstruktiona*. Työkyvyn heikentymisen kriteerit muotoutuvat kussakin sosiaalis-taloudellisessa kontekstissa. Yhteiskunnan tai organisaation normit ja arvot vaikuttavat yksilön työkykyä koskevaan arvioon, joten ei ole yhtä oikeata tapaa määritellä ja arvioida työkykyä ja sen edellytyksiä. Kyse on aina eri yhteiskuntien tai eri palvelujärjestelmien erilaisista tulkinnoista.

*Työkyvyn tasapainomallin* perustana on käsitys työkyvystä yksilön ja työn yhteensopivuutena. Tasapainomalli on ollut sekä työeläkejärjestelmän kuntoutuksessa että työterveyshuollossa keskeinen viitekehys työkyvyn edistämiseksi. Mallin mukaan työkyvyn edistäminen edellyttää yksilön kykyjen ja työn vaatimusten sovittamista yhteen. Tämä merkitsee sekä yksilöllistä toimintakykyä lisääviä että työn vaatimuksia vähentäviä toimia.

*Psykososiaalisilla malleilla* työhön paluuta ja työssä pysymistä selitetään erilaisilla yksilöä ja työtä ja tai työyhteisöä koskevilla psykososiaalisilla teorioilla. Tällöin esimerkiksi kuntoutus keskittyy erityisesti yksilön kokemuksiin ja työyhteisön toimintaan.

*Työllistyvyyteen perustuvien mallien* mukaan työkyky merkitsee kykyä ja mahdollisuutta saada työtä, säilyttää työ ja edetä työuralla. Työkyvyn edistäminen on yhdistelmä niitä yhteiskuntaan ja yksilöön kohdistuvia toimia, joilla mahdollistetaan työelämään paluu ja osallistuminen.

*Integroidun yksilö työyhteisössä -mallin* lähtökohtana on, että yksilön työkykyä edistetään yhteistyössä organisaation yleisen kehittämisen ja hyvinvointityön kanssa. Työkyvyn ylläpito tai sen edistäminen ei siten ole työstä erillistä toimintaa vaan työkyky lisääntyy työn kehittymisen myötä.

*Biopsykososiaaliset mallit* ovat laaja-alaisia vuorovaikutuksellisia malleja, joissa toimintakyky ja työkyky ymmärretään yksilöön liittyvien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden sekä erilaisten ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Työkyvyn edistämiseksi tulisi siten tarkastella näitä kaikkia ulottuvuuksia.

*Muut moninaiset ja -ulotteiset työkykymallit.* Työkyky tulkitaan yksilön voimavarojen, työn ja työolojen sekä ulkoisten olosuhteiden vuorovaikutuksen tulokseksi.

Työkyvyn tai työkyvyttömyyden uhkan määritelmät eroavat toisistaan myös siinä, viitataan niissä menneisyyteen, nykyisyyteen vai tulevaisuuteen. Vakuutusjärjestelmän etuuksiin perustuvassa orientaatiossa määritelmät suuntautuvat usein menneeseen, menetyksiin, kun taas kuntoutusorientoituneissa määritelmässä huomio on useammin tulevaisuudessa: työllistyvyydessä, työllistymisen mahdollisuuksissa ja ansaintakyvyssä. Kapea käsitys työkyvystä ja työkyvyttömyyden uhkasta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä voi estää näkemästä laaja-alaisen kuntoutuksen vaihtoehtoja, jolloin myös päätös luokitella henkilö työkyvyttömäksi tai vailla kuntoutumismahdollisuuksia olevaksi tehdään ilman, että kaikkia potentiaalisia toimintatapoja harkitaan (Järvikoski ym. 2018).

### 2.3 Työkyvyttömyysriski

Työkyvyttömyysriskien hahmottaminen lähtee työkyvyn käsitteestä. Työkyvyttömyysriskit näyttävät erilaisilta, kun niitä tarkastellaan eri tasoilta, kuten yksilön, yrityksen tai yhteiskunnan tasoilta. Tärkeintä olisi keskittyä **realisoituvaan työkykyyn, toimintaan ja suoriutumiseen** konkreettisesti työssä sekä **työhön osallistumisen mahdollisuuksiin ja esteisiin**, eikä niinkään yksilön sairauksiin tai vammoihin, jotka nekin toki ovat omalla tavallaan merkityksellisiä.

Yksi laaja-alainen työkyvyn eri osa-alueita kuvaava malli on Ledererin ja muiden (2014) käsitteellinen kartta (kuvio 1). Järvikosken ja muiden (2018) mukaan se tarjoaa yleisen viitekehyksen työkyvyn ylläpidon ja edistämisen kannalta keskeisten osa-alueiden ja tahojen tarkasteluun.

Jyväskyläläisessä pitkittäistutkimuksessa (Pulkkinen ym. 2001 ja 2009) todettiin työkyvyttömyyden riskitekijöiksi sairastavuus, ylipaino, heikko kielellinen lahjakkuus ja runsas alkoholin käyttö, jotka kaikki ovat yksilöllisiä tekijöitä. Organisaatiotasolta puolestaan vaikkapa fyysisen ympäristön työkyvyttömyysriskitekijöitä ovat esimerkiksi sisäilmaongelmat (esim. Selinheimo ja Vuokko 2015) tai työpaikan kulttuurista ja ilmapiiristä erilaiset johtamiseen liittyvät ongelmat (esim. Juvonen-Posti ym. 2014). Työkyvyttömyysriskeihin vaikuttavat yrityksen toimiala, strategia ja mahdollinen muutostilanne ja ajatellaan, että työkyvyttömyyttä alentavat toimenpiteet tulee kohdistaa riskeihin ja

riskiryhmiin. Yhteiskunnallisen tason työkyvyttömyysriskejä ovat puolestaan esimerkiksi erilaiset taloudelliset rakenteet, jotka ovat esteinä työllistymiselle.



Kuvio 1. Käsitteellinen kartta työkyvyn osa-alueista (Lederer ym. 2014).



### 3 TYÖKYVYN UHKIEN JA TYÖKYVYTTÖMYYSRISKIEN HALLINNAN KEINOJA

Jouni Puumalainen, Mika Ala-Kauhaluoma ja Julia Anttilainen, Kuntoutussäätiö

Työkyvyn uhkien ja työkyvyttömyysriskien hallinnan keinoja käyttävät monet toimijat. Työkyvyttömyyden uhkien hallintaan osallistuvat ainakin kuntoutuksen eri palveluntuottajat, Kela, työterveyshuollot, työpaikat sekä työeläkelaitokset. Keinoja on erilaisia ja eri keinot ovat useiden eri palveluntuottajien tai rahoittajien käyttämiä.

Tarkastelun lähtökohtana käytetty työkyvyn käsite tai työkykymalli vaikuttaa siihen, minkä sisältöisenä ja millaisin toimintamuodoin työkyvyn tukea toteutetaan eli millaiseksi työkyvyttömyyden uhka koetaan (Järvikoski ym. 2018). Sosiaalivakuutuksen kustantamassa kuntoutuksessa oikeus kuntoutukseen määrittyy yleensä työkyvyn olennaisen heikentymisen tai sen uhkan perusteella ja tällöin työkyvyn arvioinnin näkökulma on selkeästi lääketieteellinen.

Kela on laajentanut ammatillisen kuntouksen kriteereitään lääketieteellisten perusteiden lisäksi arvioon henkilön kokonaistilanteesta ja sosiaalisista perusteista. ”Kela järjestää työkyvyttömyyden estämiseksi tarkoituksenmukaista ammatillista kuntoutusta, jos asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma on aiheuttanut tai sen arvioidaan aiheuttavan lähivuosina työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien olennaisen heikentymisen. Työkyvyn heikentymistä arvioitaessa sairauden, vian tai vamman lisäksi arvioon vaikuttavat myös muut työkykyyn vaikuttavat tekijät, joita ovat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, elämäntilanne, taloudelliset ja sosiaaliset seikat, asumisolosuhteet, koulutus, ammatti, aikaisempi toiminta ja ikä sekä muut vastaavat tekijät” (Kela 2014).

Taulukossa 1 on esitetty joitakin esimerkkejä työkyvyn / työkyvyttömyyden hallinnan keinoista sijoitettuna Ledererin ja muiden (2014) käsitekarttaan. Taulukkoon on otettu myös keinojen tarkastelu niiden tavoitteen mukaan lähtien preventiotavoitteista sekundaarien kautta tertiaariin. Taulukon esimerkeistä useat liittyvät työeläkelaitosten toimintaan (esimerkiksi työkykyjohtamisen ja ikäjohtamisen kehittäminen sekä ammatillinen kuntoutus eri osa-alueineen).

*Taulukko 1. Esimerkkejä työkyvyn/työkyvyttömyyden hallinnan toimista sijoitettuna Ledererin ym. (2014) käsitekarttaan toiminnan tavoitteen mukaan.*

Toiminnan tavoite	Yksilöön liittyvät	Organisaatioon liittyvät	Yhteiskuntaan liittyvät
<b>Työkyvyn ylläpito / Työhyvinvoinnin edistäminen / Preventio</b>	Perehdytys Kehityskeskustelut Opiskelu Elintavoista huolehtiminen	Sairauspoissaolojen hallinta Työkykyjohtaminen Riskien hallinta Työterveysyhteistyö	Sosiaali- ja terveys- ja työterveyshuolto-lainsäädäntö Työlainsäädäntö
<b>Työkyvyn uhkien torjumisen / Sekundaari</b>	Työkyvyn varhainen tuki Työn muokkaaminen Työterveysneuvottelu Kelan kuntoutus (Kiila) Työterveyshuollon työkokeilu	Ikäjohtaminen Päihdeohjelma	Työsuojelulainsäädäntö, Sairausvakuutuslaki
<b>Toteutuneisiin työkyvyttömyyden riskeihin puuttuminen / Tertiaari</b>	Ammatillinen kuntoutus / Ammatin vaihto Työkokeilu Työhönvalmennus Työhön paluun tuki Elinkeinotuki	Osatyökyvyttömyyseläke Työeläkekuntoutus (= Ammatillinen kuntoutus)	Työurien pidentäminen

Työeläkelaitoksissa vedetään selkeä raja työkyvyttömyysriskin hallinnan ja työterveyshuollon tarjoamien työkykyä edistävien palveluiden välille. Työkyvyttömyysriskin hallintaan liittyvä palvelutoiminta on kollektiivista, asiakasyritykseen ja sen henkilöstöön kohdistuvaa, kun taas työterveyshuolto on perinteisesti lähtenyt yksittäisen työntekijän työkyvyn arvioinnista. Työterveyshuollon toimien pitäisi tässä suhteessa olla täydentäviä, ei päällekkäisiä (Ahtela & Lempiäinen 2019). Yhteistyötä tulisi kuitenkin tehdä enemmän. Yksittäisen työntekijän kuntoutusprosessin aikana kommunikointi työterveyshuollon ja kuntoutuksen palveluntuottajan välillä on todettu vähäiseksi, eikä työterveyshuollolla ole aina riittävästi tietoa ammatillisen kuntoutuksen etenemisestä työpaikalla (Nissinen ym. 2016).

Vaikka työeläkelaitosten asiakasviestinnässä korostetaan asiakasyrityksen, työeläkelaitoksen ja työterveyshuollon muodostaman kolmikannan toimivuutta, asiakasyrityksen näkökulmasta ero työeläkelaitoksen ja työterveyshuollon palvelujen välillä ei kuitenkaan aina ole selvä. Rajanveto työturvallisuuden edistämistä koskeviin toimiin sen sijaan vaikuttaa selkeältä ja ongelmattomalta. Aiemmin työhyvinvointipalveluihin sisällytettiin jossain määrin myös työturvallisuuteen liittyviä toimia kuten koulutusta. Fivan ohjeistuksen myötä näistä on luovuttu. Myös rajanveto työeläkekuntoutuksen suuntaan on työeläkelaitoksen näkökulmasta selkeä. Työkyvyttömyysriskin hallinta on kollektiivista toimintaa, kun taas kuntoutuksessa näkökulma on yksilöllinen. Tämä ei ole ristiriidassa sen kanssa, että eräissä työeläkelaitoksissa työkykytoiminnot on organisoitu synergisesti saman sateenvarjon alle: työkyvyttömyysriskin hallinta, työkyvyttömyyseläkkeiden ratkaisutoiminta sekä kuntoutus. Asiakkaan näkökulmasta kyseessä on sama asiakokonaisuus: miten pidetään ihminen työkykyisenä ja töissä (Ahtela & Lempiäinen 2019).

Työkyvyttömyysriskin arvioinnissa maksuluokka on keskeinen reaktiivinen mittari suurilla asiakasyrityksillä. Mitä korkeampi maksuluokka on, sen merkityksellisemmässä asemassa on työkyvyttömyysriskin alentamiseen tähtäävä toiminta. Jos maksuluokka on alhainen, esille nousevat lähinnä työhyvinvointipalvelut. Suurempien yritysten kanssa työkyvyttömyysriskin hallintatoimet sisältävät jatkuvaa yhteydenpitoa ja asiantuntijakonsultointia. Toiminnan keskiössä on työkykyjohtaminen. Maksuluokalla ei ole kuitenkaan todettu olevan oletetun suuntaista vaikutusta työkyvyttömyyseläkeriskin toteutumiseen (Kyyrä & Paukkeri 2018).

Eri toimijatahot käyttävät toimintansa perustana erilaisia määritelmiä työkyky-käsitteestä. Yksimielisyyttä on kuitenkin siitä, ettei työkyky ole yksilöllinen ominaisuus, vaan laajempi käsite, joka pitää sisällään työntekijän, työn ja työympäristön. Joissakin työkykymalleissa nähdään yhteys myös laajempiin ympäristötekijöihin. Myös työkyvyttömyysriskin hallinta voi toteutua yksilön, työorganisaation tai yhteiskunnan tasolla. Kuitenkin työkyvyttömyysriskin hallinta on aina kollektiivista toimintaa, kun taas kuntoutuksen ja työterveyshuollon näkökulma työkykyyn ja sen tukeen on yksilöllinen.

## 4 TYÖKYVYTTÖMYYSRISKEIHIN LIITTYVÄÄ TIETOA TILASTOIVAT JA KERÄÄVÄT ORGANISAATIOT

Timo Ilomäki ja Maari Parkkinen, Kuntoutussäätiö

Tässä osiossa käydään läpi työkykyriskeihin liittyvää tietoa keräviä tahoja painottuen julkisiin organisaatioihin. Tarkastelussa on keskitytty työikäistä työssäkäyvää väestöä koskeviin tietoihin työkyvyttömyysriskeistä ja niihin vaikuttavista tekijöistä.

Työkyvyttömyysriskiin liittyvä tieto on **konteksti-, aika- ja tasosidonnaista**. Tietoa kerätään, käsitellään ja hyödynnetään eri tavalla tiedon tasosta riippuen. **Yksilö** voi esimerkiksi kerätä työkykyynsä liittyvää tietoa seuraamalla sykettään, kun taas **työpaikan** näkökulmasta oleellisempaa on yleisen työhyvinvoinnin tarkastelu vaikkapa sairauspoissaolotilastoinnin ja erilaisten kyselyiden avulla. Yksilötason tiedot, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon rekisterit ja asiakirjat, ovat salassa pidettäviä, mutta julkisia rekistereitä ylläpitäviltä tahoilta saadaan tätä tietoa sekä tilastotasoisena että yhdistettynä, yksilötasoisena tietona tutkimuskäyttöä varten. Näin on siksi, että yhteiskunnan mittakaavassa esimerkiksi eri aloihin keskittyvät riskit ja niiden tunnistaminen sekä erilainen trenditieto liittyen vaikkapa työkyvyttömyyseläkkeisiin ovat työkyvyttömyysriskien hallinnan kannalta tärkeitä.

Työkyvyttömyysriskeihin liittyvällä tiedolla on tasosidonnaisuuden lisäksi **aikaprospektiivi**. Tieto voi tarkoittaa työkyvyttömyysriskiä ennakoivien tekijöiden kartoittamista, jolloin työkyvyttömyysriski ei välttämättä koskaan toteudu. Toisaalta toteutuneet työkyvyttömyysiirtymät auttavat arvioimaan nykytilannetta ja tunnistamaan erilaisia työkyvyttömyyteen liittyviä riskitekijöitä. Tietojen tarkastelu eri tasoilla mahdollistaa vertailun: esimerkiksi työpaikan työkyvyttömyysriskien arvioinnissa on hyvä verrata yleistä tilannetta ja sen kehitystä toimialalla vallitsevaan tilanteeseen sekä huomioida työvoiman sosiodemografinen jakauma.

Taulukkoon 2 on hahmoteltu esimerkkejä eri tahojen tuottamasta tiedosta ja sen hyväksikäytöstä. Neljäs sarake, toteutuneet työkyvyttömyysriskit, ei aina kuvaa varsinaista riskien torjunnan tulomuuttujaa. Sellainen on aina viime kädessä työkyvyttömyys ja työkyvyttömyyseläke. Esimerkiksi vaikka tarve kuntoutustoimenpiteille voi olla tulos puutteellisesta tiedolla johtamisesta, niin se on myös keino ehkäistä työkyvyttömyyseläkesiirtymä.

Työkyvyttömyysriskeihin liittyvää tietoa keräävät ja tilastoivat **julkiset rekisterinpitäjät, työeläkelaitokset, työpaikat ja työterveyshuolto**. Vaikka esimerkiksi työeläkelaitosten tiedonkeruu on laajamittaista, tässä luvussa keskitytään etenkin julkisiin tahoihin. Julkisten rekisterinpitäjien, kuten esimerkiksi Kela ja Tilastokeskus sekä jossain tapauksissa myös työterveyshuollon hallussa olevat sosiaali- ja terveystieto on lainsäädännön rajoissa (ns. toisiokäyttölaki) hyödynnettävissä muun muassa tutkimustoimintaan, kehittämis- ja innovaatiotarkoituksiin sekä tietojohdantamiseen. Tiedon hyödyntämisen mahdollistavat useat julkiset rekisterinpitäjät, jotka julkaisevat säännöllisesti tilastokatsauksia ja ylläpitävät ajantasaisia tilastotietokantoja. Rekisteritietokantojen hyödyntäminen ja yhdistely mahdollistaa tarkemman, jopa yksilökohtaisen tarkastelun. Tietojen käyttöä rajoittavat muun muassa tietoturvaan, tietosuojaan ja henkilötietojen käyttöön liittyvät säädökset. Julkisten rekisterinpitäjien lisäksi työpaikoilla, työeläkelaitoksilla ja työterveyshuolloilla on tietoa työkyvyttömyysriskeistä. Tietoa voidaan hyödyntää johtamisessa ja suunnittelussa, mihin vaikuttaa esimerkiksi toimiala, toimintaympäristö ja organisaation koko (Leskelä ym. 2019). Tämä edellyttää tiedon keräämistä, varastointia ja jalostamista käyttötarve huomioiden.

Taulukko 2. Esimerkkejä eri tahojen tuottamasta työkyvyn tukeen liittyvästä tiedosta.

Taho, johon tieto liittyy	Työkyvyn ylläpito	Työkyvyn uhkien torjuminen	Toteutuneet työkyvyttömyysriskit
Yksilö	Osallistuminen tyhytoimintaan, elintavat	Työterveyshuolto erilaiset mittaukset	Sairaspoissaolot Työkyvyttömyyseläke
Työpaikka	Työhyvinvointikyselyt Kokemukset työstä/ työn imu -kyselyt Riskinarviointi Esimiestyö Työsuojelu	Sairaspoissaolot Varhaisen tuen keskustelut Työterveysneuvottelut Työterveyshuollon palvelut Riskinarviointi Läheltä-piti - tilanneilmoitukset Kuntoutustoimenpiteet	Työtapaturmat, tapaturmataajuus Työterveysneuvottelujen tarve Työkyvyttömyyseläke-siirtymät
Työterveyshuolto	Työhyvinvointikyselyt Työpaikkaselvitykset	Sairaspoissaolot Työpaikkaselvitykset Työkykyä tukevat palvelut	Työntekijöiden käyttämät terveyspalvelut, läheteet, sairauslomat
Työeläkelaitos	Työhyvinvointikyselyt	Kuntoutuspalveluiden käyttö	Työkyvyttömyyseläköityminen
Julkiset rekisteripitäjät	Elintavat Työolot Väestön demografinen rakenne	Työterveyspalveluiden käyttö Ammattikohtaiset riskit (tapaturmat, taudit, kuolleisuus)	Kuntoutustoimenpiteet Työtapaturmarekisteri Työkyvyttömyyseläkesiirtymät Kuolleisuus

Keskeistä lainsäädäntöä, johon rekisteritietoa hyväksi – esimerkiksi työkyvyttömyysriskin vähentämiseen tähtäävissä toimissa – käyttävän tahon on syytä perehtyä ovat:

- [laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä \(552/2019\)](#)
- [tietosuojalaki \(1050/2018\)](#)
- [Euroopan parlamentin ja neuvoston asetusta \(EU\) 2016/679 luonnollisten henkilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä sekä näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta ja direktiivin 95/46/EY kumoamisesta \(yleinen tietosuojalaki, GDPR\)](#)
- [laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta \(621/1999\)](#).

Mainittu laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019) säätelee myös uuden tilastoviranomaisen, Findatan, toimintaa. Findata on perustettu aineistojen paremman hyödynnettävyyden edistämiseksi. Findata vastaa jatkossa kaikkien sosiaali- ja terveystietojen toissijaisen käytön lupien myöntämisestä, kun kyseessä on usean eri rekisterinpitäjän tiedoista yhdistettävä tieto. Näin on myös silloin, kun rekisteritiedot ovat peräisin yksityisiltä sosiaali- ja

terveydenhuollon palvelunjärjestäjiltä tai Kanta-palveluihin tallennetuista tiedoista. Tilasto-aineiston voi saada kaikkiin mainitussa toisiokäyttölaissa määriteltyihin käyttötarkoituksiin.

Taulukkoon 3 alla on koottu tietoa eri julkisten organisaatioiden ylläpitämistä tietokannoista, joista työkyvyttömyysriskiin liittyvää tilastotasoista tietoa on saatavilla. Taulukon alapuolella on kuvattu vielä sanallisesti esiteltyjä organisaatioita ja esimerkiksi niiden tekemiä väestötasoisia tutkimuksia.

*Taulukko 3. Tilastoja ylläpitävät julkiset organisaatiot*

Organisaatio	Tietokannan/tutkimuksen nimi & linkki	Esimerkkejä relevanteista tiedoista
Eläketurvakeskus	<a href="#">Tilastotietokanta</a>	Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeet iän & sairausryhmän mukaan, Työeläkekuntoutus, työeläkkeiden rahoitus
Tilastokeskus	<a href="#">StatFin-tietokanta</a>	Useita, myös muiden organisaatioiden tilastoja. Työtapaturmat, työvoimatutkimus, työolotutkimus.
Kansaneläkelaitos	<a href="#">Kelasto</a>	Kuntoutus-, sairastavuus- ja työkyvyttömyyseläketietoja ei-työssäkävivistä
Työterveyslaitos	<a href="#">Työelämä tieto</a>	Runsaasti tietoja, mm. työsuojelupaneeli & Kunta10 - tutkimuksen tiedot. Työperäisten sairauksien, biologisten altisteiden ja ASA-rekisterin tietoja.
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos	<a href="#">Hoitoilmoitusjärjestelmä (HILMO)</a> <a href="#">Tartuntatautirekisteri</a> <a href="#">Terveys 2000–2011 -tutkimus</a>	Terveyspalveluiden käyttö, tartuntataudit, terveys 2000-2011 -tutkimuksessa runsaasti haastattelu- kysely- sekä mittauspohjaista tietoa.
Työ- ja elinkeinoministeriö	<a href="#">Työolobarometri</a>	Kyselytietoa, esimerkiksi työkyky ja sitä ylläpitävät toimet työpaikoilla.

#### *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) pitää yllä hoitoilmoitusjärjestelmää (HILMO). HILMO:sta löytyy tilastotietoa esimerkiksi palvelujen käyttöön, hoitopääsyyn, terveysongelmiin sekä terveyden edistämisen palveluihin, ammattilaisten työnjakoon ja hoitokäytäntöihin liittyen. Tilastot ja osa tilastojen tausta-aineistoista on vapaasti käytettävissä eri organisaatioiden verkkosivustoilla.

THL ylläpitää tartuntatautilakiin perustuen valtakunnallista tartuntatautirekisteriä, jonka tilastotietokanta (linkki taulukossa) on avoin. Tietojen käytössä tulee ottaa huomioon THL:n avoimen datan lisenssi.

Terveys 2000 ja 2011 –tutkimuksessa on kerätty tietoa muun muassa terveyden määrittäjistä, palvelujen tarpeesta ja käytöstä sekä väestöryhmien välisistä terveys- ja hyvinvointieroista ja niiden syistä. Kyseessä on niin sanottu paneelaineisto, eli tiedot on kerätty samoilta henkilöiltä vuosina 2000 ja 2011, joten aineisto mahdollistaa erilaisten terveyden ja toimintakyvyn muutosten ja niihin vaikuttavien tekijöiden tutkimisen.

THL:n FinSote-tutkimus on tunnettu eri aikoina hieman eri nimillä. Vuosina 2010–2015 sitä toteutettiin nimellä Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH). Vuodesta 2015 alkaen Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimus (AVTK) tuli osaksi ATH:ta ja vuosina 2016–2017 näiden yhdistelmä tunnettiin nimellä Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus (ATH). Syksystä 2017 alkaen tutkimus jatkuu nimellä Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSote. Kyseessä on erittäin laaja terveys- ja hyvinvointitietoja kartoittava poikkileikkaustutkimus.

THL:n rekisterien ja asiakirjojen tutkimuskäyttöön voi hakea tietolupaa sosiaali- ja terveysalan tietolupaviranomaiselta Findatalta. THL:ltä voi kuitenkin yhä hakea suoraan eräiden rekistereiden, esimerkiksi yllä esitellyn HILMO-rekisterin, tietoja aikaväliltä 1.6.2001 - 30.4.2019.

### *Tilastokeskus*

Tilastokeskus ylläpitää useita avoimia ja maksullisia tilastotietokantoja, joista löytyy aluetason tietoa muun muassa väestöstä ja työmarkkinoista. Lisäksi tilastokeskuksella on useita tutkimuskäyttöä varten muodostettuja aineistoja muun muassa väestö-, perhe-, työmarkkina- ja koulutustilastoista. Tilastokeskuksen tiedot ovat myös sosiaali- ja terveystietojen toissijaista käyttöä koskevan lain piirissä kuolemansyyn selvittämistä annetun lain (455/1973) tarkoittamien tietojen osalta.

Tilastokeskuksen StatFin-tietokannan kautta ovat tilastotasoisina saatavilla myös muiden organisaatioiden keräämät tiedot, kuten THL:n aikuisväestön terveyskäyttäytymistä (AVTK) koskevat tilastot sekä Työ- ja elinkeinoministeriön ylläpitämät työolobarometri ja työnvälitystilasto.

Tilastokeskuksen Työolotutkimus kartoittaa haastatteluiden avulla palkansaajien työoloihin sekä työkykyyn liittyviä tekijöitä. Työolotutkimusta on tehty vuodesta 1977 lähtien noin viiden vuoden välein. Sen avulla voidaan kuvata pitkän aikavälin kehitystä työoloissa väestötasolla.

Tilastokeskuksen aineistojen käyttöön tarvitaan käyttö lupa. Lupaa myöntäessään Tilastokeskus arvioi itse ensin, ”mitkä mahdollisuudet hakijalla on saada ko. aineistosta luotettavia tuloksia”. Ja voiko se muokata tiedot hakijan tarvitsemaksi tilastotaseiseksi tiedoksi. Eri aineistojen yhdistäminen on myös tehtävä Tilastokeskuksessa.

### *Eläketurvakeskus*

Eläketurvakeskuksen tilastotietokannasta löytyy kattavasti eläkejärjestelmään kuten työeläkekuntoutukseen sekä työkyvyttömyyseläkkeeseen liittyviä tilastotietoja. Tämän selvityksen kannalta relevantteja ovat esimerkiksi työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkesiirtymät ja kuntoutusraha (so. eri asia kuin Kelan kuntoutusraha.)

Eläketurvakeskus on rekisterinpitäjänä työeläkejärjestelmän yhteisessä ansaintarekisterissä useiden eri eläkkeiden osalta. Eläkerekisterin eläketietoja ja ansaintarekisterin työeläkevakuutettua työskentelyä koskevia rekisteritietoja voidaan käyttää tieteellisessä tutkimuksessa julkisuus- ja tietosuojalain mukaisesti. Tutkimuslupahakemusta varten tehtävässä tutkimussuunnitelmassa

perustellaan yksikötason henkilöaineiston käyttötarve sekä se, ettei tutkimusta voi tehdä ilman henkilötietoja. Mikäli aineistoon yhdistellään sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereitä, myöntää Findata luvan ETK:n aineistojen jatkokäyttöön (1.4.2020 lähtien). Jos tutkijalle riittävät yksilötason aineiston sijaan tilastoaineistot, ei myöskään tarvita käyttölupakäsittelyä.

### *Kansaneläkelaitos*

Kansaneläkelaitoksen Kelasto-tietokantaan on koottu keskeinen tilastotieto Kelan tuottamasta sosiaaliturvasta. Työkyvyttömyysriskin kannalta olennaisia Kelaston tilastoraportteja ovat:

- Kuntoutukseen liittyvät: Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset; Kelan kuntoutusrahan saajat ja maksetut kuntoutusrahat
- Sairastavuuteen liittyvät (useita mittareita)
- Työttömyysetuuksiin ja sen syihin liittyvät.

Kelan rekisteritietoja voidaan luovuttaa tutkimukseen sosiaali- ja terveystietojen toissijaista käyttöä koskevan lain (552/2019) mukaisesti. Tietojen käyttöön tarvitaan lupa.

### *Työterveyslaitos*

Työterveyslaitos (TTL) pitää yllä työperäisten sairauksien rekisteriä, biologisten altistumismittausten rekisteriä sekä syöpäsairauden vaaraa aiheuttaville aineille ja menetelmille ammatissaan altistuvien ASA-rekisteriä.

Työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetun lain (159/1978 2 a § 2 mom.) nojalla työperäisten sairauksien sekä biologisten altistumismittausten rekisteriä voidaan hyödyntää ammattitautien ja muiden työstä johtuvien sairauksien tutkimusta, selvittelyä ja ehkäisyä sekä diagnosoimista ja hoidon kehittämistä varten.

Työterveyslaitoksen Työelämä-tietokannassa on paljon tilastotasoista, yllä mainittuihin rekistereihin perustuvaa tietoa, jonka jatkokäyttöön kannustetaan. Tietokannan kaikkien tilastojen kohdalla on ilmoitettu lisenssi, joka pääsääntöisesti on Creative Commons 4.0 – mikä tarkoittaa, että tiedot ovat vapaasti käytettävissä lähde mainiten.

TTL luovuttaa työperäisten sairauksien rekisterin tietoja yksilöityä tieteellistä tutkimusta varten viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) mukaisesti.

### *Työ- ja elinkeinoministeriö*

Työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) ylläpitämä Työolobarometri seuraa työelämän laadun kehitystä. Kyseessä on vuodesta 1992 lähtien toteutettu otantatutkimus, jonka tiedot voidaan luotettavasti yleistää koskemaan työssä olevia palkansaajia koko Suomessa ja kaikilla sektoreilla. Vuoden 2019 tiedot perustuvat Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen yhteydessä tehtyihin puhelinhaastatteluihin. Tutkimuksen kohderyhmä koostuu 18–64-vuotiaista työllisistä palkansaajista, joiden säännöllinen työaika on vähintään 10 tuntia viikossa.

Työolobarometrin valmiit raportit ovat ladattavissa työ- ja elinkeinoministeriön internet-sivuilla. Työolobarometrin aineisto on saatavilla tutkimus-, opiskelu- ja opetuskäyttöön Yhteiskuntatieteellisestä tietoaarkistosta.

*Yksilöiden keräämä tieto laajempaan käyttöön?*

Tulevaisuuden näkymänä voi olla, että erilainen työkykyynkin liittyvä yksilöiden itsensä keräämä tieto on esimerkiksi laajemmin ainakin tilastotasoisena saatavilla. Tällaista tietoa voivat olla vaikkapa sykemittaustiedot, tiedot unenlaadusta, ruumiinlämmöstä tai palautumisesta sekä Firstbeat -mittauksen tyyppiset mittaukset, jotka ovat toistaiseksi olleet pääsääntöisesti vain yksilön itsensä (ja joissain tapauksessa työpaikan) hyödynnettävissä. Esimerkiksi jo nyt THL:n Biopankin tietoihin voidaan hakea tutkimuslupaa (Biopankista).



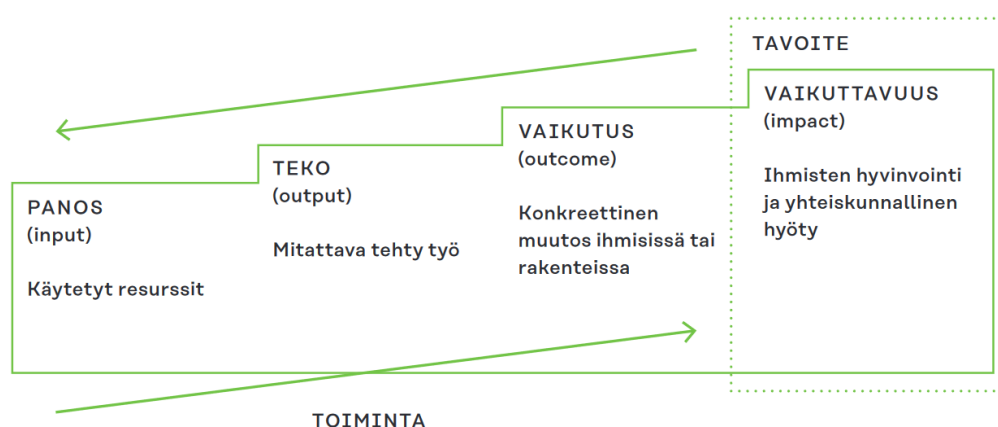
## 5 TYÖKYVYTTÖMYYSRISKIN HALLINTATOIMIEN VAIKUTTAVUUS

Irmeli Pehkonen, Julia Anttilainen ja Jarno Turunen, Työterveyslaitos

Tässä luvussa käydään tutkimuskirjallisuuden perusteella ensin läpi vaikuttavuuden käsitettä, vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointia monitekijäisessä prosessissa. Sen jälkeen tarkastellaan työkykyyn ja työkyvyttömyyteen vaikuttavia tekijöitä sekä luodaan katsaus työkyvyttömyysriskin hallintaan liittyvään tutkimuskirjallisuuteen. Kyseessä ei ole kattava synteesi eikä meta-analyysi kirjallisuudesta, vaan pikemminkin katsaus katsauksista, sisältäen kuitenkin myös yksittäisiä tutkimuksia.

### 5.1 Vaikuttavuuden käsitteestä

Interventiot eli kehittämishankkeet tai hallintatoimet ovat vaikuttavia, kun ne **saavat aikaan muutosta ja saavuttavat niille asetetut tavoitteet**. Vaikuttavuuden arvioinnin perustana on selkeä käsitys intervention vaikutusketjusta. Vaikuttavuuden tarkastelua voidaan tehdä esimerkiksi iooi - vaikutusketjun avulla (Kuvio 2). Kirjainyhdistelmä viittaa sanoihin input (panos), output (teko), outcome (vaikutus) ja impact (vaikuttavuus). Ketjun tarkastelussa lähdetään liikkeelle sen loppupäästä, **vaikuttavuudesta**. Jotta saataisiin aikaan myönteistä kehitystä kehitettävässä toiminnassa, tarvitaan konkreettisia muutoksia, **vaikutuksia**. Vaikutusten tulee olla sellaisia, että muutosten voidaan perustellusti ajatella johtavan muutosten syntymiseen. Vaikutusketjussa seuraavaksi taaksepäin mentäessä ovat **teot eli tehty työ** (output). Hyötyjen saavuttamiseksi tarvitaan usein monia tekoja. Vaikutusketjun ensimmäisenä osana ovat **panokset** (input). Ne voivat sisältää muun muassa työtä, rahaa, materiaalia, osaamista ja kontakteja (Kettunen 2017, Heliskoski ym. 2018).



Kuvio 2. Vaikutusketju (The iooi method, Bertelsmann Stiftung, muokattu Heliskoski ym. 2018).

## 5.2 Vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointi monitoimijaisissa prosesseissa

Vaikutusten ja vaikuttavuuden perustana ovat **syy-seuraussuhde** intervention ja tuloksen välillä. Työpaikalla toteutettavat interventiot ovat kompleksisia, mikä tarkoittaa sitä, että niiden tulokset muotoutuvat useiden eri osatekijöiden yhteistoiminnan seurauksena. Tällöin vaikuttavuuden kausaalilähteiden todistaminen on vaikeaa. (Graig ym. 2008, Pieper ym. 2019). Työeläkelaitokset tuottavat monia erilaisia työkyvyttömyysriskin vähentämiseen suuntaavia toimenpiteitä. Niiden vaikuttavuuden arvioinnin kannalta on tärkeää ymmärtää, mikä on vaikutusten ilmenemisen kannalta oleellisin toimenpide interventiossa, ja miten intervention vaikutukset vaihtelevat esimerkiksi eri kohderyhmissä. Tämä auttaa sekä suunnittelemaan vaikuttavampia interventioita että soveltamaan niitä eri kohderyhmille ja erilaisissa toimintaympäristöissä.

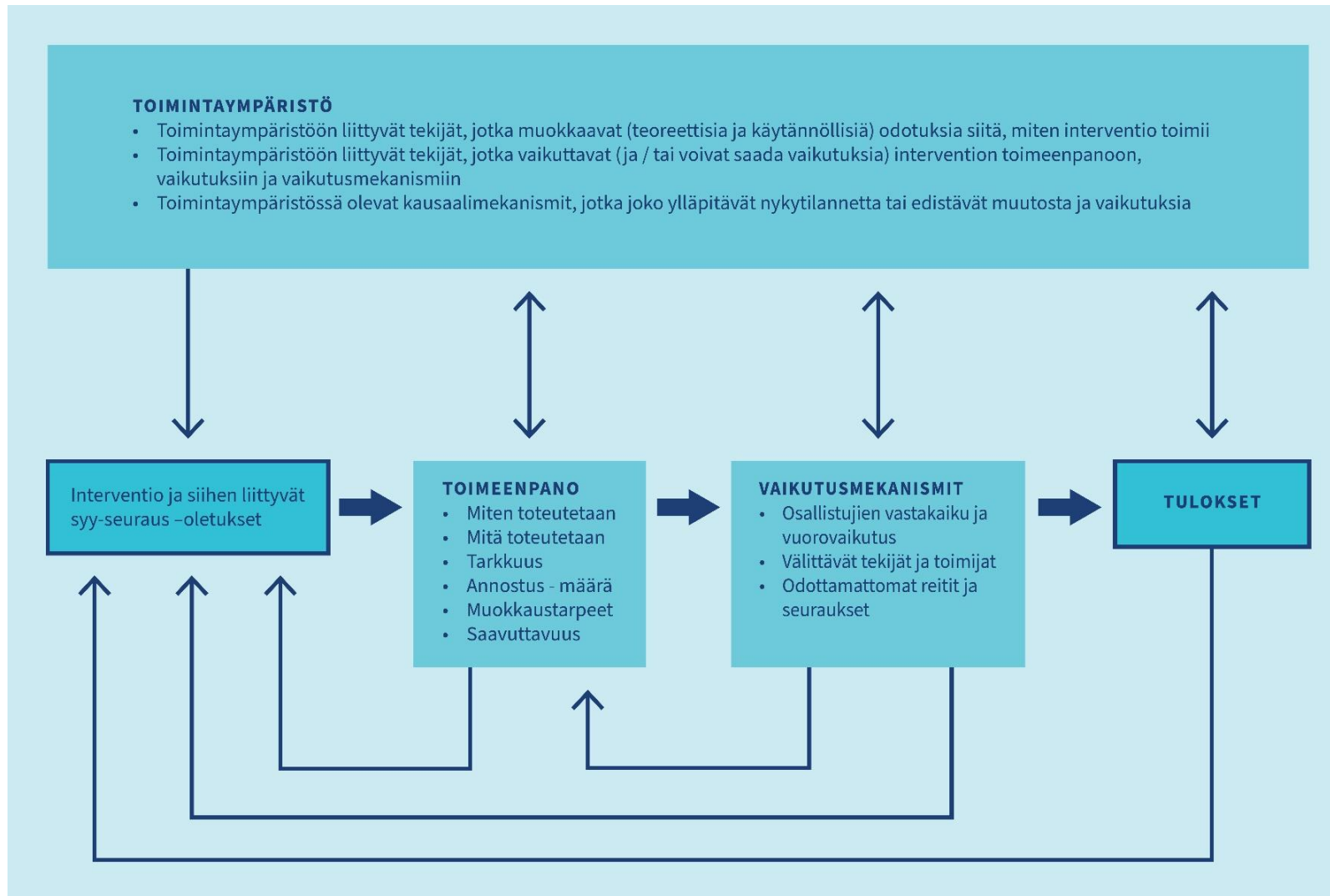
Iso-Britannian Medical Research Council ohjeistaa hyödyntämään arviointikehikkoa (Moore ym. 2015) terveyteen vaikuttavien monitahoisten interventioiden prosessiarvioinnissa (Kuvio 3). Arvioitaessa interventiota, on siihen liittyvien syy-seuraussuhteiden lisäksi tärkeää huomioida **toimeenpanon, vaikutusmekanismien ja toimintaympäristön** osuutta vaikutusten syntyyn. Intervention vaikuttavuuden arvioimisen kultaisena standardina on pidetty kontrolloidun satunnaiskokeen (randomized controlled trial, RCT) hyödyntämistä. Tieto vaikuttavuudesta voi sisältyä myös itse interventioon, jos sen vaikuttavuutta on jo aiemmin tutkittu. Prosessiarviointia voidaan hyödyntää toimeenpanon laadun ja tarkkuuden määrittämiseen, kausaalimekanismien selventämiseen sekä esimerkiksi tuloksiin vaikuttavien ympäristötekijöiden tunnistamiseen. Arviointityökaluna prosessiarviointi ei edellytä satunnaistettua koeasetelmaa, siten prosessiarvioinnin kehikko sopii hyvin työeläkelaitosten vastuulla olevien työkyvyttömyysriskiin kohdistavien toimien arviointiin. Tämä kaikki on huomioon otettavaa esimerkiksi toiminnan kustannushyödyn arvioinnissa sekä lyhyellä että pidemmällä aikavälillä.

Työeläkelaitosten toiminta on **tavoitteellista toimintaa vastuullaan olevan työkyvyttömyysriskin vähentämiseksi**. Toiminnan vaikutuksiin liittyvien kausaalioletusten perustana tulee olla **tutkittu tieto ja tarkoituksenmukainen viitekehys** (Pieper ym. 2019). **Toimeenpano** käsittää sen mitä tehdään ja miten, eli miten työkyvyttömyysriskiä pyritään minimoimaan. Kiinnostuksen kohteena on toteutustoimenpiteiden määrä, sekä toteutuksen sisältö suunnitellaan verrattuna. Osa toimeenpanoa on se, kuinka toteuttajat saatiin toimimaan, saavuttiko toimeenpano aiotun kohderyhmän ja kuinka toimeenpanoa on mahdollisesti muokattu.

**Monipuolinen ja useasta tekijästä** koostuva toteutus näyttää olevan vaikuttavampi kuin yksittäisistä tekijöistä koostuva toteutus (Vooijs ym. 2015, Feltner ym. 2016, Steenstra ym. 2017, Demou ym. 2018, Mikkelsen & Rosholm 2018, Yunus wan Mohd ym. 2018, Pieper ym. 2019). Lusan ja muiden (2020) mukaan interventioiden suunnittelussa tulisi huomioida myös 1) työn ja ammatin vaatimukset, 2) sellaisten työntekijöiden tunnistaminen ja motivointi, jotka eniten hyötyisivät interventiosta sekä 3) määritellä tarkkaan halutut työkyvyn tulosmuuttujat ja strategia niiden saavuttamiseksi. Intervention **joustava toteutus, johdon tuki ja kannustus** olivat keskeisiä vaikuttavia elementtejä (Demou ym. 2018). Myös **työntekijöiden mukaanotto** koko prosessiin aina intervention suunnittelusta lähtien on keskeistä onnistumisen kannalta (Feltner ym. 2016). Hoefsmitin ja muiden (2012) tutkimuksessa **geneeriset interventiot**, jotka kohdistuivat kaikkiin poissaolleisiin työntekijöihin (riippumatta diagnoosista), eivät osoittaneet positiivista vaikutusta työhön paluuseen. Toisaalta Yunus wan Mohdin ja muiden (2018) mukaan intervention vaikuttavuus ei ole niinkään riippuvainen siitä, onko interventio universaali vai kohdennettu. Enemmän näyttäisi vaikuttavan interventioon **rekrytoitavat henkilöt**. Korkeampi koulutus ja sosioekonominen status, pystyvyyden tunne, positiivinen asenne ja nuorempi ikä vaikuttivat positiivisesti työhön paluuseen sekä vamman tai sairauden vähäisempään haittaan

(Cancelliere ym. 2016, Etuknwa 2019). Kohtalaisesti vaikuttivat myös persoonallisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutus sekä poissaolon pituus. Tulokset sukupuolen vaikutuksesta työhön paluuseen olivat osin ristiriitaisia (Etuknwa ym. 2019). Naiset mahdollisesti sitoutuvat paremmin ja ovat vastaanottavaisempia mindfulness-interventioille (Lomas ym. 2018).

Intervention **toteutuksen tarkka aikataulut** oli vaikuttavaa fyysisten vaivojen kohdalla, esimerkiksi tapahtumien/sessioiden määrä ja aiheet jokaiselle sessiolle. Psykkisten vaivojen kohdalla näyttö oli ristiriitaista (Hoefsmit ym. 2012).



Kuvio 3. Kompleksien interventioiden arviointimalli. Alkuperäislähde Moore ym. 2015. Suomennos Turunen & Juvonen-Posti, 2018.

Toimeenpano tuottaa muutosta **vaikutusmekanismien** kautta. Osallistujien yhteistyö ja osallisuus toimeenpanossa sekä toimeenpanon vaikutuksia välittävät tekijät ja toimijat ovat kaikki osa vaikutusmekanismia. **Eri osapuolten** - työntekijöiden, työnantajan ja johdon – **kommunikointi ja yhteistyö** ovat tärkeitä onnistumisen tekijöitä kehitettäessä ja toteutettaessa sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen liittyviä interventioita työpaikalla (Feltner ym. 2016, Pieper ym. 2019). Useat interventiot ovat yksilölähtöisiä ja työpaikkojen pitäisikin laajentaa interventioita enemmän myös **organisaatiotasoisiksi**. (Pieper ym. 2019). Myös Vooijsn ym. (2015) pitkäaikaissairaiden työhön osallistumiseen liittyvässä katsauksessa vaikuttavimmat interventiot oli **johdettu työpaikalla**, sisälsivät **muutoksia työympäristössä sekä organisaatiossa ja yhteistyötä** eri viranomaisten kesken. Lisäksi on huomioitava myös odottamattomat seuraukset sekä osallistujille että ulkoisvaikutukset toimijoille, jotka eivät ole toimeenpanon kohteena. Näillä voi olla merkittäviä suotuisia tai haitallisia vaikutuksia ja edelleen vaikuttavuutta työeläkelaitosten asiakkaille tai heidän toiminnalleen.

**Toimeenpanon ympäristöllä** tarkoitetaan kaikkea tavoitteellisen toiminnan ulkopuolella olevaa, joka voimistaa tai rajoittaa toimeenpanoa tai vaikutuksia. Saman intervention toimeenpano voi vaihdella ympäristöstä toiseen. Voi myös olla, että vastaavilla tavoilla toimeenpantujen interventioiden vaikutukset vaihtelevat eri ympäristöissä. Ympäristötekijät muokkaavat toimeenpanoa tai siihen liittyviä eri tahojen odotuksia, mutta saavat myös itse vaikutuksia toimeenpannusta toiminnasta. Toimintaympäristö voi olla tuottamassa muutosta tai säilyttämässä vallitsevaa tilaa. Tällä on suuri merkitys esimerkiksi johtamisen tukemisessa ja uudistamisessa.

Työeläkelaitosten toimeenpaneman toiminnan **tuloksena** tulisi syntyä suotuisia vaikutuksia yhtiön vastuulla olevaan työkyvyttömyysriskiin. Toteutettavan toiminnan kannalta onkin harmillista, että hyvin suunniteltu tai jo aiemmin menestyksekkäästi toteutettu interventio voi epäonnistua, jos sen toimeenpanoon, toimeenpanon ympäristöön ja vaikutusmekanismeihin ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Pieperin ja muiden (2019) mukaan parhaisiin tuloksiin päästäänkin **korkealuokkaisella toteutuksella**, joka sisältää **jatkuvan seurannan** ja systemaattisen, myös implementointiprosessin ja toteutumisen **arvioinnin** huomiota tulee kiinnittää prosessin ja tulostuuttajien dokumentointiin.

Vaikka yhtenäinen käsitys työpaikalla toteutettujen toimien vaikutuksista ja vaikuttavuudesta puuttuu (Lefever ym. 2018), yhteisiä piirteitä onnistuneille hankkeille on löydetty (Taulukko 5).

*Taulukko 5. Yhteisiä tekijöitä onnistuneille työhyvinvointia ja työkykyä tukeneille toimille (Pelletier 2011, Pehkonen ym. 2016, Flynn ym. 2018, Lefever ym. 2018, Pieper ym. 2019).*

- tutkittu tieto ja tarkoituksenmukainen viitekehys interventioiden perustana
- kytkeytyminen yrityksen liiketaloudellisiin päämääriin tai strategioihin
- suuntaaminen korkean työkyvyttömyysriskin henkilöihin
- organisaation sitoutuminen ja johdon tuki
- työntekijöiden motivointi ja osallistuminen
- monipuolinen ja korkealuokkainen toteutus
- prosessin ja tulostuuttajien systemaattinen seuranta, arviointi ja dokumentointi
- eri osapuolten luottamus, kommunikointi ja yhteistyö
- tehokas ja avoin tiedotus prosessin kaikissa vaiheissa
- tuloksellisuuden arviointi

### 5.3 Työkykyyn ja työkyvyttömyyteen vaikuttavia tekijöitä

Työkykyyn ja työkyvyttömyyteen vaikuttavat tekijät voivat edellä esitetyn Ledererin ja muiden (2014) mallin mukaan jaotella yksilöön, organisaatioon ja yhteiskuntaan liittyviin tekijöihin. Työeläkelaitosten toiminta voi kohdistua kahteen ensimmäiseen, joten tässä yhteydessä keskitytään niihin.

**Yksilöllisistä tekijöistä** työkykyyn ja työkyvyttömyyteen vaikuttavat muun muassa työntekijän terveys, ikä, sukupuoli, elintavat, koulutus, osaaminen ja sosiaaliluokka ja (mm. Gould & Polvinen 2006, Haaramo ym. 2012, Lahelma ym. 2012, Airaksinen ym. 2017, Laaksonen ym. 2019, Pihlajamäki ym. 2020, Terveystalo 2020). Työterveyslaitoksella on kehitetty laajan tutkimusaineiston pohjalta laskuri ennustamaan työkyvyttömyyden riskiä seuraavan kymmenen vuoden aikana. Parhaiten ennustavat kahdeksan yksittäistä tekijää liittyivät kaikki yksilöön. Näitä olivat työntekijän ikä, itse arvioitu terveys, edellisen vuoden yli yhdeksän päivän sairauslomien määrä, ammattiasema, kroonisten tautien määrä, univaikeudet, painoindeksi ja tupakointi. Vaikka useat työhön liittyvät tekijät ennustivat merkittävästi työkyvyttömyyttä, ne eivät nousseet kahdeksan tärkeimmän ennustajan joukkoon (Airaksinen ym. 2017).

**Organisaatiotason tekijöistä** työkykyyn ja työkyvyttömyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat itse työhön, työympäristöön ja työoloihin liittyvät tekijät. Lahelman ja muiden (2012) tutkimuksessa työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen riskiä tuki- ja liikuntaelinvaikeiden vuoksi lisäsivät raskas fyysinen työ ja vähäiset vaikutusmahdollisuudet omaan työhön. Riskiä jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyssyistä lisäsivät tietokonetyö ja vähäiset vaikutusmahdollisuudet omaan työhön. Ammattiluokka oli riskitekijä minkä tahansa syyn vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiselle. (Lahelma ym. 2012). Työhön liittyvät tekijät nousivat esille riskitekijöinä pitkille sairauspoissaoloille ja työkyvyttömyyseläkkeille myös Terveystalon (2020) selvityksessä. Siinä joka neljännellä 40–45-vuotiaalla oli yksi tai useampi riskitekijä, joka kasvattaa todennäköisyyttä pitkään sairauspoissaoloihin ja työkyvyttömyyteen. Suorittavaa työtä tekeville riskit työkyvyttömyyteen olivat yleisempiä kuin asiantuntijoilla ja toimihenkilöillä. Ervasti ja muut (2019a, b) totesivat tutkimuksissaan, että pitkäaikainen altistuminen fyysisesti raskaalle työlle ja hankalille työasunnoille jopa kolminkertaisti tuki- ja liikuntaelinerusteisen työkyvyttömyyseläkkeen riskin. Työkyvyttömyyseläkkeen riski kasvoi jo matalassa altistuksessa, jos altistumisaika oli pitkä. Työkyvyttömyyseläköitymisen riski kasvoi erityisesti, jos altistuttiin useammalle hankalalle työasennolle samanaikaisesti.

Kuntoutussäätiön tutkimuksessa löydettiin 19 naisvaltaista ja 31 miesvaltaista ammattia, joissa riski työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen mielenterveyssyistä oli keskimääräistä korkeampi. Suurin osa näistä oli työntekijäammatteja. Mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen oli yleistä molemmilla sukupuolilla useissa hoitoalan ammateissa. Hoitotyössä fyysisten kuormitustekijöiden lisäksi esiintyy psyykkisiä kuormitustekijöitä, kuten kiirettä ja siitä johtuvaa eettistä kuormitusta. Miehillä mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen oli yleistä myös useissa ammateissa, joissa oli hankalia kohtaamisia asiakkaiden kanssa, kuten vartijoiden, poliisien, oikeudenkäyntiasiamiesten ja ulosottomiesten ammateissa. Mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle jäätiin muita useammin myös vähäistä ammattitaitoa vaativissa tehtävissä. Tällaisia ammatteja olivat muun muassa siivoojat, pakkaajat ja lajittelijat, puhelinmyyjät, keittiöapulaiset, rahdinkäsittelijät sekä varastotyöntekijät (Rinne ym. 2018). Laaksosen ja muiden (2019) tutkimuksessa työkyvyttömyysriski oli suurin rakennusalalla, sosiaali- ja terveysalan töissä sekä yleensä manuaalisesti tehtävissä töissä.

Työkyvyttömyysriskiä ennustavat yksilöllisistä tekijöistä parhaiten itsearvioitu terveys, krooniset sairaudet sekä yli 8 päivää kestäneiden sairauslomien määrä. Organisaation riskitekijöistä parhaiten ennustavat vähäiset vaikutusmahdollisuudet omaan työhön, ammattiluokka sekä alan mies- tai naisvaltaisuus. Suorittava työ lisää työkyvyttömyysriskiä verrattuna asiantuntijatyöhön.

#### 5.4 Artikkelien haku ja valintakriteerit

Tutkimusnäyttöä työkykyyn ja työkyvyttömyyteen vaikuttavista tekijöistä, vaikutusten ja vaikuttavuuden arvioinnista sekä vaikuttavista, työkyvyttömyysriskiä vähentävistä toimenpiteistä haettiin sekä kotimaisista että kansainvälisistä lähteistä. Tässä selvityksessä käytettiin pääasiassa katsauksia niiltä osin kuin katsaustason tietoa oli saatavilla. Yksittäisistä tutkimuksista painotettiin RCT-tutkimuksia. Liitteen 1 taulukosta 1 selviää kirjallisuusselvitykseen sisältyvien katsausten ja muiden artikkelien osalta tutkimusten asetelmat ja kohderyhmät. Kansainvälisen kirjallisuuden osalta hakusanoja olivat *effectiveness, intervention, work ability, work disability, sickness absence, workplace disability management (WPDM), work disability pension, disability retirement, wellbeing, return to work (RTW), health promotion, wellness, health management programs, workplace, worksite*. Suomenkielistä kirjallisuutta haettiin hakusanoilla *työkyvyttömyyseläkkeet, sairauspoissaolot, vaikuttavuus, työkyky, työkyvyttömyys, työhyvinvointi, terveyden edistäminen, työhön paluu, työpaikat, interventio, työkyvyn koordinaatio*.

Taulukossa 4 kuvaillaan katsauksessa käytettyjä artikkelien mukaanotto- ja poissulkukriteereitä. Valinta tehtiin käyttäen muokattua PICOS-valintatyökalua. PICOS muodostuu sanoista Participants, Intervention, Context, Outcome ja Study design (O'Connor ym. 2008).

Taulukko 4. Artikkelien mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

	Mukaanottokriteeri	Poissulkukriteeri
Kohdejoukko	Työlliset 18-68 -vuotiaat	Työelämän ulkopuolella olevat
Interventio	Interventiot, jotka kohdistuvat työkyvyttömyysriskin tai siihen vaikuttavien tekijöiden vähentämiseen	Muut työpaikalla toteutetut interventiot
Konteksti	Työpaikalla toteutetut organisaatiotason interventiot, työpaikalla toteutetut yksilötason interventiot	Työpaikan ulkopuolella toteutetut interventiot
Tulosmuuttajat	Päätulosmuuttuja: työkyvyttömyyseläkkeet Välitulosmuuttajat: työkyky, työkyvyttömyys, sairauspoissaolot, työssä pysyminen, työhön osallistuminen, työssä suoriutuminen, työhön paluu, työhyvinvointi, työtyytyväisyys, kuormittuneisuuden kokemus, työntekijän terveystyötyminen, terveys, sairaudet, oireet	Tuottavuus, tehokkuus
Tutkimustyyppi	Systemaattiset katsaukset, Meta-analyysit, RCT - tutkimukset, pitkittäistutkimukset	Case-tutkimukset, harmaa kirjallisuus
Kieli	Englanti, suomi	Muut kielet

## 5.5 Selvitys työkyvyttömyysriskin hallintaan liittyvien interventioiden vaikuttavuudesta

Työpaikoilla on käytössä erilaisia keinoja työkyvyttömyysriskin hallintaan. Samaan tavoitteeseen pyrkivät työeläkelaitokset asiakkaidensa työkyvyttömyysriskin osalta toteuttaessaan työkyvyttömyysriskin hallintaa asiakasyrityksissään yhteistyössä työpaikkojen, työntekijöiden, työterveyshuoltojen ja muiden toimijoiden kanssa. Työpaikalla käytetyt keinot voivat liittyä joko työntekijöiden työkykyyn tai työpaikkaan ja työhön itsessään. Työntekijöiden työkykyä voidaan pyrkiä tukemaan esimerkiksi vaikuttamalla työntekijän terveyteen, osaamiseen, työmotivaatioon ja selviytymiskeinoihin. Työpaikkaan ja työhön liittyvät keinot voivat kohdistua työhön itsessään, työn organisointiin, työilmapiiriin, johtamiseen ja työn muokausmahdollisuuksiin. (Oksanen ja työryhmä 2016).

Työpaikoilla toteutetut toimet voivat olla promotiivisia tai preventiivisiä (Taulukko 6). Promotiivisella terveyden edistämisen toimilla pyritään vahvistamaan työhyvinvointia sekä yksilön ja yhteisön voimavaroja ja selviytymistä. Preventiivisillä toimilla puolestaan pyritään ehkäisemään sairauksien kehittymistä. Ne ovat siten ongelmalähtöisiä promootion ollessa voimavaralähtöisiä. Preventio jaotellaan usein kolmeen tasoon eli primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Primaaripreventiossa vaikutetaan yksilöön, työhön ja työympäristöön liittyviin riskitekijöihin ja pyritään siten vähentämään yksilön ja yhteisön alttiutta sairastua. Sekundaaripreventiossa pyritään ehkäisemään sairauden pahentumista poistamalla riskitekijöitä tai pienentämällä niiden vaikutusta. Tertiaaripreventiolla pyritään parantamaan yksilön työ- ja toimintakykyä tai estämään niiden heikkeneminen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005).

*Taulukko 6. Työkyvyttömyysriskin hallintaan työpaikoilla liittyviä interventioita.*

Työkyvyttömyysriskiin ja työkyvyttömyyden uhkaan vaikuttavat tekijät	Esimerkkejä interventioista
Promotiiviset	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät interventiot, kuten terveellisten elintapojen vahvistaminen</li> <li>• Osaamiseen liittyvät interventiot, kuten ammatillinen koulutus, työuravalmennus</li> <li>• Motivaatioon liittyvät interventiot</li> <li>• Elämäntilanteeseen liittyvät interventiot, kuten työn ja perheen yhteensovittaminen</li> <li>• Työn ja työprosessien kehittäminen, työkuormituksen hallinta, kuten fyysiseen, kognitiiviseen ja organisatoriseen ergonomiaan liittyvät interventiot</li> <li>• Työyhteisön toimivuuteen liittyvät interventiot, kuten työyhteisövalmennus, työyhteisön toiminnan kehittäminen</li> <li>• Työn voimavaratekijöihin liittyvät interventiot, työhyvinvoinnin lisääminen</li> <li>• Työkykyjohtamisen mallien ja käytäntöjen kehittäminen sekä niiden jalkauttaminen (esimiestyö, työterveysyhteistyö työkykykoordinaattoritoiminta) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Työkykyjohtamisen mittareiden valitseminen, niiden seuranta ja analysointi sekä tiedolla johtaminen</li> </ul> </li> <li>• Viestintä</li> </ul>
Preventiiviset	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haitallisen käyttäytymisen ehkäisemiseen tähtäävä toiminta</li> <li>• Työkyvyn seuranta ja tuki eri vaiheissa: varhainen tuki, tehostettu tuki ja työhön paluun tuki</li> <li>• Työkykyjohtamisen ratkaisujen kehittäminen (esim. työn muokkaus, korvaava työ), toimeenpano ja arviointi</li> </ul>



### 5.5.1 Promotiiviset keinot

Työntekijä on itse ensisijaisesti vastuussa omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Työpaikat ovat kuitenkin otollisia ympäristöjä terveyden edistämiseen yksilötasolla - työpaikat tavoittavat valtaosan työikäisestä väestöstä. Työpaikat ja työeläkelaitokset voivat tukea työntekijöitä terveellisten elämäntapojen omaksumisessa, voimavarojen ja motivaation lisäämisessä sekä osaamisen kehittämisessä.

#### *Terveellisten elintapojen edistäminen ja vahvistaminen*

Työpaikalla toteutetuilla **fyysisen aktiivisuuden** lisäämisen interventioilla voi olla systemaattisten katsausten mukaan positiivisia vaikutusta työhyvinvointiin, mutta näyttö ei ole vahvaa (Abdin ym. 2018). Grimanin ja muiden (2019) katsauksessa todettiin, että aktiivisuutta lisäävillä interventioilla voidaan vaikuttaa myös työkykyyn, töistä poissaoloon ja presenteeismiin. Fyysistä aktiivisuutta työpäivän aikana on pyritty lisäämään muun muassa aktivoivilla työpisteillä, näyttömuistutuksilla, teksti- ja sähköpostiviesteillä sekä erilaisilla liikunta- tai kävelytauoilla ja kannustamisella portaiden käyttöön (Commissaris ym. 2016, Shrestha ym. 2018). Interventioilla on vähennetty istumiseen käytettyä aikaa ja työntekijöiden koettua epämukavuuden tunnetta, mutta niillä ei ole saatu vähennettyä liikuntaelinkipuihin liittyvää työkyvyttömyyttä (Neuhaus ym. 2014, Commissaris ym. 2016, Shrestha ym. 2018). Vuonna 2018 julkaistussa 34 artikkelia sisältäneessä Cochrane-katsauksessa todettiin, että näyttö **säädettävien työpöytien** käytön vaikuttavuudesta istumisen vähenemiseen oli heikko ja näyttöä pitkäaikaisvaikutuksista ei ollut. Tulokset muun tyyppisten interventioiden, kuten **ohjauksen ja neuvonnan ja monitekijäisten interventioiden** osalta olivat pääosin ristiriitaisia. Suurimpana syynä oli tutkimusten heikko laatu johtuen muun muassa puutteellisista tutkimusprotokollista ja otoskokojen pienuudesta (Shestra ym. 2018). Toisessa tutkimuksessa työpaikalla toteutettu **tasapaino- ja lihasvoimaharjoittelu** paransi ikääntyneempien toimistotyöntekijöiden keuhonhallintaa ja voimantuottoa (Granacher ym. 2011).

Työpäivän aikaista inaktiivisuutta voidaan vähentää tehokkaammin **kohdistamalla** toimenpiteet yksilön lisäksi **työyhteisöön ja koko organisaatioon** (Demou ym. 2018). Jakobsenin (2017) mukaan työpäivän aikana toteutettu yhdessä liikkuminen oli tehokkaampaa lisäämään energisyyttä ja kivunhallintaa kuin yksilöllinen, työn ulkopuolella toteutettu liikunta. Lusan ja muiden (2020) tarkastelussa parhaimmat tulokset saatiin **tietyihin työntekijäryhmiin kohdistuneilla** interventioilla, joissa haitallinen käyttäytyminen (kuten vähäinen liikkuminen työpäivän aikana) oli tarkimmin määritelty, interventio oli **ryhmämuotoinen** tai sisälsi **ympäristöön vaikuttamista** (kuten säädettävät työtasot). Työpäivän aikana toteutetuilla **videovälitteisillä** aktivointitoimenpiteillä on saatu lupaavia tuloksia: selkäkipuisten toimistotyöntekijöiden toimintakyky ja elämänlaatu paranivat sekä selkäkipujaksot ja kivun kroonistumisen riski vähenivät verrattuna tavanomaisen hoidon ryhmään (Del Pozo-Cruz ym. 2012a ja 2012b). Howartin ja muiden (2018) tutkimuksessa interventioissa käytettiin **verkkopohjaista** terveyssovellusta. Pyrittäessä vaikuttamaan työntekijöiden **terveyskäyttäytymiseen** työpäivän aikana, **digitaalisia menetelmiä** hyödyntävät interventiot olivat vaikuttavimpia silloin, kun ne toteutettiin työpaikalla työssä käytettävän laitteen kautta. Suomalaisessa klusteroidussa RCT-tutkimuksessa (Pesola ym. 2017) interventioon osallistujille tarjottiin alussa **yhteinen luento** ja **henkilökohtainen kasvokkainen neuvonta**, jossa asetettiin tavoitteet. Kahden ja viiden kuukauden kohdalla käytiin seurantakeskustelu puhelimitse. Vapaa-ajan istuminen väheni ensimmäisen kolmen kuukauden aikana. Sen sijaan työpäivän aikainen istuminen väheni ja aktiivisuus lisääntyi vuoden seuranta-aikana vain naisilla. Henkilökohtainen neuvonta voi olla riittämätön keino työpäivän aikaisen istumisen vähentämiseen ja vaatisi aktiivisuuteen kannustavia muutoksia myös työpaikalla. Myös neuvonnan tiheydellä voi olla merkitystä, kuten Rongenin ja muiden (2013) tutkimuksessa, jossa

työpaikoilla toteutettavat terveyttä edistävät interventiot olivat vaikuttavampia, jos niihin kuului ainakin viikoittaiset **kontaktit**.

Priesken ja muiden (2019) tutkimuksessa **fyysistä harjoittelua** sisältävien interventioiden todettiin voivan olla vaikuttavia parantamaan työntekijöiden fyysistä kuntoa, kun ne toteutetaan työpaikalla tai sen läheisyydessä. Fyysisellä harjoittelulla voidaan vaikuttaa työntekijöiden sydän- ja verenkiertoelimistön kuntoon sekä lihaskestävyyteen ja -voimaan. Interventioilla voi siten olla vaikutusta myös niska-, hartia- ja selkäkipujen vähenemiseen ja parempaan työkykyyn. Liikuntaharjoittelun vaikutukset olivat ikäriippuvaisia suosien alle 45-vuotiaita työntekijöitä. Erityisesti **kestävyysharjoittelu** näkyi nuorilla ja keski-ikäisillä työntekijöillä sydän- ja verenkiertoelimistön kunnossa. Ammatti muutti fyysisen harjoittelun vaikutuksia lihaskestävyyteen merkittävästi vain valkokaulustyöntekijöillä. Fyysisesti vaativa työ (kuten raskaiden asioiden nostelu) voi aiheuttaa muun muassa kipua ja siten vähentää fyysisen harjoittelun vaikutuksia tai sen tuomia terveyshyötyjä.

Työntekijöiden **terveyttä ja terveellisiä elintapoja** pyritään tukemaan muun muassa erilaisilla **ruokavalioon** ja **painon hallintaan** liittyvillä interventioilla. Weerasakaran ja muiden (2016) systemaattisen katsauksen mukaan painon laskua saatiin aikaan työpaikoilla toteutetuilla interventioilla. Demoun ja muiden (2018) katsauksen mukaan interventioilla oli kohtalainen vaikutus fyysiseen aktiivisuuteen ja sitä kautta painoon, mutta terveellistä ruokavaliota koskeva näyttö oli puutteellista. Keskeistä fyysiseen aktiivisuuteen vaikuttamisessa oli omaseuranta ja räätälöinti: ryhmämuotoisten interventioiden täytyi mukautua toimintaympäristöön. Sairauspoissaoloihin näillä ei todettu olevan merkittävää vaikutusta, vaikka liikuntaa edistävien interventioiden on nähty vähentävän sairauspoissaoloja ja parantavan myös mielenterveyttä useassa eri katsauksessa (Kuoppala ym. 2008a, Niewenhuisen ym. 2014, Prieske ym. 2019), myös työpaikkatasolla vaikuttaen muun muassa poissaoloihin (Bhui ym. 2012). Parkin ja Kimin systemaattisessa katsauksessa tarkasteltiin interventioita, joiden tarkoituksena oli muun muassa rajoittaa **kaloreiden ja/tai tiettyjen ravintoaineiden**, kuten hiilihydraattien ja rasvojen **saantia** ylipainoisilla. Työpaikalla toteutetuilla puolen vuoden interventioilla saatiin aikaan painon ja kokonaiskolesteroliarvojen laskua, mutta vaikuttavuus oli tilastollisesti merkitsevää vain alle kuusi kuukautta kestäneissä interventioissa. Lyhyet interventiot saattoivat olla vaikuttavampia, koska osallistujat jaksoivat paremmin kiinnittää huomionsa ruokavalioon (Park & Kim 2019). Vaikka Feltnerin ja muiden (2016) tutkimuksessa näyttö interventioiden vaikutuksesta työntekijöiden terveyskäyttäytymiseen oli vähäistä, se osoitti niiden hyödyllisyyden **tupakoinnin lopettamiseen, hedelmien ja vihannesten kulutukseen** sekä **aktiivisuuteen** kannustamisessa työpaikalla.

Näyttö fyysistä aktiivisuutta lisäävien interventioiden vaikutuksista työhyvinvointiin on heikkoa. Istumiseen käytettyä aikaa on saatu vähennettyä ja aktiivisuutta lisättyä muun muassa aktivoivilla työpisteillä, kannustamisella ja erilaisilla muistutuksilla. Terveiden edistämisen ja käyttäytymisen muutoksen tulokset tulevat näkyviin hitaasti, joten vaikutukset esimerkiksi sairauspoissaoloihin eivät ilmene lyhyen seuranta-ajan tutkimuksissa. Tehokkaimmat interventiot olivat kohdennettuja, ryhmämuotoisia ja verkkopohjaisia. Fyysistä harjoittelua sisältävät interventiot olivat vaikuttavia, kun ne toteutettiin työpaikan yhteydessä. Ravitsemuskäyttäytymisen interventioista voi olla hyötyä painon hallinnassa, mutta näyttö oli heikkoa.

#### *Voimavarojen ja motivaation lisääminen*

Useissa katsauksissa **positiiviseen psykologiaan** ja **voimavarojen kehittämiseen** liittyvillä työpaikkainterventioilla on saavutettu positiivisia vaikutuksia työntekijöiden hyvinvointiin (Meyers

ym. 2013, Carolan ym. 2017, Stratton ym. 2017, Watson ym. 2018, Donaldson-Feilder ym. 2019, Miglianicon ym. 2020) riippumatta siitä, mitä lähestymistapaa (kuten esimerkiksi unikoulu, mindfulness, onnellisuusharjoitus, stressin hallinta) käytetään. Tutkimusten seuranta-aika oli kuitenkin lyhyt ja interventiot kohdistuivat usein korkean stressin aloihin (Watson ym. 2018).

Knight ja muut (2017) selvittivät systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä **työn imu** -interventioiden vaikuttavuutta työhyvinvointiin ja työsuoritukseen. Katsaukseen sisältyi kaksikymmentä tutkimusta, jotka luokiteltiin neljään tyyppiin: 1) henkilökohtaisten resurssien kehittäminen (minäpystyvyys, resilienssi ja optimismi), 2) työhön liittyvien resurssien kehittäminen (autonomia, sosiaalinen tuki ja palaute), 3) johtamisen kehittäminen (johtajien tiedot ja taidot) ja 4) terveyden edistäminen (terveelliset elämäntavat, stressin hallinta). Kokonaisuudessaan interventioiden vaikutus oli positiivinen, mutta pieni. Suotuisimmat vaikutukset saatiin **ryhmämuotoisilla** interventioilla.

Carolanin ja muiden (2017) systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin mukaan **verkkopohjaisista psykologisista** interventioista saatiin parhaat tulokset 6-7 viikkoa kestäneillä, **sähköposti ja tekstiviesti -yhteydenpitoa** hyödyntäneillä interventioilla, joissa oli mahdollisuus myös omaseurantaan ja räätälöintiin (Carolan ym. 2017). **Mindfulness-ohjelmilla** oli suurin vaikutus mielen hyvinvointiin vertailtaessa kaikille työntekijöille digitaalisesti tarjottavia mindfulness-, stressinhallinta- ja kognitiiviseen terapiaan perustuvia ohjelmia. Mielen hyvinvointiin liittyvät interventiot olivat vaikuttavampia, kun niiden kohdejoukko valittiin tarkkaan (Stratton ym. 2017). Meyers ja muut (2013) selvittivät, mitä lisäarvoa positiiviseen psykologiaan pohjautuvat interventiot tuovat organisaatioille. Interventioiden todettiin johdonmukaisesti edistävän työntekijöiden hyvinvointia ja mahdollisesti parantavan myös työstä suoriutumista. Sivutuotteena interventioiden todettiin voivan lievittää työntekijöiden stressiä, masennusoireita, burnoutia ja ahdistuneisuutta. Johtotason työntekijöihin kohdistuneessa systemaattisessa katsauksessa selvitettiin mindfulnessin, meditaation ja muiden vastaavien menetelmien vaikutusta hyvinvointiin. Tulokset harjoitusten hyödyllisyydestä hyvinvointiin olivat lupaavia, mutta tutkimusasetelmissä ja toteutuksissa todettiin puutteita. Tutkimuksissa ei myöskään tutkittu pitkäaikaisvaikutuksia (Donaldson-Feilder ym. 2019).

Daniels ja muut (2017) tarkastelivat systemaattisessa katsauksessaan **sosiaalisiin ympäristöihin** vaikuttavia interventioita, joita olivat esimerkiksi **keskusteluryhmät ja ryhmäliikunta yhdistettynä yksilöohjaukseen**. Katsauksen mukaan työpaikan yhteisiä aktiviteetteja lisäämällä voitiin lisätä työntekijöiden hyvinvointia ja parantaa työssä suoriutumista, kun ne koostuivat useista komponenteista. Suoria johtopäätöksiä ei kuitenkaan voitu tehdä organisaatiotason toimenpiteiden vaikutuksista yksilön hyvinvointiin. Knightin ja muiden (2017) katsauksessa interventioiden, joilla pyrittiin lisäämään työympäristön voimavaroja ja parantamaan työntekijöiden hyvinvointia, todettiin voivan parantaa työntekijöiden työhön sitoutumista sekä vaikuttaa tarmokkuuteen, työlle omistautumiseen ja työhön uppoutumiseen.

**Johtamiskoulutukset** voivat olla vaikuttavia hyvinvoinnin edistämässä. Vaikuttavimmat johtamiskoulutukset olivat **ryhmäinterventioita** ja siten myös interaktiivisempia ja reflektiivisempiä. **Organisaatiotason** interventioista (esimerkiksi vertaisoppiminen ja tiimityöskentely) ei ole riittävästi tutkimusta, eikä täten näyttöä niiden vaikutuksesta yksilöiden hyvinvointiin (Watson ym. 2018). Nielsen ja muut (2017) tutkivat **organisaation resursseihin vaikuttamista** 1) yksilö-, kuten psykologinen pääoma; 2) ryhmä-, kuten kollegoilta saatu sosiaalinen tuki; 3) esimies-, kuten hyvä esimies-alaisuhde ja 4) organisaatiotasolla, kuten HR-käytännöt. Työpaikan resurssit riippumatta tasosta, johon pyrittiin vaikuttamaan, olivat yhteydessä sekä työntekijän hyvinvointiin että työssä suoriutumiseen (Nielsen ym. 2017).

Miglianicon ja muiden (2020) tutkimuksen mukaan **vahvuuksien käyttäminen ja kehittäminen** työpaikalla voi edistää työntekijöiden hyvinvointia ja työssä suoriutumista. Tutkijat ehdottavat aikaisempien interventiotutkimusten pohjalta viisiportaista mallia työntekijöiden vahvuuksien kehittämiseen tähtäville interventioille: 1) työntekijöiden sitouttaminen perehdyttämällä vahvuuksien merkitykseen ja toteutettavaan interventioon, 2) työntekijöiden vahvuuksien tunnistaminen ja arviointi, 3) oman identiteetin tunnistaminen ja vahvuuksien rooli siinä (kuten mikä merkitys vahvuuksilla on ollut onnistumisissa), 4) muutoskohteen valinta ja käytäntöön vienti, 5) intervention arviointi.

Voimavarojen ja motivaation lisäämiseen liittyvillä interventioilla on saatu positiivisia vaikutuksia työhyvinvointiin ja työssä suoriutumiseen. Parhaisiin tuloksiin päästiin erityisesti ryhmämuotoisilla, verkkopohjaisilla ja monitekijäisillä interventioilla.

### *Työn ja muun elämän yhteensovittaminen*

**Työn ja muun elämän yhteensovittamiseen** liittyviä toimenpiteitä ovat muun muassa erilaiset työaikajärjestelyt, henkilökohtaisten voimavarojen kehittäminen, esimiehen tuki sekä riittävän palautumisen mahdollistaminen. Ropposen ja muiden (2016) katsauksessa todettiin, että työhön liittyvien voimavarojen kehittämiseksi tehdyt toimenpiteet, kuten **työaikajärjestelyt ja hoivapalvelut, henkilökohtaisten voimavarojen kehittäminen**, kuten koulutus esimiehille ja työntekijöille, sekä **esimiesten tuki** vähensivät työn ja muun elämän välistä ristiriitaa, paransivat fyysistä terveyttä ja lisäsivät työtyytyväisyyttä. Lisäksi näillä toimenpiteillä pystyttiin vähentämään poissaolopäiviä sekä työpaikan vaihtoaikkeitä.

Nopeasti eteenpäin kiertävän (aamu-ilta-yövuoro) **työvuorojärjestelmän** on todettu parantavan unen laatua (Neil-Sztramko ym. 2014, Kecklund & Axelsson 2016). Kecklundin ja Axelssonin (2016) tutkimuksessa vuorotyötä tekevien unenlaatua paransi myös vähintään yhdentoista tunnin palautumisaika työvuorojen välillä. Vuorotyö vaikutti terveyteen unenlaadun kautta – vähäinen uni lisäsi riskiä huonompiin elintapoihin ja sitä kautta terveysongelmiin. Suomalaisessa kohorttitutkimuksessa todettiin liian lyhyiden vuorovälien vaikutus riittämättömään palautumiseen: lyhyiden vuorovälien ja yövuorojen vähentäminen lisäsi sairaalassa työskentelevien vireyttä. Etenkin vanhemmilla työntekijöillä yövuorojen vähentäminen vähensi väsymyksestä aiheutuvia haittoja selvästi ja siten edisti työn ja muun elämän yhteensovittamista (Härmä ym. 2018). Työaikoihin keskittyneissä tutkimuksissa havaittiin, että mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihin oli tärkeää, kunhan se ei johda liialliseen vastuuseen ja työntekijän vapaa-ajan lyhenemiseen (Ropponen ym. 2016).

Erilaiset työaikajärjestelyt ja työaikoihin vaikuttaminen edistävät työn ja muun elämän yhteensovittamista. Erityisesti vuorotyöntekijöiden hyvinvointia on voitu lisätä ns. eteenpäin kiertävien työvuorojen avulla, jolloin palautuminen työvuorojen välillä on riittävän pitkä.

### 5.5.2 Preventiiviset keinot

Yleisimpinä syinä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiselle ovat mielenterveyden- ja käyttäytymisen häiriöt sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet, joista molempien osuus on noin kolmannes. Tämän vuoksi tässä katsauksessa keskitytään näihin kahteen sairausryhmään kohdistuneisiin interventioihin ja niiden vaikuttavuuteen.

#### *Työkuormituksen hallinta*

Työkuormitusta voidaan pyrkiä hallitsemaan työpaikalla muun muassa erilaisilla **fyysiseen, organisatoriseen ja kognitiiviseen ergonomiaan** liittyvillä keinoilla. Tutkimustieto ergonomisten toimien vaikuttavuudesta tuki- ja liikuntaelinvaikeuksien ja sairauspoissaolojen vähentämisessä on ristiriitaista ja monelta osin puutteellista. Useissa tutkimuksissa otoskoot ovat olleet pieniä, seuranta-ajat lyhyitä, interventioiden kohdistuminen tärkeimpiin riskitekijöihin puutteellista ja/tai niiden toteutuksessa on ollut ongelmia. (Driessen ym. 2010).

Driessenin ja muiden (2010) selkä- ja niskakipuihin vaikuttamista selvittäneessä systemaattisessa katsauksessa oli mukana kymmenen RCT –asetelmalla toteutettua tutkimusta, joista kahdeksan kohdistui toimistotyöhön. Katsauksen mukaan on heikko tai kohtalainen näyttö siitä, että fyysiset tai organisatoriset ergonomiset interventiot eivät ole vaikuttavampia kuin muut työpaikkainterventiot, kun tarkastellaan lyhyen tai pitkän aikavälin niska- ja selkävaurion ilmaantuvuutta tai esiintyvyyttä. Hoen ja muiden (2018) katsauksen johtopäätökset olivat samansuuntaiset: Toimistotyössä ergonomisilla toimenpiteillä (käsitet, erilaiset hiiret, säädettävät työpisteet, ylimääräiset tauot, ergonominen harjoittelu ja monitekijäiset interventiot) todettiin olevan korkeintaan vähäistä näyttöä vaikuttavuudesta yläraajojen ja niskan alueen vaivoihin.

Työntekijöitä aktivoivat ja käyttäytymisen muutokseen tähtäävät interventiot, kuten **ergonominen ohjaus ja neuvonta**, eivät ole osoittautuneet vaikuttaviksi sairauspoissaolojen vähentämisessä (Odeen ym. 2013). Käsien tehtävään taakkojen käsittelyyn liittyen oli kohtalaista näyttöä, että ohjaus ja harjoittelu joko ilman apuvälineitä tai apuvälineiden kanssa ei ehkäise selkävaurioita eikä selkävauriosta johtuvaa työkyvyttömyyttä (Verbeek ym. 2011). Sitä vastoin **laaja-alainen työn ja työympäristön muokkaus** yhdessä ergonomiohjauksen kanssa on todettu vaikuttavaksi (Kennedy ym. 2010). Sundstrupin ja muiden (2020) tutkimuksessa työpaikalla toteutetulla **voimaharjoittelulla** todettiin olevan tuki- ja liikuntaelinvaikeuksia vähentävä vaikutus. Pieperin ym. (2019) mukaan on jonkinlainen konsensus siitä, että työpaikkainterventiot liittyen harjoitteluun, **koulutautumiseen** sekä ergonomisiin pöytiin ja tuoleihin saattavat vähentää työntekijöiden tuki- ja liikuntaelinvaikeuksia, mutta näyttö on korkeintaan kohtalaista ja tutkimusnäyttö vähäistä.

Mielenterveyshäiriöiden osalta työkuormituksen vähentäminen ja joustavat työajat vähensivät stressiä ja burn-out -oireita. (Pieper ym. 2019). Kuitenkin uupumukseen liittyvien oireiden ollessa jo pidemmällä, tulokset olivat ristiriitaisia (Barlett ym. 2018).

TULE-sairauksien ehkäisyssä yksittäiset toimenpiteet tai ohjaus ei ole vaikuttavaa, vaan tarvitaan laajempaa työympäristön ja toimintatapojen muokkausta. Kuormitusta vähentämällä voidaan vaikuttaa mielenterveysongelmiin varhaisessa vaiheessa. Kognitiivisen ergonomian interventioissa keskeistä on työntekijöiden mukaanotto jo suunnitteluvaiheessa, jolloin interventio saadaan vastaamaan työntekijöiden tarpeita.

**Osallistavilla ergonomisilla interventioilla** on saatu positiivisia tuloksia. Rivilisin ja muiden (2008) katsauksessa kahdestatoista hyvälaatuisiksi arvioidusta tutkimuksesta kahdeksassa saatiin aikaan positiivisia vaikutuksia terveystuottajissa, jotka olivat liikuntaelinoireet, tapaturmat ja töistä poissaolopäivät. Tutkimukset olivat kuitenkin niin heterogeenisiä, että tutkijaryhmä arvioi näytön korkeintaan kohtalaiseksi. Tanskalaiset tutkijat arvioivat osallistavan interventiotutkimuksen vaikutuksia tietotyöntekijöiden työoloihin ja psyykkiseen hyvinvointiin. Jotta interventio sopi parhaalla mahdollisella tavalla juuri kyseiseen organisaatioon ja sen työntekijöille, jo suunnitteluvaiheen työpajoihin kutsuttiin kaikki työntekijät ja johtajat. Tietotyöläisten suurimmat huolet liittyivät muun muassa työn epävarmuuteen, samaan aikaan useassa projektissa toimimiseen, tehtävien monimutkaisuuteen ja tulkinnanvaraisuuteen sekä sellaisten projektien hoitamiseen, jotka vaativat keskittymistä ja keskeytyksetöntä aikaa ongelmanratkaisulle. Työpaikoilla toteutetuissa interventioissa kehitettiin muun muassa kommunikointia ja palautteenantoa kollegoiden kesken sekä esimiesten palautteenantoa työntekijöille. Tietotyöläisten työhyvinvointia voivat edistää interventiot, jotka keskittyvät työn epävarmuuden ja tulkinnanvaraisuuden vähentämiseen esimerkiksi parantamalla johdolta saadun palautteen laatua ja tiheyttä. Palaute voi liittyä esimerkiksi ongelmanratkaisuprosessien tai ratkaisujen onnistumiseen (Sørensen ym. 2014).

#### *Yhteisiä tekijöitä onnistuneelle työkyvyn tuelle*

**Työhyvinvoinnin ja työkyvyn johtamisella** sekä **systemaattisesti toteutetuilla toimintatavoilla** on saatu vähennettyä sairauspoissaoloja, nostettua eläköitymisikää ja pienennettyä työkyvyttömyyden kustannuksia (Chapman 2012, Kuoppala ym. 2008b, Lerner ym. 2013). Hankkeilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia sekä yksilö-, työpaikka- että yhteiskuntatasolla. Työpaikkainterventioiden tulokset vaikuttavuudesta kuitenkin vaihtelivat.

Systemaattisten katsausten mukaan menestystekijöitä työkyvyn tuessa ovat olleet **työn muokkaus** (Cancelliere ym. 2016, Steenstra ym. 2017, Lefever ym. 2018), **korvaava työ, varhainen tuki, työkyvyn tuen toimintamalli ja sovitut prosessit** (Lefever ym. 2018). Keskeistä onnistumisessa oli myös **eri toimijoiden välinen, moniammatillinen yhteistyö** (Cancelliere ym. 2016, Hoefsmit ym. 2012, Lefever ym. 2018), **työhön paluun koordinaatio** (Cancelliere ym. 2016, Hoefsmit ym. 2012), **ammattillinen kuntoutus** (Cancelliere ym. 2016) ja työntekijän tukeminen työhön paluuseen orientoitumisessa esimerkiksi tukeminen työhön paluuseen liittyvässä päätöksessä tai asteittaisessa työhön paluussa (Hoefsmit ym. 2012). Steenstran ja muiden (2017) ikääntyneiden työntekijöiden työhön paluuta ja työssä jatkamista selvittäneessä tutkimuksessa vaikuttavimmissa interventioissa hyödynnettiin **suunnitelmallista työhön paluuta, case-managerointia sekä yhteydenpitoa työpaikan ja terveydenhuollon kanssa**.

Työhön kohdistuvat toimenpiteet ovat vaikuttavampia, jos ne toteutetaan **riittävän aikaisessa vaiheessa** ennen kuin vaivat pitkittyvät (Martimo ym. 2010). Cancellieren ja muiden (2016) katsauksessa ensimmäisen 6 viikon aikana toteutetuilla interventioilla oli positiivisimmat tulokset. Myös Hoefsmitin ja muiden (2012) katsauksessa työhön paluun kannalta vaikuttavimmat interventiot ja niiden tarjoama tuki aloitettiin ensimmäisen 6 sairauslomaviikon aikana useissa eri sairausryhmissä.

#### *Työn muokkaus*

**Työn muokkauksella** tarkoitetaan työn sovittamista työkykyä vastaavaksi. Sen avulla voidaan mahdollistaa työssä jatkaminen terveydellisistä rajoitteista huolimatta tai helpottaa työhön paluuta sairauspoissaolon jälkeen. Työn muokkauksen vaikuttavuudesta on näyttöä, jos työntekijällä on jokin

vamma tai tuki- ja liikuntaelinsairaus, mielenterveyden häiriö, syöpä tai muu krooninen sairaus (Franche ym. 2005, Higgins ym. 2012, Hoefsmit ym. 2012, Nevala ym. 2015, Van Vilsteren ym. 2015, Vooijs ym. 2015, Cancelliere ym. 2016, Cullen ym. 2018). Työn muokkauksella on todettu olevan vaikutusta myös ikääntyneiden työntekijöiden työhön osallistumiseen (Steenstra ym. 2017).

Työn muokkauksen toimet voivat kohdistua joko **yksilöön tai koko organisaatioon**, ja ne voivat olla esimerkiksi työaikajärjestelyjä, työn organisointia, työympäristön kehittämistä, apuvälineitä ja teknologiaratkaisuja, toisilta saatavaa apua tai työmatkaliikkumisen ratkaisuja (Nevala ym. 2015). Sairauslomiin liittyvä Käypä hoito suositus (Sairauspoissaolon tarpeen arviointi. Käypä hoito -suositus. 2019) suosittelee työn muokkauksen nykyistä tehokkaampaa hyödyntämistä. Van Vilsterenin ja muiden (2015) mukaan työhön liittyvissä vaivoissa tarvitaan lääketieteellisten interventtioiden ohella muutoksia myös työpaikalla. Mikäli niitä ei tehdä, voivat saattavat töihin palattua uusia.

Erilaiset **työaikoihin liittyvät joustot** ovat yleisiä työn muokkausratkaisuja. Työaikaan liittyvää työn muokkausta voidaan toteuttaa 1) lyhentämällä kokonaistyöaikaa lyhentämällä työpäivää tai työviikkoa, 2) lisäämällä vaikutusmahdollisuuksia työaikoihin, 3) työvuoroihin liittyvillä uudelleenjärjestelyillä, tai 4) etätyöjärjestelyillä. Työajan väliaikainen lyhentäminen voi suojella työkykyä ja ehkäistä tarvetta jäädä sairauslomalle. (Mattila-Holappa ym. 2018). Sairauspoissaolon jälkeen **asteittaisen työhön paluun** on todettu tukevan ja nopeuttavan työhön paluuta työntekijöillä, joilla on tuki- ja liikuntaelinten vaivoja, mielenterveysongelmia tai muita sairauksia (Hoefsmit ym. 2012, Andrén & Svensson 2012, Odeen ym. 2013, Van Vilsteren ym. 2015, Lagerveld & Houtman 2017, Cullen ym. 2018, Mikkelsen & Rosholm 2018). Työnantajalla on merkittävä rooli muokkauksen toteuttamisessa joko omalla kustannuksellaan tai hyödyntäen julkista rahoitusta (Lacaille ym. 2004, Vedeler ja Schreuer 2011, Rumrill ym. 2013).

Työolosuhteiden muokkauksen esteitä olivat Gamblen ja muiden (2006) mukaan

- tiedon ja yleisen informaation puute
- muokkausprosessin hitaus
- vähäinen muokkaustarpeiden ja niistä saatavan hyödyn arviointi
- puutteellinen yhteistyö eri toimijoiden kesken

Työolosuhteiden muokkausprosessin onnistumista edistäviä tekijöitä olivat:

- työpaikan myönteinen toimintakulttuuri (Baldrige ja Veiga 2006, Balsler 2007)
- osallistuva työtapa ja työntekijän osallistuminen muokkausprosessiin (Gamble ym. 2006, Balsler 2007, Balsler ja Harris 2008, Rivilis ym. 2008, Montano ym. 2014)
- työntekijän tarpeiden ja muokkaustoimien vastaavuus (Riemer-Reiss ja Wacker 2000, Gamble ym. 2006, Vedeler ja Schreuer 2011)
- työnantajan ja työyhteisön positiiviset asenteet ja tuki (Lacaille ym. 2004, Dunstan ja MacEachen 2013, Montano ym. 2014)
- hyvä kommunikaatio työnantajan ja työntekijän välillä (Montano ym. 2014)
- hyvä yhteistyö työpaikan ja eri yhteistyötahojen, kuten kuntoutuksen välillä (Gamble ym. 2006, MacEachen ym. 2006, Schreuer ym. 2009)
- muokkaustoimien vähäiset kustannukset (Schartz ym. 2006, Rumrill ym. 2013).

### *Esimiestyö sekä toimivat työkyvyn tuen toimintamallit ja prosessit*

**Esimiestyö** sekä toimivat työkyvyn tuen toimintamallit ja prosessit on todettu keskeisiksi vaikuttavuuden tekijöiksi työhyvinvoinnin ja työkykyjohtamisen käytännöissä ja työkyvyttömyyden hallintaan liittyvissä interventioissa. Esimiesten tuki on todettu olevan yhteydessä lyhyempiin poissaoloihin (Van Vilsteren ym. 2015, Skakon ym. 2010). Laajan tutkimuskatsauksen mukaan lähiesimiesten koulutuksella ja johdon toimintamalleilla oli puolestaan merkitystä erityisesti pitkien sairauspoissaolojen vähentämisessä (Kristman ym. 2016). Työntekijät, jotka kokivat saavansa tukea esimiehiltään ja kollegoiltaan, ja joille tarjottiin mahdollisuus suunnitella työtään työhön paluun prosessissa, kokivat todennäköisimmin tunnetta työn hallinnasta. Tällä todettiin olevan merkitystä pysyvään työhön paluuseen (Etuknwa ym. 2019).

Lagerveld & Houtman (2017) sisällyttivät mielenterveyssyistä sairauslomalla olleisiin kohdistuneeseen katsaukseensa asetelmaltaan erilaisia tutkimuksia, joissa työhön paluuta tukevia interventioita verrattiin tavanomaiseen hoitoon. Katsauksen mukaan **yksilölliset työhön kohdistuvat** interventiot voivat edistää työhön paluuta. Vaikuttavia toimia olivat **esimiehen tarjoama aktiivinen työhön paluun tuki, varhainen asteittainen työhön paluu ja aktiivinen kognitiivinen terapia** joko yksinään tai yhdessä ongelmaratkaisutekniikoiden kanssa.

### *Yhteistyö*

Työkyvyn tuen prosessit edellyttävät hyvää **yhteistyötä** eri tahojen kesken (Franche ym. 2005, Young ym. 2005, Juvonen-Posti 2018, Lefever ym. 2018). Työterveyshuollon lisäksi työpaikan tärkeitä yhteistyötahoja ovat muu terveydenhuolto ja kuntoutustoimijat (Lefever ym. 2018) sekä työeläkelaitokset. Työn muokkauksen onnistumista on mahdollistanut hyvä yhteistyö esimiehen, työkyvykoordinaattorin ja työterveyshuollon kesken sekä työn ja työprosessien tunteminen (Juvonen-Posti ym. 2014). Työhön kytkeytyvässä kuntoutuksessa työn muokkaus edellyttää aktiivista esimiestyötä, yhteistyötä eri tahojen kesken ja kuntoutujan oman aktiivisuuden tukemista (Juvonen-Posti 2018). Mielenterveyshäiriöistä kärsivien työntekijöiden työstä poissaoloon liittyvän katsauksen mukaan parempia tuloksia raportoitiin niissä tutkimuksissa, joissa työpaikan ja terveydenhuollon kommunikointi oli hyvällä tasolla, ja joissa oltiin sairausloman aikana yhteydessä työntekijään. Suosituksena todettiin, että työkyvyn hallinnassa tulisi fokusoida parempaan kommunikaatioon työntekijän, työnantajan, vakuutusyhtiöiden ja terveydenhuollon kanssa sekä tarjota informaatiota töistä poissaolevalle työntekijälle työhön paluu –prosessista (Pomaki ym. 2012).

Vaikuttavia työuupumusinterventioita tutkineessa katsauksessa (Ahola ym. 2016) todettiin tärkeäksi, että työntekijä ottaa vastuun omasta elämästään ja hyvinvoinnistaan. Työterveyshuollon toimijat voivat kuitenkin tukea työntekijän siirtymistä toipumisprosessissa eteenpäin sekä omasta hyvinvoinnista huolehtimisessa. Esimiehillä on keskeinen rooli työhyvinvoinnin seuraajana ja edistäjänä etenkin työhön paluun yhteydessä, jossa käytännöllinen ja konkreettinen tuki työhön palaajalle todettiin tärkeäksi. Tällaisia olivat muun muassa **koordinaattorin nimeäminen**, joka vastaa työhön paluun käytännön asioista tai **tukihenkilön nimeäminen**, jonka kanssa palaaja voi käydä asioita läpi arjessa. Franchen ja muiden (2005) tutkimuksessa **työhön paluun koordinaattorilla** oli kohtalainen vaikutus työkyvyttömyyden lyhyempään kesto.



**Moniammatillisesti** (esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaiset ja/tai case managerit ja/tai työnantaja) **toteutetut** interventiot tukivat sekä selkäkipujen että psyykkisten syiden vuoksi sairauslomalla olleiden työhön paluuta. Erityisesti interventiot, joihin kuului yhteydenpito työnantajan kanssa, olivat vaikuttavia. (Hoefsmit ym. 2012). **Yhteydenpito työpaikkaan sairausloman aikana** todettiin tärkeäksi myös Mikkelsenin ja Rosholmin (2018) tutkimuksessa.

Työkyvyn ja työhön paluun tuessa vaikuttavia tekijöitä ovat moniammatillinen yhteistyö, työhön paluun koordinaatio esimerkiksi hyödyntämällä työkykykoordinaattoria tai case-manageria, yhteydenpito työpaikkaan sairauspoissaolon aikana, työn muokkaus ja intervention toteutus varhaisessa vaiheessa. Keskeistä onnistumisessa on kuitenkin työntekijän aktiivinen osallistuminen työhön paluun suunnitteluun ja toteutukseen sekä esimiehen ja työnantajan tarjoama tuki.

### *Monitekijäiset interventiot*

Työkyvyn tuessa **systeminen ajattelu ja monitekijäiset interventiot** on todettu vaikuttaviksi (Montano ym. 2014, Cullen ym. 2018, Mikkelsen & Rosholm 2018). Montano ja muut (2014) selvittivät systemaattisessa katsauksessaan organisaatiotason interventioiden vaikutuksia työntekijöiden terveyteen. He luokittelivat interventiot kolmeen luokkaan: 1) materiaan liittyvät interventiot, joihin sisältyi muun muassa meluun, kemiallisiin tekijöihin ja ergonomiaan liittyvät toimenpiteet, 2) työorganisaatioon liittyvät interventiot, kuten psykologiset ja sosiaaliset tekijät (muun muassa työn vaatimukset, vaikutusmahdollisuudet työhön, vastuu) ja työn tekemiseen liittyviin prosessit ja käytännöt (esimerkiksi työmenetelmät, tehtävien järjestys, hierakiarakenne), ja 3) työaikoihin ja työn intensiteettiin liittyvät tekijät, kuten työvuorot, työtahti ja tauot. Noin puolessa katsauksessa mukana olleista tutkimuksista saatiin myönteisiä tuloksia terveysmuuttujiin, kuten itsearvioituun yleiseen terveyteen ja mielenterveyteen sekä myös tapaturmataajuuteen. Parhaita tuloksia saatiin hankkeissa, joissa vaikutettiin samanaikaisesti kaikkiin kolmeen luokkaan. Cullenin ja muiden (2018) systemaattinen katsaus tarkasteli tutkimuksia, joiden kohteena olivat sairauslomalla tuki- ja liikuntaelinvaivan, kivun tai mielenterveyshäiriön vuoksi olleet. Monitekijäiset interventiot, jotka sisälsivät vähintään 2-3 toimenpidettä, lyhensivät poissaoloa töistä.

Verkkovälitteisten interventioiden suotuisista vaikutuksista sairauspoissaoloihin on kohtuullista näyttöä useammasta katsauksesta (Stratton ym. 2017, Carolan ym. 2017, Proper & Van Oostrom 2019) Työpaikalla oppimiseen ja sen myötä hyvinvoinnin edistämiseen liittyvät interventiot olivat vaikuttavimpia, kun niissä hyödynnettiin sekä verkko-oppimista, kasvokkain tapaamisia että vertaisoppimista (Watson ym. 2018).

Yksittäisessä Suomessa toteutetussa satunnaistetussa interventiossa (Toppinen-Tanner ym. 2016) **työuran hallintaa lisäävä ryhmäinterventio** ikääntyville työntekijöille vähensi pitkiä yli kahden viikon sairauspoissaoloja.

Monitekijäiset hankkeet ovat vaikuttavampia kuin yksittäiset toimenpiteet. Interventioissa tulisi pyrkiä vaikuttamaan kolmella tasolla; esimerkiksi ergonomiaan, työntekijän vaikutusmahdollisuuksiin sekä työn intensiteettiin. Verkkovälitteiset interventiot ovat vaikuttavampia, kun niihin yhdistetään kasvokkain kohtaamiset.

### *Kognitiivinen terapia*

**Kognitiivisesta terapiasta** on todettu olevan hyötyä sekä mielenterveys- että tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi sairauslomilla olleiden oireiden vähenemiseen (Tan ym. 2014, Joyce ym. 2016) ja nopeampaan töihin paluuseen (Cullen ym. 2018, Dibben ym. 2018, Axén ym. 2020), kun terapia on liittynyt työhön ja samalla on tehty muokkaustoimenpiteitä. Joycen ja muiden (2016) tutkimuksessa interventioiden, jotka lisäävät työntekijän kontrollia (kuten esimerkiksi työvuoroihin vaikuttaminen) todettiin voivan suojata masennukselta ja ahdistukselta. Kognitiiviseen terapiaan pohjautuvat **stressinhallintainterventiot** vaikuttivat yksilötasolla, mutta eivät näyttäneet heijastuvan organisaatiotasolle, kuten esimerkiksi sairauspoissaoloihin. Työpaikoilla toteutetuilla interventioilla on kuitenkin mahdollista ehkäistä tyypillisimpiä mielenterveyden häiriöitä, ja työpaikat voivat toimia masennuksesta tai ahdistuneisuudesta kärsivien työntekijöiden toipumisen mahdollistavina ympäristöinä.

Yksittäisissä tutkimuksissa koottu näyttö **kognitiivis-behavioraalisen terapian** suotuisista vaikutuksista sairauspoissaoloihin on kohtalaista (Reme ym. 2015, Øverland ym. 2018). Pomaki ja muut (2012) totesivat katsauksessaan mielenterveyshäiriöiden hoitamisesta työssä, että työpaikan tai vakuuttajan fasilitoimat psykologiset interventiot, erityisesti kognitiivinen psykoterapia, paransivat toimintakykyä ja elämänlaatua, mutta niillä ei ollut vaikutusta poissaolon keston. Dibbenin ja muiden (2018) katsauksessa kognitiivisen käyttäytymisterapian hyödyntämisestä tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivillä **ammattillinen kuntoutus** ja **työpaikalla toteutetut interventiot** johtivat vähäisempiin sairauslomiin ja nopeampaan työhön paluuseen. Psykologisilla interventioilla todettiin olevan vaikutusta masennukseen ja tuetulla työllistymisellä vaikeisiin mielenterveyshäiriöihin. Sydän- ja hengityssairauksien osalta näyttö oli puutteellista. Ennalta ehkäiseviin ja kuntouttaviin, työterveyshuollon toimenpiteisiin keskittynyt katsaus (Axén ym. 2020) löysi kohtalaista näyttöä **ratkaisukeskeisen, työorientoituneen kognitiivis-behavioraalisen terapian** vähentävästä vaikutuksesta sairauspoissaoloihin mielenterveyshäiriöissä.

Myös Cullenin ja muiden (2018) mukaan työhön kohdistuviin ratkaisuihin liittyvällä kognitiivisella terapialla oli positiivisia vaikutuksia poissaoloajan pituuteen mielenterveyshäiriöissä. Samassa tutkimuksessa saatiin vahvaa näyttöä siitä, että kognitiivinen terapia ilman työpaikalla tehtyjä muokkaustoimenpiteitä ei ollut vaikuttavaa mielenterveyssyistä sairauslomalla olleiden työhön paluuseen. Tätä tulosta tukee Strattonin ja muiden (2017) tutkimus, jossa verkkopohjaisella kognitiivisella terapialla ei ollut pysyviä vaikutuksia stressiin tai masennusoireisiin intervention päättymisen jälkeen.

Kognitiivisesta terapiasta on vaikuttavaa tule- ja mielenterveyssyistä sairauslomalla olleiden työkyvyn ja työhön paluun tukemisessa, kun siihen yhdistetään työn tai työympäristön muokkaustoimet.

## 6 TYÖKYVYTTÖMYYSRISKIN HALLINTATOIMIEN VAIKUTTAVUUDEN JA TEHOKKUUDEN MITTAAMINEN

Irmeli Pehkonen, Julia Anttilainen ja Jarno Turunen, Työterveyslaitos  
Riikka Shemeikka, Kuntoutussäätiö

Työkyvyttömyyden vähentäminen on työeläkelaitosten asiakasyrityksilleen tarjoaman palvelutoiminnan tavoite. **Päätulosmuuttuja** on siten työkyvyttömyyden ja erityisesti **työkyvyttömyyseläkkeiden väheneminen**. Tavoitteessa onnistuminen tai epäonnistuminen näkyy reaktiivisesti suurien asiakasyrityksen maksuluokassa. Työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteiden vaikutuksia tulisi tarkastella suhteessa työkyvyttömyysriskin hallinnan tuloksiin, työkyvyn välituloksiin sekä työkyvyn päätuloksiin (hierarkkinen tulostamalli, kuvio 4). Alimman tason, eli työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteiden vaikutuksia on arvioitava aina ylempänä olevan tason tulosten perusteella - niiden vaikuttavuutta työkyvyn päätuloksiin ei voida arvioida suoraan (Nutbeam 2000, Ståhl 2017).

Työkyvyn päätulokset	Vähentyneet sairauspoissaolot	Vähentyneet sairauspoissaolot
Työkyvyn välitulokset	Parantunut työkyky ja elämänlaatu	Parantunut työkyky ja elämänlaatu
Työkyvyttömyysriskin hallinnan tulokset	Työn ja terveyden välinen tasapaino, kun työkyvyssä on rajoitteita	Parantunut stressinhallinta <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajattelumallin muutos</li> <li>Minäpystyvyyden lisääntyminen</li> <li>Työn ja palautumisen tasapaino</li> </ul>
Työkyvyttömyysriskin hallintaan liittyvät toimenpiteet	Asteittainen työhönpaluu ja ergonomiset muutokset työpaikalla	Kognitiivinen terapia yhdistettynä esim. ajanhallintaan liittyviin muutoksiin työpaikalla

Kuvio 4. Hierarkkinen tulostamalli, esimerkkinä työkyvyttömyysriskin hallinta (Nutbeam 2000, Ståhl 2017)

Työeläkelaitosten asiakasyrityksilleen tarjoamien palvelujen lähtökohtana tulee olla **riskin arviointi**. Fivan työeläkevakuuttajien toimintaan liittyvän ohjeistuksen mukaan työkyvyttömyysriskin hallinnan on oltava riskiperusteista. Toiminnan on kohdistuttava työeläkelaitoksen vastuulla olevan työkyvyttömyysriskin vähentämiseen. Työeläkelaitokset eivät voi tarjota palvelujaan ilman riskin arviointia. (Finanssivalvonta 2019, Työeläkelehti 2020).

Mittareiden hyödyntäminen osana työkyvyttömyysriskin hallintaa, hallinnan toimenpiteitä ja niiden arviointia on perusta työkyvyttömyysriskin hallinnalle. Toiminnan ja toimenpiteiden tavoitteiden

asettamisen jälkeen on tärkeää pystyä mittaamaan tavoitteiden saavuttamista. Tätä edistää välitulostietojen tarkastelu.

Taulukkoon 7 on koottu laajasti tietoa riskinarvioinnin, intervention suunnittelun ja arvioinnin sisällöstä ja toimenpiteistä. Lisäksi taulukko sisältää esimerkkejä hyödynnettävistä mittareista ja niiden käytöstä.

Työeläkelaitos voi tarkastella työkyvyttömyysriskiä toimenpiteiden kohdentamiseksi **koko asiakaskunnassaan, osassa asiakaskuntaa tai yritysکوhtaisesti**. Työkyvyttömyyden riskin on todettu olevan korkeampi tietyillä **toimialoilla** tai tietyissä **ammateissa** (Rinne ym. 2018). Riski työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen oli tuoreen tutkimuksen mukaan korkea erityisesti sosiaali- ja terveysalalla (Laaksonen ym. 2019). Hoitotyöhön liittyvistä ammateista jäätiin mielenterveysystistä työkyvyttömyyseläkkeelle muita naisvaltaisia ammatteja useammin myös Rinteen ja muiden (2018) tutkimuksessa. Miesvaltaisista ammateista korkeamman työkyvyttömyyseläköitymisen osalta nousivat esiin muun muassa vartioiden, poliisien ja ulosottomiehen ammatit.

Useat **julkiset organisaatiot ja viranomaiset** tuottavat relevanttia tietoa työkyvyttömyysriskeihin liittyen (ks. Taulukko 3). Tiedot perustuvat muun muassa rekisteritietoihin tai kyselyaineistoihin. Esimerkiksi Eläketurvakeskus tuottaa tietoa työkyvyttömyyseläkkeiden ilmaantuvuudesta ja yleisyydestä, Kela sairauslomien kehityksestä, ja Tilastokeskus koetusta työn kuormittavuudesta ja sen muutoksesta. Lisäksi **erilliset tutkimukset** tuottavat kohdennetummin hyödyllisiä tietoja, esimerkiksi työkyvyttömyyden alkuvuoden ammattiryhmittäisistä eroista tehdään suhteellisen säännöllisesti tutkimuksia (esim. Notkola ym. 1995, Pensola ym. 2010, Rinne ym. 2018). Näitä tietoja voidaan hyödyntää sekä **riskiryhmien tunnistamisessa, altistavien tekijöiden määrittelyssä että vertailuaineistona**.

Ammattialakohtaisten korkean työkyvyttömyysriskin ryhmiä voidaan tunnistaa ja interventioiden kohdentaa työaltistematriisien avulla (Solovieva ym. 2011, Ervasti ym. 2019). Työaltistematriiseilla kuvataan ammattiin perustuvaa arviota erilaisista työaltisteista. Myös työeläkelaitoksen itse keräämiä tietoja voidaan hyödyntää esimerkiksi vertaamalla tietyllä toimialalla toimivien organisaatioiden työkyvyttömyyseläke- tai sairauspoissaolotietoja alan keskimääräisiin tietoihin. Työeläkelaitokset voivat verrata omaan asiakaskuntaansa kuuluvien saman toimialan yritysten tietoja toisiinsa kehittäessään ja kohdentaessaan toimintaansa.

Yritysten työkyvyttömyysriskiä voidaan selvittää erilaisten **yritysten itsensä tai työeläkelaitoksen keräämien tietojen avulla**. Tällaisia ovat muun muassa sairauspoissaoloihin liittyvät tiedot, työpaikalla tehdyt riskinarvioinnit ja työpaikkaselvitykset, vaihtuvuusluvut sekä työntekijöiden sosiodemografinen tausta. Pitkät sairauspoissaolot ennustavat riskiä jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle (Salonen ym. 2018). Pitkittyvien sairauspoissaolojen osalta on aiemmin todettu 4-6 kuukauden sairauspoissaolojen laskevan työhönpaluun todennäköisyyttä huomattavasti sekä Ruotsissa (Andren 2001) ja Norjassa (Gjesdal ym. 2002). Suomessa 30-60-90 -säännön tavoitteena on ollut ohjata työkyvyn tuen toimia pitkittyvän sairauspoissaolon aikaisempaan vaiheeseen. Tähän mennessä säännön vaikuttavuutta ei ole pystytty arvioimaan luotettavasti (Leinonen ym. 2020). Työntekijöiden yksilöllisistä tekijöistä työkyvyttömyyden riskitekijöitä ovat ikä, painoindeksi, tupakointi, univaikeudet, kroonisten sairauksien määrä ja itsearvioitu terveys (Airaksinen 2017). Yritykset keräävät runsaasti tietoa työkyvyn hallinnan ja työkykyjohtamisen perustaksi. Valitettavan usein tietoja ei kuitenkaan hyödynnetä optimaalisesti (Pehkonen ym. 2016). Työeläkevakuuttajien tulisi tarkastella asiakasorganisaatioidensa tietoja säännöllisesti yhdessä yritysten edustajien kanssa. Keskeistä tunnuslukujen tarkastelussa ja tarvittavien toimenpiteiden suunnittelussa on myös tiivis yhteistyö työterveyshuollon kanssa. Kartoituksen jälkeen **suunnataan sopivia työkykyä tukevia toimenpiteitä**

**todennettuun riskiryhmään.** Toiminnan kohdentamisessa keskeistä on myös se, että se kohdennetaan ryhmiin, jotka hyötyvät kyseessä olevasta toiminnasta. Toimenpiteiksi valitaan riskiryhmän osalta esimerkiksi aiemman tutkimustiedon perusteella **vaikuttaviksi todettuja** interventioita tai toimia.

Toimenpiteiden arvioinnissa tulee arvioida saavutettuja vaikutuksia ja vaikuttavuutta, kustannushyötyjä ja intervention toteutusta eli prosessia. Saavutettuja vaikutuksia, vaikuttavuutta tai niiden puuttumista on tärkeää verrata vertailuaineistoon, olipa se sitten verrokkiryhmä samasta organisaatiosta, kehitys vastaavassa organisaatiossa tai kehitys muualla ylipäätään. Interventiomenetelmä voi olla vaikuttava tietyille kohderyhmälle, tietyssä kontekstissa ja tietyllä tavalla toteutettuna. Toisissa olosuhteissa vaikuttavuus ei välttämättä toteudu. On tärkeää toteuttaa arviointia intervention aikana säännöllisesti. Samalla saadaan tietoa ympäristössä tapahtuvien muutoksien mahdollisesta vaikutuksesta toteutukseen. Liian usein intervention toteutuksen arviointi jää tekemättä tai se on puutteellista. Intervention vaikutusta voi olla vaikea todentaa, koska kohteeseen vaikuttaa usein samanaikaisesti monia tekijöitä, vaikutus ei ole välttämättä suoraviivainen ja vaikutukset syntyvät hitaasti (Kettunen 2017). Koska toimenpiteet rahoitetaan vähintään osittain työeläkelaitosten toimesta, on niihin käytetyt euromääräiset panostukset tiedossa. Vaikutusten mittaaminen konkreettisilla mittareilla on tärkeää myös siksi, että tämä usein mahdollistaa vaikutusten arvottamisen euromääräiseksi. Näin voidaan muodostaa vaikutusarviota kustannushyödyistä eli siitä, ovatko toimenpiteet taloudellisesti kannattavia.

Taulukko 7. Riskinarviointi sekä vaikuttavan intervention suunnittelu ja arviointi. (Bartholomew ym. 2016, Kettunen 2017, \*-merkityistä mittareista lisätietoa TOIMIA-tietokannassa <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>)

Sisältö	Toteutus ja mittarit	Esimerkkejä
<p><b>Työeläkelaitoksen toteuttama työkyvyttömyysriskin kartoittaminen</b></p> <p>Kuinka tunnistetaan työkyvyttömyysriski? Missä asiakasorganisaatioissa tai niiden yksiköissä on suurin työkyvyttömyysriski?</p>	<p>Hyödynnetään ammattiryhmä-, ala- tai organisaatiokohtaisia tietoja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Työvoiman sosiodemografiset riskitekijät</li> <li>• Sairauspoissaolosten määrä, pituus ja diagnoosiluokka</li> <li>• Työkyvyttömyyseläkkeet</li> <li>• Läheltä piti -tilanteet, tapaturmataajuus</li> <li>• Työpaikkaselvitykset</li> <li>• Työkykyneuvottelut</li> <li>• Työn muokkaukset</li> <li>• Organisaatioiden omat riskinarvioinnit ja työhyvinvointikyselyt sekä työeläkevakuuttajien omat kyselyt ja haastattelut</li> <li>• Kyselyt, kuten työkykyindeksi(*), työn imun arviointimenetelmä(*), PROMIS-yleinen terveys(*)</li> <li>• Tutkimus- ja kokemustieto</li> <li>• Työterveyslaitoksen ylläpitämä Työelämä-tieto - ennustetyökalu <a href="http://www.tyoelamatieto.fi">www.tyoelamatieto.fi</a></li> </ul>	<p>Alat, joissa pitkiä sairauspoissaoloja.</p> <p>Ammattiryhmät, joissa pitkiä sairauspoissaoloja.</p> <p>Organisaatiot, joissa pitkät sairauspoissaolot kasvussa.</p> <p>Organisaatiot, joissa pitkiä sairauspoissaoloja enemmän kuin toimialalla keskimäärin.</p> <p>Organisaatiot, joiden ammattialalla keskimääräistä enemmän työkyvyttömyyttä.</p> <p>Organisaatiot, joissa työhyvinvointi huonolla tasolla tai laskussa.</p>
<p><b>Ongelman määrittely ja tarvekartoitus asiakasorganisaatioissa</b></p> <p>Kenen työkyvyttömyysriskiin on tarve vaikuttaa? Mitkä tekijät ovat yhteydessä työkyvyttömyysriskiin? Miten ne otetaan huomioon?</p>	<p>Hyödynnetään yhteistyötä asiakasorganisaation kanssa sekä kohdejoukon edustajien kokemuksia sekä tutkimustietoa. Samalla saadaan tietoa työkyvyttömyysriskiin vaikuttavasta organisaation kulttuurista ja muutoksista, jotka eivät näy muissa kerätyissä tiedoissa. Riskin tunnistamisen tietoa tarkennetaan. Kyselymittareiden osalta esimerkkinä työuupumus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Burnout indicator 15(*), Maslachin yleinen työuupumuksen arviointimenetelmä(*)</li> <li>• Kartoittavat ja syventävät haastattelut avaintoimijoille</li> <li>• Laaja-alaisempi yrityskohtaisen tiedon hyödyntäminen, yhteistyössä mahdollisuuksien mukaan työterveyshuolto, HR, esimiehet ja johtamisjärjestelmät</li> <li>• Kelan korvausluokakohtainen kustannusten jaottelu henkilöstölle</li> </ul>	<p>Pitkät sairauspoissaolot, erityisesti mielenterveyssyistä, ovat lisääntyneet viimeisen puolen vuoden aikana yksikössä x. Samaan aikaan yksikön esimies on vaihtunut.</p>

Sisältö	Toteutus ja mittarit	Esimerkkejä
<p><b>Tavoitteiden määrittely</b></p> <p>Mikä on tavoite? Millä ajalla se halutaan saavuttaa? Millaisten prosessien kautta tavoitteeseen päästään?</p>	<p>Tavoitteen tulee olla yhdessä asetettu, konkreettinen ja mittarein todennettavissa oleva</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mitä tavoitellaan, millä aikavälillä, miten tavoite saavutetaan</li> <li>• miten tavoitteen saavuttamista seurataan ja mitataan säännöllisesti</li> <li>• Välitulostittareina hyödynnetään organisaatiokohtaisia tietoja, kuten esimerkiksi sairauspoissaolojen määrä, pituus, diagnoosiluokka eri yksiköissä, työkyvyttömyyseläkkeet, läheltä piti -tilanteet, työpaikkaselvitykset ja työkykyneuvottelut.</li> <li>• Päättavoite ja myös tulostittari on toteutunut työkyvyttömyysriski</li> </ul>	<p>Pitkät sairauspoissaolot ennustavat työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä. Työkyvyttömyyseläkkeitä voidaan ehkäistä vaikuttamalla siihen, että pitkiä sairauspoissaoloja ei tule tai ne eivät pitkity.</p> <p>Tavoitteen asettaminen esimerkiksi muotoon ”<i>Tavoitteena pitkien sairauspoissaolojen väheneminen 2% ja sairauspoissaolojen keston lyheneminen 5% seuraavan vuoden aikana. Konkreettisina mittareina toimivat edellä mainitut sairauspoissaolotiedot.</i>”</p>
<p><b>Toimenpiteiden valinta</b></p> <p>Millaisilla toimenpiteillä tavoitteisiin pyritään? Sopivatko ne kohderyhmälle ja toimintaympäristöön?</p>	<p>Hyödynnetään yhteistyötä asiakasorganisaation kanssa kohdejoukolle ja toimintaympäristöön soveltuena.</p> <p>Hyödynnetään tutkimus- ja kokemustietoa</p> <p>Tarvittaessa pyritään vaikuttamaan usealla toimenpiteellä samanaikaisesti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valittujen toimenpiteiden vaikuttavuudesta työkyvyttömyysriskiin tai siihen vaikuttaviin tekijöihin on näyttöä</li> <li>• Vaikuttavuusnäyttöä arvioitaessa otetaan huomioon nykyinen kohderyhmä ja toimintaympäristö – mitä potentiaalisia vaikuttavia tekijöitä nousee esiin</li> </ul>	<p>Sairauspoissaoloja ja työhön paluuta pyritään vähentämään muokkaamalla työtä tai esimerkiksi työaikaa sekä ennen sairauspoissaolon tarvetta että työntekijän palatessa sairauslomalta.</p> <p>1) Esimiehiä koulutetaan ja valmennetaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuen tarpeessa olevien työntekijöiden mahdollisimman varhainen tunnistaminen.</li> <li>• Työn muokkausmahdollisuuksien tarkastelu yhdessä työntekijöiden kanssa.</li> <li>• Verkostojen tunnistaminen ja hyödyntäminen esimerkiksi korvaavaa työtä etsittäessä.</li> <li>• Aiemmin hyödynnettyjen ratkaisujen ja keinojen tarjoaminen organisaatioiden käyttöön.</li> </ul> <p>2) Organisaation johtoa, esimiehiä ja henkilöstöhallintoa ohjeistetaan laatimaan toimintamalli työn muokkauksen hyödyntämisestä organisaatiossa ja jalkauttamaan mallin käyttö työterveyshuoltoyhteistyötä hyödyntäen.</p> <p>3) Esimerkiksi työeläkelaitoksesta löytyvän työkykykoordinaattorin ja organisaation välisen yhteistyön tiivistäminen ja tutuksi tekeminen johdolle, esimiehille, henkilöstöhallinnolle ja työterveyshuollolle.</p>

Sisältö	Toteutus ja mittarit	Esimerkkejä
<p><b>Intervention yksityiskohtainen suunnittelu</b></p> <p>Mitkä ovat yksityiskohtaisemmat tavoitteet ja millaiseksi muodostuu toimenpiteiden kokonaisuus?</p>	<p>Yhdessä asiakasorganisaation kanssa tehtävässä suunnittelussa hyödynnetään henkilöitä, joilla on tietoa kohderyhmästä ja sen tarpeista. Otetaan huomioon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asiakasorganisaation sitoutuminen ja valmius panostaa</li> <li>• osallistujien rekrytointi ja sitouttaminen, toimenpiteen hyväksyttävyyttä (adoption) ja toteutettavuus (feasibility)</li> <li>• viestintä</li> <li>• estävät ja edistävät tekijät</li> <li>• näyttöön perustuvat toimenpiteet</li> <li>• tavoitteiden ja mittarien asettaminen yhteistyössä asiakasorganisaation kanssa</li> <li>• arvioinnin toteutumisen seuranta</li> <li>• muut tavoitteen mukaiset toimijat, kartoitus ja sitouttaminen</li> </ul>	<p>1) Suunnittelupajoissa osallistetaan kohdejoukon edustajia.</p> <p>2) Työn tai työolosuhteiden muokkaustoimenpiteitä mietittäessä työtehtäviä pilkotaan osiin hyödyntäen työntekijöiden kokemusta ja tietoa työstään.</p> <p>3) Intervention toteutusta pohdittaessa tunnistettujen estävien ja mahdollistavien käytäntöjen hyödyntäminen muokattavien kohteiden valinnassa.</p>
<p><b>Intervention arvioinnin suunnittelu</b></p> <p>Millaisilla mittareilla tavoiteltua muutosta ja lopputulosta mitataan? Millaisilla mittareilla prosessia arvioidaan?</p>	<p>Määritetään seurattavat mittarit yhteistyössä erikseen lyhyt- ja pitkäaikaisten vaikutusten sekä prosessin arvioimiseksi. Mittareiden tulee</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• olla konkreettisia, yksinkertaisia ja toimintaympäristöön soveltuvia</li> <li>• mitata sitä ominaisuutta, johon interventiolla pyritään vaikuttamaan</li> <li>• kuvata tasoa tai tasoja, jotka ovat arvioinnin kannalta relevantteja</li> </ul>	<p>Esimerkiksi varhaisen tuen ja työhön paluun tuen keskustelujen toteutuminen kuvaa muutosta tai jopa lopputulosta.</p> <p>Toimenpiteisiin käytetty rahallinen panos ja vaikutukset työhön osallistumiseen toimivat toimenpiteen tulostittarina.</p> <p>Esimerkkejä prosessin mittareille</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koulutusten / valmennusten määrä</li> <li>• Osallistujien / keskeyttäneiden määrä</li> <li>• Prosessin aikataulussa pysyminen</li> <li>• Hankkeen aikana kerätty palaute</li> </ul>
<p><b>Intervention toteutus</b></p> <p>Toteutettiin intervention suunnitelman mukaisesti?</p>	<p>Kerätään sekä määrällistä että laadullista tietoa toimenpiteen toteutumisesta yhdessä asiakasorganisaation kanssa. Jokainen toimenpide tai tapahtuma suunnitellaan ennakkoon ja annetaan aikataulu sekä interventioprosessin eteneminen tiedoksi osallistujille.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toimenpiteiden aikana, välitavoitteiden saavuttaminen</li> <li>• Toimenpiteisiin investoitu raha, budjetissa pysyminen</li> </ul>	<p>Esimerkkejä mittareista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toteutukseen osallistuneiden henkilöiden määrä? Osuutena koko henkilöstöstä?</li> <li>• Muokattujen tehtävien laajuus ja työntekijöiden kokemus muutokseen sopeutumisesta? Kokemus intervention vaatavuudesta?</li> <li>• Vaikuttiko interventio enemmän joihinkin työntekijäryhmiin?</li> <li>• Vastasivatko toimenpiteet työntekijöiden ja esimiesten odotuksia?</li> <li>• Mitkä olivat työn muokkauksen välittömät vaikutukset?</li> </ul>



Sisältö	Toteutus ja mittarit	Esimerkkejä
<p><b>Intervention arviointi</b></p> <p>Ovatko interventiolle asetetut tavoitteet toteutuneet? Onko tavoitteet saavutettu intervention avulla?</p>	<p>Arviointi tehdään yhteistyössä asiakasorganisaation kanssa.</p> <p>Interventioiden arvioinnissa tulee arvioida sekä saavutettuja vaikutuksia ja vaikuttavuutta että intervention toteutusta eli prosessia.</p> <p>Esimerkiksi työhön palaaja seuranta ja vaikutukset arvioituun terveydentilaan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kyselyt: COPM(*), EQ-5D(*), EuroHIS(*) ja CORE-OM(*)</li> <li>• Kustannushyötyanalyysi: interventioon käytetty rahallinen panostus ja sillä saavutetut muutokset, sekä niiden rahallinen arvo. Mahdollistaa toimenpiteiden euromääräisen kannattavuuden arvioinnin.</li> </ul>	<p><u>Vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaikki varhaisen tuen ja työhön paluun tuen keskustelut hoidettiin ja dokumentoitiin ajallaan. Keskusteluissa otettiin puheeksi erilaiset työn muokkausmahdollisuudet.</li> <li>• Työtä muokattiin keskusteluiden pohjalta yhdessä työntekijän kanssa.</li> <li>• Työntekijä(t) kokivat työn vastaavan aiempaa paremmin työkykyä.</li> <li>• Esimiehet ottivat useammin yhteyttä työterveyshuoltoon pitkittyneissä sairaspissaoloissa.</li> <li>• Pysyvä työhön paluu lisääntyi yrityksessä x prosenttia.</li> <li>• Työhön osallistuminen kasvoi yrityksessä x prosenttia.</li> </ul> <p><u>Prosessin arviointi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koulutuksia / valmennuksia pidettiin x kpl.</li> <li>• Niihin osallistui x% yksiköiden esimiehistä.</li> <li>• Valmennukset suunniteltiin ja toteutettiin osallistavasti.</li> <li>• Johto viestitti eri tasoilla hankkeen tärkeydestä ja tuki esimiesten osallistumista.</li> </ul>

## 7 SUOSITUKSET

Irmeli Pehkonen, Jarno Turunen ja Julia Anttilainen, Työterveyslaitos  
Riikka Shemeikka ja Jouni Puumalainen, Kuntoutussäätiö

Työeläkkeet maksetaan työntekijöiden, työnantajien ja yrittäjien maksamalla joko vuosittaisilla tai rahastoiduilla työeläkemaksuilla. Myös työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteet ovat pitkälti vastaavasti rahoitettua, joten sen kustannustehokas ja läpinäkyvä käyttö sekä hallinto on ensiarvoisen tärkeää. Takaamalla järjestelmän tehokkuus ja läpinäkyvyys, taataan sen jatkuvuus, vakuus ja työkyvyttömyyttä ehkäisevä toiminta.

Tämän selvityksen tavoitteena oli kartoittaa, millaisia työeläkelaitosten työkyvyttömyysriskin hallintatoimenpiteet voisivat olla. Lähtökohtana on, että toiminnan tulee olla vaikuttavaa. Selvitys tehtiin työeläkelaitoksista riippumattomasti kokoamalla työkyvyttömyysriskin hallintaan liittyvää tutkimusnäyttöä sekä muuta tietoa toimenpiteiden vaikutusten arviointiin.

Perusedellytys työeläkelaitosten työkyvyttömyysriskin hallinnan vaikuttavuudelle on **toiminnan ja resurssien suuntaaminen tunnistettuun työkyvyttömyysriskiin**. Tämä edellyttää sekä olemassa olevan tiedon monipuolista hyödyntämistä että jatkuvaa uuden tiedon tuottamista. Työeläkelaitosten itse tuottaman tietovarannon lisäksi on saatavilla laaja-alaista työkyvyttömyysriskin tunnistamiseen ja hallintaan liittyvää tietoa. Suomessa on olemassa työkyvyttömyyteen liittyvää julkisten toimijoiden ylläpitämää rekisteritietoa. Tätä rekisteritietoa on hyödynnetty myös laaja-alaisessa tutkimuksessa työkyvyttömyysriskiin liittyen. Tutkimuksen perusteella on edistetty työkyvyttömyysriskin tunnistamista ja hallintaa työikäisessä väestössä. Tutkimusnäyttöä on edelleen jalostettu kaikkien hyödynnettävissä oleviksi työkaluiksi.

Työeläkelaitosten työkyvyttömyysriskin hallintaa koskevan toiminnan tulee **kohdentua yhteisöön**, kun taas työterveyshuollon toiminta lähtee yksilöstä ja hänen työkyvystään. Työpaikkaa ja työnantajaa kiinnostavat kumpikin - työnantaja tavoittelee työntekijöiden parempaa työkykyä ja yhteisöllisiä vaikutuksia. Yhteistyötä ja vuorovaikutusta työnantajan, työeläkelaitoksen ja työterveyshuollon välillä tulee kehittää ja hyödyntää työkyvyttömyysriskin hallinnassa.

**Työkyvyttömyysriskin hallintaan liittyvät toimenpiteet** ja prosessit ovat kompleksisia, minkä vuoksi niiden vaikuttavuutta on vaikea todentaa. Työkyvyttömyysriskiin tai siihen liittyviin tekijöihin vaikuttavista toimenpiteistä on tehty laajasti tutkimusta, mutta näyttö on usein ristiriitaista. Kuitenkin olemassa oleva tutkimuskirjallisuus on jo osoittanut vaikuttavia tekijöitä, kuten **työn muokkaus**, sekä vaikuttavuuden mahdollistajia, kuten **kohderyhmän osallistuminen suunnitteluun ja toteutukseen, intervention monitekijäisyys ja yhteistyö** eri toimijoiden kesken.

Selvityksemme pohjautuen suosittelemme työeläkelaitoksia huomioimaan seuraavia asioita työkyvyttömyysriskin hallinnassa.

### 1. Toimenpiteiden kohdistaminen suurimpaan riskiin

Toimenpiteitä kohdistettaessa työkyvyttömyysriskejä tarkastellaan sekä työeläke- että asiakasorganisaatiossa hyödyntäen monipuolisesti julkisia rekisterejä, väestötutkimuksia, työeläkelaitosten omaa dataa ja työpaikkojen keräämää dataa. Työkyvyttömyysriskiä tarkastellaan koko asiakaskunnassa muun muassa toimialoittain, ammattiryhmittäin ja erilaisten riskitekijöiden perusteella. Työpaikkatasolla tarkastellaan erilaisia kohonneen työkyvyttömyysriskiin yhteydessä olevia mittareita ja tunnuslukuja, kuten pitkiä sairauspoissaoloja, henkilöstökyselyjä tai henkilöstön sosiodemografista rakennetta.

## **2. Tiedon kerääminen ja dokumentointi työkyvyttömyysriskiin vaikuttamisen arvioimiseksi ja osoittamiseksi**

Työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteiden vaikutusten arvioimiseksi ja todentamiseksi laaditaan kaikkien työeläkelaitosten käyttöön tarkistuslista huomioon otettavista asioista ja niiden dokumentoinnista. Tällaisia ovat muun muassa toimenpiteiden kohdentumiseen, tutkimusnäyttöön perustumiseen sekä toimintaympäristön ja kohderyhmän tuntemukseen liittyvät näkökohdat.

## **3. Työkyvyttömyysriskin hallinta perustuu vaikuttaviksi todettuihin toimenpiteisiin**

Työkyvyttömyysriskin hallintaan tähtäävien toimenpiteiden valinnassa ja perustelemisessa hyödynnetään ajankohtaista tieteellistä vaikuttavuustietoa.

## **4. Työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteitä toteutetaan toimintaympäristö ja kohderyhmä huomioiden**

Työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteet toteutetaan ja sovitetaan yhteistyössä työterveyshuollon ja asiakasorganisaation kanssa kohderyhmälle ja toimintaympäristöön sopivaksi. Tämän tueksi selvitetään riittävät taustatiedot, sekä asetetaan yhteiset tavoitteet ja mittarit. Samalla varmistetaan asiakasorganisaation sitoutuminen hankkeeseen.

## **5. Työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteiden osoitetaan kohdentuvan korkeaan riskiin**

Työkyvyttömyysriskin tunnistamista ja toiminnan kohdentumista erityisessä riskissä oleviin ryhmiin seurataan ja tilastoidaan. On tärkeää pystyä osoittamaan, kuinka suuri osuus käytetyistä resursseista ja toteutetuista toimenpiteistä kohdistuu korkeaan työkyvyttömyysriskiin.

## **6. Työkyvyttömyysriskin hallinnan tulee olla vaikuttavaa**

Työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteiden vaikuttavuuden osoittaminen on haastavaa. On tärkeää osoittaa toiminnan vaikuttavuutta verrattuna toimintaan ilman toimenpiteitä. Pyrittäessä vaikuttavuuden arviointiin, vaikutuksia tulee tarkastella laaja-alaisesti useampia tiedon lähteitä, kuten mittareita ja toimintaympäristön tuntemusta hyödyntäen. Työeläkelaitosten tulee osoittaa työeläkevarojen käytön oikeellisuus. Taloudellinen panostus työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteisiin tulee olla hyvinvointia tuottava. Tämä edellyttää työkyvyttömyysriskin hallinnan toimenpiteiden vaikutusten, kuten esimerkiksi vähentyneiden pitkien sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden arvottamista euromääräisesti.

## 8 LÄHTEET

Abdin S, Welch RK, Byron-Daniel J, Meyrick J. The effectiveness of physical activity interventions in improving well-being across office-based workplace settings: a systematic review. *Public Health* 2018;160:70-76.

Ahola K, Toppinen-Tanner S, Seppänen J. Vaikuttava työuupumusinterventio. Systemaattinen katsaus ja toimintaohjeita. Työterveyslaitos. Helsinki 2016.

Ahtela J, Lempiäinen T. Selvitys työeläkeyhtiöiden työkyvyttömyysriskin hallintaan liittyvästä toiminnasta, työeläkemaksun hoitokustannusosasta ja asiakashyvityksistä. 2019. [https://www.tela.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/23558\\_Telahokutkvelvitys2019.pdf](https://www.tela.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/23558_Telahokutkvelvitys2019.pdf)

Airaksinen J, Jokela M, Virtanen M, Oksanen T, Pentti J, Vahtera J, Koskenvuo M, Kawachi I, Batty GD, Kivimäki M. Development and validation of a risk prediction model for work disability: multicohort study. *Scientific Reports* 2017;7:13578.

Andrén D. Work, Sickness, Earnings, and Early Exits from the Labour Market. An Empirical Analysis Using Swedish Longitudinal Data. Department of Economics, Gothenburg University 2001.

Andrén D, Svensson M. Part-time sick leave as a treatment method for individuals with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2012;22:418–26.

Axén I, Björk Brämberg E, Vaez M, Lundin A, Bergström G. Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with narrative synthesis. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2020; DOI: 10.1007/s00420-020-01535-4.

Baldrige DC, Veiga JF. The impact of anticipated social consequences on recurring disability accommodation requests. *Journal of management* 2006;32:158-179.

Balser DB. Predictors of workplace accommodations for employees with mobility-related disabilities. *Administration & Society* 2007;39(5):656-683.

Balser DB, Harris MM. Factors affecting employee satisfaction with disability accommodation: a field study. *Employee Responsibilities and Rights Journal* 2008;20:13–28.

Barlett L, Martin A, Neil A.L, Memish K, Otahal P, Kilpatrick M, Sanderson K. A Systematic Review and Meta-Analysis of Workplace Mindfulness Training Randomized Controlled Trials. *Journal of occupational health psychology* 2018; DOI: 10.1037/ocp0000146.

Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruitter RAC, Fernandez ME, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs. An Intervention Mapping approach. San Francisco: Jossey-Bass, 2016.

Bhui K, Dinos S, Stansfeld SA, White DP. A Synthesis of the Evidence for Managing Stress at Work: A Review of the Reviews Reporting on Anxiety, Depression, and Absenteeism. *Journal of Environmental and Public Health* 2012;2: Article ID 515874. Doi:10.1155/2012/515874.

Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Cote P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers: a systematic review and best evidence synthesis of literature. *BMC Public Health* 2016;11:395.

Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. Improving employee well-being and effectiveness: Systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. *Journal of medical internet research* 2017;19(7):e271.

Chapman L. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: update. *American Journal of Health Promotion* 2012;26:1–12.

Commissaris DA, Huysmans MA, Mathiassen SE, Srinivasan D, Koppes L, Hendriksen IJ. Interventions to reduce sedentary behavior and increase physical activity during productive work: a systematic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2016;42:181-191.

Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, Hogg-Johnson S, Kristman V, Laberge M, McKenzie D, Newnam S, Palagyi A, Ruseckaite R, Sheppard D.M, Shourie S, Steenstra I, Van Eerd D, Amick BC. Effectiveness of workplace interventions in return-to work of musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of occupational rehabilitation* 2018;28:1-15.

Daniels K, Watson D, Gedikli C. Well-being and social environment of work: A systematic review of intervention studies. *International journal of environmental research and public health* 2017;14:918.

Del Pozo-Cruz B, Parraca JA, Del Pozo-Cruz J, Adsuar JC, Hill JC, Gusi. An occupational, internet-based intervention to prevent chronicity in subacute lower back pain: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2012a;44:(7):581-587.

Del Pozo-Cruz B, Adsua JC, Parraca J, Del Pozo-Cruz J, Moreno A, Gusi N. A web-based intervention to improve and prevent low back pain among office workers: a randomized controlled trial. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Medicine* 2012b;42(10):931-D6.

Demou E, MacLean A, Cheripelli LJ, Hunt K, Gray CM. Group-based healthy lifestyle workplace interventions for shift workers: a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2018;44(6):568-584.

Dibben PJ, Wood G & O'Hara R. Do return to work interventions for workers with disabilities and health conditions achieve employment outcomes and are they cost effective? A systematic narrative review. *Employee Relations*. 2018. ISSN 0142-5455

Donaldson-Feilder E, Lewis R, Yarker J. What outcomes have mindfulness and meditation interventions for managers and leaders achieved? A systematic review. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2019;28(1):11-29.

Driessen MT, Proper KI, van Tulder MW, Anema JR, Bongers PM, van der Beek AJ. The effectiveness of physical and organizational ergonomic interventions on low back pain and neck pain: a Systematic review. *Occupational and Environmental Medicine* 2010;67:277-285.

Dunstan DA, MacEachen E. Bearing the Brunt: Co-workers' Experiences of Work Reintegration Processes. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2013;23(1):44–54.

Eläketurvakeskus. Suomen työeläkkeensaajat. Mielenterveyden sairaudet yleisin syy jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle. 2020. Saatavana:

<https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ennusteet/tilastot/elakkeensaajat/tyoelakkeensaajat/> Luettu: 6.5.2020.

Ervasti J, Pietiläinen O, Rahkonen O, Lahelma E, Kouvonen A, Lallukka T, Mänty M. Longterm exposure to heavy physical work, disability pension due to musculoskeletal disorders and all-cause mortality—20-year follow-up: introducing Helsinki Health Study job exposure matrix. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2019;92(3):337-345. doi: 10.1007/s00420-018-1393-5. Epub 2018 Dec 3.

Ervasti J, Pietiläinen O, Rahkonen O, Lahelma E, Kouvonen A, Lallukka T, Mänty M. The joint contribution of rotation of the back and repetitive movements to disability pension. *European Journal of Public Health* 2019;29(6):1079–1084. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz108>

Ervasti J, Kouvonen A, Laaksonen M, Lahelma E, Lahti J, Lallukka T, Pietiläinen O, Rahkonen O, Mänty M. Työkuormitus, työ- ja toimintakyky. 20 vuoden seurantatutkimus ja kunta-alan työaltistematriisi. 2019. Työterveyslaitos. Helsinki.

Etuknwa A, Daniels K, Eib C. Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2019;29:679-700.

Feltner C, Peterson K, Weber Palmieri R, Cluff L, Coker-Schwimmer E, Viswanathan M, Lohr KN. The Effectiveness of Total Worker Health Interventions: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Annals of Internal Medicine* 2016;165(4).

Finanssivalvonta. Määräykset ja ohjeet 1/2016 Työkyvyttömyysriskin hallinta: Työeläkevakuutusyhtiöt. DnroFIVA 16/01.00/2015. [https://www.finanssivalvonta.fi/globalassets/fi/saantely/maarayskokoelma/2016/01\\_2016/2016\\_01\\_m1.pdf](https://www.finanssivalvonta.fi/globalassets/fi/saantely/maarayskokoelma/2016/01_2016/2016_01_m1.pdf)

Flynn JP, Gascon G, Doyle S, Matson Koffman DM, Saringer C, Grossmeier J, Tivnan V, Terry P. Supporting a culture of health in the workplace: a review of evidence-based elements. *American Journal of Health Promotion* 2018;32(8):1755-1788.

Franche RL, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005;15:525–542.

Gamble MJ, Dowler DL, Orslene LE. Assistive technology: Choosing the right tool for the right job. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2006;24:73-80.

Gjesdal S & Bratberg E. The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits. Results from a multiregister based prospective study in Norway 1990-1995. *European Journal of Public Health* 2002;12, 180-186.

Graig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Zarareth I & Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:a1655.

Granacher U, Wick C, Rueck N, Esposito C, Roth R, Zahner L. Promoting balance and strength in the middle-aged workforce. *International journal of sports medicine*. 2011;32:35-44.

Gould R, Polvinen A. 2006. Osaaminen. Teoksessa: Gould, R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 –tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos. Helsinki.

Grimani A, Aboagye E, Kwak L. The effectiveness of workplace nutrition and physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: a systematic review. *BMC Public Health* 2019;19:1676.

Haanpää M. Työkyvyn arviointi vakuutuslääkäriin näkökulmasta. TELA. Esitys 26.9.2018 Jyväskylä Luettu 8.4.2020.  
[https://www.tela.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/22513\\_Vakuutuslaakarit\\_Haanpaa.pdf](https://www.tela.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/22513_Vakuutuslaakarit_Haanpaa.pdf)

Haaramo P, Rahkonen O, Lahelma E, Lallukka T. The joint association of sleep duration and insomnia symptoms with disability retirement – a longitudinal, register-linked study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2012;38,427-435.

Hamling K, Jarden A, Schofield G. Recipes for occupational wellbeing: An investigation of the associations with wellbeing in New Zealand workers. *The New Zealand Journal of Human Resources Management* 2015; 5:151-173.

Heliskoski J, Humala H, Kopola R, Tonteri A, Tykkyläinen S. Vaikuttavuuden askelmerkit. *Sitran selvityksiä* 130/2018. Saatavana: <https://media.sitra.fi/2018/03/27105443/vaikuttavuuden-askelmerkit.pdf> Luettu: 25.8.2020.

Higgins A, O'Halloran P, Porter S. Management of long-term sickness absence: A systematic realistic review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2012;22:322-332. DOI:10.1007/s10926-012-9362-4.

Hoe VCW, Urquhart DM, Kelsall HL, Zamri EN, Sim MR. Ergonomic interventions for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck among office workers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018 Oct 23;10(10):CD008570. DOI: 10.1002/14651858.CD008570.pub3.

Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJN. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: A systematic literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2012;22:462-477.

Howarth A, Quesada J, Silva J, Judycki S, Mills PR. The impact of digital health interventions on health-related outcomes in the workplace: A systematic review. *Digital Health* 2018;4:1-18.

Härmä M, Karhula K, Ropponen A, Puttonen S, Koskinen A, Ojajärvi A, Hakola T, Pentti J, Oksanen T, Vahtera J ja Kivimäki M 2018. Association of changes in work shifts and shift intensity with change in fatigue and disturbed sleep: a within-subject study. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*. Doi:10.5271/sjweh.3730.

Ilmarinen J, Gould R, Järvisalo J, Järvisalo J. Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J & Koskinen S (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. ETK, Kela, KTL, TTL, Helsinki. 2006.

Jakobsen MD, Sundstrup E, Brandt M, Andersen LL. Factors affecting pain relief in response to physical exercise interventions among healthcare workers. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 2017;27:1854-1863.

Jarden R, Sandham M, Siegert RJ, Koziol-McLain J. Quality appraisal of workers' wellbeing measures: a systematic review protocol. *Systematic Reviews* 2018;7:240.

Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, Harvey SB. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine* 2016; 46:683-697.

Joensuu M, Mattila-Holappa P, Ahola K, Kivimäki M, Tuisku K, Koskinen A, Vahtera J, Virtanen M. Predictors of employment in young adults with psychiatric work disability. *Early Intervention in Psychiatry* 2019;13:1083–1089.

Juvonen-Posti P. Work-related rehabilitation for strengthening working careers. A multiperspective and mixed methods study of its mechanisms. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1468. University of Oulu. 2018.

Juvonen-Posti P, Joensuu M, Reiman A, Heusala T, Takala E-P, Ahonen G. Työkykyjohtaminen – johdettua yhdessä tekemistä. Tapaustutkimus käytännön johtamismenettelyistä ja taloudellisesta vaikuttavuudesta kunnallisessa liikelaitoksessa. Työterveyslaitos. Helsinki. 2014.

Juvonen-Posti P, Pesonen S, Toivio P. Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä. Työterveyslaitos, Helsinki 2014.

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, Helsinki.

Kecklund G, Axelsson J. Health consequences of shift work and insufficient sleep. *The British Medical Journal* 2016. Doi: 10.1136/bmj.i5210.

Kela. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. 2014. Luettu 8.4.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>

Kennedy CA, Amick III BC, Dennerlein JT, Brewer S, Catli S, Williams R, Serra C, Gerra F, Irvin E, Mahood Q, Franzblau A, Van Eerd D, Evanoff B, Rempel D. Systematic review of the role of occupational health and safety interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal symptoms, signs, disorders, injuries, claims and lost time. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2010;20:127-162.

Kettunen P. Vaikuttavuuden arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Turun kaupunki. Kaupunkitutkimusosasto. Tutkimusraportteja 2/2017. Saatavana: [https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/tutkimusraportti\\_2-2017.pdf](https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/tutkimusraportti_2-2017.pdf) Luettu: 25.8.2020.

Kietäväinen T. Kevan lakisääteinen työkyvyttömyysriskin vähentämiseen tähtäävä toiminta entistä merkittävämpää. Kevan blogi 20.11.2019. <https://www.keva.fi/blogi-kirjoitukset/kevan-lakisateinen-tyokyvyttomyysriskin-vahentamiseen-tahtaava-toiminta-entista-merkittavampaa/>

Knight C, Patterson M, Dawson J. Building work engagement: A systematic review and meta-analysis investigating the effectiveness of work engagement interventions. *Journal of Organizational Behavior* 2017;38:792-812.

Kristman VL, Shaw WS, Boot CR, Delclos GL, Sullivan MJ, Ehrhart MG. Hopkinton Conference Working Group on Workplace Disability Prevention. Researching complex and multi-level workplace factors affecting disability and prolonged sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2016; 26:399–416.

Kuoppala J, Lamminpää A. Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008a;40:796–804.

Kuoppala J, Lamminpää A, Liira J, Vainio H. Leadership, job well-being, and health effects: a systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2008b;50:904–915.



Kyyrä T, Paukkeri T. Does experience rating reduce sickness and disability claims? Evidence from policy kinks. *Journal of Health Economics* 2018b;61:178–92.

Laaksonen M, Rantala J, Liukko J, Polvinen A, Varis J, Kesälä M, Kuivalainen S. Company-level determinants of disability retirement: a multilevel study of Finnish private sector workplaces. *European Journal of Public Health* 2019;29(6):1062-1068.

Lacaille D, Sheps S, Spinelli JJ, Chalmers A, Esdaile JM. Identification of modifiable work-related factors that influence the risk of work disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004;51(5): 843–852.

Lagerveld S & Houtman I 2017. Verkkolähde: [https://oshwiki.eu/wiki/Return\\_to\\_Work\\_after\\_sick\\_leave\\_due\\_to\\_mental\\_health\\_problems](https://oshwiki.eu/wiki/Return_to_Work_after_sick_leave_due_to_mental_health_problems)

Lahelma E, Laaksonen M, Lallukka T, Martikainen P, Pietiläinen O, Saastamoinen P, Gould R, Rahkonen O. Working conditions as risk factors for disability retirement: a longitudinal register linkage study. *BMC Public Health* 2012, 12:309.

Laine P. Työhyvinvoinnin kehittäminen. Hyvän kehittämisen reunaehtoja tutkimassa. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 372/2013.

Laine P, Lindberg M, Silvennoinen H. Työhyvinvoinnista tarvitaan väestötason seurantatietoa – Työhyvinvoinnin käsite ja mittaamisen problematisointia ja kehittelyä. *Hallinnon Tutkimus* 2016;35: 297–303.

Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä. 552/2019. Annettu Helsingissä 26 päivänä huhtikuuta 2019.

Lederer V, Loisel P, Rivard M, Champagne F. Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability. A scoping review of published definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2014;24(2):242-267.

Lefever M, Decuman S, Perl F, Braeckman L, Van de Velde D. The efficacy and efficiency of disability management in job-retention and job-reintegration. A systematic review 2018;59:501-534.

Leinonen T, Solovieva S & Viikari-Juntura E. Työkyvyttömyyteen ja osatyökyvyttömyyteen liittyvät etuudet ja järjestelmät. Teoksessa Alasalmi J, Busk H, Kauhanen A, Leinonen T, Solovieva S, Valkonen T, Viikari-Juntura E. Työpolitiikka ja työllisyysaste: tutkimukseen perustuvia johtopäätöksiä. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta 2020:33.

Lerner D, Rodday AM, Cohen JT, Rogers WH. A systematic review of the evidence concerning the economic impact of employee-focused health promotion and wellness programs. *Journal of Occupational Environmental Medicine* 2013;55:209–222.

Leskelä R-L, Haavisto I, Jääskeläinen A, Helander N, Sillanpää V, Laasonen V, Ranta T & Torkki P. 2019. Tietojohdaminen ja sen kehittäminen: tietojohdamisen arviointimalli ja suosituksia maakuntavalmistelun pohjalta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisu 2019:42.

Liuhamo, M. Pienyritysten kehittäminen ja työhyvinvointi. Esitutkimuksen raportti. Työterveyslaitos Helsinki 2015. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126947/KOKO\\_Pienyritysten%20kehitt%C3%A4mine n%20ja%20ty%C3%B6hyvinvointi\\_uusi.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126947/KOKO_Pienyritysten%20kehitt%C3%A4mine n%20ja%20ty%C3%B6hyvinvointi_uusi.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Lomas T, Medina JC, Ivtzan I, Rupprecht S, Eiroa-Orosa FJ. Mindfulness-based interventions in the workplace: An inclusive systematic review and meta-analysis of their impact upon wellbeing. *The Journal of Positive Psychology* 2018. Doi: 10.1080/17439760.2018.1519588.

Lusa S, Punakallio A, Mänttari S, Korhakangas E, Oksa J, Oksanen T, Laitinen J. Interventions to promote work ability by increasing sedentary workers' physical activity at workplaces – a scoping review. *Applied Ergonomics* 2020;82:102962.

MacEachen E, Clarke J, Franche R-L, Irvin E, Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2006;32(4):257-269.

Martimo KP, Shiri R, Miranda H, Ketola R, Varonen H, Viikari-Juntura E (2010). Effectiveness of an ergonomic intervention on productivity of workers with upper extremity disorders: a randomised controlled trial. *Scand Journal of Work, Environment and Health* 2010;36(1):25–33.

Mattila-Holappa P. Mental health and labour market participation among young adults. *Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 2018:152. Saatavana: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/246119/Tutkimuksia152.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Luettu: 26.5.2020.

Meyers MC, Woerkom van M, Bakker AB. The added value of the positive: A literature review of positive psychology interventions in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2013;22(5):618-632.

Miglianico M, Dubreull P, Miquelon P, Bakker AB, Martin-Krumm C. Strength use in the workplace: a literature review. *Journal of Happiness Studies* 2020;21:737-764.

Mikkelsen Bjornskov M, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occupational and Environmental Medicine* 2018;75:675-686.

Montano D, Hoven H, Siegrist J. Effects of organizational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health* 2014;14:135.

Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O'Caithan A, Tinati T, Wight D, Baird J. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council Guidance. *BMJ* 2015;350:h1258.

Neil-Sztramko SE, Pahwa M, Demers PA, Gotay CC. Health-related interventions among night shift workers: a critical review of the literature. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2014;40(6):543-556.

Neuhaus M, Healy GN, Dunstan DW, Owen N, Eakin EG. Workplace sitting and height-adjustable workstations: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine* 2014;46(1):30-40.

Nevala N, Pehkonen I, Koskela I, Ruusuvoori J, Anttila H. Workplace Accommodation Among Persons with Disabilities: A Systematic Review of Its Effectiveness and Barriers or Facilitators. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2015;25(2):432-448.

Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2014;12.

Nielsen K, Nielsen MB, Ogbonnaya C, Käsälä M, Saari E, Isaksson K. Workplace resources to improve both employee well-being and performance: A systematic review and meta-analysis. *Work & Stress* 2017;31(2):101-120.

Nissinen S, Seppänen S, Takala E-P, Kaleva S, Leino T (2016) Tietojen vaihto kuntoutusyhteistyössä. Tietojärjestelmät työntekijän kuntoutusprosessin tukena. Työterveyslaitos. Tampere. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131628/Tietojen vaihto kuntoutusyhteisty%C3%B6s%20s%C3%A4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131628/Tietojen_vaihto_kuntoutusyhteisty%C3%B6s%20s%C3%A4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Notkola V, Pajunen A, Leino-Arjas P. Telineet, tehdas vai toimisto - tutkimus ammattiryhmittäisestä kuolleisuudesta ja työkyvyttömyydestä. Tilastokeskus, Helsinki. 1995.

Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-267.

Odeen M, Magnussen LH, Maeland S, Larun L, Eriksen HR, Tveito TH. Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occupational Medicine* 2013;63:7–16.

Oksanen T ja työryhmä. Ohjeistus sairauspoissaolon tarpeen ja keston arviointiin lääkäreille Ohjeistuksen laadinnan mahdollisuutta arvioivan työryhmän loppuraportti. Työterveyslaitos, 2016. Saatavana: <https://www.julkari.fi/handle/10024/131067>. Luettu: 25.8.2020.

Øverland S, Grasdahl AL, Reme SE. Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Occupational & Environmental Medicine* 2018;75(10):703-708.

Park S-H & Kim S-Y. Effectiveness of worksite-based dietary interventions on employees' obesity: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition Research and Practice* 2019;13(5):399-409.

Pehkonen I, Turunen J, Juvonen-Posti P, Henriksson L, Vihtonen T, Seppänen J, Liira J, Uitti J, Leino T. Yhteistyöllä tulosta työkykyjohtamisessa. Moniaineisto- ja monimenetelmä tutkimus., Helsinki: Työterveyslaitos; 2017. Saatavana: <https://www.julkari.fi/handle/10024/132028>. Luettu: 25.8.2020.

Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: Update VIII 2008 to 2010. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 2011 Nov;53(11):1310-1331.

Pensola T, Gould R, Polvinen A. Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennuksen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2010:16, Helsinki.

Pesola AJ, Laukkanen A, Heikkinen R, Sipilä S, Sääkslahti A, Finni T. Accelerometer-assessed sedentary work, leisure time and cardio-metabolic biomarkers during one year: Effectiveness of a cluster randomized controlled trial in parents with a sedentary occupation and young children. *PLoS ONE* 2017;12(8):e0183299.

Pieper C, Schröer S, Eilerts AL. Evidence of workplace interventions – A systematic review of systematic reviews. *International journal of environmental research and public health* 2019; 16:3553.

Pihlajamäki M, Uitti J, Arola H, Korhonen M, Nummi T, Taimela S. Self-reported health problems in a health risk appraisal predict permanent work disability: a prospective cohort study of 22,023

employees from different sectors in Finland with up to 6-year follow-up. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2020;93:445-456.

Pomaki G, Franche R, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen TM. Workplace work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2012;22(2):182-195.

Prieske O, Dalager T, Herz M, Hortobagyi T, Sjogaard G, Sogaard K, Granacher U. Effects of physical exercise training in the workplace on physical fitness. A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine* 2019;49:1903-1921.

Proper KL, Van Oostrom SH. The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – a systematic review of reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2019;45(6):546-559.

Pulkkinen I, Kinnunen M-L (2001) Lapsesta aikuiseksi: 42-vuotiaiden terveystutkimus 2001 (elektroninen aineisto). FSD2201, versio 1.0 (2007-09-18). Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.

Pulkkinen I, Kinnunen M-L, Kokko K. Lapsesta aikuiseksi: 50-vuotiaiden terveystutkimus 2009 (elektroninen aineisto). FSD2619, versio 1.0 (2011-06-01). Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.

Reme SE, Grasdal AL, Løvvik C, Stein AL, Øverland S. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational Environmental Medicine* 2015;72:745-752.

Remes M. Työkyvyn puolustajat. *Työeläke* 2020;2:4-8.

Riemer-Reiss ML & Wacker RR. Factors associated with assistive technology discontinuance among individuals with disabilities. *Journal of Rehabilitation* 2000;66(3):44-50.

Rinne H, Parkkinen M, Shemeikka R, Ilomäki T, Notkola V. Kuolleisuus ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen palkansaajilla ammateittain Suomessa 2001–2015. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 90/2018.

Rivilis I, Eerd DV, Cullen K, Cole DC, Irvin E, Tyson J, Mahood Q. Effectiveness of participatory ergonomic interventions on health outcomes: A systematic review. *Applied Ergonomics* 2008;39:342-358.

Rongen A, Robroek SJW, Lenthe van FJ, Burdorf A. Workplace health promotion. A meta-analysis of effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine* 2013;44(4):406-415.

Ropponen A, Käsälä M, Rantanen J, Toppinen-Tanner S. Organizational initiatives for promoting employee work-life reconciliation over the life course. A systematic review of intervention studies. *Nordic journal of working life studies* 2016;6(3):79-100.

Rumrill P, Fraser RT, Johnson KL. Employment and workplace accommodation outcomes among participants in a vocational consultation service for people with multiple sclerosis. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2013;39:85-90.

Sairauspoissaolon tarpeen arviointi. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Verkostovaliokunnan asettama työryhmä. Helsinki 2019. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 20.8.2020. Saatavana: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)

Salonen L, Blomgren J, Laaksonen M, Niemelä M. Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes: a register-based study of a working-age cohort in Finland in 2007–2014. *BMJ Open* 2018;8:e020491. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5942421/pdf/bmjopen-2017-020491.pdf> Luettu: 26.5.2020.

Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Terveiden edistämisen keskus ry. Saatavana: [https://soste.sivuviidakko.fi/media/pdf/terveyden\\_edistaminen\\_esimerkein\\_2005.pdf](https://soste.sivuviidakko.fi/media/pdf/terveyden_edistaminen_esimerkein_2005.pdf) Luettu: 3.8.2020.

Schartz HA, Hendricks DJ, Blank P. Workplace accommodations: evidence-based outcomes. *Work* 2006;27:345-354.

Schiller H, Lekander M, Rajaleid K, Hellgren C, Åkerstedt T, Barck-Holst P, Kecklund G. The impact of reduced worktime on sleep and perceived stress – a group randomized intervention study using diary data. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2017. Doi:10.5271/sjweh.3610.

Schreuer N, Myhill WN, Aratan-Bergman T, Samant D, Blanck P. Workplace accommodations: Occupational therapists as mediators in the interactive process. *Work* 2009;33:1-12.

Selinheimo S, Vuokko A. Sisäympäristössä ilmenevät oireet – hallintakeinoja laaja-alaisen oireiluun. *Työterveyslääkäri* 2015;4:41-44.

Shrestha N, Kukkonen-Harjula KT, Verbeek JH, Ijaz S, Hermans V, Pedisic Z. Workplace interventions for reducing sitting at work (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;12. Art.No.: CD010912. DOI: 10.1002/14651858.CD010912.pub5.

Skakon J, Nielsen K, Borg V, Gucman J. Are leaders' well-being behaviours and style associated with the affective well-being of employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress* 2010;24(2):107-139.

Solovieva TI, Dowler DL, Walls RT. Employer benefits from making workplace accommodations. *Disability and Health Journal* 2011;4:39-45.

Sørensen OH & Holman D. A participative intervention to improve employee well-being in knowledge work jobs: A mixed-methods evaluation study. *Work & Stress* 2014;28(1):67-86.

Steenstra I, Cullen K, Irvin E, Van Eerd D and IWH Older Worker Research team. A systematic review of interventions to promote work participation in older workers. *Journal of Safety Research* 2017;60:93-102.

Stratton E, Lampit A, Choi I, Calvo R.A, Harvey SB. Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2017;12(12):e0189904.

Ståhl T. Terveiden edistämisen vaikuttavuus ja mittaaminen. *Duodecim* 2017;133:971-3.

Sundstrup E, Seeberg KGV, Bengtzen E, Andersen LL. A Systematic review of workplace interventions to rehabilitate musculoskeletal disorders among employees with physical demanding work. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2020. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09879-x>

Tan L, et al. Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace. *BMC Med* 2014;12:74.

Terveystalo. Näin Suomi voi: Joka neljännellä 40–45-vuotiaalla on merkittävä työkykyyn vaikuttava riski. 2020. Saatavana: <https://www.terveystalo.com/fi/Sijoittajat/Tiedotteet/?crd=B072CBCC5F8F10E6>. Luettu: 6.5.2020.

Toppinen-Tanner S, Böckerman P, Mutanen P, Martimo K-P, Vuori J. Preventing sickness absence with career management intervention. A randomized controlled field trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2016;58(12):1202-1206.

Watson D, Tregaskin O, Gedikli C, Vaughn O, Semkina A. Well-being through learning: a systematic review of learning interventions in the workplace and their impact on well-being. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2018;27(2):247-268.

Weerasakara YK, Roberts SB, Kahn MA, LaVertu AE, Hoffman B, Das SK. Effectiveness of workplace weight management interventions: a systematic review. *Current Obesity Reports* 2016;5:298-306.

Van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HCW, Franche RL, Boot CRL, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave (Review). *Cochrane database of systematic reviews* 2015;10.

Vedeler JS & Schreuer N. Policy in action: Stories on the workplace accommodation process. *Journal of Disability Policy Studies* 2011;22(2):95-105.

Verbeek JH, Martimo K-P, Karppinen J, Kuijer P, Viikari-Juntura E, Takala E-P. Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database of systematic Reviews* 2011;6. DOI: 10.1002/14651858.CD005958.pub3.

Viikari-Juntura E, Virta LJ, Kausto J, Autti-Rämö I, Martimo K-P, Laaksonen M, Leinonen T, Husgafvel-Pursiainen K, Burdorf A, Solovieva S. Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland. *Scandinavian Journal of Environmental Health* 2017;43(5):447-456.

Vooijs M, Leensen MCJ, Hoving JL, Wind H, Frings-Dresen MHW. Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews. *Occupational and Environ Med* 2015;72:820-826.

Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, Poppel van MNM, Anema JR. A developmental conceptualization of return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005;15(4). DOI:10.1007/s10926-005-8034-z.

Yunus wan Mohd WMA, Musiat P, Brown JSL. Systematic review of universal and targeted workplace interventions for depression. *Occupational Environmental Medicine* 2018;75:66-75.

## LIITE 1

Taulukko 1. Kirjallisuusselvityksessä hyödynnetyt artikkelit, niiden tutkimusasetelmat ja kohderyhmät.

Artikkeli	Tutkimusasetelma	Kohderyhmä
<b>Abdin ym. 2018, UK</b>	Systemaattinen katsaus; RCT-tutkimuksia 3/5	Toimistotyöntekijät
<b>Ahola ym. 2016, Suomi</b>	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 8/14	Työuupumukseen sairastuneet työntekijät
<b>Andrén &amp; Svensson 2012, Ruotsi</b>	Rekisteritutkimus	TULE-sairauksien vuoksi sairauslomalla olleet työntekijät
<b>Axén ym. 2020, Ruotsi</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 25/44	Työntekijät, joilla on riski sairastua tai joilla on diagnosoitu tyypillinen mielenterveyden häiriö
<b>Baldrige ja Veiga 2006, USA</b>	Poikkileikkaustutkimus	Kuulovammaiset työssäkäyvät (n=229)
<b>Balser 2007, USA</b>	Vertaileva poikkileikkaustutkimus	Liikuntavammaiset työssäkäyvät (n=522)
<b>Balser &amp; Harris 2008, USA</b>	Poikkileikkaustutkimus	Liikuntavammaiset, joiden työtä muokattu (n=333)
<b>Barlett ym. 2018, UK</b>	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 23/23	Työntekijät
<b>Bhui ym. 2011, UK</b>	Katsaus katsauksista; 23 systemaattista katsausta	Työntekijät
<b>Cancelliere ym. 2016, Kanada</b>	Systemaattinen katsaus; /56	Sairauden tai trauman jälkeen työhön palaavat
<b>Carolan ym. 2017, UK</b>	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 21/21	Yli 18 pääasiassa tietotyötä tekevät
<b>Chapman 2012, USA</b>	Meta-arviointi; 62 tutkimusta	Työntekijät
<b>Commissaris ym. 2015, Alankomaat</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 4/40	Eri alojen työntekijät
<b>Cullen ym. 2018, Kanada</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 19/36	Työntekijät, jotka sairauslomalla tuki- ja liikuntaelinvaihan, kivun tai mielenterveyshäiriön vuoksi
<b>Daniels ym. 2017, UK</b>	Systemaattinen katsaus; 8	Kehittyneiden teollisuusmaiden työntekijät
<b>Del Pozo-Cruz ym. 2012a</b>	RCT	Ei-akuutista alaselkävivusta kärsivät toimistotyöntekijät (n=100)
<b>Del Pozo-Cruz ym. 2012b</b>	RCT	Ei-akuutista alaselkävivusta kärsivät toimistotyöntekijät (n=100)
<b>Demou ym. 2018, UK</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 11/22	Vuorotyöntekijät
<b>Dibben ym. 2018, UK</b>	Narratiivinen katsaus; 154 tutkimusta	Tuki- ja liikuntaelinsairauksista ja kardiorespiratorisista sairauksista sekä mielenterveydenhäiriöistä kärsivät työntekijät

Artikkeli	Tutkimusasetelma	Kohderyhmä
<b>Donaldson-Feilder ym. 2019, UK</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 0/19	Johtotason työntekijät
<b>Driessen ym. 2010, Alankomaat</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 10/10	Työntekijät
<b>Dunstan ja MacEachen 2013, Australia</b>	Kokeellinen laadullinen tutkimus	Työn muokkausta ja kollegan tukea saaneet työntekijät (n=13)
<b>Etuknwa ym. 2019, UK</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 18/21	TULE-sairauksien ja tyypillisimpien mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauslomalla olevat työntekijät
<b>Feltner ym. 2016, USA</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 12/24	Yli 18-vuotiaat työntekijät
<b>Flynn ym. 2018, USA</b>	Katsaus, jossa 95 standardoitua tutkimusta 10 systemaattista katsausta	Työpaikkojen terveystuuri
<b>Franche ym. 2005, Kanada</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 4/10	Tule-sairauksista tai muista kiputiloista kärsivät työntekijät
<b>Gamble ym. 2006, USA</b>	Monimenetelmällinen tutkimus	Työnantajat ja kuntoutuksen ammattilaiset
<b>Granacher ym. 2011, Sveitsi</b>	Kontrolloitu interventiotutkimus	Keski-ikäiset toimistotyöntekijät (n=32)
<b>Grimani ym. 2019, Ruotsi</b>	Systemaattinen katsaus; RCT-tutkimuksia 19/39	Työssäkäyvät aikuiset
<b>Higgins ym. 2012, UK</b>	Systemaattinen realistinen katsaus; 269 tutkimusta	Pitkään sairaslomalla olleet työntekijät
<b>Hoe ym. 2018, Malesia</b>	Cochrane-katsaus; RCT 15/15	TULE-vaivoista kärsivät toimistotyöntekijät
<b>Hoefsmits ym. 2012, Alankomaat</b>	Systemaattinen katsaus; 23 tutkimusta	Sairauslomalla olevat työntekijät
<b>Howarth ym. 2018, UK</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 22/22	Yli 18-vuotiaat eri alojen työntekijät
<b>Härmä ym. 2018, Suomi</b>	Seurantatutkimus	Vuorotyöntekijät (n=7727)
<b>Jakobsen 2017, Tanska</b>	RCT	Terveystuon työntekijät
<b>Joyce ym. 2016, Australia</b>	Systemaattinen meta-katsaus; 20 tutkimusta	Työntekijät, joilla diagnosoitu masennus, ahdistuneisuus tai molemmat
<b>Juvonen-Posti ym. 2014, Suomi</b>	Tapaustutkimus	Oulun kaupungin liikelaitos
<b>Juvonen-Posti 2018, Suomi</b>	Monimenetelmällinen tutkimus	Työhön liittyvään kuntoutukseen osallistuneet (n=140)
<b>Kecklund &amp; Axelsson 2016, Ruotsi</b>	Pääasiassa systemaattisiin ja meta-analyysiin perustuva katsaus; RCT 1/62	Vuorotyöntekijät
<b>Kennedy ym. 2010, Kanada</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 23/36	Tule-oireiset työntekijät
<b>Knight ym. 2017, UK</b>	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 1/20	Julkisen ja yksityisen sektorin työntekijät
<b>Kristman ym. 2016, Kanada</b>	Osallistava toimintatutkimus	Työssäkäyvät eri terveysongelmista kärsivät työntekijät



Artikkeli	Tutkimusasetelma	Kohderyhmä
Kuoppala ym. 2008a, Suomi	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 24/45	Työikäiset
Kuoppala ym. 2008b, Suomi	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 1/27	Työikäiset
Lacaille ym. 2004, Kanada	Kyselytutkimus	18-65 -vuotiaat reumaa sairastavat työntekijät (n=581)
Lagerveld & Houtman 2017, Alankomaat	Katsaus	Mielenterveyshäiriötä sairastavat työntekijät
Lefever ym. 2018, Belgia	Systemaattinen katsaus; RCT 3/28	Erilaisten vaivojen vuoksi osa-aikatyötä tekevät
Lerner ym. 2013, USA	Systemaattinen katsaus; RCT 6/44	Eri alojen työntekijät
Lomas ym. 2018, UK	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 35/35	Eri alojen työntekijät
Lusa ym. 2020, Suomi	Kartoittava katsaus; RCT 25/29	Istumatyöntekijät
MacEachen ym. 2006, Kanada	Systemaattinen katsaus: 13 tutkimusta	Tule-sairauksien tai kipujen vuoksi sairauslomalla olleet työntekijät
Martimo ym. 2010, Suomi	RCT	Yläraajasairauksista kärsivät työntekijät (n=177)
Mattila-Holappa ym. 2018, Suomi	Rekisteritutkimus	Mielenterveyden häiriöiden vuoksi määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä olevat nuoret aikuiset
Meyers ym. 2013, Hollanti	Systemaattinen katsaus; RCT 0/15	Eri alojen työntekijät
Miglianico ym. 2020, Kanada	Katsaus, 27 tutkimusta	Eri alojen työntekijät
Mikkelsen & Rosholm 2018, Tanska	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 31/42	Sairauslomalla olevat työntekijät, joilla mielenterveydenhäiriötä
Montano ym. 2014, Saksa	Systemaattinen katsaus; RCT 6/39	Organisaatiot
Neil-Sztramko ym. 2014, Kanada	Kriittinen kirjallisuuskatsaus; RCT	Vuorotyöntekijät
Neuhausin ym. 2014, Australia	RCT	20-65 -vuotiaat toimistotyöntekijät
Nevala ym. 2015, Suomi	Systemaattinen katsaus	18-68 -vuotiaat osatyökykyiset
Nielsen ym. 2017, UK	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 0/84	Työntekijät ja esimiehet
Niewenhuijsen ym. 2014, Hollanti	Cochrane-katsaus; RCT 23/23	Masennuksesta kärsivät työntekijät
Odeen ym. 2013, Norja	Systemaattinen katsaus; RCT 17/17	Yli 18-vuotiaat työntekijät
Øverland ym. 2018, Norja	RCT	Mielenterveyden häiriöistä kärsivät työntekijät
Park & Kim 2019, Korea	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 7/7	Työntekijät, joilla BMI >25

Artikkeli	Tutkimusasetelma	Kohderyhmä
<b>Pelletier 2011, USA</b>	Katsaus; RCT 7/27	Työntekijät ja työpaikat
<b>Pesola ym. 2017, Suomi</b>	RCT-tutkimus	Toimistotyötä tekevät pienten lasten vanhemmat
<b>Pieper ym. 2019, Saksa</b>	Systemaattinen katsaus systemaattisista katsauksista; 74 katsausta, joissa yhteensä 546 katsausta ja näissä 32% RCT-tutkimuksia	Mielenterveys, tule, ikääntyvät työntekijät
<b>Pomaki ym. 2012, Kanada</b>	Katsaus: RCT 4/7	Yleisten mielenterveyshäiriöiden (masennus ja ahdistuneisuus) vuoksi sairauslomalla olevat työntekijät
<b>Prieske ym. 2019, Sveitsi</b>	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 17/19	30-56 -vuotiaat eri alojen työntekijät
<b>Proper &amp; Van Oostrom 2019, Alankomaat</b>	Systemaattinen katsaus katsauksista; 23 tutkimusta	Diabetes II, sydän- ja verisuonisairauksista, tule-sairauksista ja mielenterveyden häiriöitä sairastavat työntekijät
<b>Reme ym. 2015, Norja</b>	RCT	18-60 -vuotiaat työntekijät, joilla vaikeuksia työhön osallistumisessa tyypillisimpien mielenterveyshäiriöiden vuoksi
<b>Riemer-Reiss &amp; Wacker 2000, USA</b>	Poikkileikkaustutkimus	Apuvälineteknologiaa käyttävät (n=115)
<b>Rivilis ym. 2008, Kanada</b>	Systemaattinen katsaus; 12	Eri alojen työntekijät
<b>Rongen ym. 2016, Hollanti</b>	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 18/18	Eri alojen työntekijät
<b>Ropponen ym. 2016, Suomi</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 5/11	Eri alojen työntekijät
<b>Rumrill ym. 2013, USA</b>	Seurantatutkimus	Aikuiset, joilla todettu MS-tauti (n=41)
<b>Schartz ym. 2006, USA</b>	Haastattelututkimus	Amerikkalaiset työnantajat (n=890)
<b>Shrestha ym. 2018, Australia</b>	Cochrane-katsaus; RCT 17/34	Yli 18-vuotiaat istumatyötä tekevät työntekijät
<b>Skakon ym. 2010, Tanska</b>	Systemaattinen katsaus; 49 tutkimusta, joista 43 poikkileikkaustutkimuksia	Esimiehet ja työntekijät
<b>Solovieva ym. 2011, USA</b>	Online-kyselytutkimus; 229 vastaajaa	Työnantajat ja HR-ammattilaiset
<b>Sørensen ym. 2014, Tanska</b>	Monimenetelmällinen arviointitutkimus	Tietotyöntekijät kuudessa tanskalaisessa organisaatiossa
<b>Steenstra ym. 2017, Kanada</b>	Systemaattinen katsaus; 9/14	Ikääntyneet työntekijät
<b>Stratton ym. 2017, UK</b>	Systemaattinen katsaus ja MA; RCT 22/23	Yli 18-vuotiaat työntekijät
<b>Sundstrup ym. 2020, Tanska</b>	Systemaattinen katsaus: RCT 36/78	Fyysisesti vaativaa työtä tekevät työntekijät ja joilla TULE-vaivoja
<b>Tan ym. 2014, Australia</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 9/9	18-65 -vuotiaat työssä käyvät työntekijät

Artikkeli	Tutkimusasetelma	Kohderyhmä
<b>Toppinen-Tanner ym. 2016, Suomi</b>	RCT	Eri alojen työntekijät
<b>Van Vilsteren ym. 2015, Alankomaat</b>	Cochrane-katsaus; RCT 14/14	Tule- ja mielenterveyssyistä sekä syövän vuoksi sairauslomalla olleet työntekijät
<b>Watson ym. 2018, UK</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 3/41	Esimiehet ja työntekijät
<b>Vedeler ja Schreuer 2011, Norja</b>	Vertailututkimus	Amerikkalaiset ja norjalaiset työntekijät, joilla liikuntavamma
<b>Weerasakara ym. 2016, USA</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 23/23	Eri alojen työntekijät
<b>Verbeek ym. 2011, Suomi</b>	Cochrane-katsaus: RCT 18/18	16-70-vuotiaat työntekijät, jotka altistuvat työssään selkävaurioille esim. nostojen vuoksi
<b>Viikari-Juntura ym. 2017, Suomi</b>	Näennäiskokeellinen tutkimus	Kelan osasairauspäivärahaa TULE- tai MT-syistä saaneet työikäiset
<b>Vilsteren van ym. 2015, Alankomaat</b>	Cochrane-katsaus: RCT 14/14	Sairauslomalla olevat työntekijät
<b>Vooijs ym. 2015, Alankomaat</b>	Systemaattinen katsaus katsauksista; 9 tutkimusta	Pitkäaikaissairaat työntekijät riippumatta diagnoosista
<b>Yunus wan Mohd ym. 2018, UK</b>	Systemaattinen katsaus; RCT 22/22	18-65-vuotiaat työntekijät
<b>Young ym. 2005, USA</b>	Katsaus: 38 tutkimusta	Työhön palaajat