



Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy

Valtiontalouden tarkastusviraston
toiminnantarkastuskertomus 177/2008



Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy

ISSN 1796-9506 (nid.)
ISSN 1796-9514 (PDF)
ISBN 978-952-499-070-7 (nid.)
ISBN 978-952-499-071-4 (PDF)

Edita Prima Oy
Helsinki

Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus

Dnro 367/54/07

Valtiontalouden tarkastusvirasto on suorittanut tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen työterveyshuoltoa ja alkoholihaittojen ehkäisyä koskeneen tarkastuksen. Tarkastus on tehty tarkastusviraston toiminnantarkastuksesta antaman ohjeen mukaisesti.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sosiaali- ja terveysministeriölle sekä tiedoksi eduskunnan tarkastusvaliokunnalle, valtiovarainministeriölle ja valtiovarain controller -toiminnolle.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimenpiteisiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen huomautusten johdosta on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2011.

Helsingissä 4. päivänä joulukuuta 2008

Ylijohtaja Jarmo Soukainen

Toiminnantarkastuspäällikkö Armi Jämsä

Asiasanat:

työterveyshuolto, ehkäisevä toiminta, työterveyshuollon kustannukset,
alkoholihaittojen ehkäisy työterveyshuollossa

Sisällys

Tiivistelmä	7
Resumé	10
1 Johdanto	15
2 Tarkastusasetelma	18
2.1 Tarkastuskohteen kuvaus	18
2.1.1 Työterveyshuoltojärjestelmä	18
2.1.2 Korvausjärjestelmän rahoitus	20
2.1.3 Työterveyshuollon taloudellinen merkitys	23
2.1.4 Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset	26
2.2 Tarkastuskysymykset	27
2.3 Tarkastuskriteerit	28
2.4 Tarkastuksen aineistot ja menetelmät	32
3 Tarkastushavainnot	33
3.1 Lain tarkoituksen toteutuminen	33
3.1.1 Ehkäisevä toiminta jää sairaanhoidon varjoon	33
3.1.2 Palveluiden laatu ja saatavuus vaihtelevat	44
3.2 Kustannusten seuranta ja ohjaus	50
3.2.1 Kustannukset ovat kasvaneet arvioitua enemmän	50
3.2.2 Ehkäisevä toiminta ja kustannukset harvoin esillä neuvottelukunnassa	53
3.2.3 Järjestelmän ohjausvastuut	55
3.2.4 Työterveyshuoltoon kaivataan yhdenmukaista toimintatapaa	57
3.3 Alkoholiongelmien ehkäisy työterveyshuollossa ja työpaikoilla	59
3.3.1 Alkoholi haittaa suomalaista työelämää	59
3.3.2 Työterveyshuollon ehkäisevä päihdetyö on riittämätöntä	62
3.3.3 Alkoholihaittojen ehkäisy työpaikoilla on vähäistä	70
3.4 Alkoholiohjelman vaikutukset työterveyshuoltoon ja työelämään	76
3.4.1 Tavoitteena yhteistyön lisääminen	76
3.4.2 Mini-interventiohanke tavoitti 40 % työterveyshuolloista	77
3.4.3 Huugo-hankkeen vaikutuksista ei ole näyttöä	80
3.4.4 Haasteena toimintojen vakiinnuttaminen	81
3.4.5 Alkoholiohjelma ei ole yhdistänyt toimijakenttää tavoitellulla tavalla	82
4 Tarkastusviraston kannanotot	91

Lähteet

101

Liitteet

111

Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy

Tarkastuksessa selvitettiin vuonna 2002 uudistetun työterveyshuoltolain tavoitteiden toteutumista. Työterveyshuoltolaki painottaa ehkäiseviä toimenpiteitä, joiden järjestäminen ja kustantaminen on työnantajalle pakollista. Halutessaan työnantaja voi sisällyttää palveluihin sairaanhoitoa.

Työterveyshuollon välillinen vaikutus valtiontalouteen on huomattava, sillä ennalta ehkäisyä korostava työterveyshuolto voi osaltaan edistää työikäisen väestön terveyttä ja vähentää pitkäaikaissairauksista aiheutuvia kustannuksia.

Tarkastuksessa on käsitelty työterveyshuoltoa ja alkoholihaittojen vähentämistä kokonaisuutena, jolloin esimerkiksi valtion henkilöstön työterveyshuoltoa ei ole erikseen tarkasteltu.

Suomessa työterveyshuolto on työssäkäyvälle väestölle merkittävä osa terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Työterveyshuollon piiriin kuuluu 1,8 miljoonaa työntekijää, joista yli 90 prosentille palvelut sisältävät myös sairaanhoidon. Työterveyspalveluja tuottavat työnantajien omat työterveysasemat, lääkärikeskukset ja terveyskeskukset. Kukin näistä vastaa noin puolen miljoonan työntekijän työterveyshuollosta.

Tarkastus osoitti, että työterveyshuoltolaki on selkeä ja antaa toiminnalle hyvät puitteet. Työterveyshuollon toimintatapa ei kuitenkaan vastaa kaikilta osin lainsäädännön tavoitteita. Työterveyshuolto painottuu edelleen voimakkaasti sairaanhoitoon. Esimerkiksi työterveyshuollon perustana olevat työpaikkaselvitykset eivät ole lain myötä lisääntyneet. Ehkäisevän toiminnan pysyessä ennallaan sairaanhoitokäynnit lääkäreille samoin kuin laboratoriotutkimukset ja radiologisten tutkimusten määrät ovat jatkuvasti kasvaneet.

Lainmuutoksen jälkeen työterveyshuollon kustannukset ovat kasvaneet tavoiteltua enemmän. Vuonna 2005 työterveyshuollon kustannukset olivat 426 miljoonaa euroa. Työnantajille tästä korvattiin 188 miljoonaa euroa. Korvaukset rahoitetaan sairausvakuutuksen työtulovakuutuksella. Huolimatta siitä, että ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista työnantajille korvataan 60 % ja sairaanhoidon kustannuksista 50 %, suurin osa (60 %) työterveyshuollon kustannuksista koituu sairaanhoidosta.

Järjestelmää ohjaava sosiaali- ja terveysministeriö ja korvausten maksamisesta vastaava Kansaneläkelaitos perustelevat työterveyshuollon sairaanhoitoa sillä, että sen avulla saadaan korvaamatonta tietoa ehkäisevän työn tueksi. Työterveyslaitoksen ohjeen mukaan sairauksia hoidettaessa täytetään usein lakisääteisen työterveyshuollon velvollisuuksia, kuten tie-

tojen anto ja ohjaus tai kuntoutustarpeen arviointi. Käytännössä valtaosa esimerkiksi lääkäreiden työajasta menee sairaanhoitoon. Myös työterveyshuollon asiakas arvostaa nopeaa sairausvastaanotolle pääsyä. Työterveyshuollon palveluja tuottavat tällä hetkellä yhä enemmän sairaanhoitoon panostavat lääkärikeskukset, joille tuotto kertyy sairaanhoidosta ehkäisevää työterveyshuoltoa helpommin.

Työterveyshuoltojärjestelmän keskeinen ongelma on suuret erot palveluiden laadussa ja saatavuudessa. Työterveyshuollon asiakkaat arvostavat erityisesti yksityiseltä saamaansa palvelua. Tarkastuksen perusteella palvelun laatu vaihtelee suuresti myös yksityisissä yksiköissä. Kunnallisten työterveysyksiköiden ongelmana ovat puolestaan yksiköiden pienuus ja henkilöstön osa-aikaisuus. Toimintaedellytysten odotetaan parantuvan kunta- ja palvelurakennemuutoksen ja suurempien yksiköiden myötä. Toistaiseksi kunnallisen työterveyshuollon tulevaisuus näyttää epävakaa erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomessa. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön tulee ohjauksessaan toimia niin, että työterveyshuollon laatu- ja palvelueroja saadaan kavennettua.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kansaneläkelaitos eivät ole kiinnittäneet huomiota siihen, että järjestelmä aiheuttaa huomattavan suuret sairaanhoidokustannukset, kun tarkoitus on ensisijassa turvata ehkäisevät terveystalvet kaikille työntekijöille. Järjestelmän ohjaajat eivät ole pitäneet ongelmana myöskään sitä, että eri palveluntuottajat tuottavat työterveyshuoltoa erilaisin hinnoin. Sairaanhoito- ja laboratoriokustannukset huomioiden kalleinta työterveyshuolto on lääkärikeskuksissa.

Viisi suurinta lääkärikeskusten ketjua tuottaa palvelut viidennekselle työterveyshuollon henkilöasiakkaista. Lääkärikeskusten osuuden palveluntarjoajista voi odottaa kasvavan edelleen yritysten ulkoistaessa työterveyspalvelujaan. Työterveyshuollon ulkoistaminen lisää työterveyshuollon sairaanhoitopainotteisuutta ja järjestelmän kustannuksia. Suurilla terveyspalveluyrityksillä on kapasiteettia tarjota kattavat sairaanhoitopalvelut, jolloin myös houkutus ostaa niitä kasvaa.

Sairaanhoidon lisääntyessä järjestelmä tulee sitä rahoittaville tahoille yhä kalliimmaksi tavalla, jota ei lainsäädännössä ole tarkoitettu. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos ja Kansaneläkelaitos eivät kiinnitä riittävästi huomiota kasvaviin kustannuksiin. Tarkastus osoitti myös, että korvausjärjestelmän keskeinen tavoite työntekijöiden yhdenvertaisesta asemasta ei toteudu. Osa yrityksistä ei tee sopimuksia, joihin sisältyisi vain lakisääteiset palvelut. Tarkastusvirasto katsoo, että kaikilla työnantajilla tulee olla yhtäläiset mahdollisuudet ostaa työterveyshuollon palveluja haluamaltaan palveluntuottajalta. Järjestelmän tavoitteena tulee olla entistä yhtenäisempi toimintatapa.

Työterveyshuollon ehkäisevistä toimenpiteistä tarkastuksessa selvitettiin erityisesti työterveyshuollon toimintaa työssäkäyvän väestön alkoholiongelmiensä ehkäisyssä. Työelämässä alkoholin suurkulutus on yhteydessä ennen aikaiseen eläköitymiseen, sairauspoissaoloihin, työtaturmiin ja tehottomuuteen. Sairauspoissaolot lisääntyvät suurkuluttajilla työoloista tai sosioekonomisesta asemasta riippumatta.

Ehkäisevä päihdetyö on työterveyshuollon lakisääteistä toimintaa. Tarkastus osoitti kuitenkin, että vain harvat alkoholin suurkuluttajat saavat tietoa ja neuvontaa työterveyshuollossa. Osa työterveyshuollon henkilöstöä ei tunnista alkoholin suurkuluttajia eikä selvitä riittävästi alkoholinkäytön yhteyttä muihin sairauksiin. Henkilöstö ei myöskään kattavasti tunne alkoholinkäytön seulonta- ja neuvontarajoja.

Työterveyshuollossa toteutuu vuosittain yli miljoona terveystarkastusta ja lähes viisi miljoona muuta asiakaskäyntiä. Työterveyshuollolla olisi erittäin hyvät mahdollisuudet tunnistaa alkoholin suurkuluttajia ja vaikuttaa alkoholin haitalliseen käyttöön. Sekä terveystarkastusten että sairaanhoidon yhteydessä päihdeasioiden puheeksiottamisen tulisi olla rutiininomaista. Edellytyksenä onnistuneelle päihdehaittojen ehkäisylle on toimiva yhteistyö työterveyshuollon, esimiesten ja työsuojelun kesken. Nykyisellään yhteistyö työpaikkojen ja työterveyshuollon välillä ei ole työterveyshuoltolain tavoitteiden mukaista. Harvalla työpaikalla ollaan tietoisia siitä, että työterveyshuollon tehtävä on neuvoa ja ohjata työpaikkoja alkoholiongelmiensä ehkäisyssä ja hoidossa. Tarkastus osoitti myös, että työsuojelun rooli päihdeasioissa on epäselvä.

Työterveyshuollon ja muiden toimijoiden välinen yhteistyö ja työpaikkojen aktiivisuus eivät ole lisääntyneet sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2004-2007 toteuttaman alkoholiohjelman myötä. Etenkään pienemmillä työpaikoilla alkoholihaittojen ehkäisyä koskevia suosituksia ei tunneta. Päihdeohjelmat voivat puuttua kokonaan, ne ovat usein vanhentuneita ja keskittyvät hoitoonohjaukseen.

Alkoholinkäytöstä johtuvat tuotannonmenetykset ovat vuodessa noin puoli miljardia euroa. Suurin osa alkoholihaittojen kustannuksista lankeaa valtion ja kuntien maksettavaksi. On laskettu, että seitsemän vuorokauden lyhyt katkaisuhoido maksaa kunnalle noin 1000 euroa/vuorokausi.

Tarkastusvirasto katsoo, että ehkäisevän päihdetyön kenttää ja koordinaointia tulee selkeyttää ja ohjausta yhdenmukaistaa kaikilla hallinnon tasoilla. Varhaisen puuttumisen esteiden poistamiseen on kiinnitettävä huomiota niin työterveyshuollossa, työpaikoilla kuin kunnissakin. Alkoholipoliittiset veroratkaisut ovat osa tätä kokonaisuutta.

Företagshälsovården och förebyggandet av alkoholskador

Med revisionen undersöktes hur målsättningarna för den år 2002 reformerade lagen om företagshälsovård har förverkligats. Lagen om företagshälsovård betonar förebyggande åtgärder, som det är obligatoriskt för arbetsgivaren att ordna och bekosta. Om arbetsgivaren så vill kan han inkludera sjukvård bland tjänsterna.

Företagshälsovårdens indirekta effekt på statsfinanserna är betydande, för en företagshälsovård som betonar förebyggande kan för sin del främja hälsan bland befolkningen i arbetsför ålder och minska de kostnader som beror på kroniska sjukdomar.

Vid revisionen har företagshälsovården och förebyggandet av alkoholskador behandlats som en helhet, varvid t.ex. den statsanställda personalens företagshälsovård inte har granskats särskilt.

I Finland är företagshälsovården för den arbetande befolkningen ett viktigt inslag i hälsovårdens servicesystem. Företagshälsovården omfattar 1,8 miljoner arbetstagare, och 90 procent av dem inkluderar tjänsterna också sjukvård. Företagshälsovårdstjänsterna produceras av arbetsgivarnas egna företagshälsovårdsstationer, läkarcentraler och hälsocentraler. Envar av dem svarar för ca en halv miljon arbetstagares företagshälsovård.

Revisionen visade, att lagen om företagshälsovård är klar och uppställer goda ramar för verksamheten. Företagshälsovårdens verksamhetsätt svarar emellertid inte till alla delar mot målsättningarna i lagstiftningen. Tyngdpunkten i företagshälsovården ligger alltså starkt vid sjukvård. T.ex. de arbetsplatsutredningar som utgör grund för företagshälsovården har inte ökat i och med lagen. När den förebyggande verksamheten har varit oförändrad har sjukvårdsbesöken hos läkare liksom volymerna för laboratorieundersökningar och radiologiska undersökningen fortlöpande ökat.

Efter lagändringen har kostnaderna för företagshälsovården ökat mera än avsett. År 2005 var företagshälsovårdens kostnader 426 miljoner euro. Åt arbetsgivarna ersattes av detta 188 miljoner euro. Ersättningarna finansieras med sjukförsäkringens arbetsinkomstförsäkring. Oberoende av att åt arbetsgivarna ersätts 60 % av kostnaderna för den förebyggande företagshälsovården och 50 % av kostnaderna för sjukvården, uppkommer merparten (60 %) av kostnaderna för företagshälsovården av sjukvården.

Social- och hälsovårdsministeriet, som styr systemet, och Folkpensionsanstalten, som svarar för utbetalningen av ersättningarna, motiverar sjukvården i företagshälsovården med att med hjälp av den fås oersättlig kunskap till stöd för det förebyggande arbetet. Enligt Arbetshälsainstitutets instruktion skall vid vården av sjukdomar ofta uppfyllas lagstadgade förpliktelser som har uppställts för den lagstadgade företagshälsovården, såsom lämnande av uppgifter och handledning eller klarläggande av rehabiliteringsbehovet. I praktiken går merparten av t.ex. läkarnas arbetstid åt till sjukvård. Också företagshälsovårdens klienter uppskattar att snabbt få komma till sjukvårdsmottagningen. Tjänsterna i företagshälsovården produceras för närvarande i allt större utsträckning av läkarcentraler som satsar på sjukvården, och för vilken sjukvården innebär en större avkastning än den förebyggande företagshälsovården.

Ett centralt problem i företagshälsovårdssystemet är de stora skillnaderna i tjänsternas kvalitet och tillgänglighet. Företagshälsovårdens klienter värderar särskilt den service de får på den privata sektorn. På basis av revisionen varierar servicens kvalitet storligen också hos de privata enheterna. Ett problem för de kommunala företagshälsovårdsenheterna är för sin del enheternas litenhet och deltidsanställningar bland personalen. Verksamhetsförutsättningarna förutses bli bättre i och med kommun- och servicestrukturreformen och större enheter. Tills vidare förefaller den kommunala företagshälsovårdens framtid osäker i synnerhet i östra och norra Finland. Enligt revisionsverkets uppfattning bör social- och hälsovårdsministeriet agera så i sin styrning, att skillnaderna i företagshälsovårdens kvalitet och service kan minskas.

Social- och hälsovårdsministeriet och Folkpensionsanstalten har inte ägnat uppmärksamhet åt att systemet förorsakar avsevärt stora sjukvårdskostnader, medan avsikten primärt är att garantera förebyggande hälsovårdstjänster åt alla arbetstagare. De som styr systemet har inte heller betraktat det som ett problem, att serviceproducenterna levererar företagshälsovården till varierande priser. När sjukvårds- och laboratoriekostnaderna beaktas blir företagshälsovården dyrast vid läkarstationerna.

De fem största läkarcentralkedjorna producerar tjänsterna åt en femtedel av företagshälsovårdens personkunder. Läkarcentralernas andel av serviceproducenterna kan förväntas öka ytterligare när företagen lägger ut sina företagshälsovårdstjänster. Utläggningen av företagshälsovården ökar på betoningen av sjukvården i företagshälsovården och höjer systemets kostnader. Stora företag som tillhandahåller företagshälsovårdstjänster har kapacitet att erbjuda täckande sjukvårdstjänster, varvid också lockelsen att köpa sådana blir större.

När sjukvården expanderar blir systemet allt dyrare för de finansierande instanserna på ett sätt som inte har avsetts i lagstiftningen. Enligt revisionsverkets uppfattning ägnar social- och hälsovårdsministeriet, Arbetshälsoinstitutet och Folkpensionsanstalten inte tillräcklig uppmärksamhet åt de stigande kostnaderna. Revisionen visade också, att ersättningssystemets centrala målsättning att garantera arbetstagarna en likvärdig ställning inte förverkligas. En del av företagen ingår inte avtal, i vilka skulle ingå enbart de lagstadgade tjänsterna. Revisionsverket anser att alla arbetsgivare bör ha enahanda möjligheter att köpa företagshälsovårdstjänsterna av den serviceproducent de önskar. Systemets målsättning bör vara ett mera enhetligt verksamhetssätt än för närvarande.

Av företagshälsovårdens förebyggande åtgärder granskades vid revisionen särskilt företagshälsovårdens verksamhet med att förebygga alkoholproblem bland den arbetande befolkningen. I arbetslivet är storkonsumtion av alkohol förenad med förtidig pensionering, sjukfrånvaro, olycksfall i arbetet och ineffektivitet. Sjukfrånvaron ökar bland storförbrukare oberoende av förhållandena i arbetet eller den socioekonomiska ställningen.

Det förebyggande rusmedelsarbetet hör till företagshälsovårdens lagstadgade verksamhet. Revisionen visade emellertid, att endast ett fåtal storförbrukare av alkohol får information och rådgivning av företagshälsovården. En del av företagshälsovårdens personal identifierar inte storförbrukare av alkohol och utreder inte tillräckligt alkoholbrukets anknytning till övriga sjukdomar. Personalen känner inte heller tillräckligt till gränserna för utsällande och rådgivning i fråga om alkoholbruk.

Hos företagshälsovården genomförs årligen över en miljon hälsokontroller och nära fem miljoner andra kundbesök. Företagshälsovården skulle ha synnerligen goda möjligheter att identifiera storkonsumenter av alkohol och ta befattning med skadligt bruk av alkohol. I samband med både hälsokontroller och sjukvård borde det höra till rutinerna att ta upp rusmedelsfrågorna. En förutsättning för ett framgångsrikt förebyggande av rusmedelsskador är ett fungerande samarbete mellan företagshälsovården, förmännen och arbetarskyddet. I sin nuvarande form är samarbetet mellan arbetsplatserna och företagshälsovården inte i enlighet med målsättningarna i lagen om företagshälsovård. På få arbetsplatser är man medveten om att företagshälsovården har till uppgift att ge råd och handledning åt arbetsplatserna i förebyggandet och vården av alkoholproblem. Revisionen visade också, att arbetarskyddets roll i rusmedelsfrågorna är oklar.

Samarbetet mellan företagshälsovården och övriga aktörer och arbetsplatsernas aktivitet har inte ökat i och med det alkoholprogram som social- och hälsovårdsministeriet har genomfört åren 2004-2007. Särskilt på mindre arbetsplatser känner man inte till rekommendationerna om före-

byggande av alkoholskador. Rusmedelsprogram kan saknas helt, de är ofta föråldrade och inriktade på hänvisning till vård.

Det produktionsbortfall som beror på alkoholbruk är årligen ca en halv miljard euro. Största delen av kostnaderna för alkoholens skadeverkningar faller på staten och kommunerna att betala. Det har beräknats att en kort avgiftsbehandling som räcker sju dygn kostar kommunen ca 1 000 euro/dygn.

Revisionsverket anser att det förebyggande rusmedelsarbetets verksamhetsfält och koordinering borde klargöras och styrningen förenhetligas på alla nivåer av förvaltningen. Både i företagshälsovården, på arbetsplatserna och i kommunerna bör man ägna uppmärksamhet åt att avlägsna hindren för ett tidigt ingripande. De alkoholpolitiska skatteavgörandena utgör en del av denna helhet.

1 Johdanto

Työterveyshuolto on työnantajan järjestettäväksi säädettyä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimintaa, jolla edistetään työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työyhteisön toimintaa sekä työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä¹.

Työterveyshuollon tavoitteena on terveellinen ja turvallinen työympäristö, työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisy sekä työ- ja toimintakykyinen työntekijä. Työterveyshuoltolain mukaan työnantajan on järjestettävä työntekijöilleen ehkäisevä terveydenhuolto. Halutessaan työnantaja voi järjestää myös sairaanhoito- ja muita terveyspalveluja.

Palvelujärjestelmänä työterveyshuolto asettuu terveyspalveluiden ja työsuojelujärjestelmän väliin. Muihin terveyspalvelujärjestelmiin verrattuna työterveyshuollon erityispiirteenä on yksilöiden hoitamisen ja terveyden edistämisen lisäksi työympäristöön, työoloihin ja työyhteisöön vaikuttaminen². Sairaanhoidon lisääntymisen myötä työterveyshuollosta on tullut merkittävä osa terveydenhuollon palvelujärjestelmää kunnallisen verorahoitteen terveydenhuollon rinnalle.

Työterveyshuollon kustannukset ovat kasvaneet huomattavasti viime vuosina. Vuonna 2005 työterveyshuollon kustannukset olivat 426 miljoonaa euroa, josta työnantajille korvattiin 188 miljoonaa euroa. Kustannuksista 164 miljoonaa euroa aiheutui ehkäisevän työterveyshuollon palveluista ja 262 miljoonaa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista. Vuosina 2000–2005 kustannukset lisääntyivät 43 % ja maksetut korvaukset 37 %.³

Vuodesta 2006 alkaen korvaukset on rahoitettu osana sairausvakuutuksen työtulovakuutusta. Työterveyshuollon rahoituksesta vastaavat pääosin työnantajat ja palkansaajat sekä yrittäjät. Valtion vuosittainen noin kolmen miljoonan euron rahoitus kohdistuu yrittäjien ja maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon. Järjestelmän ohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveystoiministeriö ja korvauksen maksamisesta Kansaneläkelaitos.

Työterveyshuollolla on merkittävä välillinen vaikutus valtion ja kuntien talouteen. Työterveyshuollon piirissä on 1,8 miljoonaa henkilöä, joiden terveyteen ja työkykyyn voidaan vaikuttaa työterveyshuollon keinoin.

¹ *Työterveyshuoltolaki (1383/2001).*

² *Räsänen 2006.*

³ *Kansaneläkelaitos 2007.*

Toimiessaan lainsäädännön mukaisesti työterveyshuolto edesauttaa julkisen sektorin menojen hallintaa. Työterveyshuollon positiivisia talousvaikutuksia ovat vähentyneet sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeet sekä työn laadun ja tuottavuuden paraneminen. Työvoiman työkykyä edistämällä ehkäistään myös enenaikaista poistumista työelämästä.

Alkoholi on työikäisten suurimpia terveysriskejä ja yhä enemmän myös työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. Vuoden 2004 alkoholiveron alennuksen jälkeen alkoholin kulutus on kasvanut 14 prosentilla. Työikäisen väestön alkoholista johtuva kuolleisuus on Suomessa suurempaa kuin muualla Pohjoismaissa. Ruotsissa alkoholista johtuva kuolleisuus on yksi kolmasosa Suomen vastaavasta kuolleisuudesta⁴. Alkoholi on myös suurin yksittäinen onnettomuuksien ja tapaturmien syy, minkä vuoksi se on nostettu esiin sisäisen turvallisuuden ohjelmassa⁵.

Yhteiskunnalle alkoholi aiheuttaa vuosittain noin miljardin euron välitömät haittakustannukset. Tähän kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollolle, poliisille, vankeinhoidolle ja vakuutusyhtiöille alkoholista aiheutuvat menot. Tuottavuusmenetykset ovat vuodessa noin puoli miljardia euroa. Alkoholitit aiheuttavat näkyvän osan alkoholihaitoista. Kuitenkin suuri osa haitoista liittyy niin kutsuttujen kohtuukäyttäjien liialliseen juomiseen.

Tarkastuksen tavoitteena on selvittää työterveyshuoltolain tavoitteiden toteutumista erityisesti siltä osin, kuin ne koskevat työterveyshuollon ehkäisevää toimintaa. Esimerkkinä ehkäisevästä toiminnasta on varhainen puuttuminen alkoholiongelmiiin. Alkoholiongelmien osalta tarkastuksen lähtökohtana ovat sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2004–2007 toteuttaman alkoholiohjelman tavoitteet.

Työterveyshuoltoa on tarkastettu aiemmin vuonna 1995. Tällöin kohteena oli työterveyshuollon sairausvakuutusrahoituksen ja kuntien perusterveydenhuoltoon saaman valtionosuusrahoituksen päällekkäisyys. Tarkastuksessa huomautettiin myös työterveyshuollon sairaanhoitopainotteisuudesta.⁶

Työterveyshuollon seuranta- ja tutkimustietoa on runsaasti. Kansaneläkelaitos julkaisee vuosittain tiedot työterveyshuollon kustannuksista ja maksetuista korvauksista. Työterveyslaitos kerää kolmen vuoden välein tietoa kaikista työterveysyksiköistä ja julkaisee tiedot Työterveyshuolto Suomessa -katsauksessa. Kolmas keskeinen seurannan väline on Työ ja

⁴ Poikolainen ym. 2008.

⁵ Sisäasiainministeriö 2008.

⁶ Valtiontalouden tarkastusvirasto 1995.

terveys -tutkimus, joka sisältää seurantatietoa työikäisen väestön työstä, työoloista, terveydestä, elintavoista ja työterveyshuollon toimivuudesta⁷.

Sekä työterveyshuollon että alkoholipolitiikan tutkimus on Suomessa kansainvälisestikin verraten korkeatasoista. Kuitenkin lainsäädännön tavoitteiden toteutuminen, ehkäisevä työterveyshuolto ja työterveys-huollon merkitys työikäisen väestön alkoholiongelmien ehkäisyssä ovat jääneet tarkasteluissa vähälle huomiolle. Ongelman yhteiskunnalliseen merkittävyyteen nähden yllättävän vähän on myös kiinnitetty huomiota niihin taloudellisiin riskeihin, joita liittyy työssäkäyvän väestön alkoholin suurkulutukseen.

Terveet ja hyvinvoivat ihmiset ovat Suomen taloudellisen menestyksen ja kilpailukyvyn perusta. Tähän vaikuttavina toimenpiteinä pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmassa mainitaan työterveyshuollon palveluiden kehittäminen ja työterveyshuollon mahdollisuuksien hyödyntäminen työpaikan kokonaisvaltaisessa kehittämisessä. Päihdepolitiikassa hallitus jatkaa kansallisen alkoholiohjelman toteuttamista, jonka osana ehkäisevää päihdetyötä tehostetaan siten, että varhainen puuttuminen vaikiinnutetaan perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon pysyväksi toimintamalliksi.⁸

Väestön terveyteen ja työkykyyn liittyviä tarkempia tavoitteita on esitetty hallituksen politiikkaohjelmissa. Terveiden edistämisen politiikkaohjelmassa tavoitteena on tunnistaa työkykyä uhkaavat tekijät varhain ja puuttua niihin. Tavoitteen saavuttamisen kannalta keskeisinä tekijöinä nähdään toimiva, ennaltaehkäisyä painottava työterveyshuolto, hyvä johtaminen ja tiivis yhteistyö eri osapuolten kesken. Tavoitteiksi on asetettu myös muuttaa työikäisten elintapoja sekä kehittää työ- ja toimintakykyä ja työelämän olosuhteita siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen ja työstä luopumisen aiempaa myöhemmin.⁹

⁷ Perkiö-Mäkelä 2006.

⁸ Hallitusohjelma 2007.

⁹ Hallituksen strategia-asiakirja 2007.

2 Tarkastusasetelma

2.1 Tarkastuskohteen kuvaus

2.1.1 Työterveyshuoltojärjestelmä

Työterveyshuollon perustana on vuonna 1978 säädetty ja vuonna 2001 uudistettu työterveyshuoltolaki (1383/2001). Työterveyshuoltolaissa säädetään työnantajan velvollisuudesta järjestää kustannuksellaan terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja palveluita hyväksi käyttäen työterveyshuolto työstä johtuvien terveysvaarojen ehkäisemiseksi.

Työterveyshuoltolaki koskee kaikkia työnantajia, jotka ovat velvollisia noudattamaan työturvallisuuslakia (738/2002). Työterveyshuolto on järjestettävä, jos yrityksessä on yksikin työntekijä. Työterveyshuollon sisällöstä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (1484/2001) ja valtioneuvoston asetuksella terveystarkastuksista erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä (1485/2001).

Työterveyshuollon sisällön ja laadun kehittämisen tueksi luotiin 1990-luvulla käsite hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä. Hyvällä työterveyshuoltokäytännöllä tarkoitetaan työterveyshuollon järjestämisessä, toteuttamisessa ja kehittämisessä noudatettavia yleisiä periaatteita. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö on jatkuva prosessi, johon sisältyy työpaikan tarpeiden arviointi, toiminnan suunnittelu, toiminta vaikutusten aikaansaamiseksi, seuranta ja arviointi sekä laadun parantaminen¹⁰.

Työterveyshuollon ensisijainen tehtävä on ehkäistä työstä johtuvia terveysvaaroja siten, että työstä ja työpaikan olosuhteista johtuvia terveyden vaaroja ja haittoja selvitetään ja vähennetään. Työterveyshuoltolain tarkoituksena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää

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

¹⁰ *Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a.*

Työterveyshuollon toiminnan tulisi perustua työpaikkaselvitykseen, jossa selvitetään fyysiset, kemialliset ja biologiset altisteet sekä työn fyysinen ja psyykkinen kuormittavuus, työyhteisön toimivuus, tapaturma- ja väkivaltavaara, työjärjestelyt sekä työympäristöstä ja työntekijän yksilöllisistä ominaisuuksista aiheutuva erityinen sairastumisen vaara.

Yksittäisten vaaratekijöiden sijasta nykyisen työterveyshuollon avulla pyritään vaikuttamaan laajemmin terveysvaarojen ehkäisyyn ja työelämässä mukana olevien terveyteen ja työkykyyn¹¹. Ehkäisevien palveluiden lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöille myös sairaanhoitoa ja muita terveydenhuollon palveluita.

Työterveyshuoltolain mukaan työnantajalla on mahdollisuus valita itselleen palveluiden järjestämismuoto. Menettelyllä on haluttu varmistaa, että työterveyshuoltoa voidaan toteuttaa työpaikan koosta, maantieteellisestä sijainnista ja toimialasta riippumatta¹². Työnantaja voi järjestää laissa tarkoitettua työterveyshuollon palveluita

- hankkimalla tarvitsemansa palvelut terveyskeskukselta
- järjestämällä tarvitsemansa työterveyshuoltopalvelut itse tai yhdessä toisten työnantajien kanssa
- hankkimalla tarvitsemansa palvelut muulta työterveyshuoltopalveluiden tuottamiseen oikeutetulta toimintayksiköltä tai henkilöltä.

Kunnan on järjestettävä sen alueella sijaitsevista työ- ja toimipaikoissa työskenteleville työntekijöille sekä sen alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville työterveyshuoltopalveluita¹³. Riippumatta siitä, miten kunta järjestää tarvittavat palvelut, kokonaisvastuu kansanterveyslain perusteella järjestettävästä työterveyshuollosta on terveyskeskuksella. Terveyskeskus vastaa myös siitä, että palvelut täyttävät niin laadultaan kuin muutoinkin kaikilta osin lainsäädännön vaatimukset¹⁴.

Työterveyshuoltopalveluja antaa noin 1 000 terveydenhuoltoyksikköä. Kelan tietojen mukaan suurin osa työterveyshuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä saa työterveyspalvelut joko työnantajien omilta/yhteisiltä työterveysasemilta, lääkärikeskuksista tai terveyskeskuksista. Kukin näistä vastaa noin puolen miljoonan työntekijän työterveyshuollosta. Suurilla työnantajilla on yleensä oma työterveysasema. Pienet ja keskiuuret työnantajat ostavat työterveyshuoltopalvelut joko lääkärikeskuksista tai terveyskeskuksista. Vuonna 2005 lääkärikeskukset olivat suurin palvelun-

¹¹ HE 114/2001.

¹² HE 114/2001.

¹³ Kansanterveyslaki (66/1972).

¹⁴ Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a.

tuottajaryhmä. Niiden tarjoamaa työterveyshuoltoa sai 524 000 työntekijää.¹⁵ Työterveyspalveluiden tuottajat keskittyvät Etelä-Suomen kaupunkimaisiin kuntiin. Lähes puolet työterveysyksiköistä ja henkilöasiakkaista on kunnissa, joissa työterveyspalveluiden tuottajia on yli 10.

Työterveyshuollon lainsäädännön valmistelusta ja kehittämisestä vastaa sosiaali- ja terveysministeriö yhteistyössä työmarkkinajärjestöjen ja muiden työterveyshuollon kannalta merkittävien yhteistyötahojen kanssa. Työterveyshuollon suunnittelua ja kehittämistä varten sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii työterveyshuollon neuvottelukunta, jonka kokoonpanosta, tehtävistä ja toiminnasta säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella (784/1978).

Kansaneläkelaitos hoitaa työnantajille, yrittäjille ja maatalousyrittäjille korvattavien työterveyshuollon kustannusten ratkaisumenettelyä sekä hallinnointia. Kansaneläkelaitoksessa toimii työterveyshuoltoneuvottelukunta, jonka jäsenet ovat enimmäkseen samoja kuin edellä mainitun neuvottelukunnan. Kansaneläkelaitoksen työterveyshuoltoneuvottelukunnan tehtäviä ovat työterveyshuollon kustannusten korvaamista koskevien kysymysten käsittely ja korvauskäytännön kehittymisen seuranta¹⁶.

2.1.2 Korvausjärjestelmän rahoitus

Työterveyshuollon rahoitus uudistui vuonna 2006. Siitä lähtien työterveyshuollon korvaukset on rahoitettu osana sairausvakuutuksen työtulovakuutusta¹⁷. Aiemmin suoritettavat maksut eivät riittäneet kattamaan menoja, ja valtio joutui rahoittamaan työterveyshuoltoa suurella osuudella. Uudistuksessa sairausvakuutus jaettiin sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen, joista jälkimmäiseen otettiin läheisesti työelämään liittyvät menot. Näitä ovat työterveyshuollon menot, sairauspäivärahat ja vanhempainpäivärahat.

Työtulovakuutus rahoitetaan siten, että työnantajat maksavat työnantajan sairausvakuutusmaksua ja palkansaajilta ja yrittäjiltä peritään sairausvakuutuksen päivärahamaksua. Valtioneuvoston asetuksella vahvistetaan vuosittain sairausvakuutuksen päivärahamaksun ja työnantajan sairausvakuutusmaksun maksuprosentti.

Työterveyshuollon rahoitus perustuu työnantajan kustannusvastuuseen järjestämistään palveluista. Työnantajalla on kuitenkin oikeus saada korvausta palveluiden järjestämisestä aiheutuneista *tarpeellisista ja kohtuulli-*

¹⁵ Kansaneläkelaitos 2007.

¹⁶ www.kela.fi

¹⁷ 1113/2005.

sista kustannuksista. Työterveyshuollon hyväksyttävät kustannukset on määriteltävä sairausvakuutuslaissa ja sen perusteella säädetyssä valtioneuvoston asetuksessa.

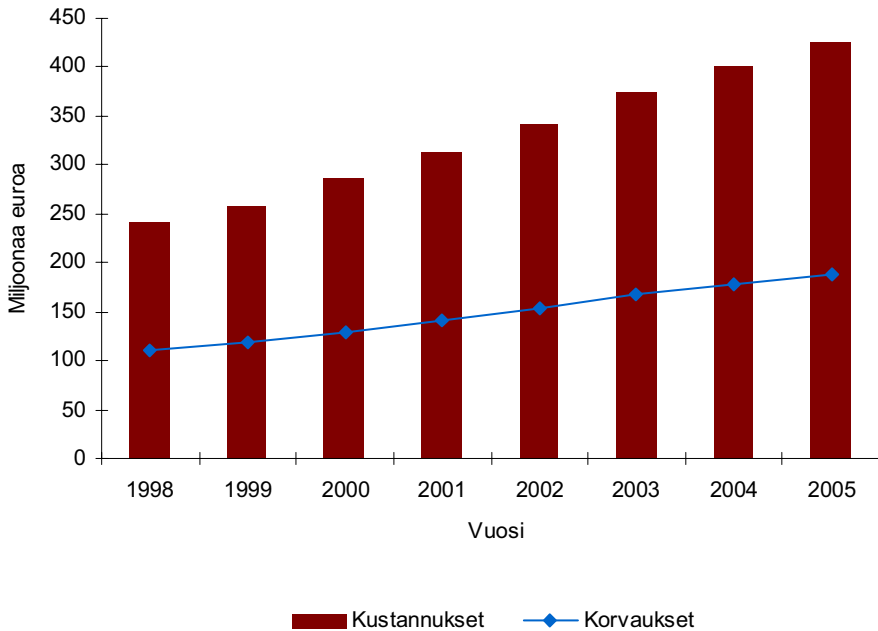
Korvausjärjestelmän tavoitteena on tasapuolistaa eri työntekijöiden saamaa työterveyshuoltoa riippumatta työpaikan toimialasta, koosta ja työnantajan taloudellisesta asemasta¹⁸. Korvaukset on jaettu kahteen korvausluokkaan:

- Korvausluokkaan I kuuluvat työnantajaa velvoittava ehkäisevä työterveyshuolto eli ehkäisevän toiminnan ja työntekijöiden työkykyä ylläpitävän ja edistävän toiminnan kustannukset (esimerkiksi työpaikkaselvitykset ja terveystarkastukset).
- Korvausluokkaan II kuuluvat työnantajan vapaaehtoisesti järjestämä yleislääkäritasoinen sairaanhoito ja muu terveydenhuolto.

Korvausluokan I tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista korvataan 60 % ja korvausluokan II kustannuksista 50 %. Sairaanhoidon korvaamisen lähtökohtana on, että ehkäisevä toiminta on järjestetty asianmukaisesti.

Työterveyshuollon kustannuksista maksettava korvaus määräytyy sairausvakuutuslain mukaan korvausluokittain työntekijäkohtaisen laskennallisen enimmäismäärän mukaan. Enimmäismäärässä on huomioitu hyvän työterveyskäytännön toteuttamiseksi tarpeelliset voimavarat. Sairausvakuutuslain mukaan Kela vahvistaa korvauksen perusteena olevat laskennalliset enimmäismäärät vuosittain yleistä kustannuskehitystä vastaavasti. Vuonna 2006 korvausluokassa I kustannusten enimmäismäärä oli 135,4 euroa, josta korvauksen enimmäismäärä oli 81,24 euroa. Korvausluokassa II kustannusten enimmäismäärä oli 203,2 euroa, josta korvauksen enimmäismäärä oli 101,6 euroa.

¹⁸ HE 114/2001.



KUVIO 1. Työterveyshuollon kustannukset ja maksetut korvaukset vuosina 1998–2005, miljoonaa euroa¹⁹.

Vuonna 2005 työterveyshuollon kustannukset olivat 426 miljoonaa euroa. Työnantajille tästä korvattiin 188 miljoonaa euroa. Kuten kuviosta 1 on nähtävissä, työterveyshuollon kustannukset ja korvaukset ovat kasvaneet huomattavasti viime vuosina. Vuodesta 2000 vuoteen 2005 kustannukset lisääntyivät 43 % ja maksetut korvaukset 37 %. Keskimääräiset kustannukset ja korvaukset työntekijää kohti ovat Kelan tietojen mukaan kasvaneet hieman maltillisemmin kuin kokonaiskustannukset²⁰. Työntekijäkohtaisten laskennallisten enimmäismäärien keskimääräinen vuosittainen korotus on ollut 3,1 % vuodesta 2000 vuoteen 2006²¹. Kustannusten kasvu on johtunut työllisten määrän kasvusta, työterveyshuollon kattavuuden paranemisesta sekä palveluiden hintojen noususta.

Valtion talousarvioesityksessä työterveyshuoltoa koskeva määräraha on momentilla 33.18.60 *Valtion osuus sairausvakuutuslaista johtuvista me-*

¹⁹ Lähde: Kelan tilastot.

²⁰ Kansaneläkelaitos 2007.

²¹ Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 13.7.2007.

noista (arviomääräraha). Vuonna 2008 työtulovakuutuksella rahoitettavat työterveyshuollon menot ovat arviolta 204 miljoonaa euroa.

Työterveyshuollon rahoituksesta vastaavat käytännössä kokonaan työnantajat ja palkansaajat sekä yrittäjät työtulovakuutuksen muodossa. Valtio osallistuu yrittäjien ja maatalousyrittäjien työterveyshuollon rahoittamiseen. Vuonna 2008 valtion rahoitusosuus on arviolta kolme miljoonaa euroa. Lisäksi valtio työnantajana osallistuu valtion henkilöstön lakisääteisten työterveyspalveluiden rahoittamiseen.

2.1.3 Työterveyshuollon taloudellinen merkitys

Valtion osuus työterveyshuollon rahoituksesta on kokonaisuuteen nähden vähäinen. Sen sijaan kansanterveyden paranemisen ja perusterveydenhuollon kuormituksen pienenemisen kautta työterveyshuollon välillinen vaikutus valtiontalouteen on huomattava. Työterveyshuollon merkitys työvoiman saatavuuden sekä työn laadun ja tuottavuuden varmistamisessa korostuu sellaisessa tilanteessa, jossa työvoiman tarjonta on vähenemässä.

Työkyvyttömyyseläkkeet ja tuottavuusmenetykset muodostavat heikentyneestä työkyvystä johtuvat suurimmat kansantaloudelliset menetykset²². Työterveyshuollon työkykyä edistävän toiminnan positiiviset taloudelliset vaikutukset ovat seurausta myös sairauspoissaolojen ja tapaturmakustannusten vähentymisestä. Tapaturmista ja sairauspoissaoloista aiheutuvat kulut ovat Suomessa yhteensä noin kuusi miljardia euroa vuodessa²³.

Kansainvälisesti vertaillen suomalaisten sairauspoissaololuvut ovat pieniä. Vuonna 2006 miehille kertyi keskimäärin 7,9 sairauspäivää ja naisille 9,3²⁴. Vuonna 2007 sairauspoissaolopäivien osuus työpäivistä oli miehillä 3,5 % ja naisilla 4,8 %. Kun sairauspoissaoloihin lasketaan mukaan työkyvyttömyyseläkkeet ja ennenaikaiset kuolemat, vuosittaisten menettelyjen henkilötyövuosien määrä nousee noin puoleen miljoonaan. Enemmistö tästä kohdistuu vanhempiin ikäryhmiin, mutta 24–49-vuotiaidenkin työpanoksesta jää puuttumaan 170 000 henkilötyövuotta. Menetetyistä työvuosista 57 % on miesten henkilötyövuosia²⁵.

Sairauspoissaoloista aiheutuu työnantajalle sekä suoria kustannuksia (palkkakustannukset ja henkilösivukulut) että epäsuoria kustannuksia (tuotannon menetys, lisääntyneet sijaisuuksista ja ylitöistä aiheutuvat palkkakustannukset, hallinnon, työnjohdon ja työterveyshuollon kistan-

²² HE 114/2001.

²³ Anttonen ym. 1998, teoksessa *Työterveyslaitos 2007*.

²⁴ *Valtion talousarvioesitys 2008*.

²⁵ *Kiiskinen 2008*.

nukset). Poissaolopäivien kustannusten on arvioitu olevan noin päiväpalkka kerrottuna kolmella.

Tarkastuksessa haastateltujen asiantuntijoiden mukaan sairauspoissaoloja voi pitää karkeana työterveyshuollon vaikuttavuuden mittarina. Näin tehtäessä on kuitenkin huomioitava, että sairauspoissaoloihin vaikuttavat myös yksilön terveystyötyminen sekä työelämään liittyvät psykososiaaliset tekijät, kuten työn vaatimukset ja sisältö, työn palkitsevuus ja työpaikalla vallitseva luottamus, työilmapiiri ja toimintakulttuuri. Työterveyshuollon keinoja sairauspoissaolojen hallinnassa ovat terveyden edistäminen, sairauksien ja tapaturmien tehokas hoito ja niiden ehkäisy.²⁶

Pitkittyvän sairauspoissaolon on tutkimuksissa todettu ennustavan työkyvyttömyyseläkettä. Työkyvyttömyyseläkkeiden suoraan työnantajalle kohdistuvat kustannukset vaihtelevat työpaikan koon mukaan, mutta kaikki työkyvyttömyyseläkkeet lisäävät työeläkejärjestelmän kustannuksia ja paineita työnantajien ja työntekijöiden työeläkemaksun korottamiseen.

Joka kymmenes työikäinen on työkyvyttömyyseläkkeellä tai yksilöllisellä varhaiseläkkeellä. Vuonna 2006 työkyvyttömyyseläkemenot olivat yhteensä noin 2,3 miljardia euroa²⁷. Keskeisimmät työkyvyttömyyseläkkeiden myöntämissyyt ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielenterveyden häiriöt²⁸. Mielenterveyseläkkeistä puolet myönnetään masennusdiagnoosilla. Masennusdiagnoosilla myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä kaksinkertaistui 1990-luvulla, samalla kun työkyvyttömyyseläkkeiden kokonaisuus vähentyi. Tutkimusten mukaan depressio ei ole kuitenkaan yleistynyt väestössä, mikä herättää mm. kysymyksen siitä, eikö depressiivisenä voi enää selvitä työelämässä²⁹.

Julkisella sektorilla 40 % työkyvyttömyyseläkemenoista johtuu mielenterveyden häiriöistä. Vuonna 2005 se merkitsi rahassa 259 miljoonaa euroa. Kustannuksia aiheutuu myös heikentyneestä työkyvystä ja siitä koituvasta tuotannonmenetyksestä. Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan depressiivinen työntekijä tekee yhden työpäivän viikossa vähemmän kuin ei-depressiivinen ilman, että sairauspoissaoloja on lainkaan huomioitu. Depression hoidon kannalta merkittävää on lisäksi se, että Suomessa joka kolmannella depressiopotilaalla on alkoholiongelma. Miehillä alkoholi johtaa usein masennukseen, ja naisilla masennus aiheuttaa monesti lisääntyvää alkoholinkäyttöä³⁰.

²⁶ Työterveyslaitos 2007, Antti-Poika ym. 2006 ja Vainio 2007.

²⁷ Gould ym. 2007.

²⁸ Työterveyslaitos 2007.

²⁹ Lönnqvist 17.9.2007.

³⁰ Lönnqvist 17.9.2007.

Terveydenhuollon kustannusten kannalta tautien ehkäisy ja terveyden edistämisen on todettu olevan halvin (kustannusvaikuttavin) tapa parantaa kansanterveyttä. Asiantuntijoiden mukaan useimmat sellaiset kansantaudit, jotka aiheuttavat huomattavia suoria terveydenhuollon kustannuksia ja vielä suurempia yhteiskunnallisia kustannuksia, ovat lääketieteellisesti katsoen varsin pitkälle ja varsin myöhäiseen ikään ehkäistävissä. Sairauksien ehkäisy vähentää myös terveystalouden tarvetta ja niistä aiheutuvia kustannuksia. Terveyden edistämisen kustannusvaikuttavia keinoja voidaan osoittaa ainakin liikunnan lisäämisen, terveellisen ravitsemuksen, painonhallinnan ja tupakoimattomuuden edistämisessä sekä alkoholin käytön hillitsemisessä³¹.

Myös työterveyden ja työturvallisuuden kannalta ehkäisevä toiminta on kustannuksiltaan tehokkainta, koska tulosta on mahdollista saada aikaan pienilläkin panostuksilla ja investointi on yleensä tuottava³². Työn tuottavuutta voidaan tutkimusten mukaan lisätä myös siten, että vähennetään terveysriskejä muuttamalla epäterveelliset elintavat terveellisemmiksi³³. Esimerkiksi Valtiokonttorin työkykyyn liittyviä riskejä luotaavassa tutkimuksessa todetaan johtopäätöksenä, että työpaikkojen kannattaa panostaa terveyden edistämiseen, koska alkuvaiheessa yksittäisillä kuntoutusmuodoilla tai työtapoihin liittyvällä koulutuksella saadaan todennäköisesti tuloksia. Myöhemmässä vaiheessa ne ovat tehottomia. Tutkimuksessa todetaan myös, että mikäli työntekijä on jo sairastunut, tarvitaan sekä moniammatillista lääkinnällistä että varsinaista ammatillista kuntoutusta.³⁴

Ehkäiseviä toimenpiteitä ja terveellisiin elämäntapoihin ohjaavia kannusteita tulisi asiantuntija-arvion mukaan suunnata erityisesti sodan jälkeiden syntyneille ikäluokille. Tällä hetkellä ikäryhmässä 55–64-vuotiaat olevien terveydenhuollon kulut kasvavat lähitulevaisuudessa huomattavasti ikäryhmän suuren koon vuoksi. Mikäli tässä ikäluokassa olevien terveyttä voidaan kohentaa elintapoja muuttamalla (ruokailutottumuksia parantamalla, lisäämällä liikuntaa ja vähentämällä alkoholin käyttöä sekä tupakointia), tulevaisuudessa terveystalouden ja rahoituksen tarve on selvästi pienempi³⁵.

³¹ *Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.*

³² *Työterveyslaitos 2007.*

³³ *Pelletier ym. 2004, teoksessa Työterveyslaitos 2007.*

³⁴ *www.valtiokonttori.fi*

³⁵ *Valtioneuvoston kanslia 2007.*

2.1.4 Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset

Stakesin arviolaskelmien mukaan vuonna 2005 alkoholin aiheuttamat välittömät kustannukset valtiolle, kunnille ja yksityiselle sektorille olivat 0,7–0,9 miljardia euroa (taulukko 1). Kolmannes kustannuksista aiheutui rikollisuusvalvonnasta. Terveysthuollon osuus välittömistä kustannuksista oli neljäsos ja sosiaalihuollon viidesos. Välilliset kustannukset olivat samana vuonna 3,1–5,7 miljardia euroa. Alkoholinkäytön aiheuttamat menot ovat huomattavasti suuremmat kuin siitä koituvat tulot, kun otetaan huomioon, että vuonna 2006 alkoholijuomaveron tuotto oli 1,7 miljardia euroa. Haittakustannusten suuruudesta kertoo myös se, että tupakoinnin on laskettu vuonna 1995 maksaneen 753 miljoonaa euroa. Vuonna 2004 lihavuuden hinta yhteiskunnalle oli 260 miljoonaa ja huumeiden 231 miljoonaa euroa³⁶.

Valtiolle ja kunnille alkoholihaitoista koituu suunnilleen samansuuruiset kustannukset. Valtion ja kuntien osuus välittömistä kustannuksista on yhteensä noin 60 %. Loput 40 % lankeaa yksityiselle sektorille, esimerkiksi eläke- ja vakuutusyhtiöille³⁷.

TAULUKKO 1. Alkoholihaittakustannukset vuonna 2005³⁸.

Haittakustannukset	Miljoonaa euroa	
	min	max
Välittömät kustannukset	670	900
Terveyskulut	132	264
Sosiaalikulut	154	166
Rikollisuusvalvonta	252	290
Omaisuuksivahingot, valvonta, tutkimus, ennaltaehkäisevä päihdetyö	132	180
Välilliset kustannukset	3 064	5 740
Tuotannonmenetykset	514	596
Menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman johdosta	2 550	5 144

³⁶ *Vihmo 2007.*

³⁷ *Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 23.4.2007.*

³⁸ *Lähde: Stakes 2007b.*

Kustannukset ovat kasvaneet edellisestä vuodesta lisääntyneiden alkoholi-kuolemien ja alkoholiin liittyvien sairauspäivien kasvun takia.³⁹ Vuonna 2008 julkaistun tutkimuksen mukaan alkoholin kulutuksen lisääntyminen on kasvattanut selvästi julkisia terveydenhuoltomenoja.⁴⁰ Kasvava päih- teiden käyttö haittoineen kuormittaa kunnissa päihdetyön erityispalvelui- den lisäksi koko palvelujärjestelmää. On laskettu esimerkiksi, että seitse- män vuorokauden lyhyt katkaisuhuolto maksaa kunnalle noin 1 000 eu- roa/vuorokausi. Jos tätä ei toteuteta, voi vaihtoehtoisena kustannuksena olla päih teiden käytön jatkuessa myöhemmin jopa 100 000 euron erikois- sairaanhoito päihdesairaudesta hoitona.⁴¹

Alkoholinkäytöstä johtuvat tuotannonmenetykset ovat Stakesin arvioi- den mukaan vuosittain noin 500–600 miljoonaa euroa. Alkoholin suurku- lutuksen haitat ovat niin moninaiset ja sairastavuuden osalta myös niin yk- silölliset, että on vaikea arvioida sitä kustannussäästöä, joka saataisiin ai- kaan, mikäli työikäisen väestön alkoholin suurkulutusta kyettäisiin vähen- tämään. Selvää kuitenkin on, että alkoholin kulutuksen ja humalajuomisen hillitseminen vähentäisi välittömästi noin 500 000 suurkuluttajan sairastu- misriskiä. Alkoholinkäytön haittakustannuksia laskettaessa on myös huomioitava, että suuri osa kustannuksista tulee yhteiskunnan maksetta- vaksi muutaman vuoden viiveellä sairastavuuden ja kuolleisuuden lisään- tymisen myötä.

2.2 Tarkastuskysymykset

Tarkastuksen tavoitteena on selvittää työterveyshuoltolain tavoitteiden to- teutumista. Työterveyshuoltolaki painottaa voimakkaasti ehkäisevää työ- terveyshuoltoa. Tarkastuksen pääkysymys on "Vastaako työterveyshuol- lon nykyinen toimintatapa lainsäädännön tavoitteita"?

Asiantuntijoiden mukaan työterveyshuollon keskeisiä tulevaisuuden haasteita ovat väestön ikääntymisen lisäksi psyykkisen kuormituksen hal- linta, mielenterveyden edistäminen ja päihdeongelmien ehkäisy⁴². Ehkäi- seivistä toimenpiteistä tarkastuksessa selvitetään erityisesti työterveyshuol- lon toimintaa työssäkäyvän väestön alkoholiongelmien ehkäisyssä. Tar- kemmat tarkastuskysymykset ovat seuraavat:

³⁹ Vuonna 2004 välittömät kustannukset olivat 0,6–0,8 miljardia ja välilliset kus- tannukset 2,8–5,3 miljardia.

⁴⁰ Aaltonen 2008.

⁴¹ Stakes 2007a.

⁴² Manninen ym. 2007b.

Lain tarkoituksen toteutuminen

1. Toteutuvatko työterveyshuoltolain ehkäisyä koskevat tavoitteet?
2. Ovatko palveluiden laatu ja saatavuus parantuneet vuonna 2002 voimaan tulleen lain myötä?

Ohjaus ja seuranta

1. Miten työterveyshuollon neuvottelukunta on seurannut ja arvioinut työterveyshuoltolain tavoitteiden toteutumista?
2. Mitä sairaanhoitoon painottuva toimintatapa merkitsee korvausjärjestelmän kannalta?

Alkoholihaittojen ehkäisy

1. Miten alkoholihaittoja ehkäistään työterveyshuollossa ja työpaikoilla? Onko toiminta riittävää?
2. Miten työssäkäyväälle väestölle suunnatut alkoholiohjelman hankkeet (mini-interventiohanke ja Huugo-hanke) ovat vaikuttaneet työterveyshuollon ja työpaikkojen päihdetyöhön?
3. Onko ehkäisevän päihdetyön toimijoiden välinen yhteistyö laajentunut ja tehostunut alkoholiohjelman myötä?

2.3 Tarkastuskriteerit

Keskeisimmät tarkastuskriteerit ovat työterveyshuoltolain tavoitteet, jotka koskevat ehkäisevän toiminnan laajentamista sekä palveluiden saatavuuden ja laadun parantamista. Suurin osa sekä työterveyshuoltoa että ehkäisevää päihdetyötä koskevista tavoitteista on esitetty hyvin yleisellä tasolla työterveyshuoltolain perusteluissa ja alkoholiohjelmassa. Tarkempia ohjeita tavoitelluista toimintatavoista ja hyvistä käytännöistä on annettu työterveyshuoltoa koskevissa sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen oppaissa. Lisäksi tarkastuksen kohteena olevat hankkeet ovat asettaneet omat tavoitteensa, jotka niin ikään toimivat tarkastuksen kriteereinä. Seuraavassa kuvataan tarkemmin, millaista toiminnan pitäisi sosiaali- ja terveysministeriön mukaan olla ja mihin työterveyshuoltolailla, alkoholiohjelmalla ja siihen liittyvillä tarkastuksen kohteena olevilla hankkeilla on pyritty.

Lain tarkoituksen toteutumista koskevat kriteerit

Työterveyshuoltolain perustelujen mukaan lain tarkoituksena on tehostaa erityisesti ehkäisevän työterveyshuollon toteutusta uusin ja osin entisinkin toimintamallein. Keskeisenä tavoitteena on kohdistaa resursseja entistä enemmän työolosuhteiden selvittämiseen ja muuhun työpaikoilla tapahtuvaan toimintaan. Tarkoitus on ollut laajentaa toimintaa sinne, missä sitä ei aiemmin ole ollut, ja lisätä toimintaa niillä työpaikoilla, joilla sitä on aiemmin ollut vähän.

Sosiaali- ja terveysministeriön työterveyshuoltolain soveltamista koskevan oppaan mukaan työterveyshuollon sisällössä tulisi painottaa työpaikan tarpeista lähtevää ehkäisevän työn, työolosuhteiden ja turvallisuuden selvittämistä ja tähän perustuvien toimenpiteiden toteuttamista työntekijän terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn seuraamiseksi⁴³. Työterveyshuoltolain 12 § mukaan työterveyshuollon ehkäisevään toimintaan kuuluu

1. työn ja työolosuhteiden terveellisyyden ja turvallisuuden selvittäminen ja arviointi toistuvien työpaikkakäynnein
2. työperäisten terveysvaarojen ja -haittojen, työntekijöiden terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn selvittäminen, arviointi ja seuranta
3. toimenpide-ehdotusten tekeminen työn terveellisyyden ja turvallisuuden parantamiseksi
4. tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus työn terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä työntekijöiden terveyttä koskevissa asioissa
5. vajaakuntoisen työntekijän työssä selviytymisen seuranta ja edistäminen työntekijän terveydelliset edellytykset huomioon ottaen
6. yhteistyö muun terveydenhuollon, työhallinnon, opetushallinnon, sosiaalivakuutuksen ja sosiaalihuollon sekä työsuojeluviranomaisen edustajien kanssa
7. osallistuminen ensiavun järjestämiseen
8. suunnitella ja toteuttaa laissa määritellyjä työterveyshuollon tehtäviin kuuluvia työkykyä ylläpitäviä ja edistäviä toimenpiteitä, joihin sisältyy tarvittaessa kuntoutustarpeen selvittäminen
9. työterveyshuollon toiminnan laadun ja vaikuttavuuden arviointi ja seuranta.

Työterveyshuollon tavoiteltua toimintatapaa on määritelty myös valtioneuvoston periaatepäätöksessä, jonka mukaan työterveyshuollon toiminnan painopisteitä tulee olla työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien

⁴³ *Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a.*

ehkäisy, terveyden seuranta ja edistäminen työpaikalla sekä työkyvyttömyyden uhan varhainen tunnistaminen⁴⁴. Lisäksi laki korostaa työkykyä ylläpitävän toiminnan merkitystä sekä yhteistyötä työpaikan sisällä ja ulkopuolella⁴⁵.

Työterveyshuoltolakia valmisteltaessa havaittiin, että työterveyshuollon työpaikkoihin kohdistuvaa toimintaa toteutettiin vähän tai ei lainkaan. Tähän liittyen lain voimaantulon yhteydessä säädettiin sairausvakuutuslain väliaikainen muutos (1123/2001), jonka tavoitteena oli lisätä työterveyshuollon toimenpiteitä työpaikoilla. Lain muutoksen perusteella työterveyshuollon korvaustasoksi säädettiin 60 % työpaikkaselvityksistä ja toimintasuunnitelman laatimisesta ja tarkistamisesta aiheutuneista kustannuksista. Lainmuutos oli voimassa vuoden 2005 loppuun. Ehkäisevän toiminnan korvauksen laskemista 50 prosenttiin pidettiin kuitenkin epätarkoituksenmukaisena. Vuonna 2006 työterveyshuollon ehkäisevälle toiminnalle säädettiin yhtenäinen 60 prosentin korvaustaso. Sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon korvaustaso säilyi 50 prosentissa⁴⁶.

Palveluiden laatua ja saatavuutta koskevat kriteerit

Työterveyshuoltolain uudistamisen yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut saattaa työterveyshuollon palvelut yhdenvertaisesti kaikkien työelämään osallistuvien saataville. Lain perusteluissa kiinnitetään erityistä huomiota epätyypillisissä työsuhteissa olevien työntekijöiden, pienten työpaikkojen, yrittäjien ja muiden omaa työtään tekevien työterveyshuoltopalveluiden turvaamiseen. Palveluiden saatavuuden parantamiseksi työterveysyksiköiden on myös odotettu lisäävän keskinäistä yhteistyötä, moniammatillista yhteistyötä sekä yhteistyötä työpaikkojen kanssa. Palveluiden laadun parantamiselle ei työterveyshuoltolaissa ole asetettu täsmällisiä tavoitteita. Yleisenä tavoitteena työterveyshuollossa, kuten terveydenhuollossa yleisemminkin, on jatkuva laadun parantaminen.

Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan hyvälle toiminnalle on tunnusomaista tarkoituksenmukaisuus, riittävyys, saatavuus, toimivuus, hyvä tieteellis-tekninen laatu sekä koettu laatu. Yksikkötasolla laadukas työterveyshuolto syntyy säädösten tuntemisesta ja noudattamisesta, hyvästä suunnittelusta, aktiivisesta toiminnasta, toiminnan seurannasta, arvioinnista ja jatkuvasta kehittämisestä yhteistyössä asiakkaan kanssa.⁴⁷

⁴⁴ *Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b.*

⁴⁵ *Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a.*

⁴⁶ *HE 129/2005.*

⁴⁷ *Manninen ym. 2007a.*

Työterveyshuollon ehkäisevää päihdetyötä koskevat kriteerit

Ehkäisevien päihdepalveluiden järjestämiselle ei työterveyshuoltoa koskeissa säädöksissä ja ohjeissa ole esitetty erillisiä tavoitteita. Yleisemmin on todettu, että työterveyshuollon tehtävä on tunnistaa terveydelle haitalliset tekijät ja arvioida niiden terveydellinen merkitys ja että työterveyshuollossa painopiste on siirtymässä työkyvyn arvioinnista yhä enemmän työkykyä edistävien toimien ja työkyvyttömyyden uhan arvioimiseen⁴⁸.

Työterveyshuoltolaissa huomioidaan erikseen ne työpaikat, joilla tehdään huumausainetestejä. Näillä työpaikoilla on lain mukaan oltava päihdeohjelma. Muilta työpaikoilta tätä ei edellytetä. Päihdeohjelmien tekoa työpaikoilla on pyritty kannustamaan alkoholiohjelmaan kuuluvassa Huugo-hankkeessa. Hankkeen tavoitteena on ollut parantaa työyhteisöjen valmiuksia määrittellä yhteistä linjaa alkoholikysymyksissä ja tuottaa yksittäiselle alkoholin käyttöönsä pohtivalle työntekijälle hankkeen myötä sellaista tietoa ja tukea, jolla vaikuttaa omaan alkoholinkäyttöön.

Työssäkäyvän väestön alkoholiongelmien ehkäisyä on pyritty edistämään myös Työterveyslaitoksen mini-interventiohankkeen avulla. Hankkeen tavoitteena on ollut lisätä merkittävästi työterveyshuollon mini-interventio toimintaa kohdentamalla alkoholinkäytön puheeksiottoa, seurantaa ja neuvontaa niihin alkoholin suurkuluttajiin, joilla ei vielä ole alkoholiriippuvuutta. Hankkeen toimesta on julkaistu oppaat "Alkoholin riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa" sekä "Alkoholi ja perusterveydenhuolto", joissa esitetään tarkempia ohjeita alkoholiongelmien ehkäisylle työterveyshuollossa.

Alkoholiohjelman keskeisenä tavoitteena on ollut tehostaa ja kohdentaa haittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen tähtäävää toimintaa sekä laajentaa ja tehostaa toimijoiden välistä yhteistyötä. Ohjelmaa valmisteltaessa ilmeni, että tekijöitä ja työkaluja on paljon mutta vastuuta alkoholihaittojen ehkäisy- ja vähentämistoimien yhteensovittamisesta ei kanna mikään taho. Alkoholiohjelmaa ryhdyttiin valmistelemaan kokoamalla yhteen eri tahoilla käytettävissä olevat keinot tavoitteena tehdä niistä sellainen jäsentynyt kokonaisuus, jossa toimet vahvistavat toisiaan ja jossa yhteistyö edistää yhteisten tavoitteiden saavuttamista.⁴⁹

Päivastuu alkoholiohjelmaan liittyvän työn ohjauksesta ja koordinoimista on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Alkoholiohjelman mukaan kaikki alkoholihaittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen liittyvät toimet tulee sovittaa yhteen sekä keskenään että osaksi yleistä hyvinvointipolitiikkaa. Oh-

⁴⁸ Manninen ym. 2007a.

⁴⁹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2004c.

jelmaan liittyvän paikallisen, alueellisen ja valtakunnallisen toiminnan yhteensovittamisesta on vastannut koordinaatioryhmä. Alueellisella tasolla koordinaatiovastuu on lääninhallituksilla.⁵⁰

2.4 Tarkastuksen aineistot ja menetelmät

Tarkastuksen haastatteluaineisto koostuu syksyllä 2007 ja keväällä 2008 tehdyistä 29 asiantuntijahaastattelusta. Yhtä lukuun ottamatta haastattelut tehtiin pääkaupunkiseudulla ja Lapissa (liite 1). Työterveyshuollon toimintaympäristö ja haasteet ovat näillä alueilla hyvin erilaisia. Rajauksen toinen peruste oli alueiden muuta maata suurempi alkoholikuolleisuus. Tarkastuksessa käsitellään työterveyshuoltoa ja alkoholihaittojen ehkäisyä kokonaisuutena, jolloin esim. valtion henkilöstön työterveyshuoltoa ei erikseen tarkastella.

Työterveyshuoltolain ehkäisyä koskevien tavoitteiden toteutumista selvitetiin lisäksi analysoimalla sosiaali- ja terveysministeriön ja Kansaneläkelaitoksen työterveyshuollon neuvottelukuntien pöytäkirjat vuosilta 2004–2007, jolloin uusi työterveyshuoltolaki oli ollut voimassa vähintään kaksi vuotta. Samalle ajanjaksolle sijoittuu sosiaali- ja terveysministeriön vetämä alkoholiohjelma. Alkoholiohjelmaan liittyen tarkastuksessa hyödynnettiin lääninhallitusten raportteja alkoholiohjelmaan liittyvistä toimenpiteistä, Etelä-Suomen lääninhallituksen selvitystä ehkäisevän päihdetyön tilasta läänin kunnissa vuonna 2007 sekä Lapin lääninhallituksen selvityksiä alueen päihdetilanteesta ja -työstä.

Tarkastuksen kirjallisena aineistona ovat työterveyshuoltoa ja ehkäisevää päihdetyötä koskevat säädökset sekä lukuisat ohjelmat, suositukset, tutkimukset ja selvitykset. Aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin.

Tarkastuksen on tehnyt johtava toiminnantarkastaja Sari Hanhinen. Tarkastusta edeltäneeseen aihekartoitukseen osallistui lisäksi johtava toiminnantarkastaja Juho Nurminen. Tarkastusta ovat ohjanneet toiminnantarkastuspäällikkö Armi Jämsä ja toiminnantarkastusjohtaja Jarmo Soukainen.

⁵⁰ *Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.*

3 Tarkastushavainnot

3.1 Lain tarkoituksen toteutuminen

3.1.1 Ehkäisevä toiminta jää sairaanhoidon varjoon

Työterveyshuollon toimijat ovat tyytyväisiä vuonna 2002 voimaan tulleen työterveyshuoltolakiin. Tarkastuksessa haastateltujen työterveyslääkäreiden ja -hoitajien mukaan laki on selkeä ja antaa toiminnalle hyvät puitteet. Samaa mieltä ovat lain valmistelussa mukana olleiden työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen edustajat. Työterveyshuollon nykyinen toimintatapa ei kuitenkaan vastaa kaikilta osin lainsäädännön tavoitteita. Käytännössä työterveyshuolto painottuu sairaanhoitoon.

Työterveyspalveluiden lakisääteisyydellä on pyritty varmistamaan palveluiden laaja kattavuus ja sisällön suuntautuminen ehkäisevään työhön työelämän ja työssä olevien tarpeiden kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla. Työterveyshuoltolain uudistamisen katsottiin merkitsevän terveyskeskusten tuottamien työterveyspalveluiden olennaista kasvua. Työterveyshuoltolakia koskevassa hallituksen esityksessä työterveyshuollon kattavuuden odotettiin parantuvan sekä pienyritysten palveluksessa olevien työntekijöiden että yrittäjien osalta. Sairaanhoidosta ja muusta terveydenhuollosta lainsäädäntö ei asettanut työnantajille uusia velvoitteita.

Lainsäädännössä yrityksille on luotu huomattava taloudellinen kannustin panostaa ennalta ehkäisyyn. Työterveyshuollon ehkäisevä toiminta ei ole kuitenkaan lisääntynyt odotetulla tavalla. Kattavuuden osalta ongelmiana ovat edelleen pienet yritykset ja yrittäjät. Myöskään terveyskeskusten osuus työterveyspalveluiden tuottajana ei ole lisääntynyt⁵¹. Päinvastoin suuntana on lääkärikeskusten osuuden kasvu, mikä johtuu yritysten omien työterveysyksiköiden lopettamisesta ja palveluiden ulkoistamisesta.

Työterveyshuollon tunnetuinta ehkäisevää toimintaa ovat terveystarkastukset. Tutkimusten mukaan suomalaiset myös osallistuvat niihin mielellään. Terveystarkastusten määrä suhteessa henkilöasiakkaisiin ei ole muuttunut merkittävästi 1990-luvun puolivälin jälkeen. Yksilön lisäksi ehkäisevän toiminnan tulisi kohdistua yksilön työhön, työympäristöön ja työyhteisöön. Työterveyshuoltolain mukaan ehkäisevän työterveyshuollon perusta on työpaikkaselvitys. Valtioneuvoston asetuksessa hyvän työter-

⁵¹ *Kansaneläkelaitos 2007.*

veyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (1484/2001) työpaikkaselvityksellä tarkoitetaan työstä, työympäristöstä ja työyhteisöstä aiheutuvien työterveysvaarojen ja -haittojen tunnistamista ja arviointia sekä ehdotusten tekemistä työympäristön ja työyhteisön jatkuvaksi kehittämiseksi, havaittujen terveysvaarojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Myös työpaikkaselvitysten suhteellinen määrä on säilynyt samana vuodesta 1997 lähtien. Sekä terveystarkastuksia että työpaikkaselvityksiä on tehty suhteellisesti eniten työnantajien omissa yksiköissä. Valtaosan terveystarkastuksista tekevät terveydenhoitajat ja työpaikkaselvityksistä terveydenhoitajat ja fysioterapeutit.⁵²

Ehkäisevää toimintaa ovat myös vajaakuntoisten työntekijöiden työssä selviytymisen seuranta ja edistäminen, kuntoutukseen ohjaaminen sekä neuvonta ja ohjaus. Neuvontaan ja ohjaukseen kuuluvat mm. tietojen anto työterveyshuollon tavoitteista ja sisällöstä toiminnan eri vaiheissa sekä päihneiden käytön ehkäisyyn ja päihdeongelmaisten varhaiseen tunnistamiseen liittyvä neuvonta. Tilastotietojen perusteella neuvonta ja ohjaus ovat vähentyneet uuden lain voimaantulon jälkeen. Työterveyslaitoksen selvityksen mukaan vuonna 2006 tietojen antoon ja ohjaukseen käytettiin 18 % vähemmän aikaa kuin vuonna 2003.⁵³ Toiminta on myös vähentynyt uuden lain voimaantulon jälkeen. Työterveyslaitoksen selvityksen mukaan vuonna 2006 tietojen antamiseen ja ohjaukseen käytettiin 18 % vähemmän aikaa kuin vuonna 2003. Ehkäisevän toiminnan vähydestä kertoo myös se, että vain noin puolella työterveysyksiköistä on yhteisesti sovittu käytäntö kuntoutustarpeen toteutamisessa ja noin 60 prosentilla kuntoutukseen ohjaamisessa⁵⁴.

Eri palveluntuottajien välinen hajonta työterveyshuollon toteuttamisessa on suuri. Selvitysten mukaan työnantajan oma työterveysasema tuottaa työterveyshuoltoa parhaiten työterveyshuoltolain tarkoittamalla tavalla. Sellainen työnantaja, jolla on oma työterveysasema, on yleensä suuri henkilömäärältään. Tämä näkyy toiminnan resursoinnissa ja toiminnan toteutuksessa. Työnantajan omat työterveysasemat eivät tavoittele toiminnallaan maksimaalista voittoa. Kaikilla osapuolilla yhteisenä tavoitteena on

⁵² Manninen toim. 2007.

⁵³ Tarkastuskertomusluonnosta koskeissa palautteissaan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö sekä Suomen Työterveyshoitajaliitto toivat esille, että neuvontaa ja ohjausta tehdään todellisuudessa tilastoitua enemmän, mutta ne kirjataan sairaanhoidoksi.

⁵⁴ Manninen toim. 2007.

työnantajan ja työntekijän hyvinvointi. Työterveyshuolto myös tuntee hyvin päämiehensä tarpeet. Muissa palveluvaihtoehtoissa näin ei useinkaan ole.⁵⁵

Myös yksikön koolla on merkitystä. Esimerkiksi sekä lääkärin että terveydenhoitajan työpaikalle suuntautunut toiminta vähenee työterveysyksikön koon kasvaessa⁵⁶. Työpaikkakäyntejä rajoittaa sekä pienten työterveysyksiköiden että pienten yritysten resurssien puute. Lääkärit eivät työpaikkakäynneille usein ehdi, eikä heitä pienyrityksiin aina päästetäkään, koska käynti matkakustannuksineen koetaan liian kalliiksi. Lapissa työpaikkakäynneille eivät ehdi myöskään työterveyshoitajat tai pahimmassa tapauksessa kunnan puolipäiväinen työterveyshoitaja. Haasteena ovat lisäksi pitkät välimatkat ja sellaiset pienyritykset, jotka eivät koe tarvitsevana työterveyshuollon palveluja. Suuremmissa yrityksissä ongelmana on pidetty puolestaan sitä, että työterveyshuolto ei ole tarpeeksi jalkautunut työpaikalle⁵⁷.

Ehkäisevän toiminnan pysyessä lähes ennallaan sairaanhoitokäynnit lääkäreille ovat lisääntyneet vuodesta 1997 lähtien. Työterveyslaitoksen selvitysten mukaan kaikista työterveyshuollon piiriin kuuluvista 93 prosentille myös sairaanhoito sisältyy palveluihin. Sairaanhoitokäynnit ovat lisääntyneet erityisesti terveyskeskuksissa ja työnantajien yhteisissä yksiköissä⁵⁸. Noin puolet työntekijöistä käyttää työterveyshuoltoa sairastuttuaan sen sijaan, että käyttäisi muita sairaanhoitopalveluja⁵⁹.

Työterveyshuollon sairaanhoitopainotteisuus näkyy hyvin toiminnan tuotoksia kuvaavissa tilastoissa. Kelan tietojen mukaan vuonna 2005 terveystarkastuksia tehtiin 961 000, mikä oli 2,6 prosenttia enemmän kuin edellisenä vuonna. Sairaanhoitokäyntejä tehtiin samana vuonna kaikkiaan 4,8 miljoonaa, mikä oli hieman enemmän kuin edellisvuonna. Myös laboratoriotutkimusten ja radiologisten tutkimusten määrät ovat kasvaneet. Laboratoriotutkimuksia tehtiin 6,2 miljoonaa, mikä oli kuusi prosenttia edellisvuotta enemmän.⁶⁰

Sairaanhoito muodostaa suuren osan työterveyshuollon ammattiryhmien työstä lukuun ottamatta psykologeja. Työterveyslääkäreiden keskeinen työn sisältö on sairaanhoito. Työterveyshoitajilla ja työfysioterapeuteilla terveystarkastukset ja muu ehkäisevä toiminta muodostavat suhteessa suu-

⁵⁵ Pitkämäki 2006.

⁵⁶ Manninen toim. 2007.

⁵⁷ Heikkinen 2007.

⁵⁸ Manninen toim. 2007.

⁵⁹ Kimanen ym. 2008.

⁶⁰ Kansaneläkelaitos 2007.

remman osan, mutta sairaanhoito on lukumääräisesti useimmin toistuva tehtävä heidänkin työssään⁶¹.

Myös muihin maihin verrattuna sairaanhoidolla on poikkeuksellisen merkittävä osuus suomalaisessa työterveyshuollossa. Joissain maissa työterveyslääkäreiltä on sairaanhoito suorastaan kielletty ja lääkäreiden tulee pitäytyä korkeintaan työkyvyttömyyden arvioinnissa.⁶² Esimerkiksi Ruotsissa työterveyshuolto kohdistuu yksinomaan työympäristöön, ergonomiaan, ennaltaehkäisyyn ja neuvontaan liittyviin tehtäviin. Työkyvyn arviointi ja sairauslomien kirjoittaminen on pääasiassa terveyskeskuslääkäreiden tehtävä⁶³.

Mistä sairaanhoitopainotteisuus johtuu?

Tarkastuksen haastatteluissa näkemykset siitä, onko työterveyshuolto painottunut liiaksi sairaanhoitoon, vaihtelivat huomattavasti. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kelan toimihenkilöt sekä osa Työterveyslaitoksen asiantuntijoista eivät nähneet nykyisessä käytännössä mitään moitittavaa. Muut 29 haastattelussa mukana olleista asiantuntijoista sen sijaan olivat sitä mieltä, että toiminta on liikaa painottunut sairaanhoitoon ehkäisevän toiminnan kustannuksella. Mistään uudesta ilmiöstä ei ole kysymys. Jo 1970-luvun lopulla järjestelmän silloiset kehittäjät arvostelivat työterveyshuoltoa siitä, että sairausvakuutuksen korvaukset ohjasivat voimavarat pääosin sairaanhoitoon.⁶⁴

Syitä työterveyshuollon nykyiselle toimintatavalle on useita. Tarkastushavaintojen perusteella sairaanhoitopainotteisuus johtuu erityisesti seuraavista sekä sairaanhoidon tarjontaa että kysyntää lisäävistä tekijöistä:

- Sairanhoidosta katsotaan saatavan korvaamatonta tietoa ehkäisevän työn tueksi.
- Lääkäreiden kaikki aika menee sairaanhoitoon, johon he ovat myös motivoituneempia kuin ehkäisevään toimintaan.
- Asiakas arvostaa nopeaa sairausvastaanotolle pääsyä.
- Kattavasta työterveyshuollosta on tullut henkilöstöetu.
- Työpaikoilla ei ole tietoa ehkäisevän toiminnan sisällöstä ja vaikuttavuudesta.

⁶¹ Seuri ja Räsänen 2006.

⁶² Martimo 2006a.

⁶³ Sosiaali- ja terveysministeriö 2008c.

⁶⁴ Työterveyshuoltotoimikunta 1978, teoksessa sosiaali- ja terveysministeriö 1993.

- Palveluja tuottavat yhä enemmän sairaanhoitoon panostavat lääkärikeskukset.
- Ehkäisevä työterveyshuolto on työlästä toteuttaa ja vähemmän tuottoisaa kuin sairaanhoito.
- Lääkäreiden palkkausjärjestelmä ei aina kannusta ehkäisevään toimintaan.
- Kansanterveystyön vastuuta on liukunut työterveyshuollolle.
- Hoitovastuut kunnallisen terveydenhuollon kanssa ovat epäselviä⁶⁵.

Työterveyshuollon yhteydessä järjestetty sairaanhoito on yleislääkäritasoisista avosairaanhoitoa sekä erikoislääkärin toimintaa siltä osin, kun se perustuu työpaikan työterveyslääkärin arvioon selvitettyä työntekijän työkykyä ja hoitomahdollisuuksia. Työterveyspainotteisen sairaanhoidon erityisalueina ja vahvuuksina ovat työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutukseen ja kokemukseen perustuva tieto työn ja terveyden välisistä vaikutuksista.

Asiantuntijoiden mukaan työterveyspainotteinen sairaanhoito on merkittävä osa työterveyshuoltoa. Lainsäädäntö edellyttää työterveyshuollosta sellaista toimintaa, jota ei asiantuntijoiden mukaan voi laadukkaasti tehdä seuraamatta henkilöstön sairauksia, niiden syitä ja niistä aiheutunutta työkyvyttömyyttä. Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan sairauksia hoidettaessa täytetään usein lakisääteisen työterveyshuollon velvollisuuksia, kuten tietojen anto ja ohjaus tai kuntoutustarpeen arviointi⁶⁶.

Työterveyshuoltolakia koskevassa hallituksen esityksessä sairaanhoidon myötä syntyvän tiiviimmän yhteistyön katsottiin luovan paremmat mahdollisuudet ehkäisevään työhön sekä varhaisessa vaiheessa työkykyyn vaikuttavien uhkien toteutamiseen ja tarvittaviin toimenpiteisiin ryhtymiseen.⁶⁷ Tarkastuksessa haastatellun sosiaali- ja terveysministeriön edustajan mukaan sairaanhoitoa tarjoamalla saadaan palveluiden piiriin houkutteltua myös sellaisia asiakkaita, kuten yrittäjiä, jotka muutoin jäävät työterveyshuollon ulkopuolelle. Yrittäjien osuus työterveyshuollon asiakkaita on kuitenkin noussut hyvin hitaasti. Tietoa ei ole myöskään siitä, miten sairaanhoito käytännössä tukee ehkäisevää työtä. Tarkastushavaintojen perusteella lääkärit keskittyvät työssään sairaanhoitoon ehkäisevän työn kuuluessa työterveyshoitajille. Työterveyshoitajille varatut ajat ovat yleensä huomattavasti pidempiä kuin lääkäreiden 15–20 minuutin vastaanottoajat. Koska aika on rajallinen, työterveyshuollossa priorisoidaan

⁶⁵ Vrt. Laine 2005.

⁶⁶ Manninen ym. 2007a.

⁶⁷ HE 114/2001.

sairaanhoidoa. Asiantuntijoiden mukaan työterveyshuollon ydinasioiden hoitaminen ei ole ammattihenkilöstön mielestä myöskään riittävän motivoivaa. Hoitamisen houkutus on suuri, vaikka tiedetään, että ehkäisy on aina hoitoa edullisempaa. Haastatellut työterveyslääkärit totesivat lääkäreiden olevan usein myös huonoja terveyden edistäjiä. Syynä tähän pidettiin sitä, että lääkärikoulutuksessa ennaltaehkäisy ja terveyden edistämisen jäivät vähälle huomiolle.

Työterveyshuollossa toimivilla ammattihenkilöillä (työterveyslääkärit ja hoitajat) ja keskeisillä asiantuntijoilla (työfysioterapeutit ja -psykologit) on terveydenhuollon peruskoulutus. Useimmilla työterveyshuollossa toimivilla ammattiryhmillä peruskoulutus keskittyy sairauksien hoitoon. Tällöin esimerkiksi terveyden edistäminen, työyhteisöjen toiminnan edistäminen ja terveystarkastukset jäävät helposti taka-alalle. Myös työterveyslääkäreiden erikoiskoulutuksessa painopiste on sairauksien tutkimuksessa ja hoidossa.⁶⁸ Työterveyshoitajien koulutus sen sijaan painottuu ehkäisevään terveydenhuoltoon.

Toisaalta sairaanhoito on myös sitä, mitä asiakkaat haluavat. Osa haastelluista oli sitä mieltä, että lopulta asiakas ohjaa sitä, mitä työterveyshuollossa tehdään. Työnantajille työterveyshuolto voi olla lain määrittelemä välttämättömyys, hyvä keino hoitaa työntekijöidensä sairauksia nopeasti ja tehokkaasti tai keino kilpailla työvoimasta. Yksittäiselle työntekijälle työterveyshuolto on käytännössä sitä, että hän pääsee tarvittaessa sairausvastaanotolle. Työterveyslääkäreiden kokemuksen mukaan asiakasyritysten työntekijät arvostavat nopeaa ja hyvää sairaanhoitoa⁶⁹. Haastateltujen mukaan erityisesti yksityisten työterveysyksiköiden asiakkaat haluavat sairaanhoitoa ja paljon laboratoriotarkastuksia, ja kun niitä saadaan, työterveyshuolto koetaan laadukkaaksi.

Kattavasta työterveyshuollosta onkin tullut merkittävä henkilöstöetu. Sairaanhoidopainotteisuutta lisää se, että usein työterveyslääkäri toimii työntekijän omalääkärinä ja hoitosuhteet ovat pitkäaikaisia⁷⁰. Työterveyshuolto saattaa myös olla fyysisesti huomattavasti lähempänä kuin mahdollisesti toisella paikkakunnalla sijaitseva oman kunnan terveyskeskus.

⁶⁸ Seuri ja Räsänen 2006.

⁶⁹ Seuri ja Räsänen 2006.

⁷⁰ Arola 2004.

Työnantajien tietämys työterveyshuollon tehtävistä vaihtelee

Työterveyshuoltolain mukaan palveluista sovitaan työnantajan ja palveluntuottajan kesken. Työterveyshuollon järjestämisestä tehdään kirjallinen sopimus, josta ilmenevät työterveyshuollon yleiset järjestelyt sekä palveluiden sisältö ja laajuus. Työpaikalla työntekijöillä ja heidän edustajillaan on oikeus tehdä ehdotuksia työterveyshuollon toiminnan kehittämiseksi.

Tarkastushavaintojen perusteella huomattava osa työntekijöistä ei kuitenkaan ole tietoisia työterveyshuollon lakisääteisistä tehtävistä. Haastatellun työterveyslääkärin mukaan asiakastyytyväisyys heikkenisi välittömästi, jos asiakkaalle kerrottaisiin, että työterveyshuollon ensisijainen tehtävä on ennalta pyrkiä minimoimaan kaikki työhön liittyvät terveydelliset riskit ja vasta toissijaisesti hoitaa asiakkaan angiina.

Myös työnantajien tietämys työterveyshuollon tehtävistä vaihtelee huomattavasti. Sellaiset suuret yritykset, joilla on osaava henkilöstöhallinto ja hyvä esimieskoulutus, osaavat tilata hyvää työterveyshuoltoa ja ymmärtävät ehkäisevän työn merkityksen. Suurimmaksi haasteeksi haastatellut kokivat pk-yrittäjien tietotason nostamisen. Havainto on merkittävä erityisesti ottaen huomioon pienten ja keskisuurten yritysten merkityksen Suomen talouselämässä. Kaikkien yritysten henkilöstöstä 62 % työskentelee pienissä ja keskisuurissa yrityksissä, eli sellaisissa yrityksissä, joiden henkilöstömäärä on alle 250⁷¹.

Erityisesti ehkäisevän toiminnan ongelmana on se, että työnantajat ajattelevat työterveyshuollon toteuttavan asioita, joita siellä ei kuitenkaan toteuteta. Tämä tuli esille muun muassa keskusteltaessa alkoholi-ongelmien ehkäisystä. Haastatellun päihdelääkärin mukaan työpaikkojen toimijoille pitäisi tiedottaa, että systemaattista alkoholinkäytön seulontaa ei tehdä, jollei siitä ole erikseen sovittu.

Toinen ongelma on epärealistiset käsitykset työterveyshuollon vaikuttavuudesta. Työterveyshuollon edustajat kokevat puhuvansa eri kieltä yritysten ihmisten kanssa. Työterveyslääkäreiden mukaan esimerkiksi hallintojohtajat odottavat, että jos tänä vuonna harjoitetaan ehkäisevää toimintaa, niin ensi vuonna sairaanhoidon osuus vähenee tiedostamatta sitä, että ehkäisevän työn tulokset voivat näkyä vasta vuosien kuluttua.

Vastaavia havaintoja on tehty eräässä tutkimuksessa, jossa selvitettiin 26 yrityksen työterveyshuoltoon kohdistuvia odotuksia. Tutkimuksen mukaan yritykset odottavat työterveyshuollolta merkittävää vaikuttavuutta, jonka tulisi ilmetä sairauslomien ja ennen aikaisten eläkkeiden vähentymisenä sekä työturvallisuuden ja työntekijöiden työkyvyn paranemisena.

⁷¹ www.tilastokeskus.fi

Työterveyshuollolla odotetaan myös olevan yrityksen tuottavuutta parantava vaikutus. Lisäksi työterveyshuolloilta odotetaan aktiivista kentälle jalautumista, liike-elämän osaamista ja kykyä raportoida terveyden ja työkyvyn tunnusluvut työkykyennusteina. Yritykset myös katsovat olevansa oikeutettuja odottamaan tuottoja investoinnilleen.⁷²

Erityisesti ehkäisevän työn ja työterveyden vaikuttavuuden osoittaminen on kuitenkin hankalaa. Vielä ei ole näyttöön perustuvaa tietoa esimerkiksi siitä, mikä vaikutus yksilöllisillä terveystarkastuksilla on työntekijään, työnantajaan ja työpaikkaan⁷³. Tätä pyritään selvittämään meneillään olevassa Työterveyslaitoksen Sateenkaari-hankkeessa⁷⁴. Työterveyshuollolla on myös eettinen velvollisuus olla antamatta katteettomia lupauksia työssä vaikuttavuudesta.⁷⁵ Haastateltujen mukaan työterveysyksikkö saattaa kuitenkin luvata esimerkiksi, että yrityksen käytössä on viisi vuotta sama työterveyshoitaja tai että sairauspoissaolot laskevat 20 prosentilla. Asiantuntijat pitivät lupauksia epäeettisinä. Työterveyshuollon markkinoinnista vastaavien olisikin tunnettava riittävästi toiminnan perusteita, jotta he eivät lupaa sellaisia asioita, joita ei voida toteuttaa⁷⁶.

Vaikuttavuuden avainkysymyksiin kuuluu, kuinka paljon työterveyshuolto uskaltaa tuoda esille todellisia työntekijöiden hyvinvointia uhkaavia tekijöitä työpaikalla. Esimerkiksi terveystarkastusten suhteen asiakkaiden toiveena voi olla vähemmän keskusteluja ja enemmän toimenpiteitä. Eettisesti oikein toimien näin ei kuitenkaan voida tehdä, jos tiedetään, että työpaikalla on jännitteitä tai ihmiset voivat huonosti työpaineiden vuoksi.⁷⁷ Haastattelujen perusteella yksityiset palveluntuottajat saattavat myös pelätä henkilöasiakkaan menettämistä, mikä voi olla esteenä hankaliksi koettujen asioiden, kuten alkoholinkäytön, puheeksiotolle.

Trendinä palveluiden ulkoistaminen lääkärikeskuksiin

Erityisesti 2000-luvulla terveyspalveluiden tuotannossa on tapahtunut muutoksia, joiden vuoksi työterveyshuollosta on tullut merkittävä yksityistä terveyspalvelutuotantoa ylläpitävä tekijä. Viimeisen 10 vuoden aikana yksityissektorilla toimivien lääkäreiden määrä on kasvanut 70 prosentilla. Lähes puolet lääkäreistä toimii yksityissektorilla pää- tai sivutoi-

⁷² Heikkinen 2007.

⁷³ Pitkämäki 2006.

⁷⁴ Työterveyslaitos 15.3.2007.

⁷⁵ Esim. Martimo 2006b.

⁷⁶ Antti-Poika 2006.

⁷⁷ Martimo 2006b.

misesti. Osa lääkärikeskuksista ja sairaaloista on yhdistynyt ja ketjuuntu-
nut. Myös niiden omistus pohja on muuttunut. Lääkäreiden suora omistus
on vähentynyt, ja tilalle on tullut pörssiyhtiö tai pääomasijoittaja.⁷⁸

Lääkärikeskukset tuottavat yhä suuremman osan työterveyshuollon palve-
luista. Henkilömäärällä mitaten ne ovat syrjäyttäneet terveyskeskukset.
Myös yritysten omien yksiköiden lukumäärä on vuodesta 1995 vähentynyt
150 yksiköllä.

Terveyspalveluita on ulkoistettu lähinnä lääkärikeskuksiin. Esimerkiksi
työnantajien omista yksiköistä on lääkärikeskuksiin siirtynyt vuoden 2000
jälkeen 110 000 asiakasta. Samalla työterveysyksiköiden koot ovat kasva-
neet. Työterveyshuollossa viisi suurinta ketjua tuottaa palvelut 23 prosen-
tille kaikista henkilöasiakkaista.⁷⁹

Suomen suurin työterveyshuollon tarjoaja hoitaa yli neljäsosan Suomen
työterveyshuollosta ja vastaa 11 000 yritysasiakkaasta ja sitä kautta
350 000 henkilöasiakkaasta. Liikevaihdolla mitattuna se on myös maan
suurin terveystaloyritys. Lääkärikeskukset saavat asiakkaita pääasiassa
isoista yrityksistä, ja pienet ja keskisuuret yritykset käyttävät enimmäk-
seen terveyskeskuksia. Tarkastushavaintojen perusteella työterveyshuol-
lon ulkoistaminen yksityisille terveystaloyrityksille lisää tulevaisuu-
dessa työterveyshuollon sairaanhoitopainotteisuutta. Haastateltujen asian-
tuntijoiden mukaan suurilla terveystaloyrityksillä on kapasiteettia tar-
jota erittäin kattavat sairaanhoitopalvelut, jolloin myös houkutus ostaa niit-
tä kasvaa. Osa haastatelluista asiantuntijoista suhtautui hyvin kielteisesti
pääomasijoittajien omistamiin yhtiöihin ja pelkäsi, että voiton maksimoin-
ti ohjaa toimintaa epäeettiseen suuntaan. Riskinä voi olla myös toiminnan
lyhytjännitteisyys.

Haastateltujen mukaan yksityisten lääkärikeskusten toimintatapa on sa-
ma kuin liike-elämässä. Sairaanhoidosta tuotto kertyy helpommin, mikä
johtuu siitä, että ehkäisevä työ on työlästä toteuttaa ja vaatii esimerkiksi
työpaikalle menoa, joka on kallista. Myös laboratoriokokeita osa haasta-
telluista piti helppona keinona rahastaa ja vaati kustannusten pienentämistä
reaaliselle tasolle.

Tarkastushavaintojen perusteella osassa työterveysyksiköistä liike-
elämän toimintatapa näkyy myös sairaanhoitoon kannustavana suoritekoh-
taisena palkkauksena. Esimerkiksi jos päivystysvastaanotossa veloitus on
noin 40 euroa/asiakas ja lääkäri pystyy ottamaan potilaita vastaan neljä
tunnissa, kertyy tästä enemmän voittoa kuin ehkäisevästä työstä, jonka
tuntiveloitus on noin 110 euroa. Suoritekohtaisen maksun saava lääkäri

⁷⁸ Laurikka-Routti 2007.

⁷⁹ Manninen toim. 2007.

voi siis lisätä tulojaan lisäämällä kysyntää⁸⁰. Kaikissa työterveysyksiköissä palkkaus ei perustu työn tuottavuuteen, vaan käytössä on kuukausipalkkaus. Vuonna 2006 julkaistun tutkimuksen mukaan terveyskeskusten työterveyslääkäreillä on pääsääntöisesti kuukausipalkka mutta myös suoritekohtaista palkkausta esiintyy. Työnantajan omilla työterveysasemilla valtaosalla lääkäreistä on kuukausipalkka. Sen sijaan lääkärikeskusten työterveyslääkäreistä vähemmistöllä on kuukausipalkka. Myös lääkärikeskusten palveluiden hinnoittelussa on suuria vaihteluita. Osa työterveyshuollon palveluista laskutetaan työnantajalta kiinteinä maksuina, ja osa lääkärikeskuksista käyttää suoritekohtaista hinnoittelua⁸¹.

Työterveyshuolto paikkaa kunnallista terveydenhuoltoa

Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden kysyntää lisää asiantuntijoiden mukaan osaltaan se, että kunnallinen terveydenhuolto ei ole toiminut hyvin viime vuosina. Tämän vuoksi työnantajat ovat tarjonneet työntekijöilleen enemmän sairaanhoitopalveluja. Jossain kunnissa voidaan myös pyrkiä siihen, että ihmiset käyttävät sairaanhoitoa tarvitessaan nimenomaan työterveyshuoltoa, jolloin osa kustannuksista korvataan työterveyshuollon korvausjärjestelmän kautta. Tällöin kuntien ei tarvitse panostaa resursseja työikäisen väestön perusterveydenhuoltoon.

Asiantuntijan mukaan Suomessa ainoa käyttäjälle maksuton ja saatavuudeltaan paras tapa päästä lääkärille toteutuu työterveyshuollossa.⁸² Työterveyshuoltoa onkin arvosteltu paljon siitä, että se edesauttaa terveyspalvelujen epätasa-arvoista jakautumista Suomessa. Ratkaisu tähän ei tarkastuksessa haastateltujen asiantuntijoiden mukaan ole se, että työterveyshuoltopalveluita heikennetään, vaan se, että julkisia palveluita parannetaan. Työterveyslaitoksen edustaja korosti, että työterveyshuollon rooli ei ole paikata terveyskeskustoiminnan puutteita vaan täydentää sitä ja tehdä yhteistyötä. Asiantuntijan mukaan selvää on myös, että työterveyshuollon sairaanhoito ei saa paisua entisestään.

Työterveyslaitoksen oppaat eivät saavuta kaikkia työterveyshuollon asiakkaita

Työterveyshuollon sisällöstä ja vaikuttavuudesta tiedottaminen on työterveyshuollon palveluntuottajan sekä viime kädessä toimintaa ohjaavan so-

⁸⁰ Vrt. Pitkämäki 2006.

⁸¹ Pitkämäki 2006.

⁸² Teperi 2005.

siaali- ja terveysministeriön vastuulla. Sosiaali- ja terveysministeriön edustajan mukaan toiminnan ohjaukseen ei ole liittynyt ongelmia. Päinvastoin työterveyshuolto on ollut paljon tiukemman ohjauksen piirissä kuin muu terveydenhuolto ja ohjauksen katsotaan toimineen vähintään yhtä hyvin kuin terveydenhuollossa yleisesti. Informaatio-ohjaus toimii pääasiassa lukuisten oppaiden kautta. Lisäksi työterveyshuoltokentälle on tarjottu paljon koulutusta.

Koulutuksessa ja oppaiden laatimisessa ministeriöllä on tukena Työterveyslaitos. Työterveyslaitos on sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa ja valvonnassa toimiva itsenäinen julkisoikeudellinen yhteisö. Työterveyslaitoksen toimintaa rahoitetaan valtionosuudella, joka on 80 % eduskunnan hyväksymän, valtionosuuteen oikeuttavan toiminnan kokonaisvolyymin kustannuksista. Osa toiminnasta rahoitetaan kokonaisuudessaan toiminnasta saatavilla tuloilla. Työterveyslaitos harjoittaa laajaa kehittämisen- ja tutkimustoimintaa ja tarjoaa työpaikoille työterveyteen ja työturvallisuuteen liittyviä palveluja. Työterveyslaitoksen ydinaluetta on kehittää työympäristöä, työprosesseja ja työyhteisöjä. Toiminta ohjautuu asiakkaiden tarpeista, ja yhtenä toimintamuotona on tuottaa asiakkaille tieto- ja menetelmätuotteita sekä kehittämishankkeita.⁸³

Tarkastuksen haastatteluissa Työterveyslaitoksen katsottiin tuottaneen paljon hyödyllistä materiaalia työterveyshuollon käyttöön. Valmisteilla on muun muassa yrityksille ja muille organisaatioille suunnattu työterveyshuollon tilaajan opas hyvän työterveyshuoltokäytännön laatuksiteerit täyttävästä asiantuntijapalvelusta. Haastatteluissa Työterveyslaitosta myös arvosteltiin. Arvostelu kohdistui lähinnä Työterveyslaitoksen kokoon ja resursointiin suhteessa sen edustamaan lääketieteen alaan, laajaan tehtäväkenttään ja siihen, että Työterveyslaitoksen koulutukset eivät houkuttele yritysmaailmaa. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisten virastojen ja laitosten voimavarojen uudelleen suuntaamista koskevan selvityshenkilöraportin mukaan Työterveyslaitosta koskeva laki ja hallinnollinen asema tulisi pikaisesti arvioida uudelleen siten, että niissä otetaan huomioon yhteiskunnan muuttuneet olosuhteet.⁸⁴

Työterveyslaitoksen tehtävä ja asema eivät olleet tämän tarkastuksen kohteena. Työterveyshuoltojärjestelmän ohjaukseen liittyen tarkastushavaintojen perusteella voidaan kuitenkin todeta, että lukuisista Työterveyslaitoksen oppaista ja hankkeista huolimatta kaikki työterveyshuollon asiakkaat eivät osaa tilata lainmukaista työterveyshuoltoa eivätkä palveluntuottajat sitä välttämättä tarjoa. Haastatellut kokivat tarpeelliseksi myös

⁸³ Huttunen ja Mäki-Lohiluoma 2007.

⁸⁴ Huttunen ja Mäki-Lohiluoma 2007.

yleisen tiedottamisen lisäämisen, jotta kuntapäätäjät olisivat nykyistä tietoisempia työterveyshuollosta. Työterveyshuollon vastuuta työnantajien informoisemisessa lisää se, että lainsäädännöstä hyvin perillä olevatkin työnantajat nojaavat viime kädessä työterveyshuollon asiantuntemukseen. Myös tutkijoiden mukaan työterveyshuollossa, kuten terveydenhuollossa yleensäkin, tuottajalla on vahva rooli palveluista päätettäessä⁸⁵.

3.1.2 Palveluiden laatu ja saatavuus vaihtelevat

Alueelliset ja yksiköiden väliset erot ovat suuria

Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava kaikille kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Terveystieteiden tutkimusten turvaamiseksi perustetun kansallisen hankkeen yksi keskeinen tavoite on ollut väestön terveystarpeista lähtevän hoidon laadun tasapuolinen turvaaminen. Myös kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevan lain (169/2007) tavoitteena on turvata palveluiden saatavuus, laatu ja rahoitus maan kaikissa osissa. Työterveyshuollossa nämä tavoitteet eivät toteudu. Työterveyshuollon palveluiden saatavuus ja laatu vaihtelevat sekä maan eri osissa että eri tuottajavaihtoehtojen välillä ja sisällä.

Asutuskeskittymissä, kaupunkialueilla ja pääkaupunkiseudulla tarjonta on monipuolista. Haja-asutusalueilla, joilla ei ole vaihtoehtoisia palveluntuottajia, terveyskeskusten järjestämä työterveyshuolto on avainasemassa työterveyspalveluiden turvaamisessa. Kunnallisen työterveyshuollon asiakkaina on 64 % alle 10 hengen yrityksistä, kuntien henkilöstö sekä lähes kaikki työterveyshuoltoon kuuluvat maatalousyrittäjät.

Kunnallisten työterveysyksiköiden ongelmana on yksiköiden pienuus ja henkilöstön osa-aikaisuus. Vuonna 2003 terveyskeskusten työterveysyksiköissä oli puolessa yksiköistä käytössä alle puolikas lääkärin virka ja 3/4 yksiköistä toimi korkeintaan yksi työterveyslääkäri⁸⁶. Näissä yksiköissä hyvän työterveyshuoltokäytännön ja moniammatillisuuden toteuttaminen on mahdotonta. Myös mahdollisuudet toiminnan kehittämiseen ovat hyvin rajalliset.

Ehkäisevän toiminnan ohella työterveyshuoltolaki ja hyvä työterveyshuoltokäytäntö painottavat moniammatillisuutta työterveyshuollon vaikuttavuutta merkittävästi lisäävänä tekijänä. Vuonna 2004 henkilöasiakas-

⁸⁵ Kankaanpää ym. 2006.

⁸⁶ Pulkkinen-Närhi ym. 2004.

määrään suhteutettuna reilu neljännes työterveyshuollon henkilöasiakkaita sai pätevän moniammatillisen tiimin palveluita työterveyshuollosta. Moniammatillisen tiimin olemassaolo riippuu palveluiden järjestämistä vasta ja yksikkökoosta. Päteviä, moniammatillisesti tuotettuja palveluita on muita useammin saatavilla lääkärikeskuksista, joissa näitä palveluita on tarjolla 34 %:lle asiakkaista. Muissa yksiköissä 25 % henkilöasiakkaita saa moniammatillisia palveluita⁸⁷. Parhaiten moniammatillisuus toteutuu yli 4 000 henkilöasiakkaan työterveysyksiköissä. Näissä yksiköissä myös psykologipalveluita on paremmin saatavilla kuin pienissä yksiköissä.

Haastatteluissa työterveyshuollon laadunvaihtelusta esitettiin hieman eriäviä näkemyksiä. Sosiaali- ja terveysministeriön työterveyshuollosta vastaavien virkamiesten mukaan laatuerojen ei pitäisi olla kovin suuret, koska kaikkien palveluntuottajien henkilöstö on hyvin koulutettua. Lähtötilaisuuksissa mahdollisesti pahenevan lääkäripulan vuoksi työterveyslääkäreiden koulutukseen panostetaan tällä hetkellä voimakkaasti, ja työterveyspalveluiden laatua pyritään systemaattisesti parantamaan myös kehittämishankkeiden avulla.

Työterveyslaitoksella pidettiin tärkeänä sitä, että terveyskeskusjärjestelmä on toimiva. Työterveyslaitoksen asiantuntijoiden mukaan kaikissa työterveyspalveluissa tulee pyrkiä siihen, että yksiköissä on moniammatillinen työryhmä. Toinen keskeinen tekijä on riittävän suuri henkilömäärä. Näihin voidaan vaikuttaa koulutuksella ja resursseilla.

Sosiaali- ja terveysministeriössä pidettiin erityisen positiivisena sitä, että palvelujärjestelmän kehittäminen on lähtenyt liikkeelle paikallistasolta. Vuodesta 2002 kehittämishankkeita on ollut mahdollista esitellä ministeriön organisoimissa verkostotapaamisissa. Verkostoitumisen tarkoituksena on ollut saada erityisesti erityisosaamista omaavat yksiköt tekemään yhteistyötä. Ministeriön mukaan verkoston toimintaa on kiitelty kentällä.

Muiden haastatteluhavaintojen perusteella ministeriön ja Työterveyslaitoksen panostus saatavuuden ja laadun parantamiseksi ei ole ollut riittävä. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan kunnallisessa työterveyshuollossa ollaan monin paikoin mahdollisessa tilanteessa. Esimerkiksi Pohjois-Suomessa on sellaisia terveyskeskuksia, joissa ehkäisevää työtä hoitaa puolipäiväinen työterveyshoitaja tai joissa sairaanhoitopalveluja ei voida tarjota lainkaan. On myös paljon sellaisia kunnallisia yksiköitä, joilla on hyvät toimintasuunnitelmat mutta ei resursseja niiden toteuttamiseen. Haastatellut kiinnittivät huomiota myös monitieteisen työterveyshuollon toteutumisen heikkouteen ja siihen, että psykologien käyttöä on

⁸⁷ Manninen toim. 2007.

karsittu, osin laman aikana tehtyjen leikkauksien ja osin Kelan tiukentuneen korvauslinjan takia. Palveluiden saatavuuteen liittyen asiantuntijat olivat erityisen huolissaan yrittäjistä, joilla on vähän resursseja panostaa työterveyshuoltoon.

Osa haastatteluista piti yksityistä työterveyshuollon toimintaa kunnallista työterveyshuoltoa asiakaslähtoisempänä ja palvelua tasokkaampana. Suurempi osa oli kuitenkin sitä mieltä, että myös yksityisten yksiköiden välillä on laatueroja ja että monin paikoin terveyskeskukset toteuttavat paremmin lainsäädännön velvoitteet, koska ne joutuvat niukkojen resurssien takia rajaamaan palvelunsa ehkäisevään toimintaan. Asiantuntijat toivat esille, että asiakkaat olettavat yksityisen työterveyshuollon olevan laadultaan kunnallista työterveyshuoltoa parempaa, tietämättä esimerkiksi, että lääkärikeskuksen henkilöasiakasmäärä lääkäriä tai hoitajaa kohti saattaa olla moninkertainen verrattuna hyvin toimivaan kunnalliseen liikelaitokseen.

Asiakkaat ovat tyytyväisiä

Potilastyytyväisyys on yleinen terveydenhuollon laatumittari. Suomalaiset ovat pääosin tyytyväisiä työterveyshuollon toimintaan, puolueettomuuteen, toiminnan luottamuksellisuuteen sekä työterveyshuollon asiantuntijuuteen ja pätevyYTEEN. Vuonna 2006 työterveyshuoltoon kuuluvista 22 % arvioi työterveyshuollon toiminnan kiitettäväksi ja 47 % hyväksi. Kuntasektorilla työterveyshuoltoon ei olla niin tyytyväisiä kuin muilla sektoreilla. Kunta-alalla 12 % työterveyshuoltoon kuuluvista pitää toimintaa välttävänä tai huonona, kun vastaava luku muilla sektoreilla on kahdeksan prosenttia.

Kuntatyö 2010 -tutkimuksen mukaan kuntien henkilöstöasioista vastaavat ovat tyytyväisiä työterveyshuoltoon, mutta tyytyväisyys on vähentynyt vuosien 2003 ja 2006 välillä. Myös yhteistyössä henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon välillä on puutteita. Vain hieman yli 40 % tutkimuksen vastaajista koki yhteistyön hyvänä. Esimiehistä alle puolet koki saavansa apua työterveyshuollosta alaiSTensa työkyvyn tukemisessa. Tyytyväisyys työterveyshuoltoon on tutkimuksen mukaan yhteydessä hyvään esimiestyöhön ja työilmapiiriin. Ammattialoittain tarkasteltuna tyytymättömyys työterveyshuoltoon ja suunnitelmat varhaisesta eläkkeelle siirtymisestä ovat yleisimpiä terveysalalla. Kuntasektoria tyytyväisempiä työterveyshuoltoon ollaan valtiosektorilla. Enemmistö kunnista järjestää työterveyshuollon terveyskeskuksissa.⁸⁸

⁸⁸ *Forma ym. 2007.*

Tarkastuksen haastattelua varten Julkisten ja hyvinvointialojen liiton (JHL) edustaja lähetti työsuojeluvaltuutetuille eri puolilla Suomea kyselyn työterveyshuoltojärjestelmän toimivuudesta. Kahdentoista työsuojeluvaltuutetun näkemykset on tiivistetty liitteen 2 taulukkoon 1. Myös työsuojeluvaltuutettujen näkemysten mukaan työterveyshuoltojärjestelmän toimivuutta heikentää merkittävästi resurssi- ja lääkäripula. Tästä huolimatta palveluiden laatuun ollaan tyytyväisiä. Puutteet ehkäisevien palveluiden saatavuudessa sen sijaan ovat ilmeiset tämänkin katsauksen perusteella. Ainoastaan yksi vastaajista piti ehkäisevää toimintaa riittävänä. Syynä nähtiin resurssipula ja toimien keskittyminen sairaanhoitoon. Erityisesti työpaikkaselvityksiä ja terveystarkastuksia kaivattiin nykyistä enemmän. Havainnot saavat tukea Työterveyslaitoksen selvityksestä, jonka mukaan kunta-alan työpaikkojen työntekijöille (koulu- sekä sosiaali- ja terveystoimi) tehdään terveystarkastuksia vähemmän kuin muiden alojen työntekijöille⁸⁹.

Lääkärivaje koettelee kunnallista työterveyshuoltoa

Kunnallinen työterveyshuolto on rakenteellisessa murroksessa. Vuonna 2006 tuli voimaan kansanterveyslain muutos, joka mahdollistaa laajemman yli kunta- ja kuntayhtymärajojen ulottuvan yhteistyön työterveyshuollossa. Lainmuutoksen tavoitteena on luoda toimivia moniammatillisia kunnallisia työterveyshuollon yksiköitä, jotta työterveyshuollon palveluita voidaan tuottaa yhdenvertaisesti koko maassa⁹⁰.

Helmikuussa 2007 astui voimaan kunta- ja palvelurakenneuudistusta ohjaava puitelaki, joka on voimassa vuoden 2012 loppuun. Puitelaki kannustaa kuntia järjestämään niin työterveyspalvelut kuin muutkin terveysterveysterveyspalvelut isommissa yksiköissä, jotta laadukkaita palveluja olisi saatavilla myös isojen keskusten ulkopuolella. Suurempia yksiköitä rakennettaessa yhteistyö ja verkostoituminen ovat keskeisiä tekijöitä. Tulossa on myös uusi terveydenhuoltolaki, jonka yhtenä tavoitteena on täsmentää kunnallisen terveysterveysterveyspalvelujen järjestämisvastuuta sekä saattaa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito lähelle toisiaan. Lakia koskevan esityksen mukaan tämä voisi tapahtua esimerkiksi riittävän vahvojen terveysterveysterveyskeskusten tai pienten sairaalayksiköiden muodossa.⁹¹ Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain yhdistävä laki ei koske työterveyshuoltoa. Lakiesityksessä ei ole pohdittu myöskään lain epäsuoria vaikutuksia työterveys-

⁸⁹ Perkiö-Mäkelä ym. 2006.

⁹⁰ Manninen ym. 2007b.

⁹¹ Sosiaali- ja terveysterveysterveysministeriö 2008c.

huoltoon. Jos terveyskeskusjärjestelmä saadaan lain avulla toimivammaksi, se tulee lisäämään myös työterveyshuollon kunnallisen palvelutuotannon mahdollisuuksia toteuttaa hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaista palvelua. Toistaiseksi kunnallisen työterveyshuollon tulevaisuus näyttää epävakaalta.

Elokuussa 2007 kunnat vastasivat PARAS-kyselyyn, jossa selvitettiin muun muassa, miten kunnat aikovat järjestää työterveyshuollon tulevaisuudessa. Vastausten perusteella suuria muutoksia olisi odotettavissa vuosina 2008–2009. Koko Suomessa kunnallisten työterveysyksiköiden määrä vähenisi 43 prosentilla vuoden 2012 loppuun mennessä (211 yksiköstä 121 yksikköön). Kuntien suunnitelmat terveyspalveluiden järjestämiseksi elävät kuitenkin koko ajan⁹².

PARAS-kyselyn mukaan yhteistyösuunnittelu on vireää Länsi- ja Etelä-Suomen lääneissä. Huomattavasti epävarmempaa on, paraneeko Itä- ja Pohjois-Suomen harvaan asuttujen alueiden työterveyspalvelutarjonta hankkeen myötä. Kyselyn perusteella erityisesti Lapissa työterveysyksiköiden lukumäärän muutos näyttäisi jäävän vähäiseksi. Haastatteluhavainnot tukevat näkemystä. Esimerkiksi tunturi-Lapin työterveyshuoltojen yhdistäminen kaatui haastateltujen mukaan ATK-järjestelmien erilaisuuteen ja siihen, että kunnat eivät olleet yhdistämiselle valmiita. Keski-Lapissa välimatkoja pidettiin voittamattomana esteenä yhdistymisille.

Tarkastuksen haastatteluissa yhtenä mahdollisuutena kunnallisen työterveyshuollon laadun ja saatavuuden parantamiselle pidettiin liikelaitostamista. Haastateltujen kokemusten mukaan liikelaitos mahdollistaa omillaan toimeen tulemisen ilman velvollisuutta tuottaa voittoa. Samalla mahdollisuudet moniammatilliseen ja asiakaslähtöiseen toimintaan paranevat. Keskeisenä edellytyksenä liikelaitosten perustamiselle pidettiin sitä, että kuntien terveysjohto ymmärtää, mitä työterveyshuolto on ja miten se tulee resursoida. Vuonna 2007 työterveyshuollon liikelaitoksia oli 14.

Kaiken kaikkiaan haastatellut asiantuntijat olivat sitä mieltä, että työterveyshuollossa keskeisintä on tasoittaa yksiköiden välisiä laatueroja ja saattaa kaikki palvelut hyvälle ja "moraalisesti oikealle" tasolle. Heidän mukaansa kuntapäätäjien tehtävä on huolehtia siitä, että työterveyshuollon lakisääteiset palvelut on riittävästi resursoitu.

Työsuojeluviranomaisten tehtävä on valvoa, että työnantaja järjestää laissa tai sen nojalla annetuissa säädöksissä tarkoitetun työterveyshuollon. Valvontaa suorittavien työsuojeluviranomaisten toimivalta on määritelty työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta annetussa laissa. Tämän lain mukaan työsuojeluviranomaisella on valvontaa toteuttaakseen oikeus saa-

⁹² *Fagerlund ym. 2008.*

da nähtäväkseen esimerkiksi työterveyshuoltosopimus, toimintasuunnitelma ja työpaikkaselvitys⁹³. Työterveyshuollon sisältöön työsuojeluviranomaiset eivät puutu.

On esitetty erilaisia näkemyksiä siitä, mille taholle työterveyshuollon laatuerojen tasoittaminen kuuluu. Tarkastuksen haastattelussa Työterveyslaitoksen asiantuntija korosti, että laatuerojen tasoittamista ei voi jättää vain kuntien tehtäväksi. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen tulossopimuksen mukaan vuoden 2008 yhtenä tavoitteena on parantaa työterveyshuollon laatua ja saatavuutta. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan Työterveyslaitos ei ole kuitenkaan ollut kuntien suhteen kovin aktiivinen. Haastatellut ihmettelivät myös sitä, että laatuerot ovat suuret, vaikka ohjeistus on kaikille sama. Tietoa siitä, miten asioiden pitäisi olla, on runsaasti, mutta tieto ei jostain syystä siirry käytäntöön. Uusia ohjeita, oppaita ja ohjelmia ei kunnallisissa työterveysyksiköissä käivetty, pikemminkin resursseja toimia niiden mukaisesti.

Työterveyshuollon laatuun ja saatavuuteen liittyvät ongelmat eivät ole uusia. 1990-luvun alussa mietintönsä jättäneen työryhmän mukaan sekä lakisääteisten että vapaaehtoisten palveluiden laajuus ja taso vaihtelevat suuresti.⁹⁴ Uutta työterveyshuoltolakia valmisteltaessa sosiaali- ja terveysvaliokunta lausui, että työterveyshuoltoon tarvitaan terveyskeskuksissa lisää henkilökuntaa ja että terveyskeskusten resursseja työterveyshuolto-toiminnassa tulee vahvistaa⁹⁵.

Terveyskeskusten lääkäri-vaje on kuitenkin kasvanut entisestään. Vuonna 2007 kaikki virat olivat täynnä vain 42 prosentissa terveyskeskuksista. Suurinta vaje on Kainuussa ja Etelä-Karjalassa. Paras lääkäritilanne on suurissa terveyskeskuksissa ja yliopistollisten keskussairaaloiden läheisyydessä.⁹⁶

Samoihin ongelmiin on palattu jälleen sosiaali- ja terveysministeriön KASTE-ohjelmassa. Vuosille 2008–2011 laaditun ohjelman yhtenä tavoitteena on varmistaa terveyskeskusten työvoiman riittävyys. Terveystenhuollon palvelukokonaisuutta on puolestaan tarkoitus eheyttää verkostoimalla terveyskeskukset, Stakes, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos ja yliopistot järjestelmälliseen perusterveydenhuollon kehittämiseen. Otaen huomioon kentällä meneillään olevat suuret muutokset verkostoituminen on periaatteessakin vuosien projekti. Tarkastuksen teko hetkellä Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen yhdistäminen on vielä valmistelussa,

⁹³ *Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a.*

⁹⁴ *Sosiaali- ja terveysministeriö 1993.*

⁹⁵ *StVM 36/1991.*

⁹⁶ *Seppä 2007b.*

samalla kun PARAS-hanke aiheuttaa sosiaali- ja terveyshuollon kentällä paljon hämmennystä, joskin myös suuria toiveita.

3.2 Kustannusten seuranta ja ohjaus

3.2.1 Kustannukset ovat kasvaneet arvioitua enemmän

Työterveyshuoltolain säätämisen yhteydessä arvioitiin, että työterveyshuollon kustannukset tulevat vuosina 2003–2007 lisääntymään noin 34 miljoonalla eurolla. Tästä työnantajille arvioitiin jäävän kustannuksia noin 17 miljoonaa euroa. Korvausmenojen kasvun arvioitiin johtuvan työterveyshuollon kattavuuden parantumisesta ja rakennusalan ja yrittäjien työterveyshuollon kehittämisestä sekä työterveyshuollon asiantuntijoiden käytön lisääntymisestä. Myös terveyskeskusten tuottamien palveluiden kustannustason kasvun arvioitiin lisäävän korvausmenoja.⁹⁷

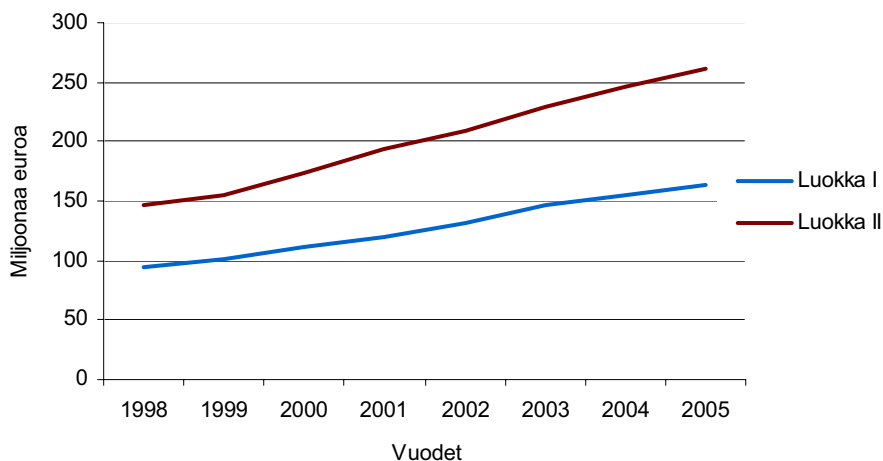
Työterveyshuollon rahoituksesta vastaavat pääosin työnantajat. Työnantajien osuus rahoituksesta on noin kolme neljänestä ja palkansaajien sekä yrittäjien yksi neljännes. Vuonna 2006 sovittiin, että työnantajien osuus pienenee vähitellen siten, että tulevaisuudessa rahoitus jakaantuu tasan työnantajien ja palkansaajien ja yrittäjien kesken. Työterveyshuollon rahoittavat siis suurelta osin ne tahot, jotka suoraan hyötyvät työterveyshuollosta. Tällöin intressi rahoitukseen ja sen valvontaan on aivan toinen kuin verorahoituksessa. Lisäksi Kansaneläkelaitos valvoo, että korvauksia myönnetään vain lainsäädännössä määriteltyihin tarkoituksiin. Kustannuksia rajoitetaan myös työntekijäkohtaisen laskennallisen enimmäismäärän avulla⁹⁸.

Kustannukset ovat kuitenkin kasvaneet huomattavasti arvioitua enemmän. Jo vuosina 2003–2005 kustannukset kasvoivat 50 miljoonaa ja korvaukset 21 miljoonaa euroa. Suurin osa kustannuksista koituu sairaanhoidosta (kuvio 2). Vuosina 1998–2005 korvausluokan I (ehkäisevä toiminta) kustannukset ovat olleet noin kaksi kolmasosaa korvausluokan II (sairaanhoito) kustannuksista. Vuonna 2005 ehkäisevän työterveyshuollon kustannukset olivat 164 miljoonaa euroa ja sairaanhoidon 262 miljoonaa euroa.

⁹⁷ HE 129/2005.

⁹⁸ Kansaneläkelaitos 2007.

Työterveyshuollon kustannukset korvausluokittain
(Kelan hyväksymät kustannukset)



KUVIO 2. Kelan hyväksymät työterveyshuollon kustannukset korvausluokittain vuosina 1998–2005⁹⁹.

Nykyisen korvauskäytännön taustalla ovat vuonna 1993 korvausjärjestelmän uudistamista esittäneen työryhmän laskelmat, joiden mukaan 30–40 % työterveyshuollon työstä ja resursseista käytetään ehkäisevään työhön.¹⁰⁰ Laskelmaa on sosiaali- ja terveysministeriön edustajan mukaan sittemmin tarkistettu. Viime vuosina järjestelmä on kuitenkin muuttunut paljon palveluntuottajien osalta. Eri palveluntuottajien on tutkimuksessa havaittu tuottavan erilaista työterveyshuoltoa erilaisin hinnoin.

Myös työterveyshuollon kustannukset jakautuvat epätasaisesti eri tuottajavaihtoehtojen välillä. Työterveyshuollon henkilöasiakkaista 28 % saa palvelut yritysten omilta työterveysasemilta, mutta 44 % työterveyshuollon kustannuksista aiheutuu näiden yksiköiden toiminnasta. Vastaavasti terveyskeskuksista palvelut saa 40 % henkilöasiakkaista, mutta vain 13 % kustannuksista aiheutuu terveyskeskusten järjestämästä työterveyshuollosta. Kustannusten jakaantumiseen eri palveluntuottajien kesken vaikuttavat

⁹⁹ Lähde: Kansaneläkelaitos 2006 ja 2007.

¹⁰⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö 1993.

palveluiden erilainen hinnoittelu ja se, että terveyskeskukset järjestävät sairaanhoitoa muita palveluntuottajia vähemmän¹⁰¹.

Vuonna 2005 Kelan korvattaviksi hyväksytyt sairaanhoidon kustannukset olivat terveyskeskusten osalta 42,6 miljoonaa, työnantajien omien yksiköiden osalta 68,7 miljoonaa ja lääkärikeskusten osalta 91,3 miljoonaa euroa. Lääkärikeskusten osuuden kasvua ja niiden tuottaman sairaanhoidon määrää ja hintaa ei laskelmissa ilmeisesti ole riittävästi huomioitu, mikä selittäisi osaltaan kustannusten kasvun aliarvioimisen.

Työterveyslaitoksen ja Kuopion yliopiston tekemässä selvityksessä kustannusten vertailuun on otettu mukaan luokka "valtio ja muut laitokset". Selvityksen mukaan vuonna 2005 työterveyshuollon sairaanhoidon kustannukset työntekijää kohti ovat tässä luokassa suuremmat kuin lääkärikeskuksissa. Valtion virastot ja laitokset maksavat työterveyshuollon menonsa omilta toimintamomenteiltaan ja työterveyshuollon tuottajat vaihtelevat virastoittain. Tehdyn selvityksen perusteella ei ole mahdollista arvioida suurten kustannusten syitä. Muutoin selvityksessä todetaan, että työterveyshuollon kustannusten kasvu (61 % vuosina 1996–2005) vaikuttaa kohtuulliselta verrattuna siihen, että avohoidon kustannukset kasvoivat samaan aikaan 78 % ja terveydenhuoltomenot kaikkiaan 57 %. Työterveyshuollon kustannusten kasvun syiksi todetaan se, että palvelun käyttäjien ja toimintojen määrä on lisääntynyt.¹⁰²

Työterveyshuollon ehkäisevän toiminnan korvausprosenttia muutettiin vuonna 2006. Muutoksen yhteydessä tehdyn selvityksen mukaan työterveyshuollon ehkäisevän toiminnan korvaustason nostaminen 50 prosentista 60 prosenttiin ei tule aiheuttamaan merkittäviä lisäkustannuksia. Korvausmenojen odotetaan lisääntyvän vähäisesti vuoden 2007 loppupuolella ja niiden lisäys vuosina 2008–2010 on enintään seitsemän miljoonaa euroa vuodessa. Arvio korvausmenojen lisääntymisestä perustuu tehtyihin selvityksiin, joiden mukaan työterveyshuollon kustannuskehitys pysyy aiempien vuosien keskimääräisen kasvun puitteissa. Menon takapainotteinen lisääntyminen johtuu tilitysmenettelystä, jossa työnantajat hakevat aiheutuneista kustannuksista korvausta jälkikäteen tilikausittain.¹⁰³ Viimeisimmät tilastotiedot ovat vuodelta 2005, joten tarkastuksessa ei ole mahdollista selvittää, miten korvausluokkaa I koskeva muutos on vaikuttanut kustannuksiin.

Tarkastushavaintojen perusteella kustannusten voi olettaa jatkavan voimakasta kasvuaan, elleivät työnantajat ala rajoittaa tarjoamiaan sairaan-

¹⁰¹ HE 114/2001.

¹⁰² Kimanen ym. 2008.

¹⁰³ HE 129/2005.

hoitopalveluita. Suunta näyttää pikemminkin päinvastaiselta. Pieniä yrityksiä lukuun ottamatta työnantajat ovat valmiita investoimaan arvostamaansa työterveyshuoltoon. Esimerkiksi Elinkeinoelämän Keskusliitossa tehdyn haastattelun perusteella työterveyshuollon kustannuksia ei suurten työnantajien keskuudessa koeta isona kuormituksena tai turhana kustannuseränä. Hyvin järjestetyn ja helposti saatavilla olevan työterveyshuollon avulla katsotaan voitavan vähentää sairauspoissaoloja. Lisäksi työterveyshuoltoon pääsy on nopeaa verrattuna perusterveydenhuoltoon, ja tästä hyötyvät myös työnantajat.

Työterveyshuollon asiakkaat ovat epäilemättä tyytyväisiä nopeaan palveluun. Järjestelmän laissa säädetty tarkoitus ei kuitenkaan ole tuottaa mahdollisimman paljon sairaanhoitoa, mahdollisimman nopeasti ja mahdollisimman monelle. Koko työterveyshuoltojärjestelmän olemassaolon ajan sen tavoitteena on ollut turvata työterveyshuollon ehkäisevä toiminta. Korvausjärjestelmän keskeinen kysymys on edelleen, miten tämä käytännössä tapahtuu.

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan ehkäisevä työ lisääntyy, jos toimintaan saadaan lisää resursseja. Kaikki haastatellut eivät kuitenkaan olisi valmiit leikkaamaan sairaanhoitoa vaan katsoivat, että ehkäisevän työn korvaavuutta pitäisi voida lisätä sairaanhoitoa vähentämättä. Osa haastelluista ehdotti vielä voimakkaampaa tukea ehkäisevälle työlle siten, että muutetaan korvausten osuuksiksi 70 % ehkäisevälle työlle ja 30 % sairaanhoidolle.

Tarkastuksen havaintojen perusteella optimaalisia korvausprosentteja suurempi merkitys olisi sillä, että työnantajat olisivat nykyistä huomattavasti tietoisempia ehkäisevän toiminnan sisällöstä ja sen terveydellisestä ja taloudellisesta merkityksestä. Tälle tiedolle näyttäisi yritysmailmassa olevan tilausta. Vuonna 2007 julkaistun tutkimuksen mukaan yritykset toivovat paitsi aktiivista yhteistyötä työterveyshuoltojen kanssa, myös siirtymistä sairauslähteisestä tapaamiskäytännöstä ehkäisevään työterveyshuoltoon¹⁰⁴.

3.2.2 Ehkäisevä toiminta ja kustannukset harvoin esillä neuvottelukunnassa

Työterveyshuoltolain tavoitteiden toteutumisen ja kustannusten seuranta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle ja Kansaneläkelaitokselle. Järjestelmän ohjausvastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Ministeriön yh-

¹⁰⁴ Heikkinen 2007.

teydessä toimii työterveyshuoltolain 22 §:n nojalla asetettu työterveyshuollon neuvottelukunta. Myös Kela on asettanut neuvottelukunnan seuraamaan työterveyshuollon kustannusten kehitystä.

Sosiaali- ja terveysministeriön johtaman neuvottelukunnan tehtäviin kuuluu seurata työterveyshuollon yleistä kehitystä, edistää ja kehittää työterveyshuollon toteuttamiseksi tarpeellista yhteistyötä, tehdä tarvittaessa ehdotuksia työterveyshuoltoa koskevan lainsäädännön kehittämiseksi sekä antaa sosiaali- ja terveysministeriölle ja Kansaneläkelaitokselle lausuntoja työterveyshuoltoa koskevan lainsäädännön kehittämisestä ja kustannusten korvausperusteista¹⁰⁵. Neuvottelukunnassa tulee olla edustettuna asianomaisten hallinnonalojen virastojen ja laitosten, työterveyshuollon toteuttamisen kannalta merkittävien yhteisöjen sekä keskeisten työmarkkina- ja yrittäjäjärjestöjen edustajat. Työterveyshuollon neuvottelukunnan yhteydessä toimii jaostoja, joissa valmistellaan asioita neuvottelukunnan käsittelemään.

Kansaneläkelaitoksen työterveyshuoltoneuvottelukunnan tehtäviä ovat periaatteellista laatua olevien ja tärkeiden työterveyshuollon kustannusten korvaamista koskevien kysymysten käsittely, korvauskäytännön kehittämisen seuranta sekä lausuntojen antaminen Kelan hallitukselle edellä mainituista asioista¹⁰⁶. Työterveyshuoltoneuvottelukunnan yhteydessä toimii työjaosto, joka valmistelelee asioita neuvottelukunnan käsittelemään.

Työterveyshuoltolain tavoitteiden toteutumisen seuranta arvioitiin tarkastuksessa neuvottelukuntien pöytäkirjojen perusteella¹⁰⁷. Vuosina 2004–2007 sosiaali- ja terveysministeriön asettama neuvottelukunta koontui 39 kertaa ja Kelan neuvottelukunta kahdeksan kertaa¹⁰⁸.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman neuvottelukunnan kokouspöytäkirjat ovat hyvin niukkasansaisia, eikä niiden perusteella saa kattavaa kuvaa neuvottelukunnassa käydyistä keskusteluista. Asialistalla olleiden asioiden sekä pöytäkirjoja kokoavien toimintakertomusten perusteella näyttää kuitenkin siltä, ettei neuvottelukunnassa ole juurikaan käsitelty työterveyshuoltolain ehkäisevää toimintaa koskevien tavoitteiden toteutumista tai kustannusten jakautumista ehkäisevän toiminnan ja sairaanhoidon kesken. Vuonna 2004 neuvottelukunta käsitteli rahoitus- ja korvausjaoston kehittämisehdotuksia yrittäjien työterveyshuollosta. Vuonna 2005 neuvottelukunta kommentoi säädösehdotusta, jonka mukaan ehkäisevän työterveyshuollon korvausprosentti nostetaan 60 prosenttiin. Myöskään

¹⁰⁵ www.hare.vn.fi

¹⁰⁶ www.kela.fi

¹⁰⁷ Neuvottelukuntien työjaostojen pöytäkirjat rajattiin tarkastelun ulkopuolelle.

¹⁰⁸ Kelan neuvottelukunta toimi ajalla 1.4.2004–31.3.2007.

ehkäisevien palveluiden laatua tai saatavuutta ei ole käsitelty laajemmin. Palveluihin liittyen neuvottelukunnassa on keskusteltu yrittäjien ja joidenkin erityisryhmien, kuten ulkomaalaisten työnantajien palveluksessa olevien työntekijöiden, asemasta työterveyshuoltojärjestelmässä. Neuvottelukunnassa säännönmukaisesti käsiteltyjä asioita ovat sen sijaan olleet ministeriön vetämät suuret ohjelmat (lähinnä VETO-ohjelma ja Terveyden edistämisen politiikkaohjelma) sekä Työterveyslaitoksen hankkeet. Neuvottelukunnassa on myös kommentoitu laaja joukko valmisteilla olevia työterveyshuollon oppaita ja säädöksiä. Päihdeasiat ovat olleet esillä lähinnä työelämän huumausainetestaukseen liittyen. Vuonna 2004 neuvottelukunnassa esiteltiin laajaa sosiaalialan kehittämishanketta, johon liittyen päihdehuolto ja katkaisuhoidon tehostaminen todettiin työterveyshuollon kanssa yhteisiksi alueiksi. Alkoholiohjelma ei ole ollut neuvottelukunnassa esillä.

3.2.3 Järjestelmän ohjausvastuut

Pöytäkirjojen perusteella näyttää siltä, että työterveyshuoltolain tavoitteiden toteutumista on arvioitu Kansaneläkelaitoksella toimivassa neuvottelukunnassa selvästi enemmän ja systemaattisemmin kuin sosiaali- ja terveysministeriön vetämässä neuvottelukunnassa. Tehtävänsä mukaisesti Kelan neuvottelukunta on seurannut korvauskäytännön kehittymistä. Vuonna 2005 neuvottelukunnassa todettiin muun muassa, että ehkäisevä toiminta on lisääntynyt työpaikoilla erityisesti vuonna 2002 ja että lain tavoitteet näyttävät olevan toteutuksessa.

Vuonna 2006 tulivat voimaan sairausvakuutuslain muutokset (1113/2005), jotka koskivat työterveyshuollon 12 §:n mukaisen korvaustason eli ehkäisevästä toiminnasta työnantajille korvattavan osuuden nostamista 60 prosenttiin sekä yrittäjien sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon korvaamista. Muutosten käsittelyn yhteydessä Kelan neuvottelukunnassa tuotiin esille muun muassa, että työterveyshuollon toteuttajilla ei aina ole riittävästi tietoa työterveyshuoltolaissa säädetyistä työterveyshuollon tehtävistä ja hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista. Neuvottelukunnassa todettiin, että työterveyshuollon sisällöstä on tarpeen tiedottaa sekä työnantajille että työterveyshuoltoa toteuttavalle henkilöstölle. Tarkastushavaintojen perusteella tämä tarve on edelleen olemassa.

Vuonna 2007 Kelan työterveyshuoltoneuvottelukunnassa tuotiin esille vuoden 2004 korvaustietoihin perustuen, että kustannusten jakautuminen korvausluokkiin on säilynyt ennallaan (I luokka 39 % ja II luokka 61 %). Neuvottelukunnassa huomioitiin myös, että vuonna 2004 lääkärikeskusten tuottamien palveluiden kustannukset olivat suurimmat verrattuna muiden

palveluntuottajien toiminnasta aiheutuneisiin kustannuksiin. Pöytäkirjojen mukaan työterveyshuollon kustannusten kehityksen katsotaan pysyneen hyvin hallinnassa.

Kustannusten ohella Kelan työterveyshuoltoneuvottelukunnassa on käsitelty säännönmukaisesti palveluiden saatavuuteen liittyviä ongelmia ja kehitystarpeita. Neuvottelukunnassa on ehdotettu, että korvausjärjestelmää tulisi uudistaa niin, että eri palveluiden järjestämis muodot olisivat korvaamisen suhteen nykyistä yhdenmukaisemmassa asemassa. Neuvottelukunnassa on arvioitu, että kunta- ja palvelurakenteen meneillään olevat muutokset luovat paremmat mahdollisuudet työterveyshuollon palveluiden toteutumiselle.

Varsinaisia toimenpide-ehdotuksia ilmeisen suurille työterveyspalveluiden laatu- ja saatavuuseroille ei tässäkin neuvottelukunnassa ole esitetty. Kustannusten voimakasta painottumista sairaanhoitoon ei pöytäkirjojen perusteella ole pidetty ongelmana. Sama näkemys tuli esille Kelan ja sosiaali- ja terveysministeriön edustajien haastattelussa. Kelan edustaja totesi muun muassa, että ei ole itsetarkoitus, että ehkäisevää työterveyshuoltoa tehtäisiin jokin tietty määrä enemmän kuin sairaanhoitoa. Toimintaa ohjaavien viranomaisten haastattelussa sairaanhoidon katsottiin myös väistämättä lisääntyvän väestön ikääntymisen ja sairauksien lisääntymisen myötä.

Kelan korvauskäytäntö on jonkin verran vaikuttanut korvausten jakautumiseen. Osa haastatelluista toi esille, että Kela on pyrkinyt hillitsemään korvausten kasvua tiukentamalla ehkäisevän toiminnan korvauslinjaa. Monen asiantuntijan mukaan korvauskäytännön pitäisi seurata aikaa ja huomioida, että nykyään esimerkiksi työn kokonaiskuormittavuus työntekijälle on usein olennaisempi asia kuin melu tai haitallisille aineille altistuminen.

Haastattelutietojen perusteella erimielisyydet Kelan kanssa ovat koskeneet erityisesti työpsykologien käyttöä ja rajanvetoa sen suhteen, mikä on työterveyshuoltoa ja mikä on yrityksen henkilöstön kehittämistä tai työnohjausta. Kela esimerkiksi hyväksyy korvattavaksi yhden esimiehen käynnin työpsykologilla, mutta jos samalla työpaikalla on joukko esimiehiä, jotka ovat yhtä aikaa psykologin luona, katsoo Kela tämän korvauksen piiriin kuulumattomaksi työnohjaukseksi.¹⁰⁹

¹⁰⁹ *Sosiaali- ja terveysministeriö on kertomusluonnoksesta antamassaan palautteessa todennut, että Kela noudattaa voimassaolevaa lainsäädäntöä ja yhdessä sovittuja linjauksia. Sen mukaan työterveyshuollon ammattihenkilöt arvioivat psykologin asiantuntijatoiminnan tarpeen työpaikkakohtaisesti. Psykologin asiantuntijuutta on ministeriön mukaan ollut mahdollista käyttää ehkäisevän työterveyshuollon koko prosessissa, jolloin toimintamahdollisuus on laajentunut. Psy-*

Korvausten toimeenpanon kautta Kansaneläkelaitoksella on käytännössä merkittävä rooli työterveyshuoltojärjestelmän sisällöllisessä ohjauksessa. Tarkastuksen yhteydessä nousi esille epäilyksiä nykyisten korvauskäytäntöjen tarkoituksenmukaisuudesta. Ministeriön tulisi selvittää tarkemmin ehkäisevän toiminnan korvauskäytäntöjä ja niiden toimivuutta. Säädösten mukaan työterveyshuoltojärjestelmän ohjausvastuu ja sisällön kehittämisen kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle.

3.2.4 Työterveyshuoltoon kaivataan yhdenmukaista toimintatapaa

Terveydenhuollon markkinoilla palveluiden kuluttaja tietää harvoin parhaiten omat tarpeensa. Kun ostaja ei aina tiedä, mitä haluaa, voi olla houkuttelevaa myydä tieteelliseltä tai eettiseltä kannalta vääriä asioita joko siksi, että asiakas niitä pyytää, tai siksi, että niillä on hyvä taloudellinen kate¹¹⁰. Koska palvelut ovat kuluttajalle maksuttomia, voi palveluiden tuottaja jatkaa esimerkiksi sairaanhoitoon liittyviä tutkimuksia yli tarpeen. Tarkastuksen haastatteluissa palveluiden liikakäytöstä oli paljon kokemuksia. Laboratorio- ym. kokeita määrätään asiantuntijoiden mukaan yli tarpeen.

Lääkärikeskusten kustannusten on tutkimuksessa havaittu nousseen enemmän kuin toimintojen määrän, mikä voi viitata siihen, että lääkärikeskusten toiminnan tehokkuus on laskenut. Tämä tuo esiin myös seuraavia kysymyksiä: ovatko lääkärikeskusten yksikköhinnat selvästi muiden yksiköiden perustamis- ja käyttökustannuksia korkeammat, tai laskuttaako lääkärikeskus työnantajaa "tyhjästä"?¹¹¹

Yksityisen ja julkisen työterveyshuollon kustannusten erot näkyvät hyvin Kelan tilastoista. Vuonna 2005 sairaanhoidosta maksetut korvaukset työntekijää kohti olivat lääkärikeskuksissa keskimäärin 71 euroa, terveyskeskuksissa 42 euroa ja työnantajien omilla terveysasemilla 75 euroa. Laboratorio-kustannukset puolestaan olivat lääkärikeskuksissa 58, työnantajien omilla yksiköissä 34 ja terveyskeskuksissa 32 euroa työntekijää kohti. Vuonna 2005 lääkärikeskukset olivat suurin palveluntuottajaryhmä ja niiden tarjoamaa palvelua sai yli puoli miljoonaa asiakasta.

Lääkärikeskusten osuuden palveluntarjoajista voi odottaa kasvavan edelleen yritysten ulkoistaessa työterveyspalvelujaan. Asiantuntijoiden

kologin antama hoito ja terapia eivät ole kuuluneet työterveyshuollon korvauksen piiriin.

¹¹⁰ Antti-Poika 2006.

¹¹¹ Pitkämäki 2006.

mukaan tämä asettaa järjestelmälle uudenlaisia haasteita. Palveluiden ulkoistamisen ajatuksena on yleensä, että palveluntarjoajan odotetaan hoitavan asiat maksua vastaan tehdyn sopimuksen pohjalta. Yritykset odottavatkin usein, että työterveyshuolto hoitaa työkykyongelmat kuntoon. Sairauspoissaoloihin ja työkyvyttömyyseläkkeisiin vaikuttavat kuitenkin monet tekijät, joista vain osa on lääketieteellisiä. Muita syitä ovat mm. työn vaatimukset ja sisältö, työn palkitsevuus sekä työpaikoilla vallitseva luottamus ja työilmapiiri.

Ulkoistaminen asettaa vaatimuksia sekä yritysten osto-osaamiselle että työterveyspalveluja myyvien organisaatioiden osaamiselle, yhteistyökyvyille ja moraalille. Asiantuntijan mukaan työterveyshuolto on liiketoimintana vaativaa erityisesti siksi, että sen pitäisi samanaikaisesti olla kannattavaa ja tarjota palveluita, jotka tuottavat todellista lisäarvoa asiakkaille.¹¹² Työterveyshuollon asiantuntija-aseman tulisi perustua työlääkätieteelliseen osaamiseen ja eettisesti korkeatasoiseen toimintaan. Kummankaan uhraaminen yrityksen tai taloudellisen edun nimissä ei ole hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaista.¹¹³

Työterveyshuollon eettiset ongelmat puhuttivat myös tarkastuksessa haastateltuja asiantuntijoita. Heidän mukaansa on hyvä, että työterveyshuolto kannattaa, mutta se ei saisi tuottaa voittoa kyseenalaisin keinoin. Osa haastatelluista kysyi myös, onko oikein, että yritykset tekevät voittoa työterveyshuollon korvauksilla. Samoin voi kysyä, onko oikein, että yksityiset palveluntuottajat saavat halutessaan kieltäytyä myymästä ainoastaan lakisääteistä työterveyshuoltoa, jolloin yritys on pakotettu ostamaan myös sairaanhoitopalvelut tai hankkimaan palvelut muualta. Käytännössä yritykset kääntyvät silloin terveyskeskusten puoleen, sillä näillä on lakisääteinen velvoite ottaa kaikki asiakkaat vastaan. Terveyskeskusten työterveysyksiköille tämä voi merkitä liian suurta työtaakkaa samalla, kun yksityinen terveyspalveluyritys voi pitää asiakkaita valikoidessaan kiinni tarjoamastaan laatutakuusta. Korvausjärjestelmän tarkoitus on, että työterveyshuoltolain mukainen toiminta voi toteutua ilman, että se on riippuvaista yrityksen taloudellisesta asemasta¹¹⁴. Nykyinen toimintatapa asettaa pienet yritykset eriarvoiseen asemaan. Pienet yritykset ovat yleensä niitä, jotka eivät kustannussyistä halua sairaanhoitoa tai ylipäättään työterveyshuoltoa.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kelan virkamiesten mukaan kustannukset eivät ole nousseet vielä niin paljon, että niiden takia olisi ryhdyttä-

¹¹² Antti-Poika 2006.

¹¹³ Martimo 2006b.

¹¹⁴ HE 129/2005.

vä toimenpiteisiin. Valtaosa muista haastatelluista sen sijaan kaipasi järjestelmälle tiukempaa ohjausta ja valvontaa sekä palveluntuottajasta riippumatonta yhdenmukaista toimintatapaa. Asiantuntijoiden mukaan työterveysshuollossa tarvitaan jatkuvaa arvokeskustelua, sillä ilman sitä toiminnan taloudellisista mittareista tulee helposti yksi toimintaa ohjaavista periaatteista¹¹⁵. Yhdenmukaisesta toimintatavasta huolehtiminen on sosiaali- ja terveysministeriön tehtävä.

3.3 Alkoholiongelmien ehkäisy työterveysshuollossa ja työpaikoilla

3.3.1 Alkoholilla haittaa suomalaista työelämää

Suomalaisten alkoholin kulutus on 40 vuodessa nelinkertaistunut. Alkoholien aiheuttamat haitat ovat lisääntyneet samassa suhteessa. Vuonna 2006 työikäisten suomalaisten yleisin kuolinsyy oli alkoholiperäinen sairaus tai alkoholimyrkytys. Alkoholinkäytön seurauksena kuolee Suomessa vuosittain noin 3 000 henkeä. Toisin kuin muualla Euroopassa Suomessa alkoholin kokonaiskulutus on noussut tasaisesti. Vuonna 2007 kulutus oli 10,5 litraa 100-prosenttista alkoholia asukasta kohden. Tämä on 14 % enemmän kuin vuonna 2003, ennen alkoholiveron alennusta.

Työikäiset juovat suurimman osan alkoholista. Huomattava osa työikäisistä suomalaisista on alkoholin suurkuluttajia. Työssäkävivistä miehistä 53 % ja naisista 19 % juo terveyden kannalta liikaa. 25–34-vuotiaista miehistä suurkuluttajia on 64 % ja samanikäisistä naisista melkein kolmannes¹¹⁶. Alkoholien suurkulutuksen eri asteita on selvennetty taulukossa 2.

¹¹⁵ Ks. esim. Heikkinen 2007, Martimo 2006b.

¹¹⁶ www.ttl.fi

TAULUKKO 2. Alkoholin suurkulutuksen muodot¹¹⁷.

Suurkulutus	
Varhainen riskikulutus	Riskirajat ylittävä alkoholin kulutus, mutta ei merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta.
Haitallinen käyttö	Merkittäviä alkoholinkäytön aiheuttamia haittoja, mutta ei riippuvuutta.
Alkoholiriippuvuus	Oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat juomishimo, vieroitusoireet, toleranssin kasvu ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta.

Alkoholiriippuvuuden kulku vaihtelee suuresti yksilöstä toiseen. Osalla riippuvuus oireilee kroonisesti mutta haitat ovat rajatut ja työura jatkuu. Asiantuntijan mukaan tähän ryhmään kuuluvia voidaan merkittäväällä tavalla tukea työterveyshuollossa. Osalla alkoholiriippuvuus on niin vaikeasteinen, että hoitotoimista huolimatta siitä seuraa syrjäytyminen työelämästä. Suomessa mies täyttää alkoholin suurkuluttajan tuntomerkit, jos hän juo seitsemän alkoholiannosta päivässä tai 24 annosta viikossa. Naisilla raja on viisi annosta päivässä tai 16 annosta viikossa. Näiden rajojen ylittyessä riski saada alkoholihaittoja on huomattavan suuri.¹¹⁸ Huomionarvioista on myös se, että Keski-Euroopassa suurkulutuksen raja-arvot ovat huomattavasti alhaisempia: naisilla kaksi ja miehillä kolme annosta päivässä. USA:ssa riskikäytön rajana on naisilla yksi annos ja miehillä kaksi annosta kerralla nautittuna.

Runsas alkoholinkäyttö on syynä moniin terveys- ja työkykyongelmiin. Alkoholinkäyttö lisää huomattavasti maksakirroosin, ylempien hengitysteiden ja ruoansulatuskanavan syöpien sekä aivoverenvuodon riskiä ja merkitsevästi maksa-, paksusuoli-, peräsuoli- ja rintasyövän, kroonisen haimatulehduksen ja verenpainetaudin riskiä¹¹⁹. Syöpäriski alkaa kasvaa suoraviivaisesti jo kohtuujuomisen tasolla. Alkoholi on myös tärkeä liikalihavuuden syy keski-ikäisillä suomalaismiehillä.

Työpaikoilla alkoholinkäytöstä aiheutuvat ongelmat näkyvät tehotto-
muutena, myöhästelynä, tarpeettomina sairauspoissaoloina ja ennen-
aikaisena eläköitymisenä¹²⁰. Alkoholin suurkulutus on yhteydessä sekä lyhyi-

¹¹⁷ Lähde: Aalto 2007.

¹¹⁸ Aalto 2007.

¹¹⁹ Duodecim 2005.

¹²⁰ www.ttl.fi

siin että pitkiin sairauspoissaoloihin. Alkoholin runsas käyttö ja humalahuakuinen juominen lisäävät sairauspoissaoloja riippumatta sosioekonomisesta asemasta ja työoloista.¹²¹ Lisäksi alkoholi aiheuttaa mielenterveysongelmia, työkyvyttömyyttä, työtapaturmia, väkivaltaa, sosiaalisia ongelmia ja liikennetapaturmia. Liikenneonnettomuuksissa alkoholi oli vuonna 2007 mukana noin 25 %:ssa tapauksista. Tarkkoja tietoja alkoholin aiheuttamista työtapaturmista ei ole¹²². Suomalaisille sattuu vuosittain lähes 140 000 työtapaturmaa. 1–10 prosentissa tapauksista on mukana alkoholi. Puolen promillen humalassa onnettomuusriski on 3–5-kertainen normaaliin verrattuna, ja puolentoista promillen humalassa riski on monikymmenkertainen¹²³. Työterveyslaitoksen mukaan jokainen työtapaturma maksaa työnantajalle keskimäärin 6 000 euroa.

Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluasiantuntijoiden mukaan oman lisänsä tuovat ne tapaturmiksi luokiteltavat tapaukset, joissa aiheuttaja on päähtynyt asiakas tai potilas. Tällaiset tapaukset ovat lisääntyneet, ja ne näkyvät lisääntyneenä väkivallan uhkana työelämässä. Tarkastuksessa tuli myös esille vapaa-ajan tapaturmien heijastuminen työelämään. Vapaa-ajan tapaturmista koituu enemmän sairauspoissaoloja kuin työtapaturmista. Suomessa koti- ja vapaa-ajan tapaturmien määrä on EU:n keskiarvoa huomattavasti suurempi¹²⁴. Alkoholihojelman (2004–2007) koordinaattorin mukaan alkoholin aiheuttamien vapaa-ajan tapaturmien ja työelämän välistä yhteyttä ei Suomessa ole vielä riittävästi oivallettu. Alkoholin käytön vaikutukset työelämään jäävät osin pimentoon myös puutteellisen tilastoinnin vuoksi.

Alkoholiin liittyvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on ollut kasvussa koko 2000-luvun. Sellaisten työeläkelaitosten myöntämien työkyvyttömyyseläkkeiden, joissa esiintyy alkoholisairaus, määrä oli vuonna 2005 kuusi prosenttia suurempi kuin vuonna 2003¹²⁵. Tarkastuksessa saatujen tietojen mukaan raportoitua suurempi osa sekä poissaoloista että työkyvyttömyyseläkkeistä johtuu alkoholinkäytöstä. Yksi selitys tälle on se, että alkoholismi yksinään ei riitä työkyvyttömyyden syyksi, joten syyksi kirjaetaan toinen sairaus. Toinen ja epämääräisempi selitys on, että lääkärin on

¹²¹ Salonsalmi ym. 2007.

¹²² *Lakisääteisen työtapaturmavakuutuksen tilastoinnissa ei yksittäisen korvatus työtapaturman osalta koodata tietojärjestelmään tietoa siitä, oliko alkoholilla tai päihteillä merkitystä työtapaturman sattumiseen (Piironen 2004).*

¹²³ Piironen 2004.

¹²⁴ *Hallituksen strategia-asiakirja 2007.*

¹²⁵ *Kyseisiä työkyvyttömyyseläkkeitä oli vuoden 2005 lopussa voimassa 10 600 kappaletta. (HE 60/2007).*

helpompaa tai ”mukavampaa” kirjata poissaolon syyksi jokin vähemmän leimaava syy kuin alkoholinkäyttö. Usein myöskään yleinen alkoholiongelman ja mielenterveysongelman yhdistelmä ei näy rekistereissä. Tietojen puutteellisuuteen liittyvänä riskinä on, että ongelmien merkitys työkyvyn kannalta jää osin tiedostamatta, mikä puolestaan voi vaikuttaa ehkäisevien toimenpiteiden kysyntään ja tarjontaan.

Alkoholihaitat ovat työpaikoilla näkyviä. Työterveyslaitoksen neljään työpaikkaan perustuvan selvityksen mukaan huomattava osa työntekijöistä on havainnut alkoholinkäyttöön liittyviä haittoja työyhteisössään. Haittoina pidettiin muun muassa alkoholin hajua, krapulassa tai humalassa työskentelyä, myöhästelyä tai poissaoloja, karttelevaa tai vetäytyvää käyttäytymistä sekä töiden laiminlyöntiä ja tehottomuutta. Tarkastellussa ahtausalan työpaikassa näitä haittoja oli viimeisen vuoden aikana kokenut 71 % työntekijöistä, hotelli- ja ravintola-alan työpaikassa 59 % ja yliopistossa ja valtion virastossa 40 % työntekijöistä¹²⁶.

Lisääntyneet alkoholihaitat näkyvät myös työterveyshuollossa. Erityisesti työterveyshuollon ammattilaisia puhutti naisten alkoholinkäytön lisääntyminen sekä nuorten aikuisten runsas humalajuominen ja päihteiden sekakäyttö. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan alkoholin suurkulutus ei kuitenkaan ole rajattavissa tiettyyn ikäryhmään, ammattialoille tai yhteiskuntaluokkaan.

Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että nuoret ovat hyvin tietoisia suurkulutuksen rajoista. Yleisempi näkemys oli kuitenkin se, että suurin osa suurkuluttajista ei tiedä juovansa liikaa. Myöskään alkoholin suurkulutuksen terveysvaikutukset eivät ole yleisesti tiedossa. Yhtä mieltä haastatellut olivat siitä, että työterveyshuolto ja työpaikat puuttuvat alkoholiongelmiin aivan liian vähän. Heidän mukaansa työterveyshuollon tulisi puuttua työntekijöiden alkoholiongelmiin, erityisesti koska mikään muu taho ei sitä tee. Siitä, kuuluko päihdeongelmien ehkäisy työterveyshuollon ydintehtäviin, vallitsi toimijoiden keskuudessa erilaisia käsityksiä.

3.3.2 Työterveyshuollon ehkäisevä päihdetyö on riittämätöntä

Ehkäisevä päihdetyö on osa työterveyshuollon lakisääteistä ehkäisevää toimintaa. Työterveyshuoltolain mukaan työterveyshuollon ehkäisevään toimintaan kuuluu työntekijöiden terveydentilan ja toimintakyvyn selvittäminen, arviointi ja seuranta sekä tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus

¹²⁶ Työterveyslaitos 15.10.2007.

työntekijöiden terveyttä koskeissa asioissa. Lisäksi hyvässä työterveys- huoltokäytännössä määritellään työkykyongelmia koskevat menettelytavat, joita tulisi soveltaa myös alkoholi-ongelmien ehkäisyssä ja hoidossa. Tavoitteena on, että työterveyshuolto havaitsee jo varhaiset työkykyä uhkaavat merkit ja ryhtyy tarpeellisiin toimenpiteisiin yhteistyössä työntekijän ja asiakastoimipaikan kanssa. Työterveyshuollon lisäksi avainasemassa työkykyä uhkaavan ongelman varhaisessa havaitsemisessa ovat työntekijä itse, esimiehet, työtoverit sekä työsuojelu. Riippumatta siitä, kuka ongelmat ensin havaitsee, työpaikalla tulisi olla sovittu toimintamalli, jonka mukaisesti ongelmatilanteissa toimitaan.¹²⁷

Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista toteaa, että työterveyshuollon tulee antaa tietoja, neuvontaa ja ohjausta päihteiden väärinkäytön ehkäisystä sekä päihdeongelmaisten varhaisesta tunnistamisesta samoin kuin hoidosta ja hoitoon ohjauksesta.¹²⁸

Selkeästä ja yksiselitteisestä ohjeistuksesta huolimatta työterveyshuollon ja työpaikkojen roolit ja vastuut alkoholi-ongelmien ehkäisyssä eivät ole selvät kaikille työterveyshuollon ja työelämän toimijoille. Mahdollisesti juuri tähän on pyritty vastaamaan Työterveyslaitoksen ja sosiaali- ja terveysministeriön oppaalla alkoholin riskikäyttäjien mini-interventiosta työterveyshuollossa. Oppaan mukaan työterveyshuollon vastaanotolla alkoholin käytöstä kysyminen on osa työkyvyn ja terveydentilan arviointia. Puuttuminen alkoholin riskikulutukseen, ennen kuin alkoholi on aiheuttanut vakavia terveysongelmia, riippuvuutta ja alkoholismia, on työterveyshuollon keskeistä päihdeongelmien ehkäisytyötä.¹²⁹

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen näkemysten mukaan työterveyshuollossa alkoholihaittojen ehkäisy on mahdollista varsin vähäisin panostuksin, koska työterveyshuollossa toteutuu vuosittain yli miljoona terveystarkastusta ja lähes viisi miljoona muuta asiakaskäyntiä. Sekä terveystarkastusten että sairaanhoidon yhteydessä päihdeasioiden esiin ottamisen tulisi olla rutiininomaista¹³⁰. Alkoholin suurkulutuksen laajuus huomioiden alkoholin käytöstä on perusteltua kysyä mahdollisimman monelta työterveyshuollon asiakkaalta. Asiantuntijat korostavat myös, että usein suurkuluttaja hakee työterveyshuollosta apua johonkin muuhun kuin itse suurkulutukseen, ja siksi suurkulutuksen tunnistamismenetelmiä tulisi käyttää aktiivisesti¹³¹.

¹²⁷ Manninen ym. 2007a.

¹²⁸ Valtioneuvoston asetus 1484/2001.

¹²⁹ Heljälä ym. 2006.

¹³⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a.

¹³¹ Aalto 2007.

Sekä peruspalveluministeri että terveyden edistämisen politiikkaohjelman johtaja ovat korostaneet alkoholiongelmien puheeksioton tärkeyttä. Heidän mukaansa mini-interventioiminnan mahdollisuuksia ei ole terveydenhuollossa riittävästi hyödynnetty. Myös terveystieteen julkaisuissa on ollut lukuisia kirjoituksia, joissa terveydenhuoltoa on kehoitettu ja kannustettu varhaiseen puuttumiseen¹³². Tarkastushavaintojen perusteella laajamittaista toimintatapojen muutosta ei vielä ole havaittavissa. Käytännössä alkoholinkäyttöä kysytään harvoin ja siihen puututaan vielä harvemmin¹³³.

Mini-interventioita tehdään liian vähän

Keskeisin työterveyshuollossa käytettävä alkoholin suurkulutuksen hoitomuoto on mini-interventio. Mini-interventiolla tarkoitetaan terveydenhuollossa tapahtuvaa alkoholinkäytön puheeksiottoa, riskikulutuksen tunnistamista, neuvontaa ja seuranta. Mini-intervention kohderyhmänä ovat erityisesti varhaiset riskikuluttajat.

Alkoholin suurkuluttajien mini-interventioita on toteutettu Suomen työterveyshuollossa yli 15 vuoden ajan. Tutkimusnäyttö mini-intervention puolesta on vahva. Sen vaikutuksesta kymmenestä suurkuluttajasta keskimäärin yksi palaa kohtuukäyttöön tai lopettaa juomisen kokonaan. Lisäksi tiedetään, että hoitovaikutus säilyy melko pitkään, ainakin 1–2 vuotta.¹³⁴

Mini-interventio on kustannustehokas toimenpide. Muun muassa Euroopan komission rahoittamassa PHEPA-hankkeessa (Primary Health Care European Project on Alcohol) laskettiin, että jos yleislääkäri tekisi EU:n alueella mini-intervention 1 000 potilaalle, tämä aiheuttaisi keskimäärin vain 2 200 euron vuosikustannuksen.¹³⁵ Tätä edullisempia alkoholinkäytön vähentämiseen tähtäviä toimia ei terveydenhuollossa juuri ole.

Jotta mini-interventioiminnalla olisi väestötason vaikutuksia, tulisi sen olla laajamittaista ja systemaattista¹³⁶. Varhaisen riskikäytön tunnistaminen toimii parhaiten, kun se on rutiiniluonteinen osa normaalia kliinistä toimintaa. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen mukaan tämä merkitsee kysymistä esimerkiksi kaikilta uusilta potilailta, kaikilta terveystarkastukseen tulijoilta ja kaikilta 18–44-vuotiailta vastaanotolle tulevilta

¹³² Esim. Aalto 2007, Seppä 2007a, Seppä ja Alho 2008.

¹³³ Kuokkanen ja Teirilä 2001.

¹³⁴ Aalto 2007.

¹³⁵ Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö 2006.

¹³⁶ Kuokkanen 2004.

miehiltä¹³⁷. Naisten lisääntyneen alkoholinkäytön huomioon ottaen systemaattinen seulonta on perusteltua ulottaa myös kaikkiin vastaavan ikäryhmän naisiin.

Huolimatta siitä, että mini-interventio on tehokas ja edullinen tapa ehkäistä ja vähentää alkoholihaittoja, interventioita tehdään terveydenhuollossa huomattavan vähän. Työterveyslaitoksen selvityksen mukaan ainoastaan 25 prosentilta työterveyshuollon asiakkaista on kysytty alkoholinkäytöstä viimeisen 12 kuukauden aikana¹³⁸. Työterveyshuollon osalta asiaa on seurattu vuodesta 1997 lähtien, jolloin Työterveyshuolto Suomessa -tutkimukseen lisättiin kysymyksiä ehkäisevästä päihdetyöstä. Vuonna 2004 työterveysyksiköistä 167 ilmoitti tehneensä mini-interventioita¹³⁹. Samana vuonna 441 yksikköä ilmoitti tehneensä hoitotoiminnan alkoholinkäytön vuoksi. Tämä kertoo osaltaan työterveyshuollon toiminnan painottumisesta sairaanhoitoon ennaltaehkäisyyn sijaan.

Aiempiä vuosia 1997 ja 2000 sekä tehtyjen mini-interventioiden lukumäärät että niitä tehneiden työterveyshuoltojen määrä oli suurempi. Alueellisia eroja ei mini-interventioiden tekemisessä ole. Työterveysyksikön koolla sen sijaan on merkitystä. Alkoholinkäytöstä kysytään sitä todennäköisemmin, mitä suurempi yksikkö on kyseessä.¹⁴⁰ Myös työnantajien omat yksiköt seulovat alkoholinkäyttöä muita yksiköitä enemmän. Työterveyshuollossa tavallisimmat tilanteet, joissa alkoholinkäyttö otetaan puheeksi, ovat terveystarkastukset. Mini-interventioita tekevät pääosin työterveyshoitajat.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen ohjeistuksen mukaan alkoholinkäyttö otetaan puheeksi joko kysymällä ensin suullisesti ja jatkamalla AUDIT-kyselyllä tai pelkällä AUDIT-kyselyllä¹⁴¹. AUDIT-pisteet ja annettu neuvonta kirjataan potilastietojärjestelmään, mikä mahdollistaa asiakkaan alkoholinkäytön seurannan sekä työterveyshuollon oman toiminnan suunnittelun ja vaikuttavuuden arvioinnin.

¹³⁷ Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö 2006.

¹³⁸ Husman 29.4.2008.

¹³⁹ Vain pieni osa työterveyshuolloista tilastoi ehkäisevän päihdetyön toimintoja, joten esitetyt lukumäärät alkoholinkäytön puheeksiotoista ovat arvioita. Erityisesti lääkärikeskukset jättivät usein vastaamatta ehkäisevää päihdetyötä koskeviin kysymyksiin. (Manninen toim. 2007.)

¹⁴⁰ Manninen toim. 2007.

¹⁴¹ AUDIT-kysely (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) on kehitetty Maailman terveysjärjestö WHO:n piirissä alkoholinkäytön suurkulutuksen seulontaan. Testistä käytetään myös nimeä "10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä". (Heljälä ym. 2006.)

Tarkastuksessa haastateltujen työterveyshuollon asiantuntijoiden mukaan alkoholista kysytään terveystarkastuksissa, mutta AUDIT on käytössä hyvin harvalla. Työnantajista vain muutamilla isoilla yrityksillä AUDIT kuuluu työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan. Työterveyshuollossa AUDIT-pisteet jäävät useimmiten kirjaamatta. Asiantuntijat pitivät AUDIT-kyselyä luotettavana ja erinomaisena keinona riskikulutuksen seulontaan. Heidän mukaansa alkoholiongelmien olisi helpompi puuttua, jos seulontaa tehtäisiin kaikilla työpaikoilla. Käytännössä seulontaa tehdään vain niille, joilla jo epäillään olevan alkoholinkäytöstä koituvia haittoja¹⁴².

Miksi työterveyshuollossa ei kysytä alkoholinkäytöstä?

Tarkastushavaintojen perusteella yhtenä syynä sille, miksi alkoholinkäyttöä seulotaan työterveyshuollossa niin vähän, on se, että terveyden edistämiseksi ei ole vakiintunutta sijaa työterveyshuollossa. Näin on siitä huolimatta, että elintapasairauksien ennaltaehkäisyn tiedetään olevan tehokasta toimintaa. Tavoitearvot esimerkiksi verenpaineelle, vyötärön ympärysmitalle, painoindeksille, rasva-arvoille ja alkoholin kohtuukäytölle ovat selvät. Myös koulutusta potilaan motivoimiseksi on runsaasti saatavilla.

Tarkastuksessa haastateltujen asiantuntijoiden mukaan elintapasairauksien ehkäiseminen on ensisijaisesti kansanterveystyötä, mutta työntekijöiden terveyden edistämisen tulisi kuulua myös työterveyshuollon tehtäviin. Työterveyshuollolla on myös muuta terveydenhuoltoa paremmat mahdollisuudet tavoittaa sellaisetkin henkilöt, jotka muuten eivät hakeutuisi terveydenhuollon piiriin.

Työterveyshuollossa mahdollisuuksia terveyden edistämiseen heikentää ensinnäkin työn sairaanhoitopainotteisuus. Toinen este on elintapojen kirjaamiseen liittyvät ongelmat. Asiantuntijoiden mukaan elintapatiedoille ja elintapariskeihin kohdennetulle neuvonnalle ei ole selkeää paikkaa sähköisessä sairauskertomusjärjestelmässä. Elintapatietoja pidetään myös ihmisen yksityisasiana, ja lääkärit pelkäävät potilaiden loukkaantuvan tai jopa kantelevan tällaisten tietojen kirjaamisesta.¹⁴³

Elintapojen järjestelmällinen kysyminen ja kirjaaminen potilasasiakirjoihin antaisi paremmat mahdollisuudet terveydenhuollon henkilöstölle havaita alkoholihaittoja ja muita elintapoihin liittyviä terveysriskejä. Lisäksi se antaisi mahdollisuuden seurata laajemmin väestön terveydentilaa, kuten kansanterveyslaki edellyttää. Haastateltujen mukaan nykyiset työ-

¹⁴² Manninen toim. 2007

¹⁴³ Seppä ja Vartiainen 2006.

terveyshuollon ATK-järjestelmät eivät palvele alkoholiongelmien ehkäisyä. Alkoholiongelmiin pitää erikseen havahtua ja osata hakea järjestelmistä tiedot edellisiltä vuosilta.

Muita syitä vähäiselle varhaiselle puuttumiselle ovat riittävien tietojen ja taitojen puute, kiire ja kielteiset asenteet. Tutkimusten mukaan mini-intervention kohderyhmän mieltäminen on useille terveydenhuollon ammattilaisille suuri haaste¹⁴⁴. Myös Työterveyslaitoksen vuonna 2007 tekemän kyselyn tulokset osoittivat, että työterveyshuollot eivät tunnista alkoholin suurkuluttajia ja että alkoholinkäytön yhteyttä muihin oireisiin tai sairauksiin ei selvitetä. Työterveyshuollon henkilöstö ei myöskään aina tunne seulonta- ja neuvontarajoja. Työterveyshoitajista 70–80 % on tietoisia suurkulutusrajoista, lääkäreistä 50–60 % sen mukaan, ovatko kyseessä kerta- vai viikkorajat.¹⁴⁵

Työterveysyksiköissä alkoholihaittojen ehkäisytyötä ei johdeta, mikä näkyy myös siinä, että työterveyshuollot eivät ole sopineet työpaikkojen kanssa yhteisistä käytännöistä alkoholihaittojen vähentämiseksi. Tarkastuksessa korostui sekä työterveyshuoltohenkilökunnan että esimiesten jatkuvan koulutuksen tarve. Osa haastatelluista oli myös sitä mieltä, että työterveyshuollossa osattaisiin ottaa alkoholinkäyttö puheeksi, jos ehdittäisiin. Erityisesti lääkärit kokevat, että he voisivat terveystarkastusten yhteydessä puuttua alkoholinkäyttöön, mutta sairausvastaanotoilla siihen ei ole aikaa. Alkoholinkäytön puheeksi ottaminen vastaanotolla voi jäädä myös, jos se ei sovellu luontevasti tilanteeseen.

Alkoholinkäytöstä kysymistä estävät lisäksi kielteiset asenteet. Edelleen osalle lääkäreistä puuttuminen suolan- tai alkoholinkäyttöön on aivan eri asia. Liiallista alkoholinkäyttöä pidetään moraalisena ongelmana, ei sairautena. Yksityiset palveluiden tuottajat saattavatkin pelätä karkottavansa asiakkaan loukkaamalla häntä alkoholinkäyttöä koskevilla kysymyksillä. Näin siitä huolimatta, että tutkimuksissa on todettu henkilökunnan ja potilaiden suhtautuvan myönteisesti alkoholinkäytön puheeksi ottamiseen¹⁴⁶.

Tavoitteena aktiivisempi seulonta ja neuvonta

Tarkastushavaintojen perusteella ehkäisevän päihdetyön lisääminen työterveyshuollossa edellyttäisi ennen kaikkea panostusta ehkäisevään toimintaan ja terveyden edistämiseen. Toinen keskeinen tekijä on päihdeasioiden tuominen entistä enemmän terveydenhuollon henkilöstön koulu-

¹⁴⁴ Aalto ym. 2006.

¹⁴⁵ Heljälä 29.4.2008.

¹⁴⁶ Kuokkanen ja Teirilä 2001.

tukseen. Tampereen ja Helsingin yliopistojen päihdelääketieteen professoreiden mukaan tavoitteena on, että lääkärin tulee osata antaa tietoa päihteiden vaikutuksesta terveydentilaan, ottaa päihdeasiat puheeksi, tunnistaa päihdeongelmainen potilas ja soveltaa tietoja järkevästi. Jokaisessa terveydenhuollon yksikössä tulee myös osata mini-interventio ja hoidon aloittaminen¹⁴⁷.

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan ehkäisevä päihdetyö lisääntyisi myös, jos yksiköiden johto sitoutuisi siihen. Toinen keino olisi tehdä ehkäisevästä päihdetyöstä työterveyshuollon laatumittari. Tarkastushavaintojen perusteella alkoholiongelmien puuttuminen edellyttää ennen kaikkea asenteiden muutosta. Alkoholien käytön puheeksiottaminen tulisi arkipäiväistä niin, että AUDIT-testin tekeminen vastaanotolla olisi yhtä rutiinomainen toimenpide kuin verenpaineen mittaus. Lisäksi terveystarkastuksia tulisi hyödyntää huomattavasti enemmän alkoholiongelmien ehkäisyssä. Terveystarkastuksilla on osoitettu olevan vaikuttavuutta yksilön elämäntaparikien vähentämisessä. Työterveyslaitoksella meneillään olevassa hankkeessa on selvitetty terveystarkastusten sisältöjä ja vaikuttavuutta. Haastattelussa saatujen tietojen mukaan terveystarkastusten yhteydessä tehdyt puheeksiotot olivat vaikuttaneet työterveyshuollon asiakkaiden alkoholinkäyttöön.

Työterveyshuollossa tehdään vuosittain noin miljoona terveystarkastusta. Huolimatta terveystarkastusten suuresta lukumäärästä osa haastatelluista piti ongelmana sitä, että terveystarkastukset aloitetaan monin paikoin vasta sitten, kun työntekijät ovat 40–45-vuotiaita. Moni ei käy lääkärissä lainkaan ennen sitä. Asiantuntijoiden mukaan nuoret olisi hyvä saada tarkastuksiin jo 20-vuotiaina. Terveystarkastukset alkavat niin myöhään, että jos asiakas on ehtinyt juoda 20 vuotta, paljon vahinkoa on jo tapahtunut. Terveystarkastuksissa on myös se ongelma, että ne eivät ole pakollisia, joten osa työntekijöistä ei osallistu niihin. Erityisesti alkoholiongelmaiset työntekijät saattavat välttää työterveyshuoltoa siksi, että pelkäävät ongelmien tulevan työnantajan tietoon.

Terveystarkastuksista sovitaan yleensä toimintasuunnitelman teon yhteydessä. Terveystarkastuksen yhteyteen voitaisiin aina liittää alkoholinkäyttöä koskeva osio, esimerkiksi AUDIT-kyselylomake. Tarkastushavaintojen perusteella työnantajilla on hyvin vaihtelevat tiedot terveystarkastusten ja yleisemminkin ehkäisevän toiminnan sisällöstä. Nykyistä huomattavasti suurempi osuus työnantajista haluaisi varmasti sopia tarkemmin päihneiden käytön ehkäisystä, jos he tietäisivät työterveyshuollon keinoista ja mahdollisuuksista vähentää alkoholihaittoja.

¹⁴⁷ *Seppä ja Alho 2008.*

Nykyisen käytännön mukaan terveystarkastukset ovat työntekijälle pakollisia ainoastaan erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä. Työterveyslääkärilehdessä julkaistun artikkelin mukaan työterveydenhuollon terveystarkastukset kaipaavat uudistusta. Artikkelissa ehdotetaan lainsäädännön muuttamista siten, että nykyinen säädös terveystarkastuksista erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä korvattaisiin yhden tarkastuksen käytännöllä.¹⁴⁸

Kirjoittajien mukaan työterveyshuollon terveystarkastuskäytäntö on ajan kuluessa syntynyt kokonaisuus. Terveystarkastussuositukset ovat syntyneet aikana, jolloin terveystarkastuksissa vielä voitiin kliinisessä tutkimuksessa todeta työperäisiä löydöksiä (kuten neurologisia oireita ja ihotumia). Nykyisin kliinisiä löydöksiä on vähän. Rajat erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavan työn vuoksi tehtävien tarkastusten ja määrävuosin tehtävien tarkastusten välillä ovat hämärtyneet. Terveystarkastuksista on käytännössä tullut kokonaisvaltaisia terveydentilan selvityksiä, joissa rutiininomaisesti selvitetään yleisten kansansairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien vaarat kaikkien työhön liittyvien ongelmien lisäksi.

Kirjoittajat ehdottavat nykyisen käytännön sijaan säännöllisesti toistuvia terveystarkastuksia, jotka tehtäisiin 3–5 vuoden välein. Terveystarkastuksen sisältö määräytyisi työn, iän, sukupuolen, sairauksien ja elintapojen mukaan. Jos terveystarkastukset tehtäisiin työyksikkökohtaisesti, terveystarkastusten tuloksista voitaisiin laatia yhteenvetoja, joilla yritys, sen johto ja työsuojeluorganisaatio seuraisivat henkilöstön terveydentilaa ja työkykyä.

Vastaavia toiveita tuli esille tarkastuksen haastatteluissa. Esimerkiksi Valtion työmarkkinalaitoksen edustajan mukaan ehkäisevään työhön tarvitaan kokonaisvaltaisempaa otetta. Valtion hallinnossa tulisi myös olla tiedossa työterveyshuollon näkemys henkilöstön terveystarpeista. Valitettavan usein asioihin puututaan vasta, kun ongelmat ovat jo ilmenneet. Näin käy myös alkoholi-ongelmien kohdalla, joihin asiantuntijoiden mukaan puututaan työpaikoilla yleensä seitsemän vuotta liian myöhään, alkoholiriippuvuuden jo kehittyttyä.

Työterveyslaitoksen asiantuntijoiden mukaan työterveyshuollon tulisi olla tiiviimmin mukana tukemassa työpaikkojen muutosprosessien läpiviemistä. Työterveyshuollon tulevaisuuden visiona nähdään strateginen kumppanuus, jossa työterveyshuolto tuottaa tietoa ylemmälle johdolle, joka voi tiedon perusteella suunnitella henkilöstöpolitiikkaansa. Sairaushaavoittavuus on työterveyshuollossa mahdollista tunnistaa, mutta niihin puuttaminen vaatii toimivaa yhteistyötä työterveyshuollon, työyhteisöjen

¹⁴⁸ Seuri ym. 2006.

ja työntekijöiden välillä. Myös kansallisen terveyshankkeen yhteydessä lanseerattu ”terveys kaikissa politiikoissa” -ajattelu tulisi asiantuntijoiden mukaan saada tiiviimmin työpaikoille. Tarkastushavaintojen perusteella näiden visioiden saavuttamisesta ollaan vielä kaukana.

3.3.3 Alkoholihaittojen ehkäisy työpaikoilla on vähäistä

Alkoholin kielteiset vaikutukset terveyteen ja työtehoon tunnistettiin raitiusliikkeen piirissä jo 1900-luvun alussa. Päihdeongelmiin puuttumisesta työpaikoilla alettiin keskustella 1950-luvulla. Vuonna 1992 voimaan tulleen työsopimuslain perusteella työnantaja sai perusteen irtisanoa päihteiden vaikutuksen alaisena työpaikalla esiintyvä työntekijä.

Lainsäädäntö ei suoranaisesti velvoita työpaikkoja alkoholiongelmia ehkäisevään toimintaan. Työturvallisuuslaissa (738/2002) työnantaja veloitetaan huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä. Työnantajalla on myös oltava turvallisuuden ja terveellisyyden edistämiseksi ja työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi ohjelma, joka kattaa työpaikan työolojen kehittämistarpeet ja työympäristöön liittyvien tekijöiden vaikutukset (työsuojelun toimintaohjelma). Toimintaohjelmasta johdettavat tavoitteet turvallisuuden ja terveellisyyden edistämiseksi sekä työkyvyn ylläpitämiseksi on otettava huomioon työpaikan kehittämistoiminnassa ja suunnittelussa, ja niitä on käsiteltävä työntekijöiden tai heidän edustajiensa kanssa. Tarkempi ohjeistus on jätetty työmarkkinajärjestöille, jotka antoivat ensimmäiset suosituksensa päihdehaittojen ehkäisystä 1970-luvulla. Tällöin päihdeongelmaisten hoitoonohjauksesta tuli todellinen vaihtoehto irtisanomiselle.¹⁴⁹

Työmarkkinajärjestöt uudistivat suosituksensa alkoholiohjelman yhteydessä vuonna 2006. Suosituksen tavoitteena on saada aikaan päihteetön työpaikka siten, että parannetaan ja selkeytetään päihdeongelmien käsittelyä ja hoitoa työpaikoilla. Keskusjärjestöt suosittelevat työpaikoille päihdeongelmien ennaltaehkäisyä, päihdeasioiden käsittelyä ja hoitoonohjausta sisältävän toimintamallin tekemistä. Suosituksessa korostetaan työterveyshuollon roolia päihdeongelmien ehkäisyssä ja hoidossa. Sen mukaan työterveyshuollon terveystarkastusten ja sairaanhoidon yhteydessä työterveyshuollon ammattilaisilla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa päihteetömyyden edistämiseen. Suosituksen mukaan työterveyshuollon tehtävänä on arvioida alkoholin ja muiden päihteiden ongelmallinen käyttö kaikissa

¹⁴⁹ Piironen 2004.

potilaskontakteissa, puuttua tarvittaessa asiaan aktiivisesti ja antaa tietoa ja tukea¹⁵⁰.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen mukaan työpaikoilla varhainen puuttuminen alkoholihaittoihin on osa työkykyä ylläpitävää toimintaa. Varhaisen puuttumisen ja mini-intervention tulisi ohjeen mukaan sisältyä työpaikan työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan ja päihdeohjelmaan. Riskien kartoituksessa ja päihdeohjelman laatimisessa työpaikoilla tulisi olla käytettävissään työterveyshuollon asiantuntemus.

Haastatteluhavaintojen perusteella nämä ohjeet ja suositukset toteutuvat vain harvassa työpaikassa. Erityisesti pienillä työpaikoilla suosituksia ei tunneta ja yhteistyö työterveyshuollon kanssa pelaa ainoastaan tapauksissa, joissa työntekijä joudutaan lähettämään työterveyshuoltoon humalatilanteeksi. Ongelmana ovat myös asenteet. Alkoholiin suhtaudutaan eri tavalla kuin muihin työkykyongelmiin. Työpaikoilla ei keskustella avoimesti alkoholista eivätkä esimiehet halua tai osaa puuttua ongelmiin.

Päihdeohjelmat puuttuvat tai keskittyvät hoitoonohjaukseen

Puitteet päihdehaittojen käsittelylle työelämässä antaa päihdeohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan päihdeohjelmista tulisi selvittää työpaikan linjat päihdeasioissa ja selkeät pelisäännöt siitä, miten alkoholihaittoja ehkäistään, miten ongelmatilanteissa toimitaan, mikä on esimiehen vastuu, miten hoitoonohjaus tapahtuu, miten henkilöstöä informoidaan ja miten päihdetilannetta seurataan¹⁵¹.

Työterveyshuoltolain mukaan huumausainetestejä tekevillä työpaikoilla on oltava päihdeohjelma. Kirjallisen päihdeohjelman tulee sisältää työpaikan yleiset tavoitteet ja käytännöt päihdeiden (sekä huumausaineidien että alkoholin) käytön ehkäisemiseksi ja päihdeongelmaisten ohjaamiseksi. Muilta työpaikoilta päihdeohjelmaa ei vaadita. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut päihdeohjelman tekoa koskevan mallin, jossa kerrotaan selkeästi, miten ohjelma laaditaan ja miten se edistää työpaikan päihdetyötä. Ongelmana on se, että päihdeohjelman malli hukkuu yhteen lukuisista ministeriön julkaisuista eikä näytä saavuttaneen kovin montaa työpaikkaa. Työterveyslaitoksen arvion mukaan päihdeohjelma on noin viidellä prosentilla työpaikoista. Hoitoonohjausmalleja ja päihdeohjelmia on tehty valtionhallinnossa, kunnissa sekä suurimmissa yrityksissä.

Tehtyjen selvitysten ja haastatteluhavaintojen perusteella päihdeohjelmat ovat usein vanhentuneita eikä henkilöstö tunne niitä. Lisäksi ohjelmat

¹⁵⁰ Akava ym. 2006.

¹⁵¹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a.

keskittyvät hoitoonohjauksen käytäntöihin, eivät ehkäiseviin toimenpiteisiin. Tarkastuksessa haastatellut asiantuntijat pitivät ohjelmien määrää riittämättömänä ja niiden sisällön kehittämistä tarpeellisena. Erityistä huomiota ohjelmissa tulisi kiinnittää ehkäisevään päihdetyöhön ja varhaiseen puuttumiseen.

Alkoholinkäytön puheeksiotto työpaikoilla on haaste

Julkisten ja hyvinvointialojen liiton (JHL) asiantuntijan työsuojeluvaltuutetuille osoittaman kyselyn perusteella ehkäisevän toiminnan puutteet näkyvät myös suhtautumisessa alkoholiongelmiin¹⁵². Yhtä lukuun ottamatta vastaajat olivat sitä mieltä, että ongelmiin ei puututa riittävän ajoissa. Työpaikoilla alkoholiongelmia myös salailaan ja katsotaan läpi sormien. Tarkastushavaintojen perusteella asenteilla ja työpaikan kulttuurilla on suuri merkitys siihen, miten alkoholiasioista työpaikalla keskustellaan ja miten niihin puututaan. Alkoholitutkija Esa Österbergin mukaan työelämässä suhtaudutaan alkoholiin kaksinaamaisesti: työnsä hoitavaan suhtaudutaan ymmärtäväisesti, mutta katkolle lähtevä leimataan alkoholiongelmaiseksi, jonka urakehitys katkeaa¹⁵³. Haastateltujen mukaan ongelmana voivat olla myös päihteiden käyttöä ihannoiva ja kannustava ilma-
piiri, liikaa juovat esimiehet ja päättäjät, joilla itsellään on ongelmallinen suhde alkoholiin.

Työterveyslaitoksen asiantuntijan mukaan työpaikoilla olisi hyvä puhua alkoholista ja sopia yhteiset säännöt esimerkiksi siitä, käytetäänkö työpaikan tilaisuuksissa alkoholia. Työpaikan kulttuuri voi kannustaa alkoholinkäyttöön tai vähentää sitä. Keskeinen kysymys on, miten työpaikoilla tuetaan kohtuukäyttöä.

Erityisen ryhmänsä työelämässä muodostavat sellaiset työpaikat, joilla on alkoholin suhteen nollatoleranssi. Tällaisia käytäntöjä on esimerkiksi kuljetusalan työpaikoilla. Tarkastuksessa haastatellun asiantuntijan mukaan nollatoleranssikäytännöt tekevät ehkäisevästä työstä erityisen haasteellista kahdesta syystä. Ensinnäkin ennaltaehkäisyyn ei panosteta, kun esimiehet ajattelevat, että nollatoleranssin takia muita keinoja ei tarvita. Toiseksi nollatoleranssikäytäntö voi estää alkavista päihdeongelmista kärsiviä puhumaan asiasta työpaikalla tai työterveyshuollossa.

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeen mukaan ongelmista on voitava puhua työpaikalla ilman syyllistämistä ja hoitoonohjausta on harkittava

¹⁵² 12 työsuojeluvaltuutetun näkemykset on tiivistetty liitteen 2 taulukkoon 1.

¹⁵³ Sosiaalivakuutus 6/2007.

ennen irtisanomista¹⁵⁴. Myös haastatellut olivat sitä mieltä, että hyviä työntekijöitä ei kannata irtisanoa ilman, että heille annetaan mahdollisuus hoitoon. Yhteiskunnan kannalta on aina parempi, mitä varhaisemmassa vaiheessa ongelman hoito tapahtuu. Päihdeongelmaisia irtisanottaessa hoitokustannukset tai edelleen jatkuvan alkoholinkäytön lisääntyvät haittakustannukset siirtyvät pääasiassa kuntien maksettaviksi samalla, kun valtio menettää verotuloja.

Alkoholia koskevien asenteiden muutos edellyttää ennen kaikkea tiedon lisäämistä. Haastatteluhavaintojen perusteella kaikesta saatavilla olevasta tiedosta huolimatta asialliselle informaatiolle on työpaikoilla vielä paljon sijaa. Monilla työpaikoilla ei ole tietoa ehkäisevästä päihdetyöstä tai päihdeongelmien hoidosta. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan tietoa alkoholin ongelmakäytöstä, riskikäytöstä, puheeksi ottamisesta, työntekijöiden oikeuksista ja velvollisuuksista, päihdepalveluista ja päihdeohjelmien valmistelusta tarvitsevat sekä esimiehet, luottamusmiehet, työsuojeluvallatutetut että päihdeyhdyshenkilöt¹⁵⁵. Tarkastushavainnot tukevat näkemystä.

Työterveyshuollon ja työpaikkojen välisessä yhteistyössä on kehittämistä

Työterveyshuoltolaki korostaa aiempaa tiiviimpää yhteistyötä työterveyshuollon tavoitteiden saavuttamiseksi. Vaikka palveluiden järjestämisvastuu on työnantajalla, tulee toiminnan tapahtua työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon välisenä yhteistyönä. Myös lain perusteluissa korostetaan, että yhteistyö yritysjohton, esimiesten, työpaikan osapuolten ja työsuojelutoimikunnan sekä työsuojeluviranomaisten kanssa on järjestelmän vaikuttavuuden kannalta välttämätöntä.

Käytännössä yhteistyö työpaikkojen ja työterveyshuollon välillä on kaukana lainsäädännön tavoitteista. Näin on myös alkoholihaittojen ehkäisyn osalta. Haastattelujen lisäksi tämä ilmeni Työterveyslaitoksen tekemästä kartoituksesta, jonka mukaan työterveyshuollon toiminta työpaikoilla painottuu ongelmiin puuttumiseen alkoholihaittojen ehkäisyn sijaan.¹⁵⁶ Tarkastushavaintojen perusteella esteinä yhteistyölle ovat ajan ja muiden resurssien puute, asenteet sekä epäselvyys eri toimijoiden roolista alkoholiongelmiin puuttumisessa.

Terveydenhuollon toimien lisäksi työterveyshuollon keinoja tukea työpaikkoja alkoholihaittojen ehkäisyssä ovat osallistuminen päihdeohjel-

¹⁵⁴ Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a.

¹⁵⁵ Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a.

¹⁵⁶ Jurvansuu 29.4.2008.

mien suunnitteluun sekä neuvonta ja opastus. Työterveyshuollolta voi tilata esimerkiksi tietoisuja, mini-interventioita tai selvityksen työpaikan päihdetilanteesta¹⁵⁷. Ongelmana on, että työpaikat eivät osaa hyödyntää työterveyshuoltojen asiantuntemusta päihdeohjelmien teossa, toimeenpanossa tai muussa ehkäisevässä päihdetyössä. Työnantajat saattavat myös luulla, että esimerkiksi AUDIT-testit kuuluvat terveystarkastuksiin. Kaiken kaikkiaan ongelmat ovat samat kuin yleisemminkin ehkäisevässä työssä: työnantajat eivät tunne toiminnan sisältöjä eivätkä osaa tilata palveluja työterveyshuollosta. Asiantuntijoiden mukaan ehkäisevää päihdetyötä edistäisi huomattavasti, jos työterveyshuoltosopimuksissa lukisi, että alkoholinkäyttöä seulotaan kaikissa terveystarkastuksissa ja sairausvastaanotoilla sairausperusteisesti. Päihdeasiat tulisi ottaa huomioon myös työpaikkaselvityksiä tehtäessä. Työpaikkaselvityksiin voisi kuulua esimerkiksi päihdeohjelman laatiminen. Työpaikoilla keskeistä olisi esimiesten kouluttaminen näkemään oma roolinsa ja vastuunsa varhaisessa puutumisessa. Haastateltujen mukaan harva esimies ottaa luontevasti puheeksi esimerkiksi usein toistuneet maanantai-aikeet.

Työterveyshuollolla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa alkoholinkäyttöön, mutta asiantuntijoiden mukaan ei riitä, että työterveyshuolto yksin puuttuu. Päihdeasiat on myös tuotava laajemmin esiin työpaikoilla.

Työsuojelulle kaivataan aktiivisempaa roolia

Työterveyshuoltolain mukaan työterveyshuoltoa koskevia päätöksiä valmisteltaessa työnantajan on toimittava yhteistyössä työntekijöiden tai heidän edustajiensa kanssa. Työnantajan tulee pitää nähtävinä työpaikalla työterveyshuoltolaki ja sen nojalla annetut säädökset, sopimus työterveyshuollon palveluista sekä työpaikkaselvitys. Työntekijöillä on myös oikeus tehdä työterveyshuoltoa koskevia ehdotuksia. Näiden toimien avulla on tarkoitus lisätä työterveyshuollon toiminnan läpinäkyvyyttä ja työntekijöiden mahdollisuutta vaikuttaa asioihin työpaikalla. Tarkastushavaintojen perusteella työntekijät ja työsuojeluhenkilöstö eivät käytä mahdollisuuksiaan vaikuttaa työterveyshuollon sopimuksiin.

Tarkastuksessa haastatellut asiantuntijat kaipasivat työsuojelua tiiviimmin mukaan ehkäisevään työhön ja alkoholihaittojen ennaltaehkäisyyn. Heidän mukaansa työsuojelu ja työterveys ovat eriytyneet toisistaan. Alkoholihaittojen ehkäisyn kannalta ongelmana näyttää olevan se, että työsuojelua, työterveyshuoltoa ja alkoholipolitiikkaa suunnitellaan ja ohjataan eri sosiaali- ja terveysministeriön osastoilla eivätkä osastojen rajat

¹⁵⁷ Piironen 2004.

ylity kovin helposti. Tämä ilmeni muun muassa alkoholiohjelman yhteydessä. Ensimmäisen ohjelmakauden koordinaattorin mukaan alkoholioasioista ei tiedetty työsuojeluosastolla mitään, ennen kuin alkoholiohjelman järjesti työpaikan päihdeasioista yhteisen seminaarin työsuojeluosaston vetämän VETO-ohjelman kanssa.

Työsuojelun rooli päihdeasioissa on edelleen epäselvä. Työnantajalla on velvoitteena huolehtia siitä, että työntekijä on työkuunnossa. Käytännössä vastuu siirretään kuitenkin usein työterveyshuollolle näkemättä sitä roolia, mikä esimiehillä ja työpaikoilla tulisi ja voisi olla ongelmiin puuttumisessa.

Tarvetta työsuojelun mukanaololle lisää myös se, että alkoholi on merkittävä työturvallisuusriski. Työsuojeluasiantuntijoiden mukaan alkoholilla on tapaturmissa eniten merkitystä krapulapäivien ja pitkäksi venyneiden juhlien aiheuttaman väsymyksen kautta. Päähtyneenä tai krapulassa työskentelevä asettaa tapaturmille alttiiksi paitsi itsensä myös työtoverinsa. Osa haastatteluista oli myös sitä mieltä, että kaikkea henkistä hyvinvointia varten pitäisi olla työsuojelussa enemmän resursseja. Resursseista riippumatta työsuojelu on alkoholihaittojen ehkäisytyössä hyödyntämätön voimavara.

Oppia päihdetyöhön telakoilta

Lukuisten ongelmien lisäksi tarkastuksessa tuli esille esimerkkejä hyvin toimivasta yhteistyöstä työterveyshuollon, esimiesten ja työsuojelun välillä. Yksi näistä on 4 500 työntekijää työllistävän telakan päihdetyö, jota on tehty osana työhyvinvoinnin kehittämistyötä.

Päihdetyö telakalla alkoi 1990-luvun alussa. Telakan päihdeyhdyshenkilön mukaan työ oli alkuvaiheessa lähinnä esimiesten havahduttamista päihdeongelmaan, hoitoonohjausta ja päihteiden käyttöön puuttumista työaikana. Työtä oli paljon, ja se keskittyi asennemuutoksen aikaansaamiseen. Tällaisessa työpaikassa, jossa lähes kaikki työ on tapaturma-altista, toimintaan ovat kannustaneet erityisesti työturvallisuusnäkökohdat. Ongelmiin puuttumisessa on kuitenkin korostettu hoitoonohjausta "kerrasta poikki" -käytännön sijaan.

Päihdeohjelman laatimisen ohella keskeinen keino alkoholihaittojen ehkäisyssä on koulutus. Telakoilla on koulutettu satoja esimiehiä, luottamusmiehiä ja työsuojeluhenkilöstöä tavoitteena madaltaa puheeksioton kynnystä ja antaa työvälineitä päihdeongelmien käsittelyyn.

Toiminnan tuloksena päihdeongelmista puhutaan avoimemmin ja niihin puututaan herkemmin. Päihdeyhdyshenkilön mukaan edelleenkin ongelmana on, että päihteet otetaan puheeksi vasta siinä vaiheessa, kun ne nä-

kyvät työelämässä luvattomina poissaoloina tai myöhästelynä. Jatkossa painopiste halutaan ehkäisevään työhön.

Päihdetyön alusta alkaen työterveyshuolto on ollut tukena työssä ja mukana puheeksiottotilanteissa. Myöhemmin mukaan tuli myös A-klinikka. Työpaikan päihdeyhdyshenkilö ja haastattelussa mukana ollut esimies pitivät työterveyshuollosta saamaansa tukea ehdottomana edellytyksenä varhaiselle puuttumiselle ja onnistuneelle hoidolle.

Telakalla on oma työterveysasema, minkä kaikki osapuolet näkivät suurena etuna. Työterveysaseman työntekijöiden mukaan omassa yksikössä hoito on kokonaisvaltaisempaa. Päihdeongelmiltakaan ei suljeta silmiä, koska tiedetään, että puolen vuoden tai vuoden päästä työntekijä on taas vastaanotolla saman ongelman kanssa. Oman yksikön haittapuolena pidettiin sitä, että edelleen monet työntekijät luulevat tiedon kulkeutuvan sieltä esimiehelle. Ensimmäisen alkoholiohjelmakauden päätösseminaarissa telakka sai tunnustuksen päihdehaittojen ehkäisyydestä.

3.4 Alkoholiohjelman vaikutukset työterveyshuoltoon ja työelämään

3.4.1 Tavoitteena yhteistyön lisääminen

Sosiaali- ja terveysministeriön toteuttaman alkoholiohjelman keskeisiä periaatteita on yhteinen toiminta, joka rakentuu valtiovallan, kuntien, järjestöjen ja elinkeinon yhteistyöstä. Ohjelman tavoitteena on koota yhteen valtioneuvoston ja muiden tahojen alkoholihaittoja vähentävää työtä aiempaa jäsentyneemmäksi kokonaisuudeksi, vakiinnuttaa kehittävä ote, joka perustuu selkeisiin tavoitteisiin ja tulosten arviointiin, vahvistaa toiminnan rakenteita ja ohjata painottamaan toimintalinjoja, joiden tuloksista on vahvin näyttö¹⁵⁸. Alkoholiohjelman liittyi 200 kumppania. Näiden joukossa on 101 kuntaa ja 11 työmarkkinoiden keskusjärjestöä ja ammatiliittoa. Tässä luvussa tarkastellaan ohjelman ensimmäisen kauden tavoitteiden toteutumista työterveyshuollon ja työelämän näkökulmasta. Ohjelman toinen kausi alkoi vuoden 2008 alussa ja päättyi vuonna 2011.

Työterveyshuollon tavoitteeksi alkoholiohjelmassa asetettiin alkoholinkäytön riskien arvioinnin vakiinnuttaminen kaikissa terveydenhuollon asiakaskontakteissa. Työelämä huomioitiin ohjelmassa lyhyesti siten, että ohjelmassa mukana olevista elinkeinoelämän edustajista työmarkkinajär-

¹⁵⁸ *Sosiaali- ja terveysministeriö 2004c.*

jestöt (Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK, Toimihenkilökeskusjärjestö STTK, Teollisuuden ja työnantajien keskusliitto, Palvelutyönantajat, Kunnallinen työmarkkinalaitos ja Valtion työmarkkinalaitos) ovat sitoutuneet edistämään alkoholihaittojen ehkäisyä osana terveyden edistämistä ja työkyvyn ylläpitämistä muun muassa tukemalla varhaisen puuttumisen toimintamallien käyttöä työterveyshuollossa. Alkoholiohjelman mukaisena toimenpiteenä työmarkkinajärjestöt päivittivät edellisessä kappaleessa mainitun suosituksen. Ensimmäisen ohjelmakauden lopussa alkoholiohjelman koordinaattorilla ei ollut tiedossa, miten suosituksen jalkauttaminen on tapahtunut.

Alkoholiohjelmassa kuntien, järjestöjen ja elinkeinoelämän yhteistyötä paikallisella tasolla ovat tukeneet lääninhallitukset. Tärkeä linkki lääninhallitusten ja kuntien päihdetyön välillä on puolestaan kuntien ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkosto. Alkoholiohjelman suosituksen mukaan ehkäisevän päihdetyön koordinoinnin perusrakenteet kunnassa muodostavat ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilö, päihdetyötä kokonaisuutena tarkasteleva poikkihallinnollinen työryhmä ja paikallinen päihdestrategia. Myös kunnan työpaikoilla tulisi luoda yhteiset pelisäännöt päihdehaittojen vähentämiseksi.¹⁵⁹ Tämän tarkempia tavoitteita ei työterveyshuollon, elinkeinoelämän, läänien sekä kuntien ehkäisevän päihdetyön väliselle yhteistyölle ole asetettu.

Tarkastushavaintojen perusteella työterveyshuollon ja työelämän yhteistyö kuntien ehkäisevän päihdetyön ja läänien kanssa on vaihdellut suuresti läänistä ja kunnasta toiseen. Enimmäkseen yhteistyö on ollut vähäistä tai olematonta. Kuntien ehkäisevä päihdetyö ei kohdistu työikäiseen väestöön. Myös tästä syystä alkoholiohjelman vaikutus työikäiseen väestöön on tullut hankkeiden kautta. Seuraavassa tarkastellaan kahta hanketta, joiden tavoitteena on ollut työikäisen väestön päihteidenkäytön ehkäisy.

3.4.2 Mini-interventiohanke tavoitti 40 % työterveyshuolloista

Osana alkoholiohjelmaa Työterveyslaitos on vuosina 2004–2007 toteuttanut työterveysyksiköille suunnatun mini-interventiohankkeen. Hanketta on rahoitettu pääosin Terveyden edistämisen määrärahalta, yhteensä 520 000 eurolla.

Hankkeen tavoitteena on ollut lisätä merkittävästi työterveyshuollon mini-interventiotuotoimintaa kohdentamalla alkoholinkäytön puheeksiottoa,

¹⁵⁹ *Sosiaali- ja terveysministeriö 2004c.*

seulontaa ja neuvontaa niihin alkoholin suurkuluttajiin, joilla ei vielä ole alkoholiriippuvuutta.

Hankkeen pitkän tähtäyksen tavoitteiksi asetettiin työterveyshuollon henkilöstön motivointi ehkäisevään päihdetyöhön, alkoholiongelmien ehkäisyn edistäminen työterveyshuollossa sekä alkoholihaittojen vähentäminen työpaikoilla. Tavoitteiden toteuttamiseksi mini-interventiokoulutus sisällytettiin Työterveyslaitoksen koulutusohjelmiin ja kehitettiin laajempi mini-intervention sisältävä ehkäisevän päihdetyön koulutusohjelma työterveyshuolloseksi ja työpaikoille. Hankkeen puitteissa käynnistettiin myös Alkoholi ja työterveys -hanke, jossa tutkitaan ja kehitetään työpaikkojen ja työterveyshuoltojen yhteistyötä ehkäisevässä päihdetyössä.

Hankkeen lyhyen tähtäyksen tavoitteita olivat mini-interventiotyövälineiden kehittäminen, työterveyslääkäreiden ja hoitajien aktivointi ja motivointi sekä alkoholin suurkuluttajien mini-interventioiden lisääntyminen työterveyshuollossa¹⁶⁰.

Hankkeessa työskenteli 1–3 henkilöä, jotka antoivat mini-interventiokoulutusta 40 prosentille Suomen työterveysyksiköistä. Hankkeessa koulutettiin noin 1 000 työterveyshuollon ammattilaista. Vuonna 2004 työterveyshuollossa työskenteli noin 2 600 työterveyshoitajaa ja 2 600 lääkäriä.

Hankkeen toteuttajien oman arvion perusteella koulutusta saaneissa työterveysyksiköissä mini-interventiotoiminta näyttää lisääntyneen. Erityisesti alkoholin riskikuluttajien seulonta koulutusta saaneissa yksiköissä on lisääntynyt, koska AUDIT-kyselyä on kirjattu aikaisempaa enemmän työnantajien työterveyshuollon toimintasuunnitelmien sisältöön. Hankkeen loppuraportissa todetaan kuitenkin, että vielä on matkaa siihen, että koko terveydenhuollon henkilöstö tekee mini-interventioita luonnollisena osana potilastyötään ja että asiakkaat kokevat toiminnan osana työterveyshuollon perustoimintaa¹⁶¹.

Tarkastuksessa haastateltujen asiantuntijoiden näkemykset hankkeen vaikuttavuudesta vaihtelivat. Osa asiantuntijoista piti hanketta onnistuneena, osa (erityisesti työterveyslääkäreistä) ei ollut kuullut hankkeesta lainkaan ja osa arveli, että terveydenhuollon henkilökunta alkaa väsyä koko mini-interventioon. Ongelmana pidettiin myös sitä, että koulutuksiin tulevat pääasiassa työterveyshoitajat. Asiantuntijoiden mukaan lääkäreiden koulutustarpeet ovat niin suuret, että mini-interventiokoulutuksen pitäisi olla erityisen puoleensavetävää, jotta he tulisivat paikalle.

¹⁶⁰ Seppä toim. 2008.

¹⁶¹ Seppä toim. 2008.

Haastateltujen epäilevistäkin arvioista huolimatta hanketta voi pitää kustannusvaikuttavana. Resursseihin nähden hankkeessa on tuotettu paljon tietoa ja koulutusta ja tarkastushavaintojen perusteella tietoisuus alkoholihaitoista ja työterveyshuollon mahdollisuuksista ehkäistä niitä on paikoitellen lisääntynyt.

Alkoholin suurkuluttajien mini-interventioiden lisääntymistä työterveyshuollossa ei tarkastushavaintojen perusteella voida arvioida. Vuonna 2006 tehdyn kyselytutkimuksen alustavien tulosten perusteella mini-interventiotoiminta vaihtelee suuresti eri työterveysyksiköiden ja niiden ammattihenkilöiden välillä. Aiemman tiedon valossa tämän voi olettaa merkitsevän sitä, että mini-interventioita tehdään edelleen enemmän suurissa yksiköissä ja pääasiassa työterveyshoitajien toimesta. Tarkempaa tietoa mini-interventiotoiminnan laajuudesta saadaan Työterveyslaitoksen Työterveyshuolto Suomessa -tutkimuksesta vuoden 2008 lopussa. Jos toiminta on lisääntynyt vuodesta 2004, voi sen ainakin osittain katsoa olevan hankkeen vaikutusta.

Alkoholiohjelman tavoitteiden kannalta myönteisenä voidaan pitää sitä, että mini-interventiohankkeessa tehtiin yhteistyötä muiden ohjelman kumppaneiden, erityisesti Valtakunnallisen mini-interventioprojektin (VAMP), Itä-Suomen ja Länsi-Suomen lääninhallitusten sekä työelämän Huugo-hankkeen kanssa. Hankkeen vetäjän mukaan yhteys alkoholiohjelmaan tuli kuitenkin ainoastaan näiden hankkeiden kautta. Myös muiden toimijoiden näkökulmasta hanke jäi alkoholiohjelmasta irralliseksi.

Alkoholiohjelman neuvontamateriaali otettiin hyvin vastaan

Mini-interventioissa sekä kuntien ja järjestöjen ehkäisevässä päihdetyössä käytetään hyväksi alkoholiohjelman ilmaisaineistoja. Näitä ovat muun muassa alkoholinkäytön riskien arviointiin tarkoitettu AUDIT-kysely (joi-ta on painettu 400 000 kpl) ja sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestöjen yhteistyönä tuotettu ja jaeltu alkoholinkäytön puheeksioton opas (300 000 kpl). Lisäksi muun muassa Alkon myymälöiden ja apteekkien kautta on jaettu 1,3 miljoonaa riskikulutuksesta muistuttavaa korttia¹⁶². Mini-interventiohankkeen toimesta alkoholiohjelman aineistoa on jaettu myös työterveysyksiköille.

Hyväksi havaitut aineistot nostettiin esiin alkoholiohjelman loppuarvioinnissa¹⁶³. Myös tarkastushavaintojen perusteella materiaali on levinnyt kentällä hyvin, mikä on johtunut sen maksuttomuudesta ja siitä, että osa

¹⁶² *Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b.*

¹⁶³ www.alkoholiohjelm.fi

yksityisistä palveluntuottajista on tilannut ja jakanut AUDIT-kyselyjä suuria määriä. Myös Lapin läänissä haastateltujen asiantuntijoiden mukaan koko alkoholiohjelman suurin anti kunnille ovat olleet maksuttomat materiaalit. Se, miten ne vaikuttavat, on haastateltujen mukaan sitten toinen asia.

3.4.3 Huugo-hankkeen vaikutuksista ei ole näyttöä

Alkoholiohjelman puitteissa työikäiseen väestöön on pyritty vaikuttamaan myös työpaikoille suunnatun Huugo-hankkeen avulla. Huugo on Elämäntapaliiton ja Työturvallisuuskeskuksen yhteinen viestintä- ja koulutushanke. Sen tavoitteena on ollut vähentää työelämässä ilmeneviä alkoholihaittoja parantamalla työyhteisöjen valmiuksia kohdata ja käsitellä alkoholisasioita. Hankkeessa on tuotettu aineistoja ja koulutusta luottamusmiesten, työsuojeluvaltuutettujen ja -asiamiesten, työsuojelutoimikuntien, työterveyshuoltohenkilöstön sekä henkilöstöjohdon tueksi ja ohjaamiseksi. Koulutus on sisältänyt muun muassa neuvoja työpaikan päihdeohjelman tekemiseksi.

Työturvallisuuskeskuksen kautta Huugossa ovat olleet mukana kaikki työmarkkinakeskusjärjestöt ja sitä kautta hankkeella on ollut mahdollisuus tavoittaa noin 2,5 miljoonaa työntekijää. Raha-automaattiyhdistys on rahoittanut hanketta 490 000 eurolla.

Tarkastushavaintojen perusteella ei ole näyttöjä siitä, että hanke olisi edistänyt päihdeongelmien ehkäisyä työpaikoilla. Tarkastuksessa mukana olleissa työterveyshuoltoyksiköissä hanketta ei juuri tunnettu. Ehkäisevän päihdetyön asiantuntijat olivat siitä tietoisia mutta eivät osanneet arvioida hankkeen tuloksellisuutta. Lapin läänissä hankkeen järjestämästä koulutuksesta sen sijaan oli hyviä kokemuksia.

Hankkeen vuosikertomuksen mukaan Huugoa käsiteltiin vuonna 2006 seitsemässä ammattiliittojen jäsenlehtien artikkelissa. Samana vuonna avattiin hankkeen internetsivut ja aloitettiin koulutukset. Koulutusta järjestivät useat Huugossa mukana olevat tahot, kuten SAK, Työturvallisuuskeskus, Kiljavan opisto sekä yksittäiset liitot. Tarkastuksen haastatelussa esitettyjen arvioiden perusteella hankkeessa järjestetyn koulutuksen kysyntä olisi voinut olla suurempaakin. Huugon ilmaisipalveluillekaan ei ole ollut kysyntää. Alkoholiohjelman koordinaattorin mukaan myöskään alkoholiohjelman aineistoa ei tilattu työpaikoille tai ammattiliittoihin.

Samansuuntaisiin tuloksiin on päädytty Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tekemässä hankkeen väliarvioinnissa. Arvioinnissa selvitettiin, miten Huugo on vaikuttanut kolmessa esimerkkityöpaikassa. Tarkasteluissa työpaikoissa esimiehet eivät olleet hankkeesta tietoisia, mutta työ-

suojeluvaltuutetut olivat kuulleet siitä. Yhdessä työpaikassa työsuojeluvaltuutettu oli levittänyt Huugon tuottamaa materiaalia työpaikallaan. Muita hankkeen vaikutuksia ei väliarvioinnissa havaittu.

Väliarvioinnin kuvaukset työpaikkojen päihdetyöstä ja -tietoudesta vahvistavat edellä esitettyjä tarkastushavaintoja sen suhteen, että alkoholihaitat ovat työpaikoilla näkyviä, että vain pieni osa työntekijöistä on tietoisia työpaikkansa päihdeohjelmasta (esimerkkityöpaikoilla 10 %) ja että työpaikoilla vallitsee epäselvyys sen suhteen, kenellä on vastuu puuttua työntekijöiden haitalliseen alkoholinkäyttöön.¹⁶⁴ Hankkeen loppuarviointi oli määrä julkistaa vuoden 2007 lopussa. Kesäkuussa 2008 hankkeen vetäjä arvioi raportin valmistuvan ehkä elokuussa 2008.

3.4.4 Haasteena toimintojen vakiinnuttaminen

Alkoholiohjelmaan liittyvillä hankkeilla pyrittiin aktivoimaan työterveyshuoltoa ja työpaikkoja varhaiseen puuttumiseen. Hankkeet ovat kuitenkin tavoittaneet alle puolet työterveyshuolloista ja murto-osan työpaikoista. Tarkastushavaintojen perusteella suuri haaste on alkaneen toiminnan levittäminen ja juurruttaminen. Tämä on huomioitu myös päättyneessä mini-interventiohankkeessa, josta saatujen kokemusten perusteella pelkkä koulutus ei riitä. Alkanutta toimintaa on jatkuvasti tuettava, jotta siitä tulisi pysyvää¹⁶⁵.

Työpaikkojen ehkäisevän päihdetyön kehittäminen näyttää alkoholiohjelman toisella ohjelmakaudella olevan Työterveyslaitoksen vetämän Alkoholiliikkeen ja työelämä -hankkeen varassa. Uudessa alkoholiohjelmassa tavoitteiksi on asetettu työturvallisuuteen liittyvien alkoholiriskien vähentäminen ja vastuulliseen alkoholin tarjoamiseen liittyvien sääntöjen kehittäminen työelämän tilaisuuksia varten. Siitä, miten näihin tavoitteisiin pyritään, ei toistaiseksi ole tietoa. Tarkastushavaintojen perusteella muutaman hankkeen avulla työelämän ehkäisevä päihdetyö ei kehity merkittävästi nykyisestä. Mini-intervention osalta toiminnan vakiinnuttamiseen on sen sijaan ainakin teoriassa panostettu paljon.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen tulossopimuksen mukaan vuoden 2008 yhtenä tavoitteena on jatkaa mini-intervention käytön juurruttamista työterveyshuollossa¹⁶⁶. Sama tavoite, mutta osin vaihtelevat keinot, esitetään Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa, KASTE-ohjelmassa ja alkoholiohjelmassa vuosille 2008–2011. Terveyden

¹⁶⁴ Hurme ja Rönkä 2007.

¹⁶⁵ Seppä toim. 2008.

¹⁶⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b.

edistämisen politiikkaohjelmassa korostetaan työterveyshuollon yhteistyön tiivistämisen tarvetta yritysten ja organisaatioiden kanssa ja tuodaan esille, että työelämän muutokset edellyttävät työterveyshuolloilta palveluiden kehittämistä ja yhteistyön tiivistämistä¹⁶⁷. KASTE puolestaan pyrkii ehkäisemään ongelmia nostamalla varhaisen puuttumisen osaksi kuntien päätöksentekoa¹⁶⁸. Myös alkoholiohjelmassa toimintojen (ml. mini-interventio) vakiinnuttaminen osaksi perus- ja työterveyshuoltoa on annettu kuntien ja lääninhallitusten tehtäväksi¹⁶⁹. Toiminnan jatkumisen riskinä on ohjelmien keskinäinen koordinoimattomuus. Riskiä voi pienentää nimeämällä taho, joka viime kädessä vastaa asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta.

3.4.5 Alkoholiohjelma ei ole yhdistänyt toimijakenttää tavoitellulla tavalla

Lääninhallitukset ovat toteuttaneet alkoholiohjelman vaihtelevasti

Alkoholiohjelmassa lääninhallituksille annettiin keskeinen rooli alkoholihaittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen tähtäävän paikallisen toiminnan koordinoinnissa, ohjauksessa ja kehittämisessä. Lääninhallitusten tehtävänä on ollut alkoholiohjelmasta tiedottaminen alueellaan, kuntatoimijoiden mobilisointi ja tukeminen sekä kuntien, järjestöjen ja elinkeinotoimijoiden välisen yhteistyön edistäminen paikallisella ja alueellisella tasolla¹⁷⁰. Lääninhallitukset ovat saaneet vuosittain avustuksia alkoholihaittojen vähentämiseen ja ehkäisemiseen tähtääviin hankkeisiin. Kaikille lääninhallituksille myönnettiin terveyden edistämisen määrärahoista hankeavustuksia vuosina 2004–2007 yhteensä 476 000 euroa.

Osana ohjelmaa lääninhallituksiin nimettiin ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilö, joka toimi samalla alkoholiohjelman yhdyshenkilönä. Sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten välisen vuosien 2004–2007 tulossopimuksen mukaan jokaiseen lääninhallitukseen perustettiin monialainen päihdetyöryhmä kehittämään alkoholi- ja huumehaittojen ehkäisyä, päihdepalveluita ja valvontaa¹⁷¹. Työryhmien tehtävät ovat vaihdelleet lääneittäin. Esimerkiksi Etelä-Suomen lääninhallituksen päihdetyöryhmälle asetettiin tehtäväksi

¹⁶⁷ Hallituksen strategia-asiakirja 2007.

¹⁶⁸ Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b.

¹⁶⁹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2004c.

¹⁷⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö 2004c.

¹⁷¹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2004d.

- edistää ja tukea päihdepalveluiden saatavuutta alueellaan ja seurata sekä kuntien että yksityisten päihdepalveluiden laatua sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton ja Stakesin kehittämää laatuarviointeja hyödyntäen sekä tukea laatusuositusten toteutumista ja päihdeosaamisen alueellista kehittämistä
- käsitellä päihteisiin, päihdepalveluihin ja ehkäisevän päihdepalvelun tilaan liittyviä asioita
- valmistella alueensa kuntia alkoholiohjelman kumppanuuteen
- kehittää alkoholilupahallinnon ja ehkäisevän päihdetyön yhteistyötä
- tiedottaa, kouluttaa ja tukea yhteistyöverkostoja
- kehittää alueellista koordinaatiota alkoholiohjelman toteuttamisessa.

Päihdetyöryhmän lisäksi Etelä-Suomen lääniin perustettiin 1.10.2004 laajapohjainen läänin alkoholipoliittinen neuvottelukunta, jonka valmisteluna toimeenpanoelimenä poikkihallinnollinen päihdetyöryhmä toimi. Neuvottelukunnalle annettiin tehtäväksi tukea alkoholiohjelman tavoitteiden toteutumista sekä edistää Terveys 2015 -ohjelman ehkäisevän päihdetyön tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön lääninhallitusten toimintaa koskeneen muistion mukaan vuonna 2006 ei ollut näyttöä siitä, että neuvottelukunta päihdetyöryhmän rinnakkaisena toimielimenä olisi tuonut merkittävää lisäarvoa lääninhallituksen päihdehaittojen vähentämistyölle¹⁷².

Osana alkoholiohjelman toimeenpanoa Etelä-Suomen lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosasto teki kartoituksen ehkäisevän päihdetyön tilasta läänin kunnissa. Kunnat vastasivat kyselyyn melko aktiivisesti. Vastamatta jättäneet kunnat olivat etupäässä pieniä kuntia. Kyselyn tekijät arvelivat tämän johtuvan siitä, että ne kunnat, jotka tietävät ehkäisevän päihdetyönsä heikon tilan, eivät halua sitä laajempaan tietoisuuteen.

Selvityksen perusteella Etelä-Suomen läänin kuntien ehkäisevä päihdetyö kaipa edelleen kehittämistä. Ehkäisevän päihdetyön henkilöstö- ja taloudelliset resurssit ovat useimmiten niukat tai olemattomat. Erityisen heikko tilanne on pienissä kunnissa. Yli 15 000 asukkaan kunnistakin osa (esimerkiksi Espoo, Järvenpää, Kerava, Kirkkonummi ja Lahti) ilmoitti ehkäisevän päihdetyön budjetiksi nolla euroa vuonna 2007. Kaikkiaan 64 kunnasta 27 kuntaa ei varannut vuonna 2007 lainkaan rahoitusta ehkäisevään päihdetyöhön ja 12 kuntaa budjetoi korkeintaan 2 000 euroa. Monessa kunnassa päihdetyölle ei ole asetettu selkeitä tavoitteita. Eniten ehkäisevään päihdetyöhön on panostettu niissä 17 kunnassa, jotka ovat solmineet alkoholiohjelman mukaisen kuntakumppanuuden. Suurista kunnista mukana ovat Helsinki, Vantaa ja Hämeenlinna. Läänin päihdetyöryhmän

¹⁷² *Sosiaali- ja terveysministeriön työpapereita 2007.*

raportin mukaan tulosta on 86 kunnan läänissä pidettävä vaatimattomana.¹⁷³

Selvityksessä kunnilta kysyttiin myös, mitä alkoholiohjelman mukaisia hankkeita kunta on tehnyt tai suunnittelee tekevänsä. Vastaukset olivat niin monimuotoisia, että ne rajattiin selvityksen ulkopuolelle. Etelä-Suomen lääninhallitus toimitti vastaukset pyynnöstä tarkastusvirastolle. Niiden keskeinen sisältö on tiivistetty taulukkoon 3.

TAULUKKO 3. Päihdetyöryhmät, päihdestrategiat ja alkoholiohjelman mukainen toiminta Etelä-Suomen läänissä.

Maakunta (vastanneiden kuntien luku- määrä)	Päihdetyöryhmät	Päihdestrategiat	Kunnat, joissa alkoholiohjelman mukaisia toimenpiteitä	Kunnat, joissa yhteistyötä terveydenhuollon ja/tai työelämän kanssa
Etelä-Karjala (10)	6	5	6	2
Itä-Uusimaa (5)	1	2	1	-
Kanta-Häme (11)	10	4	8	-
Kymenlaakso (9)	6	5	5	2
Päijät-Häme (9)	5	5	2	-
Uusimaa (20)	12	12	10	1
Yhteensä (64)	40	33	32	5

Vastanneista kunnista 63 %:ssa toimii päihdetyöryhmä. Alkoholiohjelman mukaisia toimenpiteitä on toteuttanut 50 % kunnista. Avovastauksissa ilmoitetut toimenpiteet ovat hyvin vaihtelevia päihdestrategian luomisesta nuorten päihteiden käytön ehkäisyyn. Osa kunnista myös ilmoitti noudattavansa kaikessa toiminnassa alkoholiohjelman mukaisia linjauksia sen enempää erittelemättä toimenpiteitä. Vastauksista ilmeni myös, että yhteistyö työterveyshuollon kanssa on ollut huomattavan vähäistä. Mini-interventioon liittyvä koulutus tai toiminta mainittiin kolmessa kunnassa ja yhteistyö työterveyshuollon kanssa kahdessa kunnassa.

¹⁷³ Etelä-Suomen lääninhallitus 2007.

Muissa lääneissä lääninhallitukset ovat tukeneet mini-intervention käyttöön vaihtelevassa laajuudessa. Lapin läänissä mini-interventio on otettu käyttöön kaikissa kunnissa. Kaikki lääninhallitukset ovat järjestäneet mini-interventiokoulutuksia yhteistyössä VAMP-hankkeen (Valtakunnallinen mini-interventioprojekti) kanssa¹⁷⁴. Yhteistyö työterveyshuollon kanssa näyttää lääninhallitusten omien raporttien valossa sen sijaan hyvin vähäiseltä. Vuonna 2007 ainoastaan Itä-Suomen lääninhallitus mainitsi yhteistyöstä työterveyshuollon kanssa.

Lääninhallitusten päihdetyöryhmien on ollut tarkoitus toimia yhteistyössä paikallisen ja valtakunnallisen tason päihdetoimijoiden kanssa. Alkoholihojelman suosituksella, jonka mukaan päihdetyöryhmissä tulisi olla myös elinkeinoelämän edustus, ei ainakaan Etelä-Suomen läänissä ole ollut vaikutusta. Läänin kuntien moniammatillisista päihderyhmistä vain neljässä on mukana paikallisen elinkeinoelämän edustaja. Yksikään kunta ei myöskään ilmoittanut tehneensä alkoholihojelmaan liittyen yhteistyötä työelämän kanssa tai maininnut Huugo-hanketta.

Muut lääninhallitukset ovat järjestäneet elinkeinotoimijoille suunnattuja muutamia koulutus- ja keskustelutilaisuuksia, joissa on tiedotettu alkoholihojelmasta ja pyritty aktivoimaan ja tukemaan yrityksiä omavalvontaan. Lääninhallitusten edustajat ovat kuitenkin kokeneet, että elinkeinotoimijoiden suhtautuminen asiaan on ollut melko nihkeää ja suurten massatilaisuuksien järjestäminen on jäänyt usein tehottomaksi keinoksi¹⁷⁵.

Alkoholihojelman loppuraportin mukaan lääninhallitukseen perustetut päihdetyöryhmät ovat osaltaan edistäneet alueellista ehkäisevää päihdetyötä ja toimijoiden verkostoitumista ja edistäneet näin alkoholihojelman tavoitteiden toteutumista. Arvioitsijoiden tulkinnan mukaan lääninhallitusten saamat lisäresurssit ovat edistäneet alueellisen ja kuntatason yhteistyön muodostumista¹⁷⁶. Tarkastushavaintojen perusteella läänien työ ei näytä kaikilta osin näin tulokselliselta. Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että lääninhallitusten alkoholihojelmaan liittyvä toiminta on ollut hyvin vaihtelevaa.

Tarkastuksessa selvitettiin erityisesti Etelä-Suomen läänin ja Lapin läänin alkoholihojelman liittyvää toimintaa. Tarkastelun perusteella Lapin läänillä on ollut alkoholihojelmassa tavoiteltu koordinoiva ja eri toimijoita yhdistävä rooli. Mini-interventiokoulutuksen lisäksi Lapin läänissä on tehty aktiivisesti kuntakäyntejä ja kehitetty kuntien käyttöön päihdeindikaattoreita kannustamaan läänejä ehkäisevään päihdetyöhön. Etelä-Suomen

¹⁷⁴ *Sosiaali- ja terveysministeriön työpapereita 2007.*

¹⁷⁵ *Sosiaali- ja terveysministeriön työpapereita 2007.*

¹⁷⁶ www.alkoholihojelma.fi

länin toiminta ei tarkastuksen aineiston valossa näytä kovin tulokselliselta. Länillä ei ole ollut vastaavaa toimijoita kokoavaa roolia, toiminta on ollut vähäistä ja satunnaista eikä alkoholiohjelma näytä juuri lisänneen aktiivisuutta alueen kunnissa.

Työikäistä väestöä ei mielletä kuntien ehkäisevän päihdetyön kohderyhmäksi

Kuntien ehkäisevää päihdetyötä linjataan lukuisissa säädöksissä, ohjelmissa ja ohjeissa. Raittiustyölaki (828/1982) velvoittaa valtion ja kunnan luomaan yleiset edellytykset ehkäisevälle päihdetyölle. Myös päihdehuoltolaissa (41/1986) on ehkäisyvelvoite, jossa korostuu elinoloihin ja elämäntapoihin vaikuttaminen. Valtakunnallisen ohjauksen välineitä ovat lisäksi alkoholiohjelma, päihdepalveluiden laatusuositukset, ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit, terveyden edistämisen suositus sekä kansalliset sosiaali- ja terveyshankkeet. Viimeisin ohje on Stakesin tuottama Ehkäisy ja hoito -opas, jossa kunnille perustellaan myös taloudellisin kriteerein, miksi ehkäisevään päihdetyöhön tulisi panostaa.¹⁷⁷

Ehkäisevän päihdetyön suunnittelu ja ohjaus toteutetaan kunnissa osana hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuutta. Alkoholihaittojen ehkäisyssä ja vähentämisessä paikalliset hyvinvointi- ja päihdestrategiat ovat tärkein työkalu, jolla kunnan eri hallinnonalojen, järjestöjen ja elinkeinon toimet sovitetaan yhteen koordinoitukseksi kokonaisuudeksi. Päihdepalveluiden laatusuositusten mukaan päihdestrategiassa tulisi määrittää, miten kunnassa ehkäistään päihdehaittojen syntymistä ja miten päihdepalvelut on järjestetty, sekä selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon työnjakoa päihdepalveluissa¹⁷⁸. Säädöksistä ja runsaasta informaatio-ohjauksesta huolimatta esimerkiksi Etelä-Suomen läänissä vain noin puolet kunnista on tehnyt päihdestrategian.

Kuntien ehkäisevään päihdetyöhön liittyy myös muita ongelmia, jotka heikentävät sen mahdollisuuksia ehkäistä työikäisen väestön haitallista alkoholinkäyttöä. Haastatteluhavaintojen perusteella kuntien ehkäisevä päihdetyö on heikosti resursoitua ja järjestettyä. Kuntien päätöksenteossa ehkäisevä päihdetyö jää usein huomiotta, mikä johtuu osin siitä, että kuntapäätäjät eivät tiedä, mitä ehkäisevä päihdetyö on. Tätä puolestaan edesauttaa se, että ehkäisevän päihdetyön käsite on asiantuntijoiden mukaan laaja ja epämääräinen.

¹⁷⁷ Stakes 2007a.

¹⁷⁸ Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2002.

Ehkäisevä päihdetyö määritellään toiminnaksi, jonka tavoitteena on edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia edistämällä päihdeettömiä elintapoja, ehkäisemällä ja vähentämällä päihdehaittoja sekä lisäämällä päihdeilmiön ymmärrystä ja hallintaa¹⁷⁹.

Stakesin ohjeistuksen mukaan kunnan tulee huolehtia siitä, että ehkäisevä päihdetyö ulottuu kaikkiin väestöryhmiin ja on pitkäjänteistä ja koordinoitua¹⁸⁰. Tarkastuksessa haastateltujen asiantuntijoiden mukaan työikäinen väestö on jäänyt ehkäisevässä päihdetyössä katveeseen. Työssäkävään väestöön kohdistuvista toimista on vastannut lähinnä Työterveyslaitos ja sekin lähinnä edellä käsitellyn mini-interventiohankkeen kautta. Stakes on panostanut ehkäisevään päihdetyöhön paljon paitsi edellä mainittujen oppaiden välityksellä myös siten, että se on kehittänyt ja ylläpitänyt laajaa ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkostoa. Stakesin ehkäisevä päihdetyö on kuitenkin keskittynyt lapsiin, nuoriin ja perheisiin. Stakesin asiantuntijoiden mukaan kuntien päihde- ja strategiatyön kautta toimenpiteiden tulisi kattaa myös työikäinen väestö mutta useimmiten nekin painottuvat nuoriin ja perheisiin.

Kuntien ehkäisevän päihdetyön ongelmia tuotiin esille jo vuoden 2004 peruspalveluiden arvioinnissa. Sen mukaan useimpien kuntien ehkäisevä päihdetyö on heikosti järjestetty ja resursoitu, mistä kertoo muun muassa se, että joka neljännessä kunnassa päihdehuollon määrärahat loppuvat jo alkusyksystä. Toimenpide-ehdotuksina esitettiin muun muassa, että kuntien on varauduttava lähivuosina kasvavien päihdehaittojen vähentämiseen niin, että kehitetään ja lisätään ennaltaehkäisevää päihdetyötä sekä laajana yhteistyönä eri toimijoiden kesken päihdepalveluja. Kuntien tulee myös laatia ja päivittää päihdestrategiat päihdehuollon laatusuosituksen mukaisiksi sekä varata riittävät päihdehuollon määrärahat ottaen huomioon päihdeiden käytön ja haittojen muutokset.¹⁸¹ Monin paikoin näin ei ole käynyt. Kaikissa lääneissä kunnat jakautuvat aktiivisiin ja niin sanottuihin ongelmakuntiin ja seutuihin, joissa toiminnan alkaminen ja kehittyminen edellyttäisi erityisiä interventioita ulkoa päin.

Ehkäisevän päihdetyön heikko tila ilmenee myös vuoden 2007 päihdebarometritutkimuksesta, jossa 136 kunta- ja järjestöjohtajaa arvioi kuntien päihdetilannetta. Yli puolet heistä arvioi alkoholiin liittyvän syrjäytymisen ja sairastavuuden kasvaneen viimeksi kuluneen vuoden aikana ja kaksi kolmesta ennakoii ongelmien lisääntyvän jatkossa. Kasvua ennustettiin myös päihdehuollon ja terveydenhuollon kustannuksille. Palveluiden

¹⁷⁹ *Stakes 2006.*

¹⁸⁰ *Stakes 2007a.*

¹⁸¹ *Sisäasiainministeriö 2005.*

puutetta koettiin olevan erityisesti kuntien ja kuntayhtymien ehkäisevässä päihdetyössä, päiväkeskustoiminnassa, asumispalveluissa ja mini-interventiotoiminnassa. Suurimpia puutteiden katsottiin olevan pienissä, alle 20 000 asukkaan kunnissa. Merkittävää päihdebarometrin tuloksissa on myös se, että kunta- ja järjestöjohtajat pitivät päihdeohjelmien merkitystä suhteellisen pienenä. Alkoholiohjelman ja Terveys 2015 –kansanterveysohjelman ohjauksen arvioi vähäiseksi kaksi kolmasosaa vastaajista¹⁸².

Tarkastushavaintojen perusteella alkoholiohjelman toisen kauden haasteena on saada ehkäisevä päihdetyö aidosti moniammatilliseksi ja laaja-alaiseksi toiminnaksi, jolla on pysyvä paikka kuntien palvelurakenteissa. Tarkastuksessa haastateltujen asiantuntijoiden mukaan tietoisuus alkoholihaitoista on lisääntynyt ja monin paikoin kunnissa on valmiuksia kehittämistyölle. Kuntajohdon tuki kuitenkin usein puuttuu. Asiantuntijoiden mukaan on vaikutettava päättäjiin ja osoitettava heille, kuinka paljon ehkäisevällä päihdetyöllä säästetään. Kunta- ja palvelurakenneuudistus nähtiin haastatteluissa sekä mahdollisuutena että uhkana. Uudelleenorganisointivaiheessa päihdetyön kehittäminen saattaa pysähtyä ja päihdetyö pahimmillaan taantua. Parhaimmillaan uudistus tukee laajapohjaista yhteistyötä ja antaa mahdollisuuden uudenlaisten rakenteiden ja toimintatapojen luomiseen sekä ehkäisevän päihdetyön parempaan resursointiin.

Ehkäisevän päihdetyön koordinoimattomuus heikentää yhteistyön edellytyksiä

Neljän vuoden aikana sosiaali- ja terveysministeriöllä oli käytössään miljoona euroa alkoholiohjelman toimeenpanoon. Yli puolet määrärahasta käytettiin viestintään ja toimijoiden käyttöön jaettuihin mini-interventiota ja alkoholinkäytön hallintaa tukeviin aineistoihin. Lisäksi olemassa olevia rahoituskanavia suunnattiin alkoholiohjelmaa tukeviin hankkeisiin. Tärkeimmät päihdetyön rahoituskanavat ovat Raha-automaattiyhdistys, sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen määrärahat ja valtionavustukset kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen.

Alkoholiohjelman koordinaattorin mukaan rahoitusjärjestelmälle kokonaisuudessaan on ollut ominaista sekavuus ja päällekkäisyydet. Tämän vuoksi on muun muassa rahoitettu päällekkäisiä hankkeita tai samaa hanketta useammasta kuin yhdestä lähteestä. Lisäksi alkoholiaiheisten rahoitettujen hankkeiden kokonaismäärä on niin suuri, että kokonaisrahoituk-

¹⁸² Piispa ym. 2007.

sesta ei ohjelman koordinaattoriin ollut yrityksistä huolimatta saanut aukotonta kuvaa. Sama koordinaation puute on koskenut myös työelämään ja työterveyshuoltoon kohdistuneita hankkeita.

Haastatteluhavaintojen ja aiempien selvitysten perusteella ehkäisevän päihdetyön kenttä on hajanainen, eri tahojen toiminnat sirpaleisia ja koordinaatio puutteellista¹⁸³. Joiltain osin alkoholiohjelma on tuonut tilanteeseen parannusta ja jotkin tahot (esimerkiksi Työterveyslaitos ja Työturvallisuuskeskus) ovat ensimmäistä kertaa tehneet yhteistyötä alkoholiohjelman puitteissa. Alkoholiohjelman tavoitteet yhteistyön tiivistämisestä kaikkien toimijatahojen välillä siirtyvät kuitenkin toteutettavaksi ohjelman toiselle kaudelle. Esteitä yhteistyölle on kaikilla hallinnon tasoilla.

Ministeriöiden välisessä yhteistyössä suurin ongelma on toimijakentän näkökulmasta ollut sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriön välinen työnjako alkoholipolitiikassa. Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo alkoholipolitiikkaa hyvinvoinnin, terveyden ja haittakustannusten näkökulmasta. Valtiovarainministeriölle alkoholi on kulutushyödyke ja veropoliittisin keinoin muunneltava valtion tulonlähde. Alkoholiohjelman loppuarvioinnissa strategisen tason yhteistyön puuttuminen ministeriöiden välillä nähtiin erittäin haitallisena alkoholiohjelman päämäärän eli haittojen ehkäisyn ja vähentämisen kannalta¹⁸⁴. Myös tarkastuksen haastatelussa ja muissa selvityksissä¹⁸⁵ asiantuntijat ovat katsoneet, että hallituksen alkoholiveropäätökset kasaavat suuria haasteita niin kuntien ehkäisevälle päihdetyölle kuin työterveyshuollollekin.

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan sosiaali- ja terveysministeriön osastojen välinen yhteistyö alkoholioasioissa on ollut vähäistä. Tarkastusajankohtana sosiaali- ja terveysministeriössä vastuu työterveyshuollosta oli terveysosastolla ja alkoholioasioista perhe- ja sosiaaliosastolla. Osastojen välisen yhteistyön niukkuus ilmeni myös työterveyshuoltoneuvottelukunnan pöytäkirjoista, joiden perusteella alkoholiohjelmaa ei ole käsitelty työterveyshuollon kehittämisen yhteydessä.

Ongelmia on ollut myös ministeriön alaisten laitosten välisessä yhteistyössä. Alkoholiin liittyvää tutkimusta ja kehittämistyötä tehdään Stake-sissa, Kansanterveyslaitoksella ja Työterveyslaitoksella. Alkoholiohjelman toimeenpanoa laitoksissa ohjataan tulossopimusten avulla. Joidenkin arvioiden mukaan ohjaus on ollut heikkoa ja laitokset ovat tulkinneet tulossopimuksia oman mielensä mukaan. Ongelmaksi on koettu myös Sta-

¹⁸³ Holmila ym. 2006.

¹⁸⁴ www.alkoholiohjelma.fi

¹⁸⁵ Holmila ym. 2006.

kesin ja Kansanterveyslaitoksen toimialueiden päällekkäisyys päihdetyösä. Laitosten yhdistyessä työnjako-ongelmien on tarkoitus poistua¹⁸⁶.

Aluehallinnon uudistuessa myös aluetason ehkäisevän päihdetyön koordinointi on tulevaisuudessa järjestettävä uudelleen. Alkoholiohjelman koordinaattorin mukaan lääninhallitusten päihdetyöryhmissä tapahtui neljässä vuodessa paljon kehitystä. Alkoholiohjelman alussa ne ohjattiin sosiaali- ja terveysministeriön kirjeellä ”väkipakolla” mukaan, mutta ohjelman jatkuessa lääninhallitusten toimintasuunnitelmat ja yhteistyö kehittyivät ja toiminnan seuranta ja suunnittelua palveleva tiedonkeruu parantui. Lääninhallituksissa alkoholiohjelman ja ehkäisevän päihdetyön merkitys on ymmärretty, mutta ongelmaksi on koettu erityisesti toimintaresursien vähyys suhteessa annettuihin tehtäviin. Valtakunnallisesta ohjauksesta on lääninhallitusten päihdetyöryhmien mielestä puuttunut ymmärrys alueellisten olosuhteiden erosta. Valtakunnallisista ohjelmista lääninhallitukset saattavat saada tiedon vasta ohjelman toimeenpanotehtävän myötä. Näin kävi myös alkoholiohjelman toisen kauden alkaessa.

Tarkastuksen haastattelut tehtiin keväällä 2008, jolloin toinen ohjelma-kausi oli ollut käynnissä 3–5 kuukautta. Sen enempää lääninhallituksissa kuin muillakaan toimijatahoilla ei ollut tiedossa, miten alkoholiohjelma ja eri tahoilla aloitettu toiminta jatkuvat. Suurin osa toimijoista ei myöskään tiennyt, että uudessa ohjelmassa alueellisten toimijoiden työtä koordinoi Stakes ja ministeriö koordinoi edelleen alaistensa laitosten toimintaa. Stakes tiedotti asiasta lyhyesti Terve-Sos-tapahtuman yhteydessä toukokuussa.

Tarkastushavaintojen perusteella yhteistyön tehostumista ovat osaltaan estäneet sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin eriävät näkemykset alueellisen toiminnan koordinaatiovastuusta. Stakesin edustajat olivat hämmentyneitä siitä, että ministeriö otti alkoholiohjelmassa operatiivisen roolin itselleen sijoittamalla ohjelman koordinaattorit ministeriöön. Tästä seurasi päällekkäisyyttä esimerkiksi läänien toiminnan suhteen. Alkoholiohjelman koordinaattorin mukaan Stakes keskittyi toiminnassaan tukemaan jo valmiiksi aktiivisia kuntia, ja tämän takia aluetasoon yritettiin vaikuttaa myös muiden toimijoiden avulla. Tarkastuksessa haastatellut muut asiantuntijat olivat tyytyväisiä alkoholiohjelman aktiiviseen koordinointiin ja siihen, että koordinaattorit olivat aina tavoitettavissa. Vastavia havaintoja tehtiin alkoholiohjelman loppuarvioinnissa.

¹⁸⁶ Huttunen ja Mäki-Lohiluoma 2007.

4 Tarkastusviraston kannanotot

Tarkastuksen tavoitteena oli selvittää työterveyshuoltolain tavoitteiden toteutumista. Työterveyshuoltolaki painottaa ehkäiseviä toimenpiteitä, joiden järjestäminen ja kustantaminen on työnantajalle pakollista. Vuonna 2005 työterveyshuollon kustannukset olivat 426 miljoonaa euroa. Työnantajille tästä korvattiin 188 miljoonaa euroa.

Työterveyshuollon välillinen vaikutus valtiontalouteen on huomattava, sillä ennalta ehkäisyä korostava työterveyshuolto voi osaltaan edistää työikäisen väestön terveyttä ja vähentää pitkäaikaissairauksista aiheutuvia kustannuksia. Työterveyshuollon merkitys työvoiman saatavuuden sekä työn laadun ja tuottavuuden varmistamisessa korostuu tilanteessa, jossa työvoiman tarjonta on vähenemässä.

Tarkastuksen pääkysymys oli, vastaako työterveyshuollon toimintatapa lainsäädännön tavoitteita. Ehkäisevistä toimenpiteistä tarkastuksessa selvitettiin erityisesti työterveyshuollon toimintaa työssäkäyvän väestön alkoholiongelmien ehkäisyssä. Tältä osin tarkastuksen lähtökohtana olivat sosiaali- ja terveysministeriön vetämän alkoholiohjelman tavoitteet. Tarkastuskysymyksiin vastattiin asiantuntijahaastattelujen, pöytäkirjojen, kahden kyselyn sekä aihetta koskevan runsaan tutkimus- ja selvitystiedon pohjalta.

Tarkastuksen päähavainto on, että työterveyshuolto painottuu ennaltaehkäisyyn sijasta voimakkaasti sairaanhoitoon. Tämä on osaltaan johtanut työterveyshuoltojärjestelmän kustannusten arvioitua suurempaan kasvuun. Ehkäisevän työn puutteet näkyvät myös siinä, että varhainen puuttuminen alkoholin suurkulutukseen on sen aiheuttamiin terveysriskeihin nähden riittämätöntä.

Tarkastusvirasto katsoo, että työterveyshuoltojärjestelmä ei toimi kaikilta osin laissa asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Toimintaa tulisi suunnata enemmän ennaltaehkäisyyn sekä työpaikoille. Toimintaa ohjaavan sosiaali- ja terveysministeriön tulisi kiinnittää ohjauksessaan enemmän huomiota järjestelmän toimintatavan yhdenmukaistamiseen jotta työterveyshuolto käyttää kaikki ne mahdollisuudet, joita sillä on 1,8 miljoonan työntekijän terveyden edistämisessä. Mitä varhaisemmassa vaiheessa ongelmat ehkäistään, sitä suurempi on yhteiskunnan taloudellinen hyöty.

Työterveyshuoltolain tavoitteiden toteutuminen

Vuonna 2002 voimaan tullut työterveyshuoltolaki on selkeä ja antaa mahdollisuudet toimia lain tavoitteiden mukaisesti sekä vastata muuttuvan

työelämän haasteisiin. Myös korvauskäytäntö, jonka mukaan ehkäisevästä toiminnasta korvataan työnantajille 60 % ja sairaanhoidosta 50 %, on oikeasuuntainen.

Laista ja korvausjärjestelmästä huolimatta työterveyshuolto painottuu sairaanhoitoon. Järjestelmää ohjaava sosiaali- ja terveysministeriö ja korvausten maksamisesta vastaava Kansaneläkelaitos eivät näe käytännössä erityistä ongelmaa. Myös työterveyshuollon keskeiset toimijat, Työterveyslaitos ja osa työterveyslääkäreistä näkevät, että sairaanhoito tukee ehkäisevää toimintaa ja että työterveyshuollon sairaanhoidossa voidaan helposti havaita työpaikan muutostarpeet tai varhaisen kuntoutuksen tarve. Myös hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan sairauksia hoidettaessa täytetään usein lakisääteisen työterveyshuollon velvollisuuksia, kuten tietojen anto ja ohjaus tai kuntoutustarpeen arviointi.

Käytännössä sairaanhoito ei näytä tukevan ehkäisevää toimintaa. Esimerkiksi tietojen antoon ja ohjaukseen käytetty aika on työterveysyksiköissä vähentynyt uuden lain voimaantulon myötä ja vain puolella työterveysyksiköitä on yhdessä sovittu käytäntö kuntoutustarpeen toteamisesta. Muuta työterveyshuollon ehkäisevää toimintaa ovat työpaikkaselvitykset ja terveystarkastukset. Terveystarkastusten ja työpaikkaselvitysten määrä suhteessa henkilöasiakkaisiin ei ole viime vuosina muuttunut merkittävästi.

Ehkäisevä työterveyshuolto vaihtelee paljon yksiköittäin. Eniten toimintaa on ollut yritysten omissa yksiköissä, jotka ovat parhaiten resursoituja. Sekä lääkärin että terveydenhoitajan työpaikalle suuntautunut toiminta on sitä vähäisempää, mitä suuremmasta työterveysyksiköstä on kyse. Lääkäreiden työpaikkakäyntejä rajoittavat ajan puute ja se, että pienissä yrityksissä käynnit koetaan liian kalliiksi. Ehkäisevän toiminnan pysyessä ennallaan sairaanhoitokäynnit sekä laboratoriotutkimusten ja radiologisten tutkimusten määrät ovat jatkuvasti kasvaneet.

Työterveyslaitos tuottaa ministeriölle tietoa työterveyshuoltolain tavoitteiden toteutumisesta. Vaikka tietoa on paljon, se ei sisällä tarkempaa analyysiä esimerkiksi siitä, miksi työterveyshuollon ehkäisevä toiminta edelleen jää sairaanhoidon varjoon. Tarkastushavaintojen perusteella työterveyshuollon sisältöön vaikuttavat useat tekijät.

Sairaanhoitoa harjoittavat pääasiassa ja yhä enemmän lääkärit, joiden aika ja motivaatio eivät riitä ehkäisevään työhön. Painottuminen sairaanhoitoon ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen sijasta johtuu tarkastuksessa tehtyjen haastattelujen perusteella myös lääkärikoulutuksen sisällöstä.

Työterveyshuollon asiakkaat haluavat nopeaa sairaanhoitoa, mikä lisää sairaanhoidon tarjontaa erityisesti yksityisissä lääkärikeskuksissa. Noin puolet työssäkäyvistä käyttää sairastuttuaan työterveyshuoltoa muun ter-

veydenhuollon sijaan. Kattavasta työterveyshuollosta onkin tullut merkittävä henkilöstöetu. Sairaanhoidon sisältyminen työterveyshuollon palveluiden piiriin yli 90 prosentille työntekijöistä.

Tarkastus osoitti, että työpaikoilla on vähän tietoa paitsi ehkäisevän toiminnan sisällöstä myös sen vaikuttavuudesta. Työpaikoilla voi olla myös virheellisiä käsityksiä työterveyshuollon sisällöstä. Esimerkiksi aktiivista alkoholinkäytön seulontaa ei tehdä, ellei siitä ole työterveyshuollon kanssa erikseen sovittu.

Työterveyshuollon sisältö ja laajuus määritellään käytännössä työnantajan ja palveluntuottajan välisessä sopimuksessa. Valistuneetkin työnantajat nojaavat viime kädessä työterveyshuollon asiantuntemukseen. Tähän liittyvänä riskinä on, että voittoa tavoittelevat palveluntuottajat pyrkivät myymään etupäässä sairaanhoitopalveluja, sillä niistä tuotto kertyy helpommin ja nopeammin kuin ehkäisevästä toiminnasta.

Sosiaali- ja terveysministeriön näkemyksen mukaan työterveyshuolto on ollut paljon tiukemman ohjauksen piirissä kuin muu terveydenhuolto. Informaatio-ohjauksessa ja työterveyshuoltohenkilöstön koulutuksessa ministeriöllä on apunaan Työterveyslaitos. Tarkastuksen mukaan Työterveyslaitoksen järjestämät tilaisuudet eivät houkuttele yritysmaailmaa. Riittävää tietoa työterveyshuoltolaissa säädetyistä työterveyshuollon tehtävistä ja hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista ei ole myöskään kaikilla työterveyshuollon toteuttajilla.

Tarkastusvirasto kiinnittää huomiota työterveyshuoltolain ehkäisevää toimintaa koskeviin tavoitteisiin sekä valtioneuvoston periaatepäätökseen, jonka mukaan työterveyshuollon painopisteitä tulee olla työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyn lisäksi terveyden seuranta ja edistäminen työpaikalla sekä työkyvyttömyyden varhainen tunnistaminen. Työkyvyttömyyden varhaiseen tunnistamiseen kuuluu myös haitallisen alkoholinkäytön seulonta.

Tarkastusviraston näkemyksen mukaan työterveyshuollon sisällöstä ja erityisesti ehkäisevästä toiminnasta tulisi tiedottaa sekä työnantajille että työterveyshuoltoa toteuttavalle henkilöstölle. Sosiaali- ja terveysministeriön tulee ohjauksessaan painottaa myös sitä, että työterveyshuolto jalkautuu nykyistä enemmän työpaikoille ja että työpaikoilla osataan hyödyntää työterveyshuoltoa entistä monipuolisemmin.

Palveluiden laatu ja saatavuus

Hyvälle työterveyshuollolle on tunnusomaista tarkoituksenmukaisuus, riittävyys, saatavuus, toimivuus, hyvä tieteellis-tekninen laatu sekä koettu laatu. Yksikkötasolla laadukas työterveyshuolto syntyy säädösten tunte-

misesta ja noudattamisesta, hyvästä suunnittelusta, aktiivisesta toiminnasta, arvioinnista ja jatkuvasta kehittämisestä yhteistyössä asiakkaan kanssa.

Parhaiten laatuksiteerit täyttyvät asiakastyytyväisyyden osalta. Suurin osa työterveyshuollon asiakkaista on tyytyväisiä saamaansa palveluun. Lain tavoitteiden toteutumisen näkökulmasta asiakastyytyväisyys on laatuksiteerinä kuitenkin ongelmallinen, koska suuri osa työterveyshuollon asiakkaista ei odota palvelulta muuta kuin nopeaa sairausvastaanotolle pääsyä.

Muilta osin työterveyspalveluiden laadussa ja saatavuudessa on suuria alueellisia ja yksikkökohtaisia eroja. Työterveyshuollon asiakkaat arvostavat erityisesti yksityiseltä saamaansa työterveyshuoltoa. Tarkastus osoitti kuitenkin, että palvelun laatu vaihtelee suuresti myös yksityisissä yksiköissä. Suurten yksiköiden etu on niiden hyvät mahdollisuudet moniammatillisten palveluiden tuottamiseen. Pienet kunnalliset yksiköt puolestaan keskittyvät usein ehkäisevään toimintaan ja toteuttavat näin työterveyshuoltolain tavoitteita paremmin kuin monet sairaanhoitoon keskittyvät suuret palveluntuottajat. Kunnallisten yksiköiden haaste on edelleen yksiköiden pienuus ja henkilöstön osa-aikaisuus. Erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomen haja-asutusalueilla on sellaisia yksiköitä, joissa hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen palvelun tuottaminen on resurssien niukkuuden vuoksi mahdotonta.

Työterveyshuollon laadun ja saatavuuden parantaminen on sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen tulossopimuksessa asetettu Työterveyslaitoksen tehtäväksi. Laadua ja saatavuutta pyritään parantamaan lääkärikoulutuksen ja kehittämishankkeiden avulla. Tarkastushavaintojen perusteella Työterveyslaitos ei ole ollut kuntien suhteen riittävän aktiivinen. Kehittämishankkeista huolimatta laatuerot ovat pysyneet. Työterveyslaitoksen lukuisat oppaat ovat laadukkaita, mutta kunnallisessa työterveyshuollossa ei ole riittäviä resursseja toimia niiden mukaisesti.

Useat terveyskeskukset ovat tuotteistaneet palvelujaan liikelaitostamalla työterveyshuollon. Liikelaitostamisesta oli tarkastuksessa hyviä kokemuksia, ja sitä pidettiin yhtenä ratkaisuna kunnallisen työterveyshuollon ongelmiin. Vuonna 2007 työterveyshuollon liikelaitoksia oli 14.

Ratkaisuja ongelmiin odotetaan myös PARAS-hankeelta, joka kannustaa kuntia järjestämään palvelut isommissa yksiköissä. Sosiaali- ja terveysministeriön KASTE-ohjelman tavoitteena on varmistaa terveyskeskusten työvoiman riittävyys. Valmisteilla on myös uusi terveydenhuoltolaki, ja tällä voi olla vaikutuksia myös työterveyshuoltojärjestelmään, jos sen avulla onnistutaan parantamaan terveyskeskusten toimintaedellytyksiä. Toistaiseksi kunnallisen työterveyshuollon tulevaisuus näyttää epävarmalta.

Työterveyshuoltoa on arvosteltu paljon siitä, että se edesauttaa epätasa-arvon toteutumista terveydenhuollossa. Eriarvoisuus terveyspalveluiden saatavuuden suhteen ei ollut tarkastuksen kohteena, mutta tarkastusvirasto kiinnittää huomiota siihen, että uusi terveydenhuoltolaki ei esityksen mukaan tuo muutosta tilanteeseen. Työterveyshuolto ja muu terveydenhuolto pysyvät toisistaan erillisinä järjestelminä, ja Suomessa asuvat saavat huomattavan erilaista terveyspalvelua sen mukaan, kuuluvatko he työterveyshuollon piiriin vai eivät, ja jos kuuluvat, niin minkä laatuista työterveyshuoltoa he saavat. Tarkastusvirasto katsoo, että palveluiden saatavuuden ja laadun sekä tasa-arvon näkökulmasta olisi erittäin tärkeää vahvistaa ehkäisevää työterveyshuoltoa sekä kunnallisen työterveyshuollon toimintaedellytyksiä.

Kustannukset ja ohjaus

Vuoden 2002 lainmuutoksen jälkeen työterveyshuollon kustannukset ovat ylittäneet reilusti arvioidun tason. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos ja Työterveyslaitos pitävät kustannusten kasvua kohtuullisena ja samansuuruisena muiden terveydenhuoltomenojen kasvun kanssa. Kustannusten kasvun syiksi nähdään työterveyshuollon palvelunkäyttäjien ja toimintojen määrän lisääntyminen.

Sekä sosiaali- ja terveysministeriön että Kansaneläkelaitoksen yhteydessä toimii työterveyshuollon neuvottelukunta. Pöytäkirjojen perusteella neuvottelukunnissa ei ole pidetty ongelmana sitä, että järjestelmä, jonka tarkoitus on turvata ehkäisevät terveyspalvelut kaikille työntekijöille, aiheuttaa käytännössä huomattavan suuret sairaanhoitokustannukset. Ongelmana ei ole pidetty myöskään sitä, että eri palveluntuottajat tuottavat erilaista työterveyshuoltoa erilaisin hinnoin. Sairaanhoito ja laboratorio-kustannukset huomioiden kalleinta työterveyshuolto on lääkärikeskuksissa. Myös palveluiden laskutuksessa on suuria vaihteluita. Osa työterveyshuollon palveluista laskutetaan työnantajalta kiinteinä maksuina, ja osa palveluntuottajista käyttää suoritekohtaista hinnoittelua.

Työtulovakuutuksella rahoitettavia korvauksia rajoitetaan työntekijäkohtaisen enimmäismäärän avulla. Lisäksi Kansaneläkelaitos valvoo sitä, että korvauksia myönnetään vain lainsäädännössä määritelyihin tarkoituksiin.

Tarkastuksessa tuli esille, että korvauslinja on viime vuosina tiukentunut ehkäisevien toimien osalta. Ottaen huomioon, että päihde- ja mielenterveysongelmat aiheuttavat yhä suuremman osan sairauspoissaoloista ja työkyvyttömyyseläkkeistä, korvausjärjestelmässä on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota työn kokonaiskuormittavuuteen sekä terveyden edis-

tämiseen. Tarkastusvirasto kiinnittää huomiota myös siihen, että päätösvalta työterveyshuollon sisällön suhteen on sosiaali- ja terveysministeriöllä.

Työterveyshuollosta on tullut merkittävä osa yksityistä terveyspalvelutuotantoa. Tarkastuksen perusteella voidaan todeta, että työterveyshuollon ulkoistaminen yksityisille palveluntuottajille tulee lisäämään työterveyshuollon sairaanhoitopainotteisuutta ja järjestelmän kustannuksia. Suurilla terveyspalveluyrityksillä on kapasiteettia tarjota kattavat sairaanhoitopalvelut, jolloin myös houkutus ostaa niitä kasvaa. Tällä hetkellä viisi suurinta lääkäriketjua tuottaa palvelut viidennekselle työterveyshuollon henkilöasiakkaista.

Suurilla työterveysyksiköillä on periaatteessa kaikki edellytykset tuottaa hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaista palvelua. Riskinä pääomasijoittajien omistamien terveyspalveluyritysten toiminnassa on taloudellinen lyhytjännitteisyys, sillä se ohjaa toimintaa epätarkoituksenmukaiseen suuntaan. Tarkastuksessa saatiin viitteitä muun muassa laboratorion palveluiden liikakäytöstä. Sairaanhoidon ohella kustannusten kasvupainetta lisäävät työväestön ikääntyminen ja vaatimustason nousu hoidon saatavuuden ja laadun suhteen.

Sairaanhoidon lisääntyessä järjestelmä tulee sitä rahoittaville tahoille yhä kalliimmaksi tavalla, jota ei lainsäädännössä ole tarkoitettu. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan eri ohjaustasoilla ei ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota kasvaviin kustannuksiin. Tarkastus osoitti myös, että korvausjärjestelmän keskeinen tavoite työntekijöiden yhdenvertaisesta asemasta ei toteudu, koska markkinoilla on sellaisia terveyspalveluyrityksiä, jotka eivät tee sopimuksia, joihin sisältyisivät vain lakisääteiset palvelut. Tarkastusvirasto katsoo, että kaikilla työnantajilla tulee olla yhtäläiset mahdollisuudet ostaa työterveyshuollon palveluja haluamaltaan palveluntuottajalta. Järjestelmän tavoitteena tulee olla entistä yhtenäisempi toimintatapa.

Alkoholihaittojen ehkäisy työterveyshuollossa

Vuoden 2004 alkoholiverouudistuksen jälkeen lisääntyneet alkoholihaitat näkyvät sekä työterveyshuollossa että työpaikoilla. Tarkastushavaintojen mukaan työterveyshuolto ei puutu alkoholiongelmiin riittävästi eikä riittävän ajoissa. Vain harvat alkoholin suurkuluttajat saavat tietoa ja neuvontaa työterveyshuollossa. Merkittävä osa työterveyshuollon henkilöstöstä ei tunnista alkoholin suurkuluttajia eikä selvitä alkoholinkäytön yhteyttä muihin sairauksiin. Osa henkilöstöstä ei myöskään tunne alkoholinkäytön seulonta- ja neuvontarajoja.

Alkoholinkäytön terveydelliset ja taloudelliset haitat ovat Suomessa niin merkittävät, että niitä tulisi vähentää kaikin vaikuttaviksi osoitetuin keinoin. Yksi näistä keinoista on mini-interventio, jonka kustannuksista työnantajat saavat 60 % korvauksen. Työterveyshuollossa mini-interventioita on tehty liian vähän. Toimintaa on pyritty edistämään Työterveyslaitoksen hankkeen avulla. Haasteena on mini-intervention levittäminen ja vakiinnuttaminen sekä yksiköiden johdon ja lääkäreiden tuen saaminen toiminnalle. Toistaiseksi mini-interventioita ovat tehneet lähinnä työterveyshoitajat.

Tarkastushavaintojen mukaan alkoholin riskikulutuksen seulonta ei nykyisellään ole luonteva osa työntekijän terveyden ja työkyvyn kartoitusta. Työterveyshuollossa alkoholihaittojen ehkäisy on kuitenkin mahdollista varsin vähäisin panostuksin, koska työterveyshuollossa toteutuu vuosittain yli miljoona terveystarkastusta ja lähes viisi miljoona muuta asiakaskäyntiä.

Suurin osa alkoholinkäytön seulonnasta tehdään terveystarkastuksissa. Terveystarkastukset ovat työntekijälle pakollisia ainoastaan erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä. Käytäntö on syntynyt aikana, jolloin terveystarkastuksissa todettiin vielä työperäisiä löydöksiä. Nykyisin löydöksiä on vähän. Muutoin terveystarkastukset ovat vapaaehtoisia. Terveystarkastukset aloitetaan yleensä, kun työntekijät ovat 40–45-vuotiaita. Alkoholihaittojen ennaltaehkäisyn näkökulmasta työntekijät olisi perusteltua saada terveystarkastuksiin aiemmin. Tarkastusvirasto esittää sosiaali- ja terveysministeriölle harkittavaksi terveystarkastuksia koskevien säädösten ja käytäntöjen muutosta siten, että ne mahdollistavat nykyistä varhaisemman puuttumisen työntekijöiden terveyttä uhkaaviin tekijöihin.

Laadukkaaseen terveydenhuoltoon kuuluu potilaan elintapojen huomioiminen. Työterveyshuollon rooli terveyden edistämisessä vaatii kuitenkin selkeyttämistä. Työterveyshuollossa mahdollisuuksia terveyden edistämiseen heikentää työn sairaanhoitopainotteisuus. Toinen este on elintapojen puutteellinen käsittely ja kirjaaminen potilasasiakirjoihin.

Tarkastusvirasto katsoo, että työterveyshuollolla on muuta terveydenhuoltoa paremmat mahdollisuudet tavoittaa sellaisetkin henkilöt, jotka muuten eivät hakeutuisi terveydenhuollon piiriin. Edellytyksenä terveysriskien havaitsemiselle ja seurannalle on elintapojen järjestelmällinen kysyminen ja kirjaaminen potilasasiakirjoihin.

Alkoholihaittojen ehkäisy työpaikoilla

Lainsäädäntö ei suoranaisesti velvoita työpaikkoja alkoholiongelmia ehkäisevään toimintaan. Päihdehaittojen ehkäisyä työpaikoilla ovat ohjeista-

neet työmarkkinakeskusjärjestöt sekä sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos.

Työterveyshuollon tehtävä on neuvoa ja ohjata työpaikkoja alkoholiongelmien ehkäisyssä ja hoidossa, mutta harvalla työpaikalla ollaan tästä tietoisia. Etenkään pienemmillä työpaikoilla suosituksia ei tunneta, päihdeohjelmia ei ole tai ne ovat vanhentuneita ja keskittyvät hoitoonohjauksen käytäntöihin eivätkä ennaltaehkäisyyn.

Tarkastus osoitti myös, että työterveyshuollon ja työpaikkojen roolit ja vastuut alkoholiongelmien ehkäisyssä eivät ole selvät kaikille työterveyshuollon ja työelämän toimijoille. Alkoholiiin myös suhtaudutaan eri tavalla kuin muihin työkykyongelmiin, ja suhtautuminen on paljolti sidoksissa organisaatio- ja johtamiskulttuureihin.

Työpaikoilla päihdeongelmat voidaan havaita jo varhaisessa vaiheessa ja työterveyshuollon avulla haittojen ehkäisy ja hoito on mahdollista järjestää nopeasti ja edullisesti. Edellytyksenä onnistuneelle päihdehaittojen ehkäisylle on toimiva yhteistyö työterveyshuollon, esimiesten ja työsuojelun kesken. Nykyisellään yhteistyö työpaikkojen ja työterveyshuollon välillä ei ole työterveyshuoltolain tavoitteiden mukaista. Heikoimmillaan yhteistyö on silloin, kun ainoana toimenpiteenä on lähettää työntekijä työterveyshuoltoon humalatilaa toteamiseksi.

Ehkäisevää päihdetyötä voidaan työpaikoilla edistää siten, että varhainen alkoholihaittoihin puuttuminen sisällytetään työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan. Lisäksi päihdeasiat voidaan huomioida työpaikkaselvitystä tehtäessä. Muita keinoja alkoholihaittojen ehkäisemiseksi ovat työpaikkojen päihdeohjelmien laatiminen ja ehkäisevän toiminnan huomioiminen niissä, mini-intervention laajamittainen käyttöönotto sekä kaikkien osapuolten koulutus. Työpaikoilla tietoa ja koulutusta tulisi saada ensisijaisesti omasta työterveyshuollosta.

Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön on kiinnitettävä nykyistä enemmän huomiota siihen, että työpaikoilla on tietoa alkoholihaittojen ehkäisemisestä ja että alkoholiohjelman toisen kauden toimenpiteet ulottuvat paremmin työpaikoille. Lisäksi tarkastus osoitti, että työsuojelu on alkoholihaittojen ehkäisyssä hyödyntämätön voimavara. Tarvetta työsuojelun mukanaololle lisää se, että alkoholi on merkittävä työturvallisuusriski.

Alkoholiohjelma 2004–2007

Tarkastus osoitti, että alkoholiohjelmalla on vaikutettu vain vähän työssäkäyvän väestön alkoholihaittojen ehkäisyyn. Alkoholiohjelman hankkeilla tehtiin avauksia työelämän suuntaan, mutta niiden vaikutukset näkyvät

vain muutamilla yksittäisillä työpaikoilla. Työterveyshuoltoon alkoholiohjelmalla on ollut hieman suurempi vaikutus. Työterveyslaitoksen mini-interventiohankkeen ansiosta alkoholihaittojen ehkäisy näyttää tehostuneen niissä työterveysyksiköissä, joissa järjestettiin koulutusta. Hankkeen loppumisen jälkeen riskinä on, että toiminta ei jää pysyväksi.

Mini-intervention vakiinnuttaminen osaksi työterveyshuoltoa on asetettu tavoitteeksi uudessa alkoholiohjelmassa, Terveiden edistämisen politiikkaohjelmassa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon nelivuotisessa KASTE-kehittämishjelmassa. Tarkastusvirasto pitää ongelmallisena sitä, että ohjelmissa ei määritellä niiden keskinäistä koordinaatiota tai vastuunjakoa. Pelkkä mini-intervention mainitseminen osana laajoja, monisyisiä ja tavoitteita väljästi muotoilevia ohjelmia ei edistä sen enempää toiminnan käyttöönottoa kuin sen vakiinnuttamistaakaan. Tarkastushavaintojen mukaan kunnissa lukuisat eri tahoilta tulevat ohjelmat aiheuttavat lähinnä hämmennystä ja uupumusta kunnianhimoisten tavoitteiden ja kuntien pienten resurssien vuoksi.

Alkoholiohjelman työterveyshuoltoon ja työelämään kohdistuvien toimenpiteiden lisäksi tarkastuksessa selvitettiin ohjelman vaikutuksia viranomaisten väliseen yhteistyöhön. Tarkastus osoitti, että yhteistyö ei ole lisääntynyt alkoholiohjelmassa tavoitellussa laajuudessa. Ohjelman tuloksena ehkäisevän päihdetyön kenttä on laajentunut uusille tahoille, kuten lääninhallituksiin, mutta työterveyshuollon ja muiden tahojen välistä yhteistyötä se ei ole merkittävästi lisännyt.

Alkoholiohjelman ensimmäisen kauden loppuarvioinnin mukaan lääninhallituksiin perustetut päihdetyöryhmät ovat edistäneet alkoholiohjelman tavoitteiden toteutumista. Tarkastuksen perusteella voidaan kuitenkin todeta, että lääninhallitusten alkoholiohjelmaan liittyvä toiminta on ollut hyvin vaihtelevaa. Erityisesti Etelä-Suomen läänissä toiminta on ollut vähäistä ja suurin osa läänin kunnista on ollut passiivisia alkoholiohjelman toteuttamisessa. Lapin läänissä toiminta on ollut huomattavasti vireämpää ja alkoholiohjelman puitteissa on järjestetty muun muassa mini-interventiokoulutusta.

Alkoholiohjelman koordinaattoreiden aktiivisuudella on ollut ratkaiseva merkitys toiminnan käynnistymiselle uusilla tahoilla. Ohjelmakauden vaihduttua ja koordinaation siirryttyä sosiaali- ja terveysministeriöstä Stakesiin toiminnassa on ollut kuukausien katkos, mikä on aiheuttanut kentällä hämmennystä. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan tällaisia katkoksia tulisi välttää, ettei juuri käyntiin saatu toiminta lopu heti alkuunsa. Lisäksi ehkäisevän päihdetyön kenttä on niin hajallaan ja suurten muutosten keskellä, että ilman erityisen aktiivista ohjausta ja koordinoitua alkoholiohjelman edellytykset toimijakentän yhdistämiseen ja sitä kautta ehkäisevän toiminnan tehostamiseen ovat heikot.

Tarkastushavaintojen mukaan kuntien ehkäisevään päihdetyöhön liittyy useita ongelmia, jotka heikentävät sen mahdollisuuksia ehkäistä työikäisen väestön alkoholihaittoja. Tarkastuksessa ilmeni, että kuntien ehkäisevä päihdetyö ei kohdistu työikäiseen väestöön. Tietoisuus alkoholiongelmistä on kunnissa lisääntynyt, mutta usein ehkäisevältä päihdetyöltä puuttuu kuntajohdon tuki ja resurssit. Kuntien resurssit menevät välttämättömään korjaavan työhön, eikä ehkäisevään työhön riitä resursseja niissäkään kunnissa, joissa terveyden edistäminen mielletään tärkeäksi.

Aluetason ehkäisevää päihdetyötä on heikentänyt toiminnan koordinoimattomuus sosiaali- ja terveysministeriön alaisten laitosten (Stakesin, Kansanterveyslaitoksen ja Työterveyslaitoksen) välillä. Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen yhdistämisen puitteissa sosiaali- ja terveysministeriöllä on erinomainen mahdollisuus uudistaa ehkäisevää päihdetyötä. Päihdealan asiantuntemusta on molemmissa laitoksissa paljon, ja parhaimmillaan yhdistäminen johtaa entistä koordinoitumpaan ja tuloksellisempaan ehkäisevään päihdetyöhön. Myös edellytykset ministeriön sisäiseen yhteistyöhön ovat parantuneet. Vuoden 2008 organisaatiouudistuksen johdosta alkoholipolitiikkaa ja työterveyshuoltoa ohjataan samalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osastolla.

Tarkastusvirasto katsoo, että ehkäisevän päihdetyön kenttää ja koordinoimattomuutta tulee selkeyttää ja ohjausta yhdenmukaistaa kaikilla hallinnon tasoilla. Varhaisen puuttumisen esteiden poistamiseen on kiinnitettävä huomiota niin työterveyshuollossa, työpaikoilla kuin kunnissakin. Alkoholipoliittiset veroratkaisut ovat osa tätä kokonaisuutta.

Lähteet

1. Lait ja asetukset

Asetus työterveyshuollon neuvottelukunnasta (784/1978).

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta. (HE 60/2007).

Hallituksen esitys eduskunnalle sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi annetun hallituksen esityksen HE 68/2005 vp täydentämisestä. (HE 129/2005).

Hallituksen esitys eduskunnalle työterveyshuoltolaiksi sekä laiksi työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta työsuojeluasioissa annetun lain 4 ja 11 §:n muuttamisesta. (HE 114/2001).

Kansanterveyslaki (66/1972).

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (169/2007).

Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta (1113/2005).

Laki sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta (1123/2001).

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö hallituksen esityksestä 114/2001. (StVM 36/1991 vp – HE 114/2001).

Työterveyshuoltolaki (1383/2001).

Työturvallisuuslaki (738/2002).

Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (1484/2001).

Valtioneuvoston asetus terveystarkastuksista erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä (1485/2001).

2. Kirjalliset lähteet

Aalto, Mauri (2007): Alkoholin suurkuluttaja työterveyshuollon vastaanotolla: tunnistaminen ja hoito. *Työterveyslääkäri* 4/2007.

Aalto Mauri, Kuokkanen Martti ja Seppä Kaija (2006): Kysy, kannusta, kirjaa – PHEPA-raportti haastaa mini-interventiotyöhön. *Suomen Lääkärilehti* 35/2006.

Aaltonen, Juhon (2008): Julkisten terveydenhuoltomenojen kasvuun vaikuttaneet tekijät. *Terveystaloustiede* 2008. Stakes, Työpapereita 4/2008.

Akava, Suomen ammattiliittojen keskusjärjestö, Toimihenkilökeskusjärjestö, Kunnallinen työmarkkinalaitos, Kirkon työmarkkinalaitos, Valtion työmarkkinalaitos ja Elinkeinoelämän keskusliitto (2006): Suositus päihdeongelmien ennaltaehkäisystä, päihdeongelmien käsittelystä ja hoitoonohjauksesta työpaikoilla, 28.2.2006.

Antti-Poika, Mari (2006): Työterveyshuolto yritysten kirstunvartijana? *Työterveyslääkäri* 2006; 24.

Antti-Poika Mari, Martimo Kari-Pekka ja Husman Kaj (2006): Työterveyshuolto. *Duodecim*. Hämeenlinna.

Arola, Heikki (2004): Työterveyshuolto – mitä se on ja mihin se pyrkii? *Suomen Lääkärilehti* 43/2004.

Duodecim (2005): Käypähoitosuositus. Alkoholi-ongelmaisten hoito. *Duodecim* 2005.

Etelä-Suomen lääninhallitus (2007): Ehkäisevän päihdetyön tila Etelä-Suomen kunnissa 2007. Etelä-Suomen lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosaston julkaisu 3/2007.

Fagerlund Mia, Lappi Jani, Pulkkinen-Närhi Pirjo, Manninen Pirjo, Lamberg Matti ja Partinen Ritva (2008): Kunnallisten työterveysyksiköiden määrä vähenemässä. *Suomen Lääkärilehti* 15/2008.

Forma Pauli, Harkonmäki Karoliina, Saari Pirjo ja Väänänen Janne (2007): Kolme näkökulmaa työterveyshuoltoon. *Kuntatyö* 2010. Kuntien eläkevakuutus. Helsinki.

Gould Raija, Grönlund Harri, Korpiluoma Riitta, Nyman Heidi ja Tuominen Kristiina (2007): Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskusten raportteja 2007:1. Helsinki.

Hallituksen strategia-asiakirja 2007. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 18/2007. Yliopistopaino, Helsinki.

Hallitusohjelma 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007. Edita.

Heikkinen, Anne (2007): Työterveyshuollon asiakasyritykset odottavat kumppanuusyhteistyöltä merkittävää vaikuttavuutta. Suomen Lääkärilehti 46/2007.

Heljälä Leena, Jurvansuu Hanna ja Kuokkanen Martti (2006): Alkoholien riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa. Työterveyslaitos ja STM Alkoholiohjelma. Vammala.

Holmila Marja, Warpenius Katariina ja Tigerstedt Christoffer (2006): Paikallisten alkoholihaittojen ehkäisyn tila ja tulevaisuus. Yhteiskuntapolitiikka 71 (2006):6.

Hurme Toivo ja Rönkä Sanna (2007): Työelämän alkoholihanke Huugon arviointi. 2. väliraportti. Helsingin yliopisto, sosiologian laitos. 16.5.2007.

Huttunen Jussi ja Mäki-Lohiluoma Kari-Pekka (2007): Sosiaali- ja terveysministeriön alaisten virastojen ja laitosten uudelleen suuntaaminen. Selvityshenkilöiden raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:66, ensipainos. Helsinki.

Kankaanpää Eila, Suhonen Aki ja Valtonen Hannu (2006): Yrityksen taloudellinen menestys ja työterveyshuoltoon investoiminen. Stakes, työpareita 2 (2006). Terveystaloustiede 2006.

Kansaneläkelaitos (2006): Kelan tilastollinen vuosikirja 2005. Vammala.

Kansaneläkelaitos (2007): Kelan työterveyshuoltotilasto 2005. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä. Helsinki.

Kiiskinen, Urpo (2008): Sairauksien aiheuttamat työpanosmenetykset. Kansanterveys 1/2008. Kansanterveyslaitos.

Kimanen Annukka, Manninen Pirjo, Kankaanpää Eila, Räsänen Kimmo, Husman Päivi, Rautio Maria ja Husman Kaj (2008): Sairaanhoidon työterveysosastossa. Toimintatietojen ja kustannusten vertailua. Suomen Lääkärilehti 21/2008.

Kuokkanen, Martti (2004): Alkoholiongelmiin ehkäisy työterveysosaston rutiiniksi. Työterveyslääkäri 2004; 22(4).

Kuokkanen, Martti ja Teirilä Juha (2001): Alkoholien suurkuluttajien mini-interventio työterveysosastolla. Kokeilu S -Työterveyspalveluissa Helsingissä. Suomen Lääkärilehti 35/2001.

Laine, Arto (2005): Työterveysosaston kova ydin ja korvauskäytäntö – korvaajan kokemuksia ja mielipiteitä. Työterveyslääkäri 2005;23.

Laurikka-Routti (2007): Lääkäriliiton strategia yksityissektorille. Suomen Lääkärilehti 33/2007.

Manninen, Pirjo toim. (2007): Työterveysosasto Suomessa vuonna 2004. Kehitystrendien tarkastelua. Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Manninen Pirjo, Laine Vappu, Leino Timo, Mukala Kristiina ja Husman Kaj (2007a): Hyvä työterveysosastokäytäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos. Helsinki.

Manninen Pirjo, Peurala Marjatta, Pulkkinen-Närhi Pirjo, Rautio Maria ja Husman Kaj (2007b): Työterveysosasto osana perusterveydenhuoltoa. Suomen Lääkärilehti 6/2007.

Martimo, Kari-Pekka (2006a): Sairaanhoidon työterveysosastossa. Teoksessa Työterveysosasto. Duodecim. Hämeenlinna.

Martimo, Kari-Pekka (2006b): Työterveysosaston eettiset periaatteet. Teoksessa Työterveysosasto. Duodecim. Hämeenlinna.

Perkiö-Mäkelä, Merja ym. (2006): Työ ja terveys -haastattelututkimus 2006. Työterveyslaitos, Helsinki.

Piironen, Ossi (2004): Alkoholihaitat työelämässä. Työmarkkinoiden keskusjärjestöjen toimenpiteet ja suunnitelmat alkoholihaittojen ehkäisemiseksi 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:19. Helsinki 2004.

Piispa Matti, Kujasalo Anne, Laari Liisa, Lindeberg Marjo, Opari Päivi, Tella Suvi ja Varamäki Ritva (2007): Päihdebarometri 2007. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen päihdetilanteeseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 5/07. Helsinki.

Pitkämäki, Sari (2006): Työterveyshuollon korvausjärjestelmä työterveyshuollon kannustimena. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystaloustiede. Maaliskuu 2006.

Poikolainen Kari, Rehm Jürgen ja Zatonski Witold (2008): Alkoholin osuus kuolleisuuteen Suomessa, Tanskassa ja Ruotsissa vuonna 2002. Suomen Lääkärilehti 7/2008.

Pulkkinen-Närhi Pirjo, Manninen Pirjo, Mikkola Jutta, Räsänen Kimmo, Asikainen Esa ja Husman Kaj (2004): Kunnalliset työterveysyksiköt uusia toiminta- ja organisoitintapoja etsimässä. Suomen Lääkärilehti 11/2004.

Räsänen, Kimmo (2006): Raimo Sailas valotti valtiovarainministeriön näkökulmaa. Työterveyslääkäri 2006;24.

Salonsalmi Aino, Laaksonen Mikko, Lahelma Eero ja Rahkonen Ossi (2007): Alkoholin käyttötavat ja sairauspoissaolot. Suomen Lääkärilehti 14–15/2007.

Seppä, Kaija-Liisa toim. (2008): Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivasta käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2008:10. Helsinki.

Seppä Kaija ja Vartiainen Erkki (2006): Terveysriskit ansaitsevat potilasasiakirjamerkinnän. Suomen Lääkärilehti 47/2006.

Seppä Kaija ja Alho Hannu (2008): Jokainen lääkäri tarvitsee tietoa päihteistä. Suomen Lääkärilehti 17/2008.

Seppä, Minna (2007a): Numeron takana on aina ihminen. Vuosien 2008–11 alkoholiohjelmalla käynnistävä STM toivoo lääkäreiltä mini-intervention käyttöä ja osallistumista julkiseen keskusteluun. Suomen Lääkärilehti 49–50/2007.

Seppä, Minna (2007b): Joka kymmenes lääkärinvirka terveyskeskuksissa täyttämättä. Suomen Lääkärilehti 49–50/2007.

Seuri Markku ja Räsänen Kimmo (2006): Työpaikkasairaanhoito – työterveyshuollon kova ydin? Työterveyslääkäri 2006;24(4).

Seuri Markku, Räsänen Kimmo ja Nykänen Mikko (2006). Työterveyshuollon terveystarkastukset kaipaavat uudistusta. Työterveyslääkäri 2006: 24.

Sisäasiainministeriö (2005): Lääninhallitusten arviot peruspalvelujen tilasta 2004. Sisäasiainministeriön julkaisut 19/2005.

Sisäasiainministeriö (2008): Esitys sisäisen turvallisuuden ohjelmaksi. Sisäasiainministeriö 31.3.2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1993): Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmien uudistaminen. Työryhmämuistio 1993:29.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004a): Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajalle. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:12.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004b): Valtioneuvoston periaatepäätös työterveyshuollon kehittämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:15. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004c): Alkoholiohjelma 2004–2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:7. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004d): Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2004:4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005): Alkoholiohjelma 2004–2007. Työvälinen alkoholihaittojen ehkäisyyn. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:2. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a): Huumausainetestaus työelämässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:2. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b): Sosiaali- ja terveystietokertomus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007a): Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:7. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007b): Sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen tulossopimus vuosille 2008–2011; tulostavoitteet 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2007.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a): Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b): Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE-ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c): Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:xx. Tarkastamaton ennakkopainos.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto (2002): Päihdepalveluiden laatusuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki.

Sosiaalivakuutus (2007): Alkoholista sekä omat, että Ranskan haitat. Sosiaalivakuutus 6/2007.

Stakes (2006): Laatutähteä tavoittelemassa. Ehkäisevän päihdetyön laatu-kriteerit. Kuopio ja Helsinki 2006.

Stakes (2007a): Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. Stakes. Paintek, 2007.

Stakes (2007b): Päihdetilastollinen vuosikirja 2007. Stakes, Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski 2007.

Teperi, Juha (2005). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes. Helsinki.

Työterveyslaitos (2007): Työ- ja terveys Suomessa 2006. Helsinki.

Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö (2006): Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio. Hoitosuosituksen yhteenveto. Suomen Printman Oy, 2006.

Vainio, Harri (2007): Sairauspoissaolojen hallintastrategia mukaan hallitusohjelmaan. Suomen Lääkärilehti 14, 2007.

Valtioneuvoston kanslia (2007): Terveystalouden menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Helsinki.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (1995): Työterveyshuollon järjestäminen ja päällekkäisyys julkisen terveydenhuollon kanssa. Tarkastuskertomus 6/95.

Valtion talousarvioesitys 2008. Edita Prima oy. Helsinki 2007.

3. Muu aineisto

Heljälä, Leena 29.4.2008. Ainahan me kysytään alkoholista – mutta mitä sitten? Esitelmä mini-interventiohankkeen loppuseminaarissa, Työterveyslaitos, Helsinki.

Husman, Kaj 29.4.2008. Koulutusta, tiedotusta, työvälineitä, tutkimusta ja kehittämistä. Esitelmä mini-interventiohankkeen loppuseminaarissa, Työterveyslaitos, Helsinki.

Jurvansuu, Hanna 29.4.2008. Mini-interventio osana työpaikan alkoholihaittojen ehkäisyä. Esitelmä mini-interventiohankkeen loppuseminaarissa, Työterveyslaitos. Helsinki.

Kauppalehti Online 2.7.2007. Terveystalolle yli neljännes Suomen työterveyshuollosta.

Lönnqvist, Jouko 17.9.2007. Työelämä ja mielenterveys. Esitelmä eduskunnassa.

Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 23.4.2007. Alkoholipolitiikan ajankohtaiskatsaus.

Sosiaali- ja terveysministeriön muistio työterveyshuollosta 13.7.2007.

Sosiaali- ja terveysministeriön työpapereita 2007. Lääninhallitusten alkoholiohjelman liittyvä toiminta. Päiväämätön luonnos.

Työterveyslaitos 15.3.2007. Työterveyshuollon prosessit ja vaikuttavuus – Sateenkaarihanke. Hankesuunnitelma.

Työterveyslaitos 15.10.2007. Alkoholi- ja työterveys -hanke. Esitys seurantaryhmän kokouksessa.

Vihmo, Jouni (2007): Alkoholihaittojen kustannukset. Esitelmä Alkoholiohjelman 2004–2007 päätösseminaarissa. Espoo 15.11.2007.

www.alkoholiohjelm.fi

www.hare.vn.fi

www.kela.fi

www.laakariliitto.fi

www.tilastokeskus.fi > Suomen yritykset 2006.

www.ttl.fi

www.valtiokonttori.fi > Riskipyramidin arvoitus. Loppuraportti.

4. Haastattelut

3.9.2007 Sosiaali- ja terveysministeriö (5 haastateltavaa)

6.9.2007 Työterveyslaitos (3 haastateltavaa)

11.9.2007 Valtiovarainministeriö (1 haastateltava)

18.9.2007 Suomen Kuntaliitto (1 haastateltava)

21.9.2007 Elinkeinoelämän Keskusliitto (1 haastateltava)

21.9.2007 Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö (3 haastateltavaa)

2.10.2007 Kansaneläkelaitos (2 haastateltavaa)

19.11.2007 Työturvallisuuskeskus (1 haastateltava)

22.11.2007 Kuopion yliopisto (1 haastateltava)

26.11.2007 Valtiokonttori (3 haastateltavaa)

5.12.2007 Työterveyslaitos (3 haastateltavaa)

10.12.2007 Sosiaali- ja terveysministeriö (1 haastateltava)

14.12.2007 Eläketurvakeskus (1 haastateltava)

30.1.2008 Sosiaali- ja terveysministeriö (1 haastateltava)

1.2.2008 Suomen Työterveyslääkäriyhdistys (1 haastateltava)

11.2.2008 Etelä-Suomen lääninhallitus (2 haastateltavaa)

12.2.2008 Elämäntapaliitto (1 haastateltava)

14.2.2008 Diacor (2 haastateltavaa)

19.2.2008 Kela (2 haastateltavaa)

20.2.2008 Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry (1 haastateltava)

25.2.2008 Työterveyslaitos (2 haastateltavaa)

26.2.2008 Aker Yards, Turku (6 haastateltavaa)

4.3.2008 Helsingin kaupungin työterveyskeskus (2 haastateltavaa)

13.3.2008 Lapin lääninhallitus (5 haastateltavaa)

26.3.2008 Suomen työterveyshoitajaliitto (4 haastateltavaa)

27.3.2008 Stakes (2 haastateltavaa)

1.4.2008 Kittilän terveyskeskus, työterveysasema (2 haastateltavaa)

3.4.2008 Sodankylän terveyskeskus, työterveysasema (4 haastateltavaa)

7.4.2008 Helsingin kaupunki, Vallilan terveysasema (1 haastateltava)

Liitteet

Liite 1. Haastatteluteemat

Työterveyshuoltolain tarkoituksen toteutuminen:

- työterveyshuoltojärjestelmän toimivuus
- tekijät, jotka johtavat sairaanhoitopainotteisuuteen
- lääkäreiden tulospalkkauksen vaikutukset
- työterveyspalveluiden ulkoistamisen vaikutukset

Ennaltaehkäisevä toiminta:

- vastaako käytäntö lainsäädäntöä?
- terveystarkastusten ja työpaikkakäyntien merkitys
- terveyden edistäminen työterveyshuollon tehtävänä
- tulisiko nykyistä ennaltaehkäisy/sairaanhoito – painotusta muuttaa?

Alkoholiongelmien ehkäisy:

- työterveyshuollon rooli ja keinot
- toiminta työpaikoilla
- toimijoiden välinen yhteistyö
- kehittämistarpeet

Alkoholiohjelman tavoitteiden toteutuminen:

- työikäisille suunnattu toiminta
- mini-interventio- ja Huugo-hankkeet
- yhteistyö työterveyshuollon kanssa
- toiminnan jatkuvuus

Ehkäisevä päihdetyö:

- kuntien ehkäisevä päihdetyö
- läänien päihdetyöryhmien työ
- ohjaus ja koordinointi

Liite 2.

TAULUKKO 1. Työsuojeluvaltuutettujen näkemykset työterveyshuollon toimivuudesta, ehkäisevän työterveyshuollon saatavuudesta sekä työnantajien suhtautumisesta alkoholiongelmiin 12 kunnassa.

Kunta	Järjestelmän toimivuus	Ehkäisevien palveluiden saatavuus	Suhtautuminen alkoholiongelmiin
1	Järjestelmä toimii huonosti, vastaanottoaikoja ei saa, koska lääkäreitä ei ole.	Työvoimapulan vuoksi ennaltaehkäisy ei ole riittävää.	Ongelmia katsotaan läpi sormien.
2	Hyvä.	Palveluissa on parantamisen varaa.	Kunnassa on päivitetty hoitoonohjaus- ja varhaisen puuttumisen malli.
3	Palveluiden saatavuus on heikkoa, mutta laatu hyvä.	Ennaltaehkäisyä ei ole tarpeeksi, resurssit menevät korjaaviin toimenpiteisiin.	Ongelmiin suhtaudutaan vakavasti, mutta ehkäisy ja valistus jäävät usein työsuojelun tehtäväksi.
4	Krooninen resurssipula johtaa siihen, että aikoja ei saa. Lääkäreiden vaihtuvuus on suurta.	Ehkäisevä työ ei ole lainkaan riittävää. Asiat menevät yleensä niin pitkälle, että peli on menetetty.	Asiasta on ollut koulutusta. Aihe on vielä tabu. Hoitoonohjaus ei toimi.
5	Lääkärripulaa lukuunottamatta järjestelmä toimii hyvin.	Ennaltaehkäisyä ei ole riittävästi. Työpaikkaselvityksiä tulisi lisätä.	Ongelmien ehkäisyä on vain puheen tasolla.
6	Yksityinen puoli toimii hyvin, julkisen ei.	Ennaltaehkäisy on jäänyt vähiin. Terveystarkastuksia ja työpaikkakäyntejä tehdään liian vähän.	Hoitoonohjaussuunnitelma on, mutta vielä on esimiehiä, jotka lakaisevat ongelmat maton alle.
7	-	Aika ei riitä ehkäisevään työhön. Työpaikkakäyntejä tehdään liian vähän.	Terveystarkastuksissa kysytään alkoholin käytöstä ja päihdeohjelma on tehty. Työpaikoilla käyttäjiä suojellaan eikä ongelmista keskustella.
8	-	Taloudellisen tilanteen vuoksi ehkäisevää toimintaa karsitaan.	Ongelmat pitäisi ottaa työpaikoilla enemmän puheeksi.

9	Järjestelmä toimii melko hyvin. Kuntaliitoksen ongelma on reunakuntien työntekijöiden pitkät matkat keskuskunnan työterveyshuoltoon.	Ehkäisevät toimet ovat muuttuneet sairaustapausten hoidoksi.	Ongelmiin puututaan vasta kun jotain tapahtuu.
10	Järjestelmä on hyvä, jos se toimii. Aikoja on vaikea saada. Liikelaitostaminen on lisännyt matkaa työterveysasemalle.	Ehkäisevää työtä tehdään paljon, mutta kaupungin henkilöstö ei välttämättä osaa pyytää sitä.	Parempaan suuntaan ollaan menossa, mutta vielä on sekä työnantajan että henkilöstön puolelta alkoholiongelmaisten suojelua.
11	Palveluiden saataavuus on hyvä, ellei halua aikaa heti. Laatuja heikentää pätevien työterveyslääkäreiden puute.	Työterveyshuoltolain tavoitteet jäävät liian usein sairaanhoidon jalkoihin. Työpaikkaselvityksiä tehdään liian vähän.	Työterveyshuollon kanssa tehdään yhteistyötä ja päihdeohjelma on. Työyhteisöissä asian esille ottaminen on vielä hankalaa, etenkin jos päihdeongelma on esimiehellä.
12	Työterveyshoitajalle pääsee ihan mukavasti, mutta erikoistuneita lääkäreitä ei ole saatavilla.	Lääkäripulan johdosta työpaikkaselvityksiä ei pystytä juuri tekemään. Työntekijät haluavat sairastuvastaanottoa.	Salaamista ja puuttumattomuutta esiintyy. Työpaikoilla järjestetään mm. puheeksiottokoulutusta.

Toiminnantarkastukset vuodesta 2004 lähtien

- 67/2004 Säteilyn käytön valvonta
- 68/2004 Henkilöstön hankinta valtionhallinnossa
- 69/2004 Tuoteturvallisuusvalvonta
- 70/2004 Lentolisäjärjestelmä ja yhteyslentotoiminta Puolustusvoimissa
- 71/2004 Lasten ja nuorten psykiatrian valtionavustusmenettely
- 72/2004 Finpro ry:n toiminta
- 73/2004 Hansel Oy:n rakennejärjestelyt ja yhtiö osana valtion hankintatoimen strategiaa
- 74/2004 Ulkomaalaisviraston toiminta
– lähinnä toimintaprosessien näkökulmasta tarkasteltuna
- 75/2004 Geodeettisen laitoksen toiminta
- 76/2004 Viranomaistoiminta harmaan talouden ja talousrikollisuuden torjunnassa
- 77/2004 Korruptio
– riski kahdenvälisen kehitysyhteistyön tuloksellisuudelle
- 78/2004 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 79/2004 Oikeusministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 80/2004 Valtion ydinjätehuoltorahasto
- 81/2004 Kansanopistojärjestelmä
- 82/2004 Innovatiivisten toimien alueelliset ohjelmat
- 83/2004 Valtion liikelaitoksia koskeva tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 84/2004 Resurssien käytön tuottavuuden hallinta
- 85/2004 Alkoholivalvonta
- 86/2004 Tutkimus- ja kehittämistoiminta liikenne- ja viestintäministeriössä
- 87/2004 Jäteverotus
- 88/2004 Valtionavustuslain ohjausvaikutus
- 89/2004 Paikalliset toimintaryhmät maaseudun kehittäjinä
- 90/2004 Kansallisen metsäohjelman toimeenpano
- 91/2004 Luonnonmukaisen tuotannon tukeminen
- 92/2005 EU:n jäsenvaltioiden tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahastojen jäljitysketjusta mukaan lukien 5 %:n tarkastusvelvollisuus

- 93/2005 Kihlakunnanvirastojen ja poliisin erillisyyksiköiden toimitilahankkeet
- 94/2005 Nuorisotoiminnan tukeminen
- 95/2005 Senaatti-kiinteistöjen kiinteistöhoitopalvelujen hankinnat – *puitesopimus*
- 96/2005 Asiantuntijapalveluiden käyttö puolustushallinnossa
- 97/2005 Työvoimakoulutuksen työllisyysvaikutukset
- 98/2005 Verosaatavien perinnän tehokkuus
- 99/2005 Korruption vastaisten mekanismien soveltamista käytännön kehitysyhteistyössä
- 100/2005 Hirvikannan säätelyjärjestelmä
- 101/2005 Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta
- 102/2005 Valtion asuntorahaston ulkoinen varainhankinta vuosina 1998 – 2003
- 103/2005 Ammatillisen koulutuksen kannustusraha
- 104/2005 Asuntomarkkinatiedon tuottaminen ja hyödyntäminen – *kuntien asuntomarkkinaselvitykset asumisen tarjontatukien suuntaamisessa*
- 105/2005 Puolustusministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 106/2005 Keksintötoiminnan edistämiseen myönnettyjen valtionavustusten käyttö
- 107/2005 Ympäristöministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 108/2005 Terveystieteellisen tutkimuksen erityisvaltionosuus
- 109/2005 Työvoimatoimistojen tehtävät työttömyysetuuksien hallinnoinnissa ja valvonnassa
- 110/2005 Ulosoton tietojärjestelmähanke
- 111/2005 Suomen ja Venäjän välinen velkakonversio
- 112/2005 Työllistämistukien työllisyysvaikutukset
- 113/2005 Maatalouden ympäristötuen erityistuet
- 114/2005 Maanmittauslaitoksen maanmittaustoimitukset
- 115/2005 Kuntien harkinnanvaraisten rahoitusavustusten myöntäminen ja käyttö
- 116/2005 Työhyvinvointi valtionhallinnossa
- 117/2006 Raha-automaattivastukset kansansairauksien ennaltaehkäisyyn
- 118/2006 Valtion televisio- ja radiorahasto
- 119/2006 Puolustusvoimien ennakkomaksut puolustusmateriaalihankinnoissa

- 120/2006 Sähköisten asiointipalvelujen kehittäminen julkishallinnossa
- 121/2006 Yritystukien vaikutusten pysyvyys
- 122/2006 EU-säädösehdotusten kansallinen käsittely
– *erityisesti taloudellisten vaikutusten arvioinnin kannalta*
- 123/2006 Kuntien yhdistymisavustukset
- 124/2006 Ammatilliset erikoisoppilaitokset ja niiden käyttökustannusten valtionosuusjärjestelmä
- 125/2006 Käräjäoikeuksien tulosohejaus ja johtaminen
- 126/2006 Teiden kunnossapito tielaitosuudistuksen jälkeen
- 127/2006 Verotuksen yhdenmukaisuuden edistäminen verohallinnossa
- 128/2006 Valtion osakkuusyhtiöt ja valtio vähemmistöomistajana
- 129/2006 Viranomaisten valvottavilta perimät valvontamaksut
- 130/2006 Sisäasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 131/2006 Työministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 132/2006 Suomen Kansallisteatterin peruskorjaus
- 133/2006 Kanatalouden tuotannonrajoitustoimet
- 134/2006 Maakunnan liittojen rooli
– *maakunnan kehittämisrahan sitomattoman osan käyttö*
- 135/2006 Ympäristöministeriön harkinnanvaraiset valtionavustukset Vapaa Vuotos -liikkeelle
- 136/2006 Kouluterveydenhuollon laatusuositus
– *suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan*
- 137/2006 Budjettituki Tansanialle
- 138/2006 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahastojen epäsäännönmukaisuuksien ilmoittamismenettelystä
- 139/2006 Turvapaikkamenettely
– *turvapaikkaprosessin, turvapaikanhakijoiden vastaanoton ja pakolaisten kotouttamisen toiminnallinen kokonaisuus*
- 140/2007 Natura 2000 -verkoston valmistelu
- 141/2007 Verotuet
– *tilivelvollisuuden toteutuminen*
- 142/2007 Paikallisen yhteistyön määrärahan tarkastus
- 143/2007 Virkamatkustaminen
– *ohjausjärjestelmät ja taloudellisuus*
- 144/2007 Jääluokat ja väylämaksut

- 145/2007 Poliisi-, tulli- ja rajavartiolaitosviranomaisien yhteistoiminta (PTR-yhteistyö)
– *erityisesti vakavan rikollisuuden torjunnassa*
- 146/2007 Nuorten syrjäytymisen ehkäisy
- 147/2007 Hankerahoitus ohjauksena
- 148/2007 Liikenne- ja viestintäministeriön hallinnon tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 149/2007 Ulkoasiainministeriön hallinnon tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 150/2007 Tulosoikeuden tila
– *Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastushavaintojen 2002–2006 perusteella*
- 151/2007 Finanssialan asiantuntijapalveluhankinnat
- 152/2007 Aluekeskusohjelman toteutus vuosina 2004–2006
- 153/2007 Sotu-kokeilun vaikutukset
- 154/2007 Valtio etsintä- ja kaivostoiminnan edistäjänä
- 155/2007 Kalatalouden kehittäminen
- 156/2007 Kuluttajahallinnon toimivuus
- 157/2008 T&k-arviointitoiminta
- 158/2008 Alueellisten tietoyhteiskuntahankkeiden toteutus
- 159/2008 Rataväylien kunnossapito
- 160/2008 Terveyden edistämisen määrärahoilla toteutettavat hankkeet
- 161/2008 Tunnistuspalveluiden kehittäminen ja käyttö julkisessa hallinnossa
- 162/2008 Metsähallitus
– *liikelaitoskonsernina ja ympäristöministeriön ohjaamana luonnonsuojelijana*
- 163/2008 Väärinkäytökset valtionhallinnossa
- 164/2008 Huoltovarmuuskeskus
- 165/2008 Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) aineettoman omaisuuden (Intellectual Property Rights IPR) kaupallinen hyödyntäminen
- 166/2008 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahasto-ohjelmien tuloksellisuudesta työllisyyden alueella
- 167/2008 Hoitotakuu
- 168/2008 Valtion kassanhallinta
- 169/2008 Hallinto-oikeudet
- 170/2008 Kehitysyhteistyön läpileikkaavat tavoitteet

- 171/2008 Koulutuksen määrällinen ennakointi, mitoitus ja kohdentaminen – erityiskohteena nuorten ammatillinen peruskoulutus
- 172/2008 Alueellisten kehittämisohjelmien vaikutukset
- 173/2008 Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 174/2008 Työnvälityksen palveluprosessi
- 175/2008 Maatalouden ravinnepäästöjen vähentäminen
- 176/2008 Valot päällä Pohjolassa
Pohjoismainen sähköhuollon valmiusyhteistyö
- 177/2008 Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy



VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO
Antinkatu 1, PL 1119, 00101 Helsinki
Puh. 09 4321, faksi 09 432 5820, www.vtv.fi

ISBN 978-952-499-070-7 (nid.)