

Arbetsförmåga genom samarbete: Samarbete mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården i välfärdsområdena, konsensusrekommendation för God praxis

12.11.2024

Hanna-Reetta Brummert, Jorma Komulainen, Minna Majuri och Ilona Mikkola, för den konsensusgrupp för nationell vårdpraxis utnämns av Finska Läkarföreningen Duodecim

Bakgrund

Traditionellt nyttjar Finska Läkarföreningen Duodecim informationsstyrning för att främja människans hälsa och att utveckla vård och behandling av sjukdomar. Förutom konsensumöten och God medicinsk praxis-rekommendationer har Duodecim utformat en metod för att utarbeta rekommendationer som behövs till stöd i sådana viktiga hälso- och sjukvårdsfrågor som inte rimligtvis kan hanteras med nuvarande metoder. Sådana rekommendationer kallas konsensusrekommendationer för God praxis.

Befolkningsstrukturen och därmed försörjningskvoten förändras i en oroväckande riktning i Finland. Med tanke på att bevara vårt välfärdssamhälle är det av största vikt att sörja för arbetsförmågan hos befolkningen i arbetsför ålder. Enligt en jämförelse mellan OECD-länderna har Finland en hög sjukfrånvarograd och de årliga kostnaderna för sjukfrånvaro och invalidpension är betydande.

Det finns många producenter av hälso- och sjukvård för personer i arbetsför ålder och samarbetet mellan dem löper inte nödvändigtvis alltid optimalt med tanke på att främja arbetsförmågan hos personer i arbetsför ålder. Nästan 2 miljoner personer omfattas av företagshälsovården som spelar en betydande roll då det gäller att stödja arbetsförmågan. Företagshälsovården är den enda aktören inom hälso- och sjukvården som har direkt kontakt med klientens arbetsplats.

För att stödja återgången till arbetet efter sjukfrånvaro kan personens arbetsuppgifter ofta anpassas och detta kan underlättas genom samarbete mellan företagshälsovården och arbetsplatsen. Bedömning och stödjande av arbetsförmågan och utredning av rehabiliteringsbehovet hör till företagshälsovårdens kärnkompetens, en kompetens som kan

nyttiggöras också för att hänvisa frågor gällande arbetsförmågan från den övriga hälso- och sjukvården till företagshälsovården.

Genom att förbättra samarbetet mellan specialistsjukvården, primärvården och företagshälsovården är det möjligt att effektivisera processerna för arbetstagarens vård, rehabilitering och återgång till arbetet. Statsrådets förordning om principerna för god företagshälsovårdspraxis (708/2013) [\[R1\]](#) förpliktigar till samarbete mellan företagshälsovården, andra aktörer inom social- och hälsovården och rehabiliteringen och detta samarbete betonas också i statsrådets principbeslut Hälsa i arbete 2025 [\[R2\]](#). Ända fram till de senaste åren har sådant samarbete dock inte förverkligats särskilt systematiskt och målmedvetet. Utmaningarna med att ändra verksamhetsätten i det sektorsövergripande och multiprofessionella samarbetet framkommer också i samarbetet mellan företagshälsovården och den övriga hälso- och sjukvården.

I projektet Ansvarsfullt stöd för arbetsförmågan – TYÖOTE (2020–2023), som finansieras av social- och hälsovårdsministeriet och genomförs av Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt, Arbetshälsoinstitutet och Östra Finlands universitet, har man ökat samarbetet mellan företagshälsovården och den övriga hälso- och sjukvården genom att sprida TYÖOTE-verksamhetsmodellen i hela Finland [\[R3\]](#). Kärnan i verksamhetsmodellen är att inom specialistvården, och i vissa fall även inom primärvården, skrivs endast kort sjukfrånvaro för vissa sjukdomar, och personen remitteras till företagshälsovården. Företagshälsovården bedömer individuellt personens arbetsförmåga och säkerställer att nödvändiga stöd- och rehabiliteringsåtgärder för arbetsförmågan genomförs. Med tillämpning av TYÖOTE-verksamhetsmodellen har exempelvis tiden för arbetsoförmåga efter ryggoperationer blivit kortare [\[R4\]](#). Modellens nationella kostnadseffektpotential har varit synnerligen betydande. Det behövs dock ännu långsiktigt arbete för att modellen ska etableras i vardagen inom varje välfärdsområde.

Inom TYÖOTE-projektet har följande fyra policyrekommendationer utarbetats. Dessa riktar sig till beslutsfattare i välfärdsområdena, utvecklare av social- och hälsovården och till aktörer inom social- och hälsovården [\[R3\]](#):

1. Servicehelheten inom social- och hälsovården för personer i arbetsför ålder ska samordnas i välfärdsområdena
2. Arbetsförmågan och anställningsbarheten ska stå i centrum för social- och hälsovårdstjänsterna för personer i arbetsför ålder
3. Företagshälsovårdens roll som stödjare av arbetsförmågan ska förtydligas

4. Samarbetet mellan företagshälsovården och den offentliga hälso- och sjukvården ska fördjupas med TYÖOTE-verksamhetsmodellen

Denna konsensusrekommendation har utarbetats av en arbetsgrupp som utnämns av Finska Läkarföreningen Duodecim. Arbetet har erhållit finansiering från implementeringsprojektet TYÖOTE som förvaltas av Mellersta Finlands välfärdsområde. Processen för utarbetandet av rekommendationen, inklusive konsensusförfarandet, beskrivs närmare i bakgrundsmaterialet (på finska) [nix03478](#).

Konsensusrekommendationen innehåller 8 kärnfrågor och 26 rekommendationsutlåtanden. För alla rekommendationsutlåtanden har rekommendationspanelen efter diskussioner och omröstningar uppnått minst 75 % samförstånd för godkännande. Rekommendationsutlåtandena i varje kärnfråga följs av en sammanfattning med motivationer och i sammanfattningen av de flesta kärnfrågorna hänvisas till förtydligande bakgrundsmaterial. Sammandragen och bakgrundsmaterialet har utarbetats av skribentgruppen. För dem har ingen formell konsensus sökts, men skribentgruppen har efter bästa förmåga beaktat rekommendationspanelens kommentarer.

Mål, definitioner och avgränsning av ämnet

Mål

Målet med denna konsensusrekommendation är att nationellt stödja samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården i välfärdsområdena för att upprätthålla, bedöma och stödja arbetsförmågan. På så sätt främja möjligheterna att stanna kvar i arbete, återgå till arbetslivet för klienter som erhållit vård och därigenom deras återhämtning.

Definitioner

Med **vårdkedja** avses lokal vårdpraxis och arbetsfördelning för en viss sjukdom eller ett visst problem i ett visst område, till exempel ett välfärdsområde. Vårdkedjan definieras i litteraturen till exempel på följande sätt: "Med vårdkedja avses vanligtvis en regional tjänstehelhet, en överenskommelse om hur en patient i vissa situationer undersöks och vårdas på olika nivåer inom hälso- och sjukvården på ett sätt som är mest ändamålsenligt och tillräckligt kvalitativt för både patienten och servicesystemet." [\[R5\]](#)

Folksjukdomar är sjukdomar som har stor betydelse för hela befolkningens hälsotillstånd, dvs. folkhälsan. Det finns ingen exakt definition av vilken signifikans sjukdomen ska ha. Folksjukdomar påverkar arbetsförmågan, och behandlingen av dem kräver hälso- och sjukvårdstjänster. Därför har folksjukdomarna också stor inverkan på samhällsekonomin [\[R6\]](#). I Finland betraktas dessa sjukdomar allmänt som kroniska folksjukdomar

- hjärt- och kärlsjukdomar
- diabetes
- astma och allergi
- kroniska lungsjukdomar
- cancersjukdomar
- minnessjukdomar
- sjukdomar i stöd- och rörelseorganen
- psykiska störningar.

Med **tredje sektorn** avses enligt arbetslivsordlistan "området mellan marknaden, den offentliga sektorn och hushållen, där verksamheten omfattar frivilligarbete, medborgaraktivitet och organisationsverksamhet. Aktörer inom tredje sektorn är till exempel organisationer, förbund och andra icke-vinstdrivande aktörer. Å sin sida drivs den privata sektorn på marknadsvillkor och eftersträvar vinst. Inom den privata sektorn verkar företag. Den offentliga sektorn är däremot formell och offentlig men drivs utan vinstsyfte. Staten och kommunerna är aktörer inom den offentliga sektorn." [\[R7\]](#). I denna konsensusrekommendation inkluderas till exempel folkhälso- eller patientorganisationer i tredje sektorn.

Med **koordinator** avses en person som utsetts inom välfärdsområdet för att ansvara för genomförandet av TYÖOTE-verksamhetsmodellen inom den organisation som förmedlar e-remissen. Inom företagshälsovården ska man enas om en person som ansvarar för både mottagandet av remissen och för processen för stödjande av arbetsförmågan.

Med en **servicekedja** avses organiseringen av en i förväg fastställd sömlös process av tjänster som är definierade i förväg, antingen principiellt eller exakt och som genomförs efter varandra och delvis samtidigt för en viss grupp klienter. Målet är att uppnå en önskad förändring i klienternas livssituation eller hälsotillstånd. I definitionen av servicekedjan beskrivs arbetsfördelningen och ansvaret av de involverade aktörerna. Tjänsteproducenterna samarbetar och samordnar tjänsterna enligt de i förväg fastställda principerna. Tjänsterna kan produceras av

tjänsteproducenter inom olika branscher och sektorer. Klienten deltar i planeringen av sin egen individuella servicekedja och i valet av tjänster och får det stöd hen behöver. [\[R8\]](#)

Med tanke på ordnandet av tjänster avses med **servicehelhet** en sådan helhet av tjänster som fastställts utifrån servicebehovet hos en invånar- eller klientgrupp. I servicehelheten fastställs förhållandet mellan olika tjänster samt principerna och reglerna för produktion och genomförande av tjänsterna. Kriterierna och ramvillkoren för definitionen av servicehelheterna kan variera och en del kan grunda sig på lag och förordning. Tjänsterna i servicehelheten kan produceras av tjänsteproducenter inom olika branscher och sektorer. Tjänsteproducenternas uppgift är att producera tjänster för enskilda klienter utifrån deras behov med iakttagande av specifikationerna för servicehelheten. Den enskilda klienten deltar i planeringen av sin egen individuella servicehelhet och i valet av tjänster och får det stöd hen behöver. [\[R8\]](#)

Arbetsförmåga handlar om kompatibiliteten och balansen mellan människans resurser och arbetet. Den fysiska och psykiska funktionsförmågan bildar tillsammans med hälsan grunden för arbetsförmågan [\[R9\]](#). Förutom den fysiska, psykiska och sociala funktionsförmågan utgör också den kognitiva funktionsförmågan dimensionerna av funktionsförmågan [\[R10\]](#). Enligt arbets- och näringsministeriet definieras arbetsförmågan som en helhet som består av personens funktionsförmåga, kompetens och yrkesskicklighet i förhållande till arbetets krav [\[R11\]](#).

Med **stöd för arbetsförmågan** avses de praktiska åtgärder som hänför sig till fortsatt arbetsförmåga. Dessa åtgärder kan utgöras av tjänster som producerats inom företagshälsovården eller social- och hälsocentralen (t.ex. handledning och rådgivning, nätverksmöten, medicinska undersökningar och vård, bedömningar av arbetsförmågan), hänvisning till rehabilitering, rehabilitering (självständig, medicinsk/yrkesmässig/social rehabilitering) och verksamhet på arbetsplatsen (samarbete mellan arbetsplatsen (chefen) och företagshälsovården, arbetsplatsutredningar och rekommendationer i anslutning till dem, omstrukturering/anpassning av arbetet, partiell sjukdagpenning). God arbetsförmåga främjas av god balans mellan klientens fysiska och psykiska förutsättningar (till exempel hälsotillståndet) och förväntningarna på arbetet, attityden till arbetet, arbetsmotivationen och kompetensen, kraven som arbetet ställer och möjligheterna som arbetet erbjuder [\[R11\]](#). Klientens arbetsförmåga kan vara god även om hens funktionsförmåga är nedsatt. Arbetet kan anpassas till personens arbetsförmåga.

Företagshälsovården har ansvaret för att **samordna stödet för arbetsförmågan** för personer anställda i löneförhållande (lagen om företagshälsovård 2001/1383 [\[R12\]](#)), medan välfärdsområdena ansvarar för samordningen av stödet för arbetsförmågan för andra personer i arbetsför ålder (lagen om välfärdsområden [\[R13\]](#)).

Med **tjänsteproducenter inom företagshälsovården** avses företag, föreningar eller andra organisationer som tillhandahåller tjänster som grundar sig på lagen om företagshälsovård. Ett företag eller en organisation kan ordna sina företagshälsovårdstjänster genom att producera dem själv eller tillsammans med andra organisationer eller företag.

Företagshälsovårdens tjänsteutbud består av lagstadgade och frivilliga tjänster. Omfattningen av de frivilliga tjänsterna varierar beroende på hurdan avtal arbetsgivaren ingått med företagshälsovårdens tjänsteproducent. Frågan behandlas närmare i rekommendationens bakgrundsmaterial [nix03479](#).

Företagshälsovårdssamarbete avser systematiskt och målinriktat samarbete mellan arbetsgivaren, arbetstagarna och företagshälsovården. Målet med företagshälsovårdssamarbetet är att främja effektiv verksamhet visavi arbete, arbetsförhållanden, hälsa samt arbets- och funktionsförmåga [\[R14\]](#). Enligt lagen om företagshälsovård [\[R12\]](#) ska arbetsgivaren och arbetstagarna eller deras representanter samt företagshälsovården samarbeta planmässigt och målinriktat för att genomföra lagen.

Med **TYÖOTE-verksamhetsmodellen** avses en verksamhetsmodell som bygger på samarbete mellan den övriga hälso- och sjukvården och företagshälsovården. Processen skapas i samarbete mellan specialistsjukvårdens och företagshälsovårdens aktörer samt primärvårdens aktörer inom respektive välfärdsområde.

Avgränsning av ämnet

I denna konsensusrekommendation behandlas **samarbetet** mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården för att stödja arbetsförmågan.

- I rekommendationen granskas aktörernas interna processer och verksamhetsmodeller endast i den mån de påverkar samarbetet mellan aktörerna (främjar eller förhindrar samarbetet).
- På motsvarande sätt granskas lagstiftningen i förhållande till samarbetet mellan aktörerna.
- Rekommendationen tar inte ställning till företagshälsovårdens ställning i det finländska servicesystemet.
- Rekommendationens målgrupper är aktörerna inom den offentliga, privata och tredje sektorn.

Utgångspunkten för konsensusrekommendationen är en granskning och utvärdering av TYÖOTE-verksamhetsmodellen. Syftet med rekommendationen har varit att granska och utvärdera också andra erkända inhemska och internationella samarbetsmodeller som avser att stödja arbetsförmågan. Förutom TYÖOTE-verksamhetsmodellen identifierades under

rekommendationsarbetet dock inga ytterligare liknande riksomfattande verksamhetsmodeller för samarbete mellan olika aktörer som skulle gälla samtliga välfärdsområden.

1. Lagstiftningen som reglerar samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården

Rekommendation

Rekommendation 1.1. Lagstiftningen ger patienten eller annan användare av tjänster rätt att besluta om hur hens uppgifter handläggs och behandlas. Trots att detta kan upplevas som en utmaning för samarbetet mellan olika aktörer inom social- och hälsovården, är det viktigt att med patientens tillstånd se till att aktörerna får tillräckligt med information och att säkerställa att patienten förstår för vilket ändamål informationen behandlas eller distribueras.

Sammanfattning

Grundlagen [\[R15\]](#) tryggar medborgarnas rätt till tillräckliga social- och hälsovårdstjänster och hälso- och sjukvårdslagen till att tjänsternas innehåll och omfattning är ändamålsenliga. Enligt grundlagen [\[R15\]](#) ska det allmänna sörja för skyddet av arbetskraften. Enligt arbetarskyddslagens bestämmelser om [\[R16\]](#) skydd av arbetskraften stadgas det i lagen om företagshälsovård om anlitande av sakkunniga och yrkesutbildade personer inom företagshälsovården samt om arbetsplatsutredningar [\[R12\]](#). Lagen om ordnande av social- och hälsovård [\[R17\]](#) föreskriver om välfärdsområdets skyldighet att samarbeta med andra offentliga aktörer, privata företag och allmännyttiga samfund som arbetar för att främja välfärd och hälsa. Välfärdsområdena ansvarar för att samordna tjänsterna till helheter, även för befolkningen i arbetsför ålder. Lagen om företagshälsovård [\[R12\]](#) tillämpas på arbete där arbetsgivaren är skyldig att följa arbetarskyddslagen [\[R16\]](#). Lagen om företagshälsovård [\[R12\]](#) och statsrådets förordning om god företagshälsovårdspraxis [\[R1\]](#) föreskriver om företagshälsovårdstjänster för personer i arbetslivet samt om samarbete mellan arbetsgivaren, arbetstagaren och företagshälsovården, men förpliktar företagshälsovården att samarbeta även med primärvården, specialistsjukvården och rehabiliteringen. Yrkeskompetensen och fortbildningen hos samarbetsparterna regleras genom lagstiftning. I det praktiska genomförandet av samarbetet ska lagstiftningen om patientens rättigheter och informationssäkerhet särskilt beaktas. I lagstiftningen har patienten eller någon

annan serviceanvändare stor makt att besluta om behandlingen av sina uppgifter. Detta kan upplevas som en utmaning för samarbetet mellan olika aktörer. Det är viktigt att se till att patienten får tillräckligt med information och att patienten förstår för vilket ändamål informationen behandlas eller delas.

Lagstiftningsmässig bakgrund för samarbetet inom social- och hälsovårdstjänsterna

Enligt *grundlagen* [\[R15\]](#) ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans person. Var och en har enligt *grundlagen* också rätt att skaffa sig sin försörjning genom arbete, yrke eller näring som hen valt fritt. Det allmänna ska sörja för skyddet av arbetskraften, främja sysselsättningen och verka för att alla tillförsäkras rätt till arbete.

Enligt *hälso- och sjukvårdslagen* [\[R18\]](#) ska tjänsterna beträffande innehåll och sin omfattning ordnas enligt vad som krävs för invånarnas välbefinnande, patientsäkerhet, sociala trygghet och hälsotillstånd och för det behov som kan motiveras. Syftet med *lagen* är att genom samarbete mellan arbetsgivaren, arbetstagarerna och företagshälsovården främja förebyggandet av sjukdomar och olycksfall i anslutning till arbetet, hälsan och säkerheten i arbetet och arbetsmiljön, arbetstagarernas hälsa och arbets- och funktionsförmågan i olika skeden av arbetskarriären samt arbetsgemenskapens verksamhet. Enligt *lagen om ordnande av social- och hälsovård* [\[R17\]](#) ska välfärdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot behoven hos kunderna, inklusive befolkningen i arbetsför ålder. Välfärdsområdena ansvarar för att social- och hälsovårdstjänsterna samordnas till helheter. Välfärdsområdena ska se till att sådana kunder och kundgrupper som behöver samordnade tjänster identifieras, att servicekedjorna och tjänstehelheterna fastställs, att social- och hälsovårdstjänsterna samordnas med välfärdsområdets övriga tjänster och att de olika producenterna använder sig av den information som finns om en kund. SHM:s checklista hjälper välfärdsområdena att samordna tjänsterna för befolkningen i arbetsför ålder och förbättra samarbetet [\[R19\]](#).

I *lagen om tillsynen över social- och hälsovården* [\[R20\]](#) föreskrivs om tillsynen över statens, välfärdsområdenas, Helsingfors stads, HUS-sammanslutningens ordnande av social- och hälsovården och Folkpensionsanstaltens ordnande av studerandehälsovård för högskolestuderande och rehabiliteringstjänster samt om tillsynen över social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls offentligt eller i privaträttslig form. Tjänsteproducenterna

inom den privata hälso- och sjukvården tillhandahåller också företagshälsovårdstjänster, och de producerar för närvarande största delen av företagshälsovårdstjänsterna i Finland.

Arbetskyddslagen [\[R16\]](#) förpliktar arbetsgivaren bland annat att utreda och bedöma riskerna i arbetet. Om arbetsgivaren inte har tillräcklig sakkunskap för detta, ska utomstående sakkunniga anlitas. Dessutom stadgar lagen bland annat att arbetskyddsmyndigheten, företagshälsovården, den läkare som inom välfärdsområdet eller i HUS-sammanslutningen ansvarar för smittsamma sjukdomar samt arbetskyddspersonalen har rätt att få del av förteckningen över arbetstagare som exponerats för biologiska agenser.

Lagen om företagshälsovård [\[R12\]](#) förpliktar arbetsgivaren att ordna företagshälsovårdstjänster för de arbetstagares arbete där arbetsgivaren är skyldig att följa arbetskyddslagen [\[R16\]](#) och stadgar om företagshälsovårdens innehåll och genomförande. Arbetsgivaren, arbetstagaren och företagshälsovården ska i samarbete förebygga sjukdomar och olycksfall i anslutning till arbetet och främja hälsan och säkerheten i arbetet och arbetsmiljön, arbetstagarnas hälsa samt arbets- och funktionsförmågan i olika skeden av arbetskarriären. Företagaren eller lantbruksföretagaren kan om hen så önskar ordna företagshälsovård för sig själv och få ersättning från FPA om företagaren eller lantbruksföretagaren har en pensionsförsäkring för företagare (FöPL) eller en pensionsförsäkring för lantbruksföretagare (LFöPL). Bland annat arbetslösa och studerande omfattas inte av lagen om företagshälsovård.

I *lagen om företagshälsovård* [\[R12\]](#) avses med verksamhet för bevarande av arbetsförmågan planmässig och målinriktad verksamhet som genomförs i samarbete och som inriktar sig på arbetet, arbetsförhållandena och arbetstagarna och genom vilken företagshälsovården för sin del främjar och stöder arbets- och funktionsförmågan för personer i arbetslivet.

Statsrådets förordning om principerna för god företagshälsovårdspraxis [\[R1\]](#) reglerar samarbetet mellan arbetsgivarna, arbetstagarna och företagshälsovården och förpliktar företagshälsovården att samarbeta systematiskt och multiprofessionellt med primärvården, specialistsjukvården och rehabiliteringen utifrån arbetsplatsens behov. Förordningen innehåller bestämmelser om arbetsgivarens och företagshälsovårdens skyldigheter när det gäller att främja, upprätthålla och återställa arbetstagarnas arbetsförmåga. Företagshälsovården ska samordna vård- och rehabiliteringsåtgärderna i anslutning till arbetsförmågan och återgången till arbetet. Dessa åtgärder kräver ett nära samarbete mellan olika servicesystem (social- och hälsocentralen, specialistsjukvården, rehabiliteringen, tredje sektorn och företagshälsovården).

Lagstiftningsmässig bakgrund för yrkeskompetensen och dess upprätthållande hos dem som deltar i samarbetet

Enligt *lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården* [\[R21\]](#) är en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skyldig att upprätthålla och utveckla de kunskaper och färdigheter som utövandet av yrket förutsätter samt att göra sig förtrogen med de bestämmelser och föreskrifter som gäller yrkesutövningen. Arbetsgivare för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska följa hur dessa personer utvecklas yrkesmässigt och skapa förutsättningar för dem att upprätthålla och utveckla sina kunskaper och färdigheter genom deltagande i behövlig yrkesinriktad fortbildning och andra metoder för yrkesmässig utveckling så att yrkesinsatsen bibehålls på säker och ändamålsenlig nivå.

Enligt *lagen om företagshälsovård* [\[R12\]](#) ska yrkesutbildade personer och sakkunniga inom företagshälsovården i yrkeshänseende vara oberoende av arbetsgivarna, arbetstagarna och deras företrädare, och de ska ha sådan behörighet som avses i 3 § i företagshälsovårdslagen samt kunskaper och färdigheter som upprätthållits genom tillräcklig kompletterande utbildning. Arbetsgivaren för en yrkesutbildad person eller sakkunnig inom företagshälsovården är skyldig att se till att dessa i tillräcklig utsträckning, dock minst vart tredje år, deltar i kompletterande utbildning som upprätthåller yrkesskickligheten. Skyldigheten att delta i kompletterande utbildning gäller även yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som arbetar som självständiga yrkesutövare i företagshälsovårdssuppgifter.

I *statsrådets förordning om principerna för god företagshälsovårdspraxis* [\[R1\]](#) föreskrivs om kraven på yrkesutbildning och kompetens för läkare, hälsovårdare, fysioterapeuter och sakkunniga som arbetar inom företagshälsovården på heltid eller deltid.

Patientens rättigheter i samarbetet

I *lagen om patientens ställning och rättigheter* [\[R22\]](#) föreskrivs att vid tillhandahållande av hälso- och sjukvård ska man vid behov utarbeta en plan för undersökning, vård eller medicinsk rehabilitering eller någon annan motsvarande plan och att vården genomförs i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot viss vård eller behandling, ska den i mån av möjlighet och i samförstånd med patienten ges på något annat sätt som är godtagbart från en medicinsk synpunkt.

Reglering av användningen av patientuppgifter

Dataskyddslagen [\[R23\]](#) och *EU:s allmänna dataskyddsförordning* [\[R24\]](#) reglerar noggrant insamlingen, behandlingen, förvaringen och delningen av personuppgifter samt den övervakning som dataskyddsombudet utför. Lagen och förordningen ger också den som är föremål för personuppgifter omfattande rättigheter att få tillgång till uppgifter, korrigera, överföra eller till och med radera dem.

Lagen om integritetsskydd i arbetslivet (759/2004) [\[R25\]](#) skyddar integriteten i arbetslivet. I lagen föreskrivs om behandling av arbetstagares personuppgifter, test och kontroller som gäller arbetstagare samt om de krav som ställs på dessa, teknisk övervakning på arbetsplatsen samt om hämtning och öppnande av arbetstagares elektroniska meddelanden. Behandlingen av uppgifterna ska uppfylla relevanskravet och arbetstagarens person- och hälsouppgifter ska i första hand samlas in från arbetstagaren själv eller med hans samtycke. Uppgifter om hälsotillstånd får behandlas endast av personer som utifrån uppgifterna bereder eller fattar beslut om ett arbetsavtalsförhållande eller verkställer dem.

Lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården [\[R26\]](#) garanterar användaren av tjänster tämligen omfattande rätt att bestämma vem som får se hans uppgifter, särskilt när det är frågan om utlämnande av uppgifter till en annan personuppgiftsansvarig. I lagen föreskrivs om registrering, användning för produktion av tjänster och uppföljning av informationssystem och välbefinnandeapplikationer. Informationssystem som används vid bedömning och segmentering av vård- och servicebehov ska uppfylla föreskrivna skyldigheter. Syftet med lagen är att förenhetliga behandlingen av kunduppgifter inom social- och hälsovården samt vid ordnande och tillhandahållande av social- och hälsovårdstjänster. Lagen om kunduppgifter förpliktar offentliga tillhandahållare av social- och hälsovårdstjänster att lagra kund- och patientuppgifter i de riksomfattande arkiveringstjänsterna. För privata tillhandahållare av social- och hälsovårdstjänster är det obligatoriskt att ta i bruk Kanta-tjänsterna om de använder ett patientdatasystem. Patientdatalagret är en del av de riksomfattande Kanta-tjänsterna.

Lagstiftningen citeras mer omfattande i rekommendationens bakgrundsmaterial [nix03483](#).

2. Befolkningen i arbetsför ålder i Finland

Rekommendationer

Rekommendation 2.1. När antalet personer i arbetsför ålder minskar i Finland under de kommande decennierna måste man fästa särskild uppmärksamhet vid stödet för

arbetsförmågan i hela social- och hälsovårdens servicesystem. Det är också viktigt att samarbeta med tredje sektorn.

Rekommendation 2.2. De regionala skillnaderna till exempel i befolkningsstrukturen (ålder, utbildningsnivå, socioekonomiska faktorer, skillnader i välfärd och hälsa) och näringsstrukturen leder till olika servicebehov i olika välfärdsområden. Detta ska beaktas när stödåtgärderna för arbetsförmågan utvecklas i hela social- och hälsovårdens servicesystem.

Sammanfattning

Åldersstrukturen hos befolkningen i arbetsför ålder

Arbetspensionssystemet omfattar förvärvsarbetande och gällde år 2022 sammanlagt 2 500 490 finländare i åldern 17–68 år som hade ett anställningsförhållande eller som arbetade som företagare [R27]. Åldersfördelningen bland befolkningen i arbetsför ålder som omfattas av arbetspensionssystemet presenteras i tabell 1. År 2022 var den största åldersklassen i arbetspensionssystemet åldersgruppen 40–44 år (tabell 1).

Tabell 1. Åldersfördelningen bland den arbetspensionsförsäkrade befolkningen som arbetat i anställningsförhållande eller som företagare 31.12.2022 [R27].

Åldersklass (år)	Antal	Andel av alla som omfattas av arbetspensionssystemet
under 20	62 906	2,5 %
20–24	175 315	7,0 %
25–29	257 525	10,3 %
30–34	295 212	11,8 %
35–39	299 703	12,0 %
40–44	302 806	12,1 %
45–49	287 553	11,5 %
50–54	273 990	11,0 %
55–59	292 275	11,7 %
60–64	217 844	8,8 %

Tabell 1. Åldersfördelningen bland den arbetspensionsförsäkrade befolkningen som arbetat i anställningsförhållande eller som företagare 31.12.2022 [\[R27\]](#).

Åldersklass (år)	Antal	Andel av alla som omfattas av arbetspensionssystemet
65–68	35 361	1,4 %
Totalt	2 500 490	100 %

Enligt Sitra påverkas utvecklingen av åldersgrupperna i åldern 25–64 år på riksnivå av variationen i åldersklassernas storlek och av nettomigrationen. Nettomigrationen är skillnaden mellan invandring och utvandring. Nettomigrationen ökar i synnerhet storleken på åldersgruppen 25–34 år, men också storleken på andra åldersgrupper i arbetsför ålder. Jämfört med migrationen inom landet ökar den internationella migrationen alla åldersgrupper betydligt jämnare. Invandringens ökande inverkan på befolkningen är som störst i de unga åldersgrupperna 15–24 år och bland unga vuxna 25–34 år. Även om åldersgruppen unga vuxna ökade med 2,9 procent åren 2010–2018 på riksnivå, skedde en ökning endast i var fjärde kommun. Åldersgruppen unga vuxna ökade kraftigt i de flesta städerna: kvantitativt var ökningen särskilt kraftig i stora städer, särskilt i huvudstadsregionen. Utanför de stora stadsregionerna växte åldersgruppen unga vuxna särskilt i Österbotten, där en stark sysselsättnings- och företagsdynamik antagligen var en faktor som lockade unga vuxna till området och som håller dem kvar i området. Antalet unga vuxna ökade också i Norra Lappland och Fjäll-Lappland tack vare den starka tillväxten inom turism- och gruvindustrin i området. Även i åldersgruppen 35–49 år var den relativa utvecklingen mycket polariserad mellan olika områden: åldersgruppens tillväxt var störst i de stora städerna och i en del kranskommuner [\[R28\]](#). På kommunnivå minskade åldersgruppen 50–64-åringar mycket kraftigt i största delen av landet. Åldersgruppen ökade främst i kranskommunerna till stora stadsregioner, i Uleåborg och huvudstadsregionen [\[R28\]](#).

Sysselsättnings- och arbetslöshetssituationen för befolkningen i arbetsför ålder

I augusti 2023 var andelen arbetslösa arbetssökande 9,4 procent av arbetskraften och av de arbetslösa arbetssökandena var 14 700 samtidigt permitterade på heltid. Antalet permitterade på heltid ökade mest jämfört med året innan i yrkesgrupperna byggnads-, reparations- och tillverkningsarbetare (2 200), process- och transportarbetare (1 200), oklassificerade yrken (900)

samt specialister (700). Antalet permitterade på heltid minskade endast i yrkesgruppen service- och försäljningspersonal (400). Antalet permitterade förblev oförändrat i yrkesgrupperna militärer samt jordbrukare och skogsarbetare [\[R29\]](#).

I augusti 2023 var arbetslöshetsgraden enligt åldersklass störst i den yngsta åldersklassen. Arbetslöshetsgraden minskade fram till 54-åringarna och ökade sedan åter något i de äldsta åldersgrupperna i arbetsför ålder. Arbetslöshetsgraden per åldersklass i augusti 2023 var: 11 % (15–24-åringar), 8,3 % (25–34-åringar), 6,3 % (35–44-åringar), 4,2 % (45–54-åringar) och 6,5 % (55–64-åringar) [\[R30\]](#). Arbetslöshetsgraden varierade mellan 3,8 och 11,7 procent per NTM-centralområde och var lägst på Åland och störst i Södra Österbotten, Norra Karelen och Mellersta Finland [\[R29\]](#).

Täckningen av företagshälsovårdens tjänster bland befolkningen i arbetsför ålder

År 2022 omfattades, enligt FPA:s ersättningsuppgifter, 2 035 000 arbetstagare, dvs. 89,9 procent av löntagarna, av företagshälsovård som ordnades av arbetsgivaren [\[R31\]](#). Företagshälsovårdens täckning har varit oavbrutet rejält över 85 procent sedan år 2010 [\[R31\]](#). År 2021 uppgick de FPA-godkända kostnaderna för företagshälsovård som ordnas av arbetsgivaren till 899 miljoner euro, varav 464 miljoner euro orsakades av förebyggande företagshälsovårdstjänster och 435 miljoner euro av sjukvårdstjänster och andra hälso- och sjukvårdstjänster [\[R31\]](#). År 2021 statistikfördes sammanlagt 1,4 miljoner [\[R31\]](#) hälsoundersökningar inom företagshälsovården, vilket motsvarar 73 arbetshälsoundersökningar per hundra arbetstagare inom företagshälsovården. 3,1 miljoner sjukvårdsbesök statistikfördes [\[R31\]](#). Företagshälsovårdens regionala täckning påverkas inte endast av områdets sysselsättningsgrad utan också av den huvudsakliga tjänsteproducenten, verksamhetsställets storlek och bransch [\[R31\]](#). FPA:s statistik över antalet personer i arbetsför ålder som får invalidpension samt över genomförande av rehabilitering per region och befolkningsgrupp finns i FPA:s faktaportal [\[R32\]](#).

Befolkningsprognosen för befolkningen i arbetsför ålder

Enligt Statistikcentralen är andelen arbetsföra personer av befolkningen för närvarande 62 procent [\[R33\]](#). Enligt Statistikcentralens befolkningsprognos från 2021 minskar andelen arbetsföra personer till 60 procent före 2040 och till 57 procent före 2060. Den arbetsföra befolkningens andel av hela befolkningen är enligt prognosen för 2021 ända fram till 2060 större än i prognoserna för 2012 och 2015, eftersom också folkmängden minskar till följd av den lägre nataliteteten [\[R33\]](#).

Antalet invånare i arbetsför ålder (15–64 år) var störst i Finland år 2009, då antalet arbetsföra personer i Finland var 3,55 miljoner. Under åren 2010–2020 har antalet personer i arbetsför ålder minskat med 136 000 personer. Under de två följande decennierna förutspås befolkningen i arbetsför ålder minska långsammare, dvs. med 76 000 personer fram till 2040 [\[R33\]](#).

Minskningen av den arbetsföra befolkningen uppskattas öka på grund av låg nativitet som infaller på 2040-talet. Under åren 2041–2050 skulle den arbetsföra befolkningen minska med 103 000 personer och 2051–2060 ytterligare med 133 000 personer. I slutet av 2060 skulle den arbetsföra befolkningen uppgå till 3,1 miljoner personer, vilket är drygt 310 000 personer färre än nu [\[R33\]](#).

Enligt Statistikcentralen finns det om 15 år inte längre ett enda landskap i Finland där det skulle födas fler människor än det dör, ifall att nativiteten förblir oförändrad. Regionalt skulle folkmängden öka år 2035 endast i landskapen Nyland och Birkaland samt på Åland. År 2040 skulle folkmängden i Fastlandsfinland öka endast i landskapet Nyland och även där skulle ökningen bero på inflyttning [\[R33\]](#).

En lösning på problemen på arbetsmarknaden är invandring av arbetskraft till Finland [\[R34\]](#). Det är också viktigt att fästa uppmärksamheten vid att förlänga arbetskarriärerna och att se till att äldre arbetstagare orkar fortsätta inom arbetslivet längre än i nuläget [\[R16\]](#), [\[R35\]](#).

Arbetsföra befolkningens utbildningsstruktur

I tabell [2](#) presenteras utbildningsstrukturen år 2023 bland finländare som fyllt 15 år. Cirka 75 procent av finländarna har en examen efter grundnivån (tabell [2](#)). År 2023 var den högst utbildade åldersgruppen 45–49-åringar, som har varit den högst utbildade åldersklassen sedan 2007 [\[R36\]](#). Av denna åldersgrupp hade 48 procent avlagt högskoleexamen. Den högst utbildade befolkningen bodde i Nyland [\[R36\]](#).

Tabell 2. Utbildningsstrukturen 2023 bland finländare som fyllt 15 år [\[R36\]](#).

Utbildningsnivå	Antal	%
Grundnivå	1 189 850	24,9 %
Utbildning på andra stadiet eller specialyrkesutbildning	1 968 418	41,3 %
Utbildning på högre nivå (= lägsta högre nivå, lägre högskolenivå, högre högskolenivå, forskarutbildningsnivå)	1 613 351	33,8 %

Hälsan hos befolkningen i arbetsför ålder

I undersökningen Hälsosamma Finland 2022 uppgav 47,6 procent av finländarna i arbetsför ålder (20–64-åringar) att de har minst en kronisk sjukdom [R37]. I samma åldersgrupp uppgav 32,7 procent av respondenterna att deras hälsotillstånd var medelmåttigt eller sämre. Av de vanligaste folkhälsoproblemen observerades följande i undersökningen Hälsosamma Finland 2022: 24,4 procent av 20–64-åringarna var feta (viktindex minst 30 kg/m²), 56 procent motionerade inte enligt rekommendationerna om hälsofrämjande motion, 24,2 procent sov dåligt och 11,3 procent rökte dagligen [R37].

År 2022 upplevde 19 procent av männen och 20 procent av kvinnorna i arbetsför ålder betydande psykisk belastning, medan motsvarande andel 2018 var 13 procent av personerna i arbetsför ålder. Den psykiska belastningen har alltså ökat tydligt under de senaste åren [R37].

Inom den arbetsföra befolkningen är hälsoskillnaderna tydliga. I de lägre sociala grupperna är hälsan och livskvaliteten i genomsnitt sämre, levnadsvanorna ohälsosammare, förtidsdödligheten högre, antalet livskraftiga år färre och funktions- och arbetsförmågan sämre. Högutbildade och välavlönade personer i arbetsför ålder lever längre än personer med lägre utbildning, erfarenhet av arbetslöshet och lägre förvärvsinkomster. Regionalt är sjukligheten högre i öst och norr än i övriga Finland [R38].

3. Arbetsoförmågan i Finland idag

Rekommendationer

Rekommendation 3.1. Vid bedömningen av behovet av sjukdomsbaserad frånvaro från det nuvarande arbetet eller från den fria arbetsmarknaden bör detta beaktas gällande personens funktionsförmåga och begränsningar: nuvarande arbetsförmåga eller den arbetsförmåga som krävts för tidigare arbetsuppgifter, arbetsplatsens möjligheter att samordna arbetsuppgifterna och arbetsförmågan samt personens övriga livssituation.

- I synnerhet om situationen blir utdragen krävs samarbete mellan företagshälsovården och den övriga social- och hälsovården i välfärdsområdena.

Rekommendation 3.2. Personen som är föremål för bedömning av arbetsoförmågan är en aktiv aktör och hens mål och motivation ska beaktas då lösningar planeras.

- Den återstående arbetsförmågan bör bedömas i samarbete med arbetstagaren.

- I regel kan nästan alla anses vara arbetsförmögna för något arbete, om arbetet kan planeras och genomföras med beaktande av personens arbetsförmåga och om tillräckligt med stöd finns att tillgå.

Rekommendation 3.3. Ett multiprofessionellt samarbete rekommenderas oftast då arbetstagaren har långvariga problem med arbetsförmågan och en omfattande bedömning av arbetsförmågan behövs.

Rekommendation 3.4. Valfärdsområdena bör ta i bruk och vidareutveckla sådana samarbetsmodeller för den offentliga hälso- och sjukvården och företagshälsovården som kan användas för bedömning och stöd av arbetsförmåga och återgång till arbetet. Då kan sjukfrånvaro, långvarig arbetsoförmåga samt därmed relaterade kostnader reduceras.

- I detta sammanhang kan exempelvis TYÖOTE-verksamhetsmodellen tillämpas. Modellen anpassas inom varje valfärdsområde till områdets särdrag och behov.

Sammanfattning

De viktigaste orsakerna till sjukfrånvaro från arbetet är psykiska störningar samt sjukdomar i stöd- och rörelseorganen. Antalet deltidsförmåner har ökat stadigt under de senaste åren. Antalet invalidpensioner har däremot minskat i och med att de stora åldersklasserna gått i arbetspension. Arbetsförmågan bedöms på basis av den arbetsoförmåga som sjukdom, lyte eller skada orsakar i förhållande till kriterierna för sjukdagpenning, rehabiliteringsservice och rehabiliteringsförmån, invalidpension eller rehabiliteringsstödförmåner. Den återstående arbetsförmågan bedöms efter en längre tids frånvaro från arbetet för att utreda personens möjligheter att återvända till arbetet och bli sysselsatt. Enligt lagen om ordnande av arbetskraftsservice ska en arbetslös arbetssökande kunna ta emot heltidsarbete och söka fyra arbetsplatser per månad.

Det finns ingen sådan gemensamt överenskommen definition av begreppet arbetsförmåga som aktörer inom social- och hälsovård, företagshälsovård, rehabilitering, arbetskraftstjänster, försäkringsbolag, arbetstagare och arbetsgivare kunde stödja sig på. Därför bedömer olika aktörer inom hälso- och sjukvården arbetsförmågan något olika utifrån olika referensramar. I regel bedöms inom primärvården i valfärdsområdena de klienters arbetsförmåga som inte har tillgång till företagshälsovårdstjänster. Exempel på detta är arbetslösa personer, personer utanför arbetskraften och företagare utan företagshälsovårdstjänster. Inom specialistsjukvården bedöms funktionsförmågan och dess begränsningar, alltså klientens förmåga att klara av de funktioner i det dagliga livet som är betydelsefulla och nödvändiga för honom eller henne. Klienten inom

hälso- och sjukvården ska informeras om alternativen så att hen själv kan bilda sig en uppfattning om hur hen önskar fortsätta sin arbetskarriär. Utifrån klientens mål kan man sedan generera konkreta åtgärder, om klienten förstår alternativen och möjligheterna. Omständigheter som påverkar klientens funktions- och arbetsförmåga och därmed också arbetet är klientens delaktighet, mål och motivation samt tidsenlig rehabilitering. Inom företagshälsovården är det möjligt att beakta arbetsplatsens verksamhetsmodeller till exempel när en partiellt arbetsför person återvänder till arbetet.

Om en klient med tillfällig och kortvarig arbetsförmåga blir utan stödåtgärder för arbetsförmågan, kan detta leda till långvarig arbetsförmåga. Den reviderade sjukförsäkringslagstiftningen förpliktar företagshälsovården till åtgärder vid kontrollpunkterna (30, 60, 90, 150 och 230 dagar). Aktiva åtgärder behövs senast när klienten erhållit sjukdagpenning i 60 dagar. Dessutom ska man beakta vilka möjligheter rehabilitering som främjar arbetsförmågan erbjuder.

När man bedömer tidsenlig återgång till arbetet, ska eventuell sjuknärvaro (presenteeism) beaktas. Rätt dimensionerat arbete stöder rehabilitering och hälsa, men sjuknärvaro under arbete är förknippad med en ökad risk för sjukfrånvaro senare. Sjuknärvaro ökar risken för arbetsförmåga och kan i värsta fall leda till utbrändhet och nedsatt arbetstillfredsställelse.

Genom operativt samarbete mellan den offentliga hälso- och sjukvården och företagshälsovården enligt TYÖOTE-verksamhetsmodellen påskyndas återgången till arbetet för personer i arbetsför ålder och kostnaderna för frånvaron minskas.

Arbetsförmågan i Finland idag beskrivs närmare i rekommendationens bakgrundsmaterial [nix03484](#).

4. Aktörer som producerar social- och hälsovårdstjänster för personer i arbetsför ålder i välfärdsområdena och deras samarbete

Rekommendationer

Rekommendation 4.1. Välfärdsområdena beaktar företagshälsovårdens tjänster när de samordnar social- och hälsovårdsservicehelheten för personer i arbetsför ålder.

Verksamhetsmodellerna och registreringspraxisen bör stödja samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården.

Rekommendation 4.2. I välfärdsområdena identifieras de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården vars arbetsbeskrivning inkluderar bedömning av arbets- och funktionsförmågan hos personer i arbetsför ålder. Dessa yrkesutbildade personer introduceras i användningen av verksamhetsmodeller som stöder samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården. Användning av verksamhetsmodellerna uppmuntras. Användningen och verkningsfullheten följs upp och verksamhetsmodellerna upprätthålls.

Rekommendation 4.3. När en klient inom företagshälsovården konstateras ha en sjukdom som inte hör till specialistsjukvården och som inte kan behandlas inom företagshälsovården p.g.a. tjänsterna inte ingår i företagshälsovårdsavtalet, hänvisas klienten till primärvården. Om det är fråga om en kronisk sjukdom sker hänvisningen helst med remiss eller vårdrespons.

Rekommendation 4.4. Välfärdsområdena ska samarbeta med aktörerna inom företagshälsovården för att utarbeta och uppdatera vårdkedjor som gäller arbetsförmågan hos personer i arbetsför ålder. I vårdkedjorna beaktas också tredje sektorns aktörer.

Rekommendation 4.5. Vid publicering av för företagshälsovården signifikanta vårdkedjor används plattformar som är tillgängliga också för aktörerna inom företagshälsovården.

Rekommendation 4.6. Välfärdsområdena och företagshälsovårdens organisationer samarbetar sinsemellan för att säkerställa smidig dataöverföring när integration av informationssystem och nya remiss- och svarssystem planeras, tas i bruk och används.

Rekommendation 4.7. Av alla organisationer inom företagshälsovården förutsätts kontinuerlig kvalitetsuppföljning och -utveckling.

Sammanfattning

Vilka olika aktörer producerar social- och hälsovårdstjänster för personer i arbetsför ålder i välfärdsområdena?

Välfärdsområdets roll och organisationer som deltar i produktionen av hälsotjänster för personer i arbetsför ålder

Välfärdsområdets uppgift är att ordna social- och hälsovården för invånarna i sitt område. Kommunerna och välfärdsområdet samarbetar för att främja välfärd och hälsa, och privata aktörer, organisationer och föreningar kompletterar de offentliga social- och hälsovårdstjänsterna. Enligt lagstiftningen om välfärdsområdena ansvarar välfärdsområdet för att utföra de uppgifter som har fastställts, för att säkerställa att invånarnas lagstadgade rättigheter i välfärdsområdet förverkligas, för samordning av tjänstekedjor samt för tillhandahållandet av tjänster och andra åtgärder genom att 1) säkerställa likvärdig tillgång, 2) definiera behov, mängd och kvalitet, 3) välja produktionssätt, 4) styra och övervaka produktionen, samt 5) utöva de befogenheter som tillkommer myndigheten. [\[R13\]](#)

I praktiken produceras social- och hälsovårdstjänsterna i dagens Finland av tre separata system där tillgången till tjänster och villkoren för användningen skiljer sig från varandra: den privata hälso- och sjukvården, företagshälsovården och den offentliga hälso- och sjukvården [\[R39\]](#). Enligt FPA:s ersättningsuppgifter omfattades 1 976 000 arbetstagare (90,1 % av löntagarna) år 2021 av företagshälsovård som ordnats av arbetsgivaren [\[R31\]](#).

Vilka yrkesutbildade personer och sakkunniga arbetar inom företagshälsovården?

Som yrkesutbildade personer inom företagshälsovården räknas specialistläkare inom företagshälsovården samt legitimerade hälsovårdare och fysioterapeuter som slutfört sådan utbildning som ger behörighet inom företagshälsovård [\[R1\]](#). I multiprofessionella arbetsgrupper inom företagshälsovården arbetar vanligtvis fyra olika yrkesgrupper: företagsläkare, företagshälsovårdare, företagsfysioterapeuter och företagspsykologer [\[R39\]](#).

Företagspsykologerna ska vara legitimerade och ska också ha slutfört den behörighetsgivande utbildningen. De psykologer som arbetar inom företagshälsovården är för närvarande sakkunniga inom företagshälsovården [\[R1\]](#).

Inom företagshälsovården kan man utifrån arbetsplatsens behov också nyttiggöra andra sakkunniga, såsom sakkunniga inom det sociala området, inom arbetshygien, inom ergonomi, teknik, kost, arbetsseende, jordbruk, talterapi eller idrott [\[R39\]](#). Utbildningskraven för yrkesutbildade personer och samarbetet med andra aktörer beskrivs i bakgrundsmaterialet till denna rekommendation [nix03486](#).

Klientens roll?

Ett särdrag i produktionen av företagshälsovårdstjänster är en konstellation där klienten utgörs förutom av patienten alltid också av kundföretaget [\[R41\]](#). Vad gäller patientrelationen, är kundföretaget utomstående [\[R41\]](#). Å andra sidan definierar omfattningen av kundföretagets serviceavtal möjligheterna i patientrelationen. Dessutom noteras arbetsförmågan på arbetsplatsen och det är skäl att nyttiggöra den informationen och erfarenheterna i utredningen. I chefsarbetet avgörs också hurdana arbetsanpassningar är möjliga och därför är det skäl att bygga upp ett samarbete för att stödja arbetsförmågan. Företagshälsovården ska i alla situationer agera opartiskt och jämlikt med beaktande av dataskyddslagstiftningen. Man bör genuint lyssna till klienten (patienten) och stärka dess aktiva roll i planeringen av de egna tjänsterna och problemlösningarna. Det är också angeläget att hänvisa klienterna till kamratstöd och egenvård, exempelvis via olika patientorganisationer eller applikationer.

Hur ska servicehelheten för social- och hälsovården för befolkningen i arbetsför ålder samordnas i välfärdsområdena?

För att personer i arbetsför ålder ska få rättidiga och rätta tjänster på rätt plats bör välfärdsområdena samordna hälso- och sjukvårdstjänsterna för personer i arbetslivet [\[R42\]](#). En tätare koppling av företagshälsovården till det övriga social- och hälsovårdssystemet är en trend som gynnar hela samhället. Detta samarbete styrs också genom lag 1383/2001 (lagen om företagshälsovård) [\[R12\]](#). Samarbetet mellan olika aktörer förverkligas dock inte alltid systematiskt och planerligt [\[R42\]](#). Kännedomen om primärvården och förståelsen för företagshälsovårdens möjligheter är ofta bristfällig. Utmaningarna ökar genom de omfattande variationerna i innehållet i företagshälsovårdsavtalen som generellt är okända inom primärvården.

TYÖOTE-verksamhetsmodellen effektiviserar samarbetet mellan företagshälsovården och den offentliga hälso- och sjukvården [\[R3\]](#). Målet är att förbättra stödet för arbetsförmågan och överföra ansvaret för bedömningen av arbetsförmågan från specialsjukvården och primärvården till företagshälsovården [\[R3\]](#). Projektet Ansvarsfullt stöd för arbetsförmågan (TYÖOTE) sprider till hela Finland den verksamhetsmodell som ursprungligen utvecklades i Mellersta Finland. TYÖOTE-modellen beskrivs närmare i bakgrundsmaterialet till denna konsensusrekommendation [nix03487](#).

Hur ska välfärdsområdet samordna social- och hälsovårdsservicehelheten för personer i arbetsför ålder för att stödet för arbetsförmågan och sysselsättningsförmågan blir så effektivt som möjligt?

Rekommendationer och bakgrundsmaterial om servicehelheten för personer i arbetsför ålder presenteras i punkt 6. Utveckling av samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården utifrån TYÖOTE-verksamhetsmodellen eller andra verksamhetsmodeller.

Hur ska olika aktörer inom social- och hälsovården samarbeta inom välfärdsområdet, hurdan bör samarbetet vara?

Företagshälsovårdens roll i de regionala vårdkedjorna

Med vårdkedja avses den lokala vårdpraxisen och arbetsfördelningen för en viss sjukdom eller ett visst problem i ett bestämt område, till exempel ett välfärdsområde. Vårdkedjan definieras i litteraturen exempelvis på följande sätt: "Med vårdkedja avses vanligtvis en regional tjänstehelhet, en överenskommelse om hur en patient i vissa situationer undersöks och vårdas på olika nivåer inom hälso- och sjukvården på ett sätt som är mest ändamålsenligt och tillräckligt kvalitativt för både patienten och servicesystemet." [\[R5\]](#)

Informationen som gäller vårdkedjorna kan publiceras på olika plattformar. En riksomfattande publiceringsplattform är Lääkäriin tietokannat (Databaser för läkare). Då denna konsensusrekommendation skrevs, innehöll Lääkäriin tietokannat beskrivningar på 555 vårdkedjor på finska från hela Finland. I skrivanvisningarna för de regionala vårdprogrammen och vårdkedjorna presenteras hälsovårdscentralens perspektiv som det primära perspektivet, och i skrivanvisningarna nämns inte termen "företagshälsovård" [\[R43\]](#). Termen "företagshälsovård" förekom i 22 textavsnitt i de 555 vårdkedjorna i Lääkäriin tietokannat (4,0 %). Se bakgrundsmaterialet [nix03486](#).

Av de vårdkedjor som publicerats i Lääkäriin tietokannat figurerar företagshälsovården sällan som en delaktör i vårdkedjorna, trots att det enligt lagen är välfärdsområdets uppgift att samordna social- och hälsovårdssamarbetet också vad gäller företagshälsovården. Företagshälsovårdens roll har beaktats mest systematiskt i vårdkedjorna som publicerats av Mellersta Finlands välfärdsområde. Dessa har visserligen publicerats på webbplatser utanför Lääkäriin tietokannat men hittas nog via Lääkäriin tietokannat [\[R44\]](#). Att en representant för företagshälsovården deltog i skrivteamet för vårdkedjorna ledde inte automatiskt till att termen "företagshälsovård" skulle ha nämnts i vårdkedjan i fråga. I praktiken kan problemet med vårdkedjornas tillgänglighet också relatera till publiceringsplattformen – kanske aktörerna inom företagshälsovården inte har tillgång till den? Det är värt att nyttja också tredje sektorns kompetens i arbetet med vårdkedjorna, detta

gäller exempelvis patient- och folkhälsoorganisationer. Tredje sektorn har gott om information om lösningar till tillgänglighetsproblematiken [\[R45\]](#).

Nätverken: utveckling och koordinering

Statsrådets kansli definierar nätverk så här: "Ett nätverk är en gemensam samarbetsrelation mellan flera aktörer som grundar sig på delning av information och resurser. Nätverket är en värdeskapande modell som bidrar till att förena aktörernas kunskaper och resurser i syfte att åstadkomma synergifördelar." [\[R46\]](#). Sotarauta definierar nätverk på så här: "Ett nätverk är olika grader av etablerade sociala relationer mellan ömsesidigt beroende aktörer, som har organiserat sig kring ett gemensamt intresse. Framväxten av nätverksrelationer förutsätter att man inser och accepterar det ömsesidiga beroendet." [\[R47\]](#)

Arbetshälsoinstitutet samordnar Företagshälsovårdens Kvalitetsnätverk som är en avgiftsfri sammanslutning av organisationer som producerar företagshälsovårdstjänster. Syftet med Kvalitetsnätverket är att stärka förutsättningarna för verkningsfullheten inom företagshälsovården genom att utveckla databaserad utvärdering, kompetens och samarbete med olika aktörer. I Företagshälsovårdens Kvalitetsnätverk är det möjligt att, utöver nätverkande, utveckla gemensamma kvalitetsmätare, ordna kvalitetsenkäter och delta i utbildningar [\[R48\]](#). Integrationen av företagshälsovården med andra social- och hälsovårdsaktörer kan också främjas i lokala nätverk. Exempel på sådana nätverk är ömsesidiga regionala nätverk mellan yrkeskåror och multiprofessionella nätverk inom företagshälsovården.

Regionala verksamhetsmodeller och avtal för organiseringen av social- och hälsovårdstjänster för befolkningen i arbetsför ålder

Projekten OTE och TOIKE är avsedda för partiellt arbetsföra personer medan projektet TYÖKE syftar till att förlänga arbetskarriärerna och förbättra produktiviteten genom samarbete mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården samt arbetsplatsen. Dessa beskrivs i bakgrundsmaterialet till denna konsensusrekommendation [nix03486](#). I projektet TYKYTUO (2020–2022) var målsättningen att förlänga arbetskarriärerna och produktiviteten genom stöd för arbetsförmågan med hjälp av utvecklat samarbetet mellan företagshälsovården, andra aktörer inom social- och hälsovården och arbetsplatsen [\[R49\]](#). Projektet har gett positiva erfarenheter: klienternas upplevda arbetsförmåga och ork i arbetet har förbättrats [\[R50\]](#), bakgrundsmaterial [nix03486](#). Den riksomfattande TYÖOTE-verksamhetsmodellen beskrivs närmare i punkt 6.1 i denna konsensusrekommendation och i bakgrundsmaterialet [nix03487](#).

Arbetsförmågekliniker för personer utanför företagshälsovården

Målet med projektet Bättre arbets- och funktionsförmåga (PARTY), som finansierades av Europeiska socialfonden (ESF), var att förbättra arbets- och funktionsförmågan hos personer utanför arbetslivet. Projektet pågick under tiden 1.4.2015–31.3.2018 och i Finland var social- och hälsovårdsministeriet ansvarig myndighet. PARTY-projektet var riksomfattande och dess huvudaktör och administratör var Raumo stad och delaktörer Åbo, Salo, Somero, Eura, Euraåminne, den riksomfattande Vates-stiftelsen, Arbetshälsoinstitutet samt det sociala företaget Rauman Taito-Kunto Oy (från 1.5.2016 registrerad bifirma TaitoKunto). Samarbetspartner i projektet var Arbetspensionsbolaget Varma, föreningarna för arbetslösa Turun Seudun TST ry och Rauman Seudun Työnhakijat ry samt städerna Björneborg och S:t Karins [\[R51\]](#). PARTY-projektet och dess resultat beskrivs närmare i bakgrundsmaterialet till denna konsensusrekommendation [nix03486](#).

Informationsutbyte mellan olika aktörer inom social- och hälsovården och under planeringen av välfärdsområdets verksamhet

Hur överförs uppgifter om hälsa och arbetsförmåga för en person i arbetsför ålder effektivt från en aktör inom social- och hälsovården till en annan (bland annat elektronisk remiss från sjukhusets eller social- och hälsocentralens datasystem till företagshälsovården)?

Enligt Arbetshälsoinstitutets utredning är informationsutbytet mellan företagshälsovården och specialsjukvården ofta tyvärr bristfälligt [\[R52\]](#). Dålig kommunikation mellan aktörerna är en faktor som försvårar samarbetet och bedömningen av arbetsförmågan [\[R52\]](#), [\[R53\]](#), [\[R54\]](#). Utöver ett fungerande informationssystem behövs förståelse för den egna och andra aktörers roller och uppgifter och för strukturerna som stöder samarbetet [\[R52\]](#). Den riksomfattande Kanta-tjänsten är ett sätt att digitalt dela hälsodata mellan användarna. Hälso- och sjukvårdslagen [\[R18\]](#) stadgar att remisser går från basnivån till specialnivån, men inte i motsatt riktning och inte inom basnivån, till exempel från företagshälsovården till primärvården. I TYÖOTE-verksamhetsmodellen går remissen också från den specialiserade sjukvården till företagshälsovården [\[R3\]](#).

Hur kan välfärdsområdet samla in tillförlitlig information om arbets- och funktionsförmågan hos välfärdsområdets befolkning i arbetsför ålder?

I välfärdsområdet är det möjligt att på ett tillförlitligt sätt samla in information om arbets- och funktionsförmågan hos den befolkningen i arbetsför ålder till exempel med hjälp av indikatorerna i databasen TOIMIA [\[R55\]](#), i Institutets för hälsa och välfärd (THL) nationella kvalitetsregister [\[R56\]](#), i Nationella hälsoindexet [\[R57\]](#), i FPA:s sjukförsäkringsstatistik [\[R58\]](#) och i THL:s Terveyshilmo- och Avohilmo-register. Dessa beskrivs närmare i bakgrundsmaterialet till denna konsensusrekommendation [nix03486](#).

Hur kan information om arbets- och funktionsförmågan bland befolkningen i arbetsför ålder nyttiggöras i planeringen av välfärdsområdets verksamhet (informationsledning, indikatorer)?

Bedömningen av de kvalitetsmätare som används inom företagshälsovården bör göras dynamisk och mätarna ska vid behov bytas ut. Man bör också komma ihåg att mätning i sig inte förbättrar kvaliteten utan det krävs aktivt arbete. En av de mest klassiska kvalitetsutvecklingsmetoderna är Demings kvalitetscirkel eller PDCA-cirkeln (närmare i bakgrundsmaterialet till denna konsensusrekommendation [nix03486](#)). Stöd för kollegial utveckling och kollegialt nätverkande kan fås till exempel från Företagshälsovårdens Kvalitetsnätverk [\[R48\]](#).

5. Företagshälsovårdens och andra social- och hälsovårdsaktörers roll för bedömning av arbetsförmågan samt för stödandet av arbetsförmågan och för återgång till arbetet

Rekommendationer

Rekommendation 5.1. Faktorer som främjar arbetsförmågan och återgången till arbetet är informationsutbyte och samarbete mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården. Detta förutsätter att olika aktörer delar aktuell och ändamålsenlig information med varandra.

Rekommendation 5.2. Arbetsfördelningen mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården i bedömningen av arbetsförmågan och stödandet av arbetsförmågan och återgången till arbetet ska utformas genom gemensamt vårdkedjearbete, där arbetsförmågeperspektivet beaktas. Principen för samarbetet ska vara en bedömning av klientens servicebehov.

- Företagshälsovården deltar i utarbetandet av vårdkedjor när sjukdomen påverkar arbetsförmågan.

- Den kompetens som tredje sektorn tillhandahåller, stöd för egenvård och kamratstöd, får gärna läggas till som en del av vårdkedjan då detta är ändamålsenligt med tanke på personens arbetsförmåga.

Rekommendation 5.3. I bedömningen av arbetsförmågan samt i stödjandet av arbetsförmågan och återgången till arbetet är social- och hälsovårdsaktörernas uppgift att verkställa den medicinskt motiverade sjukdomsprofylaxen, utredningar med tanke på att erhålla en diagnos, fastställande av diagnos, vård och rehabilitering samt konsultationer mellan olika aktörer inom social- och hälsovården. Företagshälsovården inkluderas i syfte att arbetets och arbetsplatsens potential beaktas. Utöver sina lagstadgade uppgifter stöder företagshälsovården ovan nämnda åtgärder inom ramen för det gällande arbetsgivarspecifika företagshälsovårdsavtalet.

- Bedömning av arbetsförmågan, stödjande och uppföljning av arbetsförmågan och återgång till arbetet samt behövligt företagshälsovårdssamarbete ingår i företagshälsovårdens centrala lagstadgade uppgifter.

Sammanfattning

Människans arbetsförmåga stöds på platsen där hen arbetar, inom hälso- och sjukvården och i samhället. Forskningen kring verkningsfullheten av stödjande av arbetsförmågan har bedömt arbetsförmågan i relation till arbetsoförmåga, sjukdom eller symtom. Det finns mest forskningsrön om effekten av åtgärder som har anknytning till individen. Det finns stark evidens för positiva effekter på arbetsförmågan av livsstilsinterventioner, individuell stresshantering, modeller för ersättande arbete och anpassning av arbetet, partiell sjukdagpenning och individuell psykoterapi.

Företagshälsovårdens rehabiliteringsuppgifter omfattar identifiering av rehabiliteringsbehov och hänvisning till rehabilitering. Till företagshälsovårdens uppgifter hör också samordning och uppföljning av anställdas hälso- och sjukvårdstjänster och rehabiliteringstjänster. Meningen är att stärka möjligheterna för personen att fortsätta arbeta, respektive återvända till arbetet. Utgående från arbetsplatsens behov ska företagshälsovården samarbeta planmässigt och multidisciplinärt med primärvården, specialsjukvården och rehabiliteringen. Dessutom hjälper företagshälsovården till med planering av arbetsförhållandena och utredning av eventuella yrkessjukdomar.

Välfärdsområdet ska ordna medicinsk rehabilitering i anslutning till sjukvården. Sakkunskap hos en yrkesutbildad person inom socialvården behövs för att identifiera utmaningar inom hanteringen av vardagen och inom den sociala sfären samt för att bedöma klientens totala kompetens, anställningsbarhet och ekonomi. Den medicinska rehabiliteringens rehabiliteringslösning är ett

behandlingsbeslut som är relaterat till rehabiliteringsklientens sjukvård. Med medicinsk rehabilitering eftersträvar man att förbättra och upprätthålla rehabiliteringsklientens fysiska, psykiska och sociala funktionsförmåga samt främja och stödja hanteringen av livssituationen och förmågan att klara av de dagliga sysslorna autonomt. Med yrkesinriktad rehabilitering avses åtgärder som stöder rehabiliteringsklientens möjligheter att få eller behålla ett lämpligt arbete.

Målet med arbetsgruppen för främjande av välbefinnande och hälsa är att följa kommuninvånarnas hälsa och välbefinnande samt de faktorer som påverkar dessa, uppdelat efter befolkningsgrupper. Meningen är också att uppfölja de åtgärder som genomförs inom kommunens tjänster för att möta invånarnas behov av välbefinnande. Arbetsgruppen för främjande av hälsa och välfärd ska säkerställa att innehållet i vårdkedjorna är tillgängligt och synligt. I vårdkedjorna ska också åtgärder för bedömning av arbetsförmågan beaktas, liksom stödjande av arbetsförmågan och rehabilitering av personer i arbetsför ålder.

När det gäller stödjande av arbetsförmågan, styr referensramen för bedömning av funktionsförmågan åtgärderna. Den sjukdomsorienterade bedömningen fokuserar på klientens hälsotillstånd, funktionsförmåga och observerade fynd. Då sektorsövergripande utredningar av funktionsförmågan görs, ses individen som en självständig aktör. Inom ramen för utredningen bedöms relationen mellan å ena sidan klientens begränsningar och resurser och å andra sidan livssituationen, arbets- och utbildningshistorien och motivationen att återgå till arbetet som en främjande faktor. Klienten ska ses som en aktiv aktör. Hen bör veta som händer närmast och varför, vilka yrkesutbildade personer som sköter hans ärende och vilken aktör som ansvarar för vad vid de olika skedena. Klienten spelar en viktig roll i informationsutbytet.

De olika aktörerna inom hälso- och sjukvården ska bilda sig en enhetlig uppfattning om samarbetet med företagshälsovården, stödandet och uppföljningen av återgången till arbetet och företagshälsovårdens roll. Samarbetet och arbetsfördelningen förutsätter att aktörerna inom hälso- och sjukvården har en gemensam förståelse kring begreppet arbetsförmåga, smidigt informationsutbyte och fungerande modeller för stödandet av arbetsförmågan i samarbetet med företagshälsovården. Dessa byggs upp regionalt enligt TYÖOTE-verksamhetsmodellen.

Ändamålsenlig information som delas under processen som stöder klientens arbetsförmåga och återgång till arbetet anknyter till diagnostiken och behandlingen av den sjukdom som påverkar klientens funktions- och arbetsförmåga, till bedömningen av funktions- och arbetsförmågan samt till hur rehabiliteringen förverkligas och med vilka effekter.

Rekommendationens bakgrundsmaterial behandlar ingående företagshälsovårdens och andra social- och hälsovårdsaktörers roll som bedömare av arbetsförmågan och som stödjare av arbetsförmågan och återgången till arbetet [nix03485](#).

6. Utveckling av samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården utifrån TYÖOTE-verksamhetsmodellen eller andra verksamhetsmodeller

Rekommendationer

Rekommendation 6.1. Samarbetet mellan företagshälsovården och den övriga social- och hälsovården bör ökas och utvecklas på ett målinriktat sätt så att vård- och rehabiliteringsprocesserna och återgången till arbetet för personer i arbetsför ålder kan effektiviseras.

Rekommendation 6.2. Den specialiserade sjukvården och primärvården konsulterar företagshälsovården, remitterar eller styr klienten till företagshälsovården när klienten misstänks ha en yrkessjukdom, har arbetsrelaterade symtom eller problem med arbetsförmågan och har tillgång åtminstone till lagstadgade företagshälsovårdstjänster.

Rekommendation 6.3. Företagshälsovårdens specialkompetens i frågor som gäller arbetsförmåga ska ses som en funktionell del av välfärdsområdenas servicesystem.

- **Företagshälsovårdens kompetens ska inom ramen för företagshälsovårdsavtalen användas så att hela social- och hälsovårdens resurser kan nyttiggöras optimalt för att producera hälsofördelar för välfärdsområdets invånare.**

Rekommendation 6.4. Aktörerna inom företagshälsovården ska beakta unga arbetstagares särskilda utmaningar och vid behov också samarbeta med studerandehälsovården. Överföringen av nödvändiga uppgifter från studerandehälsovården till företagshälsovården kan skötas enligt personens samtycke till exempel med hjälp av förfaringssätten i TYÖOTE-verksamhetsmodellen.

Sammanfattning

Välfärdsområdets skyldigheter mot befolkningen i arbetsför ålder grundar sig på lagen om ordnande av social- och hälsovård [\[R17\]](#). Lagen förpliktar välfärdsområdena att samordna tjänsterna till helheter som motsvarar behoven.

Social- och hälsovårdstjänster för befolkningen i arbetsför ålder produceras av ett stort antal olika aktörer. Inom servicehelheten för social- och hälsovård för befolkningen i arbetsför ålder ska bland annat primärvårdens, specialistsjukvårdens, företagshälsovårdens och socialvårdens tjänster samordnas. Samordningen av social- och hälsovårdstjänsterna för befolkningen i arbetsför ålder i välfärdsområdena är viktig för att tjänsterna ska vara smidiga och för att informationsutbytet mellan olika aktörer inom social- och hälsovården ska vara effektivt.

Uppbyggandet av servicehelheten för befolkningen i arbetsför ålder förutsätter att centrala aktörer i välfärdsområdet identifieras och att rollerna och ansvaren förtydligas. Utöver detta krävs också samarbetsstrukturer och samordning samt en utveckling av gemensamma verksamhets sätt och dataöverföringsmetoder för att stödja arbetsförmågan hos personer i arbetsför ålder. Lagen om företagshälsovård [\[R12\]](#) förutsätter att välfärdsområdena också tillhandahåller företagshälsovårdstjänster för arbetstagare på arbetsplatserna i området. Tjänsterna kan produceras som egen verksamhet via en så kallad in-house-enhet eller genom att utnyttja en extern tjänsteleverantör. Om det inte finns tillgång till dessa, ska välfärdsområdets egen organisation inkludera lagstadgad kompetens inom företagshälsovården [\[R18\]](#).

Målsättningen för samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården är ändamålsenliga tjänster för befolkningen i arbetsför ålder på rätt plats, i rätt utsträckning och vid rätt tidpunkt. Genom förbättrat samarbete mellan specialistsjukvården, primärvården och företagshälsovården utnyttjas företagshälsovårdens specialkompetens och då blir det möjligt att effektivisera vård-, rehabiliterings- och arbetsåtergångsprocessen för personer i arbetsför ålder, snabba upp identifieringen av yrkessjukdomar och att inrikta hälso- och sjukvårdens resurser bättre.

Regeringen Orpos regeringsprogram lyfter fram vikten av att utveckla och intensifiera samarbetet mellan företagshälsovården, Studenternas hälsovårdstiftelse och de offentliga social- och hälsovårdstjänsterna [\[R35\]](#). En särskild utmaning utgörs av yrkesvalet för unga personer, där bland annat olika allergier, eksem och astma [\[R59\]](#) samt den stigande frekvensen av psykiska störningar bör beaktas [\[R60\]](#). Utvecklingen av samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården utifrån TYÖOTE-verksamhetsmodellen eller andra verksamhetsmodeller behandlas mer ingående i rekommendationens bakgrundsmaterial [nix03487](#).

7. Uppföljning av samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården och vidareutveckling av verksamhetsmodellerna

Rekommendationer

Rekommendation 7.1. För att förankra TYÖOTE-verksamhetsmodellen behövs gemensamma processer som överskrider organisationernas gränser och utvärdering av hur väl processerna fungerar samt gemensamma målsättningar.

Rekommendation 7.2. Problemen som observerats i samband med bedömningen av funktionaliteten av de gemensamma processerna bör lösas av välfärdsområdets offentliga social- och hälsovårdsaktörer och företagshälsovården tillsammans.

Rekommendation 7.3. Funktionaliteten av samarbetet bör följas upp utifrån nationellt gemensamt uppställda mål till exempel vid social- och hälsovårdsministeriet i delegationen för företagshälsovård och vid finansministeriet.

Sammanfattning

Införande och vidareutveckling av verksamhetsmodellen förutsätter systematisk ledning och uppföljning av hur verksamhetsmodellen genomförs i praktiken. Samarbetet bör också följas upp, både nationellt och regionalt.

Samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården följs upp på det nationella planet vid social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet eller båda.

Välfärdsområdenas styrningsstrukturer förtydligas och utvecklas tidsenligt.

Samarbetet följs upp regionalt genom kliniska auditeringar enligt TYÖOTE-verksamhetsmodellen. Inom ramen för den kliniska auditeringen granskas klientinformationsförmedlingen mellan olika aktörer. Detta ger en grund för rättidigheten att inleda en bedömning av klientens arbetsförmåga jämte en stödprocess. Auditeringen av processen förutsätter att klientprocesserna följs upp med klientens samtycke genom hela vårdkedjan (specialsjukvården, primärvården, företagshälsovården).

Grunden till att upprätthålla TYÖOTE-verksamhetsmodellen ligger i principen om kontinuerlig utveckling. Den kliniska auditeringen avslöjar hur god praxis ser ut, då samarbetet fungerar men

också hur problemen och avbrotten i informationsutbytet ter sig, då det gäller klientens sektorsöverskridande vård- och rehabiliteringsprocess.

Uppföljningen och utvecklingen av samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården behandlas mer ingående i rekommendationens bakgrundsmaterial [nix03488](#).

8. Behovet av vetenskaplig forskning kring samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården

Rekommendationer

Rekommendation 8.1. Långsiktig och oavhängig vetenskaplig forskning bör bedrivas om införande av TYÖOTE-verksamhetsmodellen och av eventuella andra modeller. Detsamma gäller kostnader, effektivitet och kostnadseffektivitet som användningen av sådana modeller medför.

Rekommendation 8.2. Då samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården utvecklas nationellt eller i välfärdsområdena, bör man på förhand utvärdera resurserna som utvecklingen kräver och beskriva utvecklingsmålen och publicera dem för nationellt bruk. Utvecklingen bör följas upp och rapporteras på ett sådant sätt att resultaten av såväl kostnader som effekterna (inverkan) kan bedömas och appliceras inom andra områden.

Sammanfattning

Rekommendationerna i detta avsnitt grundar sig på observationer som framkommit i samband med tidigare frågor.

TYÖOTE-verksamhetsmodellen tas gradvis i nationellt bruk. Detta både möjliggör och förutsätter en utredning av kostnader, verkningsfullhet och kostnadseffektivitet av applicering och fortsatt användning av modellen. För detta behövs tvärvetenskaplig forskning inom olika vetenskapsområden, såsom medicin, vårdvetenskap, socialvetenskap och hälsoekonomi, något som endast kan genomföras akademiskt. Emedan kostnaderna för sjukfrånvaro och arbetsförmåga till följd av sjukdomar är höga, vore det lönsamt för samhället att finansiera denna forskning i tillräcklig grad, men mycket fokuserat.

Genom åtgärder som påverkar arbetsförmågan eftersträvas långvariga effekter som bibehålls länge, till och med individens hela arbetskarriär. Förutom omedelbara mått, såsom måttet som beskriver längden på sjukfrånvaron, behövs mått som beskriver resultat åtminstone över flera år som är relaterade till arbetsförmåga, sysselsättning och funktionsförmåga.

Ett forskningsämne som identifierats under arbetet med denna rekommendation är nationell validering av frågor som ställs under den kliniska auditeringen av TYÖOTE-verksamhetsmodellen. Det finns inte heller forskningsdata som skulle identifiera vilken aktörs koordinering vore mest effektiv i den finländska kontexten.

Av offentligt finansierade utvecklingsprojekt krävs i allmänhet en plan för hur projektgenomföringen och bedömningen av effekterna ska följas upp. Rapporteringen är emellertid inte alltid av så hög kvalitet att den tillät att projektresultaten kunde utnyttjas för extern utvecklingen av projektet.

De nationella registren kan fungera som tänkbart informationsmaterial för forskningsändamål. Sådana register är exempelvis Institutets för hälsa och välfärds (THL) nationella kvalitetsregister [\[R56\]](#), Nationella hälsoindexet [\[R57\]](#), FPA:s sjukförsäkringsstatistik [\[R58\]](#) och THL:s Vårdanmälningssystem [(Hilmo-registren för hälsoregistrering (Terveyshilmo) och för den öppna primärvården (Avohilmo))]. Inom välfärdsområdet kan man också nyttja uppgifter från patientdatasystem som förvaltas av den personuppgiftsansvarige för ifrågavarande organisation.

Rekommendationspanel och dokumentationsgrupp

Rekommendationspanel

Eva Helaskoski (1. chair)

Raija Sipilä (2. chair)

Juha Auvinen

Marja-Leena Haavisto

Hanna Hakulinen

Tarja Heino-Tolonen

Anne Juntunen

Pauliina Kangas

Jaro Karppinen

Hanna-Maija Kause

Jaana Kemppainen

Mirva Kiiveri
Inka Koskiaho
Kati Kyrölä
Jarmo Lappalainen
Marika Löija
Anu Neuvonen
Jarmo Pajula
Maija Paukkunen
Pia Riikkala
Päivi Rissanen

Dokumentationsgrupp

Hanna-Reetta Brummert
Jorma Komulainen
Minna Majuri
Ilona Mikkola

Finansiering

Denna vårdrekommendation har finansierats av Mellersta Finlands välfärdsområde, projektet Ansvarsfullt stöd för arbetsförmågan (TYÖOTE).

Litteratur

1. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta 1038/2021 (Viitattu 2.11.2023). Saatavilla: <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2013/20130708>
2. Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2025 - yhteistyöllä työkykyä ja terveyttä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:1. ISBN: 978-952-00-3799-4. (Viitattu 2.10.2023). Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/79474>
3. Työterveyslaitos. Vastuullinen työkyvyn tuki - TYÖOTE. (Viitattu 2.10.2023). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/sv/forskning/projekt/ansvarsfullt-stod-for-arbetsformagan>
4. Piitulainen K, Korhonen I, Husman K ym. Tukimalli työhönpaluuseen selkäläikkauksen jälkeen asiakasohjaajana työterveyshuolto. Suom Lääkär 2019;74,:1048-1053. Saatavilla: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/tukimalli-tyohonpaluuseen-selkäläikkauksen-jälkeenasiakasohjaajana-tyoterveyshuolto/>

5. Karma P. Hoitosuositukset ja hoitoketjut – parempaan laatuun kohtuuhintaan. Käyt Lääk 1999;42:170-3.
6. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yleistietoa kansantaudeista. (Viitattu 22.11.2023). Saatavilla: <https://thl.fi/sv/teman/folksjukdomar/allman-information-om-folksjukdomar>
7. Työelämäsanasto. Kolmas sektori. Saatavilla: <https://www.tyoelamasanasto.fi/k/kolmas-sektori/>
8. Koivisto J, Liukko E, Tiirinki H, Lyytikäinen M. Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyn, ohjauksen ja seurannan käsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 11/2020. ISBN: 978-952-343-581-0. (Viitattu 2.10.2023). Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-581-0>
9. Työterveyslaitos (2021). Työkykytalo. (Viitattu 2.10.2023). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/sv/teman/arbetshalsa-och-arbetsformaga/arbetsformaga>
10. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mitä toimintakyky on? (Viitattu 21.5.2024). Saatavilla: <https://thl.fi/sv/teman/funktionsformagan/vad-ar-funktionsformaga>
11. Työ- ja elinkeinoministeriö. Sosiaali-, terveys- sekä työ- ja elinkeinoalojen yhteisten palvelujen sanasto. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-479-2>
12. Työterveyshuoltolaki (1383/2001). (Viitattu 2.10.2023). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2001/20011383>
13. Laki hyvinvointialueista (611/2021). (Viitattu 2.10.2023). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2021/20210611>
14. Työterveyslaitos. Työterveysyhteistyö. (Viitattu 28.11.2023). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/sv/teman/arbetshalsa/foretagshalsovarden/foretagshalsovardssamarbete>
15. Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. (Viitattu 7.9.2023). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990731>
16. Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738>
17. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 29.6.2021/612. (Viitattu 21.9.2023). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2021/20210612>
18. Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. (Viitattu 7.9.2023). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työikäiset hyvinvointialueilla 1.0 -tarkastuslista. Saatavilla: <https://stm.fi/sv/-/checklista-for-att-beakta-personer-i-arbetsfor-alder-och-deras-arbetsformaga-inom-valfardsomradena>
20. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta. 741/2023. (Viitattu 8.4.2024). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2023/20230741>
21. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. (Viitattu 14.9.2023). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559>
22. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. (Viitattu 14.9.2023). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1992/19920785>
23. Tietosuoja laki. 1050/2018. (Viitattu 21.9.2023). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2018/20181050>
24. EU:n yleinen tietosuoja-asetus. EU 679/2016. (Viitattu 21.9.2023). Saatavilla: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj?locale=sv>
25. Laki yksityisyydensuojasta työelämässä (759/2004). (Viitattu 20.8.2024). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2004/20040759>

26. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 784/2021. (Viitattu 22.5.2024). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2021/20210784>
27. Eläketurvakeskus. Työeläkejärjestelmän piiriin kuuluvat 17–68-vuotiaat. Saatavilla: <https://www.etk.fi/sv/forskning-statistik-och-prognoser/statistik/nyckeltal/17-68-aringar-som-omfattas-av-arbetspensionssystemet/>
28. Sitra. Väestöselvitys 2040. Saatavilla: <https://www.sitra.fi/julkaisut/vaestonselvitys-2040/>
29. Työ- ja elinkeinoministeriö. Työllisyyskatsaus, elokuu 2023 Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165158>
30. Tilastokeskus. Työvoimatutkimus. Saatavilla: <https://stat.fi/sv/statistik/tyti>
31. Kelan työterveyshuoltotilasto 2022 – FPA-statistik Företagshälsovård 2022. Saatavilla: <https://helda.helsinki.fi/items/ed2677f8-d27c-4826-bfa7-e89077af4218>
32. Kela. Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset. Saatavilla: https://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT099AL&YKIELI=R
33. Tilastokeskus – Väestöennuste 2021–2070 Saatavilla: https://stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_tie_001_sv.html
34. Sisäministeriö. Suomi panostaa työvoiman maahanmuuttoon. Saatavilla: <https://intermin.fi/maahanmuutto/tyovoiman-maahanmuutto>
35. Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikääntyneet työntekijät. Saatavilla: <https://stm.fi/sv/aldre-arbetstagare>
36. Tilastokeskus. Väestön koulutus rakenne. Saatavilla: <https://stat.fi/sv/statistik/vkour>
37. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 31/2023. Terve Suomi -kyselyosuuden indikaattoritaulukot ja Terve Suomi -tutkimus. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146624/Tilastoraportti_Terve_Suomi_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=JA <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankeet/terve-suomi-tutkimus>
38. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työkäiset. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elamankulku/tyoikaiset>
39. Manderbacka K, Aalto A-M, Kestilä L ym. Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki
40. Työterveyslaitos. Faktaa työterveyshuollosta – rooli ja mahdollisuudet sotessa. Saatavilla: <https://www.ttl.fi/faktaa-tyoterveyshuollosta-rooli-ja-mahdollisuudet-sotessa>
41. Laakkonen K. Mitä työterveyshuollon tulee tietää tietosuojasta? Suom Lääkär 2017;6:370-371. Saatavilla: <https://www.laakarilehti.fi/liitossa/liitto-toimii/mita-tyoterveyshuollon-tulee-tietaa-tietosuojasta/?public=95f39c03573745243d23b6b4728c58bf>
42. Työterveyslaitos. Poliittikasuositus: Työkykyä ja tuottavuutta hyvinvointialueille sote-toimijoiden yhteistyöllä. Saatavilla: <https://www.ttl.fi/sv/policyrekommendation-arbetsformaga-och-produktivit-et-i-valfardsomradena-genom-samarbete-mellan>
43. Hyvinvointialueiden hoitoketjujen kirjoitusohjeet. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/shp00457>
44. Kervinen, Ahola. Työterveyshuolto mukaan sairaanhoitopiirien hoitoketjuihin. Työterveyslääkäri 2020;38(1):48-50.
45. Työterveyslaitos. Työfysioterapian ja työterveyspsykologian hyvät käytännöt. 7. Neuvonta ja ohjaus. Saatavilla: <https://www.ttl.fi/sv/laromedel/god-praxis-inom-foretagsfysioterapi-och-foretagspsykologi/7-radgivning-och-vagledning>

46. Verkostojohtamisen opas. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 2019:12. Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161513/VNK_12_19_Verkostojohtamisen_opas.pdf
47. Sotarauta M (toim.) Kaupunkiseutujen kilpailukyky ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki, 1999
48. Työterveyslaitos. Työterveyshuollon Laatuverkosto. Saatavilla: <https://www.ttl.fi/sv/tjanster/foretagshalsovardens-kvalitet/foretagshalsovardens-kvalitetsnatverk>
49. Työterveyslaitos. Työkyvyn tuella pidempiä työuria ja tuottavuutta – toimintamallit monialaiseen yhteistyöhön (TYKYTUO) – Osahanke: Työterveysyhteistyön vaikuttavat toimintamallit ja indikaattorit. Saatavilla: <https://www.ttl.fi/tutkimus/hankeet/tyokyvyn-tuella-pidempia-tyouria-ja-tuottavuutta-toimintamallit-monialaiseen-yhteistyohon-tykytuo>
50. Nurmi H, Vähätalo L, Siukola A ym. Työkyvylle tukea perusterveydenhuollosta. Suom Lääkäril 2023;78:e37537. Saatavilla: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/tyokyvylle-tukea-perusterveydenhuollosta/>
51. RR-tietopalvelu -hankekuvaus S20519, PARTY Parempaa työ- ja toimintakykyä -projekti. Saatavilla: <https://www.eura2014.fi/rrtiepa/projekti.php?projektkoodi=S20519>
52. Tarvainen K, Pesonen S, Laaksonen M. Alueellisella yhteistyöllä tukea työkykyyn - hahmotus: Selvitys työkyvyn tuen ja sen koordinaation toteutumisesta viiden sairaanhoitopiirin alueella työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen toimijoiden välisessä yhteistyössä. Tietoa työstä 2015. ISBN 978-952-589-3. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-589-3>
53. Vähätalo L, Siukola A, Atkins S, ym. Cooperation between Public Primary Health Care and Occupational Health Care Professionals in Work Ability-Related Health Issues. Int J Environ Res Public Health 2022;19(19): [PubMed](#)
54. Sarmala S, Vähätalo L, Siukola A, Reho T, Sauni R. Erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon yhteinen potilas – tiedonsiirto olennaisena osana saumatonta yhteistyötä. Duodecim 2024;140(13):1133-8.
55. TOIMIA-tietokanta. Terveysportti, Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00200>
56. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit. Saatavilla: <https://thl.fi/sv/teman/ledning-och-halsovardstjanster/utvardering-och-uppfoljning/informationsunderlag-och-verktyg/nationella-kvalitetsregister-for-halso-och-sjukvarden>
57. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kansallinen terveysindeksi. Saatavilla: <https://thl.fi/sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/det-nationella-halsoindexet>
58. Kelan sairausvakuutuslasko 2022. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20230905117416>
59. Työterveyslaitos. Työssä terveinä, ammatinvalinta, allergia, ihottuma ja astma. (Viitattu 20.8.2024). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/teemat/tyoterveys/toissa-terveena-ammatinvalinta-allergia-ihottuma-ja-astma>
60. Työterveyslaitos. Tiedote. Nuorten mielenterveysongelmat on otettava vakavasti. (Viitattu 20.8.2024). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/sv/aktuellt/pressmeddelande/ungdomars-psykiska-problem-maste-tas-pa-allvar>

Utveckling av samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården

12.11.2024

Arbetsförmåga genom samarbete: Samarbete mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården i välfärdsområdet, skribentgruppen för konsensusrekommendationen för God praxis

Vad är TYÖOTE-verksamhetsmodellen och vilka andra verksamhetsmodeller har beskrivits?

Genom TYÖOTE-verksamhetsmodellen [\[R1\]](#) kan man effektivisera samarbetet mellan företagshälsovården och den offentliga hälso- och sjukvården, förbättra klientens stöd för arbetsförmågan och överföra ansvaret för bedömning av arbetsförmågan från specialistsjukvården, primärvården och rehabiliteringen till företagshälsovården. Verksamhetsmodellen är en samarbetsmodell mellan den offentliga hälso- och sjukvården och företagshälsovården, där man för vissa diagnoser endast skriver ut en kort sjukfrånvaro inom den offentliga hälso- och sjukvården och remitterar patienten till företagshälsovården för en individuell bedömning av arbetsförmågan samt för stödåtgärder för att återgå till arbetet. Enligt verksamhetsmodellen tar företagshälsovården samordningsansvaret för stödandet av arbetsförmågan och för återgången till arbetet för en klient som vårdats inom specialistsjukvården eller av social- och hälsocentralen. Företagshälsovården sörjer sedan för de fortsatta åtgärderna så att arbetstagaren kan återvända till arbetet rätttidigt när hen blivit arbetsför. Företagshälsovårdens kompetens i frågor som gäller arbetsförmågan kan snabbare och mer systematiskt än idag nyttiggöras av den offentliga hälso- och sjukvården. TYÖOTE-verksamhetsmodellen gäller dock endast företagshälsovårdens klienter. Utvecklingen av service- och rehabiliteringssystemet kan frigöra resurser inom den offentliga hälso- och sjukvården för dem som saknar företagshälsovård.

Samarbetet mellan aktörerna inom social- och hälsovården varierar mellan olika regioner, organisationer och enheter. Genom samarbete strävar man i allmänhet efter att uppnå en helhetsuppfattning av klientens situation och erbjuda bästa möjliga vård på ett sömlöst och smidigt sätt. Olika samarbetsmodeller används i syfte att minska överlappningar, att förbättra resursanvändningen och att öka kundnöjdheten. Att dela information mellan aktörerna med

klientens samtycke är en central del av samarbetet. Patientdatasystemen och applikationerna kan i bästa fall underlätta informationsdelningen och kommunikationen mellan olika aktörer.

Utvecklingen av olika samarbetsmodeller utgår ofta från behovet av att effektivisera produktiviteten och optimera resursanvändningen. Ett annat behov i bakgrunden av samarbetet är nyttan för klienten, som bör stå i centrum för social- och hälsovårdstjänsterna. När samarbetet utvecklas ska man alltid också komma ihåg de ramvillkor och begränsningar som lagstiftningen ställer [\[R2\]](#).

Det finns en God praxis-konsensusrekommendation som gäller verksamhetsmodellerna för öppenvårdsmottagningarna inom primärvården [\[R3\]](#), och dessa behandlas inte här.

I Finland har man arbetat med vårdkedjor redan i 30 år. Med vårdkedja avses arbetsfördelningen mellan de aktörer som deltar i samarbetet i fråga om en viss sjukdom eller ett visst hälsoproblem. Vårdkedjan börjar med ett identifierat servicebehov och upphör när servicebehovet inte längre finns. Det är viktigt att bygga upp vårdkedjorna multiprofessionellt och att samtidigt utarbeta en plan för hur man informerar om verksamheten, hur den förankras och hur den bedöms. Vårdkedjorna ska uppdateras regelbundet. Det ursprungliga målet för vårdkedjearbetet var att utveckla ett smidigt samarbete mellan specialistsjukvården och primärvården, men i och med uppkomsten av regionala vårdkedjor började man introducera och verkställa de nationella God medicinsk praxis-rekommendationerna [\[R4\]](#). Valfärdsområdenas vårdkedjor har publicerats i Terveysportti [\[R5\]](#). När vårdkedjorna byggs upp, är det också bra att nyttiggöra företagshälsovårdens kompetens och att beakta aspekterna som gäller stödet för arbetsförmågan [\[R6\]](#). Företagshälsovårdens roll i de regionala vårdkedjorna beskrivs närmare i punkt 4 i denna konsensusrekommendation. Aktörer som producerar social- och hälsovårdstjänster för befolkningen i arbetsför ålder inom valfärdsområdena och deras samarbete [hsu00031](#).

Olika patientgruppsspecifika vårdvägar kan ses som verksamhetsmodeller för samarbetet [\[R7\]](#), eftersom ett smidigt vårdförlopp har planerats för klienten under aktörernas ömsesidiga samarbete och beskrivs i vårdkedjan. Vårdvägarna är beskrivningar avsedda för patienten och kan innehålla till exempel anvisningar om patientens vård, uppföljning samt om kommunikationen mellan olika aktörer. Företagshälsovården känner till arbetsförhållandena och spelar en viktig roll i bedömningen av arbetsförmågan och i att stödja klientens återgång till arbetet. Företagshälsovården är tills vidare en ofta oanvänd samarbetspart i samarbetet gällande vårdvägarna för personer i arbetsför ålder.

Integrationen av social- och hälsovården förutsätter sektorsövergripande samarbete alltid när klienten behöver det. Genom sektorsövergripande samarbete strävar man efter att tidsenligt tillhandahålla tjänster som motsvarar stödbehovet. Till det sektorsövergripande samarbetet hör också att förtydliga ansvaren för dem som deltar i samarbetet. Sektorsövergripande samarbete kan bedrivas inom en enhet som tillhandahåller social- och hälsovårdstjänster (t.ex. social- och hälsocentralens interna samarbete), mellan olika serviceenheter (samarbete mellan social- och hälsovårdsorganisationens enheter), mellan yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården eller genom kundhandledning (hänvisas till tjänster enligt behov) [\[R8\]](#). När det gäller arbetande personer i arbetsför ålder är det också viktigt att i det sektorsövergripande samarbetet inkludera företagshälsovården, som är specialist på att stödja, upprätthålla och bedöma arbetsförmågan och som känner till arbetsförhållandena och möjligheterna att anpassa arbetet.

För att lyckas i samarbetet krävs kompetens, färdigheter att bemöta andra människor, bestående samarbetspraxis, kompetent ledarskap och regelbunden utbildning [\[R9\]](#). Samarbetet mellan olika aktörer inom social- och hälsovården anses allmänt nödvändigt, men hur det genomförs innebär utmaningar. Man känner inte nödvändigtvis till eller förstår en annan aktörs arbete tillräckligt väl och detta kan leda till missförstånd. Också utbyte av information upplevs ofta som utmanande – man litar inte på den andra samarbetsparten och man upplever att det inte finns tid eller andra resurser för samarbete [\[R10\]](#), [\[R11\]](#), [\[R12\]](#). Samarbetet kräver således också en attitydförändring och skapande av förtroende mellan olika aktörer. En förutsättning för ett fungerande samarbete är ömsesidig växelverkan, oberoende av om det sker elektroniskt, per telefon eller ansikte mot ansikte vid möten och utbildningar [\[R6\]](#).

Primärvårdens möjligheter att kontakta företagshälsovården är ofta bristfälliga och knappa resurser och snabb personalomsättning försvårar samarbetet ytterligare. Inom primärvården möter man dock till och med dagligen patienter som behöver stöd för arbetsförmågan, och det är uppenbart att det finns behov för samarbete och smidig remisspraxis. I samarbetet mellan specialistsjukvården och företagshälsovården sker dataöverföringen närmast i form av remisser och responser. Specialistsjukvården behöver information om företagshälsovårdens verksamhetsmöjligheter. Primärvården och specialistsjukvården behöver mer information om hur villkoren för god arbetsförmåga kan identifieras och om företagshälsovården generellt. Det finns också utrymme för utveckling av patient- eller klienthandledningen och av tillgången till vård mellan olika aktörer. Samarbete och utveckling av samarbetet är nödvändiga [\[R12\]](#).

Samarbetet mellan företagshälsovården och den övriga hälso- och sjukvården är utmanande också på andra håll än i vårt system i Finland. Enligt en tysk studie hade primärvårdsläkare som arbetade

med rehabilitering ofta ha en positiv syn på den egna yrkeskåren, men en negativ syn i synnerhet på företagsläkare. Företagsläkare ansågs vara partiska, att de gynnade arbetsgivaren och att de till och med var opålitliga. Företagsläkare ansåg däremot att de känner till arbetet och arbetsförhållandena och att de utgör en viktig del av rehabiliteringen [\[R13\]](#). I en studie i Frankrike utreddes också läkares och företagsläkares roller och samarbete. Och också här ifrågasattes företagsläkares oberoende, må vara att man i övrigt förhöll sig positivt till samarbetet [\[R14\]](#).

I Holland gjordes en interventionsstudie för anställda som hade problem inom flera livsområden. Man kom till den slutsatsen att sektorsövergripande samarbete mellan yrkesutbildade personer är viktigt. Samarbetet gynnar patienter/klienter och ökar kännedomen om andra yrkesutbildade personers arbete. Sektorsövergripande samarbete var dock i praktiken ännu slumpmässigt och varierande [\[R15\]](#).

Inom social- och hälsovården finns det signifikanta utmaningar, och en av de största är bristen på personal. Utvecklingen av samarbets- och arbetsfördelningsmodeller ses som en delösning. Försök och ändringar i arbetsfördelningen mellan yrkesgrupperna har gjorts redan länge (bl.a. arbetsfördelningen mellan vårdare och läkare, fysioterapeuternas direktmottagning) och arbetsfördelningsrelaterade projekt pågår också för närvarande. Experiment och projekt gällande kundorienterade arbetstider och ledarskap har också genomförts. Flerstädes strävar man efter att utvidga det sektorsövergripande samarbetet och att göra funktionerna smidigare. I Finland sker utvecklingen oftast genom regionala pilotprojekt. Arbetsfördelningen, personalstrukturen och samarbetsmodellerna är ju arbetsplats- och områdesspecifika. Arbetsfördelningen och utvecklingen av fördelningen av arbetsuppgifter bör granskas som ett omfattande samarbete parallellt med vård- och serviceprocesserna [\[R2\]](#).

Verksamhetsmodellerna inom social- och hälsovården är i allmänhet lokalt överenskommen praxis som hänför sig till vård, handledning eller omplacering av en patient eller klient, till arbetsfördelningen mellan yrkesutbildade personer eller till olika experiment och pilotprojekt. En riksomfattande verksamhetsmodell för samarbete mellan alla välfärdsområden och mellan olika aktörer som skulle motsvara TYÖOTE-verksamhetsmodellen identifierades inte. Under årens lopp har man strävat efter att utveckla samarbetsmodellerna och detta har påverkat utvecklingen av TYÖOTE-verksamhetsmodellen. I projektet TYÖKE (2017–2020) [\[R16\]](#) byggdes fungerande samarbetsnätverk mellan företagshälsovården och den övriga social- och hälsovården både nationellt och regionalt (landskapsvis). Projektet syftade till att integrera företagshälsovården med den övriga social- och hälsovården och lösningar för detta utvecklades, bland annat i form av en elektronisk remiss-responskanal som nu nyttjas i TYÖOTE-verksamhetsmodellen.

Målet med projektet MYÖTE (2021–2023) [\[R17\]](#) var att stärka och stödja den psykiska och sociala arbets- och funktionsförmågan hos arbetande personer, att minska arbetsoförmåga till följd av psykisk ohälsa (sjukfrånvaro och invalidpensionering) och därigenom att förbättra sysselsättningsgraden och produktiviteten, att minska kostnaderna på grund av arbetsoförmåga samt att inhämta information till stöd för att utveckla beslutsfattandet och social- och hälsovårdstjänsterna regionalt och nationellt. I projektet utvecklades regionala verksamhetsmodeller för att stödja den psykiska hälsan i tre välfärdsområden och man hjälpte arbetsgemenskaperna att hitta metoder för att stärka personalens psykiska hälsa. I de regionala verksamhetsmodellerna utökades samarbetet mellan företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården för behandling av psykiska störningar (särskilt depression). I verksamhetsmodellen MYÖTE hänvisades en mentalvårdspatient från den övriga hälso- och sjukvården till företagshälsovården för att få aktiva stödåtgärder för arbetsförmågan och återgå i sinom tid till arbetet.

I projektet TYKYTUO (längre arbetskarriärer och högre produktivitet genom stöd för arbetsförmågan 2020–2023) [\[R11\]](#) utvecklades samarbetet mellan primärvården, specialistsjukvården och företagshälsovården i anslutning till arbetsförmågan. Det verkningsfulla och produktiva företagshälsovårdssamarbetet förbättrades. Projekten TOIKE, OTE och TYKYTUO beskrivs i punkt 4 i denna konsensusrekommendation. Aktörer som producerar social- och hälsovårdstjänster för befolkningen i arbetsför ålder inom välfärdsområdena och deras samarbete [hsu00031](#).

TYÖOTE-verksamhetsmodellen fungerar som en indikator för effektivitetsbaserad styrning och ledning av verksamheten enligt de riksomfattande målen för social- och hälsovården (för 2024–2027) [\[R18\]](#). Målet är att TYÖOTE-verksamhetsmodellen används i samarbetet mellan specialistsjukvården och företagshälsovården i minst tio olika sjukdomsgrupper.

Hur ska TYÖOTE-verksamhetsmodellen tillämpas i samarbetet mellan företagshälsovården och den specialiserade sjukvården?

Verksamhetsmodellernas lämplighet i olika patientgrupper

TYÖOTE-verksamhetsmodellen [\[R1\]](#) kan nyttiggöras som stöd för arbetsförmågan vid flera olika sjukdomar. Mest erfarenheter har man av att utnyttja modellen i samband med höft- och knäprotesoperationer, men verksamhetsmodellen lämpar sig också väl till exempel i samband med

andra kirurgiska ingrepp samt för kardiologiska, neurologiska, fysiatrika, psykiatriska, trauma- och cancerpatienter. Verksamhetsmodellen kan utvidgas till att gälla alla lämpliga patientgrupper och den ger mest nytta i sjukdomsgrupper med stora volymer som orsakar mycket arbetsoförmåga. Utöver samarbetet mellan den specialiserade sjukvården och företagshälsovården strävar man i TYÖOTE-verksamheten efter att intensifiera företagshälsovårdens samarbete även med primärvården och rehabiliteringen.

Bygandet av TYÖOTE-verksamhetsmodellen i samarbete mellan aktörerna inom den specialiserade sjukvården och företagshälsovården inom området – skapandet av en detaljerad processbeskrivning och överenskommelse om olika aktörers ansvar

TYÖOTE-verksamhetsmodellen [\[R1\]](#) byggs upp i samarbete med de regionala social- och hälsovårdsaktörerna och anpassas med beaktande av varje välfärdsområdes särdrag och behov. Av verksamhetsmodellen skapas en noggrann processbeskrivning där detaljerna i genomförandet av modellen samt olika aktörers roller och ansvar framgår. Verksamhetsmodellen byggs i allmänhet upp enligt patientgrupp. I det arbetet deltar anställda inom den specialiserade sjukvården och vid behov inom primärvården som representerar patientgruppen i fråga, en representant för företagshälsovården och välfärdsområdets TYÖOTE-koordinator. Vid behov kompletteras planeringsgruppen till exempel med en representant för patientorganisationen. Planeringsgruppen finslipar detaljerna i verksamhetsmodellen och fastställer varje aktörs ansvar i processen. Arbetshälsoinstitutets facilitatorer har deltagit i införandet av verksamhetsmodellen när processen har byggts upp för den första patientgruppen i välfärdsområdet.

Processchema över samarbetet mellan ortopedin och företagshälsovården (FHV) för ledprotosopererade personer i arbetsför ålder

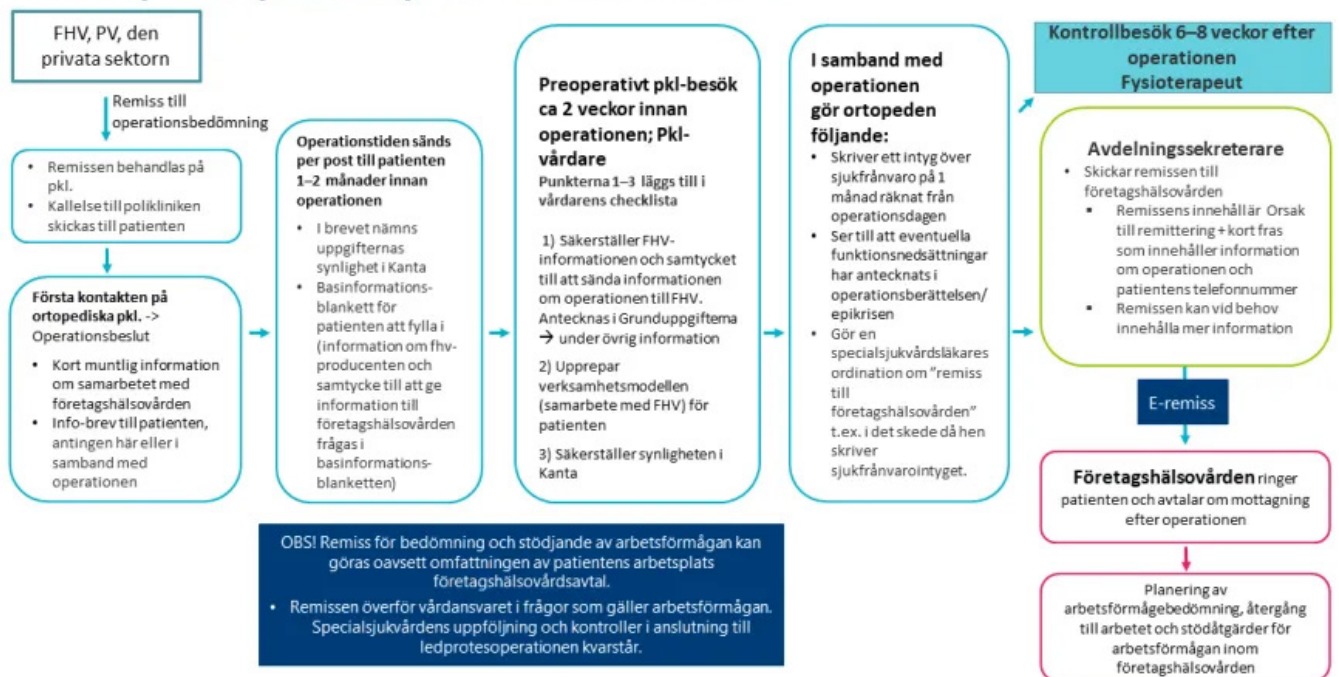


Bild 1. Exempel på flödesdiagram. Bildkälla: Arbetshälsoinstitutet

<https://www.ttl.fi/sv/laromedel/tyoote-verksamhetsmodellen/2-tyoote-verksamhetsmodellen-i-praktiken>

Inom välfärdsområdet har man inrättat ett sektorsövergripande samarbetsforum där man följer upp hur TYÖOTE-verksamheten framskrider för olika patientgrupper, servicehelheten för social- och hälsovården för befolkningen i arbetsför ålder i området och samarbetet mellan aktörerna inom social- och hälsovården. Samarbetsforumets verksamhet bör upprätthållas och utvecklas. Dessutom bildar tjänstproducenterna inom företagshälsovården inom de flesta välfärdsområdena en egen regional samarbetsgrupp med multiprofessionell representation från företagshälsovården i området. Syftet med gruppen är att intensifiera samarbetet mellan företagshälsovården och för sin del sörja för företagshälsovårdens beredskap att använda verksamhetsmodellen.

Remiss för samordning av frågor som gäller arbetsförmågan inom företagshälsovården

Bedömning av arbetsförmågan, stöd för arbetsförmågan och återgången till arbetet samt hänvisning till rehabilitering utgör företagshälsovårdens specialkompetens. Liksom inom andra medicinska specialiteter är det möjligt att göra en remiss också till företagshälsovården. Det är skäl

att göra en remiss från den övriga hälso- och sjukvården till företagshälsovården till exempel när man upptäcker problem med patientens arbetsförmåga eller när patienten behöver stöd för att återgå till arbetet efter sjukfrånvaro.

Det är skäl att remittera patienten från den specialiserade sjukvården och primärvården till företagshälsovården när patienten har arbetsrelaterade symtom eller problem med arbetsförmågan. Inom företagshälsovården utreds symtomen, arbetsförmågan bedöms och vid behov vidtas stödåtgärder för arbetsförmågan.

De flesta tjänsteproducenter inom företagshälsovården har en elektronisk remiss-responsförbindelse mellan patientdatasystemen med det lokala sjukhuset. Vanligtvis har denna förbindelse använts så att företagshälsovården gör en remiss till sjukhuset och sjukhuset skickar vårdresponsen till företagshälsovården. I TYÖOTE-verksamhetsmodellen har man med hjälp av denna kanal byggt upp en möjlighet att göra en remiss också till företagshälsovården.

När informationen om patientens problem med arbetsförmågan uttryckligen kommer som remiss till företagshälsovården är det möjligt att reagera snabbt. Inom företagshälsovården har man kommit överens om praxis för daglig läsning av remisser och klientens ärende styrs från början till lämpliga yrkesutbildade personer som känner till förhållandena på arbetsplatsen. På så sätt kan klientens arbetsförmåga bedömas och stödjas så effektivt som möjligt och utan onödig fördröjning. Om patienten eller klienten endast hänvisas till att kontakta den egna företagshälsovården i stället för att remitteras, finns det risk för att kontakten sker för sent med tanke på bedömningen av arbetsförmågan eller att tiden bokas till exempel till en allmänläkares jourtid och inte till den egna företagsläkaren som känner till arbetets krav.

Samordning av frågor som gäller arbetsförmågan inom företagshälsovården enligt TYÖOTE-verksamhetsmodellen

Den remitterande läkaren planerar behandlingen av sjukdomen, bedömer sjukdomens inverkan på funktionsförmågan och bestämmer en sjukfrånvaro enligt TYÖOTE-verksamhetsmodellen. Efter åtgärder inom den offentliga hälso- och sjukvården görs en remiss till företagshälsovården för bedömning av arbetsförmågan och behovet av stöd för arbetsförmågan.

Företagshälsovårdens utsedda ansvarsperson kontrollerar remisspostlådan dagligen och skickar remisserna till det företagshälsovårdsteam som känner till förhållandena på arbetsplatsen och arbetets krav. En utsedd ansvarsperson inom företagshälsovården ansvarar för samordningen av bedömningen av klientens arbetsförmåga och stödåtgärderna för arbetsförmågan.

Ansvarspersonen kontaktar klienten och hänvisar hen vid behov till utsedda yrkesutbildade personers mottagning för en bedömning av arbetsförmågan. Tidsbokningarna ska planeras så att de är smidiga för patienten innan sjukfrånvaron som den specialiserade sjukvården ordinerat upphör.

Ansvarspersonen samordnar förutom bedömningen av arbetsförmågan för en enskild klient även stödåtgärder för arbetsförmågan (t.ex. nätverksmöte) och uppföljningsbesök för stöd för arbetsförmågan (bokar vid behov uppföljningsbesök till yrkesutbildade personer och sakkunniga inom företagshälsovården). Vid den multiprofessionella bedömningen av arbetsförmågan och behovet av stöd för arbetsförmågan samt planeringen av stödåtgärder för återgång till arbetet beaktas utöver den sjukdom, det lyte eller den skada som påverkar patientens hälsotillstånd även arbetskraven. Vid bedömningen av arbetsförmågan och planeringen av stödåtgärder för återgång till arbetet nyttiggörs företagshälsovårdens multiprofessionella sakkunskap.

Bedömningen av arbetsförmågan och behovet av stöd för arbetsförmågan görs av ett multiprofessionellt team inom företagshälsovården som känner till arbetsförhållandena och företagsläkaren fattar beslut om sjukfrånvarons längd. Från den offentliga hälso- och sjukvården kan patienten remitteras till företagshälsovården även i sådana fall där arbetet bedöms ha konsekvenser för patientens symtom eller sjukdom. Remissen överför vårdansvaret för bedömningen av arbetsförmågan och stödåtgärderna till företagshälsovården samt förpliktar juridiskt företagshälsovården att agera. Behandlingen av sjukdomen kan fortsätta inom den offentliga hälso- och sjukvården, även om åtgärderna för bedömning av arbetsförmågan samtidigt inleds inom företagshälsovården. Planeringen av återgången till arbetet och stödåtgärderna hör till företagshälsovårdens uppgifter oberoende av företagshälsovårdsavtalets omfattning. Med samordning av bedömningen av arbetsförmågan och av behovet av stöd för arbetsförmågan avses företagshälsovårdens ansvar för bedömning av kundens arbetsförmåga, stödåtgärder för arbetsförmågan samt hänvisning till rehabilitering. Lagstiftningen förpliktar företagshälsovården att bedöma arbetsförmågan och samordna stödet för arbetsförmågan. Företagshälsovården är också skyldig att följa upp och bedöma genomförandet av åtgärder i anslutning till arbetsförmågan och återgången till arbetet och deras inverkan.

Hur ska TYÖOTE-verksamhetsmodellen tillämpas i samarbetet mellan företagshälsovården och primärvården?

I vilka situationer ska en patient i arbetsför ålder hänvisas till företagshälsovården?

En patient i arbetsför ålder ska alltid hänvisas till företagshälsovården när orsaken till besöket gäller arbetsförmågan eller bedömningen av den [\[R1\]](#). Så är fallet till exempel om patientens arbete påverkar sjukdomen eller symtomen, sjukdomen eller symtomen försvårar förmågan att klara av arbetet eller sjukdomen eller symtomen förutsätter en grundligare bedömning av arbetsförmågan, planering av eller stöd för återgången till arbetet. Det är bra att intensiviera samarbetet mellan primärvården och företagshälsovården också i behandlingen av sjukdomar. Det är skäl att hänvisa till företagshälsovårdens bedömning i synnerhet om sjukfrånvaron upprepas, sjukfrånvaron hotar att bli långvarig (senast när sjukfrånvaron har varat över 30 dygn), symtomen tyder på en yrkessjukdom eller om sjukdomen förvärras i arbetet. Dessutom omfattas arbetsbegränsningarna på grund av graviditet, problem i arbetsgemenskapen (t.ex. konfliktsituationer på arbetsplatsen) och problem med anknytning till arbetsergonomi av företagshälsovårdens kompetens.

Hur ska hänvisningen till företagshälsovården genomföras (elektronisk remiss, skyddad e-postförbindelse, anvisningar till patienten)?

De elektroniska remissförbindelserna fungerar i de flesta välfärdsområden redan mellan den specialiserade sjukvården och företagshälsovården, men endast i några välfärdsområden mellan primärvården och företagshälsovården. I fortsättningen bör man sträva efter att ta i bruk elektroniska remissförbindelser och på så sätt stärka en systematisk användning av verksamhetsmodellen. Innan den elektroniska remisspraxisen blir klar kan man använda en pappersremiss, skyddad e-post eller ge handledning till patienten eller klienten. I handledningen är det viktigt att säkerställa att patienten eller klienten kan beakta när och till vems mottagning man ska söka sig och om det behövs åtgärder före mottagningen.

Hur kan företagshälsovården och primärvården samarbeta i behandlingen av sjukdomar så att företagshälsovårdens och andra social- och hälsovårdsaktörers resurser används rättvist och kostnadseffektivt?

Företagshälsovården är till den förebyggande delen lagstadgad verksamhet, men flera arbetsgivare avtalar också om sjukvårdstjänster på olika nivåer för sina anställda. Kostnaderna för företagshälsovården betalas av arbetsgivarna, löntagarna och till en liten del av staten. Arbetsgivaren betalar för tjänsten, men kan ansöka om ersättning för företagshälsovårdskostnader hos FPA. FPA ersätter arbetsgivaren för nödvändiga och skäligen

kostnader för ordnande av företagshälsovård med stöd av sjukförsäkringslagen (1224/2004) [\[R19\]](#). De ersättningar som FPA betalar finansieras med arbetsinkomstförsäkringen, dvs. arbetsgivarnas sjukförsäkringsavgifter, löntagarnas och företagarnas dagpenningsskatter samt statsandelen [\[R20\]](#), [\[R21\]](#).

Arbetsgivarna fastställer omfattningen på det sjukvårdsavtal de erbjuder sina anställda. Vanligtvis omfattar avtalen inte behandling av underliggande sjukdomar. Avtalen innehåller ofta begränsningar i diagnostiska (bilddiagnostikens och laboratoriets) tjänster samt i specialistläkarnas tjänster. Alla tjänster som inte hör till avtalen uppsöker de anställda som invånare i välfärdsområdet hos den offentliga eller privata hälso- och sjukvården.

Samarbetet mellan primärvården och företagshälsovården kan i bästa fall göra vården av en patient eller klient i arbetsför ålder mer flexibel och smidig så att återgången till arbetet sker så snabbt som möjligt. Gallringen av överlappande besök och kontakter gynnar hela servicesystemet, och det ligger i hela samhällets intresse att hålla den allt mindre gruppen personer i arbetsför ålder arbetsföra.

Hur ska TYÖOTE-verksamhetsmodellen tillämpas i samarbetet mellan företagshälsovården och rehabiliteringsaktörerna och vilken roll ska de övriga social- och hälsovårdsaktörerna ha i detta samarbete?

Rehabiliteringssystemet reformeras tydligare till en del av servicehelheten för välfärd [\[R22\]](#). Kommittén för rehabiliteringsreformen föreslog ett förtydligande av företagshälsovårdens roll, eftersom företagshälsovården för sin del fungerar som hänvisare till och samordnare för rehabiliteringen. Företagshälsovårdens uppgifter i anslutning till rehabilitering är utredning av arbetstagarnas rehabiliteringsbehov, hänvisning till rehabilitering i tillräckligt god tid och uppföljning av hur arbetstagarna klarar sig i arbetet efter rehabiliteringen.

Det anses viktigt att öka samarbetet mellan företagshälsovården och social- och hälsovården. Förordningen om god företagshälsovårdspraxis (Srf 708/2013) [\[R23\]](#) förpliktar företagshälsovården att samordna vård- och rehabiliteringsåtgärder i anslutning till arbetsförmågan och återgången till arbetet. Förordningen innehåller också bestämmelser om samarbete. I 2 § i förordningen föreskrivs att företagshälsovården ska utgående från arbetsplatsens behov samarbeta planmässigt och multidisciplinärt med primärvården, den

specialiserade sjukvården och rehabiliteringen. Med tanke på rehabiliteringen av personer som arbetar är det viktigt att yrkesutbildade personer inom företagshälsovården har god kännedom om sjukvårds- och rehabiliteringssystemet samt om förhållandena och kraven på arbetstagarens arbetsplats.

Informationsutbytet är ofta en utmaning i samarbetet mellan rehabiliteringsaktörerna och företagshälsovården. Det kan finnas för mycket eller för lite information eller så kan den vara irrelevant. Man känner inte heller alltid till innehållet i en annan aktörs verksamhet. För att samarbetet ska löpa smidigt krävs växelverkan, gemensamma möten, informationsdelning och överenskommelse om gemensam praxis [\[R6\]](#).

Hurdan roll ska företagshälsovården ha i behandlingen av folksjukdomar?

I vårt system hör behandlingen av folksjukdomar i huvudsak till den offentliga hälso- och sjukvården, social- och hälsocentralerna. Avtalen om företagshälsovård utesluter mycket ofta alla åtgärder och undersökningar i anslutning till underliggande sjukdomar från företagshälsovårdstjänsterna. Företagshälsovården har en roll i situationer där arbetet påverkar en underliggande sjukdom eller en underliggande sjukdom medför begränsningar i arbetet. Sådana kan vara bland annat konsekvenserna av diabetes på nattarbete eller yrkesbilism. Då tar företagshälsovården ställning till bland annat anpassningen av arbetet, begränsningen av arbetsuppgifterna och ett eventuellt rehabiliteringsbehov.

Företagshälsovården stöder arbetstagarnas sunda levnadsvanor i anslutning till upprätthållandet av arbetsförmågan och förebyggandet av sjukdomar som försämrar arbetsförmågan och påverkar därmed också förebyggandet av folksjukdomar. Funktionsförmågan och hälsan hos befolkningen i arbetsför ålder försämrar bland annat av brist på motion, ohälsosam kost, otillräcklig eller dålig sömn, rökning och överdriven alkoholkonsumtion. Genom att satsa på att förbättra levnadsvanorna och främja hälsan tryggas en tillräcklig arbetsför arbetskraft även för de kommande åren [\[R24\]](#).

I social- och hälsovårdsministeriets projekt som inleddes 2024 [\[R25\]](#) strävar man efter att minska det välfärdsunderskott och den sjukdomsburden som orsakas av centrala folksjukdomar och deras riskfaktorer, öka arbets- och funktionsförmågan samt minska skillnaderna i hälso- och välfärdsproblem mellan befolkningsgrupper. Projektet genomförs utifrån åtgärdsförslag från en vetenskaplig specialistgrupp och projektet involverar många organisationer och andra aktörer

också utanför de traditionella social- och hälsovårdsaktörerna. Målet är att på lång sikt minska behovet av social- och hälsovårdstjänster.

Hur ska företagshälsovården och andra aktörer inom social- och hälsovården handla i livets övergångsskeden?

Kontinuitet i vården vid pensionering

Att gå i pension från arbetslivet är en betydande livsförändring. Livslängden har ökat, vilket innebär allt fler pensionsår. Därför är det viktigt för både individen och samhället att upprätthålla funktionsförmågan och hålla sig så frisk som möjligt. Pensioneringen är en bra tidpunkt att granska levnadsvanorna och eventuella ändringar i dem. När man slutat arbeta ger det mycket extra tid för att ta hand om sig själv. För att säkerställa ett friskt åldrande bör åtgärder som upprätthåller arbetsförmågan vidtas redan under arbetskarriären så att kraven i arbetsbeskrivningen står i rätt proportion till hälsan och funktionsförmågan. När man går i pension står man inför en övergång från företagshälsovårdstjänsterna till primärvården. Vid pensioneringen är det viktigt att nyttiggöra företagshälsovårdens hälsoundersökningar genom vilka man bland annat kan identifiera personer som har hälsorisker. Man bör ingripa i riskerna för den som går i pension, ge handledning och rådgivning och dessutom ska man se till att vården fortsätter vid övergången till primärvården [\[R26\]](#).

Omfattande hälsoundersökningar vid pensionering ingår inte alltid i företagshälsovårdens avtal, så utredningen av vissa värden (t.ex. blodtryck och sockerbalans) hänger ibland på den egna aktiviteten. Det är bra att göra upp en vård- eller hälsoplan för den som går i pension. Av planen framgår bland annat kontrollintervallerna för eventuella sjukdomar, medicineringsplaner eller värden [\[R27\]](#).

Det är viktigt att säkerställa att uppgifterna överförs från företagshälsovården till primärvården eller social- och hälsocentralen med beaktande av dataskyddslagstiftningen och kundens behov och önskemål. Den pensionerades egen aktivitet är central och det är bra att uppmuntra och motivera till den i alla möten inom social- och hälsovården.

Aktörernas roller i förberedelserna inför arbetslivet

Ungdomen är ett livsskede som innehåller många förändringar och inledandet av arbetskarriären infaller ofta mitt i dessa förändringar [\[R28\]](#). Alla kan inte inleda sin arbetskarriär utan utmaningar

och vissa inleder den till exempel via arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte [\[R29\]](#). En särskild utmaning för unga kan anses vara rätt yrkesval. Det är viktigt att beakta olika allergier, eksem och astma när man väljer yrke, och för detta behöver unga ofta professionellt stöd [\[R31\]](#). Psykiska störningar hos unga har ökat betydligt. Depression eller ångest som diagnostiserats i ungdomen ökar risken för att helt bli utan examen och utanför arbetslivet. När de unga inleder sitt arbete behöver de en bra introduktion samt stöd av chefen och mer erfarna arbetstagare [\[R32\]](#).

Det är också viktigt att öka samarbetet mellan studerandehälsovården, företagshälsovården och den övriga hälso- och sjukvården. Det är bra att säkerställa att eventuella tidigare hälsouppgifter överförs från studerandehälsovården senast vid det första besöket hos företagshälsovården. Utvecklingen och intensifieringen av samarbetet mellan företagshälsovården, Studenternas hälsovårdsstiftelse och de offentliga social- och hälsovårdstjänsterna betonas också i regeringen Orpos regeringsprogram [\[R30\]](#).

Uppgifter om företagshälsovårdstjänster och rätten att använda dem kan vara mycket bristfälliga för personer som nyligen kommit ut i arbetslivet. Både arbetsgivaren och företagshälsovården är skyldiga att informera om tjänsterna och rättigheterna. Ofta hör informationen om dessa frågor till introduktionen av en ny arbetstagare, och på många arbetsplatser introduceras dessa frågor av en representant för arbetarskyddet, i allmänhet arbetarskyddsfullmäktigen [\[R33\]](#).

Hur ser man till att informationen om arbetsförmågan förmedlas mellan företagshälsovården och välfärdsområdet när en person blir arbetslös eller blir sysselsatt efter att ha varit arbetslös arbetssökande?

I lagen om företagshälsovård [\[R34\]](#) föreskrivs om skyldigheten att ordna företagshälsovård i uppsägningssituationer för upp till sex månader under vissa förutsättningar. En del av de anställda faller dock utanför den lagstadgade skyldigheten att ordna tjänster. Därför är det viktigt att servicevägarna för personer i arbetsför ålder är smidiga i välfärdsområdena och att informationen om stödet och metoderna för arbetsförmågan överförs i enlighet med dataskyddslagstiftningen. I och med arbetslösheten upphör företagshälsovårdstjänsterna förr eller senare och överföringen av uppgifter om stöd för arbetsförmågan ska säkerställas. I företagshälsovårdens verksamhetsplan är det bra att komma överens om hälsoundersökningar i anslutning till avslutandet av

anställningsförhållandet, där det är möjligt att utreda arbets- och sysselsättningsförmågan i fortsättningen.



Bild 2. Stöd från företagshälsovården vid hot om arbetslöshet. Bildkälla: Arbetshälsoinstitutet <https://www.ttl.fi/sv/teman/arbetshalsa/foretagshalsovarden/stod-for-arbetsformagan>

För denna brytningspunkt har man utvecklat en verksamhetsmodell [R35] som hjälper till att trygga överföringen av information om stöd för arbetsförmågan. I verksamhetsmodellen ingår blanketter som ska fyllas i inom företagshälsovården och som med kundens samtycke kan överföras till social- och hälsocentralens team för stöd för arbetsförmågan och för att sköta sysselsättningen. Vid dataöverföringen kan FPA:s blankett Y100r användas.

När en arbetslös sysselsätts är det bra att så smidigt som möjligt återgå till företagshälsovårdstjänsterna och även i denna situation se till att uppgifterna överförs från basservicen till företagshälsovården enligt behov.

Alla personer i arbetsför ålder, inte bara de som arbetar, ska ha tillgång till tjänster av hög kvalitet som stöder arbetsförmågan och sysselsättningen i rätt tid enligt behovet. Välfärdsområdena använder en verksamhetsmodell med ett sektorsövergripande team för stöd för arbetsförmågan som stöder de personer i arbetsför ålder som inte omfattas av företagshälsovården eller studerandehälsovården. Teamet för stöd för arbetsförmågan består av yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som har kompetens inom bedömning av arbets- och

funktionsförmågan samt stöd för arbetsförmågan och sysselsättningen. Teamet har en nära koppling till FPA och sysselsättningstjänsterna. Både klienterna och de yrkesutbildade personerna har upplevt att teamen för stödjande av arbetsförmågan är till nytta. Efter tjänsten för stöd för arbetsförmågan övergick kunderna till arbete och aktiva åtgärder och upplevde att deras arbets- och funktionsförmåga förbättrats [\[R36\]](#). Samarbetet mellan företagshälsovården och teamet för stöd för arbetsförmågan bör vidareutvecklas och fortgå.

Hur genomförs den kliniska auditeringen av TYÖOTE-verksamhetsmodellen?

Uppföljningen och utvärderingen av TYÖOTE-verksamhetsmodellen [\[R1\]](#) genomförs med hjälp av klinisk auditering. Målet med auditeringen är att hitta avvikelser i de överenskomna förfaringssätten och att tillsammans hitta lösningar till dessa avvikelser. Vid auditeringen av TYÖOTE-verksamhetsmodellen utreds om vårdprocessen i en viss patientgrupp har skett i enlighet med modellen. För auditeringen granskas ett litet urval av patienter som genomgått verksamhetsmodellen och följande frågor utreds:

Har specialsjukvården eller primärvården skrivit en kort sjukfrånvaro enligt överenskommen längd?

Har specialsjukvården eller primärvården utfärdat en remiss till företagshälsovården?

Har företagshälsovården tagit emot remissen?

Hur har informationen förmedlats inom företagshälsovården?

När har patientens arbetsförmåga bedömts inom företagshälsovården?

Som auditerare fungerar vanligtvis TYÖOTE-koordinatören som arbetar inom välfärdsområdet, men auditeraren kan också vara någon annan person. Vid behov kan även en utomstående auditerare anlitas som hjälp vid genomförandet.

Auditeringsresultaten behandlas vid ett gemensamt möte för specialsjukvården och företagshälsovården. Om avvikelser konstateras i processen strävar man efter att hitta lösningar på dem tillsammans och förbättra processen så att den fungerar så bra som möjligt i det vardagliga arbetet inom både specialsjukvården som företagshälsovården.

Räknare för kostnadseffekterna av TYÖOTE

Sjukfrånvaro beräknas orsaka produktivetskostnader på cirka 3,4 miljarder euro per år i Finland [\[R37\]](#). Produktivetskostnaderna är produktivetsförluster som uppstår i samhället när arbete på grund av sjukdom inte utförs och mervärdet som det producerar uteblir. Enligt nationella uppskattningar är kostnaden för en enskild sjukfrånvarodag 420 euro per arbetsdag för arbetsgivaren och samhället.

För att bedöma produktivetskostnadseffekterna av TYÖOTE-verksamhetsmodellen har man sammanställt en nationell enhetskostnad för en sjukfrånvarodag, dvs. konsensusestimatet, genom att gå igenom de nationella uppskattningarna av kostnaderna för en sjukfrånvarodag utifrån sju nationella instansers bedömningar (variationsintervallet är 350–593 euro). Konsensusestimatet, det vill säga medeltalet för sju olika bedömningar, blev 420 euro för varje vardag av sjukfrånvaro. Detta konsensusestimat kan användas i nationella bedömningar som en fast kostnadsbedömning för en sjukfrånvarodag, vilket förbättrar jämförbarheten mellan effekterna av olika interventioner [\[R38\]](#). Enhetskostnaderna för en sjukfrånvarodag i Finland har förklarats mer ingående i rapporten och policyrekommendationen [\[R39\]](#).

Effektiviteten hos TYÖOTE-verksamhetsmodellen har utretts i fråga om en snabbare återgång till arbetet hos personer som genomgått en diskbråcksoperation i ländryggen eller höft- och knäledsplastik. Under det första året förkortades den genomsnittliga konvalescenstiden för en återgång till arbetet efter höftledsplastik med 9,1 dagar (95 % konfidensintervall 4,1–14,1) och efter knäledsplastik med 14,4 dagar (95 % konfidensintervall 7,5–21,3). De observerade skillnaderna kvarstod under den längre uppföljningstiden. Efter en diskbråcksoperation i ländryggen förkortades den genomsnittliga konvalescenstiden för en återgång till arbetet med 36,2 dagar (95 % konfidensintervall 33,8–38,5) efter 4,5 år [\[R40\]](#).

Även om man inte känner till kostnaderna för användningen av TYÖOTE-verksamhetsmodellen, är potentialen för verksamhetsmodellens kostnadseffekter betydande för hela samhället [\[R1\]](#).

TYÖOTE-räknaren 2.1

Stödandet av arbetsförmågan hos befolkningen i arbetsför ålder är företagshälsovårdens mål för påverkan och innebär en förbättring av produktiviteten ur samhällets synvinkel. Med hjälp av en förhandsbedömning av effekterna av TYÖOTE-verksamhetsmodellen utvecklades vid Östra Finlands universitet en räknare med vilken man kan beräkna eventuella kostnader under konvalescenstiden och företagshälsovårdens effektpotential [\[R38\]](#).

Med hjälp av TYÖOTE-räknaren [R41] är det möjligt att bedöma vilka kostnadseffekter införandet av TYÖOTE-verksamhetsmodellen har på produktivetskostnaderna i respektive välfärdsområde och på riksnivå. I standardberäkningen har man som pris för sjukfrånvarodagen använt 420 €/arbetsdag, vilket inkluderar bruttolön per arbetsdag, bikostnader och indirekta kostnader. I Finland bedöms produktivetskostnaderna i anslutning till sjukfrånvaro ofta ur arbetsgivarens synvinkel och i dem inkluderas åtminstone lönen för en frånvarande arbetstagare. Även lönebikostnader samt eventuella löner för semestertid och lediga dagar räknas ofta som direkta kostnader för sjukfrånvaro. I kostnaderna för sjukfrånvaro kan också indirekta kostnader inkluderas, såsom kostnader för administrativt arbete, övertidsersättningar samt lönekostnader för vikarie [R38].

Litteratur

1. Työterveyslaitos. TYÖOTE-tietopaketti terveydenhuollon ammattilaisille. 2023. (Viitattu 12.10.2023). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/tyoote-tietopaketti-terveydenhuollon-ammattilaisille>
2. Hellman N. Yhteistyö- ja työnjakomallit sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:7. (Viitattu 22.11.2023). Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164636/STM_2023_7_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Mikkola I, Riekkö M, Sipilä R, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin nimittämän Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan mallit sote-järjestelmässä Hyvä käytäntö - konsensus suosituspaneelin puolesta. Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan mallit sote-järjestelmässä, Hyvä käytäntö - konsensus suositus. Duodecim 2022, Helsinki. (Viitattu 18.1.2024). Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/hsu00024>
4. Nuutinen M. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. Duodecim 2017;133:1283-90. (Viitattu 28.11.2023). Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14949>
5. Terveysportti. Hoitoketjut. (Viitattu 29.12.2023). Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/shp01223?toc=433701>
6. Tarvainen K, Pesonen S, Laaksonen M. Alueellisella yhteistyöllä tukea työkykyyn - hahmotus: Selvitys työkyvyn tuen ja sen koordinaation toteutumisesta viiden sairaanhoitopiirin alueella työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen toimijoiden välisessä yhteistyössä. Tietoa työstä 2015. ISBN 978-952-589-3. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-589-3>
7. Keski-Suomen hyvinvointialue. Hoitopolut. (Viitattu 16.11.2023). Saatavilla: <https://www.hyvaks.fi/asiakkaana/hoitopolut>
8. Lehmuskoski A, Ålander A, Immonen M ym. Yhteistyön muodot ja yhteinen toimintamalli. 2021. (Viitattu 27.11.2023). Saatavilla: <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/pages/viewpage.action?pageId=64433623>

9. Timperi T. 2022. Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:22. (Viitattu 2.11.2023). Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164410/STM_2022_22_rap.pdf
10. Vähätalo L, Siukola A, Atkins S, ym. Cooperation between Public Primary Health Care and Occupational Health Care Professionals in Work Ability-Related Health Issues. Int J Environ Res Public Health 2022;19(19): [PubMed](#)
11. Työkyvyn tuella pidempiä työuria ja tuottavuutta (TYKYTUO). Tampereen yliopisto 2023. (Viitattu 9.11.2023). Saatavilla: <https://projects.tuni.fi/tykytuo/esittely/>
12. Työkyvyn tuella pidempiä työuria ja tuottavuutta (TYKYTUO) raportti. Tampereen yliopisto 2023. (Viitattu 22.1.2024). Saatavilla: <https://projects.tuni.fi/uploads/2023/11/cd160a59-tykytuo-tyokyvyn-tuella-pidempia-tyouria-ja-tuottavuutta-raportti-2022-2023.pdf>
13. Stratil JM, Rieger MA, Völter-Mahlknecht S. Cooperation between general practitioners, occupational health physicians, and rehabilitation physicians in Germany: what are problems and barriers to cooperation? A qualitative study. Int Arch Occup Environ Health 2017;90(6):481-490 [PubMed](#)
14. Verger P, Ménard C, Richard JB, ym. Collaboration between general practitioners and occupational physicians: a comparison of the results of two national surveys in France. J Occup Environ Med 2014;56(2):209-13 [PubMed](#)
15. Vossen E, van der Gulden JWW, van Genabeek JAGM, ym. Process evaluation of the 'Grip on Health' intervention in general and occupational health practice. BMC Health Serv Res 2022;22(1):1459 [PubMed](#)
16. Työterveyslaitos. Yhteistyöllä toimivampi työikäisten terveydenhuolto: TYÖKE - Verkostoilla tehoa SOTEen, työkyvyn tukeen ja työikäisten terveyteen -hankkeen loppuraportti. 2020. (Viitattu 21.8.2024). Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:9789522619211>
17. Työterveyslaitos. Mielenterveyttä ja työkykyä mielenterveysosaamista kehittämällä ja alueellista yhteistyötä tekemällä (MYÖTE). 2023. (Viitattu 21.8.2024). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/tutkimus/hankkeet/mielenterveytta-ja-tyokyky-mielenterveysosaamista-kehittamalla-ja-alueellista-yhteistyota-tekemalla>
18. Valtakunnalliset tavoitteet vuosille sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:2. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5424-3>
19. Sairausvakuutuslaki 1224/2004. (Viitattu 18.1.2024). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>
20. Sosiaalivakuutus: Näistä osista työterveyshuollon rahoitus koostuu. 2022. Kehittyvä sosiaaliturva 21.4.2022. (Viitattu 18.1.2024). Saatavilla: <https://sosiaalivakuutus.fi/naista-osista-tyoterveyshuollon-rahoitus-koostuu/>
21. Työterveyslaitos. Työterveyshuollon kustannukset ja niiden korvattavuus. (Viitattu 18.1.2024). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/teemat/tyoterveys/tyoterveyshuolto/tyoterveysyhteistyö/tyoterveyshuollon-kustannukset-ja-niiden-korvattavuus>
22. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. 2017. (Viitattu 22.11.2023). Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>
23. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 708/2013. (Viitattu 14.9.2023). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708>

24. Työterveyslaitos. Elintavat ja työhyvinvointi. (Viitattu 27.11.2023). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/elintavat/elintavat-ja-tyohyvinvointi>
25. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen terveys- ja hyvinvointiohjelma Terveydeksi-hanke. 2024. (Viitattu 18.1.2024). Saatavilla: <https://stm.fi/-/kansallinen-terveys-ja-hyvinvointiohjelma-terveydeksi-kaynnistyy>
26. Stenholm S, Leskinen T, Viikari L. Eläköityvien terveyden edistämiseen kannattaa panostaa. Duodecim. 2019;135(11):1068-74. (Viitattu 28.11.2023). Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14949>
27. Vänni T. Kansallinen senioriliitto ry. Työterveyslääkärin 5 vinkkiä: muista nämä kun jätät eläkkeelle. (Viitattu 28.11.2023). Saatavilla: <https://www.senioriliitto.fi/rohkeastiseniorti/artikkeleita-ja-tietoa-rohkeasti-seniori-teemasta/tyoterveyslaakarin-5-vinkkia-muista-nama-kun-jaat-elakkeelle/>
28. Työterveyslaitos. Johdatus työurajohtamiseen. Työelämään kiinnittyminen. (Viitattu 28.11.2023). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/johdatus-tyourajohtamiseen/2-tyoelamaan-kiinnittyminen>
29. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työkäisten työkyvyn ja työllistymisen tuen sote-palvelut. (Viitattu 28.11.2023). Saatavilla: <https://thl.fi/web/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/sote-palvelut/tyoikaisten-tyokyvyn-ja-tyollistymisen-tuen-sote-palvelut>
30. Valtioneuvosto. Vahva ja välittävä Suomi. Orpon hallituksen hallitusohjelma. (Viitattu 18.1.2024). Saatavilla: <https://valtioneuvosto.fi/hallitukset/hallitusohjelma#/2/4>
31. Työterveyslaitos. Työssä terveenä, ammatinvalinta, allergia, ihottuma ja astma. (Viitattu 20.8.2024). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/teemat/tyoterveys/toissa-terveena-ammatinvalinta-allergia-ihottuma-ja-astma>
32. Työterveyslaitos. Tiedote. Nuorten mielenterveysongelmat on otettava vakavasti. (Viitattu 20.8.2024). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/tiedote/nuorten-mielenterveysongelmat-on-otettava-vakavasti>
33. Työturvallisuuskeskus. Työsuojelun yhteistoiminta ja työterveyshuolto. (Viitattu 11.1.2024). Saatavilla: <https://ttk.fi/tyoturvallisuus/toimialakohtaista-tietoa/luovat-tuotannot/tyosuojelun-yhteistoiminta-ja-tyoterveyshuolto/>
34. Työterveyshuoltolaki (1383/2001). (Viitattu 2.10.2023). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>
35. Työkyvyn tukitiedon siirto työterveyshuollosta peruspalveluihin -oppimateriaali. Työterveyslaitos. 2023. (Viitattu 22.11.2023). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/tyokyvyn-tuki/hyvät-kaytannot-ja-toimintamallit>
36. Työllistymistä ja työkykyä tukevat sosiaali- ja terveyspalvelut hyvinvointialueilla 2024. (Viitattu 5.9.2024). Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-341-6>
37. Tekemättömän työn vuosikatsaus 2019. Terveystalo, Elinkeinoelämän keskusliitto ym. (Viitattu 16.11.2023). Saatavilla: <https://news.cision.com/fi/terveystalo-oyj/i/tekemattoman-tyon-vuosikatsaus-2019,c270840>
38. Heiskanen J, Vehkala S, Lavikainen P, Martikainen J. Työterveyshuollon toiminnan vaikuttavuuden arviointi - esimerkkinä TYÖOTE-toimintamalli. 2023. (Viitattu 7.3.2024). Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tyt/article/ttl02142>
39. Sairauspoissaolon yksikkökustannus Suomessa. Poliitikkasuositus. (Viitattu 7.3.2024). Saatavilla: <https://studentuef.sharepoint.com/sites/www-documents/Jaetut%20asiakirjat/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fwww%2Ddocuments%2F>

[2FJaetut%20asiakirjat%2FPOLICY%20BRIEF%20Sairauspoissaolopa%CC%88iva%CC%88n%20yksikko%CC%88kustannus%20Suomessa%20%2DraporttiUEF%5F2024%5F%5B83%5D%2Epdf&parent=%2Fsites%2Fwww%2Ddocuments%2FJaetut%20asiakirjat&p=true&ga=1](https://www.oem.bmj.com/content/oemed/early/2024/02/08/oemed-2023-109276.full.pdf?ijkey=GKhOqRWiHmqRFA5&keytype=ref)

40. Lavikainen P, Heiskanen J, Jalkanen K ym. Effectiveness of the Coordinated Return to Work model after orthopaedic surgery for lumbar discectomy and hip and knee arthroplasty: a register-based study. 2023. (Viitattu 7.3.2024). Saatavilla: <https://oem.bmj.com/content/oemed/early/2024/02/08/oemed-2023-109276.full.pdf?ijkey=GKhOqRWiHmqRFA5&keytype=ref>
41. Vehkala S, Lehtimäki AV, Heiskanen J, Martikainen J. TYÖOTE-laskuri 2.1. Itä-Suomen yliopisto. Saatavilla: <https://uef-phoru.shinyapps.io/tyoote/>