

Mari Immonen, Aki Vuokko, Kia Gluschkoff, Erkki Heinonen, Heli Järnefelt, Pauliina Mattila-Holappa, Ari Väänänen ja Sanna Selinheimo

Lyhytpsykoterapia ja muu keskusteluhoito toteutuu vaihtelevasti työterveyshuolloissa

JOHDANTO. Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävin työkyvyttömyyden syy Suomessa. Psykoterapiat ovat tuloksellisia niiden hoidossa. Työterveyshuollon tavoitteena on tukea työssäkäyvien työkykyä, ja lyhytpsykoterapian ja muiden keskusteluhoitojen tarjontaa työterveyshuollossa on lisätty. Näiden palveluiden toteutumisesta ei kuitenkaan ole kattavaa tietoa.

AINEISTO JA MENETELMÄT. Selvitimme lyhytpsykoterapian sekä muun keskusteluhoidon nykytilaa lähettämällä sähköisen kyselyn työterveyshuollon palveluntuottajille (n = 47) hyvinvointialueittain.

TULOKSET. Vastaajat edustivat työterveyshuoltoja, jotka tarjosivat palveluita noin 1 730 000 työntekijälle. Lyhytpsykoterapia oli yleisempää isoissa työterveyshuolloissa, ja 77 %:lla oli käytössään hoitoon ohjauksen kriteerit. Lyhytpsykoterapian kesto oli tyypillisimmin 6–10 kertaa (vaihteluväli 1–20 kertaa tai enemmän). Kolmannes seurasi tuloksellisuutta säännöllisesti ja puolet epäsäännöllisesti.

PÄÄTELMÄT. Työterveyshuolloissa toteutetun psykososiaalisen hoidon nykytila vaihtelee työterveyshuoltojen välillä. Eri tavoin organisoitujen palvelujen tuloksellisuuden arviointia tulisi edelleen kehittää.

Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävä työkyvyttömyyden riskitekijä ja suurin sairauspäivärahojen sekä työkyvyttömyyseläkkeiden myöntämisen peruste Suomessa (1–3). Siten häiriöihin kohdistuu myös keskeinen hoito- ja kuntoutustarve. Työikäisten lievien ja keskivaikeiden yleisten mielenterveyden häiriöiden hoitamista suositellaan terveydenhuollon perustasolla (4,5). Myös nykyisessä hallitusohjelmassa tunnustetaan tarve kehittää työssäkäyvän väestön mielenterveyspalveluita sekä varhaisen psykoterapeuttisen ja psykososiaalisen tuen saatavuutta työterveyshuollossa (6). Mielenterveyteen liittyviä oireita ja häiriöitä suositellaan vaikeusasteensa mukaan hoidettavaksi psykososiaalisin menetelmin, lääkkein tai näiden yhdistelmähoitona (4,5).

Psykososiaalisista menetelmistä esimerkiksi psykoterapia on todettu tulokselliseksi hoitomuodoksi yleisimpien mielenterveyden häiriöiden oireiden lievittämisessä (7,8). Suomessa psykoterapiaa antavat psykoterapeutin ammatinimikkeen käyttöön oikeuttavan koulutuksen

käyneet terveys- ja sosiaalialan ammattilaiset (VNA 1120/2010). Käyttöön on vakiintunut lyhytpsykoterapia-termi. Esimerkiksi THL määrittelee sen enimmillään 20 käyntiä ja tuore depression Käypä hoito -suositus enimmillään 20–30 käyntiä kestäväksi hoidoksi erotuksena Suomessa tyypillisimmälle julkisesti tuetulle psykoterapiamuodolle Kelan kuntoutuspsykoterapialle, jota on mahdollista saada vuoden jaksoissa (enintään 80 kertaa) kolmen vuoden ajan (yhteensä 200 kertaa) (4,9). Lisäksi terveydenhuollon perustasolla on erilaisia psykososiaalisiin menetelmiin perustuvia hoitoja ja terapeuttisia interventioita, joihin ammattilaisella on psykoterapeuttikoulutusta lyhyempi tietyn oireen hoitoon tähtäävä menetelmäkoulutus (9).

Vuonna 2022 työnantajan järjestämän työterveyshuollon piirissä oli Kelan korvaustietojen mukaan 2 035 000 työntekijää (noin 90 % palkansaajista) (10). Työntekijöiden mahdollisuuden päästä mielenterveyden tukimuotojen piiriin työterveyshuollossa vaikuttavat useat tekijät, kuten työnantajan työterveyshuolto-

TAULUKKO. Työterveyshuollon palvelumuodot ja Kelan korvausluokat.

Tarjottavat palvelut	Palvelumuoto	Kelan korvausluokka
Työterveyshuoltolain (1383/2001) ja -asetuksen (708/2013) mukaiset palvelut: ennaltaehkäisevä ja työntekijöiden työkykyä ylläpitävä toiminta	Työterveyslääkäri, -hoitaja, -fysioterapeutti (työterveyshuollon ammattihenkilöt, käynnejä ei rajoitettu) Työterveyspsykologin tietojen anto, neuvonta ja ohjaus lääkärin, hoitajan tai fysioterapeutin läheteellä (yleensä 1–5 kertaa)	Kela I: 60 % kustannuksista
Työnantajalle vapaaehtoisesti järjestettävissä: sairaanhoidon palvelut	Perusterveydenhuollon yleislääkäritasoinen sairaanhoito (Työterveyslääkärin, -hoitajan, tai fysioterapeutin antama hoito) Työterveyspsykologin työntekijän terveydentilan tutkimus tai hoitomahdollisuuksien arviointi Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset Erikoislääkärikonsultaatiot	Kela II: 50 % kustannuksista
Työnantajalle vapaaehtoisesti järjestettävissä: muut mielenterveyskysymyksissä tyypilliset palvelut ¹	Erilaiset psykososiaaliset hoidot ja keskustelutuki, kuten matalan kynnyksen palvelut (esim. chat-palvelut) Manualisoidut terapeuttiset interventiot (esim. unettomuuden ryhmämuotoinen hoito) Psykoterapia (kestolla ei merkitystä)	Kela 0: Ei korvausta

¹Joissain tapauksissa työnantajalla voi olla vakuutus, joka kattaa näitä palveluita. Lisäksi Kela on korvannut niitä kohdennetuille työntekijäryhmille, mikäli palvelu on perusteltu työnantajan työterveyshuollon toimintasuunnitelmassa (esimerkiksi vuorotyöntekijöille kohdennettu ryhmämuotoinen unettomuuden hoito). Muussa tapauksessa kustannukset tulevat täysimääräisinä työnantajalle maksettaviksi.

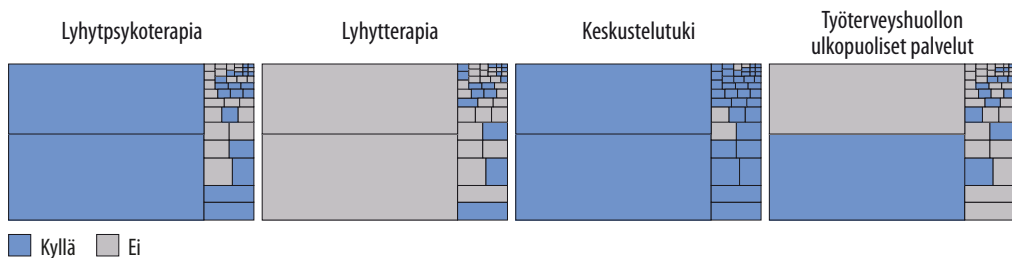
sopimuksen laajuus, palvelujen saatavuus ja hoidon tarpeen tunnistaminen. Palvelujen laajuus riippuu keskeisesti siitä, onko työnantaja sisällyttänyt sopimukseen työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaisten lakisäteisten palveluiden lisäksi sairaanhoidon palveluita tai muita terveydenhuoltopalveluita. Palvelut ja niihin liittyvät Kelakorvaukset on tiivistetty **TAULUKKOON**. Toistaiseksi ei tiedetä, miten työterveyshuolloissa tarjotaan lyhytpsykoterapiaa ja muuta keskusteluhoitoa mielenterveyttä uhkaaviin ongelmiin, mikä on vaikeuttanut palveluiden kehittämistä. Siksi selvitimme työterveyshuolloissa toteutettavan lyhytpsykoterapian ja muun keskustelutuen nykytilaa.

Menetelmät

Selvitimme työterveyshuollossa toteutettavan keskustelutuen nykytilaa lähettämällä sähköisen kyselyn työterveyshuollon palveluntuottajille (n = 80) jokaisella hyvinvointialueella Manner-Suomessa (vastausaika touko-syyskuu 2023). Vastaajien yhteystiedot koottiin julkis-

ta lähteistä, ja kyselyyn vastattiin anonyymisti. Kyselyyn pyydettiin vastauksia palveluntuottajilta, jotka edustivat kaikkia työterveyshuollon toteuttamistapoja eli yksityisiä yrityksiä, julkisomisteisia yhtiöitä, kunnallisia liikelaitoksia, integroituja työterveyshuoltoja, yhdistyksiä ja työterveyspalveluita tuottavia perusterveydenhuollon yksiköitä. Kyselyyn saatiin 47 vastausta (vastausprosentti 59 %).

Kyselyyn vastaajat koostuvat johtavassa asemassa olevista lääkäreistä (47 %) sekä työterveyshoitajista tai terveydenhoitajista (21 %) ja työterveyspsykologeista tai psykologeista (11 %), joista osa oli johtavassa asemassa. Muut vastaajat (19 %) olivat muun muassa asiakkuuspäälliköitä. Vastauksia tuli kaikilta hyvinvointialueilta ja Helsingistä (43 % Etelä-Suomesta, 18 % Itä-Suomesta, 15 % Pohjois-Suomesta, 13 % Länsi-Suomesta ja 11 % Sisä-Suomesta). Vastauksista 49 % edusti yksityisiä palveluntuottajia (joilla noin 1 480 000 työntekijäasiakasta), 23 % integroituja työterveyshuoltoja (noin 40 000 työntekijäasiakasta), 17 % julkisomisteisia yhtiötä (noin 160 000



KUVA 1. Lyhytpsykoterapian ja muun hoidollisen keskustelutuen järjestäminen työterveyshuolloissa. Yksi laatikko vastaa yhtä työterveyshuollon palveluntuottajaa (palveluntuottajalla voi olla yksi tai useampi toimipaikka), ja laatikon koko vastaa kyseisen työterveyshuollon työntekijäasiakkaiden määrää ($n = 44$, $n = 3$ ei vastaus- ta työntekijäasiakkaiden määrästä) suhteutettuna kyselyyn vastanneiden palveluntuottajien yhteenlaskettuun asiakasmäärään. Vastaajista 47 %:lla (1 560 000 työntekijäasiakasta) oli palveluvalikoimassaan lyhytpsykoterapia, 40 %:lla (129 000 työntekijäasiakasta) lyhytterapia ja 89 %:lla (1 700 000 työntekijäasiakasta) muuta hoidollista keskustelutukea. Vastaajista 32 % (858 000 työntekijäasiakasta) raportoi työnantaja-asiakkaidensa hyödyntävän työterveyshuollon ulkopuolisia palveluita mielenterveyden tuessa.

keskustelutuki = muu hoidollinen keskustelutuki (lyhytterapiaa ja muuta hoidollista keskustelutukea tarkasteltiin erikseen, mutta muissa osioissa ne yhdistettiin); lyhytterapia = esimerkiksi työterveyspsykologin antama hoito (muu kuin työterveyshuoltolain mukainen ennaltaehkäisevä palvelu, Kelan korvausluokka I); lyhytpsykoterapia = psykoterapeutin antama hoito; työterveyshuollon ulkopuoliset palvelut = asiakasyritysten työntekijöille tarjoamat lyhyet psykoterapeuttiset palvelut tai muu hoidollinen keskustelutuki (esimerkiksi matalan kynnyksen chat-palvelut), jotka eivät toteutuneet työterveyshuollon kautta

työntekijäasiakasta) ja loput (11 %) muita työterveyshuollon järjestämismuotoja. Vastaukset edustivat työterveyshuoltoja, joiden toimipaikkojen määrä vaihteli yhdestä useisiin satoihin ja joilta työnantajat hankkivat työterveyspalveluita noin 1 730 000 työntekijäasiakkaalle.

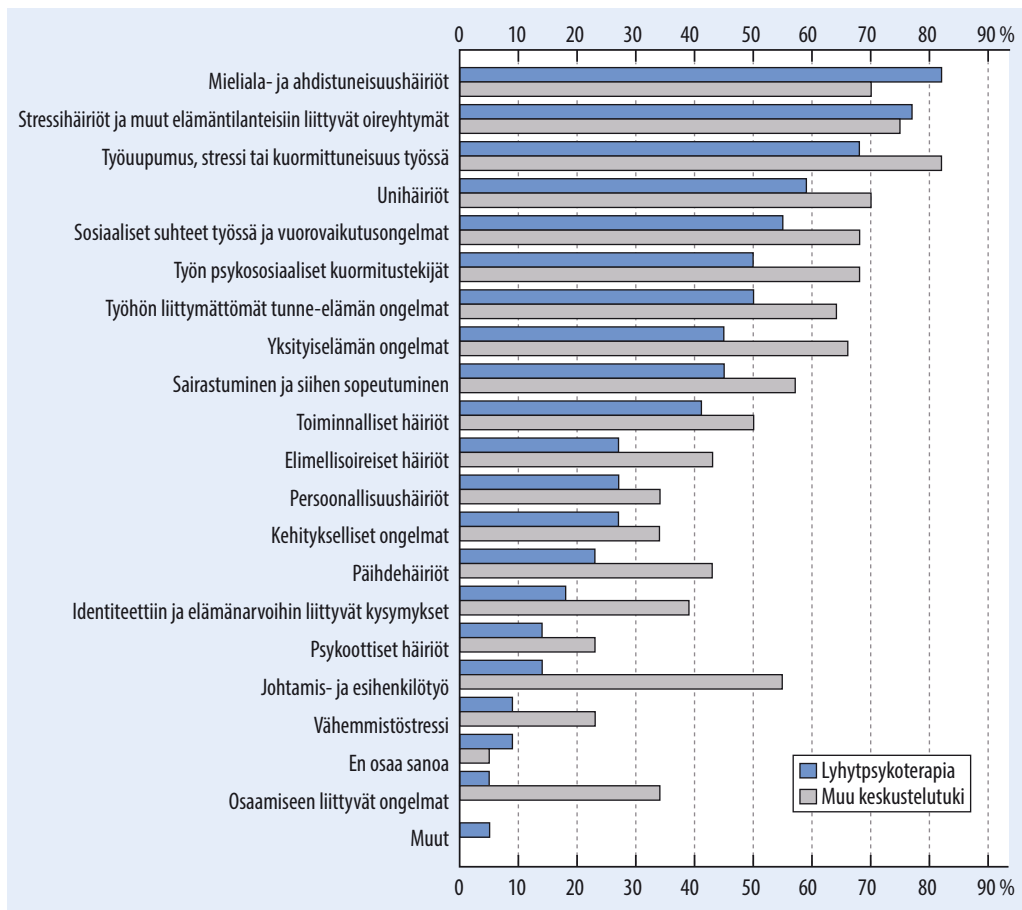
Kyselyn 41 monivalinta- ja avokysymystä (**INTERNETOHEISAINEISTO**) kartoittivat taustatietoja, lyhytpsykoterapian ja muun keskusteluhoidon järjestämistä, hoitoon ohjausta, hoidontarpeen arviointia sekä niiden käytännön toteutumista. Lisäksi kartoitettiin hoidon tuloksellisuuden seurannan tapoja ja kehittämistarpeita. Vastaajia pyydettiin vastaamaan yhden tai useamman toimipaikan toiminnan osalta, mikäli palveluntarjoajalla oli useampi toimipaikka, ja anonymi vastaaminen oli mahdollista. Lyhytpsykoterapia määriteltiin kyselyssä 1–20 käyntikertaa kestäväksi psykoterapeutin toteuttamaksi hoidoksi. Muu keskusteluhoito käsitti esimerkiksi työterveyspsykologin antaman hoidon (muu kuin lakisääteinen, ennaltaehkäisevä toiminta Kelan korvausluokassa I) sekä muun työterveyshuollossa tarjottavan tuen mielenterveyskysymyksissä.

Tilastolliset analyysit. Analyyseissa huomioitiin ne vastaajat, jotka tarjosivat mainittua palvelua (lyhytpsykoterapia: $n = 22$, muu

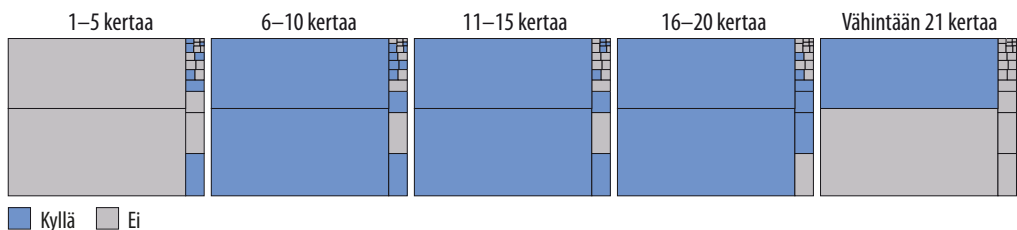
hoidollinen keskustelutuki: $n = 44$). Vastaajien määrät kysymyksittäin esitetään **INTERNETOHEISAINEISTOSSA**. Aineisto kuvailtiin frekvenssitaulukoilla ja prosenttiosuuksilla. Tulokset esitettiin vastanneen työterveyshuollon työntekijäasiakkaiden määrän ja kaikkien vastanneiden työterveyshuoltojen yhteenlasketun asiakasmäärän suhteena niissä kysymyksissä, joissa käsiteltiin julkisesti saatavilla olevia tietoja, jotta vastaajien tunnistamattomuus voitiin turvata. Avoimet vastaukset analysoitiin kokoamalla yhteen keskeisimmät ja yleisimmät vastaukset. Tilastollisissa analyyseissä käytettiin Microsoft Excel for Microsoft 365 MSO (Versio 2312) -ohjelmistoa ja R-ohjelmiston versiota 4.1.2. (11).

Tulokset

KUVASSA 1 esitetään työterveyshuolloissa järjestettävän keskustelutuen tarjonta palvelumuodon ja työterveyshuollon asiakasmäärän mukaan. Lyhytpsykoterapiaa oli isoissa työterveyshuolloissa tarjolla yleisemmin kuin pienissä. Lyhytpsykoterapiaa tarjottiin tyypillisimmin ostopalveluna. Pääosan muusta keskusteluhoidosta toteutti oma henkilökunta. Lyhytpsykoterapian yhden käynnin kustannukset vaihtelivat pääasiallisesti 100–200 euron välillä.



KUVA 2. Tilanteet, joissa potilaita ohjataan lyhytpsykoterapiaan (n = 22) tai muuhun hoidolliseen keskustelutukeen (n = 44).



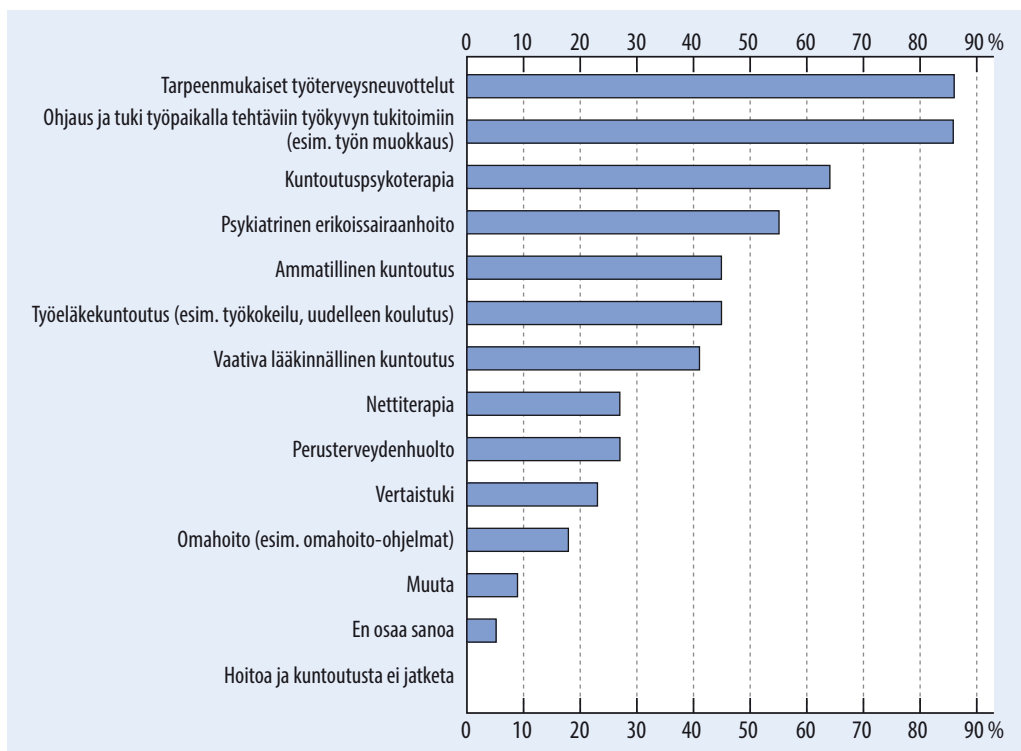
KUVA 3. Vastaajien arvio psykoterapian keston vaihtelusta työterveyshuolloissa. Yksi laatikko vastaa yhtä työterveyshuollon palveluntuottajaa (palveluntuottajalla voi olla yksi tai useampi toimipaikka) ja laatikon koko vastaa kyseisen työterveyshuollon palveluntuottajan työntekijäasiakkaiden määrää (n = 20 vastaa 1 530 000 työntekijäasiakkaan palvelua; n = 1 ei vastausta työntekijäasiakkaiden määrästä; n = 1 ei vastausta kestopista) suhteutettuna kyselyyn vastanneiden palveluntuottajien yhteenlaskettuun asiakasmäärään.

Vastaajista 45 % arvioi 76–100 %:n asiakasyrityksistään sisällyttäneen lyhytpsykoterapian osaksi työterveyshuoltosopimusta ja 27 % arvioi tällaisten yritysten osuuden olevan 0–25 %.

Hoitoon ohjaus ja hoidon toteutuminen.

Vastaajista 77 %:lla oli yksikössään yhtenäiset kriteerit lyhytpsykoterapiaan ohjaamiselle ja

70 %:lla muuhun keskusteluhoitoon ohjaamiselle. Tyypillisesti lyhytpsykoterapiaan ohjasi yrityksen vastuutyöterveyslääkäri (95 %) ja muuhun keskustelutukeen työterveyshoitaja (61 %). Valtaosa toteutti hoidon tarpeen arvon ennen lyhytpsykoterapiaa (82 %) tai keskustelutukeen (75 %) ohjausta. Kaikki kertoivat



KUVA 4. Jatkotoimenpiteet (minne potilas ohjataan), mikäli potilas ei hyödy riittävästi työterveyshuollon järjestämästä lyhytpsykoterapiasta (n = 20, n = 2 ei vastausta).

vastuutyöterveyslääkärin osallistuvan lyhytpsykoterapian tarpeen arvioon ja kaksi kolmasosaa osallistuvan keskustelutuen tarpeen arviointiin.

Kaikki työterveyshuollot käyttivät hoidon tarpeen arvioinnissa strukturoituja oirekyselyitä, 25 % käytti niitä säännöllisesti, 14 % epäsäännöllisesti ja 61 % ei antanut vastausta säännöllisyydestä. Vastaajista 95 % hyödynsi työterveyshoitajan kliinistä haastattelua ja arviota (21 % säännöllisesti, 12 % epäsäännöllisesti, 67 %:lta ei vastausta) ja 93 % käytti työterveyslääkärin kliinistä haastattelua ja arviota (20 % säännöllisesti, 15 % epäsäännöllisesti, 65 %:lta ei vastausta).

Lyhytpsykoterapiaa käytettiin yleisimmin hoitona diagnosoituihin mielenterveyshäiriöihin (59 %). Se oli myös lähes yhtä yleistä ehkäisevänä hoitona tilanteissa, joissa työntekijällä on oireita, mutta mielenterveyshäiriön diagnostiset kriteerit eivät täytyneet. Tällöin oireiden taustalla arvioitiin olevan työelämään liittyviä (55 %) tai muita ongelmia (45 %). Muuta keskusteluhoitoa käytettiin pääasiassa

ennaltaehkäisyyn vastaavissa tilanteissa, joissa ongelmat liittyivät työelämään (80 %) tai muihin syihin (77 %). Keskustelutukea hyödynnettiin diagnosoitujen mielenterveyshäiriöiden hoitona harvemmin (48 %). Hoitoon ohjauksen syyt esitetään **KUVASSA 2**.

Lyhytpsykoterapian keston vaihtelu esitettiin **KUVASSA 3**. Valtaosa (86 %) vastaajista ilmoitti lyhytpsykoterapian toteutuvan yksilömuotoisena, ja valtaosassa työterveyshuoltoja lyhytpsykoterapian kesto oli 6–20 käyntikertaa. Keston määritteli yleensä lähettävä terveydenhuollon ammattihenkilö (45 %). Lyhytpsykoterapia toteutui eri muodoissa, kuten etänä videoyhteydellä (59 %), puhelimitse (27 %), työterveyshuollon vastaanotolla (36 %) tai muissa kuin työterveyshuollon tiloissa (55 %).

Lyhytpsykoterapian tuloksellisuuden seuranta ja kehittämistarpeet. Kolmannes vastaajista (36 %) kertoi seuraavansa lyhytpsykoterapian tuloksellisuutta säännöllisesti ja puolet (50 %) epäsäännöllisesti (14 %:lla ei tietoa). Tuloksellisuutta seurasi yrityksen

työterveyshoitaja (59 %), lyhytpsykoterapiaan ohjannut ammattilainen (41 %), vastuutyöterveyslääkäri (36 %) ja yrityksen työterveyspsykologi (27 %). Yleisimpiä seurantatapoja olivat keskustelu potilaan työterveyshuoltotiimissä (55 %), oirekyselyt (45 %) ja potilaan antama kirjallinen palaute (esimerkiksi hoitotytyväisyys) (32 %). Lisäksi sairauspoissaolojen muutosta seurattiin yksilötasolla (18 %) tai yritystasolla (23 %). Vastaajista neljännes (23 %) arvioi, että lyhytpsykoterapia on riittävä hoito 26–50 %:lle potilaista. Toinen neljännes arvioi sen riittäväksi 51–75 %:lle ja kolmas neljännes 76–100 %:lle potilaista. Loput 27 % vastaajista eivät osanneet arvioida terapian riittävyttä. **KUVASSA 4** esitetään jatkotoimet, mikäli potilas ei hyötynyt lyhytpsykoterapiasta.

INTERNETTAULUKOSSA esitetään työterveyshuoltojen mielenterveyspalveluiden kehittämistarpeita vastaajien avovastausten perusteella. Keskeiset esteet lyhytpsykoterapian toteutumiselle työterveyshuollossa olivat työnantajalle muodostuvat käyntikustannukset ja toteuttajien puute.

Pohdinta

Selvityksen perusteella työterveyshuoltojen palveluvalikoimassa olevan lyhytpsykoterapian ja muun keskusteluhoidon tarjonnan nykytilaa voidaan kuvata monimuotoiseksi. Palveluiden kattavuus, saatavuus, kustannukset, toteutustapa, ohjauksiteerit ja tuloksellisuuden seuranta vaihtelevat työterveyshuolloissa työnantajittain ja palvelumuodon mukaan.

Tulosten voidaan arvioida heijastavan keskusteluhuoltojen vakiintumatonta asemaa työterveyshuoltojen toteuttamassa työkyvyn tuessa. Vaikka nyt esitettyjen tulosten perusteella valtaosalla työterveyshuolloista on käytössään strukturoituja arviomenetelmiä hoidon tarpeen arviointiin, menetelmien käytön säännöllisyys saattaa vaihdella. Lisäksi hoitoon ohjauksessa oli jossain määrin tunnistettavissa kriteerejä, jotka eivät ole yksilön psykososiaalisen hoidon kannalta perusteltuja (esimerkiksi johtamis- ja esihenkilötyön kysymykset). Työterveyshuollossa on jo kauan tunnistettu tarve selkeille ja toimiville hoidon tarpeen arviointimenetmil-

le, jotka voidaan sovittaa asiakasyritysten tarpeisiin (11). Siten tuloksemme ja tuore selvitys korostavat edelleen tarvetta kehittää keskusteluhuoltojen kriteereitä ja arviointimenetelmien käyttöä työterveyshuolloissa sekä arvioida keinoja palveluiden kattavuuden vahvistamiseen työnantajittain (12).

Tulostemme mukaan interventioiden tuloksellisuuden seuranta vaihtelee. Lyhytpsykoterapian ja sairauspoissaolojen vähenemisen välillä on toistaiseksi havaittu pieni yhteys (13–15). Terapian yhdistämisen muihin työkyvyn tukitoimiin, kuten työn muokkaukseen, on havaittu tukevan työkyvyn paranemista (16,17). Koska sekä työterveyshuollon järjestämistavat että psykoterapioiden toteuttaminen (esimerkiksi psykoterapeuttien koulutus ja määrittely) vaihtelevat eri maissa, kansainvälisiä tuloksia lyhytpsykoterapian tuloksellisuudesta työkyvyn tuessa ei voida suoraan soveltaa Suomen järjestelmään (18,19).

Suomessa tehdyssä tutkimuksessa osoitettiin, että verrokkeihin nähden sairauspoissaolot vähenivät niillä, jotka olivat hyödyntäneet työterveyspsykologin palveluja mielenterveysongelmissa (20). Jatkossa tulisikin selvittää työterveyshuollossa toteutettavien niin psykososiaalisten kuin lääkkeellistenkin mielenterveyden hoitojen tuloksellisuutta työkyvyn näkökulmasta. Lisäksi tuloksemme osoittivat, että potilas saatetaan ohjata lyhytpsykoterapiasta vähemmän intensiiviseen hoitoon kuten vertaistukeen tai nettiterapiaan, mikäli potilaan psykoterapiasta saama hoitovaste ei ole riittävä. Siten eri työkyvyn tukitoimien tarkoituksenmukaista integroitumista toisiinsa tulisi edistää.

Tutkimuksemme mukaan lyhytpsykoterapiaa on tarjolla merkittävälle osalle työntekijäasiakkaista, mutta työterveyshuolloittain tarjonta näytti olevan yhteydessä palveluntuottajan kokoon. Myös tämän tutkimuksen perusteella palvelun saavutettavuuteen työntekijöille vaikuttavat työnantajan taloudelliset mahdollisuudet hankkia näitä palveluita. Toteuttajien puutteenkin nähtiin estävän palveluiden toteutumista.

Kun psykoterapian tuloksellisuustutkimusta työkyvyn tukimuotona kertyy lisää, on tärkeää myös arvioida sen yhdenvertaista toteutumista

työssäkävyyden mielenterveyden tukimuotona. Tähän viittaa myös työntekijöiden esille nostama tarve laajentaa nykyisiä lakisääteisiä työterveyshuollon ennaltaehkäiseviä palveluita kattavamiksi mielenterveyspalveluiksi (21). Palveluiden toteuttajien puutetta voi helpottaa kansallisesti esillä oleva suunnitelma psykoterapeuttien koulutusjärjestelmän muuttamisesta kaksiportaiseksi (6). Uudistuksen yhteydessä tulisi arvioida, vastaako koulutusjärjestelmä tarpeeseen toteuttaa tavoitteellista työkyvyn tukea psykoterapeuttisissa hoidoissa ja kuntoutuksessa. Lisäksi nettiterapioiden hyödyntämistä osana mielenterveyden palveluvalikkoa tulisi arvioida. Nykyinen näyttö niiden hyödyistä työkyvyn tukimuotona on kuitenkin vähäistä (22).

Kansainväliset vertailut psykoterapian rahoitusjärjestelmistä ja suomalaista kuntoutuspsykoterapiaa koskeva näyttö osoittavat, että rahoitusjärjestelmä ohjaa terapian kokonaisuutta (19,23). Jatkossa olisi tarpeen selvittää, missä määrin työterveyshuollossa toteutuvien terapeuttisten interventioiden kestot perustuvat esimerkiksi työnantajan työterveyshuoltosopimuksessa määriteltyihin kestoihin verrattuna potilaan tosiasialliseen hoidon tarpeeseen (24,25). Tämä on oleellinen kysymys, mikäli tavoitteena on kehittää psykoterapeuttisten hoitojen tarjontaa ja Kelan korvausjärjestelmää osana työterveyshuollon työkyvyn tukimuotoja.

Tämä on ensimmäinen selvitys lyhytpsykoterapian ja muun keskusteluhoidon toteutuksesta työterveyshuolloissa Suomessa. Vastaajat edustivat monipuolisesti eri työterveyshuollon järjestämisuotoja eri puolilta maata ja palvelivat arviolta 85 %:a työterveyshuollon piirissä olevista työntekijöistä (10). Tunnistimme tähän tutkimukseen yhteensä 80 palveluntuottajaa, mikä on lähellä aikaisemmassa työterveyshuollon laatuselvityksessä tunnistettua palveluntuottajien määrää (26).

Tämän selvitysluonteisen tutkimuksemme rajoituksena on, ettei vastanneiden ja vastaamatta jättäneiden palveluntuottajien profiileja voida verrata anonyymien vastaustavan vuoksi. Rajoitukseen kuuluu myös, ettei eri psykososiaalisten menetelmien ja hoitojen kestolle, si-

Ydinasiat

- ▶ Lyhytpsykoterapian toteutuminen vaihtelee eri työterveyshuoltojen välillä.
- ▶ Palveluiden toteutus ja saatavuus riippuvat työterveyshuollon palvelutarjonasta ja työnantajan työterveyshuollon sopimuksen laajuudesta.
- ▶ Työterveyshuollossa toteutettavien keskusteluhoitojen tuloksellisuutta työkyvyn tuessa tulisi selvittää.
- ▶ Työterveyshuollossa toteutettavien keskusteluhoitojen integrointia muihin työkyvyn tukitoimiin tulee kehittää.

sällölle tai toteuttajien ammatilliselle pätevyydelle ole yhtenäisiä määritelmiä. Lisäksi näitä palveluita voivat työterveyshuollon ulkopuolisina ostopalveluina toteuttaa eri ammattiryhmät. Tämä saattoi johtaa vastaajien erilaisiin tulkintoihin kysymyksistä. Emme selvittäneet eri palveluiden sisältöjä. Vaikka vastaajien edustamat työterveyshuollot tarjoavat työterveyspalveluita merkittävälle osalle suomalaisia työntekijöitä, palveluiden todellinen saatavuus työntekijöille riippuu erityisesti työterveyshuoltosopimuksen kattavuudesta. Lisäksi emme tarkastelleet palveluita käyttävien työntekijöiden sosiodemografista profiilia, jonka on tunnistettu vaikuttavan todennäköisyyteen hakeutua psykososiaalisten palveluiden piiriin mielenterveyskysymyksissä (27–30). Jatkossa olisi syytä selvittää työterveyden mielenterveyden tuen palveluiden käytön ja tuloksellisuuden jakaantumista työntekijäryhmittäin. Pitkä kysely saattoi vaikuttaa vastausmäärään, ja kun monet vastaajat edustivat useita toimipisteitä, vertailu eri toimipisteiden välillä oli vaikeaa.

Lopuksi

Mielenterveyden häiriöistä on muodostunut keskeisin työkyvyttömyyden syy. Työterveyshuollot ovat vastanneet lisääntyneeseen tarpeeseen kehittämällä keskusteluhoitojen tarjontaa. Tutkimuksemme perusteella palveluiden tarjonta vaihtelee työterveyshuolto-

jen välillä ja palveluiden kattavuus vaihtelee työnantajien työterveyshuoltosopimusten mukaisesti. Terveydenhuollon toimintana näiden palveluiden tarkoituksenmukainen kohdentaminen ja vaikutusten arviointi tulisi olla systemaattista ja organisoitua. Jotta palveluita voidaan kehittää tarkoituksenmukaisesti vas-

taamaan lisääntyntä työkyvyn tuen tarvetta tilanteissa, joissa mielenterveyden ongelmat vaikuttavat työkykyyn, tulisi palveluiden hyödyt pystyä osoittamaan työntekijöille, työnantajille ja päättäjille. ■

Kiitämme Kelaa käsikirjoitukseemme liittyvästä rahoituksesta (Kela 4/26/2022).

MARI IMMONEN, PsM

Työterveyslaitos, Helsinki

AKI VUOKKO, LT, työterveyshuollon erikoislääkäri

Työterveyslaitos, Helsinki

KIA GLUSCHKOFF, PsT, dosentti

Työterveyslaitos, Helsinki

ERKKI HEINONEN, PsT, dosentti, professori

Kliinisen mielenterveyspsykologian erikoispsykologi, psykoterapeutti

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki
Oslo yliopisto, Oslo, Norja

HELI JÄRNEFELT, PsT, psykoterapeutti, työterveyspsykologi, terveyspsykologian ja psykoterapian erikoispsykologi

Työterveyslaitos, Helsinki

PAULIINA MATTILA-HOLAPPA, PsT, työ- ja organisaatiopsykologian erikoispsykologi

Työterveyslaitos, Helsinki

ARI VÄÄNÄNEN, YTT, PhD, dosentti, tutkimusprofessori

Työterveyslaitos, Helsinki

SANNA SELINHEIMO, PsT, työterveyspsykologi, terveyspsykologian erikoispsykologi

Työterveyslaitos, Helsinki

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Mari Immonen: Ei sidonnaisuuksia

Aki Vuokko: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Lääkäriliitto, Duodecim), hankkeet (Kansallinen sisäilma ja terveys -ohjelma, Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkosto (TOIMIA))

Kia Gluschkoff: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Mehiläinen Oy)

Erkki Heinonen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Terveystalo, Mehiläinen, Shortum, Arvo, Luote, HedCo, Psykologien Kustannus), luottamustoimet (Helsingin yliopiston psykoterapeuttikoulutuksen johtoryhmä (varajäsen), Käypä hoito -työryhmä (Pakko-oireinen häiriö))

Heli Järnefelt: Apuraha (Työsuojelurahasto), luottamustoimet (Suomen unitutkimusseuran CBT-I-koulutustoimikunta (puheenjohtaja)), hankkeet (Käypä hoito -työryhmä (Unettomuus))

Pauliina Mattila-Holappa: Apuraha (Aava), hankkeet (Suomen kestävä kasvun ohjelma)

Ari Väänänen: Ei sidonnaisuuksia

Sanna Selinheimo: Luottamustoimet (Suomen Psykologiliiton hallituksen jäsen), hankkeet (Suomen kestävä kasvun ohjelma)

KIRJALLISUUTTA

1. Kelan tilastollinen vuosikirja 2022. Helsinki: Kela 2023. <http://hdl.handle.net/10138/567907>.
2. Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2022. Helsinki: Eläketurvakeskus 2023. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147335/tilasto-suomen-elakkeensaajista-2022.pdf?sequence=1.
3. Laaksonen M, Blomgren J, Perhoniemi R. Mielenterveyssyistä alkavat eläkkeet ovat yleistyneet nuorilla mutta vähentyneet vanhemmissa ikäryhmissä. *Suom Lääkäril* 2021;76:1889–93e.
4. Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2025 (päivitetty 28.2.2025). www.kaypahoito.fi.
5. Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2024 (päivitetty 25.9.2024). www.kaypahoito.fi.
6. Vahva ja välittävä Suomi – Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Helsinki: Valtioneuvosto 2023, s. 246.
7. Cuijpers P, Karyotaki E, de Wit L, ym. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: a meta-analytic review. *Psychother Res* 2020;30:279–93.
8. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, ym. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med* 2010;8:1–13.
9. Terapeuttiset menetelmät ja terapiapalvelut. Helsinki: THL 2023. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/terapeuttiset-menetelmat-ja-terapiapalvelut>.
10. Kelan työterveyshuoltotilasto 2022. Helsinki: Kela 2023. <http://hdl.handle.net/10138/578589>.
11. Kaila E, Väisänen A, Leino T, ym. ToMaHoK – Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos 2012. <https://julkari.fi/handle/10024/134945>.
12. Majuri M, Malin M, Anttila A, ym. Mielenterveys ja työkyky aiheina työterveyshuollon erikoislääkärinkoulutuksessa. *Työterveyslääkäri* 2023;41:78–82.
13. Salomonsson S, Hedman-Lagerlöf E, Öst L-G. Sickness absence: a systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. *Psychol Med* 2018;48:1954–65.
14. Estevez Cores S, Sayed AA, Tracy DK, ym. Individual-focused occupational health interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Occup Health Psychol* 2021;26:189–203.
15. Finnes A, Enebrink P, Ghaderi A, ym. Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Arch Occup Environ*

- Health 2019;92:273–93.
16. Cullen KL, Irvin E, Collicie A, ym. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *J Occup Rehabil* 2018;28:1–15.
 17. Wagner S, Koehn C, White M, ym. Mental health interventions in the workplace and work outcomes: a best-evidence synthesis of systematic reviews. *Int J Occup Environ Med* 2016;7:1–14.
 18. Jain A, Hassard J, Leka S, ym. The role of occupational health services in psychosocial risk management and the promotion of mental health and well-being at work. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:3632.
 19. Selinheimo S, Gluschkoff K, Kausto J, ym. Kuntoutuspsykoterapian saajat ja kesto suuntautuksisittain - rekisteriseurantatutkimus vuosilta 2014–2021. *Duodecim* 2024;140:964–72.
 20. Lahti J, Harkko J, Sumanen H, ym. Does seeing a psychologist reduce sickness absence due to mental disorders? A quasi-experiment. *Eur J Public Health* 2020;30:ckaa166.1064.
 21. Nissinen S, Sormunen E, Pesonen S, ym. Työterveyspalvelujen käyttö ja kehitys: Palvelukehitys työterveyshuollon toimintaympäristön muutoksissa (PALMU) -hankeraportti. 2023. Helsinki: Työterveyslaitos 2023.
 22. Udd-Granat L, Lahti J, Donnelly M, ym. Internet-delivered cognitive behavioral therapy (iCBT) for common mental disorders and subsequent sickness absence: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Public Health* 2023;51:137–47.
 23. Flückiger C, Wampold Bruce E, Delgadillo J, ym. Is there an evidence-based number of sessions in outpatient psychotherapy? – a comparison of naturalistic conditions across countries. *Psychother Psychosom* 2020;89:333–5.
 24. Knekt P, Lindfors O, Renlund C, ym. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. *J Affect Disord* 2011;135:221–30.
 25. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psychological predictors of the recovery from mood or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. *Psychiatry Res* 2013;208:162–73.
 26. Nissinen S, Kauranen T, Lappalainen K, ym. Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2023. Helsinki: Työterveyslaitos 2024. www.julkari.fi/handle/10024/149959.
 27. Kokkinen L, Gluschkoff K, Kausto J, ym. Occupational grade, mental distress, and the use of psychotherapy. *J Prim Care Community Health* 2023;14:21501319231199958.
 28. Selinheimo S, Gluschkoff K, Turunen J, ym. Income gradient in psychotherapy use and psychotropic drug purchases: a longitudinal register study in Finnish employed population. *J Psychiatr Res* 2023;164:133–9.
 29. Epping J, Muschik D, Geyer S. Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *Int J Equity Health* 2017;16:147.
 30. Leppänen H, Kampman O, Autio R, ym. Socioeconomic factors and use of psychotherapy in common mental disorders predisposing to disability pension. *BMC Health Serv Res* 2022;22:983.