

# **”LIIAN YKSINÄISTÄ TAISTELUA”**

Työpaikan sisäilmasta sairastuminen sosiaalialan työntekijöiden kertomana

NINA AAROLA

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Sosiaalityön pro gradu -  
tutkielma

Joulukuu 2018

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

AAROLA, NINA: ”Liian yksinäistä taistelua” Työpaikan sisäilmasta sairastuminen sosiaalialan työntekijöiden kertomana

Pro gradu -tutkielma, 72 s., 1 liites.

Sosiaalityö

Ohjaaja: Tuija Eronen

Joulukuu 2018

---

Tämä pro gradu -tutkielma käsittelee työpaikan sisäilmasta sairastuneiden sosiaalialan työntekijöiden kokemuksia heidän kertomanaan. Ensimmäinen tutkimuskysymys on mitä työntekijät kertovat työpaikan sisäilmasta sairastumisestaan. Toinen tutkimuskysymys liittyy kohtuuttomuuden rakentumiseen kertomuksissa. Kolmas tutkimuskysymys etsii vastausta siihen millaisia tarinatyyppisiä kertomuksista voidaan löytää.

Tutkimuksen keskeisinä teoreettisina käsitteinä ovat hyvinvointi, osallisuus, tieto ja valta sekä kohtuuttomuuden ja oikeudenmukaisuuden tematiikka lainsäädännön antama hyvinvointilupa mukaan lukien. Metodologisesti olen sitoutunut Habermasin kriittis-emansipatoriseen intressiteoriaan sekä feministiseen standpoint-teoriaperinteeseen. Tutkimusaineisto muodostuu kahdeksasta työpaikan sisäilmasta sairastuneen sosiaalialalla työskentelevän naisen kertomuksesta. Tarkastelen aineistoa kokonaisvaltaista narratiivista tutkimusotetta soveltaen. Analyysimenetelmänä käytän myös aineistolähtöistä analyysia. Kertomusten toimijoiden ja heidän välistensä suhteiden merkitysten selvittämiseen sovellan A. J. Greimasin aktanttimallia.

Tutkimuksen keskeisinä tuloksina esitän, että työpaikan sisäilmasta sairastumisella on kauaskantoiset vaikutukset työntekijöiden fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Kaikki kertojat sairastuivat oireiltuaan ensin pitkään. Kertomusten pohjalta rakentuu kolme päätarinatyyppiä: selviytymistarinat, kärsimystarinat ja etsinnän tarinat. Selviytymisen kannalta merkittävänä näyttäytyy sairastuneiden oman suhtautumisen ohella sekä työyhteisön — erityisesti esimiehen — että vertaisten ja läheisten tuki. Enemmistö pystyy jatkamaan työelämässä päästyään puhtaampiin tiloihin, joihin pääsy ei kuitenkaan ole itsestäänselvyys. Parhaiten sairautensa sopeutuneet naiset eivät jatkaneet entisellä työpaikallaan. Työpaikoilla vallitsee sisäilmaongelmien suhteen salailun ja vaikenemisen kulttuuri. Kokonaisvastuu tilanteesta ei kuulu kenellekään eikä työturvallisuuslainsäädäntöä noudateta. Suurin osa jäi täysin ilman apua tai sai sitä liian myöhään. Naisten oireita oli vähätelty, mitätöity ja osa joutui jopa kiusatuksi työyhteisössään. Johdolle ja työyhteisölle tulisikin tarjota tietoa työturvallisuuslainsäädännöstä, sisäilmaongelmiin tarttumisesta ja asianmukaisesta suhtautumisesta oireistaan kertoviin työntekijöihin.

Avainsanat: työpaikan sisäilmaongelma, kohtuuton tilanne, työhyvinvointi, tieto, narratiivinen tutkimus, feministinen tutkimus

University of Tampere

Faculty of Social Sciences

AAROLA, NINA: "Too lonely fight" Indoor air illness in the workplace narrated by social sector employees

Master's Thesis, 72 pages, 1 appendix page

Social Work

Supervisor: Tuija Eronen

December 2018

---

This Master's Thesis examines indoor air illness experiences in the workplace narrated by social sector employees. The first primary question in the study is what employees tell about falling ill from indoor air in the workplace. Another question is related to construction of unfair and unbearable situations in employees' stories. The third question focuses on different story types found in illness stories.

Well-being, inclusion, knowledge and power, unfairness and justice together with legislative welfare promises form the theoretical context of the study. Methodologically the study is based on Habermas' critical and emancipatory knowledge interest theory and on the feminist standpoint theory. The research data consists of eight individual indoor air illness stories narrated by women working in the social sector. The study utilizes both comprehensive narrative analysis and content analysis. The actantial model of A.J. Greimas is applied for exploring the meanings hidden in relations between story actants.

The main results of the study are that the indoor air problems in the workplace have long-term and comprehensive effects on physical, mental and social well-being of employees. All the narrators fell ill after having suffered from prolonged indoor air symptoms. The analysis revealed three story types: coping story, suffering story and quest story. Employee's own adjustment to situation and support received from work community – especially from supervisor – peers, family members and friends help to cope better with illness. Most employees were able to continue in working life in clean working spaces. Best coped employees had changed the employer. In workplaces indoor air problems are not discussed openly. No one takes responsibility for the overall situation and occupational health and safety legislation is often violated. Most employees did not get help at all or got it too late. Their symptoms were depreciated, nullified and some of them got even bullied in the workplace. Management and work communities need more information about indoor air problems, occupational health and safety legislation and importance of respectful treatment of colleagues.

Key words: indoor air problem in workplace, unfair and unbearable situation, well-being at work, knowledge, narrative research, feminist research

## SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO .....	1
2	TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA KESKEISET KÄSITTEET .....	4
2.1	Hyvinvointi.....	4
2.2	Tieto ja valta.....	10
2.3	Kohtuuton tilanne, kohtuullisuus ja oikeudenmukaisuus.....	14
3	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	19
3.1	Metodologiset valinnat .....	19
3.2	Tutkimustehtävä .....	22
3.3	Sairastumistarinat ja niiden analyysi.....	23
3.4	Eettinen pohdinta.....	28
4	SAIRASTUMINEN JA HYVINVOINNIN HÄVIÄMINEN .....	31
4.1	Se tavallinen tarina .....	31
4.2	Vikaa korvien välissä?.....	33
5	LIIAN YKSINÄISTÄ TAISTELUA.....	35
5.1	Työpaikka.....	35
5.2	Työterveyshuolto ja työsuojelu .....	38
5.3	Viranomaiset .....	40
5.4	Läheiset .....	41
5.5	Vertaistuki .....	42
6	TARINOITA SISÄILMASTA JA SITKEYDESTÄ.....	44
6.1	Selviytymistarinat.....	44
6.2	Kärsimystarinat .....	46
6.3	Etsinnän tarinat.....	49
7	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	54
	LÄHTEET.....	62
	LIITTEET .....	67
	LIITE 1. KIRJOITUSPYYNTÖ.....	67

## KUVIOT

KUVIO 1 Osallisuus syrjäytymisen vastaparina (Raivio & Karjalainen, 2013, 17) .....	10
KUVIO 2 Greimasin aktanttimalli.....	27

# 1 JOHDANTO

Ympäristöministeriön kosteus- ja homevaurioiden yhteenvetoraportin (2016) arvion mukaan kosteus- ja homevaurioiden aiheuttamille epäpuhtauksille altistuu päivittäin yhteensä 600 000 - 800 000 suomalaista kotona, kouluissa, päiväkodeissa, hoitolaitoksissa ja toimistoissa. Työperäisten kosteus- ja homevaurioiden aiheuttamat suorat hoito- ja poissaolokustannukset ovat yhteiskunnalle n. 152 milj. euroa vuodessa. Tilannetta ei helpota jääminen virallisen sosiaaliturvajärjestelmän ulkopuolelle sisäilmasairauden olemassaolon kiistanalaisuuden vuoksi. Sisäilmaongelma on inhimillisesti ja kansantaloudellisestikin tarkasteltuna laaja ja vakava ongelma yksilön ja koko yhteiskunnan kannalta.

Sisäilmaongelmassa kohtaavat objektiiviseen näyttöön perustuvan sairauksien diagnostiikan ja vakuutuslääketieteen ongelmallisuus yhdistyneenä sairastuneen oman näkemyksen ohittamiseen asiansa käsittelyssä. Lisäksi sisäilmaongelmaan suhtautuminen on usein ristiriitaista, vähättelevää ja pahimmillaan ilmiön olemassaolo kielletään kokonaan. Sisäilmaongelmaa on tutkittu tieteellisesti eniten kosteusvauriorakennusten homeiden ja muiden mikrobien ja niiden aiheuttamien terveyshaittojen näkökulmasta (esim. Salkinoja-Salonen 2015; Haahtela & Nordman & Talikka 1993; Pirinen 2006; Putus 2009, 2010; Reijula & Haahtela 2016). Myös rakennusmateriaaleihin liittyvää teknistä tutkimusta löytyy. Mielestäni on yllättävää, että laadullista yhteiskunta- ja sosiaalitieteellistä tutkimusta aiheesta löytyy toistaiseksi hyvin vähän (esim. Lahtinen 2004; Mäki & Nokela (toim.) 2014; Finell & Seppälä 2018). Julkisuudessa puhutaan homekouluista ja -sairaaloista lähinnä kustannusnäkökulmasta. Ammattilehdissä näkee toisinaan joitakin tapauskertomuksia. Sairastuneiden omat kertomukset sairastumiskokemuksistaan vaikuttavat olevan vaiettu asia niin median kuin tutkimuksenkin kentällä. Työpaikan sisäilmasta sairastumisen voidaankin nähdä olevan samanaikaisesti ylinäkyvä ja toisaalta näkymättömäksi tehty aihepiiri. Tämä on osa samantyyppistä monimutkaista paradoksia kuin esimerkiksi voidaan nähdä olevan esimerkiksi rasismien, dopingin ja muidenkin arkaluonteisten ja vaiettujen aihepiirien kohdalla (Souto & Honkasalo & Suurpää 2015). Tämä tutkielma pyrkii osaltaan raottamaan suomalaisten työpaikkojen yleisen ongelman ympärillä olevaa hiljaisuuden verhoa ja rohkaisemaan omista kokemuksista kertomista tasa-arvoisena tiedonmuodostuksen osana.

Tutkin pro gradu -tutkielmassani sosiaalialan työntekijöiden kertomuksia heidän sairastumisestaan työpaikan sisäilmasta. Työpaikan sisäilmasta sairastumista voidaan jo lähtökohtaisesti pitää

kohtuuttomana tilanteena paitsi siitä yksilölle aiheutuvan inhimillisen kärsimyksen myös yhteiskunnan yleisesti hyväksymän lainsäädännön (perustuslaki, työsuojelulaki, terveydensuojelulaki) rikkomisen vuoksi. Työpaikan sisäilmasta sairastuneet eivät ole vain satunnaisia yksittäistapauksia vaan suuri joukko ihmisiä, jotka menettävät pahimmassa tapauksessa kokonaan terveytensä ja sen myötä työ- ja toimintakykynsä.

Perustelen tutkimusaiheeni valintaa työpaikkojen sisäilmaongelmien tutkimuksen vähäisyydellä erityisesti oireilevien ja sairastuneiden työntekijöiden omasta näkökulmasta tarkasteltuna. Koen tärkeäksi tuoda esiin mitä he itse haluavat kertoa asiasta ja tässä mielessä käyttämäni narratiivinen tutkimusote puolustaa paikkaansa. Olen rajannut tutkimusaiheeni työpaikoillaan sisäilmasta sairastuneisiin sosiaalialan työntekijöihin eli oman ammattikuntani edustajiin tutkielman laajuuden asettamien rajoitusten vuoksi. Sosiaalialan ammattilaisia työskentelee paljon julkisella sektorilla, jossa sisäilmaongelmia esiintyy runsaasti, joten valinta on toki siltäkin osin perusteltu. Ammattiryhmistä opettajien ja terveydenhuollon työntekijöiden työpaikkojen sisäilmaongelmat näkyvät enemmän julkisuudessa vaikka niidenkin käsittely on vähäistä. Myös aiempi omakohtainen kokemukseni työpaikan sisäilmasta sairastumisesta vaikutti osaltaan aiheen valintaan, sillä ilman sitä en olisi todennäköisesti päätenyt nykyiseen tutkimusaiheeseen. Lisäksi aihepiirin omakohtaisuus on vaikuttanut tutkimuskysymysteni muotoutumiseen. Feministisen standpoint-teorian avulla on mahdollista tutkia sosiaalityössä keskeisiä marginalisoituja ryhmiä ja näkökulmia valtavirtatutkimuksesta poiketen (Kuronen 2009, 118–120). Hyödynnän feministiteoreetikko Dorothy E. Smithin standpoint-näkemyistä valittuani omakohtaisen ja kiistanalaisen tutkimusaiheen, jonka esiin tuomisen kautta toivon, että ymmärrys ilmiöstä lisääntyy ja johtaa sairastuneiden kohtelun ja heidän avunsaantinsa paranemiseen. Tutkielmani voidaan nähdä myös kriittisenä aikalaismomenttina Suorannan ja Rynnäsen (2014, 187) tapaan, jossa *aikalaiskriitikko välttää asettumasta moraaleineen asian tai ihmisten yläpuolelle; hän pitää ihmisiä oman asiansa vahvoina subjekteina*.

Tässä tutkielmassa käytän tarinoidensa kertojista termiä *työpaikan sisäilmasta sairastunut*, jolla tarkoitetaan työpaikalla kosteus- ja homevaurioista sairastunutta sekä sisäilman muille epäpuhtauksista oireilevaa tai sairastunutta henkilöä. MCS eli hajuste- ja kemikaaliyliherkkyys liittyy myös sisäilmasta sairastumisen problematiikkaan. MCS on sairaus, jota sairastavat saavat ruumiillisia oireita jo pienistä pitoisuuksista ilmassa olevia kemikaaleja. Näistä altisteista eniten oireita aiheuttavat hajusteet ja homemyrkyt. (Ennari 2015, 13.) Osalla sairastuneista MCS on puhjennut heidän asuttuaan tai työskenneltyään paljon rakennuksessa, jossa on kosteusvaurion aiheuttama sisäilmaongelma. Näistä rakennuksista käytetään termiä *hometalo tai sairastalo*. (Emt. 2015, 168.)

Tämän tutkielman tarinoiden kriteerinä oli se, että työntekijän oireilu on ollut sen asteista, että hän ei ole pystynyt enää jatkamaan työskentelyään entisissä työtiloissa. Viitataan sosiaalialan työntekijöillä sosiaalialan laajalla kentällä eri tehtävissä työskenteleviin sosiaalialan ammattilaisiin kuten sosiaalityöntekijöihin ja sosionomeihin.

Tutkimuksen juoni kulkee seuraavasti. Johdannon jälkeen luvussa kaksi taustoitan tutkimuksen viitekehystä ja esittelen keskeiset käsitteet, joita ovat hyvinvointi, osallisuus, tieto ja valta sekä kohtuuttomuuden, kohtuullisuuden ja oikeudenmukaisuuden tematiikka asiaan liittyvä lainsäädäntö mukaan lukien. Kolmannessa luvussa käsittelen tutkimuksen toteuttamista tutkimustehtävän määrittelyn, metodologisten valintojen, aineiston ja analyysimenetelmän esittelyjen kautta. Luvun päättää tutkimukseen liittyvä eettinen pohdinta. Luvussa neljä tarkastelun kohteena ovat työpaikan sisäilmasta sairastumisen vaikutukset hyvinvointiin työntekijöiden kertomana. Seuraavassa luvussa kertojat tuovat esiin muiden suhtautumista työpaikan sisäilmasta sairastuneeseen sekä avun saamisen haasteita. Luvussa kuusi keskiössä ovat työpaikan sisäilmasta sairastuneiden naisten kertomat tarinatyytit. Esitys päättyy lukuun seitsemän, jossa esitän johtopäätökset tutkimuksen tuloksista.



## 2 TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA KESKEISET KÄSITTEET

Tässä luvussa avataan työpaikan sisäilmasta sairastumiseen liitettyä teoreettista viitekehystä esittelemällä hyvinvoinnin ja osallisuuden käsitteet sekä lainsäädännön antamaa hyvinvointilupausta. Näiden jälkeen siirrytään tiedon ja vallan tematiikan kautta kohtuuttoman tilanteen, kohtuullisuuden ja oikeudenmukaisuuden tarkasteluun.

### 2.1 Hyvinvointi

Maailman terveysjärjestön (WHO) julkaiseman Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokitusjärjestelmän (ICF) mukaan hyvinvointi (well-being) on yleistermi, joka kattaa ihmiselämän fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset piirteet, joista muodostuu niin sanottu ”hyvä elämä”. Terveysteen liittyvien tekijöiden lisäksi ihmiselämän kokonaisuuden muodostavat koulutus, työ, ympäristö ym. (ICF 2014, 235–241). WHO:n luokittelun periaatteisiin nojaa myös sosiaalityön viitekehystä tarkasteltuna hyvinvointi, joka määrittyy fyysisten ja psyykkisten tarpeiden tyydyttämisenä sosiaalisissa suhteissa. Suomalaisessa hyvinvoinnin sekä aikaisemmassa että uusimmassa tutkimuksessa hyvinvointi ymmärretään WHO:n tavoin pikemminkin ulottuvuuksina kuin tarkkarajaisena ilmiönä. Sosiologi Erik Allardt käytti vuonna 1976 julkaistussa teoksessaan ”Hyvinvoinnin ulottuvuuksia” edelleen käyttökelpoisia hyvinvoinnin mittareita: Having (omistaminen, elintaso), Loving (rakastaminen, yhteisyys-suhteet) ja Being (oleminen, itsensä toteuttaminen). Näistä kukin jakautuu edelleen vielä pienempiin osatekijöihin.

Hyvinvointi-käsite viittaa suomen kielessä sekä yksilölliseen hyvinvointiin että yhteisötason hyvinvointiin. Yksilöllisen hyvinvoinnin osatekijöiksi taas luetaan sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen, onnellisuus ja sosiaalinen pääoma. Yhteisötason hyvinvoinnin ulottuvuuksia ovat puolestaan elinolot, kuten asuinolot ja ympäristö, työhön ja koulutukseen liittyvät seikat, kuten työllisyys ja työolot, sekä toimeentulo. Yhä useammin koettua hyvinvointia mitataan myös elämänlaadulla, jota muovaavat terveys ja materiaallinen hyvinvointi, samoin kuin yksilön odotukset hyvästä elämästä, ihmissuhteet, omanarvontunto ja mielekäs tekeminen. (Hyvinvointi – Hyvinvointi- ja terveyserot – THL (2015) Saatavilla [www-muodossa](#).) Turvallisuus ja sosiaalinen pääoma on Suomessakin nostettu 1990-luvulta alkaen vakiintuneiden hyvinvointi-indikaattoreiden rinnalle (Niemelä 2000). Yeungin (2004) mukaan sosiaalinen pääoma on laajempi käsite kuin pelkkä raha,

joten se soveltuu yhteiskunnallisen hyvinvoinnin tarkastelukulmaksi pelkkää rahaa paremmin. Kriitikot (esim. Järveläinen 2007) puolestaan näkevät sosiaalisen pääoman ongelmallisena käsitteenä siksi, että siinä tarkastellaan talouden kielellä ei-taloudellisia kysymyksiä. (Järveläinen & Mäkinen 2007, 76–77.) Hyvinvointi on siis hyvin moniulotteinen käsite, johon sisältyy monia toisiaan täydentäviä ja ehdollistavia ulottuvuuksia, ”avaruuksia” tai ”areenoita”. Hyvinvointitutkimuksen kaikkia erilaisia lähestymistapoja yhdistää kuitenkin peruskysymys siitä mikä ja mitä on hyvä elämä. Yleinen karkea jakolinja hyvinvoinnin tutkimuksessa on jako filosofiseen ja yhteiskunnalliseen hyvinvointitutkimukseen. Myös rajapinta oikeudenmukaisuuden ja hyvinvoinnin välillä on keskeinen asia. (Saari 2011, 9–29.) Tämän tutkielman yhteydessä tarkastellussa tutkimuskirjallisuudessa hyvinvointia tarkastellaan lähinnä sen vajeiden näkökulmasta osana kohtuuttomiin tilanteisiin joutuneiden ihmisten kokemuksia, joihin myös oikeudenmukaisuuden tematiikka liittyy olennaisena osana.

Suomen perustuslain (731/1999) 19 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Hyvinvointivaltion tavoitteena on siis taata kansalaisilleen mahdollisimman hyvät edellytykset hyvään ja ihmisarvoiseen elämään. Lisäksi useilla muilla laeilla säännellään rakennusten turvallisuutta terveydelle. Näitä lakeja ovat maankäyttö- ja rakennuslaki (132/1999), terveydensuojelulaki (763/1994), työsuojelulainsäädäntö (työturvallisuuslaki 738/2002 ja työterveyshuoltolaki 1383/2001) sekä lasten opiskelun ja päivähoiton terveellisyttä koskeva lainsäädäntö (perusopetuslaki 628/1998, lukiolaki 629/1998 ja laki lasten päivähoitosta 36/1973). Lisäksi terveydensuojelulain 26 §:n mukaan asunnon ja muun sisätilan sisäilman puhtauden, ilmanvaihdon ja muiden ominaisuuksien tulee olla sellaiset, ettei niistä aiheudu asunnossa tai sisäilmassa oleskeleville terveyshaittaa. Rakennus ei siis lainsäädännön mukaan saisi sairastuttaa ketään. (Ennari 2015, 169.)

Työlainsäädännön perustana on perustuslain (731/1999) mukaisesti työntekijöiden suojeleminen, josta julkisen vallan on huolehdittava. Työsuhdetta koskeva lainsäädäntö perustuu työsopimuslakiin ja muihin työoikeudellisiin lakeihin. Työrikoksia ja -rikkomuksia säännellään sekä rikoslaisissa että työsuojelua koskevissa erityislaeissa. (Alvesalo 2007, 307). Työsopimuslakiin 55/2001 sisältyvä yleisvelvoite edellyttää, että työnantajan on edistettävä suhteitaan työntekijöihin samoin kuin työntekijöiden välisiä suhteita. Työturvallisuuslain 738/2002 tarkoituksena on parantaa työolosuhteita ja työympäristöä, jotta työntekijöiden työkyky voidaan turvata sekä ennaltaehkäistä työtapa- ja tapaturmia sekä muita työympäristöstä ja työstä johtuvia haittoja. Työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijöiden terveydestä ja turvallisuudesta työssä. Jos työntekijän todetaan työssään kuormittuvan joko fyysisesti tai psyykkisesti hänen terveyttään vaarantavalla tavalla, työnantajan on

ryhdyttävä kaikin keinoin toimiin kuormitustekijöiden selvittämiseksi sekä vähentämiseksi. Työturvallisuuslaki velvoittaa työntekijöitä välttämään muihin työntekijöihin kohdistuvaa häirintää tai muuta epäasiallista kohtelua. Työnantajan velvollisuus on tarkkailla työyhteisön tilaa, jotta mahdolliset ongelmat tulisivat esiin mahdollisimman varhain sekä puuttua tilanteeseen tarvittaessa työsuojeluvaltuutetun, luottamusmiehen tai työterveyshuollon avustuksella. Yleisesti ottaen kiusaamiseen on vaikea puuttua ja usein tilanne jatkuu puuttumisesta huolimatta, jolloin moni kiusaamisen kohteena oleva työntekijä päätyy tilanteen stressaavuuden vuoksi vaihtamaan työpaikkaa. Syynä puuttumattomuuteen on usein pelko siitä, että puuttumalla kiusaamiseen joutuu itse uhriksi. Sama mekanismi on nähtävissä myös koulukiusaamistilanteissa. (Virolainen 2012, 41–42.) Timo Pehrmanin (2011) työpaikkakiusaamista koskevan väitöskirjatutkimuksen mukaan ristiriitatilanteiden ratkaisumenetelmäksi sopii avoin keskustelu ja sovittelu. Mikäli näin ei toimita, voivat henkilöiden väliset ristiriidat jatkua pahimmillaan jopa vuosikymmeniä.

Työturvallisuusrikoksen määritelmä on rikoslain 47 luvun 1§:n mukaan seuraava:

*Työnantaja tai tämän edustaja, joka tahallaan tai huolimattomuudesta 1) rikkoo työturvallisuusmääräyksiä tai 2) aiheuttaa aiheuttaa työturvallisuusmääräysten vastaisen puutteellisuuden tai epäkohdan taikka mahdollistaa työturvallisuusmääräysten vastaisen tilan jatkumisen laiminlyömällä työturvallisuusmääräysten noudattamista alaisessaan työssä tai jättää huolehtimatta taloudellisista, toiminnan järjestämistä koskevista tai muista työsuojelun edellytyksistä on tuomittava työturvallisuusrikoksesta sakkoon tai vankeuteen enintään yhdeksi vuodeksi.*

Kriminologiassa eli rikollisuutta ja sen kontrollia koskevassa tutkimuksessa ”rikos” ymmärretään oikeustiedettä laajemmin; kriminologiaa kutsutaankin myös ”poikkeavuuden sosiologiaksi”. Kriittisen kriminologian näkökulmasta lainsäätäjä on ollut edistyksellinen edellä mainitun lakipykälän muotoilussa siinä mielessä, että siinä tuodaan esille ajatus siitä, että työssä tapahtuneita vaaratilanteita tai vammautumisia ei tule automaattisesti kohdella rangaistavan käytöksen ulkopuolisina ”tapaturmina” tai ”onnettomuuksina”, vaan tulee selvittää niiden yhteydessä mahdollisesti tapahtuvat rangaistavat teot tai laiminlyönnit johtoporrasta myöten. Valitettavasti tästä hyvästä muotoilusta ei ole seurannut sen toteutumisen vaan vallalla on edelleen perinteinen näkemys, jonka mukaan rikos on pistemäinen, ajassa ja paikassa havainnoitavissa oleva tahallinen teko. (Alvesalo 2007, 309–310.) Esimerkkinä tällaisesta kohtuuttomaan tilanteeseen johtaneesta näkemyksestä on asbestoosiin työssään sairastuneiden kohtalo. Asbestin vaarallisuutta tutkittiin jo

1930-luvulla ja 1950-luvulla siitä oltiin jo hyvin selvillä. Siitä huolimatta työntekijöiden asbestipölylle altistaminen jatkui vuosikymmeniä johtaen liian monen työntekijän vakavaan sairastumiseen ja ennenaikaiseen kuolemaan. Suomalaisessa oikeuskäytännössä hovioikeus ohitti Työterveyslaitoksen asiantuntijat evätessään asbestoosiin kuolleiden Wärtsilän työntekijöiden edustajien valitusluvan vuonna 2000 perusteenaan, että asbestipölyn vaarallisuutta ei tunnettu vielä 1960-luvulla. (Emt. 2007, 306–307.) Nykyään edellä kuvatun kaltaisessa tilanteessa on suuri joukko sisäilman toksiineista sairastuneita.

Yleisen hyvinvoinnin tavoin myös työhyvinvointi on hyvin moniulotteinen ilmiö vaikkakin perinteisesti se on ensisijaisesti liitetty fyysiseen työhyvinvointiin. Työhyvinvointiin sisältyy fyysisen ulottuvuuden (ergonomia, esteettömyys, turvallinen työympäristö) lisäksi psyykinen, sosiaalinen ja henkinen työhyvinvointi. Psyykinen työhyvinvointi on viime vuosien aikana noussut yhä keskeisemmäksi tekijäksi työhyvinvointia tarkasteltaessa. Se sisältää mm. työn stressaavuuden, työpaineet ja ilmapiirin. (Virolainen 2012, 11–18.) Psyykkisistä syistä johtuva työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kasvu kertoo osaltaan myös tästä ilmiöstä. Henkinen työhyvinvointi yhdistetään usein psyykkiseen hyvinvointiin, mutta sitä voidaan myös pitää omana osa-alueenaan. Henkisyys työpaikalla ilmenee mm. henkilöstön, asiakkaiden ja sidosryhmien arvostavana kohtaamisena ja tukemisena, yhteisöllisyyden tunteen kokemisena toisten ihmisten kanssa sekä tunteena oman ja organisaation arvomaailman samankaltaisuudesta. Henkistä työpahoinvointia aiheutuu, jos työpaikan arvot ja moraalikäsitteet eivät jostain syystä kohtaa: esimerkiksi voi ilmetä lain rikkomista, valehtelua tai väärin tietojen antamista. Sosiaalinen työhyvinvointi puolestaan pitää sisällään mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen työyhteisön jäsenten kesken, joiden kanssa välit ovat toimivat. (Emt. 2012, 24–26.)

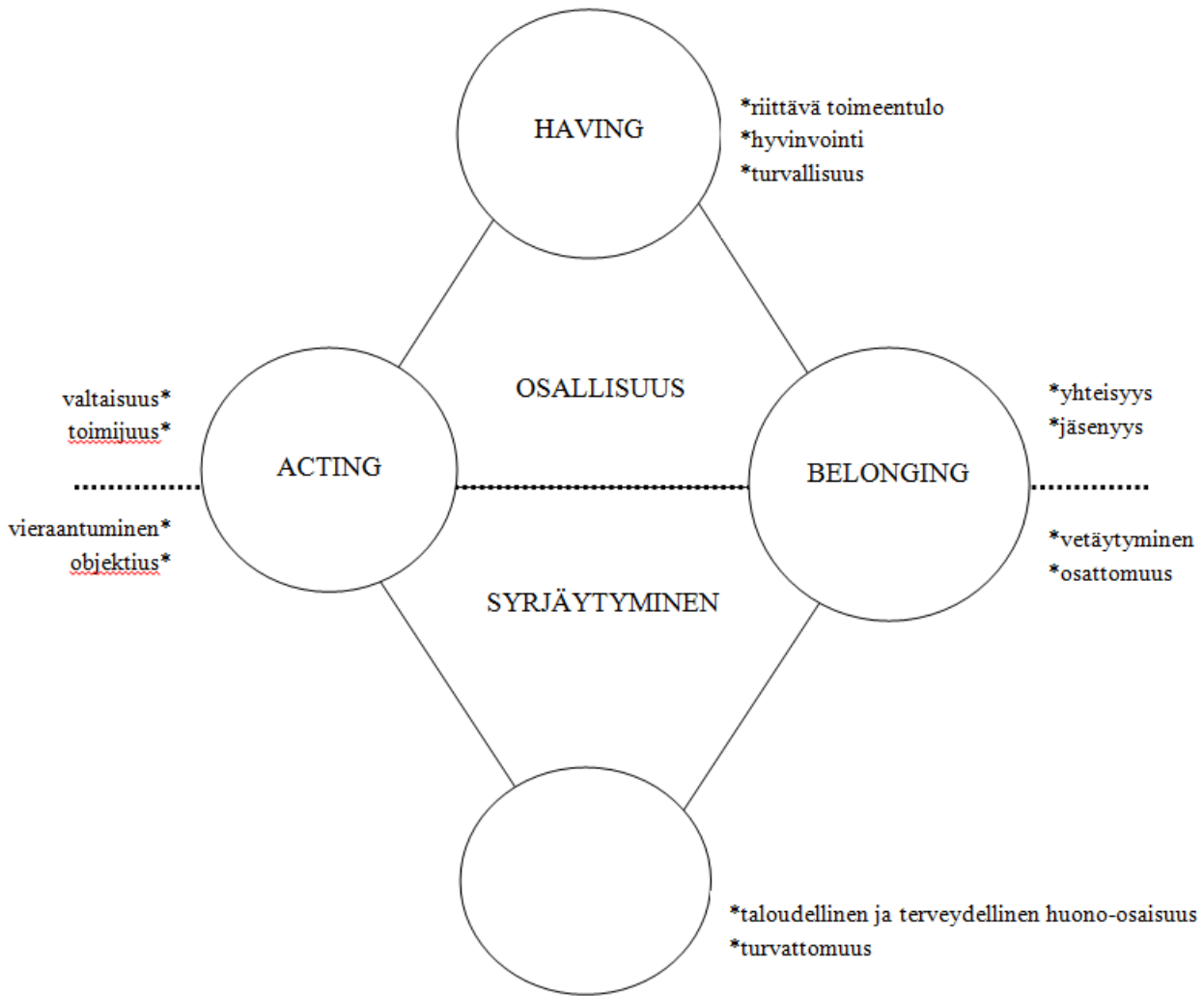
Työterveyslaitoksen kokonaisvaltaisen määritelmän mukaan *työhyvinvointi tarkoittaa turvallista, terveellistä ja tuottavaa työtä, jota ammattitaitoiset työntekijät ja työyhteisöt tekevät hyvin johdetussa organisaatiossa. Työntekijät ja työyhteisöt kokevat työnsä mielekkääksi ja palkitsevaksi, ja heidän mielestään työ tukee heidän elämänhallintaansa.* Kokonaisvaltaisen työhyvinvoinnin edistäminen on yhteiskunnan, organisaation ja yksilön yhteistyötä. Yhteiskunnan tehtävä on luoda mahdollisuudet työkyvyn ylläpitämiselle mm. lainsäädännön keinoin. Organisaatioiden vastuulla on puolestaan huolehtia työpaikan turvallisuudesta, noudattaa työntekoa koskevaa lainsäädäntöä ja rakentaa miellyttävä työilmapiiri. Yksilön vastuulla on omista elintavoista huolehtimisen ohella työpaikan sääntöjen ja ohjeiden noudattaminen. (Virolainen 2012, 12.)

Yksilötasolla koettu työhyvinvointi on subjektiivinen kokemus, jonka keskiössä on Warrin (1990) mukaan ns. affektiivinen hyvinvointi. Warr nimeää affektiivisen hyvinvoinnin mallissaan avainkokemuksiksi mielipahan ja mielihyvän, ahdistuksen ja tyytyväisyyden sekä masennuksen ja innostuksen. Mitä enemmän työntekijä kokee negatiivisia tunteita työhönsä liittyen, sitä todennäköisemmin työntekijän työteho, sitoutuneisuus työpaikkaa kohtaan heikentyvät ja sairauspoissaolot lisääntyvät. Työhyvinvointi heijastuu yksilön elämään kokonaisvaltaisesti eikä se siis ole mikään erillinen osa ihmisen elämää. Tunteet ja niiden ilmaisu ovat luonnollisia asioita myös työpaikalla. Mikäli ihminen kokee, ettei hän saisi kertoa tuntemuksistaan ja mielipiteistään avoimesti työyhteisössä kollegoille ja esimiehelleen, tukahduttaa ihminen tunteitaan sisäänpäin, josta aiheutuu ahdistuneisuutta ja suoranaista työpahoinvointia. (Virolainen 2012; Reinboth 2006.) Työpahoinvoinnin osa-alueista keskeisimpiä ovat työn kiireisyys ja stressi. Stressillä tarkoitetaan ympäristön yksilöön kohdistamaa uhkaa, vahingollista vaikutusta tai yksilön vastetta tällaisiin tekijöihin. Työstressissä on kyse ratkaisemattomasta ristiriidasta työntekijän ja työn välisessä suhteessa. Heikot välit esimieheen tai kollegaan sekä Suomessa erityisesti työpaikkakiusaaminen ovat merkittäviä työpahoinvoinnin aiheuttajia. (Virolainen 2012, 30–32.)

Työpaikkakiusaaminen ei ole juridinen termi, sillä sitä ei sellaisenaan käytetä missään laissa. Työturvallisuuslaissa säädetään häirinnästä ja muusta epäasiallisesta kohtelusta. Näistä on vielä erotettava muu työpaikalla esiintyvä epäasiallinen käyttäytyminen liittyen esimerkiksi huonoon työilmapiiriin, mutta joka ei vielä aiheuta työturvallisuuslaissa tarkoitettua häirintää tai epäasiallista kohtelua. Tästä huolimatta työnantajan on puututtava epäasialliseenkin käytökseen yleisen huolehtimisvelvoitteen perusteella. Mikäli työnantaja ei noudata työturvallisuuslain 28 §:ssä säädetyt velvoitteita tai viivyttelö asian selvittämisessä niin työturvallisuusrikoksen tunnusmerkit saattavat täytyä. (Paanetoja 2018, 131–138.) Työpaikkakiusaamisen muotoja ovat muun muassa epäasiallinen kohtelu, henkilön mustamaalaaminen, asiaton nimittely, eristäminen työyhteisöstä, jatkuvat kielteiset eleet tai ilmeet, maineen tai aseman loukkaaminen, suullinen tai kirjallinen uhkailu, asiattomat vihjailut koskien ikää, sukupuolta, ihonväriä, mieipiteitä, vakaumusta, loukkaavat sanat, mitätöinti, pilkkaaminen ja naurunalaiseksi saattaminen ja mykkäkoulu. Suomessa 40 prosenttia on havainnut työpaikallaan kiusaamista ja noin 20 prosenttia on joutunut työpaikkakiusatuksi jossain vaiheessa työuraansa. Suomi pitää eurooppalaista kärkisijaa kiusaamistilastoissa. Naiset joutuvat kiusaamisen kohteeksi miehiä useammin. Erityisesti kunnan ja valtion naisvaltaisilla aloilla kiusaaminen on yleistä. Noin 60-70 prosentissa tapauksista kiusaaja on työtoveri, seuraavaksi yleisin kiusaaja on esimies, toisinaan koko työyhteisö voi osallistua kiusaamiseen. Lisäksi merkittävä työpaikalla stressiä aiheuttava tekijä on koettu

epäoikeudenmukainen kohtelu. Tutkimusten mukaan stressi lisää masentumisen tai sydänveritulpan riskiä lähes 50 prosenttia. Ennuste on erityisen huono työntekijöillä, jotka kokevat jäävänsä yksin stressiä aiheuttavissa tilanteissa, jotka liittyvät useimmiten ikään, sukupuoleen, ihonväriin, mielipiteisiin tai vakaumukseen. (Virolainen 2012, 30–35.) Jos työpaikkakiusaamista ei saada ratkaistua niin kiusattu alkaa kärsiä psyykkisistä oireista, masennuksesta, unihäiriöistä ja psykosomaattisista vaivoista. Työteho alenee ja kiusatun käytös muuttuu. Sairauslomat lisääntyvät ja usein kiusattu irtisanoutuu, joutuu irtisanotuksi tai jää työkyvyttömyyseläkkeelle. Kiusaamisprosessi kestää usein pitkään, jopa kymmenen vuotta. Pahimmillaan epätoivoinen kiusattu päätyy jopa itsemurhaan. (Reinboth 2006, 59–65.)

Raivio ja Karjalainen (2013, 16–17) määrittelevät *osallisuuden* ulottuvuudet Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksien tapaisesti. Heidän mukaansa osallisuus tarkoittaa, että 1) ihmisellä on käytössään riittävät aineelliset resurssit (having), 2) hän on omaa elämäänsä koskevassa päätöksenteossa toimijana (acting) ja 3) hänellä on sosiaalisesti merkityksellisiä ja tärkeitä suhteita (belonging). Kaikilla ihmisillä tulee olla oikeus säädyliseen elämään, riittävään toimeentuloon, hyvinvointiin ja turvallisuuteen. Perusturvan tiukennuksilla, harkinnanvaraistamisella ja vastikkeellisuuden lisäämisellä on ajauduttu kauas tilanteesta, jossa esimerkiksi toimeentulotuki luotiin yhteiskunnan viimesijaiseksi ja väliaikaiseksi tukimuodoksi yksilön ja perheiden tilapäisiin taloudellisiin vaikeuksiin. Kuuluminen ja jäsenyys yhteisöissä ja yhteiskunnassa edellyttävät, mutta myös luovat ja vahvistavat, hyväksyntää ja luottamusta. Sosiaalisten verkostojen ja yhteisyyden on todettu esimerkiksi toimivan suojaavina tekijänä rikollisuutta, huumeita, hyvinvointivajeita ja syrjäytymistä vastaan. Vajaus jollakin osallistumisen ulottuvuudella voi tarkoittaa osallisuuden vähentymistä ja syrjäytymisriskin lisääntymistä. Syrjäytymisellä tarkoitetaan yhteisöllisen toiminnan ulkopuolelle jäämistä. Useimmiten siihen liittyy myös sosiaalista, taloudellista ja terveydellistä osattomuutta ja eriarvoisuutta. Esimerkiksi heikko koettu elämänlaatu lisää osattomuuden kokemuksia.



KUVIO 1 Osallisuus syrjäytymisen vastaparina (Raivio & Karjalainen, 2013, 17)

Tasapainoinen osallisuuden kolmio ilmentää yksilötason hyvinvointia, joka heijastuu yhteiskuntaan sosiaalisena kestävyytensä. Kullakin osallisuuden ulottuvuudella on myös negatiivinen vastaparinsa: syrjäytymisen ulottuvuudet. Kunkin osallisuuden ulottuvuuden vajeus tarkoittaa syrjäytymisriskin lisääntymistä ja osallisuuden vähentymistä. (Raivio & Karjalainen 2013, 17.)

## 2.2 Tieto ja valta

Tämän tutkimuksen yhtenä keskeisenä teoreettisena näkökulmana on *toisen tiedon* käsite, jonka avulla avataan sisäilmasta sairastuneen työntekijän äänen kuuluviin saamisen prosessia. Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen ja Tuukka Lahti (2006) esittelevät artikkelikokoelmassaan yhteiskunnan instituutioiden toimesta tuotettua virallista tietoa täydentävää toisenlaista tietoa ja

tällaisen tiedontuotannon mahdollisuuksia nyky-yhteiskunnassa. Toisenlainen tieto on luonteeltaan moniäänistä, mikä näkyy myös käsitteen määrittelyssä moninaisuuden kirjona. Jukka Törrönen (2006) aloittaa artikkelissaan ”Toisen ääni, näkökulma ja kohteena oleminen” toisen tiedon käsitteeseen tutustumisen ottamalla määrittelyn lähtökohdaksi toisen tiedon vastakäsitteen eli virallisen tiedon, jota kutsutaan myös ensimmäiseksi tiedoksi. Sille on tyypillistä kohteiden tarkastelu kaukaa ja nojautuminen vakiintuneisiin kysymyksiin tiedonhankinnassa. Virallinen tieto on konservatiivista ja pyrkii asioiden ja ihmisten hallittavuuden lisäämiseen – olennaista on huomata, että se liittyy aina yhteiskunnalliseen vallankäyttöön. Esimerkkejä virallisesta tiedosta ovat tilastot, rekisteri- ja haastatteluaineistot, joiden taustalta löytyvät viranomaisten muotoilemat kysymykset ja heidän tutkittaviksi asettamansa ongelmat; yllätyksille ei tällöin jätetä sijaa. (Törrönen 2006, 15–20.)

Toinen tieto puolestaan on virallista tietoa haastavaa ja sitä täydentävää, puuttuvaa tietoa. Se on luonteeltaan yksityiskohtaista, kokemuksellista, paikantunutta, ihmettelevää, paljastavaa ja pohdiskelevaa. Toisen tiedon muotoja ovat *täsmätieto*, *hiljainen tieto*, *vastatieto* ja *heikko tieto*. *Täsmätiedolle* on tyypillistä ilmiön yksityiskohtiin menevä tarkastelu, sillä juuri ne voivat olla kokonaisuuden kannalta ratkaisevia. Täsmätieto on tilanteissa muodostuvaa luonnollista tietoa tai kokemukseen perustuvaa silminnäköjätietoa. *Hiljaisella tiedolla* tarkoitetaan ihmisten arkisiin käytännöihin, osaamiseen ja kokemukseen piiloutuvaa tietoa, jonka esiin saaminen edellyttää ennen kaikkea oikeiden kysymysten esittämistä. *Vastatieto* puolestaan on virallista tietoa haastavaa ja sitä kyseenalaistavaa tietoa, joka pyrkii tuomaan esiin vaihtoehtoisia ja marginaalissa olevia näkemyksiä. *Heikko tieto* on läsnä omakohtaisissa kertomuksissa sekä muiden kokemusten kuuntelussa. Tutkijalta heikon tiedon esiin saaminen edellyttää erityisesti kuuntelemisen taitoa. (Hänninen & Karjalainen & Lahti 2006, 3–9.)

Jukka Törrönen (2006, 15–16) tarkastelee myös tutkimusstrategisia valintoja, jotka tutkijan on mahdollista valita pyrkiessään tuottamaan huono-osaisten asemaa. Yhtäältä hän voi analysoida millaisista näkökulmista virallinen tieto tarkastelee huono-osaista ja miten heidän omat äänensä näkyvät – tai jäävät näkymättömiin – virallisen tiedon määrittelyissä. Toisaalta tutkija voi rakentaa sellaisia tutkimusasetelmia, joissa tieto kerätään, analysoidaan ja kirjoitetaan niin, että tutkimuksen kohteiden kokemukset ja äänet pääsevät esiin ja jolloin parhaimmillaan tutkimuksen tuloksena syntyy heidän asemaansa parantavia prosesseja. Tässä työpaikalla sisäilmasta sairastuneiden sosiaalialan työntekijöiden kokemuksia käsittelevässä tutkielmassa tarkastelun lähtökohdaksi on kertomuksissa tuotettu toinen tieto, sairastuneen työntekijän ääni, jäsentyneenä pääosin juuri Törrösen esittämällä tavalla toisen tiedon hyväksymisen mahdollistavaan tutkimusasetelmaan.



Terveiden ja siihen kiinteästi liittyvän työkyvyn puutteista on tullut lääketieteen asiantuntijoiden määrittämänä ihmisen yhteiskuntakelpoisuuden mitta. Tähän ilmiöön liittyy kiinteästi medikalisaation käsite. Medikalisoitumisessa on perinteisesti tarkoitettu lääketieteellisen asiantuntijuuden ulottamista sairauksien ulkopuolelle, jolloin yhä useampi normaalisti elämään kuuluva ilmiö kuten esimerkiksi vanhuus määritellään lääketieteellisin termein (Hemminki & Kangas & Topo 1992, 96). Keskeistä ilmiössä on lääkärin ammattikunnalle annettu keskeinen vallankäyttäjän ja portinvartijan asema kansalaisten sosiaaliturvaoikeuksien määrittelyssä. Tämä ei kuitenkaan ole mitenkään ongelmaton asetelma, sillä medikalisoitumisessa on pohjimmiltaan kysymys vallasta, jolloin lääketieteen uusien kontrollitehtävien myötä ilmiölle annetaan aina vaan lisää valtaa (Hemminki ym. 1992, 96). Metteri (2012, 208) kirjoittaa tutkimuksensa tulostenvedossa ”ylimedikalisoituneesta työkyvyn arviointijärjestelmästä”, johon liittyy olennaisesti institutionaalinen epäily asiakasta kohtaan. Kohtuuttomien tilanteiden yhteydessä se ilmenee näytön sivuuttamisena sekä toisinaan asiakkaan avoimena epäilynä. Institutionaalinen epäily on aina sosiaaliturvajärjestelmien luomisesta alkaen kuulunut etuuksien ja palvelujen toimeenpanossa portinvartiuteen, koska oikeus sosiaaliturvaan syntyy vasta tiettyjen kriteerien täytyessä.

On siis tärkeää tiedostaa, että valta on aina jossain muodossa sidoksissa tietoon. Tämän tutkielman puitteissa tarkastellun kirjallisuuden valossa vaikuttaa siltä, että asiantuntijoiden vallankäytön kohteina olevat asiakkaat ovat varsin usein tietämättömiä oikeuksistaan sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmän asiakkaina eivätkä he saa tarvitsemaansa opastusta ja neuvontaa pahimmillaan missään asiakkuutensa vaiheessa. Tämä tiedon puute ja siitä seuraava asiakkaan alttius joutua syrjäytetyksi oman asiansa käsittelystä näyttäytyy hyvin laajana ja ongelmallisena sekä Metterin (2012), Hiironniemen (2014) terveys- ja sosiaaliturvan alan aineistoissa että myös Määtän (2012) ja Haapalan (2012) toimeentulotukeen ja sosiaalipalveluihin liittyvissä asiakasaineistoissa.

Metterin (2012) väitöskirjatutkimuksen kohtuuttomuusaineistosta (n=303) 168 tapausta on sellaisia kohtuuttomia tilanteita, joissa kohtuuttomuuden on katsottu johtuvan päätöksentekijän tulkinnasta. Lähes puolet (78 tapausta) Metterin *Kun päätöksentekijä tulkitsee kohtuuttomasti* -kategoriaan sijoittamista tapauksista liittyvät näytön sivuuttamiseen työkyvyn arvioinnissa. Osa sosiaaliturvan hylkäämisten seurauksista on ennalta arvaamattomia, mutta osa on myös poliittisesti hyväksytyjä. Määtän (2012) poiskäännyttämisen prosessiin liittyvät tulokset poiskäännyttämisen tahallisuudesta tukevat Metterin näkemystä. Usein rajanveto työkyvyttömän (sairas) ja työttömän (terve) statuksen välillä on hyvin häilyvä. Sillä kumpaan sosiaaliturvaluokkaan asiakas lääkärin lausunnolla sijoitetaan, on kuitenkin suuri merkitys paitsi asiakkaan toimeentulon myös hänen sosiaalisen identiteettinsä kannalta. Hiironniemen (2014, 76) tutkimustulosten mukaan sosiaaliturvajärjestelmässämme juuri

työkyvyttömyyseläkkeen hylkäämiset aiheuttavat eniten psyykkistä oireilua psykiatrisen poliklinikan potilaissa.

Nämä edellä kuvatut kohtuuttomat tilanteet liittyvät sosiaalivakuutuksen näytön kapea-alaiseen määrittelyyn, vakuutuslääketieteen myyttiin objektiivisesta näytöstä ja puutteelliseen sairauksien todentamisteknologiaan. Metterin (2012, 162–163) analysoima aineisto paljasti ”epäilyttäviä diagnooseja”, jotka näyttävät johtavan usein hylkäämispäätöksiin silloinkin, kun hoitavat lääkärit ja monen organisaation asiantuntijat ovat yksiselitteisesti todenneet henkilön työkyvyttömyyden. Näitä diagnooseja ovat erilaiset kipusairaudet, kuten fibromyalgia, niskaretkahduksesta syntynyt whipflash-vamma, selkäkivut, masennus sekä päihteidenkäyttö. Tämän luettelon jatkoksi lisää vielä sisäilmasta sairastuneet ihmiset. Pahimmillaan objektiivisen näytön vaatimuksesta johtuen työkyvyttömästä tehdään täysin työkykyinen vastakkaisesta, mutta epäobjektiivisena pidetystä näytöstä huolimatta. Metterin (2012), Hiironniemen (2014) ja Määtä (2012) tutkimustulosten perusteella kipusairauksia sairastavat henkilöt joutuvat edellä kuvattuihin tilanteisiin ’normaalisti’ suomalaisessa sosiaalivakuutusjärjestelmässä. Tällöin työkyvyttömästä tehdään työtön, ”kevyen työn” hakija. Tästä voi seurata poiskäännytystä ja pahimmillaan kaiken virallisen avun ulkopuolelle jäämistä. Määtä (2012, 68–69) mainitsee erityisen haavoittavia väliinputoamistilanteita syntyvän mielenterveysongelmiin liittyen, sillä tuen hakijalta edellytetään aktiivisuutta, jota psyykkisistä ongelmista kärsiviltä henkilöiltä usein puuttuu. Tarvittavan toimeentulotuen ja sosiaalityön lisäksi heillä on riski jäädä vaille hoitoa, kuntoutusta tai terapiaa. Näin heillä on muita useammin vaara pudota kaikkien palveluiden ulkopuolelle. Määtä aineistosta nousee esiin runsaasti myös muita kuin yhteiskunnan marginaalissa eläviä toimeentulotuen asiakkaita, jotka ovat joutuneet toimeentulo-ongelmiin monenlaisista lähtökohdista. Kuvaukset torjunnasta aiheutuvan väliinputoamisen eri muodoista osoittavatkin, että lähes kenellä tahansa palkkatyön ulkopuolelle joutuneella on riski joutua viimesijaisen tuen varaan ja näiden kertomusten perusteella jäädä sen ulkopuolelle.

Medikalisaatiota tutkineet Raimo Tuomainen, Markku Myllykangas, Jyrki Elo ja Olli-Pekka Ryyänen (1999, 65–66) toteavat teoksessaan ”Medikalisaatio – aikamme sairaus?” medikalisaatiolla olevan vahva yhteys kilpailukyky-yhteiskuntaan, koska lääketieteen ajatellaan voivan voittaa kaikki sairaudet. Oletusarvona on ihmisen palauttaminen terveenä – ja yhtä tehokkaana kuin ennen sairautta – takaisin työelämään. Kyse on tällöin elämänkaaren mittaisesta tulosajattelusta. Kilpailuhenkisessä yhteiskunnassa terveyden vaje ja jääminen syystä tai toisesta kamppailun ulkopuolelle voivat ”aiheuttaa lamauttavan tilan, joka näkyy kyvyttömyytenä löytää sosiaalista roolia ja elämän tarkoitusta. Pahimmillaan se voi laukaista itsetuhoisen käyttäytymisen.”

Sairastumista ja sairastamista on tutkittu myös elämäkerrallisten tarinoiden kautta. Arthur Frank (1995) jaottelee sairaustarinat kolmeen vakaviin tai kroonisiin sairauksiin liittyvään juonelliseen tarinatyyppiin. *Ennalleen palautumisen tarina (The Restitution Narrative)* on vallitsevin modernin lääketieteen kaikkivoipaisuutta korostava tarinatyyppi, joka on yleisintä hiljattain sairastuneiden kerronnassa ja vähiten yleistä kroonisesti sairaiden kertomana. Sen suosio perustuu ihmisten luontaiseen haluun olla terveitä ja tervehtyä. Lisäksi ennalleen palautumisen tarinaa kerrotaan julkisten instituutioiden taholta eniten. (Frank 1995, 77–79.)

*Kaaostarina (The Chaos Narrative)* on ennalleen palautumisen tarinan vastakohta: siinä sairautta ei voiteta ja vastoinkäymiset ja kärsimys hallitsevat kerrontaa. Se on kaaoksenomaista kerrontaa, jota ei ole helppo eikä miellyttävä kuulla. Näissä tarinoissa modernit parannuskeinot, edistys ja ammattimaisuus muuttuvat haavoittuvuudeksi, turhuudeksi ja kyvyttömyydeksi. Lisäksi kaaostarinat kertovat siitä kuinka helposti kuka tahansa meistä voi joutua tällaiseen kohtuuttomaan tilanteeseen. Tosiasiassa kaaostilanteessa parhaillaan elävät eivät pysty sanoin kertomaan tilanteestaan. Kaaostarinoista kertovilla onkin jo oltava jonkin verran etäisyyttä tilanteeseen, jotta niiden kertominen on ylipäättään mahdollista. Vaikka akuuttia kaoottista tarinaa ei pystytä tapahtumahetkellä kertomaan niin *kaaoksen ääni* voidaan kuitenkin tunnistaa ja rekonstruoida tarina siltä pohjalta. (Frank 1995, 97–99.)

*Etsinnän tarinoissa (The Quest Narrative)* sairaus hyväksytään ja sitä pyritään käyttämään johonkin. Sairastunut on itse oman tarinansa kertoja ja aktiivinen toimija, sankari, kun taas ennalleen palaamisen tarinoissa ja kaaostarinoissa kertojan oma toimijuus on taka-alalla. Etsinnän tarinoiden sankaruus ei kuitenkaan ole sairauden ”voittamisen sankaruutta” vaan ennemminkin postmoderni sankari on vaihtoehtoisten kärsimisen kokemisen tapojen löytäjä. Etsinnän tarinat ovatkin tästä syystä eniten julkaistuja sairaustarinoita. Potilaiden asianajo on yksi oleellinen elementti etsinnän tarinoissa, toinen on henkilökohtaisten ja ammatillisten muutosten tekeminen sairastumisen myötä. (Frank 1995, 115–116.)

### 2.3 Kohtuuton tilanne, kohtuullisuus ja oikeudenmukaisuus

Tässä tutkielmassa pidetään työpaikan sisäilmasta sairastumista jo lähtökohtaisesti kohtuuttomana tilanteena. Seuraavaksi esittelen laajemmin suomalaisen sosiaaliturvajärjestelmän aukkoihin liittyvää kohtuuttomien tilanteiden tutkimusta, joka muodostaa tämän luvun aluksi esitellyn hyvinvoinnin käsitteen ohella teoreettisen viitekehyksen tämän tutkielman empiiriselle osalle. Keskeisenä taustana

aihepiiriin liittyvälle tutkimukselle on 1990-luvun lamavuosina alkanut hyvinvointivaltion alasajo ja siitä seurannut eriarvoistumiskehitys suomalaisessa yhteiskunnassa. Uusliberalistisen talouspolitiikan ideat vaikuttavat nykyään enenevässä määrin myös sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmässämme.

Miten kohtuuton tilanne voidaan ylipäättään määritellä? Anna Metterin väitöskirjassa (2012, 10, 74–76) kohtuuttomalla tilanteella tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen on jäänyt ilman sitä hyvinvointivaltion tukea ja apua, joka sosiaalityöntekijöiden ammatillisen arvion mukaan olisi hänelle kuulunut. Kohtuuttomuus tilanteen ominaispiirteinä ei ole kiinteäraja ja aina sama vaan se vaihtelee lievemmistä tapauksista täysin kohtuuttomiin. Osa kohtuuttomista tilanteista on uudenlaisia yhteiskunnan muuttumiseen liittyviä ja osa jo vanhastaan sosiaalityöntekijöille ja muille auttajille tuttuja ongelmatilanteita. Anne Hiironniemi (2014) puolestaan puhuu kohtuuttomuuden ilmenemisestä silloin, kun sosiaaliturvajärjestelmä ei kykene tuottamaan hyvinvointia. Anne Määtän (2012) tarkastelun lähtökohtana on Suomen perustuslain (731/1999) 1 §:ssä ja 19 §:ssä annettu lupaus oikeudesta sosiaaliturvaan sosiaalisten riskitilanteiden kohdatessa. Myös Ritva Haapalan (2012) näkemys kohtuuttomuudesta liittyy oikeudenmukaisuuden periaatteiden toteutumatta jäämiseen sosiaalipalvelun asiakkaan palvelutapahtumassa ja ensi vaiheen päätöksenteossa. Edellä esitetyt määritelmät eivät ole toisiaan poissulkevia, ja tässä tutkimuksessa kohtuuton tilanne ymmärretään laajasti edellä mainittujen määritelmien kautta, joiden kaikkien taustalla on Suomen perustuslaissa kansalaisille annettu hyvinvointilupaus.

Kohtuuttomiin tilanteisiin ja kohtuuttomuuden kokemuksiin liittyvät olennaisesti kohtuullisuuden ja oikeudenmukaisuuden vaatimukset, jotka ovat suomalaisen lainsäädännönkin peruspilareita. Olaus Petrin jo 1500-luvulla laatimat tuomarinohjeet painottavat näitä periaatteita.

*Laki tulee vahingolliseksi, ei se enää ole laki, vaan väärä, ja on hylättävä – – Mikä ei ole oikeus ja kohtuus, se ei saata olla lakikaan; sen kohtuuden tähden, joka laissa on, se hyväksytään.* (Arajärvi & Sakslin 2007, 55.)

Oikeudenmukaisuus on myös yleinen moraaliperiaate siinä mielessä, että oikeudenmukaisuuteen pyrkimistä pidetään oikeana sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. Perustuslain (731/1999) 1 §:ssä valtiosäännön yhdeksi perustehtäväksi on asetettu oikeudenmukaisuuden edistäminen yhteiskunnassa yksilöiden ihmisarvoa, vapautta ja oikeuksia kunnioittaen. (Arajärvi & Sakslin 2007, 47–60.)

Miten nämä suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa yleisesti tunnustetut perustavanlaatuiset arvot sitten toteutuvat – tai jäävät toteutumatta – suomalaisen sosiaaliturvajärjestelmän käytännöissä? Tähän tärkeään ’oikeuden ja kohtuuden’ toteutumisen kysymykseen etsitään seuraavaksi vastauksia sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia asiakkaiden näkökulmasta lähestyvistä tutkimuskirjallisuudesta. Kohtuuttomien tilanteiden syntymiseen vaikuttaa monia tekijöitä, jotka liittyvät joko asiakkaaseen,

työntekijään, organisaatioon tai järjestelmään. Kohtuuttomiin tilanteisiin joutumiseen ei vaikuta vain yksi tekijä vaan useat tekijät yhdessä. Ongelmien kumuloitumisesta ”kipurajalle” seuraa monipolvinen kehityskulku, jonka päätepisteenä on pahimmillaan asiakkaan joutuminen ilman omaa syytä kohtuuttomaan tilanteeseen. Tässä alaluvussa tarkastellaan tutkimuskirjallisuudesta esille nousseita keskeisimpiä ongelmakohtia asiakkaan näkökulmasta katsottuna.

Asiakkaan kokemuksella siitä, että hänen äänensä jää kuulematta häntä itseään koskevassa päätöksenteossa tai että häntä kohdellaan epäkunnioittavasti, on kohtuuttomuuden kokemuksen syntymisessä keskeinen rooli. Lähes kaikesta tämän tutkimuksen yhteydessä tarkastellusta kirjallisuudesta nousee esiin lukuisia tapauksia, joissa asiakkaan ääni ei kuulu riittävästi tai pahimmillaan se hiljennetään kokonaan. Asiakkaan ääni joutuu uhatuksi esimerkiksi silloin, kun viranomaisen kielteisen päätöksen syynä on avoin epäily asiakasta kohtaan. Se voi kohdistua joko asiakkaan antamiin tietoihin tai asiakkaan voimavaroihin ja selviytymiseen. Monessa tapauksessa kyseessä on ketjuuntunut hylkääminen eli vastaavia lannistavia ja nöyryyttäviä kokemuksia on useita peräkkäisiä. Useista tällaisista tapauksista raportoivat aineistojensa pohjalta mm. Metteri (2012), Määttä (2012), Hiironniemi (2014) ja Haapala (2012). Toimeentulotukeen ja sosiaalipalveluihin liittyneitä hallintokanteluita tutkineen Ritva Haapalan (2012, 81–83) tuloksissa asiakkaan kohtelu osoittautui suurimmaksi tyytymättömyyden syyksi erityisesti asiakkaan toimeentulokanteluiden kohdalla. Jopa kolmannes kantelun tehneistä oli kokenut uhkailua, painostusta ja kiristämistä asiakastilanteessa.

Myös kuntouttavassa sosiaalityössä asiakkaan kohtelu nousi tyytymättömyystilaston kärkeen. Anne Hiironniemen (2014, 74–78) psykiatriselta poliklinikalta koottuun potilastapausaineistoon pohjautuvan tutkimuksen tulokset kertovat karua kieltään terveys- ja sosiaalityössä esiintyvistä vuorovaikutuksen ongelmista, jotka ilmenevät ihmisen mielipiteen ohittamisena ja hänen oman arvionsa kyseenalaistamisena. Tämä on asiakasta syvästi loukkaava kokemus ja on yhteydessä sekä luottamuksen menettämiseen että poiskäännyttämiseen. Kaikkien kohtuuttomuustapauksia tutkineiden kirjoittajien mielestä kohtuuttomiin tilanteisiin joutumista on mahdollista ennaltaehkäistä. Yhtenä keinona on ihmisten kuuleminen myös suullisesti heidän asioistaan päätettäessä. Tarkasteltujen tutkimusten perusteella asiakkaan äänen hukkumista tapahtuu monella eri hierarkian portaalla: asiakkaan ja työntekijän, organisaation sekä palvelujärjestelmän tasoilla. Asiakkaan äänen saamisella paremmin kuuluviin heti ”lattiatasolta” alkaen olisi paljon myönteisiä vaikutuksia päätöksentekoprosessin läpinäkyvyyden lisääntymiseen, mikä puolestaan johtaisi oikeudenmukaisempiin päätöksiin ja siten lisääisi kansalaisten luottamusta koko sosiaaliturvajärjestelmään. Seuraavaksi lähemmän tarkastelun kohteena ovat sosiaali- ja terveyshuollon asiakkaan kohtuuttomiin tilanteisiin yleisimmin johtavat reitit.

Hänninen ja Karjalainen (2007, 8–10) määrittelevät *poiskäännyttämisen* eli diversion sosiaalisen syrjäyttämisen aktiiviseksi muodoksi, jossa haavoittuvassa asemassa olevat yksilöt voidaan suoraan tai epäsuorasti ohjata muualle (sulkeuma, käännytys) tai torjua kokonaan avun tai tuen piiristä. Poiskäännyttämisen muodot etenevät vaikeusasteittain ensin sulkeumasta käännytykseksi, siitä siirrännäksi ja vakavimmassa muodossaan torjunnaksi eli haavoittuvassa tilanteessa olevan henkilön jättämiseen täysin ilman apua (Emt. 2007, 169–172). Edellä määritelty torjunnan käsite täyttää tässä alaluvussa määritellyn kohtuuttoman tilanteen kriteerit. Ihminen on tällöin pahimmillaan joutunut yhteiskunnan hylkäämäksi, jolloin häntä ei virallisesti ole enää olemassa. Anne Määttä (2012) on väitöstutkimuksessaan ”Perusturva ja poiskäännyttäminen” luonut edellä kuvatun Hännisen ja Karjalaisen esittämän mallin pohjalta oman siirrännänsä, sulkeumaan ja torjuntaan perustuvan mallinsa *poiskäännyttämisen kehän*, jossa siirrännä saattaa johtaa sulkeumaan tai torjuntaan, mutta Hännisen ja Karjalaisen mallista poiketen myös sulkeuma saattaa johtaa siirrännään tai torjuntaan, samaten kuin torjunta siirrännään tai sulkeumaan. Poiskäännyttämisen prosessi käynnistyy Määttän (2012, 103–104) mukaan varsinaisesti siirrännästä, joka on hänen mukaansa *luukuttamisen aiheuttama siirrännä* eli joutumista asioimaan usean viranomaistahon kanssa avun saamiseksi, päätöksen viivyttämistä tai sen siirtämistä. Metteri (2012) puhuu samasta ilmiöstä *asiakkaan pallotteluna* liittäen sen portinvartijuuteen ja sijoittaen sen omassa tutkimuksessaan *Kun organisaation säädökset sopivat, mutta niitä ei noudateta* -kategoriaan.

Lähes kaikissa edellä mainittujen tutkijoiden kohtuuttomuusaineistoissa on henkilöitä, jotka olivat apua hakiessaan kokeneet kaikki poiskäännyttämisen muodot. Määttän (2012) perusturvaan liittyvässä aineistossa siirrännän kokemukset liittyivät ensisijaisesti työmarkkinatuen tai työkyvyttömyyseläkkeen epäämiseen ja tukipäätösten viipymiseen. Metterin (2012), Hiironniemen (2014) sekä Haapalan (2012) tulokset ovat myös samansuuntaisia; vain pieniä painotuseroja löytyy riippuen siitä onko kyse terveystalouden vai toimeentulotuen ja sosiaalipalvelujen organisaatioiden asiakkaista. Aineistoissa keskeisimmäksi yksittäiseksi tekijäksi kohtuuttomien tilanteiden syntyyn vaikuttavien tekijöiden tarkastelussa nousevat terveydentilaan liittyvät tekijät, työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäämisistä ja niihin liittyvistä toimintatavoista liikkeelle lähteneet prosessit, jotka hyvin usein johtavat asiakkaan kohtuuttomaan tilanteeseen sosiaaliturvaverkon ulottumattomiin.. Tähän ongelmakenttään liittyy osaltaan myös Määttän (2012, tiivistelmä) tutkimuksessaan esiin tuoma *polkuriippuvuus*, jolla hän viittaa etuuspäätösten välisiin sidoksiin, joissa viranomaisen antama lausunto tai etuuspäätös vaikuttaa myöhempisiin päätöksiin. Polkuriippuvuudella on oma keskeinen roolinsa poiskäännyttämisen prosesseissa.

Tutkimuskirjallisuudesta esiin nousseet poiskäännyttämisen teoreettiset mallit sekä asiakkaiden kokemukset osoittavat, että poiskäännyttämistä ei monimuotoisuudestaan huolimatta voida pitää sattumanvaraisena tai tahattomana, sillä poiskäännyttävien päätösten takana on asiantilan poliittinen hyväksyntä ja asiantuntijoiden harkintavallan käyttäminen. Järjestelmien väliin putoaminen sen sijaan ei ole yleensä syntynyt tarkoituksellisesti vaan kyseessä ovat järjestelmien väliin lainsäädäntövaiheessa jääneet sosiaaliturvan katvealueet, jotka ilmenevät esimerkiksi yhteensopimattomina palvelun tai tuen saamisen kriteereinä. Hyvin yleinen ja ihmisen elämän kannalta varsin ongelmallinen, usein täysin kohtuuton tilanne on sairausvakuutuksen ja työeläkevakuutuksen erilaisista työkyvyttömyyden kriteereistä johtuva näiden järjestelmien väliin putoaminen. (Metteri 2012, 87–88; Määttä 2012, 135.)

Poiskäännyttämisen kohteeksi joutuvia riskiryhmiä ovat erityisesti pitkäaikaisesti useimmiten terveydellisistä syistä työmarkkinoiden ulkopuolelle eri elämänvaiheissa joutuneet, epätyypillisissä työsuhteissa olevat sekä velkaantuneet henkilöt, jotka usein ovat taustaltaan yrittäjiä (Haapala 2012; Hiironniemi 2014; Metteri 2012; Määttä 2012). Määtän tutkimus (2012) nostaa esiin perusturvan ja sosiaalipalvelujen asiakasaineistoista erityisen hankalassa asemassa olevat nuoret vajaakuntoiset, useimmiten mielenterveyden ongelmista kärsivät henkilöt, joiden työura ei ole vielä päässyt käyntiin sekä toisaalta elämänkaaren toisessa päässä olevat ikääntyneet työttömät ja työkyvyttömyyseläkkeelle pääsemättömät poiskäännyttämisen kehälle joutuneet ns. *sosiaaliturvan kiertolaiset*. Yhteenvetona voidaan todeta, että kohtuuttomien tilanteiden syntyyn vaikuttavat asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna erityisesti asiakkaan kohtelu ja hänen äänensä kuulematta jättäminen häntä itseään koskevassa päätöksenteossa. Toiseksi nousevat esiin byrokraattisen ja sirpaleisen sosiaaliturvajärjestelmän ja viranomaisorganisaatioiden kapea-alaiseen ja asiantuntijakeskeiseen toimintakultuuriin liittyvät piirteet, jotka aiheuttavat asiakkaalle väliinputoamista ja poiskäännyttämistä sosiaalipalvelujen piiristä. Pahimmillaan tästä seuraa suoranainen heitteillejätto. Työkyvyttömyyseläkkeen hylkäämiset ja niihin liittyvät toimintatavat kuten työkyvyttömyyden määrittäminen työkykyiseksi ovat tarkasteltujen tutkimustulosten perusteella keskeisin yksittäinen kohtuuttomien tilanteiden syntyedellytys. Tutkimustulosten valossa voidaan myös todeta, että suomalainen sosiaaliturvajärjestelmä ei pysty huolehtimaan läheskään kaikista kansalaisistaan voimassaolevan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Näyttää vahvasti siltä, että kohtuuttomiin tilanteisiin ajautumisesta on tullut kilpailuyhteiskunnan toimintalogiikan mukainen ”normaali” tilanne, johon kuka tahansa palkkatyön ulkopuolelle jäänyt voi joutua ilman omaa syytään.

### 3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tämän luvun aluksi esittelen tutkimukseni metodologisen viitekehyksen. Nojaan tutkimuksessani yhtäältä Habermasin (1976) luomaan tiedon intressiteoriaan sekä toisaalta feministiseen tutkimukseen ja erityisesti feministiseen standpoint- eli näkökulmasidonnaiseen tai paikantuneeseen teoriaperinteeseen. Toisessa alaluvussa esittelen tutkimukseni tutkimustehtävän sekä tutkimuskysymykseni. Tämän jälkeen siirryn esittämään tekemäni metodologiset valinnat koskien aineiston keruuta ja sen analysointia. Kerron myös tutkimuksen tekemisen itsessäni herättämistä tunteista ja esitän ajassa etenevän tarinan analyysin kulusta. Luku päättyy eettiseen pohdintaan.

#### 3.1 Metodologiset valinnat

Sosiologi ja filosofi Jürgen Habermas (1976, 118–141) pureutuu luomassaan tiedon intressiteoriassa tiedon arvosidonnaisuuteen. Hänen mielestään ei ole olemassa arvovapaata tietoa, ”puhdasta teoriaa” vaan tieto on aina yhteydessä elämän käytäntöön. Tämä yhteys on Habermasin mukaan tieteellisen kulttuurin kehittymisen edellytys. Habermas erottaa kolme erilaista tiedon intressiä. Tekninen tiedon intressi liittyy empiiris-analyyttisiin tieteisiin ja työhön. Se pyrkii ennustamaan ilmiöitä ja tällöin tiedolla on välineellinen tarkoitus. Empiiris-analyttiset tieteet perustuvat järjestelmälliseen havainnointiin tavoitteenaan luotettava, varma välitön tieto ilman subjektiivisia lisiä. Praktinen tiedon intressi liittyy historiallis-hermeneuttisiin tieteisiin ja kieleen. Sen tavoitteena on inhimillisten merkitysten ymmärtäminen ja tulkinta, jolloin tulkitsija pyrkii muodostamaan kommunikaatioyhteyden tekstin ja itsensä välille. Kriittis-emansipatorinen tiedon intressi liittyy puolestaan kriittisiin yhteiskuntatieteisiin ja valtaan. Se pyrkii selvittämään yhteiskunnallisen toiminnan lainalaisuuksia ja sen ideologisia riippuvuussuhteita eli herruussuhteita. Emansipatorinen tiedon intressi ohjaa subjektin itsereflektiota ja pyrkii vapauttamaan subjektin riippuvuussuhteiden vallasta. Esineellistyneet yhteiskunnalliset suhteet puolestaan vääristävät systemaattisesti kommunikaatiota ja saavat herruussuhteet näyttämään luonnon välttämättömyyksiltä (Habermas 1976, 118–141; ref. Kangas 1989, 12).

Tämän tutkielman yhteydessä kriittis-emansipatorinen tiedon intressi liittyy tutkimusaiheen valintaan, johon on osaltaan vaikuttanut omakohtainen kokemukseni tutkittavasta ilmiöstä ja halu tuoda kiistanalaista ilmiötä esiin. Toisaalta kriittis-emansipatorista tiedon intressiä voidaan käyttää



tarkastelukulmana sisäilmaongelmien tunnustamiseen liittyvään vahvaan hierarkisuuteen sekä taloudellisiin valtasuhteisiin, jotka ilmenevät erityisesti medikalisaation kautta. Kolmantena perusteluna mainitun tiedon intressin käytölle tässä tutkielmassa voidaan mainita, että tarkoitus on tuoda sisäilmasta sairastuneiden kokemusten avulla esiin systemaattisia kommunikaation vääristymiä ja niiden vaikutuksia heidän elämäänsä.

Tiedon intressit ovat objektiivisuuden mahdollisuuden ehtoja. Tällä tarkoitetaan sitä, että paljastamalla tiedon intressi paljastetaan samalla subjektin ja objektin yhteys, joka puolestaan tekee mahdolliseksi tiedon turvaamisen erityisintressien paineita ja harhaa vastaan, ja siten edistää pyrkimystä objektiivisuuteen. Tutkimus ja tiedon intressit liittyvät tutkimusetiikan kautta yhteen siten, että tutkijan oma tiedon intressi ohjaa kaikkia tutkimuksen vaiheita vaikuttaen näin tutkimustuloksiinkin. Tutkijan on siis tiedostettava nämä intressit ja tuotava ne selvästi esiin itselleen ja yleisölleen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että tutkija näin vapautuisi omien tiedon intressiensä subjektiivisuudesta. (Tuomela & Patoluoto 1976.)

Emansipatorisen tiedonintressin lisäksi tukeudun metodologisesti myös feministiseen tutkimukseen. Feministinen tutkimus kamppailee tasa-arvoisemman yhteiskunnan puolesta tuomalla esiin naisten ja muiden erivertaisuudesta kärsivien ihmisryhmien elämään vaikuttavia valtasuhteita ja niihin liittyviä käytäntöjä. Siinä keskitytään erityisesti tiedon tuottamiseen ja arvottamiseen liittyvien valtarakenteiden haastamiseen tuomalla näkyviin tiedon ja tietämisen tapojen laajan kirjon, kokemusten roolin tiedon lähteenä ja neutraalin tietämisen mahdottomuuden. Feministisen tutkimuksen juuret ovat 1960- ja 1970-lukujen radikaalifeministisessä liikkeessä. (Suoranta & Ryyänen 2014, 127–128.) Tieteenalakohtaisesti feministitutkijat paikantuvat erilaisiin teoreettisiin perinteisiin ja kirjoitustyyliin. Samalla feministisessä tutkimuksessa on kyse tulevaisuudesta, visioista ja ”ulospääsystä” nykyisestä tieto/valta-järjestelmästä. Feminististä tutkimusta ohjaa halu muutokseen ja näin ollen tiedon tuottamista motivoivat myös erilaiset poliittiset pyrkimykset eli halu saada asiat keskusteluun ja lopulta muutokseen. Huomionarvoista on se, että vaikka paikantuneisuuteen liittyy riippuvuuksia niin siinä on mahdollisuus myös aktiiviseen toimijuuteen. (Liljeström 2015, 15.)

Feministifilosofi Sandra Harding (1987, 1–9) ei näe olevan olemassa erityistä feminististä tutkimusmenetelmää vaan kyse on pikemminkin feministitutkijoille tyypillisestä naisten omakohtaisten kokemusten käyttämisestä tiedon lähteenä ja sosiaalisen muutoksen käynnistäjänä. Harding puhuu tässä yhteydessä ”ylöspäin tutkimisesta” (studying up). Valtavirtatutkimusta puolestaan tehdään ylhäältä alaspäin (studying down). Mary Swigonskin (1993, 175, 182) mukaan

standpoint-teoria sopii erityisen hyvin sosiaalityön tutkimukseen, sillä tästä näkökulmasta lähtevän tutkimuksen lähtökohtana on tietoisuus vallitsevan yhteiskuntajärjestelmän ja heikommassa asemassa olevien ryhmien arkielämän välisestä vuorovaikutuksesta. Teoria ohjaa tutkijaa kysymään uudenlaisia kysymyksiä, jotka eivät syöllistä tutkimuksen kohdetta. Samalla tutkijalle avautuu mahdollisuus tai velvollisuus astua muutoksentekijän rooliin. Tunnettu kanadalainen standpoint-teoreetikko Dorothy E. Smith (1992, 91) korostaa tiedon paikan merkitystä tiedon subjektiin nähden.

*My notion of standpoint doesn't privilege a knower. It does something rather different. It shifts the ground of knowing, the place where the inquiry begins. Since knowledge is essentially socially organized, it can never be an act or an attribute of individual consciousness.*

Smithin näkemyksen mukaan standpoint-lähtöisen tutkimuksen pyrkimyksenä on selittää vallitsevia yhteiskunnallisia prosesseja ja käytäntöjä, jotka vaikuttavat ihmisten arjen kokemusten takana. Smith kritisoi aiempaa sosiologista tutkimusta siitä, että se on kohdellut naisia ja alistettuja ihmisryhmiä objekteina ja tehnyt heistä tulkintoja hallitsevan järjestelmän jäsenten silmin. (1987, 151–154.)

Ihminen on aina ollut kertova ihminen – *homo narrans*. Kertomus on siis inhimillisen tulkinnan perusmuoto, joka liittyy kokemukseen elämästä. *Kerronnallinen tutkimus* tarkoittaa lyhyesti tutkimusta, joka keskittyy kertomuksiin ja kertomiseen tiedon välittäjänä ja rakentajana. Tutkimuksen ja kertomusten suhdetta voi tarkastella kahdesta päänäkökulmasta: kertomuksia voidaan käyttää joko tutkimusmateriaalina tai tutkimus voidaan ymmärtää maailmasta tuotetuksi kertomukseksi. (Heikkinen 2015, 149–151.) Tässä tutkielmassa yhdistyvät nämä molemmat näkökulmat.

Narratiivisen tutkimuksen kohteena on koko kerronnallinen prosessi, ei pelkästään kertomukset. Tästä johtuen kerronnallinen (vrt. kertomuksellisuus) tutkimus on suomen kielessä hyvä sanamuoto, jolla viitataan sekä kertomisen prosesseihin että tutkimuskohteena oleviin kertomisen tuotoksiin. Narratiivisen tutkimuksen tärkeä käsite on *tarina*. Usein kertomusta (narrative) ja tarinaa (story) käytetään toistensa synonyymeina sekä suomen että englannin arkisessa kielenkäytössä. (Abbott 2009, 18–19; Heikkinen 2015, 151.)

Aristoteleen termein esitettynä tarina on ajallinen kokonaisuus, jolla on alku, keskikohta ja loppu. Tarinan perusasia on juoni (mythos), jonka kautta tarinan eri osat saavat merkityksensä. Kerrottu tarina on konkreettisten tapahtumien muotoon saatettu tarinan juonen ilmaisu. (Hänninen 2003, 20.) Tarina on siis kertomuksen tapahtumakulun kuvaus, joka vastaa kysymykseen mitä on tapahtunut. Se voidaan kertoa eri tavoin ja erilaisissa järjestyksissä. Tarinan ja kertomuksen välisen eron ymmärtämisen avuksi on hahmotettava *kerronnallisen diskurssin* käsite, jolla tarkoitetaan kerronnan

välineistöä. Kun tapahtumakulku (toiminta) esitetään kerronnan avulla, syntyy kertomus. (Abbott 2009, 19; Heikkinen 2015, 152.) Niukimmillaan tarina voi olla vain sana, joka voi dramaattisimmillaan merkitä käännekohtaa ihmisen elämäntarinaa (Hänninen 2015, 171).

Kerronnallinen tutkimus ei ole oikeastaan varsinainen tutkimusmetodi vaan tutkimusote tai tutkimuksellinen lähestymistapa. Jerome Bruner (2004, 691) toteaa kertomusten avulla muodostuvan tiedon poikkeavan luonnontieteellisen tutkimuksen metodein saadusta tiedosta ja hän korostaa narratiivisen tutkimuksen merkitystä tasaveroisena tutkimuksellisena lähestymistapana. Vilma Hänninen (2003, 80) muistuttaa väitöskirjansa päätössanoissa, että *tarinoita koskeva tutkimus ei kuitenkaan koskaan korvaa itse kertomusten kautta suoraan kertojalta vastaanottajalle välittyvää merkitysten liikettä*. Postmoderni epäily modernia tiedonkäsitystä – puhdas tieto ilman subjektin läsnäoloa – kohtaan on rohkaissut alistettuja ja marginaaliin jätettyjä ihmisiä luomaan omia kertomuksiaan, joiden välityksellä ne irrottautuvat ”suurten kertomusten” hallitsevista tarinoista. Kerronnallisessa tutkimuksessa korostuu ymmärtämisen prosessi, jolloin se lähenee tulkinnallista, erityisesti hermeneuttista ja fenomenologista tutkimusta. Myös postmodernistinen filosofia ja konstruktivistinen tietoteoria ovat vaikuttaneet narratiiviseen tutkimukseen. (Heikkinen 2015, 156–159.)

Amia Lieblichin, Rivka Tuval-Mashiachin ja Tamar Zilberin (1998; ref. Hänninen 2015, 179) mukaan narratiivisen tutkimuksen perusmääre on tutkimusaineiston koostuminen kertomuksista. He jakavat narratiivisen analyysin holistiseen (kokonaisvaltaiseen) ja kategorialiseen (osiin pikkovaan) analyysiin. Jälkimmäinen tapa jättää huomioimatta kertomusten tarinallisen luonteen, joten sitä ei voi pitää varsinaisena narratiivisena analyysitapana. Narratiivinen analyysi tulee aina aloittaa avoimella, kaunokirjallisuuden lukemiseen sovellettavalla lukemistavalla. Tunnettu sairaustarinoiden tutkija Arthur Frank (1995, 23) neuvoa narratiivitutkijaa ajattelemaan ”tarinoiden kanssa” mieluummin kuin ajattelemaan ”tarinoita”. Tällöin tarinoihin tulee suhtautua objektien sijaan keskustelukumppaneina. Toisella lukukerralla on jo mahdollisuus havaita tarkkoja vivahteita ja vasta tämän jälkeen voi alkaa tarkastella aineistoa analyttisesti.

### 3.2 Tutkimustehtävä

Tämän tutkielman tutkimustehtävänä on antaa ääni työpaikan sisäilmasta sairastuneiden sosiaalialan työntekijöiden kokemuksille heitä kohdanneesta kohtuuttomasta tilanteesta. Tutkin sairastuneiden kertomuksia työpaikan sisäilmasta sairastumisesta ja sen vaikutuksista heidän hyvinvointiinsa. Pidän

työpaikan sisäilmasta sairastumista jo lähtökohtaisesti kohtuuttomana tilanteena paitsi siitä yksilölle aiheutuvan inhimillisen kärsimyksen myös yhteiskunnan yleisesti hyväksymän lainsäädännön (perustuslaki, työsuojelulaki, terveydensuojelulaki) rikkomisen vuoksi. Sisäilmasta sairastuminen työssä työntekijöiden kokemana on vaiettu asia, josta kertomiselle ei ole sopivia foorumia työpaikalla eikä sen ulkopuolellakaan.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Mitä sairastumisesta kerrotaan (matkalle lähtö)?
2. Miten kohtuuttomuus rakentuu kertomuksissa (aktanttianalyysi)?
3. Millaisia tarinatyyppisiä kertomuksista voidaan löytää (mihin on tultu)?

### 3.3 Sairastumistarinat ja niiden analyysi

Hännisen (2015, 171–172) mukaan narratiivisen tutkimuksen aineistona voi käyttää monenlaisia aineistotyyppisiä, joille kaikille on yhteistä, että aineistosta on jollakin tavalla nostettavissa esiin tarinallinen merkitysrakenne. *Omaelämäkerralliset kirjoitukset* ovat yleensä selkeästi kertomusmuotoisia ja niissä kertoja selostaa elämänsä kulkuaan kronologisesti edeten lapsuudesta tai määritellyn keskeisen tapahtuman taustasta ja päätyen nykyhetkeen tai tilanteeseen, johon kirjoituksen ydinprosessi on päättynyt. Tässä tutkimuksessa tällaisena keskeisenä tapahtumana on sisäilmasta sairastuminen työssä. Kokoelämäkerrat muodostavat harvoin juonellista kertomusta, mutta tiettyjen elämän tapahtumien yhteyteen syntyvät tarinat ovat usein juonellisia. Omaelämäkerrallisia kirjoituksia ovat omaelämäkertakirjat, julkaistut kirjoituskokoelmat ja arkistoidut kirjoituskilpailuaineistot. On myös mahdollista kerätä aineistoa kirjoituspyynnöllä, joita julkaistaan erilaisilla julkaisufoorumeilla ja joissa pyydetään – usein opinnäytetyöhön liittyen – lukijoita kirjoittamaan tutkijalle jostain määritellystä elämäkokemuksesta. Tällä tavoin kerätyn aineiston kohdalla tutkijan on oltava tietoinen myös julkaisufoorumin mahdollisesta vaikutuksesta. Muita narratiivisen aineiston keruutapoja ovat haastattelut ja luonnollisissa tilanteissa tapahtuvan tarinankerronnan tallentaminen. Autoetnografiassa tutkija erittelee teoreettisin välinein omaa tarinaansa (esim. Brett Smith 1999; Andrew Sparkes 1996). Myös ruotsalainen etnografi Shahram Khosravi (2013) analysoi tutkimuksessaan omaa laittoman maahanmuuttajan tarinaansa.

Keräsin aineistoni pääasiassa kirjoituspyynnön (ks. liite 1) avulla, mutta tein myös yhden teemahaastattelun. Päädyin hakemaan tutkimukseeni osallistujia kirjoituspyynnöllä tutkimukseni aiheen kiistanalaisen luonteen vuoksi. Tuija Erosen (2012, 60) tavoin halusin ”korostaa tutkimukseen

osallistumisen ja omasta elämästä kirjoittamisen vapaaehtoisuutta ja autonomisuutta. Halusin välttää tutkimista institutionaalisten käytäntöjen piirissä, joiden erilaiset tutkimuslupakäytännöt ja portinvartijat olisivat toimineet joko estäjinä, tukijoina tai välikäsinä minun ja kertojan välillä.” Halusin myös tietoisesti pysyä etäämmällä tutkimukseen osallistuneista kuin esim. tuttuja tai puolittuja henkilöitä aineistoon sisällyttämällä ja haastatteleamalla olisin pystynyt. Mietin jo tuossa vaiheessa — itsekin työssä sisäilmasta sairastuneena — mahdollisesti esiin nousevien tunteiden merkitystä tutkijan roolini kannalta. Päädyin siihen, että tutkimukseni objektiivisuus — siinä määrin kuin sellaista ylipäänsä on mahdollista saavuttaa — toteutuu kohdallani parhaiten itselleni vieraiden henkilöiden tuottamaa kertomusaineistoa käyttämällä. Kirjoituspyyntöni julkaistiin Talentia Satakunta ry:n jäsenkirjeessä joulukuun alussa 2015 sekä Talentian valtakunnallisessa sähköisessä jäsenlehdessä tammikuussa 2016. Sain pääosan aineistostani hankittua tätä kautta. Täydensin hakua kevään 2016 mittaan vielä yhteydenotolla Astma- ja allergialiittoon sekä Hengitysliittoon. Lisäksi käytin apuna omia verkostojani, jota kautta löysin yhden tutkimukseen osallistujan. Hän ei ollut minulle entuudestaan tuttu henkilö. Tutkimukseeni osallistuneet palauttivat kertomuksensa minulle kirjoituspyynnössä antamaani sähköpostiosoitteeseen.

Tein myös yhden teemahaastattelun tutkimukseen osallistujan pyynnöstä, sillä hän ei sairauden vuoksi pystynyt itse kirjoittamaan tarinaansa. Kanasen (2014, 69–70) mukaan haastattelut ovat havainnoinnin ohella laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä. Se soveltuu tilanteisiin, joissa halutaan saada ainutkertaista tietoa, jota kukaan muu tutkija ei ole tulkinnut. Teemahaastattelu puolestaan on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto, jolle on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuu (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2000, 194–195). Käytin teemahaastattelun runkona samaa kirjoituspyyntöä kuin muillakin tutkimukseen osallistuneilla oli ollut käytössään (ks. liite 1). Haastattelu kesti noin tunnin ja haastattelupaikka oli kaupungin x Allergia- ja astmayhdistyksen tilat. Nauhoitin haastattelun ja litteroin sen sanatasolla. Sisällöltään haastattelussa käsiteltiin samantyyppisiä teemoja kuin kirjallisissa tuotoksissakin joskin kertomistapa oli rönsyilevämpää kuin tekstimuotoisina tulleissa kertomuksissa, mikä on tyypillistä suulliselle kerronnalle. Pyrin haastattelijana olemaan taustalla ja antamaan haastateltavan puhua mistä ja missä järjestyksessä hän halusi. Ohjasin keskustelua haastattelun loppupuolella kuitenkin jonkin verran haastattelurungon keskeisten teemojen suuntaan silloin kun huomasin jonkin keskeisen asian jääneen kokonaan huomiotta. Sain myös muutamia yhteydenottoja sisäilmasta sairastuneilta, joita en valitettavasti voinut sisällyttää aineistooni heidän tämän tutkimuksen piiriin kuulumattoman ammattitaustansa (terveydenhoitoala, opetusala) vuoksi. Tämä kertonee näkemykseni mukaan siitä, että tarvetta näiden tarinoiden kertomiselle on

ammattitaustasta riippumatta laajemminkin eikä foorumeja omakohtaisten kertomusten esiin tuomiselle ole tarpeeksi jos ollenkaan.

Edellä kuvaamalla tavalla keräämäni tutkimusaineisto muodostuu kahdeksasta työpaikan sisäilmasta sairastuneen sosiaalialan työntekijän kertomuksesta, joiden pituus vaihtelee 2 sivusta 17 sivuun riviväliä 2 käyttäen. Aineiston kokonaislaajuus on 46 sivua. Poistin kertojien tunnistetiedot ja annoin kullekin kertomukselle koodin, joka muodostuu K-kirjaimesta ja numeroista 1-8. K tarkoittaa kertojaa ja numeroin tutkimusaineiston kertomukset satunnaisessa järjestyksessä numeroilla 1-8. Aineistoni koostuu pelkästään naisten tuottamista kertomuksista, miehiltä en saanut yhtään yhteydenottoa. Naisten ikähaarukka on 26 vuodesta 71 vuoteen. Heistä suurin osa on iältään 40–60-vuotiaita. Tutkimukseen osallistuneiden kotipaikkaa ei kysytty osallistujien anonymiteetin säilymisen vuoksi ja siksi, että kynnyksellä osallistua tutkimukseen olisi mahdollisimman matala ja oman tarinan kertominen tuntuisi turvalliselta. Koulutustaustana on kahdella henkilöllä sosiaalityöntekijä, neljällä sosionomi ja kahdella työntekijällä muu sosiaalialan koulutus. Viisi kertojaa työskentelee lasten tai nuorten parissa, yksi vanhusten ja kaksi sosiaalityöntekijänä ilman mainintaa erityisalasta. Kaikkien työpaikat sijoittuvat julkiselle sektorille. Tätä asiaa en kysynyt osallistujilta, mutta se kävi ilmi muista yhteyksistä kertomuksissa.

Sensitiivisten aineistojen analyysi on sosiaalityöntutkimukselle tyypillistä, mutta tutkijan tunteista on kirjoitettu vähän. Tarja Pösö (2005, 124–126) valottaa tutkijan tunteita liittyen hänen omakohtaiseen tutkimuskokemukseensa nuorten koulukodissa asumisesta. Hänelle tunteet näyttäytyivät sekä tulkina että taakkana. Yleensä voimakkaan tunteen pelätään ohjaavan tutkimusta ja tulkintaa liikaa. Tunteiden ”poiskäsittelyn” sijasta Pösö antoi kyynelten tulla lukiessaan tutkimushaastatteluja kerta toisensa jälkeen todeten, että kaikessa kuormittavuudessaan ne olivat hänelle paitsi tutkimustekstejä myös muistutus todellisten, elävien ihmisten kertomasta kohtuuttomuudesta. Hänen mukaansa on myös tärkeää tiedostaa, että tunteet voivat merkitä sokeutta, rajoittumista tai sivuuttamista ja täten havainnollistaa vaikka tutkijan ja tutkittavien elämäntapojen eroja enemmän kuin tutkittavien kokemuksia. Sairastuneiden kertomuksia lukiessani sekä yhtä tutkimushaastattelua tehdessäni minussa heräsi erilaisia tunteita liittyen erityisesti siihen, että samoja epäoikeudenmukaisuuksia on tapahtunut niin monille. Aineiston tekstien läpikäyminen moneen kertaan oli raskas prosessi. Tämän vuoksi pidin välillä pitkiäkin taukoja lukukertojen välillä. Vaikka en tuntenut tutkimukseen osallistuneita niin kuitenkin jokaisesta tarinansa kertoneesta muodostui minulle tutkimuksen myötä yllättävän vahva mielikuva siitä millainen ihminen kertomuksen takaa löytyy. Tähän vaikutti osaltaan ehkä myös se, että moni heistä oli minuun yhteydessä erikseen ennen tutkimukseen osallistumista ja osoitti olevansa hyvin kiinnostuneita tutkimuksestani. Elina Pekkarinen (2015) käsittelee

artikkelissaan ”Näkymättömiksi suojellut lapset” tutkijan tunteita ja toteaa, että lastensuojelun ammattiosaaminen ei ole suojannut häntä voimakkailta tunnekokemuksilta tutkimustyössä. Pekkarinen kertoo kokeneensa tutkijana helpotusta siitä, ettei tunteita tarvitse kieltää eikä selittää pois, sillä *suru, viha ja hämmennys kuuluvat tutkimusaiheisiin, jotka käsittelevät pahoinvointia, epäoikeudenmukaisuutta ja syrjäytymistä. Omien tunteiden ja kokemusten rehellinen kohtaaminen voi syventää analyysia ja tulkintaa ja olla myös matka omaan itseen...* (Emt. 2015, 288.)

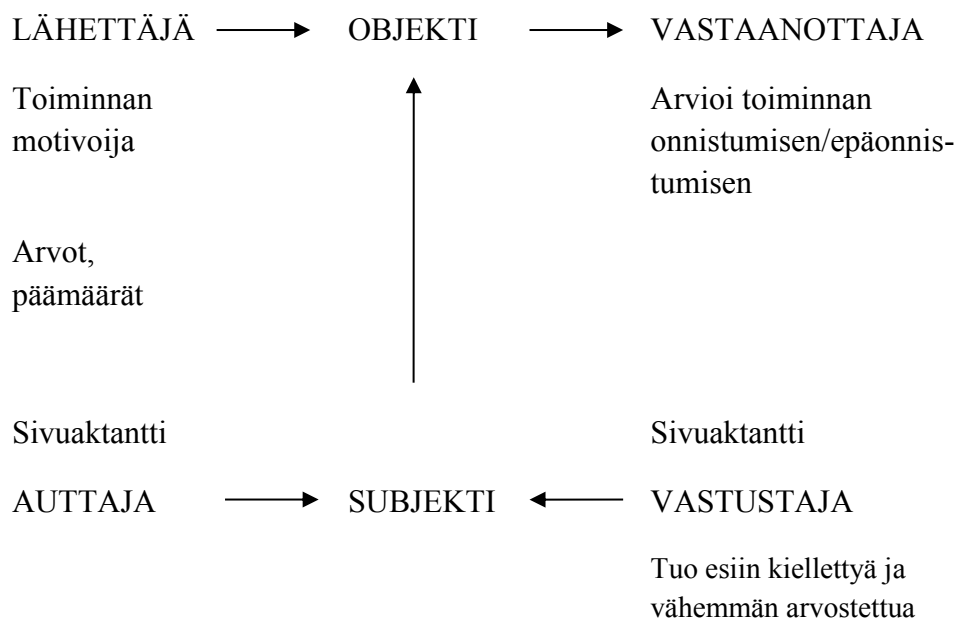
Analyysimenetelmänä olen käyttänyt tässä tutkielmassa kokonaisvaltaisen narratiivisen lähestymistavan ohella yksityiskohtaisempaa aineistolähtöistä analyysia, jossa yksittäisistä havainnoista muodostetaan yleisiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Olen kiinnostunut kertomuksissa esiintyvien toimijoiden erilaisista merkityksistä, joiden selvittämisessä olen soveltanut tämän luvun lopussa esittelemääni kirjallisuudentutkija Greimasin aktanttianalyysimallia. Koodausta seuraa aineiston ilmaisujen luokittelu eli kategorisointi, jolloin samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään yhden käsitteen alle tai eri käsitteet yhdistetään yhden käsitteen alle loogiseksi kokonaisuudeksi. Näkökulma ratkaisee mitä aineistosta löydetään – aineistosta haetaan esim. tyypillistä kertomusta, toiminnan logiikkaa, samanlaisuutta tai erilaisuutta ja selitystä ilmiölle. Lopulta esille tulleet teemat tulkitaan ja kokonaisvaltainen ratkaisu löytyy. (Kananen 2014, 99–115.)

Yksittäisten kertomusten analyyseista on mahdollista rakentaa tutkimusteksti eri tavoin. Yksi tapa on rakentaa tyyppitarinoita, joihin on yhdistetty elementtejä useista alkuperäisistä tarinoista, jolloin kertojien anonymiteetti voidaan turvata hyvin, mutta tällöin haittana on yksilöllisten piirteiden jääminen tyyppillisyyksien varjoon (Hänninen 1991; Metteri 2012). Laajoissa teksteissä tarinat voidaan puolestaan ryhmitellä juonen perusteella tarinatyypeiksi, mutta esitellä ryhmien tarinat myös erikseen. Lyhyessä tekstissä voidaan keskittyä jopa vain yhden tyyppillisen tai erikoisen tarinan yksityiskohtaiseen analyysiin. (Hänninen 2015, 180; Smith 1978.) Vilma Hännisen (2015, 278) ja Arthur Frankin (1995) mukaan tutkijan ei tule missään nimessä yrittää väkisin sulloa aineistoa tarinatyyppeihin. Tarinatyyppeihin jaottelun tarkoituksena ei suinkaan ole yhdenmukaistaa tarinoita tiettyihin yhteisiin muotteihin vaan auttaa kuulijaa kuuntelemaan sairastuneiden monisyisiä tarinoita (Frank 1995, 76).

Tässä tutkimuksessa tutkimusteksti rakentuu ensisijaisesti tarinatyypeiksi, mutta analysoin vielä erikseen joitakin esiin tulleita tulkintani mukaan merkityksellisiä *poikkeuksellisia tyyppillisyyksiä*, joilla Peltonen (1999, 66) viittaa johtolankoihin, jotka kyseenalaistavat käsityksen samansuuntaisesta tapahtumien kulusta. Kertomusten luokittelu eri tarinatyyppeihin osoittautui olettamaani vaikeammaksi tehtäväksi, sillä menneisyyden tapahtumakulkuja voidaan kuvata hyvinkin eri sävyyn

kertomuksen eri vaiheissa. Pohdin pitäisikö luokitella tekstit pelkästään tarinan lopun johtoajatuksen perusteella vai olisiko syytä tutkia myös kertomuksen alun ja keskikohdan tarinatyyppettä. Yhtäältä tutkielman rajallisuuden vuoksi ja toisaalta narratiivisen tutkimusotteen johtoajatusta kuunnellen päädyin tarkastelemaan kertomusten tarinatyyppettä niistä kerronnan hetkellä päällimmäisenä esiin nousseen yleissävyn perusteella. Moninaisten näkökulmien läsnäolo saman kertomuksen sisällä (erityisesti K7) johtuu tulkintani mukaan ainakin osittain ajallisesta etäisyydestä kerronnan hetken ja tapahtumishetken välillä. Yhtä tapausta (K4) lukuun ottamatta kerronnan hetki ajoittuu vuosien päähän tapahtuneesta, jolloin tapahtunutta tarkastellaan ainakin pääosin taakse jääneenä menneisyytenä peilaten tapahtunutta nykyhetkeen. Tällöin kerronnan hetkellä lopputulos tai ainakin tietyt suuntaviivat tulevaisuuteen ovat ainakin osittain jo selvillä ja kertoja on päässyt ikään kuin turvaan. Tällä on suuri merkitys sille, että omasta sairastumisesta on ylipäänsä mahdollista rakentaa jonkinlainen kertomus. Esittelen tämän tutkimuksen aineistosta löytämäni tarinatyyppit luvussa kuusi tutkimukseni tuloksina.

Syvensin edellä kuvatunlaista useita lukukertoja sisältänyttä kokonaisvaltaista narratiivista analyysia käyttämällä hyväksi myös kirjallisuudentutkija ja semiootikko Algirdas J. Greimasin (1980) luomaa aktanttianalyysimallia. Greimasin tarinan aktantteja eli tarinan juonta kantavia voimia jäljittävissä analyysissa ei olla kiinnostuneita niinkään kertomuksen rakenteesta eikä kerronnan keinoista vaan merkityksistä. Alla Greimasin aktanttimalli kuvion muodossa esitettynä.



KUVIO 2 Greimasin aktanttimalli



Greimasin tarinoiden aktantit ovat usein henkilöitä kuten päähenkilö, lähettäjä, vastustaja, auttaja, objekti, mutta ne voivat olla myös kollektiivisubjekteja tai muita vaikuttavia voimia. Aktanttimallia voidaan soveltaa myös omaelämäkerrallisiin kertomuksiin, jolloin niistä voidaan saada esiin yhteisiä tai poikkeaviakin tapoja hahmottaa tiettyyn tilanteeseen liittyvien tahojen merkityksiä. Esimerkiksi sairaustarinoissa terveydenhuolto voi olla päähenkilöön nähden auttajan tai vastustajan roolissa (Hänninen 2015, 178–179.)

Tässä tutkimuksessa olin erityisen kiinnostunut sivuaktanteista eli auttajista ja vastustajista, joiden kautta on mahdollista saada esiin kiellettyä ja vähemmän arvostettua. Sovelsin aktanttianalyysia sairastuneiden kertomuksissa esiintyvien eri tahojen motiivien ja merkityssisältöjen selvittämiseen sairastuneisiin suhtautumisen ja heidän avunsaantinsa kannalta. Listasin useiden kokonaisvaltaisten lukukertojen jälkeen kaikki aineistossa mainitut henkilöt tarkentaakseni ”mutu”-tuntumaani siitä kenet mainitaan ja missä yhteyksissä. Tämän jälkeen liitin henkilöihin kirjoittajien heihin liittämiä tunteita värikoodien punainen (negatiivinen), sininen (neutraali) ja keltainen (positiivinen) avulla. Sitten liitin henkilöihin teot, jotka kertojat heidän yhteydessään mainitsivat. Analysoin kaikki aineiston kahdeksan kertomusta edellä kuvatun aktanttimallin mukaan. Esitän aktanttianalyysin tulokset tutkimukseni tuloksina jäljempänä luvussa viisi.

### 3.4 Eettinen pohdinta

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) laatimien eettisten periaatteiden mukaan eettisesti kestävien tutkimustapojen yhteisenä lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen, joka ilmenee pyrkimyksenä turvata tutkittavien itsemääräämisoikeus, vahingoittumattomuus ja yksityisyys. Itsemääräämisoikeuden toteutumisessa olennaista on antaa ihmisille mahdollisuus päättää itse tutkimukseen osallistumisesta. Päätöksenteon pohjaksi tarvitaan riittävästi tietoa tutkimuksesta. Tämän tutkimuksen kohdalla olen antanut perustiedot tutkimuksesta, sen toteuttajasta ja kerättävien tietojen käyttötarkoituksesta kirjoituspyynnössä (ks. liite 1). Lisäksi rohkaisin kysymään tarvittaessa lisätietoja tutkimuksesta minulta. Myös tutkimukseni ohjaajan Tuija Erosen yhteystiedot mainittiin kirjoituspyynnössä. Moni osallistuja olikin minuun yhteydessä sähköpostitse ennen osallistumis päätöksen tekemistä. Useimmat tiedustelivat tarkemmin soveltuvuudestaan osallistua tutkimukseen. Yksi yhteydenottaja halusi varmistua mahdollisuudestaan osallistua tutkimukseen virallisen ammattitautidiagnoosin puuttumisesta huolimatta ja muutama henkilö kysyi riittääkö kriteeriksi, että on joutunut vaihtamaan työpistettä tai työpaikkaa. Tämä kertoo nähdäkseni laajemminkin sisäilmasta sairastuneisiin monelta taholta kohdistuvasta epäilystä ja näyttöjen

vaatimisesta, joita on käsitelty aiemmin tässä tutkielmassa. Sisäilmasta sairastuneet joutuvat niin usein torjutuiksi, että heidän on vaikea uskoa kelpaavansa juuri sellaisena kuin on. Muutamissa yhteydenotoissa kysyttiin kertomukselta toivomaani pituutta tai tarkempaa muotoa. Vastasin kysyjille, että he voivat itse valita mitä ja miten sisäilmasta sairastumisestaan kertovat. Saattaa olla, että esimerkiksi edellä mainituista muotoseikoista olisi ollut hyvä mainita kirjoituskutsussa. Toisaalta katson, että tarjoamani rohkaiseva yhteydenottomahdollisuus tutkijaan korvasi mahdollisen puutteen. Kaikkia tietoja ei koskaan voi tuoda esiin lyhyessä kirjoituskutsussa.

Ruthellen Josselsson (1996) on pohtinut monia konkreettisiin tutkimuskäytäntöihin liittyviä ongelmia, kuten minkälaisia sopimuksia tutkimukseen osallistuvien pitäisi tehdä tutkimuksen alussa, miten turvata tutkimukseen osallistuneiden anonymisyys raportissa, tulisiko heille antaa kommentointi- ja korjausmahdollisuus raportissa jne. Tässä tutkimuksessa kerroin kirjoituspyynnössä, että kerättyä aineistoa käytetään ainoastaan tässä tutkimuksessa eikä haastateltavilta kerätä henkilötietoja yleisiä taustatietoja (ikä, sukupuoli, ammattinimike) lukuun ottamatta. Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetin säilymisestä huolehditaan tarkoin kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Valmis tutkimukseni tulee Porin tiedekirjastoon sekä sähköiseen muotoon Tampereen yliopiston tietokantaan, josta se on vapaasti kaikkien luettavissa. Tämän perusteella tutkimukseen osallistujat ovat mielestäni saaneet riittävät perustiedot tutkimukseen osallistumispäätöksen tekemiselle. Tutkimuksen tekoon liittyvää eettisyyttä olen noudattanut myös ottamalla muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisesti. Viittauskäytännöissä noudatan Tampereen yliopiston tieteellisen kirjoittamisen viittauskäytäntöjä.

Eniten pohdin tämän tutkimuksen kohdalla sitä, miten onnistun siirtämään henkilökohtaisten kertomusten yksilölliset piirteet yleisemmän tason tarinatyyppiin siten, etteivät tutkimukseen osallistuneet kokisi tulleen ohitetuiksi tai väärin ymmärretyiksi. Konkreettisenä esimerkkinä mainitsen lainaamieni sitaattien lukumäärän, laadun ja laajuuden siinä mielessä, että olen tutkimuksellisista syistä päätenyt avaamaan joitakin kertomuksia enemmän kuin toisia. Olen kuitenkin pyrkinyt perustelemaan tekemiäni valintoja tutkimuksen lukijoille. Tutkijan onkin syytä tiedostaa ja tunnustaa, että ”äänien antaminen” on aina suhteellista ja tulkinassa ja esityksessä on aina viime kädessä esillä tutkijan ääni (Hänninen 2003, 34). Tutkimukseen osallistumisen ei ole tarkoitus olla terapeutin kokemus, mutta vaikeiden henkilökohtaisten aiheiden kohdalla tällainen kokemus ei liene tavatonta. Tämän tutkimuksen yhteydessä eräs tarinansa lähettänyt henkilö mainitsi erikseen kirjoittamisen tarjonnan hänelle tilaisuuden uloskirjoittaa itsestään työpaikan sisäilmasta sairastumiseen liittyviä vaikeita asioita. Koen, että tutkijan eettinen pohdinta ja reflektointi on

otettava erityisellä tavalla huomioon ihmisten henkilökohtaisiin kokemuksiin perustuvien herkkien aihepiirien käsittelyssä. Olen omassa tutkimuksessani pyrkinyt kiinnittämään erityistä huomiota eettisiin näkökulmiin tutkimukseni kaikissa vaiheissa.

## 4 SAIRASTUMINEN JA HYVINVOINNIN HÄVIÄMINEN

Tässä luvussa tarkastelen sosiaalialan työntekijöiden kertomuksia siitä miten he sairastuivat työpaikkansa sisäilmasta. Sairastumiskokemuksesta kertominen on toiminut ensisijaisena motivaattorina kunkin tarinan kertomiselle, sillä ilman tätä kokemusta ei näitä tarinoita olisi tässä muodossa olemassa. Mytologian tutkija Joseph Campbell (1968; ref. Frank 1995, 117–119) käyttää sairastumistarinoista osuvasti matkametaforaa, ja tämä sairastumisen alkuvaihe rinnastuu tässä yhteydessä matkalle lähtöön. Tässä tutkimuksessa kertojat kuvaavat sairastumisen alkuvaihetta eli oireilua — joka kesti kuukausista jopa useisiin vuosiin — epätietoisuuden ja hämmennyksen leimaamaksi ajaksi. Sisäilmasta sairastuminen tuo mukanaan monia asioita, jotka vaikuttavat sairastuneen hyvinvointiin vielä vuosien päästä ja usein koko loppuelämän ajan. Vaikka altistuminen on tapahtunut työpaikalla niin vaikutukset eivät kuitenkaan rajoitu vain työhön vaan kokonaisvaltaisesti sisäilmasta sairastuneen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Etsin aluksi vastausta siihen miten naiset kertovat sairastuneensa ja miten se vaikutti heidän hyvinvointiinsa.

### 4.1 Se tavallinen tarina

Sisäilman aiheuttama oireilu alkoi suurimmalla osalla kertojista (6/8) vähitellen vuosien saatossa niin, että tilaan tottui ja heikkoa oloa alkoi pitää normaalina olotilana. Yksi kertoja toteaa sairastuneensa vähitellen todeten samalla kyseessä olevan ”se tavallinen tarina” (K7). Sisäilmasta johtuneita oireita olivat: voimakas väsymys, joka kahdella kertojalla (K3, K5) äityi työuupumukseksi asti, astma ja astman ja allergioiden paheneminen, yskiminen, toistuvat hengitystiesairaudet, päänsärky, ihottumat, näön sameneneminen, kuumeilu, angiina, keuhkoputkentulehdus sekä erilaiset ääniongelmien kuten laryngitis. Kahdella kertojalla oireilu alkoi hetimiten uuteen työpaikkaan siirtymisen jälkeen. Toisella heistä oli jo ennestään allerginen astma (K5) ja toisella vakava homealtistuminen koulusta (K6) eli molemmilla oli taustalla riskitekijöitä. Myös työpisteen ja työpaikan vaihtokierteeseen joutuneet (K3 ja K5) sekä väistötiloihin/käyttökieltoon asettamisen jälkeen toisiin tiloihin siirretyt työntekijät alkoivat pian oireilla uusisennä lainauksensissakin paikoissa (K1, K3, K4, K5, K8). Osa heistä siirtyi sairauslomalle, vuorotteluvapaalle tai opintovapaalle ja osa sinnitteli töissä ilman sairauslomaa lääkkeitä voimin. Kaikki aineiston kertojat tuovat esiin joutuneensa hankkimaan

lääkkeitä, että ylipäänsä pystyivät käymään töissä. Mikäli oireilijalla oli jo ennestään jokin perussairaus kuten allergioita tai astma niin aluksi lääkityksiä vain lisättiin entisestään.

*Itse jouduin syömään särkylääkkeitä kourakaupalla, yöllä oli niin hirveä päänsärky... Olin varmaan täydessä seilissä töissä, olen vielä käynyt Huume ei vie huolia - koulutuksenkin ja alkoholiongelmaistenkin. Se ei vaikuttanut työhöni eikä kukaan tiennyt. En ollut päivääkään poissa töistä sen takia ja siinä minä sen virheen tein. Nämä tiedot eivät menneet minnekään. Olin tosi kipeänä töissä. Ajattelin, että kyllä se puolikas työaika siinä menee pienessä tuuterissakin ja menikin. K8*

Tyypillistä on, ettei oireista puhuta muille pitkään aikaan eikä aina ollenkaan. Erityisesti vanhemmille sukupolville kynnys kaikenlaiseen ”valittamiseen” on erityisen korkea, sillä sodan perintönä kaikista elämässä eteen tulleista vaikeuksista on pitänyt selviytyä sisulla ja sinnikkyydellä. Omalla työllä itsensä elättäminen on heille kunnia-asia. Niinpä edellä olevan lainauksen kertojakin (K8) sinnitteli sairaana töissä 10 vuotta vanhuuseläkkeeseen asti. Toinen sairastunut jatkoi terveyttään uhannutta sinnittelyä toisenlaisesta syystä:

*Sinnittelin, koska pidin työstäni kovasti – – Itketti ja harmitti jättää ”leikki kesken”. Luovuin vasta pakon edessä tästä ”kyydistä” – vasta sitten, kun mitkään lääkkeet eivät enää avanneet tukkoista olotilaa kunnolla. Monta muutakin sairautta on samalla tavalla, että luulee olevansa ”normaali” kunnes totuus paljastuu! K7*

Edellisiin syihin liittyy kaikkiin olennaisesti myös se, että sisäilmasairauksiin liittyy paljon lääketieteenkin kannalta ristiriitaisia näkemyksiä ja asenteita sekä objektiivisen näytön puuttumisen problematiikkaa.

*Työterveyslääkärin toimesta tyydyttiin hoitamaan vain angiinaa... sen mahdollista aiheuttajaa työpaikallani ei edes haluttu selvittää, vaikka jo tuolloin pidin oirepäiväkirjaa, josta selkeästi ilmeni, että oireet katoavat kotona ollessani. Työterveyslääkärini vaihtuivat usein. Minulle jäi tunne, että minua ei otettu tosissaan useimpien lääkäreiden toimesta; välillä vastaanotolla oleva lääkäri suhtautui asiaani vakavasti ja jopa soitti työsuojeluviranomaiselle – ei kuitenkaan saanut kiinni – kuntaan. Sain lähetteitä erilaisiin tutkimuksiin, joilla vähitellen pois suljettiin mahdollisia muita sairauksia ja tehtiin myös väriä diagnooseja. K3*

Kokonaisvastuu tilanteesta ei kuulunut kenellekään, mikä mahdollisti oireilijoiden pallottelun terveydenhuollon ja työnantajan välissä. Lääkärien vaihtuminen pitkitti asioihin perehtymisen ja

puuttumisen kynnystä entisestään. Sairastuneille tämä merkitsi diagnosoinnin ongelmia ja terveydentilan heikkenemistä. Olen taustoittanut tätä problematiikkaa lähemmin tämän tutkimuksen luvussa kaksi. Jossain vaiheessa oireiden kärjistymisen myötä tilanne ei voinut enää sairastuneiden kohdalla jatkua entisellään. Sisäilmasta sairastunut työntekijä ei voinut enää kieltää eikä selitellä oireitaan muuksi kuin mitä ne olivat, jolloin sitkeän sinnittelyn aika oli väistämättä useimmilta ohi. Frank (1995, 200) käyttää termiä kieltäminen (refusal) tästä hänenkin tutkimissaan sairastumistarinoissa yleisesti esiintyvistä sairastumisen alkuvaiheen ilmiöistä.

#### 4.2 Vikaa korvien välissä?

Sisäilmasta sairastuneiden kertomuksissa fyysisten oireiden ohella myös psyykinen oireilu kuuluu olennaisena osana taudinkuvaan. *Sisäilmaongelmaisen elämään kuuluu aina myös henkinen problematiikka, kun välillä saa kuulla myös "korvien välisistä ongelmista" ja laiskuudesta.* (K3) Yksi sairastunut kertoo aluksi itsekin epäilleensä mielenterveyttään, kun olo vaan huononi koko ajan ilman tiedossa olevaa syytä: *Luulin vain olevani väsynyt ja olihan takana juuri rankka eroproessi.* (K1) Kaikki kertojat ihmettelivät jatkuvaa väsymystä ja huonovointisuutta, jolle ei löytynyt mitään selitystä. Fyysisen terveydentilan heikkenemisen lisäksi pitkäkestoisen sairastumisprosessin ja yksinäisen taistelun aiheuttama epätietoisuus ja psyykinen kuormitus heikensivät huomattavasti henkistä jaksamista. Sairastuneet kertovat sairastumisprosessinsa kestäneen vuosia. Pahimmillaan oireilu oli kestänyt pitkälti toistakymmentä vuotta, useimmilla noin viitisen vuotta.

Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä kaksi (K3, K5) kertoi olleensa sairauslomalla henkisen jaksamattomuuden ja muutama työuupumuksenkin takia; kuvaavaa on, että näihin asioihin koettiin olevan luvallisempaa hakea apua kuin sisäilmaoireisiin. Lisäksi yksi työntekijä oli hakenut vuorotteluvapaata samasta syystä todeten, että olisi kuulunut sairauslomalle, mutta ei jaksanut *taistella työterveyshuollon kanssa* (K1). Sisäilmaoireiden lisäksi työuupumuksen kehittymiseen vaikutti yhden kertojan mukaan olennaisesti myös häneen kohdistunut epäasiallinen kohtelu työpaikalla (K3). Tätä muidenkin kertomuksissa vahvasti esiin tuotua ilmiötä tarkastelen erikseen luvussa viisi.

Hyvinvointia merkittävästi heikentävä tekijä sisäilmasta sairastuneiden kertomuksissa on oireilun johtaminen eriasteiseen sosiaaliseen eristäytymiseen.

*Hyvinvoinnista ei voi enää puhua. Voin kohtuullisen hyvin kun vältän kaikkea ja kaikkia, en liiku missään, harrasta mitään, käy lasten kouluilla, missään julkisissa*

*tiloissa, kaupoissa, teattereissa. Koko elämäni on kaventunut ja supistunut aivan valtavasti. Mitään normaalia elämää ei enää ole. K4*

Pahimmillaan ihminen jää siis oman kotinsa vangiksi. Monikemikaaliyliherkkyydestä kärsiville tämä on jokapäiväistä todellisuutta. Sisäilmasta sairastuneet joutuvat jättämään menemättä moniin tilaisuuksiin ja tiloihin, mikä aiheuttaa muissa ihmisissä ihmetystä ja väärinymmärryksiä sekä jopa luulosairaaksi leimaamista.

*Ihmisten mukana tulee kaikenlaista. Pelkästään kaupassa käynnit ovat välillä tosi haastavia ja sitten sammun kuin napista painaen. Sitten ilta ja pahimmillaan vielä seuraavat päivätkin ovat tokkuraisia. Onneksi tilanne on tästä pahimmasta jo helpottanut. K7*

Muiden ihmisten on vaikea ymmärtää sisäilmasta sairastuneiden eri tilanteissa ilmenevää muista sairauksista poikkeavaa oirehdintaa. Tämä johtaa usein fyysisten oireiden psykiatrisoitumiseen, josta Anna Metteri (2012) kirjoittaa väitöskirjassaan ja Anne Hiironniemi (2014) pro gradu – tutkielmassaan. Keski-ikäisten naisten kohdalla oireilua selitellään usein epämääräisillä vaihdevuosisoireilla. Myös sairastuneiden taloudellinen tilanne heikentyy lisääntyneiden sairauspoissaolojen, ennen aikaisten eläköitymisten sekä suurten lääke- ja terveydenhoitokäyntikulujen vuoksi lisäten psyykkistä kuormitusta entisestään. Nämä asiat eivät ole vain yksilön ongelma vaan niistä aiheutuu suuria kuluja yhteiskunnallekin.

## 5 LIIAN YKSINÄISTÄ TAISTELUA

Tässä luvussa tarkastelen aktanttianalyysin avulla saatuja tuloksia, joita ovat aineiston kertojien esiin tuomat ristiriitaisuudet liittyen työpaikan ilmapiiriin sekä työpaikan ja muiden työpaikan sisäilmaongelman myötä ”näyttämölle” tulleiden toimijoiden (mm. työnantaja, kollegat, viranomaiset, läheiset) suhtautumiseen sisäilmasta sairastuneeseen. Lisäksi tarkastelen toimijoiden välisiä suhteita ja heidän toimiensa motiiveja liittyen sairastuneiden pyrkimykseen selviytyä sairastumisen aiheuttamasta kohtuuttomasta tilanteesta. Tässä analyysin vaiheessa huomion kohteeksi tulevat siis työpaikan sisäilmasta sairastumisen sosiaalinen ulottuvuus ja avun saamisen haasteet. Myös toimijoiden välisiin suhteisiin liittyvät tunteet ovat merkityksellinen osa työpaikan sisäilmaongelmavyöhykettä.

### 5.1 Työpaikka

Työnantajan ja/tai esimiehen mainitsivat tarinoissaan kaikki kahdeksan aineiston kertojaa. Huomionarvoista on, että heidät mainittiin kertojien teksteissä kielteiseen sävyyn lukuun ottamatta yhtä kertojaa, joka muista poiketen kehui esimiestään, joka ”ei kyseenalaistanut koskaan asioita ja kuunteli ihan aina kärsivällisesti ja empaattisesti”(K7). Tällä esimiehen auttajan roolilla näyttää olleen osaltaan suuri merkitys kertojan selviytymiselle jatkossa, sillä hänen tarinastaan muodostui koko aineiston positiivisin – ei sairauden oireiden vakavuusasteen, mutta kertojan sairauden aiheuttamaan muutokseen sopeutumisen ja tilanteen hyväksymisen näkökulmasta.

Muiden seitsemän sisäilmasta työpaikalla sairastuneen kertomuksissa työnantaja/esimies näyttäytyy pääosin kielteisessä valossa, vastustajan roolissa. Yhden sairastuneen työnantaja oli ollut aivan aluksi ymmärtäväinen, mutta suhtautuminen muuttui hyvin pian päinvastaiseksi, kun työntekijän oireilu jatkui uusissa remontoituissa työtiloissa. Muiden kertojien kohdalla esimiestahon suhtautuminen oli kielteistä ja epäilevää heti alusta pitäen. *Puhuin esimiehen kanssa ongelmasta ja aina palavereissa avasin suuni ja sain vihat päälleni. Se oli raskasta eikä mistään saanut mitään tukea.* (K8)

*Uupumusta ja jaksamisen vajautta aiheutti etenkin esimiehen vähättelevä ja tyly suhtautuminen asiaan ja asianosaiseen. Oli tunne että koko ajan pitäisi olla asiasta ja omasta huonovointisuudesta muistuttamassa, mutta sitä ei kuitenkaan ollut sallittua tehdä. – – Muutettiin väistötiloista remontoituihin, uusiin tiloihin siis saman kiinteistön*



*sisällä. Oireilu oli jatkunut jo niin pitkään, että sitä alkoi pitää normaalina olotilana. Esimies ei halunnut kuulla puhuttavankaan sisäilmaongelmasta, olihan meillä kaupungin upeimmat uudet toimitilat! Jos asiaa yritti ottaa puheeksi, tuli tyytymättömyyden ja vaientamista, ei saanut lietsoa paniikkia. Asiasta oli myös esimiehen asettama kielto puhua talon ulkopuolella. K5*

Sisäilmasta sairastuminen työpaikoilla jäi kokonaisuudessaan hyvin ristiriitaiseksi, koska eniten oirehtivat työntekijät vaihtoivat nopeasti työpaikkaa. Asiasta ei työpaikoilla puhuttu. Kolmea työntekijää (K3, K5, K8) oli jopa kielletty esimiehen toimesta puhumasta sisäilmaongelmasta talon ulkopuolella.

Työpaikalla sisäilmasta sairastuneiden kokemukseen ilman omaa syytä kohtuuttomaan tilanteeseen joutumisestaan liittyy hylätyksi tulemisen ja ilman tukea jäämisen lisäksi myös todistustaakka omasta sairaudestaan. Kertoja (K5) on oireillut ja sinnitellyt työpaikallaan eri työpisteissä jo usean vuoden ajan ja päässyt väliaikaisesti töihin toiselle työnantajalle terveisiin työtiloihin, mutta toteaa alistuneen oloisena paluun entiseen uhkaavan häntä taas.

*Ihan hiljan kävin työterveydestä hakemassa asiaan liittyvät dokumentit tukemaan minua tilanteessa, jossa mahdollisesti joudun perustelevaan, miksi en voi työskennellä vanhassa työpisteessäni. Raskasta on ollut juuri tämä eli todistustaakka on oireiden kanssa painivalla. K5*

Sairastuneen pitää itse hankkia todistusaineistoa, jotta oireilua ei pidettäisi mielikuvituksen tuotteena. Tiloja on remontoitu eikä työnantaja tunnusta remontoituissa tiloissa voivan olla ongelmaa, sillä kyseessä on *kaupungin tutkituin tila ja näin ollen puhdas*. Terveiden työtilojen etsintä siis jatkuu hänen kohdallaan edelleen. Toinenkin aineiston kertoja (K3) on joutunut vastaavaan sisäilmakiertolaisen asemaan. Tällaisissa tilanteissa huomio kiinnittyy akuuttien ongelmien ratkaisemiseen ja seuraavan siirron miettimiseen. Molemmat naiset ovat aktiivisesti pyrkineet edistämään asiaansa puuttamalla epäkohtiin, mutta ilman toivottua tulosta: *mahdollinen sisäilmaongelma ilmeisesti häviää työpaikalta minun siirron kautta* (K3). Riskinä on uupuminen ja terveydentilan heikentyminen pitkittyneen oireilun ja siihen liittyvän stressin takia. Molemmat naiset kertovatkin joutuneensa olemaan paljon sairauslomilla. K3 mainitsee, että virallisesti hän on ollut poissa työstä työuupumuksen takia, koska hänen mukaansa sekin on hyväksyttävämpi poissaolon syy kuin sisäilmaoireet.

Sairastuneet ovat vuosien kuluessa oppineet varautumaan ennakolta kysymyksiin, joilla toistuvasti kyseenalaistetaan heidän oma kertomuksensa. Viranomaisten ja esimiehen taholta asioiden eteenpäin

vienti oli kaikkien kohdalla erittäin hidasta. *Minua syyllistettiin mm. siitä, että sisäilmatutkimusten teko on niin kallista eikä työnantajalla olisi siihen varaa.*(K4) Toinen sairastunut (K3) piti pitänyt oirepäiväkirjaa yli kymmenen vuoden ajalta sekä otti työpaikaltaan todisteeksi valokuvia kastuneista katoista, sisäseinistä ja ulkoseinistä/oven karmeista todeten, että *näillä kuvilla ei ollut mitään vaikutusta asian tutkimiseksi ja mahdollisen korjaamisen nopeuttamiseksi.* Työpaikan sisäilmasta sairastuneet joutuvat olemaan aina valmiina esittämään todistusaineistoa oireistaan ja siltikään heidän oireidensa ei uskota johtuvan työpaikan sisäilmasta. Usein heidän kotiaan epäillään kosteusvaurioituneeksi tai sitten oireiden arvellaan olevan psyykkisistä syistä johtuvia. Sairastuneen kertomus ja täten hänet itse asetetaan toistuvasti kyseenalaiseksi ja pahimmillaan kielletään kokonaan työnantajan, työyhteisön ja terveydenhuollon toimesta. Tällöin sairastuneen on mahdotonta päästä osalliseksi aidosti välittävästä hoidosta ja palveluista, mikä puolestaan hidastaa tai pahimmillaan tekee mahdottomaksi sairastuneen hyvinvoinnin kohenemisen. Myös Frank (1995, 109) tuo esiin tämän näkökulman omassa sairaustarinoita koskevassa tutkimuksessaan.

Epäasiallista kohtelua kokeneet sisäilmasta sairastuneet kertovat pintaan nousseista tunnereaktioistaan, jotka olivat useimpien kohdalla monen kohdalla hyvinkin voimakkaita.

*Viha nousi pintaan työnantajaani kohtaan, luottamusjohto vain kirjasi talon sopimattomuuden tiedoksi kokouksissa. K1*

*Paikka oli kokonaan sisäilmasta sairastunut, eli suoraan sanoen homeessa ja purkuuhan alla. Ihmiset odottivat vain pois pääsyä uuteen paikkaan, joka oli jo rakenteilla. – – Tiedettiin hyvin tilanne, muttei tehty mitään. Postilaatikko oli, johon sai nimettömänä mainita epäilyjä missä kulmassa mitäkin ehkä oli. Kukaan ei puhunut tai uskaltanut avautua homeesta, minäkin avasin suuni, ja heti minusta alettiin jaaritella pomolle, että olisin mielenvikainen. Koko työyhteisö oli mätä, muutenkin kuin rakennukseltaan. – – Sinnittelin töissä silmäsumutteen ja lääkkeiden voimalla, kipulääkkeidenkin 2 kk. Tauot saatoin maata vessassa jalat seinää vasten huonovointisena. En varmaankaan pystynyt tekemään töitä hyvin, koska vihasin koko paikkaa ja ihmisiä, paitsi lapsia. Sitten tuli päivä kun työkaverini ja minä menimme pomon luo ja hän sanoi että työsuhteeni päättyy. Olin lähinnä iloinen, että vihdoinkin pääsen täältä pois, en jäänyt kaipaamaan yhtään mitään sieltä, minut leimattiin vain hulluksi. K6*

Tutkimukseen osallistuneet kokivat voimakkaan epäoikeudenmukaisena nimenomaan työnantajan/esimiehen asioihin taholta tapahtuneen ongelmiin puuttumattomuuden, koko ongelman

kieltämisen, vähättelyn, salailun ja syyllistämisen; velvoittaahan lainsäädäntökin työnantajaa huolehtimaan työntekijöiden terveydestä ja turvallisuudesta työssä. Työnantajilta ja esimiehiltä odotetaan työelämässä työntekijöiden oikeudenmukaista ja tasapuolista kohtelua, asioiden hoitamista, luottamusta, kunnioitusta ja vastuunkantoa. Sisäilmasta sairastuneiden työpaikoilla nämä normaalit ja yleisesti hyväksytyt arvot ja pelisäännöt eivät enää yhtäkkiä päteneetkään.

Työtoverit mainitaan kaikkiaan viidessä kertomuksessa. Kolme mainintaa viidestä on negatiivissävytteistä; yhdessä kertomuksessa on eritelty vanhan työpaikan ja uuden työpaikan työtoverit, jotka suhtautuivat sairastuneeseen kielteisesti. Lisäksi yhden kertojan kohdalla vanhan työpaikan työtoverit suhtautuivat kielteisesti, mutta uudessa työpaikassa ymmärretään sairastunutta. Yhdellä kertojalla on sekä kielteisiä että myönteisiä kokemuksia työkavereista. Kolme kertojaa mainitsee erikseen työyhteisön muut oireilijat; näistä kahden kertojan mainitsemien oireilijoiden suhtautuminen kertojaan on ollut positiivista ja yhden kertojan kokeman mukaan neutraalia.

*Olen tullut siihen tulokseen, että tällaisen ihmisen oireilua ja sairastelua ei pysty ymmärtämään kukaan muu paitsi toinen samassa ongelmassa oman terveytensä kanssa oleva. – – Minusta tuli mielestäni ns. syntipukki työyhteisöön. K3*

*Työparin oli todella vaikea ymmärtää oireilua ja hän piti lähinnä minua hankalana ihmisenä kun olin todellisuudessa todella huonossa kunnossa... Työkaverit olivat närkästyneitä kun tila laitettiin käyttökieltoon ja jouduttiin remontoimaan. Koin, että kukaan taho ei tukenut minua. Koen näin edelleen. K4*

Sairastunut, joka yritti päästä sisäilmaltaan terveeseen työtilaan leimattiin työyhteisössä hankalaksi ihmiseksi, jonka mielenterveyden järkkymistä epäiltiin avoimesti. Kuvattu tilanne on hyvin stressaava oireiden kanssa painivalle työntekijälle, joka on itsekin hämmentynyt vakavista oireistaan ja niiden aiheuttamista vahvoista tunnereaktioista ympäröivässä työyhteisössä. *Ei pääsääntöisesti kukaan lähde tällaisia asioita kiusallaan viemään eteenpäin vaan hyvinvointia (niin omaansa kuin muidenkin!) lisätäkseen!* (K5) Sairastuneen on vaikea ymmärtää mitä pahaa hän on tehnyt työtovereilleen, jotka hylkäävät omasta mielestään kaikkien työntekijöiden etua ajavan sairastuneen. Tilanne johtaa sairastuneiden ajautumiseen työyhteisön ulkopuolelle ja usein myös kiusatuksi tulemisen kokemukseen.

## 5.2 Työterveyshuolto ja työsuojelu

Työterveyslääkäri mainittiin seitsemässä aineiston (n=8) kertomuksessa. Yksi kirjoittaja oli koeajalla eikä ollut oikeutettu työterveyspalveluihin palveluihin. Neljässä kertomuksessa työterveyslääkäri

mainittiin neutraaliin sävyyn, kielteinen suhtautuminen oli yhdellä ja sekä kielteinen että myönteinen kokemus kahdella kirjoittajalla.

Työterveyshuolto mainitaan kuudessa kertomuksessa, joista viidessä neutraaliin sävyyn ja yhdessä kielteisesti. Yhdellä kertojalla ei ollut oikeutta työterveyshuollon palveluihin, koska hän työskenteli koeajalla. Erikoislääkäreistä oli yhteensä mainintoja viidellä kertojalla: kaksi neutraalia mainintaa, kaksi kielteistä ja ja yhdellä kertojalla kokemukset olivat olleet sekä positiivisia että negatiivisia. Jotkut työntekijät saivat alkuhankaluuksien jälkeen työterveyshuollosta asiallista apua, mutta moni jäi riittämättömän avun varaan tai kokonaan ilman apua. Aineiston perusteella sisäilmasta johtuvia oireita ei tunnustettu työterveyshuollossakaan aluksi sisäilmasta johtuviksi. Vasta sitten, kun useampi työntekijä alkoi sairastaa toistuvia hengitystiesairauksia, päänsärkyä ja ihottumaa ja kun he joutuivat vaihtamaan työpistettä tai työpaikkaa pystyäkseen työskentelemään, alettiin muutamissa paikoissa uskoa oirehtivia (K2, K7). Useimmiten kuitenkin koko asian olemassaoloa epäiltiin, se kiellettiin kokonaan tai sille ei tehty mitään vaikka siitä tiedettiin (K1, K3, K4, K5, K6, K8). Aihepiirin ongelmallisuus näyttäytyy avunsaannin esteinä työterveyshuollon antamien asiantuntemattomien ja paikoin hyvin ristiriitaisten ohjeiden ja kannanottojen muodossa. Sairastunut työntekijä (K3) kertoo saaneensa työterveyslääkäriltä kirjallisen lausunnon siitä, että hän voi palata — tutkimustuloksista huolimatta — työskentelemään omaan työpaikkaansa. Samaa henkilöä keuhkotautien erikoislääkäri tsemppasi pysymään työpaikalla tämän sairauslomatoiveesta huolimatta *koska fyysinen läsnäolo olisi hyvä muistutus työnantajalleni prosessin tärkeydestä*. (K3) Lääkäreiden kohdalla edellä esitetyn kaltaisilla kommentteilla on kuitenkin näennäisestä koomisuudestaan huolimatta hyvinkin vakava vaikutus sairastuneen työntekijän kannalta, sillä lääkärin lausunnoilla on merkitystä paitsi sairastuneen hoidon ja sosiaalietuuksien saamisen myös työpaikalla tehtävien toimenpiteiden näkökulmasta. Yhdelle sairastuneelle työntekijälle (K1) korostettiin keskussairaالاتasolla tehdyissä tutkimuksissa, ettei kyse ole työperäisestä sairaudesta, mutta samalla lääkäri kuitenkin suositteli potilaalle työpaikan vaihtamista. *Esimiehen ohjeistus oli mennä työterveyteen ja työterveydessä peräänkuulutettiin työnantajan vastuuta yrittää muuttaa tilannetta*. (K5) Vastuu ei ole selkeästi kenelläkään, mikä näyttää johtavan pääsääntöisesti sisäilmasta sairastuneiden työntekijöiden pallotteluun eri toimijoiden välillä.

Työsuojeluun oli ollut yhteydessä vain kolme kertojaa (n=8), mikä vaikuttaa hyvin vähäiseltä määrältä siinä mielessä, että työsuojelun perustehtäviin kuuluu työntekijän auttaminen sisäilmaongelmienkin kaltaisissa hankalissa työntekijöiden terveyttä uhkaavissa tilanteissa. Työntekijöillä ei ehkä ole tietoa työpaikan työsuojeluvaltuutetusta tai sisäilmasta sairastunut työntekijä ei halua leimautua työnantajan silmissä enää entistä hankalammaksi tyypiksi.

Työsuojeluun yhteyttä ottaneet kokivat avunsaannin olleen vaihtelevaa; yhdellä kertojalla oli sekä huonoja että hyviä kokemuksia työsuojelun toiminnasta, toinen kertoja puolestaan koki jääneensä täysin vaille apua.

*Vasta työsuojeluvaltuutetun soitettua henkilöstöpäällikölle alkoi tapahtua, ja sisäilmanäytteet otettiin työpaikallani. Mutta materiaalinäytteitä kostuneista kattorakenteista ei otettu edelleenkään. – – Yllättävää oli myös se, että läsnä ollut työsuojeluvaltuutettu jätti minut ns. oman onneni nojaan asiassa. K3*

Kolmannen kertojan maininnoissa — kuten myös ensimmäisen kertojan positiivisemmassa kokemuksessa työsuojelusta — on nähtävissä työsuojelun taholta jonkinasteista pyrkimystä edistää ja vauhdittaa työpaikan sisäilmaongelmien ratkaisua vaikkakaan ponnistelut eivät johtaneetkaan haluttuun lopputulokseen. – – *työhuoneen matosta tuli sisäilmaan haitallisia yhdisteitä – päälle laitettiin laminaattia, vaikka paikallinen työsuojeluvaltuutettu yritti tuon typeryyden estää. No saivatpa tehtyä kahteen kertaan! K7*

Tässäkin tapauksessa tulee esiin se, että eri toimijat tekevät asioita koordinoimattomasti ja ilman vastuunkantoa. Melkein kaikki kertojat mainitsevat epäonnistuneet näennäiset pintapuoliet remontoinnit eli *valohoidot* (K8), jotka saattavat pahimmillaan johtaa jopa tilanteen sisäilmatilanteen pahenemiseen kuten edellä mainitussa esimerkkitapauksessa kävi. Yksi työntekijä (K4) sairastui vakavaan monikemikaaliyliherkkyyteen paljolti työpaikalla tehdyn virheellisen remontoinnin takia.

### 5.3 Viranomaiset

Viranomaisiin kuten Kelaan, TE-toimistoon, työeläkeyhtiöihin, vakuutusoikeuteen, Työterveyslaitokseen (TTL) ja/tai eduskunnan oikeusasiamieheen oli tässä aineistossa ollut kontakteja neljällä sairastuneella (K1, K3, K4, K7). Aineistoon sisältyy yhteensä seitsemän mainintaa viranomaistoimijoista, joista kolme on luonteeltaan negatiivisia, kaksi positiivista ja kahden kertojan kokemukset olivat olleet sekä hyviä että huonoja. Viranomaiskontaktien yllättävän vähäinen esiintyvyys tässä aineistossa johtunee tulkintani mukaan ainakin osin siitä, että viisi kahdeksasta sairastuneesta oli siirtynyt muihin työpisteisiin (K2, K5, K8) tai löytänyt itselleen kokonaan uuden työpaikan (K1, K5, K6). Heidän kohdallaan ei ole ollut kyse pitkäaikaisesta tai pysyvästä toimeentulon tai ammatin menettämisestä.

Viranomaisten kanssa asioineista yksi henkilö (K1) asioi Työterveyslaitoksen (TTL) ja eläkevakuutusyhtiön kanssa ammattitautidiagnoosin saamisen yhteydessä 2000-luvun alussa. Hänen kohdallaan asiat etenivät asiallisesti ja pieni haittakorvaus myönnettiin. Toinen työpaikan sisäilmasta sairastunut (K3) puolestaan vei vakuutusyhtiöstä saamansa kielteisen ammattitautipäätöksen vakuutusosoikeuteen asti. Vakuutusosoikeus ei kuitenkaan muuttanut aiempaa päätöstä. Sama henkilö teki myös eduskunnan oikeusasiamiehelle kantelun päällikön tekemistä ja tekemättä jääneistä päätöksistä sekä saamastaan epäasiallisesta kohtelusta.

Kahdessa aineiston tapauksessa viranomaisasiointiin liittyy Kelan määrittelemä *työpaikkakyvyttömyys*, joka merkitsee sitä, että työntekijä on Kelan tulkinnan mukaan täysin työkykyinen tehtäviinsä, mutta tarvitsee altisteettomat työtilat. Kela ja eläkevakuutusyhtiöt tulkitsevat, että työpaikkakyvytön ei ole työkyvytön eikä siten ole oikeutettu sairauspäivärahaan tai työeläkkeeseen. Työpaikkakyvyttömäksi määritelty sisäilmasta sairastunut nainen (K4) oli jäämässä täysin ilman tuloja työnantajan irtisanottua hänet sillä perusteella, ettei hänelle löytynyt terveydentilalle sopivia työtehtäviä eikä työtiloja. Aineistossa oli toinenkin Kelan työpaikkakyvyttömäksi määrittelemä työpaikan sisäilmasta sairastunut (K7), joka pääsi myöhemmin suurimmasta taloudellisesta palkähästä työeläkeyhtiön kustantaman ammatillisen kuntoutuksen avulla, jota kautta hänelle kustannettiin koulutus uuteen, terveydentilalle paremmin sopivaan ammattiin.

#### 5.4 Läheiset

Läheiset mainitsee tukijoukoikseen vain kaksi kertojaa ja ystävät mainitaan niin ikään vain vain kahdessa kertomuksessa eli yhteensä vain puolet sairastuneista kertoo heistä työpaikalla sisäilmasta sairastumiseensa liittyen. Puhuttaessa työpaikalla tapahtuneesta sairastumisesta luonnollisinta olisi tuen saanti työpaikalta käsin, mutta kuten jo aiemmin tässä luvussa on kuvattu, sairastuneet ajautuvat usein työyhteisön ulkopuolelle selviytymään yksikseen parhaansa mukaan. Tilanne on hankala erityisesti, jos sairastuneella ei ole läheisiä tai ystäviä, joihin voisi turvautua tällaisessa tilanteessa. Hylätyksi tuleminen on kertojille suuri pettymyksen ja epäoikeudenmukaisuuden kokemuksen aihe, josta ei ole helppo puhua. Vaikka läheisiä ihmisiä olisikin, niin heidän voi olla sisäilmasairauden erityisluonteen vuoksi vaikea ymmärtää mistä oikein on kyse.

*Mieheni oli ihmeissään ja huolissaan tilanteestani, mutta on ollut myös tukena kaikissa vastaan tulleissa mutkissa. Varmasti hänen oli vaikea ymmärtää välillä, kun se oli vaikeaa itsellekin, mutta kertaakaan hän ei kyseenalaistanut, että sairastumiseni ei olisi*

*totta. Itseasiassa hän oli ensimmäisenä sanomassa, kun pitempien lomien jälkeen menin töihin, että ”huomaatko että taas alat väsymään. Et jaksakaan tehdä muuta kuin illat vain nuket, tuo ei ole normaalia” – – Poika ei oikein jaksanut ”aina” kuunnella sairauskertomuksia. Joskus sanoikin kiukustuneena: ”Eikö ole mitään muuta puhumisen aihetta?” Viime aikoina poikani on tullut vähän ymmärtävämmäksi. Liekkö syynä se, että velipuoleni on alkanut oireilemaan pahemmin kuin minä ja on puhunut niistä asioista pojalleni? Ehkä. Osittain syy voi olla myös se, että minulta vain lähtee ääni tietyissä tilanteissa ja hän on huomannut sen. Osittain ehkä myös siksi, että kaikille muille ongelmilleni on löytynyt lääketieteellisiä selityksiä :-). Tyttäreni oli ymmärtäväinen ja kuunteleva. Yllätyin ja olin tosi hyvilläni. Hän on alkanut myös oireilemaan omalla työpaikallaan. Hän haistaa myös huonot tilat, joten hänelle ei tarvitse vääntää rautalangasta ja todistella. K7*

Perheenjäsenen sairastuminen ei ole yksin sairastuneen asia vaan se koskettaa aina myös perhettä ja muuta lähipiiriä. Sairauden vaihtelevia oireita ei helposti tunnisteta sisäilmasta johtuviksi, jolloin väärinkäsitysten syntymisen vaara on suuri liittyen usein esimerkiksi äkilliseen poistumistarpeeseen tietystä tilasta tai tiettyjen tilojen, tilaisuuksien ja ihmistenkin välttelyyn. Sairastunut jää pahimmillaan täysin yksin ilman tukea ja saa omituisen tyyppin leiman otsaansa.

## 5.5 Vertaistuki

Vertaisuuden ympärille rakentuvaa kollektiivista toimijuutta kuvataan usein vapauttavaksi, rentouttavaksi ja voimaannuttavaksi (esim. Munnukka, Kiikkala & Valkama 2005). Vertaistuki ei kuitenkaan ole yksinomaan emotionaalista tunnetukea vaikka se usein sellaiseksi ensisijaisesti luokitellaan. Se sisältää myös tärkeää tiedollista ja toiminnallista tukea. Vertaisuus on vertaistukea laajempi ilmiö ja on syytä huomioida, ettei pelkkä vertaisuus takaa automaattisesti tuen saamista. Vertaistuen piiriin pääsevät todennäköisemmin sosiaalista pääomaa ennestään omaavat henkilöt, mikä heikentää vaikeimmissa elämäntilanteissa elävien pääsyä siihen mukaan. Yhden asian ympärille kietoutunut vertaistuki voi myös tuottaa toiseutta ihmisille, joiden elämäntilanteista vertaisasia tuottaa vaillinaisen kuvan. Tästä huolimatta vertaisuutta voitaisiin hyödyntää palvelujen kehittämisessä ja tarjonnassa nykyistä kattavammin. (Hokkanen 2014, 26.)

Vain kaksi kertojaa (K7, K8) mainitsee osallistumisestaan vertaistukiryhmien toimintaan ja saaneensa ja saavansa niistä edelleen apua jaksamiseensa. Sairastuneita ei ole ohjattu näiden

toimintojen pariin vaan niiden piiriin löytäminen riippui omasta aktiivisuudesta sekä myös asuinpaikkakunnasta.

*Liityin jo varhaisessa vaiheessa oma-aloitteisesti – kukaan ei kertonut tällaisesta – astma- ja allergiayhdistykseen ja menin kuuntelemaan paikan päälle muita altistuneita. Nyt viimeiset vuodet olen toiminut itsekin vertaistukiryhmän vetäjänä. Koen toiminnan mielenkiintoisena ja antoisana ja aina tulee mukaan uusia ihmisiä... ja valitettavasti nuoret ja lapsetkin sairastuvat. Paljon paremmin jaksaa, kun meitä on muitakin samassa tilanteessa olevia. Aion jatkaa niin kauan kuin jaksan. Ryhmissä on osallistujia täältä seudulta, eri-ikäisiä. Kaikki ovat tervetulleita. Asiat, joista täällä puhumme jäävät tänne. Lisäksi saamme paljon tietoa toisiltamme kuunnellessamme toistemme erilaisia kertomuksia tilanteistaan. K8*

Aineistossa vertaistukea on saatu myös toisilta samassa tilanteessa olevilta ystäviltä tai läheisiltä (K3, K7). Huomionarvoista on, että oman työpaikan muiden oireilijoiden rooli tuen antajina ei noussut juurikaan esiin. Vain muutama kertoja mainitsee muut oireilijat positiiviseen tai neutraaliin sävyyn. Tähän vaikuttanee luultavasti se, että moni oireilija ei ainakaan julkisesti tunnusta mahdollista oireiluaan sisäilmasta johtuvaksi työpaikan kielteisen ilmapiirin vuoksi. Suhtautumiseen voi liittyä myös pelkoa luulosairaaksi leimaamisesta sekä pelkoa työn ja siten toimeentulon menettämisestä. Työpaikalla voi olla useitakin toisistaan tietämättömiä oireilijoita, jotka eivät vallitsevan salailun ja puhumattomuuden kulttuurin vuoksi ole välttämättä edes tietoisia toistensa oireilusta (K8).



## 6 TARINOITA SISÄILMASTA JA SITKEYDESTÄ

Olen otsikoinut tämän luvun yhden tarinansa kertoneen naisen (K5) hänen omalle tarinalleen antamansa otsikon pohjalta, koska se kuvaa osuvasti myös muiden kertojien tuntoja. Tarkastelen seuraavassa lähemmin millaisia tarinoita sisäilmasta työssään sairastuneet naiset kertovat ja millaisiin sairaustarinoiden tarinatyyppeihin ne sijoittuvat.

### 6.1 Selviytymistarinat

Sisäilmasairaudet ovat ulkopuolisen altisteen aiheuttamia, joten lääkityksellä ja altistavien tekijöiden — mukaan lukien sisäilmaltaan epäterveellinen työpaikka — välttämällä voidaan saada oireita vähennettyä jonkin verran, mutta niitä ei voida kuitenkaan poistaa kokonaan. Sairastuneista naisista kukaan ei kerro Frankin (1995, 75–96) määrittelyn mukaista ennalleen palautumisen sairaustarinaa (The Restitution Narrative), jossa päähenkilö *voittaisi* sairauden ja palaisi jatkamaan elämäänsä täysin samanlaisena kuin ennen sairastumista.

Työpaikan sisäilmasta sairastuneiden kertomuksissa on yhtä lukuun ottamatta (K4) läsnä jo tapahtunut jonkinasteinen selviytyminen sairastumistilanteesta ja sen jälkeisestä elämästä sairauden kanssa. Sairastuneiden selviytymiskeinot ja niistä kertominen vaihtelevat.

*Psyykinen ja fyysinen toipuminen vei pari vuotta, siihen auttoi ystävien tuki ja opiskelun aloittaminen sekä työpaikan vaihtaminen vuorotteluvapaan jälkeen. Fyysistä kuntoa pikku hiljaa sain paremmaksi ja luonnossa eri tavoin liikkuminen on ollut siihen paras keino. — Astma ja sen seurauksena tullut hajusteyliherkkyys vaikeuttavat jonkin verran elämääni. Joudun varomaan ja ennakoimaan paikkoja, joissa on erilaisia tuoksujia, hajuja, pölyä, hometta tai muuta sisäilmaongelmaa. Olen työkavereille huomauttelija, että "haiset", välillä asiakastyössä on vaikeaa, kun on näitä hajuhaittoja. Jos tulee flunssa, se tietää pitkää astman huononemisvaihetta ja kuukauden parin toipumista. Sairauden kanssa olen oppinut elämään ja ennakoimaan monia altistavia asioita. Onneksi nykyinen työyhteisöni ymmärtää tilanteeni ja heiltä olen saanut tukea. Astma on osa minua loppuelämäni. Ymmärrän ihmisiä paremmin, joille tulee pitkäaikaisairaus, mitä sopeutuminen siihen tarkoittaa. K1*

Sairastuneen (K1) selviytymiseen elämästä sairauden kanssa on tulkintani mukaan vaikuttanut positiivisesti hänen neljän vuoden oireilun jälkeen saamansa astman ammattitautidiagnoosi, mikä oli kertomusten joukossa ainoa laatuaan.

*Olin tietämätön, mitä astma tarkoittaa. Diagnoosin jälkeen aloin etsiä tietoa ja luin kaiken mahdollisen sisäilmaan sairastuneista. Se auttoi minua ymmärtämään tilannettani. K1*

Yleisesti hyväksytyyn lääketieteellisen diagnoosin saaminen helpottaa asiointia terveydenhuollossa ja pääsyä avun piiriin. Sairastuneet kertovat tyypillisesti pitkäkestoisesta, usein vuosia jatkuneesta sitkeästä sinnittelystä ensin sairauden oireiden kanssa, yksinäisestä taistelusta epäsuotuisista työolosuhteista pois pääsemiseksi sekä yrityksistä saada asianmukaista kohtelua ja hoitoa. Ensiarvoisen tärkeitä tekijöitä sairastuneen selviytymisen kannalta ovat työyhteisöltä sekä läheisiltä saatu tuki.

”Toistaiseksi selviytynyt” kertoja (K3) kuvaa vuosikausia kestänyttä selviytymistaisteluaan seuraavasti:

*Olen toistaiseksi selvinnyt työpaikan vaihtamisella sekä hankalilla kokouksilla, vahvalla tahdolla, periksi antamattomuudella ja lähipiirin tuella, koska tällaisessa tilanteessa en työnantajalta juurikaan ole tukea ja ymmärrystä saanut. – – Välillä mietin, että miten asiani olisi edennyt, jos en olisi jaksanut hoitaa sitä itse tai en olisi tiennyt tahoja, joista voi pyytää neuvoja ja apua sekä omannut vahvaa tahtoa ja rohkeutta ottaa yhteyttä tarvittaessa eri toimipaikkoihin ja henkilöihin saamastani epäasiallisesta kohtelusta huolimatta. Yritän pysyä positiivisena ja parhailaan suunnittelen työuran vaihtoa ihan omasta halustani. Elämä onneksi jatkuu kaikesta huolimatta... Toisaalta tällaisen pyöryksen jälkeen minusta on tullut entistä vahvempi ja rohkeampi.... K3*

Selviytyminen elämästä sisäilmasairauden kanssa ei ole yhdenkään kertojan kohdalla ollut helppoa ja siihen on kaikilla liittynyt paljon kärsimystä ja vastoinkäymisiä. Seuraavaksi siirrytäänkin tarkastelemaan lähemmin naisten kertomuksia heidän kokemastaan kärsimyksestä.

## 6.2 Kärsimystarinat

Sairastamiseen liittyy aina kärsimystä, joka voi olla luonteeltaan fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista. Kaikki työpaikan sisäilmasta sairastuneet naiset kertovat omakohtaisesta kärsimyksensä, josta kertomisen tapa vaihtelee kertojittain. Lähtökohtaisesti kaikki kertojat ovat sairastuneet pysyvästi sisäilmasta. Koetut kärsimykset eivät koskaan unohdu, mutta niihin suhtautuminen voi muuttua, kun aikaa on kulunut riittävästi ja sairastunut on päässyt pois akuutista kriisitilanteesta. Nostan aineistosta lähempään tarkasteluun kahden sairastuneen (K2, K4) kertomukset sillä perusteella, että kärsimys jää lukijan mieleen hallitsevimpana asiana näistä kertomuksista.

*Nyt tilanteeni on se, että sairastuin vielä pahemmin työpaikan sisäilmasta, kun uudessa talossa oli asennettu lattiamatto märän betonin päälle ja matto oli kemiallisesti hajoamassa. Työhuoneestani löytyi raja-arvot ylittäviä määriä kemikaaleja, joiden vuoksi minulle puhkesi erittäin vaikea monikemikaaliherkkyys, mikä rajoittaa koko elämäni tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Kukaan taho ei ota vastuuta kelvottomasta rakentamisesta eikä työntekijöiden sairastumisesta. Tuntuu että kaikki tahot työsuojelusta työterveyshuoltoon ja pääluottamusmieheen ovat kaupungin puolella, eikä kukaan tue eikä puolusta minua. Olen vaarassa jäädä työkyvyttömäksi ja työelämän ulkopuolelle eikä Kela hyväksy edes sairauspäivärahaa. Kelan mielestä olen työkykyinen. Harmi vain että en ole. Joudun luopumaan sosiaaliohjaajan työstä koska en voi tehdä enää kotikäyntejä. Nyt työnantaja ei keksi minulle mitään työtä edes tilapäisesti, vaikka se on työnantajan velvollisuus. Minua ollaan aktiivisesti syrjäyttämässä ja pudottamassa pois kaiken sosiaaliturvan piiristä. Vain siksi että sairastuin sisäilmasta. K4*

Tämä työpaikan sisäilmasta vakavaan monikemikaaliyliherkyyteen sairastunut nainen elää tarinansa kertomishetkellä katastrofin keskellä ja tästä syystä hänen koko tarinaansa leimaa kärsimys ja keskeneräisyys. Siinä on kuultavissa *kaaoksen ääni* (the voice of chaos) Frankin (1995, 97—99) termiä lainaten. Kertojan sairauden oireiden hallitsevuus hänen elämässään on tällöin suuri ja sairastumisen ja kerrontahetken välillä on kulunut vasta vähän aikaa. Jopa tässä hyvin ahdistuneessa tarinassa kertoja kertomuksensa lopussa väläyttää pyrkimyksensä kohti selviytymistä todeten, että

*yritän kaikin keinoin yrittää pysyä positiivisena ja pitää itseni pinnalla, suunnitella tulevaisuutta ja toivoa parempaa. Mutta se ei ole todellakaan helppoa ja tämä on aivan liian yksinäistä taistelua. K4*

Tutkijana pohdin, että onko pärjäämisen, menestymisen ja vähintäänkin selviytymisen eetos kulttuurissamme läsnä niin voimakkaana, että katastrofin silmässäkään ollessaan ihminen ei voi tai halua kertoa tarinaansa ilman minkäänlaista mainintaa positiivisuudesta? Toki toisaalta pienenkin toivon säteen mainitseminen ääneen yleisölle, jolle tarinat aina kerrotaan, voi toimia sairastunutta voimaannuttavana ja selviytymistä edistävänä kimmokkeena.

Seuraavaksi nostan tarkastelun keskiöön toisenlaisen, pitkittyneestä kärsimyksestä kertovan tarinan, jossa kärsimys on kirjoittamisen hetkellä edelleen läsnä vaikka sairastumisesta on kulunut jo yli 20 vuotta.

*Useimmat työkaverit eivät uskoneet, vaan vähättelivät/vähättelevät asiaa. – – Olisi kannattanut pitää enemmän ääntä, mutta silloisen vähättelyn takia, yritti vaan olla, ettei kukaan ala taas arvostella "mielikuvituksen tuotteeksi" asiaa. Asianajaja olisi pitänyt palkata! Haluaisin jutella asioista luonnollisesti omalla nykyisellä työpaikalla, olen sanonut asiasta nykyiselle johtajalle. Tietyille asioille (tupakoitsijoiden paikka, hajuvesien käyttö ja Wc -tuoksujen käyttö, kukat) tulisi työpaikalla tehdä riittävästi muutoksia, että voisin paremmin. Sisäilmasta sairastuminen on tuonut minulle vaikeita sairauksia (ihottumia, väsymystä, keuhko- ja silmänsairauksia) ja kilpirauhasen vajaatoiminnan. Kärsin tuoksuyliherkkydestä, enkä siedä voimakkaita tuoksuja, tupakanhajua yms. tulee päänsärkyä ja kehittyy migreeni. Hyvinvointiini sairastuminen on vaikuttanut myös sillä tavoin, että olen joutunut lähtemään pois konserteista, teattereista ja auditorioista, joissa osallistujat käyttävät hajua- ja partavesiä. Joskus rittää paikanvaihtaminen, ja siitä saa "ylimääräistä" huomiota ja joutuu selittelemään. Matkat ovat keskeytyneet, jos muilla on paljon hajusteita tai olen mennyt omilla kyydeilläni. Olen joutunut eristäytymään monesti eri tilanteista kuten kutsuilta, vaikka en sitä haluaisi. Se, että melko "hulluna" on pidetty ja pidetään, siihen alkaa tottua! Olen monesti loukkaantunut ihmisten kannanotoista ja vähättelykulttuurista. K2*

Sairastunut pääsi lukuisten alkuhankaluuksien jälkeen vaihtamaan työpistettään sisäisenä siirtona toiseen toimistoon, minkä hän mainitsee olleen tuolloin hänen ”onnensa”. Työpaikalla, johon kertoja siirtyi ja jossa hän työskentelee edelleen, ei kuitenkaan ymmärretä sisäilmasta sairastunutta. Hän törmää esimiehen ja työyhteisönsä vähättelyyn jatkuvasti, mikä on hankaloittanut hänen sopeutumistaan terveysongelmien kanssa elämiseen. Hän on yrittänyt vaikuttaa tilanteeseensa työpaikalla, mutta on jäänyt altavastajaan ja ”turhasta” valittajan rooliin — vaikka hänen esille tuomansa ”pikkuasiat” ovat hyvinkin merkityksellisiä hänen jokapäiväiselle hyvinvoinnilleen.

Tällaisessa ilmapiirissä työskentelevä sisäilman epäpuhtauksille altistunut työntekijä on jätetty selviytymään yksin oireilunsa kanssa. Ymmärtäväisemmässä työympäristössä kertojan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi saattaisi olla hyvinkin nykyistä paremmalla tolalla peräti 20 vuoden kuluttua sairastumisesta kuten kertojan (K1) kohdalla on käynyt. Molemmista kertomuksista nousee vahvasti esiin erityisesti esimiehen ja työyhteisön suhtautumisen suuri merkitys sisäilmasta sairastuneelle.

Kärsimyksestä kertomiseen liittyy ymmärrettävästi voimakkaita tunteita kuten vihaa, pelkoa, petetyksi ja hylätyksi tulemisen kokemuksia ja yksinäisyyttä.

*Pelkään homeisia paikkoja edelleen ja en voi läheskään kaikkialla olla, sekä koulu että tämä eka työpaikka pilasi terveyteni. K6*

Kertoja on nuori vastavalmistunut sosiaalialan työntekijä, joka on alle 26 ikävuoteen mennessä altistunut jo kahteen otteeseen huonolle sisäilmalle, mikä tulee vaikuttamaan hänen terveydentilaansa loppuelämän ajan. Tämän tyyppisiä tarinoita tulemme todennäköisesti kuulemaan enenevässä määrin lähivuosina, kun jo lapsuusvuosinaan päiväkodeissa ja kouluissa huonolle sisäilmalle altistuneita nuoria alkaa siirtyä työelämään.

Kärsimyksen ollessa hyvin hallitsevaa tai pitkittynyttä kerrontaan tulee mukaan katkeruutta, vihaa, alistuneisuutta ja pahimmillaan epätoivoakin.

*Hyvinvoinnista ei voi enää puhua. Voin kohtuullisen hyvin kun vältän kaikkea ja kaikkia, en liiku missään, harrasta mitään, käy lasten kouluilla, missään julkisissa tiloissa, kaupoissa, teattereissa. Koko elämäni on kaventunut ja supistunut aivan valtavasti. Mitään normaalia elämää ei enää ole. Joudun miettimään koko elämän uusiksi... K4*

Kun tapahtunut on lähempänä nykyhetkeä tai jos kertoja kokee kärsimyksen olevan edelleen aktiivisesti läsnä elämässään niin katkeruudesta ja vihasta on myös vaikea päästää irti. Mikäli sairastunut ei saa tilanteeseensa mistään tukea hänellä on suurentunut riski mielenterveyden järkkymiselle, mikä on valitettavan yleistä työelämän ulkopuolelle joutuneiden sosiaaliturvan katvealueelle joutuneiden henkilöiden kohdalla.

### 6.3 Etsinnän tarinat

Useimmissa (6/8) sairastuneiden kertomuksissa on tulkintani mukaan piirteitä Frankin (1995, 115 – 136) etsinnän tarinatyyppistä (The Quest Narrative), jolle on ominaista sairastumisen pohdiskelu jonkin merkityksen löytämiseksi sairastumiskokemuksesta. Hän jakaa sairaustarinoihin usein liittyvät etsinnän tarinat vähintään kolmeen alalajiin: muistelmiin (memoir), julistuksiin (manifesto) ja automytologiaan (automythology). Muistelmat ovat etsinnän tarinoiden neutraalein muoto, joissa koettelemuksia ei vähätellä, mutta niistä kuitenkin kerrotaan tyynesti osana muita elämäntapahtumia. Näkökulma on sairauden liittäminen osaksi sairastuneen elämää. Muistelmat eivät ole yksityiskohtaisia eivätkä suoraan kronologisesti eteneviä vaan nykytilanteesta käsin kirjoitettuja muistikuvia tietyistä menneisyyden tapahtumista.

Tarkastelemieni sairastuneiden kertomusten joukosta yksikään kertomus ei lukeudu pääasiallisesti muistelmien tarinatyyppiin kuuluvaksi. Naisten kertomukset sisältävät tyypillisesti kronologisesti – vuosien, kuukausien ja jopa päivien tasolla — etenevää tapahtumaketjujen raportointia, jossa on mukana myös kerronnan hetkellä syntyneitä tapahtuneen arviointia:

*Tuolloin vielä uskoin, että minun terveyteeni eivät tuollaiset löydökset vaikuta. Mutta vuosia myöhemmin jouduin valitettavasti toteamaan, että toisin kävi. K3*

Tyynesti muistelevan tarinatyyppin vähäisyys sisäilmasta sairastuneiden naisten kertomuksissa ei ole sinänsä kovin yllättävää, sillä sisäilmasta pysyvästi sairastumiseen liittyy paljon tunteita herättäviä vastoinkäymisiä ja epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia.

Manifestit eli julistukset ovat etsinnän tarinoiden äänekkäin muoto, joiden kirjoittajat korostavat moraalista vastuuta, joka sairastuneilla on sairastumiskokemuksensa myötä. Frank (1995, 131) toteaa, että sairastumiskokemuksesta kertomiseen liittyy usein halu tai tarve kertoa kokemastaan muille ihmisille: – – *the self-story is never just a self-story but becomes a self/other-story*. Totuus kärsimyksestä on kerrottava muillekin, koska yhteiskunta tukahduttaa totuuden kertomisen. Sairaus ei ole ainoastaan henkilökohtainen vaan myös yhteiskunnallinen asia! Julistajat eivät kuvittele pystyvänsä palaamaan entiseen terveydentilaansa, jota pitävät naiivina haavekuvana. He haluavat käyttää kokemaansa kärsimystä muiden kärsivien auttamiseen eteenpäin. (Emt. 120–122.) Yli puolesta kertomuksista (K3, K4, K5, K7, K8) löytyy eriasteisia julistuksellisia piirteitä, joita tarkastellaan seuraavassa lähemmin. Tutkijana tunnistan ja tunnustan, että omakohtaisen tutkimusaiheeni valintaan minua on osaltaan motivoinut edellä kuvattu ajatusmalli. Sisäilmasta

sairastuneiden naisten kertomuksissa etsinnän tarinoiden julistukselle tyypillinen vahva toimijuus ilmenee taistelutahtona oman ja muiden vastaavaan ahdinkoon joutuneiden puolesta.

*Sääliksi käy erityisesti lapsia, kun niin moni päiväkotia ja koulu on homeessa. Salailu ja peittely ei auta, pitäisi toimia! – – Nyt viimeiset vuodet olen toiminut itsekin vertaistukiryhmän vetäjänä. Koen toiminnan mielenkiintoisena ja antoisana ja aina tulee mukaan uusia ihmisiä... ja valitettavasti nuoret ja lapsetkin sairastuvat. K8*

Sairastuneista työntekijöistä vain kaksi (K7, K8) kertoo osallistumisestaan sisäilmasta sairastuneiden vertaistukiryhmätoimintaan, josta he kertovat kokemustensa jakamisen kautta saaneensa apua itselleen ja pystyvänsä samalla auttamaan muita samassa tilanteessa olevia. Vertaistuesta hyötyisi varmasti useampikin sisäilmasta sairastunut, mutta useimmat sairastuneet eivät edes tiedä vertaistukiryhmien olemassaolosta. Avun piiriin löytäminen vaatii siis paljon omaa aktiivisuutta, jota ei oireiden kanssa painivalla useinkaan ole. Myös maantieteellinen sijainti ja leimautumisen pelko voivat estää vertaistuen piiriin hakeutumista.

Kertomuksista nousee vahvasti esiin huoli ja suuttumus työpaikan vastuutahojen välinpitämättömästä suhtautumisesta sisäilma-asioiden hoitamiseen ja valitettavan usein niiden jättämiseen kokonaan hoitamatta.

*Mielenkiintoista tässä on se, että minun siirtoni jälkeen ei työpaikallani tehty minkäänlaisia sisäilmatutkimuksia. – – Missään vaiheessa ei kenelläkään päättäjällä ole ollut huolta siitä, että talo pitäisi tutkia mahdollisimman pian. Pienet lapset tällaisissa ympäristöissä eikä ketään kiinnosta! K3*

*Yhteiskunta syrjäyttää meitä sisäilmasta sairastuneita. Työntekijöiden terveyttä vaarannetaan mutta siitä ei tule mitään seurauksia työnantajille. Mitä virkaa on Työturvallisuuslaeilla, jos niitä ei tarvitse noudattaa? Mitä järkeä on sairastuttaa ihmisiä, joilla on ammattitaitoa, motivaatiota ja osaamista, mitä järkeä on tuhata hirvittävä määrä resursseja turhaan? Miksi työntekijöiden työturvallisuudesta ei huolehdita riittävästi? K4*

Monikemikaaliyliherkkyyteen sairastuneen naisen (K4) tarinaan sisältyy oikeutetusti syyllisten ja vastuunkantajien etsintää. Moni muukin kertoja ihmettelee erityisesti työnantajan, työyhteisön, työterveyshuollon ja työsuojelun ja viranomaisten vastuunkannon puuttumista. Työpaikan sisäilmasta sairastuneet eivät ole huolissaan vain omasta terveydestään vaan myös muiden epäterveissä tiloissa nyt ja tulevaisuudessa altistuvien ihmisten puolesta. Välinpitämättömyys ja

vastuuttomuus epäkelvillisissä tiloissa olevien työntekijöiden sekä muiden tiloissa oleskelevien ihmisten terveyden vaarantumista kohtaan koetaan paitsi moraalisesti hyvin tuomittavana myös hyvinvointivaltion henkeä ilmentävän lainsäädännön rikkomisena.

Työpaikan sisäilmaongelmiin liittyvistä epäkohdista ei koeta olevan sallittua puhua julkisesti eikä sopivia foorumeitakaan juuri ole. Kuten tuotiin esiin, joillakin työpaikoilla on sisäilma-asioista puhuminen työpaikan ulkopuolella jopa kielletty. Työpaikan sisäilmasta sairastuneet leimataan usein luulotautisiksi, mikä ei rohkaise heitä ottamaan asiaa esille kuin pakon edessä. Taustalla vaikuttaa vielä pelko terveyden, työpaikan ja toimeentulon menettämisestä. Tämän vuoksi vain harvoilla sisäilmasta sairastuneilla on voimia ja rohkeutta ryhtyä aktiiviseen asianajoon työpaikan sisällä tai sen ulkopuolellakaan. Ratkaisukeinona on useimmiten — olosuhteiden sen salliessa — sairastuneen lähteminen pois hänet sairastuttaneesta työpaikasta, mikä on usein myös sairastuneen henkisen hyvinvoinnin kannalta jopa välttämätöntä.

Kolmas etsinnän tarinatyyppin alalaji on *automytologia*, jota havainnollistaa metafora Feenikslinnusta, joka syntyy uudelleen omasta tuhkastaan. Tällöin kyse on sairauden aiheuttamasta perustavanlaatuisesta kertojan henkilökohtaisesta sisäisestä muutoksesta ja uuden merkityksen löytämisestä kokemastaan. (Frank 1995, 119–126.) Puolessa sisäilmasta sairastuneiden (K1, K6, K7, K8) kertomuksissa käsitellään henkilökohtaista muutosprosessia, jonka ansiosta nämä kertojat ovat saavuttaneet uudenlaisen, tyydyttävän ja muutama henkilö jopa entistä rikkaamman elämän sisäilmasairaudesta huolimatta (K7, K8) *Sairaus on osa minua, mutta sen kanssa minun täytyy opetella elämään ja toimia niissä rajoissa täysillä mitä mahdollisuuksia sairaus antaa.* (K7) Sairastuneiden etsijänaisten kertojaminä on haastavien kokemusten karaisema sitkeä taistelija, joka on vahvistunut, sisuuntunut ja oppinut pitämään puoliaan. Myös ymmärrys muiden ihmisten kokemia erilaisia vaikeuksia kohtaan on lisääntynyt. Sisäilmasta sairastuneen elämä muuttuu paljon käytännön tasolla ja tähän liittyy olennaisesti hänen oma suhtautumisensa muutokseen, mikä näyttäytyy kertojien selviytymisen kannalta hyvin merkittävänä asiana sairastuneen hyvinvoinnin kannalta. Myös jo aiemmin tässä tutkimuksessa esille tullut vertaistuki koettiin voimauttavana. Pystyäkseen sopeutumaan muutokseen sairastuneen tilanteen on kuitenkin oltava sellainen, ettei häneen kohdistu enää akuuttia uhkaa tai vaaraa. Kaikille suhteellisen hyvin sairauteensa sopeutuneille naisille on yhteistä se, että he eivät enää jatka entisen työnantajansa palveluksessa. Yksi heistä opiskeli pian sairastumisensa jälkeen uuteen ammattiin, toinen opiskelee parhaillaan ja on siirtymässä uudelle uralle, kolmas pääsi nopeasti siirtymään uuteen sisäilmaltaan terveeseen työpaikkaan ja neljäs siirtyi vanhuuseläkkeelle. Kaksi heistä toimii kerronnan hetkellä aktiivisesti vertaistuen parissa. Aktiivinen toimijuus lisää hallinnan tunnetta sairastuneiden omassa elämässä oli kyse sitten vertaistoimintaan



osallistumisesta, omasta ja/tai muiden asioiden asianajosta tai ammatillisesta uudelleen suuntautumisesta.

Aineistosta nousee esiin yksi poikkeuksellisen hyvin sisäilmasairauden kanssa elämään sopeutuneen työntekijän kertomus (K7), jota tarkastelen seuraavaksi tarkemmin. Tämän henkilön kohdalla on syytä mainita muutama muista kertomuksista poikkeava asia, joilla on todennäköisesti ollut suuri merkitys hänen kokemustensa jatkoprosessoinnin sekä sairauden ja laajemminkin elämän merkityksellisyyden löytämisen näkökulmasta.

*Työnantajani oli hyvin joustava. Sain tehdä työtäni niin paljon kuin mahdollista kotoa käsin – – Esimiehelleni annan kymmenen pistettä, vilpittömästi. Hän hoiti asiat niin hyvin kuin ne ylipäätään oli mahdollista hoitaa. Joitain asioita olisin toivonut hoidettavan nopeammin, mutta... Sitä odottamista jouduin noiden kahden vaikeimman vuoden aikaan opettelemaan toden teolla. Huh! Hän ei kyseenalaistanut koskaan asioita ja kuunteli ihan aina kärsivällisesti ja empaattisesti. Hän tiesi, että tein talon ylimmälle johtoportaalte selvityksen työpaikan remontoititarpeista: kokosin arjen havaintoja ja työkavereiden oireilua eri paikoissa ja olin sitä myös puhumassa. Siinä kokouksessa kysyttiin, että kuka tätä selvitystä on pyytänyt. Ennen kuin ehdin mitään sanoa, esimies sanoi, että hän on pyytänyt minua tekemään tuon selvityksen. Hyvä niin, koska muutoin sillä olisi pyyhitty saman tien ahteria. Nyt sitä lähdettiin käsittelemään. Sellainen vetkuttelun ja jahkailun linja oli ilmassa. K7*

Esimies suhtautui sisäilmaoireilun alusta asti myönteisesti sisäilmasta oireilleeseen työntekijään, mikä muodosti poikkeuksen kaikkien muiden kertomusten joukossa. Työyhteisössä ei myöskään epäilty oireilijaa missään vaiheessa. Lisäksi työnantaja myönsi hänelle opintovapaata vielä ennen irtisanomista ja hän pääsi työeläkeyhtiön rahoittaman ammatillisen kuntoutuksen piiriin ainoana kertojista. Hän lähti kouluttautumaan uudelle terveydentilalleen paremmin sopivalle alalle, jolle tielle hän ei ehkä olisi ilman sairastumiskokemustaan ollenkaan lähtenyt, koska oli kokenut jo aiemmin olleensa unelma-ammattissaan.

*Valoisammasta näkökulmasta katseltuna olen alkanut ajattelemaan, että kyllähän tästä nyt jotain hyötyäkin täytyy olla, jos kerta tällainen on pitänyt tulla. Ensimmäinen ”oikea työ” moneen vuoteen alkaa syksyllä, jipii! – – Yksi asia on vielä, joka on tullut elämäni vasta vähän aikaa sitten: vertaispuhelimeen vastaaminen. Eräs nainen kysyi, miten voin olla niin iloisen kuuloinen vaikka minulla on niin vaikea sairaus ja paljon lääkkeitä. Vastasin hänelle, että ehkäpä siksi, että elämäni on paljon muutakin. K7*

Sairastunut kiittää selviytymisestään tukijoitaan ”vierellä kulkijoita ja lampun kantajia”, jotka ovat auttaneet häntä jaksamaan vaikeiden elämänvaiheiden yli.

*Sairaanonnellinen elämä*

*Kun elämä ottaa, se myös antaa tilaa uudelle.*

*Tuska menetetystä estää ensin näkemästä mahdollisuuksia.*

*Sen opin vuosia sitten, ettei kahta huonoa päivää ole peräkkäin,  
koska yö on aina niiden välissä.*

*Hyvät ja pahat asiat ovat sairaudesta huolimatta elämässäni.*

*Mitä ruokin elämässäni, se kasvaa.*

*Läpikäytyt koettelemukset tekevät ilmiselvästi vahvemmaksi.*

*Kaikki haaveet eivät toteudu. Jälkikäteen ajatellen, onneksi!*

*Risteilevät ajatukset ja sopivat ”sattumat” saattelevat  
meitä toteuttamaan omaa tehtäväämme.*

*Elämä kasvattaa minua minuksi ja Sinua Sinuksi.*

*Sairauksien sumankin kanssa voi olla onnellinen*

*– sairaanonnellinen! Siis tosi tosi tosi onnellinen!*

*Onni ei ole kiinni asioiden uupumisesta tai olemisesta,  
koska elämäni on kokonainen nytkin.*

*Suurin osa onneani koostuu tavallisesta arjesta,  
vain koska olen alkanut pitämään siitä sellaisenaan  
ilman kermavaahtoa tai shampanjaa.*

*Yöt ja päivät vuorottelevat, niin hyvät ja huonot ajat.*

*Mitä ruokin elämässäni, se kasvaa.*

*Pidän päällimmäisenä ajatuksissa paremmat,  
koska siten onni on lähempänä minua. K7*

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä pro gradu -tutkielmassa on ollut tarkoituksena selvittää mitä sosiaalialan työntekijät kertovat työpaikan sisäilmasta sairastumisestaan, miten kohtuuttomuus rakentuu näissä kertomuksissa ja millaisia tarinatyypejä kertomuksista voidaan löytää. Tutkimustehtävään on liittynyt olennaisesti äänen antaminen sairastuneiden työntekijöiden kokemuksille heitä kohdanneesta kohtuuttomasta tilanteesta. Tutkimuksen keskeisinä teoreettisina käsitteinä ovat hyvinvointi, osallisuus, tieto ja valta sekä kohtuuttomuuden, kohtuullisuuden ja oikeudenmukaisuuden tematiikka lainsäädännön antama hyvinvointilupaus mukaan lukien. Metodologisesti olen sitoutunut tutkimuksessani yhtäältä Habermasin (1976) luomaan tiedon intressiteoriaan — erityisesti kriittis-emansipatoriseen intressiteoriaan — sekä toisaalta tasa-arvoisemman yhteiskunnan puolesta kamppailevaan feministiseen tutkimukseen ja erityisesti feministiseen standpoint- eli näkökulmasidonnaiseen tai paikantuneeseen teoriaperinteeseen (esim. Smith 1978, 1987, 1992). Tutkimusaineistoni muodostuu kahdeksasta työpaikan sisäilmasta sairastuneen sosiaalialan työntekijän kertomuksesta, jossa he kertovat omasta sairastumisestaan ja sen vaikutuksista hyvinvointiinsa.

Aineistoni koostuu ainoastaan naisten tuottamista kertomuksista siitä syystä, että yksikään mies ei vastannut kirjoituspyyntöni. Tähän on vaikuttanut varmasti osaltaan se, että sosiaaliala on varsin naisvaltainen. Naisille on myös ehkä luontevampaa ja pärjäämistä korostavassa kulttuurissamme sallitumpaa puhua vaikeistakin asioistaan kuin miesten. Aiemmissa tutkimuksissa on myös todettu naisten olevan miehiä herkempiä sisäilmaoireilulle. Miespuolisia sisäilmasta oireilevia työntekijöitäkin todennäköisesti löytyy ainakin julkishallinnon virkamiesten, poliisien, opettajien, puolustusvoimien ja terveydenhuollon työntekijöiden joukosta. Heidänkin äänensä esiin saaminen tämän aiheen käsittelyn yhteydessä olisi tärkeää heidän itsensä ja julkisen keskustelun monipuolistumisen kannalta. Olen soveltanut aineiston tarkastelussa kokonaisvaltaista narratiivista eli kerronnallista tutkimusotetta. Analyysimenetelmänä olen käyttänyt tässä tutkielmassa kokonaisvaltaisen narratiivisen lähestymistavan ohella myös yksityiskohtaisempaa aineistolähtöistä analyysia, jossa yksittäisistä havainnoista muodostetaan yleisiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Olen ollut kiinnostunut kertomuksissa esiintyvien toimijoiden ja heidän välistensä suhteiden erilaisista merkityksistä, joiden selvittämiseen olen soveltanut kirjallisuudentutkija A. J. Greimasin (1980) luomaa aktanttianalyysimallia. Edellä esittelemieni analyysimenetelmien kautta saamieni havaintojen ja tulosten kautta päädyin lopuksi luokittelemaan kertomukset kolmeen

tarinatyyppiluokkaan. Tässä jaottelussa olen hyödyntänyt soveltuvin osin sairaustarinatutkija Arthur W. Frankin (1995) luomia tarinatyyppiejä.

Seuraavaksi esittelen tämän tutkimuksen keskeiset tulokset ja pohdin niiden merkitystä lähemmin. Jokaisen työpaikan sisäilmasta sairastuneen prosessi ja tarina on aina yksilöllinen, mutta näinkin pienessä aineistossa (n=8) nousi kertomuksista esiin monia yhteisiä piirteitä. Tässä kuten muissakin tutkimuksissa (esim. Lahtinen 2004; Mäki & Nokela (toim.) 2014; Finell & Seppälä 2018) saatujen samansuuntaisten tulosten perusteella voidaan todeta työpaikan sisäilmasta oireilevien sairastumisprosessille olevan tyypillistä, että oireet ilmaantuvat pitkän ajan, usein jopa vuosien, kuluessa. Tähän tutkimukseen osallistuneiden naisten oireilu oli pahimmillaan kestänyt pitkälti toistakymmentä vuotta, useimmilla noin viitisen vuotta. Oireet olivat epämääräisiä: voimakasta uupumusta, allergiaoireita, silmä- ja iho-oireita, hengitystietulehduksia ja kuumeilua ilman selvää syytä.<sup>1</sup> Sisäilmasta sairastuneet olivat itsekin lääkärin tavoin pitkään epä tietoisia mikä heitä vaivaa ja muutamat kertovat epäilleensä omaa mielenterveyttäänkin tuossa vaiheessa. Sairastuneet kävivät työterveyshuollossa, jossa keskityttiin kuitenkin vain yksittäisiin oireisiin ja niihin liittyvien sairauksien poissulkemiseen voimassa olevan Käypä hoito – suosituksen (2017) mukaisesti. Oireilun pahennuttua sietämättömäksi ja sinniteltyään lääkkeiden avulla pystyäkseen ylipäätään käymään töissä, sairastuneet työntekijät alkoivat etsiä ulospääsyä umpikujaan ajautuneesta tilanteesta.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella enemmistö sairastuneista työntekijöistä pystyi jatkamaan työelämässä päästyään puhtaampiin tiloihin. Tästä ei kuitenkaan voi aineiston pienuuden (n=8) vuoksi vetää laajempia johtopäätöksiä asiasta. Yksi kertojista sairastui jopa monikemikaaliyliherkkyyteen, mikä kertonee osaltaan siitä, että nämä vakavimmatkaan tapaukset eivät ole harvinaisia — ja yksikin tällainen tragedia on liikaa. Huomionarvoinen tutkimustulos on, että työelämässä jatkamaan pystyneillekin jäi kaikille pysyviä sisäilmaoireita tai oireiluun liittyviä sairauksia (muun muassa hajusteyliherkkyys, astma) ja he tulevat reagoimaan lopun ikäänsä herkästi pieniinkin ympäristön epäpuhtauksiin. Suurena ongelmana ja uhkana tämän tutkimuksen valossa näyttäytyy se, että puhtaisiin työtiloihin ei päästä riittävän ajoissa eikä aina ollenkaan, jolloin työkyvyn ja terveyden menettämisen vaara on suuri. Kelan ja työeläkelaitosten kanssa oikeuksistaan

---

<sup>1</sup> Kosteusvauriot voivat yliherkkyysoireiden, hengitystieoireiden, infektioiden, epäspesifisten yleisoireiden kuten voimakkaan väsymyksen, lihassärlyn, päänsärlyn ja lämpöilyn lisäksi aiheuttaa kroonisia parantumattomia sairauksia kuten (nivel)reumaa, astmaa tai voimakkaan ja edellä mainitun laaja-alaisen kemikaaliyliherkkyyden MCS (multiple chemical sensitivity; myös toxic injury (TI); chemical sensitivity (CS), chemical injury syndrome(CIS); 20th century syndrome eli twentieth century syndrome; environmental illness (EI); toxicant-induced loss of tolerance (TILT), Chemical AIDS ja Chemical allergy (vaikka kyse ei olekaan allergiasta) (Putus 2009, 209; Ennari 2015, 15).

taistelemaan joutuneita henkilöitä oli tässä pienessäkin aineistossa kolme henkilöä. Tärkeä jatkotutkimuksen aihe olisi mielestäni selvittää laajalla aineistolla työpaikan sisäilmasta vakavasti sairastuneiden henkilöiden määrää ja heidän osuuttaan työpaikan sisäilmasta sairastuneiden joukossa sekä heidän kokemuksiaan viranomaisasioinnista. Sairastuneiden kertomuksista kävi selvästi ilmi, että työpaikoilla ei haluta nähdä sisäilmaongelmaa mm. lisäkustannusten pelossa. Erästä työntekijää oli jopa suoraan syyllistetty hänen takiaan tehtävien sisäilmatutkimusten kalleudesta. Salailun ja vaikenemisen kulttuuri johtaa tilanteen jatkumiseen edelleen ja yhä uusien ihmisten sairastumiseen. Kokonaisvastuu tilanteesta ei kuulu tällä hetkellä kenellekään.

Aktanttianalyysin kautta saatuna merkittävänä ja erittäin huolestuttavana tuloksena voidaan todeta, että suurin osa työpaikan sisäilmasta sairastuneista koki jääneensä ilman apua joko kokonaan tai saaneensa sitä vasta aivan liian myöhään. Tähän liittyi olennaisesti muiden ihmisten suhtautuminen sairastuneisiin. Kaikki tutkimuksen kertojat olivat törmänneet oireidensa vähättelyyn, mitätöintiin ja osa jopa joutunut syrjityksi työyhteisössään. Jopa työpaikkakiusaamisen kriteerit (esim. Pehrman 2011; Virolainen 2012; Reinboth 2006; Paanetoja 2018) täyttyivät useiden työntekijöiden kohdalla. Sairastuneiden kertomaa ei otettu todesta työpaikalla eikä läheskään aina terveydenhuollossakaan. Vain yksi sairastunut raportoi lähiesimiehensä suhtautuneen hänen kertomaansa vakavasti alusta asti ja vieneen asiaa eteenpäin. Tässäkin tapauksessa muilla saman organisaation tasoilla tuli vastaan epäilyä ja mitätöintiä. Kun oireilun syystä ei enää ollut asianomaiselle mitään epäselvyyttä niin hänen oli vaikea uskoa, että hän joutuu työyhteisön, terveydenhuollon ja viranomaistahojenkin hylkäämäksi. Myös läheisten on usein ollut vaikea suhtautua oireilijaan. Työpaikan sisäilmasta sairastuneen alettua puolustaa oikeuksiaan hänet leimattiin herkästi työpaikan hankalaksi tyypiksi, laiskaksi ja lisäkustannusten aiheuttajaksi. Myös ei-oireilevat työtoverit saattoivat osoittaa mieltään sairastuneelle esimerkiksi tilanteessa, jolloin työtilasta jouduttiin siirtymään väistötiloihin. Huomionarvoista ja ensi kuulemalta yllättävääkin on se, että oman työpaikan muiden oireilijoiden rooli tuen antajina ei noussut juurikaan esiin. Tähän vaikuttanee osaltaan kuitenkin luultavasti se, että moni oireilija ei ainakaan julkisesti tunnusta mahdollista oireiluaan sisäilmasta johtuvaksi työpaikan kielteisen ilmapiirin vuoksi. Suhtautumiseen voi liittyä myös pelkoa luulosairaaksi leimaamisesta sekä pelkoa työn ja siten toimeentulon menettämisestä. Muutama sairastunut totesikin, että muiden kuin itse samassa tilanteessa olevien, mukaan lukien jopa perheenjäsenet, on hyvin vaikea ymmärtää sisäilmasta sairastuneen ahdinkoa. Moni sisäilmasta sairastunut vaihtoikin tilanteen salliessa kokonaan toiseen työpaikkaan paitsi fyysisten syiden myös henkisen jaksamisensa takia. Moni stressaantui, uupui ja masentui jäätyään yksin pitkittyneen sairastamisprosessin aikana.

Masentumisen ja jopa sydänveritulpan riski onkin tällaisissa työpahoinvointitilanteissa suurentunut (esim. Virolainen 2012).

Todistamisen taakka on tyypillinen sisäilmasta sairastuneiden kokema ilmiö, mikä lisää huomattavasti henkistä kuormitusta. Sairastuneen työntekijän on koko ajan kerättävä todistusaineistoa oireilustaan, johon hän voi vedota lääkärikäynneillään ja työnantajan kanssa asioidessaan. Faktat on syytä kirjata huolellisesti ylös ja moni otti valokuvaakin pahimpia oireita aiheuttavista paikoista. Eräs tutkimukseen osallistunut on pitänyt oirepäiväkirjaa jo yli kymmenen vuoden ajan. Valitettavasti sairastuneen esittämä todistusaineistokaan ei takaa sairastuneen oikeuksien toteutumista läheskään aina, sillä lääketieteellinen diagnoosi ja syy-yhteyden todistaminen aukottomasti on usein mahdotonta, sillä rakennenytyt ovat ainoat, joilla voi olla jotain painoarvoa. Tutkimukseen osallistuneista kaksi henkilöä kertoi olleensa sairauslomalla henkisen jaksamattomuuden ja työuupumuksen takia; kuvaavaa on, että näihin asioihin koettiin olevan luvallisempaa hakea apua kuin sisäilmaoireisiin. Yksi henkilö oli jäänyt vuorotteluvapaalle vaikka olisi kuulunut sairauslomalle, koska ei jaksanut enää taistella työterveyshuollon kanssa. Vain kaksi kertojaa mainitsee osallistumisestaan vertaistukiryhmien toimintaan ja saaneensa ja saavansa niistä edelleen apua jaksamiseensa. Ohjausta tuen piiriin ei ollut vaan niiden piiriin löytäminen riippui omasta aktiivisuudesta sekä myös asuinpaikkakunnasta. Läheisten roolista tuen antajana mainitsee tässä tutkimuksessa yllättäen vain muutama. Monet sairastuneet jäävät ilman lähipiirinsäkin tukea eikä sosiaalista tukiverkostoa välttämättä kaikilla edes ole. Onko tämä liian arkaluontoinen asia kerrottavaksi?

Kaikista kertomuksista välittyi epäusko sairastuneille aiheutuneesta tilanteesta. Luottamus hyvinvointivaltion peruspilareihin kuuluviin oikeudenmukaiseen kohteluun ja oikeuden voittamiseen rapautuu, kun sairastunut jää väliinputoajaksi sosiaaliturvajärjestelmässä. Pahimmassa tapauksessa ihminen menettää työnsä, toimeentulonsa ja terveytensä lopullisesti. Tässä aineistossa pahin skenaario toteutui yhden kertojan kohdalla hänen sairastuttuaan monikemikaaliyliherkkyyteen ja jäätyään ilman kaikkea työpaikan ja yhteiskunnan tukea. Sisäilmasta sairastunut on lainsuojaton vain siksi, että hän on sairastunut ”väärään” sairauteen, jota ei virallisesti katsota olevan olemassa. Työpaikkojen sisäilmaongelmien kohdalla ei jostain syystä katsota aiheelliseksi noudattaa työsuojelulakia työntekijöiden työturvallisuuden takaamiseksi. Miksi työnantajalle ei tule mitään seuraamuksia työntekijöiden työturvallisuuden laiminlyönnistä? Tämän kysymyksen esittivät monet tutkimukseen osallistuneet ja samaan ihmettelyyn yhdyin minäkin tutkijana ja itsekin työpaikan sisäilmasta sairastumisen kokeneena.

Sosiaalialan ammatteihin liittyy keskeisesti ihmisten parissa työskentely ja kaikki tutkimukseen osallistuneet ovat olleet itselleen mieluisalla alalla. Aineistosta kaksi henkilöä on joutunut vaihtamaan ammattia/työtehtäviä sairautensa takia, kolmas henkilö kertoo olevansa hakeutumassa uudelle uralle sisäilmaoireiden takia. Mieluisan työn menetys ottaa lujille. Heikentyneelle terveydentilalle sopivan uuden ammatin löytäminen ei ole helppoa ja vaatii paljon panostusta jatkuvien terveysongelmien kanssa painivalta. Huolestuttavaa on, että vain yksi kertoja oli saanut jonkinlaista ohjausta ja taloudellista tukea työeläkeyhtiöltään uudelleen kouluttautumiseen. Pahimmillaan terveys heikkenee niin paljon, ettei mihinkään työhön ole enää paluuta.

Työpaikan sisäilmasta sairastumisella on kauaskantoiset ja kokonaisvaltaiset vaikutukset työntekijöiden fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Fyysisen terveydentilan heikkenemisen lisäksi pitkäkestoisen sairastumisprosessin ja yksinäisen taistelun aiheuttama epätietoisuus ja psyykinen kuormitus heikentää huomattavasti henkistä jaksamista. Yksi hyvinvointia merkittävästi heikentävä tekijä sisäilmasta sairastuneiden kertomuksissa oli sisäilmaoireilun johtaminen myös eriasteiseen sosiaaliseen eristäytymiseen. Pahimmillaan ihminen jää oman kotinsa vangiksi. Monikemikaaliyliherkkyydestä kärsiville tämä on jokapäiväistä todellisuutta. Lievemmin sisäilmasta sairastunut joutuu jättämään menemättä moniin tilaisuuksiin ja tiloihin, mikä aiheuttaa muissa ihmisissä ihmetystä ja väärinymmärryksiä sekä jopa luulosairaaksi leimaamista. Taloudellinen tilanne heikentyy lisääntyneiden sairauspoissaolojen (tavallisesta flunssasta toipuminenkin voi viedä useita viikkoja), ennen aikaisten eläköitymistien sekä suurten lääke- ja terveydenhoitokäyntikulujen vuoksi. Nämä asiat eivät ole vain yksilön ongelma vaan niistä aiheutuu valtavia kuluja yhteiskunnallekin.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että työpaikoilla on vielä varsin paljon tehtävää jatkuvasti yleistyvien sisäilmaongelmien hoidossa. Tulokset ovat samansuuntaisia Lahtisen (2004) ja Finellin (2018) saamien tulosten kanssa. Asianmukaisella suhtautumisella sisäilmasta sairastuneisiin työntekijöihin ja ongelmiin ripeästi tarttumalla päästäisiin jo hyvään alkuun, sillä näin toimien pystyttäisiin vähentämään asiaan liittyvää henkistä stressiä ja estämään sisäilmasta oireilevien terveydentilan heikentyminen. Johdon, lähiesimiesten ja työyhteisöjen koulutuksessa tulisi tarjota tietoa ja koulutusta sisäilmaongelmiin tarttumisessa ja oireista kertoviin suhtautumisessa (vertaa esimerkiksi varhaisen puuttumisen malli alkoholiongelmaisen työntekijän tapauksessa). Kuinka ottaa puheeksi asia, jonka olemassaolo halutaan kieltää ja josta ei ole edes sallittua puhua työyhteisössä? Salailun ja kieltämisen kulttuuri ei ainakaan ole toimiva ratkaisu. Ongelma on tehtävä

näkyväksi ja siihen on puututtava nykyistä varhaisemmassa vaiheessa. Vastuunpakoilun ja työsuojelulainsäädännön räikeän rikkomisen on loputtava.

Edellä kuvatut työpaikan sisäilmasta sairastuneiden kohtuuttomuuden kokemukset, niistä selviytyminen, niihin sopeutuminen ja niistä kertominen vaihtelivat kertojittain heidän erilaisista lähtökohdistaan käsin. Kertomusten pohjalta rakentuivat kolme päätarinatyyppeä: selviytymistarinat, kärsimystarinat ja etsinnän tarinat. Tarinatyyppeihin luokittelu tapahtui kokonaisvaltaisen narratiivisen tutkimusotteen johtoajatusta kuunnellen kerronnan hetkellä päällimmäisenä esiin nousseen yleissävyn perusteella. Yhtä kertomusta lukuunottamatta kerronnan hetki ajoittui vuosien päähän tapahtuneesta, jolloin tapahtunutta tarkasteltiin pääosin taakse jääneenä menneisyytenä nykyhetkeen peilaten. Sairastuneista naisista kukaan ei kertonut Frankin (1995, 75–96) määrittelyn mukaista ennalleen palautumisen sairaustarinaa (*The Restitution Narrative*), jossa päähenkilö voittaisi sairauden ja palaisi jatkamaan elämäänsä täysin samanlaisena kuin ennen sairastumista. Ennalleen palautumisen tarinat ovat kuitenkin yleisimpiä julkisuudessa kerrottuja sairaustarinatyyppejä monien muiden sairauksien osalta. Tämän tutkimuksen kertojat kuvasivat työpaikan sisäilmasta sairastumistaan sitkeäksi sinnittelyksi ja selviytymistaisteluksi. *Selviytymistarinoiden* kertomisen edellytyksenä on, että akuutti tilanne on jo ohi ja kertoja on ainakin väliaikaisesti turvassa. Eräs kertoja määritteli itsensä vielä yli vuosikymmenen kuluttuakin *toistaiseksi selviytyneeksi*, sillä pysyvää ratkaisua ei ollut vielä löytynyt, koska työpaikan sisäilmaongelma ”ratkaistiin” aina hänen siirrollaan toiseen työpisteeseen. Tämän tutkimuksen valossa ensiarvoisen tärkeitä tekijöitä työpaikan sisäilmasta sairastuneen selviytymisen kannalta ovat työyhteisön — erityisesti esimiehen — ja läheisten tuki. *Kärsimystarinoiden* kertomuksista jää lukijan mieleen hallitsevimpana asiana kärsimys eri muodoissaan. On syytä muistaa, että kaikki tämän aineiston kertojat ovat sairastuneet pysyvästi sisäilmasta. Koetut kärsimykset eivät koskaan unohdu, mutta niihin suhtautuminen voi suotuisissa olosuhteissa muuttua, kun aikaa on kulunut riittävästi ja sairastunut on päässyt pois akuutista kriisitilanteesta. Yksi kertojista, joka oli vasta äskettäin sairastunut monikemikaaliyliherkkyyteen, eli tarinansa kertomishetkellä vielä katastrofin keskellä, jolloin hänen keskeneräinen kertomuksensa oli täynnä ahdistusta, epätoivoa ja vihaa. Toisentyypinen, pitkittynyt kärsimys oli puolestaan vahvasti läsnä vielä 20 vuoden kuluttuakin tapahtuneesta toisen kertojan kohdalla, joka oli jäänyt ilman tukea selviytymään sisäilmaoireilunsa kanssa työyhteisöön, jossa hän törmää ymmärtämättömyyteen ja vähättelyyn edelleen jatkuvasti. Kärsimyksestä kertomiseen liittyy ymmärrettävästi voimakkaita tunteita kuten vihaa, pelkoa, petetyksi ja hylätyksi tulemisen kokemuksia ja yksinäisyyttä. Mikäli sairastunut ei saa tilanteeseensa mistään tukea hänellä on suurentunut riski mielenterveyden järkkymiselle, mikä on valitettavan



yleistä erityisesti työelämän ulkopuolelle joutuneiden sosiaaliturvan katvealueelle joutuneiden henkilöiden kohdalla (esim. Virolainen 2012; Metteri 2012; Määttä 2012; Hiironniemi 2014).

Useimmissa tämän tutkimuksen sairastuneiden kertomuksissa oli piirteitä Frankin (1995, 115–136) *etsinnän tarinatyypistä* (The Quest Narrative), jolle on ominaista sairastumisen pohdiskelu jonkin merkityksen löytämiseksi sairastumiskokemuksesta. Naisten kertomukset sisälsivät tyypillisesti kronologisesti – vuosien, kuukausien ja jopa päivien tasolla — etenevää tapahtumaketjujen raportointia, jossa oli mukana myös kerronnan hetkellä syntynyttä tapahtuneen arviointia. Sisäilmasta pysyvästi sairastumiseen liittyy paljon tunteita herättäviä vastoinkäymisiä ja epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia. Julistukset ovat etsinnän tarinoiden äänekkäin muoto, joiden kirjoittajat korostavat moraalista vastuuta totuuden kertomisesta muillekin (Frank (1995, 131). Tämän tutkimuksen ”julistajien” vahva toimijuus ilmenee taistelutahtona oman ja muiden vastaavaan ahdinkoon joutuneiden puolesta. Työpaikan sisäilmasta sairastuneet eivät ole huolissaan vain omasta terveydestään vaan myös muiden epäterveissä tiloissa nyt ja tulevaisuudessa altistuvien ihmisten puolesta. Kertomuksista nousee vahvasti esiin huoli ja suuttumus työpaikan vastuutahojen välipitämättömästä suhtautumisesta sisäilma-asioiden hoitamiseen ja valitettavan usein niiden jättämiseen kokonaan hoitamatta

Puolessa sisäilmasta sairastuneiden kertomuksissa käsiteltiin henkilökohtaista muutosprosessia, jonka ansiosta nämä kertojat olivat saavuttaneet uudenlaisen, tyydyttävän ja muutama henkilö jopa entistä rikkaamman elämän sisäilmasairaudesta huolimatta. Sairastuneiden etsijänaisten kertojainä on haastavien kokemusten karaisema sitkeä taistelija, joka on vahvistunut, sisuuntunut ja oppinut pitämään puoliaan. Heidän ymmärryksensä myös muiden ihmisten kokemia erilaisia vaikeuksia kohtaan oli lisääntynyt. Sisäilmasta sairastuneiden oma suhtautuminen tapahtuneeseen muutokseen näyttäytyi kertojien selviytymisen kannalta hyvin merkittävänä asiana heidän hyvinvointinsa kannalta. Myös vertaistuki koettiin voimauttavana niiden harvojen kohdalla, jotka sen piiriin ohjautuivat. Kaikille suhteellisen hyvin sairautensa sopeutuneille naisille oli yhteistä se, että he eivät olleet jatkaneet enää entisen työnantajansa palveluksessa. Yhtenä tuloksena voidaan todeta, että sairastuneiden aktiivinen toimijuus eri muodoissaan lisäsi hallinnan tunnetta sairastuneiden omassa elämässä oli kyse sitten vertaistoimintaan osallistumisesta, omasta ja/tai muiden asioiden asianajosta tai ammatillisesta uudelleen suuntautumisesta. Tutkimusaineistosta nousi esiin yksi poikkeuksellisen hyvin sisäilmasairauden kanssa elämään sopeutuneen työntekijän kertomus, jonka kohdalla on syytä mainita muutama muista kertomuksista poikkeava asia, joilla on todennäköisesti ollut hänelle suuri merkitys sairauden ja laajemminkin elämän merkityksellisyys löytämisen näkökulmasta. Hänen esimiehensä suhtautui sisäilmaoireilun alusta asti myönteisesti sisäilmasta oireilleeseen työntekijään,

mikä muodosti poikkeuksen kaikkien muiden kertomusten joukossa. Työyhteisössä ei myöskään oltu epäilty oireilijaa missään vaiheessa. Lisäksi työnantaja myönsi hänelle opintovapaata vielä ennen irtisanomista ja hän pääsi työeläkeyhtiön rahoittaman ammatillisen kuntoutuksen piiriin ainoana kertojista. Hän lähti kouluttautumaan uudelle terveydentilalleen paremmin sopivalle alalle, jolle tielle hän ei ehkä olisi ilman sairastumiskokemustaan ollenkaan lähtenyt, koska oli kokenut jo aiemmin toimineensa unelma-ammattissaan.

Tämä tutkimusmatka työpaikan sisäilmasta sairastuneiden sosiaalialan työntekijöiden maailmaan konkretisoi minulle tutkijana sen, että heidän omien kertomustensa kautta on mahdollista saada esiin moniäänistä tietoa vaikeasti lähestyttävästä aiheesta. Jokaisen sairastuneen tarina on yksilöllinen, sillä kertojat lähestyvät työpaikan sisäilmasta sairastumistaan kukin omalla tavallaan ja omista lähtökohdistaan. Kaikista kertomuksista välittyi halu tulla kuulluksi ja kertoa sairastumisestaan, johon liittyy paljon ristiriitaisuuksia ja painolastia, jota useimpien ei ole ollut juurikaan mahdollista purkaa. Löysin sairastuneiden naisten kertomuksista kärsimyksen lisäksi etsintää ja sinnikästä pyrkimystä elää sairauden kanssa mahdollisimman hyvää vaikkakin erilaista elämää kuin ennen sairautta. Sairastumisen aiheuttamaan muutokseen suhtautuminen ja siihen sopeutuminen on tärkeässä roolissa siinä millaisena elämä sairauden kanssa jatkuu. Sisäilmasta sairastunutta ei saisi kuitenkaan jättää taistelemaan yksin ilman mitään tukea kuten nykyään liian usein tapahtuu. Kuntoutuksen parissa työskentelevänä sosiaalityöntekijänä ja päivittäin sairaiden ihmisten kertomuksia kuulevana yhdyn Vilma Hännisen ja Jukka Valkosen (2003, 154) näkemykseen siitä, että *tarinallista kuntoutumista, oman tarinan luomista, muovaamista, kertomista ja toteuttamista auttaisi kulttuurissa esillä olevien tarinoiden kirjavuus ja mahdollisimman monenlaisten äänien kuuluminen julkisen puheen kentällä. Sairausten kokeneiden ja kuntoutuvien ihmisten tarinat voivat avata paitsi toisille sairastuneille myös terveille uusia näkökulmia olemassaolon ulottuvuuksiin.* Tämä edellyttää sisäilmasairausten olemassaolon tunnustamista ja nykyistä avoimempaa asenneilmapiiriä. Tämä tutkimus pyrkii omalta osaltaan raottamaan tätä hiljaisuuden ja salamyhkäisyyden verhoa.

## LÄHTEET

- Abbott, Porter H. (2009) *Cambridge introduction to narrative*. 4. painos. Cambridge: Cambridge University Press.
- Allardt, Erik (1976) *Hyvinvoinnin ulottuvuudet*. Porvoo: WSOY.
- Alvesalo, Anne (2007) Työn turvattomuus rikoksena. Teoksessa *Työ ja ihminen* 4/2007. Työterveyslaitos. Aikakauskirja 21. Työturvallisuus ja tapaturmat -teemanumero, 303–311.
- Andersson, Aino M. A. & Aattela, Elisa & Mikkola, Raimo O. & Atosuo, Janne & Lilius, Esa-Matti & Suominen, Eetu & Lehtinen, Simo & Viljanen, Martti & Salkinoja-Salonen, Mirja (2016) Uusia sisäilman tutkimusmenetelmiä. Teoksessa Jorma Säteri & Mervi Ahola (toim.) *Sisäilmastoseminaari 2016*, 16.3.2016., Helsinki: SIY. Raportti 34/2016, 295–300. <http://hdl.handle.net/10138/164030>. Viitattu 23.09.2018.
- Arajärvi, Pentti & Sakslin, Maija (2007) Yhdenvertaisuus oikeudenmukaisuutena. Teoksessa Juho Saari & Anne Yeung (toim.) *Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus University Press, *Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia* 63, 47–61.
- Bruner, Jerome (2004) Life as narrative. *Social Research* 71 (3), 691–710. Originally published in *Social Research* (1987) 54 (1), 11–32.
- Ennari, Jaana (2015) *Hajuste- ja kemikaaliyliherkkyys. Selviytymiskeinot*. Helsinki: Auditorium.
- Eronen, Tuija (2012) *Lastenkoti osana elämäntarinaa. Narratiivinen tutkimus lastenkodissa asuneiden kertomuksista*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampere University Press, *Acta Universitatis Tamperensis* 1713.
- Finell, Eerika & Seppälä, Tuija (2018) Indoor air problems and experiences of injustice in the workplace: A quantitative and a qualitative study. *Indoor Air* 28, 125–134. <https://doi.org/10.1111/ina.12409>. Viitattu 29.08.2018.
- Frank, Arthur W. (1995) *The Wounded Storyteller: Body, Illness, And Ethics*. The University of Chicago Press. Chicago and London.
- Greimas, Algirdas J. (1980) *Strukturaalista semantiikkaa*. Suom. Eero Tarasti. Tampere: Gaudeamus.
- Haahtela, Tari., Nordman Henrik & Talikka Mirja (1993) *Sisäilma ja terveys*. Helsinki: Allergia- ja astmaliitto ry.
- Habermas, Jürgen (1976) Tieto ja intressi. Suom. Paavo Löppönen. Teoksessa Raimo Tuomela & Ilkka Patoluoto (toim.) *Yhteiskuntatieteiden filosofiset perusteet: Osa I*. Helsinki: Gaudeamus, 118–141.
- Harding, Sandra (1987) Is There a Feminist Method? Teoksessa Sandra Harding (toim.) *Feminism and Methodology*. Bloomington: Indiana University Press, 1–14.
- Heikkinen, Hannu (2015) *Kerronnallinen tutkimus*. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin* 2, 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 149–167.

Hemminki, Elina & Kangas, Ilkka & Topo, Päivi (1992) Lääketieteellinen teknologia ja vaihdevuodet – esimerkki medikalisaatiosta. Teoksessa Antti Karisto & Eero Lahelma & Ossi Rahkonen (toim.) Terveys sosiologia. Juva: WSOY, 96–106.

Hiironniemi, Anne (2014) Sosiaaliturvajärjestelmän ongelmat, kohtuuttomat tilanteet ja psykiatrisoituminen: tapaustutkimuksia psyykkisiä ongelmia aiheuttavista sosiaaliturvajärjestelmän piirteistä. Julkaisematon pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2000) Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hokkanen, Liisa (2014) Autetuksi tuleminen. Valtaistavan sosiaalisen asianajon edellyttämät toimijuudet. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, Acta Universitatis Lapponiensis 278.

Hyvinvointi – Hyvinvointi- ja terveyserot – THL (2015) <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>. Viitattu 15.09.2018.

Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) (2005) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Stakes. Helsinki: Gummerus.

Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lehtelä, Kirsi-Marja (toim.) (2007) Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. Helsinki: Stakes.

Hänninen, Vilma (2003) Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Juvenes Print, Acta Universitatis Tamperensis 696.

Hänninen, Vilma & Valkonen, Jukka (2003) Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen. Teoksessa Vilma Hänninen. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Juvenes Print, Acta Universitatis Tamperensis 696, 141–154.

Hänninen, Vilma (2015) Narratiivisen tutkimuksen käytäntöjä. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 168–184.

ICF (2014) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Lyhyt versio. WHO, World Health Organization. Tampere: Juvenes Print.

Josselson, Ruthellen (1996) Ethics and Process in the Narrative Study of Lives. The Narrative Study of Lives 4. Thousand Oaks: Sage.

Järveläinen, Petri (2007) Luottamus filosofisena ja teologisena kysymyksenä. Teologinen aikakauskirja 1, 46–53.

Järveläinen, Petri & Mäkinen, Virpi (2007) Suomalaisen hyvinvoinnin köyhyys ja rikkaus. Teoksessa Juho Saari & Anne Yeung (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus University Press, Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 63, 76–93.

Kananen, Jorma (2014) Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Juvenes Print, Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176.

Kangas, Risto (1989) Jürgen Habermasin kommunikatiivisen toiminnan teoria. Helsinki: Tutkijaliitto.

- Khoshravi, Shahram (2013) ”Laiton” matkaja. Paperittomuus ja rajojen valta. Suom. Antti Sadinmaa. Helsinki: Gaudeamus University Press.
- Kiikkala, I., Munnukka, T. & Valkama, K. 2005. Vertaiset verkossa. Nettiäidit virtuaalihiekkalaatikolla. Teoksessa M Nylund & Anne Yeung (toim.) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino.
- Kuronen, Marjo (2009) Feministinen tutkimus ja sosiaalityön tutkimus — kohtaamisia ja kohtaamattomuutta. Teoksessa Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: Ps-Kustannus. Sosiaalityön tutkimuksen seuran 7. vuosikirja, 111–130.
- Käypä hoito –suositus (2017) Kosteus- ja homevaurioista oireileva potilas. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 [julkaistu 25.1.2017]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi). Viitattu 25.08.2018.
- Lahtinen, Marjaana (2004) Psykologinen näkökulma työpaikkojen sisäilmasto-ongelmiin: psykososiaalinen työympäristö ja organisaation ongelmanratkaisutaidot ongelmavyyhdien osatekijöinä. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Työterveyslaitos, Työ ja ihminen, Tutkimusraportteja 25.
- Lieblich, Amia & Tuval-Mashiach R. & Zilber T. (1998) Narrative Research. Reading, analysis, and interpretation. London: Sage.
- Liljeström, Marianne (2004) Feministinen tietäminen. Keskustelua metodologiasta. Tampere: Vastapaino.
- Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampere University Press, Acta Universitatis Tamperensis 1778.
- Munnukka, Terttu & Kiikkala, Irma & Valkama, Katri (2005) Vertaiset verkossa. Teoksessa Marianne Nylund & Anne Birgitta Yeung (toim.) Vapaaehtoistoiminta: Anti, arvot ja osallisuus. Jyväskylä: Vastapaino.
- Mäki, Sari & Nokela, Katri (toim.) (2014). Sisäilmasta sairastuneiden selviytymisen ja syrjäytymisen kokemuksia. Hengitysliiton julkaisuja 23. Helsinki: Hengitysliitto.
- Määttä, Anne (2012) Perusturva ja poiskäännyttäminen. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 36.
- Niemelä, Pauli & Lahikainen, Anja Riitta (toim.) (2000) Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino.
- Paanetoja, Jaana (2018) Häirintä ja epäasiallinen kohtelu. Teoksessa Matti Spoof (toim.) Työturvallisuus oikeus. Helsinki: Tekijät ja Edita Publishing, 128–138.
- Pehrman, Timo (2011) Paremmiin puhumalla: restoratiivinen sovittelu työyhteisössä. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, Acta Universitatis Lapponiensis 212.
- Pekkarinen, Elina (2015) Näkymättömiksi suojellut lapset. Teoksessa Antti Häkkinen & Mikko Salasuo (toim.) Salattu, hävetty, vaiettu. Miten tutkia piilossa olevia ilmiöitä. Tampere: Vastapaino, 264–300.
- Peltonen, Matti (1999) Mikrohistoriasta. Helsinki: Hanki ja jää/Gaudeamus.

- Pirinen, Juhani (2006) Pientalojen mikrobivauriot. Lähtökohtana asukkaiden kokemat terveyshaitat. Väitöskirja. Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto.
- Putus, Tuula (2009) Homeiden ja muiden kosteusvauriomikrobien aiheuttamat oireet ja sairaudet. Teoksessa Minna Halonen, Erkki Helimo & Heli Kananen (toim.) Homehelvetti. Kriisistä ratkaisuihin. Helsinki: Tammi, 209–213.
- Putus, Tuula (2010) Home ja terveys. Kosteusvauriohomeiden ja hiivojen terveyshaitat. Pori: Suomen Ympäristö- ja Terveysalan Kustannus.
- Pösö, Tarja (2005) Kun paikka menee tutkijaan. Teoksessa Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Stakes. Helsinki: Gummerus, 118–135.
- Raivio, Helka & Karjalainen, Jarno (2013) Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Osallisuuden rakentuminen 2010-luvun tavoite- ja politiikkaohjelmissa. Teoksessa Taina Era (toim.) Osallisuus - oikeutta vai pakkoa? Jyväskylä: Juvenes Print, Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156, 12–34.
- Reijula, Kari & Haahtela, Tari (2016) Mikä vikana sisäilmassa? Lääkärilehti 71(46), 2925–2926.. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/mika-vikana-sisailmassa/> Viitattu 25.09.2018.
- Reinboth, Camilla (2006) Tunnista ja torju työpaikkakiusaaminen. Helsinki: Yrityskirjat.
- Saari, Juho (toim.) (2011) Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 9–29.
- Salkinoja-Salonen, M. (2015) Näkymättömät vaaratekijät - mikrobien ja ihmisen tuottamat kemialliset yhdisteet. Teoksessa Annamajja Perkiömäki (toim.) Homeloukku - mistä saa apua? Helsinki: Auditorium, 35–59.
- Smith, Brett (1999) The Abyss: Exploring depression through a narrative of the self. Qualitative Inquiry 5 (2), 264–276.
- Smith, Dorothy E. (1978) K is mentally ill. The Anatomy of a Factual Account. Sociology 12 (1), 23–53.
- Smith, Dorothy E. (1987) The Everyday World as Problematic. A Feminist Sociology. Boston: Northeastern University Press.
- Smith, Dorothy E. (1992) Sociology From Women's Experience: A Reaffirmation. Sociological Theory 10 (1), 88–98.
- Souto, Anne-Mari & Honkasalo, Veronika & Suurpää Leena (2015) Kuuntelemista, sanoittamista ja näkyväksi tekemistä – Tutkijat kiistellyn rasismin äärellä. Teoksessa Antti Häkkinen & Mikko Salasuo (toim.) Salattu, hävetty, vaiettu. Miten tutkia piilossa olevia ilmiöitä. Tampere: Vastapaino, Nuorisotutkimusseuran julkaisuja numero 161, 136–162.
- Sparkes, Andrew (1996) The fatal flaw. A narrative of the fragile body-self. Qualitative Inquiry 2(4), 463–495.
- Suomen säädöskokoelma:
- Laki lasten päivähoidosta 19.1.1973/36.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 22.9.2000/812.

Lukiolaki 21.8.1998/629.

Maankäyttö- ja rakennuslaki 5.2.1999/132.

Perusopetuslaki 21.8.1998 /628.

Rikoslaki 21.4.1995/578.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Suomen Perustuslaki. 11.6.1999/731.

Terveystieteiden tutkimuslaki 19.8.1994/763.

Työsopimuslaki 26.1.2001/55.

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002 /738.

Suoranta, Juha & Ryyänen, Sanna (2014) Taisteleva tutkimus. Helsinki: Into Kustannus.

Swigonski, Mary E. (1993) Feminist Standpoint Theory and the Questions of Social Work Research. *Affilia* 8(2), 171–186.

Tuomainen, Raimo & Myllykangas, Markku & Elo, Jyrki & Ryyänen, Olli-Pekka (1999) *Medikalisaatio – aikamme sairaus*. Tampere: Vastapaino.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Viides Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012 (2013) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Työterveyslaitos (2018) <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>. Viitattu 21.10.2018.

Törrönen, Jukka (2006) Toisen ääni, näkökulma ja kohteena oleminen. Teoksessa Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.) *Toinen tieto*. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Stakes. Helsinki: Gummerus, 15–37.

Warr, Peter (1990) The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 193–210.

Virolainen, Harri (2012) *Kokonaisvaltainen työhyvinvointi*. Helsinki: Books on Demand.

Yeung, Anne (2004) *Individually Together. Volunteering In The Late Modernity: Social Work In The Finnish Church*. Helsinki: The Finnish Federation for Social Welfare and Health.

Ympäristöministeriö (2016) *Kosteus- ja hometalkoot. Yhteenvedo toimenpideohjelmasta 2009-2016*. [www.ym.fi](http://www.ym.fi). Viitattu 18.08.2018.

## LIITTEET

### LIITE 1. KIRJOITUSPYYNTÖ

#### **Kirjoituspyyntö**

Hei,

Etsin pro gradu -tutkielmaani varten työpaikalla sisäilmasta sairastuneita sosiaalialan työntekijöitä, joille sairastuminen on aiheuttanut tilanteen, jolloin alkuperäisellä työpaikalla ei ole ollut mahdollista enää jatkaa. Tarkastelen kokemuksia kohtuuttoman tilanteen käsitteen avulla. Tutkimukseni tavoitteena on antaa ääni kohtuuttomaan tilanteeseen joutuneiden ihmisten omille kokemuksille, joita ei ole aiemmin tieteellisen tutkimuksen kentällä juurikaan kuultu.

Jos tunnistit kuvauksesta itsesi ja haluat kertoa kokemuksistasi, kirjoita oma tarinasi pohtien mm. seuraavia asioita:

- Miten sairastuit? Saitko apua?
- Millaista suhtautumista sait osaksesi (työpaikka, viranomaiset, läheiset)?
- Miltä tuntui siirtyä auttajan roolista avuntarvitsijaksi?
- Miten sisäilmasta sairastuminen on vaikuttanut hyvinvointiisi?

Kerättyä aineistoa käytetään ainoastaan tässä tutkimuksessa eikä haastateltavilta kerätä henkilötietoja yleisiä taustatietoja (ikä, sukupuoli, ammattinimike) lukuun ottamatta. Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetin säilymisestä huolehditaan tarkoin kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Valmis tutkimukseni tulee Porin tiedekirjastoon sekä sähköiseen muotoon Tampereen yliopiston tietokantaan, josta se on vapaasti kaikkien luettavissa.

Työni ohjaajana toimii sosiaalityön yliopistonlehtori Tuija Eronen, tuija.eronen@uta.fi. Tampereen yliopiston YKY:n Porin yksiköstä.

Talentialla on lupa julkaista tämä kirjoituspyyntö parhaaksi katsomallaan tavalla jäsenistönsä tavoittamiseksi.

Palautathan kirjoituksesi **20.12.2015** mennessä sähköpostitse: [Aarola.Nina.K@student.uta.fi](mailto:Aarola.Nina.K@student.uta.fi)

Jos sinulla on kysyttävää niin ota rohkeasti yhteyttä!

Yhteistyöterveisin

Nina Aarola