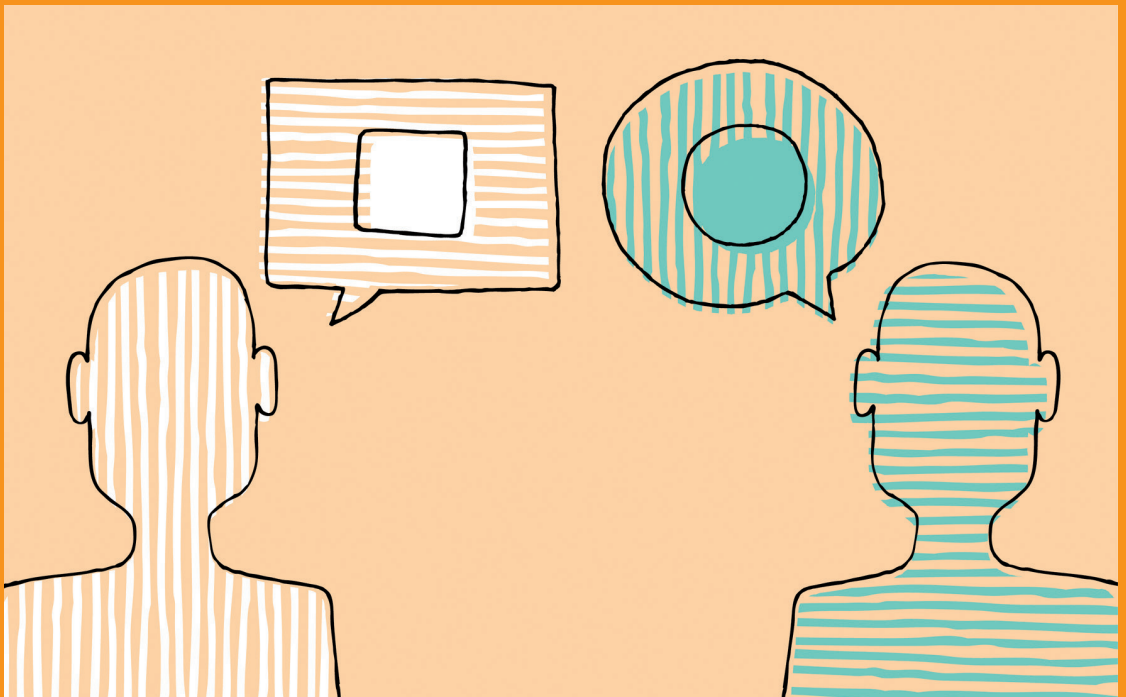


Tanja Rokkanen

# Työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyö työpaikan tarpeiden arvioinnissa



## Työ ja ihminen

**Päätoimittaja** Harri Vainio

**Toimittaja** Virve Mertanen

**Toimituksen osoite** Työterveyslaitos  
Arinatie 3 A  
00370 Helsinki  
puh. 030 4741  
www.ttl.fi

**Sähköpostiosoitteet** etunimi.sukunimi@ttl.fi

**Toimituskunta  
2010 alkaen**

Anna-Liisa Elo  
Marko Elovainio  
Mikael Fogelholm  
Maila Hietanen  
Raija Kalimo  
Pentti Kalliokoski  
Ulla Kinnunen  
Rea Lagerstedt  
Kirsti Launis  
Kari Lindström  
Toivo Niskanen  
Hannu Norppa  
Clas-Håkan Nygård  
Göte Nyman

Eero Palomäki  
Ilkka Pirttilä  
Jorma Rantanen  
Vesa Riihimäki  
Kaija Leena Saarela  
Jukka Starck  
Heikki Summala  
Jouko Suokas  
Esa-Pekka Takala  
Sakari Tola  
Matti Vartiainen  
Seppo Väyrynen  
Erkki Yrjänheikki

Työsuojelurahasto, Kela ja työministeriön Kansallisen työelämän kehittämisohjelma ovat rahoittaneet tätä tutkimusta.

**Taitto** Tiina Vaahtera  
**Kansikuva** iStock by Getty Images

**ISBN** 978-952-261-527-5 (nid.)  
978-952-261-528-2 (PDF)

**ISSN-L** 1237-6175  
**ISSN** 1237-6175  
**Kirjapaino** Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print,  
Tampere 2015

Acta Electronica Universitatis Tampereensis 1565  
ISBN 978-951-44-9845-9 (pdf)  
ISSN 1456-954X  
<http://tampub.uta.fi>

# **Työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyö työpaikan tarpeiden arvioinnissa**

**Tanja Rokkanen**

**Työ ja ihminen  
Tutkimusraportti 45**

Työterveyslaitos  
Helsinki

Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö,  
Helsingin yliopisto

Työterveyslaitos

TANJA ROKKANEN

Työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyö  
työpaikan tarpeiden arvioinnissa

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikön johtokunnan  
suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi terveystieteiden yksikön  
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,  
22. päivänä toukokuuta 2015 klo 12

*Ohjaajat:* Dosentti Kirsti Launis  
Helsingin yliopisto

Professori Clas-Håkan Nygård  
Tampereen yliopisto

*Esitarkastajat:* Professori Satu Kalliola  
Tampereen yliopisto

Professori emeritus Hannu Virokannas  
Oulun yliopisto

*Vastaväittäjä:* Professori emerita Paula Liukkonen  
Tukholman yliopisto

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ .....	5
ABSTRACT .....	7
KIITOKSET .....	9
OSAJULKAISUT .....	11
KÄYTETYT LYHENTEET .....	12
1 JOHDANTO .....	13
2 KIRJALLISUUSKATSAUS .....	17
2.1 Suomalaisen työterveyshuollon sisällön ja tavoitteiden muutokset lainsäädännössä vuosina 1978–2009 .....	17
2.2 Työterveyshuoltotoiminnan suunnittelu .....	24
2.3 Tarve terveydenhuollon käsitteenä.....	26
2.4 Työpaikan tarpeen arvioinnin muutokset työterveyshuollossa vuosina 1978–2009.....	30
2.5 Terveyskeskusten työterveyshuolto.....	45
3 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ....	50
4 TUTKIMUSASETELMA, AINEISTO JA MENETELMÄT .....	52
4.1 Tutkimusasetelma .....	52
4.2 Toiminnan teoria ja kehittävä työntutkimus.....	54
4.3 Tutkimuskohteiden valinta .....	58
4.4 Aineisto ja sen keruumenetelmät .....	60
4.5 Aineiston analyysimenetelmät.....	65
5 TULOKSET .....	70
5.1 Terveyskeskuksen työterveyshuoltoyksikön työn muutos ja kehitysjännitteet .....	70
5.2 Työterveysyksikön toteuttama tarpeiden arviointi ja siihen liittyneet välineet.....	72
5.3 Työpaikan tarpeiden arviointia ja yhteistyötä kehittävän työntutkimuksen menetelmin .....	77

## SISÄLLYS

---

6 POHDINTA.....	79
6.1 Työterveyshuoltotoiminnan muutos.....	81
6.2 Työpaikan tarpeiden arviointi .....	83
6.3 Asiakasorganisaation jäsentäminen muuttuvan toiminnan kautta työpaikan tarpeiden arvioinnissa ..	91
6.4 Jatkotutkimushaasteita .....	94
6.5 Tutkimuksen arviointia.....	95
7 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	99
KIRJALLISUUSLUETTELO .....	101
OSAJULKAISUT .....	121

## TIIVISTELMÄ

Työterveyshuollon toiminta perustuu työpaikan tarpeiden arviointiin. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää ja kehittää työpaikkojen ja työterveyshuollon yhteistyötä työpaikkojen tarpeiden arvioinnissa. Tutkimusote oli laadullinen ja tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä käytettiin kehittävää työntutkimusta ja sen taustana olevaa toiminnan teoriaa. Tutkimus kohdistui yhteen terveyskeskuksen alaiseen työterveyshuoltoyksikköön ja sen asiakasyrityksiin.

Tutkimus koostuu neljästä osatutkimuksesta, jotka on julkaistu vuosina 2003–2008. Ensimmäisessä osatutkimuksessa selvitettiin terveyskeskuksen työterveysyksikön työn muutosta ja kehitysjännitteitä. Toisessa osatutkimuksessa selvitettiin työpaikan tarpeiden arviointia ja työterveysyksikön ja työpaikan yhteistyötä sopimusneuvottelussa. Kolmannessa osatutkimuksessa arvioitiin työterveyshuollon käytössä olevia työpaikan tarpeiden arviointi- ja yhteistyövälineitä ja neljännessä osatutkimuksessa kokeiltiin kehittävän työntutkimuksen välineitä työpaikan tarpeiden arvioinnissa.

Tutkimuksen tulosten perusteella terveyskeskuksen työterveyshuoltoyksikön toiminta laajeni aina 1990-luvulle asti. Työterveyshuollonormien edellyttämä työterveyshuollon laaja-alainen toiminta ja integrointi asiakasorganisaatioiden prosesseihin eivät kuitenkaan toteutuneet 1990- ja 2000-luvulla, vaan työterveyshuollon toiminta kohdistui yksilöihin.

Työterveyshuollon käyttämät työpaikkojen tarpeiden arviointivälineet ja asiakasyhteistyön toimintamallit voivat ainakin osittain selittää, miksi työterveysyksikön oli vaikea ottaa toiminnan perustaksi asiakasorganisaatioiden tarpeita. Ensinnäkin työterveyshuollon käyttämä tarpeen käsite on vaikea ja epäselvä. Tarpeesta puhuttaessa voidaan tarkoittaa ”varsinaista tarvetta”, palveluiden tarvetta tai resurssien tarvetta. Työterveyshuollon

## TIIVISTELMÄ

---

tarve-käsite ei myöskään kohtele työpaikka-asiakkaan ja työterveyshuollon näkökulmia tarpeisiin tasavertaisesti. Epäselvä tarve-käsite ei luo kehikkoa sille, mistä asiakasyhteistyötilanteissa pitäisi tarpeita arvioitaessa keskustella työpaikan ja työterveyshuollon toimijoiden kesken. Toiseksi työterveyshuollon tietojärjestelmät eivät tukeneet työterveyshuollolle kertyneen tiedon (työpaikkakäynnit, terveystarkastukset, neuvottelut, sairausvastaanotto) systemaattista käsittelyä, joten kertynyttä tietoa ei pystytty kunnolla hyödyntämään yhteistyötilanteissa ja työpaikkatasoisessa toiminnassa. Kolmanneksi työterveyshuollon käyttämien tarpeiden arviointivälineiden kautta työpaikka jäsenyi altisteiksi tai altistuviksi, akuutteja tai kroonisia sairauksia sairastaviksi ja eri tavoin elintavoistaan huolehtiviksi työntekijöiksi. Työpaikan jäsentäminen pelkästään altisteiksi tai kuormitustekijöiksi (tai sairauksiksi) ei tue sitä, että yhteistyötilanteissa työpaikan tarpeista muodostettaisiin työpaikan ja työterveyshuollon yhteinen jaettu kohde. Terveys-, sairaus- tai riskilähtöisen näkökulman perusteella työterveyshuollon oli myös vaikea tuottaa sellaista tietoa, joka olisi tukenut työpaikkoja ongelmien (erityisesti psykososiaalisten ongelmien) ratkaisemisessa ja työpaikan oman toiminnan kehittämisessä.

Tutkimuksessa kokeiltiin kehittävän työntutkimuksen välineitä työpaikan tarpeiden arvioinnissa. Välineiden avulla työpaikka hahmotettiin ja jäsennettiin muuttuvana toimintana. Tämä mahdollisti yhteistyötilanteissa yhteisen kohteen luomisen työpaikan eri toimijoille ja työterveyshuollolle eikä johtanut vain ongelmien luettelointiin, vaan tuotti tietoa ongelmien synnystä ja konkreettisia ehdotuksia psykososiaalisen ongelman ratkaisemiseksi.



## **ABSTRACT**

The activity of occupational health care is based on an assessment of the needs of the workplace. The objective of the research was to examine and develop the collaboration between workplaces and occupational health care services in workplace needs assessment. The research approach was qualitative and the theoretical frame of reference used was developmental work research and the activity theory underlying it. The research focused on one unit of occupational health care at a municipal health care centre and on the client companies of the unit.

The research consists of four substudies published in 2003–2008. The first substudy examined the changes and contradictions in the work of an occupational health care unit at a municipal health care centre. The second substudy examined the needs assessment carried out at workplaces and the collaboration between occupational health care and the workplace during contract negotiations. The third substudy assessed the tools used by the occupational health care service in workplace needs assessment and in collaboration, and the fourth substudy tested the use of tools provided by developmental work research in workplace needs assessment.

The research findings show that the activity of occupational health care units at municipal health care centres expanded up to the 1990s. However, the broad scope of activity and integration with client company processes required by occupational health care norms did not become a reality in the 1990s and 2000s; instead, occupational health care focused on individuals.

The tools used by the occupational health care in workplace needs assessment and the operation models applied on collaboration with the clients may, at least in part, explain why the occupational health

## ABSTRACT

---

care unit found it difficult to base its activity on the needs of the client organisation. Firstly, the concept of need applied by the occupational health care is difficult and ambiguous. When speaking of need, they may mean "need proper", the need for services or the need for resources. Furthermore, the concept of need applied by the occupational health care gives different weights to the perspectives of the workplace as client and of the occupational health care itself. Due to its ambiguity, the concept of need also fails to provide a framework for what the actors from the workplace and the occupational health care should discuss when coming together for needs assessment. Secondly, the information systems used by the occupational health care did not support the systematic processing of information accumulated (from workplace visits, health examinations, meetings, visits to physicians); consequently, the information could not be used appropriately in collaboration situations and in activity at each workplace. Thirdly, due to the needs assessment tools used by the occupational health care, the workplace was viewed as consisting of exposure agents or as exposed employees suffering from chronic or acute illnesses and managing their lifestyles in varying ways. Viewing a workplace simply as a collection of exposure agents or work load factors (or illnesses) does not support the workplace and the occupational health care in forming a joint and shared object of the workplace needs. Due to a perspective based on health, illness or risks, it was also difficult for the occupational health care to generate information to support workplaces in solving problems (especially of a psychosocial nature) and in developing the workplaces' own activity.

The research examined the tools of developmental work research in workplace needs assessment. With these tools, the workplace was viewed and structured as changing activity. This enabled the various actors from the workplace and the occupational health care to formulate a shared object and, instead of simply listing problems, generated information on the emergence of problems and concrete proposals for solving psychosocial problems.

## KIITOKSET

Tämän tutkimuksen tekeminen ja siihen kietoutuneet erilaiset kehittävään työntutkimukseen perustuvat kehittämishankkeet ovat olleet ammatillisen kehittymiseni kannalta vaikuttava oppimisprosessi, josta olen kiitollinen monille ihmisille.

Suuret kiitokset osoitan väitöskirjatyöni ohjaajalle dosentti Kirsti Launiksellle. Olet toiminut myös esimiehenäni ja yhdessä olemme sekä tehneet tutkimusta että vieneet läpi kehittämishankkeita. Innostuksesi on ollut tarttuvaa ja olet opettanut minulle heittäytymistä ja epävarmuuden sietoa. Ilman Sinua olisin tuskin koskaan hakeutunut Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikön tohtoriohjelmaan. Ilman Sinua tätä tutkimusta ei olisi.

Esitän lämpimät kiitokset emeritaprofessori Helena Taskiselle, joka toimi pitkään väitöskirjatyöni toisena ohjaajana ja erityisesti hankkeen alkuvaiheessa mahdollisti työskentelyni Työterveyslaitoksella. Helenan avarakatseisuus myös mahdollisti tämän tieteiden rajoja ylittävän tutkimustyön. Kiitän myös jonkin aikaa työni ohjaajana toiminutta professori Kari Reijulaa kannustavasta tuesta, joka oli tarpeen, jotta pääsin yli väitöskirjaprosessin vaikeimmasta vaiheesta. Väitöskirjatyön viimeisessä vaiheessa sen toisena ohjaajana toimi professori Clas-Håkan Nygård. Kiitos siitä, Clas-Håkan, että ryhdyit ohjaajakseni ja olit saattamassa työtä loppuun. Väitöskirjatyön ohjausryhmässä ovat toimineet emeritusprofessori Kaj Husman ja emeritusprofessori Juhani Lehto. Lausun kiitokseni arvokkaista kommentteista, joita sain Kaj Husmanilta hankkeen alkuvaiheessa ja Juhani Lehdolta hankkeen loppuvaiheessa. Kaj Husmania kiitän myös siitä, että sain työskennellä Työterveyslaitoksella.

Kiitän professori Yrjö Engeströmiä siitä mahdollisuudesta, että sain opiskella ja saada tutkimukselleni ohjausta Helsingin yliopiston Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen (nykyisin CRADLE) yksikön

## KIITOKSET

---

ylläpitämässä Kehittävän työntutkimuksen ja aikuiskasvatustieteen tohtorihjelmassa. Kiitän opetuksesta erityisesti professori Reijo Miettistä, filosofian maisteri Kari Toikkaa ja professori Jaakko Virkkusta. Esitän kiitokset myös muille yksikön senioreille. Opetus oli mieltä avartava ja hieno kokemus, vaikka tarjosikin haasteita lääketieteelliseen koulutukseen ja ajatteluun tottuneelle. Osoitan kiitokseni myös kaikille tohtorikoulun ”ysiyselle” yhteisistä seminaareista. Lämmin kiitos Kirsti Launiksen vetämän työhyvinvoinnin tutkimusryhmän jäsenille Tarja Kantolalle, Annarita Kolille, Teija Mankkiselle, Jorma Mäkitalolle ja Anna-Liisa Niemelälle. Kunkin innostus ja paneutuminen omaan aihealueeseensa oli tarttuvaa ja yhteiset keskustelut pakottivat selkiyttämään omaa ajattelua.

Kiitän väitöskirjatyöni esitarkastuksesta professori Satu Kalliota ja emeritusprofessori Hannu Virokannasta. Tarkat huomionne ja kommenttinne veivät työtä merkittävästi eteenpäin. Erityisesti Hannu Virokannasta haluan lämpimästi kiittää perinteisen lausunnon antamisen lisäksi pidetystä vuorovaikutteisesta ja rakentavasta ohjauspalaverista.

Kiitän Työterveyslaitoksen Työn kehittäminen -tiimiläisiä ja tiimipäällikkö Arja Ala-Laurinaho hienosta työtoveruudesta, työn ilosta ja yhteisestä oppimisesta erilaisissa kehittävään työntutkimukseen perustuvissa hankkeissa. Kiitän nykyisen työpaikkani työeläkeyhtiö Varman ylilääkärinä Jukka Kivekstä siitä, että hän positiivisesti painosti minua saattamaan väitöskirjatyöni loppuun. Kiitos Sinulle, Jukka, kaikesta muustakin antamastasi tuesta. Esitän kiitoksen myös Varman Työkykyjohtamisen tiimille ja sen johtajalle Jyri Juustille siitä, että olen saanut koetella väitöskirjatyöni tuloksia ja kehittävän työntutkimuksen oppeja taas uudenaikaisissa kuvioissa.

Tutkimus- ja kehittämishankkeessa mukana olleen Salon seudun terveyskeskuksen johtoa ja työterveyshenkilöstöä ja tutkimukseen osallistuneiden asiakasyritysten johtoa ja henkilöstöä kiitän mitä lämpimimminkin. Ilman teidän aktiivista osallistumistanne ja panostanne tämä tutkimus ei olisi ollut mahdollista. Tutkimukselle ja kehittämistyölle myönnetystä taloudellisesta tuesta kiitän Työsuojelurahastoa, työministeriön Kansallista työelämän kehittämisohjelmaa ja Kansaneläkelaitosta.

Vielä lausun kiitokset äidilleni Sirkalle, isälleni Olaville, puolisololleni Jarmolle ja pojilleni Rekolle ja Sampsalle. Kiitos, että olette olemassa ja olette te. Olette tärkeitä.

Kellokoskella 22.2.2015

*Tanja Rokkanen*

## OSAJULKAISUT

- I Rokkanen, T. ja K. Launis (2003). Terveyskeskustyöterveyshuolto – mahdoton tehtävä? Kaaoksen tunteesta paikallisen toiminnan analyysiin. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 22. Helsinki, Työterveyslaitos.
- II Rokkanen, T. ja K. Launis (2005). Yhteistyö haasteena – analyysi yrityksen ja työterveyshuollon sopimusneuvotteluista. Sosiaalilääk Aikak 42(4): 327–341.
- III Rokkanen, T. ja K. Launis (2008). Mitä työterveyshuollon välineet tavoittavat pienyrityksestä? Osa I: nykyiset välineet. Työelämän tutkimus 6(1): 17–29.
- IV Rokkanen, T. ja K. Launis (2008). Mitä työterveyshuollon välineet tavoittavat pienyrityksestä? Osa II: tulevaisuuden välineet. Työelämän tutkimus 6(2): 147–158.

## **KÄYTETYT LYHENTEET**

AVI	aluehallintovirasto
HTTHK	hyvä työterveyshuoltokäytäntö
KL	Kirsti Launis
TSK	työstressikysely
TKI	työkykyindeksi
TR	Tanja Rokkanen
tyky	työkykyä ylläpitävä toiminta
WHO	World Health Organization

# 1 JOHDANTO

Suomessa on 2000-luvun alusta lähtien käyty keskustelua työkyvyn edistämisestä ja työurien pidentämisestä eläkkeiden ja muun sosiaaliturvan rahoituksen turvaamiseksi seuraavina vuosikymmeninä. Muun muassa alkavien työkyvyttömyyseläkkeiden määrän merkittävä vähentäminen on ollut usean tahon esittämä tärkeä tavoite, jonka yhteydessä on tuotu esiin erityisesti työelämän laadun ja työterveyshuollon kehittäminen. Silti Suomessa on viime vuosikymmenten aikana todettu olevan kattava, edistyskellinen ja hyvin toimiva työterveyshuolto. Kuinka siis olemme joutuneet nykyiseen tilanteeseen? Eikö työterveyshuolto olekaan onnistunut tehtävässään?

Julkisuudessa on myös esitetty kriittisiä kommentteja työterveyshuollon kustannuksista ja yritysten vaateita saada aiempaa parempaa vastinetta rahoilleen. Kelan työterveyshuoltotilaston (Kelan työterveyshuoltotilasto 2012, 2014) mukaan työnantajien työntekijäkohtainen panostus työterveyshuoltoon on kaksin- tai kolminkertaistunut yrityskoosta riippuen kahdenkymmenen viime vuoden aikana. Vastineeksi rahoilleen yritykset odottavat työterveyshuollolta vaikuttavuutta, joka ilmenee sairauspoissaolojen ja ennen aikaisten eläkkeiden vähentymisenä ja työturvallisuuden ja työntekijöiden työkyvyn paranemisena ja joka parantaa yrityksen tuottavuutta (Heikkinen 2007). Samaan aikaan kuin yritysten rahallinen panostus on kasvanut, sairauspoissaolojen määrä on noussut (Työaika katsaus... 2013). Kankaanpään (2012) tutkimuksen mukaan ei myöskään ole näyttöä siitä, että yrityksen ehkäisevään työterveyshuoltoon tekemällä investoinnilla olisi positiivista yhteyttä yrityksen taloudelliseen menestykseen. Työterveyshuollon kehittämistarpeen toteaminen ei ehkä yksinomaan riitä, vaan on syytä vakavasti arvioida, millä tavoin työterveyshuollon toimintaa tulisi kehittää.

## 1 JOHDANTO

---

Työterveyshuolto on Suomessa työterveyshuoltolakiin (1383/2001) perustuvaa ehkäisevää terveydenhoitoa, joka työntajan on järjestettävä työntekijöilleen. Muun työpaikalla järjestettävän vapaaehtoisen työterveyshuollon (esim. sairaanhoito) tavoite on tehostaa työikäisten terveyspalveluja ja tukea ennaltaehkäisevää työterveyshuoltoa. Työnantajalla on oikeus valita työterveyshuollon palveluntuottaja. Työterveyshuollon palveluja tuottavat kunnalliset terveyskeskukset, yksityiset lääkärikeskukset sekä yritysten yhteiset ja omat työterveysyksiköt (Räsänen ym. 1999b). Kunnallisilla liikelaitoksilla ja osakeyhtiöillä on myös ollut mahdollisuus tuottaa työterveyshuollon palveluja 2000-luvulta lähtien.

Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaan työterveyshuollon tavoitteena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshenkilöstön yhteistoimin edistää työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyttä ja turvallisuutta, työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa sekä työyhteisön toimintaa.

Hyvän työterveyshuoltokäytännön (Hyvä työterveyshuoltokäytäntö... 1997; VNa 1484/2001; Manninen ym. 2007) mukaan työterveyshuollon toiminta lähtee yrityksen tarpeista. Työpaikan tarpeiden arvioinnin on kuvattu muodostuvan tiedon hankinnasta ja kerätyn tiedon yhdistämisestä, vertailusta ja prosessoinnista johtopäätösten aikaansaamiseksi ja toiminnan suunnittelemiseksi (Manninen ym. 2007). Hyvä työterveyshuoltokäytäntö (Hyvä työterveyshuoltokäytäntö... 1997; VNa 1484/2001; Manninen ym. 2007) painottaa myös työpaikkojen ja työterveysyksiköiden yhteistyötä, joka on vaikuttavan toiminnan edellytys. Myös Raution (2004) tutkimuksen mukaan työterveyshuollon tuloksellinen toiminta edellyttää kiinteää yhteistyötä työterveyshuollon ja asiakasorganisaatioiden välillä. Työhyvinvoinnin kehittämisen ja työkyvyn edistämisen on arvioitu olevan myös työurien pidentämisen edellytys. Näiden toimien tehokkaan ja onnistuneen toteuttamisen voi olettaa edellyttävän työterveysyksiköiden ja niiden asiakasyritysten yhteistyön kehittämistä entisestään ja sitä, että työterveyshenkilöstö tuntee hyvin asiakasyritystensä toiminnan ja tarpeet.

Työterveyshenkilöstölle on luotu tietopohjaa (esim. Martimo ym. 2010; Uitti & Taskinen 2012) työpaikan tarpeiden arviointiin. Tämän perustana ovat lukuisat tutkimukset fysikaalisista, kemiallisista, biologisista, ergonomisista ja psykososiaalisista terveyteen, työkykyyn ja työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Sekä kotimaisissa että kansainvälisissä tutki-



muksissa on selvitetty työpaikkojen tarpeita kyselemällä eri toimialoilla ja työpaikoilla sekä työnantajalta, työntekijöiltä että työterveyshenkilöstöltä muun muassa työn ja työolojen haittatekijöistä ja turvallisuudesta, työntekijöiden terveydentilasta ja työn ja terveyden koetusta yhteydestä (esim. Kalimo ym. 1989c; Ritchie & McEwen 1994; Bergström ym. 1997; Talvi ym. 1999; Thurston & Blundell-Gosselin 2005). Työpaikan eri osapuolilta ja työterveyshenkilöstöltä on kysytty mielipiteitä tarvittavista työterveyshuollon palveluista (Ritchie & McEwen 1994; Williams ym. 1994; esim. Reid & Malone 2003) tai tyytyväisyyttä työterveyshuollon palveluihin (Kujala & Väisänen 1997; Antti-Poika ym. 1998). Laajalaisia työpaikkakohtaisia tarpeiden arviointiprosessien tutkimuksia tai kuvauksia on raportoitu vähän (esim. Arola ym. 1991; Talvi ym. 1995). Suomalaisten työterveyshuoltoyksiköiden ja työpaikkojen yhteistyötä on tutkittu keräämällä tietoa eri osapuolten kokemuksista ja käsityksistä lähinnä kvantitatiivisilla kyselytutkimuksilla, joiden johtopäätöksissä on toistuvasti todettu, että yhteistyötä pitää kehittää (esim. Karisto 1989a; Lappalainen & Hietala 1994; Piirainen ym. 1994; Hyytiäinen ym. 1998; Töyry ym. 2001b; Rantanen ym. 2003; Pakkala ym. 2004; Forma ym. 2008). Tutkimustulokset eivät kuitenkaan anna vastausta siihen kysymykseen, miten työpaikan tarpeiden arviointia ja siihen liittyvää yhteistyötä pitäisi kehittää.

Työterveyshuollon yhteistyökäytäntöjen tutkiminen työpaikan tarpeiden arvioinnissa ja yhteistyötilanteissa on jäänyt vähemmälle, vaikka työterveyshenkilöstön mielestä yhteistyö on yksi tärkeimmistä työterveyshuollon vaikuttamiskeinoista (esim. Hautamäki & Pääkkönen 1987). Työterveyshuoltolainsäädäntöön on lakisääteisen työterveyshuollon aikana myös tehty useita muutoksia, joiden voi olettaa muuttavan työpaikan tarpeiden arviointia. Ei ole tietoa esimerkiksi siitä, miten työpaikan tarpeiden arviointi on muuttunut, miten kunkin kokemuksia tai tietoa ja minkälaista tietoa hyödynnetään yhteistyötilanteissa, mitä yhteistyötilanteissa tapahtuu tai ylipäätään minkälaista yhteistyötä työterveyshuolto ja työpaikka tekevät tarpeita arvioidessaan. Tarpeiden arvioinnin pitäisi luoda perusta sekä työterveyshuollon sisällölle että työterveyshuollon ja työpaikkojen jatkoyhteistyölle. Onko työpaikan tarpeiden arvioinnissa ja siihen liittyvässä yhteistyössä mahdollisesti kehittämisen tarvetta?

Vaikka useimmissa Euroopan maissa työterveyshuollon palvelut ovat lakisääteisiä, Isoa-Britanniaa ja Ruotsia lukuun ottamatta, lain sisällössä,

## 1 JOHDANTO

---

työterveyshuollon toimijoissa, heidän koulutuksessaan ja käytössä olevissa välineissä ja työterveyshuollon seuranta- ja ohjausjärjestelmissä on huomattavaa vaihtelua (Hämäläinen ym. 2001; Hämäläinen 2008). Euroopan maista vain Suomessa ja Tanskassa työpaikan terveyden edistäminen on osa työterveyshuollon toimintaa (Hämäläinen 2007). Suomessa sairaanhoitopalveluiden järjestäminen työntekijöille on työnantajille vapaaehtoista, mutta tätä mahdollisuutta on käytetty paljon. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut ovat Suomessa merkittävä osa työikäisen väestön perusterveydenhuoltoa (Virtanen & Mattila 2011). Muissa maissa sairaanhoidon sisältyminen työterveyshuoltoon vaihtelee kovasti, esimerkiksi siten, ettei sitä järjestetä ollenkaan tai että työnantaja on mahdollistanut työperäisiä sairauksia koskevat palvelut (esim. Plomp 1998; Kabel ym. 2007; Lie & Bjornstad 2007; Hämäläinen 2008). Edellä mainittujen seikkojen takia on oletettavaa, että tarpeen käsite, tarpeen tulkinta ja työpaikan ja työterveyshuollon välinen yhteistyö vaihtelevat eri maissa ja siten myös työpaikan tarpeiden arviointi on kehittynyt eri tavoin. Tässä tutkimuksessa keskitytään Suomen työterveyshuoltolainsäädännön mukaiseen työpaikan tarpeiden arviointiin ja sen muutoksiin.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää ja kehittää työterveyshuollon ja työpaikan välistä yhteistyötä erityisesti työpaikan tarpeiden arviointiin liittyvissä asioissa. Tutkimusote oli laadullinen ja tutkimuksen teoreettisena viitekehysinä käytettiin kehittävää työntutkimusta ja sen taustana olevaa toiminnan teoriaa (Engeström 1987; Engeström ym. 1999). Tutkimuksen kohteena oli yksi terveyskeskuksen työterveyshuoltoyksikkö asiakasyrityksineen. Kehittävän työntutkimuksen metodologian mukaisesti työpaikan tarpeiden arviointia tutkittiin muuttuvana toimintana. Työpaikan tarpeiden arvioinnin muutoksesta on tutkimusaineistoa vuodesta 1978 vuoteen 2003. Väitöskirjan neljä osatutkimusta on julkaistu vuosina 2003–2008. Kirjallisuuskatsauksen aineisto on rajattu päättymään vuoteen 2009. Pohdinnassa aihetta käsitellään myös vuoden 2009 jälkeen annettujen työterveyshuoltosäädösten ja uusimpien tutkimusten näkökulmasta.

## **2 KIRJALLISUUSKATSAUS**

### **2.1 Suomalaisen työterveyshuollon sisällön ja tavoitteiden muutokset lainsäädännössä vuosina 1978–2009**

Suomalaisen hyvinvointivaltion perusta luotiin 1960-luvun puolivälistä 1990-luvun puoliväliin vahvalla keskusjohtoisella normi- ja resurssiohjauksella (esim. Stenvall & Syväjärvi 2006). Toisin kuin muu terveydenhuolto, joka on nykyään yhä enemmän kuntien vastuulla ja valtion informaatio-ohjauksen (Stenvall & Syväjärvi 2006) varassa, työterveyshuolto on edelleen vahvasti keskusjohtoista. Työterveyshuolto on sosiaali- ja terveysministeriön ja Kansaneläkelaitoksen normiohjauksessa ja seurannassa (Hyvä työterveyshuoltokäytäntö... 1997; Manninen ym. 2007). Sosiaali- ja terveysministeriön johdon ja valvonnan alaisena toimii myös Työterveyslaitos, joka on pitkälti vastuussa työterveyshuollon toiminnassa käytettyjen ajattelumallien ja välineiden kehittämisestä ja työterveyshenkilöstön pätevöittämis- ja täydennyskoulutuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta Työterveyslaitos on 1990-luvun puolivälistä lähtien toimittanut työterveyshuollon laatusuosituksista eli Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -opasta (Hyvä työterveyshuoltokäytäntö... 1997; Manninen ym. 2007; Uitti 2014). Oppaaseen on kiteytetty työterveyshuollon parhaat käytännöt, jotka perustuvat työterveyshuollossa tehtyihin tutkimuksiin ja käytännön toimijoiden kokemuksiin. Kelan korvausjärjestelmän, joka on ainutlaatuinen maailmassa, voi myös arvioida vahvasti ohjanneen työterveysyksiköitä ja työnantajien työterveyshuollon toimintaa.

Työterveyshuoltotoimikunnan mietinnön (1978) mukaan normiohjauksella on pyritty luomaan lainsäädännölliset edellytykset työterveys-

## 2 KIRJALLISUUSKATSAUS

huollon kehittämiseksi. Työterveyshuollon toimintaa ja sisältöä on Suomessa ohjattu yhtenäisellä lainsäädännöllä vuodesta 1979, jolloin astui voimaan työterveyshuoltolaki (748/1978). Suomen nykyinen työterveyshuoltoa säätelevä normisto koostuu useista laeista (työterveyshuolto-, sairaus-vakuutus-, työturvallisuus- ja kansanterveyslaki) sekä asetuksista ja valtioneuvoston ja sosiaali- ja terveysministeriön päätöksistä. Työelämän muutosten myötä työterveyshuoltolainsäätöä on muutettu useaan otteeseen lakisääteisen työterveyshuollon aikana. Lainsäädäntömuutoksilla on pyritty muun muassa vaikuttamaan työterveyshuollon kattavuuteen ja sisältöön, kannustamaan työterveyshuollon käyttöön ja varmistamaan ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden käyttöä. Työterveyshuollon tavoitteiden ja palveluiden sisällön kehityksen on Suomessa kuvattu edenneen neljän vaiheen kautta (Antti-Poika 1997; Husman 2010). Kuvausten (kuvio 2.1) mukaan työterveyshuolto oli ennen vuotta 1978 avosairaanhoitoa, ja se kehittyi 1980-luvulla työterveyshuoltolain säätämisen jälkeen ehkäiseväksi työterveyshuolloksi, vuodesta 1990 eteenpäin työpaikkojen kehittämisvoimavaraksi ja 2000-luvun alusta työkyvyn tueksi (Antti-Poika 1997; Husman 2010).

Vaihe I		Vaihe II		Vaihe III		Vaihe IV
1950	1960	1970	1980	1990	2000	→
<b>Avosairaanhoitoa</b>		<b>Ehkäisevää työterveyshuoltoa</b>		<b>Työpaikan kehittämisvoimavara</b>		<b>Työkyvyn tuki</b>
- epäspesifinen, korjaava ja hoitava		- spesifinen, vaaroja ja haittoja ehkäisevä		- laaja-alainen		- työkykyisyyttä tukeva
- passiivinen - sairauslähtöinen		- riski- ja työympäristö-lähtöinen - aktiivinen - lääketieteellinen - spesialisoitunut		- aktiivinen - työkykyä edistävä - pyrkii rakenteellisiin sekä työ- ja elintapamuutoksiin - kehityshakuinen - monitieteinen		- terveyttä edistävä - aktiivinen ja kehityshakuinen - pyrkii rakenteellisiin sekä työ- ja elintapamuutoksiin - hoitoa koordinoiva - yhteistyöhakuinen - verkostoituva

Kuvio 2.1 Työterveyshuollon tavoitteiden ja sisällön kehitys (mukailtu Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaan (1997) ja Työstä terveyttä -kirjan (Martimo ym. 2010) kuvista)

### **Ehkäisevän työterveyshuollon vaihe**

Vuonna 1979 voimaan astunutta työterveyshuoltolakia (743/1978) edelsi vuonna 1971 tehty työmarkkinajärjestöjen välinen sopimus työpaikkaterveydenhuollon kehittämistä. Laki perustui pitkälti tähän sopimukseen (Koskiaho 1987). Työterveyshuoltotoimikunnan mietinnön (1978) mukaan Suomen työikäisen väestön terveystilanteen kehitys näytti kansainväliseen tilanteeseen verrattuna epätydyttävältä 1970-luvun lopussa. Väestön terveydentilan parantamisen edellytykseksi nähtiin se, että terveystoimien painopisteeksi asetettaisiin sairauden ehkäisy. Jo vuonna 1972 säädetty kansanterveyslaki (66/1972) pyrki tähän. Työterveyshuoltotoimikunnan mietinnön (1978) mukaan yksi ehkäisevän terveydenhuollon tavoite oli työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen vähentäminen tai poistaminen. Työterveyshuollolla nähtiin olevan hyvät edellytykset sairauksien ehkäisyyn, sillä työperäisten vaarojen ja haittojen ajateltiin olevan ehkäistävissä helpommin kuin muuhun sairastavuuteen vaikuttavien tekijöiden. Esimerkiksi suomalaisten suurten kansantautiryhmien tekijät tunnettiin vain osittain, joten niiden ehkäisyyn oli vain rajalliset mahdollisuudet. Sairauksien ehkäisy onnistuminen edellytti kuitenkin työterveyshuollon kehittämistä.

Työterveyshuoltotoimikunnan mietinnön (1978) mukaan työterveyshuoltotoiminnassa arvioitiin olevan seuraavanlaisia kehittämistarpeita 1970-luvun lopussa: 1) työterveyshuoltotoiminta oli sairaanhoitopainotteista, 2) yhtenäisiä työterveyshuollon toimintamalleja ei ollut, 3) työterveyshuoltopalveluita ei ollut tasapuolisesti tarjolla maan eri osissa, 4) työterveyshuolto kattoi vuonna 1978 vain 60 % palkansaajista ja 5) suurin osa pientyöpaikoista oli työterveyshuoltopalveluiden ulkopuolella. Työterveyshuoltolain (743/1978) tavoitteena oli siis suunnata toiminnan sisältöä työstä johtuvien vaarojen ehkäisemiseen. Työterveyshuoltolakia (743/1978) säädettäessä muutettiin myös sairausvakuutuslakia. Muutoksen (SVL:n muutos 745/1978) perusteella työnantajilla oli oikeus saada korvausta työterveyshuollon korvauksista aikaisemman Kansaneläkelaitoksen harkintaan perustuneen korvauksen asemasta.

Rantasen (1992b) mukaan vuonna 1978 säädetty työterveyshuoltolaki oli selvä kehitysimpulssi Suomen työterveyshuollolle. Jo 1980-luvun puolivälissä työterveyshuollon kattavuus oli 80 %, eikä selviä alueellisia kattavuuseroja enää esiintynyt (Kalimo ym. 1989a). Työterveyshuollon

alueellinen laajentuminen oli tapahtunut pääasiassa terveystyökeskusten turvin. Kattavuus oli paras suurilla työpaikoilla, mutta vain puolella pienimmistä työpaikoista oli järjestetty työterveyshuolto. (Kalimo ym. 1989a.)

### **Työpaikkojen kehittämisvoimavara -vaihe**

Sekä Rantasen (1992a) että Uitin ja Setälän (1993) mukaan työterveyshuoltolain kehittävä vaikutus pysähtyi 1990-luvulle siirryttäessä. Ylikosken (1990) mukaan myöskään työelämä ei ollut kehittynyt yksinomaan positiiviseen suuntaan. Teollisuudessa oli koettu kansan- ja kansainvälisen talouden suhdannevaihteluista aiheutuvia sopeutumispaineita jo vuosikymmeniä. Erityisesti lama koetteli Suomea 1990-luvun alkupuolella. Sopeutumispaineet näkyivät teollisen toiminnan tehostamisena ja kustannusten säästövaatimuksina. Uutta oli 1990-luvulla, että talouden paineet kohdistuivat myös palvelualoihin, joilta puuttui teollisuuden muotokulttuuri. (Ylikoski 1990.) Työolokomitean mietinnössä (1991) tuotiin esille, että työtaturmien ja ammattitautien lisäksi työelämässä korostuivat aikaisempaa enemmän uudenlaiset ongelmat. Mietinnön mukaan psyykkinen ylikuormitus, stressi ja kiireen haittaavuus olivat lisääntyneet ja sosiaaliset suhteet kärjistyneet. Sekä työolokomitean mietinnössä (1991) että Rantasen (1992a) arvioissa tuli esille, että työelämän muutokset edellyttivät jälleen myös työterveyshuollon kehittämistä.

Vuonna 1991 työterveyshuoltolakiin tehtiinkin lisäyksiä (TthL:n muutos 608/1991) toiminnan sisällön kehittämiseksi. Työterveyshuollon piti lain muutoksen mukaisesti osallistua kuntoutusta koskevaan neuvontaan ja hoitoon tai kuntoutukseen ohjaamiseen sekä omalta osaltaan osallistua työkykyä ylläpitävään toimintaan työpaikalla. Työterveyshuoltolainsäädännön muutos 608/1991 liittyi laajempaan kuntoutuslainsäädännön uudistamiseen (Kuntoutusta koskevan... 1990), jonka tarkoituksena oli tehostaa kuntoutusjärjestelmää. Lakiesityksen perusteluissa (Kuntoutusta koskevan... 1990) tavoitteeksi asetettiin varhaiskuntoutuksen mahdollistaminen entistä selkeämmin työterveyshuollossa. Työkykyä ylläpitävän toiminnan toteuttamiseen oli jo aiemmin sitouduttu laajalti sopimusteitse. Keskeiset työmarkkinajärjestöt olivat hyväksyneet marraskuussa 1989 suosituksen ”Työkykyä ylläpitävä toiminta työpaikoilla” ja muuttivat tässä yhteydessä järjestöjen välistä työsuojelusopimusta. Esimerkiksi Husman

(2010) on pitänyt työterveyshuollon velvoitetta osallistua työkykyä ylläpitävään toimintaan merkittävänä työterveyshuollon kehityksen kannalta.

Sailas (1998) on kuvannut, että yrityksiä kaatui laman aikana tuhansittain ja työn epävarmuuden kokeminen lisääntyi. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnössä (1994) arvioitiin, että yritysten kaatuminen aiheutti työterveyshuollolle huolta toisaalta työterveyshuollon omasta, toisaalta asiakkaiden kohtalosta. Vaikka työterveyshuollon toiminta osittain kyseenalaistui laman seurauksena, mietinnössä todettiin, että yhteiskunnallisesti työterveyshuoltoa pidettiin edelleen merkittävänä toimintana sekä työntekijöiden, työnantajan että kansantalouden kannalta. Työntekijöiden näkökulmasta työterveyshuolto oli merkittävää yksilön terveyden kannalta ja työnantajan näkökulmasta siksi, että se edisti työvoiman työkykyä. Kansantaloudellisesti työterveyshuollolla arvioitiin ehkäistävän ennen aikaiselle eläkkeelle siirtymistä, mikä vähentäisi eläkekustannuksia. (Sosiaali- ja terveysvaliokunnan... 1994.)

Lama loi työterveyshuollolle myös uusia tehtäviä ja haasteita, esimerkiksi työttömyysuhan alaisina olevien selviytymisen edistämisen. Vaikka taloustilanne vaikuttikin työterveyshuollon toimintaan, Lambergin (1994) arvion mukaan suurimmat työterveyshuollon haasteet johtuivat silti työelämän kehityksestä. Työpaikat olivat entistä pienemmissä yrityksissä ja omaa työtään tekevien ja pienyrittäjien määrä oli lisääntynyt (Lamberg 1994). Myös työn terveysvaaroissa oli tapahtunut muutoksia. Työ ja terveys Suomessa -kyselyn (Kauppinen ym. 1997) mukaan työssä oli perinteisten terveysvaarojen lisäksi entistä enemmän psyykkistä ja informaatiokuormitusta.

Uusien lakiesitysten (SVL:n muutos 782/1994; VNp 950/1994; STMp 1348/1994) perusteluteksteissä (Hallituksen esitys... 1994) kiinnitettiin huomiota siihen, että kehittämistavoitteista huolimatta työterveyshuolto oli 1990-luvun alussa edelleen sairaanhoitopainotteista. Sairausvakuutuslain (745/1978) mukaisien työterveyshuoltokorvauksien oli ajateltu sekä toimivan kannustimena että tasoittavan yritysten välisiä taloudellisia eroja. Korvaaminen ei ollut kuitenkaan vaikuttanut lakisääteisen työterveyshuollon ja muun työnantajalle vapaaehtoisen terveydenhuollon (esim. sairaanhoidon) keskinäiseen painottumiseen. Sairaanhoito oli korostunut ehkäisevän toiminnan sijaan. Myöskään työterveyshuollon eri palvelujärjestelmissä ei ollut mahdollista noudattaa yhdenmukaista korvauskäytäntöä, sillä sairaanhoidon ja muun vapaaehtoisen tervey-

denhuoltotoiminnan laajuus ja sisältö olivat olleet palvelun järjestäneen työnantajan määriteltävissä. (Hallituksen esitys... 1994.)

Näihin maksu- ja korvausjärjestelmän epäkohtiin haettiin ratkaisua 1990-luvun puolivälissä tehdyillä säädösmuutoksilla (SVL:n muutos 782/1994; VNp 950/1994; STMp 1348/1994): korvattavat kustannukset määriteltiin ja ryhmiteltiin uudelleen ja lisäksi määriteltiin työntekijäkohtaisen korvauksen laskennallinen enimmäismäärä. Lakiesityksen perustelujen (Hallituksen esitys... 1994) mukaan muutoksilla pyrittiin 1) edistämään työpaikan tarpeista lähtevää ehkäisevää työterveyshuoltoa ja työntekijöiden työkyvyn edistämistä, 2) parantamaan korvauskäytännön yhdenmukaisuutta palvelujen eri järjestämisvaihtoehdoissa sekä 3) edistämään työterveyshuollon palveluiden ja voimavarojen tehokasta ja tuloksellista käyttöä. Valtioneuvoston päätöksessä (950/1994) myös määriteltiin lainsäädännön muutoksen mukanaan tuoma uusi ja keskeinen käsite hyvä työterveyshuoltokäytäntö.

Valtioneuvoston päätöksen mukaan (950/1994) hyvä työterveyshuoltokäytäntö perustui eri alojen asiantuntijoiden yhteistyöhön ja monitieteiseen tietoon työn ja terveyden välisistä suhteista sekä niiden hallinnasta. Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti työterveyshuollon tavoitteena oli terveellinen ja turvallinen työympäristö, hyvin toimiva työyhteisö, työhön liittyvien sairauksien ehkäisy sekä työntekijän työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen (VNp 950/1994). Antti-Pojan (1997) mukaan keskeistä hyvän työterveyshuoltokäytännön kannalta oli, että tavoitteet tuli priorisoida yhteistyössä asiakasyritysten kanssa, tavoitteet määriteltäisiin riittävän konkreettisesti ja niiden toteutumista seurattaisiin. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaassa (1997) arvioitiin, että uudet tavoitteet laajensivat huomattavasti vuonna 1979 voimaan tulleen työterveyshuoltolain riskilähtöistä tavoiteasetelmaa. Lamberg (1994) toi esille, että työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmän kehittämisellä toivottiin luotavan vakaa taloudellinen toimintapohja, joka johtaisi työterveyshuollon toiminnan sisällön ja laadun voimakkaaseen ja innovatiiviseen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (1994) uudistuksen tavoitteena ei ollut aiheuttaa muutoksia työterveyshuollon keskimääräiseen kustannustasoon, vaan käytettävissä olevat voimavarat kohdistuisivat enemmän ehkäisevään ja työkykyä ylläpitävään toimintaan. Mietinnön mukaan uudistuksella myös pyrittiin parantamaan ennen kaikkea pienten yritysten edellytyksiä järjestää työterveyshuoltoa.



### **Työkyvyn tuen vaihe**

Seuraava merkittävä säädösmuutos oli työterveyshuoltolain uudistus vuonna 2001. Lambergin (1994) mukaan jo vuonna 1994 sairausvakuutuslakia koskevaa muutosta hyväksyessään eduskunta oli kiinnittänyt huomiota joihinkin työterveyshuoltolain puutteisiin ja edellyttänyt, että koko lakia tarkasteltaisiin lähitulevaisuudessa uudelleen. Eduskunnassa työterveyshuoltolain uudelleen tarkastelun lähtökohtana oli ollut se, että työvoiman työkyvystä on pidettävä huolta valtakunnan työvoiman ja kansantalouden turvaamiseksi (Lamberg 1994). Uuden lakiesityksen perusteluteksteissä (Hallituksen esitys... 2001) tuotiin esille työelämässä ilmenneitä haasteita, joita olivat muun muassa työn hallintaan ja psyykkiseen kuormitukseen liittyvät tekijät. Uudet altistukset ja kuormitustekijät liittyivät eri toimi- ja ammattialoilla monelta osin työelämän nopeaan muutokseen ja muun muassa uuden teknologian käyttöönottoon. Muita työterveyden ja turvallisuuden kannalta keskeisiä seikkoja olivat muun muassa epätyypillisten työsuhteiden lisääntyminen ja työn sisällön muutokset, jotka edellyttivät työterveyshuollon sisällön ja toimintatapojen painotuksen muuttamista. Monissa ammateissa oli myös noussut esille työturvallisuusriskien ehkäisy ja tarve suojautua väkivaltaista käyttäytymistä vastaan. Väestön vanheneminen oli myös edelleen yhteiskunnallinen haaste. (Hallituksen esitys... 2001.)

Työterveyshuoltolaki 1383/2001 kumosi vuoden 1978 työterveyshuoltolain (743/1978) ja astui voimaan vuoden 2002 alusta. Työterveyshuoltoa ohjaavia työterveyshuoltolakiin perustuvia tarkempia määräyksiä annettiin valtioneuvoston asetuksissa: valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (1484/2001) ja valtioneuvoston asetus terveystarkastuksista erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä (1485/2001). Työterveyshuoltolain uudistuksen yhteydessä sairausvakuutuslakiin lisättiin määräaikainen 29 b §, jonka mukaan työnantajalle korvattaisiin 60 % työterveyshuollon vuosittaisen toimintasuunnitelman laatimisesta aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista, mihin sisältyivät työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden tekemien, toimintasuunnitelman laatimisen perustana olevien työpaikkakäyntien kustannukset.

Uudistetun työterveyshuoltolain (1383/2001) tavoitteena oli lakiesityksen perustelutekstien (Hallituksen esitys... 2001) mukaan vahvistaa

työterveyshuollon toimintaa työn ja työympäristön sekä työyhteisön turvallisuuden kehittämisessä samoin kuin työntekijöiden terveyden ja työkyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä. Perusteluteksteissä painotettiin työterveyshuollon roolia osaamiseen liittyvien asioiden hoitamisessa. Uudistuksen tavoite oli myös vahvistaa työterveyshuollon pitkäjänteistä, työuran eri vaiheisiin liittyvää toimintatapaa. Työterveyshuollolta odotettiin valmiuksia auttaa työpaikkoja, työyhteisöjä ja yksittäisiä työntekijöitä työelämän monissa tilanteissa. (Hallituksen esitys... 2001.) Lambergin (2002) ja Kaukisen (2002) arvion mukaan uusi laki ja sitä täydentävät asetukset eivät tuoneet työnantajalle uusia toimintasisältöihin liittyviä velvollisuuksia, mutta konkretisoivat työterveyshuollon sisältöä. Lain muutoksissa korostuivat työterveyshuollon laadun kehittämistavoitteet: ehkäisyn muuttuminen terveyden ja työkyvyn edistämiseksi, työterveyshuollon rooli myös yritysten ja työpaikkojen terveellisyyden ja hyvinvoinnin edistämässä, seurantavelvoite, vaikuttavuuden arviointi ja yhteistyön painottaminen. (Lamberg 2002; Kaukinen 2002.)

### **2.2 Työterveyshuoltotoiminnan suunnittelu**

Työterveyshuoltolaki (743/1978) ei vielä suoranaisesti edellyttänyt työterveyshenkilöstöltä työterveyshuollon toimintasuunnitelmaa. Sairausvakuutuslaki (364/63) edellytti sitä kuitenkin työnantajalta. Vuoden 1978 työterveyshuoltolain jälkeen annetut säädösmuutokset sen sijaan korostivat työterveyshuoltotoiminnan suunnittelua yhteistyössä. Myös Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaan (Manninen ym. 2007) mukaan työpaikan tarpeeseen pohjautuva toiminnan suunnittelu on työterveystoiminnan perusta ja laadukkaan toiminnan edellytys. Työterveyshenkilöstön mielestä (esim. Hassi ym. 1998; Peurala 1999) yrityksen työterveyshuollon toimintasuunnitelman tekeminen oli myös tärkeimpiä asiakasorganisaation ja työterveyshuollon yhteistyötilanteita.

Vaikka toiminnan suunnittelua pidettiin tärkeänä, selvisi Laineen ym. (2009) tutkimuksessa, että sitä oli kansainvälisesti ja Suomessa tutkittu niukasti. Työsuojelun toimintaohjelmista (occupational health and safety management programme), jollaisen osana työterveyshuollon toimintasuunnitelma saattoi olla, oli erilaisia oppaita ja ohjeita (Safety and Health ... 1989; esim. Guidelines on... 2001), mutta empiirisiä kansainvälisiä tutki-

muksia oli tehty vähän ja niitä kaivattiin lisää (Frick ym. 2000; Nichols & Tucker 2000). Esimerkiksi LaMontage ym. (2004) ja Barbeau ym. (2004) olivat tehneet arviointitutkimusta työsuojelun toimintaohjelmista isoissa ja pienissä yrityksissä survey-menetelmällä. Työterveyshuollon toiminta ei tullut esille kummankaan tutkimuksen kyselyssä tai tuloksissa.

Kotimaisessa julkaisussa (Antti-Poika ym. 1993) korostuivat työterveyshuoltotoiminnan suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus sekä työterveyshuollon tavoitteiden kytkeminen yrityksen tavoitteisiin ja toimintaan. Suomessa työterveyshuollon toiminnan suunnittelua ovat eri näkökulmista tutkineet Martimo (1998), Bergström ym. (1998) ja Laine ym. (2009). Martimon (1998) työterveyshuollon auditointitutkimuksessa työterveyshuollon asiakasorientaatio, toiminnansuunnittelu ja laadun parantaminen saivat matalimmat (huonoimmat) keskiarvot muihin arvioituihin työterveyshuollon toimintoihin verrattuna. Bergströmin ym. (1998) tutkimuksessa, joka koski työterveyshenkilöstön omaa työhyvinvointia, työterveyshuoltoyksiköiden tiimityö oli yritysten tarpeiden arvioinnissa puutteellista.

Laineen ym. (2009) tekemä tutkimus on kattavin Suomessa tehty työterveyshuollon toiminnan suunnittelua koskeva tutkimus. Tutkimuksessa analysoitiin toimintasuunnitelmadokumentteja ja lisäksi haastateltiin työterveyshuoltoyksiköitä ja niiden asiakasyritysten edustajia, jotka olivat olleet mukana toimintasuunnitelmia laadittaessa. Tutkimuksessa oli mukana sekä terveyskeskusten, työnantajan omia että lääkärikeskusten työterveysyksiköitä. Tutkimuksen mukaan toimintasuunnitelmat sisälsivät osittain lain ja asetusten mukaiset työterveyshuollon toimenpiteet, jotka oli kirjattu lähinnä yleisellä tasolla. Isoissa yrityksissä ja asiakasorganisaatioiden omilla työterveysasemilla suunnittelu näytti toteutuneen parhaiten. Vain joissakin isoissa organisaatioissa tavoitteet oli kytketty yrityksen tavoitteisiin. Toimintasuunnitelmien sisällöissä ei ollut merkittäviä eroja terveyskeskusten ja lääkärikeskusten työterveyshuoltoyksiköiden välillä. Tutkimuksessa tuli myös esille, etteivät asiakasyritykset välttämättä edes tiedeet, kuinka työterveyshuollon asiantuntemusta voisi hyödyntää. Asiakasorganisaatiot eivät myöskään aktiivisesti esitä toiveita ja tavoitteita toimintasuunnitelmiin. Sekä toimintasuunnitelmadokumentit että haastattelut vahvistivat tutkijoiden käsitystä siitä, että toiminnan suunnittelussa tulisi nykyistä paremmin huomioida asiakasorganisaation tarpeet. (Laine ym. 2009.)

### 2.3 Tarve terveydenhuollon käsitteenä

Jotta asiakasorganisaation tarpeet pystyttäisiin huomioimaan työterveyshuollossa, pitäisi tietää, miten tarve määritellään. Ensimmäisessä laajassa suomalaisessa työterveyshuollon oppikirjassa ”Työterveyshuolto” (ns. vihreä kirja, Rantanen & Ylikoski 1986) työterveyshuollon tarvetta tarkasteltiin kolmesta näkökulmasta. Kirjan mukaan työpaikoilla oli työterveyshuollossa juridista, lääketieteellistä ja työterveyshuollollista tarvetta.

Juridisella tarpeella tarkoitettiin, sitä että jokaisen työpaikan työterveyshuollossa oli määritelty tietty perussisältö työterveyshuoltolainsäädännössä, ja tarpeen arvioinnissa keskeisen lähtökohdan muodostivat työpaikalla esiintyvät terveysvaarat. Lääketieteellinen tarve oli kytköksissä lääketieteellisen tutkimuksen kehittämiin uusiin menetelmiin ja erityisesti sen tuottamiin mahdollisuuksiin tutkia huollossa olevien biolääketieteellisiä muuttujia erilaisin laboratorioteknisin menetelmin. Lääketieteellisen tarpeen harkinta piti tehdä toisaalta biolääketieteellisten menetelmien ja toisaalta niiden käytöstä saatavan terveydellisen hyödyn välillä.

Työterveyshuollollinen tarve liittyi siihen, että työterveyshuolto toimii ympäristössä, jossa juridisten ja lääketieteellisten tekijöiden lisäksi vaikuttavat monet muut tekijät. Kirjassa mainittuja tekijöitä olivat muun muassa työntekijöiden odotukset, työnantajan mahdollisuudet ja intressi järjestää työterveyshuoltopalveluja, saatavilla olevat muut kuin työterveyshuoltopalvelut ja työsuojelutoiminnan tarpeet. Vaikka näillä tekijöillä ei nähty olevan suoranaista juridista tai lääketieteellistä perustetta, ne tuli ottaa huomioon, koska ne muodostuivat usein tärkeiksi toiminnan sisältöön vaikuttaviksi tekijöiksi. Työterveyshuolto-kirjan (Rantanen & Ylikoski 1986) mukaan työterveyshuollollinen tarve heijastaa työyhteisön pyrkimyksiä saavuttaa mahdollisimman edullinen tavoitetila käyttämällä työterveyshuoltoa sekä vaarojen ehkäisyyn että terveyden edistämiseen ja työympäristön kehittämiseen.

Vuoden 1997 Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaassa ei käytetä käsitteitä asiakasorganisaation tai työpaikan tarpeet, vaan käsitettä työterveyshuoltotarpeet. Työterveyshuoltotarvetta ei määritellä käsitteenä tarkemmin, mutta oppaassa mainitaan, että tarpeet voivat olla erilaisia näkökulman mukaan:

- ”yrityksen johdon luomat visiot, yrityksen kehityssuunnitelmat, koetut ongelmat, esimerkiksi tuotannon pullonkaulat ja vaihtuvuus, joilla on yhteys työntekijöiden terveydentilaan ja työkykyyn
- työntekijän kokemat tarpeet
- työyhteisön kokemat tarpeet
- työterveyshenkilöstön tiedossa olevat tarpeet (sairaus- ja tapaturmatilastoihin, työpaikkaselvityksiin, terveystarkastuslöydöksiin, työilmapiiritutkimuksiin yms. perustuvat)
- työsuojelun/yhteyshenkilöiden/yhteistyöorganisaatioiden näkemät tarpeet
- laeista, muista säädöksistä tai sopimuksista seuraavat velvoitteet” (Hyvä työterveyshuoltokäytäntö... 1997)

Oppaan (Hyvä työterveyshuoltokäytäntö... 1997) tekstien mukaan tarpeita ehdotettiin kysyttävän asiakasorganisaatiolta työterveyshuollon palveluiden näkökulmasta: mitä työterveyshuollon palveluita asiakasorganisaatio toivoi tai piti tärkeinä tai minkä palveluiden se uskoi ratkaisevan jotain asiakasorganisaation ongelmaa.

Vuoden 2007 Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaassa (Manninen ym. 2007) käytetään käsitteen työterveyshuollon tarpeet sijaan työpaikan tarvetta. Tätä käsitettä ei myöskään tässä oppaassa tarkemmin määritellä, mutta todetaan, että työterveyshuoltoa toteutetaan prosessina, joka perustuu työpaikan tarpeisiin ja että tarvearvio pohjautuu pääasiassa työpaikkaselvitykseen. Myöskään vuonna 2014 julkaistu Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -opas (Uitti 2014) ei määrittele tarpeen käsitettä tarkemmin.

Terveydenhuollon laatuajattelun perustajan Avedis Donabedianin (1973) mukaan tarpeet voidaan terveydenhuollossa hahmottaa jonkinlaisiksi terveyden tai hyvinvoinnin häiriöiksi. Gilmore ja Campbell (2005) ovat määritelleet tarpeen nykyisen ja toivottavamman tilanteen väliseksi eroksi. He myös korostavat, etteivät tarpeet liity vain ei-toivottaviin tilanteisiin, vaan positiivista tilannetta voi olla tarve edistää edelleen. Esimerkiksi henkilö on pysynyt hyvässä kunnossa juostuaan joka toinen päivä viisi kilometriä, mutta haluaa vastedes pystyä juoksemaan pidemmän matkan. Työterveyshuollossakin korostetaan nykyään riskilähtöisyyden lisäksi terveyden ja työyhteisön toimivuuden edistämistä (Työterveyshuoltolaki 1383/2001).

Terveyspalveluiden tutkimuksissa (Wright ym. 1998; Mäntyranta ym. 2004) tarpeita on jaoteltu käsitteiden tarve, kysyntä ja tarjonta avulla. Mäntyrannan ym. (2004) mukaan tarve on terveysongelma, johon voidaan vastata sellaisin terveydenhuollon menetelmin, joihin yhteiskunnalla on varaa. Kysyntä on potilaiden ilmaisemaa halua käyttää palveluja. Tarjonta on sitä, mitä palvelujärjestelmä tarjoaa käytössä olevin resurssein.

Donabedian (1973) jaotteli tarpeen käsitteisiin need, demand ja supply ja tarkasteli niitä sekä terveydenhuollon asiakkaan että asiantuntijan näkökulmista. Need-käsitteellä on asiakkaan näkökulmasta tarkoitettu asiakkaan arviota tilanteista, joihin hän kokee tarvitsevansa terveydenhuollon palveluita. Terveydenhuollon asiantuntijan näkökulmasta need-käsitteellä on tarkoitettu ammatillisiin normeihin (esimerkiksi lainsäädäntö, hyvät käytännöt) perustuvaa asiantuntijan arviota tilanteista, jotka vaativat terveydenhuollon palveluita. Demand-käsitteellä on tarkoitettu terveydenhuollon palveluita, joita asiakkaat uskovat tarvitsevansa tilanteensa auttamiseksi tai joita he haluaisivat, mutta myös terveydenhuollon asiantuntijan ammatillisiin normeihin perustuvaa arviota tarvittavista palveluista. Supply-käsitteellä on tarkoitettu niitä resursseja, joiden avulla asiakkaat uskovat tai asiantuntijat normiensa perusteella arvioivat, että toivottu/tarvittu palvelu voidaan toteuttaa.

Donabedianin käsitteet eivät ole suoraan käännettävissä ja tulkittavissa samoiksi käsitteiksi kuin esim. Mäntyrannan ym. kirjassa (2004) esitetyt käsitteet tarve, kysyntä ja tarjonta. Donabedianin (1973) tapa tulkita käsitteitä sekä asiakkaan että asiantuntijan näkökulmasta on merkittävä ero. Esimerkiksi kysynnän käsite tulkitaan Mäntyrannan ym. (2004) kirjassa vain siksi, mitä potilaat ilmaisevat haluavansa, mutta Donabedianin (1973) demand-käsite tuo tähän sekä asiakkaan (esim. potilaan) että asiantuntijan näkökulman. Donabedianin (1973) mukaan asiantuntijan ja asiakkaan välisessä kanssakäymisessä käsitellään ideaalisimmillaan erilaisia näkökulmia tarpeen käsitteeseen ja muodostetaan yhteistä, jaettua arviota tarpeesta ja siihen tarvittavista palveluista.

Terveyspalvelujen suunnittelun kentässä tarve yhdistetään vahvasti terveydenhuollon palveluihin (health care needs). Toisin sanoen tarve on olemassa vasta, kun sairauteen tai hyvinvoinnin ongelmaan on tarjota jokin terveydenhuollollinen ratkaisu (esim. Mäntyranta ym. 2004). Terveystarpeet (health needs) on laajempi käsite kuin terveyspalvelujen tarpeet (Wright ym. 1998). Yksittäisen ihmisen näkökulmasta työpaikka tai puhdas vesi voivat edistää terveyttä enemmän kuin terveydenhuollon

palvelut. Ottawan asiakirjassa (The Ottawa Charter... 1986) määritellään terveyden edistäminen toiminnaksi, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. Terveys on käsite, jossa painotetaan yhteiskunnallisia ja henkilökohtaisia voimavaroja samoin kuin fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia mahdollisuuksia (The Ottawa Charter... 1986). Näin ymmärrettynä terveyden edistäminen ei ole vain terveydenhuollon tehtävä, vaan laajempi kokonaisuus hyvinvoinnin saavuttamiseksi, ja tarve on käsitteenä laajempi kuin vain terveystalvelujen tarve. Ottawan asiakirjassa (1986) esitellään myös terveyden edistämiseen liittyvä uusi käsite ”setting”. WHO:n terveyden edistämisen sanasto määrittelee käsitteen ”Settings for health” seuraavasti:

”The place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing. A setting is also where people actively use and shape the environment and thus create or solve problems relating to health. Setting can normally be identified as having physical boundaries, a range of people with defined roles, and an organizational structure. Action to promote health through different settings can take many different forms, often through some form of organizational development, including change to physical environment, to the organizational structure, administration and management. Settings can also be used to promote health by reaching people who work in them, or using them to gain access to services, and through the interaction of different settings with the wider community. Examples of settings include schools, work sites, hospitals, villages and cities.” (Health promotion glossary 1998)

Ottawan asiakirjan ja setting-käsitteen tavoitteena (Wenzel 1997) oli laajentaa terveyden edistäminen yksilöihin suunnatusta terveystalveluksesta laajempiin konteksteihin, esimerkiksi työpaikkoihin. Asiakirjan (The Ottawa Charter... 1986) mukaan työpaikkaa ei nähdä vain paikkana, jossa tavoitetaan terveyden edistämistä tarvitsevat ihmiset, vaan paikkana, jossa terveys ja hyvinvointi muodostuvat ja jossa niihin voidaan vaikuttaa.

Tässä tutkimuksessa hyödynnetään Donabedianin (1973) tarve-käsitteen jaottelua käsitteisiin need, demand ja supply, joissa huomioidaan sekä asiakkaan että terveydenhuollon näkökulma.



## 2.4 Työpaikan tarpeen arvioinnin muutokset työterveyshuollossa vuosina 1978–2009

### Ehkäisevän työterveyshuollon vaihe

Työterveyshuoltonormien (TthL 743/1978, VNp 1009/1978) perusteella tarpeiden arviointi oli työterveyshenkilöstön toimintaa. Työterveyshuoltolaki (TthL 743/1978) korosti työterveyshenkilöstön roolia tarpeiden arvioinnissa. Lain mukaan työterveyshenkilöstön tekemän tarpeiden arvioinnin kohteena olivat työpaikan altisteet ja vaaratekijät, altistuvat tai vaarassa olevat työntekijät, altisteilta ja vaaroilta suojautuminen, työpaikan ensiapuvalmius ja vajaakuntoiset työntekijät. Työpaikkaselvitys oli keskeinen tarpeiden arvioinnin väline (TthL 743/1978, 2 §; VNp 1009/1978; Työpaikkaselvitykset työterveyshuollossa 1982/1984). Tarpeiden arvioinnin kohde oli laissa selkeästi annettu ja kohteen voi sanoa olleen juridinen (ks. Rantanen & Ylikoski 1986). Säädösten (VNp 1009/1978) mukaan tarvearvion perusteella pyrittiin työntekijän terveyden suojeluun työterveyshuollon palveluilla eli työpaikkaselvityksen toimenpide-ehdotuksilla, terveystarkastuksilla, neuvonnalla ja ohjauksella, ensiavun järjestämiseen osallistumisella ja vajaakuntoisen työntekijän seurannalla tai hoitoon tai kuntoutukseen ohjaamisella.

Työnantajilta pyydettiin tietoa työpaikkaselvityksiin lähettämällä heille esitietojen hankintaa varten kirjallinen kyselylomake (esim. Suomen Teollisuuslääketieteen Yhdistys ry:n esitietolomake). Kolivuoren (1984) mukaan työnantajat palauttivat lomakkeita vaillinaisesti täytettyinä, jos ollenkaan. Työterveyshenkilöstö pyrki työpaikkaselvitysvälineidensä avulla tuottamaan mahdollisimman objektiivista tietoa tarpeista (Nojonen 1980; Työterveyshuolto eräissä... 1986; Työterveyshuollon valtakunnalliset... 1989; Kalimo ym. 1989b). Altisteita ja kuormitustekijöitä arvioitiin tietyn toimialan ammattaittain tai työtehtävittäin. Mattilan ja Kiven (1986) tutkimuksen mukaan työpaikkaselvityksissä ei yleensä ollut käytössä standardimenetelmiä tai tarkastuslistoja. Suurissa yrityksissä (Työterveyshuolto eräissä... 1986) ja kuntapuolella (Saarakkala 1985) tehtyjen tutkimusten mukaan työterveyshuollon käyttämät välineet suuntasivat tarpeiden arvioinnin erityisesti työhygieniaan, fyysiseen työympäristöön, suojautumiseen ja ensiapuun.



Työpaikkaselvityksistä kertyneen ja muun tiedon (esimerkiksi toimialatieto, tilastot, tutkimukset) varassa työterveysyksikön tuli laatia raportti ja toimenpide-ehdotuksia terveysvaarojen vähentämiseksi työpaikalla ja työjärjestelyillä (Työpaikkaselvitykset työterveyshuollossa 1982/1984). Johtopäätöksen teko perustui terveydellisen merkityksen arviointiin. Ohjeiden (Työpaikkaselvitykset työterveyshuollossa 1982/1984) mukaan johtopäätökset tehtiin siten, että työterveyshuollon ammattihenkilöt vertasivat arviotaan työn ja työpaikan olosuhteiden vaaroista lääketieteelliseen tietoon ja työlääketeolliseen kokemukseen vaarojen terveydellisestä merkityksestä. Raporttien laatua on arvioitu ainakin esitutkimuksessa ”Työterveyshuollon toimivuus ja tuloksellisuus pientyöpaikoilla” (Rahkonen 1987): raporttien laatu vaihteli, usein selvät suositukset ja perustelut puuttuivat tai olivat vaikeasti tulkittavissa. Työpaikkaselvitykset johtivat noin 60 %:ssa toimenpide-ehdotuksiin, joista suurin osa koski fyysistä työympäristöä (Saarakkala 1985; Klaukka 1989). Psykososiaaliset toimenpide-ehdotukset olivat harvinaisia. Toimenpide-ehdotukset liittyivät tarvittaviin työterveyshuollon palveluihin (esim. terveystarkastukset), työpaikalla tehtäviin muutoksiin (tekniset korjaustoimet) tai työntekijöiden henkilökohtaiseen suojautumiseen. (Saarakkala 1985; Klaukka 1989.)

Tarpeiden arvioinnissa on mahdollisesti käytetty myös työsuojelutoimikuntien kokouksista, terveystarkastuksista, sairausvastaanotoilta ja erilaisista tilastoista kertyvää tietoa (Työterveyshuolto eräissä... 1986; Kalimo ym. 1989a). Työpaikkasairaanhoidon ja terveystarkastusten oletettiin tuovan työterveysyksiköille lisää tietoa työpaikan terveysvaaroista, mutta aihetta ei tutkittu tarkemmin 1980-luvulla. Suuryritysten työterveyshuoltoa koskeneessa tutkimuksessa (Työterveyshuolto eräissä... 1986) tosin tuli esille, että noin puolet työterveyslääkärin tietoon tulleista työsuojeluun tai työterveyteen liittyvistä asioista kävi ilmi henkilökohtaisten tapaamisten (terveystarkastukset, vastaanottokäynnit) yhteydessä. Työsuojelutoimikuntien kokouksiin työterveysyksikön edustajat olivat osallistuneet puolessa niistä toimipaikoista, joilla oli toimikunta (Klaukka 1989). Sairauspoissaoloseurantaa oli järjestetty ainakin suurten yritysten työterveyshuollossa (Työterveyshuolto eräissä... 1986) ja 66 %:ssa kuntia (Saarakkala 1985). Suurten yritysten työterveyshuollossa (Työterveyshuolto eräissä... 1986) kerättiin ja käytettiin muitakin kuin sairauspoissaolotilastoja. Ainakin seuraavia tietoja tilastoitiin: työterveyshuollon

suoritetiedot, ammattitautitapaukset, sattuneet työtapaturmat ja terveydelle vaaralliset aineet. Vajaakuntoisia työntekijöitä oli myös tilastoitu ja heidän seurantansa tapahtui ainakin osittain ”sairastavuusseurantana”. (Työterveyshuolto eräissä... 1986.)

Työpaikan tarpeiden arvioinnin näkökulmasta 1980-luvun alku oli työterveyshenkilöstölle haasteellinen, sillä monelta ammattihenkilöltä puuttui työpaikkaselvityksissä tarvittava tietoperusta (Murtomaa & Rossi 1978; Murtomaa 1979). Lisäksi yhtenäisiä työpaikkaselvityksen toimintamalleja ja menetelmiä vasta kehitettiin. (Työpaikkaselvitykset työterveyshuollossa 1982/1984). Tarpeiden arvioinnissa keskeinen toiminta, työpaikkaselvitykset, kuitenkin vakiintui vaiheen 1978–1990 aikana (Työterveyshuollon valtakunnalliset... 1989). Työterveyshuollon sisällön arvioitiin myös muuttuneen laadullisesti sairaanhoidosta kohti ehkäisyä, kun työterveystoiminnan lähtökohtana olivat työpaikkaselvitykset (Kemppi 1983).

Vaikka työpaikkaselvitykset vakiintuivat toimintana työterveyshuoltoon, työpaikkojen tarpeiden arvioinnissa oli 1980-luvun lopussa todettavissa kehittämistarpeita (Työterveyshuollon valtakunnalliset... 1989). Työpaikkaselvitysmenettelyt oli kehitetty lähinnä pysyviä työpaikkoja varten ja niitä oli vaikea soveltaa töihin, jotka muuttuivat jatkuvasti työn kuormituksen ja vaarojen muutosten takia, kuten rakennuslalle (Mattila 1982). Menetelmien arvioitiin myös olevan liian mutkikkaita pientyöpaikoille (Tolonen & Hassi 1978; Lehtonen & Karisto 1991). Hautamäen ja Pääkkösen tutkimuksessa (1987) tuli esille, että edelleen 1980-luvun lopussa noin puolet kyselyyn vastanneista työterveyshenkilöistä koki ongelmia työpaikkaselvityksen tekemisessä. Erityisen haasteellisia työterveyshuollossa olivat työpaikkojen psykososiaaliset ongelmat, joiden tunnistamisen ja ehkäisyn toimintamuodot olivat työterveyshuollossa 1980-luvulla puutteelliset (Saarakkala 1985; Hautamäki & Pääkkönen 1987; Kalimo ym. 1989b). Työterveyshuoltosäädösten perusteella työntekijöitä ei osallistettu työpaikkaselvitykseen. Tämä toimintatapa aiheutti ongelmia, sillä työntekijöiden omat arviot ja käsitykset työssä esiintyvistä terveysvaaroista saattoivat suuresti poiketa sekä työterveyshuollon asiantuntijoiden että työntekijänsä käsityksistä (Elo 1982; Kalimo ym. 1989b).

Salaspuro (1985) on kuvannut työterveyshuollon toimintaa ja yhteistyötä 1980-luvulla työntekijän ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön väliseksi pakolliseksi konsulttijärjestelmäksi, jossa työterveyshuoltotoi-

minnan sisällön harkitsi terveydenhuollon ammattihenkilö. Työnantaja sitten hyväksyi tai hylkäsi työterveyshuollon ehdotukset (Salaspuro 1985). Myös Kariston (1989a) mukaan työterveyshuollon kehittäminen hahmotettiin enemmän asiantuntijakysymykseksi kuin paikalliseksi yhteistoiminta- tai osallistumiskysymykseksi. Asiakirjassa Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat (1989) esitettiin arvio, jonka mukaan työterveyshenkilöstö saattoi keskittyä liiaksi suoritteiden tuottamiseen, jolloin työterveyshuollon ohjelmakokonaisuus jäi suunnittelemattomaksi. Asiakirjassa tuotiin myös esille, että tuloksellinen työterveyshuollon toiminta ei voi perustua pelkästään työterveyshuollon omaan toimintaan ja tietosisältöön. Asiakirjan mukaan työterveyshuollon oli aktiivisesti hakeuduttava yhteistyöhön työpaikkatason ja työpaikan ympäristön organisaatioiden kanssa työterveyshuollon toiminnan toteuttamiseksi ja kehittämiseksi.

Työnantajat ottivat 1980-luvulla harvoin yhteyttä tai käyttivät työterveyshuollon vaikuttamiskeinoja vähän hyväkseen (Mattila & Parvi 1984; Mattila & Kivi 1986; Hautamäki & Pääkkönen 1987). Raitasalon ym. (1991) tutkimuksen mukaan rakennusalan työnantajat kyseenalaistivat työterveyshuollon toiminnan taloudellisen hyödyllisyyden. Suurin osa työnantajista rinnasti työterveyshuollon kustannukset yrityksen henkilöstökuluina palkkaan, minkä voi ajatella kertovan siitä, että työterveyshuoltoa pidettiin ylimääräisenä menoeränä, johon ei haluttu investoida. (Raitasalo ym. 1991.) Myöskään pientyönantajat eivät kokeneet työterveyshuollon tarvetta kovin suureksi, vaan pitivät muita saatavilla olevia terveydenhuoltopalveluja riittävänä korvikkeena (Lehtonen & Karisto 1991). Suuryritysten työnantajat korostivat sairauksien ehkäisyä ja näkivät pienyrittäjiä useammin työterveyshuollon tuottaman hyödyn (Haatainen & Karisto 1991).

Useimmilla työpaikoilla työterveyshuollon toiminta oli työpaikkaselvityksen laatimisen jälkeen olematonta tai potilas/työntekijäkeskeistä (Saarnio & Vaaranen 1987; Kalimo ym. 1989a; Räsänen ym. 1990). Työpaikat toteuttivat noin 50–60 % työterveyshuollon toimenpideehdotuksista (Mattila & Parvi 1984; Työterveyshuolto eräissä... 1986; Hautamäki & Pääkkönen 1987; Lehtonen & Raitasalo 1991). Asiakirjan Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat (1989) mukaan altistumisen vähentämiseen tai poistamiseen tähtääviä työolojen muutoksia ei 1980-luvun aikana kuitenkaan mainittavasti tehty.

### **Työpaikan kehittämisvoimavara -vaihe**

Työterveyshuoltolain muutoksessa 608/1991 työterveyshuoltoon tuotiin uutena asiana työkykyä ylläpitävä toiminta ja vuoden 1994 lainsäädäntömuutoksissa (SVL782/1994, VNp 950/1994, STMp 1348/1994) otettiin käyttöön uusi käsite ”hyvä työterveyshuoltokäytäntö”, jonka mukaisesti työterveyshuollon tavoitteena oli terveellinen ja turvallinen työympäristö, hyvin toimiva työyhteisö, työhön liittyvien sairauksien ehkäisy sekä työntekijän työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Työkykyä ylläpitävät asiat eivät olleet sisältyneet työterveyshuoltolakiin aiemmin, lukuun ottamatta vajaakuntoisen työssä selviytymisen seurantaa (TthL743/1978).

Säädösmuutoksilla haluttiin edistää työpaikan tarpeista lähtevää ehkäisevää työterveyshuoltoa ja työkyvyn edistämistä (Hallituksen esitys... 1994). Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaassa (1997) korostettiin työterveyshuoltotoiminnan asiakaslähtöisyyttä. Uudistusten myötä haluttiin saada työterveyshuolto, linjajohto, henkilöstöhallinto ja työsuojeluorganisaatio yhteistyössä kiinnittämään mahdollisimman varhain huomiota työkykyyn vaikuttaviin tekijöihin (Työmarkkinajärjestöjen suositusmuistio... 1989; Työkykyä ylläpitävä... 1992; Hyvä työterveyshuoltokäytäntö... 1997). Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaassa (1997) katsottiinkin työterveyshuolto yrityksen kehittämisvoimavaraksi, ja tarpeiden arvioinnin avulla oli tarkoitus muun muassa tukea työpaikkoja niiden jatkuvassa kehittämisessä ja suunnittelussa ja toimia työkykyä ylläpitävän toiminnan tietolähteenä. Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä (1348/94) työterveyshuollon toimintasuunnitelma tuli myös lakisääteiseksi. Toimintasuunnitelmassa oli esitettävä työterveyshuollon toteutusperiaatteet, tehtävät ja toimenpiteet.

Säädösmuutosten (VNp 950/1994) mukaan työterveyshenkilöstön tekemän tarpeiden arvioinnin kohteena olivat edelleen altisteet, työympäristöstä johtuva tapaturman vaara ja työympäristöstä ja työntekijän yksilöllisistä ominaisuuksista aiheutuva erityinen sairastumisen vaara, mutta myös työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus sekä työntekijän terveydentila ja työ- ja toimintakyky. Kaikkea tätä oli selvitettävä, jotta voitiin arvioida ”a) mitä toimenpiteitä työympäristön ja työyhteisön sekä työntekijän terveyden ja työ- ja toimintakyvyn parantamiseksi tulee tehdä, milloin ja kuinka usein niitä tehdään, b) mitä menetelmiä terveyden

vaaran sekä työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa ja terveydentilan seurannassa käytetään, c) kuinka tietojen antaminen ja ohjaus järjestetään” (VNp 950/ 1994, 3 §). Tarpeiden arvioinnissa oli tarkoitus tuottaa sekä työterveyshenkilöstön että työpaikan arvioita tarpeista.

Työterveyshenkilöstön käyttöön kehitettiin lukuisia uusia välineitä, muun muassa Invalidisäätiön kehittäämä suoritustesti (Alaranta ym. 1990), UKK-instituutin kehittämä kävelytesti (Laukkanen & Hynninen 1990), työntekijöiden seulomiseksi työkykyä ylläpitävään toimintaan työkykyindeksi eli TKI (Tuomi ym. 1992), psykososiaalisten ongelmien arviointiin 1990-luvun alussa julkaistu Työstressikysely eli TSK (Elo ym. 1990), työpaikkaselvitysmenetelmä TERVAT (Seppä 1991), Työpaikan terveystilanne -kysely työterveyshuoltotoiminnan seurannan ja arvioinnin välineeksi työterveyshuoltoyksiköiden ja työpaikkojen välille (Peurala & Räsänen 2002b), asiakastyytyväisyyskysely (Antti-Poika ym. 1998) ja useita havainnointiin, haastatteluun ja itsearviointiin perustuvia riskinkartoitusmenetelmiä (Hyvä työterveyshuoltokäytäntö... 1997).

Uusilla tarpeiden arvioinnin välineillä kyettiin tuottamaan tietoa yksilöiden fyysisestä kunnosta, sairauksista, sairauspoissaoloista sekä työntekijöiden omista arvioista, jotka liittyivät työkykyyn ja psyykkisiin voimavaroihin ja työtehtävien tai ammattien vaara- ja kuormitustekijöihin (erityisesti työhygienian ja fyysinen työympäristö). TSK (Elo ym. 1990) tuotti lisäksi tietoa sekä työntekijän että työyhteisön käsityksistä koetusta työympäristöstä, työhön ja terveyteen liittyvistä kokemuksista (esim. tyytyväisyys työhön ja elämään) sekä tuen ja työn kehittämisen tarpeisiin liittyvistä kokemuksista (esim. koneiden uusiminen, työn järjestäminen).

Työterveyteen liittyvän tarpeiden arvioinnin kannalta uutta olivat myös koko työyhteisön palautetilaisuudet, joissa työterveys- ja työpaikan henkilöstön oli tarkoitus sekä yhteisesti tulkita tuloksia että suunnitella tarvittavia toimenpiteitä. TKI:n (Tuomi ym. 1992) ja TSK:n (Elo ym. 1990) tavoitteena oli erityisesti osallistaa työyhteisöt tilanteensa arvioimiseen. Välineillä oli ainakin teoreettisesti mahdollista tuottaa tietoa sekä kaikkien työntekijöiden että työ- ja toimintakyvyn suhteen uhattuna olevien työntekijöiden ja työyhteisöjen tarpeista, mutta myös niiden työntekijöiden tarpeista, joiden työ- ja toimintakyky oli jo heikentynyt.

Uudenlaista näkökulmaa arviointiin tuottivat myös asiakastyytyväisyyskyselyt (Antti-Poika ym. 1998). Näissä tuotettiin tietoa sellaisista työterveyshuollon palveluista, joita asiakkaat uskoivat tarvitsevansa

tilanteensa auttamiseksi tai joita he haluaisivat. Kyselyt tuottivat työterveyshenkilöstölle myös tietoa siitä, mitä työterveyshuollon palveluja asiakkaat eivät tunteneet. (Antti-Poika ym. 1998.)

Työterveyteen liittyvässä tarpeiden arvioinnissa työterveyshuollon yleisimmin käyttämiä välineitä olivat neuvottelut työpaikkojen kanssa, työkykyindeksi, työstressikysely, sairauspoissaolojen ja työtaturmien seuranta, UKK-instituutin kävelytestit, lihaskuntotestit, melun ja valaistuksen mittaukset ja työtehtävien videointi (Peurala ym. 1994; Mäkitalo 1999; Peurala ym. 1999). Asiakastyytyväisyyskyselyjä käytti noin puolet työterveyshuoltoyksiköistä (Peurala & Räsänen 2002a). Työterveyshoitaja tai lääkäri kävi keskimäärin kerran vuodessa työpaikkakäynnillä jokaisessa asiakasyrityksessä. Kaikissa työterveyshuollon järjestämisvaihtoehdoissa lääkärit tekivät vähemmän työpaikkakäyntejä kuin hoitajat. (Räsänen ym. 1994a; Räsänen ym. 2002.)

Vuonna 2000 yli 90 % Työterveyshuolto Suomessa -kyselyn vastaajista (edustettuina olivat kaikki työterveyshuollon palveluntuottajat) oli sitä mieltä, että terveystarkastukset tuottivat melko paljon tai paljon tietoa työkykyä ylläpitävän toiminnan ja ennaltaehkäisyn tarvearviointiin (Peurala & Räsänen 2002b). Antti-Pojan ym. (1993) mukaan terveystarkastuksista saatavan tiedon hyväksikäyttäminen työolojen kehittämisessä ja työkykyä ylläpitävässä toiminnassa edellytti suunnitelmallista tietojen keräämistä ja esimerkiksi työosasto-, ammattiryhmä- tai ikäryhmäkohtaisia yhteenvetoja. Neljä viidestä Työterveyshuolto Suomessa -kyselyyn (Peurala & Räsänen 2002b) vastanneesta sai paljon tai melko paljon tietoa ennaltaehkäisevän työterveyshuoltotoiminnan tarpeen arviointiin työpaikkaselvityksistä, sairausvastaanotoilta tai työpaikan henkilöstön kanssa käydyistä neuvotteluista ja kokouksista. Keskimäärin yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että toimintasuunnitelman laatimistilanteet, työsuojelutoimikunnan kokoukset ja sairauspoissaoloseuranta tuottivat myös paljon tai melko paljon tietoa työkykyä ylläpitävän toiminnan tarvearvioinnin ja toimenpiteiden tueksi. Pääasiassa tieto saatiin kuitenkin työntekijöiltä, vähiten taas luottamushenkilöiltä tai yhteistoimintaelimiltä. Työsuojeluvaltuutetuilta, työsuojelupäälliköiltä ja työnantajilta tai muulta johdolta ei saatu lainkaan tai vain vähän tietoa 18–25 %:n mukaan. Ryhmätoimintaa ja työntekijöiden koulutustilanteita ei pidetty merkittävänä tiedonsaantilaisuuksina missään työterveysyksikössä (Peurala & Räsänen 2002b).

Työterveyshuollolle kertynyttä monenlaista tietoa olisi pitänyt yhdis-

tää, vertailla ja prosessoida johtopäätösten aikaansaamiseksi (Työpaikkaselvitykset työterveyshuollossa 1982/1984). Yksi työterveyshuollon ongelma oli kuitenkin työpaikoilta kertyneiden tietojen yhdistäminen ja järjestelmällinen käsittely (Kuusisto 1995; Eskola ym. 1997). Työterveyshuollon tietojärjestelmät tukivat lähinnä tietojen määrämuotoista keräämistä. Yksi työolotietojen ylläpidon perusongelma olivat organisaatioiden lukuisat ja nopeat muutokset. Tallennus oli työlästä ja aikaa vievää ja siitä koettu hyöty vähäistä, joten tietoja pystyttiin harvoin pitämään ajan tasalla. (Kuusisto 1995; Eskola ym. 1997.) Monissa työterveysyksiköissä työolotietojen tallennusta ei ollut edes aloitettu, vaikka atk-sovellusta oli käytetty jo vuosia (Eskola ym. 1997). Vaikka lähes kaikissa (94 %:ssa) työterveyshuoltoyksiköitä oli vuonna 2000 työväliseen jonkinlainen atk-sovellus, yhteenvetoja useista työpaikkaselvityksistä pystyi tekemään vain 37 % työterveysyksiköistä vuonna 1997 ja vuonna 2000 vain 30 %. Myös mahdollisuudet laatia yhdistelmäraportteja työntekijöiden terveydentilasta ja työoloista vähenivät samana aikana 31 %:sta 16 %:iin työterveyshuoltoyksiköistä. (Peurala & Räsänen 2002a.) Työterveyshuollolla oli käytössä tai ainakin ehdolla tiedon jäsentämiseen muun muassa terveydellisen merkityksen arviointi (Työpaikkaselvitykset työterveyshuollossa 1982/1984) ja tykytetraedri (Rantanen 1992b; Työterveyshuolto ja... 1999). Myös työterveyshuollon neuvottelukunnan (Työkykyä ylläpitävä... 1992) työkykyä ylläpitävän toiminnan jaottelua kolmelle tasolle (1. kaikki työntekijät ja heidän työkykynsä edistäminen, 2. työntekijät ja työyhteisöt, joita uhkasi työ- ja toimintakyvyn alentuminen ja 3. työntekijät, joiden työ- ja toimintakykyä sairaudet, viat ja vammat olivat jo heikentäneet) voi pitää kehikkona, jonka avulla jäsentää ja analysoida kertynyttä tietoa.

Työpaikan kehittämisvoimavara -vaiheessa edellytettiin työterveyshuoltonormien (TthL:n muutos 608/1991, VNp 950/1994, STMp 1348/1994) perusteella sisällöltään laajempaa tarpeiden arviointia kuin 1980-luvulla. Työpaikkaselvitykset olivat aiemmin kohdistuneet lähinnä työympäristöön (esim. Klaukka 1989), mutta uudet välineet, kuten TKI (Tuomi ym. 1992) ja TSK (Elo ym. 1990) mahdollistivat psykososiaalisten ongelmien ja työyhteisöjen kartoitukset. Ne myös toivat asiantuntijoiden (objektiivisen) tiedon rinnalle työntekijöiden (ns. subjektiivisen) kokemustiedon. Tykytoiminnan tavoitteena oli, että työyhteisöt kykenisivät omatoimisesti hallitsemaan ja kehittämään terveyteen ja työkykyyn vaikuttavia tekijöitä ja työntekijät oppisivat käyttämään ja kehittämään



itsessään ja ympäristössään olevia terveydellisiä voimavaroja työkykynsä ylläpitämiseksi (Työkykyä ylläpitävä... 1992). Työyhteisökartoituksissa työpaikan edustajien ja työterveyshenkilöstön olikin tarkoitus yhdessä tulkita ja arvioida työpaikan työterveyteen liittyviä tarpeita (Elo ym. 1990; Tuomi ym. 1992). Konsultatiivinen rooli oli kuitenkin työterveyshenkilöstölle vaikea, koska sillä ei ollut koulutusta konsultatiiviseen työtoteeseen tai organisaatio-osaamiseen (Elo & Sillanpää 1993; Uitti & Kivi 1996; Hiisijärvi 1999; Pirttilä 1999, 2001). TSK:n palautetilaisuuksissa oli alun perin tarkoitus pystyä yhdistämään TSK:n tulokset ja muilla menetelmillä kerätty ulkoisen ympäristön (= työpaikan) tieto (Elo & Sillanpää 1993). Kirjallisuuden perusteella palautetilaisuuksissa kerrottiin kuitenkin lähinnä TSK:n tuottama työyksikkökohtainen profiili läsnä oleville (esim. Torstila 1992).

Kirjallisuudessa (Uitti & Kivi 1996; Pirttilä 1999, 2001) on esitetty arvioita, joiden mukaan työterveyshenkilöstöllä oli puutteita organisaatio-osaamisessa, työn ja psyykkisen terveyden jäsentämisessä ja työntekijöiden kokonaisvaltaisen työkykyisyyden arvioinnissa. Työterveyshenkilöstö itsekin koki riittämättömyyttä työhyvinvointiongelmien tunnistamisessa, työssä jaksamisen tukemisessa (Peurala & Räsänen 2002a) ja asiantuntija-avun antamisessa organisaatioiden muutostilanteissa (Ylikoski 1996). Työterveyshenkilöstö myös toivoi lisäkoulutusta näissä asioissa (Peurala & Räsänen 2002a).

Työterveyshuollon laajentuminen riskilähtöisestä toiminnasta ehkäisevään ja työkykyä ylläpitävään toimintaan näkyi myös työnantajien odotuksissa. Kuntapuolella tehdyssä tutkimuksessa (Töyry ym. 2001b) työnantaja-asiakkaat odottivat työterveyshenkilöstön toimivan useammin asiantuntijana erilaisissa henkilöstön kehittämishaasteissa ja arvioivat työterveyshenkilöstön toimivan riittävästi perinteisillä toiminta-alueillaan, joita olivat terveysneuvonta, haittatekijöiden riskinarviointi, tapaturmavaarojen arviointi, työkyvyttömyyden uhan ja kuntoutustarpeen tunnistaminen ja ergonominen neuvonta. Jonkinlaista työterveyshuollon ja työpaikkojen ristiriitaa kuvastaa Työterveyslaitoksen tutkimuksen ”Työterveyshuolto pienten yritysten verkostoissa?” (1998–2002) löydös. Sen mukaan rakennusalan toimijat esittivät, ettei työterveyshenkilöstöllä ollut riittävästi tietoa rakennusalan työstä ja työympäristöstä, vaikka työterveyden ammattilaiset tiesivät nimetä rakennusalan kehittämisen ydinkysymyksiksi pääpiirteissään samat asiat kuin rakennusalan toimijat



itse (Hiisijärvi ym. 2002a). Tutkijoiden arvion mukaan tämä kohtaamattomuus saattoi liittyä osin siihen, että työterveyshenkilöstö oli omaksunut valistajan, terveystarkastajan, sairaanhoitajan ja ohjaajan roolin.

Vuosina 1990–2000 työterveyshuollon sairausvastaanottokäyntien ja terveystarkastusten määrät kasvoivat, mutta työpaikkakäyntien määrässä tai työterveyshuollon osallistumisessa erilaisiin työpaikan yhteistoimintaryhmiin ei tapahtunut kasvua (Räsänen ym. 2002). Työterveyshuollon sairaanhoitokäynneistä (Räsänen ym. 1997) vain 8,8 % johti työhön liittyviin toimenpiteisiin, joista valtaosa (90 %) oli potilaalle annettavaa neuvontaa. Tarpeiden arvioinnin jälkeen tyypillisiä työkyvyn ylläpitoon ja kehittämiseen liittyviä toimenpiteitä olivat tuki- ja liikuntaongelmien vähentäminen, liikunta- ja kuntokampanjat, elintapoja koskeva yleinen terveystarkastus, stressiteemat ja itsetuntemuskurssit, työympäristön järjestyskampanjat, ikääntyvät työntekijät ja heidän voimavarojensa kehittäminen, tupakoinnin vähentäminen, selkäongelmat sekä ammatillisen osaamisen kehittäminen (Anttonen ym. 1998; Peltomäki ym. 1999; Peltomäki ym. 2002). Tykytoiminta monipuolistui 1990-luvun aikana, mutta oli monissa yrityksissä liikuntapainotteista, eikä se integroitunut työpaikan arkiseen toimintaan (Peltomäki ym. 1999; Peltomäki ym. 2002). Tykybarometritutkimuksen (Peltomäki ym. 2002) mukaan tykytoiminnalla ei edes pyritty ratkaisemaan työpaikkojen ongelmista suurimpia eli jatkuvaa kiirettä, vaatimustason kasvua ja sopeutumispakkoa, vaikka ne oli todettu selkeiksi terveyshaitoiksi.

Tutkimuksissa oli nähtävissä ituja, vaikkei välttämättä vielä käytännön välineitä, joilla työterveyshuolto voisi toimia paremmin työpaikan kehittämisvoimavarana, esimerkiksi ajatukset työterveyshuollon integroitumisesta työpaikan prosesseihin (Mäkitalo & Palonen 1994; Mäkitalo & Launis 1998; Hiisijärvi 1999) ja yrityksen kehitysvaiheiden tunnistaminen (Peltomäki & Husman 2000).

### **Työkyvyn tuen vaihe**

Uudistetun työterveyshuoltolain (1383/2001) tavoite oli vahvistaa työterveyshuollon toimintaa työn ja työympäristön sekä työyhteisön turvallisuuden kehittämisessä samoin kuin työntekijöiden terveyden ja työkyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä (Työterveyshuoltolainsäädännön uudistamista... 2001). Työterveyshuoltolain uudistamisella pyrittiin

kohdentamaan työterveyshuollon resursseja entistä enemmän työolojen, työhön liittyvien kuormitustekijöiden ja työorganisaatioita koskevien kysymysten selvittämiseen ja muuhun työpaikoilla tapahtuvaan toimintaan. Lain uudistamisella haluttiin myös vahvistaa yrityksen ja työterveyshuollon yhteistyötä tavoitteiden saavuttamiseksi (Hallituksen esitys... 2001).

Hallituksen esityksen (2001) perusteella yksi työterveyshuollon keskeinen motiivi muun muassa tarpeiden arvioinnissa oli pyrkimys miettiä toimenpiteitä siten, että työntekijöiden keskimääräinen työura jatkuisi vanhuuseläkeikään. Työpaikkoja pyrittiin motivoimaan työterveyshuoltoon ja tarpeiden arviointiin argumentoimalla työterveyshuollon toimien liiketaloudellisilla seuraamuksilla. Työpaikkaselvitykset olivat edelleen keskeinen tarpeiden arvioinnin väline. (Hallituksen esitys... 2001.) Sekä säädösteksteissä että uudessa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaassa (Manninen ym. 2007) korostettiin työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyötä tarpeiden arvioinnissa. Vuoden 2007 Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaassa käytettiin termiä asiakaskeskeisyys; sillä tarkoitettiin asiakastoimipaikan ja palveluntuottajan välistä sopimukseen ja luottamukseen perustuvaa yhteistyösuhdetta, jossa asiakasta ei enää nähty tekemisen kohteena, vaan aktiivisena yhteistyön osapuolena (Manninen ym. 2007). Oppaan (Manninen ym. 2007) mukaan työterveyshuollon laadukas toiminta syntyi muun muassa hyvästä suunnittelusta, konkreettisten tavoitteiden asettamisesta, toiminnan seurannasta ja jatkuvasta kehittämisestä yhteistyössä asiakkaan kanssa.

Entisten selvitettävien asioiden lisäksi työpaikalta oli selvitettävä työolosuhteiden muutostilanteet ja eri työ- ja palvelusuhdemuotoihin liittyvät terveysvaarat ja -haitat (VNa 1484/2001). Työterveyshuollon oli selvitysten perusteella muun muassa tehtävä erilaisia kehittämisaloitteita työnantajalle (VNa 1484/2001, 4 §). Tarpeiden arvioinnin pohjalta ei ollut siis tarkoitus miettiä vain tarpeita, joihin työterveyshuollon palveluilla voidaan vastata, vaan myös tarpeita, jotka edellyttävät työpaikan kehittämistoimia esimerkiksi työpaikan muutostilanteissa tai henkilöstön jaksamiseen liittyvissä kysymyksissä.

2000-luvulla työterveyshuollon yksiköt saivat käyttöönsä jälleen uusia välineitä työpaikkaselvityksiin, esimerkiksi työn integroidun kokonaiskuormituksen arviointimenetelmän eli TIKKA-menetelmän (Lindström ym. 2005), näyttöpäätetyön arviointiin Näppärä-mittarin (Rasa & Ketola 2002), väkivaltariskejä kartoittavan KAURIS-menetelmän (Isotalus &

Saarela 2001), vuorotyökyselyn (Härmä 2000) ja työolojen riskin arviointiin Työympäristöprofiili-menetelmän (Naumanen ym. 2007). Työterveyshenkilöstön käytettävissä oli todella paljon menetelmiä, ja niitä oli kerätty muun muassa kirjaan Työkuormitus ja sen arviointimenetelmät (Lindström ym. 2002), Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaaseen (Manninen ym. 2007) ja Työterveyslaitoksen Menetelmäpakki-verkkosivulle, jolla ennen sen päivytyksen lopettamista oli noin 200 menetelmää. Useimpien menetelmien tavoitteena oli kartoittaa fyysisiä ja psykososiaalisia haitta- ja kuormitustekijöitä.

Perinteisten asiantuntijoiden käyttöön tarkoitettujen riskitekijöiden kartoitusvälineiden lisäksi 2000-luvulla kehitettiin useita tarpeiden arviointimenetelmiä (esim. Metal Age ja työtoimintalähtöiset menetelmät), joilla pyrittiin tukemaan työpaikan omaa aktiivisuutta, reflektointia ja itsearviointia sen sijaan, että olisi vain kerätty työterveyshuollolle tietoa lausuntojen antamiseen. Metal Age (Näsman & Ilmarinen 2001; Näsman 2003) syntyi Fundia Wire Oy AB:n ja Työterveyslaitoksen yhteistyön tuloksena. Metal Age oli osallistuvan, ratkaisukeskeisen tykysuunnittelun työkalu, joka tuotti räätälöidyn luettelon tykytoimista prioriteettijärjestyksessä.

Pienyritysten työterveyspalveluja parannettiin ja kehitettiin erityisesti Virokannaksen ym. hankkeissa (Virokannas ym. 2004; Virokannas & Österman 2005). Hankkeissa kehitettiin verkkopalvelumalli, jonka tarkoitus oli auttaa pienyritystä ja sen johtajaa arvioimaan ja kehittämään työhyvinvointiin liittyviä tehtäviään, niiden toteutumista ja työterveyshuollon kanssa tehtävää yhteistyötä.

Useassa 2000-luvun tutkimus- ja kehittämishankkeessa, joita olivat Työterveyslaitoksen ”Dialogi”-hanke (2000–2003), Työterveyslaitoksen ”Työhyvinvoinnin yhteiskehittely”-hanke (2005–2007), Verven ”Työhyvinvointia edistävä työnkehittäminen työterveyshuollossa ja kuntoutuksessa” (2005–2008) ja Verven ja Työterveyslaitoksen yhteinen TYÖLÄS-hanke (2008–2011), kehitettiin uutta, niin sanottua työtoimintalähtöistä (myös termiä työlähtöinen on käytetty) lähestymistapaa ja menetelmiä työterveyshuoltoon (TYÖLÄS 2011). Työtoimintalähtöiset menetelmät perustuivat kehittävään työntutkimukseen (Engeström 1987) ja sen sovelluksiin, kuten Muutoslaboratorio-työskentelyyn (Virkkunen ym. 1999/2001), Mäkitalon väitöskirjatyöhön (2005) ja Launin ja Pihlajan epäsynkroni-käsitteeseen (Launis & Pihlaja 2005, 2007). Tarpeiden

arvioinnin kannalta keskeisiä menetelmiä olivat työn sujuvuuden ja työn muutosten kartoitusmenetelmät (työlähtöiset työpaikkaselvitysmenetelmät) ja henkilökohtaiset työn mielekkyyden ja työn muutosten kartoitusmenetelmät (työlähtöiset terveystarkastukset), joiden avulla pyrittiin työn kehittämisen kautta työterveyttä edistäviin ratkaisuihin (Työtoimintalähtöisten menetelmien... 2014). Työotteen lähtökohtana oli työn hahmottaminen muuttuvana toimintana. Menetelmä tarjosi useita ongelmia jäsentäviä välineitä, jotka olivat työterveyshuollon ja työpaikan toimijoille yhteisiä. Kartoitukset tehtiin tiiviissä yhteistyössä työyhteisöjen ja esimiesten kanssa (Työtoimintalähtöisten menetelmien... 2014).

Uudistetussa työterveyshuoltolainsäädännössä (1383/2001) korostettiin työntekijän terveyden ja toimintakyvyn seurantaan työuran kaikissa vaiheissa. Tähän pyrittiin muun muassa varhaisella työkykyongelmiin puuttumisella, ns. varhaisen välittämisen malleilla (esim. Antti-Poika 2004; Cavén-Suominen 2005; Juvonen-Posti & Jalava 2008; Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja... 2007) ja varhaisella hoidolla. Mallien tavoitteena oli ehkäisemällä ja varhain reagoimalla estää työkyvyttömyysriskitapahtumat (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja... 2007; Manninen ym. 2007; Viljamaa ym. 2012). Varhaisen välittämisen mallit edellyttivät erityisesti työpaikan toimijoilta työkykyä uhkaavien ongelmien varhaista havainnointia, mutta ne edellyttivät sitä myös työterveyshuollolta. Tarpeiden arvioinnin näkökulmasta varhaisen välittämisen mallit edellyttivät työterveyshuollolta työkykyongelman merkkien havainnoimista ja tiedon keruuta terveystarkastuksista, vastaanottokäynneistä ja sairauspoissaolotilastoista. (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja... 2007; Manninen ym. 2007; Viljamaa ym. 2012.) Uusilla laajoilla terveystarkastuksella (esim. Taimela ym. 2007a; Taimela ym. 2007b) pyrittiin myös löytämään mahdollisimman varhain työntekijät, joilla oli kohonnut sairauspoissaoloriski.

Lukuisista uusista välineistä huolimatta työterveyshuollon yksiköiden eniten käyttämiä työpaikkaselvitysmenetelmiä olivat HTTHK-oppaaseen sisältyvät työolojen arviointilomake, ergonominen tarkastusohje, työstressikysely ja vapaamuotoinen havainnointi ja haastattelu. Yksittäisistä menetelmistä eniten käytetty oli itse kehitetty lomake. (Rantanen ym. 2003; Savinainen ym. 2010.) TIKKA-menetelmä oli käytössä joissain työterveyshuoltoyksiköissä (Savinainen ym. 2010), Metal Age -menetelmää käytettiin ainakin Druvan-hankkeessa vuosina 2002–2005 (Näsmän & Ahonen 2007, 2008) ja työtoimintalähtöisiä menetelmiä oli käytössä 16

työterveyshuoltoyksikössä vuoden 2009 lopussa (TYÖLÄS-loppuraportti 2011). Työpaikkaselvitysten perusteella tehdyt toimenpide-ehdotukset kohdistuivat pääasiassa työn suorittamiseen ja työympäristöön (Savinainen ym. 2010). 2000-luvun alussa 38 % työterveyshuollon yksiköistä kertoi käyttävänsä usein sairauspoissaolotilastoja. 2000-luvun lopussa kaikista työterveyshuoltoyksiköistä vain 28 %:lla oli työkyvyn ja sairauspoissaolojen seuranta- ja hallintamalli (työkyvyn tuki/varhaisen välittämisen malli) käytössä suurimmalla osalla työnantaja-asiakkaista. (Työterveyshuolto Suomessa... 2012.)

Tämänkin vaiheen aikana työterveyshuollolle voi olettaa kertyneen tietoa tarpeiden arviointiin monesta lähteestä, mutta työterveyshuollon käyttämät tietojärjestelmät eivät olleet kehittyneet siten, että eri lähteistä kertynyttä tietoa olisi pystytty analysoimaan ja hyödyntämään tehokkaasti (Rantanen ym. 2003; Sipponen 2005; Peurala & Kankaanpää 2007; Savinainen ym. 2010). Sairausvastaanotoilta kertyvän tiedon hyödyntämisessä tarpeita arvioitaessa esiintyi myös ongelmia. Uitin ym. (2006) mukaan työterveyshuollon yksiköiden tietojärjestelmissä oli jo erilaisia luokituksia sairauden liittymisestä työhön, mutta tutkimuksia luokitteluista tai niiden käytöstä ja vaikuttavuudesta ei ollut. Jos sairausvastaanottokäynnin yhteydessä ei tehty merkintää oireiden tai sairauden liittymisestä työhön, oli sairausvastaanoton työterveyspainotteisuutta vaikea seurata. (Uitti ym. 2006.) Luokitteluissa oli myös koettu olevan parantamisen varaa. Sekä Uitti ym. (2006) että Räsänen ja Seuri (2007) olivat tehneet ehdotuksia luokittelujen kehittämistä. Virran ja Järvisalon (2005) mukaan yksi ongelma sairauspoissaolotietojen seurannassa oli, etteivät kaikki työterveyshuoltoyksiköt pystyneet seuraamaan poissaolotietoja ajantasaisesti. Työterveyshuolto ei myöskään useimmiten onnistunut tilastoimaan poissaoloja kattavasti, kun työntekijät käyttivät työterveysaseman sairaanhoitopalveluiden lisäksi myös muuta terveydenhuoltoa. (Virta & Järvisalo 2005.)

Yhtenä työpaikan tarpeiden arvioinnissa kertynyttä tietoa jäsentävänä välineenä oli edelleen terveydellisen merkityksen arviointi. Uudenmaan työsuojelupiirin ja Työterveyslaitoksen työterveyshuoltohankkeessa vuosina 2004–2006 (Mäkinen ym. 2006) kävi ilmi, että hankkeeseen osallistuneissa työpaikoissa vaaroja oli tunnistettu, mutta riskin suuruuden määrittäminen oli puutteellista, ja tähän kaivattiin työterveyshuollon tukea. Yksi hankkeen johtopäätös oli, että työterveyshuollon oli välitettävä

työpaikalle oleellista tietoa ja että sitä olivat nimenomaan johtopäätökset terveydellisestä merkitysestä. Uutena jäsentävänä välineenä voidaan pitää Ilmarisen (Ilmarinen ym. 2003) työkykymalliä. Se perustui tutkimuksiin, joissa oli selvitetty työkykyyn vaikuttavia tekijöitä.

Laineen ym. (2009) työterveyshuollon toimintasuunnitelmia koskeessa tutkimuksessa tuli esille, että toiminnan suunnittelussa tehtiin aktiivisimmin yhteistyötä isojen yritysten kanssa, mutta tällöinkin vuorovaikeus oli aktiivista vain muutamissa yrityksissä. Pienten asiakasyritysten ja työterveyshuollon yksiköiden välinen yhteistyö oli satunnaista ja vähäistä (Laine ym. 2009). Savinainen ym. (2010) tutkimuksen mukaan yhteistyö oli vähäistä myös työpaikkaselvitysraporttien käsittelyssä: pääsääntöisesti työpaikkaselvitykset raportoitiin kirjallisesti ja useampi kuin joka toinen työterveyshuoltoyksikkö ei raportoinut lainkaan yritysjohdolle.

Työterveyshenkilöstö koki 2000-luvulla edelleen vaikeaksi tehdä psykososiaalisiin ongelmiin liittyviä ehdotuksia ja kaipasi tähän lisäkoulutusta (Rantanen ym. 2003; Melart & Meyer-Arnold 2008). Savinainen ym. (2010) tutkimuksen mukaan työterveyshuollon toimenpide-ehdotuksista parhaiten toteutuivat tykytoimintaan/kuntoutuksen ohjaamiseen liittyvät (67 %). Noin puolet suojaimiin tai niiden hankintaan, työvälineisiin, -koneisiin tai -laitteisiin ja työn suorittamiseen liittyvistä ehdotuksista toteutui hyvin tai kohtalaisesti. Johtamiseen tai esimiestoimintaan liittyvät ehdotukset toteutuivat heikoiten tai eivät lainkaan.

Vallitsevasta toiminnasta poikkeavissa tarpeiden arvioinneissa, esimerkiksi kehittävään työntutkimukseen perustuvia menetelmiä soveltavissa, yrityksen/työyhteisön toimintaa ja sen muutosta ja ongelmia hahmotettiin kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmällä ja kehitysjännitteillä. Näiden jäsentävien välineiden avulla monimutkaisiinkin psykososiaalisiin ongelmiin pystyttiin työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä löytämään konkreettisia ratkaisuja ja suunnittelemaan toimintaa uudella tavalla (TYÖLÄS... 2011).

Työkyvyn tuen vaiheen aikana työterveyshuolto kehittyi 2000-luvulla positiiviseen suuntaan monella mittarilla mitattuna: asiakkaat, kattavuus, henkilöstöresurssit ja pätevyys. Työterveyshuollon sisällön kehitys ei kaikilta osin edennyt päätöksentekijöiden ja kehittäjien toivomaan suuntaan. (Manninen 2007a ; Työterveyshuolto ja... 2008; Työterveyshuolto Suomessa... 2012.) Kyselyn Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2004 ja 2007 (Manninen 2007a; Työterveyshuolto Suomessa... 2009) sekä

Pakkalan ym. (2004), Janhosen ja Husmanin (2006) ja Palmgrenin ym. (2008) tutkimusten mukaan työterveyshuollon toiminta painottui yksilöön, kun taas työyhteisöt ja työantaja jäivät toissijaisiksi asiakkaiksi. Myös Virokannaksen ja Östermanin (Virokannas & Österman 2005) seitsemää terveyskeskuksissa toimivaa työterveyshuoltoyksikköä koskenut kehittämishanke osoitti, että työpaikkoihin pidettiin yhteyttä pääasiassa työpaikkakäynnein. Työterveyshuollon ja yritysten välisten suhteiden luontia ja ylläpitoa ei suunniteltu systemaattisesti (Virokannas & Österman 2005). Huomattava osa työterveyshuollon toimintaa kohdistui myös edelleen sairaanhoitoon ja terveystarkastuksiin. Työterveyshuollon toiminta ei ollut siis kehittynyt työterveyshuoltolain korostamaan ehkäisevään suuntaan. (Työterveyshuolto Suomessa... 2009.) Työterveyshuollolla näytti kuitenkin olevan valmiuksia työkyvyttömyyden ehkäisyyn, mutta työkyvyn hallinta-, seuranta- ja varhainen tuki -mallien käyttö edellytti entistä parempaa yhteistyötä työpaikkojen kanssa (Työterveyshuolto Suomessa... 2012).

### **2.5 Terveyskeskusten työterveyshuolto**

Työterveyshuollon palveluja tuottavat kunnalliset terveyskeskukset, yksityiset lääkärikeskukset sekä yritysten yhteiset ja omat työterveysyksiköt (Räsänen ym. 1999b). Seuraavaksi käydään läpi terveyskeskusten työterveyshuoltoa koskevia tutkimuksia, joiden tulokset vaikuttivat siihen, että tähän tutkimukseen palveluntuottajista valittiin terveyskeskusten työterveyshuolto.

Kunnilla on ollut mahdollisuus tuottaa työnantajille joitakin niiden tarvitsemia palveluita vuonna 1972 säädetyn kansanterveyslain (KTL 66/1972) perusteella (Työterveyshuoltotoimikunnan mietintö... 1978). Työterveyshuoltolain (743/1978) voimaantumisen jälkeen ja kansanterveyslakiin tehtyjen muutosten (KTL:n muutos 744/1978) perusteella kunnat veloitettiin tuottamaan työterveyspalveluja kunnan alueella sijaitsevien työpaikkojen työntekijöille, yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville. Muista työterveyshuollon palveluntuottajista poiketen kunnalliset työterveyshuoltoyksiköt eivät voi kieltäytyä tarjoamasta palveluja kuntansa alueella toimiville yrityksille. Kunnallisilla työterveyshuoltoyksiköillä onkin pyritty takaamaan työterveyshuoltopalveluiden saatavuus koko maassa ja



erityisesti pienten toimipaikkojen mahdollisuus työterveyshuollon järjestämiseen. (Työterveyshuoltotoimikunnan mietintö... 1978). Kunnallisen työterveyshuollon on arvioitu myös edistävän kunnan elinkeinopoliitikkaa tarjoamalla yrityksille ja yrittäjille työterveyshuollon palveluja, jotka tukevat työntekijöiden terveyttä ja työkykyä (Hallituksen esitys 90/2010). Kunnallisten työterveyshuoltoyksiköiden palveluntuottaja-asema on siis Suomessa aivan erityinen.

Työterveyshuollon alueellinen kattavuus saavutettiin 1980-luvun puolivälissä pääasiassa terveyskeskusten toiminnan tuloksena (Karisto & Lehtonen 1989). Terveyskeskuksista oli tullut merkittävä työterveyshuollon palveluntuottaja jo vuonna 1985, sillä noin 48 % työterveyshuollon eri järjestämistapojen piirissä olevasta työvoimasta oli terveyskeskusten huollossa (Karisto 1989b). Terveyskeskusten työterveysyksiköt olivat 2000-luvun alussakin vielä merkittäviä palveluntuottajia, sillä 61 % sopimusasiakkaista (37 % henkilöasiakkaista) oli niiden huollossa. Sopimusasiakkaista vain 33 % oli enää 2000-luvun lopussa terveyskeskusten työterveyshuollon asiakkaina. Toisaalta 2000-luvulla alettiin muodostaa kunnallisia työterveyshuollon liikelaitoksia ja osakeyhtiöitä, ja niiden määrä on lisääntynyt huomattavasti kymmenen vuoden aikana. Vuonna 2010 sopimusasiakkaista 25 % oli kunnallisten työterveyshuollon liikelaitosten ja osakeyhtiöiden huollossa ja 33 % terveyskeskusten huollossa. Yhteensä siis 58 % sopimusasiakkaista on edelleen kunnallisten työterveyshuollon palveluiden (terveyskeskukset, kunnalliset liikelaitokset ja osakeyhtiöt) piirissä. (Manninen 2007a; Työterveyshuolto Suomessa... 2009, 2012.) Työterveyshuollon maantieteellisen kattavuuden kannalta kunnalliset työterveyshuoltopalvelut ovat edelleen 2010-luvulla tärkeitä; esimerkiksi vuonna 2010 terveyskeskusten työterveysyksiköt olivat Lapin AVI-alueella merkittävin palveluntuottaja (Työterveyshuolto Suomessa... 2012).

Erityisesti pientyöpaikat hakeutuivat työterveyshuoltolain voimaantulon jälkeen terveyskeskusten työterveysyksiköiden asiakkaisiksi. Esimerkiksi vuosina 1984–1985 työterveyshuollon piiriin tulleista pientyöpaikoista yli 80 % oli terveyskeskusten asiakkaita (Karisto 1989b). Pienyritykset ovat vuosituhannen vaihteen jälkeen edelleen tyypillisiä terveyskeskusten asiakkaita. Yli 80 % terveyskeskusten palvelujen piirissä olevista yrityksistä työllistää alle kymmenen henkilöä. Suurin osa terveyskeskusten työterveysyksiköiden yritysasiakkaista on maatiloja tai



kaupan, majoitus- tai ravitsemistoiminnan tai yhteiskunnallisten tai henkilökohtaisten palvelujen alan työnantajia. (Räsänen ym. 2002; Manninen 2007b; Työterveyshuolto Suomessa... 2012.)

Vaikka terveyskeskusten työterveyshuolto on ollut merkittävä palveluntuottaja, tutkimusten mukaan laadukkaan työterveyshuoltotoiminnan toteuttamiselle on ollut seuraavia esteitä: voimavarojen niukkuus, terveyskeskuksen johdon antaman tuen puute, moniammatillisen työtteen puute sekä passiiviset ja yhteistyöhön haluttomat, yleensä pienet yritykset (Peurala ym. 1992; Räsänen ym. 1994a; Räsänen ym. 1994b; Hyytiäinen ym. 1998; Peurala 1999; Piirainen 1999; Räsänen 1999; Räsänen ym. 1999c).

Voimavarojen niukkuudella voidaan tarkoittaa sekä työterveyshenkilöstön osaamista että henkilöresursseja. Työterveyshuoltolain (TthL 743/1978) astuessa voimaan 1979 terveyskeskusten työterveyshuollon henkilövoimavarat olivat niukat arvioituun asiakaskuntaan (400 000–600 000 työntekijää) nähden, ja myös työterveyshenkilöstön työterveyshuoltoa koskeva osaaminen oli olematonta (Murtomaa & Rossi 1978; Murtomaa 1979). Vielä 1980-luvun lopussakin terveyskeskukset olivat kouluttaneet terveydenhoitajiaan vähiten verrattuna muihin työterveyshuollon palveluntuottajiin (Kalimo ym. 1989b).

Työterveyshenkilöstön koulutus terveyskeskuksissa parani huomattavasti koko 1990- ja 2000-luvun (Räsänen ym. 2002; Kankaanpää ym. 2009). Vuonna 2010 päätoimisista terveydenhoitajista ja fysioterapeuteista noin 90 % oli päteviä ja psykologeista noin 80 %, mikä oli samaa tasoa kuin muilla työterveyshuollon palveluntuottajilla. (Työterveyshuolto Suomessa... 2012).

Koko 1990- ja 2000-luvun terveyskeskusten työterveysyksiköissä on ollut lääkäri- ja hoitajatyövoimaa vähiten suhteessa huollossa oleviin henkilöasiakasmääriin verrattuna muihin työterveyshuollon palveluntuottajiin (Räsänen ym. 2002; Kankaanpää ym. 2009; Työterveyshuolto Suomessa... 2012). Terveyskeskuksissa ja kunnallisissa liikelaitoksissa oli vuonna 2010 henkilöasiakkaita keskimäärin 5 602 kokopäiväiseksi lasketua lääkäriä kohti, kun henkilöasiakkaiden määrä muissa tuottajaryhmissä vaihteli 1 342:sta 1 932:een (Työterveyshuolto Suomessa... 2012).

Lisäksi terveyskeskuksissa on koko lakisäätöisen työterveyshuollon ajan ollut selvästi vähemmän työterveyshuollon erikoislääkäreitä kuin muilla palveluntuottajilla. Vuonna 2011 terveyskeskuksista vain 40 %:ssa

oli työterveyshuollon erikoislääkäri. Muiden palveluntuottajien työterveysyksiköistä yli 60 %:ssa oli työterveyshuollon erikoislääkäri. Vuonna 2011 tilanne oli kuitenkin hyvä kunnallisissa liikelaitoksissa tai osakeyhtiöissä, joista 92 %:ssa oli työterveyshuollon erikoislääkäri. Terveydenhoitajien määrä lisääntyi kunnallisissa työterveysyksiköissä 2000-luvulla. Vuonna 2010 henkilöasiakkaita oli kokopäiväiseksi laskettua terveydenhoitajaa kohti keskimäärin 1 017, kun se muissa tuottajaryhmissä vaihteli 531:sta 809:ään. (Työterveyshuolto Suomessa... 2012.)

Työterveyshuollon erikoislääkäreiden puute on huonontanut moniammatillisuuden toteutumista terveyskeskuksissa. Moniammatillisuuden toteutumista on vaikeuttanut myös se, että niin fysioterapeutti- kuin psykologiresurssit ovat niukemmat kuin muissa tuottajaryhmissä. (Kankaanpää ym. 2009; Työterveyshuolto Suomessa... 2012.)

Työterveyshuoltolain (TthL 743/1978) tultua voimaan terveyskeskusten työterveyshuollossa tehtiin pääsääntöisesti ehkäisevää työterveyshuoltoa. Niukoista resursseista huolimatta työterveyshuollon toimintaa on laajennettu yhä enemmän kohti sairaanhoitoa (Notkola 1997; Räsänen 1999). Terveyskeskusten niukkoja henkilöresursseja vähensi myös se, että keskuksille oli ominaista käyttää työterveyshenkilöstöään työterveyshuoltotyön lisäksi muuhun kunnan kansanterveystyöhön (esim. kutsuntaikäisten tarkastukset ja rokotuskampanjat) ja sairaanhoitoon (esim. terveydenhoitajien ja lääkäreiden päivystykset) (Piirainen 1999; Räsänen 1999; Asikainen ym. 2001; Pirttilä 2001; Virokannas & Jokelainen 2004).

Terveyskeskusten resurssien parantamisen esteeksi on nähty muun muassa työterveysyksikön itsemääräämisoikeuden puute niin paikallisesti kuin säädöstasolla (Räsänen 1999; Pirttilä 2001; Virokannas 2003; Virokannas & Jokelainen 2004). Terveyskeskusten työterveyshuoltoyksiköt olivat resurssiohjattuja 1990-luvulle asti. Säättely tapahtui kansanterveystyön viisivuotissuunnitelmien, virkakiintiöiden, virkojen perustamislupien ja toimintasuunnitelmien hyväksymisen kautta (Parvi 1986). Myös kunnallisten työterveysyksiköiden asiakasmaksuja säädeltiin asetuksella aina vuoteen 1994 asti, minkä jälkeen hinnoittelu vapautui ja terveyskeskuksille tuli mahdollisuus periä tuottamistaan työterveyshuoltopalveluista maksut, jotka kattoivat niiden tuottamisesta aiheutuvat kustannukset.

Kunnallisessa työterveyshuollossa on tehty 2000-luvulla merkittäviä rakennemuutoksia (Fagerlund ym. 2008; Kankaanpää & Pulkinen-Närhi 2009; Työterveyshuolto Suomessa... 2012; Sauni ym. 2013). Useat

lainsäädännön muutokset ovat mahdollistaneet erilaisia kuntayhteistyön muotoja, ja näin on voitu kasvattaa kunnallisten työterveysyksiköiden kokoa (Fagerlund ym. 2008). Kunnan velvoite tuottaa työterveyshuoltopalveluita ei kuitenkaan ole poistunut, mutta palvelutuotannon organisointi voi vaihdella. Muutokset tukivat terveyskeskusten työterveyshuoltotoiminnan tuotteistamista ja nettobudjetoitujen tulosyksiköiden, kunnallisten liikelaitosten ja osakeyhtiöiden muodostamista (Kankaanpää & Pulkkinen-Närhi 2009; Työterveyshuolto Suomessa... 2012; Sauni ym. 2013). Vaikka jo nettobudjetti lisäsi työterveysyksiköiden itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuutta kehittää toimintaa, erityisesti kunnallisten liikelaitosten perustaminen paransi näitä asioita (Pulkkinen-Närhi ym. 2004). 2000-luvun lopussa kunnallisia liikelaitoksia ja osakeyhtiöitä oli jo 39 (Sauni ym. 2013). Liikelaitokset olivat huomattavasti suurempia yksiköitä ja paremmin resursoituja kuin muut kunnalliset työterveysyksiköt (Kankaanpää & Pulkkinen-Närhi 2009; Työterveyshuolto Suomessa... 2012; Sauni ym. 2013).

Työterveyshuollon palveluntuottajista valittiin tämän tutkimuksen kohteeksi terveyskeskusten työterveyshuolto, sillä se on ollut ja on edelleen merkittävä työterveyshuollon toimija maantieteellisen kattavuutensa takia ja pienten yritysten työterveyshuoltopalveluiden tuottajana.

### **3 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksen tavoitteena on ollut selvittää työterveyshuollon ja työpaikan välistä yhteistyötä, erityisesti työpaikan tarpeiden arvioinnin kannalta.

Ensimmäinen tutkimuskysymys on:

1. Miten tutkittavan terveystieteiden työterveysyksikön toiminta oli muuttunut työterveyshuoltolain voimassaoloaikana?

Työterveyshuollon lainsäädännöllä ohjataan työpaikkojen ja työterveysyksiköiden yhteistyötä. Yhteiskunnan ja työelämän muuttuessa myös lainsäädäntö muuttuu ja kehittyy, kuten myös lainsäädännön tulkinnat yhteistyöstä. Vaikka lainsäädännön muutoksilla ja uusilla välineillä pyritään ohjaamaan työterveyshuoltoyksiköitä yhteiskunnan kannalta tarkoituksenmukaiseen suuntaan, yksiköiden käytännön toiminta voi erota toivotusta. Terveystieteiden työterveyshuoltoyksiköiden laadukkaan toiminnan esteeksi on useissa tutkimuksissa katsottu resurssien ja terveystieteiden johdolta saatavan tuen puute. Tutkimuksissa on jäänyt vähemmälle huomiolle se, miten työterveyshuollon oma toiminta työpaikkojen kanssa on muuttunut työelämän ja lainsäädännön muutoksissa. Tässä tutkimuksessa on oletettu, että selvittämällä yksityiskohtaisesti terveystieteiden työterveyshuoltoyksiköiden työn muutosta voitaisiin luoda pohjaa, jolla ylittää samoina pysyneitä selityksiä ja seikkoja, jotka estävät terveystieteiden työterveyshuollon laadukasta toimintaa.

Toinen tutkimuskysymys on:

2. Mitä välineitä tutkittu terveystieteiden työterveysyksikkö on käyttänyt työpaikan tarpeiden arvioinnissa ja siihen liittyvässä yhteistyössä ja mihin välineet ovat johtaneet?

### 3 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

---

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tulokset suuntasivat yhteistyön tutkimisen työpaikan tarpeiden arviointiin ja siihen, miten arviointi tapahtui työpaikan ja työterveyshuoltoyksikön yhteistyönä. Tutkimuksessa on oletettu, että lainsäädäntömuutosten myötä myös työpaikan tarpeiden arviointi on muuttunut ja laajentunut. Jotta tarpeiden arviointi muuttuisi, sen on oletettu edellyttävän työterveyshuollon välineiden ja työpaikan ja työterveyshuollon välisen yhteistyön ja työnjaon uudistamista. Toiseen tutkimuskysymykseen haettiin vastausta toisaalta selvittämällä tarkemmin yhden työpaikan ja työterveyshuoltoyksikön yhteistyötä ja työterveyshuoltotoimintaa koko asiakassuhteen ajalta, toisaalta tutkimalla työterveyshuoltoyksikön toimintaa käytännön yhteistyötilanteissa.

Kolmas tutkimuskysymys on:

3. Miten kehittävän työntutkimuksen menetelmillä voitaisiin luoda yhteistyövälineitä työpaikan tarpeiden arviointiin?

Kolmas tutkimuskysymys liittyy työterveyshuollon yhteistyötyökäytäntöjen kehittämiseen; miten työterveyshenkilöstö voisi asettaa työpaikkojen tarpeet uusiin, laajempiin yhteyksiin? Tutkimuksessa on oletettu, että tarpeiden arvioinnissa voisi käyttää hyväksi kehittävän työntutkimuksen avulla tuotettua tietoa työpaikan toiminnasta ja muutoksesta. Kolmanteen tutkimuskysymykseen haettiin vastausta kokeilemalla, millaista tietoa kehittävän työntutkimuksen välineet tuottivat yhden asiakastyöpaikan tarpeista. Työpaikka oli sama, josta oli selvitetty koko asiakassuhteen aikaista työpaikan ja työterveyshuoltoyksikön yhteistyötä ja työterveyshuoltotoimintaa (toinen tutkimuskysymys), mikä tarjosi mahdollisuuden vertailla eri menetelmillä tehtyjä tarpeiden arviointeja.

## **4 TUTKIMUSASETELMA, AINEISTO JA MENETELMÄT**

Kirjallisuuskatsauksen perusteella työterveyshuollosta on paljon normatiivista kirjallisuutta (esim. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö... 1997). Tutkimuksilla on tuotettu valtakunnallista tietoa työterveyshuollon toiminnasta (esim. Manninen 2007a), yksittäisiä välineitä (esim. Seppä 1991) tai tietoa yksittäisistä työterveyshuollon toiminnoista (esim. Palmgren ym. 2008; Laine ym. 2009). Työterveyshuollon ja työpaikan paikallista toimintaa on kuvattu lähinnä erilaisissa kehittämisraporteissa (esim. Aaltonen 1999). Yhteistyö ja työpaikan tarpeiden arviointi toteutetaan paikallisessa toiminnassa. Niitä ei siten pidä tutkia vain valtakunnallisella tasolla tai erillisenä työterveyshuollon toimintona, vaan osana paikallisen toiminnan kokonaisuutta.

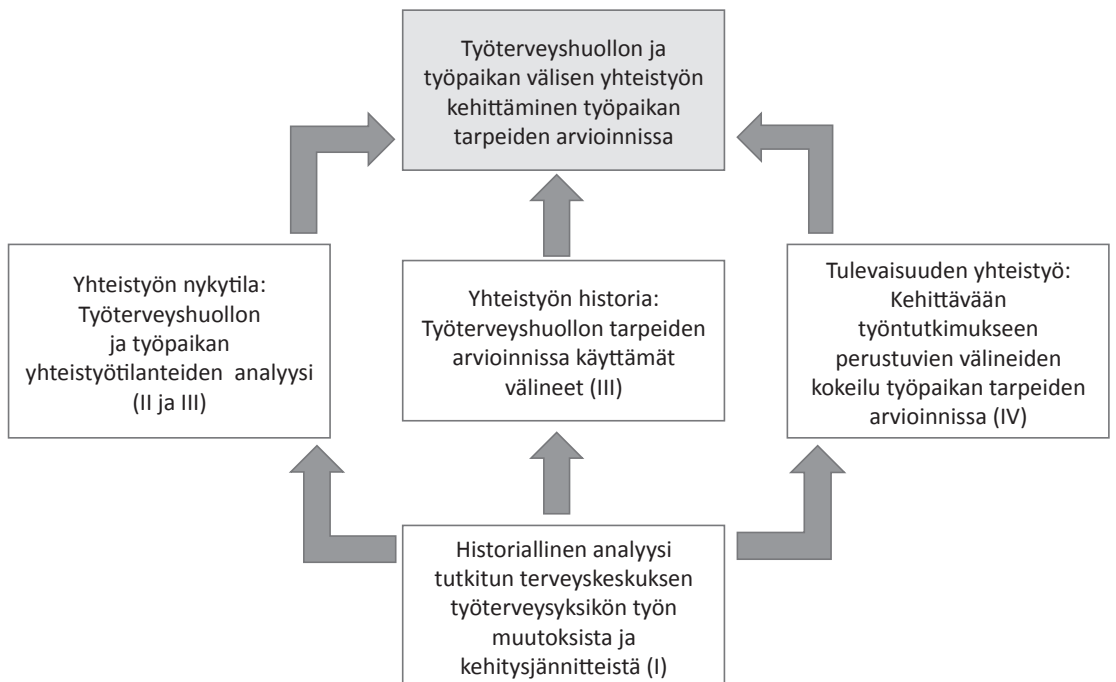
### **4.1 Tutkimusasetelma**

Työterveyshuollon ja työpaikan kontekstissa selvitettiin työterveyshuoltoon liittyvää asiakastyöpaikan tarpeiden arviointia ja yhteistyötä paikallisessa ja historiallisessa yhteydessään. Tämän avulla oli tarkoitus kehittää välineitä ja yhteistyökäytäntöjä, joilla työpaikkojen tarpeita voisi paremmin ymmärtää.

Tutkimus kohdistui terveystieteiden työterveyshuoltoyksikön ja sen asiakastyöpaikkojen välisiin toimintamalleihin ja vuoropuheluun työpaikan tarpeiden arvioinnissa. Tutkimuksen lähtökohtana olivat työterveyshuollon ja asiakastyöpaikkojen nykyiseen toimintatapaan johtaneet kehitysvaiheet, nykyisen toimintatavan kehitysjännitteet ja kehittämismahdollisuudet.

## 4 TUTKIMUSASETELMA, AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus koostuu neljästä osatutkimuksesta. Ensimmäisessä osatutkimuksessa selvitettiin terveyskeskuksen työterveysyksikön työn muutosta ja kehitysjännitteitä. Toisessa osatutkimuksessa selvitettiin työpaikan tarpeiden arviointia ja työterveysyksikön ja työpaikan yhteistyötä sopimusneuvottelussa. Kolmannessa osatutkimuksessa arvioitiin työterveyshuollon käyttämiä työpaikan tarpeiden arviointi- ja yhteistyövälineitä ja neljännessä osatutkimuksessa kokeiltiin kehittävän työntutkimuksen välineitä työpaikan tarpeiden arvioinnissa. Tutkimusasetelma on kuvattu kuviossa 4.1.



Kuvio 4.1 Tutkimusasetelma

Tutkimusasetelman laatimisessa sovellettiin toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen metodologiaa (Engeström 1987; Engeström ym. 1999). Sen avulla oli mahdollista tutkia työterveyshuollon ja työpaikkojen yhteistyötä ja työpaikkojen tarpeiden arviointia kohteellisena, kulttuurisesti välittyneenä, kollektiivisena, paikallisena ja muuttuvana toimintana.

Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen metodologia (Engeström 1987, 1995; Engeström ym. 1999) näytti myös muiden terveydenhuollossa tehtyjen (Engeström ym. 1988; Engeström ym. 1989; Engeström ym. 1990; Engeström ym. 1991; Launis ym. 1991b; Launis 1994; Engeström 1999; Saaren-Seppälä 2004; Kerosuo 2006) ja työhyvinvointiin liittyvien tutkimusten (Mäkitalo 2005; Niemelä 2006) mukaan avaavan uudenlaista käsitteellistämisen ja ymmärtämisen näkökulmaa. Kirjallisuuskatsauksen perusteella kehittävä työntutkimus on tuonut uudenlaista ajattelutapoja ja käsitteitä (esim. Mäkitalo 2005; Launis & Pihlaja 2007) myös työterveyshuollon tutkimiseen ja kehittämiseen.

### **4.2 Toiminnan teoria ja kehittävä työntutkimus**

Tutkimuksen metodologinen lähtökohta ja teoreettinen perusta on kehittävä työntutkimus (Engeström 1987, 1995), joka on kulttuurihistoriallisen toiminnan teorian (Leontjev 1977; Vygotsky 1978; Engeström ym. 1999) sovellus ja työn ja organisaatioiden tutkimiseen ja kehittämiseen tarkoitettu itsenäinen muunnelma. Edwards (2000) on arvioinut, että toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen vahvuutena ovat sen analyyttiset välineet erityisesti silloin, kun tutkitaan systeemien muutosta. Kehittävän työntutkimuksen metodologian avulla on mahdollista tutkia työpaikan tarpeiden arviointia ja siihen liittyvää yhteistyötä kohteellisena, muuttuvana ja kehittyvinä, moniäänisenä, välittyneenä ja kehitysjännitteisenä toimintana.

Kulttuurihistoriallisen toiminnan teorian peruskäsite on kollektiivinen, kohteellinen ja kulttuurisesti välittynyt toiminta. Toimintaa kuvataan Engeströmin (1987) väitöskirjassaan esittämän toimintajärjestelmämallin avulla, joka korostaa toiminnan systeemistä rakennetta. Toiminnan kohteellisuus tarkoittaa yhteisöllisesti merkitykselliseen tarkoitukseen suuntautuvaa, pitkäjänteistä toimintaa. Toimintaa ei voi olla ilman kohdetta,



vaikkakaan tekijä ei aina ole tietoinen yhteisestä kohteesta. Toiminnan kohteen ja siihen vaikuttamisen kautta tekijöille rakentuu työn motiivi ja tarkoitus. Kohde on kuitenkin käsitteenä haasteellinen. Engeströmin (1990) mukaan ”object [kohde] is both something given and something projected or anticipated”. Tekijät eivät voi tulkita kohdetta tai vaikuttaa toiminnan kohteeseen suoraan, vaan toiminnan kohde on aina välineiden välittämä (Vygotsky 1978).

Välineet voivat olla kokemuksia, koulutuksessa hankittua tietoa tai kulttuurisesti välittyneitä toimintamalleja. Toiminnan välineitä ovat myös konkreettiset esineet, kuten tietokone tai kyselylomake, tai ajatusmallit, esimerkiksi työn kuormittavuuden arvioinnissa käytetty kuorma–kuormittuminen-malli (Rutenfranz 1981) tai toimintajärjestelmämalli (Engeström 1987). Välineet voivat olla myös käsitteitä (esimerkiksi työkyky) tai toimintoja (kuten terveystarkastukset). Se, mihin tarkoitukseen väline on kehitetty, ratkaisee, minkälaista tietoa se tuottaa kohteesta. Virkkunen (1995) on kuvannut, että väline on yleistys joistain toiminnan kohteen piirteistä ja toiminnassa usein esiintyvistä operaatioista. Väline ikään kuin esineellistää esiintyvän tavoitteen. Esimerkiksi työsuojelutarkastajien riskikartoitusten tarkistuslistat sisältävät yleistyksen asioista, jotka ovat tietynlaisissa työpaikoissa työsuojelun kannalta tärkeitä, ja listat antavat aineellisen muodon kartoituksissa toistuvalla vaaratekijöiden etsimiselle. (Virkkunen 1995.) Vastaavasti voidaan tarkastella työterveyshuollon välineitä esimerkiksi työpaikkaselvityksissä. Tämän tutkimuksen kannalta mielenkiintoista oli, minkälaisia välineitä työterveyshenkilöstö tai asiakasyritykset käyttivät työpaikan tarpeiden arvioinnissa ja siihen liittyvässä yhteistyössä.

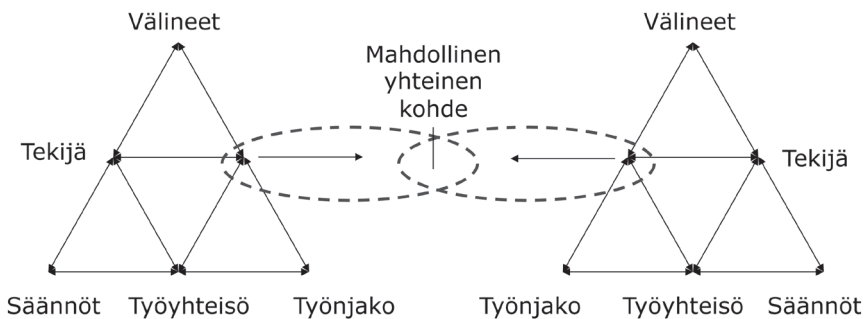
Toiminnan kohdetta välittävät välineiden lisäksi säännöt, työnjako ja yhteisö (Engeström 1987). Toiminnan säännöillä tarkoitetaan niitä kirjoitettuja tai kirjoittamattomia sopimuksia, normeja, ohjeita ja määräyksiä, joita toiminta itse tuottaa (esim. työterveysyksikön sisäiset kirjoitetut ja kirjoittamattomat säännöt ja sopimukset, johdon asettamat tulosveloitteet tai tavat, joilla työntekijät priorisoivat toimintaansa). Paikallisen toiminnan (esimerkiksi työterveyshuoltoyksikön) ulkopuolella tuotetut säännöt (lainsäädäntö, toiminnan korvauskäytännöt jne.) saavat muotonsa ja vaikutuksensa vasta paikallisessa toiminnassa tulkittuina ja käytettyinä.

Yhteiskunnallisen toiminnan, kuten työterveyshuollon, kannalta lainsäädännöllä on suuri merkitys. Lainsäädännöllä pyritään ohjaamaan,

## 4 TUTKIMUSASETELMA, AINEISTO JA MENETELMÄT

kehittämään ja muuttamaan työterveyshuoltoa yhtenäiseen, yhteiskunnassa kunakin ajankohtana haluttuun suuntaan. Säännöt voivat toimia myös työterveyshuollon välineinä kohteen tulkinnassa tai rajaamisessa, kuten ajateltaessa, että työterveyshuollon kohde on vain se, mitä Kansaneläkelaitos korvaa työterveyshuoltona. Työyhteisöllä tarkoitetaan saman kohteen kanssa työskenteleviä yksilöitä ja työnjaolla tehtäväjakoja sekä yhteisön sisällä että muiden samaan kohteeseen vaikuttavien kesken. Vaikka lainsäädännöllä pyritään ohjaamaan työterveyshuollon ja työpaikkojen toimintaa, käytössä olevat välineet, säännöt, työnjako ja työyhteisö ratkaisevat, mikä on työterveyshuollon ja/tai työpaikan tarpeiden arvioinnissa kohde ja tulkittu tarve.

Engeströmin (1987) kehittämän toimintajärjestelmämallin avulla tutkittiin alun perin vain yhtä työyhteisöä, tiimiä tai organisaatiota (esim. Engeström & Engeström 1984). Tässä tutkimuksessa on käytetty yhtä toimintajärjestelmämallia tutkittaessa yhden kunnallisen työterveysyksikön toimintaa. 1990-luvun alusta kehittävässä työntutkimuksessa suuntauduttiin tutkimaan yhä enemmän toimintajärjestelmien verkkoja eli usean organisaation muodostamia verkostoja ja usean organisaation rajapinnoilla tapahtuvaa toimintaa (esim. Toiviainen 2003; Kerosuo 2006). Toimintajärjestelmien verkkojen ja niiden rajapintojen tutkimuksissa on analysoitu organisaatioiden aiempia toimintamalleja ja kehitetty yhteistoiminnassa rakentuvaa uudenlaista toimintaa. Tässä tutkimuksessa on käytetty kahden toimintajärjestelmämallin mallia (kuvio 4.2) tutkittaessa työterveyshuoltoyksikön ja sen asiakasyrityksen rajapinnoilla tapahtuvaa toimintaa eli työpaikan tarpeiden arviointia ja yhteistyötä.



Kuvio 4.2 Kaksi toimintajärjestelmää ja mahdollinen yhteinen kohde

Kehittävän työntutkimuksen perusoletus (Engeström 1995) on, että toiminta on jatkuvassa muutoksessa. Sekä toimintajärjestelmän ulkopuolelta että toiminnan sisältä tulee uusia välineitä ja sääntöjä (uudet ideat ja mallit, lainsäädännön muutokset), työnjaot ja työn kohde muuttuvat tai työlle asetetaan uusia tavoitteita. Toiminnan eri osien eriaikaiset muutokset aiheuttavat toimintajärjestelmän sisällä systeemisiä ristiriitoja. Ristiriidalla tarkoitetaan siis toiminnan muutoksessa toimintajärjestelmän eri osatekijöiden välille syntyviä jännitteitä (esim. kohteen ja välineiden välille). Ristiriita voi muodostua myös toimintajärjestelmien välille. Esimerkiksi kahdelle toimintajärjestelmälle, joilla on jokin yhteinen kohde, voi muodostua ristiriita, kun toimintajärjestelmät kehittyvät eri tahtia. Näin voi käydä esimerkiksi työterveyshuollossa silloin, jos työterveyshuoltoyksikön tarjoamat palvelut eivät vastaa asiakasyritysten tarpeita.

Engeströmin käyttämän ristiriita-sanasta tässä tutkimuksessa on käytetty sanaa kehitysjännite. Tällä on haluttu välttää tulkintoja, joissa ristiriita ymmärretään ihmisten väliseksi. Ristiriidan tunnistaminen ja sen ratkaiseminen tarjoaa myös mahdollisuuden kehittää toimintaa systemaattisesti, joten myös sikäli kehitysjännite on sanana perusteltu. Toimintajärjestelmä-mallissa kehitysjännitteet kuvataan yleensä osatekijöiden väliin sijoitetulla kaksisuuntaisella salamanoolella. Kehitysjännitteet ilmenevät yksilöiden (työntekijät, esimiehet) työhön liittyvinä vaikeuksina ja heihin kohdistuvina ristiriitaisina vaatimuksina. Työn vaikeudet ja ristiriitaiset vaatimukset tulevat näkyviin yhtäältä työn kulun häiriöinä ja katkoksina, laaturvirheinä ja työn tehottomuutena, toisaalta yksilöiden työtaakan kohoittomuutena, ylivoimaisena kiireenä ja uupumuksena (esim. Mäkitalo 2003). Työntekijä tai työyksikkö ei välttämättä edes pysty näissä tilanteissa analysoimaan, mistä ongelmassa on kysymys. Toiminnan häiriöiden ja muutosmahdollisuuksien ja -suuntien ymmärtämiseksi onkin tärkeää tuntea aikaisempia muutoksia, jotta menneestä voi oppia.

Toiminnan teoria ja kehittävä työntutkimus edellyttävät historiallista tutkimusotetta. Kehittävän työntutkimuksen ”historiallista” analyysiä ei kuitenkaan pidä sekoittaa historiantutkijoiden tekemään tutkimukseen (esim. Kalela 2000). Kehittävässä työntutkimuksessa (Engeström 1995) historiallisella tutkimusotteella tarkoitetaan tutkimuskohteessa tapahtuneiden ja tutkimuskohteen toimijoiden merkittäviksi tulkitsemien muutosten ja niistä seuranneiden kehitysjännitteiden erittelyä.

Menneisyyden kuvaaminen ei ole itsetarkoitus (historian tutkimisen käyttöarvosta esim. Sihvola 1984), vaan tavoitteena on toiminnan kehitysvaihtoehtojen tutkiminen ja toiminnan kehittäminen. Työpaikan toimintajärjestelmässä on monia erilaisia taustoja, intressejä ja näkökulmia edustavia toimijoita, joilla voi olla esimerkiksi aivan erilaisia kokemuksia työpaikan merkittävistä muutoksista. Kehittävän työntutkimuksen otteeseen perustuvissa hankkeissa ja tutkimuksissa nämä eri näkökulmat (moniäänisyys) pyritään saattamaan uutta luovaan vuoropuheluun.

Tutkimushetken aineistosta voi eri näkökulmien kautta löytyä asioita, jotka on mahdollista ymmärtää syvemmin, kun historiallinen analyysi luo tulkintaa ilmiöiden ja ongelmien synnystä. Vastaavasti jokin tutkimushetken aineistoon sisältyvä ilmiö tai asia voi herättää kysymyksen siitä, miten se on oikein syntynyt tai kehittynyt, ja tähän voi taas saada ymmärrystä historiallisen analyysin kautta. Moniäänisyyttä lisää myös se, että paikallisen työtoiminnan historiallisen analyysin lisäksi vuoropuheluun saatetaan yleisemmän tason analyysiä, esimerkiksi siitä, kuinka samainen työtoiminta on kehittynyt ja muuttunut valtakunnallisesti tai kansainvälisesti (vrt. ”oman historian” ja muun historian vuoropuhelun puuttuminen, Kalela 2000).

Moniäänisyyttä lisää myös teorianhistoriallisen tai sääntöhistoriallisen analyysin käyttö. Teorianhistoriallisella analyysillä tarkoitetaan toiminnassa käytettyjen välineiden, käsitteiden, mallien ja teorioiden yleisen kehityksen ja ristiriitojen erittelyä. Sääntöhistoriallisessa analyysissä keskitytään tarkasteltavan toiminnan säädöspohjan kehitykseen. (Engeström 1995.) Tässä tutkimuksessa on hyödynnetty erityisesti sääntöhistoriallista analyysiä, jolla on selvitetty työterveyshuoltolainsäädännön muutoksia yhteistyön ja tarpeen arvioinnin näkökulmasta. Sääntöhistoriallinen analyysi tähtää toiminnan (tässä tutkimuksessa tarpeiden arvioinnin ja yhteistyön) kehitysjännitteiden hahmottamiseen ja edessä olevien ratkaisuvaihtoehtojen (lähikehityksen) tunnistamiseen.

### **4.3 Tutkimuskohteiden valinta**

Tutkimus on laadullinen tutkimus, joka on tehty kehittävän työntutkimuksen metodologialla. Tutkimuksen kohteena oli yksi terveystieteiden tutkimuskeskuksen työterveyshuoltoyksikkö ja sen asiakastyöpaikkoja. Tutkimuksen

työterveyshuoltoyksikköä ei valittu siksi, että olisi haluttu ymmärtää juuri tietyn yksikön toimintaa paremmin (ks. Stake 2000), vaan siksi, että sen toimintaa tutkimalla voisi paremmin ymmärtää yksikön ja sen asiakastyöpaikkojen yhteistyötä ja erityisesti tarpeiden arviointia ilmiönä sen omassa ympäristössä (esim. Yin 1994).

Tutkimukseen mukaan pyydettyä terveystakeskukseen työterveysyksikköä ei valittu sattumalta. Laadukkaan kunnallisen työterveyshuolto-toiminnan esteenä on tutkimusten (esim. Räsänen ym. 1999c) mukaan pidetty vähäisiä resursseja. Mukaan pyydetyn yksikön resurssit olivat tutkimuksen aloittamishetkellä kunnalliseksi työterveysyksiköksi sangen hyvät (yksikköä on kuvattu tarkemmin osajulkaisussa I). Tämä oli oleellista, sillä kyseessä oli myös kehittämishanke ja haluttiin, että tutkittavalla työterveyshenkilöstöllä oli mahdollisuuksia yhdessä tutkijoiden kanssa tutkia ja kehittää asiakasyhteistyötään. Yksikkö oli historiansa aikana kuitenkin toiminut myös niukemmilla resursseilla.

Osajulkaisussa II tutkittiin tarpeiden arviointia sopimusneuvottelutilanteessa. Tutkimuksen kohteeksi valittiin sopimusneuvottelutilanne sen takia, että työterveysyksikössä sopimusneuvottelun katsottiin olevan osa asiakkaaksituloprosessia, johon liittyi kiinteästi myös neuvottelun jälkeinen työpaikkakäynti ja toimintasuunnitelman teko. Yrityksen työterveyteen liittyvien tarpeiden arviointi alkoi siis jo sopimusneuvottelussa. Hankkeessa tuli myös esille, että sopimusneuvotteluihin liittyi kehittämisen tarvetta. Tiedon ei koettu kulkevan työterveysyksikön johtajalta, joka kävi sopimusneuvottelut, työpaikan vastuuhoitajalle tai tiimin jäseneltä toiselle. Asiakkaalta saatettiin työnjaon epäselvyyden takia kysyä samoja asioita useaan kertaan tai jokin tärkeä seikka jäi selvittämättä. Työterveysyksikön johtaja, joka kävi neuvottelut, valitsi tutkimukseen otettavat asiakastyöpaikat, joiden sopimusneuvottelut nauhoitettiin. Osajulkaisussa II tarkasteltiin kahta neuvottelua, joita yksikön johtaja kuvasi tyypillisiksi isolle ja pienelle työpaikalle.

Osajulkaisuissa III ja IV tutkimuskohteena oli sama pienyritys. Kun tutkimuskohde oli sama, oli mahdollista vertailla käytössä olleita (osajulkaisu III) ja niin sanottuja tulevaisuuden välineitä (osajulkaisu IV) ja niillä saavutettuja tuloksia. Työterveystiimi perusteli pienyrityksen pyytämistä mukaan tutkimus- ja kehittämishankkeeseen seuraavasti: 1) yrityksen henkilöstön lukumäärä oli kasvanut kymmenen vuoden aikana muutamasta työntekijästä yli 30:een, 2) osa työntekijöistä oli iäkkäitä,

minkä koettiin aiheuttavan toimenpidetarpeita ja 3) työterveystiimi piti yrityksen viimeaikaisia toivomuksia paremmista työterveyshuoltopalveluista haasteena. Yrityksestä vastaava työterveyshoitaja arvioi myös, että sen työterveyshuoltotoiminta kuvaa hyvin tutkittavassa yksikössä tapahtuvaa työterveyshuollon ja pienyritysten välistä toimintaa ja yhteistyötä asiakkaan kanssa. Pienyrityksen valinta oli perusteltu muistakin syistä. Ensinnäkin suuri osa (noin 98 %) suomalaisista yrityksistä on pienyrityksiä (Yritykset 2003 / 2013). Toisekseen yritys oli kooltaan hyvin tyypillinen terveyskeskuksen työterveysyksikön asiakas (Räsänen ym. 2002). Kolmanneksi pienyritysten ja työterveysyksiköiden yhteistyöhön liittyy haasteita: muun muassa työterveyshenkilöstön on vaikea tavoittaa pientyöpaikkoja (Piirainen ym. 2003) ja työterveysyksiköiden kontaktit pienyrityksiin ovat kaiken kaikkiaan olleet määrältään vähäisiä (Piirainen ym. 2000; Piirainen ym. 2003).

### **4.4 Aineisto ja sen keruumenetelmät**

Osajulkaisujen aineistot kerättiin kolmivuotisessa (vv. 2000–2003) tutkimus- ja kehittämishankkeessa ”Asiakasyrityksen ja työterveyshuollon välisen dialogin kehittäminen” (myös Dialogi-hanke nimeä käytettiin). Hanke oli interventioprosessi, jossa tutkijoiden ja työterveyshenkilöstön yhteistyönä analysoitiin ja kehitettiin työterveyshuollon toimintaa ja tuotettiin samalla tutkimusaineistoa. Hanke eteni vaiheittain. Osajulkaisun I aineisto kerättiin hankkeen ensimmäisessä vaiheessa, jossa analysoitiin tutkimuskohteena olevan terveyskeskuksen työterveysyksikön muutosta ja nykytoimintaa ja luotiin nykytilan kehitysjännitteitä koskeva hypoteesi. Vaihe tuotti työterveyshenkilöstölle ja tutkijoille yhteistä jaettua näkemystä työterveysyksikön muutoksesta ja haasteista ja suuntasi tutkimuksen seuraavia vaiheita. Osajulkaisujen II ja III aineistot kerättiin hankkeen seuraavassa vaiheessa. Siinä kehitysjännitehypoteeseja tarkennettiin aineistoilla, jotka tuottivat tietoa työpaikkojen tarpeiden arvioinnista ja asiakasyhteistyöstä. Osajulkaisun IV aineisto kerättiin hankkeen viimeisessä vaiheessa, jolloin oli tarkoitus etsiä, rakentaa ja ottaa työpaikan tarpeiden arvioinnissa ja asiakasyhteistyössä käyttöön uusia toimintatapoja. Tutkimuksen aineisto ja aineistonkeruumenetelmät on kiteytetty taulukkoon 4.1.

Taulukko 4.1 Osajulkaisujen aineistot ja niiden keruumenetelmät

Osajulkaisu	Aineistonkeruumenetelmät	Aineisto
[I] Terveyskeskus-työterveyshuolto – mahdoton tehtävä? Kaaoksen tunteesta muutoksen paikalliseen analyysiin	Muutoslaboratoriotyöppinen interventiot prosessi Dokumentit Teemahaastattelu	Seitsemän nauhoitettua terveyskeskuksen työterveyshuoltoyksikön interventiotuntia, jotka kestivät 75–180 min. Osallistujina oli työterveysyksikön henkilöstö (8–13 osanottajaa). Joihinkin istuntoihin osallistui myös opiskelijoita ja terveyskeskuksen johtoryhmän jäseniä. – Työterveyshenkilöstön kuvaukset työstään: 5 parityönä tuotettua historialakankuvausta, 5 yksilö-/ryhmätyönä tehtyä ”Mahdoton tehtävä”-kuvausta ja 7 yksilötyönä tehtyä ”Mitä jäi tänäänkin tekemättä”-kuvausta – Interventioistuntojen yhteydessä tuotetut jäsenyykset ja analyysit (mm. yksikön historian vaiheistus) – Olemassa olevat dokumentit työterveysyksikön työstä (toimintasuunnitelmia, yksikön kehittämispäivien muistioita yms.): 108 erilaista dokumenttia, joiden sivumäärät 1–75. – 22 haastattelua (työterveyshenkilöstö ja terveyskeskuksen johtoryhmä), joista koottuja työn ongelmia käytiin interventiot prosessissa peilinaisteina
[II] Yhteistyö haasteena – analyysi yrityksen ja työterveyshuollon sopimusneuvotteluista	Dokumentit Havainnointi	– Dokumenttiaineisto työterveyshuollon asiakasyhteistyötä koskevista vaihtokunnallisista säädöksistä ja ohjeista vuosilta 1978–2002 – Kaksi erityyppistä työterveyshuollon edustajan nauhoitettua työterveyshuollon ja asiakasyrityksen sopimusneuvottelua
[III] Mitä työterveyshuollon välineet tavoittavat pienyrityksestä? Osa I: nykyiset välineet	Dokumentit Stimulated recall -haastattelu Kirjeenvaihto	– Yhden asiakasyrityksen työterveyshuoltodokumentit (ei potilastietoja) yrityksen ja työterveyshuollon yhteistyön koko ajalta – Yrityksestä vastaavan työterveyshoitajan haastattelu asiakasyrityksen työterveyshuoltodokumenttien avulla (stimulated recall -haastattelu) – Yrityksestä vastaavan työterveyslääkärin ja tutkijan kirjeenvaihto
[IV] Mitä työterveyshuollon välineet tavoittavat pienyrityksestä? Osa II: tulevaisuuden välineet	Teemahaastattelu Dokumentit	– Pienyrityksen omistajan ja kuuden työntekijän teemahaastattelut – Yrityksen interviotokoukseen (osallistujina yrityksen omistajat ja haastatellut työntekijät) tuotetut alustavat jäsenyykset ja analyysit yrityksen toiminnan muutoksista ja työn sujumattomuuskohdista

## 4 TUTKIMUSASETELMA, AINEISTO JA MENETELMÄT

---

Yhtenä aineistonkeruumenetelmänä (osajulkaisussa I) käytettiin tutkijoiden (Kirsti Launis ja Tanja Rokkanen) valmistelemissä ja vetämissä interventioistuntoja, jotka etenivät kehittävään työntutkimukseen perustuvan muutoslaboratoriomenetelmän avulla. Muutoslaboratorio (Virkkunen ym. 1999/2001) on osallistava kehittämis- ja tutkimustyön menetelmä. Virkkusen ym. (1999/2001) mukaan muutoslaboratorion analyysimalleilla ja kehittämisvälineistöllä autetaan työntekijöitä hahmottamaan uudella tavalla toimintansa kokonaisuus ja se, miten työssä esiintyvät ongelmat liittyvät toiminnan vakiintuneisiin rakenteisiin, rakenteissa tapahtuviin muutoksiin ja toiminnan kohteen kehitykseen, sekä etsimään ongelmiin toimintakäytäntöä kehittäviä ratkaisuja.

Menetelmä vastaa erityisesti tarpeeseen kehittää työyhteisöön historiallisesti muotoutunutta toimintalogiikkaa. Menetelmällä luodaan visio tulevasta toiminnasta sekä tuotetaan nykyongelmiin sellaisia käytännön ratkaisuja, jotka vievät kohti uutta toimintatapaa. Muutoslaboratoriomenetelmän on tarkoitus tukea oppimisen ja työkäytäntöjen kehittämistä, jossa työn tekijät itse ratkaisevat nykyisen toiminnan ongelmia tulkitsemalla työn tarkoitusta, kohdetta ja tuotosta uudella tavalla, entistä laajemmissa yhteyksissä.

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa (osajulkaisu I) käytetty muutoslaboratoriotyypinen interventioprosessi erosi jonkin verran Virkkusen ym. esittämän muutoslaboratorion (1999/2001) etenemisestä. Muutoslaboratoriotyypisten istuntojen käyttö liittyi tässä tutkimuksessa rajattuun kysymyksenasetteluun, jolla pyrittiin jäsentämään tutkimuskohteen muutosta ja tekemään valintoja jatkoaineiston keräämiseksi. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa ei siis pyritty käymään läpi Virkkusen ym. (1999/2001) muutoslaboratorion vaiheita, joissa visioidaan tulevaa toimintaa ja tehdään kehitysjännitteitä ratkaisevia kehittämiskokeiluja. Koko työterveyshenkilöstö osallistui mahdollisuuksiensa mukaan seitsemään interventioistuntoon keväällä 2000. Istuntoja varten tutkijat keräsivät ja jäsenivät peiliksi (Engeström 1995) työterveyshenkilöstön työtä ja sen muutosta kuvaavaa aineistoa (haastattelut, erilaiset olemassa olevat dokumentit, työterveyshenkilöstön työstään laatimat kuvaukset). Kaikki interventioistunnot nauhoitettiin.

Osajulkaisuissa I, III ja IV käytettiin yhtenä aineistonkeruumenetelmänä haastattelua. Haastatteluaineistoja jäsennettiin ja käytettiin myös peiliaineistona (Engeström 1995) interventioistunnoissa (osajulkaisu I).



Haastatteluun aineistonkeruunmetodinä päädyttiin siksi, että sen avulla voi tuottaa aineistoa siitä, mitä työntekijät ajattelevat työstään, miten he tulkitsevat sen merkityksen, mihin he pyrkivät työssään sekä mitkä asiat he kokevat palkitsevina ja mitkä ongelmallisina työkäytännöissään (Mishler 1986). Virkkusen ym. (1999/2001) mukaan haastattelu voi olla myös hyvä tapa saada esille työn muutoksia ja historiallista kehitystä koskevaa tietoa.

Tutkimuksessa käytetty haastattelumenetelmä perustui osajulkaisuissa I ja IV puolistrukturoidun laadullisen haastattelun (Hirsijärvi & Hurme 1991) ja ”active interview”-n (Holstein & Gubrium 1995) periaatteisiin. Puolistrukturoidulle laadulliselle haastattelulle (teemahaastattelulle) on ominaista, että aihepiirit eli teema-alueet ovat kaikille samat, mutta haastattelija voi vaihdella teemojen ja kysymysten järjestystä ja myös muotoilla kysymyksiä uudelleen. Teemahaastattelun vastauksia ei myöskään ole sidottu valmiisiin vaihtoehtoihin, vaan haastateltavat vastaavat omin sanoin. Holsteinin ja Gubriummin (1995) mukaan haastateltavat ymmärtävät merkityksen luojina, ei henkilöinä, jotka (kuvaannollisesti) noutavat vastauksensa olemassa olevasta ”vastausvarastosta”. Haastattelumetodi ottaa huomioon sen, että ihmiset tulkitsevat asioita ja heidän antamansa merkitykset ovat keskeisiä. Haastattelut ovat myös vuorovaikutustilanteita, joissa aineisto muodostuu haastateltavan ja haastattelijan yhteistyönä. Haastattelija saattaa tuoda haastatteluun aiheita ja tarkennuksia, jotka auttavat haastateltavaa pohtimaan teemoja erilaisista näkökulmista.

Osajulkaisussa III käytettiin stimulated recall -haastattelumenetelmää. Stimulated recall eli virikehaastattelu on menetelmä, jossa haastateltavalle tarjotaan haastattelussa käsiteltäviä asioita mieleen palauttavaa ja konkreettista aineistoa (Virkkunen ym. 1999/2001; Haglund 2003). Virike antaa myös alkusysäyksen keskustelulle, jossa haastateltava voi jatkaa virikkeen esille nostamaa aihetta ja kertoa siihen liittyviä kokemuksiaan ja tietojaan. Virikkeenä voidaan käyttää esimerkiksi kertomuksia, kuvasarjoja tai videoita (Törrönen 2001). Haastateltavan työterveyshoitajan virikkeinä käytettiin työterveyshuoltoyksikön ja sen yhden asiakasyrityksen dokumenttiaineistoa, jota työterveyshoitaja haastattelussa täydensi, kuvasi lisää, selitti ja kommentoi tutkijalle.

Osajulkaisun II aineiston keruussa käytettiin havainnointia luonnollisessa tilanteessa (Silverman 2001). Havainnointi tapahtui ääninauhottamalla työterveysyksikön ja sen asiakasyritysten sopimusneuvottelua. Ääninauhoituksen avulla oli mahdollista saada tietoa todellisesta

tarpeiden arviointitilanteesta ja asiakasyhteistyöstä. Osajulkaisussa II päädyttiin työterveyshuoltoa edustavan neuvottelijan itsensä tekemiin ääninauhoituksiin. Oletuksena oli, että neuvottelukumppanien olisi helpompi hyväksyä ääninauhoitus kuin videonauhoitus ja/tai tutkijan tekemä havainnointi. Työterveyshuollon neuvottelijan itse tekemän ääninauhoituksen oletettiin myös häiritsevän sopimusneuvottelujen normaalikulkua erilaisista havainnointimetoista vähiten.

Erilaiset dokumentit ovat keskeinen osa tutkimuksen aineistoa. Dokumenteilla tarkoitetaan monenlaisia kirjallisia aineistoja, esimerkiksi päiväkirjoja, kirjeitä, muistioita ja virallisia dokumentteja. Dokumentit voivat olla tutkijan provosoimia tai olla olemassa tutkijasta riippumatta (Silverman 2001). Eri tavoin tuotetut dokumentit ovat myös eri tavoin informatiivisia (Kalela 2000, 92). Tutkijoiden provosoimia dokumenttiaineistoja ovat tässä tutkimuksessa työterveyshenkilöstön eri tavoin tuottamat kirjalliset kuvaukset työstään (osajulkaisu I). Työterveysyksikön historiallisen kehityksen analyysiä varten aineistoa tuotettiin työterveyshenkilöstön parityönä täyttämällä, toimintajärjestelmän rakenteeseen perustuvalla historialakanalla (Launis ym. 1991a; Kovero & Launis 1999). Historialakanaan kirjataan tapahtumia ja tilanteita kuvauksen tekijän näkökulmasta. Historialakana perustuu muisteluun (Ukkonen 2000), joten niihin kirjataan kuvauksen tekijöille merkityksellisiä asioita. Historialakanassa mennyttä myös arvioidaan nykyisyyden läpi (esim. Ukkonen 2000).

Nykytoimintaa ja sen ongelmia koskevaa aineistoa tuotettiin työterveyshenkilöstön yksilötyönä tekemillä kirjallisilla ”mahdoton tehtävä”- ja ”mitä jäi tänäänkin tekemättä”-kuvauksilla. Osajulkaisussa I työterveysyksikön historialliseen kehityksen analyysiin kerättiin historialakanan lisäksi aineistoa erilaisista olemassa olevista dokumenteista. Osa dokumenteista tuotti kvantitatiivista tietoa toteutuneesta toiminnasta (esim. henkilö- ja yritysasiakasmääristä), osa tietoa yksikön kehittämistavoitteista eri aikoina (esim. työterveysyksikön kehittämispäivistä laaditut muistiot) ja osa kuvauksia eri aikoina toteutuneesta toiminnasta ja tuolloin koetuista ongelmista (esim. yksikön perjantaikokouksista laaditut raporttivihot vuosilta 1977–2000). Osajulkaisun II dokumenttiaineistona ovat työterveyshuollon asiakasyhteistyötä koskevat valtakunnalliset säädökset. Ne heijastavat ajankohtansa yhteiskunnallista tilannetta ja yhteiskunnan toivomaa asiakasyhteistyön toteutusta. Osajulkaisun III dokumenttiaineistoksi kerättiin yrityksen ja työterveyshuollon yhteistyön ajalta

kaikki työterveyshuollon dokumentit (esim. työpaikkaselvitysraportti, työterveyshuollon toimintasuunnitelma) potilastietoja lukuun ottamatta. Dokumentit tuottivat tietoa työterveyshuollon käyttämisestä välineistä, välineiden tuottamista tiedoista ja siitä, mihin tieto oli johtanut. Osajulkaisun III dokumentteja käytettiin myös työterveyshoitajan stimulated recall -haastattelussa. Osajulkaisussa III käytettiin aineistona myös sähköpostikirjeenvaihtoa, jolla täsmennettiin hoitavalta lääkäriltä tarpeiden arviointia ja sen jälkeistä toimintaa.

### 4.5 Aineiston analyysimenetelmät

Nauhoitettu aineisto (muutoslaboratoriotyyppiset istunnot, haastattelut ja sopimusneuvottelut) muodosti dokumenttien lisäksi suuren osan osajulkaisujen tutkimusaineistoa. Nauhoitetut aineistot purettiin sanatarkasti tekstitiedostoiksi. Ulkopuolinen litteroija kirjoitti osan nauhoista tekstitiedostoiksi, osan kirjoitti tutkija (TR). Ulkopuolisen litteroijan purkamat nauhat tutkija (TR) kuunteli myös läpi ja vertasi tekstitiedostoja ääninauhoitukseen. Joihinkin tekstitiedostoihin tehtiin kuuntelun perusteella korjauksia. Osajulkaisujen I, II ja IV tekstitiedostojen systemaattisen hallinnan apuna käytettiin Atlas/ti-ohjelmaa (esim. Lonkila & Silvonen 2002).

Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen (Engeström 1987, 1995) metodologia ja teoreettiset käsitteet auttoivat ja suuntasivat laajan aineiston analyysiä. Aineistoa ei siis analysoitu puhtaasti aineistolähtöisesti (esim. Glaser & Strauss 1967). Aineiston analyysin näkökulma oli tarkastella työpaikan tarpeiden arviointia ja siihen liittyvää asiakasyhteistyötä kehittävän työntutkimuksen mukaisesti toimintana. Analyysissä ei testattu jotain tiettyä teoriaa, vaan paremminkin pyrittiin avaamaan uusia ajatusuria (Tuomi & Sarajärvi 2002). Toisin sanoen analyysin tavoitteena oli tarkastella, minkälaisia kehittämismahdollisuuksia asiakasyhteistyössä ja erityisesti työpaikan tarpeiden arvioinnissa oli. Osatutkimusten aineistojen analyysiä voikin kutsua abduktiiviseksi sisällönanalyysiksi (Tuomi & Sarajärvi 2002). Kunkin osatutkimusten analyysit on huolellisesti kuvattu osajulkaisuissa. Tässä analyysit on kuvattu pääpiirteittäin ja koottu taulukkoon (Taulukko 4.2).

**Taulukko 4.2 Osajulkaisujen aineistojen analyysimenetelmät, teoreettiset analyysiyksiköt ja keskeiset analyysissä käytetyt kehittävään työntutkimukseen perustuvat käsitteet**

Osajulkaisu	Analyysimenetelmä	Teoreettinen analyysiyksikkö	Keskeiset analyysissä käytetyt kehittävään työntutkimukseen perustuvat käsitteet
[I] Terveyskeskustyöterveys-huolto – mahdollon tehtävä? Kaaoksen tunteesta muutoksen paikalliseen analyysiin	Paikallishistoriallinen analyysi Sisällön analyysi	Paikallisen työterveysyksikön toimintajärjestelmä	Toimintajärjestelmän kehitysjännitteet ja ekspansiivinen sykli
[II] Yhteistyö haasteena – analyysi yrityksen ja työterveyshuollon sopimusneuvotteluista	Sääntöhistoriallinen analyysi Aloiteanalyysi	Kahden toimintajärjestelmän (työterveyshuoltoyksikkö ja asiakasryitys) interaktio sopimusneuvottelutilanteessa	Neuvotteluiden käsikirjoitus Toimintajärjestelmien (mahdollinen) yhteinen kohde ja yhteistyön laatu (koordinaatio, ko-operaatio ja kommunikaatio)
[III] Mitä työterveyshuollon välineet tavoittavat pienyrityksestä? Osa I: nykyiset välineet	Paikallishistoriallinen analyysi Sisällön analyysi	Yhdestä asiakasryityksestä vastaavan työterveystiimin toimintajärjestelmä	Toimintajärjestelmän välineiden avulla muodostuva toiminnan kohde ja tulos
[IV] Mitä työterveyshuollon välineet tavoittavat pienyrityksestä? Osa II: tulevaisuuden välineet	Paikallishistoriallinen analyysi Sisällön analyysi	Pienyrityksen tuotannon toimintajärjestelmä	Häiriöt, katkokset ja dilemmat pienyrityksen tuotantotoiminnassa ja pienyrityksen kehityksen aikana muodostuneet kehitysjännitteet

Osajulkaisussa I tutkittiin paikallishistoriallisen analyysin (Engeström 1995) avulla työterveyshuoltoyksikön toimintaa ja toiminnan muutosta. Teoreettisena analyysiyksikkönä käytettiin työterveysyksikön toimintajärjestelmää (Engeström 1987) ja sen elementtejä (tekijä, työyhteisö, välineet, työnjako, säännöt, kohde ja tulos). Havaintoyksikkönä olivat nauhoitettujen interventioistuntojen puheenaihejaksot. Puheenaihejakso on perättäisistä puheenvuoroista muodostuva kokonaisuus, jonka aikana puhutaan pääosin samoista aiheista (Hämäläinen 1982). Aineistosta analysoitiin ensin työterveysyksikön työn muutoskertomus. Sen jälkeen siitä tulkittiin laadullisesti eri vaiheet ja kehitysjännitteet.

Osajulkaisussa I tulkitut työterveysyksikön kehitysjännitteet suuntasivat asiakasyhteistyötä koskevan tutkimusaineiston keräämistä ja analyysii yksityiskohtaisemmin työpaikan tarpeiden arviointiin (osajulkaisut II ja III). Osajulkaisussa II analysoitiin työterveyshuollon asiakasyhteistyötä koskevia valtakunnallisia säädöksiä ja työterveysyksikön esimiehen nauhoittamia sopimusneuvotteluja.

Sopimusneuvotteluja analysoitiin kahdella eritasoisella, mutta toisiinsa kiinteästi liittyvällä analyysillä: sääntöhistoriallisella analyysillä ja aloiteanalyysillä. Työterveyshuoltoyksikön ja asiakasyrityksen sopimusneuvottelu tulkittiin kahden historiallisesti kehittyneen toimintajärjestelmän kohtaamiseksi (= aineiston teoreettinen analyysiyksikkö), jossa kummallakin toimijalla on oma käsikirjoituksensa (Engeström 1992, 1993). Käsikirjoitus sisältää muun muassa oletuksen neuvottelun sisällöstä ja etenee puheen avulla. Työterveyshuollon neuvottelijan käsikirjoituksen kaavassa oletettiin näkyvän työterveyshuollon sääntöhistorian siitä, miten asiakkaan kanssa tulee neuvottelussa edetä tai mitä neuvottelun tuloksena pitää syntyä.

Käsikirjoitusten mukaisesti vuorovaikutus ja yhteistyö voivat edustaa kolmea laadullisesti erilaista vuoropuhelun ja yhteistyön tyyppiä (Raeithel 1983; Fichtner 1984; Engeström 1992, 1993). Koordinaatiotyyppistä yhteistyötä ohjaava kaava määrittää kullekin yhteistyön osapuolelle roolin, jossa osapuolet pysyvät. Roolin lisäksi kullakin osapuolella on oma puheen kohde (sisällöt, joita tuo tilanteeseen), jossa osapuoli pysyy. Kooperaatiotyyppinen yhteistyö poikkeaa edellisestä siinä, että osanottajat kohdistavat huomionsa yhteiseen kohteeseen, jota puheen avulla työestetään. Reflektiivisen kommunikaation tyyppinen yhteistyö edellyttää, että osapuolet kiinnittävät yhteisen kohteen lisäksi huomiota

myös vuorovaikutuksensa tapaan eli siihen käsikirjoitukseen, jolla yhteisiä kohteita työstetään.

Sääntöhistoriallisessa analyysissä (Engeström 1995) selvitettiin ensin työterveyshuoltolainsäädännöstä, mitä säännöksiä työterveyshuollon lakisääteisen kehityksen aikana on annettu asiakkaaksitulosta, työterveyshuollon toiminnan kohteesta ja tuloksista ja mistä yhteistyön alussa on sovittava tai neuvoteltava. Sääntöhistoriallinen analyysi tuotti kategoriat aloitteiden luokitteluun. Nauhoitettujen ja litteroitujen sopimusneuvottelujen analyysiin sovellettiin Haaviston (2000, 2002) pelkistämää Linellin (1998) aloiteanalyysimenetelmää. Aloitteet muodostivat analyysin havaintoyksikön. Aloitteiden ja niistä tulkittavien neuvottelijoiden käsikirjoitusten avulla analysoitiin työterveyshuollon ja työpaikan edustajien yhteistyötä ja vuoropuhelua neuvottelun aikana.

Osajulkaisussa III selvitettiin paikallishistoriallisen analyysin (Engeström 1995) avulla työterveyshuollon työpaikkojen tarpeiden arvioinnissa käyttämiä välineitä. Aineiston analyysin teoreettisena analyysiyksikkönä käytettiin työterveysyksikön yhden tiimin toimintajärjestelmää, jossa kohteena oli yksi tiimin monista asiakasyrityksistä. Työterveyshuollon dokumenttiaineistosta ja työterveyshoitajan haastattelusta selvitettiin työterveyshuoltoyksikön ja sen yhden asiakasyrityksen koko yhteisen historian ajalta työterveyshenkilöstön erilaisissa yhteistyötilanteissa käyttämät välineet, välineiden tuottama tieto ja niiden pohjalta toteutettu työterveyshuoltotoiminta. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä (esim. Tuomi & Sarajärvi 2002). Ensin tulkittiin kussakin dokumentissa esitetyt välineet ja kerättiin kaikki maininnat, jotka kertoivat välineen tuottamasta tiedosta. Tämän jälkeen maininnat pelkistettiin ja luokiteltiin. Työterveyshoitajan haastattelusta haettiin mainintoja käytettyjen välineiden tuottamasta tiedosta, tiedon käytöstä ja hyödystä pienyrityksen työterveyshuoltotoiminnassa.

Osajulkaisussa IV tarkasteltiin työhön liittyvää hyvinvointia ja siihen liittyviä tarpeita yrityksen toiminnan ja sen muutoksen synnyttäminä yksilöllisinä ja yhteisöllisinä kokemuksina ja seurauksina. Tavoitteena oli, että työterveyshuolto pystyisi entistä paremmin arvioimaan työpaikan tarpeita. Osajulkaisussa IV tutkittiin paikallishistoriallisen analyysin (Engeström 1995) avulla yhden yrityksen toimintaa, toiminnan muutoksia ja toimintaan muodostuneita kehitysjännitteitä. Osajulkaisun IV aineistona olivat työterveysyksikön yhden asiakasyrityksen (sama yritys

kuin osajulkaisussa III) henkilöstön teemahaastattelut. Osajulkaisun IV teoreettisena analyysiyksikkönä oli pienyrityksen toiminta ja sen muutos. Analyysi eteni kaksivaiheisesti. Haastatteluaineistosta analysoitiin ensin yrityksen historiallista muutosta eli yrityksen toimintajärjestelmän elementtien muutoksia (esim. työnjako, säännöt) yrityksen koko olemassaolon ajalta. Havaintoaineistona olivat haastateltavien vastauksissa yrityksen työtä ja sen muutosta kuvaavat maininnat. Toisessa vaiheessa analysoitiin haastatteluaineistosta yrityksen tuotannon nykytoiminnan ongelmia eli työn sujumattomuuskohtia käsitteiden dilemma, katkos ja häiriö (Engeström 1995) avulla. Havaintoyksikkönä olivat haastateltavien vastauksissa esiintyvät työn sujumisen ongelmia kuvaavat maininnat, joista puhuessaan työntekijät ilmaisivat erilaisia tuntemuksia, kuten harmia, ärtymystä tai pettymystä (Mott 1992). Historiallisen muutoksen ja nykytoiminnan ongelmien perusteella tulkittiin pienyrityksen toiminnan kehitysjännitteitä ja työpaikan tarpeita.

## **5 TULOKSET**

### **5.1 Terveyskeskuksen työterveyshuoltoyksikön työn muutos ja kehitysjännitteet**

Tutkimuksen metodologisena valintana oli tutkia työterveyshuollon asiakasyhteistyötä ja työpaikan tarpeiden arviointia paikallisessa yhteydessään. Ensimmäisen osatutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kuvaus paikallisen työterveysyksikön toiminnasta, sen muutoksista ja toiminnan kehitysjännitteistä.

Osajulkaisussa I kuvatussa interventioprosessissa työterveyshenkilöstö ja tutkijat yhdessä analysoivat ja tulkitsivat paikallisen työterveysyksikön työtä kuvaavaa aineistoa. Työterveyshuoltoyksikön työn muutoksessa tulkittiin olleen kolme vaihetta, jotka nimettiin seuraavasti: 1) Systemaattiset työpaikkaselvitykset -vaihe 1978–1985, 2) Työn joka suuntaan leviämisen vaihe 1986–1994 ja 3) Tykyn ja sairaanhoidon huuman vaihe 1995–2000.

Systemaattiset työpaikkaselvitykset -vaiheessa (1978–1985) työterveyshuoltotoiminta aloitettiin työpaikkaselvityksillä ja työpaikat priorisoi-  
ttiin työn terveysvaarojen mukaisesti. Yhteistyö asiakkaan kanssa perustui työterveyshuoltolain velvoitteisiin. Systemaattiset työpaikkaselvitykset -vaiheen lopussa alkoi kehittyä jännitettä työterveyshuoltolaissa esitetyn työn kohteen (työpaikan olosuhteiden parantaminen ensisijaisista) ja työterveyshuollon käyttämien välineiden välille. Jännite näkyi muun muassa siten, että työpaikkaselvitysten jälkeen näytti olevan vaikeaa löytää sitä toimintamuotoa ja niitä välineitä, joiden avulla työpaikoilla altisteiden ja kuormitustekijöiden kartoituksen jälkeen toimittaisiin. Työpaikoilla oli vaikea saada aikaiseksi parannuksia. Jännitteeseen ei näyttänyt löytyvän



ratkaisua, ja työterveyshuollon toimijat olivat epävarmoja siitä, riittäkö työterveyshuoltolakiin perustuva toiminta työnantajille. Epävarmuus johti muun muassa erilaisten terveystarkastusten aktiiviseen markkinointiin. Vaikka työterveyshuollon kohteeksi haluttiin lain mukaisesti nostaa työpaikka, toiminta alkoi terveystarkastusten myötä kohdistua yksittäisiin työntekijöihin työterveyshenkilöstölle ennestään tuttujen terveydenhuollon mallien mukaan.

Työn joka suuntaan leviämisen vaiheessa (1986–1994) oli tarkoitus siirtyä altisteiden kartoituksista työpaikoilla tapahtuvaan toimintaan. Työpaikat työn kohteena hahmotettiin toimialoittain, ammattiryhmittäin tai altisteittain. Työterveyshuollon välineiden ja kohteen (työpaikka työterveyshuollon kohteeksi) välillä edellisessä vaiheessa vallinnut kehitysjännite ei lauennut, vaikka altisteisiin ja kuormitustekijöihin (esim. liuotinaineprojekti, hammashuollon ergonomiaprojekti ja siivoojien varhaiskuntoutushanke) yritettiin vaikuttaa isommilla työpaikoilla. Jännite näkyi esimerkiksi työterveyshuoltoyksikön viikoittaisissa palaverissa, joissa henkilöstöä puhuttivat muun muassa seuraavat kehittämistä kaipaavat aihealueet: työterveyshuoltotyön sisältö, yhteydenpito työpaikkojen kanssa, yhteistyö työsuojelutoimikuntien kanssa, asiakaskeksinen ajattelu ja kunkin työpaikan työterveystarpeet ja työpaikan hyötyminen työterveyshuollon palveluista. Pääsääntöisesti työterveysyksikön toiminta kehittyi yleisen ehkäisevän terveydenhuollon suuntaan ja sen perinteisin välinein (mm. tupakka- ja ravintokampanjat). Myös lisääntyneen sairaanhoidon kautta työterveysyksikön kohteeksi muodostui yhä selvemmin yksilö.

Tykyn ja sairaanhoidon huumen vaiheessa (1995–2000) terveyskeskus ja siten myös työterveysyksikkö siirtyivät väestövastuuseen, mikä lisäsi sairaanhoitoa. Työpaikkoihin kohdistuva toiminta muuttui yhä enemmän työpaikoilta tulleiden tykytoiveiden toteuttamiseksi, missä toiminnassa työfysioterapeutti oli keskeinen toteuttaja. Erityisesti lääkärin työpaikkakäyntien määrän koettiin vähentyneen ja käynnejä kuvattiin lähinnä ”hätätyöpaikkakäynneiksi”. Tykyn ja sairaanhoidon huumen vaiheessa ei siten ratkaistu edellisten vaiheiden aikana työterveysyksikön välineiden ja toivotun kohteen välille syntynyttä kehitysjännitettä.

Tutkimuksen kokonaisuuden kannalta osajulkaisu I tuotti neljä keskeistä löydöstä. Ensinnäkin vuosien 1978–2000 aikana työterveysyksikön jokapäiväisen työn kohteeksi nousi yhä enemmän yksilö ja työterveyshuollon periaatteisiin kirjattu yritys tai työyhteisö jäi yhä enemmän pel-

kästään työn tavoiteltavaksi kohteeksi. Työterveyshuollon työ oli jopa kaventunut 1980-luvun monipuolisista ja moniammatillisista hankkeista työksi, joka terveystarkastusten, sairaanhoidon ja työliikunnan myötä yhä enemmän kohdistui yksilöön ja jota teki yksittäinen ammattihenkilö. Toinen löydös oli se, että tarpeet jäsentyivät työterveyshenkilöstölle altisteiksi, kuormitustekijöiksi ja muiksi sairastumisen vaaraa aiheuttaviksi riskeiksi. Kolmas löydös oli se, että työpaikasta yksilötyön kautta kertynyttä tietoa (terveystarkastukset ja sairaanhoito) ei pystytty systemaattisesti keräämään eikä käyttämään työpaikalla vaikuttamisen välineenä. Neljäs löydös oli se, että yritysten työntekijät yksilöinä jäsentyivät passiivisiksi kohteiksi (eivät oman toimintansa aktiivisiksi kehittäjiksi), joita tulee hoitaa, tarkastaa, arvioida, mitata ja kuntouttaa ja joille tulee antaa tietoa terveyden vaaraa ja työkyvyn heikkenemistä aiheuttavista tekijöistä.

### **5.2 Työterveysyksikön toteuttama tarpeiden arviointi ja siihen liittyneet välineet**

Koska työterveyteen liittyvien tarpeiden voi olettaa muodostuvan työpaikan toiminnassa ja toiminnan muutoksessa, ensimmäisen tutkimuskysymyksen tulos suuntasi tutkimusta asiakasyritysten työterveyteen liittyvään tarpeiden arviointiin ja arvioinnissa käytettyihin välineisiin. Konkreettisten välineiden lisäksi tulkittiin työterveyshuollon välineiksi sekä yhteistyötilanteet (ja niiden käsikirjoitukset) että työterveyshuollon toimintaa ohjaavat työterveyshuoltolaissa esitetyt periaatteet. Yrityksen työterveyteen liittyvien tarpeiden kartoitus alkaa jo sopimusneuvottelussa ja jatkuu työterveyshuoltoyksikön ja työpaikan monenlaisissa kohtaamisissa (esim. työpaikkaselvitykset, terveystarkastukset jne.). Osajulkaisussa II tutkittiin sopimusneuvotteluja ja osajulkaisussa III paikallisen työterveyshuoltoyksikön ja sen yhden pienen asiakasyrityksen yhteistyötä vajaan kymmenen vuoden ajalta.

#### **Yhteistyö ja tarpeiden arviointi sopimusneuvotteluissa**

Sopimusneuvottelu on työterveyshuollon ja asiakastyöpaikan ensimmäinen vuorovaikutustilanne. Sopimusneuvottelun osapuolet tuottavat puheensa avulla paitsi kyseisen neuvottelun yhteistyön laatua, myös

jatkoyhteistyönsä kohteita (sisältöä) ja tulevan yhteistyönsä laatua. Tutkimuskohteena olleen terveyskeskuksen työterveyshenkilöstön mukaan asiakkaiden tarpeet tulevat esille sopimusneuvotteluissa. Kaksi eriaineistoista analyysiä, sääntöhistoriallinen ja nauhoitettujen sopimusneuvottelujen analyysi, tuottivat osajulkaisun II tulokset. Sääntöhistoriallinen analyysi tuotti myös kategoriat sopimusneuvottelujen analyysiin.

Sääntöhistoriallisessa analyysissä selvitettiin, mitä säännöksiä työterveyshuollon lakisääteisen kehityksen aikana on annettu asiakkaaksitulosta, työterveyshuollon toiminnan kohteesta ja tuloksista ja siitä, mistä yhteistyön alussa on sovittava tai neuvoteltava. Tulosten perusteella neuvottelevan työtavan historia on terveyskeskusten työterveyshuollossa lyhyt. Vuosina 1978–1993 työterveyshenkilöstöllä ei asiakkaaksitulovaiheessa juuri ollut neuvoteltavaa yritysasiakkaan kanssa sairaanhoitosopimuksen solmimista lukuun ottamatta. Toiminnan alkuvaiheessa asiakkaat vain ilmoittautuivat kirjallisesti.

Kunnilla on ollut vuodesta 1978 ja on edelleen velvollisuus tuottaa alueellaan lakisääteisiä työterveyshuoltopalveluja. Työterveyshuoltoyksikön ja asiakasyrityksen yhteistyö asiakkaaksitulovaiheessa oli aluksi lähinnä tiedon antamista ja tiedon hankintaa erilaisin lomakkein (esim. asiakkaan ilmoitukset työterveyshuoltoa tarvitsevien työntekijöiden määrästä tai tiedon hankintaa altisteista, joita tiedettiin tietyllä toimialalla esiintyvän). Työterveyshuollon lakiuudistusten (VNp 950/1994, TthL 1383/2001, VNä 1484/2001) myötä vuodesta 1994 alkaen korostuivat työpaikkojen paikallinen työterveyteen liittyvä tarve ja työterveyshuoltoyksiköiden ja asiakasyritysten yhteistoiminta. Nämä edellyttivät jo neuvottelevaa työtapaa asiakkaaksitulon yhteydessä. Sääntöhistoriallisen analyysin pohjalta syntyi työhypoteesi nauhoitettujen sopimusneuvottelujen analyysin perustaksi. Työhypoteesi oli, että työterveyshuollon alkuvaiheen (1980-luvulla syntynyttä) toimintamallia edustaa käsikirjoitus, jossa neuvottelijoiden aloitteesta korostuu tiedon hankinta ja tiedon antaminen. Uutta (1990-luvulla syntynyttä) sopimusneuvottelun toimintamallia edustaa käsikirjoitus, jossa työterveyshuollon aloitteesta korostuu kutsu yhteistoimintaan.

Nauhoitettujen sopimusneuvotteluiden (yksi pienyritys ja yksi keskikokoinen asiakasyritys) analyysin tulosten mukaan suurin osa sekä työterveyshuollon että yrityksen edustajan aloitteista oli tiedon hankintaa tai tiedon antamista, toisin sanoen tiedon välitystä. Yhteistoimintaan

kutsuvia aloitteita tehtiin niukasti. Toisen neuvottelun käsikirjoitus eteni työterveyshuoltolähtöisesti, toisen yrityslähtöisesti. Riippumatta siitä, oliko käsikirjoitus asiakaslähtöinen vai työterveyshuoltolähtöinen, sopimusneuvottelussa painottuivat tiedon hankinta ja tiedon antaminen.

Pienyritysneuvottelu eteni työterveyshuollon edustajan käsikirjoituksen mukaisesti. Työterveyshuollon edustajan käsikirjoitus koostui kysymyksistä, joilla hän kartoitti työpaikan altisteita ja ergonomiaa (= työterveyshuollon näkökulma yrityksen työterveystarpeisiin). Pienyrityksen edustaja laajensi vastauksiaan koskemaan yrityksen toimintaa ja sen kehityshaasteita (= yrityksen edustajan näkökulma työterveystarpeisiin), mutta työterveyshuollon edustaja ei tarttunut näihin aloitteisiin. Yrityksen edustajan aloitteet paremminkin sotkivat työterveyshuollon käsikirjoitusta, jonka tavoitteena oli kartoittaa yrityksen altisteet ja kuormitustekijät. Yhteistä jaettua käsitystä tarpeista ei siten muodostettu. Neuvottelussa ei keskusteltu siitä, mikä on työnjako yrityksen ja työterveyshuollon kesken esimerkiksi työpaikkaselvityksissä tai mitä asioita yhdessä työstetään ja miten tai millaiseen yhteistyöhön asiakas oli jatkossa halukas.

Keskisuuren yrityksen kanssa käyty neuvottelu eteni yrityslähtöisesti. Yrityksen edustajan lyhyesti esittämiä tarpeita ei pohdittu yhteisesti eli neuvottelussa ei tullut esille työterveyshuollon näkökulmaa tarpeisiin. Yhteistä käsitystä tarpeesta ei neuvottelussa siten muodostettu. Yrityksen edustaja näki ongelman ratkaisuksi työterveyshuoltoon keskitetyn sairaanhoidon. Neuvottelu eteni yrityksen edustajan kysymyksiin, joilla hän kartoitti keskitetyn sairaanhoidon mahdollisuuksia työterveyshuoltoyksikössä. Työterveyshuollon edustaja antoi tietoa sairaanhoidosta ja laajensi puheenaiheita kertomalla lisää siitä, mitä työterveyshenkilöstö voi sairaanhoidon yhteydessä tehdä. Neuvottelun tuloksena syntyi sopimus sairaanhoidosta. Neuvottelussa ei pohdittu ratkaisun vaikutusta työpaikalla koettuun ongelmaan tai sitä, tarvittiinko ongelmassa mahdollisesti muitakin yhteistyötä tai ratkaisuja. Neuvottelussa sovittu tuleva yhteistyö tulkittiin laadultaan koordinaatioksi: yritys ohjaa työntekijät työterveyshuoltoon, jossa työterveyshenkilöstö hoitaa omat tehtävänsä.

Tutkimuksen kokonaisuuden kannalta osajulkaisu II tuotti kolme keskeistä löydöstä. Sääntöhistoriallisen analyysin keskeinen löydös oli se, että neuvottelevan työtavan historia oli terveystieteiden työterveyshuollossa lyhyt. Nauhoitettujen sopimusneuvottelujen analyysi tuotti kaksi keskeistä löydöstä, joista toinen oli se, ettei neuvotteluissa muodostettu yhteistä

jaettua käsitystä työpaikan tarpeista, ja toinen se, että yhteistoimintaan kutsuvia aloitteita oli neuvotteluissa todella vähän. Yrityksen ja työterveyshuollon tulevan yhteistyön laatu joko jäi epäselväksi tai yhteistyö jäi koordinatiiviseksi toiminnaksi.

### **Työterveyshuollon käyttämät tarpeiden arviointi- ja yhteistyövälineet**

Osatutkimuksessa III analysoitiin työterveysyksikön ja sen yhden asiakasyrityksen yhteistyötä vuosina 1993–2000. Osatutkimuksessa selvitettiin, mitä työterveyshuollon välineitä yhteistyön aikana oli käytetty, millaista tietoa välineiden avulla oli tuotettu ja miten tietoa oli käytetty yrityksen työterveyshuollon toiminnan suunnittelussa.

Pienyritys tuli asiakkaaksi vuonna 1993 terveyskeskusten työterveyshuollolle tyypillisellä tavalla (ks. osajulkaisu II). Yrityksen omistaja soitti työterveyshuoltoyksikköön ja sai täytettäväkseen kolme lomaketta (ilmoituksen työterveyshuoltopalveluiden tarpeesta, työpaikkaselvityksen esitietolomakkeen ja lakisääteisen työterveyshuollon sopimuspaperit). Yrityksen palautettua lomakkeet työterveystiimi teki työpaikkakäynnin, josta yritykselle toimitettiin työpaikkakäyntiraportti. Työpaikkakäynnin jälkeen työterveyshoitaja laati ja lähetti yritykselle työterveyshuollon toimintasuunnitelman. Pienyrityksen työterveyshuoltotoiminnassa voi nähdä kolme eri vaihetta, joiden aikana työterveyshuollon toiminta koko ajan laajeni. Vuosina 1993–1997 työterveyshuolto toteutti lakisääteistä työterveyshuoltotoimintaa työpaikkakäynneillä ja terveystarkastuksilla (erityinen sairastumisen vaara). Vuosina 1998 toiminta laajeni työntekijöiden sairaanhoitoon ja vuonna 2000 työterveyshuolto suunnitteli työntekijöiden työkyvyn ylläpitämistä ja edistämistä.

Vuosina 1993–1997 työpaikasta oli tuotettu tietoa erilaisilla dokumenteilla (asiakkaaksitulovaiheessa käytetyt lomakkeet), työpaikkakäynnillä ja terveystarkastuksilla. Välineiden tuottaman tiedon perusteella yritys näyttäytyi työympäristönä ja työvaiheina, joissa käytettiin tiettyjä koneita ja materiaaleja. Eri työvaiheissa työntekijät saattoivat altistua tai joutua tapaturmanvaaraan. Kertyneen tiedon perusteella työterveyshuolto esitti sekä suosituksia työntekijöiden henkilökohtaisten suojavälineiden käytöstä että ehdotuksia rakenteellisista ratkaisuista altistumisen vähentämiseksi. Toimintasuunnitelman sisältö oli sama kuin muillakin saman alan

## 5 TULOKSET

---

y yrityksillä eli altisteet suuntasivat toiminnan lakisääteisiin tarkastuksiin. Terveystarkastuksissa työpaikasta saattoi tulla muunlaistakin tietoa, mutta sitä ei dokumentoitu, joten se jäi lähinnä työterveyshoitajan ja lääkärin omaksi tiedoksi.

Vuonna 1998 solmitun sairaanhoitosopimuksen myötä työterveyshuollon kohde laajeni työntekijöiden akuuttien ja kroonisten sairauksien hoitoon. Sairanhoitosopimus lisäsi huomattavasti työterveyshuollon yksilökontakteja. Sairausvastaanotot saattoivat tuottaa tietoa myös työpaikasta, mutta sitä ei dokumentoitu, vaan se jäi kunkin hoitajan ja lääkärin omaan muistiin.

Vuonna 2000 työterveyshenkilöstö suunnitteli yrityksen henkilöstölle tykytoimintaa yrityksen omistajan aloitteesta. Tykytoiminnan tarpeen arvioinnin välineinä työterveyshenkilöstö käytti sairauspoissaolotodistuksia, yrityksen työtiloihin ja työmenetelmiin tutustumista ja tykykyselyä. Nämä välineet tuottivat tietoa altisteista, työntekijöiden oireista, yleisestä terveyskäyttäytymisestä sekä työntekijöiden toiveista. Arvioinnin perusteella työterveystiimi ehdotti viittä ryhmätapaamista. Tapaamisten teemoina olivat 1) alustus aiheesta liikunnan vaikutukset ja rentoutusharjoitus, 2) ”kuntosaliteoria” ja käytännön harjoitus, 3) ravitsemusterapeutin luento, 4) perusjumppa ja venyttelyt ja 5) luento henkisestä jaksamisesta.

Osajulkaisusta III näkyy hyvin työterveyshuollon kohteen laajeneminen kymmenen vuoden aikana. Tutkimuksen kokonaisuuden kannalta osajulkaisun III keskeinen löydös oli se, että yrityksen työterveyteen liittyvistä tarpeista tuotettu tieto laajeni kymmenen vuoden aikana. Aluksi oli tuotettu tietoa (altisteet ja kuormitus ammattitaitain tai työtehtävittäin) työpaikkaselvityksillä ja terveystarkastuksilla, sitten tiedon tuottaminen laajeni sairausvastaanoton kautta koskemaan yrityksen henkilöstön akuutteja ja kroonisia sairauksia, ja 2000-luvun alussa mukaan tulivat terveyskäyttäytyminen ja työntekijöiden tykytoimintaodotukset. Yritys ja sen työterveystarpeet hahmotettiin siis eri työtehtävissä altistuviksi, kuormittuviksi, sairastaviksi ja terveydestään eri tavoin huolehtiviksi työntekijöiksi. Työterveyshuollolle kertyi tietoa yrityksen työterveystarpeista eri lähteistä (esim. työpaikkaselvitykset, sairausvastaanotto jne.), mutta sitä ei analysoitu ja syntetisoitu systemaattisesti. Tieto kertyi lähinnä työterveyshenkilöstön ”sisäiseksi mielikuvaksi”. Kertynyttä tietoa käytettiin lakisääteisten terveystarkastusten määrittämiseksi ja suojainneuvonnassa, ja työntekijöiden odotusten perusteella suunniteltiin tykytoimintaa.

### **5.3 Työpaikan tarpeiden arviointia ja yhteistyötä kehittävän työntutkimuksen menetelmin**

Osatutkimusten I, II ja III tulosten perusteella työterveyshuollon haasteena oli asiakasyrityksen toiminnan ja toiminnan muutosten parempi ymmärtäminen muun muassa yhteistyön ja työpaikan tarpeiden arvioinnin kehittämiseksi. Osatutkimuksen IV tavoitteena oli vastata tähän haasteeseen. Neljännessä osatutkimuksessa kokeiltiin ja arvioitiin, millaista tietoa kehittävään työntutkimukseen perustuvat välineet tuottivat yhdestä asiakasyrityksestä. Tutkimuskohteena oli sama yritys kuin osatutkimuksessa III. Tutkimuksessa yhdistettiin työhön liittyvä hyvinvointi yksilöllisesti ja yhteisöllisesti rakennettuun työn kohteeseen sekä käytössä olevien työvälineiden ja työyhteisön toimintatapojen toimivuuteen (ks. Mäkitalo 2005).

Kehittävään työntutkimukseen perustuvat välineet tuottivat tietoa yrityksen kehityksestä ja sen kautta työtoimintaan muodostuneista jännitteistä ja työn sujumattomuuskohdista. Yrityksen tuotannon kehitys näytti edenneen käsityömäisestä työstä kohti massatuotantomaista toimintalogiikkaa työntekijämäärän kasvettua kymmenessä vuodessa neljästä kolmeenkymmeneen. Työn hallinta perustui kuitenkin siihen, että kukin työntekijä hallitsi oman työpisteensä työn. Yrityksessä tuotettava tuote on haasteellinen. Se on asiakaslähtöinen, räätälöity, kallis ja markkinoiden edelläkävijä. Tuote ja sen valmistusprosessi ovat aineiston analyysin tulosten perusteella herkkiä häiriöille. Suurin osa työn sujumattomuutta koskevista maininnoista ja ratkaisuehdotuksista liittyi yrityksen eri osa-alueiden ketjussa syntyviin virheisiin ja siihen, miten niitä käsiteltiin yrityksessä.

Tilanteet, joissa työt eivät suju, herättävät työntekijöissä usein erilaisia tunteita, kuten ärtymystä, kiihtymistä, pettymystä ja väsymystä (Mott 1992). Kasaantuessaan ja toistuessaan nämä tilanteet voivat heikentää henkilöstön työhön liittyvää hyvinvointia. Mikäli näin syntyviä häiriöitä ei tulkita pelkästään vaikkapa yksilöiden ammattitaidon tai fyysisen kunnon puutteiksi, ne voivat toimia työn kehittämisen ja työhyvinvoinnin edistämisen lähtökohtina (Mäkitalo 2005; Mäkitalo & Launis 2006). Yrityksessä vallinneen virheiden käsittelytavan mainittiinkin huonontavan

## 5 TULOKSET

---

työilmapiiriä ja aiheuttaneen jopa virheiden piilottelua. Sekä yrityksen tuotteen että työntekijöiden hyvinvoinnin kannalta kunkin työntekijän oman työpisteen työn hallinta (ja virheiden hallinta) ei enää riittänyt; haasteellinen tuote, kasvanut työntekijämäärä ja muuttunut työnjako edellyttivät yhteistä työn hallintaa. Työntekijöiden ehdotukset työn sujumattomuuskohtien poistamiseksi olivat loogisia suhteessa ongelmiin: ehdotuksilla pyrittiin parempaan yhteiseen työn hallintaan ja virheiden ehkäisyyn. Työtoiminnan muutoksen yhteisen analyysin ja sen perusteella tehtyjen ratkaisuehdotusten voidaankin olettaa sekä edistäneen työyhteisön toimivuutta ja hyvinvointia että työtoiminnan tuloksellisuutta.

Tutkimuksen kokonaisuuden kannalta osajulkaisun IV keskeinen löydös oli se, että kehittävään työntutkimukseen perustuvat ”tulevaisuuden” välineet (osajulkaisu IV) tuottivat hyvin erilaista tietoa yrityksen työterveystarpeista kuin työterveysyksikön käyttämät välineet. Yritys näyttäytyi kehittävän työntutkimuksen välineiden kautta muuttuvana, dynaamisena työpaikkana, jossa erilaiset muutokseen liittyvät työn sujuvuuden häiriöt aiheuttivat työn hallinnan ja työhyvinvoinnin ongelmia. Työpaikka näyttäytyi siten hyvin erityisenä paikkana eikä vain minä tahansa puusepäntehtaan, jossa altistutaan tietyille tyypillisille toimialan altisteille tai kuormitutaan niiden johdosta. Työterveyteen liittyviin tarpeisiin vaikuttivat yrityksen toiminta ja sen muutokset, eivät pelkästään työntekijöihin kohdistuvat altisteet, fyysinen kuormitus tai työntekijöiden sairaudet ja terveyskäyttäytyminen. Kehittävän työntutkimuksen välineiden avulla työn hallintaan vaikuttaviin asioihin kyettiin pureutumaan konkreettisesti ja työyhteisöä osallistavasti.

Työterveysyksikön käyttämät välineet (osajulkaisu III) ja kehittävään työntutkimukseen perustuvat ”tulevaisuuden” välineet (esimerkiksi työn sujuvuuden häiriöiden analysointi, työpaikan tulkinta muuttuvaksi ja jännitteiseksi toimintajärjestelmäksi), joita on käsitelty osajulkaisussa IV, tuottivat hyvin erilaiset kuvat työpaikan tarpeista. Välineiden tuottamien tietojen pohjalta suunnitellut jatkotoimet erosivat siten myös sisällöltään ja kohteeltaan huomattavasti toisistaan.



## 6 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin työterveyshuoltoon liittyvää työpaikan tarpeiden arviointia ja siihen liittyvää yhteistyötä muuttuvana toimintana. Tutkimuksessa selvitettiin erityisesti, miten työterveyshuollon välineet ja toimintatavat mahdollistavat ja tukevat työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyötä tarpeiden arvioinnissa.

Suomessa työterveyshuolto on lakisääteistä, ja lain sisältö ja työterveyshuollon tavoitteet ja tehtävät vaikuttavat tarpeiden arviointiin. Työpaikan tarpeiden ja niiden arvioinnin voi olettaa muuttuneen kolmen viime vuosikymmenen aikana, sillä 1) Suomen työterveyshuoltotoiminta on muuttunut vapaaehtoisesta lakisääteiseksi, 2) Suomen työterveyshuoltoa on pyritty kehittämään sairauksien hoidosta riskilähtöisyyden kautta ehkäiseväksi ja terveyttä edistäväksi toiminnaksi, johon viime vuosina on tuotu mukaan työkyvyttömyyden ehkäisy, 3) työterveyshuollon lähtökohdat on laajennettu yksilöstä työoloihin, koko yritykseen ja työyhteisöön, 4) työterveyshuollon toiminnassa on enenevästi korostettu työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyötä ja 5) työelämä ja työpaikat ovat kahdenkymmenen viime vuoden aikana käyneet läpi monenlaisia muutoksia. Tutkimuksia työpaikan tarpeista ja niiden arvioinnista muuttuvana toimintana tai yhteistyötilanteissa ei kuitenkaan ole aiemmin tehty.

Työpaikan tarpeiden arvioinnissa ja yhteistyössä näyttäisi olevan kehitettävää, koska koko lakisääteisen työterveyshuoltotoiminnan ajan ja yhä nykyäänkin on todettu, että työterveyshuoltoon liittyy suunnittelematomuutta (Työterveyshuollon valtakunnalliset... 1989; Laine ym. 2009), yhteistyö työpaikan kanssa on vähäistä (Kalimo ym. 1989a; Virokannas & Österman 2005; Laine ym. 2009; Savinainen ym. 2010), työterveyshuollon ja työpaikkojen välillä on ”kohtaamattomuutta” (Hiisi-järvi ym. 2002a; Heikkinen 2007) ja psykososiaalisiin ja laaja-alaisiin ongelmiin on vaikea puuttua (Peurala & Räsänen 2002a; Rantanen ym. 2003; Melart

& Meyer-Arnold 2008). Lisäksi työnantaja on jäänyt työterveyshuollon toissijaiseksi asiakkaaksi (Palmgren ym. 2008; Työterveyshuolto Suomessa... 2012), vaikka toiminnan vastuun ja suunnittelun kannalta se on keskeinen toimija.

Työpaikan ja työterveyshuollon yhdessä tekemä tarpeiden arviointi on nyt ajankohtaisempaa kuin koskaan. Vuoden 2014 alusta voimaan astunut valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista (708/2013) korostaa työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon suunnitelmallista ja tavoitteellista yhteistyötä. Tarpeiden arvioinnin, toiminnan suunnittelun, vaikuttavuuden seurannan ja arvioinnin sekä laadun parantamisen on normin (VNa 708/2013) mukaan tapahduttava työterveysyhteistyössä.

Säädökset eivät yksin johda toiminnan muutokseen. Työpaikan tarpeiden arvioinnin kehittämiseksi tarvitaan tietoa tarpeiden arvioinnin vaiheista ja välineistä ja tarpeiden arviointiin tarvittavasta työterveyshuollon ja asiakasorganisaation yhteistyöstä. Työterveyshuollon kehittäminen edellyttää tutkimusta paikallisesta toiminnasta ja systemaattisesti analyysoituja kehittämisinterventioita. Tämän tutkimuksen avulla pyrittiin täydentämään sitä tietoa, jota työpaikan tarpeiden arvioinnista ja siihen liittyvästä yhteistyöstä on ollut saatavilla, ja löytämään uusia ajattelutapoja ja yhteistyön kehittämiskohteita.

Tässä tutkimuksessa työpaikan tarpeiden arviointia tutkittiin terveyskeskuksen työterveyshuollon paikallisessa kontekstissa. Terveyskeskusten työterveyshuoltoyksiköiden laadukkaan toiminnan esteinä on aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Peurala ym. 1992; Räsänen 1999; Räsänen ym. 1999a) nähty muun muassa voimavarojen niukkuus ja passiiviset, yhteistyöhön haluttomat pienet yritykset. Tämän tutkimuksen perusteella myös työterveyshuollon välineissä ja toimintamalleissa on kehitettävää. Tutkimuksen löydökset tuskin ovat tyypillisiä vain tutkimuskohteena olleelle työterveysyksikölle. Tuloksia voinee suuntaa antavasti yleistää samanlaisia tarpeiden arviointi- tai yhteistyövälineitä käyttäneisiin tai käyttäviin työterveyshuoltoyksiköihin. Tutkimuksen tulokset tarjoavat muille työterveyshuoltoyksiköille mahdollisuuden verrata omaa työpaikan tarpeiden arviointitoimintaansa ja asiakasyhteistyötään ja siten löytää omasta toiminnastaan kehittämiskohteita. Asiakasyhteistyön syventämisen kannalta tutkimuksessa toteutettu kokeilu kehittävän työntutkimuksen välineistä työpaikan tarpeiden arvioinnissa oli myös lupaava.

Vaikka tutkimuksen aineisto on kerätty vuosina 2000–2003, siinä tulee esille asiakasyhteistyöhön ja työpaikan tarpeiden arviointiin liittyviä ilmiöitä ja ongelmia, jotka ovat edelleen ajankohtaisia.

### **6.1 Työterveyshuoltotoiminnan muutos**

Työterveyshuollon tavoitteiden ja palveluiden sisällön on Suomessa kuvattu kehittyneen neljän vaiheen kautta (Antti-Poika 1997; Husman 2010) (kuviot 2.1). Kuvauksen mukaan työterveyshuolto oli ennen vuotta 1978 avosairaanhoitoa, kehittyi 1980-luvulla työterveyshuoltolain säätämisen jälkeen ehkäiseväksi työterveyshuolloksi, vuodesta 1990 eteenpäin työpaikkojen kehittämisvoimavaraksi ja noin 2000-luvun puolivälistä työkyvyn tukemiseksi. Tutkimusten (Koskiahho 1987; Kalimo ym. 1989b) perusteella työterveyshuollon kehitys on myös käytännössä edennyt vaiheen I (avosairaanhoito) ja vaiheen II (ehkäisevä työterveyshuolto) mukaisesti. Tämän tutkimuksen perusteella myös tutkimuskohteena olleen terveyskeskuksen työterveyshuoltoyksikön kehitys vuosina 1978–1985 vastasi hyvin vaihetta II, mutta vaiheessa III se poikkesi aiemmin kuvatusta.

1990-luvulla työterveyshuollon kaavailtiin olevan työpaikan kehittämisvoimavara (vaihe III). Käsitettä ”kehittämisvoimavara” ei ole tarkasti määritelty työterveyshuoltokirjallisuudessa, mutta tulkitsen sen Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaan (1997) tekstien perusteella tarkoittaneen muun muassa sitä, että työterveyshuolto omassa toiminnassaan huomioi työntekijöiden työkyvyn tukemisen ja pyrkii myös tukemaan työpaikan laaja-alaista ja tarpeisiin perustuvaa työkykyä ylläpitävää toimintaa.

Tutkimuskohteena ollut työterveysyksikkö ei käyttänyt 1990-luvun toiminnan vaiheistaan nimitystä työpaikan kehittämisvoimavara, vaan se nimesi vuodet 1986–1994 työn joka suuntaan leviämisen vaiheeksi ja vuodet 1994–2000 tykyn ja sairaanhoidon huumen vaiheeksi. Työn joka suuntaan leviämisen vaiheessa paikallisen työterveysyksikön toiminta laajeni erilaisiin monipuolisiin ja moniammatillisesti toteutettuihin hankkeisiin (esim. siivoojien varhaiskuntoutushanke, liuotinaine- ja hammashuollon ergonomiaprojekti). Hankkeet olivat usein valtakunnallisia. Tykyn ja sairaanhoidon huumen vaiheessa moniammatillisuus ja suunnitelmallinen toiminta jäivät taka-alalle ja niiden sijaan yksittäisen työterveyshenkilön työ näytti olevan vastaamista yrityksen yksittäisen työntekijän tai yrityksen akuuttiin kysyntään tai sairaanhoidon tai työliikunnan tarpeeseen.

Paikallisen työterveysyksikön toiminnan ei voi arvioida olleen aina-kaan 1990-luvun puolivälin jälkeen laaja-alaista työpaikan kehittämisvoimavarana toimimista, mutta niin ei ollut käytännössä muidenkaan työterveysyksiköiden toiminta (esim. Peltomäki ym. 1999; Töyry ym. 2001a; Hiisijärvi ym. 2002b; Peltomäki ym. 2002). Vaikka esimerkiksi työtoiminta laajeni ja monipuolistui 1990-luvun aikana, se oli monissa työpaikoissa liikuntapainotteista eikä integroitunut työpaikan prosesseihin (Peltomäki ym. 1999; Peltomäki ym. 2002). Yhtenä tekijänä, joka esti työterveyshuoltoa kehittämästä työpaikan kehittämisvoimavaraksi, on pidetty Kelan työterveyshuollon korvauskriteereitä, joiden perusteella työpaikan kehittämistoiminta ei ollut kela-korvattavaa toimintaa (esim. Martimo & Mäkitalo 2014).

Työterveyshuollon tavoitteena oli 2000-luvun alusta lähtien (kuvio 2.1) olla työkyvyn tuki (vaihe IV). Tässä esitetty paikallisen työterveyshuoltoyksikön tutkimus päättyi vuonna 2003, joten tietoa vaiheen IV 2000-luvun lopussa aiheuttamista paikallisista muutoksista ei ole käytössä. Tutkimusaikana 2000-luvun alussa toiminta ei kuitenkaan eronnut edellisestä vaiheesta. Muiden tutkimusten (Työterveyshuolto Suomessa... 2009, 2012) perusteella työterveyshuollon toiminta painottui edelleen yksilöön 2000-luvulla ja 2010-luvun alussa ja lääkärin työ keskittyi sairaanhoitoon.

Työterveyshuollon toimintaa pyrittiin 2010-luvun säädösmuutoksilla entisestään suuntaamaan kohti työkyvyn tukemista. Vuonna 2010 säädetyllä sairausvakuutuslain (1056/2010) muutoksella työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista ennaltaehkäisyn kustannuksista korvattiin 60 %, mikäli työpaikalla oli yhdessä työterveyshuollon kanssa sovitut käytännöt, joilla työkyvyn hallintaa, seurantaa ja varhaista tukea toteutettiin työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Ilman kirjallista suunnitelmaa korvaus oli 50 %.

Vuonna 2012 säädetyillä sairausvakuutuslain (19/2012) ja työterveyshuoltolain (20/2012) muutoksilla (ns. 30–60–90 päivän sääntö) tavoiteltiin parempaa työntekijän, työterveyshuollon ja työnantajan yhteistyötä työkyvyn arvioinnissa, jotta pitkittyviin työkyvyttömyyksiin puututtaisiin mahdollisimman varhain. 2000-luvun lopussa oli saatu myös uusi keino, osasairauspäiväraha, jolla helpottaa työhön paluuta pitkän poissaolon jälkeen (Kausto ym. 2009; Kausto 2014).

Uusien keinojen ja säädösmuutosten voi jo nähdä tehostaneen työkyvyn tukemista. Esimerkiksi osasairauspäivärahan käyttö on tukenut

työhön paluuta (Viikari-Juntura ym. 2012; Kausto 2014). Osasairauspäivärahan käyttö on myös kasvanut merkittävästi säädösuudistusten jälkeen (Kelan sairausvakuutusilasto 2013, 2014). Työkyvyn tukemiseen tähtäävissä toimissa on kuitenkin edelleen kehitettävää. Vuonna 2012 varhaisen tuen malli oli käytössä vain noin 33 %:ssa Työ ja terveys Suomessa 2012 -tutkimukseen vastanneiden työpaikoista (Kauppinen ym. 2013). Eläketurvakeskuksen selvityksessä (Gould ym. 2014) myönteisen tai kielteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen vuonna 2010 saaneista 300 hakijasta vain kolmanneksella työterveyshuolto oli aktiivisesti pyrkinyt selvittämään työssä jatkamisen tai työhön paluun mahdollisuuksia.

### **6.2 Työpaikan tarpeiden arviointi**

Kehittävän työntutkimuksen (Engeström 1987, 1995) mukaan toiminnan laadullinen muutos edellyttää uutta käsitystä toiminnan kohteesta, toisin sanoen siitä, mitä toiminnassa tuotetaan ja miksi. Kohde on uuden toiminnan motivoiva voima. Laadullisesti uusi kohde edellyttää myös välineiden ja työnjaon uudistamista (Engeström 1987, 1995).

Työterveyshuoltolainsäädännön perusteella työpaikan tarpeiden arvioinnin kohteen voi katsoa muuttuneen kolmesti. Työterveyshuoltolain säätäminen vuonna 1978 muotoili selkeästi tarpeiden arvioinnin uuden, säädösten mukaisen kohteen ja motiivin eli työn altisteista ja kuormituksesta lähtevän työntekijöiden suojelun. Työterveyshuoltolainsäädännön muutokset 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa (TthL:n muutos 608/1991, VNp 950/1994, STMp1348/1994, TthL 1383/2001) laajensivat työpaikan tarpeiden arvioinnin koskemaan työntekijöiden terveyttä, työyhteisön toimivuutta ja työorganisaatioon liittyviä kysymyksiä ja prosesseja. Kolmannen kerran tarpeen arvioinnin kohteen voi katsoa muuttuneen 2010-luvulla, jolloin säädösmuutoksilla (SVL:n muutos 1056/2010, SVL:n muutos 19/2012, TthL:n muutos 20/2012) suunnattiin työterveyshuollon toiminnan motiivia entistä selkeämmin työntekijöiden työkyvyttömyyden ehkäisyyn. Tarpeiden arvioinnin näkökulmasta uusi kohde tarkoitti yksilön työkykyyn vaikuttavien ongelmien tunnistamista mahdollisimman varhain, sairauspoissaolojen hallintaa, niiden työntekijöiden tunnistamista, jotka tarvitsivat tukea palatessaan työhön pitkien sairauspoissaolojen jälkeen ja yhteisesti sovittuja toimintatapoja sekä työpaikalla että työpaikan ja työterveyshuollon välillä.

Työpaikalta selvitettävien asioiden luettelo, tarpeen sisältö, on pidentynyt koko lakisääteisen työterveyshuollon ajan säädösmuutosten myötä. Rajatusta tarpeesta (työpaikan altisteet) on siirrytty hyvinkin laajoihin asioihin kuten työntekijöiden terveyteen, työyhteisön toimivuuteen ja työorganisaatiota koskeviin kysymyksiin ja prosesseihin ja työntekijän työkyvyttömyyden ehkäisyyn. Työterveyshenkilöstölle on myös kehitetty lakisääteisen työterveyshuollon aikana lukuisia välineitä, jotka ovat mahdollistaneet tiedon tuottamisen perinteisten riskitekijöiden lisäksi työyhteisöistä, psykososiaalisista ongelmista ja työntekijöiden terveyskäyttäytymisestä (esim. Alaranta ym. 1990; Elo 1992; Tuomi ym. 1992; Tiusanen 1998; Lindström ym. 2005; Naumanen ym. 2007).

Yksi osatutkimusten (I ja III) keskeinen löydös oli, että tieto, jota tuotettiin työpaikan tarpeista, myös laajeni altisteista ja kuormituksista henkilöstön akuutteihin ja kroonisiin sairauksiin, terveyskäyttäytymiseen ja työpaikan henkilöstön työtyötoiveisiin. Osatutkimuksien perusteella tarpeiden arvioinnissa on tapahtunut laadullista muutosta. Tämän tutkimuksen aineiston perusteella ei voi arvioida työpaikan tarpeiden arvioinnin kolmannen laadullisen muutoksen toteutumista.

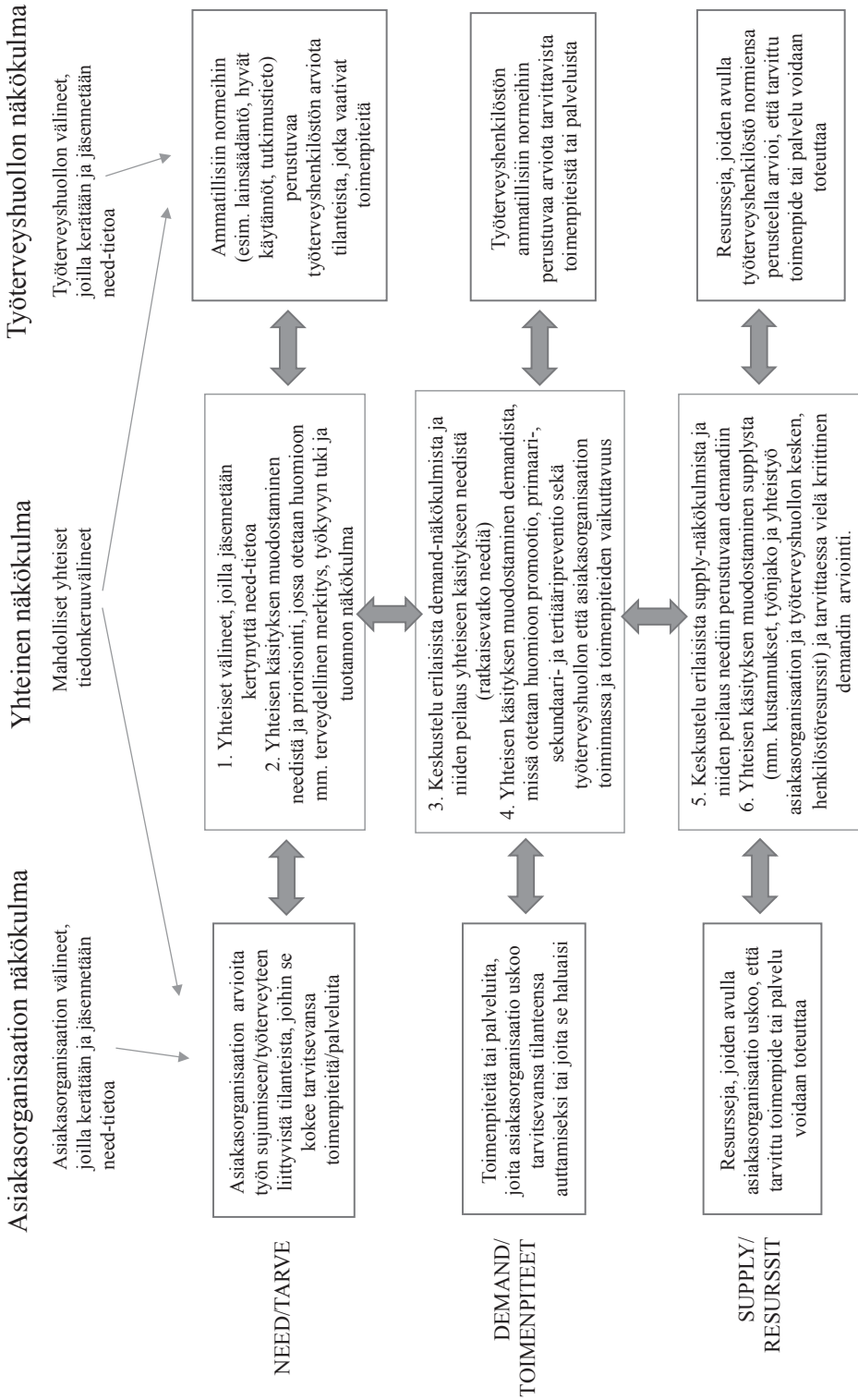
Vaikka tutkimuskohteena olleen työterveysyksikön tekemä työpaikan tarpeiden arviointi muuttuikin laadullisesti kahdesti, tulkitsen (osajulkaisut 1–III), kehittävän työntutkimuksen (Engeström 1987, 1995) käsittein, toimintaan muodostuneen kehitysjännitteitä aina 1980-luvun loppupuolelta lähtien. Näitä kehitysjännitteitä ei ollut ratkaistu 2000-luvulle siirryttäessä. Tutkimani työterveysyksikkö oli koko olemassaolonsa ajan tavoitellut aktiivista yhteistyötä työnantajien kanssa ja pyrkinyt suuntaamaan toimintansa työpaikkoihin työterveyshuoltosäädösten mukaisesti. Osatutkimusten (I, III) tulosten perusteella työterveysyksikön työ painottui kuitenkin yhä enemmän yksilöihin, kuten työterveyshuollossa tapahtui valtakunnallisestikin (Työterveyshuolto Suomessa... 2012). Kehitysjännitteet näkyvät toiminnassa erilaisina häiriöinä, katkoksina ja ongelmina (Engeström 1995). Tulkitsen työpaikan tarpeiden arvioinnissa muodostuneen kehitysjännitteitä sekä työterveyshuollon välineiden ja kohteen välille että työterveyshuollon ja asiakasyrityksen työnjaon/yhteistyön ja kohteen välille. Pohdin kehitysjännitteiden ilmentymiä osatutkimusten tulosten ja aikaisempien tutkimusten näkökulmasta.

Työpaikan tarpeiden arvioinnissa yksi keskeinen väline on tarpeen käsite. Vaikka tarve on keskeinen käsite yhteiskuntatieteissä ja lääketieteessä, se on vaikea määritellä eikä määritelmästä näytä olevan yksimielisyyttä

(Suominen 1997; Mäntyranta ym. 2004). Donabedianin (1973) ja Lehdon (2004) mukaan yhteiskunnalliset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat siihen, mitä tarpeella kulloinkin tarkoitetaan ja miten tarpeita arvioidaan. Työterveyshuoltosäädöksissä kyllä luetellaan seikkoja, joita työterveyshuollon pitäisi selvittää, mutta säädöksissä tai työterveyshuollon oppaissa ei ole tarkasti määritelty tarvetta käsitteenä.

Työterveyshuollon oppaissa käytettiin 1990-luvulla termiä työterveyshuoltotarpeet (Hyvä työterveyshuoltokäytäntö... 1997) ja 2000-luvulla työpaikan tarpeet (Manninen ym. 2007). Käsite ”työterveyshuoltotarve” viittaa siihen, että tarpeet yhdistettiin vahvasti työterveyshuollon palveluihin, ja käsite ”työpaikan tarve” taas siihen, että tarpeet ymmärretään laaja-alaisemmin (vrt. Mäntyranta ym. 2004). Työterveyshuoltohenkilöstön on kuitenkin pitänyt koko lakisäateisen työterveyshuollon ajan arvioida tarpeita sekä oman toimintansa ja palveluiden suunnittelemiseksi että ehdottaakseen toimia, joilla suojellaan tai edistetään työntekijöiden terveyttä. Huolimatta vaikeudestaan ja epämääräisyydestään tarve on keskeinen käsite työterveyshuollossa.

Selkeyttääkseni tarpeen käsitettä ja jäsentääkseni työpaikan tarpeen arviointia yhteistyötilanteessa olen Donabedianin (1973) tarveajattelun, kehittävän työntutkimuksen (Engeström 1987, 1995), tämän tutkimuksen tulosten ja oman kokemukseni pohjalta kehittänyt kuvion 6.1. Donabedian (1973) jaotteli tarpeen käsitteisiin need, demand ja supply ja tarkasteli käsitteitä terveydenhuollossa sekä yksilöasiakkaan että asiantuntijan näkökulmasta. Kuviossa 6.1 olen soveltanut tätä jaottelua yritysasiakkaan ja työterveyshuollon kohtaamiseen tarpeiden arvioinnissa. Kehittävän työntutkimuksen (Engeström 1987, 1995) näkökulmasta voidaan ajatella, että kumpikin osapuoli tuottaa omilla välineillään tietoa näistä erilaisista tarve-käsitteistä, minkä jälkeen yhteisissä tapaamisissa pitäisi kertynyttä tietoa jäsentää yhteisesti ja muodostaa yhteinen käsitys ensin siitä, mikä on ”need”, mikä sen jälkeen ”demand” ja mikä lopuksi ”supply”, ja peilata niitä toisiinsa. Kuviossa 6.1 olen siis kuvannut työpaikan tarpeiden arviointia yhteistyötilanteessa siten kuin ajattelen sen etenevän Donabedianin (1973) tarveajattelun ja kehittävän työntutkimuksen (Engeström 1987) välineajattelun perusteella. Pohdin työpaikan tarpeiden arviointiin liittyvää yhteistyötä tämän tutkimuksen ja aikaisempien tutkimusten tulosten perusteella ja jäsennän niitä kuvion 6.1 avulla.



Kuvio 6.1 Työpalkan tarpeiden arviointi yhteistyötilanteessa



Osatutkimuksien I ja III mukaan työterveyshuollolle kertyi tietoa työpaikan tarpeiden arviointiin muun muassa työpaikan kanssa käydyistä neuvotteluista, työpaikkaselvityksistä, terveystarkastuksista ja sairausvastaanotoilta, mutta tietoa ei kerätty ja analysoitu systemaattisesti (ks. kuvio 6.1, oikea yläreuna). Systemaattisen tiedon käsittelyn ja analysoinnin puute ei ollut vain tutkimuskohteena olleen työterveysyksikön ongelma. Eri lähteistä kertyvän tiedon yhdistämisen ja analyysien tuottamisen ongelmana on pidetty kehittymättömiä tietojärjestelmiä (Kuusisto 1995; Eskola ym. 1997; Peurala & Räsänen 2002a; Peurala & Kankaanpää 2007; Savinainen ym. 2010; Viljamaa ym. 2012). Osajulkaisujen I ja III tulosten perusteella työterveyshenkilöstö koki sairausvastaanottojen tuottavan paljon tietoa työpaikoista, mutta se säilyi lähinnä työterveyshenkilöstön muistissa.

Ikosen (2012) työterveyshuollon sairaanhoitoa koskevan tutkimuksen mukaan tilanne on sama muissakin työterveyshuoltoyksiköissä. Työterveyshuollolle kertyy tietoa työpaikasta, mutta sitä ei kirjata työterveyshuollon dokumentteihin kuin harvoin (Ikonen 2012). Paineita kertyneen tiedon systemaattiseen käsittelyyn, raportointiin ja johtopäätösten tekoon tulee kuitenkin työnantajien ja työpaikkojen suunnalta (Rantanen & Pääkkönen 2006; Heikkinen 2007; Forma ym. 2008). Tiedon tuottaminen systemaattisesti ei ole vain työterveyshuollon ongelma. Halosen (2013) organisaatioiden henkilöstöriskien hallintaa koskevassa tutkimuksessa tuli esille, että henkilöriskejä koskeva tieto on pirstaleista ja hajallaan organisaatiossa.

Osatutkimuksen I mukaan työterveysyksikön henkilöresurssien ei koettu riittävän työpaikkojen henkisen hyvinvoinnin ongelmien hoitamiseen, työtoiminnan stressi- ja itsetuntemusluentoja lukuun ottamatta. Vaikka tutkimuskohteena olleessa työterveysyksikössä henkilöresurssien niukkuus voi olla yksi syy olla puuttumatta työpaikkojen psykososiaalisiin ongelmiin, ei se välttämättä ole ollut ainoa syy. Usean tutkimuksen mukaan työterveyshenkilöstöllä on vaikeuksia tunnistaa psykososiaalisia ongelmia ja puuttua niihin muuten kuin yksilölähtöisellä otteella (Rautio ym. 2000; Peurala & Räsänen 2002a; Rantanen ym. 2003; Melart & Meyer-Arnold 2008; Kinnunen-Amoroso 2011; Halonen 2013; Kinnunen-Amoroso & Liira 2013; Langenhan ym. 2013; Kinnunen-Amoroso & Liira 2014). Vaikeuden syynä on pidetty työterveyshuollon välineiden tuottaman tiedon sairaus-, terveys-, toimintakyky- tai työterveyshuolto-

keskeisyyttä, jolloin ne eivät auta tunnistamaan ja ratkaisemaan koettujen psykososiaalisten tekijöiden taustalla olevia ongelmia (esim. Mäkitalo & Palonen 1994; Rick ym. 1997; Mäilunpalo ym. 1998; Hiisijärvi 1999; Rick & Briner 2000; Launis ym. 2001; Launis ym. 2004; Mäkitalo 2005; Gerlander & Launis 2007).

Myös osatutkimusten I ja III keskeinen tulos oli, että asiakasyritys hahmottui työterveyshuollon käytössä olevien välineiden avulla eri työtehtävissä altistuviksi, kuormittuviksi, sairastaviksi ja terveydestään eri tavoin huolehtiviksi työntekijöiksi. Työterveyshuollon vaikeudet ymmärtää ja jäsentää työpaikkaa laaja-alaisemmin voivat myös selittää sitä, että tutkimusten ja selvitysten (Pakkala ym. 2004; Seppälä 2004; Rantanen & Pääkkönen 2006; Savinainen ym. 2010) mukaan työnantajan edustajat suhtautuivat kriittisesti toimenpide-ehdotuksiin, joita työterveyshenkilöstö oli esittänyt työpaikan tarpeiden arvioinnin perusteella: aloitteita saatettiin pitää heikkoina tai ala-arvoisina tai niiden arvioitiin olevan liian yleisellä tasolla.

Vaikka työpaikan kontekstia on korostettu terveyden muodostumisessa ja terveyden edistämisessä kansainvälisestikin (esim. The Ottawa Charter...1986), työpaikan konteksti on kuvattu lähinnä erilaisina riskitekijöinä (esim. Polanyi ym. 2000) ja terveyden edistäminen työpaikoilla on kohdistunut pääasiassa yksilöiden terveyskäyttäytymisen muuttamiseen (esim. Chu ym. 2000; Polanyi ym. 2000,142; LaMontagne 2004).

Heikkisen (2007) tutkimuksessa työpaikan edustajat arvioivat, että työterveyshuollon kanssa oli vaikea puhua, jos se tarkasteli asioita ainoastaan yksilölähtöisinä, medisiinisinä ongelmina. Toisaalta Halosen (2013) tutkimuksen mukaan myöskään yritykset eivät tarkastele henkilöstöriskejään systemisenä kokonaisuutena. Kehittävän työntutkimuksen metodologian (Engeström 1987, 1995) näkökulmasta työterveyshuollon ja työpaikan välisen keskustelun vaikeus johtuu siitä, että työpaikalle ja työterveyshuollolle ei muodostu yhteistä jaettua kohdetta (ks. myös kuvio 4.2).

Yhteinen jaettu kohde edellyttäisi jonkinlaista yhteistä työpaikkaa jäsentävää välinettä, jonka avulla erilaisista ja eri tavoin kerätyistä tiedoista voitaisiin yhdessä keskustella (vrt. kuvio 6.1, kohta 1). Yhteisen jäsentämisen välineeksi tarvittaisiin jotain, mikä tuottaisi työpaikasta laaja-alaisempaa ymmärrystä kuin nykyiset työterveyshuollon tai työpaikan käytössä olevat välineet. Työterveyshuollon laaja-alaisempaa

työpaikan ymmärrystä on pidetty tarpeellisena muun muassa Pirttilän (2001), Hakulisen ja Pirttilän (2012) ja Heikkisen (2007) tutkimuksissa. Työterveyshuollon välineiden tuottama rajoittunut tieto työpaikoista ja työpaikkojen ja työterveyshuollon yhteisen jäsentämisvälineen puute selittänevät ainakin osittain sitä, miksi työterveyshuolto ei ole kehittynyt laaja-alaiseksi työpaikan kehittämisvoimavaraksi. Viimeaikaisissa psykososiaalisten riskitekijöiden hallintaa kuvaavissa viitekehyksissä työpaikka/tuotanto on liitetty mukaan vuokaavioihin, ja viitekehyksen mukaisesti riskit pitäisi arvioida vuorovaikutuksessa tuotannon kanssa (esim. Leka ym. 2011). Työpaikan toimintaa (tai tuotantoa) ei kuitenkaan viitekehyyksissä ole käsitteellisesti mallinnettu tai operationalisoitu.

Työterveyshuollon riskilähtöinen ajattelutapa voi näkyä vahvasti työterveyshuollon ja asiakasyrityksen kohtaamisissa, kuten kävi hyvin ilmi osajulkaisun II toisessa sopimusneuvottelussa. Pienen yrityksen ja työterveyshuollon kohtaaminen sujui työterveyshuollon neuvottelijan käsikirjoituksen mukaisesti, ja käsikirjoitus perustui työpaikan terveysriskien selvittämiseen. Donabedianin (1973) tarveajattelun mukaan voidaan tulkita, että työterveyshenkilö selvitti asiantuntijan näkökulmasta työpaikan tarpeita (= terveysriskejä), mutta ohitti asiakkaan käsityksen tarpeista (asiakkaan ”need”, ks. kuvio 6.1, kohdat 1 ja 2).

Pienten yritysten ja työterveyshuollon yhteistyössä on aiemminkin todettu kohtaamattomuutta (Hiisijärvi ym. 2002b), jota tämä löydös voisi selittää. Hakulisen ja Pirttilän (2012) laadullisessa asiakasorganisaation ja lääkärikeskuksen tarjoaman työterveyshuollon asiakkuustutkimuksessa kävi myös ilmi, että asiakasorganisaatiossa koettiin työkuormitusta ja erilaisia muutoksia, mutta ne eivät tulleet esille työterveyshuollon ja asiakasorganisaation kohtaamisissa. Tutkimuksessa (Hakulinen & Pirttilä 2012) havaittiin myös, että työterveyshenkilöstö kuvitteli tietävänsä asiakasorganisaation tarpeet. Tämä voi johtaa siihen, ettei työterveyshenkilöstö edes rohkaise neuvotteluissa ja tarpeita arvioitaessa asiakasorganisaation edustajia kertomaan omia näkemyksiään tarpeista (need) tai asiakkaan näkemykset tarpeista voidaan kokea jopa oman käsikirjoituksen häiriöksi, kuten kävi osajulkaisun II pienen yrityksen neuvottelussa. Jaettua yhteistä käsitystä tarpeista (need) on myös vaikea muodostaa (ks. kuvio 6.1, kohta 1), jos työterveyshuolto ja työpaikka eivät hyödynnä riittävästi toisen osapuolen keräämää tietoa, kuten havaittiin Työterveyslaitoksen Sateenkaari-hankkeessa (viitattu raportissa Viljamaa ym. 2012).

Työterveyshuollon ja työpaikan kohtaamisissa Donabedianin (1973) tarveajattelun mukainen tarve (need) voi jäädä kokonaan käsittelemättä, kuten kävi osajulkaisun II keskikokoisen yrityksen neuvottelussa. Neuvottelu eteni yrityksen edustajan käsikirjoituksen mukaisesti; hän halusi selvittää palvelua (asiakkaan demand) ja sen toteuttamismahdollisuutta työterveyshuoltoyksikössä (supply). Tämän tyyppinen keskustelu johtaa siihen, ettei yhteistä käsitystä tarpeesta ole, ja riskinä on, että tuotettu palvelu ei lopulta vastaakaan tarpeisiin (kuvio 6.1, kohdat 1,2 ja 3). Asiakas saa haluamansa palvelun, mutta ei olekaan tulokseen tyytyväinen eikä palvelu ratkaise hänen ongelmiaan. Sopimusneuvottelussa II keskustelu lähti asiakkaan haluamista palveluista (demand), eikä työterveyshuollon edustaja haastanut asiakasta yhteiseen tarpeiden (need) arviointiin. Myös työterveyshuolto voi itse tietoisesti tai tiedostamattaan jättää tarpeista keskustelemisen väliin ja siirtyä suoraan keskustelemaan palvelusta (demand). Esimerkiksi Hakulisen ja Pirttilän (2012) laadullisessa tutkimuksessa tuli esille, että yksityisen palveluntuottajan työterveyshuolto oli tuottajalähtöistä. Tutkimuksen mukaan toiminta perustui palveluiden myyntiin, ei niinkään asiakkaiden ja työterveyshuollon yhteisesti arvioimiin tarpeisiin. Myös osajulkaisussa I tuli esille, että palveluja saatiin myytyä asiakkaille, vaikkei asiakas aina ymmärtänyt, mitä osti.

Asiakasorganisaatioiden edustajille työterveyshuolto on usein vierasta, eikä heillä ole välttämättä kokemusta siitä, mistä ja miten työterveyshuollon kanssa pitäisi keskustella mietittäessä työpaikan tarpeita (need). Kummassakaan osajulkaisun II neuvottelussa ei käyty aluksi keskustelua siitä, mistä asioista keskustellaan ja miten (kuvio 6.1, kohdat 1–6). Yhteisen tarpeiden arvioinnin voisi olettaa edellyttävän reflektiivisen kommunikaation tyyppistä yhteistyötä (Raeithel 1983; Fichtner 1984; Engeström 1992, 1993), jonka mukaan osapuolten pitäisi kiinnittää yhteisen kohteen lisäksi huomiota myös vuorovaikutuksensa tapaan eli siihen käsikirjoitukseen, jolla yhteisiä kohteita työstetään.

Laineen ym. (2009) tutkimuksissa tuli esille, että asiakasorganisaatio ja työterveyshuolto tekevät harvoin toimintasuunnitelman yhdessä. Vastaava löydös saatiin myös osatutkimuksessa I. Tarpeiden arvioinnissa tehtävän yhteistyön laatua on vaikea kehittää, jos yhteistyötä ei edes ole. Viljamaan ym. (2012) tutkimuksessa havaittiin, että käsitteiden tavoite, tarve ja painopiste käyttö vaihteli työterveyshuollon toimintasuunnitelmissa. Toimintasuunnitelmista pystyi tutkijoiden mukaan epäsuorasti

päättämään asiakasorganisaation tarpeen, vaikka sitä ei suoraan sanottu (Viljamaa ym. 2012). Koska toimintasuunnitelmaa ei ole tehty yhdessä, asiakasorganisaatiokin joutunee epäsuorasti päättämään sen, mitä työterveyshuolto on arvioinut organisaation tarpeeksi. Jos yhteistyö on tarpeiden arvioinnissa näin vähäistä ja toimintasuunnitelmistakin saa arvailla, mitä tarpeita asiakkaalla katsotaan olevan, on ymmärrettävää, että työterveyshenkilöstö kokee tavoitteiden asettamisen vaikeaksi (Laine ym. 2009; Rautio ym. 2011) ja asiakasorganisaationkin on vaikea motivoitua työterveyshuoltotoimintaan.

### **6.3 Asiakasorganisaation jäsentäminen muuttuvan toiminnan kautta työpaikan tarpeiden arvioinnissa**

Työterveyshuollon tavoitteiden laajeneminen käsittämään psykososiaaliset ongelmat, työyhteisön toimivuus ja organisatoriset kysymykset edellytti sekä omien osatutkimusteni että aikaisempien tutkimusten (esim. Pirttilä 2001; Heikkinen 2007; Leka ym. 2011; Hakulinen & Pirttilä 2012; Halonen 2013) perusteella sitä, että työpaikka hahmotettaisiin ja jäsenettäisiin tarpeita arvioitaessa nykyistä paremmin. Myös Poland ja Kontos (Poland 2007; Kontos & Poland 2009) ovat arvioineet työpaikkojen terveyteen liittyvien interventioiden vaikuttavuuden paranevan, jos työote ottaa kontekstin huomioon herkemmin. Kontekstiherkkyys huomioisi työpaikan historian, arvot ja toimijoiden tavoitteet (Poland 2007; Kontos & Poland 2009).

Osatutkimuksessa IV kokeiltiin työpaikan tarpeiden arviointiin kehittävään työntutkimukseen perustuvia välineitä, joiden avulla työpaikkaa ja sen muutosta on mahdollista jäsentää toiminnan kautta. Osatutkimuksen tulosten perusteella kehittävään työntutkimukseen perustuvia välineitä (mm. historia-analyysi, toimintajärjestelmämalli, häiriöanalyysi) käytämällä oli mahdollista luoda eri toimijoille laaja-alaista ja systeemistä yhteistä käsitystä organisaation toiminnasta, kehityksestä, kehitysjännitteistä ja tarpeista (ks. myös kuvio 6.1, kohta 1). Välineet kytkivät yhteen sekä tuotantotoiminnan että työterveyden ja loivat siten työnantajalle ja työntekijöille motivaatiota sekä työterveystoimintaan että omaan kehittämistoimintaan.

Tutkimuskohteena olevan yrityksen keskeinen psykososiaalinen ongelma oli työn hallinta. Altistuminen ylikuormittaville tilanteille, vähäinen esimiestuki ja huonot mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhön, joita kaikkia yrityksessä oli todettavissa, on tutkimusten (esim. Michie & Williams 2003; Virtanen ym. 2008) mukaan yhdistetty työntekijöiden sairastumiseen esimerkiksi masennukseen, ahdistuneisuuteen, henkiseen uupumukseen sekä immuunipuutos- ja sydän- ja verisuonisairauksiin. Tutkitussa yrityksessä tapahtuneiden muutoksien johdosta oman työn hallinta ei enää riittänyt, vaan tarvittiin yhteisiä työn hallintakeinoja. Yhteisen analyysin ja työntekijöiden ehdotusten perusteella toiminnan kehittämiseksi tehtiin toimenpideoitteita, jotka konkreettisesti (vrt. Rantanen & Pääkkönen 2006; Savinainen ym. 2010) mahdollistivat työn paremman yhteisen hallinnan kehittämisen. Kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmämalli toimi yhteisenä jäsentävänä välineenä ja mahdollisti sen, ettei yksittäistä ongelmaa lähdetty ratkaisemaan sellaisenaan, vaan suhteessa työpaikan toimintaan ja kehityssuuntaan. Toimintajärjestelmämalli myös auttoi hahmottamaan sitä, kenen toimintaa (esim. työterveyshuollon, työpaikan tai työntekijän) tai keiden yhteistä toimintaa asioiden ratkaisemiseksi tarvittiin.

Työterveyshuollon aikaisemmin samassa yrityksessä käyttämät välineet (osajulkaisu III) olivat tuottaneet tietoa altisteista, fyysisestä kuormituksesta, työntekijöiden sairauksista ja elintavoista, ja työterveyshuollon toimintaa oli niiden perusteella suunnattu ergonomiaan, suojautumiseen ja yksilöihin kohdistuvaan työtoimintaan. Erilaiset välineet (osajulkaisut III ja IV) tuottivat erilaista tietoa ja johtivat erilaiseen toimintaan. Halosen (2013) tutkimuksen mukaan työterveyshenkilöstö painottaa työssään fyysisiä työympäristöriskejä huomattavan paljon asiakasorganisaation toimialasta ja toiminnasta riippumatta. Saman tutkimuksen mukaan asiakasorganisaatioiden edustajat arvioivat työympäristöriskit kohtalaisiksi tai merkityksettömiksi organisaation toiminnan kannalta.

Osajulkaisussa III yrityksen fyysiset työympäristöriskit painottuivat perinteisiä työterveyshuollon välineitä käytettäessä ja jättivät psykososiaaliset ongelmat varjoonsa. Tämä on huolestuttavaa, sillä Martimon (2010) tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin kohdistuneen tutkimuksen mukaan suurin osa mahdollisuuksista ja esteistä, jotka liittyvät liikuntaelinvaivasta kärsivien työssä jatkamiseen, liittyy enemmän psykososiaalisiin tekijöihin sekä työhön ja johtamiseen kuin fyysiseen vaivaan sinänsä. Perinteisiä

työterveyshuollon välineitä tarvitaan edelleen muun muassa erilaisten altisteiden ja kuormitustekijöiden kartoittamiseen. Työpaikkaa paremmin hahmottavia ja osallistavia välineitä tarvitaan esimerkiksi psykososiaalisten ongelmien syiden selvittämiseksi, toimenpiteiden konkretisoimiseksi ja työpaikkojen tukemiseksi tarvittavissa muutoksissa.

Muun muassa TYÖLÄS-hankkeessa vuosina 2007–2013 on kehitetty edelleen kehittävään työntutkimukseen perustuvaa lähestymistapaa ja menetelmiä työterveyshuoltoon ja kuntoutukseen (TYÖLÄS... 2011; Mäkitalo 2014). TYÖLÄS-hankkeen tuloksena työterveyshuoltoyksiköiden ja kuntouttajien mielenkiinto asiakkaiden työtä kohtaan ja sen ymmärrys sekä kyky tukea esimiehiä, työyhteisöjä ja työntekijöitä työn muutoksissa lisääntyi, samoin yhteistyö asiakasorganisaatioiden kanssa. Monimutkaisiinkin psykososiaalisiin ongelmiin on työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä pystytty löytämään konkreettisia ratkaisuja kehittävään työntutkimukseen perustuvien työpaikkaa jäsentävien välineiden avulla, ja lisäksi on pystytty suunnittelemaan toimintaa uudella tavalla (TYÖLÄS... 2011).

Työterveyshuollon painopistettä on viime vuosina pyritty siirtämään lainsäädännöllä (SVL:n muutos 1056/2010, SVL:n muutos 19/2012, TthL:n muutos 20/2012) työkyvyttömyyden ehkäisyn suuntaan. Sairastavan työvoiman työkyky ja työssä selviytyminen muodostunevat työterveyshuollon keskeiseksi kohteeksi (Husman 2010). Tämä kehityksen suunta ei kuitenkaan poista tarvetta hahmottaa ja jäsentää työpaikkaa paremmin yhdessä asiakkaan kanssa. Vaikuttavien työkyvyn tukemismallienkin taustalla pitää olla hyvä ymmärrys asiakasorganisaation toiminnasta, kehityksestä, kulttuurista ja prosesseista. Työnantajat myös toivovat työterveyshuolloilta enemmän huomiota johdon ongelmiin ja tarpeisiin sekä halua kehittää työpaikkojen strategioita kehittäviä toimintamuotoja ja tukea työpaikkojen muutoksiin (esim. Forma ym. 2008; Juvonen-Posti & Jalava 2008). Osatutkimus IV myös osoitti, ettei psykososiaalisia ongelmia ratkaista vain yksilölähtöisellä otteella tai tertiäärisellä ehkäisyllä. Jos toiminta kohdistetaan vain yksilöön pyrkimättä muuttamaan olosuhteita, toiminta lienee ristiriitaista työsuojelu- ja työterveyshuoltolakien kanssa (myös Noblet & LaMontagne 2006) ja epäeettistäkin.



## 6.4 Jatkotutkimushaasteita

Työpaikkojen ja työterveyshuoltoyksiköiden tekemää tarpeiden arviointia on tutkittu tähän mennessä yllättävänkin vähän. Jatkotutkimuksia tarvitaan ehdottomasti, sillä vain huolellisen ja työpaikkojen ja työterveyshuollon yhdessä tekemän työpaikan tarpeiden arvioinnin perusteella voidaan asettaa realistisia ja konkreettisia tavoitteita työterveyshuollon toiminnalle. Tässä tutkimuksessa tuotettiin tietoa siitä, miten työterveyshuollon välineet tukevat asiakasyhteistyötä ja minkälaista tietoa ne tuottavat työpaikan tarpeiden arviointiin. Aihetta tutkittiin terveyskeskuksen työterveyshuollon kontekstissa. Jatkossa työpaikan tarpeiden arviointia olisi mielenkiintoista tutkia eri tavoin tuotetuissa työterveyshuoltopalveluissa. Tämän tutkimuksen aineiston keruu päättyi 2000-luvun aikana. Uusien lainsäädäntömuutosten (SVL:n muutos 1056/2010, SVL:n muutos 19/2012, ThL:n muutos 20/2012) voi olettaa vaikuttaneen työpaikan tarpeiden arviointiin ja siihen liittyvään yhteistyöhön. Työpaikan tarpeiden arvioinnin kehittämisen kannalta tarvitaan tietoa siitä, miten tarpeiden arviointi on muuttunut, kun työterveyshuollon tavoitteena on yhä enemmän työkyvyttömyyden ehkäisy.

Jatkotutkimuksia mietittäessä on mahdollista hyödyntää kuvion 6.1 rakennetta. Tässä tutkimuksessa ei tutkittu työpaikan tuottamaa tietoa. Jatkossa on syytä selvittää, millä välineillä työpaikka tuottaa tietoa, minkälaista tietoa se tuottaa tarpeiden arviointiin, onko tiedonkeruu työpaikalla systemaattista ja miten työpaikalla kertyvän tiedon keruuta ja analyysiä voisi kehittää. Työpaikan tarpeiden arviointia pitäisi jatkossakin tutkia yhteistyötilanteissa ja osana paikallisen toiminnan kokonaisuutta. Interventiotutkimuksen keinoin voisi yhteistyössä työpaikan ja asiakasorganisaation kanssa analysoida nykyistä työpaikan tarpeiden arviointitoimintaa ja kehittää sitä edelleen.

Tarpeiden arviointi voidaan tutkimuksen näkökulmasta nähdä verkostona (esim. Ruotsala 2014; Seppänen ym. 2014), johon työpaikan omien monien toimijoiden lisäksi voivat kuulua työterveyshuollon lisäksi esimerkiksi eläke- ja tapaturmavakuutusyhtiöt ja työpaikan kehittämiskonsultit; näillä kullakin on omat tarpeisiin liittyvät intressinsä ja näkökulmansa (esim. Auvinen ym. 2012). Jatkotutkimuksissa kannattaisi tarkastella työpaikan tarpeiden arviointia verkostomaisena toimintana.



## 6.5 Tutkimuksen arviointia

Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa oleellista on tutkimusprosessin luotettavuus (Eskola & Suoranta 1998; Ruusuvuori ym. 2010). Laadullisessa tutkimuksessa voidaan puhua myös tulosten yleistettävyydestä tai siirrettävyydestä. Tilastollisessa tutkimuksessa yleistäminen perustuu aineisto-otoksen edustavuuteen tai isompaan populaatioon (Hernberg 1998). Ruusuvuoren ym. (2010) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tulosten yleistettävyydellä ei viitata siihen, että löydetyn ilmiön väitettäisiin pitävän paikkansa myös isommassa joukossa. Kyse on paremminkin löydetyn ilmiön logiikasta, jonka voi olettaa olevan jossain määrin yhteistä esimerkiksi tietyssä kulttuurissa.

Aikaisemmasta tutkimuksesta poiketen tässä työssä tutkittiin työpaikan tarpeita, tarpeiden arviointia ja niiden kehitystä laadullisella tutkimusotteella. Tarpeiden arviointi on monimutkainen sosiaalinen prosessi, jota on vaikea tutkia kvantitatiivisella tutkimusotteella (Denzin & Lincoln 2000). Laadullinen tutkimusote tarjoaa myös kvantitatiivista otetta paremman mahdollisuuden vähän tutkitun ilmiön käsitteelliseen pohdintaan (esim. Eskola & Suoranta 1998). Tutkimukseni tavoitteena oli selvittää, miten tarpeiden arviointi on muuttunut, minkälaisia ongelmia tarpeiden arviointiin liittyy ja miten tarpeiden arviointia voi kehittää. Käytin kehittävän työntutkimuksen metodologiaa (Engeström 1987), joka mahdollisti tarpeiden arvioinnin tutkimisen historiallisesti muuttuvana ja kehitettävänä toimintana. Tutkimusote mahdollisti myös työterveyteen liittyvän tarpeiden arvioinnin tutkimisen kollektiivisena, välittyneenä ja kohteellisena toimintana. Tutkimusaiheen kannalta mainitut kehittävän työntutkimuksen teoreettiset käsitteet olivat tärkeitä, sillä hyvä työterveyshuoltokäytäntö korostaa muun muassa yrityksen ja työterveyshuollon yhteistyötä, asiakaskeskeisyyttä ja suunnitelmallisuutta, joiden pitäisi toteutua myös tarpeiden arvioinnissa. Lisäksi työterveyshuollon toimintaa on pyritty kolmenkymmenen viime vuoden aikana laajentamaan työympäristöstä työntekijöihin, työyhteisöihin ja organisaatioihin.

Tutkimuksen aineisto on kerätty vuosina 2000–2003 ja osatutkimukset on julkaistu vuosina 2003–2008. Yhteenvedon osan kirjallisuuskatsauksessa tarpeiden arvioinnin muutosta on kuvattu vuodesta 1978 vuoteen 2009. Osatutkimusten aineisto on noin kymmenen vuoden takaa. Tutkimuksella on haettu vastauksia lähihistorialliseen tarpeiden

arvioinnin muutokseen kohdistuviin kysymyksiin, joten aineisto on tutkimuskysymyksiin nähden edelleen asianmukaista.

Tutkimus perustui yhteen terveyskeskuksen työterveysyksikköön ja sen asiakasyrityksiin. Sen puitteissa oli mahdollista tutkia asiakasyhteistyötä yksityiskohtaisemmin kuin aikaisemmin tehdyissä kyselytutkimuksissa. Paikallisella ja yksityiskohtaisella tutkimuksella (ks. tiheä kerronta, Geertz 1983) toivottiin löydettävän aikaisemmista tutkimuksista poikkeavia näkökulmia asiakasyhteistyöhön. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista muun muassa tutkimuskysymysten ja aineistonkeruun joustava kehittyminen tutkimuksen edetessä (esim. Kiviniemi 2001). Tutkimuksen aikana tutkimusaiheeksi tarkentuivatkin tarpeiden arviointi ja siinä käytetyt välineet ja toimintatavat.

Tutkimukseen pyydettiin mukaan terveyskeskuksen työterveysyksikkö, jonka resurssit olivat kehittyneet hyviksi ja joka oli edistyksellinen ja kehityshakuinen (osajulkaisu I, 16–18). Kun tutkimuskohteeksi valittiin hyväresurssinen yksikkö, oli mahdollista tulkita toiminnan esteiden johtuvan muustakin kuin resurssien puutteesta, joka oli aiemmissa tutkimuksissa todettu laadukkaan työterveyshuoltotoiminnan esteeksi terveyskeskuksissa. Mäkelän (1990) mukaan tutkimuskohteeksi kannattaa valita erityisen nykyaikainen tai epäperinteinen ryhmä, jos haluaa tutkia toimintamallien vakiintuneisuutta. Tutkimukseen pyydetty terveyskeskuksen työterveysyksikkö täytti hyvin nämä kriteerit edistyksellisyydellään ja kehityshakuisuudellaan. Jos työterveyshuollon tarpeiden arvioinnissa esiintyisi ”sitkeyttä” eli toimintamallien vakiintuneisuutta, ne todennäköisesti näkyisivät Mäkelän (1990) ajatuksen mukaisesti myös tämän tutkimuksen kohdeyksikössä.

Osajulkaisujen (I–IV) aineisto on moniaineksista ja monitasoista ja aineistoa on kerätty monenlaisin menetelmin. Aineistossa ei ole siis nojattu pelkästään haastatteluihin ja niissä esille tulleisiin käsityksiin. Monipuolisen aineistokokonaisuuden rakentamista kutsutaan aineisto- ja metoditriangulaatioksi (esim. Denzin 1989), ja sitä pidetään yhtenä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä. Aineisto- ja metoditriangulaatiolla olen pyrkinyt takaamaan sen, että tutkin tarpeiden arviointia erilaisista näkökulmista.

Osajulkaisujen I–III erilaisista aineistoista ja näkökulmista huolimatta tarpeiden arviointia ja siinä käytettyjä välineitä ja yhteistyötä koskevat tulokset alkoivat toistua (aineiston kylläntyminen, esim. Strauss 1988). Ei ollut oletettavaa, että uudet aineistot paikallisen työterveysyksikön

toteuttamasta toiminnasta tuottaisivat jotain ratkaisevasti uutta tietoa, ja siksi osajulkaisun IV aineisto on erilainen. Kyseessä oli kokeilu, jossa tutkija (TR) tuotti kehittävän työntutkimuksen menetelmillä tietoa tarpeiden arviointia varten. Aineistona oli pienyrityksen (sama pienyritys kuin osajulkaisussa III) työntekijöiden yksilöhaastatteluja, jotka tuottivat työntekijöiden käsityksiä pienyrityksen toiminnasta ja sen muutoksesta, työn sujuvuudesta ja työn sujuvuuteen tai sujumattomuuteen liittyvistä työntekijöiden tuntemuksista.

Yhteenvetona tutkimuksen aineistosta voi sanoa, että se oli laadultaan moni- ja eritasoista. Osa oli suoraa aineistoa työstä (esimerkiksi nauhoitetut sopimusneuvottelut, työterveyshuoltodokumentit). Haastattelut ja muutoslaboratoriotyyppisten istuntojen nauhoitukset olivat työntekijöiden virikkeillä tuettuna esittämiä tulkintoja työstään. Aineistona oli myös lakitekstejä ja lainsäädännön perusteluja, jotka ovat tulkintoja siitä, miten yhteiskunnan päättäjien mukaan työterveyshuollon toiminnan pitäisi sujua. Nämä kaikki antavat erilaisen, mutta kukin tärkeän näkökulman työterveyshuoltoon ja tarpeiden arviointiin.

Kehittävä työntutkimus ja toiminnan teoria ohjasivat valintojani tutkimuksen eri vaiheissa ja rajasivat sitä, mitä aineistosta etsin ja analysoin. Keskeistä tutkimuksessani oli tarpeiden arvioinnin tulkitseminen muuttuvana toimintajärjestelmänä tai kahden toimintajärjestelmän kohtaamisena (Engeström 1987). Teoreettisten käsitteiden lisäksi analyysissä tarvitaan erilaisia analyysitekniikoita. Lukuisista laadullisen tutkimuksen analyysitekniikoista Eskola ja Suoranta (1998) mainitsevat esimerkiksi kvantitatiiviset analyysitekniikat, teemoittelun ja sisällönanalyysin. Tutkimuksessani olen käyttänyt pääsääntöisesti sisällönanalyysiä (Tuomi & Sarajarvi 2002).

Yksi laadulliseen tutkimukseen kohdistettu kritiikki koskee analyysin vaikutelmanvaraisuutta (esim. Mäkelä 1990). Analyysin arvioitavuuden takaamiseksi osajulkaisuissa on pyritty kuvaamaan tutkimuksen analyysi mahdollisimman tarkasti. Käytetty aineisto on luetteloitu, kuvattu ja käyty systemaattisesti läpi. Aineiston systemaattisen läpikäymisen apuvälineenä olen käyttänyt atlas/ti-tietokoneohjelmaa (esim. Lonkila & Silvonen 2002) osajulkaisuissa I, II ja IV. Ennen osajulkaisuissa esitettyjen analyysimenetelmien valintaa olen tehnyt useita aineistoanalyysikokeiluja. Analyysin läpinäkyvyyttä ja arvioitavuutta (esim. Mäkelä 1990; Eskola & Suoranta 1998) olen pyrkinyt parantamaan kuvaamalla analyysiyksiköt ja niiden tulkintasäännöt ja esittämällä niistä esimerkkejä (esim. osajulkaisu I, 28–29).

Analyyseissä sovellettiin myös tutkijatriangulaatiota (esim. Denzin 1989) osaan aineistoa (osajulkaisut I, II ja IV). Toisen tutkijan (TR) koodattua aineiston toinen tutkija (KL) kävi läpi aineiston ja koodaukset, minkä jälkeen keskusteltiin koodauksen tulkinnoista vertailemalla tulkin-tojen eroavuuksia ja samankaltaisuuksia keskenään. Osa analyyseistä on myös tuotu työterveyshenkilöstön (esim. osajulkaisu I) ja tutkimuksessa mukana olleen pienyrityksen henkilöstön (osajulkaisu IV) ja tutkijoiden yhteiseen keskusteluun. Tutkimuksen johtopäätökset saivat tukea keskusteluissa ja mahdollisia asiavirheitä korjattiin. Työterveyshenkilöstö osallistui myös aktiivisesti tulosten tulkintaan. Esimerkiksi osajulkaisun I yhden vaiheen työterveyshenkilöstö nimesi uudelleen (Työn joka suuntaan leviämisen vaihe), jotta se kuvaisi paremmin heidän toimintaansa.

Eräs laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyvä näkökulma on yleistettävyyttä tai siirrettävyyttä (esim. Ruusuvuori ym. 2010). Tulosten siirrettävyyttä voidaan parantaa järkevällä aineiston muodostamisella, mihin olen tähdännyt muun muassa edellä kuvaamallani aineistotriangulaatiolla. Tutkimuksen luotettavuutta saattaa vähentää tapausten pieni määrä: esimerkiksi osajulkaisun II aineistona on kaksi sopimusneuvottelua. Osajulkaisussa II kehitettiin sopimusneuvottelujen analyysimenetelmää, mutta aineiston analyysi tuotti myös uutta ymmärrystä yhteisen kohteen muodostamisesta tarpeiden arvioinnissa. Aineiston pienuuden takia aihetta on jatkossa toki tutkittava lisää.

Tutkimuksen monisyinen aineisto tuotti tulokseksi tulkinnan tarpeiden arvioinnin välineistä, niiden muutoksista ja kehitysjännitteistä yhdessä terveyskeskuksessa. Tutkimus tuotti myös uutta tietoa tarpeiden arvioinnista erityisesti työterveyshuollon ja asiakasyrityksen yhteistyön kehittämiseen. Tässä tutkimuksessa siirrettävyys perustuu siis kehitykselliseen (kehittävässä työntutkimuksessa käytetään kehityksellinen-sanan sijaan sanaa historiallinen) tulkintaan. Tutkimuksen tuloksia voinee suuntaa antavasti yleistää samanlaisia tarpeiden arviointivälineitä käyttäneisiin tai käyttäviin työterveyshuoltoyksiköihin. Tutkimuksen tulokset tarjoavat myös työterveyshuoltoyksiköille mahdollisuuden verrata omaa tarpeiden arviointiaan ja siten löytää toiminnan kehittämiskohteita. Tutkimusaineisto perustui kunnallisesta työterveysyksiköstä kerättyyn aineistoon, joten jotkin asiat voivat olla toisin esimerkiksi yksityisissä työterveyshuoltoyksiköissä tai yritysten omissa työterveyshuoltoyksiköissä.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimus tuotti uutta tietoa työterveyshuollon muutoksesta ja työpaikan tarpeiden arvioinnissa ja asiakasyhteistyössä käytettävistä työterveyshuollon välineistä.

1. Tutkimuskohteena olleen terveystieteellisen työterveysyksikön toiminta muuttui aina 1990-luvulle asti: se laajeni riskilähtöisestä toiminnasta sairaanhoitoon ja työntekijöiden elintapoja edistäväksi toiminnaksi. Työterveyshuoltolainsäädännön ja työterveysyksikön omista tavoitteista huolimatta yksiköllä oli vaikeuksia kehittää toimintaansa asiakasorganisaatioiden tarpeista lähteväksi. Työterveysyksikön toiminta suuntautui yksilöön ja oli reaktiivista.
2. Työterveyshuollon käyttämät työpaikkojen tarpeiden arviointivälineet ja asiakasyhteistyön toimintamallit voivat ainakin osittain selittää, miksi työterveysyksikön oli vaikea kehittää toimintaa asiakasorganisaatioiden tarpeista lähteväksi. Ensinnäkin työterveyshuollon käyttämä tarpeen käsite on vaikea ja epäselvä. Tarpeesta puhuttaessa voidaan tarkoittaa ”varsinaista tarvetta”, palveluiden tarvetta tai resurssien tarvetta. Työterveyshuollon tarvekäsitemalli ei myöskään kohtelee työpaikka-asiakkaan ja työterveyshuollon tarvenäkökulmia tasaveroisesti. Epäselvä tarvekäsitemalli ei luo kehikkoa sille, mistä työpaikan ja työterveyshuollon toimijoiden pitäisi asiakasyhteistyötilanteissa keskustella tarpeita arvioitaessa.

Tutkimuksessa tuli esiin viitteitä siitä, että tarpeiden arvioinnissa voi työpaikan tarve (need) jäädä kokonaan käsittelemättä, jolloin keskustellaan vain palveluista tai vain toisen toimijan (esim. työterveyshuollon) näkökulman mukaisista tarpeista (need). Ei ole

odotettavaa, että tällaisen tarpeiden arvioinnin pohjalta seuraisi vaikuttavaa työterveyshuoltotoimintaa tai että asiakasorganisaatio hyötyisi selkeästi työterveyshuollon palveluista. Työterveyshuollon ja työpaikan tarpeiden arviointiin liittyvissä kohtaamisissa tarvitaan siis myös yhteistä keskustelua siitä, mistä ja miten keskustellaan, kun keskustellaan tarpeista.

Toiseksi työterveyshuollon tietojärjestelmät eivät tutkimusajankohtana tukeneet työterveyshuollolle kertyneen tiedon (työpaikkakäynnit, terveystarkastukset, neuvottelut, sairausvastaanotto) systemaattista käsittelyä, joten kertynyttä tietoa ei pystytty kunnolla hyödyntämään yhteistyötilanteissa ja työpaikkatasoisessa toiminnassa.

Kolmanneksi työterveyshuollon käyttämien tarpeiden arviointivälineiden kautta työpaikka jäsenyi altisteiksi tai altistuviksi, akuutteja tai kroonisia sairauksia sairastaviksi ja eri tavoin elintavoistaan huolehtiviksi työntekijöiksi. Työpaikan jäsentäminen pelkästään altisteiksi tai kuormitustekijöiksi (tai sairauksiksi) ei kannusta yhteistyötilanteissa muodostamaan työpaikan ja työterveyshuollon yhteistä jaettua kohdetta työpaikan tarpeista. Työterveyshuollon on tällöin myös vaikea tuottaa sellaista tietoa, joka auttaisi työpaikkoja ongelmien ratkaisemisessa ja työpaikan oman toiminnan kehittämässä.

3. Tutkimuksessa kokeiltiin kehittävän työntutkimuksen välineitä tarpeiden arvioinnissa. Välineiden avulla työpaikka hahmotettiin ja jäsenettiin muuttuvan toiminnan kautta. Tämä mahdollisti yhteistyötilanteissa yhteisen kohteen luomisen työpaikan eri toimijoille ja työterveyshuollolle eikä johtanut vain ongelmien listaamiseen, vaan tuotti tietoa ongelmien synnystä ja mahdollisti toiminnan kehittämisen ja ratkaisujen hakemisen arjen häiriöihin työpaikan kehityssuunnan mukaisesti. Ollakseen vaikuttavaa työterveyshuollon toiminnan pitää perustua työpaikan tarpeisiin. Asiakastyöpaikan hahmottaminen muuttuvaksi toimintajärjestelmäksi auttaa työterveyshenkilöstöä ymmärtämään ja keskustelemaan laaja-alaisemmin työpaikan toiminnasta, tukemaan työntekijöiden työkykyä suunnitelmallisesti työpaikkojen toiminnassa ja muutoksessa ja tuottamaan lisäarvoa työpaikalle ja sen työntekijöille.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

- Aaltonen T (toim.) (1999): Konstit on monet 2. Tykytoiminnan tositapauksia työterveyshuollossa. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Alaranta H, Soukka A, Harju R ja Heliövaara M (1990): Tuki- ja liikuntaelinsairauksien diagnostiikan kehittäminen. Selän ja niska-hartiaseudun suorituskyvyn mittaaminen työterveyshuollossa. Helsinki, Työsuojelurahasto.
- Antti-Poika M (1997): Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Työterveyslääkäri 15; (3): 277–280.
- Antti-Poika M (2004): Työkyvyttömyyden ehkäiseminen työpaikalla. Helsinki, Varma.
- Antti-Poika M, Martimo K-P, Lagerstedt R ja Savolainen A (1998): Työterveyshuollon asiakasyksely. Työterveyslääkäri 16; (4): 358–365.
- Antti-Poika M, Katajarinne L, Luopajarvi T, Rahkonen E, Saarelma-Thiel T ja Taskinen H (1993): Tavoitteellinen työterveyshuolto. Duodecim 109; (18): 1543–1550.
- Anttonen H, Piikivi L, Vuolteenaho A ja Kopperoinen I (1998): Työkyvyn taloudelliset vaikutukset. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Arola H, Lahdenniemi M, Merisalo T ja Tiitola O (1991): Työkykyä ylläpitävä toiminta einestehtaassa. Työterveyslääkäri 9; (2): 27–32.
- Asikainen E, Manninen P ja Räsänen K (2001): Onko pienten terveyskeskusten työterveyshuolloilla tulevaisuutta? Selviytymisstrategiana siirtyminen tuotteistettuun, väestövastuulliseen työterveyshuoltoon. Työterveyslääkäri 19; (2): 187–192.
- Auvinen A-M, Kohtamäki K ja Ilvesmäki A (2012): Workplace Health Promotion and Stakeholder Positions: A Finnish Case Study. Archives of Environmental & Occupational Health 67; (3): 177–184.
- Barbeau E, Roelofs C, Youngstrom R, Glorian Sorensen, Stoddard A ja LaMontagne AD (2004): Assessment of Occupational Safety and Health Programs in Small Businesses. Am J Ind Med 45; (4): 371–379.
- Bergström M, Koskinen K, Kaleva S ja Huuskonen MS (1998): Työterveyshenkilöstön oma hyvinvointi osa työterveyshuollon toimivuutta. Helsinki, Uudenmaan aluetöterveyslaitos.
- Bergström M, Huuskonen M, Koskinen K, Lindström K, Kaleva S, Ahonen G, Järvisalo J, Forss S, Järvikoski A ja Vuorio R (1997): Työkyky yksilön, pienyrityksen ja yhteiskunnan menestystekijänä. Työ ja Ihminen, Tutkimusraportti 10. Helsinki, Työterveyslaitos.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Cavén-Suominen S (2005): Aktiivinen aikainen puuttuminen – tavoitteena pitkäaikaisterveys. Kannattaa jatkaa. Opas henkilöstön kehittäjille, esimiehille ja työterveyshuolloille. Kuntien eläkevakuutus.
- Chu C, Breucker G, Harris N, Andrea S, Gan X, Gu X ja Dwyer S (2000): Health-promoting workplaces – international settings development. *Health Promoting International* 15; (2): 155–167.
- Denzin NK (1989): *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Chicago, Aldine.
- Denzin NK ja Lincoln YS (2000): *The Discipline and Practice of Qualitative Research*. In Denzin NK ja Lincoln YS (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*. London, Sage.
- Donabedian A (1973): *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge, Harvard University Press.
- Edwards A (2000): Looking at Action research through the lenses of Sociocultural Psychology and Activity Theory. *Educational Action Research* 8; (1): 195–204.
- Elo A-L (1982): Psykkisten kuormitustekijöiden arviointi työssä. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Elo A-L (1992): Työstressikysely – TSK – työterveyshenkilöstön kokemukset työstään ja terveydestään. *Työterveyslääkäri* 10; (1): 48–51. Elo A-L ja Sillanpää P (1993): Työterveyshuolto voi toimia henkisen työsuojelun konsulttina. *Suom lääkäri* 48; (18): 1785–1791.
- Elo A-L, Leppänen A, Lindström K ja Ropponen T (1990): TSK: miten käytät työstressikyselyä. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Engeström R (1999): *Toiminnan moniäänisyys*. Helsinki, Yliopistopaino.
- Engeström Y (1987): *Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*. Helsinki, Orienta-Konsultit Oy.
- Engeström Y (1990): *Learning, working and imagining. Twelve studies in activity theory*. Helsinki, Orienta-Konsultit Oy.
- Engeström Y (1992): *Interactive Expertise: Studies in Distributed Working Intelligence*. Helsinki, Department of Education, University of Helsinki.
- Engeström Y (1993): Moniammatillisten tiimien toiminnan analysointi. Teoksessa Simoila R, Harlamov A, Launis K, Engeström Y, Saarelma O ja Kokkinen-Jussila M (toim.) *Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin*. Jyväskylä, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. s. 123–151.
- Engeström Y (1995): *Kehittävä työntutkimus: perusteita, tuloksia ja haasteita*. Helsinki, Painatuskeskus.
- Engeström Y ja Engeström R (1984): *Siivouustyön hallinta ja siivoojien laadullinen koulutustarve*. Helsinki, ServiSystems Oy.
- Engeström Y, Miettinen R ja Punamäki R-L (1999): *Perspectives on Activity Theory*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Engeström Y, Engeström R, Helenius J ja Koistinen K (1988): *Terveyskeskuslääkärien työn kehittämistutkimus. Levike-projektin tutkimushankkeen I väliraportti*. Espoo, Espoon kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus.



## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Engeström Y, Saarelma O, Launis K, Simoila R ja Punamäki R (1991): Terveyskeskuksen uuden työtavan kehittäminen. Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti 2. Helsinki, Valtion painatuskeskus.
- Engeström Y, Engeström R, Helenius J, Koistinen K, Rekola J ja Saarelma O (1989): Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. Levike-projektin tutkimushankkeen III väliraportti. Lääkärivastaanottojen analysointia. Espoo, Espoon kaupungin terveysvirasto.
- Engeström Y, Engeström R, Helenius J, Koistinen K, Salonen E ja Toiviainen H (1990): Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. LEVIKE-projektin tutkimushankkeen II-väliraportti: kunnanlääkäri, terveyskeskuslääkäri, omalääkäri. Espoo, Espoon kaupungin terveysvirasto.
- Eskola J ja Suoranta J (1998): Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere, Vastapaino.
- Eskola P, Lindblom E ja Martimo K-P (1997): Työterveyshuollon atk-sovellutukset. *Suom lääkeil* 52; (20–21): 2436–2439.
- Fagerlund M, Lappi J, Pulkkinen-Närhi P, Manninen P, Lamberg ME ja Partinen R (2008): Kunnallisten työterveysyksiköiden määrä vähenemässä. *Suom lääkeil* 63; (15): 1419–1422.
- Fichtner B (1984): Co-ordination, co-operation and communication in the formation of theoretical concepts in instruction. In Hedergaard M, Hakkarainen P ja Engeström Y (Eds.) *Learning and Teaching on Scientific Basis*. Aarhus, Aarhus Universitet Psykologisk Institut.
- Forma P, Harkonmäki K, Pekka T ja Saarinen A (2008): Kunnallinen työterveyshuolto 2008. Työterveyshuollon organisointi ja toiminta henkilöstöasioista vastaavien ja työterveyshuollon arvioimana. Kuntien eläkevakuutuksen raportteja 4/2008. Helsinki, Kuntien eläkevakuutus.
- Frick K, Jensen P, Quinlan M ja Wilthagen T (2000): Systematic occupational health and safety management: An introduction to a new strategy for occupational safety, health and well-being. In Frick K, Quinlan M ja Wilthagen. T (Eds.) *Systematic Occupational Health and Safety Management: Perspectives on International development*. Amsterdam, Netherlands, Elsevier pp. 1–14.
- Geertz C (1983): *Local Knowledge, further essays in interpretive anthropology*. New York, Basic Books.
- Gerlander E-M ja Launis K (2007): Työhyvinvoinnin tarkasteluikkunat ja niiden yhdistäminen työhyvinvoinnin edistämisessä. *Työelämän tutkimus* 5; (3): 202–212.
- Gilmore GD ja Campbell MD (2005): *Needs and capacity assessment strategies for Health Education and Health Promotion*. Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Glaser BG ja Strauss AL (1967): *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, Aldine.
- Gould R, Laaksonen M, Kivekäs J, Ropponen T, Kettunen S, Hannu T, Käppi I, Ripatti P, Rokkanen T ja Turtiainen S (2014): Työkyvyttömyyttä edeltävät vaiheet. Asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 6/2014.
- Guidelines on occupational safety and health management systems (2001): Geneva, ILO.

- Haatainen T ja Karisto A (1991): Työterveyshuollon kehittämiseen vaikuttavia tekijöitä: eri tulkintatapoja. Teoksessa Kalimo E, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (toim.) Työterveyshuollon toteuttaminen ja muutostarpeita. Tutkimus työterveyshuollon kehittämisestä 1980-luvulla. Erityistarkastelussa rakennusala ja pienet työpaikat. Helsinki, Kansaneläkelaitos. s. 29–35.
- Haavisto V (2000): Asianosaisten osallistuminen riita-asian käsittelyyn: nykykäytäntöä ja kehityssuuntia. *Lakimies* 98; (7–8): 1138–1154.
- Haavisto V (2002): *Court Work in Transition. An Activity-Theoretical Study of Changing Work Practices in a Finnish District Court.* Department of Education. Helsinki, University of Helsinki.
- Haglund B (2003): Stimulated Recall. Några anteckningar om en metod att generera data. *Pedagogisk Forskning i Sverige* 8; (3): 145–157.
- Hakulinen H ja Pirttilä I (2012): Asiakkuus työterveyshuollon ja asiakasorganisaatioiden tulkinnoissa. *Työelämän tutkimus* 10; (3): 262–280.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta (HE 107/1994) (1994).
- Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi (HE 90/2010) (2010).
- Hallituksen esitys Eduskunnalle työterveyshuoltolaiksi sekä laiksi työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta työsuojeluasioissa annetun 4 ja 11 §:n muuttamisesta (HE 114/2001) (2001).
- Halonen K (2013): Pari askelta jäljessä - tuurilla mennään. Tutkimus suomalaisten organisaatioiden ja työterveyshuollon toteuttamasta henkilöriskienhallinnasta strategisen johtamisen välineenä. Tuotantotalouden laitos, Aalto-yliopisto, Acta University publications series 191.
- Hassi J, Mäenpää-Moilanen E, Juoperi K, Kolivuori T ja Kalliomaa P (1998): Työterveyshuollon kehittämisshanke Kainuussa 1990–1995. *Työterveyslääkäri* 16; (1): 99–104.
- Hautamäki T ja Pääkkönen R (1987): Kysely työterveyshuoltoyksiköiden toiminnasta ja asiantuntijapalveluista. *Työterveyshoitaja* 12; (4–5): 14–16.
- Health promotion glossary (1998): WHO.
- Heikkinen A (2007): Työterveyshuollon asiakasyritykset odottavat kumppanuusyhteistyöltä merkittävää vaikuttavuutta. *Suom lääkäri* 62; (46): 4333–4337.
- Hernberg S (1998): *Epidemiologia ja työterveys.* Helsinki, Työterveyslaitos.
- Hiisijärvi S (1999): Yhteenveto, pohdinta ja johtopäätöksiä. Teoksessa Hiisijärvi S ja Aaltonen T (toim.) Osaamisen ja työkyvyn kehittämisen tositapauksia pk-yritysten työterveyshuollossa. Helsinki, Työterveyslaitos. s. 142–172.
- Hiisijärvi S, Heiskanen T ja Ruuskanen M (2002a): Hyvä toiminnan laatu tuottaa myös työhyvinvointia. *Työterveyslääkäri* 20; (3): 404–406.
- Hiisijärvi S, Ruuskanen M ja Heiskanen T (2002b): Työterveyshuolto pienten yritysten verkostoissa? -tutkimus. Rakennusalan toimintaympäristö, yhteistyö ja työhyvinvointitekijät. Loppuraportti: Osa 1/3. Kuopio, Työterveyslaitos. s. 1–42.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Hirsijärvi S ja Hurme H (1991): Teemahaastattelu. Helsinki, Gaudeamus.
- Holstein JA ja Gubrium JF (1995): The active interview. London, Sage.
- Husman K (2010): Suomalaisen työterveyshuollon kehitys. Teoksessa Martimo K-P, Antti-Poika M ja Uitti J (toim.) Työstä terveyttä. Porvoo, Duodecim. s. 56–68.
- Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Opas toiminnan suunnitteluun ja seurantaan (1997): Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos.
- Hyytiäinen K, Järvisalo J, Lind J ja Mäki J (1998): Työterveyshuollon toimivuus pientyöpaikoilla: koetut ja arvioidut kuormitustekijät työssä. Suom Lääkäril 53; (12): 1369–1376.
- Hämäläinen R-M (2007): Workplace Health Promotion in Europe. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health.
- Hämäläinen R-M (2008): The Europeanisation of occupational health services. A study of the impact of EU policies. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health.
- Hämäläinen R-M, Husman K, Westerholm P, Räsänen K ja Rantanen J (2001): Survey of the quality and effectiveness of occupational health services in the European Union and Norway and Switzerland. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health.
- Hämäläinen SO (1982): Mikrotason sosiolingvistiikka -keskustelun kielioppia. Teoksessa Suojanen MK ja Suojanen P (toim.) Sosiolingvistiikan näkymiä. Helsinki, Gaudeamus.
- Härmä M (2000): Toimivat ja terveet työajat. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö, työministeriö.
- Ikonen A (2012): Primary care visits in the Finnish occupational health services and their connections to prevention and work-related factors. Tampere University of Helsinki. Studies in social security and health 120.
- Ilmarinen J, Lähteenmäki S ja Huuhtanen P (2003): Kyvyistä kiinni – Ikäjohtaminen yritysstrategiana. Helsinki, Talentum.
- Isotalus N ja Saarela K-L (2001): KAURIS: menetelmä työväkivaltariskien kartoitukseen ja hallintaan. Helsinki, Työterveyslaitos, Työturvallisuuskeskus.
- Janhonen M ja Husman P (2006): Työterveyshuollot ja työelämän muutos – pohdintoja työterveyshuollon roolista työyhteisöjen kehittäjänä. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 29. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Juvonen-Posti P ja Jalava J (2008): Lupaavia käytäntöjä pk-työpaikoille työhyvinvoinnin ja sairauspoissaolojen hallintaan ja seurantaan. sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:34. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntoutussäätiö.
- Kabel A, Hasle P ja Limborg H (2007): The rise and fall of a multidisciplinary and preventive approach. Policy and Practice in Health and Safety 5; (Suppl 1): 25–38.
- Kalela J (2000): Historiantutkimus ja historia. Helsinki, Gaudeamus.
- Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (1989a): Päätelmät. Teoksessa Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (toim.) Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Työterveyshuollon valtakunnallinen arviointitutkimus. Helsinki, Kansaneläkelaitos, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. s. 265–272.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (toim.) (1989b): Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Helsinki, Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitos.
- Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (1989c): Tutkimuksen lähtökohdat ja tavoitteet. Teoksessa Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (toim.) Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Helsinki, Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitos. s. 11–34.
- Kankaanpää E (2012): Studies on Purchasers and Providers of Occupational Health Services in Finland. Social Sciences and Business Studies. Kuopio, University of Eastern Finland.
- Kankaanpää E ja Pulkkinen-Närhi P (2009): Kunnallisen työterveyshuollon palvelujärjestelmän rakenteet muuttuvat. Teoksessa Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2007 ja kehitystrendi 1997–2007. Helsinki, Työterveyslaitos sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. s. 70–73.
- Kankaanpää E, Räsänen K ja Manninen P (2009): Työterveyshenkilöstön resurssilisäys keskitetty lääkärikeskuksiin. Teoksessa Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2007 ja kehitystrendi 1997–2007. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. s. 19–34.
- Karisto A (1989a): Eri osapuolten arviot työterveyshuollon näkökulmasta. Teoksessa Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (toim.) Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Työterveyshuollon valtakunnallinen arviointitutkimus. Helsinki, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:24, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. s. 171–209.
- Karisto A (1989b) Työterveyshuollon järjestämistapa. Teoksessa Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (toim.) Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Työterveyshuollon valtakunnallinen arviointitutkimus. Helsinki, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:24, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. s. 119–136.
- Karisto A ja Lehtonen R (1989): Työterveyshuollon kattavuus. Teoksessa Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (toim.) Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Työterveyshuollon valtakunnallinen arviointitutkimus. Helsinki, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:24, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. s. 67–118.
- Kaukinen K (2002): Uusi laki - mikä muuttui? Työterveyslääkäri 20; (1): 60–62.
- Kauppinen T, Aaltonen M, Lehtinen S, Lindström K, Näyhä S, Riihimäki H, Toikkanen J ja Tossavainen A (1997): Työ ja terveys Suomessa v.1997. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Kauppinen T, Mattila-Holappa P, Perkiö-Mäkelä M, Saalo A, Toikkanen J, Tuomivaara S, Uuksulainen S, Viluksela M ja Virtanen S (2013): Työ ja Terveys Suomessa 2012. Seurantatieto työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Kausto J (2014): Effect of partial sick leave on work participation. Faculty of Medicine, Hjelt Institute, Department of Public Health, University of Helsinki.
- Kausto J, Virta L, Joensuu M, Vuorinen H, Kivistö S, Jahkola A, Martimo K-P, Klaukka T ja Viikari-Juntura E (2009): Osasairauspäiväraha Suomessa. Etuutta saaneiden kokemuksia ja työhön paluu. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Helsinki, Kelan tutkimusosasto.
- Kelan sairausvakuutusilasto 2013 (2014), [www.kela.fi/tilastot](http://www.kela.fi/tilastot)>vuositilastot. (Luettu 3.1.2015)

- Kelan työterveyshuoltotilasto 2012 (2014). [http://www.kela.fi/vuositilastot\\_kelan-tyoterveyshuoltotilasto](http://www.kela.fi/vuositilastot_kelan-tyoterveyshuoltotilasto). (Luettu 3.1.2015)
- Kemppi H (1983): Miten työterveyshuoltoa on toteutettu valtiolla. *Työterveyshoitaja* 8; (4/5): 8–9.
- Kerosuo H (2006): *Boundaries in Action. An Activity-theoretical Study of Development, Learning, and Change in Health Care for Patients with Multiple and Chronic Illnesses.* Department of Education. Helsinki, University of Helsinki.
- Kinnunen-Amoroso M (2011): Finnish Occupational Physicians' and Nurses' Experience of Work Related Stress Management: A Qualitative Study. *Industrial Health* 49; (6): 774–778.
- Kinnunen-Amoroso M ja Liira J (2013): Management of work-related stress by Finnish occupational physicians. *Occup Med* 63; (5): 361–364.
- Kinnunen-Amoroso M ja Liira J (2014): Work-related stress management by Finnish enterprises. *Int Health* 52; (3): 216–224.
- Kiviniemi K (2001): *Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola J ja Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II.* Jyväskylä, PS-kustannus.
- Klaukka T (1989) Työterveyshuollon sisältö ja voimavarat. Teoksessa Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (toim.) *Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Työterveyshuollon valtakunnallinen arviointitutkimus.* Helsinki, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:24, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. s. 137–170.
- Kolivuori T (1984): Tiedonhankinta työn fyysistä kuormitustekijöistä. *Työterveyshoitaja* 9; (4/5): 18–20.
- Kontos PC ja Poland BD (2009): Mapping new theoretical and methodological terrain for knowledge translation: contributions from critical realism and the arts, *Implementation Science*, 4;1. <http://www.implementationscience.com/content/4/1/1> (Luettu 7.5.2010)
- Koskiahon T (1987): Työterveyshuoltolaki. Tutkimus lainsäädännön syntyprosessista vuosina 1968-1978. Suomen virallinen tilasto, sosiaalisia erikoistutkimuksia XXXII:131. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kovero C ja Launis K (1999): *Terveydenhuolto muuttuvana asiantuntijatoimintana, kaksi ta-pausesimerkkiä.* Helsinki, Kasvatustieteen laitos.
- Kujala V ja Väisänen S (1997): Evaluation of occupational health service in the wood processing industry – determination of employee satisfaction. *Occup Med* 47; (2): 95–100.
- Kuntoutusta koskevan lainsäädännön uudistaminen. Liite: hallituksen esitys Eduskunnalle kuntoutusta koskevan lainsäädännön uudistamisesta. Yleiskirje A 33/1990: (1990). Helsinki, Eläketurvakeskus.
- Kuusisto A (1995): Tietojärjestelmät työterveyshuollon työpaikkaselvityksissä. *Työ ja ihminen* 9; (2): 113–122.
- Laine T, Peurala M, Rautio M ja Manninen P (2009): Asiakasorganisaatioiden työterveyshuollon toimintasuunnitelmien arviointi ja kehittäminen. *Työympäristötutkimuksen raporttisarja*; 42. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Lamberg ME (1994): Työterveyshuollossa tapahtuu. *Työterveyslääkäri* 12; (3): 179–181.

- Lamberg ME (2002): Uusi laki – mitä uutta? *Työterveyslääkäri* 20; (1): 58–59.
- LaMontagne AD (2004) Integrating health promotion and health protection in the workplace. In Moodie R ja Hulme A (eds) *Hands-On Health Promotion*. Melbourne: IP Communications. pp. 285–298.
- Langenhan MK, Leka S ja Jain A (2013): Psychosocial Risks: Is Risk Management Strategic Enough in Business and Policy Making? *Safety and Health at work* 4; (2): 87–94.
- Lappalainen J ja Hietala R (1994): Asiakkaiden arviot rakennusalan työterveyshuollon palveluista. Raportti 2. Tampere, Tampereen aluetyöterveyslaitos.
- Laukkanen R ja Hynninen E (1990): Kävelytestiohjaajan opas. Tampere, UKK-instituutti.
- Launis K (1994): Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa: käsitteitä ja arkkikäytäntöjä. Helsinki, STAKES.
- Launis K ja Pihlaja J (2005): Työhyvinvointi ja toimintakonseptien muutokset. KONSEPTI – toimintakonseptin uudistajien verkkolehti, Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö, Helsingin yliopisto., KONSEPTI – toimintakonseptin uudistajien verkkolehti, Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö, Helsingin yliopisto.
- Launis K ja Pihlaja J (2007): Changes in production concepts emphasize problems in work-related well-being. *Safety Science* 45: 603–619.
- Launis K, Virkkunen J ja Mäkitalo J (2004): Auttavatko työn kuormittavuuden mittarit hallitsemaan kasvavaa työuupuksen ongelmaa? *Työelämän tutkimus* 2; (1): 36–45.
- Launis K, Simoila R, Saarelma O, Punamäki R-L ja Engeström Y (1991a): Terveyskeskusten pohjakartoitukset : Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti nro 3. Helsinki, Sosiaali- ja terveyshallitus, VAPK-kustannus.
- Launis K, Simoila R, Saarelma O, Punamäki R-L ja Engeström Y (1991b): Terveyskeskusten pohjakartoitukset. Toimiva terveyskeskus - projektin osaraportti nro 3. Helsinki, Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Launis K, Lehto A-M, Mäkitalo J, Räsänen K ja Ylikoski M (2001): Työkykytutkimuksen ja -tiedon katvealueet. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos, Työterveyslaitos.
- Lehto J (2004): Terveyspolitiikka ja palvelujen tarve. Teoksessa Mäntyranta T, Elonheimo O, Mattila J ja Viitala J (toim.) *Terveyspalveluiden suunnittelu*. Helsinki, Duodecim. s. 24–26.
- Lehtonen R ja Raitasalo R (1991): Työterveyshuollon yleinen kehittyminen Kelan korvauskisterin mukaan. Teoksessa Kalimo E, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (toim.) *Työterveyshuollon toteuttaminen ja muutostarpeita. Tutkimus työterveyshuollon kehittämisestä 1980-luvulla. Erityistarkastelussa rakennusala ja pienet työpaikat*. Helsinki, Kansaneläkelaitos. s. 8–28.
- Lehtonen R ja Karisto A (1991) Pientyöpaikkojen työterveyshuollon kehittyminen. Teoksessa Kalimo E, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (toim.) *Työterveyshuollon toteuttaminen ja muutostarpeita. Tutkimus työterveyshuollon kehittämisestä 1980-luvulla. Erityistarkastelussa rakennusala ja pienet työpaikat*. Helsinki: Kansaneläkelaitos. s. 67–86.
- Leka S, Jain A, Cox T ja Kortum E (2011): The Development of the European Framework for Psychosocial Risk Management: *PRIMA-EF. J Occup Health* 53: 137–143.

- Leontjev AN (1977): Toiminta, tietoisuus, persoonallisuus. Helsinki, Kansankulttuuri.
- Lie A ja Bjornstad O (2007): Occupational Health services in Norway. Legislative framework, trends, developments and future perspectives. *Policy and Practice in Health and Safety* 5; (Suppl 1): 103–109.
- Lindström K, Elo A-L, Kandolin I, Ketola R, Lehtelä J, Leppänen A, Lindholm H, Rasa P-L, Sallinen M ja Simola A (2002): Työkuormitus ja sen arviointimenetelmät. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Lindström K, Elo A-L, Hopsu L, Kandolin I, Ketola R, Lehtelä J, Leppänen A, Mukala K, Rasa P-L ja Sallinen M (2005): Työkuormituksen arviointimenetelmä TIKKA. Jyväskylä, Työterveyslaitos.
- Linell P (1998): *Approaching dialogue talk, interaction and contexts in dialogical perspectives.* Amsterdam, Benjamins.
- Lonkila M ja Silvonen J (2002): Laadullinen tekstianalyysi ATLAS.ti 4.2 -ohjelmalla. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen monisteita 63.
- Manninen P (toim.) (2007a): Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2004 – kehitystrendien tarkastelua. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Manninen P (2007b): Työterveyshuollon asiakkaat. Teoksessa Manninen P (toim.) Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2004 -kehitystrendin tarkastelua. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö. s. 16–21.
- Manninen P, Laine V, Leino T, Mukala K ja Husman K (toim.) (2007): Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos.
- Martimo K-P (1998): Audit matrix for evaluating Finnish occupational health units. *Scandinavian journal of work, environment & health* 24; (5): 439–443.
- Martimo K-P (2010): Musculoskeletal disorders, disability and work. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health.
- Martimo K-P ja Mäkitalo J (2014): The status of occupational health services in Finland and the role of the Finnish Institute of Occupational Health in the development of occupational health services. Report for the international evaluation of the Finnish Institute of Occupational Health. [http://www.ttl.fi/en/publications/Electronic\\_publications/Documents/OHS.pdf](http://www.ttl.fi/en/publications/Electronic_publications/Documents/OHS.pdf) (Luettu 24.7.2014)
- Martimo K-P, Antti-Poika M ja Uitti J (toim.) (2010): Työstä terveyttä. Helsinki, Duodecim.
- Mattila M (1982): Työpaikkaselvitys ja sen menetelmät. Tampere, Työsuojeluhallitus.
- Mattila M ja Parvi V (1984): Rakennusalan työterveyshuolto. Kyselytutkimus työterveyshuollolle rakennusalan työpaikkaselvityksistä. Tampere, Tampereen teknillinen korkeakoulu.
- Mattila M ja Kivi P (1986): Työpaikkaselvitysten evaluaatio. *Suom lääkäri* 41; (18): 1729–1734.
- Mélar P ja Meyer-Arnold M (2008): Työterveyshuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutustarpeet. *Työterveyslääkäri* 26; (1): 70–72.
- Michie S ja Williams S (2003): Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med* 60: 3–9.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Miilunpalo S, Punkeri T ja Koskimies K-L (1998): Liikuntapainotteisen työkykyä ylläpitävän toiminnan käynnistyminen ja toteutuminen pienissä ja keskisuurissa yrityksissä. *Työ ja ihminen*: 177–191.
- Mishler EG (1986): *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge, Harvard University Press.
- Mott L (1992): *Systemudvikling – den menneskelige dimension*. Ph.D.serie 3.92. Samfundslitteratur Det Økonomiska Fakultet. København, Handelshøjskolen i København.
- Murtomaa M (1979): Terveyskeskus työterveyshuoltopalvelujen järjestäjänä. *Suomen Kunnat* 58; (6): 390–391.
- Murtomaa M ja Rossi K (1978): Työterveyshuollon lakisäätöistäminen ja terveyskeskus. *Hallinto ja Terveys*; (4): 227–232.
- Mäkelä K (1990): *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki, Gaudeamus.
- Mäkinen P, Könni U, Hakkola M, Parkkinen P ja Haavasoja T (2006): Työterveyshuoltohanke: Uudenmaan työsuojelupiirin ja Työterveyslaitoksen yhteistyöhankkeen loppuraportti. Helsinki, Uudenmaan työsuojelupiiri, Työterveyslaitos.
- Mäkitalo J (1999): ”Pankaa ne kuntoon” -arviointia valtakunnallisten työterveyshuollon kokeilujen työ-hankkeista. Teoksessa Aaltonen T (toim.) *Konstit on monet 2. Tykytoiminnan tositapauksia työterveyshuollossa*. Helsinki, Työterveyslaitos. s. 13–30.
- Mäkitalo J (2003): Työn kehittäminen työhyvinvoinnin tukena. Teoksessa Antti-Poika M, Martimo K-P ja Husman K (toim.) *Työterveyshuolto*. Jyväskylä, Duodecim. s. 155–168.
- Mäkitalo J (2005): *Work-related well-being in the transformation of nursing home work*. Faculty of Medicine, Department of Public Health Science and General Practice. Oulu, University of Oulu.
- Mäkitalo J (toim.) (2014): *Työtoimintalähtöisten menetelmien menetelmäopas työterveyshuoltoon*. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Mäkitalo J ja Palonen J (1994): Mitä on työkyky: lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyppi. *Työ ja ihminen* 8; (3): 155–162.
- Mäkitalo J ja Launis K (1998): The Finnish work ability approach – a historical and conceptual analysis. *The Journal of Finnish Occupational Physicians, 15 th Anniversary*: 42–46.
- Mäkitalo J ja Launis K (2006): Työhyvinvointia työtä kehittämällä. Teoksessa Antti-Poika M, Martimo K-P ja Husman K (toim.) *Työterveyshuolto*. 2. uud.p. Hämeenlinna, Duodecim. s. 189–204.
- Mäntyranta T, Elonheimo O ja Brommels M (2004): Näkökulmia terveystalvelujen tarpeen käsitteeseen. Teoksessa Mäntyranta T, Elonheimo O, Mattila J ja Viitala J (toim.) *Terveystalveluiden suunnittelu*. Helsinki, Duodecim. s. 44–54.
- Naumanen P, Aromaa E, Liesivuori J ja Liuhamo M (2007): Työympäristöprofiili -ohjelma - ”All in one -One for all”. *Työterveyslääkäri* 25; (1): 66–68.
- Nichols T ja Tucker E (2000): OHS management system in the UK and Ontario, Canada: A political economy perspective. In Frick KJ, Quinlan M ja Wilthagen T (Eds.) *Systematic Occupational Health and Safety Management: Perspectives on International development*. Amsterdam, The Netherlands, Elsevier. pp. 285–309.



## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Niemelä A-L (2006): Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä Kasvatustieteellinen tiedekunta. Helsinki, Helsingin yliopisto.
- Noblet A ja LaMontagne AD (2006): The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health Promot Int.* 21; (4): 346–353.
- Nojonen A (1980): Toimistotyön työpaikkaselvitykset. *Työterveyshoitaja* 5; (6): 8–9.
- Notkola V (1997): Väestövastuu ja työterveyshuolto. *Työ ja Ihminen*, Tutkimusraportteja 11. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Näsman O (2003): Company-Level Strategies for Promotion of Well-Being, Work ability and Total Productivity. In *Aging and Work* In Kumashiro M (Ed.) *Aging and Work*. London, Taylor & Francis.
- Näsman O ja Ilmarinen J (2001): Metal Age. Osallistuvan TYKY-suunnittelun työkalu. *Työterveyslääkäri* 19; (4): 459-463.
- Näsman O ja Ahonen G (2007): Druvan-hanke 2002-2005. *Työterveyshoitaja*; (2): 22–23.
- Näsman O ja Ahonen G (2008): Druvan-projekti. *Työterveyslääkäri* 26; (1): 58–65.
- The Ottawa Charter for Health Promotion (1986): WHO.
- Pakkala L, Kalanen K ja Saarni H (2004): Yrittäjät eivät tunne työterveyshuollon toimintaa – syy yrittäjien vähäiseen työterveyshuollon käyttöön? *Työterveyslääkäri* 22; (2): 225–229.
- Palmgren H, Jalonen P, Jurvansuu H, Kaleva S ja Tuomi K (2008): Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (TANO) työterveyshuolloissa. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Parvi V (1986): Työterveyshuollon viranomaisvalvonta. Teoksessa Rantanen J ja Ylikoski M (toim.) *Työterveyshuolto*. Helsinki, Työterveyslaitos. s. 74–79.
- Peltomäki P ja Husman K (2000): Työterveyshuolto ja eri kehitysvaiheisten yritysten tarpeet. *Suomen Lääkärilehti* 55; (12): 1375–1381.
- Peltomäki P, Pohjanpää K, Tuomi K, Liira J, Nykyri E, Piirainen H, Räsänen K, Suurnäkki T ja Husman K (1999): Tyky-barometri. Työkykyä ylläpitävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 1998. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö.
- Peltomäki P, Viluksela M, Hiltunen M-L, Kauppinen T, Lamberg ME, Mikkola J, Pirttilä I, Räsänen K, Suurnäkki T, Tuomi K ja Husman K (2002): TYKY-barometri: työkykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 2001. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö.
- Peurala M (1999): Työkykyä ylläpitävä toiminta terveyskeskuksen työterveyshuollossa 1997. *Työ ja ihminen* 13; (4): 293–305.
- Peurala M ja Räsänen K (2002a): Laadunhallinta työterveyshuollossa. Teoksessa Räsänen K (toim.) *Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2000 – 1990-luvun kehitystrendit*. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö. s. 60–73.
- Peurala M ja Räsänen K (2002b): Työterveyshuolto toimijana työkykyä ylläpitävässä toiminnassa vuosina 1992–2000. Teoksessa Räsänen K (toim.) *Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2000 – 1990-luvun kehitystrendit*. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö. s. 74–91.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Peurala M ja Kankaanpää E (2007) Työterveysyksikön oma toiminta. Teoksessa Manninen P (toim.) Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2004 – kehitystrendien tarkastelua. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö. s. 69–77.
- Peurala M, Husman K ja Notkola V (1992b): Terveyskeskusten työterveyshuolto Suomessa vuosina 1989-1990. Kuopio, Kuopion aluetöterveyslaitos.
- Peurala M, Räsänen K ja Kankaanpää E (1999): Työterveyshuolto toimijana työkykyä ylläpitävässä toiminnassa v. 1992-1997. Teoksessa Räsänen K (toim.) Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1997. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö. s. 60–67.
- Peurala M, Räsänen K, Husman K ja Niemi J (1994): Työkykyä ylläpitävä toiminta työterveyshuollossa. Teoksessa Räsänen K, Peurala M, Kankaanpää E, Niemi J, Piirainen H, Notkola V ja Husman K (toim.) Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1992. Helsinki, Työterveyslaitos. s. 89–104.
- Piirainen H (1999): Minkälaista on terveystyöterveyshuollon arki – työterveyshoitajat puhuvat. Työ ja ihminen 13; (4): 261–281, 309, 312.
- Piirainen H, Räsänen K ja Husman K (1994): Työterveyshuolto yritysasiakkaiden arvioimana. Teoksessa Räsänen K, Peurala M, Kankaanpää E, Niemi J, Piirainen H, Notkola V ja Husman K (toim.) Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1992. Helsinki, Työterveyslaitos. s. 60–88.
- Piirainen H, Elo A-L, Hirvonen M, Kauppinen K, Ketola R, Laitinen H, Lindström K, Reijula K, Riala R, Viluksela M ja Virtanen S (2000): Työ ja terveys -haastattelututkimus v. 2000. Taulukkoraportti. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Piirainen H, Hirvonen M, Elo A-L, Huuhtanen P, Kandolin I, Kauppinen K, Ketola R, Lindström K, Salminen S, Reijula K, Riala R, Toivanen M, Viluksela M ja Virtanen S (2003): Työ ja terveys -haastattelututkimus v. 2003. Taulukkoraportti. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Pirttilä I (1999): Miten parantaa terveystyöterveyshuollon purevuutta. Työterveyslääkäri 17; (1): 14–16.
- Pirttilä I (2001): Miten toimii terveystyöterveyshuolto suhteessa pienyrityksiin ja päätöksentekijöihin? Helsinki, Työterveyslaitos.
- Plomp HN (1998): The intention to utilize occupational health services. Occup Med 48; (5): 303–307.
- Poland B (2007): Settings fo Health Promotion: Promising Directions in Unpacking & Addressing How place Matters. Canadian/International Symposium on settings for Health and Learning. University of Victoria, British Columbia, Canada.
- Polanyi M, Frank J, Shannon H, Sullivan T ja Lavis J (2000): Promoting the Determinants of Good Health in the workplace. In Poland B, Green L ja Rootman I (Eds.) Settings for Health Promotion. Sage. pp. 138–160.
- Pulkkinen-Närhi P, Manninen P, Mikkola J, Räsänen K, Asikainen E ja Husman K (2004): Kunnalliset työterveysyksiköt uusia toiminta- ja organisointitapoja etsimässä. Suom lääkäril 59; (11): 1175–1179.
- Raeithel A (1983): Tätigkeit, Arbeit und Praxis. Frankfurt am Main, Campus.
- Rahkonen E (1987): Toimiiko työterveyshuolto pienillä työpaikoilla. Työterveyslääkäri 5; (3): 18–20.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Raitasalo R, Haatainen T, Karisto A ja Lehtonen R (1991): Rakennusalan työterveyshuollon kehittyminen. Teoksessa Kalimo E, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K ja Raitasalo R (toim.) Työterveyshuollon toteuttaminen ja muutostarpeita. Tutkimus työterveyshuollon kehittämisestä 1980-luvulla. Erityistarkastelussa rakennusala ja pienet työpaikat. Helsinki, Kansaneläkelaitos. s. 36–66.
- Rantanen J (1992a): Työterveyshuolto. Teoksessa Rantanen J ja Lehtinen S (toim.) Työympäristö ja työterveys Suomessa. Helsinki, Työterveyslaitos. s. 223–230.
- Rantanen J (1992b): Työympäristö, työterveyshuolto ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Teoksessa Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyshuollon neuvottelukunta. s. 43–54.
- Rantanen J ja Ylikoski M (1986): Työterveyshuolto. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Rantanen S ja Pääkkönen R (2006): Riskinarviointi ja työpaikkaselvitys työsuojelupäälliköiden näkökulmasta. Työterveyslääkäri 24; (2): 56–61.
- Rantanen S, Pääkkönen R, Jokitulppo J ja Palmroos P (2003): Kysely työpaikkaselvityksestä ja riskin arvioinnista. Työterveyslääkäri 21; (2): 223–230.
- Rasa P-L ja Ketola R (2002): Näppärä: näyttöpäätetyön ergonomian ja työympäristön arviointi. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö.
- Rautio M (2004): Muuttuva työelämä haastaa työterveyshuollon kehittämään menetelmiään ja osaamistaan. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulu, Oulun yliopisto.
- Rautio M, Piikivi L ja Nikkonen M (2000): Työterveyshuollon työkykyä ylläpitävän toiminnan painopistealueet ja vaikuttamismenetelmät. Työ ja ihminen 14: 485–495.
- Rautio M, Väisänen A, Mäenpää-Moilanen E, Rokkanen T, Manninen P ja Jalonen P (2011): Työyhteisön toimivuuden edistäminen työterveyshuollon toimintana. Työ ja ihminen Tutkimusraportti 40. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Reid A ja Malone J (2003): A cross-sectional study of employer and employee occupational health needs and priorities within the Irish Civil Service. Occupational Medicine 53: 41–45.
- Rick J ja Briner RB (2000): Psychosocial risk assessment: problems and prospects. Occup Med 50; (5): 310–314.
- Rick J, Hillage J, Honey S ja Perryman S (1997): Stress: Big Issue, but What are the Problems? Report 331. Brighton, Institute for Employment Studies.
- Ritchie KA ja McEwen J (1994): Employee perceptions of workplace health and safety issues. Can a questionnaire contribute to health needs assessment? Occup Med. 44: 77–82.
- Ruotsala R (2014): Developing a Tool for Cross-Functional Collaboration: the Trajectory of an Annual Clock. Outlines. Critical Practice Studies 15; (2): 31–53.
- Rutenfranz J (1981): Arbeitsmedizinische Aspekte des Stressproblems. In Nitsch J (Ed.) Theoria, Untersuchungen, Massnahmen. Bern-Stuttgart-Wien, Verlag Hans Huber. pp. 379–290.
- Ruusuvuori J, Nikander P ja Hyvärinen M (2010): Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori J, Nikander P ja Hyvärinen M (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere, Vastapaino.
- Räsänen K (1999): Työterveyshuollon toimintaedellytysten kehittyminen terveyskeskuksissa. Työ ja ihminen 13; (4): 253–260.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Räsänen K ja Seuri M (2007): Sairauksien työhön liittyvyys - käyntiluokittelua tarvitaan ja se on mahdollista toteuttaa. *Työterveyslääkäri* 25; (1): 56–60.
- Räsänen K, Notkola V ja Husman K (1997): Work-related interventions during office visits to occupational health physicians. *Prev Med* 26: 333–339.
- Räsänen K, Peurala M ja Husman K (2002): Katsaus työterveyspalvelujen tuottajien toimintaympäristöön, henkilöstöön ja toimintoihin. Teoksessa Räsänen K (toim.) *Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2000: - 1990 luvun kehitystrendit*. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö. s. 7–59.
- Räsänen K, Pirttilä I ja Kankaanpää E (1999a): Terveyskeskusten työterveyshuollon ongelmat ja kehittämiskeinot - kentän viestit viidestä suurläänikohtaisesta neuvottelutilaisuudesta vuonna 1999. *Työ ja ihminen* 13; (4): 305–308.
- Räsänen K, Kankaanpää E, Niemi J ja Husman K (1994a): Katsaus työterveyspalvelujen tuottajien toimintaympäristöön, henkilöstöön ja toimintoihin. Teoksessa Räsänen K, Peurala M, Kankaanpää E, Niemi J, Piirainen H, Notkola V ja Husman K (toim.) *Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1992*. Helsinki, Työterveyslaitos. s. 7–50.
- Räsänen K, Kankaanpää E, Peurala M, Eskola P ja Husman K (1999b): Katsaus työterveyspalvelujen tuottajien toimintaympäristöön, henkilöstöön ja toimintoihin. Teoksessa Räsänen K (toim.) *Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1997*. Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö. s. 7–59.
- Räsänen K, Peurala M, Notkola V, Husman K, Virolainen R ja Kankaanpää E (1990): Työterveyslääkäriin ja -hoitajan työnkuva. *Työ ja ihminen* 4; (2): 171–190.
- Räsänen K, Lamberg ME, Yrjänheikki E, Roto P, Pirttilä I, Tärnänen S ja Husman K (1999c): Terveyskeskusten työterveyshuoltojen voimavaroissa on puutteita. *Suomen Lääkäril* 54; (4): 373–377.
- Räsänen K, Peurala M, Kankaanpää E, Niemi J, Piirainen H, Notkola V ja Husman K (1994b): Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1992. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Saarakkala T (1985): Työterveyshuollon toteutuminen kunta-alalla. Helsinki, Työturvallisuuskeskuksen hallituksen kuntaryhmä.
- Saaren-Seppälä T (2004): Yhteisen potilaan hoito: tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Tampere, Tampereen yliopisto.
- Saarnio H ja Vaaranen V (1987): Viestintämittari terveyskeskuksen työterveyshuollossa. *Suom lääkäril* 42; (19-20): 1873–1878.
- Safety and Health Program Management Guidelines; Issuance of Voluntary Guidelines (1989): OSHA, Federal Register 54: 3904–3916.
- Sailas R (1998): Väestön ikääntyminen ja julkisen talouden kestävyys. *Työterveyslääkäri* 16; (3): 260–264.
- Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä (2007): sosiaali- ja terveysministeriö.
- Salaspuro A (1985): Työterveyshuoltolaki -tausta ja toteutuminen käytännössä. *Suom lääkäril* 40; (16): 1575–1579.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Sauni R, Niiranen K, Manninen P, Pulkinen-Närhi P ja Räsänen K (2013): Kunnallisen työterveyshuollon rakennemuutos parantaa palveluvalmiuksia. *Suom lääkäril* 68; (43): 2760–2765.
- Savinainen M, Perurala M, Manninen P, Rautio M ja Oksa P (2010): Työterveyshuollon työpaikkaselvitys osana yritysten hyvinvointi- ja turvallisuustoimintaa Työympäristötutkimuksen raporttisarja 55. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Seppä PV (1991): TERVAT- menetelmä: menetelmä työterveyshuollon ja muun työsuojelun tehostamiseksi työpaikkatasolla. Tampere, Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos.
- Seppälä V (2004): Työterveydenhuollon toimivuus. Haastattelututkimus, Auto- ja Kuljetusalan Työntekijäliitto.
- Seppänen L, Heikkilä H, Kira M, Lallimo J, Ruotsala R, Schaupp M, Toiviainen H, Uusitalo H ja Ala-Laurinaho A (2014): Palveluverkostojen muuttuvat toimintakonseptit. Asiakasymmärrys, välineet ja työhyvinvointi verkostoyhteistyössä. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Sihvola J (1984): Humanististen tieteiden metodologian ja päämäärien suhteesta. Teoksessa Hietala M, Setälä P ja Viikari M (toim.) *Katsauksia, tulkintoja, näkemyksiä historiasta historioitsijalle*. Helsinki, Suomen historiallinen seura. s. 253–263.
- Silverman D (2001): Naturally Occuring Talk. In Silverman D (Ed.) *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London, Thousand Oaks, New Delhi, Sage. pp. 159–192.
- Sipponen J (2005): Työterveyshuolto jatkuvana prosessina – vaikuttavuuden, kustannustehokkuuden ja laadun lähteillä. *Työterveyslääkäri* 23; (1b): 16–19.
- Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö n:o 16 hallituksen esityksestä laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta (StVM 16/1994) (1994).
- Suomen säädöskokoelma. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- KTL 66/1972. Kansanterveyslaki 1972/66
- KTL:n muutos 744/1978. Laki kansanterveyslain muuttamisesta 1978/744
- STMp 1348/1994. Sosiaali- ja terveysministeriön päätös työnantajan velvollisuudeksi säädetyistä sekä yrittäjän ja muun omaa työtään tekevän työterveyshuollosta 1994/1348
- SVL 364/1963. Sairausvakuutuslaki 1963/364
- SVL:n muutos 745/1978. Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 1978/745
- SVL:n muutos 782/1994. Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 1994/782
- SVL:n muutos 1123/2001. Laki sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta 2001/1123
- SVL:n muutos 1056/2010. Laki sairausvakuutuslain 13 luvun 5§:n muuttamisesta 2010/1056
- SVL:n muutos 19/2012. Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta. .2012/19
- TthL 743/1978. Työterveyshuoltolaki 1978/743
- TthL 1383/2001. Työterveyshuoltolaki 2001/1383

## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- TthL:n muutos 608/1991. Laki työterveyshuoltolain 2§:n muuttamisesta 1991/608
- TthL:n muutos 20/2012. Laki työterveyshuoltolain muuttamisesta 2012/20.
- VNa 1484/2001. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 2001/1484
- VNa 1485/2001. Valtioneuvoston asetus terveystarkastuksista erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä 2001/1485
- VNa 708/2013. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 2013/105
- VNP 1009/1978. Valtioneuvoston päätös työnantajan velvollisuudeksi työterveyshuollosta 1978/1009
- VNP 950/1994. Valtioneuvoston päätös työnantajan velvollisuudeksi säädetyistä sekä yrittäjän ja muun omaa työtään tekevän työterveyshuollosta 1994/950
- Stake RE (2000): Case Studies. In Denzin NK ja Lincoln YS (Eds.) Handbook of qualitative research. London, Sage Publications, Inc.
- Stenvall J ja Syväjärvi A (2006): Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Tutkimuksia ja selvityksiä 3. Helsinki, valtiovarainministeriö.
- Suominen H (1997): Terveystestä tarpeena. Niin & näin. Filosofinen aikakauslehti; (2): 48–51.
- Taimela S, Justén S, Schugk J ja Mäkelä K (2007b): Sairauspoissaoloriskin tunnistaminen Terveyskysely työterveyshuollon apuna. Suom lääkäri 62; (38): 3401–3406.
- Taimela S, Läärä E, Malmivaara A ja Aro T (2007a): Self-reported health problems and sickness absence in different age groups predominantly engaged in physical work. Occup Environ Med 64: 739–746.
- Talvi A, Järvisalo J, Knuts L-R, Kaitaniemi P ja Kalimo R (1995): Työikäisten terveyden edistäminen. Työterveyshuollon toteamat terveyden edistämistarpeet Neste Oy:ssä 1988–91. Suom lääkäri 50; (20–21): 2193–3198.
- Talvi AI, Järvisalo J ja Knuts L-R (1999): A health promotion programme for oil refinery employees: changes of health promotion needs observed at three years. Occup Med 49; (2): 93–101.
- Thurston WE ja Blundell-Gosselin HJ (2005): The farm as a setting for health promotion: results of a needs assessment in South Central Alberta. Health & Place 11; (1): 31–43.
- Tiusanen M (1998): Voimavarat työssä -kysely. Uusi toimiva ratkaisu työyhteisön kehittämiseen. Työterveyshoitaja 23; (4): 10–11.
- Toiviainen H (2003): Learning across levels. Challenges of collaboration in a small-firm network. Faculty of Education, Department of Education, University of Helsinki.
- Tolonen M ja Hassi J (1978): Pienyritysten työterveyshuollon järjestäminen terveyskeskuksissa: tutkimus pienten yritysten työoloista ja niiden edellyttämien työterveyspalvelujen järjestämisestä terveyskeskuksissa. Työterveyslaitoksen tutkimuksia. Helsinki, Työterveyslaitos.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Torstila I (1992): Työkykyä ylläpitävä toiminta Pohjola-Yhtiöissä. Teoksessa Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyshuollon neuvottelukunta. s. 136–141.
- Tuomi J ja Sarajärvi A (2002): Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki, Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L ja Tulkki A (1992): Työkykyindeksi. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Työaikakatsaus. Työajat ja poissolot EK:n jäsenyrityksissä vuonna 2012 (2013). <http://ek.fi/wp-content/uploads/Ty%C3%B6aikakatsaus-2012.pdf>, Elinkeinoelämän keskusliitto. (Luettu 3.1.2015)
- Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto (1992): Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyshuollon neuvottelukunta.
- TYÖLÄS – Työlähtöisen työterveyshuollon ja kuntoutuksen oppimisverkosto sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvien työorganisaatioiden ja pk-yritysten tukena. ESR-projektin loppuraportti (2011).
- Työmarkkinajärjestöjen suositusmuistio työkykyä ylläpitävästä toiminnasta työpaikoilla 29.11.1989 (1989).
- Työolokomitean mietintö. Komiteanmietintö 1991:37 (1991): Helsinki, työministeriö.
- Työpaikkaselvitykset työterveyshuollossa (1982/1984): Helsinki, Työterveyslaitos.
- Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat (1989): Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyshuollon neuvottelukunta.
- Työterveyshuolto eräissä suomalaisissa suuryrityksissä (1986): Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.
- Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 177/2008 (2008): Helsinki.
- Työterveyshuolto ja työkykyä ylläpitävä toiminta (1999): Teoksessa Peltomäki P, Husman K, Järvisalo J, Laine A ja Lamberg ME (toim.) Kymmenen vuotta tykytoimintaa. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos, Kansaneläkelaitos.
- Työterveyshuoltolainsäädännön uudistumista selvittäneen työryhmän muistio (2001). Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.
- Työterveyshuoltotoimikunnan 1978 mietintö (sisältäen: Hallituksen esitys Eduskunnalle työterveyshuoltoa koskevaksi lainsäädännöksi). Komiteanmietintö 1978:4 (1978): Helsinki.
- Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2007: ja kehitystrendi 1997–2007 (2009): Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö.
- Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2010 ja kehitystrendi 2000-2010 (2012): Helsinki, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö.
- Törrönen J (2001): Haastattelemisen virikkeillä: virike, johtolanka, pienoismaailmana ja/tai provosoijana. Sosiologia; (3): 205–217.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Töyry S, Räsänen K, Laine M ja Wickström G (2001a): Työterveyshuolto sosiaali- ja terveysalalla. *Suom lääkäri* 56; (14): 1653–1657.
- Töyry S, Kankaanpää E, Peurala M, Piirainen H ja Räsänen K (2001b): Kunta-alan henkilöstön työterveyshuolto työnantajapuolen arvioimana, Kuntien eläkevakuutus.
- Uitti J (toim.) (2014): Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos.
- Uitti J ja Setälä M-L (1993): Työterveyshuollon selviytymisstrategiat - perustehtävä ja toiminta-ajatus. *Työterveyslääkäri* 11; (2): 118–123.
- Uitti J ja Kivi P (1996): Työterveyshuollon vaikuttavuus - tulos, sen teko ja arviointi. *Työterveyslääkäri* 14; (3): 278–283.
- Uitti J ja Taskinen H (toim.)(2012): Työperäiset sairaudet. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Uitti J, Martimo K-P ja Schugk J (2006): Työhön liittyvä sairaus - määriteltynä työterveyspainotteisessa sairaanhoidossa. *Työterveyslääkäri* 24; (4): 42–42.
- Ukkonen T (2000): Menneisyyden tulkinta kertomalla: muistelupuhe oman historian ja kokemuskertomusten tuottamisprosessina. Helsinki, Turun Yliopisto.
- Wenzel E (1997): A comment on settings in health promotion, *Internet J Health Promot*. <http://www.ijhp.org/articles/1997/1> (Luettu 18.8.2005)
- Viikari-Juntura E, Kausto J, Shiri R, Kaila-Kangas L, Takala E-P, Karppinen J, Miranda H, Luukkonen R ja Martimo K-P (2012): Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 38; (2): 134–143.
- Viljamaa M, Uitti J, Kurppa K ja Juvonen-Posti P (2012): Työterveystoiminnan seurannan indikaattorit - työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen prosessien indikaattorit. Väliraportti. Tietoa työstä. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Williams N, Sobti A ja Aw T-C (1994): Comparison of perceived occupational health needs among managers, employee representatives and occupational physicians. *Occup Med* 44: 205–208.
- Virkkunen J (1995): Työpaikkatarkastusten ristiriidat ja niiden ylittämisen mahdollisuudet. Tutkimus keskusteluun perustuvan työn välineistä ja tuloksellisuudesta. Helsinki, työministeriö.
- Virkkunen J, Engeström Y, Pihlaja J ja Helle M (1999/2001): Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Helsinki, työministeriö.
- Virokannas H (2003): Kunnallisen työterveyshuollon organisointi. *Työterveyslääkäri* 21; (2): 163–168.
- Virokannas H ja Jokelainen J (2004): Kunnallisen työterveyshuollon järjestelyt, toiminnan arviointi ja keskinäinen yhteistyö Pohjois-Suomessa keväällä 2003. *Työterveyslääkäri* 22; (3): 338–343.
- Virokannas H ja Österman M (2005): Seitsemän kunnan alueellinen työterveyshuolto: Oulunkaaren seutukunnan ja Vaalan kunnan työterveyshuoltojen verkostoyhteistyökokeilu. Loppuraportti. Oulu, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Oulun yliopisto.
- Virokannas H, Kopperoinen T, Anttonen H ja Leino T (2004): Pienyritysten työterveyshuollon kehittäminen: työterveyshuollon verkkopalvelumalli. Helsinki.



## KIRJALLISUUSLUETTELO

---

- Virta J ja Järvisalo J (2005): Sairauspoissaolojen hallintaa tehostamaan työterveyshuollossa ja Kelassa. *Työterveyslääkäri* 23; (4): 434–438.
- Virtanen M, Pentti J, Vahtera J, Ferrie JE, Stansfeld SA, Helenius H, Elovainio M, Honkonen T, Terho K, Oksanen T ja Kivimäki M (2008): Overcrowding in Hospital Wards as a Predictor of Antidepressant Treatment Among Hospital Staff. *Am J Psychiatry* 165: 1482–1486.
- Virtanen P ja Mattila K (2011): Työterveyshuollon potilas käy myös terveyskeskuksessa, tosin harvoin. *Suom lääkäril* 66; (47): 3583–3588.
- Wright J, Williams R ja Wilkinson J (1998): The development and importance of health needs assessment. In Wright J (Ed.) *Health needs assessment in practice*. London, BMJ Books. pp. 1–11.
- Vygotsky LS (1978): *Mind in society: The psychology of higher mental functions*. Cambridge, Harward University Press
- Yin RK (1994): *Case study research: Design and methods*. London, Sage Publications.
- Ylikoski M (1990): Työterveyshuollon toimintatapa työpaikan muutospainneissa – uusia haasteita työterveyshuollon osallistumiselle työelämään. *Työterveyslääkäri* 8; (4): 30–34.
- Ylikoski M (1996): Ihmisten johtaminen työelämän muutoksissa ja työkyvyn ylläpitämistä koskevien haasteiden kasvaessa. *Työterveyslääkäri* 14; (1): 94–99.
- Yritykset 2003/2013: Tilastokeskus.[http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk\\_yritykset.html](http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_yritykset.html). (Luettu 5.4.2004 ja 22.8.2014).

Työterveyshuollon toiminta perustuu työpaikan tarpeiden arviointiin. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää laadullisen tutkimuksen keinoin työterveyshuollon käyttämiä työpaikan tarpeiden arvioinnin välineitä ja toimintamalleja, niiden muutoksia ja kehittämismahdollisuuksia lakisääteisen työterveyshuollon aikana. Tutkimuksen kohteena oli yksi terveyskeskuksen työterveyshuolto asiakasyrityksineen.

Tulosten perusteella työterveyshuollon tarve-käsitettä on selkeytettävä. Myös työterveyshuollon käyttämiä tarpeiden arviointivälineitä ja toimintamalleja on kehitettävä työpaikan tarpeiden ja yhteistyön näkökulmasta.

Tilaukset  
Työterveyslaitos  
TTL-Kirjakauppa  
Arinatie 3 A  
00370 Helsinki

puhelin 030 474 2543  
kirjakauppa@ttl.fi  
www.ttl.fi/verkkokauppa

ISBN 978-952-261-527-5 (nid.)  
978-952-261-528-2 (PDF)

ISSN 1237-6175

Kannen kuva: iStock by Getty Images

