

**TYÖTERVEYSHOITAJA JA RAKENNUSTYÖNTEKIJÄN
TYÖTURVALLISUUS**

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu – tutkielma
Susanna Repo
Joulukuu 2009

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Hoitotieteen laitos

SUSANNA REPO: Työterveyshoitaja ja rakennustyöntekijän työturvallisuus

Pro gradu – tutkielma, 55 sivua, 5 liitettä

Ohjaajat: THT, Dosentti Marja-Terttu Tarkka ja TtT Anja Rantanen

Joulukuu 2009

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata työterveyshoitajan työtä rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistäjänä sekä kuvata, millaisia haasteita työterveyshoitajat kohtaavat edistäessään rakennustyöntekijän työturvallisuutta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa työterveyshoitajan työstä, jota voidaan hyödyntää työterveyshuollon palveluita kehitettäessä. Lisäksi saatua tietoa voidaan hyödyntää rakennustyöntekijöiden terveyden edistämisessä.

Tutkimukseen osallistui seitsemän työterveyshoitajaa, joilla oli kokemusta rakennusalan työterveyshuollosta. Tutkimusaineisto kerättiin yksilöhaastatteluin, ja se analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Työterveyshoitajat kuvasivat sekä yksilökeskeistä että työyhteisöön kohdistuvaa työtä työturvallisuuden edistämässä. Iso osa yksilökeskeisestä työturvallisuuden edistämisestä koostui terveystarkastuksista ja terveysneuvonnasta. Työyhteisöön kohdistuvaa työtä muodostui työturvallisuuden markkinoinnista, asiakasyritykseen vaikuttamisesta, terveysriskien arvioinnista, työyhteisöön kohdistuvasta terveysneuvonnasta, palautteen antamisesta sekä työterveyshuollon koordinoinnista. Osa työterveyshoitajista painotti yksilökeskeistä työtä, kun taas osa painotti asiakasyritykseen vaikuttamista sekä tiivistä yhteistyötä asiakasyrityksen työsuojeluorganisaation ja yritysjohdon kanssa.

Työterveyshoitajien kohtaamia haasteita rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämässä olivat työterveyshoitajan asiantuntijuus, työterveyshuollon palvelujärjestelmän ominaisuudet, yksilötason ja yritystason tekijät. Rakennusalan työterveyshuollon asiantuntijuuden saavuttaminen vaatii useiden vuoden kokemuksen, ja sen ylläpitäminen vaatii jatkuvaa itseopiskelua. Työterveyshuollon palvelujärjestelmässä haasteita aiheuttivat työterveyshoitajien suuri työtaakka sekä rakennustyöntekijöiden eriarvoinen asema palveluiden kattavuuden suhteen. Työterveyshoitajat toivoivat voivansa tehdä enemmän työpaikkakäyntejä sekä ennaltaehkäisevää turvallisuustyötä. Yritysjohdon myöntämät resurssit ja sitoutuminen turvallisuustyöhön koettiin tärkeäksi työturvallisuuden edistämisen kannalta.

Tutkimus tuotti uutta tietoa työyhteisöön kohdistuvasta terveyden edistämisestä. Lisäksi tutkimus toi esiin kehittämiskohteita palvelujärjestelmässä sekä työterveyshoitajan työn näkökulmasta että rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisen osalta.

Avainsanat: työterveyshoitaja, terveyden edistäminen, työturvallisuus, rakennustyöntekijä, työterveyshuolto

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
Faculty of Medicine
Department of Nursing Science

SUSANNA REPO: The occupational health nurse and the safety of work of the construction worker
Master's thesis, 55 pages, 5 appendices
Supervisors: Marja-Terttu Tarkka, Ph.D. and Anja Rantanen, Ph.D.
December 2009

The purpose of this study was to describe the work of the public health nurse as a promoter of the safety at work of construction workers and to describe the challenges encountered by occupational health nurses in promoting the safety at work of construction workers. The aim was to generate knowledge about the work of the occupational health nurse for utilization in the further development of occupational health care services. The information obtained can moreover be utilized in the promotion of construction workers' health.

Seven occupational health nurses with experience of occupational health care in the construction branch participated in the study. Data collection was by individual interview and the data were analysed using data-based content analysis.

The occupational health nurses described both individual-centred work and work aimed at the work organization in the promotion of safety at work. Health checkups and health advice accounted for a major part of the individual-centred promotion of safety at work. The work aimed at the work organization consisted of marketing safety at work, exerting influence in the client organization, assessing health hazards, health advice targeted at the work organization, giving feedback and coordinating occupational health care. Some of the interviewees emphasized individual-centred work while others emphasized exerting influence in the client company and close co-operation with the safety at work organization in the client company and with company management.

The challenges encountered by the occupational health nurses in the promotion of the safety at work of construction workers were the expertise of the occupational health nurse, the characteristics of the service systems in occupational health care and factors at individual and company level. Achieving expertise in the field of occupational health in the construction branch requires several years' experience and its maintenance entails constant self-study. Challenges in the services systems of occupational health care were caused by the interviewees' great burden of work and the unequal positions of construction workers with regard to eligibility for services. The interviewees hoped they could make more workplace visits and do more preventive safety work. The resources granted by company management and commitment to safety work were felt to be important in the promotion of safety at work.

The study produced new knowledge about the promotion of health aimed at the work organization. It moreover served to bring to the fore points for development in the service system both from the perspective of the work of the occupational health nurse and that of promoting construction workers' safety at work.

Keywords: occupational health nurse, health promotion, safety at work, construction worker, occupational health care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1 Terveiden edistäminen työturvallisuuden edistämisen perustana.....	6
2.2 Työterveyshoitajan työ osana työterveyshuoltoa.....	9
2.2.1 Työterveyshuollon palvelujärjestelmä.....	9
2.2.2 Työterveyshoitajan työtä kuvaavat aikaisemmat tutkimukset.....	11
2.3 Rakennusalan työ.....	14
2.3.1 Rakennustyön ominaispiirteet.....	14
2.3.2 Rakennusalan terveysriskit.....	15
2.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	19
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
4.1 Aineisto ja sen hankinta.....	21
4.2 Aineiston analyysi.....	24
5 TULOKSET	26
5.1 Työterveyshoitajan työ työturvallisuuden edistäjänä.....	26
5.1.1 Yksilökeskeinen työ.....	27
5.1.2 Työyhteisöön kohdistuva työ.....	29
5.2 Rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisen haasteet.....	32
5.2.1 Työterveyshoitajan asiantuntijuus.....	32
5.2.2 Työterveyshuollon palvelujärjestelmän ominaisuudet.....	34
5.2.3 Yksilötason tekijät.....	37
5.2.4 Yritystason tekijät.....	38
6 POHDINTA	40
6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	40
6.2 Tulosten tarkastelua.....	44
6.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	48
LÄHTEET	50

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Suostumus tutkimukseen

Liite 3. Teemahaastattelurunko

Liitetaulukko 1. Työterveyshoitajan työ työturvallisuuden edistäjänä

Liitetaulukko 2. Rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisen haasteet

1 JOHDANTO

Työterveyshuolto on merkittävässä asemassa työhön liittyvien terveysriskien vähentämisessä. Työturvallisuuden edistäminen on useiden toimijoiden yhteistyötä, kuten työnantajan, työntekijöiden, työpaikan työsuojeluorganisaation ja työterveyshuollon edustajien yhteistyötä. (Pääkkönen, Rantanen & Uitti 2005.) Työturvallisuuden edistämistä ja työtatapaturmien ennaltaehkäisyä säätelevät monet lait ja asetukset (Tapaturmavakuutuslaki 1948/608, Ammattitautilaki 1998/1343, Työterveyshuoltolaki 2001/1838, Työturvallisuuslaki 2002/738, Valtioneuvoston asetus 2009/205 rakennustyön turvallisuudesta).

Tässä tutkimuksessa rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämistä tarkastellaan työterveyshoitajan työn näkökulmasta. Työterveyshoitajan tehtävänä on edistää työntekijän terveyttä, ennaltaehkäistä työperäisiä sairauksia sekä antaa työntekijälle riittävästi tietoja työn terveys- ja turvallisuusriskeistä. Terveiden ja turvallisuuden edistäminen tapahtuu usein usealla eri tasolla: yksilön ja yhteisön tasolla (Vertio 2003), ja siihen vaikuttavat palvelujärjestelmän rakenne sekä yhteiskuntapoliittiset tekijät (Pietilä ym. 2009).

Yksilöön kohdistuvasta terveyden edistämisestä löytyy paljon tutkittua tietoa, mutta yhteisökeskeistä terveyden edistämistä työterveyshoitajan työssä on tutkittu vähemmän. Aikaisemmissa työterveyshoitajan työtä kuvaavissa tutkimuksissa on pääasiassa keskitytty terveellisten elintapojen edistämiseen (Pirinen 2007, Kivistö ym. 2009) tai työterveyshoitajan asiantuntijuuden kuvaamiseen (Naumanen-Tuomela 2001, Kyrönlahti 2005, Naumanen 2007) eikä työn turvallisuuden ja terveellisyyden edistämiseen, minkä voidaan sanoa olevan työterveyshoitajan työn ydinaluetta. Pietilän ym. (1999) mukaan preventiivistä hoitotieteellistä tutkimusta tarvitaan, jotta perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidoa voidaan kehittää. Tietoa tarvitaan asiakkaiden kokemuksellisista ja emotionaalisista prosesseista sekä työntekijöiden toimintamalleista.

Rakennusala poikkeaa muista toimialoista työn liikkuvan luonteen takia. Työpaikka vaihtuu työkohteen mukaisesti, jolloin tämä aiheuttaa omat haasteensa työturvallisuuden edistämiseksi ja työterveyshuollolle. Työterveyshuollon kattavuus yleensä ottaen on Suomessa hyvää tasoa, lukuun ottamatta rakennusala, vaikka palveluiden kattavuus onkin kohentunut tällä vuosituohannella (Rytkönen ym. 2005 vrt. Rytkönen ym. 2009). Vuonna 2008 3T-tutkimuksen mukaan 81 prosenttia rakennusalan työntekijöistä ilmoitti olevansa työterveyshuollon piirissä. Noin viidennes rakennusalan työntekijöistä piti saamaansa ohjeistusta työterveyshuoltoon hakeutumisessa huonona

ja lähes yhtä suuri osa katsoi hakeutumisen olevan hankalaa työtehtävien kannalta. Välimatkat ja kulkuyhteydet hankaloittivat työterveyshuoltoon menoa joka viidennen rakennustyöntekijän mukaan. Vajaa viidennes vastanneista katsoi myös, ettei työnjohto suhtautunut myönteisesti työterveyshuoltoon ja yhtä monen mielestä palvelut olivat riittämättömiä. (Rytönen ym. 2009.)

Perinteiset terveysriskit eli työtapaturmat ja ammattitaudit ovat edelleen merkittävä terveysuhka rakennusalalla työskenteleville. Rakennusalalla sattuu eniten työtaturmia toimialoittain vertailtuna. Myös ammattitauteja ja ammattitautiepäilyitä ilmenee runsaasti rakennusalalla. (TVL 2008, Tapaturmapakki.) Rakennusalan työntekijöiden työturvallisuuden edistäminen on tärkeää työn korkean tapaturmariskin, työssä esiintyvien kemiallisten ja fysikaalisten altisteiden takia sekä työn erityspiirteiden vuoksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata työterveyshoitajan työtä rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistäjänä. Lisäksi tarkoituksena on kuvata, millaisia haasteita työterveyshoitajat kohtaavat rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisessä.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Terveyden edistäminen työturvallisuuden edistämisen perustana

Turvallisuuden edistämisen (safety promotion) käsite on johdettu terveyden edistämisen käsitteistä, joten työturvallisuuden edistämisessä voidaan tukeutua terveyden edistämisen käsitteisiin ja teorioihin. Turvallisuudella tarkoitetaan tilaa, jossa terveyttä uhkaavat psykososiaaliset, fyysiset ja materiaaliset riskitekijät ovat hallinnassa, jotta yksilön ja yhteisön terveyttä ja hyvinvointia voidaan suojella. Turvallisuudella on kaksi dimensiota: objektiivinen ja subjektiivinen. Yksilö voi siis kokea turvattomuutta ja turvallisuutta, ja toisaalta arvioidessaan turvallisuusriskejä yksilö voi liioitella tai vähätellä tietyn riskin uhkaa. Turvallisuuden edistäminen tarkoittaa eritasoilla tapahtuvaa toimintaa aina yksilöstä yhteiskuntaan. Turvallisuuden edistämisessä pyritään muokkaamaan rakenteita, fyysisistä, sosiaalista ja organisatorista ympäristöä sekä pyritään vaikuttamaan turvallisuutta koskeviin asenteisiin ja käyttäytymiseen. (WHO 1998.) Työpaikoilla turvallisuus on siten muutakin kuin tapaturmien puuttumista.

Terveyden edistämisen käsite popularisoitui 1980-luvulla, jolloin terveyden edistäminen käsitettiin lähes synonyymina ennaltaehkäisemiselle ja terveystasvatukselle. Terveyden edistämiseen sisältyy myös ”terveyden markkinoinnin ja myynnin” näkökulma. Terveyden edistämistä voidaan vaihtoehtoisesti tarkastella elämäntapamuutoksen näkökulmasta. Kaiken kaikkiaan terveyden edistämässä pyritään vaikuttamaan yksilön tai yhteisön terveyteen, ja se voidaan ymmärtää myös sairauksien ennaltaehkäisemisenä. Ennaltaehkäiseminen ei ole terveyden edistämisen ainoa näkökulma, sillä terveys ei ole ainoastaan sairauksien puuttumista. (Maben & Macleod Clark 1995.)

Antonovsky (1996) kritisoi terveyden edistämisen tutkimusta keskittymisestä sairauksien ennaltaehkäisemiseen, ja sairauden ja terveyden tiukasta dikotomisesta kahtiajaosta, ja loi salutogeenisen lähestymistavan terveyden edistämiseen. Salutogeenisessa lähestymistavassa korostetaan ihmisen kokonaisvaltaisuutta ja keskitytään terveyden resurssien lisäämiseen lääketieteellisen patogeneesi-ajattelutavan sijaan. Myös WHO:n Ottawan asiakirjassa (1986) terveys ymmärretään jokapäiväisen elämän resurssiksi, ja terveyden edistäminen tapahtuu monilla eri tasoilla: yhteiskuntapoliittisella tasolla, ympäristön kehittämisenä sekä yhteisöiden ja yksilöiden taitojen kehittämisenä. (Ottawa Charter 1986.)

Pietilän ym. (2008) mukaan terveyden edistämisen käsitettä lähes mahdotonta muotoilla yksiselitteisesti sen laajuuden vuoksi. Terveyden edistäminen voidaan määritellä sen ulottuvuuksien avulla, joita ovat terveyden edistäminen yksilötasolla, yhteisöllinen terveyden edistäminen, terveystalveluiden järjestäminen, terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka sekä terveyttä tukevan ympäristön aikaansaaminen. Terveyttä suojaavat tekijät voidaan jakaa yksilöllisiin, sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin. Terveyttä suojaavia tekijöitä voidaan tarkastella myös sisäisinä ja ulkoisina tekijöinä. Sisäisiä, yksilöllisiä tekijöitä ovat esimerkiksi yksilön asenteet ja motivaatio, jotka vaikuttavat työturvallisuuskäyttäytymiseen. (Tuominen ym. 2005.)

Terveyden edistämisen lähikäsitteitä ovat terveystalvelonta, potilasohjaus ja potilasopetus. Terveystalvelonta on tietojen antamista, neuvoja, tukea ja tietoisuuden lisäämistä kyseessä olevasta aiheesta. Terveyden edistäminen edellyttää riittäviä tiedollisia, taidollisia ja taloudellisia resursseja ja tietoisuutta siitä, mitä terveyden osa-alueita on tarkoitus edistää. Neuvonnan lähikäsite ohjaus eroaa neuvonnasta siten, että ohjauksessa vältetään suorien neuvojen antamista. (Pirinen 2007.) Ohjauksen ominaispiirteitä ovat ohjattavan ja ohjaajan konteksti, vuorovaikutus, ohjauksuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Käytännön työtalvelyshuollossa käytetään käsiterypystä tietojen anto, neuvonta ja ohjaus (lyhenne TANO). Palmgren ym. (2008)

mukaan tietojen anto, neuvonta ja ohjaus voi kohdistua yksilön ja työyhteisön lisäksi työnantajan edustajille, ja sen tavoitteena on lisätä työterveyttä ja turvallisuutta koskevaa tietoa työpaikoilla.

Shainin ja Kramerin (2004) mukaan terveyden edistäminen työpaikalla on moniulotteinen käsite. Perinteisesti terveys on käsitetty yksilön käyttäytymisestä riippuvaiseksi ja yksilön vastuulla olevaksi asiaksi, johon vaikuttavat yksilön henkilökohtaiset voimavarat, terveystottumukset, uskomukset, asenteet, arvot ja perimä. Työpaikoilla terveyden edistäminen on perinteisesti käsitetty ja määritelty kapeasti erilaisiksi ohjelmiksi, joita toteutetaan työpaikalla kuten työpaikan kunto-ohjelma tai tupakoinnin lopettamiskampanja.

Työ-käsite vie huomion terveyteen vaikuttaviin ympäristötekijöihin, jolloin työ itsessään on tekijä, joka vaikuttaa yksilön terveydentilaan fyysisten, psykososiaalisten ja ympäristötekijöiden kautta (Shain & Kramer 2004). Työn vaikutus terveyteen välittyy työolojen, työn sisällön ja vaatimusten, työyhteisön ja organisaation kautta sekä esimiestyön ja johtamisen kautta (Mäkitalo 2006). Rakennustyössä työturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä etenkin työympäristötekijät, kuten kemiallisten ja fysikaalisten häiritteijöiden ja tapaturmariskien torjunta ovat usein huomion keskiössä.

Lain määritelmä työturvallisuudesta on melko tekninen. Esimerkiksi työturvallisuuslaissa (2002/738) työturvallisuudella tarkoitetaan työympäristön ja työolosuhteiden turvallisuutta työntekijän näkökulmasta ja sen tavoitteena on ennaltaehkäistä työtapaturmia, ammattitautteja sekä muita työstä aiheutuvia terveyshaittoja. Työturvallisuuslain (2002/738) mukaan työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä, ja työnantajan tulee laatia työsuojelun toimintaohjelma työn turvallisuuden ja terveellisyys edistämiseksi. Riikonen ym. (2003) määrittelevät työturvallisuuden työympäristön tavoitetilaksi, jolloin työssä tai työympäristössä ei ole työntekijöiden terveyttä ja turvallisuutta uhkaavia vaaratekijöitä.

Tässä tutkimuksessa työturvallisuuden edistäminen määritellään laaja-alaisena työterveyshoitajan toteuttamana terveyden edistämisenä, jonka keskiössä on työn yhteys terveyteen ja hyvinvointiin. Tässä tutkimuksessa keskitytään työterveyshoitajien työn ydinsisältöön eli työn terveellisyys ja turvallisuuden edistämiseen.

2.2 Työterveyshoitajan työ osana työterveyshuoltoa

2.2.1 Työterveyshuollon palvelujärjestelmä

Kansainvälisesti vertailtuna työterveyshuollon palveluiden kattavuus on vaihtelevaa. Kehittyvissä maissa vain 5-10 % työntekijöistä kuuluu työterveyshuollon piiriin (Yu ym. 2002), ja teollisuusmaissa kattavuus vaihtelee 15–90 % välillä (Rantanen 2005). Palvelujärjestelmissä on eroja maiden välillä, ja palveluiden kattavuudessa ilmenee aukkoja myös niissä maissa, joissa työterveyshuollon palveluiden kattavuus on keskimäärin hyvää tasoa; esimerkiksi pienten yritysten, maanviljelijöiden ja rakennusalan suhteen. Hong Kongissa tehdyn tutkimuksen mukaan rakennusalan yrityksen koko oli yhteydessä työterveyshuollon palveluiden kattavuuteen; mitä suurempi yritys, sen kattavammat olivat työterveyshuollon palvelut (Yu ym. 2002). Suomessa vuonna 2004 työterveyshuollon piirissä oli 79 % koko työvoimasta, 88 % työntekijöistä ja vain 16,3 % yrittäjistä (Manninen 2007). Rakennusallalla työterveyshuollon kattavuus on heikompaa kuin muilla toimialoilla (Rytkönen ym. 2005).

Sosiaali- ja terveysministeriön yksi neljästä sosiaaliturvan kehittämisen päästrategiasta on terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. Tämän periaatteen toteuttaminen edellyttää työympäristön ja työolosuhteiden jatkuvaa arviointia, seurantaa ja kehittämistä. (STM 2004.) Työterveyshuoltolaissa (2001/1838) määritellään työnantajan velvollisuus järjestää työntekijöilleen työterveyshuollon palvelut työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ennaltaehkäisemiseksi ja työntekijän turvallisuuden edistämiseksi ja terveyden suojelemiseksi. Työnantaja voi hankkia palvelut terveyskeskuksesta, yksityiseltä palveluntarjoajalta tai järjestämällä tarvitsemansa työterveyshuollon palvelut itse tai perustamalla useamman yrityksen yhteisen työterveyshuoltoaseman. Vuonna 2007 48 % työterveyshuollon palveluista tuotettiin lääkäriasemilla, 32 % terveyskeskuksissa, 15 % työnantajien omilla terveysasemilla ja viisi prosenttia työnantajien yhteisillä terveysasemilla. (Manninen 2009.)

Viime vuosina yksityisen sektorin asiakasmäärät ovat työterveyshuollossa nousseet, kun taas terveyskeskusten ja yrityksen omien työterveyshuoltoyksiköiden asiakasmäärät ovat vähentyneet, mikä on merkinä palvelujärjestelmän rakenteen muutoksesta (Manninen 2009). KELA korvaa 50–60 % työterveyshuollon kustannuksista työnantajalle. Vuonna 2006 sairausvakuutuksen perusteella korvattavan työterveyshuollon kustannukset olivat 403,7 miljoonaa euroa, josta korvattiin 219,9 miljoonaa euroa työnantajille. (Tilastokeskus 2008b.)

Työturvallisuuden takaaminen on työterveyshuollon ydintoimintaa, ja sen sisältö määritellään työterveyshuoltolaissa (2001/1383) seuraavasti: ”työterveyshuolto on työnantajan järjestettäväksi säädettyä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimintaa, jolla edistetään työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työyhteisön toimintaa sekä työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä”. Työterveyshuollon järjestäminen on työnantajan lakisääteinen velvollisuus, ja toiminnan tulisi tapahtua yhteistyössä työpaikan ja työntekijöiden kanssa.

Lain määrittelemään työterveyshuoltoon kuuluu työpaikan terveysvaarojen selvittäminen työpaikkaselvityksen avulla, työn terveystarkastukset, työpaikan ensiapuvalmius, työkykyä ylläpitävä toiminta sekä tarvittaessa työntekijöiden kuntoutukseen ohjaaminen (Työterveyshuoltolaki 2001/1383). Halutessaan työnantaja voi tarjota lakisääteistä työterveyshuoltoa laajemmat palvelut, kuten sairaanhoitopalveluita, yleis- ja erikoislääkäripalveluita, laboratorio- ja röntgenpalveluita sekä ikäkausitarkastuksia.

Työterveyshoitajan toimii työikäisten terveyden edistämisen asiantuntijana tehtävänä arvioida työn ja työympäristön vaikutusta työntekijöiden terveyteen. Työterveyshoitajan tehtävänä on seurata, tukea ja auttaa työntekijää ja työyhteisöä henkilökohtaisen terveyden ja työyhteisön terveellisyyden ylläpitämisessä. Työterveyshoitaja tekee yhteistyötä yrityksen henkilöstöhallinnon, työsuojeluorganisaation, työntekijöiden ja työnantajan kanssa ja yhdessä heidän kanssaan laatii työterveyshuollon toimintasuunnitelman. Työterveyshoitaja kutsuu työntekijät lakisääteisiin tai muutoin sovittuihin terveystarkastuksiin. Työterveyshoitaja seuraa vajaakuntoisten työntekijöiden työkykyä yhdessä työterveyshuollon lääkärin kanssa. Lisäksi työterveyshoitaja vastaa työpaikan ensiapuvalmiudesta ja toimii tarvittaessa ensiapukouluttajana. (Jakonen ym. 2003.)

Rakennusalalla työterveyshuollon työ voi olla yksilökohtaista kuten terveystarkastusten tekemistä ja työperäisten sairauksien tutkimista ja hoitoa. Rakennusalalla moni työntekijä kuuluu lakisääteisten, tihennettyjen terveystarkastusten piiriin erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavan työn takia. Työterveyshuollon työ voi kohdistua myös työpaikkaan kokonaisuutena, esimerkiksi lakisääteisen ensiapuvalmiuden järjestämistä tai työpaikkaselvityksen tekemistä. (Lappalainen 2007.) Työpaikkaselvitys on terveyshuollon toiminnan perusta. Työpaikkaselvityksen avulla kartoitetaan juuri kyseisen työpaikan terveystarviket ja vaaratekijät kuten tapaturmariskit. Rakennusalalla työn tekemisen olosuhteet vaihtelevat työkohteen mukaan, jolloin työpaikkakohtainen työpaikkaselvitys ei aina palvele tarkoitusta, vaan työturvallisuutta voidaan tarkastella myös ammattikohtaisesti. (Nyberg 2006.)

2.2.2 Työterveyshoitajan työtä kuvaavat aikaisemmat tutkimukset

Ulkomailla työterveyshoitajan työtä ei ole juurikaan tutkittu. Mellor & St. John (2009) ovat tutkineet sekä työterveyshoitajien näkemyksiä heidän nykyisistä ja tulevista rooleistaan että esimiesten näkemyksiä työterveyshoitajien nykyisistä ja tulevista rooleista työpaikalla (Mellor & St. John 2007). Ulkomailla terveyden edistämistä työpaikalla on tutkittu lähinnä erilaisten terveyden edistämishjelmien ja niistä seuraavan taloudellisen hyödyn ja tuottavuuden näkökulmasta hoitotieteellisen näkökulman sijaan (Shain & Kramer 2004).

Rakennusalan terveysriskit Suomessa tunnetaan melko hyvin kattavien työtapaturmatilastojen ja ammattitautiepäilyiden seurannan ansioista, sen sijaan työterveyshoitajan työtä on tutkittu vähemmän. Suomessa on tutkittu mm. työterveyshoitajan osaamista ja työn sisältöalueita (Naumanen-Tuomela 2001), asiakkaan terveysneuvontaa työterveyshoitajan työssä (Pirinen 2007, Kivistö ym. 2009), yksityisyyttä työterveyshuollon asiakkaan näkökulmasta (Heikkinen 2001), työterveyshuollossa työskentelevän terveydenhoitajan ammatillista osaamista (Kyrönlahti 2005) sekä asiantuntijuutta työterveyshoitajan työssä (Naumanen 2007).

Naumanen-Tuomela (2001) on tutkinut työterveyshoitajan työn tehtäväsisältöjä työterveyshoitajien näkökulmasta katsoen. Työterveyshoitajan työ voidaan luokitella työntekijään kohdistuviin tehtäviin ja työpaikkoihin kohdistuviin tehtäviin, hallinnollisiin ja toimistotehtäviin, yhteistyöhön sekä muihin tehtäviin. Työntekijään yksilönä kohdistuvaan työhön sisältyy ennaltaehkäisevä työ kuten terveystarkastukset, hoitotoimenpiteet, kriisihoito, kuntoutuspalveluiden järjestäminen ja päihdeongelmien hoitaminen, työkyvyn ylläpito sekä työn organisointi yksilöllisten tarpeiden mukaan. Työpaikkoihin kohdistuvia työtehtäviä ovat työpaikkakäynnit, työolosuhteiden ja terveysvaarojen arviointi, työyhteisöjen neuvonta ja koulutus ja erilaisiin terveyden edistämisen projekteihin osallistuminen työpaikalla. Muita työyhteisöön kohdistuvia työtehtäviä työterveyshoitajien mukaan olivat neuvottelut, markkinointi, ensiapukoulutus, työyhteisöongelmien ratkaiseminen, kriisihoito sekä työkykyä ylläpitävä toiminta. (Naumanen-Tuomela 2001.)

Naumanen (2007) on tutkinut myös työterveyshoitajan asiantuntijuutta. Oman työn arvostus ja jatkuva kouluttautuminen ovat työterveyshoitajien mielestä tärkeimpiä ammattitaidon edellytyksiä. Työterveyshoitajien mielestä ammattitaidon tärkeimpiä piirteitä olivat kokonaisvaltainen näkemys sekä asiakkaan kuunteleminen. Lähes yhtä tärkeiksi ammattitaidon ominaisuuksiksi mainittiin ennaltaehkäisevä näkökulma työssä, oman työn kehittäminen, muuttuviin tilanteisiin sopeutuminen ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa. (Naumanen 2007.)

Pirisen (2007) väitöskirjassa toimintatutkimuksen aiheena oli työterveyshoitajan yksilötason terveysneuvonta. Työterveyshoitajat keräsivät paljon tietoa asiakkaalta ja antoivat runsaasti neuvoja, ja lisäksi he tukivat asiakkaan omaa toimijuutta neuvonnan eri vaiheissa. Terveysneuvontaa toteutettiin puhetoimintojen kautta eli kysymisen, arvioimisen ja ehdottamisen kautta. Tässä tutkimuksessa asiantuntijakeskeisyys tuli esille vahvasti hoitajien antamassa terveysneuvonnassa. Asiantuntijakeskeisyys ilmeni neuvojen suurena määränä. Osaltaan tätä asetelmaa voidaan selittää työterveyshuoltolain (2001/1383) velvoittaman tietojen annon, neuvonnan ja ohjauksen toteutumisenä (Palmgren ym. 2008). Myös Raution (2005) mukaan työterveyshuollossa useimmiten käytetty menetelmä ongelmien ratkaisemiseksi työpaikalla oli tiedon ja ohjeiden jakaminen. Pirisen (2007) mukaan terveysneuvontaa tulisi kehittää asiakaskeskeisemmäksi, asiakasta enemmän osallistavaksi sekä asiakkaan hallinnan tunnetta ja voimavaroja lisääväksi. Terveysneuvonnassa korostuivat biofysiologiset ja epidemiologiset tekijät, mikä antaa viitettä siitä, että neuvonnan tietoperustaa tulisi laajentaa koskemaan yhä enemmän emotionaalisia, sosiaalisia ja ympäristötekijöitä.

Myös Palmgren ym. (2008) ovat saaneet samansuuntaisia tuloksia tutkiessaan työterveyshuollossa tapahtuvaa tietojen antoa, neuvontaa ja ohjausta, huolimatta siitä, että Palmgren ym. (2008) käyttävät eri käsitteitä kuin hoitotieteessä käytetään (vrt. Pirinen 2007, Kivistö ym. 2009). Tietojen antoa, neuvontaa ja ohjausta (ts. terveysneuvontaa) tulisi suunnata entistä enemmän päättäjäosapuolille, sillä työyhteisössä monet terveyteen vaikuttavat tekijät ovat työnantajien ja asiakasorganisaation vastuulla yksilön vastuun sijaan. Osallistavia ja oppimista aktivoivia menetelmiä ei juuri käytetä työterveyshuollossa tapahtuvassa terveysneuvonnassa. Palmgren ym. (2008) korostavat, että terveysneuvontaa työpaikalla tulisi suunnitella ja toteuttaa yhä enemmän yhdessä asiakasorganisaation edustajien kanssa. Myös Rautio (2005) kritisoi työterveyshuollon palveluiden kasvattamista sairaanhoidon suuntaan sen sijaan, että voimavaroja keskitettäisiin olennaisiin, työhyvinvointia edistäviin tekijöihin.

Voimavaraistumista korostava terveyden edistämisen tutkimussuuntauksessa painotetaan asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista (Kettunen ym. 2001, Virtanen ym. 2007). Kivistö ym. (2009) ovat tutkineet laadullisessa tutkimuksessaan voimavaraistumista tukevaa terveysneuvontaa työterveyshoitajan työssä. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta voidaan jakaa neljään eri pääluokkaan, jotka ovat: asiakkaan toiminta, työterveyshoitajan toiminta, asiakkaan ja työterveyshoitajan yhteinen toiminta sekä ympäristö. Työterveyshoitajan toimintaa terveysneuvonnassa olivat tiedonkeruu, terveyttä ylläpitävän toiminnan tukeminen, terveyttä edistävän toiminnan tukeminen sekä tiedollisen tuen antaminen. Tuloksissa kuvattiin

työterveyshoitajan ja asiakkaan yhteistä toimintaa, jolloin terveyden edistäminen ei ole vain asiantuntijakeskeistä tiedon jakamista, vaan yhdessä suunnittelua ja yhteistä keskustelua terveellisistä elämäntavoista. Edellä mainitussa tutkimuksessa terveysneuvontaa käsiteltiin terveellisten elintapojen tukemisen kontekstissa eikä niinkään työn terveellisuuden ja turvallisuuden tukemisessa. (Kivistö ym. 2009.)

Edellä mainituissa tutkimuksissa lähtökohta on ollut yksilökeskeinen: joko työterveyshoitajan työtä tai yksilön terveyden edistämistä tarkasteleva. Työterveyshoitajan työn tavoitteena on työyhteisön terveyden edistäminen, jolloin yhteisökeskeinen näkökulma on myös perusteltu. Naumanen ja Liesivuori (2009) ovat tutkineet työterveyshuollon työyhteisöön kohdistuvaa työtä.

Tutkimuksessaan Naumanen ja Liesivuori (2009) kartoittivat työterveyshenkilöstön toimintaa työpaikalla, ja mitä vaikeuksia he kohtaavat tässä työyhteisöön kohdistuvassa työssään. Kyselyyn vastasivat työterveyshoitajat, työterveyslääkärit, työpsykologit sekä työfysioterapeutit. 99 % vastaajista oli työterveyshoitajia. Lisäksi tässä kvantitatiivisessa tutkimuksessa kuvattiin työterveyshenkilöstön tekemää yhteistyötä työpaikalla sekä työterveyshenkilöstön osallistumista riskinarviointiin ja turvallisen ja terveellisen työympäristön kehittämiseen. Työpaikkaan kohdistuvassa työssä työaikaä käytettiin eniten riskinarviointiin eli 36 % työpaikkaan kohdistuvasta työajasta. Lisäksi työaikaä käytettiin neuvontaan, yksilöön kohdistuvaan asiakaspalveluun ja neuvotteluihin. Työaikaä käytettiin niukasti ryhmätoimintaan, koulutukseen ja työpaikan kehittämisprojekteihin. Kolme neljäsosaa vastaajista oli sitä mieltä, että työpaikan kehittämisprojekteihin osallistuminen oli vaikeaa. Samoin työpaikkaan kohdistuneiden toimenpiteiden vaikuttavuuden seuranta koettiin hankalaksi. (Naumanen & Liesivuori 2009.)

Erityisesti terveyskeskuksissa työskentelevä työterveyshenkilöstö koki kemiallisten ja biologisten altisteiden riskinarvioinnin vaikeaksi, samoin koetun stressin arvioiminen oli hankalaa heidän mielestään. Johtopäätöksissään Naumanen ja Liesivuori (2009) arvelevat, että syitä tähän voivat olla henkilökunnan ja muiden resurssien puutteesta johtuva suuri työtaakka sekä lukuisat pienyritysasiakkaat ainutlaatuisine ongelmineen. Tutkijoiden suosituksena työterveyshenkilöstön pitäisi saada lisää koulutusta riskinarvioinnista. Työterveyshenkilöstön tulisi lisätä taitojaan kemiallisten ja biologisten altisteiden sekä koetun stressiin aiheuttamien terveyshaittojen ennaltaehkäisijöinä. Tutkijat ehdottavat myös työpaikkakäyntien lisäämistä, sillä työpaikkakäyntien avulla työterveyshenkilöstö voisi harjaannuttaa riskinarviointitaitojaan. (Naumanen & Liesivuori 2009.)

2.3 Rakennusalan työ

2.3.1 Rakennustyön ominaispiirteet

Rakennusosalalla on useita eri ammattinimikkeitä, ja työnkuva on usein laaja. Eri nimikkeet saattavat tarkoittaa samaa tai eri ammateissa toimivat tekevät ainakin osittain samaa työtä. Esimerkiksi rakennusmiehet osallistuvat useisiin eri rakentamisen työvaiheisiin aina betonivalusta viimeistelytyöhön. Suurimmat ammattiryhmät rakennusosalalla muodostavat rakennusmiehet, kirvesmiehet, lvi-asentajat (putkiasentajat), maanrakennuskoneen kuljettajat, sähköasentajat sekä maalarit. (Työministeriö 2009.)

Työvoimatutkimuksen mukaan vuonna 2007 rakennusosalalla työskenteli 174 000 henkeä, kun vastaava luku vuonna 2006 oli 162 000 (Työvoimatutkimus 2006, Tilastokeskus). Rakennusala luonnehditaan usein sen ominaispiirteiden avulla, ja sillä, miten rakennustyö poikkeaa muusta työstä (Saloniemi 1999). Rakennusalan työ on liikkuvaa, dynaamista, projektinomaista, fyysisesti kuormittavaa, ja työsuhteet ovat usein epävakaita ja lyhytaikaisia (Saloniemi 1999, Perkiö-Mäkelä 2006). Tällä hetkellä rakennustuotannon kasvu on hiipunut ja rakennuslupien ja rakennustuotannon määrä on laskenut (Oikarinen 2008). Rakennusala on ollut aina altis talouden suhdanteille, jolloin talouden suhdanteet heijastuvat voimakkaasti alan työllisyystilanteeseen sekä jonkin verran työtapa-urmiin lukumäärään (Saloniemi 1999).

Oman haasteensa rakennustyön organisointiin aiheuttavat lukuiset toimijat työpaikoilla alihankkijoihin. Alihankkijoiden ja ulkomaalaisen työvoiman osuus suomalaisilla rakennustyömailla on osittain epäselvää. Rakennusteollisuus Oy:n talonrakennustoimialan piirissä suoritettuna selvityksen mukaan koko maassa ulkomaalaisten osuus oli 10 % Talonrakennusteollisuus ry:n jäsenyritysten työvoimasta. Selvitys kattoi Uudellamaalla yli 600 rakennustyömaata ja 9 300 rakennusalan työntekijää, joista ulkomaalaisten osuus oli 1 770. Ulkomaalainen työvoima on pääasiassa aliurakointi- ja työvoiman vuokrausyritysten palveluksessa. (Mäkinen & Niskanen 2008.)

Työ ja terveys 2006 -tutkimuksessa rakennusalan työntekijät kuvaavat työilmapiiriään hyväksi, ja esimiesten ja alaisten väliset suhteet koetaan toimiviksi. Työn lopputuloksen näkeminen mainitaan rakennustyön myönteiseksi puoleksi. (Perkiö-Mäkelä 2006.)

Rytkösen ym. (2005) mukaan LEL-alojen työterveystutkimuksessa tyytymättömyyttä aiheuttavia tekijöitä rakennusalalla työskentelevien mukaan ovat työterveyshuollon järjestäminen, työmatkat ja työsuhteen jatkuvuuteen liittyvät seikat. Työympäristössä esiintyvistä haittatekijöistä kiire ja hankalat työasennot haittasivat kolmannesta rakennusalalla työskentelevää. Myös työpaikan epäjärjestys, tilanahtaus ja häikäisy tai riittämätön valaistus koettiin haittatekijäksi työympäristössä. (Rytkönen ym. 2005.) Muita vaara- ja haittatekijöitä rakennusalalla ovat koneet ja laitteet, epäjärjestys, melu, pöly, melu ja fyysinen kuormitus (Mäkelä & Jaakkonen 2008).

2.3.2 Rakennusalan terveysriskit

Työtaturmat

Työtaturmalla tarkoitetaan äkillistä, ennalta arvaamatonta, ulkoisen tekijän aiheuttamaa tapahtumaa, joka on sattunut työntekijälle työssä, työpaikalla tai työmatkalla ja josta seuraa vamma tai sairaus. Työtaturmat voidaan jakaa työpaikkaturmiin ja työmatkataturmiin. (Tapaturmavakuutuslaki 1948/608.) Vuonna 2006 rakennusalalla sattui 9 091 vähintään neljän päivän työkyvyttömyyteen johtavaa työtaturmaa, ja yhdeksän kuolemaan johtanutta työtaturmaa (Tilastokeskus 2008a). Rakennusalalla talonrakentamisen ammattiryhmässä sattuu eniten työtaturmia, mikä tarkoittaa, että talonrakennustyössä työtaturman riski on lähes nelinkertainen kaikkiin ammatteihin verrattuna.

Työtaturmatilastoihin kirjautuvat vakuutuksen perusteella korvatut työtaturmat. Ilmoittamatta jätetyt työtaturmat eivät näy työtaturmatilastoissa. Ulkomaalaiset työntekijät ovat usein suomalaisen vakuutusturvan ulkopuolella, joten heille Suomessa sattuneiden työtaturmien lukumäärä on epäselvä. Ulkomaalaiset työntekijät saattavat kuulua työtaturmien riskiryhmään kieliongelmiensa ja kulttuurierojen takia. Suomessa asiaa ei ole tutkittu, mutta esimerkiksi Arndt ym. (2004) toteuttaman saksalaisen kymmenen vuotta kestävä seuranta tutkimuksen (n=19 943) mukaan erityisesti ulkomaalaiset rakennustyöntekijät olivat riskiryhmässä kuolla putoavien esineiden alle, vakioidun kuolleisuussuhteen ollessa 4,28. (Muun väestön luku on 1.0)

Työtaturmien tyyppi vaihtelee ammatin ja työtehtävän mukaan. Suomessa tyypillisiä työtaturmia rakennusalalla ovat 1) liukastumiset, hyppäämiset, kaatumiset ja putoamiset 2) terävään esineeseen satuttamiset ja 3) henkilön äkilliset kuormittumiset. (TVL, tapaturmapakki 2008.) Kaatumisia sattuu esimerkiksi talvella liukkailla rakennustyömailla ja työmatkoilla tai työmaalla kompastutaan lattialla lojuviin työvälineisiin ja materiaaleihin. Työkoneesta tai

työtasolta hypättäessä voi nilkka tai jalka vahingoittua. Erityisesti putoamistapaturmat voivat olla kohtalokkaita, sillä lähes kolmasosa kuolemaan johtaneista työpaikkatapaturmista johtui putoamisesta. Jo muutaman metrin korkeudelta putoaminen voi johtaa vakaviin vammoihin. (Jääskeläinen & Lehtinen 2007.)

Putoamisilta voidaan suojautua minimoimalla tikastyöskentely, käyttämällä suojakaiteita ja huolehtimalla telineiden tarkastuksista ja asianmukaisesta asentamisesta. Myös henkilönostimien käytön yhteydessä voi sattua vakava työtaturma. LVI-aukkojen, hissikuilujen ja porrastasanteiden aukot tulee merkitä ja suojata huolellisesti esimerkiksi kaiteilla tai tukevilla kansilla. Nojatikkailta työskentely on kiellettyä suuren tapaturmarisikin takia, ja niitä suositellaankin käytettäväksi vain tilapäisesti siirtymisen apuvälineinä. Tietyissä tehtävissä voidaan käyttää turvavaljaita, jos putoamisriskiä ei voi muuten hallita. (Turvapakki 2009.) Hsion (2001) mukaan putoamistapaturmien ennaltaehkäisemiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota putoamissuojauksen lisäksi. Putoamistaturmiin saattavat olla yhteydessä useat eri tekijät, kuten työntekijän yksilölliset ominaisuudet: näköaisti, tasapaino, uupumus sekä tarkkaavaisuus, mutta myös työympäristöön liittyvät tekijät sekä työntekijän saama koulutus ja opastus.

Toiseksi yleisimpiä työtaturmia rakennusalalla ovat erilaiset teräviin esineisiin satuttamiset (TVL, Tapaturmapakki 2008). Erilaiset materiaalit kuten metallikappaleet, putket ja puulevyt, naulat, ruuvit ja työkalut voivat aiheuttaa viiltohaavoja erityisesti käsiin. Syvä viiltohaava kädessä voi altistaa vakavalle tulehdukselle, mikäli haava ulottuu jänteeeseen asti. Viillonestohanskoja voidaan käyttää tarvittaessa. Tyypillinen työtaturma rakennusalalla on henkilön äkillinen kuormittuminen, joka voi olla esimerkiksi selkävamma nostettaessa painavaa taakkaa. Hyvä lihaskunto, työn riittävä tauotus sekä nostoapuvälineet pienentävät tuki- ja liikuntaelimestö rasitusta. (Kaukiainen 2000.)

Kehon osan mukaan tarkasteltuna useimmiten vahingoittuvat sormet, silmät, jalat mukaan lukien polvet ja selkä. Rakennustyössä piikkaus, poraus, kulmahiomakoneen käyttö sekä erilaiset paineilmatyökalut altistavat silmävammoille. Kemiallisen aineen tai pölyn roiskuminen silmään voi aiheuttaa silmävamman. (Turvapakki 2005.) Silmiensuojain tulee valita työtehtävän mukaan, ja vieressä työskentelevän henkilön työturvallisuus tulee myös ottaa huomioon. Hinze & Giang (2006) tutkivat yli 600 silmätapaturmaa postuumisti terveystietojen perusteella, ja tuloksista ilmeni, että 80 % silmätapaturmissa ei ollut käytetty silmäsuojainta.

Rakennustyötä tekevä on vastuussa usein – ei vain omasta turvallisuudestaan - vaan myös työkaverinsa työturvallisuudesta. Esimerkiksi nostureiden käyttöön liittyvistä, kuolemaan johtavista

tapaturmista 90 % sattuu muille kuin nosturinkuljettajille itselleen. Näin ollen nosturinkuljettajan lisäksi myös muiden nostamiseen osallistuvien sekä nosturin ympärillä työskentelevien rakennustyöntekijöiden tulisi ottaa huomioon turvallisuustekijät. (Beavers ym. 2006.)

Amerikkalaiset Welsch ym. (2005) analysoivat 2 916 sairaalahoitoon joutuneen rakennusalan työntekijän työtapaturmaa. Sairaalahoitoon johtaneista tapaturmista 26 % aiheutui terävästä esineestä (yleisimmät: metallilevy, puukko/veitsi ja sähkökäyttöinen työkalu kuten saha, porakone), vajaa viidennes oli puristumisia tai pintaa vasten iskeytymisiä ja 17 % prosenttia oli kaatumisia tai putoamisia. Kaatumisista suurin osa oli tikkailta putoamisia, liukastumisia tai kompuointeja sekä rakennustelineiltä tippumisia.

Dongin (2005) mukaan pitkät työpäivät ja epäsäännöllinen työ lisäävät työtapaturman riskiä rakennustyöntekijöillä. Rakennustyömailla rakennusprojektien aikapaine ja työvoiman huono saatavuus voivat johtaa epätarkoituksenmukaisiin työaikajärjestelyihin.

Choudry & Fang (2008) nimesivät laadullisessa tutkimuksessaan 11 tekijää, jotka olivat yhteydessä rakennustyöntekijöiden työturvallisuutta laiminlyövään käyttäytymiseen. Tällaisia tekijöitä olivat mm. työturvallisuuden tiedostamisen puute, tarve näyttää ”kovaalta kundilta”, työpaine, työkavereiden asenteet sekä organisatoriset, taloudelliset ja psykologiset tekijät. Tutkijat ehdottavat johtopäätöksissään työturvallisuuden edistämistä monella eri tasolla, niin yksilö- kuin yritystasolla ja erityisesti he korostavat yritysjohton vastuuta ja asemaa turvallisten työtapojen mahdollistajina. Myös muissa tutkimuksissa on havaittu yritysjohton merkitys työturvallisuuden toteutumiselle työpaikalla (Garcia 2004, Mullen 2004).

Ammattitaudit ja työperäiset sairaudet

Ammattitauti on jokin diagnosoitu sairaus (ei pelkkä oire), joka on aiheutunut työssä esiintyvistä biologisesta, kemiallisesta tai fysikaalisesta altisteesta. Ammattitauti on sekä lääketieteellinen että juridinen käsite; mikäli sairaus todetaan ammattitaudiksi, perustuvat korvauskäytännöt ammattitautilakiin. Ammattitautidiagnoosi edellyttää, että työssä ilmenevän altisteen tiedetään voivan aiheuttaa kyseinen sairaus, ja että kyseinen sairaus johtuu tästä altisteesta. Työntekijän tulee olla altistunut kyseiselle altisteelle ennen sairastumistaan. (Seuri & Uitti 2004.) Työperäinen sairaus on laajempi käsite kuin ammattitauti. Siinä työssä ilmenevä tekijä myötävaikuttaa sairauden syntymiseen, mutta myös muilla tekijöillä kuten elintavoilla on merkitystä työperäisen sairauden puhkeamisessa. (Seuri & Uitti 2004.)

Ammattitauteja ilmaantuu keskimäärin kaikilla aloilla 28,2 tapausta 10 000 työssäkäyvää kohti. Ammatin mukaisesti tarkasteltuna ammattitautivaara eli tapausmäärä 10 000 työllistä kohden on suurin elintarviketeollisuustyössä 161/10 000, metalli, valimo – ja konepajatyössä 89/10 000 ja rakennustyössä 85/10 000. (Ammattitaudit ja ammattitautiepäilyt 2005.) Tärkeimmät ammattitauteja ja – epäilyjä aiheuttavat tautiryhmät rakennusalalla ovat asbestisairaudet, meluvammat ja rasisairaudet.

Asbesti voi kertyä keuhkoihin, ja se aiheuttaa muutoksia keuhkopussiin tai keuhkokudokseen. (Särmänen ym. 2004). Asbesti aiheuttaa keuhkokudoksen paksuuntumaa eli asbestoosia, keuhkopussin muutoksia kuten pleuraplakkeja, keuhkopussin sisemmän lehden sidekudoslisää ja keuhkopussintulehdusta. Asbestin aiheuttamia pahanlaatuisia muutoksia ovat keuhkosyöpä, kurkunpäänsyöpä sekä keuhkopussin ja vatsakalvon syöpä, mesotelioma. (Sauni & Oksa 2006.) Tupakointi moninkertaistaa riskin sairastua asbestin aiheuttamaan keuhkosyöpään. Esimerkiksi vuonna 2005 asbestit aiheuttivat 305 ammattitautia/ammattitautiepäilyä rakennusalalla, mikä tarkoittaa, että 38 % kaikista asbestin aiheuttamista sairauksista ilmeni rakennusalalla. Asbestisairaudet ilmenevät usein kymmenien vuosien viiveellä altistumisesta, jolloin asbestisairauksia ilmenee eniten vanhemmissa ikäluokissa. (Ammattitaudit ja – epäilyt 2005.)

Asbestipitoisia tuotteita ovat mm. tietyt asbestipitoiset rakennuslevyt, viemäri- ja vesiputket, ilmavaihtokanavat, palonkestävät asbestitekstiilit, putkitiivisteet ja sähköeristeet. Asbestin käyttö oli huipussaan 70-luvun alkupuolella, kunnes vuonna 1988 asbestityöstä tuli luvanvaraista ja asbestin valmistus lopetettiin Suomessa. Vaikka asbestin käyttö on lopetettu, niin osa työntekijöistä altistuu sille korjaus- ja huoltotöissä. (Tossavainen 2005.) Asbestia käytettiin 60–70 –luvuilla paljon rakennusalalla, telakoilla, voimalaitoksissa, autojen ja muiden ajoneuvojen asennus-, korjaus- ja huoltotöissä sekä asbestiteollisuudessa. Asbestisairauksien puhkeamisessa on yleensä pitkä viive, 10–40 vuotta, jolloin asbestisairauksien määrä todennäköisesti kasvaa tulevina vuosina.

Rakennusalan työ sisältää usein fyysisesti vaativia työsuorituksia kuten nostamista ja kantamista. Lisäksi kumarat ja kiertyneet työasennot sekä polvillaan tai kyykyssä työskentely tai kädet koholla työskentely kuormittavat tuki- ja liikuntaelimiä. (Kaukiainen 2000.) Tyypillisiä rasisairauksia rakennusalalla ovat jännetupen tulehduksen tai olkaluun sivunastan tulehdus. Rasisairauksista ammattitautilain (1343/1998) nojalla korvataan jännetupen tulehdus, olkaluun sivunastan tulehdus sekä rannekanava oireyhtymä, jotka ovat aiheutuneet työstä johtuvasta yksipuolisesta rasituksesta tai toistoliikkeistä. Ammattitautidiagnoosi edellyttää, että työhön sisältyy toistuvia ja työntekijälle outoja liikkeitä, ja että työ edellyttää voimankäyttöä. (Käypä hoito 2007.)

Meluvammat ovat yleinen syy ammattitautiepäilyyn rakennusalalla. Tärkeimpiä melunlähteitä rakennustyössä ovat iskevät työkoneet, kuten piikkauslaitteet, räjähteiden käyttö, paineilmalaitteet kuten naulaimet ja taltat sekä moottorikäyttöiset työkoneet (Facts 50, 2004). Valtioneuvoston asetuksessa melusta (2006/85) on määritelty tarkat raja-arvot sallitulle melualtistukselle päivätasolla, viikkotasolla sekä impulssimelun suurin sallittu määrä.

Rakennusalalla ammattitautiepäilyjä aiheuttavat eniten asbesti, melu ja toistotyö. Lisäksi joukko erilaisia kemiallisia ja orgaanisia aineita aiheuttavat ammattitautiepäilyjä mm. allergisten reaktioiden muodossa. Edelleen esimerkiksi noin viidennes maalareista käyttää päivittäin liuotinhenteisiä maaleja työssään. Hermostoperäiset liuotinaineiden aiheuttamat ammattitaudit ovat vähentyneet 1980-luvulla, kun liuotinhenteisistä maaleista on siirrytty vesiohenteisten maalien käyttöön. Epoksiyhdisteet sekä muovikemikaalit voivat aiheuttavaa ihottumia, mikäli oikeanlaisia suojaimia ei käytetä. Tasoite- ja hiontatyössä syntyvä pöly ärsyttää silmiä, ihoa ja hengitysteitä. Lisäksi muovikemikaalit, maalit ja liimat voivat aiheuttaa allergista kosketusihottumaa. (TSR Hankeraportti 2002.)

ASA-rekisteriin kerätään tietoja syöpäsairauden vaaraa aiheuttaville aineille ja menetelmille ammatissaan altistuneista työntekijöistä ja heidän työpaikoistaan. Rakennusalalla syöpää aiheuttavista aineista altistutaan useimmiten asbestille, nikkelille ja sen epäorgaanisille yhdisteille sekä kromi (VI) yhdisteille. (ASA 2006.) Ammateittain tarkasteltuna erityisesti putkimiehet, eristäjät ja kirvesmiehet altistuvat asbestille, samoin purku- ja saneeraustyössä altistuvat yleisiä rakennustöitä tekevät työntekijät (Tossavainen 2005).

Kemiallisten ja biologisten aineiden lisäksi rakennustyö voi sisältää myös muita erityisiä turvallisuus- ja terveysriskejä. Valtioneuvoston asetuksessa (2009/205) rakennustyön turvallisuudesta on määritelty erityiset turvallisuus- ja terveysvaaroja sisältävät rakennustyöt. Tällaiset työt sisältävät kohonneen riskin työntekijän terveydelle ja turvallisuudelle, joten laissa on määritelty näiden töiden turvallisuussuunnittelu.

2.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Tässä tutkimuksessa näkökulma painottuu työterveyshoitajien näkemyksiin omasta työstään rakennustyöntekijöiden terveyden edistäjänä, jolloin tiedonantajien näkemykset korostuvat eikä tavoitteena ole pyrkimys yleistettävään tietoon. Kuvaileva ja laadullinen tutkimus perustuu tulkitsevaan ja ymmärtävään tiedonkäsitykseen, jolloin tutkittavaa ilmiötä - tässä työterveyshoitajan

työtä - tarkastellaan kokonaisvaltaisesti (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Tutkimuksen tavoitteena on siten kuvata kokeneiden työterveyshoitajien näkemyksiä rakennustyöntekijöiden työturvallisuuden edistämisestä ja siihen liittyvistä haasteista.

Työterveyshuollon järjestämistä ja työturvallisuuden edistämistä ohjaavat monet lait. Pietilä ym. (1999) toteavat, että terveyden edistäminen on kulttuuri- ja aikasidonnaista, ja terveyden edistäminen sitoutuu paikkaan, aikaan, siellä toimiviin ihmisiin, heidän toimintansa esteisiin ja edellytyksiin. Työterveyshoitajan työhön vaikuttavat monet seikat, kuten millaisessa työterveyshuollon yksikössä työterveyshoitaja työskentelee, miten asiakaspohja muodostuu, mikä on pienten/suurten yritysten suhde ja millaiset resurssit työterveyshuollolla on käytettävissään (Naumanen & Liesivuori 2009).

Terveyden edistäminen edellyttää riittäviä tiedollisia, taidollisia ja taloudellisia resursseja ja tietoisuutta siitä, mitä terveyden osa-aluetta on tarkoitus edistää (Pirinen 2007). Rakennusalan työhön liittyy monia erityispiirteitä kuten työn liikkuvuus ja projektinomaisuus, työn fyysinen kuormittavuus, alan suhdanneherkkyys ja työympäristön haastavuus (Saloniemi 1999, Rytönen ym. 2005, Mäkelä & Jaakkonen 2008). Työtapaturmien ja ammattitautien ennaltaehkäiseminen vaatii työterveyshoitajalta erityistietoja ja -taitoja. Aikaisemmissa työterveyshoitajan työtä kuvaavissa tutkimuksissa painopiste on ollut yksilön terveyden edistämisessä ja terveysneuvonnassa (Pirinen 2007, Palmgren ym. 2008, Kivistö ym. 2009). Terveysneuvontaa työterveyshuollossa on kuvattu asiantuntijakeskeiseksi (Pirinen 2007) ja yksilökeskeiseksi (Palmgren ym. 2008), mutta esimerkiksi Kivistö ym. (2009) havaitsivat terveysneuvonnassa yksilöä voimavaraistavia piirteitä.

Työterveyshoitaja ei kuitenkaan toimi yksin vaan yhteistyö työntekijöiden, työnantajan, työpaikan työsuojeluhenkilöstön ja työterveyshuollon muun henkilöstön kanssa on olennainen osa työtä (Naumanen-Tuomela 2001, Naumanen 2007, Palmgren 2008, Kivistö ym. 2009). Yhteistyöhön liittyy myös haasteita, esimerkiksi salassapitoon liittyvät kysymykset (Heikkinen 2001).

Palmgrenin ym. (2008) mukaan työterveyshuollossa terveysneuvontaa tulisi suunnata yhä enemmän työntekijöille ja asiakasorganisaatiolle, sillä työyhteisössä monet terveyteen vaikuttavat tekijät ovat työnantajan ja asiakasorganisaation vastuulla. Ulkomaisissa tutkimuksissa yritysjohton merkitys työturvallisuuden mahdollistajana on havaittu (Garcia 2004, Mullen 2004, Choudry & Fang 2008).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata työterveyshoitajan työtä rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistäjänä ja kuvata, millaisia haasteita he kohtaavat edistäessään rakennustyöntekijän työturvallisuutta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa työterveyshoitajan työstä, jota voidaan hyödyntää työterveyshuollon palveluita kehitettäessä. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää rakennustyöntekijöiden terveyden edistämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten työterveyshoitajat kuvaavat työtään rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistäjinä?
2. Mitä haasteita työterveyshoitajat kohtaavat rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisessä?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Aineisto ja sen hankinta

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla vapaaehtoisilta työterveyshoitajilta Etelä-Suomessa. Tutkimuslupa kysyttiin ensin puhelimitse kunkin organisaation yksikön johtajalta. Tutkimuslupamenettelyt selvitettiin yksikkökohtaisesti. Kaikissa yksiköissä suullinen lupa työterveyshuollon yksikön johtajalta ja/tai työntekijältä oli riittävä, kirjallista tutkimuslupaa ei tarvittu, vaikka sen laatimiseen oli varauduttu ja kirjallinen tutkimussuunnitelma oli laadittu. Tiedonantajat hankittiin tutkimusluvan antaneista työterveyshuollon yksiköistä. Tutkija soitti henkilökohtaisesti työterveyshoitajille kysyäksään heitä mukaan tutkimuksen tiedonantajiksi.

Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan laadullisen tutkimuksen tiedonantajia valittaessa mukaan pyydetään niitä, joilla on eniten kokemuksellista tietoa tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Tässä tutkimuksessa tiedonantajina oli sellaisia työterveyshoitajia, joille oli kertynyt vähintään viiden vuoden kokemus työterveyshuollosta. Tiedonantajien nimien hankkimisessa tutkija sai apua Työterveyslaitoksen henkilökunnan jäseniltä, joilla oli kontakteja työterveyshuollon yksiköihin. Lisäksi mahdollisten tiedonantajien nimiä saatiin lumipallomenetelmällä, jolloin haastatteluun

osallistunutta työterveyshoitajaa pyydettiin suosittelemaan tiedonantajaa. Näin meneteltiin varsinkin ensimmäisten haastattelujen kohdalla. Valikoituneiden tiedonantajien hankkiminen oli haastavaa, ja se vaati monta puhelinsoittoa ja runsaasti taustaselvitystyötä. Esimerkiksi eräs tiedonantaja oli vaihtanut työpaikkaa, ja toista tiedonantajaa tavoiteltiin yksityisnumerosta.

Haastattelut ajoittuivat helmi-maaliskuulle 2009. Haastatteluun pyydettiin lopulta kahdeksaa työterveyshoitajaa. Seitsemän työterveyshoitajaa suostui haastateltavaksi. Yksi tiedonantaja kieltäytyi suoraan, sillä hänen työnkuvaansa ei sisällynyt enää käytännön hoitotyötä. Haastattelusta kieltäytynyt tiedonantaja suositteli omasta organisaatiostaan tiedonantajaa, joka suostui osallistumaan haastatteluun. Lisäksi yksi työterveyshoitaja epäröi, koska hänellä oli asiakkaana pieniä rakennusalan yrityksiä. Hänelle annettiin miettimisaikaa, ja korostettiin, että tutkimuksessa pyritään tavoittamaan erilaisten ja erikokoisten rakennusalan yritysten kanssa työskentelevien työterveyshoitajien näkemyksiä aiheesta, jotta aineistosta tulisi mahdollisimman rikas. Hänelle soitettiin myöhemmin uudelleen, jolloin hän suostui osallistumaan tutkimukseen.

Suostumuksensa antaneille työterveyshoitajille lähetettiin tutkimuksen esittelykirje (Liite 1) sähköpostitse ennakolta, jotta he voisivat valmistautua haastatteluun. Yksi haastateltavista ei halunnut esittelykirjettä. Haastattelun alussa haastateltavilta pyydettiin vielä kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta (Liite 2).

Haastattelut päätettiin järjestää henkilökohtaisina tapaamisina, vaikka tutkijan matkustamisesta aiheutuikin kuluja. Haastattelut toteutettiin pääasiassa tiedonantajien vastaanotolla, yhtä työterveyshoitajaa lukuun ottamatta, jota haastateltiin hänen kodissaan. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia, joten äänityksen tulos oli selkeä ja hyvä. Haastatteluiden nauhoittaminen oli edellytys tutkimuksen onnistumiselle, vaikka nauhurin käyttö saattoikin häiritä joitakin tiedonantajia. Yhdessä haastattelussa lapsen leikkimisen äänet häiritsivät kuuluvuutta, mutta haastattelu otettiin mukaan aineistoon, sillä melu peitti vain muutamia sanoja koko haastattelusta. Työterveyshoitajat vaikuttivat motivoituneilta ja myönteisiltä kertomaan omasta työstään. Haastattelujen kesto vaihteli 20–45 minuutin välillä.

Kaikilla haastateltavilla oli vähintään viiden vuoden kokemus rakennusalan työterveyshuollosta. Tiedonantajien työkokemus työterveyshoitajana vaihteli 8-23 vuoden välillä. Kaksi haastateltavaa työskenteli kunnallisessa liikelaitoksessa, yksi puhtaasti kunnallisessa organisaatiossa, kaksi yksityisellä palveluntuottajalla ja kaksi työskenteli yrityksen omalla työterveysasemalla. Kahdella tiedonantajalla oli kokemusta pääasiassa pienistä (<30 henkilön) rakennusalan yrityksistä, kolmella

pääasiassa isoista (>100 henkilön) rakennusalan yrityksistä ja kahdella oli kokemusta sekä pienistä että isoista yrityksistä. Aineisto oli siten heterogeeninen taustaorganisaatioiden suhteen.

Seitsemän haastattelua oli riittävä määrä aineistoa tässä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotakin ilmiötä tai toimintaa eikä pyritä tilastollisiin yleistyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2006). Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan aineiston riittävyyttä voidaan arvioida saturaatio-käsitteen avulla. Saturaatio tarkoittaa tilannetta, jossa uudet haastattelut uusine tiedonantajineen eivät tuo enää mitään uutta tietoa. Aineistossa alkoi näkyä merkkejä saturaatiosta kohtalaisella varmuudella, kun samat asiasisällöt alkoivat toistua haastatteluissa.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jossa voidaan edetä joustavasti ennalta päätettyjen teemojen pohjalta (Tuomi & Sarajärvi 2006). Teemahaastattelussa tutkija esittää kysymyksiä aihetta koskevista teemoista. Tutkija voi vaihdella kysymysten järjestystä tai esittää lisäkysymyksiä, mutta tavoitteena on, että kaikki teemat tulee käytyä läpi haastattelun aikana. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Teemahaastattelurunko on esitetty liitteessä 3.

Haastattelun avulla voidaan hankkia subjektiivista, syvällistä tietoa myös vähän tutkituista aiheista (Hirsjärvi & Hurme 2000). Haastattelu sopi erityisen hyvin tässä aineistonkeruumenetelmäksi, sillä työterveyshoitajien työtä on tutkittu vähän hoitotieteessä. Tässä aihe rajautuu vielä kapeammaksi, koska tässä tarkasteltiin rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämistä työterveyshoitajan työn näkökulmasta.

Eskolan ja Vastamäen (2001) mukaan haastattelun teemoja voi laatia oman ajatteluun, kirjallisuuteen tai teoriaan nojaten. Jos teemat valitaan omaan intuition ja ajatteluun nojaten, saattaa haastattelurungosta tulla vajavainen, varsinkin jos haastattelija ei ole aihepiiriin asiantuntija. Kirjallisuudesta voi myös saada vihjeitä teemojen koostamiseen. Teoriaan perustuvassa haastattelurungossa teemat valitaan suoraan aihepiiriä käsittelevästä teoriasta. Haastattelurunko tulee laatia siten, että kaikkiin tutkimuskysymyksiin saadaan vastaus. (Eskola & Vastamäki 2001.)

Haastattelukysymykset (liite 3) perustuvat tutkimusongelmiin, tutkijan omaan ajatteluun ja Naumanen-Tuomelan (2001) luokitteluun työterveyshoitajan työn sisältöalueista. Haastattelurunkoa on muokattu Työterveyslaitokselta ja ohjaajilta saadun palautteen mukaisesti.

4.2 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmänä käytettiin laadullista induktiivista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin avulla pyritään esittämään tutkittava ilmiö tiiviissä muodossa. Sisällönanalyysin avulla ilmiö voidaan käsitteellistää, ja se tuottaa eräänlaisen luokituksen tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin avulla ilmiö voidaan jäsentää hierarkisesti pääkategoriaan, yläkategorioihin ja alakategorioihin. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Analyysin vaiheet voidaan jakaa aineiston kokonaisuuden hahmottamiseen ja sen yksityiskohtaiseen hahmottamiseen. Aineiston kokonaisuuden hahmottaminen on olennaista, jotta tutkija voi sijoittaa analyysissä aineistosta irrotetut yksityiskohdat osaksi laajempaa kokonaisuutta. (Kylmä ym. 2008.) Yksityiskohtaisen analyysin vaihteita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001).

Haastattelut purettiin nauhalta tekstiksi, jota kertyi yhteensä 49 liuskaa, Arial-fontilla kirjoitettuna, ilman kappalejakoja, rivivälin ollessa 1½. Aluksi tutkija luki aineiston läpi moneen kertaan yleiskuvan saamiseksi, vaikka käsitys aineiston pääsisällöstä oli muotoutunut jo haastattelujen ja litteroinnin aikana.

Analyysiyksiköksi valittiin yksi ajatuskokonaisuus, joka saattoi olla pituudeltaan muutamasta sanasta useaan riviin tekstiä. Aineisto analysoitiin suhteessa tutkimusongelmiin ja yksi tutkimusongelma kerrallaan. Tutkija poimi aineistosta tutkimusongelmaan vastaavat tekstin kohdat ts. alkuperäiset ilmaukset, ja ne siirsi toiseen tekstitiedostoon Word-ohjelman kopio-liitä toiminnolla.

Kun koko aineisto oli käyty läpi huolellisesti, tutkija muokkasi alkuperäisistä ilmauksista pelkistettyjä ilmauksia. Aineisto sisälsi 303 pelkistettyä ilmaisua. Esimerkki aineiston pelkistämisestä löytyy taulukosta 1. Pelkistämisvaiheessa tutkija pyrki säilyttämään mahdollisimman hyvin aineiston alkuperäiset ilmaukset, jotta aineiston abstraktiotaso ei ”nousisi” liian nopeasti. Turhat täytesanat karsittiin. Jos alkuperäisiä ilmauksia abstrahoidaan liikaa alkuvaiheessa, saattaa analyysia etäännyttävä aineistosta tai ryhmittelyvaihe voi hankaloitua (Kylmä ym. 2008). Pelkistettyihin ilmaisuihin liitettiin numerotunnus, jonka avulla tutkija pystyi palaamaan tarvittaessa alkuperäiseen aineistoon ja löytämään sen tekstin kohdan, mistä lainaus oli otettu.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>”osaamista pitää päivittää ”</i>	osaamista pitää päivittää
<i>”siinä niinku niin paljon pitää kokoajan päivittää”</i>	pitää päivittää tietoja
<i>”kokoajan päivittää tietoa ”</i>	tietoa pitää päivittää kokoajan
<i>”osaamisen kehittäminen ”</i>	osaamisen kehittäminen
<i>”on jatkuvasti kouluttauduttava”</i>	jatkuva kouluttautuminen
<i>”kyllä se jatkuvasti vaatis semmosta opiskelua”</i>	jatkuva opiskelu
<i>”osaamisen lisääminen”</i>	osaamisen lisääminen
<i>”siinä on niinku oma haaste pitää sitä omaa ammattitaitoa ”</i>	oman ammattitaidon ylläpitäminen
<i>”osaamisen ylläpito”</i>	osaamisen ylläpito
<i>”mulla pitää olla sitä ammattitaitoa”</i>	pitää olla ammattitaitoa

Pelkistetyt ilmaukset siirrettiin jälleen uuteen tekstitiedostoon, missä ne sijoitettiin taulukon muotoon. Pelkistettyjä ilmaisuja luokiteltiin samansisältöisiin ryhmiin. Samansisältöiset, pelkistetyt ilmaukset muodostivat ryhmitellyn ilmauksen, joka nimettiin mahdollisimman kattavasti ja kuvaavasti. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Pelkistetty ilmaus	Ryhmitelty ilmaus
osaamista pitää päivittää pitää päivittää tietoja tietoa pitää päivittää kokoajan osaamisen kehittäminen jatkuva kouluttautuminen jatkuva opiskelu osaamisen lisääminen oman ammattitaidon ylläpitäminen osaamisen ylläpito	ammattitaidon ylläpitäminen

Luokittelua ja pelkistämistä tehtiin osittain päällekkäin, jolloin analyysivaihe oli enemmänkin prosessi kuin suoraviivaisesti etenevä tekninen suoritus. Edelleen aineistoa pelkistettäessä ja ryhmiteltäessä tutkija piti huolen siitä, että kukin analyysiyksikkö vastasi kyseiseen tutkimusongelmaan. Aineiston abstrahointivaiheessa samansisältöisiä pelkistettyjä ilmaisuja ryhmiteltiin, ja vielä tässäkin vaiheessa tutkija palasi takaisin alkuperäiseen aineistoon

varmistukseksi, että kaikki tärkeä aines oli saatu mukaan analyysiin. Ryhmitellyistä ilmauksista muodostettiin alakategorioita, jotka muodostivat yläkategorioita (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Kategorioiden luomisessa pyrittiin siihen, että kategoriat ovat kattavia, mutta täsmällisiä ja toisensa poissulkevia. Kategorioiden nimeämisessä pyrittiin valitsemaan käsitteitä, jotka ilmaisevat kategorian sisältämän asiasisällön mahdollisimman ytimekkäästi ja harvoja käsitteitä käyttäen (taulukot 3 ja 4).

Taulukko 3. Esimerkki alakategorian muodostumisesta

Ryhmitellyt ilmaukset	Alakategoria
ammattitaidon hankkiminen ammattitaidon ylläpitäminen tiedon hankkiminen tiedon muuttuminen	riittävä ammattitaito

Taulukko 4. Esimerkki yläkategorian muodostumisesta

Alakategoria	Yläkategoria
riittävä ammattitaito kollegoiden tuki alakohtainen osaaminen	työterveyshoitajan asiantuntijuus

Ensimmäisen tutkimusongelman ratkaisemisessa käytettiin analyysin tukena Naumanen-Tuomelan (2001) luokittelua työterveyshoitajan työn sisältöalueista. Aineisto analysoitiin kuitenkin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Sisällönanalyysin tuloksena saatiin kuvaus työterveyshoitajan työstä rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistäjänä sekä rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisen haasteista. Liitetaulukot 1 ja 2 sisältävät yksityiskohtaiset tulokset sisällönanalyysistä tutkimusongelmittain.

5 TULOKSET

5.1 Työterveyshoitajan työ työturvallisuuden edistäjänä

Työterveyshoitajan työ rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistäjänä muodostui 1) yksilökeskeisestä työstä ja 2) työyhteisöön kohdistuvasta työstä (Taulukko 5). Yksityiskohtaiset tulokset ensimmäisen tutkimusongelman analyysistä löytyvät liitetaulukosta 1.

Taulukko 5. Työterveyshoitajan työ rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistäjänä

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	YDINKATEGORIA
asiakaslähtöinen terveysneuvonta	Yksilökeskeinen työ	Työterveyshoitajan työ työturvallisuuden edistäjänä
asiantuntijakeskeinen terveysneuvonta		
yksilökeskeinen vastaanottoiminta		
työturvallisuuden markkinointi	Työyhteisöön kohdistuva työ	
asiakasyrityksessä vaikuttaminen		
palautteen antaminen		
työyhteisöön kohdistuva terveysneuvonta		
terveysriskien arviointi		
työterveyshuollon koordinointi		

5.1.1 Yksilökeskeinen työ

Asiakaslähtöinen terveysneuvonta

Työterveyshoitajat kuvasivat monisanaisesti ja rikkaasti yksilöön kohdistuvaa terveysneuvontaa. Asiakaslähtöisessä terveysneuvonnassa työterveyshoitajat huomioivat asiakkaan lähtökohdat, kuten kuinka motivoitunut asiakas on työturvallisuuden suhteen, esimerkiksi käyttämään suojaimia. Työterveyshoitajat kuvasivat asiakaslähtöistä terveysneuvontaa erilaisten vuorovaikutuksen keinojen käyttämisen kautta. Tällaisia keinoja olivat esimerkiksi työturvallisuusasioiden puheeksi ottaminen, vastavuoroinen keskustelu sekä kysyminen. Työterveyshoitajat käyttivät työturvallisuuden edistämisen keinona yksilötasolla uudenlaisien näkökulmien tarjoamista. Työterveyshoitajat tarjosivat työturvallisuutta asiakkaille itsestä välittämisenä ja ammatillisuudesta kertovana asiana. Työterveyshoitajat käyttivät myös asiakkaan oman oivaltamisen löytämistä:

”kun katsotaan sitä työn tekemistä, niin siinähan niitä asioita tulee monta kertaa esille, että voidaan kysyä sillain vähän tyhmiä kysymyksiä, ja että sitten ne joutuu itsekin pohtimaan siinä samalla, että ai niin voisko tän tehdä toisinkin.”

Asiantuntijakeskeinen terveysneuvonta

Työturvallisuustiedon antamista, neuvontaa ja ohjausta työterveyshoitajat kuvasivat asiapitoisesti, asiantuntijakeskeisesti ja annetun tiedon sisältöalueiden mukaisesti. Työterveyshoitajat käyttivät käsitteitä neuvonta, neuvojen antaminen, ohjanta, ohjaus, ohjeiden antaminen ja yksilöllinen kouluttaminen. Tietoja annettiin seuraavista aihealueista: suojaimet, terveydelle haitalliset altisteet, tapaturmariskit sekä tuki- ja liikuntaelimestön kuormituksesta ja sen välttämisestä. Myös elämäntapa-asioista etenkin tupakoinnin haitoista annettiin neuvontaa yleisesti haitalliseksi tiedetyn asbestin ja tupakoinnin yhteisvaikutusten ennaltaehkäisemiksi.

”Kun tulee yksittäinen työntekijä, niin esimerkiksi terveystarkastukseen, niin siinä kun käydään nykyinen työnkuva läpi ja siihen liittyvät suojaimet, oikeat työskentelytavat. En sano, että rälläkkä käynnistään näin ja se toimii noin, vaan millä tavalla pystyy sitä työkuormitusta vähentään ja sitä kautta sitten niitä työperäisiä oireita ja mitä täytyy huomioida työtapaturmariskien kannalta.”

Yksilökeskeinen vastaanottotoiminta

Työterveyshoitajat mielsivät terveystarkastukset keskeiseksi työmuodoksi. Rakennusalalla terveystarkastuksia on erityisen paljon. Työterveyshoitajat kuvasivat terveystarkastustilanteen olevan otollinen hetki työturvallisuuden edistämiseksi yksilötasolla:

”Varmaan kaikista isoin osa on se, että kun mä tapaan näitä henkilöitä työterveystarkastuksissa. .. Että musta paras hetki on siinä työterveystarkastuksessa, kun juttelee näistä asioista, että siinä se korostuu.”

Erityisesti pienyritysten kohdalla terveystarkastukset nähtiin tärkeänä työturvallisuusasioiden foorumina. Työterveyshoitajat kuvasivat työturvallisuuden edistämistä myös jo sairastuneiden tai vajaakuntoisten työntekijöiden kohdalla. Työterveyshoitajalla kuvattiin olevan erityistä asiantuntemusta vajaakuntoisten, uudelleensijoitusasioissa sekä työkyvyn menettämisen riskissä olevien työntekijöiden hoitamisessa. Jatkohoidon järjestäminen oli myös olennainen osa yksilökeskeistä työtä, esimerkiksi rakennusalalle tyypillisten tuki- ja liikuntaelinvaivoista kärsivien ohjaaminen fysioterapeutille.

”Ja sitten jos on selkävaivoja ja otetaan fysioterapeutille. Sekin voi lisätä sitä riskiä niihin tapaturmiin, että jos on vähän jotakin perusjuttua, että on jo selkä vähän huonossa kunnossa, niin silloin ne riskit tapaturmiin jo suuremmat.”

5.1.2 Työyhteisöön kohdistuva työ

Työturvallisuuden markkinointi

Työterveyshoitajien näkemyksen mukaan yritysjohtoon kohdistuva työturvallisuuden edistäminen oli pääasiassa työturvallisuuden markkinointia eli työturvallisuuteen panostamisen perustelua kustannuksien ja hyödyn näkökulmasta.

”mitä kannattaa satsata, ja mitä sillä mahdollisesti saavutetaan. Konkreettisesti, niin se vaan on. Niin se on tapaturmantorjuntatyössäkin. Ne maksaa niin ja niin paljon, toki on siellä onneksi tälläiset eettisetkin perusteet, että halutaan, että jokainen lähtee terveenä töistä kotiin. Mutta kyllä se tälläisillä taloudellisella seikoilla perustelu- sitä kautta yritykset tulee valveutuneimmaksi.”

Asiakasyrityksessä vaikuttaminen

Asiakasyrityksessä vaikuttamiseen sisältyi organisaatiossa vaikuttaminen, työsuojelutoimikunnassa vaikuttaminen sekä asiakasorganisaation kehittämisprojekteihin osallistuminen. Osa työterveyshoitajista painotti organisaatioon vaikuttamisen merkitystä, kun taas jotkut painottivat yksilöiden kautta tehtävää työturvallisuuden edistämistä.

”Koska taaskin siellä johto päättää, esimiehet päättää, hankitaanko sinne työtä keventäviä välineitä, onko siellä nostamisen, kantamisen apuvälineitä, miten siellä on raskaiden taakkojen siirtämiset tai nostamiset suunniteltu siinä työssä eli taaskin siellä niin kuin vaikuttaminen. Voidaan antaa nosto-opetusta ergonomiasta niille työntekijöille, että he itse osaavat huomioida, se on hyvin tärkeä, mutta jos siellä ei ole välineitä ja siellä joudutaan paljon tekemään sitä kantamista ja nostamista, niin se ei vielä auta, heidän riskinsä on kuitenkin siellä vielä olemassa”

Ne työterveyshoitajat, joilla oli isompia rakennusyhtiöitä asiakkanaan, kuvasivat osallistumistaan työpaikan terveellisuutta ja turvallisuutta edistäviin kehittämisprojekteihin. Isommassa yrityksissä

työterveyshoitajat osallistuivat työsuojelutoimikunnan kokouksiin, ja he kokivat nämä kokoukset tärkeiksi tiedonsaanti- ja vaikuttamiskanaviksi:

”Mä oon jokaisessa mun asiakasyrityksessä, siis rakennusfirmassa, niin työsuojelutoimikunnassa mukana. Niin siinä tietysti pääsee vaikuttamaan.”

”ei ne välttämättä ne ihmiset, jotka vastaa siitä työsuojelusta, niin ei aina osaa nähdä sitä terveydellistä siellä jatkumon päässä, että se on vaan se hetki ja se ettei kukaan kuole. Että mitä kaikkee muuta siinä täytyy huomioida.”

Palautteen antaminen

Keskeinen palautteen antotapa oli työpaikkaselvitysraportti. Työpaikkaselvitysraporttiin kirjattiin havaitut turvallisuuspuutteet työmaalla sekä toimenpide-ehdotukset. Osa työterveyshoitajista kertoi muistutusten antamisesta tai turvallisuushavaintojen tekemisestä.

”vaikka ajatellaan että rakennustyömaa on se yksi hetki ja yhden kohteen kattaminen, niin siinä on kuitenkin niitä lainalasuuksia, niin mitä voi noudattaa työmaasta toiseen, että siinä raportissa on laitettu ja siinä seurannassa on huomioitu se, että mitkä siinä on altisteet, kuormitustekijät, mitkä ovat tapaturmariskit, onko ollut läheltä piti tilanteita tai varsinaisia työtapaturmia, ja tosiaan sitten johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset.”

Työyhteisöön kohdistuva terveysneuvonta

Työyhteisöön kohdistuvaa terveysneuvontaa työterveyshoitajat kuvasivat vähemmän kuin yksilötason terveysneuvontaa. Työyhteisöön kohdistuvaa terveysneuvontaa toteutettiin työpaikkakäynneillä tässä ja nyt -ohjeiden antamisella. Työterveyshoitajalta saatettiin pyytää apua yrityksen suojaimien valinnassa. Työterveyshoitajat kuvasivat konkreettisten neuvojen antamista työpaikalla.

Terveysriskien arviointi

Työterveyshoitajat kuvasivat seikkaperäisesti sitä, kuinka he hankkivat tietoa työpaikan terveysriskistä havainnoimalla. Työterveyshoitajat havainnoivat työn tekemistä, työmaan yleisilmettä, työympäristön haittatekijöitä sekä tapaturmariskiä.

”Ihan siitä kun astuu siihen työmaalle, niin siitä niinku alottaa sen tsekkauksen yleisesti, koko työmaan...sen näkee jo siitä kun astuu siihen, sen osaa jo hahmottaa, sen verran kun on jo niin paljon käyny niillä työpaikoilla, niin tietää jo siitä yleisilmeestä, että mikä täällä mättää. Ja jos ajatellaan sitä työturvallisuutta ja yleisesti, niin ihan kulkureitit ja valaistukset, ja jos on talvi että kuinka lumitöitä on tehty, ja minkälaisessa kunnossa kopit on ja kun meet kopille, että pääsetkö sä sinne hyvin. että se kertoo jo paljon siitä työmaasta”

Työterveyshoitajat kuvasivat tapaturmien tilastollista seurantaa, mutta myös läheltä piti -tilanteita kirjattiin esimerkiksi työpaikkaselvitykseen.

Työterveyshuollon koordinointi

Työterveyshoitajalla kuvattiin olevan keskeinen rooli työterveyshuollon sujuvuudessa. Työterveyshoitajat kuvasivat kaksoisrooliaan; kuinka heidän tuli olla ajan tasalla asiakasyrityksen asioissa, ja välittää viestiä asiakasorganisaatioissa tapahtuneista muutoksista työterveyshuollon muille työntekijöille, ja toisaalta taas työterveyshoitaja toimi työntekijöiden terveydellisten asioiden asianajajana yritysjohdon suuntaan. Kun koordinointi toimii, niin työterveyshuollossa pystytään vastaamaan nopeasti yrityksen tarpeisiin.

”Mulla pitäisi olla aina tieto siitä yrityksestä, että missä siä mennään, että on työtapaturmasta kyse tai jostain muusta yrityksen muutoksesta että on vaikka lomautuksista tai mistä tahansa, että mä tavallaan tietäisin, että nyt siä vaikka miehet tän aikaa lomautettuna, että vaikka nyt on otettu uusi kemiallinen aine käyttöön tai muuta tämmöstä että eli tämmönen koordinoijan tehtävä, jotta sitten tieto lääkärille, fysioterapeutille ja tarvittaessa psykologillekin menis eli sille tiimille mikä tekee töitä.”

5.2 Rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisen haasteet

Rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisen haasteet työterveyshoitajien kuvaamana muodostui neljästä yläkategoriasta, jotka olivat: 1) työterveyshoitajan asiantuntijuus, 2) työterveyshuollon palvelujärjestelmän ominaisuudet, 3) yksilötason tekijät sekä 4) yritystason tekijät. Taulukossa 6. esitetään yhteenveto työterveyshoitajan kuvaamista haasteista rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisessä. Liitetaulukosta 2. löytyy tarkempi yhteenveto, joka sisältää myös ryhmitellyt ilmaukset.

Taulukko 6. Työterveyshoitajien kuvaamat rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisen haasteet

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	YDINKATEGORIA
riittävä ammattitaito	Työterveyshoitajan asiantuntijuus	Rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisen haasteet
kollegoiden tuki		
alakohtainen osaaminen		
palveluiden kattavuus	Työterveyshuollon palvelujärjestelmän ominaisuudet	
työtaakka		
työn sisällön kehittäminen		
sisäiset ominaisuudet	Yksilötason tekijät	
muutosvastarinta		
työturvallisuuden edellytykset	Yritystason tekijät	
työturvallisuuden toteuttaminen		

5.2.1 Työterveyshoitajan asiantuntijuus

Työterveyshoitajan asiantuntijuuteen liittyviä haasteita rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisessä olivat riittävä ammattitaito, kollegoiden tuki sekä alakohtainen osaaminen.

Riittävä ammattitaito

Tässä tutkimuksessa haastatellut työterveyshoitajat nimesivät riittävän ammattitaidon hankkimisen haastavaksi, vaikka kaikilla haastatteluihin osallistuneilla työterveyshoitajilla oli useiden vuosien kokemus työterveyshuollosta rakennusalalla. Työterveyshoitajat kuvasivat rakennusalan työterveyshuollon erityisen laaja-alaista osaamista vaativaksi osa-alueeksi työterveyshuollossa, jolloin ammattitaidon karttuminen vie aikaa. Eräs työterveyshoitaja kuvasi asiaa näin:

”sitä rakennusalan erityisosaamista, mitä nyt sanon sen ihan rehellisesti olevan, niin ei sitä kyllä vuodessa eikä kahdessa kokoon haalita”

Tiedon pysyvyyteen ei kuitenkaan voinut tuudittautua työterveyshoitajien mielestä. Työterveyshoitajat kuvasivat tiedon muuttumista ja omien tietojen ja ammattitaidon päivittämisen tarvetta. Tiedon muuttuminen edellytti työterveyshoitajilta kykyä hankkia tietoja sekä he kuvasivat, kuinka tiedonhaku vie paljon aikaa.

Kollegoiden tuki

Kollegoiden tuen saaminen ei ollut itsestään selvää työterveyshoitajille, sillä he kuvasivat, kuinka rakennusalan työterveyshoitajat sijoittuvat ympäri Suomea, jolloin kontaktien luominen toisiin rakennusalan työterveyshoitajiin mainittiin tärkeäksi. Kollegalta kaivattiin erityisesti tiedollista tukea rakentamisterveyden erityiskysymyksissä:

”mulla ei sitten taas oo ketään, keneltä mä saisin sitä tietoo. Että paljon joutuu itte sitä (tietoa) hakeen ja selvittäään, että siihen menee paljon aikaa. Että on tärkeää luoda niitä kontakteja, että ois niitä muita raksafirmojen hoitajia”

Alakohtainen osaaminen

Rakennusala kuvattiin jatkuvasti muuttuvaksi ja kehittyväksi alaksi, ja työterveyshoitajien mielestä heidän pitää pysyä ajan tasalla rakennusalalla. Työturvallisuusongelmien kuvattiin muuttuvan, kun työvälineet, materiaalit, koneet ja työmenetelmät muuttuvat. Rakennusalan uusien innovaatioiden ansiosta osa työhön liittyvistä terveysriskeistä jää pois, mutta tilalle saattaa tulla uusia työturvallisuusongelmia.

”silloin kun alettiin enemmän käyttää kaasunaulaimia, niin sitten rupes tuleen niissä tämmösiä ongelmia, että ihmiset kokivat että huimaa ja pyörryttää, kun niitä käyttää pienissä ahtaissa tiloissa, niin sitten kun saatiin siitä enemmän selville selville niin ei tarvinnut tehdä sitä samaa työtä kaikissa firmoissa vaan jaoin sen tiedon kaikille, että miten se siihen työturvallisuuteen vaikuttaa ja minkälaisia suojaimia pitää silloin käyttää ja mitä pitää huomioida.”

5.2.2 Työterveyshuollon palvelujärjestelmän ominaisuudet

Työterveyshuollon palvelujärjestelmään liittyviä haasteita olivat palveluiden kattavuus, työtaakka ja työn sisällön kehittäminen.

Palveluiden kattavuus

Työterveyshuollon palvelut toteutuivat työterveyshoitajien kuvaamana epätasaisesti, useasta erisyistä johtuen. Rakennusosalalle tyypillisten määräaikaisten työsuhteiden katsottiin lisäävän terveydellistä eriarvoisuutta, kun työnantajan kokonaisvastuu työntekijästä puuttui. Pienyrityksiä hoitavan työterveyshoitajan mukaan työn imu vie yrittäjät mennessään, jolloin terveys jää toiseksi. Työterveyshoitajat kuvasivat, että rakennustyömiesten saaminen terveystarkastuksiin oli toisinaan haastavaa, tai jos aika terveystarkastukseen saatiin sovittua, niin rakennustyöntekijä saattoi unohtaa sovitun ajan. Myös työpaikan vaihtumisen tai lomautuksen yhteydessä määräaikaisten terveystarkastusten toteutumiseen saattoi tulla katkos.

Jokin yritys on saattanut hankkia vain lakisääteiset palvelut, jolloin rakennustyöntekijöille ei kuulu työterveyshuollon sairaanhoitoa, ja he ohjautuvat siten terveyskeskuksen yleislääkärille. Terveyskeskuksen lääkäripalveluissa ei välttämättä huomioida työn merkitystä oireisiin ja terveyteen samalla tavalla kuin työterveyshuollossa.

Työterveyshoitajien mukaan työpaikkakäynti jää tekemättä esimerkiksi jos työpaikka sijaitsee kaukana ja/tai kyseessä on pieni asiakasyritys. Isoja rakennusalan yrityksiä hoitavat työterveyshoitajat mainitsivat, että työpaikkakäyntiä ei voida luonnollisesti toteuttaa jokaiselle työmaalle kohteiden suuren lukumäärän vuoksi. Työkohteet muuttuvat ja vaihtuvat, joten työpaikalle pitäisi päästä melko nopeasti.

Työterveyshoitajat kuvasivat, että pienyrityksistä oli hankala saada työntekijöitä kuntoutukseen, vaikka selkeää tarvetta kuntoutukselle olisi ollut olemassa.

”Jos ajatellaan jo tällaista tasoa, jossa oli ihan selvästi olemassa jo työkyvyn alenemisen uhka, että huono saalis oli kuntoutukseen. Että mä tavallaan ymmärrän näitä pieniä yrityksiä, että jos työntekijä on kuntoutuksessa, niin tilalle ei välttämättä oteta ketään ja yhdenkin miehen poissaolo sieltä firmasta on aika iso.”

Työtaakka

Ostopalveluita tarjoavissa työterveysyksiköissä työskentelevät työterveyshoitajat kuvasivat, kuinka asiakasyrityksille myydyt palvelut ohjaavat työn sisältöä. Työpaikalle ei voi mennä ilman asiakasyrityksen lupaa, sillä kaikki ylimääräinen työ on maksullista yritykselle. Myös päinvastaista, toimivaa, joustavaa suhdetta asiakasyrityksiin kuvattiin: työterveyshoitaja oli hyvissä väleissä asiakasyritysten kanssa, ja tarvittaessa työterveyshoitaja pystyi käyttämään yrityksen maksamaa työaikaa työturvallisuusasioiden selvittämistä varten. Toisaalta jokin yritys on saattanut ostaa laajamittaiset palvelut, kuten tihennettyjä terveystarkastuksia, jotka vievät aikaa muulta työltä.

Työterveyshoitajat nimesivät ajan riittävyyden ja suuren työmäärän haasteeksi. Työmäärää lisäsi se, että asiakasyrityksiä saattoi olla runsaasti yli suositusten. Työmäärää lisäsi myös se, jos asiakaskunta koostui pienistä rakennusalan yrityksistä tai jos yritysten vaihtuvuus oli suurta. Työterveyshoitajat kuvasivat, että työpaikkaselvitysraportti on tehtävä jokaiseen työpaikkaan työpaikan koosta riippumatta.

” Tää on kuitenkin se, että sun on kuitenkin tehtävä ne samat työt, on siinä sitten kaks henkilöä tai kakssataa, siä työpaikalla. Työpaikkaselvityskin on justinsa sellanen kuin se on, kaikki osa-alueet on siihen raporttiin tehtävä. Sit se sama päteis kohtalaisen hyvin kahdensadan hengenkin työpaikkaan.”

Rakennusalalla työskenteleville tehdään paljon terveystarkastuksia johtuen työssä tapahtuvasta altistumisesta erilaiselle terveydelle haitallisille tekijöille. Terveystarkastukset koettiin merkittäväksi osaksi työtä, mutta samalla työterveyshoitajat kuvasivat niiden vievän paljon aikaa. Näin ollen työterveyshoitajan työ saattoi painottua vahvasti ennaltaehkäisevään yksilökeskeiseen työhön.

”Päivät täyttyy itse asiassa pääasiassa määräaikaistarkastuksista, jotka on tässä alisteisella alalla se määräävä tekijä”

”terveystarkastus on, meillä asiakas on minimissään puoltoista tuntia sisällä, siihen on tehty jo sitä ennen kaikki alustavat työt, ja sen jälkeen tehdään kaikki kirjoitus- ja muut jatkotoimenpiteet eli sitä ei tee rakennusalalla tunnissa”

Työn sisällön kehittäminen

Työterveyshoitajat kuvasivat työn sisällön kehittämistarpeita. Työterveyshoitajat korostivat ennaltaehkäisevän turvallisuustyön tärkeyttä ja sen lisäämisen tarvetta työpaikoilla.

”Eli se semmonen, että tehtäisiin vielä enemmän ennakkoon, kuin että odotellaan niitä ongelmia tai et varhasesti puututaan, niin se on haaste.”

Työterveyshuollon tulisi päästä mukaan tuomaan näkökulmiaan jo työn suunnittelu- ja muutosvaiheessa, esimerkiksi kun työprosessia aletaan teollistaa. Etenkin ostopalvelutyöterveyshuollossa ja kunnallisissa organisaatioissa työskentelevät työterveyshoitajat kokivat, että he haluaisivat käydä nykyistä enemmän työpaikoilla.

Lisäksi työterveyshoitajat esittivät useita parannusehdotuksia työpaikkaselvitysten tekemiseen. Työpaikkaselvitysten laadun ja kattavuuden tulisi olla hyvä työterveyshoitajien mielestä, ja työsuojeluhenkilöstöä toivottiin mukaan työpaikkaselvityksen tekoon. Työpaikkaselvitysmenetelmää kritisoiitiin siitä, että se on työmaakohtainen, jolloin yrityksen muilla työmailla työskentelevät työntekijät eivät koe sitä omakseen. Työpaikkaselvitys vaatii myös paljon resursseja.

”tehdään yks ja raskas työpaikkaselvitys,, jonka palaute kuitenkin, vaikka sitä yleisesti eri foorumeilla viedään sitä tietoa, että tällaisia suosituksia, että tää ei koske vain sitä työmaata, millä se tehtiin. Mutta silti se usein jää, että se työmaa vielä kokee sen vielä omaksensa, kun se on heidän työmaalla tehty. Mutta muut sitten, ei ne sitä vastusta, mutta kun ei tapahdu mitään, niin se on se haaste.”

5.2.3 Yksilötason tekijät

Yksilötason tekijöitä työturvallisuuden edistämässä olivat sisäiset ominaisuudet ja muutosvastarinta.

Sisäiset ominaisuudet

Sisäisillä ominaisuuksilla tarkoitetaan tässä yksilön asenteita ja arvoja työturvallisuutta kohtaan sekä työturvallisuuden tiedostamista. Työterveyshoitajat kuvasivat, että yleiset asenteet työturvallisuutta kohtaan koko rakennusalalla ovat kehittyneet myönteisimmiksi. Samalla he kuitenkin painottivat asenteiden estävää merkitystä työturvallisuuden edistämässä. Osalla rakennustyöntekijöistä oli kielteinen asenne työturvallisuuden edistämiseen, ja työterveyshoitajat kuvasivat rakennustyöntekijöiden turvallisuuden tunteeseen tuudittautumista siten, että tapaturman mahdollisuutta ei ajatella, jos sellaista ei ole aikaisemmin sattunut. Asennemuutoksen aikaansaaminen koettiin haastavaksi, mutta osa työterveyshoitajista kuvasi samalla, kuinka asenteet työturvallisuutta kohtaan voivat muuttua negatiivisesta positiiviseksi. Työterveyshoitajien mielestä kyse oli myös arvoista, lähinnä kilpailevista arvoista siten, että kova ja ahkera työnteko meni työturvallisuuden ja terveyden edelle.

”kyllä se työ on jotenkin, että he ovat siinä kiinni niin paljon, että kyllä terveys jää ihan kakkoseksi”

Työterveyshoitajat kertoivat, että yksilön täytyy ensin tulla tietoiseksi työturvallisuudesta ja sen merkityksestä; jos asiaa ei tiedosteta, ei sitä osata ottaa huomioon joka päivässä työnteossa.

Muutosvastarinta

Vastarintaa voitiin osoittaa suoraan sanomalla asia ääneen tai sitten se ilmeni käyttäytymisen tasolla, jolloin suojaimia ei käytetty, vaikka ne olivat saatavilla. Suojaimia saatettiin käyttää myös vain osassa työtehtävissä.

”No esimerkiksi semmoset, että siä työpaikalla pitää jokaisella olla tietyt varusteet, niin siä on ollu vähän vastarintaa. Ensimmäinen vuosi meni varmaan siihen, että tämmöset turvallisuushavainnot, joissa tehdään niin kuin tämmösiä,

ennaltaehkäisevästi huomataan turvallisuusriskejä, niin sisälsi sitä, että kypärä puuttuu, kypärä puuttuu, suojaliivit puuttuvat”

Vastarintaa osoittivat yksittäiset työntekijät, esimerkiksi kauan työtä tehneet vanhemmat rakennustyömiehet.

Työterveyshoitajien mielestä yhteisen kielen löytäminen oli tärkeää työturvallisuuden ja terveyden edistämisessä, jotta viestintä kahden erilaista työtä tekevän ihmisen välillä toimii. Hoitajan sanaston kuvattiin poikkeavan rakennustyöntekijän sanastosta, ja myös huumori nimettiin tärkeäksi viestinnän välineeksi työturvallisuuden edistämisessä.

5.2.4 Yritystason tekijät

Työturvallisuuden edellytykset

Työterveyshoitajat nimesivät työturvallisuuden edellytyksiä, joita ilman yrityksessä tehtävä työturvallisuuden edistäminen on vaikeaa, ellei lähes mahdotonta. Yritysjohdon asenne ja sitoutuminen työturvallisuuden edistämiseen koettiin haasteeksi.

”Jos johdon sitoutumista ei ole, niin turvallisuustyöllä ei ole kauheasti mahdollisuuksia onnistua.”

Myös yritysjohdon myöntämät resurssit työturvallisuuden edistämiseksi mainittiin työturvallisuustyön edellytyksiksi. Resurssit saattoivat olla taloudellisia resursseja, joilla voidaan esimerkiksi hankkia työterveyshoitajan suosittelemia turvakaiteita työmaalle.

”Täytyy myös sitten johdon suhtautua siihen positiivisesti, että sitä rahaa siihen työsuojeluun huomioitaisiin. Koska monesti sitten sanotaan, ettei ole resursseja, ja että kun tehdään urakalla ja on se urakkaporukka, niin niitten urakkaan ei ole laskettu jotakin vaikka laittaa kaiteita tai siivota jotakin.”

Isoissa yrityksissä oli saatettu palkata turvallisuustyöstä vastaavia henkilöitä, jolloin panostaminen yrityksen henkilöstöresursseihin tuotti tulosta työtaturmien vähenemisen muodossa. Pienyrityksien ja lähiesimiesten jaksaminen saattaa olla koetuksella monien paineiden alla, jolloin

työturvallisuudesta huolehtiminen nähtiin enemmänkin jaksamiskysymyksenä eikä niinkään asennekysymyksenä.

Työturvallisuuden toteuttaminen

Työturvallisuus saattoi toteutua puutteellisesti ns. haasteellisissa yrityksissä. Työterveyshoitajat kuvasivat lyhyen tähtäimen yrityksiä, joita perustetaan hyvässä taloudellisessa suhdanteessa, ja joissa työturvallisuusasiat eivät ole tärkeitä. Puutteita saattoi ilmetä esimerkiksi työaikalainsäädännön tai muiden työnantajavelvoitteiden hoitamisessa. Myös työpaikan yleisen turvallisuuskulttuurin muuttaminen koettiin haasteeksi. Eräs työterveyshoitaja kuvasi onnistunutta turvallisuuskulttuurin muutosta:

”jos on ollu vähän ehkä semmonen rambo-kulttuuri eli on ollu niinku statusta ottaa riskiä, niin nyt statusta onkin se, että osaa tehdä työnsä turvallisesti ja että se on ammattitaitoa.”

Isojen yritysten työterveyshoitajat kokivat haasteelliseksi yhtenäisten turvallisuuskäytäntöjen läpiviemisen sekä tiedottamisen. Kun yrityksen työmaita on paljon ja ne sijaitsevat maantieteellisesti hajallaan, niin viestin vieminen yhtenäisesti, kaikille samalla tavalla, vaatii paljon työtä.

”jo kaikki tämmönen tiedottaminen, kouluttaminen on aina tosi haasteellista. Saada se viesti samalla tavalla kaikille. Että jos aattelee, että vaikka joku tehdas jossa sä voisit ottaa vaikka aina sata kerralla, ja viestittää joitakin asioita, niin meillä se tavallaan se tiedon vieminen vaatii paljon enemmän työtä. Että se on mun mielestä haasteellista.”

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys

Eriksson, Leino-Kilpi ja Vehviläinen-Julkunen (2008) määrittelevät hyvän tieteellisen käytännön ominaisuuksia, jotka toteutuvat tutkimuksen teon jokaisessa vaiheessa. Tutkijan on nähtävä vaivaa hankkiakseen parhaat mahdolliset tiedonantajat. Tässä tutkimuksessa valikoitujen tiedonantajien nimien hankkiminen vaati vaivannäköä useiden puhelinsoittojen ja internetissä tapahtuvan selvitystyön muodossa. Lisäksi tutkija halusi haastatella jokaisen tiedonantajan henkilökohtaisesti, mikä vaati aikaa ja vaivaa toisinaan pitkienkin välimatkojen takia.

Tutkimuslupaan liittyvät tekijät ovat olennainen osa laadullista tutkimusta (Eskola & Suoranta 1998). Tiedonantajat hankittiin puhelimitse tutkimusluvan antaneista työterveyspalveluita tuottavista yksiköistä. Kaikissa yksiköissä suullinen lupa yksikön johtajalta ja/tai tiedonantajalta oli riittävä, kirjallista tutkimuslupaa ei tarvittu, vaikka sen laatimiseen oli varauduttu laatimalla perusteellinen tutkimussuunnitelma. Tutkija soitti suoraan mahdollisille tiedonantajille tiedustellessaan heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Haastattelun alussa haastateltavilta pyydettiin vielä kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta (LIITE 2).

Tiedonantajien vapaaehtoisuus, tutkimuksen luottamuksellisuus sekä tiedonantajien henkilöllisyyden suojaaminen ovat olennaisia laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Tässä tutkimuksessa tiedonantajia informoitiin sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja oikeudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen.

Yksi tiedonantajista epäröi osallistumistaan tutkimukseen vedoten siihen, että hänellä ei ollut isoja rakennusalan yrityksiä asiakkaina. Tiedonantajalle kerrottiin, että tutkimuksen aineistossa aineiston monimuotoisuus ja rikkaus on etu, että tarkoituksena ei ollut haastatella ainoastaan isojen rakennusalan yritysten työterveyshoitajia vaan tutkimukseen haettiin kokeneita rakennusalan työterveyshoitajia erilaisista organisaatioista. Hänelle soitettiin uudelleen myöhemmin, jolloin hän suostui osallistumaan tutkimukseen. Mikäli hän olisi edelleen kieltäytynyt, ei häntä olisi sen enempää suostuteltu vapaaehtoisuuden takaamiseksi. Yksi tiedonantajista kieltäytyi vedoten siihen,

että hän oli siirtynyt hallinnollisiin tehtäviin ja oli hyvin kiireinen. Häntä ei suostuteltu osallistumaan, koska osallistumisen vapaaehtoisuus ja oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta haluttiin varmistaa.

Laadullisessa terveystutkimuksessa eettisyys tulee huomioida tutkimuksen jokaisessa vaiheessa aiheen valinnasta aina tutkimuksen raportointiin asti (Kylmä & Juvakka 2007). Kvalitatiivissa tutkimuksissa aineistojen pieni koko sekä aiheen kapea-alaisuus asettavat erityisvaatimuksia tutkimuksen eettisyydelle. Tässä tutkielmassa aihe ei ollut erityisen sensitiivinen, mutta aineisto koostui harkinnanvaraisesta näytteestä valikoituja tiedonantajia. Tiedonantajiksi haettiin erityisesti kokeneita rakennusalan työterveyshoitajia, jolloin heidän henkilöllisyytensä suojaamiseen kiinnitettiin erityistä huomiota. Tiedonantajien anonymiteetti voi vaarantua, mikäli tiedonantajan työkuva tai titteli kuvataan yksityiskohtaisesti. Laadullinen tutkimus on sidoksissa kyseisen tutkimuksen kontekstiin; aikaan, paikkaan ja ihmisiin, joten tutkijan tulee löytää tasapaino tiedonantajien taustatietojen kuvaamisen ja anonymiteetin suojaamisen välillä. (Holloway & Wheeler 2002.)

Tutkielman luottamuksellisuus ja tiedonantajien henkilöllisyyden suojaaminen huomioitiin raportoinnissa siten, ettei tiedonantajien, yritysten tai organisaatioiden nimiä paljastettu tutkimusraportissa. Myös suorissa lainauksissa vältettiin sellaisia lainauksia, joiden perusteella tiedonantajan henkilöllisyyden olisi voinut identifioida. Tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti analyysivaiheen jälkeen.

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida suhteessa aineiston ja sen keruun luotettavuuteen, analyysin luotettavuuteen sekä raportoinnin luotettavuuteen.

Aineiston laatu ja aineiston keruun luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa olennaisia seikkoja ovat tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen liittyvät seikat. Laadullisessa tutkimuksessa subjektiivisuuden ja objektiivisuuden esille tuominen on tärkeää. Tutkijan ajattelu vaikuttaa aina jollain tasolla analyysin lopputulokseen, vaikka tutkija pyrkisikin suurimpaan mahdollisimpaan objektiivisuuteen. (Eskola & Suoranta 1998.)

Kylmän ym. (2008) mukaan tutkijan reflektiivisyys on eräs laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereistä. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan, että tutkijan on oltava tietoinen omista ennako-oletuksistaan ja arvioitava, miten tutkija itse on vaikuttanut tutkimusprosessiin. Tässä tutkimuksessa tutkijan asemaan ei liittynyt mitään tutkimuksen kulkuun vaikuttamisen intressejä. Tutkijalla itsellään ei ollut kokemusta työterveyshuollosta, mikä osaltaan lisäsi tutkijan neutraalia asennetta tutkittavaa aihetta kohtaan. Toisaalta tutkijan kokemuksen puute työterveyshuollosta saattoi vähentää aiheeseen pureutumisen syvällisyyttä.

Tutkimuksen aineisto oli laadultaan heterogeeninen sen suhteen, millaisissa työterveyshuollon yksiköissä tiedonantajat työskentelivät, mutta homogeeninen tiedonantajien työkokemuksen suhteen. Aineistonkeruu pyrittiin kuvaamaan totuudenmukaisesti kappaleessa 4.1. Aineisto ja sen hankinta. Aineistossa riittävää määrää voidaan arvioida saturaation avulla (Eskola & Suoranta 1998, Kyngäs & Vanhanen 1999). Saturatio tarkoittaa aineiston kylläntymistä, jolloin samat teemat ja asiasisällöt alkavat toistua haastatteluissa. Tässä tutkimuksessa aineisto saturoi kohtalaisella varmuudella. Henkilökohtaisten haastatteluiden katsottiin olevan ensisijaisia, joten puhelinhaastatteluihin ei päädytty.

Tutkijan lisäksi tulosten luotettavuuteen vaikuttavat myös tiedonantajiin liittyvät tekijät (Nieminen 1997). Esimerkiksi tiedonantajat voivat käsittää työturvallisuuden monella eri tavalla. Samoin vastauksiin saattaa vaikuttaa se, että tiedonantajat voivat vastata kuvittelemiensa odotusten mukaisesti ts. sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla.

Analyysin luotettavuus

Analyysin aikana tutkija kulki alkuperäisen aineiston, aineiston luokittelun ja aikaisempien tutkimusten ja teorian välillä. Pietilän (2008) mukaan terveyden edistämisen tutkimus edellyttää usein monitieteistä lähestymistapaa, jolloin terveyden edistämisen tutkimuksessa käytettävä käsitteistö voi olla kirjavaa. Tämä seikka lisäsi kategorioiden nimeämisen haastavuutta. Esimerkiksi työturvallisuuden edistämisen haasteiden kohdalla työterveyshoitajat kuvasivat oman työnsä haasteita, palvelujärjestelmän haasteita sekä yksilötason ja yritystason haasteita. Kategorioiden nimeäminen oli siten haastavaa aineiston kerroksellisuuden takia. Laadullinen lähestymistapa oli perusteltu tässä tutkimuksessa, sillä aihepiiristä löytyy niukasti aikaisempia tutkimuksia.

Analyysia tarkennettiin ohjaajilta saadun palautteen avulla, jolloin alkuperäisen ilmauksen tuli sisältää vain yksi asiasisältö. Kategorioiden nimeämisessä kiinnitettiin huomiota siihen, että ne ovat kattavia ja toisensa poissulkevia, mikä on edellytys tutkimuksen luotettavuudelle (Nieminen 1997). Toisaalta analyysin pitkä aikajänne (lähes kolme kuukautta) kirkasti tutkijalle olennaisia seikkoja aineistosta.

Sisällönanalyysin luotettavuutta arvioidessa tulee ottaa huomioon se, miten tutkija on onnistunut pelkistämään aineiston samalla säilyttäen yhteyden aineiston ja tulosten välillä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Yhteyttä aineiston ja tulosten välillä havainnollistettiin suorien lainauksin sekä näyttämällä esimerkkejä siitä, miten tietty kategoria on muodostunut. Tuomen ja Sarajärven (2006) mukaan kategorioiden muodostaminen on analyysin kriittisin vaihe, sillä tutkija on se, joka päättää, millä perusteella eri ilmaisut luokitellaan samaan tai eri kategoriaan. Siten tutkijan taidot ja oivalluskyky joutuvat koetukselle (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001).

Niemisen (1997) mukaan analyysin tuoreus, uusien puolien esiin nostaminen sekä analyysin taloudellisuus eli kattavan kuvauksen esittäminen harvojen käsitteiden avulla, nostavat laadullisen tutkimuksen arvoa. Aineiston analyysin luotettavuutta on helpompi arvioida, mikäli tutkimus on raportoitu selkeästi, tutkijan ratkaisut ovat perusteltuja ja tutkija osoittaa evidenssiä väitteilleen. Polit & Beck (2006) korostavat laadullisen tutkimuksen arvioinnissa analyysiprosessin tarkkaa kuvaamista. Tutkija pyrki kuvaamaan aineiston analyysin mahdollisimman läpinäkyvästi ja havainnollisesti ja siten, että yhteys aineiston ja tulosten välillä pysyisi vahvana. Tällöin lukijan on helpompi arvioida analyysin onnistuneisuutta.

Raportoinnin luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan on syytä kuvata tutkimuksen kulku yksityiskohtaisen tarkasti. Tutkijan tulisi kuvata tutkimuksen tarkoitus, omat sitoumuksensa ja kuvata aineiston keruun eteneminen. Lisäksi tutkijan tulisi kuvata aineiston analyysi läpinäkyvästi ja totuudenmukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Niemisen (1997) mukaisesti tutkimuksen raportoinnissa pyrittiin selkeään kielenkäyttöön sekä havainnollisuuteen tulosten esittämisessä. Tulososassa havainnollisuutta lisättiin esittämällä riittävästi suoria lainauksia haastatteluista. Liitetaulukoista yksi ja kaksi löytyy yhteenveto tämän tutkimuksen tuloksista, mikä osaltaan lisää tutkimuksen läpinäkyvyyttä. Tulokset pyrittiin raportoimaan tulososassa tiiviisti, selkeästi ja kattavasti.

Tulosten siirrettävyys toteutuu tässä tutkimuksessa joiltain osin. Työterveyshoitajan kohtaamat haasteet rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämässä eivät ole sellaisenaan siirrettäviä, sillä osa tuloksista kuvaa nimenomaan rakennusalan ominaispiirteisiin liittyviä haasteita. Osa haasteista on sellaisia, joita työterveyshoitajat voivat kohdata yleisesti terveyden edistämässä. Tuomi ja Sarajärvi (2006) korostavat, että sisällönanalyysin tavoitteena on järjestää aineisto johtopäätöksiä varten. Täten tulosten kriittinen tarkastelu auttaa poimimaan olennaisimmat seikat runsaiden yksityiskohtien joukosta, ja saatuja tuloksia voidaan tarkastella suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon.

6.2 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata työterveyshoitajan työtä rakennustyöntekijän terveyden edistäjänä; erityisesti siinä työturvallisuuden edistäjänä. Lisäksi tutkimuksessa kuvattiin työterveyshoitajan kohtaamia haasteita rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämässä. Tuloksissa ilmeni, että työterveyshoitaja kohtaa monenlaisia haasteita rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämässä. Työterveyshoitaja tekee monenlaista yhteistyötä työturvallisuuden edistämiseksi osana moniammatillista tiimiä, jolloin työterveyshoitaja on yksi niistä monista toimijoista, jotka edistävät työturvallisuutta rakennustyössä.

Työterveyshoitajan työ työturvallisuuden edistäjänä

Työterveyshoitajan työ rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistäjänä koostui yksilökeskeisestä työstä ja työyhteisöön kohdistuvasta työstä. Yksilökeskeisen terveyden edistämisen näkökulmasta katsoen tuloksista ei saatu esille uutta tietoa. Sen sijaan työyhteisökeskeistä terveyden edistämistä ei ole juurikaan tutkittu työterveyshoitajan työssä. Tästä johtuen työpaikkaan kohdistuva työturvallisuuden edistämisen kuvaus toi uutta tärkeää tietoa terveyden edistämisestä yhteisötasolla.

Joissakin aikaisemmissa tutkimuksissa (Whitehead 2004, Casey 2007) sairaanhoitajia on kritisoitu kapeasta, yksilökeskeisestä terveyden edistämisen näkemyksestä. Tässä tutkimuksessa vastaavaa ei havaittu, mikä saattaa johtua työterveyshoitajien uniikista työnkuvasta, joka poikkeaa muusta hoitotyöstä työn lähtökohtien, työn kohteen, tavoitteiden ja muiden ominaispiirteiden osalta.

Tässä tutkimuksessa työterveyshoitajat kuvasivat työnsä painottuvan yksilökeskeiseen työhön. Naumasan (2007) mukaan työterveyshoitajat käyttävät keskimäärin 48 % työajastaan yksilökeskeiseen työhön, kun taas 18 % työajasta käytetään työpaikkakohtaiseen terveyden

edistämiseen. Muita työtehtäviä ovat Naumasen (2007) mukaan hallinnolliset työt ja yhteistyö. Työterveyshoitajan työ sisältää paljon erilaisia terveystarkastuksia, yksilöön kohdistuvaa terveysneuvontaa ja tietojen antamista.

Tässä tutkimuksessa työterveyshoitajat kuvasivat kahdentyyppistä terveysneuvontaa: asiantuntijakeskeistä tietojen antamista, neuvontaa ja ohjaamista rakennusalan työturvallisuusasioista, kuten suojaimista, altisteista ja tapaturmariskistä. Toiseksi he kuvasivat asiakaslähtöistä terveysneuvontaa, jossa edettiin enemmän asiakkaan lähtökohdista lähtien. Osa työterveyshoitajista painotti luonnollisesti yksilöiden kautta tehtävää työturvallisuuden edistämistyötä, kun taas osa painotti yhteistyön ja asiakasorganisaatioon vaikuttamisen merkitystä.

Työterveyshuollon erityispiirre verrattuna muuhun terveydenhuoltoon on vaikuttaminen työympäristöön, työoloihin ja työyhteisöön (Manninen ym. 2007). Työterveyshoitajat kuvasivat työpaikalla terveysriskien havainnointia ja tiedonkeruuta yksityiskohtaisesti. Työyhteisön terveyden edistäminen kohdistui tässä koko työyhteisöön, mutta samalla myös yritysjohtoon ja työturvallisuusorganisaatioon, eli niihin henkilöihin, jotka päättävät resursseista ja sitä kautta heillä on vaikutusvaltaa moneen työturvallisuuteen vaikuttavaan asiaan työpaikalla. Työterveyshoitajat kuvasivat työturvallisuuden edistämistä laaja-alaisesti, esimerkiksi he kuvasivat työterveyshuollon koordinoitua työtä osana työturvallisuuden edistämistä. Työterveyshoitaja tiedottaa ja informoi muuta työterveyshuollon tiimiä työturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi työterveyshoitaja toimii työturvallisuuden markkinoijana työpaikan esimiesten ja yritysjohtoon suuntaan. Työterveyshoitajan toteuttamaan työturvallisuuden edistämiseen sisältyy siten Maben ja Macleod Clarkin (1995) kuvaama myynnin ja markkinoinnin näkökulma.

Työterveyshoitaja kuvattiin keskeiseksi henkilöksi työterveyshuollossa. Työterveyshoitajan vastuulla on koordinoita työterveyshuoltoa sekä yrityksen että työterveyshuollon organisaation että asiakkaiden suuntaan. Heikkisen (2007) väitöskirjassa tuli esiin työterveyshoitajan roolin haasteellisuus. Työterveyshoitajalla on moninaisia tehtäviä, rooleja ja vastuita kahta asiakaskuntaa, työnantajia sekä työntekijöitä kohtaan. Tässä tutkimuksessa rooliristiriidat eivät tulleet esille, kuten Heikkisen (2007) työterveyshuollon yksityisyyttä koskevassa tutkimuksessa. Haastatteluissa työterveyshoitajat painottivat hyvän yhteistyön merkitystä asiakasyrityksen suuntaan.

Rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisen haasteet

Työterveyshoitajat kuvasivat laajasti työturvallisuuden edistämisen haasteita, jotka olivat: työterveyshoitajan asiantuntijuus, työterveyshuollon palvelujärjestelmän ominaisuudet, yksilötason ja yritystason tekijät. Tämä tutkimus lisäsi tietoa työturvallisuuden edistämisen sosiaalisista ja organisatorisista esteistä, jotka ovat jääneet varjoon turvallisuusteknisten seikkojen kustannuksella (Mullen 2004, Choundry & Fang 2008).

Rakennusalan työterveyshuolto vaatii työterveyshoitajalta erityistä ammattitaitoa, jotta työterveyshoitaja osaa arvioida lukuisten kemikaalien, työmenetelmien ja -välineiden turvallisuusriskejä. Näin ollen työterveyshoitajat painottivat työterveyshuollon asiantuntijuuden merkitystä, ja että rakennusalan työterveyshuollon asiantuntijuuden saavuttaminen vaatii useiden vuosien kokemusta sekä keskittymistä alaan, jotta kokemusta karttuu riittävästi. Lisäksi ala vaatii jatkuvaa opiskelua ja tietojen päivittämistä. Myös Pirinen (2007) korostaa, että terveysneuvonnan toteuttaminen vaatii tietoja ja taitoja siitä terveyden osa-alueesta, jota on tarkoitus edistää.

Kyrönlahden (2005) mukaan työterveyshuollon asiantuntijuus edellyttää jatkuvaa kouluttautumista erilaisien kurssien ja opintokokonaisuuksien avulla. Tässä tutkimuksessa työterveyshoitajat puolestaan kuvasivat runsaasti itseopiskelua ja tiedon omatoimista hankintaa ammattitaidon ja osaamisen ylläpitämiseksi. Työterveyshoitajat toivat esiin työterveyshuollon erityisosaamista työperäisten sairauksien ennaltaehkäisemisessä. Työterveyshuollolla on spesifiä osaamista, jota asiakasyrityksistä ei välttämättä löydy. Niin tässä kuin Naumasen (2007) tutkimuksessa työterveyshoitajat painottivat asiantuntijuudessaan ennaltaehkäisevää terveyden edistämistä.

Terveyden edistäminen yhteisötasolla on sekä haaste että mahdollisuus. Työterveyshoitajat painottivat, että he haluaisivat käydä enemmän työpaikoilla, mutta se ei ollut aina mahdollista. Aikaisemmissa tutkimuksissa Naumanen ja Liesivuori (2009) suosittelevat myös työpaikkakäyntien lisäämistä. Yrityksen omalla työterveysasemalla työskentelevät työterveyshoitajat kuvasivat edukseen sen, että he voivat käydä työpaikalla tarpeen vaatiessa, kun taas ostopalvelutyöterveyshuollossa työpaikalla käyminen vaati lupaa asiakasyrityksestä. Naumasen (2007) mukaan yrityksen omalla työterveysasemalla työskentelevät työterveyshoitajat käyttävät enemmän työaikaan työpaikkaan kohdistuvaan terveyden edistämiseen kuin muun tyyppisissä organisaatioissa työskentelevät työterveyshoitajat.

Yksilötason haasteita työterveyshoitajat kuvasivat sekä sisäisinä tekijöinä kuten arvot ja asenteet sekä muutosvastarintana, kuten suojaamisen käytön laiminlyömisinä. Työterveyshoitajat kuvasivat yhteisen kielen löytämisen tärkeyttä kommunikaatiossa rakennustyöntekijän kanssa. Vaikka työterveyshoitajat kertoivat kohdanneensa haasteita yksilötasolla, kuitenkin kaikki työterveyshoitajat kuvasivat yleisten työturvallisuusasenteiden parantuneen vuosien saatossa.

Osa työterveyshoitajien kuvaamista haasteista kuvasi nimenomaan rakennusalalle ominaisia haasteita, kuten puutteita palveluiden kattavuudessa. Rytkösen ym. (2005) mukaan noin neljännes rakennustyöntekijöistä (n=1 416) ilmoitti, ettei heillä ole työterveyshuoltoa. Tässä tutkimuksessa työterveyshoitajat toivat esille erityisesti pienyrityksien ja niissä työskentelevien rakennustyöntekijöiden sekä epätyypillisissä työsuhteissa työskentelevien rakennustyöntekijöiden terveydellistä epätasa-arvoa verrattuna esimerkiksi suurissa yrityksissä työskenteleviin rakennustyöntekijöihin. Työterveyshoitajat kuvasivat, kuinka kaikkia työntekijöitä ei saatu terveystarkastuksiin esim. työn kausiluonteisuuden tai välimatkojen takia. Myös Pritchardin (2004) mukaan rakennusalan lyhytaikaiset työsuhteet saattavat olla esteenä rakennustyöntekijöiden terveyden edistämiseksi.

Puutteisiin rakennusalan työterveystarkastusten kattavuudessa Suomessa on pyritty puuttumaan aikaisemmin Raketti-rekisterin avulla. Eteran ylläpitämästä Rakettirekisteristä kutsuttiin LEL-vakuutuksen piirissä olevat rakennustyöntekijät työterveystarkastuksiin työpaikasta riippumatta, mutta sittemmin rekisterin toiminta lopetettiin. Tilalle lanseerattiin nyt käytössä oleva työterveyskortti, johon merkitään viimeisimmän terveystarkastuksen ajankohta. (STM 2006.)

Työterveyshoitajat kokivat yritysjohtoon aseman työturvallisuuden edistämisen suhteen merkittävänä. Tulos on yhdenmukainen aikaisempien tutkimusten kanssa (Garcia 2004, Mullen 2004, Choudry & Fang 2008). Työterveyshoitajat painottivat, että yritysjohtoon asenne ja sitoutuminen olivat välttämätön edellytys työpaikalla toteutettavalle työturvallisuuden edistämiseksi. Yritysjohtoon asema on merkittävä myös siinä suhteessa, että johto myöntää resursseja kuten aikaa, rahaa ja arvostusta työpaikalla toteutettavalle turvallisuustyölle. Myös Wilkinsonin (1999) mukaan resurssien, sekä ajan että rahan puute, on eräs merkittävä este työpaikan terveyden edistämiseksi.

Aineistossa ilmeni työterveyshoitajan työn monimuotoisuus. Palvelut voidaan järjestää usealla eri tavalla, asiakasyritysten tarpeet ja ongelmat vaihtelevat yrityksen koosta ja tilanteesta riippuen, ja jokainen työterveyshoitaja sekä asiakkaat tuovat työhön oman yksilöllisen työtapansa ja persoonansa.

Keskeisiä haasteita terveyden ja turvallisuuden edistämässä ovat työterveyshuollon palvelujärjestelmään liittyvät haasteet. Nämä haasteet tulevat käsiteltäviksi PARAS-hankkeen myötä, joka uudistaa kunnallista palvelujärjestelmää ja sitä kautta vaikuttaa kunnalliseen työterveyshuoltoon. Todennäköisesti kunnallisten työterveysyksiköiden määrä vähenee PARAS-hankkeen myötä, koska hankkeen tavoitteena on saada riittävä väestöpohja, vähintään 20 000 henkeä kunkin yhteistoiminta-alueen väestöpohjaksi. Tällöin osaamista voidaan keskittää, mutta Pohjois- ja Itä-Suomessa pitkät välimatkat ja työterveyshuollon palveluiden saatavuus ovat suuri haaste uudistuksessa. (Fagerlund ym. 2008, Lamberg, Partinen & Hiltunen 2008)

Työterveyshoitajat kuvasivat, että ostopalvelusopimukset saattavat rajoittaa tai muutoin ohjata työterveyshoitajan toteuttamaa terveyden edistämistyötä, kun ostopalvelusopimukset määrittävät työn sisältöä. Mannisen (2009) mukaan yksityisten työterveyspalveluiden määrä on kasvanut tällä vuosituhannella. Samoin työllistävät työprosessit eli terveystarkastukset ja työpaikkaselvitykset vievät paljon työaikaa. Osalla työterveyshoitajista oli asiakkaita reilusti yli suositusten, jolloin työtaakka saattoi muodostua suureksi, samoin asiakasyritysten vaihtuvuus lisäsi työtaakkaa. Toisin sanoen suuri työtaakka koettiin haasteeksi työturvallisuusasioiden edistämässä. Työterveyshoitajat kokivat työtaakan olevan este sille, että he voisivat toteuttaa työturvallisuuden edistämistä parhaalla mahdollisella tavalla.

6.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Rakennusalan asiantuntijuuden kehittymistä edistää työterveyshoitajan mahdollisuus keskittää osaamistaan rakennusalan yrityksiin, ja tätä mahdollisuutta ei aina ole. Rakennusalalla toteutetaan usein tiheästi terveystarkastuksia, jolloin tämä tulisi huomioida työterveyshoitajan asiakkaiden lukumäärässä. Samoin pienyritysten suuri lukumäärä lisää työtaakkaa.

Työterveyshuollossa esimiesten merkitys työterveyshoitajan työn organisoinnissa on suuri, jotta asiakasmäärä tai työtaakka ei paisu hallitsemattomaksi. Työnkuormitusta ei voida arvioida ainoastaan asiakasmäärien perusteella vaan useiden em. tekijöiden vaikutus työnkuormitukseen tulisi huomioida. Työterveyshoitajat kokivat, että suuri työmäärä sekä palvelujärjestelmän joustamattomuus voivat olla esteenä sille, että he voisivat toteuttaa työturvallisuuden edistämistä ammattitaitonsa perusteella parhaaksi katsomallaan tavalla.

Pienyrittäjien ja pienyrityksissä työskentelevien sekä epätyypillisissä työsuhteissa työskentelevien rakennustyöntekijöiden terveyttä, hyvinvointia ja palveluiden saatavuutta olisi tärkeää tutkia ja

kehittää jatkossa, ja sitä, miten rakennustyöntekijät itse kokevat terveytensä ja hyvinvointinsa, ja niitä tukevat tekijät. Työterveyshoitajan työyhteisöön kohdistuvaa terveyden edistämistyötä on tutkittu niukasti, joten lisää tutkimusta tältä alueelta tarvitaan.

LÄHTEET

Ammattitaudit ja ammattitautiepäilyt 2005. Työperäisten sairauksien rekisteriin kirjatut uudet tapaukset. 2007. Työterveyslaitos

Ammattitautilaki 1998/1343

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1988/19881343?search\[type\]=pika&search\[pika\]=ammattitautilaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1988/19881343?search[type]=pika&search[pika]=ammattitautilaki) luettu 15.9.2009

Antonovsky A. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 11 (1), 11-18.

Arndt V, Rothenbacher D, Daniel U, Zschenderlein B, Schuberth S & Brenner H. 2004. All-cause and cause specific mortality in a cohort of 20 000 construction workers; results from a 10 year follow up. *Occupational and Environmental Medicine* 61, 415-429.

Beavers J, Moore J, Rinehart R & Schriver W. 2006. Crane-related fatalities in the construction industry. *Journal of Construction Engineering and Management* 132, 901-910.

Casey D. 2007. Nurses' perceptions, understanding and experience of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 1039-1049.

Choudry R & Fang D. 2008. Why operatives engage in unsafe work behavior: Investigating factors in construction sites. *Safety Science* 46, 566-584.

Dong X. 2005. Long workhours, work scheduling and work-related injuries among construction workers in the United States. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 31, 329-335.

Eriksson K, Leino-Kilpi H & Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Hoitotiede ja tiede-etiikka. *Hoitotiede* 20, 295–303.

Eskola J & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus.

Eskola J & Vastamäki 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle. Toim. Aaltola J & Valli R. PS-kustannus. 24–42.

Facts 50. Melun hallinta rakennustoiminnassa. Euroopan työturvallisuus- ja työterveysvirasto.

Fagerlund M, Lappi J, Pulkkinen-Närhi P, Manninen P, Lamberg M & Partinen R. 2008. Kunnallisten työterveysyksiköiden määrä vähenemässä. *Lääkärilehti* 63, 1419–1422.

Garcia A, Boix P & Canosa C. 2004. Why do workers behave unsafe? Determinants of safe work practices in industrial workers. *Occupational and Environmental Medicine* 61, 239-246.

Heikkinen A. 2007. Privacy in occupational health care - Ethical examination. *Annales Universitatis Turkuensis D 750*. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hinze J & Giang G. 2007. Factors associated with construction worker eye injuries. *Safety Science* 46, 634–645.

- Hirsjärvi S & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino.
- Holloway I & Wheeler S. 2002. Qualitative research in nursing. Second edition.
- Hsiao H. 2001. Preventing falls from the roof: a critical review. *Ergonomics* 44, 537-561.
- Jakonen S, Ruoranen M & Heljälä L. 2003. Terveystieteiden käytännön rooli terveyden edistämässä. *Terveyskirjasto*. luettu 23.11.2008
- Jääskeläinen & Lehtinen 2007. Putoamistapaturmat edelleen rakennustyömaiden erityisongelma. Rakennusliitto.
<http://www.rakennusteollisuus.fi/RT/Ajankohtaista/Putoamistapaturmat+edelleen+rakennusty%C3%B6maiden+erityisongelma/> luettu 1.3.2009
- Kaukiainen A. 2000. Promotion of the health of construction workers. *People and work. Research reports 35*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos.
- Kettunen T, Poskiparta M & Liimatainen L. 2001. Empowering counseling- a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research* 16, 227-2238.
- Kivistö K, Johansson K, Virtanen H, Rankinen S, Leino-Kilpi H. 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. *Hoitotiede* 21, 13–22.
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita.
- Kylmä J, Rissanen M-L, Laukkanen E, Nikkonen M, Juvakka T & Isola A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. *Tutkiva hoitotyö* 6, 23–29.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-12.
- Kyrölahti E. 2005. Työterveyshuollossa työskentelevän terveydenhoitajan osaaminen. Itsensäätelyvalmiuksien kehittäminen ammattikorkeakoulussa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1111. Kasvatustieteen laitos.
- Käypä hoito 2007. Käden ja kyynärvarren rasisairaudet. *Duodecim*.
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50055> luettu 15.9.2009
- Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Käsiteanalyysi ohjauksiteoreettisesta hoitotieteestä. *Hoitotiede* 17, 250–258.
- Lamberg M, Partinen R & Hiltunen M-L. 2008. Sosiaali- ja terveyspolitiikassa tapahtuu. *Työterveyslääkäri* 26, 73–79.
- Lappalainen J. 2007. Rakennusalan työterveyshuollon peruseräpäätet. <http://www.ttl.fi/NR/exeres/1E0C8262-3C34-4F13-82E9-C585FF8C0344.htm#pagestart> luettu 27.11.2008
- Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen S & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. *WSOY*. 21–43

- Maben J & Macleod Clark J. 1995. Health promotion: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 22, 1152-1165.
- Manninen P. 2007 (toim). Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2004. Työterveyslaitos.
- Manninen P. 2009 (toim). Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2007. Työterveyslaitos.
- Manninen P, Peurala M, Pulkkinen-Närhi P, Rautio M & Husman K. 2007. Työterveyshuolto osana perusterveydenhuoltoa. *Suomen Lääkärilehti* 6, 529–533.
- Mellor G & St. John W. 2007. Occupational health nurses' perceptions of their current and future roles. *Journal of Advanced nursing* 58, 585-593.
- Mellor G & St. John W. 2009. Managers' perceptions of the current and future role of occupational health nurses in Australia. *AAOHN Journal* 57, 79-87.
- Mullen J. 2004. Investigating factors that influence individual safety behavior at work. *Journal of Safety Research*. 275–285.
- Mäkelä T & Jaakkonen L. 2008. Työturvallisuus osana rakentajien ammattitaitoa RAKTU2006. Opetushallitus.
- Mäkitalo J. 2006. Työkyvyn käsite. Teoksessa: Työterveyshuolto. Toim. Antti-Poika M, Martimo K-P & Husman K. Duodecim.
- Naumanen P. 2007. The expertise of Finnish occupational health nurses. *Nursing & Health Sciences* 9, 96–102.
- Naumanen P & Liesivuori J. 2009. Workplace health promotion activities of Finnish occupational health nurses. *Public Health Nursing* 26, 218-228.
- Naumanen-Tuomela P. 2001. Occupational health nurses' work and expertise in Finland: Occupational health nurses' perspective. *Public Health Nursing* 18, 108-115.
- Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY.
- Nyberg M. 2006. Rakennusalan ammattikohtaiset työpaikkaselvitykset.
<http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Rakennusterveys/RATS/default.htm>
 luettu 27.11.2008
- Oikarinen J. Rakentamisen toimialakatsaus II/2008. Tilastokeskus.
http://www.stat.fi/artikkelit/2008/art_2008-09-26_002.html?s=0 luettu 21.10.2008
- Ottawa Charter. 1986. Ottawa Charter for health promotion. Canada.
- Palmgren H, Jalonen P, Jurvansuu H, Kaleva S & Tuomi K. 2008. Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaaminen (TANO) työterveyshuolloissa. Työ ja ihminen tutkimusraportti 35. Työterveyslaitos.
- Perkiö-Mäkelä M.(toim). 2006. Työ ja terveys-haastattelututkimus 2006. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos.

- Pesso K. 2004. Terveydenhoitotyön viitekehys tutkimuskohteena. Acta Universitatis Tamperensis 1005. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Pietilä A-M, Meriläinen P, Tossavainen K & Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Preventiivinen hoitotiede – yksilö, yhteisö ja kulttuuri terveyden tutkimuksessa. Hoitotiede 6, 325-333.
- Pietilä A-M, Länsimies-Antikainen H, Halkoaho A & Vähäkangas K. 2008. Terveyden edistämisen tutkimuksen eettinen ja menetelmällinen perusta. Hoitotiede 20, 304–313.
- Pirinen L. 2007. Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittyminen – esimerkkinä painonhallinta. Annales Universitatis Turkuensis 264. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Polit D & Beck C. 2006. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Sixth edition.
- Pritchard C. 2004. Building for health? The construction managers of tomorrow. The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health. 124, 171-176.
- Pääkkönen R, Rantanen S & Uitti J. 2005. Työn terveysvaarojen tunnistaminen. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Rantanen J. 2005. Basic occupational health services, their structure, content and objectives. The Scandinavian Journal of Work, Health and Environment. Supplements 1, 5-15.
- Rautio M. 2005. Muuttuva työelämä haastaa työterveyshuollon kehittämään menetelmiään ja osaamistaan. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteen laitos. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A 9.
- Riikonen E, Kämäräinen M, Lappalainen J, Oksa P, Pääkkönen R, Rantanen S, Saarela K & Sillanpää J. 2003. Työsuojelun perusteet. Työterveyslaitos.
- Rytkönen H, Hänninen K & Juntunen J. 2005. Työterveystutkimus. Työolot, terveys ja työkyky rakennus-, maatalous-, metsä- ja satama-alalla 1998, 2001 ja 2004. (3T-tutkimus) Kysely työntekijöille ja työnantajille. Eteran tutkimuksia 3/2005.
- Rytkönen H, Hyttinen M; Hänninen K, Sorvari S & Juntunen J. 2009. Työolot, terveys ja työkyky rakennus-, metsä- maatalous- ja satama-alalla 1998, 2001, 2004 ja 2008. (3T-tutkimus). Eteran tutkimuksia 7/2009. Työsuojelurahasto.
- Saaranen-Kauppinen A & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_3.html luettu 27.11.2008
- Saloniemi Antti. 1999. Työn tekemisen turvallisuus, rakenteet ja rakentaminen. Acta universitatis Tamperensis 659. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.
- Seuri M & Uitti J. 2004. Työperäinen sairaus, ammattitauti ja työterveyshuolto. Työterveyslääkäri 22, 420–422.
- Shain M & Kramer D. 2004. Health promotion in the workplace: Framing the concept, reviewing the evidence. Occupational & Environmental Medicine 61, 643- 648.

- STM 2004. Valtion periaatepäätös. Työterveys 2015. Työterveyshuollon kehittämissuunnitelmat.
- STM 2006. Rakennusalan terveystarkastuksien seurantarekisteri. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:27.
- Tilastokeskus 2008a. Työtapaturmat Suomessa vuonna 2006
- Tilastokeskus 2008b. Suomen tilastollinen vuosikirja 2008.
- TSR Hankeraportti 2002. Rakennusmaalarien kemikaalialtistus ja siitä aiheutuvat terveyshaitat.
- Tuomi J & Sarajärvi A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Tuominen P, Savola E & Koskinen-Ollonquist P. 2005. Terveyden edistämisen avainsisällöt. Kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen koulutuksen tukemiseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja – sarja 5/2005.
- Turvapakki. 2005. Putoamissuojaus, telineet ja kulkutiet. Työterveyslaitoksen verkkosivut. <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Rakennusterveys/Turvapakki/Putoamissuojaus+ja+ty%C3%B6taset.htm> luettu 16.6.2009
- Turvapakki. 2005. Silmävammat. Työterveyslaitoksen verkkosivut. http://www.ttl.fi/search/MsmGo.exe?grab_id=854&page_id=8192&query=silm%C3%A4vammat&hiword=SILM%C3%A4VAMMA+SILM%C3%A4VAMMAN+silm%C3%A4vammat luettu 1.3.2009
- TVL 2008. Työtapaturmat ja ammattitaudit, Tilastovuodet 1996–2006. Tapaturmavakuutuslaitosten liitto.
- TVL 2008 ja 2009. Tapaturmapakki. Tapaturmavakuutuslaitosten liiton web-tietokanta. Tapaturmavakuutuksen perusteella korvatut työtapaturmat. (Vain TVL:n sidosryhmien käytössä)
- Työministeriö 2009, professionaali-verkkosivut. http://www.morning.fi/extra/tulevaisuuden_tyot/professionaali/ala.php?ala=talonrakennus#2 luettu 13.1.2009
- Työterveyshuoltolaki 2001/1383. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6terveyshuolto%2A> luettu 27.10.2008
- Työturvallisuuslaki 2002/738. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738> luettu 27.10.2008
- Työvoimatutkimus 2006. Tilastokeskus.
- Valtioneuvoston asetus (2006/85) työntekijöiden suojelemiselta melusta aiheutuville vaaroilta. Valtioneuvoston asetus (2009/205) rakennustyön turvallisuudesta.
- Van der Molen HF, Lehtola M, Lappalainen J, Hoonakker PLT, Hsiao H, Haslam R, Hale AR & Veerbek J. 2007. Interventions for preventing injuries in the construction industry (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4.

Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. 13–34.

Vertio H. 2003. Terveyden edistäminen. Tammi.

Virtanen H, Leino-Kilpi H & Salanterä S. 2007. Empowering discourse in patient education. *Patient Education and Counseling* 66, 140-146.

Welsch L, Hunting K & Anderson Murawski J. 2005. Occupational injuries among construction workers treated in a major metropolitan emergency department in the United States. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 31, 11-21.

Whitehead D. 2004. Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*. 47, 311-320.

WHO Collaboration centre on community safety promotion. 1998. Safety and Safety promotion. Conceptual and operational aspects.

http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Publications/safety_promotion1998%20.pdf luettu 29.5.2009

Wilkinson C. 1999. Management, the workplace and health promotion: fantasy or reality? *Health Educational journal* 58, 56-65

Yu T-S, Cheng F, Tse S & Wong T. 2002. Assessing the provision of occupational health services in the construction services in Hong Kong. *Occupational Medicine* 53, 375-382.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Hyvä työterveyshoitaja!

Opiskelen Tampereen yliopistossa hoitotieteen laitoksella ja teen pro gradu-tutkielmaa, jonka tarkoituksena on kuvata työterveyshoitajien näkemyksiä rakennusalan työturvallisuuden edistämisestä. Lisäksi tutkielman tarkoituksena on selvittää, millaisia haasteita työterveyshoitajat kohtaavat työturvallisuuden edistämisessä erityisesti rakennusalaan koskien.

Kyseessä on teemahaastattelututkimus, jonka avulla haluaisin kuulla käsityksiänne rakennusalan työturvallisuuden edistämisestä työterveyshoitajan näkökulmasta katsoen. Haastattelun tarkoituksena on selvittää työterveyshoitajien näkemyksiä aiheesta, jolloin kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia, vaan jokaisen yksittäisen työterveyshoitajan persoonallinen näkemys on arvokas.

Haastattelussa antamianne tietoja tullaan käsittelemään luottamuksellisesti eikä henkilöllisyyttänne ole mahdollista selvittää tutkimusraportista. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkimuksen aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimuksen onnistumisen kannalta teidän osallistumisenne on ensiarvoisen tärkeää. Haastatteluun on hyvä varata aikaa noin 30–60 minuuttia. Tutkielman ohjaajina toimivat THT Marja-Terttu Tarkka ja TtM Anja Rantanen. Tutkimusta koskeviin kysymyksiin saatte vastauksia tarvittaessa alla olevasta numerosta.

ystävällisesti

Susanna Repo
th, TtM-opiskelija
Hoitotieteen laitos
Tampereen yliopisto
puhelin:xxx-xxxxxxx
susanna.repo@uta.fi

Liite 2. Suostumus tutkimukseen

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa ”Työterveyshoitaja rakennusalan työturvallisuuden edistäjänä” tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Aika ja paikka:

____.____.2009 _____ .____.____.2009 _____

Allekirjoitus:

Suostun osallistumaan tutkimukseen: Suostumuksen vastaanottaja:

TAUSTAKYSYMYKSET:

Kuinka kauan olet työskennellyt työterveyshoitajana?

Kuinka monta rakennusalan yritystä on vastuullasi? Yritysten koko?

Kuinka monta työpaikkakäyntiä olet tehnyt viimeisen kahden vuoden aikana rakennusalan yritykseen?

Entä kuinka monta työterveystarkastusta olet toteuttanut rakennusalan työntekijöille viimeisen vuoden aikana?

KÄSITYS TYÖTURVALLISUUDESTA

Mitä työturvallisuus mielestäsi tarkoittaa?

Millaisia erityispiirteitä rakennusalan työturvallisuuteen liittyy? Kerro esimerkkejä.

Kuvaile rakennusalan työturvallisuutta.

TYÖTERVEYSHOITAJA RAKENNUSALAN TYÖTURVALLISUUDEN EDISTÄJÄNÄ

Kuvaile, miten omassa työssäsi työterveyshoitajana edistät rakennusalan työturvallisuutta.

- a) yksilötasolla
- b) ammattikohtaisesti
- c) työyhteisötasolla

Keiden kanssa teet yhteistyötä työturvallisuuden edistämiseksi?

TYÖTURVALLISUUDEN EDISTÄMISEN HAASTEET

Kuvaile, millaisia haasteita rakennusalan työturvallisuuden edistämiseen liittyy.

Mitkä tekijät vaikeuttavat rakennusalan työturvallisuuden parantamista?

- a) rakennusalaan liittyvät tekijät
- b) omaan työhösi liittyvät tekijät
- c) muut tekijät

Miten työterveyshoitajan työtä rakennusalan työturvallisuuden edistäjänä voisi kehittää?

Haluatko kertoa vielä jotain muuta?

Liitetaulukko 1. Työterveyshoitajan työ työturvallisuuden edistäjänä

RYHMITELTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
motiivien huomiointi	ASIAKASLÄHTÖINEN TERVEYSNEUVONTA	YKSILÖ- KESKEINEN TYÖ	TYÖTERVEYS- HOITAJAN TYÖ TYÖTURVALLI- SUUDEN EDISTÄJÄNÄ
puheeksi ottaminen			
vastavuoroinen keskustelu			
kysyminen			
asiakkaan oman oivaltamisen löytäminen			
uusien näkökulmien tarjoaminen			
ohjausta	ASiantuntija- keskeinen terveysneuvonta		
neuvontaa			
opettamista			
tietojen antamista altisteista			
tietojen antamista suojaamista			
tietojen antamista tapaturmariskistä			
ohjausta oikeista työskentelytavoista	YKSILÖKESKEINEN VASTAANOTTO- TOIMINTA		
ohjausta työnkuormituksen välttämisestä			
elämäntapa-asiat			
terveystarkastukset			
sairaanhoitoa			
vajaakuntoisten hoitaminen			
jatkohoidon järjestäminen	TYÖ- TURVALLISUUDEN MARKKINOINTI		
taloudellisilla seikoilla perustelua yritysjohtolle			
hyödyillä perustelua yritysjohtolle	ASIAKAS- YRITYKSESSÄ VAIKUTTAMINEN		
organisaatioon vaikuttamista			
organisaation kehittämissuunnitelmiin osallistumista			
työsuojelutoimikunnassa vaikuttamista	PALAUTTEEN ANTAMINEN		
puuttumista			
palautteen antamista työpaikkaselvityksen avulla	TYÖYHTEISÖÖN KOHDISTUVA TERVEYSNEUVONTA		
koulutusta			
konkreettisten neuvojen antamista työpaikalla			
työpaikkakäyntejä	TERVEYSRISKIEN ARVIOINTI		
työmaan yleisilmeen havainnointi			
työympäristön havainnointi			
tapaturmariskin kartoitusta			
riskinarviointia	TYÖTERVEYS- HUOLLON KOORDINOINTI		
on selvillä yrityksen yleisestä tilanteesta			
henkilöstön terveysasioista viestiminen yritysjohtolle			
asiakasyritysten tilanteesta viestiminen työterveyshuollon tiimille			
reagointia asiakasyrityksen tarpeisiin			

Liitetaulukko 2. Rakennustyöntekijän työturvallisuuden edistämisen haasteet

RYHMITELTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
ammattitaidon hankkiminen	RIITTÄVÄ AMMATTITAITO	TYÖTERVEYS- HOITAJAN ASiantuntijuus	RAKENNUS TYÖNTEKIJÄN TYÖ- TURVALLISUUDEN EDISTÄMISEN HAASTEET
ammattitaidon ylläpitäminen			
tiedon hankkiminen			
tiedon muuttuminen			
tiedon jakaminen	KOLLEGOIDEN TUKI		
kontaktien luominen	ALAKOHTAINEN OSAAMINEN		
muuttuvat työturvallisuusongelmat			
rakentamisen ajan hermolla pysyminen			
rakennusalan uusien innovaatioiden tunteminen			
rakennusalan työterveyshuollon osaaminen			
terveystarkastus jää toteutumatta	PALVELUIDEN KATTAVUUS	TYÖTERVEYS- HUOLLON PALVELU- JÄRJESTELMÄN OMINAISUUDET	
työpaikkakäynti jää tekemättä			
pienyrittäjissä kapeammat palvelut			
katkonaisissa työsuhteissa työskentelevät			
asiakasyritykselle myydyt palvelut ohjaavat työn sisältöä	TYÖTAAKKA		
aika			
työmäärä			
työllistävät työprosessit			
ennaltaehkäisevän turvallisuustyön lisääminen	TYÖN SISÄLLÖN KEHITTÄMINEN		
enemmän työpaikkakäyntejä			
työpaikkaselvityksen kehittäminen			
asenteet	SISÄISET OMINAISUUDET	YKSILÖTASON TEKIJÄT	
arvot			
työturvallisuuden tiedostaminen			
haasteelliset yksilöt	MUUTOSVASTARINTA		
vastarinta			
suojaimia ei käytetä			
yhteisen kielen löytäminen			
yritysjohdon asenne	TYÖTURVALLISUUDEN EDELLYTYKSET		
yritysjohdon sitoutuminen			
yritysjohdon myöntämät resurssit			
yrittäjien ja esimiehien jaksaminen			
haasteelliset yritykset	TYÖTURVALLISUUDEN TOTEUTTAMINEN	YRITYSTASON TEKIJÄT	
puutteet yrityksen työturvallisuusasioissa			
turvallisuuskulttuuri			
yhtenäisten turvallisuuskäytäntöjen läpivieminen isoissa yrityksissä			
tiedottaminen			