



TYÖTERVEYSHUOLLON MUUTOSHAASTEET
Kuntoutuksen ohjaajat (AMK)
vahvistamaan työterveyshuollon
palvelutarjontaa?

Armi Peltomäki & Tuija Seppänen

Opinnäytetyö

Toukokuu 2008



JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU

Tekijä(t) Peltomäki, Armi Seppänen, Tuija	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 79	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Työterveyshuollon muutoshasteet – kuntoutuksen ohjaajat (AMK) vahvistamaan työterveyshuollon palvelutarjontaa?		
Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Perttinen, Pirkko, kuntoutuksen yliopettaja		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Työelämä on muuttunut henkisesti kuormittavammaksi kiireen, epävarmuuden ja jatkuvien muutosten paineessa. Suomalainen työväestö ikääntyy ja uhkaavan työvoiman pulan vuoksi työntekijöiden pysyminen työelämässä mahdollisimman pitkään hyvä kuntoisina on tärkeää hyvinvointiyhteiskunnallemme, siitä huolimatta työkyvyttömyydestä johtuvat kustannukset ovat kasvaneet. Työterveyshuolto tavoittaa valtaosan työllisistä, joten sillä on merkittävä rooli työikäisen väestön hyvinvoinnista huolehtimisessa. Työterveyshuoltoa on viime vuosina kehitetty paremmin vastaamaan työelämän muuttuviin tarpeisiin, mutta sisällöllinen kehitys ei ole vastannut työelämän ja kehittäjien odotuksia.</p> <p>Opinnäytetyömme tavoitteena oli tutkia voiko kuntoutuksen ohjaajien (AMK) ammatillista osaamista hyödyntää työterveyshuoltosektorilla ja siten vahvistaa sen palvelutarjontaa vastamaan paremmin työelämän tarpeita. Toteutimme laadullisen tutkimuksemme haastatteleamalla erityyppisiä työterveyshuollon yksiköitä. Menetelmänä oli teemahaastattelu ja tulokset analysoimme laadullisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimuksemme tulos oli, että työterveyshuollossa on tarvetta kuntoutukseen erikoistuneille henkilöille. Tutkimuksessa tuli esille tarve laituskuntoutusta kevyemmälle sekä lähellä asiakasrajapintaa olevalle kuntoutuspalvelulle, joka tässä vaiheessa miellettiin ostopalveluksi. Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) osaamista ja asiakaslähtöistä työtapa voitaisiin hyödyntää työterveyshuollossa, erityisesti monimutkaisten asiakastapausten yhteydessä. Tällä lisäosaamisella voitaisiin lyhentää tai ehkäistä työkyvyttömyyttä, vähentää työkyvyttömyydestä johtuvia kustannuksia, lisätä asiakkaan elämänlaatua ja -hallintaa sekä vapauttaa työterveyshoitajien ja -lääkäreiden resursseja omien perustehtäviensä hoitamiseen.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Työelämän muutos, työterveyshuolto, kuntoutus, kuntoutuksen ohjaaja (AMK)		
Muut tiedot		

Author(s) Peltomäki, Armi Seppänen, Tuija	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 79	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title The change challenges of Occupational Health Care (OHC) – Rehabilitation Counsellors strengthening OHC's services?		
Degree Programme The Degree Programme in Rehabilitation Counselling (SRE)		
Tutor(s) Perttinen Pirkko, Principal Lecture		
Assigned by		
Abstract <p>Lately working life has become more mentally straining because of constant rush, uncertainty and continual changes. As Finnish workforce is ageing and workforce shortage is threatening our welfare state, it's important to enable employees to stay fit and healthy at work as long as possible. However, costs of disability pensions have increased. Occupational Health Care has a remarkable role in taking care of workforce's welfare as it reaches the majority of employed persons. Occupational Health Care has been developed to respond better to the changing needs of working life, but the content development hasn't reached expectations of working life and those developing it.</p> <p>The aim of our thesis was to research whether it is possible to benefit from the professional skills of rehabilitation counsellors in Occupational Health Care and make the service portfolio to respond better to demands of working life. The qualitative study was carried out by interviewing different types of Occupational Health Care units. The theme interview was used as a method and the results were analyzed by qualitative content analysis.</p> <p>The result of our study was that there is an absence of persons specialized in rehabilitation in Occupational Health Care. In our study there came out a need for rehabilitation service close to client boundaries. This rehabilitation service would be lighter than inpatient rehabilitation and, for the moment, it was considered as outsourced service. Rehabilitation counsellor's professional skills and customer-oriented working methods could be benefitted from in occupational health care, especially with complex client cases. That would shorten and prevent disability, reduce disability expenses, increase client's life quality and empowerment and release resources of Occupational Health Physicians and Occupational Health Nurses and let them concentrate on their basic tasks.</p>		
Keywords Changes in working life, Occupational Health Care, rehabilitation, Rehabilitation Counsellor		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	KUNTOUTUKSEN OHJAAJAT (AMK) UUSILLE URILLE?.....	3
2	TYÖELÄMÄN MUUTOS.....	5
2.1	Työelämä murroksessa	5
2.2	Sairauspoissaolot ja eläköityminen	7
3	TYÖTERVEYSHUOLTO SUOMESSA.....	12
3.1	Työterveyshuoltoa koskeva lainsäädäntö.....	17
3.2	Hyvä työterveyshuoltokäytäntö	19
3.2.1	Työpaikkaselvitys	22
3.2.2	Työyhteisötyö.....	23
3.2.3	Terveystarkastukset	24
3.2.4	Työssä selviytymisen seuranta.....	25
3.3	Työterveyshuollon vaikuttavuus ja mittarit.....	28
3.4	Työterveyshuollon kehittämishaasteet	29
4	KUNTOUTUKSEEN OHJAUS	33
4.1	Kuntoutukseen ohjaus työterveyshuollossa.....	33
4.2	Kuntoutuksen ohjaaja (AMK).....	36
5	TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	39
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	39
6.1	Haastateltavien valinta	40
6.2	Haastattelulomakkeen rakentaminen	41
6.3	Haastattelujen toteutus.....	42
6.4	Aineiston käsittely ja analysointi	43
6.5	Tutkimuksen eettisyyden tarkastelua.....	46
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	47
7.1	Työelämän keskeisimmät muutokset	47
7.2	Työterveyshuollon vastaus työelämän muutokseen.....	51
7.3	Työterveyshuollon muutoshaasteet	55

7.4	Kuntoutuksen ohjaaja työterveyshuollon asiantuntijana?	58
8	POHDINTA.....	59
8.1	Keskeisten tulosten tarkastelu.....	59
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	62
8.3	Tutkimusaiheen valinta.....	64
8.4	Kehittämissideat.....	65
	LÄHTEET	67
	LIITTEET	71
	Liite 1. Opinnäytetyön lupa-anomus	71
	Liite 2. Haastattelurunko	73
	Liite 3. Teemataulukot analysoinnista.....	76

KUVIOT

KUVIO 1.	Vuosina 1990–2006 korvatut sairauspäivärahat sairauspääryhmittäin.....	8
KUVIO 2.	Varsinaista työkyvyttömyyseläkettä saavat sairausryhmän mukaan vuosien 1996 – 2006 lopussa, työeläkkeet.	10
KUVIO 3.	Työterveyshuollon tavoitteiden ja palvelujen sisällön kehitys Suomessa	13
KUVIO 4.	Työterveyshuollon henkilöasiakkaat työterveyspalvelujen tuottajatahon mukaan vuosina 1997, 2000 ja 2003, %	14
TAULUKKO 1.	Työterveyshuoltohenkilöstön toimet tuottajaryhmittäin maaliskuussa 2005 .	15
KUVIO 5.	Esimerkkejä työterveyshuollon ydin- ja tukiprosesseista	21
KUVIO 6.	Yksilön työkyvyn tukemiseen ja työkyvyttömyyden ehkäisemiseen liittyviä tehtäviä työterveyshuoltolain mukaan.....	26
KUVIO 7.	Laaja-alaisen työterveyshuollon viitekehys.....	30
KUVIO 8.	Työterveyshuollon tärkeimmät ulkopuoliset yhteistyötahot työkykyongelmissa. ...	34
KUVIO 9.	Analysoinnin vaiheet.	45

TAULUKOT

TAULUKKO 1.	Työterveyshuoltohenkilöstön toimet tuottajaryhmittäin maaliskuussa 2005 .	15
-------------	---------------------------------------------------------------------------	----

1 KUNTOUTUKSEN OHJAAJAT (AMK) UUSILLE URILLE?

Viime vuosina on suomalainen työelämä kokenut monia muutoksia ja muutoksista on tullut pysyvä osa työtämme (Janhonen & Husman 2006, 14). Työelämän muutokset vaativat uudistumista sekä meiltä työntekijöiltä että myös työkyvyn edistämiseen ja ylläpitämiseen erikoistuneelta työterveyshuollolta (Työterveys 2015). Työntekijöiden työssä pysyminen hyväkuntoisina mahdollisimman pitkään on tärkeää koko yhteiskunnan kannalta ja valtaosan suomalaisista työllisistä tavoittavalla työterveyshuollolla on siinä tehtävässä merkittävä rooli. Veijo Notkola (2007, 3) peräänkuulutti työterveyshuollon ja kuntoutuksen yhteistyön sekä eri toimijoiden roolien selkeyttämistä. Hän haastaa työterveyshuoltosektorin hyväksymään lähitulevaisuudessa kuntoutuksen ammattilaiset työterveyshuollon asiantuntijoiksi, siten saataisiin kuntoutustietoa myös vähiten resursseja ja tietoa omaaville työpaikoille (Notkola 2007, 1-3).

Opintojemme ja harjoittelujemme painopisteenä on ollut työikäisten työssä jaksamisen ja jatkamisen tukeminen. Lisäksi aiemmat kokemukset työterveyshuollosta työkyvyn alentuessa herättivät meissä kummassakin kiinnostuksen kartoittaa miten tällä hetkellä kuntoutukseen ohjaus toimii työterveyshuollossa. Opinnäytetyömme päättämiskysymykseksi muodostui, voisiko kuntoutuksen ohjaaja (AMK) vahvistaa työterveyshuollon moniammatillista osaamista ja tuoda sen palvelutarjontaan lisäarvoa omilla kompetensseillaan.

Opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehyksessä tarkastelemme suomalaisen työelämän muutoksia ja niiden vaikutuksia työntekijään, työyhteisöön ja työterveyshuoltoon. Suomalaisesta työterveyshuoltojärjestelmästä avaamme lukijalle keskeisimmät ydinprosessit, hyvän työterveyshuoltokäytännön ja lainsäädännön lyhyesti. Teoreettisen viitekehyksen lopuksi kerromme miten kuntoutukseen ohjaus toimii tällä hetkellä työterveyshuollossa sekä esittelemme kuntoutuksen ohjaaja (AMK)-tutkintoa.

Toteutimme laadullisen tutkimuksemme teemahaastatteluilla, joihin valitsimme kolme erilaista työterveyshuollon yksikköä: yrityksen oman, yksityisen ja kunnallisen. Saamamme tutkimustulokset analysoimme laadullisella sisällönanalyysilla.

Tämän työn kautta toivomme myös lisäävämmä vielä marginaalisen ammattiryhmämme tunnettuutta erityisesti sosiaali- ja terveyshuollon ammattilaisten parissa ja siten lisätä työllistymisen väyliä koko ammattiryhmällemme.

2 TYÖELÄMÄN MUUTOS

2.1 Työelämä murroksessa

Suomalaisen työelämän murroksen taustalla on merkittäviä ammatti- ja elinkeinorakenteen muutoksia. 1970-luvun jälkeen suomalaisessa yhteiskunnassa on maa- ja metsätalous supistunut merkittävästi ja palvelut puolestaan lisääntyneet. Yleisesti voidaan todeta, että ammatit ovat toimihenkilöistyneet, sosiaalista osaamista vaaditaan enemmän, palvelutyö on lisääntynyt ja henkinen työ on korostunut, myös teollisuudessa. (Gould, Grönlund, Korpiluoma, Nyman & Tuominen 2007, 56–57.)

Muutokset ovat koskettaneet suomalaista työelämää eri tasoilla. Globalisaatio on tuonut mukanaan vaikeasti ennustettavia vaikutuksia, kuten tuotannon siirto ulkomaille, irtisanomiset ja kilpailun vapautuminen. (Janhonen & Husman 2006, 14.) Raution (2004, 20) mukaan merkittävä työelämän kehitystrendi on ollut toimintojen ulkoistaminen. Määräaikaisten ja epätyypillisten työsuhteiden raju lisääntyminen on tehnyt niistä nykypäivän tyypillisiä työsuhteita eli ohimenevän ilmiön sijaan kyse onkin työelämän rakenteiden muuttumisesta (Janhonen & Husman 2006, 14–15). Tämän rakennemuutoksen myötä epävarmuudesta on tullut kiinteä osa suomalaista työelämää, minkä vuoksi ihmiset kokevat työtilanteensa vaikeasti hallittavana ja ei-mielekkäänä. (Uusia arvioita työelämän muutoskehityksestä 2007.)

Viime aikoina muutokset organisaatioissa ja työpaikkojen sisällä ovat keskittyneet pienempien työyksiöiden perustamiseen ja yksiköiden yhdistämiseen entistä suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Työn organisoimisessa on tapahtunut selkeä muutos ja erilaisten ryhmätyömuotojen kuten tiimien käyttö on lisääntynyt tasaisesti (Rautio 2004, 20–21.) ja työorganisaatioiden hierarkiatasoja on madallettu (Janhonen & Husman 2006, 4).

Työelämän muutokset ovat lisänneet työyhteisöjen ja työntekijöiden tarvetta joustaa, muuntautua ja oppia jatkuvasti uutta. Työ on muuttunut itsenäisemmäksi ja työtehtävät moninaistuneet sekä persoonallistuneet, joka on lisännyt työntekijöiden sitoutumista työhönsä ja omalta osaltaan lisännyt stressiä, masennusta ja loppuun palamista. (Uusia arvioita työelämän muutoskehityksestä 2007.) Työelämän muutokset näkyvät työpaikoilla lisääntyneenä kiireenä ja työpaineina. Aivotutkija Kiti Müller kertoo (2007) tietotekniikan moninkertaistaneen nykypäivän työntekijän käsittelemän informaation määrän, mikä altistaa aivot ylikuormittumiselle. Sen seuraukset voivat olla moninaiset: unettomuus, keskittymisen ja oppimisen ongelmia, erilaisia mieliala-oireita, työuupumusta. (Müller 2007, 703–704.)

Työolotutkimusten mukaan työn henkisesti raskaana kokeneiden määrä on pysynyt ennallaan vuodesta 1990 lähtien; puolet palkansaajista piti työtään henkisesti melko tai erittäin rasittavana. Viime vuosikymmeninä on naisten työ kääntynyt henkisesti kuormittavammaksi kuin miesten työ. Voimakkaimmin työn henkinen rasittavuus on noussut kunta-alalla, jossa vuonna 2003 kaksi kolmasosaa naisista piti työtään henkisesti raskaana. (Gould, Grönlund ym. 2007, 57.) Fyysiset työympäristöt ovat puolestaan siistittyneet viime vuosikymmeninä, toimitilat ovat uudistuneet ja työkalut kehittyneet.

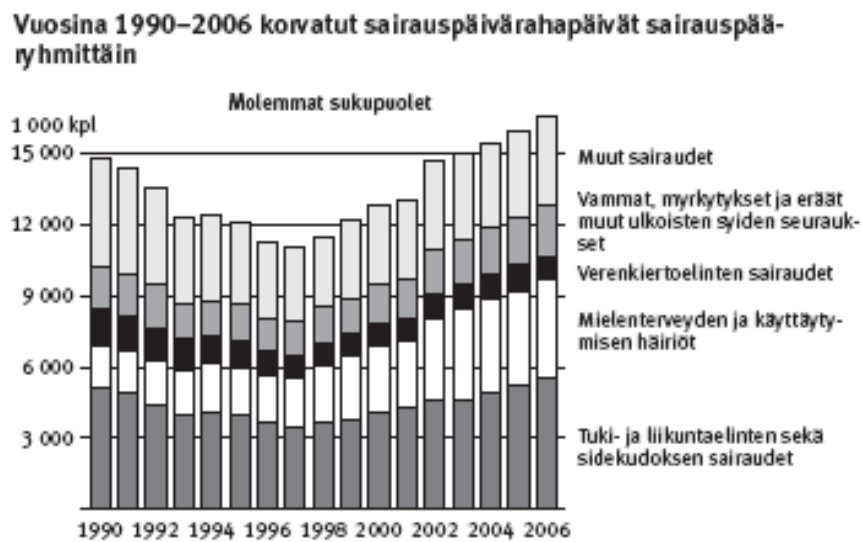
Työelämän hallittu muutos edistää työhyvinvointia, kun johtaminen on oikeudenmukaista, työpaikalla on avointa vuorovaikutusta ja työntekijälle mahdollistetaan osallisuus oman työnsä ja tulevaisuuden pohdintaan ja suunnitteluun. Työhyvinvointia luodaan yhdessä johtamisen, osaamisen ja osallisuuden kautta. Työhyvinvointi merkitsee muun muassa sitä, että ihmissuhteet ovat työpaikalla kunnossa, koetaan työssä osaamista, onnistumista ja kehittymistä sekä työ- ja yksityiselämä ovat tasapainossa. (Kaiku-työhyvinvointipalvelut 2007.) Työhyvinvoinnin uhkana puolestaan voivat olla vaikeudet kohdata muutoksia, riittämätön osaaminen, väärä ammatinvalinta ja yksilölliset elämänkriisit (Työurat pitenevät 2008, 37). On hyvä muistaa, että yhteis-

kunta ja työelämä muuttuvat, mutta ihminen itsessään ei juuri muutu ja perustarpeet pysyvät ennallaan (Rauramo 2004).

2.2 Sairauspoissaolot ja eläköityminen

Suomessa on kohtuullinen määrä sairauspoissaoloja kansainvälisesti arvioiden. Sairauspoissaolot olivat hieman vähentyneet vuonna 2006, mutta ne ovat kestoaltaan pidentyneet. Vuonna 2006 työllisillä naisilla oli sairauspoissaolopäiviä 10,3 ja miehillä 7,3 eli keskimäärin 8,8 päivää. Sairauspoissaoloista valtaosa kestää vain päivän tai kaksi, silti vuonna 2006 sairauspoissaolojen keskipituus oli 15,3. (Ylöstalo 2007, 25.) Tilastojen mukaan kolmannes työllisistä ei ole sairauslomalla päivääkään vuodessa. Epävarmuuden tai muiden työhön liittyvien seikkojen vuoksi on mahdollista, etteivät työntekijät uskalla olla pois sairaanakaan työstä. (Kauppinen, Hanhela, Heikkilä, Kasvio, Lehtinen, Lindström, Toikkanen & Tossavainen 2007, 197–198.)

Suomessa sairauspoissaoloista ei ole systemaattisesti kerättyä tietoa, siksi kokonais kuvan saaminen poissaolojen syistä on vaikeaa. Saatujen tietojen perusteella yleisimmät sairauspoissaolojen syyt ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä viime vuosina selkeästi lisääntyvässä määrin mielenterveyden häiriöt (kuvio 1). (Kelan sairausvaikutustilasto 2006, 23.) Yleisesti voidaan todeta, että poissaolojen syyksi ovat nousmassa toimintakyvyn rajoitukset eivätkä pelkät sairaudet ja toimenpiteet (Kauppinen ym. 2007, 195–196). Lääketieteellisten syiden lisäksi sairauslomalle jäämiseen vaikuttavat mm. työilmapiiriin, motivaatioon ja poissaolokulttuuriin liittyvät tekijät (Antti-Poika 2007,2).



KUVIO 1. Vuosina 1990–2006 korvatut sairauspäivärahat sairauspääryhmittäin (Kelan sairausvakuutuslasko 2006, 23).

Suomessa sairauspoissaoloihin liittyvä erityisongelma on niiden pitkittyminen, joka voi johtaa syrjäytymiseen työelämästä ja työkyvyttömyyseläkkeelle tai pahimmassa tapauksessa väliinpuotoajaksi sosiaaliturvajärjestelmästä (Antti-Poika 2007, 4). Pitkittyneiden sairauspoissaolojen on useissa tutkimuksissa todettu ennustavan työkyvyttömyyden ja kuoleman riskiä, lyhyiden sairauspoissaolojen puolestaan arvioidaan kuvaavan työilmapiiriin liittyviä tekijöitä. Lisäksi työvoiman ikääntyessä pitkäaikaissairaudet lisääntyvät. (Työurat pitenevät 2008, 38.)

Sairauspoissaoloihin voi työterveyshuolto vaikuttaa perinteisesti terveyden edistämällä työpaikoilla, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyllä, oikealla arviolla työkyvystä ja kuntoutuksen tarpeesta sekä oikea-aikaisella toimenpiteiden käynnistämällä. Varhaisella puuttumisella, hyvillä hoitokäytännöillä ja toimivalla kuntoutuksella olisi suuri osa sairauden ja työkyvyttömyyden pitkittymisistä vältettävissä. (Partinen 2008, 6). Merkittävä keino varhaisessa puuttumisessa ja toimenpiteiden suuntaamisessa on systemaattinen sairauspoissaoloseuranta. (Työterveys ja kuntoutus 2008, 20).

Kokoaikaisen sairausloman rinnalle on kehitetty erilaisia joustomahdollisuuksia kuten osasairauspäiväraha ja työkokeilu ammatillisena kuntoutuksena. Ne tarjoavat mahdollisuuden työn tekemiseen lievimmissä sairaustapauksissa, joissa täydellinen poissaolo työelämästä voisi pahentaa tilannetta. Erilaisia ratkaisuja työkyvyn säilyttämiseen voivat olla:

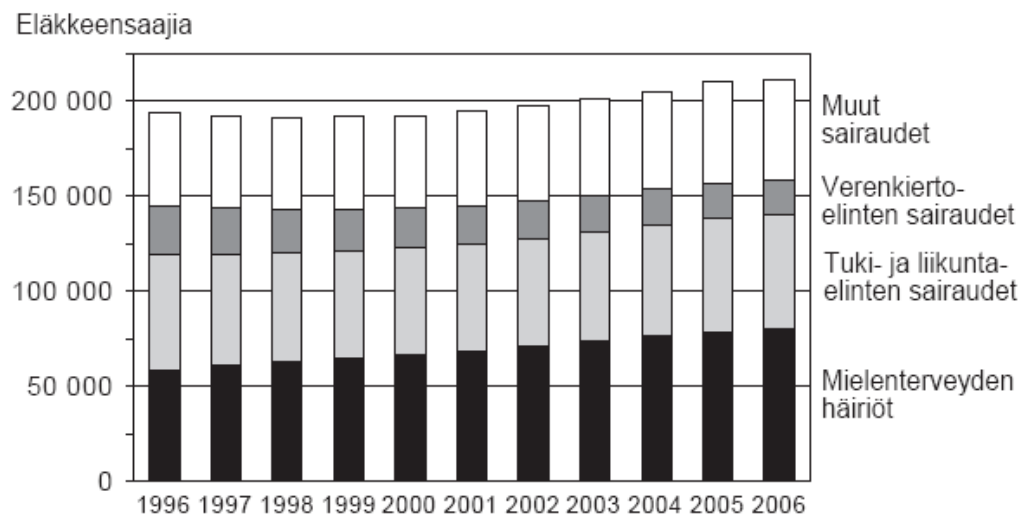
- määräaikaiset tai pysyvät työjärjestelyt
- ergonomian parantaminen
- sopivammat työvälineet
- työn uudelleen organisointi
- työkierto
- ammatillinen kuntoutus (uudelleensijoitus uusiin tehtäviin entiselle työpaikalle tai uudelle työpaikalle, uudelleenkoulutus)
- osatyökyvyttömyyseläke

(Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007, 15–16, 25.)

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoimassa Veto-ohjelmassa 2003–2007 tavoitteina olivat mm. sairauspoissaolojen väheneminen 15 % (vertailuvuodet 2002 – 2007), ihmisten työuran pidentäminen 2-3 vuotta nykyistä kauemmin, työterveyshuollon saatavuuden ja laadun paraneminen ja yhteistyön tehostuminen kuntoutuksen kanssa. Sairauspoissaolojen osalta tavoitteita tarkastellessa voidaan todeta, etteivät ne Suomessa ole vähentyneet toivotulla tavalla. (Työurat pitenevät 2008, 13,38.)

Työkyvyttömyyseläkkeiden suurimmat syyt ovat tuki- ja liikunta-elinsairaudet sekä mielenterveyden häiriöt. Mielenterveyden häiriöt ovat lisänneet osuuttaan jyrkästi

20 vuoden kuluessa, vaikka terveystutkimusten perusteella sairastavuus ei väestössä näytä lisääntyneen. Syyn kyseiselle ilmiölle on arvioitu liittyvän työelämän psyykkistä kuormitusta aiheuttaviin piirteisiin, jotka eivät tue mielenterveyshäiriöisten selviytymistä työelämässä. (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007, 51.)



KUVIO 2. Varsinaista työkyvyttömyyseläkettä saavat sairausryhmän mukaan vuosien 1996 – 2006 lopussa, työeläkkeet. (Gould, Grönlund ym. 2007, 34.)

Sairauspoissaolot sekä työkyvyttömyyseläkkeet aiheuttavat huomattavia kustannuksia sekä työnantajalle että yhteiskunnalle. Yhden sairauspoissaolopäivän hinnan on arvioitu olevan 200–400€ ja yhden täydellä omavastuulla olevan työkyvyttömyyseläkkeen kokonaiskustannukset ovat riippuen työntekijän iästä ja palkasta 170 000 – 450 000€. (Karpansalo 2006, 89; Pöllänen 2006.)

Työkyvyttömyyseläkkeet aiheuttavat kustannuksia työnantajalle työpaikan koon mukaan ja työeläkejärjestelmälle taas aiheutuu paineita korottaa työeläkemaksuja (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007, 14). Vuonna 2006 työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 24 400 henkilöä, joista

tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella 34 % ja mielenterveyshäiriöiden vuoksi 30 % eli lähes 4000 henkilöä (Työurat pitenevät 2008, 43–44). Vuoden 2005 työkyvyttömyyseläkemenot olivat 2 237 miljoonaa euroa (Kauppinen ym. 2007, 191). Mielenterveyshäiriöihin liittyvin työkyvyttömyyseläkkeiden aiheuttama eläkemeno vuonna 2006 oli 320 miljoonaa euroa ja se on kolminkertaistunut viimeisen kymmenen vuoden aikana (kuvio 2) (Gould, Grönlund ym. 2007, 34).

Kivekäs, Kinnunen & Ahlblad (2006, 2011- 2014) toteavat artikkelissaan, että mielenterveyshäiriöisten sairauslomien pitkittymisen ja työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen osasy on eri toimijoiden välisen yhteistyön toimimattomuus. Mielenterveyshäiriöiset eivät ole yleensä kovin aktiivisia kuntoutusprosessissaan, joten heidän prosesseissa korostuu muiden asiantuntijoiden rooli. Kivekäs ja kumppanit (2006, 2011–2014) pitävät työterveyshuollon roolia keskeisenä mielenterveyshäiriön havaitsemisessa sekä työhön paluun tukemisessa. Työkyvyttömyysasian neuvottelukunta nostaa keinoina mielenterveyshäiriöiden aiheuttamien ongelmien vähentämiseksi muun muassa ammatillisen kuntoutuksen kehittämisen, osatyökyvyttömyyseläkkeiden käytön ja yhteistyön terveydenhuollon, työelämän ja kuntoutuksen kesken (Rautjärvi 2008, 23–24).

Mielenterveyshäiriöiden hoitoon on terveydenhuollossa pyritty löytämään ratkaisuja. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2007 masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen MASTO-hankkeen ajalle 2007–2011. Hankkeen tavoitteena on edistää sekä työhyvinvointia lisääviä käytäntöjä työelämässä, masennuksen ehkäisyä, hyvää hoitoa ja kuntoutusta sekä työssä jatkamista ja työhön paluuta masennuksen yhteydessä. (Rautjärvi 2008, 23–24.) Depressiohoitajan lyhytterapeuttista työtapaa on käytetty lievien ja keskivaikeiden masennusoireiden hoitoon Pohjalaiset masennustalkoot -hankkeessa vuosina 2004–2007. Tutkimustulokset depressiohoitajan työn vaikuttavuudesta tehdyn tutkimuksen mukaan ovat rohkaisevia. Pohjanmaan lisäksi depressiohoitajia on pääkaupunkiseudulla, Jyväskylässä ja Oulussa. (Peltonen 2008, 20.)

Valtakunnallisen Veto-toimenpideohjelman yleistavoitteena olivat työelämän veto-voiman ylläpitäminen ja edistäminen. Veto-ohjelman aikana on rahoitettu lukuisia kehittämishankkeita ja synnytetty käytäntöjä, joita voidaan hyödyntää työpaikoilla, työterveyshuollossa, kuntoutuksessa ja koulutustoiminnassa. (Työurat pitenevät 2008, 17.) Veto-ohjelman jatkumona Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee Työhyvinvointifoorumia, jonka pääteemoina tulee olemaan työhyvinvoinnin vuorovai- kutteinen kehittäminen, erilaisuuden johtaminen ja viestintä hyvien toimintatapojen edistämiseksi (Partinen 2008, 5).

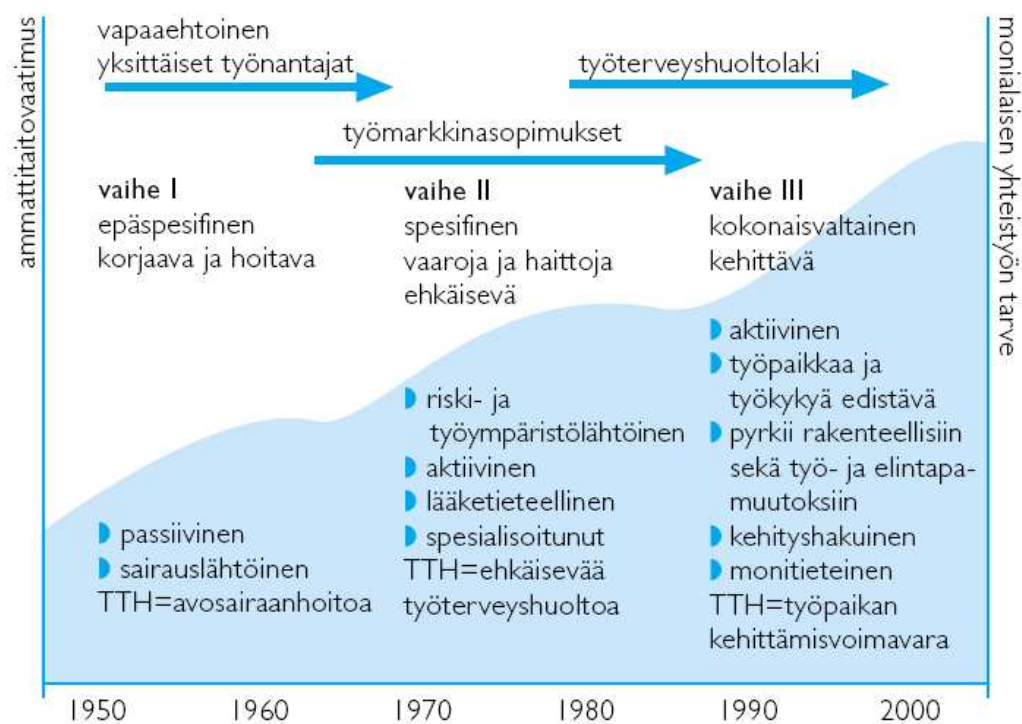
3 TYÖTERVEYSHUOLTO SUOMESSA

Suomalaisen työterveyshuollon historiallisena lähtökohtana pidetään 1800-luvun puolen välin jälkeen käynnistynyttä tehtaanlääkäreiden ja terveydenhoitajien toiminta (Mäkitalo 2006, 2), tosin Viaporin linnoituksen karulle rakennustyömaalle palkattiin työterveyslääkäri jo vuonna 1754 (Jussila 2008). Tuohon aikaan yleistä terveydenhuoltoa ei ollut tai se oli hyvin rajallista, minkä vuoksi suuret teollisuuslaitokset ja muutkin suuret työpaikat, kuten Valtion Rautatiet, palkkasivat terveydenhuoltohenkilöstöä huolehtimaan työntekijöidensä ja heidän perheensä terveydestä. Tätä toimintaa pidetään työterveyshuollon historiallisena edeltäjänä, sillä siinä yhdistyivät jo sairaanhoito sekä työoloihin liittyvä ennaltaehkäisevä toiminta. (Mäkitalo 2006, 2.)

Työterveyshuolto kehittyi kiivaasti 1900-luvun alkuvuosikymmeninä. Suomen ensimmäinen työturvallisuuslaki astui voimaan 1930 ja se velvoitti työntajat huolehtimaan siitä, että työtä voidaan tehdä terveyttä vaarantamatta. (Työn ja työterveyshuollon yhteistä historiaa 2005.) 1900-luvulla teollisuus lisääntyi ja tuotantomenetelmät kokivat uudistuksia, jotka sisälsivät uusia, vakaviakin terveysriskejä. Tämän seurauksena Suomessa ammattitautien ja -kuolemien määrä nousi niin suureksi, että

se uhkasi yhteiskuntarauhaa. Vuonna 1945 perustettiin puolueeton asiantuntija-organisaatio, Työterveyslaitos tuottamaan menetelmiä sekä tietoa työhön liittyvien terveysriskien ehkäisemiseksi. (Mäkitalo 2006, 3-4.) Työterveyshuollon toiminta keskittyi 1960–1970-luvuilla spesifisiä altisteita, kuten melua ja kemikaaleja, ehkäisevään toimintaan. 1980-luvun lopulta lähtien työterveyshuollon toiminta on alettu nähdä työpaikan kehittämisen resurssina (kuvio 3). Tutkimuksen mukaan työterveyshuollon ennaltaehkäisevä toiminta ei ole toteutunut, vaikka se on ollut 2000-luvun työterveyshuoltolain ja korvaustoiminnan uudistuksen tavoitteena. (Janhonen & Husman 2006, 17.)

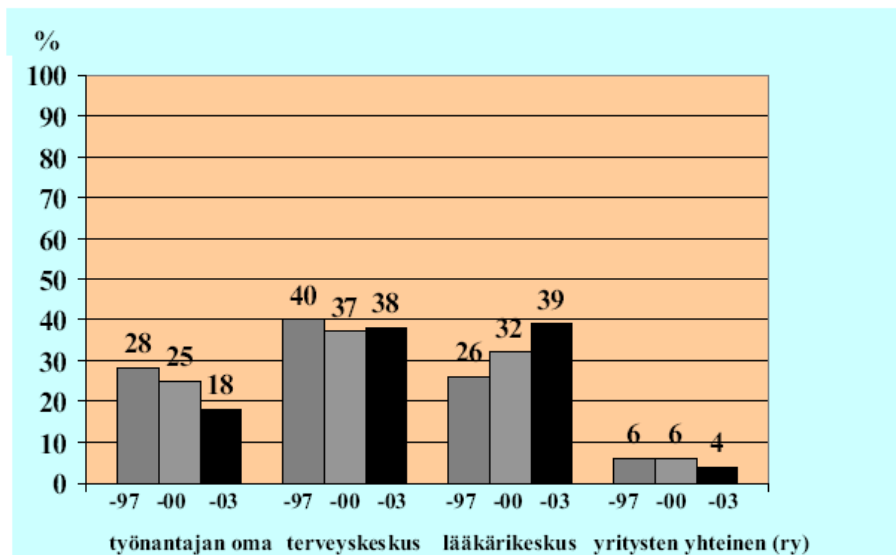
Työterveyshuollon tavoitteiden ja palvelujen sisällön kehitys Suomessa



KUVIO 3. Työterveyshuollon tavoitteiden ja palvelujen sisällön kehitys Suomessa

(Hyvä Työterveyshuoltokäytäntö 1997).

Tänä päivänä Suomessa työterveyshuollon palveluja tuottavia yksiköitä ovat terveyskeskukset ja terveyskeskuksista eronneet kunnalliset liikelaitokset, työnantajien omat työterveyshuollon yksiköt, työnantajien yhteiset työterveyshuollon yksiköt ja lääkärikeskukset, sisältäen yksityiset ammatinharjoittajat sekä yksityiset tutkimus- ja hoitolaitokset (Manninen 2007, 20). Vuonna 2004 Suomessa toimi 760 työterveyshuollon yksikköä, joilla oli yhteensä 969 toimipistettä. Yksiköiden palvelujen piirissä oli 1,82 miljoonaa henkilöä, joista palkansaajia oli 1,78 miljoonaa ja 46 000 yrittäjiä tai omaa työtään tekeviä. (Manninen 2007, 8-9, 14.) Työterveyshuollon henkilöstön kokonaismäärä nousi vuosien 2001–2005 välisenä aikana, erityisesti yli 4000 henkilöasiakkaanyksiköissä (Manninen 2007, 85).



KUVIO 4. Työterveyshuollon henkilöasiakkaat työterveyspalvelujen tuottajatahon mukaan vuosina 1997, 2000 ja 2003, % (Piirainen, Manninen, Hirvonen, Viluksela, Mikkola, Huhtaniemi & Husman 2005, 18).

Viime vuosina yritysten omien työterveyshuoltojen lukumäärä on vähentynyt ja lääkärikeskukset kasvattaneet osuuttaan (kuvio 4). Lääkärikeskukset ovat myös ketjuuntuneet ja vuonna 2004 suurimmat viisi ketjua tuottivat palveluita 23 % henkilöasiakkaista. Terveyskeskusten työterveyshuollot ovat liikelaitostuneet ja kehitys näyttää jatkuvan samansuuntaisena. Terveyskeskukset ovat merkittäviä työterveyshuoltopal-

velun tuottajia yrittäjille ja pienyrityksille eli terveyskeskusten sopimusasiakkaista oli valta osa alle 10 hengen yrityksiä. (Manninen 2007, 83–84.)

Työterveyshuollossa työskentelee lain hyväksyminä työterveyshuollon ammattihenkilöinä työterveyshuollon erikoislääkäreitä ja työterveyshoitajia sekä asiantuntijoina sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, psykologeja sekä avustavia henkilöitä (taulukko 1). Lisäksi työterveyshuollossa on käytetty seuraavien alojen ulkopuolisia asiantuntijoita: työhygieniä, tekninen ala, maatalous (vain terveyskeskuksissa), ergonomia, liikunta, ravitsemus, puheterapia ja työnäkeminen (Manninen 2007, 22,33.)

Työterveyshenkilöstön toimet* tuottajaryhmittäin maaliskuussa 2005					
	Terveyskeskukset	Työnantajan oma työterveyshuolto	Työnantajien yhteinen työterveyshuolto	Lääkärikeskukset	Yht.
Lääkärit	736	433	137	1300	2606
Terveyden- ja sairaanhoitajat	855	560	175	1021	2611
Fysioterapeutit	294	203	44	303	844
Psykologit	115	43	12	173	343
Avustava henkilöstö	354	164	69	294	881
yht.	2354	1403	437	3091	7285
Sisältää virka- ja työsuhteessa olevat, ammatinharjoittajat, ostopalveluna käytettävissä olevat henkilöt ja terveyskeskuksessa lisäksi muut kuin työterveyshuollon henkilöt jotka osallistuvat työterveyshuollon palvelujen tuottamiseen. *Sama henkilö voi toimia työterveyshuollon tehtävissä monessa eri työterveyshuollon yksikössä.					

TAULUKKO 1. Työterveyshuoltohenkilöstön toimet tuottajaryhmittäin maaliskuussa 2005 (Manninen 2007, 22).

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa työterveyshuollon valtakunnallisesta seurannasta ja julkaisee Työterveyshuolto Suomessa -katsausta muutaman vuoden välein. Katsauksen tavoitteena on tuottaa tietoa työterveyshuollon asiakkaista, henkilöstöstä sekä tuotetuista palveluista työterveyshuollonpalvelujen tuottajaryhmittäin. (Manninen 2007, 83–84.) Työterveyshuolto Suomessa 2004 -kartoituksen mukaan työterveyshuollot kokivat oman roolinsa merkittävimpänä työpaikkojen työkykyä ylläpitävänä toiminnassa ja kehittämistarvetta puolestaan yhteistyössä asiakastoimipaikkojen kanssa (Manninen 2007, 63). Kuntoutusyhteistyön koettiin toteutuneen paremmin keskeisten yhteistyötahojen kanssa, kuten Kela ja kuntoutuslaitokset. Työterveyslain ja hyvän käytännön mukaan työterveyshuollon yhteistyö asiakastoimipaikkojen kanssa on keskeinen elementti ja vaikuttavan toiminnan edellytys. (Manninen 2007, 63.)

Kunta- ja palvelurakenne uudistuksen eli PARAS-hankkeen yksi tavoitteista on suomalaisen palvelujärjestelmän kehittäminen ja sillä on suuri merkitys kuntien työterveyshuollon toimivuuden kehittymiselle (Partinen 2008, 5-7). PARAS-hankkeen myötä kunnallisen työterveyshuollon muutoksen suunta on kohti suurempia, seudullisen ja alueellisen yhteistyön pohjalta organisoituja työterveyshuoltoyksiköitä, joilla on mahdollisuus tuottaa hyvän työterveyshuollon mukaisia palveluja. Työterveyshuollon sisällön kehittäminen mahdollistuu palvelujärjestelmän uudistamisen myötä ja verkottuminen ja yhteistyö lisäävät kehittämismahdollisuuksia. Kunta- ja palvelurakennuudistusta sekä suunnitteilla olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon pysyvää ja pitkäjänteistä kehittämisrakennetta tuetaan myös valmisteilla olevalla Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella kehittämisohjelmassa KASTE 2008 – 2011. (Partinen 2008, 5-7.)

3.1 Työterveyshuoltoa koskeva lainsäädäntö

Suomen ensimmäinen työterveyshuoltolaki tuli voimaan vuonna 1979. Lain säätämisen aikaan ennaltaehkäisevän työterveyshuollon tavoitteena oli ehkäistä yhtä altistusta kerrallaan kuten meluvauriota tai pölykeuhkoa. (Valtionneuvoston selonteko työelämästä 2004, 99.) Lailla pyrittiin myös työterveyshuollon toiminnan laajenemiseen kaikille työpaikoille (Mäkitalo 2006, 4). Kansaneläkelaitos Kela aloitti työterveyshuoltokorvaukset vuonna 1964 painottuen aluksi sairaanhoitoon (Janhonen & Husman 2006, 17).

Työelämässä tapahtuneet muutokset ja lainsäädännön uudet vaatimukset edellyttivät työterveyshuoltolain kokonaisuudistusta ja lakiuudistus tuli voimaan vuoden 2002 alusta. Uuden lain tavoitteena työterveyshuolto ei ole vain yksittäisten toimenpiteiden kokoelma, vaan se perustuu työpaikan tarpeisiin ja henkilöstön kanssa yhteistyössä laadittuun suunnitelmaan. (Valtioneuvoston selonteko työelämästä 2004, 99.) Uudessa laissa määriteltiin työyhteisöjen kehittäminen työterveyshuollon tehtäväksi ja toiminnan tavoitteeksi sekä psykologit työterveyshuollon asiantuntijoiksi. (L 21.12.2001/1383).

Työterveyshuollon toimintaa ja suunnittelua sääteleviä lakeja tällä hetkellä ovat:

- Työterveyshuoltolaki (1383/2001)
- Valtioneuvoston asetus (1484/2001)
- Työturvallisuuslaki (738/2002)
- Työsuojelun valvontalaki (44/2006)
- Sairausvakuutuslaki (1224/2004) ja sen muutos (1113/2005)
- Valtionneuvoston asetus (1338/2004) korvaamisesta ja sen muutos (1113/2005)

- Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta (1335/2004)
- EU:n puitedirektiivi ja tytärdirektiivit

(Manninen, Laine, Leino, Mukala & Husman 2007, 78).

Vuonna 2004 työeläkekuntoutusta koskevia säännöksiä muutettiin samoin kuin Kelan toimeenpanemaa kuntoutuslainsäädäntöä. Työeläkekuntoutuksesta tuli työntekijän oikeus, jota koskevaan päätökseen saa hakea muutosta. Työntekijällä on nyt oikeus saada ennakkopäätös onko hänellä kuntoutuksen saamisen edellytykset. Säännösten muutoksella mahdollistettiin aktiivisen kuntoutuksen aikainen työskentely osakuntoutusrahalta. Kuntoutuksen ensisijaisuutta korostettiin myös siten, että työkyvyttömyyseläkkeeseen ei ole oikeutta ilman painavaa syytä ennen kuin oikeus kuntoutusrahan ammatillisen kuntoutuksen ajalta on päättynyt. (Gould, Härkäpää, Järvikoski, Laisola-Nuotio, Lehikoinen, & Saarnio 2007, 22.)

Sairausvakuutuslain (L 21.12.2004/1224, 13 luku, 1 § ja 2 §) perusteella työnantajalla on oikeus saada korvausta työnantajan velvollisuudeksi säädetyn tai määrätyn työterveyshuollon järjestämisestä sekä työterveyspainotteisen sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon järjestämisestä aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista. Ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista korvaus on 60 %, sairaanhoidon kustannuksista 50 %. Korvattavaa toimintaa on työterveyshuollon toiminnan suunnittelu, toteuttaminen, seuranta ja arviointi (Kela-tietoutta työterveyshuollon korvaamisesta 2008). Yksi oleellisista edellytyksistä on korvaushakemukseen liitetty työterveyshuollon voimassa oleva *toimintasuunnitelma*, jossa on:

- nimetty työterveyshuollon toimijat ja määritelty heidän pätevyytensä,
- kuvattu työterveyshuollon palvelujen laajuus ja sisältö sekä
- kuvattu ja määritelty työpaikkakohtaiset palvelun tarpeet.

(Kela-tietoutta työterveyshuollon korvaamisesta 2008).

Toimintasuunnitelma toimii ohjeena ja tiedonvälittäjänä sekä työpaikalla että työterveyshuollossa, ja siihen kirjataan eri toiminnot sillä tarkkuudella, että niiden toteutumista voi jälkikäteen seurata ja arvioida (Manninen ym. 2007, 36,74).

Laki määrittelee erikseen (A 27.12.2001/1484 16–19§) työterveyshuollon ammattihenkilöiden, työterveyslääkärin ja työterveyshoitajan sekä asiantuntijoiden koulutuksen. Asiantuntijoita lain mukaan ovat laillistettu fysioterapeutti tai psykologi, joilla on vähintään 7 opintoviikon laajuinen työterveyshuollon koulutus kahden vuoden kuluessa asiantuntijatoiminnan aloittamisesta tai

”3) työhygienian, ergonomian, teknisen, maatalouden, työnäkemisen, ravitsemuksen, puheterapian tai liikunnan alan soveltuva korkeakoulu-, tai muu vastaava alan aikaisempi ammatillinen tutkinto ja riittävät tiedot työterveyshuollosta, jolla tarkoitetaan vähintään yhden opintoviikon laajuista sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden mukaista työterveyshuollon lisäkoulutusta (A 1484/2001, 18§).”

Sosiaali- ja terveysministeriön on seurattava edellä mainittujen ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden käytön ja koulutuksen toteutumista. Lain mukaan työterveyshuollon ammattihenkilön on oltava ammatillisesti riippumaton niin työnantajan kuin työntekijänkin suhteen (L 21.12.2001/1383, 5§.)

3.2 Hyvä työterveyshuoltokäytäntö

Työterveyslaitoksen julkaiseman kirjan *Hyvä työterveyshuoltokäytäntö* tarkoituksena on konkretisoida ja selkeyttää työterveyshuollon lakisääteisiä toimintaperiaatteita. Kirjan tuorein versio huomioi valtioneuvoston periaatepäätöksen työterveyshuollon kehittämislinjoista vuoteen 2015 saakka. (Manninen ym. 2007, 24–25.) Periaatteet

hyvälle työterveyshuollon toiminnalle ovat: lainmukaisuus, asiakaskeskeisyys, yhteistyö ja yhteistoiminta, suunnitelmallisuus, laatu ja vaikuttavuus, näyttöön perustuva tiedon käyttö, monitieteinen ja moniammatillinen toimintatapa, ammatillinen pätevyys ja riippumattomuus sekä eettisyys ja luottamuksellisuus (Manninen ym. 2007, 13).

Yrityksen tai toimipaikan asiakkuus työterveyshuoltoon on lain säätämä velvoite ja Mannisen ja kumppaneiden (2007, 14–15) mukaan se asettaa työterveyshuollon toteutukselle ja sen onnistumiselle omat haasteensa. *Asiakaskeskeisyys* korostaa asiakkaan asemaa ja autonomiaa, osallistumista toiminnan suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä henkilöasiakkaan että asiakastoimipaikan tasolla. Asiakaskeskeinen toiminta edellyttää työterveyshuollolta perehtymistä asiakastoimipaikan tuotantotoimintaan ja toimintaympäristöön, sekä omien prosessiensa sovittamista sen päätöksiin ja toimintaan, millä lisätään yhteistä osaamista ja työterveyshuollon toiminnan vaikuttavuutta. (Manninen ym. 2007, 14–15.)

Työterveyshuollon *yhteistyö* on laaja-alaista ja käsittää varsinaisen asiakastoimipaikan lisäksi joukon muita yhteistyötahoja: työsuojeluviranomaiset, muu terveydenhuolto, kuntoutus, Kela, työvoimaviranomaiset ja vakuutusyhtiöt (Manninen ym. 2007, 15). *Moniammatillisuus* työterveyshuollossa syntyy eri koulutustaustan omaavien henkilöiden hyvästä yhteistyöstä (Manninen ym. 2007, 62–63). Yhteistyön tehostaminen työterveyshuollon ja kuntoutuksen kesken on ollut yksi STM:n vuosina 2003–2007 toteuttaman Veto-ohjelman tavoitteista (Veto-ohjelma 2003).

Yhteistoiminta taas on työterveyshuoltolaissa (L 21.12.2001/1383) määriteltyä työnantajan ja työntekijöiden tai heidän edustajiensa työterveyshuoltoa koskevaa yhteistyötä. Se edellyttää molemmilta osapuolilta työterveyshuollon järjestämiseen, suunnitteluun, toteutukseen ja vaikutusten arviointiin liittyvää yhteistyötä. Työterveyshuollon toimintasuunnitelma laaditaan työnantajan ja työntekijöiden tai heidän

edustajiensa – työsuojelutoimikunnan – sekä työterveyshuollon yhteistyönä. (A 27.12.2001/1484, L 21.12.2001/1383) Tiedon antaminen, ohjaus ja neuvonta työntekijöille, työnantajalle ja työ-paikan työsuojelutoimikunnalle ovat lakisääteistä työterveyshuollon toimintaa ja sitä toteutetaan myös omana, erillisenä ja suunniteltuna toimintana. (Manninen ym. 2007, 141).

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -kirjan avulla pyritään juurruttamaan prosessiajattelua työterveyshuoltoon (Manninen ym. 2007, 16). Ydinprosesseja työterveyshuollossa ovat lainsäädännön sille määrittelemät tehtävät kuten työpaikkaselvitykset, terveystarkastukset ja työyhteistyö. Antti-Poika on kuvannut työterveyshuollon ydin- ja tukiprosesseja on seuraavasti (Manninen ym. 2007, 16):



KUVIO 5. Esimerkkejä työterveyshuollon ydin- ja tukiprosesseista (Manninen ym. 2007, 16)

3.2.1 Työpaikkaselvitys

Työterveyshuollon toiminnan tarpeen arvioinnissa on pohjana työpaikkaselvitys, jonka työterveyshuollon ja työpaikan edustajat yhdessä toteuttavat. Sen avulla selvitetään ja arvioidaan työssä aiheutuva altistuminen eri vaara- ja riskitekijöille sekä työn fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kuormittavuus (Manninen ym. 2007, 85–93.) Työpaikkaselvityksen pohjalta tehdään selkeät johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset esimerkiksi työhön paluun tukemisesta pitkittyneen sairausloman jälkeen tai vajaa-kuntoisten työntekijöiden kuntoutukseen ohjaamisesta. Selvityksen tueksi on olemassa useita menetelmiä ja mittareita, joita löytyy muun muassa Työterveyslaitoksen verkkosivuilta www.ttl.fi. (Manninen ym. 2007, 85–93.)

Työterveyshuollon työntekijät pystyvät paremmin osallistumaan ja hallitsemaan yrityksen työterveyshuollon kokonaisuutta, kun heillä on tietoa organisaation toimintatavasta, kehityksen suunnasta, kilpailutilanteesta, työn tuomista vaatimuksista ja työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä (Liukkonen 2006, 16). Muutostilanteissa työterveyshuollon ammattihenkilöt ja asiantuntijat voivat tukea työyhteisöä tiedottamisen, neuvonnan ja ohjauksen avulla, lievittää epävarmuudesta johtuvaa psyykkistä kuormittumista ja ehkäistä tilanteen ajautumista kriisiin (Manninen ym. 2007, 117–122). Tietoa yrityksen toiminnasta on ollut yritysten oman työterveyshuollon luontevampi saavuttaa kuin yritykselle työterveyspalveluja tuottavan ulkopuolisen yksikön. Nykyinen kehitystrendi yrityksissä on kuitenkin ostaa työterveyshuollon palvelut ulkopuolelta (Manninen 2007,83).

Verve on yhteistyössä Työterveyslaitoksen ja Helsingin yliopiston kanssa kehittänyt vuosina 2005–2007 uutta työlähtöistä työterveyshuollon mallia, jonka mukaisessa työpaikkaselvityksessä lähtökohtana on työn muutosta ja häiriökuormitusta koskevan oppimisprosessin mahdollistaminen työyhteisölle (Mäkitalo 2007). Mallissa kohdistetaan työpaikkaselvitys työympäristön sijasta tai sen rinnalla työtoiminnan muutokseen ja sen perusteella suunnataan työterveyshuollon toimintaa sekä työhön liit-

tyvää kuntoutusta. Helsingin kaupungin työterveyskeskuksessa testattiin keväällä 2006 silloin ”paikallisen muutoksen – mallin” nimellä kulkenutta uutta työpaikkaselvitystä (Rokkanen, Poikonen & Määttänen 2007, 80–91) ja testauksen yhteydessä todettiin sen edellyttävän työterveyshenkilöstön roolin muutosta objektiivisesta asiantuntijasta keskusteluprosessin vetäjäksi. Osa työterveyshuollon henkilöstöstä koki roolin muutoksen vaikeana ja osa halusi pysyä vanhassa asiantuntijaroolissaan.

3.2.2 Työyhteisötyö

Työterveyshuoltolaki (L 21.12.2001/1383) velvoittaa työterveyshuollon tukemaan työyhteisöjä ja osallistumaan sen työkykyä ylläpitävien ja edistävien toimenpiteiden suunnitteluun ja toteutukseen. Mannisen ja kumppanien (2007, 155) mukaan painopiste työterveyshuollossa on siirtymässä työkyvyn arvioinnista koko työyhteisön työkykyä edistävien toimien ja työkyvyttömyyden uhan arviointiin. Työterveyshuolto saa toimintansa ja mittareiden avulla tietoa, jota voidaan hyödyntää työyhteisön toimivuuden edistämiseksi, vastuu tehtävästä on kuitenkin työturvallisuuslain (L 23.8.2002/738) mukaan työnantajalla (Manninen ym. 2007, 117–122).

Työyhteisötyössä työterveyshuollon roolina on toimia kehittämishankkeiden suunnittelussa asiantuntijana, opastaa toiminnan käynnistämisessä ja kuntoutustarpeen selvittämisessä (Manninen ym. 2007, 117–122). Työyhteisötyön lisäämiseksi Minna Janhonen ja Päivi Husman (2007) ehdottavat työterveyshuollon ja asiakastoimipaikan yhteistyön tarkempaa määrittelyä työyhteisöön liittyvissä ongelmissa, kokonaan työyhteisötyöhön erikoistuneita työterveyshuollon yksiköitä tai uudenlaisen asiantuntijuuden kuten työyhteisötyöhön perehtyneiden sosiologien tai sosiaalipsykologien lisäämistä työterveyshuoltoon. (Janhonen & Husman 2007, 14–16.)

Työyhteisötyöhön ja työhyvinvoinnin edistämiseksi on viime vuosien kehittämishankkeiden myötä saatu uusia välineitä. Työterveyslaitoksen verkkosivuilla on käytettävissä KESTO- ohjelman tuottamana syntynyt maksuton Duunitalkoot -verkkopalvelu, joka on kehitetty auttamaan työntekijöitä ja esimiehiä luomaan työpaikoille hyvä keskusteluilmapiiri ja osallistumiskulttuuri. Veto-ohjelman tuella rakennettu verkkosivusto www.klinikka.fi antaa tietoa ja käytännön ratkaisuehdotuksia työpaikan hyvinvoinnin edistämiseksi. Valtion virastoille ja laitoksille on suunnattu työhyvinvoinnin kehittämis- ja palvelukokonaisuus Kaiku, jonka tavoitteena on vakiinnuttaa työhyvinvointitoiminta osaksi johtamista ja työpaikan arkea (Kaiku-työhyvinvointipalvelut 2005). Työyhteisöön asti ulottuvaa toimintaa on pyritty lisäämään myös kuntoutuslaitosten järjestämiin kursseihin. Hätinen, Kinnunen, Pekkonen ja Kalimo (2007, 27–41) toteavat työyhteisökytkennän sisältävän Virveli-kuntouskurssin olevan yksilösuuntautunutta kuntoutusta tehokkaampi lääkinällinen kuntoutusmuoto työpumisen ehkäisemisessä.

3.2.3 Terveystarkastukset

Terveystarkastukset ovat työterveyshuollon keskeisimpiä ydinprosesseja. Terveystarkastusten tarve, laajuus ja tarkastusväli, määräytyvät toimialan, työpaikkaselvityksessä esiin tulleiden terveysriskien ja hyväksytyjen menetelmien perusteella. (Manninen ym. 2007, 124–138.) Tarkastusten sisältö vaihtelee työn vaatimusten, altisteiden ja työntekijän ominaisuuksien mukaan. Ensisijaisesti pyritään aina poistamaan tai pienentämään vaara- ja kuormitustekijöitä, mutta mikäli se ei ole mahdollista, altistusta kontrolloidaan tarpeellisilla terveystarkastuksilla. (Manninen ym. 2007, 128.)

Terveystarkastusten yhteydessä selvitetään työntekijän terveydentila sekä työ- ja toimintakyky. Manninen ja kumppanit (2007) mainitsevat yksilöllisen työterveys-suunnitelman, jonka avulla työntekijän kokonaistilannetta voidaan yhteistyössä tar-

kastella. Terveystarkastuksessa työntekijälle annetaan tietoa, ohjausta ja neuvoja terveellisiin ja turvallisiin työtapoihin sekä oman terveyden ja työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. (Manninen ym. 2007, 128.)

Muuttuvan työelämän tarpeisiin on kehitetty uusimuotoinen työlähtöinen terveystarkastusmalli Verven, Työterveyslaitoksen ja Helsingin yliopiston yhteisessä kehittämishankkeessa. Sen ideana on sovittaa yhteen työntekijän omaa ammatillista kehittymistä ja työssä meneillään olevaa muutosta niiden yhtäaikaisen tarkastelun avulla. (Koistinen 2007.) Tarkoituksena on auttaa kehittävän vuoropuhelun avulla työntekijää jäsentämään muutoksessa oman työnsä mielekkyyttä, omaa ammatillista kehitysvaihettaan sekä tulkitsemaan omaa työtilannettaan uudesta näkökulmasta. Tavoitteena on oivaltaminen, mitä tekemällä tai tekemällä toisin voi muuttaa tai parantaa omaa tilannettaan ja millaiset muutokset toisivat parannusta työhyvinvointiin. (Koistinen 2007.) Uusi toimintamalli vaatii työterveyshuollolta uudenlaista osaamista.

3.2.4 Työssä selviytymisen seuranta

Työnantajan tulee edistää ja seurata työntekijöiden työssä selviytymistä (A 27.12.2001/1484) ja pyrkiä selvittämään työpaikalla havaittua ongelmaa mahdollisimman pitkälle esimiehen ja alaisen keskustelussa. Ongelmien varhainen havaitseminen ja selviytymisen varhainen tukeminen työpaikalla ovat myös työterveyshuollon tehtäviä. Työkykyongelmat saattavat tulla esille terveystarkastuksissa, ilmetä sairauspoissaoloina, oireiluna tai toistuvina käynteinä työterveyshuollossa erilaisten syiden johdosta. (Manninen ym. 2007, 155.) Työterveyshuollolla on useita työterveyshuoltolain asettamia velvoitteita (kuvio 6) liittyen yksittäisen työntekijän työ- ja toimintakyvyn ylläpitoon ja seurantaan sekä työkyvyttömyyden ehkäisyyn – myös silloin, kun siihen ei sisälly sairaanhoitoa (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007, 19).

- työntekijöiden terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn selvittäminen, arviointi ja seuranta
- tietojen antaminen ja ohjaus työntekijän terveyttä koskevissa asioissa
- työpaikkaselvityksiin ja muuhun työpaikan tuntemukseen perustuva työkuormituksen selvittäminen
- toimenpide-ehdotukset tarvittaessa työn sopeuttamiseksi työntekijän edellytyksiin
- toimenpide-ehdotusten tekeminen ja niiden toteutumisen seuranta
- vajaakuntoisen työntekijän työssä selviytymisen seuranta ja edistäminen
- kuntoutustarpeen selvittäminen
- kuntoutusta koskeva neuvonta
- ohjaaminen lääkinnälliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen

KUVIO 6. Yksilön työkyvyn tukemiseen ja työkyvyttömyyden ehkäisemiseen liittyviä tehtäviä työterveyshuoltolain mukaan (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007, 19).

Työterveyshuollon tulee seurata ja varmistaa, että pitkällä tai toistuvilla sairauslomalla olleen työntekijän kuntoutuksessa ja hoidossa on riittävästi huomioitu työhön palautuminen ja työssä selviytyminen. Työkyvyn pikaiseksi palauttamiseksi työterveyshuolto voi tehdä ehdotuksia toimenpiteiksi työpaikalla. (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007, 30.) Mannisen ja kumppaneiden mukaan (2007) työhön paluun suunnittelu aloitetaan jo sairausloman aikana yhteistyössä työntekijän, esimiehen ja työterveyshuollon kanssa. Pitkältä sairauslomalta onnistunut työhönpaluu ehkäisee uusia sairauslomia, ennen aikaista eläköitymistä tai muuta syrjäytymistä (Manninen ym. 2007, 159).

Sovitut toimenpiteet ja menetelmät kuvataan työterveyshuollon toimintasuunnitelmassa. (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007, 19). Ohjeita ja opastusta työhönpaluun suunnitteluun on laadittu muun muassa Veto-ohjelman tuloksena. Työterveyslaitoksen tiedotteen ”Työelämässä on liian vähän sovittuja käytäntöjä työhönpaluun tuesta” mukaan vain 41 % työterveysasemista tarjoaa sovitusti työhönpaluun tukipalveluja pitkiltä sairauslomilta palaaville ja vain harvoilla käytäntö on kirjattu työterveyshuoltosopimukseen tai -suunnitelmaan. Tiedotteessa mainittiin, että työterveyshuollon vähäiset resurssit ovat osaltaan vaikuttamassa toteutukseen. (Työelämässä on liian vähän sovittuja käytäntöjä työhönpaluun tuesta 2008.) Manninen kumppaneineen (2007, 161) näkee työhönpaluun seurannassa työterveyshuollon tehtävänä terveydentilan ja esimiehen tehtävänä työssä selviytymisen seuraamisen.

Osana Työterveyslaitoksen Sateenkaarihanketta on tutkittu ja arvioitu työterveyshuollon tärkeimpien prosessien vaikuttavuutta tarkastelemalla asiakastoimipaikkojen työterveyshuollon toimintasuunnitelmia. Tutkimuksen perusteella työntekijöiden osaaminen ja toimintakyky oli huomioitu lähinnä isojen yritysten toimintasuunnitelmassa, vajaakuntoisen työntekijän työssä selviytymisen seuranta mainittiin noin puolessa suunnitelmista ja kuntoutuksen järjestäminen oli kirjattu vain joihinkin isojen organisaatioiden toimintasuunnitelmiin. (Laine & Peurala, 2007, 12–13.)

Hyvä työkyvyttömyysriskin hallinta tuo työnantajalle taloudellista säästöä poissaolo-, eläkevakuutus-, ja vaihtuvuuskustannuksissa sekä varmistaa työn tuottavuuden ja laadun. Työvoiman tarjonta Suomessa on vähenemässä, joten työnantajien on erityisen tärkeä huolehtia ja pitää kiinni osaavasta henkilöstöstään, mikä parantaa myös yrityksen rekrytointimahdollisuuksia. (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007, 15–16.)

3.3 Työterveyshuollon vaikuttavuus ja mittarit

Työterveyshuollon vaikuttavuutta voidaan tarkastella erilaisten mittareiden avulla. Työterveyshuoltotoiminnan vaikuttavuus näkyy viime kädessä työpaikan riskialtistusten ja kuormitustilojen vähenemisenä, työympäristön ja työolojen laadun paranemisenä, työperäisen sairastavuuden, tapaturmaisuuksien, kuormittuneisuuden ja työkyvyttömyyden vähenemisenä sekä työkyvyn paranemisenä (Manninen ym. 2007, 28).

Fyysisen kuormituksen arviointimittareita ovat esimerkiksi TIKKA -työkuormituksen arviointimenetelmä ja Näppärä -näyttöpäätetyön ergonomian ja työympäristön arviointi. Psykkisen ja sosiaalisten kuormitustekijöiden arviointiin laadittuja mittareita ovat muun muassa: Työstressi- ja Voimavarat työssä -kyselyt, Työilmapiiri ja hyvinvointibarometri THB, Työyhteisöindeksi, työuupumuksen arviointiin BBI – Bergen Burnout Indicator BBI-15. (Manninen ym. 2007, 92–96.)

Sairauspoissaolotilastot ovat Liukkoson (2006, 191) mukaan työterveyshuollon tärkeimpiä työkaluja vaikuttavuuden arvioinnissa ja yrityksen tulevien palvelutarpeiden ennakoinnissa. Henkilöstöhallinnon, palkanlaskennan ja työterveyshuollon yhteistyöllä voidaan kerätä sairauspoissaoloista ja muusta ajankäytöstä tarvittavaa tietoa työterveyshuollon vaikuttavuuden toteutukseksi. Sairauspoissaolojen seuranta on yleisesti käytetty työyhteisön hyvinvoinnin mittari ja sen toteutuksesta on syytä sopia työnantajan, työterveyshuollon ja yhteistoimintaelinten kesken. (Varhainen tuki – toimintamalli työkyvyn heiketessä 2004.)

Henkilöstötilinpäätös on mittari, joka antaa kuvan yrityksen henkilöstövoimavarojen tilasta ja kehityksestä, koulutuksesta, terveydestä ja jaksamisesta sekä työviihtyvyydestä. Henkilöstötilinpäätös ja perinteinen tilinpäätös yhdessä antavat kokonaiskuvan yrityksen tuloksen kestäväydestä pitkällä aikavälillä. Sen avulla saadaan tietoa,

jota voidaan käyttää apuna päätöksenteossa ja henkilöstön kehittämisessä. (Henkilöstötilinpäätös 2008.)

Mittareiden ja niiden tulosten käytössä on tärkeää, että kerätty tieto on yhdenmu-
kaista ja vertailtavissa yrityksen tavoitteisiin, lähihistorian tuloksiin tai tuloksiin vas-
taavissa tulosityksiköissä. Mittaaminen on tarpeetonta, mikäli ei olla valmiita kohta-
maan mittauksen mukanaan tuomia ongelmia ja ratkaisemaan niitä. Mittaustulosten
julkaisemisesta on hyvä sopia etukäteen, samoin siitä, ketkä tuloksia tarkastelevat.
Mittaustulokset antavat merkityksellistä tietoa, jota on hyödynnettävä yrityksen
suunnittelussa ja päätöksenteossa. (Liukkonen 2006, 255–259.)

3.4 Työterveyshuollon kehittämishaasteet

Suomessa on kuluneen kymmenen vuoden aikana käytetty työkykyä ylläpitävän toi-
minnan strategiaa, joka on perustunut työn, työyhteisön, työympäristön, työntekijän
terveyden ja osaamisen kehittämiseen (kuvio 7). Strategiaa, joka tukee työntekijöi-
den työssä jaksamista ja työssä jatkamista on pidetty toimivana ja se toimii edelleen
pohjana työterveyshuollon kehittämisessä.



KUVIO 7. Laaja-alaisen työterveyshuollon viitekehys, (Työterveys 2015, 20).

Valtioneuvoston tekemän ja Työterveyshuollon neuvottelukunnan valmisteleman peripäätöksen Työterveyshuolto 2015 – työterveyshuollon kehittämislinjojen tarkoituksena on linjata kansallisia, eri toimijoiden toimenpiteitä ja vastualueita työntekijöiden terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseksi osana työelämän laadun parantamista. Keskeisimmät tavoitteet ovat työelämässä jaksaminen ja jatkaminen entistä pidempään, työelämän laadun parantaminen, työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen tehokkaalla ehkäisevillä toimenpiteillä sekä laadukkaiden ja kattavien työterveyspalveluiden turvaaminen. (Työterveys 2015, 3.) Kehittämislinjat eivät voi kattaa aukottomasti työelämän kehitystä ja painotukset linjauksissa voivat vaihtua työelämän muutosten myötä tulevina vuosina (Työterveys 2015, 6).

Työterveyshuollon kymmenen keskeistä kehittämislinjaa ovat:

1. Lainsäädäntö

Tavoitteena on mm. toimeenpanna uudistettu työterveyshuollon lainsäädäntö sekä laatia työterveyshuollon lainsäädännön toimeenpanoa tukevia oppaita ja ohjeita. Lainsäädännön kehittämisessä otetaan huomioon työelämän ja työvoiman muutokset sekä kansallinen, Euroopan yhteisön ja kansainvälinen lainsäädäntö.

2. Työterveyshuollon sisältö

Tavoitteena on kehittää työterveyshuoltopalvelujen sisältöä ja laatua sekä työterveyshuollon toimintamuotoja työelämän muuttuvien tarpeiden ja tutkimustiedon pohjalta moniammatillisuutta hyödyntäen. Painopisteitä ovat työkyvyttömyyden uhan varhainen tunnistaminen, terveyden seuranta ja edistäminen työpaikalla ja sairauksien ja tapaturmien ehkäisy.

3. Työterveyshuollon palvelujärjestelmä

Tavoitteena on taata työterveyshuollon palvelut kaikille työelämään osallistuville yhdenvertaisesti. Erityistä huomiota kiinnitetään epätyypillisissä työsuhteissa olevien työntekijöiden, yrittäjien ja pienten työpaikkojen työterveys-huoltopalvelujen turvaamiseen.

4. Työterveyshuollon rahoitus- ja korvausjärjestelmä

Korvausjärjestelmän vaikuttavuutta ja joustavuutta kehitetään. Työterveyshuollon toteutumista ja työterveyshuoltolain toimeenpanoa tuetaan rahoitus- ja korvausjärjestelmän avulla.

5. Työterveyshuollon henkilöstövoimavarat

Laadulliset ja määrälliset henkilöstövoimavarat varmistetaan uudistamalla koulutusta ja mitoittamalla koulutettavien ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden määrä tarvittaen vastaavaksi. Koulutuksen kehittämisessä otetaan huomioon monitieteisyys ja moniammatillisuus.

6. Työterveyshuollon etiikka

Hyvän työterveyshuoltokäytännön toteuttamista eettisten periaatteiden mukaan tehostetaan ja tuetaan.

7. Yhteistyö

Työterveyshuollon yhteistyötä yhteistyösapuolten kanssa edistetään yhteisten koulutusten, mallikäytäntöjen ja yhteistyötahojen verkottumisen avulla.

8. Työterveyshuollon tiedonhallintajärjestelmät

Jatketaan työterveyshuollon tiedonhankintajärjestelmien kehittämistä ja niiden käyttöönottoa tuetaan.

9. Työterveyshuollon tutkimus- ja kehittämistyö

Tutkimus- ja kehittämistyötä suunnataan erityisesti työterveyshuollon sisällön, palvelujärjestelmän toimivuuden, menetelmien kehittämisen ja laadun ja taloudellisten vaikutusten, vaikuttavuus- ja arviointitutkimuksen alueelle. Evaluaatiotutkimusten avulla selvitetään työterveyshuollon vaikutuksia työssä jaksamiseen ja jatkamiseen.

10. Seuranta ja valvonta

Laaditaan määräajoin raportti työterveyshuollon lainsäädännön toimeenpanosta, tassa-arvon toteutumisesta ja kehittämislinjojen toteutuksesta. Neuvottelukunta tekee ehdotukset tarvittavista työterveyshuollon kehittämisen painotuksista ja lainsäädännön muutoksista.

(Työterveys 2015)

Yksi kehittämistyön tavoitteista on työterveyshuollon tuottavuuden, tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantuminen. Oleellista on, että yksikössä voimavarat on oikein kohdennettu ja työt jaettu siten, että työntekijöiden asiantuntemus on tarkoituksenmukaisesti hyödynnetty (Manninen ym. 2007, 62–63). Työterveyshuolto on mennyt parempaan suuntaan, mutta sisällöllinen kehitys ei ole mennyt työelämän tarpeiden tai päätöksen tekijöiden ja kehittäjien suuntaan (Manninen 2007, 93). Jorma Mäkitalon (2007) mukaan nykyisellä työterveyshuollon käytännöllä on vaatimaton

vaikuttavuus työn muutoksesta aiheutuviin uusiin työterveysongelmiin ja tarvitaan uutta, työlähtöistä työterveyshuollon toimintamallia.

Yrity maailmassa on tiedostettu tarve työkyvyttömyydestä johtuvien kustannusten pienentämiseen. Työeläkelain muutos mahdollistaa työnantajan vaikuttamisen työeläkemaksuluokkansa suuruuteen omilla toimillaan. Työeläkelain uudistuksen innoittamana ympäristöhuoltoyritys Lassila & Tikanoja aloitti vuonna 2005 Sirius-hankkeen henkilöstön työkyvyn parantamiseksi (Nikkanen 2007, 14). Hankkeen tavoitteena on alentaa sairauskustannuksia 26 %, vähentää työterveyshuollon palveluihin käytettyä aikaa 20 %, puolittaa tapaturmat, minimoida työkyvyttömyys- ja tapaturmaeläkekustannukset, varmistaa työvoiman riittävyyttä edistämällä henkilöstön jaksamista ja sitoutumista sekä varmistaa mahdollisimman monen eläkkeelle jääminen työkykyisenä. Lassila & Tikanoja on muokkaamassa työterveyshuollon ostosopimuksia hoito- ja käyntikertaperusteisten sijaan siten, että työterveyshuollosta maksettu palkkio palveluntuottajalle nousee sairauspoissaolojen laskiessa. (Nikkanen 2007, 14.)

4 KUNTOUTUKSEEN OHJAUS

4.1 Kuntoutukseen ohjaus työterveyshuollossa

Kuntoutukseen ohjaus on yksi osa pitkäjänteistä ja suunnitelmallista preventiivistä työterveyshuoltoa hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti. (Työterveys ja kuntoutus 2007, 9). Työterveyshuollon asiakkaiden kuntoutukseen liittyvät toimenpiteet ovat lääkinnällisiä, ammatillisia tai sosiaalisia (päihdekuntoutus). Luonteeltaan ne ovat ennaltaehkäiseviä, hoitavia ja korjaavia (Manninen ym. 2007, 162). Työterveyshuollon kuntoutukseen liittyviä toimenpiteitä ovat kuntoutustarpeen selvittäminen

sekä kuntoutusta koskeva neuvonta ja ohjaus. (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007, 19). Kun työterveyshuollon ja työpaikan omat keinot eivät riitä, on käytettävissä eri tilanteisiin sopivia kuntoutusjärjestelmiä (kuviokuva 8): kuntoutuslaitosten järjestämä varhaiskuntoutus (kuntoremontit), erikoissairaanhoidon lääkinällinen kuntoutus, Kelan kuntoutuskurssit, -laitosjaksot, ASLAK, TYK ja terapiat, eläke- ja vakuutusjärjestelmän sekä työhallinnon ammatillinen kuntoutus. (Manninen ym. 2007, 162). Työpaikan ja työterveyshuollon yhteisesti sopima toimintamalli kuntoutustarpeen toteamisesta mahdollistaa varhaisen toteamisen ja kuntoutukseen ohjauksen joustavasti, nopeasti ja suunnitellusti. (Työterveys ja kuntoutus 2007, 11-12). ”Lisäksi tarvittaisiin toimintamalli kuntoutuksen jälkeiseen seurantaan”, Manninen kirjoittaa (2007, 88).



KUVIO 8. Työterveyshuollon tärkeimmät ulkopuoliset yhteistyötahot työkykyongelmissa. (Työterveys ja kuntoutus 2007, 18).

Varhaisen puuttumisen vaikutukset eivät vielä näkyneet vuonna 2005 kuntoutuksen varhaisena käynnistymisenä. Työeläkekuntoutuksen tutkimuksesta julkaistun raportin perusteella 63 % kuntoutujista koki kuntoutuksen käynnistyneen joko useita vuosia tai jonkin verran liian myöhään (Gould, Härkäpää ym. 2007, 35). Ennen kuntoutukseen pääsyä tutkimukseen osallistuneet kuntoutujat olivat sairastaneet keskimäärin reilut seitsemän vuotta ja sairaus oli haitannut työntekoa vajaat kolme vuotta. Kuntoutuksen käynnistymisen nopeus tutkimuksessa oli yhteydessä siihen, kuinka helppoa oli löytää kuntoutuksesta vastaava taho (Gould, Härkäpää ym. 2007, 42.)

Mielenterveyden syyt ovat huomattavasti vähäisempiä työeläkekuntoutuksessa kuin työkyvyttömyyseläkkeissä. Syynä tähän arvioidaan olevan mielenterveyskuntoutujien keskimääräistä huonompi työllistyminen. Myös ammatillisen kuntoutuksen menetelmien soveltaminen on haasteellisempaa kuin somaattisten sairauksien yhteydessä. (Gould, Härkäpää ym. 2007, 41.) Perustellusti voidaan sanoa, että varhaisen puuttumisen keinoja sekä mielenterveyskuntoutujien ammatillista kuntoutusta on tehostettava yhä.

STM:n Veto-ohjelmaan kuuluneessa Työterveyshuollon ja kuntoutuksen rajapinnat -hankkeessa kysyttiin työterveyshuollon edustajien näkemyksiä yhteistyöstä kuntoutuksen ammattihenkilöiden kanssa (Työssä jaksamisen tukeminen ja sairauslomakäytännöt 2005–2008, 2007). Tulosten mukaan resurssien vähyys työterveyshuollossa vaikuttaa siihen, miten paljon kuntoutusasioihin voidaan paneutua. Työntekijöiden kuntoutukseen liittyvät kysymykset olivat monimutkaisia ja vaativat yksilöllistä selvittelyä, johon toivottiin tukea ja työn helpottamista. Työterveyshuollossa toivottiin myös paikallisten toimijoiden verkostoitumista ja mahdollisuutta palveluja koordinoivan palveluohjaajan tai kuntoutusyhdyshenkilön käyttöön. (Työssä jaksamisen tukeminen ja sairauslomakäytännöt 2005–2008, 2007.)

Kuntoutussäätiö, Kuntoutus Orton ja Suomen Projekti-Instituutti Oy toteuttivat 2005–2008 STM:n ja ESR:n rahoittaman JATS-kehittämishankkeen, jossa tavoitteena oli työssä jaksamisen tukeminen ja sairauspoissaolokäytäntöjen kehittäminen pienille ja keskisuurille yrityksille. Hankkeessa kehitettiin Kuntoutuspalveluohjaus -tuote, jota työterveyshuolto voi ostaa Kuntoutussäätiöltä tarvittaessa tukea erityisen haasteellisessa työssä selviytymisen tilanteessa kuntoutustarpeen arviointiin tai kuntoutuksen palveluohjaukseen. (Työssä jaksamisen tukeminen ja sairauslomakäytännöt 2005–2008, 2007.)

Kun osallistutaan muita ihmisiä koskevien päätösten tekemiseen, on ratkaisujen kestävyttä pohdittava myös eettisesti. Työterveyshuollossa tehtävien ratkaisujen vaikutukset ulottuvat työntekijän lisäksi hänen sidosryhmiinsä: työyhteisöön, kotiin ja perheeseen, Kansaneläkelaitokseen ja vakuutusyhtiöihin, koko yhteiskuntaan sekä takaisin työterveyshuoltoon itseensä. Työntekijän työssä jaksamisen ja selviytymisen ongelmatilanteissa työterveyshuollossa tarvitaan kokonaisvaltaista näkemystä ratkaisujen vaikutuksista. Kestävät ratkaisut vaativat työterveyshuollon henkilöiltä asiakaskeskeistä työtettä, ratkaisujen tekemistä yhteisymmärryksessä sekä aikaa eettisten pohdintojen tekemiseen. (Manninen ym. 2007, 34–42.)

4.2 Kuntoutuksen ohjaaja (AMK)

Vuodesta 1997 lähtien kuntoutuksen ohjaajan (AMK) – tutkinnon on voinut suorittaa kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelmassa Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Tällä hetkellä kyseisen koulutusohjelman nuorisoasteen koulutusta tarjotaan ainoastaan Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Satakunnan ja Oulun ammattikorkeakouluissa järjestetään kuntoutuksen ohjaaja(AMK) -koulutusta aikuiskoulutuksena. Lähtökohtana kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelmassa ovat olleet valtakunnalliset sekä alueen työelämän tarpeet. Kuntoutusohjauksen ja –

suunnittelun koulutusohjelman laajuus on 210 op ja opintojen ohjeaika on 3,5 vuotta. Kuntoutuksen ohjaaja (AMK) on tutkintonimike, joka antaa pätevyyden työskennellä kuntoutuksen eri toimialueilla sekä sosiaaliohjaajan tehtävissä. Työelämässä kuntoutuksen ohjaajat (AMK) toimivat monilla eri tehtävänimikkeillä, kuten kuntoutusohjaaja, -suunnittelija, ohjaaja, asiakasneuvoja ja -sihteeri.

Ammatillisen osaamisen perustana kuntoutuksen ohjaajalla (AMK) ovat kuntoutuksen merkityksen ja aseman ymmärtäminen yhteiskunnassa, kuntoutuksen teoreettisen viitekehyksen hallinta ja ohjauksen teoreettisten mallien ja niiden soveltamisen hallinta kuntoutuksen ohjauksessa. Keskeisiä osaamisalueita kuntoutuksen ohjaajilla (AMK) ovat laaja kuntoutuksen ja eri palvelujärjestelmien tuntemus, kuntoutusta ja siihen läheisesti liittyvän lainsäädännön, tukimuotojen ja etuuksien tunteminen. (Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelman itsearviointi 2008, 1-2.)

Kuntoutuksen ohjaajalle on koulutuksessa määritelty seuraavat osaamisen kompetenssit:

- kuntoutuksen asiakastyön osaaminen
- kuntoutuksen palvelujärjestelmäosaaminen
- kuntoutustarpeen arviointiosaaminen
- ohjaus- ja opetusosaaminen
- moniammatillinen yhteistyöosaaminen
- kuntoutuksen suunnittelu- ja johtamisosaaminen

(Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit, 2006.)

Lisäksi kuntoutuksen ohjaajien osaamista vahvistavat ammattikorkeakoulusta valmistuvien yleiskompetenssit: itsensä kehittäminen, eettinen osaaminen, viestintä- ja

vuorovaikutusosaaminen, kehittämistoiminnan osaaminen, organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen ja kansainvälisyysosaaminen. (Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden yleiset kompetenssit 2006).

Kuntoutuksen ohjaaja (AMK) ymmärtää kuntoutustarpeita aiheuttavia tekijöitä yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla. Kuntoutuksen ohjaaja (AMK) osaa arvioida työssään ihmisen työ- ja toimintakykyä ja toimintaympäristöä. Työn perusajatuksena on edistää asiakkaiden kokonaisvaltaista selviytymistä ja toimintamahdollisuuksia ottaen huomioon myös ympäristötekijät. Työote kuntoutuksen ohjaajalla (AMK) on asiakaskeskeinen ja perustuu dialogisuuteen. Kuntoutuksen ohjaaja (AMK) vastaa asiakkaan kuntoutustarveselvittelyistä ja räätälöi yksilöllisesti kokonaisvaltaisen ja oikea-aikaisen palvelu- ja etuuskokonaisuuden ottaen huomioon kustannukset. Keskeinen tehtävä kuntoutuksen ohjaajalla (AMK) on tukea ja antaa ohjausta asiakkaan koko kuntoutusprosessin ajan ja toimia yhteyshenkilönä asiakkaan ja eri palvelujärjestelmien välillä. Tukena hänellä on työssään usein moniammatillinen työyhteisö. Asiakaskunta on laaja ja moninainen ja se käsittää yksilöt vauvasta vaariin ja mummosta muksuun sekä erilaiset ryhmät.

Kevääseen 2007 mennessä kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelmasta oli valmistunut 221 kuntoutuksen ohjaajaa (AMK). Kuntoutuksen ohjaajat (AMK) olivat vuonna 2007 opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen mukaan työllistyneet hyvin tutkintoa vastaaviin tehtäviin. Kuntoutuksen ohjaajia (AMK) työllistäneet suurimmat työnantajatahot olivat Kela, sairaanhoitopiirit, työvoimatoimistot, potilas- ja kansanterveysjärjestöt ja erilaiset projektit. (Chatzitolios, Frantti & Pennanen 2007, 3-4, 37–38.)

5 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Kartoitimme haastattelun avulla valitsemissamme työterveyshuollon yksiköissä niiden reagointia työelämän muutoksiin ja tulevaisuuden toiminnan haasteita. Kartoituksen avulla halusimme saada vastauksen päätutkimusongelmaamme: voiko kuntoutuksen ohjaajien (AMK) ammatillista osaamista hyödyntää työterveyshuoltosektorilla ja siten vahvistaa sen palvelutarjontaa. Tutkimusongelmiksi muodostuivat:

- 1) Miten työelämän muutokset näkyvät työterveyshuollossa?
- 2) Miten työterveyshuolto on vastannut työelämän muutoksiin?
- 3) Mitkä ovat työterveyshuollon toiminnan muutoshaasteet tulevaisuudessa?
- 4) **Nouseeko tutkimuksessa esille kuntoutuksen ohjaajien ammattiryhmän osaamisen hyödyntämismahdollisuuksia työterveyshuoltosektorilla?**

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Lähtökohta kvalitatiivisessa tutkimuksessamme on todellisen toiminnan kuvaaminen ja sen avulla vastauksen löytäminen tutkimusongelmiimme. Tutkimuksen ydinasiat ovat tutkimuksen analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko, joihin tähdätään jo tutkimusta aloitettaessa, sanovat Hirsjärvi ja Hurme (2006, 209). Tutkimuksen toteuttamiseen käytimme haastattelua, koska halusimme kerätä tietoa mahdollisimman laajasti ja joustavasti. Vuorovaikutuksellinen haastattelutilanne antaa mahdollisuuden tiedon keräämiseen suuntaamiseen (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34). Haastattelutilanteessa tietoa voi syventää ja tarkentaa lisäkysymysten avulla. Teemahaastattelun

etuna on tilan antaminen vapaalle keskustelulle valitun teeman ympärillä, jolloin tutkittavan ääni saadaan paremmin kuuluville (Hirsjärvi & Hurme, 47–48).

Päätimme toteuttaa tutkimuksen teemahaastattelujen avulla, nauhoittaa haastattelut, kirjata tulokset nauhalta ja litteroida oleellimmat kohdat sekä analysoida tulokset laadullisella sisällön analyysillä. Päädyimme videointiin nauhoittamisen sijaan, koska meillä oli videokamera käytettävissämme. Tutkimuksemme kannalta ei ollut oleellista käyttää videokuvaa haastateltavien ilmeiden ja eleiden havainnointiin.

6.1 Haastateltavien valinta

Halusimme pitää haastattelujen määrän pienenä ja keskittyä niissä laajaan tiedonhankintaan. Teemahaastattelu sekä tulosten kirjaaminen videolta ovat aikaa vievä menetelmä. Laadullisessa tutkimuksessa on tutkittavien määrä pieni verrattuna määrälliseen tutkimukseen ja jopa yksi haastattelu voi riittää (Tuomi 2007, 142). Opinnäytetyö on myös tekijänsä harjoitustyö, jossa tulkintojen kestävyys ja syvyys ovat aineiston kokoa merkittävämmät tekijät (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87).

Halusimme saada työhömmä monipuolisen ja laajan näkökulman haastatteleamalla erityyppisten ja -kokoisten työterveyshuollon yksikköjen asiantuntijoita, otoksen sijaan kyseessä on harkinnanvarainen näyte (Hirsjärvi & Hurme 2006, 59). Työterveyshuollon palvelujen tuottajista valitsimme haastateltavaksi kolme erilaista työterveyshuoltoa: kunnallisen työterveyshuollon palveluja tuottavan yksikön, yksityisen työterveyshuollon palveluntuottajan ja yrityksen oman työterveyshuollon.

Toinen meistä on harjoittelussaan toiminut työterveyshuollon kehittämissuunnitelmassa. Käytimme hänen verkostoaan apuna ottaessamme yhteyttä haastateltaviin. Haastattelupyynnöt teimme sekä puhelimitse että sähköpostilla. Haastattelupyynnöissä kerroimme opinnäytetyömme aiheen, haastattelujen toteutuksesta videoimalla ja että kerättävää aineistoa käytetään tutkimusaineistona opinnäytetyössämme. Kerroimme, että käsittelemme haastatteluaineistoa luottamuksellisesti ja valmiissa opinnäytetyössä haastateltavien, työterveyshuoltojen ja yritysten tunnistettavuus anonymiteetti varmistetaan. Pyyntöjä ennatimme tehdä kuusi, ennen kuin saimme sovittua kolme haastattelua. Haastattelusta kieltäytyttiin kiireen ja tietosuojan vuoksi, yksi ei sopinut toimintamallinsa vuoksi haastateltavaksi. Haastattelut sovittiin toteutettavaksi 1-2 viikon kuluttua pyynnön esittämisestä.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajarvi 2002, 88) Valitsemamme henkilöt toimivat yksikössään työterveyshoitajana, vastaavana työterveyshoitajana sekä työterveyslääkärinä. Kaikilla heillä on yli 10 vuoden kokemus työskentelystä työterveyshuollossa.

6.2 Haastattelulomakkeen rakentaminen

Näimme tarpeellisena haastattelun aluksi kerätä työterveyshuollosta perustiedot (liite 2). Asettamistamme tutkimusongelmista nousivat suoraan ne pääteemat, joiden pohjalta laadimme varsinaisen teemahaastattelurungon. Hirsjärvi ja Hurme (2006, 136) kehottavat miettimään analysointitapaa jo aineistoa kerätessä. Tarkoituksemme oli käyttää haastattelurunkoa apuna myös aineiston analysoinnissa.

Haastattelumme ensimmäiseksi pääteemaksi valitsimme työterveyshuollon nykyisen toimintakäytännön. Teeman avulla pyrimme laajentamaan ymmärtämystämme haastateltavien työterveysyksiköiden tämän hetken toiminnasta. Toisella, kolmannella ja neljännellä pääteemalla haimme vastauksia suoraan kolmeen ensimmäiseen tutkimusongelmaan. Kaikkien pääteemojen alle luetteloimme yläteemoja, jotka nostimme keskusteluun, mikäli ne eivät luontevasti haastattelussa tulleet esille (liite 2). Kuntoutuspalveluohjaus oli keskeinen yläteemamme, jonka yhteydessä kerroimme haastateltaville kuntoutuksen ohjaaja (AMK) tutkinnosta ja osaamisalueista.

6.3 Haastattelujen toteutus

Haastattelut toteutettiin haastateltavan valitsemassa paikassa hänelle sopivana aikana, työterveyshuollon toimipisteissä ja haastateltavan kotona. Haastattelussa käytetty tila oli rauhallinen ja häiriötön. Yksi haastateltavista vierasti kuvaamista ja koska käytimme videota vain keskustelun nauhoittamiseen, videokamera kuvasi tämän haastattelun ajan maisemaa. Haastattelun alussa kertosimme haastateltaville opinnäytetyömme tarkoituksen, kerätyn tiedon käytön opinnäytetyön tutkimusaineistona, haastatteluaineiston luottamuksellisuuden sekä allekirjoitimme opinnäytetyön lupa-anomuksen (liite1).

Keräsimme aluksi jokaisen haastateltavan työterveysyksikön perustiedot. Haastattelemamme henkilöt edustivat eri-ikäisiä työterveysyksiköitä sekä henkilöstöltään (1-n.50), asiakastoimipaikkojen määrältään (1-n.770) että asiakastoimipaikkojen henkilömäärältään (1–n.15 000) hyvin erikokoisia palveluntuottajia. Haastattelemissamme yksiköissä toimivia ammatti- ja asiantuntijaryhmiä olivat: työterveyshoitaja, työterveyslääkäri, työpsykologi, sairaanhoitaja, työfysioterapeutti, liikuntafysiologi, työhyvinvointivalmentaja, työyhteisökehittäjä, esimiesvalmentaja, työnohjaaja, vastaanottohoitaja, talouspäällikkö, sihteeri, tekstinkäsittelijä ja toimistos sihteeri. Henkilöasiak-

kaiden ammattiryhmiä olivat kaikki haastattelulomakkeessamme mainitut ryhmät lu-
kuun ottamatta maanviljelijöitä, metsätyöntekijöitä ja sotilaita.

Haastattelun aluksi kerroimme pääteemat sekä haastattelujärjestyksen haastattelu-
rungosta. Tarkensimme, että haastattelumme teema-alueet koskevat yrityksen ja
työterveysyksikön välistä toimintaa. Olimme jakaneet haastattelun pääteemat siten,
että kumpikin sai toimia haastattelijana kahdessa pääteemassa. Tarkentavia kysy-
myksiä teimme kumpikin luontevasti tarpeen mukaan. Haastattelun aikana kirjasim-
me vain lyhyitä huomioita tulostamiimme teemahaastattelurunkoihin.

Haastattelut kestivät 1,5-2 tuntia ja niiden tunnelma oli avoin ja myönteinen. Kaikki
nauhoitukset onnistuivat äänentoistoltaan, vaikka yhden haastattelun aikana nauhal-
le tallentui myös hetkellisesti rakennustyön ääniä. Videoinnissa olisimme voineet
kiinnittää enemmän huomiota kameran sijoitteluun. Kamera oli lähempänä haastat-
telijoita kuin haastateltavaa ja analysoinnin aikana äänenvoimakkuuksien ero oli välil-
lä suuri.

6.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa analysoidaan ja kerätään osittain samanaikai-
sesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 211). Hirsjärvi ja kumppanit kehottavat va-
litsemaan sellaisen analyysitavan, joka tuo parhaiten vastauksen tutkimustehtävän
(2005, 212). Laadullisella sisällönanalyysillä pyrimme saamaan tutkimuksen kohtees-
tamme tiivistetyn kuvauksen teemahaastattelurunkoon yläteemojen alle.

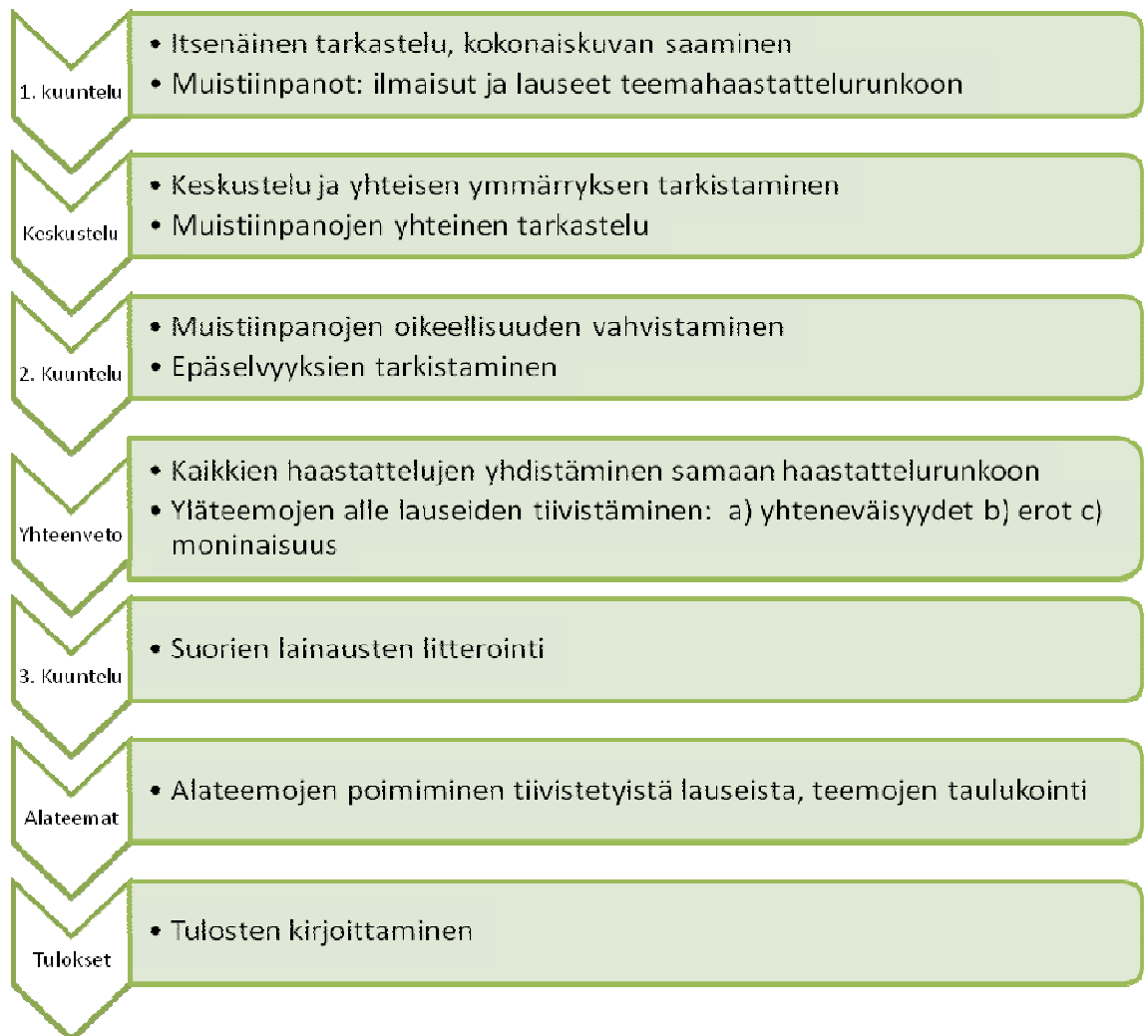
Hirsjärvi ja Hurme (2006, 135) opastavat ryhtymään aineiston käsittelyyn ja analyysiin mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen, koska tuore aineisto vielä inspiroi tutkijaa ja tietojen täydentäminen ja selventäminen on helpompaa. Katsoimme videot ja teimme niistä tarkat muistiinpanot heti seuraavana päivänä. Analysoinnin aikana katsoimme videot yhteensä kolme kertaa. Ensimmäisellä katselukerralla keskityimme itsenäiseen aineiston tarkasteluun, muistiinpanojen tekemiseen ja kokonaiskuvan saamiseen. Poimimme ylös sanoja, ilmaisuja ja lauseita teemahaastattelurunkoon, johon olimme tehneet lyhyitä muistiinpanoja haastattelun aikana. Ensimmäisen katselukerran jälkeen keskustelimme runsaasti aineistosta keräämistämme muistiinpanoista. Olimme tehneet haastatteluista hyvin yhdenmukaisia muistiinpanoja eikä näkemuseroja välillemme syntynyt. Keräämämme aineisto on asiapohjaista ja perustuu todelliseen toimintaan, joten väärin ymmärtämisen vaara on vähäisempi kuin kerättäessä subjektiivisia kokemuksia.

Toisella katselukerralla vahvistimme muistiinpanojemme oikeellisuutta ja tarkistimme epäselvyyksiä. Sen jälkeen teimme yhteenvedon, jossa keräsimme kaikista haastatteluista tekemämme muistiinpanot samaan teemahaastattelurunkoon. Yhteenvedosta tiivistimme yläteemojen alle eri haastateltavien lauseista pelkistettyjä lauseita. Tiivistämisessä lähtökohtana oli:

- a) poimia yhteneväisyyksiä eri toimijoiden haastatteluista
- b) nostaa esiin poikkeuksia ja eroja haastateltavien välillä sekä
- c) kuvata toiminnan/asian moninaisuutta tutkimuksen kannalta oleellisimpien kysymysten kohdalla.

Viimeisellä katselukerralla poimimme haastatteluista mielestämme parhaiten teemoja kuvaavat suorat lainaukset ja litteroimme ne tiivistettyjen lauseiden yhteyteen. Totessimme litteroinnin olevan haastavaa, mutta täsmentävän tulkintaa ja haastavan tutkijaa tarkastelemaan syvemmin lauseiden merkityksiä. Pelkistetyistä lauseista

muodostuivat alateemat ja rakensimme kokonaisuudesta taulukot (liite 3) pääte-
moittain havainnollistamaan analysointiamme. Taulukkojen ja pelkistettyjen lausei-
den pohjalta kirjoitimme tulokset. Analysointiprosessia olemme pyrkineet havainnol-
listamaan kuvion 8 avulla.



KUVIO 9. Analysoinnin vaiheet.

6.5 Tutkimuksen eettisyyden tarkastelua

Tutkimuksen eettisyyttä voi Hirsjärven ja Hurmeen (2005, 26–27) mukaan tarkastella seuraavissa vaiheissa: a) Tutkimusaiheen valinta b) tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu sekä c) epärehellisyyden välttäminen tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Eskola ja Suoranta (1998,52) lisäävät listaan haastatteluluvan saamisen ja tutkijan vaikuttamisen tutkimusyhteisöön.

Tarkastelimme työterveyshuollon toimintaa ja kuntoutuksen ohjaajan (AMK) mahdollisuutta vahvistaa työterveyshuollon palvelutarjontaa työelämän tarpeiden mukaisesti. Työvoimapula on jo tosiasia esimerkiksi sosiaali- ja terveysalalla ja väestömme ikääntyy. Hyvinvointiyhteiskuntamme yllä pitäminen edellyttää työikäisen väestön työssä ja työkykyisenä pysymistä sekä eläkeiän nostamista. Tarvitaan myös tehostettuja toimia ennaltaehkäisemään työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista mielenterveyshäiriöiden vuoksi. Tutkimusaihe on valittu siten myös yhteiskunnan tarpeen ehdoilla.

Valitsimme haastateltaviksi henkilöt, joilla on vankkaa asiantuntemusta tutkittavasta aiheesta. Haastateltaville henkilöille kerrottiin etukäteen tutkimuksen tarkoituksesta, sen toteutuksesta ja aineiston käytöstä opinnäytetyössämme. Henkilöt osallistuivat tutkimushaastatteluun vapaaehtoisesti ja antoivat kirjallisen suostumuksensa aineiston käytöstä. Henkilöitä kohdeltiin kunnioittavasti ja haastattelut toteutettiin heidän ehdoillaan. Haastatteluaineistoa – videonauhoja sekä muistiinpanoja - käsittelivät vain opinnäytetyön tekijät luottamuksellisuuden varmistamiseksi ja tunnistamisen estämiseksi.

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa pyrimme välttämään plagiointia sekä johdattelua. Tulokset pyrimme kirjaamaan rehellisesti käyttämällä haastateltavien omia ilmaisuja ja lauseita analysoinnissa. Raportoinnissa pyrimme objektiiviseen ja täsmälliseen kirjoittamiseen.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustuloksista esitämme aluksi kartoittamamme työelämän muutokset, työterveyshuollon vastauksen työelämän muutokseen ja työterveyshuollon muutoshaasteet. Työterveyshuollon vastaus työelämän muutokseen -osiossa olemme käsitelleet myös teeman työterveyshuollon nykyinen toimintakäytäntö, sillä haastateltavien vastauksissa ne nivoutuivat toistensa lomaan. Lopuksi esitämme haastatteluista saadun vastauksen päätutkimusongelmaamme kuntoutuksen ohjaajien ammatillisen osaamisen hyödyntämisestä työterveyshuoltosektorilla. Tutkimusongelmien mukaiset, pääteemoittain rakentamamme taulukot ovat työmme liitteenä (liite 3). Taulukoiden tarkoituksena on havainnollistaa analysointiprosessia sekä tuloksia.

7.1 Työelämän keskeisimmät muutokset

Haastateltavat kokivat merkittävinä muutoksina yhteiskunnassa viimeisen kymmenen vuoden aikana kaupungistumisen, globalisaation sekä elämän eri osa-alueilla kiihtyneen ja epävarmuuden. Työelämässä keskeisimpinä muutoksina esille nousivat henkisen puolen kuormittumisen lisääntyminen, perinteisen fyysisen teollisuustyön väheneminen sekä työn lisääntyminen tietotekniikan ja palvelujen parissa. Viime aikoina nähtävissä oli ollut metsäteollisuuden ja elektroniikka-alan alasajo. Työelämän

muutoksen koettiin koskeneen erityisesti toimisto- ja tietotyöläisiä. Nuorilla tietotyöläisillä (20-30v.) näkyi työuupumusta. Kansainvälistymisen koettiin kuormittavan erityisesti johtoa ja myyntiä, tulostavoitteiden koko henkilöstöä.

Globaalit talouselämän muutokset heijastuivat tänne maakuntaan asti muun muassa yritysten omistuspohjan muutoksina. Kansainvälistyminen näkyi yrityksissä ulkomaisien vieraiden lisääntymisenä ja työntekijöiden matkustamisen sekä ulkomailla työskentelyn lisääntymisenä. Matkustamisen lisääntymisen myötä tiedon tarve esimerkiksi rokotuksista oli lisääntynyt ja yhteyttä työterveyshuoltoon pidettiin tarvittaessa sähköpostitse maailmalta. Myös ulkomaiset työntekijät yrityksissä olivat lisääntyneet ja sen myötä monikulttuurisuus, erilaiset uskonnot ja kielitaitovaatimukset asettivat haasteita työterveyshuollolle.

Haastattelemiemme työterveyshuollon asiakastoimipaikoissa työelämän muutokset näkyivät kansainvälistymisenä, yrityskauppojen yleistymisenä ja yritysten ketjuuntumisena. Suuret yritykset ja ketjut olivat tehneet keskitettyjä, valtakunnallisia ratkaisuja, myös työterveyshuollon palveluja ostaessaan.

Haastateltavien mielestä henkilöasiakkaissa henkinen kuormittuminen näkyi stressinä ja hallinnan menettämisen tunteena. Epävarmuus työpaikoista ja työtehtävistä, kiire sekä sitoutuminen tulostavoitteisiin aiheuttivat paineita ja näkyivät ahdistuksena. Tulostavoitteista aiheutuneiden paineiden vuoksi töihin tultiin jopa puolikuntoisena. Työhön oli keskityttävä eikä löysää aikaa työpäivässä ollut. Julkisella sektorilla näkyi tarve vähentää työntekijöitä kustannusten vuoksi, vaikka palvelujen tarve oli kasvanut. Tämä aiheutti ristiriitaisia tunteita työntekijöissä. Kansainvälistyminen oli lisännyt matkustamista ja työn henkisiä paineita osaamisvaatimusten kasvaessa.

Vuorovaikutuksen rooli työyhteisöissä oli työelämän muutoksen myötä korostunut, mutta vuorovaikutustaidot koettiin puutteellisina. Kiireen myötä sosiaalinen kanssakäyminen työpaikoilla oli kärsinyt ja suku-polvien välisiä ristiriitoja oli esiintynyt. Johdajuuden ja yhteisöllisyyden tarve oli lisääntynyt, mutta tämän päivän yhteiskunnan ei koettu tukevan yhteisöllisyyttä.

Työympäristöjen muutoksina nähtiin teollisten työympäristöjen vähentyminen sekä istuma- ja näyttöpäätetyön lisääntyminen. Työympäristöt ovat nykyisin hyvin hoidettuja ja siistejä, ergonomia huomioidaan jo itsestään selvänä ja työvälineet ovat parempia kuin aikaisemmin. Sisäilmaongelmien nähtiin toisaalla lisääntyneen, toisaalla niitä oli koettu olevan koko ajan.

Yhteistyössä asiakastoimipaikkojen kanssa oli herätty oivaltamaan työterveyshuollon arvo ja yritykset toivoivat yhteistyön jatkossa painottavan kumppanuutta. Yritysten tietoisuuden lisääntyminen työterveyshuollon toiminnan mahdollisuuksista ja vaikuttavuudesta asetti sille aikaisempaa enemmän vaatimuksia ja odotuksia. Ongelmana yhteistyössä koettiin se, että yritykset ja yrityskehittäjät olivat tehneet valtakunnallisia ratkaisuja työterveyshuoltopalvelujen järjestämisessä eikä niihin ollut voitu vaikuttaa paikallisesti.

”Tällainen nykyaikainen tilanne niinku työelämässä on tuonu sen että yritykset on heränny siihen yhteistyöhön työterveyshuollon kanssa ihan selkeesti. Elikkä monessa työpaikassa niinku ajatellaan että sitä kautta saadaan niinku hyvää, se on heillä niinku kumppani ja luodaan niitä yhteisiä toimintamalleja ja se niinku on heille etu että he satsaa niinku siihen...kyllä se niinku se trendi varmaan semmonen herääminen on ja varmaan niinku olemassa selkeesti niinku yrityksissä siihen ettei he ei pärjää niinku yksin ja he tarvii niinku sen henkilöstön tukemiseen ja jakamisen tukemiseen ja hyvinvointiin niinku muitakin tekijöitä.” (H1)

”... ja toinen semmonen ehkä olennainen muutos on tämä yritysten niinku tietoisuuden lisääntyminen ja siinä mielessä niinku iso haaste

niinku työterveys, ne osaa ja ovat alkaneet niinku odottaa, odottaa niinku enempi tältä työterveyshuollolta, se ei oo se perinteinen pakkopulla”(H2)

Työelämän muutosten myötä julkisella sektorilla sairauslomat olivat pidentyneet. Kaksi haastateltavista kertoi mielenterveysongelmien lisääntyneen sairauslomien syynä. Laitospaikkojen lakkauttamisen vuoksi mielenterveyden avopalvelut ovat ylikuormittuneet ja jatkohoitopaikkojen saaminen mielenterveyden ongelmiin sairastuneille asiakkaille oli vaikeaa. Elämän kriisit näkyivät sairauslomina ja ihmisten kyvyn käsitellä ja sietää hankaluuksia koettiin madaltuneen. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien ongelmat näkyivät edelleen sairauslomien syinä, erityisesti näyttöpäätetyön sekä työntekijöiden ikääntymisen myötä. Yhtenä syynä sairauslomiin mainittiin sisäilmaongelmat.

”se mikä näkyy mielenterveysasiakkaitten kohdalla meilläkin on se että on purettu laitospaikat ja ja tuota nin avopuoli ei pysty kuitenkaan vastaamaan siihen ja meillä on esimerkiks erittäin isoja ongelmia saada meidän ihmisiä niinkun jatkohoitoon esimerkiks mielenterveystoimistoon tai ylipäätään minnekään. Ja työterveyshuolto on kuitenkin semmonen jossa ei voida niinku terapiota antaa eikä mitään tällasta, se on niinku tällasta kriisiluonteista hoitamista ja sitten ohjataan niinku eteenpäin, mut me ei saada ihmisiä minnekään.” (H1)

”...se on probleema [mielenterveyshäiriöiden jatkohoitopaikat] sillon kun ei, ei mahdollista nää kuviot sitä yksityisen puolen hyödyntämistä, nin se on ongelma monella tapaa. Ja musta se on vähän niinkun esillä ollut ongelma se et miten on mejän yhteiskunnassa varaa niinku tuotavia nuoria hyväkuntoisia ihmisiä pitää, pitää niinku jonoissa”(h2)

Eläkkeelle jäämisen syynä mielenterveyden ongelmien nähtiin lisääntyneen. Eläkeikä oli nousussa ja ”eläkeputki” oli pääosin jäänyt pois käytöstä. Yrityksen omassa työterveyshuollossa ei näkynyt ennenaikaiselle eläkkeelle hakeutumista.

7.2 Työterveyshuollon vastaus työelämän muutokseen

Työterveyshuollossa asenteet ja ajatukset olivat muuttuneet ja varhainen puuttuminen sekä kuntoutus olivat nousseet vahvasti esille. Yhteistä kaikilla oli halu kehittyä ja kehittää toimintaa sekä lisätä resursseja, niin omia kuin ostopalveluja. Haastateltavat kokivat tarvetta panostaa enemmän ennaltaehkäisevään toimintaan sairaanhoidon sijaan. Yhteistyö ja kumppanuus asiakasyritysten kanssa nähtiin avaintekijänä johon haluttiin panostaa. Työterveyshuollon toiminnan vaikuttavuudesta tulisi olla näyttöä asiakkaille, mutta tutkittua tietoa ei ole saatavilla vaan näyttö on itse hankittava. Yksityinen työterveyshuollon yksikkö kertoi rakentavansa toiminnan sisältöä kokonaiskuntoisuus – ajattelun pohjalta.

”eli sitä ennaltaehkäisevää työtä pitäis niinkun tavallaan pystyä tuotteistaan ja rakentaan ja välttää sitten koko sitä sairaanhoitoa, toki sitä nyt tarvitaan mutta että painopiste siitä perinteisestä erois silleen” (H2)

”Tietysti työterveyshuollon kuvioita täytyy niinku pystyä muuttamaan asiakkaitten tarpeitten mukaan, yritysasiakkaitten ja yksilöasiakkaitten niinku tarpeitten mukaan.” (H1)

”toi on ollu niinku ihan siis erittäin hyvin hoidettu firma niinku työterveydellisesti koko ajan, että esimerkiks kun nyt tuli tää dehko-projekti, nää verensokeriseurannat, niin meillä on ollu ne kymmenen vuotta..”(H3)

Asiakaslähtöisyys ja kumppanuus nähtiin edelleen merkittävänä – avaintekijänä - ja tarvetta ennaltaehkäisevän asiakaslähtöisen toiminnan ja työkalujen kehittämiseen koettiin olevan. Yhdellä haastateltavista oli rakenteilla toimialakohtainen palvelu, jonka avulla pyritään havaitsemaan ”hiljaisia merkkejä” alalla tai yrityksissä olevista epäkohdista ja ongelmista sekä ennakoimaan niitä. Toiminnalla pyritään lisäämään työterveyshuoltotyön laatua. Yrityksen oman työterveyshuollon etuna oli tuttu asiakaskunta, se mahdollisti kokonaistilanteen huomioimisen (perhe), mutta vaarana oli ammatillisuuden häviäminen.

”siis se tossa on tossa pienessä, että siellä menee liian lähelle asiakasta.....se ammatillisuus häviää välillä..”(H3)

Työterveysyksiköillä oli laajaa yhteistyötä isojen asiakastoimipaikkojen kanssa. Yhteistyötä kuvattiin toimintasuunnitelman tarkastamisella vähintään vuosittain, sairauspoissaolojen seurannalla, yhteistyötoimikunnalla ja työsuojelutoimikunnan toiminnalla. Yhteistyötä mainittiin olevan myös ostopalveluntuottajien sekä muiden työterveyshoitajien kanssa. Esille tuli, että toimintasuunnitelmaa voitiin tarkistaa myös puhelimitse ja toisaalta palautteen toimittaminen kerätystä informaatiosta kuten sairauspoissaoloista saattoi olla jopa 3 kk:n välein.

”Ja sittenhän tietysti me tehdään hirmu laajasti niinku varsinkin isojen asiakkaitten kanssa yhteistyötä niinku eri tahoilla.” (H1)

Uusia palveluja haastateltavilla oli tulossa erilaisiin tarpeisiin. Yhdelle toimijoista oli tulossa päivystystiimi ja erilaisia sairaanhoidon polkuja, joiden tavoitteena on joustavampi toiminta asiakkaan, työterveyshuollon ja työnantajan näkökulmasta. Tulossa olivat myös toimialakohtaiset tiimit, joilla syvennetään erityisosaamista kyseisellä toimialalla ja haetaan laatua työterveyshuollon toimintaan sekä pienyrityksille omaa toimintamallia. Kansainvälistymisen myötä oli noussut tarve luoda matkustaville asiakkaille tukipaketteja ja -palveluja kuten lääkelaukku, rokotukset, tiedottaminen influenssaan ja epidemioihin varautumisesta, sähköpostitse yhteyden pitäminen ja ohjeiden antaminen maailmalle.

Neuvonnan ja ohjauksen ei nähty muuttuneen, koska ne olivat vahvasti toiminnan peruspilareita. Haasteena olivat laadukas tiedottaminen ja asiakkaiden itse netistä löytämän tiedon luotettavuuden tarkastelu yhdessä. Koulutettu ja valveutunut asiakaskunta vaatii laadullisesti hyvää tietoa ja palvelua. Varhaista puuttumista pyrittiin parantamaan muun muassa tarjoamalla astma-, diabetes- ja masennushoitajien pal-

veluja. Yrityksen omassa työterveyshuollossa tuttu hoitaja pääsi lähelle asiakasta, tunti erittäin hyvin työntekijät ja havaitsi ongelmat aikaisemmin.

Henkisen tuen tarve oli lisääntynyt myös työyhteisöissä. Työyhteisön työhyvinvointiin oli yhdellä haastateltavista käytettävissä työyhteisötyöhön erikoistunut terveydenhoitaja. Työyhteisön työhyvinvointiin pyrittiin puuttumaan ennaltaehkäisevästi samanaikaisella työyhteisön tai tiimin terveystarkastuksella ja työyhteisöille suunnatuilla virkistäytymispäivillä. Käytössä olevia menetelmiä olivat myös tiimipalaverit, työnohjaus ja tehostettu työyhteisötyö.

”Ja sen työyhteisötyön tarve on lisääntynyt tosi paljon koko ajan mitä mäkin tän kaksyt vuotta oon tätä kuviota katellu...jotenkin tuntuu että ne kaikenlaiset kriisit ja konfliktit siellä työyhteisöissä lisääntyy yhä enenevässä määrin mut sitten on tietysti myöskin sitä asiaa, että on valvettuneita esimiehiä, työyksiköjä, ne haluaa ja niinku ei tarte olla mikään kriisi vaan niinku jo ennakkoon sitä työtä.” (H1)

Uusista työmenetelmistä yksi mainitsi työlähtöisen työterveystarkastuksen ja työpaikkaselvityksen, varhaisen puuttumisen-mallin sekä masennushoitajan palvelun. Uusista työkaluista esille nousivat First Beat Hyvinvointianalyysi sekä erilaiset henkisen kuormittumisen mittarit (BBI-15), joilla tutkitaan koko tiimi samaan aikaan.

”Erilaisten niinku tämmösten mittareitten pohjalta voidaan niinku arvioida sitä että missä mennään ja sitten voidaan niinku muuttaa sitä toimintamallia toiseen suuntaan elikkä järkevämpään sen kannalta että saatais niinku tavallaan vähenemään sitä sairastamista tai ennakoimaan niinku niitä asioita.” (H1)

”no sen henkisen kuormittumisen mittaaminen, mikä se koulutus nyt olikaan nin, sen seurauksena kyllä käytiin läpi näitä meidän, meidän tällaisia työstressimittareita ja sitten otettiin uus siihen”(h3)

Työkyvyn ylläpito ja edistäminen oli yrityskohtaisesti sovittua, toimintasuunnitelmaan kirjattua systemaattista toimintaa jolla oli selkeä tavoite. Toiminta oli yritysten vastuulla, jota työterveyshuolto tuki. Toiminnalle nähtiin olevan selkeää tarvetta, johon työterveyshuollon tulisi panostaa.

”yritykset tarvii selkeitä, pitäis olla hyviä tuotteita ja selkeitä paketteja ja osoittaa vähän että tää maksaa tän verran ja tän verran tästä tulee teille takaisin kun työ tätä hommaa teette...se on se tavote” (H2)

Kaikissa haastatteluissa kävi ilmi, että työssä selviytymisen seurantaan ja kuntoutukseen ohjaukseen panostettiin, kun ongelmia työssä oli jo havaittu. Julkisella sektorilla ja isoilla asiakastoimipaikoilla oli olemassa omat toimintamallit, jotka oli kirjattu toimintasuunnitelmiin. Kuntoutussuunnitelmaa ei käytetty systemaattisena työkaluna. Haastateltavista kaksi näki seurannan ja ohjauksen erityisesti pienten yritysten kohdalla haasteena. Seuranta ja tiivis yhteistyö työnantajan kanssa mainittiin tärkeänä osa-alueena. Erilaisia ostopalveluja oli käytössä: kuntoneuvola, työfysioterapeutin ohjaus, myös kuntoremontti ja henkisen jaksamisen kurssi mainittiin. Osasairauspäivärahan työhönpaluun tukena mainitsi yksi toimija ja toivoi samalla sen olevan nopeammin käytettävissä.

”Tehdään niinku näitä kartotuksia ja selvittelyjä ja sitten tehdään se suunnitelma tavallaan siitä, että miten edetään ja miten sidotaan se sinne, erityisesti miten sidotaan se sinne työhön ja työpaikkaan, se on se niinku ydinkysymys” (H1)

”[kuntoutussuunnitelma] kuuluu jossakin määrin, mutta että ei silleen, ei kuulu mitenkään systemaattisesti...(seuranta ja työhönpaluun tukeminen) se on semmonen niinku tärkeä alue missä koetetaan olla työnantajien kanssa tiiviisti yhteistyössä ja hakee niitä ratkaisuja” (H2)

Kuntoutuksen osalta yhdellä toimijoista oli ollut pilotoinnissa uusi toimintamalli, jonka juurruttaminen oli parhaillaan käynnissä. Samaan aikaan moniammatillista yhteistyötä kehitettiin ja syvennettiin. Suunnitteella oli ryhmäkuntoutusta eri sairausryh-

mille, kuten diabetesta sairastaville. Yksi haastateltavista nosti esille tarpeen verrata kuntoutuksen kustannuksia työkyvyttömyyseläkekustannuksiin. Yksi toimijoista vastasi, ettei uutta kuntoutuksen saralla ollut tullut, tosin toiminta oli jo ennestään ollut edistyksellistä.

Monimutkaisten asiakastapausten kokonaisuuden hallinnassa ongelma-alueina nähtiin mielenterveys- ja alkoholiongelmat, joihin oli pyritty vastaamaan muun muassa varhaisen puuttumisen mallilla. Kokonaisuuden hallinnassa käytettyjä keinoja olivat työyhteisön tukeminen, työn järjestelyn miettiminen, selkeä vastuunjako, tiivis yhteistyö työpaikan ja esimiehen kanssa ja moniammatillisen tiimin käyttäminen.

”..täytyy olla hyvin tiivis yhteistyö esimiehen ja työyhteisön kanssa. Esimies on siellä ratkaisevassa asemassa ja tuota niin niin hänet täytyy saada mukaan siihen ja toisaalta hänen asenteensa niinkun myönteiseksi sille asialle, muuten tehdään ihan turhaa työtä ei tapahdu yhtään mitään.” (H1)

Yksi haastateltavista mainitsi, että yhteiskunnassa yksityisellä sektorilla oli hyvät mahdollisuudet hoitaa monimutkaisia asiakastapauksia. Tässäkin nousi esille, että julkisella puolella mielenterveyden jatkohoitopaikoista oli puutetta. Yksi haastateltavista kertoi, ettei heillä ole ollut monimutkaisia tapauksia.

7.3 Työterveyshuollon muutosaasteet

Muutosaasteena oli kehittää edelleen yhteistyötä ja kumppanuutta asiakastoimipaikkojen kanssa. Pitäisi olla lähempänä asiakasta ja toimialaa jotta ymmärtäisi paremmin asiakkaan tarpeita ja haasteita sekä osaisi myös ennakoida niitä. Kaikki haastateltavat näkivät selkeän tarpeen työyhteisötyölle, jossa työterveyshuolto on vahvasti mukana työyhteisön arvioinnissa ja kehittämisessä.

”...meidän pitää pystyä niinkun omaa toimintaamme tavallaan niinkun olemaan lähempänä niinkun sitä asiakasta ja ymmärtämään paremmin niinkun sen asiakaan, sekä yksilöasiakkaan että erityisesti yritysasiakkaan ja sen toimialan niinkun toimintaa ja ja haasteita ja ja ehkä myös vähän ennakoimaan tavallaan et mitä työterveyshuollon kautta voidaan niinkun sille yritykselle tai toimialalle niinkun tarjota.”(H1)

Muutostarvetta aiheuttavina tekijöinä mainittiin kiire ja henkiset paineet sekä julkisella puolella tulossa olevat seutukunnalliset hankkeet ja muutokset.

”kyllähän se on tää kiire mikä siellä koko ajan tuntuu vaan lisääntyvän ja just tää henkisen, henkiset paineet kyllä ne on niinkun ihan selkeesti sellasia mitkä tulevaisuudessakin tulee vaatimaan voimavaroja ja keinoja” (h3)

”...se että eletään sellaista aikaa, että työpaikoilla on paljon muutoksia. Ja meidän pitää pystyä niinkun tavallaan vastaamaan siihen tarpeeseen, elikkä niinkun jotenkin toimimaan kumppanina ja valmentajana ihmisille niihin muutoksiin olipa ne minkä tyylisiä nyt tahansa. niinkun ylipäätään se muutoksessa tukeminen on yks iso asia niinkun sinällään”(H1)

Yhdellä yksiköllä ei ollut vielä varsinaista muutostarvetta ammattiosaamisen tai ammattikunnan laajentamisen suhteen, sillä toiminnan sisältö oli rakentumassa ja sille vasta haettiin perusteluja sekä oikeutusta vaikuttavuuden osoittamisella. Tarvetta nähtiin asiakastoimipaikkoja kiinnostaville valmiiksi hinnoitelluille tuotteille, joiden vaikuttavuudesta olisi näyttöä.

”...se tuotteistaminen sen perusideologian suunnassa pitäis saaha hyväksi. Ja sit se yhteistyö tietysti yritysten kanssa...”.... ”...meidän pitäis saaha se uskottavuus siihen että tätä tekemällä nin tuota ne eurot tuleteille takasin. Se on tässä ennaltaehkäsevässä asetelmassa varmaan se haaste...” (h2)

Lainsäädäntöä ei nähty ongelmana, vaan työterveyshuollon toimintaa ohjaavana.

Lainsäädännön uudistamisella työterveyshuollon kustannusten korvaamisesta voisi

haastateltavien mielestä nopeuttaa painopisteen siirtymistä yhä enemmän ennaltaehkäisyyn. Nykyisellään korvauskäytännön rajaukset haastateltavien mielestä olivat tiukat ja rajoittavat asiantuntijapalvelujen käyttöä. Esitettiin myös, etteivät Kelan korvaukset työterveyshuollon kustannuksista olleet niin merkittäviä, ettei työnantaja voisi ostaa palveluja myös ilman niitä.

”Et kela joutuu kyllä tarkastelemaan niinku omaa toimintalinjaansa suhteessa työterveyshuoltoon ja yrityksiin, jos halutaan että työterveys-huolto pystyy toimimaan niitten yritysten kanssa niinkun tehokkaasti.” (H1)

”...lailla voitais ohjata niitä ja tuon Kelan kautta näitä muutosvauhteja nopeuttaa, mut se on aika konservatiivinen kenttä se korvausluokkamennettely, että siinähan vois jo suoraan se, että minkä verran kompensoidaan ennaltaehkäisevää työtä versus sairaanhoitoon nin pelekästään sillä painopisteen muutoksella voitais jo sitä työn niinku focusta suunnata haluttuun...” (h2)

”kelahan ei korvaa kun näitten niinkun asiantuntijapalvelut, mikä tarkoittaa sitä että täytyy olla niinkun esim ei fysioterapeutin, mutta työfysioterapeutin, nin täytyy olla perehtynyt siihen työterveyspuoleen, nin ehkä se jollakin tavalla..”(h3)

Vastauksena ammattiosaamisen laajentamiseen nähtiin koulutus, ajantasaisen tiedon hankkiminen ja uusien erityisosaamisen tarpeiden tunnistaminen. Ammattikunnan laajentamista ei kukaan nähnyt tarpeellisena. Haasteena oli säilyttää monipuolinen osaaminen henkilöstömuutoksista huolimatta. Yksi haastateltavista koki salassapidon hankaloittavan välillä työyhteisötyötä, toinen ei kokenut sen hankaloittavan toimintaa. Haastateltavista yksi näki salassapidon tabuna, jonka taakse voi piiloutua.

Yksiköiden oma palvelutarjonta nähtiin riittävänä eikä laajentamiselle koettu olevan tarvetta. Ostopalvelujen laajentuminen nähtiin mahdollisena, mutta tarvetta ei osattu vielä ennustaa. Kaikilla toimijoilla oli käytettävissään monipuolinen palveluvalikoima. Haastateltavien mukaan yritykset kiinnittivät huomiota mielenterveysongel-

mista aiheutuvien pitkien poissaolojen kustannuksiin. Julkisella puolella mielenterveyshäiriöisten jatkohoitoon ohjaaminen koettiin ongelmallisena hoitopaikkojen puutteen vuoksi.

Mittarien käyttö ja systemaattinen tiedon kerääminen nähtiin tärkeänä ja tarpeellisena, koska niillä voidaan todentaa toiminnan vaikuttavuutta. Tulosten hyödyntämisessä tärkeänä nousi esille, ettei yksittäisiä henkilöitä voi tunnistaa.

” sitä vaikuttavuuden arviointia pitäis tulla koko ajan ja enenevässä määrin”(H1)

7.4 Kuntoutuksen ohjaaja työterveyshuollon asiantuntijana?

Kaikki haastateltavat näkivät kuntoutuspalveluohjaukselle tilauksen tulevaisuudessa. Yksi haastateltavista näki toimintansa jo olevan samansuuntaista ohjausta. Kuntoutukseen erikoistuneille henkilöille koettiin työterveyshuollossa olevan tarvetta jatkossa kautta linjan. Isoilla työnantajilla voisi olla jopa oma kuntoutusohjaaja räätälöimässä yksilöllisiä ratkaisuja ja toimia yhteyshenkilönä työpaikan ja työterveyshuollon välissä. Esille tuli tarve laituskuntoutusta kevyemmälle palvelulle sekä lähellä asiakaspintaa olevalle toiminnalle. Palvelu miellettiin ostopalveluksi, jonka työnantaja voisi maksaa. Kuntoutuksen ohjaajilla (AMK) nähtiin mahdollisuuksia toimia työterveyshuoltosektorilla, haasteena Kelan korvausjärjestelmä.

”...kautta linjan vois ajatella sillä tavalla, että me tarvitaan niinku jatkossa yhä enemmän henkilöitä jotka toimii tän kuntoutuksen ja vajaa-kuntoisten parissa joilla on niinku sitten semmonen spesiaaliosaaminen”(H1)

”...mikä olis luontevaa, on se että isoilla kunnallisilla toimijoilla olis niinku oma siellä tavallaan, et jos on niinkun tuhansia työntekijöitä nin ta-

vallaan yks tämmönen kuntoutusohjaaja tai millä nimikkeellä sitten oliskaan nin olis tavallaan niinku siellä henkilöstöhallinnon yhtenä henkilönä siellä ja tavallaan se yhdyshenkilö sitten työterveyshuoltoon”(H1)

”..mut siinä on teillekin haastetta, kunhan sen virallisen aseman siellä niinku siinä järjestelmässä niinku saapi...”(h2)

”no sehän ois tosi hyvä...mun mielestä se vois just olla tällasta että vähän tällasta kevyempää kuntoutuksenkin tai ohjelmien laatimista tai tällasta, ei se tarvii olla mitään näitä kelan juttuja justiin koska eihän kaikki tarvii eikä kaikki halua, ne ei halua lähtee kaheks kolmeks viikoks kotoo pois” (H3)

8 POHDINTA

8.1 Keskeisten tulosten tarkastelu

Yhteiskunta tarvitsee kaikkien aktiivisessa työiässä olevien panosta työelämässä. Työterveyshuolto tavoittaa valtaosan suomalaisesta työvoimasta, joten sillä on merkittävä rooli työntekijöiden ja siten koko yhteiskunnan hyvinvoinnista huolehtimisessa. Työterveyshuoltoon on kehitetty uudenlaisia menetelmiä ja tukitoimia työssä jaksamisen ja jatkamisen tukemiseksi ja niiden kehittelyä tarvitaan edelleen.

Tutkimuksemme mukaan kuntoutukseen erikoistuneille asiantuntijoille ja kuntoutuspalveluohjaukselle on työterveyshuollossa olemassa selkeä tarve. Työelämän muuttuminen aiheuttaa erilaista kuormitusta työntekijöille. Sen myötä työssä selviytymisen seurannan ja kuntoutukseen ohjauksen tarve työterveyshuollossa on muuttunut ja lisääntynyt. Näkemyksemme on, että kuntoutuksen ohjaaja voi työterveyshuollossa toimiessaan vahvistaa sen palvelutarjontaa ja vaikuttavuutta. Hän voi pitkäaikaisella ja yksilöllisellä tuella ja ohjauksella auttaa nykyistä käytäntöä paremmin yksilön

työssä selviytymistä ja työelämässä pysymistä hänen työkyvyn rajoitteistaan huolimatta. Tätä tukee tutkimustulos Työterveyshuollon ja kuntoutuksen rajapinnat -hankkeessa, jossa varsinkin pienet työterveyshuollot toivoivat tukea ja työn helpottamista kuntoutukseen liittyvien kysymysten selvittelyssä sekä mahdollisuutta koordinoivan palveluohjaajan tai kuntoutusyhdyshenkilön käyttöön (Työssä jaksamisen tukeminen ja sairauslomakäytännöt 2005–2008, 2007).

Työelämän keskeiset muutokset olivat tutkimuksemme mukaan samoja, kuin lukemissamme aiemmissa tutkimustuloksissa: kiire, stressi, henkinen kuormittuminen, epävarmuus ja jatkuvat muutokset. Globalisaatio oli lisännyt matkustamista, monikulttuurisuutta ja yritysten omistuspohjan kansainvälisyyttä. Suomalaisessa työelämässä on muutoksista tullut arkipäivää ja hallittuihin muutoksiin työelämä tarvitsee sisäisen osaamisen lisäksi työterveyshuollon kumppanuutta ja erityisosaamista. Tutkimuksemme osoitti, että työelämän muutosten myötä työnantajat olivat oivaltaneet työterveyshuollon arvon työkyvyn ylläpitämisessä, edistämässä ja tukemisessä ja sen toiminnalle asetettiin suurempia odotuksia. Epävarmuus, kiire ja stressi ovat työyhteisöä hajottavia tekijöitä ja työyhteisöissä koettiin tarvittavan entistä enemmän hyviä vuorovaikutustaitoja. Työyhteistyön lisääntynyt tarve nousi tutkimukssamme vahvasti esille ja työyhteistyön osaamisen vahvistamista peräänkuulutettiin.

Työelämän muutosten myötä sairauslomat olivat pidentyneet julkisella sektorilla. Tutkimukssamme nousi vahvasti esiin sama seikka kuin tilastot kertovat: mielenterveyshäiriöt ovat lisääntyneet sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden syinä. Työterveyshuolloissa näkyi mielenterveyshäiriöisten jatkohoitopaikkojen riittämättömyys julkisella sektorilla, mikä tulisi nostaa yleiseen keskusteluun. Yhteen haastattelemaamme työterveysyksikköön oli tulossa palvelua täydentämään depressiohoitaja. Mielenterveyshäiriöiden suhteellinen osuus työeläkekuntoutuksen syynä on tutkimustulosten mukaan selkeästi pienempi kuin sairauspoissaolojen tai työkyvyttömyyseläkkeiden (Gould, Härkäpää ym. 2007, 41). Panostamalla ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen sekä tehostetuilla toimenpiteillä ongelmatilan-

teissa voidaan vähentää työkyvyttömyydestä aiheutuvia kustannuksia, myös mielen-terveyshäiriöisten kohdalla.

Kaikki tutkimuksemme haastateltavat olivat kehittäneet toimintaansa vaikuttavamaksi ja vastaamaan työelämän muutoksiin sekä palvelutarjontaansa ennaltaehkäisevään, moniammatilliseen ja asiakaslähtöiseen suuntaan. Yhteistyöhön asiakastoimipaikkojen kanssa sekä työyhteistyöhön oli panostettu. Varhaisen puuttumisen menetelmiä oli otettu käyttöön ja suurimmilla asiakastoimipaikoilla oli laadittu työssä selviytymisen seurantaan ja kuntoutukseen ohjaukseen toimintamallit yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Uudet työlähtöiset menetelmät vaativat uutta osaamista työterveyshuollossa: dialogisuutta ja yhteistä tarkastelua työn vaatimista muutoksista, yhteistä työkyvyn ylläpitämisen suunnittelua.

Työterveyshuollon seurantatutkimuksissa (Manninen 2007, 93) todetaan, että työterveyshuolto on pyrkinyt uudistamaan omaa toimintaansa vastaamaan uudentyyppisen työelämän asettamiin haasteisiin ja osittain siinä onnistunut. Haastattelemamme työterveyshuollot eivät nähneet tarvetta oman palvelutarjonnan laajentamiseen, mutta eri asiantuntijoiden käyttöä ostopalveluna haluttiin mahdollistaa tai jopa lisätä. Vahvempaa osaamista kaivattiin kuntoutuksen alueelle ja vaihtoehtoisia, kevyempiä asiakaslähtöisiä kuntoutuspalvelupolkuja henkilöasiakkaille. Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) sijoittumista haastateltujen työterveyshuoltojen omaksi asiantuntijaksi ei nähty tällä hetkellä tarpeellisena, haasteena pidettiin Kelan korvausjärjestelmää ja riittävän suurta työterveyshuoltoyksikön asiakaskuntaa. Haastateltavien mukaan isoilla työnantajilla voisi olla oma kuntoutusohjaaja räätälöimässä yksilöllisiä ratkaisuja ja toimimassa yhteyshenkilönä työterveyshuollon ja työpaikan välillä. Koettiin, että kuntoutuksen ohjaajan (AMK) palveluja voitaisiin jo nyt käyttää ostopalveluna, jonka työnantaja voisi maksaa jopa ilman siitä saatavaa työterveyshuollon Kela-korvausta.

Tutkimuksessamme nousseet vahvimmat kehittämisen osa-alueet, ennaltaehkäisevä toiminta ja henkilöasiakkaiden henkinen tukeminen ovat samansuuntaisia kuin mitä havaitsimme muissa työterveyshuollosta tehdyissä tutkimuksissa. Muutoshaasteena pidettiin tiiviimpää yhteistyötä ja kumppanuutta asiakastoimipaikkojen kanssa sekä tuleviin muutoksiin reagoitua ja palvelutarpeen ennakoitua. Asiakaslähtöiseen ja keskeiseen yhteistyöhön on työterveyshuollossa tarvetta. Tarpeellisena nähtiin myös työterveyshuollon toiminnan vaikuttavuuden osoittaminen ja siihen käytettävien mittareiden kehittäminen. Mietittäväksi jää, toteutuuko asiakaskeskeisyys työterveyshuollossa, jos toiminnan suunnittelu perustuu vain valmiisiin palvelutuotteisiin.

Työterveyshuolto nähdään myös kalliina järjestelmänä ja sen vaikuttavuudesta tarvitaan näyttöä (Nikkanen 2007, 14). Painopisteen siirtämisessä ennaltaehkäisevämpään suuntaan on työterveyshuollon ansaintalogiikkaa muutettava yhteisymmärryksessä työnantajan kanssa. Pohdimme onko tällä hetkellä sairaudenhoitoon painottuvalla työterveyshuollon ansaintalogiikalla ollut vaikutusta siihen, ettei työterveyshuollon kehitys ole kulkenut työelämän ja kehittäjien toivomaan suuntaan.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimussuunnitelman laatiminen ennen tutkimusta parantaa luotettavuutta. Syksyllä 2007 esittelimme opinnäytetyön aiheen ja laadimme tutkimussuunnitelman. Tarkemman aikataulun ja tutkimusongelmat määrittelimme tammikuussa 2008, valitsimme tutkimuksen kannalta luotettavat haastateltavat ja rakensimme haastattelurungon. Suunnittelimme haastattelujen toteutuksen etukäteen ja pyrimme huomiomaan käytännön haastattelutilanteiden mahdolliset ongelmatilanteet.

Aineistonkeruun luotettavuutta lisäsimme videoimalla haastattelut, jolloin analysoinnissa ja tulkinassa käytettävissämme oli aina aito haastattelutilanne, ei vain muistiinpanot tilanteesta. Haastatteluissa pyrimme kuuntelemaan mahdollisimman objektiivisesti haastateltavia. Haastattelujen analysoinnissa pyrimme lisäämään tulkinan luotettavuutta käyttämällä tutkijaan liittyvää triangulaatiota, jolloin tutkimukseen osallistuu useampia tutkijoita aineiston kerääjinä, analysoijina ja tulkitsijoina (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 216). Olimme molemmat mukana kaikissa haastatteluissa ja teimme haastattelutilanteista omat muistiinpanomme videoinnin lisäksi. Analysoimme ja tulkitsimme videohaastattelut itse. Teemahaastatteluaineiston parhaimpana jatkokäsittelijänä pidetään tutkijaa itseään, sillä hän tuntee parhaiten aineistonsa ja tunnistaa teema-alueet nopeasti tallenteesta (Hirsjärvi & Hurme 2006, 142). Kirjasimme ensin omat näkemyksemme paperille ja keskustelimme vasta sitten tulkinasta. Näin pyrimme tarkastelemaan tuloksia eri näkökulmista objektiivisuuden lisäämiseksi.

Tutkimuksemme luotettavuuteen vaikutti harkinnanvarainen otanta, jolla saimme hyvän edustavuuden tutkimuksemme laajuuden huomioon ottaen. Haastattelujen jälkeen totesimme, että tutkimuskohteena olisi voinut olla lisäksi terveyskeskuksen työterveyshuolto. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka selostus tutkimuksen toteutuksesta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 217). Tutkimuksemme luotettavuutta pyrimme lisäämään kuvaamalla tarkasti sekä analyysin vaihetta prosessikaavion avulla että rakentamalla taulukot pääteemoittain, jotka kuvaavat tulkintamme syntyä. Olemme ottaneet tulosten yhteyteen suoria lainauksia haastatteluista luotettavuuden tueksi.

Luotettavuutta määrittelee myös se, kuinka luotettava on tutkija itse. Tutkimuksemme puolueettomuuteen ja luotettavuuteen on vaikuttamassa tutkimusasetelma: kuntoutuksen ohjaajat ovat tutkimassa mahdollisuuttaan sijoittua työhön työterveyshuollon sektorille. Koko tutkimusprosessin ajan olemme kiinnittäneet huomiota

tähän asetelmaan ja pyrkineet tarkastelemaan tutkimustamme objektiivisesti, sekä kyseenalaistamaan tutkimuksen lähtökohtana ollutta perusolettamustamme.

8.3 Tutkimusaiheen valinta

Työväestön ikääntyessä ja jatkuvasti muuttuvassa työelämässämme koemme valitsemamme aiheen olevan sekä ajankohtainen että yhteiskunnallisesti ja kuntoutuksen ohjaajien (AMK) ammattiryhmälle tärkeä. Työkyvyttömyyseläkkeiden ja sairauspoissaolojen aiheuttamat kustannukset ovat kasvaneet ja tarvitaan tehostettuja toimia kehityksen suunnan muuttamiseksi, missä työterveyshuolto on yksi avaintekijöistä. Työikäisten työelämään pääseminen sekä siellä jaksamisen tukeminen ovat olleet punaisena lankana kuntoutuksen ohjaajan (AMK) opinnoissamme ja ohjanneet harjoittelupaikkojemme ja opinnäytetyömme aiheen valinnassa.

Tutkimussuunnitelmaa laatiessamme meillä oli näkemys, että kuntoutuksen ohjaajien (AMK) ammattiryhmä voisi täydentää ja vahvistaa ammatillisella osaamisellaan työterveyshuollon moniammatillista palvelutarjontaa ja siten lisätä työterveyshuollon toiminnan vaikuttavuutta. Tästä hyötyisivät henkilöasiakkaat, asiakastoimipaikat ja koko suomalainen yhteiskunta. Vahvistusta tutkimuksen tarpeellisuudelle saimme, kun toinen meistä työskenteli Jyväskylän seudun kehittämissyhtiö Jykesin Ennaltaehkäisevää työterveyttä -hankkeessa. Tutkimuksen avulla halusimme selvittää, saako näkemyksemme vahvistusta olemassa olevasta teorian tiedosta ja työterveyshuollon ammattilaisilta. Kuntoutuksen ohjaajien (AMK) ammattiryhmä kaipaa myös tunnettuutta palvelujärjestelmässä, jotta osaamistamme osattaisiin hyödyntää. Tutkimomme on erityislaatuinen, sillä se on sosiaali- ja terveysalaa yhdistävä ja sen kautta meillä on kokonaisnäkemys sekä ammatillisesta osaamisesta koko palvelujärjestelmän toiminnasta.

Perehdyimme hyvin laajasti työelämän muutoksiin, työterveyshuollon toimintaan, sisältöön ja sitä määrittäviin säännöksiin ja lakeihin, saavuttaaksemme edes kohtalaisen ymmärryksen alueelta, josta meillä kummallakaan ei ollut aikaisempaa, vahvaa osaamista. Tästä johtuen tutkimuksemme teoreettisesta viitekehystä kasvoi kohtalaisen raskas tiivistämisestä huolimatta. Vasta tutkimusta tehdessämme ymmärsimme koko aiheemme laajuuden. Tuoretta tutkimustietoa aiheista oli runsaasti saatavilla ja tutkimuksellemme oleellisen tiedon valitseminen oli ajoittain haastavaa.

Opinnäytetyön prosessin aikana meille tarjoutui marraskuussa 2007 mahdollisuus osallistua Helsingissä Työterveyslaitoksen, Verven ja Helsingin yliopiston järjestämään Katso työtä -seminaariin, jossa saimme lisätietoa työlähtöisestä työpaikkaselvityksestä ja työterveystarkastuksesta. Työterveyshuollon kustannuskorvauksista saimme seikkaperäistä tietoa osallistumalla maaliskuussa 2008 Kelan työterveyshuollon toimijoille järjestämään infotilaisuuteen Jyväskylän Paviljongissa. Kelan tilaisuudessa nousi myös esille työterveyshuollon ammatillisen osaamisen vahvistaminen kuntoutuksen alueella.

8.4 Kehittämisideat

Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) osaamista ja asiakaslähtöistä työtapaa voitaisiin hyödyntää työterveyshuollossa erityisesti monimutkaisten asiakastapausten yhteydessä. Mielenterveyshäiriöistä kärsivien asiakkaiden tukemisessa korostuu asiantuntijoiden vahva rooli ja juuri tämä asiakasryhmä jää tänä päivänä vaille tarvitsemaansa pitkäaikaista tukea ja ohjausta. Yksilöllinen ja asiakkaan kanssa yhdessä suunniteltu kuntoutusprosessi voi lyhentää tai ehkäistä työkyvyttömyyttä sekä lisätä asiakkaan elämälaatua ja -hallintaa. Tukitoimillaan kuntoutuksen ohjaaja (AMK) voi vähentää myös työkyvyttömyyden aiheuttamia kustannuksia, vahvistaa yrityksen kilpailukykyä ja yhteiskuntamme hyvinvointia. Työyhteisötyön lisäämisen tarve työterveyshuollossa on

selkeä ja yksi vaihtoehto voisi olla työterveyshuollon asiantuntijuuden vahvistaminen työyhteisötyöhön perehtyneen kuntoutuksen ohjaajan (AMK) ammattitaidolla.

Toimiessaan osana työterveyshuollon palveluketjua kuntoutuksen ohjaaja (AMK) voi vapauttaa työterveyshoitajien ja – lääkäreiden resursseja omien perustehtäviensä hoitamiseen. Vaihtoehtona on itsenäisenä yrittäjänä toimiminen, jolloin kuntoutuksen ohjaajan (AMK) osaamista työterveyshuolto ja muutkin tahot voisivat hyödyntää ostopalveluna. Ammattiryhmämme toisi osaamisellaan lisäarvoa terveyskeskusten työterveyshuolloille, jotka palvelevat pieniä asiakastoimipaikkoja ja yrittäjiä. Mahdollisuuksien mukaan kuntoutuksen ohjaajan (AMK) palvelua voitaisiin hyödyntää myös muussa terveyskeskusten toiminnassa.

Kuntoutuksen ohjaaja (AMK) -koulutuksen tulisi tarjota mahdollisuutta erikoistua työterveyshuoltoon sekä työyhteisötyöhön perusopinnot aikana tai tutkinnon suorittamisen jälkeen täydennyskoulutuksena. Kuntoutussäätiö on laittanut vireille lakialoitteen kuntoutuksen ammattilaisten hyväksymiseksi työterveyshuollon asiantuntijoiksi, toivomme että mahdollisessa lain uudistuksessa huomioidaan kuntoutuksen ohjaajien (AMK) ammattiryhmä.

LÄHTEET

- A 27.12.2001/1484. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 18.2.2008. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.
- Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden yleiset kompetenssit. 2006. Viitattu 3.5.2008. <http://www.ncp.fi/ects>.
- Antti-Poika, M. 2007. Sairauspoissaolot – syyt ja vaikutusmahdollisuudet. Viitattu 14.2.2008. <http://www.varma.fi>, pidempään työelämässä, Evita-työhyvinvointi, ajankohtaista.
- Chatzitolios, T., Frantti, K. & Pennanen, H. 2007. Kuntoutuksen ohjaaja (AMK) tutkinnon suorittaneiden työllistyminen. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Gould, R., Grönlund, H., Korpiluoma, R., Nyman, H. & Tuominen, K. 2007. Miksi massenus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja. Viitattu 5.5.2008. [Http://www.etk.fi](http://www.etk.fi), julkaisut, raportit.
- Gould, R., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Laisola-Nuotio, A., Lehikoinen, T. & Saarnio, L. 2007. Miten ja minkälaiseen työeläkekuntoutukseen? Työeläke-kuntoutuksen toimitus -tutkimuksen taulukkoraportti. Eläketurvakeskus; Keskustelualoitteita 2007:2. <http://www.etk.fi>, tutkimus, julkaisut vuosittain, vuosi 2007.
- Henkilöstötilinpäätös. 2008. Työterveyslaitos. Viitattu 4.5.2008. <http://www.ttl.fi>, aihesivut, työtoiminta, keinot, henkilöstötilinpäätös.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M. & Kalimo, R. 2007. Työuupumuksen hoito kuntoutuksessa: kahden kuntoutusintervention vertailu. Kuntoutus 2, 27–41.
- Janhonen, M. & Husman, P. 2006. Työterveyshuollot ja työelämän muutos: pohdintoja työterveyshuollon roolista työyhteisöjen kehittäjänä. Tampereen yliopistopaino.
- Jussila, M. 2008. Uudistuva työterveyshuolto. Valkeakoski 7.1.2008, Työrauhan julistamistilaisuuden esitysmateriaali. Viitattu 15.4.2008. [Http://www.uta.fi/synergos](http://www.uta.fi/synergos).
- Kaiku-työhyvinvointipalvelut. 2005. Viitattu 10.5.2008. Sivu päivitetty 19.12.2007. <http://www.valtionkonttori.fi>, Kaiku-palvelut, työhyvinvointi.

- Kauppinen T., Hanhela R., Heikkilä P., Kasvio A., Lehtinen S., Lindström K., Toikkanen J. & Tossavainen A. (toim.) 2007. Työ ja terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos. <http://www.ttl.fi>, tietopalvelut, verkkokirjat.
- Karpansalo, M. 2006. Ennenaikaiselle eläkkeellekö? Työterveyslääkäri 24(3):89–93.
- Kelan sairausvakuutusilasto. 2006. Viitattu 17.2.2008. <http://www.kela.fi>, julkaisut, tilastojulkaisut, vuosikatsaukset.
- Kela-tietoutta työterveyshuollon korvaamisesta. 2008. Kelan tiedotustilaisuus 6.3.2008 Jyväskylän Paviljonki. Tilaisuudessa jaettu materiaali sekä luennoitsijoiden puheenvuorot.
- Kivekäs, J., Kinnunen, E. & Ahlblad, Y. 2006. Mielenterveyskuntoutujan palveluketju takkuilee. Suomen lääkirlehti 18/2006, 2011 – 2014.
- Koistinen, K. 2007. Uusimuotoinen terveystarkastus. Työterveyshuollon ja työikäisten kuntoutuksen uudet menetelmät. Seminaarin luentomateriaali. Finlandia-talo, Helsinki 27.11.2007.
- Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit. 2006. Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit, Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma 2006. Viitattu 5.5.2008 <http://www.ncp.fi/ects/>.
- Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelman itsearviointi 2008. 2008. Raportti kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun itsearvioinnin tuloksista ristiinarviointiryhmälle, 1-2.
- L 21.12.2001/1383. Työterveyshuoltolaki. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 18.2.2008. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.
- L 21.12.2004/1224. Sairausvakuutuslaki. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 18.2.2008. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.
- L 23.8.2002/738. Työturvallisuuslaki. Säädös valtion säädöstietopankin Finlexin sivustolla. Viitattu 18.2.2008. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.
- Laine, T. & Peurala, M. 2007. Työterveyshuollon ja asiakasorganisaation välinen toiminnan suunnittelu kehittämisen kohteena – Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Työterveyshoitaja 4, 12–13.
- Liukkonen, P. 2006. Työhyvinvoinnin mittarit. Menetelmät, eurot, päätelmät. Tammer-Paino.
- Manninen, P. (toim.) 2007. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2004 - Kehitystrendien tarkastelua. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Manninen, P., Laine, V., Leino, T., Mukala, K. & Husman, K. 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Vammala: Vammalan Kirjapaino.
- Müller, K. 2007. Työn murros haasteena aivoille. Duodecim 123(6):703-4.

- Mäkitalo, J. 2006. Onko työterveyshuollon toimintakonsepti muuttumassa? Konsepti – toimintakonseptin uudistajien verkkolehti, 3, 1. Viitattu 16.1.2008. <http://www.muutoslaboratorio.fi/konsepti>.
- Mäkitalo, J. 2007. Mitä tekemistä työterveyshuollolla ja työikäisten kuntoutuksella on yritysten ja työpaikkojen toimintamallien muutoksissa? Työterveyshuollon ja työikäisten kuntoutuksen uudet menetelmät Seminaarin luentomateriaali. Finlandia-talo, Helsinki 27.11.2007.
- Nikkanen, S. 2007. Työkyvystä välinen tuloksen tekemiseen. Keski-suomalainen 30.11.2007.
- Notkola, V. 2007. Kuntoutuksen haasteet. Kuntoutus 2, 1 – 3.
- Partinen, R. 2008. Työterveyshuollon kehittämisen näkökohtia. Työterveyshoitaja 1, 5-7.
- Peltonen, H. 2008. Depressiohoitajia Pohjanmaan terveystieteisiin. Dialogi 3, 20-21.
- Piirainen, H., Manninen, P., Hirvonen, M., Viluksela, M., Mikkola, J., Huhtaniemi, P. & Husman, K. 2005. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutus ja käyttö vuonna 2003. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä 2005:6. www.stm.fi , julkaisuja, selvityksiä -sarja 2005.
- Pöllänen R. 2006. Joka viides suomalainen työntekijä tarvitsee työkykyä edistäviä tukitoimia. Suomen Terveystalo Medivire. Viitattu 8.5.2008. <http://www.medivire.fi>, uutiset ja artikkelit.
- Rauramo, P. 2004. Työhyvinvointi. Työturvallisuuskeskus. Viitattu 13.5.2008. <http://www.tyoturva.fi>, toimialat, graafinen teollisuus, työhyvinvointi.
- Rautio, M. 2004. Muuttuva työelämä haastaa työterveyshuollon kehittämään menetelmiään ja osaamistaan: työterveyshuollon menetelmien kehittäminen moniammatillisena oppimisprosessina. Väitöskirja. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Rautjärvi, L. 2008. MASTO-hanke. Työelämän haasteet masennukseen liittyvän työkyvyttömyyden ehkäisemisessä. Työterveyshoitaja 1, 23–24.
- Rokkanen, T., Poikonen, M. & Määttänen, E. 2007. Työpaikkaselvitys muutoksessa ja muutoksen vaikutukset työterveyshenkilöstön omaan työhyvinvointiin. Työterveys 4, 80–91.
- Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:7. Viitattu 5.5.2007. <http://www.stm.fi>, julkaisut 2007.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Työn ja työterveyshuollon yhteistä historiaa. 2005. Oulun TyöTerveys. Viitattu 17.2.2008. www.ouluntyoerveys.fi, asiakaslehdet 2005, 1.

Työssä jaksamisen tukeminen ja sairauslomakäytännöt 2005–2008. 2007. JATS-hankkeen kirjallista materiaalia sähköpostiliitteenä Pirjo Juvonen-Postilta 11.2.2008.

Työelämässä on liian vähän sovittuja käytäntöjä työhönpaluun tuesta. 2008. Työterveyslaitos. Tiedote 06/2008. Helsinki, 12.2.2008. Viitattu 17.2.2008. <http://www.ttl.fi>, tiedonvälitys, tiedotteet.

Työterveys 2015. 2004. Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveyshuollon kehittämislinjaukset. Viitattu 7.1.2008. <http://www.stm.fi>, julkaisut 2004.

Työterveys ja kuntoutus. 2007. Työterveyshuollon, työpaikkojen ja kuntoutuksessa toimivien yhteistyö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.2.2008. <http://www.stm.fi>, julkaisut, selvityksiä-sarja.

Työurat pitenevät. 2008. Veto-ohjelman indikaattorit II. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:9. Viitattu 2.5.2008. <http://www.stm.fi>, julkaisut 2008.

Uusia arvioita työelämän muutoskehityksestä. 2007. Viitattu 8.5.2008. Työterveyslaitos. <http://www.ttl.fi>, tiedonvälitys, tiedotteet.

Valtioneuvoston selonteko työelämästä eduskunnalle. 2004. Viitattu 3.5.2008. www.valtioneuvosto.fi, hallituksen toiminta, selonteot.

Varhainen tuki – toimintamalli työkyvyn heiketessä. 2004. Osana Veto-ohjelmaa toteutunut Helsingin kaupungin työterveyskeskuksen julkaisu. Helsinki: Erweko Painotuote.

Veto-ohjelma. 2003. Valtakunnallinen toimenpideohjelma työssäoloajan jatkamisesta, työssä jaksamisesta ja kuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:7. Viitattu 5.3.2008. <http://www.stm.fi>, julkaisut 2003.

Ylöstalo, P. 2007. Työolobarometri. Työministeriö. Viitattu 4.5.2008. <http://www.tem.fi>, julkaisut, aiemmat julkaisut (ennen vuotta 2008).

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön lupa-anomus

1/2

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Työterveyshuollon muutoshaasteet - Kuntoutuksen ohjaajat (AMK) työterveyshuollon moniammatillisuutta vahvistamassa?

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Haastattelujen avulla selvitämme

- miten työelämän muutokset näkyvät työterveyshuollon henkilö- ja yritysasiakkaissa,
- miten työterveyshuolto on vastannut työelämän muutoksiin,
- mitkä ovat työterveyshuollon muutoshaasteet tulevaisuudessa sekä
- nouseeko esiin kuntoutuksen ohjaajien ammattiryhmän osaamisen hyödyntämismahdollisuuksia työterveyshuoltosektorilla.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Toukokuu 2008

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

16.11.2007

Ohjaava opettaja

Pirkko Perttinen

Opinnäytetyön lupa-anomus

2/2

Opinnäytetyön yhteistyötaho (Työterveyshuollon yksikön nimi)

Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

Opinnäytetyön tekijät velvoitetaan (esim. raportoimaan
yhteistyötaholle)

En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei kyllä, mitä

Paikka ja aika / .

Yhteistyötaho

Ohjaava opettaja

Paikka ja aika / .

Opinnäytetyön tekijä

Opinnäytetyön tekijä

Yhteystiedot

Yhteystiedot

Liite 2. Haastattelurunko

1. PERUSTIEDOT HAASTATELTAVASTA TYÖTERVEYSHUOLLOSTA

- Yksityinen tth
 Kunnallinen tth
 Yrityksen tth

Työterveyshuollon henkilökunta (ammattiryhmät, henkilömäärä)

Asiakasyritysten määrä _____

Asiakasyritysten koko (henkilömäärä tms.) _____

Henkilöasiakkaiden määrä _____

Henkilöasiakkaiden ammattiryhmät:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Johtajat ja ylimmät virkamiehet | <input type="checkbox"/> Prosessi- ja kuljetustyöntekijät |
| <input type="checkbox"/> Erityisasiantuntijat | <input type="checkbox"/> Maanviljelijät, metsätyöntekijät ym. |
| <input type="checkbox"/> Asiantuntijat | <input type="checkbox"/> Rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät |
| <input type="checkbox"/> Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät | <input type="checkbox"/> Sotilaat |
| <input type="checkbox"/> Palvelu-, myynti- ja hoitotyöntekijät | <input type="checkbox"/> Muut työntekijät, mitkä |
| | _____ |
| | _____ |

2. TYÖTERVEYSHUOLLON NYKYINEN TOIMINTAKÄYTÄNTÖ

- Työpaikkaselvitys
- Terveystarkastus
- Työyhteisötyö
- Työkyvyn ylläpito ja edistäminen
- Neuvonta ja ohjaus
- Työssä selviytymisen seuranta ja kuntoutukseen ohjaus
- Sairaanhoido
- Ennaltaehkäisy
- Yhteistyö ja tiedon siirto asiakasyritysten kanssa (palvelusopimus ja toimintasuunnitelma)
- Mittarit

3. TYÖELÄMÄN MUUTOS VIIMEISEN 10 VUODEN AIKANA

- Keskeisimmät muutokset työelämässä
- Muutosten näkyminen
 - yritysasiakkaissa
 - henkilöasiakkaissa
 - työyhteisöissä
 - yhteistyössä asiakasyritysten kanssa
- Globalisaatio (EU)
- Sairauslomat (syy, kesto)
- Eläkkeelle hakeutuminen ja jääminen (ikä, syy)
- Onko muutos koskenut erityisesti jotakin ammattiryhmää asiakasyrityksissä?

4. TYÖTERVEYSHUOLLON VASTAUS TYÖELÄMÄN MUUTOKSEEN

- Uudet ja/tai tulossa olevat
 - työmenetelmät
 - työkalut
 - palvelut
- Kuntoutus
- Neuvonta ja ohjaus
- Yhteistyö asiakasyrityksen kanssa
- Työyhteisön työhyvinvointi
- Monimutkaisten asiakastapausten kokonaisuuden hallinta
- Varhainen puuttuminen
- Asiakslähtöisyys

5. TULEVAISUUDEN TYÖTERVEYSHUOLLON TOIMINNAN MUUTOSHAASTEET

- Mitkä ovat tärkeimmät muutostarvetta aiheuttavat tekijät?
- Ammattiosaamisen laajentaminen
- Ammattikunnan laajentaminen
- Mittareiden avulla kerätyn tiedon parempi hyödyntäminen
- Palvelutarjonnan laajentaminen
 - oma palvelutarjonta
 - ostopalveluina
- kuntoutuspalveluohjaus

Liite 3. Teemataulukot analysoinnista

Liite 3. Teemataulukot analysoinnista

TYÖELÄMÄN MUUTOS VIIMEISEN 10 VUODEN AIKANA			
Pelkistetty ilmaisu	Alateema	Yläteema	Pääteema
Kaupungistuminen, epävarmuutta, kiire. Palvelut ja tietotekniikan työt lisääntyvät. Fyysinen teollisuustyö vähentynyt. Metsäteollisuuden ja elektroniikka-alan alasajo näkyy. Teolliset työpaikat hävinneet.	Yhteiskunnan muutos ja kansainvälistyminen. Teollisuudesta palveluihin	Keskeisimmät muutokset työelämässä ja vaikutus tiettyyn ammattiryhmään	Työelämän muutos viimeisen 10 vuoden aikana
Toimisto- ja tietotyöläisiin. Nuoria tietotyöläisiä (20-30v.) jo burnoutin partaalla. Kansainvälistyminen kuormittaa erityisesti johtoa ja myyntiä.	Erityinen ammattiryhmä		
Henkisen puolen kuormittuminen lisääntynyt. Painopiste siirtynyt henkiselle puolelle, ergonomia jo itsestään selvää.	Työn henkinen kuormittavuus		
Yrityskaupat, isot ostavat pieniä, yritysketjuilla keskittyjä ratkaisuja	Suuret ketjut	Muutosten näkyminen yritysasiakkaissa	
kansainvälistyminen, ulkomaalaisia vieraita	kansainvälisyys		
Ahdistus. Sitoutuminen tulostavoitteisiin, epävarmuus työpaikoista ja työtehtävistä. Kiire, työhön keskittyttävä.	Kiire, epävarmuus	Muutosten näkyminen henkilöasiakkaissa	
Stressi, hallinnan menettämisen tunne. Henkinen kuormittuminen.	Stressi, henkinen paine		
Kansainvälistyminen	Matkustelu		
Matkustaminen lisääntynyt, aiheuttaa paineita työntekijöille.			
Kustannusten vuoksi tarve vähentää työntekijöitä, vaikka palvelujen tarve kasvaa. Ristiriitoja kuntasektorilla. Sukupolvien välisiä ristiriitoja. Tulostavoite aiheuttaa paineita.	Ristiriitoja	Muutosten näkyminen työyhteisöissä	
Sosiaalinen kanssakäyminen työpaikoilla kärsii. Johtajuuden tarve kasvanut. Vuorovaikutuksen rooli korostunut, taidot lapsenkengissä.	Vuorovaikutuksen korostuminen		
Yhteisöllisyyden lisääntynyt tarve. Yhteiskunta ei tue yhteisöllisyyttä.	Yhteisöllisyyden tarve		
Teolliset työympäristöt poistuvat, työympäristöt hyvin hoidettuja, ergonomia huomioidaan. Työvälineet parempia.	Siistiytyminen	Muutosten näkyminen työympäristöissä	
Istuma- ja näyttöpäätetyö lisääntyneet.	Näyttöpäätetyö, istumatyö		
Sisäilmaongelmat lisääntyneet. Sisäilmaongelmia ollut koko ajan.	Sisäilmaongelmat		
Oivallettu työterveyshuollon arvo, kumppanuutta toivotaan. Yritysten tietoisuus lisääntynyt; enemmän vaatimuksia työterveyshuollolle	Työterveyshuollon työn arvo yritykselle huomattu	Muutosten näkyminen yhteistyössä asiakasyritysten kanssa	
Valtakunnallisia ratkaisuja työterveyshuolto-palvelujen järjestämisessä, paikallisesti ei voi vaikuttaa.	Keskitetty ratkaisut		
Globaalit talouselämän muutokset heijastuvat tänne asti. Yritysten omistuspohjan muutoksia. Toimialoilla erilaisia ohjeistuksia	Yritysten omistuspohja	Globalisaatio	
Ulkomaalaiset työntekijät yrityksissä ovat lisääntyneet, monikulttuurisuus ja erilaiset uskonnot, kielitaito-vaatimukset. Ei maahanmuuttajia asiakkaina.	Monikulttuurisuus		
Tiedon tarve lisääntynyt mm. rokotuksista. Työntekijöiden matkustaminen näkyy, yhteydenpitoa tarvittaessa sähköpostilla maailmalle. Paljon ulkomaisia vieraita	Matkustaminen		
Kuntasektorin sairauslomat pidentyneet.	Pidentyneet	Sairauslomat	
Mielenterveysongelmia paljon. Ihmisten kyky käsitellä ja sietää elämän kriisejä madaltunut. F-luokan diagnoosit lisääntyneet. Jatkohoitopaikkoja avopuolella mielenterveysasiakkaille vaikeita saada	Mielenterveyden ongelmat		
Ikääntyminen näkyy, tules – tyyppiset vaivat, kulumat ym. lisääntyneet. Istumatyö.	Tules		
Sisäilmaongelmat syynä.	Sisäilmaongelmat		
F-luokan diagnoosit lisääntyneet eläköitymisessä.	Mt- ongelmat		
Eläkeikä nousussa. "Eläkeputki" jäänyt pitkälti pois käytöstä. Ennenaikainen hakeutuminen eläkkeelle ei näy.	Eläkeikä nousussa	Eläkkeelle hakeutuminen ja jääminen	

TYÖTERVEYSHUOLLON NYKYINEN TOIMINTAKÄYTÄNTÖ			
Pelkistetty ilmaisu	Alateema	Yläteema	Pääteema
Uusi, laajempi, syvempi. Tiimikohtainen.	Uusia malleja	Työpaikkaselvitys ja terveystarkastus	Työterveys- huollon nykyinen toiminta- käytäntö
Perinteinen, lakisääteinen	Perinteinen		
Ongelmista keskustelu terveystarkastuksessa	Terveystarkastukset	Työyhteisötyö	
Tiimipalaverit, joissa työterveyshoitaja käy n. 1xv.	Tiimipalaveri		
Moniammatillinen tiimi, työnohjaus. Tehostettu työ-yhteisötyö.	Moniammatillinen		
Työterveyshoitaja ja psykologi yhdessä. Oma erikoistunut työterveyshoitaja.			
On selkeästi tarvetta, tarve suuri.	Tarve suuri		
Yrityskohtainen sopimus, tarkastus vuoden välein. Toimintasuunnitelmaan kirjattua, systemaattista toimintaa, vaikuttavuus ja kustannukset.	Toimintasuunnitelmaan kirjattua	Työkyvyn ylläpito ja edistäminen	
Panostus. selkeä tarve: Tuotteistaminen kesken.	Kasvanut tarve		
Vain siivu työterveyshuollolla. Työnantaja tukee. Työpsykologin käyttö.	Yritysten vastuulla		
Normaalia, jokapäiväistä, toimintaan sisältyvää. Työote.	Työote	Neuvonta ja ohjaus	
Astma & diabeteshoitajat, tiedottaminen.	Erikoistuneet tiedottajat		
Teemavuodet (ergonomia, henkinen jaksaminen jne.)	Teemat		
Kasvava tarve, työn luonne muuttunut, ikääntyminen. Henkinen kuormittuminen	Tarve muuttunut	Työssä selviytymisen seuranta ja kuntoutukseen ohjaus	
Sairauslomalta työhön paluun tukeminen, työkokeilu omaan työhön. Fyysisen kuntoutuksenohjaus, työfysioterapeutti, työpsykologin käyttö	Työkokeilu, kurssit, fysioterapeutti, psykologi		
Kurssit. Osittain ostopalveluna.			
Seuranta tärkeää ja paljon, henkilökohtaiset käynnit puhelimitse yhteydenpito. Kuntoutussuunnitelmaa ei systemaattisesti tehdä.	Seuranta on, ei kuntoutussuunnitelmaa		
Isoilla organisaatioilla toimintamallit. Yhteistoimintaryhmä. Tiivis yhteistyö työnantajan kanssa.	Yhteistyö ja toimintamalli isojen yritysten kanssa,		
Pienten yritysten kohdalla ongelma, ydinkysymys on, miten sidotaan työpaikalle.	pienet yritykset ongelma		
yleislääkäritasoinen, erikoislääkärin konsultointi	Sairaanhoidon taso	Sairaanhoido	
Esimiehet osaavat vaatia ennaltaehkäisevää.	Suunta ennaltaehkäisevään	Ennaltaehkäisy	
Sairaanhoidosta pois, ennaltaehkäisevään.			
Isojen yritysten/organisaatioiden kanssa laajasti. Kumppanuus. Yhteistyötoimikunta, työsuojelutoimikunta. Yrityksen sisäisesti vahvaa yhteistyötä. Yhteistyötä pitäisi olla enemmän.	Laajaa, vahvaa kumppanuus, tarve lisätä	Yhteistyö ja tiedon siirto asiakasyritysten kanssa	
Toimintasuunnitelman tarkastuspäivä 1x v / puolella vuodessa. palaute jopa 3 kk:n välein.	Toimintasuunnitelma asiakkaan tarpeiden pohjalta		
Asiakkaan tarpeet ovat toiminnan lähtökohta.			
sairauspoissaolojen seuranta	sairauspoissaolot		
Yhteistyötä ostopalveluntuottajien sekä muiden työterveyshuollon yksiköiden kanssa.	Verkostoyhteistyö		
First Beatin hyvinvointianalyysi, sairauspoissaolot, työtaturmat, työkykyindeksi, Audit-kysely, kuntotesti, talon oma indeksi.	Useita mittareita	Mittarit	
Mittareiden käyttö vie paljon aikaa.	Vievät aikaa		

TYÖTERVEYSHUOLLON VASTAUS TYÖELÄMÄN MUUTOKSEEN

Pelkistetty ilmaisu	Alateema	Yläteema	Pääteema
Uusimuotoiset työterveystarkastus ja työpaikkaselvitys.Varhaisen puuttumisen malli. Koko tiimi tutkitaan samaan aikaan.	Menetelmät	Uudet tai tulossa olevat työkalut, menetelmät	Työterveyshuollon työelämän muutokseen
Näyttöä vaikuttavuudesta hankittava. Toiminta rakentuu, kaikki uutta.	Näytön hankkiminen		
Tulossa depressiohoitaja. Kokonaiskuntoisuus -ajattelu. Varhainen puuttuminen. Ei mielenterveysongelmia, ei tarvetta.	Mielenterveysongelmiin		
First Beat Hyvinvointianalyysi. Henkisen kuormittumisen mittari BBI. Stressimittareita.	Työkalut, mittarit		
Päivystystiimi, joustavampi. Erilaisia sairaanhoidon polkuja.Toimialakohtaiset tiimit. Pienyrityksille oma toimintamalli ja – polku. Matkustajan tukipalvelut.	Palvelut	Kuntoutus	
Uuden toimintatavan juurruttaminen, moniammatillisuutta kehitetään ja syvennetään.	Moniammatillisuus		
Suunnitteella ryhmäkuntoutusta (esim. diabetes2 ja miehet 30v).	Ryhmäkuntoutus		
Vertailtu kuntoutuksen kustannuksia työkyvyttömyyseläkekustannuksiin, mitä maksaa?	Vaikuttavuus	Neuvonta ja ohjaus	
Ei erityisiä muutoksia. Aina panostettu henkilökuntaan ja sen jaksamiseen, neuvontaa ja ohjausta esim. 2-typin diabetesriskin laskemiseen ollut aina.	Ei muutosta		
laadukas tiedottaminen. Netistä haetun tiedon luotettavuuden tarkastelu yhdessä as. kanssa. Koulutettu asiakaskunta vaatii laadullisesti hyvää tietoa ja palvelua.	Laadukas, oikea tieto	Monimutkaisten asiastapausten kokonaisuuden hallinta	
Ongelma-alueet mielenterveys- ja alkoholiongelmat. Ei monimutkaisia tapauksia.	Mielenterveys- ja alkoholi-ongelmat		
Varhaisen puuttumisen malli. Työyhteisön tukeminen, työn miettiminen, selkeä vastuunjako/yksi nimetty henkilö, tiivistä yhteistyötä työpaikan ja esimiehen kanssa. Moniammatillinen tiimi ratkomassa. Hyvät mahdollisuudet selvittää.	Varhainen puuttuminen, työyhteistyö, moniammatillisuus		
Julkisella puolella mielenterveyshäiriöisten jatkohoitopaikoista puute	Jatkohoito	Yhteistyö asiakasyrityksen kanssa	
Kumppanuus painottuu, halutaan panostaa. Avaintekijä. Toimialakohtaisuus.	kumppanuus ja asiantuntijuus		
Yrityksen oma työterveyshoitaja liian lähellä?	objektiivisuus	Työyhteisön työhyvinvointi	
Työterveyshoitaja vahvasti mukana. Tarkastus koko työyhteisölle samanaikaisesti. työhyvinvointiin ennaltaehkäisevästi panostaminen. henkistä tukea tarvitaan enemmän. Virkistäytymispäiviä	työyhteisöön panostaminen		
Astma- ja diabeteshoitajat	sairauskohtaista	Varhainen puuttuminen	
Tuttu hoitaja pääsee lähelle asiakasta	tuttuus		
Toimialakohtainen palvelu. Tarvitaan työkaluja, joilla voidaan kehittää. Avaintekijä	Asiakkaan huomiointi	Asiakaslähtöisyys	

TULEVAISUUDEN TYÖTERVEYSHUOLLON TOIMINNAN MUUTOSHAASTEET

Pelkistetty ilmaisu	Alateema	Yläteema	Pääteema
Muutoksissa tukeminenennakointi. Lähemmäs toimialaa . Tarpeiden huomioiminen. Kumppanuus.	Asiakaslähtöistä & keskeistä	Tärkeimmät	Tulevaisuuden työterveyshuollon toiminnan muutoshaasteet
Palvelutuotteen uudistaminen. Vaikuttavuus ja perustelut.	vaikuttavaa	muutostarvetta aiheuttavat tekijät	
henkiset paineet ja kiire	henkinen tuki		
pysyttävä uuden tiedon tasalla. erityisosaamisen tunnistaminen	uudistuminen koulutus	Ammattiosaamisen laajentaminen	
Ei tarvetta. Yhden puuttuminen korvattava.	riittävä ammattikunta	Ammattikunnan laajentaminen	
Vaikuttavuuden näyttäminen. Ei tarvetta laajentaa	omat palvelut		
Mahdollisesti laajenee/ei tarvetta. Mielenterveyshäiriöiden jatkohoito? Yritykset kiinnittävät huomiota sen kustannuksiin	ostotoiminta	Palvelutarjonnan	
Vaikuttavuuden näyttöön. Asiakaspinnassa liikkuvan tiedon löytäminen.	mittarit	laajentaminen	
Uusia mittareita, joista ei pysty tunnistamaan yksitt. henkilöitä			
Salassapito ei hankaloita, tabu. Välillä työyhteisötyössä hankaloittaa.	salassapito		
tth:ssa kautta linjan tarvitaan jatkossa/ mahdollisuus olemassa. Toiminta on jo ku-palveluohjausta.	tarve		
Kuntoutukseen erikoistuneita henkilöitä, räätälöityjä ratkaisuja. Laitoskuntoutusta kevyempi palvelu. Asiakaspintaa lähellä olevaa toimintaa.	Erikoistuminen, räätälöinti, ohjaus, asiakaskeikeinen.	Kuntoutuspalveluohjaus	
Isoilla työnantajilla voisi olla oma. Työnantaja voisi maksaa. Ostopalvelu. Haasteena Kela.	Työnantaja ostopalveluna		
Laki ei ongelma. Sen avulla voitaisiin nopeuttaa muutosvauhtia painopisteen siirtämisessä.	Laki ohjaa toimintaa		
Kelan korvauksista ei/kyllä epäselvyyksiä. Tiukat rajaukset asiantuntijapalveluihin.	Korvausten rajat	Lain / Kelan rajoitukset ja mahdollisuudet	
Työnantaja voi ostaa palveluja myös ilman Kelan korvausta.	Työnantajan panostus ilman korvausta		