



Työterveyslaitos

Työterveyshuolto- yksikön oman toiminnan suunnittelu

Maria Rautio
Eija Mäenpää-Moilanen
Raili Sorsa-Koskinen

Tietoa työstä



Työterveyslaitos

Työterveyshuoltoyksikön oman toiminnan suunnittelu

Maria Rautio, Eija Mäenpää-Moilanen ja Raili Sorsa-Koskinen

Työterveyslaitos

Helsinki 2014

Työterveyslaitos

Vaikuttava työterveyshuolto

Topeliuksenkatu 41 a A

00250 Helsinki

www.ttl.fi

Tietoa työstä -julkaisusarjassa julkaistaan tutkimusraportteja, koosteita ja selvityksiä Työterveyslaitoksen kaikilta tutkimusaloilta.

Kansi: Mainostoimisto Albert Hall Finland Oy Ltd

© 2014 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain (404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen) mukaisesti kielletty ilman asianmukaista lupaa.

ISBN 978-952-261-486-5 (nid.)

ISBN 978-952-261-487-2 (PDF)

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2014

TIIVISTELMÄ

Työterveyshuoltoyksikön oman toiminnan suunnittelu. Tutkimusraportti

Rautio Maria¹, Eija Mäenpää-Moilanen¹, Raili Sorsa-Koskinen²
Työterveyslaitos¹, Helsingin kaupunki²

Avainsanat: työterveysyksikkö, toiminnan suunnittelu, hyvä työterveyshuoltokäytäntö

Tausta:

Työterveyshuolto on luonteeltaan jatkuvaa, prosessinomaista toimintaa, jota tulee voida seurata, arvioida ja kehittää. Tämä edellyttää tavoitteellista ja suunnitelmallista, asiakkaiden tarpeisiin vastaavan toiminnan johtamista. Systemaattinen suunnittelu mahdollistaa kaikkia osapuolia (asiakkaita, työterveyshenkilöstöä ja yhteistyökumppaneita) tyydyttävien ja tarkoituksenmukaisten palvelujen tuottamisen. Aikaisempaa tutkimusta työterveysyksiköiden oman toiminnan suunnittelusta ei ole julkaistu. Työterveyshuolto Suomessa –katsauksissa suunnittelua on kartoitettu muutamilla kysymysosioilla.

Tarkoitus ja tavoitteet:

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää työterveysyksikön oman toiminnan suunnittelu-, seuranta- ja arviointikäytäntöjä. Tavoitteena on kehittää yhteistyössä työterveysyksiköiden kanssa hyvän työterveyshuoltokäytännön mukainen malli työterveysyksiköiden käyttöön.

Tutkimuksessa haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitkä ovat työterveysyksiköiden oman toiminnan suunnittelun keskeiset osa-alueet?
2. Miten suunnitelmien toteutumista seurataan ja arvioidaan?
3. Mikä merkitys työterveyshuollon järjestämistavalla on toiminnan suunnitteluun?

Tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät:

Tutkimus on toimintatutkimus. Ensimmäisen vaiheen aineisto kerättiin Työterveyshuolto Suomessa 2004 -katsauksen pohjalta niiltä työterveysyksiköiltä, jotka olivat vastanneet suunnittelewansa omaa toimintaa. Aineisto koostuu työterveysyksiköiden

lähettämistä toimintasuunnitelmista (66). Ne analysoitiin deduktiivista sisällönanalyysiä käyttäen. Tulokset kuvasivat lähtötilannetta ennen kehittämistoiminnan käynnistämistä.

Tutkimuksen toinen vaihe käsitti koulutusintervention. Aineisto koostui koulutuksen aikana kerätystä materiaalista, tehtävistä ja suunnitelmista. Aineisto analysoitiin ensimmäisen vaiheen aikana käytetyn analyysirungon mukaisesti kehittäen yhteistyössä osallistuneiden työterveysyksiköiden kanssa malli oman toiminnan suunnitteluun.

Tulokset:

Tulosten perusteella työterveysyksiköiden toiminnan suunnittelu kattoi vain joitakin osa-alueita hyvästä suunnittelukäytännöstä. Etenkin pitkäjänteinen strateginen suunnittelu oli vähäistä. Toimintaympäristöön oli pureuduttu lähinnä terveyskeskuksissa. Toiminnan organisoinnissa tunnistettiin kehittämistarpeita etenkin keskinäisessä työnjaossa ja moniammatillisuuden systemaattisessa toteuttamisessa. Henkilöstön pätevyyden varmistaminen ja täydennyskoulutuksesta huolehtiminen vaativat vielä tehostamista. Laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa pääpaino oli asiakaspalautteen käsittelyssä ja asiakastyytyvyyden mittaamisessa. Itsearviointi kohdentui tuotantoon, talouteen ja henkilöstöön. Palvelujen järjestämistavalla ei ollut merkittävää vaikutusta toiminnan suunnittelun kattavuuteen.

Johtopäätökset:

Työterveyshuollon toimintakokonaisuuden suunnitteluun, henkilöstön osaamisen varmistamiseen, moniammatillisen toiminnan tarkoituksenmukaisen käytön organisointiin, laadun jatkuvaan kehittämiseen ja vaikuttavuuden arviointiin tulee jatkossa kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota.

SAMMANDRAG

Företagshälsovårdsenheternas planering av sin egen verksamhet. Forskningsrapport

Rautio Maria¹, Eija Mäenpää-Moilanen¹, Raili Sorsa-Koskinen²
Arbetshälsoinstitutet¹, Helsingfors stad²

Nyckelord: företagshälsovårdsenhet, planering av verksamheten, god företagshälsovårdspraxis

Bakgrund:

Företagshälsovården är till sin karaktär en fortlöpande, processartad verksamhet, som bör kunna följas, utvärderas och förbättras. Detta förutsätter att verksamheten leds på ett målinriktat och planmässigt sätt som svarar mot kundernas behov. Systematisk planering av verksamheten gör det möjligt att producera tjänster som upplevs som tillfredsställande och ändamålsenliga av alla parter (kunder, företagshälsovårdspersonal och samarbetspartners). Företagshälsovårdsenheternas planering av sin egen verksamhet är ett ämne om vilket det inte tidigare har publicerats någon forskning. Ämnet har kartlagts i några frågeavsnitt i översiktsstudierna *Företagshälsovården i Finland*.

Syfte och målsättningar:

Syftet med denna forskningsstudie är att kartlägga företagshälsovårdsenheternas praxis för planering, uppföljning och utvärdering av sin egen verksamhet. Målet är att i samarbete med företagshälsovårdsenheterna utveckla en sådan arbetsmodell för detta planerings- och uppföljningsarbete som baserar sig på god företagshälsovårdspraxis.

Studien söker svar på följande frågor:

1. Vilka är de viktigaste delområdena i företagshälsovårdsenheternas arbete med att planera sin egen verksamhet?
2. Hur sköts uppföljningen och utvärderingen av planerna?
3. Hur påverkas planeringsarbetet av företagshälsovårdens organisationsform?

Forskningsmaterial och forskningsmetoder:

Forskningsstudien genomfördes i form av en aktionsstudie. Materialet för den första undersökningsfasen samlades in från de företagshälsovårdsenheter som i översiktsstudien *Företagshälsovården i Finland 2004* hade svarat att deras verksamhet baserade sig på en verksamhetsplan. Materialet bestod av de verksamhetsplaner som erhöles från de medverkande företagshälsovårdsenheterna (66 planer). Verksamhetsplanerna analyserades med hjälp av deduktiv innehållsanalys. Resultatet beskriver utgångsläge sådant det var innan utvecklingsverksamheten inleddes.

Den andra undersökningsfasen utgjordes av en utbildningsintervention, där materialet bestod av de material, uppgifter och planer som samlades in under utbildningens gång. Materialet analyserades med hjälp av samma analysram som användes i den första undersökningsfasen, samtidigt som man i samarbete med de medverkande företagshälsovårdsenheterna utvecklade en modell för planering av enheternas egen verksamhet.

Resultat:

Resultaten visar att företagshälsovårdsenheternas verksamhetsplanering omfattade bara en del av de delområden som enligt god planeringspraxis bör beaktas i planeringen av verksamheten. Bristerna var särskilt stora när det gäller den långsiktiga strategiska planeringen. Omvärldsanalyser hade genomförts främst vid sådana företagshälsovårdsenheter som verkade i anslutning till en hälsovårdscentral. I Organiseringen av verksamheten sågs de största utvecklingsbehoven i arbetsfördelningen och det systematiska genomförandet av principen om multiprofessionellt samarbete. Andra områden där man skulle behöva effektivisera arbetet är säkerställandet av personalens kompetens och ordnandet av fortbildning för personalen. Kvalitets- och utfallsbedömningen baserade sig främst på kundnöjdhetsmätningar och analys av kundresponser. Självvärderingen omfattade företagshälsovårdsenheternas produktion, ekonomi och personal. Det sätt på vilket servicen var organiserad hade ingen större inverkan på planeringsarbetets omfattning.

Slutsatser:

I framtiden bör man fästa större uppmärksamhet än tidigare vid planeringen av företagshälsovården ur ett helhetsperspektiv, säkerställandet av personalens kompetens, organiseringen av ändamålsenlig multiprofessionell verksamhet samt fortlöpande kvalitetsutveckling och utfallsbedömning.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	3
2	TYÖTERVEYSYKSIKÖN TOIMINNAN SUUNNITTELUN LÄHTÖKOHDAT ... 5	
2.1	Strateginen suunnittelu.....	5
2.1.1	Strategisen suunnittelun keskeiset osa-alueet	6
2.2	Operatiivinen suunnittelu	10
2.2.1	Operatiivisen suunnittelun keskeiset osa-alueet	11
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	26
4	TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
4.1	Tutkimuksen metodologiset perusteet.....	27
4.2	Aineisto.....	30
4.2.1	Lähtötilanteen kartoitus – ensimmäinen vaihe	30
4.2.2	Koulutusinterventio – toinen vaihe	31
5	TULOKSET	32
5.1	Työterveysyksiköiden oman toiminnan suunnittelun lähtötilanne.....	32
5.1.1	Työterveyshuollon taustatiedot	32
5.1.2	Työterveyshuollon toimintaympäristö ja lähitulevaisuus työterveysyksiköiden kuvaamana.....	33
5.1.3	Työterveyshuollon perustehtävä, tavoitteet, arvot ja visio työterveysyksiköiden kuvaamana.....	36
5.1.4	Työterveysyksiköiden strategia ja tulostavoitteet.....	39
5.1.5	Työterveyshuollon toiminnan suunnittelu työterveysyksiköiden kuvaamana... 40	
5.1.6	Työterveyshuollon henkilöstövoimavarat ja niiden kehittäminen.....	40
5.1.7	Työterveyshuollon toiminnan organisointi.....	42
5.1.8	Työterveyshuollon toiminnan arviointi ja laadun jatkuva kehittäminen työterveysyksiköiden kuvaamana.....	45

5.2	Yhteenveto ensimmäisen vaiheen tuloksista – lähtötilanne.....	50
5.3	Interventiovaiheen tulokset – toimintamallin rakentaminen.....	55
5.4	Yhteenveto toisen vaiheen tuloksista	64
6	POHDINTA	68
6.1	Tulosten tarkastelu	68
6.2	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	71
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET	73
	LÄHTEET	75
	LIITTEET	81
1.	Analyysitaulukko	81
2.	Koulutuspäivien ohjelmat	85
3.	Malli työterveyshuoltoyksikön toiminnan suunnitteluun.....	89

TAULUKOT

- Taulukko 1. ISO 9000 laadunhallinnan suunnittelun kahdeksan periaatetta
- Taulukko 2. Henkilöstövoimavarat toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain
- Taulukko 3. Toimintaprosessit toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain
- Taulukko 4. Työterveyshuollon palveluprosessit toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain
- Taulukko 5. Arvioinnin ja kehittämisen kohteet toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain
- Taulukko 6. Arviointimittarit toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain
- Taulukko 7. Arvioinnin toteutus toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain
- Taulukko 8. Arvioinnin hyödyntäminen toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain
- Taulukko 9. Malli työterveyshuoltoyksikön oman toiminnan suunnittelusta

KUVIOT

- Kuvio 1. Tutkimusprosessin kuvaus

1 JOHDANTO

Työterveyshuoltolain mukaan työterveyshuollon tehtävänä on yhteistyössä työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon kanssa edistää työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työntekijän terveyttä ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa, työyhteisön toimivuutta sekä ehkäistä työhön liittyviä sairauksia ja tapaturmia. Lain mukaisen hyvän työterveyshuoltokäytännön edellytyksenä on toiminnan suunnitelmallisuus. Hyvä suunnittelu mahdollistaa laadukkaiden palveluiden tuottamisen, tarkoituksenmukaisen voimavarojen käytön sekä vaikuttavuuden arvioinnin.

Luonteeltaan hyvä työterveyshuoltokäytäntö on jatkuvaa ja prosessinomaista toimintaa, jota tulee voida seurata, arvioida ja kehittää. Toiminta lähtee työpaikan tarpeista ja se perustuu monitieteiseen ja -ammattilliseen osaamiseen. (Martimo 1999, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, Manninen ym. 2007¹.) Kehittämisen tavoitteena tulee olla tulevaisuuteen suuntautunut, joustava ja asiakaskeskeinen toiminta sekä hyvinvoiva työyhteisö (Manninen ym. 2007¹). Systemaattinen toiminnan suunnittelu mahdollistaa kaikkia osapuolia (asiakkaita, työterveyshenkilöstöä ja yhteistyökumppaneita) tyydyttävien ja tarkoituksenmukaisten palvelujen tuottamisen. (Martimo 1999, Manninen ym. 2007¹, työterveyshuoltolaki 1384/2001.)

Aikaisempaa tutkimustietoa työterveysyksiköiden oman toiminnan suunnittelusta ei ole julkaistu Suomessa. Aiheeseen liittyvistä tutkimuksista ja kirjallisuudesta tehtiin systemoitu kirjallisuushaku. Tietoa löytyi sen sijaan työterveyshuollon kehittämisestä, ammatillisesta osaamisesta ja pätevyydestä, työterveyshuollon suunnittelusta asiakasorganisaatioille, johtamisesta ja laadun jatkuvasta kehittämisestä.

Työterveyshuolto Suomessa 2004 katsauksen mukaan 59 % työterveysyksiköistä ilmoitti tekevänsä kirjallisen toimintasuunnitelman (n = 593). Kyselyyn vastanneista 126 jätti vastaamatta oman toiminnan suunnittelua koskevaan kysymykseen. Kysely lähetettiin kaikkiaan 719 työterveyshuoltoyksikköön. Toimintasuunnitelman tehneistä yksiköistä toimintasuunnitelman teki useimmin yritysten oma työterveysyksikkö (84 %). Työnantajien yhteisistä työterveysyksiköistä 74 %, terveyskeskuksista 46 % ja lääkärikeskuksista 37 % ilmoitti tekevänsä suunnitelman (Manninen 2007²). Myös Raution (2004) työterveyshuollon menetelmien ja osaamisen kehittämistä koskevassa väitöskirjatutkimuksen tulosten perusteella työterveysyksiköiden toiminnan suunnitelmallisuudessa, tavoitteellisuudessa sekä vaikuttavuuden arvioinnissa oli paljon kehitettävää.

Työterveyshuolto Suomessa 2004 -katsauksesta kävi myös ilmi, että oman toiminnan arviointi oli harvinaista. Yleisin arviointimenetelmä oli asiakastytyväisyyskysely (33 %). Jonkin verran käytettiin itsearviointia auditointimatriisin avulla ja vertaisarviointeja yksiköiden kesken (15–16 %). Muiden menetelmien käyttö oli vähäistä. Osa yksityisen sektorin työterveysyksiköistä käytti ISO-standardia, julkinen sektori King's Fund -kriteeristöä tai Kuntaliiton ITE-arviointia. (Manninen 2007²).

Tutkimuksen lähtökohtana on Työterveyshuolto Suomessa 2004 -katsaus, jonka mukaan työterveyshuoltoyksiköissä suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja vaikuttavuuden arviointi eivät ole olleet vakiintunut tapa toimia, vaikka työterveyshuollon toiminnan suunnittelulle on asetettu vaatimukset myös työterveyshuoltolaissa. Puutteita on ollut myös resursoinnissa ja tietotekniikan hyödyntämisessä. Hyvä toiminnan suunnittelu, konkreettiset tavoitteet ja tietojen dokumentointi ovat kuitenkin perusedellytys toiminnan seurannalle ja arvioinnille. (Työterveyshuoltolaki 2001/1383, Rautio 2004, Manninen ym. 2007¹.) Suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja asiakaslähtöisyys ovatkin nousseet keskeisiksi työterveysyksiköiden kehittämistarpeiksi. (Martimo 1999, Rokkanen & Launis 2003, Mäntyranta ym. 2004, Rautio 2004, Manninen 2007¹.)

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on strateginen suunnittelu. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kansallisesti työterveyshuollon oman toiminnan suunnittelu-, seuranta- ja arviointikäytäntöjä. Lisäksi tavoitteena on tuottaa toimiva suunnittelumalli työterveysyksiköiden käyttöön.

Tutkimus on toimintatutkimus. Ensimmäinen vaihe käsittää lähtötilanteen kuvauksen ja toinen vaihe koulutusintervention, jonka aikana työterveysyksikön toiminnan suunnittelumalli kehitettiin. Ensimmäisen vaiheen aineisto kerättiin Työterveyshuolto Suomessa 2004 -katsauksen pohjalta niiltä työterveysyksiköiltä, jotka olivat vastanneet suunnittelevansa omaa toimintaa. Aineisto koostuu työterveysyksiköiden lähettämistä toimintasuunnitelmista (66), joiden deduktiivisen sisällönanalyysin avulla saadut tulokset kuvaavat lähtötilannetta. Toisen vaiheen aineisto kerättiin koulutusintervention aikana. Aineisto analysoitiin ensimmäisessä vaiheessa käytetyn analyysikehikon pohjalta rakentaen samalla suunnittelumalli erikokoisten työterveysyksiköiden käyttöön.

Tutkimus on osa Työterveyslaitoksella toteutettua laajaa Sateenkaarihanketta (2005–2010), jonka tavoitteena oli kuvata työterveyshuoltotoimintaa ja tunnistaa keskeiset kehittämistarpeet seuraavaa strategiakautta ajatellen.

2 TYÖTERVEYSYKSIKÖN TOIMINNAN SUUNNITTELUN LÄHTÖKOHDAT

Työterveyshuoltoyksikön palvelutoiminta voidaan ajatella kokonaisvaltaisena prosessina, jossa toiminnan suunnittelun kannalta oleellista tietoa kerätään, analysoidaan ja priorisoidaan. Toimintaympäristöanalyysi tuottaa tietoa kilpailuympäristön tunnistamiseen, asiakkaiden tarpeiden arviointiin (esim. elinkeinorakenteen muutokset alueella), toiminnan mitoittamiseen ja resursointiin, asiakasanalyysi puolestaan toiminnan sisäiseen suunnitteluun (esim. organisointiin ja työnjakoon sekä asiantuntijatarpeen arviointiin). Laadun ja vaikuttavuuden arvioinnista saadaan tietoa niin palveluiden kyvystä tuottaa asiakasyrityksissä terveyden ja työkyvyn näkökulmasta toivottuja tuloksia kuin tietoa työterveysyksikön toiminnan tehokkuudesta ja tuottavuudesta. Tätä tietoa tarvitaan, jotta yksikön kehittämistoimenpiteet voidaan kohdentaa tarkoituksenmukaisella tavalla.

Prosessimainen ajattelu käsittää myös työterveyshuoltopalvelujen ydintoimintojen prosessikuvaukset, jotka ovat laatutyöskentelyn perusta. Lisäksi prosessikuvauksia voidaan hyödyntää kun tehdään tarjouksia, luodaan yhtenäisiä toimintakäytäntöjä, lasketaan kustannuksia ja hinnoitellaan palveluja sekä perehdytetään uusia työntekijöitä.

2.1 Strateginen suunnittelu

Työterveyspalvelujen suunnittelu voidaan jakaa strategiseen ja operatiiviseen suunnitteluun. Strategisen suunnittelun tavoitteena on määrittellä ja jatkuvasti tarkistaa organisaation perustehtävää, toiminta-ajatusta ja visiota. Strateginen suunnittelu pyrkii vastaamaan kysymykseen, tehdäänkö organisaatiossa oikeita asioita. Asiakkaan tarpeiden määrittely ja päätökset ennaltaehkäisevästä toiminnasta sekä hoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä ovat strategista suunnittelua. Strateginen suunnittelu toimii pohjana operatiiviselle suunnittelulle, jossa keskitytään löytämään oikeat ja tarkoituksenmukaiset toimintatavat.

Strateginen suunnittelu käynnistyy määrittämällä toiminta-ajatus, arvot ja visio. Näiden pohjalta lähdetään tarkastelemaan, kenelle palveluja on tarkoitus tuottaa, mitä palveluja ja miten ne tuotetaan ja miten yksikön osaamispääomaa kehitetään. Vastaukset näihin kysymyksiin luovat strategisen suunnittelun perustan. Sisäiset kehittämistarpeet nousevat asiakaspalautteista ja itsearvioinneista, ulkoiset uudistuvasta lainsäädännöstä ja kansallisista linjauksista sekä työterveyshuollolle palvelujärjestelmänä asetetuista odotuksista.

Strategisen suunnittelun avulla ylin johto ohjaa toimintaa. Siihen sisältyvät visio ja pitkän aikavälin tavoitteiden asettaminen, resursseihin liittyvät valinnat ja niiden kohdentaminen, toimintatapojen valinta ja toimintasuunnitelma. Suunnittelun onnistumisen mittaamisessa voidaan käyttää erilaisia mittareita, esimerkiksi henkilöstötilinpäätöstä tai tasapainotettua mittaristoa (Balanced Scorecard). http://en.wikipedia.org/wiki/Balanced_scorecard.

Strategisella ajattelulla pyritään herättämään henkilöstössä kiinnostusta kehittämiseen ja käynnistämään keskustelua organisaation tehtävästä. Strategian tulee elää päivittäisessä työssä. Hyvän suunnittelun avulla on lisäksi mahdollista luoda järjestystä ja jatkuvuutta työlle. Työn organisointi, koordinointi, päätöksenteko, suoritusten mittaaminen, valvonta, henkilöstön kehittäminen ja tukeminen sekä arviointi perustuvat suunnitteluun. (Simola 2005.)

2.1.1. Strategisen suunnittelun keskeiset osa-alueet

Työterveysyksikön perustehtävä ja arvot

Työterveyshuollon perustehtävä on etsiä terveyttä edistäviä ratkaisuja ennakoimalla ja tunnistamalla työn haitalliset vaikutukset sekä tehdä toimenpide-ehdotuksia, jotka tähtäävät työn terveellisuuden ja turvallisuuden parantamiseen. Perustehtävä sisältää työyksikön toiminnan tavoitteet ja annettujen velvoitteiden toteuttamisen organisoinnin. Perustehtävä on tavoitesuuntautunut, joten se edellyttää analysointia määrävällein. (Manninen ym. 2007¹.) Se toimii yksikön toiminnan suunnittelun lähtökohdana. Perustehtävän yhteydessä voidaan puhua myös toiminta-ajatuksesta. Järvisen (2005) johtamisnäkömyksen mukaan esimiehen keskeinen tehtävä on konkretisoida yksikkönsä perustehtävä niin, että se palvelee asiakaslähtöisesti organisaatiota ja toimii osana laajempaa kokonaisuutta, työprosessia ja rakenteita. Henkilöstö on tärkeä haastaa eri tavoin arvioimaan ja kehittämään toimintaa.

Arvot ovat toimintaa ohjaavia periaatteita, ja niille on ominaista voimakkuus, pysyvyys ja riippumattomuus ajasta ja paikasta (Lindroos & Lohivesi 2004). Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavat eri ammattiryhmien eettiset ohjeet, jotka perustuvat yhteisiin arvoihin. Näistä keskeisiä ovat ihmisarvo, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojelu ja terveyden edistäminen. Lisäksi terveydenhuollon eettisiä periaatteita ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen arvonta. (Etene 2000, Laaksonen ym. 2005.)

Työterveysyksikön toimintaa ohjaavissa arvoissa korostuvat näiden lisäksi hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista johdetut arvot. Hyvää työterveyshuoltokäytän-

töä kuvaavia periaatteita ovat lainmukaisuus, näyttöön perustuva tiedon käyttö, asiakaskeskeisyys, yhteistyö ja yhteistoiminta, suunnitelmallisuus, laatu ja vaikuttavuus. Muita periaatteita ovat lisäksi monitieteinen ja -ammattillinen toimintatapa, ammatillinen pätevyys ja riippumattomuus sekä eettisyys ja luottamuksellisuus. (Manninen ym. 2007¹.)

Hyvään työterveyshuoltokäytäntöön kuuluu, että toiminta on ammatillisesti perusteltua ja eettisesti hyväksyttävää. Eettisten arvokriteerien pohjalta voidaan miettiä, keitä kaikkia tehtävä päätös koskee. Tieteellisesti perusteltu toiminta on eettisempää kuin sellainen toiminta, jonka vaikuttavuutta ei ole selvitetty. Jos sitova tieteellinen näyttö puuttuu, näyttönä käytetään parasta kokemukseen perustuvaa tietoa ja toimitaan yleisten terveydenhuollon eettisten periaatteiden mukaisesti. On kuitenkin huomioitava, että joissakin tilanteissa toimimatta jättämisestä voi aiheutua vielä suurempi eettinen ongelma. (Manninen ym. 2007¹.)

Työterveyshuollon eettinen tarkastelu voidaan jakaa kolmeen eri tasoon: yhteiskunnalliseen, joka syntyy poliittisen päätöksenteon tuloksena, lailliseen ja toiminnalliseen. Tärkeää on myös pohtia, kuinka työterveyshuollon toiminnat vaikuttavat asiakkaana tai potilaana olevaan yksilöön tai yhteisöön. Valintojen tulee olla oikeudenmukaisia, tasa-arvoisia ja kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä edistää yksilön ja yhteisön hyvinvointia. Hyvän tekeminen ja haitan välttäminen ovat myös arvokriteereitä. Työntekijän itsemääräämisoikeus (vt. laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, § 6) liittyy yhteisymmärrykseen vastaanottotoiminnassa sekä siihen, että työntekijöillä on yhteistoimintavelvoite tehdä aloitteita työhyvinvoinnin edistämiseksi työpaikalla. Oikeudenmukaisuutta arvioitaessa tulee huomioida, että valinnat saattavat vaikuttaa myös työterveyshuollon ulkopuolella. Kaikkia ihmisiä on kohdeltava tasa-arvoisina ja yhtä arvokkaina. (Manninen ym. 2007¹.)

Toimintaympäristöanalyysi

Työterveysyksikön perustehtävän selkiytyttyä tehdään toiminnan suunnittelun ja kehittämisen pohjaksi toimintaympäristöanalyysi. Toimintaympäristöanalyysillä tarkoitetaan tässä yritystoiminnan, väestön terveydentilan ja työikäisen väestön terveyspalvelujen tilanteen ja kehityssuuntien kartoitusta. Toimintaympäristöanalyysissä arvioidaan työterveyshuollon toiminta-alueen erityispiirteet, alueella vaikuttavat toimijat ja mahdollinen kilpailutilanne sekä verkostoitumisen mahdollisuudet. Työterveysyksiköiden tulisi huomioida myös alueelliset edellytykset tuottaa työterveyshuoltoa asiakaslähtöisesti sekä yksilöille että yhteisöille (Askola 2003, Rautio 2004.) Toimintaympäristöanalyysissä on huomioitava lisäksi kansalliset kehittämislinjaukset ja uusiutuva lainsäädäntö.

Työterveysyksikön toiminnan suunnittelussa ulkoisen toimintaympäristön analyysillä on keskeinen merkitys. Sen avulla tunnistetaan asiakastoimipaikkojen ja -yhteisöjen tarpeet ja mahdolliset muutokset. Toimintaympäristöanalyysia tarvitaan, jotta voidaan taata mahdollisimman hyvät palvelut, tehdä strategisia valintoja ja luopua joistakin toimintatavoista (Pietilä ym. 2001, Huotari 2003, Kyrölahti 2005, Manninen ym. 2007¹). Omaa toimintaa suunniteltaessa tulee huomioida minkälaiselle asiakaskunnalle ja työpaikoille palveluja tarjotaan, sekä miltä tulevaisuus näyttää työterveysyksikön voimavarojen ja mahdollisuuksien suhteen. Työterveyshuollon toimintaympäristöanalyysillä tähdätään asiakkaan tarpeista lähtevään, korkealaatuiseen ja tehokkaaseen toimintaan sekä resurssien oikeaan kohdentamiseen ja mitoittamiseen (Manninen ym. 2007¹).

Työnjaon ja yhteistyömuotojen kehittäminen omalla toiminta-alueella edellyttää eri toimijoiden ja yhteisten tavoitteiden tunnistamista. Monissa kunnissa on päädytty uudelleen organisoitumiseen tavoitteena liikelaitosmalli ja seutukunnallinen yhteistyö. (Askola 2003, Manninen ym. 2007¹.) Alueellisen yhteistyön tavoitteet ovat sisältäneet useimmiten myös työterveyspalvelujen kehittämistä ja toimintakäytäntöjen yhtenäistämistä (Manninen ym. 2007¹). Lisäksi terveyden ja työkyvyn edistäminen edellyttää yhteisöllisten ja kulttuuristen näkökohtien huomioon ottamista, mikä puolestaan edellyttää alueen syvällistä tuntemusta.

Rokkasen ja Launiksen tutkimuksen (2003) mukaan työterveyshuollon henkilöstö koki varsinkin pienten yritysten palvelujen tuottamisen vaikeasti hallittavaksi ja sirpaleiseksi. Erityisinä ongelmia nousi esille yhteistyössä esiintyneet vaikeudet ja pienten yritysten passiivisuus. Mikäli toimintaympäristöanalyysin pohjalta todetaan alueen yritystoiminnan olevan pääasiassa pienten ja keskisuurten yritysten varassa, on järkevää lähteä kehittämään erityisesti sellaisia palvelujen tuottamisen malleja, jotka soveltuvat tämän tyyppiselle asiakaskunnalle.

Sen lisäksi, että työterveysyksikön toiminta tulee määritellä suhteessa asiakaskuntaan ja muihin työterveyspalvelujen tuottajiin, vaikuttavat suunnitteluun makrotasolla tapahtuvat yhteiskunnalliset muutokset ja kansantaloudelliset seikat etenkin silloin, kun niillä on vaikutusta työikäisten terveyteen ja hyvinvointiin sekä elinympäristöön ja elinolosuhteisiin. Työelämän muutokset ovat lisänneet työikäisten osaamispaineita, stressiä, kiirettä, uupumista ja mielenterveydellisiä ongelmia. Työpaikoilla on haasteena eläkkeelle siirtyvien työntekijöiden hiljaisen tiedon siirtäminen nuorempien käyttöön. Tämä merkitsee sitä, että työterveyshuollon tulee tuntea ja tunnistaa työelämän muutostrendejä ja niiden vaikutuksia työntekijöiden terveyteen ja hyvinvointiin. Työterveyshuollon toimintaprofiili ja sisällöllinen kehitys ei ole kuitenkaan edennyt työelämän tarpeiden, päätöksentekijöiden ja kehittäjien toivomaan suuntaan 2000-luvun aikana. (Manninen 2007².)

Asiakasanalyysi

Asiakasanalyysillä tarkoitetaan työterveysyksikön oman asiakaskunnan analysointia esimerkiksi henkilöstön määrän, toimialan tai asiakasyritysten aktiivisuuden pohjalta. Asiakkuudet voidaan analyysin perusteella segmentoida perus-, ydin- ja avainasiakaisiin. Analyysillä on merkitystä työterveysyksikön strategisia valintoja tehtäessä, toimintaa organisoitaessa ja henkilöstön mitoittamista ja osaamistarpeita määriteltäessä. Työterveysyksikkö voi niin halutessaan erikoistua jollekin toimialalle ja hankkia siitä erityisen syvällistä osaamista.

Työterveysyksikön visio

Visio on näkemys organisaatioon tai yrityksen tulevaisuudesta. Visiossa työterveysyksikkö julkisesti kuvaa minkälaiseksi toimijaksi se haluaa tulla. Työterveysyksikön vision rakentamisen perustana ovat mm. tehdyt toimintaympäristö- ja asiakasanalyysit, asiakaspalautteet ja itsearviointi. Työterveyshuoltotoiminnan vision ja tavoitteiden tulee perustua voimassa oleviin lakeihin ja ohjeisiin. Visio ja tavoitteet rakentuvat määrittämällä nykytila ja lähitulevaisuuden näkymät. Visio ilmaisee tulevaisuuden tahtotilan ja luo pohjan strategialle ja strategiatyölle. Tämä puolestaan luo pohjan tiimien ja yksittäisten työntekijöiden työskentelylle. Työterveyshuollon johdolla on merkittävä rooli vision määrittämisessä.

Strategiaproessin vaiheet

Strategiaproessin vaiheet ovat: strategisten tietojen keruun ja analysoinnin vaihe, strategian määrittelyvaihe, toteutusvaihe ja seurannan arvioinnin ja päivityksen vaihe. Työterveysyksikön strategiassa kuvataan selkeästi, miten yksikkö aikoo saavuttaa visiosta johdetut päämäärät ja tavoitteet. Strategiaa tarvitaan organisaation toiminnan kehittämiseen ja profiloitumiseen. Se liittyy yksittäiset päätökset ja toiminnan osaksi koordinoitua organisaation toimintasuunnitelmaa. Strategia myös ohjaa työterveysyksikön henkilöstön osaamisen kehittämistä. Työterveysyksikön strategia toteutetaan vuosittaisen toimintasuunnitelmien avulla. (Lindroos & Lohivesi 2004, Niemelä & Pirker & Westerlund 2008.)

Toimivassa työterveysyksikössä keskitytään perustehtävään, sovitaan toimintaperiaatteista ja kirjataan yhdessä laaditun vision pohjalta tavoitteellinen toimintasuunnitelma. Sen pohjalta laaditaan vuosittaisen toteutussuunnitelmat. Työyhteisössä käytävä keskustelu auttaa jokaista ymmärtämään ja jäsentämään visiota ja tavoitteita paremmin. (Jouttimäki & Leino 2006.) Työyhteisön kesken käytävä strategiakeskustelu on edellytys strategiselle ajattelulle. Organisaation strategiakeskustelussa tulevaisuuden luominen resurssien varaan edellyttää kykyä analysoida ja tunnistaa re-

sursseja syvällisesti. Se pakottaa organisaatiot ja yksilöt oppimaan jatkuvasti uutta unohtamatta aikaisempia vahvuuksiaan. Usein vanhoista toimintatavoista poisoppiminen saattaa olla suurempi haaste kuin uuden oppiminen. (Mintzberg ym. 2003, Santalainen 2005.)

Menestyvässä organisaatiossa työntekijät pyrkivät arvojen ja tekojen yhtenäisyyteen, toistensa inspiroimiseen ja huomioimiseen ja tulevaisuuden ”keksimiseen”. Menestyminen edellyttää myös, että kaikki pyrkivät tekemään työnsä hyvin. Pitkäjänteisyys, ihmisistä pitäminen ja pyrkimys itsetuntemukseen kuvastavat transformatiivista eli innoittavaa johtamista (Ward 2002). Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan transformatiivinen johtaminen edisti yhteistyötä ja tulosten syntymistä. Työyhteisön ristiriidat sen sijaan johtuivat usein heikosta kommunikoinnista ja yhteisen vision ja tavoitteiden puutteesta. (Hocker & Trofino 2003.)

2.2 Operatiivinen suunnittelu

Operatiivinen suunnittelu perustuu määriteltyihin strategioihin. Operatiivinen suunnittelu vastaa kysymykseen, tehdäänkö asioita oikein. Kysymykset, kuten onko toiminta ammatillisesti, hallinnollisesti ja kokemuksellisesti oikeellista, kuuluvat operatiiviseen suunnitteluun. Strategisen ja operatiivisen suunnittelun avulla toimintakäytäntöjä voidaan tarpeen mukaan muuttaa ja arvioida. (Mäntyranta ym., 2004.)

Työterveysyksikön toiminnan suunnittelun tavoite on taata asiakasyrityksille hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaiset palvelut sovitusti ja ajallaan. Systemaattinen toimintojen suunnittelu mahdollistaa kaikkia osapuolia tyydyttävien, laadukkaiden palvelujen tuottamisen niin, että työterveysyksikön henkisiä ja aineellisia voimavaroja käytetään tarkoituksenmukaisesti. Hyvä toiminnan suunnittelu luo myös perustan työterveysyksikön toiminnan arvioinnille ja kehittämiselle. (Manninen ym. 2007¹.)

Vaikka työterveysyksikön oman toiminnan suunnittelu on yksikön johdon vastuulla, on koko henkilöstön hyvä osallistua siihen. Johdon tehtävänä on huolehtia, että toiminnan suunnittelua ja kehittämistä varten on riittävästi aikaa ja voimavaroja. Toiminnan suunnittelun lähtökohtana ovat työterveysyksikön toiminnan arvoperusta ja toiminta-ajatus. Niiden tulee pohjautua voimassa oleviin lakeihin ja kansallisiin linjauksiin. (White & Greek 2006, Virokannas 2004, Manninen ym. 2007¹)

Strategisten tavoitteiden pohjalta tehdään työterveysyksikön vuosisuunnitelma. Resurssien suunnittelu sisältää tilojen, työvälineiden, tietojärjestelmien, henkilöstön ja rahoituspohjan suunnittelun. Itse tuotettujen palvelujen suunnittelun lisäksi on huomioitava ostettavat palvelut. Lisäksi on huolehdittava perustoimintaa tukevien tehtävien, kuten esimerkiksi tiedottamisen, markkinoinnin ja yhteistyön johtamisen suunnittelusta.

nittelusta. Toimintaa suunniteltaessa täytyy pohtia myös miten työt organisoidaan; toimitaanko yksilöinä, tiimeissä vai yksikkönä, jotta asetetut tavoitteet niin asiakasorganisaation kuin itse työterveysyksikönkin näkökulmasta tarkasteltuna saavutetaan. Henkilöstön voimavarat koostuvat osaamispääomasta, hyvinvoinnista ja työkyvystä. (Manninen ym. 2007¹). Etenkin osaamispääoman johtamisen merkitys korostuu toimintaympäristön jatkuvasti muuttuessa ja vaatimusten kasvaessa.

Työterveysyksikön strategiset linjaukset ja toiminta tulee suunnitella pidemmällä aikavälillä, esimerkiksi 3–5 vuodeksi, mutta sen ajantasaisuutta tulee arvioida jatkuvasti. Yksityiskohtaisempi suunnitelma tehdään kalenterivuositain. Tässä yhteydessä arvioidaan tarvittavat henkilöresurssit ja mietitään, miten resurssien puuttuessa toimitaan. Voimavarojen, asiakastarpeiden ja yksikön toiminta-ajatuksen pohjalta toiminta priorisoidaan ja sille asetetaan konkreettiset tavoitteet ja niille mittarit. (Manninen ym. 2007¹.)

2.2.1 Operatiivisen suunnittelun keskeiset osa-alueet

Toiminnan suunnittelu ja organisointi

Johtamisen keskeisiä tehtäviä ovat työn suunnittelu ja organisointi sekä tavoitteiden asettaminen toiminnalle. Johtamisen prosessiin kuuluvat työjärjestysten laatiminen, aikataulujen asettaminen ja resurssien jakaminen. Työn organisointi, koordinointi, päätöksenteko, suoritusten mittaus, valvonta, henkilöstön kehittäminen ja tukeminen sekä arviointi perustuvat suunnitteluun. (Simola 2005.) Apuna voidaan käyttää vuosikelloa, jossa työpaikan yhteiset sekä ammattiryhmäkohtaiset kokoukset, tiimipalaverit, kehittämiskokoukset ja työseminaarit sekä asiakastapaamiset suunnitellaan koko vuodeksi etukäteen. Myös tulevan vuoden työpaikkaselvitykset ja vastaanotto-toiminta tulee suunnitella etukäteen mahdollisimman hyvin. Säännölliset palaverit ja kokoukset ovat tärkeitä työn suunnittelun ja organisoinnin kannalta. (Manninen ym. 2007¹). Leppänen ja Norros (2002) ovat tutkimuksessaan todenneet tiimien tarkoituksenmukaiselle toiminnalle olevan ominaista, että sen jäsenet muodostavat yhteisen käsityksen tilanteesta ja laativat suunnitelmia ja strategioita erilaisia tilanteita varten. Simolan (2001) tutkimuksen mukaan organisaation toiminnan osatekijöitä koskevalla konsensuksella on keskeinen merkitys toiminnan tuloksellisuudelle ja asiakastyytyväisyydelle. Organisaatiossa tulee olla yksimielisyys keskeisistä tavoitteista ja toimintaperiaatteista ja -tavoista.

Yhteistyössä ja verkostoitumisessa voidaan erottaa sisäinen ja ulkoinen yhteistyö ja viimeksi mainittuun liittyen verkostoituminen. Sisäistä yhteistyötä tarkasteltaessa voidaan todeta, että hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteisiin kuuluvat yh-

teistyö ja yhteistoiminta sekä monitieteinen ja -ammattillinen toiminta. Tutkimusten mukaan isoissa työterveysyksiköissä työterveyshuollon toteutuksessa ja työnjaossa on harkittu työn organisointia esimerkiksi jakamalla tehtäviä toimialoittain, työn hallinnan, tehtävien priorisoinnin ja työssä jaksamisen näkökulmasta. (Virokannas 2004, Husman 2003, Kyrönlahti 2005, Manninen ym. 2007¹.) Rokkasen ja Launiksen tutkimuksen (2003) mukaan, kun työnjaon perusteena oli asiakkaana olevien työpaikkojen toimiala, altisteet ja asiakasmäärä, työmenetelmät kehittyivät ja tapahtui toimialakohtaista erikoistumista (maanviljelijät, rakennusala jne.). Tämän tyyppisen työn organisoinnin voidaan edelleenkin katsoa edistävän työterveyshuollon syvällisempää työolosuhteiden tuntemusta erityisesti, kun vaatimukset tältä osin ovat lisääntyneet. Tähän samaan tavoitteeseen pääsemiseksi tulee työterveyshuollon moniammatillisen tiimin sisäinen yhteistyö olla hyvin organisoitu ja toimia tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti niin työterveysyksikön kuin asiakkaankin näkökulmasta tarkasteltuna.

Sisäisen yhteistyön kehittämisen näkökulmasta keskeinen haaste on tunnistaa huonoihin tuloksiin johtavat toimintatavat ja luoda niiden tilalle paremmat. Toimintatapojen sopivuutta johonkin tilanteeseen pitäisi arvioida tulosten näkökulmasta. Jos tulokset eivät tyydytä, päähuomio kannattaa kiinnittää tavoitteeseen ja toimintatapaan, jotka ovat oppimisen ja menestymisen kannalta keskeisiä. Helin (2006) listaa neljä erilaista työhön liittyvää tavoitetta ja toimintatapaa. Yksi on helpot tavoitteet, joilla minimoidaan negatiiviset tunteet ja iloitaan pienistä arkipäivän ratkaisuksista. Tämä toimintatapa ei kuitenkaan sovi perusstrategiaksi työelämän monimutkaistuesssa. Tuusjohtamisessa puolestaan strategia perustuu tavallisesti priorisointiin ja asioiden tärkeysjärjestykseen laittamiseen; tämä on toinen toimintatapa. Kolmas on ongelmanratkaisukyvyyn kehittäminen. Sen avulla voidaan selvittää yllättävistä ja vaikeistakin tilanteista. Tämä strategia on käyttökelpoinen nopeasti muuttuvissa ympäristöissä. Neljäs strategia on liittoutuminen, joka tehdään erilaisia taitoja ja osaamista omaavien ihmisten yhteistyönä.

Parhaiten menestyneissä organisaatioissa toiminta perustuu liittoutumiseen. Vaikka tämä periaate on yksinkertainen, se on käytännössä vaikea toteuttaa. Tiimien kehittämisessä erilaisuus tulee nähdä mahdollisuutena, ei uhkana tai vikana. Erilaisuutta pitäisi oppia sietämään ja oivaltaa oman toimintatavan merkitys. Tiimien kehittämisen ja valmentamisen toimenpiteitä ovat yhteisten haasteiden kohtaaminen, rakentavan palautteen ja osallistumista tukevan työtavan oppiminen, sisäisistä pelisäännöistä sopiminen, erikoistehtävien määrittelyminen sekä itsearviointin tekeminen. Paras työryhmä syntyy erilaisia vahvuuksia omaavista ihmisistä.

Työterveyshuollon palveluprosessit

Työterveyshuollon suunnittelussa tulee huomioida keskeiset palveluprosessit ja niitä tukevat tai mahdollistavat tahot, kuten ostopalvelut sekä tilojen ja laitteiden huolto (Manninen ym. 2007¹). Palveluprosesseilla tarkoitetaan niitä prosesseja, joissa yksikön on oltava erinomainen, jotta asiakkaat saavat hyvän palvelun ja ovat tyytyväisiä. Tämä merkitsee prosessien sujuvuutta, tuottavuutta ja taloudellisuutta. Asiakaslähtöisesti toimittaessa palvelu tukee asiakkaan hyvinvointia, terveyttä ja itsenäistä selviytymistä. Palveluprosessien suunnittelussa on huomioitava saumaton yhteistyö muiden terveydenhuollon palvelun tuottajien kanssa, niin että samalla taataan asiakkaan vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuudet. Tämä merkitsee uudenlaisten yhteistyömallien ja -kulttuurin rakentamista. Tiedonkulun ja saumattoman palvelun toteuttaminen merkitsee eri toimijoiden roolien ja toimintatapojen selkiyttämistä ja organisaatioiden rajat ylittävää yhteistyötä esimerkiksi asiakirjojen käytöstä ja tietoteknisistä valinnoista päätettäessä. (Laaksonen ym. 2005.) Laadun ja vaikuttavuuden seurannan edellytyksenä on, että tavoitteet on määritelty selkeästi ja toimintaprosessit on kuvattu ja dokumentoitu. (Manninen ym. 2007¹.) Varsion ym. (2008) mukaan toiminnan vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantaminen edellyttää prosessien muokkaamista.

Jokaisessa organisaatiossa muodostuvat omat toimintatavat. Hyvin johdetussa organisaatiossa pyritään kehittämään ja johtamaan prosesseja niin, että keskitytään tekemään kerralla oikein ja vähentämään ajan hukkakäyttöä. Prosessissa toimivien ihmisten on tärkeää ymmärtää oman työnsä merkitys sekä kokonaisuuden että sisäisten (yhteistyökumppanit työterveyshuollon sisällä) ja ulkoisten (työsuojelu, työpaikan johto, tukipalvelut) asiakkaiden tarpeiden näkökulmasta tarkasteltuna. Tämä edellyttää sitä, että prosessit ja niihin liittyvät vastuut ja roolit on tunnistettu ja kuvattu tarkoituksenmukaisesti. Tällöin esimerkiksi laatu-, ympäristö-, turvallisuus- ja muut vaatimukset voidaan täyttää osana normaalia työskentelyä, jolloin niitä ei nähdä erillisinä toimintoina. (SFS-EN ISO 9001:2001.) Toimivassa työterveyshuollossa esimerkiksi työkykyarvio tehdään nopeasti, joustavasti ja asiantuntevasti niin, ettei synny ylimääräisiä kustannuksia tai ajanhukkaa. Voimavarojen tehokkaan käytön kannalta on tärkeää, että työt on jaettu järkevästi, jolloin kaikkien asiantuntemus on hyödynnetty tarkoituksenmukaisesti. Tarvittaessa palveluprosesseja tarkistetaan ja parannetaan. Tämä kuuluu jatkuvaan laadun parantamiseen, jossa keskeisille toimintaprosesseille asetetaan mitattavissa olevat tavoitteet. (Antti-Poika 2002, Manninen ym. 2007¹.)

Työterveyshuollon yhteistyötahot ja verkostoituminen

Yhteistyö asiakasyrityksen kanssa liittyy kiinteästi työterveysyksikön sisäisen yhteistyön toimivuuteen. Miltä työterveyshuollon toiminta näyttää asiakkaan näkökulmasta? Mäkisen ym. (2006) mukaan suunnitelmallinen tapa välittää oleellinen tieto työterveyshuollosta työnantajille on edellytys sille, että asiakas saa tarvittaessa asiantuntijatukea. Hän tosin tarkastelee asiaa ennakoivan työsuojelun näkökulmasta ja toteaa, että työterveyshuollon toimintamallien ydinkohtia ovat asiantuntijatuon tarpeen määrittäminen ja yhteistyön organisointi, johtopäätökset työolojen terveydellisestä merkityksestä ja oleellisen tiedon välittäminen työterveyshuolloilta työnantajalle. Viime vuosina on korostettu enemmän tasavertaista dialogia, jossa työntekijät ovat työnsä parhaita asiantuntijoita, ja työterveyshuolto työolosuhteiden terveydellisen merkityksen ja laajemmin työn ja ihmisen välisen vuorovaikutuksen asiantuntija. Työpaikan edustajien rooli on muuttumassa passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. Työterveyshuollon oman työn suunnittelu ja tavoitteiden asettaminen toiminnalle vaativatkin tiivistä yhteistyötä työnantajan ja työterveyshuollon välillä, jotta työterveyshuolto voisi toimia aidosti *asiantuntijaresurssina* työpaikan henkilöstön työkykyyn ja hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä. Lisäksi vaaditaan tiedottamista ja markkinointia kertomaan, mihin työpaikan tarpeisiin asiantuntijatukea voidaan tarjota. Yhteistyön organisoinnissa on oleellista selkeä ja näkyvä sopiminen yhteistyön muodoista ja ajankohdista, yhteinen kieli ja yhteiset käsitteet. (Mäkinen ym. 2006.)

Verkostoituminen on noussut aikaisempaa merkityksellisemmäksi työurien pidentämisen noustua keskeiseksi yhteiskunnalliseksi tavoitteeksi. Sen myötä on työterveyshuollolle asetettu monia uusia vaatimuksia myös lainsäädännössä (sairausvakuutuslain muutokset 2011 ja 2012). Niihin vastaaminen edellyttää yhteistyöverkostojen rakentamista (mm. erikoissairaanhoidon, kuntoutuspalvelujen tuottajat, työvoimahalinto, sosiaalitoimi, ammatillinen aikuiskoulutus jne.). Verkostoituminen puolestaan edellyttää sopimista keskinäisestä työnjaosta.

Verkostoitumisen ja yhteistyön haasteita voidaan tarkastella myös useiden työterveysyksiköiden välisen yhteistyön tiivistämisen näkökulmasta, jolloin tavoitteena on löytää synergiaetua hyödyntämällä esimerkiksi yhteisiä asiantuntijoita, jotta kaikille asiakkaille kyettäisiin tarjoamaan moniammatillisesti tuotetut palvelut. Verkostoituminen voi tukea myös työterveyshenkilöstön jaksamista. (Kyrölahti 2005.) Verkostojen hallinta tarkoittaa, että niitä osataan hyödyntää työterveyshuollossa uudella tavalla, innovatiivisella tavalla, yhdistetään uuden teknologian tarjoamat mahdollisuudet organisaation, johtamisen ja strategian tueksi sekä saadaan älykkäät tuotteet ja palvelut vastaamaan asiakkaiden tarpeita. (Tekes 2002.) Tähän on todennäköisesti vielä matkaa.

Tiedon määrän kasvu ja tiedon hallinta edellyttävät toimivia ratkaisuja. Tieto- ja viestintäteknologian kehittyminen vaikuttaa myös työterveyspalvelujen suunnitteluun, työntekijöihin, toimintaympäristöihin ja toimintatapoihin. Tekes nostaa raportissaan tulevaisuuden osaamisen ydinalueiksi viisi asiaa: verkottuminen, monitieteisyys, pitkäjänniteisyys, innovatiivisuus ja tuottavuus. Verkostoitunut toimintatapa ja eri toimijoiden kumppanuudet onnistuvat, kun niitä tukee ennakoiva, avoin ja oikein ajoitettu viestintä. Teknologia ei kuitenkaan saa olla itseisarvo, vaan väline nopeasti kiihtyvässä globaalissa kilpailussa. Tieto- ja viestintäteknologian merkitys korostuu, kun sen avulla käyttäjälle, tässä tapauksessa työterveyshenkilöstölle, voidaan luoda henkilökohtaisia ja eri tilanteiden vaatimia sisältöjä. Teknologia mahdollistaa reaaliaikaisen viestinnän ja osallistumisen paikasta riippumatta. (Tekes 2002, Lehto 2006, Savolainen ym. 2006.) Tämä puolestaan parantaa palvelujen tuottamiseksi rakennettujen verkostojen hyödyntämistä etenkin harvaan asutuilla alueilla.

Taloussuunnittelu

Hyvään johtamiseen kuuluu työtoiminnan tarkastelu myös talouden näkökulmasta. Toimintaympäristön muutosten ja globalisoitumisen myötä kilpailu on kiristynyt, minkä seurauksena esimiehen taloudellinen tietämys korostuu entisestään. (Järvinen 2005.) Toiminnan suunnitteluun kuuluvat kustannusten arviointi ja realistinen omien resurssien ja rahoituspohjan huomioon otto. Rahoituspohja perustuu taloussuunnitelmaan, joka laaditaan työn todellisten kustannusten pohjalta. Taloussuunnittelu sisältää palveluhinnaston ja tuotteistuksen eli palveluiden laskutusperusteet, jotka käydään läpi yhdessä asiakastoimipaikan kanssa. Palveluiden selkeä kuvaaminen auttaa asiakasta hahmottamaan palvelun hinta-laatusuhteen. Kuvausta tarvitaan palvelujen markkinoinnissa ja tarjouskilpailutuksessa. Hinnat tarkistetaan yleensä 1–3 vuoden välein. Taloussuunnitelman toteutumista ja rahoituspohjan kestävyyttä seurataan talouden seurantajärjestelmien avulla. (Manninen ym. 2007¹.)

Työterveysyksikön tilivastuussa olevan tulee tietää yksikkönsä budjetin sisältö ja määrärahat kullakin momentilla. Hänen tulee olla myös itse suunnittelemassa seuraavan vuoden talousarviota. Menoja ja kuluja tarkkaillaan yleensä kuukausittain tai vähintään neljännesvuosittain. Talousarvion suunnittelu aloitetaan hyvissä ajoin, jotta se ehditään hyväksyä työterveysyksikön hallinnollisissa elimissä (kunnissa esim. lautakunnassa ja valtuustossa). Talousarvion suunnittelussa otetaan huomioon hintojen kehitys, kuten palkkojen ja asiakasmaksujen muutokset, henkilöstön koulutukseen liittyvät kulut sekä asiakastyöhön liittyvät välittömät kustannukset. Muita kuluja ovat esimerkiksi painatus- ja ilmoituskulut, posti- ja telepalvelut, kirjallisuus ja siivouspalvelut. Yleensä tarjouksen jättäneiden joukosta valitaan kokonaistaloudellisesti paras vaihtoehto (talousnäkökulma). (Laaksonen ym. 2005.)

Toimitilat ja työvälineet

Henkilöstön työhyvinvointi edellyttää, että työolosuhteisiin liittyvät perusasiat ovat kunnossa. Näihin kuuluvat muun muassa fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen työympäristö ja työn sisältö. Turvallinen ja terveellinen työ ja työympäristö ovat keskeisiä kilpailutekijöitä ja vaikuttavat henkilöiden työmotivaatioon. (Jokiluoma 2006.) Työterveysyksikön oman toiminnan suunnitteluun kuuluu toimitilojen ja työvälineiden suunnittelu. Tämän päivän työhön liittyy monen kohdalla myös informaatiovirtojen ja erilaisten ICT-sovellusten hallinta. Työn liikkuvuuden lisääntyessä työpaikkaan ja työympäristöön, toimitiloihin ja työvälineisiin liittyvät vaatimukset samalla muuttuvat. Henkisessä työssä, joksi työterveyshuollon toimintakin voidaan katsoa kuuluvaksi, työympäristön tulee tukea aivotyötä ja vähentää älyllistä ja kognitiivista kuormittumista.

Työterveyshuolto Suomessa -kyselyn tietojärjestelmäosioon vastanneilla kaikilla oli työterveyshuolto-ohjelma käytössään. Yksityisellä puolella oli useimmiten Soft-Medic tai Doctorex, kunnallisella puolella Effica tai Pegasos. Ohjelmien hyödyntämisessä toiminnan seurantaan ja arviointiin oli paljon kehitettävää. Ohjelmia hyödynnettiin parhaiten asiakkaana olevien työntekijöiden terveydentilan, sairauspoissaolojen ja työpaikkaselvitysten seurannassa. Työyhteisöjen toimivuuteen ja oman toiminnan seurantaan ohjelmia käytettiin harvemmin. Ohjelmista saadut tiedot olivat sellaisessa muodossa, että niitä oli vaikea raportoida tarvittaessa esimerkiksi päättäjille ja rahoittajille. Yhtenä ongelmana saattoi olla ohjelmien yhteensopimattomuus muiden terveydenhuollossa yleisesti käytössä olevien ohjelmien kanssa. Lisäksi puutteet omassa koulutuksessa ja kiire aiheuttivat vaikeuksia. (Manninen 2007².) Tietojärjestelmiä tulee kehittää tukemaan työterveyshuollon toimintaa ja vastaamaan sille asetettuihin vaatimuksiin.

Toiminnan arviointi ja jatkuva laadun parantaminen

Kyrönlahden (2005) tutkimuksen mukaan työterveysyksiköiden haasteena on oman toiminnan laadun ja vaikuttavuuden arviointi ja kehittäminen. Laadun parantaminen on prosessinomaista toimintaa, joka lähtee asiakkaan tarpeista ja etenee resurssien hallinnasta toteuttamiseen, mittaukseen, analysointiin ja toiminnan parantamiseen. Sen tuoman lisäarvon kannalta on tärkeää, että johto ottaa vastuun prosessin etenemisestä. (SFS EN ISO 9001:2001, Jouttimäki & Leino 2006.)

Laadun kehittämisen keskeisinä piirteinä ovat vahva asiakaskeskeisyys, prosessiajattelu ja jatkuva laadun parantaminen. Työterveyshuollossa on samanaikaisesti huomioitava myös valtakunnalliset ja kansainväliset terveydenhuollon sopimukset ja säädökset. (Manninen ym. 2007¹.)

Laatutyötä voidaan tarkastella myös terveen organisaation näkökulmasta. Tällöin tavoitteina ovat vastuiden ja valtuuksien kirjaaminen, ammattitaitoinen ja yhteistyötä tekevä henkilöstö, tavoitteellinen toiminta, monipuoliset palautejärjestelmät, keskus-televa ilmapiiri sekä tosiasioihin perustuva johtaminen. Jatkuvalla laadun parantamisella tähdätään asiakastyytyväisyyden lisäämiseen. (Martimo 1999, ISO 9001:2001, Collins 2003, Mäntyranta ym. 2004.)

Valtioneuvoston asetuksen (1484/2001) mukaan työterveyshuollon laatua tulee arvioida seuraamalla myös työterveyshuollon omia toimintatapoja. Oman toiminnan seurantaan on kehitetty erilaisia standardeja ja malleja. Toiminnan seurantaan on käytetty sisäistä ja ulkoista auditointia sekä vertaisarviointia esimerkiksi laatukäsikirjaa apuna käyttäen. (Manninen ym. 2007¹.) Kansainvälisistä järjestelmistä tunnetuimpia ovat kaikille aloille sopiva ISO 9001 -järjestelmä (taulukko 2.), King's Fund -kriteeristö ja kuntaliiton ITE, itsearviointimenetelmä. Uusi ISO 9001 -standardi on työkalu, jota on käytetty laatujohtamiseen ja laadun hallintaan työterveysyksiköissä. Laadunhallintatyössä tunnetuimpia työkaluja ovat ISO 9001 -laatujärjestelmä (SFS EN 9001:2001) ja Työterveyshuollon Laatuavain – itsearvioinnin opas (Jouttimäki & Leino 2006). Työterveyshuollossa käytettyjä laadun kehittämisen työkaluja ja arvioinnin menetelmiä ovat muun muassa vertaisarviointi, asiakasarviointi tai ulkoinen arviointi. Strategiakartta-mallin avulla toiminnan arviointiin kuuluvat seuraavat neljä osa-aluetta: asiakassuhteet, henkilöstö, prosessit ja talous.

Laadun hallinnan periaatteet ovat sovellettavissa myös työterveyshuollon suunnittelussa. (Antti-Poika 2002.) Manninen (2007²) tutkimustulosten perusteella kolme neljästä työterveysyksiköstä oli käyttänyt täydennyskoulutusta hyväkseen laatutyökentelyssä ja 67 prosenttia oli soveltanut Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaan toimintamalleja omassa työssään. Sertifioitu laatujärjestelmä oli 9 %:ssa (n = 586) työterveysyksiköistä, useimmiten suurissa ja työnantajien omissa työterveysyksiköissä. Sosiaali- ja terveysministeriö yhteistyössä Stakesin kanssa on julkaissut Terveyden edistämisen laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Myös niitä voidaan hyödyntää arvioitaessa työterveyshuollossa toteutettavaa terveyden edistämistoimintaa. (Koivisto 2007, Perttilä 2007.)

Taulukko 1. ISO 9001 laadunhallinnan suunnittelun kahdeksan periaatetta.

(ISO 9001: 2001, Antti-Poika 2002 s. 6–8):

-
- 1 Asiakaskeskeisyys:** Organisaatiossa tulisi ymmärtää asiakkaiden ja muiden sidosryhmien nykyiset ja tulevat tarpeet, vastata näihin tarpeisiin ja pyrkiä ylittämään asiakkaiden odotukset.
-
- 2 Johtajuus:** Johtajien tehtävänä on määritellä organisaation tarkoitus ja suunta sekä luoda ilmapiiri, jossa henkilöstö voi omistautua tavoitteiden toteuttamiselle.
-
- 3 Henkilöstön osallistuminen:** Kaikkien työntekijöiden osallistuminen mahdollistaa heidän kykyjensä käytön organisaation hyväksi. Toiminta-ajatuksen ymmärtäminen tapahtuu kaikilla organisaation tasoilla.
-
- 4 Prosessimainen toimintamalli:** Työn hallinta prosesseina auttaa tavoittamaan toivottu tulos tehokkaammin. Organisaation tavoitteet ovat yhdenmukaisia ja mitattavia.
-
- 5 Johtamistapa järjestelmällistä:** Prosessien tunnistaminen ja ymmärtäminen sekä toisiinsa liittyvien prosessien vuorovaikutusten johtaminen on tehokkaan organisaation edellytys.
-
- 6 Jatkuva parantaminen:** Suunnitelmallisuus ja kehittäminen. Suorituksen jatkuva parantaminen on pysyvä osa organisaation toimintaa. Auditoinnit on suunnitelluin määrävälein vaikuttavasti ylläpidetty ja toteutettu.
-
- 7 Tosiasioihin perustuva päätöksenteko:** Päätöksenteko perustuu riittäviin ja oikeisiin tietoihin. Raportit suorituskyvystä, parannusehdotuksista ja muutostarpeista ovat johtajille päätöksentekoa varten.
-
- 8 Yhteistyö tukipalveluista alihankkijoiden kanssa:** Paras tulos syntyy yhteistyön tuloksena. Laatusuunnitelma tehdään yhteistyönä.
-

Laadunhallintajärjestelmät asettavat haasteita laadun ja riskien hallintaan, terveys- ja ympäristöohjelmien käytännön integroimiseen ja organisaatioiden johtamiseen. Laadunhallintajärjestelmän integroiminen käytännön johtamisjärjestelmään edellyttää, että järjestelmä vakiinnutetaan työryhmiin ja tavoitteeseen, kehittämisohjelma dokumentoidaan ja toteutetaan käytännön johtamisessa. Käytännön menetelmän ja lähestymistapana ISO 9000 -laadunhallintajärjestelmä tähtää suunnitteluun, kehittämiseen ja käytännön toteuttamiseen ja arviointiin integroimalla se koko organisaation johtamisjärjestelmään. (Holdsworth 2003.)

Jatkuvan laadunparantamisen välineenä käytetty vuosikello on työn suunnittelua yhden vuoden ajaksi. Tämä voi toimia myös hyvänä suunnittelun ja arvioinnin pohjana, mikä ei kuitenkaan tarkoita tarkkaa mittaamista, vaan sopimista yksikön toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisesta tasosta. Arviointilomakkeena voidaan käyttää työterveyshuollon laadun itsearviointilomaketta (Laatuavain), jonka jokainen työntekijä

täyttää oman näkemyksensä mukaisesti, ja joista työpaikan vastuhenkilö kokoaa vastaukset yhteen. Yhteenvedossa tunnistetut kehittämiskohteet, tavoitteet ja aika-
taulut sekä vastuut kehittämissuunnitelman toteuttamiseksi sovitaan yhteisessä ta-
paamisessa. Kehittämistyön toteutumisen arviointia varten laaditaan suunnitelma.
(Jouttimäki & Leino 2007.)

Markkinointi

Markkinointia ja aktiivista tiedottamista työterveyshuollon palveluista tarvitaan erityi-
sesti silloin kun työterveyshuoltotoiminta aloitetaan työpaikalla. Kyrönlahden (2005)
tutkimuksen mukaan työterveyshuollon ammatilliseen osaamiseen kuuluu myös
markkinointi- ja tuotteistamisosaaminen. Markkinointi on uuden asiakassuhteen luomista.
On tärkeää, että työterveyshuollolla on selkeä yhteinen käsitys omasta toiminta-
ajatuksesta, toiminnan arvoista ja siitä, mitä asiakkaalle luvataan. Työterveyshuol-
lon markkinointityylin tulee olla asiallista ja sellaista, että työterveyshuoltohenkilöstö
voi toimia eettisesti, puolueettomasti ja autonomisesti. (Manninen ym. 2007¹.)

Markkinoinnissa on huomioitava myös työterveyshuollon tulevaisuustekijät. Tule-
vaisuudessa työterveyshuollon joustavuus ja asiakkaaseen yhteydessä olevista ra-
japainnoista lähtevät uudistukset tulevat yhä tärkeämmiksi. Tulevaisuuden yritysten
ympäristö on vaativa, ja osaavasta henkilöstöstä kilpaillaan. Tutkimusta ja kehitystä
tarvitaan kaikilla aloilla. Verkostot ovat avoimia ja luottamukseen perustuvia väljiä
yhteenliittymiä, joille on ominaista reaaliaikaisuus ja nopea päätöksenteko. Todelli-
seksi haasteeksi nousee oikea osaaminen, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan. (Aro-
maa 2006.) Näin myös työterveyshuollossa.

Markkinoinnissa on tärkeää tunnistaa asiakkaan tarpeet. Kilpailuttamista ajatellen on
tärkeää, että työterveyshuollon palvelut on tuotteistettu selkeästi ja ne ovat helposti
vertailtavassa muodossa. Markkinointivastuu keskitetään usein muutamalle henki-
lölle ja markkinoinnista tiedotetaan aktiivisesti muulle henkilökunnalle. (Manninen
ym. 2007¹.) Työterveyshuollon markkinointiin ja asiakaskeksisyyteen kuuluu myös
se, että osataan kohdata hyvin erilaisista työkuultuureista ja kansallisuuksista olevia
ihmisiä. On tärkeää luoda luottamuksen ja avoimuuden ilmapiiri, jolloin on myös pa-
remmat edellytykset yhteistyöhön sitoutumiselle. Markkinoinnissa tarvitaan vuorovai-
kutustaitoja, kielitaitoa ja kulttuurituntemusta.

Työterveyshuoltosopimuksen tekovaiheessa korostetaan toiminnan jatkuvuuden ja
yhteistyön tärkeyttä ja pyritään laatimaan pitkäkestoisia sopimuksia. Sopimusten
tekotilanteessa on tärkeää, että palavereihin osallistuvat ne ammattihenkilöt, jotka
tulevat vastaamaan yrityksen työterveyshuoltopalvelujen tuottamisesta, ja että sopi-
mista tehtäessä huomioidaan yrityksen tarpeet.

Työterveyshuollon voimavarat ja niiden kehittäminen

Työterveystoiminnan keskeisimpiä kehittämistoimia lähitulevaisuudessa ovat palvelujärjestelmän kehittäminen, pätevän, riittävän ja moniammatillisen henkilövoimavaran turvaaminen sekä vaikuttavan ja näyttöön perustuvan tiedon hyväksikäyttö käytännön työssä. (Manninen ym. 2007¹.)

Työterveyshuollon toiminnan ollessa moniammatillista, työssä korostetaan yhteisiä tavoitteita, yhteisvastuullisuutta, sitoutumista sekä vapaaehtoista osallistumista. Moniammatillinen yhteistyö tukee työyhteisön jäsenten osaamista, jossa vuorovaikutuksen ja päätöksenteon yhteenliittymänä jaetaan tietoja, arvoja, vastuuta ja tulevaisuuden näkymiä. (Silen-Lipponen ym. 1999). Moniammatillisuus on voimavara, josta hyötyvät eniten asiakkaat, mutta on tärkeää, että työterveyshuolto huolehtii myös omasta hyvinvoinnistaan ja jaksamisestaan. Siihen liittyy oleellisesti hyvä hallinnointitapa ja johtaminen.

Työterveyshuoltohenkilöstön pätevyyksistä ja tarvittavasta täydennyskoulutuksesta säädetään laissa ja asetuksessa (1383/2001 ja 1484/2001), joten henkilöstöä sitoo jatkuva täydennyskoulutusvelvoite ja ajanmukaisen tietotaidon ylläpitäminen. Työelämän nopea muutos ja uuden tiedon lisääntyminen edellyttävät kykyä tarkastella myös omaa toimintaa laaja-alaisesti, suunnitella ja tuottaa palveluja systemaattisesti (Kyrölahti 2005). Lisäksi kaikki työurien pidentämistavoitteisiin tähtäävän uuden lainsäädännön ja ohjeistuksen mukanaan tuomat vaatimukset edellyttävät aivan uudentyyppistä osaamista ja usein myös merkittäviä muutoksia asenteisiin ja jopa työterveysyksikön toimintakonseptiin.

Simolan (2001) tutkimuksen mukaan hyvin toimivassa organisaatiossa tuetaan keskimääräistä enemmän henkilöstön voimavaroja, tiedottaminen on tehokasta, henkilöstö otetaan mukaan muutokseen ja kehittämistoimenpiteiden suunnitteluun ja toteutukseen ja sallitaan, ja jopa toivotaan, erilaisia näkemyksiä. Meneillään olevat laaja-alaiset terveydenhuollon organisaatioiden muutokset vaikeuttavat johtamista ja tällöin johtaminen jää usein mukautumisen tasolle.

Nilsson ym. (2005) tutkimuksen mukaan strategia-visionäärinen, delegoiva johtaminen ja oppimista sisältävä työ motivoi, vahvistaa ja tukee työntekijöitä. Työilmapiiri heijastuu luottamukseen, tiimityöhön ja ammatillisuuteen. Hyvinvoinnin perusta on työn hallittavuus, kokonaisvaltaisuus (comprehensiveness) ja tarkoituksellisuus. Tämä merkitsee erityisiä vaatimuksia johtamiselle, osaamispääoman vahvistamiselle ja työilmapiirin kehittämiseksi. Hyvinvoiva ja osaava henkilöstö on myös työterveyshuollossa tuottavuuden ja tehokkuuden kulmakivi.

Henkilöstön mitoitus ja pätevyys

Työterveyshuoltolaki velvoittaa työnantajan järjestämään kustannuksellaan työterveyshuoltopalvelut henkilöstölleen työterveyshuollon ammattihenkilöitä ja asiantuntijoita hyväksi käyttäen. Työterveyshuollon ammattihenkilöiksi määritellään työterveyshuollon erikoislääkärit ja työterveyshuollon toteuttamiseen tarvittavan koulutuksen käyneet laillistetut lääkärit ja terveydenhoitajat. Edellytyksenä työterveyshuollon aiheuttamien kustannusten korvausten saamiseksi on, että työnantaja on järjestänyt työterveyshuollon työterveyshuoltolain ja siihen liittyvien säädösten mukaisesti, ja että toiminnassa on aina mukana työn näkökulma. Työterveyshuollon asiantuntijoiden, psykologin ja fysioterapeutin, kuuluminen työterveystiimiin on edellytys lain mukaisen hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen toiminnan toteuttamiselle. Heillä tulee olla myös lain mukaan pätevyys ja riittävät tiedot työterveyshuollosta. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden ammatillinen riippumattomuus työnantajista, työntekijöistä ja heidän edustajistaan on tärkeää. (Työterveyshuoltolaki 2001/1383.)

Työterveyshuollon suunnittelussa on otettava huomioon asiakkaan tarpeet sekä omaan organisaatioon liittyvät toiminnalliset vaatimukset ja voimavarat. Työterveyshuollon omissa toimintasuunnitelmissa tulee näkyä, mitä asiakkaalle on luvattu, minäkälaisia ja kuinka paljon työterveyshuollolla on palvelujen piirissä olevia asiakkaita, ja mitkä ovat työterveyshuollon omat resurssit. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2004 -selvityksen mukaan (Manninen 2007²) terveyskeskusten henkilöresursseissa oli eniten vajausta verrattuna muihin palvelujen tuottajaryhmiin. Tutkimuksen mukaan työterveysyksiköihin on tullut 2000-luvulla lisää henkilövoimavaroja. Lääkäreiden ja työterveyshoitajien toimet ovat lisääntyneet etenkin suurissa työterveysyksiköissä. Terveydenhoitajista on valtaosa päätoimisia ja virkasuhteessa. Lääkärikeskuksia lukuun ottamatta lääkäreiden toimista vajaa puolet oli päätoimisia ja virkasuhteisia. Yli puolet lääkärintyöstä tehtiin ammatinharjoittajana. Fysioterapeutteja ja psykologeja on lisätty, mutta edelleen heitä on liian vähän. Moniammatillisen tiimin palveluja oli tarjota joka kymmenennessä työterveysyksikössä.

Työterveyshenkilöstön toimien kokonaismäärä kasvoi vuosina 2001–2005; työterveyshoitajien työpanos lisääntyi yli 400 ja lääkäreiden yli 300 henkilötyövuotta. Myönteisestä kehityksestä huolimatta terveyskeskusten tilanne ei ole parantunut vastaavalla tavalla. Puutteita oli myös pätevydessä ja moniammatillisuuden toteutumisessa. Työterveyshuollon ammatillisen koulutuksen saaneiden osuus ja moniammatillisen tiimin olemassaolo riippuivat palvelujen järjestämistavasta ja yksikkökoosta. (Manninen 2007².) Työterveyshuollossa toimivalla pätevyys tarkoittaa päätoimisilla lääkäreillä työterveyshuoltoon erikoistumista ja osa-aikaisesti toimivilta lääkäreil-

tä vähintään seitsemän opintoviikon (11 opintopisteen, jatkossa 15 opintopisteen) pituista työterveyshuollon koulutusta. Työterveyshoitajilta ja fysioterapeuteilta pätevyys edellyttää ammattikorkeakoulussa suoritettuja erikoistumisopintoja tai vähintään seitsemän opintoviikon (11 opintopisteen, jatkossa 15 opintopisteen) työterveyshuollon koulutusta. Psykologeilla pätevyys edellyttää seitsemän opintoviikon (11 opintopisteen, jatkossa 15 opintopisteen) työterveyshuollon koulutusta.

Työterveyshuoltopalvelujen järjestämisen ongelmana Suomessa ovat pienet yksiköt ja huomattava vaihtelu yksikkökoossa, vaihtelut resursseissa, moniammatillisuuden toteutumisessa ja pätevydessä. Terveyskeskusten työterveysyksiköissä oli henkilöasiakkaita keskimäärin 2000, kun vastaavasti yritysten omissa työterveysyksiköissä vajaa 650. Työterveyshuoltopalvelujen tuotannossa on tapahtunut muutoksia 2000-luvulla siten, että palveluja on ulkoistettu tai lääkärikeskusten työterveysyksiköt ovat ketjuuntuneet, mikä vuoksi yksiköiden koot ovat suurentuneet. Muutoksia on tapahtunut myös terveyskeskusten työterveysyksiköiden sisäisessä organisoinnissa. Jotkut terveyskeskusten työterveysyksiköt ovat irtaantuneet liikelaitoksiksi ja osakeyhtiöiksi ja jotkut suunnittelevat palvelujen tuottamista alueellisena yhteistoimintana. (Manninen 2007².)

Oikea henkilöstön mitoitus estää haitallista työssä kuormitusta. Henkilöstövoimavarojen mitoittamiseksi tarvitaankin pätevyteen ja koulutustarpeeseen liittyvien tietojen keräämistä (Manninen ym. 2007¹). Henkilöstön mitoituksessa ja johtamisen tukena voidaan käyttää apuna eri tietojärjestelmiä ja laatuja järjestelmiä. Esimerkiksi henkilöstöraporttia tai henkilöstötilinpäätöstä voidaan käyttää mittarina, jonka avulla voidaan kerätä tietoja henkilöstömäärästä, henkilöstön ikä- ja koulutusrakenteesta ja osaamisesta, henkilöstön vaihtuvuudesta, poissaoloista, tehdystä työajasta verrattuna tarvittavaan työpanokseen, käytettävissä olevasta työajasta sekä työsuhteen muodoista.

Työyksikkötasolla henkilöstön määrää ja työpanosta tulee suhteuttaa asiakkaiden määrään, ominaisuuksiin ja odotuksiin. Myös työtehtävissä ja työympäristössä tapahtuvat muutokset vaikuttavat henkilöstötarpeeseen. (Askola 2002.)

Työterveyshuollon ajan tasalla pysymisen edellytyksenä on henkilöstökoulutus ja yhteistyö asiakasyritysten sekä muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Terveiden edistämisen rakenteiden tulisikin olla jokaisessa yksikössä sellaiset, että niissä huomioidaan voimavarat ja osaaminen suhteessa tehtävien laajuuteen ja vaativuuteen (Perttilä 2007)

Osaamispääoman kehittäminen

Raution väitöskirjatutkimuksessa (2004) selvitettiin työterveyshuollon menetelmien kehittämistä ja osaamista muuttuvassa työelämässä. Työterveyshuollon haasteina ja keskeisinä trendeinä nostettiin esille globalisoituminen, verkostoituminen, kestävä kehitys, työn murros, julkisen sektorin muuttuminen ohjaavaksi ja oikeuksia valvoavaksi, väestön ikääntyminen, joidenkin väestöryhmien kulttuurinen syrjäytyminen ja teknologinen kehitys.

Työterveyshuollon kehittämistarpeina nähtiin oman työn kehittäminen, laadunhallinta ja työn tuloksellisuuden arviointi, prosessiajattelu sekä moniammatillisen yhteistyön kehittäminen, ryhmämuotoisen työskentelyn lisääminen, opittujen menetelmien hyödyntäminen, tuotteistaminen ja markkinointi. Osaamisen kehittämiseen kuuluu myös kyky tuottaa uutta tietoa ja nähdä uusia asioita mahdollisimman aikaisin. Tässä tulisi hyödyntää asiakassuhteita. Uusi tieto syntyy vuorovaikutuksessa ja dialogissa organisaation sisällä, ulkoisten kumppaneiden, asiakkaiden ja muiden yhteistyötahojen kanssa (Lauttio & Koskensalmi 2002, Kyrölahti 2005).

Työterveyshuollon ennalta ehkäisevästä ja kehittävästä toiminnasta on vain vähän tieteelliseen näyttöön perustuvaa tietoa, joten aikaisempia itsestään selvyyksiä joudutaan kyseenalaistamaan aiempaa enemmän, ja huomioimaan asiakkaan näkemykset laadun mittarina. Työterveyshuollon toiminnan suunnittelu ja työtapojen kehittäminen on tärkeää, koska toiminta on usein pirstoutunut kunkin työntekijän erillisiksi tehtäviksi ja jokainen tarkastelee työtään vain oman työn näkökulmasta, eikä esimerkiksi työn kohteen ja tuloksen eli asiakkaan näkökulmasta. Toiminnan kehittämishaasteiksi ovat nousseet yhteistyö, kumppanuusajattelu ja dialogisuus asiakastoimipaikkojen ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. (Martimo 1999, Rokkanen & Launis 2003.) Mäkisen ym. (2006) selvityksen mukaan työterveyshuollossa ollaan kehittämässä uusia käytäntöjä edistämällä terveysvaaroja ennakkoivia toimintatapoja työnantajien ja työterveyshuollon yhteistyönä. Tämän toiminnan vakiintuminen tulee vaatimaan uudenlaista osaamista.

Työterveysyksikön osaamispääoman kehittämisessä tulee huomioida paitsi perustehävän mukaisten toimintojen hallinta, myös toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset ja vaatimukset, asiakasyritysten odotukset työterveyshuoltopalveluilta ja yhteiskunnallisesti merkittävät haasteet (esimerkiksi työurien pidentäminen).

Otala (1996, 2003) on kehittänyt työyksiköiden osaamistarpeiden määrittämiseksi ja kehittämissuunnitelmien laatimiseksi menetelmän, jonka hän kuvaa sangen yksityiskohtaisesti teoksissaan. Osaamispääoman kehittäminen käynnistyy määrittämällä yksikön ydinosaaminen ja siitä edelleen yksityiskohtaisemmat osaamistarpeet. Tä-

män jälkeen arvioidaan jokaisen työntekijän kohdalla, mitä osaamista itse kullakin on ja millä osaamisen alueilla on puutteita. Yksikön tasolla määritetään kenellä/keillä ja mitä osaamista tulee olla, erityisosaamisen tarpeet (myös varahenkilö, jos kyse on kriittisestä osaamisesta) ja perusosaaminen, joka tulee olla kaikilla. Tämän jälkeen laaditaan yksikkötason kehittämissuunnitelma sekä jokaiselle yksilökohtainen urasuunnitelma. Kehityskeskusteluissa on keskeistä työstää näitä asioita yhdessä esimiehen kanssa jokaisen työntekijän kohdalla. Lisäksi on hyvä huomioida työnohjaus, yksi ammatillista osaamista ja kasvamista edistävä tukimuoto.

Laadukkaiden palvelujen tuottamisen edellytyksenä on, että toiminnan suunnittelussa huomioidaan henkilöresurssien ja pätevyyden lisäksi edellytykset jatkuvalle oppimiselle. Oppimista tapahtuu myös kaiken aikaa itse työssä etenkin jos siihen on sisällytetty arviointia, analyysyjä ja yhdessä suunnittelua. Osaamisen hallintaan ja kehittämiseen on työterveyshuollossa käytetty menetelminä mm. tavoite- ja kehityskeskusteluja ja työnohjausta. (Manninen ym. 2007¹.) Manninen 2007² tutkimuksen mukaan kuitenkin vain joka neljännessä työterveysyksikössä on järjestetty työnohjausta.

Henkilöstön työhyvinvointi

Henkilöstön työhyvinvoinnin edistäminen on kokonaisvaltaista työympäristön ja työyhteisön toimivuuden sekä yksilöiden terveyden edistämistä. Työolosuhteet vaikuttavat selkeästi työpaikan ja toimialan vetovoimaisuuteen. (Jokiluoma 2006.) Henkilöstön voimavarat käsittävät fyysisen terveyden, psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen osaamispääoman. Työpaikan koko henkilöstön osallistuessa yksikkönsä toiminnan suunnitteluun, toiminnan kokonaisuus ja tavoitteet sekä työjärjestelyt ovat kaikkien tiedossa, mikä puolestaan mahdollistaa tarkoituksenmukaisten ja laadukkaiden palvelujen tuottamisen. (Manninen ym. 2007¹.) Nilssonin ym. (2005) tutkimuksen mukaan hyvässä organisaatiossa työilmapiiriä ja johtamista kuvasivat luottamus, tiimihenki ja ammatillisuus, joista määräävimpinä tekijöinä olivat työylpeys ja luottamus. Visionäärinen, delegoiva johtaminen, jossa työntekijöiden päivittäinen työ sisältää oppimista, on yhteydessä työhyvinvointiin. Henkilöstövoimavarojen seuranta ja sen hyödyntämistä koskevan tutkimuksen mukaan henkilöstötyytyväisyys korreloi merkittävästi asiakastytyväisyyden kanssa. Tyytyväisyys johtamiseen ja osaamisen kehittämiseen korreloivat merkittävästi henkilöstötyytyväisyyden kanssa. Myös tuottavuus korreloi erittäin merkittävästi henkilöstön tyytyväisyyteen yhdessä esimiestoiminnan kanssa (Ahonen ym. 2002). Romanan ym. (2004) työntekijöille ja esimiehille tehdyn haastattelututkimuksen mukaan työyhteisön myönteinen, kehittävä työvire ja hyvä henki olivat seurausta oikeudenmukaisesta johtamisesta, mutta tällöin myös

työyhteisö mahdollisti oikeudenmukaisen johtamisen. Johtamisen keinoja olivat kokoukset, palaverit, töiden organisointi ja työnjako, tiedottaminen, osaamisen varmistaminen ja keskusteleminen.

Työhyvinvoinnin kannalta selkeät työroolit ja työtehtävien järjestelyt, kannustava ja valmentava johtaminen, itesääätelyn lisääminen, kiireen vähentäminen, osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen ovat tärkeitä. Myös ammattitaidon kehittämällä ja tunnustusta antavalla ja arvostavalla työilmapiirillä on merkitystä. (Laaksonen ym. 2005, Perttilä 2007.) Osaamisen kehittäminen, henkilöstösuunnittelu ja työterveyshenkilöstön hyvinvointi ovat keskeisiä teemoja, jotka tulee ottaa huomioon työterveyshuollon toiminnan suunnittelussa. Henkilöstöressurssien suunnittelu on tärkeää rekrytoinnissa, perehdyttämisessä ja työnopastuksessa. Huomioon on otettava myös erilaisten työsuhteiden ylläpitoon liittyvät asiat, osaamisen kehittäminen ja osaamisen johtaminen. (Valtanen 2006.)

Työterveyshuollolla on oma erityistehtävänsä asiakkaan terveyden edistämisessä. Näin ollen on tärkeää, että työterveyshuolto toimii myös itse esimerkkinä työhyvinvoinnin edistämisessä. Työterveyshuollon rakenteiden kehittäminen tarkoittaa toimivien olosuhteiden luomista, toiminnan esteiden tunnistamista ja niiden poistamista sekä osaamisen vahvistamista. Johtamiskäytäntöjen tulee mahdollistaa jaetun johtajuuden ja kollektiivisen asiantuntijuuden organisoituminen, tarvittavat voimavarat ja osaaminen suhteessa tehtävien laajuuteen ja vaativuuteen sekä asiakkaan osallistumisen mahdollisuudet. (Perttilä 2007.)

Henkilöstötoimintoihin kuuluvat rekrytointi, työsopimuskäytännöt, perehdytys, koulutus- ja kehittämistoimet, työsuojelu ja yhteistoimintamenettelyt sekä palkkahallinto ja palkitsemisjärjestelmät. Kehityskeskustelut ovat johtamisen väline ja henkilöstön mahdollisuus. Hyvin toteutettu kehityskeskustelu hyödyntää työntekijää, työyhteisöä ja koko organisaation toimintaa ja toimiin hyvinvoinnin vahvistamisen pohjana. (Laaksonen ym. 2005.)

Työterveyshuollon esimerkillinen toiminta edellyttää lisäksi, että henkilöstöllä itsellään on kattavat, kokonaisvaltaiset työterveyshuoltopalvelut. Kyrönlahden (2005) tutkimuksen mukaan työterveyshuollon oman työterveyshuollon toteutumista ei ole useinkaan hoidettu asianmukaisella tavalla. Palveluita ei voida toteuttaa ”omana toimintana” vaan ne tulee hankkia oman organisaation ulkopuoliselta palveluntuottajalta.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää työterveysyksikön oman toiminnan suunnittelu-, seuranta- ja arviointikäytäntöjä. Tavoitteena on kehittää työterveysyksiköiden kanssa yhteistyössä koulutuksellisen intervention avulla suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa ja sen arviointia. Tulosten pohjalta on tarkoitus laatia hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisia oman toiminnan suunnittelumalleja erikokoisten työterveysyksiköiden käyttöön.

Tutkimuksessa haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitkä ovat työterveysyksiköiden oman toiminnan suunnittelun keskeiset osa-alueet?
2. Miten suunnitelmien toteutumista seurataan ja arvioidaan?
3. Mikä merkitys työterveyshuollon järjestämistavalla on toiminnan suunnitteluun?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä kappaleessa kuvataan tutkimuksen metodologiset lähtökohdat, tutkimuksen toteuttaminen, aineiston keruu ja sen analyysi. Tutkimus oli kaksivaiheinen käsittäen työterveysyksiköiden työstämien toimintasuunnitelmien deduktiivisen analyysin sekä koulutusintervention, jonka aikana rakennettiin malli toiminnan suunnittelun pohjaksi.

4.1 Tutkimuksen metodologiset perusteet

Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksen viitekehyksessä, jolloin ensimmäinen vaihe toimi lähinnä lähtötilanteen kuvauksena. Analysoitujen kuvausten perusteella muodostettiin hypoteesi, jonka pohjalle rakennettiin kehittämisinterventio tavoitteena kehittyneempi toimintakäytäntö. Interventiosta muodostui tutkimuksen toinen vaihe. (Heikkinen ym. 1999.) Toisessa vaiheessa yhdistettiin toiminta ja tutkimus tavoitteena saada tutkimuksesta myös käytännöllistä hyötyä. Yhteisiin tapaamisiin yhdistettiin reflektiivisiä osioita, joiden avulla pyrittiin pääsemään uudenlaiseen toiminnan ymmärtämiseen ja sitä kautta toiminnan kehittämiseen. (Heikkinen 2001.)

Ensimmäinen vaihe oli kuvaileva ja rakentui metodologisesti laadullisen tutkimuksen traditioon. Tutkimuksessa käytettiin deduktiivista (teorialähtöistä) otetta. Teorialähtöinen analyysi nojaa tiettyyn teoriaan, malliin tai auktoriteetin esittämään ajatteluun, joka ohjaa aineiston keruuta ja analyysia (Tuomi & Sarajärvi 2002). Tässä tutkimuksessa analyysia ohjasi Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaan pohjalta laadittu analyysirunko (liite 1). Tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, että tutkimus nojasi sen hetkiseen käsitykseen hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesta työterveysyksikön oman toiminnan suunnittelusta.

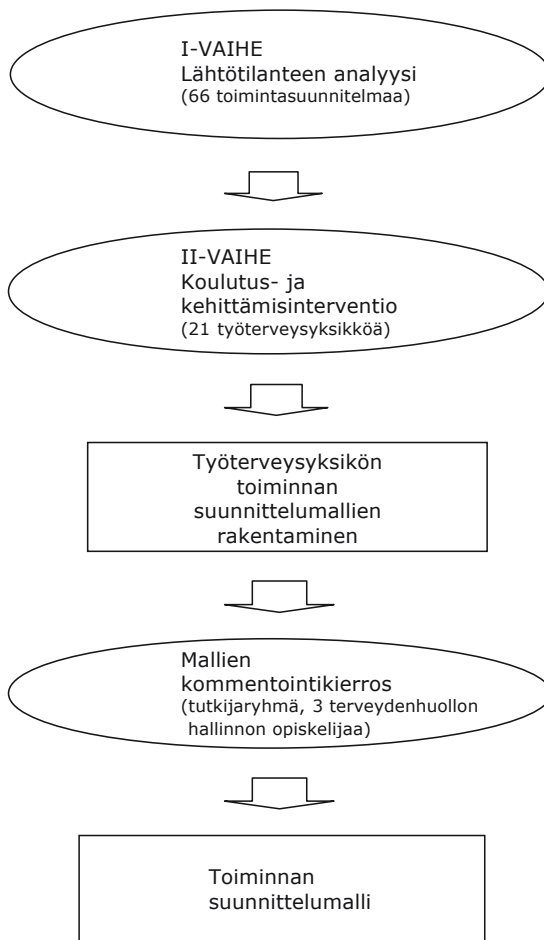
Ensimmäisen vaiheen aineisto koostui työterveysyksiköiden lähettämistä toimintasuunnitelmista. Toimintasuunnitelmat analysoitiin hyödyntämällä deduktiivista sisällönanalyysia (-luokittelua) etukäteen laaditun analyysirungon pohjalta. Sisällönanalyysi (-luokittelu) on tekstianalyysia, jolla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Burns & Grove 1997, Kyngäs & Vanhanen 1999, Tuomi & Sarajärvi 2002).

Toisessa vaiheessa toteutettiin koulutus- ja kehittämisinterventio, joka koostui neljästä yhteistyöpäivästä. Yhteistyöpäivät etenivät sisällöltään strategisen suunnittelun vaiheiden mukaisesti. Keskeiset sisällöt olivat: strategisen suunnitteluprosessin

pääkohdat, toimintaympäristöanalyysi, oman työterveysyksikön toiminnan analyysi (SWOT), toiminnan organisointi ja resursointi, henkilöstön osaaminen ja hyvinvointi, talous, laatu ja vaikuttavuus (liite 2 a-d). Tämän tyyppisen tutkimuksellisen kehittämisen lähtökohtana on uudenlainen käsitys tiedosta, siirtyminen luotettavan tiedon tavoittelusta kohti hyväksi todettujen käytäntöjen tuottamista. Menetelminä käytetään keskinäistä dialogia ja reflektiivistä työskentelyä. (Toikko & Rantanen 2009.)

Toinen aineisto koostui koulutus intervention aikana kerätystä materiaalista, joka muodostui pääasiassa välitehtävistä. Aineisto analysoitiin luokittelemalla se edellä mainitun analyysirungon teemoihin. Tulosten pohjalta muodostettiin kaksi hyvän käytännön mukaista mallia, toinen pieniin työterveysyksikköihin ja toinen isoihin. Mallien muodostaminen perustui intervention aikana osallistujien kanssa käytyyn kriittiseen keskusteluun, jossa keskeisenä sisältönä oli suunnittelun osa-alueiden merkitys toiminnan kannalta. Osallistujat edustivat erityyppisiä työterveyshuollon järjestämistapoja.

Analyysi tapahtui vertaamalla kertynyttä materiaalia alkuperäiseen analyysirunkoon ja muokkaamalla saadun tuloksen perusteella lopulliset toiminnan suunnittelumallit. Näin toimimalla pyrittiin luomaan suunnittelumalleja, joiden voi olettaa soveltuvan myös käytäntöön. Koulutus- ja kehittämisintervention aikana syntyneet toiminnan suunnittelumallit alistettiin tutkijatiimin ja muutamien terveydenhuollon hallinnon opiskelijoiden kommentoitaviksi. Kommenttikierroksen jälkeen malleja vielä muokattiin työterveysyksikköjen toimesta. Myöhemmässä vaiheessa mallit yhdistettiin. Yhdistetty malli esitetään lopullisena tuloksena. Kuviossa 1. esitetään tutkimuksen toteuttaminen prosessina.



Kuvio 1. Tutkimusprosessin kuvaus.

4.2 Aineisto

Aineisto koostui tutkimuksen kahdessa vaiheessa kertyneestä materiaalista. Ensimmäisen vaiheen materiaali koostui lähetetyistä toimintasuunnitelmista ja toisen vaiheen koulutus- ja kehittämisprosessin aikana kertyneestä materiaalista.

4.2.1 Lähtötilanteen kartoitus – ensimmäinen vaihe

Toimintasuunnitelmia ja -kertomuksia pyydettiin kirjeellä vuonna 2007 niiltä Työterveyshuolto Suomessa 2004 -katsaukseen osallistuneilta työterveysyksiköiltä, jotka olivat ilmoittaneet tehneensä oman yksikön toimintasuunnitelman (yhteensä 330). Kyseisenä vuonna työterveysyksikköjä oli 760 ja toimintapisteitä 969. Tavoitteena oli saada analysoitavaksi noin 90 toimintasuunnitelmaa työterveyshuollon eri järjestämistapoja edustavilta työterveysyksiköiltä.

Uusintakirje lähetettiin vuoden 2007 lopulla, minkä jälkeen ei saatu yhtään uutta toimintasuunnitelmaa. Tutkimusaineistosta jätettiin pois henkilöstöraportit ja muut sellaiset dokumentit, joissa oli kuvattu pääasiassa toiminnan toteumaa, vaikkakin niissä oli myös toiminnan suunnitteluun liittyviä asioita.

Toimintasuunnitelmia saatiin kaikkiaan 66, jota pidettiin riittävänä määränä muiden paitsi yksityisten lääkäriasemien osalta. Saaduista toimintasuunnitelmista oli terveyskeskusten tai kuntayhtymien suunnitelmia 26, työnantajien omien yksikköjen suunnitelmia 34, työnantajien yhteisten työterveysyksikköjen suunnitelmia neljä ja lääkärikeskusten suunnitelmia kaksi. Toimintasuunnitelmien kuvaukset yhdistettiin ja raportoitiin kahdessa pääluokassa: 1) kunnallisten palveluntuottajien, kuten terveyskeskusten, kuntayhtymien ja kunnallisten liikelaitosten suunnitelmat (tk = terveyskeskus) ja 2) yksityisten palveluntuottajien, kuten yritysten omien, yritysten yhteisten ja lääkärikeskusten toimintasuunnitelmat (yp = yksityinen palveluntuottaja). Tutkimusaineisto koostui erilaisista asiakirjoista, kuten toimintasuunnitelmista (n = 52), taloussuunnitelmista (n = 2), pelkistä tuloskorteista (n = 6) ja vuosikellosta (n = 1). Työterveyshuollon toimintasuunnitelmat olivat myös joissakin tapauksissa osa koko yrityksen toimintasuunnitelmaa (n = 3) tai työhyvinvointisuunnitelmaa (n = 2).

Aineiston luokittelun ja analyysin aikana kävi ilmi, että toimintasuunnitelmat ja -kertomukset on usein yhdistetty ja toiminnan suunnittelun mallina on käytetty pelkääntään tuloskorttia. Yksityisen palveluntuottajan toiminnan suunnittelu oli usein integroiduissa työterveysyksiköissä osa yrityksen toimintasuunnitelmaa. Suunnitelmista kävi ilmi, että tietoja oli myös muissa suunnitelmissa ja raporteissa. Huomattavaa oli, että varsinkin yritysten omien työterveysyksikköjen toimintasuunnitelmat sisälsivät suurelta osalta asiakkaalle tarkoitettua toimintasuunnitelmaa sisältöjä, eikä oman

työn suunnittelu erottunut niistä selkeästi. Etenkin nämä lähetetyt toimintasuunnitelmat olivat analyysiä tehtäessä erityisen ongelmallisia.

4.2.2 Koulutusinterventio – toinen vaihe

Ensimmäiseen vaiheeseen toimintasuunnitelman lähettäneiltä työterveysyksiköiltä tiedusteltiin sähköpostitse halukkuutta osallistua hankkeen koulutus- ja kehittämisvaiheeseen, jossa niille tarjottiin mahdollisuutta analysoida ja kehittää oman työterveysyksikkönsä toiminnan suunnittelua. Aluksi myönteisen vastauksen antoi 23 yksikköä, joista 4 joutui jäämään pois. Syynä poisjääntiin olivat mm. yrityksen taloudellisen tilanteen heikkeneminen (yrityksen oma yksikkö), työterveyshuollon isot muutokset mm. ulkoistaminen, henkilöstön resurssipula ja pitkät etäisyydet. Tässä vaiheessa mukaan tuli kaksi sellaista yksikköä, jotka eivät olleet mukana ensimmäisessä vaiheessa.

Koulutus- ja kehittämisvaiheessa oli lopulta mukana 21 erityyppistä työterveysyksikköä. Yksiköiden koko vaihteli pienestä yhden työterveyshoitajan vetämästä yksiköstä noin 40 hengen yksikköön (38 vakanssia, joista kaikki eivät olleet täytettynä tutkimushetkellä). Mukana oli työterveysyksiköitä kaikista järjestämistavoista: 6 yrityksen omaa yksikköä, 14 terveyskeskuksen yksikköä, joista 2 liikelaitosta, 1 yritysten yhteinen yksikkö ja 1 lääkärikeskus. Yksi keskeytti heti ensimmäisen tapaamisen jälkeen.

Aineisto koostui mukana olleiden työterveysyksiköiden välitehtävistä, prosessin aikana laadituista toimintasuunnitelmista ja viimeisessä vaiheessa kerätystä arviointimateriaalista sekä tutkijoiden kenttämuistiinpanoista.

5 TULOKSET

Tässä luvussa kuvataan toimintasuunnitelmien analyysien tuloksena lähtötilannetta analyysirungon mukaisesti (liite 1). Seuraavassa vaiheessa kuvataan koulutusintervention tuloksena rakennettua yhdistettyä toiminnan suunnittelumallia.

5.1 Työterveysyksikköjen oman toiminnan suunnittelun lähtötilanne

Lähtötilanteen osalta kuvataan toimintasuunnitelman lähettäneiden yksiköiden taustatiedot, toimintaympäristökuvaukset, perustehtävät, tavoitteet, arvot ja visiot, henkilöstön voimavarat ja niiden kehittäminen, operatiivinen suunnittelu, arviointi ja laadun jatkuva kehittäminen.

5.1.1 Työterveysyksikköjen taustatiedot

Rakenteiltaan toimintasuunnitelmat olivat hyvin erilaisia. Kunnallisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmat oli laadittu noin viidelle vuodelle (ajalle 2004–2008) ja yksityisen toimintasuunnitelmat kuudelle vuodelle (ajalle 2004–2010). Toimintasuunnitelmia oli päivitetty vuosittain tai kaksi kertaa vuodessa. Vastuuhenkilöinä tai laatijoina oli tavallisimmin vastaava lääkäri tai hoitaja, henkilöstöjohtaja tai työsuojelutoimikunnan jäsen yrityksen omissa työterveysyksiköissä. Toimintasuunnitelman laatija tai vastuuhenkilö kävi ilmi kuudessa *kunnallisen palveluntuottajan* suunnitelmassa. Niistä neljässä vastuuhenkilö oli työterveyshoitaja ja yhdessä työterveyslääkäri ja yhdessä työterveyslääkäri ja -hoitaja olivat laatineet suunnitelman. Asiakirjan laatijaa ei ollut 14:ssä suunnitelmassa. *Yksityisen palveluntuottajan* yhdeksässä toimintasuunnitelmassa laatija tai vastuuhenkilö oli työterveyshoitaja, kahdeksassa se oli työterveyslääkäri, neljässä suunnitelmassa vastuuhenkilönä olivat yhdessä työterveyslääkäri ja työterveyshoitaja ja viidessä suunnitelmassa toimitusjohtaja, henkilöstöpäällikkö tai talousjohtaja. Toimintasuunnitelmista 13:ssä ei ollut asiakirjan laatijan nimeä.

Henkilöasiakasmäärät oli kuvattu kunnallisella puolella 42%:lla ja yksityisellä 50%:lla. Yritysten, yrittäjien ja maatalousyrittäjien määrät oli kuvattu vajaan puolessa kunnallisten palveluntuottajien toimintasuunnitelmista (yritykset 11/26, yrittäjät 8/26, maanviljelijät 16/26). Yritysten ja yrittäjien palvelujen laajuutta (Kela 1 ja 2) oli kunnallisella puolella kuvattu vain harvoin. Palvelujen laajuus oli kuvattu kaikissa yksityisten palveluntuottajien toimintasuunnitelmissa.

Työterveysyksikön henkilöstömäärät oli kuvattu yli puolessa toimintasuunnitelmia (kunnallinen 17/26 ja yksityinen 34/40). Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja

asiantuntijoiden lukumäärät oli kuvattu useammin. Esimerkiksi lääkärien määrät oli kuvattu 63%:lla kunnallisista palveluntuottajista ja 85%:lla yksityisistä palveluntuottajista.

5.1.2 Työterveyshuollon toimintaympäristö ja lähitulevaisuus työterveysyksiköiden kuvaamana

Toimintaympäristöanalyysiksi tarkoitettun työterveyshuollon toiminnan, työikäisen väestön terveydentilan tai terveyspalvelujen tilanteen ja kehityssuunnan kartoitusta suunnitelmissa oli vain harvoin. Kuudessa tulokortissa oli kuvauksia menestystekijöistä, mahdollisuuksista ja riskeistä. Kunnallisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmissa tuli hieman useammin esille kansanterveystyön osuus kuin yksityisellä palveluntuottajalla. Työterveyshuoltoyksiköt olivat toimintasuunnitelmissaan huomioineet hyvin vähän yhteiskunnallisia muutoksia ja kansantaloudellisia seikkoja, työikäisten terveyttä ja hyvinvointia sekä elinympäristöä ja elinolosuhteita. Kunnalliset palveluntuottajat ennakoivat toimintasuunnitelmissaan yksityisiä useammin palvelurakenteen muutoksen ja tunnistivat verkostoitumisen tarpeen. Yksityinen palveluntuottaja, joka oli pääasiassa yritysten oma työterveysyksikkö, huomioi erityisesti yhteistyön tehostamisen työnantajan kanssa kaikessa toiminnassa. Heillä asiakkaana olevien työntekijöiden työsuhteet saattoivat olla epävarmoja, mihin työterveysyksiköt varautuivat, mutta ne eivät juurikaan varautuneet työelämän ja väestörakenteeseen muutoksiin. Toimintaympäristön kuvausta, jossa olisi huomioitu muut työterveyshuollon tai terveydenhuollon palvelun tuottajat, ei ollut yhdessäkään toimintasuunnitelmassa.

Lähitulevaisuuden kehitystrendeinä kunnalliset työterveysyksiköt mainitsivat useimmin verkostoyhteistyön, työelämän muutoksen ja työterveyshuollon palvelutarpeen lisääntymisen. Yksityiset palveluntuottajat mainitsivat yhteistyön työnantajan kanssa ja toimimisen henkilöstöhallinnon tukena. Oman yksikön henkilöstöön tai talouteen liittyviä mainintoja oli kummallakin palveluntuottajalla vain harvoin. Kriittisinä menestystekijöinä ne mainittiin tulokorteissa, joita oli vain kunnallisissa työterveysyksiköissä.

Kunnallisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmissa ei ennakoitu juuri lainkaan lähitulevaisuuden työterveyshuollon palvelujen tarvetta. Työterveyshuollon kehityksestä lähitulevaisuudessa oli kuvauksia yhdeksässä kunnallisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmassa ja 17:sta tieto puuttui. Suunnitelmissa oli mainittu yhteistyö lähikuntien kanssa (7), työterveyspalvelujen tarpeen lisääntyminen (4), työelämän muutokset (4), kuten palvelussuhteiden ja niiden laadun muutokset, sekä työntekijöiden ikärakenne ja naisvaltaisuus. Näissä suunnitelmissa oli myös mainittu työvoimaan kohdistuvat paineet, eläkkeelle siirtymiset ja työssä entistä pidempään jatkamisen

haaste. Mainintoja työikäisen väestön terveydentilan ja työterveyspalvelujen kehityksestä ei suunnitelmista löytynyt.

Muutamassa suunnitelmassa viitattiin Työterveys 2015 -kehittämishohjelmaan ja sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemiін tavoitteisiin yleisesti. Kunnallisen palveluntuottajan toimintaa ohjasivat terveyskeskuksen ohjeet ja säännöt. Toimintaan kuului terveyskeskuksen hankkeisiin osallistuminen. Suunnitelmissa mainittiin yhteistyö muiden yksiköiden kanssa päällekkäisyyksien välttämiseksi ja verrattiin henkilöresursseja yksityissektoriin.

“...työntekijät ovat toimintakykyisinä mukana työelämässä aikaisempaa pidempään. Asiantuntijuutemme luotetaan ja uudistamme itse jatkuvasti toimintaympäristömme muutoksia ennakoiden.”

“Työterveyshuolto osallistuu tarvittaessa asiantuntijana toimialojen ja tulosyksiköiden Kunta-10-tutkimuksen perusteella käynnistämiin hankkeisiin.”

Yksityinen palveluntuottaja (yritysten omia työterveysyksiköitä) kuvasi toimintaympäristönsä lähikehitystä yrityksen työntekijöiden terveyden, työnantajan, työsuojelun ja henkilöstöhallinnon yhteistyön lisääntymisenä. Yksityiset palveluntuottajat olivat kuvanneet toimintasuunnitelmissaan asiakasyrityksen yritysrakennetta, sen sijaintipaikkaa ja sijoittumista Suomessa, Euroopassa tai maailmanlaajuisesti. Yksityisen palveluntuottajan työterveysyksiköt olivat pääasiassa osa yrityksen kokonaistoimintaa ollen osa henkilöstöhallintoa tai konsernia. Lähitulevaisuudessa nähtiin useimmin työelämän muutokset ja terveystekijät (20 mainintaa), seuraavaksi yhteistyö ja verkostoituminen (13 mainintaa). Mainintoja lähitulevaisuuden näkymistä oli myös asiakasyrityksen toimialasta, altisteista, asiakasyritykselle resurssina ja henkilöstöhallinnon tukena olemisesta (7 mainintaa). Lisäksi työterveyshuolto osallistui omalta osaltaan työnantajan työhyvinvointiohjelman toteuttamiseen. Työterveyshuoltotoimintaa koordinoitiin yhdestä työterveyshuollon toimipisteestä tai työterveyshuollolla oli useita toimipisteitä lähiympäristössä tai ympäri Suomea.

Molemmille palveluntuottajille/järjestämistavoille oli yhteistä, että lähitulevaisuuden kehitykseksi ennakoitiin työterveyshuollon ja työelämän muutosta, verkostoitumista ja yhteistyötä muiden työterveysyksiköiden kanssa. Kunnallisten palveluntuottajien tuloksissa oli enemmän keskinäistä hajontaa lähitulevaisuuden ennakoinnissa kuin yksityisillä palveluntuottajilla.

“Tyky-periaateasiakirjan mukaisesti tarvitaan laaja-alaista työkyvyn eri osaluuet huomioon ottavaa henkilöstöpolitiikkaa ja toimenpiteitä.”

”Henkilöstöstrategian perusteella työterveyshuollon tulee aiempaa tehokkaammin tukea niin liikkeen luovutuksessa siirtyvää henkilöstöä, kuin yt-prosessin aikana työttömyysuhan alla olevaa henkilöstöä... lisäksi entistä aktiivisemmin olla yhteydessä esimiehiin, kun kyseessä on vajaakuntoinen... ja työhön paluun tukeminen pitkien sairauslomien jälkeen.”

”Syrjäisen sijainnin ja mahdollisen kemikaalionnettomuuden varalle varauduttu.”

Työterveyshuollon toiminnan tulevaisuuden näkymiä oli kuvannut noin puolet (49 %) kaikista työterveyshuollon palveluntuottajista. Yleisimmin oli mainittu verkostoituminen ja yhteistyö muiden palveluntuottajien kanssa, palvelurakenteen muutos, yhteistyö työnantajan kanssa, työkuormituksen ja työkyvyn arvioinnit, työssä jaksamisen tukeminen ja tietojärjestelmien käytön parantaminen. Toiminnan tulevaisuuden näkymissä tulivat esille asiakas-, prosessi- ja talousnäkökulmat, muttei selkeästi henkilöstönäkökulmaa. Kunnallisella palveluntuottajalla painottui verkostoituminen ja yksityisellä palveluntuottajalla asiakkaan työkykyasiat ja ikärakenteen muutos.

Noin puolet kunnallisista palveluntuottajista oli kuvannut toimintasuunnitelmissaan toiminnan tulevaisuuden näkymiä. Useimmin oli mainittu yhteistyö muiden palveluntuottajien kanssa, verkostoituminen, työpaikkayhteistyön lisääntyminen, työkykyarviot yksilö- ja ryhmätasolla ja palvelurakenteen selkiyttäminen avohoidon kanssa. Muita mainintoja olivat uusien käytäntöjen törmääminen, psyykkisen tuen tarpeen lisääntyminen ja uusien vaihtoehtojen hakeminen työssä jaksamiseen. Lisäksi mainittiin tietojärjestelmien käytön lisääntyminen ja työterveyshuollon kehittyminen omaksi tulosalueeksi.

Yksityisellä palveluntuottajalla tulevaisuuden näkyminä oli useimmin mainittu työn kuormittavuuden ja työkyvyn arviointi, työterveyshuollon asiakkaana olevien korkea ikä, naisvaltaisuus ja määräaikaisten työntekijöiden määrän lisääntyminen. Tulevaisuuden näkymänä oli kirjattu myös työterveyspalvelujen myynti. Yhteistyö muiden palveluntuottajien kanssa oli mainittu vain yhdessä suunnitelmassa. Verkostoitumisesta ei ollut yhtään mainintaa, kun taas kunnallisilla palveluntuottajilla siitä oli mainintoja 16 toimintasuunnitelmassa.

5.1.3 Työterveyshuollon perustehtävä, tavoitteet, arvot ja visio työterveysyksiköiden kuvaamana

Seuraavassa kuvataan miten perustehtävä, tavoitteet, arvot ja visiot näkyivät työterveysyksiköiden lähettämässä toimintasuunnitelmissa.

Perustehtävä ja tavoitteet

Työterveyshuollon perustehtävä ja toiminta-ajatus kuvataan yhdistettynä, tavoitteet järjestämistavoittain.

Toiminnan perustehtävä oli nimetty kolmessa toimintasuunnitelmassa. Kunnallisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmissa perustehtävän kuvauksia oli 2. Toiminnan tavoitteita löytyi 12 toimintasuunnitelmasta ja kuvauksia toiminta-ajatuksesta 4. Yksityisen palveluntuottajan yhdessä toimintasuunnitelmassa oli kuvattu työterveyshuollon perustehtävä, muilta osin kuvaukset olivat toiminnan tavoitteiden kuvauksia. Molemmat palveluntuottajaryhmät kuvasivat perustehtävää lähes kaikissa tapauksissa työterveyshuoltolain sanoin ja viittasivat hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteisiin. Työterveyshuollon toiminnan tavoitteita oli kuvattu kaikkiaan 44 toimintasuunnitelmassa (n = 66).

Työterveyshuollon perustehtäväksi oli kummallakin palveluntuottajalla useimmin kirjattu lakisääteinen ehkäisevä työterveyshuolto sekä terveyden, työkyvyn ja työhyvinvoinnin edistäminen yhteistyössä työpaikkojen kanssa. Kunnallisen palveluntuottajan perustehtäväksi oli kirjattu myös laadukas palvelu ja kilpailukykyisyys sekä moniammatillinen ja -tieteinen toiminta. Lisäksi oli mainittu asiakaslähtöisyys ja ATK:n monipuolinen hyödyntäminen. Kahdeksasta kunnallisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmasta ei löytynyt perustehtävän tai toiminnan tavoitteiden kuvauksia (n = 26). Tieto puuttui 15 yksityisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmasta (n = 40).

Seuraavana yksi esimerkki kunnallisen palveluntuottajan perustehtävästä:

”Työterveyshuoltoyksikön perustehtävä on tuottaa alueellaan työterveyspalvelut kilpailukykyisesti ja laadukkaasti. Tehtävä toteutetaan korostaen työterveyshuollon prosessien vaikuttavuutta yhteistyössä asiakasyritysten ja sidosryhmien kanssa. Painopisteenä on työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen.”

Yksityisen palveluntuottajan toiminnan tavoitteissa tuli esille asiakasyrityksen tukeminen sen liiketoiminnan tavoitteen saavuttamisessa työterveyshuollon keinoin. Muita tavoitteita olivat henkilöstön ja esimiesten tukeminen sekä työssä jaksamisen ja työhyvinvoinnin edistäminen. Lisäksi tavoitteena oli työkyvyn tukeminen ja esimiesten auttaminen työuupumuksen tunnistamisessa. Yksityisen palveluntuottajan perusteh-

tävän ja toiminnan tavoitteiden kokonaisuuksina nähtiin terveyden ja työhyvinvoinnin edistäminen, tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus sekä henkilöstöjohtamisen tukeminen. Toiminnan tavoitteissa nousivat esille työterveyspalvelujen tuottamisessa myös tehokkuus ja oikea-aikaisuus. Moniammatillisuus ja monitieteinen toiminta oli mainittu kahden toimintasuunnitelman perustehtävässä, samoin kuin arviointi ja suunnitelmallisuus.

Seuraavana esimerkkejä toiminnan tavoitteista yksityisellä palveluntuottajalla:

"...työympäristön mahdolliset riskit terveydelle minimoituvat tai ovat mahdollisimman vähäiset ja henkilöstön työkyky pysyy mahdollisimman hyvänä."

"...työpaikan eri tahojen kanssa työterveyshuoltotoimintaa suunniteltaessa ja sen sisältöä toteutettaessa ja arvioidessa työterveyshuolto toimii moniammatillisesti ja monitieteisesti."

"Laajat työterveyspalvelut, joilla tuetaan henkilöstöjohtamista..."

"...ylläpitää asiakkaiden terveyttä sekä työkykyä ja ne toteutetaan tarpeen mukaisesti, oikea-aikaisesti ja tehokkaasti. ...altisteiden ja riskien tuntemus on työterveyshuollon ydinosaamisaluetta....tarjota tukea ylikuormittuneelle johtohenkilöstölle."

Arvot

Kunnallinen palveluntuottaja oli kirjannut arvot toimintasuunnitelmiin useammin kuin yksityinen. Tämä saattoi liittyä siihen, että yksityiset työterveysyksiköt olivat usein integroituna yrityksen toimintaan tai toimivat osana henkilöstöhallintoa, jolloin arvot oli voitu kirjata johonkin muuhun henkilöstöhallinnon asiakirjaan. Työterveysyksiköiden arvojen kuvauksia oli 8:ssa kunnallisen ja 11:ssa yksityisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmassa. Arvot oli kuvattu kaikkiaan 19 toimintasuunnitelmassa (29 %, n = 66).

Kunnallisen palveluntuottajien arvoista useimmin oli mainittu kehittämismyönteisyys (5), asiakaslähtöisyys (3), suvaitsevaisuus ja tasa-arvo (3) sekä yhteistyö ja kumppanuus (3). Seuraavasta esimerkistä nousee esille lisäksi työn perustuminen hoitotyön arvoihin.

"kehitämme työtämme niin, että hoitotyön arvot näkyvät päivittäisessä työssä..."

"Asiakaslähtöisyys, kumppanuus ja yhteisöllisyys, vaikuttavuus, suvaitsevaisuus ja tasa-arvo, kestävä kehitys, luovuus ja innovatiivisuus."

”Asiakaslähtöisyys, eettisyys, puolueettomuus, riippumattomuus ja hyvä yhteistyö.”

Yksityisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmissa noin kolmannes oli kirjannut työterveyshuollon arvot. Niissä pidettiin tärkeänä puolueettomuutta, riippumattomuutta ja vaitiolovelvollisuutta. Muita arvoja olivat työterveyshuollon vastuu työhyvinvoinnin edistämisestä ja työyhteisön kehittämisestä sekä toiminnan vaikuttavuus ja tarkoituksenmukaisuus.

”Työterveyshenkilöstöllä on lakisääteinen, itsenäinen, puolueeton ja riippumaton asema sekä vaitiolovelvollisuus.”

”Yrityksen arvojen mukaan vastuu työhyvinvoinnista merkitsee osaavaa, motivoitunutta ja tuloshakuista henkilöstöä. Työterveyshuollolle se merkitsee vastuuta henkilöstön hyvinvoinnista, työyhteisön kehittämisestä ja yhteistyön edistämisestä.”

Visio

Työterveyshuollon visio oli kuvattu työterveyshuoltolain sanoin tai mainittiin lisäksi hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteet visiona. Visio kuvattiin kymmenessä kunnallisen palveluntuottajan (n = 26) ja viidessä yksityisen palveluntuottajan (n = 40) toimintasuunnitelmassa. Kunnallisten työterveysyksikköjen toimintasuunnitelmissa palvelujen visioina painoutuivat kilpailukykyisten työterveyspalvelujen tuottaminen omalla alueella, terveyden, työkyvyn ja työhyvinvoinnin edistäminen, seutukunnallinen yhteistyö ja verkottuminen, moniammatillisuus, edistyskellisyys ja uudistumiskyky ja hyvä hinta-laatusuhde. Tieto puuttui kokonaan 16 toimintasuunnitelmasta (62 %).

”Terveyden ja työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen on työterveyshuollon päätehtävä.”

”VISIO 2010: olemme kehittyneet tth:ssa yhteistyötaitoiseksi ja moniammatilliseksi asiantuntijatiimiksi, joka tuottaa oikeat palvelut oikeille asiakkaille hyvällä hinta-laatusuhteella.”

”VISIO 2015: Paras hoito – parempi terveys – hyvä elämä. Johtava työterveyshuoltopalvelujen tuottaja alueellaan...”

Yksityisen palveluntuottajien toimintasuunnitelmassa oli vain vähän vision kuvauksia (5). Visioissa mainittiin työkyvyn ja työhyvinvoinnin edistäminen, palvelujen myynti ja yhteistyö muiden palveluntuottajien kanssa, tarpeenmukainen, yksilöllinen yrityksen palvelu ja työterveyshuollon markkinoiden hallinta omalla alueella.

”Työterveyshuollon missio on olla mukana kehittämässä toimiva, työkykyinen ja tuottava työyhteisö hyvän työterveyshuoltokäytännön keinoin.”

”Sujuva hyvän työterveyshuoltokäytännön mukainen toiminta, joka edellyttää yhteistyökumppaneita. Tavoitteena on palvella yrityksiä yksilöllisesti ja yrityksen tarpeen kannalta tarkoituksellisesti.”

5.1.4 Työterveysyksiköiden strategia ja tulostavoitteet

Toimintasuunnitelmista analysoitiin, mitä strategisia tavoitteita oli kirjattu työterveyshuollon vision saavuttamiseksi ja perustehtävän toteuttamiseksi. Toiminnan tavoitteet tai strategia oli kirjattu yksityisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmissa 62%:lla ja kunnallisella palveluntuottajalla 54%:lla.

Kunnallisen palveluntuottajan strategioissa korostuivat ehkäisevä työkyvyn tukeminen, innovatiivisuus ja oppiminen, yhteistyö työnantajan kanssa, konsultoiva ja neuvotteleva työote ja tavoite kehittää yhtenäisiä toimintatapoja. Myös ”pitkäaikais-terveyden” edistäminen ja kansanterveystyö, kokonaisvaltainen työterveyshuolto ja laadun kehittäminen kuvattiin strategiassa. Lisäksi strategiaan oli kirjattu tulojen kattavuus, taloudellisuus, oikea hinnoittelu, työnjako toimialoittain sekä riittävien ja oikeiden resurssien turvaaminen.

Yksityisen palveluntuottajan toiminnan painopistealueena ja strategiana oli lakisääteinen, terveyden ja työkyvyn edistäminen yhteistyössä työnantajan kanssa. Työterveyshuollon strategiaksi oli kirjattu myös kansanterveystyön tekeminen, henkilöstöhallinnon ja esimiestyön tukeminen muutoksessa. Lisäksi strategiassa mainittiin toiminnan tuloksellisuus ja vaikuttavuus, laadun kehittäminen, moniammatillisuus, yhtenäisten työmenetelmien ja johtamisen kehittäminen, hillitty kasvu sekä työterveyspainotteinen sairaanhoito.

Tulostavoitteet

Tulostavoitteita oli kirjattu selkeästi eniten kunnallisen palveluntuottajien toimintasuunnitelmiin. Kunnallisten palveluntuottajien viidessä suunnitelmassa ja yksityisellä 33 toimintasuunnitelmassa ei ollut lainkaan mainintoja tulostavoitteista.

Kunnallisen palveluntuottajan lähes kaikissa toimintasuunnitelmissa (21) oli kirjattu tulostavoitteita. Yleisimmät maininnat olivat käyntien ja suoritteiden tavoitetasot, nettobudjetointi ja oikea hinnoittelu. Tulostavoitteet olivat niissä usein yleisellä tasolla, eikä niissä ollut selkeää priorisointia. Raportoinnin ja toteuman seuranta oli mainittu vain kolmessa suunnitelmassa. Lisäksi mainintoja löytyi työajan tavoitteellisesta käytöstä, pääsystä palveluiden piiriin ja nykyisen asiakasmäärän säilyttämi-

sestä. Maininta nettobudjetoinnista oli kahdessa suunnitelmassa. Silmiinpistävä ero palveluntuottajaryhmien välillä oli se, että kunnalliset palveluntuottajat olivat useimmin asettaneet tavoitteet suoritteiden määrille, kun taas yksityinen palveluntuottaja ilmaisi tavoitteeksi toteuttaa kaikki seuraavan vuoden lakisääteiset velvoitteet.

Kaikkiaan seitsemän yksityisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmassa oli maininta tulostavoitteista. Niissä oli kirjattu numeerisia tavoitteita tiimikohtaisille suoritteille ja selkeä myyntitavoite euroina seuraavalle vuodelle (3). Tavoitteita olivat myös raportointi, kustannusten seuranta, tuotteistus ja oikea hinnoittelu. Monesta yksityisen palveluntuottajan suunnitelmasta puuttuivat taloudelliset tulostavoitteet. Varsinaiset työterveyshuollon toimintaprosessien kirjaukset oli kattavasti kuvattu.

Tulojen ja menojen tasapaino oli yleisimpiä mainintoja, eikä voiton tavoittelua tuotu suunnitelmissa suoraan esille. Yhdessä suunnitelmassa oli tavoitteena Kela-korvausten rajoissa pysyminen.

„.tulojen ja menojen tasapaino, suoritteen hinta vastaa kustannuksia (tuotteistus ja hinnoittelun oikeellisuus), pysytään Kelan korvausten rajoissa.“

5.1.5 Työterveyshuollon toiminnan suunnittelu työterveysyksiköiden kuvaamana

Seuraavassa kuvataan työterveyshuollon varsinaisen toiminnan suunnittelu, kuten voimavarojen käyttö, ydinprosessien toteuttaminen, palveluprosessit, työn organisointi ja henkilöstöhallinnon prosessit. Lisäksi toimintasuunnitelmista kuvataan muut toimintaprosessien kirjaukset, kuten työterveyshuollon yhteistyötahot, kirjaukset budjetista ja talouden hoidosta, toimitiloista sekä työvälineistä.

5.1.6 Työterveysyksiköiden henkilöstövoimavarat ja niiden kehittäminen

Toimintasuunnitelmissa kuvattiin henkilöstön pätevyys, koulutus, työhyvinvointi ja työn kuormittavuus. Useissa suunnitelmissa oli käytetty ammattinimikettä työterveyslääkäri tai työterveyshoitaja, mutta niissä ei ollut erikseen mainintaa työterveyshuollon varsinaisesta pätevydestä. Työterveyshuollon pätevyys tai sen aiottu hankkiminen oli erikseen mainittu vain kolmessa kunnallisen palveluntuottajan suunnitelmassa, yksityisten ei ainoassakaan. Lakisääteisen täydennyskoulutuksen hankkimisesta oli maininta kunnallisella sektorilla vajaalla puolella (12/26) ja yksityisellä sektorilla neljäsosalla (10/40). Erillinen koulutussuunnitelma oli mainittu kunnallisista palveluntuottajista 15%:lla ja yksityisistä vain 3%:lla. Ensiapukouluttajan pätevyyden yksityinen palveluntuottaja oli hankkinut henkilöstölleen useammin kuin kunnallinen palveluntuottaja. Moniammatillisuus työterveyshuollon voimavarana toiminta-

suunnitelmissa oli mainittu 38 %:lla kunnallisista palveluntuottajista ja yksityisellä 15 %:lla. (Taulukko 2.)

Asiakasmäärä työntekijää kohden oli selkeästi mainittuna vain harvoissa toimintasuunnitelmissa. Kehityskeskustelut oli mainittu toimintasuunnitelmissa 23 %:lla kunnallisista palveluntuottajista ja 13 %:lla yksityisistä. Henkilöstön sairastavuus oli mainittu vain muutamissa toimintasuunnitelmissa. Myös rekrytoinnista, henkilöstön vaihtuvuudesta, perehdytyksestä ja urakehityksestä oli vain vähän mainintoja. Työterveyshuollon henkilöstön työhyvinvoinnin edistäminen oli mainittu toimintasuunnitelmissa 19 %:lla kunnallisista palveluntuottajista ja yksityisistä 15 %:lla. Työterveysyksikön tukipalvelut oli mainittu vain muutamissa toimintasuunnitelmissa. (Taulukko 2.)

Asiakkaille tehdyissä toimintasuunnitelmissa luvattuja asioita ei näy työterveysyksiköiden toimintasuunnitelmissa kunnallisella puolella. Yksityisellä puolella kuvataan työterveyshuollon toimintaa suhteessa asiakasyrityksen työterveyshuollon painopisteisiin. Kunnallisella puolella ilmeisesti asiakasyritysten konkreettisia tarpeita ja sopimuksia ei ollut kuvattu eikä mietitty miten ne vaikuttavat työterveysyksikön toiminnan suunnitteluun (resursointiin, osaamiseen ym.) ja sitä kautta henkilöstön työkuormitukseen ja tarkoituksenmukaiseen työnjakoon työterveysyksikössä.

Henkilöstön työhyvinvointiin ja jaksamiseen liittyviä kuvauksia oli muutama. Ne huomioitiin kriteerilomakkeen kohdassa ”muuta”. Niistä nousivat esille johtamisen onnistuminen, hyvä ammattitaito ja osaamisen varmentaminen. Seuraavista esimerkeistä käy ilmi kunnallisen palveluntuottajan paineet tehdä ylityötä tai rajoittaa sen tekemistä.

”Työajoissa joustetaan. Ylityöt pidetään kohtuullisina, työajan jäädessä alle 40t/vko, tavoitteena hyvä ja toimiva henkilöstörakenne.”

”Suunnitelman mukainen henkilöresurssi ja käytettävä työaika.”

”Lomien suunnittelu ja miehitys loman aikana sekä henkilökohtaisten lisien jakaminen.”

”Vuositilastojen hallinta, sopimusrekisterien ylläpito.”

Seuraavassa esimerkkejä oman työhyvinvoinnin edistämisestä, osaamisen johtamisesta ja oman työn kehittämisestä:

”Oma Tyvi-toiminta: palaverikäytännöt, ilmapiirikyselyt ja kehittämiskeskustelut ja niiden perusteella oma laatutyö ja selkeät toiminnan tavoitteet kaikkien tiedossa. Selkeä vastuunjako ja työnjako sekä toimiva yhteistyö.”

”Johtamisen onnistuminen ja hyvä ammattitaito ja osaamisen varmentaminen. Autamme ja tuemme toisiamme onnistumaan.”

Taulukko 2. Henkilöstövoimavarat toimintasuunnitelmissa palveluntuottajaryhmittäin frekvensseinä (n = 66).

Voimavara	Kunnallinen			Yksityinen		
	n	(tp)	% = tieto on	n	(tp)	% = tieto on
Työterveyshuollon pätevyys	3	(23)	12 %	0	(40)	0 %
Ensiapukouluttajien pätevyys	2	(24)	7 %	16	(24)	40 %
Moniammatillisuus	10	(16)	38 %	6	(34)	15 %
Asiakasmäärä/työntekijä	3	(23)	12 %	11	(29)	28 %
Täydennyskoulutustavoite	12	(14)	46 %	10	(30)	25 %
Erillinen koulutussuunnitelma	4	(22)	15 %	3	(37)	8 %
Kehityskeskustelut vuosittain	6	(26)	23 %	5	(35)	13 %
Sairastavuus ja poissaolot	4	(22)	15 %	2	(38)	5 %
Rekrytointi	5	(21)	19 %	2	(38)	5 %
Perehdytys	3	(23)	12 %	1	(39)	3 %
Urakehitys	3	(23)	12 %	1	(39)	3 %
Henkilöstön vaihtuvuus	5	(21)	19 %	5	(35)	13 %
Henkilöstön työhyvinvointi	5	(21)	19 %	6	(34)	15 %
Tukipalvelut	7	(19)	27 %	15	(25)	38 %

5.1.7 Työterveysyksikköjen toiminnan organisointi

Toimintasuunnitelmissa kuvattiin työterveysyksikön varsinaista asiakastoimintaa, toiminnan organisointia, kokouskäytäntöjä, tiedottamista, markkinointia, yhteistyötahojia, taloutta ja budjettia, toimitiloja sekä työvälineitä (taulukko 3).

Kokouskäytännöistä, taloudesta ja budjetista löytyi mainintoja noin puolelta kunnallisista palveluntuottajista. Yksityisen palveluntuottajan suunnitelmissa kokouskäytännöt oli kirjattu 15 %:lla, budjetti ja talous 8 %:lla. Yksityiset palveluntuottajat olivat kuvanneet markkinoinnin useammin kuin kunnallinen. Yhteistyötahot oli kuvattu toimintasuunnitelmiin noin puolella (molemmat palveluntuottajat). Sisäisen tiedottamisen kirjaaminen toimintasuunnitelmiin oli molemmilla palveluntuottajilla vähäistä. Toimitilat ja työvälineet oli kuvattu noin neljänneksellä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Toimintaprosessit toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain prosentteina (n = 66).

Toiminnan kuvaus	Kunnallinen (n = 26)			Yksityinen (n = 40)		
	n	(tp)	%	n	(tp)	%
Palveluprosessit	10	(16)	38	35	(5)	87
Työn organisointi	9	(17)	35	34	(6)	85
Kokouskäytännöt	11	(15)	42	6	(34)	15
Sisäinen tiedottaminen	2	(24)	8	3	(37)	8
Markkinointi	7	(19)	27	33	(7)	83
Yhteistyötahot	15	(11)	58	25	(15)	63
Budjetti ja talous	14	(12)	54	3	(37)	8
Toimitilat	6	(20)	23	13	(27)	33
Työvälineet	6	(20)	23	8	(32)	20

Yksityisistä palveluntuottajista 87 % ja kunnallisista palveluntuottajista 38 % oli kuvannut toimintasuunnitelmissaan työterveyshuollon perusprosessit.

Yksityinen palveluntuottaja kuvasi varsinaisen toiminnan prosessit varsin kattavasti. Niistä ei kuitenkaan erottunut selkeästi, mikä oli oman toiminnan suunnittelua ja mikä oli asiakkaalle tarkoitetun toiminnan suunnittelua. Tämä oli merkittävin ero verrattaessa näiden kahden palveluntuottajan toimintasuunnitelmia. Terveystarkastukset, työpaikkaselvitykset, tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus sekä ensiapuvalmiuden ylläpitäminen oli kirjattu yksityisellä hyvin kattavasti, kun kunnallisella palveluntuottajalla näitä oli kuvattu harvemmin. (Taulukko 4.)

Kunnallisen palveluntuottajan suunnitelmissa perusprosessit oli kirjattu käyttäen työterveyshuoltolain ilmaisuja. Niissä oli kuvattu terveystarkastusten kohderyhmät, altisteet ja kuormitustekijät, toimenpiteet ja lääkärintarkastukset. Muutamassa toimintasuunnitelmassa oli liitteenä tarkkoja kuvauksia ja toimintaohjeita toteutettavista työpaikkakäynneistä ja terveystarkastuksista. Seuraavaksi niistä muutamia suoria lainauksia:

”Työpaikkakäynti tehdään toimintaa aloitettaessa, työolosuhteiden muuttuessa ja tarpeen mukaan. Riskien arviointiin osallistuminen ja tarvittaessa tehdään työhygieenisää (melu, värinä, UV-säteilyt, valaistus, huurut, käryt).

Asiakirjat ja raportit laaditaan toimenpide-ehdotuksineen. Seuraavat työpaikkakäynnit tehdään seuraaviin kohteisiin...”

”Terveystarkastusten yhteydessä annetaan tietoja ja ohjausta suojaimista, ergonomiasta, valkosormisuudesta ja torjunta-aineista. Huomioidaan työolosuhteet riskiammateissa, kuten hakkuutöiden osuus työajasta.”

”Terveystarkastuksen yhteenvetolomake on ollut käytössä ja se on todettu hyväksi apuvälineeksi.”

Yksi toimintasuunnitelmaksi tarkoitettu oli otsikoitu vuosikelloksi. Sen kirjaukset olivat luettelona ranskalaisin viivoin ja siinä viitattiin oman toiminnan suunnitteluun seuraavasti:

”Jokainen tekee oman vuosikellonsa ja laittaa siihen ”omien firmojensa” toiminnot.”

Taulukko 4. Työterveysyksikköjen palveluprosessit toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain prosentteina (n = 66).

Työterveyshuollon palveluprosessit	Kunnallisen palveluntuottajan (n = 26)	Yksityisen palveluntuottajan (n = 40)
Terveystarkastukset	31 %	80 %
Terveystarkastukset erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä	8 %	30 %
Työpaikkaselvitykset	23 %	70 %
TANO	23 %	70 %
Työkykyä ylläpitävä toiminta	–	68 %
Työyhteisötyö	–	53 %
Sairaanhoido	19 %	60 %
Ensiapuvalmiuden ylläpito	8 %	73 %

5.1.8 Työterveysyksikköjen toiminnan arviointi ja laadun jatkuva kehittäminen työterveysyksiköiden kuvaamana

Toimintasuunnitelmista kuvataan työterveyshuollon toiminnan arvioinnin ja laadun jatkuvan kehittämisen kohteet, mittarit ja menetelmät sekä millä tavalla niiden antamia tuloksia oli hyödynnetty toiminnan kehittämisessä.

Arvioinnin kohteet

Arvioinnin kohteet oli määritelty hieman yli puolessa toimintasuunnitelmista (kunnallisista 58%:lla ja yksityisistä 60%:lla). Kunnallisella palveluntuottajalla oli arvioinnin ja kehittämisen kohteita kuvattu selkeästi enemmän ja yksilöidymmin kuin yksityisellä palveluntuottajalla. Kunnallisella palveluntuottajalla oli yksityistä enemmän työterveyshuollon prosesseihin, henkilöstöön ja talouteen liittyvää arviointia. Yksityisellä palveluntuottajalla arviointi painottui asiakkuuteen. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Arvioinnin ja kehittämisen kohteet toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain frekvensseinä (n = 66).

Arvioinnin ja kehittämisen kohde	Kunnallinen palveluntuottajan (n = 26) (fr)	Yksityinen palveluntuottaja (n = 40) (fr)
Työterveyshuollon Perusprosessit	14	6
Työmenetelmät	6	2
Tietojärjestelmän hyödyntäminen	6	4
Hoitosuositusten ja tutkimustiedon käyttö	2	–
Alueellinen yhteistyö	1	1
Palvelujen piiriin pääsy	13	1
Asiakastyytyväisyys	7	10
Toimenpiteiden vaikuttavuus	4	9
Työtyytyväisyys	8	–
Työn organisointi (johtaminen)	5	1
Ammattitaito ja osaaminen	–	1
Perehdytys	3	–
Tilat ja hoitovälineet	2	–
Tuotekuvaukset ja hinnoittelu	4	–
Kustannustietoisuus, Talous	1	3
Tieto puuttuu	11	16

Arvioinnissa käytetyt mittarit ja arvioinnin toteutustapa

Työterveysyksiköiden toimintasuunnitelmista kuvataan seuraavassa niiden käyttämät laadunarvioinnin mittarit ja mittauksen toteutustapa.

Toimintasuunnitelmiin oli kirjattu laadunarvioinnin mittareita kaikkiaan 37 toimintasuunnitelmassa ja 28 toimintasuunnitelmassa niitä ei ollut. Kunnallisella palveluntuottajalla oli paljon erilaisia arviointimittareita (20 mittaria), kun taas yksityisellä niitä oli selkeästi pienempi määrä (kuusi mittaria) (taulukko 6). Suunnitelmissa useimmin oli mainittu talousmittarit, asiakasarviointi, suoritteet ja käyntimäärät, pääsy palveluiden piiriin ja saavutettavuus, toteutuneet työpaikkaselvitykset ja terveystarkastukset sekä henkilöstön työtyytyväisyyskyselyt. Laadunarvioinnin järjestelmiä toimintasuunnitelmissa oli kunnallisella palveluntuottajalla sisäinen auditointi, vuosikello ja laatuavain. Yksityisellä palveluntuottajalla oli mainittu kolme laadunhallintajärjestelmää: ISO 9001:2000, BOHA ja IMS process advanced järjestelmä.

Kunnallisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmissa 58%:ssa oli kirjattu arviointimittareita, yksityisen palveluntuottajan 57%:ssa. Analyysin yhteydessä käytetyt mittarit jaoteltiin prosesseja, henkilöstöä, taloutta ja asiakkuutta mittaaviin.

Kunnallisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmissa painottuivat prosesseja kuvaavat mittarit, joita olivat muun muassa perusprosessien toteutuminen, tarjousten ja sopimusten määrä ja esikyselyjen käyttö työpaikkaselvityksissä ja terveystarkastuksissa, yritysten ja asiakkaiden määrä työntekijää kohden, erikoissairaanhoidon käyttö sekä esitteiden ja verkkosivujen käyttö ja päivitys. Yksityisellä palveluntuottajalla painottuivat puolestaan asiakkuuteen liittyvät mittarit, joita olivat muun muassa asiakaspalautteet ja työhyvinvoinnin mittarit, toimenpide-ehdotusten toteutuminen ja yhteistyökokouksiin osallistuminen. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Arviointimittarit toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain frekvensseinä (n = 66).

Arviointimittari	Kunnallinen palveluntuottaja (n = 26) (fr)	Yksityinen palveluntuottaja (n = 40)(fr)
Prosesseihin liittyvät mittarit		
Perusprosessien toteutuminen (substanssi)	18	–
Tarjousten ja sopimusten määrä	5	–
Asiakaskyselyjen käyttö työpaikkaselvityksissä ja terveystarkastuksissa	5	–
Työntekijöiden tai yritysten määrä/työntekijä	4	–
Erikoissairaanhoidon käyttö	2	–
Esitteiden ja verkkosivujen päivitys/käyttö	2	–
Henkilöstöön liittyvät mittarit		
Työtyytyväisyyskyselyt ja palautteet	8	–
Koulutuspäivät/ työntekijä/vuosi	7	–
Kehityskeskustelujen toteutuminen	4	–
Sairauspoissaolot ja eläköityminen	3	–
Henkilöstön vaihtuvuus	3	–
Kokousten säännöllisyys	2	–
Kehittämissyihin osallistuminen	1	–
Lisä- ja ylittöiden määrä	1	–
Vuosirytmien toteutuminen	1	–
Talouteen liittyvät mittarit		
Talousarvion toteuma, tulot ja menot	15	2
Tilastot (suoritteet, käyntimäärät)	10	7
Asiakkuuteen liittyvät mittarit		
Asiakastytyväisyyskyselyt ja palautteet	12	8
Sairauspoissaolot (asiakkaan)	5	–
Ajanvarauksen puhelinjonoseuranta	2	–
Työhyvinvoinnin mittarit (asiakkaan)		6
Toimenpide-ehdotusten toteutuminen		4
Yhteistyökokouksiin osallistuminen		1
Käytössä olleet laatu järjestelmät		
ISO 9001:2000	–	2
BOHA:n laatu järjestelmä	–	1
IMS process advanced -laatu järjestelmä	–	1
Tieto puuttuu	11	17

Arvioinnin toteutus toimintasuunnitelmissa on esitetty palveluntuottajaryhmittäin samassa taulukossa (taulukko 7). Asiakasarviointia käytettiin eniten ja toiseksi eniten itsearviointia. Asiakasarviointi oli mainittu toimintasuunnitelmissa hieman useammin kunnallisella palveluntuottajalla (42 %) kuin yksityisellä (35 %). Itsearviointi oli puolestaan selvästi useammin mainittu yksityisen palveluntuottajan (20 %) toimintasuunnitelmissa kuin kunnallisen (8 %) palveluntuottajan. Myös sisäinen vertaisarviointi oli mainittu useammin yksityisellä (13 %) kuin kunnallisella palveluntuottajalla, jolla se oli hyvin vähäistä (4 %). Ulkoinen arviointi oli kunnallisella palveluntuottajalla mainittu vain kahdessa suunnitelmassa ja yksityisellä viidessä. Myös ulkoinen vertaisarviointi oli harvinaista. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Arvioinnin toteutus toimintasuunnitelmissa. palveluntuottajittain prosentteina (n = 66), fr = frekvenssi, tp = tieto puuttuu, % palveluntuottajista.

Arvioinnin toteutus	Kunnallinen palveluntuottaja (n = 26)			Yksityinen palveluntuottaja (n = 40)		
	fr	tp	%	fr	tp	%
Asiakasarviointi	11	(15)	42	14	(26)	35
Itsearviointi	8	(18)	31	8	(32)	20
Sisäinen vertaisarviointi	4	(22)	15	5	(35)	13
Ulkoinen arviointi	2	(24)	8	5	(35)	13
Ulkoinen vertaisarviointi	1	(25)	4	1	(39)	3

Seuraavassa muutamia esimerkkejä arviointitavoista, joita suunnitelmiin oli kirjattu. Vertailu muihin työterveysyksiköihin oli mainittu yhdessä suunnitelmassa. Yhteistyö työnantajan, työsuojelun ja henkilöstön edustajien kanssa toiminnan arvioimiseksi tuli esille etenkin yksityisen palveluntuottajan suunnitelmissa.

"Työhyvinvointisuunnitelman henkilöstönäkökulmaa käsitellään vuosirytmien mukaisesti x2/v. Toimintaa kehitetään yhteistyössä työsuojelun, linjajohdon ja henkilöstöhallinnon kanssa."

"Asiakaslomakkeet, palautteet ja kyselyt, CATI-analyysi, laatuavain, kattavuus, projektikalenteri, palvelun sisällön ja tarpeen määrittely x 2/v, toteutuneet toimenpide-ehdotukset, TOB, riskien arviointi, TYKY - step, sairauspoissaolot, suoritteet, talousarvion toteutuminen, kustannusten seuranta, laatu ja määrä."

Arviointitulosten hyödyntäminen

Arviointitulosten hyödyntäminen oli kirjattu toimintasuunnitelmiin useammin yksityisellä (60 %) kuin kunnallisella (42 %) palveluntuottajalla. Arviointituloksia hyödynnettiin tavallisimmin palveluprosessien kehittämiseen, laadun ja vaikuttavuuden seurantaan ja resurssien kohdentamiseen. Palveluprosessien kehittäminen ja laadun ja vaikuttavuuden seuranta oli mainittu useammin yksityisellä palveluntuottajalla. Muita arviointitulosten hyödyntämistä koskevia kirjauksia toimintasuunnitelmissa olivat tietojärjestelmän ja toiminnan seurannan kehittäminen johtamisen ja itsearviointin välineeksi. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Arviointitulosten hyödyntäminen toimintasuunnitelmissa palveluntuottajittain (mainintojen lkm = f, n = 35).

Arviointitulosten hyödyntäminen	Kunnallinen palveluntuottaja, n = 11 fr = mainintojen lkm	Yksityinen palveluntuottaja, n = 24 fr = mainintojen lkm
Palveluprosessien kehittäminen	7	16
Resurssien kohdentaminen	7	3
Laadun ja vaikuttavuuden seuranta	5	10
Tietojärjestelmän ja toiminnan seurannan kehittäminen	2	3
Johtamisen ja itsearviointin välineiden kehittäminen	2	0
Yhteensä	23	32

Muutamia suoria lainauksia suunnitelmista, joissa mainittiin laadunarviointi ja kehittäminen:

"Olemme kiinnostuneita oman toiminnan kehittämisestä ja työnohjauksellisesta otteesta toiminnan tehostamiseksi. Toiminta on linkitetty konsernin muuhun arviointiin ja kehittämiseen."

"Toimintaa kehitetään ja arvioidaan yhteistyössä työsuojelun, linjajohdon ja henkilöstöhallinnon kanssa."

"Työpaikkaselvitysten toimenpide-ehdotusten toteutumista ja työntekijöiden työhyvinvointia seurataan. Uuden työterveyshuollon tietojärjestelmän seurantamahdollisuuksia hyödynnetään toteutetun työterveyshuollon, laadun, vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arvioinnissa."

"Seuranta ja arviointi: toimenpiteiden vaikuttavuus, tarkoituksenmukaisuus, palveluiden riittävyys ja saatavuus henkilöstöresurssit huomioiden. Työterveyshuollon toimivuus, tehokkuus, hyvä tieteellis-tekninen ja koettu laatu. Henkilöstölle tarjottu työterveyshuolto laadittujen sopimusten mukaan."

5.2 Yhteenveto ensimmäisen vaiheen tuloksista – lähtötilanne

Manninen ym. (2007) tutkimuksen mukaan kaksi kolmesta työterveysyksiköstä teki kirjallisen toimintasuunnitelman, useimmin se tehtiin yritysten omissa työterveysyksiköissä (82 %). Tässä tutkimuksessa hyvään työterveyshuoltokäytäntöön perustuvien kriteereiden mukaista toimintasuunnitelmaa ei löytynyt yhtään.

Tutkimusaineistoksi saatiin eniten yritysten omien työterveysyksikköjen toimintasuunnitelmia. Lähetetyt toimintasuunnitelmat olivat rakenteeltaan ja sisällöltään hyvin erilaisia. Lähes kaikissa oli mainittu hyvä työterveyshuoltokäytäntö tai työn perustuminen työterveyshuoltolakiin. Lain mukaan työterveyshuollon tulee olla suunnitelmallista toimintaa, jota voidaan arvioida ja kehittää. Tämä edellyttää, että toiminta on järjestelmällisesti dokumentoitua. (Jouttimäki & Leino 2006, Manninen ym. 2007.)

Toimintasuunnitelmien dokumentoinnin järjestelmällisyydessä ja selkeydessä oli kuitenkin huomattavasti puutteita. Niissä suunnitelmissa, joissa tuloskortti oli mukana, oman toiminnan suunnittelu perustui asiakas-, prosessi-, henkilöstö- ja talousnäkökulmiin ainakin osittain. Myös suunnitelmien ulkoasu, rakenne ja kirjaamistapa olivat niissä selkeämpiä ja järjestelmällisempiä kuin niissä, joissa ei ollut tuloskorttia liitteenä. Toiminnan suunnittelusta vastaava henkilö tai henkilöt eivät tulleet suunnitel-

mista esille kuin osassa suunnitelmia. Suunnitelmista saattoi päätellä, että toiminnan suunnittelusta vastaavat henkilöt saattoivat vaihtua tiuhaan. Toimintasuunnitelmissa ei ollut käytetty apuna toimintaympäristö- ja asiakasanalyysijä, selvityksiä työikäisen väestön terveydentilasta tai alueen terveystalvasta. Henkilöstönäkökulma oli jäänyt suunnitelmissa usein vähemmälle huomiolle kuin prosessi- ja asiakasnäkökulmat. Henkilöstönäkökulma oli hieman paremmin huomioitu kunnallisella kuin yksityisellä palveluntuottajalla.

Eryteisesti yksityisen palveluntuottajan suunnitelmat olivat asiakaspalveluprosessien toteuttamista kuvaavia, ja niistä puuttui oman toiminnan suunnittelu varsinkin henkilöstön osalta. Kunnallisen palveluntuottajan toimintasuunnitelmat sisälsivät enemmän oman toiminnan suunnittelua kuin yksityisen. Kunnallisella palveluntuottajalla oli myös enemmän tulokortteja liitteenä. Toiminnan kuvauksista saattoi päätellä, että toiminnassa oli suunnitelmallisuutta, mutta sitä ei ollut kirjattu toimintasuunnitelmiin. Työterveyshuolloilla oli myös muita asiakirjoja ja dokumentteja käytössään. Toiminnan suunnittelua saattoi sisältyä myös toiminta- ja henkilöstökertomuksiin erityisesti yksityisellä palveluntuottajalla.

Työterveyshuollon haasteita ovat tulevaisuudessa työttömyys, pätkätyöläisyys, epätyypilliset työsuhteet ja ulkomaisessa omistuksessa olevat pk-yritykset. Työterveyshuollon palvelujen tuottamista tulisi pohtia asiakasnäkökulmasta käsin. Tämä puolestaan edellyttää, että työterveyshuolto tuntee entistä paremmin alueen työikäisen väestön terveyden ja elinkeinorakenteen kehityksen. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella suunnitelmista ei löytynyt yhtään sellaista, jossa olisi ollut toimintaympäristöanalyysiksi tarkoitettua työterveyshuollon toiminnan, työikäisen väestön terveydentilan tai terveystalvasta tilanteen ja kehityssuunnan kartoitusta. Toimintaympäristö- ja asiakasanalyysien puuttuminen lähes kokonaan osoittaa, etteivät työterveysyksiköt ole systemaattisesti määritelleet sijoittumistaan toimintaympäristöönsä. Hyvin monesta suunnitelmasta puuttuivat myös sisäiseen suunnitteluun tarvittavat perustiedot asiakasmääristä, omista resursseista ja tarkemmat tiedot asiakaskunnasta ja heidän tarpeistaan.

Työterveyshuollon toiminnan suunnittelu perustuu asiakasyrityksen kanssa tehtyihin sopimuksiin ja toimintasuunnitelmiin. Oman henkilöstön työhyvinvoinnin edellytys on, että työn vaatimukset ja käytössä olevat voimavarat otetaan huomioon. Työterveyshuollon suunnittelussa tarvitaan palvelutarpeiden selvitystä, perustelua ja suunnittelua ennakkoon niin, että voidaan taata mahdollisimman hyvät toimintatavat ja lopettaa joitakin toimintoja. Toiminnan suunnittelussa on myös huomioitava riittävästi monitieteinen tieto työn ja terveyden välisestä suhteesta ja työn terveysvaikutuksista. (Jouttimäki & Leino 2006, Manninen ym. 2007¹.)

Selkeästi kuvattua tarpeenmukaista ja voimavara- ja lähtöistä toiminnan suunnittelua oli vähän. Myöskään sopimusten tekeminen yhteistyössä työterveyshuollon johdon ja henkilöstön kanssa ei tullut selkeästi esille. Monista suunnitelmista ei voinut nähdä kokonaisuutta, johon työterveyshuoltoyksikkö laajemmin kuului. Oman jaksamisen ja resurssien huomioimista, johtamista ja henkilöstöhallinnon asioita oli kirjattu suunnitelmiin hyvin niukasti. Yhdessä yksityisen palveluntuottajan suunnitelmassa oli maininta, että työterveyshuolto muuttuu yritysasiakkaansa muutosten mukana.

Työterveyshuollon arvojen kuvaukset olivat hyvin erilaisia. Toimintasuunnitelmissa ei ollut selkeätä mainintaa siitä, oliko arvoista ja hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista keskusteltu yhdessä henkilöstön kanssa. Työterveyshuollon asiantuntijuus työhyvinvoinnin edistämiseksi jäi suunnitelmissa vähälle huomiolle. Myös hallinnollista vetovastuuta omasta toiminnasta ei ollut nimetty kenellekään näiden suunnitelmien perusteella. Työterveyshuoltotoimintaa johdettiin yhteistyössä työnantajan kanssa, mikä on hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaista. Kysymykseksi kuitenkin nousi, onko työterveyshuollon vaikea rajata, mitkä toiminnat ovat lain mukaista työterveyshuoltoa, jotka on syytä priorisoida etenkin jos resurssit ovat niukasti.

Perustehtävä oli kuvattu toimintasuunnitelmassa lakisääteisenä veloitteena. Toimivassa työyksikössä perustehtävä on selkeä, ja sen tulee olla linjassa toimintayksikön rakenteiden (tiimien tai työryhmien) ja konkreettisten tavoitteiden kanssa. Perustehtävän selkiyttämiseksi pyritään varautumaan muutoksiin ja poikkeaviin olosuhteisiin. Se tarkoittaa myös, että perustehtävä ja vastualueet on määritelty. (Eranti ym. 2005.) Perustehtäväksi oli yleisimmin mainittu lakisääteinen työterveyshuollon perusprosessien mukainen toiminta hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan sekä terveyden, työkyvyn ja työhyvinvoinnin edistäminen yhteistyössä työpaikan kanssa. Perustehtävä oli vain harvoin määritelty toimintasuunnitelmaan, eikä sen päivittämistä mainittu. Myös maininnat suunnitelmallisesta, moniammatillisesta ja monitieteisestä toiminnasta ja toiminnan organisoimisesta oli vähäistä. Perustehtäväksi oli kirjattu tavallisimmin hyvän työterveyshuoltopalvelun tuottaminen oikea-aikaisesti, henkilöstöhallinnon tuki ja asiakasyrityksen tukeminen sen päätavoitteen saavuttamisessa.

Etenkin yksityisellä palveluntuottajalla suunnitelmat olivat melkein kokonaisuudessaan työterveyshuollon varsinaisen toiminnan kuvaamista, eikä niistä selkeästi erotunut oman toiminnan suunnittelu. Työterveyshuollon henkilöstö- ja talousnäkökulman kuvaamista niissä oli vähän tai ei ollenkaan. Toimintasuunnitelmat sisälsivät sen, minkälaisia palveluja asiakkaalla on mahdollisuus saada, mutta eivät työn suunnitelmallisuutta ja organisoimista tarkemmin.

Kansanterveystyön osuus toiminnassa tuli esille eniten terveyskeskusten työterveysyksiköissä. Kun kunnallisen palveluntuottajan työterveyshuolto oli osa terveyskeskuksen toimintaa, ei kansanterveystyön rajaamisesta ollut mainintaa. Lähes kaikissa yksityisen palveluntuottajan suunnitelmissa oli asetettu tavoitteeksi toteuttaa seuraavan vuoden terveystarkastukset ja työpaikkaselvitykset, mitä kunnallisella sektorilla ei ollut. Tämä saattoi johtua siitä, että yksityisellä saattoi olla paremmat resurssit kuin kunnallisella palveluntuottajalla. Kunnalliset työterveysyksiköt saattoivat olla varovaisempia asettamaan toiminnalle tarkkoja määrällisiä tavoitteita. Niissä oli usein yleiset tavoitteet käynneistä, suoritteista ja tulojen kattavuudesta.

Santalaisen (2005) mukaan tekemisen ja reflektoinnin yhdistäminen on strategisen ajattelun ydintä. Kollektiivinen reflektointi on tehokkainta, jos kyse on lyhyestä ajasta. Siinä kollektiivisuus voi merkitä ryhmän sisäistä sparrausta, jossa tarjoutuu ennakkoluulottomia tulevaisuuden kuvia, sokeita pisteitä, joista noukitaan parhaat käytännöt. Tämäntapainen strateginen ajattelu, jossa katsotaan eteenpäin, taaksepäin ja sivuille, tuli esille parhaiten tulokorteissa, joissa pyrittiin kehittämään ydinprosesseja systemaattisesti. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan esimerkiksi arvojen tai strategiasuunnitelman yhteistä käsittelyä työyhteisössä ei selkeästi mainittu yhdessäkään toimintasuunnitelmassa. Myöskään ennalta sovitut säännölliset tapaamiset työnantajan kanssa eivät tulleet selkeästi esille. Yhteistyö työnantajan ja työsuojelun kanssa oli kyllä mainittu yleisellä tasolla.

Strateginen ajattelu edellyttää kokemuksen hyödyntämistä ja hiljaista tietoa. Tulevaisuuden rakentamisessa tarvitaan menneisyyden menestystekijöiden tunnistamista (Minzberg 2005, Santalainen 2005). Suunnitelmien strategioista puuttui kuitenkin selkeä pitkäjänteisyys, jossa olisi näkynyt kuvausta menneisyydestä, nykyisyydestä ja tulevaisuudesta. Työterveyshuollon tulevaisuuden näkymiä toimintasuunnitelmassa oli mainittu vähän. Kunnalliset palveluntuottajat ennakoivat yksityisiä useammin palvelurakenteen muutosta ja verkostoitumisen tarvetta. Yksityinen palveluntuottaja huomioi erityisesti yhteistyön tehostamisen työnantajan kanssa kaikessa toiminnassa. Nämä yhteiset toimintasuunnitelmat saattoivat olla yhden henkilön tekemiä, eikä niissä tullut selkeästi esille tulevaisuuden arviointeja. Kunnallisen palveluntuottajan strategiana ja tärkeänä tavoitteena suunnitelmissa oli useimmin mainittu innovatiivisuus ja asiakaslähtöinen toiminta. Niissä ei kuitenkaan tarkemmin kuvattu, millä tavalla työterveyshuollon palvelutoimintoja uudistettiin. Yksityisten suunnitelmien strategioissa painottui prosessien kehittäminen ja jatkuva laadun parantaminen, ennaltaehkäisevä työkyvyn edistäminen ja yhteistyö työnantajan kanssa.

Suunnitelmista puuttui lähes täysin työterveyshuollon voimavarat suhteessa siihen, mitä on luvattu asiakkaalle. Voimavarojen tehokkaan ja vaikuttavan käytön kannalta on oleellista, että työterveysyksikössä työt on jaettu järkevästi siten, että kaikkien työntekijöiden asiantuntemus ja osaaminen on tarkoituksenmukaisesti hyödynnetty. (Manninen ym. 2007¹.)

Toimintasuunnitelmissa oli vähän mainintoja oman henkilöstön työhyvinvoinnin edistämistä, työterveyshuollon pätevydestä, osaamispääomasta voimavarana niiden hallinnan ja kehittämisen kannalta. Tämä viittaa siihen, ettei suunnittelussa ollut huomioitu työn ja sen tekijän yhteensopivuutta. Työterveyshuollon pätevyyttä ei erikseen mainittu, vaikka ammattinimikkeenä oli käytetty työterveyslääkäri tai -hoitaja.

Hieman useammin oli mainittu tavoitteeksi työterveyshuollon lakisääteisen täydennyskoulutuksen toteuttaminen. Suunnitelmaa koulutuksen ja pätevyyden hankkimiseksi ja ammattitaidon ylläpitämiseksi ei ollut. Henkilöstön vaihtuvuus saattoi olla siihen esteenä. Kehityskeskustelut ja erillinen koulutussuunnitelma oli mainittu hieman useammin kuin työterveyshuollon pätevyys. Mannisen (2007²) tutkimuksen mukaan vuonna 2004 vain joka neljännessä työterveysyksikössä oli järjestetty työnohjaus ja lähes joka kolmannessa työterveysyksikössä käytiin kehityskeskusteluja. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset kehityskeskustelujen osalta. Kunnallinen palveluntuottaja oli kirjannut toimintasuunnitelmaansa kehityskeskustelut 23%:ssa ja yksityinen 13%:ssa toimintasuunnitelmista. Työnohjauksesta oli vain yksi maininta.

Moniammatillista ja monitieteistä toimintaa oli mainittu hyvin vähän. Se tuli esille vain välillisesti, kun oli asetettu yleiseksi tavoitteeksi toteuttaa hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaista toimintaa. Mannisen (2007²) tutkimuksen mukaan pätevän moniammatillisen tiimin palveluja oli saatavalla joka kymmenennessä työterveysyksikössä ja suhteessa työterveyshuollon henkilöasiakkaiden määrään noin neljäsosalle vuonna 2004. Tämän tutkimuksen tuloksissa moniammatillisuus oli mainittu toimintasuunnitelmassa useammin kunnallisella (38 %) kuin yksityisellä (15 %) palveluntuottajalla ja tukipalvelut puolestaan kunnallista useammin yksityisellä. Psykologipalvelujen kirjaamista toimintasuunnitelmiin esiintyi hyvin vähän molemmilla palveluntuottajilla. Myös fysioterapeuttien palveluista oli vain vähän mainintoja, yksityisellä palveluntuottajalla useammin kuin kunnallisella. Henkilöstön rekrytoinnista, perehdytyksestä tai urakehityksestä oli molemmilla palveluntuottajilla hyvin vähän mainintoja. Oman henkilöstön työhyvinvointi menestystekijänä oli mainittu viidessä tulokortissa (n = 7).

Kyrönlahden (2005) tutkimuksen mukaan myös työterveyshuollossa on saatava eläkkeelle siirtyvien hiljainen tieto nuorempien käyttöön, kehitettävä osaamista ja uusia terveydenedistämisen työmenetelmiä. Mannisen (2007) tutkimuksen mukaan työterveyshuollon oman toiminnan arviointityökaluja on paljon, mutta niitä pitäisi kehittää yhdessä eri toimijoiden kanssa työterveyshuoltoon paremmin sopiviksi. Myös tämän tutkimuksen tuloksissa laadunarvioinnin mittareita oli runsaasti erityisesti kunnallisella palveluntuottajalla. Prosessi- ja henkilöstönäkökulman arviointimittareita oli runsaasti, mutta arviointitulosten hyödyntämisestä ei tullut järjestelmällistä ja selkeätä kuvaa. Asiakaspalautteita kerättiin ja työterveyshuollon perusprosessien toimivuutta pyrittiin kehittämään. Oman toiminnan suunnittelun heikkous saattaa johtua pätevän henkilöstön puutteesta ja henkilöstön vaihtuvuudesta. Työterveyshuolto toimi oli kunnallisella sektorilla paineen alla ja tavoitteita toiminnan parantamiseen oli, mutta suunnitelmalliselle toiminnalle ei ollut riittävästi aikaa tai mahdollisuutta. Molemmilla palveluntuottajilla moniammatillisuutta ei juurikaan mainittu eikä pitkäjänteistä oman toiminnan suunnittelua ja johtamista suunnitelmista nousset esille.

5.3 Interventiovaiheen tulokset – toimintamallin rakentaminen

Interventio muodostui neljästä koulutuspäivästä, jotka sisälsivät alustuksia ja ryhmätöitä sekä välitehtäviä. Niiden tarkoituksena oli arvioida ja työstää oman työterveysyksikön toimintasuunnitelmaa alustusten ja ryhmätöiden pohjalta. Samalla arvioitiin toiminnan suunnittelun eri osa-alueiden tarkoituksenmukaisuutta ja tarpeellisuutta oman työterveysyksikön toiminnan näkökulmasta. Lopputuloksena tunnistettiin työterveyshuollon toiminnan suunnittelun kehittämistarpeet ja muodostettiin yhteinen näkemys suunnitelman sisällöstä ja kriteereistä toiminnan arvioimiseksi. Koulutuspäivien ohjelmat ovat liitteenä 2 a-d.

Osallistujien omassa toimintasuunnitelmassa oli puutteita sekä omaan henkilökuntaan että yritysasiakkaisiin liittyvissä perustiedoissa. Keskeinen puute oli tietojen dokumentointi ja päivittäminen. Hyvän toiminnan kriteereiksi päätettiin sovittu käytäntö tietojen päivittämisestä: kuka ja kuinka usein tiedot päivitetään sekä miten ja minne tiedot dokumentoidaan.

Taustatiedot	
Tunnistetut toiminnan suunnittelun kehittämiskohteet I-vaiheen tulosten perusteella	Yhteiskehittelyn tulos
*henkilökunnan määrä, ammattijakauma ja pätevyys	*henkilökunnan määrä, ammattijakauma ja pätevyys
*yritysassiakkaiden määrä, toimiala ja henkilöstö	*yritysassiakkaiden määrä, toimiala ja henkilöstö
> ajantasainen tieto	> sovittu käytäntö; kuka ja kuinka usein tiedot päivitetään
	> menetelmä miten tieto kerätään
	> dokumentti mihin tiedot kirjataan

Toisena kohteena oli toimintaympäristöanalyysi. Oman alueen väestön terveydentilasta ja ikäjakaumasta olivat vain harvat selvillä. Terveyden edistämisen painopisteet eivät rakentuneet alueen keskeisten terveydellisten ongelmien pohjalta vaan lähtökohtana olivat yleiset kansanterveydelliset haasteet. Elinkeinorakenne ja kehityslinjat alueella olivat kyllä tiedossa, mutta niiden merkitystä ei ollut käsitelty ja analysoitu oman toiminnan näkökulmasta. Kansallisiin työterveyshuoltoa sivuaviin raportteihin olivat vain harvat tutustuneet. Paikalliset toimijat tunnettiin mutta sovittuja yhteistyömalleja alihankintasopimukset pois lukien oli suunniteltu vain harvoin. Terveyskeskusten toimijat tunnistivat selkeimmin verkostoitumisen tarpeen ja olivat muutoinkin yksityistä sektoria paremmin selvittäneet omaa toimintaympäristöään. Tämä todennäköisesti liittyy julkisen sektorin lukuisiin rakenteellisiin muutoksiin.

Hyvän toiminnan kriteereiksi päätettiin työterveyshuollon integroituminen osaksi kunnan ja maakunnan hyvinvointisuunnitelmia ja terveyden edistämisen rakenteita.

Kansalliset kehittämissuunnitelmat tulisi analysoida ja integroida soveltuvin osin omaan toimintaan. Lisäksi tulee selvittää yhteistyömahdollisuudet ja rajapinnat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutusjärjestelmien kanssa, jotta nykyaikaiset työterveyshuoltopalvelut voidaan taata kaikille työntekijöille.

Toimintaympäristöanalyysi	
Tunnistetut toiminnan suunnittelun kehittämiskohteet	Yhteiskehittelyn tulos
*alueen väestön terveystilanne, demografia (kansanterveys) *elinkeinorakenne ja kehitystrendit *kansalliset kehityslinjaukset *paikallinen toimijaverkosto ja yhteistyö *kilpailutilanne	*alueen väestön terveystilanne, kansanterveys, demografia *elinkeinorakenne ja kehitystrendit *kansalliset kehityslinjaukset *paikallinen toimijaverkosto ja yhteistyö *kilpailutilanne > kunnan ja maakunnan hyvinvointisuunnitelma (työterveyshuolto osana alueen terveyden edistämisen rakenteita) > kansallisten kehityslinjausten integrointi omaan toimintaan > yhteistyö, rajapinnat ja sovitut toimintatavat perusterveydenhuollon, muiden työterveystoimijoiden ja erikoissairaanhoidon välillä

Asiakasanalyysin puutteiden todettiin heijastuvan ennen kaikkea resursointiin ja ongelmiin tarkoituksenmukaisen työnjaon toteuttamisessa. Yrityksen tarpeet olivat harvoin lähtökohtana. Sopimukset yritysten kanssa solmivat eri henkilöt kuin ne, jotka ovat jatkossa palvelujen tuottajia ja joiden kanssa yrityksen ja työterveyshuollon yhteistyön tulisi rakentua. Myöskään työterveyshuollon toimintasuunnitelmissa sovitut toiminnot, mikäli ne ylipäättään oli kirjattu riittävän konkreettisesti, eivät siirtyneet työterveysyksiköiden omiin toimintasuunnitelmiin. Parhaiten toiminnan suunnitteluun siirtyivät työterveyshuollon lakisääteiset terveystarkastukset. Osallistujat nostivat tämän osa-alueen keskeiseksi kehittämistarpeekseen.

Hyvän toiminnan kriteereiksi nostettiin asiakkaan kiinnostus kehittämiseen ja sen tunnistaminen, asiakasyrityksen kanssa tehtävän yhteistyön mallintaminen ja dokumentointi sekä yritysten työterveyshuollon toimintasuunnitelmissa sovittujen toimintojen siirtäminen vuositason työaika- ja resurssisuunnitelmiin.

Asiakasanalyysi	
Tunnistetut toiminnan suunnittelun kehittämiskohteet	Yhteiskehittelyn tulos
*sopimuksen laajuus *yrityksen tarpeet (kuormitustekijät, altisteet, henkilöstöön liittyvät tekijät) *yrityksen tth-toimintasuunnitelmassa sovitut toiminnot *asiakkaan kehityskiinnostus *yhteistyömallit	*sopimuksen laajuus *yrityksen tarpeet (kuormitustekijät, altisteet, henkilöstöön liittyvät tekijät) * sopimuksista, suunnitelmista ja yhteistyömalleista esiin nouseva toiminta vuositason tasolla > asiakkaan kehityskiinnostus on tunnistettu > yhteistyömallit on dokumentoitu > yritysten tth-toimintasuunnitelmissa sovitut toiminnot on siirretty vuositason työaika- ja resurssisuunnitelmiin

Toiminta-ajatuksen, perustehtävän ja arvojen kohdalla niiden määrittäminen ja integrointi toimintaan tunnistettiin kehittämistarpeeksi. Hyvän toiminnan kriteereiksi määriteltiin toiminta-ajatuksen kirjaaminen ja sen ottaminen toiminnan suunnittelua ohjaavaksi tekijäksi sekä arvojen jalkauttaminen käytännön toimintaan.

Vision määrittäminen katsottiin toiminnan suunnittelua ohjaavana tekijänä tärkeäksi. Hyvän toimintatavan kriteeriksi määriteltiin vision määrittäminen yhdessä henkilöstön kanssa.

Toiminta-ajatus, perustehtävä ja arvot	
Tunnistetut toiminnan suunnittelun kehittämiskohteet	Yhteiskehittelyn tulos
*toiminta-ajatuksen määrittäminen (perustehtävä) *arvojen määrittäminen	* Toiminta-ajatus on kirjattu > ohjaa toiminnan suunnittelua *arvot on määritelty ja ne ovat kaikkien tiedossa > arvojen jalkauttaminen käytännön toimintaan

Visio	
Tunnistetut toiminnan suunnittelun kehittämiskohteet	Yhteiskehittelyn tulos
*visio	*visio on laadittu henkilöstön kanssa yhdessä ohjaamaan seuraavan strategiakauden toimintaa.

Samaan kokonaisuuteen katsottiin kuuluvaksi vielä strategisten tavoitteiden määrittäminen ja pitemmän tähtäimen linjauksista sopiminen niiden saavuttamiseksi. Hyvänä toimintatapana pidettiin tavoitteiden ja linjausten suunnittelua yhdessä henkilöstön kanssa sitoutumisen vahvistamiseksi.

Strategian määrittäminen	
Tunnistetut toiminnan suunnittelun kehittämiskohteet	Yhteiskehittelyn tulos
*strategiset tavoitteet *pidemmän tähtäykset linjaukset tavoitteiden saavuttamiseksi	* strategiset tavoitteet ja pitkän tähtäimen linjaukset > tavoitteet ja linjaukset on laadittu yhdessä henkilöstön kanssa 3–5 vuodelle

Varsinaisen konkreettisen toiminnan suunnittelun kehittämiskohteiksi tunnistettiin vuositason mitattavien tulostavoitteiden (taloudellista ja strategiasta johdettujen) määrittäminen, ydinprosessin kuvaaminen, toiminnan organisointi, työajan toteuttaminen, toiminnan budjetointi ja taloussuunnittelu, kokouskäytännöistä sopiminen ja niihin liittyvä allokointi, sisäisistä tiedotuskäytännöistä sopiminen, riittävien työvälineiden hankinta ja huollosta sopiminen, toimitilojen mitoituksen tarkistaminen (huomioidaan toiminnan laajeneminen tai supistuminen), markkinointisuunnitelman laatiminen sekä yhteistyö- ja verkostoitumismahdollisuuksien tunnistaminen.

Hyvän toimintatavan kriteereiksi nostettiin seuraavat: konkreettiset tulostavoitteet ja niille mittarit on laadittu ja kirjattu, keskeiset toimintaprosessit on kuvattu, toimintojen organisointi on analysoitu ja kuvattu (esim. tiimit), työnjaosta toimintaprosesseittain on sovittu (esim. lääkärin ja terveydenhoitajan välillä [työpari], asiantuntijoiden rooli), kustannusanalyysin pohjalta on asetettu taloudelliset tavoitteet, kokouskäytännöistä on sovittu ja ajat henkilöstön kalentereihin varattu, sisäisistä tiedotuskäytännöistä on sovittu, työvälineiden poistot ja hankinnat on suunniteltu, työtilojen tarve ja käyttöaste on selvitetty ja työtilat mitoitettu tarkoituksenmukaisella tavalla työn

sujuvuuden näkökulmasta, perus-, potentiaaliset ja avainasiakkaat on tunnistettu ja markkinointisuunnitelma laadittu, yhteistyötarpeet sekä yhteistyön ja verkostoitumisen hyödyt on tunnistettu ja kumppanuudet sovittu.

Toiminnan suunnittelu	
Tunnistetut toiminnan suunnittelun kehittämiskohteet	Yhteiskehittelyn tulos
*vuositason mitattavat tulostavoitteet (taloudelliset ja strategiasta johdetut) *ydinprosessit *toiminnan organisointi *työnjako *budjetti ja taloussuunnittelu *kokouskäytännöt *sisäinen tiedottaminen *työvälineet *tilat *markkinointi *yhteistyö ja verkostoituminen	*vuositason mitattavat tulostavoitteet (taloudelliset ja strategiasta johdetut) > konkreettiset tavoitteet ja mittarit *ydinprosessit > on kuvattu *toiminnan organisointi > tarkoituksenmukainen toimintojen organisointi on analysoitu ja kuvattu (esim. tiimit) *työnjako > esim. lääkärin ja terveydenhoitajan välillä (työpari), asiantuntijoiden rooli *taloussuunnittelu > kustannusanalyysi, taloudelliset tavoitteet (netto-, voittoa tavoitteleva budjetti) *kokouskäytännöt, *sisäinen tiedottaminen > käytäntö on sovittu *työvälineet > poistot ja hankinnat *työtilat > tarpeet, käyttöaste *markkinointi > potentiaalisten asiakkaiden, avainasiakkaiden tunnistaminen, markkinointisuunnitelma *yhteistyö ja verkostoituminen > yhteistyötarpeet on tunnistettu, yhteistyön ja verkostoitumisen hyödyt on tunnistettu, kumppanuudet on sovittu

Palvelutoiminnan laatu ja tuottavuus riippuvat hyvin pitkälle henkilöstön oikeasta mitoituksesta ja osaamisesta sekä johtamisesta. Henkilöstön mitoittamisessa voi hyödyntää esimerkiksi Työterveyshuolto Suomessa -katsauksia. Virallisia ohjeita ei ole saatavilla. Osaaminen ja sen päivittäminen pätevyitymisen jälkeen on keskeinen palvelujen tuottamisen laatutekijä. Ydinosaamisen määrittämiseen pohjautuva osaamistarpeiden kartoitus yksikkötasolla ja kehityskeskusteluissa tunnistetut koulutustarpeet yksilötasolla ja niiden pohjalta laadittavan koulutussuunnitelman ja henkilötason urakehityssuunnitelmien laatiminen tunnistettiin kehittämistarpeeksi. Tukipalvelujen tarve ja niiden riittävyys turvaaminen vapauttavat asiantuntijoiden työpanosta tuottavaan työhön. Alihankintoja henkilöstön osalta tehtäessä tulee tarkistaa myös heidän pätevyytensä työterveyshuollon tehtäviin.

Rekrytointiprosessista on hyvä sopia ja prosessi kuvata. Perehdytysuunnitelmaa laadittaessa on huomioitava myös vanhojen työntekijöiden perehdyttäminen uusiin tehtäviin (esim. uudet ohjelmat). Myös työterveyshuollon oman henkilöstön työhyvinvointia ja työkykyä tulee seurata systemaattisesti ja huolehtia lainsäädännön edellyttämistä toimenpiteistä työkyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi, tarvittaessa hoidon ja kuntoutuksen oikea-aikaisesta järjestämisestä sekä työhön paluun tukemisesta pitkän sairauspoissaolon jälkeen. Henkilöstötilinpäätös on hyvä väline tähän tarkoitukseen. Oman henkilöstön osaamisesta ja työkyvyn ylläpitämisessä systemaattisesti tunnistettiin merkittäviä kehittämistarpeita.

Hyvän toimintatavan kriteereiksi määriteltiin seuraavat: resurssitarpeet tulee arvioida suhteessa asiakasmääriin ja asiakkuuksiin (yritysten koko, työterveystarpeet, asiakasyritysten aktiivisuus), jokaiselle yritykselle on määritelty moniammatillinen tiimi palvelujen tuottamiseksi, urakehitys- ja koulutussuunnitelmat on laadittu strategista nostettujen osaamistarpeiden ja kartoitusten pohjalta, kehityskeskustelut toteutetaan vähintään kerran vuodessa ja niistä laadittuja yhteenvetoja hyödynnetään koulutussuunnitelmia laadittaessa, tukipalvelut on mitoitettu todettujen tarpeiden pohjalta, alihankkijoiden pätevyys ja toimiluvat on tarkistettu sopimuksia tehtäessä, rekrytointiprosessi on kuvattu, perehdytystä varten on dokumentoitu suunnitelma, jossa on huomioitu myös vanhojen työntekijöiden perehdyttäminen uusiin tehtäviin ja menetelmiin, henkilöstötilinpäätöstä varten on sovittu tiedonkeruusta, sen analysoinnista ja kehittämistoimenpiteiden toteuttamisesta, työterveyspalvelut on hankittu koko henkilöstölle ulkopuoliselta palveluntuottajalta ja työpaikalla on mahdollistettu terveyttä ja työkykyä ylläpitävien ja tukevien valintojen tekeminen.

Henkilöstövoimavarat	
Tunnistetut toiminnan suunnittelun kehittämiskohteet	Yhteiskehittelyn tulos
*resurssit *osaaminen; yksikötason koulutussuunnitelma, henkilötason urakehityssuunnitelmat *kehityskeskustelut *tukipalvelut *alihankinnat *perehdytysuunnitelma *rekrytointi *henkilöstötilinpäätös *työterveyshuolto *työhyvinvoinnin edistäminen	*resurssit > suhteessa asiakasmäärään, pätevyys, moniammatillisuus *osaaminen; yksikötason koulutussuunnitelma, henkilötason urakehityssuunnitelmat > suunnitelmat laaditaan strategiasta nostettujen osaamistarpeiden ja kartoitusten pohjalta *kehityskeskustelut > toteutetaan kirjatun suunnitelman pohjalta vuosittain, laaditaan yhteenvedot, hyödynnetään henkilöstön ja yksikön koulutus- ja kehittämissuunnitelmissa *tukipalvelut > mitoitetaan tarpeen mukaan (vrt. asiantuntijatyö) *alihankinnat > pätevyys ja toimiluvat on tarkistettu *perehdytysuunnitelma > dokumentoitu suunnitelma *rekrytointi > rekrytointiprosessi on kuvattu *henkilöstötilinpäätös > systemaattinen tiedonkeruu, analysointi ja kehittämistoimenpiteet *työterveyshuolto > ulkopuolinen palveluntuottaja *työhyvinvoinnin edistäminen > työkykyä ja terveyttä edistävien valintojen mahdollistaminen

Toiminnan arvioinnin ja laadun jatkuvan kehittämisen kohdalla kehittämistarpeiksi tunnistettiin arvioinnin kohteiden ja mittareiden määrittäminen sekä kehittämissuunnitelmien laatiminen ja toteuttaminen arviointitulosten perusteella.

Hyvän toimintatavan kriteereiksi määrittyivät seuraavat tekijät: arvioinnin kohteiksi on sovittu oma toiminta (prosessiarviointi), asiakastyytyväisyys on mitattu vuosittain (sekä henkilöasiakkailta että yritysasiakkailta), toiminnan vaikuttavuutta on arvioitu. Mittarit on määritelty; minimissään laatuavain tai vastaava itsearviointimittari, laaja asiakastyytyväisyyskysely (kattaa kaikki työterveyshuollon toiminta-alueet), yritysten työterveysraportit. Tulosten pohjalta on laadittu kehittämissuunnitelma seuraavan vuoden toimintasuunnitelmaan.

Toiminnan arviointi ja laadun jatkuva parantaminen	
Tunnistetut toiminnan suunnittelun kehittämiskohteet	Yhteiskehittelyn tulos
*arvioinnin kohteet *mittarit *tulosten hyödyntäminen	*arvioinnin kohteet; > oma toiminta > asiakastyytyväisyys (henkilö- ja yritys-asiakas) > toiminnan vaikuttavuus *mittarit > laatuavain tai vastaava itsearviointimittari > laaja asiakastyytyväisyyskysely > yritysten työterveysraportit *tulosten hyödyntäminen > kehittämissuunnitelma tulosten pohjalta seuraavan vuoden toimintasuunnitelmaan

Intervention jälkeen taulukon muodossa esitetyt tulokset arvioitiin tutkijaryhmässä. Sen lisäksi 3 terveydenhuollon hallinnon opiskelijaa arvioi tulokset harjoittelutyönään.

Työterveyshuollon asetusmuutosta työstettäessä sekä Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -opasta päivitettäessä toiminnan suunnittelumallia tarkennettiin vielä vastaamaan uudistuvan työterveyshuollon kehitystä.

5.4 Yhteenveto toisen vaiheen tuloksista

Yhteenvetona toisen vaiheen tuloksista syntyi malli työterveyshuollon oman toiminnan suunnittelua varten. Alun perin oli tarkoitus laatia useampia malleja erikokoisia työterveysyksiköitä varten. Tästä kuitenkin interventiovaiheen aikana luovuttiin. Mukana oli useita pieniä työterveysyksiköitä. Niiden edustajien näkemys oli, ettei mitään suunnittelun osa-aluetta voi jättää pois vaan lopputuloksena syntyneen suunnitelmarungon pohjalta voidaan laatia suunnitelma myös pienempään yksikköön. Suunnitelma on tällöin vain suppeampi kaikilla osa-alueilla.

Seuraavassa lopputuloksena syntynyt suositus työterveysyksikön suunnittelun osa-alueista ja hyvän toimintatavan kriteereistä (taulukko 9). Mallia on vielä hiottu palautteiden perusteella (liite 3).

Taulukko 9. Malli työterveyshuoltoyksikön oman toiminnan suunnittelusta (tarkennettu malli liitteessä 3).

Toimintaympäristö-analyysi	Keskeiset osa-alueet
	<ul style="list-style-type: none"> * alueen väestön terveystilanne, kansanterveys, demografia * elinkeinorakenne ja kehitystrendit * kansalliset kehityslinjaukset * paikallinen toimijaverkosto ja yhteistyö * kilpailutilanne * kunnan ja maakunnan hyvinvointisuunnitelma (työterveyshuolto osana alueen terveyden edistämisen rakenteita) <p>Arviointikriteerit: kansalliset ja alueelliset kehityslinjaukset on integroitu omaan toimintaan, yhteistyö, rajapinnat ja sovitut toimintatavat perusterveydenhuollon, muiden työterveystoimijoiden ja erikoissairaanhoidon välillä on määritelty</p>
Asiakasanalyysi	Keskeiset osa-alueet
	<ul style="list-style-type: none"> * yritysasiakkaiden määrä, toimiala ja henkilöstö sekä sopimuksen laajuus <p>Arviointikriteerit: sovittu käytäntö: kuka ja kuinka usein päivitetään ja miten</p> <ul style="list-style-type: none"> * yrityksen tarpeet <p>Arviointikriteerit: kuormitustekijät, altisteet, henkilöstöön liittyvät muut terveyteen ja työkykyyn liittyvät tekijät on tunnistettu ja kirjattu</p> <ul style="list-style-type: none"> * sopimuksista, suunnitelmista ja yhteistyömalleista esiin nouseva toiminta vuositason laajuudella <p>Arviointikriteerit: asiakkaan kehityskiinnostus on tunnistettu, yhteistyömallit on dokumentoitu, yritysten työterveyshuollon toimintasuunnitelmissa sovitut toiminnot on siirretty vuositason työaika- ja resurssisuunnitelmiin</p>
Toiminta-ajatus, perustehtävä ja arvot ja visio	Keskeiset osa-alueet
	<ul style="list-style-type: none"> * Toiminta-ajatus on kirjattu <p>Arviointikriteerit: toiminta-ajatus ohjaa toimintaa ja suunnittelua</p> <ul style="list-style-type: none"> * arvot on määritelty ja ne ovat kaikkien tiedossa <p>Arviointikriteerit: arvot on jalkautettu käytännön toimintaan</p> <ul style="list-style-type: none"> * visio on laadittu henkilöstön kanssa yhdessä ohjaamaan seuraavan strategiakauden toimintaa. <p>Arviointikriteerit: visio ohjaa strategiakauden toimintaa</p>

Taulukko 9. jatkuu seuraavalla sivulla...

Strategian määrittäminen	Keskeiset osa-alueet
	<ul style="list-style-type: none"> * toiminnan suunnittelun kehittämiskohteiden tunnistaminen * strategiset tavoitteet * pidemmän tähtäykset linjaukset tavoitteiden saavuttamiseksi <p>Arviointikriteerit: tavoitteet ja linjaukset on laadittu yhdessä henkilöstön kanssa 3–5 vuodelle</p>
Toiminnan suunnittelu	Keskeiset osa-alueet
	<ul style="list-style-type: none"> * vuositason mitattavat tulostavoitteet sekä taloudelliset että strategiasta johdetut <p>Arviointikriteerit: konkreettiset tavoitteet ja mittarit on laadittu</p> <ul style="list-style-type: none"> * ydinprosessit <p>Arviointikriteerit: ydinprosessit on kuvattu</p> <ul style="list-style-type: none"> * toiminnan organisointi <p>Arviointikriteerit: tarkoituksenmukainen toimintojen organisointi on analysoitu ja kuvattu (esim. tiimit)</p> <ul style="list-style-type: none"> * työnjako <p>Arviointikriteerit: työnjako lääkärin ja terveydenhoitajan välillä (esim. työpari), ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden välillä on määritelty ja kuvattu</p> <ul style="list-style-type: none"> * taloussuunnittelu <p>Arviointikriteerit: kustannusanalyysi, taloudelliset tavoitteet (netto, voittoa tavoitteleva), budjetti on toteutettu</p> <ul style="list-style-type: none"> * kokouskäytännöt ja sisäinen tiedottaminen <p>Arviointikriteerit: käytännöt on sovittu</p> <ul style="list-style-type: none"> * työvälineet <p>Arviointikriteerit: poistot ja hankinnat on suunniteltu</p> <ul style="list-style-type: none"> * työtilat <p>Arviointikriteerit: tarpeet, käyttöaste on arvioitu</p> <ul style="list-style-type: none"> * markkinointi <p>Arviointikriteerit: potentiaaliset ja avainasiakkaat on tunnistettu ja markkinointisuunnitelma laadittu</p> <ul style="list-style-type: none"> * yhteistyö ja verkostoituminen <p>Arviointikriteerit: yhteistyötarpeet ja yhteistyön ja verkostoitumisen hyödyt on tunnistettu, kumppanuudet on sovittu</p>

Taulukko 9. jatkuu seuraavalla sivulla...

Henkilöstövoimavarat	Keskeiset osa-alueet
	<p>* resurssit Arviointikriteerit: resurssit suhteessa asiakasmäärään, pätevydet ja moniammatillisuus on arvioitu ja henkilöstötarve määritelty</p> <p>* osaaminen, yksikkötason koulutussuunnitelma, henkilötason urakehityssuunnitelmat Arviointikriteerit: suunnitelmat on laadittu strategiasta nostettujen osaamistarpeiden ja kartoitusten pohjalta</p> <p>* kehityskeskustelut Arviointikriteerit: kehityskeskustelut on toteutettu kirjatun suunnitelman pohjalta vuosittain, laadittu yhteenvedot, joita on hyödynnetty henkilöstön ja yksikön koulutus- ja kehittämissuunnitelmissa</p> <p>* tukipalvelut Arviointikriteerit: tukipalvelut on mitoitettu tarpeen mukaan (vrt. asiantuntijatyö)</p> <p>* alihankinnat Arviointikriteerit: pätevyys ja toimiluvat on tarkistettu</p> <p>* perehdytysuunnitelma Arviointikriteerit: yksikössä on kirjallinen suunnitelma</p> <p>* rekrytointi Arviointikriteerit: rekrytointiprosessi on kuvattu</p> <p>* henkilöstötilinpäätös Arviointikriteerit: henkilöstön tilanteesta on kerätty tietoa systemaattisesti, analysoitu kerätty tieto ja määritelty kehittämissuunnitelman toimenpiteet</p> <p>* työterveyshuolto Arviointikriteerit: henkilöstölle on järjestetty työterveyshuoltopalvelut ulkopuolisen palveluntuottajan toimesta</p> <p>* työhyvinvoinnin edistäminen Arviointikriteerit: työkykyä ja terveyttä edistävien valintojen tekeminen on mahdollistettu</p>
Toiminnan arviointi ja laadun jatkuva parantaminen	Keskeiset osa-alueet
	<p>* arvioinnin kohteet; oma toiminta, asiakastyytyväisyys (henkilö- ja yritysasiakas), toiminnan vaikuttavuus,</p> <p>* mittarit; laatuavain tai vastaava itsearviointimittari, laaja asiakastyytyväisyyskysely, yritysten työterveysraportit</p> <p>* tulosten hyödyntäminen; Arviointikriteerit: kehittämissuunnitelma tulosten pohjalta seuraavan vuoden toimintasuunnitelmaan on tehty</p>

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Työterveyshuollon toiminnan suunnittelun keskeiset osa-alueet

Työterveysyksiköiden oman toiminnan suunnittelun keskeisiksi osa-alueiksi monivaiheisen ja -metodisen työskentelyn jälkeen tiivistyivät hyvin pitkälle alkuhypoteesina hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaasta nostetut suunnittelun osa-alueet (ks analyysirunko liitteessä 1). Niiden sisältö ja keskinäinen järjestys täsmentyivät prosessin aikana, samoin merkitys toiminnan laadun ja vaikuttavuuden näkökulmasta tarkasteltuna. Interventiovaiheessa oli mukana pitkään intensiivistä kehittämistyötä työterveysyksiköissään toteuttaneita osallistujia. Myös he tunnistivat hyvin samansuuntaisia kehittämistarpeita kuin monet pienempienkin työterveysyksiköiden edustajat. Yhtään suunnittelun osa-aluetta ei katsottu hyvän suunnittelukäytännön näkökulmasta tarpeettomaksi. Tämän vuoksi osallistujien kanssa päätettiin rakentaa vain yksi malli.

Perustehtävän kirkastaminen, toiminta-ajatuksen ja vision rakentaminen yhdessä henkilöstön kanssa luo perustan ja merkityksen työlle ja ohjaa yksikön johtamista ja strategista suunnittelua. Myös pienissä työterveysyksiköissä koettiin tarpeelliseksi pohtia oman työn ydinkysymyksiä. Mukana ei ollut kuitenkaan yhtään sellaista työterveysyksikköä, jossa työterveyshuoltopalveluja olisi tuottanut pääasiassa työterveyshoitaja, jolla on samanaikaisesti myös muita väestön terveydenhuoltoon liittyviä tehtäviä vastuullaan. Tällaisessa tapauksessa oman toiminnan jäsentäminen työterveyshuollon näkökulmasta voi olla erityisen vaativaa. Näiden yksikköjen määrä on kuitenkin ollut selkeästi vähentymässä erilaisten verkostojen ja yhteistoimintamallien sekä fuusioiden lisääntyä.

Omaan toimintaympäristöön työterveysyksiköt olivat tutustuneet vain jossain määrin, kunnalliset toimijat kuitenkin selkeästi laajemmin kuin yksityiset. Kuntien kohdalla on todennäköisesti jouduttu tekemään erilaista selvitystyötä meneillään oleviin valtakunnallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisiin kehittämissuunnitelmiin. Tässä tutkimuksessa ei ollut mukana valtakunnallisia, yksityisiä palveluntuottajia, jotka toteuttavat analyysit todennäköisesti konsernitasolla. Olisi mielenkiintoista tietää, kuinka hyvin ne otetaan käyttöön alueilla ja vaikuttavat asiakaslähtöisten palvelujen suunnitteluun.

Eryteisesti on huomioitava, että toimintaympäristöanalyysiin sisältyvät myös valtakunnalliset linjaukset ja kehittämissuunnitukset. Tutkimusaineiston keruun jälkeen

julkaistiin työterveyshuoltoa sivuavia työryhmien raportteja (Ahtelan, Rantahalvarin ja Kuuskosken johtamien työryhmien raportit). Niiden pohjalta on tehty merkittäviä työterveyshuollon toimintaan vaikuttavia lainsäädännöllisiä uudistuksia (sv-lain muutokset ja VNa 708/2013) sekä uudistuva Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -opas, joka on vielä työstettävänä. Mikäli työterveyshuollossa ei olla selvillä uudistuvasta lainsäädännöstä ja kansallisista kehittämissuunnitelmista, on olemassa vaara, että toimintaa kehitetään ja painopisteet määritetään muista lähtökohdista tai systemaattista kehittämistyötä ei tapahdu lainkaan. Tällöin työurien pidentämiseen tähtäävät yhteisesti sovitut toimenpiteet työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyön ja vastuiden vahvistamiseksi voivat pahimmassa tapauksessa vesittyä.

Toiminnan organisoinnissa toisessa vaiheessa mukana olleet työterveysyksiköt tunnustivat useita kehittämistarpeita. Yhtenä merkittävänä asiana tunnustettiin keskinäisen työnjaon ja organisoitumisen suunnittelu. Tällä on yhtymäkohtia henkilöstön osaamiseen, jaksamiseen ja moniammatillisuuden tehokkaaseen hyödyntämiseen. Esimerkkinä voidaan mainita hyvästä käytännöstä työterveyslääkärin ja -hoitajan työparityöskentely ja/tai moniammatillisuuden toteutumisen varmistaminen organisoimalla keskinäistä työnjakoa tiimeiksi, joilla on vastuullaan tietyn toimialan työpaikat. Työterveyshuollon erikoistumista joillekin toimialoille ei nostettu selkeästi esille.

Pääsääntöisesti erilaiset kokouskäytännöt on sovittu ja suunniteltu vuositasolla. Vuosikello antaa hyvän pohjan yksikön toiminnalle. Sen lisäksi on tärkeää miettiä, millä tavalla ja minkälaisien asioiden käsittelyyn koko henkilöstö osallistuu. Ei ole tarkoituksenmukaista, että yhteiset kokoukset ovat pääasiassa tiedotustilaisuuksia. Henkilöstön osallistaminen työhönsä keskeisesti vaikuttavaan suunnitteluun ja päätöksentekoon lisää motivaatiota ja sitoutumista.

Resursoinnissa ja toiminnan mitoittamisessa on yleisesti ottaen vielä kehittämistä. Työkuormituksen hallitsemiseksi tulee analysoida asiakkaiden kanssa tehdyissä sopimuksissa ja suunnitelmissa annetut lupaukset ja siirtää saatu tieto yksilö- ja työterveysyksikkötasoihin suunnitelmiin. Tarvittaessa toimintoja tulee priorisoida. Myös yllättävien tilanteiden hoitamiseen asiakastyöpaikoilla tulee varata riittävästi aikaa.

Työterveyshenkilöstön pätevyyksien varmistamisessa on puutteita. Etenkin isommassa työterveyshuoltoyksiköissä, mikäli vaihtuvuus on suuri, pätevän henkilöstön seuranta varten on hyvä olla selkeä toimintatapa.

Henkilöstön kehittämiseen ja työhyvinvointiin tulee kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Täydennyskoulutusvelvoite vaatii tarkentamista. Isojen yksikköjen sisäinen koulutus on merkittävää, mutta jossain määrin myös ulkoista koulutusta on tär-

keä hyödyntää, ettei toiminta muutu liian ”sisäänpäin lämpiäväksi”. Henkilöstön jatkokoulutuksen tukeminen ja hyödyntäminen on yksi merkittävä vaihtoehto uusimman tiedon saamiseksi työterveysyksikön käyttöön.

Henkilöstön omien työterveyshuoltopalvelujen järjestäminen ulkoisen palveluntuottajan toimesta on yleistynyt, mutta jäi tässä tutkimuksessa vielä jonkin verran epäselväksi.

Toimintasuunnitelmien toteutumisen seuranta ja arviointi

Työterveysyksiköt seurasivat ja arvioivat omien suunnitelmiensa toteutumista pääasiassa talouden ja toimenpiteiden määrällisen kehityksen sekä resurssien käytön tehokkuuden näkökulmasta. Asiakastyytyväisyyskyselyjä kyllä toteutettiin, mutta harvoin systemaattisesti kehittämistoiminnan tukena. Hankkeen aikana tutustuttavaksi saadut asiakastyytyväisyyskyselyt kohdistuivat lähinnä henkilöasiakkaiden tyytyväisyyteen vastaanottotoimintaan ja senkin osalta pääasiassa sairaanhoitoon. Kyselyt olivat luonteeltaan ennemminkin palautteen luonteisia eivätkä kohdentuneet työterveyshuoltotoiminnan kokonaisuuteen. Kyselyt ovat aina myös interventioita. Vastaanottotoimintaan keskittyneet tyytyväisyyskyselyt viestittävät sen olevan työterveyshuoltotoimintaa muiden toimintojen jäädessä vieraiaksi, tai jopa niin etteivät kyselyihin vastanneet niistä edes tiedä.

Vaikuttavuuden osoittamisen tärkeys oli tiedostettu, mutta kohteita ja mittareita sen arvioimiseksi jäätin kaipaamaan. Laadun jatkuvaan parantamiseen oli useissa yksiköissä kehitetty laatujärjestelmä. Avoimeksi jäi, missä määrin esimerkiksi sertifioituissa laatujärjestelmissä huomioidaan työterveyshuollon sisältöön liittyvät kysymykset laadun keskeisinä tekijöinä, ja missä määrin ne keskittyvät prosessien sujuvuuteen ja rakenteisiin.

Työterveyshuollon järjestämistavan merkitys toiminnan suunnitteluun

Järjestämistavalla on merkitystä työterveysyksikön toiminnan suunnitteluun. Toisessa ääripäässä kunnallisessa työterveyshuollossa on pääasiassa yhden tai kahden työterveyshoitajan yksikköjä, joissa työterveyslääkärin resurssia on käytettävissä jossain määrin, muita asiantuntijoita hyvin niukasti. Toisessa ääripäässä ovat isot kunnalliset liikelaitokset, jotka useimmiten ovat hyvin resursoituja. Pienten yksiköiden ongelmaksi tulee muodostumaan työterveyshuollossa kohdistuvat uudet vaatimukset: muun muassa yksikkökohtainen laatujärjestelmä, työkyvyttömyyden ehkäisyyn ja työhön paluun tukemiseen liittyvät moninaiset vaatimukset, vaativat työkyvyn arvioinnit ja raportointi. Verkostoituminen alueellisesti näyttää varteen otettavalta rat-

kaisulta. Tässä tutkimuksessa kunnalliset työterveysyksiköt olivat suunnitelmissaan pohtineet näitä kysymyksiä.

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa mukana olleet työterveysyksiköt olivat pääsääntöisesti keskikokoisia kunnallisia työterveysyksiköitä ja työpaikkojen omia asemia. Omien työterveysyksiköiden erityispiirteenä oli suunnitelmien integroituminen yrityksen henkilöstösuunnitelmiin. Oma suunnitelma käsitti lähinnä asiakasyrityksen toiminnan suunnittelua. Suunnitteluun liittyviä asiakirjoja oli kyllä löydettävissä, mutta ne olivat hajallaan erilaisissa muissa suunnitelmissa esimerkiksi yrityksen henkilöstöhallinnon asiakirjoissa. Mukana olleet yksiköt kokivat oman erillisen suunnitelman kuitenkin tarpeelliseksi.

Isoilla palveluntuottajilla haasteena on henkilöstön pätevyyden varmistaminen kun vaihtuvuus on suuri, pienillä kunnallisilla puolestaan työterveyslääkärin ja asiantuntijoiden riittävien resurssien turvaaminen. Erittäin haasteellista koko työterveyshuollon kehittämisessä valtakunnallisesti on määrittää pienille työterveyshuoltoyksiköille asetettavat vaatimukset. Toisaalta nyt kun ollaan tekemässä laajamittaista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta, tulee samassa yhteydessä selvittää työterveyshuollon asema ja edellytykset turvata riittävät palvelut alueen työssä käyvälle väestölle. Samalla tulee tarkistaa tarkoituksenmukaiset hoitoketjut ja siihen liittyen työn ja vastuiden jako työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen I-vaiheen aineiston keruuseen laadittiin arviointilomake, joka perustui aikaisempaan tutkimustietoon ja hyvään työterveyshuoltokäytäntöön. Hyvällä työterveyshuoltokäytännöllä on puolestaan lainsäädännöllinen tausta. Arviointilomakkeen rakenne muodostui suurimmaksi osaksi Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaan pohjalta. Lisäksi hyödynnettiin aikaisempaa kirjallisuus- ja tutkimustietoa terveydenhuollon suunnittelusta. Näiltä osin arviointilomaketta voidaan pitää validina.

Suunnittelun lähtökohtana oli strateginen johtaminen. Näkökulmana balance scorecard (BSC) tuli esille teoriaosuudessa sekä tutkimuksen kuluessa tarkasteltaessa tuloksia ja erityisesti työterveysyksiköiden lähettämiä tuloskortteja. BSC toimi osaltaan teoreettisena jäsentäjänä tutkimuksen edetessä. Asiakas-, prosessi-, henkilöstö- ja talousnäkökulmat toiminnan suunnittelussa täsmentyivät tutkimuksen kuluessa.

Lähetettyjen toimintasuunnitelmien analyysi käynnistyi lukemalla, alleviivaamalla ja taulukoimalla kerätty tieto arviointilomakkeen pohjalta teemoittain, jolloin se tiivistyi

ja oli helpommin käsiteltävissä muodossa. Näin voitiin samalla varmistaa yhdenmukainen arviointi kaikille toimintasuunnitelmat lähettäneille työterveysyksiköille. Kirjaukset tarkistettiin alkuperäisestä aineistosta tutkimuksen kuluessa. Aineistossa etsitty tieto saattoi esiintyä useassa eri yhteydessä, mikä vaikeutti tulkintaa. Kerätyn aineiston laatu vaikutti jossain määrin tulosten luotettavuuteen. Analyysin oikeellisuus tarkistettiin vielä tutkijaryhmässä. Näin pyrittiin vahvistamaan analyysin luotettavuutta.

Tutkimusaineisto koostui suurimmaksi osaksi työnantajien omien työterveyshuoltoyksikköjen lähettämistä toimintasuunnitelmista. Seuraavaksi eniten saatiin kunnallisten palveluntuottajien suunnitelmia. Tulokset kuvaavat pääasiassa näitä kahta palvelujen järjestämistapaa edustavien työterveysyksiköiden oman toiminnan suunnittelukäytäntöjä. Lisäksi mukana oli yritysten yhteisten työterveysyksiköiden suunnitelmia. Lääkärikeskusten toimintasuunnitelmat puuttuivat lähes kokonaan, joten saatua tietoa ei voida yleistää käsittämään työterveysyksiköiden toiminnan suunnittelua. Luotettavasti voidaan kuitenkin todeta, että oman toiminnan suunnittelu ei ollut vakiintunut käytäntö tutkimuksessa mukana olleissa työterveyshuoltoyksiköissä. Toimintasuunnitelmiksi tarkoitetut dokumentit eivät täyttäneet kaikilta osin toimintasuunnitelman vaatimuksia. Monet niistä olivat asiakkaan toimintasuunnitelmiksi tarkoitettuja, työpaperimaisia tai ranskalaisin viivojen esitettyjä muistiinpanoja. Luotettavuutta olisi lisännyt kattavampi aineisto eri palveluntuottajilta. Tulos antaa kuitenkin alustavaa tietoa työterveyshuollon oman toiminnan suunnittelun kehittämistarpeista ja -kohteista.

Kaikkiin tutkimuskysymyksiin ei saatu vastausta. Etenkin työterveyshuollon järjestämistavan merkitys hahmottui vain osittain koska lääkärikeskusten toimintasuunnitelmia oli aineistossa hyvin niukasti. Toiminnan suunnittelun keskeiset osa-alueet sen sijaan onnistuttiin nostamaan esille. Luotettavuutta vahvisti tutkimuksen toinen vaihe, jossa suunnittelun problematiikkaan päästiin pureutumaan syvällisemmin. Myöskään toiseen tutkimuskysymykseen suunnitelmien toteutumisen ja seurannan arvioinnista ei saatu riittävästi luotettavaa tietoa. Kuitenkin tutkimus antaa hyvän kuvan etenkin kunnallisten ja yritysten omien työterveyshuoltoyksiköiden toiminnan seurannasta ja arvioinnista. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2010 ja kehitystrendi 2000–2010-katsauksen (Työterveyslaitos 2012) mukaan työterveysyksikköjen oman toiminnan arviointi ja seuranta on edistynyt, mutta on edelleenkin hyvin vähäistä. Keskeisin tapa arvioida omaa toimintaa oli katsauksen mukaan käydä keskusteluja asiakasyritysten kanssa. Katsauksen tulokset vahvistavat tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia seurannan ja arvioinnin osalta.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET

Toimintasuunnitelmien arvioinnin lähtökohtana pidettiin hyvää työterveyshuoltokäytäntöä. Tulosten perusteella työterveysyksiköiden oman toiminnan suunnittelu kattoi vain joitakin suunnittelun osa-alueita, eikä täyttänyt kaikilta osin hyvän työterveyshuoltokäytännön kriteereitä. Työterveysyksiköiden oman toiminnan suunnittelua tulee jatkossa vaatimusten kasvaessa kehittää systemaattisesti.

Tulosten perusteella strateginen pitkäjänteinen suunnittelu oli vähäistä. Tämä johtaa helposti reaktiiviseen tapaan toimia. Vaikuttavuuden näkökulmasta pitkäjänteinen suunnittelu on perusteltua. Toiminnan suunnittelu edellyttää tavoitteellista johtamista.

Toimintaympäristön analysointiin oli pureuduttu selkeämmin kunnallisissa työterveysyksiköissä. Tähän kokonaisuuteen kuuluvat kuitenkin myös kansalliset kehittämislinjaukset ja uudistuva lainsäädäntö, joilla pitäisi olla merkittävä rooli toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä. Keskeisiin kehittämislinjauksiin oli tutustuttu vain hyvin harvoissa työterveysyksiköissä.

Jotta työterveyshuollossa kyetään vastaamaan sille asetettuihin vaatimuksiin, tulee jokaisen työterveyshuollossa toimivan olla selvillä uusista työterveyshuollon toimintaan kohdistuvista kehittämislinjauksista ja säädöksistä. Tätä tarkoitusta varten on hyvä olla sovittu käytäntö. Kehittämislinjaukset ja säädökset tulee olla myös oman toiminnan arvioinnin ja kehittämisen pohjana.

Toiminnan organisoinnissa etenkin suuremmissa työterveysyksiköissä oli tunnistettavissa kehittämistarpeita keskinäisessä työnjaossa ja moniammatillisuuden suunnitelmallisessa toteuttamisessa. Keskeistä on, että työpaikoille palveluja tuottava moniammatillinen tiimi toimii kiinteässä yhteistyössä sekä sisäisesti että yrityksen kanssa, ja että se on hyvin perehtynyt asiakkaana olevan työpaikan toimialaan ja haasteisiin. Tämä tulee huomioida työterveysyksikön toimintaa organisoitaessa ja työterveysyhteistyön malleja rakennettaessa.

Henkilöstön pätevyyden varmistaminen ja täydennyskoulutuksesta huolehtiminen vaativat vielä tehostamista. Etenkin suurissa yksiköissä tämä vaatii systemaattista osaamisen johtamista. Henkilöstön osaaminen ja kouluttautuminen tulee dokumentoida. Osaamis pääomasta huolehtiminen on osa johtamista.

Työterveyshuollolta tullaan lähitulevaisuudessa vaatimaan laadun ja vaikuttavuuden kehittämistä. Se edellyttää hyvää toiminnan suunnittelua, seurantaa ja kehittämistä kaikilla tässä tutkimushankkeessa esiin nostetuilla osa-alueilla. Tämä puolestaan edellyttää työterveysyksikön toiminnan ja henkilöstön osaavaa johtamista.

Asiakastyytyväisyyskyselyt olivat yksi merkittävimmistä oman toiminnan arviointiin käytetyistä menetelmistä. Kuitenkin valtaosa niistä oli lähinnä asiakaspalautteita vastaanottotoiminnasta. Laaja-alaisemmat asiakas- ja yritystytyväisyyskyselyt lisäävät tietoisuutta työterveyshuollon toimintakokonaisuudesta työpaikoilla, mutta niiden pohjalta voi myös kehittää omaa toimintaa entistä syvällisemmin. Niiden tuleekin kattaa työterveyshuollon koko toimintakokonaisuus.

Toisena toiminnan arviointiin käytettynä menetelmänä nousi itsearviointi. Se kohdistui pääasiassa tuotantoon, talouteen ja henkilöstöön. Mittareita valittaessa tulee kiinnittää huomioita niiden kattavuuteen hyvän työterveyshuoltokäytännön toteutumisen arvioimiseksi.

Tutkimuksen tulokset antavat hyvän pohjan työterveysyksiköiden oman toiminnan suunnittelun kehittämiseksi koulutuksissa ja erilaisissa hankkeissa. Lisäksi tulosten pohjalta luotiin laajassa yhteisymmärryksessä eri työterveyshuoltopalvelujen järjestämistapoja edustavien osallistujien kanssa malli hyväksi työterveysyksikön suunnittelukäytännöksi.

Työterveyslaitos tulee julkaisemaan oppaan suunnittelumallin hyödyntämisestä. Lisäksi taulukkomuotoinen malli tullaan julkaisemaan Työterveyslaitoksen työterveyshuollon aihesivustoilla (www.ttl.fi).

LÄHTEET

Alasuutari, P. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino, 3. uud. painos 2001. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Antti-Poika, M. 2002. Laatujohtaminen työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Aromaa, E. 2006. Myös työterveys ja turvallisuus näkyvät yritysjohton laskenta-toimessa vuonna 2015. Muuttuva työympäristö. Visio vuoteen 2015. Liesivuori ym. (Toim.) Työympäristötutkimuksen raporttisarja 24. Työterveyslaitos. Edita Prima Oy; 51–55.

Askola, I. 2003. Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelma. Seurantaraportti 2002. Helsinki: Työministeriö.

Burns, N. & Grove, S. 1997. The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization. W.B. Saunders Company: Philadelphia.

Collins, J. 2003. Hyvästä Paras - Miksi jotkut yritykset menestyvät ja toiset eivät? Tiimiakatemia: Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Cooper, R. W., Frank, G. L., Hansen, M. C. 2002. Key ethical issues encountered in healthcare organisations. Perceptions of nurse executive. Journal of Nursing Administration 32(6): 331–337.

Drucker, P. 2000. Johtamisen haasteet. Juva. WSOY.

Eranti, E. Itsearviointi. 2005. Työ näkyväksi, arvioitavaksi, paremmaksi. Helsinki. Erikoispaino Oy.

Etene 2000. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene- julkaisuja 1. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Heikkinen HTL, Jyrkämä J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Siinä tutkijamissä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja: 25–62. Toim. Heikkinen HTL, Huttunen R, Moilanen P. Jyväskylä: ATENA-kustannus. Juva. WSOY-kirjapainoyksikkö.

Heikkinen, H. 2001. Toimintatutkimus – Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä. PS-kustannus, 170–185.

- Helin, K. 2006. Yhdessä menestymisen taito. Talentum. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Hocker SM, Trofino J. Transformational leadership: the development of a model of nursing case management by the army nurse corps. Lippincotts Case Manag. 2003 Sep-Oct;8(5):208–13.
- Holdsworth, R. 2003. Prctical applications approach to design, development and implementation of an integrated management system. Management Systems Technology. USA. J Hazard Mater: New Orleans
- Huotari, P. 2003. Strateginen osaaminen ja sen johtaminen. Helsingin nuoriso- ja sosiaalitoimen henkilöstön osaaminen strategioiden toteuttajana. Tampereen, Kuopion, Joensuun sekä Lapin yliopistojen yhteishanke. Tampere. Työsuojelurahasto.
- Husman, K. 2003. Työterveyshuolto prosessina. Antti-Poika, M., Martimo, K-P., Husman, K. (toim.). Teoksessa Työterveyshuolto. Jyväskylä: Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Jokiluoma, H. 2006. Työolojen vaikutus työpaikkojen vetovoimaisuuteen. Muuttuva työympäristö. Visio vuoteen 2015. Liesivuori ym. (Toim.) Työympäristötutkimuksen raporttisarja 24. Työterveyslaitos.
- Jouttimäki, L. & Leino, T. 2006. Työterveyshuollon Laatuavain – itsearviointin työkalu. Työterveyslaitos. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Järvinen, P. 2005. Ammattina esimies. Juva. WS Bookwell Oy.
- Koivisto, T. 2007. Terve Kunta -päivät. Ritamo, M. (Toim.) Laatusuosituksista tukea kuntien terveydenedistämistyölle. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Korpivuoma, E., Jatkonen, H., Pietilä, A-M. 1998. Psykkiset kuormitustekijät ja työn hallinta työterveyshoitajan työssä. Hoitotiede 10 (1): 14–23.
- Korppi, M., Lauri, S, Mäntyranta, T. 2004. Näyttöön perustuva terveydenhuolto. Toim. Mäntyranta ym. Terveyspalvelujen suunnittelu. Jyväskylä: Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä. Tammer-Paino Oy. Tampere.

- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1): 3–12.
- Kyrölähti, E. 2005. Työterveyshuollossa työskentelevän terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen. Itsesäätelyvalmiuksien kehittäminen ammattikorkeakoulussa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S., Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laatukeskus EFQM excellence malli 2013. http://www.laatukeskus.fi/sites/default/files/efqm_excellencemalli2013.pdf
- Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY: Juva. Dark Oy.Vantaa.
- Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 19/2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120019> luettu 30.7.2014
- Lauttio, M-L. & Koskensalmi, S. 2002. Organisaatioiden yhteistyövalmiudet ja verkostojen rakentaminen. Lindström, K. ym. toim. Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.
- Lehto, M. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. 2006. Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. Helsinki.
- Leppänen, A. & Norros, L. 2002. Monimutkaistuvat tuotantoprosessit ja toimintaympäristöt. Rantanen, J. ym. toim. Työ ja ihminen. Työympäristötutkimuksen aikakauskirja 2. Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.
- Lindroos, J-E. & Lohivesi, K. 2004. Onnistu strategiassa. WSOY: Juva.
- Malmivaara, A. 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. *Duodecim* 118(9): 877–9.
- Manninen P, Laine V, Leino T, Mukala K, Husman K (toim.) 2007. Helsinki: Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.
- Manninen, P. (toim.) 2007. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2004 - kehitystrendien tarkastelua. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.
- Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. International Methelp Ky. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

- Martimo, K-P. 1999. Laatuajattelun periaatteet työterveyshuollossa. Teoksessa Konsittit on monet 1. Laadunkehittämisen tositapauksia työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Mintzberg, H., Lampel, J., Quinn, J., Ghoshal, S. 2003. The Strategy Process, concepts contexts, cases. Section II, Chapter 8, Organization 207–234. Person Education Limited, Essex CM20 2 JE United Kingdom. Prentice Hall. Upper Saddle River: New Jersey.
- Mäkinen, P., Könni, U., Hakkola, M., Parkkinen, P., Haavasoja, T. 2006. Työterveyshuoltohanke. Uudenmaan työsuojelupiiriin ja Työterveyslaitoksen yhteistyöhankkeen loppuraportti 31.12.2006. Helsinki8: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos.
- Mäntyranta, T., Elonheimo, O. Mattila, J. Viitala, J. (Toim.) 2004. Terveyspalvelujen suunnittelu. Helsinki: Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Naumanen-Tuomela, P. 2001. Työterveyshoitajan asiantuntijuus työikäisten terveyden edistämistyössä muuttuvassa yhteiskunnassa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 88. Kuopio. Kuopion yliopisto.
- Niemelä, M., Pirker, A., Westerlund, J. 2008. Strategiasta tuloksiin. Talentum. Helsinki: WSOY pro.
- Nilsson, K., Hertting, A., Pettersson, I-L., Theorell. 2005. Pride and confidence at work: potential predictors of occupational health in a hospital setting. BMC Public Health 5: 92.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.–4. painos. Porvoo. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Perttilä, K. 2007. Terveiden edistämisen rakenteita ja johtamiskäytäntöjä. Terve Kunta -päivät. Ritamo, M. (Toim.) Helsinki. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Peurala, M & Kankaanpää, E., Manninen, P. (toim.). 2007. Työterveysyksikön oma toiminta. Laadunhallinta työterveyshuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Pietilä, A-M. & Hakulinen, T. & Hirvonen, E. & Koponen, P. & Salminen, E-M. & Sirola, K. 2001. Terveiden edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. Helsinki. WSOY.
- Rautio, M. 2004. Muuttuva työelämä haastaa työterveyshuollon kehittämään menetelmiään ja osaamistaan. Diakonia-ammattikorkeakoulu. A Tutkimuksia 9. Helsinki. Multiprint Oy.

- Rokkanen, T. & Launis, K. 2003. Terveyskeskustyöterveyshuolto – mahdoton tehtävä? Kaaoksen tunteesta muutoksen paikalliseen analyysiin. Työ ja ihminen Tutkimusraportti 22. Helsinki: Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.
- Romana, A., Keskinen, S., Keskinen, E. 2004. Tutkimusraportti. Oikeudenmukainen johtaminen – arjen kokemuksia ja menetelmiä. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus.
- Räsänen ym. Raportti 29. 5/2006. Eettinen arviointi tuottaa viisaita valintoja. Terveystenhuollon menetelmien arviointiyksikön lehti. Impakti. FinOHTA.
- Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224 (sis.muutokset 2011)
- Sandelowski, M. 1997. Qualitative metasynthesis: Issues and Techniques. University of North Carolina. Research in Nursing & Health. 20 (4): 365–371.
- Santalainen T. 2005. Strateginen ajattelu. Helsinki: Talentum.
- Savolainen, K., Pasanen, A-L., Luotamo M. 2006. Uudet teknologiat nyt ja vuonna 2015. Muuttuva työympäristö. Visio vuoteen 2015. Liesivuori ym. (Toim.) Työympäristötutkimuksen raporttisarja 24. Helsinki: Työterveyslaitos.
- SFS-EN ISO 9001 2001. Suomen Standardisoimisliitto. Helsinki. Kyriiri Oy.
- Simola A. 2001. Mitä yksituumaisempi henkilöstö, sitä parempi työterveysaseman menestys. Väitöstutkimus. Jyväskylän yliopisto.
- Simola, A. 2005. Turvallisuuden johtaminen esimiestyössä. Oulun yliopisto. Verkkojulkaisu. <http://herkules oulu.fi/isbn9514277619/isbn9514277619.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveysten edistämisen laatusuositus. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19.
- TEKES. Tulevaisuus on osaamisessa. Teknologiastrategia – näkemys valinnoista. Helsinki 2002. http://www.hpl.fi/ek_suomeksi/tulevaisuusluotain/dokumentit/linkki_pdf/tekes240902.pdf
- Toikko T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere University Press. TUP.
- Tossavainen, K. 1996. Yhteistoiminnallinen oppiminen terveydenhuollon opettajakoulutuksessa. Vertailututkimus suomalaisten ja englantilaisten opiskelijoiden kokemuksesta. Joensuun yliopisto. Nro 62. Joensuu.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:2: Helsinki.

Työelämäryhmän loppuraportti. Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. 1.2.2010. http://pda.ek.fi/www/fi/tutkimukset_julkaisut/2010/2_helmi/TEResitys010210.pdf

Työhyvinvointiryhmän raportti. Puheenjohtajana Kuuskoski Eeva. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:4. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-15002.pdf

Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. työryhmän loppuraportti. Puheenjohtajana Rantahalvari Vesa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:6. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14934.pdf

Työterveyshuoltolaki 1383/2001. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Valtanan, J. 2006. Henkilöstösuunnittelu ja – prosessit. Teoksessa Henkilöstön kehittämisen opas. Valtanan, J. ym. Turun kauppakorkeakoulu. Yritystoiminnan tutkimus- ja koulutuskeskus. Tampere. Kirjapaino Esa Print Oy.

Valtioneuvoston asetus 1484/2001 hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011484>

Valtioneuvoston asetus 708/2013 hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=valtioneuvoston%20asetus%20708%2F2013>

Varsio, S., Nordblad, A., Linna, M., Arpalahti, I., Stömmer, P., Karhunen, T., Huhtala, S. 2008. Strateginen johtaminen ja benchmarking-kehittäminen 2002–2005. SUHAT-hankkeen menestystarina. Helsinki. Valopaino Oy.

Virokannas, H. 2004. Työterveyspalvelujen tuottaminen kunnallisena liikelaitoksena. Teoksessa Terveyspalvelujen suunnittelu. Mäntyranta T. ym. toim. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Ward, K. 2002. A vision for tomorrow: Transformational nursing leader. Health Assessment, Langston University College of Nursing, Nursing Outlook, Volume 50, Issue 3; 121–126. USA.

White, E. & Creek, J. 2006. College of occupational therapists' research and development strategic vision and action plan: 5-year review. Verkkojulkaisu: British Journal of Occupational Therapy. March 70(3), s. 122–127.

LIITE 1

TOIMINTASUUNNITELMIEN ARVIOINTILOMAKE

1. Työterveyshuollon taustatiedot

Organisaation taustatiedot:

Terveyskeskus / Kunnallinen liikelaitos

Lääkärikeskus / Yksityinen työterveyspalvelujen tuottaja

Työnantajan oma työterveysyksikkö

Työnantajien yhteinen

Toimintasuunnitelma on vuodelle/vuosille: _____

Työterveysyksikön henkilöasiakasmäärä on:

alle 1000 _____

1000–4000 _____

yli 4000 _____

Kuinka monelle yritykselle tuotetaan

lakisääteisiä palveluja (Kela 1): _____

kokonaisvaltaisia palveluja (Kela 1 ja Kela 2): _____

Kuinka monelle yrittäjälle tuotetaan

lakisääteisiä palveluja (Kela 1): _____

kokonaisvaltaisia palveluja (Kela 1 ja Kela 2): _____

Kuinka monelle maatalousyrittäjälle tuotetaan

lakisääteisiä palveluja (Kela 1): _____

kokonaisvaltaisia palveluja (Kela 1 ja Kela 2): _____

*Työterveysyksikön henkilöstömäärä:*

Kokopäiväisiä työterveyslääkäreitä _____ osa-aikaisia työterveyslääkäreitä _____

Kokopäiväisiä työterveyshoitajia _____ osa-aikaisia työterveyshoitajia _____

Kokopäiväisiä työterveysfysioterapeutteja _____

osa-aikaisia työterveysfysioterapeutteja _____

Kokopäiväisiä työterveyspsykologeja _____ osa-aikaisia työterveyspsykologeja _____

Kokopäiväistä toimistohenkilökuntaa _____ osa-aikaista toimistohenkilökuntaa _____

Muuta henkilökuntaa, mitä _____

2. Toimintaympäristöanalyysissa on kuvattu seuraavat asiat:

2.1. yritys rakenne ja sen lähikehitys kyllä _____ ei _____

2.2. väestörakenne kyllä _____ ei _____

2.3. työikäisen väestön terveydentila kyllä _____ ei _____

2.4. alueen työterveyshuoltopalvelujen tarjontakyllä _____ ei _____

2.5. muut terveydenhuoltopalvelut kyllä _____ ei _____

2.6. muut keskeiset yhteistoimintatahot kyllä _____ ei _____

Mitkä? _____

2.7. asiakasyritysten kanssa tehdyt sopimukset ja toimintasuunnitelmat

kyllä _____ ei _____

Mitä muita asioita tuli esille?

3. Työterveyshuollon toiminta-ajatus ja perustehtävä on kuvattu seuraavasti:

3.1. visio, tulevaisuuden näkymä kyllä _____ ei _____

3.2. lähitulevaisuuden näkymät kyllä _____ ei _____

3.3. toimintaa ohjaavat arvot kyllä _____ ei _____

3.4. kuvaus perustehtävästä kyllä _____ ei _____

3.5. strategiset linjaukset kyllä _____ ei _____

3.6. tulostavoitteet kyllä _____ ei _____

Mitä muita asioita tuli esille? _____

4. Työterveyshuollon toiminnan suunnittelu on kuvattu seuraavasti:

4.1. Työterveyshuollon voimavarat ja niiden kehittäminen on kuvattu seuraavasti:

- | | |
|--|----------------------|
| 4.1.1. henkilöstön pätevyys | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.2. henkilöstökoulutus | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.3. urakehitys | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.4. moniammatillinen yhteistyö | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.5. tukipalvelut | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.6. kehityskeskustelut | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.7. vaihtuvuus, eläköityminen | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.8. sairastavuus, muut poissaolot | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.9. henkilöstömäärä suhteessa henkilöasiakkaisiin | |
| työterveyslääkärit | kyllä _____ ei _____ |
| työterveyshoitajat | kyllä _____ ei _____ |
| työterveysfysioterapeutit | kyllä _____ ei _____ |
| työterveyspsykologit | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.10. rekrytointi | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.11. perehdytys | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.12. henkilöstön työhyvinvoinnin edistäminen | kyllä _____ ei _____ |
| 4.1.13. henkilöstötilinpäätös | kyllä _____ ei _____ |

4.2. Työterveyshuollon toiminnan suunnittelu on kuvattu seuraavasti:

- | | |
|--|----------------------|
| 4.2.1. ydinprosessit | kyllä _____ ei _____ |
| 4.2.2. työn organisointi (tiimityö, jokin muu) | kyllä _____ ei _____ |
| 4.2.3. kokouskäytännöt | kyllä _____ ei _____ |
| 4.2.4. sisäinen tiedottaminen | kyllä _____ ei _____ |
| 4.2.5. markkinointi | kyllä _____ ei _____ |
| 4.2.6. yhteistyö ja verkostoituminen | kyllä _____ ei _____ |
| 4.2.7. budjetti ja taloussuunnittelu | kyllä _____ ei _____ |
| 4.2.8. toimitilat | kyllä _____ ei _____ |
| 4.2.9. työvälineet | kyllä _____ ei _____ |

Mitä muita asioita tuli esille

5. Työterveyshuollon toiminnan arviointi ja laadun jatkuva kehittäminen on kuvattu seuraavasti:

5.1. Arvioinnin kohteet on määritelty kyllä _____ ei _____

5.2. Mitä arviointikohteita on kuvattu?

5.3. Mitä mittareita on käytetty? _____

5.4. Arvioinnin toteutustavat on kuvattu seuraavasti:

5.4.1. Itsearviointi kyllä _____ ei _____

5.4.2. Yksikön sisäinen vertaisarviointi kyllä _____ ei _____

5.4.3. Ulkoinen vertaisarviointi kyllä _____ ei _____

5.4.4. Asiakasarviointi kyllä _____ ei _____

5.4.5. Ulkoinen arviointi kyllä _____ ei _____

5.4.6. Muuta _____

6. Onko suunnitelmassa kuvattu, miten arviointituloksia hyödynnetään?

kyllä _____ ei _____

LIITE 2A

Työterveyshuoltoyksikön oman toiminnan suunnittelu

1. koulutuspäivä

Ajankohta	25.2.2009
Paikka	Työterveyslaitos, luokka Topelius Haartmaninkatu 1 D, 1 kerros
Kouluttajat	Koulutussuunnittelija Eija Mäenpää-Moilanen, puhelin 030 474 6011 Koulutussuunnittelija Marianne Meyer-Arnold, puhelin 030 474 2328 Kehittämispäällikkö Maria Rautio, puhelin 030 474 2736

Koulutuspäivän ohjelma

9.30–10.00	Kahvi/tee
10.00–10.30	Tervetuloa ja esittäytyminen
10.30–11.00	Työterveyshuoltoyksikön oman toiminnan suunnittelun lähtökohdat
11.00–11.20	Koulutus- ja kehittämisprosessin esittely ja työskentelyperiaatteet
11.20–11.30	tauko
11.30–12.15	Strategiaprosessin pääkohdat Arvot, toiminta-ajatus Toimintaympäristöanalyysi, asiakasanalyysi
12.15–13.00	lounastauko
13.00–14.00	Omat vahvuudet ja kehittämialueet, SWOT
14.00–14.15	kahvi/tee
14.15–15.45	Visio, strategia Strategian toteuttaminen
15.45–16.00	Päivän päätös

LIITE 2B

Työterveyshuoltoyksikön oman toiminnan suunnittelu

2. koulutuspäivä

Ajankohta	1.4.2009
Paikka	Metropolia AMK, luokkatila TA5-02, Tukholmankatu 10 (Ala-aulassa vahtimestari, joka opastaa luokkatilaan)
Kouluttajat	Koulutussuunnittelija Eija Mäenpää-Moilanen, puhelin 030 474 6011 Koulutussuunnittelija Marianne Meyer-Arnold, puhelin 030 474 2328 Kehittämispäällikkö Pirjo Pulkkinen-Närhi Kehittämispäällikkö Maria Rautio

Koulutus- ja kehittämispäivän ohjelma

9.30–10.00	Kahvi/tee
10.00–10.10	Orientoituminen päivään
10.10–10.50	Keskustelu välitehtävästä
10.50–11.20	Työterveyshuollon sopimus Työterveyshuollon toimintasuunnitelmassa sovittujen palvelujen tuottaminen
11.20–11.30	tauko
11.30–12.15	Resursointi Toiminnan organisointi ja yhteistyökäytännöt
12.15–13.00	lounastauko
13.00–14.00	Henkilöstön osaaminen ja hyvinvointi
14.00–14.15	kahvi/tee
14.15–15.45	Työterveysyksikön talous (kustannuslaskenta, hinnoittelu, budjetointi ja talouden seuranta)
15.45–16.00	Päivän päätös

LIITE 2C

Työterveyshuoltoyksikön oman toiminnan suunnittelu

3. koulutuspäivä

Ajankohta	22.4.2009
Paikka	Metropolia AMK, luokkatila TA3-05, Tukholmankatu 10 (Ala-aulassa vahtimestari, joka opastaa luokkatilaan)
Kouluttajat	Koulutussuunnittelija Eija Mäenpää-Moilanen, puhelin 030 474 6011 Koulutussuunnittelija Marianne Meyer-Arnold, puhelin 030 474 2328 Kehittämispäällikkö Maria Rautio

Koulutus- ja kehittämispäivän ohjelma

9.30–10.00	Kahvi/tee
10.00–10.10	Orientoituminen päivään
10.10–10.40	Keskustelu välitehtävästä
10.40–11.25	Laatukriteerit työterveyshuollolle
11.25–11.35	tauko
11.35–12.15	Laatuavain
12.15–13.00	lounastauko
13.00–13.45	Asiakastyytyväisyyskyselyt
13.45–15.45	Työterveyshuollon vaikuttavuus
kahvi/tee noin klo 14.15	
15.45–16.00	Päivän päätös

LIITE 2D

Työterveyshuoltoyksikön oman toiminnan suunnittelu

4. koulutuspäivä 15.9.2009

Ajankohta	15.9.2009, klo 10.00–16.00
Paikka	Tila A 405, Markkinointi-instituutti, Töölöntullinkatu 6
Kouluttajat	Koulutussuunnittelija Eija Mäenpää-Moilanen, puhelin 030 474 6011 Kehittämispäällikkö Maria Rautio, puhelin 030 474 2736 Koulutussuunnittelija Marianne Meyer-Arnold, puhelin 030 474 2328 Erityisasiantuntija Marjatta Peurala, puhelin 030 474 8604 Kehittämispäällikkö Pirjo Pulkkinen-Närhi, puhelin 030 474 7444

Koulutus- ja kehittämispäivän ohjelma

9.30–10.00	Kahvi/tee, sämpylä
10.00–10.10	Orientoituminen päivään
10.10–11.50	Työterveyshuoltoyksikön toimintasuunnitelmat – mikä muuttui
11.00–12.00	Kokemus työyksikön toimintojen uudelleenorganisoinnista Tietohallintopäällikkö Rainer Holm, Työterveyslaitos
12.00–13.00	lounastauko
13.00–15.15	Työterveyshuoltoyksikön toimintasuunnitelmamallin työstäminen kahvi/tee, pulla noin klo 14.00
15.15–16.00	Yhteenvedoa hankkeesta, työterveyshuollon kehittämishaasteista ja päivän päätös

LIITE 3

Tutkimuksen tuloksena syntynyt malli työterveyshuoltoyksikön toiminnan suunnitteluun

Toiminta-ajatus, perustehtävä ja arvot	Keskeiset osa-alueet
	<ul style="list-style-type: none"> * toiminta-ajatus * arvot <p>Arviointikriteerit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - toiminta-ajatus on kirjattu ja se ohjaa toimintaa ja suunnittelua - arvot on määritelty ja ne ovat kaikkien tiedossa - arvot on jalkautettu käytännön toimintaan
Toimintaympäristö-analyysi	<ul style="list-style-type: none"> * alueen väestön terveystilanne, kansanterveys, demografia * elinkeinorakenne ja kehitystrendit * kansalliset kehityslinjaukset * paikallinen toimijaverkosto ja yhteistyö * kilpailutilanne * kunnan ja/maakunnan hyvinvointisuunnitelma (työterveyshuolto osana alueen terveyden edistämisen rakenteita) <p>Arviointikriteerit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kansalliset ja alueelliset kehityslinjaukset on integroitu omaan toimintaan, - yhteistyö, rajapinnat ja sovitut toimintatavat perusterveydenhuollon, muiden työterveystoimijoiden ja erikoissairaanhoidon välillä on määritelty

Visio	Keskeiset osa-alueet
	<p>*visio</p> <p>Arviointikriteerit</p> <ul style="list-style-type: none"> - visio on laadittu henkilöstön kanssa yhdessä ohjaamaan seuraavan strategiakauden toimintaa.
Strategian määrittäminen	Keskeiset osa-alueet
	<ul style="list-style-type: none"> * kehittämiskohteiden tunnistaminen toiminnan suunnittelun lähtökohdaksi (esim. SWOT) * strategiset tavoitteet * pidemmän tähtäykset linjaukset tavoitteiden saavuttamiseksi <p>Arviointikriteerit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kehittämiskohteet on tunnistettu - tavoitteet ja linjaukset on laadittu yhdessä henkilöstön kanssa 3–5 vuodelle
Asiakasanalyysi	Keskeiset osa-alueet
	<ul style="list-style-type: none"> * yritysasiakkaiden määrä, toimiala ja henkilöstö sekä sopimuksen laajuus * yrityksen tarpeet * sopimuksista, suunnitelmista ja yhteistyömalleista esiin nouseva toiminta vuositason tasolla <p>Arviointikriteerit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sovittu käytäntö; kuka ja kuinka usein tiedot päivitetään ja miten (asiakkuudet, sopimukset) - kuormitustekijät, altisteet, henkilöstöön liittyvät muut terveyteen ja työkykyyn liittyvät tekijät on tunnistettu ja kirjattu - asiakkaan kehityskiinnostus on tunnistettu, yhteistyömallit on dokumentoitu, yritysten työterveyshuollon toimintasuunnitelmissa sovitut toiminnot on siirretty vuositason työaika- ja resurssi-suunnitelmiin

Toiminnan suunnittelu	Keskeiset osa-alueet
	<ul style="list-style-type: none"> * vuositason mitattavat tulostavoitteet sekä taloudelliset että strategiasta johdetut * ydinprosessit * toiminnan organisointi * työnjako * taloussuunnittelu * kokouskäytännöt ja sisäinen tiedottaminen * työvälineet * työtilat * markkinointi * yhteistyö ja verkostoituminen <p>Arviointikriteerit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konkreettiset tavoitteet ja mittarit on laadittu - ydinprosessit on kuvattu - tarkoituksenmukainen toimintojen organisointi on analysoitu ja kuvattu (esim. tiimit) - työnjako lääkärin ja terveydenhoitajan välillä (esim.työpari), ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden välillä on määritelty ja kuvattu - kustannusanalyysi, taloudelliset tavoitteet (netto-, voittoa tavoitteleva), budjetti on toteutettu - kokouskäytännöt on sovittu - poistot ja hankinnat on suunniteltu - työtilojen tarve ja käyttöaste on arvioitu - potentiaaliset ja avainasiakkaat on tunnistettu ja markkinointisuunnitelma laadittu - yhteistyötarpeet ja yhteistyön ja verkostoitumisen hyödyt on tunnistettu, kumppanuudet on sovittu

Henkilöstövoimavarat	Keskeiset osa-alueet
	<ul style="list-style-type: none"> * resurssit * osaaminen, yksikötason koulutussuunnitelma, yksilötason urakehityssuunnitelmat * kehityskeskustelut * tukipalvelut * alihankinnat * perehdytysuunnitelma * rekrytointi * henkilöstötilinpäätös * työterveyshuolto * työhyvinvoinnin edistäminen <p>Arviointikriteerit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - resurssit suhteessa asiakasmäärään, pätevyudet ja moniammatillisuus on arvioitu ja henkilöstötarve määritelty - suunnitelmat on laadittu strategiasta nostettujen osaamistarpeiden ja kartoitusten pohjalta - kehityskeskustelut on toteutettu kirjatun suunnitelman pohjalta vuosittain, laadittu yhteenvedot, joita on hyödynnetty henkilöstön ja yksikön koulutus- ja kehittämissuunnitelmissa - tukipalvelut on mitoitettu tarpeen mukaan (vrt. asiantuntijatyö) - pätevyys ja toimiluvat on tarkistettu - yksikössä on kirjallinen perehdytysuunnitelma - rekrytointiprosessi on kuvattu - henkilöstön tilanteesta on kerätty tietoa systemaattisesti, analysoitu kerätty tieto ja määritelty kehittämistoimenpiteet - henkilöstölle on järjestetty työterveyshuoltopalvelut ulkopuolisen palveluntuottajan toimesta - työkykyä ja terveyttä edistävien valintojen tekeminen on mahdollistettu

Toiminnan arviointi ja laadun jatkuva parantaminen	Keskeiset osa-alueet
	<ul style="list-style-type: none"> * arvioinnin kohteet; oma toiminta, asiakastyytyväisyys (henkilö- ja yritysasiakas), toiminnan vaikuttavuus, * mittarit; laatuavain tai vastaava itsearviointimittari, laaja asiakastyytyväisyyskysely, yritysten työterveysraportit * tulosten hyödyntäminen; <p>Arviointikriteerit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - arvioinnin kohteet ja mittarit on määritelty - kehittämissuunnitelma tulosten pohjalta seuraavan vuoden toimintasuunnitelmaan on tehty

Työterveyshuolto on luonteeltaan tavoitteellista ja pitkäjännitteistä toimintaa yhteistyössä asiakasyritysten kanssa. Tämä edellyttää toiminnan systemaattista suunnittelua.

Tässä tutkimuksessa on selvitetty työterveysyksiköiden suunnittelukäytäntöjä ja kehitetty malli suunnittelukäytäntöjen kehittämiseksi. Tutkimusaineisto koostuu työterveysyksiköiden lähettämistä toimintasuunnitelmista (66) sekä koulutus- ja kehittämisintervention aikana kerätystä materiaalista.

Tutkimustulosten perusteella työterveyshuollon toimintakokonaisuuden suunnitteluun, henkilöstön osaamisen varmistamiseen, moniammatillisen toiminnan organisointiin, laadun jatkuvaan kehittämiseen ja vaikuttavuuden arviointiin tulee jatkossa kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Näyttää siltä, että suunnitteluun panostamisella on mahdollista parantaa myös työterveysyksikön tuottavuutta.

TYÖTERVEYSLAITOS

Työterveyslaitos

Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki

www.ttl.fi

ISBN 978-952-261-486-5 (nid.)
ISBN 978-952-261-487-2 (PDF)



Työterveyslaitos