

Raija Savikko

TYÖTERVEYSHUOLLON MUUTTUVAT VERKOSTOT

Verkostoteoreettinen tarkastelu työterveyshuollon muutoksista julkisen puolen palveluntuottajien
näkemyksissä

Pro gradu -tutkielma

Sosiologia

Lapin yliopisto

2016

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Työterveyshuollon muuttuvat verkostot. Verkostoteoreettinen tarkastelu työterveyshuollon muutoksista julkisen puolen palveluntuottajien näkemyksissä.

Tekijä: Savikko Raija

Koulutusohjelma/oppiaine: Sosiologia

Työn laji: Pro gradu -työ X Sivulaudaturtyö__ Lisensiaatintyö__

Sivumäärä: 115

Vuosi: 2016

Tiivistelmä:

Työterveyshuolto koskettaa suurta joukkoa suomalaisia. Vuoden 2015 lopussa työterveyshuollon piiriin kuului lähes kaksi miljoonaa henkilöä. Työterveyshuollon palvelujärjestelmä on muuttunut koko 2000-luvun ajan. Palvelujärjestelmän rakennemuutos on merkinnyt muutosta myös työterveyshuollon toimijoille.

Tämä pro gradu -tutkimus kuvaa työterveyshuollon toimijaverkoston inhimillisiä ja ei-inhimillisiä toimijoita ja niiden välisiä suhteita. Tutkimus liittyy työn sosiologian tutkimuskenttään. Käytän teoriapohjana työn ja työelämän muutosta pohtivia skenaarioita ja työelämän epävarmuutta ja yksilöllistymistä selittäviä tulkintoja. Menetelmällisenä teoriapohjana on toimijaverkostoteoria.

Aineistona tässä tutkimuksessa ovat julkisen eli kunnallisen työterveyshuollon palveluntuottajien näkemykset työterveyshuollon suurimmista haasteista ja muutoksista. Aineisto on kerätty julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajilta Etelä-Suomen aluehallintoviraston toteuttamalla sähköisellä kyselyllä vuonna 2012.

Olennoisimmiksi tuloksiksi toimijaverkostoteorian ohjaamana tulkitseen viisi pääteemaa. Pääteemat ovat palveluntuottajien välinen kilpailu, henkisen pahoinvoinnin lisääntyminen työelämässä, työhyvinvoinnin painotus, pula lääkäreistä sekä ohjaavien tahojen valta. Teemat ovat toimijaverkostoteorian käsittein nimettävissä suhteiksi, kytköksiksi, toimijoiksi ja mustiksi laatikoiksi.

Työterveyshuollon julkisten ja yksityisten palveluntuottajien välisessä kilpailussa julkiset palveluntuottajat vastustavat markkinaistamista ja perustelevat oman toimintansa altruismilla. Henkisen pahoinvoinnin lisääntyminen työelämässä ilmenee työterveyshuollon henkilöasiakkaiden uupumuksena ja kuvastaa työelämän kasvavaa yksilöllistymistä. Työpahoinvoinnille etsitään vastausta työhyvinvoinnin malleja luomalla ja työhyvinvoinnin painoarvoa kasvattamalla.

Julkisilla työterveyshuollon palveluntuottajilla on jännitteinen suhde sekä työterveyshuollon lääkäreihin että työterveyshuoltoon ohjaaviin tahoihin. Lääkärit ja ohjaavat tahot voivat omalla toiminnallaan tai toimimattomuudellaan vaikeuttaa julkisen työterveyshuollon palveluntuottajien toimintaa.

Lisäksi toimijaverkostossa ilmenee työterveyshuollon sisällöllinen ristiriita ennaltaehkäisevän toiminnan ja sairaanhoidon välillä. Työterveyshuollon verkostossa ei-inhimillisinä toimijoina hahmottuvat lomakkeistot, tietojärjestelmät ja työ.

Avainsanat: työterveyshuolto, työ, toimijaverkostoteoria

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi X

Sisällys

1. Johdanto.....	5
2. Työn sosiologia kuljettaa kapitalismin teorioista työn muutokseen.....	7
2.1 Tulkintoja työn muutoksesta.....	9
2.2 Suomalaista työelämää kuvaa epävarmuus.....	10
3. Työterveyshuolto ja sen kehitys Suomessa.....	11
3.1 Työterveyshuoltoa ohjaava lainsäädäntö.....	13
3.2 Työterveyshuollon toimintaperiaatteet ja kattavuus.....	14
3.3 Työterveyshuollon eriarvoistavat piirteet.....	17
4. Tutkimuskysymykset, aineisto ja menetelmät.....	19
4.1 Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset.....	19
4.2 Aineisto ja analyysiprosessi.....	20
4.3 Tutkimuksen menetelmälliset valinnat.....	24
4.4 Vuoropuhelu aineiston kanssa.....	25
4.5 Aineiston vahvuudet ja heikkoudet.....	26
5. Verkostoteorian esittely.....	27
5.1 Bruno Latourin toimijaverkostoteoria.....	28
5.2 Kääntämisen sosiologia.....	30
5.3 Valta on keskeistä verkostoissa.....	32
5.4 Verkostollinen ote yhteiskuntatutkimuksessa.....	33
5.5 Verkostoteoria tässä tutkimuksessa.....	33
6. Työterveyshuollon verkostotoimijat.....	34
6.1 Työterveyshuollon tuottajien välinen kilpailu.....	36
6.1.1 Markkinaistaminen työterveyshuollon verkostossa	38
6.1.2 Altruismi vastavoimana markkinaistamiselle.....	43
6.1.3 Pohdinta.....	45
6.2 Henkisen pahoinvoinnin lisääntyminen työelämässä.....	47
6.2.1 Työ vaatijana - työn muutos työterveyshuollon verkostossa.....	49
6.2.2 Työelämän epävarmuus työterveyshuollon verkostossa.....	52
6.2.3 Työntekijöiden vanheneminen - haaste työterveyshuollon verkostossa.....	54

6.2.4 Pohdinta.....	55
6.3 Työhyvinvointi työterveyshuollon ja koko yhteiskunnan asialistalla.....	56
6.3.1 Työhyvinvoinnin painotuksen kasvu työterveyshuollon verkostossa.....	57
6.3.2 Yhteistyö yritysten kanssa - massamuotoista hyvinvointia?.....	59
6.3.3 Siirtymä ennaltaehkäisystä sairaanhoitoon.....	63
6.3.4 Pohdinta.....	66
6.4 Lääkäripula työterveyshuollon verkostossa.....	67
6.4.1 Lääkäriprofession asiantuntijuusvalta	68
6.4.2 Tieto lääkäreiden valtana	71
6.4.3 Lääkäreiden intressit.....	73
6.4.4 Pohdinta.....	75
6.5 Työterveyshuoltoa ohjaavat tahot - yksipuolinen osaverkosto.....	76
6.5.1 Lomakkeisto ja raportointi - hankalat toimijat verkostossa.....	79
6.5.2 Tietojärjestelmät - tottelematon toimija.....	81
6.5.3 Pohdinta.....	82
7. Päätelmiä.....	83
7.1 Havaintoja tutkimukseni aiheesta, metodologiasta ja menetelmästä.....	87
7.1.1 Laadullinen tutkimus tulkintana.....	87
7.1.2 Työterveyshuollon monimutkaisuus.....	87
7.1.3 Verkostoteorian hankaluus ja ihanuus.....	88
7.1.4 Tutkimuksen eettisyyden pohdinta.....	90
7.2 Jatkotutkimustarpeita.....	91
Lähteet.....	93
Liitteet.....	107
Liite 1 Kiitokset.....	108
Liite 2 Kyselylomake.....	109

1. Johdanto

Tätä tutkimusta kirjoittaessani suomalaisessa yhteiskunnassa käydään keskustelua sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksesta sekä julkisen terveydenhuollon kustannusten vähentämisestä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutusta eli sote-uudistusta on suunniteltu jo useammalla hallituskaudella. Sote-uudistuksessa on pitkälti ohitettu työterveyshuolto ja keskitytty enemmän muuhun sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Työterveyshuollon asiantuntijat ovat kuitenkin pyrkineet nostamaan esiin myös työterveyshuoltojärjestelmän epäkohtia. Työterveyshuollon laajentumisen on ennustettu johtavan julkisen perusterveydenhuollon heikentymiseen. Lisäksi pohdintaa on aiheuttanut julkisenkin työterveyshuollon muodostuminen merkittäväksi liiketoiminta-alueeksi yksityissektorille ulkoistusten kautta. Toisaalta julkisuudessa puhutaan laajalti työurien pidentämisestä ja työkyvyttömyyden ehkäisystä, minkä vuoksi on mahdollista panostaa entisestään työterveyshuoltoon.

Työterveyshuolto koskettaa suurta joukkoa ihmisiä. Suomessa työterveyshuolto kattaa suuren osan työllisestä työvoimasta. Vuoden 2015 lopussa työterveyshuollon piiriin kuului 1,99 miljoonaa henkilöä. Palkansaajista 96 prosenttia oli työterveyshuollon piirissä. Työterveyshuollon kattavuus kaikesta työllisestä työvoimasta oli 84 prosenttia vuoden 2015 lopussa. (Lappalainen ym. 2016, 4.) Koska työterveyshuolto koskettaa näin suurta osaa suomalaisista, on sen tutkiminen myös sosiologian keinoin olennaista.

Työterveyshuollon palveluntuottajalla tarkoitetaan sitä organisaatiota tai henkilöä, joka huolehtii työnantajan järjestettäväksi kuuluvasta tai työnantajan vapaaehtoisesti järjestämästä työterveyshuollosta (Työterveyshuoltolaki 1383/2001). Julkisen puolen eli kunnallinen työterveyshuollon palveluntarjonta on erittäin kompleksista. Palveluntuottajina toimivat sekä pienet terveyskeskukset että kunnalliset liikelaitokset ja osakeyhtiöt. Myös yksityiset työterveyshuollot, siis lääkärikeskukset, toimivat kunnallisella eli julkisella sektorilla ulkoistamisen kautta. (Lappalainen ym. 2016, 4-5.)

Tämä tutkimus käsittelee työterveyshuollon toimijakentän toimijoita ja niiden välisiä suhteita. Tutkimukseni liittyy työn sosiologian tutkimuskenttään, käytän teoriapohjana sosiologian näkemyksiä työstä ja työelämästä. Menetelmällisenä teoriapohjanani on toimijaverkostoteoria. Tutkin toimijaverkostoteorian avulla, mitä toimijoita ja kytköksiä työterveyshuollon verkostossa näyttyy. Näitä eri kytköksiä voidaan verkostoteorian lähestymistavalla hahmottaa toimijan, verkoston ja mustan laatikon käsitteillä.

Aineistonani käytän julkisen työterveyshuollon palveluntuottajien näkemyksiä työterveyshuollon suurimmista haasteista ja muutoksista. Tutkimukseni aineisto on kerätty julkisen puolen työterveyshuollon toimijoilta sähköisellä kyselyllä vuonna 2012. Työterveyshuollon julkisen puolen - kuntien järjestämän ja kuntien vastuulla olevan työterveyshuollon - palveluntuottajien vastaukset antavat kuvaa siitä, mitä toimijoita työterveyshuollossa on ja miten näitä eri toimijoita työterveyshuollon kentässä arvotetaan.

Toimijaverkostoteorian ohjaamalla sisällönanalysillä tulkitseen aineistosta olennaisimmiksi tuloksiksi viisi pääteemaa ja lisäksi tarkastelen niihin kytkettyviä suhteita. Tarkastelemani teemat eivät ole hierarkisia, vaan ne kaikki ovat hahmotettavissa eri tavoin linkittyviksi suhteiksi, kytköksiksi, toimijoiksi ja mustiksi laatikoiksi. Pääteemoiksi olen tulkinnut työterveyshuollon palveluntuottajatahojen välisen kilpailun, henkisen pahoinvoinnin lisääntymisen työelämässä, työhyvinvoinnin painotuksen, pulan lääkäreistä sekä ohjaavien tahojen vallan.

Vahvoina suhteina ja kytköksinä työterveyshuollon verkostossa hahmottuvat markkinaistamisen nousu, jolle vastavoimana näyttäytyy altruismi, sekä työterveyshuollon sisällöllinen ristiriita ennaltaehkäisevän toiminnan ja sairaanhoidon välillä. Ei-inhimillisinä toimijoina verkostossa näyttäytyvät lomakkeistot, tietojärjestelmät ja työ.

Tutkimukseni etenee teoriapohjan esittelystä kohti aineiston analyysin läpikäyntiä. Tutkimuksen luvussa kaksi kuvaan työn sosiologian keskeisiä ajatuksia. Esittelen omalle tutkimukselleni merkityksellisiä työn sosiologian avauksia, joita ovat työn ja työelämän muutosta pohtivat skenaariot sekä työelämän epävarmuutta selittävät tulkinnat. Luvussa kolme esittelen työterveyshuollon historiallisen kehityksen ja työterveyshuollon toimintaperiaatteet. Luvussa neljä paneudun tarkemmin käyttämäni aineistoon ja sille esittämiini tutkimuskysymyksiin. Sitten, luvussa viisi esittelen käyttämäni Bruno Latourin toimijaverkostoteorian.

Aineiston analyysin antamien tulosten läpikäynnin aloitan luvussa kuusi. Alaluvussa 6.1 kerron työterveyshuollon palveluntuottajien välisestä kilpailusta ja työterveyshuollon markkinaistamisesta. Seuraavassa alaluvussa tutustutaan työterveyshuollon muuttuneeseen työnkuvaan. Alaluvussa 6.3 kuvaan työhyvinvoinnin painotuksen nousua työterveyshuollossa. Sitten paneudun työterveyshuollon lääkäripulaan ja lääkärien valtaan työterveyshuollon verkostossa. Viimeisessä aineiston analyysiluvussa käyn läpi työterveyshuoltoa ohjaavien tahojen roolia. Tutkimukseni lopetan luvun seitsemän päätelmiin.

2. Työn sosiologia kuljettaa kapitalismin teorioista työn muutokseen

Yksi sosiologian tehtävistä on yhteiskunnallisten ilmiöiden kuvaaminen ja näiden ilmiöiden selittäminen ja ymmärtäminen (Toivonen 2004, 19; Alasuutari 2011, 29). Työterveyshuolto leikkaa työn- ja terveys sosiologian rajapintaa. Olen valinnut aineiston ohjaamana tutkimukseni lähestymistavaksi työn ja työelämän sosiologian teoriaperustan. Koen aineiston kuvaavan työn ja työelämän toimintoja työterveyshuollon kautta. Terveiden näkökulmaa en havaitse aineistossa. Tässä tutkimuksessa työllä tarkoitan sitä toimintaa, mitä työterveyshuolto pitää sisällään sekä julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajien omana toimintana että asiakassuhteissa kuvattuna toimintana.

Sosiologisessa työn tutkimuksessa (teollistunutta) työtä ja työn käsitettä on otettu haltuun esimerkiksi marxismin, taylorismin ja fordismen tarjoamien näkökulmien avulla. Marxilaisessa ajattelussa kapitalismin ydin on se tapahtuma, missä pääoma lisää arvoaan työprosessissa (Koistinen 2014, 210). Työ on vierasta tai vieraantunutta työtä, koska työn tekijä ei tee tuotetta itselleen. Nykyisessä monimuotoisessa työelämässä ja taloudessa ei ole ihan yksinkertaista sanoa, mitä kapitalistinen pääoma on ja missä pääoman arvonnäkökulma tapahtuu. (Julkunen 2008, 28-29.)

Taylorismi oli oppi sekä ihmis- että tehdasruumiista ja näiden kummankin liikkeiden rationalisoinnista. Rationalisoinnin kohteena olivat sekä ihmis- että tehdasruumis, ja ne kummatkin piti saada käymään yhtä nopeasti, tehokkaasti ja täsmällisesti kuin kone. Ammattilaisten taidot olivat selkeästi määritellyt, ammattilaiset valitsi ja koulutti työnantaja, ja niin sanottu puoliammattitaitoinen vaihetyöntekijä oli monien työprosessien vallitseva tyyppi. (Julkunen 2008, 34.)

Fordismi-käsitteeseen alettiin muutama vuosikymmen sitten kiteyttää koko kapitalistinen poliittinen talous ja yhteiskuntamuoto. Fordismia luonnehtivat esimerkiksi joukkokulutustavaroiden tuotanto ja kulutus, tehokkaaksi tehty työprosessi, ammatillinen järjestäytyminen ja hyvinvointivaltion ja työehtosopimusten ylläpitämä kulutuskäytäntö. (Aglietta 1979; Boyer 1988, Harvey 1989; Murray 1989.) Fordismin hyvä kehä -termillä on tarkoitettu standardisoitujen kulutustavaroiden kasvavan tuotannon sekä kulutuksen tarjoamaa kasvuimpulssia. Työprosessin rationalisoinnin kanssa rinnan vahvistui palkkatyöntekijöiden järjestäytyminen - ammattiyhdistykset neuvottelivat työehdoista eli ”kakun jaosta” ja palkkojen kasvusta - samalla tuotannon organisoimisen suhteen vahvistui työnantajan valta. (Julkunen 2008, 33, 36; ks. myös Julkunen 1987, 79-110.)

Juuri fordismiin kiteytetään lukuisat toisen maailmansodan jälkeistä vakautta ja kasvua ylläpitäneet mekanismit. Harveyn (2008) ja Patomäen (2007) mukaan fordismin ajautuminen rajoihinsa sekä uusien kasvustrategioiden hakeminen tapahtuivat monilla talouden ja yhteiskuntaelämän alueilla samanaikaisesti, eräänlaisena ketjuna. Tienä fordismin kriisistä ulospääsyyn nähtiin joustavuus ja sääntelyn purku. Usein tästä joustavuutta korostavasta näkemyksestä käytetään nimityksiä jälkifordismi tai jälkimoderni. (Julkunen 2008, 37; ks. myös Aglietta 1979; Hirsch 1985; Hirsch & Roth 1986; Boyer 1988; Jessop 1988; Harvey 1989.)

Sosiologian klassikoista muun muassa Marx (1957; 1970), Weber (1980) ja Durkheim (1990) ovat hahmottaneet yhteiskuntaa työn ilmiön kautta. Marxin näkemysten ydin oli työn ja pääoman suhde, Weber hahmotti kapitalismin rationaalisuutta ja Durkheim puolestaan analysoi työnjakoa.

Nykysosiologian merkittävien työn teoreetikkojen keskustelunavaukset ovat usein työelämän muutosta pohtivia skenaarioita. Näistä merkittäviksi voi nostaa ainakin Rifkinin (1995) näkemyksen palkkatyön merkityksen vähenemisestä, Castellsin (1998) hahmotuksen siirtymisestä tietotyöyhteiskuntaan, Beckin (2000) ajatukset työn epävarmuuden kasvusta sekä Schmidin (1998) luonnehdinnan siirtymien työmarkkinoista eli työvoimaan kuuluvien siirtymisistä työsuhteissa, ammateissa, työmarkkinallisissa tilanteissa ja toimeentulossa. (Kinnunen & Suikkanen 2009, 11-13.)

Suomalaisista tutkijoista esimerkiksi Juha Siltala (2004; 2007) ja Raija Julkunen (2008) pohtivat työelämän muutosta. Siltala kuvaa muutosta kohti kvartaalitalouden ja markkinoiden hallitsemaa työelämää, jossa esineellistetty työ riistää tekijänsä henkisesti. Siltalan mukaan globaali hyperkilpailu on poistanut ihmiseltä mahdollisuuden asettaa omat vaihtoehdonsa. Ainoina vaihtoehtoina näyttäytyvät iltamyöhään venyvät työpäivät ja sosiaalidarvinistinen kamppailu työpaikoista, tai puille paljaille joutuminen. (Siltala 2004; 2007.) Julkunen pyrkii esittämään 2000-luvun palkkatyöstä sellaista sosiologista teoriaa, joka auttaa ymmärtämään, miksi monet kokevat työn epämukavaksi ja miksi Suomessa uupumus, stressi ja masennus ovat suorastaan epidemioita. (Julkunen 2008, 7-8.) Julkunen mukaan työtä tällä vuosituhanella luonnehtii kommunikoivuus, joustavuus, epävarmuus ja affektiivisuus. Julkunen kuvaa, että uutta työtä tekee pääosin prekariaatti, joka on määräaikaissa työsuhteissaan jatkuvassa odotustilassa. (Julkunen 2008, 18.)

2.1 Tulkintoja työn muutoksesta

Tämän päivän työelämää pohtineiden Kinnusen ja Suikkasen (2009, 9) sanoin: ”*Työ on sekä käsitteenä että käytäntönä hyvin moninainen, venyvä ja suorastaan epämääräinen. Käsitystä työstä ja toimintaa työssä määrittävät yhteiskuntasidonnaiset taloudelliset, oikeudelliset, kulttuuriset ja sosiaaliset rakenteet, jotka ovat muuttuvia ja ristiriitaisuuksia sisältäviä.*”

Nykykeskustelussa työ vaikuttaa olevan alati murroksessa ja puhe siirtymisestä vanhasta uuteen työhön on jatkuvaa (Julkunen 2008, 7-8). Työstä, työelämästä ja niiden tilasta kerrotaan keskenään osittain hyvinkin erilaisia versioita, myönteisiä ja kielteisiä, toiveikkaita ja kriittisiä. Tutkijoilla on erilaisia näkemyksiä siitä, kuinka paljon työ on muuttunut. Työelämän muuttumista hahmottavat muun muassa Lehto (2006), Julkunen (2008), Siltala (2004; 2007) sekä Saloniemi ja Virtanen (2010). Työelämän jatkuvuuksia puolestaan korostavat esimerkiksi Smith ja Thompson (1998), Bradley ym. (2000), Kinnunen ja Suikkanen (2009), Lehto (2015) sekä Pyöriä ja Ojala (2016).

Erilaiset näkemykset palautuvat osin tutkijan teoreettisiin, normatiivisiin ja metodisiin sitoumuksiin, osin selittyvät sillä, että työtä on monenlaista. Työelämän tutkimuksessa on aina ollut erilaisia traditioita, niin kriittisiä kuin suoraan johtopoliittisiin tarkoituksiin tehtyjä. (Julkunen 2008, 20.) Michael Rose (1975) toteaa teollisuussosiologian historiassaan, että useimpien kriittistenkin suuntausten tavoitteena on monesti ollut auttaa yritysten johtoa, valtioita ja asiantuntijoita käsittelemään ristiriitoja. Uusliberaalin käänteen jälkeen voidaan nähdä, että johdon tai yhteiskuntapolitiikan huolet ovat entistä enemmän määritelleet työelämän tutkimuksen esityslistaa. (Julkunen 2008, 20.)

Työelämässä on joidenkin tutkijoiden mukaan havaittavissa muutoksia, niin työn sisällössä, työn organisoinnissa kuin organisaatioiden toimintaympäristössä (Lehto 2006; Julkunen 2008, 10-17; Saloniemi & Virtanen 2010). Niin sanottu uusi työ näyttäytyy tietoistuneena, yksilöllisenä, joustavana ja liikkuvana sekä paikaltaan että sisällöltään. Uutta työtä luonnehtii joustavuus, jälkibyrokraattisuus ja tietoistuminen. (Julkunen 2008, 18.) Tiedon merkityksen korostumisen kilpailutekijänä ja toimintaympäristön muuttumisen entistä dynaamisemmaksi nähdään merkitsevän, että entisenlaiset vakaaseen teollisuusyhteiskuntaan soveltuvat tuotannon ja työn organisoinnin muodot eivät enää ole toimivia ja kilpailukykyisiä. Jos työorganisaatiot haluavat säilyä kilpailukykyisinä tai ylipäätään selviytyä, on niiden sopeuduttava alati muuttuvaan, dynaamiseen toimintaympäristöön. Työorganisaatioiden toimintaympäristössä keskeisimmiksi muutoksiksi nähdään markkinoiden sääntelyn

purkaminen, rahamarkkinoiden ja tuotannon globalisaatio, kulutustottumuksiin vaikuttava yksilöllistyminen, tietoyhteiskuntakehitykseen liittyvät tiedon ja osaamisen korostuminen tuotannossa, uuden teknologian läpimurto sekä verkostomaisten organisaatiomuotojen leviäminen. (Lehto 2006; Julkunen 2008, 10-17; Saloniemi & Virtanen 2010.)

Jotkut tutkijat pitävät työelämän muutoksia korostavia näkemyksiä liioiteltuina (Kinnunen & Suikkanen 2009; Lehto 2015; Pyöriä & Ojala 2016, 58-59). Kriittiset työelämätulkinnot kuitenkin korostavat olennaisia jatkuvuuksia talouden ja työvoiman rakennemuutoksista huolimatta. Työvoiman käytön ja työn organisoinnin tavat eivät välttämättä ole muuttuneet lainkaan radikaalisti. (Smith & Thompson 1998, 554-558; Bradley ym. 2000; Piirainen 2007.) Muun muassa Kinnunen ja Suikkanen (2009, 11-12) pohtivat, onko yhteiskunnallisessa keskustelussa jäänyt liian sivuutetuksi se sosiaalishistoriallisella tutkimuksella (Suoranta 2009, 11) osoitettu seikka, että epäsäännöllinen ja vajaa työ on ollut vahvasti edustettuna jo sinä aikana, kun palkkatyöyhteiskunnan rakenteita muodostettiin. Muut työn tekemisen ja tuottamisen tavat ovat jääneet marginaaliin, kun ”normaali palkkatyö” on käsitteellistänyt normaalin työsuhteen (Koistinen 2014, 91).

Toisaalta on kuitenkin huomioitava työn rakenteellisia ja kulttuurisia muutoksia. Työn koetaan sisältävän entistä enemmän kognitiivisten ja emotionaalisten kykyjen käyttöä, ongelmien ratkaisua ja vuorovaikutusta. Suurin osa (yhteiskunnalliseen työnjakoon) osallistuvasta työstä tehdään muualla kuin teollisissa valmistusprosesseissa, mikä vaikuttaa myös työssä vaadittaviin taitoihin. (Kevätsalo 2007a; Julkunen 2008, 39.) Castel (2007) esittää, että käynnissä olevassa muutoksessa niin ammattiliittojen kuin valtionkin antama suoja haurastuu. Muutoksessa ytimenä on yksilöllistyminen eli palkansaajuuden ja ammattiyhdistyksen kaltaisten kollektiivien purkautuminen. Kollektiivisuuden murtumaa ei voi palauttaa vain palkkatyöntekijöiden yksilöllistymiseen irtautumalla ammattiyhdistysten tarjoamasta yhteisöstä. Taustalla on sekä rakenteellisia muutoksia että työnantajien intressejä, ja muutoksilla on erilaisia kansallisia piirteitä. (Julkunen 2008, 53.) Julkunen mukaan työn organisoinnin voi nähdä nyt kirjavana, toisin kuin fordistisella ajalla. Ehkä jälkifordistisen työn olennaisin piirre onkin sen moninaisuus. (Julkunen 2008, 39; ks. myös Virno 2006, 129; Kevätsalo 2007b.)

2.2 Suomalaista työelämää kuvaa epävarmuus

Suomalaisen työelämän julkinen kuva on tutkijoiden mukaan ollut monella tapaa kielteinen

1990-luvun lamasta lähtien. Työtä ovat kuvanneet stressi, työpaine, uupumus, kiire, henkinen kuormitus, loppuunpalaminen, jaksamisongelmat, masennus, työpahoinvointi, epävarmuus, alituinen muutos, epätyypilliset työsuhteet ja pätkätyöt. (Siltala 2004; 2007; Julkunen 2008, 9.) Toisaalta Pasi Pyöriän ja Satu Ojalan (2016) mukaan tulkinnat, joiden mukaan epävarmuus olisi koko työmarkkinakenttää läpileikkaava ilmiö, ovat liioiteltuja. Työmarkkinariskin pelko on kuitenkin Pyöriän ja Ojalan (2016) mukaan huomattavasti kohonnut.

Olenaisempaa kuin toteutunut työmarkkinoilta putoamisen riski, on kokemus epävarmuudesta ja pelko tulevaisuudesta (Könönen 2014; Sutela & Lehto 2014, 230). Työn menettämisen pelko aiheuttaa pitkälti epävarmuuden kokemusta. Epävarmuus liittyy organisaation ulkopuolelta tuleviin uhkiin ja vaatimuksiin, kuten taloudellisiin suhdanteisiin. (Könönen 2014.) Suomalaisessa työelämässä on kokonaisuutena työn epävarmuutta luovia (prekaareja) piirteitä vähemmän kuin muualla EU-27 -alueella (Puig-Barrachina ym. 2014), mutta epävarmuustekijät kasautuvat. Pyöriän ja Ojalan mukaan *”työn prekarisoituminen on totta erityisesti niiden ryhmien kohdalla, joille kasautuu yhtäaikaisesti useita epävarmuustekijöitä, siis noin joka kymmenennellä palkansaaajalla. Huono-osaisuus työpaikoilla kasautuu jo muutenkin haavoittuvassa asemassa oleville”*. (Pyöriä & Ojala 2016, 58-59.)

3. Työterveyshuolto ja sen kehitys Suomessa

Työterveydelle ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Maailman terveysjärjestö WHO:n ja maailman työjärjestö ILO:n määrittelyihin perustuen *työterveys* voidaan käsittää monialaiseksi toiminnaksi, joka pyrkii työntekijöiden terveyden suojeluun ja edistämiseen ehkäisemällä ja kontrolloimalla työperäisiä sairauksia ja työtapaturmia sekä poistamalla työhön liittyvät tekijät ja olosuhteet, jotka ovat terveydelle ja turvallisuudelle vaarallisia (WHO 1995).

Työturvallisuuskeskus (2016) määrittelee työterveyshuollon työssä käyvän väestön terveydenhuoltojärjestelmäksi. Kansanterveyslaitoksen (Kela 2016) määrittelyssä työterveyshuolto on puolestaan työntekijöiden terveyden ja työolojen kehittämiseen tähtäävää toimintaa. Työterveyslaitoksen (TTL 2016a) näkemyksessä työterveyshuolto kiteytyy työn ja terveyden välisen suhteen asiantuntijuutena, työterveydenhuollon roolina on huolehtia yhdessä työpaikkojen kanssa henkilöstön työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisestä sekä työturvallisuudesta. Erilaisia työterveydenhuollon toimintaan ja toiminnan tilastointiin

liittyviä käsitteiden määrittelyjä on löydettävissä esimerkiksi Kelan työterveyshuoltotilastosta (2013, 19-22).

Työlääkietieteen katsotaan alkaneen vuonna 1700, kun italialainen lääkäri Bernardino Ramazzini julkaisi tutkimustuloksia Padovan käsityöläisten ja työntekijöiden työperäisistä sairauksista teoksessaan ”De morbis artificum diatriba” (Työntekijöiden taudeista). Suomen ensimmäiseksi työterveyslääkäriksi mainitaan Carl Fredrik Zandt, joka aloitti Viaporin linnoituslääkärinä vuonna 1754. Teollinen läpimurto 1800-luvulla lisäsi lääkäreiden tarvetta. Ensimmäinen tehtaanlääkäri Albert Palmberg aloitti Fiskarsin tehtaalla 1860. Finlayson & Co Oy:n kaksitoistapaikkainen tehtaansairaala avattiin Tampereella vuonna 1867 maksuttoman hoidon antamiseksi työntekijöille. Vuonna 1895 Suomessa toimi kymmenkunta tehtaanlääkäriä. Työterveyslääkärien määrä lisääntyi hiljalleen, Suomen Teollisuuslääkietieteen yhdistyksen perustamisvuonna 1946 heitä oli noin 200. (Relander 1892; Karisto & Lahelma 1992, 5-16; Arola 2004, 4149.)

Työpaikkaterveydenhuolto oli alkuun suurten teollisuuslaitosten toimintaa, teollisuuslaitokset tarjosivat työntekijöille ja heidän perheenjäsenilleen lähinnä sairaanhoitopalveluja. Toiminta oli korjaavaa ja hoitavaa, suunnitelmallinen ennaltaehkäisy ote puuttui. Nykyisen työterveyshuollon perusta luotiin työmarkkinajärjestöjen välisellä sopimuksella työpaikkaterveydenhuollon kehittämistä vuonna 1971. Toiminnan sisältö muuttui tuolloin työn vaaroja ja haittoja ehkäiseväksi. Työterveyshuoltolaki vuonna 1978 sääti työterveyshuollon työnantajan lakisääteiseksi velvollisuudeksi. Työterveyshuollon sisällön ja laadun kehittämisen tueksi luotiin 1990-luvulla käsite ”hyvä työterveyshuoltokäytäntö” (HE 114/2001 vp, 3). Työterveyshuollon painopiste muuttui 1990-luvulla kokonaisvaltaiseksi ja työkykyä ylläpitävä toiminta oli vuosikymmenen avainsana sekä työssä että työterveyshuollossa (Arola 2004, 4149).

Työterveyshuollon ohjauksikäytännöissä on institutionalisoitu kolmikantaisuus, jossa työntajaja ja työntekijäjärjestöillä sekä valtiolla on kaikilla oma roolinsa. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) alaisuudessa toimii työterveyshuollon neuvottelukunta (TTHNK), jonka toiminta perustuu vuonna 1978 annettuun asetukseen (784 /1978). Siitä lähtien neuvottelukunta on ollut keskeisessä taustaroolissa kaikissa työterveyshuollon kehittämisen ja muutoksen hankkeissa. (TTL 2016b.) Kansaneläkelaitoksen (Kela) yhteydessä taas toimii työterveyshuoltoneuvottelukunta. Neuvottelukunnan tehtävänä on toimia Kelan apuna työterveyshuollon kustannusten korvaamista koskevissa asioissa (Kela 2016.) Näissä molemmissa neuvottelukunnissa työmarkkinajärjestöillä on vahva edustus.

3.1 Työterveyshuoltoa ohjaava lainsäädäntö

Työterveyshuollon perustana on työterveyshuoltolaki, jota uudistettiin vuonna 2001 (1383/2001) ja jota on sittemmin muutettu joiltain osin (esim. 20/2012). Työterveyshuoltokäytäntöä ohjaa myös työturvallisuuslaki (738/2002) ja työterveyshuollon korvauskäytäntöjä sairausvakuutuslaki (1224/2004). Laajemmin tarkasteltuna voidaan työterveyshuoltoa ohjaaviksi laeiksi hahmottaa myös terveydenhuoltolaki (743/1978; 1326/2010), perustuslaki (731/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki yksityisyyden suojasta työelämässä (759/2004) sekä laki aluehallintovirastoista (896/2009). Lakien tueksi on lisäksi annettu tarkempia määräyksiä valtioneuvoston asetuksissa, kuten asetus (1485/2001) terveystarkastuksista erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä sekä valtioneuvoston asetus (708/2013) hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta. (Kinnunen 2010, 2-4; Räsänen 2010, 50; STM 2014a; Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 108.)

Vuoden 2014 alussa tuli voimaan asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä (708/2013), jossa keskeinen uusi käsite on työterveysyhteistyö. Työterveysyhteistyö tarkoittaa työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon keskinäistä, suunnitelmallista ja tavoitteellista yhteistyötä. Työterveyshuoltoyksiköiltä edellytetään kirjallista laatujärjestelmää ja oman toiminnan vaikuttavuuden arviointia. (Sauni 2014, 13-15.) Muuttuneiden säädösten käyttöönottoa ohjaamaan Työterveyslaitos on julkaissut työterveyshuollon ammattilaisille Hyvä työterveyshuoltokäytäntö (1997; 2007; 2014) oppaat.

Työterveyshuoltolain tarkoitus on, että työnantaja, työntekijä ja työterveyshuolto yhteistoimin edistävät työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työntekijöiden terveyttä, työ- ja toimintakykyä työurien eri vaiheissa sekä työyhteisön toimintaa. Työterveyshuoltolaki tähtää työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja haittojen ehkäisemiseen ja torjumiseen sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseen ja edistämiseen. (Manka ym. 2010, 23-24; Räsänen 2010, 50.) Jotta työterveyshuollon toiminta on tarpeen mukaista, sen on pohjauduttava työpaikkaselvitykseen (STM 2014a).

Työterveyshuoltolaissa edellytetään, että työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen käytetään määrällisesti riittävää ja pätevää ammattihenkilöstöä sekä heidän tarpeelliseksi katsomiaan asiantuntijoita. Ammattihenkilöt ja asiantuntijat toimivat ammatillisesti riippumattomina asiakkaidensa työnantajasta, työntekijöistä sekä heidän edustajistaan. Työterveyshuoltolakia

täydentävässä valtioneuvoston asetuksessa 708/2013 on määritelty työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden pätevyysvaatimukset ja täydennyskoulutustarpeet. (STM 2014a.) Työterveyshuollon ammattihenkilöitä ovat työterveyslääkärit ja työterveyshoitajat. Työterveyshuollossa päätoimisesti, vähintään 20 tuntia viikossa, toimivan lääkärin tulee olla työterveyshuollon erikoislääkäri. (STM 2014a.) Kun työterveyshuollon painopiste on siirtynyt sairaanhoidon tuottamiseen, käytännössä yleislääkärit tuottavat puolet työterveyshuollon palveluista (Erhola ym. 2013, 48). Työterveyshoitajalla tulee olla terveydenhoitajan pätevyys ja ammattikorkeakoulussa suoritettut työterveyshuollon erikoistumisopinnot tai vähintään viidentoista opintopisteen laajuinen työterveyshuollon koulutus kahden vuoden kuluessa työterveyshuollon tehtäviin siirtymisestä. (STM 2014a.)

Työterveyshuollon ammattihenkilöt voivat käyttää tarpeellisiksi katsomiaan asiantuntijoita, joita ovat esimerkiksi fysioterapeutit, psykologit ja työhygieenikot. Myös asiantuntijoilla tulee olla riittävät tiedot työterveyshuollosta. (Husman 2010, 63; STM 2014a; Uitti 2014, 265-269; ks. myös Mäenpää-Moilanen 2014, 270-273.) Työterveyshuollon toteutumista työpaikoilla valvoo työsuojeluviranomainen. Työterveyshuollon palveluntuottajien ja ammattihenkilöiden toimintaa sekä työterveyshuollon palveluiden sisältöä valvovat sosiaali- ja terveysministeriö, Valvira ja aluehallintovirastot. (Työturvallisuuskeskus TTK 2015.)

3.2 Työterveyshuollon toimintaperiaatteet ja kattavuus

Työterveyshuollon yleiset toimintaperiaatteet ovat ehkäisevä ja edistävä toiminta, varhainen puuttuminen sekä korjaava ja hoitava toiminta. Ehkäisevään ja edistävään toimintaan kuuluvat työpaikkaselvitykset, terveystarkastukset ja tietojen antaminen sekä neuvonta. Varhaiseen puuttumiseen kuuluvat tieto terveysriskeistä ja kaikkien työyhteisön jäsenten motivoiminen työturvallisuuden parantamiseen. Korjaavaan ja hoitavaan toimintaan kuuluvat toimenpideehdotukset (esim. tapaturmavaarojen ja työergonomian kartoitukset), jatkotutkimuksiin ja hoitoon ohjaus, ammattitautitutkimukset, onnettomuuksien jälkihoito ja vapaaehtoiset sairaanhoito- sekä muut terveydenhoitopalvelut. (Kinnunen 2010, 2-4.)

Työterveyshuoltolain ennaltaehkäisevä toiminta koskee kaikkia työnantajia, jotka ovat velvollisia noudattamaan työturvallisuuslakia. Työterveyshuolto on järjestettävä, jos yrityksessä on yksikin palkattu työntekijä. Työterveyshuolto tulee toteuttaa siinä laajuudessa kuin työstä, työjärjestelyistä, henkilöstöstä, työpaikan olosuhteista ja niiden muutoksista johtuva tarve edellyttää. Työnantajat voivat järjestää työntekijöilleen myös vapaaehtoisesti

sairaanhoido- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Työnantaja voi järjestää työterveyshuoltolaissa tarkoitettua työterveyshuollon palvelut hankkimalla tarvitsemansa palvelut terveyskeskukselta, järjestämällä tarvitsemansa työterveyshuoltopalvelut itse tai yhdessä toisten työnantajien kanssa tai hankkimalla palvelut muulta työterveyshuoltopalvelujen tuottamisesta oikeutetulta toimintayksiköltä tai henkilöltä. (Manka ym. 2010, 23-24.)

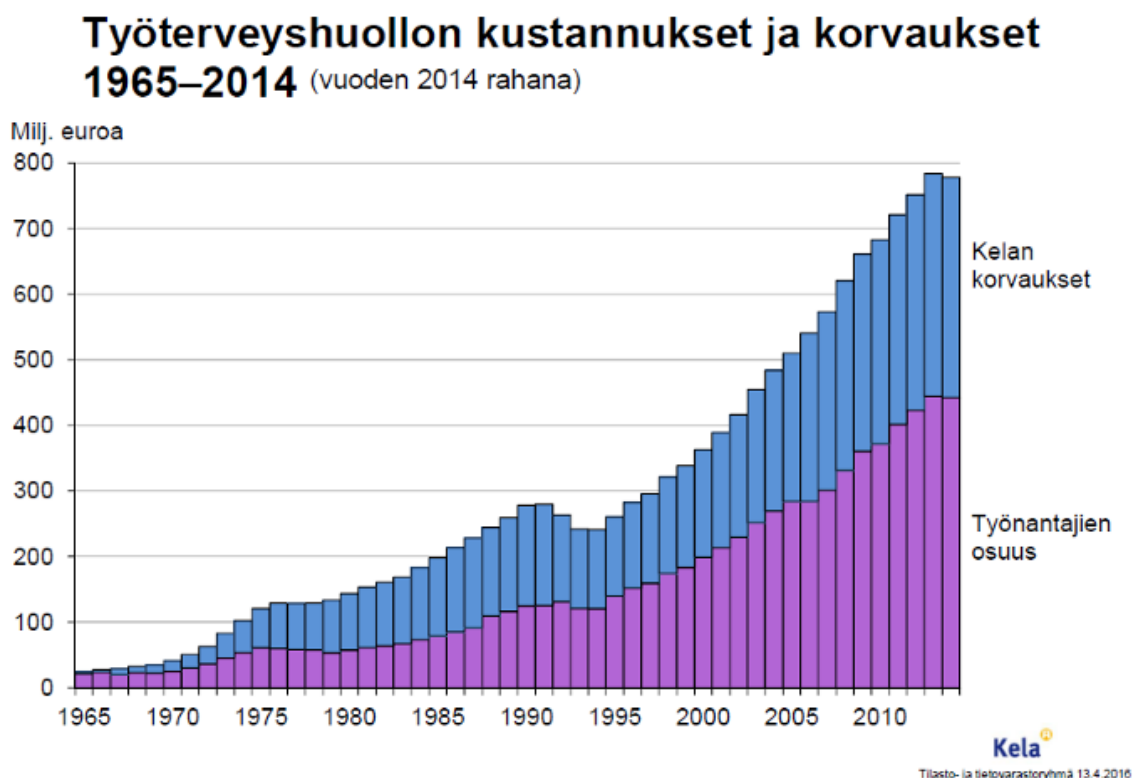
Järjestämisvastuu työterveyshuollosta on siis työnantajilla, kun muutoin sosiaali- ja terveystyöpalvelut ovat kuntien vastuulla. Sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisesti työnantajat, yrittäjät ja muut omaa työtään tekevät voivat saada 50-60 prosenttia korvausta Kelalta hyvää työterveyshuoltokäytäntöä noudattavista ehkäisevän ja työkykyä ylläpitävän toiminnan kustannuksista (korvausluokka I) sekä sairaanhoidosta ja muusta hoidosta (korvausluokka II) ja erikoislääkärikonsultaatioista silloin, kun hoitovastuu säilyy työterveyslääkärillä. (Arola 2004, 4149-4150; Manka ym. 2010, 25; Hujanen & Mikkola 2012, 152.) Erikoislääkärihoito sinällään ei kuulu työterveyshuoltoon (Arola 2004, 4149).

Työterveyshuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä suurimmalla osalla on nykyisin mahdollisuus käyttää työterveyshuoltoa myös sairauksien hoitoon. Työterveyshuollon lainsäädäntö korvauskäytäntöineen ja suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehitys ovat mahdollistaneet tämän muista maista poikkeavan tilanteen, jossa työterveyshuollossa tapahtuva sairaanhoito on osa työikäisen väestön perusterveydenhuoltoa. (HE 114/2001 vp, 5; Martimo ym. 2007, 188.) Vuonna 2013 työnantajan järjestämän työterveyshuollon piirissä oli noin 1,86 miljoonaa työntekijää, joista sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palvelujen piirissä oli 1,75 miljoonaa. Palkansaajana toimivasta työvoimasta oli työterveyshuollon piirissä 87,4 prosenttia. (Kelan työterveyshuoltotilasto 2013, 10). Vuoden 2015 lopussa työterveyshuollon piiriin kuului 1,99 miljoonaa henkilöä. Palkansaajista 96 prosenttia oli työterveyshuollon piirissä. Työterveyshuollon kokonaiskattavuus työllisestä työvoimasta oli 84 prosenttia vuonna 2015. (Lappalainen ym. 2016, 4.)

Työterveyshuolto kustannetaan veroluontoisella työtulovakuutuksella, joka kerätään työnantajilta ja työntekijöiltä sekä yrittäjiltä sairausvakuutusmaksuna ja sosiaalivakuutusmaksuna. Myös valtion budjetista tulee osuus. (Aktuaariraportti 2011, 46.) Vuonna 2012 työnantajat maksoivat työtulovakuutusta palkkatuloista 2,12 prosenttia ja työntekijät sekä yrittäjät 0,82 prosenttia (Seuri 2013, 123). Työtulovakuutuksesta maksetaan sairauspäivärahat, kuntoutusrahat, vanhempainpäivärahat sekä työterveyshuolto. Suurin menoerä muodostuu sairauspäivärahoista. (Aktuaariraportti 2011, 14 – 45; Seuri 2013, 122-

123.) Vuonna 2013 ehkäisevän työterveyshuollon palveluista aiheutui kustannuksia 320 miljoonaa, työterveyshuollon sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista 455 miljoonaa. (Kelan työterveystilasto 2013, 12.)

Työterveyshuolto siis toteuttaa myös mittavaa osaa perusterveydenhuollosta. Se perustuu lainsäädännön lisäksi Kelan työtulovakuutuksen kautta maksettuihin, korvamerkittyihin korvauksiin työnantajille ja työmarkkinajärjestöjen vankkaan tukeen. (Erhola ym. 2013, 15.) Työterveyshuollon kustannusten nousua kuvaa havainnollisesti kuvio 1.



Kuvio 1. Työterveyshuollon kustannukset ja korvaukset vuosina 1965-2014. (Lähde Kela. Kuviot-sarja. Työterveyshuolto.)

Työterveyslääketieteen dosentti Markku Seurin (2013) mukaan nykyistä työterveyshuoltoa kohtaan esitetään kritiikkiä useilta tahoilta. Suurimpia kritiikin aiheita ovat, että työterveyshuolto on käyttäjilleen maksutonta, sen sairaanhoito on paisunut, se on toiminut yksityistämisen edelläkävijänä, se lisää sosiaalista eriarvoisuutta ja on ollut hajottamassa suomalaisten perusterveydenhuoltoa. (Seuri 2013, 8-9.) Seuri (2013) nostaa esiin kolme ainutlaatuista ominaisuutta Suomen työterveyshuoltojärjestelmässä. Ensinnäkin työterveyshuollon järjestäminen on velvoittavaa kaikille työnantajille. Toiseksi suomalaisessa työterveyshuollon järjestelmässä hoidetaan sairaita. Kolmanneksi työterveyshuoltomme uskoo

vahvasti työterveystarkastusten parantavaan voimaan, jota ei kuitenkaan ole voitu tutkimuksilla todistaa. (Seuri 2013,16.)

Terveydenhuollosta kokonaisuutena puhuttaessa ja sitä uudistettaessa työterveyshuolto ja sen toimintakäytännöt jäävät usein unohduksiin tai hyvin pieneen sivurooliin. Näin siitäkkin huolimatta, että joidenkin näkemysten mukaan työterveyshuolto voidaan jo nyt käsittää väestövastuujärjestelmäksi, johon sisältyy mahdollisuus käydä terveyskeskuksissa. (Hujanen & Mikkola 2012, 152.) Työterveyshuollosta perusterveydenhuollon osana kirjoittavien Hujasen ja Mikkolan (2012) mukaan työterveyshuollosta osana palvelujärjestelmää on niukasti tutkimustietoa. Tästä syystä Hujasen ja Mikkolan mukaan voidaan arvioida, että osa työterveyshuollosta käydystä keskustelusta perustuu mielikuviin. Yksityisten yritysten toimiminen työterveyshuollon tuottajina jakaa mielipiteitä. Yksityisen ja julkisen sektorin vastakkainasettelu on tyypillistä keskustelulle. (Hujanen & Mikkola (2012, 159.) Toisaalta on myös esitetty, että työterveyshuollossa nähty parempi palvelujen saatavuus voi olla pyrkimystä vaikuttaa yleisesti kunnallisten terveyspalvelujen tilaan niitä kohentavasti. (Tuominen 2010; Työterveyshuollon tukea halutaan vähentää 2010).

Hujasen ja Mikkolan (2012) mukaan myös työterveyshuollon voimavarojen jakautumisessa on huomattavia alueellisia eroja. Se, missä suhteessa työterveyshuolto on perusterveydenhuoltoon, ei välttämättä ole yksiselitteistä. Työvoimaresurssi saattaa olla puutteellista kummassakin, tai sitten voidaan nähdä viitteitä siitä, että joillakin alueilla työterveyshuolto korvaa tai tukee perusterveydenhuoltoa ja saattaa myös houkuttaa työvoimaresursseja. (Hujanen & Mikkola 2012, 159-160.)

3.3 Työterveyshuollon eriarvoistavat piirteet

Työterveyshuollon eriarvoisuutta luova ominaisuus liitetään yleensä palvelujen saatavuuteen ja palvelujen hintaan. THL:n asiantuntijaryhmä (Pekurinen ym. 2011, 40) nostaa esiin, että *”Monikanavainen rahoitus edistää työssäkävien terveyspalvelujen saatavuutta, mutta samalla useimpien mielestä osaltaan eriarvoistaa väestöä. Työssäkäyvät ja työelämän ulkopuolella olevat, kuten eläkeläiset ja työttömät, ovat lääkäripalvelujen saatavuuden suhteen eriarvoisessa asemassa. Työterveyshuolto on työssäkäyville merkittävä maksuton työsuhte-etu. Se tarjoaa myös pienituloisille työssä oleville mahdollisuuden saada maksutta hyvälaatuisia lääkäripalveluja.”*

Kun työterveyshuollon lääkäripalvelut ja myös yksityisten lääkäripalvelujen tarjonta ja käyttö

lisääntyvät, ovat terveyskeskuspalvelut pienituloisten ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevien vaihtoehto. On arvioitu, että julkisten palvelujen huono taso lisää maksukykyisten asiakkaiden siirtymistä markkinasektorille, mikä edelleen vauhdittaa julkisen järjestelmän rapautumista. (Valtonen 2011, 29, 38; VNK 2011, 5.)

Terveyspalveluiden käytössä onkin selviä sosioekonomisia eroja. Nykyinen järjestelmä suosii selvästi parempiosaisia. Tuloilla tarkasteltuna käynnit lääkärin vastaanotolla ovat suosineet hyvätuloisia. Työterveyshuollossa ja yksityislääkärillä käyvät hyvätuloiset, kun taas terveyskeskuskäynnit ovat yleisempiä pienituloisilla. (Manderbacka ym. 2007, 179-196; Kajantie 2014.) Työterveyslaitoksen Työ ja terveys -katsauksessa (Kauppinen ym. 2010) huomioidaan, että työterveyshuollon osalta terveyserot ovat siinä mielessä automaattisia, että työllisiä useammin alimpiin tuloryhmiin kuuluvilla työttömillä ei ole työterveyshuoltoa. Tyypillisimmin työterveyshuollon järjestämisessä on puutteita pienyrityksissä, joita on paljon muun muassa rakennus-, maaliikenne-, majoitus- ja ravitsemustoiminnan aloilla. Erityisen usein työterveyshuolto puuttuu yksinyrittäjiltä, joille se ei ole lakisääteinen. Yrittäjiä on vastaavasti paljon samoilla toimialoilla kuin pienyrityksiäkin, monet yrittäjät ovat sosioekonomisesti lähellä työntekijäasemaa. (Virtanen & Husman 2010, 151.)

Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (Häkkinen & Nguyen, 2010) laatiman selvityksen mukaan työterveyshuollon lääkärissä käynnit näyttävät kohdentuvan epäoikeudenmukaisesti. Tämä selvitys antaa viitteitä siitä, että sopimukset sairaanhoidon osalta painottuisivat niin, että raskailla työaloilla on suppeammat sopimukset ja keveillä laajimmat (Häkkinen & Nguyen, 2010). Seurin (2013) mukaan kyse ei ehkä niinkään ole terveydenhuollollisista tarpeista, vaan työsuhde-etuuksista. Seuri myös pohtii, onko perusteltua, että Kela-rahoituksella tuetaan työsuhde-etuuksiksi luettavia toimintoja. (Seuri 2013, 38-39.) Seuri (2013) muistuttaa myös siitä, että hyvin toimivaan työterveyshuoltoon liittyy ristiriita kaupalliselta kannalta katsottuna. Kun ennaltaehkäisy hoidetaan hyvin, työterveyshuollon tarve vähenee. Heikkenevään taloudelliseen tulokseen voi johtaa sisällöllisesti hyvä liiketoiminta. Organisaatioihin tulee muutosjärkeä, joka estää tehokkaiden toimintatapojen kehittymisen. (Seuri 2013, 58.)

THL:n raportti (Rotko ym. 2011, 47-48) tarkastelee työikäisen väestön terveyseroja. Tämän katsauksen mukaan sosioekonomiset työsuhde-erot eivät näyttäisi muuttuneen vuodesta 2006. Kirjoittajien johtopäätös on, että valtaosa työhön liittyvästä sairastavuudesta johtuu tavallisten sairauksien lisääntymisestä tai pahenemisesta, jota on vaikeampi tilastoida ja havaita kuin ammattitaitteja. Työikäisten suomalaisten terveydelliset vaarat eivät tule työstä, vaan

elintavoista (Seuri 2013, 52-53). Lisäksi on muistettava, että pahimmassa kuoleman vaarassa ovat ne, joilla ei ole töitä. Työttömien kuolleisuus Suomessa oli vuosien 1996-2000 välillä miesten osalta kolminkertainen ja naisten osalta kaksinkertainen työllisiin nähden (Tilastokeskus 2004, 1-2). Seurin (2013) mukaan työ sinällään on voimavara, hyväntuoja ja elvyttäjä. Huonosti eivät voi töissä olevat vaan ne, joilla työtä ei ole. Kuolleisuuserot työllisten ja työttömien välillä käyvät sitä selvemmiksi, mitä pidempään työttömyys jatkuu. (Seuri 2013, 9.) Suomalaisten työikäisten yleisimmät tappajat ovat elintavoissa, eivät työssä (Penttilä 2011, 1-5; Seuri 2013: 9, 52-53).

4. Tutkimuskysymykset, aineisto ja menetelmät

4.1 Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset

Työterveyshuollon palveluntuottajalla tarkoitetaan sitä organisaatiota tai henkilöä, joka huolehtii työnantajan järjestettäväksi kuuluvasta tai työnantajan vapaaehtoisesti järjestämästä työterveyshuollosta (Työterveyshuoltolaki 1383/2001). Julkisen puolen eli kunnallinen työterveyshuollon palveluntarjonta on erittäin kompleksista. Palveluntuottajina toimivat sekä pienet terveyskeskukset että kunnalliset liikelaitokset ja osakeyhtiöt. Myös yksityiset työterveyshuollot, siis lääkärikeskukset, toimivat julkisella sektorilla ulkoistamisen kautta. (Lappalainen ym. 2016, 4-5.)

Tämä tutkimus tarkastelee työterveyshuollon toimijakentän toimijoita ja niiden välisiä suhteita. Tutkimukseni liittyy työn sosiologian tutkimuskenttään. Käytän teoriapohjana sosiologian näkemyksiä työelämästä sekä toimijaverkostoteoriaa. Tutkin aineistolähtöisesti toimijaverkostoteorian avulla, mitä toimijoita ja kytköksiä työterveyshuollon verkostossa näyttäytyy. Tätä tutkimusongelmaa täsmentävät tutkimuskysymykseni aineistolle ovat:

1. Mitä toimijoita on työterveyshuollon verkostossa?
2. Millaisina toimijoiden asema ja suhteet näyttäytyvät työterveyshuollon verkostossa? Sisältävätkö suhteet kamppailuja tai ristiriitoja ja millaista valtaa niissä havaitaan?
3. Miten toimijoita ja toimijasuhteita on selitetty osana työterveyshuollon verkostoa? Miten toimijoita ja toimijasuhteita voidaan tulkita sosiologian näkökulmasta sekä osana yhteiskunnallista keskustelua?

Näitä eri toimijoita voidaan verkostoteorian lähestymistavalla hahmottaa toimijan, verkoston tai mustan laatikon käsitteillä. Aineistonani käytän julkisen työterveyshuollon

palveluntuottajien näkemyksiä työterveyshuollon suurimmista haasteista ja muutoksista. Tutkimukseni aineisto on kerätty julkisen puolen työterveyshuollon toimijoilta sähköisellä kyselyllä vuonna 2012. Työterveyshuollon julkisen puolen - kuntien järjestämän ja kuntien vastuulla olevan työterveyshuollon - palveluntuottajien vastaukset antavat kuvaa siitä, mitä toimijoita työterveyshuollossa koetaan olevan ja miten eri toimijoita työterveyshuollon kentässä arvotetaan. Työterveyshuollon julkisen puolen palveluntuottajien vastauksista kootusta aineistosta havainnoin, millainen on työterveyshuollon toimijaverkosto ja millaisena tuo verkosto näyttäytyy vastaajien toimija-asemasta.

4.2 Aineisto ja analyysiprosessi

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty lomakekyselyllä. Työterveyshuollon nykytila ja haasteet -kysely lähetettiin vuonna 2012 koko Suomen julkisen (kunnallisen) puolen työterveyshuollon palveluntuottajille. Työterveyshuollon nykytila ja haasteet -kysely toteutettiin Etelä-Suomen aluehallintovirastossa, jossa olin tekemässä kyselyä ja analysoimassa vastauksia osana korkeakouluharjoittelua. Kysely oli muodoltaan sähköinen webropol-kysely. Kyselyllä kartoitettiin koko Suomen julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajien kokemuksia työterveyshuollon tuottamisesta ja tilanteesta.

Tässä tutkimuksessani käsittelen aineistona kyselytutkimuksen kahden kysymyksen vastauksia. Kysymykset ovat: ”Mitkä ovat olleet mielestänne suurimpia muutoksia työterveyshuollon kentässä viimeisten vuosien aikana?” ja ”Mitä pidätte työterveyshuollon suurimpana haasteena tällä hetkellä?”. Ensimmäiseen kysymykseen vastauksia tuli yhteensä 109 kappaletta ja toiseen kysymykseen vastauksia annettiin yhteensä 110 kappaletta. Kysymykset muutoksista ja haasteista olivat muodoltaan avoimia kysymyksiä, Kysymyskaavakkeessa oli kumpaakin vastausta varten tekstikenttä. Kyselylomakkeessa kysymysten numerot olivat 19 ja 20. Kyselylomake löytyy liitteestä 2.

Kumpaankin kysymykseen vastauksia tuli lähes sama määrä 110 ja 109. Analysoitavia, käsittelemättömiä vastauksia oli siis yhteensä 219 kappaletta, tämä määrä tarkoitti A4 -sivuina 24 sivua, kun käytössä oli perusfonttikoko 12 ja rivivälinä ykkönen. Kumpaakin kysymystä kohden analysoitavia sivuja oli 12 kappaletta. Vastausten analysointi osoitti, että näiden kahden kysymyksen vastaukset osuivat paljolti yhteen. Useampi vastaaja myös vastasi jälkimmäiseen kysymykseen ”ks. edellinen kysymys”, mikä kertoo näiden kahden kysymyksen osalta päällekkäin lankeavista kysymyksenasetteluista. Tästä syystä käsittelenkin

näiden kahden kysymyksen vastaukset aineistossa yhdessä. Osa vastauksista oli lyhyitä, muutaman sanan tai parin lauseen pituisia. Osa vastauksista puolestaan oli pitkiä, monen rivin tai kokonaisen kappaleen pituisia, ja ne saattoivat kattaa sisällöltään monta asiaa. Näistä pitkistä, monta asiasisältöä kattavista vastauksista erottelin analyysivaiheessa sisältöjä aihealueittain. Kyselytutkimuksella kerätyiltä aineistoltani kysyin eri kysymyksiä, kuin mihin kysymyksiin vastaukset on alun perin annettu.

Julkisen puolen työterveyshuollon tuottajilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kunnallisia palveluntuottajia, joilta työnantaja hankkii työterveyshuollon palvelut. Lainsäädännön osalta työterveyshuolto on joiltain osin poikkeava verrattuna muihin terveyspalveluihin. Järjestämisvastuu työterveyshuollosta on työnantajilla, kun muutoin sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kuntien vastuulla. Työnantajan velvollisuutena on järjestää työntekijöille ehkäisevä työterveyshuolto. (Hujanen & Mikkola 2012, 159; STM 2014a.)

Kunnan on järjestettävä työterveyshuollon palvelut alueellaan niille työnantajille, jotka palveluja haluavat. Kunnalla on mahdollisuus järjestää työterveyshuollon palvelut (niin kuin muutkin terveydenhuollon palvelut) parhaaksi katsomallaan tavalla. (STM 2014a.) Tästä syystä kyselyn vastaajina oli niin työterveyshoitajia ja terveyskeskuslääkäreitä kuin myös työterveyshuollon palveluja tuottavien kunnallisten liikelaitosten ja osakeyhtiöitten johtajia. Koko kyselyn mukainen vastaajien jakautuminen ammatillittain ja työterveyshuollon palveluntuottajien alueellinen kattavuus on esitetty taulukoissa 1. ja 2.

Taulukko 1. Koko kyselyn vastaajat ammatin tai toimenkuvan mukaan. (Osassa vastauksista valittu useita vaihtoehtoja.)

Vastaaja	N	%
Johtava/ vastaava työterveyslääkäri /lääkäri	28	20
Työterveyslääkäri	15	11
Muu lääkäri	20	14,5
Vastaava työterveyshoitaja	28	20
Työterveyshoitaja	14	10
Toimitusjohtaja /Yrityksen (vastaava) johtaja	21	15
Muu	13	9,5
Yhteensä	139	100

Vastaajista 45 prosenttia työskenteli lääkärin tehtävissä, työterveyshoitajan tehtävissä työskenteli 30 prosenttia vastaajista ja 15 prosenttia vastaajista työskenteli hallinnon tehtävissä.

Työterveyshuollon nykytila ja haasteet -kysely toimitettiin sähköisessä muodossa kuntien kirjaamoihin, joista se pyydettiin toimittamaan kunnan työterveyshuollon palveluntuottajalle. Kyselyn toteuttamisajankohtana, kesällä 2012 Suomessa oli 326 kuntaa. Kyselyyn vastasi 139 julkisen puolen työterveyshuoltopalvelun tuottajaa. Moni raportoi hoitavansa samanaikaisesti useamman kunnan julkisia työterveyshuoltopalveluita. Työterveyslaitoksen toteuttaman Työterveyshuolto Suomessa katsauksen mukaan vuonna 2010 kunnallisella puolella toimi 117 hallinnollista yksikköä, ja palveluja tuottavien toimipisteiden lukumäärä oli 319 (Sauni ym. 2012). Kyselyn kattavuus koko Suomen julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajista on siis hyvä (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 55).

Taulukko 2. Maakunnittain alueet, joihin koko kyselyn vastaajat raportoivat antavansa työterveyshuoltopalveluja.

Maakunta	N	%
Uusimaa	17	13
Varsinais-Suomi	17	13
Satakunta	9	7
Kanta-Häme	4	3
Pirkanmaa	10	7,5
Päijät-Häme	1	1
Kymenlaakso	2	1,5
Etelä-Karjala	2	1,5
Etelä-Savo	10	7,5
Pohjois-Savo	11	8
Pohjois-Karjala	6	4
Keski-Suomi	5	4
Etelä-Pohjanmaa	8	6
Pohjanmaa	7	5
Keski-Pohjanmaa	2	1,5
Pohjois-Pohjanmaa	11	8
Kainuu	-	-
Lappi	10	7,5
Ahvenanmaa	1	1
Yhteensä	133	100

Kyselyyn saatiin vastauksia 18 maakunnasta. Kainuu oli ainoa maakunta, jonka alueella toimivilta julkisen puolen työterveyshuollon palveluiden tuottajilta ei saatu yhtään vastausta.

Eniten vastauksia saatiin Varsinais-Suomesta ja Uudeltamaalta.

Vastaajien taustatiedoksi kysyttiin myös julkisten työterveyshuoltopalveluiden tuottajien toiminnan järjestämistapaa. Vastaukset tähän on esitetty taulukossa 3. Melkein puolessa vastauksista työterveyspalvelut toteuttivat kunnan työterveyshuollon viranhaltijat. Vähän alle neljäsosalla vastauksista työterveyshuollon palvelut tuotti työterveyshuollon liikelaitos.

Taulukko 3. Julkisten työterveyshuollon palveluntuottajien toiminnan järjestämistapa.

Toiminnan järjestämistapa	N	%
Työterveyspalvelut tuottavat kunnan työterveyshuollon viranhaltijat	65	49
Työterveyshuollon liikelaitos	30	23
Työterveyshuolto on ulkoistettu toiselle työterveyshuollon palveluja antavalle yritykselle	22	17
Työterveyshuolto on ulkoistettu henkilöstövuokrausta antavalle yritykselle	0	0
Työterveyshuolto on yhtiöitetty	3	2
Muu tapa *	12	9
Yhteensä	132	10

* Vastausvaihtoehtoon ”Muu tapa” annetut vastaukset:

- Kuntien yhteinen, isäntäkuntaperiaatteella. (3 kpl)
- Työterveyshuolto toimii omana, lääkäripalvelut ostopalveluna. (2kpl)
- Lääkäri yksityisestä työterveyshuollon yrityksestä, työterveyshuollon lääkäripalvelut ostetaan yksityiseltä palveluntuottajalta. (2kpl)
- Oma työterveyshuoltoasema.
- Yhden lääkärin osalta ostopalvelu.
- Liikelaitoskuntayhtymän työterveyshuolto.
- Sairaanhoidopiirintoimintaa perusterveydenhuollon järjestämiseen liittyen.

Koko kyselylomakkeen aineistoon pohjautuva Etelä-Suomen aluehallintoviraston hallinnollinen selvitys, Työterveyshuollon nykytila ja haasteet vuodelta 2012, samoin kuin muut Etelä-Suomen aluehallintoviraston vuosien 2009 – 2014 välillä tekemät, työterveyshuollon järjestämistä ja tilaa kartoittavat hallinnolliset kyselyt, löytyvät raportoituna julkaisusta Työterveyshuolto ja haasteet, työterveyshuollon yksiköille tehtyjen kyselyjen tuloksia (Mussalo-Rauhamaa, Savikko, Kernisalo-Perälä & Paakkola 2015).

4.3 Tutkimuksen menetelmälliset valinnat

Kyselyvastaukset olen analysoinut laadullisesti sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysilla tässä tarkoitan Tuomen ja Sarajärven (2009, 91-124) mukaista käsitystä sisällönanalyysista melko väljänä teoreettisena kehyksenä, jolla voidaan tulkita kirjoitettuja, kuultuja tai nähtyjä sisältöjä (ks. myös Laine 2001). Sisällönanalyysissa oleellinen piirre on aineiston luokittelu, teemoittelu tai tyypittely. Sisällönanalyysissa pyritään järjestämään aineisto selkeään ja tiivistettyyn muotoon ilman, että kadotetaan sen sisältämää informaatiota. (Hämäläinen 1987; Burns & Grove 1997; Strauss & Gorbini 1990;1998.) Luin kyselyvastauksia useaan otteeseen ja pyrin avainsanojen sekä asiasisältöjen mukaan ryhmittelemään samansisältöiset vastaukset yhteen ryhmään. Ensimmäiseksi kysyin, mitkä sanat ovat merkittäviä ja mistä toimijoista täällä puhutaan? Sitten kysyin, mitä suhteita aineistossa ilmenee ja miten ne ovat välittyneet?

Toinen oleellinen piirre sisällönanalyysissa on tutkijan tekemä valinta sen suhteen, minkälaiseen aineistonsa mahdollistamaan sisältöön hän keskittyy ja minkä sulkee pois. Omassa tutkimuksessani tämä valinta tapahtui teoriaohjaavasti. Valintaa ohjasivat verkostoteoreettiset toimijanäkemykset, olen siis käyttänyt teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Tuomen ja Sarajärven (2009,117) mukaan teoriaohjaavassa analyysissa teoreettisia käsitteitä ei luoda aineistosta, vaan teoria toimii apuna aineiston analyysissa. Olen lukenut ja havainnoinut aineistoa verkostoteorian näkemysten kautta.

Kuitenkin myös teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee aineiston ehdoilla. Verkostoteorian (Latour 1988, 10-11, 252) ohje analysoijalle on, että hänen ainoa tehtävänsä on seurata toimijoita pyrkimättä etukäteen määrittelemään, mitä toimijat ovat ja miten ne toisiinsa liittyvät. Teoriaohjaavan sisällönanalyysin mukaisesti olen verkostoteorian ohjaamana pyrkinyt seuraamaan toimijoita hahmottamalla vastauksista erilaisia kytkentöjä, neuvotteluja ja törmäyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009,117). Toimijaverkostoteoria ei ole perinteinen, selkeä ja selittävä tieteellinen teoria, vaan pikemminkin teoreettismetodologinen keino jäsentää tutkimuskohdetta ja kiinnittää analyysissa huomio erilaisten toimijoiden suhteisiin (Lindh 2013, 26). Näitä suhteita tarkastelemalla olen pyrkinyt etsimään aineistosta toimijoita ja havainnoimaan erilaisia toimijasuhteita, niin hiljaisia ja vakaita, ristiriitaisia valtakamppailuja kuin vakiinnuttamisen pyrkimyksiäkin.

Aineistossa ilmeni erilaisia ristiriitoja, minkä vuoksi koin hedelmälliseksi valita teoriapohjaksi juuri verkostoteorian. Verkostoteoria mahdollistaa ”törmäysten” käsittelyn osana verkostoa, erilaisten toimijoiden monitahoisina suhteina ja neuvotteluina.

Verkostoteorian avulla on myös mahdollista käsitellä ajatuksia itsestäänselvistä toimijoista eli mustista laatikoista ja näin hahmottaa niitäkin työterveyshuollossa esiintyviä toimijoita, joita ei yleensä kyseenalaisteta, toimijoita, joilla koetaan olevan kyseenalaistamaton ja selvä oleminen tai oikeutus.

Aineiston vastaukset peilautuvat myös suhteessa toivotunlaiseen työterveyshuollon toteutukseen. Verkostossa joidenkin toimijoiden välisten kytkösten voi tulkita joko vahvistavan tai heikentävän tätä toivotunlaista prosessia. Vastauksissa hahmottuu, mitkä toimijat julkisen puolen työterveyshuollon tuottajien näkemysten mukaan arvostetaan työterveyshuollon kentässä toisia korkeammalle ja samalla se, toteuttaako tuo arvostus vastaajan näkemystä. Arvostuksen myötä joitakin toimijoita vahvistetaan ja toisia syrjäytetään. (Marsden 2006, 66)

4.4 Vuoropuhelu aineiston kanssa

Tutkimusta kirjoittaessani käytän aineistoa sekä analyysin kohteena että argumentaation tukena. Tällä tarkoitan yhtäältä aineisto-otteen analysoimista ja avaamista osana tekstiä sekä toisaalta aineisto-otteen käyttämistä todisteena ja vuoropuhelun kumppanina. Toisinaan käytän aineistoa esimerkkeinä tai kuvituksena, tällöin en avaa sitaattia enkä myöskään vuoropuhele sen kanssa. Sitaatit, jotka olen valinnut, esittävät kulloinkin käsiteltävänä olevan teeman kannalta jotakin mielenkiintoista yksityiskohtaa tai tiivistävät teemaan liittyvää olennaista sisältöä. (Ojala 2010, 153.)

Käytän vastaussitaatteja havainnollistamaan analyysia. En merkitse vastaussitaatteihin minkäänlaisia tunnistetietoja, sillä vastaukset on annettu luottamuksellisesti ja näin takaan vastaajille täyden anonymiteetin. Vastaussitaatteja olen välillä muotoillut, jotta lukijan olisi helpompi ymmärtää tekstin asiasisältö. Olen muuttanut jotkin ammattitermit tai lyhennykset yleistajuisiksi, korjannut häiritsevät kirjoitusvirheet ja lisännyt hankalasti luettavaan tekstiin välisanoja, kuten esimerkiksi olla-verbin, jotta lukijan on helpompi seurata tekstiä. Jotkin vastaukset ovat olleet pitkiä ja sisältäneet useita käsittelemiäni asioita, joissain tapauksissa olen pilkkonut vastauksen osiin ja käyttänyt vastaussitaateissa kulloistakin käsiteltävää asiasisältöä. (ks. Lempiäinen 2003, 33.)

Vastaajat eivät ole homogeeninen ryhmä. Tässä tutkimuksessa tulkitsem kuitenkin heidän toimija-asemistaan riippumatta vastaavan julkisen työterveyshuollon palvelutuottajaorganisaationsa edustajina. Tutkimuksessa on runsaasti vastaussitaatteja.

Suorat sitaatit tuovat vastaajan ääneen kuuluviin. Esittämällä suoria lainauksia vastausaineistosta pyrin myös suomaan lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkimuksessa tekemieni tulkintojen mielekkyyttä.

Ruusuvuori ym. (2010) ohjeistavat, että aineiston taakse ei voi piiloutua sanomalla samaa asiaa omin sanoin, vaan tarvitaan tulkintaa. Aineistoa ei voi myöskään jättää puhumaan puolestaan, vaan tutkijan tulee sijoittaa se kirjallisuuteen ja tulkita. Toisaalta taas verkostoteorian yksi kantavista näkökulmista on, että tutkijan tulisi jäljittää ja kuvata verkostoa, mutta varoa luomasta selityksiä¹ (Latour 2005, 137).

Tutkimukseni on tasapainoilua aineistolle uskollisena pysymisen, toimijoiden seuraamisen ja tulkintojen tekemisen välillä. Samalla yritän pitää mielessä yhden tärkeimmistä tutkimuksen tekoa koskevista neuvoista: jokaisen tutkijan on tärkeää unohtaa tarve todistaa jotakin. Tieto saa olla ajallinen ja paikallinen katsaus maailmaan, vain yksi pieni pala moninaisuutta (Räsänen 2005, 90; Alasuutari 2011, 88). On tärkeää huomioida, että hahmotan verkostoja julkisten työterveyshuollon toimijoiden vastauksista. Näkökulma tulee olemaan väistämättä tästä katsomiskulmasta. Vaikka verkostoteoria ei sano mitään kuvaamiensa kohteiden muodosta, eivät sen tutkimuskohteet suinkaan aina ole verkostomallisia, esimerkiksi ihmisten suhdeverkoston tai politiikan ja talouden verkoston tapaan (Kullman & Pyyhtinen 2015, 114).

Tutkimuksen tavoitteena (ks. Ruusuvuori ym. 2010, 16) on löytää jotain uutta ja ennen havaitsematonta, löytää uusia merkityksiä ja ennen kuvailemattomia tapoja ymmärtää työterveyshuoltoverkostoa. Tässä tutkimuksessa toimijaverkostoajattelu on toiminut analyysin ja ajattelun apuvälineenä, jonka avulla olen tulkinnut työterveyshuollon suhteita ja toimijoita, ja linkittänyt niitä osaksi yhteiskuntatieteellisiä tulkintoja työstä ja työelämästä. Toimijaverkostot muodostuvat sekä inhimillisistä että materiaalisista tekijöistä (Callon 1986; Latour 2005). Tavoitteenani on avata työterveyshuollon suhteita ja toimijaprosesseja ja näin ymmärtää ja tavoittaa enemmän sitä, mikä ei ole näkyvää ja ilmeistä.

4.5 Aineiston vahvuudet ja heikkoudet

Aineistoni on alun perin kerätty Etelä-Suomen aluehallintoviraston hallinnollisella kyselyllä. Aineistoa ei ole kerätty verkostoteoreettista analyysia silmällä pitäen, mikä luo analyysiin

¹“However, we worry that by sticking to description there may be something missing, since we have not ‘added to it’ something else that is often call an ‘explanation’. And yet the opposition between description and explanation is another of these false dichotomies that should be put to rest –especially when it is ‘social explanation’ that are to be wheeled out of their retirement home.”

omat heikkoutensa. Toisaalta aineiston keruutapa tuo siihen sisällöllistä vahvuutta. Aluehallintovirasto on työterveyshuollon ohjaus- ja asiantuntijataho. Tästä syystä vastaajat ovat sekä halunneet vastata kyselyyn (hyvä alueellinen kattavuus) että esittää oman näkemyksensä työterveyshuollosta, kertoa epäkohdista ja ottaa kantaa. Ulkopuolisen tutkijan tuskin olisi mahdollista saada samalla tavalla kattavia ja latautuneita vastauksia.

Kyselyaineisto on luonteeltaan staattinen, mikä ei ole toimijaverkostoteoreettisen lähestymistavan kannalta otollisin muoto. Aineistosta ei käy esille ajallinen ulottuvuus eikä mahdollinen käsitysten muutos. Verkostoteoreettisella otteella on antoisampaa lähestyä dynaamisia ja ajallisesti eteneviä aineistoja, joissa on konkreettista muotoutumista, kehittämistä, tavoitteita ja elinkaariajattelua. Tekstimuotoinen ja kertaluonteinen kyselyvastausaineisto ei mahdollista tällaisia dynaamisia tarkasteluja.

Toimijaverkostoteoreettisella analyysillä aineistostani hahmottuvat eritoten työterveyshuollon verkostossa tapahtuneet muutokset. Tämän voi tulkita sekä vahvuudeksi että heikkoudeksi. Toisaalta aineistosta hahmottuvat vastaajille merkitykselliset, ristiriitoja ja kamppailuja sisältävät toimijat ja kytkökset. Toisaalta pysyvämmät ja vakiintuneemmat toimijaverkoston piirteet jäävät aineiston ulottumattomiin. Huomioitavaa on myös moniäänisyyden puute. Aineisto on julkisen työterveyshuollon palveluntuottajien näkemyksiä kuvaava. Kaikki muut, lukemattomat työterveyshuoltotoimintaan osallistuvat tai siinä osallisina olevat tahot jäävät kuulematta.

Eriksson (2015a, 297-300) toteaa, että verkostokäsitystä on hankala esittää helposti ymmärrettävänä teoriana. Verkostoteoreettisen ajattelun avaaminen lukijalle on vaativaa. Tutkimus on aina jollain tasolla tapahtuvaa abstraktia ajattelua, joka etenee vuorovaikutuksessa aineiston kanssa (Heiskala 2005, 29). Koska verkostoteoria ei anna varsinaisia teoriatyökaluja, niin se johdattaa tätä aineistoa tarkastellessa tutkijan ajattelun kohti suurempaa abstraktiutta.

5. Verkostoteorian esittely

Verkosto-käsite on Kai Erikssonin (2015c, 7) mukaan nykyisin vahvasti läsnä yhteiskunnallisessa puheessa. Yhä useammin niin maailmanlaajuiset kuin paikalliset politiikan, talouden ja hallinnon ilmiöt hahmotetaan verkostomaisina. Erikssonin mukaan verkostosta on muodostunut yleinen kehys, jossa yhteiskunta näyttäytyy. Verkosto toimii siis metaforana, jossa maailma saa käsitteellisen muodon. Verkosto käsitteellä huomiota

kiinnitetään entistä enemmän yhteyksien muodostamiseen ja niihin suhteiden kenttiin, joissa nämä rakenteet ilmenevät.

Erikssonin (2015c, 10) sanoin, *”Verkostoajattelun nousu on osaltaan seurausta sellaisesta teoreettisesta työstä, joka pyrki avaamaan muuttumattomina ja itsestään selvinä pidettyjä kategorioita, sijoittamaan ne historiallisiin ja käsitteellisiin yhteyksiinsä sekä korostamaan paikallista ja tapahtumakohtaista yleispätevän ja pysyvän sijasta.”* Verkostollinen näkökulma on vaikuttanut myös ihmis- ja yhteiskuntatieteisiin. Verkostollisia tutkimuskysymyksiä on esitetty jo 1920 -luvulta lähtien. Laajemman hyväksynnän verkostollinen näkökulma sai yhteiskuntatieteissä toisen maailmansodan jälkeen. (Eriksson 2015c, 7.)

Sosiologisessa puheessa verkostosta on tullut 2010 -luvulla yleinen tapa kuvata yhteiskuntaa ja sen toimintatapaa. Yhteiskuntatutkimuksessa huomio on siirtynyt rakenteiden ja instituutioiden sijasta yhteyksiin ja prosesseihin ja niiden kautta muodostuvaan monimutkaiseen suhdekenttään. Verkostollisuus kuvaa niin suhteiden solmimisen tapaa kuin myös sitä suhdekenttää, joka näin syntyy. (Eriksson 2015c, 10; ks. myös Castells 1996, 1997.)

5.1 Bruno Latourin toimijaverkostoteoria

Toimijaverkostoteoria, Actor-Network-Theory eli ANT on nimestään huolimatta enemmänkin lähestymistapa tai metodologis-heuristinen näkökulma kuin teoria (Haila ym. 2003, 67; Kullman & Pyyhtinen 2015, 109). Toimijaverkostoteorian keskeisimpiä vaikuttajia ovat Michel Callon ja Bruno Latour sekä John Law. ANT:n alkuperä juontaa tieteen ja teknologian tutkimukseen, mutta nimenomaan yhteiskuntatieteellisestä näkökulmasta, ei tietoteoreettisista lähtökohdista. Callon, Latour ja Law tarkastelivat tiedettä ja teknologiaa jo alun perin yhteiskuntaan kietoutuneina ja yhteiskunnan koostumusta ja muutosta esiintuovina elementteinä. (Kullman & Pyyhtinen 2015, 110-111.)

Yksi ANT:lle keskeisistä piirteistä on, että se huomioi ihmisten lisäksi myös luonnon ja teknologian: yhteiskunnalliset verkostot muotoutuvat luonnon, teknologian ja ihmisten välisessä jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Verkosto tarkoittaa ANT:ssa erilaisten inhimillisten ja ei-inhimillisten toimijoiden kohtaamisia ja keskinäisiä kytköksiä. Yksi verkostoteorian keskeisimmistä tutkijoista, Bruno Latour kehottaakin tutkijoita käyttämään lähestymistavassa toimijuuksien ja näiden muodostamien ”verkostojen” jäljittämistä, ymmärtämään, miten asiat rakentuvat moninaisissa ja alati muuttuvissa suhteissa. Latour painottaa, että verkosto ei tässä tarkoita konkreettista verkostoa, vaan sidoksia ja kytkentöjä, joita toiminta ikään kuin

värähdyttää. Verkostoteorian katsannossa on tarkoitus hahmottaa nimenomaan erilaisia toimintoja ja toimijoita luomatta yläpuolelle mitään suuria näkymättömiä rakenteita. (Latour, 2005; Kullman & Pyyhtinen 2015, 109-110.)

Latourin mukaan yhteiskuntatieteitä kiinnostava ”sosiaalinen” ei ole mitenkään ensisijainen tai pysyvä rakenne. Ihminen tai muu toimija ei toimi, koska sosiaalinen määräisi hänet toimimaan, vaan toiminnassa, vuorovaikutuksessa, syntyy sosiaalinen. Sosiaalinen on hetkellisesti näyttäytyvä, toimintaan ja tilanteeseen ja erilaisiin sidoksiin liittyvä.²(Latour 2005.)

ANT:in toimijaverkosto-käsitteellä on kolme keskeistä piirrettä. Ensimmäinen näistä piirteistä on näkemys ilmiöiden kytköksistä ja käänöksistä. Ajatus välittyneisyydestä kiinnittää huomion ilmiötä ylläpitäviin moniaineeksisiin suhteisiin ja niiden muodostamiseen vaadittavaan työhön. Toimijat eivät koskaan kytkeydy toisiinsa itsestään vaan ne tarvitsevat aina jonkun välittävän tekijän, ja asioiden yhdistäminen vaatii ponnisteluja. (Latour 2005, 37-42.) Ilmiöillä ei ole olemusta, joka avautuisi tutkijalle puhtaana ja välittömänä, vaan ANT yrittää kohdata asiat niiden moniaineeksisuudessa ja sekoittuneisuudessaan. Jokainen tutkittava ilmiö on selitettävä niiden erityisten ja alati vaihtuvien kytkösten kautta, joista ne koostuvat. ANT seuraa aina ilmiöiden käytännöllistä rakentumista sekä siihen sisältyviä kohtaamisia esineiden, asioiden, olioiden ja ihmisten välillä. (Kullman & Pyyhtinen 2015, 116.)

Kaikissa suhteissa on mukana välityksiä ja neuvottelua. Ei ole suhdetta ilman välitystä, eikä ole myöskään välitystä ilman käänöstä. Keskeinen ajatus *käänöksessä* on, että välittäjät eivät vain läpinäkyvästi kuljeta välittämäänsä vaan luovat aina myös uutta. Jokainen välitys tuottaakin aina käänöksen. Näin välityksen ja käänöksen käsitteet herkistävät ottamaan paremmin huomioon juuri kytkeytymisen vaikeuden, arvaamattomuuden ja siihen sisältyvän jatkuvan muutoksen. Yhteyksien luominen on epävarmaa ja työlästä, minkä vuoksi toimijat jatkuvasti yllättyvät paitsi toistensa toiminnasta myös omasta käyttäytymisestään. (Latour 1988; Latour 2005; Kullman & Pyyhtinen 2015, 115-116.)

Toinen ANT:n erityispiirre on yhteiskuntateoriassa kauan vaalitun mikron ja makron välisen erottelun hylkääminen. Verkoston käsite korvaa ajatuksen kahdesta eri todellisuuden tasosta (ylhällä yhteiskunta, alhaalla yksilöt) yhdelle tasolle levittäytyvillä liitoksilla. Verkostollisessa näkemyksessä ei ole olemassa periaatetta, joka olisi yleispätevämpi kuin paikalliset yhdistymiset, eivätkä toisaalta yksittäiset suhteetkaan tarjoa ”sosiaalisen”

²”Social is nowhere in particular as a thing among other things but may circulate everywhere as a movement connecting non-social things.” (Latour 2005,107)

perusmuotoa, sillä laajempi suhteiden kenttä läpäisee paikallisen vuorovaikutuksen. ANT:ssa on olemassa vain suppeampia tai laajempia ja kytköksiltään heikompia tai lujempia verkostoja. Näin ollen oletukset koosta, mittakaavasta tai rajoista eivät toimi selityspäätteinä, vasta toimijoiden välisissä suhteissa tuotetaan se kokonaisuus, joka näyttäisi sulkevan asiat sisäänsä. (Latour 2005; Kullman & Pyyhtinen 2015 116-117.)

Kolmanneksi ANT laajentaa yhteiskuntatieteiden käsityksiä toimijuudesta. ANT hylkää erottelun luonnollisiin ja keinotekoisiiin asioihin pitämällä lähtökohtaisesti kaikkia toimijoita yhdenveroisina. Ensi näkemällä toimija ja verkosto voivat vaikuttaa toisensa poissulkevilta käsitteiltä: verkosto on riippuvuuksien järjestelmä, kun taas toimija ymmärretään erillisenä ja itseensä sulkeutuneena. Toiminta ja verkosto ovat kuitenkin saman asian kaksi eri puolta. Toimijat eivät ole irrallaan verkostosta, sillä laajempi suhdeverkosto antaa kullekin toimijalle sille ominaiset piirteet ja kyvyt. Toiminta ei palaudu toimijuuteen ja toimijaan, vaan se on verkostollisesti levittäytynyttä, juuri "toiset" saavat toimijan toimimaan. Verkosto ei ole toiminnan muuttumaton kehys tai konteksti, vaan se on toimijoiden välisten suhteiden kokoonpano eli toimijaverkosto. (Callon 1998, 8-9; Kullman & Pyyhtinen 2015, 115-118.)

Actor-Network-Theory:lle on tunnusomaista myös relationaalinen kuva tieteellisten tosiasioiden vakautumisesta. Mitä enemmän tosiasioiden ympärille onnistutaan keräämään "liittolaisia", sitä vakaammiksi ne tulevat ja sitä vähemmän niistä käyvät enää ilmi erilaiset epävarmuudet ja ristiriidat. ANT yleistää tämän verkostollisen näkökulman kaikkia ilmiöitä koskevaksi, näkökulmaksi todellisuuden yleiseen rakentumiseen. Tämän näkökulman mukaan asiat ovat sitä vahvemmin ja enemmän olemassa, mitä kytkeytyneempiä ne ovat. (ks. Latour 2005; Law 2008; Harman 2009; Kullman & Pyyhtinen 2015, 111-112.)

5.2 Kääntämisen sosiologia

Michel Callon (1986) on kuvannut verkostojen rakentumista kääntämisen sosiologian avulla (sociology of translation). Kääntämisen sosiologian ajatuksena on, että toimijaverkosto muodostuu toimijoista sekä niiden välillä vallitsevista suhteista. Tämän verkoston muodostumista voidaan kuvata kääntämiseksi kutsutun prosessin avulla. (Callon 1986, 196-197; Latour 1986, 266-269; käsitteen tulkinnasta ja käytöstä ks. myös Salonen 2012.)

Callonin mukaan käänös on pikemminkin prosessi kuin selkeä lopputulos tietystä toiminnasta. Tämä prosessi koostuu neuvotteluista, joiden tuloksena sosiaalinen ja luonnollinen maailma saavat muotonsa. Callonin mukaan valtasuhteita tarkastelemalla on

mahdollista selvittää, kuinka toimijat määrittyvät, millä tavoin ne liittyvät toisiinsa ja ovatko nämä liittoumat kestäviä. (Callon 1986, 224.) Verkosto ja toimija ovat toisikseen käännettävissä. Yksittäinen toimija koostuu monesta osasesta, mutta sen luotettavuus ja vakaus antaa mahdollisuuden nähdä se yhtenä. (Kullman & Pyyhtinen 2015, 118.) Verkostossa tietyt toimijat saavat ajan kuluessa vakiinnutettua asemansa tavalla, jossa niiden takana oleva aliverkosto peittyy ja syntyy toimija, joka muille toimijoille edustaa takanaan olevaa aliverkostoa. Callon ja Latour käyttävät tällaisista vakiintuneista ja kiistattomista toimijoista nimitystä *musta laatikko* (black box). (Callon & Latour 1981, 285.)

Callon erottelee neljä kääntämisen vaihetta. Ne eivät ole todellisuudessa selkeästi toisistaan eroteltavia jaksoja, vaan tapahtuvat usein limittäin (Callon 1986, 203-219):

Problematization-vaiheessa määritellään ja todennetaan ongelma sekä siihen liittyvät toimijat. Ajatuksena on, että ongelmaan on ratkaisu, jonka toteuttamiseksi tietyt toimijat ovat välttämättömiä. Ratkaisu muotoillaan niin, että näiden välttämättömien toimijoiden läsnäolovaatimus tulee yleisesti hyväksytyksi. Nämä välttämättömät toimijat voivat olla inhimillisiä tai ei-inhimillisiä. (Callon 1986, 203-219.) Luomun, luonnonmukaisen tuotannon, verkostojen tutkimineen Tuija Monosen (2008, 47) mukaan käännyttämisessä on keskeistä muiden toimijoiden kiinnittäminen tiettyihin, problematisoinnin vaiheessa nimettyihin rooleihin. Oleellista on myös se, että vaihtoehtoisten määritelmien ja ratkaisujen syntymistä pyritään ehkäisemään.

Interessement-vaiheen tavoitteena on erilaisten toimintojen avulla asemoida toimijoiden identiteetit problematization-vaiheen määrittelyjen mukaisiksi. Toiminnot voidaan toteuttaa erilaisia keinoja hyödyntäen. Näiden keinojen tarkoitus on edelleen estää toimijoiden identiteetin vaihtoehtoinen määrittely muilla tavoin, muiden toimijoiden toimesta.

Enrolment-vaiheessa toisiinsa liittyvät roolit määritellään. Ne jaetaan eri toimijoille interessement-vaiheessa toteutettavien neuvottelujen ja identiteettimäärittelyjen onnistuessa.

Mobilisation of Allies -vaihe toteutuu edellisten vaiheiden onnistuessa. Toimija asettuu edustamaan toimijoiden ryhmää, jonka osapuolet ajavat samoja asioita. Valitusta toimijasta tulee ryhmän puhemies. Kääntämisen prosessi on valmis ja toimijoille on syntynyt yhteinen tavoite sekä toimijoita sitova roolitettu suhdeverkosto tavoitteiden toteuttamiseksi. Syntymänsä jälkeen tämä suhdeverkosto altistuu sekä ulkoisen että sisäisen kyseenalaistamisen alle.

Verkosto on ANT:lle eritoten väline *mustien laatikoiden* avaamiseen. Mustana laatikkona voi

tarkastella mitä tahansa arkistakin ilmiötä. Latourille (1999, 15-25) verkostollinen ajattelu tarkoittaa huomion kiinnittämistä tapahtumiin, joita hän kutsuu koetteluiksi. Koettelut tuovat esiin, mitkä kaikki asiat ovat välttämättömiä jonkin ilmiön olemassaololle. Toimija määrittyy koetteluissa, joihin se joutuu, kun kohtaa muita toimijoita. ANT:a voidaan siis ajatella metodologisena kehyksenä toimijoiden moniaineeksisuuden ja muutoksien seuraamiseksi. Verkostollisen ajattelutavan soveltaminen merkitsee Latourin (2004) mukaan kovien tosiasioiden (matters of fact) muuntamista huolenaiheiksi eli niiden pysyvyyden kyseenalaistamista. Kovat tosiasiat pyritään näkemään epävakaisissa ja kiistanalaisissa suhteissa rakentuvina. (Kullman & Pyyhtinen 2015, 118.)

Monosen (2008, 47) mukaan menestyksekkäs kääntäminen tarkoittaa, että toimija pystyy sekä turvaamaan oman valta-asemansa että toimimaan muiden toimijoiden puolesta. Toimija saa vahvuutensa verkoston vallasta, mutta näin voi tapahtua vain, jos liittolaiset seisovat asian takana. Jos liittolaiset eli toiset toimijat eivät hyväksy ongelman ratkaisua, niin kääntäminen epäonnistuu.

5.3 Valta on keskeistä verkostoissa

Toimijaverkostotutkimuksessa valta on keskeinen käsite. Toimijoita seuraamalla on mahdollista selvittää, missä valta sijaitsee ja samalla selvittää myös se, miten verkostot muodostuvat. (Mononen 2008, 47.) Vallankäyttöön liittyy paradoksi (Latour 1986, 264), kun jollain toimijalla on valtaa, niin hän ei oikeastaan käytä sitä itse, vaan muut toimijat toteuttavat sitä hänen puolestaan. Tuija Monosen (2008, 159) sanoin, ”*valta on monien toimijoiden kompositio, mutta luetaan yleensä vain yhden toimijan ansioksi*”. Vallan voidaan hahmottaa muokkaavan verkostoja, mikä aiheuttaa ”me ja muut” vastakkainasetteluja. Tällöin erilaiset ryhmät asetetaan vastakkain. (Mononen 2008.)

Verkostoteoreettisessa näkemyksessä oleellista on, että yksittäisten toimijoiden tavoitteet eivät selitä heidän aikaansaannoksiaan, vaan niitä on tarkasteltava osana laajempaa suhteiden verkkoa, jossa toimijat pyrkivät määrittelemään ja ohjailemaan toistensa toimintaa. (Callon & Law 1982; Kullman & Pyyhtinen 2015, 112-113.) Valta voidaankin määritellä mahdollisuudeksi vaikuttaa toisten toimijoiden toimintaan (Mononen 2008, 159). Toimijaverkostotutkimuksessa olisi tarkoituksenmukaista yrittää välttää erilaisia vastakkainasetteluja (Mononen 2006, 40). Vastakkainasetteluilta on kuitenkin hankala välttyä silloin, kun aineistona on ristiriitoja ja valtasuhteita peilaavia vastauksia.

5.4 Verkostollinen ote yhteiskuntatutkimuksessa

Kai Erikssonin (2015c, 7) mukaan verkosto-käsite on nykyisin vahvasti läsnä yhteiskunnallisessa puheessa. Eriksson on tutkinut verkostollista näkökulmaa, sen ohjaamaa yhteiskunnallista ajattelua ja toimintaa (Eriksson 2009; 2015b). Eriksson on myös toimittanut erilaisista verkostollisista tutkimus- tai käsitetavoista kattavan suomenkielisen yleisteoksen, Verkostot yhteiskuntatutkimuksessa (2015b).

Verkosto-käsitettä on Suomessa käytetty havainnoimaan niin luomun verkostoja (Mononen 2008), yhteiskunnallista elintarviketutkimusta (Mononen & Silvasti 2006) kuin esimerkiksi työväen verkostojakin (Saaritsa & Teräs 2003). Verkostollisella otteella on mahdollisuus paneutua hyvinkin erilaisiin tutkimuksellisiin näkökulmiin, aina kieltolakirikollisuuden sosiaalisista verkostoista (Häkkinen 2003) siihen, miten kuntoutuksen olisi vastattava työn muutokseen (Lindh 2013).

Yhtenä syynä verkostollisen otteen runsaaseen käyttöön voi nähdä sen, että ilmiötä lähestytään usein toimijakeskeisesti eikä paneuduta pelkästään tarkastelemaan rakenteita (Silvasti & Mononen 2006, 19-20; ks. myös Goodman 1999). Toimijuuden korostamisen voi nähdä nousevan vahvasti esiin esimerkiksi politiikantutkija Aini Linjakummun (2009) islamin globaaleihin verkostoihin paneutuvassa tutkimuksessa. Linjakumpu on käyttänyt islamin globaalien verkostojen havainnoinnissa verkostollista tutkimusotetta.

Verkostot luovat yhteistä tilaa toimijoiden maantieteellisistä sijainneista riippumatta. Monosen (2008, 48-49) mukaan toimijaverkosto on monen toimijan kokonaisuus, jossa toisen verkoston sisällä toimii useita pienempiä eri strategioita asettaneita verkostoja, jotka muodostavat toiminnan tiloja. Nämä toiminnan tilat eivät ole geometrisia, toimijaverkosto luo siis tilaa, joka ei kata fyysisesti tiettyjä selkeillä rajoilla määrättyjä alueita. Toiminnan tilojen läheisyys ei ole kartalla tai alueella mitattavaa, vaan toimijaverkosto voi liittää toisistaan kaukana sijaitsevia paikkoja yhteen ja jättää lähellä sijaitsevat etäisiksi toisilleen. (ks. myös Murdoch 1998; Law 1999).

5.5 Verkostoteoria tässä tutkimuksessa

Verkostoteorian näkemyksen mukaan niin työ, terveys, terveydenhuolto kuin työterveyshuoltokin ovat olemassa jatkuvan koostamisen tuloksena. Nämä ilmiöt ovat toimintaa, joka syntyy ihmisten, teknologioiden ja paikkojen jatkuvan yhdistelemisen tuloksena. (Kullman & Pyyhtinen 2015,120.) Toiminta ja verkosto voidaan nähdä saman asian

kahtena eri puolena. Toimijat eivät ole irrallaan verkostosta, vaan laajempi suhdeverkosto antaa kullekin toimijalle sille ominaiset piirteet ja kyvyt. Toiminta ei palaudu toimijuuteen tai toimijaan, vaan se on verkostollisesti levittäytynyttä, juuri “toiset” saavat toimijan toimimaan. (Latour 2005, 46; Kullman & Pyyhtinen 2015, 117.)

Tässä tutkimuksessa toimijaverkosto muodostuu sekä inhimillisistä että ei-inhimillisistä toimijoista ja niiden välisistä suhteista. Keskeistä on työterveyshuollon suhteiden, yhteyksien ja prosessien tarkastelu. Valtasuhteita ja kamppailuja tarkastelemalla on mahdollista selvittää, miten nämä toimijat liittyvät toisiinsa. (Callon 1986; Latour 1988; Latour 2005; Kullman & Pyyhtinen 2015.) Verkostoteoriassa merkittävässä asemassa ovat sekä mustat laatikot että valtasuhteet. Mustaksi laatikoksi nimitän aineistossani ilmeneviä, vakiintuneiksi ja kiistattomiksi tulkitsemiani toimijoita. Mustaksi laatikoksi voidaan hahmottaa mikä tahansa arkinen ilmiö (Callon & Latour 1981, 285).

Aineisto on kytkeytynyt kyselyn ajankohtaan, vuoteen 2012. Aineistosta hahmottuvat erityisesti ne mustat laatikot, joiden suhteen verkostossa on tapahtunut muutoksia, törmäyksiä suhteessa toisiin toimijoihin. Aineistosta havaitsen ne suhteet, joissa julkisen työterveyshuollon tuottajapuoli on joutunut muuttamaan omaa toimintaansa ja ne, jotka suoraan tai välillisesti vaikuttavat julkiseen työterveyshuollon palveluntuottajan verkostoasemaan. Vaikutukset voivat ilmetä esimerkiksi julkisen työterveyshuollon palveluntuottajan toiminnan mahdollisuuksien kaventumisina verkostossa tai päinvastoin, noita mahdollisuuksia laajentavina. Toiset toimijat verkostossa siis vaikuttavat oman toimintansa ja asemansa sisältämän vallan avulla julkisen työterveyshuollon palveluntuottajien toimintaan.

6. Työterveyshuollon verkostotoimijat

Nostan aineistosta esiin viisi pääteemaa, joiden käsittelyn aloitan luvusta 6.1. Lisäksi esittelen niihin linkittyviä suhteita muissa alaluvuissa. Niin pääteemat kuin niihin linkittyvät suhteetkin näyttävät kyseenalaistamattomilta toimijoilta ja vahvoilta kytköksiltä työterveyshuollon verkostossa. Ne tulkitseminen työterveyshuollon verkoston mustiksi laatikoiksi. Esittelemäni teemat eivät ole hierarkisia, vaan ne kaikki ovat hahmotettavissa eri tavoin linkittyviksi suhteiksi, kytköksiksi ja toimijoiksi. Erilaisia toimijoita ja mustia laatikoita työterveyshuollon verkostoissa on lukemattomia. Nämä kyseiset mustat laatikot hahmotin aineistosta erityisesti niiden suhdeverkostoissa tapahtuneiden muutosten kautta, joiden vuoksi niistä tuli sillä

hetkellä erityisen näkyviä. Vaikka verkoston suhteet ovatkin välillä ristiriitaisia ja näyttäytyvät julkisen työterveyshuollon tuottajapuolen kannalta epätoivottuina, niin esittelemieni toimijoiden olemassaolo ei kyseenalaistu. Päinvastoin, niiden olemassaoloa valottaa ja jossain määrin ehkä jopa vahvistavat erilaisten suhteiden ristiriidat.

Verkostolliset toimijat ja toimijasuhteet kietoutuvat yhteen ja liittyvät toisiinsa. Analyysissä joudun yksinkertaistamaan suhteita ja jättämään joitain kytkentöjä huomioimatta. Olen valinnut työterveyshuollon julkisen palveluntuottajapuolen esille nostamat toimijat ja mustat laatikot mahdollisimman uskollisena aineistolle. Esittelen toimijat ja niiden suhteet niin kuin ne vahvimmin hahmotin aineistosta:

- Yksityisen ja julkisen työterveyshuollon palveluntuottajatahojen välinen kilpailu. Eri tuottajatahojen välinen kilpailu kytkeytyy aineistossa työterveyshuollon markkinaistamiseen. Työterveyshuollon julkisen puolen palveluntuottajilla vastavoimana markkinaistamiselle näyttäytyy altruismi, joka toimii samalla perusteluna omalle toiminnalle.
- Työterveyshuollon toiminnan sisällön muutos työelämän muuttuessa henkisesti vaativammaksi. Tässä kontekstissa työ näyttäytyy tekijältään omistautumista vaativalta ei-inhimilliseltä toimijalta.

Näiden toimijoiden ja suhteiden näen kuvastavan sosiologiassa paljon käsiteltyä työelämän muutosta. Siinä oleellisina näyttäytyvät sekä työn organisointitavan muutokset ja markkinaistaminen että myös yhä kasvava henkisen pahoinvoinnin kokemus osana työelämää.

- Kasvava työhyvinvoinnin painotus, joka aineistossa hahmottuu työurien pidentämisen keinona ja ennaltaehkäisevää työtä painottavissa malleissa, kuten varhaisen tuen mallin käyttöönotossa työterveyshuollossa. Työhyvinvoinnin painotus ilmenee aineistossa sekä julkisen puolen työterveyshuollon että sitä ohjaavien tahojen (STM, TTL, Kela, THL)³ arvona. Työhyvinvoinnin painotuksen ristiriitaisuus

3 STM, Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen suuntaviivat, valmistelee lainsäädännön ja ohjaa uudistusten toteuttamista (STM 2016).

TTL, Työterveyslaitos on itsenäinen julkisoikeudellinen yhteisö, joka toimii STM:n hallinnonalalla.

Työterveyslaitos on tutkimus- ja asiantuntijalaitos. Laitoksen tehtävä on julkaisu-, tiedotus-, koulutus- ja valistustoiminta. Sen alaa on myös informaatiopalvelutoiminta ja digitaalinen viestintä sekä työsuojelu- ja työterveysalan tietojärjestelmien ja tietovarantojen ylläpito. TTL:n rahoituksesta noin puolet tulee valtion budjetista. TTL on vahva vaikuttaja ja myös työterveyshuollon markkinoija. (Seuri ym. 2011, 26: STM 2016; TTL 2016a.)

Kela, Kansaneläkelaitos korvaa työnantajalle työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneita tarpeellisia ja kohtuullisia kustannuksia sairausvakuutuslain perusteella työtulovakuutuksesta. Kelan yhteydessä toimii työterveyshuoltoneuvottelukunta. (Kela 2016.)

työterveyshuollon toiminnassa käy esiin ennaltaehkäisevän toiminnan ja sairaanhoidon suhteessa. Ennaltaehkäisevä työ nähdään työterveyshuollon todelliseksi ja tavoiteltavaksi sisällöksi, mutta sairaanhoidosta on kuitenkin käytännössä tullut yhä suurempi osa työterveyshuollon toimintaa.

Toimijat kuvastavat työterveyshuollon tehtävien muutoksia. Muuttuvat painotukset ja ristiriita työterveyshuollon sisällöstä suhteessa sisäistettyihin arvoihin ja todellisuudessa toteutettavaan työhön, paljastavat tahoja, jotka omaavat valtaa suhteessa julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajiin. Näitä tahoja ovat niin yritysasiakkaat toivomuksineen kuin myös ohjaavat tahot muuttuvine vaatimuksineen.

- Julkisen työterveyshuollon palveluntuottajien kokema lääkäripula. Työterveyshuoltoon erikoistuneiden lääkärien pulan hahmotan yhtenä suurimpana toimintaa rajoittavana tekijänä. Lääkärien suuri merkitys työterveyshuollolle tuo julki lääkäriprofession omaavan asiantuntijuuden monopolin.
- Ohjaavien tahojen, STM:n, TTL:n, Kelan ja THL:n merkitys ilmenee lomakkeiden, vaatimusten, mallien ja lakimuutosten kautta. Ohjaavien tahojen yhteydessä käsitellään myös tietojärjestelmiä. Tietojärjestelmä on aineistossa toimija, jonka olemassaolo käy erityisesti ilmi silloin, kun se ei toimi toivotunlaisesti.

Nämä toimijat paljastavat vallan keskittymät työterveyshuollon verkostossa. Niin yksityiset työterveyshuollon palveluntuottajat, lääkärit, ohjaavat tahot kuin tietotekniset järjestelmätkin omaavat valtaa suhteessa julkisiin työterveyshuollon palveluntuottajiin.

6.1 Työterveyshuollon tuottajien välinen kilpailu

Keskeinen muutos työterveyshuollon verkostossa on yksityisten työterveyshuollon palveluntuottajien aseman vahvistuminen. Tämä on muuttanut työterveyshuollon verkostosuhteita ja uhkaa vastaajien mukaan julkisten työterveyshuollon palveluntuottajien asemaa:

Näkyvyyden ja tunnettavuuden saaminen muillekin palvelujen tuottajille kuin esim. Mehiläinen, Terveystalo jne. "Kansalle" on markkinoitu vahva mielikuva

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on STM:n hallinnonalalla toimiva asiantuntija-, kehittämis-, ja tutkimuslaitos. Sen päämääriä ovat väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, terveys- ja sosiaalipalveluiden kehittäminen sekä sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen. (THL 2016.) Tässä tutkimuksessa THL edustaa perusterveydenhuollon kokonaisnäkemystä.

siitä, että "vain" niissä on vahvaa osaamista, erinomaista asiakaspalvelua, tuotteistettuja palveluja jne. - samalla kuitenkin ei tietoisuuteen ole tullut sitä tosiasiaa, että hintataso on korkea. Nyt kun yksityiset isot konsernit ovat myös tulossa vahvasti kuntakentälle, niin julkiset kulut ovat selvästi nousussa ja työterveyshuollon Kelan korvausrajat ylittyvät reippaasti - joten kallista on ja erittäin hyvää markkinointityötä tekevät! - heillähän on "lupa kilpailla"!

Julkisen- ja yksityisen työterveyshuollon palveluntuottajien suhde on ristiriitainen. Käynnissä on valtakamppailu, kumpi julkinen vai yksityinen työterveyshuollon toimija onnistuu saamaan vakaamman aseman työterveyshuollon palveluntuotannon verkostossa. Toimijaverkostoteoriassa valta voidaan määritellä toimijan mahdollisuudeksi vaikuttaa toisten toimijoiden toimintaan (Mononen 2008, 159). Käytännössä kilpailua käydään asiakastuloista ja henkilöstöresursseista. Kilpailun välineinä näyttäytyvät kustannustaso, osaaminen ja laatu, siis hyviksi arvotetut periaatteet. Nämä periaatteet vaikuttavat aineiston perusteella jäävän yksityisen tuottajapuolen omaavan markkinointiosaamisen jalkoihin.

Aineistossa korostuu toimija-asemien välinen kilpailu ja vastakkaisuus. Julkiset ja yksityiset työterveyshuollon palveluntuottajat näyttäytyvät toisilleen tämän erottelun kautta ja myös edustavat jompaakumpaa näistä aliverkostoista. Toimijat kamppailevat samasta paikasta verkostossa ja törmäävät toisiinsa kilpaillessaan samoista asiakkaista sekä resursseista. Julkinen puoli kokee yksityisen työterveyshuollon tai ainakin osan sen edustajista kilpailevan epäreilusti. Vastaajien mukaan verkostossa vallan omaa palveluaan parhaiten mainostava ja myyvä, ei se, jolla on laadukkaimmat ja kustannustehokkaimmat palvelut. Aineiston perusteella yksityiset työterveyshuollon tuottajat, nimenomaisesti suuret työterveyshuollon palveluntuottajat omaavat enemmän näitä markkinoinnin voimavaroja. Yksityisillä työterveyshuollon palveluntuottajilla on markkinointivoimavarojen kautta enemmän valtaa ja kytköksiä työterveyshuollon verkostossa.

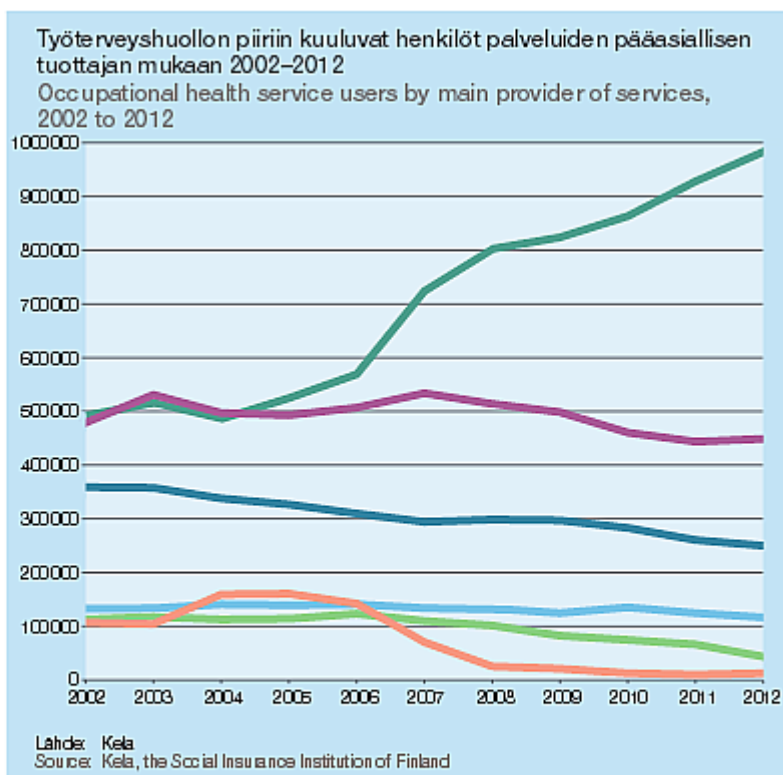
Tilastot vahvistavat vastaajien näkemykset, työterveyshuollon palvelujen tuottamisessa on tapahtunut viime vuosikymmeninä muutoksia (Seuri 2013, 9). Lääkärikeskusten osuus työterveyshuollon palveluissa on kasvanut suurimmaksi (Räsänen & Sauni 2013, 166; Lääkärit Suomessa 2014, 43; Mäkitalo 2016, 7; Räsänen 2016, 12), kuten Kuvio 2 osoittaa. Työterveyshuollon palveluntuotannon rakenteen merkittävin muutos ei kuitenkaan näy tilastoissa, nimittäin se, että yksityisten lääkäriasemien omistus on kasautunut sijoitusyhtiöille. Yksityisten lääkärikeskusten palvelutuotanto on elinkeinotoimintaa. Suomessa on tällä hetkellä kaksi suurta yksityistä työterveyshuollon palveluntuottajaa,

Kuvio 42 | Figure 42

Lääkärikeskuksien osuus työterveyshuollon palveluista on kasvanut suurimmaksi.

Private medical centres or clinics have become the biggest providers of occupational health services.

- Lääkärikeskus
Private medical centre or clinic
- Terveyskeskus
Health centre
- Oma työterveysasema
Company's own occupational health station
- Yhteinen työterveysasema
Joint occupational health station
- Toisen työnantajan työterveysasema
Other employer's occupational health station
- Muu palvelun tuottaja
Other service provider



Statistics on physicians and the health care system 2014 | 43

Kuvio 2. Lääkärikeskusten osuus työterveyshuollon palveluista. (Lääkärit Suomessa 2014, 43).

Lääkärikeskusten osuutta kuvaava käyrä on kuviossa jyrkästi nouseva. Lääkärikeskusten osuus työterveyshuollon palveluista on kasvanut suurimmaksi 2000 -luvulla. Vuonna 2015 jo puolet työterveysyksiköistä oli lääkärikeskuksissa (Räsänen 2016, 12).

6.1.1 Markkinaistaminen työterveyshuollon verkostossa

Julkisen ja yksityisen työterveyshuollon palveluntuottajien kamppailua verkostoasemasta voidaan havainnoida osana laajempaa terveydenhuollon ja kunnallisen palveluntuotannon toimintaympäristön muutosta.

Työterveyshuollon asema terveydenhuollon uudistusten keskellä.

Kuntasektorin työterveyshuollon voimakas kehitys ja pienten kunnallisten työterveyshuoltojen yhdistyminen isompiin yksikköihin.

Riittävän laajan palvelun takaaminen uudistuvassa kuntakentässä.

Kunnallisella puolella päättäjät epävarmoja kehitetäänkö omaa työterveyshuoltoa vai ostetaanko yksityiseltä koko palvelu. Työterveyshuollon kehittäminen ja palvelujen ostajien haasteisiin vastaaminen vaikeaa jos resursseja ei saada riittävästi.

Työterveyshuollon palvelujärjestelmässä on käynnissä rakennemuutos (Sauni ym. 2012; Seuri 2013; Mussalo-Rauhamaa ym. 2015; Lappalainen ym. 2016, 79). Palveluja ja resursseja on siirtynyt lääkärikeskuksiin ja samanaikaisesti koko kunnallinen järjestelmä työstää omaa muutostaan (Erhola ym. 2013, 14). Rakennemuutoksen seurauksena kunnallisia työterveyshuoltoyksiköitä on yhdistynyt ja yksikkökoko on suurentunut. Terveyskeskusten työterveyshuoltojen osuus on vähentynyt samalla, kun kunnallisten työterveyshuoltopalveluja tuottavien liikelaitosten ja osakeyhtiöiden määrä on lisääntynyt. Ne ovat suuria, hyvin resursoituja yksiköitä, joten niillä on myös hyvä mahdollisuus tuottaa laadukkaita palveluja. (Kankaanpää & Pulkkinen-Närhi 2009, 70-79; Okkonen 2009, 4-5; Kauppinen ym. 2010, 4-7, 253-254; Sauni ym. 2012; Kauppinen ym. 2013, 5-9; Räsänen & Sauni 2013, 159-160; Mussalo-Rauhamaa ym. 2015; Hakulinen & Lappalainen 2016, 67; Lappalainen ym. 2016, 4.) Yksityisten työterveyshuollon palveluntuottajien aseman vahvistumisen sekä työterveyshuollon palvelujärjestelmän rakennemuutoksen myötä toimijoiden suhteet ovat muutoksessa ja verkostossa käydään määrittelykamppailuja. Määrittelykamppailuja on yhteiskunnallisessa keskustelussa tulkittu ja havainnoitu eri tavoin. Yhtenä tulkintana muutoksesta voi nähdä uuden julkisjohtamisen paradigman läpilyönnin julkisella sektorilla. Suomalaisia lääkäreitä ja Suomen lääkäriliittoa osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa tarkastelleen Arttu Saarisen (2010, 19) mukaan uuden julkisjohtamisen (new public management, NPM) paradigma kiteyttää maailmanlaajuisesti tarkastellen 1980-luvulla alkaneen julkisen sektorin muutoksen. Paradigman muutokseen kuuluu valinnanvapauden, tehokkuuden, asiakasohjautuvuuden ja laadun korostaminen (Pollitt 2000, 181-199).

Terveyspalvelut perustuu palveluihin (Saarinen 2010, 20). Suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä olennaisin muutos on ollut markkinaistaminen. Markkinaistamisella tarkoitetaan, että markkinoiden mekanismit ja toimintalogiikka otetaan käyttöön työterveyshuollon palveluntarjonnassa. Yleisimmin tämä muutos nimetään markkinoistumiseksi (Saarinen 2010, 12). Valitsin termiksi kuitenkin esimerkiksi Yliaskan (2014) käyttämän markkinaistamisen, jossa tulee esiin se, että tämä muutos ei ole väistämätön

vaan sen perusta luodaan joidenkin päätöksillä.

Markkinaistamisen on mahdollistanut erityisesti valtionapujärjestelmän uudistus vuonna 1993 sekä osin hankintalainsäädännön muutokset vuodesta 1994 lähtien. Vastuu julkisten palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta annettiin yhä enenevässä määrin kunnille. (esim. Niemelä & Saarinen 2012; ks. myös Wrede 2000; Rimpelä 2005; Saarinen 2010, 19-20.) Aineiston perusteella markkinaistaminen mielletään eritoten liiketoiminnan osaamiseksi, bisnekseksi ja mainostamiseksi:

Suomessa on ”kaksi” yksityistä työterveyshuoltopalvelujen tuottajaa, jotka vahvalla ja erittäin aktiivisella erillisellä myyntiorganisaatiollaan hallitsevat työterveyshuollon palvelukenttää. Ne ”mainostavat” myös erityisen korkealuokkaista laatua, joka kuitenkin on samaa/parempaa monella muullakin työterveyspalveluja tuottavalla organisaatiolla/yrityksellä, ja jopa huomattavasti edullisemmin hinnoin. Tämä on erityisen huolestuttavaa. Bisnekseen liittyy myös kuntien ”kaappaaminen” ja kalliilla hinnalla. Kunnat pystyisivät tuottamaan työterveyshuoltopalveluja kannattavasti ja yksityisiä edullisemmin omana liiketoimintanaan, toki toiminta edellyttäisi hyvää liiketoiminnan osaamista.

Markkinaistaminen on jotain, minkä yksityinen puoli ja sen suurimmat toimijat hallitsevat, mutta mikä näyttäytyy vastaajille oikeastaan silmänlumeena. Toiminnan paremmuuden mittareina pidetään laatua ja kustannustehokkuutta, joita yksityinen puoli osaa mainostaa, mutta ei toteuttaa. Julkisella puolella laadun ja hinnan puolestaan koetaan olevan kunnossa, mutta liiketoiminnan osaamisen ja markkinoinnin puuttuessa tämä tieto ei välity ostajataholle. Markkinoinnin osaaminen voidaan nähdä yhtenä toimijan omaavana resurssina ja näin valtana työterveyshuollon verkostossa. Julkisen tuottajapuolen markkinoimisresurssi näyttää jäävän vajaaksi ja myös ristiriitaiseksi. Yhtäältä se näyttäytyy tavoiteltavana valttina, toisaalta aineistosta voi tulkita, että markkinoinnin osaamista ei arvosteta, sillä se koetaan nimenomaan vastapuolta leimaavaksi ominaisuudeksi.

Aineistossa esiintyy runsaasti erilaisia markkinoiden termejä, mainostus, bisnes, kaappaaminen, liiketoiminnan osaaminen. Julkisen sektorin markkinaistamisen siirtymässä myös suomalainen puhemaailma ja sanastot ovat vaihtuneet. Anu Kantola (2006) on paikantanut maan hallitusohjelmista ja suuryritysten vuosikertomuksista kilpailuvaltion käsiteperheen. Siihen kuuluu puhe toimintaympäristön muuttamisesta, kilpailukyvystä, kannustamisesta, haasteista, innovaatioista, osaamisesta ja joustavuudesta. Hyvinvointivaltio esitetään yhteisenä kansallisena projektina, jossa ”meidän” on uudistuttava (Kettunen 2006, 6-

7). Vetoaminen siihen, että aika on ajanut jonkin ohi, on tenhoavampaa kuin puhuminen siitä, että näkemykset ja edut ovat aina olleet ristiriitaisia ja nyt etujen voimasuhteet ovat muuttuneet (Kantola 2006; Kettunen 2006, 6-7; Julkunen 2008, 58-59). Kantolan (2002) mukaan Suomi on siirtynyt markkinajärjestyksen ja tehokkuuden aikaan, siis markkinakuriin ja managerivaltaan. Syntyneessä markkinajärjestyksessä taloudenhoito on ainaista pyrkimistä tilaan, jota ei koskaan saavuteta.

Työterveydenhuollon markkinaistamisen muutosprosessi tarkoittaa sekä rakenteellisia muutoksia järjestelmissä ja tehokkuuspuheen lisäämistä että myös niiden mukanaan tuomia konkreettisia toimintakäytäntöjen muutoksia (Mertala 2009, 123). Palvelujärjestelmän muutosprosessin tarvetta perustellaan sillä, että nykyisenlainen järjestelmä ei pysty vastaamaan tulevaisuuden palveluntarpeisiin kohtuullisin kustannuksin. Mertalan (2009, 123) mainitsemat muutosprosessin tuomat palveluntarpeen ja kohtuullisten kustannusten periaatteet ovat aineiston perusteella sisäistettynä julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajilla. Markkinaistamisen muutosprosessin perustelu todellisella kustannusten vähenemisellä näyttäytyy kuitenkin kyseenalaisena.

Yksityissektorin niin sanottu työterveyshuolto vallannut alaa, varsinaista oikeaa työterveyshuoltoa siellä tehdään vähän. Lähinnä sairaanhoitoa ja lukuisia tarpeettomia laboratoriotutkimuksia, jotta bisnes pyörii.

Yleensä työterveyshuollossa: resurssien (kaikkien) oikein käyttö!! Nyt työterveydenhuollossa on helppo lähteä sille rahan tekemisen tielle, jolloin markkinointi/myynti-ihmiset vievät ja terveydenhuollon porukka tulee perässä ja vikisee. Tulee meille kaikille kalliiksi, kun yritys ihmiset €-kiilto silmissä ohjaavat terveydenhuollon toimintaa. Ja me kuntapuolella olemme toisenlaisia toimijoita. Pyrimme tekemään yhteiskunnalle edullisia ratkaisuja esim. sairaanhoidon työssämme = emme rahasta. Ja sitten valitettavasti olemme hankaluuksissa saada työntekijöitä, kun yksityinen puoli=rahastaja vie kovalla rahalla työntekijät. Valitettava asia!

Aineistossa markkinaistamisen muutosprosessi näyttäytyy rahastuksena. Myynti- ja markkinointiosaaminen ylittää nykyisin varsinaisen palvelusisällön tai alhaisen hintatason hyödyt. Aineistosta havaitaan, että julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajien näkemyksissä näitä myyntiosaajia ja rahastajia ovat heidän kanssaan kilpailevat yksityiset työterveyshuollon palveluntuottajat. Hujasen ja Mikkolan (2013, 3-4) toteuttama Kelan tutkimus vahvistaa vastaajien kokemukset. Tutkimuksessa selvitettiin työterveyshuoltoon

Kelan kautta käytettyjä euromääriä maan eri osissa. Tutkimus kohdistui kaikkiin työterveyshuollon järjestämistapoihin, julkisiin, yksityisiin ja yritysten omiin työterveyshuoltoihin. Terveyskeskuksissa tuotettujen palvelujen kustannukset osoittautuivat kolmanneksen pienemmiksi kuin muilla palveluntuottajilla. Myös yksikkökustannukset, esimerkiksi lääkärissä käyntiä kohti osoittautuivat terveyskeskuksissa huomattavasti pienemmiksi. Suuret erot herättävät kysymyksiä. Näiden lukujen valossa vaikuttaa ristiriitaiselta, että työterveyshuollon muutosta perustellaan kustannustehokkuudella, mutta kehitys kulkee kuitenkin suuntaan, jossa kaikkein kustannustehokkaimmat terveyskeskukset yhä vähenevät. Jos ja kun yksityiset työterveyshuollon palveluntuottajat ovat kalliimpia niin, miksi niiden palveluja käytetään yhä enenevässä määrin? Pelkkä parempi markkinointiosaaminen tuskin yksin riittää selitykseksi.

Yhden lisäselityksen tarjoaa Seurin (2013) näkemys siitä, että ketjuuntuneet valtakunnalliset työterveyshuollon palveluntuottajat ovat erityisen houkuttelevia kumppaneita sellaisille yrityksille, joilla on toimintaa monella paikkakunnalla. Yrityksen työterveyshuollon ostajan, tavallisimmin henkilöstöhallinnon, ei tarvitse neuvotella ja tehdä sopimuksia kymmenien eri paikkakunnilla toimivien tuottajien kanssa. Yksi valtakunnallinen toimija riittää, kun se lupaa joko kumppaniverkostonsa, omien lääkäriasemiensa tai alihankkijoidensa avulla huolehtia koko yrityksen työterveyshuollosta. (Seuri 2013, 32-33.) Aineistossa kuvataan alihankintasopimuksia:

Yritysten valtakunnalliset työterveyshuoltosopimukset lääkärikeskusketjujen kanssa, joiden seurauksena pienempien paikkakuntien työterveyspalvelut toteutetaan alihankintana terveyskeskuksista.

Valtakunnallisten yritysten osalta tehdään työ alihankintana suurille yksityisille toimijoille ja ohjeistus ja laskutus kulkevat sitä kautta.

Alihankintasopimukset työllistävät tietojen päivityksillä ja erilaisiin käytäntöihin perehtyminen vie aikaa (ei voi laskuttaa).

Toiminnan muuttuminen täysin bisnesvetoiseksi siten, että paikallisilla ja alueellisilla toimijoilla/asiakassuhteilla ei ole merkitystä. Työterveyshuoltosopimukset tehdään keskitetysti kilpailutuksen kautta Helsingissä.

Markkinaistamisen muutoksessa ketjuuntuneille yrityksille on työterveyshuollosta tullut merkittävää liiketoimintaa (Erhola ym. 2013, 44). Voitontavoittelu on tehostunut ja sitä kautta

myös tuotteiden markkinointi, myynti ja hinnoittelu ovat kehittyneet. Suurista suomalaisista yrityksistä merkittävä osa ulkoisti työterveyshuoltonsa 2000-luvun alussa. Monet palveluja ostavat yritykset ulkoistivat myös osto-osaamisensa, jonka seurauksena myyjät ovat voimistuneet ja ostajat heikentyneet. (Seuri 2013, 32-33.)

Isot työterveyshuolto-firmit kilpailevat toistensa kanssa palveluista, ja sotkevat alihankkijoiden työsuunnitelmat jatkuvalla muutoksella. Suorat sopimukset yrittäjien kanssa ovat paljon helpompia ja yksinkertaisempia ja homma hoituu paljon halvemmalla yrittäjälle.

6.1.2 Altruismi vastavoimana markkinaistamiselle

Kuntien työterveyshuollon tuottajat tekevät kaikista hankalimman porukan kanssa töitä eli kuntatyöntekijöiden (matalapalkkaisia, alhaisen koulutustason omaavia paljon, ikärakenne yms.). Ja teemme tämän työn kovin pienillä korvauksilla ja korkealla moraalilla. Yksityinen puoli tekee paljon töitä hyväkuntoisten, hyvähalkkaisten, korkeasti koulutettujen ja käyttää resursseja uskomattoman paljon aivan turhaan (viittaa yritysihmisten ohjaamaan terveydenhuoltoon ja sairaanhoidon takomiseen).

Julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajat kokevat edustavansa korkean moraalin ja kaikille kuuluvien palvelujen ideologiaa. Työterveyshuolto ei toki kuulu jokaiselle, ainoastaan työssäkäyville, mutta tästä huolimatta aineistosta voi lukea, että julkisen puolen työterveyshuollon tuottajat kokevat palvelevansa asiakkaitaan pyyteettömämmin kuin yksityiset työterveyshuollon palveluntuottajat. Yksityisen työterveyshuolto puolen katsotaan huolehtivan vain tietyistä asiakasryhmistä. Asiakasaineksessa onkin selvitysten mukaan eroja (Erhola ym. 2013, 44). Terveyskeskusten asiakasaines näyttäytyy haastavampana kuin työterveyshuollon asiakaskunta. Yksityinen palveluntuottaja voi valita asiakkaansa, mutta terveyskeskuksen työterveyshuollolla tällaista vapautta ei ole. Terveyskeskuksen työterveyshuollolla on velvollisuus tuottaa lakisääteiset palvelut valikoimatta asiakkaita pienillekin yrityksille. (Rautio & Uitti 2014, 131.) Kunta on edelleen merkittävä ja monesti ainoa työterveyspalveluiden järjestäjä, joka huolehtii pienistä yrityksistä. (Kankaanpää & Pulkkinen-Närhi 2009, 70-79; Okkonen 2009, 4-5; Kauppinen ym. 2010, 4-7, 253-254; Sauni ym. 2012; Kauppinen ym. 2013, 5-9; Räsänen & Sauni 2013, 159-160; Mussalo-Rauhamaa ym. 2015; Hakulinen & Lappalainen 2016, 67; Lappalainen ym. 2016, 4.) Aineistosta voi

lukea huolehtimista kunnallisen työterveyshuollon erityisasiakkaista, pienistä yrityksistä sekä niiden asemasta työterveyshuollon verkostossa:

Pienten yritysten toimiva työterveyshuolto.

Pienten yritysten työterveyspalveluiden toimivuus.

Kunnallisen toimijan ja yksityisen puolen erot toimintatavoissa ja kustannuksissa, sekä pienten työpaikkojen työterveyshuollon sisällön kehittäminen joustavaksi ja vaikuttavaksi.

Kunnallinen terveyskeskus ei voi pyrkiä voitontavoitteluun. Julkinen sektori ei myöskään pysty kilpailemaan työvoimasta palkoilla:

Työterveyslääkärin ja -hoitajan työstä on tullut yksityissektorille taloudellisesti hyvin kannattavaa. Toiminnan painottuminen lyhyisiin sairaskäynteihin romuttaa työterveyshuollon ideaa. Myös vuokralääkärijärjestelmä nakertaa toimintaa (kuten muullakin terveydenhuollon alueella) Hyvää työterveyshuoltoa ei synny ilman pitkäjänteistä paneutumista työalueeseen. Kuntasektori ei pysty maksamaan niin suuria palkkoja lääkäreille, että se olisi kilpailukykyinen yksityisen/vuokralääkäfirman kanssa. Työterveyshoitajien kohdalla todennäköisesti vastaava tilanne lähestyy. Julkisen sektorin tulee profiloitua eettisesti kestävään toimintamalliin, antaa kiinnostava vaihtoehto kaupalliselle toiminnalle.

Yllä oleva sitaatti kuvaa, kuinka julkisen sektorin työterveyshuollon tuottajien keino ja pyrkimys profiloitua kilpailussa on eettinen toimintamalli. Hyvinvointivaltioiden rakentamisen aikana voidaan ajatella vallinneen kollektiivisen hyvän (altruistisen) motiivin. Professionien kehittyminen skandinaavisissa maissa on kiinnittynyt tähän hyvinvointivaltion rakentamisen perustaan ja siis myös samaan altruistiseen motiiviin. (Konttinen 1991; Julkunen 1994, 200.) Vaikka altruismin ideologinen asema kunnallisessa terveydenhoitojärjestelmässä on edelleen melko vankka, niin liiketaloudelliset markkina-arvot nousevat julkisellakin sektorilla yhä keskeisemmiksi (ks. esim. Brante 1988; Konttinen 1991; Julkunen 1994, 200; Millerson 1998). Kollektiivisiä arvoja painottava palveluhenkisyys on muuntumassa yksilöllisesti räätälöityjen palvelujen markkinahenkisyydeksi (Eriksson 2002, 52-53).

Konsumeristinen ideologia työterveydenhuollossa ilmenee palvelujen tuotteistamisessa, niistä tehdään asiakkaalle houkuttelevia. Vuorovaikutteisuuden ja keskusteleavuuden lisääntyminen

erilaisissa asiakkaan ja henkilöstön välisissä institutionaalissa käytännöissä kuvaa konsumeristisen käytännön kasvua. (Sarangi & Slembrouck 1996, 137-141; Hall ym. 1999, 295.) Työterveyshuollossa tämä ilmenee erilaisten yritysysteistyötä ja kumppanuutta painottavien mallien ja lakien lisääntymisenä.

Liikelaitostaminen on tuonut oikean suunnan työterveyshuollon toimintaan. Palvelualttius ja kumppanuus yritysten kanssa. Työterveyshuollon merkitys noussut ja yhteistyö selvästi lisääntynyt yritysten kanssa.

Markkinaistamisprosessissa työterveyshuollon toimijat painiskelevat samojen työelämän muutosten kanssa, joita he toiminnassaan asiakaskunnassaan käsittelevät. Mertalan (2009, 142) mukaan nykyisessä terveydenhuollon työympäristössä näkyekin monitahoinen kompleksisuus: *”Henkilöstön tulee ymmärtää palveluiden tuottamista taloudellisilla käsitteillä ja tehokkuuden vaatimusten mukaisesti ja toisaalta toimia hyvinvointivaltiollisen, kaikille kuuluvan palvelujärjestelmän asiantuntijaedustajana.”*

6.1.3 Pohdinta

Kunnallisen työterveyshuollon toimijoiden suhde yksityisiin, pääasiassa liikeloudellisiin periaattein toimiviin työterveyshuollon tuottajiin on ristiriitainen. Työterveyshuollon toimintaympäristö vaikuttaa muuttuneen. Nyt julkinen ja yksityinen työterveyshuollon palveluntuottaja kamppailevat samoista resursseista niin asiakkaista kuin työvoimastakin.

Julkinen työterveyshuollon palveluntuotanto edustaa vastaajille yleistä ja pyyteetöntä hyvää, altruistista toimintaa. Julkisen palveluntarjonnan koetaan edustavan korkean moraalien ja kaikille tarkoitettujen palvelujen ideologiaa, kun taas yksityinen isojen ketjujen työterveyshuollon palveluntuotanto nähdään kermankuorijana. Yksityinen puoli vie parhaan henkilökunnan ja helpoimmat asiakkaat ja saa suurimman tuoton.

Kerronnassa voi hahmottaa Callonin ja Latourin käänösprosessin. Callonin mukaan käänös on pikemminkin prosessi kuin selkeä lopputulos tietystä toiminnasta. Tämä prosessi koostuu neuvotteluista, joiden tuloksena sosiaalinen ja luonnollinen maailma saavat muotonsa. Valtasuhteita tarkastelemalla on mahdollista selvittää, kuinka toimijat määrittyvät, millä tavoin ne liittyvät toisiinsa ja ovatko nämä liittoumat kestäviä. (Callon 1986, 224.)

Aineiston perusteella yksityisillä työterveyshuollon palveluntuottajilla on enemmän valtaa työterveyshuollon palveluntuotannossa ja sitä myöten vahvempi asema verkostossa. On myös

mahdollista tulkita tämän vallan edelleen ja yhä vahvemmin kasaantuvan yksityiselle työterveyshuollon tuottajapuolelle. Verkostoteoreettisesti tätä vallan kasautumista ja toimijoiden suhteita voi tulkita kahdella eri tavalla.

Yhtenä tulkintatapana on hahmottaa julkisen ja yksityisen toimintatavan ristiriita merkkinä siitä, että tämä suhde hakee vielä muotoaan. Muutoin keskustelua ei olisi, vaan suhde olisi selvempi ja hiljaisempi. Tässä palaan Callonin ja Latourin ajatukseen, että verkostossa tietyt toimijat saavat ajan kuluessa vakiinnutettua asemansa tavalla, jossa niiden takana oleva aliverkosto ja ristiriidat peittyvät. (Callon & Latour 1981, 285.) Voidaan tulkita, että toimijat eivät vielä ole vakiinnuttaneet asemaansa eivätkä kiinnittyneet nimettyihin rooleihinsa. Callonin (1986, 203-219) kääntämisen sosiologian vaiheissa tämä tarkoittaa problematization tai interessement -vaiheita.

Vaihtoehtoisesta verkostonäkökulmasta tilanteen voi hahmottaa niin, että julkisen ja yksityisen työterveyshuollon palveluntuottajien kilpailuasema on verkostossa vakiintunut asetelma, musta laatikko (black box). Tällöin kyselyn vastaajat edustavat omaa tausta-asetelmaansa ja sille määriteltyä vakiintunutta ääntä. Callonin ja Latourin (1981, 285.) ajatus on, että verkostossa tietyt toimijat saavat ajan kuluessa vakiinnutettua asemansa tavalla, jossa niiden takana oleva aliverkosto peittyy, ja syntyy toimija, joka muille toimijoille edustaa takanaan olevaa aliverkostoa. Callonin kääntämisen vaiheissa tätä kutsutaan mobilisation of allies -vaiheeksi. Tällöin toimija muuttuu vakaaksi, mustaksi laatikoksi (black box).

Edellä olen käsitellyt työterveyshuollon markkinaistamista julkisen ja yksityisen palveluntuottajan erottelun kautta sekä yksityisten työterveyshuoltopalvelujen kasvun kautta. Terveystuollon markkinaistaminen ei välttämättä tarkoita yksityistämistä, markkinaistaa voidaan ilman yksityistämistäkin (Clayton & Pontusson 1998, 95-96; Saarinen 2010, 20-21). Kunta voi esimerkiksi markkinaistaa ulkoistamalla. Ulkoistaminen on toiminto, jossa julkinen hallinto sopii yksityissektorin kanssa työterveyshuollon palvelujen tuottamisesta. Julkiselle hallinnolle jää kuitenkin vastuu palveluista. (ks. Komulainen 2010.) Tutkimukset ovat antaneet viitteitä siitä, että hyvinvointivaltioissa on muutettu ja heikennetty julkisen sektorin palveluja ja luotu näin palvelujen saatavuuseroja (Pekurinen ym. 2011, 70). Muutokset palveluissa voivat näkyä esimerkiksi laadun heikkenemisenä tai pidentyneinä jonoina, mutta eivät välttämättä suorina, objektiivisesti mitattavina suureina (Clayton & Pontusson 1998, 95-96; Saarinen 2010, 20-21).

Valtiontalouden tarkastusviraston sairaanhoitovakuutuksen tarkastuskertomuksessa vuodelta 2011 todetaan, että nimenomaan työterveyshuolto on vaikuttanut yksityisten

terveyspalveluiden kasvuun (VTV 2011). Suomalaisessa terveydenhuollossa on useaan muuhun maahan verrattuna enemmän eriarvoisuutta ihmisten välillä hoitopääsyssä yleislääkärille tai erikoislääkärille. Osasyinä ovat työterveyshuollon ilmaisuus sekä terveyskeskusten asiakasmaksut. (OECD 2005; Erhola ym. 2013, 14.) Kuntien välillä on 2000-luvulla ollut merkittäviä eroja terveyspalvelujen saatavuudessa. Syynä tähän on, että Itä- ja Pohjois-Suomessa terveyskeskuksilla on ollut hankaluuksia tuottaa tarvittavia palveluita. (Manderbacka ym. 2006; Saarinen 2010, 20.)

Valinnanvapaus työterveyshuollossa koskee työnantajaa, jolla on vapaus valita työterveyshuoltopalvelujen tuottaja (Erhola ym. 2013, 39). Kun yritys valitsee yksityisen työterveyshuollon palveluntuottajan, eivät palvelun sisältö ja laatu ole ulkopuolisen tahon tavoitettavissa. Kunnallinen ja yksityinen julkisuuslainsäädäntö eroavat toisistaan ja yksityisellä työterveyshuollon tuottajapuolella on mahdollisuus vedota liikesalaisuuksiin. Siksi valinnanvapauden seurauksista lääketieteellisen hoidon laatuun ei ole selkeitä seurantalutkimuksia. (Rautio & Uitti 2014, 131.)

Suomessa ei ole laajemmin tutkittu myöskään sitä, kuinka yksityisten terveyspalveluiden lisääntyminen on vaikuttanut palvelujen laatuun tai palvelujen tehokkuuden lisääntymiseen. Yksittäisissä kunnissa on tehty joitakin tutkimuksia. Niissä on havaittu, että mitä enemmän terveydenhuollon ammattilaisilla ja palveluiden käyttäjillä on kokemuksia samantyyppisistä yksityisistä ja julkisista terveyspalveluista, sitä vähemmän palvelujen välillä uskotaan olevan laatueroja. (ks. Laamanen ym. 2008, 172; Vuori 2008, 202.) Eri tahot, kuten median tai elinkeinoelämän edustajat, usein viestivät yleisellä tasolla, että julkisten ja yksityisten terveyspalveluiden välillä olisi laatueroja. Kuitenkin organisaatiotutkijat ovat löytäneet näiden organisaatioiden toiminnasta enemmän yhtäläisyyksiä kuin eroja. (Rainey & Chun 2007; Vuori 2008, 202; Saarinen 2010, 22.) Määrälliset erot esimerkiksi vastaanottoiminnassa saattavat sen sijaan olla merkittäviä.

6.2 Henkisen pahoinvoinnin lisääntyminen työelämässä

Työterveyden problematiikka on viime vuosina painottunut tuki- ja liikuntaelin problematiikan ohella yhä enemmän henkiseen problematiikkaan: jaksamisongelmat, kiire-stressikuormitus, ilmapiiriongelmat. Välillä vaikuttaa, että ne ovatkin keskeiset asiat työterveydessä.

Psykososiaalisten ongelmien lisääntyminen.

Työelämä on muuttunut henkisesti kuormittavaksi tai ainakin nämä ongelmat ovat todenteolla nousseet esiin julkisen puolen työterveyshuollon toimintapiiriin, kuten yllä olevat sitaatit kuvaavat. Työtä ja työelämää analysoivien tutkijoiden mukaan suomalaisen työelämän julkinen kuva onkin ollut monella tapaa kielteinen 1990 -luvun lamasta lähtien. Työtä ovat kuvanneet stressi, työpaine, uupumus, kiire, henkinen kuormitus, loppuunpalaminen, jaksamisongelmat, masennus, työpahoinvointi, epävarmuus, alituinen muutos, epätyypilliset työsuhteet ja pätkätyöt. (Siltala 2004; 2007; Julkunen 2008, 9.) Monet kokevat työn epämukavaksi (Julkunen 2008, 7-8; Rikala 2013). Aineistosta on havaittavissa työterveyshuollon asiakassuhteiden muutos. Kielteinen kuva työstä näkyy työterveyshuollon verkostossa:

Kognitiivisen kuormituksen, kiire-stressikuormituksen ja vuorovaikutusongelmien ennaltaehkäisy ja varhainen käsittely. (vastauksena kysymykseen tämän hetken haasteista työterveyshuollossa)

Henkinen pahoinvointi työpaikoilla lisääntynyt.

15 vuoden aikana monisairaiden oirehtijoiden määrä on mielestäni lisääntynyt.

Mutta miksi työelämän kuva on niin kielteinen? Miksi työhyvinvoinnista on tullut niin merkittävä kysymys? Julkunen (2008) kysyy, miksi kaikki tämä puhe työn huonontumisesta, stressistä ja uupumisesta aikana, jolloin jälkiteollisen tieto- ja palveluyhteiskunnan piti poistaa raskaat ja ikävät työt, haudata luokkaristiriidat ja luoda työelämä, jossa kaikki voivat kehittää ja toteuttaa itseään ja työyhteisöjään ja jolloin työn piti muuttua vieraasta ja vieraantuneesta omaksi? Työsuojelu- ja yritysdemokratia uudistukset loivat näkymän demokraattisemmasta työelämästä. Vanhan taylorisoidun työn ongelmakohdat synnyttivät tietyn näkemyksen hyvästä, kehittävästä ja uudeltaisesta työstä. Tuo uusi työ olisi työtä, jossa on monipuolisuutta ja vaihtelua, mahdollisuus käyttää harkintaa ja ammattitaitoa. Sellaisessa työssä olisi myös vaikutusmahdollisuuksia niin omaan työhön kuin työyhteisöönkin, sosiaalista tukea ja vuorovaikutusta sekä mahdollisuus kehittää omia taitojaan ja itseään. Antitaylorististen tekniikoiden piti palauttaa työn kunnia ja arvokkuus. (Julkunen 2008,10, ks. myös Julkunen 1987, 105.)

Työelämän muutoksen on nähty kulkevan tähän uuden työn suuntaan. Yhä useamman työssä on vuosikymmeniä kaivattuja älyllisiä puolia, aloitteellisuutta, omaperäisyyttä ja kehitysmahdollisuuksia Työ on keskiluokkaistunut ja tietoistunut, ja työstä on tullut monipuolisempaa ja vaativampaa. Teollisen tuotantotyönkin organisointiin on syötetty uusia

ideoita, pitkälle ositetun ja paikalleen sidotun vaihetyön osuus teollisuusmaissa on supistunut. Kuitenkin paradoksaalisesti, työn tai työelämän laadun koetaan huonontuneen kaikesta tästä tietoistumisen ja joustavuuden kehityksestä huolimatta. (Green 2006; Julkunen 2008, 10.) Aineiston perusteella tietoistuminen ja joustavuus suorastaan lisäävät työelämän kuormittavuutta:

Työterveyshuollon sopeuttaminen muuttuvan työelämän haasteisiin: tietotyön ja epätyypillisen työn lisääntyminen.

Miten tätä paradoksia selitetään yhteiskuntatieteissä? Eero Riikonen, Mikko Makkonen ja Ilpo Vilkkumaa kirjoittavat kirjassaan *Hullun työn tauti* (2002, 13-14) horjuvansa kahden työelämän tilaa ja ongelmia koskevan tulkinnan välillä. Työ saattaa todella olla muuttunut hullummaksi ja tuo kehitys liittyä työelämän sekä tuotannon objektiivisiin ehtoihin ja kehityspiirteisiin. Toisaalta voidaan ajatella, että työn uuvuttavuus ja monet muut työperäiset ongelmat eivät liity niinkään itse työhön, vaan niihin tapoihin, joilla olemme alkaneet ajatella ja puhua työstä ja hyvinvoinnista. Molemmat tulkinnat voivat olla yhtä oikeita. Puhetta, ajattelua ja ”todellisuutta” ei työhyvinvoinnissa voi erottaa toisistaan. (Riikonen ym. 2002, 13-14.)

6.2.1 Työ vaatijana - työn muutos työterveyshuollon verkostossa

Vajaatyökykyisten työelämässä pitäminen, sujuvien hoitoketjujen luominen mm. erikoissairaanhoidon suuntaan. Työntekijöiden motivoiminen itsehoitoon painon hallintaan, liikuntaan, alkoholin ja tupakan käytön hallitseminen =työkyvyn ylläpito.

Yllä olevasta sitaatista käy ilmi, kuinka työntekijän tulisi vastata työn asettamiin tarpeisiin omilla toimillaan. Työterveyshuollon tulee tukea työntekijöitä, jotta he pitävät itse yllä omaa työkykyään erilaisin toimenpitein. Yksilö on vastuussa itsestään ja työkyvystään. Työtä koskevassa keskustelussa onkin korostettu, että työ on subjektivoitunut eli yksilöllistynyt (Virno 2006, 122; Järvensivu & Koski 2010, 18). Kollektiivisen suojan heikkenemisestä ja yksilöllistymisestä ovat kirjoittaneet muun muassa Castel (2007), Beck (1986; 1998) ja Kantola (2006). Manuel Castells (1996, 265) pitää työn subjektivoitumista työn keskeisenä kehityspiirteenä. Ulrich Beckille (1998, 39-54) puolestaan työn yksilöllistyminen on osa sitä destandardisoitumista, jota hän pitää toisen eli refleksiivisen modernin läpäisemänä kehityspiirteenä. Beck (1986) myös esittää Riskiyhteiskunta -teoksessaan ajatuksen, jonka

mukaan eurooppalaisista työelämän instituutioista tulee zombieita, eläviä kuolleita, ja yksilöistä tulee omia turvayksikköjään. Kantola (2006) taas kuvaa markkinavallan ohjaamaa yhteiskuntaa eturyhmien kilvoittelun sijaan henkilökohtaisen kilvoittelun areenaksi. Jokainen on siinä yhteiskunnassa yksin, muita vastaan ja vain itseensä luottamisen varassa. (Kantola 2006; Julkunen 2008, 59.)

Työn subjektivoituessa työ tunkeutuu yhä syvemmälle minuuteen ja siitä tulee mielentila. Työstä ei pysty irtaantumaan, vaan työ seuraa kaikkialle ja on aina läsnä. Oppimistakin voidaan lähestyä pakkona tai työnantajan kontrollin muotona: työnantajan voidaan tulkita oppimiseen kannustamalla pyrkivän saamaan hallintaansa työntekijän käsien (fyysiset suoritusten) lisäksi työntekijän järjen (henkiset suoritukset) ja sydämen (emotionaaliset ja muut persoonaan liittyvät toiminnot) niin työssä kuin vapaa-ajalla. (Virno 2006, 122; Järvensivu & Koski 2010, 18.) Asiantuntijatyössä yksilöllistyminen nähdään eritoten vastuuna itsensä kehittämisestä (Horppu 2007, 37).

Työn yksilöllistyminen on myös sitä, että yksilön katsotaan olevan vastuussa omasta menestyksestään ja epäonnistumisestaan, omasta työhyvinvoinnistaan ja rajojen asettamisesta työlleen. Työn rajattomuus edellyttää, että osaa priorisoida, organisoida ja tulla toimeen oman kontrollin ulottumattomissa olevien, oman vakaumuksen kanssa ristiriitaisten tai itselle vastenmielisten kehityssuuntien kanssa, käsitellä kielteisiä tunteita ja haavoittavia piirteitä. (Aro 2006, 13.)

Aineiston perusteella työn yksilöllistyminen on totta, jopa siinä määrin, että työ vaikuttaa itsessään olevan toimija - sitä tulee hallita ja se asettaa vaatimuksia. Jos työn vaatimukseen ei pysty vastaamaan tai työ laajenee liikaa esimerkiksi tekijöiden vähentyessä, voi työn tekijä uupua ja menettää hallinnan tunteen. Yksityiselämäkin tulee valjastaa työn ja työssä jaksamisen tarpeisiin:

Fyysisten sairauksien vähennyttyä vuosien mittaan psyykkiset sairaudet ja oireet ovat lisääntyneet, työtehtävien laaja-alaistuminen aiheuttaa uupumista ja hallinnan tunteen häviämistä. Työ asettaa aiempaa enemmän vaatimuksia kognitiivisille taidoille. Henkilöstövähennykset organisaatiomuutoksissa kuormittavat niin vähennettäviä kuin jäljelle jääviä. Myös asiakkaiden yksityiselämän risaistuminen näkyy työterveyshuollossa, alkoholin käytön lisääntyminen etenkin naisilla sekä muiden päihteiden käyttö nuoremmissa ikäluokissa asettavat työterveyshuollon silmän ja toimintakäytännöt uuden haasteen eteen.

Miten motivoida työntekijät pois vanhoista, osin kangistuneistakin työtavoista?

Kuten yllä olevat sitaattit kuvaavat, työn subjektivoituessa ihmisen täytyy johtaa itseään, pitää ydintehtävä kirkkaana, organisoida omat työnsä ja huolehtia omasta palautumisestaan (Aro 2006, 13). Subjektivoituminen tarkoittaaakin työn oleellista riippuvuutta tekijänsä persoonasta. Yksilöllistyminen merkitsee välttämättömyyttä ja mahdollisuutta mobilisoida, ilmaista ja investoida työssä omaa subjektiivisuuttaan. (Marazzi 2006.) Työntekijää pyydetään käyttämään taitojaan, tunteitaan, osaamistaan, motivaatiotaan, osallistumaan päätösten tekoon ja vastuun jakoon sekä tekemään tämä vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Työprosessin organisaatio, ainakin ideaalituypillisesti, joutuu kuitenkin tunnustamaan työntekijät kommunikoivina, ajattelevina ja vastuullisina olentoina. Samalla johto joutuu pyytämään, että työntekijät hylkäisivät vastahakoisen ja vastakohtaisen asenteen ja omistautuisivat – jos eivät nyt suorastaan omistajien voiton tuotantoon – niin ainakin työlleen ja tuotannon tehokkaalle sujumiselle. (Julkunen 2008, 120-121.)

Virno (2006, 99) kirjoittaa jälkifordistisen työntekijän tunne- ja affektiivisesta tilanteesta. Tärkeimmät työntekijöiltä odotettavat kyvyt ovat mukautuvuus yhdistettynä aloitekykyyn, tottumus yhdistettynä liikkuvuuteen ja joustavuus siirryttäessä yksistä säännöistä toisiin (Julkunen 2008, 135). Kun työssä on koko persoona, onnistuminen ja menestyminen vahvistavat persoonaa, epäonnistuminen merkitsee koko persoonallisuuden kriisiä (Vähämäki 2006, 27). Työn arviointi ei koskekaan itsen ulkopuolista suoritusta, vaan persoonaa, itseä. (Julkunen 2008, 124).

Bradley ym. (2000, 49) tiivistävät, että uusien tuotantokonseptioiden mukainen ”ohuttyöläinen” on yksilönä vastuutettu ja tilivelvollinen, läpinäkyvä ja haavoittuva, ei enää osa kollektiivia, usein ei myöskään osa tehokasta ammattiyhdistystä. Vastuullinen autonomia on monin tavoin piirretty normatiivisella, byrokraattisella ja teknisellä kontrollilla, myös markkinariski on siirretty työntekijälle itselleen. (Julkunen 2008,167.) Kokonaisvaltainen laadunvalvonta on kolmen viime vuosikymmenen vaikutusvaltaisimpia oppeja työn organisoinnissa. Subjektivoituneessa työssä työntekijöille asettuu velvollisuus paitsi valvoa oman työnsä laatua, myös paikantaa maksimaalista tuottavuutta häiritsevät ongelmat, kertoa niistä eteenpäin ja keksiä niihin ratkaisuja. (Julkunen 2008,170.) Kontrolli hiipii hienovaraisesti. Inhimillisiä resursseja käytetään yhä hienostuneempien johtamisoppien avulla (Green 2006; Julkunen 2008, 10).

6.2.2 Työelämän epävarmuus työterveyshuollon verkostossa

Taloudellisen laman vaikutukset yrityksiin ja työntekijöihin.

Henkilöstövähennykset organisaatiomuutoksissa kuormittavat niin vähennettäviä kuin jäljelle jääviä.

Aineistossa kuvataan yllä olevien sitaattien tavoin, että taloudellinen lama ja henkilöstövähennykset vaikuttavat työntekijöihin. Vaikka vastauksissa ei kerrota taloudellisen laman tai henkilöstövähennysten vaikutuksista tarkemmin, niin osaa tekstiä lukeva kuitenkin päätellä, että nuo vaikutukset ovat luonteeltaan nimenomaan negatiivisia. Robert Castelin (2007, 30-31) mukaan ajassamme onkin olennaista turvattomuuden nousu. Työelämän joustava ja yksilöllinen hallinta on korvannut kollektiivisen ja pysyviin työsuhteisiin pohjautuvan hallinnan. Castel kirjoittaa, ”siinä kapitalismin muutoksessa, jonka vaikutukset alkoivat tuntua 1970-luvun alussa, oli pohjimmiltaan pelissä työsuhteiden, työurien ja työpaikkaan liittyvien suojamekanismien liikkuvuuden maksimointi. Tässä dynamiikassa on kyse samanaikaisesti kollektiivisen purkamisesta, yksilöllistymisestä ja turvattomuuden lisääntymisestä.”

Castelin mukaan olemme 1970- luvulta lähtien todistaneet työsuhteen ja sosiaalisen kansalaisuuden kytköksen haurastumista. Vaikka turvamekanismit ovat heikentyneet, elämme kuitenkin niiden ympäröimässä ja läpäisemässä yhteiskunnassa. Suhde työhön ja työpaikkaan on muuttunut ongelmallisemmaksi, mutta työnteko on silti säilyttänyt keskeisen asemansa ihmisten elämän ja yhteiskunnan organisoitumisessa. (Beck 1998, 20; Castel 2007, 6, 56-57; Julkunen 2008, 60.) Aineistossa muuttunutta suhdetta työhön ja työelämään kuvataan eri sukupolvien kautta. Työelämän epävarmuus kuvastuu 90-luvun laman lapsissa:

Nuori sukupolvi tulee tilalle ja heillä on erilainen orientaatio työelämään kuin aiemmilla sukupolvilla: tarvitaan enemmän myös työterveyshuollon osallistumista työyhteisöjen tukemiseen ja toiminnan varmistamiseen, palautteen saamisen ja antamisen ja sen merkityksen opettelua, eri sukupolvien auttamista tulkitsemaan toisiaan oikein. 90-luvun laman vaikutukset näkyvät vielä tänäänkin työelämässä kun sen ajan lapset astuvat työyhteisöihin.

Työn yksilöllistyminen edistääkin juuri yksilöiden haavoittuvuutta. Työ ei ole menettänyt merkitystään, mutta se on menettänyt osan siitä vakaudesta, johon sen kyky suojella perustui. Vaikka työn ja turvamekanismien kytkös ei enää hallitsekaan murskaavan ylivoimaisena mallina, se on silti hallitseva. Enää ei ole samanlaista varmuutta, tunnetta työpaikan

omistajuudesta. (Castel 2007, 6, 56-57; Julkunen 2008, 60.) Beck (1998, 20) on esittänyt asian sanoen, että instituutiot säilövät vanhoja varmuuksia, samalla kun elämismaailman realiteetit siirtyvät kauemmas instituutioihin liitetyistä mielikuvista ja odotuksista.

Casten von Otterin (2004, 83) mukaan kepeällä mielikuvalla uudesta taloudesta luokattomana työelämänä, jota luonnehtii vapaus, kollegiaalinen yhteisyys ja vapaat, kahlehtimattomat ja onnelliset työnteon muodot, ei ole mitään todellista pohjaa. Kokemus työpaineen lisääntymisestä voidaan jäljittää suoraan uusiin johtamisjärjestelmiin ja aikaisempaa tehokkaampiin tuotannon kontrollijärjestelmiin. (ks. myös Julkunen 2008, 21.) Työn epävarmuus aiheuttaa sekä lyhyen että pitkän aikavälin kielteisiä seurauksia niin yksilö- kuin organisaatiotasollakin. Yksilötasolla epävarmuus vähentää sitoutumista ja työtyytyväisyyttä, lisää psyykkistä kuormaa ja terveysriskejä. Jo pelko työpaikan menettämisestä voi olla psyykkisiltä seurauksiltaan yhtä vakavaa kuin työpaikan menettäminenkin. Organisaatiotasolla ilmapiirin heikentyminen saattaa vähentää tuottavuutta. (Julkunen 2008, 114-115; Pyöriä & Ojala 2016.)

Epävarmuutta eivät aiheuta vain työttömyyden ja irtisanomisen uhka. Suomalaisen työolotutkimuksen valossa tätä yleisempiä epävarmuuden aiheuttajia ovat ennakoimattomat muutokset ja pelko, että vaatimukset kasvavat niin, ettei niistä selviä (Sutela & Lehto 2014, 86.) Antti Aro (2006, 64) arvelee, että epäjatkuvuuden luoma epävarmuus saattaa olla merkittävin työhyvinvointia verottava tekijä. Työssä väsyttään, kun tulevaisuutta ei pystytä ennakoimaan ja jatkuvasti joudutaan orientoitumaan uusiin projekteihin, tietokoneohjelmiin, laitteisiin, ihmisiin ja organisaatiorakenteisiin. Elämään hiipii huoli, mitä saattaa tapahtua. (Julkunen 2008, 116.)

Epävarmuuspuheen nousu viestii luottavaisuuden katoamisesta, Robert Castelin (2007) sanoin turvattomuuden noususta. Se tekee ymmärrettäväksi, miksi jälkiteollinen talous on tehnyt luottamuksesta niin tärkeän kysymyksen; sitä mitä ei ole, kaivataan (Julkunen 2008, 117). Työterveyshuollolta työnantaja voi ostaa tätä kaivattua luottamusta, työntekijän sopeuttamista jatkuviin muutoksiin:

Asiakkaiden haasteena on jatkuva muutos ja ennaltaehkäisevä työterveyshuolto on muokkautunut paremmin asiakkaan tarpeita vastaavaksi.

Yhteiskunnallisen vallan teoretikon Michel Foucault'n (2010, alkup. 1976) näkemyksiä seuraten, kulloisessakin työläissubjektiviteetissa, kuten tämän päivän työn ihannesubjektissa, joustavassa, energisessä, oppimis- ja yhteistyöhakuisessa ja kilpailevassa subjektissa, ei ole

mitään olemuksellista vaan se on vallan tuote (Julkunen 2008, 31). Richard Sennettin (2002; 2007) näkemys on, että kapitalismin uuden hengen ja järjestyksen ydintä on lyhytjänteisyys, rutiinien murtuminen, kertakäyttöisyys ja vastavuoroisuuden puute. Nopeiden organisatoristen ja institutionaalisten muutosten uskotaan synnyttävän luovuutta, innovaatioita ja voittoja. Niinpä yhtiöitä hajotetaan ja liitetään toisiin, henkilöstöä palkataan ja irtisanotaan, töitä syntyy ja katoaa, uusia teknologioita otetaan käyttöön ja organisaatiokaavioita muutetaan, työnteon perusteita järkytetään.

6.2.3 Työntekijöiden vanheneminen - haaste työterveyshuollon verkostossa

Työtätekevä väestö ikääntyy ja raihnaistuu. Löytää keinot pitää ikääntyvä väestö työelämässä työkykyisenä.

Vanhenevat, raihnaistuvat työntekijät joille ei nykytyönantajilta löydy sopivaa työtä.

Yllä olevat sitaatit kuvaavat työntekijöiden vanhenemista työterveyshuollon haasteena. Työntekijöiden vanheneminen tulee aineistossa esiin sekä työhyvinvoinnin ja työkyvyn ylläpidon näkemysten kohteena että työelämän muutoksen kuvaajana. Työhyvinvoinnin ja työkyvyn ylläpidon kehyksessä vanheneminen ja vanhenevat työntekijät näyttäytyvät haasteena, johon työterveyshuollon tulee vastata. Työelämän muutoksen kontekstissa vanheneminen ja vanhenevat työntekijät näyttävät putoavan ulkopuolelle siitä, mitä käsitetään nykyisen työelämän edellyttävän ja vaativan työntekijöiltä:

Ikääntyvät työntekijät. (vastauksena kysymykseen tämän hetken haasteista työterveyshuollossa)

Ikääntyvien työntekijöiden lisääntynyt palveluntarve työelämän vaatimusten jatkuvasti kasvaessa.

Nämä vanhenevat työntekijät eivät saa tarpeeksi kuntoutusta.

Uudessa kapitalismissa työntekijä kärsiikin hyödyttömäksi tulemisen, putoamisen ja epäonnistumisen pelosta. Sennettin (2002; 2007) mukaan hyödyttömäksi tekemisen ja tulemisen taustalla on kolme suurta mekanismia, automaatio, työn globaali siirtäminen ja vanheneminen. Vanhenemisen Sennett näkee näistä hyödyttömäksi tekemisen mekanismeista vakavimpana, koska se koskettaa jokaista. Työterveyshuollossa vanheneminen ei kosketa ainoastaan asiakaskuntaa, vaan myös työterveyshuollon henkilöstöä:

*Työterveyshuollon henkilökunnan ikääntyminen ja rekrytointihaasteet.
(vastauksena kysymykseen tämän hetken haasteista työterveyshuollossa)*

6.2.4 Pohdinta

Tässä luvussa kuvasin työterveyshuollon asiakassuhteiden muutosta työn muutoksen kautta. Työ on uuvuttavaa, epävarmaa ja yksilöllistynyttä. Työterveyshuollon toimintana on saada työntekijät sopeutumaan ja selviämään tässä subjektivoituneessa työssä.

Työterveyshuollon verkostossa suhde työhön toteutuu paitsi oman toiminnan kautta, myös henkilö- ja yritysasiakassuhteissa. Näissä suhteissa työ näyttäytyy toimijana. Yksilöllistyneessä työelämässä työ on jotakin, jonka vaatimuksiin työntekijän tulee vastata. Työntekijän tulee sopeutua työn muutoksiin – ei toisin päin. Työtä ei riitä kaikille, se on etuoikeutettujen saama resurssi.

Työn yksilöllistymisen voi lukea aineistossa näkemyksinä siitä, kuinka yksityiselämän tulee olla työlle ja työssä jaksamiselle pyhitetty. Ihminen on työn ja työelämän hyödyke. Yksilöllistynyt työntekijä ei jaksakaan eikä selviä työn vaatimuksista. Esimerkiksi ikääntynyt työntekijä ei ilman apua sovi enää työtä tekemään. Työterveyshuollon toimintana on auttaa yksilöitä työssä jaksamisessa.

Paradoksaalista on, että jaksamattomuus ja uupumus työssä ovat nykyisin työterveyshuollon toiminnan edellytyksiä. Niistä selviämiseen luodaan erilaisia malleja. Vaikka pyrkimys on auttaa yksilöitä selviämään työssä, niin uupumus ja selviämättömyys ovat ilmiöitä, jotka tuovat henkilöasiakkaita. Työ sekä työssä jaksamattomuus näyttävätkin verkostossa mustina laatikkoina. Työ ja työssä jaksaminen ovat kaikesta työterveyshuollon tarjoamasta tuesta huolimatta yksilön asia ja vastuu.

Callonin (1986, 203-219) käännökseen sosiologiassa tämä kuvataan tilanteena, jossa kääntämisen ja toimijoiden vakiinnuttamisen vaiheet ovat valmiit (Mobilisation of Allies). Toimijoille on syntynyt yhteinen tavoite ja toimijoita sitova roolitettu suhdeverkko tavoitteiden saavuttamiseksi. Työterveyshuollon roolina on työkyvyn ylläpito ja työssä jaksamisen avustaminen. Työntekijän roolina on olla joko työlleen omistautunut, hyvin suoriutuva työntekijä tai vaihtoehtoisesti apua tarvitseva, vanha tai uupunut.

6.3 Työhyvinvointi työterveyshuollon ja koko yhteiskunnan asialistalla

Työurien pidentymiseen liittyvät haasteet.

Työurien pidentämiset / työterveyshuollon rooli niissä.

Työurien pidentämiseen tähtäävä toiminta: työ- ja toimintakyvyn tukeminen.

Kuten edellä olevat sitaattit kuvaavat, työurien pidentäminen on työterveyshuollon suuri tehtävä, jota yhteiskunta tällä hetkellä odottaa. Se nähdään tärkeänä yhteiskunnan huoltosuhteen kannalta. Pystyvätkö työssä olevat elättämään ja hoitamaan tulevaisuudessa yhä suuremman osan heistä, jotka eivät ole enää tai eivät ole koskaan yltäneet työelämään, on keskeinen kysymys. (Seuri 2013,14.)

Työhyvinvointikeskustelussa onkin viime vuosina kiinnitetty huomiota etenkin työssä jaksamiseen. Työurien alku- ja loppupäässä on jaksamisongelmia. Suomalaiset siirtyvät eläkkeelle verraten varhain, vaikka eläkkeellejäämisiän odote onkin hieman pidentynyt. (Nyman & Kiviniemi 2011, 20.) Työterveyshuollon tutkijoiden mukaan eläkkeellejäämisiän korotukseen paras apu olisi työssä jaksamisen edistäminen, kuten mahdollisimman varhainen puuttuminen työkykyä heikentäviin sairauksiin ja niiden ennaltaehkäisy. Työnteon koettu mielekkyys on heikentynyt, mikä vaikuttaa haluun jatkaa kokopäiväisesti töissä viralliseen eläkeikään saakka. (Pyöriä 2012, 13.)

Korjattavaa on yleisessä työilmapiirissä muutenkin (Seuri 2013, 6). Tilastojen valossa erityistä huolta tulisi kantaa niistä nuorista aikuisista, jotka syrjäytyvät työelämästä esimerkiksi mielenterveysongelmien vuoksi (Tilastokeskus 2015). Vaikka enemmistö nuorista ja varttuneemmistakin voi hyvin, on mielenterveyden häiriöistä tullut yleisin työkyvyttömyyseläkkeen syy. Ilmiö on korostunut nuorissa ikäluokissa. (Raitasalo & Maaniemi 2011, 6-7). Mistä tämä kertoo? Masennuksesta ja muista psyykkisen hyvinvoinnin ongelmista keskustellaan nykyisin aiempaa avoimemmin ja kynnys mielenterveysdiagnoosin tekemiseen on madaltunut, mutta nämä tuskin riittävät selittämään kehitystä. Työhyvinvoinnista kirjoittaneen Pasi Pyöriän (2012) mukaan yhteiskunnallisessa arvomaailmassa ja työelämässä on valuvika, joka saa osan nuorista uupumaan liiallisten suorituspainoiden alle, kun samalla osa turhautuu toimettomuuteen. Kaikilla suomalaisilla työpaikoilla hyvän työn edellytykset eivät ole kunnossa, ja yritysten kiristynyt kilpailu sekä julkisen sektorin resurssien niukkeneminen heikentävät edelleen työhyvinvoinnin perustaa. (Pyöriä 2012, 13-14.)

THL:n raportissa (Erhola ym. 2013) hahmotellaan työterveyshuollon tulevaisuuden haasteita.

THL:n mukaan työkyvyn ylläpito ja sen mahdollisimman varhainen palauttaminen ovat vaikeita, mutta ensiarvoisen tärkeitä toimintoja hitaan talouskehityksen, korkean nuorisotyöttömyyden ja epätyypillisten työsuhteiden yleistymisen olosuhteissa (Erhola ym. 2013, 16-17). Yhden näkemyksen (Mäkitalo & Rokkanen 2011, 75) mukaan työterveyshuollon asiantuntijoiden on näiden uusien haasteiden edessä hankittava, kehitettävä ja laajennettava osaamistaan. Toisen näkemyksen (Seuri 2013, 27) mukaan työterveyshuolto on perusosaamiseltaan ja luonteeltaan terveydenhuoltoa eikä työterveydenhuollon yhteisiä varoja käyttäen tule lähteä tukemaan asiakastyöpaikan varsinaisen tuotannon ja osaamisen kehittämistä.

Työn muutokset ja yhteiskunnan odotukset haastavat työterveyshuollon perimmäisen roolin; onko työterveyshuolto osa terveydenhuoltoa vai sisältyvätkö siihen myös asiakastyöpaikan kehittämisen, osaamisen ja työn järjestämisen konsultaatiot ja palvelut? (Seuri 2013, 27-29.) Työterveyshuoltoon ja sen osaamiseen aiheuttavat siis muospaineita työn sisällön muutokset, yhteiskunnan odotukset työurien pidentämisestä ja työssä jaksamisen tukemisesta. Työurien pidentämisen haasteisiin pyritään työterveyshuollossa vastaamaan erilaisin työhyvinvoinnin painotuksin ja mallein.

6.3.1 Työhyvinvoinnin painotuksen kasvu työterveyshuollon verkostossa

Työhyvinvoinnin sisällön tarkentuminen selkeämmin työhön liittyväksi asiaksi (hyvä asia) ja työkyvyn ja työhyvinvoinnin määritelmien laajeneminen (hyvä asia).

Jo aikaisemmin työterveyshuollon tavoitteet ovat laajentuneet kokonaisvaltaisen työkyvyn ja -hyvinvoinnin tukemiseen alkuaikojen työperäisten sairauksien ja tapaturmien estämisestä. Tätä vielä vahvistavat 1.6.2012 voimaan tulleet lakimuutokset.

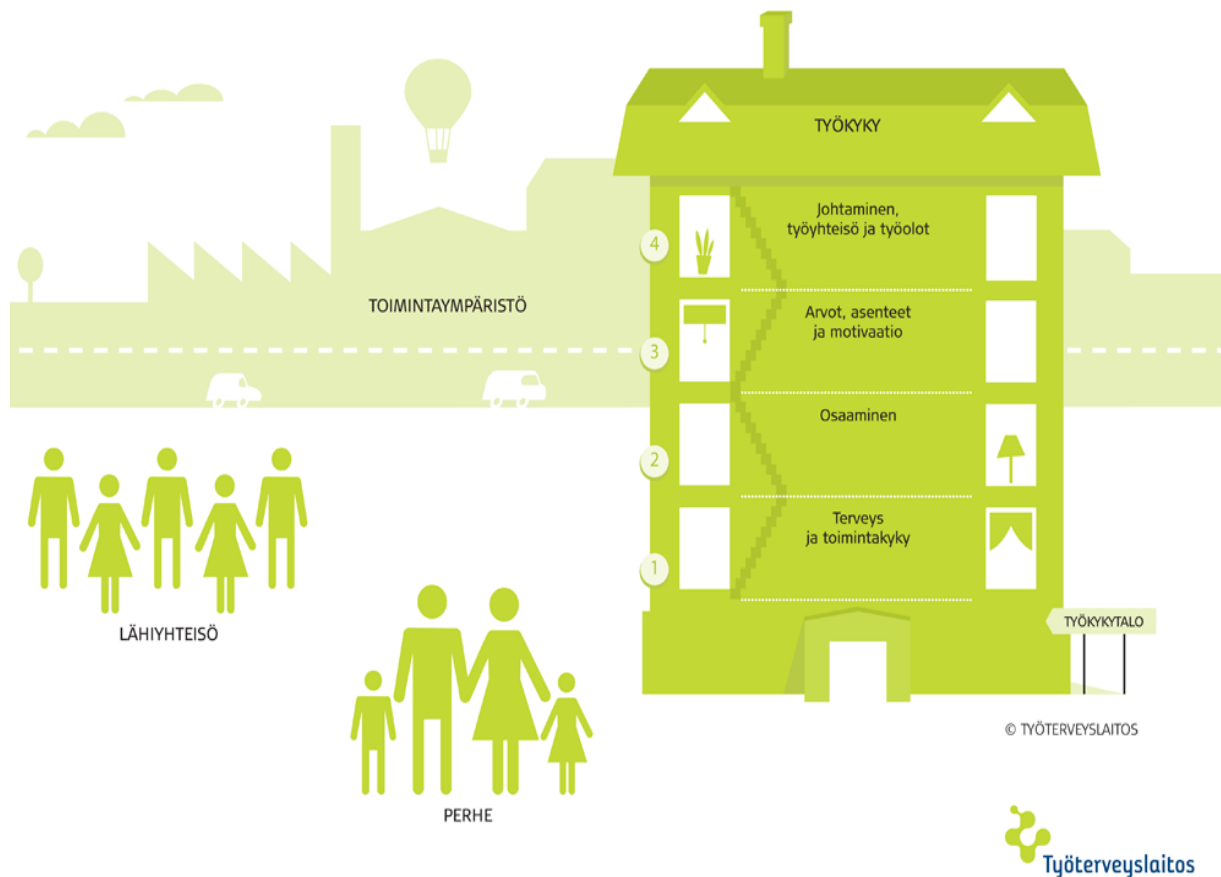
Edellä olevissa sitaateissa kuvataan työhyvinvoinnin painotuksen kasvua julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajien toiminnassa. Työhyvinvointi on pitkälti otettu työelämän kehittämisen yleiskäsitteeksi. Työhyvinvoinnille ei toistaiseksi ole tieteellisesti todennettua, yksiselitteistä määritelmää. STM:n (2014c) mukaan työhyvinvointi on kokonaisuus, jonka muodostavat työ ja sen mielekkyys, hyvinvointi, terveys ja turvallisuus. Työkyky (tyky) ja työhyvinvointi (tyhy) ovat työterveyttä laajempia käsitteitä eikä työkyky- tai työhyvinvointijohtamista voidakaan pelkistää terveyteen. Laajasti ajateltuna kaikki se, mitä

yrityksessä tehdään, vaikuttaa ihmisen työkykyyn ja työhyvinvointiin. (Seuri 2013, 70) Vaikka työhyvinvointi ja sen sisarkäsitteet ovat sisällöltään epämääräisiä, niin ne ovat aineiston mukaan nousseet työterveyshuollon ytimeksi:

Työkyvyn hallinnan yksilö- ja etenkin yhteisötasolla nouseminen työterveyden toiminnan prioriteetiksi numero yksi.

Työntekijöiden työkykyä ja hyvinvointia ylläpitävä toiminta vakiinnutettiin osaksi työelämän suhteita, ensin valtion ja työmarkkinaosapuolten sopimuksessa ja sitten vuoden 1990 tulopoliittisessa sopimuksessa. Se on kirjattu myös työterveyshuoltoa koskeviin lakeihin. (Peltomäki 1999.) Työkykyä ja hyvinvointia ylläpitävä toiminta on laajentunut pioneerivuosien tuki- ja liikuntaelinkeskeisestä kuntoutuksesta nykyiseksi, psykososiaalisen työkyvyn ja hyvinvoinnin ylläpidoksi (Ilmarinen 2006, 79-80; Julkunen 2008, 264).

Terveystenhoito ajatellaan usein kokonaisuutena: jos jokin sen osa ei toimi, se heijastuu muihin osa-alueisiin. Myös työterveyshuollolle annetaan ainakin periaatteellinen vaikuttajan tehtävä. Sen roolina ei ole vain kanavoida työolojen epäkohtia yksilöiden terapointiin ja lääkitsemiseen, vaan myös koota työolotietoa ja välittää sitä työnantajalle. Työhyvinvoinnin teemoilla on paljon yhteiskuntapoliittista käyttöä. (Julkunen 2008, 264.) Työterveyslaitoksen koordinoima verkosto pyrkii seulomaan valtavasta tyky-toimintaa koskevasta materiaalista olennaisen. Työterveyslaitos on kehittänyt laajan työkyvyn konseptin, jota se pyrkii lanseeraamaan (Ilmarinen 2006, 79-80). Työkykyä voidaan kuvata talon muodossa. Työkykytaloissa on neljä kerrosta, joista kolme alimmaista kuvaavat yksilön henkilökohtaisia voimavaroja ja neljäs kerros itse työtä ja työoloja sekä johtamista. Työkyky -talomallin on kehittänyt professori Juhani Ilmarinen (2006). Se perustuu tutkimuksiin, joissa on selvitetty työkykyyn vaikuttavia tekijöitä. Kuvio 3 kuvaa tätä työkykytalo-mallia.



Kuvio 3. Työkykytalo (Työterveyslaitos 2016). Työterveyslaitoksen kuvauksen mukaan terveys ja toimintakyky ovat talon perusta. Osaaminen on toisessa kerroksessa. Arvot, asenteet ja motivaatio ovat kolmannessa kerroksessa. Tässä kerroksessa myös työelämän ja muun elämän yhteensovittaminen kohtaavat. Johtaminen, työyhteisö ja työolot on talon neljännessä kerroksessa. Tämä kerros kuvaa työpaikkaa konkreettisesti ja työ ja työolot, työyhteisö ja organisaatio kuuluvat tähän kerrokseen. Työkykytaloa ympäröi perheen, sukulaisten ja ystävien verkostot. Yhteiskunnan rakenteet ja säännöt vaikuttavat myös yksilön työkykyyn. Vastuu yksilön työkyvystä jakaantuukin sekä yksilön, yrityksen että yhteiskunnan kesken. (Työterveyslaitos 2016.)

6.3.2 Yhteistyö yritysten kanssa - massamuotoista hyvinvointia?

Yrityksen terveysjohtaminen on nykyinen tapa hahmottaa sitä, mitä yritys tekee työntekijöidensä työkyvyn ylläpitämiseksi, tavallisimmin puhutaan työkyky- tai työhyvinvointijohtamisesta (Seuri 2013, 70). Aineistossa kuvataan kuinka yhteistyö yritysten kanssa on lisääntynyt:

Työterveyshuollon merkitys yritysten henkilöstön työkyvyn ylläpidossa on oivallettu ja työterveyshuollon asiantuntemusta käytetään aktiivisemmin.

Yhteistyön lisääntyminen asiakasyritysten kanssa. Lisääntyneet työterveysneuvottelut. Työterveyshuoltotoimintaa suunnitellaan ja tehdään yhdessä enemmän kuin aiemmin.

Kova tahti muutoksissa koko ajan, yhteistyö yritysten kanssa lisääntynyt, perinteinen työterveyshuolto (esim. terveystarkastukset) menettämässä tärkeyttä.

Riikonen ym. (2002, 13) toteavat, että nykyistä työelämäkeskustelua paljolti hallitsevat liikkeenjohdolliset, suunnittelun ja hallintauskon ajatukset ovat läpäisseet myös työhyvinvoinnin. Työelämä ja työhyvinvointi ovat näiden taloudellisen politiikan periaatteiden läpi nähtynä koko maailman kattavan, kilpailua, tehokkuutta ja nuoruutta ihannoivan koneiston osia tai järjestelmiä. Kun tavoitteena on massamuotoinen osallisuuden ja työhyvinvoinnin edistäminen, niin tilanne muuttuu mutkalliseksi. (Riikonen ym. 2002, 13.)

Työterveyshuollon veloitteita on lisätty, työkyvyn säilyttämiseen ja tukeen tulee kiinnittää huomiota. Tätä työterveyshuollot eivät voi tehdä yksin. Suurien työnantajien kanssa onnistuu paremmin, toki niissäkin halutaan asia ulkoistaa välillä työterveyshuollolle. Työpaikoilla on paljon konflikteja ja mm. työsuhteeseen liittyviä ristiriitoja yms. tuodaan työterveyshuoltoon, vaikka ne kuuluisi selvittää työpaikoilla.

Suomalaisessa työelämässä yritetäänkin välillä tyypistää tai rajata työelämän laatu, työkyky tai työhyvinvointi pelkästään tai ainakin huomattavilta osin työterveyshuollon vastuulle (Seuri 2013, 74). Tällainen ajattelu voi johtaa työelämän medikalisoitumiseen. Seurin näkemys on, että usein työnjohtamisen ongelmia ja ristiriitoja ratkotaan pakenemalla työpaikoilta sairauslomille ja piilottamalla todellisia ongelmia diagnoosikuorutuksen alle. (Seuri 2013, 74.)

Riikosen ym. (2002, 13) mukaan massapalvelujen tuottamista ohjaavalla ja suunnittelevalla teknokratialla on oman esineellistävän ja arkisia elämänilmiöitä abstrahoivan luonteensa vuoksi vaikeuksia juuri tällaisten aitoon välittämiseen, tukeen, hoivaan ja syrjimiseen liittyvien ilmiöiden kohdalla. Aineistossa yritysten ja työterveyshuollon yhteistyön kerrotaan lisääntyneen ja yritysten aktivoituneen. Tavoitteena on työkyvyn ylläpito ja sitä varten on olemassa yhteisiä toimintamalleja. Se, missä määrin nämä palvelut onnistuvat tarjoamaan aitoa tukea ja välittämistä, tai vaihtoehtoisesti toteutuuko niissä Riikonen ym. (2002) mainitsemien teknokraattisten hyvinvoinninmassapalvelujen mahdollinen tunnekylmyys, jää

hämärän peittoon:

Työterveyshuolto on siirtynyt enemmän yrityksen tukipalveluja tuottavaan rooliin, yhteistyö yritysten kanssa on lisääntynyt tai ainakin tavoitteena on ollut lisätä sitä. Varhaisen tuen toimintamallien kehittyminen työntekijöiden työkyvyn tukemisessa aktivoitunut ja myös yritysten rooli aktiivisena toimijana lisääntynyt. Työkyky on "yhteinen" asia työterveyshuollon ja yrityksen välillä.

Painopisteen siirtyminen työssä jatkamisen tukemiseen ja osatyökykyisten työssä jatkamisen mahdollistamiseen ja tukemiseen. Näissä asioissa yhteistyön lisääntyminen työnantajien kanssa.

Työkyvyn ylläpitoa ja työhyvinvointia kannattaa tarkastella myös kriittisesti. Julkusen (2008, 264-265) mukaan toiminnassa on kolonisoiva konsepti kahdessakin mielessä. Ensinnä se kolonisoi koko työntekijän arvoista terveyteen ja asettaa kaikki työntekijän ominaisuudet kehittämisen kohteeksi. Toiseksi se kolonisoi työhyvinvoinnin hyvää tarkoittavan brändin alle kaikenlaista organisaatioiden toimintaa, työturvallisuudesta ja työterveyshuollosta henkilöstökoulutuksen kautta yhteisiin kulttuuri-, liikunta- ja hyväntekeväisysharrastuksiin saakka. Työhyvinvointi kanavoi näin monien tahojen intressejä ja toimintaa. Tuntuu uskottavalta, että työhyvinvoiva työntekijä on tuottava. Työolot ovat hyväksyttävä kohde työmarkkinajärjestöjen yhteistyölle ja ammattiyhdistystoiminnalle. Julkisille toimijoille tuottavuuden ja työhyvinvoinnin parantaminen edustaa yhteistä hyvää. Monet muutkin toimijat, kuten organisaatiokonsultit, stressinhallinnan ja hyvän olon liiketoiminta, työeläkevakuuttajat, kansanterveyden toimijat ja työelämän tutkimus löytävät työhyvinvoinnin edistämistä toiminta-alueen.

Skandinaavinen traditio on alusta alkaen pyrkinyt löytämään yhteyden työn organisoimien ja kuormituksen vähentämisen välillä. Työssä jaksamisen tietoa on käytetty työsuojelureformien ja valtiovetoisten työhyvinvointiohjelmien perusteluna. Työelämän epäkohtia yritetään edelleen politisoida esimerkiksi lainsäädännöllä sekä työelämän vetovoimaa, jaksamista ja hyvinvointia kohentavien valtionhallinnon ohjelmin. Valtiovallalla ja myös työmarkkinajärjestöillä nähdään olevan keskeinen rooli työterveyshuollon kehittämisessä. (Julkunen 2008, 264-265.) Aineistossa kerrotaan työterveyshuollon malleista ja käytännöistä. Uusimpia tulokkaita valtiovetoisissa työhyvinvoinnin malleissa on työkyvyn hallintamalli eli niin sanottu varhaisen tuen malli.

Työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen malli. (vastauksena

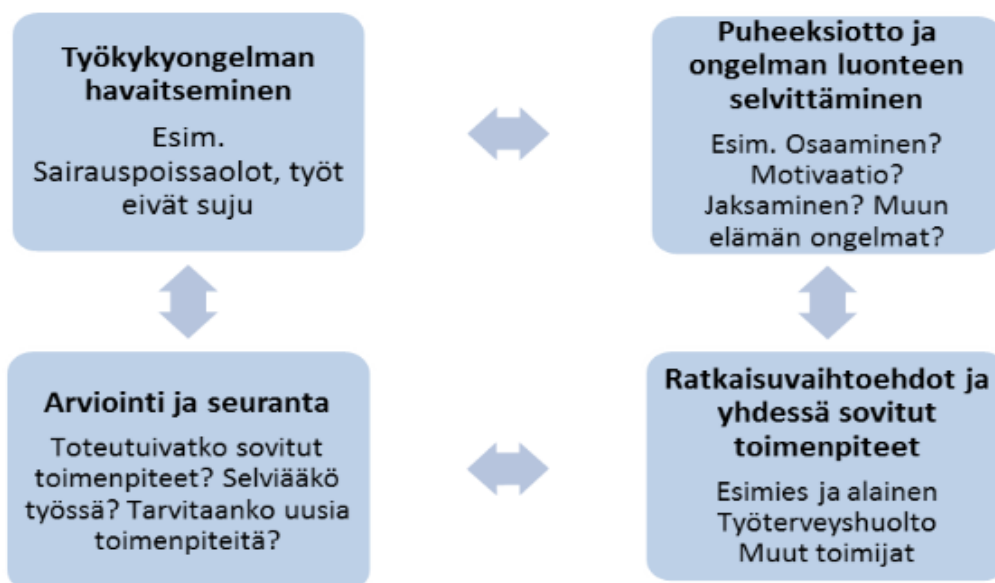
työterveyshuollon kentän suurimpiin muutoksiin viime vuosina)

Työntekijän työkyvyn varhaiseen tukemiseen tullut jämäkkyyttä uusien mallien ja käytäntöjen myötä.

Painotus on siirtynyt työkykyriskien hallintaan ja varhaisen tuen mallin toteuttamiseen yhdessä yritysten kanssa.

Sairausvakuutuslakiin 1.1.2011 voimaan astunut muutos (HE 75/1999) edellyttää, että yrityksessä on käytössä työkyvyn hallintamalli. Aineistossa tämä malli nimetään useimmiten varhaisen tuen tai varhaisen puuttumisen malliksi. Varhaisen puuttumisen mallissa yritys seuraa ensimmäisiä merkkejä työkyvyn muutoksista ja puuttuu niihin tiiviissä yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Mikäli yrityksellä ei ole käytössä toimintamallia, Kelan maksamat työterveyshuollon ennaltaehkäisevän työn korvaukset putoavat 60 prosentista 50 prosenttiin. (TTK 2015, 10; Kela 2016.)

Varhaisen tuen mallin tarkoituksena on vähentää pitkiä sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyttä, siis pienentää työnantajan kustannuksia. Nämä tavoitteet on tarkoitus toteuttaa parantamalla terveyden ja työkyvyn seuranta ja tekemällä siitä työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyön perustoimintaa. Tuentarpeen ja kuntoutuksen koordinoivastuu on mallissa työterveyshuolloilla. (TTK 2015, 1; Tiitola ym. 2016, 8.) Varhaisen tuen malli ja eri yhteistyötahot on havainnollistettuna kuviossa 4.



Kuvio 4. Varhaisen tuen malli yksinkertaistettuna. Lähde: Tiitola ym. (2016, 8).

Tämä varhaisen tuen mallin vaatimus liittyy oleellisesti myös työterveyshuollon ohjaukseen sekä ohjaavien ja neuvovien instituutioiden (STM, TTL, Kela, THL) valtaan. Työhyvinvoinnin näkemys toimii usein työterveyshuoltoa koskevien lakimuutosten (ks. esim. HE 67/2010) yhteiskunnallisena perusteluna kustannusten ohella (TTK 2015, 1; Tiitola ym. 2016, 2). Työhyvinvoinnin käsite on työelämän kehittämisen yleiskäsite, jolla voi hahmottaa paitsi yksittäisiä työpaikkatoimia myös yhteiskunnallisia toimia työkyvyn parantamiseksi (Ilmarinen 2006, 79-80; Julkunen 2008, 264; Seuri 2013, 70). Aineiston perusteella työhyvinvoinnin käsitteen voi tulkita verkostossa vakiintuneeksi toimijaksi, mustaksi laatikoksi.

6.3.3 Siirtymä ennaltaehkäisystä sairaanhoitoon

Työterveyshuollon työterveyshuollollisen toiminnan ja sairaanhoidon suhdetta toisiinsa.

Muuttaa toimintojen painopisteitä enemmän ennaltaehkäisyyn - lisää yleistä ymmärrystä siitä, mikä on työterveyshuollon perustehtävä.

Aineiston perusteella näkemykset työterveyshuollon ydintehtävästä vaihtelevat. Onko ydintehtävä tuottaa ennaltaehkäisevää työterveyshuoltoa vai tarjota laaja-alaisia sopimuksia, joihin sisältyvät kattavat sairaanhoito- ja lääkärintalvet? Kelan työterveyshuoltotilaston (2013, 14-15) mukaan yksilöihin kohdistuvia terveystarkastuksia ja sairaanhoitoa tehdään runsaasti työpaikoille suuntautuvan ennalta ehkäisevän toiminnan jäädessä vähemmälle. Aineistossa sairaanhoitopalvelujen kysynnän kasvu käy selvästi ilmi:

Sairaanhoitosopimuksia ovat halunneet lähes kaikki vähänkään isommat firmat.

Työntekijät vaativaisia kokonaisvaltaisten sairaanhoitopalvelujen saamisesta työterveyshuollosta.

Yritysten halukkuus järjestää kokonaisvaltaiset palvelut.

Sairaanhoitopalvelujen lisääntynyt kysyntä ja tarjonta ei ole ongelmatonta. Suuri ongelma liittyy työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon suhteeseen. (Martimo 2013, 1201.) Samalla kun työterveyshuolto on kasvanut voimakkaasti, kunnallisten terveyskeskusten kehitys on ollut hidasta (Erhola ym. 2013, 14). Terveystalvotlain mukaan kaikilla suomalaisilla on oikeus kuntansa järjestämiin sairaanhoitopalveluihin. Suomalaisista 80 prosenttia kuitenkin asuu alueella, jossa lääkärivajeesta johtuen kiireetöntä aikaa

terveyskeskuslääkärille joutuu odottamaan usein yli kaksi viikkoa. (Martimo 2013, 1201.) Vuonna 2013 työterveyshuollon sairaanhoitokäyntejä tehtiin 5,1 miljoonaa. Vuosittain sairaanhoitokäyntejä tehdään työterveyshuollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohti keskimäärin kolme. (Kelan työterveyshuoltotilasto 2013, 14.) Sairauskäyntien määrä työterveyslääkärin vastaanotolla vuodesta 2000 vuoteen 2013 on lisääntynyt 1.2 miljoonalla käynnillä (Lääkärit Suomessa 2014, 41). Aineistosta voi havaita kuinka sairaanhoitopalvelujen kasvava kysyntä aiheuttaa paineita myös työterveyshuollon sisällä. Samalla kun on tuotettava yritysten haluamia sairaanhoidon palveluja, on suoriuduttava myös työterveyshuollolle asetetuista lakisääteisistä velvoitteista:

Kokonaisvaltaisten sopimusten räjähdysmäinen kasvu. Nyt yhä suurempi rooli, kun 1.6.2012 tuli uusi sairaanhoitolaki voimaan; työkyky neuvottelut yms. lisääntyvät.

Työpaikkatyön lisääntynyt tarve, samalla kun huolehdittava sairauenhoidosta. Ammattihenkilöiden saatavuus ja sitä kautta työn toteuttaminen hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti.

Lääkärivajeeseen ja nopeaan lääkäriille pääsyyn vedoten on järjestetty lakisääteisen työterveyshuollon rinnalle yhä enemmän sairaanhoitopalveluita. Laki antaa siihen työnantajalle mahdollisuuden ja Kelan korvausjärjestelmä taloudellisen tuen. Työterveyshuollon palveluntuottajat ovat lisänneet sairaanhoidon tarjontaa ja rekrytoineet lisää lääkäri työvoimaa. Nopeasta lääkäriin vastaanotolle pääsystä on tullut tärkein työterveyshuollon ominaisuus, joten työterveyshuollossa lääkäreiden työ on painottunut sairausvastaanoton pitämiseen. Työterveyshuollon lääkäreiden työpanosta kaipaisi kuitenkin muukin terveydenhuolto. (Erhola ym. 2013, 47-48; Martimo 2013, 1201.) Perusterveydenhuollon lääkäripulan vaikutuksia työterveyshuoltoon ja kilpailua sairaanhoidon tarjonnalla - jossa nopean lääkäriin pääsyn merkitys asiakassuhteissa korostuu - kuvataan aineistossa:

Kun perusterveydenhuollossa on pula lääkäreistä, työterveyshuolto, ainakin omalla alueellamme, joutuu toimimaan työikäisten perusterveydenhuoltona.

Toimintaympäristön haasteet, joiden painotus ennaltaehkäisyssä - kun samaan aikaan odotetaan yhä laajempaa sairaanhoitoa, työterveyshuollon resurssit eivät riitä. Yksityisten palveluntuottajien intressi panostaa sairaanhoitoon, asettaa työterveyshuoltoja "paremmuusjärjestykseen", kun kuitenkin työterveyshuollon

toimintaa mitataan edelleen asiakkaiden keskuudessa lääkärille pääsyn nopeudella sairaanhoitoasioissa.

Työnantajan vapaaehtoisesti tarjoamasta sairaanhoidosta on tullut arvostettu henkilöstöetu. Sekä työterveyshuollon kattavuus palkansaajien keskuudessa että sen osuus työikäisten sairaanhoidosta ovat Suomessa maailman huippuluokkaa. Tapahtunut kehitys ei ole tarkoituksenmukaista työterveyshuollon tavoitteiden kannalta. Huolimatta yhteiskunnan ja työpaikkojen tarpeista ennaltaehkäisevä työterveyshuolto on jäänyt vähäiselle tasolle, jopa vähentynyt 2000-luvulla. (Vainio ym. 2013.) Vuonna 2013 ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksia korvattiin 320 miljoonaa ja sairaanhoidon 455 miljoonaa (Kelan työterveyshuoltotilasto 2013, 12).

Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen kysynnän ja tarjonnan jatkuvaan kasvuun on ehdotettu kahta toisilleen vastakkaista ratkaisua. Epätasa-arvoon ja lääkäripulaan vedoten on esitetty vaatimuksia lopettaa kokonaan työterveyshuollon sairaanhoito. On myös katsottu, että nykyisessä laajuudessa toteutettu sairaanhoito työterveyshuollossa ei tue työterveyshuollon perustehtäviä eli ennaltaehkäiseviä ja työkykyä edistäviä tehtäviä. Päinvastaisissa vaatimuksissa esitetään työterveyshuoltoa laajennettavaksi vastaamaan työssäkäyvien koko perusterveydenhuollosta. (Martimo 2013, 1201.) Vaikka aineistossa enemmistö vastaajista koki sairaanhoitopalvelujen kysynnän kasvaneen, niin myös päinvastaisia kokemuksia muutoksen suunnasta esiintyi. Näitä näkemyksiä kuvaavat alla olevat lainaukset.

Työn kohteen siirtyminen vähin erin sairaanhoitopalveluista kohti työuria tukevaan ja työlähtöiseen suuntaan.

Työterveyshuolto on muuttunut sairauspainotteisesta potilasvastaanotosta todelliseksi työterveyshuolloksi, jossa pääpaino on ennaltaehkäisevässä ja lakisääteisessä työssä.

Työterveyshuollon järjestelmään liittyy eriarvoisuutta luovia piirteitä. Työnantaja voi päättää sairaanhoidon laajuuden, ja työnantaja voi myös päättää, että sairaanhoitoa ei osteta lainkaan. (Seuri 2013, 38.) Maassamme lääkäripalvelut kohdentuvatkin poikkeuksellisen paljon työmarkkina-aseman ja tulotason mukaan (Erhola ym. 2013, 17). Reilut kymmenen vuotta sitten laaditussa kansainvälisessä vertailussa, jossa tutkittiin terveystalvelujen oikeudenmukaista kohdentumista, Suomen sijoitus oli huono ja sijoitus tässä suhteessa on tuskin parantunut (Kajantie 2014).

6.3.4 Pohdinta

Tässä luvussa kuvasin työterveyshuollon toimintakentän murrosta. Julkisen työterveyshuollon palveluntuottajien toiminnan kannalta oleellisia ovat työhyvinvoinnin painotus, yritysten vaatimukset ja toiveet sekä suhde ennaltaehkäisevän toiminnan ja sairaanhoidon välillä.

Työhyvinvointi on verkostossa kyseenalaistamaton ja vahva toimija, siis musta laatikko. Sen voi hahmottaa yleisperusteluna työterveyshuollon toiminnalle sekä erilaisille malleille ja laeille. Vahvasta asemasta huolimatta ei työhyvinvoinnille ole yksiselitteistä määritelmää, ei aineistossa, mutta ei myöskään työterveyshuollon kirjallisuudessa. Voi tulkita, että työhyvinvoinnin käsite on onnistunut vakiinnuttamaan asemansa niin, että tarve oikeutukselle, perusteille ja jopa tarkemmille määrittelyille on peittynyt. (Callon & Latour 1981, 285.) Käsite elää omaa elämäänsä.

Yritykset näyttäytyvät työterveyshuollon verkostossa paitsi yhteistyökumppaneina, niin myös vaatijoina. Yrityksillä on valta vaikuttaa siihen, mitä toimintoja ja palveluja julkisten työterveyshuollon palveluntuottajien tulee tuottaa. Julkiset työterveyshuollon palveluntuottajat katsovat ydintehtäväkseen ennaltaehkäisevän toiminnan, mutta yritykset haluavat sairaanhoidon palveluja. Työterveyshuollon ydintehtävä vaikuttaa olevan ristipaineen alla. Lakimuutokset ja työterveyshuollon julkisen puolen toimijat painottavat ennaltaehkäisevää toimintaa, mutta käytännössä sairaanhoito hivuttautuu yhä suuremmaksi osaksi toimintaa.

Callonin (1986, 203-219) kääntämisen sosiologian avulla havainnoituna ennaltaehkäisevä toiminta on vakiintunut julkisen työterveyshuollon palveluntuottajien ydintehtäväksi, mutta sairaanhoitopalvelujen kasvava kysyntä kyseenalaistaa ja haastaa tämän vanhan asemoinnin. Callonin kuvaamassa kääntämisen ensimmäisessä vaiheessa (problematization) määritellään ongelma ja sille ratkaisu, jonka toteuttamisessa tietyt toimijat ovat välttämättömiä. Ongelmaksi havaitaan pärjääminen työterveyshuollon palveluntuottajien välisessä kilpailussa ja pärjäämiselle välttämättömänä keinona on sairaanhoitopalvelujen tarjonta. Sairaanhoitopalvelut näyttäytyvät palveluntuottajan keinona taata vahvempi oma toimija-asemansa verkostossa. Sairanhoidon palveluja näytetään tarvitsevan, jotta oma asema voidaan vakiinnuttaa.

6.4 Lääkäripula työterveyshuollon verkostossa

Että julkinen puoli saisi jatkossa ammatti-ihmisiä töihin työterveyshuoltoihin, kun yksityinen puoli vie kaikki maksaen erinomaista palkkaa.

Kunnallisen työterveyshuollon jääminen valtakunnallisten ketjujen jalkoihin. Ketjut voivat ostaa kaikki alan erityisosajat ja siten rampauttaa kunnallisen puolen kehittämisen.

Eri sektorit käyvät ajoittain kovaa kilpailua työvoimasta (Pekurinen ym. 2011). Tässä kilpailussa yksityinen sektori on pärjännyt kuntatyönantajaa paremmin, kuten vastaajat yllä kuvaavat. Työterveyshuollon lääkärien työpanos keskittyy lääkärikeskuksiin, suuriin yksiköihin ja Etelä-Suomeen. Kunnallisissa työterveyshuoltoyksiköissä lääkärien työpanos vähenee terveyskeskuksissa ja keskittyy liikelaitoksiin. (Lappalainen ym. 2016, 74.) Työterveyshuollon sisällä lääkäri työvoima katoaa yksityiselle työterveydenhuollon tuottajapuolelle. Yksityiset palveluntuottajat tarjoavat työterveyshuollon ammattilaisille paremmat työolot kuin terveyskeskusten työterveyshuollot, ja niissä koetaan myös olevan paremmat mahdollisuudet sovittaa yhteen työtä ja muuta elämää sekä vaikuttaa omaan työhön. Terveyskeskusten työterveysyksiköillä on asiakkaina paljon pientyöpaikkoja, työ on yksinäistä, työajat ovat haasteellisia ja palkka pienempi kuin yksityisellä. (STM 2008, 19-21; Erhola ym. 2013.) Aineistossa kuvataan julkisen työterveydenhuollon tuottajapuolen huutavaa lääkäripulaa:

Eryteisesti lääkäriresurssi kriittinen terveyskeskusympäristössä.

Koulutetusta henkilöstöstä on pulaa, varsinkin lääkäreistä, meillä esimerkiksi lääkärille pääsyä voi joutua odottamaan vuoden, vähintään puoli vuotta on aika tavallinen odotusaika.

Huutava lääkäripula: lääkärien saaminen julkisen sektorin työterveyshuoltoon on vaikeaa ja lääkäritilanne on entisestään huonontunut.

Henkilökunnan ja erityisesti lääkäri työvoiman rekrytointi.

Vuoden 2015 loppupuolella työterveyshuollossa oli noin 2800 lääkärintointia (Lappalainen ym. 2016, 74). Vertailun vuoksi todettakoon, että Suomen Lääkäriliiton mukaan 2000 lääkäriä oli vuonna 2014 valinnut työpaikakseen työterveyshuollon ja että vuonna 2014 sairaaloissa työskenteli 7850 lääkäriä. (Lääkärit Suomessa 2014, 27, 29; Mäkitalo 2016, 9). Terveysdenhuollon kokonaisuutta katsottaessa työterveyshuolto on muuta julkisen sektorin

terveydenhoitoa paremmassa asemassa työvoimaresurssien suhteen. Yksityisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon kokonaisuudessaan voi siis nähdä vievän työvoimaresurssia kuntapuolen perusterveydenhuollolta. (STM 2008, 19-21; Erhola ym. 2013.)

Mistä sitten johtuu se, että juuri puute lääkäri työvoimasta uhkaa rampauttaa julkisen puolen työterveyshuollon toimintaa? On syytä tarkastella, mitkä verkostotoimijat ovat lääkäripulassa oleellisia. Yhtenä syynä tilanteeseen voi nähdä työterveyshuoltoa ohjaavat tahot ja niiden omaava valta verkostossa. Työterveyshuoltoa ohjaavat tahot voivat säätää työterveyshuoltoa ohjaavat lait ja asetukset siten, että lääkäreitä tarvitaan yhä enemmän työterveyshuollon tehtäviin. Toisena selityksenä voidaan nähdä lääkäriprofession asema. Lääkäriprofession on valta itse vaikuttaa siihen, mikä on profession asema ja myös siihen, miten työterveyshuolto tulisi järjestää. Tätä valtaa omaavat yksittäisten lääkäreiden ohella erityisesti lääkäriprofession etuja valvovat etujärjestöt kuten Lääkäriliitto, Lääkäripalveluyritysten yhdistys ja Työterveyslääkäriyhdistys (ks. Saarinen 2010, 33, 56). Mistä lääkäriprofession saa vahvan asemansa ja tämä asema oikeutuksensa? Miten yhteiskuntatieteissä on nähty ammattikuntien ja asiantuntijoiden omaava valta?

6.4.1 Lääkäriprofession asiantuntijuusvalta

Lääkäriprofession asemaa ja valtaa hahmoteltaessa voi palata Callonin käänneksen sosiologian ensimmäiseen, problematization- vaiheeseen. Toimijoiden vakiinnuttamisen vaiheessa määritellään ja todennetaan ongelma sekä siihen liittyvät toimijat. Ajatuksena on, että ongelmaan on ratkaisu, jonka toteuttamiseksi tietyt toimijat ovat välttämättömiä. Ratkaisu muotoillaan niin, että näiden välttämättömien toimijoiden läsnäolovaatimus tulee yleisesti hyväksytyksi. (Callon 1986, 203-219.) Aineistossa lääkärit näyttäytyvät välttämättöminä toimijoina hyvälle ja laadukkaalle työterveyshuollolle:

Lääkäripula julkisella puolella heikentää työterveyshuollon laatua periferiassa.

Työterveyshuollon kehittäminen ja palvelujen ostajien haasteisiin vastaaminen vaikeaa jos resursseja ei saada riittävästi. Työterveyslääkäreiden vaikea saatavuus hankaloittaa työtä täällä maaseudulla.

Yllä vastaajat luovat kytköksiä ja tulkintoja omaan toimijaverkostoonsa myös fyysisen sijaitsemisensa suhteen. Vaikka toimijat voidaankin oikeasti sijoittaa kartalle, niin työterveyshuollon verkostoa ja kytkentöjä sinällään ei voida. Toimijat kytkeytyvät

työterveyshuollon verkostoihin moninaisella toiminnalla, josta osa on toisiin toimijoihin vahvemmin sidoksia luovaa ja toisia kohtaan sidokset jäävät heikommaksi. Toisaalta tässä tutkimuksessa toimijaverkoston ja fyysisen tilan suhde todentuu jossain määrin niin, että sijainti yhdistää tai erottelee toimijoita. (ks. esim. Mononen 2008.)

Asiantuntijuus näyttäytyy lääkäriprofession välttämättömyyden oikeutuksena. Erikssonin (2002, 42) mukaan asiantuntemus on noussut olennaiseksi työelämätoimintaa jäsentäväksi käsitteeksi, sitä käytetään laajasti. Asiantuntemuksen käsitteen käytön kasvulle on hedelmällinen maaperä siinä ajatuksessa, että nykyisin kaikessa työssä olisi kysymys jonkin tietotaidon soveltamisesta, ja siten kaikessa työssä olisi mahdollista hallita jotakin asiantuntemusta.

Tietyn asiantuntemuksen hallitseminen työssä tuntuu itsestänselvyydeltä, jota ei odoteta kyseenalaistettavan (Saaristo 2000). Työn ohella asiantuntemuksen käsitettä viljellään myös arkikielenkäytössä. Eriksson tulkitsee, että kysymyksessä on kulttuurinen muutos, jonka katalysaattorina on toiminut informaation ja tietämyksen merkityksen ylenpalttinen korostuminen. (Erikssonin 2002, 42.) Sosiologiassa asiantuntijuutta ei tarkastella niinkään yhden yksilön toimintana vaan korostetaan rakenteiden ja perinteiden kollektiivista luonnetta. Tällaisia kollektiivisia rakenteita ja perinteitä asiantuntijuuden suhteen ovat esimerkiksi ammattieettiset säännökset ja kirjatut pätevyysvaatimukset. (Pirttilä 2002, 11-12.)

Työterveyshuollossa lääkäriprofession asiantuntijuus palautuu yleiseen lääkärien asiantuntijuuteen kuin myös erikoistumisen tuloksena saatuun työterveyshuollon lääkärin asiantuntija-asemaan. Vuoden 2015 loppupuolella työterveyshuollossa oli noin 2800 lääkärintointa, joista kolmannesta hoiti työterveyshuollon erikoislääkäri. Neljäsosalla työterveyshuollossa vuonna 2015 toimivista lääkäreistä ei ollut mitään työterveyshuollon koulutusta. (Lappalainen ym. 2016, 74.) Vuonna 2013 työterveyshuollossa toimivista lääkäreistä vielä 52 prosentilla oli työterveyshuollon erikoislääkärin pätevyys (Lääkärit Suomessa 2013, 29). Uupelo työterveyshuoltoon erikoistuneista lääkäreistä käy ilmi aineistosta:

Pätevien työterveyshuoltoon perehtyneiden lääkäreiden saatavuutta. (vastauksena kysymykseen tämän hetken haasteista työterveyshuollossa)

Työterveyslääkärien puute ja työterveyshuoltotoimintaan sitoutuneen lääkäriytyövoiman saamisen vaikeus varsinkin kunnalliseen työterveyshuoltoon.

Omalla toimialueellamme on huutava pula työterveyshuollon lääkäreistä, niin

erikoistuvista kuin erikoislääkäreistäkin.

Mistä juontaa juurensa asiantuntijuuden arvostus niin korkealle, että puute tietyistä asiantuntijoista uhkaa kokonaisvaltaisesti toimintaa? Asiantuntijuudelle, professionille tunnusomaisia piirteitä ovat tutkineet mm. Haug (1973) Light ja Levine (1988) sekä Light (1995). Profession luonnehtii perustuminen laajaan oman alan teoreettiseen tietoon ja jäsenten toimiminen pitkälle erikoistuneissa tehtävissä. Usein toiminta liittyy yhteisön tärkeään arvopohjaan, sisäinen järjestelmä on kollegiaalinen ja jäsenillä on erikoisvaltuutus ammattinsa tehtävien hoitamiseen. Lisäksi professionilla on oma eettinen ohjeistuksensa, se hallitsee ainakin osittain ammatillista rekrytointiaan, määrittelee itse tietonsa ja taitonsa ja sillä on vakiintunut koulutusjärjestelmä. Profession jäsenten taloudellinen sekä sosiaalinen asema on tyypillisesti korkea. (Vuori 1979, 147; myös Rinne & Jauhiainen 1988, 7, 24.)

Kirjallisuudessa on esitetty erilaisia jakoja koskien lääkäriprofession ja sen valta-asemaa (ks. esim. Riska 2005). Suomalaisia lääkäreitä ja Suomen lääkäriiliittoa osana hyvinvointivaltiota ja sen terveystaloutta tutkineen Arttu Saarisen (2010) mukaan profession tyyppityyppejä voidaan erotella neljäksi erilaista: vapaa professio, akateeminen professio, hyvinvointivaltioprofessio ja pääoman professio. Lääkärit luetaan kolmanteen eli hyvinvointivaltioprofession (welfare state professions).⁴ Hyvinvointivaltion profession termillä tarkoitetaan vakiintuneita ammattiryhmiä, jotka työskentelevät pääosin julkisen sektorin palkollisina ja jotka ovat kasvaneet hyvinvointivaltion laajentuessa. Hyvinvointivaltio on toiminut näille professionille toisaalta vakautta ja uusia mahdollisuuksia tuovana rakenteena, mutta toisaalta professionautonomian kannalta jarruttavana tekijänä erityisesti koulutuksen kautta. (Brante 1990, 81-82; Evertsson 2000; Abbot 2005, 323; Saarinen 2010, 23-24.)

Verkostossa menestyksekkäs kääntäminen tarkoittaa, että toimija pystyy sekä turvaamaan oman valta-asemansa että toimimaan muiden toimijoiden puolesta (Callon 1986 203-219; Mononen 2008, 47). Lääkäriprofessionille on tyypillistä maksimoida oma autonomiansa suhteessa ulkopuolisen vallan puuttumiseen. Tämä autonomian maksimointi tapahtuu oman asiantuntijatiedon monopolisoinnin avulla (Wolinsky 1993, 13; Salter 2007). Lääkäriprofession autonominen asema saadaan vakiintumaan erilaisten lakien ja asetusten kautta. Olennaista on, että autonomia ei tarkoita pelkästään vapautta muiden puuttumiselta, vaan myös vapautta kontrolloida toisten toimintaa. (Hermanson 1986, 15-19.)

Autonomiaa on kirjallisuudessa havainnoitu sekä mikro-, makro-, että mesotasolla.

⁴ Ensimmäiseen luetaan esimerkiksi pitkälle erikoistuneet käsityöläiset, toiseen tieteen tekijät, kolmanteen lääkäreiden lisäksi esimerkiksi opettajat ja neljanteen esimerkiksi lakimiehet sekä insinöörit.

Mikrotason autonomia lääkärintyössä on vapautta suhteessa hoidon valintaan ja taloudellisiin asioihin liittyviin työn sisältöihin. Makrotasolla viitataan autonomiaan suhteessa sairauksien hoidolliseen puoleen. Mesotason autonomia puolestaan on vapautta suhteessa julkiseen sektoriin eli valtioon ja kuntaan. (Schultz & Harrison 1986; Marjoribanks & Lewis 2003; Saarinen 2010, 24.) Verkostoajattelussa hylätään mikron ja makron välinen erottelu. Verkoston käsite korvaa eri tasot yhdelle tasolle levittyvillä liitoksilla. (Latour 2005; Kullman & Pyyhtinen 2015 116-117.)

Autonomian käsite näyttäytyy Callonin kääntämisen sosiologiassa valtana vakiinnuttaa käänнос, oma toimijamääritelmä ja ehkäistä vaihtoehtoisten määritelmien ja ratkaisujen syntymistä (Mononen 2008, 47). Lääkärit etujärjestöineen voidaan hahmottaa verkostossa vahvana, kytköksellisenä verkostotoimijana, jolla on valta pitkälti itse määrittellä oma toimijuutensa tai ainakin estää ulkopuolelta tuleva määrittely (Latour 2005; Kullman & Pyyhtinen 2015 116-117). Tässä palaan Latourin ja Callonin mustaan laatikkoon. Kun käänнос on valmis, niin verkostossa tietyt toimijat saavat ajan kuluessa vakiinnutettua asemansa tavalla, jossa niiden takana oleva aliverkosto peittyy ja syntyy toimija, joka muille toimijoille edustaa takanaan olevaa aliverkostoa. (Callon & Latour 1981, 285.) Lääkäriprofession ja sen asema voidaan havainnoida mustana laatikkona työterveyshuollossa. Tuo asema perustuu ja sitä vahvistetaan asiantuntijatiedolla ja sen monopolilla, profession autonomialla.

Seuri ym. (2011, 317-318) tuovat esille, kuinka laajaa ja monelle taholle kytkeytynyttä lääkäriältä on. Yksi ja sama lääkäri voi toimia sekä julkisella että yksityisellä puolella. Sama lääkäri voi käytännön vastaanottotilanteissa etsiä työntekijäasiakkaan parasta ja työterveyshuollossa samalla miettiä asiakasorganisaation etua. Oman lääkäriyrityksensä johtoryhmässä johtajana sama lääkäri taas miettii keinoja katteiden ja kustannustehokkuuden parantamiseksi.

6.4.2 Tieto lääkärien valtana

Michel Foucault on esittänyt, että tieto ja valta kietoutuvat vahvasti toisiinsa. Kyse on niin sanotusta tuottavasta vallasta, tällöin valta tuottaa ja muovaa todellisuuskäsityksiä. Nämä käsitykset voivat antaa yksipuolisen kuvan totuudesta ja todellisuudesta. Tärkeä osa yhteiskunnallista vallankäyttöä ovat tieto ja tiede. (Foucault 2010, ilm.alunp. 1976 ja 1984; Ylönen 2010, 93.)

Tieto voidaan luonnehtia kyvyksi toimintaan eli kapasiteetiksi (Stehr 1994). Kaikki tieto ei ole keskenään samalla tavoin arvostettua eikä tarjoa yhtäläisiä toiminnan mahdollisuuksia. Arkitieto nähdään usein koeteltua tieteellistä tietoa arvottomammaksi. Tieteissäkin on eroja, erityisesti luonnontieteellinen tieto näyttäytyy usein objektiivisena ja universaalina – riittävänä faktaperustana maailmassa toimimiselle. (ks. Irwin 1995, 169.) Sosiologi Marja Ylöstä mukaillen (2010, 90): ”*Tieteellisen tiedon arvovalta-asema näyttäytyy myös siten, että tieteellinen tieto toimii poliittisen päätöksenteon pohjana ja siihen perustuvia väitteitä pidetään ylivertaisina suhteessa muun tyyppisiin väitteisiin. Tieteellistä tietoa käytetään kaikilla elämän aloilla*” (Ylönen 2010, 89-90), myös työssä ja terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Objektiivisena eli arvoista vapaana pidetty tieteellinen tietokin on sidoksissa yhteiskunnalliseen kontekstiinsa. Näkemyksiin tiedosta vaikuttavat valtasuhteet, vallitseva poliittinen ja yhteiskunnallinen tilanne, arvot ja intressit (vrt. Latour 1988; Lidskog & Sundqvist 2002; Sarewitz 2004). Myös käytetyllä kielellä ja julkilausumattomilla ihmis- ja toimijakäsityksillä on yhteiskunnallisia seurauksia (Irwin 1995; Wynne 1996; Ylönen 2010, 84-85).

The Powers of Association kirjoituksessaan (1986) Latour esitteli samansuuntaista näkemystä vallasta kuin maanmiehensä Michel Foucault. Valta ei ole ominaisuus, hyödyke tai etuoikeus, josta voisi pitää kiinni, vaan sitä tulee tarkastella monenlaisten ainesten kytkeytymisten tuloksena. Latour korostaa, että verkostoihin kietoutuneet toimijat eivät ole vain kuuliaisista vallan välikappaleita, vaan kukin toimija vuorollaan myös muuntaa välittämäänsä toimintaa, kääntää sitä omien päämääriensä suuntaan. (Latour 1986, 267-268; Kullman & Pyyhtinen 2015, 113.) Mitä enemmän tosiasioiden ympärille onnistutaan keräämään liittolaisia, sitä vakaammiksi ne tulevat ja sitä vähemmän niistä käy enää ilmi epävarmuudet ja ristiriidat. Asiat ovat siis sitä enemmän ja vahvemmin olemassa, mitä kytkeytyneempiä ne ovat. (ks. Latour 2005; Law 2008; Harman 2009; Kullman & Pyyhtinen 2015, 111-112.) Kuten alla oleva sitaatti ilmentää, on tärkeää tarkastella, keiden tietoon ja asiantuntemukseen kulloinenkin keskustelu nojaa (Ylönen 2010, 84).

Suurten yksityisten tuottajien (Mehiläinen, Diacor ja Terveystalo) ylläkäreitä kuullaan ja toimintaa ohjataan selvästi heidän ajatustensa mukaisesti.

On tärkeää tarkastella, kuka esimerkiksi nähdään työterveyshuollon suhteen asiantuntijana, kenen puhetta pidetään luotettavana? Keiden asiantuntemus on työterveyshuollon keskustelun ja päätöksenteon pohjana? Oikeana pidetty ja yleisesti hyväksytty kieli on aina varattu joillekulle. Tämä tarkoittaa myös, että kokonaisia ryhmiä rajautuu puheoikeuden ja

yhteiskunnallisesti kuulluksi tulemisen ulkopuolelle. (Bourdieu & Wacquant 1995, 180; Ylönen 2010, 93) Tästä näkökulmasta tarkastellen lääkäreiden valta-aseman taustalla on vetoaminen lääketieteelliseen asiantuntijatietoon. Tuon asiantuntijatiedon avulla voidaan pyrkiä perustelevaan esimerkiksi, miksi työterveyshuolto tulisi järjestää tietyllä tavalla (Navarro 1986; 1988).

6.4.3 Lääkärien intressit

Mielenkiintoista on, millaiseksi lääkäriprofession suhde muuhun yhteiskuntaan mielletään. Klassisen käsityksen mukaan lääkäri toimii vain asiakkaansa parhaaksi. Tämän klassisen professiokäsityksen mukaan lääkäri nojaa universaaleihin hyveisiin, kuten altruismiin ja toimii rationaalisesti ja uhrautuen potilaansa hyväksi (Parsons 1967). Kriittisen professiotutkimuksen (Freidson 1970) näkökulmasta lääkäriprofessio näyttäytyy oman edun ajajana, itsesääntelyyn pyrkivänä ja muita ammattikuntia kontrolloivana (ks. myös Zola 1972). Aineistosta nousee esiin kriittisen professiotutkimuksen mukaisia näkökantoja lääkäreistä:

Lääkärikato ostopalvelulääkäreiksi, jotka eivät ota kokonaisvaltaista vastuuta yritysten työterveydenhoidosta, ovat käypäläisiä ja sanelevat mitä tekevät, siis sairaanhoidon vastaanottotyötä.

Joissain yhteiskunnallisissa tulkinnoissa on hahmotettu perinteisen lääkäriasiantuntijuuden vallan vähentymistä (Haug 1973; McKinlay; 1973; Conrad; 2007; Toiviainen 2007). Informaatioteknologia on tuonut lääketieteellisen tiedon muidenkin saataville ja myös vaihtoehtolääketieteen on katsottu nousseen. Tiedon lisääntymisen, lääketieteen leviämisen yhteiskunnan eri osa-alueille ja sitä kautta syntyneen konsumeristisen kulttuurin (potilaan on esimerkiksi mahdollista tehdä oma diagnoosi netissä), on havainnointu haastavan perinteisen lääkäriasiantuntijuuden. (ks. Freidson 2001; Conrad 2007, 153-161; Toiviainen 2007.) Lääkärien vallan on nähty vähentyvän myös heidän palkkatyöläistymisensä myötä (McKinlay 1973). Lääkärit toimivat usein julkisen sektorin tai suuren yksityisen työnantajan palveluksessa ja työ on säänneltyä. Isojen työnantajien palveluksessa toimimiseen viittaa myös ajatus siitä, että lääkärien valta olisi pienentynyt korporatisoitumisen kautta. Lääkärit nähdään tällöin osaksi isojen organisaatioiden koneistoja, joiden harjoittama sääntely vaikuttaa esimerkiksi asiakastyöhön. (Haug 1973; ks. myös Light & Levine 1988; Light 1995.) Aineistossa lääkärit näyttäytyvät usein osana isoja organisaatiokoneistoja, useimmiten

yksityisiä työterveyshuollon palveluntuottajia tai vuokralääkärijärjestelmää. Tämä aseointi ei kuitenkaan nouse vastauksissa esiin mahdollisena lääkärin vallan vähentymisenä, pikemminkin päinvastoin:

Työterveyslääkärin ja -hoitajan työstä on tullut yksityissektorille taloudellisesti hyvin kannattavaa. Toiminnan painottuminen lyhyisiin sairaskäynteihin romuttaa työterveyshuollon ideaa. Myös vuokralääkärijärjestelmä nakertaa toimintaa (kuten muullakin terveydenhuollon alueella) Hyvää työterveyshuoltoa ei synny ilman pitkäjänteistä paneutumista työalueeseen. Kuntasektori ei pysty maksamaan niin suuria palkkoja lääkäreille, että se olisi kilpailukykyinen yksityisen/vuokralääkäfirman kanssa. Työterveyshoitajien kohdalla todennäköisesti vastaava tilanne lähestyy.

Keskustelua on herättänyt myös markkinaistamisen, voiton maksimoinnin vaikutukset lääkäriprofession, sen arvoihin ja etiikkaan (Immergut 1992). Tämän keskustelun mukaisia äänenpainoja voi lukea alla olevista sitaateista. Niissä kuvataan lääkäreiden työskentelevän yksityissektorilla tai ostopalvelulääkäreinä suurempien ansioiden vuoksi.

Kunnallinen sektori ei pysty kilpailemaan esim. palkoilla, joten lääkärit menevät parempien ansioiden myötä yksityisille ja ovat valmiita siellä urakoimaan itsenäisesti jopa ilman sihteereitä (sanelun purkajia).

Työterveyslääkäreiden puute, joudutaan käyttämään kallista ostopalvelua, mikä lisää muiden ammattiryhmien työtä, myöskään vastuukysymykset eivät ole selkeät, työn jatkuvuus kärsii.

Se, miten lääkäriprofession määritellään ja miten lääkärit nähdään, vaikuttaa osittain siihen, miten lääkäreiden intresseihin suhtaudutaan. Nähdäänkö lääkäri taloustieteen näkökulmasta omat etunsa maksimoivana homo economicuksena vai altruistisena toimijana, joka tähtää uhrautuen asiakkaan parhaaseen? Terveystieteiden asiantuntijaryhmänä lääkäreiden on mahdollista esittää omia näkemyksiään terveydenhuollosta. Lääkärin voidaan ajatella olevan ensisijaisesti lojaali asiakasta kohtaan, ei järjestelmää. (Saarni & Vuorenkoski 2003.) Toisaalta asiakkaan parhaan ajamisen ohella voidaan samaan aikaan ajaa oman profession intressejä. On mahdollista, että lääkäriprofession itselleen asettamat arvot, kuten Hippokrateen vala ovat ristiriidassa sen intressien kanssa. (Saarinen 2010, 34.)

6.4.4 Pohdinta

Aineistosta ilmenee, että lääkäriprofession toimija-asema ja verkostosuhteet ovat oleellisia työterveyshuollon verkostossa. Lääkäripulasta kertovaa aineistoa on runsaasti. Lääkärien valta tulee verkostossa erityisen hyvin esille niissä tilanteissa, kun lääkäriä ei ole. Lääkäriprofessiota ja erityisesti kerrottua pulaa lääkäreistä tulkitseen kahdella tavalla. Toisaalta niin, että pula lääkäreistä kytkeytyy osaksi laajempaa kilpailuasetelmaa työterveyshuollon verkostossa, siis yksityisen- ja julkisen työterveyshuollon palveluntuottajapuolen välistä suhdetta. Toisaalta lääkäripulan voi ajatella olevan verkostossa vakiintunut tilanne ja sinällään musta laatikko.

Tällainen suhdeverkosto (Callon 1986) aiheuttaa toisille työterveyshuollon verkoston toimijoille hankaluuksia ja hyödyttää toisia. Koska lääkäriresurssi on puutteellinen, on tällä halutulla työvoimalla ja heitä edustavilla tahoilla ja etujärjestöillä runsaasti valtaa. Tulkitseen lääkärin asiantuntijuuden olevan yhden tärkeimmistä valta-asemaa mahdollistavista tekijöistä. Lisäksi työvoimaresurssin pienuus ja sen pienenä pitäminen mahdollistavat lääkärin vallan. Lääkärin asiantuntijuutta ei lainkaan kyseenalaisteta, joten tulkitseen myös lääkäriprofession olevan vakiintunut ja itsestäänselvä musta laatikko. Lääkärit ylläpitävät asemaansa nimenomaan asiantuntijatiedon monopolin turvin.

Lääkärin vahvan aseman toimijana ja verkostossa voi havaita myös siitä, että lääkärin tarpeellisuutta erilaisiin työterveyshuollon toimintoihin ei pohdita tai kyseenalaisteta. Päinvastoin, työterveyshuoltoa ohjaavat tahot ovat kasvattaneet lääkäriresurssin tarvetta erilaisten lakien ja mallien kautta. Lääkärin asema kytkeytyy lakien ja säännösten myötä myös vahvasti osaksi ohjaus- ja valvontainstituutioita (STM, TTL, Kela, THL).

Callonin (1986, 203-219) kääntämisen sosiologian avulla havaitaan, että toimijoilla on sitova ja roolitettu suhdeverkosto (Mobilisation of Allies -vaihe). Suhdeverkosto vaikuttaa hyvin vakaalta eikä kyseenalaistamista juurikaan esiinny. Aineistossa ei kyseenalaisteta lääkärin asiantuntijuutta tai tarpeellisuutta työterveyshuollon toiminnoille, kyseenalaistamista havaitaan ainoastaan suhteessa lääkärin toiminnan motiiveihin. Yleisen hyvän, altruismin sijasta lääkärin toiminnan motiivina hahmotetaan oman taloudellisen edun tavoittelu.

6.5 Työterveyshuoltoa ohjaavat tahot - yksipuolinen osaverkosto

Muutokset tulevat "ylhäältä". Työterveyslaitos ei ehdi koulutuksen kanssa ohjaamaan työterveyshuoltoja, vaan jokainen yksikkö (pienikin) työstää massiivisia materiaaleja/ohjeita/prosesseja yksin. Tämä vie suunnattoman paljon aikaa ja energiaa kaikilta, joka on resurssien hukkakäyttöä yhteiskunnallisesti. Pitäisi tulla lait ja koulutus yhtä aikaa, jonka jälkeen otetaan valmiit mallit ja tavat käyttöön (ehkä hieman muokaten) kussakin yksikössä. 1.6.2012 voimaan tullut työterveyshuoltolain muutos edellyttää yhä tiiviimpää yhteistyötä asiakasyritysten kanssa sekä runsaasti aikaavievää työkyvyn seurantaa, joka näkyy asiakasmäärän nopeana lisääntymisenä.

Sitaateissa mainittu lakimuutos tarkoittaa sairausvakuutuslain muutosta, niin sanottua 30/60/90 mallia. Tämän työterveyshuolto- ja sairausvakuutuslakia koskevan muutoksen tarkoitus on parantaa mahdollisuuksia puuttua varhaisemmin pitkittyviin työkyvyttömyyksiin. Kun sairauspoissaolo on kestänyt 90 päivää, sairauspäivärahan maksamisen ehtona on työterveyslääkärin lausunto työntekijän jäljellä olevasta työkyvystä ja mahdollisuuksista jatkaa työtä. (HE 75/2011; ks. myös TEAM 2012.) Tuo muutos oli ajankohtainen juuri kyselyn ajankohtana kesällä 2012, sillä se astui voimaan 1.6.2012.

Aineiston perusteella erilaisia muutoksia lakien ja mallien muodossa on runsaasti, mutta käytännön ohjaus niiden toimeen panemiseksi, ja varsinainen suhde työterveyshuollon toteuttavien ja ohjaavien toimijoiden välillä puuttuu. THL:n asiantuntijaryhmä (Pekurinen ym. 2011) vahvistaa tämän näkemyksen ohjauksen heikkoudesta työterveyshuollossa. Syynä työterveyshuollon ohjauksen heikkouteen, samoin kuin yleisemminkin koko sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen toimimattomuuteen, voi pitää sitä, että monikanavaisen rahoituksen kehittämis-, valmistelu- ja ohjausvastuut ovat jakautuneet sosiaali- ja terveysministeriössä monelle eri osastolle. Toisin sanoen työterveyshuollon ohjausjärjestelmä on monitahoinen ja päällekkäinen. Työterveyshuoltoa valvovat sosiaali- ja terveysministeriö, aluehallintovirastot ja Valvira (STM 2014b). Hujasen ja Mikkolan (2012) mukaan näkemykset työterveyshuollon löyhästä ohjauksesta eivät kuitenkaan ole itsestäänselviä. Työterveyshuolto on laeilla säädeltyä ja yrityksillä on taloudelliset intressit ja vastuut järjestää työterveyshuoltoa. (Hujanen & Mikkola 2012, 159-160.) Kela korvaa lakien edellyttämällä ehdoilla työnantajalle työterveyshuollosta aiheutuvia kuluja, joten ainakin taloudellinen ohjaus on tiukkaa ja vaikuttaa toimintoihin.

Alla olevissa sitaateissa kuvastuu, kuinka työterveyshuollon julkisen puolen palveluntuottajat kokevat työterveyshuollon ohjauksen lisääntyneen erilaisten tavoitteiden, kriteerien ja lakimuutosten kautta. Aineiston perusteella työterveyshuollon ohjaus ei ole heikkoa määrällisesti vaan laadullisesti. Tämä laadullinen heikkous näyttäytyy esimerkiksi ohjaavien tahojen huonona muutosten valmisteluna ja sekavina ohjeina muutosten toteuttamiseksi. Aineistossa kerrotaan myös jatkuvien muutosten aiheuttamasta lisätyöstä, muutosten, joiden vaikutukset työn ydinsisältöön jäävät hämäräksi.

Valtiovallan tavoitteet lisääntyneet työterveyshuollolle ja sen toimintatavoille, mikä on hyvä pohja kehittämiselle. Kuitenkin korvausjärjestelmäbyrokratia (Kela) on niin sekavaa ja jälkikäteen ohjeistettua, että se tuntuu vain vaikeuttavan työtä. Paljon turhalta tuntuvaa työtä vain Kelan kriteerien täyttämiseksi, ei vaikutusta käytännön työterveyshuoltotyöhön. Erityisesti pienyrityksissä Kelan korvauskäytännöt vaikeuttavat työterveysyhteistyötä. Kelan työterveyshuollon korvauskäytäntöjen toivoisin jatkossa kehitettävän tukemaan käytännön työterveysyhteistyötä, erityisesti pientyöpaikkojen osalta. Nykyinen järjestelmä toimii, jos yritys on iso ja siellä on henkilöstöhallinto hoitamassa asioita. Pienyrityksille nykykorvauskäytäntö ei toimi. Korvaus tehtävästä toiminnasta pitäisi saada heti yritykselle, ei vasta seuraavana vuonna.

Sairausvakuutuslain muutokset ovat lisänneet työmäärää lähes kohtuuttomasti. Ohjeita tulee vasta, kun uusi laki on jo ollut voimassa ja muutostyöt esim. toimintasuunnitelmiin on pääosin tehty. 1.6.2012 voimaan tullut laki lisää työmäärää syksystä alkaen, työterveysneuvotteluihin menee jo nyt runsaasti monien henkilöiden työaika. Periaatteessa lakimuutokset ovat hyvät, mutta käytännön toteutus ainakin osittain kovin hankalaa ja työlästä.

Julkisten työterveyshuollon palveluntuottajien suhde työterveyshuolto ohjaaviin tahoihin on ristiriitainen. Ohjaavien tahojen määräämät mallit ja asettamat lait on toteutettava, mutta niiden ei useinkaan koeta auttavan työterveyshuollon julkisen puolen palveluntuottajien toimintaa, pikemminkin jopa häiritsevän sitä. Periaatteet mallien ja lakimuutosten takana nähdään useimmiten hyvinä, mutta niiden toteutus ei ole käytännössä mahdollista. Lisääntyvät velvoitteet ja ohjauksen sekavuus vievät vastaajien mielestä niin ajan kuin motivaationkin pois itse työterveyshuoltotyöstä:

1.6.2012 tulleen sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolain muutosten aiheuttamiin velvoitteisiin vastaaminen ja ajan riittäminen kaikkiin odotuksiin. Pelkona on,

että aikaa ei jää tarpeeksi varsinaiseen työhön ja potilaisiin.

Työterveyshuollon tehtäväkenttää laajennetaan jatkuvasti, vaikka pienen yksikön henkilöstöresurssi ei ole minnekään muuttunut 20 vuoteen! Työpaikoilla tapahtuvaksi tarkoitettua työterveyshuollon toimintaa varten ei mikro-organisaatioissa ole taitoa, ei kiinnostusta, eikä toteuttajia, kun kaikki henkilöt ovat tuotannossa kiinni.

Työterveyshuollolle asetetut velvoitteet ja niiden toteutusmahdollisuudet eivät aineiston perusteella näytä kohtaavan. Onkin syytä kysyä, onko 2000-luvulla ylitetty jokin kynnyks myös professionaalisen työn kontrollissa? Julkusen (2008, 165) mukaan julkisen sektorin professionaaleihin ja yksityisen sektorin ylempiin toimihenkilöihin on alettu kohdistaa sellaista byrokraattista valvontaa ja markkinakontrollia, joka on aikaisemmin otettu käyttöön yksityisellä sektorilla tai kohdennettu alemmissa hierarkisissa asemissa oleviin. Uustaylorisoinniksi voi katsoa sen, että tayloristisia laskemisen, laskennallisuuden, osittelun, mittaamisen, intensivoinnin, ulkoapäin tapahtuvan suunnittelun ja valvonnan periaatteita sovelletaan myös keskiluokkaiseen ja professionaaliseen työhön, kuten työterveyshuollon toimintaan. (Julkunen 2008, 165.) Alain Ehrenbergin (2007) ilmaisua käyttäen, nykyisessä työelämässä on siirrytty käskyjen toteuttamisesta tehtävän tai tavoitteen ja toimeksiannon toteuttamiseen. Olennaista on kontrolli, jonka avulla yhtiältä voidaan varmistaa itseohjautuvien työntekijöiden vastuuttaminen ja valtuuttaminen tehtäviinsä, ja toisaalta tehdä heidät tilivelvollisiksi siitä, miten hyvin he ovat tehtävänsä toteuttaneet. (Julkunen 2008, 167.) Aineistossa kuvastuukin tahto toteuttaa ”hyvää” ja määräysten mukaista työterveyshuoltoa, mutta sen toteuttaminen käytännössä näyttäytyy hyvin vaikeana:

Yritysten ja niiden työntekijöiden edes voimassaolevien säädösten, Kela-säännöt huomioon ottaen, mukainen työterveyshuollon toiminta ja toteutus. Sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolain muutosten aiheuttamiin velvoitteisiin vastaaminen ja millä resurssilla tämä työ tehdään. Erityisesti lääkäriresurssi kriittinen terveyskeskusympäristössä.

Toimintaa koskevat eri lait ovat usein ristiriidassa keskenään tai tulkinnat eivät kohtaa. Monenlainen (Kelan) byrokratia lisääntynyt esim. toimintasuunnitelmien laajuus ja määrämuotoisuus, joka vie liian paljon työaikaa ammattihenkilöiltä varsinkin jos kyseessä esim. yksinyrittäjä.

Yllä olevissa sitaateissa kerrotaan lukuisista työterveyshuoltoon kohdistuneista

lakimuutoksista ja suunnitelmista. Kuten Sennett (2007) ilmaisee, hallitusten vastaus yhteiskunnallisiin epäkohtiin on ohjelma. Työterveyshuollon tapauksessa tuon ohjelman sosiaali- ja terveysministeriö asettaa, Kela ohjeistaa ja Työterveyslaitos koordinoi sekä mallintaa. Työterveyshuollon tulisi toteuttaa ohjelma, mutta julkisella puolella erityisesti henkilöstöresurssit ja lääkäripula vaikeuttavat työn toteutusta ohjaavien tahojen toivomalla tavalla. Näkemykset siitä, ovatko nämä ulkopuolella suunnitellut ohjelmat toimivia, vaihtelevat. Julkisten työterveyshuollon tuottajien kanta jää vastaajien mukaan kuulematta työterveyshuollon toiminnan ja ohjauksen suunnittelussa:

STM:n on havaittava, että maassa on erittäin hyvintöimivää työterveyshuoltoa tuotettuna julkisissa liikelaitoksissa. Mehän tuotamme vain oikeasti työterveyshuollonpalveluita ja fokus on siinä, me emme ole lääkärikeskuksia. ääntämme ei lainkaan kuulla ministeriön työryhmissä ja se vääristää päättäjien käsitystä työterveyshuollosta ja sen toiminnasta. Näkyy jo tällä hetkellä tehdyissä uudistuksissa ja ohjauksessa. Suurten yksityisten tuottajien (Mehiläinen, Diacor ja Terveystalo) ylläkkäreitä kuullaan ja toimintaa ohjataan selvästi heidän ajatustensa mukaisesti. Tässä hävinnyt myös kustannustietoisuus ja tulee varmaan johtamaan myös arvioon vaikuttavuudesta ja käytetyistä euroista! Pelkää työterveyshuollon puolesta juuri tästä syystä, koska esim. kustannukset ovat aivan toista luokkaa tuottako niitä kunnan liikelaitos vain pörssiyhtiö.

Yllä olevan sitaatin kaltaisissa tilanteissa verkostokytkenän voi ajatella olevan hyvin toispuoleinen, työterveyshuoltoa ohjaavat tahot omaavat vallan näissä toimijasuhhteissa. Callonin (1986, 203-219) termein havaitaan, että ohjaavien tahojen on onnistunut vakiinnuttaa asemansa vahvaksi verkostoissa. Ohjaavien tahojen valtaa voi hahmottaa kääntämisen prosessin viimeisen vaiheen kautta (Mobilisation of Allies), jossa toimija asettuu edustamaan toimijoiden ryhmää, jonka osapuolet ajavat samoja asioita. Vaikka suhdeverkosto periaatteessa asettuukin kyseenalaistamisen alle, niin työterveyshuollon ohjaavien tahojen asema näyttäytyy erittäin vakaana eikä niiden asemaa aineiston perusteella näytä toistaiseksi uhkaavan minkäänlainen aseman kyseenalaistaminen.

6.5.1 Lomakkeisto ja raportointi - hankalat toimijat verkostossa

Ohjaavien tahojen valta hahmottuu lakien ja mallien lisäksi, erilaisten suunnitelmien ja lomakkeiden kautta. Aineistossa lomakkeisto näyttäytyy itsenäisenä, aikaa vievänä ja

hankalana toimijana:

Kelan jatkuvat uudet vaatimukset ja jatkuvasti uudistuva lomakkeisto. Aikaa riittää aina vähemmän asiakastyöhön, kirjaamiset ja suunnitelmat vievät paljon aika, hankaloittavat toimintaa ja vievät motivaatiota työhön. Kelan edellyttämä työkyvyn hallinta, seuranta ja varhainen tuki työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyönä/välillä. Aikataulu tiukka suunnitelmien ja lausuntojen laatimiseen. Työnantajien informointi, etenkin pienet työpaikat ymmällään, mitä em. asiat tarkoittavat.

Pienen yksikön mahdotonta vastata kaikkiin lisääntyviin vaatimuksiin erityisesti paperimuotoisten suunnitelmien osalta!

Kuten Julkunen (2008,186) on todennut, laatujärjestelmään tehtävien kirjausten nähdään vievän aikaa itse työltä ja mahdollisilta asiakkailta. Julkusen mukaan useissa hyvinvointiprofessioissa vaivaa tunne, että laadunvarmennuksen standardit, tuloksen ja vaikuttavuuden mittarit eivät tavoita työn ydintä eivätkä työlle ominaisia pitkäjänteisiä aikatauluja (Julkunen 2008, 186). Laatujärjestelmät koetaan rituaaleina (Siltala 2007, 510). Tämä tulkinta saa vahvistusta aineistossani.

Mutta voiko lomakkeiston ja suoritemittausten avulla myös jättää näkymättömiin ja piiloon tai luoda automaattisia ratkaisuja, jotka eivät kerro työsuoritteiden sisällöstä mitään? Työn kirjaamista perustellaan joskus myös profession näkökulmasta, näin voidaan tehdä ammattien osaamista ja sisältöä näkyväksi. Järjestelmiltä on alettu vaatia tietoa myös työntekijöiden henkilökohtaisista suoritemääristä. (Saario & Hämäläinen 2007.) Aineistossa tällaisina suoritemittauksina ja kirjauksina hahmottuvat raportoinnin kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi:

Raportoinnin kehittäminen. (vastauksena kysymykseen tämän hetken haasteista työterveyshuollossa)

Työterveyshuollon vaikuttavuuden mittaus.

Vaikuttavuuden arviointi on nostettu akuutiksi tavoitteeksi työterveyshuollossa (Rotko & Kauppinen 2016). Näin siitä huolimatta, että vaikuttavuuden mittaaminen on hankalaa, eikä siihen toistaiseksi ole kehitetty selkeitä menetelmiä. Tällä hetkellä vaikuttavuuden mittaamisen mielletään tarkoittavan lähinnä yksityiskohtaisen ja erityyppisen tiedon keräämistä (Lappalainen ym. 2016, 3). Vaikuttavuuden mittaamiseen haetaan apua myös teollisten tuotannonohjausjärjestelmien periaatteiden omaksumisesta, mikä edellyttää

kommunikaatio- ja yhteistyöprosessien sekä työvaiheiden tietoteknistämistä, seuranta ja raportointia. Tavoitteet koskevat palvelujen tuottavuutta, kustannustehokkuutta, asiakaslähtöisyyttä ja laatua, samalla tietoteknistäminen tekee työsuoritteista tallennettuja ja läpinäkyvämpiä. (Julkunen 2008, 174.)

6.5.2 Tietojärjestelmät - tottelematon toimija

Asiakastyössä tietojärjestelmien ja tietotekniikan käyttöönotto johtaa siihen, että kasvava osa kommunikaatiosta tapahtuu työntekijän ja tietojärjestelmän eli koneen välillä (Eräsaari 1995). Aineistossa tietotekniikka nouseekin esiin yhtenä toimijana. Tietotekniikan toimija-asema ja sen omaava toimijavalta paljastuvat aineiston perusteella erityisesti silloin, kun tietojärjestelmät eivät toimi tai toimivat tavalla, joka ei ole toivottu:

Tietojärjestelmien muutos ja heikkous, eivät ole suunniteltu työterveyshuolloille. Siitä johtuen asiakkaat ovat eriarvoisessa asemassa.

Myös Rokkasen (2015, 100) työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyötä kartoittaneessa tutkimuksessa tuli esiin yllä olevassa sitaatissa mainittu seikka, että työterveyshuollon tietojärjestelmät eivät tukeneet kertyneen tiedon (terveystarkastukset, työpaikkakäynnit, neuvottelut, sairausvastaanotto) systemaattista käsittelyä, joten kertynyttä tietoa ei pystytty kunnolla hyödyntämään. Tietojärjestelmät standardisoivat ja ohjaavat asiakastyötä, ja järjestelmien kautta tuleva kontrolli näyttää enemmänkin koneen, ei suunnittelijoiden tai johdon vaatimuksilta (Harris 2005; Julkunen 2008, 174). Tietojärjestelmiksi rakennettujen kaupallisten formaattien avulla tapahtuu myös laadun varmennus. (Julkunen 2008, 172.) Aineistosta tietojärjestelmien kaupallisuus hahmottui niin erilaisten ohjelmien yhteensopimattomuutena kuin niitä ylläpitävien firmojen yksipuolisina päätöksinäkin:

Tietotekniikan hajanaisuus, ATK ohjelmien yhteensopimattomuus. ATK firmojen yksipuolinen jonkin ohjelman ylläpidon lopetus ja pakko hankkia taas uusi!

Tietojärjestelmien käyttö etäännyttää johdon valtaa, kontrolloivat käytännöt näyttävät objektiivisilta koneen vaatimuksilta, ja työntekijä on vastuussa koneelle. Tietotekniset kontrollit ja järjestelmät voivat korvata suoraa valvontaa (Julkunen 2008, 172). Tietojärjestelmien ja niihin nojaavien kontrollien luominen on merkinnyt työvoiman siirtymistä tietotekniikan, johtamisen ja laskentajärjestelmien suuntaan pois asiakastyötä tekevästä professionaaleista. Palvelu- ja toimistotyöntekijöiden osallistuminen hankkeisiin, samoin kuin hankalien ja keskeneräisten järjestelmien käyttöönotto ja jatkuvakin käyttö, ovat

lisänneet työntekijöiden turhautumista ja kuormaa lukuisissa organisaatioissa. Työntekijät ovat joutuneet samanaikaisesti opettelemaan uusia järjestelmiä, kärsimään niiden keskeneräisyydestä ja toimimattomuudesta sekä antamaan entistä laadukkaampaa asiakaspalvelua. (Julkunen 2008, 173-175.)

Tietotekniikka muuttuu kovasti ja laitteet eivät aina toimi kunnolla.

Muutokset Kelan taholta-> tietojärjestelmä ei pysy mukana tässä ja tehdään paljon byrokraatiaan liittyviä asioita ns. käsityönä.

Tietojärjestelmät näyttäytyvät aineistossa hankalana toimijana, kuten yllä olevista sitaateista voidaan havaita. Tätä hankaluutta verkoston toimijana voi lähestyä myös vieraantumisen käsitteen kautta. Vieraantumisen termin toi viime vuosisadalla ranskalainen sosiologi Emile Durkheim (1990; ks. myös Marx 1970; Marx & Engels 1978, alkup. 1844). Teknologinen kehitys on tuonut suuria muutoksia ihmisten ja yhteisöjen elämässä. Kaikki muutokset eivät ole olleet myönteisiä. Seurauksena on ollut mielekkyyden katoamista ja ikävystymistä. Maailmankuvaa hallitsevat kilpailun ja hyödyllisyyden ihanteet. Keskeiseksi haasteeksi nousee erityyppisten voimavarojen ohjaaminen, kerääminen ja varastoiminen. Asiat ja ilmiöt – myös ihmiset ja heidän ajatuksensa ja sanansa – muuttuvat potentiaalisesti käytettävissä oleviksi tuotteiksi ja energioiksi. (Riikonen ym. 2002, 41.)

Myös Heidegger (1998, alkup. 1962) kirjoitti useissa yhteyksissä uskovansa, että perinteisen ja teknologisen kielen vastakkaisuus koskee suoraan ihmisen ydintä. Heideggerin pelkona oli, että teknologinen maailmankuva pääsee täysin hallitsevaan asemaan ja että näin ihmisten käsitys maailmasta muuttuu äärimmäisen yksiulotteiseksi. Kun maailma nähdään vain hyödynnettävänä energiana ja tuotteina, katoaa myös sen lumous. Teknologisen edistyksen houkuttelevuus synnyttää sokeutta, joka liittyy kaiken edistyksen ulkopuolella olevaan. (Heidegger 1998, alkup. 1962; Riikonen ym. 2002, 41-42.)

6.5.3 Pohdinta

Työterveyshuollon ohjaus tulee vastaajien kokemusten perusteella ”ylhäältä päin”. Tulkitsen ohjaavien tahojen ja julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajien suhteessa yhdeksi oleelliseksi piirteeksi vuoropuhelun puuttumisen. Näiden toimijoiden kytkös verkostossa näyttäytyy yksipuolisena. Ohjaavan tahon toiminta välittyy vaikuttaen muiden toimijoiden toimintaan, mutta kytkökset toisin päin eivät ole olemassa, ne ovat heikkoja tai välittyvät piilossa muiden kytköksien kautta. Koska verkostoissa toimijoiden valta nähdään oleellisena

tekijänä toimijan mahdollisuuksille vaikuttaa muihin (Mononen 2008, 159), niin tulkitseen, että ohjaavat tahot omaavat valtaa. Ne voivat toimia itsenäisesti suhteessa verkoston toisiin toimijoihin. Toisaalta verkosto ja kytkökset ovat riippuvaisia keskinäisestä suhteestaan. Työterveyshuollon ohjaus onnistuu vain, kun ohjaavalla taholla koetaan olevan siihen jonkinlainen legitimitetti ja kun kytkökset, esimerkiksi annetut säännökset välittyvät eteenpäin toisten toimijoiden toiminnaksi.

Ohjaavien tahojen valtaan kytkeytyvät lomakkeistot ja erilaiset raportoinnin velvoitteet. Aineistossa lomakkeisto näyttäytyy itsenäisenä ja hankalana toimijana. Se jo itsessään pakottaa toiset toimijat toimimaan – täyttämään, vastaamaan ja raportoimaan.

Myös tietotekniikka näyttäytyy verkostossa yhtenä toimijana. Sen toimijarooli tulee esille eritoten silloin, kun tämä toimija ei toimi tavalla, jota siltä toivotaan ja odotetaan. Erityisesti näissä tilanteissa tulee esille myös tietotekniikka-toimijan valta. Työterveyshuollon julkisen puolen palveluntuottajat tarvitsevat erilaisia tietotekniikan välineitä ja järjestelmiä voidakseen hoitaa työnsä. Mikäli tämä toimija ei toimi sille halutulla ja odotetulla tavalla, niin se vaikuttaa muiden toimijoiden toimintaan. Tämä toteuttaa verkostoteoreettista näkemystä vallasta. Toimijaverkostollisen ajattelun lähtökohdista vallan voi määritellä nimenomaan mahdollisuudeksi vaikuttaa toisten toimijoiden toimintaan. (Mononen 2008, 159.)

Vallan ja tietotekniikan voi havaita kytkeytyvän toisiinsa myös välillisesti. Työterveyshuoltoa ja yleisemminkin työelämää ohjaavat instituutiot sekä myös johtamistoimet ja kaupalliset vaatimukset ovat määritelleet raportoinnin ja kirjaamisen velvoitteita. Nämä toimet ovat usein pakollisia ja saattavat viedä paljonkin työaika. Tietotekniset kontrollit ja järjestelmät voivat myös korvata suoraa valvontaa.

7. Päätelmiä

Tässä tutkimuksessa olen havainnoinut teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä työterveyshuollon verkostotoimijoita. Aineistonani on koko maan julkisen, siis kunnallisen, puolen työterveyshuollon palveluntuottajien vastaukset kahteen työterveyshuollon tilaa kartoittavaan kysymykseen. Kysymykset koskivat työterveyshuollon haasteita ja muutoksia. Ne on kerätty Etelä-Suomen aluehallintoviraston omiin tarpeisiinsa toteuttamalla kyselyllä vuonna 2012.

Toimijaverkostoteorian ohjaamalla sisällönanalyysillä olen hahmottanut olennaisimmiksi viisi pääteemaa ja lisäksi olen tarkastellut niihin linkittyviä suhteita. Tarkastelemani teemat eivät ole hierarkisia, vaan ne kaikki ovat havainnoitavissa eri tavoin linkittyviksi suhteiksi,

kytköksiksi ja toimijoiksi. Pääteemoiksi - työterveyshuollon verkostoissa vahvoiksi toimijoiksi ja mustiksi laatikoiksi - olen tulkinnut työterveyshuollon palveluntuottajien välisen kilpailun, henkisen pahoinvoinnin lisääntymisen työelämässä, työhyvinvoinnin painotuksen, pulan lääkäreistä ja ohjaavien tahojen vallan.

Vahvoina suhteina ja kytköksinä verkostossa hahmottuvat sekä markkinaistamisen nousu työterveyshuollossa, jonka vastavoimana näyttäytyy altruismi, että työterveyshuollon sisällöllinen ristiriita ennaltaehkäisevän toiminnan ja sairaanhoidon välillä. Ei-inhimillisinä toimijoina näyttäytyvät lomakkeistot, tietojärjestelmät sekä työ.

Julkisten ja yksityisten työterveyshuollon palveluntuottajien välinen kilpailu sekä työn vaatimusten kasvu kuvastavat sosiologiassa paljon käsiteltyä työelämän muutosta. Julkinen ja yksityinen työterveyshuollon palveluntuottaja kamppailevat samoista resursseista, niin asiakkaista kuin työvoimastakin. Kunnallisen työterveyshuollon toimijoiden suhde yksityisiin, pääasiassa liiketaloudellisin periaattein toimiviin työterveyshuollon tuottajiin on hyvin ristiriitainen.

Tutkimukseni perusteella yksityisillä työterveyshuollon palveluntuottajilla on enemmän valtaa työterveyshuollon palveluntuotannossa ja sitä myöten vahvempi asema verkostossa. Verkostonäkökulmasta tilanteen voi toisaalta hahmottaa niin, että julkisen ja yksityisen työterveyshuollon palveluntuottajien kilpailuasema on verkostossa vakiintunut asetelma. Tällöin kyselyn vastaajat edustavat omaa tausta-asetelmaansa ja sille määriteltyä ääntä. Callon ja Latour käyttävät tällaisista vakiintuneista ja kiistattomista toimijoista nimitystä musta laatikko (black box). (Callon & Latour 1981, 285.) Vaihtoehtoinen tulkinta on, että julkisen ja yksityisen toimintatavan ristiriita on merkki siitä, että tämä suhde hakee vielä muotoaan. Vakiintuneessa asetelmassa (musta laatikko) törmäyksiä ja keskustelua ei olisi vaan suhde olisi selkeytynyt ja hiljainen.

Työ näyttäytyy verkostossa toimijana. Työntekijän tulee vastata työn vaatimukseen. Työterveyshuollon toimintana on tukea tässä työn vaatimukseen vastaamisessa ja työssä jaksamisessa. Työ sekä työssä jaksamattomuus näyttäytyvät verkostossa vakiintuneina ja kiistattomina toimijoina, mustina laatikkoina. Työn merkityksen kasvun ja työpahoinvoinnin lisääntymisen taustalla voi nähdä työn ja yhteiskunnan subjektivoitumisen.

Työterveyshuollon tehtävien muutoksia ja toimintakentän murrosta kuvastavat kasvava työhyvinvoinnin painotus sekä ristiriita ennaltaehkäisevän toiminnan ja sairaanhoidon suhteessa. Työhyvinvoinnin käsite vaikuttaa elävän omaa elämäänsä; käsite on onnistunut

vakiinnuttamaan asemansa niin, että tarve oikeutukselle, perusteille ja määrittelyille on peittynyt. (Callon & Latour 1981, 285.) Työhyvinvointi on verkostossa kyseenalaistamaton ja vahva toimija, siis musta laatikko. Sen olemassaolo paljastuu aineistossa varhaisen tuen mallin käyttöönoton kautta. Työhyvinvoinnin painotus ilmenee aineistossa sekä julkisen puolen työterveyshuollon että työterveyshuoltoa ohjaavien tahojen (STM, TTL, Kela, THL) arvona.

Työterveyshuollon ydintehtävä vaikuttaa olevan ristipaineen alla. Työterveyshuollon julkisen puolen palveluntuottajat kokevat ennaltaehkäisevän työn työterveyshuollon todelliseksi ja tavoiteltavaksi sisällöksi, mutta sairaanhoidosta on kuitenkin käytännössä tullut yhä suurempi osa työterveyshuollon toimintaa. Sairaanhoidon palvelujen tarjontaa tarvitaan pärjäämiseen työterveyshuollon palveluntuottajien välisessä kilpailussa. Sairaanhoidopalvelujen tarjonta näyttäytyy keinona, jolla oma asema verkostossa voidaan vakiinnuttaa. Sairaanhoidopalveluja voidaan tarkastella sekä vakiintuneena toimijana että myös työterveyshuollon palveluntuottajan keinona taata vahvempi oma toimija-asemansa verkostossa.

Ristiriita työterveyshuollon sisällöstä, suhteessa sisäistettyihin arvoihin ja todellisuudessa toteutettavaan työhön, paljastaa tahoja, jotka omaavat valtaa suhteessa julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajiin. Näitä tahoja ovat esimerkiksi yritysasiakkaat toivomuksineen. Yrityksillä on valta vaikuttaa siihen, mitä toimintoja ja palveluja julkisten työterveyshuollon palveluntuottajien tulee tuottaa. Vallan keskittymiä verkostossa edustavat myös lääkärit, ohjaavat tahot ja tietojärjestelmät. Valta verkostossa on eritoten valtaa saada muut toimimaan halutulla tavalla (Mononen 2008, 159). Valta näyttäytyy verkostossa vahvempina kytköksinä ja laajempina toimintamahdollisuuksina.

Työterveyshuoltoon erikoistuneiden lääkärien pula havainnoituu aineistosta yhtenä suurimpana toimintaa rajoittavana tekijänä. Lääkärien valta tulee verkostossa erityisen hyvin esille niissä tilanteissa, kun lääkäriä ei ole. Lääkäriprofessiota ja erityisesti kerrottua pulaa lääkäreistä tulkitsen kahdella tavalla. Toisaalta pula lääkäreistä kytkeytyy osaksi laajempaa kilpailuasetelmaa työterveyshuollon verkostossa, siis julkisten ja yksityisten työterveyshuollon palveluntuottajien välistä suhdetta. Toisaalta lääkäripulan itsessään voi ajatella olevan verkostossa vakiintunut tilanne ja siten musta laatikko.

Lääkärien asiantuntijuutta ei lainkaan kyseenalaisteta, joten päättelen myös lääkäriprofession olevan vakiintunut ja itsestäänselvä toimija. Lääkärit ylläpitävät asemaansa verkostossa asiantuntijatiedon monopolin turvin. Lisäksi työvoimaresurssin pienuus ja sen pienenä pitäminen, mahdollistavat lääkärien aseman ja vallan suhteessa toisiin verkostotoimijoihin.

Työterveyshuoltoa ohjaavat tahot ovat kasvattaneet entisestään lääkäriresurssin tarvetta. Lääkärien asema kytkeytyykin lakien ja säännösten myötä osaksi ohjaus- ja valvontainstituutioita (STM, TTL, Kela, THL).

Ohjaavien tahojen (STM, TTL, Kela ja THL) merkitys hahmottuu lomakkeiden, vaatimuksien, mallien ja lakimuutosten kautta. Näen ohjaavien tahojen ja julkisen puolen työterveyshuollon palveluntuottajien suhteessa yhdeksi oleelliseksi piirteeksi vuoropuhelun puuttumisen. Näiden toimijoiden kytkös verkostossa näyttäytyy yksipuolisena. Ohjaavien tahojen toiminta välittyy vaikuttaen muiden toimijoiden toimintaan, mutta kytkökset toisin päin eivät ole olemassa, ne ovat heikkoja tai välittyvät piilossa muiden kytköksien kautta. Työterveyshuollon julkisen puolen palveluntuottajat kokevat ohjauksen tulevan ”ylhäältä päin”. Yksipuoleinen suhde paljastaa ohjaavien tahojen vallan, sillä verkostossa valta voidaan määrittellä eritoten mahdollisuudeksi vaikuttaa toisten toimijoiden toimintaan (Mononen 2008, 159).

Tietojärjestelmät hahmottuvat yhtenä toimijana verkostossa. Tekniikan toimijarooli tulee esille eritoten silloin, kun toimija ei toimi tavalla, jota siltä toivotaan ja odotetaan. Tietojärjestelmiin kytkeytyvät niitä ylläpitävät tahot sekä työterveyshuollon ohjaavat instituutiot. Työterveyshuoltoa ohjaavat tahot ovat määritelleet uusia raportoimisen velvoitteita. Nämä velvoitteet hoidetaan erilaisten lomakkeistojen kautta. Lomakkeet hahmottuvatkin tietojärjestelmien kaltaisina, hankalina toimijoina verkostossa.

Tutkimuksessani hahmottuu julkisen työterveyshuollon palveluntuottajien kokemus työterveyshuollon markkinaistamisesta, jossa työterveyshuollon julkisille palveluntuottajille jää altavastajan asema. Verkoston toisten toimijoiden, erityisesti yksityisten työterveyshuollon palveluntuottajien ja lääkäreiden, koetaan toimivan toisenlaisista lähtökohdista käsin. Yksityiset työterveyshuollon palveluntuottajat ja lääkärit voivat määrätä ja valita toimintansa sekä asiakaskuntansa. Laajemmat mahdollisuudet tuovat heille myös suuremman vallan verkostossa. Aineistossa yksityisten työterveyshuollon palveluntuottajien samoin kuin lääkäreiden toiminnan, kuvataan olevan lähtöisin voitontavoittelusta. Vastakohtana yksityisten työterveyshuollon palveluntarjoajille ja lääkäreille, julkiset työterveyshuollon toimijat oikeuttavat omaa toimintaansa ja toimija-asemaansa alhaisemmilla kustannuksilla ja eettisen kestävyuden ideologialla, altruismilla.

Tutkimukset työterveyshuollosta vahvistavat vastaajien kokemukset. Julkiset työterveyshuollon palveluntuottajat ovat heikommassa asemassa työterveyshuollon tuottajien välisessä kilpailussa. (Lappalainen ym. 2016.) Tutkimuksessani julkiset työterveyshuollon

palveluntuottajat perustelivat omaa toimintaansa kustannustehokkuudella ja yleisen hyvän, altruismin, ideologialla. Hujasen ja Mikkolan (2013, 3-4) selvityksen mukaan nämä perustelut pitävät myös paikkansa. Julkisen puolen työterveyshuolto on yksityistä työterveyshuollon palveluntuotantoa kustannustehokkaampaa ja asiakaskunnaltaan monipuolisempaa, johtuen sille asetetuista lakisääteisistä velvoitteista.

7.1 Havaintoja tutkimukseni aiheesta, metodologiasta ja menetelmästä

7.1.1 Laadullinen tutkimus tulkintana

Laadullisessa tutkimuksessa on omat ominaispiirteensä. Tutkimuksessani oleellisena laadullisen tutkimuksen piirteenä hahmottui tulkinta vuoropuheluna aineiston kanssa. Teoreettisen ja menetelmällisen viitekehyksen, tutkijan ja tutkimusaineiston vuoropuhelusta syntyy se tulkinta, joka on tutkimuksen tulos. Kvalitatiivisen analyysin uskottavuus riippuu tällöin tutkijan omista kyvyistä ja luovuudesta. Tutkijan omat tulkinnat luovat pohjan aineiston työstämiselle heti analyysin alkumetreistä lähtien. (Räsänen 2005, 94, 98.)

Tässä tutkimuksessa hankaluutta aiheutti se, että analyysiaineisto oli valmiiksi Etelä-Suomen aluehallintoviraston hallinnollisella kyselyllä hankittu. Kyselytutkimuksella kerätyltä aineistoltani kysyin eri kysymyksiä, kuin mihin kysymyksiin vastaukset on alun perin annettu. Tutkimuksessa yhtä tärkeää kuin etsiä oikeita vastauksia on kysyä oikeita kysymyksiä (Ylöstalo 2005, 122). Tässä tutkimuksessa se osoittautui yllättävän haastavaksi, sillä oikeita kysymyksiä kysyäkseeni minulla olisi ollut hyvä olla huomattavasti paljon paremmat lähtötiedot kompleksisesta työterveyshuollon kokonaisuudesta. Tunnistan tulkinnoissa välillä ilmenevän kriittisen otteen. Suurelta osin tämä kriittisyys juontuu itse aineistosta, loppu tutkijasta itsestään.

7.1.2 Työterveyshuollon monimutkaisuus

Julkisen sektorin työterveyshuollon järjestelmä näyttäytyy monimutkaisesti yhteenpunoutuneena, julkisen ja yksityisen raja on hämärtynyt. Tämä on aiheuttanut tutkimustyön aikana paljon päänvaivaa ja vaikeuttanut analyysiprosessiani. Työterveyshuolto on saanut kasvattaa toimintaansa ilman laajempaa ulkopuolista kritiikkiä. Ainoastaan työterveyshuollon toiminnan sisältöön perehtyneet asiantuntijat ovat esittäneet kriittisiäkin kannanottoja.

Instituutioilla, jona työterveyshuoltoakin voidaan pitää, on niiden muotoutumisen aikaan ollut tarve ja tehtävä. Vuosien kuluessa tarve ja tehtävä voivat hävitä, mutta instituutiot jäävät ja alkavat ylläpitää itseään. (Seuri ym. 2011, 17.) On perusteltua kysyä, miten hyvin rakenteensa lähes muuttumattomana säilyttänyt, 1970 ja 1980 -lukujen yhteiskuntaan ja työelämään muotoutunut työterveyshuolto vastaa nykyisiin haasteisiin (Seuri 2013, 6).

7.1.3 Verkostoteorian hankaluus ja ihanuus

Verkostoteorialla on kaksi keskeiseksi nähtyä hankaluutta. Verkostoteoria jättää väistämättä aina jotain ulkopuolelleen tutkimastaan ilmiöstä. Tähän liittyy verkoston rajaamisen vaikeus ja siitä seuraavat analyttiset epäselvyydet. Mihin tulisi vetää raja tutkimukseen mukaan otettavien ja tutkimuksesta pois jätettävien toimijoiden välillä. Toinen verkostoteorian ongelma on, että se ei kerro mitään ulkopuolelle suljettujen ilmiöiden mahdollisesta osallisuudesta verkostosuhteissa. (Kullman & Pyyhtinen 2015, 122-123.)

Tutkimuksessani tarkastelin, aineiston asettamien rajoitusten vuoksi vain julkisten työterveyshuollon palveluntuottajien vastauksia. Tiettyjen toimijoiden - kuten yksityisen työterveyshuollon tuottajapuolen näkökantojen - poissulkemisen voi ajatella olevan tässä tutkimuksessani jo julkituotuna lähtökohtana. Toisaalta voidaan pohtia, luoko verkostoteoreettinen katsantokanta lisää ja liikaa verkostosta ulossuljettuja toimijoita, kun aineisto on valmiiksi näin vahvasti rajattu tiettyyn näkökulmaan. Tutkimukseni jättää yksityisen työterveyshuollon tuottajapuolen ohella ulkopuolelle esimerkiksi työterveyshuollon yritys- ja henkilöasiakkaat sekä ohjaavien tahojen näkökannat.

Verkostoteoriaa on myös kritisoitu verkostosuhteiden liiallisesta vakauttamisesta (Kullman & Pyyhtinen 2015, 124-125. Kritiikkiin verkostosuhteiden vakauden ylipainottamisesta on vastattu erilaisin empiirisen tutkimuksen keinoin. Näistä moninaisista tutkimuksista (ks. esim. Singleton & Michael 1993; de Laet & Mol 2000; Mol & Law 2004; Law 2010) ilmenee, miten yhtenäiseltä näyttävä asia on oikeastaan useiden sisäkkäisten ja keskenään kiistelevien järjestysten huteraa aikaansaannosta. Tutkittavat ilmiöt näyttäytyvät toimijaverkostoteorian näkökulmasta siis haurailta ja riippuvaisilta monenlaisten asioiden, ihmisten ja aineiden välityksistä. (Kullman & Pyyhtinen 2015, 124-125.) Verkostoteorian voikin nähdä käytäntöjen kritisoimisen sijaan pyrkivän kuvaamaan ja ymmärtämään niitä moninaisuudessaan. Verkostoteoria voi osoittaa, miten erilaisten käytäntöjen keskeltä nousee jatkuvasti esiin uusia ilmiön järjestelemisen tapoja ja se tuo esiin, miten mahdollisuudet

rakentaa maailmaa paremmin, syntyvät hyvin arkisissa tilanteissa. (Mol 2002; Kullman & Pyyhtinen 2015, 125.)

Tutkimuksessani aineisto sitoutuu kyselyn vastausten keräämisen aikaan. Vastaukset kuvaavat työterveyshuollon verkostoa tuossa ajassa. Havaitseen aineistosta erityisesti niitä toimijoita, joiden suhteissa ja kytköksissä on kyselyn keräämisen ajankohtana menossa uudelleenjärjestelyjä. Aineisto pysäyttää verkoston tuohon ajankohtaan, mutta suhteet, kytkökset ja verkosto jatkavat liikettään. Toimijoiden suhteet muokkautuvat jatkuvasti. Toivon pystyneeni kuvaamaan toimijoita termein, jotka mahdollistavat ajatuksen jatkuvuudesta ja muuttuvuudesta.

Toimijaverkostotutkimukseen suhtaudutaan kriittisesti myös toimijoiden määrittelyn vuoksi, koska ei-inhimillisiä toimijoita pidetään yhdenvertaisina inhimillisten toimijoiden kanssa. (Mononen 2006, 40.) Toisaalta toimijaverkostoteorian yhtenä suurena vahvuutena on nimenomaan sen kyky antaa toimijaaani myös ei-inhimillisille toimijoille (Latour 2006; Mononen 2008; Kullman & Pyyhtinen 2015, 120.) Tutkimuksessani ei-inhimillisten toimijoiden yhdenvertaisuus näyttäytyi verkostoteorian ansiona. Tietojärjestelmät, lomakkeisto ja työ nousevat tutkimuksessani tällaisiksi ei-inhimillisiksi toimijoiksi. Työterveyshuolto on monella tapaa kytköksissä ei-inhimillisiin toimijoihin.

Verkostoteoria osoittautui analyysissa joiltain osin hyvin hankalaksi kumppaniksi. Yleisluontoisuudessaan ja abstraktiudessaan teoria ei tarjoa selkeitä ja konkreettisia metodologisia ohjeita eikä empiiristä tutkimusta suuntaavia välineitä. Kun Latourin (1988, 10-11, 137, 252) ohjeena on seurata toimijoita ja varoa luomasta selityksiä. Kun tutkimuksen teko kuitenkin edellyttää tulkintaa, niin on kirjoittaja hetken aikaa ihmeissään. Toimijaverkostoteoria ei anna selkeitä analyysiohjeita. Kun Callonin (1986) tulkittomia toimijoiden vakiinnuttamisen vaiheita eli kääntämisen prosesseja ei sinällään voi tulkita selkeiksi analyysin välineiksi, niin tutkijalla tuntuu olevan toisaalta olemattomat ja toisaalta taas loputtomat mahdollisuudet havainnoida aineistosta erilaisia suhteita ja kytköksiä ja niiden kautta toimijoita.

Kuitenkin verkostoteoriassa on jotain hyvin valloittavaa, se kuuntelee aineistoa ja antaa suhteiden moninaisuudelle ääneen. Kaikessa korostuu toimijuus ja toiminta, suhteet, ristiriidat, valta ja törmäykset, mikään ei näyttäyty ikuiselta, vaan neuvotellulta, tehdyltä ja muutettavalta. Keskiössä ovat alati vaihtuvat kytkökset (Kullman & Pyyhtinen 2015, 116). Verkostoteoreettisen otteen arvokkuus välittyy mielestäni myös hierarkisuuden väistössä. Oletukset mittakaavasta eivät toimi selityksiperusteina. Jokainen suhde ja liitos näyttäytyvät

yhtä arvokkaina ja vasta toimijoiden välisissä suhteissa tuotetaan se kokonaisuus, joka näyttäisi sulkevan asiat sisäänsä. (Latour 2005; Kullman & Pyyhtinen 2015 116-117.)

7.1.4 Tutkimuksen eettisyyden pohdinta

Tutkimuksen eettisyyttä voi lähestyä tutkimuksen luotettavuutena, hyvän tieteellisen käytännön vaalimisena sekä tutkittavia kunnioittavana tutkimusprosessina (Kuula 2006). Tutkimusta tehdessäni ja tutkimusprosessia arvioidessani kysyn, miten luotettavia ja johdonmukaisia tulkintani ovat? Esittämällä suoria lainauksia vastausaineistosta olen pyrkinyt suomaan lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkimuksessa tekemieni tulkintojen mielekkyyttä. Eriksson (2015a, 297-300) toteaa, että verkostokäsitystä on hankala esittää helposti ymmärrettävänä teoriana. Verkostoteoreettisen ajattelun avaaminen lukijalle onkin ollut vaativaa. Tutkimus on aina jollain tasolla tapahtuvaa abstraktia ajattelua, joka etenee vuorovaikutuksessa aineiston kanssa (Heiskala 2005, 29). Koska verkostoteoria ei anna varsinaisia teoriatyökaluja, niin koen sen johdattavan tutkijan helposti kohti hieman suurempaa abstraktiutta.

Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä (ks. Kuula 2006, 32-39). Olen pyrkinyt takaamaan tutkimukseni eettisyyden noudattamalla tutkijalta edellytettäviä rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden sekä avoimuuden toimintatapoja tutkimusta tehdessäni ja tuloksia esitellessäni. Erityiseen huolellisuuteen olen pyrkinyt lähdeviitteiden merkinnässä, toisten tutkijoiden työn ja ansioiden kunnioittamisessa.

Kaiken tutkimuksen lähtökohtana on tutkittavien eettinen kohtelu. Tutkittavien itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa tulee kunnioittaa, yksityisyyttä suojata ja välttää aiheuttamasta vahinkoa tutkittaville. (Kuula 2006, 192.) Aineistoni on kerätty Etelä-Suomen aluehallintoviraston hallinnollisella kyselyllä. Kyselyn tulokset ovat julkisia, myös käyttämäni vastausaineisto on kaikkien saatavilla. Vaikka aineistoni on julkinen, niin koska käytän sitä toisiin tarkoituksiin kuin se on alun perin kerätty (Kuula 2006, 228), haluan osoittaa erityistä kunnioitusta vastaajien yksityisyydelle. Tutkimuksessani sitaatteihin ei ole merkitty tunnistetietoja, jotta vastaajat säilyvät täysin anonyminä. Esittelemäni taustatiedot aineistosta ovat yleisluontoisia eivätkä yksilöi vastauksia tai vastaajia. Osa vastausaineistosta on ruotsinkielistä, tässä tutkimuksessa ruotsinkieliset vastaukset olen kääntänyt suomeksi tunnistettavuuden tai mahdollisen maantieteellisiin alueisiin yhdistämisen välttämiseksi.

7.2 Jatkotutkimustarpeita

Tässä tutkimuksessa esiin nousseista työterveyshuollon julkisen puolen palveluntuottajien kokemuksista, erityisesti julkisen ja yksityisen palveluntuotannon suhde, koettu lääkäripula sekä se että työelämässä on siirrytty fyysisestä sairastamisesta henkiseen huonovointisuuteen, ovat näkökulmia, jotka nostaisin esiin jatkotutkimuksessa. Kaikkia näitä aineiston esiin tuomia asioita yhdistää, että ne ovat seurausta tietynlaisesta politiikasta ja päätöksenteosta. Poliitiikan keinoin niihin olisi myös mahdollista vaikuttaa.

Yksi yhteiskunnalliselle tutkimukselle oleellinen kysymys on, onko toiminnalla eriarvoistavia piirteitä. Tässä tutkimuksessa työterveyshuollon eriarvoistavat piirteet eivät saaneet erityistä huomiota. Työterveyshuollon silmiinpistävin eriarvoistava piirre liittyy siihen, kuuluuko ylipäätään työterveyshuollon palvelujen piiriin, onko työläinen vai työtön. Millaisessa mittakaavassa terveydenhuoltopalvelujen rinnakkaisuus asettaa kansalaisia eriarvoiseen asemaan riippuen sosioekonomisesta asemasta?

Toinen keskeinen eriarvoistava piirre liittyy sekä työterveyshuollon, että perusterveydenhuollon lääkäripulaan ja näiden väliseen suhteeseen. Kumpikin osa-alue kaipaisi itse lisää lääkäreitä, mutta kokonaisuutena tarkasteltuna työterveyshuollon lääkäriresurssi on paremmin täytetty. (STM 2008, 19-21; Erhola ym. 2013.) Voikin pohtia, kuinka paljon työterveyshuolto houkuttelee perusterveydenhuollolta lääkäriävoimaa (Seuri ym. 2011; Seuri 2013).

Työterveyshuollon palvelujen piiriin kuuluvilla henkilöillä eriarvoistavat piirteet liittyvät siihen, onko työnantaja päättänyt tarjota alaisilleen sairaanhoidon palvelut. Työterveyshuollossa eriarvoistavien piirteiden pohtiminen tulee kysymykseen myös yksinyrittäjien (ei velvoitetta järjestää itselleen työterveyshuoltoa) ja hyvin pienten yritysten velvoitteiden (velvollisuus järjestää työterveyshuolto) kohdalla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen myötä suuri yhteiskunnallinen kysymys liittyy työterveyshuoltopalvelujen järjestämistapaan. Eri järjestämistapoja tarkastellessa ja tutkiessa törmätään tietojen erilaiseen julkisuuteen. Kaikki yksityinen työterveyshuoltopalveluntuotanto luokitellaan erilaisissa selvityksissä (ks. esim. Lappalainen ym. 2016) lääkärikeskuksiksi. Tällöin yksityisistä tuotantotavoista ei kerrota mitään tarkempia tietoja. Kunnalliset tuotantotavat sen sijaan ovat eriteltyjä ja jäljitettävissä. Tässä on tuumaamisen paikka, varsinkin kun työterveyshuollon uudelleen organisoinnin julkituotu tavoite on palvelujen parantaminen laadukkaimmiksi ja tasa-arvoisemmiksi (Hakulinen &

Lappalainen 2016, 66). Hyvin usein käytetään myös avoimuuden ja kustannustehokkuuden nimiin vannovaa retoriikkaa, kun keskustellaan työterveyshuollon muutostarpeista.

Salassapidon säädöksiin työterveyshuollossa törmää pohtiessa uusien mallien ja lakien käyttöönottoa. Työterveyshuolto toimii lailla säädeltyinä ja työntekijän oikeutta yksityisiin terveydentilaansa koskeviin tietoihin suojaten. Yhä nouseva työhyvinvoinnin painotus uusine, varhaisessa vaiheessa puuttumaan pyrkivine ja työntekijän toimia painottavine malleineen, vaikuttaa pyrkivän kontrolloimaan yhä enemmän myös näitä työntekijän yksityisiä elämänalueita. Näitä kontrollin, tiedon ja salassapidon raja-alueita soisin tutkittavan tarkemmin.

Yhteiskunnassa on laajaa kiinnostusta terveydenhuoltopalvelujen uudistamista kohtaan ja myös työterveyshuolto on nostettu yhtenä osana tarkasteluun. On toivottavaa, että työterveyshuoltoa koskevaa yhteiskunnallista tieteellistä tutkimusta tehtäisiin enemmän. Työterveyshuollon kokonaisuus on kompleksinen, julkisen ja yksityisen työterveyshuollon palveluntuotannon järjestämistavat ovat päällekkäisiä ja rajat hämärtyviä. Tässä tutkimuksessa julkisen ja yksityisen palveluntuotannon kytkentöjä ei tarkasti kuvailla.

Työterveyshuollon palveluketjujen ja niissä virtaavan rahan tarkalle analyysille olisi tarvetta, koska julkisen puolen markkinaistamisen tarvetta perustellaan tehokkuuden lisäämisellä. Mitä tehokkuus näissä yhteyksissä tarkoittaa? Kasvottoman kapitalismin aikakaudella yritysten keskeisin tehtävä on kasvattaa taloudellista tulosta, ei lisätä hyvinvointia tai edes tuottaa työpaikkoja. Tilasto- ja numerotietoja lukiessa on hyvä huomata, että numerot eivät ole tietoa ymmärryksen mielessä (Ylöstalo 2005, 112). Yhteiskunta ja talous rakentuvat osaksi toisiaan eikä sosiologialla liene varaa jättää kumpaakaan rauhaan (Kovalainen 2005, 80). Kuten Blom ja Hautaniemi (2009, 236) huomauttavat, että *jos ihmiskunnan menestyksen mittarina on hyvä elämä -eudaimonia, niin tuottavuus ja taloudellinen rationalismi ovat auttamattoman ohuita perusteluita.*

Lähteet

- Abbot Andrew 2005. Sociology of work and occupations. Teoksessa Smelser Neil J. & Swedberg Richard (toim.) *The handbook of economic sociology*. Princeton: NJ Princeton University Press, 307-330.
- Aglietta Michel 1979. *A Theory of Capitalist Regulation. The US Experience*. London: NLB.
- Aktuaariraportti 2011. Kelan hoitama sosiaaliturva 2010-2060. Aktuaarijulkaisuja 9/2011. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Alasuutari Pertti 2011. *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino.
- Aro Antti 2006. *Onko työssä tolkkua?* Helsinki: Edita.
- Arola Heikki 2004. Työterveyshuolto –mitä se on ja mihin se pyrkii? *Suomen Lääkärilehti* 2004:43 VSK 59, 4149-4152.
- Beck Ulrich 1986. *Risikogesellschaft. Auf dem weg in eine andere moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Beck Ulrich 1998. *Democracy without Enemies*. Cambridge: Polity Press.
- Beck Ulrich 2000. *The Brave New World of Work*. Cambridge: Polity Press.
- Blom Raimo & Hautaniemi Ari 2009. *Työelämä muuttuu, joustaako hyvinvointi?* Helsinki: Gaudeamus, Helsinki University Press.
- Bourdieu Pierre & Wacquant Loic J.D. 1995. *Refleksiiviseen sosiologiaan. Tutkimus, käytäntö ja yhteiskunta*. Käänt. Antikainen Ari ym. Joensuu: Joensuu University Press.
- Boyer Robert (toim.) 1988. *The Search for Labour Market Flexibility. The European Economies in Transition*. Oxford: Clarendon Press.
- Bradley Harriet, Erickson Mark, Stephenson Carol & William Steve 2000. *Myths at Work*. Cambridge: Polity Press.
- Brante Thomas 1988. Sociological approaches to the Professions. *Acta Sociologica* (31), 2: 119-142.
- Brante Thomas 1990. Professional types as strategy of analysis. Julkaisussa Burrage Michael, Torstendahl Rolf (toim.) *Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions*. London: Sage, 75-93.
- Burns Nancy & Grove Susan K. 1997. *The practice of nursing research. Conduct, critique & utilisation*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Callon Michel 1986. Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. Teoksessa Law, John (toim.) *Power, Action and Belief: a new sociology of knowledge?* London: Routledge & Kegan Paul, 196–233.
- Callon Michel 1998. *The laws of the markets*. (toim.) Oxford: Blackwell.
- Callon Michel & Latour, Bruno 1981. Unscrewing the Big Leviathan: how actors macrostructure reality and how sociologists help them to do so. Teoksessa Knorr- Cetina Karin D. & Cicourel, Aaron V. (toim.) *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro- and Macro-Sociologies*. London: Routledge and Kegan Paul, 227–303.
- Callon Michel & John Law 1982. On interests and their transformation: Enrolment and counter-enrolment. *Social Studies of Science* 12, 615-625.

- Castel Robert 2007. Sosiaalinen turvattomuus. Mitä on olla suojattu? Suom. Arppe Tiina. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Castells Manuel 1996. The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture, Vol. 1. Cambridge: Blackwell.
- Castells Manuel 1997. The Information Age: Economy Society and Culture. Vol. 2. The Power of Identity. Oxford: Blackwell.
- Castells Manuel 1998. End of Millenium. Oxford: Blackwell.
- Clayton Richard & Pontusson Jonas 1998. Welfare-state retrenchment revisited. Entitlement cuts, public sector restructuring, and inegalitarian trends in advanced capitalist societies. *World Politics* 1998; 51 (1): 67-98.
- Conrad Peter 2007. The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Durkheim Emile 1990. Sosiaalisesta työnjaosta. Suom. Randell Seppo. Helsinki: Gaudeamus (Alkuteos *De la division du travail social*, 1893)
- Ehrenberg Alain 2007. Itseksi tulemiseen uupuminen. Yhteiskunnallis-historiallinen näkökulma masennukseen. *Tiede & Edistys* 32;2, 89-102.
- Erhola Marina, Jonsson Pia Maria, Pekurinen Markku & Teperi Juhani 2013. Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201401221209> Luettu 20.12.2013.
- Eriksson Kai 2009. Maailma ilman ulkopuolta: verkostot yhteiskunnallisessa ajattelussa. Helsinki: Gaudeamus.
- Eriksson Kai 2015a. Verkoston erkaantuvat tiet. Teoksessa Eriksson Kai (toim.) Verkostot yhteiskuntatutkimuksessa. Helsinki: Gaudeamus, 295-308.
- Eriksson Kai (toim.) 2015b. Verkostot yhteiskuntatutkimuksessa. Helsinki: Gaudeamus, 295-308.
- Eriksson Kai 2015c. Yhteiskuntatieteellinen verkostoajattelu. Teoksessa Eriksson Kai (toim.) Verkostot yhteiskuntatutkimuksessa. Helsinki: Gaudeamus, 7-24.
- Eriksson Susan 2002. ”Hoitajan asiantuntemus on aika vankka” – Sairaanhoidon ammatilliset tulkinnat. Teoksessa Pirttilä Ilkka & Eriksson Susan (toim.) Asiantuntijoiden areenat. SoPhi 66, Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 41-58.
- Eräsaari Leena 1995. Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä. Helsinki: Gaudeamus.
- Evertsson Lars 2000. The Swedish welfare state and the emergence of female welfare state occupations. *Gender, Work and Organization* 7 (4):230-241.
- Foucault Michel 2010 (alkup. 1976; 1984; 1984). Seksuaalisuuden historia: Tiedontahto, nautintojen käyttö, huoli itsestä. Suom. Kaisa Sivenius. (Toinen uud. painos.) Helsinki: Gaudeamus.
- Freidson Elliot 1970. Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge. New York: NY Harper and Row.
- Freidson Elliot 2001. Professionalism. The third logic. Chicago: IL University of Chicago Press.
- Goodman David 1999. Agro-Food Studies in the 'Age of Ecology': Nature, Corporeality, Bio-Politics. *Sociologia Ruralis* 39:1 17-38.

- Green Francis 2006. Demanding work. The Paradox of Job Quality in the Affluent Economy. Princeton: Princeton University Press.
- Haila Yrjö, Lähde Ville & Lehtonen Mikko 2003. Luonnon politiikka. Tampere: Vastapaino.
- Hakulinen Hanna & Lappalainen Kirsi 2016. Kunnallisen työterveyshuollon palvelujärjestelmä muutoksessa. Julkaisussa Lappalainen Kirsi, Aminoff Merike, Hakulinen Hanna, Hirvonen Maria, Räsänen Kimmo, Sauni Riitta & Stengård Jari. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2015 ja kehitystrendi 2000-2015. Helsinki: Työterveyslaitos, 66-67. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-673-9> (PDF) Luettu 16.10.2016.
- Hall Christopher, Sarang Srikant & Slembrouck Stefaan 1999. The legitimation of the client and the profession: Identities and roles in social work discourse. Teoksessa Sarangi Srikant & Roberts Celia (toim.). Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation and management settings. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Harman Graham 2009. Prince of Networks. Bruno Latour and Metaphysics. Melbourne:re.press.
- Harris John 2005. Modernisoidut sosiaalipalvelut Isossa-Britaniassa: sosiaalityö liikeyrityksessä nimeltä McKunta. *Janus* 13:2, 154-171.
- Harvey David 1989. The condition of postmodernity. Cambridge: Basil Blackwell.
- Harvey David 2008. Uusliberalismin lyhyt historia. Tampere: Vastapaino.
- Haug Marie R. 1973. Deprofessionalization. An alternative hypothesis for the future. *Sociological Review Monographs* 20:195-211.
- Heidegger Martin 1998. Traditional Language and Technological Language. *Journal of Philosophical Research* XXIII.129-145. (alkup. 1962. Überlieferte Sprache und Technische Sprache. StGallen:Erker, 1989)
- Heiskala Risto 2005. Miten yhteiskunta pakottaa yhteiskunnan tutkijaa? Teoksessa Räsänen Pekka, Anttila Anu-Hanna & Melin Harri. Tutkimus menetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Juva: PS-kustannus, 29-37.
- Hermanson Terhi 1986. Professionalismin ilmeneminen terveydenhuollon johtosääntökiistassa. Helsinki: Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen julkaisuja M 96.
- Hirsch Joachim 1985. Postfordismus? Neuformierung des Kapitalismus. *Das Argument* 151, 325-342.
- Hirsch Joachim & Roth Roland 1986. Das neue Gesicht des Kapitalismus. Hamburg: VSA-Verlag.
- Horppu Ritva 2007. Keskusteluja työssä jaksamisesta. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Hujanen Timo & Mikkola Hennamari 2012. Työterveyshuollon merkitys perusterveyshuollossa ja työnantajan investointina. Teoksessa Mikkola Hennamari, Blomgren Jenni & Hiilamo Heikki. Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 152-162.
- Hujanen Timo & Mikkola Hennamari 2013. Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Luettu 16.10.2016. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38194/Nettityopapereita42.pdf?sequence=1>
- Husman Kaj 2010. Suomalaisen työterveyshuollon kehitys. Teoksessa Martimo Kari-Pekka, Antti-Poika Mari & Uitti Jukka (toim.) Työstä terveyttä. Helsinki: Työterveyslaitos. Duodecim, 56-68.

- Hyvä työterveyshuoltokäytäntö 1997. Opas toiminnan suunnitteluun ja seurantaan. Hurme Maisa (toim.) Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos.
- Hyvä työterveyshuoltokäytäntö 2007. Manninen Pirjo, Laine Vappu, Leino Timo, Mukala Kristiina & Husman Kaj (toim.) Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos.
- Hyvä työterveyshuoltokäytäntö 2014. Uitti Jukka (toim.) Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos.
- Häkkinen Antti 2003. Kieltolakirikollisuuden sosiaaliset verkostot Helsingissä 1929–30. Julkaisussa Saaritsa Sakari & Teräs Kari (toim.) Työväen verkostot. Väki voimakas 16. Helsinki: Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, 190-214.
- Häkkinen Unto & Nguyen Lien 2010. Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää useammin. THL. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ ja _sosiaalitalous/optimi/2010/laakarissakaynnit Luettu 13.9.2013.
- Hämäläinen Juha 1987. Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus sosiaalitutkimuksen “käsityötaitoon”. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Tilastot ja selvitykset 2/1987. Kuopio.
- Ilmarinen Juhani 2006. Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos.
- Immergut Ellen M. 1992. Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe. Cambridge: Cambridge University Press.
- Irwin Alan 1995. Citizen Science: A Study of People Expertise and Sustainable Development. London: Routledge.
- Jessop Bob 1988. Regulation theory, post-fordism and the state. *Capital and Class* 34, 147-168.
- Julkunen Raija 1987. Työprosessi ja pitkät aallot. Työn uusien organisaatiomuotojen synty ja yleistyminen. Sosiaalipolitiikan yhdistyksen tutkimuksia 47. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen Raija 1994. Hyvinvointivaltiollisen professioprojektin katkos. *Tiede ja edistys* 19:3, 200-213.
- Julkunen Raija 2008. Uuden työn paradoksit. Keskusteluja 2000 –luvun työprosess(e)ista. Tampere: Vastapaino.
- Järvensivu Anu & Koski Pasi 2010. Työelämäsuuntautuneen oppimisen tutkimus innovaatioaallon harjalla. Teoksessa Heiskanen Tuula, Leinonen Minna, Järvensivu Anu & Aho Simo (toim.) Kohti uutta työelämää? Tutkimuksen näköala työelämän kehitykseen. Tampere: Tampere University Press, 17-45.
- Kajantie Mira 2014. Lääkäripalvelujen käyttö jakaa väestöä. Tilastokeskus. Hyvinvointikatsaus 4/2014. http://www.tilastokeskus.fi/artikkelit/2014/art_2014-12-08_002.html Luettu 20.4.2016.
- Kankaanpää Eila & Pulkkinen-Närhi Pirjo 2009. Kunnallisen työterveyshuollon palvelujärjestelmän rakenteet muuttuvat. Teoksessa Okkonen Hannele (toim.) Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2007 ja kehitystrendi 1997-2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos, 70-87.
- Kantola Anu 2002. Markkinakuri ja managerivalta. Helsinki: Loki-kirjat.
- Kantola Anu 2006. Suomea trimmaamassa. Suomalaisen kilpailuvaltion sanastot. Teoksessa Heiskala Risto & Luhtakallio Eeva (toim.) Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-

yhteiskunta? Helsinki: Gaudeamus, 156-178.

Karisto Antti & Lahelma Eero 1992. Konrad Reijo Waara – Kansanterveystyön tulisielu ja tutkija. Teoksessa Näköispainos väitöskirjasta ”Relander Konrad. Terveydenhoidollisia tutkimuksia. Haapajärven piirilääkäripiiristä. Terveysteen vaikuttavien olosuhteiden ja tapojen ynnä yleisen terveystieteen valaisemiseksi Haapaveden kunnassa” saatesanoineen. Vammala: Kustannus Oy Duodecim, 5-16.

Kauppinen Timo, Hanhela Rauno, Kandolin Irja, Karjalainen Antti, Kasvio Antti, Perkiö-Mäkelä Merja, Priha Eero, Toikkanen Jouni & Viluksela Marja (toim.) 2010. Työ ja terveys Suomessa 2009. Johtopäätökset, 4-7. Yhteenvedo, 239-257. Helsinki: Työterveyslaitos. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents... Luettu 13.6.2013.

Kauppinen Timo, Mattila-Holappa Pauliina, Perkiö-Mäkelä Merja, Saalo Anja, Toikkanen Jouni, Tuomivaara Seppo, Uksulainen Sanni, Viluksela Marja & Virtanen Simo (toim.) 2013. Johtopäätökset. Julkaisussa Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki: Työterveyslaitos, 5-9. Luettu 16.4.2016. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_Terveys_2012.pdf.

Kela 2016. Työterveyshuolto. <http://www.kela.fi/tyoterveyshuolto> Luettu 15.4.2016.

Kelan työterveyshuoltotilasto 2013. <http://www.kela.fi/tilastot->vuositilastot> Luettu 13.4.2016.

Kela. Kuviot-sarja. Työterveyshuolto. (13.4.2016) http://www.kela.fi/documents/10180/1630873/Tyoterveyshuolto_kuviot.pdf/66c594a6-a137-4890-93fd-bbcffa57a389 Luettu 16.5.2016.

Kettunen Pauli 2006. Kirkuvan harmaa vuosikymmen. *Työväentutkimus*, 4-11.

Kevätsalo Kimmo 2007a. Työ Intiassa, Etelä-Afrikassa ja Suomessa. Helsinki: Käyttötieto.

Kevätsalo Kimmo 2007b. Työnantaja ja työntekijä muutoksessa – Entä ammattiyhdistysliike? Teoksessa Anttila Anu-Hanna & Suoranta Anu (toim.) Pärjäämisen ajat – horjuvat työt. Helsinki: Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, 167-197.

Kinnunen Birgitta 2010. Työterveyshuollon mahdollisuudet ja haasteet. Mieli 2010. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit. Helsinki: THL. Suomen Mielenterveysseura.

Kinnunen Merja & Suikkanen Asko 2009. Johdanto. Teoksessa Kinnunen Merja & Autto Janne. Tänäpäin töissä. Sosiologia näkökulmia töihin. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 9-19.

Koistinen Pertti 2014. Työ, työvoima ja politiikka. Tampere: Vastapaino.

Komulainen Mikko 2010. Ulkoistaminen kunnissa. Acta-väitöskirja. Helsinki: Kuntaliitto.

Konttinen Esa 1991. Perinteisesti moderniin: professioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Kovalainen Anne 2005. Sosiologian metodologinen anti liiketaloustieteelle. Teoksessa Räsänen Pekka, Anttila Anu-Hanna & Melin Harri. Tutkimus menetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Juva: PS-kustannus, 67-82.

Kullman Kim & Pyyhtinen Olli 2015. Toimijaverkosto. Teoksessa Eriksson Kai (toim.) Verkostot yhteiskuntatutkimuksessa. Helsinki: Gaudeamus, 109-126.

Kuula Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Helsinki:

Vastapaino.

Könönen Jukka 2014. Tilapäinen elämä, joustava työ. Rajat maahanmuuton ja työvoiman prekarisaation mekanismina. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 93.

Laamanen Ritva, Koponen Anne M., Simonsen-Rehn Nina, Linna Miika, Suominen Sakari 2008. Palveluntuotantotapa ja perusterveydenhuollon palvelujen toimivuus neljässä kunnassa. Teoksessa Ashorn Ulla & Lehto Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 166-179.

deLaet Marianne & Mol Annemarie 2000. The Zimbabwe bush pump: Mechanics of a fluid technology. *Social Studies of Science* 30 (2): 225-263.

Laine Timo 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologien näkökulma. Teoksessa Valli Raine & Aaltola Juhani (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 26-43.

Lappalainen Kirsi, Aminoff Merike, Hakulinen Hanna, Hirvonen Maria, Räsänen Kimmo, Sauni Riitta & Stengård Jari 2016. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2015 ja kehitystrendi 2000-2015. Helsinki: Työterveyslaitos. [http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-673-9 \(PDF\)](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-673-9) Luettu 16.10.2016.

Latour Bruno 1986. The Powers of Association. Teoksessa Law John (toim.) Power, Action and Belief. A New Sociology of Knowledge. London: Routledge and Kegan Paul, 264-280.

Latour Bruno 1988. The Pasteurization of France. Käänt. Sheridan Alan & Law John. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Latour Bruno 1999. On recalling ANT. Teoksessa Law John & Hassard John (toim.) Actor Network Theory and After. Oxford: Blackwell, 15-25.

Latour Bruno 2004. Why has critique run out of steam? From matters of fact to matters of concern: *Critical Inquiry* 30 (2):225-248.

Latour Bruno 2005. Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Networ-Theory. New York: Oxford University Press.

Latour Bruno 2006. Emme ole koskaan olleet moderneja. Ranskankielinen alkuteos 1991. Suom. Suikkanen Risto. Tampere: Vastapaino. Alkuteos We Have Never Been Modern (1993).

Law John 1999. After ANT: complexity, naming and topology. Teoksessa Law John & Hassard (toim.) Actor Network Theory and After. Oxford: Blackwell, 1-14.

Law John 2008. On sociology and STS. *The Sociological Review* 56 (4): 623-649.

Law John 2010. Care and killing. Tensions in veterinary practice. Teoksessa Mol Annemarie, Moser Ingunn & Pols Jeanette (toim.) Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms. Bielefeld: Transcript Verlag, 57-71.

Lehto Anna- Maija 2006. Työpaineet ja kiirekokemukset. Teoksessa Lehto Anna-Maija, Sutela Hanna & Miettinen Arto (toim.) Kaikilla mausteilla. Artikkeleita työolotutkimuksesta. Tutkimuksia 244, Helsinki: Tilastokeskus, 249-274.

Lehto Anna-Maija 2015. Työelämän pitkä kaari – kansainvälinen kehitys vaikuttaa yhä enemmän työoloihin. *Tieto & Trendit – talous ja hyvinvointikatsaus* 4/2015. Tilastokeskus.

Lempiäinen Kirsti 2003. Sosiologian sukupuoli. Tutkimus Helsingin ja Tampereen yliopistojen

sosiologian kurssikirjoista 1946-2000. Tampere: Vastapaino.

Lidskog Rolf & Sundqvist Göran 2002. The role of Science in Environmental Regimes: The Case of LRTAP. *European Journal of International Relations* 2002, 8 (1), 77-101.

Light Donald & Levine Sol 1988. The changing character of the medical profession. A theoretical overview. *The Millbank Quarterly* 66 (Suppl 2), 10-32.

Light Donald 1995. Countervailing powers. A framework for professions in transition. Teoksessa Johnson Terry, Larkin Gerry & Saks Mike (toim.) Health professions and state in Europe. London: Routledge, 25-41.

Lindh Jari 2013. Kuntoutus työn muutoksessa: yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakenteistumiseen. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Linjakumpu Aini 2009. Islamin globaalitverkotot. Tampere: Vastapaino.

Lääkärit Suomessa 2013. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2013. Suomen Lääkäriliitto. Tietoja tarkistettu 3.12.2013.

Lääkärit Suomessa 2014. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2014. Suomen Lääkäriliitto. Julkaistu 27.1.2015.

Manderbacka Kristiina, Gissler Mika, Husman Kaj, Husman Päivi, Häkkinen Unto, Keskimäki Ilmo, Nguyen Lien, Pirkola Sami, Ostamo Aini, Wahlbeck Kristian & Widström Eeva 2006. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveystalouden käytössä. Julkaisussa Teperi Juha, Vuorenkoski Lauri, Manderbacka Kristiina, Ollila Eeva & Keskimäki Ilmo (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes. 42-55.

Manderbacka Kristiina, Häkkinen Unto, Nguyen Lien, Pirkola Sami, Ostamo Aini & Keskimäki Ilmo. 2007. Terveystalouden palvelut. Teoksessa Palosuo Hannele, Koskinen Seppo, Lahelma Eero, Prättälä Ritva, Martelin Tuija, Ostamo Aini, Keskimäki Ilmo, Sihto Marita, Talala Kirsi, Hyvönen Elisa & Linnanmäki Eila (toim.) Terveystalouden eriarvoisuus Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 179-196.

Manka Marja-Liisa, Hakala Liisa, Nuutinen Sanna & Harju Riitta 2010. Työn iloa ja imua -työhyvinvoinnin ratkaisuja pientyöpaikoille. Tutkimus ja koulutuskeskus Synergos Tampereen yliopisto. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö. Euroopan sosiaalirahasto. Kuntoutussäätiö.

Marazzi Christian 2006. Pääoma ja kieli. Helsinki: Tutkijaliitto.

Marjoribanks Tim & Lewis Jenny M. 2003. Reform and autonomy. Perceptions of the Australian general practice community. *Social Science and Medicine* 56 (10), 2229-2239.

Marsden Terry 2006. Ruoalla on väliä: kohti uutta elintarvikehallintaa. Teoksessa Mononen Tuija & Silvasti Tiina (toim.) Ruokakysymys. Näkökulmia yhteiskuntatieteelliseen elintarvike tutkimukseen. Helsinki: Gaudeamus, 53-68.

Martimo Kari-Pekka, Mölsä Kari, Hiltunen Jukka, Järvinen Eija, Larjo Pia, Peltokoski Jaana, Porola Seija, Rutanen Jussi & Savolainen Annikki 2007. Sairaanhoidon työterveyshuollossa. Teoksessa Manninen Pirjo, Laine Vappu, Leino Timo, Mukala Kristiina & Husman Kaj (toim.) Hyvä työterveyshuolto käytäntö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos, 185-193.

Martimo Kari-Pekka 2013. Työterveyshuolto –terveydenhuollon uhka vai mahdollisuus?

Suomen Lääkärilehti 2013: 16. VSK 68. 1201.

Marx Karl 1957. Pääoma: kansantaloustieteen arvostelua 1. Pääoman tuotantoprosessi. Suom. Louhivuori Oskar W.. Petroskoi: Karjalan ASNT:n valtion kustannusliike.

Marx Karl & Engels Friedrich 1978. Taloudellis-filosofiset käsikirjoitukset 1844. Moskova.: Kustannusliike Edistys.

McKinlay John B. 1973. On the professional regulation of change. *Sociological Review Monographs* 20:61-84.

Mertala Sirpa 2009. Terveystieteiden kompleksiset työympäristöt. Teoksessa Kinnunen Merja & Autto Janne (toim.) Tänäpäin töissä. Sosiologia näkökulmia työhön. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 122-145.

Millerson Geoffrey 1998. The qualifying associations. A study in professionalization London: Routledge.

Mol Annemarie 2002. The Body Multiple. Ontology in Medical Practice. Durham: Duke University Press.

Mol Annemarie & Law John 2004. Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia. *Body & Society* 10 (2-3), 43-62.

Mononen Tuija 2006. Yhteiskuntatieteellisen elintarviketutkimuksen linjoja. Teoksessa Mononen Tuija & Silvasti Tiina (toim.) Ruokakysymys. Näkökulmia yhteiskuntatieteelliseen elintarviketutkimukseen. Helsinki: Gaudeamus, 26-52.

Mononen Tuija 2008. Luomun verkostot - Tutkimus suomalaisen luomutuotannon toimijaverkostojen muutoksesta. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja N:o 85.

Mononen Tuija & Silvasti Tiina (toim.) 2006. Ruokakysymys. Näkökulmia yhteiskuntatieteelliseen elintarviketutkimukseen. Helsinki: Gaudeamus.

Murdoch Jonathan 1998. The Spaces of Actor-Network Theory. *Geoforum* 29: 4, 357-374.

Murray Robin 1989. Fordism and Post-Fordism. Teoksessa Hall Stuart & Jaques Martin (toim.) New Times. The Changing Face of Politics in the 1990s. London: Lawrence & Wishart, 39-53.

Mussalo-Rauhamaa Helena, Savikko Raija, Kernisalo-Perälä Sirpa & Paakkola Katja 2015. Työterveyshuolto ja haasteet – työterveyshuollon yksiköille tehtyjen kyselyjen tuloksia. Peruspalvelut, oikeusturva ja luvat –vastuualue. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja 37/2015. Tampere: Juvenes Print.

Mäenpää-Moilanen Eija 2014. Ammatillinen pätevyys ja osaamisen varmistaminen. Teoksessa Uitti Jukka (toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos, 270-273.

Mäkitalo Jorma 2016. Työterveyden rooli ja tulevaisuus. Lähi-Tapiolan ja Elon työyhteisöjen työhyvinvointi-seminaari 12.5.2016. Työterveyslaitos. Luettu 16.10.2016. <https://fl-cdn.scdn1.secure.raxcdn.com/files/5929/jorma-m-kitalo.pdf>

Mäkitalo Jorma & Rokkanen Tanja 2011. Toimintalähtöinen ote ja menetelmät työterveyshuollossa. *Työterveyslääkäri* 2011: 29 (4), 74-77.

Navarro Vicente 1986. Crisis, health, and medicine. A social critique. New York: NY Tavistock Publications.

Navarro Vicente 1988. Professional Dominance or Proletarianization? Neither. *The Millbank Quarterly* 66: 2, 57-75.

- Niemelä Mikko & Saarinen Arttu 2012. The Role of Ideas and the Institutional Change in Finnish Public-Sector Reform. *Policy and politics* 40: 2, 171-191.
- Nyman Heidi & Kiviniemi Marja 2011. Katsaus eläketurvaan vuonna 2010. Helsinki: Eläketurvakeskus. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 04/2011.
- OECD 2005. OECD reviews of healthsystems. Paris: OECD.
- Ojala Hanna 2010. Opiskelemissa tavallaan. Vanhat naiset ikäihmisten yliopistossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto: Tampere University Press.
- Okkonen Hannele 2009. Tiivistelmä. Teoksessa Okkonen Hannele (toim.) Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2007 ja kehitystrendi 1997-2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos, 4-5.
- Parsons Talcott 1967. Social structure and dynamic process. The case of modern medical practice. Teoksessa Parsons Talcott (toim.) The social system. London: Routledge & Kegan Paul, 288-323.
- Patomäki Heikki 2007. Global Tax Initiatives. The Movement for the currency transaction tax. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- Pekurinen Markku, Erhola Marina, Häkkinen Unto, Jonsson Pia-Maria, Keskimäki Ilmo, Kokko Simo, Kärkkäinen Jukka, Widström Eeva & Vuorenkoski Lauri 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Raportti 4/2011. THL. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085346> Luettu 13.9.2013.
- Peltomäki Päivi 1999. Kymmenen vuotta tyky-toimintaa: työkykyä ylläpitävä toiminta uudistuu. Helsinki:, Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansaneläkelaitos. Työterveyslaitos.
- Penttilä Irmeli 2011. Viina tappaa työikäisiä. Tilastokeskuksen hyvinvointikatsaus 2/2011. http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-05-30_001.html?s Luettu 13.11.2012.
- Piirainen Tatu 2007. Huhut tayloristis-fordistisen tuotantotyön organisointiperiaatteiden kuolemasta ovat ennenäikaisia. Työelämän tutkimuspäivät 8.-9.11.2007. Tampereen yliopisto.
- Pirttilä Ilkka 2002. Mistä asiantuntemuksen sosiologiassa on kyse? Teoksessa Pirttilä Ilkka & Eriksson Susan (toim.) Asiantuntijoiden areenat. SoPhi66. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 11-20.
- Pollitt Christopher 2000. Is the emperor in his underwear? An analysis of the impacts of public management reform. *Public Management: An International Journal of Research and Theory* 2: 181-199.
- Puig-Barrachina Vanessa, Vanroelen Christophe, Vives Alejandra, Martínez José M., Muntaner Carles, Levecque Katia, Benach Joan & Louckx Fred 2014. Measuring Employment Precariousness in the European Working Conditions Survey: The Social Distribution in Europe. *Work* 49:1, 143-161.
- Pyöriä Pasi 2012. Johdanto: Hyvinvoiva henkilöstö, menestyvä organisaatio. Teoksessa Pyöriä Pasi (toim.) Työhyvinvointi ja organisaation menestys. Helsinki: Gaudeamus, 7- 22.
- Pyöriä Pasi & Ojala Satu 2016. Prekaarin palkkatyön yleisyys: liioitellaanko työelämän epävarmuutta? *Sosiologia* 2016 (53): 1, Westermarck-seuran julkaisu, 45-63.
- Rainey Hal G. & Chun Young Han 2007. Public and private management compared. Teoksessa Ferlie Ewan, Lynn Jr Laurence E. & Pollitt Christopher (toim.) The Oxford handbook of public management. NY: Oxford University Press, 72-102.
- Raitasalo Raimo & Maaniemi Kaarlo 2011. Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat

sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004-2009. Kela. Nettityöpapereita 23/2011. Helsinki. <http://www.kela.fi/tutkimus> Luettu 8.10.2013.

Rautio Maria & Uitti Jukka 2014. Työterveyshuoltopalvelujen hankinta ja sopimuksen laatiminen. Teoksessa Uitti Jukka (toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos, 130-135.

Relander (vuodesta 1906 eteenpäin Reijo Waara) Kondrad 1892. Terveystieteellisiä tutkimuksia. Haapajärven piirilääkäripiiristä. Terveystieteiden vaikuttavien olosuhteiden ja tapojen ynnä yleisen terveyskannan valaisemiseksi Haapaveden kunnassa. Akademinen väitöskirja. Kuopio

Rifkin Jeremy 1995. The End of Work. The Decline of the Global Labor Force and the Dawn of the Post-Market Era. New York: Putnam Book.

Riikonen Eero, Makkonen Mikko & Vilkkumaa Ilpo 2002. Hullun työn tauti. Lukemisto tulevan työhyvinvointikeskustelun pohjaksi. Tampere: Vastapaino.

Rikala Sanna 2013. Työssä uupuvat naiset ja masennus. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere: Tampere University Press.

Rimpelä Matti 2005. Onko kansanterveyslaki tehtävänsä tehnyt? *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 42: 2, 261-265.

Rinne Risto & Jauhiainen Arto 1988. Koulutus, professionaalistuminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa. Turku: Turun yliopisto. Kasvatustieteiden julkaisusarja. Julkaisusarja A:128.

Riska Elianne 2005. Health professions and occupations. Teoksessa Cackerham William C. (toim.) The Blackwell companion to medical sociology. Oxford: Blackwell, 144-158.

Rokkanen Tanja 2015. Työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyö työpaikan tarpeiden arvioinnissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Työterveyslaitos. Työ ja ihminen –sarja. Tutkimusraportti 45.

Rose Michael 1975. Industrial Behaviour. Theoretical Development Since Taylor. London: Allen Lane.

Rotko Tuulia, Aho Timo, Mustonen Niina & Linnanmäki Eila 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007-2010. Raportti 8. THL. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085122> Luettu 10.1.2013.

Rotko Tuulia & Kauppinen Timo 2016. Terveys 2015 kansanterveysohjelman loppuarviointi. Työpäpaperi 8/2016. THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-638-4> Luettu 20.10.2016.

Ruusuvuori Johanna, Nikander Pirjo & Hyvärinen Matti 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori Johanna, Nikander Pirjo & Hyvärinen Matti (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Räsänen Kimmo 2010. Työterveyteen liittyvää lainsäädäntöä. Teoksessa Martimo Kari-Pekka, Antti-Poika Mari & Uitti Jukka (toim.) Työstä terveyttä. Helsinki: Työterveyslaitos. Duodecim, 47-55.

Räsänen Kimmo 2016. Tulokset. Julkaisussa Lappalainen Kirsi, Aminoff Merike, Hakulinen Hanna, Hirvonen Maria, Räsänen Kimmo, Sauni Riitta & Stengård Jari 2016. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2015 ja kehitystrendi 2000-2015. Helsinki: Työterveyslaitos, 12-16. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-673-9> (PDF) Luettu 16.10.2016.

Räsänen Kimmo & Sauni Riitta 2013. Työterveyshuolto. Teoksessa Kauppinen Timo, Mattila-

- Holappa Pauliina, Perkiö-Mäkelä Merja, Saalo Anja, Toikkanen Jouni, Tuomivaara Seppo, Uuksulainen Sanni, Viluksela Marja & Virtanen Simo (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki: Työterveyslaitos, 159-166.
- Räsänen Pekka 2005. Havaintojen mittaus ja aineiston jäsentämisen metodologia. Teoksessa Räsänen Pekka, Anttila Anu-Hanna & Melin Harri. Tutkimus menetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Juva: PS-kustannus, 85-102.
- Saarinen Arttu 2010. Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveystaloutta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 114.
- Saaristo Kimmo 2000. Avoin asiantuntijuus. Ympäristökysymys ja monimuotoinen ekspertiisi. Nykykulttuurin tutkimuskeskuksen julkaisuja 66. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Saario Sirpa & Hämäläinen Pertti 2007. Mielenterveystoimistojen käytäntöjen muotoutuminen tietojärjestelmän välittämänä. *Janus* 15:2, 149-164.
- Saaritsa Sakari & Teräs Kari (toim.) 2003. Työväen verkostot. Väki voimakas 16. Helsinki: Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, 265.
- Saarni Samuli & Vuorenkoski Lauri 2003. Terveystalouden sääntely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim* 119:10, 993-1000.
- Salonen Arttu 2012. Avoimen lähdekoodin hyödyntäminen kunnallishallinnossa. Toimijaverkostoteoreettinen näkökulma tietohallinnon rakenteisiin ja käytäntöihin. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, sosiologia. Rovaniemi: University of Lapland.
- Saloniemi Antti & Virtanen Pekka 2010. Joustavan huomisen varjossa? Teoksessa Heiskanen Tuula, Leinonen Minna, Järvensivu Anu & Aho Simo (toim.) Kohti uutta työelämää? Tutkimuksen näköala työelämän kehitykseen. Tampere: Tampere University Press, 78-108.
- Salter Brian 2007. Governing UK medical performance. A struggle for dominance. *Health Policy* 82 :3, 263-275.
- Sarangi Srikant & Slembrouck Stefaan 1996. Language, bureaucracy and social control. London: Longman.
- Sarewitz Daniel 2004. How Science makes Environmental Controversies Worse. *Environmental Science and Policy* 7:385-403.
- Sauni Riitta 2014. Lainsäädäntö. Teoksessa Uitti Jukka (toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos, 10-20.
- Sauni Riitta, Niiranen Kirsi, Hirvonen Leena, Hirvonen Maria, Loikkanen Päivi, Manninen Pirjo, Pulkkinen-Närhi Pirjo, Räsänen Kimmo & Viluksela Marja (toim.) 2012. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2010 ja kehitystrendi 2000-2010. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos.
http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/TTH_2010.pdf Luettu 16.9.2013.
- Schmid Günther 1998. Transitional Labour Markets: A New European Employment Strategy. October 1998, Discussion Paper FS 1, 98-206.
- Schulz Rockwell & Harrison Stephen 1986. Physicianautonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States. *International Journal of Health Planning and Management* 1 (5): 335-355.
- Sennett Richard 2002. Työn uusi järjestys. Miten uusi kapitalismi kuluttaa ihmisen luonnetta. Tampere: Vastapaino.

- Sennett Richard 2007. Uuden kapitalismin kulttuuri. Tampere: Vastapaino.
- Seuri Markku, Iloranta Kari & Räsänen Kimmo 2011. Kumppanina työterveyshuolto. Helsinki. Tietosanoma Oy.
- Seuri Markku 2013. Työterveys 2.0. Järjestelmämme on muututtava. Jyväskylä: Docendo.
- Siltala Juha 2004. Työelämän huonontumisen lyhyt historia. Helsinki: Otava.
- Siltala Juha 2007. Työelämän huonontumisen lyhyt historia: muutokset hyvinvointivaltioiden ajasta globaaliin hyperkilpailuun. Helsinki: Otava.
- Silvasti Tiina & Mononen Tuija 2006. Johdanto: näkökulmia yhteiskuntatieteelliseen elintarviketutkimukseen. Teoksessa Mononen Tuija & Silvasti Tiina (toim.) Ruokakysymys. Näkökulmia yhteiskuntatieteelliseen elintarviketutkimukseen. Helsinki: Gaudeamus, 9-25.
- Singleton Vicky & Michael Mike 1993. Actor-Networks and ambivalence: General practioners in the UK cervical screening programme. *Social Studies of Science* 23, 357-374.
- Smith Chris & Thompson Paul 1998. Re-Evaluating the Labour Process Debate. *Economic and industrial democracy* 19:4, 551-577.
- Stehr Nico 1994. Knowledge Societies. London: Sage.
- STM 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 2008:1. Helsinki.
- STM 2014a. Lainsäädäntö. <http://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto> Luettu 20.10.2016.
- STM 2014b. Työterveys. <http://stm.fi/tyoterveyshuolto> Luettu 20.10.2016.
- STM 2014c. Työhyvinvointi. <http://stm.fi/tyohyvinvointi> Luettu 20.10.2016.
- STM 2016. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://stm.fi/etusivu> Luettu 20.10.2016.
- Strauss Anselm L. & Corbin Juliet 1990. Basics of qualitative research: Grounded theory. Procedures and techniques. London: Sage.
- Strauss Anselm L. & Corbin Juliet 1998. Basics of qualitative research: Techniquea and procedures for developing grounded theory. (2. painos) London: Sage.
- Suoranta Anu 2009. Halvennettu työ: palkkatyö ja sukupuoli sopimusyhteiskuntaa edeltävissä työmarkkinakäytännöissä. Tampere: Vastapaino.
- Sutela Hanna & Lehto Anna-Maija 2014. Työolojen muutokset 1977-2013. Helsinki: Tilastokeskus.
- TEAM 2012. Teollisuusalojen ammattiliitto ry. EVO/Kari Mäkelä. Työkyvyn tuki työpaikalla, 30-60-90 päivän sääntö. http://www.teamliitto.fi/@Bin/2600693/90_päivän_sääntö_Mäkelä2.pot Luettu 26.3.2016.
- THL 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/fi> Luettu 20.10.2016.
- Tiitola Katri, Takala Esa-Pekka, Rentto Tanja, Tulenheimo-Eklund Elina & Kaukiainen Ari 2016. Työkyvyn heikkenemisen varhainen tunnistaminen. Toimia. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2016/09/26/Tyokyvyn_heikkenemisen_varhainen_tunnistaminen_1.pdf Luettu 20.10.2016.
- Tilastokeskus 2004. Työttömien kuolleisuus suurempaa kuin työllisten. Tilastouutisia 2004:257. <http://www.stat.fi/ajk/tiedotteet/v2004/257ters.html> Luettu 10.1.2013.
- Tilastokeskus 2015. Työllisyys ja työttömyys vuonna 2015. Luettu 16.4.2016. http://www.tilastokeskus.fi/til/tyti/2015/13/tyti_2015_13_2016-04-12_kat_002_fi.html

Toiviainen Hanna 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Väitöskirja. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 160.

Toivonen Timo 2004. Sosiologia: mitä se on? Teoksessa Kantola Ismo, Koskinen Keijo & Räsänen Pekka (toim.) Sosiologiaa karttalehtiä. Tampere: Vastapaino, 13-23.

TTK 2015. Työturvallisuuskeskus. Työterveyshuolto. Tavoitteena aktiivinen työterveysyhteistyö. <http://www.ttk.fi/pdf/julkaisut> Luettu 27.3.2016.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuominen Esa 2010. Raha ratkaisee sittenkin. *Suomen Lääkärilehti* 65, 3580-3582.

Työturvallisuuskeskus TTK 2011. elintarvikealojen työalatoimikunta. Työhyvinvointia kaikille sukupolville. http://www.tyoturva.fi/files/3770/Tyohyvinvointia_kaikille_sukupolville.pdf Luettu 27.3.2016.

TTL 2016a. Työterveyslaitos. Luettu 20.10.2016. <http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/mita/sivut/default.aspx>

TTL 2016b. Työterveyslaitos. Johtokunta. <http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyslaitos/organisaatio/sivut/johtokunta.aspx> Luettu 20.10.2016.

Työterveyshuollon tukea halutaan vähentää 2010. Kansanterveystyön johtajien verkoston kannanotto. Kuntalehti 22.11.2010. <http://www.kuntalehti.fi> Luettu 16.11.2013.

Työterveyslaitos 2016. Luettu 16.4.2016. http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/Sivut/default.aspx

Työturvallisuuskeskus 2016. Työterveyshuolto. <http://www.ttk.fi/tyoterveyshuolto> Luettu 6.4.2016.

Uitti Jukka (toim.) 2014. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Työterveyslaitos.

Vainio Harri, Mäkitalo Jorma & Martimo Kari-Pekka 2013. Toimiva perusterveydenhuolto on työterveyshuollonkin etu. Työterveyslaitos. Luettu 16.11.2013. http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyslaitos/kannanottomme/Sivut/kannanotto_thl_aloitteeseen.aspx

Valtonen Hannu 2011. Terveystieteiden rahoitusehdotusten arviointi. Julkaisussa Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. VNK, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19, 9-49. http://vnk.fi/documents/10616/622966/J1911_Ehdotukset+sosiaali-+ja+terveydenhuollon.pdf/e62fc9fd-e48a-4aa4-b9c9-b72f177ca6 Luettu 12.9.2013.

VNK 2011. Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19. http://vnk.fi/documents/10616/622966/J1911_Ehdotukset+sosiaali-+ja+terveydenhuollon.pdf/e62fc9fd-e48a-4aa4-b9c9-b72f177ca6 Luettu 12.9.2013.

Virno Paolo 2006. Väen kielioppi. Helsinki: Tutkijaliitto.

Virtanen Simo & Husman Päivi 2010. Sosioekonomiset terveyserot. Teoksessa Kauppinen Timo, Hanhela Rauno, Kandolin Irja, Karjalainen Antti, Kasvio Antti, Perkiö-Mäkelä Merja, Priha Eero, Toikkanen Jouni & Viluksela Marja (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2009. Helsinki: Työterveyslaitos, 147- 152. http://www.ttl.fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_terveys_2009.pdf Luettu 13.6.2013.

von Otter Casten 2004. Swedish workinglife. Searching a new regime. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

VTV 2011. Valtiontalouden tarkastusvirasto. Sairaanhoidovakuutus - erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista, Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset, Tuloksellisuustarkastuskertomus 288. Helsinki.

Vuori Hannu 1979. Lääketieteen historia. Sosiaalhistoriallinen näkökulma. Jyväskylä: Gummerus.

Vuori Jari 2008. Julkisesti, yksityisesti vai tilatusti tuotettu terveys. Kansalaisen valinnat terveystaloudessa. Teoksessa Ashorn Ulla & Lehto Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki : Stakes, 194-214.

Vähämäki Jussi 2006. General Intellect. Teoksessa Jakonen Mikko, Peltokoski Jukka & Virtanen Akseli (toim.) Uuden työn sanakirja. Helsinki: Tutkijaliitto, 12-27.

WHO 1995, Global Strategy on Occupational Health for All. The Way to Health at Work. (Recommendation of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health 11-14 October 1994 Beijing, China) WHO/OCH/95.1, Geneve. Luettu 16.11.2013. http://www.who.int/occupational_health/en/oehstrategy.pdf?ua=1

Weber Max 1980. Protestanttinen etiikka ja kapitalismin henki. Suom. Kytäjä Timo. Juva: WSOY.

Wolinsky Fredric D. 1993. The professional dominance, deprofessionalization, proletarianization, and corporatization perspectives. An overview and synthesis. Julkaisussa Hafferty Frederic W, McKinlay John B. (toim.) The changing medical profession. An international perspective. Oxford: OxfordUniversity Press, 11-24.

Wrede Sirpa 2000. Suomalainen terveydenhuolto. Jännitteitä ja murroksia. Teoksessa Kangas Ilka, Karvonen Sakari & Lillrank Annika (toim.) Terveystieteiden suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus, 189-205.

Wynne Brian 1996. May the Sheep Safely Graze? A Reflexive View of the Expert-lay Knowledge Divide. Teoksessa Lash Scott, Szerszynski Bronislaw & Wynne Brian (toim.) Risk, Environment and Modernity. Towards a new ecology. London: Sage, 44-83.

Yliaska Ville 2014. Tehokkuuden toiveuni: uuden julkisjohtamisen historia Suomessa 1970-luvulta 1990 luvulle. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Ylönen Marja 2010. Tieto, tiede ja asiantuntijuus. Teoksessa Valkonen Jarno (toim.) Ympäristösosiologia. Helsinki: WSOYpro, 83-100.

Ylöstalo Pekka 2005. Sitä saa, mitä kysyy – pohdintoja soveltavan empiirisen sosiaalitutkimuksen asemasta nykyaikaisessa työorganisaatiossa. Tutkimus menetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Juva: PS-kustannus, 103-122.

Zola Irving Kenneth 1972. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review* 20 (4), 487-504.

Hallituksen esitykset

HE 114/ 2001 vp Hallituksen esitys eduskunnalle työterveyshuoltolaiksi sekä laiksi työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta työsuojeluasioista annetun lain 4 ja 11 §:n muuttamisesta.

HE 67/ 2010 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 13 luvun 5 §:n muuttamisesta.

HE 75/ 2011 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja terveyshuoltolain muuttamisesta.

Lait

Laki aluehallintovirastoista (896/2009)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki työterveyshuoltolain muuttamisesta (20/2012)

Laki yksityisyyden suojasta työelämässä(759/2004)

Perustuslaki (731/1999)

Sairausvakuutuslaki (1224/2004)

Terveydenhuoltolaki (743/1978), (1326/2010)

Työterveyshuoltolaki (1383/2001)

Työturvallisuuslaki (738/2002)

Asetukset

Valtioneuvoston asetus (784/1978) työterveyshuollon neuvottelukunnasta.

Valtioneuvoston asetus (1485/2001) terveystarkastuksista erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä.

Valtioneuvoston asetus (708/2013) hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta.

Liitteet

Liite 1 Kiitokset

Liite 2 Kyselylomake

Kiitos graduni ohjaajalle Janne Autolle kommenteista, kannustuksesta ja kärsivällisyydestä pitkään kestäneen graduprosessini kanssa. Kiitos Etelä-Suomen aluehallintoviraston aluehallintoylilääkärinä vuonna 2012 toimineelle Helena Mussalo-Rauhamaalle ohjauksesta korkeakouluharjoittelussani ja hallinnollisen kyselyn teossa, opastuksesta työterveyshuollon maailmaan sekä luvasta käyttää kyselyaineistoa gradussani. Kiitos Hakanpään naisille vinkeistä ja parannusehdotuksista graduuni. Kiitos ystäväilleni kannustuksesta niin gradussa kuin elämässäkin. Erityisesti kiitos Katja Martinmäelle lukuisista neuvoista graduprosessissa ja jaetuista hetkistä opiskeluissa.

Rakkailleni kiitos. Kaikki hyvä mitä olen, kaikki hyvä mitä teen, on omistettu teille. Teen ja olen teidän ansiostanne.

KYSELYLOMAKE 2012



ETELÄ-SUOMEN ALUEHALLINTOVIKASTON KYSELY 'TYÖTERVEYSHUOLLON NYKYTILA
JA HAASTEET'
REGIONFÖRVALTNINGSVERKET I SÖDRA FINLANDS ENKÄT 'NULÄGE OCH UTMANINGA
INOM PERSONALHÄLSOVÄRDEN'

TAUSTATIETOJA / BAKGRUNDSINFORMATION

1. Vastaaja. / Svarare.

(Voitte valita useita vaihtoehtoja. / Ni kan väljå flera alternativ.)

- Johtava työterveyslääkäri / Ledande företagsläkare
- Työterveyslääkäri / Företagsläkare
- Ylilääkäri / Överläkare
- Vastaava työterveyshoitaja / Ansvarig företagshälsovårdare
- Työterveyshoitaja / Företagshälsovårdare
- Toimitusjohtaja / Verkställande direktör

Muu, kuka? / Annan, vem?

2. Johtavan työterveyslääkärin sähköpostiosoite. / E-postadress till den ledande läkaren för
personalhälsovården.

3. Millä aluehallintoviraston alueella työterveyshuoltoyksikköne toimii? / Till vilket regionförvaltningsverks område hör er personalhälsovårdsenhet?

(Voitte valita useita vaihtoehtoja. / Ni kan välja flera alternativ.)

- Etelä-Suomen aluehallintovirasto / Regionförvaltningsverket i Södra Finland
- Lounais-Suomen aluehallintovirasto / Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland
- Itä-Suomen aluehallintovirasto / Regionförvaltningsverket i Östra Finland
- Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto / Regionförvaltningsverket i Västra och Inre Finland
- Pohjois-Suomen aluehallintovirasto / Regionförvaltningsverket i Norra Finland
- Lapin aluehallintovirasto / Regionförvaltningsverket i Lappland
- Ahvenanmaan valtionvirasto / Statens ämbetsverk på Åland
- koko Suomi / Hela landet

4. Minkä maakunnan alueella työterveyshuoltoyksikköne toimii? / Landskapet där er personalhälsovårdsenhet finns?

(Voitte valita useita vaihtoehtoja. / Ni kan välja flera alternativ.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Uusimaa / Nyland | <input type="checkbox"/> Varsinais-Suomi / Egentliga Finland |
| <input type="checkbox"/> Satakunta | <input type="checkbox"/> Kanta-Häme / Egentliga Tavastland |
| <input type="checkbox"/> Pirkanmaa / Birkaland | <input type="checkbox"/> Päijät-Häme / Päijänne Tavastland |
| <input type="checkbox"/> Kymenlaakso / Kymmene dalen | <input type="checkbox"/> Etelä-Karjala / Södra Karelen |
| <input type="checkbox"/> Etelä-Savo / Södra Savolax | <input type="checkbox"/> Pohjois-Savo / Norra Savolax |
| <input type="checkbox"/> Pohjois-Karjala / Norra Karelen | <input type="checkbox"/> Keski-Suomi / Mellersta Finland |
| <input type="checkbox"/> Etelä-Pohjanmaa / Södra Österbotten | <input type="checkbox"/> Pohjanmaa / Österbotten |
| <input type="checkbox"/> Keski-Pohjanmaa / Mellersta Österbotten | <input type="checkbox"/> Pohjois-Pohjanmaa / Norra Österbotten |
| <input type="checkbox"/> Kainuu / Kajanaland | <input type="checkbox"/> Lappi / Lappland |
| <input type="checkbox"/> Ahvenanmaa / Åland | |

TOIMINTA / VERKSAMHET

5. Toiminnan järjestämistapa. / Verksamheten har ordnats på följande sätt.

(Voitte valita useita vaihtoehtoja. / Ni kan välja flera alternativ.)

- Työterveyspalvelut antaa kunnan työterveyshuollon viranhaltijat / Personalthälsovården tillhandahålls av kommunens egna tjänsteinnehavare inom personalthälsovården
- Työterveyshuollon liikelaitos / Affärsverk för personalthälsovård
- Työterveyshuolto on ulkoistettu toiselle työterveyshuollon palveluja antavalle yritykselle / Personalthälsovården har lagts ut på entreprenad till ett annat företag som endast erbjuder personalthälsovård
- Työterveyshuolto on ulkoistettu henkilöstövuokrausta antavalle yritykselle / Personalthälsovården har lagts ut på entreprenad till ett företag som erbjuder personaluthyrning
- Työterveyshuolto on yhtiötetty / Personalthälsovården har bolagiserats
- Muuten, miten? / På annat sätt, hur?

6. Kuinka monta asiakasyritystä työterveyshuoltonne piirissä on? / Hur många kundföretag omfattas av er personalthälsovård?

(Kunnan/ kuntayhtymän yksiköt/ laitokset lasketaan yhdeksi yksiköksi. / Kommunens/ samkommunens enheter/ inrättningar räknas till en enhet.)

1-50 51- 100 101- 500 501-1000 Yli 1000 / Mer än 1000

7. Onko Teillä asiakkaina alle kymmenen työntekijän yrityksiä? / Har ni kunder som är företag med färre än tio anställda?

Ei / Nej

Kyllä, arviolta kuinka monta? / Ja, ungefär hur många?

8. Arvio työterveyshuoltonne piirissä olevien henkilöasiakkaiden määrästä. / Uppskatta antalet personkunder som omfattas av er personalthälsovård.

Alle 1000 / Under 1000 1000-4000 Yli 4000 / Mer än 4000

9. Miten tekemienne sopimusten sisältö jakautuu? / Hur fördelar sig era avtal enligt innehåll?

Vain lakisääteinen työterveyshuolto (THL 12§) prosentteina / Endast lagstadgad personalthälsovård (12§ i lagen om företagshälsovård) i procent

Laajennetun sopimuksen mukainen kokonaisvaltainen työterveyshuolto (THL 14§) prosentteina / Heltäckande personalthälsovård enligt ett utvidgat avtal (14§ i lagen om företagshälsovård) i procent

10. Onko Teillä pulaa jostakin työterveyshuollon työntekijäryhmästä? / Har Ni brist på någon särskild grupp av arbetstagare inom personalthälsovården?

Ei (Mikäli vastasitte ei, siirtykää suoraan kysymykseen 12.) / Nej (Om Ni svarade Nej, gå direkt till fråga 12.)

Kyllä / Ja

11. Mistä työterveyshuollon työntekijäryhmästä Teillä on pulaa? / Vilken personalgrupp inom personalthälsovården har Ni brist på?

(Voitte valita useita vaihtoehtoja. / Ni kan välja flera alternativ.)

- Työterveyshuollon erikoislääkärit / Specialläkare inom personalthälsovården
- Työpsykologit / Företagspsykologer
- Työterveydenhoitajat / Företagshälsovårdare
- Työfysioterapeutit / Företagsfysioterapeuter
- Muu ryhmä, mikä? / Annan grupp, vilken?

12. Onko Teillä pulaa erityisesti työterveyshuollon koulutuksen saaneista työntekijöistä? / Har Ni brist på arbetstagare med utbildning särskilt i personalthälsovård?

Ei (Mikäli vastasitte ei, siirtykään suoraan kysymykseen 14.) / Nej (Om Ni svarade Nej, gå direkt till fråga 14.)

Kyllä / Ja

13. Mistä työterveyshuollon koulutuksen saaneesta työntekijäryhmästä Teillä on erityisesti pulaa? /
Vilken personalgrupp med utbildning i personalthälsovård har Ni särskilt brist på?

(Valitkaa vain yksi ryhmä. / Ni kan välja bara ett alternativ.)

Työterveyshuollon erikoislääkärit / Specialläkare inom personalthälsovården

Muut lääkärit, työterveyslaitoksen pitkän koulutuksen saaneet / Övriga läkare, arbetstagare som
fått den långa utbildningen från arbetshälsoinstitutet.

Työpsykologit / Företagspsykologer

Työterveydenhoitajat / Företagshälsovårdare

Työfysioterapeutit / Företagsfysioterapeuter

Muu ryhmä, mikä? / Annan grupp, vilken?

YRITYSTYÖTERVEYDENHUOLTO / PERSONALTHÄLSOVÅRD FÖR FÖRETAG

14. Onko Teillä yrityksiä, jotka odottavat pääsyä yritystyöterveydenhuollon palveluiden piiriin? / Har
Ni företag som väntar på att få personalthälsovård för företag?

Ei (Mikäli vastasitte ei, siirtykää suoraan kysymykseen 18.) / Nej (om Ni svarade Nej, gå direkt
till fråga 18.)

Kyllä / Ja

15. Kuinka pitkä jono Teillä on yritystyöterveydenhuollon palveluiden piiriin pääsemiseen? / Hur lång
är kön hos Er till företagens personalthälsovård?

(Lukumääräisesti yrityksiä jonossa. / Antal företag i kö.)

16. Kuinka pitkä jonotusaika Teillä on yritystyöterveydenhuollon palveluiden piiriin pääsemiseen? /
Hur lång är kötiden hos Er till företagens personalthälsovård?

(Keskimäärin, kuukausissa. / I genomsnitt i månader.)

17. Jos Teillä on jonoa yritystyöterveydenhuollon palveluiden piiriin pääsemiseen, millainen on jonon jakauma? Om Ni har företag i kö som väntar på att få personhälsovård, hur är företagen i kön fördelade?

Kuinka paljon jonossa on alle 10 työntekijän yrityksiä? / Hur många av företagen i kö är företag med mindre än 10 arbetstagare?

Kuinka paljon jonossa on PK-yrityksiä? (alle 250 työntekijän yritys, EU:n komission määritelmän mukaan) / Hur många av företagen i kö är små och medelstora företag? (Företag med mindre än 250 arbetstagare, enligt EU-kommissionens definition)

Kuinka paljon jonossa on yli 250 työntekijän yrityksiä? / Hur många av företagen i kö har mer än 250 arbetstagare?

18. Mikäli yrityksillä on ongelmia yritystyöterveyspalveluiden sopimusten piiriin pääsemisessä, kuvailkaa mistä ongelmat Teillä johtuvat? / Om företagen har problem att få tillgång till personhälsovård för företag, beskriv vad problemen beror på hos Er?

TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT / FRAMTIDSUTSIKTER

19. Mitkä ovat olleet mielestänne suurimpia muutoksia työterveyshuollon kentässä viimeisten vuosien aikana? / Vilka anser Ni att har varit de största förändringarna inom personhälsovården under de senaste åren?

20. Mitä pidätte työterveyshuollon suurimpana haasteena tällä hetkellä? Vilken anser Ni är den största

utmaningen för personalhälsovården just nu?

22. Sana on vapaa. / Ordet är fritt.

Tähän voitte merkitä asioita joita haluatte saattaa aluehallintoviraston tietoon. Kiitämme kaikesta palautteesta. / Här kan Ni skriva sådant Ni vill regionförvaltningsverket ska få kännedom om. Vi tackar alla återkoppling.

Kiitos vastauksista !

Vastaukset käsitellään luottamuksellisina. Lähettäkää vastaus klikkaamalla lähetä -painiketta. Voitte lähettää vastauksenne myös postitse paperiversiona osoitteeseen Etelä-Suomen aluehallintovirasto, sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö/ H. M-R, PL 110, 00531 Helsinki.

Kyselyä koskevat tiedustelut voi kohdistaa kyselyn toteuttajalle Raija Savikolle raija.savikko@avi.fi

Tack för Ert svar!

Svaren behandlas konfidentiellt. Skicka svaret genom att klicka på Läheta (Skicka) -knappen. Ni kan också skicka svaret per post till Regionförvaltningsverket i Södra Finland, social- och hälsovårdsheten/ H.M-R, PB 110, 00531 Helsingfors.

Frågor om enkäten besvaras av Raija Savikko, som tagit fram enkäten, raija.savikko@avi.fi