

SÄHKÖINEN TYÖTERVEYSTARKASTUS
Asiakaskäyttäjäkokemukset työterveyshuollon
sähköisestä terveystarkastuksesta

Elina Leskinen ja Outi-Annina Ohisalo
Opinnäytetyö, syksy 2016
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystarkastaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Leskinen, Elina & Ohisalo, Outi-Anniina. Sähköinen työterveystarkastus. Asiakaskäyttäjäkokeemukset työterveyshuollon sähköisestä terveystarkastuksesta. Diak, Helsinki, syksy 2016, 114 s., 7 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, terveydenhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli koota tietoa teknologian kehittymisestä työterveyshuollossa. Teoriaosuudessa koottiin tietoa työterveyshuollosta, teknologian kehittymisestä terveydenhuollossa sekä sen vaikutuksista työterveyshuoltoon. Tutkimusosuudessa selvitettiin työterveyshuollon yksilöasiakkaiden käyttäjäkokeuksia sähköisestä työterveystarkastuksesta.

Aineistona käytettiin Diacor Terveyspalvelut Oy:n sähköiseen työterveystarkastukseen vuonna 2015–2016 osallistuneita yksilöasiakkaita. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin kyselylomakkeella, joka sisälsi strukturoituja Likert-asteikollisia kysymyksiä. Kysely toteutettiin 30.9.–14.10.2016 välisenä aikana, yhteistyössä työelämäkumppanin kanssa.

Opinnäytetyön tutkimusosuuden tarkoituksena oli kuvata, kuinka halukkaita työterveyshuollon yksilöasiakkaat olivat ottamaan käyttöön sähköisen työterveystarkastuksen. Tutkittava ilmiö oli terveysteknologia työterveyshuollossa. Tutkimusongelmina käytettiin seuraavia kysymyksiä. Kuinka selkeäksi asiakkaat kokivat sähköisen työterveystarkastuksen kokonaisuuden ja jatkotoimet. Kuinka onnistuneesti asiakkaat kokivat sähköisen työterveystarkastuksen auttavan yksilöllisten terveysriskien tiedostamisessa. Kuinka tyytyväisiä asiakkaat olivat työterveystarkastukseen ja suosittelisivatko he sitä oman käyttökokemuksensa perusteella muille.

Tulokset teemoiteltiin kolmeen ryhmään: eTerveystarkastuksen selkeyteen ja ymmärrettävyyteen, terveyden edistämiseen sekä yleiseen tyytyväisyyteen ja suosittelavuuteen. Tuloksista kävi ilmi, että digiorientoitumisella ei lähtökohtaisesti ollut merkitystä suhtautumisessa eTerveystarkastuksen käyttöön tai käyttöönottoon. eTerveystarkastus koettiin pääosin selkeäksi, mutta terveyden edistämisen näkökulmasta yksilöllisten terveysriskien tiedostamisessa havaittiin puutteita. Kokonaisuudessaan eTerveystarkastuksen asiakaskäyttäjät olivat tyytyväisiä sähköisesti toteutettavaan työterveystarkastukseen, ja he suosittelisivat sitä muille kiittävästi.

Asiasanat: työterveyshuolto, terveystarkastus, terveysteknologia, terveyden edistäminen, kvantitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Leskinen, Elina and Ohisalo, Outi-Anniina. Occupational e-health checks. 114 p., 7 appendices. Language: Finnish. November 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse.

The aim of this study was to gather information on the development of occupational health care technology. In the theoretical part information was gathered about occupational health care, development of technology in health care and its impact on occupational health care. In the research part user experiences of occupational health care customers about the e-health check was clarified.

As material was used customers who participated in e-health check in Diacor terveyspalvelut Oy between 2015–2016. The study was executed by means of quantitative research using structured, Likert-scaled questionnaire. The survey was conducted in co-operation with Diacor terveyspalvelut Oy in autumn 2016.

The purpose of the research was to find out how keen the customers of occupational health care were to start using the e-health check. The following were the research problems. How clear was the whole experience of the e-health check and the further actions. What were their experiences in how successfully the e-health check helps them to recognise individual health risks. How satisfied the customers were with occupational health check and would they recommend it for others.

The results were divided under three different themes: the clarity and introduction of the e-health check, the advisability and health promotion. The results revealed that, in principle, it was irrelevant whether the customers were digital orientated or not what comes to introducing to e-health check. Mainly e-health check was a plain experience, but from the health promotion point of view, defects were detected in awareness of health risks. As a whole, users of e-health check were satisfied about occupational health check implemented in e-form and they would recommend it for others.

Keywords: occupational health care, health check, health technology, health promotion, quantitative research.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TYÖTERVEYSHUOLTO TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ.....	8
2.1 Työterveyshuollon toimintaa ohjaavat tekijät.....	10
2.2 Työterveystarkastus.....	15
2.3 Asiakaskokemuksia työterveystarkastuksista	21
2.4 Asiakaskokemuksia terveysteknologian käytöstä	22
3 TERVEYTEKNOLOGIA TYÖTERVEYSHUOLLOSSA.....	24
3.1 eTerveyspalveluja määrittävät virallisjulkaisut.....	24
3.2 Sähköiset terveyspalvelut ja digitalisaatio	28
3.3 Terveysteknologia	38
3.4 Sähköiset omahoitopalvelut	41
4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSOSUUS	45
4.1 Kvantitatiivinen tutkimus.....	45
4.2 Yhteistyöorganisaation esittely	49
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	53
6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET	55
6.1 Teema 1: selkeys ja ymmärrettävyys	58
6.2 Teema 2: terveyden edistäminen.....	62
6.3 Teema 3: yleinen tyytyväisyys ja suosittelevuus	68
6.4 Johtopäätökset.....	71
7 TUTKIMUSOSUUDEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	75
8 POHDINTA	77
LÄHTEET.....	81
LIITE 1: Työterveyshuollon toimintaa ohjaavat virallisjulkaisut.....	91

LIITE 2: Hyvä työterveyshuoltokäytäntö	93
LIITE 3: Ammatillaiset ja asiantuntijat.....	95
LIITE 4: Työterveyshuollon ydinpalveluprosessin keskeiset osat.....	97
LIITE 5: Saatekirje.....	102
LIITE 6: Kyselylomake.....	103
LIITE 7: Opinnäytetyön tutkimusosuuden taulukot	106

1 JOHDANTO

Teknologia integroituu yhä keskeisemmin terveydenhuoltoon, sen organisaatioihin ja prosesseihin (Rönkkö, Helkiö, Kautonen, Riippa 2016, 32). Digitalisaatio ja kehittyvä tietotekniikka avaavat mahdollisuuksia uudistaa ja kehittää toimintatapoja terveydenhuollossa (Lehto, Oinas-Kukkonen, Pätiälä, Saarelma 2012; Oikarinen & Poranen 2016, 40). Suomessa teknologian hyödyntämisessä osana terveydenhuollon palveluja ja prosesseja ollaan keskellä muutosta (Rönkkö ym. 2016, 31). Teknologian murros - analogisesta teknologiasta digitaaliseen siirtyminen - on tuottanut sekä suoria että epäsuoria vaikutuksia terveydenhuoltoon (Kaivo-Oja 2016, 75). Kansalaisten valmiudet sähköisten palvelujen käyttöönottoon on todettu varsin hyviksi (Hyppönen, Hyry, Valta & Ahlgren 2014, 17; Korhonen 2014, 159; Sihvo, Jauhiainen & Ikonen 2014, 15; Timonen, Kauppinen & Ahonen 2016, 8; Rönkkö ym. 2016, 35).

Sähköiset terveystalvet tarkoittavat tieto- ja viestintätekniikan käyttöä terveydenhuollon prosesseissa (Ahonen, Kinnunen & Kouri 2016, 13). Sähköiset palvelut ovat apuväline hoidon tulosten parantamiseen ja resurssien viisaaseen käyttöön (Rönkkö ym. 2016, 41), menojen kasvun hillintään, tuottavuuden ja kustannustehokkuuden parantamiseen (Kaivo-Oja 2016, 86) sekä palveluiden asiakaslähtöistämiseen (Ahonen ym. 2016, 13). Sähköisten palvelujen käyttöönoton on todettu lisäävän asiakkaan omaa vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan (Sihvo, Jauhiainen & Ikonen 2014, 15). Sähköisten palvelujen avulla on pystytty kehittämään uusia välineitä omahoidon, omaseurannan ja mittauksen tueksi (Numminen 2016, 124), kuten esimerkiksi erilaisia etäpalveluita (Merasto 2016, 8).

Työterveystarkastukset ovat osa työterveyshuollon työterveyttä edistävää ja ennalta ehkäisevää toimintaa, joissa selvitetään muun muassa terveyteen, turvallisuuteen sekä työ- ja toimintakykyyn liittyvien tekijöiden vaikutuksia yksilöön (Manninen, Laine, Leino, Mukala & Husman 2007, 124–125). Sähköisten terveystarkastusten avulla on mahdollista kohdentaa työterveyshuollon tarkastuksia oikein (Siitonen & Ikonen 2014a, 153). Sähköiset terveystarkastukset ja seulovat kyselyt ovat ajanhermolla ja juuri nyt käyttöön tulossa olevia digitaalisia palveluja (Sauni & Leino 2016, 157). Työterveyshuollon

haasteena on tarjota sähköisiä palveluja niin yksilöasiakkaille kuin asiakasyrityksille (Sormunen & Ikonen 2014, 155).

Opinnäytetyön teoriaosuuden tarkoituksena on koota kattavasti tietoa työterveyshuollosta ja terveydenhuollon digitalisoinnista. Koska sähköisten palveluiden on todettu soveltuvan työterveyshuollon palveluihin erityisen hyvin (Korhonen 2014, 159), opinnäytetyön tutkimusosuudessa kartoitetaan työterveyshuollon palveluiden sähköistämisen tuottamia asiakaskokemuksia. Työelämä yhteistyökumppanina toimii Diacor terveyspalvelut Oy, jolle tehdään tutkimus koskien työterveyshuollon yksilöasiakkaiden sähköisen työterveystarkastuksen asiakaskäyttäjäkokemuksia. Tutkimus toteutetaan kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin strukturoidulla Likert-asteikollisella kyselylomakkeella.

Opinnäytetyön tutkimusosuuden tarkoituksena on kuvata, kuinka halukkaita työterveyshuollon yksilöasiakkaat ovat ottamaan käyttöön sähköisen työterveystarkastuksen. Tutkimusongelmina toimivat seuraavat kysymykset. Kuinka selkeäksi asiakkaat kokevat sähköisen työterveystarkastuksen kokonaisuuden ja jatkotoimet. Kuinka onnistuneesti asiakkaat kokevat sähköisen työterveystarkastuksen auttavan yksilöllisten terveysriskien tiedostamisessa. Kuinka tyytyväisiä asiakkaat ovat työterveystarkastukseen ja suosittelisivatko he sitä oman käyttökokemuksensa perusteella muille.

Sähköinen asiointi terveydenhuollon eri kentillä on voimakkaasti kehittyvä ja ajankohdainen alue (Sihvo & Jauhiainen 2014, 10). Sähköisen asioinnin käyttöönoton tarkoituksena on lisätä kansalaisten saamaa terveyshyötyä sekä terveydenhuollon vaikuttavuutta (Sihvo, Jauhiainen & Ikonen 2014, 15). Teknologian ja digitalisaation kehityksen myötä on jatkossakin mahdollista kehittää yhä edistyneisempiä e-terveyspalveluja (Kaivo-Oja 2016, 80).

2 TYÖTERVEYSHUOLTO TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ

Työterveyslaitos määrittelee työterveyshuollon olevan asiantuntija terveyden ja työn välisessä suhteessa. Työterveyshuollon tarkoituksena on huolehtia yhdessä työpaikkojen kanssa henkilökunnan työturvallisuudesta sekä henkilöstön työ- ja toimintakyvystä. (Työterveyslaitos 2016a.) Työterveyshuollon tärkeänä tehtävänä on yhteistyössä työnantajan ja työntekijän kanssa edistää niin työn kuin työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta (Manninen ym. 2007, 11; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a). Muita keskeisiä tavoitteita ovat muun muassa työurien pidentäminen ja työssä jaksamisen parantaminen. Tavoitteiden keskiössä on huomioida asiakkaan jäljellä oleva työkyky ei työkyvyttömyys. Erityisesti ennalta ehkäisevä toiminta, kuten työkyvyn ylläpito sekä oikea-aikainen hoito ja kuntoutus, ovat työterveyshuollon kulmakiviä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a.)

Työterveyshuollon tärkeinä tehtävinä on tukea niin työyhteisön toimintaa kuin työntekijän terveyttä ja toimintakykyä eri vaiheissa työuraa sekä ehkäistä kunkin työntekijän työhön liittyviä tapaturmia ja sairauksia (Manninen ym. 2007, 11; Kela 2016a). Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että työterveyshuollon toiminta on tarkoitusperiltään työntekijän terveyttä ja työoloja kehittävää toimintaa (Siitonen & Ikonen 2014, 146). Työterveyshuollolla on tänä päivänä lisäksi tärkeä rooli sosiaali- ja terveystaloudessa. Työ vaikuttaa vahvasti työntekijän terveyteen, ja näin ollen koettu terveys vaikuttaa kunkin työntekijän työn tekemiseen. (Manninen ym. 2007, 1.) Tarkoituksenmukaista on kyetä seuraamaan ja edistämään terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä niin yksilö-, ryhmä- kuin väestötasolla (Sauni & Leino 2016, 157).

Työntekijän roolia aktiivisena toimijana on ryhdytty korostamaan passiivisen terveyspalvelujen vastaanottajan roolin sijasta. Nykyaikaisen työterveyshuollon tärkeinä toimina nähdään työntekijän oma terveyden edistäminen ja voimavarojen käyttäminen työkyvyn ylläpitämiseksi, mutta myös työntekijän suojeleminen työstä johtuvilta terveysriskeiltä. (Sauni & Leino 2016, 152, 157.) Asiakaslähtöisyyden onkin todettu edistävän asiakkaan osallisuutta oman terveytensä ja hyvinvointinsa edistäjänä (Jauhiainen, Sihvo, Ikonen 2014, 40).

Kansanterveystieteessä työikäisiin katsotaan kuuluvaksi laaja ryhmä (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 86). Tilastokeskus (2016) määrittelee kaikki 15–74-vuotiaat kuuluvaksi työikäiseen väestöön, kun taas kansainvälisessä vertailussa työikäisiksi käsitetään yleensä 15–64-vuotiaat (Kauhanen ym. 2013, 86). Työikäisen terveyden edistäminen toteutetaan pitkälti työterveyshuollon puolella. Työterveyshuollon palvelut kuuluvat kaikille työssäkäyville työntekijöille työsuhteen kestosta tai laadusta riippumatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a.) Työ ja työhön liittyvät tekijät vaikuttavat väistämättä työikäisen toimintakykyyn sekä terveyteen (Rautio 2015, 319, 325). Kansanterveydelliset haasteet on myös hyvä nähdä yhtenä isona tekijänä työikäisessä väestössä. Näiden haasteiden hoitamisessa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Terveydenhoitajan työssä erityisesti lähtökohtana on terveys, joka maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan on fyysistä, psyykkistä, sosiaalista, emotionaalista ja hengellistä hyvinvointia. Terveys voi vaihdella elämän eri vaiheissa. (Haarala ym. 2015, 38.) Näin ollen terveys on ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia, jota terveydenhoitajan työssä kutsutaan termillä terveyden edistäminen. Tällä tarkoitetaan väestöön, yhteisöihin, yksilöön ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa. (Terveydenhuoltolaki 2010.) Työkyvyn edistämällä puolestaan tarkoitetaan moniulotteista, kokonaisvaltaista työkyvyn tarkastelua, johon katsotaan kuuluviksi yksilön voimavarat, työ, työelämä ja työelämän ulkopuolinen ympäristö, jotka yhdessä määrittävät työkykyä (Gould, Ilmarinen, Järvisalo & Koskinen 2006, 311). Tätä toteutetaan erityisesti työterveyshoitajan työssä.

Terveyden edistämisen tavoitteena on niin terveyden kuin työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen. Muita tavoitteita ovat muun muassa sairauksien, muiden terveysongelmien ja tapaturmien ehkäiseminen, väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä mielenterveyden vahvistaminen. (Terveydenhuoltolaki 2010.) Terveyden edistäminen on ollut aina olennainen osa terveydenhoitajan työtä ja koulutusta. Terveydenhoitajalta vaaditaan tietoa ja ymmärrystä terveydestä ja sen moniulotteisuudesta. Terveydenhoitajan työ on laaja-alaista vaikuttamista muun muassa yhteiskunnallisiin rakenteisiin sekä sosiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. (Haarala ym. 2015, 37–38.)

Terveyden edistämisen haasteena ja tavoitteena tulevaisuudessa on erityisesti terveyserojen kaventaminen. Työterveyshuollon ulkopuolelle työkäisistä jää joukko ihmisiä, jotka ovat ainoastaan perusterveydenhuollon piirissä. Näitä työkäisiä ovat muun muassa työttömät, epätyypillisissä työsuhteissa olevat työntekijät, yrittäjät, työkäiset eläkeläiset, sekä terveydellisistä ja sosiaalisista ongelmista kärsivät ihmiset. Heidän terveydenhuoltoonsa on kiinnitettävä tulevaisuudessa enemmän huomiota. Tämä vaatii yhteistyötä niin työterveys- ja perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon sekä kuntoutuksen ja vakuutusjärjestelmien välillä. Näin ollen yksi valtakunnallisista tavoitteista on pyrkiä saamaan kaikille työkäisille helposti saatavilla olevat, kattavat, monipuoliset sekä yhdenvertaiset työterveyspalvelut. Työterveyshuollon ulkopuolelle jäävien ongelmat on osittain tiedostettu ja niihin on valtakunnan tasolla pyritty kehittämään ratkaisuja. Näin ollen työkäisen terveyden ja työkyvyn edistämiseksi laaditaan koko ajan monenlaisia lainsäädännöllisiä uudistuksia, jotka turvaavat mahdollisimman nopean paluun työelämään. Tämän hetken lainsäädännöllinen uudistus on osasairauspäiväraha järjestelmä. Tämän tarkoituksena on mahdollistaa kuntoutus samalla, kun työntekijä palaa asteittain työelämään. (Haarala ym. 2015, 330–331.)

2.1 Työterveyshuollon toimintaa ohjaavat tekijät

Työterveyshuolto on muihin terveyshuollon toimintaympäristöihin verraten hyvin byrokraattinen sekä erinäisiin kansallisiin ja kansainvälisiin säädöksiin perustuvaa toimintaa. Näitä säädöksiä ovat lait, asetukset, säännökset, ohjelmat, hankkeet ja strategiat sekä direktiivit ja sopimukset. Tämä, osin hyvin tiukkakin, kontekstisidonnaisuus on tärkeää ymmärtää hahmotettaessa työterveyshuollon toimintaa ja kokonaisuutta. Työterveyshuollon työntekijöiden toimintaa ohjaavat ammattikuntien eettiset ohjeistukset kuten sairaanhoitajan eettiset ohjeet työterveyshoitajaa (Sairaanhoitajat 2014). Työterveyshuoltoa ohjaavista eettisistä periaatteista ovat antaneet suosituksia muun muassa Maailman lääkäriliitto, Euroopan neuvosto, International Commission on Occupational Health sekä Kansainvälinen työjärjestö ILO (Mussalo-Rauhamaa, Savikko, Kernisalo-Perälä & Paakkola 2015, 18).

Työterveyshuollon toimintaa ja sen korvauksia säätelevistä laeista tärkeimmät Suomessa ovat työterveyshuoltolaki (2001), työturvallisuuslaki (2002), laki sairausvakuutuksen

korvauksista (Sairausvakuutuslaki 2004), laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta (2006) sekä työterveyshuoltolakiin lisätty huumausainelaki (2008) (Manninen ym. 2007, 10). Sosiaali- ja terveydenhuollossa on jo olemassa sekä lisäksi kehitteillä erilaisia muita kansallisia ja kansainvälisiä (Euroopan unioni ja World Health Organization) ohjelmia, strategioita, hankkeita ja uudistuksia. Näiden tarkoituksena on omalta osaltaan mitata, kehittää ja edistää nykyistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Näiden asiasisältöä käsitellään tarkemmin liitteessä 1.

Työterveyshuollon vastuut työterveyshuoltopalveluja toteutettaessa

Työterveyshuoltopalvelujen toteuttamista ohjaavat erilaiset lait ja säädökset, jotka määrittävät muun muassa työterveyshuollossa toimivien ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden pätevyyden työhön, säännölliset lisäkoulutukset sekä työn sisällön ja vastuut. Työterveyshuollon ammattihenkilöt, joita ovat työterveyshoitajat ja -lääkärit, ovat vastuussa terveystarkastusten sisällön suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 16). Huomioon otettavaa on, että työterveyslääkärillä on päävastuu erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttaviin töihin liittyvien terveystarkastusten suunnittelusta (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 16).

Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta vuodelta 2013, määrittelee työterveyshuollossa työskentelevien ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutusvaatimukset. Tämän asetuksen mukaan ammattihenkilöiden tulee olla laillistettuja ja päätoimisesti työskenteleviä työterveyshuollon lääkäreitä ja terveydenhoitajia. Työterveyshuollon asiantuntijoita ovat muun muassa laillistetut työfysioterapeutit ja työpsykologit, joilla on oman alansa pätevyys sekä lisäksi ammattikorkeakoulusta suoritettuna työterveyshuollon erikoistumisopinnot. (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 2013.) Työterveyshuoltolain (2001) mukaan ammattilaisten ja asiantuntijoiden tulee kouluttautua lain vaatimin tavoin sekä opiskella alaa jatkuvasti riittäväillä täydennyskoulutuksilla kolmen vuoden välein. Hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä on kerrottu tarkemmin liitteessä 2.

Työterveyshuollossa toimivan, erityisesti ammattihenkilön, on tunnettava hyvin voimassa oleva lainsäädäntö. Tämä antaa erinomaiset toimintavalmiudet työn tekemiseen ja perustelut erilaisten toimintojen tarpeellisuudelle. (Manninen ym. 2007, 11.) Työterveyshuollon ammattihenkilöstön tai asiantuntijoiden on oltava ammatillisesti riippumattomia toimijoita. (Työterveyslaitos 2015a.) Työterveyshuollossa työskentely on tiivistä ja moniammatillista yhteistyötä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden välillä. Vastuu oman asiantuntijuuden sisällön hallitsemisesta sekä tiimityössä oman roolin sisäistämisestä ja työn jakamisesta asiantuntijuuden perusteella on tärkeää. Näin työterveyshuollon toiminta ja yhteistyö yritysten kanssa työntekijöiden parhaaksi on vaikuttavaa ja mitattavissa olevaa toimintaa.

Moniammatilliseen tiimiin kuuluu työterveyslääkäri ja -hoitaja, työterveyspsykologi ja työfysioterapeutti. Tiimin tarkoituksena on toimia työntekijöiden hyväksi sekä tukea toiminnallaan myös työpaikkoja (Työterveyslaitos 2015a). Heidän vastuullaan on suunnitella ja toteuttaa työpaikoille annettavat palvelut sekä seurata annettujen palveluiden vaikuttavuutta yhteistyössä työpaikan kanssa. Palvelujen toteutuksesta vastaa suurimmilta osin työterveyslääkäri ja -hoitaja. Heidän tehtävänä on lisäksi laatia selkeä työnjako terveystarkastusten sisällön suhteen joko itsenäisesti tai yhteistyössä. (Työterveyslaitos 2015a.)

Työterveyshoitaja on terveyden edistämisen asiantuntija. Työterveyshoitajan työn tarkoituksena on edistää työntekijöiden yleistä hyvinvointia sekä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä; terveyttä edistävin, sairauksia ja vaivoja ehkäisevin sekä hyvinvointia lisäävin työ- ja toimintamenetelmin. (Työterveyslaitos 2015a; Suomen Työterveyshoitajaliitto 2016.) Terveystarkastajan keskeisiä työtehtäviä ovat muun muassa työpaikan terveydellisten olosuhteiden arviointi, terveysneuvonta, kuntoutuksiin osallistuminen sekä työterveyshuollon palvelujen koordinointi työpaikkojen kanssa (Suomen Työterveyshoitajaliitto 2016).

Työterveyshuollon asiantuntijoiden erityisosaamista käytetään tarvittaessa, jolloin he voivat myös tehdä terveystarkastuksia työterveyshuollon ammattihenkilöiden tarvearvion eli lähetteen perusteella. (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 16.) Asiantuntijoiden tulee käyttää työssään sellaisia menetelmiä, joiden avulla työpaikan olosuhteet ja yksilöllinen altistuminen tulevat huomioiduiksi. Terveystarkastukset tulee toteuttaa suunnitellusti ja

tieteelliseen tietoon perustuen. Terveystarkastuksen laajuus ja tarkastusten väli suhteutetaan työpaikan tarpeiden ja tavoitteiden nähden mahdollisimman realistiseksi. (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 16.) Työterveyshuollon ammattilaisten ja asiantuntijoiden työnkuva on avattu liitteessä 3.

Työnantajan vastuut työterveyshuoltopalveluja toteutettaessa

Työnantajalla on velvollisuus järjestää lakisääteisesti (Työterveyshuoltolaki 2001) työterveyshuoltopalvelut työntekijöilleen, vaikka yrityksessä toimisi vain yksi työntekijä (Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu 2015). Yrittäjälle, joka tekee työtä esimerkiksi toiminimellä, palvelu ei ole lakisääteistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a; Työterveyslaitos 2015b.) Työnantajan tulee järjestää työterveyshuolto niin kuin työ, henkilöstö, työpaikan olosuhteet tai niiden muutoksista kumpuavat tarpeet vaativat. Tällöin työterveyshuolto tarjoaa palvelujärjestelmän eri palveluineen työnantajalle. Tarvetta arvioi työnantaja yhdessä työterveyshuollon kanssa. Tarpeen arvioinnin lähtökohtana on kokonaisuus eikä yksittäinen toiminta. (Manninen ym. 2007, 20.) Työnantajan järjestämää työterveyshuoltoa valvoo työsuojeluhallinto (Kela 2016a).

Työnantajien käytössä on erilaisia vaihtoehtoja järjestää työterveyspalvelut työntekijöilleen. Palveluja on mahdollista ostaa esimerkiksi kunnallisilta terveyskeskuksilta tai yhtiötetyiltä kunnallisilta työterveyshuollon palveluntuottajilta. Yhtiötetyillä kunnallisilla toimijoilla täytyy olla kuitenkin aluehallintoviraston myöntämä toimilupa työterveyspalvelujen tuottamiseen. (Manninen ym. 2007, 20; Kela 2016a.) Työnantajalla on mahdollisuus järjestää työterveyspalvelut myös itse, toisen työnantajan kanssa yhdessä tai ostopalveluna joltain muulta työterveyshuollon tuottamiseen oikeutetulta henkilöltä tai toimintayksiköltä (Manninen ym. 2007, 20; Kela 2016a; Kela 2016b). Tällaisia toimintayksiköitä ovat esimerkiksi yksityiset tuottajat (lääkärikeskukset), yksityiset ammatinharjoittajat, työterveysasemat sekä kunnalliset liikelaitokset (Manninen ym. 2007, 20; Kela 2016a; Työterveyslaitos 2015b).

Ei kunnalliset toimijat, kuten yksityiset yritykset, tuottavat palvelut joko yksin tai useamman työnantajan kanssa yhteistyössä niin, että työterveyshuoltopalveluita antavalla taholla tulee olla aluehallintoviraston myöntämä toimilupa työterveyspalvelujen anta-

mista varten. Jos työterveyshuollon palveluja tarjoava yritys antaa palveluja useammalla kuin yhdellä aluehallintoviraston alueella, luvan myöntäjä on tuolloin Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). Valvontavirastojen tehtävänä on valvoa myös työterveyshuollon palvelujen sisältöä sekä palvelutuottajien- ja ammattihenkilöiden toimintaa. (Kela 2016a.)

Työntekijän työkyvyn ylläpitämisestä päävastuu on työnantajalla (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 15). Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan työpaikka on keskeinen terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn viitekehys (Sauni & Leino 2016, 153). Usein työkyvyn ylläpitämisen mittareina käytetään sairauspoissaoloja ja työterveystarkastuksia sekä tarkastusten vaikuttavuutta sairauspoissaoloihin, työkykyyn ja työhyvinvointiin. Työterveystarkastuksia on niin lakisääteisiä kuin vapaaehtoisia. Lakisääteiset terveystarkastukset ovat vain sairastumisen vaaraa aiheuttaviin töihin liittyvät tarkastukset. Työhöntulotarkastukset sekä määrääjoin toistuvat terveydentilaa ja työ- ja toimintakykyä kartoittavat ja tukevat työterveystarkastukset ovat vapaaehtoisia, joita työnantaja voi halutessaan järjestää työntekijöilleen. Vapaaehtoisia tarkastuksia ovat muun muassa ikäryhmätarkastukset, tehtäväkohtaiset terveystarkastukset sekä työpaikan organisaation mukaiset tarkastukset silloin, kun työssä ei esiinny erityistä terveysvaaraa tai terveysvaatimuksia. (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 15.)

Vastuu työyhteisöjen toimivuuden edistämisestä kuuluvat työturvallisuuslain (2002) nojalla myös työnantajalle (Työturvallisuuslaki 2002). Työnantaja vastaa samalla työpaikan riskiarvioinnista ja riskien hallinnasta. Työterveyshuoltolain (2001) tarkoituksena on työterveyshuollon, työnantajan sekä työntekijän työyhteisön toimivuuden edistäminen. Työterveyshuollon rooli tässä kohtaa on toimia asiantuntijana terveyden ja työn välisen vaikutuksen arvioimisessa. Työterveyshuolto voi antaa erilaisia toimenpideehdotuksia esimerkiksi työyhteisön toimivuuden edistämiseksi työnantajalle ja/tai tämän edustajalle. Tällöin työnantaja vastaa näiden toimenpide-ehdotusten toteuttamisesta työpaikoilla. (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 16–17.)

Työterveyshuoltolaki (2001) velvoittaa työnantajaa laatimaan yhdessä yrityksen työntekijöiden kanssa kirjallisen päihdeohjelman. Päihdeohjelma sisältää työpaikan tavoitteet ja käytännöt, joita noudatetaan päihteiden käytön ehkäisemiseksi sekä ohjeistuksen

päihdeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi. Jos yrityksellä ei ole laadittuna päihdeohjelmaa, ei myöskään huume-testauksia saa suorittaa. (Manninen ym. 2007, 134–135.)

2.2 Työterveystarkastus

Työterveystarkastusten sisältö perustuu työterveyshuollon muihin ydinpalveluprosesseihin. Näitä ovat työpaikkaselvitys, toimintasuunnitelma, työterveyspainotteinen sairaanhoito sekä näiden pohjalta toteutettava TANO-toiminta eli tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus. (Manninen ym. 2007, 25, 31; Salmela 2014, 10, 12.) Edellä mainitut tekijät ovat työterveyshoitajan työn kannalta tärkeimpiä osa-alueita, koska ne määrittävät muun muassa työterveystarkastuksen lakisääteisyys, terveystarkastusten toteuttamistiheyden sekä terveystarkastusten sisällön. Edellä mainitut ydinprosessit on määritelty tarkemmin liitteessä 4.

Työterveystarkastus on yksi työterveyshuollon ydinprosesseista ja samalla tärkeä työ- ja toimintakykyä sekä työterveyttä ja -turvallisuutta ylläpitävä ja edistävä toimenpide (Manninen ym. 2007, 125). Työterveyshuollon tekemät terveystarkastukset perustuvat lakiin ja asetuksiin (Työterveyshuoltolaki 2001), tieteellisesti tutkittuun tietoon sekä yleisen kokemuksen perusteella kerättyyn tietoon. Kerätty tieto perustuu eri alojen terveydellisiin vaaroihin ja kuormitustekijöihin sekä luotettavilla menetelmillä suoritettuihin työntekijän työn ja työolojen selvityksiin. (Työterveyshuoltolaki 2001; Manninen ym. 2007, 124–125.) Erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä terveystarkastukset perustuvat Euroopan Unionin (EU) direktiiveihin, joiden toimeenpano tapahtuu suomalaisten säädösten kautta. Nämä direktiivit ja säädökset tekevät työterveystarkastuksista velvoittavia toimintoja työterveyshuollossa. (Työterveyshuoltolaki 2001; Manninen ym. 2007, 124–125.)

Työterveystarkastukset ovat osa työterveyshuollon työterveyttä edistävää ja ennalta ehkäisevää toimintaa, jossa työkyvyn ja terveyden edistämisen näkökulmat painottuvat yhä enenevässä määrin (Manninen ym. 2007, 124–125; Sauni & Leino 2016, 152). Terveystarkastuksessa selvitetään työntekijän työ- ja toimintakyky. Työterveystarkastuksen tavoitteena on kartoittaa terveyteen, turvallisuuteen ja työkykyyn liittyvien tekijöiden vaikutukset yksilöön sekä aloittaa tarvittaessa ennalta ehkäisevät ja korjaavat toimenpi-

teet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tärkeää on myös tunnistaa työstä aiheutuvien sairauksien oireet. Työterveystarkastuksessa annetaan lisäksi neuvontaa, tietoa ja ohjausta muun muassa työntekijän työ- ja toimintakyvyn ylläpitoon ja parantamiseen, työhön liittyviin terveysvaaroihin ja -haittoihin sekä ohjataan terveellisiin ja turvallisiin työtapoihin (esimerkiksi henkilösuojainten käytön ohjeistus). (Manninen ym. 2007, 124–125.)

Työterveystarkastuksen keskiössä on tarpeellisen hoidon ja kuntoutuksen arviointi mahdollisimman varhain, hoitoon ja kuntoutukseen ohjaus sekä tietojen hankkiminen niin työstä, työoloista kuin työyhteisön toimivuudesta (Haarala ym. 2015, 328; Sauni & Leino 2016, 152; Salmela 2014, 10, 12). Työterveystarkastuksia on tehtävä esimerkiksi työntekijän iän, fysiologisen tilan sekä työstä johtuvien haittojen ja vaarojen sitä edellyttäessä, työaikajärjestelyjen perusteella tai altistumisen loputtua työntekijän terveydentilan toteamiseksi ja tarvittavan jatkoseurannan suunnittelemiseksi. Terveystarkastusta vaaditaan myös työntekijän terveydentilan, työkyvyn tai työhön liittyvien sairauksien ja oireiden sitä edellyttäessä sekä työssä selviytymisen mahdollisuuksien arvioimiseksi ja tukemiseksi (Haarala ym. 2015, 327.)

Työterveyshuollon on otettava terveystarkastuksissa huomioon väestön ikääntyminen. Asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä (2013) painottaa työssä jatkamista ja jaksamista. Vuodesta 2003 lähtien eläkeikää lähestyvät ikäluokat ovat olleet suurempia, kuin työkään tulevat ikäluokat. Tämä vuoksi huomion kiinnittäminen työkyvyn varhaiseen tukemiseen ja oikein kohdennettuun kuntoutukseen ovat varteenotettavia keinoja, kun pyritään säilyttämään yksilön työ- ja toimintakyky. Tämä antaa työntekijälle siten mahdollisuuden osallistua työelämäään. (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 17.)

Työterveyshuollossa tehdään kolmenlaisia työterveystarkastuksia, joita ovat työhön sijoittamistarkastus, suunnattu terveystarkastus ja määräaikainen työterveystarkastus. Määräaikainen työterveystarkastus on ainoa lakisääteinen tarkastus. Lakisääteisen tarkastuksesta tekee, jos työstä aiheutuu vaaraa tai haittaa terveydelle tai jos työ asettaa työntekijälle erityisiä terveydellisiä vaatimuksia. Määräaikaisten tarkastusten tehtävänä on havaita mahdollisimman varhaisessa vaiheessa työn altisteiden mahdollisesti aiheuttamat terveydentilan muutokset. Nämä olisi syytä kuitenkin ehkäistä ennalta muun muassa työoloihin vaikuttamalla, niiltä osin kuin se on mahdollista. (Saarelma 2016.)

Suurin osa työterveyshuollossa tehtävistä tarkastuksista on suunnattuja terveystarkastuksia eli ikäryhmätarkastuksia, joissa kiinnitetään huomiota ensi sijassa työntekijän yleiseen terveydentilaan, työhyvinvointiin ja kansantautien ehkäisyyn. Työhön sijoittamistarkastusten tarkoituksena on puolestaan kartoittaa ja arvioida työntekijän terveydelliset edellytykset työhön. Tarpeellista tämä on silloin, kun työ asettaa tekijälleen erityisiä vaatimuksia tai työhön liittyviä terveysvaaroja. (Saarelma 2016.)

Suomessa tehdään vuosittain noin miljoona työterveyshuollon terveystarkastusta (Sauni & Leino 2016, 152). Kelan tuoreimman julkaisun mukaan työterveyshuollon piiriin kuuluvien määrä on kasvanut 3,9 prosenttia ajanjaksolla 2005–2014 (Kela 2016c). Työterveystarkastukset ovat osa työterveyshuollon työterveyttä edistävää ja sairauksia ehkäisevää toimintaa (Sauni & Leino 2016, 152). Tuottavuusindikaattoreilla arvioiden erilaisin työterveyden edistämishjelmin on aikaansaatu positiivisia tuloksia. Laaja-alaisen työterveyshuollon terveystarkastusten on todettu edistävän työntekijöiden terveyttä. Tämän lisäksi ne tuottavat 25–30 prosentin laskun terveydenhuollon ja poissaolojen kustannuksiin. (Sauni & Leino 2016, 153.) Keskeisiksi ja kustannustehokkaiksi työterveyshuollon työkaluiksi on todettu mini-interventio ja motivoiva haastattelu (Sauni & Leino 2016, 154). Ennakoivalla työterveyshuollolla on keskeinen rooli myös työurien pidentämisessä (Schugk).

Työterveystarkastus prosessina

Työterveystarkastus on laaja-alainen kokonaisuus, joka koostuu useista eri osa-alueista. Työterveystarkastusta on hyvä kuvata prosessina, johon kuuluu tiedon hankinta, analysointi ja suunnittelu, työterveystarkastus ja huumausainetestaus, palautteen antaminen ja tietosuoja sekä seuranta ja arviointi. Työterveystarkastuksen lähtökohtana on kuitenkin työntekijä sekä hänen käsityksensä omasta terveydestään, työssä selviytymisestään sekä näihin vaikuttavista tekijöistä. Työterveyshuollon ammattihenkilön tehtävä on yhdistää tämä työntekijän subjektiivinen kokemus terveydestään työterveyshuollossa olevaan tietoon. (Manninen ym. 2007, 132.)

Tiedon hankinta, analysointi ja suunnittelu

Työterveystarkastusprosessi alkaa tiedon hankinnalla, analysoinnilla ja suunnittelulla. Työterveyshuollon tehtävänä on hankkia oleellisin ja ajantasaisin tieto työstä ja työolosuhteista, työntekijöiden terveydestä sekä työ- ja toimintakyvystä. (Kela 2016a; Haarala ym. 2015, 327.) Työterveystarkastusten tavoitteet muodostuvat lisäksi työpaikan tarpeista, työn ja työpaikan olosuhteiden terveydellisestä havainnoinnista, arvioinnista ja seurannasta sekä työpaikkaselvityksissä ilmaantuneista terveysriskeistä (Haarala ym. 2015, 327; Työterveyshuoltolaki 2001; Manninen ym. 2007, 124). Selvitysten ja arviointien pohjalta laaditaan toimintasuunnitelma, joka sisältää lakisääteiset ja vapaaehtoiset terveystarkastukset (Kela 2016a; Haarala ym. 2015, 327).

Kerätyt tiedot analysoidaan. Työpaikkaa koskevat tiedot toimivat taustatietona työntekijän terveydentilaa ja työkykyä arvioitaessa. Analysoinnissa ja tulkinnassa kiinnitetään huomiota erityisesti työn vaara- ja riskitekijöihin, niiden työntekijälle aiheuttaman terveydellisen haitan ja kuormituksen arviointiin sekä edellytyksiin selviytyä työtehtävässään. Analysoinnin perusteella asetetaan terveystarkastuksille tavoitteet ja priorisoidaan terveystarkastusten järjestäminen. (Manninen ym. 2007, 127–128; Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 16.)

Työterveystarkastuksen sisältö suunnitellaan työpaikan tarpeisiin, odotuksiin, altisteisiin, työn vaatimuksiin, kuormitustekijöihin ja yksilöllisiin tekijöihin pohjautuen (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015, 16). Työterveyshuollon määrittelemät todelliset riskit määrittävät puolestaan työterveystarkastusten tarpeen, sisällön, tavoitteet ja suorittamisvälit. Työpaikalla tapahtuva oleellinen muutos tai työn sisällön muutos vaikuttavat terveystarkastusten tarpeeseen. Työterveyshuollon tehtävänä on pysyä selvillä työntekijän terveyteen oleellisesti vaikuttavista muutoksista työssä ja työpaikalla. (Manninen ym. 2007, 128–129.) Tarkastuksia tehdään 1–3 vuoden välein tai työolosuhteiden mukaan (Työturvallisuuskeskus 2015, 6).

Erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä terveystarkastus voi olla sisällöllisesti rajattu. Tämä tarkoittaa sitä, että terveystarkastuksessa tehdään esimerkiksi vain kuulontutkimus tai biologinen altistumiskoe. Terveystarkastuksien suunnittelun lähtökohtana toimivat työterveyshuollon voimavarojen priorisoiminen sekä niiden tehokas käyttö.

Lakisääteiset terveystarkastukset on tehtävä määrätyn ajan puitteissa. (Manninen ym. 2007, 130–131.)

Palautteen antaminen ja tietosuoja

Työterveystarkastusprosessiin kuuluu palautteen antaminen työterveystarkastuksesta niin työntekijälle kuin työnantajalle. Työntekijälle palaute annetaan suullisesti, ja sen tulee kohdistua aina sen hetkisiin työtehtäviin ja terveydellisiin mahdollisuuksiin selviytyä niistä. Erityistä vaaraa aiheutuvien töiden kohdalla työkelpoisuuslausunto voidaan antaa yksilöllisesti tai ryhmämuotoisesti. Palaute voidaan antaa myös esimerkiksi tarkastuksen osasta, kuten audiogrammista eli kuulotutkimuksesta tai spirometriasta eli keuhkokapasiteettitutkimuksesta. Samalla voidaan antaa suosituksia toimenpiteiden suuntaamiseksi ja työolosuhteiden seuraamiseksi. Jos tarkastuksessa tulee ilmi työkyvyn rajoituksia tai työkyvyn menettämisen uhka, tulee näistä keskustella työntekijän kanssa sekä mainita näistä työnantajalle työkelpoisuuslausunnossa. Näin ollen työntekijä voidaan ohjata ammatilliseen tai lääkinnälliseen kuntoutukseen, mikäli kuntoutukseen vaadittavat kriteerit täyttyvät. (Manninen ym. 2007, 132–133.)

Työnantajalle annettava palaute on aina kirjallinen. Työterveyshuollon henkilökunta ei saa toimittaa palautetta suoraan työnantajalle, vaan työntekijä toimittaa sen itse henkilökohtaisesti annettuja ohjeita noudattaen. Palautteessa työterveyshuolto ottaa kantaa vain tutkittavana olevan työhön sopivuuteen tai työn sovittamiseen. Jos tarkastukset aiheuttavat toimenpiteitä työpaikalla, työnantajaan otetaan yhteyttä henkilökohtaisesti tai järjestetään kokous asian tiimoilta. Toimenpiteen koskiessa yksittäistä työntekijää tulee työterveyshuollon kysyä työntekijän lupa ennen yhteydenottoa työnantajaan. Terveystarkastuksista saadaan erinomaista tietoa työpaikan terveystilanteesta, joista tehdään usein ryhmätason yhteenvetoja. Ryhmätason yhteenvedoissa yksittäisen työntekijän tietosuoja ei saa vaarantua. (Manninen ym. 2007, 132–133, 137.)

Tietosuoja-asioita käsitellään laajasti työterveyshuoltolaissa. Laista löytyvät erikseen kohdat, joita noudatetaan hyvässä työterveyshuoltokäytännössä. Näitä ohjeita ovat esimerkiksi työntekijän ja työnantajan velvollisuudet tietojen antamisesta, lääkärinlausuntojen toimittamisesta työterveyshuoltoon, salassa pidettävien tietojen luovutuksesta,

työterveyshuollon neuvonta- ja tietojenantovelvollisuuksista, viranomaisten tiedonsaantioikeuksista sekä työterveyshuollon asiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä. (Työterveyshuoltolaki 2001.)

Työntekijällä on henkilötietolain (1999) nojalla oikeus päästä tarkastamaan omia asiakirjojaan sekä julkisuuslain (1999) nojalla oikeus katsoa omia terveystietojaan. Jos työntekijän tietoja siirretään toisaalle, työntekijältä on pyydettävä tähän lupa. (Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999.) Yksilölliset tiedot ovat aina salassa pidettäviä. Yksilön terveydentilatietoja annetaan vain hänelle itselleen. Työntekijän työhön sijoitustarkastuksista työnantajalle menee tieto vain siitä, soveltuuko työntekijä terveytensä puolesta suunniteltuun työhön. Terveystarkastuksissa ilmenneistä työn tekemisen rajoituksista kerrotaan niin, ettei terveydentilaan liittyviä tietoja ilmaista työnantajalle. Määräaikaistarkastusten palautteessa todetaan työnantajalle vain tieto siitä, onko työntekijä sopiva tai tietyin rajoituksin sopiva tekemään kyseisestä työtä tai jatkamaan siinä. (Henkilötietolaki 1999; Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999; Työterveyshuoltolaki 2001.)

Seuranta ja arviointi

Työterveyshuolto tekee työterveystarkastusten seurannan ja arvioinnin yhteistyössä asiakastoimipaikan kanssa samalla, kun arvioi toimintasuunnitelman toteutumista. Tällöin tarkastelun kohteena ovat työterveystarkastusten pohjalta syntyneiden toimenpiteiden toteutuminen sekä uusien terveystarkastustarpeiden määrittäminen. Samalla arvioidaan sitä, voidaanko jostain terveystarkastuksista luopua yksilö- tai ryhmätasolla. Terveystarkastusten toimivuutta voidaan arvioida esimerkiksi itsearviointia tai asiakaspalautetta käyttäen. Erityisen sairastumisvaaran vuoksi tehtävien terveystarkastusten toimivuutta voidaan arvioida erilaisin keinoin, kuten seuraamalla onko kaikki altistuneet ja/tai oireilevat tutkittu asianmukaisesti, onko altistustulosten syyt selvitetty ja onko terveystarkastuksista tehty yhteenveto johtanut toimenpiteisiin työpaikalla. (Manninen ym. 2007, 136.)

Työterveystarkastusten vaikutus työyhteisötasolla riippuu siitä, kuinka hyvin työpaikan terveydelliset vaara- ja kuormitustekijät ja niiden terveyteen vaikuttava merkitys on

osattu ottaa huomioon ja arvioida yhdessä työpaikan kanssa. Merkitystä työyhteisötasolla on myös sillä, kuinka hyvin työterveyshuolto on onnistunut yhdistämään työterveystarkastustoiminnan osaksi työnantajan ja työntekijän toteuttamaa työpaikan kehittämistoimintaa. Yksilötasolla suuri merkitys on sillä, miten työntekijä itse motivoituu työhyvinvointinsa edistämiseen. Työterveystarkastuksen vaikutusta voidaan arvioida henkilökohtaisen terveystuennon avulla, jolloin sovittujen toimenpiteiden toteutumista seurataan sovituin määräajoin. (Leino, Rautio, Kanervisto, Tilli & Kaleva 2014, 7.)

2.3 Asiakaskokemuksia työterveystarkastuksista

Suomalaisen työterveyshuollon terveystarkastusperinne juontuu kansanterveystyön perinteistä. Osittain tästä syystä Suomessa terveystarkastuksiin suhtaudutaan yleensä positiivisesti ja hyväksyvästi. Työterveystarkastuksia pidetään työntekijöiden keskuudessa saavutettuna etuna. Suomalaisen työterveyshuollon terveystarkastuksista on kirjattu sekä erilaisiin säännöksiin että työmarkkinasopimuksiin. Monissa maissa työterveystarkastuksia tehdään suhteellisesti vähemmän kuin Suomessa ja osittain tästä syystä terveystarkastuksiin suhtaudutaan kriittisemmin. Työhöntulotarkastukset ovat joissakin maissa kiellettyjä, koska ne koetaan epäoikeudenmukaisina, eikä sairauksien seulontaa pidetä lainkaan työterveyshuollon asiana. (Leino ym. 2014, 4.)

Yksilöasiakkaiden on todettu kokevan terveystarkastukset tärkeinä ja hyödyllisinä. Parhaaksi terveystarkastuksen toteuttamismuodoksi yksilöasiakkaat ovat kokeneet yksilöllisen toteutustavan. Yksilöasiakkaat kaipaavat terveystarkastuksessa toteutettavasta ohjauksesta ja neuvonnasta sähköisessä muodossa olevaa materiaalia, johon voi myöhemmin, terveystarkastuksen jälkeen palata. (Rautio & Leino 2015a, 14–15.) On tärkeää muistaa, että terveystarkastus voi vaikuttaa asiakkaan terveyteen myös heikentävästi, lisäämällä esimerkiksi huolestumista omasta terveydentilasta. Ihmisen subjektiivinen kokemus omasta terveydestään sekä kokemukset elämäntilanteesta ovat usein yhteydessä hänen omaehtoiseen terveydenhoitoonsa liittyviin motiiveihin, terveystottumuksiin ja terveystietouteen. (Laine ym. 2014, 6.)

Osittain edellä mainittujen asioiden vuoksi, työterveyshuollon yksilöasiakkaat pitävät terveydenhuollon ammattilaisen henkilökohtaista kohtaamista arvona sinänsä (Rautio &

Leino 2015b, 34). Työterveystarkastuksiin osallistuneet työntekijät raportoivat saavansa terveystarkastuksista eniten ohjausta ja neuvontaa terveyteen ja elintapoihin liittyen. Vähiten ohjausta ja neuvontaa he raportoivat saaneensa liittyen ammattitaitoon, työhön ja työolosuhteisiin. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden omat arviot toteutettujen terveystarkastuksen sisällöistä ja vaikutuksista olivat samansuuntaiset. (Rautio & Leino 2015b, 32.)

Työterveyshuollon antaman ohjauksen ja neuvonnan on erään tutkimuksen mukaan todettu olevan asiantuntijalähtöistä asiakaslähtöisen toiminnan sijasta. Jatkossa on tärkeää keskittää työterveystarkastuksen sisältö koskemaan laajemmin asiakkaita reflektoivaan, sitouttavaan, motivoivaan ja voimaannuttavaan toimintaan. Näihin pyritään muun muassa mahdollistamalla yksilöasiakkaille omien tietojen katselu ja muokkaus, itsehoidon ja itsemittauksen kirjaaminen sekä työterveyshuollon kanssa vuorovaikuttaminen. Työterveystarkastuksia on tarpeen kehittää myös osana työterveysyhteistyötä sekä työterveyshuollon kokonaisuutta asiakaslähtöisyysnäkökulman lisäksi. (Rautio & Leino 2015b, 34).

2.4 Asiakaskokemuksia terveysteknologian käytöstä

Joitain tutkimuksia on tehty liittyen yksilöasiakkaiden halukkuuteen ottaa käyttöön sähköiset terveydenhuollon palvelut. Australialaistutkimuksessa Hordern ym. tutkivat kuluttajien tottumuksia sähköisten terveydenhuoltopalvelujen käytössä. Tutkimuksen tulokset osoittavat sähköisen terveydenhuollon tarjoavan kuluttajille monia potentiaalisia hyötyjä ja mahdollisuuksia. Juuri näiden hyötyjen ansiosta kuluttajat ovat valmiita ottamaan käyttöön sähköisiä terveydenhuoltopalveluita. Näiden sähköisten terveydenhuoltopalvelujen todettiin tarjoavan mahdollisuuksia muun muassa oman terveydentilan tarkastelemiseen sekä omiin terveystietoihin käsiksi pääsyyn missä päin maailmaa tahansa. Sähköisten terveydenhuoltopalvelujen avulla kuluttajien on mahdollista tehdä parempia päätöksiä omaan terveyteensä ja hoitoonsa liittyen. Samaisessa tutkimuksessa kartoitettiin myös asiakkaiden käyttämät sähköiset palvelut, joista yleisimmät olivat kahdenväliset online-tukiryhmät, itsehallinta/omavalvonta sovellukset, päätöksenteon apuvälineet, henkilökohtainen terveystieto sekä internetin käyttö. (Hordern, Georgiou, Whetton & Prgomet 2011.)

Lehto ym. tutkivat nimenomaa sähköisten terveystarkastusten käyttöönottoon liittyviä teemoja. Tutkimuksessa selvitettiin oleellimmat tekijät, jotka vaikuttivat asiakkaiden osateemojen hyväksymiseen terveyskäyttäytymismuutoksia tukevissa sähköisissä järjestelmissä. Tutkimuksessa selvitettiin kyselylomakkeen avulla, kuinka eri osa-alueet auttoivat asiakasta tekemään valintoja sähköistä työterveystarkastusta täyttäessään. Tutkitavina vaikuttavuustekijöinä toimivat: tehtävän tuki, vuorovaikutuksen tuki, uskottavuuden tuki, vaikuttavuus sekä aikomus ottaa käyttöön sähköiset palvelut. (Lehto ym. 2012.)

Tehtävän tuki auttoi käyttäjiä suorittamaan sähköisen terveystarkastuksen järjestelmässä. Vuorovaikutuksen tuen avulla käyttäjät saivat asianmukaista palautetta, joka sai heidät pysymään motivoituneina pyrkimyksissään. Vuorovaikutuksen tuki auttoi asiakkaita esimerkiksi sulautetun keskusteluagentin tai robottiaivustajan avulla. Keskeinen tutkimustulos oli, että jos käyttäjät eivät koe sähköisen järjestelmän olevan luotettava, he hylkäävät sen käytön hyvin todennäköisesti. Luotettavuuteen sisältyy keskeisesti myös uskottavuuden käsite. (Lehto ym. 2012.)

Jatkotutkimustarve keskittyy järjestelmien todelliseen kykyyn saada asiakkaiden käyttäytymisessä pitkäkantoisia muutoksia aikaan. Tutkimus on hyödyllinen nimenomaan terveydenhuollon sähköisten palvelujen suunnittelijoille ja kehittäjille. Tietotekniikasta on apua yksilöiden terveyskäyttäytymismuutoksien tukemisessa sekä terveydenhuollon kulujen alentamisessa. Tosin se ei kuitenkaan yksin ole riittävä keino näihin asioihin paneutumisessa. Vaikuttavien sähköisten järjestelmien käyttö toimii kuitenkin apuna näissä pyrkimyksissä. Keskeistä on tutkia jatkossa lisää tekijöitä, jotka vaikuttavat kuluttajien aikomuksiin ryhtyä käyttämään käyttäytymismuutoksia tukevia sähköisiä järjestelmiä. Tämän tiedon valossa kyetään tekemään ratkaisuja, joilla saadaan kuluttajia sitoutettua järjestelmiin pitkäaikaisesti. (Lehto ym. 2012.)

3 TERVEYSTEKNOLOGIA TYÖTERVEYSHUOLLOSSA

Teknologian murros -analogisesta teknologiasta digitaaliseen siirtyminen- on tuottanut sekä suoria että epäsuoria vaikutuksia terveydenhuoltoon (Kaivo-Oja 2016, 75). Tavoitteena on teknologian avulla muuttaa terveysteknologian organisaatioiden toimintaa älykkäämmäksi ja asiakkaita paremmin palvelevaksi. Terveydenhuollon palvelut ovat digitalisoituneet ja digitalisoituvat jatkossakin asteittain. (Kaivo-Oja 2016, 76.) Sähköisten palvelujen on tarkoitus hyödyttää niin asiakasta, hoitohenkilökuntaa kuin hoitoorganisaatioita (Sihvo & Jauhainen 2014, 10, 15; Rönkkö ym. 2016, 41).

3.1 eTerveysteknologian määrittävät virallisjulkaisut

Koska teknologian kehittyminen muuttaa terveydenhuollon ja koko yhteiskunnan tarpeita (Rönkkö ym. 2016, 35), ovat virallisjulkaisujen muutokset ja päivitykset tarpeen. Terveysteknologian kehityksen myötä arkipäiväiseksi muodostuneet toiminnot, kuten potilastietojen siirtäminen sähköisesti viranomaiselta toiselle (Jauhainen, Sihvo, Ikonen 2014, 40) tuovat mukanaan uusia, muun muassa tietosuojan ja yksityisyydensuojan liittyviä haasteita (Hordern ym. 2011), jotka asettavat myös lainsäädännön muutostarpeen alle.

Sähköisten palvelujen kehittämistyötä on tuettu erilaisten julkisten hankkeiden avulla (Rönkkö ym. 2016, 33). Valtakunnallisten kehittämishankkeiden siivittämänä sähköisten tietojärjestelmien käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa onkin laajentunut 2000-luvulla (Jormanainen 2015, 1309). Viime vuosina sähköisten terveysteknologian kehittäminen on nostettu keskiöön erityisesti terveyden edistämiseen tähtäävissä hankkeissa. Useassa ohjelmassa myös työikäisen terveyden edistäminen on nostettu keskeiseen asemaan. (Salmela 2014.)

Alla esitellään terveydenhuollon teknologisoitumista ohjaavia keskeisimpiä virallisjulkaisuja, joiden tavoitteena on edistää terveysteknologian kehittämistä ja käyttöä. Nämä antavat yleiskuvan terveysteknologian kehittämisen viitekehiksestä terveydenhuollossa ja osa ottaa erikseen kantaa myös työikäisten terveysteknologian sähköiseen toteuttami-

seen. Yhteisenä teemana kaikissa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa kansallisissa ja kansainvälisissä strategioissa, ohjelmissa, hankkeissa ja lainsäädännöissä voidaan nähdä asiakaslähtöisyys (Jauhiainen, Sihvo, Ikonen 2014, 40). Seuraavat virallisjulkaisut antavat niin yhteiskunnalliset kuin kansainväliset raamit terveysteknologisten palveluiden toteuttamiseen.

Vuoden 2015 hallitusohjelmassa terveyden ja hyvinvoinnin osalta tavoitteena on seuraavan kymmenen vuoden aikana taata kansalaisten parempi hyvinvointi sekä kokemus elämänhallinnasta, vaikuttamisesta, valintojen tekemisestä ja vastuunotosta. Tavoitteeksi sosiaali- ja terveysalan toiminnalle on asetettu ennaltaehkäisevyys, hoitoketjujen sujuvuus, henkilöstön hyvinvointi ja tietojärjestelmien toimivuus. Hallitusohjelmaan liittyy myös hankkeita, jotka tukevat siinä asetettujen tavoitteiden saavuttamista (Ahonen ym. 2016, 12). Digitalisaatio on vahvasti mukana sen kärkihankkeissa (Rönkkö ym. 2016, 33). Yksi kärkihanke on palveluiden asiakaslähtöiseksi saattaminen muun muassa terveysteknologiaa apuna käyttäen. Hankkeiden avulla kehitetään ennaltaehkäisyä, varhaista tukea, vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluketjuja sekä julkisten palveluiden digitalisoitumista. (Ahonen ym. 2016, 12.)

Terveysteknologian hyödyntämisen osalta hallitusohjelmaan on kirjattu toimia, joiden avulla asetettuihin tavoitteisiin pyritään. Ensimmäisenä toimenä on kansalaisten oikeuksien vahvistaminen liittyen heidän oikeuteensa valvoa ja päättää itseään koskevien tietojen käytöstä. Toisena toimenä on pyrkiä samanaikaisesti varmistamaan tietojen sujuva liikkuminen eri viranomaistahojen välillä. Kolmantena toimenä autetaan digitaalisten palvelujen käytössä niitä kansalaisia, jotka eivät kykene tai eivät ole tottuneet käyttämään palveluja tässä kontekstissa. Neljäntenä toimenä pyritään vahvistamaan digitalisaation muutosjohtamisen organisointia. (Ahonen ym. 2016, 12.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaali- ja terveyspolitiikka 2015 -ohjelman keskeisenä tavoitteena on edistää kansalaisten terveyttä ja toimintakykyä. Työikäiset ja heidän terveytensä edistäminen on nostettu yhtenä tärkeänä teemana esille. Ohjelma painottaa myös tieto- ja viestintäteknologian kehittämistä osana terveydenhuollon kokonaisuutta. Kansalaisten on tarkoitus kyetä hallitsemaan omia terveystietojaan joustavasti, sekä saada luotettavaa tietoa terveydestä ja hyvinvoinnista. (Salmela 2014.)

SADe eli sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma toteutui ajalla 2009–2015 (Rönkkö ym. 2016, 33–34; Salmela 2014). Se oli valtiovarainministeriön tietojärjestelmähanke, jonka avulla pyrittiin yhtenäistämään valtion, kuntien ja kansaneläkelaitoksen (Kelan) tietojärjestelmiä, ja näin lisäämään asiakaslähtöisyyttä ja kustannustehokkuutta. SADe-ohjelma käsitti sosiaali- ja terveysalalla sähköisiä palveluita, joiden pyrkimyksenä oli lisätä kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia, ja tätä kautta tukea omahoitoa sekä oikeiden palveluiden piiriin ohjautumista. Samalla palveluiden tuottajien kustannustehokkuutta pyrittiin lisäämään. (Rönkkö ym. 2016, 33–34.) Ohjelman tarkoituksena oli myös tukea kansalaisten aktiivista roolia liittyen oman terveytensä ja hyvinvointinsa seuraamiseen (Salmela 2014).

Strategioissa, jotka ohjaavat terveydenhuoltoa, terveysteknologian on todettu olevan keskeinen resurssi parannettaessa ihmisten elämänlaatua ja palveluiden tehokkuutta. Tämä on todennettu niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. (Rönkkö ym. 2016, 32–33.) Tuore Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020 on sosiaali- ja terveysministeriön vuoteen 2020 ulottuva strategia, jonka avulla pyritään sähköisten palvelujen kehittämiseen (Rönkkö ym. 2016, 34). Tähän strategiaan on asetettu tavoitteeksi, että kansalaiset asioidivat sähköisesti ja samalla tuottavat tietoja omaan ja ammattilaisten käyttöön vuoteen 2020 mennessä (Ahonen ym. 2016, 12). Samalla strategia pyrkii kansallisen hyvinvointi- ja terveystietojen hallinta-alustan avulla lisäämään kansalaisten osallistumista tietojen tuottamiseen ja ylläpitämiseen (Rönkkö ym. 2016, 34). Tämä strategia onkin nostanut kansalaisten näkökulman terveysasioista keskiöön (Reponen 2015, 1275). Samoja päämääriä ajaa myös Euroopan komission toimintasuunnitelma, joka pyrkii kehittämään sähköistä terveydenhuoltoa muun muassa terveyden edistämiskäytäntöjä vahvistamalla sekä keskittymällä tehokkaaseen ennaltaehkäisyyn (Rönkkö ym. 2016, 32–33).

STEPS-hanke on sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisoitumista vuosina 2013–2015 seurannut hanke, joka seurasi ja arvioi tietojärjestelmäpalveluita. Tutkimuskokonaisuus koostui neljästä osakokonaisuudesta, joiden tarkoituksena oli tuottaa seurantatietoa valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden toteuttamisen tueksi. (Reponen, Kangas, Hämmäläinen & Keränen 2015, 21.) Apotti-hanke puolestaan ajaa potilastietokantojen yhdenmukaistamista. Terveyspalveluissa tavoitteina on palvelujen tuottavuuden ja hoidon laadun parantaminen sekä hoito- ja hoivakokonaisuuksien parempi hallinta. Näihin pyritään järjestelmien alueellisella yhtenäistämällä ja yhteisellä potilastietokannalla. Pää-

määriä ajamaan on tuotettu pääkaupunkiseudulla toimiva Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) ja kuntien asiakas- ja potilastietojärjestelmäpalveluhanke eli niin kutsuttu Apotti-hanke (Harno 2013), joka ei ole vielä valmistunut.

ASSI-hanke eli asiakaslähtöisten omahoitoa ja etähoitoa tukevien sähköisten palveluprosessien käyttöönoton innovaatiot perusterveydenhuollossa -hanke pyrkii nimensä mukaisesti kehittämään ja ottamaan käyttöön asiakaslähtöisiä oma- ja etähoitoa tukevia sähköisiä terveystalvveluja perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon kentille (Sihvo & Jauhiainen 2014, 10). ASSI-hankkeen yhtenä tavoitteena on ollut uudenlaisten menetelmien kehittäminen, jotta kansalaisten sähköisten palvelujen käyttöönottoa sekä hyödyntämistä oman terveyden edistämisessä ja omahoidossa pystyttäisiin paremmin tukemaan (Jauhiainen, Sihvo & Ikonen 2014a, 49). ASSI-hankkeella on pyritty kehittämään työterveysyhteistyötä työterveyshuollon ja asiakasorganisaatioiden välillä (Siitonen & Ikonen 2014b, 147). Myös Suomen sairaanhoitajaliitolla on sähköisten terveystalvvelujen strategia 2015, joka sekin pitää sisällään tavoitteen kansalaisten roolin ja osallistumisen vahvistumisesta liittyen itse- ja omahoitoon (Ahonen ym. 2016, 12–13).

Kansainvälisesti Euroopan Unionissa EU Digital Agenda 2020 -toimintaohjelman avulla pyritään sähköistämään terveydenhuoltoa. Ohjelma on osa laajaa digitalisoimisen toimintaohjelmaa. Sen avulla pyritään muun muassa terveydenhuollon palvelujärjestelmien uudistamiseen ja julkisten palvelujen parempaan saatavuuteen. EU-komissio pyrkii lisäämään terveysteknologiaeteollisuuden mahdollisuuksia kehittää uudenlaisia teknologioita. Sen tavoitteena on kansalaisten pääsy omiin terveystietoihin paitsi kotimaassa niin myös sen ulkopuolella. (Reina 2015.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteena on terveyserojen kaventaminen väestöryhmien välillä. Euroopan komissio on todennut sähköisten terveydenhuoltopalvelujen vähentävän sosioekonomista eriarvoisuutta. Euroopan komissio on vuodesta 2004 lähtien kehittänyt eHealth toimintaa. Kehittämisen keskeisenä päämääränä on ollut liittää eHealth osaksi Euroopan Unionin kansanterveyspolitiikkaa. (Salmela 2014.)

Erinäisten laaja-alaisten hankkeiden avulla terveydenhuollon tietojärjestelmiä on kehitetty askel kerrallaan. Esimerkkejä näistä ovat SoTe-Tietojohdantishanke (Reina 2015), sekä epSOS (European Patients Smart Open Services) -suostumustenhallinta -hanke eli

eurooppalainen terveydenhuollon sähköisten palvelujen yhteentoimivuutta kehittävä hanke (Vuokko, Suhonen, Hyppönen & Porrasmaa 2014, 39). epSOS -hankkeen tavoitteena on kehittää kansainvälistä palveluinfrastruktuuria toimivammaksi eri maiden välillä sähköisiä palveluja apuna käyttäen (Vuokko ym. 2014, 39).

3.2 Sähköiset terveystalvelut ja digitalisaatio

Teknologia integroituu yhä keskeisemmin terveydenhuoltoon, sen organisaatioihin ja prosesseihin (Rönkkö ym. 2016, 32). Työterveyshuollon erityishaasteena on tarjota sähköisiä palveluja niin yksilöasiakkaille kuin asiakasyrityksille (Sormunen & Ikonen 2014, 155). Sosiaali- ja terveysalalla teknologia ja sen kehittyminen liittyvät aina kontekstillisesti hoivaan ja hoitoon, toimintakyvyn vajeiden ja heikentymisen ehkäisyyn, hidastamiseen, kompensointiin ja kuntoutukseen. Teknologiaa käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa muun muassa ehkäisemään terveysongelmia ja sairauksia, lievittämään oireita ja kipua sekä arvioimaan toimintakykyä ja kompensoimaan sen vajeita. Teknologiaa käytetään myös dokumentointiin, organisoimaan palveluja ja hoitoa, auttamaan diagnosoinnissa, neuvomaan ja ohjaamaan asiakkaita ja potilaita, tukemaan työntekijöiden työn ergonomiaa sekä lisäämään vuorovaikutusta. (Honkanen & Mellin 2015, 213.)

Sähköisillä terveystalveluilla tarkoitetaan tieto- ja viestintätekniiikan käyttöä terveydenhuollon palveluissa, tuotteissa ja prosesseissa (Ahonen ym. 2016, 13; Reponen 2015, 1275; Sihvo & Jauhiainen 2014, 10.) Myös Euroopan unioni käyttää tätä määritelmää. WHO painottaa määritelmässään edellä mainitun lisäksi kansanterveystyön, tutkimuksen ja koulutuksen näkökulmia (Reponen 2015, 1275). Sähköisistä terveystalveluista voidaan käyttää myös nimitystä e-terveystalvelut, jossa e-etuliite tulee englannin kielen sanasta electronic (elektroninen, sähköinen). Sähköisissä terveystalveluissa keskiössä ovat kansalaislähtöisyys ja asiakaskeskeisyys sekä laatu ja nopeus (Ahonen ym. 2016, 15). Sosiaali- ja terveydenhuollossa digitalisaatio on vielä varsin uusi termi (Ahonen ym. 2016, 13). Digitalisaatio tuo mukanaan uusia tapoja kehittää terveyshuoltoa (Oikarinen & Poranen 2016, 41), ja sen on todettu tarjoavan terveydenhuoltoon ja hoitotyöhön monia mahdollisuuksia (Merasto 2016, 8). Mahdollisuudet näkyvät terveydenhuollossa niin työntekijän kuin asiakkaan kohdalla.

Asiakkaan hyödyt

Teknologisten ratkaisujen seurauksena asiakkaille on avautunut yhä enemmän mahdollisuuksia hallita omia terveystietojaan, ottaa vastuuta omasta terveydestään (Rönkkö ym. 2016, 32) ja olla vuorovaikutuksessa terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (Rönkkö ym. 2016, 33; Reponen 2015, 1275). Esimerkiksi kansalaisten mahdollisuudet omien terveystietojen tarkasteluun ovat lisääntyneet viime vuosina (Rönkkö ym. 2016, 35). Kansallinen Terveysarkisto eli Kanta-palvelu on yksi tällainen kansallinen mahdollistaja (Hyppönen ym. 2014, 3; Rönkkö ym. 2016, 35; Reponen 2015, 1275). Kanta-palvelun lisäksi monet kunnat sekä organisaatiot ovat ottaneet käyttöönsä vastaavan tyyppisiä paikallisia palveluja (Rönkkö ym. 2016, 32).

Viime vuosina myös yksityisten toimijoiden sähköiset palvelut ovat enenevässä määrin tulleet asiakkaille tarjolle (Rönkkö ym. 2016, 40). Yksityiset yritykset, niin suuret firmat kuin pienet start-up -yritykset tuottavat nykyään sähköisiä palveluja (Ahonen ym. 2016, 25). Sähköisten palvelujen käyttömahdollisuuksia ovat esimerkiksi omien terveystietojen tarkastelu, tallentaminen ja lähettäminen sekä asiakkaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus. Muita käyttömahdollisuuksia ovat ajanvaraus, reseptien uusinta, palveluohjaus, asiakkaan päätöksen tuki, sosiaalihuollon asiointi, omahoito-ohjelmat ja valmennus sekä tieto eri sairauksista ja terveystarpeista. Sähköinen terveystarkastus kuuluu viimeisimpään kategoriaan. (Rönkkö ym. 2016, 36.) Näiden muutosten seurauksena kuluttajille tarjolla olevat palvelut vaihtelevat suuresti eri puolilla maata (Rönkkö ym. 2016, 32). Vuonna 2014 terveydenhuollon organisaatioista 20 prosenttia mahdollisti asiakkaan katsella järjestelmästä lääkitystietojaan, 15 prosenttia laboraatiotuloksiaan, 8 prosenttia diagnoosejaan, 5 prosenttia potilaskertomustekstejään ja 3 prosenttia kuvantamislauseksetaan (Rönkkö ym. 2016, 35).

Kuluttajat on mahdollista jakaa kolmeen ryhmään heidän digiorientoitumisensa mukaan: diginatiiveihin, digi-immigrantteihin ja digiresistentteihin (Kaivo-Oja 2016, 85). Myös osallistumisen, osallisuuden ja toimijuuden käsitteitä voidaan käyttää kuvaamaan asiakkaan roolia sähköisissä terveystietopalveluissa. Osallistumisella tarkoitetaan mukanaoloa, esimerkiksi läsnäoloa. Tarkoitus on tuottaa asiakkaille erilaisia tapoja osallistua suoraan johonkin toimintaan ilman, että heidän tarvitsee olla mukana itse kehittämisprosessissa.

Osallisuudella painotetaan asiakkaiden mukanaolo-oikeutta itseään koskevien asioiden päätöksenteossa. Tällä tarkoitetaan asiakkaan osallistumista ja vaikuttamista toimintaan tai palveluprosessiin. Osallisuuden avulla pyritään tuottamaan laadukkaita ja asiakaslähtöisiä palveluita sekä korostamaan osallisuuden merkitystä voimaannuttajana. Toimijuuskäsite näkee asiakkaan roolin paitsi aktiivisena toimijana niin myös vielä laajemmin oman asiansa omistajana. Toimijuuden onnistumiseksi tarvitaan kuitenkin dialogista ohjausta, joka huomioi muun muassa ohjattavan yksilöllisen hahmotus- ja sietokyvyn. Asiakkaan toimijuutta tukeva työskentelyote on nimenomaan asiakaslähtöistä työskentelyä. (Ahonen ym. 2016, 23.) Osallisuus ja toimijuus edellyttävät verkkolukutaitoa. Verkkolukutaidolla tarkoitetaan kykyä etsiä, suodattaa ja lukea sekä koostaa tietoa erilaisista verkkoteksteistä ja -lähteistä. Tämä pitää sisällään myös teknologian käyttötaidot, verkosta löytyvän sisällön kriittisen arvioinnin sekä taidon lukea kuvia ja multimediaa. Verkkolukutaidon kehittyminen edellyttää aktiivista verkossa liikkumista ja kommunikointia. (Ahonen ym. 2016, 24.)

Digitalisaation seurauksena potilas-, asiakas- ja terveystietojen käyttö, saatavuus ja säilyvyys ovat nopeutuneet ja kokonaisvaltaistuneet. Asiakkaille on avautunut mahdollisuus hoitaa asioitaan aukioloajoista riippumatta ja aikaa säästäen (Merasto 2016, 8.) Verkossa asiointi on saavuttanut yleisesti merkittävän aseman palveluiden ja tuotteiden hankinnassa. Asiakkaat toivovat saavansa parhaan laadun palveluita helposti, nopeasti ja edullisesti. (Kaivo-Oja 2016, 85.) Esimerkiksi erilaisten sähköisten lomakkeiden avulla perinteiset, aikaan ja paikkaan sidotut toiminnot, on mahdollista kehittää joustavammiksi (Oikarinen & Poranen 2016, 40).

Teknologian avulla on tarkoitus parantaa tiedon saantia sekä asiakkaiden ja ammattilaisten välistä viestintää. Viestintä tapahtuu usein yksisuuntaisesti - terveydenhuoltoorganisaatiolta asiakkaalle. Tosin moni palvelu mahdollistaa myös asiakkaalle tiedon tallennuksen ja lähettämisen terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. Harvassa palvelussa on kuitenkin mahdollista siirtää tätä tietoa osaksi potilastietojärjestelmää. Asiakkaan roolin korostuessa oman terveytensä ja sairautensa hoitajana pyritään myös potilasportaaleja rakentamaan asiakaskeskeisemmiksi. Helppo pääsy omiin terveystietoihin sekä matalampi kynnys hoitohenkilökunnan kanssa kommunikointiin voi innostaa asiakasta ottamaan aktiivisemmän roolin omaan hoitoonsa liittyen. Älykkäillä ja kohdenne- tuilla palveluilla on myös muita positiivisia oheisvaikutuksia: hoitotavoitteiden saavut-

taminen voi edistyä ja hoitohenkilökunnan työmäärä vähentyä, samoin kuin tarve kasvokkain tapahtuvalle asioinnille. (Rönkkö ym. 2016, 33, 36, 41.)

Älykkäällä palvelulla tarkoitetaan palvelua, jolla on kyky yhdistää tietoja siten, että käyttäjän kokemus palvelusta on arvokas. Asiakkaan sähköisestä palvelusta saama hyöty on riippuvainen siitä, kuinka hyvin palvelu onnistuu yksilöllisesti tukemaan asiakkaan oman terveyden arviointia, edistämistä sekä itse- ja omahoitoa. Jotta asiakaslähtöisyyttä kyetään toteuttamaan sähköisten palvelujen kautta, tarvitaan toimintatapojen muutoksia, uudenlaista palvelumuotoilua sekä sähköisten palveluiden kehittämistä. Sähköiset palvelut tulee pitkäjänteisen muutosjohtamisen keinoin liittää osaksi hoitoprosesseja. Tärkeää on myös muistaa, etteivät sähköisesti ja perinteisesti toteutettavat palvelut sulje toisiaan pois. Teknologia ja sähköiset palvelut rikastavat palveluja ja tekevät niistä monimuotoisemmat ja laajemmat, lisäten asiakkaiden palveluvalikoimaa. (Rönkkö ym. 2016, 43, 51–54.)

Tuottavuus

Digitaalisella teknologialla on mahdollista seurata entistä kattavammin terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuutta ja terveyden edistämistä. Ennen kaikkea digitalisaation avulla pyritään parantamaan palvelujen tuottavuutta. Sote-sektorin, julkisen sektorin, bruttokansantuotteen, valtionvelan ja verotulojen kehitys on ollut hyvin erisuuntaista. 2000-luvulla sote-sektori on kasvanut muuta julkista sektoria ja bruttokansantuotetta nopeammin. Esimerkiksi vuonna 2013 sote-sektorin menot julkisen sektorin menoista olivat 19 prosenttia. (Kaivo-Oja 2016, 74, 80.) Terveydenhuollon tuottavuutta on parannettava (Sihvo & Jauhiainen 2014, 10), mikä vaatii innovatiivisia ratkaisuja terveydenhuollon kustannuksiin (Lehto ym. 2012). Uusimman sosiaalibarometrin tulosten mukaan kannatettavimpina kustannusten hallintakeinoina pidetään ICT-ratkaisujen yhtenäistämistä, satsauksia sähköiseen asiointiin sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen (Eronen, Lehtinen, Londén & Perälähti 2016, 80). Sähköiset palvelut ovat apuväline hoidon tulosten parantamiseen ja resurssien viisaaseen käyttöön (Rönkkö ym. 2016, 41), menojen kasvun hillintään sekä tuottavuuden ja kustannustehokkuuden parantamiseen (Kaivo-Oja 2016, 86).

Terveysteknologisten palveluiden kehittämisen tavoitteena on terveydenhuollon yksiköiden toimintamallien muutos. Muutoksella pyritään takaamaan kysynnän kasvaessa parempi saatavuus, laatu sekä kustannustehokkuus. (Rönkkö ym. 2016, 33.) Tavoitteena on saavuttaa digitalisaation avulla parannuksia tehokkuuteen ja tuottavuuteen. Digitalisaation tuottavuushyödyt liittyvät pääsääntöisesti tiedolla johtamiseen ja laadukkaaseen tiedonhallintaan. Digitalisaation keskeisiksi keinoiksi nähdään siirtyminen digitaalisiin kanaviin, prosessien digitalisointi ja virtaviivaistaminen, uudet palvelu- ja liiketoimintamallit sekä entistä syvempi suhde asiakkaisiin. (Kaivo-Oja 2016, 79–80, 86.) Hyötyjä informaatio- ja kommunikaatioteknologian (ICT) käytöstä osana terveydenhuollon prosesseja ovat muun muassa parantunut laatu, työn tehostuminen, pääoma- ja työajan säästö sekä asiakaspalvelun parantuminen (Reina 2015). Digitalisaation suunnittelu on haasteellinen ja laaja kysymys. Tarve suunnittelulle on suuri, sillä muutoin vaarana on digitalisaatiosta odotettujen hyötyjen jääminen vain odotuksiksi. (Kaivo-Oja 2016, 79.)

Massadata

Tiedon määrä ja saatavuus verkkoyhteiskunnassa on suuri (Reina 2015). Koska teknologia on mahdollistanut suuren tietomäärän keräämisen, ylläpidon, uudelleen käsittelyn ja uuden tiedon luomisen (Rönkkö ym. 2016, 52), on tietohuoltoä tarkoituksenmukaista kehittää kokonaisuutena ja kustannusvaikuttavasti (Reina 2015). Terveydenhuolto hyödyntää nykyään toimintatiedon tietovarastoja (data warehouse) yhä enenevässä määrin. Tietovarastoja hyödynnetään esimerkiksi hallinnollisten tietojärjestelmien (administrative information systems) käytössä. (Reina 2015.)

Big Data -termillä tarkoitetaan isoja ja monimuotoisia tietomassoja, joita kerätään monin tavoin, kuten sensoreiden, skannereiden, tietoverkkojen, älypuhelimien ja sosiaalisen median avulla (Ahonen ym. 2016, 18). Tulevaisuudessa massadatan (Big Data) määrä ja käyttö tulee mitä todennäköisimmin lisääntymään huomattavasti (Kaivo-Oja 2016, 77). Massadata-analytiikan kehittämiseen onki keskitetty suuria summia (Tiik 2015, 1278). Tämä puolestaan lisää tarvetta tietosuojan, -turvan sekä yksityisyydensuojan säännöstelylle lainsäädännön ja muun normiohjauksen keinoin (Kaivo-Oja 2016, 77; Reina 2015). Tosin terveydenhuollossa data, tieto ja informaatio ovat aina olleet keskiössä, joten teema ei ole täysin uusi. (Kaivo-Oja 2016, 77.) Globaalisti sähköisten terveyspal-

velujen nopeimmin kasvava alue ovat tiedon analysointi ja palautteen antaminen (Tiik 2015, 1278). Ongelmiksi saattaakin nousta datan lisääntyvä määrä, sen analysointi, käsittely, tallentaminen ja liikkuvuus (Numminen 2016, 129–130).

Tietojärjestelmät

Uuteen teknologiaan liittyy myös problematiikkaa (Timonen ym. 2016). Terveydenhuollon digitalisoitumisen esteiksi ovat nousseet tietojärjestelmien puutteet, kuten huonosti suunniteltu tietojärjestelmien rakenne, tietojärjestelmien tuottamat heikkolaatuiset analyysit sekä heikko pääsy tietojärjestelmiin (Kaivo-Oja 2016, 80). Puutteet järjestelmissä ja ohjelmissa vaikuttavat suoraan käytettävyyteen (Timonen ym. 2016). Käytössä on esimerkiksi järjestelmiä, jotka eivät keskustele keskenään (Kaivo-Oja 2016, 86), ja eri tietojärjestelmien onkin usein todettu sopivat huonosti yhteen (Arvola, Pommelin, Inkinen, Väyrynen & Tammela 2012).

Terveydenhuollon tietojärjestelmien ongelmat haittaavat niin ammattilaisia kuin asiakkaita (Arvola ym. 2012). Ongelmana nähdään myös terveydenhuollon eri toimijoiden huono keskinäinen vuorovaikutus (Kaivo-Oja 2016, 80), johtuen pitkälti juuri eri järjestelmien yhteensopimattomuudesta (Arvola ym. 2012). Tosin jo pelkästään tiedonsiirto järjestelmien sisällä, osiosta toiseen, on nimetty yhdeksi hankalimmista ongelmista. Muita tietojärjestelmien tyypillisimpiä ongelmia ovat myös toimintakatkokset sekä järjestelmän ominaisuudet, joita käyttäjä ei tunne. (Arvola ym. 2012.) Jotta tietojärjestelmiä voitaisiin käyttää monipuolisesti, niitä tulee kehittää niin organisaatio- kuin yksilötasolla (Rautio & Leino 2015b, 34). Ongelmaksi tämän toteuttamisessa nousee se, että tutkittua tietoa terveydenhuollon tietojärjestelmistä on rajallisesti, samoin sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönotosta (Jormanainen 2015, 1315).

Nykyisen pirstaleisen tiedon säilytyksen sijaan, tulisi keskittyä terveystietokantojen yhdistämiseen (Tiik 2015, 1277). Tietojärjestelmien yhdenmukaistamisen on kuitenkin todettu olevan monivaiheinen prosessi (Harno 2013). Tietokantojen integroimista on lähdetty toteuttamaan vasta viimeisimmän vuosikymmenen aikana (Tiik 2015, 1277). Yhdenmukaistaminen vaatii joskus järjestelmävaihdoksen. Onnistuakseen tämä vaatii hyvää ennakollista tiedottamista, riittävää it-tukea sekä henkilöstön koulutuksiin moti-

vointia. Olennaista on myös ymmärtää, ettei muutos tapahdu hetkessä ja muuttuneeseen tilanteeseen sopeutuminen vie aikaa. (Vehmanen 2014.)

Tietojärjestelmien ongelmien lisäksi ongelmallisia ovat myös kansalaisten hidas sähköisten palvelujen käyttöönotto, ja näytön puute sähköisten terveystieteiden palvelujen hyödyistä (Ahonen ym. 2016, 13). Näihin ongelmiin pyritään pureutumaan muun muassa vuoden 2015 hallitusohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi kirjatuin hanketoimin (Ahonen ym. 2016, 12) sekä hallituksen esityksellä sähköisten terveystieteiden palvelujen saattamiseksi kansalaisten keskeisiksi lähipalveluiksi (Ahonen ym. 2016, 14; Sihvo & Jauhiainen 2014, 10). Myös konkreettisen tutkimustiedon tuottamisen sekä poikkeamailmoitusten tutkimisen ja niistä oppimisen avulla pystytään kehittämään tietojärjestelmiä sekä niiden riskinhallintakeinoja (Arvola ym. 2012).

Terveysteknologian nykytila

Suomessa teknologian hyödyntämisessä osana terveydenhuollon palveluja ja prosesseja ollaan keskellä muutosta (Rönkkö 2016, 31). Kartoitusten mukaan Suomessa teknologiaa hyödynnetään lisääntyvässä määrin osana terveydenhuoltoa (Rönkkö ym. 2016, 32), ja kansainvälisesti vertaillen suomalainen terveydenhuollon tietotekniikan käyttö on hyvin laajaa (Arvola ym. 2012). Euroopan tasolla Suomi on edelläkävijämaa esimerkiksi yleislääkäreiden eHealth-toimintojen käytössä (Reponen ym. 2015, 20).

Kuluttajille suunnatut sähköiset terveystieteiden palvelut ovat nopeasti tulossa keskeiseksi osaksi terveydenhuoltoa (Hordern ym. 2011). Terveysteknologiaa ja sen tarjoamia resursseja ei kuitenkaan ole vielä hyödynnetty tehokkaasti (Rönkkö ym. 2016, 32; Ahonen ym. 2016, 13), vaikka sähköisten palvelujen kehittäminen ja käyttöönotto onkin kiihtynyt (Rönkkö ym. 2016, 36) ja niitä on otettu aktiivisesti käyttöön (Sihvo, Jauhiainen & Ikonen 2014, 15). Nykyiset prosessit on todettu kankeiksi ja hitaiksi. Tulevaisuudessa onkin tärkeää kehittää sähköisiä palveluja ja luoda innovatiivinen viitekehys kehittämistyön pohjaksi. Toimintamallien juurruttaminen käytäntöön vaatii erityisesti markkinoinnin huomiointia ja muutosjohtamista. (Rönkkö ym. 2016, 34, 52.)

Teknologian ja digitalisaation kehityksen myötä on mahdollista kehittää yhä edistyksel-

lisempiä e-terveyspalveluja (Kaivo-Oja 2016, 80). Sähköisten terveyspalvelujen kehittämistyötä on tarkoitettu laajentaa niin kansallisesti kuin kansainvälisesti (Ahonen ym. 2016, 26). Sähköisiä palveluja on kehitetty runsaasti viime vuosien aikana (Sihvo & Jauhiainen 2014, 10). Suomessa valtakunnallisia kartoituksia kansalaisten kokemuksista ja tarpeista on kartoitettu kuitenkin vasta vähän. Pohjoismaista ensimmäisenä Norja on toteuttanut kansallisen kartoituksen kansalaisten kokemuksista. Tanskassa vastaavanlainen kartoitus tehtiin vuonna 2013. Yhteistä kansainvälistä seurantamittaristoa ei vielä ole kehitetty, mutta kiinnostusta tätä kohtaan on esitetty. (Hyppönen ym. 2014, 17.) Kansainvälisesti, kansalaisille suunnattuja terveydenhuollon verkkoportaalien käyttöä ja vaikutuksia on kartoitettu enenevässä määrin (Hyppönen ym. 2014, 20).

Sähköisten palvelujen olemassa olon ja jatkokehittämisen keskeinen edellytys on kuluttajien valmius näiden käyttöön (Rönkkö ym. 2016, 35). Vuoden 2014 kartoituksen mukaan kansalaisten valmiudet sähköisten palvelujen käyttöön olivat varsin hyvät (Hyppönen ym. 2014, 17; Sihvo, Jauhiainen & Ikonen 2014, 10; Timonen ym. 2016, 8; Rönkkö ym. 2016, 35). Valmiuksien lisäksi kuluttajilla on myös halukkuutta tähän (Sihvo, Jauhiainen & Ikonen 2014, 15). Keskeisinä motivaatiotekijöinä sähköisten palvelujen käyttöönotossa toimivat aktiivisuus ja kiinnostus (Jauhiainen, Sihvo & Ikonen 2014b, 26, 37).

Vuonna 2014 sähköisen asioinnin tunnuksen omisti 85 prosenttia asiakkaista, ja internetiä käytti 87 prosenttia (Rönkkö ym. 2016, 35–36). Yksittäisen ylläpitäjän palvelun sisältämät ominaisuudet määrittävät keitä ja miten palvelu hyödyttää. Eniten sähköisiä palveluja asiakkaat hyödyntävät terveystiedon hankkimisessa, palvelujen hakemisessa ja ajanvarausten tekemisessä. Sähköisiä palveluja käyttävät eniten työikäiset, korkeasti koulutetut ja melko terveet. Heikoimmin palveluja käyttävät yli 65-vuotiaat, kroonista sairautta sairastavat, paljon sairastavat ja heikommin koulutetut sekä kaupungeissa asuvat. (Rönkkö ym. 2016, 36.) Kaiken kaikkiaan kansalaisten rooli omien terveystietojen päivittäisenä käyttäjänä ja palvelujen kehittäjänä on muuttunut aktiivisemmaksi. Myös kiinnostus omaa terveyttä ja hyvinvointia kohtaan on kasvanut. Monikanavaisista sähköisistä palveluista kansalaisten on mahdollista valita itselle paras palvelun muoto. (Ahonen ym. 2016, 25.)

Muutosprosessi

Digitalisaation ja globalisaation voidaan sanoa olevan nykyelämän keskeisiä megatrendejä. Nämä ovat tuoneet mukanaan paljon uusia mahdollisuuksia ja muuttaneet maailmaa. Muutosten alla on välttämätöntä toimia mukautuvasti, innovatiivisesti ja luovasti. Fiksummin toimiminen ja uuden kehittäminen ovat tiivis osa muutosprosesseja, jotka nämä megatrendit ovat tehneet välttämättömiksi. (Koivula 2015.) Teknologia ja digitalisaatio avaavat ovia laadukkaammin ja nopeammin toimimiseen (Lahtinen 2016, 14). Digitalisaation seurauksena työ ja sen luonne muuttuvat, vanhaa työtä katoaa ja uutta tulee tilalle (Ahtela 2016; Merasto 2016, 9). Keskeisen pohdinnan alla on kysymys, kuinka saada uusi teknologia hyödyttämään parhaalla mahdollisella tavalla niin asiakkaita kuin terveydenhuollon ammattilaisia (Rönkkö ym. 2016, 31).

Digitalisaatio ja kehittyvä tietotekniikka avaavat mahdollisuuksia uudistaa ja kehittää toimintatapoja terveydenhuollossa, esimerkiksi palvelujen sähköistämisen muodossa (Oikarinen & Poranen 2016, 40). Sähköiset palvelut vaativat muutoksia toimintamalleihin ja palvelupolkuihin. Keskeisiä työkaluja muutosprosesseissa ovat palvelumuotoilu ja iteraatio eli toistuva suunnittelu. (Sihvo, Jauhiainen & Ikonen 2014, 15, 19.) Muutosprosessissa teknologia on hyvä nähdä osana laajempaa järjestelmää, johon sisältyvät monitieteinen ja -ammattillinen suunnittelu, tutkimus, käyttö ja arviointi (Honkanen & Mellin 2015, 213).

Digitalisaatioon katsotaan vaikuttavan keskeisesti paitsi itse teknologian murrokseen myös asiakaskäyttäytymiseen, joukkojen muodostumiseen ja joukkoistumisen murrokseen, markkinoinnin ja verkostoitumisen murroksia unohtamatta (Kaivo-Oja 2016, 77). Edellä mainitut seikat vaikuttavat myös terveydenhuollon palveluarkkitehtuuriin ja palveluiden muotoiluun (Kaivo-Oja 2016, 76). Teknologian hyödyntämiseen osana terveydenhuollon palveluja on lähdettävä asiakkaan tarpeista. Teknologian ei tule olla irrallinen osa terveydenhuoltoa, vaan kuulua osana sen kokonaisuuteen. (Ahonen ym. 2016, 26.) Sähköiset palvelut on tarkoituksenmukaista liittää luontevaksi osaksi hoitoprosesseja (Rönkkö ym. 2016, 52).

Kokeilukulttuurin rooli digitalisoitumisen haltuunotossa, ennakoinnissa ja valjastamisessa terveydenhuollon hyötykäyttöön on suuri (Kaivo-Oja 2016, 73). Muutoksissa tar-

vitaan myös työprosessien uudistamista, projektinhallintaa, henkilöstön koulutusta ja vahvaa johtajuutta (Harno 2013). Digitalisaation avulla pyritään muuttamaan laajalaisesti terveydenhuollon toimintamalleja, rakenteita, vuorovaikutusta ja koko ajattelutapaa. Keskeisenä tavoitteena voidaan nähdä hyvinvointiteknologian kehittäminen. (Kaivo-Oja 2016, 85, 88.)

Terveydenhuoltojärjestelmien organisaatiomuutokset sekä uusien taitojen ja osaamisen kehittäminen ovat osa terveydenhuollon digitalisoitumista (Ahonen ym. 2016, 13). Uusia teknologian konsepteja nyt ja tulevaisuudessa ovat muun muassa tietoverkot, etäkonsultaatiot, yhteiset arkistot ja liikkuvat palvelut. Näiden tarkoituksena on madaltaa tai poistaa kokonaan terveydenhuollon hallinnollisia esteitä sekä mahdollistaa kansalaisille mahdollisimman sujuva terveystalouden käyttö. (Haarala ym. 2015, 32.) Kuitenkin käytäntöjen muuttamiseen tähtäävien aloitteiden tulee tarjota kattava viitekehys, joka varmistaa, että laajat kuluttajille suunnatut sähköiset terveydenhuollon palvelut ovat tehokkaita, vaikuttavia ja turvallisesti käytettävissä (Hordern ym. 2011).

Kohtaaminen

Koska teknologia ei poista aidon ja inhimillisen kohtaamisen tarvetta (Numminen 2016, 131), ei digitalisaatio voi koskaan olla pelkästään teknologinen prosessi, vaan sen yhteydessä toimintatapoja tulee arvioida uudelleen ja osin muuttaa (Kaivo-Oja 2016, 86). Asiakkaat hakevat terveydenhuollon palveluista paitsi tyyppillisimpiä hyötyjä kuten sairauden diagnosointia tai hoitoa, samalla myös sosiaalisten tarpeiden tyydytystä (Ahonen ym. 2016, 26). Asiakkaat kokevat ammattilaisen henkilökohtaisen kohtaamisen arvona sinänsä (Rautio & Leino 2015b, 32).

Sähköisissä palveluissa kohtaaminen ammattilaisen ja asiakkaan välillä ei aina tapahdu kasvokkain. Tämä ei kuitenkaan poista sosiaalista kontaktia ja mahdollisuutta saada sosiaalisten tarpeiden tyydytystä, kuten sosiaalista yhteenkuuluvuuden tunnetta ja kanssakäymistä, kohtaamista, tai kuulluksi ja hyväksytyksi tulemistä. (Ahonen ym. 2016, 26.) Virtuaalinen viestintä voi myös vapauttaa asiakasta kertomaan enemmän asioita kuin kasvokkain (Rönkkö ym. 2016, 53). Teknologia tekee aidon ja inhimillisen kohtaamisen mahdolliseksi ajasta ja paikasta rippumatta (Numminen 2016, 131). Valtakun-

nallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) toteaa sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävällä teknologialla tuettavan inhimillistä hoitoa ja huolenpitoa, ihmisarvoa, hyvää elämää, osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta (Ahonen ym. 2016, 11).

3.3 Terveysteknologia

Tietoteknologian yleinen kehitys on lisännyt osaamista, mutta myös vaatimuksia (Ahonen ym. 2016, 16). Sille on asetettu suuria odotuksia (Reponen 2015, 1275). Hyvänä esimerkkinä sekä vaatimuksista että odotuksista toimii kysynnän muutos. Palvelujen kysyntä on laajentunut koskemaan kaikkia vuorokauden aikoja, ja kuluttajat haluavat myös osallistua ja vaikuttaa asioihin. (Ahonen ym. 2016, 16.) Asiakkaat ovat hyvin tietoisia asioista, kun tiedon haku on yleistynyt terveystiedon laajan verkkoon siirtymisen seurauksena (Merasto 2016, 8). Teknologian kehitys on tuonut myös terveydenhuoltoon uusia mahdollisuuksia erilaisten laitteiden käytön sekä palvelujen sähköisen toteuttamisen suhteen. Samalla monet teknologiset termit ovat siirtyneet osaksi terveydenhuollon käsitteistöä. (Ahonen ym. 2016, 16.)

Terveysteknologia on joukko teknologian sovelluksia, joiden avulla pyritään ratkaisemaan lääketieteellisiä ongelmia. Tällä tarkoitetaan kaikkia järjestelmiä, laitteita ja tarvikkeita sekä ohjelmistoja ja tietojärjestelmiä, joita terveyden- ja sairaanhoidon hoitoprosesseissa, diagnostiikassa, monitoroinnissa, sairauksien ehkäisyssä sekä toimintakyvyn vajausten ja vammojen korvaamisessa käytetään. (Ahonen ym. 2016, 16.) Seuraavassa avataan ja käsitellään työterveyshuollossakin käytettäviä terveysteknologian keskeisimpiä termejä.

Sähköisillä terveydenhuoltopalveluilla (eHealth) tarkoitetaan tieto- ja viestintäteknikkaa hyödyntäviä terveydenhuoltoalan palveluita ja välineitä (Ahonen ym. 2016, 14; Sihvo & Jauhiainen 2014, 10). Tehokkaan eHealth-toiminnan avulla kyetään tarjoamaan asiakkaille yhä yksilölähtöisempiä palveluja (Salmela 2014). Palveluiden avulla pyritään sairauksien ehkäisyyn, diagnosointiin, hoitoon ja seurantaan (Sihvo & Jauhiainen 2014, 10). Esimerkkinä sähköisistä terveydenhuollon palveluista toimii tiedonkulku potilaan ja terveydenhuollon kentän eri palveluntarjoajien, ammattilaisten ja tietoverk-

kojen välillä (Ahonen ym. 2016, 14–15; Sihvo & Jauhiainen 2014, 10). Sähköisten terveydenhuoltopalveluiden on todettu olevan kattava tapa toteuttaa terveydenhuollon toimintoja (Salmela 2014).

Sähköisellä asioinnilla tarkoitetaan tieto- ja viestintätekniikan avulla käytettäviä julkisen hallinnon palveluja. Esimerkkejä tästä ovat sähköisten lomakkeiden täyttäminen ja sähköinen ajanvaraus. (Ahonen ym. 2016, 15; Sihvo & Jauhiainen 2014, 10.) Terveydenhuollossa sähköinen asiointi on voimakkaasti kehittyvä ja ajankohtainen alue niin julkisen kuin yksityisen, perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidonkin kentillä (Sihvo & Jauhiainen 2014, 10). Sähköisen asioinnin käyttöönoton tarkoituksena on lisätä kansalaisten samaa terveyshyötyä sekä terveydenhuollon vaikuttavuutta (Sihvo, Jauhiainen, Ikonen 2014, 15).

Telelääketieteellä tarkoitetaan lääkäripalveluja, jotka toteutetaan televiestintäjärjestelmien avulla (Ahonen ym. 2016, 16). Määritelmää käytettiin aiemmin laiveammin kuin nykyään, ja käsite onkin rajautumassa koskemaan vain etäisyyksien päästä toteutettavaa hoitoa (Reponen 2015, 1275). Telelääketiedettä käytetään mm. diagnostiikassa, hoitoon liittyvässä päätöksenteossa, suosituksissa ja toimenpiteissä. Telehoitotyöllä puolestaan tarkoitetaan hoitotyön palveluja, jotka toteutetaan tieto- ja viestintäteknologiaa hyödyntäen. (Ahonen ym. 2016, 16.) Suomeen perustettiin yli 20 vuotta sitten, 1.11.1995, Suomen Telelääketieteen ja eHealth seura, jonka tarkoituksena on tuoda tietämystä terveydenhuollon sähköisten järjestelmien mahdollisuuksista sekä edistää muutosta. Muutos on tänä päivänä toden teolla vauhdissa: perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, julkisen ja yksityisen terveydenhuollon sekä terveyden- ja sosiaalihuollon kenttien yhteistyö on tiivistynyt ja yhä edelleen tiivistymässä. (Reponen 2015, 1276.)

mTerveys eli mobiiliterveydenhuolto tarkoittaa mobiiliteknologian hyödyntämistä terveydenhuollon tarpeisiin muun muassa sovelluksin ja langattomin laittein (Ahonen ym. 2016, 17). WHO laajentaa käsitteen koskemaan myös kansanterveystyötä (Reponen 2015, 1275). Esimerkiksi erilaiset potilaan vointia seuraavat, terveyttä edistävät ja hoitoa tukevat laitteet, kuten älypuhelimet, kämmenmikrot ja terveyspelit ovat osa mobiiliterveydenhuoltoa. Terveyspelien tarkoituksena on motivoinnin, innostamisen ja osallistamisen kautta edistää terveyttä ja hyvinvointia. (Ahonen ym. 2016, 17.) Asiakkaat voi-

vat tehdä erilaisia terveyteen ja sairauteen liittyviä testejä entistä enemmän itse (Merasto 2016, 8).

mTerveys sovelluksien etuna on niihin liitettävien terveydenhuollon laitemahdollisuuksien laajuus. Esimerkiksi EKG-sensoreita, verenpaine- ja sykemittareita, digitaalisia stetoskooppeja, lämpömittareita, verengluukoosimittareita, spirometreja ja EEG-pantoja on mahdollista liittää langattomasti sovelluksiin. (Ahonen ym. 2016, 17.) Myös terveyttä edistävät ja sairauksia ennalta ehkäisevät, lääkinnällisiin laitteisiin ja antureihin liitettävät neuvontasovellukset, tekstiviesteillä tarjottavat terveystiedot, muistutukset ja opetusjärjestelmät sekä langattoman telelääketieteen sovellukset, ovat osa mTerveyttä (Reponen 2015, 1275–1276). Tämä terveysteknologian osa-alue on kovassa nousussa ja vahvasti edustettuna jo monen yksityisen lääkärin palvelutarjonnassa.

Hyvä edelläkävijäesimerkki mTerveydestä tulee Yhdysvalloista, jossa USA:n FDA (The Food and Drug Administration) on hyväksynyt älypillerit, joiden avulla on mahdollista seurata elimistön fysiologisia toimintoja, kuten sydämen toimintaa, kehon lämpöä, hengitystä ja lääkityksen vaikutusta. Älypillerit lähettävät keräämänsä datan halutunlaiseen mobiilisovellukseen, esimerkiksi älypuhelimeen. Omamittauksen helppouden voidaankin nähdä tuottaneen joukon omaa terveydentilaansa ja hyvinvointiaan aktiivisesti seuraavia niin sanottuja biohakkereita. (Ahonen ym. 2016, 17.) Myös Suomessa on tehty pilotoiteja ja niiden seurauksina laajempiakin käyttöönottoja liittyen esimerkiksi PEF-työpaikkaseurantoihin, joista data siirtyy suoraan mobiililaitteen kautta paitsi asiakkaan itsensä myös terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön.

meTerveys -käsitettä käytetään mobiili- ja muista sähköisistä palveluista, joita käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeisiin. Internet on tunnetuin meTerveyden tarpeisiin valjastettu apuväline. Nykyään koneiden keskinäinen kommunikointi kasvaa. Tätä ilmiötä on ruvettu kutsumaan esineiden internetiksi. Tietomäärät ja niiden vaihto ovat kasvaneet räjähdysmäisesti, ja tulevat kasvamaan vastakin. Tämän vuoksi uusien käyttötapojen luominen on tärkeää. IoT (Internet of Things) -termillä tarkoitetaan internetin ekosysteemiä, joka on muodostettu kaikkia maailmassa olevia laitteita hyödyntämällä. Internetissä olevia palveluita apuna käyttäen näitä toisiinsa liitetyjä laitteita pystytään käyttämään hyödyksi. Joka paikan internet (Internet of Everything) menee vieläkin pidemmälle yhdistämällä kaiken mitä voidaan kuvata, mm. ideat, tunteet ja tilat osaksi

internetiä. (Ahonen ym. 2016, 17–18.)

Terveydellä (puettava teknologia) tarkoitetaan puettavia telelaitteita esimerkiksi sensorillisia vaatteita, aktiviteettirannekkeita, äylaseja ja -kelloja, joiden avulla voidaan seurata ja ylläpitää henkilön vointia ja terveydentilaa. Näillä povataan olevan tulevaisuudessa yhä merkittävämpi rooli esimerkiksi erinäisten kansansairauksien hoidossa ja omahoidossa. Puettavaa teknologiaa voidaan käyttää sydän- ja verisuonisairauksien, diabeteksen, astman ja maksasairauksien hoidossa. (Ahonen ym. 2016, 16–17.) Työterveyshuolto käyttää esimerkiksi firstbeat-mittausta eli sydämen syketaajuuden jatkuvaa seuranta apuna selvittäessä työperäistä stressiä. Puettava teknologia on nykyään yleistä myös arkipäivässä. Moni omistaa esimerkiksi aktiivisuusrannekkeen.

Terveydenhuollon informaatiopalveluilla tarkoitetaan: terveyteen liittyvän informaation tarjoamista, terveystiedon organisointia, järjestelyä ja uudelleenkäsittelyä, vuorovaikutteisia terveystietoja, yksittäistä terveyteen ja sairauteen liittyvää informaatiopalvelua, terveystiedon käyttäjien palveluita sekä päätöksentekopalveluita. Informaatiopalveluiden käyttäjien terveystarpeet halutaan uudistusten keskiöön, sillä tyytyväisten asiakkaiden katsotaan takaavan terveydenhuollon resurssit ja laadukkaat toiminnot. (Kaivo-Oja 2016, 87.) Sähköisillä omahoitopalveluilla tarkoitetaan informaatio- ja viestintäteknologian avulla tapahtuvaa omahoitoa. Esimerkkinä tästä on oman hyvinvoinnin ja terveyden seuranta ja edistäminen sekä sairauksien ehkäisy ja hoitaminen internetissä tai mobiililaitteella. (Ahonen ym. 2016, 15.) Seuraavassa kuvataan omahoidon ja omaseurannan terveysteknologista näkökulmaa.

3.4 Sähköiset omahoitopalvelut

Terveydenhuollon asiakkaan omaa vastuuta terveydestään on jo pidemmän aikaa yritetty kasvattaa. Asiakkaan rooli onkin kasvanut merkittäväksi oman terveyden seurannassa ja ylläpitämisessä. (Numminen 2016, 123, 130.) Asiakkaiden aktiivisuutta omahoidossa ja elämänhallinnassa pyritään lisäämään luotettavan hyvinvointitiedon avulla (Jormanainen 2015, 1309). Sähköisten terveystietopalveluiden voidaan sanoa mullistaneen asiakkaiden osallistumisen omien terveystieto- ja hyvinvointitietojensa hallintaan. Teknologian avulla omahoitoon saadaan edistystä ja uusia ulottuvuuksia. (Numminen 2016, 130.)

Sähköiset omahoitopalvelut ovat esimerkiksi avanneet asiakkaille mahdollisuuden osallistua omaan hoitoonsa laaja-alaisemmin (Reponen 2015, 1275). Myös työterveyshuollossa käytettävät sähköiset työterveystarkastukset kuuluvat sähköisiin omahoitopalveluihin, joissa käytetään omamittausta omahoidon toteuttamismuotona.

Omahoito (self-management) tarkoittaa hoitoa, jonka asiakas toteuttaa itselleen. Omahoidon tulee olla näyttöön perustuvaa ja ammattihenkilön kanssa suunniteltua. Omahoidon tuella tarkoitetaan asiakkaan ja ammattihenkilön välistä valmennussuhdetta, jonka tarkoituksena on tukea asiakkaan parhaan mahdollisen elämänlaadun saavuttamista. Omahoidossa asiakkaan rooli on aktiivinen, hän ottaa vastuuta omista ratkaisuksistaan osallistumalla hoitonsa sekä elintapojensa suunnitteluun ja toteutukseen. Ammattilaisen rooli on toimia asiakkaan ohjaajana, valmentajana (Sihvo, Tyyskä, Jauhiainen, Kurki 2014, 80) ja tukijana (Jauhiainen, Sihvo & Ikonen 2014b, 26.) Terveystieteiden ammattilaisten asiakasohjauksen avuksi on kehitetty neuvova potilaskertomus. Tämän tarkoituksena on käyttää näyttöön perustuvaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisten avuksi heidän tukiessa asiakkaan omaa terveyden ylläpitoa ja parantamista. (Kortteisto 2014, 18).

Omahoidon tukemisen tavoitteena on muun muassa asiakkaan elämänlaadun paraneminen ja riskitekijöiden väheneminen. Ammattilaisen toteuttaman omahoito-opetuksen tyyppiä ovat asiakkaan autonomia, itse säätelämä hoito, voimaantumisen ja pysyvyyden tunteet sekä tasavertainen kumppanuus ammattilaisen kanssa. (Sihvo, Tyyskä, Jauhiainen & Kurki 2014, 80.) Tässä autonomialla tarkoitetaan ihmisen kykyä tehdä valintoja ja päätöksiä sekä kykyä toimia niiden mukaisesti (Välimäki 2012, 137). Omahoidon ohjaussuhde on asiakaslähtöinen ja oppimisnäkemys konstruktivinen (Sihvo, Tyyskä, Jauhiainen & Kurki 2014, 80) eli omaa aktiivisuutta korostava (Nurmi ym. 2008, 37).

Oma-/itsemittaus on yksi omahoidon osa-alue. Itsemittauksella tarkoitetaan kaikkea informaatiota, jota asiakas voi mitata itseltään (Ahonen ym. 2016, 15; Salmela 2014) ilman terveydenhuollon ammattilaisen tapaamista (Salmela 2014). Mittauksen kohteena voi olla biologinen tai fysiologinen tekijä, käyttäytyminen tai ympäristö (Ahonen ym. 2016, 15; Salmela 2016). Tässä mittauksella tarkoitetaan kaikkea mittaamista joko mittalaitteen tai arvioinnin avulla. Mittauksen avulla pyritään vähentämään kontakteja

terveydenhuoltoon, mutta samalla tuottamaan enemmän lisäarvoa asiakkaalle kontaktin syntyessä. (Numminen 2016, 125.) Itsemittauksen avulla mahdollistetaan toiminnan tapahtuminen yksilön omien lähtökohtien kautta. Samalla mahdollistuvat myös asiakaslähtöisyys ja parempi vastuunotto omasta terveydestä. (Salmela 2014.) Älykkäiden omamittausten on todettu helpottavan asiakkaiden arkea. Keskeistä omamittauksessa on asiakkaan valinnanvapaus siitä, mille tahoille hän haluaa tietojansa jaettavan ja mihin itsestä kerättyjä tietoja käytettävän. (Numminen 2016, 128.)

Teknologian kehitys on tuonut mukanaan myös uusia välineitä oman hyvinvoinnin seurannan ja omamittauksen tueksi (Numminen 2016, 124). Sähköiset omahoitopalvelut käsittävät oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sähköisen palvelun kautta, esimerkiksi internetissä tai mobiililaitteella. Näiden avulla yksilö pystyy tarkkailemaan terveydentilaansa aktiivisemmin ja vaikuttamaan enemmän omaan hoitoprosessiinsa. Sähköisten palvelujen avulla terveydenhuollon painopistettä on mahdollista muuttaa yhä enenevässä määrin terveyden edistämisen, asiakaskeskeisyyden sekä tehokkaamman työajankäytön suuntaan. (Salmela 2014.)

Terveysteknologian kehityksen mahdollistama omamittaus toteutetaan usein etäpalveluna. Etäpalvelut ovatkin yleistyneet ja samalla etäisyyksien merkitys on vähentynyt. (Merasto 2016, 8.) Pääosin terveydenhuollon etäpalvelut ovat verrannollisia perinteisiin vastaanottokäynteihin (Ahonen ym. 2016, 15). Sekä kuluttajien että palveluntarjoajien on oltava kriittisiä sähköisten palveluiden käytössä (Hordern ym. 2011). Palveluntarjoaja on velvollinen arvioimaan, onko annettava palvelu tarkoituksenmukainen etäpalveluna annettavaksi. Sähköisten omahoitopalvelujen ja omien tietojen hallinnan on todettu tukevan sairauksien ennaltaehkäisyä ja omahoitoa. (Ahonen ym. 2016, 12, 15.) Sähköisten palvelujen avulla pyritään jatkuvasti kehittämään omahoidon toteuttamista ja tukemista (Sihvo & Jauhiainen 2014, 10).

Omaseurantoihin liittyy myös ongelmia. Asiakkaat saattavat unohtaa mittaukset, niitä saattaa jäädä välistä, tai niitä ei ole suoritettu oikein tai ajallaan. Kirjatut mittaustulokset saattavat myös olla epäluotettavia. Näistä saattaa seurata erinäisiä kumulatiivisia vaikutuksia niin terveydenhuollon toimijoille, ammattilaisille kuin asiakkaille. Esimerkiksi omamittausten ollessa puutteellisia saattaa vastaanottokäynti muuttua turhaksi, jolloin

aiheutuu ylimääräisiä kuluja niin terveydenhuollolle kuin asiakkaalle. (Numminen 2016, 124.)

Ongelmiin voidaan pyrkiä vaikuttamaan prosessin alkuvaiheessa annettavalla riittäväällä ohjauksella ja tuella, koko prosessin ajan tehtävällä seurannalla ja tarkistuksilla sekä tarvittavilla yhteydenotoilla asiakkaaseen. Myös asiakasta tulisi kannustaa olemaan tarvittaessa yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen, esimerkiksi ongelmatilanteissa. Ongelmien syntyä pyritään ennalta ehkäisemään muun muassa hyvän suunnittelun avulla. Asiakkaalle tulisi tehdä terveys- ja hoitosuunnitelma, johon kirjataan yhteiset tavoitteet, tarpeet ja keinot. Suunnitelma toimii yhteisenä sopimuksena, jonka avulla niin asiakas kuin terveydenhuollon ammattilaiset tietävät, miten omahoidon on tarkoitus edetä. Varjopuolista huolimatta omamittauksista syntyvien säästöjen on todettu olevan suuremmat kuin siitä koituvat menot. (Numminen 2016, 126–127, 129.)

4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSOSUUS

Sähköisiä palveluja on kehitetty runsaasti viime vuosien aikana (Sihvo & Jauhiainen 2014, 10). Kehittämistyössä keskeistä on asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöisyydessä asiakas määrittellään oman terveytensä sekä hyvinvointinsa asiantuntijaksi että aktiiviseksi toimijaksi. Asiakkaan asiantuntijuus nähdään resurssina, jonka tarpeita ja voimavaroja voidaan hyödyntää palveluprosesseissa. Käytännössä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan muun muassa asiakkaiden kehittämistyöhön mukaanottoa sekä heidän tarpeidensa huomiointia. Asiakaslähtöisten palveluiden avulla pystytään lisäämään asiakkaiden mutta myös työntekijöiden tyytyväisyyttä, hoidon vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Tavoiteltavaa olisi, että asiakas voisi käyttää palveluita, joiden suunnittelussa, toteuttamisessa ja kehittämisessä hän on ollut mukana. (Sihvo, Jauhiainen & Ikonen 2014, 14–25.)

Käyttäytymismuutoksia tukevien järjestelmien käyttöä ja käyttöönottoa on hyvä kehittää, testata ja tutkia, sillä niistä saadaan hyödyllistä tietoa. Näiden tietojen avulla voidaan linjata tulevaisuuden ratkaisuja niin, että ne tulevat osaksi asiakkaiden arkea. Uusien toimintatapojen käyttöönotto ja niihin sitoutuminen vaativat niiden hyväksymisen. Vaikka tietotekniikan avulla päästäisiinkin vaikuttaviin tuloksiin yksilöiden terveyskäyttäytymisvalintoihin vaikuttamisessa, ei se yksin kuitenkaan ole riittävä keino terveyskäyttäytymisen muuttamiseksi. (Lehto ym. 2012.) Jatkossa hoitotyön interventioiden vaikuttavuuden arviointiin ja kehittämiseen kohdentuvat tutkimukset ovat tarpeen (Eriksson 2011, 121). Tämän vuoksi opinnäytetyön tutkimusosuus käsittelee asiakaskäyttäjäkokeuksia sekä suhtautumista sähköisen terveystalouden käyttöönottoon.

4.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Tämän opinnäytetyön tutkimusosuudessa on käytetty kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti ensisijassa halu saada suuri otos ja tämän seurauksena mahdollisimman monen asiakaskäyttäjän ääni kuuluviin eTerveystalouden käyttöön liittyen. Tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus (Koppa 2015). Suuntaus perustuu kohteen kuvaamiseen sekä tulkitsemiseen

tilastojen ja numeroiden avulla. Määrällisessä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita syy-seuraussuhteiden lisäksi vertailusta ja numeerisiin tuloksiin perustuvasta ilmiön selittämisestä. Kvantitatiiviseen menetelmäsuuntaukseen sisältyy runsaasti erilaisia tilastollisia ja laskennallisia analyysimenetelmiä. (Koppa 2015.)

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa korostetaan yleispäteviä syy-seuraussuhteita, jolloin todellisuus rakentuu tutkitusti todettavista asioista. Tutkimusmenetelmän keskeisiä tekijöitä ovat johtopäätökset aiemmasta tutkimuksesta ja teoriasta, hypoteesin esittäminen sekä käsitteiden määrittely. Muita keskeisiä tekijöitä ovat aineiston keruun suunnitelmat, koehenkilöiden tai tutkittavien henkilöiden valinta (perusjoukko, johon tulos pätee sekä otos, joka otetaan perusjoukosta), taulukointi ja tilastointi sekä päätelmien teko havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 135–136.)

Kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin mikä, missä, paljonko ja kuinka usein. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän keinoin saadaan numeerisesti suuri ja edustava otos. Tutkimusilmiö kuvataan numeerisen tiedon pohjalta. Kvantitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä ovat erilaiset kyselyt, kuten lomakekyselyt, surveyt, internet-kyselyt, strukturoidut haastattelut, puhelinhaastattelut, systemaattiset havainnoinnit sekä kokeelliset tutkimukset. (Heikkilä 2014.)

Kyselytutkimus

Kysely on yksi tapa kerätä aineistoa. Kysely tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisimpänä menetelmänä. Survey-tutkimus tarkoittaa tutkimusstrategiaa, jonka tavoitteena on koota kysely- tai haastattelumenetelmillä tietoa suurehkosta määrästä satunnaisotannalla valituista tutkimuskohteista. (Heikkilä 2014; Valli 2007, 102.) Survey-tutkimuksen tulokset käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. Strukturoidut haastattelut ja kyselyt sekä kokeelliset tutkimukset ovat tässä suhteessa samanlaisia. (Hirsjärvi ym. 2007, 188–189.)

Kyselytutkimuksen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kyselytutkimuksen avulla voidaan kysyä monia asioita samanaikaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 190; Valli 2007, 101.) Kyselymenetelmä on tehokas ja säästää tutkijan aikaa. Jos lomake on huo-

llesesti tehty, voidaan aineistoa käsitellä nopeasti ja analysoida tietokoneen avulla. Kyselymenetelmän tiedon käsittelyyn on kehitetty tilastolliset analyysitavat ja raportointimuodot, jolloin tutkijan itse ei tarvitse kehitellä näitä. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.) Kyselylomakkeella suoritettussa tutkimuksessa hyvänä puolena voi pitää sitä, ettei tutkija voi vaikuttaa olemuksellaan eikä läsnäolollaan vastauksiin. Tutkimuksen luotettavuutta parantaa lisäksi se, että kysymys esitetään jokaiselle vastaajalle samassa muodossa. (Valli 2007, 101.)

Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia. Heikkouksiin kuuluvat esimerkiksi se, että aineistoa pidetään usein pinnallisena ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. Tutkijan ei ole mahdollisuutta varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen, tai miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien näkökulmasta. Kyselytutkimuksessa hyvän lomakkeen laatiminen vie aikaa ja vaatii tutkijalta itseltään paljon tietoa ja taitoa. (Hirsjärvi ym. 2007, 190–191.) Kysymystutkimukseen vastaamisen heikkouksia voi olla myös vastaamattomuus eli vastausprosentti jää usein kyselytutkimuksissa alhaiseksi (Valli 2007, 101).

Kysymysten sisällön lomakkeessa tulee olla mahdollisimman yksiselitteiset ja helposti ymmärrettävät. Yksilölliset tulkintavaihtelut tulee minimoida. (Valli 2007, 100; Hirsjärvi ym. 2007, 193,197–198.) Tokikaan näistä ei koskaan kokonaan voida päästä eroon, sillä niihin vaikuttavat muun muassa vastaajan tausta, aika, lähestymissuunta sekä tutkijasta johtuvat seikat (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–12). Kyselylomakkeen laadinnalla ja tarkalla kysymysten suunnittelulla ja asettelulla tehostetaan tutkimuksen onnistumista (Valli 2007, 100). Kysymysten laadintaan liittyy monia tärkeitä näkökohtia ja kysymyksiä voidaan muotoilla monella eri tavalla. Tärkeintä kyselylomakkeen laadinnassa on kyselyn selkeys. Tarkat kysymykset ovat parempia kuin yleiset sekä lyhyet ja ytimekkäät parempia kuin pitkät. Kaksoismerkityksellisiä kysymyksiä tulee välttää. Lisäksi kyselylomakkeessa valittavaksi tulee tarjota vaihtoehtoja. Tarkoituksenmukaista on myös kiinnittää huomiota kysymysten määrään, asetteluun ja sanavalintoihin. (Valli 2007, 100; Hirsjärvi ym. 2007, 193,197–198.)

Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksen tulosten ensimmäisessä käsittelyvaiheessa tarkistetaan aineiston tiedot ja niiden oikeellisuus. Aineistosta tarkistetaan virheet ja tietojen puutteet. Jos vastaaja on jättänyt vastaamatta yhteen kysymykseen tai osioon, ei kyselylomaketta kannata hävittää. Tietoa voidaan silti saada esimerkiksi keskiarvoista sekä niistä kysymyksistä ja osuuksista, joihin henkilö on vastannut. Kun tutkimustulokset on analysoitu, niitä on vielä selitettävä ja tulkittava. Tulkinta tarkoittaa, että tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä omia johtopäätöksiä. Tulkinnan tarkoituksena on selkeyttää ja pohtia analyysissä esiin nousevia teemoja. Tutkimustulosten analysoinnin lisäksi tuloksista on tarkoituksenmukaista laatia synteesejä. Synteesi tarkoittaa tutkimuksen tuloksista koottavia pääosioita, jotka antavat selkeät vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Johtopäätöksien tulee pohjautua asetettuihin synteeseihin. Tutkijan on hyvä pohtia, myös mikä on tulosten merkitys tutkimusalueella sekä mikä laajempi merkitys tuloksilla voi olla. (Hirsjärvi ym. 2007, 216, 224–225.)

Tutkimusosuuden aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset ovat koko tutkimuksen ydinasia. Näihin tähdätään jo tutkimusta aloitettaessa. Analyysivaiheessa selviää millaisia vastauksia tutkija saa tutkimuksessaan asettamiinsa ongelmiin. Aineiston analyysitapoja on useita, jotka on mahdollista jaotella kahteen ryhmään: selittämiseen ja ymmärtämiseen. Selittävään lähestymistapaan sisältyy usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa näiden pohjalta. Ymmärtävässä lähestymistavassa päätelmiä tehdään laadullisen analyysin pohjalta. Analyysitavan valinnassa on tärkeää valita se tapa, joka tuo parhaiten vastauksen tutkimustehtävään ja -ongelmaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 216–217.)

Tässä opinnäytetyön tutkimusosuuden analyysimenetelmänä käytettiin sisällön analyysia, johon on yhdistetty induktiivisiä piirteitä. Tutkimustulokset analysoitiin raakadatas- ta käyttäen apuna Excel-ohjelmaa. Sisällön analyysin avulla yritetään luoda hajanaisesta aineistosta yhtenäistä ja selkeää informaatiota, mikä mahdollistaa johtopäätösten teon (Verne). Sisällön analyysiä voidaan käyttää minkä tahansa dokumentin analysointiin. Sisällön analyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen eroja ja yhtäläisyyksiä kartoittaen ja näitä tiivistäen (Verne.) Aineistolähtöisessä tutkimuksessa pääpaino on aineistossa. Tämä tarkoittaa sitä, että muun muassa analyysiyksiköt eivät ole määrättyjä ennalta. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa teoria rakennetaan aineiston pohjalta. Induktiivisuudella

tarkoitetaan yksittäisistä havainnoista etenemistä yleisempiin väitteisiin. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.)

Tutkimusosuuden aineistosta tehtävää litterointia eli auki kirjoittamista voidaan tehdä joko koko aineistosta tai valikoiduista osuuksista. Ennen litterointia tulee tietää, minkälaista analyysia aiotaan tehdä, sekä aiotaanko aineistoa analysoitaessa käyttää jotain tietokonepohjaista analyysiohjelmaa. Yksiselitteistä ohjetta litteroinnin tarkkuudesta ei ole määritelty. (Hirsjärvi ym. 2007, 219.)

Taulukot ja kuvat

Tutkimustulosten analysoinnin sekä tekstin luettavuuden ja ymmärrettävyyden helpottamiseksi analysoinnissa käytetään taulukoita ja kuvia. Sama asiasisältö selviää tekstistä ja taulukosta. (Hirsjärvi ym. 2007, 305.) Taulukoita pitää pystyä lukemaan erillisinä osuuksinaan (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 71). Tarkoitus ei ole tekstissä auki kirjoittaa taulukkoa uudelleen, vaan todeta sen keskeinen ydinsisältö. Taulukoiden selosteiden on oltava niin informatiivisia, että ne kertovat lukijalle suoraan taulukoiden sisällön (Hirsjärvi ym. 2007, 308).

Kuvioiden avulla on mahdollista havainnollistaa tuloksia sekä painottaa tietoa. Kuvia ovat kaikki tutkimusraportissa käytetyt havainnollistamiskeinot poissulkien taulukot. Kuvia ovat muun muassa piirroksot, kartat ja valokuvat, joista yleisimmin käytettyjä tutkimuksissa ovat pylväsdiagrammit ja piirakat. Kuvio on hyvä raportoimiskeino silloin, kun halutaan esittää lukujen suhteita ja vertailuja, sekä raportoitavan asian kuvailevia tai rakenteellisia puolia. (Hirsjärvi ym. 2007, 311–312.)

4.2 Yhteistyöorganisaation esittely

Opinnäytetyömme tutkimusosuuden yhteistyökumppanina toimi yksityinen terveystalvelujen tuottaja Diacor terveystalvelut Oy. Diacor on suomalaisessa omistuksessa oleva terveystalveluja tuottava yritys ja osa Suomen suurinta yhteiskunnallista konsernia Helsingin Diakonissalaitoksen säätiötä. (Diacor a.) Diacor on pääkaupunkiseudun suurin

terveyspalvelujen tuottaja (Hakulinen 2016). Yrityksen osakekannan omistavat Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö (87,5 %) ja LähiTapiola-ryhmä (12,5 %) (Diacor esittely 2015). Yrityksen liikevaihto oli viime vuonna (vuosi 2015) 78,8 miljoonaa euroa. Osingot päätyvät omistajaosuuksien mukaan pääosin yleishyödylliselle Helsingin Diakonissalaitoksen säätiölle (Diacor a), joka tukee osinkovaroin muun muassa seuraavia hankkeita: Amigo (ohjelma, jossa vapaaehtoiset aikuiset toimivat nuorten tukena), Hirundo (humanitaarinen apu romanikerjäläisille), Saimit (tukee kotoutumisvaiheessa olevia thaimaalaisia naisia), Seniori-Vamos (auttaa syrjäytymisvaarassa olevia vanhuksia), Roottori (uudenlainen yhteisöverkosto, joka lisää arjen hyvinvointia) ja Vamos (auttaa syrjäytymisvaarassa olevia nuoria). Yritys julkaisee vuosittain yritysraportin, josta näkee muun muassa yrityksen maksamat yhteisöverot. (Diacor esittely 2015.)

Diacor terveyspalvelut Oy tuottaa sekä terveyden- että sairaudenhoitopalveluja. (Yritys toimii pääkaupunkiseudulla ja Turussa.) Diacorilla on yhteensä 14 lääkäriasemaa, 13 niistä sijaistaa pääkaupunkiseudulla ja 1 Turussa. Diacor omistaa myös yhden Helsingissä sijaitsevan päiväkirurgisen sairaalan (Diacor esittely 2015) ja erillisen fysioterapiakeskuksen (Diacor b), psykoterapia- ja silmäyksiköt sekä työterveysyksikön (Diacor esittely 2015). Yritys työllistää noin 700 terveyspalvelujen ammattilaista (Diacor b). Diacorin yritys vastuuseen kuuluu taloudellisen vastuun lisäksi myös sosiaalinen- ja ympäristövastuu. Organisaation arvot ovat erinomainen asiakaspalvelu, uudistuminen ja esimerkillisyys. Missiona toimii ihmisten terveyden edistäminen ja hyvän tekemisen mahdollistaminen sekä visiona lähellä oleminen. (Diacor terveyspalvelut oy 2015.)

Diacorin palveluihin kuuluu niin vastaanotto- ja sairaalapalveluja kuin sähköisiä palveluja yksilö- ja yritysasiakkaille. Sähköisten palvelujen päämääränä on tarjota asiakkaille mahdollisuus matalan kynnyksen asiointiin etäasiointina. Diacor tarjoaa seuraavia sähköisiä palveluja: etäasiointia, etävastaanottoa, etäneuvontapalveluja sekä etäterveystarkastusta. (Diacor esittely 2015.)

Sähköinen työterveystarkastus Diacorilla

Diacor terveyspalvelut Oy:ssä sähköinen työterveystarkastus kulkee nimellä eTerveystarkastus. eTerveystarkastuksen ja erityisesti terveystutkimuksen ideana on seuloa työ-

kykyriskit nopeasti ja kustannustehokkaasti. Tarkoituksena on tuottaa terveyttä työhön niin yksilöasiakkaalle eli työntekijälle kuin yritysasiakkaalle eli työnantajalle. Sähköisen työterveystarkastuksen käyttö tehostaa terveystarkastusprosessia, varmistaa työkykyriskissä olevista työntekijöistä huolehtimisen sekä säästää työntekijän työaikaa. Terveystarkastustoiminnan, joka toteutetaan seulonnan perusteella, on todettu vähentävän sairauspoissaoloja. eTerveystarkastus on suunniteltu toteutettavaksi 1–3 vuoden välein. eTerveystarkastusta käytetään vapaaehtoisissa terveystarkastuksissa. eTerveystarkastus sijaitsee eLääkäriasemalla ja on käytettävissä kaikkina vuorokauden aikoina. eTerveystarkastuksen käytännöistä sovitaan osana toimintasuunnitelmaa oman työterveyshoitajan kanssa. (Diacor c.)

Terveystutkimus on osa Diacorin eTerveystarkastusta. Terveystutkimuskysely analysoi yksilön terveyttä ja voimavaroja vertailemalla yksilön vastauksia laajaan vertailuaineistoon. Pääpaino on ennaltaehkäisevyydessä. Kyselyn avulla asiakkaan on mahdollista itse vaikuttaa tehokkaalla tavalla omaan hyvinvointiinsa. Asiakas saa henkilökohtaisen palauteraportin, joka on tuotettu hänen vastaustensa pohjalta, ja raportin mukana saa myös tulkintaohjeet. Raportti antaa asiakkaalle tietoa hänen tämänhetkisestä terveydentilastaan ja mahdollisista suositeltavista jatkotoimista. Suositeltavina jatkotoimina voivat toimia muun muassa työterveyshuollon ammattilaisen tai asiantuntijan tapaaminen tai muut jatkotutkimukset. Tavoitteena on, että asiakkaan oma rooli olisi mahdollisimman aktiivinen. Asiakkaan toivotaan esimerkiksi kehittävän niitä alueilta terveydessään, joita on tarvetta kehittää ja joihin hän voi itse vaikuttaa. (Diacor Terveystutkimus.)

Terveystutkimuskysely koostuu esitietojen eli henkilö- ja yhteystietojen sekä työnantajan tietojen lisäksi täyttöohjeisuudesta. Kysely sisältää strukturoidun kyselylomakkeen. Vastaaajia muistutetaan koko prosessin kattavasta tietojen luottamuksellisesta käsittelystä. Mitään yksilötietoja ei luovuteta asiakkaan työnantajalle tai viranomaisille. Ainoastaan yksiköistä, joissa yli 10 henkilöä vastaa terveystutkimukseen, voidaan ryhmän vastauksista tuottaa ryhmäpalautte. (Diacor Terveystutkimus.)

Esitieto-osuuden jälkeen alkaa varsinainen terveyden ja hyvinvoinnin kartoittamiseen tarkoitettu osuus. Kysely pitää sisällään kysymyksiä tupakkatuotteiden ja alkoholin käytöstä, diabeteksestä ja verensokeriarvoista, vapaa-ajan liikkumisesta, kivun kokemisesta, mielialasta sekä levosta ja vireystasosta. Muita kyselyn avulla selvitettäviä asioita ovat

kysymykset työn kuvauksesta, työkyvystä linkitettyinä työn vaatimuksiin, työkykyen-
nusteesta, sairauspoissaoloista sekä toiveista työnantajan tarjoamista terveyttä ja hyvin-
vointia tukevista palveluista. Asiakkaat vastaavat kaikkien aihealueiden kysymyksiin
oman kokemuksensa ja mielipiteensä pohjalta. (Diacor c.)

Vastausten perusteella palauteraportti antaa vastaajalle liikennevalo-muotoisesti tietoa
terveytensä eri osa-alueista sekä kokonaisterveydestä. Vihreä valo tarkoittaa, että vas-
taajan terveys on hyvä. Häntä kannustetaan jatkamaan samaan tapaan ylläpitääkseen
terveyttään. Keltainen valo tarkoittaa, että vastaajan terveydentilassa on kehitettävää.
Vastaaja ohjataan tarvittaessa terveysvalmennukseen työterveyshuollon ammattihenkilön
vastaanotolle. Punainen valo viestii, että vastaajan terveydentila on heikentynyt.
Tällöin vastaaja ohjataan työterveyden seurantaan ja luodaan hänelle jatkotoimenpide-
suositukset sekä tuetaan näiden toteutumista. Vastaaja myös kutsutaan uudelleen eTer-
veystarkastukseen vuoden kuluttua. (Diacor c.)

Kyselyn vastaukset tallentuvat Diacorin potilastietojärjestelmään. Kaikki eTerveystar-
kastukseen osallistuvat käyvät kyselyyn vastaamisen yhteydessä laboratorionkokeessa,
johon ohjeistuksen saa sähköisesti. Laboratorionkoe toteutetaan perifeerisenä laskimove-
rinäytteenä, josta seulotaan muun muassa veren kolesteroli-, hemoglobiini- ja glukoo-
siarvot. Asiakasta tiedotetaan verikokeiden tuloksista, ja nämä tulevat näkyviin Diacorin
eLääkäriasemalle asiakkaan nähtäväksi. (Diacor c.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tutkimusosuuden tarkoituksena oli kartoittaa Diacor terveystalvut Oy:n yksilöasiakkaiden käyttökokemuksia sähköisestä työterveystarkastuksesta. Populaationa eli tutkittavana perusjoukkona toimi Diacor terveystalvut Oy:n yksilöasiakkaat, jotka osallistuivat eTerveystarkastukseen vuosina 2015–2016. Tutkimustulokset tuottivat aineistoa Diacor:lle eTerveystarkastus kokonaisprosessin ja sisällön kehittämiseen kvantitatiivisen eli määrällisen, survey-tutkimuksen keinoin. Opinnäytetyön tutkimusosuuteen saatiin tutkimusaihe Diacorilta. Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään osana heidän laajempaa kehittämishankettaan. Tutkimustulokset tuottavat myös yleistä tietoa aiheesta, jota on tutkittu varsin vähän. eTerveystarkastus on uusi ja näin ollen ajankohdainen aihe. Opinnäytetyö pyrki tuottamaan luotettavaa tietoa eTerveystarkastusten asiakaskäyttäjäkokeuksista. Tämän tiedon pohjalta on mahdollista kehittää ja uudistaa palvelua asiakaslähtöisemmäksi. Kehittäminen on tärkeää siksi, että kansalaisten rooli ja vastuu oman terveystensä havainnoijana ja kartoittajana kasvaa jatkuvasti.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, kuinka halukkaita työterveystalvut yksilöasiakkaat olivat ottamaan käyttöön sähköisen työterveystarkastuksen. Tutkimusongelmina toimivat seuraavat:

1. Kuinka selkeäksi asiakkaat kokevat sähköisen työterveystarkastuksen kokonaisuuden sekä jatkotoimet.
2. Kuinka onnistuneesti asiakkaat kokevat sähköisen työterveystarkastuksen auttavan yksilöllisten terveystalvut riskin tiedostamisessa.
3. Kuinka tyytyväisiä asiakkaat ovat työterveystarkastukseen ja suosittelisivatko he sitä oman käyttökokemuksensa perusteella muille.

Opinnäytetyön tutkimusosuudessa käytetty kyselytutkimus edusti posti- ja verkkokyselymuotoa. Tämä tarkoittaa sitä, että lomake lähetetään tutkittaville (tämän opinnäytetyön kohdalla sähköpostitse). He vastaavat siihen ja lähettävät kyselylomakkeen takaisin tutkijalle. (Hirsjärvi ym. 2007, 190–191.) Käytettävä kyselylomakemuoto on asteikkoihin eli skaaloihin perustuva kysymystyyppi. Tämä tarkoittaa sitä, että kysymyslomakkeella on esitetty valmiit väittämät ja vastaajan tehtävänä on valita niistä se, miten voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä kuin esitetty väittämä. Tällaisissa asteikkoihin perus-

tuissa kyselylomakkeissa käytetyin asteikko on Likertin asteikko. Asteikot ovat yleensä 5- tai 7 -portaisia, joista neutraaliluokka on keskellä, ja vaihtoehdot muodostavat joko nousevan tai laskevan skaalan. (Hirsjärvi ym. 2007, 193, 195; Valli 2007, 106.) Opinnäytetyön tutkimusosuudessa on käytetty 5- ja 10 -portaista Likert-asteikollista vastausskaalaa.

Työelämäyhteistyökumppanina tutkimuksessa toimi Diacor terveysterveystoiminta Oy. Kyselylomake laadittiin pitkälti Diacorin tarpeiden pohjalta. Tutkimuksen kohteena toimivat Diacor terveysterveystoiminta Oy:n yksilöasiakkaat, jotka ovat vastanneet Diacorin omaan eTerveystarkastuskyselyyn vuosina 2015–2016. Kyselylomakkeen sisältö löytyy liitteenä opinnäytetyön lopusta. Sekä salassapito- mutta myös teknisistä syistä asiakkaille lähetettyä kyselylomaketta ei ole mahdollista ulkoasullisesti samanlaisena liittää tähän työhön. Kohderyhmänä toimivat työikäiset Diacor terveysterveystoiminta Oy:n työterveyshuollon yksilöasiakkaat, joille Diacor lähetti strukturoidun kyselylomakkeen Webropol-järjestelmän kautta. Kyselyyn vastaajat pysyivät opinnäytetyön tekijöille anonyymeinä, sillä vastaukset analysoitiin raakadatasta eikä henkilötietoja käsitelty. Kyselylomakkeen sisältö ja aihealueet oli suunniteltu niin, että ne vastasivat tutkimusongelmaan ja -kysymyksiin. Määrällisen viitekehysten saavuttamiseksi kyselylomake lähetettiin 407 vuosina 2015–2016 eTerveystarkastukseen osallistuneille. Kyselylomakkeen kysymyksiä oli yhteensä 20. Kyselylomake löytyy opinnäytetyön lopusta liiteosion 6. Kyselylomakkeen mukana lähetetty saatekirje on opinnäytetyön liitteenä 5.

Vastausaikaa kyselylle oli 2 viikkoa (30.9.–14.10.2016). Vastaajia oli 76/407. Vastausprosentti oli noin 19 prosenttia. Esitiedoissa kysyttiin sukupuolta, ikää, toimialaa sekä sitä, kuinka usein vastaaja käyttää sähköisiä palveluita ja älylaitteita. Sukupuolesta oli valittavana mies ja nainen. Ikäryhmät oli jaoteltu viiteen eri ryhmään. Näitä olivat alle 30-vuotiaat, 30–40-vuotiaat, 41–50-vuotiaat, 51–60-vuotiaat ja 61–70-vuotiaat. Toimialan vastauskenttä oli vapaamuotoinen. Vastausten käsittelyvaiheessa eri toimialat ryhmiteltiin toimialaluokkiin. Luokitteluun apuna käytettiin tilastokeskuksen toimialaluokitukselta 2008. Vastausten perusteella toimialaluokkia saatiin yhteensä kuusi: hallinto- ja tukipalvelutoiminta, informaatio ja viestintä, muu palvelutoiminta, terveys- ja sosiaalipalvelut, toimiala tuntematon sekä tukku- ja vähittäiskauppa.

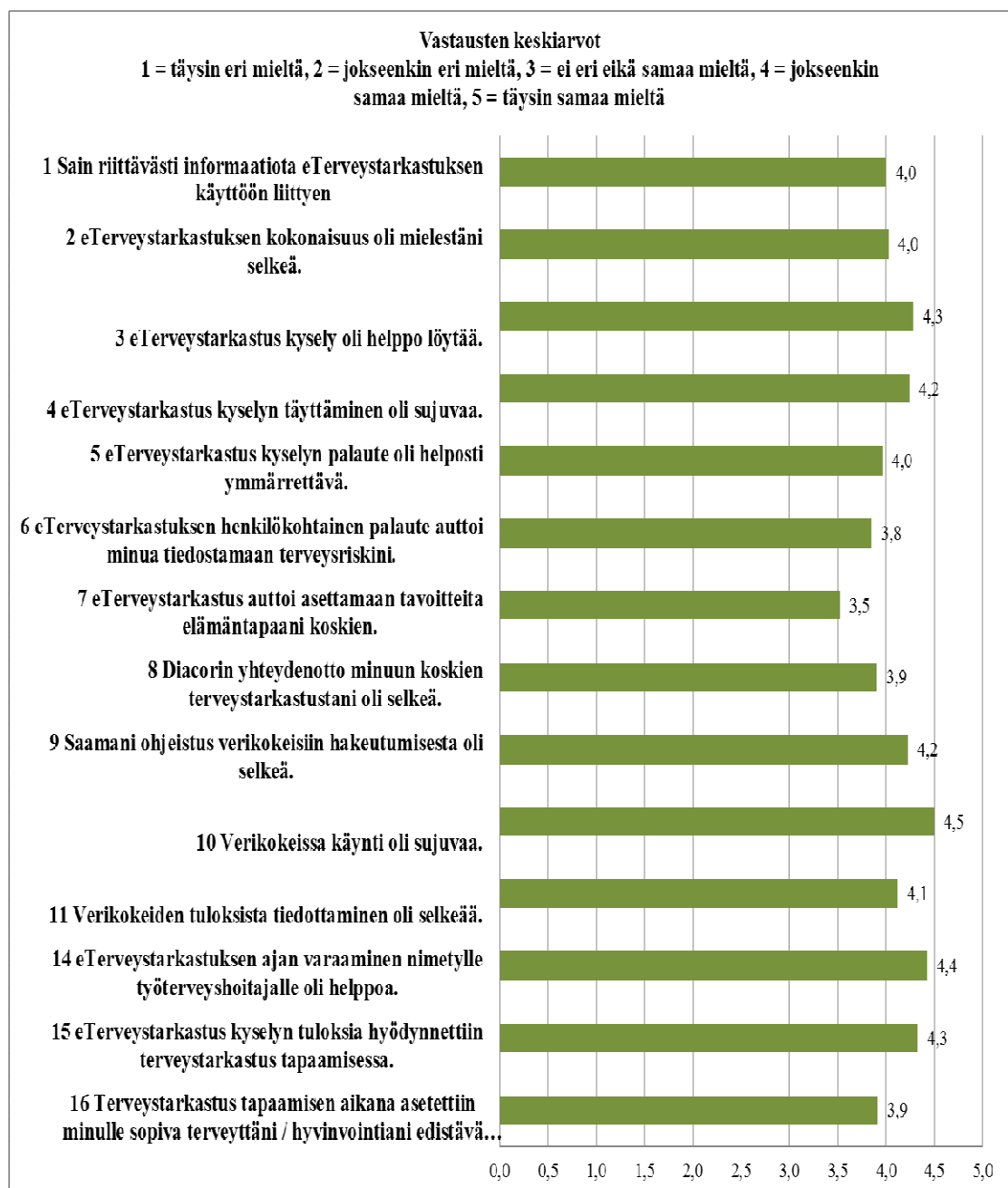
6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyön tutkimusosauuden tulosten analysoinnissa käytettiin sisällön analyysiä, jossa oli vaikutteita induktiivisesta analyysistä. Analyysi tehtiin raakadatasta. Tutkimustulosten purkaminen aloitettiin laskemalla kaikkien Likert-asteikolla 1–5 vastausvaihtoehtoa käyttävien kysymysten keskiarvo. Tutkimusongelmien perusteella kyselylomakkeen kysymykset teemoiteltiin kolmeen teemaan eli synteesiin. Jokaisen teemakategorian kaikista vastauksista laskettiin ensin keskiarvo. Teemojen sisältä nousseet tärkeimmät ja teemaa parhaiten kuvaavat kysymykset käsiteltiin tarkemmin ristiintaulukoinnin avulla. Keskeisimmistä kysymyksistä tehtiin myös taulukot ja kuviot havainnollistamaan asiasisältöä. Tutkimuslomakkeiden vastausmäärään nähden mediaanin tai moodin laskeminen tuloksista ei olisi ollut yhtä kuvaava kuin keskiarvon, siksi näitä ei tuloksissa käsitelty.

Tutkimustulokset jaettiin kyselylomakkeen sisällön perusteella kolmeen teemaan. Teemat olivat: selkeys ja ymmärrettävyys, terveyden edistäminen sekä yleinen tyytyväisyys ja suosittelevuus. Selkeys ja ymmärrettävyys teema kattoi kysymykset, joiden sisältö kartoitti sitä, kuinka selkeäksi asiakkaat kokivat eTerveystarkastusprosessin. Terveyden edistämisen teema piti sisällään kysymykset, joiden sisältö käsitti terveyskäyttäytymiseen liittyvät sisällöt. Yleinen tyytyväisyys ja suosittelevuusteema käsitti kysymykset, jotka kartoittivat asiakkaiden tyytyväisyyttä ja sitä, kuinka halukkaita he olivat suosittelemaan eTerveystarkastusta muille.

Tutkimuslomakkeen kysymykset jaettiin edellä mainittujen teemojen mukaan. Selkeys ja ymmärrettävyys teeman alle kuuluivat kysymykset 1–5, 8–11 ja 14. Terveyden edistämisen teeman alle kuuluivat kysymykset 6–7, 12–13, 15–17. Yleisen tyytyväisyyden ja suosittelevuuden teeman alle kuuluivat kysymykset 18 ja 19. Kysymys 20 oli avoin kysymys: ”Haluan vielä sanoa”. Tämän kysymyksen vastaukset lajiteltiin niiden asiasisällön mukaan kaikkiin kolmeen teemaan. Teemat, joiden pohjalta kysymykset laadittiin, valittiin työelämäyhteistyökumppanin tarpeiden pohjalta sekä hyödyntäen aiempaa aiheen tutkimusta ja niiden tuloksia.

Vastauksien käsittelyosuudessa käytettiin kyselylomakkeen esitietoja hyväksi vertailtaessa vastaustuloksia. Vastausten tarkkuus on valittu kuvattavaksi yhden desimaalin tarkkuudella. Vastaajista 57,9 prosenttia oli naisia ja 42,1 prosenttia miehiä. Kaikista vastaajista ahkerimmin vastasivat 51–60-vuotiaat (43,4 %) ja vähiten vastauksia saatiin alle 30-vuotiaiden ryhmästä (3,9 %). Sähköisiä palveluja ja älylaitteita kertoo käyttävänsä päivittäin 93,9 prosenttia vastaajista. Kuitenkin 4 prosenttia vastaajista kertoo käyttävänsä näitä kerran/pari vuodessa. Sähköisiä palveluja ja älylaitteita kerran/pari viikossa ja kerran/pari kuussa käyttävien osuus oli kummassakin 1,3 prosenttia.



KUVIO 1. Vastausten keskiarvot

Kuviossa 1 on kuvattuna kaikkien kysymysten vastausten keskiarvot, joissa vastauskaala on annettu asteikolla 1–5. Huonoin keskiarvo (3,5) on kysymyksessä 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien. Paras keskiarvo (4,5) on kysymyksessä 10: Verikokeissa käynti oli sujuvaa. Kuvioista nähdään, että kaikkien kysymysten keskiarvot ovat verraten hyviä, eli vastaajat pitivät kaiken kaikkiaan eTerveystarkastuksen prosessia selkeänä ja ymmärrettävänä.

Molempien sukupuolten vastausten yhteenlaskettu keskiarvo oli 3,5. Miesten ryhmässä parhaan keskiarvon saivat kysymykset 10: Verikokeissa käynti oli sujuvaa, ja kysymys 15: eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa. Molemmissa kysymyksissä keskiarvo oli 4,5. Naisten ryhmässä parhaan keskiarvon (4,5) sai kysymys 10: Verikokeissa käynti oli sujuvaa. Näin ollen myös molempien ryhmien yhteisvastausten keskiarvot ovat parhaat kysymyksessä 10. Huonoimman keskiarvon sekä naiset että miehet antoivat kysymykseen 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 1.)

Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 30-vuotiaiden ryhmässä huonoimman tuloksen (2,7) sai kysymys 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien. Kysymykset 3: eTerveystarkastuskysely oli helppo löytää, ja 4: eTerveystarkastus kyselyn täyttäminen oli sujuvaa, saivat parhaan keskiarvon (4,7). Huonoimman keskiarvon (3,6) sai 30–40-vuotiaiden ryhmässä kysymys 7. Parhaimmat keskiarvot (4,7) saivat kysymykset 3, 10: Verikokeissa käynti oli sujuvaa, ja 14: eTerveystarkastuksen ajan varaus nimetylle työterveyshoitajalle oli helppoa. Huonoimmat keskiarvot (3,6) saivat 41–50-vuotiaiden ryhmässä kysymykset 6: eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveysriskini, ja kysymys 7. Parhaimman keskiarvon (4,8) sai kysymys 10. Huonoimman keskiarvon (3,6) sai 51–60-vuotiaiden ryhmässä kysymys 7 ja parhaimman (4,4) kysymys 10. Huonoimman keskiarvon (3,3) sai 61–70-vuotiaiden ryhmässä kysymys 7 ja parhaimmat (5,0) kysymykset 10, 14 ja 15: eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa. Yhteenvedon kaikissa ikäryhmissä huonoimman keskiarvon sai kysymys 7 ja parhaan keskiarvon kysymys 10. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 2.)

6.1 Teema 1: selkeys ja ymmärrettävyys

Taulukosta 1 käy ilmi, että selkeyden ja ymmärrettävyyden teemassa kysymys 10: verikokeissa käynti oli sujuvaa, sai parhaimman keskiarvon 4,5. Heti perässä tulee kysymys 14: Terveystarkastuksen ajan varaaminen nimetylle työterveyshoitajalle oli helppoa - keskiarvolla 4,4. Huonoimman keskiarvon (3,9) tämän teeman kysymyksistä sai kysymys 8: Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä. Kaikkien teeman 1 keskiarvojen keskiarvo oli 4,2.

TAULUKKO 1. Teeman 1 kysymysten keskiarvot

Teeman 1 kaikki kysymykset	
1 Sain riittävästi informaatiota eTerveystarkastuksen käyttöön liittyen	4,0
2 eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä	4,0
3 eTerveystarkastus kysely oli helppo löytää	4,3
4 eTerveystarkastus kyselyn täyttäminen oli sujuvaa	4,2
5 eTerveystarkastus kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä	4,0
8 Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä	3,9
9 Saamani ohjeistus verikokeisiin hakeutumisesta oli selkeä	4,2
10 Verikokeissa käynti oli sujuvaa	4,5
11 Verikokeiden tuloksista tiedottaminen oli selkeää	4,1
14 Terveystarkastuksen ajan varaaminen nimetylle työterveyshoitajalle oli helppoa	4,4

Miehet olivat tyytyväisimpiä kysymykseen 10: Verikokeissa käynti oli sujuvaa, keskiarvolla 4,5. Tyytymättömiä keskiarvolla 3,8 he olivat puolestaan kysymykseen 11: Verikokeiden tuloksista tiedottaminen oli selkeää. Myös naiset antoivat parhaan keskiarvon (4,5) kysymykselle 10, ja huonoimman keskiarvon (3,9) kysymykselle 8: Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä. Yhteiskeskiarvo miehillä ja naisilla tyytyväisyyden suhteen oli 4,5 kysymyksessä 10, ja tyytymättömyyden suhteen 3,9 kysymyksessä 8. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 3.)

Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 30-vuotiaat olivat tyytyväisimpiä kysymyksiin 3: eTerveystarkastuskysely oli helppo löytää, ja 4: eTerveystarkastuskyselyn täyttäminen oli

sujuvaa - keskiarvolla 4,7. Tyytymättöimpiä keskiarvolla 3,0 he olivat kysymykseen 8: Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä. Tyytyväisimpiä 30–40-vuotiaat olivat kysymyksiin 3, 10: verikokeissa käynti oli sujuvaa, ja 14: eTerveystarkastuksen ajan varaaminen nimetyille työterveyshoitajalle oli helppoa - keskiarvolla 4,3. Tyytymättöimpiä keskiarvolla 3,8 he olivat kysymyksiin 1: sain riittävästi informaatiota eTerveystarkastuksen käyttöön liittyen, ja 5: eTerveystarkastuskyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä. Tyytyväisimpiä 41–50-vuotiaat olivat kysymykseen 10 - keskiarvolla 4,8. Tyytymättöimpiä keskiarvolla 4,2 he olivat kysymykseen 5. Ikäryhmässä 51–60-vuotiaat olivat tyytyväisimpiä keskiarvolla 4,3 kysymykseen 14. Tyytymättöimpiä he olivat kysymyksiin 1, 2: eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä, ja 8 - keskiarvolla 3,8. Tyytyväisimpiä 61–70-vuotiaiden ikäryhmä oli kysymyksiin 10 ja 14 - keskiarvolla 5,0. Tyytymättöimpiä keskiarvolla 4,1 he olivat kysymyksiin 5 ja 8. Kaikki ikäluokat olivat keskiarvollisesti tyytyväisimpiä kysymykseen 10 - keskiarvolla 4,5 ja tyytymättöimpiä kysymykseen 8 - keskiarvolla 3,9. (Ks. LIITE 7 TAULUKKO 4.)

Toimialoittain tarkasteltuna hallinto- ja tukipalvelutoiminnan toimialaluokka antoi parhaan keskiarvon (4,4) kysymyksiin 3: eTerveystarkastus kysely oli helppo löytää, ja 10: verikokeissa käynti oli sujuvaa. Huonoimman keskiarvon (3,8) he antoivat kysymykseen 5: eTerveystarkastus kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä. Informaatio ja viestinnän toimiala antoi parhaimman keskiarvon (4,5) kysymykseen 10. Huonoimman keskiarvon (3,5) he antoivat kysymyksiin 1: Sain riittävästi informaatiota eTerveystarkastuksen käyttöön liittyen, ja 5. Muu palvelutoiminta antoi parhaan keskiarvon (4,6) kysymykselle 10. Huonoimmat keskiarvot (4,1) he antoivat kysymyksiin 8: Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä, ja 11: Verikokeiden tuloksista tiedottaminen oli selkeää. Terveys- ja sosiaalipalveluiden toimiala antoi parhaan keskiarvon (4,6) kysymykselle 10. Huonoimmat keskiarvot (4,1) he antoivat kysymyksiin 1, 2: eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä, ja 3. Tuntemattoman toimialan ryhmä antoi parhaimman keskiarvon (3,8) kysymyksiin 3, 4 ja 11. Huonoimman keskiarvon (3,2) he antoivat kysymykseen 8. Tukku- ja vähittäiskaupan toimiala antoi parhaimman keskiarvon (4,8) kysymykseen 10. Huonoimman keskiarvon (3,8) he antoivat kysymykseen 8. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 5.)

Teeman 1 keskeisimmät kysymykset

Teemasta 1 nostettiin tärkeimmiksi kysymyksiksi kysymykset 2: eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä, ja kysymys 5: eTerveystarkastus kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä. Nämä kysymykset kuvaavat parhaiten teeman 1 asiasisältöä eli eTerveystarkastuksen kokonaisuuden selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Seuraavissa taulukoissa käsitellään näitä kysymyksiä tarkemmin jaoteltuna jakauman kuvauksen, sukupuolen ja iän mukaan. Toimialaluokkien tarkempi tarkastelu ei ollut tässä yhteydessä merkitsevää.

Taulukossa 2 kaikista vastaajista 82 prosenttia oli täysin tai jokseenkin/melko tyytyväisiä eTerveystarkastuksen kokonaisuuden selkeyteen. Ei samaa eikä eri mieltä olevien osuus on 9 prosenttia. Vastaajista yhteensä 9 prosenttia koki kokonaisuuden olevan täysin epäselvä tai jokseenkin/melko epäselvä.

TAULUKKO 2. Kysymyksen 2 vastaukset prosentuaalinen jakauma

	1	2	3	4	5	Yht.
Kysymys 2: eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä	4 %	5 %	9 %	47 %	35 %	100 %

Sukupuolittain tarkasteltuna kysymyksen 2 (eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä) kanssa miehistä täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä oli 81 % ja naisista 82 %. Miehistä ja naisista yhteensä täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen kanssa oli 82 %. Näin ollen voidaan todeta, ettei eroa sukupuolien välillä tämän kysymyksen vastausjakaumassa voida todeta suhteessa tyytyväisyyteen. Miehistä yhteensä 9 % oli täysin eri mieltä tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa, naisista vastaavaa mieltä oli 10 %. Tyytymättömyydessäkään ei sukupuolten välillä ollut mainittavaa eroa. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 6.)

Ikäryhmittäin tarkasteltuna kysymyksen 2: eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä, kanssa alle 30-vuotiaat olivat jokseenkin/melko tai täysin samaa mieltä 100 prosenttisesti. Heistä täysin samaa mieltä oli 33 % ja jokseenkin/melko samaa mieltä 67 %. Kukaan vastaajista ei ollut kysymyksen kanssa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. Ikäryhmässä 30–40-vuotiaat 70 % vastasi kysymykseen olevansa täysin tai jok-

seenkin/melko samaa mieltä. Samasta ryhmästä 17 % vastasi olevansa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Ikäryhmässä 41–50-vuotiaista 93 % oli kysymyksen kanssa täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Kukaan heistä ei vastannut olevansa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. Ikäryhmässä 51–60-vuotiaat 75 % vastasi olevansa kysymyksen kanssa täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Samasta ryhmästä 12 % vastasi olevansa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Ikäryhmässä 61–70-vuotiaat olivat 100 prosenttisesti samaa mieltä kysymyksen kanssa. Tästä ryhmästä vastaukset jakaantuivat puolet täysin samaa mieltä oleviin ja puolet jokseenkin/melko samaa mieltä oleviin. Tästä ikäryhmästä kukaan ei ollut kysymyksen kanssa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 7.)

Taulukossa 3 kuvataan eTerveystarkastuksen palautteen ymmärrettävyyttä. Kaikista vastaajista 76 % oli jokseenkin/melko tai täysin samaa mieltä siitä, että kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä. Taulukosta käy myös ilmi, että 1 % vastaajista on jättänyt kysymykseen vastaamatta.

TAULUKKO 3. Kysymyksen 5 vastausten prosentuaalinen jakauma vastausvaihtoehdoittain

	1	2	3	4	5	tyh- jä	Yht.
Kysymys 5: eTerveystarkastus kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä	3 %	4 %	16 %	48 %	28 %	1 %	100 %

Sukupuolittain tarkasteltuna miesten ja naisten vastausten välillä ei ollut merkittävää eroa kysymyksessä 5. Miesten prosenttiosuus on 74 % ja naisten 78 %. Näin ollen naiset kokivat palautteen hieman helposti ymmärrettävämmäksi kuin miehet. Jokseenkin/melko tai täysin eri mieltä palautteen ymmärrettävyydestä oli 7 % vastaajista. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, ettei eTerveystarkastus kyselyn ymmärrettävyydessä ollut merkittävää eroa sukupuolien välillä. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 8.) Ikäryhmittäin tarkasteltuna huomio kiinnittyi 51–60-vuotiaiden ryhmään, joiden vastaukset ovat hajonnaltaan tasaisimmat verraten muihin ikäryhmiin. Tällä ryhmällä hienoinen painopiste on vastausvaihtoehdossa 5, kun taas kaikilla muilla ryhmillä se on vastauksessa 4. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 9.)

Toimialoittain tarkasteltuna eniten tyytyväisten ryhmä oli muun palvelutoiminnan toimialaryhmä, joista 94 % vastasi kysymysvaihtoehdon 4 tai 5. Toiseksi eniten tyytyväisiä olivat terveys- ja sosiaalipalveluiden toimiala 85 prosenttisesti. Molemmissa suosituimmaksi vastausvaihtoehdoksi nousi selvästi vastausvaihtoehto 4 verrattuna muiden toimialojen vastauksiin. Vähiten tyytyväisiä (20 %) olivat informaatio- ja viestintäalalla työskentelevät. Tämä oli mielenkiintoista ottaen huomioon heidän toimialansa ammatti-osaamisen sisällön. (Ks. LIITE: 7, TAULUKKO 10.)

Teemaan 1 kysymyksen 20: Haluan vielä sanoa, vastauksista esille nousi seuraavia asioita. Kysymyspatteristoa pidettiin joiltain osa-aluein epäonnistuneena (kipuun ja mielialaan liittyvät kysymykset), jonka vuoksi näihin kysymyksiin kuvailtiin olevan hankala vastata. Sähköisen eTerveystarkastus -järjestelmän älykkyyttä kritisoitiin ja joitain sisällöllisiä kehittämisehdotuksia kaivattiin. Palautteen tallennusmuodon toivottiin olevan sellainen, jota voi katsoa myös kirjautumatta Diacorin järjestelmään esimerkiksi sähköpostilla. Tämä toive on samansuuntainen, kuin mitä aiemmassa tutkimuksessa on tuotettu. Sekä tulosraportin että verikokeisiin valmistautumisen ohjeistuksen toivottiin olevan selkeämpiä.

6.2 Teema 2: terveyden edistäminen

Taulukosta 4 käy ilmi, että kysymys 15: eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa, sai tämän teeman kysymyksistä parhaimman keskiarvon 4,3. Huonoimman keskiarvon (3,5) tämän teeman kysymyksistä sai kysymys 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien. Kaikkien teeman 1 keskiarvojen keskiarvo on 3,9. Kysymys 7 sai myös koko kyselytutkimuksen huonoimman keskiarvon.

TAULUKKO 4. Teeman 2 kaikkien kysymysten keskiarvot

Teeman 2 kaikki kysymykset	
6 eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveystarvekseni	3,8
7 eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien	3,5
15 eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa	4,3
16 Terveystarkastus tapaamisen aikana asetettiin minulle sopiva terveystarve / hyvinvointiani edistävä tavoite	3,9

Sukupuolittain tarkasteltuna miehet antoivat parhaan keskiarvon (4,5) kysymykseen 15: eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa. Huonoimman keskiarvon (3,5) miehet antoivat kysymykseen 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien. Naiset antoivat samoten parhaan keskiarvon (4,3) kysymykseen 15. Huonoimman keskiarvon (3,5) naiset antoivat myös kysymykseen 7. Sekä miesten että naisten yhteen laskettu parhaan arvosanan saanut kysymys oli kysymys 15 - keskiarvolla 4,3 ja huonoin kysymykseen 7 - keskiarvolla 3,5. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 11.)

Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 30-vuotiaat olivat keskiarvollisesti (4,0) eniten samaa mieltä kysymyksissä 6: eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveystarvekseni, ja 15: eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa. Eniten eri mieltä keskiarvolla 2,7 tämä ikäryhmä oli kysymyksessä 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien. Ikäryhmässä 30–40-vuotiaat olivat eniten samaa mieltä kysymyksen 15 kanssa - keskiarvolla 4,1. Eniten eri mieltä tämä ikäryhmä oli kysymyksen 7 kanssa - keskiarvolla 3,6. Ikäryhmässä 41–50-vuotiaat olivat eniten samaa mieltä kysymyksen 15 kanssa - keskiarvolla 4,6. Eniten eri mieltä tämä ikäryhmä oli kysymyksiensä 6 ja 7 kanssa - keskiarvolla 3,6. Ikäryhmässä 51–60-vuotiaat olivat hekin eniten samaa mieltä kysymyksen 15 kanssa - keskiarvolla 4,2. Eniten eri mieltä tämä ikäryhmä oli kysymyksen 7 kanssa - keskiarvolla 3,6. Ikäryhmässä 61–70-vuotiaat olivat hekin eniten samaa mieltä kysymyksen 15 kanssa - keskiarvolla 5,0. Eniten eri mieltä tämä ikäryhmä oli kysymyksen 7 kanssa - keskiarvolla 3,3. Kaikki ikäryhmät yhteensä olivat eniten samaa mieltä kysy-

myksen 15 kanssa - keskiarvolla 4,3 ja eniten eri mieltä kysymyksen 7 kanssa - keskiarvolla 3,5. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 12.)

Toimialaluokittain tarkasteltuna hallinto- ja tukipalvelutoiminnan toimialaluokka antoi parhaan keskiarvoarvosanan (4,6) kysymykseen 15: eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa. Huonoimman keskiarvon (3,7) he antoivat kysymykseen 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien. Informaatio ja viestinnän toimiala antoi parhaimman keskiarvon (4,0) kysymykseen 15. Huonoimman keskiarvon (3,3) he antoivat kysymykseen 7. Muu palvelutoiminta antoi parhaan keskiarvon (4,2) kysymykselle 15. Huonoimmat keskiarvot (3,5) he antoivat kysymykseen 7. Terveys- ja sosiaalipalveluiden toimiala antoi parhaan keskiarvon (4,5) kysymykselle 15. Huonoimmat keskiarvot (3,6) he antoivat kysymykseen 7. Tuntemattoman toimialan ryhmä antoi parhaimman keskiarvon (5,0) kysymyksiin 15 ja 16: Terveystarkastus tapaamisen aikana asetettiin minulle sopiva terveyttäni / hyvinvointiani edistävä tavoite. Huonoimman keskiarvon (3,5) he antoivat kysymyksiin 6: eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveysriskini, ja 7. Tukku- ja vähittäiskaupan toimiala antoi parhaimman keskiarvon (4,3) kysymykseen 15. Huonoimman keskiarvon (3,4) he antoivat kysymykseen 7. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 13.)

Teeman 2 keskeisimmät kysymykset

Teemasta 2 nostettiin tärkeimmiksi kysymyksiksi kysymykset 6: eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveysriskini, ja 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien. Nämä kysymykset kuvaavat parhaiten teeman 2 asiasisältöä eli terveyden edistämisen aihealuetta. Seuraavissa taulukoissa käsitellään näitä kysymyksiä tarkemmin jaoteltuna sukupuolen, ikäjakauman ja toimialaluokan mukaan.

Taulukossa 5 on ilmoitettuna vastausprosentit kysymyksestä 6: eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveysriskini. Eniten vastauksia sai vastausvaihtoehto 4 eli jokseenkin/melko samaa mieltä 45 prosentilla. Toiseksi eniten kannatettiin vastausvaihtoehtoa 5 eli täysin samaa mieltä 30 prosentilla. Vastaaajista

12 % oli joko täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Samoin 12 % vastaajista asettui vastauskaalan keskelle eikä näin ollen ollut samaa eikä eri mieltä kysymyksen kanssa.

TAULUKKO 5. Teeman 2, kysymyksen 6 vastausprosentit

	1	2	3	4	5	Yht.
Kysymys 6: eTerveystarkastuksen henkilökoh- tainen palaute auttoi minua tiedostamaan ter- veysriskini	8 %	4 %	12 %	45 %	30 %	100 %

Sukupuolittain tarkasteltuna miehistä täysin tai jokseenkin/ melko samaa mieltä kysymyksen kanssa oli 68 % ja naisista 81 %. Miehistä 19 % oli täysin eri mieltä tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Naisista vastaavaa mieltä oli 7 %. Yhteensä miehistä ja naisista 75 % oli täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen 6 kanssa. Täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä oli 12 %. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 14.)

Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 30-vuotiaat olivat täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen kanssa 100 prosenttisesti. Kukaan tästä ikäryhmästä ei ollut kysymyksen kanssa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. Ikäryhmässä 30–40-vuotiaat 72 % vastasi kysymykseen olevansa täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Samasta ryhmästä 12 % vastasi olevansa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Ikäryhmässä 41–50-vuotiaista 64 % oli kysymyksen kanssa täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Tästä ikäryhmästä 21 % vastasi olevansa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Ikäryhmässä 51–60-vuotiaat olivat 77 % kysymyksen kanssa täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Samasta ryhmästä 10 % vastasi olevansa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Ikäryhmässä 61–70-vuotiaat olivat 88 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen kanssa. Tästä ikäryhmästä 13 % oli kysymyksen kanssa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. Kaikki ikäluokat olivat 75 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen kanssa. Täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa oli 12 % vastaajista. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 15.)

Toimialoittain tarkasteltuna hallinto- ja tukipalvelutoiminnan ryhmä olivat 90 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen 6 kanssa. Tästä ryhmästä kukaan ei ollut täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Informaation ja viestinnän ryhmä olivat 60 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen 6 kanssa. Tästä ryhmästä 23 % oli täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Muun palvelutoiminnan ryhmä oli 75 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen 6 kanssa. Tästä ryhmästä 12 % oli täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Terveys- ja sosiaalipalveluiden ryhmässä oltiin 86 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen kanssa. Tästä ryhmästä kukaan ei ollut täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Tuntemattoman toimialan ryhmä oli 67 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen kanssa. Tästä ryhmästä 17 % oli täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Tukku- ja vähittäiskaupan ryhmä oli 75 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen 6 kanssa. Tästä ryhmästä 17 % oli täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 16.)

Taulukossa 6 on kuvattuna kysymyksen 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien, vastausten prosentuaalinen jakauma vastauksittain. Taulukosta nähdään, että 62 % vastaajista on täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen kanssa. Vastaajista 22 % on täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä kysymyksen kanssa. Vastaajista 16 % ei ole samaa eikä eri mieltä.

TAULUKKO 6. Teeman 2, kysymyksen 7 vastausprosentit

	1	2	3	4	5	Yht.
Kysymys 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien	7 %	15 %	16 %	45 %	17 %	100 %

Sukupuolittain tarkasteltuna miehistä täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä oli 61 % ja naisista 63 %. Miehistä 19 % oli täysin eri mieltä tai jokseenkin/melko eri mieltä. Naisista vastaavaa mieltä oli 23 %. Yhteensä miehistä ja naisista 62 % oli täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä oli 22 %. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 17.)

Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 30-vuotiaat olivat täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä 0 prosenttisesti. Täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä oli 33 % vastaajista. Vastaajista 67 % vastasi vastausvaihtoehdon 3 eli ei samaa eikä eri mieltä. Ikäryhmässä 30–40-vuotiaat 61 % vastasi kysymykseen olevansa täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Samasta ryhmästä 17 % vastasi olevansa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. Ikäryhmässä 41–50-vuotiaista 71 % oli täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Tästä ikäryhmästä 29 % vastasi olevansa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. Ikäryhmässä 51–60-vuotiaat olivat 63 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Samasta ryhmästä 18 % vastasi olevansa täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. Ikäryhmässä 61–70-vuotiaista kukaan ei valinnut vastausvaihtoehtoa 5 eli täysin samaa mieltä. Vaihtoehtoa 4 eli jokseenkin samaa mieltä kuitenkin kannatti 75 % vastaajista. Samasta ryhmästä 25 % oli täysin eri mieltä. Kaikki ikäluokat olivat 62 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä oli 22 % vastaajista. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 18.)

Toimialaluokittain tarkasteltuna hallinto- ja tukipalvelutoiminnan ryhmä olivat 63 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Tästä ryhmästä täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä oli 9 % vastaajista. Informaation ja viestinnän ryhmä olivat 53 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Tästä ryhmästä 34 % oli täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. Muun palvelutoiminnan ryhmä oli 59 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Tästä ryhmästä 18 % oli täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. Terveys- ja sosiaalipalveluiden ryhmässä oltiin täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä kysymyksen kanssa 71 prosenttisesti. Samasta ryhmästä täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä oli 21 % vastaajista. Tuntemattoman toimialan ryhmä oli 67 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Tästä ryhmästä 17 % oli täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. Tukku- ja vähittäiskaupan ryhmä oli 66 prosenttisesti täysin tai jokseenkin/melko samaa mieltä. Tästä ryhmästä 25 % oli täysin tai jokseenkin/melko eri mieltä. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 19.)

Teemaan 2 kysymyksen 20: Haluan vielä sanoa, vastauksista esille nousi seuraavia asioita. eTerveystarkastus koettiin helppona tapana seurata omaa terveyttä. Sen koettiin myös edistävän terveyttä, muun muassa ohjaamalla hakeutumaan jatko seurantaan. Osalle vastaajista eTerveystarkastuksen tulokset auttoivat asettamaan terveyteen liittyviä ta-

voitteita. Kipukysymys koettiin huonona, sillä vastaajan ei ollut mahdollista kertoa tarkemmin esimerkiksi kivun laatua tai sijaintia.

6.3 Teema 3: yleinen tyytyväisyys ja suosittelevuus

Taulukon 20 mukaan suurin osa vastaajista (57 %) toivoisi eTerveystarkastusta toteutettavan kerran vuodessa. Toiseksi eniten vastaajat halusivat sitä toteutettavan joka kolmas vuosi (32 %). Vastaajista 3 % ei halunnut eTerveystarkastusta toteutettavan lainkaan. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 20.) Sukupuolittain jaettuna miehistä 42 % ja naisista 25 % halusi eTerveystarkastuksen toteutuvan joka kolmas vuosi. Kerran vuodessa sen halusi toteutuvan miehistä 45% ja naisista 66 %. Kaiken kaikkiaan naiset suhtautuivat keski-vertoa myönteisemmin eTerveystarkastusten järjestämiseen kuin miehet, ja he myös halusivat näitä toteutettavan useammin kuin miehet.

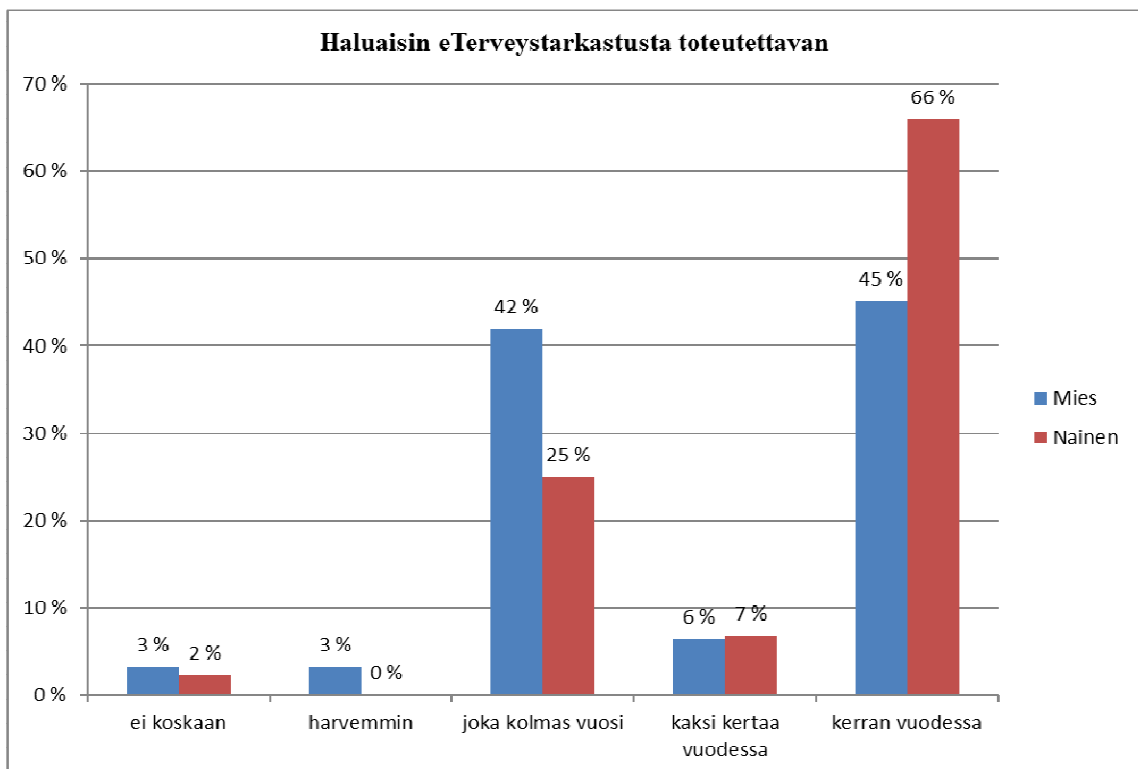
Teeman 3 keskeisimmät kysymykset

Teemasta 3 nostettiin tärkeimmiksi kysymyksiksi kysymykset 18: Haluaisin eTerveystarkastusta toteutettavan, ja 19: Suosittelisin eTerveystarkastusta tutuilleni tapana toteuttaa työterveystarkastus. Nämä kysymykset kuvaavat parhaiten teeman 3 asiasisältöä eli toteuttamishalukkuuden ja suosittelevuuden aiheita. Seuraavissa taulukoissa käsitellään näitä kysymyksiä tarkemmin jaoteltuna sukupuolen, ikäjakauman ja toimialaluokan mukaan.

Taulukossa 7 on ilmoitettuna kysymyksen 18 vastausprosentit vastausvaihtoehdoittain. Eniten vastauksia sai vastausvaihtoehto ”kerran vuodessa” 57 prosentilla. Toiseksi eniten kannatettiin vastausvaihtoehtoa ”joka kolmas vuosi” 32 prosentilla. Vastaajista yhteensä 11 % kannatti vastausvaihtoehtoja ”kaksi kertaa vuodessa”, ”harvemmin” tai ”ei koskaan”.

TAULUKKO 7. Toteuttamishalukkuus

Kysymys 18: Haluaisin eTerveystarkastusta toteutettavan	
ei koskaan	3 %
harvemmin	1 %
joka kolmas vuosi	32 %
kaksi kertaa vuodessa	7 %
kerran vuodessa	57 %
Yht.	100 %



KUVIO 2. Teeman 3, kysymyksen 18 vastausjakauma sukupuolittain

Kuviossa 2 on kuvattuna teeman 3 kysymyksen 18: Haluaisin eTerveystarkastusta toteutettavan, prosentuaalinen vastausjakauma sukupuolittain. Miehistä 45 % halusi eTerveystarkastusta toteutettavan kerran vuodessa ja 42 % joka kolmas vuosi. Naisista 66 % halusi eTerveystarkastusta toteutettavan joka vuosi ja 25 % joka kolmas vuosi. Miesten ja naisten keskiarvo oli 56 % vastausvaihtoehdossa ”kerran vuodessa” ja 34 % vaihtoehdossa ”joka kolmas vuosi”.

Ikäryhmät ja toimialaluokat haluaisivat eTerveystarkastuksen toteutettavan joka vuosi. Toiseksi eniten kyseisissä ryhmissä haluttiin eTerveystarkastusta toteutettavan joka kolmas vuosi. Vähiten molemmissa ryhmissä eTerveystarkastusta haluttiin toteutettavan ”harvemmin kuin joka kolmas vuosi”. (Ks. LIITE 7, TAULUKOT 20 ja 21.)

Taulukosta 8 käy ilmi, että arvosteluasteikolla 0–10 miesten antama keskiarvo eTerveystarkastun suositeltavuudesta oli 7,3 ja naisilla 7,6. Miesten ja naisten vastausten yhteenlaskettu keskiarvo on 7,5, joka vastaa kouluarvosana asteikolla arvosanaa 9 miinus.

TAULUKKO 8. Teeman 3 keskiarvot sukupuolittain ja kaikkiaan

	Mies	Nainen	Yht.
Kysymys 19: Suositteisin eTerveystarkastusta tutuilleni tapana toteuttaa työterveystarkastus	7,3	7,6	7,5

Parhaimman keskiarvon kysymykseen 19: Suositteisin eTerveystarkastusta tutuilleni tapana toteuttaa työterveystarkastus, antoivat 61–70-vuotiaat keskiarvolla 8,5. Huonoimman keskiarvon antoi 41–50-vuotiaiden ryhmä keskiarvolla 6,9. Yhteensä keskiarvo laskettuna kaikista ikäluokista oli 7,5. Kaikissa ikäryhmissä suosittelu painottuu vastausvaihtoehtoihin 8–10. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 22.) Toimialoittain tarkasteltuna parhaimman keskiarvon antoi tukku- ja vähittäiskaupan ryhmä keskiarvolla 8,7. Huonoimman keskiarvon jakoi informaation ja viestinnän toimialan ryhmä sekä tuntemattoman toimialan ryhmä keskiarvolla 6,5. Kaikkien toimialaluokkien keskiarvojen keskiarvo on 7,4. (Ks. LIITE 7, TAULUKKO 23.)

Teemaan 3 kysymyksen 20: Haluan vielä sanoa, vastauksista esille nousi seuraavia asioita. Osa vastaajista ei pitänyt eTerveystarkastusta asiakkaan kannalta tarpeellisena. Tarkastusta pidettiin myös nopeana ja persoonattomana eikä sen koettu korvaavan perinteistä terveystarkastusta.

6.4 Johtopäätökset

Yhteenvedona kyselyyn osallistuneiden määrän ja ikäjakauman suhteesta voidaan vetää johtopäätöksiä. Vastausprosentti oli suurin 51–60-vuotiaiden ryhmässä ja pienin alle 30-vuotiaiden ryhmässä. Alkuoletuksen perusteella voidaan ajatella, että 51–60-vuotiailla voi olla iän tuomia haasteita suhteessa terveyteen ja tätä kautta myös kiinnostusta osallistua terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen, jollainen eTerveystarkastus myös on. Alkuoletuksen perusteella alle 30-vuotiaiden elämäntilanteeseen ei prioriteetillisesti välttämättä ensimmäisenä kuulu terveyden edistämisen kehittäminen. Terveydentilaa koskevat asiat eivät yleensä ole keskeisessä roolissa tämän ikäryhmän elämässä, sillä nuoret ovat usein perusterveitä. Valtaosa vastaajista kertoo käyttävänsä sähköisiä palveluita/älylaitteita päivittäin. Tämä tulos oli varsin odotettu teknologisoituneessa yhteiskunnassa. Kuitenkin 4 prosenttia vastaajista kertoo käyttävänsä näitä harvoin. Näistä vastaajista $\frac{3}{4}$ on naisia ja $\frac{1}{4}$ miehiä, puolet kuului 41–50-vuotiaiden ikäryhmään, 25 prosenttia 51–60-vuotiaiden ryhmään ja 25 prosenttia alle 30-vuotiaiden ryhmään. Tulos on yllättävä, sillä oletettavaa oli, että näin olisi vastannut 61–70-vuotiaiden ryhmä.

Johtopäätökset teemasta 1

Ensimmäisen tutkimusongelman: kuinka selkeäksi asiakkaat kokevat sähköisen työterveystarkastuksen kokonaisuuden ja jatkotoimet, kysymysten pohjalta muodostettiin teema 1: selkeys ja ymmärrettävyys. Teeman 1 kysymysten vastauksien keskiarvo oli hyvä. Johtopäätöksenä voidaan pitää, että sähköisen terveystarkastuksen kokonaisuuden selkeyteen ja ymmärrettävyyteen oltiin tyytyväisiä. Lähtöoletuksena oli, että vanhin ikäryhmä olisi vähiten tyytyväinen selkeyteen ja ymmärrettävyyteen heidän oletetun verraten alhaisen digiorientoitumisensa vuoksi. Nuoremman ikäryhmän vastaavasti ajateltiin kokevan eTerveystarkastus selkeäksi ja ymmärrettäväksi heidän oletetun digiorientoitumisensa vuoksi. Tutkimustulosten löydös ei kuitenkaan tue lähtöoletusta. Nuoret eivät koe eTerveystarkastusta selvänä ja ymmärrettävänä. Syy tälle saattaa olla esimerkiksi heidän yleinen tietämättömyytensä terveystalveluiden prosesseista, ei niinkään sähköisten palveluiden käytön osaamisen puute.

Teeman 1 kysymyksistä vähiten samaa mieltä oltiin kysymyksen 8 kanssa: Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä. Kehittämisehdotukseksi tähän on toimintatapojen kartoitus ja mahdollinen uudelleen järjestely. Käytännötason arviointi on vaikeaa tuntematta yhteistyöorganisaation toimintatapoja, esimerkiksi työ- jaollisia tai henkilöstöresursseihin liittyviä vastuualueita. Yleisellä tasolla voidaan todeta, että työterveyshuollon ammattilaiset voivat kiinnittää huomiota ilmaisunsa selkeyteen informaation viestimisessä. Tosin vuorovaikutustilanteessa molemmilla osapuolilla on vastuu asian ymmärtämisestä.

Johtopäätökset teemasta 2

Toinen tutkimusongelma: kuinka onnistuneesti asiakkaat kokevat sähköisen työterveystarkastuksen auttavan yksilöllisten terveystarkastusten tiedostamisessa, muodostui teemaksi 2: terveyden edistäminen. Terveyden edistämisen teemasta kysymys 15: eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa, sai parhaan keskiarvon 4,3. Tämän tuloksen perusteella voidaan todeta, että asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä tähän toimintaan. Johtopäätöksenä voidaan pitää, että terveysteknologiaa voidaan käyttää terveyden edistämisen vaikuttavana välineenä. Tulosten perusteella voidaan myös ajatella, että työterveyshuollon ammattilaiset ovat ottaneet eTerveystarkastusprosessin kokonaisuudessaan työvälineekseen.

Huonoimman keskiarvon tämän teeman kysymyksistä sai kysymys 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien, keskiarvolla 3,5. Kaiken kaikkiaan molemmat sukupuolet, kaikki ikäryhmät ja toimialaluokat antoivat teeman 2 kysymyksistä kysymykseen 7 huonoimmat arvosanat. Näiden tulosten perusteella voidaan tehdä päätelmiä siitä, mistä asia johtuu. Mahdollisesti asiakkaat eivät osaa tulkita eTerveystarkastuksen antamia tuloksia asianmukaisesti. Vaikuttavana tekijänä ovat myös asiakkaiden henkilökohtaiset asenteet sekä omaa terveyttä että eTerveystarkastusprosessia kohtaan. Omaan terveyteen saatetaan suhtautua välinpitämättömästi, tai eTerveystarkastuksen seulaan suhtaudutaan varauksella. Näin ollen tuloksiin ei luoteta, jolloin niiden mukaisesti ei myöskään ole motivaatiota toimia.

Terveyden edistämisen teemaa parhaiten kartoittavat kysymykset olivat kysymykset 6: eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveystarpeeni, ja 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien. Kysymyksen 6 tulosten pohjalta nousi esiin, että miehet eivät tunnistanee terveystarpeitaan eTerveystarkastuksen perusteella yhtä hyvin kuin naiset. Kaikki ikäryhmät ovat vastanneet kysymykseen 6 suurimmalla prosentilla vastausvaihtoehdon 4, joksikin/ melko tyytyväinen. Tästä voidaan ajatella, että eTerveystarkastusten terveystarpeiden kartoittamiskykyä olisi hyvä parantaa. Lisäksi toimia asiakkaiden omien terveystarpeiden tiedostamiseksi on tarpeen kehittää. Kun terveystarpeiden tiedostamiseen käytettäviä keinoja kehitetään asiakaslähtöisemmiksi, auttaa tämä asiakkaita itseään asettamaan parempia tavoitteita omaan elämäntapaansa liittyen. Tämä tukisi terveyden edistämistä. Tosin vastaajien yksilölliset tulkintaerot ja mielipiteet siitä, minkä he käsittävät terveystarpeiksi vaihtelevat ja voivat näin ollen näkyä myös tutkimustuloksissa. Laajemminkin väestötason mittakaavassa tarkasteltuna nimenomaan asiakkaan vastuu omasta terveydestä nähdään tärkeänä ja onkin nousussa oleva aihe myös terveyden edistämisen viitekehyksessä.

Johtopäätökset teemasta 3

Kolmas tutkimusongelma: kuinka tyytyväisiä asiakkaat ovat työterveystarkastukseen ja suosittelisivatko he sitä oman käyttökokemuksensa perusteella muille, muodostui teemaksi 3: yleinen tyytyväisyys ja suositteluvuus. Jokaisesta ikäryhmästä vähintään puolet vastaajista halusivat eTerveystarkastusta toteutettavan vuosittain. Sukupuolittain tarkasteltuna naiset kuitenkin halusivat tätä toteutettavan useammin kuin miehet. Naiset suosittelisivat eTerveystarkastusta tutuilleen tapana toteuttaa terveystarkastus hieman miehiä enemmän. Ikäryhmittäin tarkasteltuna 61–70-vuotiaiden ryhmä suosittelisi eniten. Vähiten eTerveystarkastusta suosittelisi 41–50-vuotiaiden ryhmä. Tulosten pohjalta voidaan tehdä tulkinta, että suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä eTerveystarkastukseen ja valmiita ottamaan sen käyttöön. Lähtöoletuksen pohjalta yllättävää oli, että sellainen ikäryhmä, jonka voisi ajatella olevan kaikkein vähiten digiorientoitunut, olikin kaikkein tyytyväisin kyseiseen digitaaliseen palveluun. Tämä sama ikäryhmä myös suosittelisi tätä eniten. Kaiken kaikkiaan näidenkin tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että asiakkaat ovat halukkaita ja valmiita ottamaan sähköisiä terveydenhuoltopalveluja käyt-

töönsä. Kehittämissuosituksena teeman 3 kysymysten aihepiiriin eli käytettävyyteen ja suosittelavuuteen olisi mahdollistaa eTerveystarkastukset vuosittain. Toisena huomioon otettavana asiana olisi kohdistaa eTerveystarkastuksia paremmin miehille.

7 TUTKIMUSOSUUDEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen tekoon liittyy monenlaisia eettisiä kysymyksiä, jotka on otettava huomioon tutkimusta tehtäessä (Hirsjärvi ym. 2007, 23). Eettisesti huomioitavia seikkoja ovat: salassapito, tietosuoja, kysymysten asettelu, sanavalinnat sekä asioiden painottaminen. Eettisiä valintoja tehdään koko tutkimusprosessin ajan: aiheen valinnassa, rajauksessa, tiedonkeruussa, prosessoinnissa ja tulosten analysoinnissa sekä näiden soveltamisessa (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–12.) Tätä opinnäytetyötä suunniteltaessa on työelämäyhteistyön kanssa laadittu yhteistyö- ja salassapitosopimukset, jotka velvoittavat eettiseen toimintaan tutkimustyössä. Tutkimuslupa on saatu Diacor terveystalvut Oy:n johtajalääkäriltä.

Eettisten periaatteiden tunteminen on jokaisen tutkimustyötä tekevän omalla vastuulla. Kuitenkin tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti käytössä. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tutkimuksen teossa noudatettua hyvää tieteellistä käytäntöä. Tähän käytäntöön kuuluu edelleen se, että tutkija ja tieteellinen asiantuntija noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tutkimustulosten arvioinnissa. Lisäksi hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen sekä se, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–24.) Opinnäytetyömme tutkimusosuudessa kyselylomakkeesta saatu datan määrä oli verraten suuri. Tuloksia käsitellessä oli oltava tarkkana sekä datan käsittelyssä että säilytyksessä. Tällä tavoin toimiessa vältyttiin sekaannuksilta. Tutkimustulosten vastaukset eivät olleet kovin merkittäviä. Eettisyyttä osoittaa se, että tästä huolimatta tutkimustulosten antamassa totuudessa pysyttiin, eikä tutkimustulosten arviointia ja johtopäätöksiä ylianalysoitu.

Lähdekritiikki on tutkimustyön tärkeä ja vaativa osa-alue. Se liittyy sekä tutkimuksen teoriapohjaan että tutkimusprosessiin itseensä. Kirjallisuuden valinnassa tarvitaan harkintaa ja lähdekritiikkiä, sillä kaikki kirjallinen materiaali ei välttämättä ole kelvollista eikä suoraan kytkeydy omaan työhön. Lähdekritiikkiin on siis pyrittävä aineistoa valittaessa sekä lähdeaineistoa tulkittaessa. Lähteitä valittaessa tulee kiinnittää huomiota

kirjoittajan tunnettavuuteen ja arvostettavuuteen, lähteen ikään, lähdetiedon alkuperään, uskottavuuteen ja julkaisijan (kustantajan) arvovaltaan ja vastuuseen sekä totuudellisuuteen ja puolueettomuuteen. (Hirsjärvi ym. 2007, 110.) Erityisesti tämän työn aihepiiri vaati useiden eri tietolähteiden käyttöä. Koska teknologia on nopeasti kehittyvä aihealue, oli tarkoituksenmukaista käyttää mahdollisimman uusia lähteitä teoriaosuuden pohjana, jottei tieto olisi vanhentunutta ja väärää. Lähdeaineistoa haimme informaatiikojen avulla luotettavista tietokannoista. Lähteistä on käytetty vain se tieto, joka on opinnäytetyön kannalta keskeistä.

Tutkimuksen reliabiliudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. Reliabiliutta voidaan todeta monella eri tavalla. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on olemassa tilastollisia menetelmiä, joiden avulla pystytään arvioimaan erilaisten mittareiden luotettavuutta. Mittareita on olemassa niin kansallisia kuin kansainvälisiä, jotka mahdollistavat luotettavan vertailun eri maissa saatujen tulosten välillä. (Hirsjärvi ym. 2007, 225–228.) Tämän opinnäytetyön tutkimusosuus on toistettavissa.

Tutkimuksen validiudella tarkoitetaan kuinka pätevä tutkimus on mittaamaan sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Validiutta on mahdollista arvioida kolmella eri tavalla. Näitä ovat ennuste-, tutkimusasetelma- ja rakennevalidius. Erityisesti kvantitatiivisessa tutkimuksessa nämä ovat keskeisiä analysointimenetelmiä. Validiutta on mahdollista lisätä käyttämällä useampaa menetelmää yhtäaikaisesti (Hirsjärvi ym. 2007, 225–228.) Opinnäytetyön tutkimusosuuden kyselylomaketta laadittaessa kiinnitettiin huomiota muun muassa kysymysten keskinäiseen järjestykseen, teemoitteluun ja selkeyteen. Selkeyttä pyrittiin toteuttamaan sanavalinnoilla ja lauseiden sanajärjestelyllä sekä äidinkielellisellä oikeinkirjoituksella. Kyselylomake on nähtävissä opinnäytetyön lopusta liitteessä 6.

Tutkijatriangulaatiolla tarkoitetaan kahden tai useamman tutkijan tekemää tutkimustyötä (Hirsjärvi ym. 2007, 225–228). Tutkimusosuuden kyselylomakkeen tuloksia on raakamateriaalista lähdetty käsittelemään molempien opinnäytetyön tekijöiden yhteistyönä. Vaihtoehtona olisi ollut jakaa raakadata erillisiksi kokonaisuuksiksi molemmille opinnäytetyön tekijöille. Tässä olisi ollut ongelmana kahden eri tulkinnan muodostuminen datasta sekä toisistaan poikkeavat datan käsittelytavat. Yhteistoiminnalla päästiin konsensukseen datan käsittelyssä, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön aiheen valintaan keskeisesti vaikuttanut syy oli halu työterveyshuollon kehittämiseksi. Opinnäytetyön tutkimusosuuden tarkoituksena on kehittää työterveyshuollon ammattihenkilöiden työvälineitä ja työtoimintaa sekä näiden vaikuttavuutta. Tämä on tärkeää, sillä digitalisaatio on maailmanlaajuisesti kehittyvä suurilmiö, joka väistämättä vaikuttaa ja tulee tulevaisuudessa vaikuttamaan yhä enenevässä määrin terveydenhuollon palveluihin.

Opinnäytetyön toteuttamistavaksi valittiin tutkimustyyppinen lähestymistapa, koska esimerkiksi toiminnallista tutkimusta aiheesta ei olisi voinut toteuttaa aiheesta saatavissa olevan vähäisen tutkimustiedon vuoksi. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti ensisijassa halu saada mahdollisimman monen asiakaskäyttäjän ääni kuuluviin eTerveystarkastuksen käyttöön liittyen. Yhtä laajaa otantaa ei laadullisen tutkimusmenetelmän keinoin olisi pystytty toteuttamaan, vaikka kvalitatiivinen tutkimus omia hyötyjään olisi tuonutkin. Hyötyjä olisivat olleet muun muassa yksittäisen asiakkaan mielipiteiden syvällisempi ymmärrys sekä mahdollisesti monipuolisempi katsantokanta.

Koska tutkimusongelmissa haettiin syy-seuraussuhteita, oli kvantitatiivinen tutkimus senkin vuoksi sopivin tutkimusmuoto. Kvantitatiivinen tutkimus antoi myös mahdollisuuden tutkimustulosten vertailuun ja sitä kautta syventävään analyysiin. Kvantitatiivisen kyselytutkimuksen myötä oli mahdollista tutkia monia asioita samanaikaisesti. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä hankittavan tiedon luotettavuudessa on sekä hyvät että huonot puolensa. Hyvänä puolena voidaan mainita, että kysymykset ovat kaikille samat, eikä tutkija pysty niihin omalla esittämistavallaan vaikuttamaan tai johdattelemaan vastaajaa vastaamaan haluamallaan tavalla. Toisaalta ei ole mahdollista varmistua siitä, kuinka ajatuksella ja tosissaan vastaaja on kysymyksiin vastannut. Koska tutkimusaihe käsitteli teknologista kehitystä, haluttiin myös tutkimustulokset analysoida tietoteknisin välinein. Kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin tämä oli mahdollista, sillä määrällisen tutkimustyyppin tuloksia analysoidaan tyypillisesti tietokonepohjaisiin ohjelmiin.

Aineisto kerättiin anonymisti ja säilytettiin suojatusti siten, etteivät ulkopuoliset pääseet siihen käsiksi. Osa valmiin opinnäytetyön tiedoista salattiin Diacor terveystalvolut Oy:n toiveesta. Yhteistyö Diacorin kanssa noudatti sovittuja aikatauluja ja tapaamisajankohtia sekä sovittuja aiheisältöjä. Läpinäkyvyys tulee esille koko työssä: eettisessä ajattelussa, sovittujen normien mukaisesti toimimisessa, aikatauluista kiinni pitämisessä, saatekirjeen sisällössä sekä prosessin systemaattisessa etenemisessä. Lähdevalinnoissa on kiinnitetty huomiota erityisesti luotettavuuteen, keskeisyyteen, tuoreuteen ja aiherajaukseen.

Vastaajien anonymiteetti on huomioitu niin, ettei vastauksista voi päätellä vastaajan henkilöllisyyttä. Tietosuoja on huomioitu tietojen keräyksessä, säilytyksessä, analysoinnissa sekä hävittämisessä. Vastaajia on kohdeltu eettisesti hyvin ja arvostavasti, heidän ihmisarvoaan ja valinnanvapauttaan kunnioittaen. Prosessin läpinäkyvyyttä kuvaa esimerkiksi vastaajille lähetetty saatekirje, jossa vastaamisen vapaaehtoisuus on ilmaistu. Saatteessa on annettu myös muut tarvittavat tiedot ja ohjeet, joita vastaamiseen tarvitaan. Vastaajille on kerrottu, mihin tarkoitukseen ja mitkä tahot tietoja käyttävät, sekä missä ne tullaan anonymisti julkaisemaan. Saatteessa on annettu myös opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot.

Opinnäytetyön tutkimusosuuden otoskoko oli verraten laaja (76), vaikka katoa olikin jonkin verran, ja vastausprosentti jäi prosentuaalisesti tarkasteltuna pieneksi (19 %). Otannan laatu oli onnistunut, sillä otanta suunniteltiin tarkasti, eikä tarkoitettujen joukon ulkopuolisia vastauksia näin ollen päässyt mukaan otantaan. Tietojen käsittelyvaiheessa tietoja käsiteltiin huolellisesti raakadatatista. Datan käsittely vaati huolellisuutta ja osaamista tietojenkäsittelyohjelmien komentojen syöttämisessä sekä tuotosten oikeellisuuden arvioinnissa. Datan käsittelyä vaikeutti se, etteivät kaikki vastaajat olleet vastanneet kaikkiin esitettyihin kysymyksiin. Yksittäisten vastausten poisjäänti ei kuitenkaan vaikuttanut merkittävästi tulosten luotettavuuteen, koska otanta oli suhteellisen suuri.

Mittarina toimivat kysymykset ja vastausvaihtoehdot. Kysymysten oli oltava mahdollisimman yksiselitteisiä. Kyselylomakkeen luotettavuutta arvioitiin yhdessä työelämäyhteistyökumppanin kanssa. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat seikat otettiin huomioon koko tutkimusprosessin ajan. Esimerkkinä luotettavuuden huomioimisesta toimii pohdinta siitä, kuinka hyvin esitettykysymykset antavat tietoa vastaajista, ja kuinka käy-

tettävää tämä tieto on. Kysymyslomakkeessa ei kysytä mitään turhaa eli sellaista, millä ei ole arvoa tutkimuksen kannalta. Kyselyn pituus ja sen vaatima aikapanostus voivat vaikuttaa negatiivisesti vastaamishalukkuuteen ja näin ollen myös vastausprosenttiin. Opinnäytetyön tutkimusosuuden vastauksista kävi ilmi, että kyselylomakkeen pituus ja asiasisältö olivat sopivat, sillä kesken jääneitä vastauslomakkeita ei juurikaan palautunut. Kyselylomake ja sen saatekirje ovat nähtävissä tämän opinnäytteen lopussa liitteissä 5 ja 6.

Opinnäytetyön tekijöillä oli kokonaisvastuu prosessin vetämisestä ja aikatauluttamisesta. Koko opinnäytetyöprosessin ajan -suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin- tehtiin yhteistyötä työelämätahon kanssa. Prosessin aikana saatiin tukea ja rakentavaa palautetta osallistuttaessa seminaareihin sekä yksilöohjauksiin. Palautetta otettiin vastaan ja sitä arvioitiin kriittisesti. Palautteen pohjalta käytiin keskusteluja ja kehitettiin opinnäytetyötä. Sekä opponenteilta että opponenteina toimiessa saatiin hyviä ideoita, jotka hyödyttivät myös omaa työprosessia. Opinnäytetyön rajausta sovittiin prosessin alussa yhdessä työelämäyhteistyökumppanin kanssa. Työ pysyi sovituisissa rajauksissa sekä teoria- että tutkimusosuudessa.

Koko opinnäytetyöprosessin toteuttamisesta saatiin palautetta myös työelämäyhteistyökumppanilta. Heidän mielestään yhteistyö oli sujuvaa, sovituisia aikatauluista pidettiin kiinni ja opinnäytetyön tekijät kantoivat vastuun omasta osuudestaan hyvin koko prosessin ajan. Työelämäyhteistyökumppanin arvion mukaan opinnäytetyössä käytetyt lähteet ovat monipuolisia ja tuoreita. Opinnäyte on pysynyt rajatussa aiheessa ja tutkimusosuus on analysoitu riittävin rajauksin. Yhteistyökumppani kokee, että opinnäytetyön tuottama aineisto on lisännyt asiakasymmärrystä eTerveystarkastuksesta ja aikoo hyödyntää opinnäytetyön aineistoa eTerveystarkastuspalvelun kehitystyössä. Aineiston avulla voidaan kehittää myös työpaikan käytäntöjä eTerveystarkastukseen liittyen.

Koska opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi ja aihe laaja, jaettiin teorian tiedon prosessointia ja auki kirjoittamista. Työn jakamisesta huolimatta sekä yksityiskohtiin että kokonaisuuteen vaikuttavia valintoja pohdittiin yhdessä. Suurin osa teorian tiedosta hankittiin eri terveysalan toimijoiden informaattikkopalveluja hyödyntäen, mutta myös itsenäisesti etsien. Koska teknologia on jatkuvasti muuttuva aihealue, tieto vanhentuu nopeasti, ja uutta tietoa syntyy kiivaalla tahdilla. Tämä ilmiö pyrittiin ottamaan huomioon koko pro-

sessin ajan erityisesti teoriapohjaa kartoitettaessa. Lähteitä opinnäytetyöhön on kerätty monipuolisesti noin vuoden ajan.

Tulevaisuuden terveydenhuollon työkenttien sisältö tulee yhä enenevässä määrin digitalisoitumaan. Tästä syystä terveysteknologian mahdollisuuksiin perehtyminen on jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen urakehityksen kannalta keskeistä ja ensiarvoisen tärkeää ellei jopa velvollisuus. Tämä opinnäytetyö antaa konkreettisen katsauksen tämän päivän terveysteknologisiin palveluihin ja menetelmiin Suomessa. Tutkimusosuus antaa terveydenhoitajalle asiakaskäyttäjäkokemuksiin näkökulmaa, joka tukee hänen työskentelyään asiakaslähtöisesti. Sähköisten terveystalvelujen on todettu sopivan erityisen hyvin työterveyshuollon palveluihin. Tästä syystä erityisesti työterveyshoitajien tulisi olla tietoisia teknologian mahdollisuuksista ja nykyään käytössä olevista sähköisistä palveluista.

Tutkimusosuuden tuloksissa kävi ilmi, että asiakkaat ovat valmiita ottamaan käyttöön eTerveystarkastuksen. Tulos on samansuuntainen aiemman tutkimuksen kanssa, sillä kansalaisten on laajasti kartoitettu olevan valmiita sähköisten terveystalvelujen käyttöönottoon. Tutkimusosion tulosten mukaan asiakkaat toivoisivat terveystalveluain sähköisessä muodossa kotona luettavaksi. Tämäkin tulos korreloi aiemman tutkimuksen kanssa. Tulos on merkittävä asiakaslähtöisen terveyden edistämistyön kannalta.

Tutkimusongelmilla sekä lähtöoletuksella pyrittiin kartoittamaan digiorientoitumisen yhteyttä digitaalisen palvelun käyttöön ja suosittelevuuteen. Koko tutkimusosuuden otanta tarkasteltaessa ei voida tehdä relevantteja tulkintoja tai johtopäätöksiä digiorientoitumisen vaikutuksesta suhtautumiseen eTerveystarkastusprosessiin tai sen suosittelevuuteen, sillä tällöin sattumalla on suuri vaikutus tuloksiin. Otanta oli hyvä (76 kpl), mutta ei riittävä laajempaan viitekehukseen viettäessä, eli tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä laajemmin. Digiorientoitumisen yhteys asenteisiin olisi perusteltu jatko-tutkimusaihe.

LÄHTEET

- Ahtela, Jukka 2016. Työterveyshuolto ja muuttuva työelämä. Työterveyslääkärilehti 1/2016, vsk 34, 10–14.
- Ahonen, Outi; Kinnunen, Ulla-Mari; Kouri, Pirkko 2016. Sähköiset terveyspalvelut hoitotyössä. Teoksessa Kaija Pirhonen (toim.) Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 11–30.
- Arvola, Taina; Pommelin, Petri; Inkinen, Ritva; Väyrynen, Seija & Tammela, Outi 2012, Potilastietojärjestelmien turvallisuusriskit hallintaan. Lääkärilehti 12/2012 vsk 67, 955–961.
- Diacor i.a. a Yritysvastuuraportti. Viitattu 6.9.2016.
<https://www.diacor.fi/yritys/yritysvastuu>
- Diacor i.a. b Diacor pähkinänkuoressa. Viitattu 6.9.2016.
<https://www.diacor.fi/yritys/diacor-pahkinankuoressa>
- Diacor i.a. c eTerveystarkastus seuloo työkykyriskit kustannustehokkaasti. Luentotalenne 15.9.2016.
- Diacorin esittely 2.7.2015. Diacor terveyspalvelut oy. Viitattu 6.9.2016.
https://dub118.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgk6_uEXVz5hGLKAAeC8wH7A2&folderid=flinbox&attindex=0&cp=-1&attdepth=0&n=53855111.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. C, Katsauksia ja aineistoja 17. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Eriksson, Katie; Isola, Arja; Kyngäs, Helvi; Leino-Kilpi, Helena; Lindström, Unni Å; Paavilainen, Eija; Pietilä, Anna-Maija; Salanterä, Sanna; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2011. Hoitotiede. 1.–3. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Gould, Raija; Ilmarinen, Juhani; Järvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo 2006. Työkyvyn ulottuvuudet – yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa Raija Gould; Juhani Ilmarinen; Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos 2006, 311–328.

- Viitattu 16.9.2016. <http://www.etk.fi/wp-content/uploads/2015/10/Työkyvyn%20ulottuvuudet.pdf>.
- Haarala, Päivi & Mellin, Oili -Katriina 2015. Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. Teoksessa Päivi Haarala, Hilikka Honkanen, Oili-Katriina Mellin & Tiina Tervaskanto-Mäentausta (toim.) Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita, 26–45.
- Hakulinen, Seppo 2016. Työlääketiede. Luento Työikäisen terveyden edistäminen – opintokokonaisuudessa 14.9.2016. Diakonia-ammattikorkeakoulu: Oppimateriaalipankki.
- Harno, Kari 2013. Potilastietojärjestelmien hyödyt esiin. Suomen lääkärilehti 11/2013 vsk 68, 839–842a. Viitattu 2.9.2016. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2013/SLL112013-839.pdf>.
- Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita, 2014. Viitattu 2.10.2016. http://haku.helmet.fi/iii/encore/record/C__Rb2143830__Stilastollinen%20tutkimus__P0%2C2__Orightresult__X7?lang=fin&suite=cobalt.
- Henkilötietolaki 1999/523, 22.04.1999. Viitattu 2.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Honkanen, Hilikka & Mellin, Oili-Katriina 2015. Teknologiaa hyödyntävä terveydenhoitajatyö. Teoksessa Päivi Haarala, Hilikka Honkanen, Oili-Katriina Mellin & Tiina Tervaskanto-Mäentausta (toim.) Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita, 213–218.
- Hordern, Antonia; Georgiou, Andrew; Whetton, Sue & Prgomet, Mirela 2011. Consumer e-health: an overview of research evidence and implications for future policy. Health Information Management Journal 2/2011, vsk 40. Viitattu 17.9.2016. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5ea1f4cd-099d-4394-953f-b71a8184a339%40sessionmgr4007&vid=1&hid=4101>.
- Hyppönen, Hannele; Hyry, Jaakko; Valta, Kati; Ahlgren, Saija 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jauhiainen, Annikki; Sihvo, Päivi & Ikonen, Helena 2014a. Kansalaisten osaaminen ja ohjaaminen sähköisiin terveyspalveluihin. Teoksessa Annikki Jauhiainen

- & Päivi Sihvo (toim.) Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa -Teoriasta käytäntöön. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 40–52.
- Jauhiainen, Annikki; Sihvo, Päivi & Ikonen, Helena 2014b. Terveydenhuollon henkilöstön osaaminen ja valmiudet ottaa käyttöön sähköiset terveyspalvelut. Teoksessa Annikki Jauhiainen & Päivi Sihvo (toim.) Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa -Teoriasta käytäntöön. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 26–39.
- Jormanainen, Vesa 2015. Kanta-palvelujen käyttöönotto vuosina 2010–2014. *Duodecim*. 2015, vsk 131, 1309–1317.
- Kansanterveyslaki 1972/66, 28.01.1972. Viitattu 3.8.2016.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/haku/?search\[type\]=pika&search\[pika\]=kansanterveyslaki&h=Hae&category\[\]=ajantasa&category\[\]=alkup&category\[\]=smur&category\[\]=kaannokset&all=on](http://www.finlex.fi/fi/laki/haku/?search[type]=pika&search[pika]=kansanterveyslaki&h=Hae&category[]=ajantasa&category[]=alkup&category[]=smur&category[]=kaannokset&all=on).
- Kaivo-Oja, Jari 2016. Teknologinen murros terveydenhuollossa. Teoksessa Kaija Pihonen (toim.) Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 73–90.
- Kauhanen, Jussi; Erkkilä, Arja; Korhonen, Maarit; Myllykangas, Markku & Pekkanen, Juha 2013. Kansanterveystiede. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kela 2016a. Työterveyshuollon sisältö. Viitattu 3.8.2016.
<http://www.kela.fi/tyoterveyshuolto>.
- Kela 2016b. Työterveyshuollon toimintasuunnitelma. Viitattu 3.8.2016.
<http://www.kela.fi/toimintasuunnitelma>.
- Kela 2016c. Tilasto työterveyshuollosta. 5.7.2016. Viitattu 6.9.2016.
http://www.kela.fi/tilastot-aiheittain_tilasto-tyoterveyshuollosta.
- Koivula, Antti 2015. Digitalisaatio ja työn muutos. Luento Työterveyslaitoksen perjantai meetingissä 20.11.2015. Työterveyshuollon virtuaaliyliopisto: vimeo.com.
- Koppa 2015. Määrällinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 2.10.2016.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>.
- Korhonen, Jari 2014. Sähköiset palvelut työn kehittäjänä työterveyshuollossa. Teoksessa Päivi Sihvo (toim.) Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön ter-

- veydenhuollossa -Teoriasta käytäntöön. Joensuu: Karelia ammattikorkeakoulu, 159–166.
- Kortteisto, Tiina 2014. Neuvova potilaskertomus, käyttö ja vaikutus potilaan hoitoon. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Kuntalaki 1995/365, 17.03.1995. Viitattu 4.8.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku/?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kuntalaki&h=Hae+%E2%80%BA>.
- Lahtinen, Raija 2016. Ihminen ensin -digimurroksessakin. TTT-työ-terveys-turvallisuus-lehti 4/2016, 14–17.
- Laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta 2006/44, 20.01.2006. Viitattu 3.8.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20060044?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=44%2F2006>.
- Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621, 21.05.1999. Viitattu 2.10.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>.
- Lehto, Tuomas; Oinas-Kukkonen, Harri; Pätiälä, Timo & Saarelma, Osmo 2012. Consumers' Perceptions of a Virtual Health Check: an Empirical Investigation. European Conference on Information Systems (ECIS) 15.5.2012.
- Lehtomäki, Leila 2016. Terveystieteiden tutkimus -Terveystieteiden tutkimus käytäntöön. Terveystietäjä-lehti 5/2016, vsk 48, 6–7.
- Leino, Timo; Rautio, Maria; Kanervisto, Merja; Tilli, Jaana & Kaleva Simo 2014. Terveystarkastuskäytännöt suomalaisessa työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.10.2016.
http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Terveystarkastuskaytannot_suomalaisessa_tyoterveyshuollossa.pdf.
- Manninen, Pirjo; Laine, Vappu; Leino, Timo; Mukala, Kristiina & Husman, Kaj 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö: Työterveyslaitos.
- Merasto, Merja 2016. Onko hoitotyö ala, jolle digitalisaatio ei yllä? Teoksessa Kaija Pirhonen (toim.) Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 8–9.
- Mussalo-Rauhamaa, Helena; Savikko Raija; Kernisalo-Perälä, Sirpa & Paakkola, Katja 2015. Työterveyshuolto ja haasteet – työterveyshuollon yksiköille tehtyjen kyselyjen tuloksia. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja 37/2015.

- Peruspalvelut, oikeusturva ja luvat -vastuualue. Etelä-Suomen aluehallintovirasto. Viitattu 2.10.2016.
https://www.avi.fi/documents/10191/4529462/ESAVI_julkaisuja_37_2015+.pdf/b72de1e5-4113-45f5-8dcd-f0bd2d1cfe54.
- Numminen, Jari 2016. Asiakkaan omamittaus osana hoitotyötä. Teoksessa Kaija Pirhonen (toim.) Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 123–132.
- Nurmi, Jari-Erik; Ahonen, Timo; Lyytinen, Heikki; Lyytinen, Paula; Pulkkinen, Lea & Ruoppila, Isto 2008. Ihmisen psykologinen kehitys. 1.–3. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Oikarinen, Arja & Poranen, Tiina 2016. Terveystarkastajan osaamisen arviointi ammattitaitoa edistävissä harjoittelussa. Terveystarkastaja-lehti 5/2016 vsk 48, 40–41.
- Rautio, Maria 2015. Työkäinen terveydenhuollon asiakkaana. Teoksessa Päivi Haarala, Hilkka Honkanen, Oili-Katriina Mellin & Tiina Tervaskanto-Mäentausta (toim.) Terveystarkastajan osaaminen. Helsinki: Edita, 319–334.
- Rautio, Maria & Leino, Timo 2015a. Terveystarkastus – avain terveystarkastusten vaikuttavuuteen? Työterveyshoitajalehti. 1/2015, vsk 40, 14–15.
- Rautio, Maria & Leino, Timo 2015b. Työelämä muuttuu -uudistuvatko terveystarkastuskäytännöt? Terveystarkastajalehti. 4–5/2015, vsk 48, 32–34.
- Reina, Tuomo 2015. Hallinnolliset tietojärjestelmät terveydenhuollossa. Lääkärilehti. 23/2015, vsk 70, 1668–1672.
- Reponen, Jarmo 2015. Terveystarkastuksen sähköiset palvelut murroksessa. Duodecim. 2015, vsk 131, 1275–1276.
- Reponen, Jarmo; Kangas, Maarit; Hämäläinen, Päivi & Keränen, Niina 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014, tilanne ja kehityksen suunta. Tampere: Terveystarkastuksen ja hyvinvoinnin laitos.
- Rönkkö, Ilona; Helkiö, Kirsti; Kautonen, Merita & Riippa, Iris 2016. Teknologia haastaa ja helpottaa terveydenhuollossa. Teoksessa Kaija Pirhonen (toim.) Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 31–54.
- Saarelma, Osmo 2016. Terveystarkastukset. Viitattu 1.10.2016
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00336.

- Sairaanhoitajat 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 5.9.2016.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>.
- Sairausvakuutuslaki 2004/1224, 21.12.2004. Viitattu 3.8.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=tyoterveys%2A>.
- Salmela, Johanna 2014. Työikäisen terveyden edistämisen strategia: sähköiset terveyden edistämismenetelmät. Tampereen ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäyte-työ.
- Saunamäki, Marjo 2016. Mitä työterveyspsykologi tekee työterveyshuollossa?. Viitattu 20.9.2016. <http://www.tyosyke.fi/2016/02/mita-tyoterveyspsykologi-tekee-tyoterveyshuollossa/>.
- Sauni, Riitta & Leino, Timo 2016. Työterveyshuollon terveystarkastusten vaikuttavuus. *Duodecim* 2016; 132:152–8.
- Schugk, Jan i.a. Ennakoiva työterveyshuolto luo kilpailukykyä. Viitattu 15.9.2016.
<https://www.mehilainen.fi/jan-schugk-ennakoiva-ty%C3%B6terveyshuolto-luo-kilpailukyky%C3%A4>.
- Sihvo, Päivi & Jauhiainen, Annikki 2014. Johdanto. Teoksessa Annikki Jauhiainen & Päivi Sihvo (toim.) Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa -Teoriasta käytäntöön. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 10–13.
- Sihvo, Päivi; Jauhiainen, Annikki & Ikonen, Helena 2014. Lähtökohdat sähköisten terveyspalvelujen kehittämiseksi ja käyttöönotolle. Asiakaslähtöisten sähköisten terveyspalvelujen kehittäminen ketterästi. Teoksessa Annikki Jauhiainen & Päivi Sihvo (toim.) Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa -Teoriasta käytäntöön. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 14–25.
- Sihvo, Päivi; Tyyskä, Eija; Jauhiainen Annikki & Kurki, Jaana 2014. Sähköisten terveyspalvelujen käyttöönotto omahoidon ja terveyden edistämisen tueksi. Teoksessa Annikki Jauhiainen & Päivi Sihvo (toim.) Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa -Teoriasta käytäntöön. Joensuu: Karelia ammattikorkeakoulu, 76–85.

- Siitonen, Tarja & Ikonen, Helena 2014a. Sähköisen työterveystarkastuksen kehittäminen. Teoksessa Päivi Sihvo (toim.) Sähköiset terveystalvet asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa -Teoriasta käytäntöön. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 151–154.
- Siitonen, Tarja & Ikonen, Helena 2014b. Sähköisten palvelujen kehittäminen ja käyttöönotto Joensuun Työterveydessä. Teoksessa Päivi Sihvo (toim.) Sähköiset terveystalvet asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa -Teoriasta käytäntöön. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 146–150.
- Sinokki, Marjo 2014. Asiakaslähtöisyys työterveyshuollossa. Työterveyslääkärilehti 1/2014 vsk 32, 62–65. Viitattu 1.10.2016.
http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=ttl01191.
- Sormunen, Hannu & Ikonen, Helena 2014. Extranet –Sähköinen palvelu työterveyshuollon asiakasyrityksille. Teoksessa Päivi Sihvo (toim.) Sähköiset terveystalvet asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa -Teoriasta käytäntöön. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 155–158.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -strategia. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Viitattu 27.9.2016.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a. Työterveyshuolto ja työkyvyn ylläpito. Viitattu 3.8.2016. <http://stm.fi/tyoelama/tyoterveys>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma -Kaste. Viitattu 7.9.2016. <http://stm.fi/kaste>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016c. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015–2019. Viitattu 7.9.2016. http://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843.
- Suomen Työterveyshoitajaliitto 2016. Työterveyshoitajan työ. Viitattu 20.9.2016. <http://www.stthl.net/edunvalvojana/amatillinen-edunvalvonta/alasivu-1/>.
- Suomen Työterveyslääkäriyhdistys Ry 2016. Suositus työterveyslääkärin toimintaperiaatteista. Viitattu 20.9.2016.
<http://www.stly.fi/stly/toimintaperiaatteet/suositus-tyoterveyslaakarintuim/>.

- Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 30.12.2010. Viitattu 27.9.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>.
- Terveystalo i.a. Työterveyshoitaja. Viitattu 20.9.2016.
<https://www.terveystalo.com/fi/Palvelut/Tyoterveys-tyontekijoille/Tyoterveyshoitaja/>.
- Tiik, Madis 2015. Missä terveystieto piilee, ja kenen sitä tulisi käyttää? Duodecim. 2015, vsk 131, 1277–1278.
- Tilastokeskus 2016. Käsitteet ja määritelmät. Viitattu 3.8.2016.
<http://www.stat.fi/til/tyokay/kas.html>.
- Timonen, Johanna; Kauppinen, Hanna & Ahonen, Riitta 2016, Sähköisen reseptin ongelmat ja kehittämiskohteet -kyselytutkimus apteekkien farmaseuttiselle henkilöstölle. Lääkärilehti 3/2016 vsk 71, 153–170.
- Työfysioterapeutit Ry 2016. Työfysioterapia ammattina. Viitattu 20.9.2016.
<http://www.tyofysioterapeutit.fi/tyofysioterapia-ammattina/>.
- Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu 2015. Työterveyshuolto. Viitattu 3.8.2016.
<http://www.tyosuojelu.fi/tyoterveys-ja-tapaturmat/tyoterveyshuolto>.
- Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu 2016. Työterveyshuolto. Viitattu 1.10.2016.
<http://www.tyosuojelu.fi/tyoterveys-ja-tapaturmat/tyoterveyshuolto>.
- Työtapaturma- ja ammattitautilaki 2015/459, 24.4.2015. Viitattu 4.8.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150459?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=tapaturmavakuutus>.
- Työterveyshuoltolaki 2001/1383, 01.01.2002. Viitattu 3.8.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2001/20011383>.
- Työterveyslaitos 2015a. Työterveyshenkilöstö. Viitattu 3.8.2016.
<http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/tyoterveyshenkilosto/Sivut/default.aspx>.
- Työterveyslaitos 2015b. Työterveyshuollon järjestäminen. Viitattu 3.8.2016.
<http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/jarjestaminen/sivut/default.aspx>
- Työterveyslaitos 2016a. Työterveyshuolto. Viitattu 3.8.2016.
<http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/Sivut/default.aspx>.
- Työterveyslaitos 2016b. Suomen työelämä Euroopan paras vuonna 2020. Viitattu 22.9.2016.

http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyslaitos/verkotot/tyoelama_2020/sivut/default.aspx_

Työturvallisuuskeskus 2015. Työterveyshuolto -Tavoitteena aktiivinen työterveysyhteistyö. Viitattu 1.10.2016.

http://ttk.fi/files/3030/Tyoterveyshuolto_Tavoitteena_aktiivinen_tyoterveysyhteistyo.pdf.

Työturvallisuuslaki 2002/738, 23.08.2002. Viitattu 3.8.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>.

Valli, Raine 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Juhani Aaltola ja Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 1: Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 2013/708, 10.10.2013. Viitattu 15.8.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708>.

Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveys 2015 – Työterveyshuollon kehittämissuunnitelmat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:3 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 27.9.2016.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113575/Julkaisuja_2004_3.pdf?sequence=1.

Valtioneuvoston päätös työnantajan velvollisuudeksi säädetyistä sekä yrittäjän ja muun omaa työtään tekevän työterveyshuollosta 1994/950, 27.10.1994. Viitattu 4.8.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940950>.

Vehmanen, Mari 2014. Tietojärjestelmästä tuli toimiva. Lääkärilehti. 49/2014, vsk 69, 3326–3328. Viitattu 20.9.2016.

www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/tietojarjestelmasta-tuli-toimiva-11788/.

Verne Liikenteen tutkimuskeskus i.a. Tiedon analysointi. Tampereen teknillinen yliopisto. Viitattu 7.11.2016.

<https://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>.

Vuokko, Riikka; Suhonen, Jari; Hyppönen, Konstantin & Porrasmaa, Jari 2014. Potilastiedon suostumusten hallinta ja yhteisen potilastietorekisterin liittyminen Kantaan. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Välimäki, Maritta 2012. Potilasta ja hoitotyötä koskevat eettiset lähtökohdat. Teoksessa Helena Leino-Kilpi & Maritta Välimäki (toim.) Etiikka hoitotyössä. 5.–7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 137–164.

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto i.a. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 7.11.2016. https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html.

LIITE 1: Työterveyshuollon toimintaa ohjaavat virallisjulkaisut

Valtioneuvoston päätös työnantajan velvollisuudeksi säädetyistä sekä yrittäjän ja muun omaa työtään tekevän työterveyshuollosta (1994) on uudistettu vuonna 2001 Työterveyshuoltolaiksi, jotta laki vastaisi työelämän tarpeisiin tänä päivänä sekä työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyön kehittymishaasteisiin. Työterveyshuoltolaissa on lisäksi valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta, sekä työterveyshuollon sisällöstä. Lakiin on lisätty vuonna 2008 huumausainelaki, joka sallii työnantajan selvittää työntekijöidensä mahdollisen huumausaineidenkäytön huumausainetestauksin. Työnantaja voi pyytää testiä työsuhteen aikana tai työn vaatiessa erityistä tarkkuutta, itsenäistä harkintakykyä, luotettavuutta sekä hyvää reagointikykyä. Huumausainetesti voidaan työntekijälle suorittaa myös työterveyshuollon toimesta työterveyshuoltolain nojalla (Työterveyshuoltolaki 2001). (Manninen ym. 2007, 10, 134; Työterveyshuoltolaki 2001.) Lisäksi kyseistä lakia sovelletaan niin, että sitä käytetään työssä, jota koskee myös työturvallisuuslaki. Työterveyshuoltolain mukaiset lait ja säädökset koskevat ainoastaan Suomessa tehtävää työtä. (Kela 2016a.)

Työturvallisuuslaki, vuodelta 2002, sisältää velvoitteen työterveyshuoltopalvelujen järjestämisestä sekä työsuojelun toimintaohjelman. Laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta vuodelta 2006 velvoittaa työterveyshuoltoa ilmoittamaan ammattitaudeista sekä toimimaan työsuojeluorganisaationa. Työterveyshuolto on tällöin osa viranomaistoimintaa, jonka tulee järjestää työpaikkojen työsuojelua. (Manninen ym. 2007, 78; Työturvallisuuslaki 2002.)

Sairausvakuutuslaki, vuodelta 2004, on uudistettu työtapaturma- ja ammattitautilaki vuodelta 2015. Työterveyshuollossa tämä laki määrittelee korvattavan toiminnan ja hyväksyttävät kustannukset sekä määrittelee työterveyshuollon laskennalliset enimmäismäärät. Lisäksi sairausvakuutuslaissa määritellään erityisäitiyspäiväraha-oikeus raskaana olevalle naiselle sellaisesta työstä, josta on vaaraa sikiölle. (Manninen ym. 2007, 78; Sairausvakuutuslaki 2004.)

Terveydenhuoltolain (2010) tavoitteena on työterveyshuollon näkökannalta turvata terveyden edistämispalveluiden järjestäminen niille kuntalaisille, jotka jäävät työterveyshuollon ulkopuolelle (Terveydenhuoltolaki 2010). Samoin kuntalain (1995) tarkoitus on taata se, että kunnissa järjestetään työterveyshuoltopalveluja, jolloin sairauksien ennalta ehkäisy, terveyden edistäminen sekä työhyvinvointi turvataan kunnan työntekijöille (Haarala & Mellin 2015, 26; Kuntalaki 1995). Myös kansanterveyslain (1972) tarkoituksena on taata työterveyshuollon palvelut kunnan alueella työskenteleville työntekijöille ja yrittäjille (Kansanterveyslaki 1972; Haarala & Mellin 2015, 26). Kansanterveyslakia on täsmennetty 1.1.2006. Tämän tarkennuksen tarkoituksena on antaa kunnille mahdollisuus järjestää kunnallinen työterveyshuolto erillään kansanterveystyöstä. (Manninen ym. 2007, 10; Kansanterveyslaki 1972.)

Terveyspolitiikka ja sen mukaiset ohjelmat linjaavat osaltaan terveydenhuollon toimintaa ja tavoitteita. Parhaiten väestön terveyttä ja hyvinvointia edistetään silloin, kun erilaisten päätösten sosiaali- ja terveysvaikutukset otetaan huomioon jokaisella hallinnonalalla ja mahdollisiin ongelmiin puututaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Osittain tästä johtuen sosiaali- ja terveydenhuollossa on olemassa ja jatkuvasti kehitteillä erilaisia kansallisia ja kansainvälisiä (Euroopan unioni ja World Health Organization) ohjelmia, strategioita, hankkeita ja uudistuksia, jotka omalta osaltaan mittaavat, kehittävät ja edistävät nykyistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa. (Haarala ym. 2015, 33–34.)

Näitä ohjelmia, strategioita, hankkeita ja uudistuksia ovat muun muassa Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (Haarala ym. 2015, 33), Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2016–2020 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b; Haarala ym. 2015, 34), Sosiaali- ja terveystalouden uudistus eli sote-uudistus 2015–2019 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016c), Työterveys 2015 -strategia (Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveys 2015- Työterveyshuollon kehittämislinjat 2004), Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -strategia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011) sekä Työelämä 2020 -hanke (Työterveyslaitos 2016b).

LIITE 2: Hyvä työterveyshuoltokäytäntö

Työterveyshuollon ammattilaisten ja asiantuntijoiden työn oletetaan olevan hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteiden mukaista. Tämän periaate on kirjattuna lakiin ja asetuksiin. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö tarkoittaa valtioneuvoston asetuksessa (2013) asettamia periaatteita, joissa työterveyshuollon järjestämistä, toteuttamista ja kehittämistä noudatetaan kyseisten periaatteiden mukaisesti. Näitä hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteita ovat: asiakaskeskeisyys, suunnitelmallisuus, laatu ja vaikuttavuus, lainmukaisuus, eettisyys ja luottamuksellisuus, ammatillinen pätevyys ja riippumattomuus, näyttöön perustuvan tiedon käyttö sekä monitieteinen ja moniammatillinen toimintatapa. (Manninen ym. 2007, 13.)

Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan asiakastoimijan ja työterveyshuollon välistä sopimusta sekä luottamukseen perustuvaa yhteistyösuhdetta, jossa asiakkaalla on aktiivinen osa yhteistyön tekijänä. Asiakaskeskeisyys on myös yksi työterveyshuollon arvoista. Tämä tarkoittaa etenkin helppoa lähestyttävyyttä ja asiakasta kunnioittavaa palvelua. (Sinokki 2014.) Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukainen yhteistyö ja -toiminta on laaja-alaista työskentelyä konsulttitehtävien, asiakkaiden, työsuojeluviranomaisten, työvoimaviranomaisten, muun terveydenhuollon, kuntoutuksen, vakuutusyhtiöiden sekä kansaneläkelaitoksen (Kela) kanssa. (Manninen ym. 2007, 15.) Yhteistoiminta on myös lailla säädettyä yhteistoimintaa työnantajan ja työntekijöiden sekä heidän edustajiensa välillä (Työterveyshuoltolaki 2001). Työterveysyhteistyö on aina tavoitteellista (Siitonen & Ikonen 2014, 152). Yhteistoiminnan tarkoituksena on sitouttaa ja antaa mahdollisuus niin työntekijälle kuin työnantajalle vaikuttaa työterveyshuollon asioihin aktiivisina työterveyshuollon kehittäjinä (Manninen ym. 2007, 15).

Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukainen suunnitelmallisuus, laatu ja vaikuttavuus tarkoittavat työterveyshuollossa jatkuvaa prosessia, joka pitää sisällään työpaikan tarpeiden arvioinnin sekä toiminnan ja vaikuttavuuden suunnittelun, seurannan ja arvioinnin. Tämän laaja-alaisen prosessin sisältä löytyy lisäksi paljon pieniä prosesseja, joita ovat esimerkiksi työpaikkaselvitykset ja terveystarkastukset. Nämä toimivat keskeisinä ydinprosesseina, jotka vaikuttavat omalta osaltaan laajemman prosessin suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Laaja-alaiset prosessit ja pienemmät ydinprosessit muodos-

tavat kokonaisuuden, jonka tuloksena voidaan saavuttaa työterveyshuollolle asetetut tavoitteet. (Manninen ym. 2007, 16.)

Toiminnan suunnittelu hyvän terveydenhuoltokäytännön mukaan on työterveyshuollon perusta, joka perustuu lakiin ja työpaikan tarpeisiin. Työterveyshuollon sopimus sekä toimintasuunnitelma ovat keskeiset välineet työterveyshuollon laadun arvioinnissa ja seurannassa. (Työturvallisuuskeskus 2015, 2.) Työterveyshuollon arviointi tapahtuu usealla eri tasolla, kuten asiakastoimipaikan-, työterveysyksikön-, sekä valtakunnan tasolla. Kaikki tasot tarvitaan, jotta työterveyshuollon kokonaisvaltainen arviointi, seuranta ja kehittäminen toteutuvat. Valtakunnallisella tasolla työterveyshuollon seurannasta ja arvioinnista vastaavat Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) sekä Kansaneläkelaitos. (Manninen ym. 2007, 16.)

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö edellyttää työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden monitieteistä yhteistyötä. Laki määrittää kriteerit työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen käytettävien ammattilaisten ja asiantuntijoiden (kuten työfysioterapeutti ja työpsykologi) pätevyydestä (Työterveyshuoltolaki 2001). Työterveyshuoltopalveluiden tuottamiseen käytetään ainoastaan pätevää ja laillistettua ammattihenkilöstöä ja heidän arvionsa mukaisesti myös päteviä ja laillistettuja asiantuntijoita. Tämä status vaatii riittävää ammattitaitoa ylläpitävää koulutusta vähintään kolmen vuoden välein. (Manninen ym. 2007, 18.)

Eettinen toiminta kuuluu oleellisesti hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteisiin. Työterveyshuollossa luottamuksellisuus ja eettisyys ovat toiminnan peruspilareita, jotka näkyvät työssä esimerkiksi lainmukaisena tietojen käsittelynä ja hyvänä tietosuojana. (Manninen ym. 2007, 19.) Henkilöstö toimii eettisesti silloin, kun toiminta on ammatillisesti perusteltua sekä eettisesti hyväksyttävää. Tämä määritelmä perustuu työterveyshuoltolakiin (2001) sekä Kansainvälisen työjärjestön ILO:n sopimukseen 161. Työterveyshuollon palvelujen tulee olla laadukkaita ja täyttää eettisen toiminnan kriteerit. Keskeistä työssä on käyttää olemassa olevaa tieteellisesti tutkittua tietoa ja näyttöä sekä soveltaa sitä käytäntöön. Työtapoja on myös hyvä arvioida aika ajoin. (Työterveyshuoltolaki 2001; Manninen ym. 2007, 35.)

LIITE 3: Ammatilaiset ja asiantuntijat

Työterveyshoitajan työ edellyttää monialaista työelämän tuntemusta, vahvaa ammatillista osaamista, oma-aloitteisuutta, kykyä itsenäiseen työskentelyyn sekä yhteistyökykyä muiden työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden kanssa. Työterveyshoitajan tulee osata työskennellä eri työryhmissä sekä verkostoitua oman ja muiden alojen ammatilaisten ja asiantuntijoiden kanssa. Työssä olennaista on myös vaikuttavuus, kustannustehokkuus sekä tulosvastuu. (Suomen Työterveyshoitajaliitto 2016.) Työterveyshoitajan työtehtäviin kuuluu keskeisesti terveystarkastukset sekä niihin liittyvät tutkimukset, kuten kuulo-, näkö- ja keuhkokapasiteetti tutkimukset, verenpaineen mitaukset ja rokotukset (Terveystalo). Muita keskeisiä työtehtäviä ovat työterveyspainotteen sairaanhoito, terveysneuvonta, työpaikkaselvitysten ja toimintasuunnitelmien laatiminen erityisesti työpaikkakäyntien pohjalta sekä ensiapuvalmiuden suunnittelu työpaikoille (Työterveyslaitos 2015a).

Työterveyslääkäri on ammattihenkilö, joka toimii työterveyshuollossa lääketieteellisenä asiantuntijana (Työterveyslaitos 2015a). Työterveyslääkärin tehtävänä on yksilön terveyden, työ- ja toimintakykyisyyden säilyttäminen ja edistäminen sekä työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisy. Työn tavoitteena on edistää työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä työyhteisön hyvinvointia. Keskeistä työterveyslääkärin työssä on tunnistaa, hoitaa ja ehkäistä työstä aiheutuvia työtapaturmia ja sairauksia sekä arvioida mahdollinen kuntoutustarve. (Työterveyslaitos 2015a.)

Työterveyslääkärin työtehtäviin kuuluvat muun muassa työterveystarkastukset, asiakkaiden työ- ja toimintakyvyn arvioiminen sekä yhteistyö muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa asiakkaan parhaaksi. Työterveyslääkärillä on myös vastuu siitä, että työterveyshuollon järjestelyt, tietojärjestelmät sekä kortistot noudattavat lakia ja salassapitoperiaatteita. (Suomen Työterveyslääkäriyhdistys Ry 2016.) Työterveyslääkäri arvioi yhdessä työnantajan kanssa työympäristön terveydellisiä riskejä ja samalla arvioi niin työntekijän kuin työnhakijan terveyttä ja työkykyä suhteessa työn vaatimuksiin. (Työterveyslaitos 2015a.)

Työfysioterapeutti toimii työterveyshuollossa yhtenä ammatillisena asiantuntijana ja moniammatillisessa tiimissä fysioterapian ja ergonomian asiantuntijana. Työfysioterapeuttien tehtävänä on edistää työntekijän fyysistä työ- ja toimintakykyä työntekijän omassa työympäristössä, esimerkiksi osallistumalla uusien työskentelytilojen ja välineiden suunnitteluun. (Työterveyslaitos 2015a; Työfysioterapeutit Ry 2016.) Työfysioterapeutit antavat ohjausta muun muassa tuki- ja liikuntaelämistön ongelmissa, ovat mukana kuntoutusprosesseissa sekä mittaavat ja arvioivat fyysistä suorituskykyä (Työfysioterapeutit Ry 2016). Työpaikoilla työfysioterapeutti toimii työterveyslääkärin tai hoitajan tarveharkinnan (lähetteen) pohjalta. Työfysioterapeutit osallistuvat työpaikan työkykyä ylläpitävän toiminnan suunnitteluun ja näihin liittyvien ryhmien ohjaukseen. (Työterveyslaitos 2015a.)

Työterveyspsykologi on erikoistunut erityisesti työn psyykkisiin ja sosiaalisiin vaatimuksiin (Saunamäki 2016). Työpsykologin asiantuntijuutta voidaan hyödyntää esimerkiksi työpaikkaselvityksessä työn kuormitustekijöiden ehkäisemiseksi ja varhaiseksi tunnistamiseksi. Työterveyspsykologi tukee myös työyhteisöjen toimivuutta sekä yksilöiden työ- ja toimintakykyä. (Työterveyslaitos 2015a.) Työterveyspsykologin vastaanotolla käsitellään työhyvinvointiin ja työkykyyn liittyviä kysymyksiä, kuten stressiä, työssä jaksamista, työkykyä, mielenterveyden ongelmia tai erilaisia elämänkriisejä (Saunamäki 2016). Samoja asioita voidaan käsitellä myös työyhteisössä työpsykologin vetämänä. Muita työterveyshuollon asiantuntijoita ovat: työhygienian, -ergonomian, ravitsemuksen, työnäkemisen ja liikunnan alan asiantuntijat, joilla täytyy olla alalle soveltuva korkeakoulu-, tai muu vastaava alan aikaisempi ammatillinen tutkinto sekä riittävät tiedot työterveyshuollosta. (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 2013.)

LIITE 4: Työterveyshuollon ydinpalveluprosessin keskeiset osat

Jotta ymmärtää mistä palasista opinnäytetyön aihe koostuu, on hyvä tuoda esille ne keskeisimmät ydinpalvelut, joilla on vaikutusta myös itse työterveystarkastuksen toteuttamiseen. Työterveyshuollon kokonaisprosessi koostuu useista ydinprosesseista, joita ovat työpaikkaselvitys, toimintasuunnitelma, työterveyspainotteinen sairaanhoito sekä TANO-toiminta eli tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus. (Manninen ym. 2007, 25, 31.) Edellä mainitut tekijät ovat työterveyshoitajan työn kannalta tärkeitä, sillä niillä on suuri vaikutus muun muassa työterveystarkastusten sisältöön ja toteuttamiseen.

Työpaikkaselvitys

Työpaikkaselvitys on työterveyshuollon toiminnan perusta (Manninen ym. 2007, 85; Haarala ym. 2015, 326). Työpaikkaselvitys tarkoittaa työyhteisöstä, työpaikasta tai työstä aiheutuvien terveystarkastusten, -vaarojen ja -haittojen tunnistamista ja arviointia sekä ehdotuksia näiden toimintojen kehittämiseksi, ehkäisemiseksi ja torjumiseksi työpaikoilla. Työpaikkaselvityksen keskeisenä tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn edistäminen ja ylläpito. (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 2013.) Selvityksen tekemisestä vastaa työterveyshuollon ammattihenkilö. Asiantuntijapalveluita käytetään erityisesti suunnatuissa ja erityisselvityksissä, mutta ainoastaan työpaikan tarpeiden ja työterveyshuollon ammattilaisten arvion perusteella. (Manninen ym. 2007, 85; Haarala ym. 2015, 327.)

Työpaikkaselvitys koostuu kokonaisvaltaisesta selvityksestä ja arvioinnista, jossa tarkastellaan työn, työympäristön sekä työyhteisön vaikutuksia terveyteen. Selvityksessä tutkitaan ja arvioidaan työympäristön fyysiset-, kemialliset-, biologiset ja ergonomiset tekijät, työ, työyhteisö, ammattitaudit, työperäiset sairaudet, sairastuvuus, tapaturmariskit, työturvallisuus sekä sattuneet tapaturmat. (Haarala ym. 2015, 326.) Työpaikkaselvityksen pohjalta tehdään tarvearvio, jonka perusteella muodostetaan käsitys työpaikan vaara- ja riskitekijöistä. Tarvearviossa tulee kiinnittää huomiota myös henkilöstön kuormittumiseen sekä työympäristöön kohdistuviin korjausehdotuksiin. Tarvearvion

pohjalta laaditaan terveystarkastussuunnitelma. Työpaikkaselvitys on samalla osa asiakastoimipaikan turvallisuustoimintaa. (Manninen ym. 2007, 85–86.)

Työpaikkaselvitykset jaetaan laajuuden ja tarkkuuden mukaan neljään eri ryhmään. Näitä ovat esiselvitys, perusselvitys, suunnattu selvitys ja erityisselvitys. Selvitysten tarkoituksena on helpottaa työn sisällön määrittelyä sekä prosessiajattelua. Esiselvitys tehdään työterveyshuoltosopimuksen laatimisvaiheessa. Sen tarkoituksena on kerätä tietoa työpaikasta. Selvityksen aikana keskustellaan yhteistyömuodoista sekä määritellään sopimuksen sisältö. (Työturvallisuuskeskus 2015, 4; Manninen ym. 2007, 89–90.) Perusselvitys koostuu esiselvityksestä ja työpaikkakäynnistä. Perusselvitys tehdään työterveyshuollon toimintaa aloitettaessa ja toimintasuunnitelmaa laadittaessa sekä uusitaan aina tarvittaessa (Työturvallisuuskeskus 2015, 4.) Perusselvityksen tarkoituksena on luoda kokonaisvaltainen näkemys työpaikan työoloista, jotka kattavat kaikki työterveyden ja -turvallisuuden osa-alueet. (Manninen ym. 2007, 89–90.)

Suunnattu selvitys tehdään työpaikan tarpeen mukaan usein perusselvityksen perusteella. Suunnatussa selvityksessä tarkastellaan perusteellisemmin valittua aihetta, jolloin toimenpide-ehdotukset ovat tarkempia sekä konkreettisempia. (Työturvallisuuskeskus 2015, 5.) Suunnattu selvitys tehdään ongelma-, riskitekijä- tai työyksikkökohtaisesti ja tässä vaiheessa tarvitaan myös työterveyshuollon asiantuntijan osaamista (Manninen ym. 2007, 89, 92). Erityisselvitys tehdään jo tunnistetun sairastumisvaaran tai terveysriskin perusteella. Erityisselvitys on rajattu tarkasti työolosuhteisiin, työnsisältöön tai työorganisaatioon liittyvään asiantuntija-arvioon, jonka tarkoituksena on selvittää terveyden ja työn välistä vuorovaikutusta. (Manninen ym. 2007, 89.)

Toimintasuunnitelma

Asiakkaalle laaditaan kirjallinen toimintasuunnitelma työpaikkaselvityskäynnillä tehdyn perusselvityksen, sitä edeltäneen esiselvityksen sekä toimialasta saatavien muiden tietojen pohjalta yhteistyössä työterveyshuollon ja työnantajan kanssa (Manninen ym. 2007, 77; Kela 2016b; Haarala ym. 2015, 327). Toimintasuunnitelman tarkoituksena on hahmottaa niin työpaikalle kuin työterveyshenkilöstölle työterveyshuollon tavoitteet sekä työpaikan haasteet. Toimintasuunnitelmasta tulee löytyä tarkemmin esimerkiksi työter-

veyshuoltolain edellyttämä toiminta sekä työnantajalle vapaaehtoinen terveyden- ja sairaanhoito. (Manninen ym. 2007, 77–80.) Toimintasuunnitelmassa sovitaan myös työn, työympäristön ja työyhteisön kehittämisen sekä henkilöstön terveyden ja työkyvyn edistämisen ja ylläpidon edellyttämät toimenpiteet. Toimintasuunnitelmasta tulee löytyä tavoitteet ja aikataulu tavoitteiden saavuttamiseen sekä vastuuhenkilö, joka vastaa tavoitteiden seurannasta. (Haarala ym. 2015, 327.)

Toimintasuunnitelmaan kirjataan työpaikan olosuhteisiin perustuvat tarpeet ja niistä aiheutuvat jatkotoimenpiteet sekä työterveyshuollon yleiset tavoitteet. Toimintasuunnitelmasta tulee löytyä muun muassa työterveyshuollon tehtävät, toiminnan sisältö ja laajuus korvausluokittain, työterveyshuollon palveluntuottaja ja nimetyt ammattihenkilöt ja asiantuntijat, toiminnan seuranta ja arviointi, suunnitelman voimassaolo sekä yhteistyö muiden ulkopuolisten tahojen kanssa. (Kela 2016b.) Toimintasuunnitelma on voimassa 1–5 vuotta kerrallaan. Tarkoituksen mukaista on tarkistaa toimintasuunnitelma vuosittain tai aina tarvittaessa, jolloin siihen päivitetään tarvittavat muutokset. (Manninen ym. 2007, 74.) Toimintasuunnitelman laatiminen, seuranta ja arviointi ovat jatkuva prosessi, joka vaatii hyvää kirjaamista ja dokumentointia. Toimintasuunnitelma on myös tärkeä liiteasiakirja korvaushakemukseen, jonka yritys toimittaa Kansaneläkelaitokselle. (Manninen ym. 2007, 76–77.)

Sairausvakuutuslain (2004) nojalla yrittäjä voi työterveyshuollon kanssa yhteistyönä tehdyllä sopimuksella hakea korvausta yrityksensä omista sekä työntekijöiden työterveyshuollon kustannuksista. Korvausten hakeminen vaatii yritykseltä voimassa olevan työterveyshuoltosopimuksen sekä toimintasuunnitelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a). Korvausten saamiseksi vaaditaan, että työterveyspalvelut on tuottanut työterveyshuoltoon pätevätyöntekijä, joka työterveyshuoltolaissa (2001) määrittellään (Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu 2015). Työterveyshuollon korvauksen piiriin eivät kuulu työ- ja liikennetapaturmat, kuntoutus, ammattitaudit ja hammashuolto. (Kela 2016a.) Työstä aiheutuvan sairauden tai työtapaturman ansion menetykset ja kulut korvaa lakisääteinen tapaturmavakuutus (Työtapaturma- ja ammattitautilaki 2015), jonka työnantaja on velvollinen ottamaan työntekijöilleen.

Työterveyspainotteinen sairaanhoito

Tutkimusten ja työ- ja terveyshaastattelujen mukaan työikäisten asiakkaiden yleisimmät ja merkityksellisimmät terveydelliset ongelmat ovat tuki- ja liikuntaelimestön, verenkiertoelimestön ja hengityselinten sairaudet sekä mielenterveyden häiriöt (Salmela 2014, 10; Hakulinen 2016; Haarala ym. 2015, 321), jotka ovat suurimpia työkyvyttömyyden ja sairauspoissaolojen aiheuttajia. Työikäisen koettuun terveyteen ja hyvinvointiin sekä työssä jaksamiseen vaikuttavat oleellisesti myös elintavat, kuten liikunnan harrastaminen, riittävä uni ja päihteiden käyttö. (Hakulinen 2016; Haarala ym. 2015, 321.)

Sairauspoissaolojen seuranta työterveyshuollossa on yksi tärkeä menetelmä työpaikkaselvitysten ja terveystarkastusten vaikuttavuuden arvioimisessa. Työterveyslaki (2001) antaa työnantajalle mahdollisuuden järjestää vapaaehtoisesti työntekijöilleen työterveyspalveluiden lisäksi myös muuta sairaanhoitoa sekä terveydenhuoltoa. (Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu 2016.) Työterveyshuoltolainsäädäntö edellyttää työterveyshuolloilta sellaista toimintaa, joka seuraa ja arvioi muun muassa työntekijän sairauksia, niiden syitä tai niistä johtuvaa työkyvyttömyyttä sekä sairauspoissaoloja. Tärkeimmät lakisääteiset sairauslähtöiset tehtävät liittyvät esimerkiksi ammattitautien ja työtapaturmien seurantaan sekä työkykyyn ja kuntoutustarpeisiin liittyvään arviointiin ja ohjaukseen. (Manninen ym. 2007, 185–186.)

Työterveyshuoltopainotteinen sairaanhoitopalvelu tulee olla kaikille työntekijöille sama. Sen tarkoituksena on antaa työnantajalle tärkeää informaatiota työntekijöiden hyvinvoinnista muun muassa sairauspoissaoloja kartoittamalla. Sairaanhoidon mahdollisuus työterveyshuollossa helpottaa työkyvyn tukitoimien aloittamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja antaa paremmat mahdollisuudet työterveyshuololle tukea työhön paluuta. Työterveyspainotteinen sairaanhoito yhdessä ennaltaehkäisevien palvelujen kanssa parantaa ja edistää työntekijöiden hyvinvointia työpaikalla. (Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu 2015). Työterveyspainotteinen sairaanhoito sisältää yleislääkäritasoisen sairaanhoidon kuvantamis- ja laboratoriotutkimuksineen sekä työterveyshuollon asiantuntijoiden ja erikoislääkäreiden konsultaatiot (Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu 2016).

TANO-toiminta

Tietojen anto, neuvonta ja ohjaus, jota ammattikielessä kutsutaan TANO-toiminnaksi, on tärkeä osa työterveystarkastusta. TANO-toimintaa määrittelee työterveyshuoltolaki (2001) sekä hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteet (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 2013). TANO-toiminnan periaatteita ovat tavoitteellisuus, prosessinomaisuus, suunnitelmallisuus, asiakaskeskeisyys, tilannekoh- taisuus, yhteistyö ja moniammatillisuus. TANO-toimintaa annetaan kaikkien asiakas- toimipaikkojen jäsenille erilaisia käytettävissä olevia vaikuttamisen väyliä hyödyntäen. Näitä ovat muun muassa terveystarkastukset, työturvallisuuskoulutukset, valistuskam- panjat, tiedotteet, kirjalliset ohjeet ja intranet. (Manninen ym. 2007, 141–143.)

TANO-toiminta on kaikkien työterveyshuollossa toimivien asiantuntijoiden ja ammatti- henkilöiden keskeinen tehtävä sekä vaikuttamisen keino. Tätä toimintaa tulee toteuttaa kaikissa työn ja työntekijän turvallisuutta ja terveyttä koskevissa asioissa. TANO- toiminnan tarkoituksena on auttaa työnantajia, työntekijöitä ja muita toimijoita asiakas- toimipaikassa omaksumaan asenteita, tietoja, taitoja sekä toimintatapoja, joilla on mer- kitystä niin asiakastoimipaikan kuin yksittäisen työntekijän työterveydelle ja työturval- lisuudelle. (Manninen ym. 2007, 141.) Valtioneuvoston asetuksen (2013) mukaan työ- terveysthenkilöstö on velvollinen antamaan tietoa, neuvontaa ja ohjausta muun muassa työterveyshuollon tavoitteista ja sisällöstä toiminnan alkaessa ja sen eri vaiheissa. Muita TANO-toimintaa vaativia tekijöitä ovat ammattitaudit, työtapaturmat ja niiden ehkäisy, työperäiset sairaudet sekä muu työhön liittyvä sairastavuus ja työttömyyden uhka. (Haa- rala ym. 2015, 328.) TANO-toiminta kokonaisuudessaan on yksi työterveyshuollon keskeisimpiä vaikuttamisen keinoja.

LIITE 5: Saatekirje

Annathan palautetta eTerveystarkastuksesta!

Sähköiset terveystarkastukset ovat tuore ja siksi myös vähän tutkittu aihe. Vastaamalla kyselyyn olette omalta osaltanne kehittämässä sähköisiä työterveyspalveluja. Palautteesi on meille tärkeä!

Kyselytutkimuksen toteuttavat osana lopputyötään terveydenhoitajaopiskelijat Elina Leskinen ja Outi-Anniina Ohisalo Diakonia-ammattikorkeakoulusta, yhteistyössä Diacorin kanssa. Tarkoituksena on kerätä tietoa eTerveystarkastusprosessin asiakaskokemusta. Kyselytutkimuksen vastaustietoja hyödynnetään Diacorin palvelukehityksessä, sekä opinnäytetyön tutkimusosuudessa.

Kyselyn vastaamiseen menee aikaa noin 10 minuuttia. Vastaaminen on vapaaehtoista ja anonyymiä. Kaikkia antamianne tietoja käsitellään koko prosessin ajan luottamuksellisesti sekä salassapitoa ja tietosuojaa noudattaen. Kyselyn tiedot hävitetään asianmukaisesti niiden käsittelyn jälkeen. Toivomme, että vastaisit kyselyymme **pe 14.10 mennessä**. Alla olevan linkin kautta pääset palautekyselyyn.

Jättämällä yhteystiedot osallistut elokuvalippujen arvontaan (2kpl).

Kiitos jo etukäteen palautteestasi.

Lisätietoja saatte tarvittaessa:

Terveydenhoitajaopiskelija (AMK)
Elina Leskinen,
elina.leskinen@student.diak.fi
puh. +35803579806

Terveydenhoitajaopiskelija (AMK)
Outi-Anniina Ohisalo
outi-anniina.ohisalo@student.diak.fi
puh. +35807515492

Tuotepäällikkö
Linda Salo
Diacor terveyspalvelut Oy
linda.salo@diacor.fi
puh. 040 8376510

LIITE 6: Kyselylomake**Taustatiedot:****Ikä:**

Alle 30 30–40 41–50 51–60 61–70

Sukupuoli:

Mies

Nainen

Millä alalla työskentelet?

Käytän sähköisiä palveluja / älylaitteita?

1. päivittäin
2. kerran/pari viikossa
3. kerran/pari kuussa
4. kerran/pari vuodessa
5. en yleensä käytä lainkaan

Kysymykset / väittämät

Vastaa kysymyksiin valitsemalla omaa mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

- 1= täysin eri mieltä
2= jokseenkin/melko eri mieltä
3= en eri enkä samaa mieltä
4= jokseenkin/melko samaa mieltä
5= täysin samaa mieltä

1. Sain riittävästi informaatiota eTerveystarkastuksen käyttöön liittyen.

1 2 3 4 5

2. eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä.

1 2 3 4 5

3. eTerveystarkastus kysely oli helppo löytää.

1 2 3 4 5

4. eTerveystarkastus kyselyn täyttäminen oli sujuvaa.

1 2 3 4 5

5. eTerveystarkastus kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä.

1 2 3 4 5

6. eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveysriskini.

1 2 3 4 5

7. eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien.

1 2 3 4 5

8. Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä.

1 2 3 4 5

9. Saamani ohjeistus verikokeisiin hakeutumisesta oli selkeä.

1 2 3 4 5

10. Verikokeissa käynti oli sujuvaa.

1 2 3 4 5

11. Verikokeiden tuloksista tiedottaminen oli selkeää.

1 2 3 4 5

12. A) eTerveystarkastus tulosten perusteella minulle suositeltiin käyntiä nimetyn työterveyshoitajan luona työterveystarkastuksessa.

Kyllä Ei

B) Työterveystarkastuskäynti toteutui kohdallani.

Kyllä Ei

13. Miksi työterveystarkastuskäynti EI toteutunut kohdallani?

14. Terveystarkastuksen ajan varaaminen nimetylle työterveyshoitajalle oli helppoa.

1 2 3 4 5

15. eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa.

1 2 3 4 5

16. Terveystarkastus tapaamisen aikana asetettiin minulle sopiva terveyttäni / hyvinvointiani edistävä tavoite.

1 2 3 4 5

17. Minulle sovittiin jokin jatko seuranta käynti (esim. kontrollikäynti, lääkäri, muu vastaanotto).

Kyllä Ei Ei ollut tarvetta

18. Haluaisin eTerveystarkastusta toteutettavan:

1. kaksi kertaa vuodessa
2. kerran vuodessa
3. joka kolmas vuosi
4. harvemmin
5. ei koskaan

19. Suositteaisin eTerveystarkastusta tutuilleni tapana toteuttaa työterveystarkastus

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0= en suosittelisi

10= suosittelisin

20. Haluan vielä sanoa:

LIITE 7: Opinnäytetyön tutkimusosuuden taulukot

TAULUKKO 1. Vastausten keskiarvot sukupuolittain

Kysymykset	Mies	Nainen	Yht.
1 Sain riittävästi informaatiota eTerveystarkastuksen käyttöön liittyen	3,8	4,1	4,0
2 eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä.	3,9	4,1	4,0
3 eTerveystarkastus kysely oli helppo löytää.	4,2	4,3	4,3
4 eTerveystarkastus kyselyn täyttäminen oli sujuvaa.	4,1	4,3	4,2
5 eTerveystarkastus kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä.	3,9	4,0	4,0
6 eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveysriskini.	3,6	4,0	3,8
7 eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien.	3,5	3,5	3,5
8 Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä.	3,9	3,9	3,9
9 Saamani ohjeistus verikokeisiin hakeutumisesta oli selkeä.	4,3	4,2	4,2
10 Verikokeissa käynti oli sujuvaa.	4,5	4,5	4,5
11 Verikokeiden tuloksista tiedottaminen oli selkeää.	4,1	4,1	4,1
14 eTerveystarkastuksen ajan varaaminen nimetylle työterveyshoitajalle oli helppoa.	4,4	4,4	4,4
15 eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa.	4,5	4,3	4,3
16 Terveystarkastus tapaamisen aikana asetettiin minulle sopiva terveyttäni / hyvinvointiani edistävä tavoite.	4,0	3,9	3,9

TAULUKKO 2. Vastausten keskiarvot ikäryhmittäin

Kysymykset	Alle 30v.	30-40v.	41-50v.	51-60v.	61-70v.	Yht.
1 Sain riittävästi informaatiota eTerveystarkastuksen käyttöön liittyen	4,3	3,8	4,4	3,8	4,5	4,0
2 eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä.	4,3	3,9	4,4	3,8	4,5	4,0
3 eTerveystarkastus kysely oli helppo löytää.	4,7	4,3	4,4	4,2	4,4	4,3
4 eTerveystarkastus kyselyn täyttäminen oli sujuvaa.	4,7	4,2	4,4	4,1	4,5	4,2
5 eTerveystarkastus kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä.	4,3	3,8	4,2	3,9	4,1	4,0
6 eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveystarpeitani.	4,0	3,8	3,6	4,0	3,9	3,8
7 eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien.	2,7	3,6	3,6	3,6	3,3	3,5
8 Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä.	3,0	3,9	4,3	3,8	4,1	3,9
9 Saamani ohjeistus verikokeisiin hakeutumisesta oli selkeä.	3,7	4,2	4,4	4,1	4,5	4,2
10 Verikokeissa käynti oli sujuvaa.	4,0	4,3	4,8	4,4	5,0	4,5
11 Verikokeiden tuloksista tiedottaminen oli selkeää.	3,3	4,1	4,3	4,0	4,6	4,1
14 eTerveystarkastuksen ajan varaaminen nimetyille työterveyshoitajalle oli helppoa.	4,0	4,3	4,7	4,3	5,0	4,4
15 eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa.	4,0	4,1	4,6	4,2	5,0	4,3
16 Terveystarkastus tapaamisen aikana asetettiin minulle sopiva terveystavoite / hyvinvointiani edistävä tavoite.	3,0	4,0	4,2	3,7	4,3	3,9

TAULUKKO 3. Teeman 1 kaikkien kysymysten vastausten keskiarvot sukupuolittain

Teeman 1 kysymykset	Mies	Nainen	Yht.
1 Sain riittävästi informaatiota eTerveystarkastuksen käyttöön liittyen	3,8	4,1	4,0
2 eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä.	3,9	4,1	4,0
3 eTerveystarkastus kysely oli helppo löytää.	4,2	4,3	4,3
4 eTerveystarkastus kyselyn täyttäminen oli sujuvaa.	4,1	4,3	4,2
5 eTerveystarkastus kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä.	3,9	4,0	4,0
8 Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä.	3,9	3,9	3,9
9 Saamani ohjeistus verikokeisiin hakeutumisesta oli selkeä.	4,3	4,2	4,2
10 Verikokeissa käynti oli sujuvaa.	4,5	4,5	4,5
11 Verikokeiden tuloksista tiedottaminen oli selkeää.	4,1	4,1	4,1
14 eTerveystarkastuksen ajan varaaminen nimetyille työterveyshoitajalle oli helppoa.	4,4	4,4	4,4

TAULUKKO 4. Teeman 1 kaikkien kysymysten vastausten keskiarvot ikäryhmittäin

Teeman 1 kysymykset	Alle 30v.	30-40v.	41-50v.	51-60v.	61-70v.	Yht.
1 Sain riittävästi informaatiota eTerveystarkastuksen käyttöön liittyen	4,3	3,8	4,4	3,8	4,5	4,0
2 eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä.	4,3	3,9	4,4	3,8	4,5	4,0
3 eTerveystarkastus kysely oli helppo löytää.	4,7	4,3	4,4	4,2	4,4	4,3
4 eTerveystarkastus kyselyn täyttäminen oli sujuvaa.	4,7	4,2	4,4	4,1	4,5	4,2
5 eTerveystarkastus kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä.	4,3	3,8	4,2	3,9	4,1	4,0
8 Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä.	3,0	3,9	4,3	3,8	4,1	3,9
9 Saamani ohjeistus verikokeisiin hakeutumisesta oli selkeä.	3,7	4,2	4,4	4,1	4,5	4,2
10 Verikokeissa käynti oli sujuvaa.	4,0	4,3	4,8	4,4	5,0	4,5
11 Verikokeiden tuloksista tiedottaminen oli selkeää.	3,3	4,1	4,3	4,0	4,6	4,1
14 eTerveystarkastuksen ajan varaaminen nimetylle työterveyshoitajalle oli helppoa.	4,0	4,3	4,7	4,3	5,0	4,4

TAULUKKO 5. Teeman 1 kaikkien kysymysten vastausten keskiarvot toimialoittain

a. Hallinto- ja tukipalvelutoiminta b. Informaatio ja viestintä c. Muu palvelutoiminta d. Terveys- ja sosiaalipalvelut e. Toimiala tuntematon f. Tukku- ja vähittäiskauppa						
Teeman 1 kysymykset	a)	b)	c)	d)	e)	f)
1 Sain riittävästi informaatiota eTerveystarkastuksen käyttöön liittyen	3,9	3,5	4,4	4,1	3,7	4,3
2 eTerveystarkastuksen kokonaisuus oli mielestäni selkeä.	4,0	3,7	4,4	4,1	3,3	4,3
3 eTerveystarkastus kysely oli helppo löytää.	4,4	4,3	4,5	4,1	3,8	4,3
4 eTerveystarkastus kyselyn täyttäminen oli sujuvaa.	4,3	4,0	4,4	4,4	3,8	4,4
5 eTerveystarkastus kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä.	3,8	3,5	4,3	4,2	3,5	4,2
8 Diacorin yhteydenotto minuun koskien terveystarkastustani oli selkeä.	4,0	3,8	4,1	4,2	3,2	3,8
9 Saamani ohjeistus verikokeisiin hakeutumisesta oli selkeä.	4,0	4,1	4,2	4,4	3,7	4,6
10 Verikokeissa käynti oli sujuvaa.	4,4	4,5	4,6	4,6	3,5	4,8
11 Verikokeiden tuloksista tiedottaminen oli selkeää.	4,2	3,7	4,1	4,4	3,8	4,3
14 eTerveystarkastuksen ajan varaaminen nimetylle työterveyshoitajalle oli helppoa.	4,6	3,7	4,7	4,5	5,0	4,6

TAULUKKO 10. Kysymyksen 5 vastausten prosentuaalinen jakauma toimialoittain

Kysymys 5: eTerveystarkastus kyselyn palaute oli helposti ymmärrettävä							
	a. Hallinto- ja tukipalvelutoiminta b. Informaatio ja viestintä c. Muu palvelutoiminta d. Terveys- ja sosiaalipalvelut e. Toimiala tuntematon f. Tukku- ja vähittäiskauppa						
	a)	b)	c)	d)	e)	f)	Yht.
1	0 %	13 %	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %
2	9 %	7 %	0 %	0 %	17 %	0 %	4 %
3	27 %	20 %	6 %	7 %	33 %	17 %	16 %
4	36 %	33 %	59 %	64 %	33 %	50 %	48 %
5	27 %	27 %	35 %	21 %	17 %	33 %	28 %
Vastaamattomat	0 %	0 %	0 %	7 %	0 %	0 %	1 %
Yht.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

TAULUKKO 11. Teeman 2 kaikkien kysymysten keskiarvot sukupuolittain

Teeman 2 kysymykset	Mies	Nainen	Yht.
6 eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveysriskini.	3,6	4,0	3,8
7 eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien.	3,5	3,5	3,5
15 eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa.	4,5	4,3	4,3
16 Terveystarkastus tapaamisen aikana asetettiin minulle sopiva terveyttäni / hyvinvointiani edistävä tavoite.	4,0	3,9	3,9

TAULUKKO 12. Teeman 2 kaikkien kysymysten vastausten keskiarvot ikäryhmittäin

Teeman 2 kysymykset	Alle 30v.	30-40v.	41-50v.	51-60v.	61-70v.	Yht.
6 eTerveystarkastuksen henkilökohtainen palaute auttoi minua tiedostamaan terveysriskini.	4,0	3,8	3,6	4,0	3,9	3,8
7 eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien.	2,7	3,6	3,6	3,6	3,3	3,5
15 eTerveystarkastus kyselyn tuloksia hyödynnettiin terveystarkastus tapaamisessa.	4,0	4,1	4,6	4,2	5,0	4,3
16 Terveystarkastus tapaamisen aikana asetettiin minulle sopiva terveyttäni / hyvinvointiani edistävä tavoite.	3,0	4,0	4,2	3,7	4,3	3,9

TAULUKKO 19. Teeman 2, kysymyksen 7, vastausprosentit toimialoittain

Kysymys 7: eTerveystarkastus auttoi asettamaan tavoitteita elämäntapaani koskien						
a. Hallinto- ja tukipalvelutoiminta b. Informaatio ja viestintä c. Muu palvelutoiminta d. Terveys- ja sosiaalipalvelut e. Toimiala tuntematon f. Tukku- ja vähittäiskauppa						
	a)	b)	c)	d)	e)	f)
1	0 %	7 %	6 %	7 %	17 %	8 %
2	9 %	27 %	12 %	14 %	0 %	17 %
3	27 %	13 %	24 %	7 %	17 %	8 %
4	45 %	33 %	41 %	50 %	50 %	58 %
5	18 %	20 %	18 %	21 %	17 %	8 %
Yht.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

TAULUKKO 20. Teeman 3, kysymyksen 18, vastausprosentit ikäryhmittäin

Kysymys 18: Haluaisin eTerveystarkastusta toteutettavan	Alle 30v.	30-40 v.	41-50v.	51-60v.	61-70v.	Yht.
ei koskaan	0 %	0 %	0 %	6 %	0 %	3 %
harvemmin	0 %	6 %	0 %	0 %	0 %	1 %
joka kolmas vuosi	33 %	39 %	50 %	19 %	38 %	32 %
kaksi kertaa vuodessa	0 %	6 %	0 %	9 %	13 %	7 %
kerran vuodessa	67 %	50 %	50 %	66 %	50 %	57 %
Yht.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

TAULUKKO 21. Teeman 3, kysymyksen 18, vastausprosentit toimialoittain

Kysymys 18: Haluaisin eTerveystarkastusta toteutettavan							
a. Hallinto- ja tukipalvelutoiminta b. Informaatio ja viestintä c. Muu palvelutoiminta d. Terveys- ja sosiaalipalvelut e. Toimiala tuntematon f. Tukku- ja vähittäiskauppa							
	a)	b)	c)	d)	e)	f)	Yht.
ei koskaan	0 %	7 %	0 %	0 %	17 %	0 %	3 %
harvemmin	0 %	0 %	0 %	0 %	17 %	0 %	1 %
joka kolmas vuosi	18 %	33 %	35 %	29 %	33 %	42 %	32 %
kaksi kertaa vuodessa	18 %	0 %	6 %	7 %	0 %	8 %	7 %
kerran vuodessa	64 %	60 %	59 %	64 %	33 %	50 %	57 %
Yht.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

TAULUKKO 22. Teeman 3, kysymyksen 19, vastausten keskiarvot ikäryhmittäin

	Alle 30v.	30-40v.	41-50v.	51-60v.	61-70v.	Yht.
Kysymys 19: Suositteaisin eTerveystarkastusta tutuilleni tapana toteuttaa työterveystarkastus	8,0	8,0	6,9	7,2	8,5	7,5

TAULUKKO 23. Teeman 3, kysymyksen 19, vastausten keskiarvot toimialoittain

	a)	b)	c)	d)	e)	f)
a. Hallinto- ja tukipalvelutoiminta						
b. Informaatio ja viestintä						
c. Muu palvelutoiminta						
d. Terveys- ja sosiaalipalvelut						
e. Toimiala tuntematon						
f. Tukku- ja vähittäiskauppa						
Kysymys 19: Suositteisin eTerveystarkastusta tutuilleni tapana toteuttaa työterveystarkastus	7,8	6,5	7,6	7,5	6,5	8,7