

Työterveyshuoltolaki 20-vuotta
Juhlaseminaari

ISSN 1236-2115
ISBN 952-00-0826-8

Oy Edita Ab, Helsinki 2000

KUVAILELEHTI

Julkaisija
Sosiaali- ja terveysministeriö

Julkaisun päivämäärä
15.6.2000

Tekijät (toimielimestä: toimielimen
nimi, puheenjohtaja, sihteeri)
Matti E. Lamberg (toim.)

Julkaisun laji
Selvityksiä

Toimeksiantaja
Sosiaali- ja terveysministeriö

Toimielimen asettamispvm

Työterveyshuoltolaki 20-vuotta. Juhlaseminaari
Lagen om företagshälsovård 20 år. Jubileumsseminarium

Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen)

Julkaisun osat

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti juhlaseminaarin työterveyshuoltolain 20- vuotisen voimassaolon kunniaksi yhteistyössä Suomen Teollisuuslääketieteen yhdistyksen, Suomen Työterveyshoitajaliiton sekä Työterveyslaitoksen kanssa. Juhlaseminaari pidettiin Helsingissä, Marina Congress Centerissä toukokuun 25 päivänä 1999.

Seminaarissa kuultiin sekä kotimaisia että ulkomaisia puheenvuoroja. Avauspuheenvuorossaan kansliapäällikkö Markku Lehto sosiaali- ja terveysministeriöstä tarkasteli Suomen työterveyshuollon kehitystä viimeisten neljän vuosikymmenen aikana. Kansainvälisistä puheenvuoroista ensimmäisenä kuultiin ICOH:n presidentti Jean-Francois Caillardin tervehdys, jonka välitti professori Kaj Husman. Muut kansainväliset esitelmät kuultiin ICOH:n Health Services Research and Evaluation of Occupational Health- komitean edustajalta professori Peter Westerholmita sekä ILO:n edustajalta johtaja Jukka Takalalta. Elinkeinoelämän puheenvuoron piti johtaja Tuulikki Petäjaniemi Elinkeinoelämän Valtuuskunta EVA:sta. Työmarkkinajärjestöjen puheenvuoroissa kuultiin Teollisuuden ja Työnantajain Keskusliiton Kari Kaukista sekä Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry:n Kirsti Palanko-Laakaa. Juhlaesitelmän piti pääjohtaja Jorma Rantanen Työterveyslaitokselta.

Juhlaseminaarissa todettiin, että Suomen työterveyshuoltolaki on toiminut hyvin viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Kuitenkin muutokset työelämässä asettavat myös muutospaineita työterveyshuoltopalveluille. Nämä edellyttävät lainsäädännön uudistamista.

Avainsana: (asiasanat)
Työterveyshuolto, työterveyshuoltolainsäädäntö

Muut tiedot

Sarjan nimi ja numero Selvityksiä 2000: 3	ISSN 1236-2115	ISBN 952-00-0826-8
Kokonaissivumäärä 35	Kieli Suomi	Hinta Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Myynti: Edita	Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher
Ministry of Social Affairs and Health

Date:
15.6.2000

Authors
Matti E. Lamberg (ed.)

Type of publication
Reports

Commissioned by
Ministry of Social Affairs and Health

Date of appointing the [committee]

Occupational Health Care Act 20 years.
Jubilee seminar

Title of publication

Summary

The Finnish Occupational Health Care Act has been in force for 20 years. The Ministry of Social Affairs and Health arranged on account of this a jubilee seminar in co-operation with the Finnish Association of Industrial Medicine, the Finnish Association of Occupational Health Nurses and the Finnish Institute of Occupational Health. The seminar was held in Helsinki, at the Marina Congress Center, on 25 May 1999.

Both domestic and foreign lecturers were heard at the seminar. In his opening address, Permanent Secretary Markku Lehto from the Ministry of Social Affairs and Health reviewed developments in Finnish occupational health service during the last four decades. From the international addresses the first was the words of greeting from the President of the International Commission on Occupational Health (ICOH), Jean-Francois Caillard, conveyed by Professor Kaj Husman. The other international lectures were given by the representative of the ICOH Health Services Research and Evaluation of Occupational Health Committee, Professor Peter Westerholm, and the representative of the ILO, Dr Jukka Takala. The address on behalf of the Finnish business life was delivered by Director Tuulikki Petäjaniemi from the Centre for Finnish Business and Policy Studies (EVA). The addresses of the social partners were delivered by Kari Kaukinen from the Confederation of Finnish Industry and Employers (TT) and Kirsti Palanko-Laaka from the Central Organisation of Finnish Trade Unions (SAK). The main speech in honour of the occasion was made by Director General Jorma Rantanen from the Institute of Occupational Health.

It was stated at the seminar that the Occupational Health Care Act has served well for the last twenty years. Changes in working life, however, put pressures to modify also occupational health services. This presupposes a revision of the relevant legislation.

Key words

Occupational health service, legislation on occupational health service

Other information

Title and number of series
Reports 2000:3

ISSN
1236-2115

ISBN
952-00-0826-8

Number of pages
35

Language
Finnish

Price

Publicity
Public

Distributor/Orders
Edita

Financier
Ministry of Social Affairs and Health

Sisällysluettelo

ESIPUHE

1. JOHDANTO	1
1.1. Historiallinen viitekehys	1
1.2. Katsaus työterveyshuollon nykytilanteeseen ja lähitulevaisuuteen Suomessa	3
1.3. Työterveyshuoltolain juhlaseminaari	4
2. SEMINAARIN AVAUSPUHEENVUORO	5
Kansliapäällikkö Markku Lehto, sosiaali- ja terveysministeriö	
3. KANSAINVÄLISET TERVEHDYSPUHEET	8
Professori Jean-François Caillard, ICOH President International Commission on Occupational Health	8
Professori Peter Westerholm, Health Services Research and Evaluation of Occupational Health/ International Commission on Occupational Health	9
Dr. Jukka Takala, Director of SafeWork InFocus Programme on Safety, Health and the Environment/ International Labour Office	12
4. ELINKEINOELÄMÄN TERVEHDYS	16
Johtaja Tuulikki Petäjaniemi, Elinkeinoelämän Valtuuskunta EVA	
5. TYÖMARKKINAJÄRJESTÖJEN TERVEHDYKSET	19
Osastopäällikkö Kirsti Palanko-Laaka, Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry	
6. JUHLAPUHEENVUORO	20
Pääjohtaja , professori Jorma Rantanen, Työterveyslaitos	

LIITE

Seminaarin ohjelma

ESIPUHE

Vuotta 1999 voidaan pitää työterveyshuollon juhlavuotena, sillä työterveyshuoltolaki astui voimaan tammikuun ensimmäisenä päivänä vuonna 1979. Lain kahdenkymmenen voimassa-olovuoden jälkeen on syytä tarkastella nykytilannetta työterveyshuollon kannalta. Suomen väestö ikääntyy edelleen lähivuosien aikana, jolloin suuret ikäluokat jäävät eläkkeelle. Ammattitaitoisen työkäisen väestön määrä laskee suhteellisesti, jolloin tarvitaan lisää koulutettua työvoimaa. Nämä edellä kuvatut kehityslinjat vaikuttavat myös työterveyspalvelujen sisällölliseen kehitykseen. Työterveyshuoltolaki on luonut valmiuksia ottaa muun muassa ikäkysymyksiä nopeasti esiin. Tältä pohjalta on kehitetty erilaisia toimintatapoja työterveyden ja työympäristön kehittämiseen.

Yhteiskunnan, työelämän ja lainsäädännön kehityksen reunaehdot ovat luoneet tarpeita sille, että työterveyshuoltolakia on syytä tarkastella sekä menneisyydessä, nykytilanteessa että tulevaisuudessa. Työterveyshuoltolain voimassaoloa juhlistettiin juhlaseminaarin merkeissä. Tähän julkaisuun on koottu yhteen seminaarin sekä kansainväliset että kotimaiset puheenvuorot. Toivomme, että tästä juhlaulkaisusta on teille hyötyä myös arkipäivän työssä.

Jarkko Eskola
Osastopäällikkö, ylijohaja

Matti E. Lamberg
Ylilääkäri, työterveyshuollon
neuvottelukunnan puheenjohtaja

1. JOHDANTO

1.1. Historiallinen viitekehys

Tapaturmista ja työperäisistä sairauksista on maassamme ollut säännöksiä 1800-luvulta lähtien. Vuosisadan loppupuolella luotiin kunnalliseen itsehallintoon perustuva terveydenhuollon hallintojärjestelmä, jonka velvollisuudeksi tuli täydentää julkisen vallan tehtäviä terveydenhuollossa. Kaupasta ja elinkeinoista annettu asetus kielsi ilman erityistä syytä alle 12-vuotiaan lapsen pitämisen työssä sekä alle 18-vuotiaan työntekijän luvatta yötyössä pitämisen. Vuonna 1879 säädetty elinkeinoasetus velvoitti kaupunkien ja kuntien terveydenhoitolautakunnat valvomaan yleisten terveysolojen lisäksi tehtaiden terveydellisiä oloja. Se oli ensimmäinen säännös työntekijöiden lääkärintarkastuksesta ennen työhön ryhtymistä. Teollisuusammateissa olevien työntekijöiden suojelemisesta annettu asetus vuodelta 1889 oli ensimmäinen yleinen työsuojelulaki. Työolojen valvomiseksi perustettiin ammattientarkastuslaitos.

Suomen itsenäistyttyä perustuslakiin sisällytettiin periaate, jonka mukaan työvoima kuuluu valtiovallan erityiseen suojelukseen. Työolosuhteita sääteleviä lakeja syntyi 1900-luvun alkupuoliskolla useita, muun muassa laki kahdeksan tunnin työajasta (1917), joka oli ensimmäinen työaikaa koskeva yleislaki sekä työsopimuslaki (1922), jossa annettiin ensimmäiset säännökset pakollisesta ja palkallisesta vuosilomasta. Vuonna 1930 säädettiin työturvallisuuslaki, joka oli yleissäännös työnantajan velvollisuuksista hänen työssään olevien työntekijöiden suojelemiseksi joutumasta työssä alttiiksi tapaturmille tai saamasta työn johdosta vaurioita terveydelleen. 1960-luvulla saatiin aikaan työsuojelulainsäädännön ja -organisaation uudistuksia. 1970-luku oli uudistumisen aikaa sekä työterveyshuollon kehittymiselle (1978 säädetty työterveyshuoltolaki) että kansanterveys-työlle (1972 säädetty kansanterveyslaki).

1980-luvun lopulla uudistettiin jälleen ammattitautilakia ja lisäksi säädettiin kemikaalilaki. 1990-luvulla säädettiin muun muassa lait säteilyä, nuoria työntekijöitä, syöpäsairauden vaaraa aiheuttaville aineille ja menetelmille ammatissaan altistuvien rekisteriä ja työaikalakia koskien (taulukko 1.)

Kansainvälinen työjärjestö, ILO (International Labour Organization) hyväksyi vuonna 1959 työterveyshuollon järjestämistä koskevan suosituksen, joka sisälsi myös työperäisten terveysriskien ehkäisyn periaatteen. Kansainvälinen terveysjärjestö, WHO (World Health Organization) puolestaan hyväksyi työterveyshuolto-ohjelman vuonna 1976. Järjestö kehotti jäsenmaitaan kehittämään työterveyshuoltoaan sekä huomioimaan erityisesti riskialttiiden alojen tarpeet. Molemmat edellä mainitut kansainväliset suositukset vaikuttivat olennaisesti Suomen työpaikkaterveydenhuollon kehitykseen. Työterveyshuollon lakisääteistämiseen vaikuttivat sekä ehkäisevän terveydenhuollon osittainen kattavuus, jolloin työperäiset terveysvaarat saattoivat jäädä huomiotta että myös jatkuvasti lisääntynyt tutkimustieto työperäisistä terveysvaaroista ja niihin vaikuttamisen keinoista.

Työterveyshuollon yksityiskohtaisesta sisällöstä ja toteuttamisesta on määrätty valtioneuvoston päätöksillä. Työnantajan tulee käyttää terveydenhuollon ammattihenkilöitä terveyden vaarojen selvittämiseen erityisesti työtä aloitettaessa ja tarvittaessa työn kestäessä. Työterveyshuollon asiantuntemusta tulisi käyttää jo työprosessia, työpaikkaa, työmenetelmiä, työn organisointia ja tuotantolaitosta suunniteltaessa sekä työssä käytettäviä aineita ja laitteita hankittaessa. Työterveyshuoltolain uudistamisen yhteydessä tehtiin tarpeelliset muutokset sairausvakuutuslainsäädäntöön 1.1.1979 lukien.

Taulukko 1. Työoloja säätelevän lainsäädännön kehitys Suomessa

Vuosi	Säädös
1863	Kaupasta ja elinkeinoista annettu asetus
1879	Elinkeinoista annettu asetus
1889	Teollisuusasetus
1889	Teollisuusammateissa olevien työntekijäin suojelemisesta annettu asetus
1895	Laki koskeva työnantajan vastuunalaisuutta työntekijää kohtaavasta ruumiinvammasta
1908	Laki työstä leipomoissa
1914	Ammatin vaaralta suojelemisesta 4 päivänä huhtikuuta 1914 annettu Armollinen Asetus
1917	Ammattientarkastuksesta Pietarissa 18.8.1917 annettu asetus
1917	Laki kahdeksan tunnin työpäivästä
1922	Työsääntölaki
1922	Työsopimuslaki
1927	Ammattientarkastuslaki
1929	Laki lyijyvalkoisen ja lyijysulfaatin käytön kieltämisestä eräissä maalaustoissa
1929	Laki lasten ja nuorten käyttämisestä ammattityöhön
1930	Työturvallisuuslaki I
1948	Tapaturmavakuutuslaki
1957	Säteilysuojauslaki
1957	Atomiennergialaki
1958	Työturvallisuuslaki II
1960	Palolaki
1962	Rakennuslaki
1965	Kaivoslaki
1967	Ammattitautilaki I
1967	Laivatyöturvallisuuslaki
1969	Myrkkylaki
1969	Torjunta-ainelaki
1969	Laki räjähdysvaarallisista aineista
1972	Laki työsuojeluhallinnosta I
1973	Laki työsuojelun valvonnasta
1975	Valtioneuvoston päätös työturvallisuuslain soveltamisesta syöpää aiheuttavien aineisiin ja menetelmiin
1976	Valtioneuvoston päätös asbestin käytöstä johtuvien haittatekijöiden torjunnasta ja valvonnasta
1978	Laki työterveyslaitoksen rahoituksesta ja toiminnasta
1978	Laki yhteistoiminnasta yrityksissä
1978	Työterveyshuoltolaki (astui voimaan 1.1.1979)
1979	Sähkölaki
1985	Valtioneuvoston päätös työhön liittyvän syöpävaaran torjunnasta
1988	Ammattitautilaki II
1989	Kemikaalilaki
1990	Laki henkilöstön edustuksesta yritysten hallinnossa
1991	Säteilylaki
1993	Laki työsuojeluhallinnosta II
1993	Laki nuorista työntekijöistä
1993	Laki syöpäsairaudesta vaaraa aiheuttaville aineille ja menetelmille ammatissaan altistuvien rekisteristä
1996	Työaikalaki
1996	Sähköturvallisuuslaki
1997	Laki merimiehen lääkärintarkastuksista pidettävästä rekisteristä

Keskeisin työterveyshuoltolain valmistumisen jälkeen tehty sisällöllinen muutos on työkykyä ylläpitävän toiminnan lisääminen työterveyshuoltolain 2 §:n 6 kohtaan (608/1991). Valtioneuvoston päätöksen (950/1994; 3) mukaan työterveyshuollon tavoitteena on terveellinen ja turvallinen työympäristö, hyvin toimiva työyhteisö, työhön liittyvien sairauksien ehkäisy sekä työntekijän työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksessä (1348/1994; 8 §) työterveyshuollon toteutusperiaatteet ja toimenpiteet on esitettävä työterveyshuollon toimintasuunnitelmassa. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö käsitteenä tuli työterveyshuoltolainsäädäntöön 1.1.1995 voimaan tulleen korvauslainsäädäntöuudistuksen yhteydessä. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö perustuu työterveyshenkilöstön hyvään ammattitaitoon, moniammatillisuuteen ja oman toiminnan jatkuvaan kehittämiseen. Työterveyshuollon seuranta tapahtuu valtakunnallisella sekä yritys- ja työterveysyksikkötasolla. Valtakunnallisella tasolla seurannasta ja arvioinnista huolehtivat sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kansaneläkelaitos.

1.2. Katsaus työterveyshuollon nykytilanteeseen ja lähitulevaisuuteen Suomessa

Kuten edellä mainittiin, sosiaali- ja terveysministeriö vastaa omalta osaltaan myös työterveyshuollon sisällön valtakunnallisesta seurannasta. Työterveyshuoltolain 10 a § mukaan sosiaali- ja terveysministeriöllä on oikeus saada tietoja työterveyshuoltopalvelujen tuottajilta. Työterveyslaitoksen työterveyshuollon kehittämissyksikkö on sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta tehnyt ”Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1997”-katsauksen (myös vuosina 1992 ja 1995).

Katsauksen mukaan Suomessa toimi vuoden 1997 lopussa yhteensä 1087 työterveysasemaa. Näistä 43 % oli yritysten omia yksiköitä, 29 % terveyskeskusten, 22 % lääkärikeskusten yhteydessä ja 6 % oli yritysten yhteisiä työterveysasemia.

Työterveyshenkilöstön toimien kokonaismäärä lisääntyi selvästi vuoden 1995-katsaukseen verrattuna. Päätoimisista lääkäreistä kolme neljästä, terveydenhoitajista neljä viidestä ja fysioterapeuteista kaksi kolmesta oli saanut työterveyshuollon täydennyskoulutusta (Työterveyslaitoksen kurssi tai muu laajempi täydennyskoulutus). Tavoitteeksi on asetettu, että kaikilla työterveysyksiköillä olisi käytössään ainakin yhden työterveyshuollon erikoislääkärin asiantuntemus. Lähitulevaisuudessa uusien valmistuvien työterveyshuollon erikoislääkäreiden määrä ei riitä edellä mainitun tavoitteen saavuttamiseksi. Kaikissa palvelujen tuottajaryhmissä lisääntyivät lääkäreiden ja terveydenhoitajien tekemät terveystarkastukset vuosiin 1992 ja 1995 verrattuna. Työterveyshuollon kattavuus Suomessa on lähes 90% palkansaajista. Se on säilynyt samantasoisena koko 1990 -luvun ajan.

Suomessa käynnistettiin kansallisen toimintaohjelman suunnittelutyö pohjautuen Suomen ratifioimaan ILO:n työterveyshuoltosopimuksen (nro. 161) sekä suosituksen (nro.171). Suunnittelutyöstä vastasi ministeriön alainen työterveyshuollon neuvottelukunta. ”Työterveyshuollon kansalliset kehittämislinjat” -asiakirja hyväksyttiin valtioneuvostossa vuonna 1989.

Asiakirjan 18 kehittämislinjan toteutumisesta on tehty selvitys. Sen perusteella Suomessa vallitsee laaja ja vahva konsensus työterveyshuollon tarpeellisuudesta, sen kehittämissuunnista ja asemasta sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Työterveyshuollon palvelujärjestelmää voidaan pitää poikkeuksellisen kattavana. Ongelma-alueita työterveyshuollon järjestämisen suhteen ovat muun muassa pientyöpaikat ja rakennus- ja kuljetusala sekä omaa työtään tekevien ja määräaikaisissa työsuhteissa olevien työterveyshuolto. Työttömät jäävät tämän palvelujärjestelmän ulkopuolelle.

Työterveyshuollon kehittämiskohteita ovat muun muassa lyhyissä työsuhteissa olevien työterveyshuollon järjestäminen, pientyöpaikkojen työterveyshuollon kehittäminen, työolojen suunnittelu, psykologisten kuormitustarpeiden selvittäminen ja työorganisaatiokysymykset. Kehittämistarpeita liittyy erityisesti ikääntyvien työkyvyn ylläpitämiseen, työssä jaksamiseen ja jatkamiseen. Myös työelämän fragmentoitumiskehitys edellyttää palvelujärjestelmän kehittämistä.

Työterveyshenkilöstön koulutus- ja pätevyysvaatimukset ovat myös tarkastelun kohteena ja niitä on tarkoitus täsmentää. Lisäksi huomiota kiinnitetään niin henkilöstön määrään kuin hyvinvointiinkin. Palvelujen kehittämisessä pyritään palvelu- ja hoitosuhteen jatkuvuuteen lisäämällä pysyviä työsuhteita. Palvelujen saatavuutta, laatua ja toiminnan vaikuttavuutta pyritään parantamaan asiakaslähtöisellä ja saumattomalla palveluketjulla.

Lähtulevaisuudessa muutokset työelämässä sekä epätyypillisten työsuhteiden yleistymisen asettavat muutospaineita myös työterveyshuollon palvelujärjestelmälle. Muutokset palvelujärjestelmässä edellyttävät työterveyshuoltolainsäädännön uudistamista.

1.3. Työterveyshuoltolain juhlaseminaari

Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti työterveyshuoltolain 20 -vuotisen voimassaolon kunniaksi juhlaseminaarin yhteistyössä Suomen Teollisuuslääketieteen yhdistyksen, Suomen Työterveyshoitajaliiton ja Työterveyslaitoksen kanssa. Juhlaan kutsuttiin keskeisiä työterveyshuollon yhteistyötahoja. Juhlaseminaari pidettiin Helsingissä, Marina Congress Centerissä toukokuun 25 päivänä 1999.

Seminaarin avauspuheenvuoron esitti kansliapäällikkö Markku Lehto sosiaali- ja terveysministeriöstä. Ensimmäinen kansainvälinen tervehdys saatiin professori Jean-Francois Caillardilta, ICOH:sta (International Commission on Occupational Health). Professori Caillard oli kuitenkin estynyt henkilökohtaisesti saapumasta Suomeen. Hänen tervehdyksensä välitti professori Kaj Husman. Professori Peter Westerholm toi myös terveiset ICOH:sta. Hän edusti Health Services Research and Evaluation of Occupational Health-komiteaa. Viimeisen puheenvuoron kansainvälisistä tervehdyksistä esitti johtaja Jukka Takala ILO:sta. Elinkeinoelämän tervehdyspuheen esitti johtaja Tuulikki Petäjäniemi Elinkeinoelämän Valtuuskunta EVA:sta. Työmarkkinajärjestöjen edustajina puheenvuoroja käyttivät asiantuntijalääkäri Kari Kaukinen Teollisuuden ja Työnantajain Keskusliitosta sekä osastopäällikkö Kirsti Palanko-Laaka Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry:stä. Seminaarin juhlaesitelmän piti pääjohtaja Jorma Rantanen Työterveyslaitokselta. Juhlaseminaari päättyi cocktail-tilaisuuteen.

Kirjallisuutta

Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyshuollon neuvottelukunta. Helsinki 1989.

Lakikokoelma. Työterveyshuolto. Edita, Helsinki 1996.

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Opas toiminnan suunnitteluun ja seurantaan. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos. Painotalo Mictor. Helsinki 1997.

Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat- asiakirjan toimeenpanosuunnitelman toteutumisen arviointi vastuuyksiköittäin. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos. Helsinki 1998.

Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1997. Toimittanut Kimmo Räsänen. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 1999.

2. SEMINAARIN AVAUSPUHEENVUORO

*Kansliapäällikkö Markku Lehto,
sosiaali- ja terveysministeriö*

Työpaikkojen terveydenhuoltopalvelujen järjestäminen on kuulunut Suomessa julkisen rahoitustuen piiriin yleisen sairausvakuutuksen voimaantulosta lähtien. Ensimmäiset sairausvakuutuslakiin perustuvat korvaukset työnantajan järjestämän terveydenhuollon kustannuksista maksettiin vuonna 1965. Työterveyshuolto on siitä lähtien ollut osa sitä suomalaista terveyspolitiikkaa, jonka tavoitteena on ollut tukea avohuollon palvelujen kehitystä sekä sairauksia ehkäisevien palvelujen turvaaminen työikäiselle väestölle.

Ennen työterveyshuollon lakisääteistämistä työnantajien järjestämä terveydenhuolto oli pitkään pelkästään sairaanhoitoa. Ehkäisevä terveydenhoito sisällytettiin työterveyshuoltoon liittämällä se sairausvakuutuksen korvattavuuden piiriin vuonna 1969, mutta vasta vuodesta 1976 lähtien ehkäisevästä terveydenhoidosta ja sairaanhoidosta voi saada korvausta saman korvaustason mukaan.

Työpaikkakohtaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehitys on liittynyt läheisesti yhteiskuntarakenteen muutoksiin Suomessa. Vielä 1970-luvulla kehityksen painopisteenä olivat suurteollisuuden työpaikat. Tämän jälkeinen työterveyshuollon laajentuminen vastaa hyvin elinkeinorakenteen muutosta: työterveyspalvelut laajentuiivat 1980-luvun alkuvuosina selvimmän palveluelinkeinoissa, kuten kaupan, rahoitusalan sekä julkisen hallinnon piirissä.

Suomen työssä käyvästä palkansaajaväestöstä 1,6 - 1,7 milj., noin 80-90% on järjestelmällisen työpaikkaterveydenhuollon piirissä; Suomessa on myös pitkälle kehittynyt työsuojelu- ja työturvallisuustoiminta. Näiden ansiosta työperäisten sairauksien, ammattitautien ja työtapaturmien määriä on saatu vähenemään. Nykyiseen tilanteeseen on kuitenkin tultu varsin pitkän kehityksen kautta; merkittävimmät edistysaskeleet on otettu vasta lähimenneisyudessa, 1960- ja 1970-luvuilla. Näistä edistysaskelista mainittakoon mm:

- Työterveyshuollon myönteiseen kehitykseen vaikutti työmarkkinajärjestöjen vuonna 1971 tekemä sopimus työpaikkaterveydenhuollon kehittämisestä. Sopimuksessa korostettiin erityisesti työterveyshuollon sairauksien ehkäisemistä tarkoittavaa luonnetta työstä johtuvien terveyden vaarojen torjunnassa.
- Työnantajien omien terveysasemien perustaminen ja toiminnan voimakas laajentuminen ajoittui 1970-luvun alkupuoliskolle. Samaan aikaan yksityiset tutkimus- ja hoitolaitokset alkoivat tuottaa työterveyspalveluja.
- Palvelujen laajentumiseen vaikutti myös vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki, jonka mukaan terveyskeskukset voivat antaa työterveyshuollon palveluja työnantajille.

Työterveyshuollon suotuisa kehitys pysähtyi 1970-luvun puolivälissä (Työterveyshuoltotoimikunta 1978). Pienten ja keskisuurten työpaikkojen palvelut olivat edelleen pääasiassa kokonaan järjestämättä. Lisäksi työterveyshuolto oli usein järjestämättä sellaisilla työpaikoilla, joissa oli runsaasti terveysvaaroja. Yrittäjät ja muut omaa työtään tekevät olivat myös palvelujen ulkopuolella. Samat ongelmat jatkuvat, mutta lievempinä.

Ehkäisevä terveydenhoito keskittyi paljolti yleiseen terveyskasvatukseen ja seulontatarkastuksiin, jolloin työolojen parantaminen ja työperäisten terveyshaittojen ehkäisy ei kehittynyt riittävästi. Työikäisellä väestöllä oli myös paljon terveydellisiä ongelmia, eivätkä

yleiset terveystalvet ylipäättään tavoittaneet työikäisiä. Nämä eri tekijät johtivat työterveyshuoltolain säätämiseen vuonna 1978. Laki tuli voimaan 1.1.1979 lukien.

Työterveyshuoltoa lakisäätettäessä lähdettiin siitä, että lakisäateinen ehkäisevä työterveyshuolto ja vapaaehtoinen muu terveydenhuolto ovat palvelujärjestelmän olennaisia osia ja palvelujen toimintaedellytys. Tällä tavalla luotiin järjestelmä, joka kattaa ehkäisevän terveysturvan ja jonka yhteydessä on mahdollista järjestää joustavasti myös hoitavia palveluita. Työterveyshuollon lakisäätämisen jälkeen palvelujen kattavuus parani muutamassa vuodessa merkittävästi.

Työterveyshuoltolain mukaan työterveyshuollon toimenpiteillä on tarkoitus vaikuttaa työpaikkojen olosuhteista, työmenetelmistä ja työympäristöstä johtuvien, työntekijöiden terveyttä vaarantavien tekijöiden ehkäisemiseen terveydenhuollon keinoin.

Työterveyshuollon perusta on työn ja työolojen vaarojen selvittäminen ja niiden vaikutusten arviointi työntekijöiden terveydelle. Työterveyshuollon asiantuntemusta tulisi käyttää jo työmenetelmiä ja työtiloja suunniteltaessa. Työterveyshuollon asiantuntemus on keskeinen edellytys toiminnalle, johon työpaikoilla osallistuvat työterveyshenkilöstön kanssa linjajohto, henkilöstöhallinto ja työsuojeluorganisaatio.

Suomi ratifioi vuonna 1986 Kansainvälisen työjärjestön (ILO) hyväksymän työterveyshuoltosopimuksen n:o 161 sekä sopimusta täydentämään ja työterveyshuollon käytännön kehittämistä ohjaamaan tarkoitetun suosituksen n:o 171 vuodelta 1985. Ratifioinnin valmistelun yhteydessä todettiin Suomen työterveyshuoltojärjestelmän täyttävän lähes kaikilta osin kyseisen sopimuksen ja suosituksen ehdot. Katsottiin kuitenkin olevan edelleen tarpeellista kehittää työterveyshuoltojärjestelmää työssä käyvän väestön työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja terveyden edistämiseksi. Tältä pohjalta valmisteltiin valtioneuvoston periaatepäätös *Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjat* -asiakirja.

1980- ja 1990-luvulla työterveyshuollon sisältö onkin ollut voimakkaan kehityksen kohteena. Työelämän tarpeiden, talouden kehityksen ja väestön ikääntymisestä johtuvien tarpeiden pohjalta työkyvyn ylläpitäminen palvelujen perussisältönä on korostunut. Työterveyshuollon osallistuminen omalta osaltaan työpaikkojen työkykyä ylläpitävään toimintaan, tuo työterveyshuollon ammattihenkilöiden panoksen entistä selkeämmin osaksi yritystoimintaa.

Työterveyshuollon yleisiä tavoitteita ovat kaikkien työelämään osallistuvien kokonaisterveyden ja toimintakyvyn edistäminen, työterveyspalvelujen täyden kattavuuden saavuttaminen sekä yhteistyön ja osallistumisen periaatteen ja työterveyshuollon monitieteisen toimintatavan korostaminen työterveyshuollon tehtävien ja sisällön kehittämisessä. Lähtökohtana on muuttuvan työelämän esiintuomat työssäkäyvän väestön terveysongelmat sekä työelämän muutoksen esiintuomat tarpeet. Toiminnan kehittämisessä on otettu huomioon toiminnan vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden seuranta.

Työterveyshuollon sisältöön ovat omalta osaltaan vaikuttaneet myös työympäristöohjelmat ja työturvallisuuslainsäädännön uudistaminen, sekä valtakunnalliset terveydenhuollon ohjelmat, joita ollaan parhaillaan uudistamassa. Työturvallisuuslaki korostaa erityisesti ns. ennakkoivaa työsuojelua.

Kansainvälisesti Suomen työterveyshuollon ja työsuojelun taso kestää kohtuullisesti vertailun. Yhdenmukaistuminen ei tule etenemään nopeasti myöskään EU:n sisällä. On ilmeistä, että EU joutuu omaksumaan fragmentoidun ja asteittaisen kehityksen strategian,

jossa eri alueet etenevät eri tahdissa ja eri tavoin vaiheistettuna. Tämä saattaa koskea työsuojelua laajemminkin.

Näyttää siltä, että muodostuu ainakin neljä eri blokkia, joiden työterveyden kehitys etenee eri tahtia:

1. Pohjoinen Eurooppa (Pohjoismaat ja Hollanti, mahdollisesti Englanti), jotka kehittävät laajaa monipuolista työterveyshuoltomallia integroituna koko yrityksen kehittämistyöhön.
2. Länsieurooppalainen malli (Saksa, Ranska, Belgia). Tämä malli on riskilähtöinen ja rakentuu preventiostrategian linjalle riskin tunnistaminen > arviointi > ehkäisy.
3. Eteläinen Eurooppa (muut Välimeren maat paitsi Ranska) etenee vielä aivan minimivaatimusten tasolla ja jolla itse periaatteiden siirtäminen lainsäädäntöön ja etenkin käytäntöön, palvelujärjestelmien kattavuus jne. ovat suuria haasteita.
4. Hakijamaat (Puola, Unkari, Tsekki, Baltian maat, Kypros): näillä mailla on itse asiassa paremmat periaatteelliset valmiudet kehittää työterveyshuoltoa kuin ryhmän 3 mailla, mutta käytännön voimavarat ja edellytykset paikoin puuttuvat. Puola ja Unkari ovat monessa kohdin edellä muutamia Välimeren maita työterveyshuollon kehityksessä.

On ilmeistä, että kenenkään kannalta ei ole edullista pyrkiä kovin pitkälle harmonisoi-
maan työterveyshuollon kehitystä Euroopassa eikä esim. Pohjoismaiden ole syytä jäädä
odottelemaan, että kaikki EU-maat tahdistuvat samaan tahtiin. Siksi Pohjoinen Eurooppa
toiminee kehityksen veturina, joka aikaa myöten imee muutkin alueet mukaansa kehityk-
seen.

Työterveyshuoltolaki on ollut voimassa 20 vuotta. Työpaikkojen terveellisyydessä on
tapahtunut myönteistä kehitystä. 1990-luvulla tapahtunut taloudellinen kehitys on osoit-
tanut, että työkyvyn ylläpitäminen työterveyshuollon ja työterveyshuoltolain toteuttami-
sen strategian perustana on kestävä valinta - se toimii niin laman kuin noususuhdanteen
aikana.

Työterveyshuoltoon käytetään alle ½ % teollisuuden palkkasummasta. Viime aikaiset
toiminnan vaikuttavuuden ja taloudellisuuden osoittamiseksi tehdyt selvitykset kertovat,
että työterveyshuoltoon investoidut varat, kun toiminta on hyvin järjestetty, palautuvat
varsin nopeasti taloudellisen tuloksen kautta yrityksiin. Julkisen vallan kautta tuetaan
toimintaa, jonka myötä työterveyshuollolle ja yrityksille voidaan kehittää menetelmiä,
joiden avulla toiminnan tulos kaikentyypisissä yrityksissä voidaan osoittaa ja näin voi-
daan ulottaa palvelut entistä laajemmin työpaikoille sekä kohottaa palvelujen laatua ny-
kyisestä.

Kehitys on ollut määrällisesti ja laadullisesti merkittävää. 20 vuoden ajanjakson jälkeen
sopii olla tyytyväinen tapahtuneeseen ja katsoa eteenpäin toivoen, että valmistelun alla
oleva työterveyshuoltolain uudistus jatkaa tätä suotuisaa kehitystä. Työelämän fragmen-
toituminen, voimakkaat mm. väestön ikääntymismuutoksen sisällään pitävät demografi-
set muutokset, työttömyyden vaikutukset, uusi teknologia, työorganisaatioiden uudistu-
mistarpeet, palvelustruktuurien kehittämistarve ja uudet työkyky- ja ammattitaitovaati-
mukset yhdistettynä toiminnan taloudellisuuden vaatimukseen takaavat mittavat haasteet
ja tehtäväkentän niin työterveyshuollolle kuin meille lainsäädännön valmistelijoillekin.

3. KANSAINVÄLISET TERVEHDYSPUHEET

*Professori Jean-François Caillard, ICOH President
International Commission on Occupational Health*

It is a very nice privilege for the International Commission on Occupational Health to be represented today at the occasion of the celebration of the 20th Anniversary of the Act on Occupational Health Services. Unfortunately I could not attend myself the ceremony, due to professional commitments in Paris, and I apologize for that absence. But I would like all the participants meeting here, be sure that I am sincerely sharing this event.

I remember when I started my career in Occupational Medicine, in France, in 1970s, Helsinki was a name both very far and very close to me. As an ordinary French citizen, it was very far away, maybe because of the distance. The Olympic Games were really the first opportunity for the young French people to come familiar with the word "Helsinki", but as a professional, it was very close since many colleagues I met regularly were having the project of going to, or were coming back from Helsinki, because of such this or that very important meeting.

We all know that important things were happening in Finland, and I must say that 25 years after, the impression is still the same, maybe even stronger.

The International Commission on Occupational Health, created in 1906, has a long history. A major part of its history has been written together with the Finnish specialists in Occupational Health Services. I cannot recall the different episodes of that story; just the one which today appears to be the most important: the transition from a relatively old fashioned professional society to a top scientific one. Of course this was due to the efforts of many members, who spontaneously met each other aiming at developing knowledge in many fields, and since the beginning, with a significant increase during the always, the Finns were there. But the role of the one who was at that time the Vice-President of ICOH in 1987, Sven Hernberg, has been essential and I think it is a good opportunity today to thank him very sincerely for what he did, and what he is still doing as the Past-President.

Many Congresses, meetings and conferences on Occupational Health and OHS were held in Finland during the past 50 years. Part of them were ICOH meetings, others welcomed many ICOH members. Each time, the topics of these meetings have reflected advanced concepts in Occupational Health practice and research; each time participants to these meetings came back home not only with the new knowledge, but also with renewed enthusiasm and faith in their goals. I am more particularly thinking of our colleagues, both scientists and practitioners from developing countries, who are doing the same job as we are, in much more difficult conditions, who got the possibility of belonging to the ICOH community, thanks to a special support called the Noro Fund. It is the honor of ICOH to keep the name of one of the most famous Finnish personality, Leo Noro, as part of its intimate life.

Today, I would like express my acknowledgement to what your country did, through the Finnish Institute of Occupational Health, to ICOH and to Occupational Health in the world. My thanks also go particularly to its Director General Jorma Rantanen, who I consider as a big honor to be a friend of.

The laws and regulations usually reflect the spirit of the country. They came as consequences of the sensitivity of the nation. Your country, as other European countries, started establishing regulations aiming at protecting the worker's health since the second half of the 20th century.

Seen from abroad, it seems that what particularly characterizes the Finnish set of regulations in that field is the principle of equity and its permanent adaptation to new social, technological and economical conditions. May I express the wish, and hope, that Finland will continue to inspire other countries in that way.

As Occupational Health professionals, we have the strong feeling, even if it is not modest, that the ideal we are promoting through our work is essential for the world working community. The Anniversary you are celebrating today is, without any doubt, a new white stone in that way.

*Professori Peter Westerholm,
Health Services Research and Evaluation of Occupational Health /International Commission on Occupational Health*

Arvoisa sosiaali- ja terveysministeriön edustaja, kansliapäällikkö Lehto, hyvät kollegat ja työterveyden ystävät.

I have the honor of addressing this 20 year jubilee seminar audience on behalf of the non-governmental International Commission on Occupational Health - in vernacular commonly referred as ICOH - and in particular the ICOH scientific committee on "Health Services Research and Evaluation in Occupational Health". It is honor for the ICOH as a non governmental international scientific body to assist in celebrating this 20th Anniversary on this occasion and to bring the well-wishes and congratulations of our organization to the government of Finland.

Jokaisen maan terveystaloudellinen politiikka, joka sisältää myös työterveyshuoltopolitiikan sekä - palvelujärjestelmän, on kiinteästi juurtunut maan historialliseen, sosiaaliseen ja kulttuurilliseen taustaan sekä niistä seuraaviin edellytyksiin. Tämä merkitsee, että verrattaessa eri maiden terveystaloudellista politiikkaa sekä siihen liittyviä strategioita Euroopassa ja muissa maanosissa, havaitaan maiden välillä huomattavia eroja.

Sosiaaliturvajärjestelmät ja -toiminnot voivat olla julkisen taloussektorin hoitamia. Vaihtoehtoisesti ne on voitu järjestää yksityissektorin, esimerkiksi vakuutusyhtiöiden, toimintana. Monista maista löytyy myös "sekoitettuja" järjestämismuotoja. Ajankohtainen kehityssuuntaus näyttää olevan konvergenssi; ts. ne maat, joissa terveyspalvelut tuotetaan ja rahoitetaan suurimmaksi osaksi julkisin varoin (verorahoin), pyrkivät markkinataloudelliseen suuntaan etsien ongelmien ja tavoitekonfliktien ratkaisua ns. vapaan markkinatalouden ehdoilla. Tämä merkitsee päätöksenteon hajauttamista ja monissa maissa sääntösten poistamista. Englanninkielinen termi tälle on "deregulation". Toinen näiden strategioiden tunnusmerkki on palvelujen tuottajien kilpailu. Tällä tarkoitetaan sekä sektorin sisäistä kilpailua että myös ulkopuolista kilpailua ts. yksityissektorin palvelujen tuottajille luodaan mahdollisuus kilpailla julkisen sektorin rinnalla. Tärkeä tunnuspiirre on myös palvelujen tuottajien sekä kuluttajien roolien täsmentyminen. Eräs merkittävä kriteeri, joka esiintyy yhä tärkeämpänä myös terveyssektorilla, on kuluttajien mahdollisuus vapaaseen valintaan. Tämän kriteerin tyydyttämisen tiedetään olevan var-

n vaativa asia. Kuitenkin juuri kuluttajien vaatimukset vievät terveyteen liittyviä asioita kä prioriteetteja suoraan poliittisen päätöksenteon piiriin.

laat, joilla on verorahoituksen pohjalta rakennettu terveyspalvelujärjestelmä, etsivät ratkaisuja ja tukea vakuutuselämän puolelta. Maissa, joissa on voimassa monimutkaisia vakuutusjärjestelmiä, etsitään koordinoivia toimintatapoja ja yhteensovitetuista systeemeistä, mikä usein johtaa lainsäädäntömuutoksiin. Samanaikaisesti maat, jotka hallitsevat vapaiden terveystuotteiden markkinoiden ehdot, etsivät kansanterveyttä tukevia ratkaisuja, johtuen lisääntyvistä haittailmiöistä. Näitä haittailmiöitä ovat terveyspalvelujärjestelmän jatkuvuus sekä puutteellinen kattavuus. Nämä merkitsevät kansalaisten näkökulmasta laatu- ja kustannusteellista palvelujen saatavuutta sekä kokonaiskustannusten hallitsematonta kasvua. Näillä hetkellä voidaan havaita selvä tendenssi konvergenssiin myös siinä mielessä, että maiden terveyspalvelujärjestelmät lähestyvät toisiaan.

Yksinkertainen kokemus osoittaa vääjäämättömästi, että ainoastaan lainsäädäntöön perustuvat järjestelmät voivat taata palvelujen saatavuuden kaikille kansalaisille ja siihen liittyvän laadullisen minimikriteerin täyttymisen. Pohjoismaissa on luonnollista asettaa laadulliset tavoitteet minimitasoa korkeammalle. Tyypilliset laatu- ja kustannuskriteerit terveyssektorilla ovat kattavuus/saatavuus, joustavuus, preventiivinen suuntaus, vaikuttavuus, kustannus- ja tehokkuus, asiakkaiden mahdollisuus vapaaseen valintaan sekä eettinen asennoituminen. Kaikkien näiden kriteerien täyttäminen ei ole saavutettavissa pelkästään lainsäädännön keinoin. Pohjoismaissa vallitsevan sosiaalipoliittisen näkemyksen mukaan ihanneellinen päämäärä on kaikkien em. laatu- ja kustannuskriteerien samanaikainen toteutuminen.

Yksinkertaisesti katsoen Suomen työterveyshuoltolaki asettaa ensimmäisen vakaan lähtökohdan takaamalla palvelujen saannin ja niiden perusteellisen laadun työelämässä toimiville kansalaisille. Muiden listattujen kriteerien toteuttaminen on tietysti huomattavasti vaikeampaa. Näemme kuitenkin miten lainsäädäntö on johtanut kansainvälisesti katsoen rittäin tärkeään ja vaikuttavaan toimintaan sosiaali- ja terveysministeriön julkistaman raportin ja käsikirjan ”Hyvä työterveyshuoltokäytäntö” muodossa. Lainsäädännön arviointi tulevaisuudessa tulee varmasti kiinnittämään huomiota sellaiseen kehitykseen, joka on toteutunut lain voimassaollessa ja tuskin olisi tapahtunut ”laittomissa” oloissa. On siis tärkeää ottaa huomioon lainsäädännön epäsuorat ja symboliset merkitykset ja vaikutukset. Se vahvistaa perinteistä Pohjoismaista näkökantaa ja vastaa Birger Larin 800 vuotta sitten esittämää lausumaa ”Land skall med lag byggas” - ”Lailla maata rakennetaan”.

Kannustimia on monta lajia. Kansanterveyttä ja työterveyttä koskevissa keskusteluissa puhutaan usein kannustimien puuttumisesta työelämässä. Kuka puolustaa terveyttä, jos se ei maksa? Tämä on itse asiassa markkinataloudellisten yhteiskuntien ydinkysymys. Se koskee tietysti valtiollista sosiaalipoliittista. Voidaan hieman yksinkertaistamalla sanoa, että yleensä on olemassa kolmenlaisia kannustimia: kepit, porkkanat ja saarnat. Kepit edustavat pakottavia toimenpiteitä, esimerkiksi lainsäädännön ja muiden tiukkojen sääntöjen asettamista. Siihen voi liittyä vahvistuksia ja rangaistuksia niille, jotka eivät noudata asetettuja pelinsääntöjä. Palkintoja voivat edustaa palkat, palvelutöiden yleinen arvostus, saavutusten tunnustaminen ja yleensä toiminnan kehittymismahdollisuudet. Saarnat saarnoihin ollaan totuttu. Tämä luokka sisältää koulutus- ja tiedotustoimintaa sekä propagandaluonteisia toimenpiteitä. Lyhyesti sanottuna, on ilmeistä, että Suomessa lainsäädännön ”keppi” on nopeasti johtanut ”porkkanoiden” käyttöönottoon aiemmin mainitun ”Hyvä työterveyshuoltokäytäntö” - oppaan perusteella.

On pa
sainvä
selmas
be str
health
sä vas
asioina
muutt
että ei
välillä
tarpee
vyyttä
denhu
väline
me mi
ollisia
Ruots
lan pu
pääsia
sosiaa
huom

Suom
tervey
teella
työter
ja luo

Olen
man
ja vie
työelä
mante
välise
selle.

Jag v
lin fr
detta

Jag ti
av de
svara

On paikallaan lyhyesti kommentoida laatu-käsitettä työterveyshuollossa. Aloitamme kansainvälisellä tasolla. YK:n Maailman Terveysjärjestö WHO on asettanut tunnetussa ohjelmassaan ”*Health for All 2000*” osatavoitteen (no 31): ”By the year 2000 there should be structures and processes in all member states to ensure continuous improvement in health care”. Jos tarkastellaan uutta Euroopan Unionia, emme ole nähneet tähän mennessä vastaavaa kannanottoa. Näitä asioita on tähän saakka pidetty jäsenvaltioiden sisäisinä asioina, subsidiariteetti-periaatteen alla. Todennäköisesti tämä asenne tulee kuitenkin muuttumaan. On muistettava, että EU on vapaa työmarkkina-alue, mikä merkitsee mm. että erikoistuneiden ammattihenkilöiden vapaa muuttoliikenne unionin jäsenvaltioiden välillä pitää hyväksyä ja itse asiassa, sitä pitäisi helpottaa. Tämä merkitsee sitä, että on tarpeellista luoda järjestelmiä ja systeemejä vapaita työmarkkinoita ja työvoiman pätevyyttä valvomaan sovittujen kriteerien mukaisesti. Tämä koskee muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöstöä. Ammatillisen pätevyyden ja ammatillisen työn laadun välinen ja läheinen suhde on meille kaikille hyvin tuttu asia. Valtiollisella tasolla näemme monenlaisia aloitteita ja toimintaa laadun parantamiseksi. Tarkasteltaessa näitä valtiollisia strategioita Euroopan maissa ja varsinkin Iso-Britanniassa, Norjassa, Tanskassa, Ruotsissa ja Suomessa, käy ilmi, että Suomi on Euroopan ainoa maa, jossa on valtiovaltan puolelta korostettu, että terveystalouden laatu- ei vain julkisen sektorin laatu - on pääsääntöisesti alan omalla vastuulla. Sen lisäksi laadun valvonta on alan viranomaisten ja sosiaaliturvajärjestelmän vastuulla. Suomessa on havaittu sosiaaliturvajärjestelmien huomattava merkitys terveystaloudelle, jotka sisältävät myös työterveyspalvelut.

Suomi on, säätämällä nyt 20 vuoden ikäisen työterveyslain, sijoittanut itsensä Euroopan terveydenhuollon, varsinkin työterveyshuollon eturiviin. Lailla on kokemuksen perusteella katsottuna ollut merkittävä, näkyvä vaikutus ts. Suomen kansalaisille on tarjottu työterveyshuoltopalveluita. Lain säätäminen on johtanut jatkuvaan laadunvarmistamiseen ja luonut edellytykset jatkuvaan laadun parantamiseen.

Olen iloinen saadessani tilaisuuden antaa ”syntymäpäivälapsen” edustajille vaatimattoman lahjan tämän päivän merkityksen muistoksi. Tämän petroleum-lampun symbolismi ja viesti on helposti ymmärrettävä. Lampun valovoima sytytettynä ei rajoitu Suomen työelämän perspektiiviin. Se ulottuu, ei vain muihin Pohjoismaihin, vaan myös Euroopan mantereelle. Sen tehtävä ja merkitys on löydettävä kaikissa maailman maissa ja kansainvälisessä elinkeinoelämässä. ICOH: in onnitelut ja onnentoivotukset Suomen hallitukselle.

Jag vill också utnyttja detta tillfälle till att genom biträdande näringsminister Mona Sahlin framföra en hälsning och lyckoönskningar från Sveriges regering med anledning av detta 20 årsjubileum för lagen om företagshälsövård i Finland.

Jag tillåter mig också personligen framföra mina lyckönskningar till Finland i anledning av detta 20-årsjubileum. Finland har en världsledande lag om Företagshälsövård. Den svarar mot att Finland också har ett lag i världsledande klass i ishockey.

*Dr. Jukka Takala, Director of SafeWork,
InFocus Programme on Safety, Health and the Environment /International Labour Office, Geneva*

TYÖSUOJELU JA TYÖTERVEYSHUOLTO- ILO:N NÄKÖKULMA

Johdanto

YK:n pääsihteeri Kofi Annan muistutti pääkirjoituksessaan *African Newsletter on Occupational Health and Safety* - julkaisussa työsuojelun tärkeydestä. YK:n ihmisoikeusjulistuksesta huolimatta maailmassa sattuu vuosittain 250 miljoonaa työtapaturmaa ja 160 miljoonaa ammattitautia. Taloudelliset menetykset ovat 4% maailman bruttokansantuotteesta. Uhrien ja läheisten hätää ei voi rahalla mitata. Jousto-, liikkuvuus- ja tuottavuusvaatimusten kasvaessa myös työsuojelu on pidettävä kansainvälisen asialistan huipulla.

Samaa asiaa painotti myös Yhdysvaltain presidentti Bill Clinton puhuessaan Kansainvälisen työjärjestön ILO:n konferenssissa vuonna 1999. Maailman kauppajärjestö WTO ajaa maailmanlaajuisista kaupan vapauttamista, mutta yhteiset työelämän pelisäännöt on laadittava ILO:n kanssa yhteistyössä tavoitteena turvallinen ja terveellinen työ. ILO:n pääjohtaja Juan Somavia pitää ihmisarvoista työtä tärkeänä, ja sen olennainen osa on turvallinen työ: *Decent Work is Safe Work*.

Työtapaturmat

Kuolemaan johtavia työtapaturmia sattuu vuosittain ILO:n arvioiden mukaan 335 000. Oheinen Taulu 1. esittää näiden alueellisen jakauman.

Työperäiset sairaudet ja kuolemat

Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan maassa kuolee työperäisten sairauksien johdosta 60 300 ihmistä vuosittain. ILO:n maailmanlaajuinen arvio samoja perusteita käytäen on n. *miljoona työkuolemaa*. Työperäisten sairauksien kirjo on laaja ja vaihtelee alueittain. Arvio ei kata tarttuvia työperäisiä tauteja, joita ei juuri teollisuusmaissa enää tavata. Kehitysmaissa ja erityisesti maataloudessa nämä muodostavat kuitenkin merkittävän lisän työperäiseen tautikuormaan. Malaria, loiseläintartunnat kuten schistosomiasis, virus- ja bakteeritartunnat leviävät usein maatalouden tehtävissä.

Sekä tapaturmien että työperäisten sairauksien kehitys on ollut viimeisten vuosikymmenien aikana kaksijakoinen. Teollisuusmaiden tapaturmien kuolemantapauskehitys on ollut selkeästi aleneva. Tämä on johtunut sekä rakenteellisista tekijöistä - vaarallisten kaivosteollisuuden, maa- ja metsätalouden ja teollisuuden ammattien osuus on vähentynyt ja turvallisempi palvelusektori on kasvanut - että teknisistä työolosuhdeparannuksista ja turvallisuuskulttuurin, - johtamisen sekä osapuolten yhteistoiminnan etenemisestä. Työkuolemat ovat myös vähentyneet paremman ensiavun ja sairaalahoidon ansiosta.

Vakavien työtapaturmien vähetessä ovat toisaalta tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, stressi ja mielenterveysongelmat, astma ja allergiset oireet sekä vaarallisten aineiden, karsinogeenien mm. asbestin aiheuttamat haitalliset seuraukset lisääntyneet. Taulu 2. esittää työperäisten sairauksien aiheuttamien kuolemien karkean jakauman maailmassa.

Kehitysmaissa näköalat ovat synkempiä. Muuttoliike kaupunkeihin jatkuu, ja näissä syntyy uutta tuotantoa, teollisuutta - ja vaaroja, erityisesti harmaan talouden sektorilla. Maapallostuminen siirtää tuotantoa alueille, joilta puuttuu teollisen työn traditio. Uusia asuntoja ja rakennuksia tarvitaan, mikä lisää rakennustyön osuutta ja tapaturmia. Infrastruktuurin, teiden, patojen ja voimaloiden ja teleyhteyksien rakentaminen lisääntyy, tieliikenne lisääntyy, uusien tuotteiden ja synteettisten materiaalien tuotannossa tarvitaan kemiallisia aineita, kuituja ja mineraaleja. Kaikki nämä lisäävät tapaturmalukuja ja -taajuutta, mikä onkin jo nähtävissä teollistuneempien kehitysmaiden luvuissa.

Kokonaisuudessaan työkuolemia sattuu vuosittain *1,1...1,3 miljoonaa* - enemmän kuin koskaan aiemmin. Luku on myös suurempi kuin vuosittain kuolee sodissa ja konflikteissa (502 000), tieliikenteessä (999 000), väkivallan seurauksena (563 000). Työ tappaa enemmän ihmisiä kuin malaria (856 000). Joka päivä työn johdosta kuolee 3500 ihmistä ja joka minuutti yli kaksi. Kymmenen lentokoneellista tai neljä autolauttaa päivässä ei juuri heilauta lehtien otsikoita, jokin pieni paikallislehden yhden palstan ilmoitus saattaa löytyä: "mies kuoli työssä". Pelkästään asbesti tappaa n. 100 000 vuodessa.

Taulu 1. Kuolemaan johtaneet työtapaturmat maailmassa (1990)

Maailma alueittain			
Alue	Kuolleisuus F _r /10 ⁵	Työvoima E, miljoonaa	Kuolemia F _r x E
Markkinatalousmaat, EME	5.3	366.437	19,662
Euroopan entiset sosialistimaat, FSE	11.1	140.282	15,563
Intia, IND	11.0	334.000	36,740
Kiina, CHN	11.1	614.690	68,231
Muu Aasia ja saaret, OAI	23.1	339.840	80,586
Saharan eteläpuoleinen Afrikka, SSA	21.0	218.400	45,864
Etelä- ja Keski- Amerikka, LAC	13.5	195.000	26,374
Lähi-Itä ja Pohjois-Afrikka, MEC	22.5	186.000	41,850
WORLD	14.0	2,394.667	334,870

EME Established Market Economies FSE Formerly Socialist Economies of Europe
 IND India CHN China
 OAI Other Asia and Islands SSA Sub-Saharan Africa
 LAC Latin America and the Caribbean MEC Middle Eastern Crescent

Perustuu Maailmanpankin luokitukseen, koko työvoima on arvioitu 2,7 miljardiksi.

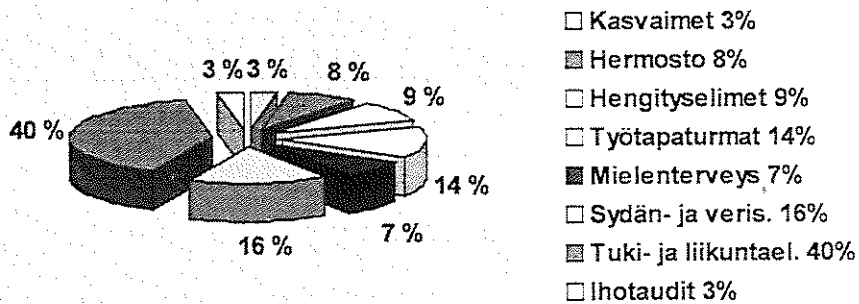
Taulu 2. Kuolleisuus ja työperäiset sairaudet 1990

Kuolinsyy	Kuolleita	Arvioitu työstä aiheutuva osuus	Työkuolemia
Syöpä 30+ vuotta	5,703,000	8 %	456,240
Verenkiertoelimistön sairaudet 15-60 vuotta	2,667,000	7.5 %	200,025
Krooniset Hengitystiesairaudet 15+ vuotta	2,750,000	10 %	275,000
Pölykeuhko (perustuu USA:n tietoihin)	36,000	100 %	36,000
Hermosto ja Mielenterveyshäiriöt 15+ vuotta	604,000	2 %	12,080
Virtsatiehäiriöt 15+ vuotta	655,000	2 %	13,100
Kaikki			992,445

Taloudelliset menetykset, 4 % bruttokansantuotteesta, ovat yhtä suuret kuin koko Afrikan, Lähi-Idän, ja Etelä-Aasian BKT yhteensä. ILO:n koko budjetti voitaisiin rahoittaa ko. summalla 4000 vuodeksi.

Työkuolemat kasvavat koko maailmassa edelleen seuraavan 20 vuoden aikana ja niiden suhteellinen merkitys kasvaa erityisesti kehitysmaissa kun muiden, erityisesti tarttuvien tautien ja liikkeestä juomavedestä johtuvien ongelmien määrä ennusteiden mukaan asteittain vähenee.

Taulu 3. Kustannukset sairausluokittain, kokonaiskulut 3.8% BKT:sta Suomessa 1992



Lähde: Työolot numeroina

Kattavuus

Työsuojelulainsäädännön kattavuus on varsin vaatimatonta suuressa osassa maailmaa Pohjoismaissa työsuojeluvalvonta kattaa 100 % työvoimasta kun monissa kehitysmaissa kattavuus on 10% tai sen alle. Jopa vaaralliset toimialat kuten maatalous, kalastus ja rakennustoiminta jäävät usein tarkastustoiminnan ulkopuolelle, ja pientyöpaikat sekä omaa työtään tekevät ja harmaa talous säännönmukaisesti. Tapaturmavakuutus on useimmille tuntematon käsite. Ammattitautia rekisteröidään teollisuusmaissakin kitsaasti, WHO:n mukaan Keski- ja Etelä-Amerikassa 1...5% tapauksista raportoidaan. Tanska raportoi vuosittain n. 15 000 ammattitautia, mutta monet suuretkin teollisuusmaat vain murto-osan Tanskan luvuista. Yli 80% työvoimasta Suomessa on työterveyshuollon piirissä, Ruotsissa 50-60% , mutta suurin osa maailman valtioista ei ole ratifioinut ILO:n työterveyshuoltoyleissopimusta eikä ole muutenkaan järjestänyt asiaa. Maissa, jotka ovat ratifioineet eniten ILO:n työsuojelusopimuksia, työsuojelulainsäädännön kattavuus on yleensä hyvä ja luotettavasti raportoitu tapaturmataajuus matala.

Painopistealueet – teollisuusmaat

- stressi, henkinen ja psyykkinen ylikuormitus
- ikääntyvän työvoiman aiheuttamat ongelmat
- oikeus tiedonsaantiin ja vaaroista tiedottaminen
- kemialliset aineet, syöpävaaralliset aineet, asbesti
- ergonomia, toistotyö ja tuki- ja liikuntaelinten vammat
- työn organisointi ja turvallisuusjohtaminen, turvallisuuskulttuurin edistäminen
- ennaltaehkäisevä työterveyshuolto ja terveyden edistäminen
- uudet teknologiat

Painopistealueet – kehitysmaat

- maatalous, joka työllistää 2/3 työvoimasta aiheuttaa 2/3 työsuojeluongelmista
- vaaralliset toimialat ja ammatit, esim. kaivos- ja rakennusteollisuus, kalastus, metsätalous
- suuronnettomuuksien ja tehdaspalojen ehkäisy
- perinteinen tapaturmantorjunta, koneturvallisuus, työpaikan järjestys ja siisteys ja niihin liittyvä tuottavuuden nostaminen
- ammattitaudit, erityisesti silikoosi
- erityissuojelua edellyttävät työntekijäryhmät, lapsityön eliminointi
- teknologian siirto

Ongelmien ratkaisumalleja

Kansainvälinen työjärjestö, ILO, on laatinut kaksi kokonaisvaltaista yleissopimusta: No. 155 Työsuojelusta ja No. 161 Työterveyshuollosta. Näiden lisäksi yhteensä 88:ssa yleissopimuksessa on säädöksiä työolosuhteista. Ruotsi johtaa näiden sopimusten maailmanlaajuista ratifiointilistaa ja on ratifioinut n. 90 % tärkeimmistä työsuojelusopimuksista. Ratifioinnilla taataan sopimusten lainvoimaisuus, ilman ratifiointia sopimukset jäävät suosituksiksi. Suomi on maailmassa hyvänä kakkosena ja on ratifioinut 85% mukaan lukien tärkeimmät kehysopimukset 155:n ja 161:n.

Lainsäädännön lisäksi tarvitaan mittava määrä vapaaehtoista toimintaa. Tämä onkin sekä eettisesti tärkeää että useimmissa tapauksissa taloudellisesti tuottavaa. Yksikään maa - eikä yksikään yritys - ole pystynyt pysyvästi ja kestävästi nostamaan tuottavuuttaan panostamatta samanaikaisesti kunnollisiin työolosuhteisiin. ILO:n *SafeWork* - ohjelma pyrkii lisäämään maailmanlaajuista ongelmien ja niiden laajuuden tiedostamista ja ymmärtämistä. Työsuojelun kattavuuden on oltava maailmanlaajuista. Globaali maailmantalous edellyttää kansainväliseen työoikeuteen pohjautuvaa globaalia etiikkaa. Myös kaikkien työsuojeluosapuolten, ja erityisesti teollisuuden työsuojeluohjelmien suunnittelu- ja toteutuskapasiteettia on kasvatettava.

Tietojärjestelmien kehitys on mahdollistanut reaaliaikaisen taloustiedon välityksen. Samalla tavoin voidaan panostaa myös työntekijäin hengen ja terveyden kannalta oleellisen työsuojelutiedon välitykseen perustamalla informaatiokeskuksia ja verkostoimalla niitä ja tiedon potentiaalisia käyttäjiä. Hyviä esimerkkejä ovat CIS- informaatiokeskukset - Työterveyslaitos Suomessa - ja näiden avulla tapahtuva tiedonlevitys. Alan tärkein lähde, *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*, on vastikään ilmestynyt painettuna, CD-levyllä ja internet versiona (www.ilocis.org). Suomen kehitysyhteistyövaroin julkaistaan myös kahta alan ammattilehteä: *African Newsletter on Occupational Health and Safety* ja *Asian-Pasific Newsletter on Occupational Health and Safety*.

4. ELINKEINOELÄMÄN TERVEHDYS

*Johtaja Tuulikki Petäjämäki,
Elinkeinoelämän Valtuuskunta EVA*

TYÖELÄMÄN UUSISTA KVALIFIKAATIOISTA

Kilpailun kiristyminen näkyy työelämän murroksena ja muutoksena

Niiden 20 vuoden aikana, jotka työterveyshuoltolaki on ollut voimassa, työpaikoilla on monella tapaa koettu kansainvälistymisestä ja lisääntyneestä kilpailusta johtuva työmarkkinoiden muutos ja murros. Elinikäisen kokopäivätyön normi on muuttumassa moninaisuuteen ja joustavuuteen perustuvaksi järjestelmäksi, jossa urakehitysmahdollisuudet ja myös tulot ja sosiaaliturva menevät osin uusjakoon. Työnantajaa, ammattia ja tehtäviä on vaihdettava työhistorian aikana. Työn ohella ihmiset vaihtavat asuinpaikkaa ja kenties kotimaata. Työ ei välttämättä ole yhteen pisteeseen sidottua.

Pysyvät, ympärivuotiset ja kokopäiväiset työsuhteet vähenevät samanaikaisesti kun projektityöskentely, määräaikaiset ja tilapäiset työsuhteet yleistyvät ja työaikakirjo kasvaa. Moni tulee olemaan ainakin osan työstään joko työttömänä tai työllisyyden ja työttömyyden välimaastossa.

Tämän työelämän murroksen taustalla ovat teknologian kehitys, pääomien liikkumisen vapaus, kaupan vapautuminen sekä tiedon ja osaamisen korostuminen tuotannontekijöinä. Nämä kaikki asettavat ammattitaidolle jatkuvasti uusia vaatimuksia. Suomalaisen yhteiskunnan hyvinvointi on tulevaisuudessa olennaisesti riippuvainen inhimillisestä pääomasta: ihmisten tiedosta, taidosta, tahdosta ja osaamisesta. Väestön ikääntyessä terveyden ja kunnon merkitys inhimillisen pääoman lisäajana on noussut erityistekijäksi.

Kun yhä suurempi osa työstä on henkistä, korvien välissä tapahtuvaa, työnantajat ovat entistä riippuvaisempia työntekijöistään, heidän muutoshakuisuudestaan, halustaan ja kyvystään hankkia ja soveltaa uutta tietoa sekä ottaa hallitusti riskejä.

Tietointensiivisen ammattiosaamisen lisäksi tarvitaan ihmissuhdetaitoja

Globaaleilla markkinoilla pärjäämiseksi työntekijöiltä vaaditaan tietointensiivisen ammattiosaamisen lisäksi monia uusia kvalifikaatioita. Niistä tärkeimpiä ovat teknologisen tietotaidon ohella ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot, jotka kuuluvat innovatiivisen toiminnan keskeisiin edellytyksiin. Tämän sosiaalisen pääoman merkitys korostuu, kun yritystoiminta vaatii vastaanottavaisuutta, entistä monipuolisempaa yhteistyötä ja joustavuutta.

Ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot ovat kulttuurisia taitoja, jotka auttavat herkästi oivaltamaan asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita ja edistämään markkinointia. Yritysten ja niiden verkostojen sekä yhteistyökumppaneiden välisessä kanssakäymisessä tarvitaan hyviä kommunikaatiovalmiuksia.

Myös johtamisessa on kysymys siitä, pystytäänkö kaikissa oloissa aitoon interaktiivisuuteen, vuorovaikutukseen eri sidosryhmien kanssa. Vanhentunut on se lähtökohta, jonka mukaan minä olen oikeassa, sinä olet väärässä, keskustellaan, jotta saan sinut ymmärtämään, että olet väärässä.

Kulttuuritaito ja sivistys arvoonsa

Kansainvälistyvässä maailmassa monipuolinen kielitaito on itsestäänselvyys. Sen sijaan me suomalaiset emme ehkä ole vielä riittävästi ymmärtäneet kulttuuritaidon merkitystä. Kaupankäynnissä ja muussa kanssakäymisessä eri kulttuureista tulevien ihmisten kanssa oman maan kulttuurin ja historian tuntemus sekä keskustelukumppanin taustan ymmärtäminen auttaa solmimaan luottamuksellisia ja kestäviä yhteistyösuhteita. Ammattiosaimisen ohella sivistys pitäisi nostaa jälleen arvoonsa.

Luovuus ja kekseliäisyys on yrittävyyttä

Myöskään yrittävyyden merkitystä ei voi liiaksi korostaa. Tämä yrittäjyydestä johdettu uudissana viestittää siitä, että osaamisyhteiskunnassa myös palkkatyössä, opiskelussa ja yleensäkin elämässä tarvitaan aikaisempaa enemmän itsenäisyyttä ja ennakkoluulottomuutta sekä omaehtoisia ratkaisuja, luovuutta ja kekseliäisyyttä. Ne ovat senkaltaisia ominaisuuksia, jotka olemme tottuneet liittämään ammattiyrittämiseen.

Tietoja ja taitoja on jatkuvasti uusinnettava

Korkea laatu ja kilpailussa pärjääminen perustuu koulutettuun työvoimaan ja sen osaamistason ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Tietoyhteiskunnassa koulutustarvetta ei voida enää vanhaan tapaan ennakoida ammateittain. Kun työmarkkinoilla edellytetään monialaisuutta ja moniuraisuutta, koulutuksessakin on yhä enemmän kysymys sellaisten ominaisuuksien tarjoamisesta ja hankkimisesta, jotka mahdollistavat toiminnan erilaisissa työprosesseissa.

Jatkuvan oppimisen periaatteen soveltaminen käytäntöön edellyttää ihmisiltä valmiuksia tietojen ja taitojen uusintamiseen koko työuran ajan. Todennäköisesti se tarkoittaa myös pidempiä päätoimisen oppimisen jaksoja aikuisiällä. Tutkijoiden mukaan kaikesta tiedosta uusiutuu vuosittain keskimäärin 15 - 20 prosenttia. Tämä merkitsisi sitä, että yliopistotutkinnon antamasta osaamisesta vanhenee puolet muutamassa vuodessa.

Yhteiskunnassa onkin välttämätöntä käydä keskustelua ja sopia siitä, miten erilaisten oppimisjaksojen kustannukset jaetaan yhteiskunnan, työnantajien ja kouluttautujan itsensä kesken. Sama koskee sapattivapaata, joka väikky entistä useamman osaaajan mielessä. Osaamistyön intensiivisyys ja kiihkeätempoinen työrytmi saa monet miettimään sapattia uusien voimavarojen lähteenä ja uupumuksen ehkäisijänä.

Työelämän kehittäminen ja työntekijöiden myönteinen asennoituminen muutokseen sekä jatkuvan oppimisen periaatteen toteuttaminen käytännössä ovat myös ihmisen terveyden kannalta merkityksellisiä. Työelämässä jo olevien ikääntyvien työntekijöiden oppiminen, koulutuksen taso ja monipuolisen työkokemuksen tarjoaminen on erityishaaste.

Erilaisuuden hyväksyminen ja hyödyntäminen tuo tulosta

Politiikassa on jo pitkään ymmärretty, että tarvitaan sekä naisten että miesten näkemyksiä ja kokemuksia. Tiedonvälityksessä on huomattu, että tarvitaan erilaisia tapoja välittää tietoa ihmisiltä päätöksentekoon ja päinvastoin. Myös työelämässä erilaisuuden hyväksyminen ja hyödyntäminen aikaansaa parempaa tulosta ja lisää työviihtyvyyttä.

Muutosalttiutta ja elämänhallintaa

Menestyneissä yrityksissä on kehitetty edistyskellistä tietoteknologiaa ja valmistusta ja suunnattu resursseja uudelleen, mutta niissä on myös luotu ja omaksuttu uusia toimintatapoja ja organisaatiomuotoja.

Työelämän kehittämisessä ja työpaikkojen ilmapiirissä on paljon parantamista. Se muodostaa haasteen sekä johtamiselle että kaikille työyhteisössä toimiville. Kun leppoisaa tulevaisuutta ei taida olla näkyvissä, ihmisten turvattomuuden tunne olisi voitava jollakin tavalla kääntää optimismiksi ja tulevaisuuden uskoksi.

Työterveyshuollossa toimivilla on hyvä kontakti sekä työnantajaan että henkilöstöön. He aistivat yhdessä muun henkilöstön kanssa yrityksen tai työpaikan ilmapiiriä ja ovat parhaimmillaan osa työyhteisöä. Työterveyshuolto on herättäjä, joka antaa tietoa siitä, miten ihmiset pärjäävät ja jaksavat. Myös työyhteisön kriiseissä terveydenhuollon ammattilaisilla on oma roolinsa.

Muutosalttiutta tarvitsevat sekä yritykset että yksittäiset ihmiset. Samalla on kysymys siitä miten tieto- ja informaatiotulva ja työelämän ja muun elämän yhteensovittaminen hallitaan. Parempi terveys ja toimintakyky ei ole vain lääkäreiden ja terveydenhoitajien, vaan koko johdon sitoutumisen paikka.

Terveyden arvostus on korkealla

Elinkeinoelämän Valtuuskunta EVAn asennetutkimuksessa 1999 kysyttiin suomalaisten henkilökohtaisia arvostuksia siitä, mitä käsite ”parempi elämä” merkitsee. Suomalaisista 94 prosenttia katsoi sen ensi sijassa merkitsevän hyvää terveyttä ja voimia suoriutua eri elämänaalueilla. Vastaavia tuloksia tärkeysjärjestyksessä on saatu kuntia koskevilla tutkimuksissa kuntien asiakkailta. Kunnallisten päättäjien arvoissa terveys on ylinnä.

Hyvä terveys on myös tärkeä kilpailukyyn kannalta

Elinkeinoelämän kannalta on tärkeitä, että ihmiset ovat työssään toimintakykyisiä. Sairaudet ja niistä johtuvat poissaolot aiheuttavat työnantajille suuria kustannuksia. Muutoinkin väestön hyvä terveys vaikuttaa myönteisesti suomalaisen elinkeinoelämän kilpailukykyyn. Terveet ihmiset ovat myös ostovoimaisia kuluttajia.

Yritystoiminnassa tapahtuva tuotteen tai laadun palvelun varmistaminen ja tuoteturvallisuudesta huolehtiminen on usein samalla terveyttä edistävää tai tapaturmariskiä vähentävää toimintaa. Hyvillä tuoteselosteilla ja käyttöohjeilla on myönteinen merkityksensä.

Laatu on terveydenhuollossakin avainsana

Yhteiskunnan intressissä on, että myös terveydenhuollossa kehitetään yrityselämän tapaan omat, kuluttajille avoimet laatu järjestelmät. Valtakunnallinen terveydenhuollon laatusuositus onkin valmisteilla. Laatu kriteerien luominen ja niiden noudattaminen sekä asiakaspalauttejärjestelmän käyttöön ottaminen tuovat lisää tehoa terveydenhuoltoon. Myös kilpailu on omiaan lisäämään laatua. Terveydenhuollon yksityiset rinnakkaispalvelut lisäävät asiakkaiden valinnan mahdollisuuksia ja tuovat vertailukohtia julkisille palveluille.

Laatujärjestelmistä käytävä keskustelu ja terveystalouden kasvava merkitys on omiaan lisäämään elinkeinoelämän ja terveydenhuoltosektorin yhteistä ymmärrystä. Terveydenhuollon priorisoinnissa on yhtymäkohtia liiketoiminnassakin välttämättömään pohdintaan siitä, mikä on eri asioiden tärkeysjärjestys.

5. TYÖMARKKINAJÄRJESTÖJEN TERVEHDYKSET

*Osastopäällikkö Kirsti Palanko-Laaka,
Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry*

SUOMI TYÖTERVEYSHUOLLON EDELLÄKÄVIJÄ

90-luvun suomalaisessa ajattelussa työterveyshuolto on itsestään selvyyks ja yhteiskunnan eri intressiryhmien laajalti hyväksymä. Näin ei ole ollut aina. 20 vuotta vanhan työterveyshuoltolain valmistelun historia osoittaa, ettei näin ollut aina. Lainsäädäntöä valmistettiin koko 70-luvun ajan. Ihmetystä näin jälkikäteen herättää se, ettei edes 70-luvun laajoissa tulopoliittisissa sopimuksissa työmarkkinaosapuolet kyenneet sopimaan lakisääteisen työterveyshuollon sisällöstä. 70-luvun alkupuoliskolla toteutettiin merkittäviä työ-lainsäädännön uudistuksia. Niihin kuului muun muassa työsuojelun valvontajärjestelmän uudistaminen. Aika ei tuolloin ollut vielä kypsä lakisääteiselle työterveyshuollolle. Tähän lienee osaltaan vaikuttanut se, että huollon käytännön toteuttamisen suhteen oli suuria näkemuseroja. Sen sijaan työterveyshuollon sisällöstä oltiin jo tuolloin varsin yksimielisiä. SAK:n osuus työterveyshuoltolain toteutumisessa oli merkittävä.

Kuten niin monen muunkin asian kohdalla, niin myös työterveyshuollossa työmarkkinajärjestöjen sopimustoiminnalla oli merkittävä rooli. Nykyaikainen työterveyshuolto käynnistyi 70-luvulla. Työmarkkinajärjestöt näkivät työsuojelun entistä selvemmin yhteisenä kaikille osapuolille tärkeänä asiana. SAK, silloinen STK ja STTK tekivät vuonna 1969 sopimuksen turvallisuustyöstä työpaikoilla. Seuraavana vuonna perustettiin työturvallisuuskeskus edistämään työturvallisuutta ja työterveyshuoltoa keskusjärjestöjen sopimusten mukaisesti. Vuonna 1971 tehtiin työpaikkaterveydenhuollon kehittämistä sopimus, jossa määriteltiin toiminnan suuntaviivat, organisaatiomahdollisuudet ja työterveyshuollon tehtävät.

Kun työterveyshuoltolaki sitten säädettiin, Suomi oli tietävästi ensimmäinen maa maailmassa, joka järjesti kattavan työterveyshuollon koko työssä olevalle väestölleen. Ay-liikkeen piirissä työterveyshuollon tärkeäksi tehtäväksi nähtiin vaikutusmahdollisuudet keskeisiin työolosuhdehaittoihin. Työn psykososiaaliset haitat, kemialliset vaaratekijät, työntekijöiden huono vaikutusmahdollisuus tuotantoteknisiin työn organisointikysymyksiin sekä työntekijöiden puutteellinen mahdollisuus vaikuttaa työolosuhteisiinsa olivat lain säätämisen taustalla. Terveysvaarojen ja -haittojen lisääntyminen samoin kuin niistä jatkuvasti saatava uusi tieto edellyttivät tehokkaampia keinoja terveyden suojelemiseksi ja turvaamiseksi. Jo tuolloin ongelmana oli työterveyshuollon palvelujen puuttuminen pienistä yrityksistä ja erityisesti rakennusalalta. Tuon aikuinen työterveyshuolto painottui sairaanhoitoon eikä SAK:n näkemyksen mukaisella tavalla ennaltaehkäisevään hoitoon.

Työmarkkinajärjestöjen rooli on ollut jatkossakin varsin merkittävä parannettaessa työpaikkojen olosuhteita työntekijöiden terveyden suojelemiseksi ja työkyvyn säilyttämiseksi. Vuosien varrelta on erityisesti syytä mainita vuoden 1990 tulopoliittisessa sopimuksessa sovittu suositus työkykyä ylläpitävistä toimenpiteistä työpaikalla. Kun nyt arvioimme järjestelmän toimivuutta, on pakko palata lähtörutuun. Vaikka työntekijöiden monet suuret tavoitteet - jopa unelmat - ovat vuosien varrella toteutuneet, työssä jaksamisen ja pysymisen ongelmat ovat nyt 90-luvulla suuremmat kuin koskaan. Kun suomalaiset työnantajat ovat joutuneet sopeutumaan kovenevaan kilpailuun, seuraukset ovat olleet usein kohtalokkaita työntekijöiden kannalta. Kustannustehokkuuden nimissä työyhteisöjä on yksityistetty ja pilkottu pienemmiksi yksiköiksi. Töitä on ulkoistettu, työvoiman

käyttötapoja ja työaikoja on joustavoitettu. Työtehtävät ovat lisääntyneet samalla kun henkilökuntaa on vähennetty minimiinsä. Tuloksena on ollut työtahdin kiristyminen ja erityisesti henkisen kuormituksen lisääntyminen. Epävarmuus, keskinäinen kilpailu ja pätkätyöt ovat työyhteisöjen arkipäivää. Työtapaturmien ja ammattitautien määrä on lähtenyt uuteen nousuun. Jo nyt ennaikainen eläköityminen on Suomessa Pohjoismaihin verrattuna poikkeuksellisen suurta. Jos nyt ei tehdä mitään, suurten ikäpolvien jälkeiset ikäluokat tulevat eläköitymään vielä varhemmin kuin mitä nyt tapahtuu. Ikääntyneiden jatkaminen työelämässä on monilla työpaikoilla tehty mahdottomaksi.

SAK on kantanut erityistä huolta siitä, että maassamme vallitsee samanaikaisesti edelleen korkea työttömyys, puute erikoistuneesta osaamisesta, työkuormitus sekä eräiden alojen työvoimapula. Siksi SAK on panostanut sekä viimeisessä tulopoliittisessa sopimuksessa että tämän kevään hallitusohjelmaneuvoittelussa työelämän laadulliseen kehittämiseen ja työssä jaksamiseen. Tulopoliittisessa sopimuksessa työmarkkinaosapuolet sopivat työelämän kehittämisen ohjelmasta ja ohjelman toteutumiseen tähtäävistä toimenpiteistä. Keskeisenä tässä työssä on työkyvyn ylläpitämiseen tähtäävän toiminnan kehittäminen.

Huhtikuun hallitusohjelmaneuvoittelussa SAK sai läpi kaikki ne tavoitteet, joita se esitti työntekijöiden työssä jaksamiseksi. Hallitusohjelmaan on kirjattu muun muassa kolmi-kantaisesti valmisteltava kokonaisvaltainen, käytännön toimiin keskittyvä työssä jaksami-sen tutkimus- ja toimenpideohjelma. Hallitus on luvannut edistää henkilöstötilinpäätösten käyttöönottoa. Työterveyshuoltoa uudistetaan tavoitteena erityisesti työssä käyvän väes-tön työssä selviytyminen. Hallitus tähtää myös siihen, että pienten työpaikkojen työterve-yshuolto turvataan. Työelämän kehittämissuunnitelmia on luvattu jatkaa. Niitä kehitetään ja niiden resurssit lisätään.

Yhteiskunnassa näyttäisi näin olevan laaja poliittinen tahto puutua työelämän kipeimpiin ongelmiin. Maan hallitus omalla politiikallaan edistää työntekijöiden työssä jaksamista ja jatkamista. Sen politiikan tarkoituksena on tyhjentää työeläkeputki, jolloin putken lopet-tamista ei tarvita. Työelämän laadullisella kehittämisellä, missä otetaan huomioon ikääntyneiden työntekijöiden erityistarpeet, kannustetaan parhaiten työntekijöitä py-symään työelämässä koko aiotun työhistorian. Poliittinen tahtotila kaikuu kuitenkin mo-nasti kuuroille korville käytännön työelämässä. Lyhytnäköisessä kustannustehokkuuden tavoittelussaan yritykset eivät kanna huolta työvoimastaan siten, kuin niiden pitäisi par-haiden työpaikka- tai tutkimusesimerkkien kannustamina tehdä. Kun työntekijöiden osaamisesta ja jaksamisesta ei kanneta huolta, se ajaa heidät pois työelämästä ennaikai-sesti. Siksi tarvitaan myös taloudellisia kannustimia niille työnantajille, jotka suosivat ikääntyneitä työntekijöitä työssä, sekä piiskaa niille, jotka heitä syrjivät.

Lähi-viikkojen aikana SAK tulee omalta osaltaan yksilöimään työssä jaksamisen toimen-pideohjelmaan sisällytettävät tavoitteet. SAK:n lähestymistapa on laaja. Työterveyshuolto on yksi sinänsä tärkeä elementti työssä jaksamisen ohjelmassa. SAK haluaa sisällyttää ohjelmaan inhimilliset työajat ja inhimillisen henkilöstöpolitiikan sekä johtamisjärjestel-mien, työolosuhteiden ja työympäristön kehittämisen, viranomaisvalvonnan tehostamisen jne.

Olemme lähtöruudussa myös varsinaisen työterveyshuollon kehittämisen suhteen. Suu-rimpina ongelmina on pienten työpaikkojen työterveyshuollon reistaileminen. Lyhytaikai-sissa työsuhteissa olevat työntekijät jäävät työterveyshuollon ulkopuolelle. Työterveys-huollon palvelut on turvattava kaikille työntekijöille työpaikan koosta ja työsuhteen luonteesta riippumatta. SAK korostaa yhteistyötä työterveyshuollon ja muiden terveys-palveluiden tuottajien kuten esimerkiksi mielenterveyspalveluista vastaavien kanssa. Ky-

syn, missä määrin työelämän epävarmuus, työntekijöiden heitteillejätto työelämän jatkuvassa muutoksessa ovat osaltaan johtaneet lisääntyneisiin mielenterveydenongelmiin, jotka ovat tällä hetkellä määrällisesti suurin eläköitymisen syy. On myös tehostettava työsuojelun ja työterveyden valvontaa sekä näiden viranomaistahojen yhteistyötä. Työssä jaksamisen toimenpideohjelman onnistuminen vaatii luotettavia mittausten menetelmiä, joilla ohjelman vaikutuksia voidaan seurata. Ensiarvoisen tärkeätä on, että työterveys- huollon kehittämiseksi varmistetaan työterveyshenkilöstön riittävä määrä, koulutus ja mahdollisuus riittävään ajankäyttöön. Tässä suhteessa törmätään sekä viranomaisten että työnantajien hämmästyttävään lyhytnäköisyyteen.

Aikanaan hyvä laki edellyttää paalupaikkojen tarkistuksia. Näin myös työterveyshuoltolaki joudutaan ottamaan lähiaikoina vuosihuoltoon. Tässä työssä toivon avointa mieltä kaikilta niiltä, jotka tähänkin asti ovat kantaneet huolta suomalaisten työntekijöiden hyvinvoinnista ja menestymisen mahdollisuuksista.

6. JUHLAPUHEENVUORO

*Pääjohtaja, professori Jorma Rantanen,
Työterveyslaitos*

TYÖTERVEYSHUOLTO ENNEN LAKIA, LAIN AIKANA JA TULEVAISUUDESSA

Työterveyshuolto Suomessa ennen lakia

Työterveyshuoltoa on eri intensiteetillä kehitetty maassamme 1850-luvulta lähtien, jopa hiukan aikaisemminkin. Varhaiset teolliset yritykset, jotka meilläkin olivat paljolti englantilaisten, skottien ja saksalaisten perustamia, toivat omissa maissaan noina aikoina käynnistyneen työterveysaatteen mukaan samalla, kun he toivat tänne teknologian ja yritystoiminnan osaamista. Ja ideat ottivat tulta, tehtaiden työntekijät saivat tavanomaisia terveyspalveluita tehtaan omalta lääkäriltä, jonka apu usein olikin tuiki tarpeen, kun harva piirilääkäriverkosto ja kaupunkien lääkärit eivät palveluita kyenneet usein kaukana keskuksista sijaitseville teollisuuspaikkakunnille tuottamaan. Työterveyshuollon sisältö oli tuolloin pääasiassa ensiapua ja yleistä avoterveydenhuoltoa –olipa useilla tehdaspaikkakunnilla sairaalakkin.

Maan teollistuessa työpaikkalääkäritoiminta kehittyi siten, että vuonna 1965 jo noin 325 000 työntekijää ja 155 000 perheenjäsentä eli noin 500 000 henkeä oli työterveyspalvelujen piirissä. Vastaava määrä vuonna 1973 oli noin 850 000, josta enää 100 000 oli perheenjäseniä. Tämä perheenjäsenille annettujen palvelujen väheneminen oli varmasti seurausta kansanterveyslain voimaantulosta vuonna 1972.

1970-luvun keskivaiheilla työterveyshuollon kattavuus edelleen kasvoi siten, että työterveyshuoltolain säätämisen aikoihin työterveyshuollon piirissä oli noin 1 miljoonaa työntekijää. Myös kansanterveyslain myötä perustetut terveyskeskukset osallistuivat talkoisiin, noin 200 000 henkilöä sai työterveyspalvelunsa terveyskeskusten työterveyshuollosta ja noin 600 000 palkansaajaa työnantajan omalta työterveysasemalta.

Työterveyshuoltolain valmistelu

Työterveyshuoltolakia oli valmisteltu jo 1960-luvun lopulla työnsä aloittaneen Noron toimikunnan ehdotuksista lähtien. Kyseinen komitea jätti mietintönsä vuonna 1971. Asiasta oli myös pitkään keskusteltu. Sen jälkeen työterveyshuoltosäännöksiä oli yritetty useaan otteeseen säätää työturvallisuuslakiin. Tämä ei kuitenkaan useastakaan syystä johtanut tulokseen. Niinpä, kun vuoden 1977 jälkipuoliskolla uhkaavan laman torjumi-

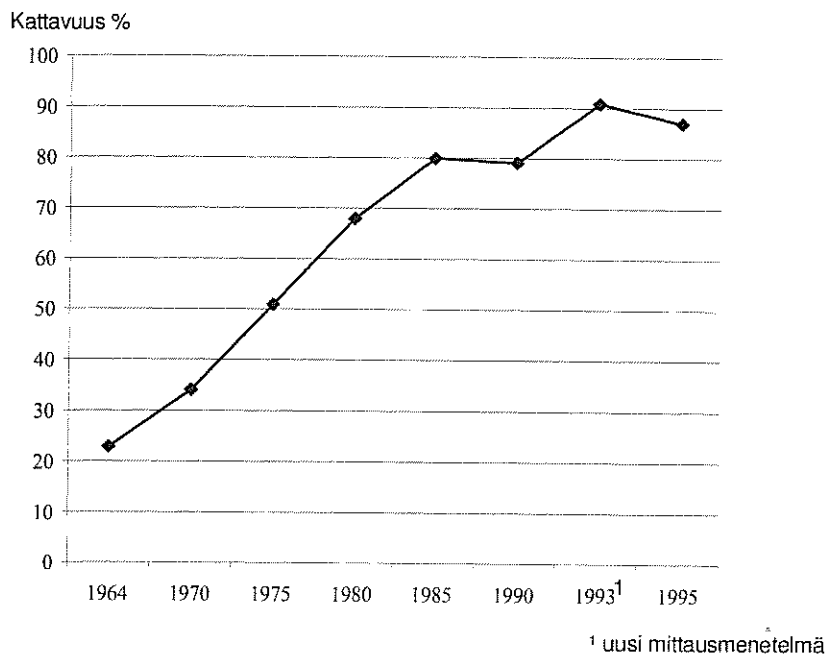
seksi suunniteltiin taloudellisia elvytystoimia, hallitus päätti samalla, että taloudellisen elvytyksen ohella myös työelämän laatua on kehitettävä. Hallitus päätti laatia erillislain työterveyshuoltoa varten ja sai aloitteelleen työmarkkinajärjestöjen tuen. Koska elvytyspakettilla oli kiire, myös lain valmistelun aikataulu määrättiin erittäin tiukaksi. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi lakia valmistelevalle toimikunnan toimeksiannon tammikuun 13. päivänä 1978 ja määräaika oli 18 vuorokautta myöhemmin tammikuun lopussa. Toimikunta työskenteli todella tehokkaasti; sihteeri ja puheenjohtaja kirjoittivat öisin komiteassa päivällä sorvattuja uusia pykäläversioita. Mielenkiintoista oli kuitenkin siinä määrin eroja, että toimikunta ei saanut työtään määräaikaan mennessä valmiiksi. Tarvittiin lisäaikaa ja ministeri myönsikin sitä ruhtinaalliset 10 päivää. 28 päivässä saatiin valmiiksi esitykset yhdeksi uudeksi laiksi sekä ehdotukset kansanterveystalain ja sairausvakuutuslain muutoksiksi. Näinä tulosjohtamisen aikoina voin todeta, että pykälä syntyi keskimäärin noin kahden pykälän päivävauhdilla, mutta erilaisia välivaihepykälä oli varmasti satoja. Kun oli kyse palvelujärjestelmästä eikä työsuojelun tarkastustoiminnasta, laki tehtiin tarkoituksella hyvin puitteenomaiseksi, jolloin sovellutukset määräytyisivät alemmanasteisilla säännöksillä ja saataisiin aikaan joustava ja kehityksen mukana elävä järjestelmä. Mielestäni tässä tavoitteessa onnistuttiin varsin hyvin, vaikka tiettyjä paineita toiseenkin suuntaan oli.

Jo alun perin tiedettiin, että lakiesitystä käsitellään vielä perusteellisesti hallituksessa ennen kuin se olisi kypsä eduskuntaan. Hallituksen käsittelyn aikana oli sitten jo mahdollista valmistella rauhallisemmassa tahdissa näitä sovellutussäännöksiä. Periaateratkaisujen synnyttyä hallituksessa ministeriö nimesi työterveyshuoltoryhmän valmistelemaan näitä alempia säännöksiä. Aikaa annettiin nyt 86 päivää, mutta se ei alkuunkaan riittänyt, vaan tarvittiin 46 päivää lisää ennen kuin 4 asetusta ja 4 valtioneuvoston päätöstä sekä myös Kansaneläkelaitoksen (KELAn) korvauserusteiden suuntaviivat oli muokattu konsensuksen edellyttämään muotoon. Tuolloin tehtiin todella tarkkaa työtä. Kun käytettävissä oleva aika hyvän kolmikantakäytännön mukaisesti alkoi käydä vähiin, jouduttiin kokouksien kestoja pidentämään. Viimeinen kokous alkoi torstaina iltapäivällä tiloissa, joissa Työterveyslaitoksen Työlääketieteen osasto piti perjantai-meetingejään. Perjantai-aamuna klo 8.30 joku Työlääketieteen osaston lääkäreistä pyrki huoneeseen, jossa komitean työt eivät olleet vielä alkuunkaan päättyneet. Huomatessaan hieman outoa väkeä kokoushuoneessa hän kysyi, onko tämä perjantai-meeting. Joku komitean jäsen vastasi, että "Ei, tämä on torstai-meeting". Itse asiassa tuo kokous kesti yhteensä myöhään perjantai-iltaan ja sen päättyessä säännökset olivat valmiit. Laki tuli voimaan 1.1.1979, mutta varsinaista lain mukaista työterveyshuoltoa alettiin toteuttaa vasta 1.7.1979 alkaen. Laki saatettiin voimaan kolmen vuoden siirtymäajalla porrastaen voimaantulo toimialan riskin ja toiminnan sisällön mukaan siten, että toimeenpanovaihe päättyi heinäkuussa 1982.

Vaikutukset kattavuuteen

Yksi lain keskeisiä tavoitteita oli lisätä työterveyshuollon kattavuutta vieden palvelut niiden noin miljoonan henkilön saataville, jotka eivät vielä olleet työterveyshuollon piirissä. Lain säätäminen lisäsi palvelujen kattavuutta suhteellisen tasaisesti siten, että työntekijäkattavuus saavutti 80%:n tason 1980-luvun puoliväliin mennessä eli laki lisäsi työterveyshuollon piiriin noin 700 000-800 000 henkeä (kuva 1). Sen vaikutus omaa työtään tekevien keskuudessa ja rakennusosalalla oli nähtävissä kuten tavoite olikin. Vaikka kattavuuden kehitys on nyt tasaantunut, meillä edelleenkin on noin 400 000 henkeä vailla työterveyspalveluja. Erityisesti kattavuusaukkoa on rakennus- ja kuljetusalalla. Kattavuuden parantuminen on tapahtunut kuitenkin kokonaislukuja merkittävämmiin kasvun suuntautumisen muodossa. Kasvun on kohdistunut pääasiassa niille alueille ja aloille, joilla ennen oli kattavuusaukko ja joilla objektiivinen tarve oli suurin, pientyöpaikoille,

omaa työtään tekeville ja esimerkiksi rakennusalalle. Myöhempi historia on osoittanut, että ilman lakia kattavuus tuskin olisi kehittynyt nykyiselle tasolle.



Kuva 1. Työterveyshuollon kattavuus työllisistä, %

Vaikutukset työterveyshuollon sisältöön

Työterveyshuoltolain toinen keskeinen tavoite oli lisätä ennaltaehkäisevää toimintaa. 1960-luvulle saakka valtaosa terveystalvakuutuspalveluista käsitti lähinnä tavanomaisia avosairaanhoidopalveluita ja yleistä terveydenhuoltoa. Suurilla työpaikoilla oli jo kuitenkin aiemminkin järjestetty ennaltaehkäiseviä toimintoja, työhygieniää, tapaturmantorjuntaa, terveysneuvontaa jne. Työturvallisuuslaki vuodelta 1958 oli myös edellyttänyt terveystarkastuksia riskialttiissa töissä oleville ja eräisiin vaarallisiin ja vaativiin ammatteihin tulevien työhöntulotarkastuksia. Muutosta työterveyshuollon sisältöön tuli jossain määrin jo vuonna 1969, kun sairausvakuutuslain mukaan alettiin työnantajalle korvata myös ennaltaehkäiseviä palveluja. Tämä siirsi palvelujen sisällön tasapainoa ehkäisyn hyväksi. Työterveyshuoltolaki vahvisti ja vakiinnutti ennaltaehkäisevän otteen sekä sisällön että muun muassa korvausten osalta.

Suomessa on kuitenkin aina pidetty tärkeänä, että työterveyshuolto sisältää sekä hoitavan että ennaltaehkäisevän toiminnan. Hoitavan toiminnan olemassaoloa perustellaan sekä terveydellisin että toiminnallisin perustein. Työperäiset terveysvaarat havaitaan varhaisemmin ja luotettavimmin, jos työterveyshuolto tarkastelee työntekijän terveyttä kokonaisuutena. Toisaalta terveystalvakuutuspalvelujen nopea saanti jopa kesken työpäivää säästää sekä työntekijältä että työnantajalta aikaa ja kustannuksia. Työterveyshuolto tuntee asiakaidensa työolot, millä on merkitystä monella tavoin sekä diagnostiikan että hoidon ja esimerkiksi avohoidon lääkityksen osalta. Työterveyshuolto vastaa osaltaan myös palvelujen käytön terveydenhuollollisesti oikeamman jakautumisen suuntaan – onhan työikäinen varsinkin miespuolinen väestö ollut jatkuvasti palvelujen alikäyttäjät.

1990-luvun alussa lakiin sisällytetty työkykyä ylläpitävä toiminta entisestään perustelee sekä hoitavan että ennaltaehkäisevän toiminnan toteuttamista yhdessä. Samaa voi sanoa ikääntyvän työntekijän tarvitsemista palveluista, jotka edellyttävät työntekijän terveyden samoin kuin toiminta- ja työkyvyn hyvin monipuolista tarkastelua suhteessa työn asettamiin vaatimuksiin.

Työkykyä ylläpitävästä toiminnasta onkin 1990-luvulla tullut työterveyshuollon keskeinen kehitysimpulssi. Se on kansallinen innovaatio, jota suuret maat hiukan ihmetellen katsovat, mutta suomalaiset vain määrätietoisesti toteuttavat. Tällä hetkellä noin 80% työvoimasta toimii työpaikoilla, joilla jonkinasteista tyky-toimintaa on harjoitettu ja valtaosa sekä työnantajista että työntekijöistä katsoo toiminnan olevan hyödyllistä sekä terveyden, työkyvyn että talouden kannalta katsottuna.

Tyky-toimintahan ei olisi nykyisessä mittakaavassa mahdollista ilman hyvin toimivan laaja-alaisen työterveyshuollon tukea. Näitä 'uuden työelämän' tarpeita ajatellen Suomessa jo varhain valittu linja työterveyshuollon kattavuuden parantamiseksi ja sisällön kehittämiseksi vaikuttaa onnistuneelta.

Työterveyshuollon henkilöstö

Työterveyshuoltolain tavoitteena oli toiminnassa tarvittavien pätevien henkilöstövoimavarojen varmistaminen. Suomen työterveyshuolto on kautta aikojen nojannut työparin, työterveyslääkäri-työterveyshoitaja, toimintaan. Ennen lakia työterveyslääkäreinä toimivat yleislääkärit usein osa-aikaisesti ja suurilla paikkakunnilla eri alojen specialistit varsin vaihtelevalla koulutuksella. Työterveyslaitos aloitti työterveyslääkäreiden ja työterveyshoitajien kurssimuotoisen koulutuksen jo 1940-luvun lopulla ja jatkaa sitä edelleen. Vuonna 1954 maahan saatiin työlääkätieteen spesialiteetti, mutta valtaosa työpaikkojen lääkäreistä toimi edelleen yleislääkäripohjalta.

Työterveyshuoltolain voimaa tullessa Suomessa toimi noin 2 500 henkilöä työterveyshuollossa, heistä 850 oli lääkäreitä ja 1 322 terveydenhoitajaa ja sairaanhoitajaa. Työterveyshuoltolaki sisälsi myös pykälän työterveyshuoltohenkilöstön täydenniskoulutuksesta. Kuitenkin jo varhain alettiin keskustella koulutuksen saattamisesta systemaattiselle pohjalla. Opetusministeriö oli asiassa aktiivinen. Vuonna 1974 työskennellyt professori Sven Hernbergin johdolla toiminut työryhmä ehdotti 60 tunnin työterveyshuollon opetusjakson sisällyttämistä kaikkien lääkäreiden peruskoulutukseen. Työryhmä ei katsonut tarpeelliseksi perustaa työpaikkalääkäriä, so. työterveyshuollon spesialiteettia, mutta esitti heille soveltuvan suuntautumisvaihtoehdon yleislääkätieteen erikoislääkäritutkintoon. Lisäksi työryhmä esitti työlääkätieteen erikoislääkäritutkintoon täsmennyksiä ja koulutuspaikkojen lisäystä.

Työterveyshuoltolain säätämisen jälkeen alettiin suunnitella myös työterveyshuollon spesialiteettia tavoitteena se, että jokainen työterveyshuollon kokopäiväinen lääkäri olisi alan erikoislääkäri. Pohjoismaiden ministerineuvoston aloitteen pohjalta spesialiteettineuvottelukunta perusti työterveyshuollon erikoisalan vuonna 1981 ja alan koulutusohjelmat suunniteltiin opetusministeriön asettamassa työryhmässä vuonna 1987, jolloin suunniteltiin koulutuksen rakenne ja sisältö sekä arvioitiin koulutustarve. Lain voimaantulon jälkeen työterveyshuollon piirissä mukana olevien lääkäreiden määrä on noussut lähes kaksinkertaiseksi ja maamme työterveyshuollossa on tällä hetkellä lähes 4 000 henkilöä, joista noin 1 800 on toiminnassa mukana olevia lääkäreitä tehden noin 900 henkilön työpanoksen ja 2 000 työterveyshoitajaa sekä yhteensä noin fysioterapeuttia ja psykologia. Parhaillaan heidän koulutuksensa uudelleen järjestäminen on meneillään ns. TAP-työryhmän suunnittelutyön pohjalta ja samalla on tarkoitus tehostaa myös muiden työter-

veyshuollon toteutuksessa tarvittavien asiantuntijaryhmine koulutusta. Koulutuksen uudistaminen on tullut erityisen tarpeelliseksi uusien sisältöjen tultua ajankohtaisiksi työelämän muutoksen seurauksena. Työterveyshoitajien koulutusta ollaan samalla tavoin kehittämässä siten, että myös tälle työterveyshuollon avainryhmälle tullaan järjestämään spesialiteettiin johtavat opinto-ohjelmat.

Työterveyshuollon kustannukset

En tässä yhteydessä aio tehdä tarkempaa analyysia työterveyshuollon taloudellisesta puolesta, vaan rajaudun vain muutaman huomion varaan. Ensinnäkin Kansaneläkelaitoksen suorittama korvaus työterveyshuollon kustannuksista oli mahdollista sairausvakuutuslain säätämisestä alkaen, siis käytännössä vuodesta 1964. Aluksi korvaus maksettiin yleisten sairausvakuutusperiaatteiden mukaisesti, mutta erotukseksi tavanomaisesta avoterveydenhuollonkäytännöstä työntäjä haki sitä kollektiivisesti työntekijöilleen antamiansa sairaanhoitopalvelujen korvaukseksi, jotka muualla terveydenhuollossa haettiin potilaan itsensä toimesta. Asteittain korvausperusteita alettiin kehittää siten, että niille tuli myös toimintaa ohjaavaa vaikutusta ja ennaltaehkäisevä toiminta nousi hoitavan toiminnan veroiseksi korvauksen kohteena. Työterveyshuoltolakiuudistuksen yhteydessä ehkäisevä toiminta asetettiin säädöstasolla tasa-arvoiseen asemaan. Vuonna 1995 astui voimaan korvausuudistus, joka entistä tarkemmin suhteutti korvausta toiminnan sisältöön. Alun perin työterveyshuoltolasin säätämismuutoksessa korvaus oli 60 %, mutta myöhemmin se alennettiin 50%:iin. Muutamia aloitteita korvaustason laskemiseksi on edelleen tehty, mutta ne eivät ole johtaneet tuloksiin. Korvaustaso säilyi tietyin ponnistuksin tuolla tasolla myös vuosisadan syvimmän taloudellisen laman aikana 1990-luvun alussa.

Korvausjärjestelmällä oli alun perin tavoitteena kannustaa työnantajia työterveyspalvelujen järjestämisessä ja samalla myös tasoittaa yritysten välisiä taloudellisia voimavaroja työterveyshuollon järjestämisessä. Järjestelmää on myös yhteisellä sopimuksella käytetty toiminnan sisällön ohjaamiseen haluttuun suuntaan. On aivan ilmeistä, että korvausjärjestelmä on osoittautunut onnistuneeksi ja sitä kannattaa jatkaa ja kehittää edelleen vähintäänkin nykyisillä korvaustasoilla ja työterveyshuollon uudet sisältökehitykset huomioiden ottaen.

Lain vaikutus on asteittain lisännyt toiminnan taloudellistakin volyyymia. Vuonna 1975 Kansaneläkelaitos maksoi korvauksia 73 miljoonaa, tänään summa on noin 673 miljoonaa eli noin kaksinkertainen siihen summaan nähden, mitä tuo 73 miljoona olisi nykyrahassa.

Työterveyshuolto on kustannuksiltaan osoittautunut kohtuulliseksi eivätkä laki sen paremmin kuin muutkaan kehittämistoimet ole johtaneet kustannusten hallitsemattomaan kasvuun, vaan tapahtunut kasvu on ollut tasapainoinen suhteessa toiminnan kattavuuden ja sisällön kehityksen kanssa. Lukuisat kansantalouden ja yritystaloudenkin tasolla tehdyt analyysit osoittavat, että työterveyshuolto on kustannus-hyötysuhteeltaan yritykselle kannattavaa, kun korvaustaso pidetään nykyisellään. Paikoin työterveyshuoltotoimenpiteiden yritykselle tuomat hyödyt ovat niin merkittävät, että olisi tappiollista jättää työterveyshuoltoa kehittämättä.

Työterveyshuollon integraatiokysymykset

Yksi lain tavoite oli tehostaa työterveyshuollon yhteistoimintaa kolmeen suuntaan, itse työpaikalle, työsuojeluun ja perusterveydenhuoltoon. Työterveyshuolto on tyypillisimmillään toimintaa, jolle yhteistyösuhteet hyvin monelle taholle ovat elintärkeitä, mutta erityisesti suhteet työpaikan johtoon ja yhteistyöelimiin, kansanterveystyöhön ja työsuojeluun. Kaikilla näillä alueilla todettiin lain laatimisen aikoihin ongelmia. Kansanterve-

ystyö ja sen suunnittelu eivät saaneet riittävästi informaatiota työterveyshuollon toimista ja päinvastoin. Samoin työsuojelutoiminnassa kaivattiin laajasti yhteyksiä työterveyshuoltoon päin. Laki ja KELAn korvausjärjestelmän uudistus toivat tähän jossain määrin parannusta. Kun työnantajalle tuli korvauksen saannin ehdoksi laatia työterveyshuolto-suunnitelma ja -raportti, edellytettiin, että suunnitelma käsitellään työsuojelutoimikunnassa. Tämä toi työterveysasiat ainakin määräajoin toimikunnan esityslistalle. Näin samalla kehitettiin osallistumis- ja yritysdemokratiaperiaatetta työterveyshuollossa.

Työpaikkatasolla suunnittelukäytäntö edelleen tiivistä työterveyshuollon ja työsuojelun suhdetta. Työterveyshenkilöstö on monissa yrityksissä työsuojelutoimikunnan asiantuntija ja on siten aina mukana yhteistyöpartnerina ja asiantuntija-apua antaen. Nytemmin EU-direktiivin vaikutuksesta vastaavanlainen suunnitelma edellytetään myös työsuojelutoiminnalta, mikä entisestään lisää vuorovaikutusta. Edelleenkin tällä alueella olisi kuitenkin yhteistyössä kehitettävää.

Kansanterveystyöhön päin integraatiota kehitettiin vuosina 1989-92 väestövastuukokeilun avulla. Tämä kokeilu liitti noin 800 000 ihmistä työterveyshuollon järjestelmästä omalääkärijärjestelmän piiriin. Työterveyslääkäri on siis huolissaan olevan työntekijän omalääkäri vastaten osaltaan myös tämän perusterveydenhuollosta. Kokeilussa testattua järjestelyä pidettiin voittopuolisesti onnistuneena. Tulevaisuudessa tällaisen integraation tarve tulee entisestään kasvamaan. Toisaalta toiminnan integraatiomahdollisuudet muun muassa telemaattisten yhteyksien ansiosta paranevat.

Työterveyshuollon kehittämislinjaukset

Suomi ratifioi vuonna 1986 Kansainvälisen työjärjestön, ILO:n, työterveyshuoltosopimuksen, jonka laadinnassa suomalaisilla oli ollut merkittävä osuus. Ratifiointitoimiin liittyen ryhdyttiin valmistelemaan myös kansallista työterveyshuollon kehittämissuunnitelmaa. Se valmisteltiin Työterveyshuollon neuvottelukunnan toimesta ja hyväksyttiin vuonna 1989 valtioneuvoston periaateohjelmaksi. Ohjelma sisälsi 18 työterveyshuollon kehittämistavoitetta, jotka suunniteltiin toteutettavaksi noin 1990-luvun puoliväliin mennessä. Ohjelman toteutus arvioitiin vuonna 1998. Kaikkien kehittämislinjaukset kohdalla todettiin tapahtuneen selvää kehitystä, jos kohta osa tavoitteista ei ollut täysin toteutunut. Myös uusia tavoitteita oli tullut mukaan muun muassa työkykyä ylläpitävän toiminnan ja psyykkisen työterveyden aloilla. Työterveyshuollon toteuttamisessa ja kehittämisessä mukana olevat osapuolet olivat sängen sitoutuneita työterveyshuollon edelleen kehittämiseen ja tekivät uusia aloitteita toiminnan edistämiseksi.

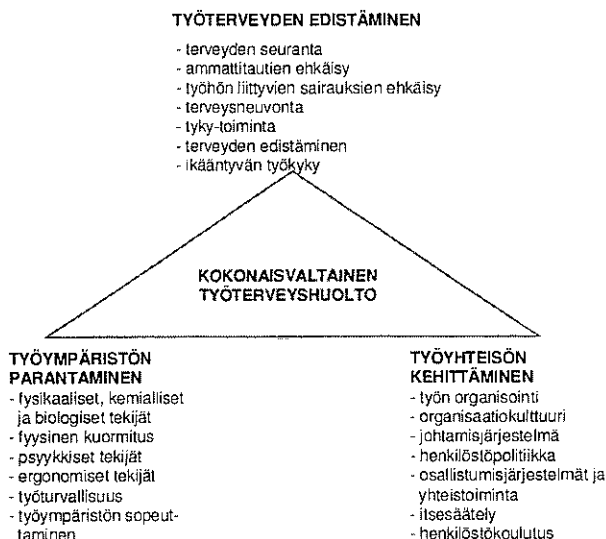
Vuoden 1994 työterveyshuoltoa koskevaa valtioneuvoston päätöstä uudistettaessa työterveyshuoltosäädöksiin tuotiin mukaan hyvän työterveyshuollon käsite. Tässä oli heijastumia tuotantoelämässä muutoin nopeasti kehittyneestä laatuajattelusta, samanaikaisesta terveydenhuollon piirissä esiin tulleesta näyttöön perustuvan lääketieteen periaatteista ja EU-direktiivien periaatteista. Vuonna 1997 valmistui *Hyvä työterveyshuoltokäytäntö*-opas laajan valmistelutyön pohjalta. Tämä opas on nyt kakkien työterveyshuoltoasiantuntijoiden käytössä ja hyvää käytäntöä on koulutettu intensiivisesti. Tuon toimintaoppaan valmistuttua on laadittu lukuisia ongelma- ja toimintokohtaisia oppaita, jotka täsmentävät hyvää käytäntöä yksityiskohtaisemmin sisällön puolesta. Työterveyshuollon keskeisimmät virstanpylväät on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Työterveyshuollon keskeisimmät virstanpylväät

1954	Työlääkietieteen spesialiteetti
1963	Sairausvakuutuslaki
1971	Sopimus työpaikkaterveydenhuollon kehittämisestä
1972	Työpaikkaterveydenhuollon sovellusohjeet
1972	Kansanterveyslaki
1974	Sairausvakuutuksen korvauserusteiden muutos - ennaltaehkäisy
1978	Työterveyshuoltotoimikunta I–II
1978	Työterveyshuoltolaki
1979 -	Työterveyshuoltolain toimeenpano
1982	asteittain toimialariskin ja sisällön mukaan porrastettuna sujui kitkatta
1981	Työterveyshuollon spesialiteetti
1986	ILO:n työterveyshuoltokonventio ratifioidaan
1989	Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjat
1990	Keskeisten työmarkkinajärjestöjen tulopoliittisen sopimuksen liitesuositus työkykyä ylläpitävistä toimenpiteistä työpaikalla
1991	Työkykyä ylläpitävä toiminta työterveyshuoltolakiin
1994	Vnp työterveyshuollosta: työkykyä ylläpitävä toiminta, hyvä työterveys-huoltokäytäntö, seurannan ja arvioinnin periaate
1995	Korvausjärjestelmän ja korvauserusteiden uudistus
1997	Hyvä työterveyshuoltokäytäntö
1999	TAP-työryhmän mietintö työterveyshenkilöstön ja asiantuntijoiden koulutuksesta
2000	Työterveyshuoltolakityöryhmä

Tulevaisuuden haasteita

Edellä on jo käynyt ilmi, että vuonna 1978 toteutettu työterveyshuoltolakihanke on ollut menestyksenkäs ja se on synnyttänyt syvällisiä vaikutuksia, ei yksinomaan työterveyshuoltopalveluihin vaan laajemminkin työelämässä. Näyttää siltä, että mitä enemmän työelämä kehittyy ns. jälkiteolliseen suuntaan, sitä enemmän kokonaisvaltaisen, laaja-alaisen kehityshakuisen työterveyshuollon tarve kasvaa. Työterveyshuolto on myös muuttumassa terveyspalvelusta monitieteiseksi työn, terveyden ja työkyvyn edistämistoiminnaksi, joka tukee yrityksen tai organisaation yleistä kehittymistavoitetta (kuva 2.) Työelämän rakennemuutos edellyttää toisaalta entistä laajemmin myös väestövastuuperiaatteen toteuttamista. Näin työterveyshuolto pitää huolta työssäkäyvän yksilön terveys- ja turvallisuustarpeista työpaikalla ja elämässä laajemminkin.



Kuva 2. Kokonaisvaltaisen työterveyshuollon elementit

Uudella vuosituhannella työterveyshuollon edessä on uusia haasteita:

- työelämän pilkkoutumisen vaikutukset palvelujärjestelmään
- ikääntyvän työntekijän terveys ja työkyky
- työkyky, työssä jaksaminen ja työkykyä ylläpitävä toiminta
- psyykinen kuormitus ja stressi
- kevyen toimistotyypin työn ergonomia
- tietointensiivisen työn ongelmat
- uudet biologiset, kemialliset ja fysikaaliset riskit
- lukuisten erityisryhmien työterveystarpeet
- palvelujen moniammatillisuus
- työyhteisöjen kehittäminen
- työterveyden ja turvallisuuden varmistaminen globalisoituvassa ja kansainvälistyväsä ympäristössä

Työterveyshuolto muun terveydenhuollon tavoin kohtaa myös kasvavassa olevat huume- ja muut päihdeongelmat, elämäntapaongelmat ja yleisen väestön ikääntymiseen liittyvät ongelmat. Vaikka nämä ongelmat eivät johdukaan työstä, ne vaikuttavat työkykyyn ja sitä kautta muodostavat haasteen työterveyshuollolle. On aivan ilmeistä, että Suomessa valittu työterveyshuoltomalli luo hyvän perustan näihin uusiinkin haasteisiin vastaamiselle, vaikka se ei tulekaan olemaan helppoa. Samalla se tekee työterveyshuollosta välttämättömän ja tarpeellisen työelämän kehittämisinfrastruktuurin.

Mikä on tämän onnistuneen menestyksen salaisuus? Menestystekijöitä on useita, ensiksi-kin valittu palvelustrategia tarkastus- ja valvontastrategian sijasta, valmistelussa käytetty laaja ja syvälinen asiantuntemus koskien sekä Suomen että useiden maiden maiden työterveyshuoltoa, lain laatiminen puitelain muotoon, jolloin muutosten tarve työelämän muuttuessa on ollut vähäinen, eikä vähiten suomalaisen työterveyshuollon asiantuntijayhteisön motivaatio ja luovuus kehittämistyössä. Väittäisin, että se monikantayhteistyö, jossa valtiolta, sosiaaliturvainsstituutio, työmarkkinaosapuolet, tutkimus- ja asiantuntijalaitos sekä työterveyshenkilöstöä edustavat asiantuntijajärjestöt ovat pitkäjänteisesti ja kaukonäköisesti toimineet yhdessä sekä policy-tasolla että käytännössä, on kansainväli-

sestikin ainutlaatuisista. Paljon on vielä tekemättä, mutta uskon, että työterveyshuoltojärjestelmän rakentamisessa ja kehittämisessä mukana olleet tahot päättävät 2000-luvullakin jatkaa hyvää perinnettä kehityshakuisen yhteistyön merkeissä.

Yhteenveto

Työterveyshuoltolain säätämislle yli 20 vuotta sitten asetetut tavoitteet ovat toteutuneet valtaosin, joskaan eivät aivan 100-prosenttisesti. Tehdyt perusratkaisut työterveyspalvelujen ulottamiseksi kaikille, sisällön kehittäminen monipuoliseksi ja järjestelmän vahvasti palveluluonteinen toiminta valvontatyyppiseen, vain terveystarkastuksiin keskittyvän toiminnan sijasta oli erittäin onnistunut. Korvausjärjestelmän kohdalla tavoitteet ovat toteutuneet hyvin ja kustannukset ovat säilyneet hallinnassa toiminnan voimakkaasta kehityksestä huolimatta. Alalla työskentelee hyvin motivoitunut ja pätevät koulutukseen ja kehitykseen motivoitunut henkilöstö. Monikantayhteistyö toimii hyvin ja tukee määrätietoisesti järjestelmän kehittämistä. Korvausjärjestelmä toimii hyvin sekä taloudellisena kannustimena että ohjaavana instrumenttina.

On myös aivan ilmeistä, että tulevaisuudessakin meillä on paremmat valmiudet kuin muilla mailla kehittää työelämäämme työterveyshuoltoa apuna käyttäen. On mielenkiintoista nähdä, miten Euroopan yhteisön työympäristödirektiivi ja Suomen työterveyshuolto kohtaavat käytännössä ns. monialapalvelujen järjestämisessä. En usko tässä syntyvän ratkaisemattomia ongelmia. Mikäli jatkamme valitulla kehityshakuisella linjalla, meillä on realistinen mahdollisuus lukuisten kotimaisten hyötyjen lisäksi pitää myös kärkipaikka työterveyshuollon tasossa niin Euroopassa kuin koko maailmassakin.

Kirjallisuutta

Concern for Europe's Tomorrow. Health and the Environment in the European region. World Health Organization, WHO European Centre for Environment and Health. Stuttgart 1995:Chapter 15.

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Opas toiminnan suunnitteluun ja seurantaan. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos, Helsinki 1997.

Rantanen J, Lehtinen S (toim.). Country Reports of the Preparatory Consultation for the International Symposium on Occupational Health for Europeans 28.–29.9.1998, Espoo, Finland. People and work. Research reports 29. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki 1999.

Rossi K. Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjat –asiakirjan toimeenpanosuunnitelman toteutumisen arviointi vastuuyksiköittäin. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos, Helsinki 1998. 65 sivua + liitteet

Räsänen K (toim.). Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1997. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1999. 76 sivua + liitteet

Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyshuollon neuvottelukunta, Helsinki 1989. 77 s.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyshuollon neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1992:15. Painatuskeskus, Helsinki 1992.

Ylikoski M, Rantanen J. Työterveyshuolto. Johdatus työterveyshuoltolainsäädäntöön. Suomen Teollisuuslääketieteen Yhdistys, Helsinki 1979.

Juhlaseminaarin ohjelma*TYÖTERVEYSHUOLTOLAKI 20 VUOTTA*

25.5.1999 klo 12.00 - 17.00, Marina Congress Center, Helsinki

Seminaarin avaus

12.00 - 12.15 Sosiaali- ja terveysministeriö
Kansliapäällikkö Markku Lehto

Kansainväliset tervehdykset

12.15 - 12.30 International Commission on Occupational Health (ICOH)
Professori Kaj Husman

12.30 - 12.45 Health Services Research and Evaluation of Occupational Health (ICOH)
Professori Peter Westerholm

12.45 - 13.00 International Labour Organization (ILO)
Johtaja Jukka Takala

Elinkeinoelämän tervehdyspuhe

13.00 - 13.30 Työelämän uusista kvalifikaatioista
Elinkeinoelämän Valtuuskunta EVA
Johtaja Tuulikki Petäjaniemi

13.30 - 14.00 Kahvitauko

Työmarkkinajärjestöjen tervehdykset

14.00 - 14.15 Teollisuuden ja Työnantajain Keskusliitto
Asiantuntijalääkäri Kari Kaukinen

14.15 - 14.30 Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry
Osastopäällikkö Kirsti Palanko-Laaka

Juhlapuhe

14.30 - 15.00 Työterveyslaitos
Pääjohtaja Jorma Rantanen

15.00 - 17.00 Cocktail-tilaisuus

- 2000: 1 Arto Teronen. Ikääntymiskysymys osaksi henkilöstöraportointia.
ISBN 952-00-0780-6
- 2 Marja Pajukoski. Mitä ehkäistiin? Projektit ja ohjelmat paikallisen ehkäisevän sosiaalipolitiikan kehittämismittareina.
ISBN 952-00-0822-5
- 3 Työterveyshuoltolaki 20-vuotta. Juhlaseminaari.
ISBN 952-00-0826-8