



# Moniammatillisuus työterveyshuollon työterveysneuvottelussa

Susanna Liukkonen

Opinnäytetyö, AMK  
Lokakuu 2021  
Terveys- ja hyvinvointialat  
Kuntoutuksen ohjaaja (AMK)

Liukkonen, Susanna

### Moniammatillisuus työterveyshuollon työterveysneuvottelussa

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Lokakuu 2021, 43 sivua

Terveys- ja hyvinvointialat. Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Julkaisun kieli: suomi

Verkkojulkaisulupa myönnetty: kyllä

### Tiivistelmä

Työnantajalla ja työterveyshuollolla on yhteistyössä muiden terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden kanssa hyvä mahdollisuus ehkäistä työkyvyttömyyttä. Toimivalla työterveyshuollon moniammatillisella yhteistyöllä on erityinen merkitys tilanteessa, jossa työntekijän työkyky on heikentynyt niin, että tarvitaan kuntoutuksellisia toimenpiteitä. Työterveysneuvottelu on keskeinen eri työterveyshuollon ammattiryhmiä koskettava työkyvyn tuen työkalu työntekijän työkyvyn ja kuntoutumisen tukemiseen liittyen. Opinnäytetyö on osa Kuura-hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää moniammatillista yhteistyötä työpaikan toimijoiden, työterveyshuollon ja työhön kytkeytyvän kuntoutuksen välillä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla moniammatillisuuden ilmenemistä työterveysneuvotteluprosessin eri vaiheissa biopsykososiaalisen viitekehyksen kautta tarkasteltuna. Kirjallisuuskatsauksen aineisto haettiin suomalaisista sähköisistä tietokannoista Medic, Arto ja Melinda. Hakusanoina olivat työterv\* ja moniamm\*. Ajalliseksi rajaukseksi asetettiin vuodet 2000–2021. Tietokantahaku ja valintaa ohjattiin hakulausekkeen sekä mukaanotto- ja poissulkukriteerien avulla. Kirjallisuuskatsauksen aineiston muodosti yhteensä 15 artikkelia, tutkimusta ja hankeraporttia. Aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalysillä.

Moniammatillisen toiminnan edellytykset kuvautuvat selkeästi parhaimpana biopsykososiaalisessa viitekehysessä tarkasteltuna biologisen näkökulman kannalta. Aineistossa korostui työterveyshoitajien, työterveyslääkäreiden sekä työfysioterapeuttien hyvä resurssointi työterveyshuoltoyksiköissä. Harvaan asutulla alueella voi olla haasteita pätevien työntekijöiden saamisessa erityisesti asiantuntijoiden osalta, mikä voi korostaa ammattihenkilöiden asemaa ja biologista näkökulmaa. Käytännössä työterveysneuvottelun eri vaiheet kuvautuivat työterveyslääkärin ohjaamaksi ja vastaamaksi toiminnaksi, jossa muut ammattiryhmät tukevat tarvittaessa. Tuloksissa nousi esiin työterveyshuollon ammattihenkilöiden asiantuntija-aseman, vahvojen professioiden sekä pitkäaikaisten toimintatapojen vaikutus moniammatilliseen yhteistyöhön. Myös työntekijöiden työkokemuksen pituus sekä muiden ammattiryhmien työnkuvan ja toimintamahdollisuuksien tuntemus vaikutti yhteistyöhön. Etenkään asiantuntijoiden osaamista ei välttämättä ole osattu hyödyntää tarkoituksenmukaisesti. Biopsykososiaalisen viitekehyksen sosiaalisuusnäkökulma oli aineistossa ali-edustettuna. Vaikka sosiaalialan asiantuntijalla tunnistettiin olevan tärkeää osaamista erityisesti osatyökykyisen työntekijän tukemiseksi, ammattikunnan palveluita ei osata hyödyntää vielä riittävästi.

### Avainsanat (asiasanat)

työterveyshuolto, työterveysneuvottelu, moniammatillisuus, biopsykososiaalinen orientaatio

### Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

**Liukkonen, Susanna**

**Multi-professionalism in return to work negotiations**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, October 2021, 43 pages

Health and well-being. Degree Programme in Rehabilitation Counselling. Bachelor's thesis.

Permission for web publication: Yes

Language of publication: Finnish

**Abstract**

The employer and occupational health care, in co-operation with other health care and rehabilitation actors, have a good opportunity to prevent incapacity for work. Effective multi-professional co-operation in occupational health care is of particular importance in a situation where an employee's ability to work has impaired so that rehabilitative actions are needed. Return to work negotiation (RTW) is a very important tool for various occupational health care professional groups in support of employee work ability and rehabilitation. The thesis is part of the Kuura-project, the purpose of which is to develop multi-professional co-operation between workplace actors, occupational health care and work-related rehabilitation.

The aim of the thesis was to describe the manifestation of multi-professionalism in different stages of the RTW negotiation process with the help of a descriptive literature review, examined through a biopsychosocial frame of reference. The material of the literature review was retrieved from the Finnish electronic databases Medic, Arto and Melinda. The keywords are occupation \* and multi-professio\*. The time limit for the search was the years 2000–2021. Database searches and selection were guided by a search clause and inclusion and exclusion criteria. The material of the literature review consisted of a total of 15 articles, research and project reports. The material was analyzed by theory-based content analysis.

The conditions for multi-professional activity are clearly described as the best in the biopsychosocial framework from a biological perspective. The material emphasizes the good resourcing of occupational health nurses, occupational health physicians and occupational physiotherapists in occupational health care units. In a thinly populated area, there may be challenges in finding qualified workers, especially for experts, which can emphasize the status of professionals and the biological perspective. In practice, the preparation, implementation and follow-up of a RTW negotiation were described as activities supervised and managed by an occupational health doctor, where other professional groups support them if necessary. The results highlighted the impact of the expert status of occupational health care professionals, strong professions and long-term practices on multi-professional cooperation. The co-operation also affected the length of the employees' work experience and their knowledge of the work image and operational opportunities of other professional groups. In particular, the expertise of experts may not have been used appropriately. The social aspect of the biopsychosocial framework was underrepresented in the data. Although a social expert is identified as having important skills, especially to support a partially capable worker, the services of the profession are not yet sufficiently utilized.

**Keywords/tags (subjects)**

occupational health care, return to work negotiation, multi-professional, biopsychosocial orientation

**Miscellaneous (Confidential information)**

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Opinnäytetyön lähtökohdat ja tietoperusta .....</b>	<b>3</b>
2.1	Moniammatillisuus.....	4
2.2	Työterveysneuvottelu osana työkyvyn tukemista .....	7
2.3	Biopsykososiaalinen ihmiskäsitys.....	10
<b>3</b>	<b>Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Opinnäytetyön toteutus.....</b>	<b>13</b>
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	13
4.2	Aineiston keruu .....	14
4.3	Aineiston analyysi.....	17
<b>5</b>	<b>Kirjallisuuskatsauksen tulokset .....</b>	<b>18</b>
5.1	Moniammatillinen yhteistyö biopsykososiaalisessa viitekehyksessä .....	18
5.1.1	Biologinen näkökulma .....	18
5.1.2	Psykologinen näkökulma .....	24
5.1.3	Sosiaalinen näkökulma .....	25
<b>6</b>	<b>Johtopäätökset.....</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>28</b>
7.1	Tulosten arviointi ja hyödynnettävyys .....	28
7.2	Luotettavuus .....	31
	<b>Lähteet .....</b>	<b>34</b>
	<b>Liitteet .....</b>	<b>38</b>
	Liite 1. Aineiston luokittelu lähdetyypeittäin biopsykososiaalisessa viitekehyksessä .....	38
	Liite 2. Aineiston analyysin ylä- ja alakategoriat .....	43

## Kuviot

Kuvio 1.	Työkykytalo .....	8
Kuvio 2.	Ongelman selvittely ja ratkaisu.....	9
Kuvio 3.	Aineiston valintaprosessi.....	16

## Taulukot

Taulukko 1.	Mukaanotto- ja poissulkukriteerit.....	15
-------------	--	----

# 1 Johdanto

Yhteiskunnallinen kuntoutustarve perustuu kansalaisten perusoikeuksiin, joita ovat muun muassa oikeus elämään, henkilökohtaiseen turvallisuuteen, työhön, toimeentuloon ja huolenpitoon. Tarve perustuu myös siihen, että työvoimaa on riittävästi saatavilla ja etteivät yhteiskunnan sosiaali- ja huoltokustannukset nouse liian suuriksi. Kuntoutus on liittynyt läheisesti terveydenhuoltoon, sosiaalihuoltoon, työsuojeluun, koulutustoimeen sekä työvoima- ja eläkepolitiikkaan. Yhteiskunnallisesti kuntoutustarpeita on noussut etenkin ikääntyneiden työurien jatkamisen osalta ja pitkäaikaistyöttömien syrjäytymisen ehkäisyn ja työllistyvyyden parantamisen osalta. Myös työssä olevien työkykyä ja työssä jaksamista tulee parantaa ennaltaehkäisyn näkökulma huomioiden. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 9–18.)

Työnantajalla ja työterveyshuollolla on yhteistyössä muiden terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden kanssa hyvä mahdollisuus ehkäistä työkyvyttömyyttä. Eri yhteiskunnan säädöksillä on ohjattu puuttumaan työkykyongelmiin varhaisessa vaiheessa ja ohjattu yhteistyöhön eri preventiivitoimilla. (Uitti 2018, 15.) Toimivalla työterveyshuollon moniammatillisella yhteistyöllä on erityinen merkitys tilanteessa, jossa työntekijän työkyky on heikentynyt niin, että tarvitaan kuntoutuksellisia toimenpiteitä. Työeläkekuntoutusta kartoitettaessa Gould, Härkäpää ja Järvikoski (2012) havaitsivat, että alle puolet tutkimukseen osallistuneista työvoimassa olleista kuntoutujista ilmoitti työterveyshuollon osallistuneen merkittävästi kuntoutussuunnitelman tekoon. Työkykyyn vaikuttaviin ongelmiin ja koettuun kuntoutustarpeeseen ei ollut reagoitu riittävästi. Työpaikoilla ja työntekijöillä ei välttämättä ole tietoa eri kuntoutusmahdollisuuksista, mikä voi heikentää osallistumismahdollisuuksia. Tutkimuksessa todettiin myös työterveyshuollossa tapahtuvan seurannan aktiivisuuden vaikuttaneen kuntoutujan kokemukseen kuntoutusprosessin onnistumisesta. (Gould, Härkäpää & Järvikoski 2012, 136.)

Eri tahojen välistä yhteistyötä jäsentämään on useilla työpaikoilla laadittu erilaisia työkyvyn tuen malleja. Niissä määritellään työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon tehtävät sekä vastuut työkyvyn tuen prosessissa. Työterveysneuvotteluita toteutetaan osana työkyvyn tuen mallin kokonaisuutta. Työterveyshuollon roolina on valmisteluvaiheessa selvittää moniammatillisen yhteistyön avulla työntekijän työkyky ja mahdollisuudet toimia työssään. Työterveysneuvottelussa työterveyshuolto kuvaa työntekijän työ- ja toimintakykyä suhteessa työhön ja esittää mahdollisia

ratkaisuvaihtoehtoja. Neuvottelun jälkeen toimitaan sovitun jatkosuunnitelman mukaisesti ja suunnitelma on kirjattu erilliseen muistioon. (Työterveysneuvottelu n.d.)

Työterveyshuollon sisäistä moniammatillista yhteistyötä on tutkittu vähän. Aihe on ajankohtainen liittyen työterveyshuollolle asetettuihin moniin velvoitteisiin työntekijöiden työkyvyn tuessa ja seurannassa. Moniammatillisen osaamisen hyödyntäminen työterveyshuollon sisäisessä yhteistyössä on yksi keskeisimmistä työkaluista, kun selvitetään työntekijän työ- ja toimintakykyä sekä työssä jatkamisen tai siihen palaamisen mahdollisuuksia. Työntekijän riittävä tuki ja ohjaus sekä seuranta tulisi turvata koko prosessin ajan. Myös työnantajalla on erityisen suuri merkitys työn muokausvaihtoehtojen mahdollistajana. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä työterveyshuollossa erityisesti työterveysneuvottelun valmistelu-, toteutus- ja seurantavaiheissa biopsykososiaalisen viitekehyksen kautta.

Opinnäytetyö oli osa Kuura-hanketta, jonka tarkoituksena oli kehittää moniammatillista yhteistyötä työpaikan toimijoiden, työterveyshuollon ja työhön kytkeytyvän kuntoutuksen välillä. Hankkeen toteuttajina toimivat Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Työterveyslaitos, Oulun yliopisto ja Oulun ammattikorkeakoulu. Hankkeen rahoitus tuli Euroopan sosiaalirahastosta. (Kuura – työhön kytkeytyvä kuntoutus työurien pidentäjänä n.d.)

## **2 Opinnäytetyön lähtökohdat ja tietoperusta**

Opinnäytetyön lähtökohtana oli tarkastella moniammatillisuuden ilmenemistä työterveyshuollon työterveysneuvottelun eri vaiheissa biopsykososiaalisen viitekehyksen kautta. Tarkoituksena oli kuvata tehtyjen tutkimusten, artikkeleiden, selvitysten ja hankkeiden kautta, miten holistiseen ihmiskuvaan liittyvät biologinen, psykologinen ja sosiaalinen näkökulma ilmenevät työterveyshuollon moniammatillisessa yhteistyössä. Aineiston kautta tarkasteltiin myös, tukeeko näkökulmien ilmeneminen yhteistyötä vai korostuuko erityisesti jokin osa-alue.

Suomen lainsäädäntö ohjaa työterveyshuollon ammattilaisia moniammatilliseen yhteistyöhön. Lisäksi toimintaan vaikuttavia lakiuudistuksia on tehty sairausvakuutuslakiin (L 1224/2004), työterveyshuoltolakiin (L 738/2002) ja valtioneuvoston asetukseen hyvän työterveyshuoltokäytännön

periaatteista (A 708/2013). Näiden uudistusten tavoitteena on entistä tiiviimpi yhteistyö työpaikan, työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon kesken työkykyyn liittyvissä asioissa. (Tiitola, Takala, Rentto, Tulenheimo-Eklund & Kaukiainen 2016, 4.) Erityisesti valtioneuvoston asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä (A 708/2013) antaa raamit työssä olevan henkilön työkyvyn tukemiselle työuran eri vaiheissa. Asetuksen pykälässä 3 säädetään myös moniammatillisesta työtavasta työterveyshuollon ammattilaisten kesken.

Myös työterveyshuoltolaki (L 1383/2001) ohjaa työnantajaa käyttämään työterveyshuollon ammattihenkilöitä ja tarvittaessa asiantuntijoita tarkoituksenmukaisella tavalla. Työterveyshuollon toiminnassa erityisenä piirteenä on ammattiryhmien jaottelu ammattihenkilöihin, joita ovat työterveyslääkärit ja työterveyshoitajat sekä asiantuntijoihin, joita ammattihenkilöt voivat konsultoida erillisellä läheteellä hoitovastuun säilyessä lähettäjällä. Asiantuntijoiden osallistuminen muuhun toimintaan yritys yhteistyössä sovitaan työterveyshuollon toimintasuunnitelmassa, jonka taustalla on työterveyshuoltopalvelujen tarjoajan ja asiakasyrityksen laatima työterveyshuoltosopimus, jossa määritellään tarkemmin palveluiden sisältö. (Jalonen & Laaksonen 2014, 101–102.)

Eri ammattiryhmien roolien osalta eletään muutoksen aikaa. Kuntoutuksen uudistuksen toimintasuunnitelmassa vuosille 2020–2022 (2020, 56) tuotiin esille työfysioterapeutin itsenäisen roolin vahvistaminen ja toimenpiteenä ehdotettiin Työterveyshuoltolain 3. pykälän muuttamista niin, että työfysioterapeutti olisi jatkossa työterveyshuollon ammattihenkilö. Eduskunta hyväksyi lakimuutoksen kesällä 2021 ja muutos astuu voimaan 1.1.2022. Päämääränä muutoksella on työterveyshuollon moniammatillisen yhteistyön edellytysten vahvistaminen. (Työfysioterapeutit määritellään jatkossa työterveyshuollon ammattihenkilöiksi 2021.)

## **2.1 Moniammatillisuus**

Eri ammattien välistä yhteistyötä ja asiantuntijuuden jakamista on edellytetty etenkin sosiaali- ja terveydenhuollossa jo pitkään. Valmisteilla oleva SOTE-uudistus nostaa keskiöön moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen, joiden avulla voitaisiin vastata paremmin ja oikea-aikaisemmin asiakatarpeisiin (Työikäisten palvelut n.d.). Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on mahdollistaa asiakkaalle asiakaslähtöiset ja kokonaisvaltaiset palvelut, joissa ammattilaisten tiedot sekä osaaminen yhdistyvät. Keskeistä on asiakkaan oma osallistuminen ja aktiivinen rooli prosessissa. (Jeglinsky & Kukkonen 2016, 393.) Tarkoituksena on moniammatillisen osaamisen kautta tuoda

prosessiin uusia näkökulmia ja mahdollisesti erilaisia ratkaisumalleja asiakkaan tilanne huomioiden. Taustalla ammattilaisten kantavana ajatuksena on usein kokonaisvaltainen ihmiskäsitys. (Mönkkönen, Leinonen, Arajärvi, Hovatta, Tusa & Salokangas 2019, 67–68.)

Moniammatillisuutta voidaan tarkastella ja tutkia eri näkökulmista. Moniammatillisen yhteistyön hyödyt ilmenevät työskentelyn keskeisten osa-alueiden kautta, joita ovat tavoitteiden yhteinen omistajuus, joustavuus, keskinäinen riippuvuus, uudelleen luodut ammatilliset toimintatavat sekä prosessin reflektointi. Moniammatilliseen työskentelyyn vaikuttavat lisäksi henkilöiden persoonalliset tekijät sekä ammatillinen rooli, yhteinen historia ja rakenteelliset tekijät. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019, 18–19.) Erilaisten professioiden kohtaamisessa asiantuntijoilla on mahdollisuus laajentaa ja syventää omaa osaamistaan muiden alojen osaamisen kautta. Taustalla tulee olla kuitenkin eri ammattikuntien selkeät perustehtävät, jotka tunnustetaan ja tunnustetaan. (Mönkkönen ym. 2019, 71–72.)

Moniammatillisuutta käsitteenä on käytetty Suomessa väljästi tarkoittamaan erilaisia asiakastyön vuorovaikutustilanteita. D'amour, Beaulieu, Ferrada-Videla ja Rodriguez (2005) ovat tutkimuksessaan kartoittaneet tarkemmin moniammatilliseen yhteistyöhön liittyviä käsitteitä. Heidän mukaansa kirjallisuudessa toistuvat yhteistyöhön liittyvät käsitteet kumppanuus, keskinäinen riippuvuus, voimaantuminen ja jakaminen (vastuu, päätöksenteko, arvot, ihmiskäsitys, tieto). Yhteistyö kuvataan myös muuttuvana ja kehittyvänä prosessina, jossa jokaisen osallistujan rooli ja keskinäinen ymmärrys ovat olennaisessa osassa. (D'amour ym. 2005, 118–119.) Tutkijat havaitsivat, että tiimityöhön liittyvät määritelmät vaihtelivat yhteistyön muodoista riippuen. Keskeisimpiä käsitteitä ammattilaisten yhteistyön tasolla olivat moniammatillinen yhteistyö eli monitieteisyys (multidisciplinary), ammattienvälinen yhteistyö eli tieteiden välisyys (interdisciplinary) sekä poikkiammatillinen eli poikkitieteellinen yhteistyö (transdisciplinary). (D'amour ym. 2005, 120.) Moniammatillista yhteistyötä kuvaa ammattilaisten itsenäinen työskentely rinnakkain ja he keskittyvät lähinnä omaan ammatilliseen tehtäväänsä. Ammattien välisessä yhteistyössä ammattilaisten väliset rajat ovat väljempiä ja osaamiset kohtaavat (yhteinen kompetenssi). Tiimillä on yleensä yhteinen tavoite, tietoa jaetaan ja päätökset tehdään yhdessä. Poikkiammatillisessa yhteistyössä ammattien väliset rajat hämärtyvät ja yhteistyötä tehdään tiiviisti laajasti erilaista osaamista yhdistäen. (D'amour ym. 2005, 120; Isoherranen 2012, 17.)



Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvilla ammattilaisilla on erilaisia rooleja tilanteesta riippuen. Monitahoisissa kuntoutustilanteissa on tärkeää kuntoutuksen koordinointi organisaatiossa sovitulla tavalla. Moniammatillinen tiimityö vaatii osallistujilta sitoutumista, neuvottelutaitoja ja laajaa ymmärrystä yhteistyön tekemisestä. (Behm & Gray 2012, 53–55.) Kekoni ja muut (2019) tuovat esille myös sosiaali- ja terveysalan osaamisvaatimusten lisääntymisen. Oman ammattialan asiasisältöjen lisäksi tulee kehittää työyhteisötaitoja moniammatillinen työote huomioiden esimerkiksi paineensietokyky, vuorovaikutustaidot ja ymmärrys omasta työroolista työyhteisössä. Johtamisen luonne on myös muuttumassa, kun tiimit toimivat enemmän itseohjautuvasti. (Kekoni ym. 2019, 43–46.)

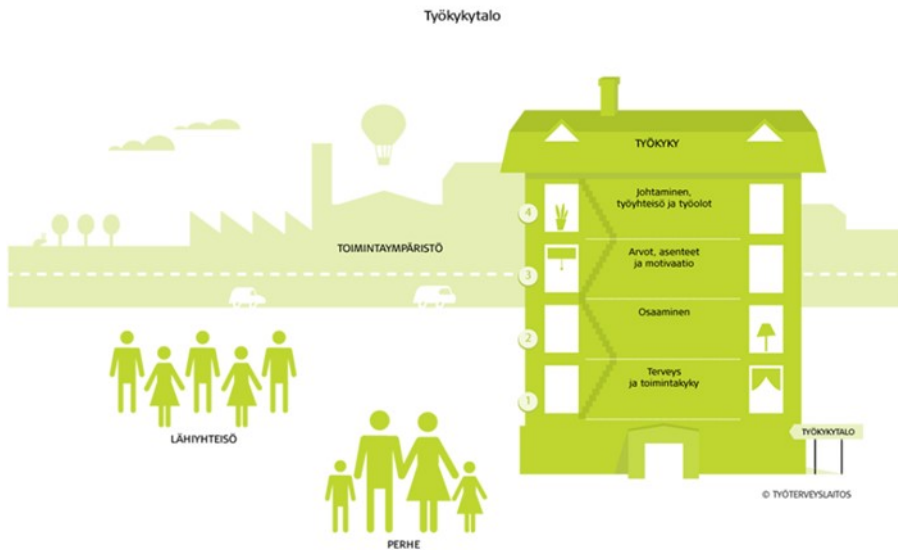
Isoherranen (2012) on tutkinut moniammatillisen yhteistyön kehittämistä. Käytännön työssä yhtenä haasteena yhteistyölle on ollut käsitteiden epämääräisyys. Myös asiantuntijoille asetetut valmiudet ja taitovaatimukset ovat saattaneet olla epäselviä. Moniammatillisuuden kehittyessä tarvitaan avointa vuoropuhelua ja riittävän selkeää ohjeistusta, jotta myös vastuukysymykset selkiytyvät. Asiantuntijuusreviirien sijasta olisi tarpeen keskustella ratkaisuista, joilla resursseja voitaisiin hyödyntää tarkoituksenmukaisesti. Johtajuuden näkökulmasta voidaan havaita uusia vaatimuksia, kun tilanteet muuttuvat ja tarvitaan paljon yhteistyötä. (Isoherranen 2012, 153–154.) Isoherranen peräänkuuluttaa reflektiivistä asiantuntijuutta, jolloin asiantuntija osaa ottaa oman näkökulmansa lisäksi huomioon toisten asiantuntijoiden asiantuntijuuden ja luoda tapoja koota yhteistä tietoa. Toimivan moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä on, että osallistujat tunnistavat olemassa olevan osaamisen, ja että vuorovaikutusilmasto on suotuisa eri näkökulmien esiintuomiseen. (Mts. 156.)

Esteinä moniammatilliselle toiminnalle voidaan nähdä tiedon tai osaamisen panttaaminen (henkilökohtaisella tasolla), kiire, tietyt toimintatavat sekä asema-, status- tai organisatoriset roolit. Moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavat myös osallistujien koulutus, osaaminen, asenteet ja yhteinen kieli. Erityisesti yhteistyötä edistää osallistujien uteliaisuus, kyseleminen, etsiminen ja kokemuksellisuus. Yhteistyön suunnitteluun, kehittämiseen, toteuttamiseen ja arviointiin voidaan saada arvokasta näkökulmaa myös asiakkaiden kokemuksia kuulemalla. (Jejlinsky & Kukkonen 2016, 397–399.)

Biopsykososiaalinen lähestymistapa sosiaali- ja terveysalalla tukee monitieteisyyden ja moniammatillisuuden toteuttamista. Erityisesti kuntoutuksessa asiakkaan tilanteeseen voi liittyä läheisten lisäksi monia eri alojen ammattilaisia. Käytännössä yhteistyön tekeminen vaihtelee tilanteen mukaan. Selkeässä sairauden hoidossa voidaan toimia puhtaasti lääketieteellisen mallin mukaan, jossa lääkäri ohjaa prosessia. Ammattien välinen yhteistyö on useimmin käytetty tiimityön muoto, jolloin osallistujat tekevät läheistä yhteistyötä; muuttavat ja käsittelevät tietoa säännöllisesti. Asiakkaalla on myös tärkeä rooli tiimissä ja sen päätöksenteossa. Palveluohjaus eri muodoissaan helpottaa usein eri tahojen välistä yhteistyötä ja etenkin asiakkaan osallisuuden toteutumista. (Behm & Gray 2012, 53–55.)

## **2.2 Työterveysneuvottelu osana työkyvyn tukemista**

Työterveyshuoltolaki asettaa työterveyshuollon toiminnalle laajat velvoitteet, joista yhtenä on työntekijän työ- ja toimintakyvyn edistäminen ja seuraaminen työuran aikana. Työterveyshuollon tulee arvioida ja seurata työntekijän terveydentilaa sekä työ- ja toimintakykyä, antaa ohjausta ja neuvontaa, selvittää kuntoutustarpeita ja ohjata tarvittaessa kuntoutukseen. Työn kuormittavuutta arvioidaan, annetaan toimenpide-ehdotuksia sekä seurataan vaikutuksia. (Sairauspoissaoloikäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007, 19.) Työkykyyn vaikuttavat ongelmat voivat ilmetä elämän eri osa-alueilla; terveydentilassa, fyysisessä työympäristössä, työyhteisössä, perheessä tai muussa lähipiirissä sekä elämäntilanteessa. Monet tekijät voivat olla kytkeytyneitä toisiinsa, ja ne on tärkeä tunnistaa. (Mts. 20.) Kuviossa 1 Työterveyslaitoksen työkykytalo havainnollistaa työkykyyn vaikuttavia tekijöitä sekä henkilökohtaisella tasolla että ympäristön tasolla. Työ- ja toimintakykyä arvioitaessa tuleekin huomioida laajasti työntekijän kokonaistilannetta.

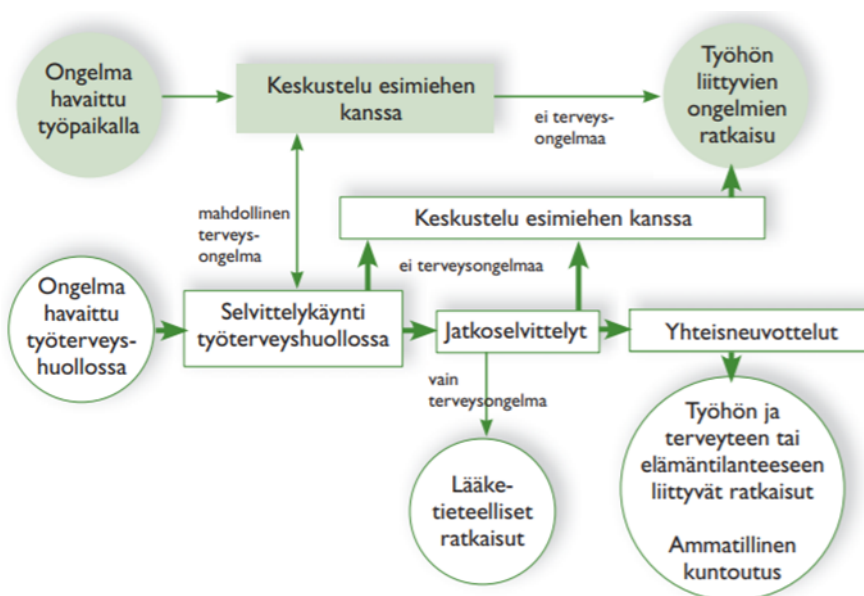


Kuvio 1. Työkykytalo (Työterveyslaitos n.d.)

Työterveyshuollossa on pidetty eri nimillä kulkevia neuvotteluita työntekijän työkyvyn ja työtehtävien sovitteluksi jo vuosikymmenien ajan. Neuvotteluita on pidetty yhteissopimuksella työnantajan kanssa, ja ne ovat voineet muotoutua erilaisten käytäntöjen seurauksena. 2000 – luvulla työterveysneuvotteluiden pitäminen yleistyi, kun työkyvyn tuen malleja otettiin käyttöön raamittamaan työterveysyhteistyötä työkyvyn tukemiseksi. 1.6.2012 tulivat voimaan sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muutokset, joissa edellytettiin aiempaa voimakkaammin varhaista puuttamista pitkittyvään työkyvyttömyyteen ja eri tahojen välistä yhteistyötä korostettiin. Tämä muutos lisäsi työterveysneuvottelun merkitystä työkaluna tukea työssä jatkamista tai sinne palaamista. Sairausvakuutuslaki edellyttää työterveyslääkäriltä lausuntoa työssä jatkamisen edellytyksistä viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 päivältä kahden vuoden aikana. Selvityksessä tulee ilmetä työntekijän jäljellä oleva työkyky ja mahdollisuudet jatkaa työssä. Tämän selvityksen tulisi pohjautua työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon edustajan yhteiseen työterveysneuvotteluun tai vastaavaan muuhun yhteiskeskusteluun. (Juvonen-Posti, Ristimäki, Pesonen, Weiste, Koskela, Nyman, Nukari & Ruusuvoori, 2019, 17–18.)

Yhdessä työpaikalla sovittu työkyvyn tuen malli (varhaisen puuttumisen malli) mahdollistaa puuttumisen työkyvyn ongelmiin jo varhaisessa vaiheessa työpaikalla. Asiat voidaan käsitellä työpaikalla esimiehen ja työntekijän yhteistyönä, mutta haasteellisemmissä tilanteissa tehdään yhteistyötä työterveyshuollon kanssa ja työterveysneuvottelu (yhteisneuvottelu) on usein tarpeellinen.

(Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007, 21–22.) Kuviossa 2 tarkastellaan työkykyongelman käsittelyä kokonaisuutena yhtäältä työpaikalla tapahtuvina toimenpiteinä ja toisaalta työterveyshuollon prosessina. Työterveyshuollon toiminnan osalta tarkasteltuna yleensä työterveysneuvottelua edeltää työntekijän tilanteen tarkempi kartoitus ja työkyvyn arviointi työterveyshuollossa. Varsinaisen työterveysneuvottelun lisäksi prosessiin kuuluu jatkoseuranta. Työterveysneuvottelun pitämistä voi pyytää työntekijä itse, esimies, työterveyshuollon tai henkilöstöhallinnon edustaja. Pyyntö voi tulla myös työsuojeluhenkilöstöltä, luottamusmieheltä tai muun terveydenhuollon tai kuntoutuksen taholta. Työterveysneuvottelun keskeinen tavoite on keskittyä työntekijän työ- ja toimintakykyyn suhteessa työhön. (Työterveysneuvottelu n.d.)



Kuvio 2. Ongelman selvittely ja ratkaisu (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä 2007. Alkuper. Antti-Poika, M. 2006)

Työterveysneuvottelussa suunnitellaan toimia, miten työtä, työprosesseja, työympäristöä tai työaikaa muokkaamalla varmistetaan työntekijän jatkaminen työssä tai hänen palaamisensa työhön jäljellä oleva työkyky huomioiden. Työterveyshuollon tehtävänä neuvottelussa on kuvata, miten sairaus vaikuttaa työntekijän työ- ja toimintakykyyn ja miten työtä tulisi muokata, jotta hän voisi jatkaa työssä. Arvioitavana ovat mahdolliset kuntoutustoimet ja kompensatiojärjestelyt kuten osasairauspäiväraha, kuntoutusraha ja kuntoutustuki. Työterveysneuvottelusta laaditaan muistio, joka toimitetaan osallistujille. (Juvonen-Posti, Viljamaa, Uitti, Kurppa & Martimo 2014, 218.)

Juvonen-Posti ja muut (2019) ovat tutkineet työterveysneuvottelun hyödyllisyyttä työhön paluun tukena. He totesivat, että suurimmassa osassa työterveysneuvotteluista löydettiin ratkaisu työntekijän työhön paluun osalta. Ratkaisuissa haettiin sekä lyhyen että pitkän aikavälin toimenpiteitä työssä jatkamisen tueksi. Yksittäisistä tukikeinoista käytetyin ratkaisu oli työajan lyhentäminen. Myös työn keventämistä käytettiin, esimerkiksi fyysisesti raskaimpien työtehtävien vähentämistä tai poistamista ja vastuutehtävien vähentämistä. Tutkimuksessa havaittiin, että keskustelut ammatillisesta kuntoutuksesta olivat vähäisiä. Työhön paluun rahallisena tukimuotona käytettiin yleisimmin osasairauspäivärahaa, mutta myös kuntoutustukea ja ammatillisen kuntoutuksen keinona työkokeilua. (Juvonen-Posti ym. 2019, 42–43.) Eri osapuolten odotukset työterveysneuvottelulle toteutuivat pääsääntöisesti hyvin. Osallistujat pitivät tärkeänä erityisesti tiedon saamista, erilaisten konkreettisten ratkaisujen tekoa ja työhön paluun suunnitelman laatimista. (Mts. 48, 50.)

### **2.3 Biopsykososiaalinen ihmiskäsitys**

Kirjallisuuskatsauksen analyysi pohjautuu biopsykososiaaliseen ihmiskäsitykseen, jonka kautta pyritään luokittelemaan aineistoa sen mukaan, miten moniammatillisuus ilmenee eri osa-alueilla. Hoidossa ja kuntoutuksessa edellytetään koko ihmisen huomioon ottamista ja kuntoutujan henkilökohtaisilla käsityksillä sekä selviytymiskeinoilla on suuri vaikutus hänen elämässään ja ratkaisuisaan (Järvikoski & Härkäpää 2011, 76). Biopsykososiaalinen (holistinen) viitekehys korostaa fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteyttä toisiinsa. Jatkuva vuorovaikutus osa-alueiden välillä merkitsee, että kokonaisuuden yhdessä osassa tapahtuva muutos heijastuu myös muihin osatekijöihin. Asiakaskeskeinen kuntoutus perustuu niin asiakkaan kuin kuntoutuksen ammattilaisen asiantuntemukseen. ICF-luokitus (International Classification on Functioning, Disability and Health) tarjoaa käytännön työkaluja biopsykososiaalisen viitekehyyksen tarkasteluun eri ammattiryhmien välisessä yhteistyössä. (Salminen, Järvikoski & Härkäpää 2016, 25.)

Aiempina vuosisatoina on ollut vallalla käsitys, että terveys merkitsisi sairauden puuttumista ja terveydenhuollon toimien kohteena oli itse tauti, ei niinkään sairastava ihminen. Tämä biolääketieteellinen (medikaalinen) tautikäsitys osoittautui kuitenkin sittemmin puutteelliseksi ja vähitellen se on korvautunut biopsykososiaalisella mallilla. Taustalla on monialainen tutkimustieto, ja erityisesti G.L.Engel ehdotti vuonna 1977 sairauden käsittämistä ilmiönä, johon biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat. Keskeistä biopsykososiaalisessa ihmiskäsityksessä sekä terveys- ja sairauskäsityksessä on ymmärrys, että sairaus syntyy usein monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta

eikä yksittäistä selkeää syytekijää voida löytää. Vammaan tai sairauteen liittyvä henkinen tai sosiaalinen haitta ei välttämättä ole suorassa suhteessa sen vaikeusasteeseen, joten toipumisessa ja kuntoutumisessa tulee ottaa huomioon koko ihmisen tilanne. (Järvikoski & Härkä-pää 2011, 76–78.)

Rauhala (2015, 20) on tarkastellut ihmiskäsityksen määrittelemistä ensisijaisesti siitä näkökulmasta, miten ihminen todellistuu elämässään ja miten eri olemismuodot ovat yhteydessä keskenään. Monopluralistiset ihmiskäsitykset tuovat erityisesti esiin kokonaisvaltaisuuden ihmisessä ja tästä syystä niitä kutsutaan myös holistisiksi ihmiskäsityksiksi (Rauhala 2015, 28). Filosofisten analyyksien perusteella ihmisen oleminen voidaan esittää termein situationaalisuus, kehollisuus ja tajunnallisuus. Olennaista ihmisyydessä on näiden osa-alueiden kietoutuminen yhteen, jossa jokaisella on oma tehtävänsä kokonaisuuden muotoutumisessa. Tähän kokonaisuuteen voidaan vaikuttaa jonkin osa-alueen kautta negatiivisella tai positiivisella tavalla. Onkin tärkeää ymmärtää, että ihmiskäsitys on mukana kaikessa ihmisen hyväksi tarkoitetussa toimissa ja erityisen laaja-alaisesti se tulisi ymmärtää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakentässä. (Mts. 32, 57.) Käytännön työssä olemassaolon muotoja jäsennetään ihmisen elämäntilanteen kartoituksen kautta. Tämä edellyttää usein moniammatillista yhteistyötä ja aitoa asiakkaan kohtaamista. (Helminen & Sukula-Ruusunen 2017, 47–48.)

Maailman terveysjärjestön toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusta (ICF) voidaan tarkastella terveysperusteisen toimintakyvyn viitekehyksenä ja mallina, joka yhdistää fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia elementtejä huomioiden sekä yksilön toiminnan että kontekstin. Tavoitteena on ollut luoda malli, joka esittäisi tasapainoisen kuvan terveyden eri puolista ja ICF-luokitusta onkin kuvattu kuntoutuksen biopsykososiaaliseksi malliksi. ICF on kuvattu interaktiivisena mallina, jossa eri osa-alueilla on vaikutussuhteita toisiinsa. Se tarjoaa yhtäältä käytännön työhön systemaattisen apuvälineen asiakkaan ongelmien kartoittamiseksi ja toisaalta myös vahvuuksien havaitsemiseksi. (Salminen, Järvikoski & Härkäpää 2016, 26–27.) ICF-malli sopii moniin tilanteisiin, koska se ei ole riippuvainen terveydentilasta tai ammattialasta. Malli huomioi sekä lääketieteen että yhteiskunnallisen katsantokannan henkilön toimintakykyyn sekä siihen liittyvät ympäristövaikutukset. Moniammatillisella työryhmällä on mahdollisuus jäsentää selkeämmin toimintakyvyn ja terveyden arviointia kokonaisvaltaisesti toimintakyvyn rakenteita kuvaamalla. ICF-mallin

käyttö voi auttaa moniammatillista työryhmää myös suunnittelemaan työnjakoaan ja tehtäviään tarkoituksenmukaisemmin. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 38.)

Kerätär (2016) on väitöskirjassaan tutkinut työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointia monialaisesti pitkäaikaistyöttömien osalta. Tutkimuksen taustalla hän on käyttänyt biopsykososiaalista viitekehystä. Tutkimuksessa tulosten perusteella henkilön työkyvyn heikentyminen ja kuntoutustarpeet tunnistettiin paremmin monialaisen mallin kuin perinteisen biomedikaalisen mallin avulla, jonka tutkimuksessa todettiin olevan edelleen pääosin vallalla terveydenhuollossa. Monialaisessa mallissa käytettiin ICF-mallia täydennettynä elämäntilanteen ja motivaation kartoituksella, jolloin sairauksien sekä niiden aiheuttamien toimintarajoitteiden lisäksi huomioitiin yksilölliset ja kontekstuaaliset tekijät sekä voimavarat. Lisäksi kartoitettiin psykososiaalista toimintakykyä ja sen historiaa. (Kerätär 2016, 72–73, 86.)

Gritti (2017) on puolestaan käsitellyt artikkelissaan kriittistä keskustelua biopsykososiaaliseen malliin liittyen. Biopsykososiaalisen mallin on arvosteltu olevan lähinnä yleinen, eri ihmisyyden ja luonnollisten järjestelmien puolia esiintuva teoria. Nykyajan kehittyvän lääketieteen tarpeet eivät välttämättä kaikilta osin kohtaa biopsykososiaalisessa mallissa, mutta toisaalta ne eivät sulje toisistaan myöskään pois ja malli voi toimia kattavana kliinisenä lähestymistapana asiakkaaseen. (Gritti 2017, 38–39.) Tutkija tuo esiin, että biopsykososiaalisen mallin tulevaisuuteen tulee vaikuttamaan erityisesti nuorten terveydenhuoltoalan ammattilaisten asenne ja koulutus (mts. 39).

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata moniammatillisuutta työterveyshuollon työterveysneuvottelussa, sen valmistelu-, toteutus- ja seurantavaiheissa. Työterveysneuvottelu on keskeinen eri työterveyshuollon ammattiryhmiä koskettava työkalu työntekijöiden työkyvyn ja kuntoutumisen tukemiseen liittyen. Opinnäytetyössä keskityttiin vain työterveyshuollon ammattilaisten sisäiseen yhteistyöhön.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla moniammatillisuuden ilmenemistä työterveysneuvotteluprosessin eri vaiheissa biopsykososiaalisen viitekehysten kautta tarkasteltuna. Keskeisiä taustakäsitteitä aiheen käsittelyssä olivat moniammatillisuus ja työterveysneuvottelu sekä teoreettisena viitekehysnä biopsykososiaalinen ihmiskäsitys.

Kirjallisuuskatsaukseen haettiin suomalaista työterveyshuoltoon liittyvää kirjallisuutta, joka on julkaistu ajanjaksolla 1/2000–1/2021 erityisesti moniammatillisuuden näkökulmasta. Perusteluna ajankohdan valintaan oli ajantasaisen työterveyshuollon lainsäädännön voimassaolo. Työterveyshuollon toiminta on Suomessa kansallisiin lakeihin kytkeytyntä, joten aineistoa haettiin suomenkielisistä aineistoista.

Kirjallisuuskatsauksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten biopsykososiaalisen viitekehyksen ulottuvuudet näyttäytyvät työterveysneuvottelun vaiheissa moniammatillisuuden toteutumisen edellytyksenä?
2. Havaitaanko aineistossa jonkin biopsykososiaalisen osa-alueen ylikorostuneisuutta tai aliedustusta?

## **4 Opinnäytetyön toteutus**

### **4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä**

Kirjallisuuskatsauksia voidaan tehdä eri tarkoituksiin, joko itsenäisenä tutkimusmenetelmänä tai ne voivat olla osa muuta tutkimusta (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietiläinen, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 293). Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa karkeasti kolmeen päätyyppiin, joita ovat kuvailevat kirjallisuuskatsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen metasynteesi (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 8). Ensiksi kirjallisuuskatsauksen yhtenä tärkeimpänä tehtävänä voidaan pitää kehittää kyseisen tieteenalan teoreettisen ymmärryksen ja käsitteistön kehittämistä. Toiseksi katsauksen avulla voidaan muodostaa näkökulmaa tietystä aihealueesta tai tunnistaa ristiriitaisuuksia tarkasteltavassa asiassa. Kolmanneksi kirjallisuuskatsauksen kautta on mahdollista havaita myös jonkin aihealueen lisätutkimustarve. Käytettävän tutkimuskirjallisuuden valintaan vaikuttaa kirjallisuuskatsauksen tarkoitus. (Suhonen ym. 2016, 7.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tuottaa uudelleen järjestynyttä tietoa aiemman tutkimustiedon pohjalta. Se pyrkii luomaan kuvan tietystä, määritellystä asiakokonaisuudesta valitun aineiston käsitteilyn kautta perustellusti ja jäsennellysti. (Kangasniemi ym. 2013, 293.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kautta voidaan löytää sekä uusia näkökulmia tarkastella jotakin ilmiötä että tuoda esiin



myös eroavuuksia tai aukkoja aiemmissa tiedoissa. Menetelmää voidaankin käyttää hyvin erilaisiin tarkoituksiin. (Kangasniemi ym. 2013, 294.) Erityisen hyvin kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii sirpaleisten, jäsentymättömien aiheiden tutkimiseen, joista saadaan menetelmän avulla selkeämpää kuvaa (Mts. 295).

Eri kirjallisuuskatsauksia yhdistää tietty rakenne; ne sisältävät kirjallisuuden hakemisen, sen kriittisen arvioinnin, synteesin ja analyysin. Eroavuuksia voidaan nähdä katsausten tehtävässä, aineiston valikoitumisessa, määrittelyssä sekä tarkastelumenetelmässä. (Suhonen ym. 2016, 8.) Kangasniemi ja muut (2013) esittävät kuvailevan kirjallisuuskatsauksen etenemisen neljän vaiheen kautta; tutkimuskysymyksen asettaminen, aineiston valinta, kuvauksen koostaminen ja tuloksen tarkastelu. Prosessille on tyypillistä sen eteneminen hermeneuttisesti, jolloin osien ja kokonaisuuden välillä on jatkuva vuorovaikutus. (Kangasniemi ym. 2016, 295.)

## 4.2 Aineiston keruu

Tutkimuskysymys on tärkein kirjallisuuskatsausta ohjaava tekijä. Kysymys voi olla tarkka ja hyvin rajattu tai toisaalta väljempi, jolloin on mahdollista tarkastella ilmiötä useista näkökulmista. Tutkimuskysymys ohjaa aineiston valintaa ja määrittää sen laajuuden. Tärkein vaatimus aineiston sopivuudelle on, että sen kautta päästään tarkastelemaan valittua ilmiötä suhteessa tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi ym. 2016, 295.)

Aineisto kirjallisuuskatsaukseen haettiin eksplisiittisesti, jolloin valintaprosessin vaiheet kirjataan ja valintaprosessi kuvataan (Kangasniemi ym. 2013, 296). Kirjallisuuskatsauksen aineisto haettiin suomalaisista sähköisistä tietokannoista Medic, Arto ja Melinda. Hakulausekkeena oli työterv\* and moniamm\*. Ajallisena rajauksena haussa olivat vuodet 2000–2021. Perusteena haun rajaamiselle oli kiinnostus saada tietoa siitä, miten työterveyshuollon sisäistä moniammatillista yhteistyötä on tutkittu nykyisen työterveyshuoltoa ohjaavan Suomen lainsäädännön ja ohjeistuksen ollessa voimassa. Kielirajauksena oli suomen kieli, koska työterveyshuollon toiminta on kansallisten lakien ohjaamaa ja kansallisesti omalaatuista. Poissulkukriteereinä olivat muu kuin suomenkielinen aineisto ja ennen vuotta 2000 ilmestynyt aineisto. Mukaan ei otettu aineistoa, joka koskee työterveyshuollon ja yrityksen tai muun yhteistyötahon kanssa tapahtuvaa yhteistyötä (työterveysyhteistyö). Jos samassa tutkimuksessa tarkasteltiin sekä työterveyshuollon sisäistä yhteistyötä että

ulospäin suuntautunutta yhteistyötä, tutkimuksesta huomioitiin sisäistä yhteistyötä käsittelevä osuus. Taulukossa 1 on kuvattu mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

Keskeinen aineiston valintaan vaikuttanut tekijä oli tutkimuskysymys. Aineistojen sisällöllinen valinta ja sen toistuva peilaaminen suhteessa tutkimuskysymykseen toivat prosessiin jatkuvan vuoropuhelun lopullista aineistoa muodostettaessa. (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistoon otettiin mukaan tutkimuksia ja artikkeleita, myös vertaisarvioimattomia, koska aineisto olisi muutoin ollut hyvin suppea, mikä olisi todennäköisesti heijastunut myös tuloksiin.

Hakusanat pidettiin yleisinä, jotta saatiin esiin mahdollisimman monia moniammatillisuuteen ja työterveyshuoltoon liittyviä tutkimuksia. Lisäksi haettiin aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja hankeraportteja Julkarista sekä Työsuojelurahaston julkaisuista. Erityisesti Työsuojelurahaston aineiston haku oli hakukoneista hiukan poikkeava hakumahdollisuuksien suppeuden vuoksi. Hankeraportteja ja tutkimuksia etsittiin myös manuaalisesti muiden kirjallisten tuotosten lähdeluetteloiden avulla.

Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

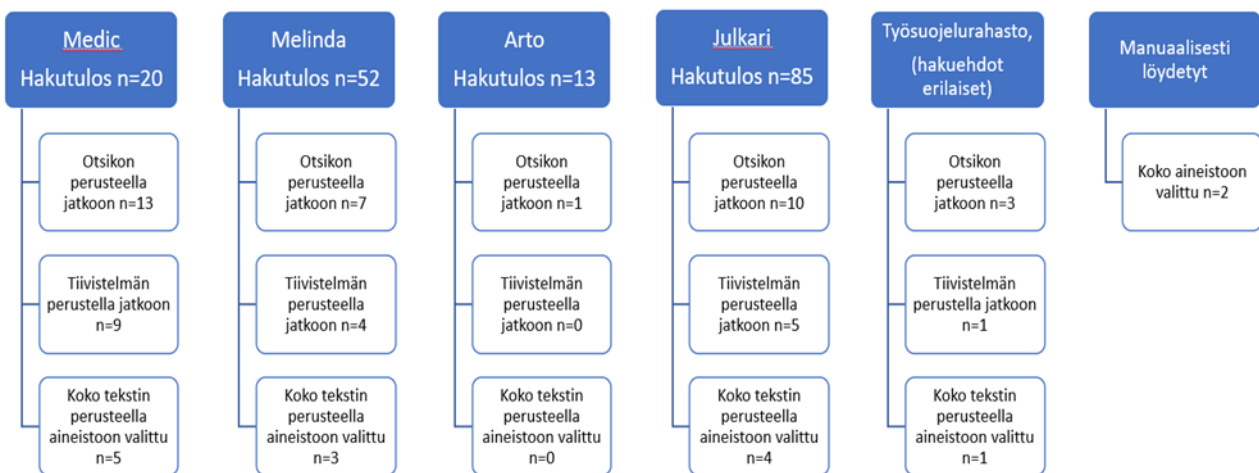
	Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Hakulauseke	työterv* and moniamm*	
Ajankohta	aineisto julkaistu vuonna 2000–2021	ennen vuotta 2000 julkaistu aineisto
Kieli	suomenkielinen aineisto	muu kuin suomenkielinen aineisto
Yhteistyön suunta	työterveyshuollon sisäinen moniammatillinen yhteistyö	työterveyshuollosta ulospäin suuntautuva yhteistyö

Aineiston valinnan tukena käytettiin taulukointia, jonka avulla jäsennettiin sisältöä (Kangasniemi ym. 2013, 296). Mukaan otetun aineiston tarkempi luokittelu on liitteessä 1. Aineiston luokittelu lähdetyypeittäin biopsykosiaalisessa viitekehäyksessä. Tutkimusaineiston systemaattinen valinta eteni aineistojen tunnistamisen kautta seulontaan, jonka jälkeen arvioitiin aineiston sopivuus kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- ja poissulkukriteerien kannalta. Ensimmäisessä vaiheessa aineis-

toa arvioitiin otsikkotason tarkastelun avulla suhteessa tutkimuskysymyksiin. Erityisesti hankera-  
portteja etsiessä havaittiin, että otsikkotaso ei vielä kuvaa riittävästi mahdollista aihealueen sisäl-  
lön löytymistä raportista.

Toisessa vaiheessa tarkasteltiin abstraktitasolla tutkimusten, artikkeleiden ja hankkeiden tiivistel-  
mät, joiden perusteella valittiin aineistoa jatkokäsittelyyn. Tässä vaiheessa osa artikkeleista ja han-  
keraporteista luettiin kokonaan, koska pelkkä tiivistelmä ei vielä avannut riittävästi mahdollista  
moniammatillista näkökulmaa. Kolmannessa vaiheessa tarkasteltiin vielä aineistoa koko tekstien  
perusteella. Etsittävänä aiheena oli työterveyshuollon sisäinen, moniammatillinen yhteistyö työ-  
terveysneuvottelun eri vaiheissa. Selkeästi vain moniammatilliseen työterveysneuvotteluun liitty-  
vää kirjallisuutta oli hyvin vähän, mutta monissa aineistoissa oli kuitenkin havaittavissa siihen liitty-  
viä osa-alueita ja näkökulmia. Vuoropuhelu valittavan aineiston ja tutkimuskysymysten välillä  
jatkui hyvin pitkälle prosessissa.

Arvion perusteella varsinaiseen analyysiin valittiin yhteensä 15 artikkelia tai tutkimus- ja hankera-  
porttia. Aineiston valintaprosessi on kuvattu kuviossa 3. Aineiston valintaprosessi. Koska lopulli-  
seen aineistoon otettiin mukaan myös vertaisarvioimattomia artikkeleita ja hankeraportteja, on  
aineisto luokiteltu lähdetyypeittäin biopsykososiaalisessa viitekehyksessä liitteessä 1.



Kuvio 3. Aineiston valintaprosessi

Haasteena aineiston keruussa oli erityisesti hakukoneiden kautta valittujen tutkimusten ja artikkeleiden saatavuus. Osa löytyi helposti sähköisenä aineistona, mutta erityisesti eri lehtien artikkeleita oli vaikeaa löytää. Apua tarjosi kirjasto, jonka kautta saatiin kaikki tarpeelliset artikkelit luettavaksi jo abstraktitason tarkasteluvaiheessa. Tiettyjä tutkimuksia täytyi etsiä kauempaa muun muassa kaukolainan avulla.

### 4.3 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen aineiston käsittely pohjautui teoriaohjautuvaan kategoria-analyysiin (ks. Outila & Lantela 2019). Tällöin teoria ohjaa aineiston valintaa, luokittelua ja analysointia. Luokittelu perustuu jatkuvaan vuoropuheluun teorian pohjalta aineistosta muodostettujen luokkien ja varsinaisen luokkiin sijoitetun aineiston välillä. Teoriaohjaavan aineiston luokittelun kautta voidaan luoda uutta tietoa johtopäätöksiin ja johtopäätösten avulla voidaan kehittää uusia ajatusmalleja. (Salo 2015, 181–182.) Biopsykososiaalinen viitekehys toimii teoreettisena viitekehysenä aineiston valintaa ja analyysiä ohjaten. Tarkempaa aineiston luokittelua on esitelty liitteessä 1. Aineiston luokittelu lähdetyypeittäin biopsykososiaalisessa viitekehyksessä.

Tutkimusten arviointi aloitettiin valittuihin tutkimuksiin perehtymällä. Tärkeää aineiston läpikäymisessä on keskittyä vain tutkittavaan ilmiöön ja pyrkiä löytämään siitä mahdollisimman paljon tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2013, 92). Yleisesti ottaen analyysivaiheen tarkoituksena on järjestää valittujen tutkimusten tuloksia ja tehdä niistä yhteenvetoa. Huomioitavaa on tutkimusten arvioinnin ja analyysin liittyminen kiinteästi prosessina toisiinsa. (Hamari & Niela-Vilén 2016, 30–31.) Myös Kangasniemi ja muut (2013, 295) tuovat esiin aineiston valinnan ja tarkastelun vaiheiden päällekkäisyyden, kun aineiston antamaa tietoa verrataan tutkimuskysymykseen.

Analyysi eteni tutkimuksiin perehtymisen kautta koodaamiseen ja sen jälkeen luokitteluun, jonka tarkoituksena oli vertailla aineistoa ja yhdistää samankaltaisia löydöksiä. (Hamari & Niela-Vilén 2016, 31.) Kun teoria tai tietty viitekehys ohjaa sisällönanalyysia, aineistosta poimitaan analyysin runkoon ja määriteltäviin käsitteisiin sopivia asioita ja luokitellaan niitä induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2013, 113).

Tuloksissa esitellään yleisempi kuva aineiston löydöksistä ja esille tuodaan myös ristiriitaiset tulokset. (Hamari & Niela-Vilén 2016, 31.) Tulosten tulkinta on analyysissa esille nousseiden asioiden

selkiyttämistä ja tarkastelua. Tutkijan tulee pohtia, vastataanko tutkimuksessa asetettuihin ongelmiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 230) ja oleellista on löytää synteesin avulla loogisia johtopäätöksiä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103).

## 5 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

### 5.1 Moniammatillinen yhteistyö biopsykososiaalisessa viitekehyksessä

#### 5.1.1 Biologinen näkökulma

Moniammatillisuuden toteutumisen edellytyksiin vaikuttavana tekijänä monessa kirjallisuuskatsauksen aineistossa mainittiin työterveyshuollon eri ammattiryhmien resurssit, jotka heijastuvat yhteistyöhön niin työterveysneuvotteluprosessissa kuin muissakin keskeisissä toiminnoissa. Toiminnan edellytysten osalta suuremmat työterveysyksiköt ja pienet palveluntarjoajat voivat olla hyvin erilaisessa asemassa. Takala, Leino, Harjunpää, Hirvonen, Kauranen, Liljeström, Syynimaa & Österbacka (2019, 29) mainitsevat moniammatillisen työterveyshuoltotiimin toimivan vain vajaassa 20 prosentissa työnantajien yhteisistä, työnantajan omista ja terveyskeskuksen työterveysyksiköistä.

Työterveyshuollon mahdollisuudet vastata laeissa annettuihin tehtäviin moniammatillisen yhteistyön voimin ovat kuitenkin lisääntyneet vuosien saatossa. Työterveyshuollon laatu ja toiminta Suomessa 2018 -selvityksen mukaan kaikista tutkimuksessa mukana olleista yksiköistä 80 prosentissa oli käytettävissä työterveyshuollon erikoislääkäri ja työterveyshuoltoon pätevätyöntekijä työterveyshoitaja. Työfysioterapeutti oli käytettävissä 75 prosentissa yksiköistä. Lääkäreistä noin puolet oli ammatinharjoittajia. Työterveyshoitajat olivat pääosin työ- tai virkasuhteessa, samoin reilu puolet työfysioterapeuteista. (Takala ym. 2019, 31–32.) Alueellisesti parhaiten moniammatillisuutta voitiin toteuttaa Etelä-Suomessa sekä Länsi- ja Sisä-Suomessa. Työterveyshuoltopalveluiden tuottajista lääkärikeskuksilla oli selkeästi parhaimmat mahdollisuudet tarjota moniammatillisia palveluita. (Mts. 29.)

Sauni, Niiranen, Manninen, Pulkkinen-Närhi ja Räsänen (2013) kuvaavat resurssitilanteen parantuneen erityisesti kunnallisessa työterveyshuollossa, jossa lähtötilanne on ollut muita palveluntarjoajia heikompi. Vuonna 2005 moniammatillisia palveluita oli saatavilla 7,5 prosentissa kunnallisista yksiköistä ja tilanne parani vuoteen 2011, jolloin kaikkien ammattiryhmien palveluita tarjosi noin

20 prosenttia yksiköistä. Kunnallisista liikelaitoksista ja osakeyhtiöistä moniammatillista palvelua tarjosi 70 prosenttia yksiköistä. Henkilöstöressurssien todetaankin olevan olennainen edellytys, jotta voidaan vastata työterveyshuollolle sälytettyihin tehtäviin. (Sauni ym. 2013, 2763, 2765.)

Työterveyshuollon resurssitilanteen haasteellisuus tuli hyvin esille Lapin läänissä toteutetussa Lapponia-Seitti hankkeessa, jossa todettiin pienien työterveyshuoltoyksiköiden ja pitkien välimatkojen aiheuttavan ongelmia moniammatillisuuden toteutumiseen. Kehittämistarpeena työkyvyn tuen osalta tunnistettiin työfysioterapeuttien ja työterveyspsykologien saatavuuden parantaminen sekä sosiaalialan asiantuntijan konsultaatiomahdollisuuden rakentaminen. Yleisesti nähtiin tarve turvata paremmin moniammatilliset palvelut työpaikoille. (Rautio & Seppänen 2015, 19.) Kuitenkin päteväytyneen työterveyshuoltohenkilöstön palkkaamisessa on ollut paikoin haastetta (Mts. 34). Jos perustiimin muodostavat vain työterveyslääkäri sekä työterveyshoitaja ja muut asiantuntijapalvelut hankitaan ostopalveluna ammatinharjoittajilta tai yrityksiltä, on vaarana, että yhteistyö eri ammattiryhmien kesken supistuu minimiin. Tällöin toiminta tapahtuu lähinnä lähetteiden tai lausuntojen avulla ja todellinen moniammatillinen yhteistyö jää puuttumaan. (Jalonen, Manninen, Rautio & Savinainen 2009, 4236.)

Työn organisoinnin kysymykset voivat vaikuttaa moniammatillisen yhteistyön tekemiseen. Työterveyshuoltohenkilöstön suuri työn määrä, työhön liittyvät nopeat muutokset sekä yhteisen ajan puute ovat voineet vaikuttaa eri ammattiryhmien työskentelyyn yhdessä. Yhteistyö voi tällöin kohdistua vain niihin toimintoihin, jossa se onnistuu jouhevasti. (Vidgren 2002, 69.) Sormunen, Ylissassi, Mäenpää-Moilanen, Remes ja Martimo (2017, 29) tuovatkin esiin tutkimuksessaan, että 54 prosenttia moniammatillista yhteistyötä kartoittavaan kyselyyn vastanneista koki, ettei moniammatilliseen toimintatapaan ole riittävästi aikaa.

Vidgrenin (2002) työterveyshoitajien ja työfysioterapeuttien haastatteluaineistoon perustuvassa tutkimuksessa tuli esille, että työterveyshuollon moniammatillinen työryhmä koostuu yleensä työterveyshoitajasta, työterveyslääkäristä, työfysioterapeutista sekä vastaanottohoitajasta. Työterveyspsykologin mainittiin olevan osa työryhmää joissakin yksiköissä. Haastateltavien näkökulmasta työterveyshoitaja ja työfysioterapeutti tekivät säännöllisimmin yhteistyötä, ohjasivat asiakkaita toisilleen ja työterveyslääkärille. Kokeneilla työterveyshoitajilla oli hyvä näkemys työfysioterapeutin ammattitaidosta ja yhteistyömahdollisuuksista. (Vidgren 2002, 38–39.) Myös Sormunen ja

muut (2017) toteavat moniammatillisen yhteistyön olevan yleisintä työterveyslääkäriin, työterveyshoitajan ja työfysioterapeutin välillä, joista lähes 70 prosenttia teki yhteistyötä viikoittain. Muiden ammattiryhmien välinen yhteistyö oli vähäistä tutkimuksen kohteena olleiden tule-ongelmaisen asiakkaiden tilanteisiin liittyen. (Sormunen ym. 2017, 27.)

Analysoidussa aineistossa korostuu työterveyslääkäriin rooli erityisesti työkyvyn tuen prosessissa. Liira (2020) mainitsee artikkelissaan työterveyslääkäriin moniosaajana, lääketieteen lisäksi myös kuntoutuksen, sosiaalivakuutuksen ja työpaikan asiantuntijana, jonka vastuulla ovat työkyvyn arviointi ja työterveysneuvottelun toteuttaminen. Hän tuo toisaalta esille myös moniammatillisen yhteistyön merkitystä työkyvyn arvioinnissa ja tuessa. Moniammatillisen tiimin jäseniksi hän mainitsee työterveyslääkäriin lisäksi työterveyshoitajan, työterveyspsykologin sekä työfysioterapeutin. Pitkittyneiden, haasteellisten työkykyongelmien osalta myös sosiaalialan asiantuntijaa voidaan tarvita erityisesti kuntoutustoimien suunnitteluun. Moniammatillisella työskentelyllä on erityisesti merkitystä työ- ja toimintakyvyn parantamisessa pitkittyneissä sairauspoissaolotilanteissa, jolloin eri asiantuntijat osallistuvat asiakkaan työkyvyn tuen prosessiin tarkoituksenmukaisella tavalla.

Erityisesti työterveyslääkäriin rooli korostuu varsinaisen työterveysneuvottelun toteuttamisvaiheessa. Työterveysneuvottelun päätöksentekoa kartoittavassa tutkimuksessa aihetta lähestyttiin työterveyslääkäriin näkökulmasta. Tutkimuksen tuloksista selviää, että työterveysneuvotteluihin osallistui työntekijä, esimies sekä työterveyslääkäri. Lisäksi osassa oli mukana työterveyshuollon henkilöstöstä työterveyshoitaja tai työfysioterapeutti. (Juvonen-Posti, Ristimäki, Pesonen, Weiste, Koskela, Nyman, Nukari & Ruusuvoori 2019, 24–25). Tutkimuksessa kartoitettiin lähinnä työterveysneuvottelun etenemistä ja vuorovaikutusta työterveyslääkäriin, työntekijän ja esimiehen näkökulmista. Vaikka osaan neuvotteluista osallistui myös muita, heidän näkökantansa ei huomioitu kyseisessä tutkimuksessa. (Mts. 26.) Työterveysneuvottelun puheenjohtajana toimi yleisimmin työterveyslääkäri, vain yhdessä aineistossa esimies. Erityisesti neuvottelun aloitusvaiheessa toiminta oli hyvin puheenjohtajavetoista. (Mts. 36–37.) Neuvottelumuihin laati työterveyslääkäri, paitsi tapauksissa, joissa työterveyshoitaja oli mukana ja hoiti kirjauksen (Mts. 53). Työterveysneuvottelun jatkotoimenpiteenä ehdotettiin muutamissa tapauksissa työfysioterapeutin työpaikkaselvitystä tai työkykyarviota. Kuntoutustoimenpiteistä keskustelu jäi muutoin vähäiseksi. Lähinnä työhön paluun tukimuodoista päätettiin, mutta niiden taloudellisista vaikutuksista eri osapuolille ei mainittu. (Mts. 43.)

Reho, Atkins, Talola, Ojajärvi, Sumanen, Viljamaa ja Uitti (2018) esittivät tutkimuksessaan, että kaikissa 1926 työterveysneuvottelussa oli mukana työterveyslääkäri sekä 51 prosentissa myös joku muu työterveyshuollon ammattilainen. Neuvotteluista 37 prosentissa oli mukana työterveyshoitaja, 10 prosentissa työfysioterapeutti ja 4 prosentissa työterveyspsykologi. (Reho ym. 2018.)

Myös masennuksen toimivia hoitokäytäntöjä kartoittavassa hankkeessa selvitettiin työterveysneuvotteluiden toteutumista. Hankkeen aikana pidettiin 75 työterveysneuvottelua, joista jokaisessa oli mukana työterveyslääkäri. Muista ammattiryhmistä työterveyshoitaja osallistui 15 neuvotteluun ja työterveyspsykologi 12 neuvotteluun. (Kaila, Väisänen, Leino, Laamanen, Vihtonen, Hyvärinen & Varjonen 2012, 82.)

Myös jatkoseurannasta sovittaessa työterveyslääkärin rooli korostui. Juvonen-Posti ja muut (2019, 42) totesivat tutkimuksessaan, että työterveysneuvottelussa jatkoseuranta sovittiin useimmiten työterveyslääkärin vastaanotolle ja osassa tilanteista esimies oli vastuussa seurannasta. Masennuksen toimivia hoitokäytäntöjä tutkittaessa todettiin, että 88 prosenttia työterveyslääkäreistä katsoi koordinoivansa ja seuraavansa asiakkaan työ- ja toimintakykyä. Työterveyshoitajista koordinaointia ilmoitti tekevänsä 17 prosenttia. Kuvaavaa kuitenkin on, että vain noin 30 prosenttia vastaajista tunnisti masennuksen hoidon työnjaosta sovitun työyksikössään. (Kaila ym. 2012, 48.) Kyseisessä hankkeessa oli ennako-oletuksena, että masennuksesta toipuneen henkilön seuranta voisi olla työterveyshoitajan tehtävä, jolloin työterveyslääkärin työtaakkaa saataisiin jaettua. Vaikka näin ei hankkeen aikana tapahtunut, osapuolet kokivat lisääntyneitä yhteistyön tekemisen tarvetta. (Mts. 86.)

Aineiston pohjalta työterveyshoitajan rooli työkyvyn tuen prosessissa ilmenee lähinnä työterveys-tarkastusten toteuttajana ja yleisen yhteistyön koordinoijana. Työterveyshoitajan osallistuessa varsinaiseen työterveysneuvotteluun, hänen yhtenä tehtävänä on mainittu muistion laatiminen (Juvonen-Posti ym. 2019, 53). Työterveystarkastukset ovat yksi väylä havaita työkyvyn tuen tarpeessa olevia asiakkaita. Terveystarkastuksen sisällön painopiste on todettu olevan suurelta osin terveydessä ja elintavoissa, mutta selkeänä osa-alueena kuvautui myös keskustelu työhön liittyvistä asioista. Osaamiseen ja elämäntilanteeseen liittyvää sisältöä oli selkeästi vähemmän. (Leino, Nissinen, Laitinen, Weiste, Seppänen, Lappalainen, Rautio, Mäenpää-Moilanen & Remes 2020, 53.) Moniammatillisuuden hyödyntäminen työterveyshoitajan työssä näkyi yleisimmin työterveyslääkärille ohjaamisena. Ohjausta tapahtui jonkin verran myös työfysioterapeutille terveyttä edistävään



toimintaan ja ergonomiaan liittyen. Selkeästi harvemmin työterveyshoitaja ohjasi asiakkaan työterveyspsykologille. (Mts. 74.) Aineiston mukaan työterveysneuvottelu oli jatkotoimena neljässä tapauksessa 41 tarkastuksesta (mts. 78).

Työterveyshoitaja koordinoi usein työterveyshuollon sisäistä yhteistyötä ja hän on muita ammattiryhmiä useammin yhteydessä asiakasyritysten kanssa (Vidgren 2002, 39, 68). Redemann, Liira ja Juvonen-Posti (2011) totesivat artikkelissaan, että työterveyshuollon sisäisessä yhteistyössä on tärkeää määritellä erityisesti yksilöasiakkaan palveluiden yhteensovittamisen vastuut, jotta seuranta toteutuu asianmukaisesti. Yhteensovittamisen tavoitteena on henkilöasiakkaan aseman korostaminen ja parempi tietoisuus prosessiin liittyvistä asioista. Tarkoituksena on edistää työterveyshuollon palveluiden yhteensovittamista asiakkaan parhaaksi etenkin työ- ja toimintakyvyn palauttamisen prosesseihin liittyen. Keskeisenä haasteena sujuvalle toiminnalle voidaan nähdä mahdollisen asiantuntijakeskeisyyden jatkuminen moniammatillisen tiimin toimintatavoissa sekä niihin liittyvät asenteet. (Redemann ym. 2011.)

Vuonna 2002 voimaan tulleen työterveyshuoltolain muutoksen mukaan työfysioterapeutti siirrettiin ammattihenkilöstä asiantuntijaksi. Työfysioterapeuttien pelkona oli tuolloin, että heidän osaamistaan käytetään jatkossa vähemmän hyväksi, kun toiminta toteutuu lähinnä ammattihenkilöiden läheteellä konsultaatioluonteisesti. Pohdintaa aiheutti myös mahdollinen moniammatillisen yhteistyön vaarantuminen yhteisen suunnittelun vähyyden vuoksi. (Vidgren 2002, 49.) Nummila ja Koroma (2015, 41) tuovatkin edelleen esiin tarvetta työfysioterapeutin parempaan hyödyntämiseen moniammatillisessa yhteistyössä. Erityisesti tuki- ja liikuntaelin ongelmaisen työntekijän tuki työkyvyn prosessin eri vaiheissa on ominta työfysioterapeutin osaamisaluetta, jolloin keskeisintä on työympäristön ja työprosessien kehittäminen tukemaan työkykyä (Sormunen ym. 2017, 14). Työhönpaluu vaiheessa työntekijän työtä voidaan keventää, käyttää erilaisia apuvälineitä ja opetella uusia työtapoja, joissa työfysioterapeutin osaamista voitaisiin hyödyntää paremmin. Työfysioterapeutilla on usein hyvä näkemys työpaikoilla tehtävästä työstä ja kuormitustekijöistä, koska he saattavat liikkua työpaikoilla työterveyshuollon ammattiryhmistä eniten. (Nummila & Koroma 2015, 41–42.)

Kyselytutkimuksen perusteella käytännön työssä työfysioterapeuteista 65 prosenttia teki työ- ja toimintakyvyn arviointia sekä terveystarkastuksia viikoittain. 34 prosenttia heistä osallistui asiakkaan työkykyä haittaavan sairauden hoitoon ja 28 prosenttia kuntoutustarpeen arviointiin viikoittain. Työfysioterapeutin rooli oli kuitenkin vähäinen kuntoutuksen aikana tai sen jälkeen tapahtuneessa työkyvyn seurannassa. (Sormunen ym. 2017, 45.)

Jalonen ja muut (2009) tuovat esiin moniammatillisen yhteistyön olevan edelleen enemmän rinnakkain tekemistä totuttujen roolien mukaisesti ja asiantuntijoita käytetään asiakkaan tilanteen arvioon usein sattumanvaraisesti. He nostavat keskusteluun kysymyksen ammattihenkilöiden (työterveyslääkärit ja työterveyshoitajat) asiantuntija-asemasta, joka voi mahdollisesti vaikeuttaa muiden asiantuntijoiden ottamista tasavertaisena yhteistyöhön. Todellinen monitieteinen, rajat ylittävä moniammatillisuuden hyödyntäminen on harvinaisempaa ja sen toteutumiseksi tarvittaisiin enemmän yhteistä arvokeskustelua sekä moniammatillisen toiminnan perustana olevien tekijöiden määrittelyä. (Jalonen ym. 2009, 4236–4237.) Myös Hyttinen (2010, 163) esittää haasteena moniammatillisuuden toteutumiselle professiokeskeisen ja ammattikuntien itsenäisyyttä korostavan toiminnan perinteen, jolloin uuden profession on tehtävä itseään tunnetuksi saavuttaakseen tunnustetun aseman vallitsevassa toimintamallissa.

Sormunen ja muut (2017) havaitsivat tutkimuksessaan työterveyshuollon työkokemuksen vaikuttavan moniammatillisen yhteistyön toteutumisen kokemukseen. Yleisimmin yhteistyön koettiin olevan ongelmien ratkaisemista (59 prosenttia vastaajista), mutta yli 10 vuoden työkokemuksen omaavat työntekijät mainitsivat moniammatillisen työskentelyn olevan enemmänkin yhteistyön tekemistä. (Sormunen ym. 2017, 27–28.) Vidgren (2002, 41) tuo toisaalta esiin näkemyksen, että yhteistyö olisi menossa enemmän asiantuntijuuden rajoja ylittävään yhteistyöhön, mikä edellyttää työntekijän omaa vankkaa ammattitaitoa ja erityisosaamista, mutta myös ymmärrystä toisen ammattilaisen osaamisesta. Eri ammattiryhmien yhteiset lisä- ja täydennyskoulutukset myös ryhmätyötaitojen osalta voisivat vahvistaa vuorovaikutustaitoja, yhteisen kielen löytymistä ja toimintamallien hioutumista (Vidgren 2002, 61–62).

Yhtenä näkökulmana moniammatillisuuden toteutumiseen on tuotu esiin myös yhteistyöstä aiheutuvat kustannukset, joita ei välttämättä maksa kukaan, erityisesti jos moniammatillisen tiimin toiminnan edellytyksistä ei ole sovittu asiakasyrityksen kanssa toimintasuunnitelmassa. (Jalonen ym.

2009, 4236.) Lapponia-Seitti hankkeessa tuodaan esille erityisesti pienten yritysten taloudelliset hankaluudet moniammatillisen työskentelytavan nostaessa työterveyshuoltopalveluiden hintaa korkealle (Rautio & Seppänen 2015, 35). Yrityksen kanssa käytävät neuvottelut sopimuksen ja työterveyshuollon toimintasuunnitelman sisällöstä ovatkin ratkaisevia, kun hyödynnetään eri ammattiryhmien osaamista eri työterveyshuollon toiminnoissa (Vidgren 2002, 36).

### 5.1.2 Psykologinen näkökulma

Työterveyshuollon laatu ja toiminta Suomessa 2018 -selvityksen mukaan kaikista selvityksessä mukana olleista yksiköistä oli käytettävissä työterveyspsykologi hiukan yli 60 prosentissa yksiköistä. Positiivinen kehityskulku on havaittavissa erityisesti työterveyspsykologien määrän kasvussa viimeisinä vuosina. Vajaa puolet ammattikunnasta oli työsuhteessa. (Takala ym. 2019, 31–32.)

Hyttinen (2010) on tarkastellut työterveyspsykologien tehtäväkenttää ja asemaa työterveyshuollossa. Tutkimuksen mukaan moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen työterveyspsykologia käytetään lähinnä yksittäisiin toimeksiantoihin, mutta yhteistä keskustelua, suunnittelua ja arviointia tapahtuu vähän, sovittuja käytäntöjä ei välttämättä ole. Tutkimuksen haastatteluissa erityisesti työterveyshoitajat toivat kuitenkin esiin psykologityön tarpeellisuuden erityisesti psykososiaalisiin kuormitustekijöihin tekijöihin liittyen. (Hyttinen 2010, 166.) Saman näkökulman toi esille Vidgren (2002, 56) tutkimuksessaan, jossa työterveyshoitajat ja työfysioterapeutit näkivät työterveyspsykologin osallistumisen moniammatilliseen työhön tärkeänä erityisesti työssä jaksamisen tukemisen sekä työn psyykkisen kuormituksen lisääntymisen vuoksi.

Työterveyspsykologin käyttöä ohjaa Hyttisen (2010, 163) mukaan työterveyslääkärin ja työterveyshoitajan ns. ammattihenkilön asema, joka antaa oikeuden määritellä muiden asiantuntijoiden käytön toiminnassa. Jalonen ja muut (2009, 4236) tuovat esiin myös näkökulman, etteivät muut ammattiryhmät välttämättä tunne riittävästi työterveyspsykologin työnkuvaa ja toimintamahdollisuuksia, mikä voi heijastua palveluihin ohjaamiseen. Sormunen ja muut (2017, 27) havaitsivatkin tutkimuksessaan, että asiakkaan tuki- ja liikuntaelinongelmiin liittyen yhteistyö ja konsultaatioon ohjaaminen työterveyspsykologille oli hyvin vähäistä, vaikka taustalla saattaisi olla myös mielenterveyteen liittyviä tekijöitä.

Masennuksen toimivia hoitokäytäntöjä arvioivassa hankkeessa selvitettiin työterveyspsykologien ja psykiatrien kokemusta moniammatillisesta toiminnasta työterveyshuollossa. Noin 74 prosenttia työterveyslääkäreistä ja –hoitajista oli tehnyt yhteistyötä työterveyspsykologin kanssa. Psykologin tehtäväkenttään katsottiin kuuluvaksi työkyvyn arviointi, terapian tarpeen arviointi sekä tarvittaessa diagnostiikan tarkennukset. Työterveyspsykologin osaamista saatettiin käyttää enemmän hyväksi silloin, jos sen koettiin säästävän työterveyslääkärin aikaa. Psykologin käyttö oli selkeästi yhteydessä palvelun käyttömahdollisuuteen ja jos se oli käytettävissä, hankkeen interventioryhmään kuuluvista 48 prosenttia kävi psykologilla. Käyntejä oli henkilöä kohti keskimäärin 2,6. Työterveyspsykologin käyntien vähäisyyden on voinut vaikuttaa tutkimukseen liittyen psykoterapian hyvä saatavuus (Kaila ym. 2012, 55, 57.) Hankkeen aikana pidettiin yhteensä 75 työterveysneuvottelua, joissa työterveyspsykologi oli mukana 12 neuvottelussa (mts. 55). Psykiatrit olivat tyytyväisiä yhteistyöhön ja työterveyshuollon konsultaatiotapa nähtiin toimivaksi, joskin osa heistä kaipasi enemmän tietoa työterveyshuoltoon ja työkyvyn arviointia koskevasta lainsäädännöstä. Työterveysneuvottelua työtapana oli hyödyntänyt kaksi psykiatria. (Mts. 53.) Työterveyslääkärit kaipaivat psykiatrin konsultaatiota erityisesti liittyen työ- ja toimintakyvyn arviointiin (mts. 58).

### 5.1.3 Sosiaalinen näkökulma

Martimo (2015) tuo artikkelissaan esiin sosiaalialan asiantuntijan työtä osana työterveyshuollon moniammatillista toimintakenttää. Työterveyshuollon asetuksen mukaan sosiaalialan asiantuntija on voinut olla osa työterveyshuollon moniammatillista tiimiä vuodesta 2014 lähtien ja asiakasyritys on voinut saada palvelusta kelakorvauksen. Edellytyksenä on työterveyshuoltoon pätevöittävä koulutus sekä toiminta työterveyshuollon toimintasuunnitelman mukaisesti. (Martimo 2015, 34–35.) Vuonna 2018 tehdyssä Työterveyshuollon laatu ja toiminta Suomessa 2018 -selvityksessä todettiin sosiaalialan asiantuntijoiden työskentelevän työterveyshuolloissa selkeästi aiempaa enemmän, joskin 90 prosenttia heistä oli lääkärikeskusten palveluksessa. Työ- tai virkasuhteessa heistä oli kaksi kolmasosaa. (Takala ym. 2019, 31–32.)

Martimo (2015) toteaa, että uutta ammattiryhmää ei osata vielä hyödyntää riittävästi. Erityisesti osatyökykyisten työhön paluuseen ja työelämässä jatkamiseen tarvitaan omalaista asiantuntijuutta, joka ottaa huomioon jäljellä olevan työkyvyn ja erilaiset tarjolla olevat mahdollisuudet. Sosiaalialan asiantuntijan konsultointi esitetään hyväksi ja yleensä työterveyshuoltosopimuksen mukaiseksi tavaksi toimia. Tällöin hoitovastuu säilyy työterveyslääkärillä tai -hoitajalla. (Martimo

2015, 34–35.) Myös Liira (2020) tuo esiin sosiaalialan asiantuntijan merkityksen lähinnä pitkittyneiden sairauspoissaolotilanteiden osalta kuntoutuksen suunnittelussa. Artikkelissaan hän tuo esille myös työntekijän toimeentulon huomioimisen esimerkiksi työterveysneuvottelun yhtenä aihealueena, mutta katsoo kuitenkin sen kuuluvan työterveyslääkärin osaamisalueeseen. (Liira 2020, 1438.)

Työterveyden yhteistyön kannalta sosiaalialan asiantuntija tuo tietoa erityisesti ammatillisesta kuntoutuksesta ja tiiviimpää yhteistyötä vakuutusyhtiöiden kanssa. Neuvonta- ja ohjauspalveluiden avulla on mahdollista tukea jo varhaisessa vaiheessa osatyökykyistä työntekijää. Usein sosiaalialan asiantuntijan Suomen sosiaaliturvan tietämys ja osaaminen voi auttaa työntekijää merkittävästi toimeentulon turvaamisesta. Tukea voi saada myös eri vaihtoehdoista kouluttautua ja palata työelämään. (Martimo 2015, 35.)

## 6 Johtopäätökset

Moniammatillisen toiminnan edellytykset kuvautuvat selkeästi parhaimpana biologisen näkökulman kannalta. Aineistossa korostuu työterveyshoitajien ja työterveyslääkäreiden hyvä resurssointi työterveyshuoltoyksiköissä (Takala ym. 2019, 28; Jalonen ym. 2009, 4236). Myös työfysioterapeuteja on käytettävissä  $\frac{1}{4}$  työterveyshuoltoyksiköistä (Takala ym. 2019, 28). Etenkin harvaan asutulla alueella voi kuitenkin olla haasteita pätevien työntekijöiden saamisessa erityisesti asiantuntijoiden osalta (Rautio & Seppänen 2015, 19), mikä voi korostaa ammattihenkilöiden asemaa ja biologista näkökulmaa moniammatillisessa yhteistyössä. Aineiston pohjalta yhteistyö on kuvattu tiiviiksi työterveyslääkärin, työterveyshoitajan ja työfysioterapeutin välillä, johon vaikuttanevat pitkäaikaiset toimintatavat ja asenteet (Vidgren 2002, 38–39; Sormunen ym. 2017, 27; Redemann ym. 2011).

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa nousi esiin myös työterveyshuollon ammattihenkilöiden asiantuntija-aseman (Jalonen ym. 2009, 4236) sekä vahvojen professioiden (Hyttinen 2010, 163) vaikutus moniammatilliseen yhteistyöhön. Käytännössä työterveysneuvottelun valmistelu, toteutus ja seuranta kuvautuivat selkeästi työterveyslääkärin ohjaamaksi ja vastaamaksi toiminnaksi, jossa muut ammattiryhmät tukevat tarvittaessa. (Liira 2020, 1437–1438; Juvonen-Posti ym. 2019, 24–25; Reho ym. 2018; Kaila ym. 2012, 82). Moniammatillisen yhteistyön tekemisen tapoihin vaikutti työntekijöiden työkokemuksen pituus (Sormunen ym. 2017, 27–28) sekä muiden ammattiryhmien työnkuvan ja toimintamahdollisuuksien tuntemus (Jalonen ym. 2009, 4236). Etenkään asiantunti-

joiden osaamista ei välttämättä ole osattu hyödyntää tarkoituksenmukaisesti (Nummila & Koroma 2015, 41.)

Moniammatillisen yhteistyön psykologiset edellytykset ovat parantuneet vähitellen. Työterveyspsykologien määrä on noussut viimeisimpinä vuosina (Takala ym. 2019, 31), mutta saatavuudessa on ainakin paikoin haasteita (Rautio & Seppänen 2015, 34). Moniammatillisen yhteistyön tarpeet kuitenkin tunnistetaan (Kaila ym. 2012, 58; Liira 2020, 1437; Vidgren 2002, 56). Yhteistyön koetaan kuitenkin työterveyspsykologien näkökulmasta olevan lähinnä yksittäisiä toimeksiantoja konsultaatioluonteisesti laajemman yhteistyön jäädessä puuttumaan (Hyttinen 2010, 166).

Biopsykososiaalisen viitekehyksen sosiaalinen näkökulma oli aineistossa aliedustettuna. Sosiaalialan asiantuntija on voinut työskennellä työterveyshuollossa vuodesta 2014 lähtien (A708/2013) ja tutkimuksia ammattialan osallistumisesta työterveyshuollon moniammatilliseen yhteistyöhön on vielä niukasti. Tilastojen mukaan sosiaalialan asiantuntijoiden määrä on lisääntynyt, mutta palvelu ei ole kaikkien työterveyshuoltopalveluita tarjoavien organisaatioiden valikoimassa. Sosiaalialan asiantuntijoiden toiminta on vahvasti lääkärikeskusten työterveyshuoltoihin keskittynyttä. (Takala ym. 2019, 31.) Vaikka sosiaalialan asiantuntijalla tunnistetaan olevan tärkeää osaamista erityisesti osatyökykyisen työntekijän tukemiseksi, ammattikunnan palveluita ei osata hyödyntää vielä riittävästi. Työterveyshuollon työkyvyn tuen prosesseissa kuntoutus- ja sosiaalialan osaamisella todetaan kuitenkin olevan oma paikkansa. (Martimo 2015, 35).

Yhteenvedona voidaan todeta, että biopsykososiaalisten näkökulmien todentuminen käytännössä työterveyshuollon moniammatillisessa yhteistyössä vaihtelee. Perustana toiminnalle ovat riittävät resurssit ja asiantuntijoiden saatavuus, jotka vaihtelevat paljon riippuen työterveysyksiköstä. Parhaiten moniammatillisuutta voidaan toteuttaa isojen lääkäriasemien työterveyshuoltoyksiköissä. Organisaation sisällä moniammatilliseen toimintaan vaikuttavat käytännössä työn organisointitavat, arvot ja asenteet sekä asiantuntijoiden keskinäinen työtehtävien ja osaamisen tuntemus. Puolestaan asiakasorganisaatioiden kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyen reunaehdot moniammatillisuuden toteuttamiselle tuovat työterveyshuoltosopimukset ja työterveyshuollon toimintasuunnitelmat sekä kustannusnäkökulma.

Työterveyshuollon toiminnassa primaariprevention merkitys on tärkeä (sairauksien ennaltaehkäisy), mutta sen lisäksi työkykyä edistetään myös ehkäisemällä sairauksista aiheutuvaa oireilua ja työkyvyttömyyttä sekä tukemalla jäljellä olevaa työkykyä (sekundaari- ja tertiaaripreventio). Kuntoutuksellisesta näkökulmasta on tärkeää havaita, miten ihmisyyden kokonaisuus voidaan huomioida niin tilannearviossa kuin toteutus- ja seurantavaiheissakin ja pyrkiä eri ammattikuntien väliseen avoimeen yhteistyöhön eri preventiotasoilla. Usein niin työntekijän kuin ympäröivän yhteiskunnan kannalta olisi parasta toimia yhteistyössä jo työkyvyn uhkan varhaisessa vaiheessa.

## **7 Pohdinta**

### **7.1 Tulosten arviointi ja hyödynnettävyys**

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla moniammatillisuuden ilmenemistä työterveysneuvotteluprosessin eri vaiheissa biopsykososiaalisen viitekehyksen kautta tarkasteltuna. Työterveysneuvottelu on keskeinen eri työterveyshuollon ammattiryhmiä koskettava työkalu asiakkaana olevan työntekijän työkyvyn ja kuntoutumisen tukemiseen liittyen. Opinnäytetyössä keskityttiin vain työterveyshuollon ammattilaisten sisäiseen yhteistyöhön. Keskeisiä taustakäsitteitä aiheen käsittelyssä olivat moniammatillisuus ja työterveysneuvottelu sekä teoreettisena kehyksenä biopsykososiaalinen ihmiskäsitys. Ihmisyyden olemisen eri osa-alueiden huomioiminen asiakkaan työ- ja toimintakyvyn heiketessä ja kuntoutustoimia suunniteltaessa voi olla erityisen merkityksellistä. Vaikka työkyvyn tuen prosesseissa kokonaisvastuu on usein työterveyslääkärillä, tuo muiden ammattiryhmien osaaminen asiakkaan tilanteeseen tärkeitä näkökulmia ja tukea.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston muodosti yhteensä 15 artikkelia, tutkimusta tai hankeraporttia. Työterveyshuollon moniammatillisuuteen liittyvän tieteellisen ja vertaisarvioidun aineiston niukka saatavuus yllätti. Myös työterveysneuvottelua koskevia tutkimuksia oli vain muutamia, joskin hiltain valmistuneita. Työterveyshuollolta on odotettu moniammatillista työskentelytapaa lakien ja ohjeistusten puitteissa jo vuosikymmeniä. Eri ammattikuntien välisen yhteistyön tutkiminen ei ole kuitenkaan noussut tutkimusten aiheeksi, vaikka moniammatillisuuden hyödyt olisivat myös asiakkaan hyvän palvelun näkökulmasta kiistattomat.

Työterveysneuvottelu kuvautui selkeästi työterveyslääkärin vastuualueeksi muiden ammattiryhmien täydentäessä mahdollisuuksien ja osaamisen puitteissa. Aineistosta ei selkeästi voinut erottaa eri työterveysneuvottelun vaiheita omiksi kokonaisuuksiksi. Toisaalta on huomioitava, että työterveysneuvottelu on osa laajaa työkyvyn tuen toimintamallia, jonka eri vaiheet voidaan käsittää jatkumoksi asiakkaan työkyvyn tukemisen prosessissa. Moniammatillisuuden toteutumisen edellytysten tarkastelu laajassa kuvassa onkin tarpeen, koska vain pelkän työterveysneuvottelun toteutumisen hetki on vain osa koko prosessista.

Yleisesti työkyvyn tuen prosessin osalta tarkasteltuna moniammatillisuuden toteutumisen edellytykset biologinen, psykologinen ja sosiaalinen näkökulma huomioiden ovat vuosien kuluessa parantuneet. Työterveyshuollon resurssit moniammatillisuuteen liittyen tulivat esille useammassa analysoidussa kirjoituksessa. Suuremmilla lääkärikeskusten työterveyshuolloilla kuvattiin olevan hyvät mahdollisuudet toteuttaa moniammatillista yhteistyötä. Toisaalta pienten palvelutuottajien henkilöstö saattoi muodostua vain työterveyslääkäristä ja työterveyshoitajasta, joskin moniammatilliset voimavarat ovat hiljalleen parantuneet sielläkin.

Resursseihin liittyvät myös muun muassa palveluiden järjestämistavat, järjestetäänkö omana toimintana vai ostopalveluna sekä toisaalta onko henkilökunta palkkasuhteessa vai ammattiharjoittajia. Resurssikysymykset heijastuvat eri tavoin moniammatilliseen yhteistyöhön ja erityisesti siihen sitoutumiseen. Palveluiden saatavuuden tason vaihtelut luovat mielikuvan palveluiden ostajien ja käyttäjien eriarvoisuudesta eri puolella Suomea ja eri palveluntuottajilla. Etävastaanotto toiminnassa on kehitytty nopeaan tahtiin viimeisimpinä vuosina. Palvelu voi tarjota mahdollisuuksia toteuttaa moniammatillista toimintaa etenkin pitkien etäisyyksien aiheuttaessa haasteita ja sitä kautta vähentää palveluiden eriarvoista saatavuutta.

Resurssinäkökulmaan vaikuttaa osaltaan työterveyshuoltolaki, joka on jaotellut ammattiryhmät ammattihenkilöihin ja asiantuntijoihin. Suurin osa katsaukseen valitusta aineistoista käsitteli moniammatillisuutta biologisesta näkökulmasta, joka siis selkeästi korostui. Asiantuntijoiden, kuten työfysioterapeutin, työterveyspsykologin ja sosiaalialan asiantuntijan, hyödyntäminen asiakkaan tilanteessa rakentuu ammattihenkilön toiminnan varaan. Työterveyshuollon toiminta perustuu asiakasyrityksen kanssa laadittavaan työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan, jossa tulisi olla mainittuna myös asiantuntijoille suunniteltu toiminta määritellyn kauden aikana. Tärkeää olisikin



huomioida työterveyshuollon sisäisessä toimintasuunnitelman valmistelussa eri asiantuntijoiden näkemykset yrityksen tarpeista, jotta näkökulma ei kapeutuisi vain työterveyshoitajan ja -lääkärin tarvearvioon. Työterveyshuolto aiheuttaa yritykselle kustannuksia, joista haetaan korvauksia Kelalta vasta tilikauden päättymisen jälkeen. Erityisesti pienillä yrityksillä pelko kustannusten kasvusta voi vaikuttaa moniammatillisen toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen. Kuitenkin työterveyshuoltolain mukaan työnantajan tulee käyttää työntekijän työkyvyn arvioinnissa tarvittavaa moniammatillista asiantuntemusta.

Eri ammattiryhmien koulutus voi valmistaa työntekijöitä moniammatilliseen yhteistyöhön eri tavoin. Jo ammatillisen koulutuksen aikana olisi hyvä työskennellä moniammatillisissa ryhmissä, jolloin yhteistyötaidot voivat jäädä pääomaksi työelämään siirtyessä. Työterveyslaitoksen työterveyshuoltoon pätevöittävä moniammatillinen koulutus on tarkoitettu lääkäreille, terveydenhoitajille, fysioterapeuteille ja psykologeille. Puolestaan työterveyshuoltoon pätevöittävä koulutus asiantuntijoille on tarkoitettu mm. sosiaalialan, ergonomian, työhygienian, teknisen alan, maatalouden, työnäkemisen, ravitsemuksen, puheterapian tai liikunnan asiantuntijoille. (Työterveyshuoltoon pätevöittävät koulutukset n.d.) Tärkeää olisi huomioida moniammatillisen yhteistyön kehittäminen myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä, organisaation kehittämistoiminnassa, palavereissa, erilaisissa täydennyskoulutuksissa ja ammattipätevyiden ylläpitämisessä, jotta yhteiset toimintamallit hioutuvat toimiviksi.

Työjärjestelyiden ja toimintatapojen osalta olisi tärkeää mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön sujuvuus. Johtamisella on suuri merkitys organisaation toimintatapojen kehittämisessä. Yhteisen laatutyöskentelyn kautta mahdollistuu työkyvyn toimintaprosessien kuvaus, mukaan lukien työterveysneuvottelu, jolloin myös eri ammattiryhmien osallistuminen tulee paremmin näkyväksi. Sormunen ja muut (2017) esittivätkin artikkelissaan tarpeen kehittää suunnitelmallisesti työprosesseja ja toimintamalleja, joissa on kuvattu selkeät roolit ja vastuut. Huomioita tulisi kiinnittää riittävien resurssien lisäksi mahdollisuuksien mukaan yhteisiin työtiloihin, jolloin myös epävirallinen yhteisöllisyys voisi kehittyä. (Sormunen ym. 2017, 34–35.) Toimintatavat voivat liittyä työntekijöiden asenteisiin ja henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Jos yhteiset, sovitut prosessit puuttuvat, jokainen työntekijä toteuttaa moniammatillista yhteistyötä oman näkemyksensä mukaisesti. Yhteinen arvopohja ja työn viitekehyksestä sopiminen kehittävät moniammatillisuutta yhtenäisempään

suuntaan. Tärkeää on arvostaa toisen ammattilaisen osaamista ja pyrkiä omalla toiminnalla enemmän jaetun asiantuntijuuden toimintatapaan.

Kun työntekijän työ- ja toimintakyky heikkenevät, on usein tarpeen tarkastella hänen tilannettaan laajemmasta näkökulmasta. Tällöin erilaista osaamista yhdistämällä, työntekijän kanssa yhteistyössä voidaan saavuttaa enemmän kuin yksin toimimalla. Työterveysneuvottelu yhtenä osana työkyvyn tuen mallia on merkityksellinen, koska sen tuloksena yhdistyy näkemys työntekijän työkyvystä suhteutettuna työtehtäviin ja toisaalta työnantajan näkemys työn mahdollisista muokauskeinoista. Kuntoutuksen näkökulmasta varhainen puuttuminen ja aktiivinen yhteistyö työkyvyn heikkenemisen alkuvaiheessa ovat merkityksellisiä ehkäisemään vaikeampia ammatillisen kuntoutuksen haasteita. Oman työnantajan kanssa tehdyt suunnitelmat ja mahdollisuus jatkaa tarvittaessa mukautetusti työuraa tutussa ympäristössä ovat ensisijaisesti selvitettäviä asioita kuntoutumisen polulla. Työterveyshuollon henkilöstöltä tarvitaan näkemystä ja ohjausta oikeaan suuntaan, työntekijän kannustamista ja riittävän pitkää seuranta sovitulla tavalla. Työnantajat voivat kaivata käytännön työkaluja ja vinkkejä työn mukauttamiseen, jolloin työterveyshuolto on luonteva yhteistyökumppani keskustelemaan työkyvyn tuesta. Kirjallisuuskatsaus osoitti, että työterveyshuollon moniammatillisuutta on tutkittu vähän ja jatkotutkimustarpeita löytyy monista näkökulmista.

## 7.2 Luotettavuus

Keskeiset tieteellisen tiedon kriteerit ovat universalismi, tiedon julkisuus ja yhteisomistajuus, puolueettomuus sekä järjestelmällinen kritiikki. Lisäksi tutkijan tulisi käyttää tieteellistä menetelmää ja muistaa perusteluissaan tieteellisen päättelyn säännöt. Käytännössä hyvän tutkimuksen kriteerinä voidaan pitää tutkimuksen johdonmukaisuutta ja eettistä kestävyyttä, joka tarkoittaa tutkimusprosessin eri vaiheiden laadukasta toteuttamista ja raportointia. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 126–127.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös asianmukaisten lähdeviitteiden käyttäminen sekä sidonnaisuuksien ja rahoituslähteiden ilmoittaminen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132–133).

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttavat useat tutkimusprosessin vaiheet ja tehdyt valinnat. Alkuvaiheessa tutkijan tulee tunnistaa mahdolliset ennako-odotukset ja toiveet mahdollisten tulosten osalta, koska todellinen, objektiivinen kuva saattaa muutoin vääristyä. Tutkimuskysymykseen tulee myös kiinnittää huomiota, jotta ne eivät olisi aineiston kannalta liian laajoja tai suppeita.

Alustavat kirjallisuushaut voivat auttaa tunnistamaan mahdollisia ongelmia kirjallisuuden suhteen. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25.) Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta merkityksellisin vaihe on aineiston hakuprosessi, koska sen tulokset vaikuttavat johtopäätöksiin. Huomioitava on myös, haetaanko aineistoa vain sähköisistä tietokannoista vai myös manuaalisesti. Aineiston valintakriteereillä on suuri merkitys aineiston valinnassa, jotta tehdyssä tutkimussuunnitelmassa pysytään. Aineiston rajaukset voivat vaikuttaa tulosten luotettavuuteen muun muassa sitä kautta, onko mukaan otettu vain vertaisarvioituja tutkimuksia vai onko huomioitu myös julkaisematonta aineistoa. Myös kielivalinnan rajausta voi aiheuttaa virhetulkintoja. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston haku- ja valintaprosessi kuvattiin mahdollisimman tarkasti eri sähköisten tietokantojen osalta. Koehaussa havaittiin, että hyvin tarkoilla hakusanoilla aineisto jäisi liian pieneksi, eikä moniammatillisuuden toteutumisesta työterveyshuollossa olisi saatu riittävää kuvaa. Tästä syystä hakusanat olivat laajempia ja tarkempi valinta tehtiin aineistoon tutustumalla. Vertaisarvioidun lähdeaineiston niukkuus oli yllättävää ja onkin hyvä todeta, että kirjallisuuskatsaukseen valikoitunut aineisto voi edustaa kapeutunutta näkökulmaa tutkitusta aiheesta.

Etenkin hankeraporttien tietokannoissa, kuten Työsuojelurahaston haussa ei voitu käyttää samoja hakuja kuin muissa tietokannoissa. Kriteerit täyttävää aineistoa käytiin läpi tiivistelmiin perehtymällä, koska pelkkä otsikotaso ei etenkin hankeraporteissa kertonut aineiston mahdollisesta soveltuvuudesta asetetut kriteerit huomioiden. Aineisto pyrittiin valitsemaan mahdollisimman objektiivisesti, mutta todennäköisesti kaikkia soveltuvia artikkeleita ja hankkeita ei löydetty. Myös kielirajaus vain suomenkieliseen aineistoon saattoi rajata joitakin artikkeleita tai tutkimuksia pois. Toisaalta työterveyshuollon toiminta on Suomessa kansallisten lakien ohjaamaa ja sikäli omintakeista.

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten arviointi olisi suositeltavaa tehdä ja erityisesti luotettavuutta lisäisi kahden tutkijan itsenäinen arvio tutkimuksen antamasta tiedosta. Apuna voidaan käyttää erilaisia arviointityökaluja tai perustaa oma arvio tutkimusartikkelissa kirjoitettuun luotettavuuden arviointiin. Joka tapauksessa arvioinnin tulee olla perusteltu ja valitut artikkelit arvioidaan soveltuvien kriteerien mukaisesti sekä arviointikriteerien tulee ilmetä kirjallisuuskatsauksen

raportista. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28–30.) Kirjallisuuskatsauksen aineistoon valituista artikkeleista kaksi oli vertaisarvioituja. Muiden artikkeleiden osalta tarkistettiin kirjoittajan asiantuntemus, asianmukaisten lähteiden käyttö artikkelissa sekä julkaisijan tiedot. Väitöskirja ja pro gradu tutkimukset on toteutettu yliopistossa, mikä lisäsi luotettavuutta. Hankeraportit olivat puolestaan luotettavina pidettyjen organisaatioiden, kuten Työterveyslaitoksen, tutkijoiden laatimia.

Kirjallisuuskatsauksen raportin on oltava riittävän tarkka, jotta se voi olla toistettavissa (reliabiliteetti) ja kirjallinen tuotos on hyvä rakentaa tietyn rakenteen mukaisesti (Hamari & Niela-Vilén 2016, 32). Validiteetin käsitteen avulla arvioidaan tutkimusmenetelmän luotettavuutta arvioimalla, onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä on suunniteltu tutkittavaksi. Vastataanko tuloksilla tutkimuskysymyksiin? (Tuomi & Sarajärvi 2013, 136.) Kirjallisuuskatsauksen raportoinnissa toteutettiin hyvää tutkimustyön rakennetta ja pyrittiin tuomaan esille mahdollisimman tarkasti etenkin aineiston valintaan liittyvät seikat. Teoriaohjaava analyysi toi haasteita tutkimuskysymyksiin vastaamisessa, mutta keskeiset aineistosta nousevat vastaukset löydettiin.

## Lähteet

A 708/2013. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta. Viitattu 6.2.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708>.

Behm, J. & Gray, N. 2012. Interdisciplinary Rehabilitation Team. Julkaisussa *Rehabilitation nursing*. Toim. K. Mauk. Jones & Bartlett Learning, LLC, 51–62.

D'Amour D., Beaulieu M-D., Ferrada-Videla M. & Rodriguez L.S.M. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 19, 1, 116–131.

Gould, R., Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 2012. Toimiiko työeläkekuntoutus? Viitattu 13.4.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-160-4>.

Gritti, P. 2017. The bio-psycho-social model forty years later: a critical review. *Journal of Psychosocial Systems*, 1(1), 36–41. Viitattu 30.3.2021. [https://www.researchgate.net/publication/317285908\\_The\\_bio-psycho-social\\_model\\_forty\\_years\\_later\\_a\\_critical\\_review](https://www.researchgate.net/publication/317285908_The_bio-psycho-social_model_forty_years_later_a_critical_review).

Hamari, L. & Niela-Vilén, H. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Julkaisussa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Toim. R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 23–34.

Helminen, P. & Sukula-Ruusunen, K. 2017. Kokonaisvaltainen asiakkaan kohtaaminen ja tilannearviointi ohjaustyössä. Julkaisussa *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Toim. J. Helminen. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hyttinen, P-L. 2010. ”Yksi-viiva-viisi käyntikertaa” -työterveyspsykologin tehtäväkenttä ja positointi työterveyshuollon kokonaisuudessa. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto. Joensuu.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja, Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos. Viitattu 6.4.2021. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Jalonen, P. & Laaksonen, M. 2014. Moniammatillinen toimintatapa. Julkaisussa *Hyvä työterveyshuoltokäytäntö*. Toim. J. Uitti. Helsinki: Työterveyslaitos, 101–103.

Jalonen, P., Manninen, P., Rautio, M. & Savinainen, M. 2009. Moniammatillinen yhteistyö kompasuu asenteisiin. *Suomen lääkirlehti - Finlands läkartidning* 64, 49, 4236–4237.

Jeglinsky, I. & Kukkonen, T. 2016. Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. Julkaisussa *Kuntoutuminen*. Toim. A. Ylinen. Helsinki: Duodecim, 393–401.

Juvonen-Posti, P., Ristimäki, H-L., Pesonen, S., Weiste, E., Koskela, I., Nyman, H., Nukari, E. & Ruusuvoori, J. 2019. Ratkaisuja työhönpaluuuseen työterveysneuvottelussa. *Moniaineistoinen tutkimus*

päätöksen teosta ja koetuista hyödyistä. Viitattu 6.4.2021.  
<http://urn.fi/URN:ISBN:9789522618603>.

Juvonen-Posti, P., Viljamaa, M., Uitti, J., Kurppa, K. & Martimo, K-P. 2014. Työkyvyn tuki – tavoitteena työssä jatkaminen. Julkaisussa Hyvä Työterveyshuoltokäytäntö. Toim. J. Uitti. Helsinki: Työterveyslaitos, 212–233.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kaila, E., Väisänen, A., Leino, T., Laamanen, A., Vihtonen, T., Hyvärinen, H-K. & Varjonen, J. 2012. ToMaHoK - Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa. Viitattu 28.4.2021.  
[http://urn.fi/URN:\[ISBN 978-952-261-190-1 \(pdf\)\]](http://urn.fi/URN:[ISBN 978-952-261-190-1 (pdf)]).

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede, 25, 4, 291–301, ProQuest Central.

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Julkaisussa Moniammatillinen yhteistyö: vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Toim. K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen. Helsinki: Gaudeamus, 15–46.

Kerätär, R. 2016. Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Väitöskirja, Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 6.4.2021. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210865.pdf>.

Kuntoutuksen uudistaminen. Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020–2022. 2020. Viitattu 6.2.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8443-1>.

Kuura – työhön kytkeytyvä kuntoutus työurien pidentäjänä. 2020. Viitattu 24.1.2021.  
<https://www.jamk.fi/fi/Tutkimus-ja-kehitys/projektit/kuura-hanke/etusivu/>.

L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki. Viitattu 24.1.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sairausvakuutuslaki>.

L 1383/2001. Työterveyshuoltolaki. Viitattu 24.1.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6terveyshuoltolaki>.

L 738/2002. Työturvallisuuslaki. Viitattu 24.1.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6turvallisuuslaki>.

Leino, T., Nissinen, S., Laitinen, J., Weiste, E., Seppänen, S., Lappalainen, K., Rautio, M., Mäenpää-Moilanen, E. & Remes, J. 2020. Motivoivan ohjauksen ja terveystieteellisen suunnitelman vaikutus työkykyyn ja työkyvyn lukutaitoon. Viitattu 29.4.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:9789522619174>.

Liira, J. 2020. Miten työterveyshuolto tukee ja arvioi työkykyä. Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning 75, 23, 1437–1440.

Martimo, K-P. 2015. Lisää työkykyä yhteistyöllä. *Työ – Terveys – Turvallisuus* 2015: 3, 34–35.

Mönkkönen, K., Leinonen, L., Arajärvi, M., Hovatta, A-E., Tusa, N. & Salokangas, K. 2019. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Julkaisussa *Moniammatillinen yhteistyö: vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Toim. K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen. Helsinki: Gaudeamus, 47–88.

Nummila, H. & Koroma, J. 2015. Hyvällä yhteistyöllä tuetaan suomalaisten työkykyä. *Fysioterapia* 2015: 4, 41–43.

Outila, M., & Lantela, P. 2019. Samanaikaisesti hauras ja resilientti - kategoria-analyysi ikääntyneiden itseä koskevasta puheesta. *Gerontologia* 2019: 33, 19–36. Viitattu 20.9.2021. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.75935>

Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. ICF-luokitus. Julkaisussa *Kuntoutuminen*. Toim. A. Ylinen. Helsinki: Duodecim, 37–55.

Rauhala, L. 2015. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Redemann, B., Liira, J. & Juvonen-Posti, P. 2011. Moniammatillinen case management työterveyshuollossa. Viitattu 27.4.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tyt/article/ttl00894?toc=24497>.

Reho, T., Atkins, S., Talola, N., Ojajärvi, U., Sumanen, M., Viljamaa, M. & Uitti, J. 2018. Työterveysneuvottelu työssä jatkamisen tukena – kuvaileva tutkimus. *Suomen Lääkärilehti - Finlands läkartidning* 74, 36, 1948–1953. Viitattu 28.4.2021. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/tyoterveysneuvottelu-tyossa-jatkamisen-tukena-ndash-kuvaileva-tutkimus/#>.

Rautio, M. & Seppänen, S. 2015. Lapponia – Seitti. Maakunnallinen työterveyshuollon kehittämishanke Lapissa vuosina 2013–2015. Viitattu 28.4.2021. <http://urn.fi/URN:978-952-261-566-4>.

Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä. 2007. Viitattu 21.4.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504227222>.

Salminen, A-L., Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2016. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Julkaisussa *Kuntoutuminen*. Toim. A. Ylinen. Helsinki: Duodecim, 20–36.

Salo, U-M. 2015. Simalabim, sisällönanalyysi ja koodaamisen haasteet. Julkaisussa *Umpikujasta oivallukseen: refleksiivisyys empiirisessä tutkimuksessa*. Toim. S. Aaltonen & R. Högbäck. Tampere: University Press, 166–190.

Sauni, R., Niiranen, K., Manninen, P., Pulkkinen-Närhi, P. & Räsänen K. 2013. Kunnallisen työterveyshuollon rakennemuutos parantaa palveluvalmiuksia. *Suomen lääkäri-lehti - Finlands läkartidning* 68, 43, 2760–2765.

Sormunen, E., Ylisassi, H., Mäenpää-Moilanen, E., Remes, J. & Martimo, K-P. 2017. Yhteistyö tuki- ja liikuntaelinvaivoihin liittyvän työkyvyttömyyden ehkäisyssä: Monimenetelmällinen tutkimus työterveyshuollon sisäisestä yhteistyöstä sekä työterveys- ja kuntoutusyhteistyöstä. Viitattu 28.4.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-730-9> (pdf).

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A: 73/2016. Toim. R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 7–22.

Takala, E-P., Leino, T., Harjunpää, K., Hirvonen, M., Kauranen, T., Liljeström, K., Syynimaa, S. & Österbacka, O. Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Viitattu 29.4.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:9789522618917>.

Tiitola, K., Takala, E-P., Rentto, T., Tulenheimo-Eklund, E. & Kaukiainen, A. 2016. Työkyvyn heikkenemisen varhainen tunnistaminen. TOIMIA suositus. Viitattu 24.1.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201703315899>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Työfysioterapeutit määrittellään jatkossa työterveyshuollon ammattihenkilöiksi. 2021. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 171/2021. Viitattu 2.8.2021. <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/tyofysioterapeutit-maaritellaan-jatkossa-tyoterveyshuollon-ammattihenkiloiksi>.

Työikäisten palvelut. N.d. SOTE-uudistus. Viitattu 16.3.2021. <https://soteuudistus.fi/tyoikaisten-palvelut>.

Työkykytalo. N.d. Työterveyslaitoksen aineistopankki. Viitattu 21.4.2021. <https://ttl.imagebank.fi/#/category/117>.

Työkyvyn varhainen tuki. N.d. Työterveyslaitos. Viitattu 21.4.2021. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tyoterveyshuolto/tyokyvyn-tuki/tyokyvyn-varhainen-tuki/>.

Työterveyshuoltoon pätevättävät koulutukset. N.d. Työterveyslaitos. Viitattu 11.6.2021. <https://www.ttl.fi/koulutus/tyoterveyshuollon-patevoittava-koulutus/>.

Työterveysneuvottelu. N.d. Työterveyslaitos. Viitattu 21.4.2021. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tyoterveyshuolto/tyokyvyn-tuki/tyoterveysneuvottelu/>.

Uitti, J. 2018. Työelämän ja työterveyden kehitys Suomessa. Julkaisussa Työstä terveyttä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–16.

Vidgren, H. 2002. Moniammatillinen yhteistyö työterveyshuollossa. Pro gradu -tutkielma, Kuopion yliopisto, Hoitotieteenlaitos. Kuopio: Kuopion yliopiston kirjasto.



## Liitteet

### Liite 1. Aineiston luokittelu lähdetyypeittäin biopsykososiaalisessa viitekehyksessä

Aineisto	Biologinen	Psykologinen	Sosiaalinen	Lisätietoa
<b>Vertaisarvioidut artikkelit</b>  <b>Liira, J. 2020. Miten työterveys-huolto tukee ja arvioi työkykyä.</b>  <b>Sauni, R., Niiraniemi, K., Manninen, P., Pulkkinen-Närhi, P., Räsänen, K. 2013. Kunnallisen työterveyshuollon rakennemuutos parantaa palveluvalmiuksia.</b>	<p>Työterveyslääkärin keskeinen rooli. Muut ammattiryhmät mukaan lähinnä työkyvyttömyyden pitkittyessä.</p> <p>Työterveyshuollon resurssitilanne on parantunut suhteellisesti eniten kunnallisissa yksiköissä sekä kunnallisissa liikelaitoksissa.</p>	<p>Yhteistyön merkitys todetaan.</p>	<p>Sosiaalialan asiantuntijaa voidaan käyttää pitkittyneissä työkykyongelmissa.</p>	<p>Suomen Lääkäri-lehti</p> <p>Suomen Lääkäri-lehti</p>
<b>Vertaisarvioimattomat artikkelit</b>  <b>Jalonen, P., Manninen, P., Rautio, M., Savinainen, M. 2009. Moniammatillinen yhteistyö kompastuu asenteisiin.</b>	<p>Toimiva moniammatillinen tiimi n. 20 prosentissa työterveyshuollon yksiköistä.</p> <p>Kustannukset asiakasyrityksille vaikuttavat moniammatillisuuden toteutumiseen.</p> <p>Ammattihenkilöiden asiantuntija-aseman vaikutus</p>	<p>Asiantuntijoiden käyttö sattumanvaraista.</p> <p>Työterveyspsykologin työnkuvaa ei tunneta ammattihenkilöiden keskuudessa.</p>	<p>Asiantuntijoiden käyttö sattumanvaraista.</p>	<p>Suomen Lääkäri-lehti</p>

<p><b>Martimo, K-P. 2015.</b> Lisää työkykyä yhteistyöllä.</p>	<p>yhteistyöhön. Perinteiset roolit.</p>		<p>Sos.alan asiantuntijat keskittyneet isojen tth-palveluiden tuottajien palvelukseen. Sos.alan asiantuntijaa ei hyödynnetä riittävästi.</p>	<p>Työ, terveys, turvallisuus -lehti</p>
<p><b>Nummila, H. &amp; Koroma, J. 2015.</b> Hyvällä yhteistyöllä tuetaan suomalaisten työkykyä.</p>	<p>Työfysioterapeutilla on hyvä näkemys työpaikoilla tehtävästä työstä ja kuormitustekijöistä, mitä voitaisiin hyödyntää paremmin työntekijän työhönpaluuvaiheessa.</p>			<p>Fysioterapia -lehti</p>
<p><b>Redemann, B., Liira, J., Juvonen-Posti, P. 2011</b> Moniammatillinen case management työterveyshuollossa.</p>	<p>Case Manager toiminta. TTH palveluiden yhteensovittaminen tärkeää, vastuut olisi määriteltävä. Haasteena asenteet ja asiantuntijakeskeisyys toimintatavoissa.</p>			<p>Työterveyslääkäri -lehti</p>
<p><b>Muut tutkimukset: väitöskirja, pro gradu</b></p> <p><b>Hyttinen, P-L. 2010.</b> 'Yksi-viiva-viisi käyntikertaa': työterveyspsykologin tehtäväkenttä ja</p>	<p>Professiokeskeisen toiminnan perinteet vaikuttavat</p>	<p>Uuden profession (tpps) on tehtävä työtä tullakseen tunnustetuksi.</p>		<p>Itä-Suomen yliopisto, väitöskirja</p>

<p><b>positiointi työterveyshuollon kokonaisuudessa.</b></p> <p><b>Vidgren, H. 2002. Moniammatillinen yhteistyö työterveyshuollossa.</b></p>	<p>moniammatilliseen toimintaan.</p> <p>Yhteistyö on tiivistä työterveyshoitajan, työfysioterapeutin ja työterveyslääkärin välillä. Työterveyshoitaja koordinoi usein yhteistyötä. Työn organisointi vaikuttaa moniammatillisen työn tekemiseen. Työfysioterapeuttien muuttunut asema v.2002 lakimuutoksen jälkeen (ammattihenkilöstä asiantuntijaksi).</p>	<p>Työterveyspsykologia käytetään lähinnä yksittäisiin toimeksiantoihin.</p> <p>Työterveyspsykologin osallistuminen yhteistyöhön nähdään tärkeänä.</p>		<p>Kuopion yliopisto, pro gradu</p>
<p><b>Hankkeet</b></p> <p><b>Juvonen-Posti, P., Ristimäki, H-L., Pesonen, S., Weiste, E., Koskela, I., Nyman, H., Nukari, E. &amp; Ruusuvoori, J. 2019. Ratkaisuja työhönpaluueseen työterveysneuvottelussa: Moniaineistoinen tutkimus päätöksenteosta ja koetusta hyödyistä.</b></p> <p><b>Kaila, E., Väisänen, A., Leino, T., Laamanen, A., Vihtonen, T., Hyvärinen, H-K. &amp; Varjonen, J. 2012.</b></p>	<p>Työterveyslääkärin rooli on vahva työterveysneuvottelun toteuttamisen eri vaiheissa. Tutkimuksessa muiden ammattiryhmien huomiointi oli vähäistä. Myös jatkoseuranta sovittu yleensä työterveyslääkärille.</p> <p>Työterveysneuvottelun kokoonpanossa yleensä lääkäri ja harvemmin muut ammattiryhmät. Tunnistettu</p>	<p>Työterveyspsykologin tehtäväkenttä ja yhteistyö. Masennuksen hoidon työnjaosta</p>		<p>Työterveyslaitos ja Tampereen yliopisto</p> <p>Työterveyslaitos</p>

<p><b>ToMaHoK - Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa.</b></p>	<p>kuitenkin tarve yhteistyön tekemiseen.</p>	<p>on sovittu n.1/3 yksiköistä.</p>		
<p><b>Leino, T., Nissinen, S., Laitinen, J., Weiste, E., Seppänen, S., Lappalainen, K., Rautio, M., Mäenpää-Moilanen, E. &amp; Remes, J. 2020. Motivoidun ohjauksen ja terveystuennon vaikutus työkykyyn ja työkyvyn lukutaitoon.</b></p>	<p>Työterveyshoitajat ohjaavat terveystarkastuksista yleisimmin työterveyslääkäreille ja työfysioterapeuteille. Tarkastusten seuranta toteutui 4 työterveysneuvottelua.</p>			<p>Työterveyslaitos</p>
<p><b>Rautio, M. &amp; Seppänen, S. 2015. Lapponia-Seitti: Lapponia-Seitti – Maakunnallinen työterveyshuollon kehittämishanke Lapissa vuosina 2013–2015.</b></p>	<p>Resurssitilanteen haasteellisuus Lapin läänissä. Pätevän henkilöstön palkkaamisessa vaikeuksia. Erityisesti pienten yritysten taloudelliset vaikeudet voivat vaikuttaa moniammatillisuuden toteuttamiseen (hinta nousee).</p>	<p>Kehittämistarpeena on todettu työterveyspsykologien saatavuuden parantaminen.</p>		<p>Työterveyslaitos</p>
<p><b>Reho, T., Atkins, S., Talola, N., Ojajarvi, U., Sumanen, M., Viljamaa, M. &amp; Uitti, J. 2018. Työterveysneuvottelut työssä jatkamisen tukena – kuvaileva tutkimus.</b></p>	<p>Työterveysneuvottelussa mukana yleisesti työterveyslääkäri ja 51 %:ssa myös joku muu työterveyshuollon ammattilainen, yleisimmin työterveyshoitaja.</p>			<p>Suomen Lääkäri-lehti</p>
<p><b>Sormunen, E., Ylissassi, H., Mäenpää-Moilanen, E., Remes, J.</b></p>	<p>Yhteistyö tavantasaista työterveyslääkärin, työterveyshoitajan ja työfysioterapeutin</p>			<p>Työterveyslaitos</p>

<p><b>&amp; Martimo, K-P. 2017.</b>  <b>Yhteistyö tuki- ja liikuntaelinvaivoihin liittyvän työkyvyttömyyden ehkäisyssä: Monimenetelmällinen tutkimus työterveyshuollon sisäisestä yhteistyöstä sekä työterveys- ja kuntoutusyhteistyöstä.</b></p>	<p>kesken. Työterveyshuollon työntekijöiden työkokemus vaikuttaa moniammatilliseen yhteistyöhön. Yli puolet vastaajista koki, ettei yhteistyöhön ole riittävästi aikaa. 65% työfysioterapeuteista teki työ- ja toimintakyvyn arviointia viikoittain ja 28% kuntoutustarpeen arviointia viikoittain.</p>			
<p><b>Takala, E-P., Leino, T., Harjunpää, K., Hirvonen, M., Kauranen, T., Liljeström, K., Syynimaa, S. &amp; Österbacka, O.</b>  <b>Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018.</b></p>	<p>Moniammatillisuuden kannalta paras tilanne on Etelä-, Länsi- ja Sisä-Suomessa. Työterveyshuoltoon päteväitynyt työterveyslääkäri- ja hoitaja oli 80%:ssa vastanneista yksiköistä. Työterveyslääkäreistä ½ oli ammatinharjoittajia. Työfysioterapeutti oli käytössä 75%:ssa yksiköistä.</p>			Työterveyslaitos

## Liite 2. Aineiston analyysin ylä- ja alakategoriat

YLÄKATEGORIA	ALAKATEGORIA
<b>Biologinen</b>	Resurssit Lain vaikutus (ammattihenkilö ttl ja tth, asiantuntija tft) Työn organisointi Asenteet/professiokeskeisyys Roolit Työkokemus Koulutus
<b>Psykologinen</b>	Resurssit Lain vaikutus (asiantuntija) Työn organisointi (työsuhteen laatu, mahd. ostopalvelu) Työterveyspsykologin työnkuvan tuntemus Työterveyshuollon toimintasuunnitelman sisältö Tunnistettu tarve moniammatilliseen yhteistyöhön
<b>Sosiaalinen</b>	Resurssit Lain vaikutus (asiantuntija) Työn organisointi (työpaikka, työsuhteen laatu) Sosiaalialan asiantuntijan työnkuvan tuntemus Työterveyshuollon toimintasuunnitelman sisältö Tunnistettu tarve moniammatilliseen yhteistyöhön