



Työterveyslaitos

# Alueellisella yhteistyöllä tukea työkykyyn – HAHMOTUS

SELVITYS TYÖKYVYN TUEN JA SEN KOORDI-  
NAATION TOTEUTUMISESTA VIIDEN SAIRAA-  
HOITOPIIRIN ALUEELLA TYÖTERVEYSHUOLLON JA  
MUUN TERVEYDENHUOLLON SEKÄ KUNTOUTUKSEN  
TOIMIJOIDEN VÄLISESSÄ YHTEISTYÖSSÄ

Kimmo Tarvainen  
Sanna Pesonen  
Maire Laaksonen



## Alueellisella yhteistyöllä tukea työkykyyn – HAHMOTUS

SELVITYS TYÖKYVYN TUEN JA SEN KOORDINAATION TOTEUTUMISESTA VIIDEN SAIRAAHOITOPIIRIN ALUEELLA TYÖTERVEYSHUOLLON JA MUUN TERVEYDENHUOLLON SEKÄ KUNTOUTUKSEN TOIMIJOIDEN VÄLISESSÄ YHTEISTYÖSSÄ

Kimmo Tarvainen, Sanna Pesonen, Maire Laaksonen

Työterveyslaitos

Kimmo Tarvainen, Sanna Pesonen ja Maire Laaksonen

Topeliuksenkatu 41 a A

00250 Helsinki

[www.ttl.fi](http://www.ttl.fi)

Työryhmä: Kimmo Tarvainen, Sanna Pesonen, Maire Laaksonen, Maria Hirvonen, Pirjo Juvonen-Posti, Kirsi Karvala, Jari Latvala, Timo Leino, Kari-Pekka Martimo, Jorma Mäkitalo, Soile Seppänen, Jari Stengård, Owe Österbacka, Jukka Uitti, Kimmo Räsänen

Toimitus: Kimmo Tarvainen, Sanna Pesonen ja Maire Laaksonen

Valokuva: Kimmo Tarvainen

Piirroksiset: Kimmo Tarvainen, Sanna Pesonen ja Maire Laaksonen

Kansi: Mainostoimisto Albert Hall Finland Oy Ltd

© 2015 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

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

ISBN 978-952-261-589-3 (PDF)

## ESIPUHE

Tämän selvitystyön tarve ja muoto täsmentyivät vuonna 2013. Hyvä työterveyshuoltokäytäntöasetus, jossa määriteltiin ytimekkäästi työterveyshuollon rooli suhteessa muuhun terveydenhuoltoon, suorastaan edellytti yhteistyön kuvaamista tutkimuksen keinoin. Alkuvaiheessa Timo Leinon, Jukka Uitin, Kimmo Räsäsen, Kari-Pekka Martimon ja Jorma Mäkitalon sekä vähitellen koko muun työryhmän asiantuntemus myötävaikuttivat selvitystyön muotoutumiseen raportissa kuvatun malliseksi, kiitos selvitystyön käynnistyksen tuesta.

Työryhmämme koostumus oli sekoitus niin maantieteellistä ulottuvuutta kuin monenlaista osaamista, jota hyödynnettiin läpi koko selvitystyön ajan tarvittaessa eri tilanteissa. Kiitos Maria, Pirjo, Kirsi, Jari L., Timo, K-P, Jorma, Soile, Jari S., Owe, Jukka ja Kimmo R.

Teemaajohtaja Tuula Oksanen, tiimpäälliköt Päivi Jalonen ja Kristiina Halonen sekä projektiassistentti Lili Kortelainen ansaitsevat kiitoksen selvitystyön tekemisen taustatuesta, projektin hallinnan ja seurannan näkökulmasta.

Selvityksemme ohjausryhmälle (Kristiina Mukala, Jukka Kivekäs, Helena Ahponen, Minerva Krohn, Päivi Koivuranta-Vaara ja Jan Löfstedt) kuuluu kiitokset kannustuksesta ja luottamuksesta eri toimijoiden välisen yhteisen tavoitteen hakemisessa.

Tätä esipuhetta kirjoittaessa tuli useasti mieleen emeritus professori Kaj Husmanin kuvaus maamme terveydenhuoltojärjestelmästä, jota hän kuvasi Sibeliuksen monumenttina. Siinä jokainen putki soittaa loistavasti omaa säveltään, mutta yhteissointi puuttuu. Selvityksessämme olemme ehkä löytäneet kohtia, mihin reikiä putkien välille pitäisi porata. Kiitos Kaitsu.

Todelliset ratkaisut ja toimintatavat juurrutetaan käyttöön siellä, missä ihmisiä kohdataan arkipäivän murheiden ja huolien keskellä. Tämän selvitystyön tarkoituksena on ollut tutkimuksellisin keinoin tuoda käytännön toimijoiden kehittämishaasteita ja onnistumisia päivänvaloon. Iso kiitos kaikille Teille, jotka vastasitte tekemiimme kyselyihin, olitte haastateltavina tai osallistuitte järjestettyihin seminaareihin puhujina tai kuulijoina.

Useat henkilöt ovat käyttäneet aikaa, osaamista ja pysähtymistä tilanteeseen tämän selvitystyön kuluessa. Kaikkien nimiä, joita tulisi kiittää, emme tähän esipuheeseen saa mahtumaan, siksi kiitämme yhteisesti kaikkia osaavia Työterveyslaitoksen työkavereita, jotka ovat olleet mukana tässä kokonaisuudessa. Oman talon väen lisäksi kiitokset kuuluvat yhteistyökumppaneillemme eri sairaanhoitopiirien alueilla. Te lähditte rohkeasti pohtimaan yhteistyötä ja sen kehittämisen haasteita ja samalla mahdollistitte selvityksemme toteutumisen.

Tämä selvitystyö ja loppuraportin kirjoittaminen on avannut meille kirjoittajille uusia oivalluksia yhteistyön tekemisestä yli organisaatio- ja sektorirajojen. Keinot ja tavat yhteistyöhön löytyvät, kun toimijat näkevät saman kohteen – työkyvyn tukea tarvitsevan ihmisen.

Kimmo Tarvainen, Sanna Pesonen ja Maire Laaksonen

## TIIVISTELMÄ

Työterveystoimijoille on annettu viime vuosien lainsäädännössä uusi rooli, työkyvyn tuen koordinaatio. Työterveyshuollon uuden roolin määritteli asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä. Sen tarkoituksena on terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden yhteistyötä parantamalla tehostaa työkykyä tukevia toimia.

Aiempi tutkimus osoittaa, että onnistunut työhön paluu edellyttää koordinaatiota useiden työkykyyn vaikuttavien asioiden kesken. Työkyvyttömyyden taustalla olevia tekijöitä voidaan tarkastella ns. Loiselin mallin mukaan sektoreina, joista terveydenhuollon toimijoiden monialainen ja monitekijäinen verkosto oli tämän selvityksen keskiössä.

Tavoitteena oli selvittää työkyvyn tuen koordinaatiota, työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutustoimijoiden välistä yhteistyötä työkyvyn tukemisessa. Selvityksessä kuvataan yhteistyön nykytilaa, työkyvyn- ja kuntoutustarpeen arvioinnin ja työterveyshuollon työkyvyn tuen koordinaation toteutumista, tiedon kulkua ja resurssien käyttöä. Selvitys tehtiin viiden sairaanhoitopiirin alueella yhteistyössä niiden perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa. Tutkimusote oli monimenetelmällinen ja tutkimusaineisto muodostui kyselyistä, fokusryhmähaastatteluista ja seminaareista. Aineisto kerättiin vuoden 2014 aikana.

Työkyvyn tukeminen tuli esille monitasoisena ja -toimijaisena. Terveystuon asiantuntijoilla oli vahvoja ja toisistaan eroavia käsityksiä työkyvystä. Toimijoiden näkemuserot voivat olla ohjaamassa työkyvyn arvioinnissa olevaa potilasta passiivisen kohteen rooliin, mikä puolestaan saattaa estää aktiivisen ja työhön paluuta tukevan toimintakyvyn ylläpitämisen.

Selvityksessä todettiin, että yhteistyö työkyvyn tukemisessa työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen toimijoiden kesken vaihteli alueittain ja se toteutui vain osassa verkostoja. Toimijoiden välinen yhteistyö perustui usein yleiseen toimintatapaan ja siitä oli harvoin sovittu kirjallisesti. Selvityksessä löydettiin yhteistyöhön sekä toimivia ratkaisuja että kehittämishaasteita ja tunnistettiin keskeiset kehittämiskohteet, joita tulevat SOTE - alueet voivat jatkossa hyödyntää eri toimijoiden välisen yhteistyön parantamisessa.

Huono tiedonkulku toimijoiden välillä oli yksi yhteistyötä ja työkyvyn arvion tekemistä hankaloitava tekijä. Toimivan tietojärjestelmän lisäksi sujuvaan yhteistyöhön tarvitaan ymmärrystä omasta ja toisten toimijoiden roolista ja tehtävistä sekä yhteistyötä tukevia rakenteita. Muussa terveydenhuollossa työterveyshuollon erityisosaamista työkyvyn tuessa ei tunnistettu tai osattu hyödyntää. Potilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyvän ajantasaisen ja tarkoituksenmukaisen tiedon välittämiseen tarvitaan yhteinen potilastietojärjestelmä, josta kuka tahansa terveydenhuollon toimija tai kuntoutuspalvelujen tuottaja voi potilaan luvalla tarkastella toisessa organisaatiossa tehtyjä sairauskertomusmerkintöjä, laboratoriotuloksia tai röntgentutkimuksia. Tämän järjestelmän tulisi mahdollistaa kysymyksenasettelultaan perusteltu sähköinen lähete ja toimintakykyyn kantaa ottava palaute työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon välillä.

Toimijoiden välisen yhteistyön perustaksi nousi potilaan palvelutarpeen arvioiminen. Hoitoketjutyössä tulisi ottaa huomioon työkyvyn tuen näkökulma ja työterveystoimijoiden tulisi osallistua hoitoketjutyöhön. Yhteistyökäytännöistä tulisi olla sovitut toimintamallit eri toimijoiden välillä. Työterveystoimijoiden tulee olla aktiivisia ja tuoda omaa rooliaan esille sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon toimijoille. Työterveystoimijoilla tulisi olla oma alueellinen verkostonsa, johon ne järjestämistavasta riippumatta osallistuvat. Alueellisissa verkostoissa suunnitellaan ja muodostetaan yhteinen näkemys työterveyshuoltoa koskevista alueellisista toimintatavoista ja ratkaisuista sekä sovitaan siitä, kuka edustaa alueen työterveysyksiköitä, kun sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalista ja vertikaalista yhteistyötä parannetaan SOTE uudistuksen myötä.

## ABSTRACT

Recent Finnish legislation, has given occupational health service (OHS) providers a new role: to co-ordinate the support given to employees with work disability. The purpose of this is to improve work disability prevention (WDP) in collaboration with primary and secondary health care, as well as with rehabilitation services.

As shown earlier, successful return to work (RTW) requires coordination in the complex arena of work disability. In this study we focus on the health care perspective and collaboration of the parties concerned in RTW.

The aim of this study was to analyze the present situation of work disability prevention (WDP) in five hospital districts in Finland. We describe the present collaboration between OHS and other health care providers and rehabilitation services, the flow of information and WDP resources. The material, in the form of surveys, focus group interviews and seminars, was collected during 2014 from OHS, primary and secondary health care and rehabilitation, and analyzed using a mixed method approach.

The study shows that the support of work ability is complex and has many levels. Health care professionals had different views of what work ability means. These different views may lead the worker with work disability to stay in a passive role, which in turn may prevent RTW.

The coordination of WDP varies regionally and was only really actualized in some parts of the network. The collaboration between providers was based on common procedures, which seldom had a written agreement.

Solutions to improve co-operation between health care and rehabilitation providers, as well as barriers to RTW, were identified. This information can be used to improve the collaboration between OHS and other health care providers and rehabilitation services when the social and health care reform is at hand.

Poorly flowing information is one of the main factors that complicate the collaboration between providers and makes the estimation of work ability more difficult. In addition to a proper patient case history system, a clear understanding of providers' own, as well as other providers' roles and duties is needed. Structures that support WDP are also essential. Other health care providers did not recognize or know how to take advantage of OHS professionals' skills.

We need a system for patient case history that is accessible to all health care providers and rehabilitation services, and this access must be permitted by the patients. This system should enable referrals and feedback between OHS and other health care providers.

Evaluation of the service needs of patients emerged as the basis for collaboration. The WDP aspect should be included in integrated care pathways. OHS providers should also take part in planning care pathways. The providers' collaboration policy needs to be negotiated. They must emphasize their role in WDP and RTW to primary and secondary health care. OHS providers should also have their own regional networks, in which they can plan and form a mutual understanding of OHS procedures. OHS providers should select their regional representatives, especially as the social and health care system is being currently renewed.

## SISÄLLYS

<b>1</b>	<b>Taustaa</b> .....	<b>2</b>
1.1	Työkyvyttömyyden areena .....	2
1.2	Hoitoketju käsitteenä .....	4
1.3	Yhteistyö verkostoissa .....	4
<b>2</b>	<b>Selvityksen tavoitteet</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Aineistot ja menetelmät</b> .....	<b>8</b>
3.1	Sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköille tehty kysely.....	8
3.2	Työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen toimijoille tehty kysely.....	9
3.3	Fokusryhmähaastattelut .....	10
3.4	Alueelliset verkostoseminaarit .....	11
<b>4</b>	<b>Tulokset</b> .....	<b>12</b>
4.1	Erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon toimijoiden välinen yhteistyö.....	12
4.2	Kuntoutuksen ja työterveyshuollon toimijoiden välinen yhteistyö .....	22
4.3	Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoiden välinen yhteistyö .....	29
4.4	Työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen toimijoiden välisen yhteistyön toimivuus sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköille suunnatun kyselyn valossa...	40
<b>5</b>	<b>Yhteenvedo tuloksista</b> .....	<b>43</b>
5.1	Tiedonkulku toimijoiden välisessä verkostossa.....	43
5.2	Yhteistyö verkostoissa .....	43
5.3	Työkyvyn tuki.....	44
<b>6</b>	<b>Pohdinta</b> .....	<b>46</b>
6.1	Pohdintaa tiedonkulusta toimijoiden välisessä verkostossa .....	46
6.2	Pohdintaa yhteistyöstä verkostoissa .....	47
6.3	Pohdintaa työkyvyn tuen koordinaattiroolista.....	49
6.4	Pohdintaa selvityksen toteuttamisesta .....	50
<b>7</b>	<b>Suosituks</b> .....	<b>52</b>
	LIITTEET .....	55
	LÄHTEET.....	81

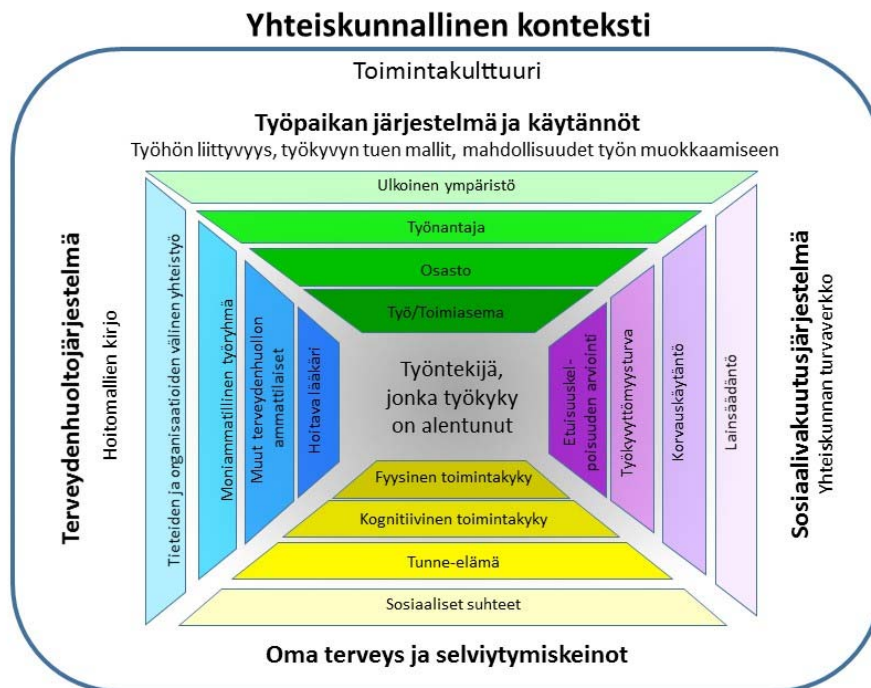


# 1 TAUSTAA

## Työkyvyttömyyden areena

Työkykyyn ja työkyvyttömyyteen vaikuttavat sairauksien ja vammojen lisäksi monet tekijät yksilön, työpaikan, terveydenhuollon, kuntoutuksen ja yhteiskunnan tasolla. Loisel tutkimusryhmänsä kanssa on kuvannut nämä eri tapaus- ja tilannekohtaiset tekijät työntekijän ympärillä olevaksi monien eritasoisten tekijöiden areenaksi (kuva 1). Maissa, joissa ei ole Suomen kaltaista työterveyshuoltoa, työfokuksen puuttumista terveydenhuollossa nimitetään "sokeaksi pisteeksi" ("blind spot") (Buijs ym. 2009, Lötters ym. 2011, Hussey 2010). On esitetty, että tämä puute johtaa usein tilanteeseen, jossa työkyvyttömyyteen johtanutta sairautta hoidetaan liian pitkään pelkästään biolääketieteellisin keinoin, jolloin biopsykososiaaliset mahdollisuudet tukea työhön paluuta vaikeutuvat tai menetetään kokonaan (Hulshof & Pransky 2013). Tämä toistuu myös suomalaisessa terveydenhuollossa, jos työkyvyttömyyden vähentämisessä ja työkyvyn tukemisessa ei tarkastella riittävän laajasti tätä monitekijäistä kokonaisuutta.

Kuva 1. Työkyvyttömyyden "areena" mukaillen Loisel et al, *J Occup Rehabil*, 2005.



Suomessa on suuri yksimielisyys siitä, että kestävyysvajeen ja huoltosuhteen kasvun vuoksi työuria on pidennettävä. Poliittiset päättäjät ja työmarkkinajärjestöt ovat asettaneet tavoitteeksi työkyvyttömyyseläkkeiden alkuvuoden vähentämisen työurien pidentämiseksi ja ehdottaneet keinoja tavoitteen saavuttamiseksi. Ratkaisuehdotuksissa työuria pyrittiin jatkamaan kasvattamalla työllisyyttä työuran kaikissa vaiheissa ja työkyvyn tukemisen tuli edistää työuratavoitteiden toteutumista toimijoista riippumatta. Selvityksessä "Ehdotuksia työurien pidentämiseksi" (2010) todettiin, että työvuosivaikutusten esiin saaminen edellytti aktiivista yhteistyötä työnantajien, työterveyshuoltojen, terveydenhuollon ja kuntoutuksen kanssa. Lisäksi tavoitteena työkyvyn hallinnassa oli suunnitelmallisuuden lisääminen, yhteistyön tiivistäminen ja varhainen reagointi. Nämä tavoitteet johtivat useisiin rakenteellisiin uudistuksiin työpaikan ja työterveyshuollon tehtävissä. Työpaikoilla työkyvyn tukemisen tuli pohjautua siihen, että

yhteistoiminnassa tunnetaan erilaiset henkilöstö- ja työkykyriskit kustannuksineen. Työpaikoilla tuli olla valmiiksi laadittuna työkyvyn tuen-toimintamallit tilanteisiin, joissa työntekijän työkyky alenee. Tilannekuvan ja toimintaan varautumisen lisäksi korostettiin sitä, että työpaikan eri toimijoiden tuli myös osallistua aktiivisesti tiiviiseen ja tarvittaessa myös tapauskohtaiseen yhteistyöhön. (Ehdotuksia..2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Työterveyshuollon hyvä sairaanhoitokäytäntö- asetuksessa (Työterveyshuollon..2010) työterveyshuollon tehtäväksi määriteltiin toimia terveydenhuollossa koordinoivassa roolissa työssä olevien työkyvyn tuen osalta. Sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolain muutokset 6/2012, sekä hyvä työterveyshuoltokäytäntö - asetus (VnA 708/2013) määrittivät normipohjaiseksi tämän toiminnan, mutta määrittelevät sen kuuluvaksi työterveyshuollon ennaltaehkäisevään työhön. Lakimuutosten (Sairausvakuutuslaki 8 luku 5 a §, Työterveyshuoltolaki 12 § 1 momentti 5 a kohta) keskeisimmät uudistukset työpaikan, terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden näkökulmasta ovat:

- a) Työpaikan on ilmoitettava työterveyshuoltoon, jos työntekijän sairauspoissaolo on kestänyt 30 päivää.
- b) Sairauspäivärahaa on haettava kahden kuukauden kuluessa (60 päivää) sairauspoissaolon alkamisesta.
- c) Työterveyshuollon on arvioitava työntekijän työkyky ja työnantajan on yhdessä työntekijän ja työterveyshuollon kanssa selvitettävä työntekijän mahdollisuudet jatkaa työssä viimeistään silloin, kun työkyvyttömyys on kestänyt 90 päivää. Työterveyslääkäri laatii lausunnon, joka sisältää arvion jäljellä olevasta työkyvystä ja yhteistyössä laaditun suunnitelman työssä jatkamisen mahdollisuuksista.

**Työkyvyn tuen koordinaattorooli** on työssä olevien osalta määritelty työterveyshuollon tehtäväksi hyvä työterveyshuoltokäytäntö-asetuksessa (VnA 708/2013) (kuva 2).

*Kuva 2. Valtioneuvoston asetus 708/2013, 2 § ja 8 §.*

<b>2 §</b>	<b>Työterveyshuolto ja terveydenhuollon yhteistyö</b> Työterveyshuollon on tehtävä työpaikan tarpeista lähtevää suunnitelmallista ja moniammatillista yhteistyötä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen kanssa.
<b>8 §</b>	<b>Työntekijöiden työssä selviytymisen seuranta ja edistäminen sekä kuntoutukseen ohjaaminen</b> Työterveyshuollon on sovitettava yhteen työkykyyn ja työhön paluuseen liittyviä hoito- ja kuntoutustoimenpiteitä.

Asetuksen veloitteissa korostuu yhteistyö niin työpaikkojen kuin terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden kanssa. Tämän lisäksi asetus velvoittaa työterveyshuoltoa työpaikkojen tarpeista lähtevään suunnitelmalliseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen kanssa.

Työuravaikutusten saavuttamisen näkökulmasta lainsäädännön toimeenpano on kuitenkin haasteellista. Työterveysyhteistyössä ja työkyvyn tukemisessa tarvittavat ennakoivat työtavat ja käytännöt eivät ole työterveyshuollon sairaanhoitovaltaisessa arjessa vakiintuneita käytäntöjä, eikä yhteistyössä terveydenhuollon muiden toimijoiden kanssa kaikilla toimijoilla ole yhteistä käsitystä, mitä työterveyshuollon koordinaattorooli työkyvyn tuessa tarkoittaa. (Hakulinen ym. 2014.)

Työterveysyhteistyössä kaikkien sopimusten piirissä olevien organisaatioasiakkaiden kanssa ajantasainen selvillä olo, varautuminen ja osallistuminen ennakoivasti työkykyasioiden hoitoon ovat jo sinällään

haastavia tehtäviä työterveyshuollon toimijoille. Edellytyksenä on, että työterveyshuollolla on selkeä käsitys omasta roolistaan työkyvyn tuessa ja työterveysyksikössä on sekä omassa toiminnassaan että työterveysyhteistyössä toimivat työkyvyn tuen käytännöt. (Hakulinen ym. 2014.)

Lisäksi 1.6.2012 voimaan astuneiden lainsäädännön muutosten tarkoituksen (varhaisen puuttumisen pitkittyvään työkyvyttömyyteen) saavuttaminen edellyttää, että pystytään tapaus- ja tilannekohtaisesti ts. yksilön-, työpaikan-, terveydenhuollon ja yhteiskunnallisessa tilanteessa muodostamaan yhteinen näkemys työkykyyn vaikuttavista tekijöistä. Toimeenpanossa todettiinkin alkuvaiheessa useita haasteita: työkyvyttömyyden jatkumiseen puuttuminen viivästyi, työntajan kanssa ei tehty yhteistyötä ja työntekijäkohtainen työssä jatkamisen suunnittelu oli vähäistä (Juvonen-Posti ym. 2014 b). Yhteiseen näkemukseen perustuen voidaan toimijaverkostossa rakentaa toimintatapoja, joilla haetaan työkykyä ja työuraa tukevia ratkaisuja. Käytännön tilanteissa toiminnan muutos edellyttää, että yksittäisen työntekijän ja hänen työterveyshuoltonsa rinnalla myös muu terveydenhuolto ja kuntoutustoimijat tekevät diagnostiikka- ja hoito- tai kuntoutusprosessissaan yhteistyötä tukeakseen työntekijän työssä jatkamista.

Näihin koordinoituihin yksilöllisiin työssä jatkamispolkuihin ei työterveyshuolto pääse yksin, eikä omin keinoin, vaan tehtävässä onnistuminen edellyttää hyvän työterveysyhteistyön lisäksi alueellista yhteistoimijuutta terveydenhuolto- ja kuntoutustoimijoiden kanssa.

## 1.2 Hoitoketju käsitteenä

Alueellisella hoitoketjulla (care chain, disease based integrated care pathway, pathway of care, clinical pathway, seamless care, integrated care pathway, treatment protocol, care map) tarkoitetaan tiettyä sairautta potevien hoitoa ja hoidon työnjakoa tietyllä alueella, usein sairaanhoitopiirissä. Osuva ja kattava hoitoketjun määritelmä on Karman (1999) esittämä: **”Hoitoketjulla tarkoitetaan yleensä alueellista palvelukokonaisuutta, sopimusta siitä, miten potilasta tietyissä tilanteissa tutkitaan ja hoidetaan terveydenhuollon eri tasoilla sekä potilaan että palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaisimmin ja riittävän laadukkaasti.”**

Diagnoosikohtainen hoitoketju on kirjallinen suunnitelma potilaan hoidosta, ja se on tarkoitettu tukemaan hoidon porrastusta sairaanhoitopiirin sisällä. Lääketieteellisen tiedon osalta sen tulisi perustua hyväksytyyn valtakunnalliseen hoitosuosituksen. Lisäksi tulee ottaa huomioon kuntien yksilöllisyys erikoissairaanhoidon asiakkaina siten, että perusterveydenhuollon toivomukset ja resurssit muodostuvat keskeisiksi lähtökohdiksi potilaan hoidossa. Hoitoketjulla on ymmärretty totunnaisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sopimusta moniammatillisesta yhteistyöstä. Hoidon porrastus ja hoitoketjut tulisi yhä kattavammin ulottaa myös erikoisalojen väliseen ja kunkin erikoisan sisäiseen työnjakoon aluesairaalan, keskussairaalan ja yliopistosairaalan kesken. (Nuutinen 2000.)

Kansainvälisesti tunnettu käsite hoitopolku (pathway) viittaa suunnittelempaan potilaan hoitoon liittyvään kokonaisuuteen kuin hoitoketju. Hoitopolku on paikallinen toimintaohje, jossa määritetään työnjako ja potilaan kulku eri toimijoiden välillä. Hoitopolulla kuvataan asiaa ehkä vielä enemmän kuin hoitoketjussa potilaan näkökulmasta, kuinka asiat etenevät polun lailla, mutkittelevasti, terveydenhuollon eri palveluntuottajien välillä. (Välimaa 2012.)

## 1.3 Yhteistyö verkostoissa

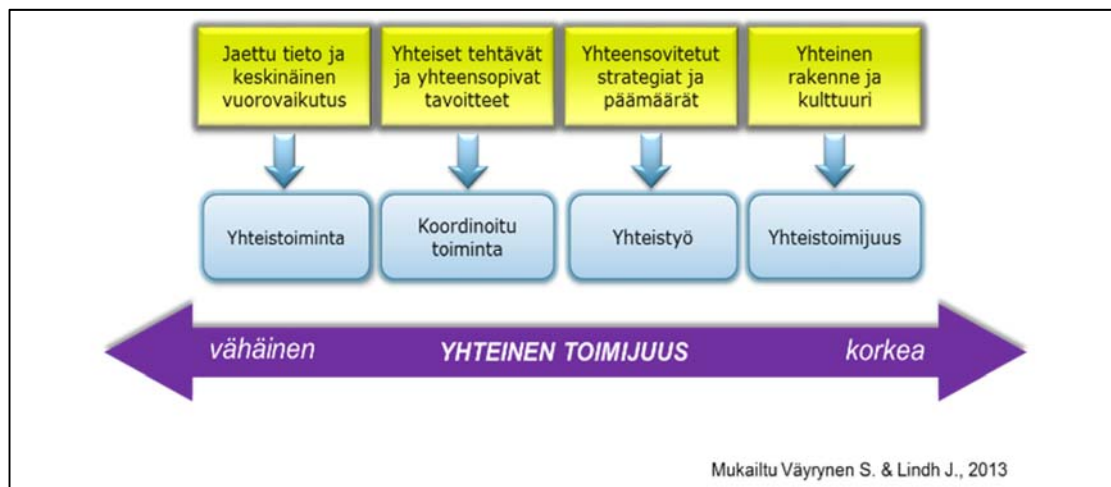
Muuttuvassa toimintaympäristössä eri toimijoiden välisen yhteistyön tarve lisääntyy potilaan kokonaistilanteen huomioimisen turvaamisessa. Meneillään oleva SOTE-uudistus on hyvä esimerkki tällaisesta areenasta. Eri toimijoiden väliset organisaatioiden väliset rajanylitykset ovat tulleet ajankohtaisiksi. Selvät rajanvedot erikoistuneiden ammattilaisten kesken ovat hyödyllisiä erikoisosaamista

vaativien tehtävien hoitamiseksi, mutta rajanvedot ovat pulmallisia kohdattaessa sellaisia ilmiöitä, jotka eivät noudata sektorijärjestelmän työnjakoa. Jos asiakkailta on monitahoisia pulmia, he joutuvat asioimaan usealla taholla yhtä aikaa tai peräkkäin. Parhaimmillaan moniammatillinen kokonaisuus muodostuu toisiaan täydentävistä osista, jossa ammattilaiset tietävät, keihin olla yhteydessä, kun täydentävää asiantuntemusta tarvitaan. Pahimmillaan moniammatillinen yhteistyö on epätietoisuutta vastuista, yrityksiä saada toiset tekemään osansa asiakkaan auttamiseksi ja loputtomia verkostokokouksia. Verkostoyhteistyössä keskinäisessä vuoropuhelussa voi syntyä sellaista ymmärrystä, joka ei olisi kenenkään yksin tavoitettavissa. Verkostojen kohtaamisessa voi muodostua jaettua asiantuntemusta, joka ylittää yksittäisten toimijoiden mahdollisuudet. (Seikkula & Arnkil 2009.)

Verkostoyhteistyössä ylitetään organisaatioiden rajat, joten toimijoiden on löydettävä keinot organisaatioiden väliseen vuorovaikutukseen. Verkostoyhteistyö vaatii osapuolilta uudenlaisia toimintatapoja ja siksi toimijoille helpoin ja tutuin toimintatapa toimia on erillään organisaatiolähtöisesti. Siirtyminen organisaatiolähtöisestä toimintatavasta kohti toimivaa ja tuloksellista yhteistyötä vaatii toimijoilta yhteistyöhakuisuutta. Yhteistyöhakuisuus on vuorovaikutusprosessien tulosta. Vuorovaikutuksessa rakennetaan yhteisiä tavoitteita. Toimiva verkostoyhteistyö edellyttää erilaisuuden hyödyntämistä, tavoitteellisuutta ja suunnitelmien konkretisointia toiminnaksi. (Aira 2012.) Oleellista on luoda sellainen verkosto johon eri toimijat voivat sitoutua ja toimia yhteisen tavoitteen mukaisesti (Lindh 2013). Yhteistyön käsite liittyy olennaisena verkostomaiseen työhön ja verkostoja voidaan tarkastella yhteistyön kautta. Yhteistyössä korostuu toimijoiden välinen vuorovaikutus, suhteet ja halu sekä kyky työskennellä yhdessä. (Pohjola 1991.) Yhteistyön syvyys voidaan kuvata eriasteisena (Väyrynen & Lindh 2013). Yhteistoiminnasta puhutaan silloin kun tietoa jaetaan ja toimijoilla on keskinäistä vuorovaikutusta. Yhteistoimijuuden ollessa korkeimmillaan toimijoilla on yhteinen rakenne ja kulttuuri (kuva 3).

Tässä selvityksessä dialogisuus nähdään usean ihmisen ja verkoston toiminnan ominaisuutena ja periaatteena (vrt. Metteri 2007). Dialogisuus on keskinäisen ymmärryksen kehittelyä arvostavassa vuoropuhelussa (Seikkula & Arnkil 2009).

Kuva 3. Yhteistyön syvyyden kuvaaminen (mukaiitu Väyrynen & Lindh 2013).



Työkyvyn tuessa jo toimintakyvyn arvioinnin viitekehys ohjaa toimintaa. Sairauslähtöisessä toimintakyvyn arvioinnissa keskitytään terveydentilaan, toimintakykyyn ja havaittuihin löydöksiin ja intressinä näyttää olevan tilan määrittely vakuutusetuuden ratkaisua varten. Monialalaisessa toimintakyvyn selvittelyssä taas yksilön rajoitteiden ja voimavarojen taustaa tarkastellaan laaja-alaisesti hahmottaen elämäntilannetta, työ- ja koulutushistoriaa toimintakyvyn taustalla sekä motivaatiotekijöitä. Intressinä on ensisijaisesti työ- ja

toimintakyvyn laaja selvittely asiakkaan omien voimavarojen hyödyntämiseksi ja mahdollisimman osuvan kuntoutussuunnitelman laatimiseksi. Monialaisella työ- ja toimintakyvyn arviointimallilla voidaan tukea pitkittyneiden ja monimuotoisten toimintakykyheikkouksien selvittämisen ja jatkotoimien osuvuutta. Moniongelmaisen, varsinkin työelämän ulkopuolella olevan asiakkaan esitietojen keräämisessä tarvitaan monialaista yhteistyötä esimerkiksi sosiaalityöntekijän, terveydenhoitajan, työvoimavirkailijan, esimiehen tai kuntoutusohjaajan kanssa. (Kerätär 2014).

## 2 SELVITYKSEN TAVOITTEET

Selvityksen idut muodostuivat 2012 toteutetun ns. 30 - 60 - 90 lainsäädäntömuutoksien koulutuskiertueen myötä. Työeläkevakuuttajien (TELA) koordinoiman koulutuskiertueen yhteydessä lainsäädäntömuutoksien edellyttämää yhteistyötä esiteltiin ja pohdittiin kaikkien sairaanhoitopiirien alueilla järjestetyissä puolen päivän seminaareissa. Seminaareissa käydyissä keskusteluissa nousi esille useita asioita, jotka liittyvät terveydenhuollon toimijoiden väliseen yhteistyöhön ja siinä oleviin haasteisiin työkyvyn tukemisessa.

Selvityksen suunnitteluvaiheessa käytiin keskusteluja kaiken kaikkiaan 10 eri sairaanhoitopiirin kanssa kiinnostuksesta ja mahdollisuudesta osallistua tähän alueelliseen selvitystyöhön. Selvityksessä olivat mukana viiden sairaanhoitopiirin alueet, joista kaksi oli KYS erityisvastuualueelta ja yksi sairaanhoitopiirin alue kultakin seuraavalta: OYS, TAYS ja TYKS erityisvastuualueelta.

Alueellisella yhteistyöllä tukea työkykyyn – selvityksen tarkoituksena oli selvittää työkyvyn tuen ja sen koordinaation toteutumista ja terveydenhuollon toimijoiden välisen yhteistyön toimivuutta. Kertyneen tiedon avulla pyritään auttamaan sairaanhoitopiirien alueita parantamaan alueellista yhteistyötä. Lisäksi tavoitteena oli tukea alueellisten terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden yhteistyöverkostojen muodostumista sekä auttaa näitä verkostoja työkykyä tukevien ja työkyvyttömyyttä ehkäisevien tavoitteiden määrittämisessä.

### 3 Aineistot ja menetelmät

Työkyvyn tuen koordinaation toteutumisen ja terveydenhuollon sekä kuntoutustoimijoiden yhteistyötä pyrittiin hahmottamaan erilaisilla lähestymistavoilla (taulukko 1). Perusterveydenhuollon yksiköille suunnatussa kyselyssä selvitettiin perusterveydenhuollon yksikön roolia ja asemaa alueella. Terveystenhuollon- ja kuntoutuksen toimijoille suunnatussa kyselyssä selvitettiin eri toimijoiden välistä yhteistyötä alueella. Fokusryhmähaastattelussa eri terveydenhuollon toimijat kuvasivat yhteistyön toteutumista alueella. Tutkimusote oli monimenetelmällinen, jossa sekä laadullisella että määrällisellä aineistolla pyrittiin kuvaamaan tutkittavana olevaa ilmiötä (Denzin 1989, Teddlie & Tashakkori 2009).

Selvityksestä ja siihen liittyvistä asioista informoitiin alueiden terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoita alueellisissa seminaareissa kunkin sairaanhoitopiirin alueella. Selvityksen edetessä havaittiin, että seminaareissa esille tuodut näkemykset ja kehittämisideat soveltuvat tarkastelun kohteena olevan ilmiön kuvaajiksi. Näin ollen seminaareista tehdyt muistiot toimivat neljäntenä ilmiötä kuvaavana aineistona.

Taulukko 1. Selvityksen aineistot ja menetelmät.

Aineisto	Tiedonkeruumuoto	Tarkoitus (tavoitteiden lisäksi)	Työkyvyn tuen toimija	Kohdistuminen	Analyysointi	Arviointi
1. Kysely sairaanhoitopiireihin	Webropol –kysely ja/tai puhelinhaastattelu	Työterveyshuollon roolin ja aseman kirkastaminen	Sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö (valtakunnallinen)	Koko yksikkö	Kysymyslähtöinen sisällönanalyysi	Muutos prosessimitareihin
2. Kysely terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoille	Webropol –kysely	Toimijoiden valmistaminen alueelliseen yhteistyöhön	5 shp alueen terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijat (KSSHP, PHSOTEY, PPSHP, PSSHP ja VSSHP)	Koko yksikkö	Tilastolliset menetelmät ja kysymyslähtöinen sisällönanalyysi	Muutos prosessimitareihin
3. Fokusryhmähaastattelu	Ryhmähaastattelu	Asenteiden, suhtautumisen sekä käytännön tilanteiden ja toimintatapojen hahmottaminen	5 shp alueen terveydenhuollon ja kuntoutuksen käytännön toimijat	4-7 käytännön toimijaa	Laadullisen sisällönanalyysin -metodi	Muutos prosessimitareihin
4. Alueelliset seminaarit	Seminaarimuistiot ja seminaarien alustukset	Käytännön tilanteiden ja toimintatapojen hahmottaminen	Työikäisten hoitoa tai kuntoutusta toteuttava terveydenhuollon tai kuntoutuksen ammattihenkilö/asiantuntija	Käytännön toimija	Sisällön analyysi	Muutos prosessimitareihin

Kyselyissä ja haastatteluissa selvitettiin alueellista yhteistyötä sairauksien hoidossa. Hoitoketju- käsitettä käytetään edellä kuvatun määrittelyn mukaisesti. Yksittäisen potilaan ohjautumisen kuvauksessa taustalla voi olla ajatus potilaan hoitopolusta.

#### 3.1 Sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköille tehty kysely

Terveydenhuoltolaissa on määritelty, että kunkin sairaanhoitopiirin alueella tulee olla yksikkö, jonka tehtävänä on koordinaoida terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä ja alueellisia hoitoketjuja. Terveydenhuoltolaki edellyttää, että terveydenhuollon alueellinen järjestämissuunnitelma laaditaan samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien osalta valtuustokausittain.

Tässä kyselyssä selvitettiin sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön roolia ja asemaa alueella. Yksiköiden koordinoivan roolin vuoksi kiinnostus kohdistui myös siihen, miten työterveyshuolto asemoituu terveydenhuollon palveluissa niin toiminnan, tavoitteiden kuin verkostoissa toimimisen osalta (liite 1).

Kysymyksiä muodostettaessa hyödynnettiin laajaa ja kokenutta projektiryhmää. Perusterveydenhuollon yksikkökysely pilotoitiin yhdessä perusterveydenhuollon yksikössä. Kyselyyn ei tehty muutoksia pilottivaiheen jälkeen ja pilottikyselyn vastaukset ovat mukana aineistossa. Kysely rakennettiin Webropol – alustalle.

Kysely lähetettiin sähköpostitse 21 sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikköön. Kyselyyn oli mahdollista vastata myös puhelimitse. Muistutus kyselystä lähetettiin sähköpostitse 2 kertaa. Vastaajia muistutettiin myös puhelimitse ja kasvokkain. Kyselyyn vastasi 10 sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikköä. (PKSSK, ESSHP, PHSOTEY, KHSHP, PSHP, VSHP, HUS, PSSHP, PPSHP, EPSHP) Kaikki vastasivat kirjallisena Webropolin kautta. Kyselyn vastaukset luokiteltiin sisällön mukaan.

### 3.2 Työterveyshuollon ja muun terveystenhuollon sekä kuntoutuksen toimijoille tehty kysely

Eri toimijoiden välistä yhteistyötä kartoittava kysely lähetettiin viiden sairaanhoitopiirin, erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoille sekä yksityisille lääkärikeskuksille (liite 2). Vastaava kysely työterveyshuollon näkökulmasta lähetettiin viiden sairaanhoitopiirin kaikkiin työterveyshuoltoyksiköihin (liite 3). Kysely laadittiin koko terveydenhuollon tai kuntoutuksen toimintayksikköä koskevaksi. Ennen kyselyyn vastaamista pyydettiin käsittelemään asia yksikön palaverissa ja kokoamaan vastaukseen yhteinen näkemys. Erikoissairaanhoidossa kyselyt lähetettiin erikoisalaille (fysiatria, sisätaudit, kirurgia, neurologia, psykiatria ja kuntoutus), joissa potilaan työkykyyn liittyvät asiat tulevat erityisen usein esille. Kyselyssä kartoitettiin, miten eri terveydenhuollon toimijat olivat sopineet yhteistyökäytännöistä työkyvyn tukemisen näkökulmasta, lähete-palaute käytännöistä sekä potilaiden ohjaamisesta ja miten yhteistyö toimi eri toimijoiden välillä. Kysely lähetettiin 159 terveydenhuollon yksikköön ja vastausprosentti oli 35 (taulukko 2). Työterveyshuollon yksiköihin lähetettiin 96 kyselyä ja vastausprosentti oli 31 (taulukko 3).

Taulukko 2. Vastanneiden muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen yksiköiden määrät.

	Lähetetty	Vastannut	Vastaus %
K-SSHP	24	7	29
Päijät-Häme	14	2	14
P-PSHP	41	13	32
P-SSHP	31	12	39
V-SSHP	49	22	45
<b>Yhteensä</b>	<b>159</b>	<b>56</b>	<b>35</b>

Taulukko 3. Vastanneiden työterveysyksiköiden määrät.

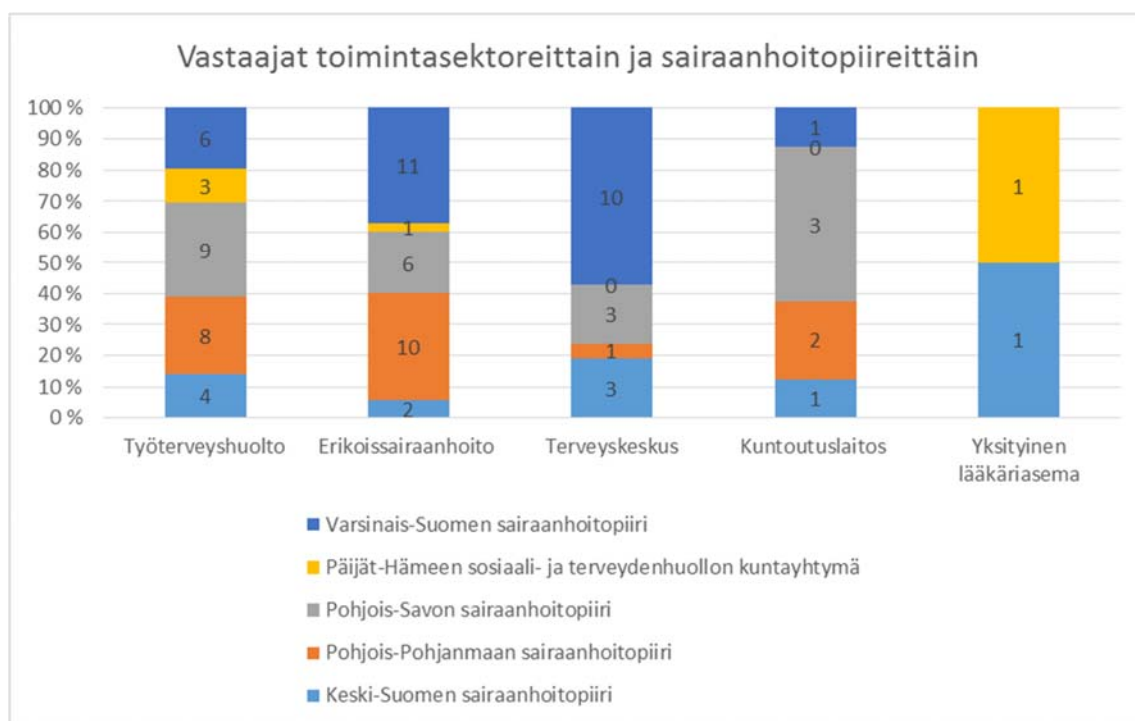
	Lähetetty	Vastannut	Vastaus %
K-SSHP	12	4	58
Päijät-Häme	11	3	18
P-PSHP	18	8	44
P-SSHP	22	9	32
V-SSHP	33	6	18
<b>Yhteensä</b>	<b>96</b>	<b>30</b>	<b>31</b>

Molempiin kyselyihin vastasi yhteensä 86 toimintayksikköä ja vastausprosentti oli 34. Eniten vastaajia oli erikoissairaanhoidosta (35 %) ja työterveyshuollosta (35 %). Kolmanneksi eniten vastaajia oli terveyskeskuksesta (20 %). Kuntoutustoimijoita oli 8 % vastaajista. Lisäksi oli muutama vastaaja



yksityiseltä lääkäriasemalta (2 %). Kysely pyydettiin täyttämään osaston yhteisessä palaverissa. Suurimmassa osassa palavereista oli mukana lääkäreitä (81 %) sekä sairaanhoitajia tai työterveyshoitajia (77 %). Noin puoleen palavereista osallistui asiantuntijoita (psykologit, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät)(49 %) sekä muita työntekijöitä (osastosihteeri, toimistovirkailija) (42 %). Sairaanhoitopiireistä eniten vastaajia oli Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiristä (33 %). Pohjois-Savon sairaanhoitopiiristä (24 %) ja Pohjois-Pohjanmaan (24 %) sairaanhoitopiiristä vastauksia oli yhtä paljon. Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä vastauksia oli 13 % ja vähiten vastaajia oli Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymästä (6 %). Työterveyshuollon toimijoiden vastauksia saatiin melko tasaisesti muista sairaanhoitopiireistä, paitsi Päijät-Hämeestä, jossa myös kokonaisvastausprosentti jäi pieneksi. Erikoissairaanhoidon vastauksia oli eniten Pohjois-Pohjanmaalta ja Varsinais-Suomesta ja vain muutama vastaus Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä ja Päijät-Hämeestä. Terveyskeskusten vastauksia eniten oli Varsinais-Suomesta. Kuntoutuslaitosten vastauksia oli eniten Pohjois-Savossa (kuva 4.)

Kuva 4. Toimijakyselyyn vastanneet toimintasektoreittain ja sairaanhoitopiireittäin.



Kyselyaineisto analysoitiin SAS-tilastointiohjelmalla (versio 9.2) ja kuvattiin frekvenssi- ja prosenttijakaumilla. Avoimet vastaukset ryhmiteltiin sisällön mukaan sekä eri toimijoiden välistä yhteistyötä kuvattiin nuolikaavioilla. Edistävien ja yhteistyötä vaikeuttavien asioiden vastaukset jaoteltiin 6 erivärisen otsikon alle. Nuolen paksuus kuvaa vastauksien suhteellista (prosentuaalista) osuutta kunkin tahon vastauksissa. Kunkin otsikon mukaisen vastauksen prosenttiosuus on muutettu vastaamaan nuolen paksuutta siten että kustakin tahosta samaan suuntaan lähtevät nuolet ovat yhteensä 100 %. Nuolen suunta, pois toimijasta kuvaa vastaajatahoa (liite 4).

### 3.3 Fokusryhmähaastattelut

Ryhmähaastattelut järjestettiin hankkeessa mukana olevan viiden sairaanhoitopiirin alueella alueellisten verkostoseminaarien yhteydessä. Haastattelut tehtiin kesäkuu-syyskuu 2014 aikana ja niihin osallistui

yhteensä 29 terveydenhuollon ja kuntoutuksen edustajaa. Ryhmähaastattelut olivat puolistrukturoituja fokusryhmähaastatteluja (Valtonen 2005, Tuomi & Sarajärvi 2002). Haastattelun teemat olivat yhteistyökäytäntöjen nykytila, tiedonkulku, työkyvyn arvioinnin toteutuminen ja eri toimijoiden roolit työkyvyn tukemisessa. Haastattelun työkyvyn arviointi ja työkyvyn tuki osioissa haastateltaville esiteltiin keskustelun käynnistämistä orientoivana Loiselin työkyvyn areena- kaavio.

Ryhmähaastatteluun pyrittiin saamaan jokaiselta sairaanhoitopiirin alueelta kaksi erikoissairaanhoidon edustajaa, kaksi perusterveydenhuollon edustajaa, kaksi työterveyshuollon edustajaa sekä kuntoutuksen palveluntuottajan edustaja. Erikoissairaanhoidosta pyrittiin valitsemaan haastateltavia eri erikoisaloilta (neurologia, ortopedia, psykiatria, kuntoutus ja fysioterapia). Työterveyshuollon haastateltavien valinnassa huomioitiin työterveyshuollon eri järjestämistavat (kunnallinen ja yksityinen). Haastatteluihin pyydettiin yhteensä 52 lääkäriä, joista 29 suostui osallistumaan haastatteluun. Haastateltavien löytämiseksi tehtiin yhteistyötä sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköiden johtajien, erikoissairaanhoidon toimialajohtajien, erikoisalojen, työterveyshuollon palveluntuottajien ja terveyskeskusten ylilääkärien kanssa. Mahdollisille haastateltaville soitettiin tai lähetettiin sähköpostiviesti, jossa esiteltiin tutkimusta ja kuvattiin sen tarkoitusta.

Haastateltaville lähetettiin ennen haastattelua sähköpostitse haastattelun teemat ja tiedote tutkimuksesta. Kaikki haastateltavat antoivat kirjallisen luvan haastattelun nauhoittamiseen. Yhteensä haastateltiin 29 terveydenhuollon eri toimijoita edustavaa lääkäriä. Haastateltavana oli 6 perusterveydenhuollon, 9 erikoissairaanhoidon, 9 työterveyshuollon ja 3 kuntoutuslaitoksen lääkäriä ja kaksi lääkäriä sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköstä. Erikoissairaanhoidon lääkäreiden erikoisaloina olivat ortopedia (3), neurologia (3), fysioterapia (1), psykiatria (1) ja kuntoutus (1). Työterveyshuollon haastateltavista kunnallisesta työterveyshuollosta oli neljä haastateltavaa, yksityisestä työterveyshuollosta oli kolme ja yrityksen omasta työterveyshuollosta kaksi haastateltavaa. Haastattelutilanteissa haastateltavat toivat avoimesti esille yhteistyöhön liittyviä hyviä käytäntöjä ja kehittämishaasteita. Haastattelut teki kaksi tutkijaa ja ne tehtiin kunkin alueen sairaalan tiloissa, neuvotteluhuoneessa. Haastattelut kestivät keskimäärin 2 tuntia.

Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Haastattelut litteroitiin sanatarkasti ja aineistoa kertyi 97 sivua. Aineisto analysoitiin AtlasTI ohjelmalla pelkistämällä aineisto koodaamalla. Tämän jälkeen koodeja verrattiin toisiinsa ja saman sisältöisiä koodeja yhdistettiin. Kunkin sairaanhoitopiirin koodit pidettiin erillään toisistaan, jotta alueellisten kehittämistarpeiden kuvaaminen olisi mahdollista. Koodit yhdistettiin alaluokiksi ja edelleen alaluokat yhdistettiin kunkin teeman alle kuuluviksi. Jokaisen sairaanhoitopiirin haastattelusta muodostui oma analyysikehikko. Näin oli mahdollista antaa jokaista aluetta kuvaava palaute. Tässä raportissa viiden alueen haastatteluiden tulokset ovat yhdistetty ja kuvaavat koko aluetta. Työkyvyn arvioinnin toteutumista ja toimijoiden rooleja kuvattiin Loiselin kaavion mukaisesti (kappale 5.3).

### 3.4 Alueelliset verkostoseminaarit

Alueelliset verkostoseminaarit järjestettiin viiden sairaanhoitopiirin alueella vuoden 2014 kesän ja syksyn aikana. Liitteessä 5 on seminaareihin osallistujat toimijoittain. Seminaareihin kutsu oli avoin kaikille ja kutsuja lähetettiin alueen eri terveydenhuollon toimijoille. Seminaarissa esiteltiin hanke ja terveydenhuollon toimijat alustivat oman toimialansa tilanteesta ja yhteistyön haasteista (työterveyshuolto, kuntoutus, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido). Esitelmien jälkeen oli varattu aikaa yhteiselle keskustelulle. Seminaarien puheenvuoroista ja keskustelusta koottiin yhteenvedot, jotka lähetettiin myös osallistujille. Seminaarien yhteenvedoista on poimittu kunkin toimijan välistä yhteistyötä koskevaa aineistoa tulososioon.

## 4 TULOKSET

Tulososiossa esitellään kunkin työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutustoimijoiden välistä yhteistyötä omana osionaan. Yhteenveto osiossa on koottu kaikkia toimijoita koskevaa verkostoyhteistyötä ja työkyvyn tukea koskevat tulokset. Aineisto muodostui ryhmähaastatteluista, seminaarien aineistosta ja kyselyjen tuloksista. Terveydenhuollon toimijoille ja kuntoutuksen toimijoille suunnattujen kyselyjen osalta työterveyshuollon toimijoiden vastauksia oli kaikista viidestä sairaanhoitopiiristä. Neljän sairaanhoitopiirin työterveysyksiköiden vastaajat edustivat kattavasti työterveyshuollon järjestämistapoja (kunnallinen työterveyshuolto/kunnallinen liikelaitos tai terveyskeskuksen työterveyshuolto, lääkärikeskus, yrityksen oma tai yritysten yhteinen työterveyshuolto). Erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollon yksiköille suunnatun kyselyn tulokset ovat omana kappaleenaan.

### 4.1 Erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon toimijoiden välinen yhteistyö

Tämän kappaleen tulokset perustuvat ryhmähaastatteluihin, seminaarien yhteenvetoihin ja kyselyyn terveydenhuollon toimijoille. Terveydenhuollon toimijoille suunnattuun kyselyyn vastauksia saatiin 28 erikoissairaanhoidon toimintayksiköstä. Työterveyshuollon toimintayksiköistä vastauksia tuli sama määrä. Vastauksia oli kaikista viidestä sairaanhoitopiiristä ja edustus kaikista työterveyshuollon palveluntuottajista (kunnallinen, lääkäriasema ja yrityksen oma/yritysten yhteinen).

#### Erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon toimijoiden välinen tiedonkulku

Työterveystoimijat arvioivat jaettuun tietoon ja tiedonkulkuun liittyvät asiat tärkeimpänä yhteistyötä edistävänä tekijänä työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (26 kommenttia). Saman asian erikoissairaanhoidon oli arvioinut niukasti toiseksi tärkeimpänä (13 kommenttia). Siellä, missä sähköinen lähete-palaute järjestelmä oli käytössä, nostettiin se esille toimivana yhteistyön välineenä. Erikoissairaanhoidon toimijat korostivat hyvän lähetteen merkitystä.

#### Tiedonkulun kehittämishaasteet ja kehittämisehdotukset

Tiedon kulkeminen sinne, missä sitä tarvitaan, on merkityksellinen asia yhteistyössä. Laboratorio ja muiden tutkimustulosten sekä sairauskertomustietojen puute oli merkittävä yhteistyötä vaikeuttava asia erikoissairaanhoidon toimijoiden näkemyksen mukaan. Tiedon puutetta aiheuttavina tekijöinä nostettiin esille eri tietojärjestelmät ja niiden väliset raja-aidat. Potilaan hoidossa tarvittavaa tietoa on sekä työterveyshuollossa että erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Tieto ei ole yhteisessä käytössä. Tämän tiedon sirpaloitumisen nähtiin vaikeuttavan yhteistyötä. Monesti työterveyshuollosta jouduttiin erikseen pyytämään potilaiden epikriisejä ja tieto saatiin viiveellä. Tiedonkulun esteenä oli erikoissairaanhoidon palautteiden lähettäminen suoraan perusterveydenhuoltoon silloinkin, kun hoito jatkuisi työterveyshuollossa.

*" sitte se kulkeutuu joskus erheellisesti terveyskeskukseen vaikka hoito on sit esimerkiks meillä [yksityinen työterveyshuolto]"* (H3, työterveyshuollon lääkäri).

Työterveystoimijoiden vastauksissa nousivat eniten yhteistyötä vaikeuttaviksi asioiksi tiedonkulun ongelmat. Potilastietojärjestelmien erilaisuus, yhteisen järjestelmän puute, järjestelmien raja-aidat sekä järjestelmien toiminnan hitaus ja kankeus korostuivat työterveystoimijoiden kommentteissa. Tiedon kulkua vaikeutti niin sähköisten kuin paperistenkin palautteiden/epikriisien puuttuminen. Edellä mainittu korostuu seuraavassa vastauksen kommentissa: *"Epikriisit eivät tule huolimatta potilaan pyynnöstä"*.

Tietojärjestelmät eivät myöskään tue tiedonkulkua, jos epikriisien lähettäminen on monen hyväksynnän ja luvan takana. Erikoissairaanhoidon prosessien tiedonkulun ongelmaa kuvattiin seuraavasti: *”mikäli lähete on väärässä paikassa, niin byrokratia ei mahdollista lähetteen lähettämistä toiseen paikkaan vaan joudutaan laatimaan uusi lähete”*. Työterveystoimijoiden yksittäisissä kommentteissa tuotiin lisäksi esille erikoissairaanhoidossa laadittujen B-lausuntojen niukka sisältö, sekä työterveyshuollon tarve saada väliaikatietoja hoitoprosessin aikana ja yleensäkin tietoa hoidon aikataulutuksesta.

Fokusryhmähaastatteluissa erikoissairaanhoidon toimijat kuvasivat haasteena sen, ettei tiedetty potilaan hoitavaa tahoja tai potilaan työterveyshuollon tietoja. Joskus potilas ei itsekään tiennyt, miten hänen työterveyshuoltonsa oli järjestetty.

**Kehittämisehdotus tiedonkulkuun** muodostui toimijoiden vastauksista: **Yhteinen ja alueellinen tietojärjestelmä**, josta kuka tahansa terveydenhuollon toimija voi potilaan luvalla tarkastella toisessa organisaatiossa tehtyjä sairauskertomusmerkintöjä, laboratoriotuloksia tai röntgentutkimuksia. Tämän järjestelmän tulisi mahdollistaa hyvä, kysymyksenasettelultaan oikein laadittu sähköinen lähete/konsultaatio työterveyshuollosta erikoissairaanhoidon ja konsultaation jälkeen saatava reaaliaikainen ja sisällöltään riittävä jatkosuunnitelma/palaute.

Yksittäisinä kehittämisehdotuksina tiedonkulun parantamiseksi nostettiin esille seuraavia:

- potilaiden työterveyskortti, jossa olisi tiedot työterveyshuollosta ja sen sisällöstä.
- palautejärjestelmä
- epikriisi työterveyshuoltoon pakolliseksi
- kun erikoissairaanhoidossa lähete on vastaanotettu, tieto lähettäjälle erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn aikataulusta tai muusta hoitoprosessiin liittyvästä informaatiosta
- sähköisten toimintojen lisääminen
- erikoissairaanhoidossa tulisi olla tieto potilaan työterveyshuollosta

## Toimiva yhteistyö erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon toimijoiden välillä

Toimivan yhteistyön edellytyksenä oli keskinäinen vuorovaikutus. Terveydenhuollon toimijakyselyssä erikoissairaanhoidon toimijat arvioivat sen olevan tärkein asia toimivassa yhteistyössä (14 kommenttia). Samoja asioita toimivan yhteistyön osalta tuotiin esille niin erikoissairaanhoidon kuin työterveys-toimijoidenkin kommentteissa. Kun toimijat tunsivat toisensa, niin oli helpompi konsultoida puhelimitse ja sopia yhteisen potilaan hoidosta, jatkoseurannasta tai tarvittavista yhteisneuvotteluista. Toimivaan yhteistyöhön sisältyi matalalla kynnyksellä tapahtuva ja keskinäisen kunnioituksen osoittava yhteydenotto joko puhelimitse, sähköpostilla, kirjeellä tai kasvokkain. Toteutuneet hoitoneuvottelut nostettiin myös esille toimivassa yhteistyössä.

Työterveystoimijat kokivat toiminnan sisältöön liittyvät asiat merkittävimpänä toimivan yhteistyön elementtinä. Heidän mukaansa erikoissairaanhoidon selkeät lausunnot, kannanotot ja palautteet, sujuva ja nopea sairauksien hoito sekä hyvä kuntoutuksen koordinaatio sisältyvät toimivaan yhteistyöhön. Yksittäisenä asiana nostettiin esille erikoissairaanhoidon erikoislääkäreiden yksityisvastaanotto työterveysasemalla. Kun työterveyshuolto konsultoi erikoissairaanhoidon, niin konsultaatioon vastaavan erikoislääkärin osaamisen katsottiin olevan eduksi toimivassa yhteistyössä.

Erikoissairaanhoidon toimijat toivat esille toimivan yhteistyön osatekijänä mukaan hyvän lähetteen, jossa on kuvattu keskeinen ongelma, kirjattu mahdollinen jatkoseurantamahdollisuus konsultaation jälkeen sekä ennen lähetettä tehdyt diagnostiset perusselvitykset. Työterveystoimijat raportoivat sähköisen lähete-palaute järjestelmän, joka ei ole sidottu aikatauluihin, sisältyvän toimivaan yhteistyöhön.

Yhteisiä toimintatapoja ei juuri nostettu esille toimivan yhteistyön osatekijänä. Ainoastaan yksi vastaus tuli sekä erikoissairaanhoidosta että työterveyshuollosta. Erikoissairaanhoidon vastauksessa kuvattiin

yhteistyöstä sopimista toimijoiden kesken ja työterveyshuollon vastauksessa psykiatrian ja työterveyshuollon välille sovittua yhteistä toimintatapaa.

Fokusryhmähaastattelussa toimiva yhteistyö tuotiin esille potilaan hoidon jatkuvuuden takeena. Yhteistyötä pidettiin tarpeellisena, koska erikoissairaanhoidossa voidaan ottaa kantaa potilaan toimintakykyyn, mutta tarvitaan myös työterveyshuollon osaamista siinä, miten alentunut toimintakyky vaikuttaa työkykyyn.

*”et kun meillä ei taas tiedetä sitä työnkuva, ni me ei voida oikeasti tehdä arviota myöskään siitä työkyvyttömyydestä ihan oikeasti. Kun ei me tunneta mitä se siellä ihan oikeasti tekee. Mä kyllä yleensä potilaalle sanon että jos jalka on leikattu että jos sä oot ajatustyöntekijä niin sä et tarvitse yhtään sairauslomia, mutta jos sä oot maratoonari niin tästä tulee aika pitkä” (H5, erikoissairaanhoidon lääkäri).*

## Yhteistyökäytännöistä sopiminen erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon toimijoiden välillä

Epikriisien tai hoitopalauteiden lähettäminen erikoissairaanhoidosta työterveyshuoltoon oli keskeisin toiminto potilaan työkyvyttömyyttä aiheuttavan tai työkykyä rajoittavaan sairauteen liittyvän tiedon välittämisessä. Terveystuollon toimijakyselyssä 72 % erikoissairaanhoidon toimijoista piti epikriisien lähettämistä yleisenä toimintatapana, kun kysyttiin onko asiasta sovittu työterveyshuollon palveluntuottajien kanssa. Kirjallinen toimintaohje epikriisien lähettamisestä, joka voitaisiin katsoa ns. parhaaksi toimintamalliksi, oli vastanneista yksiköistä 17 %.

Erikoissairaanhoidon ja työterveystoimijoilla oli erilaiset näkemykset epikriisien lähettämisen käytännöistä. Erikoissairaanhoidon toimijat katsoivat, että samat epikriisien lähettämisen käytännöt koskivat kaikkia työterveyshuollon palveluntuottajia. Vaikka vastanneista erikoissairaanhoidon toimijoista 89 % koki, että asiasta on sovittu, käytännössä työterveystoimijoiden mukaan epikriisien siirtyminen työterveyshuoltoon oli hyvin keskeinen ongelma. Tämä nousi hyvin selkeästi esille myös fokusryhmähaastatteluissa. Työterveystoimijoista 55 % katsoi, että epikriisien lähettäminen oli yleinen toimintatapa, loput 45 % vastasivat, ettei asiasta oltu sovittu. Kirjallista toimintaohjetta epikriisien lähettamisestä ei työterveystoimijoiden mukaan ollut. Työterveyshuollosta jouduttiin usein erikseen pyytämään potilaiden epikriisejä ja tieto saatiin viiveellä.

## Potilaiden ohjaaminen erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon toimijoiden välillä

Mikäli työterveyshuollossa asioivan potilaan terveydentilanne tai oireilu edellyttää tarkempia selvittelyjä, hoidon porrastuksen mukaan potilas lähetetään erikoissairaanhoidon hoitoon. Tämä edellyttää ns. B1-lähetettä. Erikoissairaanhoidon toimijoista 90 % arvioi, että lähettämisen perusteena oleva ongelma oli vähän yli puolessa lähetteistä hyvin kuvattu (58 % lähetteistä) (kuva 5). 10 % vastaajista arvioi ettei lähettämisen perusteena olevaa ongelmaa ollut kuvattu koskaan riittävän selkeästi.

Kuva 5. Lähetteen riittävä sisältö.



Lähetekäytännöistä oli sovittu vaihtelevasti. Osittain oli määritelty lähetekriteereitä, mutta suurimmaksi osaksi potilaan lähettäminen perustui lääkärin kokemustietoon.

*"pitää kyllä sanoa että ei oikeestaan ole yhteistyöneuvotteluja, en ole kuntoutustoimijoiden, kanssa neuvotellut enkä meidän fysiatrian yksikön lääkäreiden enkä terveyskeskuslääkäreiden tai työterveyshuollon kanssa. Mutta tietysti hiljalleen työssä ollessa on tullut kuva et mitä potilaita kannattanut minnekin lähettää ja miten niitä otetaan vastaan ja mitä ne näyttää hyötyvän siitä, mutta ei ole semmosta muodollisesti oikeestaan sovittuja sääntöjä minkä potilaan lähettäisin minnekin"* (H2, erikoissairaanhoidon lääkäri).

Konsultaatiot työterveyshuollosta erikoissairaanhoidon kuvattiin toimivina. Konsultaatiot perustuivat lähinnä lääkärin omaan aktiivisuuteen ja persoonaan, eikä konsultointiin ollut sovittuja käytäntöjä. Puhelinkonsultaatioita pidettiin joissakin tapauksissa työläinä ja toivottiin joustavampia tapoja konsultointiin.

Toimijakyselyssä työterveystoimijat arvioivat resurssikysymysten vaikeuttavan eniten erikoissairaanhoidon ohjaamista. Erikoissairaanhoidon pitkät jonot aiheuttavat hoitoon pääsyn viivettä, joka voi johtaa työkykyongelmien syvenemiseen. Potilaan erikoissairaanhoidosta työterveyshuoltoon ohjaaminen tapahtui siten, että epikriisissä tai hoitopalautteessa potilasta kehoitettiin hakeutumaan työterveyshuoltoon. Joka viidennessä yksikössä ei ollut lainkaan sovittua ohjauskäytäntöä. Pääsääntöisesti ohjaajana toimi lääkäri (kuva 6). Hoitopalaute annettiin tai postitettiin potilaalle erikoissairaanhoidossa toteutuneen kontaktin jälkeen. Hoitopalautteen siirtyminen työterveyshuoltoon voisi tapahtua myös lähettämällä se suoraan työterveyshuoltoon potilaan luvalla, jolloin tarvittavat tiedot voisivat olla työterveyshuollon ammattilaisten ja asiantuntijoiden käytössä jo ennen kuin potilas tulee vastaanotolle.

Erikoissairaanhoidon toimijat kokivat työterveyshuollon yhteystietojen puuttumisen ja erilaisten sopimusten vuoksi eri laajuisten palveluiden vaikeuttavan työterveyshuoltoon ohjaamista. Toisaalta potilaan asioidessa erikoissairaanhoidossa käytettävissä oli usein vain terveyskeskuksen yhteystiedot, työterveyshuollon yhteystietoja ei ollut kirjattu järjestelmään.

Kuva 6. Kuka ohjaa potilaan työterveyshuoltoon (%).

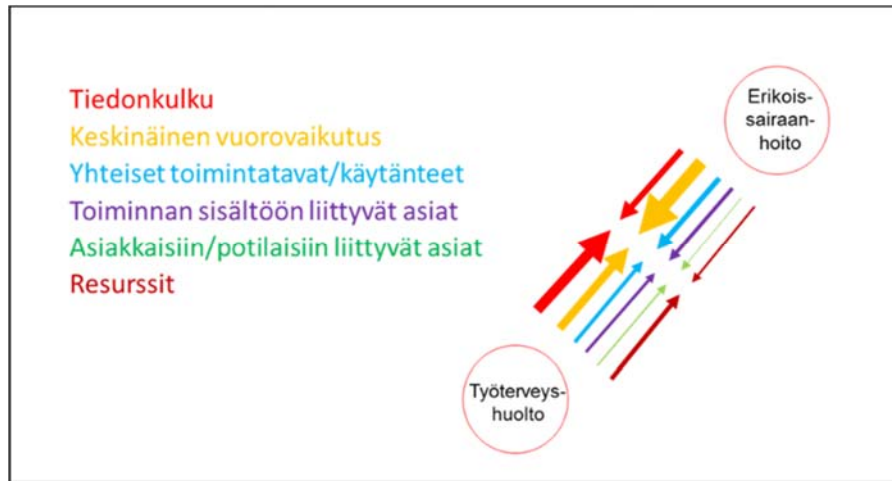


Puolet (50 %) työterveystoimijoiden vastaajista arvioi, että 30-60-90 lainsäädäntömuutoksien jälkeen on tullut muutoksia toimintakäytäntöihin erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa. Potilaiden ohjaaminen työterveyshuoltoon koettiin lisääntyneen. Erikoissairaanhoidon toimijoista vastaavasti noin kolmannes (32 %) arvioi että 30-60-90 lainsäädäntömuutos on aiheuttanut muutoksia toimintakäytäntöihin. Keskeisin muutos oli aktiivisempi työterveyshuoltoon ohjaaminen.

## Yhteistyötä edistävät tekijät

Erikoissairaanhoidon toimijat arvioivat keskinäiseen vuorovaikutukseen liittyvät asiat tärkeimmiksi tekijöiksi yhteistyön edistämiseksi (27 kommenttia). Työterveystoimijat pitivät tätä toiseksi tärkeimpänä yhteistyön edistäjänä (20 kommenttia) (kuva 7). Vuorovaikutustekijöistä merkittävimmiksi nousivat yhteistyöpäivät ja yhteiskoulutukset. Lähes yhtä merkittävä edellisen kanssa oli toimijoiden toistensa tunteminen ja erilaiset henkilökohtaiset kontaktit joko kasvokkain tai puhelimitse. Työterveystoimijoiden tunteminen ja luotettavat yhteystiedot olivat erikoissairaanhoidon toimijoiden näkökulmasta merkittävä tekijä yhteistyön edistäjänä. Vain yksi työterveystoimijoista kommentti koski samaa asiaa. Yksittäisinä kommentteina tuotiin työterveystoimijoiden vastauksissa esille seuraavia: *”Osallistuminen joskus työterveysneuvotteluun”* ja *”hoitoneuvottelut”*. Erikoissairaanhoidon vastauksissa oli yksittäisiä kommentteja yhteistyötä edistävästä tekijöistä: *”Matala kynnys yhteydenottoon puolin ja toisin”* sekä *”erikoistuvien lääkäreiden koulutusjaksot erikoissairaanhoidon poliklinikoissa”*.

Kuva 7. Millaiset tekijät edistävät eniten yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välillä.



Työterveystoimijat arvioivat tärkeimmäksi yhteistyötä edistäväksi asiaksi potilaan terveydentilaan liittyvän tiedon siirtymisen sähköisesti tai muulla tavalla sekä mahdollisuuden käydä katsomassa potilaan luvalla hänen hoitotietojaan erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmästä (26 vastausta). Erikoissairaanhoidon toimijat nostivat myös tiedon siirtymisen esille edistävänä asiana. Tiedon siirtymisen lisäksi he toivoivat työterveystoimijoilta palautetta ja selkeitä toiveita erikoissairaanhoidon suuntaan.

Yhteisten toimintakäytäntöjen sopiminen oli työterveystoimijoiden mielestä vasta neljänneksi tärkein yhteistyötä edistävä asia (9 vastausta). Sopiminen niin työnjaon, tiedonkulun, kuin hoitolinjojen osalta koettiin edistävänä asiana. Roolien ja toisten toimintatapojen esille tuominen helpottivat yhteistä sopimista.

Erikoissairaanhoidon vastauksissa yhteistyötä edistäviksi, toiminnan sisältöön liittyviksi asioiksi katsottiin: työterveystoimijan roolia potilaan työkykyasian koordinoijana, työterveystoimijoiden sisällöllistä asiantuntemusta, aktiivisia, hyvää toimintatapaa ja laajoja työterveyshuoltosopimuksia tai -palveluja. Varmuus pitkäaikaissairauksien asianmukaisesta seurannasta ja tiedon lisääminen alueen työterveysyksiköiden toiminnasta olivat muut edistävät asiat erikoissairaanhoidon toimijoiden näkemysten mukaan.

Työterveystoimijoiden vastauksissa ja haastatteluissa toivottiin erikoislääkärin kannanottoa toimintakykyyn ja sen hyvään kuvaukseen hoitopalautteessa tai B-lausunnossa. Yhdessä työterveystoimijan kommentissa tuotiin esille myös asiakkaan/potilaan työn luonteen parempi tuntemus yhteistyötä edistävänä asiana.

Erikoissairaanhoidon vastauksissa potilaan aikaisempi kontakti työterveyshuoltoon ja tieto hänen työterveyshuollon olemassaolosta ja sen palvelusisällöstä katsottiin edistäviksi asioiksi. Potilaan aktiivisuus erikoissairaanhoidosta annetun palautteen toimittamisessa nähtiin kolmessa työterveystoimijan kommentissa edistävänä asiana.

Erikoissairaanhoidon toimijoiden vastauksissa nostettiin resurssikysymyksistä merkittävimmäksi työterveyshuoltopalveluiden saatavuuden/tavoitettavuuden, johon liittyi osittain myös nopea kontrolli aikojen saaminen työterveyslääkärille tai -hoitajalle. Hyvä sairaalan sosiaalityöntekijä myös mainittiin yhteistyön edistäjänä.

Työterveystoimijat toivat esille erikoissairaanhoidon nopeamman reagoinnin ja viiveiden lyhentämisen sekä nopean konsultaation/tutkimuksiin ja hoitoon pääsyn tärkeimmiksi resurssikysymyksiksi yhteistyön edistämiseksi. Yksittäisiä kommentteja edistävästä asioista olivat: työterveysyksikön käytössä olevat omat



erikoislääkärit ja erikoistutkimukset sekä erikoissairaanhoidossa olevista edistävistä asioista hyvä erikoissairaanhoidon sihteeri ja erikoissairaanhoidossa toimiva yhteyshenkilö tai koordinaattori.

Fokusryhmähaastatteluissa erikoissairaanhoidon toimijat näkivät työterveyshuollon oman roolin ja asiantuntemuksen hyödyntämisen edistävän yhteistyötä. Samoin tärkeänä nähtiin se, että työterveyshuollon palvelusopimukset mahdollistavat riittävän laajan potilaiden hoidon ja että työterveyshuollon henkilöresurssit ovat riittävät. Lisäksi erikoissairaanhoidon toimijat pitivät yksittäisinä yhteistyötä edistävinä asioina lainsäädäntöä, hyvää sosiaalityöntekijää ja kuntoutusta.

## Yhteistyön kehittämishaasteet ja kehittämisehdotukset

### Kehittämishaasteet

Työterveystoimijoiden mielestä keskeisimmät haasteet yhteistyön kehittämisessä olivat tiedonkulkuun ja toiminnan sisältöön liittyvät kysymykset. Ensiksi mainittua haastetta kuvattiin tarkemmin osion 4.1 alussa. Toiminnan sisältöön liittyvinä asioina yhteistyön kehittämishaasteina nostettiin esille epikriisin/palautteen sisällölliset puutteet: ei lausuntoa/arvioita toiminta- tai työkyvystä, diagnoosi tai loppuyhteenveto puuttuu.

Työterveystoimijat kokivat, että erikoissairaanhoidossa ei ole tietoa työterveyshuollon sisällöstä ja mahdollisuuksista, jota kuvataan yhdessä vastauksessa seuraavasti: *"Määrätään potilas työterveyshuoltoon jatkotutkimuksiin tai seurantaan, vaikka niihin ei ole mahdollisuutta työterveyshuollon sopimuksen puitteissa"*. Työterveystoimijat kokivat, että työterveyshuolto usein myös unohtuu erikoissairaanhoidon toimijoilta.

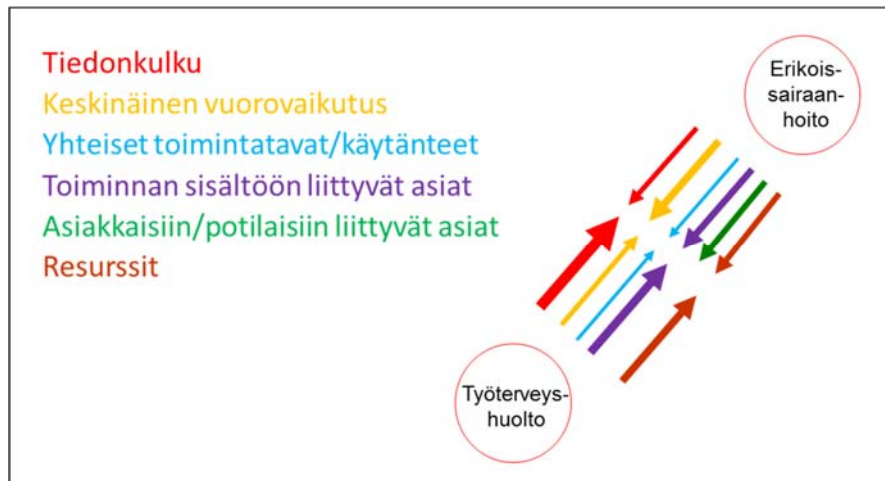
Työterveystoimijat toivat yksittäisissä kommentteissa esille useita kehittämishaasteita. Toimintakulttuurin ja – ympäristön erilaisuus sairaalamaailmassa ja avoterveydenhuollossa mukaan lukien työterveyshuolto koettiin haasteena. Hoitovastuun siirtyminen liian aikaisin perusterveydenhuoltoon, mikä edellyttäisi vastavuoroista toimijoiden toistensa töiden tuntemista, tuotiin esille kehittämishaasteena. Tiedonkulkuun liittyvä haaste oli kuvattu yhdessä vastauksessa: Erikoissairaanhoito laskuttaa sairauskertomuskopioista, jonka vuoksi ei tilata sairauskertomustietoja. Tiukentuneet hoitoon pääsykriteerit ja porrastettu hoitoon pääsy, jolloin potilas ei pääse konsultaatioissa suoraan tarvittavan erikoislääkärin vastaanotolle koettiin hankaloittavan yhteistyöprosessia.

Erikoissairaanhoidon toimijoiden mielestä yhteistyötä vaikeuttavien asioiden keskiöön nousivat samat tekijät, jotka toimiessaan myös vaikuttivat yhteistyötä edistävästi: Keskinäinen vuorovaikutus ja toiminnan sisältöön liittyvät asiat (kuva 8).

Työterveyshuollon yhteystietojen puuttuminen ja vaikeus tavoittaa työterveyshuollosta oikeaa henkilöä olivat vastatuimmat keskinäiseen vuorovaikutukseen liittyvät asiat. Työterveystoimijat nostivat esille saman vaikeuden. Hoidon jatkuvuutta heikentävänä koettiin sekä työterveyshuollon palveluntuottajien että yksittäisten työterveystoimijoiden vaihtuminen.

Työkykyosaamisen puuttuminen erikoissairaanhoidossa tilanteissa, joissa sille olisi tarvetta, on huomionarvoinen asia. Työterveyshuollon osaamista tarvittaisiin myös muiden kuin työterveyshuoltopalvelujen piirissä olevien työikäisten, esimerkiksi työttömien, ongelmien ratkaisemisessa.

Kuva 8. Eniten yhteistyötä vaikeuttavat tekijät erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon toimijoiden välillä.



Fokusryhmähaastattelussa tuotiin esille yhteistyön tiivistäminen. Etenkin psykiatristen potilaiden kohdalla erikoissairaanhoidon psykiatrin osallistuminen hoitoneuvotteluihin nähtiin tarpeellisenä. Myös neurologisten potilaiden kohdalla yhteistyön tulisi olla tiiviimpää erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja työnantajan välillä. Erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisiä hoitoneuvotteluja toivottiin enemmän.

Erikoissairaanhoidon toimijat eivät olleet aina myöskään selvillä työterveyshuollon roolista. Työterveyshuollon palveluja pidettiin perusterveydenhuollon palveluille rinnakkaisina.

*”Tämä kunnallinen ja työterveyshuolto, tämän näköinen aspekti esille ja potilaat jotka on työterveyshuollon piirissä ja, potilaat jotka ei ole työterveyshuollon piirissä. Kumminkin aikalaillahan, minun käsityksen mukaan, perusterveydenhuollosta on molemmissa kysymys. Joskus on semmonenkin ajatus noussut mieleen että onko tässä, kahessa tavallaan päällekkäisessä järjestelmässä, rinnakkaisessa jotka mennee osittain päällekkäin niin onko se järkevää.” (H1, erikoissairaanhoidon lääkäri).*

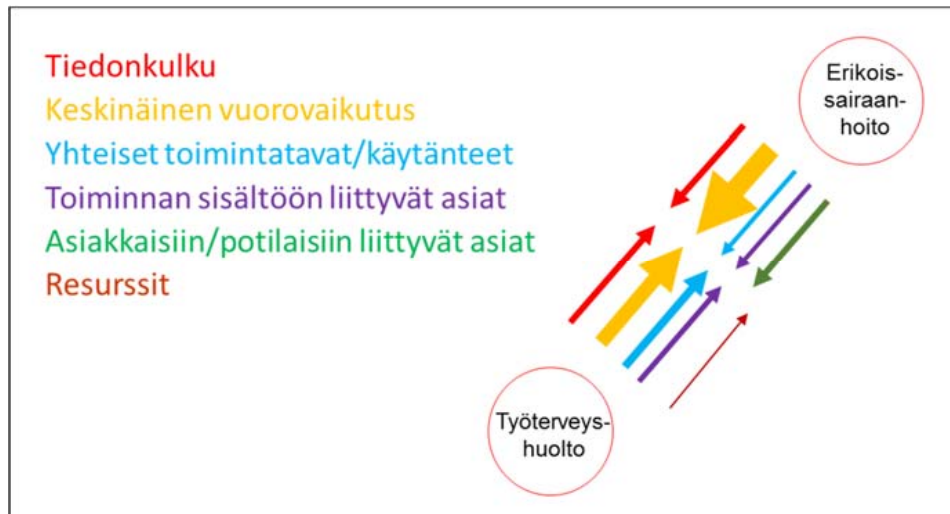
Työterveyshuollon palvelujen sisällön perustuminen työterveyshuollon ja työnantajan väliseen sopimukseen ei ollut hahmottunut erikoissairaanhoidon toimijoille. Erikoissairaanhoidon toimijat toivoivat, että voisivat saada enemmän tietoa työterveyshuollon roolista ja tehtävästä.

Miten yhteistyötä sitten tulisi kehittää erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon toimijoiden välillä? Erikoissairaanhoidon toimijat toivat useita erilaisia kehittämissuhteita yhteistyön parantamiseksi. Tärkeimpänä tuotiin esille keskinäiseen vuorovaikutukseen liittyviä asioita (kuva 9). Alueelliset koulutus- ja yhteistyöneuvottelupäivät, joissa voitaisiin oppia toisten osaamisesta esimerkiksi yhteisten potilaiden toimijalta toiselle etenemisprosessien kautta.

Työterveyshuollon kehittämissuhteet painoutuivat keskinäiseen vuorovaikutukseen ja yhteisiin toimintatapoihin (kuva 9). Myös työterveyshuollon toimijat pitivät yhteisiä koulutuspäiviä tärkeinä. Moniongelmaisten potilaiden tutkimuksessa ja hoidossa tai usean terveysongelman vaikuttaessa työkykyyn vaaditaan usein moniammatillista yhteistyötä. Hoitoneuvotteluja, joissa terveydenhuollon toimijat keskustelevat yhdessä potilaan kanssa hoitolinjauksista ja jatkosuunnitelmista, toivottiin pidettävän aiempaa enemmän. Verkottuminen toimijoiden kesken, varhainen aktiivinen reagointi puolin ja toisin arvioitiin olevan kehittämissuhteita yhteistyön parantamisessa.

Työterveyshuollon toiminnan sisältöön liittyvät kehittämissuhteet voidaan kuvata seuraavasti: ”Yhteneväinen tavoite ja linja sekä sovitut käytännöt työkykyarvioissa”. Edellä mainitun toteutuminen voisi auttaa merkittävästi työkyvyn tukemisessa ja palauttamisessa. Toiveena olivat myös tasapuolisuuden lisääminen toimijoiden kesken sekä yhteiset tapaamiset yhteisten käytäntöjen luomiseksi.

Kuva 9. Kehittämissuhteet yhteistyön parantamiseksi.



## Työkyvyn tukeminen

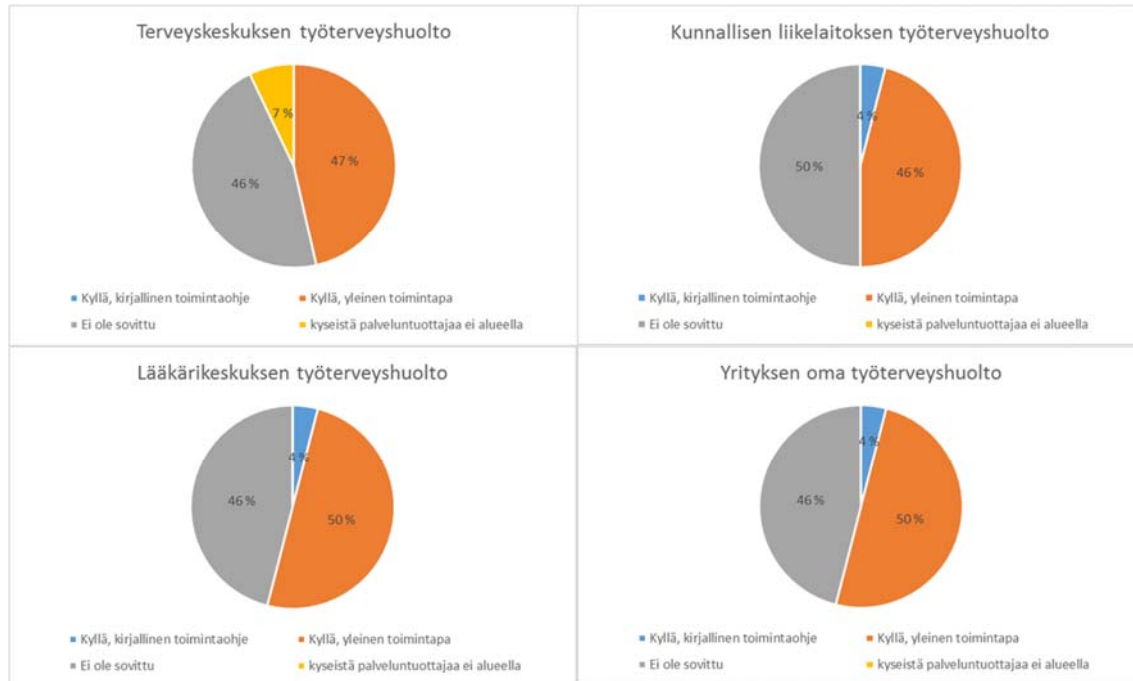
Työkyvyn tukeminen edellyttää useita asioita, kuten aiemmin on kuvattu. Erikoissairaanhoidon ja työterveystoimijoiden välisellä yhteistyöllä voidaan tukea työkykyä. Noin puolet vastaajista arvioi, että erikoissairaanhoidon ja työterveyspalveluiden välillä ei ollut sovittua toimintatapaa työkykyasioiden hoitamisessa. Työterveyspalvelujen järjestämistä ei muodostunut vastauksia erottelevaksi tekijäksi. (kuva 10).

Työkyvyn tukeminen edellyttää sairauksien diagnosointia, joka kuuluu erikoissairaanhoidon keskeiseen rooliin. Hoidon porrastukseen liittyen erikoissairaanhoidon toimijan kommentissa toivottiin, että työterveyspalveluissa tehdään oikea-aikaisesti diagnostiset perusselvitykset ja ilmaistaan lähetteessä erikoissairaanhoitoon mahdollisuus jatkoseurantaan. Erikoissairaanhoidossa tehdyt työkyvynarviot koettiin ongelmallisina, koska työterveyslääkärin oli vaikea kumota jo tehtyä arviota. Todettiin, että työkyvyn arvio tulisi tehdä työterveyspalveluissa, koska työterveyslääkäri tuntee potilaan työn ja pystyy tekemään työpaikan kanssa yhteistyötä työn muokkaamiseksi.

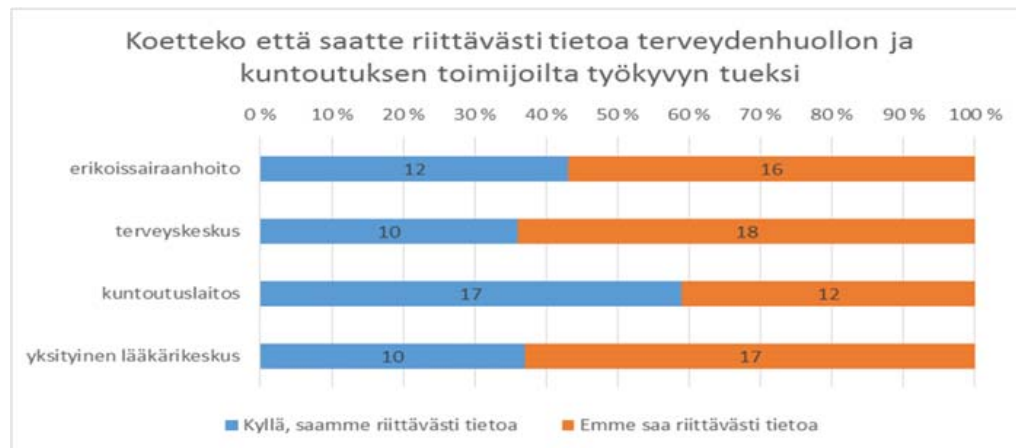
*"onhan sillä iso merkitys mitä neurologi on sanonu tai kirurgi siitä sairaudesta ja sen kanssa pärjäämisestä. Kyl se jää sinne syvälle. Et sit on vaikee työterveys sanoo, että jos kirurgi on sanonu et selän kans et pysty töihin, "kyllä pystyt"."* (H5, työterveyspalveluiden lääkäri)

*"No kyl mun mielest täs semmonen muutos mikä on mun mielest ihan tervetullu muutos et, hyvin paljon työkyvyn arviointi on siirtyny työterveyspalveluolle jos potilaalla vaan semmonen on. Et mun mielest se on järkevä työnjako et, esimerkiksi sit erikoissairaanhoito arvioi, tekee diagnostiikkaa arvioi hoitoa mut että, työterveyspalveluosta otetaan sit, kanta siihen työkykyyn. Mun mielest semmonen muutos on, aika paljon tapahtunu täs viime vuosien aikana ja mun mielest se on ihan järkevää koska siel sit kuitenkin, jos tarvitaan jotain.. joustavii ratkasui työpaikalla tai muuta niin, eihän semmosiin oikein, pysty erikoissairaanhoitos ainakaan ratkasemaan."* (H4, erikoissairaanhoidon lääkäri)

Kuva 10. Onko erikoissairaanhoidon kanssa sovittu toimintatavoista työkykyasioiden hoidossa.



Kuva 11. Saavatko työterveyshuollon toimijat riittävästi tietoa työkyvyn tukemiseksi.



Työkyvyn tukeminen on määritelty hyvin keskeiseksi osa-alueeksi työterveyshuollon toiminnassa. Työterveystoimijoista 57 % koki, että he eivät saa riittävästi tietoa erikoissairaanhoidosta työntekijän työkyvyn tukemiseksi (kuva 11).

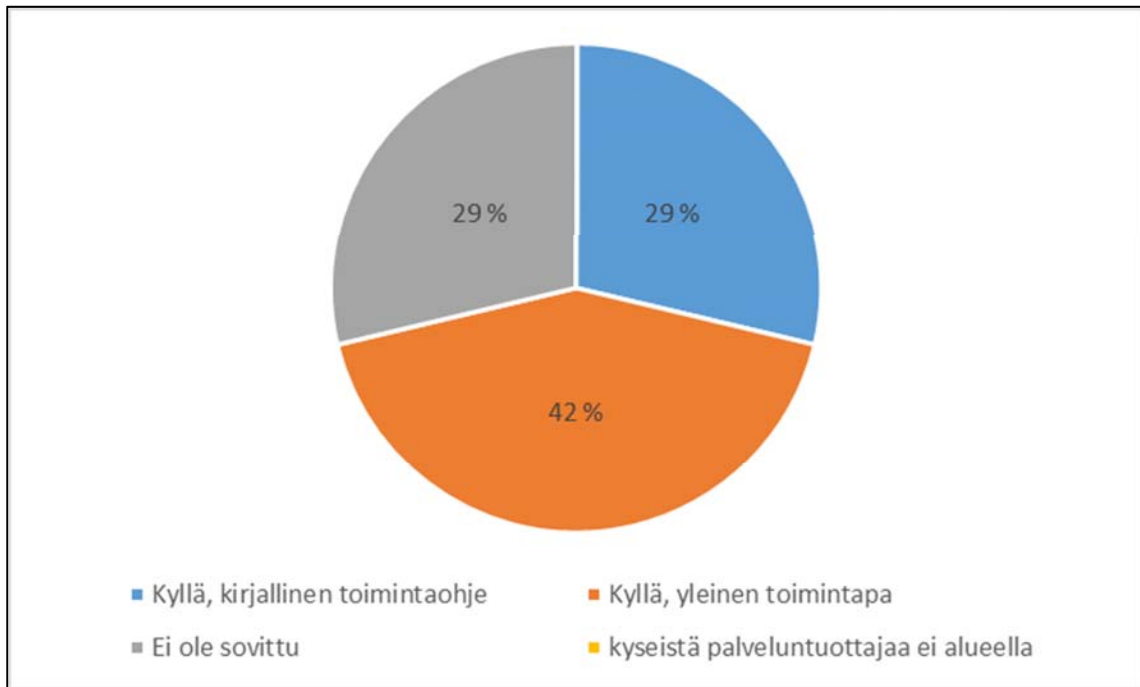
## 4.2 Kuntoutuksen ja työterveyshuollon toimijoiden välinen yhteistyö

Tämän kappaleen tulokset perustuvat ryhmähaastatteluihin, seminaarien yhteenvetoihin ja kyselyyn terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoille. Terveystenhuollon toimijoille ja kuntoutustoimijoille suunnatussa kyselyssä työterveystoimijoiden vastauksia oli kaikista viidestä sairaanhoitopiiristä ja edustus kaikista työterveyshuollon palveluntuottajista (kunnallinen, lääkäriasema ja yrityksen oma/yritysten yhteinen). Kuntoutuksen palveluntuottajien vastauksia oli neljästä sairaanhoitopiiristä. Kyselyyn vastasi huomattavasti enemmän työterveystoimijoita (30), kuin kuntoutuksen palveluntuottajan edustajia (7), mikä on otettava huomioon tulosten tarkastelussa.

### Kuntoutuksen ja työterveyshuollon toimijoiden välinen tiedonkulku

Tiedonkulkuun liittyvät asiat nousivat yhdeksi tärkeimmistä yhteistyötä edistäväksi tekijäksi kaikissa aineistoissa. Kyselyn avoimissa vastauksissa sekä kuntoutustoimijat että työterveystoimijat pitivät tärkeänä toimivaa lähete-palautte käytäntöä. Kuntoutustoimijoiden vastausten mukaan kuitenkin kolmannes (29 %) ei ollut sopinut hoitopalautteiden lähettämisestä työterveyshuoltoon. Yleensä hoitopalautteiden lähettäminen työterveyshuoltoon perustui yleiseen toimintatapaan (42 %) ja kolmanneksella (29 %) oli kirjallinen toimintaohje hoitopalautteiden lähettämisestä (kuva 12). Työterveyshuollon järjestämistavat eivät vaikuttaneet tulokseen. Työterveystoimijat pitivät tärkeänä, että hoitopalautteissa kuvattaisiin jäljellä oleva toimintakyky.

*Kuva 12. Kuntoutustoimijoiden vastaukset onko sovittu työterveyshuollon kanssa epikriisien lähettämisestä.*



Työterveystoimijat mainitsivat toimivina tiedonkulkuun liittyvinä asioina sujuvan tiedonsiirron. Kuntoutuspalautteiden kuvattiin olevan hyviä. Kyselyn mukaan yli puolet työterveystoimijoista (59 %) arvioi, että he saavat riittävästi tietoa kuntoutuksen toimijoilta työkykyyn liittyvien ratkaisujen tueksi.

Lähes kaikkien kuntoutustoimijoiden (86 %) mukaan heille työterveyshuollosta saapuvissa läheteissä oli kuvattu lähettämisen perusteena oleva syy riittävän selkeästi. Seminaarissa kuntoutustoimijat toivat esille, että siirtyvän potilastiedon tulisi olla rajattua ja suodatettua. Kaikkea potilastietoa ei tarvita kuntoutuksessa. Toisaalta myös työterveyshuoltoon tulevissa kuntoutuselosteissa oli paljon asiaa ja kuntoutustoimijat miettivät, käytetäänkö kaikkea niissä olevaa tietoa hyödyksi työterveyshuollossa.

*"Mehän sitten taas, lähettävän tahon suuntaan, olipa se nyt työterveyshuolto tai muu terveydenhuollon yksikkö niin meidän koitetaan tehdä semmonen sanotaan novellitasonen tarina. Siinä joskus aina tulee mieleen että lukeekohan tätä kukaan"* (H1, kuntoutuslääkäri).

## Tiedonkulun kehittämishaasteet ja kehittämisehdotukset

Tiedonkulussa kuvattiin olevan myös haasteita. Kun tieto ei siirtynyt työterveyshuollosta kuntoutuksen palveluntuottajalle, jouduttiin tilaamaan potilaspapereita ja tieto tuli näin ollen viiveellä. Kuntoutustoimijat saivat tietoa potilaasta pääosin B-lausunnon kautta. Joskus B-lausunto oli voitu tehdä muuta tarkoitusta varten ja siinä oleva tieto ei ollut tarkoituksenmukaista kuntoutuksen kannalta.

*"Ainoa mitä me päästään näkemään ja me ollaan tavallaan siinä tiedossa täysin sen B-lausunnon varassa, ja kun meille tulee kuntoutuja niin se lääkäri on saattanut tehdä sen B-lausunnon ihan jotakin muuta asiaa varten...eli monesti me joudutaan sitten tilaamaan papereita tai sitten vaan uskomaan sen ihmisen sanaan"*(H3, kuntoutuslääkäri).

Usein tiedonsiirto saattoi olla myös potilaan kertoman varassa. Kuntoutustoimijat konsultoivat tarvittaessa puhelimitse työterveyshuoltoa.

Tieto siirtyi työterveyshuoltoon lähinnä kuntoutuspalautteiden kautta. Työterveyshuolto olisi kaivannut lausuntoihin toimintakyvyn kuvausta. Työterveystoimijat eivät kuitenkaan aina saaneet kuntoutuspalautteita tai ne tulivat viiveellä. Tiedonkulku tuli ongelmalliseksi, jos potilas ei antanut lupaa siirtää tietoa esimerkiksi sen vuoksi, että hän pelkäsi menettävänsä työpaikkansa. Tiedonkulku kuntoutukselta työterveyshuoltoon oli joskus pelkästään potilaan varassa. Työterveystoimijat esittivät toiveena, että palaute tulisi antaa kuntoutujan, kuntoutuksen palveluntuottajan ja työterveyshuollon yhteispalaverissa, ei vain potilaan kautta kulkevana tietona. Työterveystoimijat kuvasivat, että tiedon löytäminen oli hankalaa ja vei aikaa.

Työterveystoimijat toivoivat enemmän aloitteellisuutta, vuorovaikutusta ja yhteydenpitoa sekä tietoa erilaisista kuntoutumismahdollisuuksista. Lisäksi työterveystoimijat tarvitsivat tietoa ja markkinointia kuntoutuksista ja Kelan asettamista kriteereistä. Kuntoutusjärjestelmä on moninainen ja siinä tapahtuvat muutokset eivät aina tulleet työterveyshuollon tietoon.

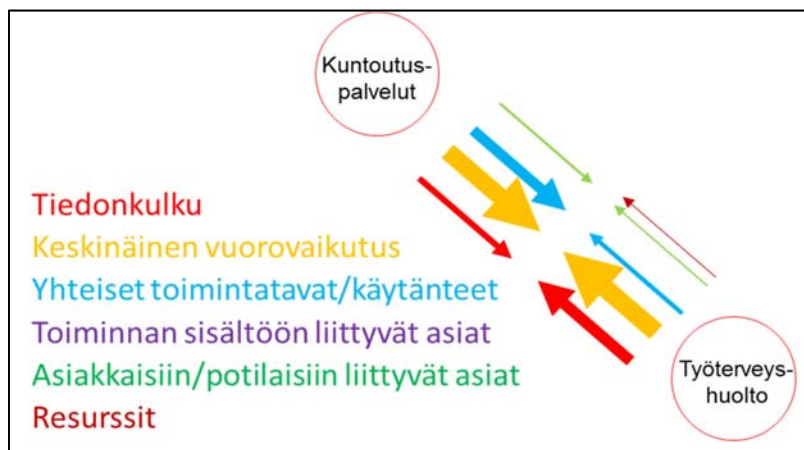
Videoneuvottelut ja sähköiset välineet helpottaisivat tiedonkulkua. Kuntoutustoimijat mainitsivat työterveyshuollon huonon tavoitettavuuden vaikeuttavan yhteistyötä. Ajan tasalla olevat yhteystiedot helpottaisivat yhteistyötä. Kuntoutustoimijat mainitsivat tärkeäksi myös yhteisen ajan löytymisen ja molemmin puolisen riittävän resursoinnin.

## Toimiva yhteistyö kuntoutuksen ja työterveyshuollon toimijoiden välillä

Toimivan yhteistyön osalta työterveystoimijat ja kuntoutustoimijat kuvasivat vuorovaikutukseen liittyviä asioita (kuva 13). Työterveystoimijat pitivät toimivana kuntoutuksen suunniteluun, toteutukseen ja arviointiin liittyvää yhteistyötä. Toimivina yhteistyön foorumeina pidettiin yhteistyöpäiviä, yhteistyöpalavereja ja hoitoneuvotteluja. Työterveystoimijat kuvasivat toimivan yhteistyön olevan tarpeeseen vastaavaa sekä molemmin puolin aktiivista. Molemmat näkivät yhteistyön toimivan etenkin TYK- ja Aslak kuntoutuksissa. Muissa kuntoutuksissa, esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien kursseissa,

yhteistyö oli vähäisempää. Kuntoutustoimijat pitivät toimivana moniammatillisia neuvotteluja sekä yhteisiä koulutuksia työterveyshuollon kanssa. Toimivan yhteistyön he kuvasivat olevan sujuvaa, nopeaa ja oikea-aikaista. Kuntoutustoimijat pitivät tärkeänä, että työterveystoimijat olisivat tavoitettavissa tai että työterveyshuollossa olisi nimetty henkilö yhteydenpitoon.

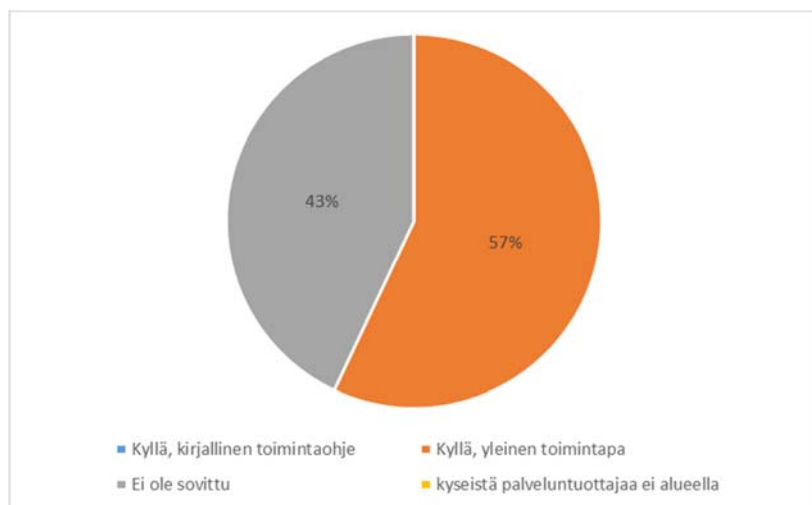
Kuva 13. Yhteistyötä edistävät asiat työterveyshuolto- ja kuntoutustoimijoiden välillä.



### Yhteistyökäytännöistä sopiminen kuntoutuksen ja työterveyshuollon toimijoiden välillä

Kuntoutustoimijoiden mukaan toimintatapa ja työnjako työkyky asioiden hoidossa perustui työterveyshuollon kanssa yleiseen toimintatapaan (57 %). Merkittävässä osassa (43 %) toimintavoista ei ollut sovittu (kuva 14). Työterveyshuollon järjestämistapa ei vaikuttanut tuloksiin.

Kuva 14. Kuntoutustoimijoiden vastaukset onko työterveyshuollon kanssa sovittu toimintatavoista työkykyasioiden hoidossa.



Kuntoutustoimijoiden mukaan työkykyyn liittyvistä asioista oli sovittu satunnaisesti hoitoneuvotteluissa ja epikriisien kautta. Työterveystoimijoiden mukaan toimintatavasta ja työnjaosta työkykyasioiden hoidossa

ei ollut sovittu (60 %) tai se perustui yleiseen toimintatapaan (37 %). Ainoastaan yhden kuntoutuslaitoksen kanssa oli sovittu kirjallisesti toimintatavoista ja työnjaosta työkykyasioiden hoidossa (3 %).

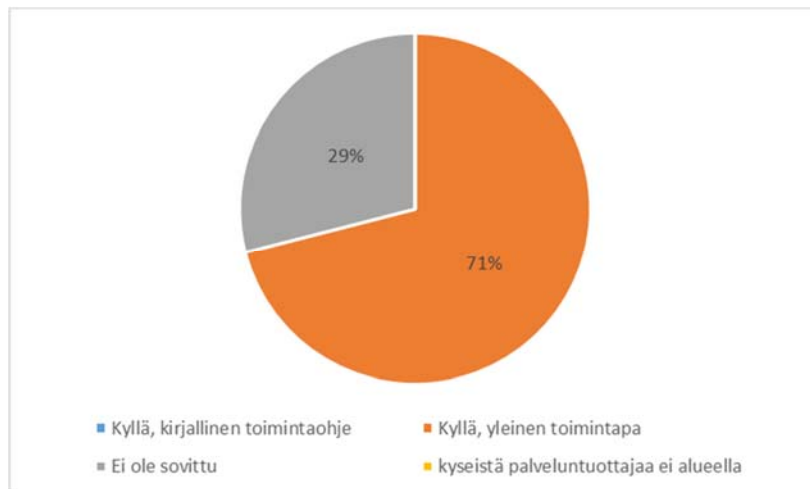
Lähes kaikissa vastanneista kuntoutuslaitoksissa (86 %) käytiin hoitoneuvotteluja muiden toimijoiden kanssa. Ne vastaajat, jotka eivät pitäneet hoitoneuvotteluja pitivät kuitenkin tarpeellisina järjestää niitä. Kaikilla heistä oli myös mahdollisuus järjestää hoitoneuvotteluja. Hoitoneuvottelukäytännöistä oli sovittu kirjallisesti kuitenkin vain yhdessä kuntoutuslaitoksessa.

## Potilaiden ohjaaminen kuntoutuksen ja työterveyshuollon toimijoiden välillä

Kuntoutuksen palveluntuottajien ja työterveysyksiköiden välistä yhteistyötä määrittävät pääosin kuntoutuspalvelujärjestelmän ja –lainsäädännön ohjeet ja käytännöt, jonka vuoksi toimijoiden välinen alueellinen yhteistyö ja sopiminen jäävät toissijaiseksi. Työterveyshuollon laitostenmuotoiseen kuntoutukseen ohjaamat asiakkaat ovat pääsääntöisesti Kelan yksilö- tai ryhmämuotoisen kuntoutuksen asiakkaita ja toimintaa ohjaavat kuntoutuksen maksajatahon asettamat standardit. Edellä kuvatut asiat toimivat kyselyn vastauksia selvittävinä tekijöinä.

Kuntoutustoimijoiden mukaan 57 % ei ollut sovittu, kuinka työterveyshuolto ohjaa potilaita kuntoutukseen. Potilaiden ohjaamisesta oli käytössä yleinen toimintatapa lähes puolella (43 %). Tulokset eivät eronneet työterveyshuollon järjestämistavan suhteen. Sen sijaan työterveyshuollon vastauksien mukaan suurimmaksi osaksi potilaiden ohjaaminen kuntoutuslaitokseen perustui yleiseen tapaan (66 %) ja lähes kolmanneksen (27 %) kanssa kuntoutuslaitoksista ei ollut sovittu potilaiden ohjaamisesta. Kahden kuntoutuslaitoksen (7 %) kohdalla oli laadittu kirjallinen ohje potilaiden ohjaamisesta työterveyshuollosta kuntoutuslaitokseen.

*Kuva 15. Kuntoutustoimijoiden vastaukset: Onko työterveyshuollon kanssa sovittua toimintaohjetta tai käytäntöä potilaiden ohjaamisesta työterveyshuoltoon.*



Kuntoutustoimijoiden mukaan potilaiden ohjaaminen kuntoutuslaitoksesta työterveyshuoltoon perustui pääosin yleiseen toimintatapaan (71 %). Lähes kolmanneksen ei ollut sopinut potilaiden ohjaamisesta (29 %) lainkaan (Kuva 15). Työterveyshuollon järjestämistapa ei vaikuttanut tuloksiin. Kuntoutustoimijoiden mukaan potilaiden ohjaamista työterveyshuoltoon vaikeuttivat se, ettei potilaalla ollut työterveyshuoltoa tai aikaisempaa hoitosuhdetta työterveyshuoltoon, potilaalla oli vain lakisääteinen työterveyshuolto, työterveyshuollossa oli pienet resurssit sekä tietämättömyys, miten potilas voi käyttää työterveyshuollon



palveluja esimerkiksi pitkän sairausloman aikana. Työterveystoimijoiden mukaan noin puolessa (52 %) kuntoutuslaitoksista potilaiden ohjautuminen työterveyshuoltoon perustui yleiseen toimintatapaan. Potilaiden ohjaamisesta ei ollut sovittu 41 % lainkaan. Kahden kuntoutuslaitoksen kanssa (7 %) oli laadittu kirjallinen ohje potilaiden ohjaamisesta kuntoutuslaitoksesta työterveyshuoltoon.

Kun potilaan työkyvyttömyys oli kestänyt yli 3 kuukautta, noin puolet vastanneista kuntoutustoimijoista (43 %) oli sitä mieltä, ettei sovittua käytäntöä potilaan ohjaamisesta työterveyshuoltoon ollut. Yleensä lääkäri ohjasi potilaan näissä tapauksissa työterveyshuoltoon (43 %). Myös kuntoutustiimin jäsenet (psykologi, fysioterapeutti) saattoivat ohjata potilaan työterveyshuoltoon. Työterveystoimijoista noin 60 % koki, että kuntoutuslaitoksesta oltiin riittävän ajoissa yhteydessä työterveyshuoltoon.

Suurin osa kuntoutustoimijoista (86 %) ja työterveystoimijoista (80 %) arvioi, ettei uusi lakiuudistus (30–60-90 pv) ollut tuonut muutoksia työterveyshuollon ja kuntoutuslaitoksen välisiin käytäntöihin. Osa mainitsi, että kuntoutuslaitoksessa ei enää kirjoitettu potilaalle sairauslomaa, vaan hänet ohjattiin työterveyshuoltoon.

Työterveystoimijoiden mielestä kuntoutukseen ohjaamista vaikeuttivat eniten potilaan elämäntilanne tai puuttuva motivaatio kuntoutukseen. Toisaalta työterveystoimijat näkivät haasteena potilaan motivoinnin. Kuntoutukseen ohjaamista vaikeuttivat myös potilaiden erilaiset odotukset kuntoutukselle ja heidän toimeentulo kuntoutuksen aikana. Työpaikkoihin liittyvinä tekijöinä mainittiin työnantajan sitoutumisen puute ja kuntoutujien vaikeus irrottautua työpaikalta, etenkin pieniltä työpaikoilta. Kuntoutustoimijoita hankaloitti ohjaamisessa se, ettei kuntoutuja itse halunnut yhteydenottoa työterveyshuoltoon esimerkiksi jos ei ollut aikaisempaa hoitosuhdetta.

Kuntoutustoimijat nimesivät eniten työterveyshuoltoon ohjaamista vaikeuttaviksi toiminnan rakenteisiin liittyviä tekijöitä. Nämä koskivat lähinnä työterveyshuollon palvelusopimusten laajuutta tai kokonaan työterveyshuollon palvelujen puuttumista. Kuvattiin, että potilaalla ei ollut ollenkaan työterveyshuoltoa (työelämän ulkopuolella olevat) tai oli vain lakisääteinen sopimus työnantajan ja työterveyshuollon välillä. Pienillä työnantajilla ei aina ollut järjestetty työterveyshuoltoa tai ne vartioivat työterveyshuollon kustannuksia, eivätkä asiakkaat tienneet, missä heidän työterveyshuoltonsa oli järjestetty. Kuntoutustoimijat kokivat yhteistyötä vaikeuttavan myös sen, ettei heillä ollut suoraa konsultaatiomahdollisuutta työterveyshuoltoon, koska keskitetyn ajanvarauksen kautta oli hankala saada kiinni työterveyslääkärinä tai -hoitajaa. Työterveystoimijoiden mielestä kuntoutuksen ohjaamista vaikeuttivat epäselvät kuntoutuksen kriteerit ja viiveet kuntoutuksen käynnistymisessä. Yksittäisiä mainintoja oli byrokraatiaan, Kelan saavutettavuuteen, oikea-aikaiseen kuntoutukseen pääsemiseen ja toimijoiden (Kela, eläkevakuutusyhtiö, erikoissairaanhoito) erilaisiin käsityksiin työkyvystä liittyen.

Työterveystoimijat ja kuntoutustoimijat pitivät myös huonojen resurssien vaikeuttavan ohjaamista. Työterveystoimijat mainitsivat etenkin ajan puutteen ja tiukkojen aikataulujen sekä vaihtuvien henkilöiden haittaavan kuntoutukseen ohjaamista.

Työterveystoimijat ja kuntoutustoimijat näkivät tiedon puutteen toisen palveluista hankaloittavan potilaiden ohjaamista. Työterveystoimijoilla ei aina ollut tarpeeksi tietoa kuntoutuspalveluista. Kuntoutustoimijoilla ei ollut tietoa milloin asiakkaalla oli oikeus käyttää työterveyshuollon palveluja esimerkiksi tilanteissa, jolloin potilas oli pitkällä sairauslomalla. Yksittäinen kommentti liittyi kuntoutuslaitoksen rooliin: Ammatillisen kuntoutuksen palveluntuottaja koki, ettei heidän roolinsa kuulunut ohjata asiakkaita työterveyshuoltoon.

## Yhteistyötä edistävät tekijät

Yhteistyötä edistävänä tekijänä sekä kuntoutustoimijat että työterveystoimijat pitivät vuorovaikutukseen liittyviä asioita. Tuttuuden ja pitkäaikaisen yhteistyön nähtiin edistävän yhteistyötä. Molemmat odottivat kuntoutuslaitokselta aktiivista yhteydenpitoa. Työterveyshuolto piti tärkeänä kuntoutuslaitoksen kanssa

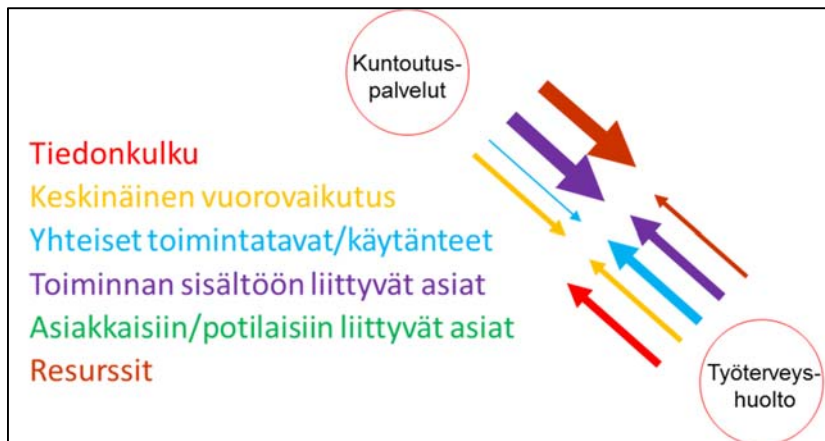
pidettäviä yhteistyöpalavereita ja yhteistyöpäiviä ja kuntoutustoimijat hoitoneuvotteluja. He korostivat myös molemminpuolista yhteistyötä ja yhteistä suunnittelua ja yhdessä asiakkaan aktivointia. Toimijoiden läheinen sijainti ja yhdessä työpaikkoihin jalkautuminen edistivät yhteistyötä.

Yhteistyötä edistävänä tekijänä molemmat toimijat pitivät yhteisistä toimintatavoista sopimista. Molemmat pitivät tärkeänä, että tuntevat toistensa toimintatavat ja arvostavat kaikkien toimijoiden ammattitaitoa. Selkeä vastuunjako ja yhteistyökäytäntöjen luominen edistävät yhteistyötä. Kuntoutustoimijat toivat esille edistävinä tekijöinä yhteiset työlähtöiset välineet ja yhteiset kehittämishankkeet työterveyshuollon kanssa.

## Yhteistyön kehittämishaasteet ja kehittämisehdotukset

Yhdeksi merkittäväksi yhteistyötä vaikeuttavaksi tekijäksi nousivat **toiminnan sisältöön** liittyvät kysymykset (kuva 16). Verkostoseminaarissa keskusteltiin kuntoutusjärjestelmän moninaisuudesta ja -toimijuudesta. Potilaan kuntoutusprosessi voi viivästyä kun terveydenhuollon toimijat eivät tunnista minne potilaan voi ohjata. Kuntoutuksen tulisi olla suunnitelmallista ja sen tulisi nivelyä muuhun hoitoon ja kuntoutujan arkeen. Kuntoutuksen kuvattiin olevan sarja lokeroituja toimenpiteitä: eri tuottajia, tavoite voi olla samansuuntainen, mutta ei yhteinen. Terveydenhuollon toimijat miettivät kenen kuuluu hoitaa ja kuka maksaa. Lääketieteellisestä näkökulmasta tulisi siirtyä kokonaisvaltaisempaan ajatteluun ja ymmärtää, että toimintakyky on usean tekijän summa. Tarvitaan moniammatillisen ja monialaisen yhteistyön tekemistä joustavasti. Sekä kuntoutustoimijat että työterveystoimijat pitivät rajoittavana tekijänä toimijoiden näkemuseroja. Työterveystoimijat mainitsivat toimijoiden erilaiset orientaatiot ja kuntoutustoimijat mainitsivat toimijoiden erilaiset käsitykset työkyvystä. Kuntoutustoimijoiden mielestä yhteinen tavoite ja mittarit puuttuvat, eikä yhteistyötä tehdä työkyvyn arvioissa. Myös työterveystoimijoiden mukaan yhteisen tavoitteen tulisi olla selkeämpi. Kuntoutuksen tavoitteet tulisi luoda yhteistyössä työterveyshuollon, kuntoutuksen palveluntuottajan ja kuntoutujan kanssa.

Kuva 16. Yhteistyötä eniten vaikeuttavat asiat kuntoutus- ja työterveystoimijoiden välillä.



Kuntoutustoimijat pitivät vaikeutena, että työterveyshuolto puuttuu liian myöhään työkykyongelmiin. He toivoivat työterveyshuollolta varhaisempaa ammatilliseen kuntoutukseen ohjaamista. Kyselyn avoimissa vastauksissa oli myös kommentti, jossa toivottiin, että työterveystoimijat tuntisivat työkykykäsitteen paremmin.

Verkostoseminaarissa keskusteltiin, että kuntoutuskumppanuutta haittaa kuntoutuspalveluntuottajien kilpailutus, koska kumppanuus voi hajota jo neljän vuoden kuluttua. Kuntoutuspalveluntuottajalla ei ole mahdollisuutta seurata kuntoutujia, koska Kela ostanut palvelun vain vuodeksi. Mietittiin, voisiko Kela seurata kuntoutujia esimerkiksi kyselyllä.

Työterveystoimijat pitivät vaikeutena sitä, etteivät potilaat pääse kuntoutukseen oikea-aikaisesti. Työterveystoimijoiden mukaan kuntoutukseen hakumenettely voisi olla joustavampi ja kuntoutukseen pääsy nopeampaa. Myös verkostoseminaarissa tuli esille, että nykyään aloite kuntoutukseen ei lähde kuntoutujan tarpeesta, vaan kuntoutuspalveluntuottaja pyytää työterveyshuolloilta kuntoutuskursseille kuntoutujia. Ongelmana oli myös, että pienten työpaikkojen työntekijät jäivät ilman kuntoutusta. Työterveystoimijat näkivät yhteistyötä vaikeuttavina kuntoutuksen irrallisuuden työelämästä, kuntoutuksen pitkäjänteisyyden puuttumisen, huonosti asetetut kuntoutustavoitteet ja hinnan yksityisesti maksettavassa kuntoutuksessa. Työterveystoimijat mainitsivat myös Kelan toimintaan liittyviä asioita, kuten Kelan kriteerit ja kielteiset kuntoutuspäätökset.

Kuntoutustoimijat ja työterveystoimijat näkivät yhteistyön esteenä työterveyshuollon kustannukset. Yhteistyötä rajoittavana pidettiin työterveyshuollon ja asiakasyrityksen välisten sopimusten laajuutta. Työterveyshuollon osallistuminen yhteistyöhön riippui siitä, miten valmiita yritykset olivat kustantamaan työterveyshuollon osallistumisen. Molemmat pitivät tärkeänä, että työterveyshuollolla olisi mahdollisuus osallistua yhteistyöhön osana työtään ja työnantajat olisivat valmiita kustantamaan yhteistyöhön kuluva aikaa. Työterveystoimijoiden ehdotus oli, voisiko Kela osallistua enemmän työterveyshuollon yhteistyön kustannuksiin?

Yhteistyötä parantavana kuntoutustoimijat ja työterveystoimijat mainitsivat vuorovaikutukseen liittyviä asioita. **Yhteistyön lisääminen** nähtiin tärkeänä.

*”mä uskosin myös että se kynnys ottaa kontaktia vähenis jos meil ois enemmän jotain yhteistä ja tulisi kasvotusten tutuksi, ja pohtisimme yhdessä ihan saman pöydän ääressä näitä asioita.”*

(H3,kuntoutuslääkäri)

Ehdotettiin enemmän yhteisiä palaverieita ja koulutuksia sekä tutustumisvierailuja. Verkostoseminaarissa tuli esille, että myös kuntoutuksen aikaista yhteistyötä tulisi kehittää. Kuntoutustoimijoiden mielestä tarvittaisiin enemmän yhteistyötä eri toimijoiden kanssa, sillä kuntoutuksen kuvattiin olevan erillinen muusta toimijaverkosta. Esimerkiksi työuupuneiden ja nuorten mielenterveysongelmaisten kohdalla tarvittaisiin enemmän yhteistyötä työterveyshuollon ja työnantajan kanssa. Verkostoseminaarissa tuli esille, ettei työelämässä uupuneiden kursseille saatu osallistujia, koska työntekijät eivät uskaltaneet niihin lähteä epävakaa työtilanteen takia tai työnantaja ei päästänyt niihin osallistumaan. Myös kuntouttavassa työtoiminnassa olisi tärkeä tehdä monitoimijaista yhteistyötä. Molemmat pitivät etäisyyksiä yhteistyön rakentamista hankaloittavana tekijänä. Työterveyshuollon osallistuminen kuntoutuspalveluntuottajan järjestämiin tilaisuuksiin koettiin hankalana pitkien matkojen takia. Yhteistyöhön voisi kehittää uusia yhteydenpitotapoja esim. videoneuvottelut.

Työterveystoimijat mainitsivat yhteistyön esteenä myös kuntoutusjärjestelmän monimuotoisuuden ja tiedon puutteen toisen toiminnasta. Työterveystoimijat kokivat tarvitsevansa **enemmän tietoa** kuntoutuksen moninaisesta kentästä. Esimerkiksi TE-hallinnon toimintakenttä ja mahdollisuudet tunnettiin huonosti. Työterveystoimijoiden mielestä kuntoutustoimenpiteiden sisältöä tulisi selkeyttää ja antaa niistä tietoa työterveyshuoltoon. Kuntoutustoimijoilla taas ei ollut aina tietoa mahdollisista yhteistyötahoista, esimerkiksi kun potilaalla ei ollut työterveyshuoltoa. Sekä haastatteluissa että kyselyssä tuli esille, että kuntoutustoimijoille oli epäselvää, kenen vastuulla oli eri terveydenhuollon toimijoiden välisten neuvottelujen järjestäminen, millä perusteella valittiin osallistujat ja missä tapauksissa niitä voisi järjestää.

*”Niin näissä pitäis saada aikaseks että se koko porukka kokoontuu keskenään puhumaan että olis yhteinen linja tän ihmisen kanssa toimia ja mulle on vähän epäselvää voidaanko me oikeestaan järjestää semmosta,*

*voidaanhan me tietysti yrittää järjestää semmosta, mut se ei oo ollu käytäntö että järjestettäis” (H3, kuntoutuslääkäri).*

Kuntoutustoimijat ja työterveystoimijat mainitsivat yhteistyötä vaikeuttavan **yhteisten käytäntöjen puuttumisen**. Yhteisiä toimintamalleja ei ollut sovittu tai niitä tulisi uudistaa. Työterveystoimijat mainitsivat myös suunnittelemattomuuden vaikeuttavan yhteistyötä. Molempien mielestä yhteisten toimintatapojen ja käytäntöjen luominen parantaisi yhteistyötä. Yhteisistä toimintatavoista tulisi sopia esimerkiksi, miten kuntoutustaho ottaa yhteyttä kuntoutusprosessin aikana työterveyshuoltoon, ja sopia käytännöt jatkosuunnitelmien tekemiseen. Verkostoseminaarissa esitettiin, että yhteistyön tulisi olla sisäänrakennettu toimintamalli, kuten esim. Työhönkuntoutus (TK2) hankkeessa.

Molemmat näkivät **vähäisten resurssien** vaikeuttavan yhteistyötä. Työterveystoimijat mainitsivat sekä kuntoutuksessa että työterveyshuollossa olevan resurssipulaa. Molemmat pitivät haasteena löytää yhteistä aikaa ja kokivat etäisyyksien hankaloittavan tapaamisia. Kuntoutustoimijat mainitsivat lisäksi työterveyshuollon henkilökunnan vaihtuvuuden vaikeuttavan yhteistyötä.

Työterveystoimijat mainitsivat yksittäisinä kommentteina, että yhteistyötä voisi parantaa kuntoutuskoordinaattorin avulla. Samoin jos kuntoutuksesta koituvat hyödyt olisivat niin näkyviä ja houkuttelevia, että ne motivoisivat jatkamaan yhteistyötä.

## Työkyvyn tukeminen

Kuntoutustoimijat toivat esille haastattelussa, että heidän roolinsa on keskeinen työkyvyn tukemisessa. Työkykyasioiden koettiin kuuluvan luontevasti ammatilliseen kuntoutukseen. Kuntoutustoimijoista 71 % vastasi ottavansa työkykyasiat kuntoutujien kanssa aktiivisesti esille. Kuntoutustoimijat kommentoivat, että työkykyasiat otettiin aina esille ammatillisessa kuntoutuksessa ja että työikäisen kuntoutuksessa eri ammattien edustajat ottivat työkykyasiat esille lähes aina. Kuntoutustoimijat kokivat työkykyasioiden puheeksi ottamisen helpoksi ja luontevaksi. Kuntoutustoimijat kysyivät 60 % potilaista lähes aina onko heillä työterveyshuoltoa. Silti lähes 30 % potilaista ei yleensä kysytty onko heillä työterveyshuoltoa. Kuntoutuslaitoksissa melkein kaikkien (89 %) potilaiden kanssa keskusteltiin lähes aina sairauden vaikutuksesta työhön ja melkein kaikkien (83 %) keskusteltiin työn vaikutuksesta sairauteen. Kuntoutustoimijat toivat haastattelussa esille, että haasteena olivat eri terveydenhuollon toimijoiden näkemuserot potilaan työkyvystä.

*”kuntoutustutkimus on sellainen prosessi jossa me otetaan oikeasti työkykyyn kantaa ja tarkotushan on suunnitella yleensä se uus ammatti lähtökohdaks. Mutta sitten voi tulla ristiriita sen erikoissairaanhoidon kanssa kun ortopedi sanoo että sä oot työkyvytön, vaikka tähän ensihoitajan ammattiin. No mä allekirjoitan sen mutta kun se ihminen on tullut sen takia, että me löydettäs se joku vaikka puheammatti hänelle mitä hän tekis” (H3, kuntoutuslääkäri)*

Työkyvyn arvio saatettiin tehdä tuntematta potilaan työtä. Tästä syystä työkyvyn arviointi tulisi tehdä työterveyshuollossa. Haasteena kuntoutustoimijat pitivät myös sitä, että kuntoutukseen ohjattiin liian myöhäisessä vaiheessa, työkykyongelmiin pitäisi päästä puuttumaan kuntoutuksen keinoin jo varhemmin.

## 4.3 Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoiden välinen yhteistyö

Aineisto muodostuu ryhmähaastatteluista, seminaarien aineistosta ja kyselyjen tuloksista. Kyselyissä työterveyshuollon vastauksia oli kattavasti, mutta terveyskeskusten vastauksia oli pääosin kolmen sairaanhoitopiirin alueen toimijoilta, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiristä ei ollut vastauksia ja Pohjois-

Pohjanmaan sairaanhoitopiirin terveyskeskuksista vain yksi vastaaja. Terveyskeskuksista vastaajia oli yhteensä 17 ja työterveyshuolloista 30, joka on syytä ottaa huomioon tulosten tarkastelussa.

## Tiedonkulku perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoiden välillä

**Yhtenäisen tietojärjestelmän tarve** nousi eri aineistoista esiin keskeisenä yhteistyötä helpottavana tekijänä. Tiedonkulun ja tietojärjestelmien kohdalla kuvattiin sekä toimivia, yhteistyötä edistäviä käytäntöjä että asioita, jotka eivät toimi, mutta toimiessaan edistäisivät yhteistyötä. Yhteinen tietojärjestelmä ja eri toimijoiden välisen sähköisten palvelujen käytön mahdollisuus koettiin tärkeinä. Kanta-arkiston mahdollisuudet helpottaa tiedon siirtoa järjestelmien ja toimijoiden välillä nähtiin yhtenä tulevaisuuden ratkaisuna. Tämän ratkaisun odotettiin tuovan konkreettisia keinoja siihen, miten tieto välittyy ilman erillisiä pyyntöjä.

Erilaisten tietojärjestelmien käyttöön liittyviä pulmia kuvattiin kyselyn avoimissa vastauksissa neljässä työterveyshuollon ja yhdessä terveyskeskuksen kommentissa. Pääallekkäisiä tutkimuksia syntyi, kun tietojärjestelmien erillisyyden vuoksi ei nähty toisessa yksikössä tehtyjä tutkimuksia.

*”Ongelma on se että tulee päällekkäisyyttä ja tulee päällekkäisiä tutkimuksia, tieto ei kulje laisinkaan. He ei oikeasti tiedä mitä siellä (työterveyshuollossa) on tehty ja mitä sitten meillä tehdään. Joskus sitten myöhemmin huomataan et kun ne eläkeläisen paperit sitten siirtyy että on tehty hyvin paljon päällekkäisyyttä”* (H1, perusterveydenhuollon lääkäri).

Nykyisistä tietojärjestelmistä puuttui terveyskeskuksen ja työterveyshuollon välinen sähköinen lähete-palautemahdollisuus. Lisäksi toivottiin myös eri toimijoiden välille pikaviestimahdollisuutta, jota voisi käyttää esim. potilaskäyntien yhteydessä. Ryhmähaastatteluissa korostui yksityissektorin työterveystoimijoiden ja perusterveydenhuollon välisten sähköisten yhteyksien puuttuminen yhteistyön esteenä.

Tärkeä este tiedonkulussa oli myös puolin ja toisin **ajantasaisten yhteystietojen puuttuminen**. Tähän liittyen tuli erityisesti kyselyyn vastanneilta yksityissektorin työterveystoimijoilta kriittistä palautetta ja toiveita. Kerrottiin, että oikeaan henkilöön yhteyden saaminen oli vaikeaa, oli vaikea tavoittaa (ei vastata puhelimeen/suora linja puuttuu), viestintä oli epäselvää, tiedon kulussa oli jarruja. Kunnalliset työterveystoimijat puolestaan korostivat eroja terveyskeskusten käytännöissä. Terveyskeskuksesta puolestaan oltiin harvoin yhteydessä työterveyshuoltoon. Yhteydenotto oli hankalaa, kun (työterveysyksiköiden) yhteystiedot puuttuivat. Kun käytäntönä oli, että tieto liikkuu potilaan mukana, se saattoi olla virheellistä ja suodatettua. Työterveystoimijoiden yhteinen kokemus oli, että erikoissairaanhoito joskus lähetti epikriisin terveyskeskukseen, vaikka hoito olisi työterveyshuollossa.

Molemmin puolin ajantasaisten yhteystietojen koettiin edistävän yhteistyötä. Kyselyssä työterveyshuollon vastaajat kokivat tärkeänä **tiedon ja palautteiden saannin** terveyskeskuksessa tehdyistä tutkimuksista ja hoidosta (esim. palautteet tähytystutkimuksista, joskus reumaatikkojen hoidosta). Kyselyn avoimissa vastauksissa tuotiin esille, että yhteistyökäytäntöjen puuttuminen tuli kunnille kalliiksi.

Terveyskeskustoimijat nostivat kyselyn vastauksissa tiedonkulun esteiksi **tietosuoja-asiat**, tiedonkulun takkuamisen, tavoittamattomuuden ja sen, ettei toiminnasta ylipäättään ollut tietoa. On mahdollista, että viimeksi mainitulla tarkoitettiin, että työterveyshuollon sopimuksiin liittyvät asiat eivät ole toimijoiden, eivätkä aina potilaidenkaan tiedossa. Perusterveydenhuollon toimijat kokivat tarvitsevansa tietoa siitä, miten lähettää potilas työterveyshuoltoon, jos tulee epäily työperäisestä sairaudesta.

*”Sitten kun on näitä joilla on vaan lakisääteinen sopimus ja he sairautensa takia tulevat perusterveydenhuoltoon vastaanotolle niin sitten kaipais sitä sairaus-, mahdollisesta työperäisestä mahdollisuudesta keskustella sitte työterveyden kanssa mutta sitä oikeestaan, ei tiedä missä vaiheessa sitä vois käyä sitä keskustelua”* (H3, perusterveydenhuollon lääkäri).

## Kehittämishaasteet ja kehittämisehdotukset tiedonkulussa perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoiden välillä

Työterveystoimijoiden parannusehdotuksissa korostuivat toimiva tiedonkulku, puolin ja toisin toiminnasta tiedottaminen, tiedon siirron yksinkertaistaminen, tietosuojaesteiden poistaminen ja alueellisesti uusien toimijoiden esittely. Yhteisen potilastietojärjestelmän yhteistyötä parantavaksi nosti kyselyn avoimissa vastauksissa yksi kunnallisen työterveyshuollon vastaaja ja toiveen sähköisestä lähete-palautekäytännöstä kaksi vastaajaa yksityissektorin työterveyshuolloista. Terveyskeskusten vastaajat ehdottivat ratkaisuna potilaan työterveyshuoltokorttia, siinä olisivat kuvattuna työterveyshuollon yhteystiedot ja sopimuksen laajuus, ja he korostivat myös tiedottamisen merkitystä.

*“Nää henkilöt ei välttämättä aina ihan tarkkaan ees ite muista sitä sen työterveyshuollon nimee, on sellasia pieniäkin työterveyshuoltoja et sit kun papereitakin kun lähtee potilaalta tilaamaan niin ei ne muista niitä nimiä. Mun mielestä ehkä potilaalla pitäis olla tai työntekijällä se kortti lompakossa että mikä hänen työterveyshuoltonsa on et hän voi sen esittää sille.” (H3, perusterveydenhuollon lääkäri).*

Esteetön ja ajantasainen tiedonkulku toimijoiden välillä edellyttää vähimmillään ajan tasalla olevia yhteystietoja.

Keskinäiseen vuorovaikutukseen ja tiedonkulkuun liittyvät asiat nousivat yhteistyön jälkeen toiseksi tärkeimmäksi asiaksi kyselyn avoimissa vastauksissa. Todettiin, että kasvokkain tehtävä yhteistyö oli vähentynyt, kun luotettiin tietojärjestelmiin. Toistensa tunteminen, esimerkiksi samassa organisaatiossa toimiminen, toiminnan läpinäkyvyys ja työpisteiden fyysinen läheisyys kuvasivat toimivaa arjen vuorovaikutusta.

Keskeisin kehitettävä asia oli **sähköinen lähete-palaute järjestelmä**, joka sisältää lähetteen työterveyshuoltoon erikoissairaanhoidosta tai perusterveydenhuollosta ja **sähköisen suojatun viestin** em. sektoreiden toimijoiden välillä. Esimerkkeinä joustavasta tiedonkulusta erikoissairaanhoidon edustajat toivat seminaarissa mahdollisuuden joustaviin puhelinkonsultaatioihin päiväsaikaan.

## Toimiva yhteistyö perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoiden välillä

Tiivistettynä yhteistyön kannalta olennaista oli yhteisen ymmärryksen muodostaminen kummankin osapuolen toiminnan tarkoituksesta, mahdollisuuksista ja reunaehdoista ja sen pohjalta tehtävät ratkaisut ja sopimukset työnjaosta.

Keskeisenä yhteistyön kohteena kuvattiin eri aineistoissa moniongelmaisten – monioireisten potilaiden tarkoituksenmukaisen hoidon, kuntoutuksen ja työkyvyn arvioinnin toteutumista ja yhteistyökäytäntöjä. Kyselyn vastausten perusteella työikäisten moniongelmaisten hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa **hoitoneuvottelut** olivat käytössä vajaassa puolessa (47 %) kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista ja puolessa yksiköistä siihen oli laadittu kirjallinen toimintaohje. Hiukan yli puolet (56 %) vastanneista terveyskeskustoimijoista arvioi, että heillä olisi tarvetta hoitoneuvotteluihin, joissa työterveyshuolto olisi mukana. Vastaajista 60 % piti mahdollisena järjestää hoitoneuvotteluja.

Kyselyn avoimissa vastauksissa tavoitteet yhteistyölle tarkentuivat. Terveyskeskusten vastauksissa yhteistyötä parantavana nähtiin toimintojen läheisyys ja toiminnan läpinäkyvyys. Kannanottoa täsmensi maininta ”yksityiset palveluntuottajat voisivat kertoa toiminnastaan, antaa kasvot”. Yksi työterveystoimija näki tärkeänä molemmien puolisen aktiivisuuden. Yhdessä vastauksessa toivottiin terveyskeskuksen toimintaan parempaa asennetta ja parempia lausuntoja ja muistutettiin myös työterveyshuollon niukoista

resursseista. Yhdessä terveystieteiden vastauksessa korostettiin hyvän, pitkäaikaisen henkilökunnan merkitystä yhteistyössä ja yhdessä mainittiin palvelujen saatavuuden parantaminen.

Kriittisemmät terveystieteiden kannat kyselyn avoimissa vastauksissa korostivat potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa työterveyshuollossa. Toivottiin, että *”raha seuraisi potilasta”*, sopimussisällöt olisivat selkeämpiä ja palveluviidakkoa karsittaisiin. Vastausten voi päätellä kuvaavan vastaajien näkemystä työterveyshuollon roolista terveydenhuollossa. Terveystieteiden vastaajat näkivät tärkeänä yhteisistä **toimintatavoista sopimisen**, jolla tarkoitettiin esimerkiksi sovittuja kirjallisia toimintamalleja ja selkeitä lähettiläitä työterveyshuollossa, esimerkiksi silloin, kun diabeetikopotilas siirtyy työterveyshuollossa terveystieteen hoitoon. Yhdessä kommentissa nähtiin keinona nykyisten prosessien hiominen.

Työterveystoimijat, järjestämistavasta riippumatta, toivoivat tiiviimpää yhteistyötä. Sitä kuvattiin hoitovastuiden selkiyttämisenä hoitoketjuissa, toimipistekohtaisena yhteistyönä, pelisääntöjen sopimisena ja kirjaamisena, yhteisinä koulutuksina, päällekkäisten toimintojen karsimisena ja konkreettisena yhteistyönä; esimerkkinä työnjaosta sopiminen eri sairausryhmien kohdalla (diabeetikkojen silmänpohjakuvaukset, hoitotarvikejakelu, asiakkaiden siirto terveystieteen hoitoon esim. kipsaukset, erikoislääkärikonsultaatiot, radiologiset tutkimukset) ja joustavat käytännöt. Edellisiin liittyi myös arjen yhteistyöstä noussut toive, ettei potilasta heti käännyttäisi terveystieteen vastaanotolta, vaikka hänellä olisi työterveyshuolto. Muita työterveystoimijoiden esille nostamia teemoja olivat terveystieteiden palvelujen yhdenmukaistaminen/ palvelurakenteen kuvaus ja toive molemmin puolisesta aktiivisuudesta. Lisäksi työterveyshuollon eri toimijoiden kanssa yhteistyössä toivottiin tasapuolisuutta.

Toimivaa yhteistyötä kuvasivat sovitut toimintakäytännöt ja sopimukset yhteistyöstä. Terveystieteiden vastaajien esimerkkeinä olivat esimerkiksi sopimukset tutkimuksista tai hoidosta (esimerkiksi tähtystytutkimukset, rasisydänfilmi, diabeetikkojen hoito), myös lakisääteinen toiminta mainittiin. Yhteistyön esimerkkeinä olivat säännölliset palaverit käytännöistä ja asiakaspalaverit. Pienissä yksiköissä yhteistyön toimivuus perustui tuttuuteen, tunnetaan toimijat ja pystytään sopimaan toimintakäytännöistä, tiedetään millaisissa asioissa kehenkin otetaan yhteyttä (käytännön muovaama työnjako).

Työterveyshuollon vastauksissa toimivaa yhteistyötä kuvattiin yhteisinä (sovittuina) toimintakäytäntöinä ja yhteisesti käytössä olevina tutkimustietoina. Työnjaon selkiyttämistä puolestaan toivottiin kahdessa työterveyshuollon vastauksessa. Myös kuntoutusneuvottelut mainittiin yhteistyön muotona. Yksityissektoria edustavan työterveyshuollon vastaajan kommentti kyselyn avoimissa vastauksissa oli, että työterveyshuollon rooli on yleensä erittäin laaja ja että terveystieteen hoitaa oman tehtävänsä. Työterveystoimijoiden yhteistyön tarvetta näyttivät määrittävän oman yksikön mahdollisuudet, asiakasrytysten sopimusten laajuus ja toiminta-alueen terveydenhuollon rakenteet.

## Yhteistyökäytännöistä sopiminen perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoiden välillä

Aineistojen perusteella työterveyshuollon ja terveystieteen välillä oli niukasti sopimuksia yhteistyöstä. Joillakin alueilla oli tosin tehty sopimuksia ja ohjeita työterveyshuollossa terveystieteen tutkimuksiin lähettämiseen. Samoin hoitoketjuihin oli kirjattu ohjeistusta, milloin potilas ohjataan perusterveydenhuollossa työterveyshuoltoon. Sopimuksia oli myös maksusitoumuskäytännöistä terveystieteen ja työterveyshuollon välillä.

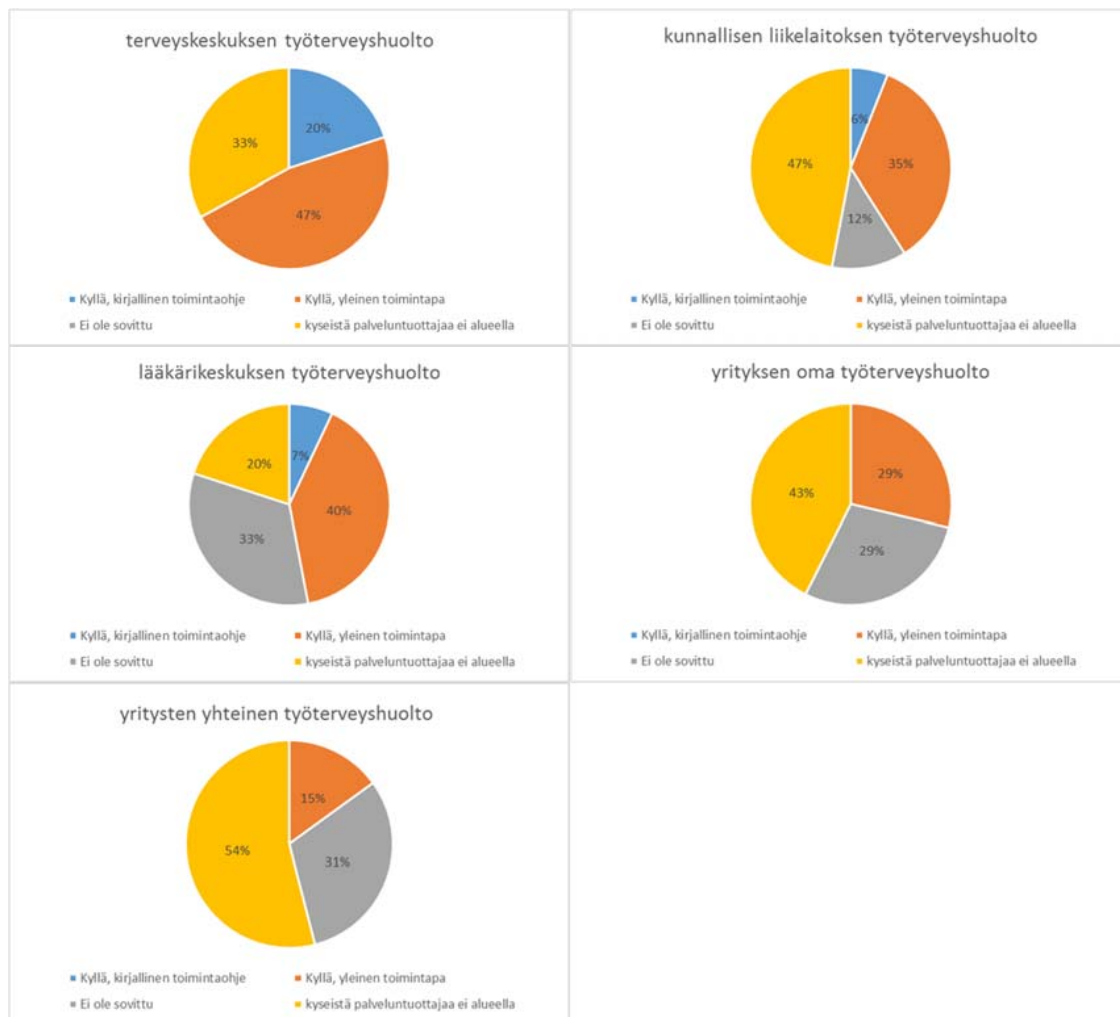
Kansansairauksien hoidon työnjaosta ei kaikkien hankkeeseen osallistuneiden viiden sairaanhoitopiirin alueella ollut sovittuja käytäntöjä. Silloin, kun potilaan ohjaamista kuvattiin, ohjauksen todettiin tapahtuvan aiemman kokemuksen pohjalta ja yhteistyötä kuvattiin sattumanvaraisena. Perusterveydenhuollon yhteydet yksityisiin työterveyshuollon toimijoihin kuvautuivat kaikissa aineistoissa vähäisinä. Alueellinen palvelujen tarjonta ja välimatkat vaikuttivat palvelujen käyttöön. Silloin, kun työterveyshuollon toimipiste

oli potilaan asuinpaikkaan nähden kauempana kuin terveyskeskus, käytettiin terveyskeskuksen palveluja. Yhdessä fokusryhmähaastattelun keskustelussa pohdittiin, käytetäänkö terveyskeskuksen palveluja, koska sieltä saa helpommin sairauslomaa kuin omasta työterveyshuollosta.

## Potilaiden ohjaaminen perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoiden välillä

Kyselyn vastauksista kävi ilmi, että terveyskeskuksen vastaanotolla kysyttiin potilaista 65 %:lta lähes aina onko heillä työterveyshuolto, toisaalta sitä ei yleensä kysytty 17 %:lta potilaista. Tieto työterveyshuollosta mahdollistaisi yhteistyön ja yhteydenotot. Terveyskeskusten käytännöt työterveyshuoltoon ohjaamisessa vaihtelivat. Työterveyshuollon järjestämismuoto ei yksin selittänyt vaihtelua, vaan ohjaamiseen vaikuttivat todennäköisesti pikemminkin alueelliset toimintatavat ja mahdollisesti alueella toimivien työterveysyksiköiden palvelutarjonnan laajuus. Yhteisesti sovittu toimintaohje tai käytäntö terveyskeskuksesta työterveyshuoltoon ohjaamiseen oli olemassa enimmillään 67 %:lla (terveyskeskuksen työterveyshuolto) ja vähimmillään 15 %:lla (yritysten yhteinen työterveyshuolto) terveyskeskusten vastaajista (kuva 17).

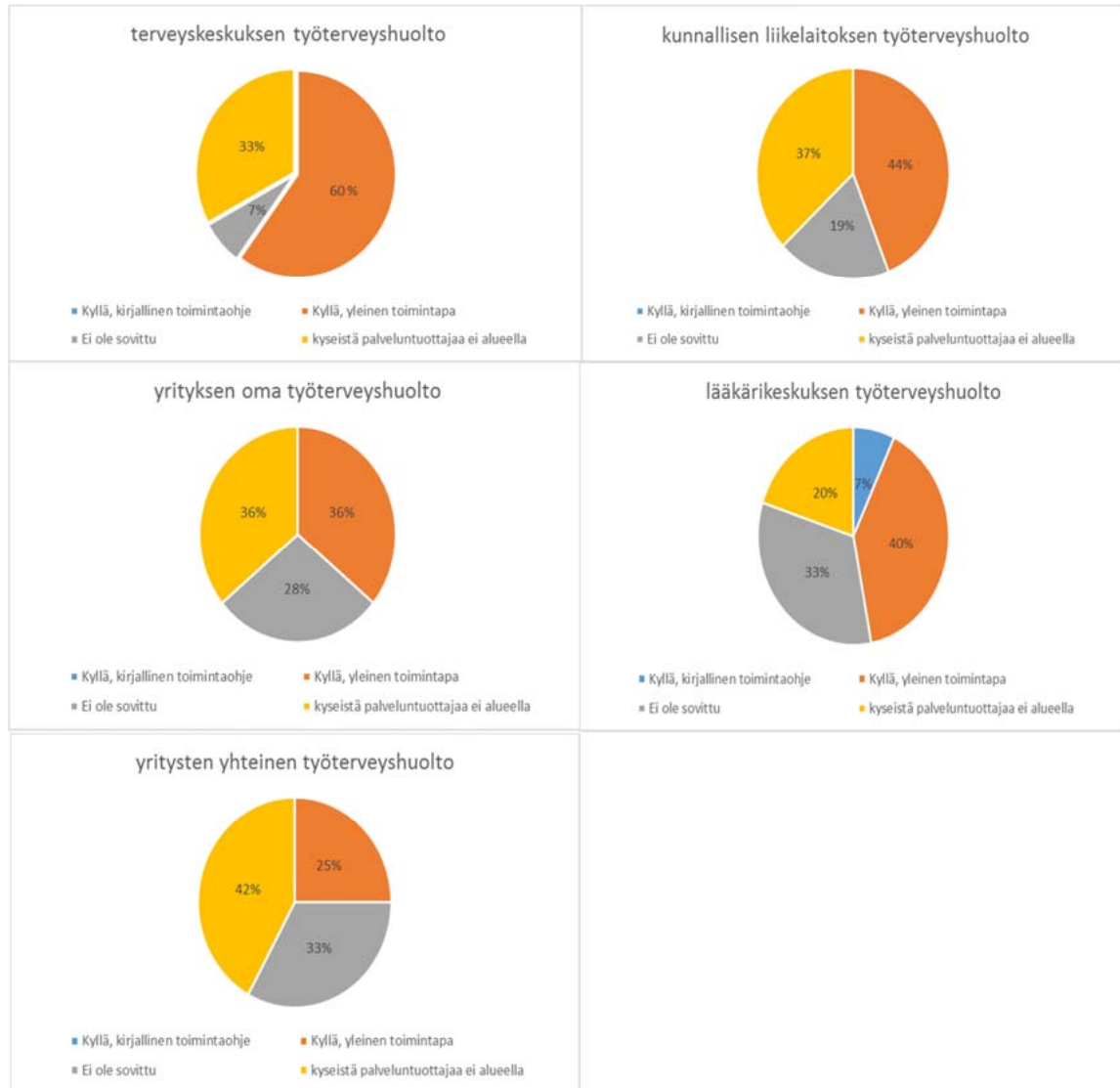
Kuva 17. Terveyskeskuksesta työterveyshuoltoon ohjaaminen





Kun työterveyshuolto ohjasi potilaan terveyskeskukseen, 63 % terveyskeskustoimijoista arvioi, että lähettämisen perusteena oleva ongelma oli lähes aina lähetteessä hyvin kuvattu (78 % lähetteistä). Lähettamisestä ei yleensä ollut kirjallista toimintaohjetta, vaan useimmiten käytännön muovaama toimintatapa (kuva 18).

Kuva 18. Työterveyshuollosta terveyskeskukseen ohjaaminen.



Käytännöt hoitopalautteiden lähettämässä työterveyshuollosta terveyskeskukseen olivat vaihtelevat. Kyselyyn vastanneista terveyskeskustoimijoista 20 % katsoi, että hoitopalautteiden lähettamisestä oli olemassa sovittu toimintatapa työterveyshuollon kunnallisen liikelaitoksen kanssa, 56 % vastaajista kuvasi sovittua toimintatapaa terveyskeskuksen työterveyshuollon kanssa, 38 % lääkärikeskuksen, 27 %

yrittäjien oman työterveyshuollon ja 14 % yritysten yhteisen työterveyshuollon kanssa. Tulkittaessa yhteistyön eroja on syytä ottaa huomioon terveyskeskusten vastaajien toiminta-alueella toimivien työterveyshuollon palveluntuottajien kirjo. Haasteita hoitopalautte käytännöissä kuvattiin haastatteluissa seuraavasti.

*"Kun ne sopimukset menee niin että sitten osa, he vaan joutuu sit vaan menemään ja sanotaan että varatkaa omalle lääkärille aika ja sitten ne vaan häviää sinne. Et me ei saada sieltä mitään palautetta kyllä muuta kun sitten sen potilaan kautta sit jos, sattuu olemaan."* (H3, työterveyshuollon lääkäri).

Ohjaamisen vaikeutta koskevia kommentteja kyselyn avoimissa vastauksissa oli terveyskeskuksista 17 ja työterveyshuolloista 27. Molemmat osapuolet näkivät toisen osapuolen toiminnan vierauden ja **tiedon puutteen toisen toiminnasta** vaikeuttavan ohjaamista eniten. Toisen osapuolen toiminnan vieraus heijastui vastauksissa esimerkiksi asiakkaisiin liittyvinä kommentteina. Tilanne kuvattiin potilaiden kertomana: *"osa potilaista ei halua asioida työterveyshuollossa..."*, työterveyshuolto koettiin vieraana ja asiakkaat halusivat asioida tutulla lääkärillä, eivätkä työterveyshuollossa. Kuvattiin myös, että jotkut potilaat eivät halunneet asioida työterveyshuollon sijaislääkäreillä heidän huonon suomen kielen taitonsa vuoksi tai kokivat, ettei hoitoprosessi edennyt. Kuvattiin myös, että osa potilaista ei tiedä omaa työterveyshuoltoaan tai sitä ei ole. Toisaalta potilailla oli myös epätietoisuutta työterveyshuollon sopimuksista ja toimintatavoista. Lisäksi syinä siihen, etteivät potilaat hakeutuneet työterveyshuoltoon, kuvattiin pitkiä etäisyyksiä työterveyshuollon toimipisteeseen tai työterveyshuollon toimipisteen sijaintia toisella paikkakunnalla. Työterveyshuollon vastauksissa tuotiin esille "pompottelua" terveyskeskuksessa, byrokratiaa, mutta myös tiedon puutetta terveyskeskuksen palveluista ja epäselvyyttä hoitavasta tahosta.

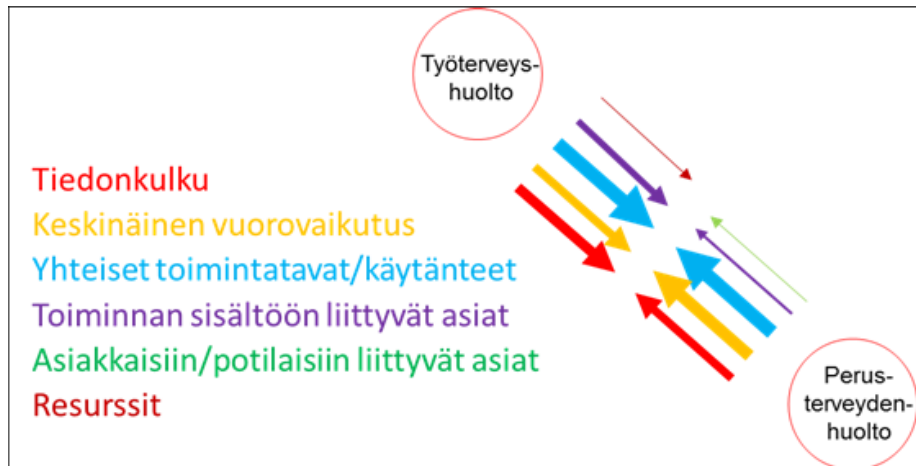
Työterveystoimijat nostivat ohjaamisen esteeksi myös terveyskeskusten resurssipulan ja terveyskeskustoimijat vastaavasti työterveyshuollon palvelujen saatavuuden/ vastaanottoaikojen puuttumisen. Työterveyshuollon toimijat kokivat, ettei terveyskeskuksesta saanut aikoja, jonotilanne oli huono ja potilaat kokivat, että oli vaikea päästä terveyskeskuksen vastaanotolle. Kommentoijina oli kaikkien työterveyshuollon järjestämistapojen edustajia. Terveyskeskusten vastauksissa tuotiin esille mm. pitkät etäisyydet työterveyshuoltoon.

**Yhteistyökäytäntöjen puute** nähtiin kummallakin puolella lähettämisen vaikeuden syynä. Yksityisen työterveyshuollon vastauksissa todettiin aiheutuvan turhia tutkimuksia erikoissairaanhoidossa, kun työterveyslääkärin läheteellä ei päässyt terveyskeskukseen tutkimuksiin. Kunnallisen työterveyshuollon edustajan kommentissa kuvattiin, etteivät yhteisesti sovitut toimintatavat pidä, kun taas toisen vastaavan, samaa sairaanhoitopiiriä edustavan toimijan kommentissa kuvattiin yhteistyön toimivan hyvin. Yhteistyöhön vaikuttivat siis paitsi yksiköiden toimintatavat myös yksilöiden asenteet. Lisäksi työterveyshuollon kommentteissa tuotiin esille viiveet ja vaikeudet potilastietojen siirrossa.

## Yhteistyötä edistävät tekijät

Kyselyssä vastaajien oli mahdollista valita kolme tärkeintä yhteistyötä edistävää tekijää. Terveyskeskusten vastaajien kommentteja oli yhteensä 39 ja työterveyshuollon 63. Tärkeimpänä yhteistyötä edistävänä tekijänä sekä työterveyshuollon että terveyskeskuksen toimijat pitivät **yhteisiä toimintakäytäntöjä ja työnjakoa** (kuva 19). Niitä kuvattiin joko toteutuneina toimintamuotoina, aiemmin luotuina sopimuksina, yhteisinä palaverina, sovittuina ohjeina ja käytäntöinä (lähetekäytännöt, laboratorioon ja röntgeniin lähettäminen mukaan luettuna) tai vastuista sopimiseen liittyvinä toiveina tai äärimmillään toiveena ylipäänsä mistä tahansa yhteistyöstä. Yhteistyön muotoina kuvattiin seuraavia: hoitoketjut, sovitut vastuut/ vastuunjako, yhteiset toimintatavat, kokoukset. Yhteistyön luonteena puolestaan kuvattiin avoimuutta ja yhteydenoton helppoutta.

Kuva 19. Yhteistyötä edistävät asiat työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon välillä.



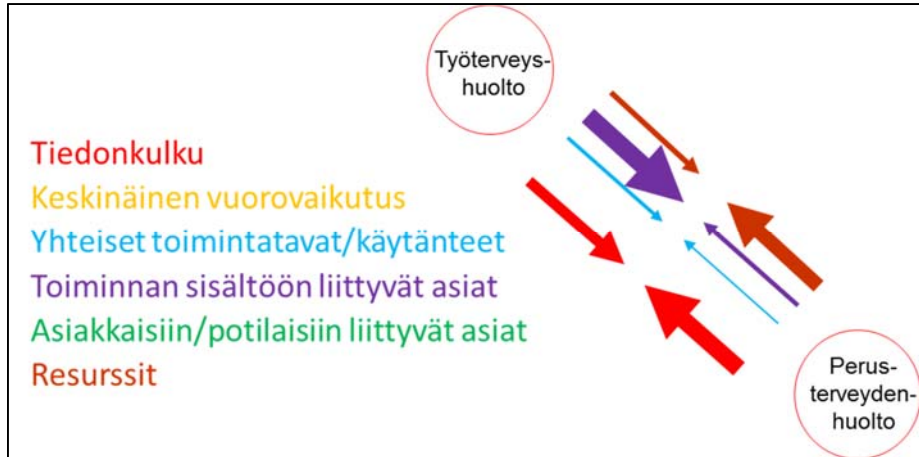
Terveyskeskusten vastauksissa toimivaa yhteistyötä kuvasivat **henkilökohtaiset kontaktit, yhteistyökumppanin tunteminen** ja työpisteiden fyysinen läheisyys. Vuorovaikutuksessa koettiin olevan kehitettävää, erityisesti kaivattiin avointa, saumatonta, mutkatonta, rakentavaa palautetta sisältävää yhteistyötä ja toivottiin työterveyshuollon joko hoitavan potilaansa tai yhteistyön parantuvan.

Työterveystoimijoiden vastauksissa toimivaan yhteistyön kuuluivat fyysinen läheisyys, yhteiset käytännöt, suorat kontaktit tai saman tietojärjestelmän käyttö sekä yhteydenotot, potilastietojen siirto ja palautteiden saaminen. Kahdessa kommentissa todettiin vain, että nykyisenlainen yhteistyö on toimiva, kun taas yhteistyön puuttumista tai toimimattomuutta kuvattiin kolmessa kommentissa.

## Yhteistyön kehittämishaasteet ja kehittämisehdotukset

Toiminnan rakenteisiin liittyviä haasteita kuvasi terveyskeskuksen vastaus, jossa mainittiin **yhteistyön esteenä (työterveyshuollon) kentän pirstaleisuus** tuottajien ja palveluiden suhteen ja työterveyshuollon vastaus, jossa todettiin, että kehitteillä oli liian suuria perusterveydenhuollon yksiköitä. Työterveysyksikön laaja toiminta-alue voi vaikeuttaa yhteistyötä, kun potilaat (ja asiakasyritykset) tulevat useamman terveyskeskuksen alueelta. Yhden vastaajan avointen vastausten kommentissa terveyskeskuksen hallintorakenteet (johto) todettiin yhteistyön esteeksi. Perusterveydenhuollon edustajan toteamus seminaarissa oli, että perusterveydenhuollossa ei ole tietoa, kuinka paljon alueella on työterveyshuollon asiakkaita ja kuinka monella heistä on sairaanhoitopalvelut työterveyshuollossa.

Kuva 20. Yhteistyötä eniten vaikeuttavat asiat perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välillä.



Kyselyssä työterveystoimijat nostivat esille yhteistyön haasteena **toiminnan sisällön tuntemisen** (kuva 20). He toivat esille, että terveyskeskuksen toimijoiden pitäisi tuntea paremmin työterveyshuollon erityisluonne, minkälaisia asioita voidaan hoitaa työterveyshuollossa, mitä sopimusrajoitukset merkitsevät toiminnassa ja pitäisi tuntea asiakkaan työ paremmin. Yksittäisiä mainintoja oli kehittämishankkeiden tuomista hyödyistä kummankin osapuolen toiminnan tuntemisessa, näistä esimerkkinä kunnallisen työterveyshuollon kahteen vastaukseen nousivat SEITTI - hankkeet. Yksi terveyskeskuksen kommentti toi esille sujuvan ja joustavan työterveyshuollon kehittämisideologian, jota suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä. Kommentista ei käynyt ilmi, oliko kyse jo toteutuvasta asiasta vai toivetilasta. Samoin yksi terveyskeskuksen kommentti kuvasi yhteistyötä edistävänä tekijänä työterveyshuoltoa saatavaa asiantuntija-apua erityistilanteissa mm. hygienia- ja ilmastointiasioissa. Lisäksi yhdessä työterveyshuollon vastauksessa nostettiin riittävät resurssit yhteistyötä edistäväksi tekijäksi.

Yhteistyön hankaluudet kirvoittivat kyselyssä kannanottoja varsinkin työterveyshuollon vastaajilta, yhteensä kommentteja oli 62 ja terveyskeskusten vastaajien kommentteja 24. Työterveystoimijat kuvasivat varsin laajasti terveyskeskusten käytäntöjen kirjavuutta: toimintakäytäntöjen eroja, sopimusten puuttumista, toiminnan byrokraattisuutta, puuttuvaa tietoa terveyskeskuksen tilanteesta ja pellasivat yhteistyötä omaan työhönsä ja yritysten työterveyshuoltosopimusten rajoitteisiin. Vastaavasti terveyskeskusten edustajat kommentoivat työterveyshuollon sopimusten monimutkaisuutta ja työterveyshuollon toiminnan "joustamattomuutta" hoitaa vain työperäisiä asioita.

Resurssipula yhteistyön esteenä nostettiin esille seitsemässä terveyskeskusten ja viidessä työterveys-huollon kommentissa, kummallakin puolella toisen osapuolen resursseja koskien. Henkilöstön vaihtuvuus yhteistyötä vaikeuttavana mainittiin kahdessa terveyskeskuksen ja kolmessa työterveyshuollon kommentissa.

Yhteistyön parantamista koskevia kannanottoja oli kyselyn avoimissa vastauksissa terveyskeskusten osalta yhteensä 17 ja työterveyshuolloista 29. Nykyisen yhteistyön koki toimivana yksi kunnallisen työterveys-huollon vastaaja. Tasapuolisuutta eri toimijoiden välillä korosti puolestaan yksi lääkärikeskuksen työterveyshuollon edustaja.

Ehdotuksena toimijoiden välisen **yhteistyön periaatteeksi nostettiin palvelutarpeen arvioiminen** toimijoiden välisen yhteistyön perustana. Samoin tuotiin esille, että pitkäaikaissairauksien hoidon pitäisi olla yhteistyössä pohdittua. Konkreettiseksi yhteistyötä edistäväksi tekijäksi nostettiin **työterveyshuollon jalkautuminen terveyskeskuksiin**. Sen tavoitteena olisi parempi tuntemus työterveyshuollon toiminnasta ja myös edistää verkottumista toimijoiden kesken. Toinen konkreettinen yhteistyötä lisäävä tekijä oli saada **työterveyshuolto mukaan hoitoketjutyöhön** (työkykynäkökulma, hoidon porrastus).

## Työkyvyn tukeminen

Terveyskeskuksen toimintaote kuvautui aineistossa sairauskeskeisenä, työkyky tuli ikään kuin sivutuotteena. Terveyskeskuksen päivystyksessä asiakkaan hoitotilanteessa tuli usein eteen kysymys sairausloman jatkosta, jolloin työkyvyttömyyden kestoa oli hankalaa (tarkoituksenmukaisesti) arvioida. Perusterveydenhuollosta kirjoitettujen sairauslomien tiedot tulivat työterveyshuoltoon viiveellä. Koettiin, että työterveyshuollossa olisi parempi mahdollisuus arvioida, onko työpaikalla työntekijälle tarjolla muuta soveltuvaa työtä.

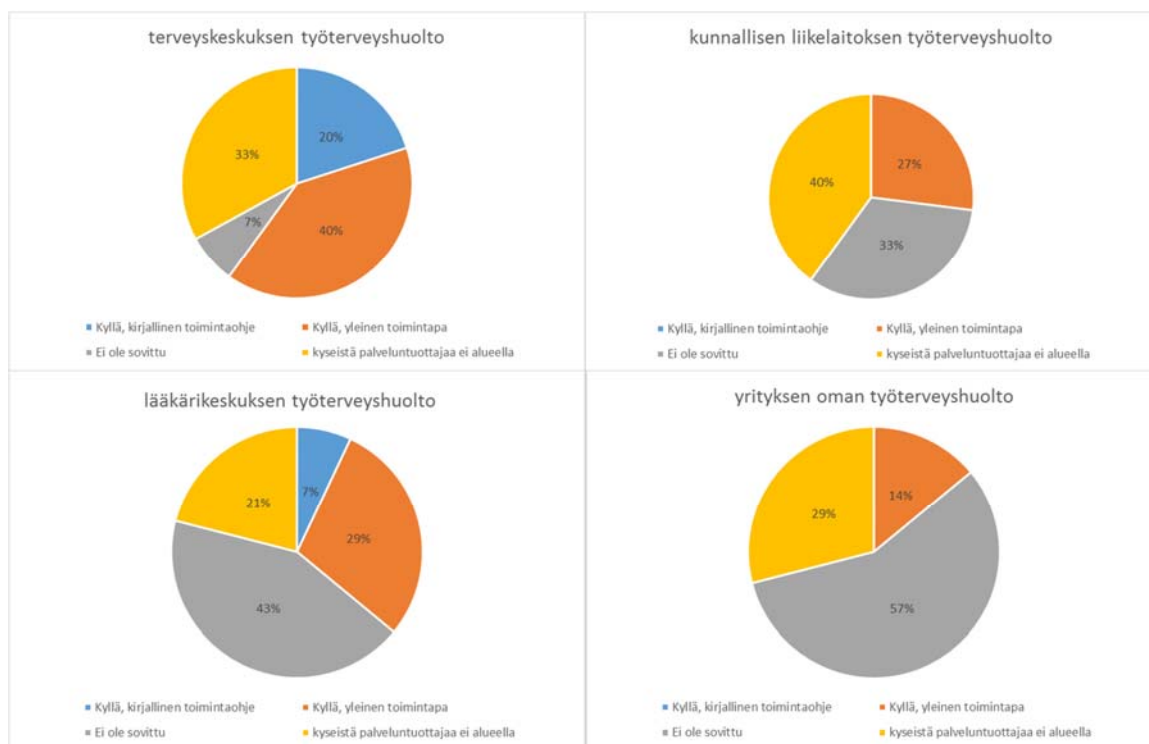
Terveyskeskusten toimintakäytännöissä työkyvyn tuessa oli eroja sairausryhmien välillä. Mielenterveysongelmissa työkykyasiat otettiin terveyskeskuksessa joskus puheeksi, samoin diabeteksen ja selkäkipujen hoidon yhteydessä. Niissä kansansairauksien hoitotilanteissa, joissa havaittiin toimintakyvyn heikkeneminen, kaivattiin työterveyshuoltoa kumppaniksi. Sairauden vaikutus työhön nousi kyselyn vastausten perusteella terveyskeskusten vastaanottotilanteissa työikäisten potilaiden hyvin keskusteluun vajaan kolmanneksen (29 %) kohdalla, toisessa ääripäässä oli 18 % potilaista, joiden kohdalla tämä keskustelunaihe oli tuskin koskaan esillä. Vastaavasti työn vaikutus sairauteen oli lähes aina esillä vastaanottotilanteessa 31 % potilaista kohdalla ja harvoin 38 % kohdalla. Kun terveyskeskustoimijoilta kysyttiin, otetaanko työikäisen potilaan vastaanottotilanteessa työkykyasiat puheeksi, heistä 53 % ilmoitti ottavansa ne aktiivisesti esille, 18 % vain yli 3 kk sairausloman kohdalla ja 12 % odotti potilaan itsensä ottavan asian esille.

Kun potilaan työkyvyttömyys pitkittyi yli 3 kk, terveyskeskusten toimijoiden vastausten mukaan vastuu työterveyshuoltoon ohjaamiseen oli lääkärillä (56 % vastaajista) tai hoitajalla (6 %). Vastaajista 13 % ilmoitti, että ohjaamiskäytäntöä ei ollut sovittu. Terveyskeskusten vastaajista 40 % arvioi sairausvakuutuslain muutoksen (30 -60 -90 päivän sääntö) vaikuttaneen heidän toimintakäytäntöihinsä, mutta 60 %:n mielestä sillä ei ollut vaikutusta käytäntöihin. Kyselyn vastausten perusteella lakimuutos oli muuttanut työterveyshuollon toimijoista 30 %:n käytäntöjä terveyskeskuksen kanssa tehtävässä yhteistyössä.

Työterveyshuolto puolestaan kaipasi mielenterveyspotilaiden työkykyarvioissa hoitavan, potilaan taustan tuntevan tahon näkemystä. Yhden sairaanhoitopiirin alueella koettiin, että perusterveydenhuollon niukkojen resurssien vuoksi pitkäaikaissairaiden ja työkykyrajoitteisten hoito oli uhattuna. Yhtenä erityisryhmänä työkykyasioissa nousivat esille yksinyrittäjät. Terveyskeskuksissa ei ole asiantuntemusta heidän työkykynsä tukemiseen, esimerkiksi tietoa työeläkevakuutusyhtiön tukimuodoista.

Kaikkissa aineistoissa nousi esille, että perusterveydenhuollon hoidossa ovat vaikeimmin työkykyongelmaiset. Heidän kohdallaan perusterveydenhuollon toimijat kokivat työkyvyn arvioinnin vaikeana, eikä siihen saatu työterveyshuollosta tukea. Työttömien työkyvyn arvioinnin tulisi olla monialainen selvitys, jossa haetaan ratkaisuja työhön paluun tukemiseen. Terveyskeskustoimijoiden mielipide oli, että työkykyselvyksessä tulisi olla mukana palveluohjaaja (sosiaalityöntekijä). Vähimmillään hoitajan tekemän alkukartoituksen tulisi olla lääkärin käytössä, kun potilas tulee työkykyarviota varten terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Työttömien terveydenhoidon järjestämisessä koettiin eriarvioisuutta. Samoin pohdittiin, toimivatko yhteiskunnan tukimuodot aidosti työntöön kannusteina. Työelämän kiirettä ja stressiä pohdittiin myös työkyvyttömyyden taustalla olevana syynä.

Kuva 21. Onko terveyskeskuksen ja työterveyshuollon välillä sovittu toimintatavoista työkykyasioiden hoidossa.



Työkykyasioiden hoidon yhteisistä toimintatavoista ja työnjaosta oli sovittu vaihtelevasti (kuva 21). Sopimisen käytännössä oli eroja terveyskeskusten ja työterveyshuollon eri järjestämistapoja edustavien palveluntuottajien välillä. Terveyskeskusten vastaajista 40 % ilmoitti, että terveyskeskuksen työterveyshuollon kanssa oli sovittu toimintakäytäntö, 20 %:lla kirjallinen toimintaohje ja 7 %:lla sovittuja käytäntöjä ei ollut. Vastaavat luvut terveyskeskuksen ja kunnallisen työterveysliikelaitoksen osalta olivat: 27 %:lla vastaajista oli sovittu toimintakäytäntö ja 33 %:lla ei. Lääkärikeskuksen työterveyshuollon ja terveyskeskuksen välillä 29 %:lla oli sovittu käytäntö, 43 %:lla ei. Yritysten oman ja yritysten yhteisen työterveyshuollon ja terveyskeskuksen välillä 14 -15 % vastaajista ilmoitti olevan sovittuja toimintakäytäntöjä.

Kun työterveystoimijat osaltaan arvioivat kyselyssä terveyskeskusten aktiivisuutta työkykyasioissa, 23 % oli sitä mieltä, että terveyskeskus on ajoissa yhteydessä työterveyshuoltoon ja 77 % koki yhteydenoton

tapahtuvan liian myöhään. Työterveyshuollon vastaajat kokivat myös, että he saavat terveyskeskuksesta niukasti tietoa työkyvyn arvioinnin tueksi, vain 36 % vastaajista arvioi saamansa tiedon riittäväksi.

Käytännön kehittämistoimena ehdotettiin **säännöllisiä työkyvyn ja työhön paluun tuen näkökulmaan painottuvia tapauskäsittelyjä terveydenhuollon toimijoiden kesken**. Tavoitteena on saada työkykyongelmaisen hoitoreitti sujuvammaksi ja välttää päällekkäistä työtä.

#### 4.4 Työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen toimijoiden välisen yhteistyön toimivuus sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköille suunnatun kyselyn valossa

Tämän kappaleen tulokset pohjautuvat sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköille tehtyyn kyselyyn. Kyselyyn vastasi 10 perusterveydenhuollon yksikköä. Kyselyyn vastanneista kymmenestä yksiköstä kuudessa oli huomioitu työterveyshuollon osaaminen yksikön toiminnassa ja henkilöresursseissa. Näiden yksiköiden henkilökunnalla oli työterveyshuollon kokemusta. Seitsemän perusterveydenhuollon yksikköä oli miettinyt jollain tavalla työterveyshuollon roolin ja toiminnan niveltymistä muuhun terveydenhuoltoon. Viisi yksikköä oli miettinyt asiaa useiden työterveyshuollon palveluntuottajien kanssa ja kaksi yksikköä vain kunnallisten työterveyshuoltojen kanssa.

Yhteisneuvotteluja oli käyty Hahmotus hankkeeseen liittyen ja yhteistyötä tehty myös yksityisten työterveyshuoltojen kanssa. Yhteistyön tarve oli tiedostettu kahdessa yksikössä ja niissä oli tarkoituksena tehdä tulevaisuudessa yhteistyötä työterveyshuoltojen kanssa. Yhdessä yksikössä keskustelua ei ollut vielä ehditty aloittaa työterveyshuollon kanssa, vaikkakin joissakin alueen kunnissa työterveyshuollon roolin ja toiminnan niveltymistä oman kunnan terveydenhuoltopalveluihin oli paikallisesti selvitetty.

Neljässä alueellisessa järjestämissuunnitelmassa työterveyshuollon rooli ja toiminta oli huomioitu kuvaamalla, miten eri kunnat tarjoavat työterveyshuollon palveluja. Yhdessä järjestämissuunnitelmassa todettiin kuntien lakisääteinen velvoite tarjota työterveyshuollon palveluja ja toisessa suunnitelmassa työterveyshuollon roolia kuvattiin terveyden edistämisen osuudessa, työkykyä ylläpitävässä osuudessa sekä sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa yhtenä toimijana. Yhdessä suunnitelmassa otettiin huomioon terveydenhuollon eri toimijoiden välisen yhteistyön lisäämisen näkökulma ja ehdotettiin yhteistyöfoorumia. Työterveyshuollon ydintehtävän, työkyvyn tuki- ja koordinaatio rooli, nähtiin edellyttävän yhteistyötä, työnjakoa ja tiedonkulun tehostamista työterveyshuollon, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen toimijoiden välillä. Kolmen järjestämissuunnitelman laatimisessa oli ollut mukana työterveyshuollon edustaja. Kahdella alueella työterveyshuolto oli huomioitu yhteisten hoitoketjujen valmistelussa tai työterveyshuollon edustaja aiottiin kutsua mukaan valmistelemaan niitä. Yhdessä järjestämissuunnitelmassa työterveyshuollon rooli ja toiminta oli otettu kehitettäväksi osa-alueeksi ja yhdessä sitä ei ollut juuri kuvattu mitenkään.

Perusterveydenhuollon yksiköiltä kysyttiin, mitä työterveyshuollon palveluntuottajia toimii järjestämissuunnitelman kattamalla alueella. Yksiköt luettelivat sekä kunnallisia, yksityisiä että yritysten omia työterveyshuoltoja. Kunnalliset työterveyshuollot olivat melkein kaikilla tiedossa, kun taas yksityiset, yritysten omat tai yritysten yhteiset eivät olleet niin hyvin tiedossa. Yksi yksikkö ilmoitti, että heillä oli kaikki alueen työterveyshuollon palveluntuottajat tiedossa, koska alueella ei ollut kovin montaa toimijaa. Yksi yksikkö ilmoitti, etteivät he olleet selvittäneet alueensa työterveyshuollon palveluntuottajia.

Kuudella perusterveydenhuollon yksiköllä ei ollut tietoa, miten työterveyshuollon palveluntuottajien asiakasmäärät jakautuvat sairaanhoitopiirin alueella. Yksiköissä oleva tieto oli osittaista ja usein tiedettiin esim. suurin työterveyshuollon palveluntuottaja tai jonkin palveluntuottajan asiakasmäärä. Ainoastaan yksi yksikkö tiesi, kuinka paljon kunnallisilla ja yksityisillä työterveysyksiköillä oli asiakkaita. Heidän arvio oli, että alueen työssäkäyvistä noin 80 %:lla on työterveyshuolto.

Työterveyshuollon palveluiden katsottiin menevän lähes kaikkien yksiköiden alueilla päällekkäin muun terveydenhuollon palvelujen kanssa. Vain yksi yksikkö vastasi, etteivät palvelut mene merkittävästi päällekkäin. Kolmen sairaanhoitopiirin alueella palvelujen katsottiin menevän päällekkäin sekä ennalta-ehkäisevän että sairaanhoidon osalta ja kolmella lähinnä vain sairaanhoidon osalta. Joillakin alueilla ei ollut tarkempaa tietoa, miten palvelut menevät päällekkäin. Toisaalta palvelut saattavat olla päällekkäisiä, mutta palveluissa arveltiin olevan myös katvealueita. Yhdellä alueella oli tehty erillinen työnjakosopimus perusterveydenhuollon ja kunnallisen työterveyshuollon sekä soveltuvien osin erikoissairanhoidon-toimijoiden kanssa.

Sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköt kaipasivat tietoa sekä kunnallisen että yksityisen työterveyshuollon palvelujen sisällöstä ja laajuudesta voidakseen hahmottaa alueensa terveydenhuollon palveluja vielä paremmin. Tietoa kaivattiin mm. vastuun ottamisesta pitkäaikaissairaiden hoidossa, lakisääteisestä ennalta ehkäisevästä hoidosta ja kuntoutukseen liittyvistä palveluista. Tietoa tarvittaisiin myös työterveyshuollon tekemästä yhteistyöstä perusterveydenhuollon toimijoiden kanssa sekä alueella toimivasta työterveyshuollon verkostosta. Perusterveydenhuollon yksiköt halusivat tietää, mitä työterveyshuollon palveluntuottajia alueella toimii. Tietoa tarvittaisiin myös työterveyshuollon asiakasmääristä ja potilasryhmistä sekä ennalta ehkäisevän ja sairaanhoitotoiminnan jakaantumisesta kunnittain. Myös tietoa työterveyshuoltoa koskevista säädöksistä ja sopimuksista pidettiin tarpeellisena. Kuntien tasolla nähtiin tarpeellisena tieto, miten (potilaiden) hoito jakautuu työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon toimijoiden välillä. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteiset tietojärjestelmät nähtiin tarpeellisena, jotta hoito olisi sujuvaa eikä päällekkäistä työtä syntyisi.

Kysyttäessä, miten sairaanhoitopiirissänne tehdään yhteistyötä tai toimitaan työterveyshuollon roolin selkeyttämiseksi, puolet vastanneista sairaanhoitopiireistä ilmoitti, että työterveyshuolto oli mukana verkostoyhteistyössä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä työterveyshuolto oli mukana perusterveydenhuollon ohjausryhmässä, hoitoketjujen arviointityössä ja yhteistyöneuvotteluissa. Myös SEITTI hanke mainittiin kunnallisen työterveyshuollon vahvistajana. Yhden sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö kuvasi, että palaveriteita oli Työterveyslaitoksen ja kunnallisen liikelaitoksen työterveyshuollon, mutta ei muiden toimijoiden kanssa. Yhteiset koulutukset kuvasivat muuta yhteistyötä ja yhdessä kommentissa kuntoutuksen yksikkö ja työlääkätieteen poliklinikka kuvattiin ensisijaisina yhteistyön kanavina. Tulevaisuudessa yhteistyön lisäämistä pidettiin tärkeänä ja työryhmiin haluttiin saada työterveyshuollon edustusta. Yhdessä yksikössä asiaa ei pidetty tällä hetkellä ajankohtaisena.

Terveydenhuollon toimijoiden alueellinen verkosto toimi seitsemässä sairaanhoitopiirissä. Vain yhdellä alueella perusterveydenhuollon verkostossa oli työterveyshuolto mukana. Kahdella alueella toimi työterveyshuollon oma verkosto. Kahdessa sairaanhoitopiirissä ei toiminut alueellista verkostoa. Toisessa näistä verkoston rakentamiseen kaivattiin työvoimaa tueksi. Toisessa verkosto oli suunnitteilla, mutta sen organisoitumista tai tavoitteita ei ollut vielä mietitty. Yksi yksikkö jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Verkostojen tavoitteena oli yhteistyön ja yhteisten käytäntöjen jakaminen ja edistäminen eri toimijoiden välillä. Yksittäisinä kommentteina nousivat tiedonkulku ja uusien toimintamallien jalkauttaminen, asiakaslähtöisen palvelujärjestelmän luominen ja kokonaisprosessien sujuvuus, käytäntöjen jakaminen ja perusterveydenhuollon profiiliin nostaminen, johtajien vertaistukena toimiminen ja lainsäädäntöön vaikuttaminen, toiminnan- ja talouden ohjaus sekä yhdenmukaistaminen.

Kuudessa sairaanhoitopiirissä oli laadittu hoitoketjuja tärkeimpiin työkyvyttömyyttä aiheuttaviin sairauksiin (TULE- ja mielenterveyssairaudet). Viidessä yksikössä oli olemassa hoitoketjuja molempiin tautiryhmiin,



yhdessä vain TULE-sairauksiin. TULES hoitoketjuja oli kuvattu esimerkiksi olkapääoireisen, selkävaivaivan, lonkan- ja polven nivelrikon, alaselkävun ja tulehduksellisten reimasairauksien osalta. Mielenveys-sairauksissa masennuksen ja psykoosin hoitoketjut oli kuvattu. Valmisteilla oli hoitoketjuja mm. depression, skitsofreniaan ja selkäpotilaan hoitoon. Yhdessä vastauksessa mainittiin, että hoitoketju oli olemassa ja että se oli laadittu hoidon tarpeen/ kiireellisyyden näkökulmasta, mutta työkyvyn näkökulmaa siinä ei ollut huomioitu. Kunnallinen työterveyshuolto oli hoitoketjujen rakentamisessa huomioitu useimmin ja oli myös laatimassa niitä. Yksityinen työterveyshuolto oli kolmella alueella otettu mukaan rakentamaan hoitoketjuja. Yhdellä alueella ei ollut tietoa, miten työterveyshuollot olivat olleet mukana hoitoketjujen rakentamisessa, koska hoitoketjutyö oli tehty jo aiemmin. Kolmella alueella kuntoutuksen palveluntuottaja oli mukana laatimassa hoitoketjuja. Lisäksi osa oli ottanut kuntoutuksen palveluntuottajan huomioon hoitoketjujen laadinnassa. Jatkossa monella alueella oli tarkoitus ottaa mukaan suunnitteluun myös kuntoutuksen palveluntuottaja. Yksi vastaaja mainitsi, että kuntoutuksen palveluntuottaja oli huomioitu huonosti hoitoketjutyössä.

Perusterveydenhuollon yksiköt odottivat työterveyshuollon palveluntuottajilta aktiivista yhteistyötä, kuten proaktiivisuutta ja ideoita asiakkaiden palvelujen parantamiseksi. Työterveyshuollon rooli työkyvyn tuessa ja siihen kuuluva toiminta erityisosaajana työikäisen väestön terveyden ja hyvinvoinnin lisäämisessä, työurien pidentämisessä sekä terveyserojen kaventamisessa, nähtiin tärkeänä. Perusterveydenhuollon yksiköt toivoivat nykyistä aktiivisempaa otetta vajaakuntoisten työssä selviytymisen seurannassa. Työterveyshuollon toivottiin osallistuvan palvelujärjestelmän rakentamiseen, kuten osallistuvan alueellisiin hoidonpöytätyöryhmiin. Tärkeänä nähtiin, että työterveyshuollon tulisi päättää, kuka edustaa työryhmissä alueen kaikkia työterveystoimijoita. Työterveyshuollon toiminnassa tapahtuvista muutoksista toivottiin informoitavan. Yhdellä yksiköllä ei ollut odotuksia työterveyshuollolle, koska heillä toiminnan painopiste oli muualla, eivätkä rajalliset resurssit antaneet mahdollisuutta avauksiin työterveyshuollon suuntaan.

## 5 YHTEENVETO TULOKSISTA

### 5.1 Tiedonkulku toimijoiden välisessä verkostossa

Tällä hetkellä tieto toimijoiden välillä siirtyy yleensä potilaan mukana joko paperilla tai suullisesti. Kaikki toimijat pitivät tärkeänä, että tiedonsiirrossa olisi toimiva yhteinen tietojärjestelmä tai mahdollisuus nähdä hoitotilanteeseen liittyen potilastietoja esimerkiksi Kanta arkiston kautta. Tietojärjestelmää tulisi kehittää yhdessä järjestelmätoimittajien kanssa. Eri tietojärjestelmistä tiedon kuvattiin olevan vaikeasti löydettävissä. Yksi ehdotus oli myös, että sosiaalitoimen tiedot olisivat tarvittaessa hoitotilanteessa käytettävissä.

Tiedonsiirtoon tarvittaisiin ketterämpiä tapoja. Esimerkiksi tietojärjestelmissä tulisi olla mahdollisuus pikaviestien lähettämiseen ja hoitoneuvotteluihin pitäisi olla mahdollisuus osallistua sähköisen neuvottelujärjestelmän kautta. Tiedonkulkua helpottaisi myös, jos toimijoilla olisi toistensa ajantasaiset yhteystiedot. Tiedonkulun ongelmat veivät paljon aikaa ja se aiheutti paljon päällekkäistä työtä ja päällekkäisiä tai tarpeettoman usein toistettuja tutkimuksia.

Työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon edustajien kanta oli, että tiedon puuttuessa työkyvyn arviot tehdään perustuen liian niukkoihin tietoihin potilaan kokonaistilanteesta. Tietosuojasäädösten kuvattiin olevan tiukkoja ja vaikeuttavan tiedon siirtoa. Joskus myös potilas voi kieltää tiedon siirtämisen, näin tapahtuu usein psykiatristen potilaiden kohdalla.

### 5.2 Yhteistyö verkostoissa

Hankkeen aineisto osoitti, että yhteistyön kehittämiseen alueellisina verkostoina on tarve ja SOTE-järjestelmän muutoksen myötä tilaus. Konkreettisimmin yhteistyön kysymykset nousivat esille haastattelutilanteissa, joissa terveydenhuollon eri tahoja edustavat toimijat kasvokkain pohtivat arjen yhteistoimintaa työkyvyn tuen viitekehyksessä.

Haastattelussa tuli esille, että verkostoyhteistyötä tulisi kehittää sekä hallinnollisella tasolla että potilaan hoitopolkujen tasolla. Eri toimijat työskentelevät tällä hetkellä omista näkökulmistaan ja verkostoyhteistyössä puuttuu kyky nähdä eri toimijoiden verkosto laajasti ja kokonaisvaltaisesti mahdollisuutena työkyvyn tuen toimenpiteissä. Verkostoyhteistyön kehittämisessä on tärkeää, että kunkin toimijatahon johto tukee yhteistyön kehittämistä.

Sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköille suunnatussa kyselyssä tuli esille, että työterveyshuollon roolia ja toimintaa oli kuvattu usein ohuelti tai ei lainkaan järjestämissuunnitelmissa. Sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköillä ei ollut tarpeeksi tietoa työterveyshuollon palvelujen sisällöstä ja laadusta eikä asiakasmääristä. Lisäksi työterveystoimijoita ei ollut juuri lainkaan mukana näiden yksiköiden kasaamisissa alueellisissa verkostoissa.

Terveydenhuollon palvelujen käyttö perustuu palvelujen tarjontaan ja potilaiden kykyyn sekä haluun hakea palveluja. Esimerkiksi työterveyshuollon asiakkaat käyttävät perusterveydenhuollon palveluja, jos heillä on pitkä välimatka työterveyshuoltoon. Työterveyshuollon sopimukset saattavat rajata työterveyshuollon palvelujen käyttöä myös sairaus- ja tapaturmatapauksissa, mikä voi aiheuttaa hämmennystä paitsi potilaiden myös muiden terveydenhuollon toimijoiden parissa. Työttömät voisivat hyötyä työterveyshuollon osaamisesta työkykykysymyksissä. Työttömien palvelun järjestää perusterveydenhuolto, yhteistyö työterveyshuollon kanssa on vähäistä. Haastattelussa tuli esille myös näkemys, jonka mukaan työterveyshuollon asiakkaat saattavat myös hakea sairauslomaa perusterveydenhuollosta tai erikoissairaanhoidosta, koska ajattelevat saavansa sen sieltä helpommin.

Hoitoketjuja on tehty vaihtelevasti eri alueilla. Usein niissä ei ole kuitenkaan huomioitu työkyvyn näkökulmaa. Hoitoketjut tulisi rakentaa myös työkyvyn tuen näkökulmasta edistämään käytännön toimintaa ja huomioimaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa työkykyyn liittyvät näkökulmat. Se edellyttää toiminnan suunnitelmallista ja säännöllistä arviointia. Lisäksi tarvitaan kehittämistyötä yhdessä työterveys- ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutustoimijoiden kanssa.

Yhteistyötä helpottaisi, jos eri toimijat olisivat tuttuja toisilleen ja asioita voitaisiin pohtia yhdessä. Tärkeänä pidettiin, että eri toimijat keskustelisivat ja sopisivat yhdessä palautekäytännöistä ja sairauspoissaolotodistusten kirjoittamisen periaatteista. Erityisen tärkeää verkostossa toimimisen kehittäminen on moniongelmaisten sekä keskeisimpien työkyvyttömyyttä aiheuttavien (esimerkiksi mielenterveysongelmat) sairauksien kohdalla.

## 5.3 Työkyvyn tuki

Hankkeen eri aineistoissa työkyvyn tuen tarpeen varhainen tunnistaminen ja toiminta työkyvyn tuessa olivat yksi keskeisistä teemoista. Työkykyongelmat tunnistetaan, mutta yhteistyö käynnistetään usein liian myöhään.

Yhteiskunnallisen tasa-arvon näkökulmasta työttömien ja vaikeimmin työkykyongelmaisten tilanne nousi esille kaikkien paikkakuntien ryhmähaastatteluissa. Vaikeimmin työkykyongelmaiset eivät käytä terveydenhuoltopalveluja, eivätkä sen vuoksi ole niiden keinoin autettavissa. Työttömien työkykyongelmat ovat terveyskeskusten hoidettavana, eikä terveyskeskuksissa ole aikaa, asiantuntemusta tai resursseja hoitaa niitä. Toisaalta toimija- ja toimintayksikkötasolla oli rakennettu ratkaisuja esim. mahdollistamaan moninäkökulmaisempi työkyvyn arviointi terveyskeskuksessa (sosiaalityöntekijän haastattelu ennen lääkärin vastaanottoa) tai yhteistyötä toimijaverkostossa (yhteistyö työvoimatoimiston tai kuntoutustutkimuksen kanssa).

Työ kuntouttavana ja työkykyä tukevana elementtinä nousi kaikkien paikkakuntien haastatteluissa esille. Tämän teeman yhteydessä pohdittiin yksilötasolla työhön paluuseen vaikuttavia tekijöitä; motivaatiota työhön paluuta tukevana (esim. yrittäjät), kannusteiden merkitystä joko työhön paluuta tukevana tai hidastavana ja työntekijän omien, terveydenhuollon tai työpaikan (esimiehen, työyhteisön) asenteiden merkitystä osatyökykyisen työhön paluussa. Keskusteluissa nousi myös usein esiin rakenteellinen työttömyys ja työelämän vaatimustason muutos työhön paluuta estävinä tekijöinä. Terveydenhuollon arkitoimintaan tämän tyyppinen pohdinta ei näyttäisi kuuluvan, vaan työote on sairaus- ja toimenpideskeskeinen. Erikoissairaanhoidon toimijat pohtivat useammassakin haastattelussa sosiaalityöntekijän ottamista mukaan hoitotilanteisiin, joissa pidempi työkyvyttömyys on todennäköinen. Osalla erikoisaloja moniammatillinen toimintatapa on jo toimintakäytäntönä.

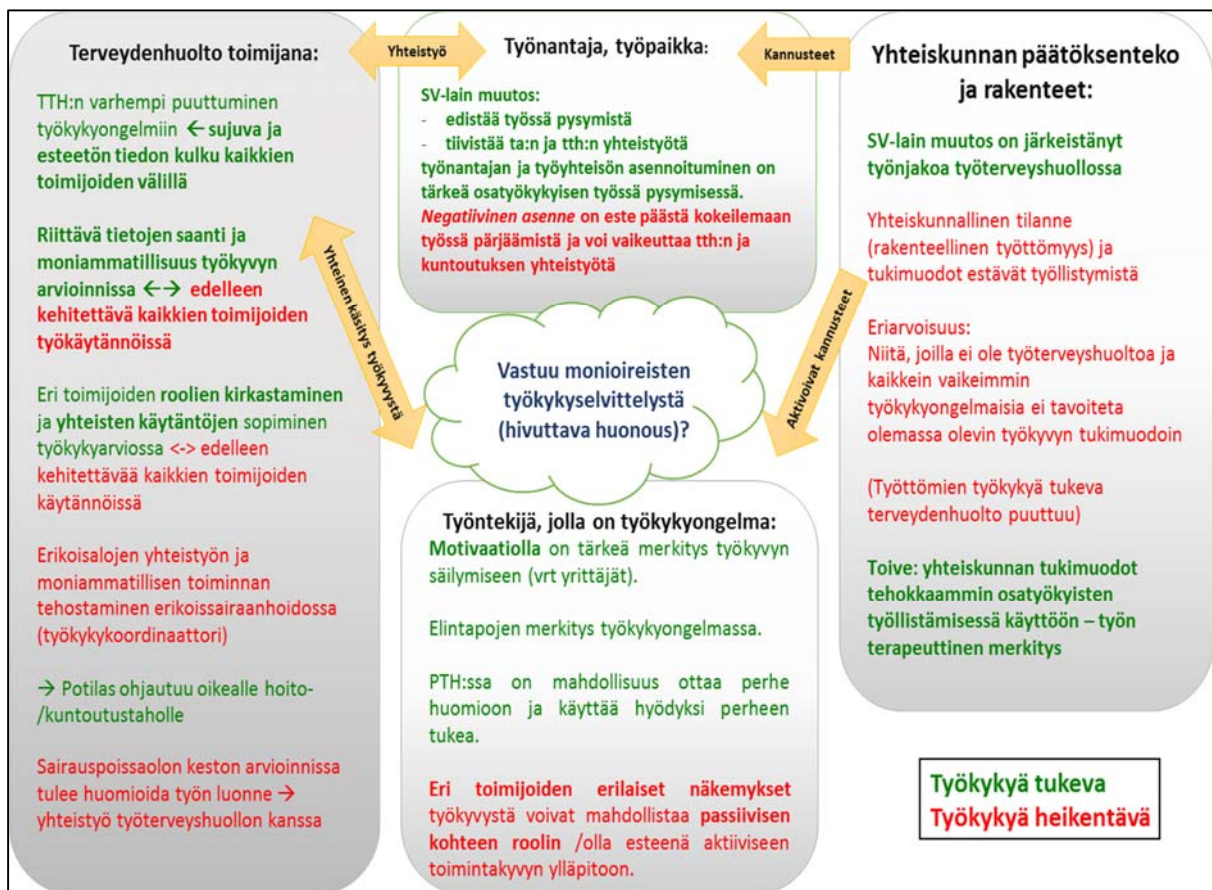
Työterveystoimijat olivat omaksuneet roolinsa toimia ennakoivasti työkyvyn tuessa, vaikkakin yhteistyössä työnantaja-asiakkaiden välillä oli vaihtelua. Työterveyshuollon koordinaattorooli työkyvyn tuessa ei ollut kaikille terveydenhuollon toimijoille tuttu. Keskustelua herätti esimerkiksi se, missä asioissa potilaan voi ohjata työterveyshuoltoon. Vaikkakaan sairausvakuutuslain muutos (2012) ei ollut läheskään kaikille toimijoille ennestään tuttu, sitä pidettiin hyvänä. Ne terveydenhuollon toimijat, joilla oli asiasta kokemusta, näkivät sen selkeyttäneen yhteistyötä ja eri osapuolten rooleja sekä jämaköittäneen toimintaa. Käytännöt sairauspoissaolojen pituuden määrittämisessä vaihtelivat ja herättivät keskustelua. Potilaan työn luonne ei välttämättä ollut vaikuttamassa sairauspoissaolon pituuteen, vaan kokemus ja perinne määrittävät sitä. Työterveyshuollon rooli työn ja työpaikan olosuhteet tuntevana nähtiin auttavan työkyvyttömyyden keston arvioinnissa.

Yhteistyötä hankaloittivat tiedonkulkuun liittyvät pulmat. Koska tietojärjestelmiin liittyvien, tiedonkulkua helpottavien ratkaisujen rakentaminen vaatii enemmän aikaa, voidaan paikallisesti sopia yksinkertaisempia

ratkaisuja (esimerkiksi käyntiteksti potilaalle mukaan). Tärkeintä on pysähtyä pohtimaan, kuka tai mikä taho syntyy tietoa ratkaisuunsa seuraavaksi tarvitsee.

Työkyvyn tuen yhteistyössä oli nähtävissä alueellisia eroja. Kun lääkärit tunsivat toisensa joko opiskelu- tai erikoistumisajan tai samassa työpaikassa työskentelyn pohjalta, yhteistyö näytti syntyvän luontevammin. Toisaalta, jos esimerkiksi perusterveydenhuollon resurssit olivat niukat, terveyskeskustoimijat voivat jäädä alueen verkostojen ulkopuolelle. Samoin yksilötasolla omat asenteet ja arvot ohjasivat sitä, miten lääkäri näki asiakastilanteessa oman toimintansa työkyvyn arvioinnissa suhteessa työkyvyn tukemiseen vaikuttaviin tekijöihin. Edellä kuvattuja ilmiöitä haastattelujen aineistoista tarkastellen muodostui Loiselin mallia mukaillen kuva toimijoiden rooleista työkyvyn arvioinnissa, kuva niissä työkykyä tukevista ja heikentävistä tekijöistä ja tunnistetuista kehittämisen kohteista (kuva 22).

Kuva 22. Työkyvyn arvioinnin toteuttaminen ja toimijoiden roolit Loiselin kaavion mukaisesti



## 6 POHDINTA

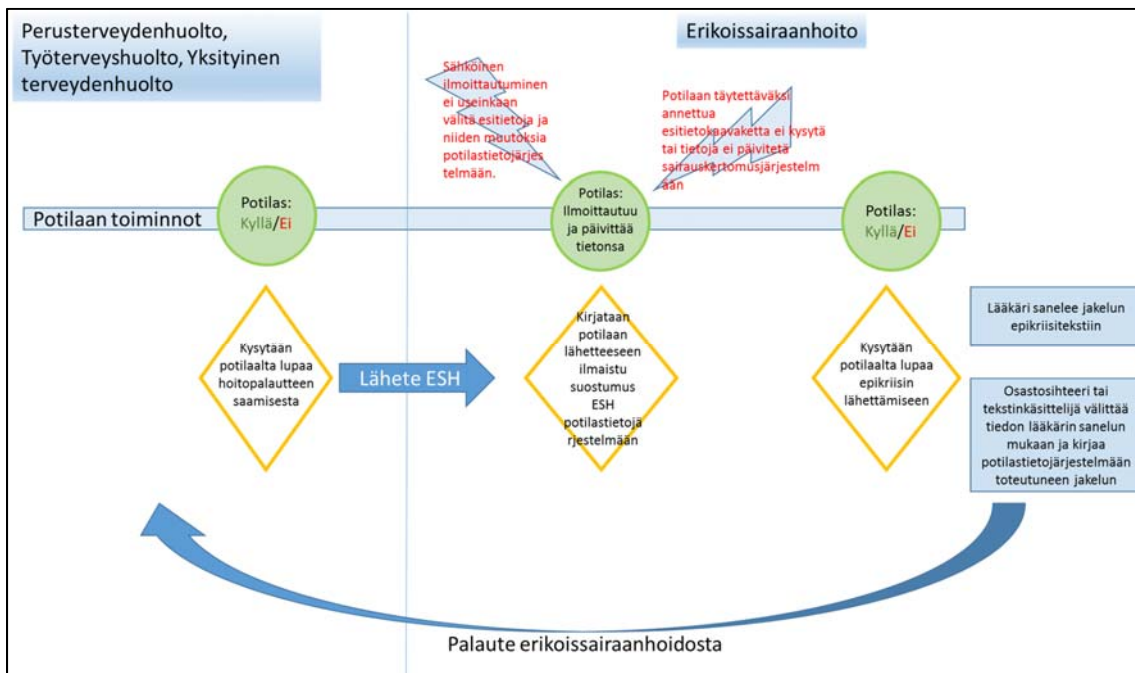
### 6.1 Pohdintaa tiedonkulusta toimijoiden välisessä verkostossa

Tiedonkulku havaittiin tässä tutkimuksessa yhdeksi hankaloittavaksi tekijäksi eri toimijoiden välisessä yhteistyössä. Tiedonkulku perustui pitkälti potilaan mukana kulkevaan tietoon eivätkä tietojärjestelmät tukeneet tiedonkulkua. Myös Janhosen ym. (2015) tutkimuksessa tietojärjestelmien todettiin enemmän katkovan ja estävän kohtaamisten yhdistymistä kuin tukevan niitä. Tietojärjestelmien erillisuus aiheutti lisätyötä.

Tiedonkulun ongelmat hankaloittivat työkyvyn arvon tekemistä, kun toimijoilla ei ollut tarpeeksi tietoa potilaasta ja hänen työstään. Eri toimijoiden välisen tiedonsiirron tulisi olla potilaan hoidon kannalta tarkoituksenmukaista. Kaikkea potilasta koskevaa tietoa ei tarvitse siirtää, vain potilaan hoidon ja työkyvyn arvon kannalta olennainen tieto. (vrt. Saranto & Korpela 1999).

Epikriisi tai hoitopalaute erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon tai yksityiseen terveydenhuoltoon on hoidon jatkuvuuden ja työkyvyn arvioinnin näkökulmasta keskeisin tiedonvälitystapa. Tämän dokumentin jouheva kulku edellyttää useita toimenpiteitä useilta henkilöiltä, potilas mukaan lukien (kuva 23). Selvityksemme myöhemmin raportoitavassa sairauskertomustarkastelussa tätä prosessia kuvataan tarkemmin. Tämän valmisteilla olevan sairauskertomustarkastelun tarkoituksena on kuvata ja selvittää viiden sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon sairauskertomuksiin kirjattu työkyvyn tuen toteutuminen ja terveydenhuollon toimijoiden välinen yhteistyö työkyvyn tuen koordinaation näkökulmasta.

Kuva 23. Lähetä ja hoitopalaute/epikriisi prosessikaaviona.



## 6.2 Pohdintaa yhteistyöstä verkostoissa

Eri terveydenhuollon toimijoiden välinen yhteistyö perustui useimmiten yleiseen toimintatapaan ja kirjallisesti siitä oli sovittu vain harvoin. Yleiseen toimintatapaan perustuvat käytännöt voivat toimia, jos käytännöt ovat kaikkien toimijoiden tiedossa. Haasteena on, että työntekijöiden vaihtuessa kokemukseen perustuva tieto ei siirry uusille työntekijöille (Hovila & Okkonen 2006).

Kirjallisesti sovittujen käytäntöjen lisäksi voisi kuvata eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Myös Työhönkuntoutus hankkeessa (TK2) eri toimijoiden välisen yhteistyön kuvaaminen nähtiin tärkeänä (Seppänen-Järvelä ym. 2015). Kirjallisten ohjeiden ja hoitopolkujen kuvauksien haasteena on niiden siirtyminen käytännön toimintaan. Janhosen ym. (2015) tutkimuksessa todettiin, että työ ei toiminut ennakoitavissa olevien työprossien mukaisesti, vaan toimintaa määrittelevien mittarien, standardien ja protokollan lisäksi työtä ohjasivat vahvasti ammatilliset hyveet eli arvot ja ideaalit, jotka kiinnittyivät ihmisen koulutukseen ja kokemukseen.

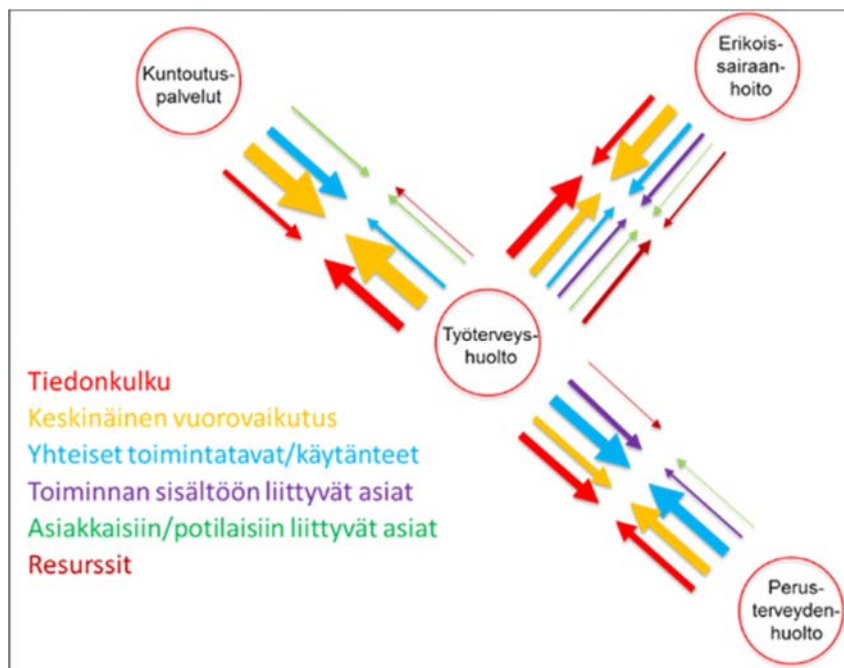
Toimivan yhteistyön perustana on, että eri toimijat ymmärtävät muiden toimijoiden vahvuudet ja erityisen osaamisen. Työterveyshuollon (työkyvyn tuen koordinaatio) rooli ei näyttänyt olevan selkeä muille terveydenhuollon toimijoille. Epäselvyyttä työnjaossa perusterveydenhuollon kanssa aiheuttavat eri laajuiset työterveyshuollon sopimukset. Työterveyshuollon palvelut nähtiin myös eriarvoistavina. Eri toimijoiden roolien ja tehtävien selkeys on nähty myös edistävänä tekijänä kuntoutumisessa, mutta vielä olennaisempaa pidettiin monitoimijaista yhteistyötä (Juvonen-Posti ym. 2015).

Yhteistyön kehittämiseen tarvitaan yhteisen tavoitteen asettamisen lisäksi organisaatioiden rajojen ylittämistä. Työhön kuntoutuksen tutkimuksessa havaittiin, että toimijoiden välinen hyvä yhteistyö edisti kuntoutumista, kun monitoimijajoukko muodostui yhteinen näkemys tarvittavista muutoksista, joihin eri osapuolet sitoutuivat. Kuitenkaan eri tahojen yhteinen tavoite ei taannut aitoa yhteistyötä, jos kaikki toimivat omasta roolistaan käsin. (Seppänen-Järvelä ym. 2015). Verkoston osallistujat tuovat yhteistyöhön mukanaan taustaorganisaatioiden käsitykset oikeasta, hyvästä ja järkevästä toiminnasta ja toiminnan tavoitteesta. Nämä käsitykset ovat usein ääneen lausumattomia ja heikosti tiedostettuja oletuksia, joiden työstäminen niiden laadun vuoksi voi olla vaikeaa. Jaettujen käsitysten puuttuminen haittaa verkoston yhteistyötä osallistujien lukkiutuessa taustaorganisaationsa ajattelutapoihin. (Järvensivu & Piirainen 2011.)

Terveydenhuollon toimijoiden yhteistyön kehittämiseen tarvitaan areenoja ja foorumeita, joissa yhteistyötä voidaan edistää. Värynen ja Lindh (2013) soveltavat yhteistoimijuuden analyysissä rajakohteen käsitettä ja näkevät, että yhteistoimijuus vaatii erityyppisten rajojen ylityksiä, jotka puolestaan edellyttävät konkreettista toimintaa ja yhteisiä tilanteita. Tässä selvittelyssä mukana olleen 5 sairaanhoitopiirin alueen tulokset raportoidaan alueellisissa seminaarissa. Tätä toimintatapaa pilotoitiin yhdellä alueella. Kun alueelliset kehittämiskohteet olivat alueen seminaarissa ryhmätyön pohjana, niin osallistujat lähtivät ryhmissä heti työstämään käytännön kehitystoimenpiteitä. Selvityksessä havaittujen kehittämiskohteiden nostaminen kuvatulla tavalla pohdinnan kohteeksi osoittautui toimivaksi tavaksi jatkaa kehittämistä.

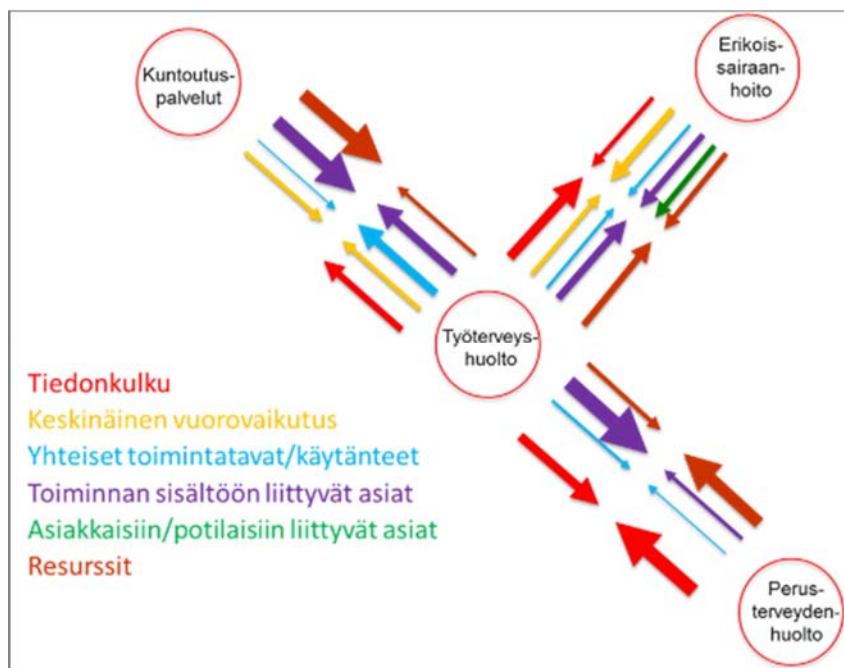
Työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutustoimijoiden välistä yhteistyötä edistävät tekijät on jäsenelty kuvassa 24. Kokonaiskuvasta voidaan havaita, miten edistävät asiat painoutuivat eri toimijoiden välisessä yhteistyössä. Tiedonkulku ja keskinäinen vuorovaikutus nousivat esille kaikkien toimijoiden välillä. Toisaalta puuttuvat nuolet aiheuttivat pohdintaa, miksi juuri se tekijä puuttuu, esim. kuntoutustoimijoiden ja työterveyshuoltotoimijoiden välinen toiminnan sisältöön liittyvät kysymykset yhteistyön edistämisessä.

Kuva 24. Yhteistyötä eniten edistävät tekijät toimijoiden kesken kyselyaineistossa.



Työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutustoimijoiden välistä yhteistyötä eniten vaikeuttavat tekijät on jaoteltu kuvassa 25. Vaikeuttavat tekijät jakaantuivat otsikoiden kesken eri tavoin verrattuna edistäviin tekijöihin (Kuva 24). Eniten mietitytti työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon väliltä puuttuva keskinäinen vuorovaikutus yhteistyötä vaikeuttavana tekijänä. Tarkoittiko se, että vuorovaikutusta ei ole, jolloin se ei voi vaikeuttaa yhteistyötä? Kaikkien toimijoiden kesken vaikeuttavina tekijöinä korostuivat tiedon kulku ja toiminnan sisältöön liittyvät asiat.

Kuva 25 Yhteistyötä eniten vaikeuttavat tekijät toimijoiden kesken kyselyaineistossa.



## 6.3 Pohdintaa työkyvyn tuen koordinaatoroolista

Työkyvyn tukeminen edellyttää monitasoista ja monitoimijaista otetta (vrt. Loisel ym. 2005). Kaikkien terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden tulisi sitoutua ja toimia yhteisen tavoitteen mukaisesti potilaan työkyvyn tukemiseksi (vrt. Lindh 2013). Yhteistyö ja järkevä työnjako edellyttää yhteistä ymmärrystä työkykykäsitteestä, sujuvaa tiedonkulkua terveydenhuollon toimijoiden välillä ja toimivia työkyvyn tuen malleja työterveysyhteistyössä. Erikoissairaanhoidossa on paremmat valmiudet arvioida sairauden vaikutuksia potilaan toimintakykyyn, työterveyshuollolla taas työpaikan ja työn vaatimukset tuntevana pohtia toimintakyvyn muutosten merkitystä työkyvyn kannalta. Tässä selvityksessä kuntoutuksen rooli näyttäytyi terveydenhuollon toimijoista erillisenä (kuva 26).

Kuva 26. Toimijoiden roolit ja haasteet arjessa.

TOIMIJAJ	Työterveyshuolto	Erikoissairaanhoido	Perusterveydenhuolto	Kuntoutus-palveluntuottaja
Rooli/tehtävä	Työterveysyhteistyö keskiössä	Diagnostiikka, hoito, konsultaatiot	Perusselvitykset, tuki, kuntoutus	Itsenäinen kohdennettu toimija
Haasteet työtoiminnan arjessa	Tunnistaa koordinaatoroolinsa työkyvyn tuessa – tunnistavatko/hyväksyvätkö sen muut?	Kuntoutustutkimus kohtaa työkykyasiat liian myöhään  Monioireisten tutkimuskierre	Työikäiset työssä olevat ovat vähemmistö  Vähän yhteyksiä työterveyshuoltoon  Työtä ei voi rajata	Kuntoutuspalvelu on usein irrallaan, yhteistyö lähinnä palautteiden muodossa

Työkyvyn tuen koordinaatorooli haastaa työterveystoimijoita toimimaan monella eri tasolla ja moneen eri suuntaan. Selkeimmin toiminnan arkeen luontuu yksilön työkyvyn tuki ja yhteistyö työpaikan kanssa. Työhön paluu on pitkän sairauspoissaolon jälkeen helpompaa, kun työterveyshuolto neuvottelee esimiehen ja työntekijän kanssa tarvittavista työn muutoksista ja työterveysyhteistyön käytännöistä on sovittu (Juvonen-Posti 2014 a).

Tärkeää on huomata työkyvyttömyyden ehkäisyssä myös työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyössä tapahtuva työn muokausmahdollisuuksien riittävän aikainen hyödyntäminen. Näin ollen pysyvempien alueellisten yhteistyöverkostojen rakentaminen varmistaisi työkyvyn tuen näkökulman huomioimisen.

Niissä tilanteissa, joissa potilaan (=työntekijän) sairauden hoito on toteutunut erikoissairaanhoidossa tai yksityissektorilla, hoitotaho tarvitsee tiedon, että voi lähettää hänet työkyvyn arviointia ja työhön paluun suunnittelua varten työterveyshuoltoon. Terveystuon työttömiin kohdistuvien terveyttä edistävien toimenpiteiden merkitys on osoittautunut rajalliseksi, kun tavoitteeksi asetetaan työllistyminen. Työttömien työkyvyn tuessa tarvitaan uusia innovatiivisia, eri toimijoiden välisten verkostojen yhteistyönä syntyviä toimintatapoja (Romppainen 2014).

Työpaikan tasolla työterveyshuolto on työnantajan käytössä oleva asiantuntijatoiminto ja yhteistyön kautta toimii myös työntekijöiden luottamusta nauttivana riippumattomana työpaikan kehittämistoimintona (Ahtela 2014). Työterveyshuollon toiminta on nykyisellään painottunut sairaanhoitoon. Toki myös yhteistyö työkyvyn tuessa on selvityksen aineistojen mukaan vakiintunut osaksi työterveyshuoltojen arkea. Riittääkö nykyinen tapa toimia tulevaisuudessa työn ja työpaikkojen muutoksissa takamaan työpaikkojen kokonaistilanteen tuntemuksen? Voidaanko saada parempaa vaikuttavuutta laajentamalla



työterveyshuollon toimintakenttää terveydellisistä ja työkylynäkökohdista työn ja työpaikan kehittämiseen liittyviin asioihin? Joka tapauksessa tulevaisuuden työterveysyhteistyössä tarvitaan syvempää yhteistyötä niin työpaikkojen työhyvinvoinnin ja työsuojelun toimijoiden kuin työeläkevakuutuksen ja työsuojeluviranomaisten kanssa.

Työkyvyn koordinaattorin rooli kuntoutuksen ja työkyvyn tuen tarpeen systemaattisen arvioinnin näkökulmasta edellyttää, että työterveystoimijat arvioivat ja kehittävät myös omaa tapaansa toimia niin suhteessa sopimusten piirissä oleviin asiakasyrityksiin kuin yhteistyöhön alueen terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden kanssa. Ei riitä, että omat prosessit on hiottu, tarvitaan kykyä tehdä yhteistyötä ja jakaa vastuuta joustavasti yli organisaatioiden rajojen ja ammatillisten asenteiden.

Oma kokonaisuutensa on työterveyshuollon työkyvyn tuen koordinaattorin rooli suhteessa muuhun terveydenhuoltoon ja kuntoutussektoriin tilanteessa, jossa koko terveydenhuoltojärjestelmää koskeva muutos on lähivuosien näkymä. Alueellisia ratkaisuja yhteistyöhön on mahdollista tehdä, kun löytyy yhteinen tahto ja aktiivisia toimijoita, se on nähty myös tämän hankkeen myötä. Työterveyshuollon toiminnan sopimusluonne ja muusta terveydenhuollosta poikkeava järjestämistapa ovat johtaneet siihen, että työterveyshuollolle ei luontevasti löydy kaikkien toimijatahojen hyväksymää edustajaa niihin neuvotteluihin, joissa esimerkiksi alueellisia hoitoketjuja suunnitellaan. Ensimmäisenä askeleena työkyvyn koordinaattorin vahvistamisessa voi nähdä sen, että työterveyshuolto on kaikissa sairaanhoitopiireissä mukana niin hoitoketjujen rakentamisessa kuin tietojärjestelmiin liittyvistä ratkaisuista päätettäessä (myös Sauni 2014). Näiden kautta voidaan päästä tarkastelemaan ja sopimaan, mikä on alueellisesti järkevä työnjako mm. pitkäaikaissairauksien hoidossa.

SOTE-uudistuksen suunnittelussa työterveyshuollon rooli työikäisten palveluissa ja vastuu työkyvyn tuen koordinaatiosta oli jäänyt vähälle huomiolle. Julkisen sektorin työterveyspalveluihin tulee merkittävästi vaikuttamaan kilpailulainsäädännön velvoite palvelujen yhtiöittämisestä. Kun SOTE- palveluja tulevaisuudessa organisoidaan, tulee selvittää edellytykset riittävän vahvojen ja toimintakykyisten työterveysyksiköiden muodostamiseen. Osalla alueista koettiin, että vahvojen verkostojen kautta asiantuntemusta tähän oli tarjolla, mutta ongelmana olivat laajat toimijoiden tehtäväalueet ja vaatimuksiin nähden niukat resurssit.

## 6.4 Pohdintaa selvityksen toteuttamisesta

Selvityksessä käytettiin sekä määrällistä että laadullista aineistoa, mikä mahdollisti kohteen tarkastelun useasta eri näkökulmasta, jolla on pyritty lisäämään tutkimuksen luotettavuutta (Kuitunen 2004). Raportissa on kuvattu aineiston käsittelyä ja analyysiä, jotta lukija pystyisi seuraamaan tehtyjä valintoja (Nieminen 1998). Selvityksessä noudatettiin tutkimuseettisiä periaatteita ja salassapitosäännöksiä. Haastatteluihin osallistuminen ja kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja siitä kerrottiin osallistujille sekä suullisesti että kirjallisesti. Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus aineiston keräämiseen. Tutkimusaineistoa on käsitelty luottamuksellisesti. Tulosten raportointi on toteutettu siten, ettei yksittäisiä henkilöitä tai työpaikkoja voi tunnistaa. Tutkimussuunnitelma käsiteltiin Työterveyslaitoksen eettisessä toimikunnassa.

Fokusryhmähaastattelu sopi hyvin eri toimijoiden välisen yhteistyön selvittämiseen. Sinänsä jo haastattelu saattoi toimia verkostoyhteistyön edistäjänä. Haastateltaville syntyi kiinnostusta muiden toimijoiden työtä kohtaan ja haastattelutilanteessa saatettiin yhdessä keksiä ratkaisuja joihinkin käytännön ongelmiin. Haastattelutilanteessa eri toimijat saivat tietoa toisten toimijoiden työstä. Osa mietti vievänsä haastattelutilanteessa syntyneitä oivalluksia koko työyhteisöön. Esimerkiksi työterveyshuollon edustajat toivoivat, ettei erikoissairaanhoidossa kirjoitettaisi pitkiä sairaslomia, vaan potilas ohjattaisiin työterveyshuoltoon työkyvyn arviointia ja työhön paluun tukitoimia varten.

Haastatteluihin osallistui selvityksen kohdealueilla vaihtelevasti eri sektoreiden lääkäreitä. Kahdesta haastattelusta puuttui perusterveydenhuollon edustaja ja kahdesta puuttui puolestaan kuntoutuksen palveluntuottajan edustaja. Näin ollen kaikilta alueilta ei ole kaikkien toimijoiden näkökulmista muodostettua tietoa yhteistyön toteutumisesta. Tämä on syytä ottaa huomioon, kun tehdään alueellisten kehittämistarpeiden hyödyntämisestä jatkosuunnitelmia.

Terveystenhuollon ja kuntoutuksen toimijoille suunnattu kysely toi hyvin esille miten yhteistyöstä alueilla on sovittu. Vastausprosentit jäivät kyselyissä kuitenkin melko pieniksi (34 %). Haastatteluissa tuli esille, että perusterveydenhuolto ei voi rajata, ketkä hakeutuvat vastaanotolle. Tämä rooli terveydenhuollon toimijana on voinut vaikuttaa siihen, että nimenomaan perusterveydenhuollon vastauksia oli vähän. Vastaamiskäytäntö saatettiin kokea monimutkaisena, esim. jos yksikössä ei sattunut vastaamisaikana olemaan yhteistä palaveria tai se oli vasta pitkän ajan kuluttua. Yhteisten palaverien sisältö saattoi olla jo sovittu aiemmin, eikä ollut yhteistä aikaa miettiä vastuksia kyselyyn palaverissa tai muuten yhdessä työyhteisössä. Yksittäisiä kommentteja tuli joiltain vastaajilta siitä, että kyselylomake oli liian pitkä tai kysymykset koettiin liian vaikeiksi.

## 7 SUOSITUKSET

### **Yleiset asiat ja alueellisen kehittämisen tarve**

Selvityksen eri osa-alueissa tarkasteltiin työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen yhteistyön toimivuutta työkyvyn tuen näkökulmasta. Käytäntöön vietävät kehitettävät asiat liittyivät tiedonkulkuun, yhteistyökäytäntöihin ja toimijoiden roolien, työnjaon ja vastuiden selkiyttämiseen työkyvyn arvioinnissa. Tärkeimmiksi nousseet kehittämistarpeet olivat kaikille alueille yhteisiä. Alueelliset erot ja erityispiirteet tulivat esille alueiden valitsemisissa käytännön kehittämistyön kohteissa.

### **1 Tiedonkulkuun liittyvät pulmat**

Potilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyvän ajantasaisen ja tarkoituksenmukaisen tiedon välittämiseen tarvitaan toimivat tietojärjestelmät, joiden välillä on yhteensopivuus. Niiden sisältämän sähköisen lähete – palaute järjestelmän tulisi toimia erikoissairaanhoidon ja työterveysyksiköiden välillä riippumatta siitä, mikä on työterveyshuollon järjestämismuoto (terveyskeskuksen työterveyshuolto, kunnallinen liikelaitos, lääkärriasema, yrityksen oma tai yritysten yhteinen työterveyshuolto).

Tietojärjestelmäratkaisujen rinnalla toimivan käytännön aikaansaaminen edellyttää erikoissairaanhoidossa lähete – palautekäytännön suunnittelua (esimerkiksi ajantasaisten yhteystietojen varmistamista, palautteen lähettämiskäytännöstä sopimista) ja työterveyshuollon osalta ajantasaisten yhteystietojen ilmoittamista erikoissairaanhoidon.

Vastaava molempiin suuntiin toimiva lähete-palaute käytäntö tarvitaan myös terveyskeskusten ja työterveyshuoltojen välille. Tietojärjestelmäratkaisut voivat olla hankalampia kuin erikoissairaanhoidon kohdalla, koska kokemusta toiminnasta on vähemmän. Siirtymävaiheeseen tarvitaan sovitut käytännöt, kuten erikoissairaanhoidossakin.

Tiedonkulun toimivuus on vain osaksi tekniikkaa. Moleminpuolinen tieto ja ymmärrys toisen toiminnasta on perusta, jolta tunnistetaan tarve välittää tietoa potilaan tarkoituksenmukaisen hoidon toteutumiseksi, vältetään viiveitä ja päällekkäisiä toimintoja. Tarvitaan toimintatapa, jota käyttäen jokaisen alueen toimijan ajantasaiset yhteystiedot ovat käytettävissä ja yhteydenottotavoista on sovitut käytännöt. Mahdollisuus suojattuun sähköiseen viestintään toimijoiden välillä tulisi selvittää. Se voisi toimia lyhyiden konsultaatioiden välineenä ja vähentää erikoissairaanhoidon lähettämisen tarvetta.

### **2. Yhteistyökäytännöt**

Toimivia yhteistyömuotoja tarvitaan työkyvyn tukemiseksi erityisesti niiden sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa, joihin liittyy pitkittyviä työkyvyttömyysjaksoja (esim. mielenterveyden ongelmat, tuki- ja liikuntaelinsairaudet). Erityiskysymyksen muodostavat ns. monioireiset potilaat, joiden työkyvyn arviointiin liittyvät pulmat nousivat esille ryhmähaastatteluisissa kaikilla viidellä alueella. Työterveyshuollon osallistuminen hoitoketjutyöhön ja työkykynäkökulman huomioon ottaminen hoitoketjuja rakennettaessa on tärkeää ja tulee ottaa alueellisessa hoitoketjutyössä huomioon.

Yhteistyökäytäntöjen ja yhteistyön muuttumista luonnolliseksi osaksi toimijoiden arkea voitaisiin tukea järjestämällä alueellisia, säännöllisiä työkyvyn ja työhön paluun tuen näkökulmaan painottuvia potilastapausten käsittelyjä terveydenhuollon toimijoiden kesken. Tavoitteena on saada työkyky-ongelmaisen hoitoreitti sujuvammaksi ja välttää päällekkäistä työtä.

Toimijoiden välisen yhteistyön periaatteeksi nousi potilaan palvelutarpeen arviointi toimijoiden välisen yhteistyön perustana. Pitkäaikaissairauksien hoidon työnjakoa erikoissairaanhoidon ja terveyskeskusten välillä on kuvattu hoitoketjuissa. Samalla tavalla työnjaon pitäisi olla yhteistyössä pohdittua myös työterveysyksiköiden ja terveyskeskuksen välillä.

### 3. Toiminta verkostoissa ja verkostoina

Tässäkään selvityksessä työterveyshuoltoa ei nähty osana terveydenhuoltojärjestelmää, eikä työterveyshuollon erityisosaamista työkyvyn tuessa, esimerkiksi yhteistyössä työpaikkojen kanssa tehtävässä työn muokkauksen ja työjärjestelyjen suunnittelussa sekä muiden työkyvyn tuen ratkaisujen käytössä tunnettu ja osattu käyttää riittävästi hyödyksi. Lainsäädännön ohjaus on ollut hyvä heräte, mutta ei yksinään riitä tuomaan työterveyshuollon osaamista muiden terveydenhuollon toimijoiden käyttöön. Työterveyshuollon omaa aktiivisuutta ja jalkautumista sekä erikoissairaanhoidon tilaisuuksiin että terveyskeskuksiin tarvitaan.

Työterveyspalvelujen järjestämistapojen moninaisuus, siihen liittyen työterveysyksiköiden erilaiset resurssit palvelujen tuottamisessa ja edellisten rinnalla työnantajien ja työterveyshuollon välisten sopimusten sisällön vaihtelu tekevät työterveyshuollon toiminnan muulle terveydenhuollolle vaikeasti ymmärrettäväksi. Tilanne yhteistyön kannalta ei ole helppo myöskään alueen työterveystoimijoille.

Työterveyshuollon osallistumisessa alueelliseen hoitoketjutyöhön pitää sopia, kuka tai mikä taho edustaa alueen työterveysyksiköitä. Tämän rinnalla olisi eduksi, että työterveyshuollolla olisi oma alueellinen verkostonsa, jossa asioita voitaisiin valmistella työterveyshuollon näkökulmasta. Jää nähtäväksi, syntyvätkö työterveyshuollon alueelliset verkostot työterveystoimijoiden oman aktiivisuuden pohjalta vai tarvitaanko herätteitä esimerkiksi perusterveydenhuollon yksiköiltä.

Työterveyshuollon rooli ja tehtävä työkyvyn tuessa eivät olleet selkeitä muille terveydenhuollon toimijoille. Kun työterveyshuolto edellä kuvatun tavoitteen mukaisesti osallistuu yhdenvertaisena toimijana hoitoketjutyöhön, se tulee muuttamaan sekä terveydenhuollon toimijoiden että myös yleistä käsitystä työterveyshuollon perustehtävästä.

Perusterveydenhuollon yksikkö erikoissairaanhoidossa toimii hoitoketjutyötä koordinoivana tahona. Yksiköiden valmiutta ottaa työterveyshuolto mukaan hoitoketjutyöhön tulisi parantaa. Verkostoyhteistyön vahvistamisen kautta perusterveydenhuollon yksiköt saisivat tarvitsemaansa tietoa alueen työterveyshuoltojen toiminnasta.

### 4. Työkyvyn tuen erityisryhmät

Oman haastavan erityiskysymyksensä yhteistyössä muodostavat pitkäaikaistyöttömien työkyvyn arviointiin ja työkyvyn tukeen liittyvät pulmat, joiden ratkaisemisessa perinteiset terveydenhuollon tai työterveyshuollonkaan toimintatavat eivät ole riittäviä. Vastaavan tyyppisiä tilanteita liittyy syrjäytymisuhassa olevien nuorten ja epävakaa työllä olevien työikäisten työkyvyn tuen toiminnan rakentamiseen.

### 5. Havainnot käytäntöön

Ratkaisuja alueelliseen toiminnan kehittämiseen ei voi antaa ylhäältä, valtakunnan tasolta tai toiminnan ulkopuolelta. Alueen toimijat tuntevat parhaiten sekä oman alueensa toimijat että toiminnan erityispiirteet. Luontevana jatkona tälle selvitykselle toimisi konkreettinen jatkokehittäminen muutaman sairaanhoitopiirin alueella ja näillä alueilla saatujen käytäntöjen levittäminen laajemmin valtakunnallisesti.

Tässä selvityksessä tuotiin esille yhteistyön kehittämistarpeet viiden sairaanhoitopiirin osalta. Tuloksia ja havaintoja voidaan hyödyntää yleisemminkin terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden yhteistyön kehittämisessä jatkossa.

SOTE- uudistus keskittyy terveydenhuollon rakenteiden ja rahoituksen ratkaisuihin. Käytännön toiminnan tasolla toiminnan sujuvuutta parantavat ja päällekkäisiä toimintoja vähentävät ratkaisut, jotka tukevat hoitoketjujen rakentamista asiakaslähtöisesti monien toimijoiden yhteistyönä. Tässä selvityksessä tuotettiin tietoa miten monitoimijaisesti verkostoja tulee jatkossa kehittää ja mitkä ovat yhteistyön kehittämistarpeet.

**Toimiva työkyvyn tuki työterveyshuollon, muun terveydenhuollon ja kuntoutus toimijoiden välisessä yhteistyössä edellyttää seuraavien asioiden toteutumista:**

1. Työterveyshuollon, muun terveydenhuollon ja kuntoutustoimijoiden yhteisenä tavoitteena tulee olla työkyvyn tukeminen.
2. Työterveyshuollon toimijoiden tulee olla tietoisia roolistaan työkyvyn tuessa. Työterveyshuollon tulee yhteistyössä hoidossaan olevien yritysten kanssa olla selvillä niiden työkyvyn tuen tarpeista, työkykyyn vaikuttavista sairauksista ja niihin liittyvistä prosesseista. Lisäksi työterveyshuollolla ja yrityksillä tulee olla käytössään yhdessä rakennettu toimintatapa työkyvyn tukemiseen.
3. Muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden tulee hyväksyä työterveyshuollon tehtävä työkyvyn tuen koordinoijana.
4. Yhteistyössä on suunniteltava ja sovittava käytännöt työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutustoimijoiden väliseen tiedonkulkuun ja muuhun tarvittavaan yhteistyöhön työkyvyn tuessa.

## LIITTEET

Liite 1. Kysely sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköille



### **Alueellisella yhteistyöllä tukea työkykyyn (kysely perusterveydenhuollon yksiköille)**

#### **Perusterveydenhuollon yksikön toiminta**

1. Perusterveydenhuollon yksikkö, jonka puolesta vastaan:

---

---

---

2. Miten työterveyshuolto-osaaminen on huomioitu perusterveydenhuollon yksikönne toiminnassa ja henkilöresurssoinnissa?

---

---

---

3. Keiden työterveyshuollon palveluntuottajien kanssa olette yksikössänne miettineet työterveyshuollon roolin ja toiminnan niveltymistä muuhun terveydenhuoltoon?

---

---

---

4. Menevätkö yksikönne alueella työterveyshuollon palvelut (niin ennalta-ehkäisevä kuin sairaanhoito) päällekkäin muun terveydenhuollon palvelujen kanssa? Ja jos menevät, niin miten?

---

---

---

5. Mitä informaatiota yksikönne tarvitsisi työterveyshuollon toimintojen osalta terveydenhuoltopalvelujen hahmottamiseksi vielä paremmin?

---

---

---

6. Mitä yksikönne odottaa alueen työterveyshuollon palveluntuottajilta?

---

---

---

#### **Alueellisen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma**

7. Miten alueellisessa järjestämissuunnitelmassa on huomioitu työterveyshuollon rooli ja toiminta?

---

---

---

8. Mitkä työterveyshuollon palveluntuottajat toimivat järjestämissuunnitelman kattamalla alueella?

---

---

**9.** Miten työterveyshuollon palvelujentuottajien osuudet jakautuvat henkilömäärän suhteen sairaanhoitopiirinne alueella?

---

---

---

**10.** Kuinka paljon sairaanhoitopiirinne alueen kunnissa on ihmisiä, jotka kuuluvat työterveyshuollon piiriin?

---

---

---

**11.** Miten sairaanhoidonpiirissänne tehdään yhteistyötä tai toimitaan työterveyshuollon roolin selkiyttämiseksi?

---

---

---

### **Hoitoketjut**

**12.** Toimiiko sairaanhoitopiirissänne alueellinen terveydenhuollon toimijoiden verkosto?

Kyllä

Ei  
(siirry kysymykseen 17)

Suunnitteilla  
( siirry kysymykseen 15)



**Hoitoketjut**

**13.** Miten alueellinen terveydenhuollon toimijoiden verkosto on organisoitu?

---

---

---

**14.** Mitkä ovat verkoston tavoitteet?

---

---

---

Siirry kysymykseen 19

**Hoitoketjut**

**15.** Miten alueellisen terveydenhuollon toimijoiden verkosto on ajateltu organisoituvan?

---

---

---

**16.** Mitä tavoitteita verkostolle on suunniteltu asetettavan?

---

---

---

Siirry kysymykseen 19

**Hoitoketjut**

17. Haluaisitteko tukea alueellisen terveydenhuollon toimijoiden verkoston rakentamiseen?

Kyllä

Ei

18. Jos haluatte tukea, niin millaista tukea tarvitsette?

---

---

---

**Hoitoketjut**

19. Miten sairaanhoitopiirissänne on järjestetty tärkeimpien työkyvyttömyyttä aiheuttavien sairauksien (tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja mielenterveyssairaudet) hoitoketjut?

---

---

---

20. Miten hoitoketjutyössä on huomioitu eri kuntoutuksen palveluntuottajien mukana olo?

---

---

---

**21. Miten hoitoketjujen rakentamisessa on hyödynnetty sairaanhoitopiirinne alueella toimivia**

a) kunnallisia työterveyshuollon palveluntuottajia

---

---

---

b) yksityisiä työterveyshuollon palveluntuottajia

---

---

---

Kiitos vastauksistanne!

Liite 2. Kysely terveydenhuollon toimijoille.



## Alueellinen yhteistyö työkyvyn tukemiseksi -kysely terveydenhuollon toimijoille

Suunnattu koko työpaikalle, siten että kyselyyn vastaaminen tulisi tapahtua työpaikan yhteisessä palaverissa. Tarkastelkaa toimintaanne viimeisen vuoden ajalta.

### TAUSTAKYSYMYKSET

1. Milloin tämä kyselylomake on käsitelty yhteisessä kokouksessa?

\_\_\_\_\_

2. Keitä on ollut paikalla tässä yhteiskokouksessa?

lääkäreitä

terveydenhoitajia

fysioterapeutteja

psykologeja

sairaanhoitajia

sosiaalityöntekijöitä

muita työntekijöitä, ketä?

\_\_\_\_\_

**3. Sairaanhoidopiirin alue**

- Keski-Suomen sairaanhoidopiiri
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
- Pohjois-Savon sairaanhoidopiiri
- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
- Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri

**4. Toimintasektori**

- erikoissairaanhoido, erikoisala \_\_\_\_\_
- kuntoutuslaitos
- muu kuntoutustaho
- terveyskeskus
- yksityinen lääkärikeskus

**TYÖKYVYN TUKEMINEN****5. Otatteko työkykyasiat aktiivisesti esille työikäisen potilaan ollessa vastaanotolla?**

- Kyllä lähes joka käynnillä sairausloman pituudesta riippumatta
- Vain silloin kun kyse yli 3kk sairauslomasta
- en, odotamme potilaan ottavan asian esille, jos on tarpeen
- jokin muu vaihtoehto, mikä? \_\_\_\_\_

**6. Kuinka suurelta osuudelta työikäisiltä potilailta kysytte, onko heillä työterveyshuoltoa?**

\_\_\_\_\_ %

**7. Kuinka suureksi arvioitte työikäisen potilaiden määrän, joiden kanssa keskustelite sairauden vaikutuksesta työhön? Ts. kirjoitatte sairauslomatoistuksen tai ehdotatte rajoitteita työn tekemiseen liittyen?**

\_\_\_\_\_ %

**8.** Kuinka suureksi arvioitte työikäisten potilaiden määrän, joiden kanssa keskustellette työn vaikutuksista sairauteen? Ts. aiheuttaako työn tekeminen mahdollista sairauden pahenemista?

\_\_\_\_\_ %

**9.** Millaiseksi koette työkykyasioiden puheeksioton vastaanoton yhteydessä?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10.** Moniongelmaisen työikäisten potilaiden hoidon ja kuntoutuksen suunnittelemisessa on hyötyä hoitoneuvotteluista, joissa myös työterveyshuollon toimija on mukana. Toteutetaanko työpaikallanne edellä mainitun kaltaisia hoitoneuvotteluita?

- kyllä  
 ei

#### TYÖKYVYN TUKEMINEN

**11.** Onko teillä tarvetta hoitoneuvotteluihin, joissa työterveyshuollon toimija on mukana?

- kyllä  
 ei

#### TYÖKYVYN TUKEMINEN

**12.** Onko Teillä mahdollisuutta hoitoneuvotteluihin?

- kyllä  
 ei

**TYÖKYVYN TUKEMINEN**

**13.** Onko hoitoneuvottelu käytännöistä laadittu kirjallinen toimintaohje?

- kyllä  
 ei

**14.** Miten toimintaohjetta voisi kehittää?

---



---



---

**YHTEISTYÖ TYÖTERVEYSHUOLLON PALVELUNTUOTTAJIEN KANSSA**

**15.** Onko työterveyshuollon palveluntuottajien kanssa sovittua toimintaohjetta tai -käytäntöä potilaiden työterveyshuoltoon ohjaamisesta?

	kyllä, yleinen toimintapa	kyllä, kirjallinen toimintaohje	ei kyseistä palveluntuottajaa ei alueella	
kunnallinen työterveyshuollon liikelaitos tai osakeyhtiö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
terveyskeskuksen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkärikeskuksen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yrittäjien oma työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yrittäjien yhteinen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**16.** Onko työterveyshuollon palveluntuottajien kanssa sovittua toimintaohjetta tai -käytäntöä siitä, miten työterveyshuollot ohjaavat potilaita yksikköönne?

	kyllä, yleinen toimintapa	kyllä, kirjallinen toimintaohje	ei	kyseistä palveluntuottajaa ei alueella
kunnallinen työterveyshuollon liikelaitos tai osakeyhtiö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
terveyskeskuksen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkärikeskuksen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yrittäjien oma työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yrittäjien yhteinen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17.** Onko yksikköönne ja alueen työterveyshuollon palveluntuottajien välillä sovittu toimintatapa tai työnjako työkykyasioiden hoidossa?

	kyllä, yleinen toimintapa	kyllä, kirjallinen toimintaohje	ei	kyseistä palveluntuottajaa ei alueella
kunnallinen työterveyshuollon liikelaitos tai osakeyhtiö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
terveyskeskuksen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkärikeskuksen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yrittäjien oma työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yrittäjien yhteinen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### YHTEISTYÖ TYÖTERVEYSHUOLLON PALVELUNTUOTTAJIEN KANSSA

**18.** Onko lähettämisen perustana oleva ongelma kuvattu riittävän selkeästi yksikköönne saapuvissa työterveyshuollon läheteissä?

- kyllä, kuinka monessa %:ssa läheteistä \_\_\_\_\_
- ei



**19.** Onko työterveyshuollon palveluntuottajan kanssa sovittu epikriisien/hoitopalautteiden lähettämisestä (mikäli potilas on antanut luvan)?

	kyllä, yleinen toimintapa	kyllä, kirjallinen toimintaohje	ei kyseistä palveluntuottajaa ei alueella
kunnallinen työterveyshuollon liikelaitos tai osakeyhtiö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
terveyskeskuksen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkärikeskuksen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yrittäjän oma työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yrittäjien yhteinen työterveyshuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**20.** Jos potilaan työkyvyttömyys jatkuu yli 3 kk, miten ohjaatte potilaan työterveyshuoltoon?

- ei sovittua käytäntöä
- lääkäri ohjaa
- hoitaja ohjaa
- joku muu ohjaa, kuka \_\_\_\_\_

**21.** Mitkä asiat vaikeuttavat eniten potilaan ohjaamista työterveyshuoltoon?

---



---



---

**22.** Onko 30-60-90 pv lakimuutoksien jälkeen tullut muutoksia käytäntöihinne työterveyshuoltojen kanssa? linkki:[http://www.kela.fi/documents/10180/12149/90paivaa\\_uusi.indd.pdf/67900008-0ae3-4dd3-8ccd-57cb0234618a](http://www.kela.fi/documents/10180/12149/90paivaa_uusi.indd.pdf/67900008-0ae3-4dd3-8ccd-57cb0234618a)

- kyllä
- ei

YHTEISTYÖ TYÖTERVEYSHUOLLON PALVELUNTUOTTAJIEN KANSSA

23. Millaisia muutoksia käytäntöihinne on tullut 30-60-90 lainsäädäntömuutoksien jälkeen?

---

---

---

24. Millaiset tekijät (3kpl) edistävät eniten yhteistyötä työterveyshuollon palveluntuottajien kanssa?

---

---

---

25. Millainen yhteistyö työterveyshuollon palveluntuottajien kanssa toimii parhaiten?

---

---

---

26. Mitkä tekijät (3kpl) vaikeuttavat eniten yhteistyötä työterveyshuollon palveluntuottajien kanssa?

---

---

---

27. Mitä ehdotatte yhteistyön parantamiseksi työterveyshuollon palveluntuottajien kanssa?

---

---

Liite 3. Kysely työterveyshuollon toimijoille.



### **Alueellinen yhteistyö työkyvyn tukemiseksi -kysely työterveyshuollon toimijoille**

Suunnattu koko työpaikalle, siten että kyselyyn vastaaminen tulisi tapahtua työpaikan yhteisessä palaverissa.  
Tarkastelkaa toimintaanne viimeisen vuoden ajalta.

#### TAUSTAKYSYMYKSET

1. Milloin tämä kyselylomake on käsitelty yhteisessä kokouksessa? \*

\_\_\_\_\_

2. Keitä on ollut paikalla tässä yhteiskokouksessa? \*

- lääkäreitä
- työterveyshoitajia/terveydenhoitajia
- fysioterapeutteja
- psykologeja
- sairaanhoitajia
- sosiaalityöntekijöitä
- muita työntekijöitä, ketä?

\_\_\_\_\_

**3. Sairaanhoidopiirin alue \***

- Keski-Suomen sairaanhoidopiiri
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
- Pohjois-Savon sairaanhoidopiiri
- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
- Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri

**4. Toimintasektori \***

- kunnallinen työterveyshuollon liikelaitos, osakeyhtiö tai taseyksikkö
- terveyskeskuksen työterveyshuolto
- lääkärikeskuksen työterveyshuolto
- yrityksen oma työterveyshuolto
- yritysten yhteinen työterveyshuolto

**TYÖKYVYN TUKEMINEN**

**5. Moniongelmaisen työikäisten potilaiden hoidon ja kuntoutuksen suunnittelemissa on hyötyä hoitoneuvotteluista muiden hoito- tai kuntoutustahojen kanssa. Toteutetaanko työpaikallanne edellä kuvatun kaltaisia hoitoneuvotteluja?**

- kyllä
- ei

**6. Onko hoitoneuvotteluista kirjallinen ohje?**

- kyllä
- ei

7. Miten hoitoneuvottelukäytäntöä voisi kehittää?

---



---



---

**YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLON ERI TOIMIJOIDEN KANSSA**

8. Onko terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden kanssa sovittua toimintaohjetta tai -käytäntöä potilaiden ohjaamisesta?

	kyllä, yleinen toimintatapa	kyllä, kirjallinen toimintaohje	ei
erikoissairaanhoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perusterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kuntoutustoimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksityissektorin toimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Koetteko että terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijat ovat riittävän ajoissa yhteydessä työterveyshuoltoon työkykyasioissa?

	kyllä	ei	Jos vastasitte ei, miten yhteistyötä voisi parantaa?
erikoissairaanhoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
perusterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>
kuntoutustoimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>
yksityissektorin toimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>

**YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLON ERI TOIMIJOIDEN KANSSA**

**10.** Onko terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden kanssa sovittua toimintaohjetta tai -käytäntöä, miten eri toimijat ohjaavat potilaita Teidän yksikköön?

	kyllä, yleinen toimintatapa kyllä, kirjallinen toimintaohje ei		
erikoissairaanhoido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perusterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kuntoutustoimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksityissektorin toimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11.** Onko terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden kanssa sovittua toimintatapaa tai työnjakoa työkykyasioiden hoidossa?

	kyllä, yleinen toimintatapa	kyllä, kirjallinen toimintaohje	ei	
erikoissairaanhoido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jos vastasitte kyllä, millaisista asioista olette sopineet?
perusterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
kuntoutustoimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
yksityissektorin toimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____

## YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLON ERI TOIMIJOIDEN KANSSA

12. Koetteko että saatte riittävästi tietoa terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoilta työkyvyn arvion tueksi?

	kyllä, saamme riittävästi tietoa emme saa riittävästi tietoa	
erikoissairaanhoido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perusterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kuntoutustoimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksityissektorin toimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jos vastasitte emme saa riittävästi tietoa, niin mitä tietoa tarvitsitte?

---

---

---

---

**13.** Onko 30-60-90 pv lakimuutoksen jälkeen tullut muutoksia käytäntöihinne terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoiden kanssa? Linkki :[http://www.kela.fi/documents/10180/12149/90paivaa\\_uusi.indd.pdf/67900008-0ae3-4dd3-8ccd-57cb0234618a](http://www.kela.fi/documents/10180/12149/90paivaa_uusi.indd.pdf/67900008-0ae3-4dd3-8ccd-57cb0234618a)

	kyllä	ei
erikoissairaanhoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perusterveydenhuolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kuntoutustoimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksityissektorin toimijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jos vastasitte kyllä, millaisia muutoksia?

---

---

---

---

#### YHTEISTYÖ ERIKOISSAIRAANHOIDON KANSSA

**14.** Mitkä tekijät (3kpl) edistävät eniten yhteistyötä erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa?

---

---

---



**15.** Millainen yhteistyö erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa toimii parhaiten?

---

---

---

**16.** Mitkä tekijät (3kpl) vaikeuttavat eniten yhteistyötä erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa?

---

---

---

**17.** Mitkä asiat vaikeuttavat erikoissairaanhoidon ohjaamista?

---

---

---

**18.** Millä keinoilla erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välistä yhteistyötä voisi parantaa?

---

---

---

**YHTEISTYÖ PERUSTERVEYDNHUOLLON TOIMIJOIDEN (TERVEYSKESKUSTEN)  
KANSSA**

**19. Mitkä tekijät (3kpl) edistävät eniten yhteistyötä terveyskeskusten kanssa?**

---

---

---

**20. Millainen yhteistyö terveyskeskusten kanssa toimii mielestänne parhaiten?**

---

---

---

**21. Mitkä tekijät (3 kpl) vaikeuttavat eniten yhteistyötä terveyskeskusten kanssa?**

---

---

---

**22. Mitkä asiat vaikeuttavat terveyskeskukseen ohjaamista?**

---

---

---

**23. Millä keinoilla terveyskeskusten ja työterveyshuollon toimijoiden välistä yhteistyötä voisi parantaa?**

---

---

## YHTEISTYÖ KUNTOUTUSTOIMIJOIDEN KANSSA

**24.** Mitkä tekijät (3 kpl) edistävät eniten yhteistyötä kuntoutustoimijoiden kanssa?

---

---

---

**25.** Millainen yhteistyö kuntoutustoimijoiden kanssa toimii mielestänne parhaiten?

---

---

---

**26.** Mitkä tekijät (3 kpl) vaikeuttavat eniten kuntoutustoimijoiden ja työterveyshuoltojen välistä yhteistyötä?

---

---

---

**27.** Mitkä asiat vaikeuttavat eniten kuntoutukseen ohjaamista?

---

---

---

**28.** Millä keinoilla työterveyshuolto- ja kuntoutustoimijoiden välistä yhteistyötä voisi parantaa?

---

---

## YHTEISTYÖ YKSITYISSEKTORIN TOIMIJOIDEN KANSSA

29. Mitkä tekijät (3 kpl) edistävät eniten yhteistyötä yksityissektorin toimijoiden kanssa?

---

---

---

30. Millainen yhteistyö yksityissektorin toimijoiden kanssa toimii mielestänne parhaiten?

---

---

---

31. Mitkä tekijät (3 kpl) vaikeuttavat eniten yksityissektorin toimijoiden ja työterveyshuoltojen välistä yhteistyötä?

---

---

---

32. Mitkä asiat vaikeuttavat eniten yksityissektorille ohjaamista?

---

---

---

33. Millä keinoilla työterveyshuolto- ja yksityissektorin toimijoiden välistä yhteistyötä voisi parantaa?

---

Liite 4. Nuolikaavioiden taulukot terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimijoille suunnatusta kyselystä.

	ESH-->TTH	TTH-->ESH	PTH-->TTH	TTH-->PTH	KUNT-->TTH	TTH-->KUNT
Tiedonkulku	19 %	34 %	23 %	27 %	18 %	31 %
Keskinäinen vuorovaikutus	40 %	26 %	31 %	21 %	47 %	51 %
Yhteiset toimintatavat/käytänteet	18 %	12 %	36 %	35 %	29 %	12 %
Toiminnan sisältöön liittyvät asiat	12 %	9 %	8 %	16 %	0 %	0 %
Asiakkaisiin/potilaisiin liittyvät asiat	3 %	4 %	3 %	0 %	6 %	4 %
Resurssit	7 %	14 %	0 %	2 %	0 %	2 %

Taulukko 4.1 Yhteistyötä edistävien asioiden suhteelliset osuudet toimijoiden välillä

	ESH-->TTH	TTH-->ESH	PTH-->TTH	TTH-->PTH	KUNT-->TTH	TTH-->KUNT
Tiedonkulku	15 %	30 %	46 %	29 %	0 %	23 %
Keskinäinen vuorovaikutus	21 %	14 %	0 %	0 %	15 %	14 %
Yhteiset toimintatavat/käytänteet	10 %	9 %	4 %	10 %	5 %	26 %
Toiminnan sisältöön liittyvät asiat	19 %	24 %	13 %	47 %	40 %	26 %
Asiakkaisiin/potilaisiin liittyvät asiat	17 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Resurssit	17 %	23 %	38 %	14 %	40 %	12 %

Taulukko 4.2 Yhteistyötä vaikeuttavien asioiden suhteelliset osuudet toimijoiden välillä

	ESH-->TTH	TTH-->ESH
1 Tiedonkulku	16 %	18 %
2 Keskinäinen vuorovaikutus	52 %	38 %
3 Yhteiset toimintatavat/käytännöt	12 %	23 %
4 Toiminnan sisältöön liittyvät asiat	16 %	15 %
5 Asiakkaisiin/potilaisiin liittyvät asiat	4 %	0 %
6 Resurssit	0 %	5 %

Taulukko 4.3 Kehittämisehdotukset yhteistyön parantamiseksi

Liite 5. Seminaareihin osallistujat.

---

**Oulun seminaariin osallistujat 5.6.2014**

---

Erikoissairaanhoito	1
Perusterveydenhuolto	3
Työterveyshuolto	12
Kuntoutuksen palveluntuottaja	2
Muut osallistujat	7
Yhteensä	27

---

---

**Jyväskylän seminaariin osallistujat 6.6.2014**

---

Erikoissairaanhoito	11
Perusterveydenhuolto	4
Työterveyshuolto	20
Kuntoutuksen palveluntuottaja	3
Muut osallistujat	4
Yhteensä	42

---

---

**Kuopion seminaariin osallistujat 10.6.2014**

---

Erikoissairaanhoito	2
Perusterveydenhuolto	4
Työterveyshuolto	5
Kuntoutuksen palveluntuottaja	1
Muut osallistujat	7
Yhteensä	19

---

---

**Turun seminaariin osallistujat 17.6.2014**

---

Erikoissairaanhoito	2
Perusterveydenhuolto	6
Työterveyshuolto	12
Kuntoutuksen palveluntuottaja	1
Muut osallistujat	5

---

---

Yhteensä	26
----------	----

---

---

**Lahden seminaariin osallistujat 19.9.2014**

---

Erikoissairaanhoito	2
Perusterveydenhuolto	3
Työterveyshuolto	10
Kuntoutuksen palveluntuottaja	-
Muut osallistujat	6
Yhteensä	21

---

## LÄHTEET

- Ahtela J. 2015. Työ hyväksi, sanoista tekoihin- Parempaa työkykyä ja pidempiä työuria työpaikkojen omin toimin. Apua ja tukea työpaikoille uudella yhteistyöllä. Saatavissa: <http://www.finnsafe.net/varak3/images/TTP/ahtela.pdf> Viitattu 30.10.2015.
- Aira A. 2012. Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37743/9789513947088.pdf> Viitattu: 5.6.2015.
- Buijs PC, Lambeek LC, Koppenrade V, Hooftman WE & Anema JR. 2009. Can workers with chronic back pain shift from pain elimination to function restore at work. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 22, 65-73.
- Denzin N. 1989. *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. Englewood Cliffs. Prentice Hall.
- Ehdotuksia työurien pidentämiseksi 2010. Työelämäryhmän raportti 1.2.2010. Saatavissa: <http://www.tyoturva.fi/files/1661/TEResitys010210.pdf> Viitattu: 23.9.2015
- Hakulinen H, Laaksonen M & Pesonen S. 2014. BotniaSEITTI –kunnallinen työterveyshuolto kehittyä alueellisissa verkostoissa. Työterveyslaitos, Helsinki. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/BotniaSEITTI\\_KOKO.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/BotniaSEITTI_KOKO.pdf) Viitattu: 23.9.2015
- Hovila H & Okkonen J. 2006. Kokemus organisaation voimavaraksi. eBRC Reseach Reports 32, Tampere. Saatavissa: [https://www.tsr.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=13109&name=DLFE-1942.pdf](https://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-1942.pdf) Viitattu 19.10.2015.
- Hulshof C & Pransky G. 2013. The Role and Influence of Care Providers on Work Disability. *Handbook of Work Disability*, 203-214.
- Hussey L, Turner S, Thorley K, McNamee M & Aqius R. 2010. Comparison of work related ill health reporting by occupational physicians and general practitioners. *Occupational Medicine*, 60, 294–300.
- Janhonen M, Toivanen M, Eskelinen K, Heikkilä H & Järvensivu A. 2015. Rajoja rikkova työ –kohti sujuvia toimintakäytäntöjä verkostoituvassa ja lohkoutuvassa työssä. Työterveyslaitos, Helsinki. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Rajoja\\_rikkova\\_työ\\_loppuraportti\\_pdf.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Rajoja_rikkova_työ_loppuraportti_pdf.pdf) Viitattu: 30.4.2015.
- Juvonen-Posti P, Joensuu M, Reiman A, Heusala T, Takala E-P & Ahonen G, 2014 a. Työkykyjohtaminen-johdettua yhdessä tekemistä. Tietoa työstä – sarja, Työterveyslaitos, Helsinki
- Juvonen-Posti P, Pesonen S, Toivio P, Salmèn M, Himanen A-K, Hannu T, Takala E-P, Niiranen K, Autti-Rämö I, Hinkka K & Uitti J. 2014 b. Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä- Arviointitutkimus 1.6.2012 voimaan astuneiden työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain muutosten täytäntöönpanon toteutumisesta. Työterveyslaitos, Helsinki. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Tyossa\\_jatkamisen\\_tuki.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Tyossa_jatkamisen_tuki.pdf) Viitattu: 7.9.2015.
- Juvonen-Posti P, Seppänen-Järvelä R, Pesonen S, Savinainen M, Laaksonen M & Kaleva S. 2015. Työterveysyhteistyö kuntoutumisen mahdollistajana. *Kuntoutus* 3/2015.
- Järvensivu A & Piirainen T. 2011. When the best is not good enough for all: moral contract as a challenge to the open innovation process. Teoksessa: Alasoini T, Lahtonen M, Rouhiainen N, Sweins C, Hulkko-Nyman K, Spangar T. *Linking Theory and Practice. Learning networks at the Service of Workplace Innovation*.



- Kerätär R, Taanila A, Härkäpää K & Ala-Mursula L. 2014. Sairauslähtöisestä työ- ja toimintakyvyn arvioinnista monialaiseen arviointimalliin. *Duodecim* 130, 495–502.
- Karma P. 1999. Hoitosuositukset ja hoitoketjut–parempaan laatuun kohtuuhintaan. *Käyt Lääk* 42, 170–173.
- Kuitunen S & Hyytinen K. 2004. Julkisten tutkimuslaitosten vaikutusten arviointi. Käytäntöjä, kokemuksia ja haasteita. VTT-tiedotteita 2230, Espoo.
- Lindh J. 2013 Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkoston rakenteistumiseen. Väitöskirja, Lapin yliopisto. Saatavissa: [http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61780/Lindh\\_Jari\\_Acta\\_Electronica\\_126\\_Verkkoversio2.pdf?sequence=5](http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61780/Lindh_Jari_Acta_Electronica_126_Verkkoversio2.pdf?sequence=5) Viitattu: 12.10.2015.
- Loisel P, Durnad MJ, Baril R, Gervais J & Falardeau M. 2005. Interorganizational Collaboration in Occupational Rehabilitation: Perceptions of an Interdisciplinary Rehabilitation Team. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 4, 581-590.
- Lötters FJ, Foets M & Burdorf A. 2011. Work and Health, a Blind spot in Curative healthcare? A Pilot Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 304-312.
- Metteri A. 2007. Dialogisuus. Teoksessa: Satka M, Julkunen I, Meltti T & Yliruka L (toim) Käytännön opetuksen aakkoset. Yhteiskuntapoliittisen laitoksen tutkimuksia 2/2007, Helsingin yliopisto.
- Nieminen H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.
- Nuutinen M. 2000. Hoitoketju. *Duodecim*, 116: 1821-8. Saatavissa: [www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91721.pdf](http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91721.pdf) Viitattu 19.10.2015.
- Pohjola A. 1991. Yhteistyöstä yhteiseen työhön. Teoksessa: Hokkanen L, Kinnunen P, Pohjola A, Urponen K & Väärälä R. Palvelutilkuista yhteiseen työhön. Kemijärven hyvinvointipalveluprojektin osaprojekti. Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja 32, Rovaniemi.
- Romppainen K, Saloniemi A, Kinnunen U, Liukkonen V & Virtanen P. 2014. Does provision of targeted health care for the unemployed enhance re-employment? *BMC Public Health* 14,1200, Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1200> Viitattu: 8.9.2015
- Saranto K & Korpela M. 1999. Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY, Porvoo.
- Sauni R. 2014. Lainsäädäntö. Teoksessa: Uitti J. (toim) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos, Helsinki.
- Seikkula J & Arnkil T. 2009. Dialoginen verkostotyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/79883> Viitattu 5.6.2015
- Seppänen-Järvelä R, Aalto A-M, Juvonen-Posti P, Laaksonen M & Tuusa M (toim.). 2015. Yksilöllisesti räätälöity ja ja työhön kytketty. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/156981/Tutkimuksia139.pdf?sequence=1> Viitattu: 19.10.2015.
- Teddlie C & Tashakkori A. 2009. Foundations of Mixed Methods research. Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences. Sage Publications, Thousand Oaks.

Tuomi J & Sarajarvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummeruksen kirjapaino, Jyväskylä.

Työterveyshuollon hyvä sairaanhoitokäytäntö 2010. Saatavissa:

[http://www.ttl.fi/verkkokirjat/Documents/Tyoterveyshuollon\\_hyva\\_sairaanhoitokaytanto\\_2010.pdf](http://www.ttl.fi/verkkokirjat/Documents/Tyoterveyshuollon_hyva_sairaanhoitokaytanto_2010.pdf)

Viitattu 23.9.2015.

Valtonen A. 2005. Ryhmäkeskustelut- millainen metodi? Teoksessa: Ruusuvuori J. Tiittula L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Osuuskunta Vastapaino, Tampere.

Välimaa V. 2012 Koulutusintervention vaikutus hoitoketjun implementoinnissa. Pro gradu, Tampereen yliopisto, Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83654/gradu05975.pdf?sequence=1>  
Viitattu: 19.10.2015.

Väyrynen S & Lindh J. 2013. Yhteistoimijuuden rajakohteet päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa: Laitinen M. Niskala A. (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Vastapaino, Tampere.

**TYÖTERVEYSLAITOS**

PL 40, 00251 Helsinki

**[www.ttl.fi](http://www.ttl.fi)**

ISBN 978-952-261-589-3 (PDF)

