

Perusterveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia potilaiden työkyvyn tuen tarpeen systemaattisesta tunnistamisesta ja työkykykoordinaattoritoiminnasta

LAURI VÄHÄTALO

YtM, tutkija
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

ANNA SIUKOLA

TtT, projektipäällikkö
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

HANNA NURMI

TtM, tutkija
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

TIIA REHO

LT, kliininen opettaja
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

MERVI VILJAMAA

LT, työterveyshuollon erikoislääkäri
Pihlajalinna

TIIVISTELMÄ

Perusterveydenhuollossa tehtiin kokeilu, jossa hoitajien ja lääkäreiden tuli systemaattisesti tunnistaa ja kirjata potilastietojärjestelmään jokaisen työikäisen potilaan käynnin yhteydessä, onko potilaalla työkyvyn tuen tarve ja liittyykö käynnin syy työhön. Tehtyjen merkintöjen perusteella potilaat ohjautuivat työkykykoordinaattorille. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia tästä kokeilusta.

Tutkimusaineisto koostui 12 perusterveydenhuollon ammattilaisen haastattelusta, mitkä toteutettiin loppuvuodesta 2021. Aineisto analysoitiin induktiivisella teema-analyysillä.

SALLA ATKINS

PhD Social Science, professori
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta,
Karolinska Institutet
Department of Global Public Health, Social
Medicine Infectious Disease and Migration (SIM)

MARKKU SUMANEN

LT, yleislääketieteen professori
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

RIITTA SAUNI

LT, työterveyshuollon ja työlääkietieteen professori
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

ABSTRACT

Public primary health care professionals' perspectives about systematic recognition of patients' need for work ability support services and guidance to work ability coordinator

Lauri Vähätalo, MSocSc, researcher
Anna Siukola, PhD, project manager
Hanna Nurmi, MHS, researcher
Tiia Reho, MD, clinical teacher
Mervi Viljamaa, MD, occupational health physician
Salla Atkins, PhD, professor
Markku Sumanen, MD, professor
Riitta Sauni, MD, professor

A trial was conducted in public primary health care where professionals systematically assessed whether the patient had need for work ability support or the visit related to work. Based on this recognition patients were guided to a work

Potilaan työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen koettiin tarpeelliseksi eikä sitä pidetty erityisen haastavana, jos se tapahtui sopivissa vastaanottilanteissa. Perusterveydenhuollon ammattilaiset kuitenkin toivoivat selkeämpää viestintää koelusta sekä palautetta tekemistään merkinnöistä ja potilaiden ohjautumisesta. Työkykykoordinaattorit koettiin tärkeänä lisänä perusterveydenhuollossa, joskin heidän toimenkuvansa vaikutti jääneen epäselväksi.

Työkyvyn tuen tarpeen systemaattinen tunnistaminen perusterveydenhuollossa vaikuttaa olevan mahdollista ja tarpeellista, mutta sen suunnittelussa tulee huomioida perusterveydenhuollon ammattilaisten näkemykset. Perusterveydenhuollossa työskentelevän työkykykoordinaattorin koettiin voivan vähentää perusterveydenhuollon ammattilaisten potilaan hoitoketjuihin liittyvää selvittelytyötä.

Avainsanat: Työkyky, Perusterveydenhuolto, Potilaan ohjaus, Potilastietojärjestelmät

ability coordinator. This interview study examines professionals' experiences of the trial.

The data consisted of 12 interviews with public primary health care professionals, which were conducted at the end of 2021. Data were analyzed with inductive thematic analysis.

Recognition of need for work ability support was considered necessary and easy if it was conducted during suitable consultations. Participants requested increased communication about the trial and patient referral. Work ability coordinators were seen as important, but their roles remained obscure.

The systematic recognition of need for work ability support in public primary health care appears to be possible and plausible, but the professionals' opinions should be considered during planning. Work ability coordinators may reduce the guidance and investigation work of professionals.

Key words: Work Capacity, Primary Health Care, Patient navigation, Electronic Health Records

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Työttömillä ja ilman työterveyshuoltoa olevilla potilailla on paljon työkykyyn liittyviä haasteita, joita ei systemaattisesti tunnisteta perusterveydenhuollossa.
- Heikossa sosiaalisessa asemassa ja terveydentilassa oleva työikäinen potilas hyötyy työkykykoordinaattorin tai vastaavan asiantuntijan palveluista.
- Perusterveydenhuollossa ei systemaattisesti tunnisteta työkyvyn tuen tarpeessa olevia henkilöitä ja asiakkaiden ohjaamisessa omaan työterveyshuoltoonsa työkykyyn liittyvissä asioissa on kehitettävää.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Työkyvyn tuen tarpeessa olevien potilaiden systemaattinen tunnistaminen ja palveluihin ohjaaminen on mahdollista ja se koetaan tarpeelliseksi perusterveydenhuollossa.
- Työkyvyn tuen tarpeen tunnistamiseen liittyvän toiminnan osalta perusterveydenhuollon ammattilaiset pitivät olennaisina toimintatapaan kouluttamista, viestimistä sekä siitä saatavaa palautetta.
- Työkykykoordinaattorien laajaa osaamista pidettiin perusterveydenhuollossa tarpeellisenä ja heidän koettiin voivan vähentää perusterveydenhuollon ammattilaisten ohjaus- ja selvitystyöhön kuluva aikaa.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Perusterveydenhuollon ammattilaiset kokivat, että työkyvyn tuen tarpeen arvioimisessa on keskeistä kirjaamisen sujuvuus potilastietojärjestelmässä sekä se, että arviointi tulisi tehtäväksi ensisijaisesti vain kiireettömillä vastaanotoilla.
- Perusterveydenhuollon ammattilaiset kokivat työkykykoordinaattorien antaman palveluohjauksen hyödylliseksi työkyvyn tuen tarpeessa olevien potilaiden kohdalla, vaikka työkykykoordinaattorien työn sisältö tunnettiin heikosti.
- Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hyvinvointialueilla kehitettäessä työkyvyn tuen palveluja ja potilasohjausta.

Tutkimuksen lähtökohdat

Viime vuosina on korostettu työkyvyn tuen palvelujen hyötyjä henkilöille, joilla ei ole työterveyshuoltoa (Keyriläinen & Lappalainen, 2023; Oivo & Kerätär, 2018). Suomessa työkyvyn tuen palvelujen tuottamisen ensisijainen vastuu on työnantajien kustantamalla työterveyshuollolla (Työterveyshuoltolaki 1383/2001) ja perusterveydenhuollossa tarjottavat työkyvyn tuen palvelut ovat vaihdelleet merkittävästi alueittain (Sinervo ym., 2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä tavoitteena on, että perusterveydenhuollossa työikäisten työkyvyn tuen palvelujen laatu ja saatavuus yhdenvertaisuisivat hyvinvointialueilla (Normia-Ahlsten ym., 2023). Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) mainittujen työ- tai opiskeluhoollon ulkopuolelle jäävien henkilöiden terveystarkastusten ja terveysneuvonnan lisäksi ei ole olemassa ohjaavaa lainsäädäntöä perusterveydenhuollossa toteutettavan työikäisen väestön työkyvyn tuen palvelujen osalta. Tästä syystä, tulee hyvinvointialueiden työkyvyn tuen palvelujen kehittämisen tueksi tarjota tutkittua tietoa erilaisista työkyvyn tuen palvelujen järjestämistavoista perusterveydenhuollossa.

Yhtenä keskeisenä toimenpiteenä työkyvyn tuen palvelujen kehittämiseksi perusterveydenhuollossa voidaan pitää sosiaali- ja terveysministeriön toimesta vuosina 2019–2023 toteutettua Työkykyohjelmaa (STM verkkosivut). Sen tavoitteena oli kehittää hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveyskeskusiin työkyvyn tuen tiimi -malli. Siinä moniammatilliset tiimit tarjoavat työkyvyn tukea osatyökykyisille työikäisille, joilla ei ole työterveyshuoltoa tai opiskeluterveydenhuoltoa käytössään (Normia-Ahlsten ym., 2023; STM 2020). Tiimien suurin asiakasryhmä on työttömät (Saikku ym., 2023), mihin vaikuttaa esimerkiksi työttömien suurempi sairastavuus (Janlert ym., 2014) ja päihteiden käyttö (Junna ym., 2020), moniongelmaisuus (Stagg ym., 2023), palvelujen heikom-

pi saatavuus (Rinne & Blomgren, 2023) sekä muuta työikäistä väestöä suurempi palvelujen tarve (Kerätär, 2016). Alueellisten hankkeiden kehittämät työkyvyn tuen järjestämisen mallit vaikuttavat kuitenkin eroavan toisistaan (Innokylä verkkosivut).

Hyvinvointialueiden työkyvyn tuen palvelujen kehittäminen edellyttää muutoksia organisaation toiminnassa (Normia-Ahlsten ym., 2023). Olennaisinta palvelujen laadun ja yhdenvertaisuuden kannalta on systemaattisen työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisen organisoiminen ja vakiintuminen osaksi yksiköiden arkea. Ilman toimivia tunnistus- ja ohjaukskäytäntöjä ei ole mahdollista tuottaa sosiaali- ja terveyskeskuksissa kattavaa työkyvyn tukea hyvinvointialueen työikäisille asukkaille (Oosi ym., 2023). Olennaista toiminnan vakiintumisessa on ammattilaisten valmius omaksua uusia toimintatapoja (Weiner ym., 2008). Lisäksi keskeisiksi tekijöiksi terveydenhuollon organisaatiotasaisen kehitysohjelman toteutumisessa on tunnistettu organisaation sisäiset tekijät (esim. rahoitus, johtaminen) sekä prosessi, jolla tarkoitetaan muun muassa henkilöstön kouluttamista uuteen toimintatapaan sekä heidän saamaansa palautetta (Zurynski ym., 2023).

Sosiaali- ja terveyskeskuksissa toteutettavien työkyvyn tuen palvelujen kannalta keskeisessä roolissa ovat asiakasvastaavina toimivat sosiaalihuollon ammattilaiset (STM 2020). Heidän tehtävänä on muodostaa yhteys potilaan käyttämien palvelujen välillä (STM 2023). Aikaisemmassa kirjallisuudessa on osoitettu potilaan saaman palveluohjauksen voivan jopa nostaa hänen omaa arviota työkyvystään (Nurmi ym., 2023). Palveluohjauksen ammattilaiset kuten työkykykoordinaattorit ja asiakasvastaavat eivät kuitenkaan ole työterveyshuoltoa lukuun ottamatta yleisiä terveydenhuollossa (Kausto ym., 2021). Tämän vuoksi näiden ammattilaisten integroituminen osaksi sosiaali- ja terveyskeskusta edellyttää organisaatioilta muutosvalmiutta etenkin potilaan ohjaamis- ja vastuunjakoikäytäntöihin liittyen (Sinervo ym., 2016).

Potilaiden työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen sekä potilaiden ohjautuminen työkyvyn tuen palveluihin perusterveydenhuollossa on ollut nykyisin riippuvainen yksiköiden ja yksittäisten lääkärien toimintamalleista (Sinervo ym., 2016). Työterveyshuollon kontekstissa on havaittu, että systemaattinen potilaiden työkykyriskin arviointi edellyttää potilastietojärjestelmätasoisia muutoksia (Atkins ym., 2020). Hyvinvointialueiden työkyvyn tuen palvelujen valmistelumateriaalissa ei kuitenkaan oteta kantaa tietojärjestelmien muuttamiseen työkyvyn tuen tarpeen tunnistamista tukeviksi (Innokylä verkkosivut; Keyriläinen & Lappalainen, 2023; Normia-Ahlsten ym., 2023; Oosi ym., 2023; Saikku ym., 2023; STM 2020; STM 2023; STM verkkosivut). Tästä herää kysymys, kuinka systemaattisesti työkyvyn tuen tarpeessa olevia potilaita tullaan tunnistamaan hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon yksiköissä ja miten nykyisiä potilastietojärjestelmiä onnistutaan muuttamaan työkyvyn tuen tarpeen arvioimista tukeviksi.

Tietojärjestelmämuutosten onnistumisessa on pidetty olennaisina tekijöinä uudistuksen terveydenhuollon ammattilaisilta edellyttämän työmäärän kohtuullisuutta, heidän sitoutumistaan järjestelmän käyttöön, järjestelmän teknistä toimivuutta ja siitä koettua hyötyä potilastyössä (Keyworth ym., 2018). Myös palautteen saaminen uuden toiminnan (Huang ym., 2018) tai tekniikan käyttöön ottamisesta (Benn ym., 2012) sekä potilaan hoitopolun kehittymisen seuraaminen ohjauksen jälkeen (Rudisill ym., 2023) ovat tekijöitä, jotka voivat vahvistaa terveydenhuollon ammattilaisten sitoutuneisuutta toimintatapojen ja potilastietojärjestelmien muutoksiin. Kääntöpuolella on ammattilaisten kuormittuminen potilastietojärjestelmän käytöstä (Abbott ym., 2015; Guo ym., 2017), minkä vuoksi systemaattisen työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisessa tulee huomioida myös kirjaamistyötä tekevien perusterveydenhuollon ammattilaisten näkökulma.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollon ammattilaisten kokeimuksia kokeilusta, jossa kehitettiin perusterveydenhuollon potilaan työkyvyn tuen tarpeen tunnistamista ja potilasohjausta osana vastaanottotyötä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä potilaiden hoitopolkuja, työkyvyn tuen tarpeen tunnistamista ja työkykykoordinaattoritoimintaa perusterveydenhuollossa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisena perusterveydenhuollon ammattilaiset kokivat työkyvyn tuen tarpeessa olevien potilaiden tunnistamisen osana vastaanottotyötä?
2. Miten perusterveydenhuollon ammattilaiset kokivat työkyvyn tuen tarvetta koskevan merkinnän tekemisen potilastietojärjestelmään osana vastaanottotyötä?
3. Miten perusterveydenhuollon ammattilaiset kokivat työkyvyn tuen tarpeessa oleville tarjotun työkykykoordinaattoritoiminnan osana perusterveydenhuoltoa?

Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Tutkimusasetelma

Työkyvyn tuella pidempiä työuria ja tuottavuutta -toimintamallit monialaiseen yhteistyöhön -hankkeessa (TYKYTUO, 2020–2023) toteutettiin kahdessa pirkanmaalaisessa perusterveydenhuollon yksikössä kokeilu, jossa potilaiden työkyvyn tuen tarvetta tunnistettiin ja työkyvyn tuen tarpeessa olevia potilaita ohjattiin systemaattisesti työkykykoordinaattorin vastaanotolle. Potilastietojärjestelmää muokattiin niin, että lääkärin ja hoitajien tuli systemaattisesti jokaisen 18–68-vuotiaan potilaan käynnin yhteydessä dokumentoida potilastietojärjestelmään, oliko käynnin syy työhön liittyvä ja oliko potilaalla työkyvyn tuen tarvetta. Peruster-

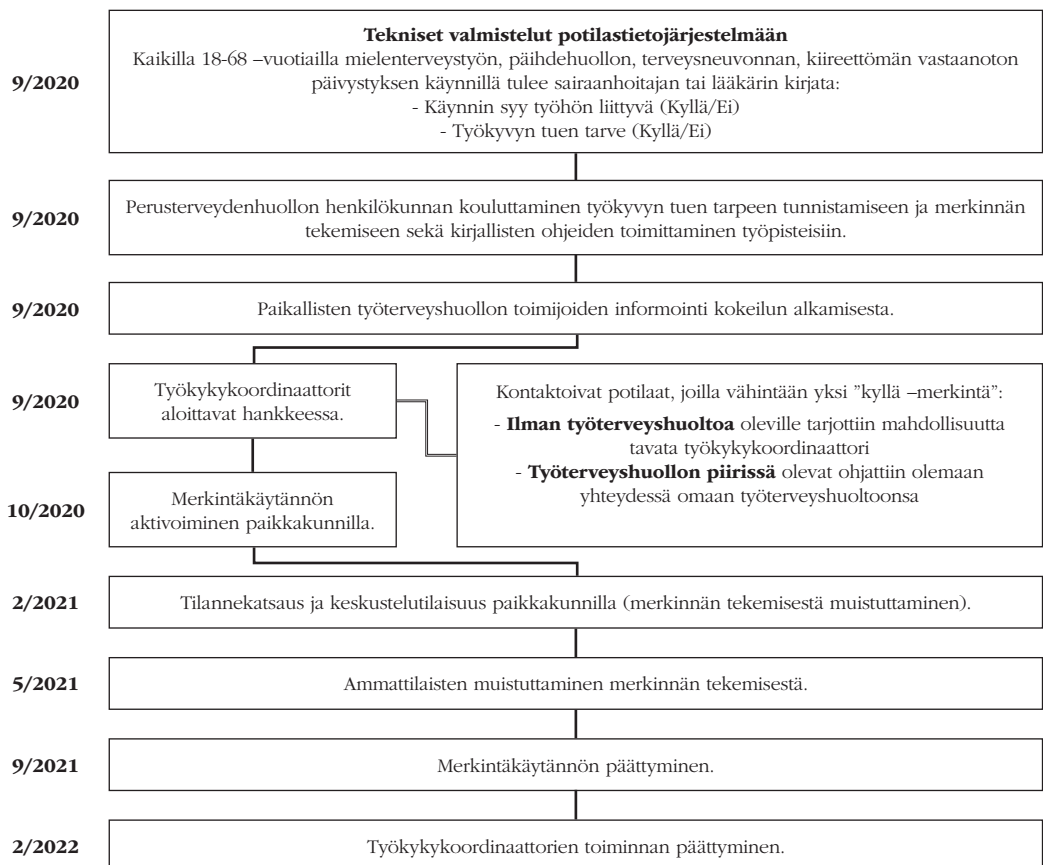
veydenhuollon palvelumuodoista mukana kokeilussa olivat: mielenterveystyö, päihdehuolto, terveysneuvonta ja kiireetön vastaanotto sekä päivystys. Hanke palkkasi perusterveydenhuollon yksiköihin työkykykoordinaattorin, joka otti yhteyttä jokaiseen merkinnän saaneeseen potilaaseen ja tarjosi työttömille tai muutoin ilman työterveys- huoltoa oleville mahdollisuutta tapaami- seen. Näitä tapaamisia oli vähintään kaksi. Mikäli potilaalla oli työterveyshuolto, työ- kykykoordinaattori ohjasi hänet olemaan asiasta yhteydessä omaan työterveyshuoltoonsa. Hanketta rahoitti Euroopan sosiaalirahasto (ESR).

Ennen tunnistamiskäytännön alkamista henkilökunnalle järjestettiin noin tunnin pi-

tuinen koulutus työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisesta sekä merkinnän tekemisestä potilastietojärjestelmään. Lisäksi työpisteille jaettiin kirjalliset ohjeet. Työkyvyn tunnistamiskokeilun vaiheet ja toteutus on esitetty kuviossa 1.

Aineistonkeruu ja tutkimusaineisto

Aineisto kerättiin haastattelemalla perusterveydenhuollon ammattilaisia (n=12) loppuvuodesta 2021. Haastattelusta yksi toteutui parihaastatteluna. Haastattelut liittyivät työkyvyn tuen kokeilun päättymiseen. Tarkoituksena oli haastatella samat 29 ammattilaista, jotka oli haastateltu ennen kokeilun käynnistymistä loppuvuonna 2020



Kuvio 1. Työkyvyn tuen tarpeen tunnistamiskokeilun vaiheet ja toteutus.

(Vähätalo ym., 2022). Näistä perusterveydenhuollon ammattilaisista tavoitettiin 12, jotka olivat työskennelleet koko kokeilun ajan yksiköissä. Muut olivat joko vaihtaneet työpaikkaa tai heitä ei lukuisista yrityksistä huolimatta tavoitettu. Tutkija (LV) sai yksiköiden johtajilta vapaaehtoisesti haastatteluun lupautuneiden yhteystiedot ja oli heihin yhteydessä sähköpostilla sopivan ajankohdan löytymiseksi. Haastattelujen määrän ennakoimisessa noudatettiin edustavuuden periaatteita (information power) (Malterud 2016).

Haastattelut toteutettiin Microsoft Teamsillä ja ne tallennettiin. Puolistrukturoitujen haastattelujen aikana haastattelija teki muistiinpanoja varmistaakseen, että kaikki suunnitellut kysymykset tulivat kysytyiksi. Tallennetusta haastatteluaineistosta hyödynnettiin ainoastaan äänite. Äänitteet litteroitiin sanatarkasti kolmannen osapuolen toimesta ja litteroinnin tarkkuus tarkastettiin vertaamalla nauhoitettuja haastatteluja litteroituihin haastatteluihin. Litteroitua aineistoa oli yhteensä 215 sivua. Haastattelujen ja haastattelujen tiedot on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Haastattelujen ja haastateltavien tiedot

Haastattelu	Haastattelun kesto (minuutteja)	Paikkakunta	Haastateltavien lukumäärä	Ammatti	Sukupuoli	Työkokemus (vuosia)
1	43	1	1	Hoitaja	Nainen	0,5
2	46	2	2*	Hoitaja	Nainen	20 ja 2
3	26	1	1	Hoitaja	Nainen	20
4	22	1	1	Lääkäri	Nainen	0,5
5	34	1	1	Lääkäri	Mies	22
6	32	2	1	Lääkäri	Mies	7
7	30	1	1	Hoitaja	Nainen	31
8	37	1	1	Lääkäri	Mies	4
9	32	2	1	Lääkäri	Nainen	3
10	35	2	1	Lääkäri	Nainen	13
11	27	1	1	Lääkäri	Nainen	5

*Molemmat haastateltavat edustivat samaa sukupuolta ja ammattiryhmää

Aineiston analyysi

Litteroitu haastatteluaineisto analysoitiin noudattaen Braunin ja Clarken (2006) induktiivista teema-analyysimenetelmää. Induktiivinen teema-analyysi on aineistolähtöinen laadullisen aineiston analyysitapa, joka on osa fenomenologista tutkimusperinnettä. Se soveltuu sellaiseen laadulliseen tutkimukseen, jossa ollaan kiinnostuneita tutkittavien kokemuksista, näkökulmista sekä heidän kokemuksilleen antamista merkityksistä. (Braun & Clarke, 2022; Gjellestad ym. 2022.) Induktiivisen teema-analyysin tavoitteena on tunnistaa yksilön kokemus mahdollisimman tarkasti sellaisena kuin haastateltavat sen kokevat (Ho ym., 2017,

Vuori & Åsted-Kurki. 2022). Tutkijan tehtävä on analyysivaiheessa sanoittaa haastattelun kokemus ja tulkita se tavalla, joka on mahdollisimman vapaa tutkijan henkilökohtaisista ennako-oletuksista (Willis, 2001).

Analyysista päävastuussa ollut tutkija (LV) esitteli analyysin tuloksia sen edistyessä tutkimusryhmälle, joka kommentoi etenemistä. Tekstisitaatteja ei analyysivaiheessa lyhennetty niiden alkuperäisen merkityksen säilyttämiseksi. Analysoinnissa käytettiin Atlas.ti ohjelmaa (versio 9.0.24.0) ja tulosten raportoinnissa noudatettiin COREQ-tarkistuslistaa (Tong ym., 2007). Analyysiesi-merkit on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Analyysiesimerkit

Sitaatti	Koodi(t)	Alateema	Teema
”Kun ei oo tullu itelle sitä sillä tavalla tietoon, että mitä ne merkinnät on mahdollisesti poikanut eteenpäin. Niin se, että onko se vaikuttanu asiakkaitten palvelunsaantiin jollain tapaa. Tää on ehkä myöskin semmonen kohta missä sitä ketjua vois selvittää työntekijöille, että mitä se sitten tarkoittaa, jos mä laitan tähän ruutuun sen raksin, että mitä siitä seuraa sille asiakkaalle tai seuraako sille siitä mitään. Silloin se on myöskin helpompi kun potilas tietää mahdollisesti odottaa jotain yhteydenottoa, kun sille tietää kertoa, että nyt tänne laitetaan tämmönen, että tarvii tukee siihen työkykyyn liittyen. Sillon se on helpompi myös asiakkaan ottaa vastaan, kun se on vähän lähteny sitä prosessoimaan jo. Kun että se vaan tulee yhtäkkiä se yhteydenotto ja sit se ihmettelee, että mitä ihmettä, miks tämmönen yhteydenotto.” hoitaja (3), paikkakunta 1	Ohjautuminen Merkinnän tekeminen Merkinnän tekemisen ohje Kehitysehdotus	Työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen potilastyössä	Työkyvyn tuen tarpeen huomioiminen vastaanotolla
”Varmaan mä näkisin sen työterveys, tai tämmönen koordinaattori siinä välissä. Et ei siinä oikei, en mä, en mä nää, että se kylmä lääketieteellinen lääkärin kirjaama teksti tai hoitajan kirjaama teksti terveyskeskuksesta niin oo paras mahdollinen ja jos ei oo kokemust siit työterveydestä niin et se tarpeellinen viesti menis sitä kautta vaan et siin ois joku joka toimis välissä, niin kyl mä näkisin sen ehkä järkevimpänä ja nimenomaan ihminen, ettei se poimi vaan tiettyjen sanojen perusteella tiettyjä potilaita sinne vaan et joku joka, just noin, että arvio, tai lähetetään sinne, laitetaan sitä kautta ja sit tehään arvio, et onko tarvetta työterveyskontaktille tai arvioida työkykyä vai ei. Et joka sitte jolla ois kokemus siitä työterveyden toiminnasta niin kyl se varmaan olis iha hyvä. Tai en keksi parempaa.” lääkäri (8), paikkakunta 2	Tuntemus (TTH), Työkykykoordinaattori	Työkykykoordinaattori osana perusterveydenhuoltoa	Potilaan työkyvyn tuen kehittäminen perusterveydenhuollossa

Tulokset

Analyysin tuloksena perusterveydenhuollon ammattilaisten haastatteluista tunnistettiin kaksi pääteemaa: *Työkyvyn tuen tarpeen huomioiminen vastaanotolla ja Potilaan työkyvyn tuen kehittäminen perusterveydenhuollossa*. Pääteemoissa oli yhteensä neljä alateemaa. Syntyneet teemat ja niiden suhteet on esitetty teemakartassa (kuvio 2).

Pääteema: Työkyvyn tuen tarpeen huomioiminen vastaanotolla

Pääteemassa on kaksi alateemaa: *Työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen potilastyössä ja Merkintäkäytännön toteuttaminen*. Haastatellut pitivät keskeisimpänä kehityskohteena toimintaympäristöä, jossa työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen tehtiin. Esimerkiksi päivystyksessä työskennelleet kokivat sen olleen epätarkoituksenmukainen

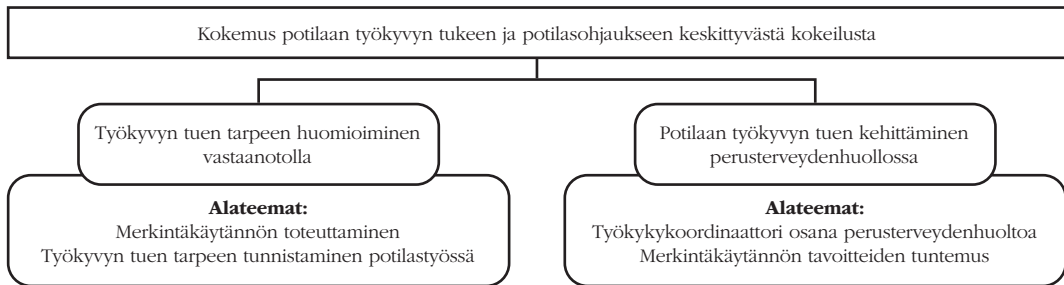
toimintaympäristö työkyvyn tuen tarpeen tunnistamiselle:

”Et tosiaan, kun päivystyksessä pelkääntään oon ollu, niin se siinä ei ihan. Siis käytännössä niinkun työkykyisyysasioiden kanssa. --- Elikkää ei oo varsinaisesti meidän nakki mieltä, että miten tää flunssa vaikuttaa hänen työkykyynsä.”
lääkäri (13), paikkakunta 1

”Ja päivystyspotilailta, ei niiltä voinu kyllä kysyä, jos on jalka murtunu ja rytmihäiriö, niin ei kyllä tullu mieleenkään, että kysellään tämmösiä asioita.”
hoitajat (4), paikkakunta 2

”Ja kiire, että siellä ei hirveesti sitten kuitenkaan --- kiinnitä huomiota siihen työkyvyn arviointiin. --- Siiben on pakko vastata jotain siihen (merkintään potilastietojärjestelmässä), ja sit siihen voi laittaa vaikka ”ei tietoa” tai tavallaan, että se menee nopeesti pois siitä.”
lääkäri (10), paikkakunta 1

Teemakartta



Kuvio 2. Teemakartta

Ensimmäinen sitaatti kuvaa, miten osa haastateltavista arvioi, ettei päivystyksen vastuulla tulisi olla työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen. Toinen sitaatti puolestaan laajentaa ensimmäistä näkökantaa priorisointiin liittyvällä perustelulla. Molemmissa päädytään kuitenkin samaan lopputulemaan, jossa potilaiden työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen on potilaan akuutin hoidon kannalta vähemmän olennainen tehtävä päivystyksessä. Kolmas sitaatti puolestaan laajentaa tarkastelua entisestään päivystyksen resursseihin. Siinä kiireen kuvataan olevan este työkyvyn tuen tarpeen tunnistamiselle. Päivystyksessä työskennelleiden jaettu käsitys oli, että päivystyksessä ensisijainen tehtävä on hoitaa sairaita, eikä tunnista potilaan työkyvyn tuen tarvetta. Vastaavasti kiireettömässä vastaanottotyössä etenkin pitkäaikaissairauksien kontrollikäynneillä potilaan työkyvyn tuen tarpeen merkitseminen koettiin turhauttavaksi. Erityisesti silloin, kun käynnit toistuivat eikä muutoksia työkyvyn suhteen ollut tapahtunut käyntien välillä. Nämä havainnot kuvaavat systemaattiseen tunnistamiseen liittyvää pakollisuuden mukanaan tuomaa ongelmaa, eli mahdollisuutta merkintöjen epätarkkuudelle, mikä johtuu toimintaa kohtaa koetusta turhautumisesta.

Potilaan työkykyä koskevien havaintojen kirjaaminen potilastietojärjestelmään oli merkittävässä osassa, kun arvioidaan perusterveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisesta:

”YLE-lehdelle (potilastietojärjestelmässä), sieltä kautta mennä sitten tekemään se juttu (merkintä), että mä sain sen (merkinnän) menemään lävitte. Että se piti melko mutkan kautta sitten.” hoitaja (9), paikkakunta 1

”Sanotaanko, että toi potilastietojärjestelmä ei välttämättä anna niin hyviä juttuja, että ei esimerkiksi eläkeläiselle, joka on laitettu, että poistunut työelämästä, niin toistuvasti tarttis välttämättä kysyä siitä. Sanotaanko niin, että se ei ollut teidän vika, vaan tän järjestelmän vika.” lääkäri (11), paikkakunta 1

”Ottaen huomioon tämänhetkiset potilastietojärjestelmät niin varmasti se vois olla joku kätevämpikin keino, mutta sitten juuri se turhautuminen kaiken maailman ylimääräiseen klikkailuun, nimenomaan, tää on vähä asenteellinen kommentti, mutta niin on haasteita, kyl mä nään, et toi on ihan käypä kirjaustapa.” lääkäri (8), paikkakunta 2

Haastateltavat toivat melko harvoin esiin suoraa turhautumista merkinnän tekemiseen. Sen sijaan, merkinnän toistuvuuden aiheuttama turha työ mainittiin useasti. Toinen olennainen huomio itse merkinnän tekemisestä oli, että toisinaan sen koettiin vaativan useita valintoja ja ikkunoiden välillä liikkumista. Osa haastateltavista selitti kokemaansa lisätyötä yleisellä potilastietojärjestelmän kankeudella, kun taas toiset kuvasivat kokeiluun liittyviä suunnitteluvirheitä, vaikka eivät tätä suoraan sanoneet.

Merkinnän kirjaamiseen liittyvien pohdintojen lisäksi merkinnän tekemiseen liitettiin myös perusterveydenhuollon ammattilaisten henkilökohtainen motivaatio työkykyasioiden selvittämiseen. Myös potilaan asenteen tunnustelua ennen merkinnän tekemistä pidettiin tarpeellisena:

”Sebän vaatii pienen kyselyn ja neuvoteltun, että miten itte asian kokee. Väki-sin on vaikee hoitaa. Ne, jotka siihen läh-tee mielenkiinnolla ja positiivisesti, niin yleensä hyötty.” lääkäri (7), paikka-kunta 1

Vaikuttaa siltä, että osa haastatelluista pyrki tekemään merkinnän aidosti potilaan työkyvyn tuen tarpeista käsin. Tunnistamiseen tällä tavalla suhtautuneet perusterveydenhuollon ammattilaiset kertoivat tehneensä pääasiallisesti kiireetöntä vastaanottoa. Oman toiminnan reflektointiin linkittyi myös ymmärrys hoidettavista potilaista sekä ammattilaisten omista valmiuksista tehdä merkintöjä:

”Tietysti päihdeasiakkaalla nyt se voi aina liittyä jollain tapaa siihen työkykyyn, mutta sitten mielti puhtaasti sitä, että mikä sen käynnin fokus kulloinkin oli.” hoitaja (3), paikkakunta 1

”Itte kun on tehny pitempään töitä, niin sen periaatteessa pystyy ehkä vähän ajattelemaan jo siltä kantilta, että mitä pitää tehdä ja miten lähdetään tutkimaan ja selvittää sitä asiaa.” lääkäri (7), paikkakunta 1

Potilastietojärjestelmään lisätyt kysymykset, joilla haluttiin varmistaa työkyvyn tuen tarpeen systemaattinen tunnistaminen, vaikuttivat aineiston perusteella hyvältä tavalta muistuttaa työkyvyn huomioimisesta vastaanotolla. Näistä huolimatta osa kokeneemista haastateltavista esitti, että vastavalmistuneilta lääkäreiltä ja hoitajilta saattaa puuttua työkokemusta, jonka myötä on mahdollista tunnistaa työkyvyn tuen tarpeesta kertovat merkit potilastilanteessa. Tätä tukee

havainto, että lyhyemmän aikaa perusterveydenhuollossa työskennelleet haastateltavat rinnastivat työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisen työkykyarvion tekemiseen, mikä on työmäärältään huomattavasti suurempi kokonaisuus kuin pelkkä työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen. Yhtenä ratkaisuna mahdolliseen työkyvyn tuen tarpeen tunnistamiseen liittyvään osaamispuulaan ehdotettiin esimerkiksi mahdollisuutta konsultoida kokeneempaa kollegaa, työkykykoordinaattoria tai vastaavaa ammattilaista.

Pääteema: Potilaan työkyvyn tuen kehittäminen perusterveydenhuollossa

Pääteemassa on kaksi alateemaa *Merkintäkäytännön tavoitteiden tuntemus* ja *Työkykykoordinaattori osana perusterveydenhuoltoa*. Alateemoja yhdistävä tekijänä voidaan pitää tiedon kulkua. Sitä tarkasteltiin haastateltujen toimesta yhtäältä kokeilun toteuttamisen, tavoitteiden ja toimintatapojen sekä toisaalta perusterveydenhuollon ammattilaisten ja työkykykoordinaattorien näkökulmasta. Konkreettinen esimerkki tästä oli havainto, että perusterveydenhuollon ammattilaiset tunsivat kokeilun tavoitteet vaihtelevasti ja merkinnän tekemisen vaikutuksia pohdittiin aineistossa toistuvasti:

”Ja ehkä se mikä jäi kirkastumatta, tavallaan mitkä on ne tavoitteet. Kuinka suurta väestöryhmää ajatellaan, että täältä olisi ohjautumassa, mikä on se määrä. Kun kirjattiin arvio työkykyisyydestä, ehkä tällainen suuntaa antamaton skaalaus väestötasolla ei tuota terveyshyötyä.” lääkäri (12), paikkakunta 2

”Kun ei oo tullu sitä sillä tavalla tietoon, että mitä merkinnät on mahdollisesti poikunut. --- Tää on myöskin semmonen missä sitä ketjua vois selvittää työntekijöille, että mitä tarkottaa, jos laitän ruutuun raksin ---.” hoitaja (3), paikkakunta 1

Tiedon välittäminen ja siihen toivotut kehityskohteet jakautuvat haastateltujen kokemuksissa kahteen tasoon. Eräänlaisena ylätasona voidaan pitää niitä tavoitteita ja vaikutuksia, joita kokeilulla haluttiin saavuttaa. Tiedon kulun toinen ja useammin toistunut taso oli merkintöjen tekemisestä saatava palaute. Haastateltavat pohtivat potilaalle tehdyn merkinnän jälkeen toteutuneesta palveluohjauksesta sekä potilaan jatkohoidosta saadun vähäisen tiedon voivan laskea perusterveydenhuollon ammattilaisten motivaatiota huomioida työkyvyn tuen tarve vastaantotolla ja täten heikentää merkintöjen tarkkuutta.

Haastateltavilla oli yhteisten kokousten ja puhelinnumeroiden myötä mahdollisuus olla yhteydessä suoraan työkykykoordinaattoriin näin halutessaan, jolloin he olisivat voineet saada selville potilaan hoitopolun tai selvittää tämän tilannetta merkinnän tekemisen jälkeen. Tällaisesta toiminnasta ei ollut aineistossa yhtään kuvausta.

Huolimatta perusterveydenhuollon ammattilaisten saamasta lyhyestä koulutuksesta, muistutusviesteistä, muistuttamiseen liittyvästä palaverista sekä työkykykoordinaattorin toimimisesta osana perusterveydenhuollon yksikköä (ks. kuvio 1) vaikutti työkykykoordinaattorin toimenkuva jäävän heille melko epämääräiseksi:

”Kyllä hänen toimenkuvansa on jäänyt mulle aika vieraaksi.” hoitaja (4), paikkakunta 2

”Sisällöllisesti työkykykoordinaattorin tehtävä ja työnkuva oli vajaanasti informoitu ja se, miten tiedonkulku välittyy työkykykoordinaattorilta takaisin terveydenhuoltoon, se tiedotus oli puutteellista.” lääkäri (12), paikkakunta 2

Toimenkuvan epäselvyydestä huolimatta työkykykoordinaattorit koettiin tarpeelliseksi lisäksi perusterveydenhuoltoon. Keskeisin koettu ja samalla melko ilmeinen hyöty työkykykoordinaattorista oli potilaiden oh-

jaaminen eteenpäin eri palveluihin. Haastateltavat kokivat, että hoitajien ja lääkärien tarve tuntee palveluja ja arvioida niiden sopeutusta potilaalle väheni työkykykoordinaattoritoiminnan alkamisen myötä:

”No sanotaan näin, että mä luulen, et mul ei resurssi riittäis kattaan tai pitään niitä (ohjaamismahdollisuuksia) mielessä, eli mä näkisin siinäkin sen työkykykoordinaattorin hyvänä, eli --- menis kyllä sillai, et joo, mä tarvittaessa saan nää tiedot (työkykykoordinaattorilta).”

lääkäri (8), paikkakunta 2

”Koska usein on ehkä silleen, että mäkkään en tiedä, ja nekään (potilaat) ei tiedä, et mitkä ne mahdollisuudet on mininki. Ja et miten asiois etenisi. Niin et on semmonen ihminen, jonka kans voi pohtia ja mieltiä, ja sitten teitä suunnitelmaa. Et ehkä ne on usein ne semmoiset, jotka helposti sit vaan jää työttömiksi, koska ne ei ehkä pääse eteenpäin.”

lääkäri (11), paikkakunta 2

Perusterveydenhuollon ammattilaiset mielsivät työkykykoordinaattorien toimivan ikään kuin terveydenhuollon ja muiden sektorien, kuten työvoimapalvelujen, kuntoutuksen sekä koulutuksen, välissä. Aineistossa työkykykoordinaattorien kuvattiin myös tekevän potilastyön lisäksi verkostotyötä luodessaan yhteyksiä muihin palveluihin. Tätä ei kuitenkaan haastatteluissa tarkemmin määritelty.

Pohdinta

Tulosten tarkastelua

Suomessa ei ole aikaisemmin ollut perusterveydenhuollossa käytössä toimintamallia, jossa potilaan työkyvyn tuen tarve tunnistetaan systemaattisesti ja potilaalle tarjotaan tunnistetun työkyvyn tuen tarpeen perusteella mahdollisuutta tavata työkykykoordinaattori. Tutkimuksen tulosten valossa vaikuttaa siltä, että systemaattinen työkyvyn

tuen tarpeen tunnistaminen on perusterveydenhuollossa mahdollista. Haastateltavat pitivät tunnistamisen kannalta olennaisena tekijänä toimintaympäristöä, jossa tunnistaminen sekä havaintojen merkitseminen potilastietojärjestelmään tehtiin. Sen lisäksi he toivoivat parannuksia viestintään sekä tiedon kulkuun etenkin kokeilun suunnittelun ja käyttöönoton sekä työkykykoordinaattorien toiminnan osalta. Työkyvyn tuen tarpeen tunnistamiselle olisi myös toivottu olevan jokin yleisemmän tason tavoite. Haastattelujen perusteella muutoksista tiedottamisella sekä tunnistamisesta saatavalla palautteella voidaan vaikuttaa positiivisesti perusterveydenhuollon ammattilaisten sitoutumiseen uuteen käytäntöön. Samalla voidaan vähentää epäselvyyksiä, joita tässä tutkimuksessa havaittiin liittyvän työkyvyn tuen tarpeen kokeilun tavoitteisiin sekä työkykykoordinaattorin rooliin perusterveydenhuollossa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on raportoitu lääkärin kokevan työkyvyn arvioimisen haasteelliseksi erikoisalasta riippumatta (Hinkka, 2016). Tätä ei kuitenkaan tule rinnastaa tässä tutkimuksessa tarkasteltuun työkyvyn tuen tarpeen tunnistamiseen, mikä on huomattavasti kevyempi ja vähemmän säädelty kuin työkykyarvion tekeminen. Aiemmin on myös kyseenalaistettu perusterveydenhuollon ammattilaisten kykyä ja osaamista huomioida työkyvyn tuen tarve potilastyössä (Nordling ym., 2020). Tutkimus antaa viitteitä siitä, että perusterveydenhuollon ammattilaiset eivät kokeneet työkyvyn tuen tarpeen tunnistamista yleisesti haastavaksi. Moni tekijä voi selittää tätä havaintoa. Ensinnäkin kaikki tunnistamista tehneet perusterveydenhuollon ammattilaiset osallistuivat hankkeen alussa noin tunnin kestäneeseen koulutukseen, jossa käsiteltiin työkykyä, sen tukemista ja työkyvyn tuen tarpeen tunnistamista. Lisäksi heiltä edellytettiin työkyvyn tuen tarpeen tunnistamiseen liittyvän merkinnän tekemistä jokaisen työikäisen käynnin yhteydessä. Mer-

kinnän tekemisen toistuminen oletettavasti ylläpiti ja vahvisti kokemusta osaamisesta sekä vähensi kokemusta työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisen haastavuudesta. Kokeilun aikana merkinnän tekemisestä ja sen periaatteista myös muistutettiin toistuvasti. Näistä toimista huolimatta aineistossa oli havaittavissa työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisen sekoittumista työkykyarvioon, etenkin lyhyemmän aikaa perusterveydenhuollossa työskennelleillä ammattilaisilla. Nämä havainnot korostavat järjestelmä- ja toimintatapamuutoksista viestimisen, tavoitteiden kirkastamisen sekä yhtenevän kielenkäytön merkitystä uusien toimintamallien käyttöönoton yhteydessä (Krohne & Brage, 2007).

Haastateltavien kokemuksista erottui kolme tapaa suhtautua kokeiluun: (1) kokeilun tavoitteet oli ymmärretty ja kokeiluun oli sitouduttu, (2) kokeilun tavoitteita ei oltu ymmärretty ja se koettiin lisätyönä (3) kokeilun tavoitteita ei oltu ymmärretty ja toimintaan ei oltu sitouduttu. Perusterveydenhuollon ammattilaiset eivät kuuluneet selvästi vain yhteen näistä ryhmistä. Joidenkin haastateltavien kohdalla työterveyshuollon tuntemus saattaa selittää heidän kykyään omaksua työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen osaksi vastaanottorutiinia, sillä työterveyshuollossa vastaavaa toimintaa on ollut käytössä jo pitkään (Juvonen-Posti ym., 2021; Atkins ym., 2020). Työterveyshuollon toimintaa haastatteluissa sivunneet olivat myös niitä, jotka kertoivat jo vastaanotolla pyrkineensä varmistamaan työkyvyn tuen jatkotoimenpiteiden vaikuttavuuden keskustelemalla vastaanottotilanteessa merkinnän tekemisestä potilaan kanssa. Terveystienhuollon ammattilaisten erilaista asennoitumista työkyvyn tunnistamista kohtaan tulisi tutkia lisää, jotta esimerkiksi potilaiden ohjautumista osalla hyvinvointialueista toimiviin työkyvyn tuen tiimeihin voitaisiin kehittää (Saikku ym., 2023) ja sektorien välisellä yhteistyöllä lisätä (Vähätalo ym., 2022).

Koska perusterveydenhuollon ammattilaisten kyky ja asenne tunnistaa työkyvyn

tuen tarve oli haastattelujen perusteella erilaista, voisi validoitujen mittarien käyttö työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisessa yhdenmukaistaa tunnistamiskäytäntöjä hyvinvointialueiden välillä. Esimerkiksi työkykykypistemäärän (Gould ym., 2006), työkykyindeksin (Ilmarinen 2007) tai jonkin muun validoidun arviointityökalun käyttöä työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisen yhteydessä tulisi suosia (Ebener & Hasselhorn, 2019). Olisi tarpeellista tulevaisuudessa tutkia yksityiskohtaisemmin, millä kysymyksillä ja millä tavoilla työkyvyn tuen tarve tulisi parhaiten perusterveydenhuollon kontekstissa tunnistetuksi.

Keskeinen toimintaympäristöön liittyvä havainto tässä tutkimuksessa oli se, että työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen ja havaintojen merkitseminen potilastietojärjestelmään saattaa olla haastavaa ja turhauttavaa päivystyksessä ja pitkäaikaissairauksien kontrollikäynneillä. Etenkin kokemukset lyhyiden päivystyskäyntien huonosta soveltuvuudesta työkyvyn tuen tarpeen tunnistamiseen ja arvioimiseen haastavat tunnistamiskäytännön toteutettavuutta perusterveydenhuollossa, sillä juuri päivystyksessä perusterveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat eniten työikäisiä. Siellä kohdataan myös todennäköisemmin sellaisia potilaita, jotka hyötyisivät työkyvyn tuen palveluista. Nämä kriittiset arviot eivät kuitenkaan tarkoittaneet, etteivätkö päivystyksessä työskennelleet ja kontrollikäynnejä toteuttaneet perusterveydenhuollon ammattilaiset olisi pitäneet perusterveydenhuollossa tapahtuvaa työkyvyn tuen tarpeen tunnistamista yleisesti hyvänä asiana. Työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisen kannalta haasteellisena voidaan pitää myös sitä, että tunnistamisen ja sen myötä merkintöjen tarkkuus saattoi kärsiä päivystyksessä ja pitkäaikaissairauksien kontrollikäynneillä työskennelleillä perusterveydenhuollon ammattilaisilla. Havainnot ovat yhteneviä aikaisemman tutkimuskirjallisuuden kanssa, jossa on pidetty olennaisena

huomioida terveydenhuollon ammattilaisten kokemus toimintaympäristöstä (Litvin ym., 2012) sekä muutosten teknisestä toteutuksesta ja uudistuksen mahdollisista vaikutuksista käytännön työhön (Keyworth ym., 2018; Ross ym., 2013). Tämän tutkimuksen valossa vaikuttaa siltä, että työkyvyn tuen tarpeen tunnistamista tulisi kohdentaa vielä selkeämmin jollekin tietylle potilasryhmälle ja rajata se vain tiettyihin perusterveydenhuollon toimintoihin.

Vaikka merkintäkäytäntö suunniteltiin edellyttämään vain kahta painallusta potilastietojärjestelmässä, kuvasivat haastateltavat merkinnän tekemisen käytäntöjä huomattavasti monimutkaisemmiksi. Terveydenhuollon ammattilaisten mukaan ottamisella suunnittelu- ja toimeenpanovaiheissa voitaisiin välttää käytännön haasteita ja tunnistaa potilastietojärjestelmän toimintaperiaatteista johtuvaa kömpelyyttä. Näin voitaisiin vähentää teknisistä ratkaisuisista aiheutuvaa turhautumista sekä lisätä sitoutumista muutokseen (McGinn ym., 2012). Myös johdonmukaista viestintää uusien toimintamallien käyttöönoton ja testauksen aikana on pidetty terveydenhuollossa tärkeänä (McCrorie ym., 2019). Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten sitouttamisessa toimintaan on korostettu palautteen saamista uuden toimintatavan mukaisesta toiminnasta sekä uuden toiminnan tuloksista tiedottamista (Gardner ym., 2010; Kabir ym., 2023).

Haastattelujen perusteella viestintää koikeilun toteutuksesta, tavoitteista sekä toivotuista vaikutuksista olisi pitänyt olla vieläkin enemmän. Erityisesti kaivattiin palautetta tehdyistä merkinnöistä. Siitäkin huolimatta, että ennen työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisen aloittamista ja toteutuksen aikana henkilökuntaa muistutettiin useasti ja eri tavoilla merkinnän tekemisestä (ks. kuvio 1). Myös työkykykoordinaattorin roolista olisi toivottu selkeämpää tietoa ja moni kuvasi työkykykoordinaattorien tarjoamien palvelujen sekä toimenkuvien jää-

neen epämääräisiksi. Sitä, millaisia käytännön vaikutuksia tällä epämääräisyydellä oli, ei tässä tutkimuksessa ollut mahdollista selvittää. On kuitenkin aikaisempaa näyttöä siitä, että esimerkiksi potilaan työhön paluuseen sekä hoitopolkuun voi vaikuttaa se, miten toimijat tuntevat toistensa toimenkuvat (Scharf ym., 2020). Myös koronapandemia vaikutti kokeilusta viestimiseen. Sen vuoksi niin koulutuksessa kuin viestinnässä jouduttiin turvautumaan pääasiassa digitaalisiin viestintätapoihin (esim. Nguyen ym., 2021). Järjestettäessä työkyvyn tuen palveluja perusterveydenhuoltoon, on syytä keskittää huomiota siihen, että perusterveydenhuollon henkilökunta tuntee työkykykoordinaattorin tai vastaavan ammattilaisen toimenkuvan. Erityisen olennaisena tätä voidaan pitää työkyvyn tuen tiimin toiminnan kannalta, jossa asiakasvastaava on asiakkaan jälkeen verkoston merkittävin henkilö (Saikku ym., 2023).

Viestinnällisistä haasteista huolimatta työkykykoordinaattori koettiin hyödylliseksi ja tarpeelliseksi lisäksi perusterveydenhuoltoon. Heidän koettiin parhaimmillaan nopeuttavan potilaan eteenpäin ohjautumista ja yksinkertaistavan hoitopolkuja. Arvioitiin, että työkykykoordinaattorien huolehtiessa työkyvyn tuen ohjauksesta, vapautui lääkäreiden ja hoitajien työaikaa potilaan tutkimiseen ja hoitoon. Lisäksi työkykykoordinaattorien arvioitiin vahvistaneen potilaiden ohjautumista palvelujen välillä ja lisänneen tiedonkulkua perusterveydenhuollon ja muiden potilaan elämään linkittyneiden instanssien välillä. Aikaisemmissa kehityshankkeissa (Mattila-Wiro ym., 2019; STM 2015) sekä tutkimuksissa (Durand ym., 2017; Kausto ym., 2021; Vuorento & Terävä, 2014) onkin työkykykoordinaattorin ja vastaavien terveys- ja sosiaalipalvelujen asiantuntijoiden työnkuvien todettu olevan pelkkää potilastai asiakasohjausta laajempia.

Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökulmat

Tutkimuksen suunnittelussa huomioitiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen sekä uskottavuuteen liittyvät kysymykset (Kyngäs ym., 2020). Aineiston keruussa haastateltavien määrää lähestyttiin ennakkoivasti otoksen riittävän koon kautta (Malterud ym., 2016) sen sijaan, että vastaanalyysivaiheessa olisi pyritty tarkastelemaan saturoitumista (Hennink & Kaiser, 2022). Näin pyrittiin varmistamaan aineiston riittävä koko sekä edustavuus tutkimuskysymysten kannalta jo ennen aineistonkeruuta ja analyysia. Analyysissa havaittu saturoituminen kertoo siitä, että tässä ennakoarvioinnissa onnistuttiin (Elo ym., 2014).

Analyysin etenemisen kuvauksessa on pyritty selkeyteen siinä määrin, että lukijan olisi mahdollista arvioida tutkimuksen laatua ja ymmärtää, mitä valintoja ja mistä lähtökohdista tutkijat ovat niitä tehneet (O'Brien ym., 2014). Analyysin tulosten raportoinnissa noudatettiin COREQ-tarkistuslistausta ja tulokset raportoitiin kokonaisten ja tiivistämättömien sitaattien kanssa, jotta analyysin johtopäätösten kontekstuaalisointi olisi mahdollisimman vaivatonta (Tong ym., 2007). Analyysivaiheessa tuloksia esiteltiin ja niistä keskusteltiin tutkimusryhmän kesken, mitä voidaan pitää tutkijatriangulaationa ja tutkimuksen luotettavuutta lisäävänä tekijänä (Carter ym., 2014). Myös tutkimuksen tulosten yhdenmukaisuuden aikaisempien tutkimusten kanssa voidaan arvioida olevan tutkimuksen luotettavuutta lisäävä tekijä.

Kuten kaikessa laadullisessa tutkimuksessa, tulee tulosten yleistettävyyteen suhtautua varovasti. Lisäksi se, että aineisto koostuu kahdessa pirkanmaalaisessa perusterveydenhuollon yksikössä työskennelleiden ammattilaisten haastatteluista, voi näkyä aineistossa yksiköiden toimintamallien korostumisena (Carminati, 2018). Tästä syystä työkyvyn tuen tarpeen tunnistamiskäytäntöjä tulisi tutkia perusterveydenhuollossa lisää

ja hyödyntää myös muita kuin laadullisia menetelmiä.

Tutkimus toteutettiin perusterveydenhuollon yksiköissä, joissa haastateltavat osallistuivat työpäivänsä aikana haastatteluihin. Tutkimuksella oli yksiköiden johtajien lupa ja jokaiselta haastatellulta pyydettiin erikseen suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Lisäksi he saivat tutkimustiedotteen ja tietosuojaselosteen. Aineistoa käsiteltiin tunnisteettomasti ja tutkittavat sekä heidän haastattelutallenteensa sekä litteraattit olivat yhdistettävissä ainoastaan aineistoavaimen kautta. Aineistoavainta säilytetään tietoturvallisesti salasanasuojatulla pilvipalvelimella ja se tuhoetaan, kun kaikki tulokset on julkaistu (EU 2016/679; Kohonen ym., 2019). Tutkimuksella on Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellisen eettisen toimikunnan puoltava lausunto (R20083).

Johtopäätökset

Tähän Suomessa ainutlaatuihin kokeiluun osallistuneiden perusterveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa hyvinvointialueiden työkyvyn tuen palvelujen, työkyvyn tuen ti-

mien ja työkykykoordinaattorien toimintaa sekä kehitettäessä terveydenhuollon hoitoketjuja. Perusterveydenhuollossa tapahtuva työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen on työkyvyn tuen ensimmäinen ja keskeisin vaihe. Se ei kuitenkaan yksin riitä, vaan myös potilaiden systemaattinen ohjautuminen työkyvyn tuen tiimille tai asiakasvastaavalle tulee varmistaa sekä seurata potilaan sitoutumista työkyvyn tuen palveluihin. Näiden prosessien suunnitteluun ja käytännön toteutukseen tulee osallistaa perusterveydenhuollon ammattilaisia, joiden vastuulla on potilastyössä tehtävä työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen. Perusterveydenhuollon ammattilaisten näkökulman lisäksi tulisi kiinnittää erityistä huomiota siihen, mikä tekninen tai toimintatapoihin liittyvä ratkaisu tukisi työkyvyn tuen tarpeen tunnistamista sekä työkyvyn tuen toteutumista potilaan tarpeita vastaavalla tavalla.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: LV, AS, HN, TR, MV, SA, MS, RS aineistonkeruu: LV, AS, HN aineiston analysointi: LV, käsikirjoituksen kirjoittaminen: LV, käsikirjoituksen kommentointi: LV, AS, HN, TR, MV, SA, MS, RS

LÄHTEET

- Abbott, A. A., Fuji, K. T., & Galt, K.A. (2015). A qualitative case study exploring nurse engagement with electronic health records and e-prescribing. *Western Journal of Nursing Research*, 37(7), 935–951. <https://doi.org/10.1177/019394591456735>
- Atkins, S., Reho, T., Talola, N., Sumanen, M., Viljamaa, M., & Uitti, J. (2020) Improved recording of work relatedness during patient consultations in occupational primary health care: a cluster randomized controlled trial using routine data. *BMC Trials*, 21(256). <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4168-8>
- Benn, J., Burnett, S., Parand, A., Pinto, A., & Vincent, C. (2012). Factors predicting change in hospital safety climate and capability in a multi-site patient safety collaborative: a longitudinal survey study. *BMJ Quality and Safety*, 21(7), 559–568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000286>
- Braun, V., & Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke V. (2022). Thematic analysis – A practical guide. Sage, Los Angeles
- Carminati, L. (2018). Generalizability in qualitative research: A tale of two traditions. *Qualitative Health Research*, 28(13), 2094–2101. <https://doi.org/10.1177/1049732318788379>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545–547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
- Durand, M. J., Nastasia, I., Coutu, M. F., & Bernier, M. (2017). Practices of return-to-work coordinators working in large organizations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(1), 137–147. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9640-7>
- Ebener, M., & Hasselhorn, H. M. (2019). Validation of short measures of work ability for research and employee surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph16183386>

- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1). <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- EU 2016/679. Yleinen tietosuoja-asetus (GDPR). Haettu 15.2.2024 osoitteesta: <https://eur-lex.europa.eu/FI/legal-content/summary/general-data-protection-regulation-gdpr.html>
- Gardner, B., Whittington, C., McAteer, J., Eccles, M. P., & Michie, S. (2010). Using theory to synthesise evidence from behaviour change interventions: The example of audit and feedback. *Social Science and Medicine*, 70(10), 1618–1625. <https://doi.org/doi:10.1016/j.socscimed.2010.01.039>
- Gjellestad, Å., Oksholm, T., Alvsvåg, H., & Bruvik, F. (2022). Autonomy conquers all: a thematic analysis of nurses' professional judgement encountering resistance to care from home-dwelling persons with dementia. *BMC Health Service Research*, 22(749). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08123-x>
- Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J., & Koskinen, S. (toim.) (2006). *Työkyvyn ulottuvuudet: Terveys 200 -tutkimuksen tuloksia*. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos. Haettu 2.3.2024 osoitteesta: <https://www.julkari.fi/handle/10024/129155>
- Guo, U., Chen, L., & Mehta, P. H. (2017). Electronic health record innovations: Helping physicians - One less click at a time. *Health Information Management Journal*, 46(3), 140–144. <https://doi.org/10.1177/1833358316689481>
- Hennink, M. & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 2022(292). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Hinkka, K., Niemelä, M., Autti-Rämö, I., Palomäki, H., Pärnänen, H., & Vänskä, J. (2016). *Sairauspoissaolotarpeen määrittäminen – Kyselytutkimus lääkäreille*. Kela, Työpapereita 96/2016. Haettu 4.3.2024 osoitteesta: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/163080>
- Ho, K. H. M., Chiang, V. C. L., & Leung, D. (2017). Hermeneutic phenomenological analysis: The 'possibility' beyond 'actuality' in thematic analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), 1757–1766. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13255>
- Huang, Y. H., Ma, L., Sabljak, L.A., & Puhala, Z.A. (2018). Development of sustainable community paramedicine programmes: A case study in Pennsylvania. *Emergency Medicine Journal*, 35(6), 372–378. <https://doi.org/10.1136/emered-2017-20721>
- Ilmarinen, J. (2007). The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine*, 57(2), 160–160. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqm008>
- Innokylä verkkosivut. *Työkykyohjelma*. Luettu 4.3.2024 osoitteesta: <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/tyokykyohjelma>
- Janlert, U., Winefield, A. H., & Hammarstro, A. (2014). Length of unemployment and health-related outcomes: a life-course analysis. *European Journal of Public Health*, 25(4), 662–667. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku186>
- Junna, L., Moustgaard, H., & Martikainen, P. (2020). Unemployment from stable, downsized and closed workplaces and alcohol-related mortality. *Addiction*, 116(1), 74–82. <https://doi.org/10.1111/add.15106>
- Juvonen-Posti, P., Tarvainen, K., Helin-Salmivaara, A., Räsänen, K., & Liira, J. (2021). Lääkäri työkykyä tuke-
massa. *Duodecim*, 137(3), 293–300. Haettu 4.3.2024 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo16056>
- Kabir, M.J., Heidari, A., Honarvar, M. R., Khatirnamani, Z., & Rafiei, N. (2023). Challenges in the implementation of an electronic referral system: A qualitative study in the Iranian context. *International Journal of Health Planning and Management*, 38(1), 69–84. <https://doi.org/10.1002/hpm.3563>
- Kausto, J., Oksanen, T., Koskinen, A., Pentti, J., Mattila-Holappa, P., Kaila-Kangas, L., Nevala, N., Kivimäki, M., Vahtera, J., & Ervasti, J., (2021). "Return to work" coordinator model and work participation of employees: a natural intervention study in Finland. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2021(31), 831–839. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09970-x>
- Kerätär, R. (2016). *Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän: monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömällä*. (Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 1340) [Väitöskirja, Oulun yliopisto]. Haettu 5.9.2023 osoitteesta: https://www.openaire.eu/search/publication?articleId=od_____2423::2cdc6d11e5759eadedcc003a2cd0212d2
- Keyriläinen, M. & Lappalainen, K. (2023). *Työkykyohjelma 2019–2023: Loppuraportti*. Työ- ja elinkeinoministeriö, Työ- ja elinkeinoministeriön raportteja 21/2023. Haettu 1.12.2023 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164849>
- Keyworth, C., Hart, J., Armitage, C.J., & Tully, M. P. (2018). What maximizes the effectiveness and implementation of technology-based interventions to support healthcare professional practice? A systematic literature review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0661-3>
- Kohonen, I., Kuula-Luumi, A., & Spooft, S. K. (toim.) (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta; Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Haettu 7.3.2024 osoitteesta <https://tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi>
- Krohne, K. & Brage, S. (2007). New rules meet established sickness certification practice: A focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(3), 172–177. <https://doi.org/10.1080/02813430701267421>
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., & Elo, S. (2020). The Trustworthiness of Content Analysis. Teoksessa: Kyngäs, H., Mikkonen, K., Kääriäinen, M. (toim.) (2020). *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Springer Publishing, 2020. p. 41–48. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9640-7>
- Litvin, C. B., Ornstein, S. M., Wessell, A. M., Nemeth, L.S., & Nietert, P. J. (2012). Adoption of a clinical decision support system to promote judicious use of antibiotics for acute respiratory infections in primary care. *International Journal of Medical Informatics*, 81(8), 521–526. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.03.002>

- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A.D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Mattila-Wirolahti, P., & Tiainen, R. (2019). *Kaikki mukaan työelämään – Osatyökykyisille tie työelämään (OTE) kärkibankkeiden tulokset ja suositukset*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 25/2019. Haettu 6.11.2023 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161516>
- McCrorie, C., Benn, J., Johnson, O. A., & Scantlebury, A. (2019). Staff expectations for the implementation of an electronic health record system: A qualitative study using normalisation process theory. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0952-3>
- McGinn, C. A., Gagnon, M. P., Shaw, N., Sicotte, C., Mathieu, L., Leduc, Y., Grenier, S., Duplantier, J., Abdeljelil, A. B., & Légaré, F. (2012). Users' perspectives of key factors to implementing electronic health records in Canada: a Delphi study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 12(105). <https://doi.org/10.1186/1472-6947-12-105>
- Nguyen, V. M., Bell, C., Berseth, V., Cvitanovic, C., Darwent, R., Falconer, M., Hutchen, J., Kapoor, T., Klenk, N., & Young, N. (2021). Promises and pitfalls of digital knowledge exchange resulting from the COVID-19 pandemic. *Socio-Ecological Practical Research*, 3(4), 427–439. <https://doi.org/10.1007/s42532-021-00097-0>
- Nordling, P., Priebe, G., Björkelund, C. & Hensing, G. (2020). Assessing work capacity - reviewing the what and how of physicians' clinical practice. *BMC Family Practice*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01134-9>
- Normia-Ahlsten, L., Riisalo-Mäntynen, T., Karjalainen, J., Turkia, T., Sahrjo, A., Salmi, S.M., & Pitkäranta, S. (2023). *Työkyvyn ja työllistymisen tuki hyvinvointialueilla - suositukset toimintamallien käyttöönottoon*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Päätösten tueksi 6/2023. Haettu 14.2.2024 osoitteesta <https://www.julkari.fi/handle/10024/146474>
- Nurmi, H., Vähätalo, L., Siukola, A., Reho, T., Atkins, S., Sumanen, M., Viljamaa, M., & Sauni, R. (2023). Työkyvylle tukea perusterveydenhuollosta – Potilaiden kokemuksia työkyvykoordinaattorin palvelusta. *Suomalainen lääkärilehti*, 78(e37537).
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D.A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Oivo, T., & Kerätär, R. (2018). *Osatyökykyisten reitit työllisyyteen - etuudet, palvelut, tukitoimet: Selvityshenkilöiden raportti*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43/2018. Haettu 1.12.2023 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161151>
- Oosi, O., Kortelainen, J., Luomala, N., Siltala, J., Mayer, M., Ala-Kauhala, M., Klemola, J., Puumalainen, J., & Kesä, M. (2023). *Työkykyohjelman arviointi: Ulkoisen arvioinnin loppuraportti*. Työ- ja elinkeinoministeriö, Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu- ja 27/2023. Haettu 7.2.2024 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164939>
- Rinne, H., & Blomgren, J. (2023). Use of outpatient healthcare services before and after the onset of unemployment: A register-based propensity score matched study from Finland. *PLoS one*, 18(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288423>
- Ross, S., Ryan, C., Duncan, E. M., Francis, J. J., Johnston, M., Ker, J. S. Lee, A. J., MacLeod, M. J., Maxwell, S., McKay, G., McLay, J., Webb, D. J., & Bond, C. (2013). Perceived causes of prescribing errors by junior doctors in hospital inpatients: a study from the PROTECT programme. *BMJ Quality and Safety*, 22(2), 97–102. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001175>
- Rudisill, A. C., Eicken, M. G. A., Gupta, D., Macaуда, M., Self, S., Kennedy, A. B., Thomas, D., Kao, E., Jeanty, M., & Harley, J. (2023). Patient and care team perspectives on social determinants of health screening in primary care: A qualitative study. *JAMA Network Open*, 6(11). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.45444>
- Saikka, P., Joensuu, M., Männistö-Inkinen, V., & Poutanen, J. (toim.) (2023). *“Täällä ei sanota, että ei kuulu meille”: Työkykyohjelman arviointi- ja seuranta-tutkimuksen loppuraportti*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 2/2023. Haettu 5.3.2024 osoitteesta: <https://www.julkari.fi/handle/10024/146472>
- Scharf, J., Angerer, P., Müting, G., & Loerbroks, A. (2020). Return to work after common mental disorders: a qualitative study exploring the expectations of the involved stakeholders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17186635>
- Sinervo, T., Tynkkynen, L. K., & Vehko, T. (toim.) (2016). *Mitä kuuluu perusterveydenhuoltoon? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2016. Haettu 15.2.2024 osoitteesta <https://www.julkari.fi/handle/10024/131276>
- Stagg, A.L., Harber-Aschan, L., Hatch, S.L., Fear, N.T., Dorrington, S., Madan, I., & Stevelink, S. A. M. (2023). Risk factors for the progression to multi-morbidity among UK urban working-age adults. A community cohort study. *PLoS One*, 18(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291295>
- STM 2015. *Kaikki keinot käyttöön – Yhteistyöllä ratkaisuihin: Sosiaali- ja terveysministeriön Osatyökykyiset työssä -ohjelma (Osku) 2013–2015: Loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 31.8.2023 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75097>
- STM 2020. *Työkykyohjelma 2020–2022: Ohjelma ja hakuopas*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 11/2020. Haettu 14.2.2024 osoitteesta: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162179>
- STM 2023. *Työkyvyn tuen järjestäminen hyvinvointialueilla: Pikaopas päättäjille*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 4.2.2024 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164899>

- STM verkkosivut. Työkykyohjelma. Luettu 5.12.2023 osoitteessa <https://stm.fi/tyokykyohjelma>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Haettu 6.1.2023 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Työterveyshuoltolaki 1383/2001. Haettu 17.2.2023 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>
- Vuorento, M., & Terävä, K. (2014). *Osatyökykyisen työssä jatkamisen ja työllistymisen tukeminen – Kirjallisuuskatsaus ja baastattelututkimus*. Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön työselosteita 48/2014. Haettu 31.8.2023 osoitteesta <https://www.kuntoutussaatio.fi/julkaisu/osatyokykyisen-tyossa-jatkamisen-ja-tyollistymisen-tukeminen>
- Vuori, A., & Åstedt-Kurki, P. (2022). Fenomenologinen metodi hoitotieteellisessä tutkimuksessa - kriittisten kohtien tunnistaminen tutkimusprosessissa. *Hoitotiede*, 34(4), 321–333.
- Vähätalo, L., Siukola, A., Atkins, S., Reho, T., Sumanen, M., Viljamaa, M., & Sauni, R. (2022). Cooperation between public primary health care and occupational health care professionals in work ability-related health issues. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph19191916>
- Weiner, B. J., Amick H., & Lee, S. Y. D. (2008). Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: a review of the literature in health services research and other fields. *Medical Care Research and Review*, 65(4), 379–436. <https://doi.org/10.1177/1077558708317802>
- Willis, P. (2001). The “things themselves” in phenomenology. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 1(1), 1–12. <http://dx.doi.org/10.1080/20797222.2001.11433860>
- Zurynski, Y., Ludlow, K., Testa, L., Augustsson, H., Herkes-Deane, J., Hutchinson, K., Lamprell, G., McPherson, E., Carrigan, A., Ellis, L. A., Dharmayani, P. N. A., Smith, C. L., Richardson, L., Dammery, G., Singh, N., & Braithwaite, J. (2023). Built to last? Barriers and facilitators of healthcare program sustainability: a systematic integrative review. *Implementation Science*, 18(62). <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01315-x>

Lauri Vähätalo, YtM, tutkija, Arvo Ylpön katu 34, 33520 Tampere, lauri.vahatalo@tuni.fi

Anna Siukola, TtT, projektipäällikkö, Arvo Ylpön katu 34, 33520 Tampere, anna.siukola@tuni.fi

Hanna Nurmi, TtM, tutkija, Arvo Ylpön katu 34, 33520 Tampere, hanna.r.nurmi@tuni.fi

Tiia Reho, LT, kliininen opettaja, Arvo Ylpön katu 34, 33520 Tampere, tiia.reho@tuni.fi

Mervi Viljamaa, LT, työterveyshuollon erikoislääkäri, Kebräsaari B, 3. krs, 33200 Tampere, mervi.viljamaa@pibhlajalinna.fi

Salla Atkins, PhD Social Science, professori, Arvo Ylpön katu 34, 33520 Tampere, salla.atkins@tuni.fi

Markku Sumanen, LT, yleislääketieteen professori, Arvo Ylpön katu 34, 33520, Tampere, markku.sumanen@tuni.fi

Riitta Sauni, LT, työterveyshuollon ja työlääketieteen professori, Arvo Ylpön katu 34, 33520 Tampere, riitta.sauni@tuni.fi