

TYÖTERVEYSYHTEISTYÖ KUNTOUTUMISEN MAHDOLLISTAJANA

Johdanto

Viime vuosina tehdyissä rakenteellisissa uudistuksissa keskeisenä työikäisen väestön työurien jatkamisratkaisuna on ollut työpaikan eri toimijoiden ja työterveyshuollon työkyvyn tukeen liittyvän yhteistyön tiivistäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Työpaikoilla työkyvyn tuen on perustuttava yhteistyössä laadittuun toimintamalliin (sairausvakuutuslain muutos 1056/2010), ja pitkittyvään tapauskohtaiseen työkyvyttömyyteen on puututtava yhteistyössä (sairausvakuutuslain muutos 19/2012 ja työterveyshuoltolain muutos 20/2012). Työterveysyhteistyöllä tarkoitetaan työnantajan ja työntekijöiden tai heidän edustajiensa sekä työterveyshuollon suunnitelmallista ja tavoitteellista yhteistyötä työterveyshuoltolain toteuttamiseksi (Valtioneuvoston asetus... 2013). Tässä artikkelissa nojataan eri toimijoiden normiperusteiseen yhteistyömäärittelyyn.

Työterveyshuollon tulee omalla toiminnallaan tukea (Valtioneuvoston asetus... 2013) tätä uudelleen suunnattua työterveysyhteistyö-

tä. Työterveyshuoltolaki (1383/2001) määritteli työterveyshuollon kuntoutukseen liittyviksi tehtäviksi kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kuntoutukseen ohjauksen. Vuoden 2014 alussa voimaan astunut asetus lisäsi työterveyshuollon tehtäväksi myös ”case manageroinnin” eli työntekijäkohtaisen terveydenhuollon ja kuntoutuksen palveluiden yhteensovittamisen sekä seuraamisen työssä jatkamisen tai työhön paluun varmistamiseksi (kuva 1). Tiiviin työterveysyhteistyön tulisi siis toteutua yksilö-, työyhteisö- ja organisaatiotasolla. Tykytoimintaan verrattuna tuloksellisuutta pyritään parantamaan sillä, että työkyvyn tukemisen tarpeen pohjalla oleva organisaatio-, työpaikka- ja työyhteisökohtainen tilannekuva ja sen pohjalta luotavat tavoitteet tulisi muodostaa yhteistyössä (Juvonen-Posti ym. 2014cd). Tavoitteiden mukaan toimiessaan työterveysyhteistyön tulisi mahdollistaa hyvä työssä jatkamisen tuki työntekijä- ja työpaikkakohtaisessa kuntoutuksessa työuran eri vaiheissa.



Kuva 1. Työterveyshuollon tehtävät yksilöllisessä työkyvyn tukemisessa.

Tässä artikkelissa tarkastellaan sitä, miten Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen eli TK2-hankkeen (2012–2014) kuntoutus toimi suhteessa mukana olleiden organisaatioiden työkykyjohtamiseen, työterveysyhteistyöhön ja työterveyshuollon toimintaan kompleksisen systeemin komponentteina. Haimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: 1) millaista työterveysyhteistyö oli ja 2) miten monitoimijainen yhteistyö toteutui ja mitä seuraamuksia sillä oli kuntoutuksen toteutukseen?

Kuntoutus työuran jatkamisen tukena

Kuntoutuksen mahdollisuuksia työuran jatkamisen tukena on kritisoitu monin tavoin. Joidenkin tutkimusten mukaan (Suoyrjö 2010; Saltychev 2012) kuntoutuksen valikoituminen ei ole ollut työkyky- ja työkyvyttömyysriskin näkökulmasta riittävän tarpeenmukaista tai sitten valikoitumisessa sosioekonomiset erot ovat suuret (Pensola ym. 2012; Laaksonen ym. 2014). Kuntoutuksesta ovat parhaiten hyöttyneet ne henkilöt, joilla on ollut jokin perussairaus ja mielialaoireita, sekä ne, jotka tiedostivat terveysongelmansa itse (Pasternack ym. 2015). Kuntoutusta ei työterveysyhteistyössä ja terveydenhuollossa osata suunnitella tai käyttää osana työkyvyn tuen prosessia (Saari 2012; Juvonen-Posti ym. 2011; Juvonen-Posti ym. 2014ab; Laaksonen ym. 2014), ammatillisen kuntoutuksen toteutus on liian kaukana työstä ja työpaikasta (Ylisassi 2009; Suikkanen ym. 2010; Waddell ym. 2013; Härkäpää ym. 2013; Lindh 2013), monialaisen kuntoutuksen toteutus käytännössä ja työnjako kuntoutumisen osajärjestelmien välillä koetaan haastavaksi (Miettinen 2011; Ashorn ym. 2013; Rajavaara 2013, Liukko & Kuuva 2015) ja kuntoutumisen järjestelmät mahdollistavat väliinputoamisen (Vehkasalo & Ojala 2013).

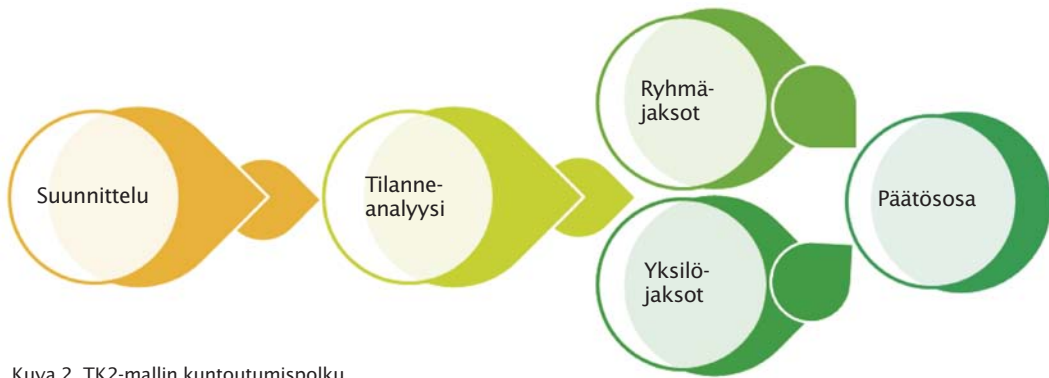
Kuntoutusta ei suomalaisessa terveydenhuollossa ole pidetty strategisena yhteistyökumppanina, eikä sitä ole liitetty systemaattiseksi osaksi hoitoa. Kuntoutuksen mahdollisuudet työuran tukemiseen ovat monin osin jääneet käyttämättä, tai kuntoutuksen mahdollisuudet on otettu käyttöön työssä jatka-

misen näkökulmasta liian myöhään (Suikkanen ym. 2010; Blomgren ym. 2011; Gould ym. 2012; Pensola ym. 2012; Laaksonen ym. 2014).

Vastauksena kritiikkiin Kela kehitti työikäisten varhaiskuntoutusta vuosina 2007–2014 useissa eri hankkeissa ja otti käyttöön työhönkuntoutus-käsitteen. Tavoitteena oli kehittää kuntoutusta työn ja työelämän muutuneisiin tarpeisiin sekä edistää yhteistyötoimien, kuten työpaikan eri toimijoiden ja työterveyshuollon palveluntuottajien, entistä parempaa verkostoitumista kuntoutusprosessin aikana (Hinkka ym. 2011). Työhönkuntoutus alettiin ymmärtää ammatillisena kuntoutuksena, joka toteutuu laaja-alaisesti työpaikkojen, terveydenhuollon ja kuntoutuksen yhteistyönä. Tutkimuksen kohteena ollut työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen (TK2) kuntoutusmalli edellytti monitahoista ja suunnitelmallista yhteistyötä eri toimijoiden välillä kuntoutuksen eri vaiheissa.

TK2-mallissa kuntoutus käynnistyi työterveysyhteistyössä suunnitteluvaiheella, jossa kuntoutuksen palveluntuottaja, työnantaja ja työterveyshuollon edustaja kohdensivat kuntoutuksen työorganisaatio- ja työpaikkakohtaisesti. Kuntoutukseen hakua varten lähiesimies ja työntekijä kävivät keskustelun kuntoutujan työn ja työpaikan muutoksista ja toimittivat selvityksen työterveyshuoltoon esivalintaa varten. Valintavaiheessa työnantaja ja työterveyshuolto tekivät yhteistyötä harkiten, onko TK2-kuntoutus sellainen, jolla haetaan ratkaisua kuntoutujan tilanteeseen. Työterveyshuolto teki kuntoutujista suosituksen Kelaan. Kuntoutujien valinnan jälkeen kuntoutusprosessi jatkui yksilöllisellä tilanneanalyysillä, johon osallistuivat kuntoutuja, hänen esimiehensä ja kuntoutuksen palveluntuottaja. Kuntoutusmalli ei edellyttänyt työterveyshuollon osallistumista tilanneanalyysiin, mutta useat työterveyshuollon toimijat kuitenkin osallistuivat (ks. enemmän Seppänen-Järvelä ym. 2015ab).

Kuntoutus muodostui ryhmän tarpeiden mukaan kootuista ryhmäjaksoista ja kuntoutujan tarpeen mukaan kootusta yksilöllisestä osasta. Ryhmäjaksoon kuului yksi yhteistyöpäivä, johon osallistuivat kuntoutuksen palve-



Kuva 2. TK2-mallin kuntoutuspolku.

luntuottaja, työnantaja ja työterveyshuollon edustaja. Yksilöllisessä osiossa ainakin yksi käyntikerta toteutettiin työpaikalla. Kuntoutuksen päätösosassa arvioitiin kuntoutuksen toteutumista sekä suunniteltiin jatkoa ja seuranta. Tähän osallistuivat kuntoutujan ja kuntoutuksen toteuttajien lisäksi esimies ja työterveyshuolto (kuva 2).

Aineisto ja menetelmät

Tämä artikkelin aineisto koski kymmentä TK2-kuntoutukseen osallistunutta kuntoutujaryhmää. Aineisto koostui kolmesta pääkokonaisuudesta: kuntoutukseen osallistuneiden työpaikkojen henkilöstöhallinnon (HR) haastatteluaineistosta ja näiden työpaikkojen työterveyshuoltojen kysely- ja haastatteluaineistosta sekä TK2-tutkimukseen kuuluneen tapaus-tutkimuksen moninäkökulmaisesta asiakirja-, kysely- ja haastatteluaineistosta (Seppänen-Järvelä ym. 2015a).

Kelan TK2-kehittämishankkeen arviointitutkimukseen haastateltiin puhelimitse kymmenen kuntoutukseen osallistuneen työpaikan HR-asiantuntijaa, jotka osallistuivat haastatteluun työnantajansa edustajan roolissa. Kultakin kuntoutuksen palveluntuottajalta valittiin kaksi työnantajaa, jotka edustavat monipuolisesti eri toimialoja julkiselta ja yksityiseltä sektorilta sekä suuria ja pienempiä työpaikkoja. Valittujen työpaikkojen mukaan määrittäytyivät tämän artikkelin tarkastelussa olevat kymmenen kuntoutujaryhmää.

HR-asiantuntijoiden haastattelujen teemat olivat: kuntoutukseen valinta ja hakeminen,

kuntoutuksen tarpeenmukaisuus, toimijoiden roolit ja tehtävät, kuntoutuksen ammatillisuus ja työkytkentä, kuntoutuksen hyöty ja vaikutukset sekä tiedonkulku, viestintä ja yhteistoiminta kuntoutusprosessissa. Haastattelut kestivät keskimäärin 40 minuuttia ja ne litteroitiin sanatarkasti, jolloin aineiston pituus rivivälillä 1 oli yhteensä 80 sivua. Aineisto analysoitiin laadullisen aineiston Atlas.ti-analyysiohjelmalla. Sisällönanalyysillä puheaineistoa jäsennettiin arviointiteemojen mukaisesti vastaamaan kysymyslähteisesti arviointikysymyksiin.

Työterveyshuoltojen aineisto koostui kyselyistä ja haastatteluista (Seppänen-Järvelä ym. 2015b). Kyselyt ajoitettiin kuntoutusryhmän aikataulun mukaisesti, ja kyselyiden väli vaihteli seitsemästä kuukaudesta yhteentoista kuukauteen. Työterveyshuolloille suunnatuista alkukyselyistä (n = 27/54, vastausaktiivisuus 50 %) ja loppukyselyistä (n = 34/51, vastausaktiivisuus 67 %) analysoitiin ensin omana kokonaisuutenaan näiden kymmenen kuntoutujaryhmän toimintaan osallistuneiden työterveyshuollon edustajien vastaukset, jotka liittyivät kuntoutuksen suunnitteluun, kuntoutujien valintaan, yhteistoimintaan, vaikutuksiin ja seurantaan. Tämän jälkeen verrattiin tämän aineiston tuloksia muiden TK2-tutkimuksen kuntoutujaryhmien (n = 15) työterveyshuollon edustajien tuloksiin (Seppänen-Järvelä ym. 2015b).

Työterveyshuollon edustajille järjestettyihin viiteen ryhmähaastatteluun osallistui kahdeksan työterveyshuollon edustajaa, jotka olivat olleet mukana seitsemän kuntoutujaryh-

Taulukko 1. Aineistot kuntoutujaryhmittäin.

Kuntoutujaryhmä	1	2	6	3	4	5	7	8	9	10
HR- haastattelu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TTH alkukysely	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TTH loppukysely	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TTH ryhmähaastattelu				X	X	X	X	X	X	X
Tapaustutkimusaineisto			X				X	X	X	X

män toiminnassa (taulukko 1). Haastattelun teemat olivat kuntoutustarpeen arviointi, yhteistyö, kuntoutuksen tulokellisuus ja vaikuttavuus. Ryhmähaastattelut litteroitiin sanatarasti ja analysoitiin teemoittain (Seppänen-Järvelä ym. 2015b). Atlas.ti-ohjelman avulla luokitellusta ja teemoitetusta aineistoista haettiin näiden seitsemän ryhmän aineisto tutkimuskysymyksittäin. Työterveys- ja kuntoutusyhteistyöhön liittyvää luokiteltua sitaattiaineistoa oli 80 sivua. Haastatteluaineistojen validiteettia ja reliabiliteettia arvioitaessa on huomioitava, että laadullinen aineisto ja siihen perustuvat tulokset kuvastivat haastattelutavien subjektiivisia kokemuksia yhtenä ajankohtana. Näistä eri aineistoista muodostettiin kymmentä kuntoutujaryhmää koskeva aineistokokonaisuus (taulukko 1).

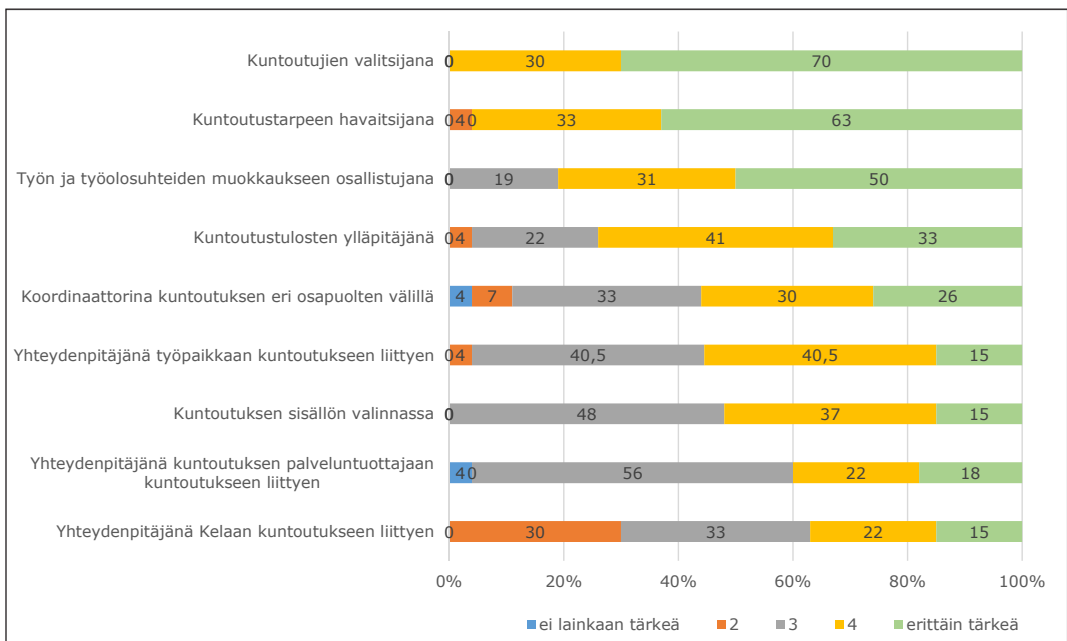
Tutkimuksemme oli monimenetelmällinen, joka tarkoittaa aineistojen asetelmallista yhdistämistä (Laine ym. 2007; Greene 2009; Creswell 2011; Teddlie & Tashakkori 2011). Kuntoutuja- ja kuntoutujaryhmäkohtaiseen työterveysyhteistyön tarkasteluun päästiin monimenetelmällisen ja moninäkökulmaisen, samoihin tutkimuskysymyksiin vastaavan aineiston kautta. Moninäkökulmainen aineisto muodostui siten, että neljän kuntoutujaryhmän osalta analyysissä olivat kaikki eri aineistotyytit. Niiden kuntoutujaryhmien osalta, joiden työterveyshuollon aineisto koostui vain kyselyistä, saimme työterveysyhteistyön toteutumisesta niukasti tietoa.

Työterveysyhteistyön toteutumisen näkö-

kulmasta havaitsimme vain muutamia eroja työterveyshuollon kyselyissä verrattaessa kymmenen kuntoutujaryhmän työterveyshuoltojen vastauksia muiden TK2-kuntoutujaryhmien työterveyshuollon edustajien vastauksiin (ks. kuva 3) Kolme tärkeintä tiedonlähdettä olivat samoja, mutta kyseisten kymmenen työpaikan työterveyshuollon toimijoista reilu kolmannes piti työnantajan edustajalta saamaansa tietoa kolmen tärkeimmän tietolähteen joukossa, kun vastaava osuus muussa aineistossa oli noin 10 %. Samoin tässä aineistossa jonkin verran suurempi osuus työterveyshuollon toimijoista oli yhteydessä työnantajaan arvioitaessa työhön tai ammattiin liittyvää kuntoutustarvetta.

HR-asiantuntijoiden haastatteluista tarkasteltiin sitä, kuinka työterveysyhteistyö toteutui erityisesti kuntoutuksen suunnittelussa ja kuntoutujien valinnan vaiheessa. Tämän tarkastelun tuloksena syntyneeseen jäsenyykseen yhdistettiin työterveyshuollon ryhmähaastatteluaineisto: litteroiduista työterveyshuollon ryhmähaastatteluista koottiin verkostoyhteistyö- tai työterveysyhteistyökoodin mukaiset sitaattit niiden työterveyshuollon edustajien osalta, jotka olivat mukana kuntoutujaryhmien toiminnassa (taulukko 1). Lisäksi tähän aineistoon koottiin tapaustutkimusaineistosta viiden kuntoutujan vertailevaan analyysiin perustuvat¹ kuntoutumisprosessikuvaukset työterveys- ja kuntoutusyhteistyön näkökulmasta. Tämän jälkeen tarkasteltiin työterveysyhteistyön toteutumista

¹Tapaustutkimukseen (Seppänen-Järvelä ym. 2015a) kuului yhteensä 11 kuntoutujaa eri kuntoutujaryhmittä.



Kuva 3. Työterveyshuollon oma arvio roolinsa tärkeydestä työkyvyn tukemisessa TK2-kuntoutuksessa.

ja sen seurauksia kuntoutujaryhmittäin sekä työterveyshuoltokyselyiden kymmenen ryhmän osalta kootun yhteenvedon perusteella.

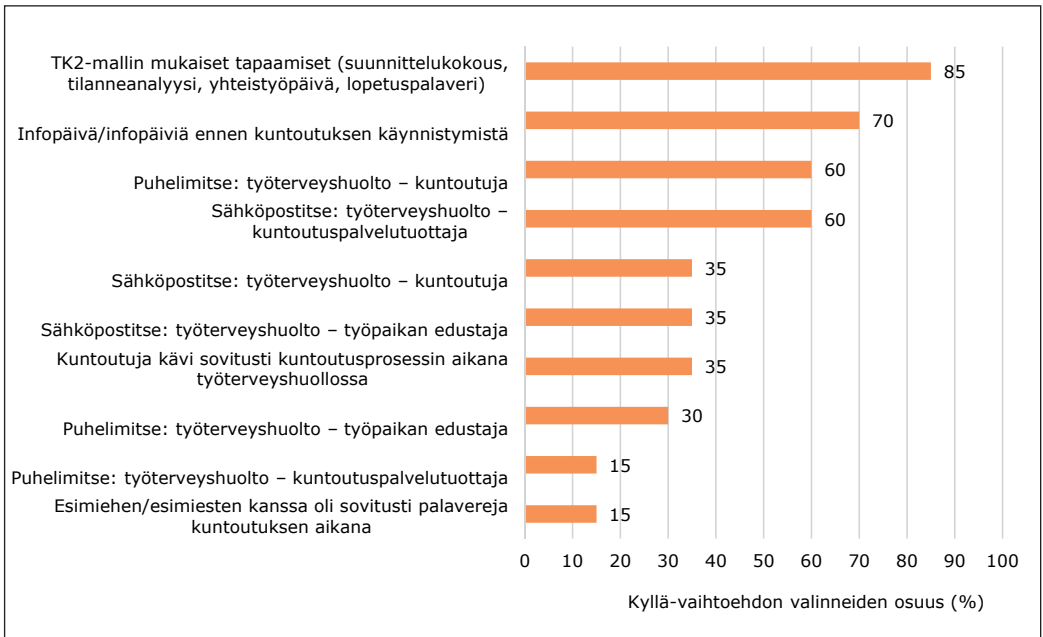
Tulokset

Työterveyshuollon rooli ja tehtävät TK2-kuntoutusmallissa

Työterveyshuoltojen jäsenitys roolistaan ja tehtävästään TK2-prosessin eri vaiheissa vaihteli (ks. kuva 3). Kuntoutusprosessin alussa useimmat työterveyshuollon edustajat näkivät oman roolinsa kuntoutustarpeen havaintajana ja kuntoutujien valinnassa tärkeänä.

Kuntoutustarvetta arvioitaessa työterveyshuolto oli yleisimmin selvittänyt kuntoutujan työn vaatimuksia terveystarkastuksessa (78 %), työntekijää haastatteleamalla (74 %) ja työpaikkaselvityksistä (67 %). Neljä kymmenestä työterveyshuollon toimijasta oli ollut yhteydessä työnantajaan selvitellessään kuntoutujan työn vaatimuksia, ja noin joka seitsemäs oli tehnyt työntekijän työpisteeseen suunnatun selvityksen (vrt. kuva 1).

Noin puolet kyselyyn vastanneista työterveyshuollon edustajista osallistui TK2-kuntoutuksen eri tilaisuuksiin, ja kuntoutujan yksilölliseen tapaamiseen oli osallistunut 40 % työterveyshuollon edustajista. Hankkeen aikana kymmenessä yrityksessä toteutuneet yhteistyötavat esitetään kuvassa 4. TK2-kuntoutuksen aikana työterveyshuollon edustajista noin joka viides (21 %) oli yhteydessä työnantajaan sähköpostitse ja joka kuudes (18 %) puhelimitse. Kuntoutuksen aikana esimiesten kanssa palavereja oli sopinut 9 %. Suurin osa työterveyshuollon edustajista arvioi yhteistyön työnantajan kanssa onnistuneen hyvin koko kuntoutusprosessin ajan. Useampi kuin kolme neljästä työterveyshuollon edustajasta oli sitä mieltä, että uusi TK2-kuntoutus sulautui hyvin osaksi työterveysyhteistyötä. Työterveyshuollon edustajista kolme neljästä koki pystyneensä vaikuttamaan suunnittelukokouksessa kuntoutuksen kohderyhmän valintaan, noin puolet riittävästi kuntoutuksen teemoihin ja vajaa puolet ryhmäjaksojen aikataulutukseen tai kestoan.



Kuva 4. Työterveyshuollon osallistuminen eri tilaisuuksiin kuntoutusprosessin aikana, kyllä-vaihtoehdon valinneiden osuus (%).

Työterveysyhteistyö kuntoutujaryhmä- ja kuntoutujakohtaisesti

Kuntoutusprosessin aikaisen työterveysyhteistyön vetovastuun perusteella TK2-kuntoutuksessa toteutunut työterveysyhteistyö voidaan tyypitellä kolmeen luokkaan: yhteistoimijat, työnantajavetoiset ja työterveyshuoltovetoiset. *Yhteistoimijoissa* työterveysyhteistyö toteutui henkilöstöhallinnon (HR) ja työterveyshuollon palvelutuottajan (TTH) yhteistyönä neljän kuntoutujaryhmän kohdalla (1, 2, 6, 7). Ryhmien 1 ja 2 kohdalla käsitys perustui HR-asiantuntijan näkemykseen, työterveyshuollon arviotieto puuttui (arvo = 0). *Työnantajavetoisessa* yhteistyö oli työnantajan, erityisesti henkilöstöhallinnon vetämää sekä henkilöstöhallinnon että työterveyshuollon arvioimana kolmen kuntoutujaryhmän kohdalla (3, 4, 10). Työterveyshuolto toimi kolmen kuntoutujaryhmän kohdalla (5, 8, 9) työterveysyhteistyön vastuullisena vetäjä (*työterveyshuoltovetoiset*).

Kuntoutujakohtaisessa työskentelyssä työterveys- ja kuntoutusyhteistyö toimi yhtei-

sen näkemyksen pohjalta, ja kuntoutus räätälöityi kuntoutujan tarpeen mukaisesti kuntoutujaryhmään 7, 10 ja 9 kuuluneiden kuntoutujien kohdalla. Kuntoutujaryhmässä 6 kuntoutuja itse ei halunnut yhteistyössä toteutettua prosessia, ja kuntoutujaryhmässä 8 kuntoutujan yhteistyö työnantajan kanssa ei edennyt, vaikka työterveyshuollon edustaja siihen pyrkikin. Kuntoutujakohtainen aineisto toi esille, että asiakastasolla työterveys- ja kuntoutusyhteistyö voi toimia riippumatta siitä, mikä toimijataho oli yhteistyön organisoinnissa aktiivinen. Toisaalta kuntoutujan oma vahva toimijuus tai esimiehen sitoutumattomuus (ks. tarkemmin Seppänen-Järvelä ym. 2015a) voi estää yhteistyötä tai yhteistyö voi muodostua kullisimmaksi.

Työterveysyhteistyön toteutuminen ja sen vaikutukset kuntoutusprosessissa

Seuraavaksi kuvaamme esimerkein, kuinka työterveysyhteistyö käytännössä toteutui ja millaisia seuraamuksia sillä oli kuntoutuksen toteutumiseen.

Taulukko 2. TK2-hankkeessa toteutunut työterveysyhteistyö kuntoutujaryhmittäin.

Kuntoutujaryhmät	1	2	6	7	3	4	10	5	8	9
Työterveysyhteistyö	yhteistoimijat				työnantajavetoiset			työterveys- huoltovetoiset		
HR arvio: yhdessä	+	+	+	+						
TTH arvio: yhdessä	0	0	+	+						
HR arvio: HR					+	+	+			
TTH arvio: HR					+	+	+			
HR arvio: TTH								+	(+)	+
TTH arvio: TTH								+	+	+
Kuntoutujakohtainen yhteistyö			-	+			+		-	+

Ensimmäinen esimerkki yhteistoimijaisesta työterveysyhteistyöstä oli monipaikkaisesti toimivasta organisaatiosta. Työterveyshuollon palvelut tuotettiin saman palvelutuottajakonsernin kautta, mutta työterveyshuollon palvelutuottajan eri toimipisteiden välinen yhteistyö kuntoutuksen valmistelussa ja toteutuksessa oli vähäistä. Työnantajan edustaja johti ja koordinoi aktiivisesti työterveys- ja kuntoutusyhteistyötä. Kuntoutuksen aikana työnantajan ja työterveyshuollon edustajat olisivat halunneet tiiviimpää yhteistyötä kuntoutuspalvelutuottajan kanssa. Kuitenkin yksittäisen kuntoutujan kohdalla syntyi kaikkien toimijoiden jakama yhteinen näkemys kuntoutuksen tavoitteesta; HR oli aktiivinen työn ja työuran muokkaajana, työterveyshuolto tuki kuntoutujaa ja kuntoutuspalvelu räätälöityi kuntoutujan ammatinvaihtoa tukevaksi.

Työnantajavetoisessa työterveysyhteistyössä sekä työnantaja että työterveyshuolto olivat miettineet henkilöstön kuntoutustarvetta ja kuntoutuksen kohdentamista tahoillaan, jolloin ei päässyt syntymään yhteistä näkemystä. Toisessa tapauksessa HR:n edustaja tarttui kuntoutustilaisuuteen aktiivisesti ja vasta valittu työterveyshuollon palvelutuottaja oli valmis aktiiviseen yhteistyöhön. Suunnitteluvaiheesta muodostui ripeä, prosessimainen, ja suunnittelukokous järjestettiin reilun kuukauden välein kaksi kertaa. Henkilöstöhallinnossa oli selkeä näkemys kuntoutuksen kohdentamisesta toimintakokonaisuuksiin, joiden

välille tarvittiin lisää yhteistyötä. Työterveyshuolto puolestaan valitsi kuntoutujia työkykyriskin näkökulmasta. Henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon edustajat jatkoivat tiivistä yhteistyötä sekä kuntoutujaryhmä- että kuntoutujakohtaisesti koko kuntoutusprosessin ajan. Kuntoutujatapauksessa kaikille toimijoille muodostui yhteinen näkemys päätösvaiheessa, jonka jälkeen esimies oli valmis työn muutokseen ja työssä selviytymisen seurantaan sekä työterveyshuolto työkyvyn jatkotukeen.

Kolmannessa työnantajavetoisessa tapauksessa työterveyshuollon edustaja tarjosi työnantajalle osallistumismahdollisuutta ja HR sekä johto olivat yhteistyössä aktiivisia. Suunnittelukokouksessa pohdittiin kuntoutuksen kohdentamista yhdessä neuvotellen, ja kohderyhmän valinta pohjautui työnantajan argumentteihin. Uusi työterveyshuollon palveluntuottaja ei ollut selvillä työpaikan tai henkilöstön kuntoutustarpeesta. Työnantaja tiedotti kuntoutusmahdollisuudesta aktiivisesti ja tätä kautta valikoitui valtaosa kuntoutujista. Työterveyshuollon edustaja oman harkintansa pohjalta ei osallistunut kuntoutukseen valintavaiheeseen jälkeen.

Työterveyshuollon koordinoimassa työterveysyhteistyössä työterveyshuollon edustaja haki aktiivisesti sopimusasiakkaistaan TK2-kuntoutuksesta kiinnostuneita. Yhteistyötä koordinoi työterveyshoitaja ja hän itse arvioi, ettei osannut panostaa työnantajan kanssa tehtävään yhteistyöhön riittävästi. Työpaikan

yhdyshenkilö vaihtui, ja nämä tehtävät, esimerkiksi esimiesten informointi, jäivät työterveyshoitajalle. Työterveyshoitaja ei osallistunut tilanneanalyysiin, koska TK2-malli ei sitä edellyttänyt. TK2-mallissa edellytettiin esimiehen ja työntekijän käyvän yhdessä keskustelun ja täyttävän työn ja työpaikan muutoksia sekä tulevaisuutta koskevan selvityslomakkeen. Tässä tapauksessa valintavaiheessa selvityslomakkeet tulivat työterveyshuoltoon vasta, kun hakemukset ja B-lausunnot oli tehty. Työterveyshuollon kyselyvastausten mukaan kuntoutujan työtä, ammattia tai organisaatiota koskevan tiedon saamisen kolme tärkeintä lähdettä olivat terveystarkastukset, kuntoutuja itse sekä yleinen työpaikkaselvitys, eivätkä selvityslomakkeet, kuten prosessin perusteella olisi voinut olettaa.

Toisessa työterveyshuoltovetoisessa tapauksessa HR ja työterveyshuolto määrittivät kohdentamisen yhdessä, mutta työterveyshuolto valitsi kuntoutujat. Työterveyshuolto oli aktiivisesti kartoittanut kuntoutustarpeensa olevia, ja lisäksi työntekijät ilmoittautuivat suoraan. Työterveyshuollon moniammatillinen tiimi jakoi vastuun kuntoutujista. Tiimin jäsen osallistui kyseisen kuntoutujan yksilöllisiin tapaamisiin ja yhteistyöpäiviin. Yksilöllinen seuranta toteutui työterveyshuollossa kuntoutuksen jälkeen. Kuntoutusryhmään osuneissa tapauksessa toimijoille ei syntynyt yhteistä näkemystä ja esimies vaihtui – ja vaihtoprosessi vei lähes koko kuntoutumisvuoden. Työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyö ei työterveyshuollon edustajan aktiivisesta panostuksesta huolimatta tuottanut toivottua tulosta eivätkä suositellut työympäristön muutokset toteutuneet.

Kolmannessa työterveyshuollon vetämässä tapauksessa työnantajan HR ja työterveyshuollon edustajat olivat aktiivisia koko prosessin ajan. Valtakunnallinen HR ja työterveyshuollon koordinaatiosta vastaavat työterveyshuollon edustajat jakoivat yhteisen näkemyksen, mutta työterveyshuollon eri tiimeissä eri puolilla maata työterveys- ja kuntoutusyhteistyöhön mukaan lähtemisen aktiivisuus vaihteli. Kokemus työntekijäkohtaisesta yhteistyöstä näkyi kuntoutujatapauksessa:

kuntoutumisen tukemista oli jo ennen kuntoutusvuotta tehty toista vuotta, ja työterveys- ja kuntoutusyhteistyössä jakettiin odottaa kuntoutukseen osallistuneen omaa ratkaisua.

Työterveyshuolloissa yhteistyö oli erittäin monesti yksittäisten työterveyshoitajien vastuulla, vaikka työterveyshuollon edustajat arvioivat omat mahdollisuutensa yhteistyöhön toisin: kaikki työterveyshuollon edustajat arvioivat, että heillä on riittävästi moniammatillista osaamista, ja useimmat, että heillä on riittävästi tiimi- ja parityöskentelyä sekä osaamista kuntoutustarpeen arvioinnissa tai selvittämisessä. Sen sijaan kuntoutustarpeen arviointiin tai selvittämiseen käytettävän ajan he kokivat melko riittämättömänä. Kuntoutuksen valintavaiheessa toteutettiin parityötä lääkärin kanssa ja yksittäisissä tapauksissa tätä laajempaa moniammatillista yhteistyötä. Vain yksi työterveyshuollon moniammatillinen tiimi oli jakanut kuntoutumisprosessin aikaisen osallistumis- ja seurantavastuun tiimin jäsenten kesken.

Pohdinta

Tutkimuksen aineisto toi esille tämän tyyppisen verkostomaisen kuntoutuksen luonteen kompleksisena ilmiönä. Kuntoutuksen ja kuntoutumisen tulokset ja vaikutukset syntyvät siitä, kuinka interventio toimii suhteessa muiden kompleksisen systeemin komponenttien ja alasysteemien kanssa (ks. Westhorp 2013; Byrne 2013). Kompleksisissa järjestelmissä itenäisesti ja vuorovaikutteisesti toimivien yksittäisten ammattilaisten, toimijatahojen ja tilannekohtaisten ryhmien toiminnan tavoitteet voivat olla erisuuntaisia (ks. myös Pitkäaho 2011). Tämä tuli esille edellä kuvaamissamme työterveysyhteistyön esimerkeissämme, jotka toivat esille TK2-kuntoutuksen luonteen kompleksisena sosiaalisena interventiona.

TK2-mallin mukaisen kuntoutuksen taustalla oli näkemys, että työpaikan ja sen henkilöstön kuntoutustarve on selvillä työterveysyhteistyössä; kuntoutus kohdistetaan tämän tunnetun tarpeen mukaisesti, ja kuntoutuksen toteutukseen osallistuvat niin työpaikan kuin työterveyshuollon edustajat. Tämän tut-

kimuksen aineisto toi esille, että työterveysyhteistyössä ollaan vaihtelevasti selvillä henkilöstön tilanteesta ja kuntoutustarpeesta. Erityisen kriittisiä vaiheita, joissa tarvittava tieto ei siirry ja meneillään olevat prosessit voivat keskeytyä, näyttävät olevan henkilöhallinnon asiantuntijan tai esimiehen vaihtuminen ja/tai työterveyshuollon palvelutuottajan tai edustajan vaihtuminen. Monissa suurissa työpaikoissa työkykyjohtamisen käytännön prosessiosiohuusvastuu on määritelty henkilöstöhallintoon. Vaikka henkilöstöhallinto oli aktiivinen, se ei kuitenkaan tarkoittanut, että kaikki esimiehet olisivat olleet valmiita kuntoutuksessa toteutuvaan työpaikka- ja työntekijäkohtaiseen yhteistoimintaan (vrt. Juvonen-Posti ym. 2014a). HR saattoi olla aktiivinen työkykyjohtamisessa, mutta jäseni työhönkuntoutuksen perinteisesti yksinomaan terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi ja vetäytyi yhteistyöstä jättäen sen yksinomaan työterveyshuollon palvelutuottajan tehtäväksi.

Työterveyshuollon edustajat pitivät kuntoutustarpeen havaitsemista, kuntoutujien valintaa ja tapauskohtaista työnmuokkausta tärkeimpinä tehtävinään, mutta työkyvyn tukeen liittyviä koordinaatio- ja yhteistoimintarooleja he eivät nähneet yhtä tärkeinä. Lisäksi työterveystoimijat keskenään hahmottivat koordinaatio- ja seurantatehtävät yksilöllisessä työkyvyn tukemisessa hyvin eri tavoin, ja prosessiyhteistyö oli erittäin monesti yksittäisten työterveyshoitajien vastuulla (Hakulinen ym. 2012; Hakulinen ym. 2014). Työterveysyhteistyön intensiteetin vaihtelu oli suurta, mukana oli myös jatkuvaa ja suunnitelmallista yhteistyötä toteuttava työterveyshuolto (Seppänen-Järvelä ym. 2015b).

Pääsääntöisesti HR-toimijat osallistuivat kuntoutuksen suunnitteluvaiheeseen mutta eivät osallistuneet kuntoutuksen yhteistyöhön myöhemmin kuntoutujaryhmien toiminnan käynnistyttyä; työhön liittyvä yhteistyö toteutui lähinnä lähiesimiesten kautta. Kuntoutusmalliin kuului kuitenkin yhteistyöpäivä, jossa HR:llä olisi voinut olla luonteva rooli. Toisaalta osa HR:n edustajista toivoi kuntoutuksen palvelutuottajalta palautetta koko kuntoutujaryhmän osalta, jotta kuntoutuksen

kytkytyminen osaksi työpaikan työkyvyn tuen toimintaa voidaan varmistaa (ks. Seppänen-Järvelä ym. 2015b).

Työterveyshuollon edustajat toivoivat aktiivista yhteistyötä ja työpaikan eri edustajien, kuten työsuojelun ja lähiesimiesten, osallistumista työterveysyhteistyöhön. Erityisesti toivottiin keskustelua työnantajan edustajien kanssa kuntoutusprosessin aikana nousseista työhön ja työpaikkaan liittyneistä kysymyksistä sekä konkreettisia toimia työpaikalla kuntoutuksessa saavutettujen muutosten säilyttämiseksi. Voidaan sanoa, että kaikki kuntoutukseen osallistuneet tahot kantoivat huolta kuntoutus- ja kuntoutumisprosessien jatkuvuudesta ja työhön integroitumisesta – jokainen kuitenkin omasta roolistaan ja näkökulmastaan.

Kuntoutukseen osallistuvien tahojen roolien ja tehtävien selkeys on edistävää tekijä kuntoutujan kuntoutumisessa, mutta ei kuitenkaan välttämättä takaa onnistunutta kuntoutusprosessia (vrt. Chamberlain ym. 2009); olennaisempaa on monitoimijainen yhteistyö. On havaittu, että työhön paluuseen liittyvien eri tahojen (työntekijä, työnantaja, maksaja, terveydenhuollon palvelujen tarjoaja, yhteiskunta) tavoitteissa, motivaatioissa, kiinnostuksen kohteissa ja asioissa on eroja, mutta kaikki ovat kiinnostuneita siitä, että työntekijä pääsee oikea-aikaisesti ja pysyvästi töihin. Moni toimija haluaa tietää, kuinka hyvät mahdollisuudet työntekijällä on työssä jatkamisen suhteen sekä kuinka hyvin hän pääsee tähän tavoitteeseen. Eri tahot ovat kiinnostuneita myös siitä, mitkä tekijät tukevat työntekijän työhön paluuta, ja he haluavat tietää hyödyt, jotka ovat yhteydessä työhön paluuseen. Moni toimija haluaa tietää myös, seurataanko työhön paluun toimintatapoja ja käytäntöjä tyydyttävästi. (Young ym. 2005.)

Vaikka työhön liittyvän tiedon siirtymisessä esimieheltä työterveyshuoltoon oli kehittämishankkeen käynnistämisen vaiheessa haasteita, TK2-mallissa onnistuttiin kuntoutuksen kytkemisessä kuntoutujien työhön, ja esimiehet osallistuivat aktiivisesti kuntoutukseen. Työntekijän työkyvyn tukemisen tulisi työterveysyhteistyössä olla jatkuvaa toimintaa. Esi-

miehen ja työterveyshuollon tuntemus kuntoutujan työstä, työn muutoksista ja työpaikasta tulisi saada siirrettyä kuntoutusprosessiin työntekijän kanssa yhteistyössä. Kuntoutuksen jälkeen seurannan tulisi tapahtua työterveysyhteistyössä. Onnistuminen työpaika- tai työyhteisökohtaisessa työterveysyhteistyössä parantaa kuntoutuksen kohdentamista, ja onnistuminen työntekijäkohtaisessa työterveysyhteistyössä on keskeistä työhön ja työuraan liittyvien vaikutusten kannalta erityisesti osatyökykyisten henkilöiden osalta. Kuntoutumisprosessia koskeneessa kuntoutujatapaustutkimuksessamme esimiesten sitoutuminen oli yksi kuntoutumista edistävä tekijä. Tällöin vaikutukset näkyivät myös työyhteisötasolla ja nämä vaikutukset arvioitiin pysyvimmiksi (Seppänen-Järvelä ym. 2015a).

Myös muissa tutkimuksissa on tunnistettu työpaikan kuntoutukseen integroimisen tärkeys. Kuoppala ja Lamminpää (2006 ja 2008) havaitsivat, että millä tahansa kuntoutustyyppillä on vaikutusta alentuneen työkyvyn varhaisessa vaiheessa, mutta myöhemmin yksi kuntoutusmalli ei riitä. Moniammatillinen lääkinällinen kuntoutus näyttää vähentävän sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeelle jääntiä, kun taas ammatillinen kuntoutus lisää työhönpaluuta. Jos työntekijä on jo sairastunut, niin saman hyvinvoinnin lisääntymisen ja sairauspoissaolojen vähenemisen aikaansaamiseksi tarvitaan sekä moniammatillista, lääkinnällistä että ammatillista kuntoutusta. Pelkällä lääkinnällisellä kuntoutuksella ei saavuteta hyviä tuloksia, vaan työpaikan tulee olla kuntoutusprosessissa mukana ja itse työssä ja työpaikalla täytyy tapahtua muutoksia. (Kuoppala & Lamminpää 2006 ja 2008.)

Kaikkia TK2-kuntoutujia käsittävä arviointitutkimus osoitti, että TK2-kuntoutus kohdentui tarpeenmukaisesti, sillä siihen valikoitui työntekijöitä, joilla oli muuta henkilöstöä enemmän sekä työhön liittyviä muutoksia ja kuormitustekijöitä että terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä ongelmia. Kuntoutuksen myönteiset vaikutukset tulivat esille kuntoutujien arvioissa omasta työkyvystään. Työhön liittyviä myönteisiä muutoksia ilmeni erityisesti niissä tekijöissä, joissa kuntoutujien ti-

lanne oli huonompi verrattuna muuhun henkilöstöön, ja niillä kuntoutujilla, jotka kokivat työolosuhteisiin ja omaan työuraan liittyviä tuen tarpeita. TK2-kuntoutukseen osallistui mukana olleilta keskitasurilta ja suurilta työpaikoilta vakituksessa kokopäivätyössä olevia työntekijöitä. (Seppänen-Järvelä 2014; Seppänen-Järvelä ym. 2015b.) Jatkossa tulisi työterveysyhteistyössä mahdollistaa kuntoutukseen osallistuminen myös eri tavoin määrä- ja osa-aikaisessa palkkatyössä oleville ja itsensä työllistäjille (vrt. Pärnänen & Sutela 2014), pienten yritysten henkilöstölle sekä yrittäjille. Näiden ryhmien osalta kuntoutuksen verkostoyhteistoimintaan osallistuisi uusia toimijoita, kuten yrittäjäjärjestö, henkilöstöpalveluyritys ja työterveyshuollon palvelutuottajien useita eri tiimejä.

Tiivistelmä

Kela kehitti uutta kuntoutusmallia työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen (TK2-kuntoutusmalli) aikana vuosina 2012–2014. Tutkimuksessa, joka on osa kehittämishankkeen yhteydessä toteutettua arviointitutkimusta, selvitettiin millaista työterveysyhteistyö oli ja miten monitoimijainen yhteistyö toteutui ja mitä seuraamuksia sillä oli kuntoutuksen toteutukseen. Tutkimusaineisto muodostettiin niistä kymmenestä työpaikasta, joissa arviointitutkimuksessa toteutettiin henkilöstöhallinnon edustajien haastattelu. Näiden työpaikkojen työterveyshuollon edustajien näkemyksiä koottiin työterveyshuollon edustajille lähetetyistä alku- ja loppukyselyistä sekä ryhmähaastatteluista. Työntekijäkohtaisesta yhteistyöstä saatiin tietoa viiden kuntoutujan osalta. Tapauskohtaiseen työterveysyhteistyön tarkasteluun päästiin monimenetelmällisen ja moninäkökulmaisen, samoihin tutkimuskysymyksiin vastaavan aineiston avulla. Monimenetelmällisyys tarkoitti tässä tutkimuksessa aineistojen asetelmallista yhdistämistä. Tämän tutkimuk-

sen aineisto toi esille, että työterveysyhteistyössä ollaan vaihtelevasti selvillä henkilöstön tilanteesta ja kuntoutustarpeesta. Erityisen kriittisiä vaiheita, joissa tarvittava tieto ei siirry ja meneillään olevat prosessit voivat keskeytyä, näyttävät olevan henkilöhallinnon asiantuntijan vaihtuminen ja/tai työterveyshuollon palvelutuottajan vaihtuminen. Vaikka henkilöstöhallinto oli aktiivinen, se ei kuitenkaan tarkoittanut, että kaikki esimiehet olisivat olleet valmiita kuntoutuksessa toteutuvaan työpaikka- ja työntekijäkohtaiseen yhteistoimintaan. Myös työterveyshuoltoyksiköiden ja siellä toimivien jäsenystä aktiivisesta roolista ja toiminnasta työssä jatkamisen ja työkyvyn tukemisen koordinaatio- ja seurantatehtävissä tulee edelleen kehittää. Kuntoutukseen osallistuvien tahojen roolien ja tehtävien selkeys on edistävää tekijä kuntoutujan kuntoutumisessa, mutta olennaisempaa näyttäisi olevan monitoimijainen yhteistyö.

Abstract

Collaboration between workplace and occupational health as the enabler of rehabilitees' work-related rehabilitation process

Finnish Social Insurance Institution launched a developmental project (2012–2014) in which a new way of conducting vocational rehabilitation was developed. This work-related rehabilitation aimed at close collaboration with employers, employees, Occupational Health (OHS) and rehabilitation services. In this study, which is part of the evaluation research project related to the developmental project, the aim was to clarify, what kind of cooperation between workplaces and OHS did occur, how the multi-agency cooperation succeeded and what consequences this did have to the rehabilitation? Data was gathered from

the ten workplaces attending to the project, from where the representative of the Human Resources (HR) had been interviewed during the evaluation research project. Data from their OHS's professionals were collected by two questionnaires and from five focus group interviews. Also, we could include to this study outcomes of five rehabilitees' processes. The project has been evaluated by using multiple-constituency approach. Multiple data was jointly used in researchers' collaboration during the steps of analysis. In cooperation with the workplace and the OHS the level of the recognition for the different needs of support and rehabilitation, and ways of cooperation varied a lot. Critical phases in respect of the distribution of the flow of the information seemed to be the changes of personnel at the HR or the reversal of the OHS provider. Though the HR was active in multiagency cooperation the supervisors didn't necessarily were ready for the cooperation needed at the workplace and with the employees. The case management role was not fully recognized in OHS during the developmental project though many new impacts of complex collaboration was received both to employees and to processes of OH. In the multiagency collaboration the clarity of roles and tasks promotes rehabilitees in their rehabilitation processes, but the quality of collaboration seem to be fundamentally important.

Kiitämme tutkijakollegoitamme Vesa Syrjää (THL) ja Matti Tuusaa (Kuntoutussäätiö) tiiviistä yhteistyöstä.

Pirjo Juvonen-Posti, LL, Kun-PD, kuntoutuksen erityispätevyys, vanhempi asiantuntija, Työterveyslaitos

Riitta Seppänen-Järvelä, VTT, dosentti, johtava tutkija, Kela, tutkimusosasto

Sanna Pesonen, ThM, työterveyshoitaja, tutkija, Työterveyslaitos

Minna Savinainen, TtT, fysioterapeutti, erikoistutkija, Työterveyslaitos

Maire Laaksonen, LL, työterveyshuollon erikoislääkäri, ylilääkäri, Työterveyslaitos

Simo Kaleva VTM, tutkija, Työterveyslaitos

Lähteet

- Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M (toim.) (2013) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kela, Helsinki, 46–76. Atlas.ti. Saatavissa: <http://atlasti.com/>. Viitattu 21.1.2015.
- Blomgren J, Hytti H, Gould R (2011) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden työttömyys ja sairaustautia eri eläkejärjestelmissä. Kansaneläkelaitos, Helsinki. Saatavissa: www.kela.fi/tutkimus. Viitattu 21.1.2015.
- Byrne D (2013) Evaluating complex social interventions in a complex world. *Evaluation* 19, 217–228.
- Chamberlain MA, Moser VF, Schüldt Ekholm K, O'Connor RJ, Herceg M & Ekholm J (2009) Vocational rehabilitation: an educational review. *J Rehabil Med* 41, 856–869.
- Creswell J (2011) Controversies in mixed methods research. In: N Denzin, Y Lincoln, eds. *Qualitative research handbook*. Sage Publications, Thousand Oaks, 269–283.
- Gould R, Härköpää K, Järvikoski A (2012) Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia, Helsinki. Saatavissa: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/tutkimukset/toimiiko_tyolakekuntoutus_7.pdf. Viitattu 26.1.2015.
- Greene J (2009) *Mixed methods in social inquiry*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Hakulinen H, Pesonen S, Laaksonen M, Jalonen P, Pulkkinen-Närhi P, Rautio M, Räsänen K, Manninen P (2012) Verkostosta vaikuttavuutta työterveyshuollon kehittämiseen. SEITTI -Alueellisella yhteistyöllä kohti parempaa työterveyttä -hankkeen loppuraportti. Helsinki: Työterveyslaitos. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Verkostosta_vaikuttavuutta.aspx. Viitattu 18.5.2015.
- Hakulinen H, Laaksonen M, Pesonen S (2014) BotniaSEITTI -kunnallinen työterveyshuolto kehittyvä alueellisissa verkostoissa. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/BotniaSEITTI.aspx>. Viitattu 18.5.2015.
- Hinkka K, Aalto L, Grönlund R, Rajavaara M (2011) Työ muuttuu - kehittykö kuntoutus? Julkaisussa: Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 19–32.
- Härköpää K, Harkko J, Lehtikainen T (2013) Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet. Kelan tutkimusosasto, Sosiaali- ja terveysturvantutkimuksia 128. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42487/Tutkimuksia128.pdf?sequence=4>. Viitattu 18.5.2015.
- Juvonen-Posti P, Liira J, Järvisalo J (2011) Kuntoutus työterveyshuollossa ja työuran pidentämistä koskevista tavoitteista. Teoksessa: A Järvikoski, J Lindh, A Suikkanen (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. LUP Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi, 229–248.
- Juvonen-Posti P, Joensuu M, Reiman A, Heusala T, Takala E-P, Ahonen G (2014 a) Työkykyjohtaminen - johdettua yhdessä tekemistä. Tapauksittainen käytännön johtamismenetelystä ja taloudellisesti vaikuttavuudesta kunnallisessa liikelaitoksessa. Työterveyslaitos, Helsinki. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Tyokykyjohtaminen.aspx>. Viitattu 27.1.2015.
- Juvonen-Posti P, Pesonen S, Toivio P, Sallmén M, Himanen A-K, Hannu T, Takala E-P, Niiranen K, Autti-Rämö I, Hinkkanen K, Uitti J (2014b) Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä. Arviointitutkimus 1.6.2012 voimaan astuneiden työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain muutosten täytäntöönpanon toteutumisesta. Liite 1. Työterveyslaitos. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Tyossa_jatkamisen_tuki.aspx. Viitattu 26.1.2015.
- Juvonen-Posti P, Viljamaa M, Uitti J, Kurppa K, Martimo K-P (2014 c) Työkyvyn tuki- tavoitteena työssä jatkaminen. Teoksessa J Uitti (toim.) *Hyvä työterveyshuoltokäytäntö*. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos, Helsinki, 212–233.
- Juvonen-Posti P, Uitti J, Kurppa K, Viljamaa M, Martimo K-P (2014 d) Työterveysyhteistyö. Teoksessa J Uitti (toim.) *Hyvä työterveyshuoltokäytäntö*. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos, Helsinki, 22–30.
- Kuoppala J ja Lamminpää A (2006) Kuntoutuksen vaihto- ja tukitoimet työhyvinvointiin ja varhaiseen eläköity-

- miseen – systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Kuntoutus* 4, 3–17.
- Kuoppala J ja Lamminpää A (2008) Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *J Rehab Med* 40, 796–804.
- Laine M, Bamberg J, Jokinen P (2007) Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa M Laine, J Bamberg, P Jokinen, (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Gaudeamus, University Press. Helsinki, 9–38.
- Laaksonen M, Blomgren J, Gould R (2014) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria. Rekisteripohjainen tarkastelu. Eläketurvakeskuksen raportteja 05/2014. Saatavissa: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/raportit/tyokyvyttomyyselakkeelle_siirtyneiden_sairauspavaraaha_kuntoutus_ja_tyottomyyshistoria_7.pdf. Viitattu 15.5.2015.
- Lindh J (2013) Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkoston rakenteistumiseen. *Acta Universitatis Lapponiensis* 259. Lapin yliopistopaino, Rovaniemi.
- Liukko J, Kuuva N (2015) Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa – Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 03/2015. Saatavissa: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/raportit/toimijoiden_yhteistyotyokykyongelmien_hallinnassa_ammattilaisten_haastatteluihin_perustuva_tutkimus_7.pdf Viitattu 15.5.2015.
- Miettinen S (2011) Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö Sosiaali- ja terveystieteiden, hallinnon ja talouden valtakunnallinen tutkijakoulu (SOTKA), Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Saatavissa: <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66763/978-951-44-8478-0.pdf?sequence=1>. Viitattu.15.5.2015.
- Pasternack I, Autti-Rämö I, Hinkka K, Pappila J (2015) Miten tunnistaa varhaiskuntoutuksen tarve työelämässä? Kirjallisuuskatsaus työkyvyn heikkeneemisen ennusmerkeistä ja varhaisen tunnistamisen työkaluista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 91.
- Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, Rinne H, Notkola V (2012) Kuntoutukseen? Sosioekonomiset erot Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnöissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86/2012. Kuntoutussäätiö, Helsinki. Saatavissa: http://punkprojekti.fi/files/1075/Tutkimuksia_86_verkko_.pdf. Viitattu 27.1.2015.
- Pitkäaho T (2011) Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0395-2/. Viitattu 29.6.2015.
- Pärnänen A, Sutela H (2014) Itsensätyöllistäjät Suomessa 2013. Tilastokeskus, Helsinki. Saatavissa: http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisu-luettelo/yits_201400_2014_12305_net.pdf. Viitattu 25.1.2015.
- Rajavaara M (2013) Kuntoutus ja työkykypolitiikat sosiaalisina investointeina. Työvoiman tuottavuutta vai kansalaisten yhdenvertaisuutta. Teoksessa U Ashorn, I Autti-Rämö, J Lehto, M Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuu - entä kuntoutusjärjestelmä? Kela, Helsinki, 46–76.
- Saari P (2012) Onnistuneesti työhön ammatillisella kuntoutuksella. Kevan tutkimuksia 2/2012. Saatavissa: http://www.keva.fi/fi/julkaisut/Sivut/tutkimusjulkaisut.aspx/Keva_9158/12. Viitattu 15.5.2015.
- Sairausvakuutuslaki. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/>. Viitattu 15.5.2015.
- Saltychev M (2012) The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary rehabilitation (ASLAK®) amongst public sector employees. Turku: Turun yliopisto. <http://www.doria.fi/handle/10024/76643>. Viitattu 15.5.2015.
- Seppänen-Järvelä R, Syrjä V, Juvonen-Posti P, Pesonen S, Laaksonen M, Tuusa M, Savinainen M, Henriksen M (2015a) Kuntoutumisen polku - yhteistoi- mintaa ja yksilöllisiä valintoja. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia (painossa).
- Seppänen-Järvelä R, Aalto A-M, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M (2015b) toim. Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty: Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2011) Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Työryhmän loppuraportti. Selvityksiä 2011:6, Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14934.pdf. Viitattu 26.1.2015.
- Suikkanen A, Lindh J, Linnakangas R (2010) Ammatillisen kuntoutuksen kautta työkyvyttömyyseläkkeelle? Kelan vajaakuntoisten ammatillisessa kuntoutuksessa olleiden henkilöiden asema työmarkkinoilla vuosina 1998–2006. *Kuntoutus* 4, 21–37. Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi/files/at->

- tachments/kuntoutuslehden_artikkelit/2010/suikanen-ym.pdf. Viitattu 15.5.2015.
- Suoyrjö H (2010) Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 113.
- Teddle C, Tashakkori A (2011) Mixed methods research. Contemporary issues in an emerging field. In: N Denzin, Y Lincoln, eds. Qualitative research handbook. Sage, Thousand Oaks, 285–299.
- Työterveyshuoltolaki. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>. Viitattu 18.5.2015.
- Waddell G, Burton A K, Kendall NAS (2013) Vocational Rehabilitation. What works, for Who and When? Department for Work & Pensions. Series: Health, work and wellbeing – evidence and research. Saatavissa: <http://www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf>. Viitattu 26.1.2015.
- Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuollon käytännön periaatteista, työterveyshuollon sisälöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 708/2013. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708>. Viitattu 26.1.2015.
- Vehkasalo V, Ojala M (2013) Kuntoutus työurien pidentäjänä. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 2. Valtiontalouden tarkastusvirasto, Helsinki.
- Westhorp Gill (2013) Developing complexity-consistent theory in a realist investigation. Evaluation 19 (4): 364–382.
- Ylisassi H (2009) Kehittävän kuntoutuksen mahdollisuudet: tutkimus Aslak-kuntoutuksen työkytkennän ja asiakkuuden rakentumisesta. Helsingin yliopisto, Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia, Helsinki.
- Young AE, Wasiaik R, Roessler RT, McPherson KM, Anema JR, van Poppel MNM (2005) Return-to work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. J Occup Rehabil; 4: 543–556.