

PUBLICATIONS OF
THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Dissertations in Health Sciences



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND



KIRSI LAPPALAINEN

**TYÖTTÖMIEN TYÖELÄMÄVALMIUKSIEN TUKEMINEN
- PAINOPISTEENÄ TERVEYDENHUOLTO JA VERKOSTOYHTEISTYÖ**

Työttömien työelämävalmiuksien tukeminen

*- painopisteenä terveydenhuolto ja
verkostoyhteistyö*

KIRSI LAPPALAINEN

Työttömien työelämävalmiuksien tukeminen

- *painopisteenä terveydenhuolto ja verkostoyhteistyö*

Esitetään Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunnan luvalla julkisesti tarkastettavaksi
Snellmannian auditoriossa SN201 Kuopiossa
perjantaina 5. toukokuuta 2017 klo 12

Publications of the University of Eastern Finland
Dissertations in Health Sciences
Number 410

Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto
Kuopio
2017

Grano Oy
Jyväskylä, 2017

Sarjan toimittajat:

Professori Tomi Laitinen, LT
Lääketieteen laitos, kliininen radiologia ja isotooppilääketiede
Kliinisen lääketieteen yksikkö
Terveystieteiden tiedekunta

Professori Hannele Turunen, TtT
Hoitotieteen laitos
Terveystieteiden tiedekunta

Professori Kai Kaarniranta, LT
Lääketieteen laitos
Kliinisen lääketieteen yksikkö, silmätaudit
Terveystieteiden tiedekunta

Apulaisprofessori (Tenure Track) Tarja Malm, FT
A. I. Virtanen -instituutti
Terveystieteiden tiedekunta

Lehtori Veli-Pekka Ranta, FaT
Farmasian laitos
Terveystieteiden tiedekunta

Jakelu:

Itä-Suomen yliopisto
Kuopion kampuskirjasto
PL 1627, 70211 Kuopio
<http://www.uef.fi/kirjasto>

ISBN: 978-952-61-2451-3 (nid.)

ISBN: 978-952-61-2452-0 (PDF)

ISSNL: 1798-5706

ISSN: 1798-5714 (PDF)

ISSN: 1798-5706

- Tekijän osoite: Työterveyslaitos
PL 310
70101 Kuopio
FINLAND
- Ohjaajat: Professori Kimmo Räsänen, LT
Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
Työterveyshuolto
Itä-Suomen yliopisto
KUOPIO
FINLAND
- Dosentti Pirjo Manninen, LT
Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
Itä-Suomen yliopisto
KUOPIO
FINLAND
- Esitarkastajat: Professori Antti Saloniemi
Tampereen yliopisto
TAMPERE
FINLAND
- Dosentti Vappu Karjalainen
Lapin yliopisto
ROVANIEMI
FINLAND
- Vastaväittäjä: Dosentti Paula Naumanen
Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen yksikkö
Oulun yliopisto
OULU
FINLAND

Lappalainen Kirsi

Supporting preparedness for work life among the unemployed – focus on health care and network communities

University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences

Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 410. 2017. 58 p.

ISBN: 978-952-61-2451-3 (nid.)

ISBN: 978-952-61-2452-0 (PDF)

ISSN: 1798-5706

ISSN: 1798-5714 (PDF)

ISSN: 1798-5706

ABSTRACT

This study is part of the *Occupational Health Counselling* project carried out in Kuopio in 2008–2010, the participants of which were 16–24 year-old young people/adults who were not covered by occupational health services (OHS), and 25–54 year-old people participating in labour force training. The study produced information on the need for health services that promote the work ability and functional capacity of their customer base, as well as on the functionality of these service systems. The aim of the study was to evaluate the implementation of the customer process in health care for the unemployed, authorities' collaboration networks, and the co-operation between the practices of OHS and primary health services. This study provided information on the co-operation between the practices of primary health care and OHS. The study also highlighted the special characteristics of the customer base and the areas of service that require development.

The effectiveness of measures to promote the health and work ability of the unemployed has been studied very little on both the national and international level. Moreover, few development projects on the effects of these measures have been reported. Another area that has not been studied is the role of OHS in the production of health services for the unemployed. The customer process was also described.

The study comprised four sub-studies. The first sub-study consisted of interviewing authorities' personnel in Kuopio, the municipality under development, and in the control municipalities (Joensuu, Jyväskylä, Oulu, and Vammala). A network questionnaire was sent out at the same time. This was repeated before and after the project (second sub-study). The third sub-study examined the lifestyle and health issues of the project's unemployed young people (aged 16–25) according to length of unemployment. The health questionnaires were distributed to all unemployed young people in Kuopio and Iisalmi during this time period. In the fourth sub-study, we interviewed the young participants of the project and performed a customer feedback survey in the form of a postal questionnaire sent to all the project participants (aged 16–55).

According to the results, internal collaboration within health care services should be based on client needs, i.e. supporting the preparedness for work life of the unemployed. However, tensions and differing opinions exist within health care services regarding the special needs of this group. The co-operation between health services and labour administration is not sufficiently solid to support the work ability of the unemployed. The research indicated that young men (aged 16–25) were at a higher risk of prolonged unemployment than women. The study also showed possible associations between prolonged unemployment and both drug use and a low or moderate score on the Work ability index. Of those who provided customer feedback, almost all thought that the unemployed (95 %) need health examinations, and that these should be regular (98 %).

According to the results, closer network collaboration is needed between health care and labour administration in order to promote the work ability of the unemployed. Co-operation within health care services needs to be improved, and roles made clearer. Some of the operating concepts of OHS offer a good model as regards the needs of this customer group. OHS resources should especially focus on unemployed people who report feeling that their health or work ability has diminished. Young people in particular feel that they benefit from health promotion and health appointments with a professional.

National Library of Medicine Classification: W 84, W 84.6, WA 400, WA 546, WA 590

Medical Subject Headings: Unemployment; Health Services; Occupational Health Services; Primary Health Care;

Preventive Health Services; Health Promotion; Health Behavior; Life Style; Needs Assessment; Intersectoral Collaboration;

Community Networks; Interview; Surveys and Questionnaires; Finland

Lappalainen Kirsi

Työttömien työelämävalmiuksien tukeminen – painopisteenä terveydenhuolto ja verkostoyhteistyötä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta

Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 410. 2017. 58 s.

ISBN: 978-952-61-2451-3 (nid.)

ISBN: 978-952-61-2452-0 (PDF)

ISSNL: 1798-5706

ISSN: 1798-5714 (PDF)

ISSN: 1798-5706

TIIVISTELMÄ

Tutkimus on osa Kuopiossa vuosina 2008–2010 toteutetusta Työterveysneuvonta-hankkeesta, jossa asiakkaina olivat työterveyshuollon ulkopuolella olevat 16–24-vuotiaat nuoret ja nuoret aikuiset sekä työvoimapolitiisessa koulutuksessa olevat 25–54-vuotiaat henkilöt (n=134). Hankkeessa tuotettiin tietoa työ- ja toimintakykyä edistävän terveystalvulun tarpeista asiakaskunnasta käsin sekä palvelujärjestelmien toimivuudesta. Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida asiakasprosessin toteutumista työttömien terveystalvuluissa, viranomaisyhteistyön verkostoja sekä työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan välistä yhteistyötä. Tässä tutkimuksessa saatiin tietoa yhteistyöstä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan ja työterveyshuollon välillä. Lisäksi tutkimus toi esille asiakaskunnan erityispiirteitä sekä palvelujen kehittämistarpeita.

Työttömien terveyttä ja työkykyä edistävän toiminnan vaikuttavuutta on tutkittu niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin vähän, eikä myöskään kehittämishankkeissa ole juuri raportoitu toiminnan vaikutuksista. Myöskään työterveyshuollon roolia työttömien terveystalvuluiden tuottamisessa ei ole tutkittu. Tähän liittyy asiakasprosessien kuvaus.

Tutkimus koostui neljästä osatutkimuksesta. Ensimmäinen osatutkimus koski verkostoyhteistyötä, ja siinä haastateltiin viranomaistoimijoita kehittämisaikkakunnalla Kuopiossa ja seurantapaikkakunnilla (Joensuu, Jyväskylä, Oulu, Vammala, nykyisin Sastamala). Samassa yhteydessä tehtiin verkostokysely, joka toistettiin hankkeen jälkeen (toinen osatutkimus). Kolmannessa osatutkimuksessa tutkittiin nuorten (16–25-vuotiaat) elämäntapa- ja terveystalvuloita työttömyyden keston mukaan. Terveystalvuloita tehtiin kaikille Kuopion ja Iisalmen nuorille työttömille hankaikana. Neljännessä osatutkimuksessa haastateltiin hankaen nuoria asiakkaita sekä tehtiin asiakaspaalutkysely postitkyselynä kaikille hankaen asiakkaille (16–55-vuotiaat).

Tulosten mukaan terveydenhuollon sisäisen yhteistyön pitäisi lähteä asiakkaan tarpeista eli työttömän työelämävalmiuksien tukemisesta. Terveystalvulon sisällä on kuitenkin jännitteitä ja erilaisia mielipiteitä tämän ryhmän erityistarpeista. Terveystalvulon ja työvoimahallinnon yhteistyö ei ole riittävän tiivistä työttömän työkyvyn tukemisessa. Tutkimus antoi viitteitä siitä, että 16–25-vuotiailla miehillä on suurempi pitkittyneen työttömyyden riski kuin naisilla. Viitteitä tuli myös huumeiden käytön ja alentuneen työkyvyn yhteydestä pitkittyneeseen työttömyyteen. Asiakaspaalutteen vastanneista lähes kaikki (95 %) olivat sitä mieltä, että työttömät tarvitsevat terveystalvuloita, ja samoin lähes kaikkien (98 %:n) mielestä terveystalvulusten pitäisi olla säännöllisiä.

Tulosten mukaan terveydenhuollon ja työvoimahallinnon välille tarvitaan nykyistä tiiviimpi verkostoyhteistyö työttömien työkyvyn edistämiseen. Terveystalvulon sisällä tarvitaan yhteistyön kehittämistä ja roolien selkeyttämistä. Osa työterveyshuollon toimintakonsepteista tarjoaa hyvän mallin tämän asiakasryhmän tarpeita ajatellen. Terveystalvulon resurssit pitäisi erityisesti keskittää niihin työttömiin, jotka ilmoittavat vähentyneitä koettua terveyttä tai työkykyä. Erityisesti nuoret kokevat hyötyvänsä terveyden edistamisestä ja terveystalvuloista ammattihenkilön kanssa.

Luokitus: W 84, W 84.6, WA 400, WA 546, WA 590

Yleinen suomalainen asiasanasto: työttömyys; työttömät; työkyky; työelämävalmiudet; terveystalvulo; perusterveydenhuolto; työterveyshuolto; terveyden edistäminen; terveystalvulo; elintavat; tarvearviot; verkostot; yhteistyö; viranomaisyhteistyö; haastattelututkimus; kyselytutkimus; Suomi

"Kerrotko omin sanoin ihan että mitä siinä terveystapaamisessa tapahtu?"

"No, mitäs siinä nyt tapahtukaan? Siinä nyt oli ne perushommat että verenpaine mitattiin ja, laitettiin ne rokotukset kuntoon, mä en muista otettiinko verikokkeet mutta sitte, tietysti nämä kaikenmaailman, mitkä ne on, painoindeksit ja sellaset katottiin ja sitten tuli sellanen lapuske täytettäväks missä sai itse vastata rehellisesti näihin kysymyksiin, no jotain niitä työkykyä kumminkin selviteltiin." (Mies, 21)

Esipuhe

Väitöskirjan tekeminen oli kohdallani kahdeksan vuoden prosessi. Kipinän työn aloittamiseen antoi silloinen esimieheni Pirjo Manninen, joka toimi koko väitöskirjamatkani toisena ohjaajana. Tutkimusaiheeni on kulkenut mukana, vaikka työtehtäväni ovat vaihtuneet vuosien aikana; välillä taustalla ja välillä intensiivisesti asiaa tutkien. Väitöskirjan työstäminen viiden kuukauden opintovapaalla on ollut yksi työurani mielekkäimpiä kokemuksia. Olen suunnattoman iloinen, että matkani on nyt päätöksessä ja on kiitosten aika.

Esitän lämpimät kiitokseni pääohjaajalleni LT, työterveyshuollon professori, Kimmo Räsäselle, joka on asiantuntevasti, kannustavasti ja systemaattisesti ohjannut työssä eteenpäin. Varsinkin työn viimevaiheissa tuki on ollut erittäin tärkeää. Kiitän LT, dosentti, Pirjo Mannista tutkimusprosessiin paneutumisesta, mielenkiintoisista keskusteluista ja tuesta ohjaajana vuosien aikana. Molempien ohjaajieni tuki on auttanut minua työskentelyssä.

Kiitän väitöskirjani esitarkastajia, professori Antti Saloniemea ja dosentti Vappu Karjalaista rakentavasta palautteesta työni jatkokehittämisen kannalta. Kiitän lämpimästi TtM, Hanna Hakulista ohjauksesta, huomioista ja prosessin eteenpäinviemisestä. Esitän suuret kiitokset FM, tilastotieteilijä, Maria Hirvoselle tilastollisista analyyseissä auttamisesta ja arvokkaista neuvoista. Kiitän myös emeritus professori Matti S. Huuskosta Työterveysneuvontahankkeen alulle saattamisesta ja artikkelikommenteista. Haluan kiittää Työterveysneuvonta-hankkeen työterveyshoitajaa Riitta Leiviskää, joka otti asiakkaita vastaan ja ohjasi heitä lomakkeiden täyttämässä sekä johdatti haastateltavia nuoria tutkimukseen. Kiitän Kuopion sosiaali- ja terveyskeskusta hankkeen ja tutkimuksen toteuttamisen mahdollisuudesta vuosien 2008–2010 aikana. Lisäksi kiitän muita Kuopion kaupungin yhteistyökumppaneita ja asiantuntijoita, jotka olivat mukana hankkeen ja tutkimuksen toteuttamisessa. Kiitos myös vertailupaikakkuntien (Joensuu, Jyväskylä, Oulu, Sastamala) kehittäjille ja asiantuntijoille, joita olen haastatellut tutkimukseni aikana.

Tutkimuksen loppuvaihetta on tukenut apurahalla Suomen Työterveyshoitajaliitto. Kiitän ammattiliittoa saamastani tuesta. Kiitän myös esimiehiäni, jotka ovat mahdollistaneet opintovapaan käyttämisen tutkimustyöhöni.

Ajattelen lämmöllä ja kiitän läheisiäni, aviomiestäni Pekkaa ja poikaani Santeria arvokkaasta tuesta väitöskirjatyössäni eteenpäin. Olette antaneet minun istua rauhassa työpöytäni ääressä ja kommentoineet tai olleet kommentoimatta pohdintojani tilannetajun säilyttäen. Mieheni Pekka on jaksanut kannustaa minua myönteisessä hengessä tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Yhteinen aika on minulle arvokasta ja tärkeää. Kiitän omia vanhempiani tuesta ja kannustuksesta väitöskirjatyössä ja kaikkina elämäni vuosina. Kiitän myös ystäviäni ja työkavereitani rinnalla kulkemisesta, positiivisesta tuesta ja hienoista keskusteluhetkestä.

Kuopiossa, maaliskuussa 2017

Kirsi Lappalainen

Lista alkuperäisistä julkaisuista

Väitöskirja perustuu seuraaviin alkuperäisiin julkaisuihin:

I Niiranen (Lappalainen), K., Hakulinen, H., Huuskonen, M. S., Jahkola A. & Räsänen, K. Työttömän työelämävalmiuksien tukeminen viranomaisverkostossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2011: 48 (1), 38–52.

II Niiranen (Lappalainen), K., Hakulinen, H., Manninen P. & Räsänen, K. Työttömien terveyspalvelujen kehittäminen – verkosto mahdollisuutena. *Työelämän tutkimus* 2014: 12 (1), 3–22.

III Lappalainen, K., Manninen, P. & Räsänen, K. Association Among Sociodemographic Factors, Work Ability, Health Behavior, and Mental Health Status for Young People After Prolonged Unemployment. *Workplace Health & Safety*. 2017: 65 (2), 65-73.

IV Niiranen (Lappalainen), K. & Hakulinen, H., Manninen P. & Räsänen, K. Unemployed people's experiences and feedback of preventive health care services in Finland. *International Journal of Occupational Health and Public Health Nursing* 2014: 1 (3), 25–42.

Tieteellisten artikkelien uudelleen julkaisemiseen on saatu kirjalliset luvat kyseisten tieteellisten lehtien kustantajilta.

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO.....	1
2 YHTEENVETO KIRJALLISUUDESTA.....	3
2.1 Suomen sosiaali- ja terveystalouden linjauksia	3
2.2 Verkostoteoriat tutkimuksessa	3
2.3 Työttömien terveyspalvelujen toimintaympäristö.....	5
2.3.1 Terveyspalvelujen määrittely	5
2.3.2 Työttömien terveyspalvelujen järjestäminen	5
2.3.3 Työttömien terveysinterventioiden vaikuttavuustutkimuksia	7
2.4 Työttömien terveys sekä työ- ja toimintakyky	8
2.4.1 Terveystalouden sekä työ- ja toimintakyvyn edistäminen	9
2.4.2 Nuorten työttömyyden erityispiirteitä	10
2.4.3 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	12
3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET.....	14
4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT.....	15
4.1 Työttömän työelämävalmiuksien tukeminen viranomaisverkostossa (osajulkaisu I)	18
4.2. Terveystaloudenhoitojärjestelmän sisäinen verkosto ja työttömien palvelutarpeet (osajulkaisu II)	19
4.3 Työttömien terveyspalvelutarpeet asiakasnäkökulmasta (osajulkaisu III)	20
4.4 Asiakkaiden tarpeet ja erityispiirteet ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen järjestämisessä (osajulkaisu IV)	20
5 TULOKSET	22
5.1 Työttömän työelämävalmiuksia tukevan viranomaisverkoston toiminta.....	22
5.2 Työttömän palvelutarve ja terveydenhoitojärjestelmän sisäisen verkosto perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyön näkökulmasta	24
5.3 Nuorten työttömien työ- ja toimintakyky	28
5.4 Asiakkaiden tarpeiden ja erityispiirteiden vaikutukset ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen järjestämisessä	31
6 POHDINTA	36
6.1 Tuloksista.....	36
6.1.1 Työttömien työelämävalmiuksia tukeva verkostoituminen oli alkuvaiheessa terveydenhuollossa vuonna 2008–2009.....	36

6.1.2 Terveydenhuollon ja TE-toimiston välinen yhteistyö vaatii kehittämistä – perusterveydenhuollon ja työterveys­huollon yhteistyö vaatii toimintamalleja.....	37
6.1.3 Nuorten työkykyongelmat pitää havaita varhaisvaiheessa	39
6.1.4 Terveydenhuollon resurssit on kohdennettava niihin työttömiin, jotka kokevat alentunutta työkykyä.....	40
6.1.5 Työttömien terveyspalvelujen kehittäminen tulevaisuudessa	42
6.2. Aineistosta ja menetelmistä	44
6.3 Jatkotutkimusaiheet ja -haasteet.....	45
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET.....	47
LÄHTEET	49
ALKUPERÄISET JULKAISUT (I-IV)	

Keskeiset käsitteet

Nuorisotyöttömyys 15–24-vuotiaiden työttömyys (Tilastokeskus, 2012).

Perusterveydenhuolto Kunnan järjestämä väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen ja sen osana terveysneuvonta ja terveystarkastukset, suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto sekä päivystys, avosairaanhoido, kotisairaanhoido, kotisairaala- ja sairaalahoido, mielenterveystyö ja päihdetyö siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa; perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326).

Pitkäaikaistyöttömyys Vähintään vuoden yhtäjaksoisesti jatkunut työttömyys (Tilastokeskus, 2012).

TE-toimisto Työ- ja elinkeinotoimisto. Auttaa työpaikan saamisessa, järjestää neuvontaa koulutuksesta ja hoitaa työttömien työnhakijoiden sosiaalisia etuja. Työ- ja elinkeinotoimiston asiakkaita ovat työnhakijat ja työtä tarjoavat työnantajat (TE-palvelut, verkkosivut)

Toiminnallinen integraatio Sopimus pohjainen yhteistyö. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen koordinointi sopimusperusteisesti ilman että ne ovat saman toimijan järjestämisvastuulla. Tavoitteena on asiakkaan/potilaan kannalta mahdollisimman sujuva hoito- ja hoivakokonaisuus (Tesso, 2016).

Toimintakyky Yleisesti ihmisen valmiudet selviytyä jokapäiväisen elämän tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-aikana (Järvikoski, Härkäpää 2004).

TYP Työvoiman palvelukeskus eli työllistymistä edistävä monialainen yhteispalvelu. Yhteistoimintamalli, jossa TE-toimisto, kunta ja Kela yhdessä arvioivat työttömien palvelutarpeet, suunnittelevat heille työllistymisen kannalta tarkoituksenmukaiset palvelukokonaisuudet sekä vastaavat työllistymisprosessiin etenemisestä ja seurannasta (TE-palvelut, verkkosivut).

Työkyky Kuvaa ihmisen voimavaroja suhteessa työntekoon erilaisissa olosuhteissa ja elämäntilanteissa (Ilmarinen ym., 2006).

Työterveyshuolto Työnantajan järjestämä, säädetty työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toiminta, jolla edistetään työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työyhteisön toimintaa sekä työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä (Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383).

Työttömyys Kansantaloustieteen määritelmä työttömyydelle on työtä vailla olevien, työvoimaan kuuluvien henkilöiden määrä. Työttömyydellä on tarkoitettu perinteisesti ansiotyön puutetta (Pekkarinen & Sutela, 2007).

Välityömarkkinat Avoimien työmarkkinoiden ja työttömyyden väliin sijoittuva työllistäjätaho (Työministeriön toimintakertomus, 2006).

1 Johdanto

Työttömyys Suomessa on viime vuosien aikana kasvanut huolestuttaviin mittoihin. Elokuussa 2016 työ- ja elinkeinotoimistoissa oli 342 500 työtöntä työnhakijaa. Pitkäaikaistyöttömiä eli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä olleita oli 127 900. (TEM, 2016.) Samaan aikaan Suomen väestö ikääntyy ja työikäisten määrä vähenee. Sosiaalisesti kestävä kehityksen ehtona ovat korkea työllisyysaste sekä vaikuttavat ja tehokkaat terveys- ja sosiaalipalvelut. (Sosiaali- ja terveystieteiden strategia, 2011.)

Työikäisten terveydenhuolto ei toimi tasa-arvoisesti työllisten ja työttömien kesken. Työikäisten terveydenhuolto on jakautunut kunnallisen terveydenhuollon, työterveyshuollon ja yksityisen terveydenhuollon välille. Työsuhteessa olevat henkilöt ovat pääosin eri palvelutuottajien organisoiman, työnantajan kustantaman työterveyshuollon piirissä, kun taas työttömät käyttävät pääasiassa kunnallisia terveyskeskuspalveluja. Ennaltaehkäiseviä palveluja käytetään sitä enemmän, mitä korkeampaan tuloluokkaan kuulutaan (Kangas ym., 2002; Kunst ym., 2001; Martelin ym., 2005; Häkkinen ym., 2006). Työttömien terveyspalvelujen järjestäminen on osa kunnan lakisääteistä toimintaa (Terveydenhuoltolaki, 1326/2010).

Suomen sosiaali- ja terveystieteiden strategian päälinjaukset vuoteen 2020 ovat seuraavat: 1) hyvinvoinnille vahva perusta, 2) kaikille mahdollisuus hyvinvointiin ja 3) elinympäristö tukemaan terveyttä ja turvallisuutta. Päälinjauksiin liittyy mm. terveyden ja hyvinvoinnin liittäminen osaksi päätöksentekoa, työurien pidentäminen, hyvinvointi- ja terveyserojen vähentäminen sekä uudet palvelujen toimintatavat ja rakenteiden uudistaminen. (Sosiaali- ja terveystieteiden strategia, 2011.) Työttömien terveyspalvelujen toteutuminen ja kehittäminen sisältyy kiinteästi näihin linjauksiin.

Työttömien terveyspalveluja järjestetään eri sektoreilla, mm. perusterveydenhuollossa, sosiaalitoimessa, työ- ja elinkeinotoimistossa ja välityömarkkinoilla. Kuntien tavat järjestää näitä palveluita poikkeavat toisistaan, ja palvelujen sisältö vaihtelee. (Saikku, 2012; Sinervo & Hietapakka, 2013.)

Työttömille suunnattujen terveyspalvelujen taustalla on myös työvoimapolitiittisia tekijöitä. Työllisyyspolitiikalla tavoitellaan työpaikkojen ja työllisyyden lisäämistä sekä matalampaa työttömyysastetta. Terveyspalveluilla tuetaan työ- ja toimintakykyä ja sitä kautta tavoitellaan parempaa työllistymiskykyä. Työttömien terveyspalveluilla on tarvetta myös työttömyyden varhaisvaiheessa sen pitkittymisen ennaltaehkäisyä näkökulmasta. (Saikku, 2009.) Tulossa oleva sote-uudistus antaa hyvät mahdollisuudet kehittää työttömien terveyspalveluita tarvelähtöiseen suuntaan.

Työttömyys ei ole terveysongelma, mutta työttömäksi jääneet näyttävät kuitenkin olevan sairaampia kuin työssä käyvät. Työttömyyden pitkittyessä terveys huononee ja kokemus omasta terveydentilasta heikkenee. Toisaalta on paljon näyttöä myös siitä, että huono terveys ja varsinkin mielenterveysongelmat ovat yhteydessä suurempaan työttömyysriskiin ja pidempään työttömyyden keston. Terveemmät työllistyvät nopeammin, ja terveydeltään heikommät joutuvat todennäköisemmin työttömiksi (Heponiemi ym., 2008). Yleinen johtopäätös on, että työttömyyteen liittyvät monimuotoistuneet terveydelliset ongelmat vaativat moniammatillista verkostotyötä sidosryhmien välillä. Terveydenhuolto on yksi, varsin myöhään mukaantullut verkosto-osapuoli. (Karjalainen ym., 2008).

Monialaisen yhteistyön tarpeen vuoksi tässä tutkimuksessa sovelletaan myös verkostoteorioita tulosten tarkastelussa. Erityisesti nuorten työttömyyttä pidetään epätoivottavana, sillä nuorten työttömyydellä on seurauksia pitkälle tulevaisuuteen. Pitkäaikainen työttömyys lisää merkittävästi sosiaalisen syrjäytymisen riskiä yhteiskunnassa (Kieselbach, 2003).

Tutkimusnäyttöä terveyspalvelujen vaikuttavuudesta työllistymiseen ei juuri löydy (Romppainen ym., 2014; Schuring ym., 2009). Terveyttä ja työkykyä edistävän toiminnan vaikuttavuutta on tutkittu niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin vähän, eikä myöskään kehittämishankkeissa ole juuri raportoitu toiminnan vaikutuksista (Heponiemi ym., 2008). Myöskään työterveyshuollon osuutta työttömien terveyspalveluissa ei ole juuri tutkittu.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli arvioida asiakasprosessin toteutumista työttömien terveyspalveluissa, viranomaisyhteistyön verkostoja sekä työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan välistä yhteistyötä. Tutkimus oli osa integroitua Kuopiossa vuosina 2008–2010 toteutettua Työterveysneuvonta-hanketta, jossa asiakkaina olivat työterveyshuollon ulkopuolella olevat 16–24-vuotiaat nuoret ja nuoret aikuiset sekä työvoimapolitiisessa koulutuksessa olevat 25–54-vuotiaat henkilöt. Tutkimus toi esille asiakaskunnan erityispiirteitä sekä palvelujen kehittämistarpeita. Tutkimuksessa tuotettiin tietoa työ- ja toimintakykyä edistävän terveyspalvelun tarpeista asiakasnäkökulmasta.

2 Yhteenveto kirjallisuudesta

2.1 SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYSPOLITIIKAN LINJAUKSIA

Tämän tutkimuksen tuloksia tarkastellaan suhtautettuna Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikan linjauksiin. Suomalaisten terveys on kohentunut viime vuosikymmeninä merkittävästi, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat kasvaneet (Sihto ym., 2013). Suomessa sosioekonomiset terveyserot ovat suuret, vaikka tuloerot ovat OECD-maiden pienimmät (Koskinen & Martelin, 2013). Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikan päälinjauksiin liittyvät mm. terveyden ja hyvinvoinnin liittäminen osaksi päätöksentekoa, työurien pidentäminen, hyvinvointi- ja terveyserojen vähentäminen sekä uudet palvelujen ja rakenteiden toimintatavat. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa sosiaali- ja terveyspalvelujen painopistettä siirretään vuoteen 2020 mennessä entistä enemmän ennaltaehkäisevään toimintaan. Linjausten mukaan kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien ennaltaehkäisevän työn osaamista on lisättävä ja ehkäisevien palvelujen saatavuutta on parannettava. Palvelujen uudistamisessa käyttäjät ovat aktiivisesti mukana ja heille tarjotaan ajantasaista tietoa hoitovaihtoehdoista ja palvelun tarjoajista. (Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia, 2011.)

Suomen terveyspolitiikka on alueellisesti tarkasteltuna varsin pirstaleinen. Toimijoita on mukana paljon, mutta yhteistä näkemystä ei ole koordinoitu. (Suominen & Lintula, 2013.) Uudistuvat sote- ja maakuntamalli antavat terveyspolitiikan kehittämiseen hyvät mahdollisuudet. Nykyään terveydenhuollon saatavuudessa, laadussa ja käytössä vallitsevat erot eivät ole hyödyttäneet kaikkia ryhmiä, vaan ne ovat jopa ylläpitäneet ja lisänneet terveyseroja (Manderbacka & Keskimäki, 2013). Työikäisten terveydenhuolto on tästä selkeä esimerkki.

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -linjausten tavoitteena on luoda polkuja työttömyydestä työelämään. Asiakaslähtöisyys on keskiössä, ja erityisesti nuorten ja ikäänntyvien työttömyyden ehkäisyyn kiinnitetään huomioita. Myös pitkäaikaistyöttömille kehitetään ratkaisuja mun muassa työpankkitoiminnan ja välityömarkkinoiden kautta. Näihin toimenpiteisiin liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan kehittäminen kuntouttamisketjun toteuttamisessa. Strategian tavoitteet voidaan saavuttaa vain kaikkien alojen rajat ylittävällä yhteistyöllä. (Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia, 2011.) Linjaukset liittyvät kiinteästi tämän tutkimuksen kohteeseen, työttömien terveyspalveluihin.

2.2 VERKOSTOTEORIAT TUTKIMUKSESSA

Tässä tutkimuksessa teoreettisena lähtymistapana käytetään verkostoteorioita. Verkostoteorioita on tarkasteltu monitieteisesti, joten niillä on tässä tutkimuksessa moninaisia merkityksiä. (Basole & Rouse, 2008.) Verkostoteorioita on käsitelty mm. sosiaalitieteessä, oikeustieteessä ja taloustieteessä, eikä niiden tutkimus ole uusi ilmiö (Kohtamäki 2007, 16). Verkostoteorioita on myös luokiteltu eri tavoin. Yksi luokittelu verkottumista ja verkostoja tutkittaessa on hyvinvointipalvelujen verkostojen tutkimus, yritysverkostojen tutkimus ja verkostoteoreettinen ja verkostometodologinen tutkimus (Pirttilä, Asikainen, 2002, 140). Araujo ja Easton (1996) ovat tunnistaneeet kymmenen erilaista verkostokoulukuntaa, joita ovat mm. organisaation sisäinen teoria, toimijaverkostoteoria, teolliset verkostot ja sosiaalisten verkostojen teoria. (Araujo & Easton, 1996.)

Verkosto rakentuu sosiaalisen pääoman mekanismeihin, jotka perustuvat luottamukseen ja kommunikaatioon. (Ruuskanen, 2002.) Verkostot toimivat vuorovaikutuksen kautta, kun verkoston jäsenet ovat yhteydessä toisiinsa. (Berends, van Burg & van Raaij, 2011). Virtasen (1999b) mukaan verkosto on vaativa ympäristö ja verkostolla tulee olla johtaja, joka vetää toimintaa. Toiminnalla tulee olla tavoitteet, ja verkoston toimintaa pitää arvioida ja ohjata systemaattisen seurantatiedon avulla. Myös Karjalainen (1996) korostaa, että hyvä tiedonkulku on edellytys verkoston toiminnalle. Lisäksi on nähtävä yhteinen hyöty verkoston toiminnassa. Kickert ym. (1997) ajattelevat, että kuka tahansa verkoston jäsen voi toimia johtajana tai että johtajia voi olla jopa useita. Heidän mukaansa verkoston johtaminen on toimintaa, jolla pyritään edistämään vuorovaikutusta ja suuntaamaan toimintaa kohti päämäärää. Verkostotutkimuksen kohteena voivat olla ihmiset, ryhmät tai organisaatiot. Verkostoanalyysissä verkoston jäseniä kutsutaan solmuiksi (Katz, Lazer, Arrow & Contractor, 2004, 2005). Verkostotutkimuksessa useinmiten käytetty menetelmä on kvantitatiivinen verkostoanalyysi, jossa käytetään graafisia kuvioita. (Johanson, Mattila & Uusikylä, 1995; Katz ym., 2005, 280–281; 2004, 310.) Tässä tutkimuksessa verkosto rajattiin työttömien työkyvyn tukemista edistäviin organisaatioihin.

Yhteiskunnallisessa keskustelussa puhutaan yhä enemmän verkostoitumisesta ja rajoitusten madaltamisesta organisaatioiden välillä, mutta asiakkaan ääni jää verkostoista puhuttaessa usein taka-alalle. Esimerkiksi kuntoutuksen asiakasyhteistyölain mukaan kuntoutujan yksilölliset tarpeet on otettava huomioon asian käsittelyssä, mutta vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen mukaan asiakasta kuullaan harvoin yksilöllisesti ja hänen asiansa jäävät toisarvoisiksi (Saikku 2006, 63). Myös Kokko (2004) paneutuu väitöskirjassaan samoihin ongelmiin ja toteaa, että usein työryhmässä ratkaistaan asiakkuuden ongelma mutta asiakkaan ongelmatilanne jää ratkaisematta. Työryhmä voi siis vahvistaa tai heikentää asiakkaan luottamusta asioidensa hoitoon.

Sotaraudan (1999, 104) mukaan verkosto tarkoittaa sosiaalisia suhteita, jotka ovat vakiintuneet eriasteisesti. Verkoston syntyminen edellyttää keskinäisen riippuvuuden oivaltamista ja syntymistä. Verkosto perustuu keskinäiseen lojaalisuuteen, solidaarisuuteen, luottamukseen ja keskinäisen työn vuorovaikutukseen. Yhteistyö ei ole sama asia kuin verkostoituminen. Hyvä yhteistyö voi organisoitua muutenkin kuin verkostossa. (Linnamaa ja Sotarauda 2000, 12.)

Vuonna 1998 Portes teki meta-analyysin sosiaalisen pääoman oletetuista lähteistä ja seurauksista eri lähteissä. Hän jäsentää sosiaalisen pääoman lähteitä yksilöiden resursseina tai rajoitteina. Portesin yksilön resursseja korostavan sosiaalisen pääoman mukaan seurauksena voivat olla sosiaalinen positiivinen tai negatiivinen kontrolli, sosiaalisen tuen saaminen ja/tai verkostojen kautta saatavat hyödyt. (Portes, 1998.)

Verkoston kehittäminen edellyttää toisen toiminnan tuntemusta ja sitoutumista, ja verkoston rakentaminen vaatii pitkäjänteistä työtä. Verkostotutkimuksissa korostetaan myös, että verkostoa tulee johtaa, toiminnan tulee olla joustavaa ja avointa, ja verkoston tulee mahdollistaa laaja tiedonvaihto. Verkostossa tulee tapahtua asiantuntijatiedon kumuloitumista ja oppimista. (Virtanen, 1999b; Ollus ym., 1998b; Karjalainen, 2006.) Määtän (2007) väitöskirjan mukaan verkostotyössä on kyse laajasta ja syvästä palveluparadigman muutoksesta. Verkostoituminen on mahdollinen hetkittäin ja tietyillä rajatuilla toiminta-alueilla. Viranomaiset näkevät verkostomaisen toiminnan edut ja hyödyt, mutta yksilöllisyys, moninaiset elämäntavat ja valintamahdollisuudet ovat johtaneet tilanteeseen, jossa verkostoituminen on haasteellista tai jopa mahdotonta. Verkosto on siis luotava aina uudelleen. Tutkimuksen mukaan voidaan nähdä toisiaan leikkaavia, sivuavia ja toisilleen vastakkaisia ryhmiä, verkostoja ja yhteisöjä, joita on mahdollista kokeilla ja koetella. (Määttä, 2007.) Koska sektoroituneita viranomaistoimijoita on Suomessa paljon, mm. työttömän työkyvyn edistämiseen liittyen, palvelujärjestelmän on vaikea vastata moniongelmaisten asiakkaiden tarpeisiin. Tämä koskee mm. ehkäisevää työtä, johon työttömien terveyden edistäminen kuuluu. Useissa tutkimuksissa yhteistyön hankaluuksia kuvataan ammattikuntien eroavina kielinä ja kulttuureina. (Bronstein, 2003;

Burnett & Appleton, 2004.) Seikkula ja Arnkil, 2009 toteavat, että verkostot eivät ole ikuisia, vaan ne muuttuvat ajan kuluessa. Rajanylitykset ovat tulleet tarpeellisiksi, sillä eri asiantuntijoiden erikoisosaamista vaativien tehtävien hoitaminen pitäisi nivoa palvelujärjestelmään, jossa ilmiöt eivät noudata sektorijärjestelmän työnjakoa. (Seikkula & Arnkil, 2009.)

Sektoroituneen palvelujärjestelmän ongelmien ratkaisemiseksi on luotu uusia toimijoita, kuten palveluneuvojia, case managereita ja työkykyneuvojia, jotka pyrkivät työskentelemään organisaatioiden raja- tai yhteistyöpinnoilla. Esimerkiksi kaupunkien sosiaalitoimessa, työterveyshuolloissa, Kelalla, eläkevakuutusyhtiöissä, kuntoutuskentällä ja suurissa yrityksissä on tällaisia ammattiryhmiä. Työskentely näiden ryhmien kesken vaatii uutta näkökulmaa ja halua oppia toisen organisaation toimintatapoja. Tässä tutkimuksessa verkoston rakentuminen, ohjaaminen ja seuranta sekä arviointi saatiin dokumentoitua haastatteluilta ja verkostoanalyysillä. Tulosten tarkastelussa sovellettiin useita verkostoteorioita.

2.3 TYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUJEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

2.3.1 Terveyspalvelujen määrittely

Lainsäädäntö määrittelee terveydenhuollon toiminnan periaatteellisen luonteen ja linjaukset mutta ei yksityiskohtaisesti palvelujen laajuutta, sisältöä tai järjestämistapaa. Näin kuntien tarjoamissa terveyspalveluissa voi olla eroja (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004). ”Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa taikka olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä. Kunta voi täyttää lakiin perustuvan järjestämisvastuunsa myös hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta, tai antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.” (Kunnat.net, 2015.) Sote-uudistuksen myötä Suomen terveyspalvelujärjestelmä tulee kokemaan suuren muutoksen.

2.3.2 Työttömien terveyspalvelujen järjestäminen

Työttömillä on oikeus julkisen puolen terveyspalvelujen käyttöön kuten kaikilla muillakin kuntalaisilla. Lisäksi terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa järjestämään ennaltaehkäisevät terveyspalvelut työterveyshuollon ja opiskeluterveydenhuollon ulkopuolella oleville työkäisille. Tämä tutkimus käsittelee näitä ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja. Työttömien terveyspalvelujen järjestäminen on kunnan lakisäateistä toimintaa: ”Työttömän terveystarkastuksella tarkoitetaan kliinisillä tutkimuksilla tai muilla tarkoituksenmukaisilla ja luotettavilla menetelmillä suoritettua terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn tarkastusta sekä terveyden edistämiseen liittyvää terveydentilan selvittämistä. Yleensä terveystarkastuksen tekee terveydenhoitaja, mutta se voi olla myös lääkäri.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

”Lääkäri vastaa sairauksien hoidosta, arvioi työ- ja toimintakykyä ja ottaa tilanteen mukaan kantaa jäljellä olevaan työkykyyn ja sen edistämiseen työkyvyttömyyden osoittamisen ohella. Mikäli tarvitaan laaja-alaisia työ- ja toimintakyvyn arvioita tai ammatillisen kuntoutuksen arvioita, tarvitaan moniammatillista yhteistyötä ja sopimista eri viranomaisten välillä”. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Työttömien terveystalvuluja ovat Suomessa järjestäneet perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, työvoiman palvelukeskukset (TYP), kuntien sosiaalitymet, työ- ja elinkeinotoimistot (TE-toimisto) ja yksityiset palvelun tuottajat. Myös välityömarkkinat eli avoimien työmarkkinoiden ja työttömyyden väliin sijoittuvat työllistäjätahot (mm. kolmas sektori) ovat toteuttaneet työttömien terveystalvuluja. Välityömarkkinoilta pyritään siirtymään avoimille työmarkkinoille. Välityömarkkinat on tarkoitettu lähinnä vaikeasti työllistyville työnhakijoille. Ne voivat tarjota heille sekä riittävää sosiaalista tukea että pysyvää toimeentuloa. Työttömien terveystalvuluja on toteutettu myös osana hanketoimintaa lukuisissa hankkeissa (Sinervo, 2009; Kainuulainen työkuunto -projekti, 2008).

Työ- ja elinkeinoministeriön työryhmä teki vuonna 2011 ehdotukset työttömien työkyvyn arvioinnin ja terveystalvulujen järjestämiseksi. Työryhmän mukaan TE-toimistolla on vastuu työttömän työnhakijan työkyvyn arvioinnissa ja työmarkkinoille kuntouttaviin palveluihin liittyvissä asioissa. TE-toimiston tehtävänä on tunnistaa ne työttömät, joiden työkyky tulee arvioida, ja ohjata heidät terveystarkastukseen. Terveystarkastuksen jälkeen TE-toimistossa arvioidaan uudelleen, vaikuttavatko tulokset asiakkaan palvelutarpeeseen. Tarvittaessa asiakas ohjataan Kelan, Työeläkelaitoksen tai kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

Vuonna 2009 sosiaali- ja terveystministeriön selvityksen mukaan yli puolet kunnista ilmoitti järjestäneensä työttömien terveystarkastuksia. (Saikku, 2010). Vuonna 2013 Terveyst ja hyvinvoinnin laitos teki valtakunnallisen kyselytutkimuksen, jonka perusteella jo 89 % kunnista järjesti työttömien terveystarkastuksia. Terveystarkastusten määrä tai sisältö eivät kuitenkaan selvinneet tutkimuksessa. (Sinervo & Hietapakka 2013.) Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankkeessa vuonna 2012 tehdyn seurantatutkimuksen mukaan lähes kaikilla hankepaikkakunnilla työttömien terveystarkastukset ja -palvelut olivat jatkuneet hankkeen jälkeen (Saikku 2012). Työttömien terveystalvulujen prosesseista, niiden toimivuudesta ja kehittämistarpeista ei kuitenkaan ole kattavaa tietoa.

Romppaisen ym. (2011) mukaan aikaisempi terveydenhuoltoa koskeva tutkimus on ollut kiinnostuneempi nimeämään syitä siihen, miksi ihmiset eivät osallistu terveydenhuollon interventioihin, kuin ymmärtämään niitä. Työssä käyvät käyttävät ennaltaehkäiseviä terveystalvuluja enemmän kuin työttömät. Työttömät ovat terveystalvulujen alikäyttäjii. Hyvätuloiset käyttävät mm. lääkäripalveluja eniten. Työterveyshuoltoon kuulumisen lisää myös lääkäriissä käyntejä (Kajantie 2014). Jos kunnassa ei ole järjestetty ennaltaehkäiseviä terveystalvuluja työttömille, on niihin hankala hakeutua ja työttömät jäävät ilman terveydenedistämiseen liittyvää neuvontaa. Lisäksi korkeammin koulutetut ovat kiinnostuneempia oman terveytensä edistämistä kuin työttömät. Tutkimusten perusteella tiedetään, että työttömät kokevat terveytensä huonommaksi kuin työssä olevat. Työttömillä on myös keskimäärin epäterveellisemmät elämäntavat (liikkumattomuutta, tupakointia, ylipainoa) kuin työssä olevilla (Heponiemi ym., 2008; Rosenthal ym., 2012). Kinnusen ym. (2004) mukaan työn epävarmuus ja pitkittyvä työttömyys ovat terveydelle yhtä haitallisia. Tulokset osoittivat, että mitä enemmän työssä on epävarmuustekijöitä tai mitä pitempään työttömyys on kestänyt, sitä enemmän esiintyy somaattisia oireita. Selvää on, että tarvitaan erilaisia sopeutus- ja hallintakeinoja, joilla ihmiset kestävät työttömyyttä. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan terveystalvulujen ja verkostotoiminnan mahdollisuuksia yhtenä tukemismuotona.

Perusterveydenhuollolla on keskeinen rooli työttömien terveystalvulujen tuottamisessa, vaikka näitä palveluja tuottavat useat eri toimijat. Saikku (2009) korostaa työterveyshuollon tärkeyttä työttömien terveystalvuluissa työelämäosaamisen vuoksi. Terveystalvulujen tuottaminen työttömille on monimutkaista, sillä työelämä on monimuotoista ja muuttuvaa: esimerkiksi epätyypillisiä työsuhteita, pätkätyötä ja osittaista työttömyyttä on paljon, ja perinteisten ammattien syrjäytyessä uusia ammatteja syntyy. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon lähentymistavat eivät ole välttämättä riittävän asiakaslähtöisiä

työttömien terveyspalvelujen toteuttamisessa. Vaikka terveydenhuollon rakenteellisia ja taloudellisia edellytyksiä voidaan muuttaa suhteellisen nopeasti, sosiaalisten tapojen (menettelytavat, asenteet) muuttaminen on hidasta. (Romppainen ym., 2010.)

Hyvinvointipalvelut eivät aina vastaa työttömien tarpeisiin (Romppainen ym., 2011). Virtanen ym. (2006) osoittivat, että lääkäripalvelujen käyttö vaihtelee henkilöiden työmarkkina-aseman mukaan. Se on suhteellisen alhaista pätkätyöllisten ja työttömien keskuudessa. Terveyspalvelujen käyttö korreloi voimakkaasti työttömyyden mukaan (Teff ym., 2014). Ennaltaehkäiseviä palveluja käytetään sitä enemmän, mitä korkeampaan tuloluokkaan kuulutaan (Kangas ym., 2002; Kunst ym., 2001; Martelin ym., 2005). Päätäjien on oltava tietoisia suhdanteiden muutoksista ennaltaehkäisevän hoidon suhteen. Lääkärin suosituksilla voi olla suuri vaikutus palveluiden käyttöön. Terveyspalvelujen henkilöstö voi lisätä potilaiden hakeutumista tarpeellisiin tutkimuksiin ja rokotuksiin korkean työttömyyden aikana (Teff ym., 2014). Pursion (2016) mukaan työttömien motivaatiota osallistua terveysinterventioihin lisäsivät mm. kannustava ja tukeva henkilökunta sekä omista tarpeista lähtevä huomion saanti (Pursio, 2016).

Lisäksi työttömät ovat heterogeeninen ryhmä ja heillä on erilaiset palvelutarpeet (Saikku, 2010). Kaikkia heidän ongelmiaan ei voida ratkaista terveydenhuollossa, sillä heillä on sosiaalisia ongelmia ja myös palvelurakenne on hyvin monimutkainen. Brussig ym. (2014) osoittivat, että terveyden edistäminen työmarkkinoiden ohjelmien kautta on mahdollista, mutta se vaatii sopimuksia ja koordinaatiota eri sektoreiden toimijoiden kesken. Työttömien terveyden edistäminen edellyttää työvoimatoimistojen henkilöstöltä taitoja ja osaamista (Brussig ym., 2014).

2.3.3 Työttömien terveysinterventioiden vaikuttavuustutkimuksia

Terveystarkastusten vaikuttavuudesta on työterveyshuoltomme kentällä viime aikoina keskusteltu varsin paljon. On tieteellistä näyttöä siitä, että kohdennettu terveystarkastus on vaikuttava. Suomalaisessa tutkimuksessa asiakkaat jaettiin suuren riskin potilaisiin interventoryhmässä ja vertailuryhmään ja seurantajakso oli vuosi. Vuoden seurannan jälkeen ohjausta saaneilla oli vähemmän sairauspoissaoloja kuin vertailuryhmässä. (Taimela ym., 2008, Taimela ym., 2008, Taimela ym., 2010.) Myös näyttöä työttömien terveyspalvelujen vaikuttavuudesta kansainvälisesti yksilöiden hyvinvointiin ja sairastuvuuteen on jonkin verran, tosin pitkittäistutkimuksia on vähän (Heponiemi ym., 2008; Kreuzfeld, 2012; Rothländer, 2015; Horns, 2012 ja Vuori, 2002). Esimerkiksi Kreuzfeldin ym. (2012) mukaan työttömien terveysinterventioista on osoitettu olevan hyötyä: iäkkäiden pitkäaikaistyöttömien verenpaine, sydän- ja verisuonitautiriski, selkävaikeudet sekä masennusoireet vähenivät fyysisistä aktiivisuutta lisäävän ohjelman myötä merkittävästi. Seuranta-aika tässä tutkimuksessa oli puoli vuotta, ja tutkimukseen osallistui 119 pitkäaikaistyötöntä. Mittauksia tehtiin kolmeen otteeseen: ennen interventioita, välittömästi intervention jälkeen ja 6 kuukautta intervention jälkeen. Horns ym. (2012) esittävät samankaltaisia tuloksia terveellisten elämäntapojen lisääntymisestä intervention avulla. Interventoryhmässä oli 179 henkilöä ja kontrolliryhmässä 108 henkilöä. Kolmen kuukauden seurannassa interventoryhmän elintavoissa (ravitsemus, liikunta) oli tapahtunut merkittäviä positiivisia muutoksia verrattuna kontrolliryhmän elintapoihin. Tupakointiin ja alkoholinkäyttöön interventioilla sen sijaan ei ollut vaikutusta. Rothländer tutkimusryhmineen (2015) käytti koeasetelmaa, jossa interventoryhmässä käytettiin kongnitiivis-behavioristisia menetelmiä terveyden edistämiseen. Tutkijat löysivät merkittävän eron terveydentilan kokemisen suhteen; interventoryhmän osallistujien koettu terveys oli parempi. Interventoryhmässä oli 258 koehenkilöä ja kontrolliryhmässä 211 henkilöä. Vaikutus oli nähtävissä kolmen kuukauden kuluttua.

Tukitoimenpiteiden vaikuttavuudesta työllistymiseen löytyy näyttöä mm. Graversen ja van Oursin (2009) tutkimuksen perusteella. Tutkimus toteutettiin Tanskassa juuri työttömiksi jääneiden keskuudessa. Toinen puoli ryhmästä sai valmentavaa palvelua, ja

toinen puoli käytti normaaleja työvoimatoimiston palveluja. Valmentavan palvelun käyneet työllistyivät nopeammin. Samaa näyttöä työelämävalmiuksien kohenemisesta työttömien kohdalla on saatu myös meillä Työhön-menetelmällä. Tutkimuksessa oli 278 työtöntä Suomessa 71 ryhmässä. Puolen vuoden seurannassa masennuksen oireet vähenivät ja työhönhaku helpottui (Vuori ym., 2002; 2005). Rueda ym. (2012) tekivät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, jonka mukaan työhönpaluuohjelmat parantavat myös terveyttä. Tutkimuksessa oli mukana 18 tutkimusta. (Rueda ym., 2012.) Sen sijaan terveyspalvelujen vaikutukset työllistymiseen ovat kiistanalaisia. Esimerkiksi Romppaisen ym. (2014) mukaan terveyspalveluilla ei ole merkitystä työllistymisen tukemisessa. Kyseisessä tutkimuksessa oli kolmen vuoden seuranta. Osallistujia oli 539, ja interventiona oli kolme terveystapaamista. Tutkijat eivät kuitenkaan leimaa terveyspalveluja tarpeettomiksi vaan kyseenalaistavat monimutkaisen palvelujärjestelmän. Terveyspalvelujen tehottomuus todettiin myös Schuringin tutkimusryhmässä (2009), joka toteutti kontrolloidun tapaus-verrokkitutkimuksen. Interventioyhmässä koehenkilöillä oli tapaamisia yli 12 viikon ajan kolme kertaa viikossa. Tapaamisissa käytiin läpi koulutuksellisesti terveys- ja muita ongelmia sekä suoritettiin fyysisiä aktiviteetteja. Interventio oli hyvä keino saavuttaa matalasti koulutettuja, mutta sillä ei ollut vaikutusta koettuun fyysiseen tai henkiseen terveydentilaan taikka työnhaun aktivoitumiseen tai uudelleen työllistymiseen. Tutkijat esittivät intervention tehottomuudelle kolme syytä: 1) tutkimus ei voinut osoittaa vaikutusta metodologisten rajoitusten vuoksi, 2) interventioita ei toteutettu onnistuneesti ja 3) interventio ei todellisuudessa ollut tehokas tässä muodossa. Terveysinterventioiden vaikuttavuudesta tarvitaan tulevaisuudessa lisää näyttöä päätöksenteon tueksi.

2.4 TYÖTTÖMIEN TERVEYS SEKÄ TYÖ- JA TOIMINTAKYKY

Työikäiseen väestöön kuuluvat 15–64-vuotiaat henkilöt. Heidät voidaan jakaa karkeasti kahteen osaan: työlliseen työvoimaan sekä työttömään työvoimaan ja työvoiman ulkopuolella oleviin (Virtanen ym., 2008). Tilastokeskuksen (2015) mukaan Suomessa oli noin 3,5 miljoonaa työikäistä, joista 0,9 miljoonaa oli aktiivisen työelämän ulkopuolella. Työttömiä työnhakijoita Suomessa oli noin 342 500 vuonna 2016 (TEM, 2016). On kuitenkin muistettava, että työttömät ovat hyvin heterogeeninen ryhmä. On erotettava toisistaan työttömyyden uhkan alla olevat, tilapäisesti työttömät, pitkäaikaistyöttömät ja pysyvästi työttömät (Taipale, 2013). Kuten jo aiemmin on todettu, aiempi tutkimus on osoittanut kiistattoman yhteyden työttömyyden ja terveyshaittojen välillä (Heponiemi ym., 2008; Janlert & Hammarström, 2009).

Kerättären (2016) mukaan suurella osalla pitkäaikaistyöttömistä työkyky on merkittävästi heikentynyt. Suurin tekijä tässä ovat mielenterveyden häiriöt, esimerkiksi ahdistuneisuus ja erilaiset pelkotilat. Niiden tunnistaminen perinteisillä työkyvyn arvioinnin menetelmillä on hankalaa. Tutkimuksen mukaan monialaisessa verkostossa olevaa informaatiota tutkittavan toimintakyvystä tulisi hyödyntää nykyistä enemmän. Työkyvyn arvioinnissa tulisi käyttää biopsykososiaalista terveyskäsitystä (Kerätär, 2016).

Työkyvyttömyyden ehkäisyn näkökulmasta työterveyshuollon tehtävä on tarttua asiakkaiden työkykyongelmiin varhaisvaiheessa, sillä työkyvyttömyyden polut ovat nähtävissä jo useita vuosia taaksepäin ja kuntoutuksen toimenpiteet ovat olleet vähäisiä. Sama vastuu koskee myös muita toimijatahoja, kuten muuta terveydenhuoltoa, sosiaalitointa ja TE-hallinnon toimijoita. (Juopperi & Lampi, 2012.)

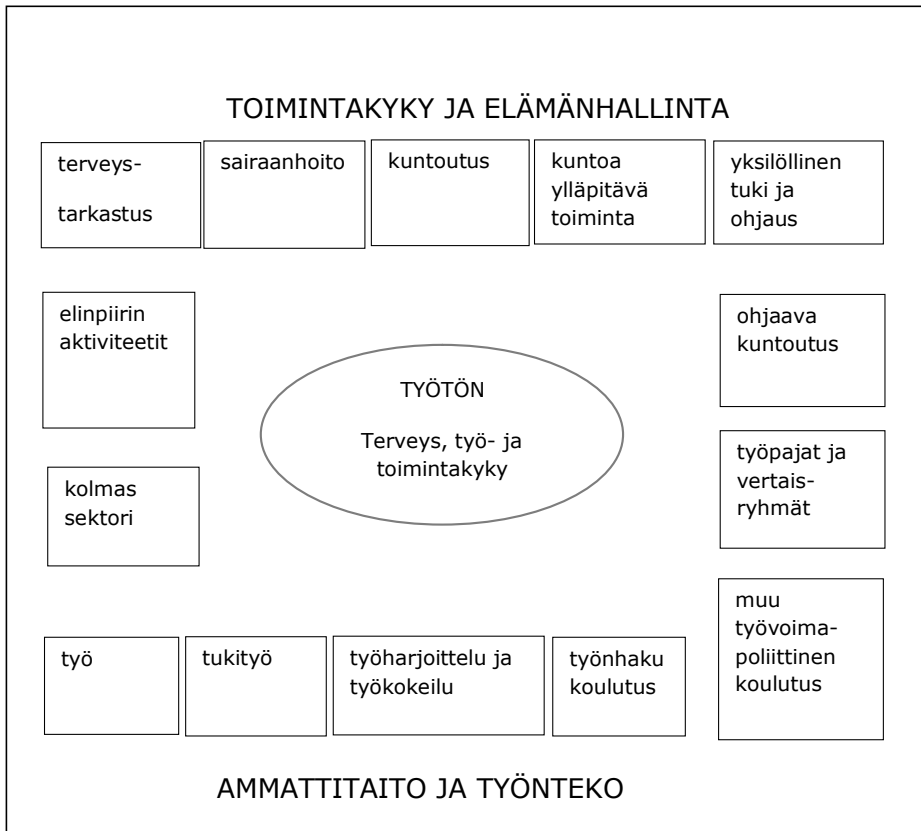
2.4.1 Terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn edistäminen

Maailman terveysjärjestön (WHO) käyttämän määritelmän mukaan terveyden edistäminen on mahdollisuuksien antamista valintojen tekemiseksi terveyttä tukevassa ympäristössä (WHO 1986). Vertio (2003, 19–20) määrittelee terveyden edistämisen olevan toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisen edellytyksiä oman ja ympäristönsä terveyden huolehtimisesta. Terveyden edistämisen laatusuosituksissa (STM, 2007) terveyden edistämiseen määritellään kuuluvan tietoista terveyteen sijoittamista ja voimavarojen kohdentamista, terveyden taustatekijöihin vaikuttamista, väestön terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä, kansantautien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien vähentämistä sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista.

Työkykyä ei voi määritellä yhtä selkeästi. Määrittelyssä on laajennettu lääketieteellistä määritelmää sisältämään työkyvyn kuvaamista, joka sisältää mm. työn vaatimusten ja yksilön voimavarojen tasapainon. Ilmarisen ym. (2006, 17–24) moniulotteisessa työkykymallissa työkyky koostuu yksilön voimavaroista, työhön ja työntekoon liittyvistä tekijöistä sekä ulkopuolisesta ympäristöstä. Kerättären (2016) mukaan työkyvyn arvioinnin menetelmät ovat epäyhtenäiset, koska työkyvyn käsitteestäkään ei ole yhtenäistä ymmärrystä.

Toimintakykyä voidaan määritellä useilla tavoilla. Työkykyä määriteltäessä sillä on tärkeä sija (Sainio ym., 2006, 135–136). Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleisesti ihmisen valmiuksia selviytyä jokapäiväisen elämän tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-aikana (Järvikoski, Härkäpää, 2004, 94). WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus on ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). WHO julkaisi ICF:n vuonna 2001 (WHO 2001), ja se käännettiin suomeksi vuonna 2004 (ICF 2004). ICF on monitasoinen lähestymistapa, jonka avulla voidaan kuvata tilanteita ihmisen toimintakyvyn ja sen rajoitteiden näkökulmasta. Samalla se on luokitus, jonka avulla kyseinen tieto on järjestetty (Paltamaa & Perttilä, 2015, 16).

Karjalainen ja Melametsä (2001, 17–19) ovat hahmotelleet kuvion (Kuvio 1), jossa työttömän terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn edistämisen kokonaisuus on kuvattu. Kuviossa interventiot on jaettu kahteen toimintakokonaisuuteen: toimintakykyä ja elämänhallintaa edistäviin sekä ammattitaitoa ja työntekoa tukeviin.



Kuvio 1. Työttömän työkykyyn vaikuttavia interventioita (Karjalainen, Melametsä, 2001,18 mukailleen)

2.4.2 Nuorten työttömyyden erityispiirteitä

Tämän tutkimuksen yhtenä kohderyhmänä olivat 16–25-vuotiaat nuoret. Erityisesti nuorten työttömyyttä pidetään epätoivottavana, sillä nuorten työttömyydellä on kauaskantoiset seuraukset ja pitkäaikainen työttömyys lisää merkittävästi sosiaalisen syrjäytymisen riskiä yhteiskunnassa (Kieselbach, 2003; Hammarström & Janlert, 2001). Nuorten työttömien ajankäyttöön liittyy paljon passivoivia elementtejä, kuten television katselua tai "ei minkään tekemistä". Tämän tyyppinen ajankäyttö on yleensä yhteydessä huonoon terveyteen, ja siksi nuorten terveyden ylläpitoon pitää kiinnittää erityistä huomiota (Scalan ym., 2011.) Sipilän ym. (2011) mukaan 2000-luvun Suomessa on ilman perusasteen jälkeistä koulutusta hyvin vaikeaa saada asemaa työmarkkinoilla.

Nuorisotyöttömyydestä on viime vuosina tullut kasvava ongelma useille maille. Maailmanlaajuinen finanssikiiri on entisestään pahentanut tilannetta. Nuorten (15–24-v.) työttömyysaste vuonna 2012 oli Euroopan unionin maissa keskimäärin 23 %. Työttömiä nuoria Euroopan maissa oli 5,6 miljoonaa. (Eurostat, 2015.)

Myrskylän (2011a) mukaan noin joka kymmenes nuori Suomessa on työttömänä. Nuorisotyöttömyyttä on vaikea arvioida. Nuorten työttömyysaste nousee merkittävästi keväällä, ja se laskee kesäkuukausina, kun nuoret opiskelijat etsivät työtä. Virallinen, kansainvälinen mittaamenetelmä on kuitenkin sellainen, että työtä etsivä opiskelija luokitellaan työttömäksi. Työttömyyden kesto nuorisolla EU:n alueella on kuitenkin huomattavasti lyhyempi kuin työttömyyden kesto aikuisilla. Kun tilastoinnissa jätetään

koulutuksessa olevat nuoret ulkopuolelle, nuorten työttömien määrä ei ole Suomessa kansainvälisesti verrattuna kovin suuri. (Myrskylä, 2011b.) Suomessa oli vuonna 2012 noin 51 000 sellaista alle 29-vuotiasta työtöntä nuorta, jolla ei ole perusasteen jälkeistä tutkintoa. (Myrskylä 2012, 1).

Useimmissa OECD-maissa nuorisotyöttömyys on huomattavasti korkeampi kuin yleinen työttömyys (Winefield, 1997). Kuitenkin nuorten työttömyysaste vaihtelee suuresti Euroopan maiden välillä (Russell ym., 2001). Suomessa nuorten pitkäaikaistyöttömyys on alhaisempaa kuin missään muussa EU-maassa. Meillä monelle nuorelle työttömyys on vain lyhyt jakso opiskelun ja työelämän välillä. Suomessa noin 4 % nuorista on ollut työttömänä yli vuoden, kun taas esimerkiksi Slovakiassa ja Bulgariassa pitkäaikaistyöttömien osuus on yli 50 % (Larja, 2013). Työttömyyteen liittyvä terveyden heikkeneminen luo nuorten keskuudessa suuria terveyseroja.

Hammaström ja Janlert (2001) tutkivat 14 vuoden seurantatutkimuksessa nuorten koulunsa päättäneiden henkilöiden tilannetta kyselytutkimuksena vuosien 1981–1995 välillä. Nuoret olivat seuranta-aikana 16–30-vuotiaita. Tukimuskohortti oli 1038 henkilöä. Tulosten perusteella työttömyys on voimakkaasti yhteydessä köyhyyteen, sosiaaliseen eristyneisyyteen, menetettyyn itsetuntoon, masennukseen, huonoon fyysiseen terveyteen ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen (Hammarström & Janlert, 2002).

Helgesson ym. (2014) osoittivat, että nuorten työttömyys assosioituu sairauspoissaoloihin, työkyvyttömyyseläkkeeseen ja kuolemaan 15 vuoden ajan työttömyyden alkamisesta. Heidän kohorttinsa olivat 21–25-vuotiaat maahanmuuttajanuoret (n=38207) sekä natiivit ruotsalaisnuoret (n=225 997). He käyttivät analyysissä sairausvakuutuksen ja työelämäntutkimuksen rekisteriaineistoja. Ruotsissa on suhteellisen paljon maahanmuuttajia, ja tulosten mukaan nuorilla maahanmuuttajilla on työttömyyden alkaessa suurempi terveysongelmien riski kuin natiiveilla nuorilla. Kyseiset tutkijat vertasivat tuloksia sekä syntyperän että sukupuolen mukaan. Tulokset olivat samankaltaiset terveysongelmien suhteen lyhyen aikavälin työttömyydessä (1–99 päivää) ja pitkäaikaistyöttömyydessä (≥100 päivää). Työttömyys nuorella henkilöllä selitti suurimman osan kohonneesta riskistä köyhyyteen, sosiaaliseen eristyneisyyteen, menetettyyn itsetuntoon, masennukseen, huonoon fyysiseen terveyteen ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen. Tutkimus osoittaa, että nuorten työttömyyden vähentäminen vähentää myös inhimillistä kärsimystä. Tulevaisuudessa nuorisotyöttömyyden vähentäminen parantaa talouskasvua sekä vähentää terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmiin liittyvää kuormitusta. (Helgesson ym., 2014.)

Axelssonin ym. (2007) mukaan elämänlaatu (QOL) on hyvä suurimmalla osalla työttömiä nuoria aikuisia. Kohortti koostui 264:stä työttömästä 20–25-vuotiaasta nuoresta ja 528:sta työssä olevasta tai opiskelevasta nuoresta. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena. Vastausprosentti oli yli 70 %. Positiiviseen QOL:ään näkyy liittyvän hyvä itsetunto sekä tyytyväisyys vapaa-aikaan ja korkeaan päätöksentekoon. Johtopäätöksenä nämä tutkijat suosittelivat, että erityistä huomiota olisi kiinnitettävä niihin nuoriin, jotka ilmoittavat vähentyneitä subjektiivista terveyttä ja erityisesti ahdistusta. Erityisesti miespuolisille omilta vanhemmilta saatu tuki on tärkeää (Axelsson ym., 2002). Näin ollen toimet olisi pyrittävä viemään työttömille nuorille tunnistamalla heidän huolensa ja resurssinsa. Siksi yksittäisten tukiohjelmien tulisi sisältää henkilökohtaista kehitystä tukevaa työtä ja koulutusta. (Axelsson ym., 2002, 2007; vrt. Ahola ym., 2014.) Tanskalaisen rekisteritutkimuksen (Qin ym., 2003) mukaan itsemurhariski on suurempi työttömillä miehillä kuin työttömillä naisilla. Tutkimusaineistona oli 21 169 itsemurhan tehnyttä henkilöä vuosien 1981–1997 välillä. Dos Santos (2015) ehdottaa tekemänsä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen (628 tutkimusta, joista 53 analysoitiin) perusteella, että yhteisöllisillä ohjelmilla, jotka sisältävät näyttöön perustuvia henkisiä ja psykoterapeuttisia strategioita, voidaan vähentää ja ehkäistä itsemurhia työelämässä maailmanlaajuisesti.

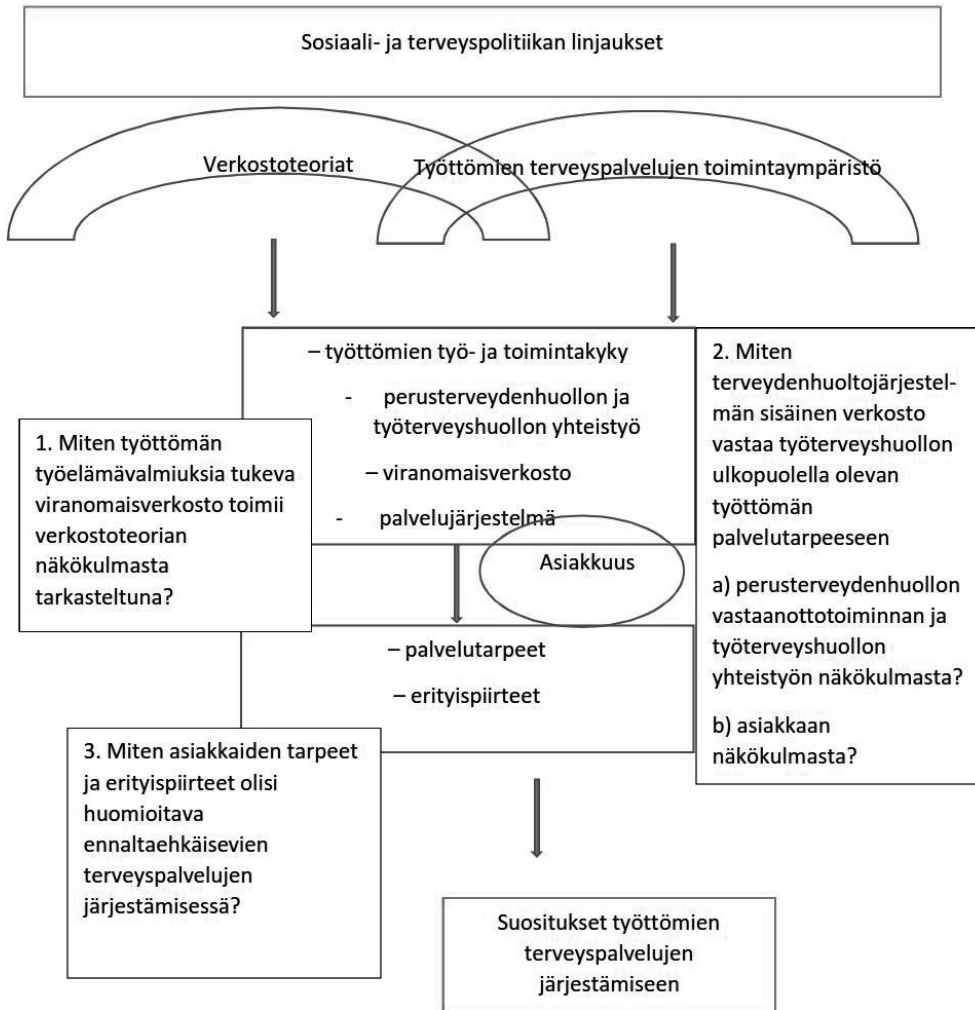
2.4.3 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Tämän tutkimuksen tuloksia tarkastellaan suhteutettuina Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikan linjauksiin. Terveyspolitiikan keskiössä ovat terveyserojen kaventaminen ja hyvinvoinnin lisääminen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa meneillään oleva rakennemuutos vaikuttaa keskeisesti väestön terveydentilaan ja hyvinvointiin (Rotko ym., 2011).

Toisena viitekehyksenä toimii työttömien terveyspalvelujen toimintaympäristö, johon paneuduttiin erityisesti osatutkimuksissa III ja IV. Työttömillä terveyspalvelutarpeet ovat vaihtelevia, kuten muullakin väestöllä, ja palvelun tulisi lähteä asiakkaan omista tarpeista. Palvelujen alikäyttö kuitenkin vaikuttaa osittain myös asiakkaitten terveyteen. Erityisesti pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti terveysongelmia sekä työllistymistä heikentäviä sairauksia, joita ei tunnisteta (Kerätär & Karjalainen, 2010).

Tulosten tarkastelussa hyödynnetään myös verkostoteoreettista lähestymistapaa. Verkostoteoriat sopivat hyvin tämän väitöskirjan viitekehykseksi, sillä työttömien terveyden ja työkyvyn edistämisen pitäisi olla monisektorista verkostomaista yhteistyötä. Myös hallinnon eri alojen pitäisi työskennellä moniammatillisesti. Viranomaisverkoston toimivuuteen on paneuduttu erityisesti osatutkimuksissa I ja II.

Kuviossa 2 kuvataan tämän tutkimuksen teoreettinen lähestymistapa.



Kuvio 2. Tutkimuksen teoreettinen lähestymistapa ja tutkimusongelmat

3 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksessa tavoitteena oli tuottaa tietoa työttömien työelämävalmiuksien tukemisesta erityisesti terveydenhuollon näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksessa tuotettiin tietoa terveyspalvelun tarpeista asiakasnäkökulmasta sekä palvelujärjestelmien toimivuudesta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten työttömän työelämävalmiuksia tukeva viranomaisverkosto toimii verkostoteorian näkökulmasta tarkasteluna? (Osajulkaisu 1)
2. Miten terveydenhuoltojärjestelmän sisäinen verkosto vastaa työterveyshuollon ulkopuolella olevien työttömien palvelutarpeeseen
 - a) perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyön näkökulmasta? (Osajulkaisu 2)
 - b) asiakkaan näkökulmasta? (Osajulkaisut 3 ja 4)
3. Miten asiakkaiden tarpeet ja erityispiirteet olisi huomioitava ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen järjestämisessä? (Osajulkaisut 3 ja 4)

Tutkimuskysymyksiin haettiin vastauksia sekä kvalitatiivisilla että kvantitatiivisilla tutkimusmenetelmillä.

4 Tutkimuksen aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin osana Työterveysneuvonta-toimintamallin kehittäminen perusterveydenhuoltoon -hanketta, joka oli osahankkeena Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoimassa pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankekokonaisuudessa. Vuosina 2007–2010 työttömien terveyspalveluja kehitettiin 18:ssä osahankkeessa (Sinervo, 2009; Niiranen ym., 2011, Niiranen ym., 2014a, 2014b).

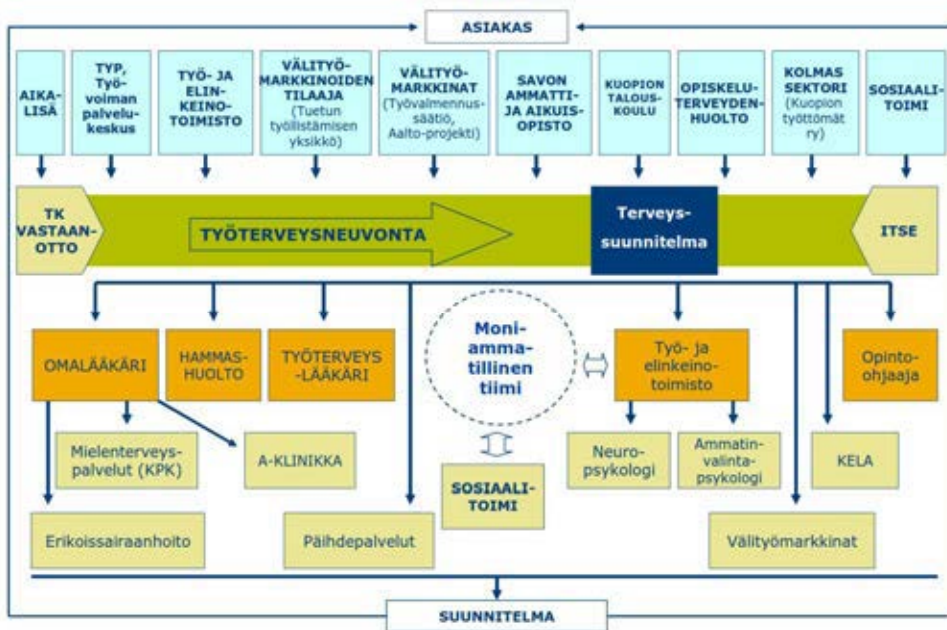
Aineisto koostui teemahaastatteluista, verkostokyselyistä, terveystutkimuksista ja asiakaspalautteesta. Viranomaistoimijoiden haastattelut tehtiin hankkeen alussa ja lopussa kehittämispaikkakunnalla Kuopiossa ja seurantapaikkakunnilla (Joensuu, Jyväskylä, Oulu, Vammala). Analyysimenetelmänä oli sisällön analyysi. Samassa yhteydessä tehtiin verkostokysely, joka toistettiin hankkeen jälkeen. Verkostokyselyn tuloksista tehtiin verkostanalyysi. Verkostoaineisto tallennettiin havaintomatriisiksi taulukkolaskentaohjelmaan, ja yhteistyötä kuvattiin nuolien paksuudella: paksu nuoli tarkoitti tiivistä yhteistyötä ja ohut nuoli heikkoa yhteistyötä.

Terveystutkimukset toteutettiin kaikille Kuopion ja Iisalmen 16–25-vuotiaille nuorille työttömille tutkimusajankohtana, ja tulokset analysoitiin tilastoanalyysillä. Lisäksi haastateltiin hankkeen nuoria asiakkaita sekä tehtiin postitse asiakaspalautekysely kaikille hankkeen 16–55-vuotiaille asiakkaille. Tutkimussuunnitelma käsiteltiin Työterveyslaitoksen eettisessä työryhmässä ennen tutkimuksen aloittamista, ja sitä täydennettiin kertaalleen tutkimuksen aikana. Tutkimusmenetelmät on summattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Tutkimuskysymykset, -aineisto ja -menetelmät

Tutkimuskysymys	Aineistot	Analyysimenetelmät
1. Miten työttömän työelämävalmiuksia tukeva viranomaisverkosto toimii verkostoteorian näkökulmasta tarkasteluna (Osajulkaisu I)?	– teemahaastattelut hankkeen alussa kehittämisspaikkakunnalla (n=21) ja seuranta-aikakunnalla (n=7) – verkostanalyysi (n=8)	– sisällön analyysi – verkostanalyysi
2. Miten terveydenhuoltojärjestelmän sisäinen verkosto vastaa työterveyshuollon ulkopuolella olevien työttömien palvelutarpeeseen a) perusterveydenhuollon sekä työterveyshuollon yhteistyön näkökulmasta (Osajulkaisu II)?	– teemahaastattelut hankkeen lopussa kehittämisspaikkakunnalla (n=18) ja seuranta-aikakunnalla (n=6) – verkostanalyysi (n=8)	– sisällön analyysi – verkostanalyysi
b) työterveysneuvonnan asiakkaan kannalta (Osajulkaisu IV)?	asiakkaiden teemahaastattelut (n=9) – asiakaspalaute-kysely (n=42) – case-kuvaukset – prosessikaavio	– sisällön analyysi – tilastollinen analyysi (SAS)
3. Miten asiakkaiden tarpeet ja erityispiirteet olisi huomioitava ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen järjestämisessä (Osajulkaisu III)?	– työterveysneuvonta-kysely, TKI-, Audit, BDI-Beck-kysely työterveysneuvonnan asiakkaille vuosina 2009–2010 sekä Iisalmen ja Kuopion muille nuorille työttömille vuonna 2010 (n=190)	– tilastollinen analyysi (SAS) – logistinen regressiomalli

Työterveysneuvonta-hankkeessa perusterveydenhuollon yhteyteen järjestettiin interventiona työttömien ennaltaehkäisevät terveystalvet. Perusterveydenhuollossa työskenteli työterveyshoitaja, joka otti asiakkaita vastaan eri ohjautumistahoilta, mm. työ- ja elinkeinotoimistosta, sosiaalitoimistosta, oppilaitoksista ja välityömarkkinoilta. Terveystapaamisessa selvitetiin asiakkaan terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä erilaisin mittarein. Tapaamisen jälkeen suunniteltiin yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen mahdollinen jatkohoitonsa tai jatkotapaamiset joko terveydenhuollossa tai muissa organisaatioissa. Kuviossa 3 on hankkeen toimintamalli. Kuvion yläosassa ovat asiakkaan lähettävät tahot ja alempana jatkohoitotahot.



Kuvio 3. Työterveysneuvonta-toimintamalli

4.1 TYÖTTÖMÄN TYÖELÄMÄVALMIUKSIEN TUKEMINEN VIRANOMAISVERKOSTOSSA (OSAJULKAISU I)

Aineisto pohjautui Kuopiossa vuosina 2008–2010 toteutetun työterveysneuvontahankkeen alkukartoitukseen, joka koostui teemahaastatteluaineistosta sekä verkostoanalyysistä. Tutkimuksen aineisto muodostui 1) Kuopion terveydenhuollon ja sidosryhmien toimijoiden haastatteluista, 2) seurantapaikkakuntien (Jyväskylä, Joensuu, Oulu, Vammala) edustajien haastatteluista sekä 3) verkostoanalyysistä. Kuopiossa haastateltiin perusterveydenhuollon, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, työterveyshuollon (n=21) sekä sidosryhmien (n=7) toimijoita. Sidoryhmä muodostui työ- ja elinkeinotoimiston, Kelan, sosiaalitoimen, koulutoimen, työvoiman palvelukeskuksen ja välityömarkkinoiden toimijoista. Lisäksi haastatteluja tehtiin seurantapaikkakunnilla (n=6).

Seurantapaikkakuntien haastateltavat koostuivat työterveyshuollon toimijoista ja johtajista sekä perusterveydenhuollon johtajista ja työttömien terveystalvelujen piirissä työskentelevistä projektityöntekijöistä. Seurantapaikkakuntien haastatteluista saatiin tietoa työttömien terveystalvelujen toteuttamisen senhetkisistä käytännöistä. Seurantapaikkakunnilta haettiin yleistettävää tietoa. Pelkästään Kuopiosta kerättävä tieto ja sen analysointi olisivat tuottaneet liian suppean kuvan työttömien työelämävalmiuksia tukevasta verkostosta.

Analyysissä käytettiin Atlas/ti-ohjelmaa. Sisällön analyysillä dokumentteja voi analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs ja Vanhanen, 1999; Hsieh ja Shannon, 2005). Sisällön analyysissä aineistosta pyritään saamaan tiivistetty yleiskuva. Tutkijan "teoreettinen sensitiivisyys" eli kyky havaita keskeisiä merkityksiä ja eroja on avainasemassa (Kylmä ym., 2012).

Teemahaastatteluaineistot käsiteltiin seuraavina kolmena ryhmänä: 1) terveydenhuollon aineisto, 2) sidosryhmien aineisto ja 3) seurantapaikkakuntien aineisto. Analyysi tehtiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Induktiivisen analyysiprosessin vaiheet ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Ryhmittelyssä etsitään ilmausten erilaisuutta ja yhtäläisyyttä, ja samaa tarkoittavat ilmaisut kootaan kategorioiksi, joille annetaan nimi sisällön mukaan. Lopulta kategoriat yhdistetään yläkategorioiksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2003; Kyngäs ja Vanhanen, 1999; Krippendorff, 1985). Laadullisessa tutkimuksessa tietojen keräämisen, käsittelyn ja analysoinnin vaiheita on vaikea erottaa toisistaan (Tuomi ym., 2003; Franklin, 2012).

Ensimmäisessä vaiheessa litteroidut tekstit lisättiin Atlas/ti-ohjelmaan, minkä jälkeen aineisto koodattiin. Ensimmäisen vaiheen koodauksessa tarkasteltiin tekstin sisältöä ja merkityksiä sekä valittiin toisistaan erottuvia haastattelutekstin osia. Nämä osat käsitteellistettiin eri koodeilla. Seurantapaikkakuntien aineistosta nousi 78 koodia, terveydenhuollon aineistosta 75 koodia ja sidosryhmien aineistosta 73 koodia. Toisessa osuudessa tutkija arvioi kriittisesti, oliko koodeille annettu oikea koodinimi. Osa nimistä vaihdettiin, ja samansisältöisiä koodeja yhdistettiin. Tämä tehtiin manuaalisesti siten, että tulostettiin kaikki koodatut ilmaukset ja lajiteltiin ne samaa tarkoittaviin nippuihin. Näin syntyivät yläkategoriat eli muokatut koodit. Seurantapaikkakunnille syntyi 6 kategoriaa, terveydenhuollon aineistolle 11 kategoriaa ja sidosryhmille 9 kategoriaa.

Verkostoanalyysi tutkimusmenetelmänä

Verkostoanalyysiä voidaan sanoa joukoksi tutkimusmenetelmiä, joiden avulla pyritään kokoamaan ja hahmottamaan sosiaalisten rakenteiden moninaisuutta sekä näkemään sosiaalisten ilmiöiden riippuvuus toisistaan (Johansson & Sivonen, 1995). Tässä tutkimuksessa verkostonanalyysiin vastattiin organisaatiolähtöisesti. Kukin organisaation edustaja merkittiin kaavioon yhteistyön nykytilanteen työttömän työelämävalmiuksien tukemisen osalta. Aineisto kerättiin teemahaastattelujen yhteydessä vuoden 2009 aikana Kuopiossa. Verkostoanalyysiin vastasi yhteensä 8 henkilöä, yksi kustakin organisaatiosta.

Analyysi tehtiin tilastollisesti (Borgatti ym., 1999). Verkostoaineisto tallennettiin havaintomatriisiksi taulukkolaskentaohjelmaan. Verkostoanalyysit tehtiin Ucinet 6 -verkostoanalyysiohjelmistolla (Analytic Technologies). Vuorovaikutusverkostojen aineistot koodattiin binaarisiksi 0/1-aineistoiksi ennen verkostotunnuslukujen laskemista. Yhteistyötä kuvattiin nuolien paksuudella: paksu nuoli tarkoitti tiivistä yhteistyötä ja ohut nuoli heikkoa yhteistyötä. Tässä tutkimuksessa verkostoanalyysi ja laadullinen analyysi täydensivät toisiaan.

4.2 TERVEYDENHUOLTÖJÄRJESTELMÄN SISÄINEN VERKOSTO JA TYÖTTÖMIEN PALVELUTARPEET (OSAJULKAISU II)

Tämä osatutkimus pohjautui aineistoihin, jotka kerättiin hankkeen seurantavaiheesta vuodelta 2011. Verkostoanalyysin tuloksissa vertailua tehtiin vuosien 2009 ja 2011 välillä, koska se oli tarkoituksenmukaista tulosten esittämisen loogisuuden ja kehityksen esiin saamisen kannalta. Osatutkimuksessa käsiteltiin eri-ikäisten työttömien näkökulmaa yhtenä ryhmänä. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla ja verkostokyselyllä.

Teemahaastatteluaineiston muodostivat a) Kuopion terveydenhuollon ja sidosryhmien edustajien haastattelut ja b) seurantapaikkakuntien (Jyväskylä, Joensuu, Oulu, Vammala) edustajien haastattelut. Verkostokysely tehtiin kahdeksan eri organisaation edustajalle Kuopiossa teemahaastattelujen yhteydessä. Kuopiossa haastateltiin perusterveydenhuollon, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, työterveyshuollon (n=13) ja sidosryhmien (n=5) toimijoita. Sidoryhmä muodostui Työ- ja elinkeinotoimiston, Kelan, sosiaalitoimen, koulutoimen, työvoiman palvelukeskuksen ja välityömarkkinoiden edustajista. Lisäksi haastateltiin seurantapaikkakuntien edustajia (n=6). Haastateltavia oli 1–2 paikkakuntaa kohti. Haastateltavat olivat terveyskeskuksen ja työterveyshuollon johtajia ja toimijoita sekä työttömien terveydenhuoltohankkeessa työskenteleviä projektityöntekijöitä. Muilta paikkakunnilta saatiin tietoa työttömien terveyspalvelujen senhetkisestä tilanteesta ja mahdollisesta palvelujen juurtumisesta. Näin saatiin lisätietoa terveydenhuollon sisäisen verkoston toimivuudesta, vaikka tarkempi tarkastelu liittyi Kuopiossa toteutettuun hankkeeseen.

Haastattelun teemoina olivat työttömien terveyspalvelujen nykytilanne, yhteistyö ja toiminnan kehittämisajatuksat. Teemat olivat samat kuin alkuhaastatteluissa. Haastattelut tehtiin puhelimitse loppuvuodesta 2010 ja alkuvuodesta 2011, ja haastateltavat olivat pääosin samat kuin ensimmäisellä haastattelukierroksella (v. 2008–2009). Aivan kaikkia samoja haastateltavia ei tavoitettu muun muassa muuttuneen työtilanteen vuoksi.

Sisällönanalyysissä käytettiin Atlas/ti-ohjelmaa. Litteroidut tekstit syötettiin Atlas/ti-ohjelmaan, minkä jälkeen aineisto koodattiin. Ensimmäisen vaiheen koodauksessa tarkasteltiin tekstin sisältöä ja merkityksiä sekä valittiin toisistaan erottuvia haastattelutekstin osia. Nämä osat käsitteellistettiin eri koodeilla. Seurantapaikkakuntien aineistosta nousi 35 koodia, terveydenhuollon aineistosta 75 koodia ja sidosryhmien aineistosta 39 koodia. Toisessa osuudessa tutkija arvioi kriittisesti, oliko koodeille annettu oikea koodinimi. Osa nimistä vaihdettiin, ja saman sisältöisiä koodeja yhdistettiin. Tämä tapahtui manuaalisesti tulostamalla kaikki koodatut ilmaukset ja lajittelemalla ne samaa tarkoittaviin nippuihin. Näin syntyivät yläkategoriat. Seurantapaikkakunnille syntyi 5 yläkategoriaa, terveydenhuollon aineistolle 7 kategoriaa ja sidosryhmille 5 kategoriaa.

Verkostoanalyysi

Tässä tutkimuksessa verkostokyselyyn vastattiin organisaatiolähtöisesti. Osatutkimuksessa 1 vuonna 2009 tehtiin samanlainen verkostokysely (Niiranen ym., 2011). Molemmilla kyselykierroksilla vastaajia oli kahdeksan ja kukin heistä edusti omaa organisaatiotaan.

Verkostokyselyssä kysyttiin yhteistyön senhetkistä työttömän tai työttömäksi jäävän henkilön työelämävalmiuksien tukemisen osalta. Verkostokysely toteutettiin teemahaastattelujen yhteydessä syksyllä 2010 ja alkuvuodesta 2011. Verkostoanalyysin organisaatiot olivat keskeisesti työttömien tai työttömäksi jäävien henkilöiden kanssa yhteistyössä ja rajapinnoilla työskenteleviä organisaatioita.

4.3 TYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUTARPEET ASIAKASNÄKÖKULMASTA (OSAJULKAISU III)

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Työterveysneuvonta-hankkeen 16–25-vuotiaat nuoret asiakkaat (n=48) sekä kaikki muut Kuopion ja Iisalmen nuoret työttömät, joille ei tehty terveystarkastusta tällä ajanjaksolla. Heitä oli kaikkiaan 1 290. Nuorista vain 142 vastasi; vastausprosentti oli 11. Kysely toteutettiin vuonna 2010. Tutkimuksessa käytettiin Työkykyindeksiä (TKI), Beckin depressiokyselyä (BDI) ja alkoholin riskikäytön tunnistamiseen kehitettyä mittaria (AUDIT). Lisäksi käytössä oli tähän tutkimukseen laadittuja kysymyksiä.

TKI on validoitu ja yleisesti käytetty mittari työntekijöiden työkyvyn arvioinnissa. Sen avulla voidaan havaita muutoksia työkyvyssä ja ohjata asiakas toimenpiteisiin, joilla tuetaan hänen työ- tai toimintakykyään. Työkykyindeksiä käytetään kaikenikäisille työntekijöille ja sovellettuna myös työttömille. (Alavinia ym., 2009; Holm ym., 2015.)

BDI on myös validoitu monivalintakysely, joka on tarkoitettu masennusoireiden mittaamiseen ja tunnistamiseen. Sen luokittelu on nelitasoinen. Tutkimuksessa käytettiin pisterajaa 14, joka tarkoittaa lievää masennusta. (Beck, 1972.)

AUDIT on alkoholin riskikäytön tunnistamiseen kehitetty validoitu mittari. AUDIT soveltuu myös toimintakyvyn arviointiin; se kuvaa alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia ja seurauksia. Se mittaa alkoholin kulutusta ja soveltuu käytettäväksi eri kulttuureissa. Reaktoraja on 8 pistettä, joka tarkoittaa riskikulutusta. (Saunders ym., 1993; Claussen ym., 1993.)

Tutkimukseen laadittu kysely sisälsi kysymyksiä sosiaalisesta hyvinvoinnista, koulutuksesta, elämäntavoista, stressistä ja liikuntatottumuksista. Tutkimuksessa käytettiin osittain jo validoituja kysymyksiä Työstressikyselystä (Elo ym., 1990) sekä UKK-instituutin liikuntakysymyksiä (UKK-instituutti, 2015).

SAS 9.2 -versioita käytettiin tilastollisessa analyysissä. Analyysimenetelmänä oli logistinen regressiomalli, ja tulokset ilmaistiin riskisuhteina ja niiden 95 %:n luottamusväleillä (CI). Muuttujat, jotka olivat tilastollisesti merkitseviä ($P < 0,05$), otettiin mukaan pakotettuun regressiomalliin. Selittäväenä muuttujana oli työttömyyden kesto (työttömyys $<$ tai $=$ 6 kk tai työttömyys $>$ 6 kk). Logistinen regressiomalli on matemaattinen monimuuttujamalli. Mallissa on mahdollista tarkastella samanaikaisesti eri muuttujien vaikutusta tulosmuuttujaan (työttömyyteen) niin, että muuttujat ovat vakioituja suhteessa toisiinsa.

4.4 ASIAKKAIDEN TARPEET JA ERITYISPIIRTEET ENNALTAEHKÄISEVIEN TERVEYSPALVELUJEN JÄRJESTÄMISESSÄ (OSAJULKAISU IV)

Aineisto kerättiin haastattelemalla hankkeen nuoria (16–25-v.) asiakkaita (n=9) ja tekemällä kaikkien ikäryhmien (16–55v.) asiakkaille asiakaspalautekysely (n=130). Kyselyssä tehtiin yksi uusintakysely paperilomakkeilla ja lisäksi puhelinkierros, mutta silti vain 42 asiakasta vastasi (vastausprosentti 32 %). Valtaosa vastanneista oli naisia (n=37). Suurin osa

vastaajista oli 26–55-vuotiaiden ryhmistä. Vanhemmissa ikäluokissa oli työvoimapolitiittisessa koulutuksessa olevia aikuisopiskelijoita puhtaanapito- ja lähihoitaja-aloilla. Kysely toteutettiin helmi–huhtikuussa 2010.

Kyselylomake kehitettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella Pitkäaikaistyöttömien kehittämiskumppanuus -hankkeen yhteydessä. Lomaketta käytettiin 18 osahankkeessa. Se perustui terveydenhuollon ammattilaisten, tutkijoiden ja kehittäjien yhteistyössä syntyneeseen lomakkeeseen. Vastausprosentit muissa osahankkeissa vaihtelivat 15 %:n ja 39 %:n välillä. Lomake sisälsi kysymyksiä asiakkaiden taustatiedoista sekä väittämiä ja mielipiteitä terveyspalvelusta ja jatkohoidosta. (Sinervo, 2009; Saikku & Sinervo, 2010.)

Puolistrukturoitu haastattelu perustui etukäteen valittuihin teemoihin, mutta haastattelukysymyksillä ei ollut selvää järjestystä haastattelun aikana (Polit ym., 1987; Fontana, 2000). Tämä materiaalinkeräystapa mahdollistaa luontevan vuorovaikutuksen haastattelijan ja haastateltavan välillä, jolloin on mahdollista laajentaa ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (Marton, 1981).

Haastattelut kestivät 6–15 minuuttia. Kolme haastattelua toteutettiin vuoden 2010 alussa ja neljä vuoden 2010 lopulla, ja loput kaksi kesäkuussa 2011. Seitsemän haastattelua tehtiin kasvotusten ja kaksi puhelimitse.

Tulosten analysoinnissa hyödynnettiin aineisto- ja menetelmätriangulaatioita yhdistämällä tilastollinen analyysi ja sisällön analyysi. Tämä triangulaatiomenetelmä antoi mahdollisuuden tutkia kontekstia laajemmin ja monipuolisemmin kuin yhden menetelmän tekniikalla olisi ollut mahdollista. Pieni vastaajamäärä ei sallinut monimutkaista tilastollista analyysiä tässä osatutkimuksessa.

Sisällön analyysi

Sisällön analyysi tehtiin käyttämällä Atlas/ti-ohjelmaa (Atlas/ti 5.1). Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe oli litteroitujen tekstien syöttäminen ohjelmaan, minkä jälkeen tiedot koodattiin. Ensimmäisen vaiheen koodauksessa tarkasteltiin tekstin sisältöä ja merkityksiä sekä valittiin toisistaan erottuvia haastattelutekstin osia. Nämä osat käsitteellistettiin eri koodeilla, joita syntyi yhteensä 57. Toisessa osassa tutkija tutki, onko koodeilla oikea koodinimi, ja osa koodeista yhdistettiin. Tämä tehtiin manuaalisesti, tulostamalla kaikki koodatut ilmaisut ja lajittelemalla ne. Syntyi yhdeksän luokkaa. Pienessä aineistossa kaksitasoinen luokittelu oli riittävä.

Tilastollinen analyysi

Tilastollisessa analyysissä käytettiin SAS for Windows 9.2 -ohjelmaa. Käytössä olivat kuvaileva analyysi, suorat jakaumat ja Pearson Exact Chi-Square -testi. Vastaukset perustuvat viiden askeleen Likert-asteikkoon (täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä). Analyysissä yhdistettiin kaksi ensimmäistä luokkaa. Tilastollisena analyysinä oli Pearson Exact Chi Square -testi, koska aineisto oli pieni.

5 Tulokset

5.1 TYÖTTÖMÄN TYÖELÄMÄVALMIUKSIA TUKEVAN VIRANOMAISVERKOSTON TOIMINTA

Tutkimus tuotti kuvailevaa tietoa viranomaisverkoston nykytilasta vuosina 2008–2010. Tutkimuksen tulosten mukaan työttömän työelämävalmiuksia tukeva verkostoituminen oli alkuvaiheessa. Verkostoitumisessa oli haasteita, ja verkostoitumista oli tarve kehittää esimerkiksi yhteisiä tapaamisia järjestämällä. Verkostoituminen ulospäin on terveydenhuollon toimijoille uutta, ja työterveyshuollon rooli terveydenhuollon sisällä ja muiden yhteistyötahojen kanssa ei ole selkiintynyt.

Työttömien terveystalvissa on erityispiirteitä, jotka osa haastateltavista tunnisti. Esimerkiksi hoitokontaktin ja luottamuksen luominen voi kestää pitkään. Eräs haastateltavista toi esille sen, että työttömällä voi olla terveydenhuollossa runsaasti sairautta tai päivystyskäyntejä, mutta varsinainen kokonaisvaltainen terveydentilan arvio heidän kohdallaan puuttuu. Työttömän asioiden hoidon pitkittyessä havaitaan, etteivät hänen asiansa välttämättä kuulu minkään viranomaistahon vastuualueelle. Lähes kaikki haastateltavat tunnistivat ilmiön. Haastateltavat pitivät verkostomaista työskentelyä erittäin tärkeänä syrjäytymisen estämisen ja työelämävalmiuksien tukemisen kannalta.

”Varmaan kaikkien viranomaisten pitäisi oppia ehkä tätä verkostoyhteistyötä, ja myös oppii tunnistamaan näitten asiakkaitten tammösii erityispiirteitä, se, ni o ehottoman tärkeätä se viranomaisten väline yhteistyö, et sitä saatas edes joku sieltä sitten autettua, ehkä työelämänsä piiriin tai yleensäki pois siitä syrjäytymisen riskistä.” (Toimija seurantapaikkakunnalla)

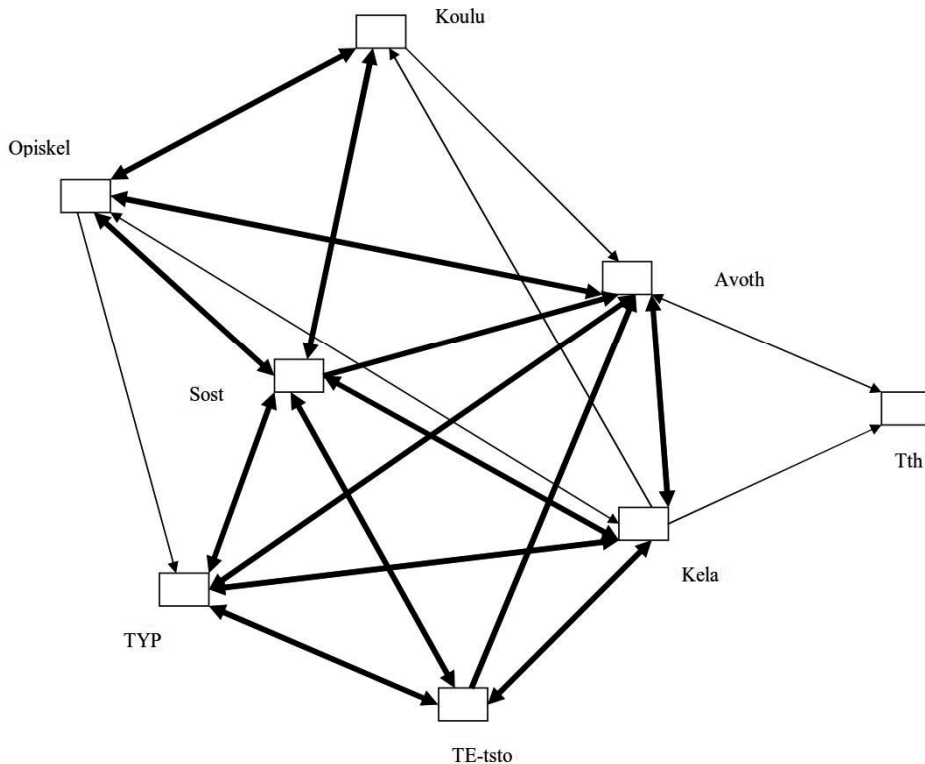
Saumaton palveluketju, jota verkostoituminen edistää, lisää myös asiakaslähtöisyyttä. Tärkeää on täsmentää, kenelle vastuu asiakkaan asioista milloinkin kuuluu, eli parantaa saumatonta palveluketjua yli sektorirajojen. Haastateltavat toivat esille toisaalta työttömyyden monimuotoisuuden ja toisaalta verkostotyön mahdollisuudet helpottaa viranomaisen työtä. He korostivat erityisesti asiakkaan hyötyjä, joita osa heistä ei välttämättä pystynyt yhdistämään verkostoitumisen hyötyihin.

Verkostoitumisen hyötyjä kuvatessaan haastateltavat toivat esille monitasoisen osaamisen yhdistämisen ja asiakkaan palveluohjauksen tärkeyden työttömyyden osalta.

”No kyl se minun mielestä se verkostoituminen on ehkä se tärkein. Että tuota, tietysti niin kuin, siinä on hyvin, hyvin tuota, monenlainen ongelmakenttä monesti, työttömällä, että on bio-, psykososiaalisia juttuja, ja tuota, mikä se oikein, viitekehys on milloin ne niitä, ongelmia käsitellä, että niitä voi kahtoo niin monesta näkökulmasta.” (Terveystalvun toimija, Kuopio)

Verkostoanalyysi osoitti, että kaikki organisaatiot tekevät tiivistä yhteistyötä perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan kanssa. Terveystalvun sisäisessä yhteistyössä nähtiin kuitenkin kehittämisen tarvetta, vaikka pääosin yhteistyön nähtiin sujuvan hyvin. Sen sijaan yhteistyö avovastaanotto toiminnasta muiden organisaatioiden suuntaan ei ole niin tiivistä kuin yhteistyö vastakkaiseen suuntaan. Työterveyshuollon

irrationaalinen rooli näkyy hyvin myös verkostonanalyysin tuloksissa (Kuvio 4). Kuviosta näkyy, että yhteistyötä tehdään ja että kaikki organisaatiot osallistuvat työttömien työkyvyn ja terveyden edistämiseen, mutta yhteistyö on usein yksisuuntaista.



Kuvio 4. Organisaatioiden yhteistyö työttömien ja työttömäksi jäävien henkilöiden työkyvyn ja terveyden edistämiseksi. Tilanne vuonna 2009 Kuopiossa. Organisaatiot olivat perusterveydenhuollon vastaanotto (Avoth), koulu- ja opiskeluterveydenhuolto (Opiskeluth), kunnallinen työterveyshuolto (Tth), koulutoimi (Koulu), Kela, sosiaalitoimi (Sost), työ- ja elinkeinotoimisto (TE-tsto) sekä työvoiman palvelukeskus (TYP). Nuolien paksuus kuvaa yhteyksien tiheyttä; paksu nuoli tarkoittaa tiivistä yhteistyötä ja ohut nuoli heikkoa yhteistyötä.

5.2 TYÖTTÖMÄN PALVELUTARVE JA TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄN SISÄINEN VERKOSTO PERUSTERVEYDENHUOLLON JA TYÖTERVEYSHUOLLON YHTEISTYÖN NÄKÖKULMASTA

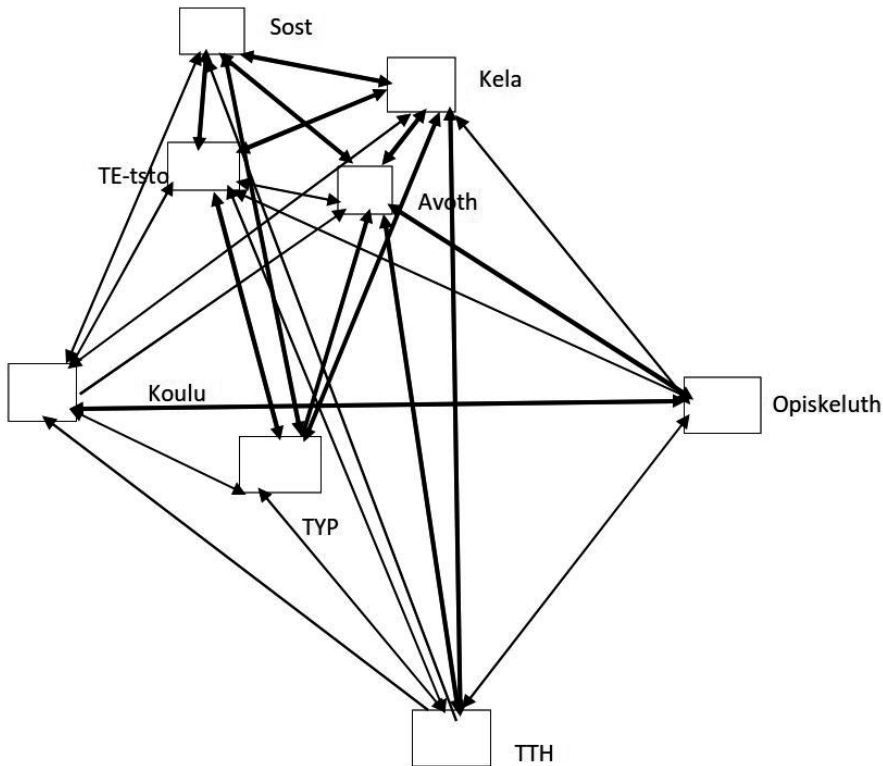
Haastateltavat toivat esille asiakkaan ohjaamisen ja seurannan tärkeyden. He kantoivat huolta palveluketjun katkeamisesta työttömäksi jäävien ja erityisesti nuorten tilanteesta. Monet tiedostivat ongelmakohtia ja organisaatioiden jäykkyyttä rajapintatoiminnassa. Yleisesti sidosryhmäläiset näkivät, että omalääkärijärjestelmä toimii Kuopiossa hyvin. He pitivät kuitenkin tärkeänä kontaktihenkilöä, terveydenhuollon sisällä olevaa koordinoijaa, joka ohjaa asiakkaan prosessia eteenpäin ja on kontaktissa sidosryhmiin. Sidosryhmissä korostettiin, että terveydenhuollon tulee olla kiinteästi mukana työkyvyn tukemisen palveluprosessissa.

Konkretia näkyy alla olevia kahta asiakastapausta vasten. Ensimmäisessä tapauksessa 19-vuotias mies on kärsinyt oppimisvaikeuksista eikä ole pystynyt opiskelemaan. Hankkeen terveystarkastuksen avulla hänelle järjestyvät tutkimukset sekä yksilöllinen opetussuunnitelma, jonka turvin hän pystyy opiskelemaan. Toinen tapaus ei ole läheskään niin yksinkertainen, eikä ratkaisua synny heti. Tämä 17-vuotias nuori jää ilman viranomaisverkoston tukea, kun selkeää suunnitelmaa, jatkohoitopaikkaa tai opiskelupaikkaa ei löydy. Tapaus kuvastaa sitä, miten helposti nuori jää avun ulkopuolelle, kun ratkaisua ei löydy. Juuri tällaisissa tapauksissa tarvitaan nuoren ympärille tiivis yhteistyöverkosto, riittävä seuranta ja tuki, jotta hänet saadaan kiinnittymään opiskeluun tai työhön.

Taulukko 2. Hankkeen kaksi asiakastapausta vuosien 2009–2010 aikana

Case 1	Case 2
<p>Tausta</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19 vuotias mies • peruskoulu • Pohjois-Savon ammattikoulu, kaksi keskeytystä kahdella eri linjalla -> oppimisvaikeuksia • työskentelee välityömarkkinoilla-> terveystarkastukseen <p>Löydökset terveystarkastuksessa</p> <ul style="list-style-type: none"> • tupakoi, liiallista alkoholinkäyttöä (AUDIT 12), ylipainoa (BMI 28,5), ei liikuntaa, ei harrastuksia, lievää masennusta (BDI 12), ei lämmintä ruokaa päivittäin, oppimisvaikeuksia <p>Elämäntapa</p> <ul style="list-style-type: none"> • asuu soluasunnossa, hyvät suhteet vanhempiin • ei ystäviä <p>Yksilöllinen suunnitelma</p> <ul style="list-style-type: none"> • haluaa opiskelemaan Pohjois-Savon ammattikouluun • haluaa apua oppimisvaikeuksiin • työterveyshoitaja saa asiakkaalle ajan neuropsykologille TE-toimistoon • terveystuennitelma: lopettaa tupakoinnin, vähentää alkoholin käyttöä, kävelee työmatkat <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Saa opiskelupaikan</p>	<p>Tausta</p> <ul style="list-style-type: none"> • 17 vuotias mies • peruskoulu • Pohjois-Savon ammattikoulu, keskeytys, linja ei kiinnostanut • työtön, asiakkaana TE-toimistossa-> lähete terveystarkastukseen <p>Löydökset terveystarkastuksessa</p> <ul style="list-style-type: none"> • tupakoi, ylipainoa, ei liikuntaa, ei harrastuksia, hoitojakso mielenterveysasioissa (aggressioita, masennusta, ahdistusta, univaikeuksia), yritetty perheterapiaa, mutta ei toiminut, heikko taloudellinen tilanne, ulkonäköongelmia <p>Elämäntapa</p> <ul style="list-style-type: none"> • asuu soluasunnossa, yhteys vanhempiin on, ystäviä on • teki yötyötä lehtien jakajana, mutta lopetti työn univaikeuksien vuoksi <p>Yksilöllinen suunnitelma</p> <ul style="list-style-type: none"> • haluaa opiskelemaan • varataan lääkärintarkastus, pian armeijan kutsuntatarkastus <p style="text-align: center;">MISSÄ TUKI?</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Ei opiskelupaikkaa</p> <p style="text-align: center;">Ei työpaikkaa</p>

Seurantavaiheessa verkostanalyysin verkostokuvioista (Kuvio 5) näkyy, että vastaanottotoiminta, sosiaalitoimi, työ- ja elinkeinotoimisto sekä Kela ovat työttömien työkyvyn tuen suhteen enemmän tekemisissä keskenään kuin muut organisaatiot. Avoterveydenhuolto on keskiössä. Avoterveydenhuollon yhteistyö sosiaalitoimen ja Kelan kanssa on tiivistä, mutta yhteys työ- ja elinkeinotoimeen on löyhä. Täysin verkoston ulkopuolisia organisaatioita ei ole. Työterveyshuollon asema verkostossa on vuonna 2011 tiiviimpi kuin verkossa vuonna 2009. Kehittämishanketoiminta on lisännyt yhteistyötä työttömän ja työttömäksi jäävän henkilön työkyvyn ylläpitämiseksi. Vastaanottotoiminnan osalta kuviossa näkyy, että vuonna 2011 kaksisuuntaisia nuolia eli molemminpuolista yhteistyötä on enemmän kuin vuonna 2009. Perusterveydenhuollon avovastaanottotoiminta on erittäin keskeisessä asemassa työttömän työelämävalmiuksien tukemisessa, mikä asettaa sille vaatimuksia myös osaamisen ja yhteistyön suhteen. Hankkeen jälkeen perusterveydenhuollossa on todennäköisesti aiempaa paremmin tiedostettu myös työterveyshuollon mahdollisuudet työttömän työkyvyn tukemisessa. TE-toimisto ja avoterveydenhuolto ovat lähentyneet toisiaan, mutta yhteydenottojen tiheys ei ole lisääntynyt. Myös sosiaalitoimen ja avoterveydenhuollon yhteistyö on tiivistynyt.



Kuvio 5. Organisaatioiden yhteistyö työttömien ja työttömäksi jäävien henkilöiden työkyvyn ja terveyden edistämiseksi vuonna 2011. Organisaatiot olivat perusterveydenhuollon vastaanotto (Avoth), koulu- ja opiskeluterveydenhuolto (Opiskeluth), kunnallinen työterveyshuolto (Tth), koulutoimi (Koulu), Kela, sosiaalitoimi (Sost), työ- ja elinkeinotoimisto (TE-tsto) sekä työvoiman palvelukeskus (TYP). Nuolien paksuus kuvaa yhteyksien tiheyttä; paksu nuoli tarkoittaa tiivistä yhteistyötä ja ohut nuoli heikkoa yhteistyötä.

Tärkeänä pidettiin, että toiminta juurtuisi pysyväksi paikkakunnalla. Työttömien asiakkaiden tiedon lisääminen mahdollisuudesta hakeutua terveystarkastukseen tuli esille miltei kaikissa haastatteluissa. Työ- ja elinkeinotoimiston rooli ohjaavana tahona korostui. Seurantapaikkakunnista Oulussa, Vammalassa ja Jyväskylässä työttömien terveyspalvelut olivat juurtuneet osaksi normaaleja perusterveydenhuollon palveluja. Joensuussa ei haastatteluaihana ollut lainkaan järjestettynä työttömien terveyspalveluja. Jyväskylässä resurssipula oli jarruttanut toimintaa.

5.3 NUORTEN TYÖTTÖMIEN TYÖ- JA TOIMINTAKYKY

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia yhteyttä pitkittyneen työttömyyden sekä terveyden, elintapojen ja työkyvyn välillä nuorten keskuudessa. Työttömien nuorten keski-ikä tässä osatutkimuksessa oli 21,4 vuotta (Taulukko 3). Työttömyyden kesto vaihteli juuri alkaneesta työttömyydestä (0 pv) viiteen vuoteen. 70 osatutkimukseen osallistunutta henkilöä oli ollut työttömänä kolme kuukautta tai vähemmän, ja seitsemällä henkilöllä työttömyys oli kestänyt 2–5 vuotta. Työttömyyden kesto oli yli puoli vuotta 43 %:lla tutkimukseen osallistujista. 34 %:lla ei ollut lainkaan peruskoulun jälkeistä koulutusta. Yli puolen vuoden työttömyyttä oli hiukan enemmän miehillä (35 hlöä) kuin naisilla (28 hlöä).

Taulukko 3. Tutkimuksen muuttujat työttömyyden keston mukaan

	Työttömyyden kesto alle 6 kk (n= 108) n (%)	Työttömyyden kesto yli 6 kk (n= 82) n (%)	Yht. (n= 190) **	p-arvo *
Keski-ikä, vuosia (SD)	21.4 (2.03)	21.4 (1.80)		0.9534
Sukup.				
Mies	55 (51)	48 (59)	103 (54)	
Nainen	53 (49)	34 (41)	87 (46)	0.2965
Ammatillinen koulutus				
ei	28 (26)	35 (43)	63 (34)	
kyllä	78 (74)	47 (57)	125 (66)	0.0193
Audit-pisteet				
0–7	68 (63)	52 (63)	120 (63)	
8–	40 (37)	30 (37)	70 (37)	0.9490
Tupakointi				
ei	61 (56)	40 (49)	101 (53)	
kyllä	47 (44)	42 (51)	89 (47)	0.2920
Lääkkeiden tai huumeiden käyttö muuhun kuin lääkinnälliseen tark.				
ei	106 (98)	70 (85)	176 (93)	
kyllä	1 (2)	12 (15)	13 (7)	0.0001
Liikunta				
Ei mitään säännöll. liik.	17 (16)	18 (22)	35 (19)	
Vähän, keskimääräisesti, paljon	85 (84)	63 (78)	148 (81)	0.3439
Harrastukset				
kyllä	95 (88)	64 (78)	159 (85)	
ei	13 (12)	16 (22)	29 (15)	0.1373
Stressi				
ei	72 (71)	42 (51)	114 (60)	
kyllä	36 (29)	40 (49)	76 (40)	0.0314
BDI-pisteet				
0–13	97 (90)	66 (80)	163 (85)	
14–	11 (10)	16 (20)	27 (15)	0.0695
Mielenterveyden häiriö				
ei	90 (83)	53 (65)	143 (75)	
kyllä	19 (17)	29 (35)	48 (25)	0.0048
TKI-pisteet				
37– hyvä	60 (68)	22 (42)	82 (59)	0.0027
0–36 keskimääräinen tai huono	28 (22)	30 (58)	58 (41)	

*Pearson Exact Chi-Square test

** Puuttuvien havaintojen vuoksi n-arvo vaihtelee

Työttömällä nuorilla oli usein epäterveellisiä elintapoja, sillä miltei 40 % heistä sai AUDIT-kyselystä yli kahdeksan pistettä. Lähes puolet tästä joukosta tupakoi. 13 vastaajaa ilmoitti, että oli käyttänyt huumeita tai lääkkeitä muuhun kuin lääkinnälliseen tarkoituksen. Miltei neljäsos nuorista ei harrastanut liikuntaa, ja 15 %:lla ei ollut mitään harrastuksia. Yli kolmannes vastanneista koki henkistä stressiä. 15 %:lla nuorista oli yli 14 pistettä BDI-kyselyssä. Tämä tarkoittaa lievää, keskimääräistä tai vakavaa masennusta. Neljäsos joko

ilmoitti että he itse tuntevat mielenterveysongelmia tai heillä oli lääkärin diagnoosi niistä. Työkykyindeksi oli huono tai keskinkertainen yli kolmanneksella.

Nuorilla, joiden työttömyys oli kestänyt yli kuusi kuukautta, oli vähemmän koulutusta kuin niillä nuorilla, joiden työttömyys oli kestänyt alle kuusi kuukautta, ja he olivat käyttäneet huumeita tai lääkkeitä muuhun kuin lääkinnälliseen tarkoitukseen. He olivat myös stressaantuneempia, ja heillä oli masennusta useammin. Lisäksi heillä oli heikompi työkyky kuin niillä nuorilla, joiden työttömyys oli kestänyt alle kuusi kuukautta ($p < 0.05$).

Vakioimattomassa mallissa ammatillisen koulutuksen puute oli yhteydessä nuorten yli 6 kuukauden työttömyyteen. Myös huumeiden tai lääkkeiden käyttö muuhun kuin lääkinnälliseen tarkoitukseen, stressi, mielenterveyshäiriöt sekä matala tai kohtalainen työkykyindeksi (TKI) olivat merkittävästi yhteydessä pitkittyneeseen työttömyyteen nuorilla.

Paketetussa logistisessa mallissa (Taulukko 4) miehillä oli suurempi riski pitkittyneeseen työttömyyteen kuin naisilla ja huumeitten käyttö oli lähes merkittävästi yhteydessä pitkittyneeseen työttömyyteen. Matala tai kohtalainen TKI oli yhteydessä yli kuuden kuukauden työttömyyteen (OR 2,21, 95 % CI 0,95–5,13).

Taulukko 4. Logistinen regressiomalli riskitekijöistä, jotka olivat yhteydessä pitkittyneeseen työttömyyteen 16–25-vuotiailla työttömällä Itä-Suomessa vuosina 2009–2010

*	Vakioitu logistinen regressiomalli OR	(95% CI)
Ikä, jokainen 1 vuosi	1.08	(0.88–1.33)
Sukupuoli		
Mies	1.0	
Nainen	0.43	(0.20–0.94)
Ammatillinen koulutus		
Ei	1.0	
Kyllä	0.77	(0.31–1.87)
Huumeitten tai lääkkeitten käyttö muuhun kuin lääk. tark.		
Ei	1.0	
Kyllä	9.46	(1.02–88.18)
Stressi		
Ei	1.0	
Kyllä	0.62	(0.24–1.59)
Mielenterveyden häiriö		
Ei	1.0	
Kyllä	1.90	(0.62–5.81)
TKI		
37 tai yli	1.0	
36 tai vähemmän	2.21	(0.95–5.13)

*Ilmoitetut muuttujat vakioitu iän, sukupuolen, koulutuksen, lääkkeiden tai huumeiden käytön, mielenterveyshäiriöiden ja TKI:n suhteen.

5.4 ASIAKKAIDEN TARPEIDEN JA ERITYISPIIRTEIDEN VAIKUTUKSET ENNALTAEHKÄISEVIEN TERVEYSPALVELUJEN JÄRJESTÄMISESSÄ

Tutkimus toteutettiin työttömien asiakkaiden näkökulmasta, ja tarkoituksena oli saada tietoa ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja koskevista näkemyksistä. Haasteltavien nuorien (n=9) ikä vaihteli 20–25 vuoden välillä. Kuusi haastateltavista oli miehiä. Heidän elämäntilanteensa vaihteli työttömyydestä (n=3) työharjoitteluun tai työvalmennukseen (n=4) ja kuntouttavaan työtoimintaan (n=2). Kahdella heistä oli mielenterveysongelmia tai alkoholin/huumeitten käyttöä. Muutama nuori oli juuri muuttanut uudelle paikkakunnalle, eikä heillä ollut sosiaalista verkostoa siellä. Yhdellä nuorella ei ollut haastatteluaikana lainkaan omia tuloja, vaan hän eli avopuolisonsa tuloilla. TE-toimistosta ohjautui terveystarkastukseen kolme asiakasta, välityömarkkinoilta kolme, ja kaksi asiakasta oli huomannut ilmoituksen TE-toimistossa mahdollisuudesta hakeutua terveystarkastukseen ja varannut ajan. Yksi asiakas tuli tyttöstävän kannustuksesta. Asiakaspalautekyselyyn vastasi 42 henkilöä. Heidän ikänsä vaihteli 20 vuoden ja 54 vuoden välillä.

Taulukko 5. Asiakaspalautekyselyyn vastanneiden taustatiedot

	n=42
Sukupuoli	
Nainen	37
Mies	5
Ikä	
alle 25	8
25–34	4
35–44	11
45–54	19
Elämäntilanne	
työtön	5
tukityöllistetty	3
työssä	6
työvoimapolitiisessa koulutuksessa	28

Haastateltavien nuorten muistikuvat terveystarkastuksesta olivat epämääräisiä. Terveystarkastuksesta oli kulunut aikaa haastatteluihin 3–8 kuukautta. Nuorten mieleen tulivat tarkastustilanteista lähinnä lomakkeiden täyttäminen ja mm. verenpaineen mittaaminen sekä punnitseminen. Kiitosta saivat palvelun maksuttomuus ja se, että palveluun oli helppo päästä.

”Se oli ihan hyvä silleen just, että sinne pääs... oli helppo tulla silleen ja... se oli ihan hyvä, perussemmonen tarkastus välillä, kun ei muuten oikein tule käytyä missään.” (Mies, 21)

Asiakaspalauteeseen vastanneista 88 % oli sitä mieltä, että terveystarkastus antoi omasta todellisen kuvan omasta terveydentilasta (Taulukko 6). Kaikki haastatellut pitivät tarkastusta hyödyllisenä ja tarpeellisenä. Kehittämisehdotuksia ei juuri noussut esille, vaan palvelua pidettiin hyvänä sellaisenaan. Terveystarkastuksesta sai varmistuksen myös siitä,

ettei terveysongelmia ollut. Lisäksi muutama haastateltava koki, että terveystarkastus antoi itseluottamusta ja varmuutta hakeutua opintoihin tai töihin.

"No aika, todella hyödylliseksi silleen, et se oli just että kun ei varmaan muuten ois vieläkkään tullu käytyä lääkärissä jos ei sieltä ois sitten saanu semmosta mahdollisuutta käyä, silleen että just ja että ilmanen silleen, että... silleen, ei varmaan ois tullu lähettyä vieläkkään, jos ei ois... sieltä saanu sen ohjauksen ja, mahdollisuuen lähtee." (Mies, 21)

Haastatelluilta kysyttiin, mitä jatkohoito-ohjeita he terveystarkastuksessa saivat. Mieleen tulivat elintapoihin liittyvät asiat (tupakointi, liikunta, ruokavalio tai laihduttaminen). Alla on lainaus kahden asiakkaan kommentteista:

"Lopeta juominen. [nauraa] Niin se oli." (Mies, 23)

"No esimerkiks tähän liikuntaan liittyen kaikenlaista että, harrastustoimintaa vois olla, esimerkiks liikuntapiiraan mukaan että kaikenmaailmaan pallopelejä ja tällisiä hirmu paljon suositeltiin että, voi tämän ikäiselle henkilölle suositella." (Mies 20)

Osa haastateltavista koki, että terveystarkastuksella oli myös vaikutuksia terveydentilaan. Vaikutuksia haastateltavat kuitenkin eivät eritelleet kovin kattavasti. Osa haastateltavista taas koki, ettei terveystarkastuksella ollut lainkaan merkitystä. Yksi haastateltava koki, että tapaamisessa saatu varmuus omasta terveydentilasta antoi rohkeutta hakeutua opiskeluun tai työhön. Konkreettisenä hyötynä oli saatu apu selkävaivaan ja lisätutkimukset; matalan kynnyksen hoito ja viranomaisen ohjaus terveystapaamiseen olivat saaneet prosessia eteenpäin.

Asiakaspalautteeseen vastanneista koki saaneensa riittävästi palautetta 73 %, eniten nuorten ryhmässä ja vähiten 35–44-vuotiaiden ryhmässä (Taulukko 6). Kaikista vastaajista 40 % oli sitä mieltä, että terveystarkastus sai heidät kiinnittämään enemmän huomiota omaan terveydentilaan ja elintapoihin. Tämä käsitys oli yleisintä nuorten vastaajien joukossa (Taulukko 6).

Taulukko 6. Asiakaspalautte terveystarkastuksesta ikäryhmittäin (n=42)

Mielipide	Täysin/melko samaa mieltä					p-arvo*
	Ikä (vuotta)					
	Alle25 n (%)	25–34 n (%)	35–44 n (%)	45–54 n (%)	Yhteensä n (%)**	
Terveystarkastus antoi oikean kuvan terveydentilastani	6 (75)	3 (75)	10 (90)	18 (95)	37 (88)	0,43
Terveystarkastuksesta saamani palaute oli mielestäni riittävää	7 (88)	3 (75)	6 (55)	15 (79)	31 (73)	0,67
Terveystarkastus on saanut minut kiinnittämään huomiota terveydentilaani ja terveystottumuksiini	4 (50)	2 (50)	4 (36)	7 (37)	14 (40)	0,93
Terveystarkastus oli mielestäni tarpeellinen	7 (88)	3 (75)	6 (54)	17 (90)	33 (79)	0,24
Terveystarkastuksessa sovitut jatkotoimet ovat toteutuneet	4 (50)	2 (50)	6 (54)	9 (47)	21 (50)	1,00
Terveystarkastuksessa huomioitiin riittävästi omat näkemykseni ja toiveeni	7 (88)	3 (75)	7 (64)	13 (68)	30 (71)	0,53
Terveystarkastus tulisi suorittaa säännöllisin väliajoin	8 (100)	3 (75)	11 (100)	19 (100)	40 (98)	0,10
Työttömät tarvitsevat omia terveystarkastuksia	8 (100)	3 (75)	10 (91)	19 (100)	40 (95)	0,10
Terveystarkastuksessa todetut asiat on otettu huomioon työllistymispalveluissani	3 (38)	1 (25)	4 (36)	4 (21)	12 (29)	0,25

* Pearson Exact Chi-Square test

** Kaikki eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin

BDI osoitti yli 10 pistettä kuudelle henkilölle. Neljä heistä oli kokonaan tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että terveystarkastus sai heidät kiinnittämään enemmän huomiota terveydentilaansa ja terveyskäyttäytymiseensä. Myös niistä, joiden arvio työkyvystä oli alle 8, kolme neljäsosaa oli tätä mieltä.

Kokemuksissa jatko-hoitoon pääsystä ei ollut eroja ikäryhmien kesken. 4/6 henkilöstä, joiden BDI oli yli 10 pistettä, oli sitä mieltä, että jatko-hoito oli toteutunut. 2/4 henkilöistä, joiden TKI oli alle 8 pistettä (asteikolla 0–10), arvioi jatkohoidon toteutuneen. Vastanneiden mielestä terveystarkastus otettiin huomioon työvoimapalvelujen yhteydessä 29 %:ssa tapauksista. Tämä mielipide oli yleisempi nuoremmassa vastaajaluokissa. Puolet

palautevastaajista oli sitä mieltä, että jatkohoito oli toteutunut suunnitelman mukaan. 40,5 % vastaajista oli sitä mieltä, etteivät he tarvitse mitään jatkohoitoa. Kuitenkin pieni osa, 5 % (4 henkilöä), katsoi, että jatkohoito ei ollut toteutunut terveystarkastuksen jälkeen, vaikka siitä oli sovittu.

Haastateltavista nuorilta kysyttiin myös, oliko heillä viranomaisverkostoa, jossa heidän työ- ja toimintakykyään olisi käsitelty. Joillakin nuorilla ei ollut tarvetta viranomaisverkostolle, mutta muutamat mainitsivat TE-toimiston, välityömarkkinat, sosiaalitoimiston, mielenterveyspalvelut ja lääkärin vastaanoton. Tässä yhteydessä esille tuli myös omien vanhempien ja sukulaisten tuki.

"Okei, sossu, Kela... työkkäri, siis." (Nainen, 22)

71 % vastaajista katsoi, että terveystarkastuksessa huomioitiin heidän toiveensa ja tarpeensa. Vanhemmassa ikäryhmässä (45–54-vuotiaat) oli enemmän ilmauksia "ei samaa mieltä" tai "eri mieltä". Oman roolinsa terveystapaamisessa nuoret kuvasivat tasavertaisena. Yksi haastateltava koki itsensä oman elämäntilanteensa vuoksi ihmettelijäksi. Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että heihin ja heidän asiaansa suhtauduttiin ymmärtävästi. Terveystarkastajaa luonnehdittiin asiantuntevaksi ja kuuntelevaksi henkilöksi. Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että työttömät kokonaisuudessaan (95 %) tarvitsevat terveystarkastuksia. 98 % vastaajista oli sitä mieltä, että terveystarkastusten pitäisi olla säännöllisiä (Taulukko 6).

"Sanotaan että se hoito ainakin nopeasti ja, tilanne oli silleesti mutkaton, ja hyvin selvää että, mitenkä sen muuten vois sanoo." [Mies, 20]

Kyselylomakkeen vapaissa kommentteissa toivottiin säännöllisiä terveystarkastuksia. Yhden osallistujan mielestä kunnassa pitäisi olla terveystarkastuksiin kutsujärjestelmä. Osallistujat toivoivat, että työttömille tarkoitetuista terveystarkastuksista tiedotettaisiin. Erityisesti palvelun maksuttomuus sai kiitosta. Myös pääsyä fysioterapeutille työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi toivottiin. Kritiikkiä sai terveystarkastuksen pitkä kesto. Yhden osallistujan mielestä tämän tyyppinen terveystarkastus ei anna todellista kuvaa henkilön elämäntilanteesta.

Tutkimuksen keskeisimmät tulokset on koottu Taulukkoon 7. Tulokset vahvistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia työttömien terveystalvelujen verkoston toimivuuden ja palvelujen tarpeellisuuden suhteen. Viranomaistojijat näkivät verkostomaisen työskentelyn tärkeänä ja haasteellisena. Verkoston toimiminen edellyttää jatkuvaa kehittämistoimintaa, josta on hyötyä sekä asiakkaille että viranomaistojijoille.

Terveystalveluolto on verkostoitumisessa vasta alkuvaiheessa, eikä TE-hallinnon ja terveystalveluolon yhteistyö ole asiakasnäkökulmasta riittävän tiivistä. Työterveystalveluolon irrallinen rooli näkyy verkoston toiminnassa.

Nuorilla, joilla työttömyys on pitkittynyt, on huolestuttavan paljon terveystalveluongelmia ja heikentynyt työkyky. Työttömät kokivat terveystalvelut tärkeiksi ja pitivät maksutonta, matalan kynnyksen hoitotahoa tärkeänä. Myös tiedottaminen työttömien terveystalveluista koettiin tärkeänä.

Taulukko 7. Tutkimuksen keskeisimmät tulokset

Työttömien työelämävalmiuksien tukeminen viranomaisverkostossa	<ul style="list-style-type: none"> - verkostoituminen on erittäin tärkeää ja tarpeellista - verkostoituminen on haasteellista (resurssit, osaaminen) - verkoston kehittäminen on jatkuvaa toimintaa - toiminnan tulisi olla asiakaslähtöistä - verkostoituminen on terveystalveluollossa alkuvaiheessa - terveystalveluolon ja TE-hallinnon yhteistyö ei ole riittävän tiivistä
Terveystalveluoltojärjestelmän sisäinen verkosto ja työttömän palvelutarpeet	<ul style="list-style-type: none"> - verkoston kehittäminen tuottaa hyötyä toimijoille ja asiakkaille - verkoston toimintaan tarvitaan pysyvät toimintamallit - toiminnan on oltava näkyvää - työterveystalveluolon rooli on epäselvä työttömän työkyvyn tukemisessa
Nuorten työttömien terveystalvelutarpeet asiakasnäkökulmasta	<ul style="list-style-type: none"> - nuorilla työttömillä oli huolestuttavan paljon terveystalveluongelmia - heikentynyt työkyky on yhteydessä pitkittyneeseen työttömyyteen
Asiakkaiden tarpeet ja erityispiirteet ennaltaehkäisevien terveystalvelujen järjestämisessä	<ul style="list-style-type: none"> - työttömät tarvitsevat terveystalveluja - matalan kynnyksen hoitopaikka on tärkeä - palvelun maksuttomuus on tärkeää - työttömät tarvitsevat tietoa mahdollisuudesta palveluun

6 Pohdinta

6.1 TULOKSISTA

Hyvinvointivaltiossa työttömien terveys ja työkyky liittyvät terveys-, hyvinvointi ja työllisyyspoliittisiin kysymyksiin. Suomen työttömyystilanne on huolestuttavan korkea, ja työttömyyteen liittyvien tukipalvelujen tehokkuus on maamme kehityksen kannalta tärkeää. Hyvinvointipalvelujen saatavuuden turvaamiseksi tehdään kehittämistyötä tehokkuutta ja vaikuttavuutta edistäen (Pulkki, 2014). Tämä tutkimus täydentää osaltaan tutkimusaukkoa hyvinvointipalvelujen, erityisesti työttömien terveyspalvelujen, kehittämisen näkökulmasta. Tutkimuksessa on kuvattu sekä asiakkaiden että viranomaisten käsityksiä työttömien työ- ja toimintakyvyn tukemisen suhteen terveydenhuollon näkökulmasta.

Osatutkimukset I ja II vastasivat tutkimuskysymyksiin liittyen viranomaisverkoston ja terveydenhuollon sisäisen verkoston toimivuuteen. Osatutkimuksissa III ja IV vastattiin kysymyksiin asiakkaiden erityispiirteisiin ja palvelutarpeisiin liittyen. Esitän yhteenvedon tuloksista tutkimuskysymyksittäin. Yhdistän tulokset terveyspolitiikan linjauksiin sekä aiempiin tutkimuksiin ja osittain verkostoteorioihin verraten. Lopussa esitän johtopäätökset suositukset tuloksiin ja teoriaan perustuen.

6.1.1 Työttömien työelämävalmiuksia tukeva verkostoituminen oli alkuvaiheessa terveydenhuollossa vuonna 2008–2009

Työttömien työelämävalmiuksia tukeva verkostoituminen oli alkuvaiheessa terveydenhuollossa vuosina 2008–2009. Verkostoituminen oli terveydenhuollon toimijoille uutta, eikä työterveyshuolto nähnyt juuri omaa roolia työttömien terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiakaslähtöisyys nousi keskiöön. Haastateltavat korostivat oman vastuun merkitystä. Kuitenkin yhteisten tapaamisten tai koulutusten järjestämisen nähtiin kuuluvan organisaatioiden johtajille, jotka mahdollistaisivat verkostomaisen työskentelyn. Haastateltavat puhuivat sekä yhteistyön että verkostotyön kehittämisestä. Kaikki haastateltavat eivät kuitenkaan miellä työttömien työelämävalmiuksia tukevaa toimintaa verkostotyöksi. Verkostoteorioiden mukaan verkostossa toimiminen edellyttää toisen toiminnan tuntemusta ja avointa tiedon liikkumista. Yleensä verkostoituminen kehittyy syklisesti, kun joukko henkilöitä näkee kehittämisen edut (Karjalainen, 1996).

Terveydenhuollon toiminta on perinteisesti ollut hierarkista ja byrokraattista, ja sitä on ohjattu tarkoilla säädöksillä. (Kuusela & Kuittinen 2008.) Tämä luo toimintatapoihin jäykkyyttä ja hidastaa verkoston rakentamista. Työttömien terveyspalveluihin liittyi erityispiirteitä, joissa terveydenhuollon palvelujärjestelmältä edellytetään joustavuutta. Työttömien työelämävalmiuksien tukemisessa palveluilla on tarvetta ohjautua asiakaslähtöisesti organisaatiolähtöisen toimintatavan sijaan. Aineistosta nousivat esille terveydenhuollon laaja rooli ja se, että työttömien asioiden hoitaminen on yksi pieni osa laajaa vastaanottoa. Vaikka olisi halua ja tahtoa hoitaa asiaa eteenpäin, aikaresursseja ei välttämättä löydy. Moniammatillisessa työskentelyssä pidettiin tärkeänä sitä, että toiminnan keskiössä on asiakas. Yhteinen neuvottelu yleisellä tasolla nähtiin turhana toimintana. Myös seurantapaikkakuntien toiminnassa oli eroja. Ne paikkakunnat, joissa työttömien terveydenhuollon juurruttaminen oli jo käynnissä (Oulu, Vammala), olivat verkoston rakentamisessa pidemmällä.

Hankkeen asiakaskunta oli osittain kaukana työelämästä, eikä työterveyshuollolla ollut juuri keinoja auttaa asiakkaita eteenpäin. Työterveyshuollon osaaminen korostuu erityisesti

työkykyarvioiden tekemisessä sekä siinä, että työterveyshuolto katsoo asioita työ- ja toimintakyvyn ja niiden edistämisen näkökulmasta. Tällä hetkellä työterveyshuollon asiantuntemuksen tarve perusterveydenhuollossa tiedostetaan osittain, mutta käytännön kokemukset asiantuntemuksen käytöstä ovat vähäiset, sillä työttömiä ei yleensä hoideta työterveyshuollon asiakkaina. Vaikka Romppaisen ym. (2010) tutkimusryhmän tulosten perusteella terveydenhuollon rakenteellisia ja taloudellisia edellytyksiä voidaan muuttaa suhteellisen nopeasti, on sosiaalisten tapojen, kuten asenteiden ja menettelytapojen, muuttaminen hidasta (Romppainen ym., 2010).

Verkostoteoreettinen tarkastelu ensimmäisessä osatutkimuksessa liittyi verkoston toimintaan, johtamiseen, yhteistyöhön ja sosiaaliseen pääomaan. Verkoston toiminnan kannalta tarvitaan selkeät roolit, pelisäännöt ja vastuut. Verkosto ei kehity itsestään, ja sen kehittämiseen tarvitaan yhteinen päämäärä. Asiasta kiinnostuneiden olisi syytä saada yhteinen kehittämistoiminta käyntiin ja määritellä toimijoiden roolit ja vastuut. Kickert (1997) totesi, että verkostolla voi olla useita johtajia ja teoriassa kaikki verkoston toimijat voivat olla johtajia. Verkostossa toimivan yksilön pitää nähdä myös verkoston hyödyt, jotta toiminta muuttuisi eläväksi käytännöksi. Hankkeen terveystalouksissa toiminnan johtajana toimi perusterveydenhuollossa työskentelevä työterveyshoitaja, joka piti verkostoa koossa. Työterveyshoitajalla oli kontaktit lähettäviin tahoihin ja jatkohoitotahoihin, jolloin toiminta organisoitui. Arviontia tapahtui hanketoiminnan edetessä. Käytännössä toiminta rakentui ihmisten ja organisaatioiden kumppanuustoimintaan ja kehittyi toisten tuntemisen kautta. Toiminta verkostoitui syklisesti kehittämistoiminnan edetessä. Toiminta ei hankkeen aikana kuitenkaan vakiintunut perusterveydenhuoltoon.

Terveyspoliittisten linjausten perusteella terveystalouksien tavoitteena on tukea työ- ja toimintakykyä ja sitä kautta myös parempaa työllistymiskykyä. Näihin toimenpiteisiin liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan kehittäminen. (Sosiaali- ja terveystalouden strategia, 2011.) Verkostomainen työskentely sopii hyvin työttömän työelämävalmiuksien tukemiseen, mutta tämän tutkimuksen tulosten mukaan verkostoyhteistyön systemaattinen toiminta on haasteellista monisektorisessa palvelujärjestelmässä.

6.1.2 Terveystalouden ja TE-toimiston välinen yhteistyö vaatii kehittämistä – perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyö vaatii toimintamalleja

Tutkimuksen seurantavaiheessa todettiin, että hanketoiminta oli tiivistänyt ja lisännyt yhteistyötä organisaatioiden välillä. Hanketoiminta mahdollisti yhteisten toimintatapojen kehittämisen. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyössä nähtiin mahdollisuuksia etenkin silloin kun asiakas on jo lähempänä työelämää. Erityisesti työ- ja toimintakyvyn arvioinnin osana työterveyshuollon näkökulma nähtiin mahdollisuutena. Seuranta-aikakunnista Vammalassa oli jo aloitettu kehittämistyö lähetekäytännön työstämiseksi työterveyshuollosta perusterveydenhuoltoon työttömyyden kohdatessa.

Kuopiossa hanke oli onnistunut verkoston kehittämisen kannalta tarkasteltuna. Toiminnan juurtumisen kannalta valitettavaa oli, ettei perusterveydenhuolto sitoutunut toimintaan pidemmällä aikavälillä. Pysyvä jälki hankkeesta kuitenkin jäi, sillä Kuopiossa toimi ennen hanketta pelkästään Työvoiman palvelukeskukseen (TYP) kiinnitetty terveydenhoitaja, mutta hankkeen ansiosta myös sosiaalitoimen alle perustettiin työttömien terveydenhoitajan toimi. Vaikka toiminta Kuopiossa ei kiinnittynyt perusterveydenhuoltoon, siellä on tällä hetkellä paremmat resurssit toteuttaa työttömien terveystalouksia kuin ennen hanketta. Tosin kun työttömien terveystalouksien palvelu on kiinnitetty muualle kuin perusterveydenhuoltoon, vaarana on, että se jää irralliseksi muista terveystalouksista. (Saikku, 2012.)

Työttömien terveystalouksien toteuttamisen kulmakivinä ovat riittävä resursointi ja pysyvät alueen toimintaan sopivat toimintamallit. Työttömien terveystalouksien piirissä

työskentelevien henkilöiden jaksamisesta, työnohjauksesta ja verkostoista on huolehdittava. Henkilöstöllä on myös tarvetta saada aiheesta lisäkoulutusta. (Sinervo & Hietapakka, 2013.)

Sekä pitkäaikaistyöttömien että muiden työttömien terveystalvelujen toteuttamisessa tiivis yhteistyö TE-toimiston kanssa on tärkeää. Prosessivastuu asiakkaasta kuuluu nykykäsitksen mukaan TE-hallinnolle. Työttömien terveystarkastuksia tekevän terveydenhoitajan asemointi terveydenhuollon ja TE-toimiston välille olisi toiminnan kannalta luontevaa. Se mahdollistaisi yhteistyöverkoston luomisen molemmissa organisaatioissa. Myös yhteis työterveyshuoltoon olisi hyödyllinen. Voisiko terveydenhoitaja olla kahden tai kolmen organisaation (TE-toimiston, perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon) yhteinen? Työparityöskentely lääkärin kanssa tehostaa palvelua. Terveydenhoitaja koordinoi, kerää tarvittavat terveystiedot, kuntoutustiedot, eri arvioinnit ja lausunnot, joiden pohjalta lääkäri pystyy arvioimaan työ- ja toimintakykyä, laatimaan tarvittaessa B-lausunnon tai ohjaamaan jatkohoitoon. Yhteistyössä voi sopia moniammatillisesta arvioinnista asiakastarpeista käsin.

Myöskään irtisanomistilanteissa ja työterveyshuollon päättyessä ei ole pysyviä toimintamalleja työkyvyn tukemiseksi. Muutama yritys on antanut irtisanotuille mahdollisuuden käyttää työterveyshuollon palveluja vuoden ajan työsuhteen päättymisen jälkeen. Tähän liittyy kuitenkin ongelmia. Suomen hallitus on tehnyt esityksen, jossa irtisanotuille (yli 30 henkilön yritykseen, yli 5 vuoden palvelussuhteessa) järjestetään työterveyshuolto kuudeksi kuukaudeksi irtisanomisen jälkeen. Sosiaali- ja terveystalveluittisesti ajateltuna tasa-arvoisuus pitäisi huomioida myös irtisanottujen työterveyshuollossa. Irtisanottujen työterveyshuolto tulisi kohdistaa kaikenkokoisiin yrityksiin ja myös ptkätyössä oleviin henkilöihin (osa-aikatyöttömiin). Esitetty muutos (HE 211/2016) kohdentuu siis vain osaan työttömistä.

Työttömien, pitkäaikaistyöttömien ja työttömäksi jäävien työkykyä tukevat terveystalvelut ja näiden toimivat mallit edellyttävät paikkakuntakohtaisia pysyviä ratkaisuja, organisaatioiden johtajien sitoutumista, yhteisten käytäntöjen luomista ja toiminnan jatkuvaa kehittämistä. Onko perusterveydenhuollon nykyisessä mallissa mahdollista toteuttaa työttömien terveystalveluja terveydenhuoltolain edellyttämällä tavalla? Tämän kysymyksen on esittänyt myös Pekka Virtanen (2013): "Voisiko koko työikäisen väestön tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti kattava perusterveydenhuolto olla mahdollinen ilman että työterveyshuoltoa muutetaan mitenkään? Ainakin työttömille, erityisesti pitkäaikaistyöttömille, suunnattuja terveydenhuoltokokeiluja on tehtynä ja tekeillä paljon."

Työttömien työelämävalmiuksien tukeminen näyttää toimivan itseorganisoituvasti, eikä verkostolla ole selvää johtajaa tai koordinoijaa. Verkoston pitäisi toimia asiakasta varten. Verkoston toimivuus perustuu yhteiseen tavoitteeseen, jossa perustana on viranomaisten välinen luottamus ja yhteistyö. Työttömien työkyvyn tukeen liittyvässä viranomaisyhteistyössä on osittain kyse tyypillisestä hankaluudesta tehdä verkostoyhteistyötä organisaatorajojen yli, osittain on kyse kohderyhmän talvelujen pirstaleisesta tuottamisesta. Merkittävin hankauma on mielestäni TE-toimiston ja perusterveydenhuollon välillä.

Verkostoteorian ja -analyysin näkökulmasta verkoston kehittyminen näkyy tuloksissa. Kun yhteistä kehittämistyötä on tehty, eri organisaatioiden toimijat lähentyvät toisiaan ja tulos näkyy verkostanalyysin tihentyneinä nuolina ja organisaatioiden läheisempinä sijainteina graafisissa kuvioissa. Sosiaalinen kanssakäyminen tehostaa verkoston yhteydenpitoa. Vaikka yhteistyö työterveyshuollon kanssa nähtiin mahdollisuutena tutkimuksessa, se jää verkostanalyysissä kauimmaiseksi organisaatioksi. Jos hanketoiminta olisi vielä jatkunut, olisi mahdollista, että kehittämistyö olisi mennyt eteenpäin ja verkosto jatkanut tiivistymistään. Sote-uudistuksessa tuodaan esille työterveyshuollon toiminnallinen integraatio (Tesso, 2016) osana muuta terveydenhuoltoa.

Työttömien tai työttömäksi jäävien terveydenhuollossa toiminnallinen integraatio eli palvelujen mahdollisimman sujuva hoitokonaisuus on tärkeää.

6.1.3 Nuorten työkykyongelmat pitää havaita varhaisvaiheessa

Tutkimuksessa paneuduttiin myös nuorten pitkittyneeseen työttömyyteen yhteydessä oleviin terveystekijöihin. Tutkimus antoi viitteitä siitä, että miehillä riski pitkittyneeseen työttömyyteen on suurempi kuin naisilla. Monet aikaisemmat työttömiä koskevat tutkimukset kohdistuvat pelkästään miehiin, joten naisten työttömyydestä on käytettävissä vähemmän tietoa (Heponiemi ym., 2008). On todettu myös, että mielenterveysongelmien ja työttömyyden yhteys oli suurempi miehillä kuin naisilla. Tulokset perustuvat espanjalaiseen tutkimukseen, jossa tutkittiin 25–64-vuotiaita henkilöitä, joista työllisiä oli 3 881 ja työttömiä 638. (Artazcoz ym., 2004.)

Huono tai kohtalainen TKI oli yhteydessä pitkittyneeseen työttömyyteen ennen vakiointia. TKI oli huono tai kohtalainen 41 %:lla tutkituista ja hyvä tai erinomainen 59 %:lla tutkituista. Virtasen ym. (1997) mukaan puolella 18–64-vuotiaista työttömistä oli hyvä tai keskiverto työkyky. Laihon ym. (2010) mukaan 73 %:lla alle 25-vuotiaista työttömistä oli hyvä tai erinomainen työkyky. Eri tutkimuksissa on siis hiukan eri tuloksia nuorten työkyvyn suhteen.

Virtasen ym. (1997) mukaan elämäntavoissa tapahtui huonontumista erityisesti nuorilla, peruspäivärahalla olevilla ja miehillä. Samaan johtopäätökseen tultiin myös käsillä olevassa tutkimuksessa, sillä 37 %:lla nuorista oli yli kahdeksan pistettä AUDIT-lomakkeessa ja 47 % nuorista tupakoi. Erityisesti nuorten pitkäaikaistyöttömyydellä näkyy olevan kauaskantoisia vaikutuksia terveyteen, asenteisiin ja elämäntapaan. Ruotsalaisia nuoria seurattiin 14 vuotta, ja työttömyys ennusti tupakointia sekä henkisiä ja fyysisiä oireita 30 vuoden iässä, vaikka aikaisempi terveyskäyttäytyminen ja sosioekonominen status otettiin huomioon. (Hammarström ym., 2002.)

Nuorista työttömistä 40 % koki stressiä ja 14 %:lla oli ainakin lievä masennus BDI:n pistemäärän perusteella. Kerättären ja Karjalaisen (2010) mukaan suuri osa nuorista pitkäaikaistyöttömistä kärsii mielenterveysongelmista. Niistä johtuu, että he eivät jaksakaan jonottaa ajanvaraukseen, varata aikaa lääkärille tai sitoutua hoitoon. Heille työ ei ole oikea hoitomuoto, koska he eivät kykene työhön. Myöskään terveystarkastukset eivät auta näitä asiakkaita. (Kerätär & Karjalainen, 2010.)

Mielenterveyshäiriöistä kärsivien nuorten on vaikeampi työllistyä uudelleen työttömyyden jälkeen mm. Skärlundin ym. (2016) mukaan. Tutkimusjoukkona olivat ruotsalaiset juuri työttömäksi jääneet henkilöt. Vastaajien keski-ikä oli 30 vuotta. Seuranta-aika oli yksi vuosi. Myös Aholan ym. (2014) mukaan mielenterveysongelmat ovat suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava tekijä nuorten keskuudessa. Mielenterveysongelmat olivat tässä osatutkimuksessa pitkittyneen työttömyyden selittäjä ilman vakiointia, mutta eivät enää monimuuttujamallissa. Monimuuttujamallissa interaktio muiden muuttujien kanssa voi hävittää yhteyden.

Tutkimuksen mukaan joka kolmannella nuorella työttömällä ei ollut ammatillista koulutusta. Sipilän ym. (2011) mukaan ilman perusasteen jälkeistä koulutusta on hyvin vaikeaa saada asemaa työmarkkinoilla 2000-luvun Suomessa. Nuorten työnhakuhaluttomuuteen liittyy muutenkin monia syitä, joita esimerkiksi Ylistö (2015) on tutkinut tekemällä 28 elämänkalkuhaastattelua. Työnhaun esteet voivat olla rationaalisia, emotionaalisia tai elämänarvoihin liittyviä tekijöitä, ja pääasiassa ne liittyvät monimutkaiseen työnhakuprosessiin.

Käsillä olevan tutkimuksen mukaan työttömyyden pitkittymiseen viitteitä antoivat erityisesti sukupuoli ja huumeitten käyttö. Myös alentunut työkyky näyttäisi olevan yhteydessä pitkittyneeseen työttömyyteen. Nuorten työkykyä rajoittavat ongelmat pitäisi

löytää varhaisvaiheessa. Erityisesti TE-toimistossa olisi hyvä olla menetelmiä, joilla nämä ongelmat voi tunnistaa. Tunnistamisen jälkeen tapahtuisi ohjaus työttömille tarkoitettuihin terveydenhuoltopalveluihin jatkoselvittelyä varten. Hallituksen esittämä työttömien haastattelu kolmen kuukauden välein on työvoimapolitiittisesti ajateltuna mielestäni hyvä ehdotus. Haastattelun yhteydessä voisi myös kartoittaa henkilön työ- ja toimintakykyä. Tähän kannattaisi luoda toimintamalli. TE-hallinnon ja terveystalouden välisen lenkin tulisi olla joustava ja saumaton. Yhteinen tietokanta varmasti mahdollistaisi tiedonsiirron. Erityisesti niiden, jotka raportoivat alentuneesta työkyvystä, käyttävät huumeita tai lääkkeitä huumaustarkoituksessa, sekä miesten pitäisi saada erityishuomita. Lisäksi tarvittaessa pitäisi järjestää henkilökohtaista valmennusta koulutuksen tueksi (Ahola ym., 2014). Sama varhainen tunnistaminen on tärkeää muissakin viranomaisverkostoissa (perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, sosiaalitoimisto, Kela, oppilaitokset). Mikkelin ammattikorkeakoulussa tehdyn selvityksen (2015) mukaan Suomen palvelujärjestelmä vastaa pääsääntöisesti nuorten tarpeita, mutta puutteita on erityisesti ennaltaehkäisevissä palveluissa. Kaikki nuoret eivät pääse palvelujen piiriin, eikä kaikilla nuorilla ole riittävästi tietoa palvelujärjestelmän toimijoista eikä palvelumahdollisuuksista (Miettinen & Pöyry, 2015.) Määtän ja Määtän (2015) tekemän raportin ja suositusten mukaan koulutuksen ja työn ulkopuolella olevien nuorten työ- ja toimintakykyä tukeva palvelu tulisi olla helposti saatavilla oleva matalan kynnyksen paikka, jossa on luottohenkilö nuorelle.

Inhimillisen kärsimyksen lieventämiseksi on tärkeää pyrkiä vähentämään nuorten pitkäaikaistyöttömyyttä. Nuorten työttömyyden vähentäminen parantaa talouskasvua sekä vähentää tulevaisuudessa terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmien kuormitusta (Helgesson ym., 2014). Työttömiä, erityisesti nuoria, on vaikea tavoittaa tutkimuksellisesti, ja tieto saattaa jäädä puutteelliseksi. (Larja, 2013.) Nuorten haluttomuus tai välinpitämättömyys osallistua palveluun on alan asiantuntijoille tuttua. Nuorten ottaminen mukaan palvelujen kehittämiseen voi olla yksi ratkaisu saada nuoren asioita eteenpäin. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella erityisesti nuoret näkyvät hyötyvän kokonaisvaltaisesta tukemisesta terveydenhuollossa. Nuorten työttömien terveystarkastukset ovat tärkeitä. Sosiaali- ja terveystalouden linjausten mukaan asiakkaiden osallistamiseen pyritään jatkossa yhä enemmän. (Sosiaali- ja terveystalouden strategia, 2011.)

Verkostoteoriaa voi soveltaa tämän tutkimuksen tarkastelussa toiminnallisuuden ja tavoitteellisuuden näkökulmasta. Verkoston toiminnallisuus ja tavoitteellisuus ovat tärkeitä nuorten työttömien työkyvyn tukemisessa. Varhainen tunnistaminen, prosessiin toimivuus ja vastuunjaot vaativat kehittämistä.

6.1.4 Terveydenhuollon resurssit on kohdennettava niihin työttömiin, jotka kokevat alentunutta työkykyä

Tutkimuksen mukaan työttömät itse arvioivat tarvitsevansa ennaltaehkäiseviä terveystalouksia ja kokivat ne hyödyllisiksi. Asiakastyytyväisyys työttömien terveystalouksiin oli korkea. 40 % vastaajista arvioi, että terveystaloustus oli saanut heidät kiinnittämään huomioita omiin terveystaloutuksiinsa. Työttömille suunnattu, erityispalvelun tyyppinen palvelu vastaa asiakkaiden tarpeisiin tämän tutkimuksen perusteella hyvin. Alentunutta terveyttä kokeviin henkilöihin pitäisi kiinnittää enemmän huomiota. (Axelsson ym., 2002, 2007.) Tulosten mukaan tapaaminen terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa haavoittuvassa elämäntilanteessa on tärkeää ja tarkoituksenmukaista. Sellaisessa tilanteessa olevat tarvitsevat tukea ja ovat valmiita muuttamaan terveystaloutuksiaan. Erityisesti nuoret näkyvät hyötyvän palvelusta ja sen antama tuki vahvistaa heidän itseluottamustaan. Aikaisemman tutkimuksen (Kreuzfeld ym., 2012; Horns ym., 2012; Rothländer ym., 2015) perusteella terveystaloudelliset tuottavat

hyvinvointivaikutuksia työttömille, ja tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat näitä aiempia tutkimustuloksia.

Asiakkaat ovat keskimääräisesti tyytyväisiä terveydenhuollon palveluihin. Hall ja Doman (1988) ovat analysoineet yli 200 potilas- tai asiakastyytyväisyyttä koskevaa tutkimusta. Keskimääräinen "tyytyväisyysluku" oli 76 %. Useat tutkijat ovat osoittaneet, että vaikka tyytyväisyys olisi 90 %, tulos on sitä kriittisempi, mitä yksityiskohtaisempia asioita kysytään (Williams ym., 1991; Fitzpatrik, 1991). Verbeekin ym. (2001) tutkimuksessa tarkasteltiin kirjallisuuden kautta asiakkaiden tyytyväisyyttä terveydenhuoltoon. Asiakkaiden tyytyväisyys on tärkeä indikaattori työterveyshuollon laadun kehittämässä. On tärkeää mitata tiettyjä näkökohtia työterveyshuollon kokemuksista, koska tyytyväisyys on moniulotteinen käsite. Asiakas palaute auttaa ymmärtämään asiakkaan mieltymyksiä paremmin ja parantaa palvelujen laatua. Tässä tutkimuksessa löydettiin myös kritiikkiä esimerkiksi jatkohoidon toteutumisen suhteen.

Työttömät käyttävät vähemmän terveystarkastuksia kuin työssäolevat (Heponiemi ym., 2008), ja käsillä olevassa tutkimuksessa mukana olleilla henkilöillä suurella osalla oli edellisestä terveystarkastuksesta kulunut vuosia. On melko luonnollista, että tarkastukset koettiin positiivisesti, kun niihin ohjattiin aktiivisesti ja palvelu oli henkilökohtaista. Hoitotyössä läsnäolo ja vuorovaikutus ovat tärkeitä (Haho, 2014). Tutkimustulosten mukaan haastateltavat kuvasivat terveystarkastuksen tehnyttä työterveyshoitajaa empaattiseksi, lämminhenkiseksi ja asiantuntevaksi ihmiseksi. Tämä vaikuttaa positiiviseen asiakaspalautteeseen.

Haastateltavien nuorten muistikuvat terveystarkastuksesta olivat vähäiset. Terveystarkastuksien pitäisi keskittyä asiakkaiden todellisiin tarpeisiin. Digitalisaatio voi antaa mahdollisuuksia palvelutarpeen tunnistamiseen, mutta se ei korvaa ihmisten välistä kontaktia. Kaikilla työttömällä ei ole edes mahdollisuutta hyödyntää teknologiaa. Asiakaspalautteen perusteella vanhempi ikäryhmä on terveystarkastusten suhteen kriittisempi kuin nuorempi ikäryhmä. Heillä on enemmän elämäkokemusta ja vaatimuksia palveluista kuin nuoremmilla. Nuorilla ei lyhyen elämäkokemuksensa perusteella ole mahdollisuutta vertailla palveluja.

Osa työttömistä, erityisesti pitkäaikaistyöttömistä, ei hakeudu terveystarkastuksiin aktiivisesti, joten palveluja tulisi markkinoida heille aktiivisesti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) raportti pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksista (PTT-hanke) 2007–2010 osoitti, että asiakkaiden palaute terveystarkastuksista oli erittäin positiivista. 61 % (tässä tutkimuksessa 40 %) asiakkaista kertoi terveystarkastuksen saaneen heidät kiinnittämään enemmän huomiota terveydentilaansa ja terveystottumuksiinsa. PTT-hankkeessa asiakkaiden siirtymät suuntautuivat hoitoon ja kuntoutukseen sekä eläkkeelle. PTT-hankkeen asiakkaat olivat pääasiassa pitkäaikaistyöttömiä, ja he kuuluivat vanhempaan ikäryhmään. (Saikku & Sinervo 2010.) Kuitenkin PTT-hankkeen tulokset raportissa ja tässä tutkimuksessa olivat melko yhdenmukaisia. Asiakastyytyväisyys työttömien terveystarkastuksiin oli korkea.

Verkostoteoreettista tarkastelua voi soveltaa terveydenhuollon palvelutarpeen toteamiseen sekä jatkohoidon toteutumiseen. Terveydenhuollon erillinen rooli verkostossa tulee tutkimuksessa esille. Vaikka asiakaskunta oli tyytyväinen palveluun, ei jatkohoito toteutunut aina sovitusti. Hanke mahdollisti asiakkaiden ohjaamisen perusterveydenhuoltoon suoraan TE-toimistosta, kun perusterveydenhuollossa oli koordinaattorina työterveyshoitaja. Verkostomainen työskentely siis mahdollistui hankkeen aikana. Käytössä oli myös lähete-palaute-käytäntö. Hankkeessa toiminta keskittyi TE-toimiston ja perusterveydenhuollon osalta kahden ihmisen väliseksi toiminnaksi. Tulosten perusteella palvelun kehittämisen kannalta yhteistyön, palvelutarpeen tunnistamisen ja jatko-ohjauksen tehostaminen on mahdollista.

6.1.5 Työttömien terveystalvelujen kehittäminen tulevaisuudessa

Tässä tutkimuksessa esitetyt havainnot antavat tärkeää tietoa työttömien ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta. Työttömien terveystalvelut ovat kehittyneet positiiviseen suuntaan, mutta kehittämistyötä tarvitaan yhä. Eri kunnissa palvelun prosessit ja sisällöt vaihtelevat paljon (Sinervo & Hietapakka, 2013). Työttömien ennaltaehkäisevät terveystarkastukset ja työkyvyn arvio ovat erillisiä asioita, mutta ne liittyvät kiinteästi yhteen. Terveystarkastuksessa tehdään osittaisia työ- ja toimintakyvyn arvioita, mutta varsinaisesti se toimii väylänä työ- ja toimintakyvyn arviointiin, joka tapahtuu lääkärin vastaanotolla. Työttömien työkyvyn tukeminen ja arvioiminen tapahtuu moniammatillisessa yhteistyössä, ja palvelurakenne on melko kompleksinen (Karjalainen & Melametsä, 2001). Terveystalvelun, sosiaalihuollon, TE-hallinnon, oppilaitosten ja vapaaehtoissektorin yhteistyö on tärkeää. Terveystalvelun palvelu ei vielä ole osa saumatonta palveluketjua työvoimahallinnon kanssa. Vaikka tutkimuksessa esitetty malli oli toimiva ja asiakkaat hyötyivät siitä, se ei siirtynyt pysyväksi toimintamalliksi Kuopiossa. Terveystalvelujen vaikuttavuudesta työllistymiskykyyn ei ole selkeää näyttöä. (Romppainen ym., 2014; Schuring ym., 2009.) Myöskään tämä tutkimus ei tuonut esille työllistymisvaikutusta, mutta asiakkaiden kokemana myönteinen arvio tuli selkeästi esille.

Vain 29 % vastaajista oli sitä mieltä, että terveystalvelun tulokset oli otettu huomioon työvoimatalveluissa. Terveystalvelu näkyy edelleen olevan melko erillinen toimenpide työttömän työ- ja toimintakyvyn edistämiseksi. Työttömien terveystalvelut toimivat parhaiten verkostossa, mutta verkostojen ylläpitäminen vaatii kaikkien verkoston jäsenten aktiivisuutta. Eri paikkakuntien käytännöt työttömän työkyvyn edistämiseksi rakentuvat sosiaalisiin rakenteisiin, joten mallit ja käytännöt vaihtelevat alueittain. Sote-uudistus antaa hyvät mahdollisuudet rakentaa uusia, toimivia malleja, mutta voivatko ne mallit olla valtakunnallisesti yhteneväisiä? Määtä (2007) mukaan verkostomaista toimintaa tavoitellaan mutta verkostoituminen voidaan saavuttaa vain hetkittäin rajatulla toimintalueella. Eri organisaatioiden edustajien asenteet voivat myös olla erilaisia. Verkosto on siis luotava aina uudelleen. Toiminnan keskiössä tulisi organisatorisen ajattelun sijasta olla asiakas, sillä työttömillä asiakkailla on monenlaisia palvelutarpeita.

Tärkeää on myös, että työttömien työ- ja toimintakykyä tukevalla henkilöstöllä on riittävä osaaminen tähän työhön. Terveystalvelussa tarvitaan osaamista työttömyyden erityispiirteistä, työkyvyn arvioinnista, moniammatillisesta työskentelystä, kuntoutuksesta ja sosiaalivakuutuksen kentästä. Terveystalvelun peruskoulutuksessa saatu osaaminen ei ole riittävä. Seuranta paikkakunnista Jyväskylässä ammattikorkeakoulu oli voimakkaasti koulutuksen kautta mukana kehittämässä työttömien terveystalveluja, mutta perusterveydenhuollon heikentyneiden resurssien vuoksi toiminta oli tutkimusajankohtana hiipumassa. PTT-hankepaikkakunnilla oli mahdollisuus osallistua kehittämisverkoston koulutuksiin hankeajana, mikä tehosti palvelun kehittämistä (Saikku, 2009).

Tämän tutkimuksen toteuttamiseen liittyy mielenkiintoisena näkökulmana se, että sekä tutkimuksen tekijä että ohjaajat olivat työterveyshuollon ammattilaisia. Myöskään työterveyshuollon toimintatavat eivät suoraan istu työttömyyden kontekstiin. Työterveyshuollon toimintatapa voi kuitenkin olla perusterveydenhuollon toimintatapa lähempänä, mitä työttömän palvelutarpeeseen tulee. Työterveyshuollossa on rakennettu malleja työkyvyn koordinointiin, ja näitä malleja voisi mielestäni soveltaa hyvin myös työttömien terveystalveluihin. Esimerkiksi yhteistyöneuvottelumalli on työterveyshuollon palveluissa käytössä; puhutaan työterveysneuvotteluista. Asiakastapaamisiin voisi laatia yhteistyössä "etenemiskaavan" tai ohjeet ja asiat, jotka on hyvä ottaa neuvotteluissa esille. Myös varhaisvaiheen ongelmien tunnistamiseen voisi laatia yhteistyössä seulontamenetelmän, jolla terveystalvelupalvelua tarvitsevat asiakkaat tunnistettaisiin. Työttömien työ- ja toimintakyvyn edistäminen vaatii erityisosaamista. Työttömien, erityisesti pitkäaikaistyöttömien, asioiden hoitaminen on henkisesti raskasta; myös

henkilöstön jaksamisesta pitää huolehtia esimerkiksi työnohjauksen ja kollegiaalisten verkostotapaamisten avulla.

Kuten työterveyshuollossa, myös työttömien terveydenhuollossa on tärkeää, että asiakkailta on tiedossa heitä hoitava taho. Hankkeessa mukana olleiden seurantapaikkakuntien Jyväskylän, Joensuun, Oulun ja Vammalan (nykyisin Sastamala) nettisivuilta löytyy tietoa siitä, kuinka hakeutua työttömien ennaltaehkäiseviin terveyspalveluihin. Kuopiossa työttömien terveydenhuolto on rajattu vain tietyille asiakkaille, eikä kaupungin sivuilta löytynyt tutkimusaikana tietoa, minne työtön voi hakeutua, jos hän kokee tarvitsevansa terveystarkastusta. TE-hallinnon henkilökunnan on syytä tietää, minne asiakkaan voi ohjata, jos tarvetta terveyspalveluihin ilmenee. Tärkeää on myös, että TE-hallinnossa ja mm. sosiaalitoimessa tunnistetaan ne henkilöt, jotka tarvitsevat terveyspalvelua. Tunnistamiseen voisi käyttää esimerkiksi työkykyindeksiä, sillä alentunut työkyky altistaa työttömyyden pitkittymiseen (Alavinia ym., 2009; Holm ym., 2005). Digitalisaation mahdollisuudet voisi ottaa hyötykäyttöön. Varhaisvaiheessa annettu tuki ja ohjaaminen auttavat asiakasta eteenpäin kohti työkykyisyyttä. Osa työttömistä tarvitsee erityistukea ja ohjausta, jotta työkykyisyyttä voidaan edistää.

TE-hallinnon ja perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan yhteistyön tiivistäminen sujuvoittaisi työttömien terveyspalvelujen toimivuutta. Tämä linkki tarvitsee enemmän huomiota tulevaisuudessa. Yhteisistä neuvottelu- ja yhteydenottokäytännöistä olisi hyvä sopia paikallisesti. Myös moniammatilliset tapaamiset asiakkaan kanssa voivat olla hyödyllisiä.

Työttömien asioiden hoidossa terveydenhuollossa olevan koordinaattorin rooli korostuu. Se, otetaanko käyttöön omahoitaja ja omalääkäri -malli vai yhden tai muutaman näihin asioihin keskittyvän terveydenhoitajan malli, riippuu kunkin paikkakunnan sovitusta käytännöistä. Nimenomaan tulisi käytännöistä sopia ja henkilökunnan osaaminen varmistaa. Terveydenhoitajan ja lääkärin työparityöskentely tehostaa palvelua, kun työnjaosta on sovittu selkeästi. Sujuva ja tehokas palvelu edellyttää varhaisvaiheen tunnistamista eri viranomaistahoissa, erityisesti TE-hallinnossa. Tarvitaan paikkakuntakohtainen lähete-palautekäytäntö TE-hallinnosta perusterveydenhuoltoon, ja vastaavasti perusterveydenhuollossa tarvitaan koordinaattoroolissa oleva työttömien terveydenhuoltoon ja ennaltaehkäisyyn perehtynyt terveydenhoitaja, joka ohjaa asiakkaita eteenpäin. Työterveyshuollon erityisosaamisesta olisi hyötyä. Uudistuva sote-malli parantane työttömien terveyspalvelujen kattavuutta, kun palvelujen järjestämistavat muuttuvat ja resursseja tarkastellaan uudelleen.

Jos perusterveydenhuolto ei pysty toteuttamaan työttömien ennaltaehkäiseviä terveydenhuoltopalveluja kunnassa, voisi palvelun järjestämisen ratkaista työterveyshuollon kautta tapahtuvalla sopimus pohjaisella toiminnalla. PTT-hankkeen aikana muutamassa hankekunnassa tämä toteutettiin ja kokemukset olivat pääosin myönteisiä (Saikku, 2009). Yksi ratkaisu olisi saada organisaatioihin yhteisiä työntekijöitä, koska organisaatioiden väliset rajat ovat voimakkaat. Vastaavasti organisaatioita voisi yhdistää, jotta asiakaslähtöisyys paranisi. Suomessa TYP (työvoiman palvelukeskus tai moninainen yhteispalvelu) on esimerkki kaupungin/kunnan, TE-hallinnon ja Kelan yhteistyöstä. Toimintamalli koskee kuitenkin vain osaa työttömiä. Sen laajentaminen kaikki työttömät kattavaksi olisi yksi ratkaisu. Kolmannen sektorin tai organisaatioiden yhteistyöpinnoilla työskentelevien rinnallakulkijoiden työpanoksen hyväksikäyttö voisi olla myös yksi ratkaisu. Työttömien ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen rahoitusta voisi myös harkita selvitettäväksi sairausvakuutusmaksun kautta.

Työkykyä tukevista, ennaltaehkäisevistä terveyspalveluista ei tiedoteta riittävästi. Työttömät käyttävät ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja vähemmän kuin työssä olevat (Heponiemi ym., 2008). Erityisesti pitkäaikaistyöttömillä esiintyvä vetäytyminen aiheuttaa sen, että palveluihin yleensä ei hakeuduta aktiivisesti. (Kerätär & Karjalainen 2010.) Tästä johtuen terveyspalvelujen aktiivinen tarjoaminen työttömille edellyttää palveluohjauksellista työtöitä. Tehokkaat terveyspalvelut ovat sosiaalisen kestävyuden

kannalta tärkeitä. (Sosiaali- ja terveystieteiden strategia, 2011.) Myös Brussig ym. (2014) toteavat, että terveyden ja työkyvyn edistäminen työmarkkinaohjelmien yhteydessä on mahdollista, mutta lisäkokeiluja tarvitaan. Aiheeseen liittyen Suomessa on menossa Työttömien valtakunnallisen yhteistoimintajärjestön Terveystieteen hanke, jossa ohjataan pitkäaikaistyöttömiä terveys- ja sosiaalipalveluihin. (Terveystieteen hanke, 2017.)

Verkostoteoreettisen tarkastelun näkökulmasta voi todeta, että nykyisessä perusterveydenhuollon rakenteessa työttömien koordinoitu palvelu on vaikea järjestää; työterveyshuollossa tämä malli on jo osittain sisäänrakennettu. Työikäisten terveydenhuollon paradigman muutosta on jo kansainvälisestikin tutkittu. Macdonald ym. (2010) ehdottavat työterveyshuollon laajentamista kaikille työikäisille. Tämä sisältyy myös Suomen hyvinvointi- ja terveystieteiden linjauksiin. Hallituksen Osatyökykyisille tie työelämään (OTE) -kärkihankkeen tavoitteena on saada aikaan nopea ja oikea-aikainen palveluketju työssä oleville ja työttömille osatyökykyisille henkilöille. Kokeilu tulee olemaan pohjana toimintamallille tulevassa sote- ja maakuntauudistuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016.) Terveyden eriarvoisuuden vähentämisen näkökulmasta samanarvoisen terveydenhuollon järjestäminen kaikille työikäisille olisi suuri harppaus kohti tasa-arvoisempaa Suomea. Vaikka työttömien terveydenhuolto on kehittynyt positiiviseen suuntaan palvelujen järjestämisen suhteen, tutkimuksen tulosten perusteella työttömien työelämävalmiuksien tukeminen ei ole tapahtunut sosiaali- ja terveystieteiden linjausten mukaisesti. Linjauksissa esitetty yhteistoimijuus ja yhteistyö eivät vastaa käytäntöä.

6.2 AINEISTOSTA JA MENETELMISTÄ

Teemahaastattelut ja verkostanalyysi sopivat hyvin osatutkimusten I ja II toteuttamiseen. Verkostanalyysi antoi selkeän kuvan tämänhetkisestä yhteistyön tilasta työttömän työelämävalmiuksien tukemisen suhteen ja täydentää teemahaastattelujen tuloksia. Verkostanalyysi antoi kuvan verkoston toimivuudesta, mutta ei verkoston vaikuttavuudesta. Verkostanalyysiin vastaaja edusti yksin koko organisaatioita. Jos vastaajia olisi ollut useampia, se olisi saattanut muuttaa kuvioissa olevien, vuorovaikutuksen tiheyttä kuvaavien nuolien paksuuksia. Myös eri vastaaja olisi saattanut antaa erilaisen vastauksen. Kahden metodin käyttö lisää tuloksien luotettavuutta. Myös teemahaastatteluihin osallistuneet henkilöt olivat miltei samoja kuin hankkeen alkuvaiheessa.

Laadullisessa tutkimuksessa sisällön analyysin suurin haaste on kategorisoinnissa, joka ei ole yksiselitteistä. Tulosten validiteettia paransi se, että haastatteluaineistoista osan koodasi kaksi tutkijaa. Kategoriat olivat molempien tutkijoiden näkökulmasta miltei samat. Aineiston luokittelua ja nimeämistä ohjasivat tutkimustehtävät, ja luokittelua tarkistettiin jälkepäin useita kertoja. Aineiston luokittelussa tehdyt ratkaisut edustavat kuitenkin aina tutkijan valintoja ja tulkintaa. (Kyngäs ja Vanhanen, 1999.) Kun haastatteluaineisto on kohtuullisen pieni, kaksitasoinen luokittelu on riittävä. Myös suorilla lainauksilla havainnollistettiin aineiston tulkintaa.

Teemahaastattelukysymykset viranomaisille tehtiin yhteistyössä toisen tutkijan kanssa. Runkoa esiteltiin haastattelevalle yksi työterveyshuollon edustaja puhelimitse. Haastattelun jälkeen yhden kysymyksen muotoa tarkennettiin. Haastatteluihin osallistuneet henkilöt valikoitiin terveydenhuollon henkilöstön kiinnostuksen mukaan terveydenhuollosta. Sidosryhmien haastateltavat olivat hankkeen yhdyshenkilöitä. Haastateltavat edusivat kukin oman alansa asiantuntemusta, mikä monipuolistaa tutkimustuloksia.

Oli haasteellista saada osallistujia asiakashaastatteluun. Vaikka haastattelu-aika oli sovittu, haastateltava ei välttämättä saapunut paikalle, ja haastateltavien tavoittaminen

puhelimitsekin oli vaikeaa. Haastattelujen tulokset myös olivat melko niukkoja, ja haastateltavat vastasivat kysymyksiin melko lyhyesti. Nuorilla asiakkailla ei ollut kovin paljon mielipiteitä palvelusta, ja he olivat tyytyväisiä. Toisaalta osa nuorista ei kokenut kiinnostusta osallistua lainkaan. Yleisesti vastausaktiivisuus vaihtelee vastaajan taustan mukaan. Alle 25 vuotiaat nuoret ovat vaikea ryhmä tavoittaa haastattelututkimukseen. (Virtanen, 2011.)

Käsillä olevan tutkimuksen ongelmana ovat aineiston pienuus ja runsas puuttuvan tiedon määrä. Tiedonkeruumenetelmänä muiden kuin hankkeeseen osallistuneiden nuorten kohdalla oli postikysely. Sähköiset kyselymenetelmät eivät olleet tutkimusajankohtana juurikaan käytössä. Vastausaktiivisuus kyselyihin on vähentynyt vuosikymmenten aikana. Nimenomaan nuoret, matalasti koulutetut, yksin asuvat ja miehet vastaavat vähiten terveyskyselyihin. Lisäksi korkeammin koulutetut ovat yleensä kiinnostuneempia terveysasioista kuin matalammin koulutetut (Tolonen ym., 2006). Tässä tutkimuksessa logistisen regressiomallin tietoja piti täydentää tutkimuksen osalta. Täydennykset mahdollistivat analyysin, mutta eivät vaikuttaneet merkittävästi tuloksiin. Todennäköisesti aineiston pienuuden vuoksi univariaattianalyyseissä esille tulleet merkitsevyydet hävisivät monimuuttujamallissa. Pienen tutkimusaineiston vuoksi nämä tulokset ovat suuntaa antavia eikä niitä voi yleistää. Ne ovat kuitenkin melko yhteneväisiä aiemman tutkimuksen kanssa.

Nuorten terveyskyselyaineiston vahvuutena ovat hyvät mittarit. TKI, BDI ja AUDIT ovat hyviä, laajasti käytettyjä ja validoituja mittareita. Erikseen laadituissa kysymyksissä käytettiin myös osittain validoituja mittareita, kuten Työstressi-kyselyä ja UKK-instituutin kysymyksiä liikuntatottumuksista.

Määrällisen aineiston käsittelyssä oli tietyjä rajoituksia. Vastausaktiivisuus asiakaspalautekyselyssä oli melko alhainen (32 %). Vanhemmat ikäryhmät vastasivat useammin kuin nuoremmat ikäryhmät, joilta oli vaikeaa saada vastauksia edes puhelimitse. Nuoret asiakkaat eivät välttämättä vastanneet puheluun tai soittopyyntöön. Onko niin, että vain aktiivisimmat ja tyytyväisimmät vastasivat kyselyihin ja osallistuivat haastatteluihin? Nuoret suhtautuvat välinpitämättömästi tämän tyyppiseen toimintaan osallistumiseen, ja helpompi vaihtoehto on olla osallistumatta. Tutkimuksen tekeminen tälle kohderyhmälle on edellä luetelluista syistä haasteellista.

Asiakkaat, jotka olivat työvoimakoulutuksessa, opiskelivat lähihoitajiksi tai siivoojiksi. Nämä alat ovat naisvaltaisia, jolloin myös asiakaspalautteeseen vastaajat olivat pääasiassa naisia. Asiakaspalautekyselyn aineiston rajallisuuden vuoksi tehtiin vain yksinkertainen tilastollinen analyysi. Tulokset ovat suuntaa-antavia eikä niitä voi yleistää.

Tutkimusmenetelmänä triangulaatio sopi hyvin tähän tutkimukseen. Määrällinen ja laadullinen aineisto täydensivät tuloksia hyvin. Laadullisella otteella oli mahdollista saada syvällisempää tietoa kuin pelkästään määrällisellä lähestymistavalla. Menetelmä sopi hyvin tämän tyyppiseen tutkimukseen, jossa haluttiin saada esille myös asiakasnäkökulmaa. Tutkimuksen vaiheet on raportoitu vaihe vaiheelta ja tutkimus on toistettavissa.

6.3 JATKOTUTKIMUSAIHEET JA -HAASTEET

Työttömien terveyspalvelujen jatkotutkimus on erittäin ajankohtaista mm. tulevan sote-uudistuksen sekä maamme työttömyystilanteen vuoksi. Päättäjät maakunnissa tarvitsevat uutta, tutkittua ja perusteltua tietoa päätöksenteossa. Hyvinvointipalvelujen tasapuolinen saatavuus ja terveyserojen kaventaminen ovat maamme terveyspolitiikan tärkeimpiä tavoitteita.

Jatkotutkimusaiheena nousi esiin työttömyyden alkuvaiheen tukitoimien vaikuttavuuden selvittäminen. Tarvitaan pitkittäisseurantatietoa siitä, tuottaako terveysinterventio hyötyä terveyteen, hyvinvointiin ja työllistymiseen työttömyyden alkuvaiheessa. Interventio voisi

olla validoidulla mittarilla havaittu työkykyyn liittyvä varhaisvaiheen palvelutarve sekä siihen liittyvät jatko-ohjaukset ja verkostoyhteistyö.

Myös työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö ja mahdollisuudet työttömän tai työttömäksi jäävän työkyvyn tukemisessa olisivat mielenkiintoisia tutkimuskohteita.

Yksi jatkotutkimuksen tarve olisi selvittää, kuinka työikäisten terveystalvöjen tasa-arvoisuus vaikuttaa terveyseröjen kaventumiseen. Tällä hetkellä työssäolevien ja työttömien ennaltaehkäisevät terveystalvöet eivät ole tasavertaiset.

7 Johtopäätökset ja suositukset

Tutkimuksen tulosten perusteella esitän seuraavat johtopäätökset ja suositukset työttömien terveyspalvelujen kehittämiseksi:

1. Verkoston toiminta terveydenhuollossa oli tutkimuksen aikana alkuvaiheessa. Viranomaisverkoston vahvistamisen ja toimivuuden kannalta on tärkeää jatkuvasti kehittää monisektorista verkostoyhteistyötä paikkakuntaakohtaisesti ja suunnitelmallisesti. Kehittämistyö parantaa verkoston toimivuutta. Yhteistyön kehittäminen ja koordinointi tehostavat toimintaa terveyspolitiikan sekä työttömien työ- ja toimintakykyä edistävien palvelujen osalta.

Monisektorisen verkoston toiminnan kehittäminen ja yhteisistä käytännöistä sopiminen, yhteystietojen päivittäminen, viranomaisten yhteiset tapaamiset sekä tiedottaminen verkoston toiminnasta edistävät verkoston rakentamista. Viranomaistoimijoiden osaamista voi vahvistaa työttömien työ- ja toimintakyvyn edistämiseen liittyvissä asioissa esimerkiksi koulutuksen, hanketoiminnan ja työnohjauksen kautta.

2. Terveydenhuollon ja työvoimahallinnon verkostoyhteistyö työttömien työkyvyn edistämässä vaatii kehittämistä, sillä yhteistyö ei ole riittävän tiivistä. Terveyspoliittisten linjausten perusteella terveyspalvelujen tavoitteena on tukea työ- ja toimintakykyä ja sitä kautta myös parempaa työllistymiskykyä. Näihin toimenpiteisiin liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan kehittäminen.

Monimuotoisen palvelujärjestelmän ongelmiin voisi kokeilla organisaatioiden yhteisiä työntekijöitä tai eri organisaatioiden hallinnon yhdistämistä (kunta, TE-hallinto, Kela; kuten monialaisessa yhteispalvelumallissa). Myös kolmannen sektorin sekä organisaatioiden yhteistyöpinnoilla työskentelevien henkilöiden/rinnallakulkijoiden osaaminen kannattaisi hyödyntää. Työttömien työ- ja toimintakyvyn tukeminen olisi näissä kokeilussa mukana. Sote-uudistus antaa tähän hyvät mahdollisuudet.

3. Perusterveydenhuolto ja työterveyshuolto toimivat melko erillisinä. Työterveyshuollon toiminta perustuu lakiin ja sopimuksiin, mikä osaltaan rajoittaa yhteistyön kehittämistä. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyötä pitäisi kehittää erityisesti työttömäksi jäävien henkilöiden terveyspalvelujen tehostamiseksi. Toiminnallinen integraatio on tärkeää.

4. Terveydenhuollon voimavaroja kannattaa keskittää niihin työttömiin, jotka kokevat subjektiivisen terveyden tai työkyvyn alenemaa. Miehillä ja huumeita tai lääkkeitä väärinkäyttävillä nuorilla työttömyys näyttäisi pitkittyvän useammin. Lisäksi palvelutarpeen tunnistamiseen tarvitaan työkaluja. Työttömän kuntoutustarve pitäisi havaita nykyistä varhaisemmin. Digitalisaatio voi tehostaa palvelutarpeen tunnistamista. Varhaisen vaiheen tunnistamiseen liittyvä apuväline (esim. sähköinen kysely) viranomaisten käyttöön olisi yksi keino tavoittaa ne, joiden työ- tai toimintakyky on alentunut. Varhaisen vaiheen työ- ja toimintakyvyn ongelmien tunnistamiseen liittyvän apuvälineen voisi ottaa käyttöön TE-toimistossa, sosiaalitoimessa, perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja opetustoimessa.

5. Nuoria työttömiä on vaikea tavoittaa tutkimukseen. He näkyvät kuitenkin hyötyvän terveyspalveluista ja kokevat tarvitsevansa niitä. Kunnissa pitäisi turvata nuorten työttömien ennaltaehkäisevät terveyspalvelut. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -linjausten tavoitteena on luoda polkuja työttömyydestä työelämään. Asiakaslähtöisyys on keskiössä, ja huomiota kiinnitetään erityisesti nuorten ja ikääntyvien työttömyyden ehkäisyyn. Tarvitaan uusia keinoja tavoittaa nuoria työttömiä palvelujen piiriin, ja tarvitaan uusia kokeiluja ja innovaatioita myös asiakkuuden kehittämiseksi. Nuoret pitäisi saada

aktiivisiksi ja palvelua haluaviksi. Aktiivinen tiedottaminen mahdollistaa palveluihin hakeutumisen ja helpottaa palveluihin pääsemistä.

Lähteet

- Ahola, K., Joensuu, M., Mattila-Holappa, P., Tuisku K., Vahtera, J. & Virtanen M. 2014. Mielenterveysystistä työkyvyttömiä nuorten aikuisten tausta. Suomen Lääkärilehti 69, 50–52.
- Alavinia, SM., de Boer, A., van Duivenbooden, JC., Frings-Dresen, MHW. & Burdorf, A. 2009. Determinants of work ability and its predictive value for disability. *Occup Med.* 59, 32–37.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. & Cortes, I. 2004. Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. *Am J Public Health.* January; 94(1), 82–88.
- Araujo, Luis & Easton, Geoffrey. 1996. "Networks in Socioeconomic Systems: A Critical Review", teoksessa *Networks in Marketing*, toim. Dawn Iacobucci, Sage Publications, USA, 63–107.
- Axelsson, L., Andersson, IH. & Edén, L. 2007. Inequalities of quality of life in unemployed young adults: A population-based questionnaire study. *International Journal for Equity in Health* 6, (1).
- Axelsson, L. & Ejlertsson, G. 2002. Self-reported health, self-esteem and social support among unemployed young people – a population-based study. *Int J Soc Welfare* 11(2), 111–119.
- Basole, Rahul C. & Rouse, William B. 2008. "Complexity of service value networks: Conceptualization and empirical investigation", *IBM Systems Journal*, Vol. 47 (1), 53–70.
- Beck, AT. Depression. 1972. Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Berends, H., van Burg, E. & van Raaij, E. M. 2011. Cross-level network dynamics in the development of an aircraft material. *Organization Science* 22 (4), 940–960.
- Borgatti, S.P., Everett, M. G. & Freeman, LC. 1999. UCINET 6.0 Version 1.00. Natick: Analytic Technologies.
- Brussige, M., Dragano, N. & Mümkene, S. 2014. Health promotion for unemployed jobseekers: New developments in Germany *Health Policy* Volume 114 (2-3), 192–199.
- Bronstein, L. 2003. A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work* 48 (3), 297–306.
- Burnett, R. & Appleton, C. 2004. Joined-up Services to Tackle Youth Crime. A Case-Study in England. *British Journal of Criminology*.
- Claussen, B. & Aasland, OG. 1993. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction* 88 (3), 363–368.

Dos Santos, M. 2015. Unemployment, mental health worker and suicide: A systematic review *Eur. Psychiatry*. 30, 375.

Elo, A-L., Leppänen, A., Lindström, K. & Ropponen T. TSK. 1990. Occupational Stress Questionnaire. Miten käytät työstressikyselyä. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Eurostat. Statistics Explained. 2015. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Youth_unemployment (luettu 7.10.2015)

Fitzpatrick, R. 1991. Surveys of patient satisfaction. I- Important general considerations. *British Medical Journal* 302, 887–889.

Fontana, F. 2000. The Interview. From Structured Question to Negotiated Text. In *Handbook of Qualitative Research*. Edited by Edited by Denzin NK, Lincoln YS. Thousand Oaks: Sage Publications 645–672.

Franklin, M. I. 2012. *Understanding Research: Coping with the Quantitative-Qualitative Divide*. London/New York. Routledge.

Graversen, BG., van Ours, J. 2009. How a Mandatory Activation Program Reduces Unemployment Durations: The Effects of Distance. IZA Discussion Paper No. 4079. <http://ftp.iza.org/dp4079.pdf> (luettu 18.11.2016).

Haho, A., 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. *Sairaanhoitajat*. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/> (luettu 18.10.2016)

Hall, J. A. & Dornan, M. C. 1988. Meta-analysis on satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science Medicine* 27, 637–644.

Hallituksen esitys eduskunnalle kilpailukykysojimuksessa sovittua muutosturvaa, työnantajan ja henkilöstön välistä yhteistoimintaa sekä työterveyshuoltoa koskevaksi lainsäädännöksi. 2016. HE 211/2016.

Hammarström, A. & Janlert, U. 2002. Early unemployment can contribute to adult health problems: Results from a longitudinal study of school leavers. *J Epidemiol Community Health* 56, 624–630.

Helgesson, M., Johansson, B., Nordqvist, T. & Lundberg, I. & Vingård, I. 2014. Unemployment at a young age and later sickness absence, disability pension and death in native Swedes and immigrants. *European Journal of Public Health* 23 (4), 606–610.

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A.-M. & Keskimäki, I. 2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 14.

Holm P, Jalava J. & Ylöstalo P. 2005. Työttömien työkyky vuonna 2005. Työpoliittinen tutkimus -sarja 308. Helsinki.

Horns, M. K., Seeger, S. K., Heinmüller, M., Limm, H., Waldhoff, H.-P., Salman, R., Gündel, H. & Angerer, P. 2012. Health promotion for long-term unemployed. Effects on motivation

for a healthy lifestyle. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 55 (5), 728–738.

Hsieh, HF. & Shannon, SE. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15 (9), 1277–1288.

Häkkinen, U. & Alha, P. (toim). 2006. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. *Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja*, B 10.

ICF. 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. *Stakes. Ohjeita ja luokituksia* 4. Helsinki.

Ilmarinen, J., Gould, R., Järvikoski, A. & Järvisalo, J. 2007. Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Gould Raija, Ilmarinen Juhani, Järvisalo Jorma, Koskinen Seppo toim. *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki. s. 17–24.

Janlert, U. & Hammarström, A. 2009. Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9, 235.

Johanson, J.-E. & Siivonen, V. 1995. Sosiaalisen pääoman kenttä, seuraukset ja perusta. *Työelämän tutkimus*. 1, 12–24.

Johanson, J., Mattila, M. & Uusikylä, P. 1995. Johdatus verkostanalyysiin. Helsinki. *Kuluttajatutkimuskeskus*.

Juopperi, J. & Lampi, J. 2012. Työllisyys ja kuntoutus ennen työkyvyttömyyseläkepäätöstä. *Eläketurvakeskus*. Helsinki. http://www.etk.fi/wp-content/uploads/2015/10/keskustelualoite%2001_2012.pdf (luettu 19.10.2016).

Järvikoski, A., Härkäpää, K., Mannila, S. 2001. Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. *Kuntoutus* 3, 3–11.

Kainuulainen työkuunto -projekti. 2008. Loppuraportti. Kainuun maakunta -kuntayhtymä, sosiaali- ja terveystoimiala. D:12. <http://docplayer.fi/812759-Kainuulainen-tyokuunto-projekti-loppuraportti.html> (luettu 4.9.2015).

Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. & Sihto M. 2002. *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Edita. Helsinki.

Karjalainen, V. 1996. Verkoston lupaus. *Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia* 68. Jyväskylä.

Karjalainen, V. 2006. Verkostokehittäminen – palveluparadigman muutos. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) *Stakes*. Helsinki.

Karjalainen, V. & Melametsä, M. 2001. Työttömillekin työterveyden palveluja – hyvinvointipalvelun yhteinen tehtävä. *Työpoliittinen aikakauskirja*, 2.

Karjalainen, V., Saikku, P., Pasuri, A. & Seppälä, A. 2008. Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset. *Raportteja*, 20.

Katz, N., Lazer, D., Arrow, H. & Contractor, N. 2004. Network Theory and Small Groups. *Small Group Research* 35 (3), 307–332.

Katz, N., Lazer, D., Arrow, H. & Contractor, N. 2005. The network perspective on small groups. In M. S. Poole & A. B. Hollingshead (Eds). *Theories of Small groups*. Thousand Oaks: Sage, 277–312.

Kerätär, R. 2016. Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Juvenes Print. Tampere.

Kerätär, R. & Karjalainen, V. 2010. Pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. *Suomen Lääkärilehti* 65 (45), 3683–3690.

Kieselbach, T. 2003. Long-Term Unemployment among Young People: The risk of Social Exclusion. *American Journal of Community Psychology* 32 (X), 69–75.

Kickert, W. J. M., Klijn, E. H. & Koppenjan, J. F. M. 1997. *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector*. SAGE, 28.6.

Kinnunen, U., Nätti, J., Mauno, S. & Mäkikangas, A. 2004. Työttömyys ja työn epävarmuus koetun terveyden riskitekijöinä: kokemuksia vertaileva tutkimus. *Työelämän tutkimus* 2 (1), 1–11.

Kohtamäki, M. 2007. Strategisen toimittajaverkoston ohjauksen kehittämismenetelmän testaus ja kehittäminen. Kehittämishankeraportti. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu.

Kokko, R-L. 2003. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä – Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Kuntoutuksen oppikirja. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 72.

Koskinen, S. & Martelin, T. Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot. 2013. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H. & Topo, P. Vuorenkoski, J. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Krippendorff, K. 1985. *Content analysis. An Introduction to Its Methodology*. Sage Publications.

Kreuzfeld, S., Preuss, M., Weippert, M. & Stoll, R. 2012. Health effects and acceptance of a physical activity program for older long-term unemployed workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 85 (1), 1–7.

Kunnat.net. 2015. Valoa terveystietopalvelujen kehittämiseen. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2012/Sivut/valoa-sosiaali-ja-terveystietopalvelujen-kehittamiseen.aspx> (luettu 9.8.2015).

Kunst, A. E., Bos, V. & Mackenbach, J. P. 2001. EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission*. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University Rotterdam, November.

Kylmä, J., Juvakka, T. 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. Edita Publishing Oy.

- Kuusela, P. & Kuittinen, M. 2008. Organisaatiot muutoksessa. UNIpress, Suomi.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3–12.
- Laiho, V., Hopponen, A., Latvala T. & Rämö, AK. 2010. Erityisryhmien työkykytyöttömät ja vammaiset. Pellervon taloustutkimus PTT. Helsinki.
- Larja, L. 2013. Nuorten elinoloja ei voi kuvata pelkän työttömyysasteen avulla. *Hyvinvointikatsaus* 1/2013. http://www.stat.fi/artikkelit/2013/art_2013-03-11_002.html?s=0 (luettu 4.8.2015).
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Juva: WS Bookwell Oy.
- Linnamaa, R. & Sotarauta, M. 2000. Verkostojen utopia ja arki. Tutkimus Etelä-Pohjanmaan kehittäjäverkostosta. Tampereen yliopisto, alueellisen kehittämisen tutkimusyksikkö. *Sente-julkaisuja* 7.
- Macdonald, E., B., Chb, MB. & Sanati, K. A. 2010. Occupational Health Services Now and in the Future: The Need for a Paradigm Shift. *JOEM* (52), 1273–1277.
- Manderbacka, K. & Keskimäki, I. Terveyspalvelut ja terveiserot. 2013 Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H. & Topo, P. Vuorenkoski, J. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Martelin, T., Koskinen, S. & Lahelma, E. 2005. Väestöryhmien väliset terveiserot. *Suomalaisten terveys* 18.7.
- Marton, F. 1981. Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instructional Science* 10, 177–200.
- Miettinen, S. & Sanna-Mari Pöyry, S. 2015. Vainulla Etelä-Savossa. Vaikeimmin työllistyvät nuoret palvelujärjestelmässä -selvitys. Mikkelin ammattikorkeakoulu Mikkeliä. A: Tutkimuksia ja raportteja 100.
- Myrskylä, P. 2011a. Nuoret työmarkkinoiden ja opiskelun ulkopuolella. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 12. http://www.tem.fi/files/34027/Nuoret_tyomarkkinoiden_ja_opiskelun_ulkopuolella.pdf (luettu 20.1.2015).
- Myrskylä, P. 2011b. Nuorten työttömyyden mittaaminen on vaikeaa. Tieto ja trendit 8. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-12-21_007.html_ref.9.10.2014 (luettu 20.1.2015).
- Myrskylä, P. 2012. Hukassa – Keitä ovat syrjäytyneet nuoret? Elinkeinoelämän valtuuskunnan analyysijä 19.
- Määttä, M. 2007. Yhteinen verkosto? Tutkimus nuorten syrjäytymistä ehkäisevistä poikkihallinnollisista ryhmistä. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia nro 252. Väitöskirja.

Määttä M. & Määttä A. (toim.) 2015. Parempia ratkaisuja koulutuksen ja työn ulkopuolella olevien nuorten tukemiseen. Valtion selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 16/2015. http://vnk.fi/documents/10616/1456483/VNK+16_2015.pdf/2efb35eb-0f6e-4428-93bf-5998df7d983d (luettu 22.10.2015).

Niiranen, K., Hakulinen, H., Huuskonen, M. S., Jahkola A. & Räsänen, K. 2011. Työttömän työelämävalmiuksien tukeminen viranomaisverkostossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 48, 38–52.

Niiranen, K., Hakulinen, H., Manninen P. & Räsänen, K 2014. Työttömien terveystalvelujen kehittäminen – verkosto mahdollisuutena. Työelämän tutkimus 12 (1), 3–22.

Niiranen, K. & Hakulinen, H., Manninen P. & Räsänen, K. Unemployed people's experiences and feedback of preventive health care services in Finland. *International Journal of Occupational Health and Public Health Nursing* 2014: 1 (3), 25–42.

Ollus, M, Ranta, J. & Ylä-Anttila, P.(toim.) 1998b. Verkostojen vallankumous. Sitra. Helsinki.

Osatyökykyisille tie työelämään (OTE) –kärkihanke. 2016 Polut hoitoon ja kuntoutukseen-projekti. 7 2017–2018. Hakuilmoitus. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75592/OTE%20Polut.pdf?sequence=3> (luettu 9.11.2016).

Paltamaa, J. & Perttinen, P. (toim.) 2015. Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Pekkarinen, J. & Sutela, P. 2007. Kansantaloustiede. WSOY. Helsinki.

Pirttilä, I. 2006. Diskurssianalyysin mahdollisuudet tutkittaessa organisaatioiden kehittämistä ja sosiaalista pääomaa. *Hallinnon tutkimus* 25 (4), 33–47.

Pirttilä, I. & Asikainen, E. 2002. Verkotot kunnallisen työterveyshuollon mahdollisuutena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 39, 135–146.

Polit, DF. & Hungler, BP. 1987. *Nursing research Principles and Methods*. London: J.B. Lippincott Company.

Portes, A. 1998. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology* 24, 1–24.

Pulki J. 2014. Aluetason kuntoutusjärjestelmä. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Pursio, K. 2016. Työttömien kokemuksia terveyttä edistävästä hyvinvointipalveluista. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta.

Qin, P, Agerbo, E and Mortensen, PB. 2003. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry* 160, 765–772

Romppainen, K., Saloniemi, A., Jähi, R. & Virtanen, P. 2011. My health and theirs: clients constructing meanings for a health service programme for unemployed people. *Sociology of Health & Illness* 34 (6), 809–825.

Romppainen K., Jähi R., Saloniemi A. & Virtanen P. 2010. Encounters with unemployment in occupational health care: Nurses' constructions of clients without work. *Social Science & Medicine* 70, 605–608.

Romppainen, K., Saloniemi, A., Kinnunen, U., Liukkonen, V. & Virtanen, P. 2014. Does provision of targeted health care for the unemployed enhance re-employment? *Public Health* 14, 1200. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1200> (luettu 1.4.2015).

Rosenthal, L., Carroll-Scott, A., Earnshaw, V.A., Santilli, A. & Ickovics, J. R. 2012. The importance of full-time work for urban adults' mental and physical health. *Social Science and Medicine* 75 (9), 1692–1696.

Rothländer, K., Mühlpfordt, S. & Richter, P. 2015. Evaluation of the health promotion program "Active Coping with Unemployment (AktivA)". *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 20 (3), 115–127. (Abstrakti englanniksi)

Rotko, T., Aho, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E. 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveystarpeiden kaventamiseen Suomessa 2007 – 2010. Terveystarpeiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti. 8/2011. Yliopistopaino Oy, Helsinki.

Rueda, S., Chambers, L., Wilson, M., Mustard, C., Rourke, S. B., Bayoumi, A., Raboud, J. & Lavis, J. 2012. Association of Returning to Work With Better Health in Working-Aged Adults: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*. Volume 102 (3).

Russell, H. & O'Connell, P.J. 2001. Getting a job in Europe. The transition from unemployment to work among young people in nine European countries. *Work, Employment and Society* 15 (1), 1–24.

Ruuskanen, P. 2002. Verkostotalous ja luottamus. Jyväskylä: Kopijyvä Kustannus Oy.

Scalan, J. N., Bundy, A. C. & Matthews, L. R. 2011. Promoting wellbeing in young unemployed adults: The importance of identifying meaningful patterns of time use. *Australian Occupational Therapy Journal* 58 (2), 111–119.

Saikka, P. 2012. Työttömien terveystarpeiden jatkuvuus. PTT-hankkeen seuranta tutkimuksen tuloksia hankekunnissa. Raportti 15. Terveystarpeiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Saikka, P. 2010. Perusterveydenhuollot ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarpeet ja -palvelut kunnissa. Terveystarpeiden ja hyvinvoinnin laitos, avauksia 12/2010. Helsinki.

Saikka, P. 2009. Terveystarpeet työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarpeet ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Terveystarpeiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22. Yliopistopaino. Helsinki.

Saikka, P. 2006. Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 47.

Saikku, P. & Sinervo, L. 2010. Työttömien terveystalouden juurrutus: Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sainio P., Koskinen S., Martelin T. & Gould R. 2006. Toimintakyky. Teoksessa Gould Raija, Ilmarinen Juhani, Järvisalo Jorma, Koskinen Seppo (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki, s. 135.

Saunders, JB., Aasland, OG. & Babor, TF. 1993. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 88, 791–804.

Schuring, M., Burdorf, A., Voorham, J., der Weduwe, K. & Mackenbach, JB. 2009. Effectiveness of a health promotion programme for long-term unemployed subjects with health problems: a randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* 63, 893–899.

Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2009. Dialoginen verkostotyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Esa print Oy.

Sihto, M., Palosuo, H. & Topo, P. Vuorenkoski, J. & Leppo, K. (toim.) 2013. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Sinervo, L. 2009. Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämävaiheen loppuraportti ja paikalliset toimintamallit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 23. Yliopistopaino. Helsinki.

Sinervo, L. & Hietapakka, L. 2013 Työpaperi. Työttömien terveystaloudet. Valtakunnallisen terveystaloustutkimuksen 2013 tulokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sipilä, N., Kestilä, L. & Martikainen, P. 2011. Koulutuksen yhteys nuorten työttömyyteen. Mihin perustutkiminto riittää 2000-luvun alussa? *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2), 121–134.

Skärlund, M., Åhs, A. & Westerling, W. 2012. Health-related and social factors predicting non-reemployment amongst newly unemployed. *BMC Public Health* (12), 893.

Sotarauta, M. (toim). 1999. Kaupunkiseutujen kilpailukyky ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Sote-integraatio – pelastus vai pakkoavioliitto? 2016. Tesso. Sosiaali- ja terveystaloudellinen aikakauslehti. <http://tesso.fi/artikkeli/sote-integraatio-pelastus-vai-pakkoavioliitto> (luettu 2.12.2016).

Sosiaali- ja terveystaloudministeriö. 2013. Työttömien terveydenhuollon järjestäminen (Kuntakirje 19.8.2013).

Sosiaali- ja terveystaloudministeriö. 2004. Terveydenhuolto Suomessa. Esitteitä, 11. Helsinki.

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystaloudpolitiikan strategia (STM:n julkaisuja 2011:1) <http://stm.fi/strategia> (luettu 28.9.2016).

Suominen, S. & Lintula, H., Aluetason terveystoiminta. 2013. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H. & Topo, P. Vuorenkoski, J. & Leppo, K. (toim.) Terveystoiminnan perusta ja käytännöt. Terveystoiminnan ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Taimela S., Malmivaara A., Justén S., Läära E., Sintonen H., Tiesko J. & Aro T. 2008. The effectiveness of two occupational health intervention programmes of two occupational health intervention programmes in reducing absence among employees at risk. Two randomized controlled trials. *Occup Environm Med.* 65 (4), 236–241.

Taimela, S., Justén, S., Aronen, P. Sintonen, H., Läära, E., Malmivaara, A., Tiesko, J. & Aro T. 2008. An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on randomized controlled trial. *Occup Environm Med.* 65 (4), 242–248.

Taimela, S., Aronen, P., Malmivaara, A., Sintonen, H., Tiesko, J. & Aro, T., 2010. Effectiveness of a targeted occupational health intervention in workers with high risk of sickness absence: baseline characteristics and adherence as effect modifying factors in a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil.* 20 (1), 14–20.

Taipale, I. 2013. Työttömät ja terveydenhuolto. *Duodecim* 129:2204-5.

Tefft, N. & Kageleiry, A. 2014. State-Level Unemployment and the Utilization of Preventive Medical Services, *Health Services Research.* 49(1), 186–205. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.12091/abstract> (luettu 30.7.2015).

Terveyden edistäminen laatusuosituksissa. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2365-2> (luettu 30.7.2015).

Terveydenhuoltolaki. Suomen säädöskokoelma 1326/2010.

Terveydeksi-hanke. 2017. <http://www.tvy.fi/terveydeksi/> (luettu 19.2.2017).

Tilastokeskus <http://tilastokeskus.fi/til/tyti/2015/06/> (luettu 30.7.2015).

Tilastokeskuksen ja työ- ja elinkeinoministeriön tilastojen vertailu. 2012. http://www.stat.fi/til/tyti/tyti_2012-11-05_men_002.html (luettu 2.12.2016).

Tolonen H, Helakorpi S, Talala K, Helasoja V, Martelin T, Prättälä R. 2006. 25-trends and socio-demographic differences in response rates: Finnish adult health behaviour survey. *Eur J Epidemiol.* 21, 409–15.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Jyväskylä.

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2011. Työttömien työkyvyn arviointi ja terveystoiminta. Työryhmän raportti. TEM raportteja 10. UKK Institute <http://www.ukkinstituutti.fi/en/> (luettu 22.1.2015).

Työllisyyskatsaus. Elokuu 2016. <http://www.temtyollisyyskatsaus.fi/graph/tkat/tkat.aspx?lang=fi#> (luettu 28.9.2016).

Työministeriön toimintakertomus, 2006.

Verbeek J., van Dijk F., Räsänen K., Piirainen H., Kankaanpää, E. & Hulshof, C. 2001. Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured? *Occup Environ Med* 58, 272–278.

Vertio, H. 2003. *Terveyden edistäminen*. Helsinki, Tammi.

Virtanen, P. 2013. Työterveyshuolto: sairaanhoitovaltaisuutta ja liikelaitostumista. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H. & Topo, P. Vuorekoski, J. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Virtanen, P. 1999b. Verkostoista voimaa? Teoksessa Virtanen P. (toim.) *Verkostoituva asiakastyö*. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Virtanen, P., Kivimäki, M., Vahtera, J. & Koskenvuo M. 2006. Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services? *BMC Health Service Research*. 2 (6), 123. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/123> (luettu 10.10.2014).

Virtanen, P., Vahtera, J., Broms U., Sillanmäki, L., Kivimäki, M. & Koskenvuo, M. 2008. Employment trajectory as determinant of change in health-related lifestyle: the prospective HeSSup study. *European Journal of Public Health* 18 (5), 504–508.

Virtanen, P. & Saloniemi, A. & Nygård, C. (1997) *Terveyttä työttömille Tampereella 1995 – tutkimus pitkäaikaistyöttömien osallistumisesta terveystarkastuksiin ja kuntoutusryhmiin*. *Kunnallislääkäri* 4, 41–48.

Virtanen, V. 2011. Verkkovastaamisen prime time. *Hyvinvointikatsaus* 3. http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-09-26_011.html?s=0 (luettu 17.2.2017).

Vuori, J., Silvonen, J., Vinokur, A. D. & Price, R. H. 2002. The Työhön Job Search Program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement? *Journal of Occupational Health Psychology* 7, 5-19.

Vuori J., Price, R. H., Mutanen, P. & Malmberg-Heimonen, I. 2005. Effective Group Training Techniques in Job-Search Training. *Journal of Occupational Health Psychology*. 10, 261-275.

WHO 1986. Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (luettu 20.10.2015).

WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO, 2001. Saatavissa: <<http://www.who.int/classifications/icf/en>>. (luettu 9.8.2015).

Winefield, AH. 1997. The psychological effects of youth unemployment: International perspectives. *Journal of Adolescence* 20 (3), 237–241.

Williams, S. & Calnan, M. 1991. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Family practice*. Oxford Univ Press.

Ylistö, S. 2015. Miksi työnhaku ei kiinnosta? Nuorten pitkäaikaistyöttömien työnhakuhaluttomuudelle kertomia syitä. *Työelämän tutkimus* 13 (2), 112–126.

ALKUPERÄISET JULKAISUT (I-IV)

I

Työttömän työelämävalmiuksien tukeminen viranomaisverkostossa

Niiranen, K., Hakulinen, H., Huuskonen, M. S., Jahkola A. & Räsänen, K.

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2011: 48 (1), 38–52.

Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti on antanut artikkelin uudelleenjulkaisuluvan

Työttömän työelämävalmiuksien tukeminen viranomaisverkostossa

Artikkelissa kuvataan työttömän hyvinvointiin liittyvää moninaista viranomaisverkostoa sekä viranomaisyhteistyön tilaa työttömän terveyden ja työ- ja toimintakyvyn edistämiseksi. Artikkelin perustuu Kuopiossa vuosina 2008–2010 toteutetun Työterveysneuvontahankkeen alkukartoitukseen ja siihen liittyvän teemahaastatteluaineiston sekä verkostanalyysin tuloksiin. Tulosten perusteella verkostoituminen työttömän työelämävalmiuksia tukevassa viranomaistoiminnassa on vielä alkuvaiheessa, mutta verkostotyön kehittämistä pidetään tärkeänä. Perusterveydenhuollon vastaanottoa ja työterveyshuoltoa pidetään merkittävänä mutta verkoston ulkopuolisina yhteistyökumppaneina.

Terveydenhuolto on työttömän työelämävalmiuksia tukevan verkoston kehittämisessä jäljessä muita sidosryhmiä. Kehittämiskohteiksi mainittiin eri organisaatioiden toimintaan tutustuminen, tiedottamisen lisääminen sekä niukat aikaresurssit. Työterveyshuollon rooli työttömän työelämävalmiuksia tukevassa verkostossa ei ole vakiintunut, vaikka työterveyshuollon erikoisosaaminen on eduksi työkyvyn arvioinnissa, ylläpidossa ja edistämiseksi, varhaisessa puuttumisessa työn riskitekijöihin ja kuntoutukseen ohjaamisessa. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välillä tehtiin yhteistyötä monissa asiakkaiden asioissa, mutta kehittämisen tarvetta nähdään edelleen.

KIRSI NIIRANEN, HANNA HAKULINEN, MATTI S. HUUSKONEN, ANTTI JAHKOLA, KIMMO RÄSÄNEN

JOHDANTO

Työttömät voivat huonommin ja ovat sairaampia kuin työlliset (ks. Heponiemi ym. 2008). Työttömyys ei sinänsä ole terveysongelma, mutta työttömäksi jääneet näyttävät kuitenkin olevan sairaampia kuin muu väestö, ja työttömyyden pitkittyessä terveys huononee, samoin kokemus omasta terveydentilasta heikkenee. Toisaalta on paljon näyttöä myös siitä, että huono terveys ja varsinkin mielenterveysongelmat ovat yhteydessä suurempaan työttömyysriskiin ja pidempään työttömyyden keston. Terveemmät siis työllistyvät nopeammin, ja terveydeltään heikommat joutuvat todennäköisemmin työttömiksi. Yleinen johtopäätös on, että työttömyyteen liittyvät mo-

nimuotoistuneet terveydelliset ongelmat vaativat moniammatillista verkostotyötä eri sidosryhmien välillä (Karjalainen ym. 2008, 64–71).

Vuosina 2007–2010 työttömien terveyspalveluja on kehitetty 18 eri osahankkeessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoimassa pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankekokonaisuudessa, jossa on ollut mukana Työterveyslaitoksen johtamana Työterveysneuvonta-toimintamallin kehittäminen perusterveydenhuoltoon -hanke (Sinervo 2009). Työterveysneuvonta-hankkeessa perusterveydenhuollon yhteyteen oli järjestetty työttömien ennaltaehkäisevät terveyspalvelut. Perusterveydenhuollossa työskenteli työterveyshoitaja, joka otti asiakkaita

vastaan eri ohjautumistahoilta, mm. työ- ja elinkeinotoimistosta, sosiaalitoimistosta, oppilaitoksista ja välityömarkkinoilta. Välityömarkkinat ovat vapaiden työmarkkinoiden ja työttömyyden välimuoto, josta pyritään siirtymään vapaille työmarkkinoille. Terveystapaamisessa selvitettiin asiakkaan terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä käyttäen apuna erilaisia mittareita. Tapaamisen jälkeen suunniteltiin yhteistyössä asiakkaan mahdollinen jatkohoito tai jatkotapaamiset joko terveydenhuollossa tai muissa organisaatioissa. Samassa yhteydessä sovittiin myös seurannasta. Hankkeen käynnistämiseen on liittynyt viranomaisverkoston määrittäminen ja yhteistyön tiivistäminen.

Saikku (2009) korostaa työterveyshuollollisen näkökulman tärkeyttä työttömien terveyspalveluissa. Erityisesti nuorisotyöttömyydellä on kauaskantoiset, haitalliset seuraukset. Työttömien terveyspalveluja on Suomessa järjestetty sekä perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa että työvoiman palvelukeskuksissa, kunnissa, Työ- ja elinkeinotoimistossa sekä yksityisillä palvelutuottajilla ja välityömarkkinoilla. Lisäksi toimintaa on ollut lukuisissa hankkeissa. Työterveyshuollon rooli on kuitenkin vielä jäsentymätön verkostossa (Saikku 2009). Romppaisen ym. (2010) tutkimuksen mukaan terveyspalvelujen tuottaminen työttömille on monimutkaista työelämän muuttuvien liikeratojen vuoksi. Tutkimuksessa mukana olleet työterveyshoitajat kokivat, etteivät terveydenhuollon ja työterveyshuollon lähentymistavat olleet riittäviä työttömien asiakkaiden terveyspalvelujen toteuttamisessa. Romppainen ym. toteavat tutkimuksessaan, että vaikka terveydenhuollon rakenteellisia ja taloudellisia edellytyksiä voidaan muuttaa suhteellisen nopeasti, on sosiaalisten tapojen muuttaminen hidasta.

Työterveyslaitoksella kehitetyllä ja yhteistyössä työvoimahallinnon kanssa toteutetulla Työhön-menetelmällä on voitu lisätä voimavaroja etenkin niiden kohdalla, joilla on riski masentua (Vuori ym. 2002, 5–19, Vuori ym. 2005, 261–275). Hämäläisen ym. (2007) mukaan myös työllistymisen mahdollisuudet ovat paremmat Työhön-menetelmällä kuin perinteisillä työhönhakupalveluilla. Yhteistyö ryhmässä edellyttää sosiaalista kanssakäymistä, mikä edesauttaa luomaan uusia ideoita ja mahdollistaa oppimista yhteisessä verkostossa.

Kalimo ja Vuori (1992) tekivät työttömyydestä ja terveydestä tutkimuskatsauksen, joka toi

esille työttömyyden negatiiviset vaikutukset terveyteen. Heponiemen ym. (2008) tulokset työttömyyden terveysvaikutusten ehkäisyyn liittyvät tulokset olivat samanlaiset. Työttömien terveysinterventioita ei ole juurikaan tehty, saati tutkittu kansallisesti tai kansainvälisesti. Tutkimustieto on kaiken kaikkiaan hajanaista ja pitkäaikais-tutkimusseuranta vähäistä (Heponiemi ym. 2008, 1–20, Karjalainen ja Melametsä 2001, 15–27).

Suunnitteilla oleva uusi terveydenhuoltolaki velvoittaa kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveyspiirin järjestämään myös työterveyshuollon ulkopuolella olevien terveysneuvonnan ja terveys-tarkastukset. Nykyinen voimassa oleva kansanterveyslaki velvoittaa järjestämään kaikkien kuntalaisten terveydenhoidon. Kansalaisten tasa-arvon kannalta ei ole oikeudenmukaista, että työterveyshuollon ulkopuolella olevien henkilöiden palveluihin ei sisälly tarvittaessa työterveyshuollon tietotaidon hyödyntämistä. Nykyinen palvelujärjestelmä työterveyshuollon osalta suosii työssä olevia ja on näin ollen epätasa-arvoinen.

Tämän artikkelin sisältö muodostuu ensiksi verkostoteorian keskeisten käsitteiden ja tutkimuksen kuvaamisesta ja toiseksi analyysistä, joka koskee työttömien terveyspalvelujen monimuotoisuutta ja nykyistä yhteistyön tilaa sekä verkoston rakentumista. Artikkelissa vastataan seuraaviin kysymyksiin: 1) mikä on työttömän työelämävalmiuksia tukevan viranomaisverkoston nykytila, 2) miten kehittää verkostoa, 3) mitkä ovat verkoston kehittämistoiminnan haasteet ja 4) mitkä ovat Työterveysneuvonta-hankkeen mahdollisuudet kehittää verkostoitumista työttömän työelämävalmiuksien tukemisessa?

VERKOSTOT JA SOSIAALINEN PÄÄOMA TUTKIMUKSESSA

Tässä artikkelissa sovelletaan sosiaalisten verkostojen teoriaa. Teoriaa sovelletaan tulosten tarkastelussa eri kategorioiden valossa. Teoria sopii hyvin tähän aihepiiriin, koska työttömän työelämävalmiuksia tuetaan verkostomaisessa työskentelyssä ja keskinäinen vuorovaikutus on avainasemassa käytännön työskentelyssä. Teorian mukaan sosiaalisen pääoman mekanismit perustuvat luottamukseen ja kommunikaatioon (Ruuskanen 2002). Verkostoteoriat nousevat pääasiassa sosiaalitieteen, oikeustieteen ja taloustieteen tutkimuksesta (Kohtamäki 2007, 16). Verkottumista ja verkostoja tutkittaessa on tunnistettu kolme verkostotutkimuksen alalajia: 1) hyvinvointipal-

velujen verkostojen tutkimus, 2) yritysverkostojen tutkimus ja 3) verkostoteoreettinen ja verkostometodologinen tutkimus (Pirttilä ja Asikainen 2002, 140). Tässä artikkelissa verkostotutkimus on alalajiltaan hyvinvointipalvelujen verkostojen tutkimusta.

Sotaraudan (1999, 104) mukaan verkosto tarkoittaa sosiaalisia suhteita, jotka ovat vakiintuneet eriasteisesti. Verkoston syntyminen edellyttää keskinäisen riippuvuuden oivaltamista ja syntymistä. Verkosto perustuu keskinäiseen lojaalisuuteen, solidaarisuuteen, luottamukseen ja keskinäisen työn vuorovaikutukseen. Yhteistyö ei ole sama asia kuin verkostoituminen. Hyvä yhteistyö voi organisoitua muutenkin kuin verkostossa (Linnamaa ja Sotara 2000, 12).

Verkostoja on käsitelty sosiaalisen pääoman rakentamisen avulla parinkymmenen vuoden ajan (Hellsten 1998, 29–35, Johansson ja Siivonen 2004, 12–24). Sosiaalista pääomaa on määritelty kirjallisuudessa monella tavalla. Coleman (1988, 95–130) on erottanut kolme sosiaalisen pääoman muotoa: 1) velvoitteet ja odotukset, 2) vuorovaikutuskanavat ja 3) sosiaaliset normit. Naphapiet ja Ghoshal (1998, 242–246) määrittelevät sosiaalisen pääoman rakenteellisen, rationaalisen ja kognitiivisen komponentin kautta. Rakenteellinen komponentti pitää sisällään kontaktien frekvenssin sekä sosiaalisen verkoston kokonaisrakenteen. Rationaalinen komponentti tarkoittaa pääasiassa suhteen laatua ja kognitiivinen komponentti suhteen jaettuja merkityksiä. Yhteistä monille sosiaalisen pääoman määritelmille on se, että toimintaa ohjaa tavoitteellinen yhteistyö, johon kuuluvat vastavuoroisuus, luottamus ja normit (Coleman 1988, 95–120, Burt 1992, Portes ja Sensenrenner 1993, 1320–1350, Pirttilä 2006, 34–36).

Vuonna 1998 Portes teki meta-analyysin sosiaalisen pääoman oletetuista lähteistä ja seurauksista eri lähteissä. Hän jäsentää sosiaalisen pääoman lähteitä yksilöiden resursseina tai rajoitteina. Portesin mukaan sosiaalinen pääoma koostuu ryhmässä vaikuttavista toimintaodotuksista. Toimintaodotuksia suuntaavat hänen mukaansa ryhmän sisäistämät arvot, suoritusten vastavuoroisuus, rajoittunut solidaarisuus ja pakotettu luottamus. Pakotettu luottamus perustuu hänen mukaansa tiiviisiin sosiaalisiin suhteisiin ja ryhmän sisäistämät arvot puhtaaseen ahneuteen ja omaan edun tavoitteluun. Suoritusten vastavuoroisuudella Portesin tarkoittaa palvelukseen vastaamista palveluksella. Rajoittunut solidaarisuus syntyy

ryhmän erityispiirteistä ja yhteisten intressien olemassaolosta. Portesin yksilön resursseja korostavan sosiaalisen pääoman mukaan, sen seurauksena voi olla sosiaalinen positiivinen tai negatiivinen kontrolli. Sosiaalisen pääoma mahdollistaa sosiaalisen tuen saamisen ja/tai verkostojen kautta saatavat hyödyt (Portes 1998, 1–24).

Virtasen (1999) mukaan verkosto on vaativa ympäristö, ja sillä tulee olla toimintaa vetävä johtaja. Toiminnalla tulee olla tavoitteet, ja toimintaa pitää arvioida ja ohjata systemaattisen seurantatiedon avulla. Myös Karjalainen (1996) korostaa, että pelkkä visio ja ajateltavissa oleva yhteinen hyöty ei riitä pitämään verkostoa toimivana, vaan verkostossa tulisi olla riittävä tiedonkulku. Walter ym. (1997) toteavat, että verkostolla voi olla useampi johtaja ja että teoriassa kaikki verkoston toimijat voivat olla johtajia. Heidän mukaansa verkoston johtaminen on toimintaa, jolla pyritään edistämään vuorovaikutusprosessia ja suuntaamaan toimintaa kohti päämääriä.

Verkoston kehittäminen edellyttää toisen toiminnan tuntemusta ja sitoutumista, ja verkoston rakentaminen vaatii pitkäjänteistä työtä. Verkostotutkimuksissa korostetaan myös, että verkostoa tulee johtaa ja että toiminnan tulee olla joustavaa ja avointa ja sen tulee mahdollistaa laaja tiedonvaihto. Verkostossa tulee tapahtua asiantuntijatiedon kumuloitumista ja oppimista (Ollus ym. 1998, Virtanen 1999).

Usein verkostoista puhuttaessa nähdään vain viranomaistoimijat, ja asiakkaan osallistuminen verkoston toimijana on vähäistä. Esimerkiksi uuden kuntoutuksen asiakasyhteistyölain mukaan kuntoutujan yksilölliset tarpeet on otettava huomioon asian käsittelyssä, mutta vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen mukaan asiakasta kuullaan harvoin yksilöllisesti ja hänen asiansa jäävät toisarvoisiksi (Eronen ym. 1995, 96–105, Saikku 2006, 63). Myös Kokko (2003) paneutuu väitöskirjassaan samaan problematiikkaan ja toteaa, että usein työryhmässä ratkaistaan asiakkuuden ongelma mutta asiakkaan ongelmatilanne jää ratkaisematta. Työryhmä joko vahvistaa tai heikentää asiakkaan luottamusta ammattilaisiin ja autamisjärjestelmän toimivuuteen.

TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineisto pohjautuu Kuopiossa vuosina 2008–2010 toteutetun työterveysneuvontahankkeen alkukartoitukseen, joka koostui teemahaastatteluaineistosta sekä verkostoaanalisista. Loppuarviointi tehdään vuoden 2010 lopussa ja 2011

alussa. Tutkimuksen aineisto muodostui 1) Kuopion terveydenhuollon ja sidosryhmien toimijoiden haastatteluista, 2) seurantapaikkakuntien (Jyväskylä, Joensuu, Oulu, Vammala) edustajien haastatteluista sekä 3) verkostoanalyysistä. Kuopiossa haastateltiin perusterveydenhuollon, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, työterveyshuollon (n = 21) sekä sidosryhmien (n = 7) toimijoita. Sidoryhmä muodostui työ- ja elinkeinotoimiston, Kelan, sosiaalitoimen, koulutoimen, työvoiman palvelukeskuksen ja välityömarkkinoiden toimijoista. Lisäksi haastatteluja tehtiin seurantapaikkakunnilla (n = 6). Seurantapaikkakuntien haastateltavat koostuivat työterveyshuollon toimijoista ja johtajista sekä perusterveydenhuollon johtajista ja työttömien terveystalvelujen piirissä työskentelevistä projektityöntekijöistä. Seurantapaikkakuntien haastatteluista saatiin tietoa työttömien terveystalvelujen toteuttamisen tämän hetkistä käytännöistä. Seurantapaikkakunnilta haettiin yleistettävää tietoa. Pelkkä Kuopiosta kerättävä tieto ja sen analysointi olisi tuottanut liian suppean kuvan työttömien työelämävalmiuksia tukevasta verkostosta.

LAADULLINEN AINEISTO

Haastattelun teemoina olivat työttömien terveystalvelujen järjestäminen ja siinä syntyvä yhteistyö, verkostoitumisen nykytilanne sekä kehittämisaatukset. Seurantapaikkakuntien haastattelut tehtiin elo-joulukuussa 2008 ja Kuopion haastattelut vuoden 2009 aikana.

Tutkija haastatteli kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt (liitteet 1 ja 2). Teemahaastattelukysymykset tehtiin yhteistyössä toisen tutkijan kanssa. Haastattelut kestivät keskimäärin 40 minuuttia. Haastateltaville lähetettiin etukäteen tutkimuksen esite sekä teemahaastattelukysymykset. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatakkasti.

Analyyssissa käytettiin Atlas/ti-ohjelmaa. Sisällön analyyssilla dokumentteja voi analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs ja Vanhanen 1999, Hsieh ja Shannon 2005). Sisällön analyyssissa aineistosta pyritään saamaan tiivistetty yleiskuva. Tutkijan ”teoreettinen sensitiivisyys” eli kyky havaita keskeisiä merkityksiä ja eroja on avainasemassa (Lowe 1996, 3–4).

Teemahaastatteluaineistot käsiteltiin seuraavina kolmena ryhmänä: 1) terveydenhuollon aineisto 2) sidosryhmien aineisto ja 3) seurantapaikkakuntien aineisto. Analyyssi tehtiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Induktiivisessa ana-

lyysiprosessissa on seuraavat vaiheet: aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Ryhmittelyssä etsitään ilmausten erilaisuutta ja yhtäläisyyttä, ja samaa tarkoittavat ilmaisut kootaan kategorioiksi, joille annetaan nimi sisällön mukaan. Lopulta kategoriat yhdistetään yläkategorioiksi. (Kyngäs ja Vanhanen 1999). Ensimmäisessä vaiheessa litteroidut tekstit lisättiin Atlas/ti-ohjelmaan, jonka jälkeen aineisto koodattiin. Ensimmäisen vaiheen koodauksessa tarkasteltiin tekstin sisältöä ja merkityksiä sekä valittiin toisistaan erottuvia haastattelutekstin osia. Nämä osat käsitteellistettiin eri koodeilla. Seurantapaikkakuntien aineistosta nousi 78 koodia, terveydenhuollon aineistosta 75 koodia ja sidosryhmien aineistosta 73 koodia. Toisessa osuudessa tutkija arvioi kriittisesti, oliko koodeille annettu oikea koodinimi, ja osa nimistä vaihdettiin sekä samansisältöisiä koodeja yhdistettiin. Tämä tehtiin manuaalisesti tulostamalla kaikki koodatut ilmaukset ja lajittelemalla ne samaa tarkoittaviin nippuihin. Näin syntyvät yläkategoriat eli muokatut koodit. Täten seurantapaikkakunnille syntyi 6 kategoriaa, terveydenhuollon aineistolle 11 kategoriaa ja sidosryhmille 9 kategoriaa.

VERKOSTOANALYYSI TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

Verkostoteoriaa voidaan sanoa joukoksi tutkimusmenetelmiä, joiden avulla pyritään kokoomaan ja hahmottamaan sosiaalisten rakenteiden moninaisuutta sekä näkemään sosiaalisten ilmiöiden riippuvuus toisistaan (Johansson ym. 1995). Tässä tutkimuksessa verkostonanalyysin vastattiin organisaatiolähtöisesti. Kukin organisaation edustaja merkitsi kaavioon yhteistyön nykytilanteen työttömän työelämävalmiuksien tukemisen osalta. Aineisto kerättiin teemahaastattelujen yhteydessä vuoden 2009 aikana Kuopiossa. Verkostoanalyysiin vastasi yhteensä 8 henkilöä, yksi kustakin organisaatiosta.

Analyyssi tehtiin tilastollisesti (Borgatti ym. 1999.) Verkostoaineisto tallennettiin havaintomatriisiksi taulukkolaskentaohjelmaan. Verkostoanalyysit tehtiin Ucinet 6 -verkostoanalyysiohjelmistolla (Analytic Technologies). Vuorovaikutusverkostojen aineistot koodattiin binäärisiksi 0/1-aineistoiksi ennen verkostotunnuslukujen laskeamista. Yhteistyötä kuvattiin nuolien paksuudella, missä paksu nuoli tarkoitti tiivistä yhteistyötä ja ohut nuoli heikkoa yhteistyötä. Tässä tutkimuksessa verkostoanalyysi ja laadullinen analyyssi täydensivät toinen toisiaan.

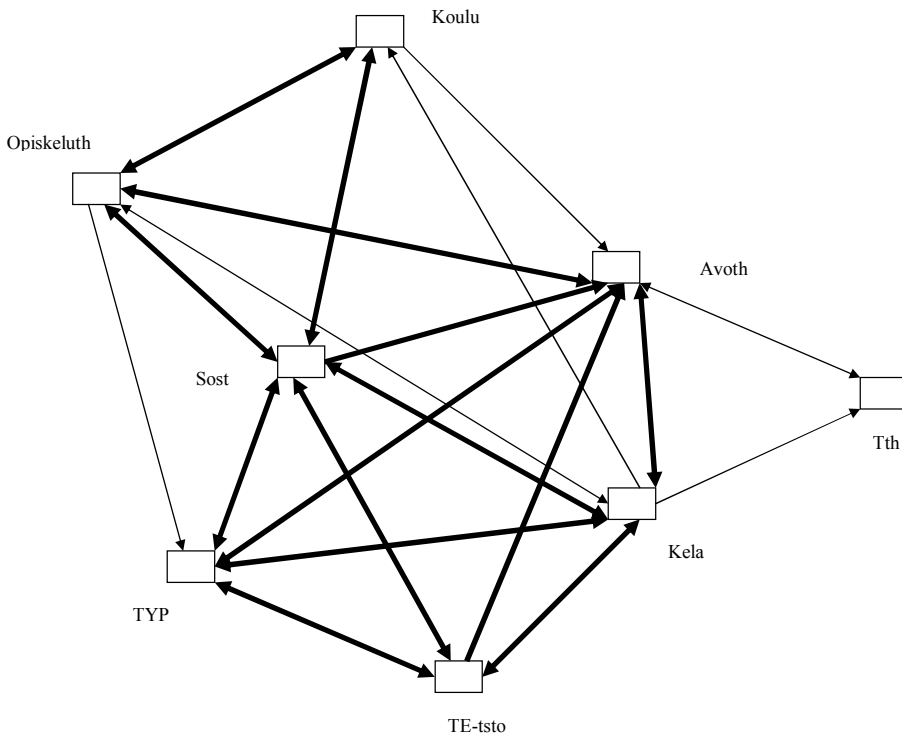
TULOKSET

VERKOSTOANALYYSI

Verkostoanalyysin tutkittavat organisaatiot olivat Kuopion perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, kunnallinen työterveyshuolto, koulutoimi, Kela, sosiaalitoimi, työ- ja elinkeinotoimisto sekä Työvoiman palvelukeskus. Verkostoitumista selvitettiin kysymyksellä ”Tekeekö organisaatiosi yhteistyötä työttömien / työttömäksi jäävien henkilöiden työkyvyn ja terveyden ylläpitämiseksi?” Nuolia on kahdenlaisia. Paksumpi nuoli kuvaa tiheää yhteyttä ja ohuempi nuoli heikkoa yhteyttä organisaatioiden välillä (Kuvio 1). Verkostoanalyysi osoitti, että kaikki organisaatiot tekevät tiivistä yhteistyötä perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan kanssa. Terveydenhuollon sisäisessä yhteistyössä nähtiin kuitenkin kehittämisen tarvetta, vaikka pääosin yhteistyön nähtiin sujuvan hyvin. Sen sijaan yhteistyö avovastaanotto toiminnasta muihin organisaatioihin ei ole niin tiivistä kuin toisinpäin.

Kuvio 1.

Organisaatioiden yhteistyö työttömien / työttömäksi jäävien henkilöiden työkyvyn ja terveyden edistämiseksi. Organisaatiot ovat Kuopion perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta (Avoth), koulu- ja opiskeluterveydenhuolto (Opiskeluth), kunnallinen työterveyshuolto (Tth), koulutoimi (Koulu), Kela, sosiaalitoimi (Sost), työ- ja elinkeinotoimisto (TE-tsto) sekä Työvoiman palvelukeskus (TYP).



HAASTATTELUJEN ANALYYSI

Keskeiset tutkimustulokset esitetään aineistosta muodostuneiden kategorioiden avulla. Kategoriat ovat seuraavat: verkostoituminen on alkuvaiheessa, verkostoitumisen haasteet, verkostoitumisen kehittäminen, verkostoituminen on terveydenhuollon toimijoille uutta, työterveyshuollon rooli verkostossa on jäsentymätön sekä työterveysneuvontatoiminnan mahdollisuudet verkostoitumisen kehittämisessä.

VERKOSTOITUMINEN ON ALKUVAIHEESSA

Suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että yhteistyö työttömien asioiden hoitamisen suhteen sujuu sekä seurantapaikkakunnilla että Kuopiossa hyvin. Varsinainen verkostotyö mainittiin sanana puolessa haastatteluista. Osa haastateltavista puhui yhteistyöstä ja sen kehittämisestä. Yhteistyön tärkeys työttömien työelämävalmiuksien kehittämisessä tuli esille kaikissa haastatteluissa.

Työttömien terveyspalveluissa on erityispiirteitä, jotka osa haastateltavista tunnisti. Esimerkiksi hoitokontaktin ja luottamuksen luominen voi kes-

tää pitkään. Eräs haastateltavista toi esille sen, että työttömillä voi olla terveydenhuollossa runsaasti sairaus- tai päivystyskäyntejä, mutta varsinaisen kokonaisvaltaisen terveydentilan arvio puuttuu. Työttömän asioiden hoidon pitkittyessä havaitaan, etteivät hänen asiansa välttämättä kuulu minkään viranomaistahon vastuualueelle. Lähes kaikki haastateltavat tunnustivat ilmiön. Haastateltavat pitivät verkostomaista työskentelyä erittäin tärkeänä syrjäytymisen estämisen ja työelämävalmiuksien tukemisen kannalta.

”Varmaan kaikkien viranomaisten pitäis oppia ehkä tätä verkostoyhteistyötä, ja myös oppii tunnistamaan näitten asiakkaitten tämmösiä erityispiirteitä, se, ni o ehtottoman tärkeetä se viranomaisten väline yhteistyö, et sitä saatas edes joku sieltä sitten autettua, ehkä työelämänsä piiriin tai yleensäki pois siitä syrjäytymisen riskistä.” (toimija seuranta-paikkakunnalla)

Kaikilla haastattelupaikkakunnilla hanke oli käynnistänyt työttömien terveyspalvelut. Hankkeiden edustajat tunnustivat työttömien terveyspalveluihin liittyvät kehittämistarpeet. Sen sijaan kaikki perusterveydenhuollon toimijat eivät olleet sitä mieltä, että asiakasryhmän ongelmiin tarvitaisiin erityisjärjestelyjä. Heidän mukaansa normaalit perusterveydenhuollon palvelut toimivat työttömien kohdalla riittävän hyvin. Kaikilla paikkakunnilla yhteistä oli myös se, että osaa lääkäreistä on hankala saada sitoutumaan kehittämistyöhön.

Haastatteluissa tuli esille, etteivät asiakkaan asiat etene nykyisessä toimintatavassa aina verkostomaisesti ja asiakkaan etuja palvellen. Väli työmarkkinoiden viranomaisilla ei ole ollut käytävissään ennaltaehkäiseviä terveydenhuollon palveluja, joissa saisi joustavasti asiakkaan terveydentilan arvion tai tarvittaessa työkykyarvioin. Samaa problematiikkaa toivat esille sosiaalitoimen ja työ- ja elinkeinotoimen edustajat. Terveydenhuollosta toivotaan saatavan palautetta asiakkaan terveydentilasta ja työkykyä rajoittavista tekijöistä. Eräs terveydenhuollon haastateltavista totesi, ettei lähetettävän tahon lähetteitä tai itse asiakkaita tule. Muutama sidosryhmän edustajista totesi, että lähetteeseen ei tule välttämättä vastausta eikä asiakaskaan aina tiedä, mitä lääkärikäynnillä on sovittu.

”Verkostotyö [verkostotyö] ei oo viel tarpeeks sillee kehittynyttä tällä alueella, että siitä huonosti osataa osittain eri organisaatioitten vä-

lillä tehdä sitä, ja eikä oikeestaa nähdä muut ku siibe omaa organisaatioo. Ja mä just aatelin et tää terveydenhuoltosektori o ainaki semmonen joka on paljon tottunu toimimaan pelkästää niis omissa ympyröissään, et tää on varmaa iba uutta näille terveydenhoitajillekki tää ulkopuolelle.” (toimija seuranta-paikkakunnalla)

Verkostoitumisen hyötyjä kuvatessaan haastateltavat toivat esille monitasoisen osaamisen yhdistämisen ja asiakkaan palveluohjauksen tärkeyden työttömyyden osalta.

”No kyl se minun mielestä se verkostoituminen on ehkä se tärkein. Että tuota, tietysti niin kuin, siinä on hyvin, hyvin tuota, monenlainen ongelmakenttä monesti, työttömillä, että on bio, psykososiaalisia juttuja, ja tuota, mikä se oikein, viitekehys on milloin ne niitä, ongelmia käsitellä, että niitä voi kahtoo niin monesta näkökulmasta.” (terveydenhuollon toimija, Kuopio)

Verkostotyötä pidettiin mahdollisuutena taloudellisen toiminnan ja resurssien järkevän käytön kohdentamiseen. Verkostoitumisen uskottiin myös vähentävän päällekkäistä toimintaa. Eri sidosryhmät voivat teettää maksupalvelua vastaan tutkimuksia yksityisillä terveysasemilla. On mahdollista, että samat tutkimukset tehdään myös perusterveydenhuollossa. Asiakkaalle saatetaan tehdä monia selvityksiä, mutta varsinaista päätöstä asiakkaan tilanteesta ei synny. Asiakas saattaa liikkua monissa organisaatioissa kenenkään viranomaisen tietämättä, mikä olisi asiakkaan etu.

”Minä oon tämän alan asiantuntija, sinä oot tuon alan asiantuntija, mutta kun me verkostoidutaan, niin me pystytään paljon tehokkaammiin toimimaan.” (sidosryhmän toimija, Kuopio)

VERKOSTOITUMISEN HAASTEET

Verkostoitumisessa nähtiin etujen lisäksi myös paljon haasteita. Keskeisinä tekijöinä nousivat esille mm. resurssit, kiire, tiedonsiirto ja vaitiolovelvollisuus. Yhteistyötä työttömän työelämävalmiuksien tukemisessa tehdään jatkuvasti, mutta suunnitelmallinen verkostomainen työskentelytapa ei vielä ole vakiintunut. Toisen organisaation käyttämät termit ja koodit eivät ole tuttuja, mikä saattaa hankaloittaa yhteistyötä.

”Mutta se että sillä tavalla yhteisesti ja että on tämmösiä yhteisiä asioita ni sellasia, ni sillee niin ku se vaitiolovelvollisuus, kiire, ihmi-

set sanoo että resurssien puute on yks iso. Me toimitaan erilaisista kulttuureista käsin tietyllä tavalla, me ei välttämättä ymmärretä toistemme työstä.” (terveydenhuollon toimija, Kuopio)

Verkostoitumisen kehittymistä hidastaviksi tekijöiksi mainittiin asenteisiin liittyvät tekijät, henkilökunnan vaihtuminen, lainsäädäntö, resurssit, tiedonsiirto, erilaiset toimintatavat sekä yhteisten aikojen järjestymisen hankaluudet. Keskeinen haaste on asiakkaan jatkohoidon järjestäminen. Jonot esim. mielenterveys- ja päihdepalveluihin ovat kuukausia. Sinänsä yhteistyötä terveydenhuollon eri palvelujen välillä pidettiin toimivana ja joustavana, mutta toiminnan hajanaisuus tai erikoistuminen luo järjestelmään kankeutta mm. tiedonsiirtojen osalta. Vaikka perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välillä tehdään yhteistyötä monissa asiakkaiden asioissa, nähtiin toimijoiden yhteistyössä kehittämisen tarvetta.

Lääkärit pitivät verkostoitumista tärkeänä asiana, mutta kokivat, etteivät he pysty käyttämään työaika sen kehittämiseen. Myös kontaktin saaminen eri organisaation yhteishenkilöön koettiin hankalaksi. Käytännön yhteydenottoja hankaloitti myös tietämättömyys siitä, keneen yhteyttä pitäisi ottaa. Perusterveydenhuollossa koettiin myös, että työttömien työelämävalmiuksia tukeva toiminta on vain pieni osa muuta vastaanottotoimintaa ja että lääkärin työaika tulee käyttää tasapuolisesti kaikille asiakasryhmille.

Yhteistyö ja verkostoituminen vaatii rohkeutta viedä asioita eteenpäin sekä vastuuta asiakkaan asioista. Asiakkaan hyötyminen verkostosta voi heikentyä, jos asiakas suhtautuu negatiivisesti työkykyä ylläpitävää toimintaa ja kuntouttavaa prosessia kohtaan tai hänen sitoutumishalunsa asiaan on vähäinen.

”Semmosta, että niin hirveesti hyppyytetään asiakasta paikasta toiseen ja tämmöstä liikehdintää on vaikka miten paljon.” (terveydenhuollon toimija, Kuopio)

Terveydenhuollossa verkostoitumisen kehittymistä hidastavat erityisesti resurssista johtuvat tekijät. Henkilö- ja aikaresurssisiin liittyvät tekijät nousivat esille sekä sidosryhmien että terveydenhuollon edustajien haastatteluissa. Toisaalta puutteellisia resursseja pidettiin tarpeena kehittää asiaa; etsiä uusia ratkaisuja yhteistyölle ja verkostoitumiselle. Nykyisin henkilökunta vaihtuu nopeasti, mikä vaikeuttaa tiedon liikkumista, yhteistyön tiivistämistä sekä verkostoitumista.

”Pikemminki resurssikysymys kun yhteistyökysymys. Ja kun resurssit ovat rajalliset, niin sitten se yhteistyö vaikeutuu myös. Et ole tietty raja olemassa resurssille jolloinka pystyy toimimaan, toiminta on järkevää ja joustavaa”. (terveydenhuollon toimija, Kuopio)

Tiedonsiirtoon liittyviä esteitä todettiin edelleen olevan, vaikka suostumus asiakkaan tietojen siirtoon olisikin olemassa. Osa haastateltavista ei pitänyt tiedon siirtoon liittyviä asioita lainkaan ongelmallisena, ja he kokivat, että asiakkaan kirjallinen suostumus on helppo saada. Arkaluonteisten asioiden hoitamisessa vaitiolovelvollisuus sitoo toimijaa, mutta se ei välttämättä hankaloita asiakkaan asioiden eteenpäin viemistä. Yhteistyön muotoja eri organisaatioiden toimijoiden välillä ovat esim. asiakasneuvottelut ja puhelinkonsultaatit. Työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon tietojen siirrossa oleva lainsäädännöllinen este koettiin toimintaa rajoittavana tekijänä suostumuksesta huolimatta. Ongelma painottui erityisesti perusterveydenhuollossa. Sen sijaan työterveyshuollossa koettiin, että asiakkaan tiedot siirtyvät jatkohoitopaikkaan joustavasti, kun suostumus on pyydetty.

”Viranomaisyhteistyössä esteitä on ehkä se.. tai hankalimmat nää tiedonsiirrot.. Mut se että on yhteisten aikojen löytäminen on tosi hankalaa, että se verkostopalaveriitten kokoaminen on aika työlästä.” (toimija seuranta-tapaikkakunnalla)

VERKOSTOITUMISEN KEHITTÄMINEN

Verkostoitumisen kannalla olevat haastateltavat tekivät konkreettisia kehittämis ehdotuksia, kuten yhteisten tapaamisten järjestäminen. Verkostoitumisen kehittämisen tarpeellisuutta perusteltiin asiakkaiden asioiden sujuvuuden parantamisella ja viranomaistyön helpottamisella.

Asiakaslähtöisyyden kehittäminen

Asiakaslähtöisyyttä pidetään merkittävänä tekijänä verkostoitumisen kehittämisessä. Asiakkaan asioita hoidettaessa niitä katsotaan monta kertaa oman organisaation näkökulmasta eikä niinkään asiakkaan edun mukaisesti. Osa haastateltavista toi esille, että tavoitteena olisi, että yksittäisen asiakkaan asioita opittaisiin katsomaan ohi organisaatorajojen. Haastateltavista osa korosti työttömien terveystalvelujen erityispiirteitä sekä palveluohjauksen tarvetta.

”Et se semmonen aito asiakaskeisyys tai asiakaslähtöisyys näissä asioissa, niin se ei oo

vielä meillä semmosta jokapäiväistä arkea.”
(sidosryhmän toimija, Kuopio)

Asiakaslähtöisyyden ajateltiin tarkoittavan myös sitä, että viranomaisen tulee toimia aktiivisesti asiakkaan asioiden hoitamisessa yli sektorirajojen sekä hoitaa tiedonsiirtoon liittyvän suostumuksen järjestäminen. Osa haastateltavista myönsi, että vaihtoehtoisuuden taakse on helppo piiloutua ja jättää asiakkaan asian eteenpäin vieminen sen vuoksi hoitamatta. Asenteellista muutosta vastuun ottamisessa asiakkaan asioista pidettiin tärkeänä ja mahdollisena.

”Ja tosiaan että me opittais katsomaan ohjauksen näytteen omien organisaatorajojen, eli että tammönen sisäinen asiakkuus -ajatus leviäs koko meidän kuopiolaiseen toimintaympäristöön, et se on semmonen meidän visio, et se ois se tavote.” (sidosryhmän toimija, Kuopio)

Tiedottaminen organisaation toimintatavoista
Tiedottamiseen liittyviä kehittämiskohteita tuli haastatteluissa runsaasti esille. Henkilöstön vaihtuvuus on nykyisessä työelämässä suurta, ja tiedottamista pidettiin myös tämän vuoksi erittäin tärkeänä. Esim. tietoiskuja eri organisaatioista pidettiin konkreettisenä kehittämiskeinona. Tiedottamisen kehittämisessä myös lähete-/palaute-toimintaa pidettiin hyvänä kehittämiskohteena. Lisäksi toivottiin henkilökohtaisia yhteydenottoja joko sähköpostilla tai puhelimitse mm. yhteystietojen päivittämisestä. Yhteisiä koulutuksia pidettiin yhtenä tutustumisväylänä toisen organisaation toimintatapoihin.

”Ja sitten tuota, kyllähän tietenkin näitä tietoiskuja vois olla, niin kuin lääkärillekin on tammönen, kuukausihallintomeetingi, et siellä vois kymmenen minuutin tietoiskuja käyvä eri viranomaiset antamassa.” (terveydenhuollon toimija, Kuopio)

”Vaatis kyllä tiedottamista, tiedottamista, vähän aikaa eletään tätä, taas tiedotetaan, palataan asiaan. Että se koko ajan se liekki vaan palais ja palais.” (työterveyspuhollon toimija, Kuopio)

Työterveysneuvonta-toimintamallin kehittäminen

Työttömyyden kenttää pidettiin monitasoisena, ja hankkeen prosessituotoksena odotetaan systemaattisia toimintamalleja ja konkreettisia keinoja työttömien työelämävalmiuksien edistämiseen ja ylläpitämiseen. Samalla toivotaan apua ja sel-

keyttä terveydenhuollon vastaanottotoimintaan sekä yhteystietoja asioiden eteenpäin viemiseksi ja mallintamiseksi.

Toimintamallin luomiseen liittyi myös henkilökohtaisten kontaktien luominen ja verkostoituminen. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että työttömien työelämävalmiuksia tukevan verkoston toiminnan selkeyttäminen edellyttää oman organisaation toiminnan tuntemisen lisäksi myös toisen organisaation toiminnan tuntemusta. Toimintamallin luominen edellyttää sitoutumista ja vauvannäköä eri toimijoilta.

”No oikeestaan tärkein on just se, mitä tossa äsken sanoinkin, että pitää vaan hakea niitä henkilökohtaisia kontakteja, eri tahojen kanssa. Elikä, se semmosen, yhteisten toimintamallien määrittelemisen, ja niihin sitoutumisen, niin se on aika keskeinen asia.” (sidosryhmän toimija, Kuopio)

Resurssien kohdentamista erityisesti ajankäytön ja palaverien osalta pidettiin toimintamallin tuomana hyvänä mahdollisuutena. Yhteisiä tapaamisia ja palavereja pidettiin pääosin positiivisena asiana, mutta osa haastateltavista tunnisti myös turhia palavereja, joista ei välttämättä ole hyötyä asiakkaan asioiden eteenpäin viemisessä. Tärkeänä pidettiin sitä, että asiantuntemus paranisi ja yhteistyötä tiivistettäisiin nimenomaan kenttätason toimijoiden työskentelyssä. Vaikka johtotasolla tehdään päätöksiä verkostotyön lisäämisestä, on eri asia saada toiminta nivoutumaan käytännön työhön.

VERKOSTOITUMINEN ON TERVEYDENHUOLLON TOIMIOJILLE UUTTA

Haastatteluissa tuli selkeästi esille, että sidosryhmiin (mm. työ- ja elinkeinotoimisto ja sosiaalitoimi) verrattuna terveydenhuollon vastaajat arvioivat verkostoitumisen tuovan vähemmän etuja työttömien terveyspalvelujen kehittämiseen. Terveydenhuollossa tuli esille myös pelkoa työttömyyden medikalisoimisesta:

”Että ei sekään että lääkäri taikka hoitaja pystyy kaikki ongelmat ratkasemaan ni, ei se ole näin. Pikemminkin se on, lääkäri on selvittäjä, tai konsultantti näissä. Sinänsä jos on sitten ongelma ja sairaus ni sitten se muodostaa hoitosuhteen joka nyt luonnostaanki jo olemassa. Onko se perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa vai jossakin muussa yksikössä niin, mutta, medikalisoimista pitää välttää.” (terveydenhuollon toimija, Kuopio)

Haastateltavat totesivat terveydenhuollon roolin irralliseksi työttömän työelämävalmiuksia tukevassa verkostossa. Terveydenhuollon roolia pidettiin merkitykseltään vaihtelevana. Merkittävä rooli on silloin, kun asiakkaan työkyvystä tarvitaan selkeä kannanotto. Sidosryhmien ja osan terveydenhuollon edustajienkin haastatteluissa tuli esille, että terveydenhuollon toimijat toimivat aktiivisesti sisäisesti ja sidosryhmien toimijat tekevät työtä asiakkaan asioissa verkostomaisesti. Terveydenhuolto on ikään kuin tärkeä yhteistyökumppani verkoston ulkopuolella.

TYÖTERVEYSHUOLLON ROOLI VERKOSTOSSA ON JÄSENTYMÄTÖN

Työterveyshuollon rooli verkostossa ja siirtymissä työttömyydestä työhön ja työstä työttömyyteen on epäselvä. Suurin verkostoitumisen este on ollut työterveyshuollon sopimukseen perustuva maksullinen toiminta niin Kuopiossa kuin seurantapaikkakunnilla. Yhdellä seurantapaikkakunnalla työterveyshuolto teki työttömien terveystarkastuksia ostopalvelusopimuksella. Jotta työterveyshuolto voisi toimia työttömän työelämävalmiuksia tukevassa verkostossa, tarvittaisiin selkeät sopimusmallit toiminnalle. Toisaalta maksullisuus nähtiin sopimusasiana, joka voidaan ratkaista, ja tehdä siten verkostoituminen mahdolliseksi.

”Ja sitte just mietittii tota, esimerkiks perusterveydenhuollo ja työterveyshuollo välille mitä ongelmii siin on, ni siin oli just tämä työterveyshuollon rahoitus nousi aika isoksi tää on tää nettobudjetti missä tää nyt on tää työterveyshuolto että pitää ol.” (toimija seurantapaikkakunnalla)

Myös terveyskeskuksessa työttömien terveystalvelut toteutettiin yhteistyössä perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välillä. Samanlaista yhteistyötä tai uudenlaista verkostotyötä pidettiin toimivana keinona nykyään.

”Täällähän aikanaan oli, tai täytyy myöntää, että en tunne, me puhuttiin ”työttömien neuvolaks”, tais olla ihan alun alkaen se oikea termi, niin kyllä me silloin yhteistyötä tehtiin terveydenhoitajan kanssa.” (työterveyshuollon toimija, Kuopio)

Työterveyshuollon osaamisen hyödyntämistä verkostossa pidettiin hyvänä mahdollisuutena. Työterveyshuollon osaamista voisi hyödyntää työkykyarvioiden tekemisessä sekä kuntoutukseen lähettämässä työttömän työelämävalmiuksia tukevassa verkostossa. Työterveyshuollon tärkeys

konsultaatiokanavana tuli esille osassa haastatelluista. Kuitenkin työterveyshuollon rooli on irrallinen verkostossa. Työterveyshuollon irrallinen rooli näkyy hyvin myös verkostonalyysin tuloksissa (kuvio 1). Kuvioista näkyy, että yhteistyötä tehdään ja että kaikki organisaatiot osallistuvat työttömien työkyvyn ja terveyden edistämiseen, mutta yhteistyö on usein yksisuuntaista.

”Työterveyshuollossa varmaan ois sitä osaamista sitten tämmöiseen, työkyvyn arviointiin ja työllistymismahdollisuuksien arviointiin.” (työterveyshuollon toimija, seurantapaikkakunta)

TYÖTERVEYSNEUVONTATOIMINNAN MAHDOLLISUUDET VERKOSTOITUMISEN KEHITTÄMISESSÄ

Haastateltavien mukaan hankkeessa kehitettävä toimintatapa mahdollistaa ammatillisen osaamisen ja prosessiosaamisen laajentamisen ja vahvistamisen. Tämä puolestaan tukee työssäjaksamista. Verkostomaisen työskentelyn ajateltiin myös vahvistavan ammattiosaamista ja siten tehostavan asiakasohjausta ja neuvontaa. Hanketoiminnan arvioitiin madaltavan hoitoon pääsyn kynnystä, jolloin terveystalveluihin ohjaututtaisiin nykyistä joustavammin. Verkostomainen työskentely osoitti haastateltaville myös moniammatillisen työskentelyn mahdollisuudet ja vahvuudet, kuten osaamisen laajentamisen.

”Se mahdollistaa myös tämmösen ammatillisen osaamisen, prosessiosaamisen näkökulmasta sen laajentamisen ja vahvistamisen, millä sitten on vahvuuksia ihan tämmösiin työssäjaksamiseen ja työstä selviytymiseen, ja samaan aikaan myös sen ammatillisen vahvuuden kehittymisen sitä kautta, että me pystytään entistä paremmin myös ohjaamaan ja neuvomaan ja opastamaan meidän asiakkaita myös näissä haastavissa tilanteissa.” (sidosryhmän toimija, Kuopio)

Hanketoiminnan seurauksena asiakkaiden arvioitiin saavan selvää hyötyä esimerkiksi kuntoutumalla takaisin työelämään. Haastatteluissa ennakoiitiin myös tulevaa työvoimapulaa ja verkostomaisen työskentelyn tärkeyttä saattaa työikäiset henkilöt ajoissa hoidon piiriin. Verkostomaisen työskentelyn ajateltiin tuottavan mallinnuksia työttömien työelämävalmiuksien tukemiseen. Myös eri palveluihin ohjaamisen nähtiin tehostuvan. Nykyistä toimintaa pidettiin pirstaleisena, ja verkostomainen työskentely sekä hankkeen luomat käytännöt voisivat haastateltavien mukaan auttaa jäsentämään palveluja.

”Minusta ne mahdollisuudet tulee tästä just mitä sanoin, eli jos siellä on tällöisiä sairauksia jotka voidaan hoitaa ja korjata ja se työllistymisen este poistuu, niin siitähän tulee se hyöty kaiketi mitä tällä nyt on haettukin, et minusta nää liittyy siihen puhtaasti.” (terveydenhuollon toimija, Kuopio)

”No just se että jos sitä ei tuota tällöisiä päällekkäisiä toimintoja ja sitä kautta saahaan ihmiset sitten paremmin terveydenhuollon piiriin ni, onhan se hyvä mahdollisuus.” (terveydenhuollon toimija, Kuopio)

Verkostomaisen työskentelyn toivottiin tuovan paremmin esille palvelun tarpeessa olevat henkilöt ja tietoa heidän kunnostaan ja työkyvystään. Hankkeen kautta nousi esille myös poliittinen päätöksenteko ja kuntien halu panostaa palvelujen kehittämiseen. Hankkeen toivottiin myös tiivistävän eri organisaatioiden suhteita, erityisesti sidosryhmistä terveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon. Hankkeen luomien toimintatapojen odotettiin myös vaikuttavan positiivisesti organisaatioiden väliseen muuhun yhteistyöhön.

POHDINTA

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan työttömän työelämävalmiuksia tukeva verkostoituminen on alkuvaiheessa. Lisäksi verkostoitumisessa on haasteita ja verkostoitumista pitää kehittää. Verkostoituminen ulospäin on terveydenhuollon toimijoille uutta, eikä työterveyshuollon rooli terveydenhuollon sisällä ja muiden yhteistyötahojen kanssa ole selkiintynyt.

Saumaton palveluketju, jota verkostoituminen edistää, edistää myös asiakaslähtöisyyttä. Tärkeää on täsmentää, kenelle vastuu asiakkaan asioista milloinkin kuuluu, eli parantaa saumatonta palveluketjua yli sektorirajojen. Haastattelut toivat esille työttömyyden monimuotoisuuden ja toisaalta verkostotyön mahdollisuudet helpottaa viranomaisen työtä. Haastattelut korostivat erityisesti asiakkaan hyötyjä, joita osa haastateltavista ei välttämättä pystynyt yhdistämään verkostoitumisen hyötyihin.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että verkostossa toimiminen edellyttää toisen toiminnan tuntemusta ja avointa tiedon liikkumista. Verkostomallin rakentaminen tulee tehdä paikkakuntakohtaisesti. Verkostoituminen kehittyi yleensä syklisesti, kun joukko henkilöitä näkee kehittämisen edut. Tärkeänä pidettiin hanketoimijaa, työterveyshoitajaa tai terveydenhoitajaa, ”hoidon koordinaattori”, joka pystyy koordinoi-

maan ja keräämään tietoa asiakkaasta sekä ohjaamaan häntä eteenpäin palvelujärjestelmissä.

Työttömien terveyspalveluja on kehitetty pitkälti hanketyönä. Tärkeää on saada toiminta pysyväksi käytännöksi kuntiin, jotta tasavertaiset terveyspalvelut turvataan kaikille kuntalaisille ja kansalaisille. Työttömien työelämävalmiuksia tukevan verkoston kehittäminen vaatii kunnalta resursointia. Kaikilla paikkakunnilla kehittämiseen oli palkattu ylimääräinen henkilö, joka työskentelee kehittämiseen varatuilla määrärahoilla. Jyväskylässä palvelut on juurrutettu normaaliin perusterveydenhuollon vastaanottotyöhön kehittämishankkeen myötä. Myös Oulussa ja Vammalassa on juurruttamistyö menossa. Työttömän työelämää tukevan verkoston rakentaminen on haasteellista mutta mielekästä. Haastatteluissa tuli esille, että kehittämiseen tarvitaan kehittämisapua ja koulutusta. Henkilökunta, joka toteuttaa palveluja, on motivoitunut. Työttömillä on paljon terveysongelmia, joista suurta osaa voidaan hoitaa verkostomaisen työskentelyn avulla.

Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä toimi sosiaalisten verkostojen teoria, joka on alajiltaan hyvinvointipalvelujen verkostojen tutkimusta. Verkoston kehittämisestä puhuttaessa sosiaalinen pääoman keskeiset tekijät, kuten luottamus, vuorovaikutus ja kommunikaatio, korostuivat aineistossa. Teoria soveltuu hyvin tulosten tarkasteluun. Tuloksia on tarkasteltu sosiaalisen pääoman keskeisten tekijöiden kautta.

Teemahaastattelut ja verkostoanalyysi sopivat hyvin tämän tutkimuksen toteuttamiseen. Verkostoanalyysi antaa selkeän kuvan tämän hetkestä yhteistyön tilasta työttömän työelämävalmiuksien tukemisen suhteen ja täydentää teemahaastattelujen tuloksia. Verkostoanalyysiin vastaaja edusti yksin koko organisaatioita. Jos vastaajia olisi ollut useampia, olisi se saattanut muuttaa nuolien paksuuksia. Myös eri vastaaja olisi saattanut antaa erilaisen vastauksen. Analyysi käsitti alkukartoituksen tulokset. Loppuarviointi tehdään vuosien 2010 lopussa ja 2011 alussa.

Teemahaastattelukysymykset tehtiin yhteistyössä toisen tutkijan kanssa. Runkoa esitestattiin haastatteleamalla yksi työterveyshuollon edustaja puhelimitse. Haastattelun jälkeen tarkennettiin yhden kysymyksen muotoa. Haastatteluihin osallistuneet henkilöt valikoitiin kiinnostuksen mukaan terveydenhuollosta. Sidosryhmien haastattelut olivat hankkeen yhdyshenkilöitä. Haastatel-

tavat edustivat itse kukin oman alansa asiantuntemusta, mikä monipuolistaa tutkimustuloksia.

Sisällön analyysin suurin haaste on kategorisoinnissa, joka ei ole yksiselitteistä. Tulosten validiteettia paransi se, että haastatteluaineistoista osan koodasi toinen tutkija. Kategoriat olivat molempien tutkijoiden näkemyksen mukaan miltei samat. Aineiston luokittelua ja nimeämistä ohjasivat tutkimustehtävät, ja luokittelua tarkastettiin jälkeinpäin useita kertoja. Aineiston luokittelu edustaa kuitenkin tutkijan valintoja ja tulkintaa. (Kyngäs ja Vanhanen, 1999.) Kun haastatteluaineisto on kohtuullisen pieni, on kaksisainen luokittelu riittävä.

Aikaisemman tutkimuksen valossa mm. (Saiku 2009, Romppainen ym. 2010), tämä tutkimus täydentää tuloksia. Kehittämistoiminnasta on hyötyä, ja se vahvistaa viranomaisverkoston toimintaa. Verkostotyö ja yhteistyö eivät ole sama asia. Yhteistyö voi toimia hyvin ilman verkostoitumista. Yhteistyöhön verrattuna verkostotyö on tavoitteellisempaa ja johdetumpaa.

Pelkkä yhteinen hyöty ja visio eivät kuitenkaan riitä pitämään verkostoa koossa tai käynnistämään sitä (Karjalainen 1996). Verkostolla pitää olla vetäjä, toiminnan tulee organisoitua ja sitä tulee arvioida. Näin verkostoituminen motivoi osallistujia ja sille voidaan asettaa toiminnallisia tavoitteita. Haastateltavat eivät ottaneet esille verkoston johtamiseen liittyviä asioita. Haastateltavat korostivat omaa vastuuta asiakkaan asian eteenpäin viemisessä. Kuitenkin yhteisten tapaamisten tai koulutusten järjestämisen ajateltiin kuuluvan johtajille, jotka mahdollistaisivat verkostomaisen työskentelyn. Haastateltavat puhuivat sekä yhteistyön että verkostotyön kehittämisestä. Kaikki haastateltavat eivät kuitenkaan miellä työttömien työelämävalmiuksia tukevaa toimintaa verkostotyöksi.

Terveydenhuollon toiminta on perinteisesti ollut hierarkkista ja byrokraattista, ja sen toimintaa on ohjattu tarkoilla säädöksillä. Tämä luo toimintatapoihin jäykkyyttä ja hidastaa verkoston rakentamista. Työttömien terveyspalveluihin liittyy erityispiirteitä, joissa terveydenhuollon palvelujärjestelmän tulee joustaa. Työttömien työelämävalmiuksien tukemisessa palvelun tulee ohjautua asiakaslähtöisesti organisaatiolähtöisen toimintatavan sijaan. Aineistosta nousi esille terveydenhuollon laaja rooli ja se, että työttömien asioiden hoitaminen on yksi pieni osa laajaa vastaanottotoimintaa. Vaikka halua ja tahtoa olisi

hoitaa asiaa eteenpäin, ei siihen löydy välttämättä tarvittavaa aikaa. Työttömän työelämävalmiuksia tukevassa toiminnassa terveydenhuollon palvelu toteutetaan kuitenkin moniammatillisessa, sektorirajat ylittyvässä yhteistyössä (Sinervo 2009). Moniammatillisessa työskentelyssä pidettiin tärkeänä sitä, että toiminnan fokuksessa on asiakas. Yhteistä, yleisen tason neuvottelua pidettiin turhana toimintana.

Työturvallisuutta ja työterveyshuoltoa säätelee oma lainsäädäntö. Suomessa työterveyshuolto toimii melko kattavasti: palkansaajista 92 prosenttia kuuluu työterveyshuollon piiriin, ja pienistä 1–9 työntekijän yrityksistä työterveyshuollon kattavuus on 63 prosenttia (Kauppinen ym. 2010). Työturvallisuus ja työterveyshuollon palvelut ovat keskeisiä työikäisen väestön terveyden ja työkyvyn edistämässä, mutta palvelut eivät ulotu työterveyshuollon ulkopuolella oleviin ja työttömiin. Kaikilla kuntalaisilla on samat oikeudet käyttää perusterveydenhuollon palveluja, mutta työkykyä ylläpitävät toiminnot eivät sisälly peruspalveluihin. Työttömien terveyspalveluja on kehitetty lyhytjänteisesti, eikä palvelujen vaikuttavuudesta ole juuri tutkittua tietoa (Karjalainen ja Melametsä 2001, 15–25). Työterveyshuollon rooli työttömien terveyspalvelujen toteuttamisessa on tärkeää, koska palvelujen toteuttamisessa tarvitaan osaamista työkyvyn arvioinnista, ylläpidosta ja edistämisestä. Kuntoutukseen ohjaaminen ja varhainen puuttuminen terveyttä ja työkykyä uhkaaviin riskitekijöihin työssä ovat työterveyshuollon vahvaa osaamista, jota tarvitaan niin ikään työttömien työelämävalmiuksien tukemisessa. Työterveyttä edistävien palvelujen tulisi kuulua kaikille työvoimaan kuuluville henkilöille. (Työterveys 2015.)

Se, kuinka työterveyshuollon osaaminen tulevaisuudessa kytetään työttömän asiakkaan palveluprosessiin, vaatii vielä lisätutkimusta. Työterveyshuollon osaaminen korostuu erityisesti työkykyarvioiden tekemisessä. Tällä hetkellä työterveyshuollon asiantuntemuksen tarve perusterveydenhuollossa tiedostetaan osittain, mutta käytännön kokemukset asiantuntemuksen käytöstä vakiintuneesti ovat vähäiset. Jatkossa olisi syytä tutkia tarkemmin työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon yhteistyön toimivuutta työttömän työelämävalmiuksien tukemisessa. Myös eri toimijoiden väliset vastuualueet ja roolit olisivat tärkeä tutkimuksen kohde.

According to research results, networking within the authorities' operations to support the work capacity of the unemployed is still at an early stage, but development of this is considered important. Both basic and occupational health care are seen as significant, but they remain external to the network. Health care is lagging behind other interest groups in its support of the work capacity of the unemployed. The biggest challenges to development were seen as accessing the activities of different organizations, increasing

information dissemination, and lack of time. The role of occupational health care in supporting the network has not yet been seen established, although occupational health care specialists' knowledge is of benefit in the evaluation, maintenance, and promotion of work capacity, early intervention in risk factors at work, and in guiding rehabilitation. Primary Health Care and Occupational Health Care have co-operated in many client cases, but this still requires development.

KIRJALLISUUS

- Borgatti, S P, Everett M G, Freeman. L C. UCINET 6.0 Version 1.00. Natick Analytic Technologies 1999.
- Burt R, Structural H. The Social Structure of Compensation. Harvard University Press, Cambridge 1992.
- Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology* 1988;94:95–130.
- Eronen A, Hokkanen L, Kinnunen P, Lehto-Pusa P, Rönneberg L, Särkelä L. Hyvinvoinnin verkostoja näkyvissä. Kuntien ja järjestöjen näkemyksiä sosiaalisen tuen tuottamisesta. Hyvinvoinnin tukiverkostot julkaisuja. Helsinki 1995:1.
- Hellsten K. Sosiaalisen pääoman käsitteestä. Teoksessa Kalaoja J, Simpura J.(toim.) Sosiaalinen pääoma -käsite ja sen soveltaminen sosiaali- ja talouspolitiikassa. Valtion taloudellinen tutkimuslaitos, Helsinki 1998, 29–35.
- Heponiemi T, Wahlström M, Elovainio M, Sinervo T, Aalto A–M, Keskimäki I. Katsaus työttömyyden ja terveyden väliin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja Työ ja yrittäjyys 2008:14.
- Hsieh, HF, Shannon, SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 2005;15:9:1277–1288.
- Hämäläinen, K, Nykyri E, Uusitalo R, Vuori, J. Ovatko vaikuttavuusarvot kohdallaan? Esimerkkinä työnhakukoulutus. Työpoliittinen tutkimus. Työministeriö, Helsinki 2007:329.
- Johanson J.-E, Mattila M, Uusikylä P. Johdatus verkostoanalyysiin. Kuluttajatutkimuskeskus. Menetelmäraportteja ja käsikirjoja, Helsinki 1995:3.
- Johanson J.-E, Siivonen V. Sosiaalisen pääoman kenttä, seuraukset ja perusta. Työelämän tutkimus 2004;1:12–24.
- Kalimo R, Vuori J. Työttömyys ja terveys. Tutkimuskatsaus. Työterveyslaitos, Helsinki 1992.
- Karjalainen V. Verkoston lupaus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 68, Jyväskylä 1996.
- Karjalainen V, Saikku P, Pasuri A, Seppälä A. Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset. Raportteja, Stakes 2008:20.
- Karjalainen V, Melametsä M. Työttömillekin työterveyden palveluja – hyvinvointipalvelun yhteinen tehtävä. Työpoliittinen aikakauskirja 2001:2.
- Kauppinen T, Hanhela R, Kandolin I, Karjalainen A, Kasvio A, Perkiö-Mäkelä M, Priha E, Toikkanen J, Viluksela M. (toim.). Työ ja terveys Suomessa. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala 2010.
- Kohtamäki M. Strategisen toimittajaverkoston ohjauksen kehittämismenetelmän testaus ja kehittäminen. Kehittämishankeraportti. Ammatillinen opettajakorkeakoulu, Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2007.
- Kokko R-L. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä – Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Kuntoutuksen oppikirja. Valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia, Helsingin yliopisto 2003:72.
- Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999;11:1:3–12.
- Linnamaa R, Sotarauta M. Verkostojen utopia ja arki. Tutkimus Etelä-Pohjanmaan kehittäjäverkostosta. Alueellisen kehittämisen tutkimusyksikkö. Sente-julkaisuja, Tampereen yliopisto 2000:7.
- Lowe A. An explanation of grounded theory. *Svenska handelshögskolan, Helsingfors* 1996.
- Naphiet J, Ghoshal S. Social Capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *Academy of Management Review* 1998;23:242–266.
- Ollus M, Ranta J, Ylä-Anttila P. (toim.) Verkostojen vallankumous. Sitra, Helsinki 1998.

- Pirttilä I. Diskurssianalyysin mahdollisuudet tutkittaessa organisaatioiden kehittämistä ja sosiaalista pääomaa. *Hallinnon tutkimus* 2006;25:4:33–47.
- Pirttilä I., Asikainen E. Verkostot kunnallisen työterveyshuollon mahdollisuutena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2002;39:135–146.
- Portes A. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology* 1998;24:1–24.
- Portes A, Sensenbrenner, J. Embeddedness and Immigration: Notes on the Social Determinants of Economic Action. *American Journal of Sociology* 1993;98:1320–1350.
- Romppainen K, Jähi R, Saloniemi A, Virtanen P. Encounters with unemployment in occupational health care: Nurses' constructions of clients without work. *Social Science & Medicine* 2010;70:605–608.
- Ruuskanen P. Verkostotalous ja luottamus. Kopijyvä Kustannus Oy, Jyväskylä 2002.
- Saikkku P. Asiakasyhteistyötä uudella lailla? *STM selvityksiä* 2006:47.
- Saikkku P. Terveyspalvelut työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22. Yliopistopaino, Helsinki 2009.
- Sinervo L. Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämisvaiheen loppuraportti ja paikalliset toimintamallit. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 23. Yliopistopaino, Helsinki 2009.
- Sotarauta M. (toim.). Kaupunkiseutujen kilpailukyky ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Suomen kuntaliitto, Helsinki 1999.
- Työterveys 2015 – työterveyshuollon kehittämislinjat. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, Helsinki 2004:3.
- Virtanen P. Verkostoista voimaa? Teoksessa Virtanen P. (toim.) Verkostoituva asiakastyö. Kirjayhtymä Oy, Helsinki 1999.
- Vuori J, Price RH, Mutanen P, Malmberg-Heimonen I. Effective Group Training Techniques in Job-Search Training. *Journal of Occupational Health Psychology* 2005;10:261–275.
- Vuori J, Silvonen J, Vinokur AD, Price RH. The Työhön Job Search Program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement? *Journal of Occupational Health Psychology* 2002;7:5–19.
- Walter JM, Kickert, E, Klijn H, Koppenjan J. Managing complex networks: Strategies for the public sector. Sage Publications 1997:206.

KIRSI NIIRANEN

TtM, tutkija

Työterveyslaitos

Terveys ja työkyky -osaamiskeskus

HANNA HAKULINEN

TtM, projektipäällikkö

Työterveyslaitos

Terveys ja työkyky -osaamiskeskus

MATTI S. HUUSKONEN

LKT, MSc, ylilääkäri

Työterveyslaitos

Terveys ja työkyky -osaamiskeskus

ANTTI JAHKOLA

LL, OTK, erikoislääkäri

Työterveyslaitos

KIMMO RÄSÄNEN

LT, työterveyshuollon ma. professori

Itä-Suomen yliopisto, Kuopion kampus

Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö

SEURANTAPAIIKKAKUNNAT

Teemahaastattelukysymykset työterveysneuvontahankkeessa perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja sidosryhmien toimijoille

- 1) Miten työterveyshuollon ulkopuolella olevien työikäisten (työttömät, pätkätyöttömät) terveyspalvelut toteutuvat paikkakunnalla?
 - tehdäänkö terveystarkastuksia?
 - miten asiakkaat ohjautuvat terveystarkastuksiin?
 - mikä on terveystarkastuksen sisältö? Onko kysymyksiä liittyen työllistymiseen?
 - ovatko tarkastukset säännöllisiä?
 - mitä jatkotoimenpiteitä tarkastuksiin liittyy (esim. kuntoutus)?
 - miten asiakkaan sitoutuminen terveystarkastuksessa suositeltuihin toimenpiteisiin huomioidaan?
- 2) Millaista yhteistyötä viranomaisten ja muiden hoitotahojen kanssa tehdään työikäisten työterveyshuollon ulkopuolella olevien henkilöiden asiakasprosessissa?
 - yhteiset neuvottelut
 - asiakasyhteistyöryhmä
 - koulutukset
 - toimiiko lähete/palautekäytäntö
 - jotakin muuta
- 3) Onko viranomaistyössä esteitä?
 - mikä ei – toimi?
 - mikä on syy toimimattomuuteen?
 - miten yhteistyötä voi kehittää?
 - toimiiko asiakkaan saumaton palveluketju?
 - nivoutuvatko terveyspalvelut osaksi aktiivoivia ja työllistäviä prosesseja

Kysymys terveydenhuollon henkilöstölle (perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoille)

- 1) Millaista yhteistyötä työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon välillä tehdään?
 - työttömien terveyspalvelujen toteutumisen osalta
 - asiakkaiden tietojen siirto
 - jatkohoitoon ohjaaminen
 - konsultaatiot työterveyshuollosta
 - ostopalvelut työterveyshuollosta

KUOPIO**Teemahaastattelukysymykset Kuopion työterveysneuvontahankkeessa perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja sidosryhmien toimijoille**

- 1) Mitä odotuksia/toiveita sinulla on työterveysneuvonnan osalta hankkeessa?
 - mahdollisuudet
 - uhkat
 - vahvuudet
 - heikkoudet
 - työttömien terveyspalvelujen historia
- 2) Ketä muita toimijoita (nykyisten toimijoiden lisäksi) pitäisi olla mukana työterveysneuvonnassa asiakasprosessin näkökulmasta?
- 3) Millaista yhteistyötä viranomaisten ja muiden hoitotahojen kanssa tehdään työikäisten työterveyshuollon ulkopuolella olevien henkilöiden asiakasprosessissa?
 - neuvottelut
 - asiakasyhteistyöryhmä
 - koulutukset
 - toimiiko lähete/palautekäytäntö
- 4) Onko viranomaisyhteistyössä esteitä?
 - mikä ei toimi?
 - mikä on syy toimimattomuuteen
 - miten yhteistyötä voi kehittää
 - toimiiko asiakkaan saumaton palveluketju
 - nivoutuvatko terveyspalvelut osaksi aktivoivia ja työllistäviä prosesseja

Kysymys terveydenhuollon henkilöstölle (perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoille)

- 1) Millaista yhteistyötä työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon välillä tehdään?
 - työttömien terveyspalvelujen osalta
 - asiakkaan tietojen siirto
 - jatkohoitoon ohjaaminen
 - konsultaatiot työterveyshuollosta
 - ostopalvelut työterveyshuollosta

II

Työttömien terveyspalvelujen kehittäminen – verkosto mahdollisuutena

Niiranen, K., Hakulinen, H., Manninen P. & Räsänen, K.

Työelämän tutkimus 2014: 12 (1), 3–22.

Työelämän tutkimus -lehti on antanut artikkelin uudelleenjulkaisuluvan

Kirsi Niiranen, Hanna Hakulinen, Pirjo Manninen & Kimmo Räsänen

Työttömien terveyspalvelujen kehittäminen – verkosto mahdollisuutena

Abstrakti

Artikkelin tavoitteena on kuvata ja ymmärtää terveydenhuollon sisäisiä verkostoja työttömien terveyspalvelujen toteuttamisessa ja kehittämisessä. Artikkelin perustuu Kuopiossa toteutetun Työterveysneuvontahankkeen loppuarviointiin vuonna 2011. Hankkeen keskeisin toiminta pohjautui terveystapaamisiin työterveyshoitajan kanssa. Asiakaskunta hankkeessa oli 15–25 vuotiaita työttömiä sekä keski-ikäisiä, työvoimapolitiisessa koulutuksessa olevia henkilöitä. Aineisto kerättiin Kuopion terveydenhuollon ja sidosryhmien sekä seurantapaikkakuntien (Joensuu, Jyväskylä, Oulu, Vammala) edustajien teemahaastatteluilta sekä Kuopiossa toteutetulla verkostokyselyllä. Työttömien terveyspalvelujen toimintaympäristö ja työttömien terveyden erityispiirteet sekä verkostotutkimus muodostavat teoreettisen viitekehyksen tutkimukselle. Tulosten mukaan työttömien terveyspalveluissa lähtökohtana on asiakaskeskeisyys ja organisaation rajapinnoilla toimiminen. Terveydenhuollon mahdollisuudet arvioida työ- ja toimintakykyä ovat rajalliset, sillä terveydenhuollon keinoin ei kaikkia asiakkaan asioita voida ratkaista. Työ- ja elinkeinotoimiston ja terveydenhuollon yhteistyötä pitää lisätä, sillä prosessivastuu työttömän asioissa kuuluu työ- ja elinkeinotoimistolle. Työterveyshuollon ja muun perusterveydenhuollon roolijakoa pitää selkeyttää. Työttömäksi jäävän terveydenhuollon kehittäminen tulee tapahtua työterveyshuollosta käsin yhteistyössä muun perusterveydenhuollon kanssa. Palvelun kehittäminen vaatii organisaation rajojen madaltamista, koordinoitua pysyviä toimintamalleja sekä sopimuksia.

Avainsanat: Työttömien terveyspalvelut, verkostot, terveyden edistäminen

Johdanto

Terveyspalvelujen epätasa-arvoisuuden vähentäminen on yksi terveydenhuollon tämän hetken tärkeimmistä kehittämiskohteista Suomessa. Työikäisten terveydenhuolto ei toimi vielä tasa-arvoisesti työllisten ja työttömien kesken. Työikäisten terveydenhuolto on jakautunut Suomessa kunnallisen terveydenhuollon, työterveyshuollon ja yksityisen terveydenhuollon välille. Työsuhteessa olevat henkilöt ovat pääosin eri palvelu-

tuottajien organisoiman työterveyshuollon piirissä, kun taas työttömät käyttävät pääasiassa kunnallisia terveyskeskuspalveluja. Ennaltaehkäiseviä palveluja käytetään sitä enemmän, mitä korkeampaan tuloluokkaan henkilö kuuluu. Kuitenkin terveysongelmia on enemmän matalamman tuloluokan henkilöillä ja työttömällä. Myös monet tutkimustulokset ovat todistaneet, että hyvinvoinnin ja terveyden erot eri sosiaaliluokkien välillä

ovat kasvaneet (Kangas ym. 2002; Kunst ym. 2001; Martelin ym. 2005; Rotko ym. 2011; Valkonen & Kauppinen 2001).

Terveydenhuoltolain 13 §:n 2 momentin mukaan terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia on järjestettävä myös opiskelutai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Työttömien terveyspalveluja on Suomessa järjestänyt perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, työvoiman palvelukeskukset (TYP), kuntien sosiaalitoimet, työ- ja elinkeinotoimistot (TE-toimisto) ja yksityiset palvelun tuottajat. Myös välityömarkkinat eli avoimien työmarkkinoiden ja työttömyyden väliin sijoittuvat työllistäjätahot (mm. kolmas sektori) ovat toteuttaneet työttömien terveyspalveluja. Välityömarkkinoilta pyritään siirtämään avoimille työmarkkinoille. Ne ovat tarkoitettu lähinnä vaikeasti työllistyville työnhakijoille. Välityömarkkinat voivat tarjota heille sekä riittävää sosiaalista tukea että pysyvää toimeentuloa. Työttömien terveyspalveluja on järjestetty myös osana hanketointia lukuisissa hankkeissa.

Työssä käyvien työterveyshuoltopalvelujen kokonaiskattavuus oli 91 prosenttia palkansaajista vuonna 2012. Pienten, alle 10 henkilön yritysten osalta kattavuus oli heikompi (63 %). Työterveyshuollon piiriin kuuluvista palkansaajista 86 prosentilla oli mahdollisuus myös sairaanhoitoon osana työterveyshuoltoa. Kansainvälisesti tarkastellen kattavuus on hyvä. (Kauppinen ym. 2012.) Työttömien osalta ennaltaehkäisevien palvelujen kattavuus on heikompi. (Saikku & Sinervo 2010).

Työ- ja elinkeinoministeriön työryhmä teki vuonna 2011 ehdotukset työttömien työkyvyn arvioinnin ja terveyspalvelujen järjestämiseksi. Työryhmän mukaan TE-toimistolla on vastuu työttömän työnhakijan työkyvyn arvioinnissa ja työmarkkinoille kuntouttaviin palveluihin liittyvissä asioissa. TE-toimiston tehtävänä on tunnistaa ne työttömät, joiden työkyky tulee arvioida ja ohjata heidät terveystarkastukseen. Terveystarkastuksen jälkeen TE-toimistossa arvioidaan uudelleen,

vaikuttavatko tulokset asiakkaan palvelutarpeeseen. Tarvittaessa asiakas ohjataan Kelan, työeläkelaitoksen tai kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

Vaikka sosiaali- ja terveysministeriön kyselyssä vuonna 2009 yli puolet kunnista ilmoitti järjestäneensä työttömien terveystarkastuksia, oli joka kolmannessa työttömien terveystarkastuksia toteuttaneessa kunnassa ja kuntayhtymässä toiminnan jatkuminen epäselvää (Saikku 2010). Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankkeessa vuonna 2012 tehdyn seurantatutkimuksen mukaan lähes kaikilla hankepaikkakunnilla työttömien terveystarkastukset ja -palvelut olivat jatkuneet hankkeen jälkeen (Saikku 2012). Vuonna 2013 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos teki valtakunnallisen kyselytutkimuksen terveyskeskustoimijoiden näkökulmasta. Kyselyn mukaan työttömien terveystarkastukset ja niihin liittyvät palvelut ovat yleistyneet kunnissa vuoteen 2009 verrattuna. Terveystarkastuksia toteutettiin 89 prosentista kunnissa, mutta tarkkoja tietoja käyntimääristä ei ole. (Sinervo & Hietapakka 2013.) Työttömien terveyspalvelujen prosesseista, niiden toimivuudesta ja kehittämistarpeista ei myöskään ole kattavaa tietoa. Tämä tutkimus täydentää tutkimustiedon vajetta.

Tämän artikkelin tavoitteena on kuvata ja ymmärtää terveydenhuollon sisäisiä ja ulkoisia verkostoja ja sitä, kuinka ne tukevat työttömän asiakkaan terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä. Artikkelissa vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin: 1) Millainen on terveydenhuollon sisäinen ja ulkoinen yhteistyö työttömän/työttömäksi jäävän henkilön kohdalla a) työterveyshuollon, b) muun perusterveydenhuollon c) sidosryhmien näkökulmasta ja 2) Miten kehittämistoiminta muuttaa verkostoa? Tapauksena on Työterveysneuvonta -hanke (2008–2010) Kuopiossa. Kohderyhmänä olivat 15–25 vuotiaat nuoret ja nuoret aikuiset sekä työvoimakoulutuksessa olevat keski-ikäiset (noin 45–55 vuotiaat) henkilöt. Seurantapaikkakuntina olivat Joensuu,

Jyväskylä, Oulu ja Vammala, joissa kehitettiin samaan aikaan työttömien terveyspalveluja. Näin saatiin lisätietoa terveydenhuollon sisäisen verkoston toimivuudesta.

Artikkelissa kuvataan työttömien terveyspalvelujen toimintaympäristöä ja verkostoja sekä terveydenhuollon sisäistä yhteistyötä käsittelevä empiirinen verkosto- ja haastatteluanalyysi. Viranomaisyhteistyötä tarkastellaan perusterveydenhuollon, työterveys- huollon ja muiden sidosryhmien näkökulmasta asiakaslähtöisesti. Sidosryhmien haastatellut toivat tietoa siitä, miten terveydenhuollon verkosto toimii ulkoapäin katsottuna.

Työttömien terveyspalvelujen toimintaympäristö

Tässä luvussa tarkastellaan työttömien terveyspalvelujen toimintaympäristöä ja työttömien terveyden erityispiirteitä sekä verkostoa aiemman tutkimuksen valossa. Nämä muodostavat teoreettisen viitekehyksen tutkimukselle.

Työttömien terveyspalvelujen järjestäminen on kunnan lakisääteistä toimintaa: *”Työttömän terveystarkastuksella tarkoitetaan kliinisillä tutkimuksilla tai muilla tarkoituksenmukaisilla ja luotettavilla menetelmillä suoritettua terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn tarkastusta sekä terveyden edistämiseen liittyvää terveydentilan selvittämistä. Yleensä terveystarkastuksen tekee terveydenhoitaja, mutta se voi olla myös lääkäri.”* (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

”Lääkäri vastaa sairauksien hoidosta, arvioi työ- ja toimintakykyä ja ottaa tilanteen mukaan kantaa jäljellä olevaan työkykyyn ja sen edistämiseen työkyvyttömyyden osoittamisen ohella. Mikäli tarvitaan laaja-alaista työ- ja toimintakyvyn arvioita tai ammatillisen kuntoutuksen arvioita, tarvitaan moniammatillista yhteistyötä ja sopimista eri viranomaisten välillä.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Romppaisen ym. (2011) mukaan aikaisempi terveydenhuoltoa koskeva tutkimus on ollut kiinnostuneempi nimeämään syitä, miksi ihmiset eivät osallistu terveydenhuol-

lon interventioihin, kuin ymmärtämään niitä. Työttömät ovat terveyspalvelujen alikäyttäjiä, kun taas työssä käyvät käyttävät ennaltaehkäiseviä terveyspalveluita enemmän kuin työttömät. Kuitenkin työttömät kokevat terveytensä huonommaksi kuin kokopäivätyössä olevat (Heponiemi ym. 2008). Työttömillä on myös keskimäärin huonommat elämäntavat (liikkumattomuutta, tupakointia, ylipainoa) kuin työssä olevilla (Heponiemi ym. 2008; Rosenthal ym. 2012). Kinnusen ym. (2004) mukaan sekä työn epävarmuus että pitkittyvä työttömyys ovat yhtä haitallisia terveydelle. Tulokset osoittivat, että mitä enemmän työssä on epävarmuustekijöitä, tai mitä pitempään työttömyys on kestänyt, sen enemmän ihmisillä esiintyy somaattisia oireita. Selvää on, että tarvitaan erilaisia sopeutumis- ja hallintakeinoja, joilla ihmiset kestävät työttömyyttä. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan terveyspalvelun ja verkostotoiminnan mahdollisuuksia yhtenä tukemismuotona.

Työttömien terveyspalveluja järjestetään eri toimijoiden toimesta. Perusterveydenhuollolla on kuitenkin keskeinen rooli palvelujen tuottamisessa. Saikku (2009) puolestaan korostaa työterveyshuollon tärkeyttä työttömien terveyspalveluissa työelämäosaamisen vuoksi. Terveyspalvelujen tuottaminen työttömille on monimutkaista työelämän monimuotoisuuden ja muuttumisen vuoksi: esimerkiksi epätyypillisiä työsuhteita, pätkätyötä ja osittaista työttömyyttä on paljon ja perinteisiä ammatteja syrjäytyy ja uusia ammatteja syntyy. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon lähentymistavat eivät ole välttämättä riittävän asiakaslähtöisiä työttömien terveyspalvelujen toteuttamisessa. Vaikka terveydenhuollon rakenteellisia ja taloudellisia edellytyksiä voidaan muuttaa suhteellisen nopeasti, on sosiaalisten tapojen (menettelytavat, asenteet) muuttaminen hidasta. (Romppainen ym. 2010.) Lisäksi ongelmat, jotka ovat selkeästi sosiaalisia, eivät ratkea terveydenhuollon palvelujen avulla. On kuitenkin huomioitava, että työttömät ovat heterogeeninen ryhmä ja heillä on erilaisia palvelutarpeita.

Näyttö työttömien terveyspalvelujen vaikuttavuudesta on toistaiseksi vähäistä, mutta joitakin kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta on olemassa. Esimerkiksi Kreuzfeld ym. (2012) mukaan työttömien terveysinterventioista on osoitettu olevan hyötyä: iäkkäiden pitkäaikais-työttömien verenpaine, sydän- ja verisuonitautiriski, selkäkivut sekä masennusoireet vähenivät fyysistä aktiivisuutta lisäävän ohjelman myötä. Horns ym. (2012) esittävät samankaltaisia tuloksia terveellisten elämäntapojen lisääntymisestä intervention avulla. Rothländer tutkimusryhmineen (2012) käytti koeasetelmaa, jossa interventioryhmässä käytettiin kognitiivis-behavioristisia menetelmiä terveyden edistämiseen. Tutkijat löysivät merkittävän eron terveydentilan kokemisen suhteen siten, että interventioryhmän osallistujien koettu terveys oli parempi. Tukitoimenpiteiden vaikuttavuudesta työllistymiseen löytyy näyttöä muun muassa Dalen ym. (2008) tutkimuksen perusteella. Samaa näyttöä työelämävalmiuksien kohenemisesta työttömien kohdalla on saatu myös Suomessa Työhön-menetelmällä (Vuori ym. 2002). Näiden tutkimusten perusteella osallistavat tukitoimet näyttävät tuovan terveys- ja hyvinvointihyötyjä.

Aiempi kansainvälinen ja suomalainen tutkimus on siis osoittanut kiistattoman yhteyden työttömyyden ja terveyshaittojen välillä. Tämän tutkimuksen yhtenä kohderyhmänä olivat 15–25 -vuotiaat nuoret. Erityisesti nuorten työttömyyttä pidetään epätoivottavana, sillä nuorten työttömyydellä on kauaskantoiset seuraukset ja pitkäaikainen työttömyys lisää merkittävästi sosiaalisen syrjäytymisen riskiä yhteiskunnassa (Kieselbach 2003). Nuorten työttömien ajankäyttöön liittyy paljon passivoivia elementtejä, kuten television katselua tai ”ei minkään tekemistä”. Tämän tyyppinen ajankäyttö on yleensä yhteydessä huonoon terveyteen ja siksi nuorten terveyden ylläpitoon pitää kiinnittää erityistä huomiota. (Scalan ym. 2011). Sipilän ym. (2011) mukaan ilman perusasteen jälkeistä koulutusta on hyvin vaikeaa saada asemaa työmarkkinoilla 2000-luvun Suomessa. Kysymykseksi

jää, miten merkittävä on terveyspalvelujen osuus eri-ikäisten työttömien terveyden edistämässä, tukemisessa ja ohjaamisessa.

Verkostot tutkimuksessa

Verkosto-käsitteellä on pitkä historia. Käsitteen synty liitetään yhteiskuntatieteissä John Barnesin 1950-luvulla tekemiin tutkimuksiin. 1970-luvulla verkostotyö-käsite alkoi vakiintua sosiaali- ja terapiatyön piirissä. Verkostotyö voidaan määritellä ammattilaisten kesken tehtäväksi verkostotyöksi tai asiakkaan ja hänen verkostoonsa kohdistuvaksi verkostotyöksi. (Seikkula & Arnkil 2005.)

Verkostoteoriat nousevat pääasiassa sosiaalitieteen, oikeustieteen ja taloustieteen tutkimuksesta (Kohtamäki 2007). Verkottumista ja verkostoja tutkittaessa on tunnistettu kolme verkostotutkimuksen alalajia: 1) hyvinvointipalvelujen verkostojen tutkimus, 2) yritysverkostojen tutkimus ja 3) verkostoteoreettinen ja verkostometodologinen tutkimus (Pirttilä ja Asikainen 2002). Tässä artikkelissa tarkastellaan ammattilaisten keskenään tekemää verkostoyhteistyötä hyvinvointipalvelujen verkostojen näkökulmasta. Tämä lähestymistapa soveltuu hyvin työttömien terveyspalveluja koskevaan tutkimukseen.

Verkosto perustuu keskinäiseen lojaalisuuteen, solidaarisuuteen, luottamukseen ja keskinäisen työn vuorovaikutukseen. Yhteistyö ei ole sama asia kuin verkostoituminen. Hyvä yhteistyö voi organisoitua muutenkin kuin verkostossa. (Linnamaa & Sotarauta 2000.) Verkostossa eri toimijoita yhdistää sama teema, ja toimijat ovat aktiivisesti vuorovaikutuksessa välittäen toisilleen tietoa. Verkostotyössä olennaisia ovat yhteiset tavoitteet, jaetut arvot ja yhteinen koulutus sekä tunnusmerkkeinä tasa-arvoisuus, toisen arvostaminen, luottamus ja uskallus rakentavaan kritiikkiin. (Parkkari ym. 2001; Virtanen 1999.)

Määtän (2007) mukaan verkostotyössä on kyse laajasta ja syvästä palveluparadigman

muutoksesta (ks. myös Karjalainen 2006). Vaikka verkostomaista toimintaa tavoitellaan, yksilöllistyminen, elämäntapojen moninaisuus ja valinnanmahdollisuudet ovat toteutuneet nyky-yhteiskunnassa niin pitkälle, että verkostoituminen voidaan saavuttaa vain hetkittäin ja rajatulla toiminta-alueella. Verkosto on siis luotava aina uudelleen. On havaittu, että verkostoissa voidaan nähdä toisiaan leikkaavia, sivuavia ja toisilleen vastakkaisia ryhmiä, verkostoja ja yhteisöjä, joita on mahdollista kokeilla ja koetella luottamuksellisessa vuorovaikutuksessa. (Määttä 2007.) Pitkälle sektoroituneen palvelujärjestelmän on vaikea vastata moniongelmaisten asiakkaiden tarpeisiin. Tämä koskee muun muassa ehkäisevää työtä, johon työttömien terveyden edistäminen kuuluu. Useissa tutkimuksissa yhteistyön hankaluuksia kuvataan ammattikuntien eroavina kielinä ja kulttuureina. (Bronstein 2003; Burnett & Appleton 2004; Hall 2005.)

Sektoroitunut palvelujärjestelmä on pakottanut organisaatiot luomaan uusia ammatteja (palveluneuvoja, case manager, työkykyneuvoja), jotka työskentelevät organisaatioiden rajapinnoilla tai organisaatioiden solmukohtissa. Esimerkiksi kaupunkien sosiaalitoimissa, työterveyshuolloissa ja Kelalla on näitä ammattiryhmiä. He voivat työskennellä moniongelmaisten asiakkaiden kanssa yli organisaatorajojen. Työskentely vaatii uutta näkökulmaa ja halua oppia toisen organisaation kieltä. Näiden ammattiryhmien toimintaa ei ole toistaiseksi tutkittu.

Tutkimuksen aineisto ja menetelmät

Vuosina 2007–2010 työttömien terveystapaamisia kehitettiin 18 eri osahankkeessa Terveystapaamisten ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoimassa pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankekokonaisuudessa. Hankekokonaisuudessa oli mukana Työterveyslaitoksen johtamana ”Työterveysneuvonta-toimintamallin kehittäminen perusterveydenhuoltoon” -hanke (Sinervo

2009). Työterveysneuvonta-hanke ajoitui vuosille 2008–2010. Hankkeessa järjestettiin perusterveydenhuollon yhteyteen työttömien ennaltaehkäisevät terveystapaamiset. Erityispiirteensä oli se, että perusterveydenhuollossa työskentelevällä työterveyshoitajalla oli mahdollisuus konsultoida työterveyshuoltoa ja lähettää asiakas tarvittaessa työterveyslääkärin vastaanotolle. Perusterveydenhuolto ja kunnallinen työterveyshuolto tekivät sopimuksen, jolla työterveyshuolto pystyi laskuttamaan perusterveydenhuoltoa tehdystä konsultaatioista/työstä. Asiakaskunta hankkeessa oli nuoria 15–25-vuotiaita työttömiä sekä keski-ikäisiä, työvoimapolitiittisessa koulutuksessa olevia aikuisia. Asiakaskunta muodostui hankepaikkakunnan (Kuopio) tarpeiden pohjalta. Perusterveydenhuollossa työskenteli työterveyshoitaja, joka otti asiakkaita vastaan eri ohjautumistahoilta: muun muassa TE-toimistosta, sosiaalitoimistosta, oppilaitoksesta ja välityömarkkinoilta.

Työterveysneuvonta-hankkeen keskeisin toiminta pohjautui terveystapaamisiin työterveyshoitajan kanssa. Terveystapaamisessa kartoitettiin asiakkaan terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä. Tapaamisen jälkeen suunniteltiin asiakasyhteistyössä mahdollinen jatkohoitotoimenpiteet tai jatkotapaamiset joko terveydenhuollossa tai muissa organisaatioissa, ja samassa yhteydessä sovittiin myös seurannasta. Hankkeen alussa ja lopussa kartoitettiin viranomaisverkostossa tapahtuvaa yhteistyötä. Tässä artikkelissa kuvataan hankkeen päätösvaihetta.

Työterveysneuvonta -hankkeen alkuvaiheen tuloksia käsittelevässä artikkelissa keskiössä oli työttömien työkykyä tukeva viranomaisverkosto (Niiranen ym. 2011). Tutkimuksen (emt.) mukaan terveydenhuollon verkostoituminen oli alkuvaiheessa. Perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaa ja työterveyshuoltoa pidettiin tärkeinä, mutta verkoston ulkopuolisina yhteistyökumppaneina. Kehittämiskohteina pidettiin eri organisaatioiden toimintaan tutustumista, tiedottamisen lisäämistä sekä aikaresurs-

sien parantamista. Työterveyshuollon rooli verkostossa ei ollut vakiintunut, vaikka työterveyshuollon erityisosaaminen on eduksi työkyvyn arvioinnissa, ylläpidossa ja edistämässä, varhaisessa puuttumisessa työn riskitekijöihin ja kuntoutukseen ohjaamisessa. Tämä tutkimus keskittyy hankkeen seurantavaiheeseen ja verkostossa tapahtuneeseen muutokseen.

Haastatteluja kerättiin hankkeen eri vaiheissa. Tässä artikkelissa käytetään haastatteluja, jotka kerättiin hankkeen seurantavaiheesta vuodelta 2011. Verkostoanalyysin tuloksissa vertailua tehdään vuosien 2009 ja 2011 välillä, koska se on tarkoituksenmukaisista tulosten esittämisen loogisuuden ja kehityksen esiin saamisen kannalta. Tässä artikkelissa käsitellään eri-ikäisten työttömien näkökulmaa yhtenä ryhmänä. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla ja verkostokyselyllä. Teemahaastatteluaineiston muodostivat a) Kuopion terveydenhuollon ja sidosryhmien edustajien haastattelut ja b) seurantapaikkakuntien (Jyväskylä, Joensuu, Oulu, Vammala) edustajien haastattelut. Verkostokysely tehtiin kahdeksan eri organisaation edustajalle Kuopiossa teemahaastattelujen yhteydessä. Kuopiossa haastateltiin perusterveydenhuollon, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, työterveyshuollon (n=13) ja sidosryhmien (n=5) toimijoita. Sidosryhmä muodostui työ- ja elinkeinotoimiston, Kelan, sosiaalitoimen, koulutoimen, työvoiman palvelukeskuksen ja välityömarkkinoiden edustajista. Tämän lisäksi haastattelut tehtiin seurantapaikkakuntien edustajille (n=6). Haastateltavia oli 1–2 paikkakunnallaan. Haastateltavat olivat terveyskeskuksen ja työterveyshuollon joh-

tajia ja toimijoita sekä työttömien terveydenhuoltohankkeessa työskenteleviä projektityöntekijöitä. Muilta paikkakunnilta saatiin tietoa työttömien terveystalvelujen tämänhetkisestä tilanteesta ja mahdollisesta palvelujen juurtumisesta. Näin saatiin lisätietoa terveydenhuollon sisäisen verkoston toimivuudesta, vaikka tarkempi tarkastelu liitettiin Kuopiossa toteutettuun hankkeeseen. Tutkimuksen aineisto on kuvattu taulukossa 1. Tulosten esittämisessä Kuopio tarkoittaa Kuopion tilannetta ja seurantapaikkakunnat tarkoittavat Jyväskylän, Joensuun, Oulun ja Vammalan tilannetta.

Haastattelun teemoina olivat työttömien terveystalvelujen nykytilanne, yhteistyö ja toiminnan kehittämisajatukset. Teemat olivat samat kuin alkuhaastatteluissa. Haastattelut tehtiin puhelimitse loppuvuodesta 2010 ja alkuvuodesta 2011 ja haastateltavat olivat pääosin samat kuin ensimmäisellä haastattelukierroksella (2008/2009). Aivan kaikkia samoja haastateltavia ei tavoitettu muun muassa muuttuneen työtilanteen vuoksi. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatarkasti.

Sisällönanalyysissa käytettiin Atlas/ti-ohjelmaa. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jossa aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sen avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus. Kuvaus kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2003.) Aineisto käsiteltiin kolmena ryhmänä: 1) terveydenhuollon aineisto, 2) sidosryhmien aineisto ja 3) seurantapaikkakuntien aineisto. Analyysi tehtiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti.

Taulukko 1. Aineiston muodostuminen

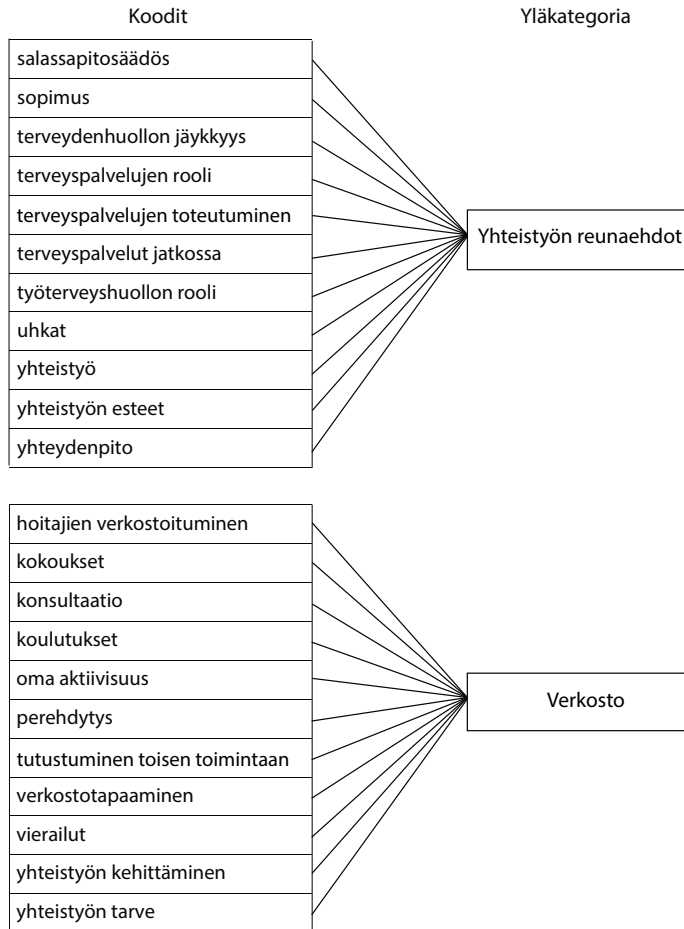
Haastattelut	– Terveydenhuollon edustajat – Kuopio (n=13) – Sidosryhmien edustajat – Kuopio (n=5) – Seurantapaikkakuntien edustajat: Joensuu, Jyväskylä Oulu, Vammala (n=6)
Verkostoanalyysi	– Perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon, työ- ja elinkeinotoimiston, Kelan, sosiaalitoimen, koulutoimen, työvoiman palvelukeskuksen ja välityömarkkinoiden edustajat – Kuopio (n=8)

Litteroidut tekstit syötettiin Atlas/ti- ohjelmaan, jonka jälkeen aineisto koodattiin. Ensimmäisen vaiheen koodauksessa tarkasteltiin tekstin sisältöä ja merkityksiä sekä valittiin toisistaan erottuvia haastattelutekstin osia. Nämä osat käsitteellistettiin eri koodeilla. Seurantapaikkakuntien aineistosta nousi 35 koodia, terveydenhuollon aineistosta 75 koodia ja sidosryhmien aineistosta 39 koodia. Toisessa osuudessa tutkija arvioi kriittisesti, oliko koodeille annettu oikea koodinimi ja osa nimistä vaihdettiin sekä samansisältöisiä koodeja yhdistettiin. Tämä tapahtui manuaalisesti tulostamalla kaikki koodatut ilmaukset ja lajittelemalla ne samaa tarkoittaviin nippuihin. Näin syntyivät yläkategoriat.

Seurantapaikkakunnille syntyi 5 yläkategoriaa, terveydenhuollon aineistolle 7 kategoriata ja sidosryhmille 5 kategoriata.

Verkostoanalyysi

Verkostoanalyysia voidaan sanoa joukoksi tutkimusmenetelmiä, joiden avulla pyritään kokoamaan ja hahmottamaan sosiaalisten rakenteiden moninaisuutta sekä näkemään sosiaalisten ilmiöiden riippuvuus toisistaan (Johansson ym. 1995). Tässä tutkimuksessa verkostokyselyyn vastattiin organisaatiolähtöisesti. Työterveysneuvonta-hankkeen alussa vuonna 2009 tehtiin samanlainen verkos-



Kuvio 1. Esimerkki kategorioiden syntymisestä terveydenhuollon aineistossa

tokysely (Niiranen ym. 2011). Molemmilla kyselykierroksilla vastaajia oli kahdeksan ja kukin heistä edusti eriorganisaatiota. Verkostokyselyssä kysyttiin yhteistyön nykytilannetta työttömän tai työttömäksi jäävän henkilön työelämävalmiuksien tukemisen osalta. Verkostokysely toteutettiin teemahaastattelujen yhteydessä syksyllä 2010 ja alkuvuodesta 2011.

Verkostoaineisto tallennettiin havaintomatriisiksi taulukkolaskentaohjelmaan käyttäen Ucinet 6 -verkostoanalyysiohjelmistolla (Analytic Technologies). Verkostoanalyysi toteutettiin tilastollisesti (Borgatti ym. 1999.) Vuorovaikutusverkostojen aineistot koodattiin binäärisiksi 0/1-aineistoiksi ennen verkostotunnuslukujen laskemista. Yhteistyötä kuvattiin nuolien paksuudella, missä paksu nuoli tarkoitti tiivistä yhteistyötä ja ohut nuoli heikkoa yhteistyötä. Tässä tutkimuksessa verkostoanalyysi ja laadullinen analyysi täydensivät toinen toisiaan. Samanlaisten tutkimusmenetelmien käyttö alku- ja loppukartoituksissa lisää tutkimuksen luotettavuutta. Verkostoanalyysin organisaatiot olivat keskeisesti työttömien tai työttömäksi jäävien henkilöiden kanssa yhteistyössä ja rajapinoilla työskenteleviä organisaatioita.

Tulokset

Haastattelujen tulokset

Tulokset esitetään siten, että työterveyshuollon, muun perusterveydenhuollon ja sidosryhmien näkökulmat nousevat esille. Tuloksia tarkastellaan erityisesti viranomaisten välisen yhteistyön ja verkostojen näkökulmasta. Tuloksissa esitetty terveydenhuollon toimija tarkoittaa sekä työterveyshuollon että perusterveydenhuollon näkemystä. Sitaateissa työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon toimijat mainitaan erikseen. Sidoryhmien toimijat käsitellään yhtenä ryhmänä tunnistettavuuden välttämiseksi.

Asiakaslähtöinen toiminta

Haastatteluissa keskeisesti esille nousivat asiakkaan tarpeet ja tarpeisiin perustuva palvelu. Sekä työterveyshuollon että perusterveydenhuollon toimijat totesivat, että heillä on rajalliset mahdollisuudet arvioida työ- ja toimintakykyä. He kokivat, että terveydenhuollon keinoin ei voida ratkaista kaikkia asiakkaan asioita. Erityisesti seurantapaikkakunnilla haastateltavat tiedostivat työkyvyn arvioinnin hankaluuden ja sen, että se vaatii moniammatillista työskentelytapaa. Myös eri-ikäisten työttömien tarpeet nostettiin esille haastatteluissa. Toimijat toivat esille, että nuorilla ja vasta työttömäksi jääneillä palvelutarpeet ovat erilaiset kuin pitkään työttöminä olleilla henkilöillä.

Asiakkaan ohjautuminen oikeaan palveluun herätti kovasti huolta sekä terveydenhuollon että sidoryhmien haastateltavissa, erityisesti nuorten kohdalla. Haastatellut toivat esille organisaatioiden kankeuden esimerkiksi nuorten ohjaamisessa mielenterveyspalveluihin tai kuntoutukseen, sillä jonotusajat olivat useita kuukausia. Toimijoilla oli huoli asiakkaiden työkyvyn säilyttämisestä ja tukemisesta, jotta he voisivat palata työelämään. Aineistositaatti havainnollistaa tätä:

”Ku meil on paljon tämmösiä hyviä Kela-kuntoutuksen mahollisuuksia olemassa esimerkiksi nuorille, mielenterveyskuntoutusta, psykoterapiaa, nii ongelmana mää nään sen, että ku näihin kaikkiin pitää olla se psykiatrin lausunto, et esimerkiksi meillä ei oo perusterveydenhuollossa psykiatria, joka pystys tekemään tämmösen pikaisen arvion näitten nuorten kohalla ja tekemään sitte sen lausunnon sinne Kelalle, että nuori sais mahollisimman pian sitä hoitoa, kuntoutusta, mahollisesti psykoterapiaa. Että nuorten kohalla mää nään tämän hyvin ongelmalliseksi, että ku joutuu odottamaan pitkään sinne mielenterveyspalveluihin pääsyä, että saa sitte ne hoidot ja kuntoutuksot alotettua.” (terveydenhuollon toimija, seurantapaikkakunta)

Työterveyshuollon näkökulmasta esille nousivat terveyden puolesta työrajoitteiset nuoret, joiden tilanne pitäisi huomioida jo ammatinvalintaa tehtäessä. Kuopiossa erityisesti väli-työmarkkinoiden edustajat olivat tyytyväisiä hankkeen aikaisiin terveystalviin. Aiemmin jatkuvaa mahdollisuutta käyttää terveystalviä ei ole ollut. Myös sidosryhmät toivoivat terveydenhuollon kontaktihenkilöä, jonka luo asiakkaan pystyisi ohjaamaan.

Seurantapaikkakunnilla asiakkaan ohjautuminen terveydenhoitajan palveluihin tapahtui pitkälti lähetteen kautta. Haastatteluissa nousi esille se, että sovitut käytännöt helpottivat toimintaa. Yhdellä paikkakunnalla lähetekäytäntöä oli kokeiltu myös työterveyshuollosta perusterveydenhuoltoon. Työttömäksi jäävien asiakkaiden kohdalla työterveyshuollon ja muun perusterveydenhuollon yhteistyön kehittäminen nähtiin työterveyshuollon tehtävänä ja perusterveydenhuollossa aloitetta toivottiin nimenomaan työterveyshuollon suunnalta.

Toimivan palveluketjun edellytykset

Toimivan palveluketjun edellytyksinä pidettiin muun muassa asiakkaan ohjausta ja seuranta, palvelujen juurruttamista pysyväksi toiminnaksi, katkeamatonta palveluketjua sekä tiedottamista. Haastateltavat toivat esille asiakkaan ohjaamisen ja seurannan tärkeyden. He olivat huolissaan palveluketjun katkeamisesta työttömäksi jäävän henkilön ja erityisesti nuorten tilanteesta. Monet tiedostivat ongelmakohtia ja organisaatioiden jäykkyyttä toimia rajapinnoilla. Yleisesti sidosryhmät näkivät, että omalääkärijärjestelmä toimii Kuopiossa hyvin. Tärkeänä pidettiin kontaktihenkilöä, koordinoijaa terveydenhuollon sisällä, joka ohjaa asiakkaan prosessia eteenpäin ja on kontaktissa sidosryhmiin. Sidosryhmät korostivat, että terveydenhuollon tulee olla kiinteästi mukana työkyvyn tukemisen palveluprosessissa. Tärkeimpänä palveluketjun toimimisen kan-

nalta nähtiin palvelujen juurruttaminen pysyväksi toiminnaksi paikkakunnalle. Useat toimijat Kuopiossa toivat esille pettymyksenä siitä, ettei hanketoiminta jäänyt pysyväksi toiminnaksi.

Haastateltavat nostivat esille, että työttömille asiakkaille suunnattua tiedottamista tulisi tehostaa. Terveystarkastuksiin ei osata hakeutua, koska niistä ei tiedetä. TE-toimiston rooli ohjaavana tahona korostui. Työterveyshuollon toimijat näkivät selkeästi erityisesti lyhyiden työsuhteiden tai esimerkiksi tukityöllistettyjen aseman ongelmallisuuden palvelujen saannissa. Eräs haastateltu kuvasi tilannetta näin: *”Ihmiset ikään kuin katoavat...”*. Ongelma koskee erityisesti sellaisia henkilöitä, joilla ei ole erityisiä terveysongelmia:

”Mutta sit jos on näitä perussairauksia, verenpainetauti ja muita, ni sit tietysti suullisesti ohjataan että omalääkärille jatkossa, mut jos heillä ei oo sillä hetkellä perussairauksia niin kun nuorillahan esimerkis välttämättä ei oo mittään vielä, niin ne jää kyllä aika paljon varmaan oman onnensa varaan.” (työterveyshuollon toimija, Kuopio)

Työterveyshuollossa on ollut toimintatapana varata tarvittaessa asiakkaalle seuraavaan hoitopaikkaan valmiiksi aika palvelun jatkuvuuden turvaamiseksi. Perusterveydenhuollossa on tullut esille kuitenkin asiakkaita, joiden hoidot ovat jääneet kesken irtisanomistilanteessa, kun työterveyshuolto on loppunut. Lisäksi työterveyshuollon ja muun perusterveydenhuollon selkeät rajat ja työterveyshuollon sopimus pohjainen toiminta rajoittavat yhteistyötä. Työterveyshuollon ja muun perusterveydenhuollon toimijat olivat melko tietämättömiä toistensa toimintatavoista. Palveluketjun toimimiseen liittyy yhtenä tekijänä tiedon siirto. Tiedon siirron koettiin toimivan pääsääntöisesti hyvin terveydenhuollon toimijoiden mukaan, mutta hankaluutena nähtiin heikot resurssit tiedon siirron ja palveluketjun toimimisen kannalta. Kun suu-

ri työmäärä kuormittaa henkilöstöä, ei aina välttämättä tule huomioitua kaikkia asioita, joita työttömän asiakkaan tilanteeseen liittyy. Toimijat toivoivat selkeää toimintamallia, mitä työttömien terveyspalveluissa tulisi huomioida.

”Kyllä, siellä pitäis olla semmonen hyvä linkki, hyvä toimintatapa, toimintamalli, että jos ihminen jää työttömäksi, eli tippuu työterveyshuollon ulkopuolelle, niin siellä ois joku joka ottais sen kopin valmiiks, valmiina. Et se ei tippuiskaan tähän työttömän tämmöseen sairasteluputkeen tai johonkin näin, vaan et se ois heti se saappaanvaihto tai mitä se nyt sitten onkaan terminä nimeltään, mut et se ois semmonen saumaton, reiätön.” (terveydenhuollon toimija, Kuopio)

Terveydenhuollon sisällä työttömiä asiakkaita ohjattiin monenlaisiin jatkohoitopaikkoihin tai ryhmätoimintoihin. Seurantapaikkakunnilla, joilla työttömien terveyspalvelut olivat jo juurtuneet käytännön toiminnaksi, asiakas siirtyi työvoimatoimiston vastuulle terveydenhuollon toimenpiteiden jälkeen. Toimintaa ohjasivat selkeät sopimukset.

Jatkuva kehittäminen

Hankkeessa tunnistettiin selkeitä kehittämis-kohteita. Ensinnäkin terveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijat epäilivät sidosryhmi- en mahdollisuutta tunnistaa terveyspalvelujen tarpeessa olevia asiakkaita. Toinen tärkeä kehittämiskohde nähtiin lähetteiden ja palautteiden laadinnassa. Tiedonsiirto eri organisaatioiden välillä oli edelleen kehittämistä vaativa asia. Moniammatillisuus ja sosiaalisen näkökulman huomioiminen esimerkiksi tiimityön kautta olisi ollut tärkeää hankkeen aikana. Yhteistyön lisääminen vaati edelleen jatkuvaa kehittämistä ja käytäntöjen vakiinnuttamista.

Terveydenhuollon haastateltavat pitivät tärkeinä tiimityötä, työparia sekä psykiatrista

ja sosiaalista näkökulmaa työttömien terveyspalvelujen toteuttamisessa ja kehittämisessä. Haastavat asiakastapaukset vaativat monialaista näkökulmaa. Varsinkin työkykyarvioiden tekemisessä moniammatillisen työn tarve korostuu. Terveydenhoitajan koordinoima terveystapaaminen ei riitä korvaamaan laaja-alaista työkyvyn arviointia.

Toiminnan näkyväksi tekeminen

Haastateltavat pitivät hankkeen tuomaa näkyvyyttä työttömien terveyspalvelujen järjestämisessä erittäin hyvänä asiana. Lisäksi tyytyväisiä oltiin siihen, että tieto asiasta oli tavoittanut päättäjät. Eräs päättäjien edustaja totesi, että hankkeen ansiosta Kuopioon perustettiin työttömien terveydenhoitajan toimi. Näistä myönteisistä tuloksista huolimatta perusterveydenhuollossa koettiin, että hankkeesta tiedettiin edelleen vähän ja eikä sille ollut odotuksia. Työttömien terveyspalvelujen merkitys, erityistarpeet ja lakisääteisyys eivät olleet selviä kaikille haastateltaville Kuopiossa. Useaan kertaan todettiin, että samat terveyspalvelut koskevat kaikkia kuntalaisia eikä tämän ryhmän osalta ole ollut mitään ongelmia palvelujen järjestämisen suhteen. Ymmärryksen lisääntymisen myötä myös asenteet palvelua kohtaan muuttuivat. Kaikkiaan näyttää siltä, että terveydenhuollossa ne toimijat, jotka henkilökohtaisesti työskentelivät osana työttömien terveyspalveluja, tunnistivat haasteet ja asiakkaiden tarpeet. Jos henkilökohtaista kokemusta ei ollut, ei myöskään ongelmia tai kehittämistarpeita tunnistettu. Toiminnan näkyväksi tekeminen ja tiedon levittämisen tärkeys oli yksi hankkeen keskeinen tulos.

Verkoston mahdollisuudet

Vuoden 2011 toteutetuissa uusintahaastatteluisissa termi ”verkosto” mainittiin useammin kuin vuonna 2009. Yhteistyöverkoston ra-

kentaminen nähtiin tärkeänä, samoin perheydytys asioihin. Yhteisiä koulutuksia, kokouksia ja tutustumiskäyntejä toisiin organisaatioihin toivottiin enemmän. Resurssien niukkuus verkostoitumisessa koettiin esteenä:

”Elikkä kun verkostotyö on parhaimmillaan just siellä eri sektoreitten rajapinnoilla, niin tuntuu, että työ- ja elinkeinotoimistonki resurssit eniten menee suoraan työnvälitykseen, hyvät töihin ja niin edelleen.” (sidosryhmän toimija, Kuopio)

Verkoston laajuus suuressa kaupungissa verrattuna pieneen kuntaan luo omat ongelmasa. Jo yhteystietojen päivittäminen on oma kysymyksensä henkilöstön vaihtuvuuden ollessa suurta. Verkoston ylläpitäminen nähtiin kuitenkin mahdollisena, johon vaikuttaa esimerkiksi oma aktiivisuus ja jatkuva kehitystyö. Terveydenhuollon rooli verkostossa on ollut aiemmin melko näkymätöntä. Kehittämishankkeiden myötä myös terveydenhuollon toimijoita on saatu enemmän mukaan epävirallisiin, moniammatillisiin verkostotapaamisiin, joissa käsiteltiin asiakasyhteistyötä ja eri organisaatioiden toimintatapoja. Sidosryhmät ovat olleet erityisen tyytyväisiä yhteistyön tiivistämiseen. Myös kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän toiminta oli tehostunut hanketoiminnan myötä muutamalla paikkakunnalla (Oulu, Vammala). Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyö oli myös lisääntynyt seuranta- ja paikkakunnalla.

Yhteistyön reunaehdot

Työterveyshuollon ja muun perusterveydenhuollon yhteistyö oli pitkälti asiakkaiden tietojen siirtoa papereilla. Asiakkaan luvalla tietojen siirron koettiin onnistuvan hyvin. Muita yhteistyömuotoja oli muun muassa yhteisten hoitolinjojen sopiminen. Toimijat näkivät yhteistyön lisäämisen hyvänä asiana, jos yhteisiä foorumeita löytyy. Kuitenkin käytännön

rajoitteena olivat työterveyshuollon sopimukset ja toimiminen tulosvastuullisesti. Lisäksi salassapitosäädös sitoo toimijoita, toisaalta sen velvoitteeseen on helppo nojata, mikä estää yhteistyötä. Yksi haastateltavista toikin selkeästi esille terveydenhuollon jäykkyyden työttömän asioiden eteenpäin viemisessä:

”Esteenähan se on että henkilö, jos haluaa asiakkaiden asioita eteenpäin, niin se on tämä sosiaali- ja terveysalalla on niin jäykkä tämä byrokratia ja moninkertainen jontenki tämä systeemi, että se on ollu sellanen este, että varsinki sitte justiin näitä jotka on ihan oikeasti, vaikka heti tarttis apua tai olis motivoitunu johonki ni ei onnistu suoraan, että se on tietty kaavan mukaan minkä vuoksi edetään ja sitte jäädään jonottamaan pahimmillansa vaikka se puoli vuotta.” (Terveydenhuollon toimija, Kuopio)

Yhteistyön helpottamiseksi ehdoteltiin lakimuutosta ja hoitajien valtuuksien lisäämistä, jotta moniportainen hoitoon hakeutuminen helpottuisi. Terveydenhuollon rooliin otettiin paljon kantaa. Terveydenhuolto nähtiin tukitoimintana ja vastuu työttömien työllistymisestä kuuluu muualle. Työterveyshuollon asiantuntemuksesta nähtiin olevan hyötyä silloin, kun henkilö on siirtymässä työelämään, työttömyys on vasta alkamassa tai kestänyt vähän aikaa. Moniongelmaisten ja pitkäaikaistyöttömien kohdalla ei työterveyshuollon asiantuntijuudella nähty olevan hyötyjä.

Terveydenhuolto nähtiin nimenomaan terveys- ja sairausasioissa auttavana tahona. Perusterveydenhuollossa joillakin toimijoilla oli tunne liiallisesta medikalisoimisesta, työttömien sosiaalisten ongelmien muuttamisesta terveydenhuollon ongelmiksi. Terveydenhuollossa vallitsee voimakkaasti sairausperusteinen työasenne, mikä saattaa hankaloittaa palvelun konkreettista kehittämistä.

”No siis minusta täällä talon sisällä ei erotella ihmisiä sen perusteella onko he työssä

vai eivätkö ole työssä, ovatko työttömiä vai eivätkö ole työttömiä, että varmaan se toiminnan lähtökohta on se ihmisten auttaminen, ja pääasiassa näissä terveys, sairausky-symyksissä. Eli tavallaan toimitaan lainausmerkeissä normaalilla tavalla näittenki osalta, et ei minusta siinä ollu mitään semmosta erityistä ongelmaa tai kehitettävää, tai site liittyy koko talon toimintaan kokonaisuudessa, et ei nyt tähän asiakasryhmään erityisemmin ehkä liity mitään erityistä ongelmaa sitten.” (terveydenhuollon toimija, Kuopio)

Resurssien puute on yksi työttömien ennaltaehkäisevien palvelujen järjestämisen este. Eräs haastateltava kertoi näin:

”Niihin ei oo resurssoitu rahaa, ois pitäny palkata lisää työntekijöitä ja sitten sitä mietittiin siinä vaiheessa, että aluesairaanhoidajat, joista suurin osa oli terveydenhoitajia, että he alkasivat tehdä sitten työttömien terveys-tarkastuksia, mutta katottiin, et heidän työ-kuvansa on jo tällä hetkellä niin laaja, koska he paljon hoitivat tällönsiä, vähän niin kun aikasemmin lääkäreiden tekemiä kontrolleja, et ne hoiti diabeetikoita, verenpaineasiakkaita, astmaatikkoja ja niin edelleen, niin he kokivat, että heil ei oo kerta kaikkiaan resurssija tehdä näitä terveystarkastuksia. Siihen ois pitäny palkata lisää ihmisiä”(työterveyshuollon toimija, seurantapaikkakunta).

Toiminnan juurruttamisen ja kehittämisen kannalta riittävät resurssit on tärkein tekijä. Hyvät suunnitelmat eivät toimi ilman konkreettisia työntekijöitä. Kuntien taloudellinen tilanne ja rahoituksen ohjautuminen voi romuttaa koko toiminnan.

Organisaatioiden toimintatavan muuttaminen

Sidosryhmien toimijat tunnistivat terveydenhuollon edustajia enemmän organisaatioiden kulttuurin ja toimintatapojen mer-

kityksen työttömien työkyvyn tukemisessa. Sidosryhmien edustajat näkivät terveydenhuollon toiminnan pääasiassa hyvänä ja toimivana, mutta näkivät asenteissa vielä paljon kehittämistä. He tunnistivat toisen osaamisen arvostamisen olevan vaikeaa, mikä nostaa raja-aitoja toimijoiden välille. Asenteet näkyivät myös terveydenhuollon toimijoiden sisällä eri ammattikuntien kesken. Lääkärit eivät välttämättä tunnista, miksi työttömät asiakkaat tarvitsevat erityispalvelua muihin terveydenhuollon asiakkaisiin nähden. Eräs terveydenhuollon toimija kuvasi työttömän tilanteen tunnistamisessa asennetta näin:

”Mitä sen, mitä ihmisessä tapahtuu silloin kun hän jää työttömäksi. Nimenommaan tätä psyykkistä, psyykkisessä hyvinvoinnissa mitä tapahtuu, mitä tapahtuu sosiaalisessa hyvinvoinnissa. Et sieltä, jos nähtäis ja ymmärrettäis että siellä ne murenemiset tapahtuu.” (terveydenhuollon toimija, Kuopio)

Palvelujen kehittäminen omalla paikkakunnalla nähtiin ylipäätään tärkeänä asiana ja se että työttömien erityisasema palvelujen käyttäjinä huomioidaan. Palvelurakenteen muuttaminen organisaatiokeskeisestä ajattelusta enemmän ulospäin suuntautuvaksi toiminnaksi nousi esille, sillä työttömien asioiden hoitamisessa tarvitaan asiakkaan tarpeisiin perustuvaa aktiivista otetta ja paneutumista. Esimerkkinä oli muun muassa Kelassa meneillään oleva KYKY-hanke, jossa palveluja kehitetään yksilöllisempään suuntaan. Organisaatorajat ja niiden madaltaminen nähtiin tärkeänä sidosryhmien haastatteluissa.

”Mikä tässä esimerkiks on opittu tässä hankkeessa nyt, että miten se toimintamalli toimis oikeasti niin, että ne eri toimijat näkee sen asiakkaan tilanteen läpi tämän organisaatioviidakon. Elikkä tavallaan ne organisaatorajat pitäis hävittää sieltä ja nähdä se asiakkaan prosessi, että miten se kulkee läpi näitten eri organisaatioitten.” (sidosryhmän toimija, Kuopio)

Matalan kynnyksen hoitopaikkoja, jonne pääsee ilman ajanvarausta tai lähetettä, pidettiin myös tarpeellisina. Terveystieteiden järkevyys ja moniportaisuus on johtanut tilanteeseen, että asiakkailta vaaditaan aktiivisuutta päästä palvelujen piiriin. Matalan kynnyksen hoitopaikkojen ajatellaan helpottavan tilannetta. Myös lähete-palautte-käytäntöjen toivottiin yleistyvän ja helpottuvan. Erästä sidosryhmän toimijaa järkytti se, kuinka nykyisessä hyvinvointiyhteiskunnassa voi olla lukutaidottomia nuoria. Yksilö voi hävitä palveluvidakkoon. Organisaatiokeskeisyys ajaa työntekijät puolustamaan omaa toimintaansa eikä niinkään asiakkaan asemaa. Vastuu asiakkaan asioiden hoidossa yli organisaatiorajojen nähtiinkin avaintekijänä-puhuttiin prosessivastuusta:

”Ja no prosessivastuullinen työtapo ylipäättään, jotka nää liittyy tietysti kaikki kaikkien, yhteinen asiakkuus ja prosessivastuullinen työtapo. Eli et voidaan selkeästi prosessivastuuta toimijoiden välillä sopia ja tällöinen työmaailma tai toimintaympäristö, se on mun ihanne” (sidosryhmän toimija, Kuopio)

Toimijat näkivät, että osaamista perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välillä voisi jakaa esimerkiksi konsultaatioiden kautta. Yhteistyön tehostamisen edellytyksenä nähtiin lakimuutoksen tekemistä tai maksusitoumuksien laatimista.

”No, nythän se on hyvin tällöinen lainsäädännöllinen ohjaus siihen, joka määrittää sen, mikä se on se työterveyshuollon perustehtävä, että pitäis varmaan isompia lainsäädännöllisiä muutoksia tulla, jotta se yhteistyö paranisi.” (työterveyshuollon toimija, seurantapaikkakunta)

Työterveyshuolto toimii sopimus pohjaisesti työnantajain kanssa. Työttömien terveystalveluilla ei ole suoranaista maksajaa. Tämän mallin muuttaminen vaatisi laajoja rakennemuutoksia.

Verkostoanalyysin tuloksia

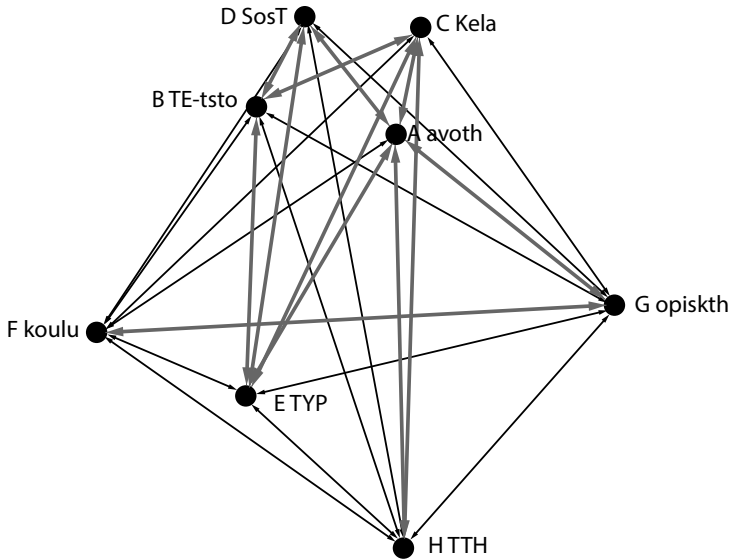
Verkostokyselyssä yhteistyön tilannetta kysyttiin kysymyksellä ”Tekeekö organisaatiosi yhteistyötä työttömien/työttömäksi jäävien *työkyvyn ja terveyden ylläpitämiseksi?*”. Viivan paksuus viittaa suhteen vahvuuteen. Enemmän tekemisissä olevat ovat lähempänä toisiaan. Nuolet voivat olla myös yksi- tai kaksisuuntaisia. (Kuvio 2.) Verkostoanalyysin tutkittavat organisaatiot olivat Kuopion perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto, koulutoimi, Kela, sosiaalitoimi, työ- ja elinkeinotoimisto sekä työvoiman palvelukeskus. Kuvioista näkyy, että vastaanotto toiminta, sosiaalitoimi, TE-toimisto sekä Kela ovat työttömien työkyvyn tuen kanssa enemmän tekemisissä keskenään kuin muut organisaatiot. Perusterveydenhuolto on keskiössä. Perusterveydenhuollon yhteistyö sosiaalitoimen ja Kelan kanssa on tiivistä, mutta yhteys työ- ja elinkeinotoimeen on löyhä.

Työterveyshuollon asema verkostossa on vuonna 2011 keskeisempi kuin vuoden 2009 verkostoanalyysissä (Kuvio 3). Kehittämishanketoiminta lisäsi yhteistyötä työttömän/työttömäksi jäävän henkilön työkyvyn ylläpitämiseksi. Vastaanotto toiminnan osalta kuviossa näkyy, että vuonna 2011 kaksisuuntaisia nuolia, eli molemminpuolista yhteistyötä, on enemmän kuin vuonna 2009. Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminta on erittäin keskeisessä asemassa työttömän työelämävalmiuksien tukemisessa, mikä asettaa sille myös vaatimuksia. Hankkeen jälkeen perusterveydenhuollossa on todennäköisesti tiedostettu aiempaa paremmin myös terveydenhuollon mahdollisuudet työttömän työkyvyn tukemisessa. TE-toimisto ja perusterveydenhuolto ovat lähentyneet toisiaan, mutta yhteydenottojen tiheys ei ole lisääntynyt. Myös sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon yhteistyö on tiivistynyt.

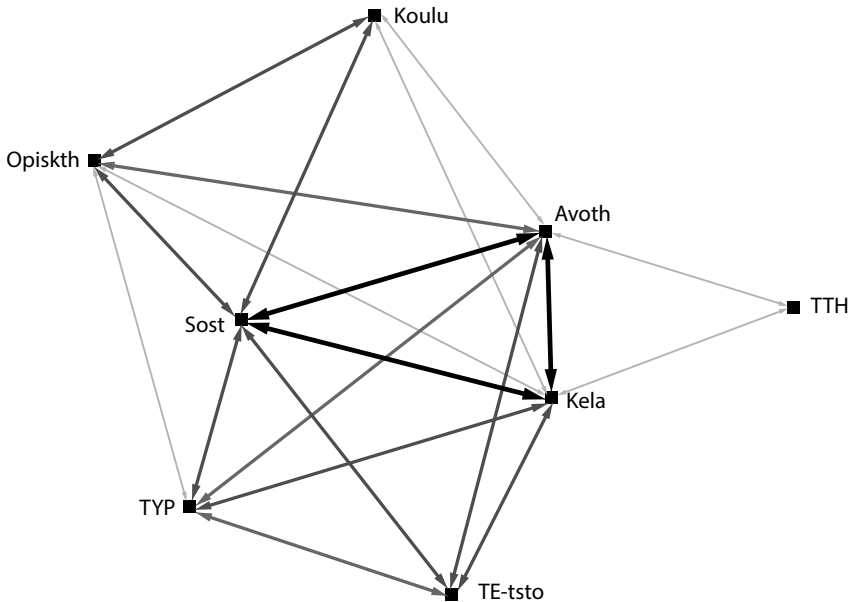
Yhteistyötä kuntoutuksessa kysyttiin kysymyksellä: ”Tekeekö organisaatiosi yhteistyötä työttömän/työttömäksi jäävän henkilön kun-

toutuksessa?”. Kuviosta 4 näkyy, että vuonna 2011 työterveyshuolto on miltei keskiössä ja nuolet ovat kaksisuuntaisia. Alkutilanteessa työterveyshuolto oli kaukainen organisaatio (Kuvio 5). Toisin sanoen, työterveyshuolto

to on lisännyt yhteistyötä kaikkien organisaatioiden kanssa hankkeen aikana tai sen jälkeen. Hankkeen aikana järjestetyt yhteiset tapaamiset ovat todennäköisesti tehneet työterveyshuollon työn ja osaamisen tutum-



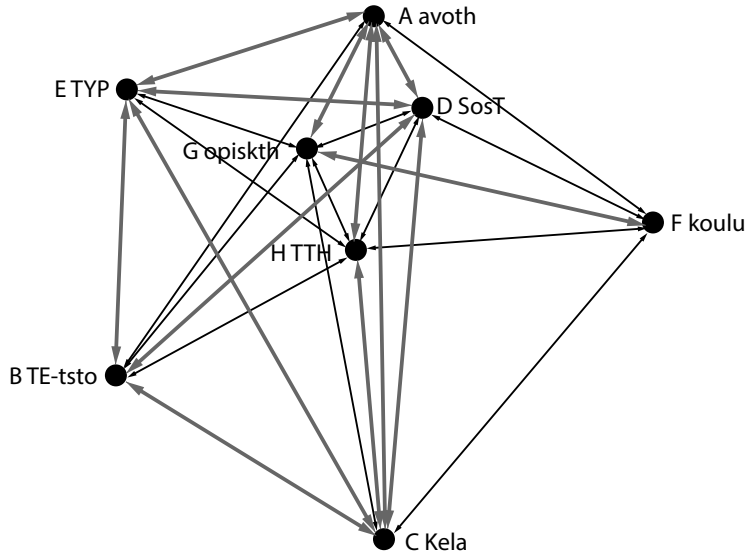
Kuvio 2. Organisaatioiden yhteistyö työttömien/työttömäksi jäävien henkilöiden työkyvyn ja terveyden edistämiseksi v. 2011.



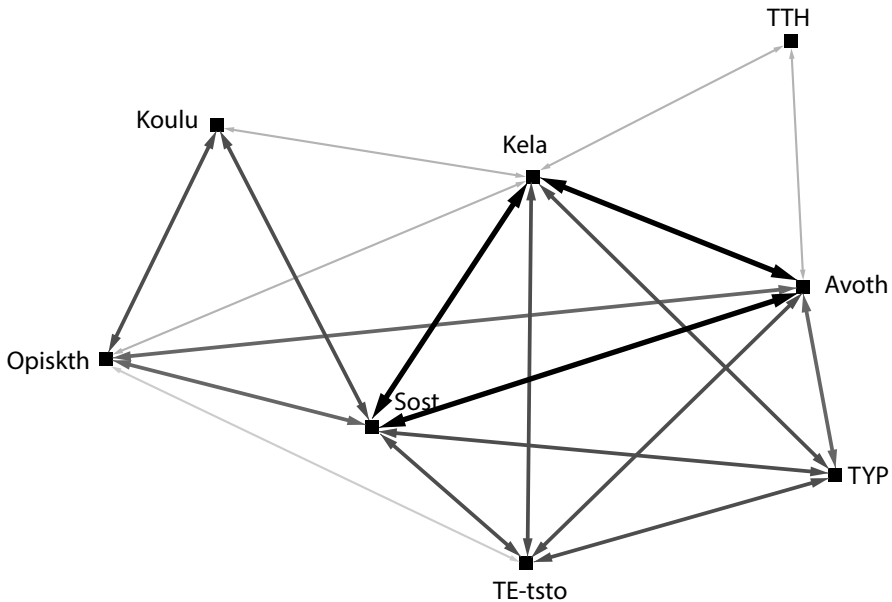
Kuvio 3. Organisaatioiden yhteistyö työttömien/työttömäksi jäävien henkilöiden työkyvyn ja terveyden edistämiseksi v. 2009.

maksi. Perusterveydenhuollon yhteistyö on niin ikään tiivistynyt hankkeen jälkeen. Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyö on tiivistynyt, mutta TE-toimiston kanssa tapahtuva yhteistyö ei ole tiivistä

vuonna 2011. Syynä voi olla eri viranomaisten tuntemattomuus ja hankaluus tietää, kehen yhteyttä voi ottaa tarvittaessa. Kun yhteisiä toimintatapoja ei ole sovittu, voi TE-toimiston työntekijöistä tuntua tungettelevalta mennä



Kuvio 4. Organisaatioiden yhteistyö työttömien/ työttömäksi jäävien henkilöiden kuntoutuksessa vuonna 2011



Kuvio 5. Organisaatioiden yhteistyö työttömien/ työttömäksi jäävien henkilöiden kuntoutuksessa vuonna 2009

terveydenhuollon kentälle. Myös opiskelu-terveydenhuolto ja sosiaalitoimi ovat keskeisessä asemassa kuviossa. Erityisesti nuorten kohdalla koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa yhteistyö sosiaalitoimen kanssa korostuu varsinkin, jos kyse on alle 18-vuotiaista koulu/ opiskelupudokkaista. Hanke on lisännyt eri viranomaisten tietämystä siitä, miten sosiaalitoimi voi auttaa asiakastapauksissa. Kelan yhteistyö on tiivistä avoterveydenhuollon, työterveyshuollon, sosiaalitoimen ja työ- ja elinkeinotoimiston kanssa. Kuviosta 4 näkyy kuitenkin, että Kela jää verkostossa kauimmaisiksi. Kela on suuri virasto, joka nähdään ehkä persoonattomana toimijana.

Yhteenveto ja pohdinta

Tämä tutkimus toi esille työttömien terveyspalvelujen kehittämisen merkityksen ja tärkeyden. Tutkimustulokset myös osoittavat, että kehittämistoiminta on kannattavaa ja se parantaa asiakaslähtöistä toimintaa ja viranomaisverkostojen toimivuutta. Kehittämistyö lisää viranomaisten välistä yhteistyötä ja moniammatillista toimintatapaa, mikä on edellytys työttömien terveyspalvelujen toteuttamisessa. Tämän tutkimuksen tulokset täydentävät aikaisempaa tutkimusta (esim. Romppainen ym. 2010; 2011; Saikku 2009; 2012). Työttömien terveyspalvelujen toteuttaminen vaatii erityisesti terveydenhuollosta uudenlaista lähestymistapaa ja asiakkaiden aktiivista tavoittamista sekä palveluohjauksellista otetta. Kuitenkin hankkeiden luomat käytännöt näyttävät elävän hankkeen ajan, mutta toiminnan juurruttaminen pysyväksi ei näytä aina toteutuvan. Pysyvien toimintatapojen muuttaminen vaatii yhteiskunnallisia tai lainsäädännöllisiä muutoksia.

Terveydenhuollon sisäinen yhteistyö lähtee asiakkaan tarpeista, eli työttömän työelämävalmiuksien tukemisesta. Terveydenhuollon sisällä on kuitenkin jännitteitä ja erilaisia mielipiteitä tämän ryhmän erityistarpeista. Terveydenhuollon tapa palvella asi-

akkaitaan sairauslähtöisesti ei sovellu kaikkien asiakkaiden tilanteisiin – työttömien työkyvyn ylläpitäminen ja kuntouttaminen vaatii erilaista lähestymisotetta. Osa terveydenhuollon toimijoista ei tunnista tätä tarvetta. Sidosryhmät ovat pääasiassa tyytyväisiä terveydenhuollon toimintaan, mutta toivovat selkeästi nimettyä koordinaattoria, johon voi ottaa yhteyttä työttömien terveyteen liittyvissä asioissa. TE-toimiston ja terveydenhuollon yhteistyötä pitää lisätä, sillä prosessivastuu työttömän työllistymiseen liittyvissä asioissa kuuluu TE-toimistolle. Yhteistyön kehittäminen vaatii selkeitä sopimuksia ja toimintatapojen luomista. Työttömillä on erilaisia palvelutarpeita muun muassa iästä, terveydentilasta tai sosiaalisesta tilanteesta riippuen, mutta viranomaisverkostot heidän ympärillään ovat yhteneväiset.

Työttömien terveyspalveluissa lähtökohtana on asiakaskeskeisyys ja organisaation rajapinnoilla toimiminen. Palvelun kehittäminen vaatii organisaation toimintatapojen muuttamista, koordinoitua ja pysyviä toimintamalleja. Työttömien terveyspalvelu on tarpeellista ja sen toteuttaminen vaatii selviä sopimuksia sekä verkostomaista ja moniammatillista toimintatapaa. Työterveyshuollon ja muun perusterveydenhuollon roolijakoa pitää selkeyttää. Työttömäksi jäävien terveydenhuollon kehittämisen tulee tapahtua työterveyshuollosta käsin yhteistyössä muun perusterveydenhuollon kanssa. Työterveyshuollon ja muun perusterveydenhuollon konsultaatiomahdollisuuden lisääminen olisi hyödyllistä. Työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö edellyttää sopimusta ja maksuliikenteen hoitamista.

Verkostoanalyysistä käy ilmi, että kehittämistoiminta kannattaa ja lisää kaikkien organisaatioiden välistä yhteistyötä. Keskeinen tulos on, että terveydenhuollon sekä TE-toimiston yhteistyö ei ole tiivistä hanketoiminnasta huolimatta vaikka työ- ja elinkeinohallinnolta odotettiin työttömän prosessissa ensisijaista vastuuta. Yhteisten pelisääntöjen sopimista siis tarvitaan.

Miten kehittämistoiminta muuttaa verkostoa?

Yhteenvedona verkostoaanlyysistä ja haastattelujen analyysistä voi todeta, että hanketoiminta on tiivistänyt ja lisännyt yhteistyötä eri organisaatioiden välillä. Hanketoiminta mahdollistaa yhteisten toimintatapojen kehittämisen. Tutkimuksen keskeiset tulokset on tiivistetty kuvioon 6.

Kuopiossa hanke oli onnistunut verkoston kehittämisen näkökulmasta tarkasteltuna. Toiminnan juurtumisen kannalta valitettavaa oli, ettei perusterveydenhuolto sitoutunut toimintaan pidemmällä tähtäimellä eikä keskijohto tukenut hanketta. Pysyvä jälki hankkeesta kuitenkin jäi, sillä Kuopiossa toimi ennen hanketta pelkästään Työvoiman palvelukeskukseen (TYP) kiinnitetty terveydenhoitaja, mutta hankkeen ansiosta sosiaalitoimen alle perustettiin työttömien terveydenhoitajan toimi. Vaikka toiminta ei kiinnittynyt perusterveydenhuoltoon, on Kuopiossa tällä hetkellä paremmat resurssit toteuttaa työttömien terveyspalveluja kuin ennen hanketta. Tosin kun työttömien terveyspalvelu on kiinnitetty muualle kuin perusterveydenhuoltoon, vaarana on, että se jää irralliseksi muusta terveyspalvelusta (Saikku 2012).

Seurantaapaikkakunnista Oulussa, Vammalassa ja Jyväskylässä työttömien terveyspalvelut ovat juurtuneet osaksi normaaleja perusterveydenhuollon palveluja. Joensuussa ei haastatteluajana ollut lainkaan työttömien terveyspalveluja järjestettynä. Jyväskylässä resurssipula oli jarruttanut toimintaa. Toiminta edellyttää riittävää resursointia ja pysyviä alueen toimintaan sopivia toimintamalleja ja työttömien terveyspalvelujen piirissä työskentelevien henkilöiden jaksamisesta, työnohjauksesta ja verkostoista on huolehdittava. Onko perusterveydenhuollon nykyisessä mallissa siis mahdollista toteuttaa työttömien terveyspalveluja terveydenhuoltolain edellyttämällä tavalla? Työttömien terveyspalvelujen toteuttaminen edellyttää tiivistä kytköstä TE-toimistoon ja prosessivastuu kuuluu sinne. Työttömien terveystarkastuksia tekevän terveydenhoitajan pitäisi liikkua terveydenhuollon ja TE-toimiston välillä ja luoda verkosto molemmissa organisaatioissa siten, että tiedon kulkemisesta organisaatiosta toiseen huolehditaan. Myös yhteys työterveyshuoltoon olisi hyödyllinen. Voisiko terveydenhoitaja olla kaikkien kolmen organisaation, TE-toimiston, perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon,) yhteinen?

Työttömän työelämävalmiuksia tukeva verkosto

Alkutilanne (Niiranen ym. 2011)

- verkostoituminen on alkuvaiheessa ja terveydenhuolto on verkoston ulkopuolinen, mutta tärkeä yhteistyökumppani
- verkostoituminen on terveydenhuollon toimijoille uutta, eikä sen tarvetta tiedoteta
- työterveyshuollon rooli verkostossa on jäsentymätön vaikka työterveyshuollollinen näkökulma asiakasprosessissa olisi hyödyllinen

Seurantavaihe (Niiranen ym.2013)

- verkoston ylläpitäminen on jatkuvaa toimintaa
- organisaation toimintatapoja tulee muuttaa rajapintatyöskentelyksi eri organisaatioiden välillä
- terveydenhuollon sekä työ- ja elinkeinotoimiston yhteistyötä pitää lisätä
- työterveyshuollon yksi rooli on kehittää työttömäksi jäävien terveydenhuoltoa yhdessä muun perusterveydenhuollon kanssa

Kuvio 6. Työttömän työelämävalmiuksia tukeva verkosto

Menetelmien pohdinta

Teemahaastattelut ja verkostoanalyysi sopivat hyvin tämän tutkimuksen toteuttamiseen. Teemahaastattelujen tuottama tieto on syvällisempää ja kuvaavampaa kuin esimerkiksi kyselylomakkeella kerätty tieto. Verkostoanalyysi antaa selkeän kuvan tämän hetkisestä yhteistyön tilasta työttömän työelämävalmiuksien tukemisen suhteen ja täydentää teemahaastattelujen tuloksia. Verkostoanalyysiin vastaaja edusti yksin koko organisaatioita. Jos vastaajia olisi ollut useampia, olisi se mahdollisesti muuttanut kuviossa olevien nuolien paksuuksia, jotka kuvaavat vuorovaikutuksen tiheyttä. Myös eri vastaaja olisi saattanut antaa erilaisen vastauksen. Kahden erilaisen metodin käyttö lisää tuloksien luotettavuutta. Myös teemahaastatteluihin osallistuneet henkilöt olivat miltei samoja kuin hankkeen alkuvaiheessa.

Sisällön analyysin suurin haaste on kategorisoinnissa, joka ei ole yksiselitteistä. Aineiston luokittelua ja nimeämistä ohjasivat tutkimustehtävät, ja luokittelua tarkastettiin jälkepäin useita kertoja. Aineiston luokittelussa tehdyt ratkaisut edustavat kuitenkin aina tutkijan valintoja ja tulkintaa. (Kyngäs ja Vanhanen 1999.) Kun haastatteluaineisto on kohtuullisen pieni, on kaksitasoinen luokittelu riittävä. Myös suorilla lainauksilla havainnollistettiin aineiston tulkintaa.

Lopuksi

Työttömien ja työttömäksi jäävien työkykyä tukevat terveyspalvelut ja toimivat mallit edellyttävät paikkakuntaakohtaisia pysyviä ratkaisuja, eri organisaatioiden johdon sitoutumista, yhteisten käytäntöjen luomista ja toiminnan jatkuvaa kehittämistä. Työkykyä tukevia terveyspalveluja tulee tarjota työttömille

aktiivisesti. Sairaanhoidopiireihin on perustettu perusterveydenhuollon yksiköitä, joiden yhtenä tehtäväalueena voisi olla myös työttömien terveydenhuoltopalvelujen kehittämisen ja koordinoinnin suunnittelu. Myös irtisanomistilanteissa ja työterveyshuollon loppuessa on kehitettävä toimintamalleja työkyvyn tukemisen jatkumiselle. Esimerkiksi UPM on antanut irtisanotuille mahdollisuuden käyttää työterveyshuollon palveluja vuoden ajan työsuhteen päättymisen jälkeen. Tällainen toimintamalli ei kuitenkaan sellaisenaan sovi Pk-yrityksistä työttömäksi joutuville. Lisäksi on syytä pohtia, onko työntekijöiden kannalta hyödyllistä jäädä kiinni entiseen työpaikkaan työterveyshuollon kautta. Työttömien terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn tukeminen edellyttää yhteiskunnallisia muutoksia ja palvelujärjestelykulttuurin uudelleen organisoimista. Tarvitsemme organisaatioiden yhteisiä työntekijöitä, koska rajat eri organisaatioiden välillä ovat suuret. Vastaavasti eri organisaatioita voisi yhdistää, jotta asiakaslähtöisyys paranisi. Suomessa TYP (työvoiman palvelukeskus) on esimerkki kaupungin/kunnan, TE-hallinnon ja Kelan yhteistyöstä. Tämä toimintamalli koskee kuitenkin vain osaa työttömiä. Tällaisen mallin laajentaminen kaikki työttömät kattavaksi olisi yksi ratkaisu. Myös työhön haluavilla työkyvyttömyyseläkeläisillä pitäisi olla oikeus työkykyä tukeviin työterveyshuollon kaltaisiin palveluihin. Koordinoijana voisi olla TE-toimisto ja maksajana eläkevakuutusyhtiö tai Kela. Työttömien ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja voisi harkita rahoitettavan myös sairausvakuutusmaksun kautta. Tarvitaan 1) asennemuutos ja laaja tiedotus työttömien terveyspalvelujen tärkeydestä ja 2) organisaatorajojen ylittäminen asiakkaan asioissa. Lisää tutkimustietoa, rohkeutta ja näyttöä toimivista malleista tarvitaan kehittämisen tueksi.

Kirjallisuus

- Borgatti, S. P., Everett, M. G. & Freeman, L. C. (1999) UCINET 6.0 Version 1.00: Natick Analytic Technologies.
- Bronstein, L. (2003) A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work* 48 (3), 297–306.
- Burnett, R. & Appleton C. (2004) Joined-up Services to Tackle Youth Crime. A Case-Study in England. *British Journal of Criminology* 44 (1), 34–54.
- Dale, R., Graversen, B. K. & Van Ours, J.C. (2008) Activating unemployed workers works; Experimental evidence from Denmark. *Economics Letters. Evaluation Frameworks for Development Programmes and Projects*. 100 (2), 208–310.
- Hall, P. (2005) Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional care* 19 (1), 188–196.
- Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinerovo, T., Aalto-Anttila, M. & Keskimäki, I. (2008) Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 14.
- Horns, M. K., Seeger, S. K., Heinmüller, M., Limm, H., Waldhoff, H.-P., Salman, R., Gündel, H. & Angerer, P. (2012) Health promotion for long-term unemployed. Effects on motivation for a healthy lifestyle. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55 (5), 728–738.
- Johansson, J.-E., Mattila, M. & Uusikylä, P. (1995) Johdatus verkostoaanlyysiin. Kuluttajatutkimuskeskus. Menetelmäraportteja ja käsikirjoja 3, Helsinki.
- Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. & Sihto M. (2002) Kohiti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.
- Karjalainen, V. (2006) Verkostokehittäminen - palveluparadigman muutosvoima.
- Teoksessa R. Seppänen-Järvelä & V. Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyksiä. Stakes, Helsinki. 251–268.
- Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuskulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. (2013) Työ ja terveys Suomessa 2012. Työterveyslaitos. Tampere, Tammerprint Oy.
- Kieselbach, T. (2003) Long-Term Unemployment among Young People: The risk of Social Exclusion. *American Journal of Community Psychology* 32 (1–2), 69–75.
- Kinnunen, U., Nätti, J., Mauno, S. & Mäkikangas, A. (2004) Työttömyys ja työn epävarmuus koetun terveyden riskitekijöinä: kokemuksia vertaileva tutkimus. *Työelämän tutkimus* 2 (1), 1–11.
- Kohtamäki M. (2007) Strategisen toimittajaverkoston ohjauksen kehittämismenetelmän testaus ja kehittäminen. Kehittämishankeraportti. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu.
- Kreuzfeld, S., Preuss, M., Weippert, M. & Stoll, R. (2012) Health effects and acceptance of a physical activity program for older long-term unemployed workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 85 (1), 1–7.
- Kunst, A. E., Bos, V. & Mackenbach, J. P. (2001) EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University Rotterdam, November.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999) Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.
- Linnamaa R. & Sotarauta M. (2000) Verkostojen utopia ja arki. Tutkimus Etelä-Pohjanmaan kehittäjäverkostosta. Tampereen yliopisto, alueellisen kehittämisen tutkimusyksikkö. Sente-julkaisuja 2000:7.
- Martelin, T., Koskinen, S. & Lahelma E. (2005) Väestöryhmien väliset terveyserot. Suomalaisten terveys 18.7.2005
- Määttä M. (2007) Yhteinen verkosto? Tutkimus nuorten syrjäytymistä ehkäisevistä poikkihallinnollisista ryhmistä. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia nro 252. Väitöskirja. [online]. <URL: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/7063/yhteinen.pdf>>. Luettu 2.5.2013.
- Niiranen, K., Hakulinen, H., Huuskonen, M. S., Jahkola A. & Räsänen, K. (2011) Työttömän työelämävalmiuksien tukeminen viranomaisverkostossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 48 (x), 38–52.
- Parkkari J., Soikkeli, M. & Siila, M. (2001) Julkisuus ja salassa pito moniammatillisessa työssä. Helsinki, Stakes.

- Pirttilä, I. & Asikainen E. (2002) Verkostot kunnallisen työterveyshuollon mahdollisuutena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 39, 135–146.
- Romppainen, K., Jähi, R., Saloniemi, A. & Virtanen, P. (2010) Encounters with unemployment in occupational health care: Nurses' constructions of clients without work. *Social Science & medicine* 70 (4), 605–608.
- Romppainen, K., Saloniemi, A., Jähi, R. & Virtanen, P. (2011) My health and theirs: clients constructing meanings for a health service programme for unemployed people. *Sociology of Health & Illness* 34 (6), 809–825.
- Rosenthal, L., Carroll-Scott, A., Earnshaw, V.A., Santilli, A. & Ickovics, J. R. (2012) The importance of full-time work for urban adults' mental and physical health. *Social Science and Medicine* 75 (9), 1692–1696.
- Rothländer, K., Mühlpfordt, S. & Richter, P. (2012) Evaluation of the health promotion program "Active Coping with Unemployment (AktivA)". *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 20 (3), 115–127.
- Rotko, T., Aho, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E. (2011) Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus. *Terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL), Raportti 8/2011. Helsinki.*
- Saikka, P. & Sinervo, L. (2010) Työttömien terveyspalvelujen juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 42. Helsinki.*
- Saikka, P. (2010) Perusterveydenhuollot ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, avauksia 12/2010. Helsinki.*
- Saikka, P. (2012) Työttömien terveyspalvelujen jatkuvuus. PTT-hankkeen seurantatutkimuksen tuloksia hankekunnissa. *Raportti 15. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.*
- Scalan, J. N., Bundy, A. C. & Matthews, L. R. (2011) Promoting wellbeing in young unemployed adults: The importance of identifying meaningful patterns of time use. *Australian Occupational Therapy Journal* 58 (2), 111–119.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2005) Dialoginen verkostotyö. *Kustantamo, Tampere.*
- Sinervo, L. (2009) Työttömien terveyspalvelun juurrutus: Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.*
- Sinervo L. & Hietapakka L. (2013) Työpäpaperi. Työttömien terveyspalvelut. Valtakunnallisen terveyskeskuskyselyn 2013 tulokset. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.*
- Sipilä, N., Kestilä, L. & Martikainen, P. (2011) Koulutuksen yhteys nuorten työttömyyteen. Mihin perustutkinto riittää 2000-luvun alussa? *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2), 121–134.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013) Työttömien terveydenhuollon järjestäminen (Kuntakirje 19.8.2013).
- Terveydenhuoltolaki. Suomen säädöskokoelma 1326/2010.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2003) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. *Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.*
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2011) Työttömien työkyvyn arviointi ja terveyspalvelut. *Työryhmän raportti. TEM raportteja 10, 2011.*
- Valkonen, T. & Kauppinen, T. M. (2001) Miesten kuolleisuuden alue-erot ja sosiaalinen segregatio pääkaupunkiseudulla. *Kvartti* 2001 (1), 7–21.
- Virtanen P. (1999) Verkostosta voimaa? *Teoksessa P. Virtanen. Verkostoituva asiakastyö. Helsinki.*
- Vuori, J., Silvonen, J., Vinokur, A. D. & Price, R. H. (2002b) The Työhön Job Search Program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement? *Journal of Occupational Health Psychology* 7, 5–19.

III

Association Among Sociodemographic Factors, Work Ability, Health Behavior, and Mental Health Status for Young People After Prolonged Unemployment

Lappalainen, K., Manninen, P. & Räsänen, K

Workplace Health & Safety. 2017: 65 (2), 65–73.

SAGE Publishing on antanut artikkelin uudelleenjulkaisuluvan

Association Among Sociodemographic Factors, Work Ability, Health Behavior, and Mental Health Status for Young People After Prolonged Unemployment

Kirsi Lappalainen, MHS¹, Pirjo Manninen, MD, PhD², and Kimmo Räsänen, MD, PhD^{1,2}

Abstract: The purpose of this study was to explore the associations of prolonged unemployment, health, and work ability among young workers using data from the 2008-2010 Occupational Health Counselling project in Kuopio, Eastern Finland. The total sample for this study was 190 young unemployed adults. The questionnaire included the Work Ability Index (WAI), the Beck Depression Inventory, the Alcohol Use Disorders Identification Test, and the Occupational Health Counselling Survey. Multivariate analyses revealed that men had a higher prevalence of prolonged unemployment than women. Using drugs for purposes other than treatment was associated independently with an increased prevalence of prolonged unemployment. Low WAI scores were associated with a higher prevalence of prolonged unemployment. This study showed that attention should be paid to male workers, those who have poor or moderate work ability and workers who use drugs. Young unemployed workers should be recognized at an early stage. A comprehensive, flexible network of community resources is essential to support young unemployed adults.

Keywords: young unemployed, unemployment, health services, health promotion, network, WAI, BDI, AUDIT

In most Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) countries, unemployment among young adults is much higher than the general population (Eurostat, 2015; Winefield, 1997). The unemployment rate for young people (aged 15-24 years) living in all European Union countries was above 22% on average in the last quarter of 2011. At the same time, the rate for older workers (aged 25-74 years) was just below 9% (Helgesson, Johansson, Nordqvist, Lundberg, & Vingård, 2014). However, the unemployment rate among young people varies substantially among European countries (Russell & O'Connell, 2001). The average rate of youth

unemployment is difficult to estimate because the unemployment rate rises significantly in the spring and decreases during the summer months when students find work. The duration of youth unemployment is, however, considerably shorter than the duration of unemployment for adults. When education and training are not taken into account, the unemployment rate among Finnish youth is not exceptionally high compared with young people in other European countries (Statistics Finland, 2013).

Unemployment is associated with a deterioration in health behavior among young people and thus increases inequalities in health (Axelsson & Ejlertsson, 2002). Health problems among unemployed young adults can contribute to new health problems later in life (Hammarström & Janlert, 2002). Helgesson et al. (2014) observed that unemployment among young workers was associated with sickness absence, disability, and death for as many as 15 years after the beginning of the unemployment period. By reducing unemployment among young people, individual suffering can be prevented, economic growth can be supported, and future spending on the health care and welfare systems can be reduced. Unemployment at a young age explains most of the increased risk for these outcomes (Russell & O'Connell, 2001).

According to Axelsson, Andersson, and Edén (2007), the majority of unemployed young adults rate their quality of life (QOL) as positive. Positive QOL is related to self-esteem, satisfaction with leisure time, and the ability to make independent decisions. These authors suggest that special attention should be paid to individuals who report poor subjective health, especially anxiety, so they can achieve better health. Therefore, identification of the concerns and resources of unemployed young workers and focusing on personal development in addition to work and education are important (Axelsson et al., 2007). Similar results were reported by Niiranen, Hakulinen, Manninen, and Räsänen (2014b) concerning preventive health services for the unemployed. Such

Applying Research to Practice

This study showed that attention should be paid to male workers, those who have poor or moderate work ability and workers who use drugs. Young unemployed workers should be recognized at an early stage. A comprehensive, flexible network of community resources is essential to support young unemployed adults. Occupational health nurses, meeting with young unemployed workers, can identify workers' strengths and health needs. Health services should guide young unemployed workers toward education and training services as needed.

individuals need support, as they may be willing to change their health habits. Thus, meeting with a health professional during a vulnerable life situation can be beneficial (Niiranen et al., 2014b).

Evidence suggests that poor health, especially mental disorders, prolongs unemployment. Healthy individuals find jobs in less time, and those workers whose health is poor are more likely to remain unemployed. However, the causal relationship is still unclear; more research on a variety of unemployed groups, such as groups that differ by gender and professions (Heponiemi et al., 2008), should be funded. On the other hand, long-term unemployed individuals need health services more than short-term unemployed workers (Heponiemi et al., 2008). However, better access to health services has not demonstrated beneficial effects on re-employment (Romppainen, Saloniemä, Kinnunen, Liukkonen, & Virtanen, 2014). In addition, young people should have opportunities to learn work and life skills. Mental health problems are the most likely cause of disability among young people in Finland (Ahola et al., 2014).

In this article, the authors present their findings concerning the health status, health behavior, and functional capacity of young unemployed individuals, aged 16 to 25 years. This study was part of the 2008-2010 Occupational Health Counselling project in Kuopio, Eastern Finland. The characteristics of young unemployed individuals were described using the Work Ability Index (WAI), the Beck Depression Inventory (BDI), the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), and other variables including duration of unemployment, hobbies, and use of medicine or drugs for purposes other than treatment, and smoking habits. The purpose of this study was to explore the associations among health, lifestyle, and work ability factors during prolonged unemployment for young adults.

Method

The Occupational Health Counselling project (2008-2010) offered preventive health services to unemployed young adults in conjunction with primary care services. In a Finnish health center, an occupational health nurse worked with unemployed clients from various sectors. Although in Finland, unemployed

young adults are difficult to identify and often do not receive appropriate services (Määttä & Määttä, 2015), 48 young adults participated in the project. During appointments in 2010, the occupational health nurse surveyed clients regarding their health and work ability using pre-tested questionnaires; then the nurse and client planned for further treatment or additional meetings (Niiranen, Hakulinen, Huuskonen, Jahkola, & Räsänen, 2011; Niiranen et al., 2014a). Forty-eight unemployed adolescents and young adults, aged 16 to 25 years, from the Occupational Health Counselling project were included in this study. In addition, the researchers sent questionnaires to 1,290 registered unemployed young adults who were not involved in the project and lived in one of two cities in Eastern Finland (Kuopio or Iisalmi). Only 142 individuals responded (11%). Thus, the total sample for this study was 190 unemployed young adult workers.

The questionnaire included the WAI, the BDI, the AUDIT, and the Occupational Health Counselling Survey. The WAI is a validated tool used commonly in occupational health services to assess the work ability of workers of all ages (Alavinia, de Boer, van Duivenbooden, Frings-Dresen, & Burdorf, 2009), whether employed or unemployed. The WAI values are classified into four categories: 7 to 27 points = *poor*, 28 to 36 points = *moderate*, 37 to 43 points = *good*, and 44 to 49 points = *excellent*. The WAI includes seven areas related to physical and emotional work demands, health status, and resources. Each area is measured by one or more questions. The areas are working capacity compared with life time best, work ability in terms of job requirements, the number of diseases diagnosed by a physician or observed disease rate, whether diseases diagnosed by a physician decrease work ability, sick leave days during the past 12 months, self-rated projected ability to work after 2 years, and psychiatric resources (Alavinia et al., 2009; Holm, Jalava, & Ylöstalo, 2006).

The BDI is a validated 21-item multiple-choice self-report inventory. It is one of the most widely used instruments for depression screening. Its development marked a shift among health care professionals who had until then viewed depression from a psychodynamic perspective, instead of it being rooted in an individual's own thoughts (Aben, Verhey, Lousberg, Lodder, & Honig, 2002). A rating of 1 to 9 points = *no depression*, 10 to 18 = *mild depression*, 19 to 29 = *moderate depression*, and 30 to 63 = *severe depression*. The researchers determined that a score of 14 points or more was indicative of depression (Beck, 1972).

The AUDIT questionnaire, a commonly used self-report measure of alcohol consumption, was developed and recommended by the World Health Organization (WHO; Claussen & Aasland, 1993). It is suitable for functional capacity evaluation by describing alcohol-related problems and consequences. Eight points or more indicate at-risk consumption (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993).

The Occupational Health Counselling Survey was developed for this particular project and includes questions about socioeconomic status, education, lifestyle, and stress. The

Table 1. Occupational Health Counselling Survey Questions

How long have you been unemployed? • Days/Weeks/Months/Years?
Do you have hobbies? • Yes. What kind?/No
Have you used medicines or drugs for purposes other than health care treatment? • Yes/No
Do you feel stress? • Not at all/Only a little/Some/Quite a lot/Very much
How much do you exercise weekly? • Not hardly any/Slow exercise/Brisk exercise/Strenuous exercise/Muscle tone exercise
Do you smoke or have you smoked earlier? • Yes, daily. How many cigarettes? /Yes, but not daily/I have stopped over 6 months ago. How long did you smoke?/No, I have never smoked

original form included 23 questions, of which the researchers used six validated questions: one from the Occupational Stress Questionnaire (Elo, Leppänen, Lindström, & Ropponen, 2012) and one from the UKK Institute's (2015) questions about physical exercise. The remaining four questions dealt with the duration of unemployment, hobbies, the use of medicine or drugs for purposes other than treatment, and smoking habits (Table 1).

Due to missing data and the low number of respondents, the researchers chose to use the following procedures. In the WAI, the researchers asked about type of work: mental (1), physical (2), or equally both (3). If data were missing, the researchers categorized the work as physical or mental if the work or education appeared to be one or the other. If no mention of education or work was reported, the researchers categorized the response as both mental and physical. This procedure did not influence the sum total of the WAI.

For the question about days of illness, the possible score was from 1 to 5 (1 = 100-365 days, 2 = 25-99 days, 3 = 10-24 days, 4 = maximum 9 days, and 5 = none). The researchers replaced a missing value with a 5 meaning that these respondents had not taken any days for illness. Before substituting for missing data, 72 respondents reported no days of illness; after the substitutions, 117 participants had no sick days.

The researchers asked for how long the participants had been unemployed. A zero was added if the data were missing so as not to influence the real number of days of unemployment. Before the addition, the number of individuals who reported being unemployed less than 6 months was 81, and after the addition the number was 109.

In the final logistic regression model, the researchers included 138 observations instead of the original 190 observations because of missing data. By substituting data, the

analysis was not skewed, but the additional participants with complete data allowed the analysis to be undertaken.

SAS for Windows 9.2 was used for the statistical analysis. The data were analyzed using logistic regression modeling (Tabachnick & Fidell, 1996), and the results were expressed as odds ratios using 95% confidence intervals (CIs). The variables that demonstrated statistical significance ($p < .05$) in the bivariate analyses or were of interest were included in the multivariate analyses. In the models, the dependent variable was *duration of unemployment* either under 6 months or over 6 months. Age was the only continuous covariate; all other variables were categorical (i.e., gender, education, using medicine or drugs for purposes other than treatment, perceived distress, mental disorders, and the WAI).

The study was reviewed by the Ethics Committee of the Finnish Institute of Occupational Health. The participants were informed about the study's content and the voluntary nature of their participation. Anonymity was ensured and individuals were not identified. The participants signed a written consent form.

Results

The mean age of the study group was 21.4 years (Table 2). The duration of unemployment varied from 0 days (just became unemployed) to 5 years. Seventy of the participants had been unemployed for 3 months or less and seven participants had been unemployed from 2 to 5 years. Forty-three percent of the respondents had been unemployed for over 6 months and 34% of the respondents had no professional education. Unemployment over 6 months was slightly more common among males ($n = 35$) than females ($n = 28$). When comparing unemployment over 6 months for respondents with no professional education, 21 of these participants were male and 14 were female.

Table 2. Study Variables According to the Duration of the Unemployment

	Duration of unemployment under 6 months (<i>n</i> = 108)	Duration of unemployment over 6 months (<i>n</i> = 82)	Total (<i>N</i> = 190) ^a	<i>p</i> value ^b
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
<i>M</i> age, years (<i>SD</i>)	21.4 (2.03)	21.4 (1.80)		.9534
Gender				.2965
Male	55 (51)	48 (59)	103 (54)	
Female	53 (49)	34 (41)	87 (46)	
Vocational education				.0193
No	28 (26)	35 (43)	63 (34)	
Yes	78 (74)	47 (57)	125 (66)	
AUDIT score				.9490
0-7	68 (63)	52 (63)	120 (63)	
8 or more	40 (37)	30 (37)	70 (37)	
Smoking				.2920
No	61 (56)	40 (49)	101 (53)	
Yes	47 (44)	42 (51)	89 (47)	
Used medicines or drugs for purposes other than medical treatment				.0001
No	106 (98)	70 (85)	176 (93)	
Yes	1 (2)	12 (15)	13 (7)	
Physical exercise				.3439
None regularly	17 (16)	18 (22)	35 (19)	
Low, medium, or high exercise	85 (84)	63 (78)	148 (81)	
Hobbies				.1373
Yes	95 (88)	64 (78)	159 (85)	
No	13 (12)	16 (22)	29 (15)	
Stress				.0314
No	72 (71)	42 (51)	114 (60)	
Yes	36 (29)	40 (49)	76 (40)	
BDI score				.0695
0-13	97 (90)	66 (80)	163 (85)	
14 or more	11 (10)	16 (20)	27 (15)	
Mental disorder				.0048
No	90 (83)	53 (65)	143 (75)	
Yes	19 (17)	29 (35)	48 (25)	
WAI score				.0027
37 (good)	60 (68)	22 (42)	82 (59)	
0-36 (moderate or poor)	28 (22)	30 (58)	58 (41)	

Note. BDI = Beck Depression Inventory; WAI = Work Ability Index.

^aDue to missing data, *n* value varies.

^bPearson exact chi-square test.

Lifestyle habits were alarming as almost 40% scored over 8 on the AUDIT tool, the risk level established in Finland, and almost half reported smoking. Thirteen of the respondents stated that they used or had used drugs or medicines for purposes other than health care treatment. In addition, 19% did not exercise, and 15% did not have any hobbies.

In this group of young unemployed individuals, 40% said they felt mental stress and 15% had scored over 14 on the BDI, indicating mild, moderate, or severe depression. Mental disorders had been diagnosed by physicians or were reported by 25% of the respondents. The WAI was moderate or poor for 41% of respondents.

When unemployment continued for more than 6 months (Table 2), young workers were more likely to have less education, be using or have a history of using drugs or medicines for purposes other than health care treatment, be more stressed, have had a mental disorder and have had worse functional capacity than workers with shorter periods of unemployment ($p < .05$).

In the bivariate analysis (Table 3), having no professional education (odds ratio [OR] = 0.48, 95% CI [0.26, 0.89]) was associated with an increased prevalence of prolonged unemployment. Using drugs or medicines, or experiencing stress or mental disorders and low WAI were associated with higher prevalence of prolonged unemployment.

In the multivariate analyses (Table 4), men had a higher prevalence of prolonged unemployment than women. Using drugs or medicines for purposes other than health care treatment was associated independently with an increased prevalence of prolonged unemployment. No other variable was statistically significantly associated with prolonged unemployment.

Discussion

According to this study, gender and the use of drugs or medicines for purposes other than treatment were associated with prolonged duration of unemployment (i.e., more than 6 months) among young adults. Problematic use of drugs was linked to prolonged unemployment in earlier studies (Cepeda et al., 2015; Compton, Conway, & Finger, 2014).

Males had a higher prevalence of prolonged unemployment than females. Many earlier studies included male-only samples so less information about the unemployment of women is available (Heponiemi et al., 2008.) The negative influence of prolonged unemployment seems to affect males more than females. For example, the risk of suicide is greater among unemployed males than females (Qin, Agerbo, & Mortensen, 2003). In a Spanish study, the association between unemployment and mental health problems was also higher among males than females (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortés, 2004). In this study, vocational education was a significant variable in bivariate analysis, but not in multivariate analysis.

Youth unemployment in particular appeared to have far-reaching effects on health, attitudes, and lifestyle. Young

Swedish workers were followed for 14 years; unemployment predicted smoking and psychological and somatic symptoms among males in their thirties after controlling for previous health behaviors and socioeconomic status. No association between unemployment and alcohol use was identified in that study, although smoking and alcohol use at a young age predicted future unemployment (Hammarström & Janlert, 2002).

A low WAI score was associated with prolonged unemployment. The WAI was poor or moderate in 41% of cases. Virtanen, Saloniemi, and Nygård (1997) observed that half of unemployed 18- to 64-year-olds thought their work ability was good or average. Gender clearly affects the work ability of individuals younger than 25 years of age. For males below 25 years of age, 43% had excellent and 23% had moderate or poor work ability (Virtanen et al., 1997). Lifestyle habits were worse when workers were young, received fiscal unemployment allowances, and were male (Virtanen et al., 1997). In this study, a significant number (37%) of young unemployed workers scored over 8 on the AUDIT tool, indicating at-risk alcohol consumption. A poor or moderate WAI was weakly associated with unemployment in the multivariate models.

Karjalainen and Kerätär (2010) reported that a significant number of long-term unemployed workers (65% of their study sample) had cognitive challenges such as affective syndrome and limited intelligence. They identified fear, distress, social tension, and panic disorder in their sample. Young unemployed workers with these problems may leave school time after time. In addition, as a result of illness, they are not able to seek treatment alone or work routinely. Even health care providers expect clients to be active, committed participants, but this may not be possible. Occupational or basic health checks do not have suitable procedures to recognize the health problems of unemployed workers (Karjalainen & Kerätär, 2010). In this study, 40% of sample workers reported mental stress and 14% exhibited at least mild depression according to the BDI. In a Dutch long-term study, 18- to 26-year-olds who had brain or cognitive disorders had more difficulty being re-employed after the period of unemployment (Taris, 2002).

Health problems for young unemployed workers should be diagnosed at an early stage. In Finnish employment offices, an electronic form regarding individual information is completed when one is initially unemployed. The form currently includes only one question about health but additional health-related questions could be added to the form. The employment offices should also have professionals who have expertise in guiding unemployed young adults to health services. Preventive and primary care health services should be created by law for the unemployed (Finnish Health Care Act, 2010). The link between employment offices and health services should be seamless, especially for those individuals who have used drugs or report low work ability; males should have special attention paid to them.

Young unemployed adults should have access to education and training services if needed. Young workers may need additional information about available services, including health

Table 3. Risk Factors Associated With Over 6 Months' Unemployment Among 16- to 25-Year-Old Unemployed Workers in Eastern Finland

	>6 months' unemployment	
	Crude OR	95% CI
Age, for each 1 year	1.0	[0.89, 1.16]
Gender		
Male	1.0	
Female	0.74	[0.41, 1.31]
Vocational education		
No	1.0	
Yes	0.48	[0.26, 0.89]
AUDIT score		
0-7	1.0	
8 or more	0.98	[0.54, 1.78]
Smoking		
No	1.0	
Yes	1.36	[0.77, 2.43]
Using drugs or medicines ^a		
No	1.0	
Yes	18.17	[2.31, 142.87]
Exercise		
Yes	1.0	
No	0.70	[0.33, 1.47]
Hobbies		
Yes	1.0	
No	0.55	[0.25, 1.22]
Stress		
No	1.0	
Yes	1.91	[1.06, 3.44]
BDI score		
0-13	1.0	
14 or more	2.14	[0.93, 4.90]
Mental disorder		
No	1.0	
Yes	2.59	[1.33, 5.07]
WAI		
37 or over	1.0	
36 or less	2.92	[1.44, 5.94]

Note. OR = odd ratio; CI = confidence interval; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; BDI = Beck Depression Inventory; WAI = Work Ability Index.
^aFor purposes other than health care treatment.

Table 4. Multivariate Analysis of Risk Factors Associated With Over 6 Months' Unemployment Among 16- to 25-Year-Old Unemployed Workers in Eastern Finland

	>6 months' unemployment	
	Adjusted OR ^a	95% CI
Age, for each 1 year	1.08	[0.88, 1.33]
Gender		
Male	1.0	
Female	0.43	[0.20, 0.94]
Vocational education		
No	1.0	
Yes	0.77	[0.31, 1.87]
Using drugs or medicines ^b		
No	1.0	
Yes	9.46	[1.02, 88.18]
Stress		
No	1.0	
Yes	0.62	[0.24, 1.59]
Mental disorder		
No	1.0	
Yes	1.90	[0.62, 5.81]
WAI		
37 or over	1.0	
36 or less	2.21	[0.95, 5.13]

Note. OR = odd ratio; CI = confidence interval; WAI = Work Ability Index.

^aThe announced variables adjusted for age, gender, education, using drugs or medicines, mental disorder, and WAI.

^bFor purposes other than health care treatment.

services (Miettinen & Pöyry, 2015). In Finland, several ongoing projects are developing services for young unemployed adults; the results of these projects have not yet been reported.

The unemployed have many health care needs. Although about 89% of municipal health care centers provide health care services to the unemployed, the volume and quality of the practices are not known (Sinervo & Hietapakka, 2013). Occupational health care coverage for salary and wage earners in Finland was 92% in 2010 (Kauppinen et al., 2013). However, capturing data from young unemployed workers was difficult because these workers were passive and not particularly interested in answering questions. The long-time unemployed young adult workers are also difficult to attract to these services. Occupational health nurses need new approaches to engaging

young unemployed workers to use these services (Määttä & Määttä, 2015).

Conclusion

Youth unemployment is a serious issue. It is essential that health care providers identify young unemployed workers early. This study showed that unemployed male workers, those with poor or moderate work ability, and those with a history of drug abuse should be targeted for interventions by employment office professionals who can refer them to health care services.

Employment offices should use simple screening questions to identify the needs of young unemployed workers. In Finland, the unemployed are registered via an electronic service, and health questions could be included in this system. This study

has shown that screening methods, such as the WAI, and questions regarding work ability and health could be included when workers register for unemployment.

The promotion of work ability requires health services for the unemployed (primary health care available for each Finnish citizen) so that health care providers can take an active role in guiding young unemployed workers through health care decisions regarding lifestyle choices. Occupational health nurses, meeting with young unemployed workers, can identify individuals' strengths and health needs. Health services should guide young unemployed workers toward education and training services as needed. Training should be offered in convenient locations (e.g., the employment office), and young unemployed workers should be able to network with community resources to develop a support system to find new employment.

Conflict of Interest

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

References

- Aben, I., Verhey, F., Lousberg, R., Lodder, J., & Honig, A. (2002). Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as screening instruments for depression in stroke patients. *Psychosomatics*, *43*, 386-393. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.435386
- Ahola, K., Joensuu, M., Mattila-Holappa, P., Tuisku, K., Vahtera, J., & Virtanen, M. (2014). Background factors in young adults receiving temporary disability pensions due to mental disorders. *Finnish Medical Journal*, *69*, 50-52. (In Finnish, abstract in English)
- Alavinia, S. M., de Boer, A. G. E. M., van Duivenbooden, J. C., Frings-Dresen, M. H. W., & Burdorf, A. (2009). Determinants of work ability and its predictive value for disability. *Occupational Medicine*, *59*, 32-37. doi:10.1093/occmed/kqn148
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortés, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, *94*, 82-88.
- Axelsson, L., Andersson, I. H., Edén, L., & Ejlertsson, G. (2007). Inequalities of quality of life in unemployed young adults: A population-based questionnaire study. *International Journal for Equity in Health*, *6*, Article 1. doi: 10.1186/1475-9276-6-1
- Axelsson, L., & Ejlertsson, G. (2002). Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: A population-based study. *International Journal of Social Welfare*, *11*, 111-119. doi:10.1111/1468-239700205
- Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Cepeda, J. A., Nicolai, L. M., Lyubimova, A., Kershaw, T., Levina, O., & Heimer, R. (2015). High-risk behaviors after release from incarceration among people who inject drugs in St. Petersburg, Russia. *Drug Alcohol Depend*, *147*, 196-202. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.201411021
- Claussen, B., & Aasland, O. G. (1993). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction*, *88*, 363-368.
- Compton, W. M., Conway, K. P., & Finger, M. S. (2014). Unemployment and substance outcomes in the United States 2002-2010. *Drug Alcohol Depend*, *142*, 350-353. doi:10.1016/j.drugalcdep.201406012
- Elo, A.-L., Leppänen, A., Lindström, K., & Ropponen, T. (2012). *TSK—Occupational Stress Questionnaire* (Miten käytät työstressikyselyä). Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Eurostat. (2015). *Statistics explained*. Retrieved from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Youth_unemployment
- Finnish Health Care Act. Finnish Statute Collection 1326. (2010).
- Hammarström, A., & Janlert, U. (2002). Early unemployment can contribute to adult health problems: Results from a longitudinal study of school leavers. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *56*, 624-630. doi:10.1136/jech.568624
- Helgesson, M., Johansson, B., Nordqvist, T., Lundberg, I., & Vingård, E. (2014). Unemployment at a young age and later sickness absence, disability pension and death in native Swedes and immigrants. *European Journal of Public Health*, *23*, 606-610. doi:10.1186/1471-2458-12-845
- Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A.-M., & Keskimäki, I. (2008). *Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin* [Review of the associations between unemployment and health]. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja (Työ ja yrittäjyys No.14). Retrieved from https://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf
- Holm, P., Jalava, J., & Ylöstalo, P. (2006). *The working capacity of unemployed 2005* (Labour Political Study 308). Helsinki: Ministry of Labour. (In Finnish, abstract in English)
- Karjalainen, V., & Kerätär, R. (2010). High level of untreated mental disturbances among the long-term unemployed. *Finnish Medical Journal*, *65*, 3683-3690. (In Finnish, abstract in English)
- Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., . . . Virtanen, M. (2013). *Work and health in Finland 2012* (Finnish Institute of Occupational Health). Tampere, Finland: Tammerprint Oy.
- Määttä, M., & Määttä, A. (2015). Parempia ratkaisuja koulutuksen ja työn ulkopuolella olevien nuorten tukemiseen [Better solutions for the education and outside of work for young people to support] (Finland's State's Research Publication Series 16/2015). Retrieved from http://vnk.fi/documents/10616/1456483/VNK+16_2015.pdf/2efb35eb-0f6e-4428-93bf-5998d17d983d
- Miettinen, S., & Pöyry, S. (2015). *VAINULLA ETELÄ-SAVOSSA. Vaikkeimmin työllistyvät nuoret palvelujärjestelmässä –selvitys* [The young people who are the most difficult to employ in service system-report] (Research Reports 100). MAMK University of Applied Sciences. Retrieved from https://peda.net/hankkeet/eejn/kalenteri/eejnt/vtnt/msps2vevtnps:file/download/e6b5a325f04c513b2c835477a9551f04bed2f7d1/Vainulla_Etela-Savossa_Miettinen_Poyry_2015.pdf
- Niiranen, K., Hakulinen, H., Huuskonen, M. S., Jahkola, A., & Räsänen, K. (2011). Supporting the work ability of the unemployed in the authority network. *Journal of Social Medicine*, *48*, 38-52. (In Finnish, abstract in English)
- Niiranen, K., Hakulinen, H., Manninen, P., & Räsänen, K. (2014a). Työttömien terveyspalvelujen kehittäminen – verkosto mahdollisuutena [The development of health services of the unemployed—Network opportunity]. *Työelämän tutkimus*, *12*(1), 3-22.
- Niiranen, K., Hakulinen, H., Manninen, P., & Räsänen, K. (2014b). Unemployed people's experiences in preventive health care services in Finland. Does the health care system respond to the client's needs? *International Journal of Occupational Health and Public Health Nursing*, *1*(3), 25-42.

- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 765-772.
- Romppainen, K., Saloniemi, A., Kinnunen, U., Liukkonen, V., & Virtanen, P. (2014). Does provision of targeted health care for the unemployed enhance re-employment? *BMC Public Health*, *14*, Article 1200. doi: 10.1186/1471-2458-14-1200
- Russell, H., & O'Connell, P. J. (2001). Getting a job in Europe: The transition from unemployment to work among young people in nine European countries. *Work, Employment and Society*, *15*, 1-24. doi:10.1177/09500170122118751
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, *88*, 791-804.
- Sinervo, L., & Hietapakka, L. (2013). *Health services for unemployed* (National Health Survey Paper). National Institute for Health and Welfare. Retrieved from https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110751/URN_ISBN_978-952-302-049-8.pdf?sequence=1
- Statistics Finland. (2013). *Youth unemployment*. Retrieved from http://www.stat.fi/artikkelit/2013/art_2013-03-11_002.html?s=0#3
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. New York, NY: HarperCollins.
- Taris, T. W. (2002). Unemployment and mental health: A longitudinal perspective. *International Journal of Stress Management*, *9*, 43-57.
- UKK Institute. (2015). Retrieved from <http://www.ukkinstituutti.fi/en/>
- Virtanen, P., Saloniemi, A., & Nygård, C. H. (1997). Health for unemployment in the City of Tampere in the year 1995. *Kunnallislääkäri*, *4*, 41-48
- Winefield, A. H. (1997). The psychological effects of youth unemployment: International perspectives. *Journal of Adolescence*, *20*, 237-241.

Author Biographies

Kirsi Lappalainen is Senior Specialist in the Finnish Institute of Occupational Health and PhD student at the University of Eastern Finland. She is a board member of the Scientific Committee of Occupational Health Nursing, International Commission on Occupational Health

Pirjo Manninen is docent at The Institute of Public Health and Clinical Nutrition, School of Medicine, University of Eastern Finland.

Kimmo Räsänen is professor of Occupational Medicine in the Institute of Public Health and Clinical Nutrition, School of Medicine, University of Eastern Finland and senior researcher in the Finnish Institute of Occupational Health.

IV

Unemployed people's experiences and feedback of preventive health care services in Finland

Niiranen, K., Hakulinen, H., Huuskonen, M. S., Jahkola A. & Räsänen, K.

International Journal of Occupational Health and Public Health Nursing 2014: 1 (3), 25–42.

International Journal of Occupational Health and Public Health Nursing on antanut artikkelin
uudelleenjulkaisuluvan

Unemployed People's Experiences and Feedback of Preventive Health Care Services in Finland

Kirsi Niiranen¹, Hanna Hakulinen¹, Pirjo Manninen² and Kimmo Räsänen^{1,3}

Abstract

The aim of our study is to describe unemployed people's experiences of preventive health care services, and to investigate how the health care system responds to their individual needs. We conducted the study under the name Occupational Health Counseling project, in Kuopio, Finland, between 2008 and 2010. We examined the transition from one service to another from the unemployed person's perspective whilst also canvassing their views on health and work ability. According to general consensus the link between health services and employment activities should be flexible between authorities. However, currently a health check is still quite separate from employment activities. Participants' satisfaction with the service was high. When targeted at the unemployed, this special type of health service meets clients' needs very well. Nonetheless, more attention should be paid to individuals who report reduced subjective health. Young unemployed people especially benefit from objective health evaluations, and it imbues them with self-confidence. Preventive health care services for the unemployed are important and services should be offered actively to them. Finnish law requires municipalities to arrange these services but still they are not active in every region. Also the process and contents of the services vary considerable. The situation has improved during the last few years, but work is still needed to ensure the continuation and development of the services. Also, this study shows that preventive health care services for the unemployed are important from the international point of view. The unemployed have many health care needs in common.

Keywords: Unemployed, health services, network, client satisfaction

¹Finnish Institute of Occupational Health, OHS and Work Health, Kuopio, Finland.

²MD Practitioner, Kuopio Finland.

³University of Eastern Finland, School of Medicine, Kuopio, Finland.

1 Introduction

The unemployed are a heterogeneous group and have different service needs [1]. All the problems of the unemployed cannot be solved by health care because the service structure is very complex and this group faces social problems [2]. Brussigemail et al (2014) showed that health promotion with labor market programmes is possible but requires agreements and coordination between the different social security branches. In labor market policy, stronger emphasis on voluntary programme participation is also needed. Health promotion requires skills and competencies; the staff in employment offices as well as in work organizations should adapt the needs of the unemployed [3]. Romppainen et al (2012) stated the production of health services for the unemployed to be a complex diversity of contemporary labor market trajectories. For example, non-standard employment, temporary work and unemployment are high, and some of the traditional professions have disappeared. In their study occupational health nurses felt, that health care services are insufficient for unemployed clients of health services approaches. The study argues that although the structural and economic conditions can change relatively quickly, change in social habits is slow [4].

Attitudes in health care also have an impact. Welfare services do not always respond adequately to the needs of the unemployed [4]. Virtanen et al (2006) stated that the use of physician services varies according to labour market status, being relatively low among the non-permanently employed and the unemployed [5]. Dropping out of health services correlates strongly with unemployment according to Teff et al (2014) [6]. Policy makers should be aware of cyclical changes in preventive care use. As physician recommendations can have a strong impact on patients' use of health care, providers could increase efforts to persuade patients to seek screening examinations and necessary vaccinations during periods of high unemployment [6].

Reducing inequality in health services in Finland is one of the focus areas in development. Working-aged people's health care is divided into municipal health, occupational health and private health sector. Preventive services are used the more the higher the income group the person belongs to. However, persons in lower income groups and unemployed persons have more health problems. This relationship has been observed consistently across 23 European countries [7-8]. Many studies have demonstrated that differences between social classes in well-being and health have even grown [9-13]. Preventive health care services should be arranged according to Finnish Health Care Act [14] to unemployed in every region in Finland. Although about 89% of municipal health care centers carry out these services, the volume and quality of the practices are not known [15]. The coverage of occupational health care for salary and wage-earners in Finland in 2010 was 92% [16].

There is a lot of research related to the health of the unemployed and health services for them but the studies on client's point of view are just a few [1, 3]. Aim of our study is to describe the unemployed persons' experiences of preventive health care services, and to investigate how the health care system responds to their individual needs. Case is the Occupational Health Counseling project Kuopio, Finland in 2008-2010. The article is mainly descriptive. It examines the transition from one service to another from the unemployed person's perspective whilst also canvassing their views on health and work ability.

2 Materials and Methods

2.1 The Context of Occupational Health Counseling Project

During 2007 – 2010, the unemployed health services for the unemployed were developed in 18 different sub-projects of the Finnish National Institute of Health and Welfare. One part of the project was coordinated by Finnish Institute of Occupational Health called the Occupational Health Counseling [17]. This project took place in the years 2008 – 2010, and the preventive health services for the unemployed were organized in connection with the primary health care. Occupational Health Nurse (OHN) checked clients' health.

The role of the OHN is prominent and independent in Finland. They have the statutory education and qualification for required for this job. They coordinate the services and cooperate with organizations and enterprises. OHNs are specialized in health promotion. [19]. They also deal with health examinations (over 600,000 every year) [20]. This means direct contact between the nurse and the employee. This usually involves a discussion of the employee's life situation and the balance between private life and work life, workplace atmosphere, workload (e.g. time pressure, information load) and how the employee is coping with his/her work. The nurse also encourages the employee to adopt on safe work approaches and life habits and talks about nutrition, alcohol, tobacco and physical exercise. Working with unemployed needs know-how about unemployment and labor market specific issues [2, 17].

The OHN in health center made appointments with participants from various sectors, for example employment and economic development office, social welfare office, educational institutions and in the intermediate labor market (Figure 1). The participants were young unemployed people aged 15-25, and the middle-aged adults undergoing labor market training [2, 17, 18]. The intermediate labor market is an interphase between free labor market and unemployment. Unemployed persons aim to move to the free labor market. During the health examination the OHN surveyed clients' health and work ability by using different tests. After the meeting, the nurse and client planned in cooperation any further treatment or follow-up meetings, either in health care or other organizations (Figure 1) [2,18].

Aim of our study is to describe the unemployed persons' experiences of preventive health care services, and to investigate how the health care system responds to their individual needs. Case is the Occupational Health Counselling project Kuopio, Finland in 2008-2010.

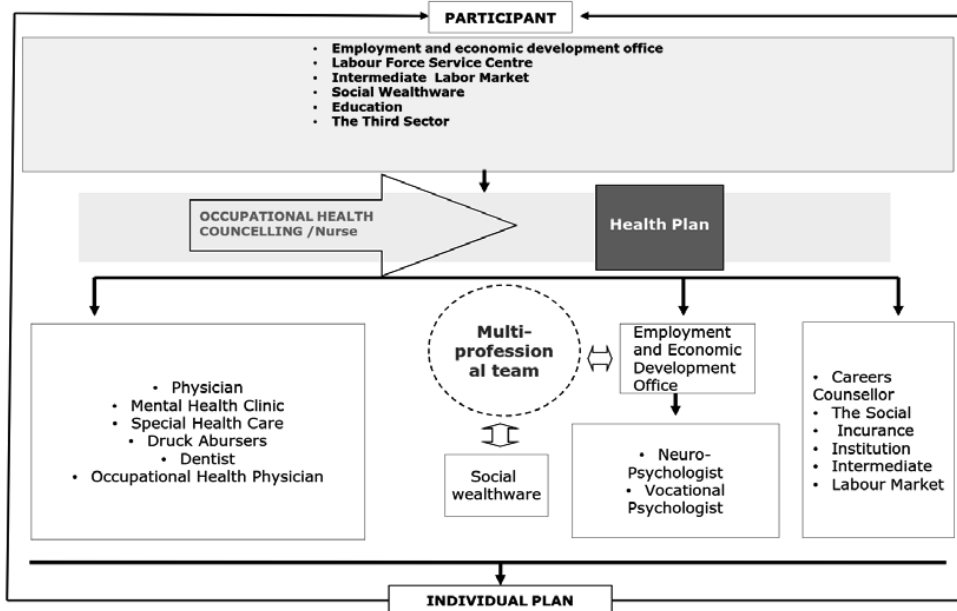


Figure 1: Occupational Health Counseling Model

2.2 The Data Collection

Data was collected through interviews ($n=9$) with young participants, aged 20-25 and through questionnaire feedback; $n=130$ from all clients aged 15-54. We reminded once and also contacted telephonically but still only 42 responded (response rate 32%). The majority were females ($n=37$). The maximum responses was in 25-54 age groups. In the oldest age group were middle-aged adults undergoing labour market training in cleaning and assistant nursing. Those trades are dominated by women. The survey was conducted out in February-April 2010 (Annex 1).

The feedback questionnaire was developed by Finnish National Institute of Health and Welfare in Development Partnership Project 2007-2010 [1]. It was used in 18 different sub-projects. It was based on professionals, researchers and previous projects knowledge. The response rate in other sub-projects was 15-39%. The questionnaire included questions about background information, statements and meaning of the health check and follow-up care (Annex 1).

A semi-structured interview was based on themes selected beforehand while there was no clear structure or order in the questions during the interview [21, 22]. This method of collecting material enables interaction between the interviewer and the interviewee, making it possible to use questions to extend understanding [23].

The interviews took 6-15 minutes. Three interviews were carried out early 2010 and four late 2010, and the remaining two in June 2011. Seven of the interviews were conducted out face to face and the remaining two by telephone (Annex 2).

We present our findings by combining the statistical analysis and content analysis. This triangulation method gives a wider understanding of the aim of the study. Also, the small number of responses of questionnaire does not allow more complex statistical

analysis.

2.2.1 Content analysis

The interviews underwent content analysis using Atlas/ti program (Atlas/ti 5.1). Content analysis considers similarities and differences. [24, 25]. The units of analysis was chosen as the material purpose. In qualitative research data collection, processing and analysis is difficult to separate [26, 27]. The process begins with the analysis of the analysis unit, which may be a word, a word combination or a phrase. The second step in the data is coding and the classification. In data classification simplified expressions are grouped, and the categories are classified as lower and higher. Consolidation will continue as long as it is meaningful. In the last phase of the material results are interpreted and conclusions are drawn. [26, 27, 28, 29].

The content analysis of the first phase of transcribed texts were fed into the Atlas/ti-program, after which the data were coded. The first phase of coding examined the content of the text and the meanings in the interviews. These parts were conceptualized with different codes, a total of 57. In the second part, the researcher examined whether codes have the correct code name. Some of the lower categories had the same contents, and the codes were combined. This was done manually by printing all of the coded expressions and by sorting, thus nine categories were established. As the data was small a two-level classification of the material was adequate.

2.2.2 Statistical analysis

SAS for Windows 9.2 was used for the statistical analysis. Data underwent descriptive analysis, direct distributions and the Pearson Exact Chi-Square test.

Statements based on a 5 step Likert scale (totally agree, tend to agree, neither agree nor disagree, tend to disagree, and strongly disagree). In the analysis we combined the first two classes. A comparison based through age distribution. The Pearson Exact Chi- Square test, value was used for statistical analysis because of the limited data.

3 Results

3.1 Experiences of Service Utility

The interviewed participants (n = 9) ranged from 20 to 25 years. Six of the participants were men. Their life situations ranged from unemployment (n=3), job training or education (n=4) to employment with the support of rehabilitative and work place units (n=2). Two of them had mental health problems or substance abuse problems. Some of the participants had moved to a new city, and they did not yet have a social network there. One client had no income at all at the moment, but he lived on his spouse's income. The common factor for all of them was rather low physical activity or lack of hobbies. Clients were directed to a health meeting from different sectors. The employment and Economic Development office sent three clients. Three other participants came from Intermediate Labor Market, and two participants had noticed a brochure of the project and had made an appointment by themselves. One participant came suggested by his girlfriend.

Table 1: Background information of the participants who answered the feedback questionnaire

	n=42
Sex	
Female	37
Male	5
Age	
under 25	8
25-34	4
35-44	11
45-54	19
Life-situation	
unemployed	5
employment with support	3
employed	6
education to employment	28

By the time the participants were prompted their health checks, most of them had forgotten it. What they remembered, was fill in forms, measuring height, weight and blood pressure and vaccination. Accessing to this service was easy and they all received basic information of their health status.

"It was at least quickly and the situation was uncomplicated and very clear. Easy to go there [laughs] "[sic] (Male 20).

Of the clients 88%, opined that the health check gave a true picture of their health status. This was especially true for older clients (Table 2).

All of the young participants interviewed felt that the service was useful and necessary. Most of these had rather limited suggestions for improving the service. Their opinions of health check meeting were mostly positive. They felt it important that they received an assurance that they had not more severe health problems. One participant had concrete help in accessing treatment for back problems.

"Really useful, you do not... Had there not been this opportunity for an appointment yet, just that. And that it was free, that.... at their, there'd probably have to send us. It was fine to get that opportunity to go "[sic] (Male 21).

Participants were asked about the instructions during the health check. They considered instructions; lifestyle issues (smoking, alcohol, physical activity, and diet and weight management issues). Below are two comments about the instructions.

"Stop drinking. [laughing] I thought it was" [sic] (Male 23).

"Well, in this example from the physical activity of any kind that , you have a hobby

activities , example from exercise according to all that the world of ball games and a lot of hobbies recommended that , in this age people can be recommended " [sic](Male 20).

Some of the interviewees felt that the health check also affected their health habits, although they were unable to specify this effects. One interviewee felt that the meeting import confidence and courage to apply for studies or work. Participants liked the easy way to get the service and the possibility to get their process forward. One participant felt that health check was not relevant at all.

The feedback during the health check was considered sufficient by 73% of the respondents, most among the youngest age group, and least among the group 35-44 group (Table 2). Of the respondents, 40% considered that the health check had made them to pay more attention to health status and health habits. This was generally more common in the younger age groups (Table 2).

Table 2: Participant`s feedback of unemployed health check by age-group (n=42).

Opinion	Totally/ tend to agree					p-value*
	Age					
	Under 25 n (%)	25-34 n (%)	35-44 n (%)	45-54 n (%)	Total n (%)**	
Health check gave a true picture of own health status	6 (75)	3 (75)	10 (90)	18 (95)	37 (88)	0,43
Feedback from the health check was sufficient	7 (88)	3 (75)	6 (55)	15 (79)	31 (73)	0,67
Health check made me to pay attention to the health status and health habits	4 (50)	2 (50)	4 (36)	7 (37)	14 (40)	0,93
Health check was necessary	7 (88)	3 (75)	6 (54)	17 (90)	33 (79)	0,24
Follow- up care had been achieved	4 (50)	2 (50)	6 (54)	9 (47)	21 (50)	1,00
Health examination attention was paid to the wishes	7 (88)	3 (75)	7 (64)	13 (68)	30 (71)	0,53
Health check should be regular	8 (100)	3 (75)	11 (100)	19 (100)	40 (98)	0,10
Unemployed need health checks	8 (100)	3 (75)	10 (91)	19 (100)	40 (95)	0,10
The results of health check were taken into account in the employment services	3 (38)	1 (25)	4 (36)	4 (21)	12 (29)	0,25

* Pearson Exact Chi-Square test

** All the respondents did not answer to all questions

The Beck Depression Inventory [30] showed over 10 points for six persons who responded to participants feedback. Four of them totally agreed or tended to agree that the health check had prompted them to pay more focus to their health status and health habits. The health check included regarding ability to work where compared to the life-time the best [30]. The scale was from 0 to 10. The estimation was under 8 (reasonable or poor) for four responses.

Three of these agreed or tended to agree that the one outcome of the health check had made them to pay more attention to their health status and health habits.

Table 3: Participants' opinion about the health check utility by age-group (n=42). Answer "Yes".

Health check was relevant	Yes				Total n(%)**	p-value*
	Age Under 25 n (%)	25–34 n (%)	35–44 n (%)	45–54 n (%)		
To my health	4 (50)	2 (50)	5 (45)	9 (47)	20 (48)	0,92
To my wellbeing	4 (50)	3 (75)	5 (50)	12 (67)	24 (60)	0,69
To my employment	2 (25)	1 (25)	3 (27)	4 (24)	10 (25)	0,98
To my finance	0 (0)	0 (0)	2 (18)	2 (12)	4 (10)	0,88

* Pearson Exact Chi-Square test

** All the respondents did not answer to all questions

Health check was considered necessary by 79% of the respondents. This was slightly more common among the youngest and the oldest age groups, but there was no statistical difference between the groups (Table 2).

We asked whether the health check was meaningful (yes, no, cannot say) to their health, wellbeing, employment and finance. Naturally responses rated effects on wellbeing highest; 60%, followed by health (48%), employment (25%) and finance (10%) (Table 3).

3.2 Follow up Care and Authority Network

The respondents were asked about follow-up care, and there were no differences between the age groups (Table 2). Four of the six who had over 10 points in BDI considered the follow up care successful (agreed or tended to agree). Two out of four respondents had the score below 8 when estimating their ability to work (score 0-10). They tended to agree or totally agreed with follow-up care provision.

According to participants' opinion, only 29% of them felt that the employment services took into account the results of the health check. This opinion tend to be more common among the youngest and the oldest age group. The interviewed young participants were not involved in multiactor meetings during the project. Follow-up care included an appointment with the doctor or laboratory guidance.

The interviewed participants were asked about the network of authorities around them and other organizations in which their health or work ability issues had been discussed. Some of the young people did not have the need for network support, but listed a number of the authorities involved, such as the Social Insurance Institution (SII), the Employment and economic development office, the intermediate labor market, the social wealth ware services, the mental health services and doctors' appointments. Also, family members and participants' relatives were mentioned in connection with this theme.

"Okay, welfare, SII... Employment office, then." [sic] (Female, 22).

"SII and Social wealth ware they probably are, and, I'm not sure about vocational school network, it is anyway related" [sic] (Male 20).

3.3 The Participants Role and Wishes

Of the respondents, 71% considered their preferences were accommodated during the health examination. This was more common among the youngest age group (Table 2). In the older age group there were more expressions (32 %) of neither agree or disagree.

In the interviews, the participant's own role rated as equal to the OHN. All of the interviewees were of the opinion that they gained relevant understanding of their life situation. One of them expressed a certain wonder regarding her situation in life. The OHN was described as a knowledgeable and attentive person.

Almost all of the participants considered that a health check should be at regular intervals (98 %) and that unemployed persons need health checks (95%). Also, 86% considered that

health checks were relevant to their own health; among the youngest age group, this percentage was smallest, 75 (Table 2).

However, participants' opinion was that it is important this kind of service is also available for the unemployed and persons who are out of the coverage of occupational health services. The service was welcomed as it was. The only practical development proposal was that the number of questionnaires should be reduced.

"It's a good thing that there is a service, like this [sic] (Male 21).

In the free comments section of the feedback survey almost all participants hoped for regular health checks. One recommended that regular health checks should be mandatory. Participants hoped for more information about the services and health opportunities that unemployed could access to. One main positive point was that the service was free. Participants also hoped free exercise facilities and physiotherapist services to maintain their ability to work. Long appointment periods were criticized. One participant felt that this kind of health check is representational of ones situation of life.

In the feedback survey, 79% of the respondents thought that the health check was needed, 73% got sufficient feedback, and 88% considered that it gave a true picture of their health status; while 72% considered that their own needs and views were taken into account. Almost all considered that unemployed persons as a whole (95%) needed health checks. Almost all the respondents hoped regular health checks (Table 2).

4 Discussion

The aim of the study was to describe unemployed persons' experiences of the health care service and their opinions of maintaining work ability.

The unemployed need health checks, and they consider them important. 40% of the respondents thought that health check made them pay attention to their own health status and health habits. Of those six, whose BDI was over 10 points, four agreed or tend to agree that the health check had made them pay more attention to their own health status and health habits. Also, of the four whose estimation of work ability was under 8, three shared this opinion. Meeting with a health professional is even more important and appropriate for those in a vulnerable life situation. Those persons need to get support and are willing to change their health habits. The young among unemployed specially benefit an objective health evaluation, and imports them self-confidence.

Axelsson et al, indicated that the quality of life (QOL) is good among a majority of unemployed young adults. Positive QOL also seems to be related to high self-esteem, satisfaction with spare time and a great extent of decision-making. In order to achieve more equity in health they suggest that special attention should be paid to individuals who report reduced subjective health, especially anxiety. Therefore, efforts should aim at empowering unemployed young adults by identifying their concerns and resources. Individual programs should include personal development beside work and education [31]. This has an important message also for health care sector; personnel need to direct clients to right service.

According to participant perceptions the results of the health check were taken into account by the employment services in only 29% of cases. Is an action still quite separate on the employment sector? The transition from the health check to the employment services is not necessary seamless even though the project tried to develop this co-operation. This link needs more attention in the future. Unemployed persons' health monitoring for maintaining work ability needs a complex networking of different actors from health care, social and employment sectors and voluntary participation. The health service should be close to the employment service, so that organizational limits disappear. The needs of the unemployed should be truly shared in different organizations. In this study we had a network of actors from various sectors. Referring organizations included, for example, the employment and economic development office, the social welfare office, educational institutions and the intermediate labor market. Based on the individual plan, the unemployed were referred to different actors in the health care sector, career counsellors, vocational psychologists, the SII, the intermediate labor market among others.

The majority of the respondents thought that during the health examination attention was paid to their wishes. In the older age group, there were more expressions (32%) of neither agree nor disagree. Why is the older group more crucial than the younger group? This is perhaps because they have more life experience and they want more from the service. Young people find it difficult to compare services due to their lack of experience. Memory of the health checks was minimal. The health check should be more relevant and focused on clients' needs. A small group (4 persons) felt that the follow up care was not as successful as planned during the health check. New methods like mobile applications could prove useful even though they do not compensate for human contact. Even though some of health care personnel think that the health care of unemployed is mentally laborious these services should be available. It is also important to take care of the

personnel's own coping, for example, by supervision of their work. Health care services should be offered actively to unemployed persons.

The report of Finnish National Institute of Health and Welfare report from regarding the health of those unemployed for a long time (Development Partnership Project 2007-2010) [1] showed the participants' feedback was very positive as regards their health in the review. 61% (in this study 40%) of participants told in the review they paid more attention to the health status and health habits after the health check. Some participants were moved to rehabilitation and some others started receiving disability pension. In the partnership project, the participants were mainly long-term unemployed and belonged to the older age group [1]. Overall the results in this report and the current study are quite consistent.

The evidence from health checks has been recently discussed very much in the OHS field in Finland. There is scientific evidence about the effectiveness of health checks in OHS according to Taimela et al (2008, 2008, and 2010). They divided high risk patients into an intervention and control group. After a one year follow-up, in the intervention group there were less sick leaves, and less costs than in the control group [32, 33, and 34].

The benefits of health services for the unemployed has also been studied. For example, Kreuzfeld et al. (2012) [35] mentioned degrees in the blood pressure, CVD risk, back pain and depressive symptoms among long-term unemployed as a result physical activity program. Horns et al. (2012) [36] showed similar results, the healthy lifestyle after intervention. Rothländer et al, (2012) [37] used an experimental design, in which the intervention included cognitive-behavioral methods for health promotion. Researchers found a significant difference in the health status: the intervention group's self-rated health was better. Evidence can be found of the benefits of support methods for the employment in Dalen et al. (2008) [38]. The similar evidence of workplace skill improvement in the unemployed in Finland has also been shown (Vuori et al., 2002) [39]. Based on these studies, participatory interventions seem to bring health and wellbeing benefits. Our study shows also welfare and health benefits for such clients.

Verbeek et al (2001) [40] reviewed the literature on the concept of consumer satisfaction with health care and on surveys of satisfaction with occupational health care. Consumer satisfaction is an important indicator of quality in OHS. Researchers claim that high average ratings of satisfaction is the most important methodological problem to avoid. It is important to measure specific aspects of occupational healthcare experiences among patients and clients because satisfaction is a multidimensional concept. Client feedback helps to better understand client preferences and to improve the quality of the services. It would be important to inform these unemployed persons themselves of the study results.

Hall and Doman (1988) [41] have analyzed over 200 studies concerning patient/client satisfaction. The average "satisfaction" count was 76%. Several researchers have showed that even though the satisfaction is 90%, the responses to certain specific questions can be very critical and negative [42, 43]. In this study we found also criticism, for example, in follow-up care.

4.1 Study Limitations and Ethics

However, there are some limitations of this study. The results are context-related to the Finnish health care system and therefore the results have to be interpreted and transferred with care. Also, limitations of this study relate to the results of generalization, research methods and the low response rate. The data would have been limited by itself, and we

ended up to use mixed methods. The results cannot be generalized to complete. [44]. The response rate for the feedback questionnaire was quite low (32%).

The older age group answered more often than the younger group. It was hard to get responses even by phone. The young clients did not necessarily answer to a phone call or back after call request. The majority of respondents were women. The clients who were undergoing employment offices labour market training were assistant nurses or of those training to be cleaners. These lines of work are dominated by women. Because of the limited data, we could do only a simple statistical analysis. We could not compare, eg. differences between the genders in their opinion of the services. These results are approximate.

It was a challenge to get the participants for the interview. Although the interview time was agreed upon, the interviewee did not necessarily arrive at the venue. It was hard to get responses even by phone. The result of interviews were also rather limited and the interviewees responded to most items pretty briefly. The young participants did not have very many opinions about the service, and they were satisfied. This clientele is passive and do not necessarily count on authorities, not to mention researchers. In the content analysis data classification and naming was checked several times. Material classification, however, always represents researcher choices and interpretation [25]. When the interview data is relatively small, a two-level classification is sufficient. Also, direct quotes illustrate the material.

The study underwent the Ethics Committee statements in the Finnish Institute of Occupational Health. Interviewees were informed before an interview about its content and the voluntary nature of their participation. Informal consent was obtained from all interviewees beforehand. Anonymity was assured and the individual interviewees cannot be identified. The role of researcher was neutral during the interview and the themes used were congruent in both groups. The participants also made a written assent. The phases of the study are also repeatable as it comes with the territory. [45.]

5 Conclusion

Participant satisfaction in health service for the unemployed was high. Targeted at the unemployed, this service meets clients' needs very well. Preventive health care services for the unemployed are important, and services should be offered actively. Individuals who report reduced subjective health should be given more attention. Young unemployed people especially benefit from objective health evaluations, and it imbues them self-confidence. The link between health care services and employment activities should be flexible between authorities.

Monitoring the health of unemployed persons in order to maintain their ability to work needs complex networking of different actors from health care, social and employment sectors and voluntary participation. It seems that currently health check is an action still quite separate from employment activities; the transition from health check is not necessary the seamless service with the employment service. This link needs more attention in the future. Voluntary program participation is also needed. This service construction is complex and needs new models in different organizations.

The findings give important information about preventive health care for the unemployed. In Finland, the law that stipulates municipalities arrange services, but certain regions still lack these. Also the process and contents of the services vary a lot. The situation has come

better during the last few years, but work is still needed. From the international point of view this study shows that preventive health care services to unemployed should be arranged. The unemployed have many health care needs in common.

References

- [1] P.Saikku, ”Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset- ja palvelut siirtymätyömarkkinoilla,” Helsinki, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2009.
<http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/80360/0b1c0c86-edd3-4e4b-b3cd-d1492b5a6830.pdf?sequence=1>
- [2] K. Niiranen, H. Hakulinen, P. Manninen and K. Räsänen, ”Työttömien terveyspalvelujen kehittäminen – verkosto mahdollisuutena,” *Työelämän tutkimus*, vol **12**, no. 1, (2014) 3-22.
http://www.ttl.fi/fi/tiedotteet/Documents/Niiranen_ym_Artikkeli_Ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4n_tutkimus_1-2014.pdf
- [3] M. Brüssig, N. Dragano and S. Mücken, “Health promotion for unemployed jobseekers: New developments in Germany,” *Health Policy*, vol. **114**, no. 2-3, (2014) 192–199.
- [4] K. Romppainen, A. Saloniemi, R. Jähi and P. Virtanen, “My health and theirs: clients constructing meanings for a health service programme for unemployed people,” *Sociology of Health & Illness*, vol. **34**, no. 6, (2012) 809-825.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2011.01429.x/pdf>
- [5] P. Virtanen, M. Kivimäki, J. Vahtera and M. Koskenvuo, ”Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services?,” *BMC Health Service Research*, vol **2**, no. 6, (2006) 123.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/123>
- [6] N. Tefft, and A. Kageleiry, “State-Level Unemployment and the Utilization of Preventive Medical Services,” *Health Services Research*, vol. **49**, no. 1, (2014) 186–205. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.12091/abstract>
- [7] C. Bambra and T.A. Eikemo, “Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries,” *J Epidemiol Community Health*, vol **63**, no 2 (2009) 92-98. <http://jech.bmj.com/content/63/2/92.long>
- [8] J. Brown, E. Demou, M.A. Tristram, H. Gilmour, K. Sanati and E. Macdonald, “Employment Status and Health: Understanding the Health of the Economically Inactive Population in Scotland”, *BMC Public Health*, vol **12**, (2012) 327. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/327>
- [9] Health inequalities in EU
[\http://www.health-inequalities.eu/HEALTHTHEQUITY/EN/about_hi/health_inequalities/in_the_eu/ [access 30.7.2014]
- [10] A. Kunst, E.V. Bos and J.P. Mackenbach, J. P., “EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission,” Department of Public Health, Erasmus University. Rotterdam, (2011).

- [11] T. Martelin, S. Koskinen and E. Lahelma, "Väestöryhmien väliset terveyserot. Suomalaisten terveys," (2005).
- [12] T. Valkonen and T.M. Kauppinen, "Miesten kuolleisuuden alue-erot ja sosiaalinen segregatio pääkaupunkiseudulla," *Kvartti*, no 1, (2001) 7–21.
- [13] T. Heponiemi, M. Wahlström, M. Elovainio, T. Sinervo, A-M. Aalto and I. Keskimäki, "Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin," *Työ ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys* no. 14, (2008) https://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf
- [14] Terveydenhuoltolaki. Suomen säädöskokoelma 1326/ (2010).
- [15] L. Sinervo and L. Hietapakka, "Työttömien terveyspalvelut. Valtakunnallisen terveyskeskuskyselyn 2013 tulokset," Paper. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, (2013). <http://www.julkari.fi/handle/10024/110751>
- [16] T. Kauppinen, P. Mattila-Holappa, M. Perkiö-Mäkelä, A. Saalo, J. Toikkanen, S. Tuomivaara, S. Uuksulainen, M. Viluksela and S. Virtanen, "Työ ja terveys Suomessa 2012," Työterveyslaitos. Tampere. Tammerprint Oy, (2013).
- [17] L. Sinervo, "Työttömien terveyspalvelun juurrutus: Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia" *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, (2009). <https://www.julkari.fi/handle/10024/80399>
- [18] K. Niiranen, H. Hakulinen, M.S. Huuskonen, A. Jahkola and K. Räsänen, "Supporting the work ability of the unemployed in the authority network," *Journal of Social Medicine*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, vol 48, no 1, (2011) 38–52.
- [19] Finnish Association of Occupational Health Nurses <http://www.stthl.net/fin/jasenyys/toimenkuva/> [access 23.10.2014]
- [20] Kela työterveyshuoltotilasto. http://www.kela.fi/vuositilastot_kelan-tyoterveyshuoltotilasto. [access 23.10.2014]
- [21] DF. Polit and BP. Hungler, "*Nursing research Principles and Methods*," London: J.B. Lippincott Company, (1987).
- [22] F. Fontana, "The Interview. From Structured Question to Negotiated Text," *In Handbook of Qualitative Research*. Edited by Edited by Denzin NK, Lincoln YS. Thousand Oaks: Sage Publications. (2000) 645-672.
- [23] F. Marton, "Phenomenography - describing conceptions of the world around us," *Instructional Science*, vol 10, (1981) 177-200.
- [24] E. Latvala and L. Vanhanen-Nuutinen, "Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi," *Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Janhonen, S. & Nikkonen, M. (ed.) Juva. WS Bookwell Oy, (2003).
- [25] K. Krippendorff, "*Content analysis. An Introduction to Its Methodology*" Sage Publication (1985).
- [26] J. Tuomi, J. and A. Sarajärvi, "*Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*" Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, (2002).
- [27] M. I. Franklin, "*Understanding Research: Coping with the Quantitative-Qualitative Divide*," London/New York. Routledge, (2012).
- [28] J. Kylmä and T. Juvakka, "*Laadullinen terveystutkimus*" Edita Publishing Oy, (2012).
- [29] H. Kyngäs and L. Vanhanen, L, "Sisällönanalyysi," *Hoitotiede*, no 11, (1999) 3–12.
- [30] Toimia- database <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittari/tulokset/8> [access 1.10.2014]

- [31] L. Axelsson and G. Ejlerstsson, "Self-reported health, self-esteem and social support among unemployed young people – a population-based study," *Int J Soc Welfare*, vol. **11**, no. 2, (2002) 111-119.
- [32] S. Taimela, A. Malmivaara, S. Justén, E. Läära, H. Sintonen, J. Tiesko and T. Aro, "The effectiveness of two occupational health intervention programmes of two occupational health intervention programmes in reducing absence among employees at risk. Two randomized controlled trials," *Occup Environm Med*, vol. **65**, no. 4, (2008) 236–41
- [33] S. Taimela, S. Justén, P. Aronen, H. Sintonen, E. Läära, A. Malmivaara, J. Tiesko and T. Aro, "An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on randomized controlled trial," *Occup Environ Med*, vol. **65**, no. 4 (2008) 242-8.
- [34] S.Taimela, P. Aronen, A. Malmivaara, H. Sintonen, J. Tiesko and T. Aro T, "Effectiveness of a targeted occupational health intervention in workwers with high risk of sickness absence: baseline charateristics and adherence as effect modifying factors in a randomized controlled trial," *J Occup Rehabil*, vol. **20**, no. 1, (2010) 14-20.
- [35] Kreuzfeld, S.,Preuss, M., Weippert, M. & Stoll, R, "Health effects and acceptance of a physical activity program for older long-term unemployed workers," *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. **85**, no. 1, (2012) 1-7.
- [36] M.K. Horns, S.K. Seeger, M. Heinmüller, H. Limm, H.P. Waldhoff,, R. Salman, H. Gündel and P. Angerer, "Health promotion for long-term unemployed. Effects on motivation for a healthy lifestyle," *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, vol. **55**, no. 5 (2012) 728–738.
- [37] K. Rothländer, S. Mühlpfordt and P. Richter, "Evaluation of the health promotion program Active Coping with Unemployment (AktivA)," *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, vol. **20**, no. 3, (2012) 115–127.
- [38] R. Dale, B.K. Graversen and J.C.Van Ours, "Activating unemployed workers works; Experimental evidence from Denmark," *Economics letters. Evaluation Frameworks for Development Programmes and Projects*, vol. **100**, no. 2, (2008) 208-310.
- [39] J. Vuori, J. Silvonen, A.D.Vinokur, and R.P. Price, "The Työhön Job Search Program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement?," *Journal of Occupational Health Psychology*, vol **7**, (2002b), 5–19.
- [40] J. Verbeek, van F. Dijk, K. Räsänen, H. Piirainen, E. Kankaanpää and C. Hulshof, "Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured?," *Occup Environ Med*, vol **58**, (2001) 272–278.
- [41] J.A. Hall and M.C. Dornan, "Meta-analysis on satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels," *Social Science Medicine* no **27**, (1988) 637-644.
- [42] S. Williams and M. Calnan, "Key determinants of consumer satisfaction with general practice," *Fam. Practice* no. 8, (1991).
- [43] R. Fitzpatrik, "Surveys of patient satisfaction. Important general considerations," *British Medical Journal*, vol. **302**, no 13, (1991).
- [44] Collins, Allan; Joseph, Diana & Bielaczyc, Katerine 2004. Design Research: Theoretical and Methodological Issues. *Journal of the Learning Sciences*, vol.**13**, no. 1 (2004) 15-42.

- [45] American Anthropological Association: Statements on Ethics.
<http://www.aaanet.org/stmts/ethstmnt.htm> [access 10.12.2014]

Appendix

A1. The themes of feedback questionnaire

Background information (sex, age, working situation)

Statements of the health check (Scale 1-5)

Health check gave a true picture of own health status

The practice worked well

Feedback from the health check was sufficient

Health check made me to pay attention to the health status and health habits

Health check was necessary

Follow- up care had been achieved

Health examination attention was paid to the wishes

Health check should be regular

Unemployed need health checks

The results of health check were taken into account in the employment services

Meaning of the health check (1= yes 2= no 3= I don't know)

To my health

To my wellbeing

To my employment

To my finance

Follow-up care after the health check (different follow-up services)

Physician

Health/sick care services

Dentist

Physiotherapist

Physical exercise services

Mental health clinic

Druck Abusers services

Labour Force services

Social wealth ware services

ISS services

Employment and Economic Development Office

Something else

Any other free comments

A2. Theme interview questions to Occupational Health Counselling participants

- 1) Can you tell briefly about your life situation?
- 2) How did you come to Occupational Health Counselling project?
- 3) Can you tell in your own words what happened in the health meeting?
- 4) What good sides were there in the health meeting? What improvements would you suggest?
- 5) What kind of further treatment options were discussed?
- 6) How useful did you find the counselling?
- 7) What specific steps did you get from health appointment?
- 8) What kind of role/position did you have in health meeting? How was the understanding of your matters?
- 9) What other organizations have dealt with your health / your work ability related things?
- What kind of network operators are there around you?
- 10) How the health meeting has influenced with your health / your ability to work?
- 11) What new opportunities the health meeting highlighted to your health and work ability in the future?
- 12) What other feedback / wishes or development ideas you have about this service?



KIRSI LAPPALAINEN

Tutkimuksessa kuvattiin verkostojen yhteistyötä liittyen työttömien työelämävalmiuksien tukemiseen. Tutkimus toi esille palvelujen kehittämistarpeita terveydenhuollossa ja yhteistyöverkostoissa. Tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ja työvoimahallinnon välille tarvitaan nykyistä tiiviimpi verkostoyhteistyö. Terveydenhuollon resurssit pitäisi keskittää niihin työttömiin, jotka kokevat työkykynsä heikentyneen. Varhaisen tuen tarpeen tunnistamiseen tarvitaan uusia menetelmiä ja koordinoitua toimintatapaa.



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

uef.fi

**PUBLICATIONS OF
THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND**
Dissertations in Health Sciences

ISBN 978-952-61-2451-3
ISSN 1798-5706