

Terveyspalvelu työllistymisen tukena

Pitkäaikaistyöttömien
terveystarkastukset ja -palvelut
siirtymätyömarkkinoilla

RAPORTTI



© Kirjoittaja ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Taittotalo PrintOne

ISBN 978-952-245-115-6 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-116-3 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Yliopistopaino Helsinki 2009

Sisältö

| | |
|---|----|
| Tiivistelmä | 5 |
| Sammandrag | 7 |
| Abstract | 9 |
| | |
| 1 Johdanto | 11 |
| Valtakunnalliset lähtökohdat | 11 |
| Työttömyys ja terveys | 13 |
| Kehityskaari työttömien terveyspalveluissa..... | 14 |
| | |
| 2 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusasetelma | 17 |
| 2.1 Hankkeet | 17 |
| 2.2 Tutkimuskysymykset ja -aineistot | 18 |
| 2.3 Tutkimuksellinen viitekehys | 21 |
| 2.3.1 Arvioinnin viitekehys | 21 |
| 2.3.2 Teoreettinen viitekehys..... | 23 |
| | |
| 3 Katsaus valtakunnalliseen tilanteeseen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa | 27 |
| 3.1 Kyselyn toteutus ja vastaajat | 27 |
| 3.2 Valtionosuusmäärärahan lisäys - tietoisuus ja merkitys | 30 |
| 3.3 Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittäminen | 31 |
| 3.4 Kehittämistoiveet | 38 |
| 3.5 Yhteenveto | 39 |
| | |
| 4 Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon asiakkaat ja palaute | 41 |
| 4.1 Asiakaskunnan rakenne ja palvelutarpeet | 42 |
| 4.1.1 Asiakaskunnan rakenne | 42 |
| 4.1.2 Asiakkaiden ohjaus terveystarkastukseen..... | 45 |
| 4.2 Asiakkaiden terveys ja työkyky sekä todetut terveysriskit | 47 |
| 4.2.1 Arviot terveydestä ja työkyvystä | 47 |
| 4.2.2 Todetut terveysriskit | 50 |
| 4.3 Asiakaspalaute | 54 |
| 4.3.1 Palvelu ja jatkotoimenpiteet | 56 |
| 4.3.2 Terveystarkastuksen merkitys ja vaikutukset | 58 |
| 4.3.3 Asiakashaastattelut | 63 |
| 4.4 Asiakkaiden siirtymät | 68 |
| 4.4.1 Työhön suuntaavan siirtymän valmistelu | 71 |
| 4.4.2 Hoitoon tai kuntoutukseen suuntaavan siirtymän valmistelu | 72 |
| 4.4.3 Sairausvapaalle tai eläkkeelle suuntaavan siirtymän valmistelu | 73 |
| 4.5 Yhteenveto | 74 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 5 | Pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluun kehitetyt mallit..... | 76 |
| 5.1 | Mallien ryhmittely | 76 |
| 5.2 | Vertailu keskeisillä ulottuvuuksilla..... | 77 |
| 5.2.1 | Asiakkaat | 77 |
| 5.2.2 | Toimeenpanija ja toteuttajat | 79 |
| 5.2.3 | Toteutustapa ja välineet..... | 80 |
| 5.2.4 | Paikkakunnan ja toteuttavan organisaation piirteet..... | 84 |
| 5.2.5 | Verkostot ja yhteistyö..... | 86 |
| 5.2.6 | Jatkosuunnitelmat ja liittyminen strategioihin..... | 87 |
| 5.2.7 | Johtopäätöksiä vertailusta | 89 |
| 5.3 | Palvelun rakenteellinen kiinnittyminen | 90 |
| 5.3.1 | Työvoiman palvelukeskukseen tiiviisti kiinnittynyt palvelu | 90 |
| 5.3.2 | Työvoiman palvelukeskustoimintaan löyhästi kiinnittynyt palvelu | 92 |
| 5.3.3 | Terveyskeskukseen kiinnittynyt palvelu..... | 93 |
| 5.3.4 | Työ- ja elinkeinotoimistoon kiinnittynyt palvelu | 95 |
| 5.3.5 | Kunnan työllistämistoimintaan kiinnittynyt palvelu | 97 |
| 5.4 | Yhteenveto | 101 |
| 6 | Johtopäätökset | 104 |
| | Lähteet | 112 |
| | Liite 1: Tutkimusaineisto | 116 |
| | Liite 2: Taulukot ja kuvat..... | 120 |

Tiivistelmä

Pitkäaikaistyöttömille suunnattuja terveystarkastuksia ja -palveluja on pyritty viime vuosina kehittämään kahdensuuntaisten rahoitustoimenpiteiden avulla: kohdentamalla kaikkiin kuntiin valtionosuuteen sidottua lisämäärärahaa sekä lisäksi joillekin kunnille hankerahoitusta terveystarkastus ja -palvelukäytäntöjen luomiseen ja kehittämiseen osana Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämissanketta (PTT -hanke).

PTT-hankkeeseen liittyvän arviointitutkimuksen tavoitteena oli sekä kartoittaa tilannetta pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa valtakunnallisella tasolla että kuvata ja arvioida hankkeessa kehitetyt terveyspalvelumallat, asiakaskuntaa, asiakaspalautetta ja terveyspalvelun liittymistä osaksi aktiivoivia ja työllistäviä prosesseja. Teoreettisena kehikkona arvioinnissa oli siirtymätyömarkkinoiden käsite.

Valtakunnallisen kyselyn mukaan kunnissa on jo varsin laajasti toteutettu pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja tiivistetty yhteistyötä työ- ja elinkeinohallinnon, sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon välillä. Haasteeksi näyttää tulevan toiminnan jatkuvuus ja kiinnittäminen pysyväksi osaksi kuntien palvelurakennetta. Kuntien tiukka taloudellinen tilanne, pienet henkilöstöresurssit ja palvelurakenteen muutokset rajoittavat toiminnan kehittelyä ja juurtumista.

PTT -hankkeessa oli yhteensä noin 3700 asiakasta, joista vajaalle 2700:lle tehtiin terveydenhoitajan terveystarkastus. Asiakaskunnan rakenne ja asiakkaiden terveydentilan ja työkyvyn arviot osoittavat, että hankkeessa tavoitettiin se kohderyhmä kuin oli tarkoituksin. Terveystarkastuksiin ohjautui pitkään työttömänä olleita henkilöitä, jotka selvästi kokivat ongelmia terveydessään ja työkyvyssään. Asiakkailla todettiin runsaasti erilaisia terveyden riskitekijöitä, joista etenkin elintapoihin (tupakointi, runsas alkoholinkäyttö) ja mielenterveyteen (masennus) liittyvät riskit olivat yleisempiä kuin työikäisessä väestössä keskimäärin. Tarvittavien terveyspalvelujen tarjoamisen lisäksi tärkeäksi tehtäväksi terveydenhuollossa tulee asiakkaiden kannustaminen terveydestään huolehtimiseen ja tarjottuihin palveluihin osallistumiseen.

Asiakaspalautte terveystarkastuksista oli hyvin myönteistä. Asiakkaat kokivat tärkeänä, että työttömille aktiivisesti tarjotaan mahdollisuutta terveystarkastukseen. Merkitykselliseksi terveystarkastus koettiin etenkin terveydentilan ja hyvinvoinnin kannalta, seurausvaikutukset työllistymiseen ja toimeentuloon nähtiin vähäisempinä. Suuri osa kyselyyn vastanneista asiakkaista koki, että terveystarkastus oli saanut heidät kiinnittämään enemmän huomiota terveydentilaansa ja terveystottumuksiinsa. Heikko taloudellinen tilanne ja terveyskeskuspalvelujen sirpaleisuus heikentävät työttömien mahdollisuuksia hoitaa terveyttään ja työkykyään.

PTT -hankkeessa kehiteltyjen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastus- ja palvelutoimintojen vertailu osoittaa, että ei ole löydettävissä selkeästi eroteltavia ja tyyteltävissä olevia toimintamalleja, jotka eroaisivat toisistaan arvioinnissa käytetyillä eri ulottuvuuksilla tarkasteluna. Jokaisessa hankkeessa kehiteltiin omanlaisensa toimintakokonaisuus, jossa toimintaan liittyi erilaisia palveluja paikallisesta lähtötilanteesta ja -tarpeista riippuen. Selkeimmin hankkeissa kehiteltyjä toimintamalleja yhdisti ja erotti se, mihin rakenteeseen palvelu kiinnittyi. Tällä näytti olevan jonkinasteista vaikutusta asiakaskuntaan, verkostoitumiseen ja moniammatillisen tiimityön mahdollisuuksiin, toiminnan vahvuuksiin ja kohtaamiin haasteisiin sekä valmistelussa olevien siirtymien suuntaan.

Työttömien terveystarkastusten ja -palvelun järjestämisen haasteellisuus nousee siitä, että toiminnan organisoinnissa tulee ottaa huomioon erisuuntaisten siirtymien mahdollisuus. Työvoiman palvelukeskus luo yhden hyvän rakenteen erisuuntaisten siirtymien valmisteluun ja terveydenhuollon liittymiseen, mutta hankkeessa kehiteltiin muitakin toimivia tapoja palvelun organisoimiseksi. TYP-toimintaan löyhemmin kiinnittyneen, terveyskeskukseen kiinnittyneen, TE-toimistoon kiinnittyneen tai kunnan työllistymistoimintaan kiinnittyneen palvelun avulla voidaan myös edistää monensuuntaisia siirtymiä.

Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelussa siirtymiä valmisteltiin usein hoidon ja kuntoutuksen sekä sairausvapauden ja eläkkeen suuntiin. Näissä siirtymissä terveydenhuollolla on keskeinen tehtävä. Työllistymiseen suuntaavissa siirtymissä terveydenhuollon rooli on pienempi, aktivointi- ja työllistymisprosessia tukeva.

Arviointitutkimuksen suosituksissa esitetään työttömien työterveys-luonteista palvelua pysyväksi osaksi kunnallista terveyspalvelua. Hallinnollisesti perusterveydenhuoltoon sijoittunut terveyspalvelu voidaan rakenteellisesti kiinnittää myös muuhun kuin terveystarkastuspalveluun. Työterveys-luonteisen palvelun tulee olla verkostoituvaa ja liittyä yhteen aktivointi- ja työllistymistoimenpiteiden kanssa. Palvelun toteuttaminen perusterveydenhuollossa edellyttää teemaan liittyvän osaamisen kehittämistä niin työllistymiseen kuin työterveyshuollolliseen viitekehykseen liittyen.

Asiasanat: pitkäaikaistyöttömät, työttömät, terveystarkastukset, terveyspalvelut, terveyserot, asiakkaat, työllistyminen, arviointitutkimus, palvelurakenne, aktivointi, perusterveydenhuolto, työterveyshuolto

Sammandrag

Under de senaste åren har man försökt utveckla hälsokontroller och hälsotjänster för långtidsarbetslösa med hjälp av dubbelriktade finansieringsåtgärder: genom att bevilja alla kommuner tilläggsanslag som är bundna till statsandelen och genom att dessutom bevilja vissa kommuner projektfinansiering för införande och utveckling av förfaranden för hälsokontroll och hälsotjänster som en del av utvecklingsprojektet för hälsovård för långtidsarbetslösa (PTT-projektet).

Målet med utvärderingsundersökningen i anslutning till PTT-projektet var att kartlägga läget inom hälsokontroller och hälsotjänster för långtidsarbetslösa på ett riksomfattande plan samt att beskriva och utvärdera de hälsotjänstmodeller som utvecklats i anslutning till projektet. Undersökningen kartlade även klientelet och kundresponserna samt integrationen av hälsotjänsten med de aktiverande och sysselsättande processerna. Utvärderingens teoretiska ramverk utgjordes av begreppet övergångsarbetsmarknad.

Enligt den riksomfattande enkäten har kommunerna i relativt stor omfattning redan infört hälsokontroller för långtidsarbetslösa och ökat samarbetet mellan arbets- och näringsförvaltningen, socialförvaltningen och primärvården. Det verkar som om kontinuiteten i verksamheten samt införandet av verksamheten som en fast del av kommunernas servicestruktur kommer att utgöra en utmaning. Kommunernas svåra ekonomiska läge och små personalresurser tillsammans med förändringarna i servicestrukturen begränsar utvecklandet och befästandet av verksamheten.

PTT-projektet omfattade sammanlagt cirka 3 700 klienter, av vilka 2 700 gick på en hälsokontroll utförd av en hälsovårdare. Klienteletets byggnad och utvärderingarna av klienternas hälsotillstånd och arbetsförmåga visar klart att projektet nådde den avsedda målgruppen. Till hälsokontrollerna styrdes personer som varit arbetslösa en lång tid och som tydligt upplevde problem i anslutning till sin hälsa och arbetsförmåga. Hos klienterna konstaterades ett stort antal hälsorelaterade riskfaktorer, av vilka riskerna i anslutning till levnadssätt (rökning, stor alkoholkonsumtion) och mental hälsa (depression) var vanligare än bland den del av befolkningen som är i arbetsför ålder i genomsnitt. En viktig uppgift för primärvården är att tillhandahålla tillräckliga hälsotjänster, men också att uppmuntra klienterna att sköta om sin hälsa och utnyttja de tjänster som tillhandahålls.

Klienternas respons på hälsokontrollerna var mycket positiv. De upplevde att det är viktigt att kommunerna aktivt erbjuder arbetslösa en möjlighet till hälsokontroll. Klienterna upplevde att hälsokontrollen hade betydelse i synnerhet för deras hälsotillstånd och välfärd, medan följdverkningarna i anslutning till sysselsättning och utkomst betraktades som mindre betydelsefulla. En stor del av de klienter som svarade på enkäten upplevde att hälsokontrollen fått dem att tänka mer

på sitt hälsotillstånd och sina hälsovanor. De arbetslösa svaga ekonomiska läge och hälsocentraltjänsternas splittrade karaktär försämrar de arbetslösa möjligheter att sköta sin hälsa och arbetsförmåga.

En jämförelse av de funktioner för hälsokontroll och hälsotjänster som utvecklats i anslutning till PTT-projektet visar att man inte kan hitta verksamhetsmodeller som klart skulle kunna specificeras och typbestämmas och som man skulle kunna differentiera utifrån de dimensioner som tillämpades vid utvärderingen. I varje projekt utformades en individuell helhet, med en kombination av tjänster som definierades av utgångsläget och utgångsbehoven. Den tydligaste förändring eller differentierande faktorn för de verksamhetsmodeller som utvecklats i anslutning till projektet var till vilken struktur tjänsten var ansluten. Detta verkade i någon grad påverka klientelet, nätverksbygget, möjligheterna till multiprofessionellt lagarbete, fördelarna och utmaningarna samt de förberedda övergångarna inom verksamheten.

Utmaningarna i anslutning till organiseringen av hälsokontroller och hälsotjänster för arbetslösa beror på att man då verksamheten organiseras måste beakta möjligheterna till övergångar i olika riktningar. Servicecentret för arbetskraft utgör ett exempel på en bra struktur för förberedande av övergångar i olika riktningar och anslutning till hälso- och sjukvården, men i projektet utvecklades även andra fungerande sätt att organisera tjänsten. Också med hjälp av en tjänst som har en lösare koppling till servicecentralverksamheten eller är kopplad till hälsocentralen, TE-byrån eller kommunens sysselsättningsverksamhet kan man främja övergångar i många olika riktningar.

Inom hälsotjänsten för långtidsarbetslösa förbereddes övergångar ofta i riktning mot vård och rehabilitering samt sjukledighet och ålderspension. Vid dessa övergångar har hälso- och sjukvården en viktig uppgift. Vid övergångar mot arbetslivet har hälso- och sjukvården en mindre roll som stödfunktion för aktiverings- och sysselsättningsprocessen.

I utvärderingsundersökningens rekommendationer föreslås att en tjänst av typen företagshälsovård för arbetslösa införs som en permanent del av den kommunala hälsotjänsten. Hälsotjänsten, som administrativt ingår i primärvården, kan strukturellt även kopplas till en annan tjänst än hälsocentralsservicen. Tjänsten har karaktären av företagshälsovård och den bör vara nätverksbyggande och ansluta sig till aktiverings- och sysselsättningsåtgärderna. Genomförandet av tjänsten inom primärvården förutsätter utveckling av sådan kompetens som är relevant för temat inom referensramarna för både sysselsättning och företagshälsovård.

Ämnesord: långtidsarbetslösa, arbetslösa, hälsokontroller, hälsotjänster, hälsoskillnader, klienter, sysselsättning, utvärderingsundersökning, servicestruktur, aktivering, primärvård, företagshälsovård

Abstract

During recent years, the development of health examinations and health services targeted at the long-term unemployed has been pursued using two-way financing: additional appropriations tied to the central government transfers allocated to all municipalities and project funding to some municipalities for the creation and development of health examination and service practices within the Development Partnership Project on Health Care for the Long-term unemployed.

The objective of the evaluation study related to the development project was to assess the situation of health examinations and health services for the long-term unemployed prevailing at national level. Another objective was to describe and evaluate the health service models developed under the project, the clientele, client feedback and the integration of the health service as part of activation and employment processes. The concept of the transitional labour market provided a theoretical framework for the evaluation.

According to the national survey, municipalities have already been conducting health examinations fairly extensively for the long-term unemployed and cooperation between the employment and economic administration, social welfare and primary health care has been intensified. The emerging challenge seems to lie in the continuity of these activities and integration as a fixed part of municipalities' service structure. However, the development and anchoring of these activities are limited due to the municipalities' tight financial situation, modest human resources and changes in the service structure.

The number of clients within the development project was approximately 3,700, slightly under 2,700 of whom were subjected to a health examination by a nurse. Moreover, the structure of the clientele and the assessments of the clients' health and ability to work indicate that the project reached the target group sought. Health examinations were attended by individuals who had been unemployed for long periods and who clearly experienced problems in their health and ability to work. A high prevalence of health risk factors was detected among these clients. In particular, risks associated with lifestyles (smoking, heavy consumption of alcohol) and mental health (depression) were more frequent than the working-age population average. In addition to providing the necessary health services, an important task of health care will be to encourage clients to take care of their own health and to use the services offered.

Feedback from health examinations was very positive. The clients considered it important that the unemployed be pro-actively offered the opportunity of a health examination. A health examination was perceived as being meaningful, particularly in terms of health and well-being, while its impact on the search for employment and on income levels were viewed as less important. A large share of the

respondents reported that the health examination had led them to pay more attention to their health status and habits. However, the poor financial situation and fragmented services of health centres are undermining opportunities for the unemployed to ensure their health and ability to work.

The comparison of the health examination and health service activities developed under the development project indicated that no operating models could be found which could be both clearly differentiated and classified and which would differ from each other based on the dimensions used in the evaluation. Each project developed a unique operating solution involving various services based on the local initial situation and needs. The most straightforward common or distinctive feature of all projects' operating models was the structure to which the service was linked. This seemed to have some impact on the clientele, opportunities for networking and multi-professional teamwork, and the strengths of, and challenges faced by, the activities and the transitions under preparation.

The challenge in providing health examinations and health services for the unemployed lies in the need for the organisation of these activities to take account of the possibility of transitions leading in various directions. While the labour force service centres (LAFOS) provide one good structure for preparing transitions in various directions and integration in health care, other functioning methods for organising the service were developed as part of the project. A service which is loosely integrated with LAFOS' operations or integrated with a health centre, employment and economic development office or the municipality's subsidised employment measures might promote transitions in multiple directions.

Within health services for the long-term unemployed, the prepared transitions often lead to treatment and the rehabilitation or sickness exemption and pension. In such transitions, health care plays a key role. For transitions leading to employment, the role of health care is smaller, supporting the person's activation and employment process.

The recommendations of the evaluation study propose that health services for the unemployed, comparable to occupational health services, be established as a permanent part of municipal health services. Administratively, such a health service located within primary health care could also be linked to a structure other than a health centre. This type of 'occupational health' service should be network-based and connected to activation and employment measures. Furthermore, the implementation of the service within primary health care would require the development of thematic competences concerning both employment and occupational health frameworks.

Key words: long-term unemployed, unemployed, health examinations, health services, health inequalities, clients, access to employment, evaluation study, service structure, activation, primary health care, occupational health care

1 Johdanto

Valtakunnalliset lähtökohdat

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeen (PTT -hanke) taustalla on pyrkimys käynnistää ja edistää pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja -palveluja kunnissa. Konkreettinen askel asiassa otettiin, kun valtion talousarviossa hyväksyttiin vuonna 2006 1 miljoonan euron lisäys pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksissa. Talousarvioesityksen mukaan valtiovarainvaliokunta perusteli lisäystä seuraavasti: ”Useissa tutkimuksissa on todettu, että työttömät sairastavat muuta väestöä enemmän. Työkyvyssä olevat puutteet ovat monissa tapauksissa esteenä myös työttömän työllistymiselle. Työttömien terveydenhuolto on järjestetty normaalina kansanterveystyönä ja erikoissairaanhoidona osana julkista terveydenhuoltoa ja ensisijainen vastuu terveystarkastusten järjestämisestä työttömille on kunnilla. Työttömien terveydentilaan ei kuitenkaan kiinnitetä kokonaisvaltaisesti riittävästi huomiota. Erityisesti pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia, joiden hoitaminen vaatii tavanomaisia palveluja voimakkaampaa panostusta. Valiokunta korostaa, että pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoa tulee tehostaa yhteistoiminnassa työvoiman palvelukeskusten kanssa.”

Vuoden 2007 talousarviossa momentille lisättiin vielä 1 miljoonaa euroa valtionosuuksina kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntakirjeessä 14.3.2007 kuntia kehoitettiin käynnistämään systemaattinen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoiminta, jotta tavoitettaisiin ne henkilöt, jotka eivät muuten hakeudu terveydenhuollon piiriin. Yhteistyökumppaneiksi määriteltiin etenkin työvoimatoimistot ja työvoiman palvelukeskukset ja kirjeessä mm. korostettiin, että terveystarkastusten tulisi liittyä työttömien aktivointitoimintaan ja muihin työllistymistä edistäviin palveluihin. Talousarviossa sovittiin myös 1,5 miljoonan euron osoittamisesta hankerahoituksena kunnille pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiseen kokeilupaikkakunnilla. Sosiaali- ja terveysministeriö teki sopimuksen Stakesin kanssa siitä, että Stakes (nykyisin THL) vastaa hankekokonaisuuden hallinnosta ja koordinoinnista sekä arviointitutkimuksesta. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke käynnistyi keväällä 2007, jolloin kunnille tarjottiin mahdollisuutta ilmoittautua kehittämiskumppanuuteen ja hakea hankerahoitusta. Hankerahoitusta sai 17 paikallista/ seudullista hanketta, joiden lisäksi hankkeen kehittämiskumppanuusverkostossa on ollut paljon muitakin toimijoita. Kehittämishankkeen toteutumisesta on ilmestynyt oma raporttinsa (Sinervo 2009).

Hankkeen taustalla on siten sekä *kaikille kunnille osoitettu valtionosuuteen sitottu lisämääräraha pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin että joillekin kunnille*

osoitettu hankerahoitus terveystarkastus ja -palvelukäytäntöjen luomiseen ja kehittämiseen. Lisävaltionosuus maksetaan kunnille osana terveydenhuollon laskennallisia kustannuksia siten, että 7 - 64 -vuotiaiden valtionosuuden kustannuspohjaan sisältyy laskennallisia kustannuksia noin 1,5 / ikäryhmään kuuluva asukas. Summa ei näin ollen kata terveystarkastuksista syntyviä kustannuksia kunnalle, mutta toimii lisäkannusteena tarkastusten toteuttamiseen.

Maamme sosiaali- ja terveystalouden strategiset linjaukset vuoteen 2015 ovat terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, työelämän vetovoiman lisääminen, köyhyyden ja syrjäytymisen vähentäminen sekä toimivien palveluiden ja kohtuullisen toimeentuloturvan varmistaminen (Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 2006). Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämisen voidaan nähdä kuuluvan kaikkiin edellä mainittuihin linjauksiin. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke onkin mukana niin kansallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmassa (KASTE) 2008 - 2011, terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa kuin kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008 - 2011 yhtenä toimenpiteenä ohjelmien tavoitteiden saavuttamiseksi.

Sosiaali- ja terveystalouden strategisten linjausten ja ohjelmien lisäksi toiminnan taustalla on ollut myös työvoimapolitiittisia tekijöitä. Työministeriön tulevaisuuskatsauksessa vuonna 2006 keskeisinä lähivuosien haasteina nähtiin työvoiman saatavuus ja työn tuottavuus. Työvoiman saatavuuden ongelmaan yhtenä merkittävänä ratkaisuna nähtiin työurien pidentämisen ja työperusteisen maahanmuuton lisäämisen ohella työvoiman ulkopuolella olevien ja työttömien työpanoksen täysimääräisempi hyödyntäminen. (Hyvää työtä ja osaavaa työvoimaa 2006). Työvoiman ulkopuolella olevia henkilöitä koskevan selvityksen mukaan työkyvyttömyyseläkkeellä olevista noin 10 % eli noin 30 000 olisi halukkaita siirtymään työelämään (Vuorela 2008). Tämän prosessin tukeminen edellyttää terveyspalvelujen parempaa linkittämistä osaksi kuntouttavia, aktivoivia ja työllistäviä toimia. Työttömien osalta haasteena on pitkittynyt, rakenteellinen työttömyys, jonka väheneminen oli suhteellisen hidasta myös nousukauden aikana. Työvoiman palvelukeskus-toiminta on tuonut uusia verkostomaiseen yhteistyöhön pohjautuvia ratkaisumalleja tälle kohderyhmälle. Tarvetta on kuitenkin edelleen varmistaa työttömien mahdollisuus päästä tarvittaviin terveydentilan selvityksiin ja -palveluihin kautta koko maan.

Hankkeen käynnistymisen jälkeen on taloustilanne maailmalaajuisesti muuttunut merkittävästi. Myös Suomessa on useamman vuoden myönteinen kehitys työttömien määrässä pysähtynyt ja kääntynyt nousuun. Huhtikuun lopussa 2009 työ- ja elinkeinotoimistoissa oli noin 250 000 työtöntä työnhakijaa, mikä on liki 60 000 enemmän kuin vuotta aiemmin. Erityisen suurta työttömyyden kasvu on ollut nuorten kohdalla, joiden määrä on noussut vuodessa 60 % 18 000:sta 29 000:een. Pitkäaikaistyöttömien määrä on jatkanut hidasta laskuaan ja heitä oli huhtikuun lopussa vajaat 40 000 henkilöä. (Työllisyyskatsaus). Työ- ja elinkeinoministeriön

ennusteen mukaan työttömyys tulee kasvamaan vuoden 2010 loppuun ja lähtemään laskuun vuoden 2011 puolella. Vaikka pitkäaikaistyöttömyys ja laajemmin tarkasteluna rakennetyöttömyys¹ on laskenut koko ajan, on lasku jo hidastunut. Pitkäaikaistyöttömyyden kasvupaineet alkavat näkyä voimakkaammin vuoden 2009 lopulla, kun työttömyysjaksojen kestot alkavat pidentyä. Tämän kehityksen estämiseksi tarvitaan lisää työttömille suunnattuja aktiivitoimenpiteitä. (Nio ym. 2009). Talous- ja työmarkkinatilanteen muutos hankkeen käynnistymisen jälkeen ei poista lähtökohtaisia työvoimapolitiittisia näkymiä; työvoiman saatavuus tulee olemaan keskeinen kysymys Suomessa väestön ikääntyessä ja väestörakenteen muuttuessa. Pitkäaikaistyöttömien lisäksi terveystarkastuksilla ja -palveluilla on tarvetta myös työttömyyden varhaisemmassa päässä, osaltaan ehkäisemässä työttömyyden pitkittymistä.

Työttömyys ja terveys

Työttömyyden ja terveyden välistä suhdetta on tutkittu laajasti niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Heponiemi ym. (2008) toteavat kokoavan katsauksensa pohjalta, että on runsaasti näyttöä siitä, että työttömät voivat huonommin ja ovat sairaampia kuin työlliset. Syy- ja seuraussuhteet eivät kuitenkaan ole yksiselitteisiä. Työttömyys vaikuttaa haitallisesti terveyteen ja hyvinvointiin, mutta on myös todettu huonon terveyden vaikeuttavan työllistymistä. Kyseessä onkin siten moniulotteinen ja jopa itse itseään vahvistava kierre. Terveytensä ja työkykynsä puolesta heikoimmat valikoituvat muita useammin työttömiksi ja toisaalta etenkin pitkäkestoinen työttömyys itsessään lisää sairastavuutta ja heikentää hyvinvointia (Kortteinen & Tuomikoski 1998; Karvonen 2008). Elinajanodotteen ero työikäisten työttömien ja työllisten välillä on miehillä lähes kuusi vuotta ja naisilla lähes kaksi vuotta (Virtanen ym. 2008, 141). Työttömien heikomman terveydentilan, sairastavuuden ja aiemman kuolleisuuden taustalla on niin elintapoihin, psykososiaalisiin ja aineellisiin resursseihin kuin palveluiden käyttöönsä liittyviä tekijöitä. Huonous näkyy selvästi työttömyyden, sairauden ja köyhyyden kasaantumisena samoille ihmisille (Kortteinen & Tuomikoski mt.).

Toinen keskeinen näkökulma työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin tulee terveystalouden käytön ja saatavuuden näkökulmasta. Työikäisten terveydenhuolto jakautuu Suomessa kunnallisen terveydenhuollon, yksityisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon kesken. Työttömät käyttävät ensisijaisesti terveyskeskuspalveluja, jotka ovat maksullisia ja heikosti resurssoituja verrattuna työterveyshuollon palveluihin (ks. OECD 2005, 97-98; Manderbacka ym. 2007). Viime aikoina esillä ovat olleet mm. yhteyden saannin vaikeudet terveyskeskuk-

¹ Laajaan rakennetyöttömyyteen tai vaikeasti työllistyviin lasketaan pitkäaikaistyöttömät, toistuvat työttömät, toimenpiteiltä työttömäksi jäävät ja toistuvasti toimenpiteille sijoittuvat.

siin ja lääkäriavokanssien täyttämättömyys (THL 28.5.2009). Lääkäripalvelujen käyttö on kaiken kaikkiaan alemmissa tuloryhmissä vähäisempää kuin ylemmissä tuloryhmissä ja erityisen selkeä ero on erikoislääkäripalveluiden käytössä (Manderbacka ym. mt.). Ehkäisevien palvelujen kohdentumisesta tiedetään, että esimerkiksi terveystarkastuksia tehdään sitä todennäköisemmin mitä korkeampaan tuloryhmään henkilö kuuluu. Myös hoidon kattavuus, hoidon aloittamisen nopeus ja hoidon sisällöt eroavat sosioekonomisissa väestöryhmissä. (Teperi 2008). Terveyspalvelujärjestelmän rakenteelliset ominaisuudet ovat siten johtaneet tilanteeseen, jossa heikoimmassa asemassa terveydentilansa ja taloutensa puolesta olevat henkilöt, kuten pitkäaikaistyöttömät, eivät välttämättä pysty käyttämään tai saa tarvitsemiaan terveyspalveluja.

Työttömyyden ja terveyden yhteydet liittyvät laajemmin tarkasteluna terveyseroihin sosioekonomisten väestöryhmien välillä. Terveyserot eri ryhmien välillä ovat viime vuosina kasvaneet ja asiaan pyritään vaikuttamaan mm. kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman 2008 - 2011 avulla. Ohjelmassa esitetään terveyserojen kaventamiselle niin eettisiä, sosiaalisia, kansanterveydellisiä kuin taloudellisiakin perusteluja (Kansallinen terveyserojen... 2008, 25-26). Esitetyt perustelut käyvät hyvin perusteeksi myös työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämiseksi: 1) terveyserot eivät ole eettisesti hyväksyttäviä, 2) huono terveys on sosiaalisen syrjäytymisen osatekijä, 3) kansanterveys kohenee tehokkaimmin, kun onnistutaan parantamaan niiden väestöryhmien terveyttä, joihin terveysongelmat kasaantuvat, 4) terveyserojen kaventuminen auttaa turvaamaan riittävät palvelut väestön ikääntyessä, 5) terveyseroja vähentämällä voidaan hillitä kustannuksia ja 6) terveyseroja vähentämällä voidaan luoda edellytyksiä työllisyysasteen nostamiselle.

Kehityskaari työttömien terveyspalveluissa

Kiinnostavan näkökulman työttömien terveydenhuollon tarkasteluun antaa, että 1990-luvun taloudellisen laman aikana ja jälkeen työttömien terveyskysymykset ja terveyspalvelujen saatavuus nousivat edellisen kerran tapetille. 1990-luvulla toteutettiin sekä projektimuotoisia kokeiluja työttömien terveyspalveluissa että useita tutkimuksia työttömien ja pitkäaikaistyöttömien terveyteen, työkykyyn ja palvelutarpeisiin liittyen (ks. esim. Kortteinen & Tuomikoski mt.; Nygård ym. 1995; Virtanen ym. 2008; Rajavaara 2000; Tervahartiala ym. 1996; Kerätär 1995; Vesalainen & Vuori 1996; Rasinkangas 1998; Mesiäislehto-Mäntypuro ym. 2001). Karjalainen ja Melametsä toteavat kokoavassa artikkelissaan vuonna 2001, että vaikka työttömien terveyspalvelukokeiluja on tehty runsaasti eri puolilla maata, on kehiteltyjen toimintamallien raportointi ja arviointi ollut vähäistä. Useimmat hankkeet toteutuvat ESR-rahoitteisina, lyhytaikaisina kokeiluina. Joissakin tapauksissa hankkeissa kehitellyt toimintamallit jäivät elämään paikkakunnalle, kuten esimerkiksi Seinä-

joella. On myös oletettavaa, että yhteispalvelupisteiden ja työvoiman palvelukeskusten perustaminen vuodesta 2002 lähtien ”imaisi” toimintaa sisälleen ja siten loi pohjaa työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen edelleen kehittämiseksi osana tätä toimintaa.

Työvoiman palvelukeskukset (TYP) ovat nykyisin keskeisiä toimijoita työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämisessä. TYP:et ovat kuntien ja valtion (työ- ja elinkeinohallinto, Kela) yhteispalvelupisteitä pitkäaikaistyöttömille ja muille vaikeasti työllistyville. TYP:ia on 39 kappaletta ja niistä suurin osa on seudullisia, useamman kunnan yhteisiä. TYP-toiminnan piirissä on noin 40 % kunnista. Palvelukeskuksissa on kehitetty työttömien terveystarkastuksiin ja -palveluihin liittyvää osaamista ja käytäntöjä toiminnan alusta alkaen, joten terveystarkastusten edelleen kehittämiseksi ja levittämiseksi on tärkeää hyödyntää olemassa olevia palvelurakenteita ja osaamista. TYP:ssa terveystarkastus linkittyy tiiviisti osaksi muuta moniammatillista palvelua, joten näkökulmana on terveystarkastuksen yhteys muuhun kuntouttavaan, aktivoivaan ja työllistävään palveluun. TYP-toimintaa arvioivien tutkimusten mukaan terveystarkastus on ollut tärkeä lisä työttömien palvelussa niissä palvelukeskuksissa, joissa sitä on ollut tarjolla. Terveystarkastusten tarve on usein ollut suurempaa kuin tarjontamahdollisuudet. (Arnkil ym. 2007; Karjalainen & Saikku 2008; Saikku 2008). Toisaalta TYP-toiminnan kautta ei tavoiteta kaikkia kunnan pitkäaikaistyttömiä. Terveystarkastusten ja -palvelujen kehittäminen vaatii yhteistyötä myös työ- ja elinkeinotoimiston ja sosiaalitoimiston kanssa. Niillä paikkakunnilla, joissa ei ole TYP-toimintaa, nämä yhteydet ovat erityisen keskeisiä.

Jo 1990-luvulla toteutuneiden työttömien terveystarkastuskokeilujen ja -tutkimusten pohjalta todettiin, että yksilöiden terveyden ja työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen työttömyyden aikana on tärkeää. Erilaiset aktivoivat ja kuntouttavat työkykyä ja työllistymistä edistävät toimenpiteet alkoivat vasta kehittyä suurtyöttömyyden seurauksena (ks. Tervahartiala ym. 1996). Sittenkin työttömille suunnatut aktivoivat ja kuntouttavat toimenpiteet ovat lisääntyneet selvästi niin työhallinnon kuin sosiaalitoimenkin puolella. Uuden lainsäädännön myötä (laki kuntouttavasta työtoiminnasta, työmarkkinatuen uudistus) myös toimenpiteisiin osallistuminen on tullut työttömille aiempaa velvoittavammaksi. Tällä hetkellä kuntouttava työtoiminta on yksi keskeinen toimenpide vaikeasti työllistyvien toiminnallisuuden ja työkyvyn ylläpitämisessä. Työmarkkinatuen uudistus vuonna 2006 on lisännyt kuntien kiinnostusta etenkin yli 500 päivää työttömänä olleiden aktivointitoimiin (Hämäläinen ym. 2009). Työhallinnon ja sosiaalitoimen ottaessa yhteistä vastuuta pitkäaikaistyöttömyyden asiakkaita, on terveydenhuolto jäänyt vielä sivummalle.

Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten toteuttamiseen osoitettu lisäyksi kuntien valtionosuuksissa ja pilottikunnille myönnetty erillisrahoitus tarjoavat nyt uusia mahdollisuuksia työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen aloittamiseen, edelleen kehittämiseen ja juurruttamiseen pysyväksi osaksi kuntien palveluraken-

netta. Tutkimuksen näkökulmasta aukeaa monipuolinen ja erilaisia tarkastelukulmia mahdollistava kenttä.

Raportti rakentuu siten, että ensin luvussa 2 kerrotaan tutkimuksen lähtökohdista ja tutkimusasetelmista. Luvussa 3 luodaan katsaus valtakunnalliseen tilanteeseen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen toteutumisessa. Luvut 4 ja 5 keskittyvät PTT -hankkeen osahankkeissa kerätyn aineiston analyysin tuloksiin. Luvussa 4 tarkastellaan terveystarkastuksia ja -palveluja asiakaskunnan ja asiakaspalautteen näkökulmasta. Luvussa 5 tarkastellaan osahankkeissa kehitettyjä malleja pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin ja -palveluun. Johtopäätökset esitetään luvussa 6.

2 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusasetelma

2.1 Hankkeet

Yksityiskohtaiset kuvaukset mukana olleiden osahankkeiden toiminnasta ja toimijoista prosessikaavioineen löytyvät hankkeiden omista loppuraporteista ja kehittämishankkeen raportista (Sinervo 2009; www.thl.fi/ptt). Myös luvussa 5 käsitellään tarkemmin mukana olleiden hankkeiden toimintamalleja. Tässä hankkeet esitellään pääpiirteittäin hyvin lyhyesti:

- 1) Etelä-Karjalan työvoiman palvelukeskuksen hallinnoima Työkyky kuntoon -hanke, jossa 1970-luvulla syntyneet TYP-asiakkaat ohjataan Lappeenrannan kuntoutus- ja kylpyläsäätiön toteuttamaan työ- ja toimintakykyä edistävään toimintaan.
- 2) Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän hanke, jossa tarjotaan terveystarkastuksia ja -palveluja TYP:n ja työvoimatoimiston alle 54-vuotiaille pitkäaikaistyöttömille, erityisesti nuorille.
- 3) Harjavallan sosiaalitoimen hanke, jossa laaja-alaisen palveluohjauksen kohteena ovat työmarkkinatukea saavat pitkäaikaistyöttömät.
- 4) Helsingin työvoiman palvelukeskuksen Duurin hallinnoima PATU -hanke, jossa TYP:n uudet asiakkaat ohjataan kuntoutustiimin asiakkaiksi (terveydenhoitajat, psykiatrinen sairaanhoitaja jne.).
- 5) Hyvinkään työvoiman palvelukeskuksen hanke, jossa TYP:n ja työvoimatoimiston pitkäaikaistyöttömiä asiakkaita ohjataan laaja-alaisiin palvelutarveselvityksiin.
- 6) Hämeenkyrön sosiaalilautakunnan hallinnoima hanke, jossa kunnan pitkäaikaistyöttömät ja vajaakuntoiset työttömät ohjataan toimintakykykartoitukseen ja Monityön järjestämiin aktivointitoimenpiteisiin.
- 7) Itä-Hämeen työvoiman palvelukeskuksen Itä-Hämeen Ilves -hanke, jossa tarjotaan terveystarkastuksia ja -palveluja TYP:n ja työvoimatoimiston pitkäaikaistyöttömille asiakkaille.
- 8) Itä-Savon sairaanhoitopiirin Sosterin hanke, jossa työvoimatoimiston nuoria asiakkaita ja TYP:n asiakkaita ohjataan terveystarkastuksiin ja -palveluihin.
- 9) Joensuun työvoiman palvelukeskuksen hanke, jossa TYP:n asiakkaille tarjotaan terveystarkastuksia ostopalveluna Joensuun Työterveydestä.
- 10) Kotkan sosiaali- ja terveystoimen hanke, jossa terveydenhoitajan vastaanotto on työvoimatoimiston tiloissa ja asiakkaat ohjautuvat terveystarkastuksiin ja -palveluihin työvoimatoimistosta ja sosiaalitoimistosta.

- 11) Lieksan työvoiman palvelukeskuksen hanke, jossa tarjotaan terveystarkastuksia ja -palveluja TYP:n ja työvoimatoimiston pitkäaikaistyöttömille asiakkaille.
- 12) Liedon Kisällikellarin hanke, jossa pitkäaikaisesti työmarkkinatukea saaneet ohjataan terveystarkastukseen ja aktivointitoimenpiteisiin.
- 13) Oulun sosiaali- ja terveystoimen hanke, jossa ohjataan eri tahojen pitkäaikaisyöttömiä asiakkaita terveystarkastuksiin ja -palveluihin kehittämällä samalla sosiaalilääketieteellistä konsultaatiomallia ja kouluttaen terveydenhuollon henkilökuntaa.
- 14) Rovaniemen kaupungin perusturvaosaston hanke, jossa tarjotaan terveystarkastuksia ja tarpeen mukaan myös sosiaaliohjausta TYP:n, sosiaalitoimiston ja työvoimatoimiston pitkäaikaistyöttömille asiakkaille.
- 15) Salon seudun työvoiman palvelukeskuksen hanke, jossa tarjotaan terveystarkastuksia ja -palveluja TYP:n asiakkaille.
- 16) Sastamalan perusturvakuntayhtymän Pitkään terveenä Sastamalassa-hanke, jossa tarjotaan terveystarkastuksia ja -palveluja alueen pitkäaikaistyöttömille TYP:n, sosiaalitoimen ja työvoimatoimiston asiakkaille.
- 17) Vantaan työvoiman palvelukeskuksen hallinnoima hanke, jossa kaikki työvoimatoimistossa kirjoilla olevat pitkäaikaistyöttömät kutsutaan kirjeitse terveystarkastukseen.

Syksyllä 2008 käynnistyi myös Työterveyslaitoksen hallinnoima Työterveysneuvonta-hanke. Hankkeen käytännön toteutus alkoi keväällä 2009 Kuopiossa, joten hanke ei vielä ollut mukana aineistonkeruussa eikä siten ole mukana arvioinnissa.

PTT-hankkeen lähtökohtana oli kannustaa kuntia kehittämään omia, omaan tilanteeseensa ja toimintaympäristöönsä sopivia toimintamalleja pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin ja -palveluihin. Kokemusten kautta voitaisiin löytää muillekin paikkakunnille levittämissä olevia toimintamalleja tai niiden osia. Mukana olevat kunnat toimivat siten pilottipaikkakuntina testaten erilaisia, omista lähtökohdistaan nousevia toimintatapoja palvelujen organisoimiseksi. PTT-hanke jatkuu vuoden 2010 loppuun ja toimintamallit muotoutuvat ja kehittyvät edelleen. Jatkon haasteena tulee olemaan toimivaksi osoittautuneiden toimintojen juurruttaminen paikkakunnille ja alueille.

2.2 Tutkimuskysymykset ja -aineistot

Arvioinnin tutkimuskysymykset muotoiltiin ottaen huomioon kahdelta suunnalta tuleva ohjaus ja tuki pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämiseen; toisaalta kaikille kunnille osoitettu valtionosuuden lisämääräraha ja toisaalta hankerahoitus valituille kunnille/ seutukunnille.

Valtakunnallisesti tilannetta lähdettiin kartoittamaan kysymyksillä: Miten kunnissa on käytetty työttömien terveystarkastuksiin osoitettua valtionosuusra-

haa? Miten kunnissa on viime vuosina kehitelty pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja -palveluja?

PTT-hankkeessa mukana olevat kunnat ja seutukunnat mahdollistivat taas symmälle toimintaan pureutuvat kysymykset. Tutkimuskysymykset olivat: Millaisia ovat kehitellyt työttömien terveystarkastukset ja -palvelut?

Millainen on työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen volyyymi ja asiakaskunta? Miten terveystarkastukset ja -palvelut liittyvät osaksi aktivoivia ja työllistäviä prosesseja? Millaisia ovat asiakkaiden palaute ja kokemukset?

Kysymyksiin lähdettiin etsimään vastauksia seuraavien aineistojen kautta:

Taulukko 1. Tutkimuskysymykset ja -aineistot.

| Tutkimuskysymys | Aineistot |
|---|---|
| <i>Valtakunnallisesti</i> | |
| Miten kunnissa on käytetty pitkäaikaisyöttömien terveystarkastuksiin osoitettua valtionosuusrahaa? Miten kunnissa on kehitelty pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja -palveluja viime vuosina? | Valtakunnallinen kysely |
| <i>PTT -osahankkeissa</i> | |
| Millaisia ovat kehitellyt työttömien terveystarkastukset ja -palvelumallit? | Hankkeiden tuottama materiaali (extranet, yhteiset tilaisuudet, ohjausryhmien pöytäkirjat, väliraportit, muu materiaali) Hankekäynnit ja -haastattelut (projektitoimijat, ohjausryhmät) Arviointikysely hankkeiden ohjausryhmille |
| Millainen on työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen volyyymi ja asiakaskunta? | Hankkeiden volyymin seuranta Hankkeiden kuukauden asiakasseuranta |
| Miten terveystarkastukset ja -palvelut liittyvät osaksi aktivoivia ja työllistäviä prosesseja? | Hankkeiden kuukauden asiakasseuranta Hankekäynnit ja -haastattelut Asiakasprosessikuvaukset Asiakaskysely- ja haastattelut Hankkeiden volyymin seuranta |
| Millaisia ovat asiakkaiden palaute ja kokemukset? | Asiakaskysely terveystarkastuksessa käyneille Asiakashaastattelut terveystarkastuksessa käyneille |

Tutkimusaineisto on esitelty tarkemmin liitteessä 1. Lyhyesti esiteltyä aineistoa koostui seuraavasta materiaalista:

1. Kolme yhteistä arvioinnin työkokousta (20.4.08, 17.11.08 ja 11.2.09)
2. Hankkeiden tuottama kirjallinen materiaali (väliraportit, ohjausryhmien pöytäkirjat, lomakkeet, haastattelupohjat jne.)

3. Hankekäynnit (Oulu, Harjavalta, Lieksa, Forssa, Joensuu, Lappeenranta, Kotka, Helsinki, Itä-Savo, Vantaa)
4. Hanketoimijoiden puhelinhaastattelut (Hämeenkyrö, Lieto, Salo, Itä-Häme, Rovaniemi, Hyvinkää, Sastamala)
5. Valtakunnallinen kysely (220 kuntaa, 155 vastausta, vastausprosentti 55)
6. Osahankkeiden volyymiseuranta
7. Kuukauden asiakasseuranta (13 hanketta, 207 asiakasta ilman tunnistetietoja)
8. Asiakaskysely (324 asiakasta, vastausprosentti 28)
9. Asiakashaastattelut (20 asiakasta, kirjattu palaute lisäksi 26 asiakkaalta)
10. Asiakascasekuvaukset (35 kuvausta 15:sta hankkeesta)
11. Ohjausryhmien arviointikysely (66 vastausta, vastausprosentti 45)

Hankkeissa toteutetut terveydenhoitajan terveystarkastukset olivat monissa aineistonkeruun vaiheissa kiintopisteenä. Toisaalta perusteluna oli kunnille osoitetun lisävaltionosuuden kohdentuminen juuri pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin ja sitä kautta tämän toiminnan keskeisyys. Toisaalta taas useissa osahankkeissa toiminta perustui vahvasti työttömille suunnattuihin terveystarkastuksiin. Aineistonkeruun kohdentuminen monelta osin terveydenhoitajien tekemiin terveystarkastuksiin on kuitenkin väistämättä supistanut näkökulmaa, ja aineistot niistä hankkeista, joissa terveystarkastukset toteutuvat hanketoiminnan ”ulkopuolella”, jäivät osin puutteellisiksi.

Hankkeissa toteutettuja terveystarkastuksia ei yhtenäistetty eikä niiden sisältöä ole arvioitu tutkimuksen puitteissa. Kehittämishankkeen puitteissa on kuitenkin luotu suositusmallia siitä, millaisia asioita työttömän terveystarkastuksessa tulisi huomioida (Sinervo 2009). Terveystarkastuksissa on keskitytty terveydenhoitajien suorittamiin terveystarkastuksiin, ei lääkäreiden toteuttamiin tarkastuksiin. Useimmissa työttömien terveyspalvelumalleissa terveydenhoitajan tekemä tarkastus on palvelun aloituspiste, josta asiakas tarvittaessa ohjataan lääkärin luokse tarkempaan tilanearviointiin. PTT-hankkeessa ainoastaan Harjavallassa toteutettiin asiakkaiden ohjausta suoraan terveyskeskuslääkärille terveystarkastuksiin.

Laadullista aineistoa (kirjallinen materiaali, haastattelut, asiakascasekuvaukset) käsiteltiin ryhmittelemällä ja luokittelemalla aineistosta löytyviä teemoja. Hankkeissa kehiteltyjä palvelumalleja on jäsennelty ja vertailtu keskeisten ulottuvuuksien perusteella (ks. s. 22-23.) Tilastollista aineistoa (volyymiseurannat, asiakasseuranta, kyselyt) käsiteltiin Excel ja SPSS -ohjelmilla. Aineistoja tarkasteltiin suorien jakaumien, ristiintaulukointien ja Pearsonin χ^2 -testin (merkitsevyys $p < 0,05$) avulla.

2.3 Tutkimuksellinen viitekehys

2.3.1 Arvioinnin viitekehys

Arvioinnin lähestymistavat on perinteisesti jaoteltu formatiiviseen ja summatiiviseen arviointiin (ks. esim. Seppänen-Järvelä 2004; Robson 2001; Patton 1990). Formatiiivisessa arvioinnissa kiinnostus kohdistuu toiminnan toteutukseen ja kehittämiseen, summatiivisessa toiminnan tuloksiin ja vaikuttavuuteen. Käytännössä arvioinnissa otetaan useimmiten huomioon molemmat puolet, joskin niiden painoarvo voi vaihdella. Prosessiarviointi on ensisijaisesti formatiivista arviointia, jossa usein painotetaan laadullisia aineistoja. Prosessiarvioinnille ominaista on jatkuvuus; aineistoa kerätään koko toiminnan ajan, ei vain toiminnan loppupuolella tai toiminnan tuloksista. Prosessiarviointi on usein hyvin käytännönläheistä, jossa tavoitteena on tuottaa hyödynnettävää tietoa kentän toimijoille ja/tai hallintoon. Keskeistä on yhteys ja palautemahdollisuudet kentän toimijoihin. Arvioinnissa esille tulleita asioita käydään läpi kentän toimijoiden kanssa ja siten annetaan mahdollisuuksia muuttaa toimintaa toivottuun suuntaan. ”Puhtaimmillaan” prosessimainen arviointi toteutuu alusta alkaen yhdessä kentän toimijoiden kanssa mm. tutkimuskysymysten ja -menetelmien valinnasta alkaen (ks. Patton 1997; Cuba & Lincoln 1989).

Tämän tutkimuksen viitekehys on vahvasti prosessiarvioinnissa. Kiinnostus kohdistuu ensisijaisesti toiminnan toteutukseen sekä sen esteisiin ja edellytyksiin. Toiminnan tulokset ovat myös tärkeitä, mutta eivät niinkään suhteessa asetettuihin tavoitteisiin kuin suhteessa siihen millaisia tuloksia, laajasti tarkasteltuna, tietynlaisella toiminnalla voi olla. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastus- ja palvelumallien kohdalla tuloksia voivat olla esimerkiksi asiakaskunnan tai yhteistyösuhteiden rakentuminen. Arvioinnissa ei pyritä vastaamaan kysymykseen: mikä on paras toimintamalli vaan *mitkä ovat erilaisten toimintamallien vahvuudet ja heikkoudet ja millaisissa ympäristöissä?* Arvioitavien hankkeiden lähtökohtien monipuolisuus ja alhaalta ylöspäin -näkökulma edellyttävät tällaista lähestymistapaa. Hankkeiden suuri lukumäärä (17 erilaista hanketta) on kuitenkin asettanut rajoitteita prosessimaiselle arvioinnille. Yksittäisten hankkeiden kehittämisprosesseihin ja sisäiseen dynamiikkaan ei ole ollut mahdollista päästä kovin syvälle. Yhteistyö hanketoimijoiden kanssa on toteutunut yhteisten työkokousten kautta. Näissä hanketoimijat ovat päässeet vaikuttamaan aineistonkeruumenetelmiin sekä saaneet palautetta jo kerätystä aineistosta. Aineiston keruu käytännössä on ollut vahvasti paikallisten toimijoiden vastuulla.

Toinen näkökulma tutkimuksen toteutukseen tulee toimeenpanon arvioinnista (implementation evaluation). Työttömien terveystarkastus ei ole selkeä konsepti tai ohjelma vaan pikemmin väljästi määritelty hallinnon ohjeistus (ks. STM kuntakirjeet 14.3.2007 ja 4/2008). Kuitenkin sen voidaan nähdä toteuttavan tietyn-

laista terveystaloutta (työttömien terveystarkastuksia) kunnissa. Toimeenpanon tukena on valtionosuusmääräraha lisäys pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin. Tästä näkökulmasta kiinnostavaa on toisaalta se millaisia muotoja ”ehdotettu” toiminta tuottaa paikallisella tasolla. Millaisilla rakenteilla, resursseilla ja toimintatavoilla ohjeistusta lähdetään toteuttamaan? Toisaalta kiinnostavaa on myös se, millaisia reunaehtoja (mahdollisuuksia ja esteitä) paikalliset rakenteet, aiemmat toiminnot, yhteistyöhistoriat jne. asettavat oletetun toiminnan muotoutumiselle. Väljästi määritellyssä toimeenpanon kehityksessä kiinnostus kohdistuu erityisesti käytännön tason toimijoiden ratkaisuihin (ks. Ala-Kauhaluoma 2007, 29 - 30; Karjalainen & Saikku 2008, 186 - 189).

Chen (1990, 117 - 140) on luonut kehikon, jota voidaan käyttää toimeenpanon arvioinnin ympäristötekijöiden jäsentelyssä. Jäsentelyn mukaan hankkeen/intervention ympäristöä voidaan hahmottaa seitsemän toisiinsa liittyvän ulottuvuuden kautta. Näitä ovat: osallistujat, toimeenpanija, toteutustapa, toimeenpaneva organisaatio, yhteistyösuhteet, mikrotaso (sosiaaliset suhteet) ja makrotaso (politiikka, historia). Chenin mukaan neljä ensimmäistä ulottuvuutta ovat hankkeen/ toiminnan luomaa ympäristöä, kun taas loput kolme ovat ainakin osittain hankkeen/ toiminnan ulkopuolisia tekijöitä. Olen käyttänyt väljästi tätä kehikkoa työkaluna arvioinnissa ja toimintamallien jäsentelyssä. Mikrotason olen jättänyt pois, koska annettu arviointiasetus ei ole mahdollistanut niin syvää kosketusta hankkeisiin. Myös muita ulottuvuuksia on muokattu vastaamaan paremmin arviointiasetus kannalta olennaisia piirteitä. Ulottuvuudet on nimetty seuraavasti: asiakkaat, toimeenpanija ja toteuttajat, toteutustapa ja välineet, paikkakunnan ja toteuttavan organisaation luonne ja piirteet, verkostot ja yhteistyö sekä jatkosuunnitelmat ja liittyminen strategioihin. Seuraavassa käydään läpi yksityiskohtaisemmin, millaisia kysymyksiä kussakin ulottuvuudessa on tarkasteltu:

- 1) Asiakkaat
 - Kuinka paljon asiakkaita hankkeessa on ollut? Millainen asiakasrakenne (ikäryhmät, sukupuoli jne.)? Millaista asiakaspalautetta hanke on saanut?
- 2) Toimeenpanija ja toteuttajat
 - Mikä taho on hallinnoinut hanketta? Millä taholla hanke on toteutunut? Keitä ovat olleet hankkeen keskeiset toimijat?
- 3) Toteutustapa ja välineet
 - Missä ja miten terveyspalvelu on hankkeessa toteutunut? Millainen on ollut hankkeen kohderyhmä? Millainen näkökulma hankkeessa on ollut terveyspalvelun toteuttamiseen ja sisältöön?
- 4) Paikkakunnan ja toteuttavan organisaation luonne/piirteet
 - Mihin palvelukokonaisuuteen terveystarkastus- ja palvelut asettuvat? Onko toimintaa muualla paikkakunnalla/ seudulla? Onko vastaavaa palvelua ollut aiemmin? Millaisia ovat alueelliset palvelujärjestelyt työttömien terveyspalveluun ja aktivointiin liittyen? Paikkakuntia kuvaavat

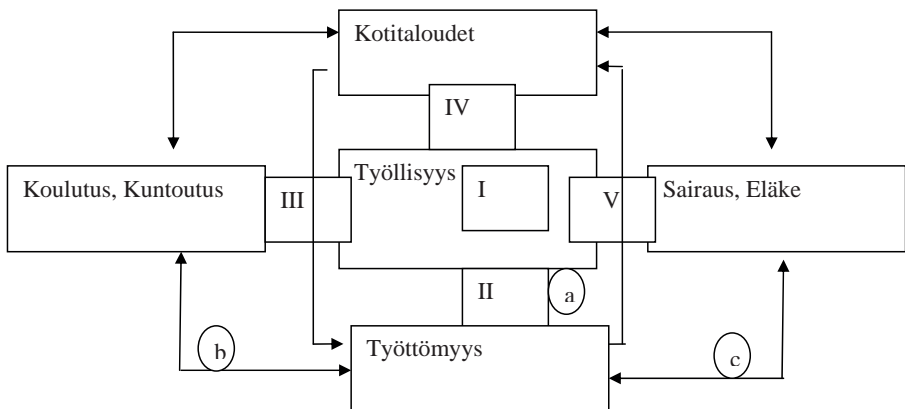
taustamuuttajat: paikkakuntien väestö 31.12.2007, työttömien ja pitkäaikaistyöttömien määrä marraskuussa 2007 ja 2008, työmarkkinatuen merojen kuntaosuus 2007 ja 2008, kansantauti-indeksi 2007 ja sairastavuusindeksi 2007.

- 5) Verkostot ja yhteistyö
 - Millaisia ovat hankkeiden yhteistyöverkostot? Miten yhteistyö perusterveydenhuoltoon sujuu?
- 6) Jatkosuunnitelmat ja liittyminen strategioihin
 - Miten toiminta tulee paikkakunnalla/ seudulla jatkumaan? Jatkuuko toiminta hankerahoituksella? Ovatko työttömien terveystarkastukset ja -palvelut osa keskeisiä sosiaali- ja terveydenhuollon strategioita paikkakunnalla/ seudulla?

Ulottuvuuksien perusteella pyritään tunnistamaan hankkeissa kehiteltyjä erilaisia toimintamalleja ja vertailemaan niitä.

2.3.2 Teoreettinen viitekehys

Tutkimuksen yleisenä teoreettisena kehikkona on Günther Schmidin kehittänyt *siirtymätyömarkkinoiden* (transitional labour market, TLM) käsite (Schmid 1998, 2008). Siirtymätyömarkkinoiden käsite monipuolistaa työmarkkinoiden perinteisiä määritelmiä ottamalla huomioon ihmisten työmarkkinoita laajemmän elinpiirin sekä erilaisten ja erisuuntaisten siirtymien mahdollisuuden. Oheinen kuvio 1 havainnollistaa siirtymätyömarkkinoita:



Kuvio 1. Kriittiset siirtymät elämänkulun aikana (mukailtu Schmid 1998, 2008)

Schmidin (1998, 2008) mukaan elämänkulun aikana voidaan tunnistaa viisi kriittistä siirtymätyyppiä:

- I Siirtymät työstä työhön
- II Siirtymät työllisyyden ja työttömyyden välillä
- III Siirtymät koulutuksen ja työn välillä
- IV Siirtymät kotitaloustyön ja tuottavan työn välillä
- V Siirtymät työllisyydestä eläkkeelle ja päinvastoin

Siirtymävaiheet ovat yksilön kannalta erityisiä riskejä ja yhteiskunnan kannalta tilanteita, joita tulisi erityisesti turvata (Räisänen & Schmid 2008). Siirtymätyömarkkinoiden käsite korostaa työmarkkinoiden ja yksilön elämänkulun dynamiikkaa; yksilön suhde työmarkkinoihin vaihtelee eri elämänvaiheissa ja -tilanteissa. Epätavallisten työsuhteiden (mm. määräaikaiset työsuhteet, osa-aikatyö) yleistyessä ja työtehtävien muuttuessa yhtä nopeammin ihmisten siirtymät työpaikkojen välillä, työllisyyden ja työttömyyden välillä sekä työllisyyden ja koulutuksen välillä ovat lisääntyneet. Työurien pidentämiseen kohdistuvat odotukset voivat näkyä siirtyminä niin työn ja koulutuksen välillä kuin työn ja eläkkeen välillä. Toisaalta kansalaiset odottavat työmarkkinoilta joustavuutta suhteessa siirtymiin kotitaloustyön (esim. pienten lasten ja iäkkäiden vanhempien hoito) ja työn välillä. Vaikean työllistyvyyden ja pitkäaikaistyöttömyyden kontekstissa siirtymätyömarkkinoiden käsite voi antaa uusia näkökulmia työmarkkinoiden ja välittävien toimenpiteiden kokonaistarkasteluun (ks. Suikkanen 2008).

Siirtymätyömarkkinoiden käsite auttaa paikallistamaan työttömien terveydenhuollon laajempaan kehikkoon; kysymys ei ole vain terveyspalvelun merkityksestä suhteessa työllistymiseen vaan sen merkityksestä suhteessa monensuuntaisiin siirtymiin työttömän henkilön elämänkulussa. *Millaisia siirtymiä terveyspalvelun mukaantulo voi edesauttaa työttömän tilanteessa? Miten terveyspalvelu liittyy osaksi kuntouttavia, aktivoivia tai työllistäviä asiakasprosesseja?*

Ensinnä kiinnostus kohdistuu siirtymiin työttömyyden ja työllisyyden välillä (a). Mikä on terveydenhuollon tehtävä tässä siirtymässä? Miten terveydenhuolto voi osaltaan edistää siirtymiä työttömyydestä työllisyyteen? Toisaalta terveydenhuollolla, erityisesti työterveyshuollolla, voi olla rooli myös siirtymässä työllisyydestä työttömyyteen. Virallisesti terveydenhuollolle ei ole asetettu tehtäviä tällaisessa tilanteessa vaikka esimerkiksi muutosturvan toimenpiteisiin olisi mahdollista nivoa myös terveyspalveluja ja tämänsuuntaisia toiveita on jo esitettykin (ks. Lehikoinen 2007; Arnkil ym. 2007). Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti keväällä 2009 kirjeen työterveyshuoltoyksiköille muistuttaen työterveyshuollon roolista ja mahdollisuuksista lomautus- ja irtisanomistilanteissa sekä henkilöiden ohjauksesta perusterveydenhuollon piiriin (Työterveyshuollon palvelut työttömyyden uhatessa... 2009).

Etenkin pidempään työttömänä olleiden kohdalla kiinnostus kohdistuu kuitenkin myös siirtymiin työttömyydestä koulutukseen ja kuntoutukseen (b) sekä

sairausvapaalle ja eläkkeelle (c). Sairausvakuutus-, kuntoutus- ja työkyvyttömyyseläkejärjestelmät pohjautuvat lääketieteelliseen arvioon (työkyvyn heikkenemiseen sairauden, vian tai vamman takia) joten terveydenhuollon rooli voi olettaa olevan keskeisen näissä siirtymissä.

Työkyvyystä ei ole olemassa yhtä, yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Historiallisesti työkyvyn määrittelyssä on siirrytty lääketieteellisesti painottuvasta määrittelystä laajempaan työkyvyn kuvaamiseen sisältäen myös mm. työn vaatimusten ja yksilön voimavarojen tasapainon. Moniulotteisessa työkykymallissa huomioidaan niin yksilön voimavarat (arvot, asenteet, motivaatio, ammatillinen osaaminen, terveys ja toimintakyky) kuin työhön liittyvät tekijät (työolot, työn sisältö ja vaatimukset, työyhteisö ja organisaatio, esimiestyö ja johtaminen) sekä mikro- ja makroympäristö. (Ilmarinen ym. 2006, 17-27). Sosiaalivakuutuksen näkökulmasta tarkasteluna lääketieteellinen määrittely (sairaus, vika tai vamma) on kuitenkin yhä vallitseva. Työkyvyn käsitteen laaja-alainen näkökulma työttömien yhteydessä on ainakin vielä ollut vähäistä; työttömien työkykyyn liittyvissä tutkimuksissa on keskitytty yksilön kokemukseen omasta työkyvystään, jolloin mm. työorganisaatioihin ja muuhun ympäristöön liittyvät tekijät tulevat esille vain välillisesti (ks. esim. Ilmarinen mt.; Holm ym. 2006).

Myös *toimintakyky* voidaan määritellä useilla eri tavoilla ja painotuksilla. Yleisesti ottaen toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen valmiuksia selviytyä jokapäiväisen elämän tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-aikana (Järvikoski & Härkäpää 2004, 94). Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF -luokituksen mukaan yksilön toimintakyky määräytyy yksilön lääketieteellisen terveydentilan ja ympäristö- ja yksilötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena (ICF 2004, 18-19). ICF -luokituksesta edelleen kehitetty biopsykososiaalinen BPSDC -malli ottaa huomioon niin elintoiminnot, toiminnan kuin osallistumisenkin (Talo 2001, 39). Mäkitalo ym. (2008, 530) määrittelevät toimintakyvyn koostuvan henkilön fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta suorituskyvystä. Työkyky määritellään siksi osaksi toimintakykyä, joka työssä täytyy ottaa käyttöön.

Lyhytkin katsaus työ- ja toimintakyvyn käsitteisiin osoittaa, ettei ole olemassa yksiselitteistä näkemystä siitä, onko työkyky osa toimintakykyä vai toimintakyky osa työkykyä. Käsitteet menevät osittain päällekkäin ja tarkastelunäkökulman valinta vaikuttaa siihen, mitä ulottuvuuksia käsitteeseen nähdään kuuluvan. Työikäisten kohdalla tarkastelua tehdään usein työkyvyn näkökulmasta, kun taas lapsilla ja vanhuksilla toimintakyvyn käsite on keskeinen. *Tämän tutkimuksen näkökulmasta työkyky on keskeinen käsite*, koska kohderyhmänä ovat työttömät ja tavoitteena on edesauttaa ihmisten paluuta työelämään tai tarvittaessa siirtymistä työelämän ulkopuolelle. Kuten edellä todettiin, työttömän henkilön etuuksien ja palvelumahdollisuuksien kannalta olennainen on työkyvyn lääketieteellinen määritelmä, joka osaltaan mahdollistaa siirtymiä työmarkkinaposition välillä. Esimerkiksi siirtymä työttömyydestä Kelan toteuttamaan kuntoutukseen tai koulutukseen vaatii lääkärinlausunnon työkyvyn heikkenemisestä (sairaus, vika tai vamma). Sama vaati-

mus on siirtymissä työttömyydestä sairausvapaalle tai työkyvyttömyyseläkkeelle. Terveydenhuollolla on keskeinen rooli työkyvyn lääketieteellisessä määrittelyssä.

Työttömien työkyvyn näkökulmasta terveydenhuollon tehtävä siirtymätyömarkkinoilla voisi määrittyä seuraavilla tavoilla:

- a) työkyvyn tukeminen, ylläpitäminen ja parantaminen > edistää siirtymää työhön
- b) työkyvyn heikkenemisen toteaminen > edistää siirtymää hoitoon/ kuntoutukseen
- c) työkyvyttömyyden toteaminen > edistää siirtymää sairausvapaalle/ eläkkeelle

Terveydenhuollolla voisi olla tehtävä myös siirtymissä ”takaisinpäin” esimerkiksi tukemassa siirtymää tilapäisestä työkyvyttömyydestä (sairauspäiväraha, kuntoutustuki) kohti työtä. Tässä tehtävänä olisi työkyvyn parantaminen ja tukeminen tarvittavan hoidon ja kuntoutuksen kautta joko järjestämällä sitä itse tai mahdollistamalla sen toteutumisen jollain toisella taholla (erikoissairaanhoido, Kela, työ- ja elinkeinohallinto, työeläkevakuutus).

Siirtymätyömarkkinoiden käsitteen avulla pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen merkitys avautuu osana kuntoutus-, aktivointi- ja työllistymispalvelujen kokonaisuutta eikä erillisenä, muista toiminnoista irrallisena toimenpiteenä. Siirtymien tarkastelu tuo myös esille ihmisten yksilöllisten tilanteiden merkityksen; eri suuntiin suuntaavien siirtymien mahdollisuuden erilaisista lähtökohdista ja elämäntilanteista.

Siirtymä työttömyydestä ei aina suuntaudu työelämään tai sitä voivat edeltää siirtymät esimerkiksi hoitoon, kuntoutukseen tai sairausvapaalle. Valtiovalan ja työmarkkinoiden tulisi edistää yksilölle kannattavien ja turvallisten siirtymien mahdollisuutta eikä asia ole (vain) yksilötason ongelma tai yksilön itsensä ratkaistavissa. Siirtymien mahdollisuutta tulisi tukea monialaisesti niin yksilöön kuin työmarkkinoihin kohdistuvilla toimenpiteillä (ks. Suikkanen 2008, 12). Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut edustavat yksilöön kohdistuvia toimenpiteitä, jotka voivat osaltaan tukea ja edistää siirtymien mahdollisuutta.

3 Katsaus valtakunnalliseen tilanteeseen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa

PTT-hankkeen arviointitutkimuksen yhtenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää miten kunnissa on käytetty työttömien terveystarkastuksiin osoitettua valtionosuusrahaa. Kunnille on maksettu vuodesta 2006 lähtien lisävaltionosuutta pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin osana terveydenhuollon laskennallisia kustannuksia siten, että 7 - 64-vuotiaiden valtionosuuden kustannuspohjaan sisältyy laskennallisia kustannuksia noin 1,5 €/ ikäryhmään kuuluva asukas. Pian kävi kuitenkin ilmeiseksi, ettei kunnissa ole mahdollista erottaa valtionosuuden lisäyksen käyttöä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin muista sosiaali- ja terveydenhuollon menoista. Tutkimuskysymys muovautui kysymykseksi siitä, miten kunnissa on viime vuosina kehitelty pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja -palveluja. Tässä luvussa luodaan katsaus pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin ja -palveluihin kunnissa keväällä 2008. Katsaus pohjautuu valtakunnalliseen kyselyyn.

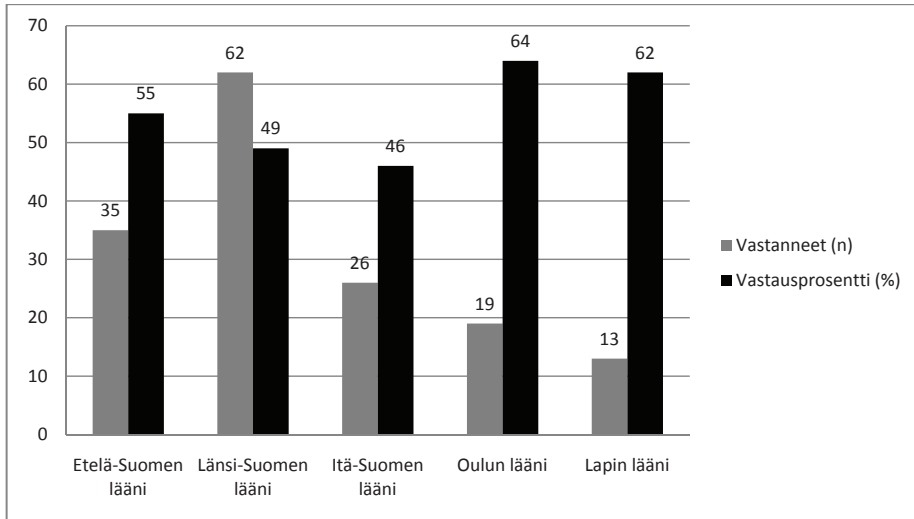
3.1 Kyselyn toteutus ja vastaajat

Sosiaali- ja terveysministeriön kuntakirjeen 4/2008 (Pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistäminen) liitteenä lähetettiin linkki internet -kyselyyn huhtikuussa 2008 kaikkiin Suomen kuntiin. Kysely pyydettiin toimittamaan työttömien terveydenhuollosta vastaavalle toimielimelle tai viranhaltijalle. Toukokuussa kuntia vielä muistutettiin vastaamaan kyselyyn.

Kyselyssä kunnilta kysyttiin heidän tietoisuuttaan valtionosuusmäärärahan lisäyksestä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin, arviota toimenpiteiden volyymeistä ja kustannuksista sekä arviota lisäyksen merkityksestä toiminnan tukemisessa. Kuntia pyydettiin myös kertomaan pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen kehittämiseksi vuosina 2006 – 2007 toteutetuista toimenpiteistä sekä mahdollisista suunnitelmista toimenpiteiksi vuosille 2008 – 2009. Valtakunnallista kehittämishanketta ajatellen kysyttiin myös kuntien näkemyksiä työttömien terveyspalvelujen edelleen kehittämiseksi.

Kyselyyn saatiin 155 vastausta. 25:ssä vastauksessa kyselyyn vastasi useampi kunta yhdessä kuntayhtymän puitteissa (2 - 8 kuntaa). Kaiken kaikkiaan vastaus

saatiin siten 220 kunnasta. Tämä on yli puolet eli 53 % Suomen kunnista (415²). Kyselyyn vastanneet jakautuivat lääneittäin seuraavasti (kuvio 2):

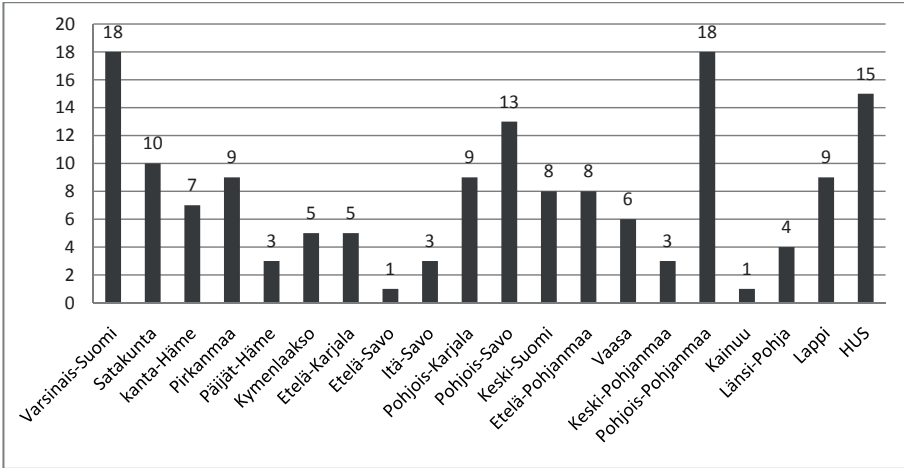


Kuvio 2. Kyselyyn vastanneet (n) ja vastausprosentit (%) lääneittäin. (N=155)

Läänien kokoerojen vuoksi vastaajia oli eniten Länsi-Suomen läänistä (40 %) ja vähiten Lapin läänistä (8 %). Läneittäin vastausprosentit kuitenkin jakautuivat varsin tasaisesti (Etelä-Suomen lääni 55 %, Länsi-Suomen lääni 49 %, Itä-Suomen lääni 46 %, Oulun lääni 64 % ja Lapin lääni 62 %) mikä mahdollistaa läänikohtaisten vertailujen tekemisen.

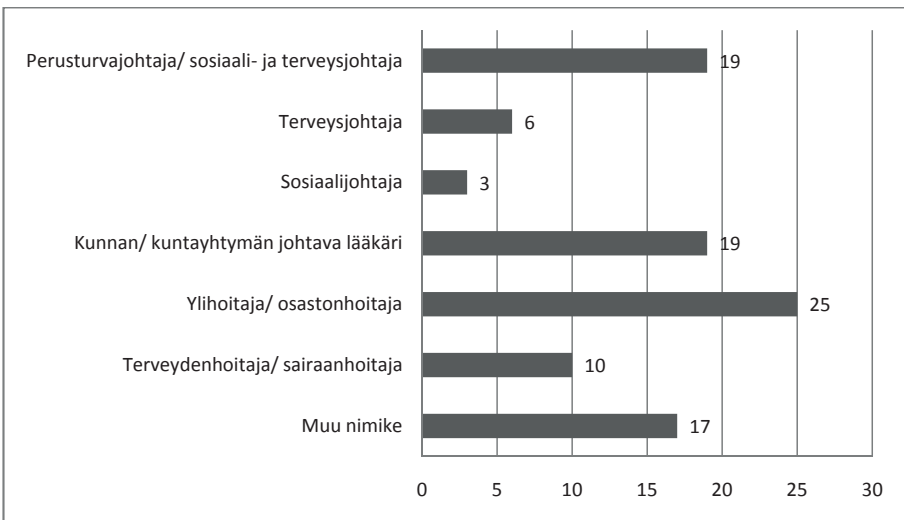
Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna eniten vastaajia oli Varsinais-Suomen (12 % kaikista vastaajista), Pohjois-Pohjanmaan (12 %) ja HUS:n (10 %) sairaanhoitopiirien alueilla (kuvio 3). Tuloksia ei vertailla sairaanhoitopiireittäin koska vastausmäärät ovat liian pieniä tilastolliseen vertailuun.

2 Kuntien lukumäärä vuonna 2008 (Kuntaliitto).



Kuvio 3. Kyselyyn vastanneet sairaanhoitopiireittäin (n). (N=155)

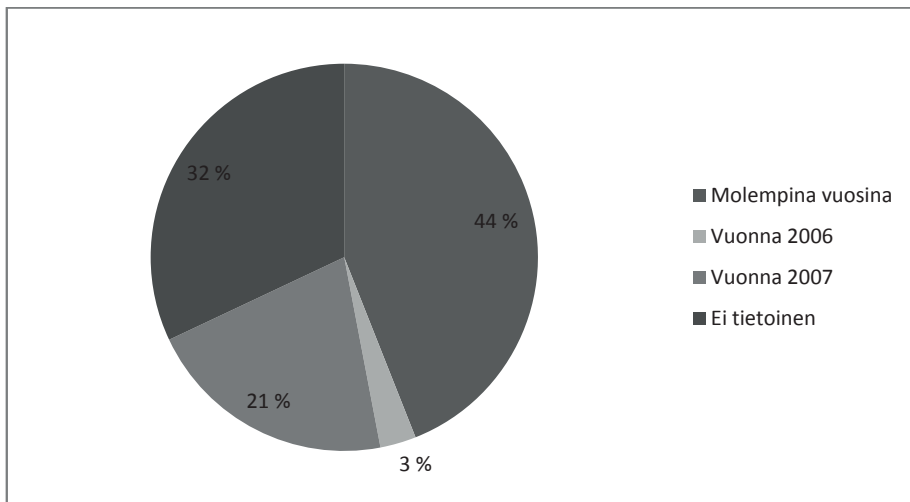
Kyselyyn vastanneet työskentelivät monilla eri toimialoilla (kuvio 4): vajaa puolet (44 %) vastaajista oli terveydenhuollon johtavassa asemassa olevia (sosiaali- ja terveysjohtaja, terveysjohtaja tai johtava lääkäri). Suurin yksittäinen vastaajaryhmä olivat yli- tai osastonhoitajat, joita oli neljäsosa vastaajista. Joka kymmenes vastaaja oli terveyden- tai sairaanhoitaja. Vajaa viidennes (17 %) vastaajista sijoittui muu nimike-luokkaan. Ko. luokassa mainittuja nimikkeitä olivat mm. hyvinvointijohtaja, työllisyyspalveluiden päällikkö, palvelukeskuspäällikkö, tulosaluepäällikkö, sosiaalisihteri, työvalmentaja ja projektipäällikkö.



Kuvio 4. Kyselyyn vastanneet nimikkeittäin (%). (N=155)

3.2 Valtionosuusmäärärahan lisäys - tietoisuus ja merkitys

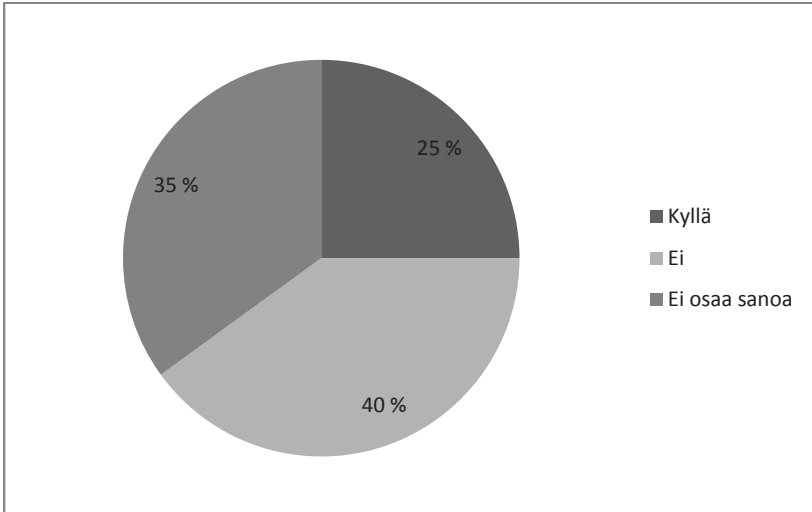
Kuntatoimijoiden tietoisuus valtionosuusmäärärahan lisäyksestä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin on perusedellytys ohjauksen onnistuneisuudelle. Kolmannes (32 %) vastanneista ei ollut tietoinen kuntien valtionosuuteen vuosina 2006 ja 2007 lisäystä määrärahasta pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin (kuvio 5). Vajaa puolet (44 %) vastanneista oli tietoinen lisäyksestä molempina vuosina ja viidennes (21 %) vain vuoden 2007 lisäyksestä. Erityisen huonosti tieto oli kulkenut terveydenhuollon johdolle, koska vastanneista terveysjohtajista 45 % ja johtavista lääkäreistä 47 % ei ollut tietoinen asiasta. Vastanneista perusturva-/sosiaali- ja terveysjohtajista 75 % oli tietoinen asiasta ja sosiaalihoitajista kaikki kyselyyn vastanneet.



Kuvio 5. Tietoisuus valtionosuusmäärärahan lisäyksestä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin (%). (N=153)

Tietoa valtionosuusrahan lisäyksestä vastaajat olivat useimmiten saaneet sosiaali- ja terveysministeriöstä (38 %). Kuntaliitosta tietoa asiasta ilmoitti saaneensa viidennes (21 %) vastaajista ja työvoiman palvelukeskuksen tai työhallinnon kautta 10 % vastaajista. Sosiaali- ja terveyslautakunnassa tiedoksi annettuna tai käsittelyn kautta tietoa oli saanut vain 5 % vastaajista. Noin joka kymmenes (9 %) vastaajista oli tutustunut asiaan saatuaan sen valmisteltavakseen. Muutoin -luokassa (17 %) mainittiin tiedonsaannista mm. omalta esimieheltä, seudullisen yhteistyön kautta, ammattilehdistä, hankkeista ja Stakesista.

Vain neljännes vastaajista koki, että valtionosuusmäärärahan lisäys on tukenut työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittymistä kunnassa tai kuntayhtymässä (kuvio 6). 40 % vastaajista näki, ettei määräraha ole vaikuttanut toivotulla tavalla. Yli kolmasosa (35 %) vastaajista ei osannut arvioida asiaa.

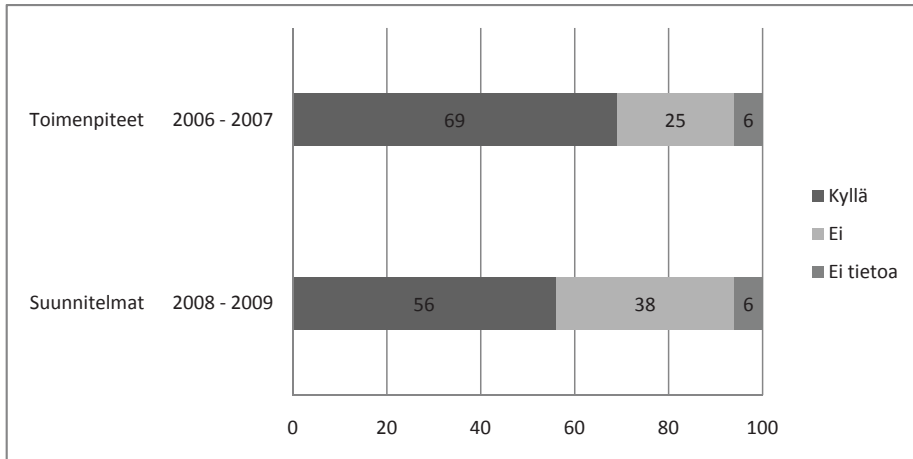


Kuvio 6. Valtionosuusmäärärahan lisäyksen merkitys työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämisen tukena (%). (N=147)

Kyselyn tulosten mukaan tiedotus valtionosuudenmäärärahan lisäyksestä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin ei ole ollut riittävän tehokasta. Kolmasosa kyselyyn vastanneista työttömien terveystarkastuksista vastaavista tai palveluissa työskentelevistä ei ole ollut tietoinen asiasta. Lisäyksen merkitys nähdään melko vähäisenä.

3.3 Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittäminen

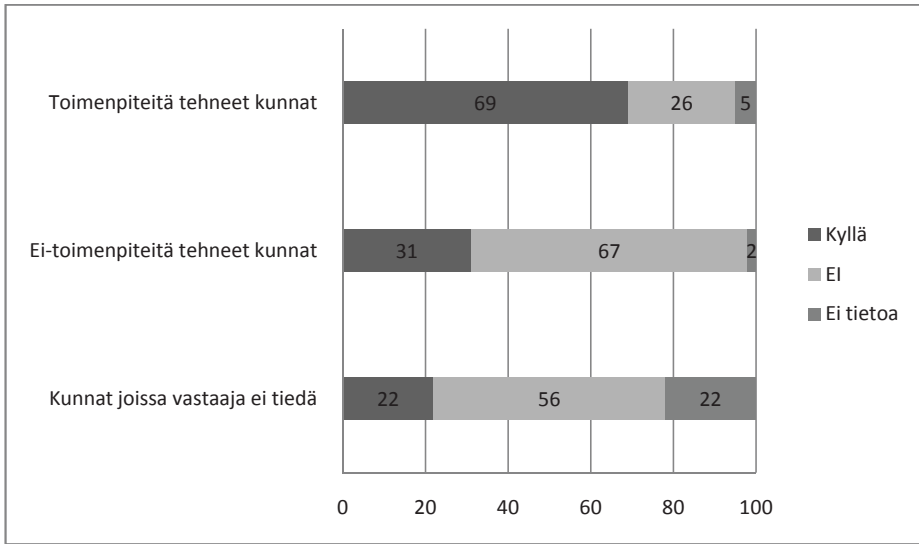
Kyselyn tavoitteena oli saada käsitys siitä, millainen tilanne kunnissa on pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämisessä. Seuraavasta kuvioista 7 nähdään miten kunnissa/ kuntayhtymissä oli toteutettu toimenpiteitä työttömien terveystarkastuksissa vuosina 2006 - 2007 ja oliko niissä suunnitelmia toimenpiteiksi vuosille 2008 - 2009.



Kuvio 7. Toteutetut toimenpiteet ja suunnitelmat toimenpiteiksi pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluissa (%). ((N=155)

Vajaassa 70 % kuntia oli vastaajan mukaan tehty toimenpiteitä pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen kehittämiseksi vuosina 2006 - 2007. Neljäsosassa kuntia ei oltu kehitetty työttömien terveyspalveluja ja 6 % vastaajista ei tiennyt asiasta. Toimenpiteitä tehneistä kunnista yli puolet (56 %) oli toiminut asiassa molempina vuosina, reilu kolmannes (36 %) vain vuonna 2007 ja 8 % vain vuonna 2006. Tarkemman erittelyn mukaan toimenpiteitä oli tehty noin 150 kunnassa. Vuosille 2008 - 2009 toimenpiteitä suunnitteli vastaajien mukaan 56 % kunnista tai kuntayhtymistä. Tämä tarkoittaa noin 120 kuntaa. 38 % vastanneista kunnista ei oltu suunniteltu toimenpiteitä ja 6 % vastaajista ei tiennyt oliko toimenpiteitä suunniteltu.

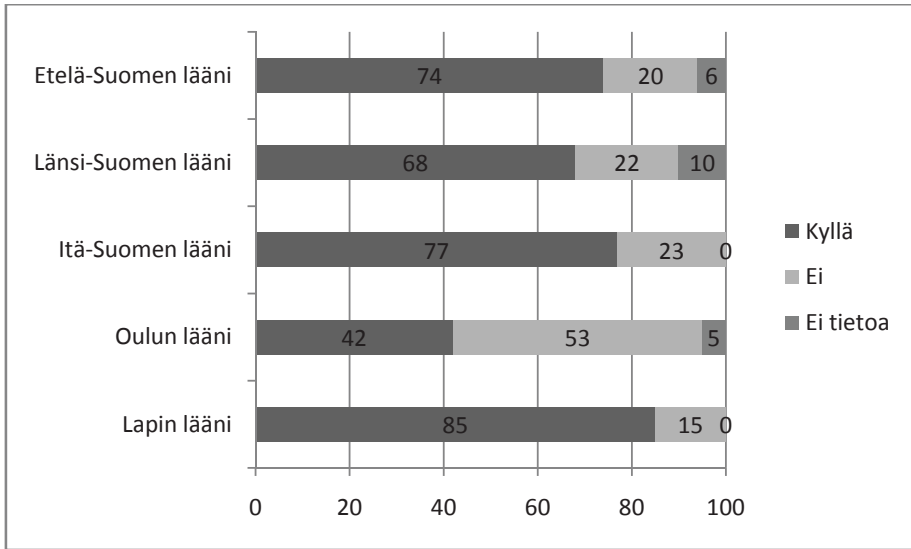
Työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittäminen on painottunut tiettyihin kuntiin ja kuntayhtymiin (kuvio 8): niissä kunnissa, joissa toimenpiteitä oli jo tehty, liki 70 % suunniteltiin toimintaa jatkettavan. Vastaavasti niissä kunnissa, joissa toimenpiteitä ei oltu tehty, vajaa 70 % arveli, ettei palveluja tulla kehittelemään lähivuosinakaan. Niistä vastaajista, jotka eivät tienset oliko palveluja kehitelty, reilu puolet arveli, ettei työttömien terveyspalveluja olla kehittelemässä kunnassa lähivuosina ja vajaa neljännes ei osannut arvioida asiaa.



Kuvio 8. Suunnitelmat vuosille 2008 - 2009 pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämiseksi toimenpiteitä tehneissä ja tekemättömissä kunnissa/ kuntayhtymissä sekä kunnissa/ kuntayhtymissä, joiden vastaaja ei tiedä onko toimenpiteitä aiemmin tehty (%). $p=0,000$.

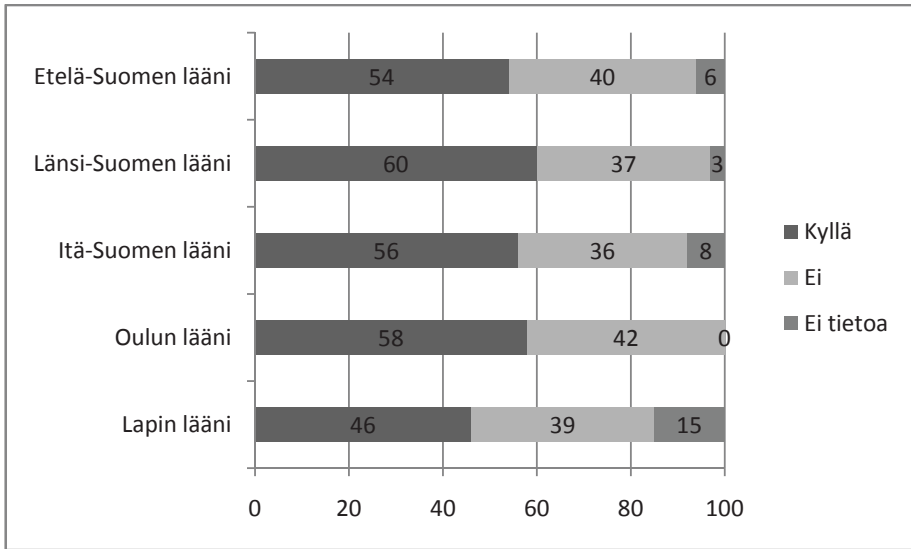
Toimenpiteitä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämiseksi oli tehty niin suurissa kuin pienissäkin kunnissa. Keskimäärin toiminnan kehittäminen oli ollut yleisempää suuremmissa kunnissa (esimerkiksi työvoiman palvelukeskus -paikkakunnat), mutta asiaan oli paneuduttu usein myös pienissä, alle 5 000 asukkaan kunnissa.

Läänikohtaisessa tarkastelussa (kuvio 9) Oulun lääni erottui muista alueista siten, että siellä oli tehty vähemmän toimenpiteitä (42 %) työttömien terveydenhuollon kehittämiseksi vuosina 2006 - 2007 kuin muiden läänien alueella. Vastauksen mukaan useimmiten palveluja oli kehitelty Lapin (85 %) ja Itä-Suomen (77 %) lääneissä. Vastaajien tietoisuus palvelujen kehittämisestä oli heikointa Länsi-Suomen läänissä (10 % ei osannut sanoa).



Kuvio 9. Työttömien terveystalvelujen kehittäminen vuosina 2006 - 2007 lääneittäin (%). $p=0,096$

Jatkosalta kuva näytti läänikohtaisessa tarkastelussa tasoittuvan (kuvio 10). Miltei kaikkien läänien alueella suunnitelmia työttömien terveystalvelujen kehittämiseksi vuosina 2008 -2009 oli aiempaa vähemmän tai asiasta ei ollut vielä tietoa. Suurinta lasku oli Lapin läänin alueella (-39 %), jossa oli myös eniten epätietoutta toiminnan jatkumahdollisuuksista (15 %). Vain Oulun läänin alueella oli suunnitelmia kehittämistoimenpiteistä aiempaa enemmän (+ 16 %).

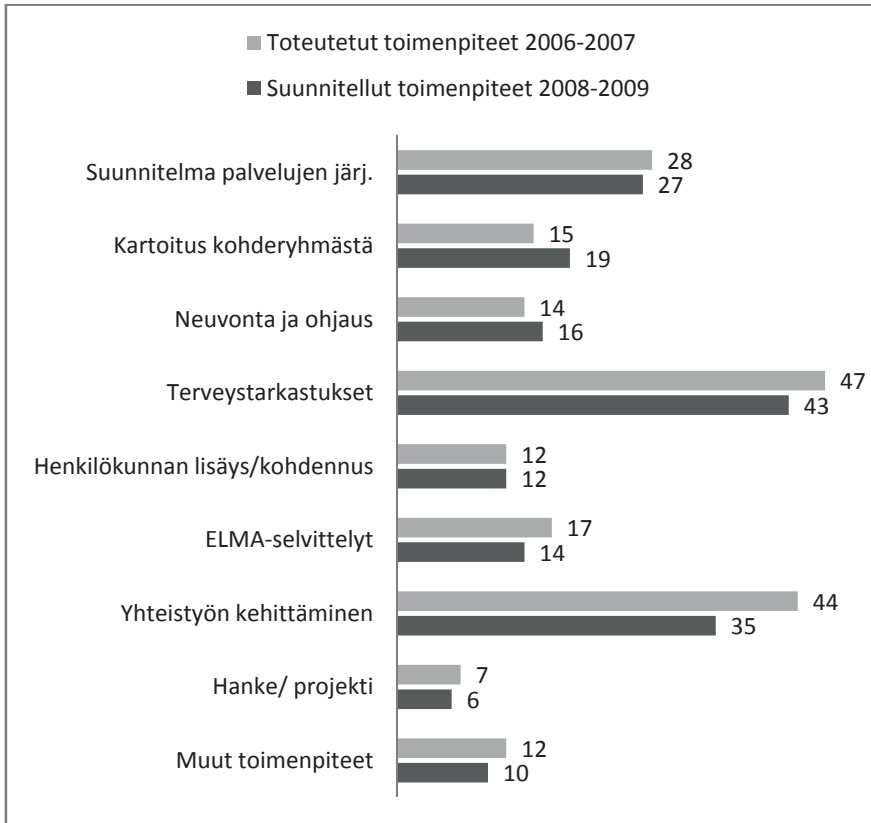


Kuvio 10. Suunnitelmat työttömien terveystarkastusten kehittämiseksi vuosille 2008 - 2009 lääneittäin (%). $p=0,758$

Millaisia toimenpiteitä kunnissa ja kuntayhtymissä oli toteutettu ja millaisiin toimenpiteisiin suunniteltiin jatkossa panostettavan? Tämä näkyy seuraavasta kuvista 11.

Kuviosta nähdään, että jo toteutetut ja suunnitellut toimenpiteet olivat hyvin samansuuntaisia. Painopisteinä olivat olleet terveystarkastukset (47 %), yhteistyön kehittäminen perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja työvoimahallinnon välillä (44 %) sekä suunnitelmien työstäminen (28 %). Vuosille 2008 - 2009 suunnitellut toimenpiteet kohdistuivat miltei samassa suhteessa samoille toimenpiteille (43 %, 35 % ja 27 %), joskin yhteistyön kehittämisessä oli nähtävissä hieman suurempaa laskua. Pientä painopisteen muutosta oli nähtävissä kohderyhmää koskevien kartoitusten lisääntymisenä (15 % > 19 %) sekä neuvonnan ja ohjauksen kehittämisessä (14 % > 16 %).

Henkilökunnan lisäystä tai kohdennusta työttömien terveystarkastukseen oli toteutettu 12 % vastanneita kuntia ja yhtä moni suunnitteli tätä jatkossakin. Eläkemahdollisuuksien (ELMA) selvittelyjä perusterveydenhuollossa oli toteutunut 17 % vastanneista kunnissa eikä toimintaa suunniteltu lisättävän. Työttömien terveystarkastuksiin liittyvää hanketoimintaa oli toteutettu 7 % vastanneita kuntia ja hanketoiminnan osuus oli suunnitelmissa samansuuruista. Muut toimenpiteet -luokassa oli mm. mainintoja työvoiman palvelukeskus-toiminnasta ja kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmästä.



Kuvio 11. Toteutetut ja suunnitellut toimenpiteet pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluissa toimenpideluokittain (%).

Kaikkissa lääneissä pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen kehittämiseksi toteutetut toimenpiteet olivat hyvin samansuuntaisia. Joitakin eroavaisuuksia oli kuitenkin nähtävissä: terveystarkastuksia oli tehty suhteellisesti useimmin Lapin (77 %) ja Etelä-Suomen (57 %) lääneissä³. Yhteistyön kehittäminen oli taas ollut muita alueita useammin painopisteenä Lapin (54 %) ja Länsi-Suomen (50 %)⁴ lääneissä. Myöskään suunnitelmissa olevissa toimenpiteissä ei ollut suuria läänikohtaisia eroja. Oulun läänissä palveluiden suunnittelu (47 %), kohderyhmä kartoitukset (37 %) ja henkilökunnan kohdennus (21 %) olivat suhteellisesti suosituimpia kuin muissa lääneissä⁵. Tämä kertoo toiminnan selvästä liikkeellelähdestä Oulun

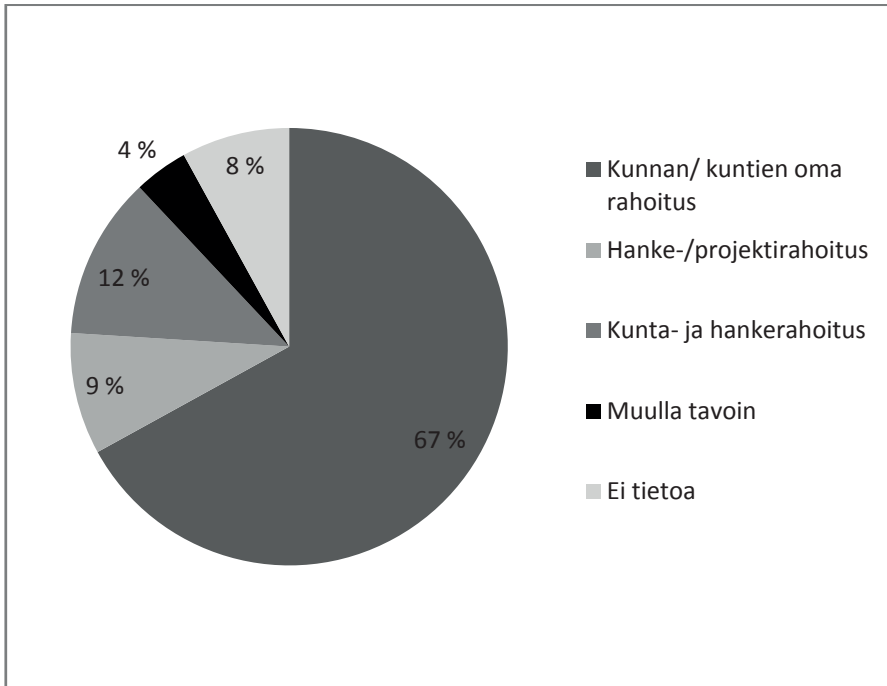
3 Länsi-Suomen lääni 45 %, Itä-Suomen lääni 35 % ja Oulun lääni 32 %.

4 Etelä-Suomen lääni 43 %, Itä-Suomen lääni 38 % ja Oulun lääni 21 %.

5 Suunnittelu: Etelä-Suomen lääni 37 %, Länsi-Suomen lääni 29 %, Itä-Suomen ja Lapin läänit 8 %, Kartoitukset: Etelä-Suomen lääni 23 %, Länsi-Suomen lääni 18 %, Itä-Suomen lääni 12 % ja Lapin lääni 15 %, Henkilökunnan kohdennus: Etelä-Suomen lääni 9 %, Länsi-Suomen lääni 15 %, Itä-Suomen ja Lapin läänit 8 %.

läänin alueella. Kaikkien läänien kohdalla panostus on jatkossakin vahvasti työttömien terveystarkastusten suorittamisessa.

Toteutuneiden toimenpiteiden rahoitusta koskevaan kysymykseen vastanneista liki 70 % ilmoitti toimenpiteiden toteutuneen täysin kunnan tai kuntien omalla rahoituksella (kuvio 12). Hanke- ja projektirahoitusta oli käytetty toimenpiteiden toteuttamiseen viidesosassa (21 %) vastanneita kuntia. Kuntien sitoutuminen työttömien terveystarkastusten kehittämiseen myös rahoituksellisesti on hyvä merkki ja voi edesauttaa toimenpiteiden nivoutumista osaksi kunnan tai kuntayhtymän perustoimintaa.



Kuvio 12. Työttömien terveystarkastusten kehittämistoimenpiteiden rahoitus vuosina 2006 - 2007 (%). (N=106)

Vastaajien antamat arviot tehtyjen toimenpiteiden asiakasmääristä ja kustannuksista olivat hyvin vaihtelevia eikä niiden perusteella saada luotettavaa kuvaa toiminnan kohderyhmästä tai kustannuksista. Suuri osa toimenpiteistä toteuttaneista kunnista ei ilmoittanut arviotaan asiakasmääristä tai kustannuksista; asiakasmääriä arvioi noin 80 vastaajaa ja kustannuksia noin 40 vastaajaa. Erot kustannusarvioissa olivat huomattavia liki samansuuruisien asiakasmäärien kohdalla, joten myös laskentatavat ovat poikenneet toisistaan.

Suurimmassa osassa kyselyyn vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä on kehitetty terveystarkastuksia ja -palveluja pitkäaikaistyöttömille. Painopisteenä toiminnassa ovat olleet terveystarkastusten toteuttaminen sekä yhteistyön kehittäminen perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja työvoimahallinnon välillä. Suurimalla osalla työttömien terveystarkastuksia ja -palveluja kehittäneistä kunnista tai kuntayhtymistä oli myös suunnitelmia toiminnan jatkamiseksi. Avovastausten mukaan kunnissa on mm. saatu luotua toimivia ohjausjärjestelmiä työhallinnon ja terveydenhuollon välille asiakkaiden tavoittamiseksi sekä löydetty hoitoa vaativia sairauksia asiakkaskunnasta. Toimintoja halutaan kehittää eteenpäin mm. tiedottamalla toiminnasta, kehittämällä ryhmäpalveluja ja ennaltaehkäisevää toimintaa sekä linkittämällä terveyspalvelut entistä tiiviimmin osaksi muita aktiivisia palveluja.

Hieman yllättävä havainto on, että työttömien terveyspalvelujen kehittäminen oli kyselyn mukaan pienessä laskussa; toimenpiteitä vuosille 2008 - 2009 oli suunnitellut 13 % vähemmän kuntia tai kuntayhtymiä kuin aiemmin oli toimenpiteitä toteuttanut. Erityisen kiinnostavaa on, miksi jotkut toimenpiteitä toteuttaneista kunnista aikoivat lopettaa toiminnan? Avovastausten perusteella on löydettävissä joitakin perusteluja. Muutamissa kunnissa oli haettu hankerahaa toiminnan jatkamiseksi eikä sitä oltu saatu. Joissakin kunnissa toiminnan lopettamista perusteltiin henkilöstöresurssien vähäisyydellä tai pulmana oli, ettei potentiaalisista asiakkaista ei saatu tietoa työvoimahallinnosta. Muutamassa kunnassa työttömien terveystarkastukset toteutuvat jatkossa tarpeen mukaan osana perusterveydenhuollon normaalitoimintaa ilman erillistä panostusta. Nähtävissä on siten tarvetta toiminnan resurssoinnin ja ohjauskäytäntöjen selkeyttämiseen myös valtakunnallisella tasolla.

3.4 Kehittämistoiveet

Yli 100 kyselyyn vastanneista kertoi kehittämisnäkymistä ja -toiveista työttömien terveyspalveluihin liittyen. Useimmiten vastauksissa esille noussut teema oli rahoitus; vastaajat toivoivat kunnan perusterveydenhuollolle pysyvää, korvamerkittyä, kohdennettua rahoitusta työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen toteuttamiseen. Taustalla oli toive henkilöstöresurssien lisäämisestä; monet vastaajat kokivat, että toiminnan toteuttaminen nykyisillä, usein liian vähäisillä, lääkäri- ja hoitajamäärillä ei ole mahdollista.

Työttömien terveystarkastukset nähtiin kuitenkin ensisijaisesti perusterveydenhuollon tehtävänä, muutamissa vastauksissa tuotiin esille työterveyshuollon ja työvoimahallinnon vastuuta kohderyhmästä. Monet vastaajista korostivat moniammatillisen yhteistyön merkitystä työttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa. Perusterveydenhuollossa tulisi tiivistää yhteistyötä sosiaalitoimen ja työvoimahallinnon kanssa, myös työterveyshuollon ja kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän

tulisi olla mukana verkostossa. Joillakin paikkakunnilla pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset oli keskitetty työvoiman palvelukeskuksiin, joissakin kaivattiin samantyyppistä yhteispalvelumallia peruspalveluihin. Muutamilla paikkakunnilla työttömien terveystarkastukset oli linkitetty osaksi sosiaalitoimen työllistämistointimintaa. Esille nousi myös kysymys työttömien työterveyshuollosta välityömarkkinapaikoissa (esimerkiksi kuntouttavassa työtoiminnassa, työelämävalmennuksessa tai työharjoittelussa).

Monet vastaajista kokivat, että kuntien tulisi saada lisää ohjeistusta työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen järjestämisessä. Toivomuksia esitettiin valtakunnallisesta suosituksesta, jossa kerrotaan millainen toimintamalli tulee luoda kunnan ja työvoimahallinnon välille terveystarkastusten toteuttamiseen. Suosituksessa tulisi hahmottaa toiminnan kohderyhmää, terveystarkastusten tiheyttä ja toteutustapaa. Lääkärien ja hoitajien tulisi myös saada lisätietoa ja koulutusta aiheesta, mm. kuntoutus- ja työllistämispalveluihin ohjaamisesta ja syrjäytymisen problematiikasta. Tiedotusta tematiikasta ja kehitellyistä toimintamalleista kaivattiin myös lisää.

Käytännön kokemusten kautta pulmallisina näyttäytyvät asiakkaiden tavoittaminen ja motivointi. Perusterveydenhuollossa ei voida kutsua kohderyhmän asiakkaita terveystarkastuksiin, ellei työvoimahallinnosta toimiteta heille tietoja soveltuvista asiakkaista. Joissakin vastauksissa kerrottiin, että kutsutut asiakkaat eivät tulleet heille varatuille ajoille tai eivät sitoutuneet jatkotoimenpiteisiin. Varhaisempi puuttuminen ja toiminnan kohdistaminen myös lyhyemmän aikaa työttömänä olleisiin ja nuoriin tuotiin esille useissa vastauksissa.

Muutamissa vastauksissa korostettiin, että työttömillä on samat mahdollisuudet saada perusterveydenhuollon palveluja kuin muillakin kunnan asukkailla eikä etenään pienemmillä paikkakunnilla nähdä tarpeelliseksi kehittää erillisiä palveluja juuri tälle kohderyhmälle.

3.5 Yhteenvedo

Useissa kunnissa on panostettu pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluun. Miltei 70 % kyselyyn vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä ilmoittaa tehneensä toimenpiteitä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämiseksi. Osassa kuntia panostus ei ole ollut selkeästi pitkäaikaistyöttömille kohdistettua vaan toteutuu samoin kuin muidenkin kunnan asukkaiden terveyspalvelu. Suurimassa osassa näitä kuntia ja kuntayhtymiä on kuitenkin tietoisesti resursoitu ja toteutettu pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia. Myös yhteistyön kehittämiseen perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja työvoimahallinnon välillä on paneuduttu. Työvoiman palvelukeskus -toiminta on ollut yksi konkreettinen rakenne, jonka avulla kunta on voinut panostaa pitkäaikaistyöttömien palveluun myös terveydenhuollossa. Yhteistyötä on kehitetty myös osana peruspalveluita, kunnan työllistä-

mistoimintaan liittyen tai erillishankkeiden kautta. Moniammatillinen yhteistyö ja osaaminen ovat osoittautuneet erittäin tärkeäksi.

Yli puolet vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä suunnitteli työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämistä vuosina 2008 - 2009. Mikäli kyselyn tulos yleistettäisiin koskemaan kaikkia Suomen kuntia, tarkoittaisi tämä toimenpiteitä palvelujen kehittämiseksi yli 200 kunnassa. On kuitenkin todennäköistä, ettei kyselyyn vastaamattomissa kunnissa tai kuntayhtymissä kiinnostus asiaan ole yhtä suurta kuin kyselyyn vastanneissa kunnissa. Mikäli oletettaisiin, ettei kyselyyn vastaamattomissa kunnissa ole tehty lainkaan toimenpiteitä eikä niitä olla suunnittelemassakaan, laskisivat prosenttiosuudet huomattavasti; tällöin toimenpiteitä olisi tehty vain 38 % Suomen kuntia ja niitä suunniteltaisiin tehtävän vain 30 % kuntia. Todellinen osuus toimenpiteitä tehneistä kunnista sijoittunee 69 % ja 38 % välille ja toimenpiteitä suunnittelevista 56 % ja 30 % välille. Kaiken kaikkiaan työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittäminen näyttää olevan melko hyvässä vauhdissa kunnissa ja kuntayhtymissä. Toimenpiteitä jo toteuttaneista kunnista suurin osa suunnittelee jatkavansa työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittelyä, joten toiminta on osoittautunut tarpeelliseksi.

Vaikka vain neljännes vastanneista koki, että valtionosuusmäärärahan lisäksi on tukenut pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittymistä kunnassa, voidaan lisäyksellä ja siihen liittyvällä tiedotuksella nähdä olleen merkitystä tietoisuuden ja kiinnostuksen lisääntymiseen työttömien terveyspalveluja kohtaan. Kunnista esitetään paljon toiveita suuremmasta ja kohdennetusta lisärahoituksesta, koska nykyinen lisäys on varsin pieni kuntakohtaisesti eikä sekään ole aina kohdistunut tarkoitettuun toimintaan. Toisaalta voidaan arvioida, että työttömien terveystarkastuksiin ja -palveluihin panostaminen voi olla kunnille myös taloudellisesti kannattavaa pidemmällä aikavälillä, jos sitä kautta pystytään puuttumaan varhaisemmin mm. kansansairauksiin ja hoitamaan niitä (ks. Kiiskinen ym. 2008). Kunnilta tulee selkeä toive suositusten ja ohjeistuksen saamiseen työttömien terveystarkastuksiin ja -palveluihin. Tarvetta on myös vertaisoppimisen ja tiedonvaihdon foorumeille. Näihin toiveisiin on pyritty vastaamaan mm. PTT-hankkeen kehittämiskumppanuusverkostolle ja muille kiinnostuneille toimijoille suunnatuilla seminaareilla (ks. tarkemmin Sinervo 2009).

4 Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon asiakkaat ja palaute

Tässä luvussa tarkastellaan PTT-hankkeen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja -palveluja asiakasnäkökulmasta. Tarkastelussa on koko hanke; hankkeiden ja toimintamallien eroavaisuuksia käsitellään luvussa 5. Ensimmäiseksi käsitellään terveystarkastuksiin ohjautuneen asiakaskunnan rakennetta, lähtötilanteita ja palvelutarpeita. Aineistona ovat hankkeiden volyymiseurannat ja kuukauden asiakasseuranta-aineisto. Tuloksia tarkastellaan suhteessa muihin hankkeisiin ja kokemuksiin samassa aihepiirissä. Toisessa alaluvussa tuodaan esille kuukauden seurannassa tehtyjä asiakasarviointeja ja todettuja terveysriskejä. Tuloksia vertaillaan aiempiin, lähinnä työttömiä koskeviin, tutkimustuloksiin. Kolmannessa alaluvussa on asiakkaiden itsensä vuoro kertoa omia kokemuksiaan terveystarkastuksesta, sen merkityksestä ja toteutuneista jatkopoluista. Tarkastelu pohjautuu asiakaskyselyn ja -haastattelujen analyysiin. Viimeiseksi tarkastellaan siirtymätyömarkkinoiden käsitteen alla terveystarkastusten ja -palvelujen merkitystä asiakkaiden siirtymiin. Tarkastelu pohjautuu vahvasti asiakastapauskuvauksiin, joskin siinä on hyödynnetty myös volyymiseurannan tuloksia. Lopuksi kootaan yhteen esitettyjä asioita.

Suomesta löytyy lukuisia väestön terveyttä ja elintapoja koskevia tutkimuksia (mm. Finnriski, Terveys 2000, Teroka, Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäminen ja terveys jne.) Tämän tutkimuksen vertailuaineistoksi olen valinnut pääasiallisesti neljä tutkimusta/ kehittämishanketta:

- 1) Työ ja terveys -tutkimus on Työterveyslaitoksen kolmen vuoden välein tekemä tietokoneavusteinen puhelinhaastattelu. 25 - 64-vuotiaat haastateltavat poimitaan satunnaisotannalla väestörekisteristä. Mukana on sekä työssäkäyviä että työttömiä. Vertailu tehdään vuoden 2006 tuloksiin. (Perkiö-Mäkelä 2006).
- 2) Jyväskylän seudulla vuosina 2000 - 2007 toteutunut Wire-hanke. Hankkeen tavoitteena oli luoda palveluohjauksellinen työllistämisen toimintamalli heikossa työmarkkina-asemassa oleville henkilöille. Toimintamalliin sisältyivät myös terveystarkastukset työttömille. (Perttinen & Suuronen 2004; Taipale 2003).
- 3) Kainuussa vuosina 2006 - 2008 toteutunut Kainuulainen työkunto-hanke. Hankkeessa tehtiin terveys- ja kuntotarkastuksia työttömille työnhakijoille sekä toteutettiin työkuntoa kohottavaa toimintaa. (Kainuulainen työkuntoprojekti 2008). Toiminta on jatkunut Kainuussa osana KaiTo-projektia Kainuulainen työ- ja terveyskunnan toimintamalli -hankkeena. Hankkeessa to-

teutettiin sama asiakaspalautekysely kuin PTT-hankkeessa, joten tältä osin vertailu tehdään meneillään olevaan hankkeeseen (Asiakaskysely...2009).

- 4) Työttömien työkyky vuonna 2005 -tutkimus. Kysely- ja haastattelututkimus pohjautuen Työterveyslaitoksen kehittämään työkykyindeksiin. (Holm ym. 2006).

Vertailuaineistot on valittu siltä pohjalta, että ne tarjoaisivat mahdollisimman kiinnostavia vertailuasetelmia. Työ ja terveys-tutkimuksen kautta PTT-hankkeen tuloksia voidaan vertailla suhteessa työkäiseen väestöön. Muiden hankkeiden aineisto antaa mahdollisuuden työttömiä koskevien tulosten vertailuun.

4.1 Asiakaskunnan rakenne ja palvelutarpeet

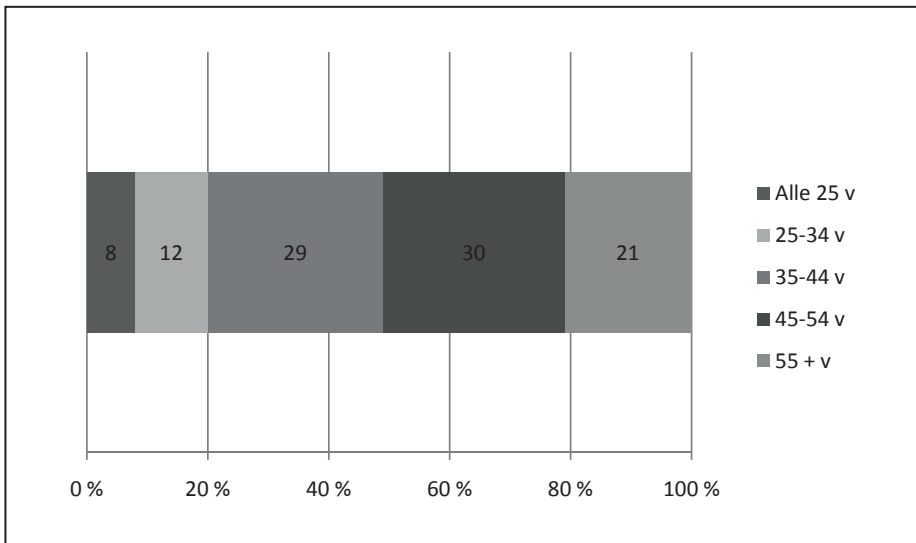
PTT-hankkeen aikana ajanjaksolla 1.8.2007 - 31.1.2009 hankkeen asiakkaana oli yhteensä 3681henkilöä.

Käytännössä useimmat hankkeet käynnistyvät loppuvuodesta 2007 tai vuoden 2008 alusta, joten kyseessä on 1- 1½ vuoden ajanjakso. Asiakkaista 72 %:lle (2650) tehtiin terveystarkastus osana hanketta. Tämä tarkoittaa keskimäärin noin 150 terveystarkastusta kuukaudessa hankkeen tarkastelujakson aikana.

4.1.1 Asiakaskunnan rakenne

Asiakaskunnasta noin kolmannes (30 %) oli 45 - 54 -vuotiaita ja samoin noin kolmannes (29 %) 35 - 44 -vuotiaita. Viidesosa (21 %) asiakkaista oli 55-vuotiaita tai sitä vanhempia ja viidennes (20 %) alle 35 -vuotiaita (ks. kuvio 13). Iäkkäämpien asiakkaiden määrä laski hieman hankekauden viimeisen puolen vuoden aikana ja vastaavasti 35 - 44 -vuotiaiden ja alle 25 -vuotiaiden määrä kasvoi hieman (ks. liite 2 kuvio 33).

Hankkeen kohderyhmänä ovat olleet pitkäaikaistyöttömät ja muut vaikeasti työllistyvät, joten ei ole yllättävää että asiakaskunnassa on vähän nuoria. Kainuulainen työkuunto-hankkeessa 72 % terveystarkastuksessa käyneistä asiakkaista (445) oli yli 40-vuotiaita ja 42 % 50 vuotta tai sitä vanhempia. Jyväskylän seudun Wire-hankkeen terveystarkastuksiin osallistuneista (228) 47 % oli 46 - 60 -vuotiaita. Joissakin PTT-hankkeissa pyrittiin saamaan myös nuorempia asiakkaita terveystarkastuksiin, mutta tämä osoittautui usein haasteelliseksi; nuoria oli vaikea motivoida osallistumaan.



Kuvio 13. Asiakaskunnan ikärakenne ikäryhmittäin % (N=3024).

Sukupuolen mukaan asiakkaat jakautuivat siten, että 39 % asiakkaista oli naisia ja 61 % miehiä. Kainuulainen työkurssi-projektissa ja Wire-hankkeessa naisten osuus oli suurempi (54 % ja 47 %). Yksi selittävä tekijä voi olla, että PTT-hankkeessa enemmistö asiakkaista ohjautui terveystarkastukseen työvoiman palvelukeskuksista. TYP:en asiakaskunnassa naisia on ollut keskimäärin vain kolmannes asiakkaista kun työvoimatoimiston asiakkaista naisia on noin puolet (Karjalainen & Saikku 2008, 195; Työväestystyksen vuositilastot 2008).

Asiakkaiden työttömyyden keston selvittäminen osoittautui vaikeaksi. Työttömyyden virallinen kesto selviää työvoimahallinnon URA-ohjelmasta eikä terveydenhoitajilla ole pääsyä tähän järjestelmään. Terveystarkastusläheteisiin ei aina merkitty asiakkaan työttömyyden kesto. Myös asiakas itse saattoi olla epätietoinen työttömyytensä virallisesta kestoista. Toisaalta URA-tiedon pohjalta saadaan varsin tulkinnanvarainen tieto, koska erilaiset työllistämisen- ja aktivointitoimenpiteet katkaisevat aina virallisen työttömyyden. Henkilöllä saattaa olla hyvin kauan aikaa siitä, kun hän on ollut palkkatyösuhteessa avoimilla työmarkkinoilla tai edes palkkatuetussa työsuhteessa. Asiakkaan näkökulmasta myös esimerkiksi kuntouttava työtoiminta voi näyttää työnä vaikka se ei virallisesti sitä olekaan. Nuoremmilla asiakkailla ei välttämättä ole lainkaan kokemusta palkkatyösuhteesta avoimilla työmarkkinoilla. Hankkeen terveydenhoitajien mukaan useimmilla terveystarkastusasiakkailla oli takanaan pitkä työttömyys, joillakin jopa kymmenien vuosien ajan. Kuukauden asiakasseurannassa mukana olleista asiakkaista (207) 59 % työttö-

myyden kesto oli yli kolme vuotta ja 89 % yli yhden vuoden⁶. Työttömyysjaksojen kestoista kertonee se, että kuukauden seurannan asiakkaissa oli reilu kymmenen prosenttia enemmän alle 35-vuotiaita kuin koko asiakaskunnassa. Työttömyyden kesto kasvoi suoraviivaisesti ikäryhmittäin siten, että alle 25-vuotiaista yli kolme vuotta oli ollut työttömänä 15 % ja 55-vuotiaista tai sitä vanhemmista 81 %.⁷ Miehistä 71 % työttömyyden kesto oli yli kolme vuotta kun taas naisista näin pitkään työttömänä oli ollut 45 %.⁸

PTT-hankkeen asiakkaiden siviilisäädystä ja peruskoulutuksesta saadaan tietoa kuukauden seurantaan osallistuneiden asiakkaiden kohdalta. Kuten edellä todettiin, seurannan asiakkaat olivat keskimäärin hieman nuorempia kuin asiakkaat keskimäärin. Sukupuolen mukaan seurannan asiakaskunta vastaa hyvin koko asiakaskunnan rakennetta (naisia 39 %). Kaikki hankkeet eivät osallistuneet kuukauden seurantaan⁹, mutta osallistuneiden hankkeiden terveystarkastusten asiakaskunnan jakautuminen on samansuuntainen kuin kokonaisaineistoissa; esimerkiksi Helsingin osuus seurannan asiakkaista on 33 % ja terveystarkastusten kokonaisuudesta 34 % ja Vantaan 9 % seurannan asiakkaista ja 13 % terveystarkastusasiakkaista. Muiden hankkeiden osuus liikkuu molemmissa aineistoissa 7 % ja 1 % välillä. Siten tulosten voidaan olettaa kertovan suhteellisen hyvin PTT-hankkeen terveystarkastusten koko asiakaskunnasta.

Asiakkaiden siviilisäätö jakautui kuukauden seurannassa seuraavasti: liki puolet (45 %) oli naimattomia ja kolmannes (31 %) avio- tai avoliitossa. Eronneita oli joka neljäs (23 %) ja leskenä 1 %. Siviilisäätö vaihteli luonnollisesti iän mukaan siten, että nuoremmista ikäryhmissä oli enemmän naimattomia kuin vanhemmissa. Kainuun työkuunto-projektiin verrattuna asiakkaissa oli enemmän naimattomia (33 %) ja eronneita (19 %) mikä selittyy miesten suuremmalla osuudella.

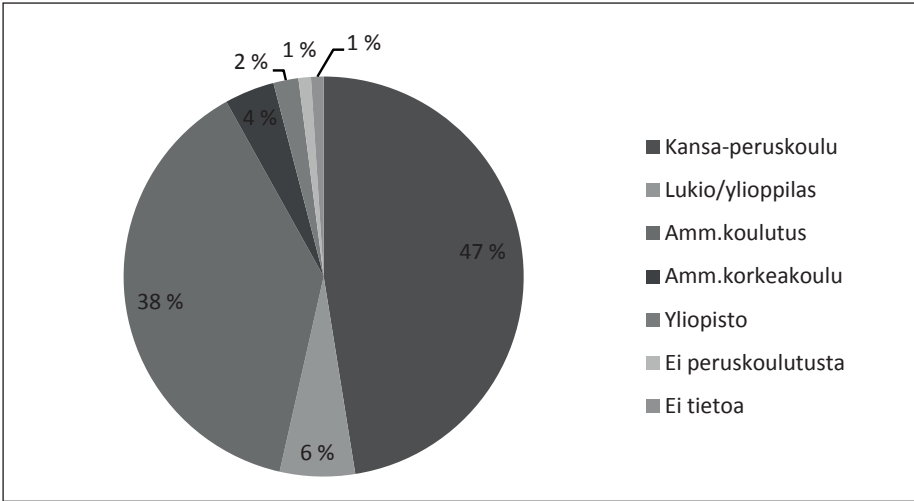
Seurannassa mukana olleiden asiakkaiden koulutustausta jakaantui kuvion 14 mukaisesti. Miltei puolella asiakkaista oli pohjana kansa- tai peruskoulu (47 %) ja 38 % koulu- tai opistotasoinen ammatillinen koulutus. Kainuulainen työkuunto ja Wire -hankkeissa koulutusta on luokiteltu hieman eri tavalla, joten tuloksien suora vertailu ei ole mahdollista. Kainuussa 24 % ei ollut ammatillista koulutusta ja 46 % oli koulu- tai opistotason tutkinto. Wire-hankeessa perusasteen koulutus oli 28 % ja keskiasteen 65 %. Työnvälityksen vuositilastojen 2008 mukaan kaikista työttömistä työnhakijoista 34 % oli perusasteen koulutus, 44 % keskiasteen koulutus, alin korkea-aste 8 %, korkeakouluaste 12 % ja tuntematon 2 %. PTT -hankkeeseen ohjautuneet asiakkaat olivat siis keskimäärin vähemmän koulutettuja kuin työttömät työnhakijat kaiken kaikkiaan. Sukupuolten ja ikäryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja koulutuksen tasossa.

6 Tiedot vaihtelevasti joko asiakkaalta, läheteestä tai URA:sta.

7 $p=0,000$

8 $p=0,000$

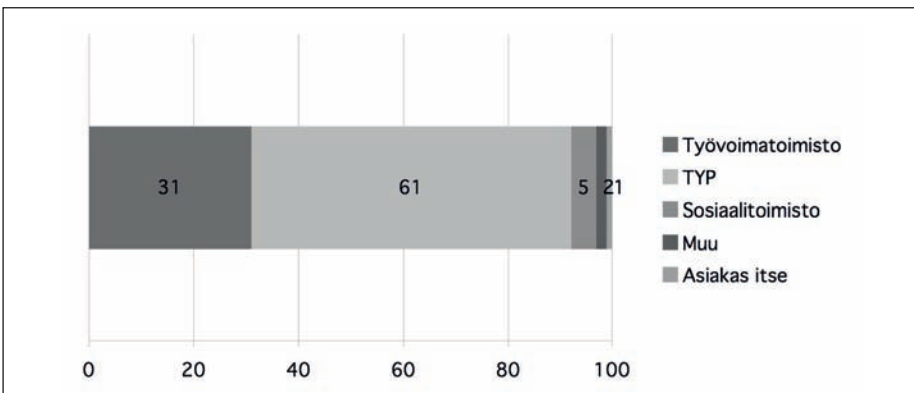
9 Kuukauden seurantaan eivät osallistuneet Etelä-Karjala, Harjavallasta, Hyvinkää ja Lieto. Näistä Hyvinkään hankkeessa ei tehty lainkaan terveystarkastuksia ja Harjavallassa vain kaksi terveydenhoitajan tarkastusta hankkeen aikana.



Kuvio 14. Terveystarkastusasiakkaiden koulutustausta kuukauden seurannassa % (N=207).

4.1.2 Asiakkaiden ohjaus terveystarkastukseen

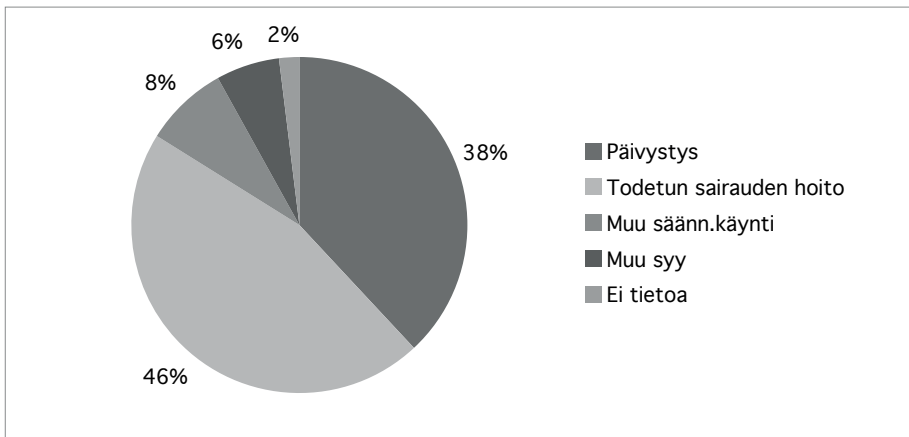
Hankkeeseen ohjattiin asiakkaita useimmiten työvoiman palvelukeskuksista (61 %) ja työvoimatoimistoista (31 %). Sosiaalitoimistojen ja muiden tahojen ohjaus oli hyvin vähäistä, joskin hankkeiden välinen vaihtelu oli tässä suurta (ks. luku 5). 1 % asiakkaista (40 henkilöä) ohjautui hankkeeseen/ terveystarkastukseen oma-toimisesti ilman erillistä ohjausta. Helsingin hankkeen suuret volyymit (1350 asiakasta) vaikuttavat suuresti tuloksiin. Mikäli Helsingin ohjaukset (kaikki TYP:sta) poistetaan, ohjautui asiakkaista 49 % työvoimatoimistoista ja 38 % työvoiman palvelukeskuksista (N=2259). PTT-hankkeen alkupuolella ohjaus työvoimatoimistoista ja TYP:sta oli tasaista (ks. kuvio 34 liite 2).



Kuvio 15. Asiakkaiden ohjautuminen PTT-hankkeeseen eri tahoilta % (N=3609).

Seuranta-aineiston mukaan yleisin syy asiakkaiden ohjaamiseen terveystarkastukseen oli asiakkaan kuuluminen sovittuun kohderyhmään (67 %). Hankkeiden kohderyhmämäärittelyt vaihtelivat tarkkaan määritellyistä kriteereistä ja lukumääristä väljempään lähettävän tahon subjektiivisen arvioinnin pohjalta tehtyihin ohjauksiin. 18 % asiakkaista pääasiallisena ohjauksena oli epäily terveydellistä syistä esteenä työllistymiselle ja 9 % ohjaus tapahtui ensisijaisesti asiakkaan itse esille tuoman toiveen tai huolen takia.

Asiakkaista suurin osa (59 %) oli käynyt terveydenhuollossa joko hoitajan tai lääkärin vastaanotolla viimeisen puolen vuoden aikana ja yli 70 % viimeisen vuoden sisällä. 10 % asiakkaista oli yli kaksi vuotta viimeisestä käynnistä terveydenhuollossa. Sukupuoli tai ikä ei erotellut edellisen käynnin ajankohtaa. Suomalaisen hyvinvointi ja palvelut -kyselyn mukaan 69 % suomalaisista oli käynyt sairauden vuoksi lääkärissä vuoden aikana (Klavus ym. 2008, 183). Seuraavasta kuvioista 16 nähdään asiakkaan edellisen terveydenhuoltokäynnin syy:



Kuvio 16. Käyntisy syy asiakkaan terveystarkastusta edeltäneelle käynnille terveydenhuollossa % (N=207).

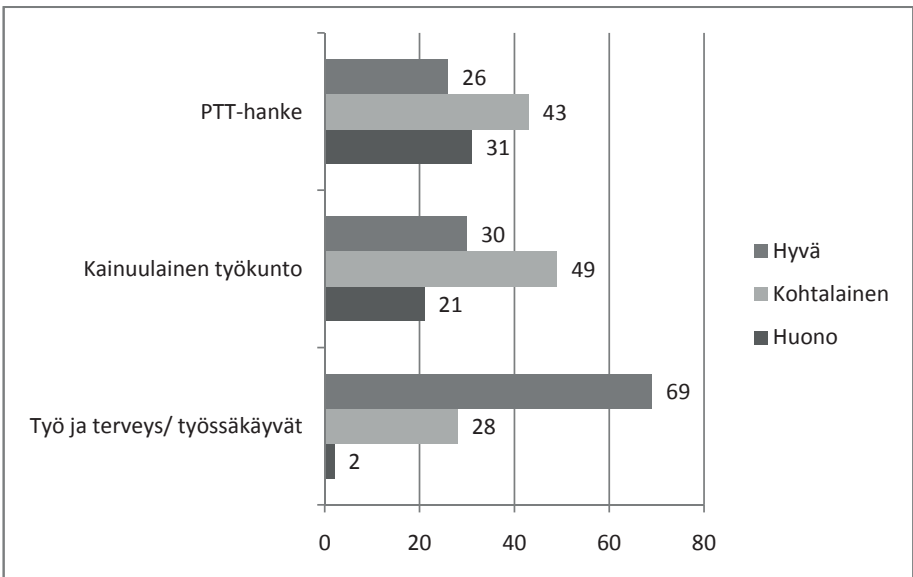
Miltei puolet (46 %) käynneistä oli liittynyt jonkin todetun sairauden hoitoon ja 8 % muihin säännöllisiin käynteihin (mm. ehkäisyasiat). 38 % asiakkaista oli edellisen kerran käynyt terveydenhuollossa päivystysluonteisesti. Nuoremmissa ikäryhmissä oli suhteellisesti useammin päivystyskäyntejä, vanhemmissa taas todetun sairauden hoitoon liittyviä käyntejä. Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

4.2 Asiakkaiden terveys ja työkyky sekä todetut terveystriskit

Tässä alaluvussa esitettävät tulokset perustuvat asiakasseurantaan, jossa terveydenhoitajat täyttivät lomakkeen kuukauden ajan tekemiensä terveystarkastusten yhteydessä. Seurantaan osallistuneet terveydenhoitajat tekivät kuukauden aikana 207 terveystarkastusta.

4.2.1 Arviot terveydestä ja työkyvystä

Henkilöiden arvioita omasta terveydentilastaan vertaillaan seuraavassa kuviossa 17 kolmen aineiston avulla; PTT-hankkeen kuukauden seurannan, Kainuulainen työkuunto-hankkeen ja Työ ja terveys -tutkimuksen.



Kuvio 17. Arvio omasta terveydentilasta PTT-hankkeessa (N=204), Kainuulainen työkuunto-hankkeessa (N=444) ja työssäkäyvien osalta Työ ja terveys -tutkimuksessa¹⁰ (%) (N=2229).

PTT-hankkeen ja Kainuulainen työkuunto-hankkeen tulokset ovat hyvin samansuuntaisia; noin kolmannes piti terveydentilaansa hyvänä. PTT-hankkeen seuranta-asiakkaissa oli kuitenkin 10 % enemmän terveytensä huonoksi kokevia kuin Kainuussa. Ero työssäkäyvien arvioihin Työ ja terveys -tutkimuksessa on suuri; heistä liki 70 % piti terveydentilaansa hyvänä ja vain 2 % huonona.

¹⁰ Tutkimuksessa kysymys oli: Millainen terveydentilasi on ikäisiisi verrattuna? Onko se...?

Työ ja terveys-tutkimuksessa kaikista työikäisistä terveydentilansa hyväksi arvioi 64 %, keskimertaiseksi 29 % ja huonoksi 6 %. Tutkimuksen mukaan työttömyyden kesto vaikutti ihmisten kokemuksiin omasta terveydentilastaan siten, että alle puoli vuotta työttömänä olleista 57 % koki terveydentilansa hyväksi kun taas pidempään työttömänä olleista vain 49 % koki näin. Myös PTT-hankkeessa työttömyyden kestolla näytti olevan merkitystä asiakkaiden tulkintoihin: alle vuoden työttömänä olleista kukaan ei kokenut terveydentilaansa huonoksi, kun taas yli kolme vuotta työttömänä olleista 39 % koki näin.¹¹

Kokemus omasta terveydentilasta ei vaihdellut sukupuolen mukaan tilastollisesti merkitsevästi PTT-hankkeessa: miehistä 34 % koki terveydentilansa huonoksi ja naisista 27 %. Hyväksi terveydentilansa koki 26 % miehistä ja 25 % naisista. Kainuun hankkeessa naiset kokivat terveydentilansa hyväksi useammin kuin miehet: naisista 35 % piti terveydentilaansa hyvänä, miehistä 23 %. Myös Työ- ja terveys-tutkimuksessa naiset kokivat terveydentilansa hyväksi hieman miehiä useammin.

Ikä vaikutti asiakkaiden arvioihin omasta terveydentilastaan PTT-hankkeessa: alle 25-vuotiaista huonoksi terveydentilansa koki 16 % ja 55-vuotiaista tai vanhemmista 43 %. Toisaalta terveydentilansa hyväksi koki 33 % iäkkäimmästä ryhmästä ja vain 12 % nuorimmasta ryhmästä. Kyseessä oli siis selvästi subjektiivinen arvio suhteessa omiin odotuksiin. Muutos terveydentilan arvioinnissa näytti tapahtuvan 45 vuoden iässä, jota vanhemmat selvästi useammin kokivat terveydentilansa huonoksi kuin sitä nuoremmat¹².

Asiakkaat kokivat yleisesti terveydentilansa hieman paremmaksi kuin mitä terveydenhoitajat arvioivat (ks. liite 2, kuvio 35). Asiakkaista 26 % arvioi terveydentilansa hyväksi, terveydenhoitajat antoivat vastaavan arvion 19 % asiakkaista. Vaikutusta lienee myös sillä, että asiakkailta arviota kysyttiin terveystarkastuksen alkupuolella ja terveydenhoitajat antoivat omat arvionsa vasta lomaketta täyttäessään terveystarkastuksen jälkeen.

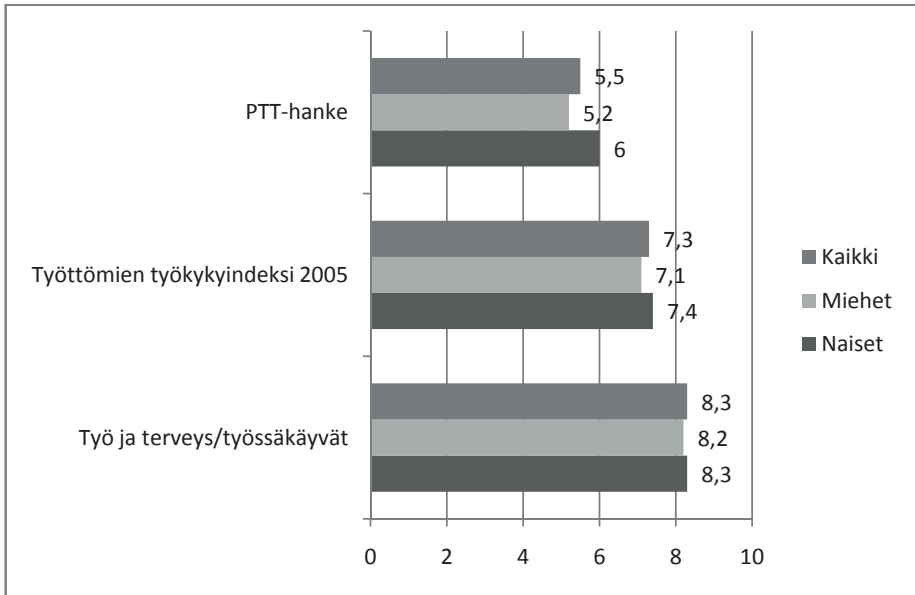
PTT-hankkeeseen ohjautui siten selvästi juuri niitä asiakkaita, jotka kokivat terveydentilansa pulmalliseksi. Asiakkaiden pitkä työttömyys lisäsi kokemusta terveydentilan heikkoudesta. Vaikka asiakkaiden itse-arviot olivat huomattavasti heikompia kuin keskimäärin työikäisessä väestössä, arvioivat terveystarkastuksia tehneet hoitajat heidän terveydentilansa vielä heikommaksi.

Seuraavassa kuviossa 18 tarkastellaan asiakkaiden antamia arvioitaan työkyvystään PTT-hankkeessa, Työttömien työkyky-tutkimuksessa ja Työ ja terveys-tutkimuksessa. Kaikissa pyydettiin henkilöä itse arvioimaan tämänhetkistä työkykyään suhteessa työkykyyn parhaimmillaan asteikolla 0-10¹³. Kainuulainen työ- ja Wire -projekteissa ei tuloksia tältä osin ole saatavissa.

11 p=0,032

12 p=0,012

13 Työttömien työkyky-tutkimuksessa käytettiin ilmausta ”suhteessa elinikäiseen parhaaseen työkykyyn”. PTT-hankkeessa asteikko oli 1-10, joten arvo 1 koodattiin uudelleen arvoksi 0,5.



Kuvio 18. Työkyypistemäärä (0-10) PTT-hankkeessa (N=200), Työttömien työkyky 2005-tutkimuksessa (N=1081) ja Työ ja terveys -tutkimuksessa 2006 työssäkäyville (N=2225)(ka).

Kuviosta nähdään, että PTT-hankkeen seurannan asiakkaat arvioivat työkykynsä selvästi heikommaksi kuin työssäkäyvät (ero -2,8) tai työttömät työkyky-tutkimuksessa (-1,8). Erityisesti suuri ero työttömien työkyky-tutkimukseen herättää ajatuksia. Osaltaan eroa voi selittää se, että PTT-hankkeeseen valikoituneiden henkilöiden työttömyyden kesto on pidempi. Työkyky-tutkimuksen mukaan yli kolmannes otoshenkilöistä kertoi nykyisen työttömyyden kestäneen yli kaksi vuotta ja lähes puolet oli ollut yli neljä vuotta ilman pysyvää työsuhdetta (Holm ym. 2006, 15-16). PTT-hankkeen seurannassa yli kaksi vuotta työttömänä oli ollut 73 % asiakkaista. Työttömyyden kestolla on todettu olevan vaikutusta työkykyyn myös mm. Terveys 2000-tutkimuksessa (Pensola ym. 2006). Työ ja terveys -tutkimuksen mukaan alle 6 kuukautta työttömänä olleiden työkyypistemäärän keskiarvo oli 8,0 ja yli 6 kuukautta työttömänä olleilla 6,9. Tässäkin nähdään, että työttömyyden keston kasvaessa ihmisten näkemys työkyvystään laskee selvästi. PTT-hankkeessa alle 6 kuukautta työttömänä olleet arvioivat työkykynsä keskimäärin arvolla 7,0, kun taas yli 3 vuotta työttömänä olleiden keskiarvo oli 5,1. Aineiston keruutavalla on myös voinut olla merkitystä tuloksiin: Työttömien työkyky- ja Työ ja terveys -tutkimuksissa aineisto kerättiin puhelinhaastatteluin ja kyselylomakkeilla, PTT-hankkeessa henkilökohtaisessa terveydenhoitajan haastattelussa.

PTT-hankkeessa naiset arvioivat työkykynsä selvästi paremmaksi kuin miehet. Muissa tutkimuksissa ero sukupuolten välillä ei ole ollut näin suuri. Tulokseen vaikuttanee se, että miehistä useampi oli ollut pitkään työttömänä kuin naisista.

Työkyvyn arvioinnissa ikä vaikutti asiakkaiden arvioihin siten, että iäkkäämmät asiakkaat arvioivat työkykynsä heikommaksi kuin nuoremmat. Erot olivat kuitenkin hyvin pieniä, korkeimmillaan 0,4. Parhaimmaksi työkykynsä arvioivat 25 - 34 -vuotiaat (ka 5,7).

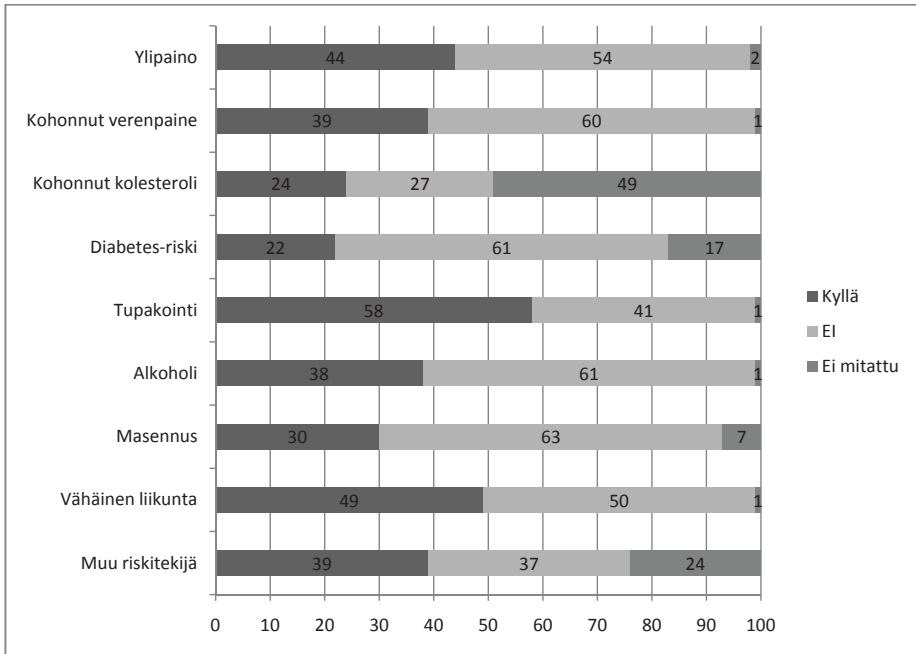
PTT-hankkeeseen ohjautuneiden asiakkaiden kokemus omasta työkyvystään oli heikompi kuin työikäisillä tai työttömällä muissa tutkimuksissa. Tätä, kuten kokemusta terveydentilastakin, selittää pitkään työttömänä olleiden suuri osuus ja, että hankkeeseen ohjattiin juuri niitä asiakkaita, joilla arveltiin olevan ongelmia terveydessään ja työkyvyssään. Voidaan sanoa, että hankkeessa tavoitettiin se kohderyhmä kuin oli tarkoituskin.

4.2.2 Todetut terveysriskit

Terveystarkastuksissa todettuja terveysriskejä kartoitettiin kuukauden seurannassa. Yhdessä hankkeen terveydenhoitajien kanssa määriteltiin rajat yleisimpien terveysriskien toteamiseen:

- Ylipaino = BMI > 25
- Kohonnut verenpaine = >135/85
- Kohonnut kolesteroli = > 5
- Diabetes-riski = paastoverensokeri > 6
- Päivittäinen tupakointi
- Runsas alkoholin käyttö = Audit miehet > 10/ naiset > 8
- Masennus = vähintään keskivaikea (BDI)
- Vähäinen liikunta = hyötyliikuntaa alle 30 minuuttia päivässä
- Muu riskitekijä = jokin muu riskitekijä, joka tulee terveystarkastuksessa esille

Seuraavaan kuvioon 19 on koottu terveystarkastuksissa esille tulleet terveysriskit. Kuvioista nähdään, että liki puolelta (49 %) asiakkaista ei mitattu kolesteroliarvoja terveystarkastuksen yhteydessä. Muutoin keskeisimmät riskit kartoitettiin varsin kattavasti. Vain kahdella asiakkaalla ei todettu mitään terveysriskiä tarkastuksessa, monilla todettiin useita riskejä.



Kuvio 19. PTT-hankkeen kuukauden seurannan terveystarkastuksissa kartoitetut ja todetut terveysterveysriskit % (N=207).

Yleisimmät todetut terveysterveysriskit olivat päivittäinen tupakointi (58 %), vähäinen liikunta (49 %) ja ylipaino (44 %). Vähiten todettiin diabetes-riskiä (22 %) ja kohonnutta kolesterolia (24 %). Muu riskitekijä -luokassa yleisimmin mainittiin tupakointi- ja liikuntaelinvaivat (19 % ko. luokassa, 7 % kaikista), päihde-/huumetausta (10 %/ 4 %) ja lääkeriippuvuus (10 %/ 4 %). Sukupuolen mukaan tilastollisesti merkitseviä eroja esiintyi päivittäisessä tupakoinnissa¹⁴ ja alkoholin riskikäytössä¹⁵, jotka molemmat olivat selvästi yleisempiä miehillä kuin naisilla. Miehistä puolet (49 %) määrittyi alkoholin riskikäyttäjäksi, naisista 20 %. Ikäryhmittäin tarkasteltuna tilastollisesti merkitseviä eroja esiintyi kohonneessa verenpaineessa¹⁶, kohonneessa kolesterolissa¹⁷, tupakoinnissa¹⁸ ja masennuksessa¹⁹. Kohonneen verenpaineen ja kolesterolin esiintyvyys kasvoi mitä iäkkäämmästä ikäryhmästä oli kysymys. Tupakointi oli taas yleisintä 45 - 54 -vuotiaiden (70 %) ja 25 - 34 -vuotiaiden (68 %) joukossa. Masennus todettiin useimmiten nuorimmassa ikäryhmäs-

14 p=0,018

15 p=0,000

16 p=0,005

17 p=0,005

18 p=0,018

19 p=0,014

sä alle 25-vuotiailla (50 %) ja esiintyvyys laski mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kysymys (55-vuotiailla tai sitä vanhemmilla 12 %).

Työttömyyden keston mukainen tarkastelu ei tuonut esille tilastollisesti merkitseviä eroja terveystieteiden toteamisessa, mitä voidaan pitää hieman yllättävänä. Samoja terveystieteiden riskejä löydettiin niin alle vuoden työttömänä olleilta kuin yli kolme vuotta työttömänä olleilta. Todettujen riskien lukumäärä ei myöskään eronnut työttömyyden keston mukaan tilastollisesti merkitsevästi. Hienovaraisempi työttömyyden keston erottelu olisi voinut tuoda eroja esille; nyt liki 60 % seuranta-asiakkaista sijoittui yli kolme vuotta työttömänä olleiden luokkaan. Kuitenkin esimerkiksi päivittäisen tupakoinnin ja vähäisen liikunnan osalta riski todettiin useammin (70 % ja 64 %) alle vuoden työttömänä olleilla kuin yli kolme vuotta työttömänä olleilla (60 % ja 48 %). Selittävä tekijänä tässä lienee työttömyyden keston sijasta henkilön ikä. Nuoremmissa ikäryhmissä tupakoitiin useammin ja liikuttin vähemmän. Alkoholin riskikäyttö oli yleisempää yli 2 vuotta työttömänä olleilla (42 %) kuin lyhyempään työttömänä olleilla (28 %) ²⁰. Vähäiset erot terveystieteiden määrässä ja laadussa suhteessa työttömyyden keston voivat kertoa myös siitä, että ongelmat terveydentilassa eivät välttämättä lisäänty työttömyyden aikana vaan työttömäksi joutuvat ne ihmiset, joilla on jo ongelmia terveydentilassaan ja yleisemminkin elinolosuhteissaan. Samansuuntaisia tuloksia tutkimuksessaan saaneiden Kortteisen ja Tuomikosken (1998, 168-169) johtopäätös on, että työttömyyden yhteys heikentyvään terveyteen kulkee vahvasti koetun nälän ja sosiaalisen epäluottamuksen kautta. Työttömänä voi selvitä kunnossa pitkäänkin jos yhteisyyssuhteet ja talous pysyvät kunnossa. Ihmisten tilanteiden taustalla vaikuttavat siis moninaiset prosessit, jotka voivat ehkäistä tai edesauttaa ihmisen syrjäytymistä ja vaikuttaa myös hänen terveyteensä.

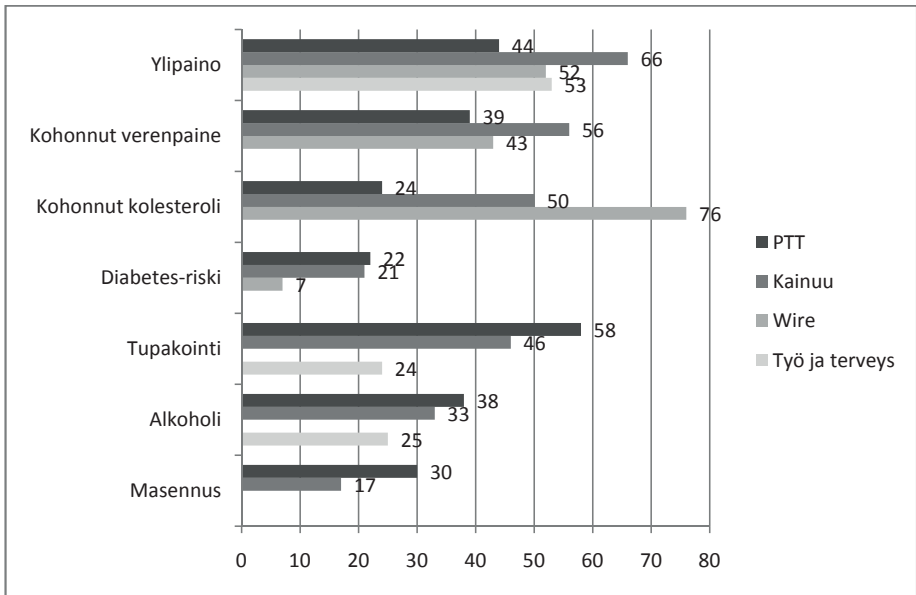
Seuraavassa kuviossa 20 on vertailtu todettuja terveystieteiden riskejä PTT-hankkeessa, Kainuulainen työkuunto-hankkeessa ²¹, Wire-hankkeessa ²² sekä Työ ja terveys-tutkimuksessa työssäkävien osalta ²³. PTT-hankkeen kuukauden seurantaan osallistuneiden joukossa ilmeni vähemmän ylipainoa ja kohonnutta verenpainetta kuin muissa työttömiä koskevissa hankkeissa. Työssäkävillä ylipaino oli yleisempää kuin PTT-hankkeen ja Wire-hankkeen asiakkailla. Kohonnutta kolesterolia todettiin PTT-hankkeessa selvästi vähemmän kuin muissa hankkeissa, mutta tähän on vaikuttanut se, ettei arvoja mitattu liki puolelta asiakkaista. Sen sijaan alkoholin riskikäyttö ja päivittäinen tupakointi oli hieman yleisempää kuin Kainuussa. Erityisesti tupakointi, mutta myös alkoholin riskikäyttö on yleisempää työttömillä kuin työssäkävillä. Vähintään keskivaikea masennus todettiin selvästi useammin PTT-hankkeen asiakkailla kuin Kainuun hankkeessa.

20 tupakointi $p=0,297$, liikunta $p=0,185$, alkoholi $p=0,065$

21 Kainuun hankkeessa paastoverensokerin raja oli $> 6,3$. Kohonnut verenpaine $> 139/89$. Masennus = BDI-II > 19 pistettä.

22 Wire-hankkeessa kohonneen verenpaineen raja oli $130/85$. Alkoholin käyttö ja psykkiniset oireet mitattiin eri tavoin.

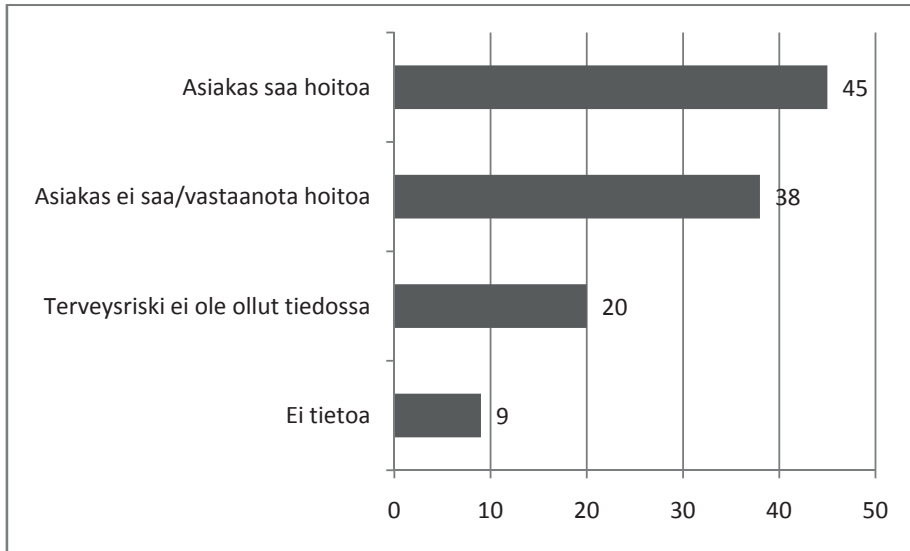
23 Työ ja terveys-tutkimuksessa alkoholin riskikäyttö oli Audit-C pisteet > 5 .



Kuvio 20. Todetut terveystriskit PTT-hankeessa (N=207), Kainuulainen työkuunto-hankeessa (N=445), Wire-hankeessa (N=228) ja Työ- ja terveys-tutkimuksessa 2006 työssäkäyvien osalta (N= 2200) %.

Useat tutkimukset niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin todistavat, että työttömät voivat sekä psyykkisesti että fyysisesti heikommin kuin työssä olevat (ks. esim. Heponiemi ym. 2008). Työttömille kohdistettujen terveystarkastus-hankkeiden erot todetuissa terveystriskeissä johtunevat niin alueellisista kuin asiakaskuntaan liittyvistä tekijöistä. PTT-hankkeen seuranta-asiakkaista kolmannes oli Helsingistä ja asiakkaissa oli enemmän miehiä kuin Kainuulainen työkuunto- ja Wire-hankeissa.

Terveystarkastuksen merkitystä terveystriskien toteamisessa työttömän elämäntilanteesta kartoitettiin seurannassa kysymyksellä siitä, olivatko asiakkaalla tarkastuksessa todetut riskit olleet aiemmin tiedossa. Tulokset näkyvät kuviossa 21. Usein tilanne oli sellainen, että asiakkaan terveystriski oli jo aiemmin tiedossa ja hän sai siihen tarvittavaa hoitoa. Useimmiten hoidossa olivat mielenterveys- ja päihdeongelmat, kohonneen verenpaineen, kolesterolin tai ylipainon hoito. Tupakoinnin, päihdeiden ja kohonneen verenpaineen hoito mainittiin useimmin terveystriskeinä, joihin asiakas ei ollut saanut tai vastaanottanut hoitoa vaikka riski olikin tiedossa. 20 % asiakkaista (41 henkilöä) todettiin uusi terveystriski tarkastuksessa kuukauden seurannan aikana. Useimmiten tämä oli kohonnut verenpaine, verensokeri tai kolesteroliarvo. Mikäli tulos yleistettäisiin koskemaan kaikkia terveystarkastuksessa käyneitä asiakkaita (2650), tarkoittaisi tämä, että yli 500 asiakkaalla todettiin uusi terveystriski terveystarkastuksen myötä.



Kuvio 21. Tietoisuus asiakkaan terveysriskeistä % (N=207).

Terveystarkastuksissa asiakkailla todettiin paljon tyypillisiä kansanterveyden riskitekijöitä. Viidesosa todetuista riskeistä oli sellaisia, jotka eivät olleet etukäteen asiakkaan ja/ tai terveydenhuollon tiedossa. Useimmiten riskit olivat tiedossa ja asiakas sai niihin hoitoa tai ei sitä halunnut vastaanottaa. Tulokset vahvistavat osaltaan työntekijöiden haastatteluissa esille tuomia ajatuksia siitä, että asiakkaiden motiivointi ja kannustaminen hoitoon ja terveydestään huolehtimiseen on keskeinen tehtävä työttömien terveydenhuollossa. Asiakkaiden suhteet terveydenhuoltoon voivat olla katkonaisia ja ajoittaisia, jolloin ei välttämättä synny kokonaisvaltaista näkemystä ja hoitosuunnitelmaa vaikka terveyden riskitekijät olisivatkin tiedossa.

4.3 Asiakaspalaute

Asiakkaiden kokemuksia terveystarkastuksesta kartoitettiin kyselyn ja teemahaastattelujen avulla. Tavoitteena oli saada käsitys siitä, miten asiakkaat itse mieltävät terveystarkastuksen ja -palvelujen merkityksen osana muuta aktiivointi- ja työllistymispalveluaan. Kyselyyn vastasi 324 henkilöä. Teemahaastattelu tehtiin 20 asiakkaalle, joiden lisäksi suullista palautetta saatiin 26 asiakkaalta.

Asiakaskysely toteutui kaikissa hankkeissa Hyvinkäätä lukuun ottamatta²⁴. Hankekohtaiset vastaajamäärät ja vastausprosentit ovat taulukossa 7 liitteessä 2. Eniten kyselyyn vastattiin Vantaalta (48 henkilöä) ja vähiten Harjavallasta (2), mikä

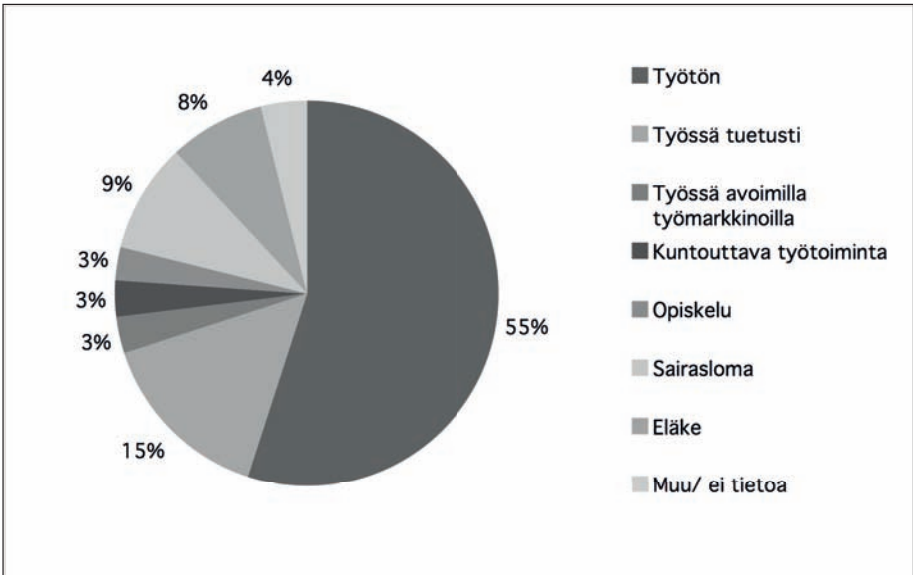
²⁴ Hyvinkäällä ei tehty terveystarkastuksia hankkeen puitteissa.

on hyvin suhteessa hankkeiden kokonaisasiakasmääriin. Ositetun otannan vuoksi Helsingin ja Vantaan osuus vastaajista jäi pienemmäksi kuin kokonaisaineistossa. Kokonaistarkastelun näkökulmasta tämä tasapainottaa asiakaskyselyaineistoa siten, etteivät minkään hankkeen asiakkaiden näkemykset painotu aineistoissa.

Kysely lähetettiin terveystarkastuksessa 31.5.2008 mennessä käyneille asiakkaille. Siten edustavuutta suhteessa koko asiakasmäärään tarkastellaan suhteessa PTT-hankkeen alkujaksoon. Asiakaskyselyyn vastanneissa oli hieman enemmän naisia (45 %) kuin kokonaisaineistossa (40 %). Kyselyyn vastanneissa oli enemmän yli 45-vuotiaita (74 %) kuin kokonaisaineistossa (55 %).

Miltei puolet (46 %) kyselyyn vastanneista asiakkaista oli käynyt terveystarkastuksessa keväällä 2008, joten vastaushetkellä tarkastuksesta oli aikaa reilut puoli vuotta. Neljäsosa (24 %) oli käynyt tarkastuksessa syksyllä 2007 ja neljäsosa (23 %) talvella 2007 - 2008 - näillä vastaajilla tarkastuksesta oli siten aikaa yli vuosi.

Asiakkaiden tilanteet kyselyyn vastaamishetkellä käyvät ilmi seuraavasta kuvioista 22:



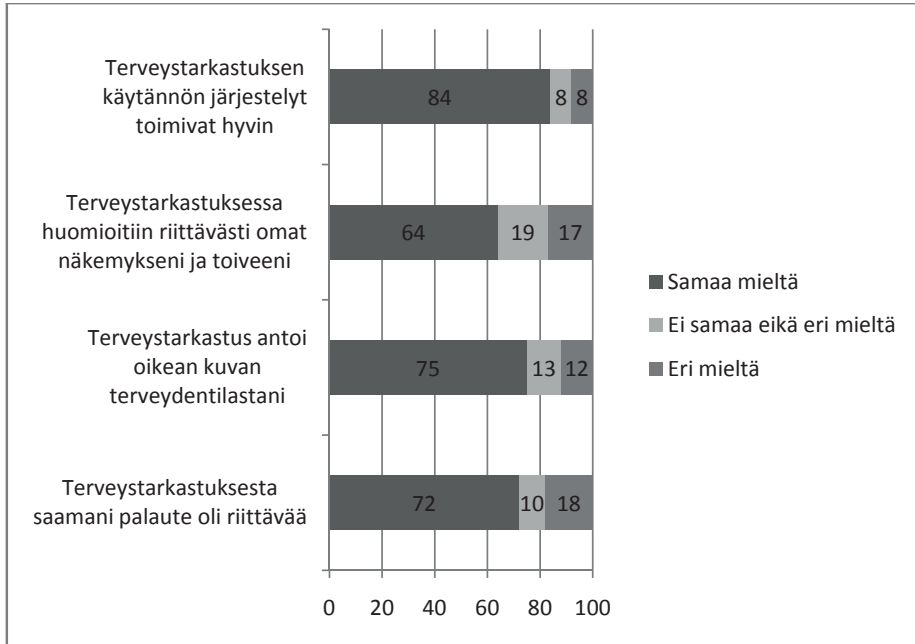
Kuvio 22. Asiakaskyselyyn vastanneiden tämänhetkinen tilanne % (N=324).

Yli puolet asiakkaista oli työttömänä ja vajaa viidennes (18 %) työssä tuetusti tai avoimilla työmarkkinoilla. 9 % asiakkaista oli sairauslomalla ja 8 % eläkkeellä. Ikäryhmittäin tilanteet erosivat siten, että alle 25-vuotiaista puolet oli tuetussa työssä, kun muissa ikäryhmissä vähintään puolet vastanneista oli työttömänä. Eniten työttömiä oli ikäryhmässä 25 - 34 -vuotiaat (71 %). Sairauslomalla oli noin joka

kymmenes 35 - 54 -vuotiaista vastaajista. 55-vuotiaista tai sitä vanhemmista 20 % oli eläkkeellä²⁵.

4.3.1 Palvelu ja jatkotoimenpiteet

Kyselyssä asiakkaiden kokemuksia terveystarkastukseen liittyvästä palvelusta kar-
toitettiin seuraavilla väittämillä:



Kuvio 23. Palveluun liittyvät väittämät % (N=314-321).

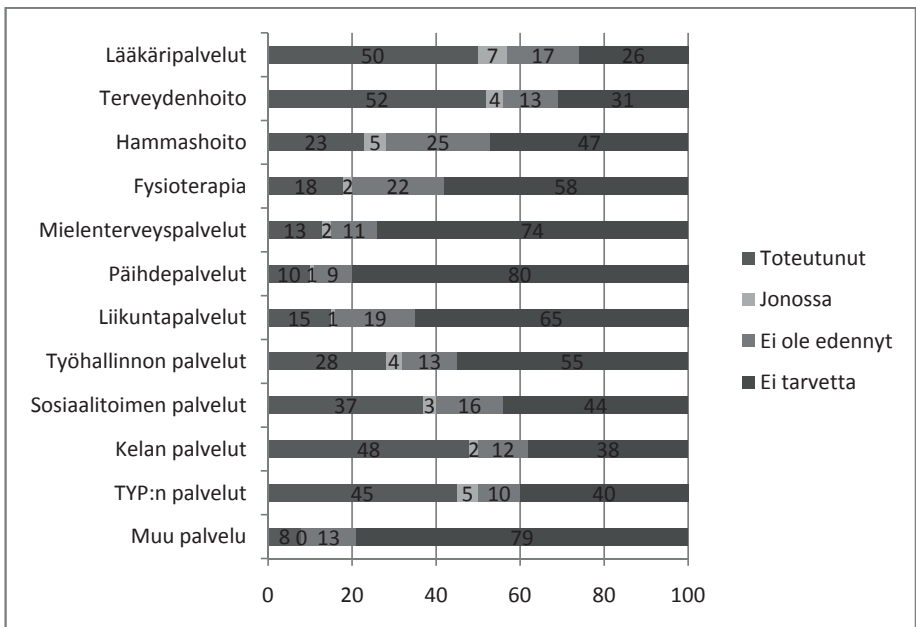
Kaiken kaikkiaan asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä saamaansa palveluun; keskimäärin yli 70 % asiakkaista oli samaa mieltä palveluun liittyvistä myönteisistä väittämistä. Parhaiten toimivana pidettiin käytännön järjestelyjä. Terveystarkastuksen osuvuutta ja saatua palautetta pidettiin myös riittävän hyvinä. Heikoimmaksi palvelu-aspekteista arvioitiin asiakkaan omien näkemysten ja toiveiden huomioiminen. Vain 64 % oli sitä mieltä, että omat näkemykset huomioitiin riittävästi ja miltei viidennes ei ottanut kantaa asiaan. Kainuulainen työ- ja terveystarkastuksen toimintamalli -hankkeessa tulokset olivat samansuuntaisia, joskin kautta linjan hieman myönteisempiä; 79 % asiakkaista piti palautetta riittävänä ja samoin 79 %

25 p=0,000

koki omat näkemyksensä tulleen riittävästi huomioituiksi (Asiakaskysely 2009, N=225).

Kokemus palvelusta ei eronnut sukupuolen mukaan tilastollisesti merkitsevästi. Kuitenkin naisista hieman useampi (69 %) kuin miehistä (58 %) oli sitä mieltä, että hänen näkemyksensä ja toiveensa huomioitiin riittävästi²⁶. Miehistä useampi ei ottanut kantaa asiaan. Ikäryhmittäin tarkasteltuna palveluarviot eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi.

Terveystarkastuksen jälkeen järjestettyjä palveluita kysyttiin asiakkailta siten, että pyydettiin heitä kertomaan: mitä palveluita heillä oli toteutunut, mihin heillä oli varattu aika tai olivat jonossa, mitä palveluita he mahdollisesti kokivat tarvitsevansa mutta asia ei ollut edennyt ja, mitkä palvelut eivät olleet tarpeen heidän tilanteessaan. Seuraavaan kuvioon on koottu asiakkaiden näkemykset palveluista:



Kuvio 24. terveystarkastuksen jälkeiset palvelut asiakkaiden näkemysten mukaan % (N=289-150).

Terveystarkastuksen jälkeiset palvelut suuntautuivat melko selvästi perusterveydenhuoltoon; puolet asiakkaista oli ollut lääkärin tai terveydenhoitajan palvelussa terveystarkastuksen jälkeen. Palveluviiveet tulevat esille etenkin lääkäripalvelujen, hammashoidon ja työvoiman palvelukeskuksen osalta, joissa oli eniten asiakkaita jonossa. Asiakkaiden näkökulmasta pulmallisina näyttäytyvät etenkin hammas-

26 p=0,144

hoito ja fysioterapia, joiden kohdalla noin joka neljäs koki tarvitsevansa palvelua, mutta asia ei ollut edennyt. Myös liikuntapalveluissa oli paljon toteutumattomia tarpeita. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen osuus ei ollut prosentuaalisesti yhtä suuri, mutta tarkastellessa toteutuneita palveluita ja toiveita palveluista nähdään, että miltei yhtä moni toivoisi ko. palvelua kuin sitä on saanut.

Palveluiden toteutumisessa ei ollut nähtävissä suuria eroja eri ikäryhmien välillä. Sukupuolten välisessä tarkastelussa tilastollisesti merkitsevät erot olivat fysioterapian ja päihdepalvelujen suhteen. Fysioterapiaa oli saanut 27 % kysymykseen vastanneista naisista kun taas miehistä vain 12 %. Naisista 18 % ja miehistä 24 % koki tarvitsevansa fysioterapiaa, mutta asia ei ollut edennyt²⁷. Päihdepalvelujen osalta tilanne oli hieman erilainen; kysymykseen vastanneista naisista 8 % ja miehistä 11 % oli saanut päihdepalveluja, mutta kun miehistä palvelua koki tarvitsevansa 14 % eikä asia ollut edennyt, naisista vain 2 % oli vastaavanlainen tilanne²⁸.

Kainuun asiakaskyselyn tulokset olivat hieman erilaisia; vastaajat kokivat tarvitsevansa lähes kaikkia palveluita vähemmän kuin PTT-hankkeen kyselyyn vastaajat. Esimerkiksi päihdepalveluja ei kokenut Kainuussa tarvitsevansa 92 %, mielen-terveyspalveluita 83 % ja fysioterapiapalveluita 66 % vastaajista. Toisaalta Kainuun kyselyyn vastanneilla oli myös toteutuneita palveluja vähemmän kuin PTT-hankkeessa; esimerkiksi lääkäripalvelua oli saanut 34 % ja sitä koki tarvitsevansa mutta ei ollut saanut 23 % vastaajista. Olivatko Kainuun vastaajien toiveet siten mitoitettu suhteessa siihen, miten palvelun oletettiin voivan toteutua?

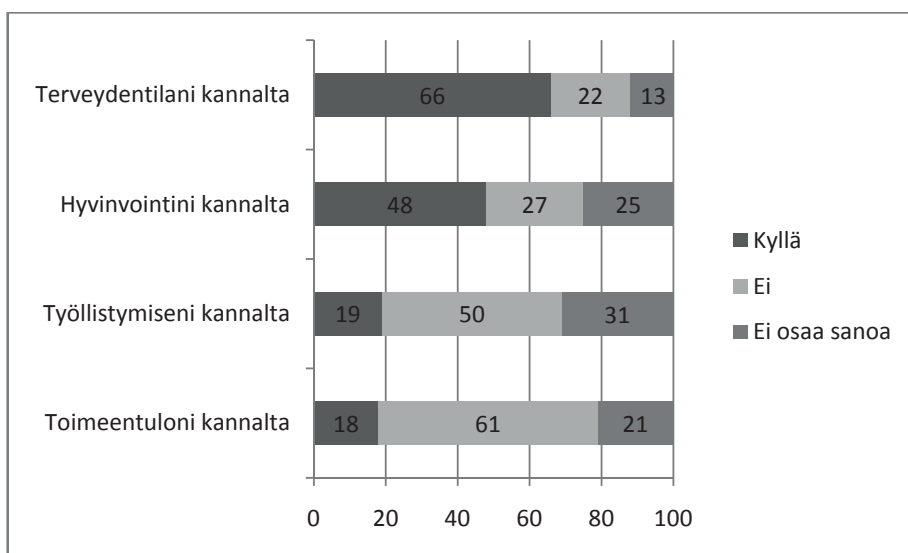
PTT-hankkeen osalta on nähtävissä, että työttömillä asiakkailla on paljon erilaisia palvelutarpeita. Asiakkailla on yhteyksiä monille eri tahoille ja haasteena on tiedonkulku ja samansuuntainen toiminta eri sektoreilla. Miten eri toiminnot yhdistetään asiakasta palvelevaksi ja hänen tilannettaan eteenpäin vieväksi kokonaisuudeksi?

4.3.2 Terveystarkastuksen merkitys ja vaikutukset

Kyselyssä asiakkaita pyydettiin arvioimaan oliko terveystarkastuksella ollut merkitystä heille terveydentilansa, hyvinvointinsa, työllistymisensä ja toimeentulonsa kannalta. Seuraavassa kuviossa asiakkaiden näkemykset:

27 p=0,013

28 p=0,003



Kuvio 25. Asiakkaiden arviot terveystarkastuksen merkityksestä suhteessa heidän terveydentilaansa, hyvinvointiinsa, työllistymiseensä ja toimeentuloonsa % (N=324).

Vastaajien kokemukset olivat vaihtelevia; noin 10 % koki, että terveystarkastuksella ei ollut merkitystä minkään mainitun asia kannalta ja toisaalta yhtä moni koki sen merkitykselliseksi jokaisen neljän asian kannalta. Naiset kokivat terveystarkastuksella olleen enemmän merkitystä kuin miehet. Etenkin hyvinvointinsa kannalta naiset kokivat terveystarkastuksen useammin merkitykselliseksi (55 %) kuin miehet (43 %) ²⁹. Ikäryhmittäin tarkasteltuna nuorimmissa ikäluokissa (alle 35-vuotiaat) koettiin vaikeaksi arvioida terveystarkastuksen merkitystä ja en osaa sanoa -vastausten määrä oli suurin. Merkitys -sana voidaan nähdä joko myönteisenä tai kielteisenä asiana; kyselyyn vastanneista miltei kaikki mielsivät merkityksen myönteisenä, jotenkin tilannetta eteenpäin vieneenä asiana.

Kuten oletettavaa onkin, terveystarkastuksella nähtiin useimmiten olleen merkitystä omaan terveydentilaan (66 %) ja hyvinvointiin (48 %). Avovastausten mukaan **terveydentilaan** liittyen merkityksellisenä koettiin useimmiten tiedon saanti omasta terveydentilasta ja mahdollisista sairauksista:

”Selkiytti tietoa omasta terveydentilasta.”

”Tiedän olevani terve.”

”Sain tietää selkävaiavoistani mistä ne johtuu.”

”Löytyi sairaus mistä en itse tiennyt enkä osannut aavistaa.”

Merkitykselliseksi koettiin usein myös saatu hoito ja lääkitys sekä ohjaus jatkotoimenpiteisiin:

- ”Sain lääkityksen verenpaineeseen.”*
- ”Monia asioita alettiin tutkia ja selvittää.”*
- ”Ohjaus terveyspalveluiden pariin.”*
- ”Olen saanut apua, jatkotutkimuksia ja -hoitoa.”*

Muutokset elintavoissa (liikunta, ruokailu jne.) nähtiin merkityksellisiksi suhteessa omaan terveyteen:

- ”Huomioni elämäntapoihin parantunut.”*
- ”Lisäsin liikuntaa, muutin ruokavaliota. Ajattelin terveytteni enemmän työn saamisen kannalta myös.”*
- ”Sain tietää painoni, nyt on siirrytty enemmän kasvislinjalle.”*
- ”Tupakointi vähentynyt.”*

Noin joka viides (22 %) vastanneista ei kokenut terveystarkastusta merkityksellisenä terveydentilansa kannalta. Avovastausten mukaan syyt olivat moninaisia liittyen niin jo olemassa oleviin hoitosuhteisiin, terveydentilan pysyvyyteen kuin vaikeuksiin päästä jatkoselvityksiin:

- ”Huono tilanne oli jo tiedossa.”*
- ”Olin käynyt samat verikokeet pari kuukautta aiemmin.”*
- ”Mitään jatkotoimenpiteitä ei ollut vaikka oireita oli.”*
- ”Käyn 3 kk:n välein omalääkärillä/ diabeteslääkärillä missä asiat käsitellään hyvin.”*
- ”Hoidan itse terveytteni mielestäni parhaiten.”*

Asiakkaat liittivät **hyvinvointiinsa** samantyyppisiä asioita kuin terveydentilaansa, kuten tiedon saannin, lääkityksen aloittamisen ja elintapoihin liittyvät muutokset. Hyvinvoinnin yhteydessä esille nostettiin kuitenkin myös enemmän psyykkiseen ja sosiaaliseen tilanteeseen sekä itse terveystarkastukseen liittyviä asioita

- ”Antoi potkua ottaa oma elämä haltuun.”*
- ”Arkiset kotiaskareet pysyvät järjestyksessä. Täydellinen epävarmuus poistuu.”*
- ”Ei ole tarvinnut stressata terveyden takia.”*
- ”Oli mukava, että joku kuunteli minua ja oli minusta hetken kiinnostunut.”*
- ”Terveydentilaani alettiin todella arvioida, minua kuunneltiin.”*
- ”Huomaa, että joku välittää edes vähän.”*

Vastaavasti ne asiakkaat, jotka eivät kokeneet tarkastusta merkitykselliseksi hyvinvointinsa kannalta (27 %) toivat esille hyvin moninaisia syitä liittyen mm. sairauksien pysyvyyteen, jatkoselvitysten toteutumattomuuteen ja vihannesten kalleuteen. Muutamat asiakkaat toivat myös esille, että terveystarkastus on päinvastoin vähentänyt heidän hyvinvointiaan:

- ”Huonontanu tilannetta. Stressi lisääntynyt.”*
- ”Palautti mieleen pahimmat terveiteeni liittyvät ongelmat.”*

Puolet kyselyyn vastanneista koki, ettei terveystarkastuksella ollut merkitystä heidän **työllistymiseensä**. Kolmasosa (31 %) ei osannut arvioida asiaa. Osa asiakkaita totesi, ettei terveystarkastuksessa ollut löytynyt mitään sellaista, joka vaikuttaisi työllistymiseen. Jotkut taas totesivat, ettei työpaikkoja silti löydy tai etteivät he ole työllistyneet. Noin joka viides (19 %) koki, että tarkastuksella oli ollut merkitystä myös työllistymiseen liittyen:

”Aiemmin työtön > nyt sairausloma > tulevaisuudessa ehkä kuntoutus >?”

”Ehkä tarkentunut ja vahvistunut, mille alalle ei kannata hakea opiskelemaan.”

”Ei ole pakotettu työelämään, koska selkä on huono.”

”En ole juoppo, maksakoe todisti sen.”

”Jos kädet saadaan kuntoon, se lisää työllistymismahdollisuutta.”

”Otettu huomioon jo ennakkoon työtehtävien laatu.”

”Todettu työkyvyttömäksi.”

”Olen päässyt eläkkeelle.”

Moni asiakas koki vaikeaksi arvioida terveystarkastuksen merkitystä suhteessa työllistymiseensä. Joissakin vastauksissa todettiin, että tarkastuksella ei ollut merkitystä suhteessa työllistymiseen, mutta toisaalla todettiin, ettei vastaaja ole työkykyinen. Voivatko nämä vastaukset kertoa siitä, ettei tarkastuksissa todettuja asioita aina oteta huomioon työllistämispalveluissa. Muutama asiakas toi tämän selvästi esille:

”En tiedä onko työvoimatoimistolla tietojani?”

”Työvoimatoimistosta tarjotaan töitä, jota allergiani estää tekemästä.”

Enemmistö vastaajista (61 %) koki, ettei terveystarkastuksella ollut merkitystä heidän **toimeentuloonsa**. Oletettavaa onkin, että merkitystä olisi vain niissä tilanteissa, joissa asiakas siirtyy esimerkiksi sairauslomalle tai eläkkeelle. Muutamat asiakkaat kertoivatkin tällaisista muutoksista toimeentulossa, joskin oli myös päinvastaisia kokemuksia:

”Sairasloman ajalta ei Kela maksanut sairauspäivärahaa!”

”Sairauspäivärahaa ei ole Kela myöntänyt!”

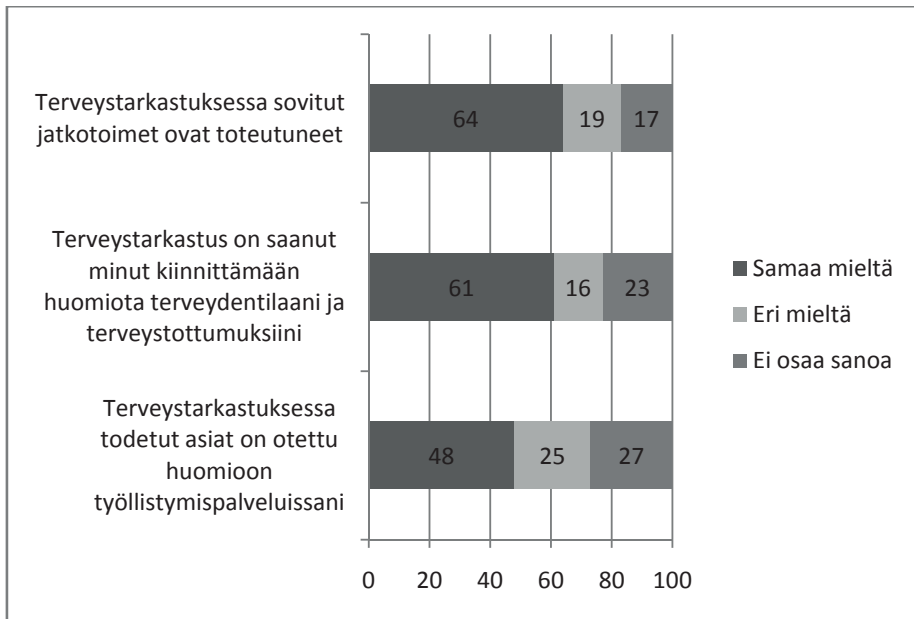
”Työkyvyttömyyseläke on hylätty.”

Esille tuotiin myös ohjaus sosiaalitoimen palveluihin sekä maksusitoumuksen saaminen apteekkiin. Muutama vastaaja korosti terveydenhuoltopalvelujen ja -tutkimusten maksuttomuuden tärkeyttä, koska työttömällä ei ole varaa käydä yksityisissä terveyspalveluissa ja -selvityksissä.

Kainuun asiakaskyselyn tulokset olivat samansuuntaisia. Asiakkaat kokivat terveystarkastuksella olleen hieman useammin merkitystä terveydentilaansa (69 %) ja hyvinvointiinsa (52 %) kuin PTT-hankkeessa. Työllistymiseen ja toimeentuloon merkitys koettiin taas vähäisemmäksi (16 %, 9 %). Kainuun vastaajista useampi ei osannut arvioida terveystarkastuksen merkitystä suhteessa annettuihin asioihin.

Terveystarkastuksessa käyneet asiakkaat näkivät tarkastuksella olleen varsin laajasti merkitystä etenkin terveydentilansa ja yleisen hyvinvointinsa kannalta. Vastausten perusteella vahvistuu näkemys siitä, että asiakkaat ovat kokeneet tarkastuksen omalla kohdallaan useimmiten hyvin tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Todettujen terveysriskien ja sairauksien lisäksi asiakkaat ovat saaneet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvää tietoa ja ohjeistusta. Moni asiakas ilmoittaa muutaneensa elintapojaan tarkastuksen myötä. Tiedon lisäksi tärkeä elementti on ollut paneutuva ja kannustava työtapo, jonka asiakkaat kertovat motivoineen omasta terveydestä huolehtimiseen. Terveystarkastuksen tai -palvelujen merkitys työllistymiseen on useimmiten välillinen ja ilmenee pikemmin negaation kautta; jos henkilö todetaan työkyvyttömäksi. Kuten eräs asiakkaista totesi, hyvä terveys ei vaikuta työllistämistilanteeseen. Toisaalta huono terveys voi kuitenkin hankaloittaa työllistymistä samoin kuin muutakin elämäntilannetta. Kyselyn tulos tältä osin jättää vielä pohtimaan sitä, osataanko tai pystytäänkö työllistämispalveluissa huomioimaan vielä riittävästi asiakkaan terveydentilaan liittyvät tekijät?

Seuraavien väittämien kautta tarkastellaan asiakkaiden näkemyksiä siitä millaisia vaikutuksia he näkevät terveystarkastuksella olleen omassa tilanteessaan:



Kuvio 26. Vaikutuksiin liittyvät väittämät % (N=303-319).

Enemmistö vastanneista (64 %) oli sitä mieltä, että terveystarkastuksessa sovitut jatkotoimet olivat toteutuneet. Vajaa viidennes (19 %) asiakkaista koki, ettei näin ollut tapahtunut. Naisten kokemukset olivat myönteisempiä (71 % samaa mieltä) kuin

miesten (58 %) ³⁰. Kuten edellä terveystarkastuksen merkityksellisyyttä käsiteltäessä todettiin, useimmat asiakkaista (61 %) kokivat, että terveystarkastus oli saanut heidät kiinnittämään enemmän huomiota terveydentilaan ja terveystottumuksiin. Naisista 66 % oli tätä mieltä, kun taas miehistä 20 % oli eri mieltä väittämän kanssa ³¹. Ikäryhmittäinen tarkastelu ei tuonut esille tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä. Kokemus siitä, oliko terveystarkastuksessa todettuja asioita otettu huomioon työllistymispalveluissa, ei eronnut merkitsevästi sukupuolten välillä. Kaikista vastaajista alle puolet (48 %) oli tätä mieltä ja joka neljäs (25 %) oli eri mieltä. Alle 35-vuotiaat vastaajat kokivat selvästi useammin (65 %) että terveystarkastuksessa todetut asiat oli otettu huomioon myös työllistymispalveluissa kuin 35 - 44 -vuotiaat (36 %), 45 - 54 -vuotiaat (54 %) tai 55-vuotiaat ja sitä iäkkäämmät (44 %) ³².

4.3.3 Asiakashaastattelut

Haastatellut asiakkaat (20) olivat 15 eri hankkeesta ³³. Taustatietojen mukaan asiakkaat jakaantuivat tasaisesti sukupuolen mukaan ja eri ikäryhmiin. Suurin osa haastatelluista oli lomakkeen mukaan työttömänä. Haastatteluaineistoa käytetään tässä antamaan syvyyttä asiakaskyselyn tuottamalle aineistoille. Haastatteluja ei analysoida määrällisesti tai suhteessa yksittäisiin hankkeisiin.

Haastatteluaineistosta on nostettavissa esiin joitakin keskeisiä teemoja, jotka eivät olleet esillä kyselyssä. Näitä olivat taloudellisen tilanteen aiheuttamat rajoitteet, terveyskeskuspalvelun ongelmat, työkyvyn ylläpitäminen, työttömille suunnatut terveystarkastukset ja toimenpiteiden kannustavuus.

Taloudellinen tilanne asetti haastattelujen mukaan monenlaisia rajoitteita henkilöiden mahdollisuuksiin huolehtia terveydestään ja työkyvystään. Moni mainitsi tehdyn terveystarkastuksen etuna sen, että se oli ilmainen ja, että tämä osaltaan kannusti ihmisiä osallistumaan tarkastukseen.

”Siis sehän on hyvä idea, koska toi on mun mielest maksuton. Se ei maksa sitä 11 euroa eikä 22 tai 27 euroa. Se on ilmainen. Hirveen moni jättää käymättä missään lääkärintarkastuksessa tai terveydenhoitajan tarkastuksissa sen takii kun se maksaa. Työttömällä kun ei ole varaa siihen ja kaikki työttömät ei edes hae toimeentulotukea, kun ne ei saa sitä. Ja kun tuohon kuuluu kuitenkin sitten noi perusverikokeet ja muut, et sieltä löyty mullaki tää kolesteroli. Kyl se mun mielestä on ihan hyvä idea.” (nainen 25-34 vuotta)

Heikon taloudellisen tilanteen vuoksi saattoivat vihannekset ja hedelmät jäädä vähiin ruokaostoksilla tai lääkkeet ostamatta. Kuntien kiristynyt talous näkyi ihmis-

30 p=0,052

31 p=0,015

32 p=0,045

33 Harjavallan asiakkaita ei haastateltu, koska vastanneita oli vain kaksi ja Hyvinkää ei osallistunut asiakaskyselyyn.

ten mahdollisuuksissa saada lisätukea sosiaalitoimesta. Tuen hakeminen lisäkuluihin saattoi myös olla niin monimutkaista, ettei sitä jaksettu tehdä.

”Mä oon sillai lääkärin määräyksestä, ku olin käynyt, niin kahden vuoden välein lääkäri määräsi käymään silmälääkärisä. Nyt nää viimiset on sitten ollu neljä vuotta päässä, ko ei saanukaan maksusitoumusta sosiaalihuolosta. Olis tarvinnu valitella ympäriinsä ja mä sit että olkoon. Ei mennä ollenkaan. Mutta kyllähän se kohta täytyy mennä. Kaukonäkö on semmoinen, että en mä nää kauas.” (mies, 45-54 vuotta)

Haastateltujen kontaktit **terveyspalveluihin ja terveyskeskuksiin** vaihtelivat. Toisilla oli jo pidempään jatkunut säännöllinen hoitosuhde terveyskeskuksessa, toisilla taas saattoi olla useita vuosia edellisestä käynnistä ennen terveystarkastusta. Yleensä asiakkaat kokivat, että terveyskeskukseen palveluihin pääsi melko hyvin, kun ei odottanut saavansa käyntiaikaa kovin nopeasti. Muutamilla oli erittäin myönteinen kokemus toimivasti hoitosuhteesta terveyskeskuksessa. Näiden taustalla oli lääkärin pysyminen samana useita vuosia. Toisaalta kielteisiä kokemuksia oli jatkuvasti vaihtuvista lääkäreistä ja sitä myötä toimimattomasta oma lääkärijärjestelmästä. Myös kommunikaatioon liittyvät ongelmat tulivat esille:

”Terveyskeskuslääkäri on venäläinen niin sen kans ei oikein kommunikatio pella. Se työkkärin lääkäri sitte lausunnon tonne terveyskeskuslääkärille ja terveyskeskuslääkäri sitten sen lausunnon perusteella lähetti sitten sinne magneettikuvauksiin. Se työkkärin lääkäri ei pystynyt lähettämään magneettikuvauksiin, mutta se piti lähettää sinne terveyskeskuslääkärille se lausunto. Minä sanoin, että se ei ymmärrä, jos minä sille selitän, kun se ei ymmärrä suomea ja minä en ymmärrä venäjää. Sitten no josko se ymmärtää, kun hän panee kirjallisena sen.” (mies, 35-44 vuotta)

Useimmat asiakkaat kokivat, että terveyskeskuspalvelussa olisi parannettavaa, jotta mm. aikoja ja läheteitä eteenpäin saisi nopeammin, mutta toisaalta myös nähtiin, että ongelmat ovat samoja kaikissa terveyskeskuksissa. Jonottaminen ja toistuvat käynnit saman asian puitteissa nähtiin tavallaan normaalina käytäntönä. Muutama asiakas koki, että työttömiin suhtauduttiin kielteisesti terveyskeskuksessa.

”Sitten kun on silleen, että on sairas, ja kun lääkäri kattoo, että on työtön, niin ethän sä voi olla sillon sairas. Sä oot vain laiska. Lääkärien ja hoitajien työkuunnan ennakoasenne työtöntä kohtaan on oikeesti välillä tosi törkee. Sitten jos on työttömällä jotain isompaa vikaa, niin hirveen vaikeesti laitetaan niitä läheteitä menemään... Onhan niitä tietenkin sit sellasii työttömii, jotka työhaastatteluun edessä tai kurssin tullessa vastaan menevät hakemaan pitkäaikaista sairaslomaa, mut kaikki ei oo sellasii.” (nainen, 25-34 vuotta)

Haastattelussa asiakkailta kysyttiin miten he näkivät, että työttömänä oleva henkilö voisi ylläpitää tai parantaa **työkykyään työttömyyden aikana**. Tärkeänä nähtiin yleisen aktiivisuuden ylläpitäminen kotitöiden, harrastusten ja arkiliikunnan

kautta. Omaa työkykyä ylläpidettiin esimerkiksi polttopuita tekemällä tai pyöräilemällä asiointimatkat. Useimmat yhdistivät työkyvyn liikuntaan ja omasta terveydestä huolehtimiseen ja toiveita esitettiin esimerkiksi ilmaisista tai tuetuista liikuntamuodoista.

”Ja luulen, et jos tosiaan työvoimapuoli ja sosiaalipuoli todella kannustais tämmöseen ulos lähtemiseen, liikkumiseen, tukemalla rahallisesti sitä, matkalippuja ja näitä uimahallin lippuja, niin aika moni varmaan pysyisi paremmin fyysisessä kunnossa. Kyllähän se fyysinen kunto, jos se on parempi, niin sitä enemmän sulla on myös sitä henkistä toimintakykyä. Kyllä mä tiedän mitä se on maata tos sohvalla vuorokaudet ympäriinsä, kun ei mikään tunnu miltään.” (nainen, 45-54 vuotta)

Haastatellut painottivat myös paljon ihmisen omaa vastuuta ja aktiivisuutta työkyvyn ylläpitämisessä. Oman tämänhetkisen työkykynsä useat haastateltavat kokivat rajalliseksi. Osallistuminen kuntouttavaan työtoimintaan tai vastaavaan toimintaan saattoi olla mielekäästä ja mahdollista, mutta ”oikeisiin töihin” ei työkyky asiakkaiden itse-arvioiden mukaan useimmiten riittänyt.

Asiakaspalautteen mukaan **terveystarkastus** koettiin tarpeelliseksi ja tärkeäksi toimenpiteeksi. Miltei kaikki (91 %) kyselyyn vastaajat olivat sitä mieltä, että työttömille tulisi järjestää omia terveystarkastuksia. Myös haastatteluissa useimmat asiakkaat näkivät tarpeelliseksi järjestää erillisiä terveystarkastuksia työttömille. Perusteluina mainittiin useimmiten tarkastuksen maksuttomuus ja palvelun aktiivinen tarjoaminen. Moni koki, etteivät etenkin pitkään työttömänä olleet asiakkaat lähde terveystarkastukseen ellei heitä siihen erikseen ohjata. Asiakkaat olivat kokeneet yleensä myönteisesti sen, että heille tarjottiin mahdollisuutta terveystarkastukseen ja jopa sen, että siihen ”patistettiin”. Tärkeänä nähtiin kuitenkin, että asiakkaalla on myös mahdollisuus kieltäytyä ja osallistuminen on vapaaehtoista.

”Näen sen kyllä erittäin hyvänä, koska pakkohan sinne ei ole kenenkään mennä. Jos kokee, että tää on vähän intimitteettisuojan loukkausta, niin ei hän sinne tarvitse mennä. Mutta kaikel uhmallakin, vaikka aina pelotinkin, että mitähän hirveätä sieltä tulee, niin kuitenkin sitte. Ja kun se oli semmonen, en nyt sanois puolpakko, mutta sillä viisii joka tapaukses et tuli se ärsyke sieltä, että jaaha, no nyt se on sitte tavallaan mentävä.” (nainen, 55+ vuotta)

Muutama asiakas toi esille, että tällainen tarkastus olisi hyvä tehdä heti työttömyyden alkaessa, jolloin mahdollisiin terveysongelmiin ja -rajoitteisiin päästäisiin heti puuttumaan. Terveystarkastuksen sisältö oli useimpien haastateltavien mielestä ollut hyvä, jotkut toivoivat perusteellisempaa terveydentilan selvitystä. Yksi asiakas toi esille, että tarkastuksessa tulisi keskittyä niihin terveysasioihin, jotka ovat yhteydessä työllistymiseen eikä esimerkiksi käsitellä jo aiemmin hoidettuja sairauksia

tai operaatioita. Toinen asiakas toivoi hieman laajempaa näkökulmaa asiakkaan tilanteeseen:

”Toi yleensä työvoimaviranomaisten, sit tälleen liittyy yhteen terveysjuttuun. Ne vois liittää jotenkin sillä tavalla, että enemmän keskityttäis psyykkiseen puoleen, et miten jaksaa ihminen. Se ois ehkä parempi viel. Kyllähän jos sulla alkaa olla vatta kippee tai jatkuvasti päätä särkeen, niin kyl jokainen menee jonnee tarkastukseen... Se on enemmänki pitkäaikaisyöttömille niin kannattais enemmän tuota psyykkispuolta ja muuta olotilaa tarkkailla kun näit muita juttuja. Mutta ihan hyvä palvelu toikin. Kyl ihan tarpeellinen, mut vähän lisänä siihen.” (mies, 45-54 vuotta)

Erilaisten toimenpiteiden, kuten kuntouttavan työtoiminnan ja työharjoittelun, **taloudellinen kannustavuus** tai sen puute tuli toistuvasti esille haastatteluissa. Vaikka moni piti itselleen henkisesti tärkeänä osallistua toimintaan ja tavata muita ihmisiä, nähtiin että tähän pitäisi kannustaa myös taloudellisesti. Käytännössä esimerkiksi kuntouttavasta työtoiminnasta saatu korvaus meni usein matkakuluihin.

”Se oli tällanen kolme kuukautta ja sitte jos halus jatkaa niin sitte sai tehdä aina sen kolmen kuukauden jatkon siihen lisäksi. Siellä oli jonku verran vakinaisia ja sitte itte oli aina niillä samoilla tienesteillä millä oli oikeestaan ollu muutenki. Ainut mitä sit korkeintaan tuli niin oli jotain muutama euro päivässä ylimääräistä... Tulee jotaki tekemistä yleensä. Tulee ajatelleks sitte illalla vähä sellastaki, että on ollu entistä parempi syy sitten pistää kello johonki tiettyyn kellonaikaan soimaan muuteki. Nykyään pistää ainoostaan kellon soimaan sen takia, et tulee otettua se lääke vähä säännöllisemmin.” (mies, 35-44 vuotta)

Oikeastaan kellään haastatteluista asiakkaista ei ollut näköpiirissä siirtymistä palkkatyösuhteeseen avoimille työmarkkinoille vaan he olivat olleet jo pidempään kuntouttavassa työtoiminnassa, erilaisilla kursseilla tai palkkatukityösuhteessa. Nuorempien asiakkaiden kanssa pohdittiin vielä koulutusvaihtoehtoja. ”Normaali” työelämä vaikutti olevan aika kaukana ja etenkin iäkkäämmät asiakkaat kokivat olevansa jo sen mahdollisuuden ulkopuolella.

Asiakkaiden kokemuksissa terveystarkastuksen merkityksellisyys aukeni etenkin terveyden ja hyvinvoinnin suuntaan. Asiakkaat olivat saaneet tietoa terveydentilastaan ja ohjausta etenkin terveyspalvelujen suuntaan. Moni asiakas koki, että terveystarkastus oli saanut heidät kiinnittämään enemmän huomiota elintapoihinsa ja monet kertoivat konkreettisista muutoksista mm. ruokailussa ja liikunnassa. Työttömien kutsuminen terveystarkastukseen, kannustava keskustelu ja paneutuminen olivat asiakkaiden mukaan lisänneet heidän henkistä hyvinvointiaan. Samansuuntaisia tuloksia on saatu työikäisille kohdistetuissa terveystarkastuksissa 1990-luvulla (Lahtinen 1996). Tällöin seurantatutkimuksessa havaittiin, että osallistujien terveyden edistämistarpeet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi. Suurimmat muutokset näkyivät ruokailutottumuksissa ja psyykkisessä hyvinvoinnis-

sa. Kansanterveydellisesti voidaan pitää merkittävänä asiana, jos samansuuntaisia muutoksia voidaan olettaa syntyvän myös työttömille kohdistetuissa tarkastuksissa ja niitä seuranneissa interventioissa.

Asiakaspalaute herättää kuitenkin kysymyksiä terveystarkastuksen ja -palvelujen liittymisestä osaksi työttömän henkilön muita aktiivointi- ja työllistämispalveluja. Terveystarkastus-fokus on voinut osaltaan vaikuttaa siihen, ettei laajempi näkökulma palvelukokonaisuudesta tullut esille kyselyn tuloksissa. Haastattelujen kautta aukeni hieman laajempi näkökulma ihmisten kokonaistilanteisiin. Terveystarkastuksen yhteys työllistymiseen ja toimeentuloon on useimmiten välillinen; asiakas ohjataan lääkärille tai tarkempaan tutkimukseen, minkä kautta voi tulla virallista tietoa työkyvyn heikkenemisestä tai menetyksestä. Näillä voi olla suora vaikutus asiakkaan työllistymiseen (vajaakuntoisuus-status, työtehtävien muutos jne.) tai toimeentuloon (siirtyminen sairauslomalle, kuntoutustuelle tai eläkkeelle). Useimmat haastatellut kokivat, ettei terveystarkastuksessa tullut esille sellaisia asioita, jotka suoraan vaikuttaisivat heidän työllistymiseensä. Myös kuukauden seurannan tulokset kertovat, että monet asiakkailla todetut terveystarpeet olivat sellaisia, joilla ei ole suoraa merkitystä suhteessa työllistymiseen, kuten tupakointi, kohonnut verenpaine tai ylipaino. Samoja terveystarpeita todetaan laajasti myös työssäkäyvässä väestössä. Sen sijaan PTT-hankkeessa myös usein todettujen alkoholin riskikäytön ja masennuksen yhteys työllistymisen mahdollisuuksiin on olennainen. Asiakaskyselyn vastauksissa nämä asiat tulivat varsin vähän esille, haastattelussa enemmän. Jotkut haastatelluista kertoivat, että päihteen liiallinen käyttö on se tekijä, joka estää heidän osallistumistaan ja sitoutumistaan työllistymisen suuntaaviin palveluihin. Pystytäänkö näitä asioita ottamaan riittävästi huomioon aktiivointi- ja työllistämispalveluissa? Jonkinasteista palveluvajasta oli nähtävissä asiakkaiden toiveissa päihde- ja mielenterveyspalveluista suhteessa niiden toteutumiseen.

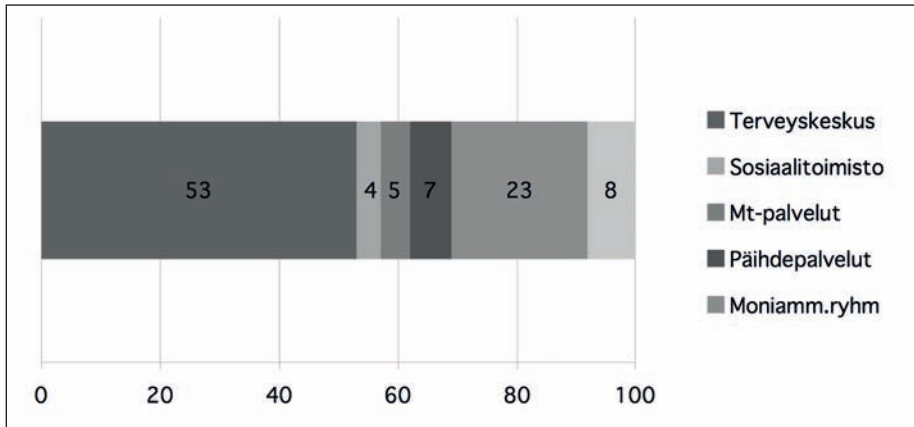
Asiakkaiden tilanteiden moninaisuus ja mm. taloudellisen toimeentulon niukkuus antavat ymmärrystä siitä kokonaisuudesta mihin työttömien terveystarkastukset ja -palvelut sijoittuvat. Ohjauksen ja neuvonnan lisäksi olennaista on todellisten mahdollisuuksien luominen sille, että henkilö voi huolehtia terveydestään ja työkyvystään. Perusterveydenhuollon ja terveystarkastustoiminnan puutteet vaihtuvine henkilökuntineen ja pitkinne jonotusaikoinen koskettavat juuri näitä kansalaisia, joilla olisi erityistä tarvetta palveluun. Jos kiinnittymistä työelämään ei ole edes näköpiirissä, on henkilön motiivointi haasteellista, mutta välttämätöntä. Ihmisen elämänpiirin laaja-alainen tarkastelu ja kiinnikekohtien löytäminen myös työelämän ulkopuolelta on tärkeää.

4.4 Asiakkaiden siirtymät

Luvussa 2 terveydenhuollon tehtävää siirtymätyömarkkinoilla määriteltiin seuraavilla tavoilla:

- 1) työkyvyn tukeminen, ylläpitäminen ja parantaminen > edistää siirtymää työhön
- 2) työkyvyn heikkenemisen toteaminen > edistää siirtymää hoitoon/ kuntoutukseen
- 3) työkyvyttömyyden toteaminen > edistää siirtymää sairausvapaalle/ eläkkeelle

Asiakkaiden siirtymistä saadaan tietoa etenkin volyymiseurannan, kuukauden seurannan ja 35 asiakascasekuvauksen avulla. Volyymiseurannasta ja kuukauden seurannasta selviää minne asiakkaat ohjattiin terveystarkastuksesta. Casekuvauksilla saadaan esille asiakkaiden palveluprosesseja siinä määrin kun ne ovat olleet terveydenhuollon työntekijän tiedossa. Seuraavassa kuviossa tarkastellaan PTT-hankkeen asiakasohjauksia terveystarkastuksesta kokonaisvolyymin kautta:

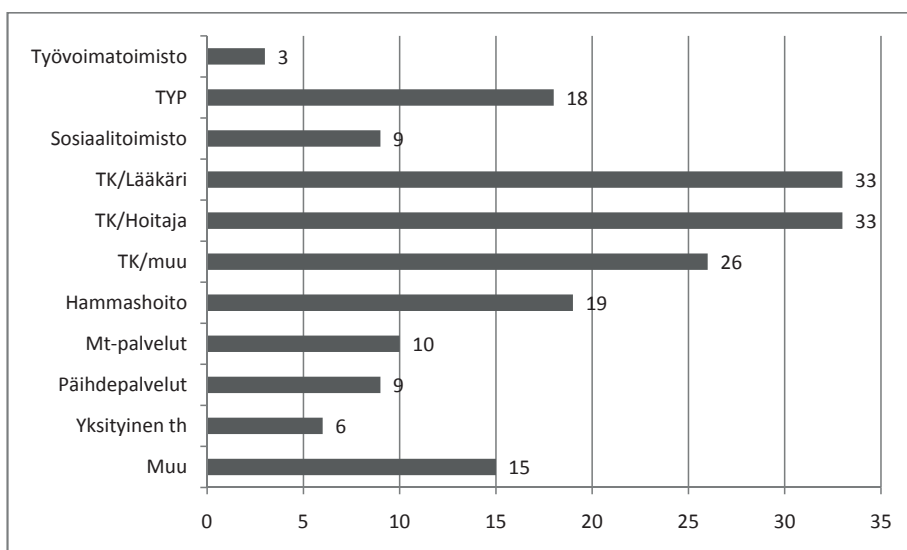


Kuvio 27. Asiakasohjaukset terveystarkastuksesta PTT-hankkeen aikana % (N=2657).

Yli puolet (53 %) terveystarkastuksen jälkeisistä ohjauksista suuntautui terveyskeskukseen joko lääkärin vastaanotolle, hoitajan seurantaan tai muihin toimenpiteisiin. Muiden ohjauksien osuus kaikista ohjauksista on selvästi pienempi. Työvoimatoimistoon tai työvoiman palvelukeskukseen tehtyjä ohjauksia ei tässä esitellä, koska tilastoinnin perusteella ei pystytä sanomaan oliko kyseessä ohjaus takaisin lähettävälle taholla (asiakas jo palvelun piirissä) vai uusi ohjaus. Etenkin työvoiman palvelukeskusten kohdalla oli olettavasti molemmantyyppisiä ohjauksia, työvoimatoimistoon tuskin ohjattiin monia uusia asiakkaita. Vaikka muidenkin palve-

lujen kohdalla kyseessä on voinut olla joko uusi ohjaus tai ”palautus” jo hoitavalle taholle, on oletettavaa että nämä ohjaukset ovat useimmiten perustuneet johonkin uuteen tietoon tai tilanteeseen asiakkaan asiassa. Terveyskeskukseen ohjauksen jälkeen yleisin oli ohjaus moniammatilliseen ryhmään tai palaveriin (23 %). Tämä kertoo kuitenkin pikemmin Helsingin TYP:n käytännöstä, koska yli 80 % näistä ohjauksista tehtiin Helsingissä. Kun Helsingin ohjaukset poistetaan, 5 % ohjauksista oli moniammatilliseen palaveriin, esimerkiksi kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmään. Päihdepalveluihin ja etenkin mielenterveyspalveluihin ohjauksen pientä volyymia selittää se, että useilla paikkakunnilla ohjaus näihin vaatii lääkärin läheteen eikä terveydenhoitaja voi suoraan ohjata asiakasta palveluun. Muu-luokka (8 %) sisältää ohjauksia mm. näöntarkastukseen optikolle, ryhmätoimintoihin ja muihin hankkeisiin.

Kuukauden seuranta-aineiston kautta saadaan hieman tarkempaa tietoa asiakasohjauksista:



Kuvio 28. Asiakasohjaukset terveystarkastuksesta kuukauden seurannassa % (N=207).

Seurannassa mukana olleista 207 asiakkaasta kolmannes ohjattiin terveyskeskukseen lääkärille ja kolmannes hoitajalle. Lääkärille ohjauksen syyt olivat hyvin moninaisia; 15 % lääkärille ohjauksista muodostui mielenterveysasioista ja 15 % tutki- ja liikuntaelinvaikeuksista. Hoitajalle asiakkaat ohjattiin useimmiten rokotuksiin (55 %) ja verenpaineen seurantaan (39 %). Joka neljäs (26 %) ohjattiin terveyskeskukseen muulle toimijalle, useimmiten laboratorioon (79 %) tai fysioterapeutille (39 %). Hammashoitoon ohjattiin joka viides (19 %) asiakas. Työvoimatoimistoon ohjaukset (3 %) liittyivät kuntouttavan työtoiminnan aloittamiseen. Työvoiman

palvelukeskukseen ohjauksista suurin osa (73 %) oli ohjauksia lähettävälle taholle. Sosiaalitoimistoon ohjauksista (9 %) osa liittyi asiakkuuden jatkumiseen, mutta myös maksusitoumuksen saamiseen lääkkeisiin tai optikkokäyntiin. 6 % ohjattiin yksityiseen terveydenhuoltoon mikä useimmiten tarkoitti työvoimahallinnon maksamia työkyvynarviointeja yksityislääkärillä (neurologi, psykiatri).

Terveystarkastuksen jälkeiset suorat siirtymät liittyivät useimmiten terveyspalveluihin. Terveystarkastus käynnisti prosessin, jolla pyrittiin samaan kuvaan asiakkaan työ- ja toimintakyvystä sekä käynnistämään terveydenhuollon hoitavat ja työ- ja toimintakykyä ylläpitävät prosessit. Onkin yllättävää, että volyymiseurannan mukaan vain noin 10 % kaikista asiakkaista lähetettiin hankkeen aikana lääkärille nimenomaisesti työ- ja toimintakyvyn arviointia varten. Hankkeiden välillä oli kuitenkin suuria eroja tässä suhteessa, sillä osa hankkeista ei ilmoittanut yhtään ohjausta työ- ja toimintakyvyn arviointiin ja joissakin yli kolmannes asiakkaista ohjattiin arviointiin (ks. kuvio 41 liite 2). Luokitus on siten myös ymmärretty eri tavoin eri hankkeissa. Toinen selittävä tekijä voi olla, että asiakkaita ei ole useinkaan ohjattu lääkäriin selkeällä pyynnöllä arvioida asiakkaan työ- ja toimintakykyä (=lausunto asiasta) vaan oletuksena on ollut, että lääkärin tekemät tutkimukset ja mahdolliset jatko-ohjaukset antavat kuitenkin lisätietoa asiakkaan työ- ja toimintakyvystä, jonka jälkeen voidaan tehdä tarvittaessa lausunto. Aineistojen perusteella vaikutelmaksi tulee myös, että asiakkaiden terveydellisen hoidon tarve on usein ollut niin akuutti, että se on noussut ensisijaiseksi ohi työkyvyn arvioinnin. Siirtymien näkökulmasta voi olla pulmallista jos asiakkaan työkykyä ei arvioida, koska esimerkiksi siirtymät kuntoutukseen ja eläkkeelle edellyttävät lääkärin lausuntoa asiasta.

Asiakascasekuvausten avulla päästään katsomaan hieman pidempiä prosesseja kuin vain seuraavaa siirtymää terveystarkastuksen jälkeen. Useimmissa kuvauksissa katsottiin mitä oli tapahtunut noin vuoden aikana terveystarkastuksen jälkeen. Joissakin kuvauksissa terveystarkastuksesta oli reilu 1½ vuotta, muutamissa vain noin ½ vuotta. Tehtäväksiannossa oli pyydetty kuvauksia sekä hyvin että heikommin edenneistä asiakasprosesseista. Työmarkkinallisten siirtymien näkökulmasta casekuvausten aikajänne on lyhyt. Pitkäaikaistyöttömien ja vaikeasti työllistyvien kohdalla asiakasprosessit ovat pitkiä ja mm. työllistyminen pidempikestoiseen työsuhteeseen voi kestää useamman vuoden. Esimerkiksi työvoiman palvelukeskuksissa asiakassuhteet kestävät usein vähintään kaksi vuotta ja päättyneistä työttömyysjaksoista noin 10 % on suuntautunut palkkatyösuhteeseen avoimille työmarkkinoille (Karjalainen & Saikku 2008). Näkökulmana aineiston tarkastelussa on siten se, *minikä suuntaisia siirtymiä terveystarkastuksen myötä on alettu viedä eteenpäin*. Varsinaiset siirtymät voivat olla vielä toteutumatta, mutta asiakasprosessin suuntaa voidaan hahmottaa. Siirtymien suuntia hahmoteltiin suhteessa aiemmin esitettyyn jakoon: 1) siirtymä työhön, 2) siirtymä hoitoon tai kuntoutukseen ja 3) siirtymä sairausvaapaalle tai eläkkeelle. Siirtymän suunta saattoi tarkentua prosessin aikana, jolloin esimerkiksi tarkempien tutkimusten ja hoidon aikana selvisi, että asiakkaan tulisi siir-

tyä pidemmälle sairausvapaalle. Rinnakkain saattoi myös kulkea esimerkiksi työhön suuntaavaan siirtymän valmistelu ja hoitoon suuntaavan siirtymän valmistelu. Tällöin kuvauksesta valittiin luokitteluun se siirtymä, joka näytti asiakkaan prosessissa painottuvan. Seuraavaksi kuvataan siirtymien valmistelua sekä terveydenhuollon roolia ja tehtäviä erisuuntaisten siirtymien valmistelussa.

4.4.1 Työhön suuntaavan siirtymän valmistelu

14 kuvauksessa painopiste oli työhön siirtymisen tukemisessa. Terveystarkastajan tehtävät painoutuivat työkykyä tukevaan, edistävään ja parantavaan toimintaan. Tällaisia toimintoja olivat mm. terveystarkastukseen kuuluvat toiminnot (mitaukset, laboratoriokokeet, seurantakäynnit), ohjaus lääkärille esimerkiksi aieman lääkityksen tarkistamista varten, ohjaus hoitajalle verenpaine- tai muuhun seurantaan, neuvonta ja ohjaus, ohjaus fysioterapeutille, ohjaukset työvoiman palvelukeskukseen, ohjaukset liikuntaryhmiin tms. toimintoihin. Tässä tiivistetyssä³⁴ kuvauksessa kerrotaan yhdestä prosessista, jossa suuntana oli siirtymä työhön. Terveydenhuolto edisti prosessia omalta osaltaan.

”54-vuotias mies, joka on ollut työttömänä vuodesta 2000. Asiakkaana työvoiman palvelukeskuksessa. Terveystarkastaja on pyydetty mukaan tiimitapaamiseen asiakkaan ja työvoimaohjaajan kanssa. Asiakas on ohjattu terveystarkastukseen, koska viimeksi käynyt tarkastuksessa työssä ollessaan. Asiakkaalla on iskiasoireita. Aiemmin on todettu kulumia selässä ja olkapäässä. Asiakkaalla on myös alkoholiongelmaa. Terveystarkastuksessa on todettu kohonneet maksa-arvot ja verenpaine. Asiakas on ohjattu laboratoriokokeisiin sekä fysioterapiaan selän ja olkapään tutkimukseen ja itsehoito-ohjaukseen. Terveystarkastajan seurantakäynnin yhteydessä asiakas on ohjattu myös hammashoitoon ja verenpaineen jatkoseurantaan terveysasemalle. Asiakkaan palkkatukiasia on vireillä työvoiman palvelukeskuksessa. Asiakas on vähentänyt alkoholinkäyttöään sekä kiinnittänyt huomiota ravitsemukseen ja liikuntaan. Maksa-arvot ja verenpaine ovat kohentuneet. Asiakas käy verenpaine seurannassa terveydenhoitajalla. Asiakas kertoo vointinsa olevan huomattavasti parempi.”

Osassa kuvauksista terveydenhuollon toiminnot toteutuivat rinnakkain aktivointi- ja työllistämistoimenpiteiden kanssa, eikä palvelujen yhteyttä tuotu selkeästi esille. Toisissa kuvauksissa taas nähtiin selvästi yhteyksiä eri toimintojen välillä, esimerkiksi elämäntapamuutokset ravinnossa ja liikunnassa olivat lisänneet asiakkaan kiinnostusta myös työllistymiseen ja sitä tukeviin toimenpiteisiin.

Useimmat asiakkaista olivat tarkasteluhetkellä työvoimahallinnon toimenpiteessä, kuntouttavassa työtoiminnassa tai palkkatukityösuhteessa. Osalla asiak-

34 Tiivistykset asiakascasekuvauksista ovat tutkijan tekemiä.

kaista toiminnot olivat käynnistyneet ennen tai rinnakkain terveyspalvelujen kanssa, osalla taas terveystarkastuksen ja -palvelujen jälkeen. Vaikutelmaksi syntyy, että kun terveydenhuolto painottuu työkyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen, kulkevat terveydenhuollon prosessit rinnakkain omina polkuinaan muiden aktivoimis- ja työllistämisenpiteiden rinnalla. Rinnakkaisten prosessien on tärkeä olla tietoisia toinen toisistaan vaikka niillä ei olisikaan suoranaista vaikutusta toisiinsa.

4.4.2 Hoitoon tai kuntoutukseen suuntaavan siirtymän valmistelu

15 kuvauksessa painopiste oli hoitoon ja kuntoutukseen suuntaavien siirtymien toteutuksessa tai valmistelussa. Taustalla oli tarve saada tarkempaa tietoa henkilön työkyvystä. Joissakin tapauksissa tarkastuksessa tuli esille akuutti hoidon tarve, joka vaati välitöntä hoidon aloittamista. Oletettavaa on, että osa prosesseista alkaa suuntautua siirtymään sairausvapaalle tai eläkkeelle tarkempien selvitysten valmistuttua. Toisaalta on mahdollista, että osa prosesseista suuntautuu esimerkiksi kuntoutuksen jälkeen kohti työelämää. Terveydenhoitajan tehtävänä oli näissä prosesseissa motivoida asiakasta osallistumaan tarvittavaan hoitoon, tutkimuksiin tai kuntoutukseen sekä toimia asiakkaan yhdyshenkilönä ja ohjaajana eri tahoille.

”49-vuotias nainen, jolla on takanaan 6 kk työttömyyttä. Oman kokemuksensa mukaan on ollut 18 vuotta ilman pysyväisluonteista työsuhdetta. Erinäisiä aktivointikokeiluja on tehty ja osa onnistunut hyvin, mutta osa keskeytynyt terveydellisistä syistä. Terveystarkastuksessa pääongelmina tulevaivoja lähinnä niskassa ja kädessä. Laboratoriokokeet ovat ok, mutta verensokeri ylärajoilla. Työkykyindeksi on 25 (huono). Asiakkaan kokonaistilanteen selvittelyn vuoksi asiat on viety TYP-palaveriin. Päädytty lähettämään asiakas jatkotutkimuksiin kuntoutuspoliklinikalle, jotta saadaan selvyys niskakipuiluun ja käden liikerajoituksiin/ kipuihin. Asiakas on ohjattu diabeteshoitajalle ja tules-vaivojen vuoksi myös fysioterapeutille liikuntaohjeita ja tarvittaessa apuvälineitä varten. Asiakas on päässyt kuntoutuspoliklinikalle tutkimuksiin, tehty mm. röntgen-tutkimuksia ja hermoratatutkimus. Nyt asiakas on menossa magneettikuvaan niskan vuoksi ja jatkohoito sen mukaan. Fysioterapeutilta on saanut liikuntaohjausta sekä kaulurin käyttöön. Asiakas on hyvillä mielin, kun hänen asioitaan viedään eteenpäin ja vaivoja todella tutkitaan huolellisesti ja perusteellisesti.”

Terveydenhuollon tehtävän näkökulmasta ristiriitaisena näyttäytyvät erityisesti ne tilanteet, joissa asiakas on jo aiemmissa tutkimuksissa todettu työkyvyttömäksi ja hänelle on haettu eläkettä, mutta eläkettä ei ole myönnetty. Tällöin haasteeksi tulee asiakkaan motivointi ja uusien tukimuotojen löytäminen:

”52-vuotias mies, joka on ollut viimeksi töissä vuonna 2004. Asiakkaalla on runsaasti tules-vaivaa eikä vaivojen vuoksi pysty hakemaan töitä. Asia-

kas on ollut työkykyarvioinnissa vuonna 2007, eläkehakemus hylätty. Asiakkaalla on verenpaine kohollaan, kolesterolit hieman kohollaan, lievään masennukseen viittaava pistemäärä. Asiakas on ohjattu oman lääkärin vastaanotolle. Asiakas on laitettu jonoon sairaalaan tutkimukseen ja jatkokohoittoon. Tarpeen mukaan käy lääkärin vastaanotolla kipuongelmista. Tällä hetkellä asiakkaalla on runsaasti tules-vaivaa ja on kipupoliklinikan hoidossa. BDI pistemäärä viittaa keskivaikeaan masennukseen. Asiakas ei ole käynyt depressiokoulutuksessa, johon oli kutsuttu eikä ole kiinnostunut TYP:n palveluista.”

4.4.3 Sairausvapaalle tai eläkkeelle suuntaavan siirtymän valmistelu

Kuusi kuvausta painottui pidemmälle sairausvapaalle tai eläkkeelle suuntaavaan siirtymään. Asiakkaat olivat siirtyneet sairausvapaalle ja sen jatkona nähtiin eläkelisäilytyksen käynnistäminen. Kahden asiakkaan kohdalla lääkäri totesi työkyvyttömyyden, mutta asiakkaat eivät itse halunneet lähteä hakemaan eläkettä. Toinen asiakas halusi ensin hakea kuntoutukseen ja katsoa muuttaisiko se tilannetta. Toinen taas siirtyi tekemään huoltosuhteista työtä toimeentulotuella. Terveydenhoitajan toimenkuva oli samantyyppinen kuin hoitoon ja kuntoutukseen suuntaavan siirtymän valmistelussa; asiakasta motivoiva ja prosessia hoitava.

”36-vuotias nainen, jolla on jo todettu terveydellisiä ongelmia neurologisissa tutkimuksissa, mutta asiakas on jättänyt ne kesken ja suhtautuu tutkimuksiin kielteisesti. Asiakkaan kanssa on keskusteltu tutkimusten ja neurologisen työkyvyn arvion tärkeydestä. Asiakas on vihainen eikä ymmärrä miksi hän ei pääse töihin. Asiakas saadaan lopulta suostuteltua oman lääkärin luo keskustelemaan. Omalääkäri on lähtenyt selvittämään tilannetta ja pyytää asiakkaalle neurologin lausuntoa työkyvystä. Asiakas on saanut myös sairausloman. Neurologiset tutkimukset ovat edelleen kesken ja asiakkaan sairausloma jatkuu. Asiakas hakee eläkettä.”

Terveydenhuollolla näyttää aineistojen mukaan olevan selkeä tehtävä työttömien työkyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä. Terveydenhuollon tehtävä on muita aktiivointi- ja työllistymisprosesseja tukeva ja kulkee rinnakkain näiden prosessien kanssa. Terveydenhuollossa toteutetut toimenpiteet ja ohjaukset eivät suoranaisesti vaikuta asiakkaiden työllistymiseen, mutta ovat osaltaan tukemassa asiakkaan polkua työtä kohti niin tarjoamalla välineitä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen kuin motivoimalla asiakasta eteenpäin. Sektoreiden välisen yhteistyön ei tarvitse olla kovin tiivistä, mutta tiedonkulku meneillään olevista toimenpiteistä on tärkeää. Työkykyä ylläpitävä toiminta kulkee usein myös rinnakkain hoitavien prosessien kanssa.

Keskiöön terveydenhuolto tulee silloin kun kyseessä ovat siirtymät hoitoon, kuntoutukseen, sairausvapaalle tai eläkkeelle. Siirtymien toteutuminen vaatii terveydenhuollon mukana oloa prosessin valmistelussa ja toteutuksessa. Käytännön tasolla terveydenhoitajalla saattaa olla keskeinen tehtävä asiakkaan tukena, tutkimusten ja palvelujen koordinoinnissa ja eri tahoja yhdistävänä linkkinä. Case-aineistossa hoitoon, kuntoutukseen, sairausvapaalle ja eläkkeelle suuntaavien siirtymien valmistelu (21) oli hieman yleisempää kuin työhön suuntautuvien siirtymien valmistelu (14). Tämän voi hyvin olettaa kuvaavan sitä todellisuutta, missä pitkäaikaistyöttömien ja vaikeasti työllistyvien asiakkaiden kanssa työskennellään.

Kuvausten perusteella on mahdotonta sanoa, miten paljon juuri terveystarkastuksella oli merkitystä siihen, että asiakasprosessi suuntautui tiettyyn suuntaan. Useimmissa kuvatuissa asiakastilanteissa asiakkaalla oli jo ennestään jokin hoitosuhde terveydenhuoltoon tai tällainen oli ollut aiemmin, mutta se oli päässyt katkeamaan. Monille asiakkaista oli myös tehty jo aiemmin esimerkiksi työkyvyn arviointi tai -tutkimuksia. Toisaalta terveydenhoitaja toimii merkittävänä ”portinvartijana” etenkin terveyspalvelun suuntaan; muiden työntekijöiden tunnistamat epämääräiset oireet voivat terveydenhoitajan tarkastuksen myötä saada nimen ja merkityksen työllistymisen prosessissa. Terveydenhoitajan tarkastus avasi reitin terveydenhuollon palveluihin. Yksittäisissä tilanteissa terveystarkastuksen rooli saattoi olla hyvinkin merkittävä, jos asiakkaalla todettiin akuutti, hoitoa vaativa sairaus. Tällöin esimerkiksi työllistymisen suuntaan edennyt prosessi keskeytyi ainakin hetkeksi. Siirtymien tarkastelun kautta välittyy hieman samanlainen kuva terveystarkastuksen merkityksestä, kun mitä asiakkaiden itsensä antamasta palautteesta; tarkastuksella on selkeimmin vaikutusta asiakkaiden terveydentilan ja yleisen hyvinvoinnin edistämisessä, mutta tämän vaikutus työllistymiseen on välillinen ja taustalla. Selkeämmin terveystarkastus ja -palvelut vaikuttavat siirtymiin silloin, kun asiakkaan työkyvyssä on jotain ongelmaa, jota lähdetään selvittämään hoidon tai kuntoutuksen keinoin tai jos asiakkaalla ei ole enää työkykyä ja hän siirtyy sairausvapaalle tai eläkkeelle.

4.5 Yhteenveto

PTT-hankkeen tavoitteena oli tarjota pitkäaikaistyöttömille asiakkaille mahdollisuus terveydentilansa ja työ- ja toimintakykynsä arviointiin osana kuntoutumisen, aktivoitumisen ja työllistymisen prosessia. Hankkeessa oli yhteensä noin 3700 asiakasta, joista vajaalle 2700:lle tehtiin terveydenhoitajan terveystarkastus. Asiakkaiden rakenne ja asiakkaiden terveydentilan ja työkyvyn arviot osoittavat, että hankkeessa tavoitettiin juuri se kohderyhmä kuin oli tarkoituskin. Terveystarkastuksiin ohjautui pitkään työttömänä olleita henkilöitä, jotka selvästi kokivat ongelmia terveydessään ja työkyvyssään. Asiakkailla todettiin runsaasti erilaisia terveyden riskitekijöitä, joista etenkin elintapoihin (tupakointi, runsas alkoholinkäyttö)

ja mielenterveyteen (masennus) liittyvät riskit olivat yleisempiä kuin työikäisessä väestössä keskimäärin. Viidesosalla todettiin uusi terveysriski tarkastuksessa. Tarvittavien terveyspalvelujen tarjoamisen lisäksi tärkeäksi tehtäväksi terveydenhuollossa tulee asiakkaiden kannustaminen ja motivointi terveydestään huolehtimiseen ja tarjottuihin terveys-, kuntoutus-, aktivointi- ja työllistymispalveluihin osallistumiseen.

Asiakaspalaute terveystarkastuksista oli hyvin myönteistä. Asiakkaat kokivat tärkeänä, että työttömille aktiivisesti tarjotaan mahdollisuutta terveystarkastukseen. Merkitykselliseksi terveystarkastus koettiin etenkin terveydentilan ja hyvinvoinnin kannalta, vaikutukset työllistymiseen ja toimeentuloon nähtiin vähäisempinä. 61 % kyselyyn vastanneista asiakkaista koki, että terveystarkastus oli saanut heidät kiinnittämään enemmän huomiota terveydentilaansa ja terveystottumuksiinsa. Konkreettisista muutoksista asiakkaat kertoivat mm. liikuntaan, ravintoon ja alkoholin käyttöön liittyen. Heikko taloudellinen tilanne ja terveyskeskuspalvelujen sirpalemaisuus heikentävät työttömien mahdollisuuksia hoitaa terveyttään ja työkykyään. Asiakkaiden mukaan tarvetta olisi etenkin hammashoidon, fysioterapian, liikuntapalvelujen sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen parempaan saataavuuteen.

Työmarkkinalliset siirtymät pitkittyneessä työttömyydessä tapahtuvat vähitellen ja pitkän ajan kuluessa. Asiakascasekuvausten pohjalta tehty tarkastelu osoittaa, että terveydenhuollolla on tehtäviä erisuuntaisten siirtymien valmistelussa. Työhön suuntaavien siirtymien valmistelussa terveydenhuollon tehtävä on aktivointi- ja työllistymistoimenpiteitä tukeva. Hoitoon tai kuntoutukseen sekä sairausvapaalle tai eläkkeelle suuntaavien siirtymien valmistelussa terveydenhuollolla on keskeinen rooli niin erilaisten toimenpiteiden esille tuomisessa ja toteuttamisessa kuin niiden yhteensovittamisessa ja niihin kannustamisessa. Hoitoon tai kuntoutukseen suuntaavissa siirtymissä terveyspalvelu on osa aktivointi- ja työllistymistoimenpiteitä. Sairausvapaalle tai eläkkeelle suuntaavissa siirtymissä terveydenhuollon mukaantulo katkaisee aktivointi- ja työllistymistoimenpiteitä joko lyhyemmäksi ja pidemmäksi aikaa.

5 Pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluun kehitetyt mallit

5.1 Mallien ryhmittely

Toimintamalli -sana on yleisesti käytössä, mutta sen sisällöstä ei ole yhtenäistä määritelmää. Toimintamallilla voidaan tarkoittaa esimerkiksi palvelun järjestämistä, toimintatapoja tai prosessia käyttöyhteydestä riippuen (ks. Peltö-Huikko ym. 2006). Kehittävän työntutkimuksen orientaatioissa toimintamalli -sana viittaa toiminnan rakennemalliin, jossa erotellaan toisissaan suhteissa olevat työvälineet, työntekijä, työn kohde, säännöt, työyhteisö ja työnjako (Engeström & Saarelma 1990, 2).

Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli selvittää ja kuvata *millaisia pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelun malleja hankkeissa luotiin*. Toimintamallilla tarkoitetaan lähinnä palvelujen organisoimisen tapaa; millaisilla erilaisilla tavoilla voidaan organisoida pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut.

Hankkeiden ja toteutuneen toiminnan ryhmittelyn ja vertailun tueksi muodostettiin kuudesta ulottuvuudesta muodostuva tarkastelukehikko Chenin (1990, ks. s. 22-23) jäsentelyä soveltaen. Ulottuvuudet olivat:

- 1) Asiakkaat (asiakasmäärät, asiakasrakenne, asiakaspalaute)
- 2) Toimeenpanija ja toteuttajat (hallinnoiva taho, toteuttava taho, toimijat)
- 3) Toteutustapa ja välineet (missä ja miten palvelu toteutuu, kohderyhmä, näkökulma)
- 4) Paikkakunnan ja toteuttavan organisaation luonne/piirteet (mihin palvelukonaisuuteen terveystarkastus- ja palvelut asettuvat, onko toimintaa muualla/aiemmin, alueelliset palvelujärjestelyt)
- 5) Verkostot ja yhteistyö (verkostojen laajuus, yhteistyö perusterveydenhuoltoon)
- 6) Jatkosuunnitelmat ja liittyminen strategioihin (miten toiminta jatkuu, hanke-rahoitus, onko osa strategioita)

Toiminnan organisoitumisen (hallinnointi, toteutustapa) lisäksi tarkastelussa tulevat täten huomioiduksi myös asiakaskunta, palveluhistoria, verkostot ja yhteistyö sekä toiminnan jatkuvuus. Jokaista hanketta tarkasteltiin kuuden ulottuvuuden perusteella aineistojen tuottaman tiedon pohjalta (ks. taulukko 5 liite2). Seuraavaksi käydään läpi millaisia variaatioita kuuden ulottuvuuden osalta hankkeiden toiminnassa oli nähtävissä.

5.2 Vertailu keskeisillä ulottuvuuksilla

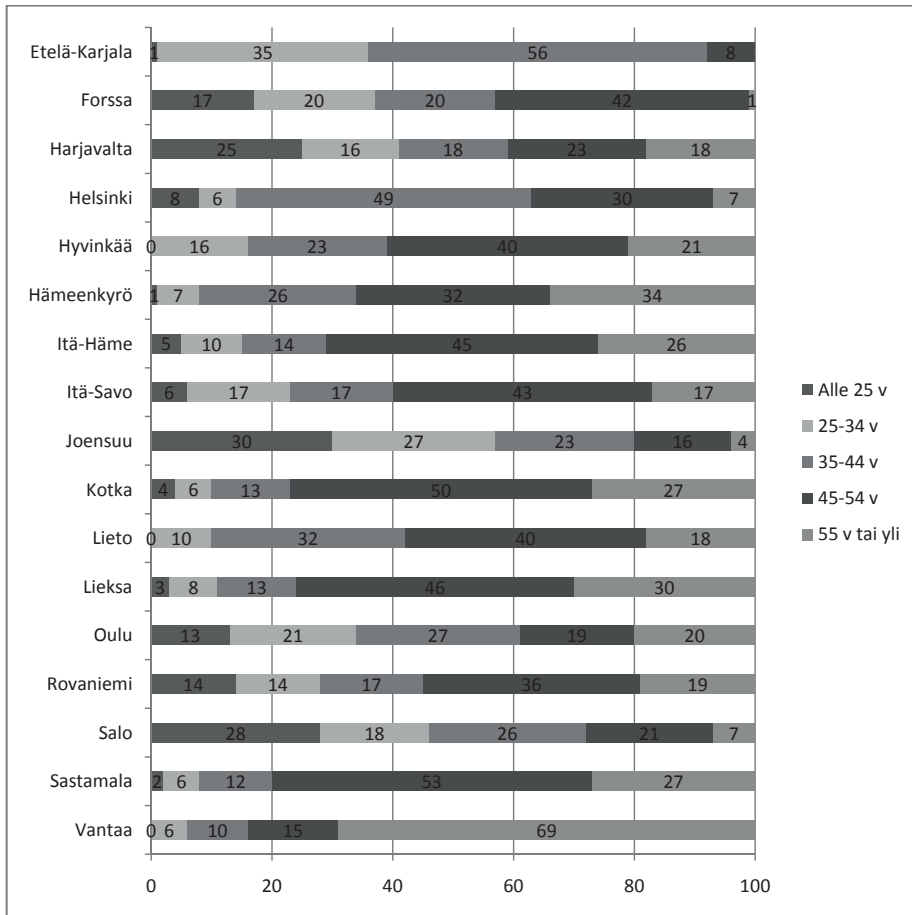
5.2.1 Asiakkaat

Asiakasmääriltään hankkeet vaihtelivat suuresti mm. paikkakunnan koon ja toiminnan tavoitteiden mukaan. Helsinki oli ylivoimaisesti suurin hanke 1350 asiakkaallaan. Seuraavaksi eniten asiakkaita oli Vantaan (339) ja Kotkan (206) hankkeissa. Asiakasmääriltään pienimpiä hankkeita olivat Hyvinkää (57) ja Sastamala (64). Kun hankkeiden asiakasmääriä tarkastellaan suhteessa työttömien ja pitkäaikaistyöttömien lukumäärään kunnassa/ seudulla marraskuussa 2007³⁵, asetelmat näyttävät erilaisilta. Harjavalta, Hämeenkyrö ja Lieto olivat volyymiltään selvästi suurimpia hankkeita kattaen moninkertaisesti alueiden pitkäaikaistyöttömien määrän ja 48 - 30 % kaikista työttömistä alueilla. Työttömyyslukuihin suhteutettuina pienimmät volyymit olivat Oulun hankkeessa. Oulussa katettiin noin 13 % pitkäaikaistyöttömistä ja noin 3 % kaikista työttömistä. Hankkeiden lähtökohdat ja tavoitteet olivat kuitenkin hyvin erilaisia suhteessa asiakasmääriin; toisissa hankkeissa tavoitteena oli läpikäydä paljon asiakkaita (Vantaa) tai pohjalla oli jo valmis toimintamalli, jossa toiminta toteutui (Helsinki). Toisissa taas asiakasmäärä haluttiin selkeästi rajata esimerkiksi mallintamista ajatellen (mm. Sastamala, Hyvinkää).

Hankkeiden asiakaskunnan ikärakenne vaihteli paljon (kuvio 29). Joissakin hankkeissa oli jo lähtökohdissa rajattu asiakaskuntaa (mm. Etelä-Karjalassa 1970-luvulla syntyneet, Forssassa alle 54-vuotiaat). Muutamissa hankkeissa oli varsin tasainen kattavuus kaikista ikäryhmistä (Harjavalta, Oulu, Rovaniemi ja Salo). Alle 25-vuotiaita asiakkaita oli suhteellisesti eniten Joensuun (30 %), Salon (28 %) ja Harjavallan (25 %) hankkeissa. 25 - 34 -vuotiaita asiakkaita oli taas suhteellisesti useimmin Etelä-Karjalan (35 %) ja Joensuun (27 %) hankkeissa ja 35 - 44 -vuotiaita Etelä-Karjalan (56 %) ja Helsingin (49 %) hankkeissa. 45 - 54 -vuotiaat olivat suhteellisesti useimmin asiakkaana Sastamalan (53 %) ja Kotkan (50 %) hankkeissa ja 55 -vuotiaat tai iäkkäämmät Vantaan hankkeessa (69 %).

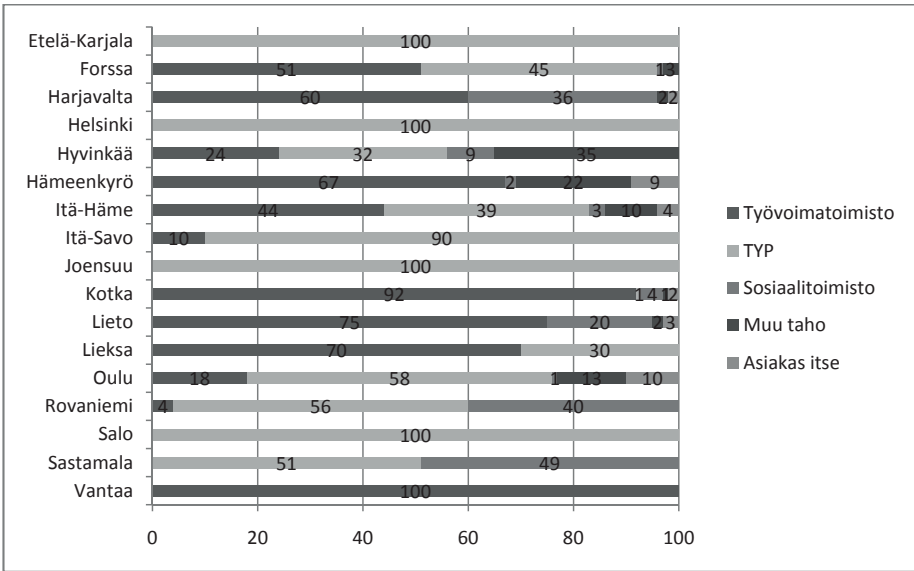
Sukupuolen mukainen jakautuminen vaihteli jonkin verran hankkeiden välillä (ks. liite 2 kuvio 36). Naisten osuus oli suhteellisesti suurinta Vantaan ja Liedon hankkeissa (52 %), miesten osuus taas Rovaniemen (72 %), Helsingin ja Sastamalan (71 %) hankkeissa.

35 Ks. taulukko 4, liite 2.



Kuvio 29. Hankkeiden asiakaskunnan ikäjakauma ikäryhmittäin 31.1.2009 mennessä % (N=3024).

Asiakkaat ohjatuivat hankkeisiin ja terveystarkastukseen eri tahoilta vaihtelevasti (kuvio 30). Etelä-Karjalan, Helsinki, Joensuun ja Salon hankkeissa kaikki asiakkaat tulivat TYP:sta. Myös Itä-Savon, Oulun, Rovaniemen ja Sastamalan hankkeiden asiakkaista suurin osa ohjattiin TYP:sta. Forssan, Harjavallan, Hämeenkyrön, Itä-Hämeen, Kotkan, Liedon, Lieksan ja Vantaan asiakkaista suurin osa ohjattiin taas työvoimatoimistosta/ TE-toimistosta. Sosiaalitoimesta ohjautuneita asiakkaita oli suhteellisesti eniten Sastamalan (49 %), Rovaniemen (40 %) ja Harjavallan hankkeissa (36 %). Muilta tahoilta, esimerkiksi muista hankkeista, ohjautui asiakkaita etenkin Hyvinkäällä (35 %) ja Hämeenkyrössä (22 %). Omatoimisesti asiakkaat ohjautuivat hankkeeseen ja terveystarkastuksiin suhteellisesti useimmin Oulun (10%) ja Hämeenkyrön (9 %) hankkeissa.



Kuvio 30. Asiakkaiden ohjatuminen PTT-hankkeessa lähettävän tahon mukaan hankkeittain % (N=3609).

Asiakaspalautteen käsittely hankekohtaisesti on vaikeaa, koska vastaajamäärät olivat pieniä hankkeittain (2-48 asiakasta). Suuntaa-antavaa vertailua on tehty muodostamalla summamuuttujat asiakkaiden vastauksista palvelua ja vaikutuksia koskeviin väittämiin. Asiakkaiden kokonaisarvioita näistä väittämistä käsiteltiin aiemmin luvuissa 4.3.1 ja 4.3.2. Summamuuttujien keskiarvoja on hankekohtaisesti verrattu kokonaiskeskiarvoon. Hankekohtaiset keskiarvot vastaajamäärineen löytyvät liitteestä 2 taulukosta 6. Kaiken kaikkiaan asiakkaiden arviot olivat hyvin myönteisiä. Parhaimmat asiakasarviot palvelua koskevista väittämistä saatiin Joensuun ja Sastamalan hankkeissa. Heikoimmat annettiin taas Rovaniemen ja Liedon hankkeissa. Vaikutusten osalta parhaimmat asiakasarviot tulivat Oulun, Sastamalan ja Kotkan hankkeille, heikoimmat Liedon ja Etelä-Karjalan hankkeille. Harjavallan tulosten tarkastelu keskiarvoina on mahdotonta, koska vastaajia oli vain kaksi.

5.2.2 Toimeenpanija ja toteuttajat

Hankkeiden ja sitä kautta myös uusien toimintamallien toimeenpanijoina ja vastuutahoina toimivat vaihtelevasti eri tahot. Työvoiman palvelukeskukset toimivat vastuutahoina Helsingin, Etelä-Karjalan, Salon seudun, Joensuun, Vantaan, Hyvinkään, Lieksan ja Itä-Hämeen hankkeissa. Etelä-Karjalaa ja Lieksaa lukuun ottamatta hallinnointi toteutui TYP:n kuntapuolella. Helsingissä TYP:n terveydenhuollon

henkilöstö on osa kaupungin terveyskeskusta, samoin Salossa. Joensuussa ja Itä-Hämeessä/ Heinolassa TYP:n kuntapuoli sijoittuu sosiaali- ja terveystoimen alle, Vantaalla asukaspalveluihin ja Hyvinkäällä perhe- ja sosiaalipalveluihin. Vielä monimutkaisemmaksi tarkastelun tekee se, että useamman kunnan yhteisissä TYP:ssa kuntapuolen hallinnointi saattaa olla eri toimijoilla eri kunnissa.

Kotkassa hanketta hallinnoi kaupungin hyvinvointipalvelujen alainen terveyspalvelut, Oulussa sosiaali- ja terveystoimen alainen avoterveydenhuolto. Rovaniemellä hallinnoija oli perusturvaosasto ja Harjavallassa kaupungin sosiaalitoimi. Hämeenkyrössä ja Liedossa vastuutahoina toimivat kuntien työllistämisyksiköt Monityö ja Kisällikellari. Yhtä kuntaa laajempi hallinnointi toteutui Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän, Itä-Savon sairaanhoitopiirin ja Sastamalan perusturvakuntayhtymän toimesta ko. hankkeissa.

Käytännön toteuttajina hankkeissa toimivat useimmiten terveydenhoitajat. Kokonaan uutta toimintamallia luoneissa hankkeissa toteutus pohjautui useimmiten vahvasti yhden terveydenhoitajan työpanokseen. Kotkan hankkeessa toimi lisäksi osa-aikainen fysioterapeutti ja Rovaniemen hankkeessa osa-aikainen sosiaaliohjaaja. Terveystarkastusten, asiakkaiden ohjauksen ja neuvonnan sekä moniammatillisen yhteistyön lisäksi toimenkuvaan kuuluivat toiminnan suunnittelu ja kehittäminen.

Niissä hankkeissa, joissa tavoitteena oli tuoda jotain uutta toimintaa jo olemassa olevaan palveluun, oli moninaisempi ja vaihtelevampi toteuttajajoukko. Helsingissä toteuttajana oli koko kuntoutusohjaustiimi, johon liitettiin uutena psykiatrisen sairaanhoitajan palvelu. Etelä-Karjalan ja Joensuun hankkeissa hankkeen varsinaiset käytännön toteuttajat (terveydenhoitajat) tulivat hallinnoivan organisaation ulkopuolelta ostopalveluna. Hyvinkään hankkeessa pääasiallisena toteuttajana oli projektikoordinaattori ja toiminta keskittyi pitkäaikaistyöttömän terveydenhuollon hoitopolun mallintamiseen terveyspalvelun toteutuessa hankkeen ulkopuolella. Harjavallassa, Hämeenkyrössä ja Liedossa hanke limittyi osaksi olemassa olevaa toimintaa siten, ettei varsinaisia hanketoimintaa voinut selkeästi erottaa jo käynnissä olevasta toiminnasta. Hanketoimijoina olivat palveluohjaajat, Liedossa myös päihdehoitaja. Myös näissä hankkeissa terveystarkastukset toteutuvat joko ostopalveluna tai muilla järjestelyillä muiden kuin nimettyjen hanketoimijoiden toimesta.

5.2.3 Toteutustapa ja välineet

Toteutustapa ja välineet -ulottuvuuden alla tarkastellaan terveystarkastusten ja -palvelun toteuttamisen tapaa (missä ja miten), kohderyhmiä ja mahdollisia erityisnäkökulmia hankkeissa.

Etelä-Karjalan, Helsingin, Joensuun ja Salon hankkeet keskittyivät kehittämään *työvoiman palvelukeskusten asiakkaille suunnattua pitkäaikaistyöttömien ter-*

veystarkastus- ja palvelumallia osana TYP-toimintaa. Etelä-Karjalan ja Helsingin TYP:ssa on jo ollut terveydenhoitajaresurssia, joten hankkeissa kehiteltiin olemassa olevia toimintamalleja eteenpäin. Etelä-Karjalassa kehittäminen toteutui asiakkaiden työ- ja toimintakykyä ylläpitävän ja kohentavan palvelun ostamisena ulkopuoliselta toteuttajalta. Helsingin hankkeessa kehittäminen toteutui osana TYP:n uudelleen organisoitumista. TYP:n perustetun kuntoutustiimiin (terveydenhoitajat, psykologit ja vakuutuslääkärit) lisättiin psykiatrisen sairaanhoitajan palvelu mielen- ja päihdekuntoutusnäkökulman vahvistamiseksi. Joensuun ja Salon seudun TYP:ssa ei ole aiemmin ollut terveydenhuollon resurssia, joten toimintamallia alettiin vastarakentaa. Joensuussa terveystarkastukset hankittiin ostopalveluna työterveyshuollosta, Salossa palkattiin terveydenhoitaja työskentelemään osana TYP-tiimiä.

Muutamissa hankkeissa lähdettiin kehittämään toimintamallia, joka pohjautui *TYP-asiakkaiden palveluun, mutta asiakaskuntaa ja toimintaympäristöä laajennettiin.* Rovaniemen ja Lieksan hankkeissa terveydenhoitajan vastaanotto oli fyysisesti TYP:n tiloissa, mutta asiakkaita ohjattiin myös työvoimatoimistosta ja sosiaalitoimistosta. Rovaniemellä hankkeeseen sisältyi myös osa-aikaisen sosiaaliohjaajan palvelua erityisesti sosiaalitoimesta ohjatuille asiakkaille. Itä-Hämeen ja Itä-Savon hankkeissa toteutettiin liikkuvaa mallia, missä terveydenhoitaja vastaanotti TYP:n ja työvoimatoimiston asiakkaita sekä TYP:n toimipistepaikkakunnalla että toiminnassa mukana olevien kuntien terveysasemilla. Toimintatavoiltaan kukin hanke sisälsi omanlaisiaan painotuksia; Itä-Hämeen ja Lieksan hankkeet painottuivat terveydenhoitajan suorittamiin terveystarkastuksiin, Rovaniemellä osa asiakkaista ohjautui joko suoraan tai terveystarkastuksen jälkeen sosiaaliohjaajan palveluun ja Itä-Savossa toteutettiin terveystarkastusten lisäksi terveydenhoitajan vastaanottoa kolmannen sektorin työtoimintapaikoilla.

Myös Hyvinkään hankkeessa toiminta kiinnittyi TYP:een, mutta kohdistui laajemmalle asiakaskunnalle (työvoimatoimisto, hankkeet). Tämä toiminta poikkesi kuitenkin muista TYP:een kiinnittyneistä hankkeista siten, että siinä kehitettiin palveluohjauksellista mallia hieman samaan tapaan kuin pienempien kuntien (Harjavalta, Hämeenkyrö ja Lieto) hankkeissa. Hyvinkään hankkeessa terveystarkastusten ja -palvelujen toteutumisesta on vähän tietoa - mallintamiseen liittyen muutamia asiakkaita ohjattiin eteenpäin terveyskeskukseen terveydenhoitajalle ja lääkärille. Palvelukoordinaattori saattoi mennä asiakkaan mukaan näihin tapaamisiin tukihenkilöksi. Hyvinkään TYP:ssa on ennestään terveydenhoitaja, joskin hänen toimenkuvansa on enemmän palveluun ohjaavan kuntoutuskoordinaattorin.

Kolmessa hankkeessa lähdettiin kehittämään toimintamallia, jossa painopisteenä oli *pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten toteutuminen osana terveyskeskuksen toimintaa.* Forssan seudun ja Sastamalan hankkeet toteutuivat seudullisina terveydenhuollon kuntayhtymän ja perusturvakuntayhtymän hallinnoimana, Oulun hanke taas kaupungin avoterveydenhuollon alaisuudessa. Tavoitteena oli luoda terveysasemille toimintamalli, jossa terveydenhoitajat osana muuta vastaanotto-työtään huolehtisivat myös työttömien terveystarkastuksista ja -palvelusta. Oulus-

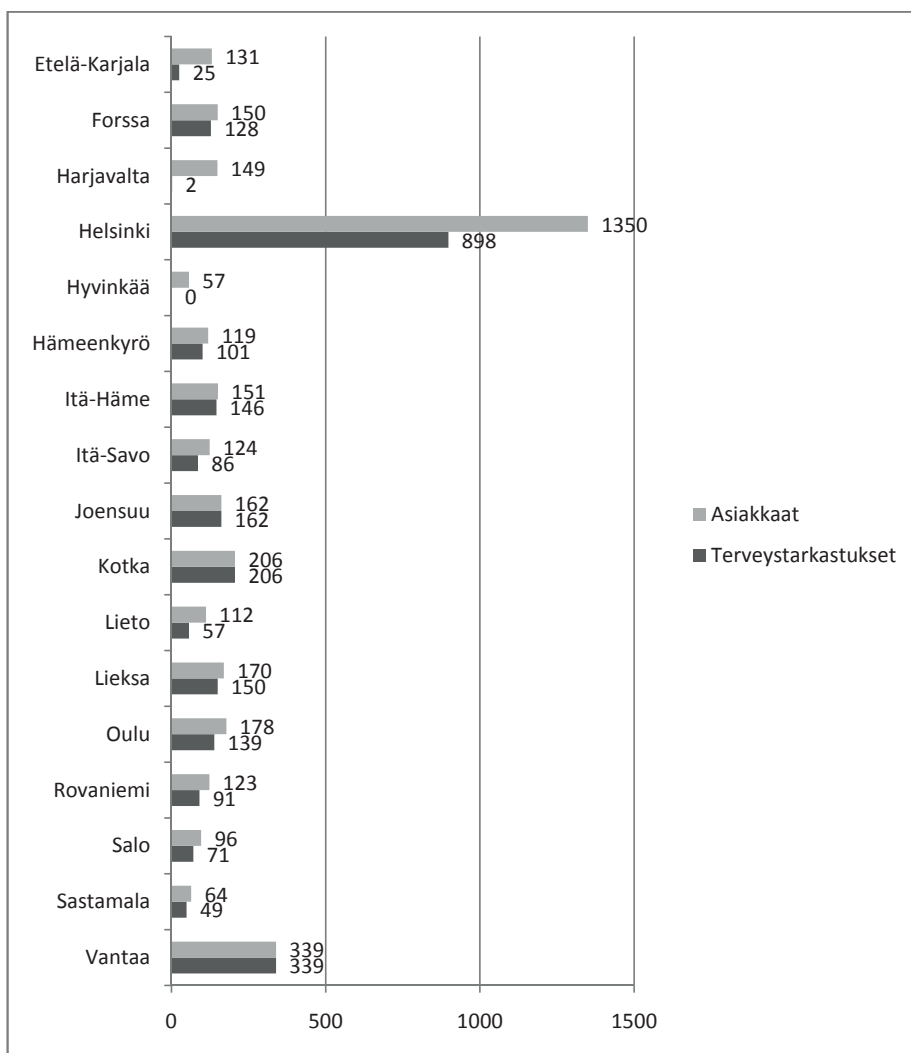
sa kehitelty malli oli ainoa terveystarkastus-malli, jossa tavoitteena oli hyvin matalan kynnyksen avoin palvelu kaikille työttömille. Muissa hankkeissa tavoitteena oli pitää asiakkaiden ohjaus terveystarkastuksiin eri viranomaistahojen tai kolmannen sektorin toimijoiden käsissä.

Kaksi mukana olleista hankkeista keskittyi kehittelemään toimintamallia *erityisesti työ- ja elinkeinotoimiston pitkäaikaistyöttömille asiakkaille*: Kotka ja Vantaa. Toimintatavat hankkeissa olivat hyvin erilaiset. Kotkassa terveydenhoitaja piti vastaanottoa pitkäaikaistyöttömille työ- ja elinkeinotoimistossa. Lisäksi hankkeessa toimi osa-aikainen fysioterapeutti terveyskeskuksen tiloissa. Vantaalla kaikki kaupungin työvoimatoimistossa kirjoilla olevat pitkäaikaistyöttömät kutsuttiin terveystarkastuksiin. Terveydenhoitaja teki terveystarkastuksia alueellisesti neljällä eri alueella terveyskeskuksen tiloissa. Kotkan hanketta voidaan pitää selkeämmin toimintamallin kehittelynä, Vantaan hanke toteutui pikemmin kertaluontoisena kartoituksena ilman tarkoitusta luoda käytännöstä pysyvää toimintamallia. Hankkeen kiinnittyminen TE-toimistoon tuli asiakaskunnan, ei fyysisen sijoittumisen kautta.

Harjavallassa, Hämeenkyrössä ja Liedossa kehiteltiin mallia moniammatilliseen palveluun pitkäaikaistyöttömille asiakkaille osana kunnan työllistämisyksikön toimintaa. Hämeenkyrössä ja Liedossa kuntien työllistämisyksiköt Monityö ja Kisällikellari ovat toimineet jo useita vuosia. Harjavallassa kokeiluluonteinen sosiaalitoimen työllistämistoiminta käynnistyi vasta vuonna 2007. Toiminnallisesti hankkeet keskittyivät *palveluohjauksellisen mallin kehittelyyn*. Myös hanketoimijat olivat näissä hankkeissa muista hankkeista poiketen palveluohjaajia, eivät terveydenhoitajia. Yhteistä hankkeille oli, että varsinaiset terveystarkastukset tehtiin hankkeissa hallinnoivan tahon ulkopuolella joko ostopalveluna tai perusterveydenhuoltoon ohjaten. Hämeenkyrössä ja Liedossa terveystarkastukset ostettiin kunnallisesta työterveyshuollosta, Harjavallassa asiakkaat ohjattiin tarvittaessa terveyskeskuslääkäriin vastaanotolle.

Hämeenkyrössä hanke toteutui interventiona, jossa asiakkaille tehtiin alussa terveystarkastus ja toimintakyvyn mittaukset, jonka jälkeen asiakas osallistui erilaiseen aktivoivaan ja kuntouttavaan toimintaan ja lopuksi mittaukset uusittiin. Toimintakyvyn arvioinnit ja mittaukset sekä niiden arvioinnin ja raportoinnin toteuttaa Ikäinstituutti. Tulokset raportoidaan kesän 2009 aikana, lähtötason mittauksista on ilmestynyt raportti (Pohjolainen ym. 2009). Liedon hankkeessa asiakkaat ohjattiin ensin päihdehoitajan vastaanotolle, minkä jälkeen heille tehtiin terveydenhoitajan terveystarkastus ja useimmille myös työterveyslääkäriin arvio.

Toimintatavaltaan hankkeet erosivat suuresti siinä, missä määrin asiakastyössä painottuivat terveystarkastukset (kuviot 31). Itä-Hämeen, Joensuun, Kotkan ja Vantaan hankkeissa oikeastaan kaikille asiakkaille tehtiin terveystarkastus. Myös Forssan (85 % asiakkaista tehtiin terveystarkastus), Hämeenkyrön (85 %) ja Lieksan (88 %) hankkeissa terveystarkastuksia tehtiin keskimääräistä useammin. Selvästi keskimääräistä vähemmän terveydenhoitajan terveystarkastuksia tehtiin Hyvinkään (0 %), Harjavallassa (1 %) ja Etelä-Karjalassa (19 %).



Kuvio 31. Asiakkaat ja terveydenhoitajien tekemät terveystarkastukset PTT-hankkeissa 31.1.2009 mennessä (lkm).

Asiakkaiden ohjaaminen lääkärille työ- ja toimintakyvyn arviointiin vaihteli suuresti hankkeittain (ks. kuvio 41 liite2). Kyse lienee paljolti siitä, että hankkeissa on ymmärretty asia eri tavoin. Etelä-Karjalan, Helsingin, Hyvinkään ja Vantaan hankkeissa yhtään asiakasta ei koonnin mukaan ohjattu lääkärille työ- ja toimintakyvyn arviointiin. Eniten ohjauksia suhteessa asiakas- tai terveystarkastuslukumääriin tehtiin Liedon, Lieksan ja Kotkan hankkeissa. Näissä hankkeissa reilu kolmannes kaikista asiakkaista ohjattiin lääkärille työ- ja toimintakyvyn arviointiin. Volyymi-seurannan tuloksiin täytyy tältä osin suhtautua hyvin varauksellisesti, sillä hank-

keiden omien väli- ja loppuraporttien mukaan ohjaukset työ- ja toimintakyvyn arviointeihin olivat yleisempiä.

5.2.4 Paikkakunnan ja toteuttavan organisaation piirteet

Lähtökohdiltaan PTT-hankkeessa mukana olleet kunnat olivat varsin erilaisia.³⁶ Väestömäärältään kunnat vaihtelivat Helsingin reilusta 560 000 asukkaasta Harjavallan vajaaseen 8 000 asukkaaseen. Korkeimmat työttömyysprosentit vuoden 2007 marraskuussa olivat Lieksassa (18 %) ja Joensuussa (13 %), kun taas pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä oli korkein Kotkassa (32 %) ja Heinolassa (31 %). Matalimmat työttömyysluvut löytyivät Liedosta, jossa työttömyysprosentti oli 3 ja pitkäaikaistyöttömien osuus 15 %. Työttömyyden alueellinen jakautuminen on vaikuttanut toimintamallien kehittelyyn ainakin siten, että jo pidempään keskimääräistä matalampaa työttömyyttä kokeneille alueille ei ole myönnetty erillisrahoitusta työvoiman palvelukeskus-toiminnan perustamiseksi. Voidaan myös olettaa, että niillä alueilla, joissa työttömyysprosentti oli varsin matala, hankkeeseen ohjautui erittäin pitkään työttömänä olleita, ns. työttömien ”kovaa ydintä”.

Kansantauti-indeksi muodostuu seitsemän suurimman erityiskorvattavaan lääkehoitoon oikeuttavan sairauden (astma, diabetes, nivelreuma, psykoosit, sepevaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja verenpainetauti) esiintyvyydestä laskettuun keskiarvoon. Sairastavuus-indeksi perustuu taas kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä ja erityiskorvattavien lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä laskettuun keskiarvoon. Koko maan keskiarvo on molemmissa indekseissä 100. Molemmat indeksit siis kuvaavat hieman eri näkökulmista kunnan tai kaupungin väestön yleistä terveydentilaa ja sairastavuutta. Kansantauti-indeksillä 2007 tarkasteltuna tilanne oli paras Helsingissä (79,4) ja heikoin Oulussa (130,2). Sairastavuus-indeksillä 2007 tarkasteluna Lieto oli parhaimmassa asemassa (86,9), Lieksa taas heikoimmassa (125,7). Näkyvissä on siten Etelä- ja Länsi-Suomen väestön yleisesti parempi terveydentila suhteessa Itä- ja Pohjois-Suomeen.

Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen taloudellista merkitystä kunnissa ei arvioitu tämän tutkimuksen puitteissa. Sektoreiden väliin sijoittuvan, moniammatillista yhteistyötä edellyttävän ja eri sektoreiden toteuttamia toimenpiteitä sisältävän palvelun kustannusten arviointi on erittäin haastavaa. Kuntatalouden näkökulmasta pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen voidaan nähdä vaikuttavan osaltaan siihen, että kunnan osuus työmarkkinatuenu menosta vähenee. Tämä tietysti edellyttää, että toimenpiteitä suunnataan yli 500 päivää työmarkkinatuella olleisiin ja, että tarjolla on aktiivisia ja kuntouttavia toimenpiteitä, kuten kuntouttavaa työtoimintaa, terveystarkastuksen ohella.

36 Ks. tarkemmin taustamuuttujista taulukko 4 liitteessä 2.

Erityisesti pienemmillä paikkakunnilla kunnan panostus aktivoivaan ja kuntouttavaan toimintaan on selvästi vähentänyt kuntien osuutta työmarkkinatuen menoisista (ks. liite 2, taulukko 4).

Koska TYP oli keskeinen toimija ja yhteistyösapuoli suurimmassa osassa hankkeita, yksi toimintamallia määrittelevä piirre hankkeissa oli se, oliko TYP:ssa ennestään terveydenhuollon osaamista/ terveydenhoitajan palvelua. Etelä-Karjalan, Helsingin, Hyvinkään, Kotkan ja Vantaan TYP:ssa oli ennestään kokopäiväistä terveydenhoitajan resurssia. Forssan seudun TYP:ssa resurssia oli noin yksi päivä viikossa. Joensuun seudun, Itä-Hämeen, Itä-Savon, Lieksan, Oulun, Rovaniemen, Salon seudun ja Sastamalan (Vammalan seudun) TYP:ssa ei terveydenhoitajaresurssia ollut. Ainakin osassa näitä paikkakuntia/ alueita terveydenhuollon resurssia oli jo pidempään yritetty saada osaksi TYP-toimintaa, mutta tämä ei ollut toteutunut.

TYP-toiminnan lisäksi joillakin paikkakunnilla oli tai oli ollut terveydenhoitajan palvelua työttömille. Lappeenrannassa Kuntoutus- ja kylpyläsäätiö on tuottanut kaupungille työnhakijoiden terveystarkastuksia ja terveydenhoitajan vastaanottoa vuodesta 2005 lähtien. Toiminta toteutui aluksi TE-keskuksen rahoittamana, mutta on sittemmin siirtynyt kaupungin aikuissosiaalityön rahoitukselle vuosittaisella sopimuksella. Joensuun seudun TYP:ssa mukana olevassa Kontiolahdessa on terveyskeskuksessa terveydenhoitaja, jonka vastuulla on myös kunnan työttömien terveydenhuolto. Kotkassa oli työttömien terveydenhoitaja vuoteen 2002 asti, sittemmin palvelua on ollut vain TYP:n asiakkaille. Myös Savonlinnassa oli aiemmin ollut tarjolla terveystarkastuksia työttömille, mutta palvelu oli päättynyt vuonna 2007 mm. resurssien ja tiedotuksen puutteeseen.

Harjavalta, Hämeenkyrö ja Lieto eivät ole mukana TYP-toiminnassa. Alueiden keskimääräistä paremman työllisyystilanteen takia, ei erillismäärärahaa TYP-toiminnalle ole myönnetty. Hämeenkyrössä ja Liedossa oli jo aiemmin ostettu terveystarkastuksia ja -palveluja kunnallisesta työterveyshuollosta työtoiminnassa mukana oleville asiakkaille. Hankkeiden tavoitteena oli systematisoida ja vakiinnuttaa terveyspalvelumallia paikkakunnilla. Harjavallassa sosiaalitoimen työllistämistoiminta oli vasta käynnistynyt. Paikkakunnalla ei ole työpajaa tai vastaavaa fyysistä yksikköä työtoiminnalle vaan työelämävalmennukset toteutuvat kunnan eri toimintayksiköissä (mm. vanhustenhuolto, kunnostustyöt).

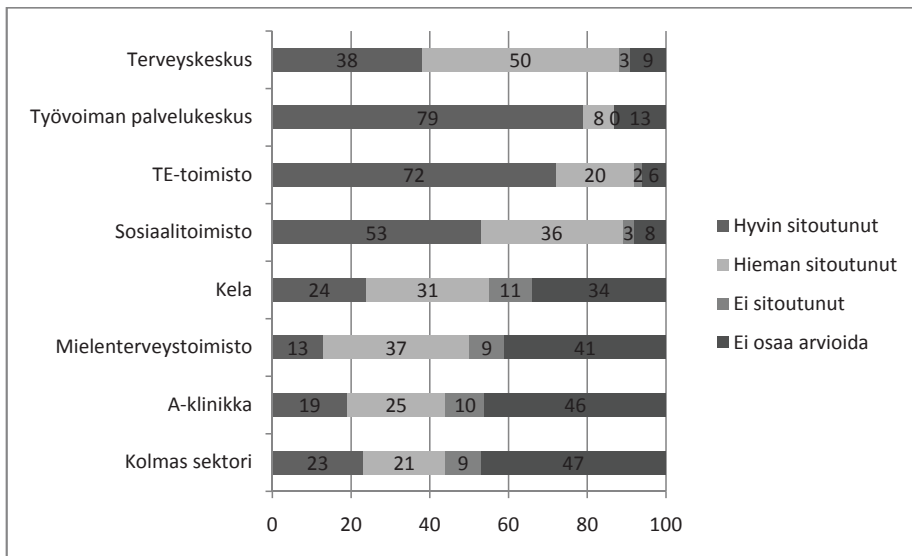
Alueellinen näkökulma oli vahvasti mukana useimmissa hankkeissa. Hankkeessa mukana olleista TYP:sta monet olivat alueellisia, useamman kunnan yhteisiä (Forssan seutu, Itä-Häme, Itä-Savo, Etelä-Karjala, Salon seutu, Joensuu, Salon seutu). Myös Liedon Kisällikellari toimii alueellisesti tarjoten kuntouttavaa työtoimintaa Auran ja Tarvasjoen kunnille. Oman haasteensa kuvioon tuo se, että perusterveydenhuolto on voitu organisoida erilaisten alueellisten periaatteiden mukaan. Esimerkiksi Itä-Hämeessä TYP:ssa ovat mukana Heinola, Sysmä ja Hartola, jotka kuitenkin ovat eri perusterveydenhuollon järjestelmän alla; Heinolassa on oma perusterveydenhuolto, kun taas Sysmä ja Hartola ovat mukana Päijät-Hä-

meen sosiaali- ja terveystyöpiirissä. Kuntaliitoksia ja sosiaali- ja terveystyöpalvelun organisoitumisen muutoksia tapahtui useammalla hankepaikkakunnalla hankkeen aikana. Esimerkiksi kymmenen kuntaa yhdistänyt Salon kaupunki ja Vammalan seudun kunnista muodostettu Sastamalan kaupunki aloittivat toimintansa vuoden 2009 alusta.

5.2.5 Verkostot ja yhteistyö

Kaikissa hankkeissa toteutui laaja-alaista verkostoitumista ja yhteistyötä monien eri tahojen kanssa. Kaikilla paikkakunnilla toimijaverkostoihin kuuluivat työ- ja elinkeinotoimistot, sosiaalitoimistot, päihde- ja mielenterveystyöpalvelut, Kela, terveyskeskukset ja TYP-paikkakunnilla myös TYP:et. Useissa hankkeissa tehtiin myös tiivistä yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden ja erilaisten teemaan liittyvien hankkeiden kanssa. Ohjausryhmien jäsenille tehdyn kyselyn mukaan 77 % vastaajista koki, että toimintamallin myötä työhallinnon, sosiaalitoimen ja terveydenhuollon välinen yhteistyö oli parantunut. Liki 80 % ohjausryhmien jäsenistä arvioi, että asiakkaat ohjautuivat nyt entistä paremmin oikean palvelun piiriin. (Ks. kuvio 38, liite2).

Yhteys perusterveydenhuoltoon ja perusterveydenhuollon sitoutuminen työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämiseen on keskeinen näkökulma työttömien terveystyöpalvelujen organisoitumisessa.



Kuvio 32. Eri toimijaosapuolten sitoutuminen työttömien terveystarkastus- ja palvelumallin luomiseen paikkakunnalla/ alueella ohjausryhmien jäsenten arvioiden mukaan % (N=65).

Ohjausryhmien kyselyn mukaan 38 % vastaajista koki, että terveyskeskus oli hyvin sitoutunut työttömien terveyspalvelumallin luomiseen. Puolet vastaajista arvioi terveyskeskuksen hieman sitoutuneeksi ja 3 % ei sitoutuneeksi. Työvoiman palvelukeskuksen, työ- ja elinkeinotoimiston ja sosiaalitoimiston sitoutuneisuus arvioitiin keskimäärin selvästi korkeammaksi kuin terveyskeskuksen (kuvio 32.)

Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa vaihteli hallinnollisesti ja toiminnallisesti. Osa hankkeista oli perusterveydenhuollon hallinnoimia, joten sitä kautta toteutui suora yhteys. Tämä ei kuitenkaan välttämättä taannut toimivia yhteistyösuhteita toiminnan edelleen kehittelyä ja juurruttamista ajatellen. Käytännön työssä saatettiin kokea monenlaisia ennakkoluuloja ja epäilyksiä pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluja kohtaan. Kuitenkin hallinnollinen yhteys näytti helpottavan mahdollisuuksia luoda kanavia ja tilaisuuksia toiminnan levittämiseen ja juurruttamiseen. Itä-Hämeen, Itä-Savon, Forssan, Oulun ja Sastamalan hankkeissa järjestettiin mm. erilaisia keskustelutilaisuuksia teemaan liittyen terveyskeskuksen johdolle ja henkilöstölle.

Muiden keskeisten toimijoiden (Kela, mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä kolmas sektori) osalta ohjausryhmien jäsenten arviot sitoutumisesta työttömien terveyspalvelun kehittelyyn olivat selvästi hajanaisempia. Terveydenhoitajien ja muiden hanketoimijoiden kokemukset käytännön yhteistyöstä näiden tahojen kanssa olivat useimmiten varsin myönteisiä. Ohjausryhmien jäsenten arviot kertovatkin ehkä pikemmin siitä, ettei näiden toimijoiden sitoutumisesta ole useinkaan käytetty neuvotteluja yli yksittäisten asiakastilanteiden.

5.2.6 Jatkosuunnitelmat ja liittyminen strategioihin

Suurin osa hankkeista jatkaa toiminnan edelleen kehittelyä, levittämistä ja juurruttamista PTT-hankkeessa. Vain Joensuu ja Helsinki eivät jatka hankkeessa. Joensuussa neuvottelut työttömille suunnatuista terveyspalveluista eivät ole tuottaneet tulosta. Helsingissä työttömien terveyspalvelu jatkuu osana TYP-toimintaa ja toimintaan on saatu kahden terveydenhoitajan vakanssit lisää.

Muilla paikkakunnilla hanketoimintaa jatkuu, mutta monissa hankkeissa on tehty uusia linjauksia ja painopisteitä. Suurimpia muutoksia tulee Kotkan ja Vantaan hankkeisiin. Kotkassa työttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtyvät hallinnollisesti ja toiminnallisesti kaupungin uuteen sosiaalitoimen alaiseen työllisyysyksikköön. Toiminnassa tullaan painottamaan entistä enemmän myös eläkeselvittelytyötä. Myös Vantaalla palvelu siirtyy osaksi työllisyysyksikkö-tyypistä palvelua; Vantaan Valoon, joka on kaupungin, aikuiskoulutuskeskuksen ja sosiaalisen yrityksen yhteinen työtoiminnan ja työllistämisen yksikkö. Hallinnollisesti toiminta säilyy TYP:n kuntapuolen alla.

Forssan, Itä-Hämeen, Itä-Savon, Sastamalan ja Oulun hankkeissa tavoitteena on työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen liittäminen osaksi terveyskeskuk-

sen terveydenhoitajien muuta työskentelyä. Forssan, Itä-Hämeen ja Itä-Savon osalta painopiste on siirtynyt vahvemmin tähän suuntaan jatkohankkeessa. Oulussa ja Sastamalassa toiminnan juurruttaminen on jo pidemmällä. Liedossa päihdehoitajan toimi on vakinaistettu ja jatkohankkeen tavoitteena on vakinaistaa myös palveluohjaajan toimi. Työttömien terveyspalvelun osalta neuvotteluja käydään vielä siitä, miten palvelu tullaan kunnassa järjestämään; osana terveyskeskuspalvelua vai ostopalveluna työterveyshuollosta. Lieksassa hanke siirtyy sosiaalitoimen alle ja suunnitelmissa on liikkuva palvelu toteutuen osittain TYP:ssa ja osittain terveyskeskuksessa.

Toiminnan juurruttamisen näkökulmasta tehtiin kartoitus siitä, näkyvätkö pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut hankkeessa mukana olevien paikkakuntien tai kuntayhtymien terveydenhuollon tai sosiaali- ja terveydenhuollon strategioissa tai talousarvioissa. Kartoitus tehtiin etsimällä tietoa internetin kautta kuntien/ kuntayhtymien sivuilta. Kaikkien paikkakuntien osalta näitä tietoja ei internetistä löytynyt, joten tarkastelu ei ole kattava³⁷. Kiinnostavaa on kuitenkin huomata, että joillakin paikkakunnilla työttömien terveystarkastukset ja -palvelut on otettu osaksi suunnitelmia, strategioita ja/tai talousarvioita. Näillä paikkakunnilla voisi siten olla hyvät mahdollisuudet palvelun juurruttamiseen.

Selkeimmin työttömien terveystarkastuksiin ja -palveluihin liittyviä kohtia oli löydettävissä seuraavista asiakirjoista. Lappeenrannan seudun työllisyyspoliittisessa ohjelmassa 2008 - 2010 esitetään työnhakijoiden työterveyshuollon liittämistä osaksi uuden sosiaali- ja terveyspiirin järjestämää perusterveydenhuoltoa. Lieksan vuoden 2009 talousarviossa mainitaan työttömien terveydentilan seurannan ja terveysneuvonnan vakiinnuttaminen osana Pielisen-Karjalan hyvinvointistrategiaa 2006 - 2010. Sastamalan talousarviossa vuodelle 2009 on perusterveydenhuollon tuloskortissa mainittu tavoitteena pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten vakiinnuttaminen osaksi perusterveydenhuollon toimintaa. Oulussa sosiaali- ja terveydenhuollon strategiassa vuoteen 2011 mainitaan pitkäaikaistyöttömien ehkäisevät sosiaali- ja terveyspalvelut. Liedon työllisyydenhoidon aiesopimuksessa 2009 mainitaan, että kuntayhtymä osallistuu aktiivisesti työllistettävien työ- ja toimintakyvyn arviointiin ja hankkeeseen sekä tekee työttömille terveystarkastuksia. Useissa muissakin kunnissa mainittiin strategioissa mm. sosio-ekonomisten terveyserojen kaventaminen, minkä voi myös nähdä tukevan työttömien terveyspalvelujen juurruttamista.

37 Tietoja strategiasta/ talousarvioista ei löytynyt Salon, Vantaan, Hyvinkään, Rovaniemen eikä Itä-Hämeen/Heinolan osalta.

5.2.7 Johtopäätöksiä vertailusta

Hankkeissa toteutuneen toiminnan vertailu osoittaa, että hankkeiden välillä oli suurta vaihtelua esitetyn kuuden ulottuvuuden välillä. Toteutuksessa oli 17 erilaista hanketta omine hallintoineen, toimijoineen ja tavoitteineen erilaisissa toimintaympäristöissä. Yksittäisten hankkeiden kohdalla toiminnan toteutumiseen ovat saattaneet vaikuttaa mm. hanketyöntekijän vaihtuminen kesken hankekauden. Tämä on voinut vaikuttaa esimerkiksi asiakasmääriin tai ohjaukikäytäntöihin. Hallinnollisesti hankkeita johdettiin eri tahoilta eikä hallinnoivaa tahoja ja sen merkitystä välttämättä mietitty toimintaa aloitettaessa. Tuloksena oli hyvin erilaisia hallinnollisia rakenteita. Paikkakuntien lähtötilanteet ja palvelurakenteet erosivat myös toisistaan. Variaatiota oli kuitenkin nähtävissä myös niiden paikkakuntien välillä, joissa oli yhteneväisiä lähtökohtia, kuten TYP-paikkakunnilla tai korkean työttömyyden paikkakunnilla. Kullakin paikkakunnalla/ hankkeella oli siten omakohtaiset tavoitteensa, joita vasten palvelumallia alettiin rakentaa. Näiden tavoitteiden toteutumista hanketyöntekijät arvioivat itse loppuraporteissaan (ks. www.thl.fi/ptt).

Toisaalta löydettävissä on myös kaikkia hankkeita yhdistäviä asioita. Terveystarkastukset ja siihen liittyvät terveydenhoitajan toimet näyttivät toteutuvan kaikissa hankkeissa pääpiirteiltään hyvin samanlaisina. Asiakkaille tehtiin terveystarkastuksia, joihin liittyi myös neuvontaa ja ohjausta. Toimenkuvaan kuului lisäksi muiden työntekijöiden konsultointia ja moniammatillista yhteistyötä. Vaihtelua hankkeiden välillä oli esimerkiksi siinä, tapasiko hoitaja asiakkaan yhden vai useamman kerran tai liittyikö palveluun joitakin ryhmämuotoisia toimintoja. Nämä erot eivät kuitenkaan näy systemaattisesti esimerkiksi asiakasmäärissä tai -ohjauksissa.

Selkeimmin kehiteltyjä palvelumalleja erittelee ja yhdistää *toteutustapaan* ja välineisiin liittyvä ulottuvuus. Kiinnostavaksi tarkastelunäkökulmaksi nousee se, *mihin rakenteeseen palvelu kiinnittyy* ja millaisia vaikutuksia tällä voidaan olettaa olevan esimerkiksi toiminnan vahvuuksiin ja heikkouksiin. Seuraavaksi tarkastellaan terveystarkastusten ja -palvelujen rakenteellista kiinnittymistä osaksi muuta palvelua viiden erilaisen kiinnittymispisteen kautta; työvoiman palvelukeskukseen tiiviisti kiinnittynyt, työvoiman palvelukeskuksen löyhästi kiinnittynyt, terveyskeskukseen kiinnittynyt, työvoima- ja elinkeinotoimistoon kiinnittynyt ja kunnan työllistämisyksikköön kiinnittynyt palvelun toteutus. Tarkastelua tehdään edellä esitettyjen ulottuvuuksien pohjalta. Lisäksi tarkastellaan näkykö asiakkaiden siirtymien suunnissa painotuksia sen mukaan minne terveystarkastukset ja -palvelut ovat rakenteellisesti kiinnittyneet. Siirtymien valmistelun tarkastelu pohjautuu tässä siihen, minne asiakkaat ohjattiin terveystarkastuksista (ks. kuvat 39 ja 40, liite 2).³⁸

³⁸ Asiakkaiden ohjauksia on tarkasteltu kahden jaottelun avulla: kaikki ohjaukset terveystarkastuksista ja muut kuin työvoimatoimistoon/ TE-toimistoon tai TYP:een suuntautuneet ohjaukset terveystarkastuksesta. Kaikkien ohjauksien osalta tarkastelua hankaloittaa se, ettei pystytä erottelemaan mikä osa ohjauksista on ollut takaisinohjauksia lähettävälle taholle. Koska suurin osa asiakkaista ohjattiin tarkastuksiin työvoimatoimistosta/ TE-toimistosta tai TYP:sta, tehdään tarkastelua pääasiassa ilman näitä ohjauksia.

5.3 Palvelun rakenteellinen kiinnittyminen

5.3.1 Työvoiman palvelukeskukseen tiiviisti kiinnittynyt palvelu

Yhteispalvelussa ja työvoiman palvelukeskuksissa on toiminnan alusta alkaen luotu mallia terveydenhuollon toimintojen mukaan ottamiseksi osana työhallinnon, sosiaalitoimen ja Kelan moniammatillista palvelua (ks. Arnkil ym. 2004; Arnkil ym. 2007; Karjalainen & Saikku 2008; Saikku 2008). Toimintamalli on rakentunut samantyyppiseksi eri palvelukeskuksissa sisältäen terveydenhoitajan terveystarkastuksia, asiakkaiden neuvontaa ja ohjausta, ryhmämuotoisen toiminnan (kuntoutus, liikunta, elintavat) organisointia, yhteistyötä palveluja tuottavien yksityisten ja kunnallisten tahojen kanssa, konsultointia, lausuntojen antamista kuntoutus- ja eläkeasioissa sekä osallistumista TYP:n moniammatilliseen tiimityöhön. Myös työterveyshuolto-tyyppiset tehtävät työvoimapoliittisissa toimenpiteissä tai kuntouttavassa työtoiminnassa mukana oleville voivat kuulua terveydenhoitajan toimenkuvaan. Vuoden 2007 lopulla TYP:eissa (39) oli terveydenhuollon työntekijöiden henkilöresurssia yhteensä 32 henkilötyövuotta. 15 TYP:ssa ei ollut vielä omaa terveydenhoitajaa, jolloin palvelua saatettiin hankkia mm. ostopalveluna (Saikku 2008, 66-67). TYP-toimintaa ei ole tarjolla jokaisessa kunnassa. Vuonna 2007 TYP-toiminnassa oli mukana 52 työvoimatoimistoa ja 161 kuntaa eikä erillismäärärahaa uusien palvelukeskusten perustamiseen enää myönnetä.

TYP:een kiinnittyvää terveyspalvelua vahvasti määrittelevä ominaisuus on, että terveystarkastukset ja -palvelut kohdistuvat vain TYP:n asiakaskunnalle. TYP-toiminta on erityispalvelu-luonteista palvelua valikoidulle asiakaskunnalle. Valtakunnallisten asiakaskriteerien mukaan TYP:n ensisijaisiksi asiakkaiksi määritellään pitkään työttömänä olleet työmarkkinatuen ja toimeentulotuen asiakkaat, joiden työllistymisen tueksi tarvitaan moniammatillista tukea (TM 14:00/2007). TYP-asiakkaissa on enemmän miehiä ja vajaakuntoisia kuin työttömissä työnhakijoissa keskimäärin. TYP:n asiakaskunta vaihtelee eri alueilla mm. nuorten asiakkaiden osalta. (Karjalainen & Saikku 2008). PTT-hankkeessa TYP:een tiiviisti kiinnittyneissä hankkeissa oli suhteellisesti eniten nuorempia, alle 45-vuotiaita, asiakkaita: Etelä-Karjalassa 92 %, Joensuussa 80 %, Salossa 72 % ja Helsingissä 63 % (ks. liite 2 kuvio 37). Mikäli alueella toimiva TYP painottaa nuoria asiakaskunnassaan, on mallin avulla mahdollista tavoittaa hyvin myös nuoria työttömiä terveystarkastuksiin. Nuorten motivoiminen palveluun voi olla helpompaa, kun moniammatillinen tiimi voi käsitellä asiaa yhdessä nuoren kanssa ja terveyspalvelu lomittuu osaksi muuta palvelua.

TYP:ssa terveyspalvelun hallinnointi asettuu kuntapuolen vastuulle. Hanke-toiminnassa tämä ei ole välttämätöntä, mutta toiminnan jatkuvuuden ja juurtumisen kannalta on olennaista, että palvelu asettuu kuntayhteyteen. Parhaimmat toimintaedellytykset (tietojärjestelmät, tiedonkulku, ammatillinen tuki ja koulu-

tus) ovat silloin, kun TYP:n terveystalvvelu on osa kunnan perusterveystalvvelun toimintaa. Tällöin erityistalvvelua pystytään tarkastelemaan osana kuntalaisten terveystalvvelujen kokonaisuutta.

Toiminnallisesti terveystarkastukset ja -talvvelut on mahdollista toteuttaa myös ostopalvveluna, joskin tällöin voi tulla ongelmia talvvelun jatkuvuudessa ja kehittämisessä sekä tiedonkulussa perusterveystalvveluun. Aiempien selvitysten mukaan TYP:n terveystalvveluiden vahvuutena nähdään erityisesti terveystalvveluhoitajan fyysinen sijoittuminen samoihin tiloihin muiden työntekijöiden kanssa. Tällöin terveystalvveluhoitajan konsultointi on helppoa ja asiakkaiden ohjaus mutkatonta. Myös asiakkailla on matalampi kynnyks talvveluun. (Saikku 2008, 67).

Verkostojen ja yhteistyön näkökulmasta terveystalvvelun toteutuminen TYP:ssa antaa mahdollisuuden tiiviiseen moniammatilliseen tiimityöhön etenkin työ- ja elinkeinohallinnon, sosiaalitoimen ja Kelan työntekijöiden kanssa. TYP:n yhteistyöverkostot ovat yleensä varsin laajoja sisältäen niin viranomaistahoja kuin kolmannen sektorin ja yksityissektorin talvveluntuottajia. TYP-toimintamallissa terveystalvveluhoitajan on helppo päästä laaja-alaisiin yhteyksiin ja saada moniammatillista tukea ja tietoa oman työnsä tueksi.

TYP:een kiinnittyvät työttömien terveystarkastukset ja -talvvelut mahdollistavat terveystalvvelujen saumattoman ja luontevan liittymisen osaksi moniammatillista talvvelukokonaisuutta. Toimintamallin kautta voidaan tavoittaa etenkin niitä työttömiä, jotka ovat olleet pitkään työttömänä ja, joilla on erityisiä vaikeuksia työllistyä, usein myös terveystalvveluhoitajan syiden takia. Asiakkaille malli tarjoaa matalan kynnyksen talvvelua. Terveystalvveluhoitajalle toimintamalli tarjoaa moniammatillisten yhteydet ja tuen. Terveystalvveluhoitajan ammatillisen tuen näkökulmasta mallin haasteena on yhteys perusterveystalvveluun. Vaikka talvvelu olisi hallinnollisesti perusterveystalvveluhoitajalla, voi terveystalvveluhoitajan fyysinen sijoittuminen erilleen muusta terveystalvvelusta hankaloittaa yhteydenpitoa ja yhteenkuuluvuutta. Terveystalvveluhoitajan osallistuminen yhteisiin kokouksiin ja koulutuksiin tulee varmistaa. Talvvelukeskuksessa usein yksin ammattikuntaansa edustavalla terveystalvveluhoitajalla tulee olla mahdollisuus päivittää terveystalvveluhoitajalla osaamistaan ja saada ammatillista tukea samalla tavoin kuin esimerkiksi terveystalvvelukeskuksessa toimivalla terveystalvveluhoitajalla.

Siirtymien näkökulmasta näyttää, että TYP:een tiiviisti kiinnittyneissä hankkeissa asiakkaita ohjattiin keskimääräistä harvemmin terveystalvvelukeskukseseen, mutta keskimääräistä useammin mielenterveystalvveluihin. Tämän voisi ajatella kertovan siitä, että kuntoutukseen suuntaavat siirtymät ovat usein valmistelussa (ks. kuvio 39, liite 2).

TYP:een tiiviisti kiinnittyvän terveystalvvelun keskeisin rajoite on, että terveystalvvelu kohdistuu hyvin rajatulle kohderyhmälle; vain pienelle osalle työttömiä. Vuosittain TYP-talvvelun piirissä on noin 25 000 asiakasta. Työttömien laajempi tavoittaminen tai varhaisempi puuttuminen eivät toteudu TYP-toimintaan tiiviisti kiinnittyneen toimintamallin kautta.

5.3.2 Työvoiman palvelukeskustoimintaan löyhästi kiinnittynyt palvelu

TYP-toimintaan löyhemmin kiinnittyneissä hankkeissa palvelu pohjautui TYP-toimintaan, mutta asiakaskuntaa ja toimintaympäristöä laajennettiin. Yhteisenä lähtökohdiana hankkeille oli, ettei työvoiman palvelukeskuksessa ollut ennestään terveydenhoitajan palvelua. Laajennettu näkökulma toimi täten myös perusteluna toiminnan käynnistämiseksi. Terveydenhoitajan työtilat saattoivat sijaita fyysisesti TYP:ssa tai hän piti vastaanottoa liikkuvasti eri kuntien alueella. Vastaavan tyyppistä liikkuvaa palvelua on toteutettu aiemmin TYP:n sosiaalityön ja työhallinnon työntekijöiden toimesta pienemmillä TYP-paikkakunnilla (Karjalainen & Saikku 2008, 210-211).

Asiakaskunta muodostui vaihtelevammaksi kuin TYP:een tiiviisti kiinnittyneessä palvelussa (ks. kuvio 30). Itä-Savossa ja Rovaniemellä suurin osa asiakasohjauksista terveystarkastuksiin tuli TYP:sta (90 % ja 56 %), Itä-Hämeessä ja Lieksassa taas työvoimatoimistosta (44 % ja 70 %). Rovaniemellä sosiaalipuoli oli tiiviisti mukana hankkeessa ja 40 % asiakkaista ohjattiin palveluun sosiaalitoimistosta. Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 45-vuotiaiden osuus asiakkaista oli suurempi Itä-Savon (40 %) ja Rovaniemen (45 %) hankkeissa kuin Itä-Hämeessä (29 %) ja Lieksassa (24 %) (ks. liite 2 kuvio 37).

Hankkeiden hallinnolliset ratkaisut olivat vaihtelevia; Itä-Hämeessä ja Lieksassa palvelu sijoittui TYP:n, Rovaniemellä kaupungin perusturvaosaston ja Itä-Savossa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alaisuuteen. Kuten edellä TYP-toimintamallin yhteydessä jo todettiin, hallinnollinen yhteys perusterveydenhuoltoon on tärkeä toiminnan juurruttamisen ja jatkuvuuden kannalta. Asiakaskunnan ollessa TYP:n asiakaskuntaa laajempi, on myös perusteltua hallinnoida toimintaa TYP-toimintaa laajemmasta näkökulmasta.

Rovaniemen hankkeessa sosiaaliohjaajan palvelun liittäminen osaksi toimintaa ja Itä-Savossa terveydenhoitajan vastaanotot kolmannen sektorin työtoimintapaikoilla toivat TYP:n terveyspalvelun elementtejä laajemman asiakaskunnan ulottuville. Verkostoitumisen ja yhteistyön näkökulmasta liittyminen TYP-palveluun avasi hanketoimijoille/ terveydenhoitajille mahdollisuuden moniammatilliseen tiimityöskentelyyn ja tiedonsaantiin työttömien palveluun liittyvistä toimijatahoista. TYP-asiakkaiden kohdalla mahdollisuuksia moniammatillisiin tapaamisiin oli helpompi järjestää kuin niiden asiakkaiden kohdalla, jotka ohjautuivat työvoimatoimistosta. TYP:ssa moniammatillinen tiimirakenne oli jo valmiina. Mikäli terveydenhoitajalla oli käyttöoikeudet TYPPI-tietojärjestelmään, myös tiedonkulku ja palautteen anto sujui helpommin TYP:een kuin työvoimatoimistoon. Yksi haaste toiminnan kehittämisessä onkin toimivien verkostotyön käytäntöjen luominen myös TE-toimiston ja muiden lähettävien tahojen väliseen yhteistyöhön.

Haasteelliseksi TYP-toimintaan löyhästi kiinnittyneen palvelun työttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa tekee omistajuudesta sopiminen; kuka palve-

lun omistaa ja kenelle sitä tarjotaan? Aiempien selvitysten perusteella on tiedossa, että niissä TYP:ssa, jossa ei ole terveydenhuollon palveluita, on usein yritetty saada palvelua mukaan jo pitkään. TYP:ssa voi siten olla paljon patoutuneita tarpeita ja odotuksia terveyspalvelua kohtaan. Toiminnan liittäminen löyhästi TYP-toimintaan vaatii keskustelua ja sopimuksia siitä missä määrin ja millä kriteereillä asiakkaita TYP:sta ja muilta tahoilta ohjataan, ja miten intensiivisesti terveydenhoitaja voi osallistua esimerkiksi TYP:n tiimityöskentelyyn tai tarjota konsultaatiota TYP:n työntekijöille. PTT-hankkeen aikana nämä kysymykset eivät osoittautuneet suureksi ongelmaksi, mutta on oletettavaa että toiminnan vakiintuessa myös asiakasmäärät tulevat kasvamaan ja yhteisiä asiakaskriteereitä ja sopimuksia tarvitaan. Omistajuuden kysymys liittyy tietysti myös hallinnoivaan tahoon. Jos hallinnointi on TYP:ssa, voi muiden tahojen olla vaikea saada omia näkemyksiään ja tarpeitaan riittävästi huomioituksi.

Palvelumallin vahvuutena on yhteys TYP-toimintaan; TYP:n kautta terveydenhoitajat saavat asiantuntemusta työttömyyteen liittyvissä asioissa ja tietoa mm. mukaan liittyvistä tahoista ja toimijoista. Toimintamalli voisi soveltaa erityisen hyvin pienemmille TYP-paikkakunnille ja TYP:lle, joissa on mukana useita pieniä kuntia. Pienillä TYP-paikkakunnilla malli tarjoaisi niin syvennettyä erityispalvelua TYP-asiakkaille kuin yleisempää palvelua (terveystarkastukset, ohjaus, neuvonta) kunnan muille työttömille. Liikkuvalla palvelulla voitaisiin taas varmistaa palvelujen saanti myös pienemmillä paikkakunnilla. Toisaalta palvelumalli vaatii kiinteää yhteistyösuhdetta myös TE-toimistoon ja sosiaalitoimistoon sekä toimintatapojen kehittelyä näiden tahojen kanssa.

Siirtymien näkökulmasta TYP-palveluun löyhemmin kiinnittyneissä hankkeissa ei ollut nähtävissä kovin selkeitä suuntia. Hankkeet toimivat erilaisissa ympäristöissä ja painotuksin. Useimmissa hankkeissa (Itä-Häme, Itä-Savo, Lieksa) asiakkaita ohjattiin keskimääräistä useammin terveyskeskukseen kun taas Rovaniemen hankkeen tiivis yhteys sosiaalitoimeen näkyi keskimääräistä useampina ohjauksina sosiaalitoimistoon. Hankkeissa tehtiin melko paljon ohjauksia TYP:een ja työvoimatoimistoon, mutta olettavasti suuri osa ohjauksista oli takaisinohjauksia lähettävälle taholla. Valmistelussa saattoi siten olla siirtymiä niin hoidon ja kuntoutuksen, sairausvapauksien ja eläkkeen kuin työllistymisenkin suuntaan. (ks. kuviot 39 ja 40, liite 2).

5.3.3 Terveyskeskukseen kiinnittynyt palvelu

Muutamissa hankkeissa painopisteenä oli pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten toteutuminen terveyskeskuksessa. Yhteistä paikkakunnille oli, että ne olivat TYP-paikkakuntia, joissa ei ollut TYP:n terveydenhoitajan vakiintunutta palvelua. Tarkoituksena oli siten luoda toimintamalli, joka palvelisi niin TYP:n, TE-toimiston kuin sosiaalitoimen työttömiä asiakkaita. TYP-toimintaan löyhästi kiinnit-

tyneestä palvelusta toteutus erosi siten, että hankkeet kiinnittyivät kiinteämmin osaksi terveyskeskustoimintaa. Tavoitteena oli luoda terveysasemille toimintamalli, jossa terveydenhoitajat osana muuta vastaanottotyötään huolehtisivat myös työttömien terveystarkastuksista ja -palvelusta. Pisimmälle tässä toteutuksessa edettiin Oulun hankkeessa, jossa työttömien terveystarkastukset aloitettiin kaikilla alueellisilla terveysasemilla hankkeen aikana. Forssan seudulla ja Sastamalassa toimintamallin levittäminen alueella toteutuu jatkohankkeen aikana. Oulussa kehitelty malli oli ainoa terveystarkastus-malli, jossa tavoitteena oli hyvin matalan kynnyksen avoin palvelu työttömille. Mahdollisuudesta tulla terveystarkastukseen omalle terveysasemalle tiedotettiin mm. paikallislehdissä. PTT-hankkeen ulkopuolella vastaavantyyppistä toimintaa on ollut ainakin Espoon kaupungissa.

Terveyskeskus-mallia toteuttaneet hankkeet vaihtelivat asiakaskunnaltaan siten, että Forssan hankkeeseen asiakkaat ohjautuivat hyvin tasaisesti TYP:sta ja TE-toimistosta, kun taas Sastamalan ja Oulun hankkeissa TYP oli useimmin ohjaavana tahona. Sastamalassa myös sosiaalitoimistosta tehtiin paljon ohjauksia, Oulussa taas joka kymmenes asiakas tuli terveystarkastukseen omatoimisesti lehti-ilmoitusten tai muun yleisen tiedotuksen kautta. Sastamalassa asiakaskunta oli iäkäämpää kuin toisissa hankkeissa.

Yhteistyön vahvuutena terveyskeskus-hankkeissa oli kiinteä yhteys perusterveydenhuoltoon, mikä osoittautui haasteelliseksi monissa muissa hankkeissa. Työttömien terveystarkastus ja -palvelumallia vietiin alusta alkaen osaksi perusterveydenhuollon toimintaa, suunnitelmia ja strategioita. Palvelun konkreettinen sijoittuminen terveyskeskukseen saattoi osaltaan edesauttaa terveydenhuollon johdon sitoutumista palvelun kehittämiseen. PTT-hankkeen aikana asiakasmäärät etenkin Sastamalan ja Oulun hankkeissa olivat vielä pienet ja yhteistyösuhteet TYP:een ja sosiaalitoimeen kiinteät. Toimintamallin laajentuessa ja toimijoiden lisääntyessä haasteena tulee olemaan verkostoituminen TE-hallinnon ja sosiaalitoimen suuntaan. Terveydenhoitajan fyysinen erillisuus muista toimijoista ja yhteisen tietojärjestelmän puuttuminen vaativat selkeästi määriteltäviä tiedotuksen ja tiedonkulun välineitä. Asiakkaiden tulee saada tietoa palvelun olemassaolosta ja mieluiten myös aktiivista ohjausta terveyspalveluun tilanteen mukaan. Toisaalta tarvitaan myös mahdollisuuksia asiakkaiden asioiden moniammatilliseen käsittelyyn tarvittaessa. Oulun hankkeessa kehiteltiin moniammatillisen tiimityön käytäntöjä osana terveystarkastusprosessia, Sastamalassa toteutettiin säännöllisiä moniammatillisia loppupalavereita asiakkaiden kanssa.

Haasteena toimintamallissa voidaan nähdä myös työttömyys-kysymyksen laaja-alaisuuden ylläpitäminen. Jos palvelu toteutuu perusterveydenhuollon hallinnoimana terveyskeskuksessa, voi vaarana olla näkökulman supistuminen terveydentila-painotteiseksi. Asiakkaan kokonaistilannetta ja ratkaisuja tulee tarkastella laaja-alaisesti etsien vastauksia myös terveyden ja terveyspalvelujen ulkopuolelta; sosiaalisista suhteista, taloudellisesta tilanteesta, TE-hallinnon ja sosiaalitoimen palveluista tai vapaaehtoistoiminnasta. Terveydenhuollon omassa kontekstissa nä-

mä asiat voivat olla melko vieraita. Toinen haaste toiminnan sijoittumisessa osaksi terveydenhoitajan muita työtehtäviä on tiedon ja kiinnostuksen ylläpitäminen tästä kohderyhmästä. Pitkään työttömänä olleet ja mahdollisesti monia erilaisia ongelmia omaavat kuntalaiset eivät välttämättä ole toivotuinta asiakaskuntaa terveyskeskusten kiireisessä työtahdissa. Terveyskeskusten käytännöt on usein luotu ajatellen toisenlaista asiakaskuntaa, ei esimerkiksi sellaisia ihmisiä, joiden oma motivaatio hoitoon on heikko (ks. Myllymäki 2006, 14 - 15).

Terveyskeskus-toimintamallin vahvuutena on, että työttömien terveystarkastukset ja -palvelut toteutuvat kiinteänä osana kunnan muuta perusterveydenhuollon palvelua. Asiakkaiden kannalta palvelun sijoittuminen terveyskeskukseen on selkeää ja tasavertaista muiden asiakasryhmien kanssa. Terveystarkastajille tarjoutuu mallissa selkeä ammatillinen työyhteisö, johon kiinnittyä. Tiedon lisääntymisen työttömyydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä terveydenhoitajilla mahdollistaa myös ennaltaehkäisevän työtteen vahvistumista tästä näkökulmasta esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolatyössä tai kouluterveydenhuollossa.

Siirtymien näkökulmasta on mielenkiintoista, että terveyskeskukseen kiinnittyneissä hankkeissa ei ohjattu asiakkaita keskimääräistä useammin terveyskeskuksen palveluihin, kuten ehkä voisi olettaa. Sen sijaan asiakkaiden ohjaus muihin palveluihin oli keskimääräistä yleisempää. Muina palveluina saattoivat olla mm. erilaiset hankkeet, ryhmäpalvelut, optikkokäynnit jne. Tämä voisi kertoa siirtymien suuntautumisesta työllistymisen suuntaan. Asiakkaiden ohjauksia oli myös keskimääräistä useammin TYP:een ja Sastamalassa sosiaalitoimistoon, mutta näistä on vaikea arvioida, mitkä olivat ohjauksia uuteen palveluun ja mitkä takaisinohjauksia lähettävälle taholle (ks. kuvat 39 ja 40, liite 2)

5.3.4 Työ- ja elinkeinotoimistoon kiinnittynyt palvelu

Työ- ja elinkeinotoimistoon kiinnittyneiden hankkeiden yhdistävänä tekijänä oli asiakaskunta; muihin hankkeisiin verrattuna asiakkaista selvä enemmistö ohjautui terveystarkastuksiin työ- ja elinkeinotoimistosta; Kotkassa 92 % ja Vantaalla 100 %. Lisäksi molemmat hankkeet toimivat TYP-paikkakunnilla, mutta molemmissa TYP:ssa oli jo terveydenhuollon palvelua ja hankkeiden asiakaskunnasta rajattiin pois TYP-asiakkaat. Näkökulma haluttiin siis tietoisesti kohdistaa TYP-palvelun ulkopuolella oleviin pitkäaikaistyöttömiin. Asiakaskunta muodostui näissä hankkeissa myös iäkkäämmäksi kuin useimmissa muissa hankkeissa: Kotkassa asiakkaista 77 % oli yli 45-vuotiaita, Vantaalla 84 % (ks. kuvio 37, liite 2). Vantaalla 69 % asiakkaista oli 55 -vuotiaita tai iäkkäämpiä mikä kertonee siitä mitkä ikäryhmät ovat kiinnostuneimpia osallistumaan terveystarkastukseen kun sitä heille kirjeitse tarjotaan.

Hallinnollisesti hankkeet toimivat erilaisin ratkaisuin; Kotkan hanke kaupungin terveyspalvelujen alla, Vantaan hanke TYP:n alaisuudessa. Toimintatavaltaan

molemmissa hankkeissa keskityttiin pääasiallisesti terveystarkastuksiin, mistä johdettujen hankkeiden asiakasmäärät olivat varsin suuret: Kotkassa 206 asiakasta ja Vantaalla 339 asiakasta yhden terveydenhoitajan työpanoksella (ks. kuvio 31).

Yhteistyön ja verkostoitumisen näkökulmasta TE-toimistoon kiinnittynyt palvelu voi osoittautua haasteelliseksi. Toisin kuin TYP-palveluun kiinnittyneissä malleissa, verkostoituminen ja moniammatillisen yhteistyön käytännöt täytyy luoda. Yhteys TE-toimistoon on ehkä fyysisesti läheinen, mutta esimerkiksi tietojärjestelmät eivät mahdollista suoraa tiedonvälitystä. Vaarana on tietty irrallisuus kun työntekijän fyysinen työyhteisö sijaitsee erillään hallinnollisesta taustayhteisöstä. Saako terveydenhoitaja riittävästi ammatillista tukea vai jääkö hän helposti ulkopuoliseksi? Kiinnostavaa on, että molemmissa hankkeissa toimintamallia on muutettu jatkos osalta: molemmissa terveydenhoitajaresurssi siirtyy kaupungin työllistämistoiminnan yhteyteen; Kotkassa sosiaalitoimen alaiseen uuteen työllisyysyksikköön ja Vantaalla kaupungin, aikuiskoulutuksen ja sosiaalisen yrityksen yhteiseen Vantaan Valoon.

Vantaan hanke osoittaa, että pitkäaikaistyöttömien kutsuminen kirjeitse terveystarkastukseen ei ole tehokkain keino tavoittaa terveyspalvelun tarpeessa olevia työttömiä. Asiakkain valikoituivat usein jo varsin iäkkäät työttömät, joilla oli jo todettuja terveydellisiä ongelmia; hoitosuhde perusterveydenhuollossa ja mahdollisesti myös erikoissairaanhoidossa. Kotkan kokemukset taas osoittavat, että työntekijän fyysinen sijoittuminen TE-toimistoon madaltaa asiakkaiden kynnystä tulla terveystarkastukseen. Kuitenkin myös Kotkassa terveydenhoitajalle ohjautui paljon iäkkäämpää ja mm. eläkeselvittelyn tarpeessa olevaa asiakaskuntaa. Näissä tilanteissa yhteys mm. sosiaalitoimeen on usein tärkeä.

TE-toimistoon fyysisesti sijoittuva terveydenhoitajan vastaanotto voisi olla toimiva toteutustapa ns. varhaisessa puuttumisessa, vain vähän aikaa työttömänä olleiden kohdalla. Näissä tilanteissa useimmille asiakkaille itse terveystarkastus ja siihen liittyvä neuvonta ja ohjaus olisivat riittävää terveydenhuollon palvelua. Tarvittaessa asiakkaat voitaisiin ohjata terveyskeskus-lääkärille tai muihin syventäviin palveluihin. TE-toimiston kautta tieto asiakkaiden työttömyydestä tulisi terveydenhuoltoon ja asiakkaalle kynnys palveluun olisi matala. Terveydenhoitajan tulisi kuitenkin hallinnollisesti toimia perusterveydenhuollon alla mm. tiedonsaannin ja -kulun takia.

Siirtymien näkökulmasta TE-toimistoon kiinnittyneissä hankkeissa asiakkaita ohjattiin keskimääräistä useammin terveyskeskukseen. Tämä voi kertoa siirtymien suunnan olleen ensisijaisesti hoidon tai kuntoutuksen, sairausvapaiden ja eläkkeen suunnassa. (ks. kuvio 39, liite2) Iäkäs asiakaskunta hankkeissa selittää paljon siirtymien valmistelun suuntautumista.

5.3.5 Kunnan työllistämistoimintaan kiinnittynyt palvelu

Työllistämisyksikköön kiinnittyneet hankkeet avaavat toisen näkökulman työttömien terveyspalveluun; millaisia toimintamalleja on kehitelty niillä paikkakunnilla joissa ei ole TYP-toimintaa ja miten terveyspalvelu sijoittuu osaksi tätä toimintaympäristöä?

Harjavallassa, Hämeenkyrössä ja Liedossa kehiteltiin mallia moniammatilliseen palveluun pitkäaikaistyöttömille asiakkaille osana kunnan työllistämisyksikön toimintaa. Tavoitteena oli kiinnittää terveystarkastukset ja -palvelut osaksi tätä toimintamallia. Toiminnallisesti hankkeet keskittyivät palveluohjauksellisen mallin kehittelyyn. Terveystarkastukset ja -palvelut toteutuivat hankkeissa hallinnoivan tahon ulkopuolella joko ostopalveluna tai perusterveydenhuoltoon ohjaten. Hämeenkyrössä ja Liedossa terveystarkastukset ostettiin kunnallisesta työterveyshuollosta, Harjavallassa asiakkaat ohjattiin tarvittaessa terveyskeskuslääkärin vastaanotolle.

Kunnan työllistämistoimintaan kiinnittyneissä hankkeissa kohdattiin samantyyppisiä yhteistyön ja verkostoitumisen haasteita kuin muissakin hankkeissa; miten tieto kulkee toimijalta toiselle ja asiakkaan asia etenee joustavasti? Pienemmillä paikkakunnilla lakisääteinen kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä toimi sinä moniammatillisena tiiminä, jossa asiakastilanteita tarvittaessa käsiteltiin. Terveystarkastus-toiminnan hallinnointi työllisyystoiminnasta käsin mahdollisti taas suorat yhteydet sosiaalityöhön, kuntouttavaan työtoimintaan ja TE-toimistoon samalla tavoin kuin TYP toisilla paikkakunnilla. Palveluohjaaja oli olennainen linkki palveluiden välillä niin asiakkaan kuin eri toimijoidenkin suuntaan.

Hankkeiden kokemukset työterveyshuollosta työttömien terveystarkastusten toteuttajana olivat pääsääntöisesti myönteisiä. Työkyvyn arviointiin liittyvä osaminen nähtiin tärkeäksi. Toisaalta työterveyshuollossa tuotiin esille, että työttömät eroavat varsin paljon työterveyshuollon tavallisesta asiakaskunnasta ja, että esimerkiksi palveluun tulisi varata enemmän aikaa kuin muissa työterveystarkastuksissa. Myös asiakkaiden tilanteiden moninaisuus aiheutti hämmennystä. Paikkakunnilla onkin käyty keskustelua siitä, voisivatko terveystarkastukset siirtyä osaksi kunnan kansanterveystyötä. Pienemmillä paikkakunnilla ei ehkä ole edes tarvetta organisoida työttömien terveystarkastuksia erityisjärjestelyin, jos ohjaus ja yhteistyö sektoreiden välillä toimivat. Esimerkiksi asiakkaan ohjautuminen suoraan lääkärille terveystarkastukseen tilanteen vaatiessa voi olla toimiva järjestely, jos asiakasmäärät ovat pieniä. Tällöin tulee kuitenkin varmistaa, että jollakin taholla on kokonaisnäkemys asiakkaan tilanteesta ja tarvittava ohjaus terveyspalveluun toteutuu.

Ei TYP-paikkakunnilla työllistämisyksikköön tai -toimintaan kiinnittynyt palvelu tarjoa hyvin samanlaisen toimintamallin kuin TYP:een kiinnittynyt palvelu. Erona on asiakaskunnan laajuus, kun työllistämistoimintaan ohjataan asiakkaita niin TE-toimistosta kuin sosiaalitoimestakin. Siirtymien näkökulmasta kun-

tien työllistämistoimintaan kiinnittyneet hankkeen muistuttivat TYP-toimintaan tiiviisti kiinnittyneitä hankkeita; ohjauksia terveyskeskukseen oli keskimääräistä vähemmän ja mielenterveyspalveluihin keskimääräistä enemmän. Myös moniammatillisiin palavereihin asiakkaita ohjattiin selvästi keskimääräistä useammin. Tämä voisi kertoa erityisesti kuntoutukseen suuntautuneiden siirtymien valmistelusta (ks. kuvio 39, liite 2).

Toisenlainen näkökulma kunnan työllistämistoimintaan kiinnittyneestä palvelusta voi avautua niissä kunnissa, joissa on myös TYP-toimintaa. Näissä kunnissa voisi olettaa, että kunnan työllistymispalveluun ohjautuvat sosiaalitoimesta myös esimerkiksi ne asiakkaat, joilla työllistymisen tavoitteet ovat hyvin kaukana tai jopa olemattomia. Asiakkaat eivät välttämättä ole edes virallisesti työttömän työnhakijan statuksella vaan toimeentulotuella. Oletettavaa on, että tässä asiakaskunnassa siirtymien valmistelu sairausvapaille ja eläkkeelle voisivat olla suuremmassa roolissa kuin muissa toimintamalleissa. Kotkan ja ehkä Vantaankin jatkohankkeiden kautta päästään katsomaan tarkemmin miten tällainen palvelu alkaa suuntautua.

Seuraavaan taulukkoon 2 on koottu miten terveystarkastusten ja -palvelun kiinnittyminen erilaisiin rakenteisiin näyttäytyy eri ulottuvuuksilla tarkasteltuna:

Taulukko2. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin ja -palveluun kehiteltujen mallien vertailu palvelun kiinnittymisen mukaan:

| Palvelun kiinnittyminen | TYP:een tiiviisti kiinnittynyt | TYP:een löyhästi kiinnittynyt | Terveyskeskukseen kiinnittynyt | TE-toimistoon kiinnittynyt | Kunnan työllistämistointaan kiinnittynyt |
|---|--|---|--|---|---|
| Asiakkaat | TYP myös nuorempia asiakkaita TYP:n painotuksesta riippuen | TYP, TE-toimisto,(sosiaalitoimisto) painottuu iäkkäämpiin | TYP, TE-toimisto, (sosiaalitoimisto), omatoimisesti myös nuorempia asiakkaita | TE-toimisto iäkkäämmät Jos varhaisemmassa vaiheessa: kaiken ikäisiä? | TE-toimisto, sosiaalitoimisto, omatoimisesti kaiken ikäisiä |
| Toimeenpanija ja toteuttajat | TYP/kunta (perusterveydenhuolto) | TYP/kunta Perusterveydenhuolto | Perusterveydenhuolto | TYP/Kunta? Perusterveydenhuolto | Kunta |
| Toteutustapa ja välineet | TYP:ssa tai ostopalveluna Terveystarkastukset, ohjaus ja neuvonta, tiimityö, ryhmäpalvelut, konsultointi jne. Myös työterveyshuolto- luonteista palvelua | Liikkuvasti TYP:ssa ja toimipisteissä tai TYP:ssa Terveystarkastukset, ohjaus ja neuvonta, tiimipalaverit, konsultointi jne. Kolmannen sektorin vastaanotot | Vastaanotto terveyskeskuksessa, osana terveydenhoitajan muuta työtä Terveystarkastukset, ohjaus ja neuvonta, ryhmäpalvelut, konsultointi jne. Avovastaanotto | TE-toimisto Terveystarkastukset, ohjaus ja neuvonta, konsultointi jne. | Pääpaino palveluohjauksessa, terveystarkastus osa prosessia (toteutuu muualla) Terveystarkastus ostopalveluna työterveyshuollossa tai toteutuu kunnan perusterveydenhuollossa |
| Paikkakunnan ja organisaation luonne | Isommat paikkakunnat, joissa oma TYP tai seudullisen TYP:n yhteydessä | Isommat paikkakunnat, joissa oma TYP tai seudullisen TYP:n yhteydessä - ei ennestään terveydenhuollon palvelua TYP:ssa | Isommat paikkakunnat tai seudut, joissa TYP:ssa ei terveydenhuollon palvelua Myös TYP-palvelun lisäksi? | Isommat paikkakunnat, joissa TYP:ssa jo terveydenhuollon palvelua Myös ilman TYP-toimintaa varhaisessa puuttumisessa? | Pienemmät paikkakunnat, joissa ei TYP-palvelua Isommat paikkakunnat TYP-palvelun lisäksi? |

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| Verkostot | Laajat moniammatilliset verkostot TYP:n kautta Yhteys myös 3.sektoriin Tiimityö | Laajat moniammatilliset verkostot TYP:n kautta Yhteys myös 3.sektoriin Tiimipalaverit TYP:ssa | Verkostoituminen voi olla haaste Terveystuon ennaltaehkäisevän toiminnan läheisyys Tiimityön käytännöt? Tiimipalaverit TYP:ssa | Verkostoituminen voi olla haaste (irralisuus) Kiinteä yhteys TE-toimistoon | Laajat verkostot työllistämistoiminnan kautta Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä moniammatillisena tiiminä asiakastyön tukena Yhteys perusterveydenhuoltoon? |
| Haasteet | Erillisuus perusterveydenhuollosta vaarana Rajattu asiakasryhmä Erytispalvelu | Omistajuus/ kuka palvelun omistaa? Asiakasmäärät jatkossa: miten hallita? Miten viedä eteenpäin ja verkostoitua niiden asiakkaiden asioissa, jotka eivät TYP:ssa? | Asiantuntemus työttömyyden toimijaverkostoista Asiakasprosessien ohjaaminen ja seuranta Jos asiakkaita ohjautuu vähän > tärkeyden ylläpitäminen, työ-näkökulman esillä pitäminen | Irrallisuus organisaatioista (ei-kenenkäänmaalla) > työntekijän ammatillinen tuki? Yhteyden säilyminen perusterveydenhuoltoon Asiakasprosessien seuranta haaste | Perusterveydenhuollon sitoutuminen osaksi verkostoa epäselvää TYP-paikkakunnat: yhteys TE-toimistoon/ palveluihin? |
| Vahvuudet | Moniammatillinen tuki ja tiimityö Laaja-alainen palvelu asiakkaalle Matala kynnyks Hyvä saatavuus TYP-asiakkaille | TYP:ä laajempi asiakaskohderyhmä (esim. pienillä TYP-paikkakunnilla) Jos hallinnointi perusterveydenhuollossa > yhteys suoraan sinne TYP:n moniammatilliset verkostot ja tuki | Toteutuu osana kunnan kansanterveystyötä Kaikki terveyspalvelut samasta paikasta Tasavertaisuus asiakkaiden näkökulmasta Terveystuon ammatillinen tuki vahva | Matala kynnyks Hyvä yhteys työvoimatoimistoon Voisiko olla toimiva malli varhaisemman puuttumisen kehyyksessä > heti työttömyyden alussa? | Kehitetty TYP-tyyppiinen, moniammatillinen, verkostomainen, palveluohjauksen perustava toimintamalli kunnan työllistämistoiminnan ympärille TYP-paikkakunnat: kaikkein heikoimmasa asemassa olevien terveyspalvelu, myös eläkelvittely? |
| Siirtymien valmistelun painottuminen | Kuntoutuksen ja työllistymiseen suuntaavat siirtymät | Hoitoon ja kuntoutuksen, sairausvapaalle ja eläkkeelle sekä työllistymiseen suuntaavat siirtymät | Työllistymiseen suuntaavat siirtymät | Hoitoon, sairausvapaalle ja eläkkeelle suuntaavat siirtymät | Kuntoutuksen ja työllistymiseen suuntaavat siirtymät |

5.4 Yhteenvedo

PTT-hankkeissa kehiteltyjen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastus- ja palvelutoimintojen vertailu osoittaa, että ei ole löydettävissä selkeästi erilaisia toimintamalleja, jotka eroaisivat toisistaan asiakaskunnan, hallinnon, toimintatapojen ja verkostoitumisen mukaan. Perustoteutus on samantyyppinen kaikissa hankkeissa ja se muistuttaa jo aiemmin mm. työvoiman palvelukeskuksissa tai hankkeissa kehitettyjä toimintamalleja työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen organisointiin (ks. esim. Saikku 2008; Mesiäislehto-Mäntypuro ym. 2001). Terveystarkastus ja siihen kiinteästi liittyvät toimet (neuvonta, ohjaus, konsultointi, moniammatillinen yhteistyö) on työttömien terveyspalvelun perusmalli (ks. myös hankkeiden kuvaukset toimintaprosesseista Sinervo 2009). Se mitä perusmalliin kullakin paikkakunnalla lisättiin, riippui paikallisesta palvelutarjonnasta ja -tilanteesta: Oliko esimerkiksi työtoiminnassa mukana olevilla jo työterveyshuollon palvelua? Oliko tarjolla liikuntaa, ravitsemukseen yms. liittyviä ryhmätoimintoja tai projekteja? Millainen perinne paikkakunnalla oli moniammatilliseen työskentelyyn?

Selkeimmän hankkeissa kehiteltyjä toimintoja yhdisti ja erotti se, mihin rakenteeseen palvelu kiinnittyi. Tällä näytti olevan jonkinasteista vaikutusta niin asiakaskunnan rakenteeseen, verkostoitumiseen ja moniammatillisen tiimityön mahdollisuuksiin sekä toiminnan vahvuuksiin ja kohtaamiin haasteisiin. Työllistämistoimintaan (työvoiman palvelukeskukset tai kuntien työllistämisyksiköt) ja terveyskeskukseen kiinnittyneessä palvelussa tavoitettiin enemmän nuoria asiakkaita kuin muissa toimintamalleissa. Työ- ja elinkeinotoimistoon kiinnittyneessä palvelussa asiakkaat olivat iäkkäimpiä. TE-toimisto voisi toimia kiinnittymispisteinä vähän aikaa työttömänä olleiden tavoittamiseen varhaisen puuttumisen mallissa. Työttömien asiakkaiden laaja-alainen tavoittaminen vaati taas monialaista ohjausrakennetta, jossa asiakkaita ohjataan niin TE-toimistosta, sosiaalitoimistosta, TYP:sta kuin muiltakin tahoilta. Mikäli palvelu kohdistuu vain TYP-asiakkaille rajaa se pois palvelusta sekä vähemmän aikaa työttömänä olleet että usein myös ne työttömät, joilla on kaikkein heikoimmat työllistymismahdollisuudet. Moniammatilliseen tiimityöhön ja toimijaverkostoihin liittyminen toteutuvat helpoimmin silloin kuin terveyspalvelu toteutuu osana TYP-toimintaa. Haasteellisemmaksi yhteistyökuviot voivat tulla jos terveydenhoitaja ovat fyysisesti ja hallinnollisesti erillään esimerkiksi terveyskeskuksessa. TE-toimistoon tai TYP:een fyysisesti sijoitunut palvelu voi taas vaikeuttaa yhteistyösuhteiden ja ammatillisen tuen mahdollisuuksia perusterveydenhuollon suunnasta.

Hallinnoivien tahojen moninaisuus hankkeissa kertoo toisaalta erilaisista palvelurakenneteknisistä kunnissa, toisaalta myös siitä miten erilaisista rakenteista pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelua voidaan lähteä kehittämään. Hallinnoiva organisaatio määrittelee sen, minkä (kunnan) toiminnon alle työttömien terveyspalvelu ja siinä työskentelevät työntekijät sijoittuvat. Hankkeiden kokemukset

näyttäisivät puoltavan *hallinnollista yhteyttä terveyspuolen palveluihin*, jolloin toimintaa päästään heti tarkastelemaan osana terveyspalvelujen kokonaisuutta ja hallintorakennetta. Nähtävissä on, että niissä hankkeissa joissa hallinnollinen yhteys perusterveydenhuoltoon puuttui, oli enemmän haasteita luoda keskusteluyhteyksiä perusterveydenhuoltoon toiminnan juurruttamiseksi. Hallinnollinen yhteys perusterveydenhuoltoon mahdollistaa myös terveydenhoitajille suoran yhteyden muihin terveysalan ammattilaisiin ja siten esimerkiksi tarjolla oleviin koulutuksiin ja yhteisiin tilaisuuksiin. Käytännön työssä olennaista on myös terveydenhuollon tietojärjestelmien käyttömahdollisuudet niin tiedon kirjaamisen kuin välityksenkin kannalta. Työvoiman palvelukeskuksissa TYPPI-tietojärjestelmä mahdollistaa moniammatillisen tiedonvälityksen terveydenhuollon, sosiaalitoimen, työhallinnon ja Kelan välillä. TYPPI-tietojärjestelmän käyttöoikeuksien saaminen on kuitenkin käytännössä vaatinut terveydenhoitajan fyysistä sijoittumista palvelukeskuksen tiloihin, mikä osoittautui hankalaksi ns. liikkuville terveydenhoitajille.

Terveystarkastuksia ostettiin muutamissa hankkeissa ostopalveluna työterveyshuoltoyksiköistä. Näin toteutetut palvelut eivät eronneet ulottuvuus-tarkastelussa selkeästi toisista palvelumalleista. Rakenteellisesti palvelut kiinnittyivät TYP-toimintaan tai kuntien työllistämistoimintaan. *Työterveyshuollosta ostopalveluna toteutuvan terveyspalvelun haasteet näkyvät selkeimmin palvelun juurtumisen ja tiedonkulun näkökulmista*. Mikäli terveystarkastukset ja -palvelut toteutuvat ostopalveluna, on jatkuvuus erillirahoituksen varassa. Kuntien talousarvioissa päätökset ostopalveluista tehdään vuosittain eikä palvelua voida kehittää kumuloituvasti pidemmällä aikatahtäimellä. Ostopalvelun luonne voi myös rajoittaa terveydenhoitajan mahdollisuuksia osallistua moniammatilliseen työskentelyyn, ainakin mikäli tähän käytettyä aikaa ei ole otettu huomioon ostopalvelusopimuksessa. Hanke luonteisesti ostopalvelu voi olla kätevä ratkaisu, mutta näin toteutetut palvelumallit eivät jää pysyviksi tai juurru osaksi kunnallista palvelua. Mikäli terveystarkastukset toteutetaan ostopalveluna, ei suora tiedonsiirto ole välttämättä mahdollista vaan tietoa joudutaan välittämään paperien ja kopioiden välityksellä myös terveydenhuollon sisällä. Myöskään tieto asiakkaan aiemmista tapahtumista perusterveydenhuollossa ei silloin välity suoraan terveystarkastuksia tekeväälle terveydenhoitajalle.

Siirtymien tarkastelu pohjautui tässä luvussa asiakkaiden välittömiin siirtymiin terveystarkastusten jälkeen. Asiakasohjausten perusteella katsottiin minikä suuntaisia siirtymiä eri rakenteisiin kiinnittyneissä terveyspalveluissa saatettiin valmistella. Ohjauksen suunnat olivat monensuuntaisia kaikissa hankkeissa, mutta nähtävissä oli kuitenkin joitakin mahdollisia painotuksia. TYP-toimintaan ja kuntien työllistämistoimintaan kiinnittyneissä palveluissa siirtymien suunta voi olla usein kuntoutukseen päin, mikä olisikin todennäköistä asiakaskuntaa ajatellen. Työ- ja elinkeinotoimistoon kiinnittyneissä palveluissa asiakaskunta oli iäkäämpää ja siirtymien suunta valmistelussa useammin hoidon, sairausvapauden tai eläkkeen suuntaan. Terveyskeskukseen kiinnittyneissä palveluissa nähtävissä oli

enemmän työ- ja toimintakykyä ylläpitäviin ja parantaviin toimintoihin ohjausta (mm. ryhmätoiminnot, hankkeet), jotka voivat kertoa työllistymiseen suuntaavien siirtymien valmistelusta. TYP-toimintaan löyhemmin kiinnittyneissä palveluissa valmisteltiin monensuuntaisia siirtymiä eikä selkeää painopistettä ollut näkyvissä. Näissä hankkeissa voidaan ajatella, että toimintamallin kehittäminen oli osin kesken-eräistä ja palvelun rakenteellinen kiinnittyminen saattaa vielä muuttua.

6 Johtopäätökset

Pitkäaikaistyöttömille suunnattuja terveystarkastuksia ja -palveluja on pyritty viime vuosina kehittämään kahdensuuntaisten rahoitustoimenpiteiden avulla: kohdentamalla kaikkiin kuntiin valtionosuuteen sidottua lisämäärärahaa sekä lisäksi joillekin kunnille hankerahoitusta terveystarkastus ja -palvelukäytäntöjen luomiseen ja kehittämiseen. Toimeenpano on ollut alhaalta ylöspäin; kunnissa on saatu kehitellä sellaisia toimintamalleja kuin parhaaksi on nähty. Kaikille kunnille ohjeistusta on tullut kuntakirjeiden muodossa, joissa on mm. korostettu toiminnan suunnitelmallisuuden tarvetta sekä yhteistyötä työvoimahallinnon ja työvoiman palvelukeskusten kanssa (Pitkäaikaistyöttömien...2007; 2008). PTT -hankkeen puitteissa on otettu esille erilaisia keskeisiä teemoja terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämiseen liittyen niin osahankekunnille kuin laajemmalle kehittämisverkostolle suunnatuissa tilaisuuksissa (ks. tarkemmin Sinervo 2009).

Alhaalta ylöspäin suuntautunut toimeenpanon malli on ollut perusteltua tilanteessa, jossa ei ole ollut tarkkaa kuvaa siitä, millaista toimintaa kunnissa on meneillään ja miten erilaiset palvelumallit voisivat toimia. Vaikka työttömien terveystarkastuksia ja -palvelua on kehitelty vaihtelevalla intensiteetillä jo 1990-luvulta lähtien, on toimintamallien laajempi, vertaileva arviointi puuttunut. Yksittäisissä hankkeissa on kehitelty toimivia malleja, jotka ovat jääneet elämään paikkakunnalla (ks. esim. Hakulinen ym. 2008). Valtakunnallinen kysely osoittaa, että kunnissa on jo varsin laajasti toteutettu pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja tiivistetty yhteistyötä työ- ja elinkeinohallinnon, sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon välillä. Erityisesti työttömille suunnattuja terveystarkastuksia on toteutettu useilla paikkakunnilla (ks. myös Eronen ym. 2008). Vaikka kunnissa nähdään, ettei valtionosuusrahan lisäys ole ollut riittävää, voidaan sen nähdä osaltaan vaikuttaneen toiminnan kehittymiseen. Haasteeksi näyttää tulevan toiminnan jatkuvuus ja kiinnittäminen pysyväksi osaksi kuntien palvelurakennetta. Kuntien tiukka taloudellinen tilanne, pienet henkilöstöresurssit ja palvelurakenteen muutokset rajoittavat toiminnan edelleen kehittelyä ja juurtumista.

Arviointi osoittaa, että kaikissa PTT -osahankkeissa kehiteltiin omanlaisensa toimintakokonaisuus pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin ja -palveluun. Toimintamalliin liittyi erilaisia palveluja paikallisesta lähtötilanteesta ja -tarpeista riippuen. Variaatio oli suurta; joissakin hankkeissa painopiste oli voimakkaasti terveydenhoitajan tekemissä terveystarkastuksissa, toisissa taas aktivoivissa ja työllistämistä edistävissä toimenpiteissä. Hanketoiminnalle ehkä tyypillisestikin toiminnan hallinnointi, kiinnittyminen ja näkökulman valinta oli osittain satumanvaraista riippuen siitä, mikä taho oli hankerahoitusta lähtenyt hakemaan. Kehiteltujen terveyspalvelutoimintojen vertailu osoittaa, että ei ole löydettävissä selkeästi eroteltavia ja tyyteltävissä olevia toimintamalleja, jotka eroaisivat toi-

sistaan arvioinnissa käytetyillä eri ulottuvuuksilla tarkasteluna. *Selkeimmin hankkeissa kehiteltyjä toimintamalleja yhdisti ja erotti se, mihin rakenteeseen palvelu kiinnittyi.* Tällä näytti olevan jonkinasteista vaikutusta asiakaskuntaan, verkostoitumiseen ja moniammatillisen tiimityön mahdollisuuksiin sekä valmistelussa olevien siirtymien suuntaan. Työvoiman palvelukeskus-toimintaan tiiviisti tai löyhemmin kiinnittyneen, terveyskeskukseen kiinnittyneen, työ- ja elinkeinotoimistoon kiinnittyneen ja kunnan työllistämisyksikköön kiinnittyneen työttömien terveyspalvelun vahvuudet ja haasteet ovat osin erilaisia, mutta molempia löytyy niistä kaikista.

Tutkimuksessa tarkasteltiin terveydenhuollon tehtävää pitkäaikaistyöttömien palvelussa siirtymätyömarkkinoiden käsitteen avulla. Terveydenhuollon tehtävää siirtymätyömarkkinoilla hahmoteltiin työkyvyn näkökulmasta. Työkyky osoittautuu varsin vaikeaksi käsitteeksi, kun tarkastelussa ovat työttömät. Vaikka käytännön työssä terveydenhoitajat voivat nykyisillä haastattelu- ja arviointimenetelmillä ottaa kantaa työttömän työkykyyn, jää vaikutelmaksi, että jotain puuttuu. Terveydenhoitajat itse käyttivät usein mieluummin toimintakyvyn kuin työkyvyn käsitettä. Keskustelujen perusteella toimintakyky koettiin laajemmaksi käsitteeksi tai nähtiin, että ihmisen toimintakyvyn tulee olla ensin kunnossa ennen kuin työkyky mahdollistuu. Työttömyyden kontekstissa työkyvyn arviointi jääkin helposti irralliseksi, kun ei ole työtä mihin kykenevyyttä arvioida. Erityisesti pidempään työttömänä olleiden kohdalla voi olla vaikeaa arvioida henkilön suhdetta työhön ja siinä pärjäämiseen. Viimeisestä työsuhteesta voi olla vuosia tai mahdollinen tuleva työ tulisi olemaan hyvin erilaista kuin entinen työ. Nuoremmilla pitkäaikaistyöttömillä ei ehkä ole edes kertynyt työkokemusta. Myös ihmisen oma käsitys työkyvystään voi olla kohtuuttoman alhainen tai korkea puuttuvien työkokemusten kautta. Toisaalta työkyvyn käsitteen korvaaminen toimintakyvyn käsitteellä tuntuu perusteetomalta, kun tarkastelunäkökulmana on juuri työttömyys ja työllistyminen. Eikö työkyky ole kuitenkin se asia mitä ihmiseltä työelämään siirtymiseksi odotetaan?

Karjalainen ja Melametsä (2001) puhuvat työkyvyn sijasta *työllistymiskyvyttä* työttömän tilanteessa. Eurooppalaisesta aktivointipolitiikasta tulee käsite *työllistyvyys (employability)*, joka sekin kuvaa hieman samaa asiaa. McQuaid ja Lindsay (2005) näkevät työllistyvyyden sisältävän henkilökohtaisia, sosiaalisia ja ulkoisia tekijöitä. Henkilökohtaisiin tekijöihin lukeutuvat esimerkiksi henkilön koulutus, motivaatio ja terveys. Sosiaalisiin tilanteisiin sisältyvät mm. perhetilanne, sosiaaliset suhteet ja asuinpaikka ja ulkoisiin tekijöihin esimerkiksi työmarkkinoiden kysyntä ja tarjolla olevat työpaikat. Vaikka työllistyvyyden käsite sinänsä liikkuu eri tasolla kuin työkyvyn käsite, voidaan nähdä, että työttömyyden kontekstissa työkyky tulisi liittää selkeämmin osaksi sitä todellisuutta missä työtön on, samalla tavalla kuin työssä olevien kohdalla työkykyä tarkastellaan suhteessa työtehtäviin ja työyhteisön toimintaan. *Työttömien työkyvyn arviointi tarvitsisi siten käsitteellistä jatkotyöstämistä ja uudenlaisia välineitä työkyvyn arviointiin.* Erilainen työtoiminta (kuntouttava työtoiminta, työelämävalmennus jne.) antaa mahdollisuuksia tar-

kastella työttömän työkykyä suhteessa senhetkisiin työtehtäviin ja kuvaa työkyvyn kehityssuuntaa. Pulmallista arvioinnissa voi olla se, jos vastaavia tehtäviä ei ole tarjolla avoimilla työmarkkinoilla.

Työmarkkinalliset siirtymät pitkittyneessä työttömyydessä tapahtuvat vähitellen ja pitkän ajan kuluessa. Tutkimuksen ajallinen jänne on ollut hyvin lyhyt. Analyysi kuitenkin osoittaa, että terveydenhuollolla on tehtäviä erisuuntaisten siirtymien valmistelussa. Seuraavassa taulukossa 3 on tehty hahmotelmaa siitä, miten *terveydenhuollon tehtävää osana aktivointi- ja työllistymisprosessia ja erisuuntaisten siirtymien valmistelussa* voisi jäsenellä.

Taulukko 3. Terveyspalvelun tehtävät osana aktivointi- ja työllistymisprosessia.

| Terveydenhuollon tehtävä työttömän palvelukokonaisuudessa | Terveydenhuollon tehtävä työkyvyn näkökulmasta | Terveydenhoitajan tehtävien painottuminen | Yhteydet ja moniammatillinen yhteistyö | Ensisijaisen siirtymän suunta |
|--|---|---|---|--------------------------------------|
| Aktivointi- ja työllistymisprosessia tukeva | Kannanotto työkykyyn Työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen | Terveystarkastus Neuvonta ja ohjaus Asiakkaan motivointi | Yhteydet työkykyä ylläpitävään toimintaan Yhteydet aktivointi- ja työllistymistoimintaan Moniammatillisen yhteistyön mahdollisuus | Työhön |
| Aktivointi- ja työllistymisprosessiin sisältyvä | Työkyvyn arviointi Työkyvyn heikkenemisen toteaminen | Terveystarkastus Tarvittavaan hoitoon ja kuntoutukseen ohjaaminen Asiakkaan motivointi Palvelujen yhteensovittaminen | Yhteydet hoitoa ja kuntoutusta toteuttaviin tahoihin Yhteydet aktivointi- ja työllistymistoimintaan Moniammatillisen tiimityön mahdollisuus | Hoitoon tai kuntoutukseen |
| Aktivointi- ja työllistymisprosessia katkaiseva | Työkyvyn arviointi Työkyvyttömyyden toteaminen | Terveystarkastus Tarvittaviin tutkimuksiin ohjaaminen Tiedon koonti ja yhdistäminen Asiakkaan tuki | Yhteydet hoitoa ja kuntoutusta toteuttaviin tahoihin Moniammatillisen yhteistyön mahdollisuus | Sairausvapaalle tai eläkkeelle |

Siirtymien suuntia tarkastellaan luvussa 2 esitetyn kehikon pohjalta, jossa terveydenhuollolla arveltiin olevan tehtäviä niin työhön suuntaavien, hoitoon tai kuntoutukseen suuntaavien kuin sairausvapaalle tai eläkkeelle suuntaavien siirtymien toteutumisessa. Todellisuudessa siirtymien suunnat voivat olla usein päällekkäisiä,

esimerkiksi hoitoon suuntaavassa siirtymässä henkilö voi olla sairausvapaalla. Näkökulmana on ensisijaisen siirtymän suunta, koska mm. hoitoon ja kuntoutukseen suuntaavien siirtymien jälkeen suunta voi olla joko työllistymiseen päin tai muuntaa eläkkeelle päin suuntaavaksi. Tarkastelussa on ensinnä terveydenhuollon tehtävä palvelukokonaisuudessa ja työkyvyn näkökulmasta. Tutkimuksessa fokus oli pääasiallisesti terveydenhoitajan tehtävissä työttömien terveyspalvelussa, joten tätä on avattu vielä hieman tarkemmin. Yhteydet muihin toimijatahoihin ja moniammatilliseen yhteistyöhön ovat keskeinen osa työttömien palvelua. Tarkastelussa on, millaisia yhteyksiä ja mihin suuntiin terveydenhuollolla tulisi tehtävässään ja siirtymän valmistelussa olla.

Aktivointi- ja työllistymisprosessia tukevassa tehtävässä terveydenhuollolta odotetaan kannanottoa henkilön työkykyyn ja työkyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen liittyviä toimia. Terveydenhoitajan tehtävät painottuvat terveystarkastusten tekemiseen, asiakkaiden neuvontaan ja motivointiin. Yhteydet työkykyä ylläpitävään toimintaan (mm. terveyden edistämiseen liittyvä toiminta ja hankkeet) on keskeistä. On tärkeää, että terveydenhoitaja on tietoinen tarjolla olevista aktivointi- ja työllistymistoimenpiteistä ja osaa ohjata asiakasta näihin toimintoihin. Moniammatillinen yhteistyö ei välttämättä ole tiivistä, mutta tarjolla tulee olla mahdollisuus siihen tarvittaessa. Työkykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta edesauttaa osaltaan työhön suuntaavien siirtymien toteutumista.

Kun henkilön terveydessä tai työkyvyssä todetaan aktivointi- ja työllistymispalveluissa ongelmaa, on terveydenhuollon tehtävänä arvioida henkilön työkyky. Työkyvyn arviointi edellyttää asiakkaan ohjausta lääkärille tai muihin tarkempiin selvityksiin. Jos asiakkaan työkyvyn todetaan heikentyneen, siirtymä tarvittavaan hoitoon ja/ tai kuntoutukseen ovat paljolti terveydenhuollon vastuulla. Terveydenhoitajan keskeisiä tehtäviä ovat asiakkaan ohjaus eteenpäin, motivointi ja palvelujen yhteensovittaminen. Tärkeäksi nousevat niin yhteydet hoitoa ja kuntoutusta kuin aktivointia ja työllistymispalveluja tarjoaviin tahoihin. Tarvetta voi olla tiiviiseen moniammatilliseen tiimityöskentelyyn asiakasprosessin eteenpäin viemiseksi. Työkyvyn heikkenemisen toteaminen voi vaikuttaa meneillään olevaan aktivointi- ja työllistymisprosessiin esimerkiksi suuntaamalla toimenpiteitä uudelleen. Näin ollen *terveydenhuollon tehtävät sisältyvät osaksi aktivointi- ja työllistymisprosessia*.

Mikäli asiakas todetaan työkyvyttömäksi lyhyemmäksi tai pidemmäksi aikaa, *katkeaa aktivointi- ja työllistymisprosessi*. Tilapäisessä työkyvyttömyydessä siirtymä on sairausvapaalle, pidempikestoisessa tai pysyvässä kuntoutustuelle tai eläkkeelle. Pitkäaikaistyöttömien tilanteissa on tärkeää, että nämä tilanteet todella tunnistetaan ja ihmiset pääsevät siirtymään esimerkiksi sairauspäivärahalle tilanteen niin vaatiessa. Eläkeselvittely-tilanteissa terveydenhoitajalla on keskeinen rooli prosessin käynnistämässä, tarvittaviin tutkimuksiin ohjaamisessa ja olennaisten tietojen koonnissa ja yhdistämisessä. Asiakkaan tukeminen pitkäkestoisessa prosessissa on tärkeää. Yhteydet painottuvat hoitoa tuottaviin tahoihin. Prosessin kriittisissä vaiheissa voi usein olla tarvetta moniammatillisiin kokoontumisiin.

Työttömien terveystarkastusten ja -palvelun järjestämisen haasteellisuus nousee siitä, että *toiminnan organisoinnissa tulee ottaa huomioon erisuuntaisten siirtymien mahdollisuus*. Varhaisemmankin puuttumisen mallissa, vähän aikaa työttömänä olleiden kohdalla, prosessit voivat kulkea hoidon, kuntoutuksen, sairausvapaan tai jopa eläkkeen suuntaan ja tarvittavien yhteistyörakenteiden tulee olla silloin olemassa. Työvoiman palvelukeskus luo yhden hyvän rakenteen erisuuntaisten siirtymien valmisteluun ja terveydenhuollon liittymiseen, mutta hankkeessa kehiteltiin muitakin toimivia tapoja palvelun organisoimiseksi. TYP-toimintaan löyhemmin kiinnittyneen, terveyskeskukseen kiinnittyneen, TE-toimistoon kiinnittyneen tai kunnan työllistymistoimintaan kiinnittyneen palvelun avulla voidaan myös edistää erisuuntaisia siirtymiä. Tiedonvälitykseen, yhteistyökäytäntöihin ja palveluohjaukselliseen työotteeseen sekä eri tahojen väliseen vastuunjakoon tulee tällöin panostaa, jotta asiakasprosessit pysyvät hallinnassa sektoreiden yhteistyössä. Palvelun rakenteellisen kiinnittymisen näkökulmasta olennaista on, että se tarjoaa mahdollisuuden tarvittaviin yhteyksiin ja moniammatilliseen yhteistyöhön.

Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelussa siirtymiä valmisteltiin usein hoidon ja kuntoutuksen sekä sairausvapauden ja eläkkeen suuntiin. Ottaen huomioon asiakkaiden terveydentilan ja näkemykset työkyvystään, tämä ei ole yllättävää. Tutkimuksen tulokset vahvistavat entisestään käsitystä siitä, että pitkittynyt työttömyys ja terveydelliset ongelmat liittyvät toisiinsa. Hankkeen lähtökohtia ajatellen on tärkeää, että toiminnassa tavoitettiin se kohderyhmä kuin oli tarkoituskin. Hoitoon, kuntoutukseen, sairausvapaalle ja eläkkeelle suuntaavissa siirtymissä terveydenhuollolla on keskeinen rooli. Mikäli tarkastelussa olisi työttömyyden varhaisempi vaihe, nähtävissä olisi todennäköisesti enemmän töihin suuntaavia siirtymiä. Näissä siirtymissä terveydenhuollon rooli on pienempi, kokonaisprosessia tukeva. Työttömille suunnatun terveyspalvelun kehittämisessä tuleekin muistaa, ettei työttömyys ole yksilön henkilökohtainen terveydellinen ongelma. Työttömyys on ensisijaisesti yhteiskunnallinen kysymys, jonka ratkaisut löytyvät poliittisesta päätöksenteosta (ks. Kotiranta 2008, 169 - 170). Yksilöllisellä tasolla terveydelliset tekijät voivat toki estää tai vähentää henkilön mahdollisuuksia työllistyä.

Asiakkaiden näkökulmasta työttömille aktiivisesti suunnatut, mutta vapaaehtoiset terveystarkastukset saavat selkeän kannatuksen. Asiakas palaute terveystarkastuksista on hyvin myönteistä. Merkitykselliseksi terveystarkastus koetaan etenkin terveydentilan ja hyvinvoinnin kannalta, seurausvaikutukset työllistymiseen ja toimeentuloon nähdään vähäisempinä. Heikko taloudellinen tilanne ja terveyskeskuspalvelujen sirpalemaisuus heikentävät työttömien mahdollisuuksia hoitaa terveyttään ja työkykyään. Asiakkaiden mukaan tarvetta on etenkin hammashoidon, fysioterapian, liikuntapalvelujen sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen parempaan saatavuuteen. Palvelujärjestelmän toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset näkyvät erityisesti niiden ihmisten arjessa, jotka ovat riippuvaisia julkisista sosiaali- ja terveyspalveluista.

Viime aikoina keskustelussa on ollut kysymys siitä, *tulisiko kaikkien työikäisten terveydenhuolto olla työterveyshuollon vastuulla* (ks. esim. Manninen ym. 2007; Virtanen ym. 2008; OECD 2008). Tämänhetkisen lainsäädännön puitteissa työttömien terveysterveyspalvelu asettuu kunnan kansanterveyslain mukaiseen toimintaan kuuluvaksi perusterveydenhuollon tehtäväksi. Myös uuden terveydenhuoltolain esityksessä työterveyshuollon ulkopuolelle jäävien terveysneuvonta ja terveystarkastukset määritellään kunnan vastuulla oleviin lähipalveluihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Ajatuksellisesti voidaan nähdä, että työttömien terveysterveyspalvelu on työterveyshuolto-luonteista toimintaa, jonka tavoitteena on ylläpitää ja edistää henkilön työkykyä. Sisällöllisesti kunnan perusterveydenhuollossa työterveystoiminta keskittyy työterveyshuoltoyksikköön, terveyskeskuksen avohoidon palvelussa näkökulma painottuu perinteisesti mm. kansansairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Kunnallinen työterveyshuolto on taas yhä selkeämmin eriytyvässä muusta terveyskeskustoiminnasta palvelujen ulkoistamisen ja liikelaitostamisen lisääntyessä (Forma ym. 2008). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että työterveyshuolto toimii entistä enemmän ostopalveluperiaatteella. Kunnan tulee siten ostaa palvelu työttömille kuntalaisille samalla tavoin kuin esimerkiksi omille työntekijöilleen, kuitenkin ilman Kelan maksamaa työterveyshuollon korvausta. Muutamisissa hankekunnissa on toteutettu tätä toimintamallia ja kokemukset ovat olleet pääosin myönteisiä. Valtakunnallisesti tarkasteltuna ja kuntien heikkoa talustilannetta ajatellen tuntuu kuitenkin liki mahdottomalta, että kunnat olisivat laajamittaisesti valmiita ostamaan terveystarkastuksia ja -palveluja työttömille kuntalaisille ilman erillistä korvausjärjestelmää.

Arvioinnin mukaan *työttömien terveystarkastusten ja -palvelun toteuttamisessa työterveyshuollon palveluna on nähtävissä kolmensuuntaisia vaikeuksia: palveluun jatkuvuuteen ja juurtumiseen liittyviä, viitekehukseen ja osaamiseen liittyviä sekä tiedonkulkuun ja yhteyksiin liittyviä*. Kuten edellä todettiin, kunnallinenkin työterveyshuolto toimii enenevässä määrin ostopalveluperiaatteella. Työttömien terveysterveyspalvelun *jatkuvuus* olisi siten sidoksissa kunnan vuosittaisiin talousarvioihin ja toiminnan kehittäminen pidemmän aikavälin tarkastelussa on vaikeaa. Organisaattorinen erillisuus perusterveydenhuollosta hankaloittaa toimintojen yhteensovittamista. Käytännössä myös esimerkiksi yhteistyöhön ja asiakkaan asioiden eteenpäin viemiseen tarvittavan ajan sopiminen ostopalvelusopimuksissa on haasteellista. *Viitekehysten ja osaamisen* kannalta työterveyshuollon vahvuutena on yksilön tilanteen tarkastelu suhteessa työelämään. Kokemukset työttömille suunnatuista terveystarkastuksista osoittavat kuitenkin, että kohderyhmä poikkeaa työterveyshuollon perinteisestä asiakaskunnasta, eikä työterveyshuollon viitekehys kata esille nousevia asioita. TYÖOTE -kokeiluun osallistuneet työterveyshoitajat kokivat avuttomuutta ja neuvottomuutta työttömien asiakkaiden moninaisten ja osin toivottomaksi koettujen vaikeuksien edessä. Asiakastapaamiset eivät asettuneet työterveystarkastuksen kaavoihin ja hoitajat kokivat tilanteet ammatillisesti oudoksi ja vaikeaksi. (Virtanen mt.). PTT -hankkeessa kokemukset eivät olleet näin kieltei-

siä, mikä on sinänsä yllättävää kohderyhmän ollessa pitkäaikaistyöttömiä TYÖOTE -kokeilun vähän aikaa työttömänä olleiden sijasta. Samansuuntaisia kokemuksia tuli kuitenkin esille liittyen asiakkaiden ongelmien laajuuteen ja erilaisuuteen verrattuna perinteiseen työterveyshuoltoon. Tiedonkulkuun ja yhteyksiin liittyvät asiat nousivat PTT -hankkeessa eniten esille. Työterveyshuollon tietojärjestelmien erillisuus perusterveydenhuollosta tuottaa käytännön vaikeuksia niin terveystarkastuksia tekevälle hoitajalle kuin jatkohoidosta vastaavalle terveystarkastukselle. Yhteistyörakenteet esimerkiksi työ- ja elinkeinohallintoon tai sosiaalitoimeen eivät ole perinteisesti työterveyshuollon keskiössä, mutta työttömien terveyspalvelussa ne ovat hyvin keskeisiä. Tämä voi osoittautua esteeksi tarvittavien moniammatillisten työryhmien kokoamisessa (ks. myös Virtanen mt.)

Työttömien terveystarkastuksia ja -palvelua ei tämän arvioinnin mukaan tule ensisijaisesti toteuttaa työterveyshuollossa, mutta olisi *erittäin tärkeää saada vahvemmin työterveyshuollollista näkökulmaa työttömien terveyspalveluun*. Työkyvyn arvioinnin osaaminen ja menetelmät sekä työelämäsuuntautunut viitekehys ovat keskeisiä elementtejä palvelun edelleen kehittämässä. Työttömien työterveysluonteisen palvelun kehittäminen vaatii sekä perusterveydenhuollon että työterveyshuollon osaamiseen yhdistämistä. *Erityisen merkittävä työterveyshuollon rooli on kasvavan työttömyyden tilanteessa*. Työttömäksi jäävien ja lomautettujen tilanteiden käsittely, työkyvyn arviointi ja tarvittavat ohjaukset kuntoutustoimenpiteisiin ovat olennaisia toimenpiteitä varhaisessa puuttumisessa. Näitä tulisi toteuttaa systemaattisesti työterveyshuollossa kun tieto tulevasta työttömyydestä tai lomautuksesta tulee. Näin tilanteisiin päästäisiin puuttumaan ennaltaehkäisevästi ja mahdollisimman varhain.

Valtakunnallisesti tarkasteltuna pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin ja -palveluun kohdistetut toimet (valtionosuusrahan lisäys, PTT-hanke) ovat olleet *konkreettinen panostus sosioekonomisten väestöryhmien välisten terveystarpeiden kaventamiseen*. Työttömille aktiivisesti tarjotut terveystarkastukset ovat yksi keskeinen keino, kun pyritään tavoittamaan terveyspalvelun tarpeessa olevia henkilöitä. PTT -hankkeessa asiakkailla todetut terveyden riskitekijät ja jatko-ohjaukset terveydenhuoltoon kertovat selkeästi terveyspalvelun tarpeesta tässä kohderyhmässä. Terveystarpeiden kaventamisen näkökulmasta tärkeä havainto on, että asiakkaat kokivat terveystarkastuksen olleen merkityksellinen terveydelleen ja hyvinvoinnilleen ja saaneen heidät kiinnittämään enemmän huomiota terveydentilaansa ja terveystottumuksiinsa. On kansanterveydellisesti merkittävää, jos tämänsuuntaisia muutoksia voidaan olettaa syntyvän työttömille kohdistetuissa tarkastuksissa ja niitä seuranneissa interventioissa.

Arviointitutkimuksen näkökulmasta esitetään seuraavia suosituksia työttömien terveyspalveluun:

- 1) Työttömien työterveysluonteinen palvelu tulee saada pysyväksi osaksi kunnallista terveyspalvelua. Tämä tarkoittaa, että palvelulla tulee olla sekä lainsäädännöllinen että rahoituksellinen tuki.

- 2) Terveyspalvelun tulee sisältää perusmallissaan asiakkaalle vapaaehtoinen terveystarkastus terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn selvittämiseksi, arvioimiseksi ja seuraamiseksi. Asiakkaan tulee saada tarvittavaa neuvontaa ja ohjausta työ- ja toimintakykyä edistävään toimintaan, kuntoutukseen, hoitoon ja eläkeselvittelyyn. Työote on palveluohjauksellinen ja asiakasta arvostava.
- 3) Terveyspalvelun tulee olla verkostoituvaa ja liittyä yhteen aktivointi- ja työllistymistoimenpiteiden kanssa. Tämä edellyttää yhteistyötä mm. työ- ja elinkeinotoimiston, sosiaalitoimiston, Kelan, työvoiman palveluksen, palveluja tuottavien tahojen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Moniammatillisen yhteistyön foorumina voidaan käyttää esimerkiksi kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmää.
- 4) On tarkoituksenmukaista, että työttömien työterveys-luonteinen palvelu sijoittuu hallinnollisesti kunnan perusterveydenhuoltoon. Rakenteellisesti palvelu voi kiinnittyä mm. työvoiman palvelukeskuksen, terveyskeskuksen, työ- ja elinkeinotoimiston tai kunnan työllistymisyksikön toimintaan.
- 5) Työttömien työterveys-luonteisen palvelun toteutuminen osana kunnan perusterveydenhuoltoa edellyttää teemaan liittyvän osaamisen kehittämistä. Terveystenhoitajille ja lääkäreille tulee tarjota lisätietoa ja -koulutusta mm. kuntoutuksesta, työttömyydestä ja työllistymiseen liittyvästä palvelujärjestelmästä sekä työterveyshuollollisesta viitekehuksesta ja työkyvyn arvioinnista.
- 6) Kunnissa ja seutukunnissa käynnissä olevassa palvelurakenteen muutoksessa tulee huomioida olemassa olevat hallinto- ja yhteistyörakenteet ja varmistaa toimivien rakenteiden mahdollisuus työttömien terveyspalvelussa uusissa seutukunnallisissa järjestelyissä.
- 7) Työttömien työkyvyn arviointi tarvitsee käsitteellistä jatkotyöstämistä ja menetelmällistä kehittelyä, jota tulee tukea valtakunnallisesti.

LÄHTEET

- Ala-Kauhaluoma, M. (2007). Toimeenpanon ratkaisuja ja arvioinnin haasteita. Tutkimus uusista työllistymisen tukemisen tavoista. Kuntoutussäätiö tutkimuksia 76/2007. Yliopistopaino:Helsinki.
- Arnkil, R., Karjalainen, V., Aho, S., Lahti, T., Lyytinen, S.-M. & Spangar, T. (2004) Yhteispalvelusta palvelukeskuskonseptin kehittämiseen. Yhteispalvelukokeilun arvioinnin loppuraportti. Työhallinnon julkaisu 339/2004. Työministeriö: Helsinki.
- Arnkil, R., Jokinen, E., Aho, S., Spangar, T., Syrjä, H. & Karjalainen, J. (2007) Muutosturva uudenlaisen yhteistyön airuena. Muutosturvan toimeenpanon ja toteutuksen arviointitutkimus. Työ- ja elinkeinoministeriö, Työpoliittinen tutkimus 331/2007.
- Arnkil, R., Karjalainen, V., Saikku, P., Spangar, T. & Pitkänen, S. (2007) Työvoimatoimistot ja työvoiman palvelukeskukset tänään ja huomenna. Väliraportti Suomen työvoimapalvelujen uudistuksesta. Työhallinnon julkaisu 373/2007. Työministeriö: Helsinki.
- Asiakaskysely. Kainuulainen työ- ja terveysturvan toimintamalli-hanke (2009). Kainuun maakunta-yhtymä. KaiTo-projekti. Julkaisematon moniste 24.3.2009.
- Chen, H.-T. (1990). Theory-driven Evaluations. Sage Publications.
- Cuba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). Fourth Generation Evaluation. Sage Publications.
- Engeström, Y. & Saarelma, O. (1990). Toimiva terveysturva-projekti. Osaraportti nro 1. Toimiva terveysturva -kehittämisen ja tutkimusprojektin suunnitelma. Lääkintöhallituksen julkaisu 161. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Eronen, A., Londen, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. (2008) Sosiaalibarometri 2008. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.
- Forma, P., Harkonmäki, K., Pekka, T. & Saarinen, A. (2008) Kunnallinen työterveyshuolto 2008. Työterveyshuollon organisointi ja toiminta henkilöstöasioista vastaavien ja työterveyshuollon arvioimana. Kuntien eläkevakuutuksen raportteja 4/2008. Kuntien eläkevakuutus:Helsinki.
- Hakulinen, A., Kontio, M., Kumpulainen, T., Latva, I., Matilainen, I. & Rautio-Ottman, T. (2008) Työttömän työnhakijan palvelu- ja ohjausmalli. Teoksessa: Hakulinen, A. & Niemi, H. (toim.) Hyvät käytännöt kestäviksi vaikutuksiksi. Wire-projektin loppuraportti. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu 83. Jyväskylä. 29-46.
- Heikkilä, T. (2005) Tilastollinen tutkimus. Edita:Helsinki.
- Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A.-M. & Keskimäki, I. (2008) Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu Työ ja Yrittäjyys 14/2008.
- Holm, P., Jalava, J. & Ylöstalo, P. (2006) Työttömien työkyky vuonna 2005. Vertailuja palkansajiin. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 308.
- Hyvää työtä ja osaavaa työvoimaa. Työministeriön tulevaisuuskatsaus ensi hallituskaudelle (2006). Työministeriö.
- Hämäläinen, K., Tuomala, J. & Ylikännö M. (2009) Työmarkkinatuen aktivoimisen vaikutukset. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu Työ ja yrittäjyys 7/2009.
- ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. (2004). Stakes. Luokituksia ja ohjeita 2004:4. Jyväskylä: Gummerus.
- Ilmarinen, J., Gould, R., Järviskoski, A. & Järvisalo, J. (2006) Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa: Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveystutkimuksen tuloksia. ETK, KELA, KTL ja TTL. Helsinki. Hakapaino. 17-34.
- Järviskoski, A. & Härköpää, K. (2004) Kuntoutuksen perusteet. WSOY:Helsinki.
- Kainuulainen työkuunto -projekti. Loppuraportti (2008) Kainuun maakunta -kuntayhtymä, sosiaali- ja terveystoimiala D:12. http://www.kainuu.fi/UserFiles/kainuulainen_tyokunto/File/Kainuulainen_tyokunto_loppuraportti_1533414847.pdf
- Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 - 2011(2008) Sosiaali- ja terveysturvan ministeriön julkaisu 2008:16. Helsinki.
- Kansanterveyslaki. 66/1972

- Karjalainen, V. & Melametsä, M. (2001). Työttömillekin työterveyden palveluja - hyvinvointipalvelun yhteinen tehtävä? Työpoliittinen aikakauskirja 2/2001. 15-27.
- Karjalainen, V. & Saikku, P. (2008) Työvoiman palvelukeskukset: erityispalvelua vaikeasti työllistyville. Teoksessa: Arnkil, R., Karjalainen, V., Saikku, P., Spangar, T. & Pitkänen, S. (2008) Kohti työelämälähtöisiä integroivia palveluja. Työvoimatoimistojen ja työvoiman palvelukeskusten arviointitutkimus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yritys 18/2008. 177-326. Edita.
- Karjalainen, V., Saikku, P., Pasuri, A. & Seppälä, A. (2008). Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset. Stakes raportteja 20/2008. Helsinki: Valopaino Oy.
- Karvonen, S. (2008) Hyvinvointi työikäisten kokemana. Teoksessa: Moisio, P., Karvonen, S., Simppura, J. & Heikkilä, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes: Helsinki. s. 96-115.
- Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008 - 2011 (2009) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. Helsinki.
- Kerätär, R. (1995) Pitkäaikaistyöttömät ja työkykyä ylläpitävän toiminnan tarve. Suomen lääkirilehti 14/1995. 1613.
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. (2008) Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki.
- Klavus, J., Kapiainen, S., Nguyen, L. & Pekurinen, M. (2008) Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset. Teoksessa: Moisio, P., Karvonen, S., Simppura, J. & Heikkilä, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes: Helsinki. s. 178-191.
- Kortteinen, M. & Tuomikoski, H. (1998). Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Hanki ja jää: Hämeenlinna.
- Kotiranta, T. (2008) Aktivoiminnan paradoksit. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 335. Jyväskylän yliopisto.
- Lahtinen, E. (1996). Työikäisten terveyden edistäminen avoterveydenhuollossa. Kelan ja Turun terveyskeskuksen kehittämän terveyden edistämishojelman toteutus ja tulokset. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 16. Turku.
- Lehikoinen, H. (2007) Muutosturvan toimintamallin toimivuus ja kehitystarpeet - työntekijän näkökulma. SAK. Tutkimustieto 4:2007. <http://www.sak.fi/suomi/ajankohtaista.jsp?lang=f&i&location=1&id=32313>
- Manderbacka, K., Häkkinen, U., Nguyen, L., Pirkola, S., Ostamo, A. & Keskimäki, I. (2007) Terveyspalvelut. Teoksessa: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (2007) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007.23. Helsinki. 179-196.
- Manninen, P., Peurala, M., Pulkkinen-Närhi, P., Rautio, M & Husman, K. (2007). Työterveyshuolto osana perusterveydenhuoltoa. Suomen lääkirilehti 6/2007. 529-533.
- McQuaid, R.W. & Lindsay, C. (2005) The Concept of Employability. Urban Studies, vol. 42, no.2. 197-219.
- Mesiäislehto-Mäntypuro, J., Välimäki, T., Ilonen, H., Rinta-Jaskari, M. & Aaltonen, J. (2001) Työnhakija-asiakkaiden työterveyshuolto Seinäjoen verkostomalliin. Loppuraportti.
- Myllymäki, K. (2006) Terveyskeskus 2015 - terveyskeskustyön tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:56. Helsinki.
- Mäkitalo, J., Suikkanen, A., Ylisassi, H. & Linnakangas, R. (2008). Kuntoutus ja työelämä. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Keuruu. 522-546.
- Nio, I., Torvi, K. & Tuomaala, M. (2009) Työ- ja elinkeinoministeriön lyhyen aikavälin talous- ja työmarkkinaennuste. Kevät 2009. TEM-analyseja 11/2009. http://www.tem.fi/files/22736/Kevat_2009.pdf
- Nygård, C-H, Virtanen, P., Saloniemi, A., Koivisto, T., Systä, M. & Kaukiainen, A. (1995). Työkyvyn ylläpito ja terveydenhuolto työttömyyden aikana. Työpoliittinen tutkimus 111. Työministeriö: Helsinki.
- OECD (2005) Reviews of Health Systems: Finland. OECD.
- OECD (2008) *Sickness, Disability and Work. Breaking the barriers.* Vol.3. Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. OECD.

- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2nd edition. Sage Publications.
- Patton, M.Q. (1997) *Utilization-focused Evaluation*. The New Century Text. 3rd edition. Sage Publications.
- Pensola, T., Järvikoski, A. & Järvisalo, J. (2006) Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa: Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. ETK, KELA, KTL ja TTL. Helsinki. Hakapaino. 223-239.
- Pelto-Huikko, A., Karjalainen, K. & Koskinen-Ollonqvist, P. (2006) Terveiden edistämisen toimintamallit. Terveiden edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2006. <http://www.health.fi/timage.php?i=100434&f=1&name=Toimintamallit.pdf>
- Perkiö-Mäkelä, M., Hirvonen, M., Elo, A-L., Ervasti, J., Huuhtanen, P., Kandolin, I., Kauppinen, K., Kauppinen, T., Ketola, R., Lindström, K., Manninen, P., Mikkola, J., Reijula, K., Riala, R., Salminen, S., Toivanen, M. & Viluksela, M. (2006) Työ ja terveys - haastattelututkimus 2006. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos. Tammer-Paino Oy:Tampere.
- Perttinen, P. & Suuronen, N. (2004) Laatuwirettä pitkäaikaistyöttömille. Työllistämismallin arviointi ja kehittäminen. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Julkaisuja 32. Jyväskylän yliopistopaino.
- Pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön kirje kunnille, kuntien sosiaali- ja terveystoimille, terveyskeskuksille ja työvoiman palvelukeskuksille 14.3.2007.
- Pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön kunta-kirje 4/2008 30.4.2008.
- Pohjolainen, P., Tiihonen, A., Simonen, M. & Takala, K. (2009) Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tuen lähtökohdat. Tutkimus Hämeenkyrön pitkäaikaistyöttömistä. Ikäinstituutti. Raportteja 1/2009. Helsinki.
- Rajavaara, M. (toim.) (2000) Yksilölliset palvelut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seurantaraportin loppuraportti. Kela sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 54. Helsinki
- Rasinkangas, J. (1998) Hyvinvointi ja työmarkkina-asema. Kansaneläkelaitos sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 33. Helsinki.
- Robson, C. (2001). Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tammi:Helsinki.
- Räisänen, H. & Schmid, G.(2008) Siirtymätyömarkkinat ja joustoturva Suomen työmarkkinoiden näkökulmasta. Työpoliittinen aikakauskirja 3/2008. 5-29.
- Saikka, P (2008) Työttömien terveyspalvelut. Teoksessa: Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset. Stakes raportteja 20/2008. Helsinki: Valopaino Oy. 64-72.
- Schmid, G. (1998) *Transitional Labour Markets: A New European Employment Strategy*. Discussion paper in October 1998.
- Schmid, G. (2008) *Transitional Labour Markets and Flexicurity: managing Social Risks over the Lifecourse*. Paper presented to the workshop at Stakes 13th to 15th February 2008.
- Seppänen-Järvelä, R. (2004) Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas käytäntöihin. FinSoc arviointiraportteja 4/2004. Stakes. http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C41CB87-6134-4C94-8D1B-46CD906C3B33/0/Arviointiraportteja4_04.pdf
- Sinervo, L. (toim.) (2009) Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke - kehittämissuunnitelman loppuraportti ja paikalliset toimintamallit. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportteja 23. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE-ohjelma 2008 - 2011 (2008) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008.6. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) Uusi terveydenhuoltolaki. Terveidenhuoltolakiyöryhmän raportti (2008) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa (2006) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. Helsinki.
- Suikkanen, A. (2008). Selvitys välityömarkkinoista. 13.10.2008. SATA-komitean selvityksiä. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4806.pdf

- Taipale, P. (2003) Työttömille suunnattujen terveystalvelujen tarkastelua. Jyväskylä ammattikorkeakoulu. Wire-projektin terveystalvelujen julkaisuja 1/2003. http://www.wire.jypoly.fi/julkaisut/1_2003.pdf
- Talo, S. (2001). Prologi seminaarin sisällöstä ja tavoitteista. Teoksessa: Talo, S (toim.) Toimintakyky - viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Turku.31-46.
- Teperi, J. (2008) Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän tasa-arvon lisääminen. Liite 6 teoksessa: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 - 2011. Sosiaali- ja terveystalveluministeriön julkaisuja 2008.16. Helsinki. 118-124.
- Tervahartiala, T., Vesalainen, J. & Vuori, J. (1996) Työttömien toimenpideohjelmien vaikutukset. Kansaneläkelaitos sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 12. Helsinki.
- Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2007) Hallituksen politiikkaohjelma. <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>
- THL (2009) Tiedote 28.5.2009. Yhteyden saaminen terveyskeskukseen vaikeutunut. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveystalvelut/hoidonsaataavuus/pthoidonsaataavuus.htm>
- TM 14:00/2007. Työministeriön kirje 31.5.2007. Työvoiman palvelukeskusten valtakunnallisten asiakaskriteereiden vahvistaminen.
- Työllisyyskatsaus huhtikuu 2009. Työ- ja elinkeinoministeriö. <http://www.tem.fi/files/23087/HUHTI09.pdf>
- Työnvälityksen vuositilastot vuonna 2008 (2009) TEM Tilastotiedote 2009:2.
- Työterveyshuollon palvelut työttömyyden uhatessa sekä lomautus- ja irtisanomistilanteissa. Sosiaali- ja terveystalveluministeriön kirje työterveyshuoltoyksiköille 22.4.2009.
- Vesalainen, J. & Vuori, J. (1996) Työttömänä koettu toimintakyky ja itsetunto. Työterveyslaitos Työ ja ihminen tutkimusraportti 9. Helsinki.
- Virtanen, P., Romppainen, K., Jähi, R. & Saloniemi, A. (2008) Työterveyttä työttömillekin, mutta miten? Teoksessa: Ashorn, U. & Lehto, J. (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes. 67-81.
- Virtanen, S., Husman, P., Kaikkonen, R., Louhelainen, K., Husman, K. & Riihimäki, H. (2008) Työikäisten terveyserojen kaventaminen. Liite 8 teoksessa: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 - 2011. Sosiaali- ja terveystalveluministeriön julkaisuja 2008.16. Helsinki. 140-149.
- Vuorela, M. (2008) Selvityshenkilö Mika Vuorelan selvitys: Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Työ- ja elinkeinoministeriö 10.3.2008. http://www.tem.fi/files/18750/Vuorela_loppuraportti.pdf

LIITE 1: TUTKIMUSAINEISTO

1. Kolme yhteistä arvioinnin työkokousta (20.4.08, 17.11.08 ja 11.2.09):
 - yhteisen aineistonkeruun suunnittelua (lomakesisällöt, ajankohdat jne.)
 - palautetta kerätyistä aineistoista
 - keskustelua, yhdessä kehittämisosion kanssa
2. Hankkeiden tuottama kirjallinen materiaali:
 - väliraportit, ohjausryhmien pöytäkirjat, lomakkeet, haastattelupohjat jne.
3. Hankekäynnit:
 - Oulu, Harjavalta, Lieksa, Forssa, Joensuu, Lappeenranta, Kotka, Helsinki, Itä-Savo, Vantaa
 - Joensuuta, Helsinkiä ja Vantaata lukuun ottamatta käynneillä käytiin keskustelu hankkeen ohjausryhmän kanssa sekä haastateltiin hankevastaavaa ja/tai hanketyöntekijää
 - Joensuussa, Helsingissä ja Vantaalla haastateltiin hankevastaavaa ja hanketyöntekijää yhdessä
 - muistiinpanot keskusteluista ja haastatteluista
4. Hanketoimijoiden puhelinhaastattelut:
 - Hämeenkyrö, Lieto, Salo, Itä-Häme, Rovaniemi, Hyvinkää, Sastamala
 - haastateltiin ohjausryhmän puheenjohtajaa (Lieto, Itä-Häme, Sastamala, Rovaniemi)
 - haastateltiin hankevastaavaa Hämeenkyrössä ja Hyvinkäällä
 - kaikista haastateltiin hanketyöntekijää/ -työntekijöitä
 - muistiinpanot haastatteluista
5. Valtakunnallinen kysely
 - huhtikuu 2008
 - teemat: tietoisuus valtionosuusrahan lisäyksestä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin, pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittäminen vuosina 2006 - 2007 ja suunnitelmat vuosille 2008 - 2009, toimenpiteiden volyyymi ja rahoitus, kehittämistoiveet
 - STM:n kuntatiedotteen 4/2008 liitteenä linkki webropol-kyselyyn kaikkiin manner-Suomen kuntiin (N=399)
 - kyselyyn vastasi 220 kuntaa (155 vastausta), vastausprosentti 55
6. Osahankkeiden volyyymiseuranta:
 - kaksi koontia: hankkeen alusta 31.5.2008 asti ja 1.6.08 - 31.1.2009

- tiedot toimitettiin lomakepohjalla: asiakkaat, terveystarkastukset, seurantakäynnit, muut käynnit terveydenhoitajalla, peruuntuneet ajat, asiakkaiden ikä, sukupuoli ja työttömyyden kesto, mistä asiakkaat ohjattu terveystarkastukseen ja minne asiakkaat ohjattu terveystarkastuksesta, kuinka monta asiakasta ohjattu lääkärille työ- ja toimintakyvyn arviointiin
7. Kuukauden asiakasseuranta:
- täytettiin webropol-lomake kuukauden ajan jokaisesta terveystarkastuksessa käyneestä asiakkaasta
 - toteutui eri ajankohtina eri hankkeissa (touko-kesäkuu 2008, syyskuu 2008, loka-marraskuu 2008)
 - teemat: asiakkaan taustatiedot (ikä, sukupuoli, siviilisäätö, koulutus, työttömyyden kesto), lähettävä taho, ohjauksen syy, milloin ja miksi asiakkaan edellinen käynti terveydenhuollossa, asiakkaan arvio terveydestään ja työkyvystään, terveydenhoitajan arvio asiakkaan terveydestä, tarkastuksessa todetut terveystarpeet, tietoisuus riskeistä aiemmin, asiakkaan ohjaus terveystarkastuksesta ja ohjaustapa, onko asiakkaalle sovittu seurantakäyntiä
 - 13 hanketta osallistui
 - 207 asiakasta (ilman tunnistetietoja)
8. Asiakaskysely:
- loka-marraskuu 2008
 - kyselylomake postitettiin kaikille terveystarkastuksessa 31.5.08 mennessä käyneille, paitsi Vantaalta ja Helsingistä ositettu otanta, jota volyymiltaan selvästi suurimmat hankkeet eivät vinouttaisi aineistoa (ks. Heikkilä 2005, 38-39). Vantaalta poimittiin joka toinen asiakas, Helsingistä joka kolmas.
 - teemat: taustatiedot (ikäryhmä, sukupuoli, tämänhetkinen tilanne, terveystarkastuksen ajankohta), terveystarkastusta koskevat väittämät, terveystarkastuksen merkitys, terveystarkastuksen jälkeen järjestetyt palvelut ja muu palaute
 - N = 1146
 - kyselyyn vastasi 324 asiakasta (28 %), hankekohtaiset vastausprosentit liitteessä taulukossa 7
9. Asiakashaastattelut:
- marraskuu 2008 – tammikuu 2009
 - kyselylomakkeen palautuksen yhteydessä asiakas sai antaa suostumuksensa puhelinhaastatteluun
 - 131 asiakasta antoi suostumuksensa yhteydenottoon

- haastateltiin 20 asiakasta
- teemat: terveystarkastukseen ohjautuminen, terveyspalveluiden käyttö, kokemukset terveystarkastuksesta, koettu hyöty ja vaikutus työllistymiseen, asioiden eteneminen terveystarkastuksen jälkeen, työttömien työnhakijoiden terveyspalveluiden järjestäminen, työkyvyn ylläpitäminen tai parantaminen
- haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin
- asiakkaat olivat 15 eri hankkeesta; Helsingistä, Vantaalta, Hämeenkyröstä, Liedosta ja Oulusta haasteltiin kaksi asiakasta. Valinta tehtiin siten, että edustettuina olisi erityyppisten hankkeiden asiakkaita suunnilleen yhtä paljon. Kaikkia haastateltavaksi toivottuja ei tavoitettu. Harjavallan asiakkaita ei haastateltu, koska vastanneita oli vain kaksi ja Hyvinkää ei osallistunut asiakaskyselyyn.
- taustatietojen mukaan haastatellut asiakkaat jakaantuivat seuraavasti: Sukupuoli: naisia 10, miehiä 10; Ikäryhmät: alle 25-vuotiaita 1, 25 - 34-vuotiaita 3, 35 - 44-vuotiaita 5, 45- 54-vuotiaita 7 ja 55-vuotiaita tai vanhempia 4; Tilanne (lomakkeen mukaan): työtön 11, tuettu työ 3, töissä 1, kuntouttava työtoiminta 2, opiskelu 1, sairausloma 2; Terveystarkastuksen ajankohta: 7 syksyllä 2007, 6 talvella 2007 - 2008, 7 keväällä 2008
- tutkimusavustaja Elina Lavikainen soitti muille asiakkaille ja keräsi palautetta vapaamuotoisesti > 26 asiakasta antoi palautetta, joka kirjattiin

10. Asiakascasekuvaukset

- marraskuu 2008- tammikuu 2009
- hankkeilta pyydettiin 2-4 casekuvausta onnistuneista ja vähemmän onnistuneista asiakasprosesseista valmiiseen lomakepohjaan, taaksepäin suuntautuva tarkastelu
- teemat: asiakkaan ikä ja sukupuoli, asiakkaan lähtötilanne, mistä asiakas ohjattu, mitä terveystarkastuksessa todettu, toteutuneet palvelut prosessin aikana, yhteispalaverit asiakkaan asiassa, tämänhetkinen tilanne ja prosessin arviointi
- 35 kuvausta 15:sta hankkeesta

11. Ohjausryhmien arviointikysely

- helmikuu 2009
- teemat: taustiedot (hanke, taustataho), ohjausryhmän toiminnan arviointi, kehitellyn terveyspalvelumallin toimivat ja heikot puolet, keskeiset haasteet juurruttamisessa ja oman taustaorganisaation tekemät toimenpiteet asiassa, eri toimijaosapuolien toimintamalliin sitoutumisen arviointi, toimintamalliin liittyvät väittämät ja palaute/ kommentit

- webropol-kysely lähetettiin hankkeiden ohjausryhmien jäsenille sähköpostitse (N= 147), Vantaan hankkeen ohjausryhmän yhteystietoja ei saatu
- 66 jäsentä vastasi kyselyyn (45 %)
- vastaajat hankkeittain: Etelä-Karjala 2, Forssan seutu 5, Harjavalta 4, Helsinki 2, Hyvinkää 4, Hämeenkyrö 2, Itä-Häme 5, Itä-Savo 7, Joensuu 5, Kotka 3, Lieksa 6, Lieto 6, Oulu 2, Rovaniemi 3, Salon seutu 5 ja Sastamala 5

LIITE 2: TAULUKOT JA KUVIOT

Taulukko 4. Taustatietoja¹ hankepaikkakunnista: väestö 31.12.2007, työttömien lukumäärä 11/2007 ja 11/2008, työttömyysprosentti (työttömien osuus työvoimasta) 11/2007 ja 11/2008 pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä 11/2007 ja 11/2008, työmarkkinatuen menot (500 päivää tukea saaneet) kunnan osuus menoista € 2007 ja 2008, menojen erotus euroina ja prosentteina, kansantauti-indeksi² 2007 (ikävakioitu) ja sairastavuusindeksi³ 2007 (ikävakioitu).

| Hanke | Väestö 31.12.2007 | Työttömiä 11/07 työt % pa-työt % tyött | Työttömiä 11/08 työt % pa-työt % tyött | Työmarkkinatuen menot (500 pv) kunnan osuus € 2007 | Työmarkkinatuen menot (500 pv) kunnan osuus € 2008 (muutos €) | Kansantauti- indeksi 2007 (ikävakioitu) | Sairastavuus- indeksi 2007 (ikävakioitu) |
|---|----------------------|--|--|---|---|---|---|
| Etelä-Karjala (Lappeenranta) | 59 286 | 2 869 10,2 % 20,2 % | 2 870 10,1 % 21,5 % | 2 680 567 | 2 308 681 (-371 886) - 14 % | 94,2 | 99,4 |
| Forssa | 17 835 | 836 9,7 % 22,8 % | 963 11,1 % 16,9 % | 591 424 | 568 677 (-22 274) - 4 % | 97,5 | 106,2 |
| Harjavalta | 7 646 | 313 8,8 % 18,8 % | 308 8,7 % 11,7 % | 282 286 | 234 405 (-47 881) - 17 % | 99,2 | 102,5 |
| Helsinki | 568 531 | 17 805 5,9 % 25,5 % | 16 903 5,6 % 19,6 % | 20 616 412 | 17 080 079 (-3 536 333) - 17 % | 79,4 | 90,4 |
| Hyvinkää | 44 652 | 1 358 6,2 % 25,6 % | 1 300 5,9 % 20,4 % | 1 242 277 | 1 092 993 (-149 284) - 12 % | 99,9 | 95,4 |
| Hämeenkyrö | 10 276 | 353 7,5 % 19,8 % | 371 7,9 % 17,3 % | 122 367 | 87 912 (-34 455) - 28 % | 98,7 | 108,5 |
| Itä-Häme (Heinola) | 20 612 | 921 9,4 % 31,1 % | 934 9,6 % 25,3 % | 995 181 | 908 517 (-86 664) - 9 % | 98,8 | 103,4 |

1 Väestötieto Sotkanet. Työttömyysluvut TEM. Työmarkkinatuen menot Työmarkkinatukiseuran ta. Kansantauti- ja sairastavuusindeksit Kelan Terveyspuntari.

2 Kansantauti-indeksi muodostuu seitsemän suurimman erityiskorvattavaan lääkehoitoon oikeutavan sairauden (astma, diabetes, nivelreuma, psykoosit, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja verenpainetauti) esiintyvyydestä lasketusta keskiarvosta. Koko maan indeksi on 100.

3 Sairastavuus-indeksi perustuu kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä ja erityiskorvattavien lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä laskettuun keskiarvoon. Koko maan indeksi on 100.

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|----------------------------|----------------------------|----------------|--|-------|-------|
| Itä-Savo (Savonlinna) | 26 775 | 1 350 10,9 % 21,6 % | 1 437 11,7 % 15,9 % | 1 089 565 | 847 465 (-242 130) - 22 % | 114,4 | 104,1 |
| Joensuu | 57 677 | 3 684 13,3 % 26,5 % | 3 821 13,9 % 23,4 % | 4 263 293 | 4 981 610 (-181 683) - 4 % | 119,4 | 105,7 |
| Kotka | 54 679 | 2 719 10,6 % 32 % | 2 798 11,0 % 25,4 % | 2 705 482 | 2 609 864 (-95 618) - 4 % | 95,6 | 110,2 |
| Lieksa | 13 181 | 1 049 18,3 % 25,4 % | 1 003 18,0 % 23,9 % | 1 943 690 | 903 820 (-139 870) - 7 % | 115,7 | 125,7 |
| Lieto | 15 607 | 251 3,3 % 15,1 % | 240 3,1 % 12,5 % | 116 172 | 56 116 (-60 056) - 52 % | 82,0 | 86,9 |
| Oulu | 131 585 | 6 542 10,1 % 20,3 % | 6 917 10,6 % 19,8 % | 4 815 779 | 4 754 978 (-60 801) - 1 % | 130,2 | 106,6 |
| Rovaniemi | 58 825 | 3 164 11,5 % 21,2 % | 3 337 12,1 % 18,2 % | 2 612 172 | 2 416 474 (-195 698) - 8 % | 116,5 | 103,7 |
| Salo | 25 802 | 898 7,1 % 20,2 % | 958 7,5 % 17,1 % | 1 043 818 | 931 999 (-111 819) - 11 % | 88,6 | 97,6 |
| Sastamala (Vammala) | 16 692 | 337 4,6 % 21,7 % | 321 4,5 % 16,2 % | 243 328 | 110 005 (-133 323) - 55 % | 91,6 | 97,4 |
| Vantaa | 192 522 | 6 285 6,1 % 29,9 % | 6 200 5,9 % 25,8 % | 5 750 115 | 5 337 350 (-412 765) - 7 % | 91,9 | 90,6 |
| koko maa (yhteensä/ka) | 5 300 484 | 199 128 7,8 % 23,8 % | 201 147 7,8 % 19,9 % | 157 046 463 | 140 194 204 (-1 685 226) -11 % | 100 | 100 |

Taulukko 5. Hankkeiden tarkastelu kuuden ulottuvuuden perusteella: asiakkaat, toteuttajat, toteutustapa, paikkakunnan ja toteuttavan organisaation piirteet, verkostot ja yhteistyö sekä jatkosuunnitelmat ja liittyminen strategioihin (mikäli internetistä tai muuta kautta on löytynyt tieto ko. asiasta).

| Hanke | Asiakkaat 31.1.2009 mennessä -määrä/tervtark - suurin ikäryhmä - pääasiallinen sukupuoli - pääasialliset lähettävät tahot | Toimeenpanija/ toteuttajat | Toteutustapa, välineet | Paikkakunnan ja toteuttavan organisaation luonne/ piirteet | Verkostot/ yhteistyö | Jatkosuunnitelmat ja liittymisen strategioihin |
|----------------------|--|--|--|---|--|--|
| Etelä-Karjala | 131/25 35-44 v miehiä TYP | Etelä-Karjalan TYP/ Lappeenrannan kuntoutus- ja kylpyläsäätiö (ostopalvelu) -proj.pääll. -työtervhoit/psyksh/fysioterap | Työntekijät kuntoutus- ja kylpyläsäätiössä. Järjestetty toimintaa myös ympäristökunnissa. Asiakaskohderyhmä 70-luvulla syntyneet TYP-asiakkaat. Henkilökohtainen suunnitelma (mahd. terveys-tarkastus), keskustelu- ja liikuntaryhmät sekä yksilö-ohjaus. | TYP 12 kunnan yhteinen. TYP:ssa 2 th:ta, jotka hallinnollisesti aikuissosiaalityön alla. Kuntoutus- ja kylpyläsäätiössä pääomistajana on Lappeenrannan kaupunki. Yksikkö on tuottanut kaupungille työnhakijoiden työterveyshuolto-palvelua vuodesta 2005 lähtien, ensin TE-keskuksen rahoittamana, nyt kaupungin aikuissosiaalityön rahoituksella vuosittaisen sopimuksen pohjalta. | TYP:lla ja säätiöllä tiivis yhteistyö. TYP:n verkostot. | Lappeenrannan seudun työllisyyspoliittisessa ohjelmassa 2008-2010 (luonnos) ehdotetaan työnhakijoiden työterveyshuollon liittämistä osaksi (uuden) sote-piiriin järjestämää perusterveydenhuoltoa > esitys johtoryhmälle keväällä 2009. |
| Forssa | 150/128 45-54 v (alussa enemmän nuorempia) miehiä ja naisia työvoimatsto (51%) TYP (45%) | Forssan seudun terveydenhuollon ky - th | Työntekijä fyysisesti tk:n tiloissa. Asiakkaat (150 alle 54-vuotiaasta pa-työtöntä) terveys-tarkastuksiin pääasiassa työvoimatoimistosta ja TYP:sta. | Kuntayhtymässä mukana 5 kuntaa. TYP:ssa mukana samat kunnat. TYP:ssa ollut th-resurssia 1pv/vko. | Yhteistyö eri hallinnonalojen kanssa. Työstetty jatkoa perusterveyden-huollossa. | Seutukunnalla sovittu, että työttömien terveydenhuolto järjestetään perusterveydenhuollon vastaanotoilla (omalääkärit ja -hoitajat). Juurruttaminen jatkuu hankerahoituksella. Ei mainita FSTKY:n strategiassa, linjassa hyvinvointi- ja turvallisuusstrategian vuoteen 2010 kanssa. |

| | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|---|--|
| <p>Harjavalta</p> | <p>149/2 kaikki ikäluokat miehiä työvoimatsto (60%) sosiaaliosto (36%)</p> | <p>Harjavallan kaupunki/ sosiaali-toimi omarahoitus: - palvelu/työnohjaaja - 2 työnsuunnittelijaa</p> | <p>Kokeiluluonteinen työllistämistoiminta käynnistynyt 1.4.2007. PTT-hanke liitetty osaksi. Työvoimatsto ja sosiaalitoimi ohjaavat 500 pv ja myöh. myös nuoret pa-työttömät/ koulupudokkaat palveluohjaukseen/ työllistämistoimintaan. Tarvittaessa asiakkaalle tehdään terveystarkastus/ työkyvyn arvio tk:n lääkärillä tai ostopalveluna (?). 60 asiakasta ohjattu perusterveydenhuoltoon. Tavoitteena vähentää kunnan osuutta tmt-menoista.</p> | <p>Paikkakunnalla ei TYP:ta. Perusth toteutuu kolmen kunnan yhteisessä kuntayhtymässä. Kuntaliitosselvitteilyt meneillään. Valtimo-projekti 2005-2007 (terveystarkastukset kutsuille).</p> | <p>Laajat verkostot, yhteistyö etenkin työvoimatsto, sosiaaliosto ja Kela, myös muut hankkeet. Kuntoutuksen aytr:ssa käsitelty asiakastapauksia tarvittaessa. Terveyspalvelun näkökulma toimintamalliin jäänyt hyvin ohueksi.</p> | <p>Harjavallan vuoden 2009 talousarviossa työllistämistoinnalle on varattu palkkakulut ja toiminta tulee painottamaan nuoriin. Myös hankerahoitus. Jatkosuunnitelman mukaan toimintaa tullaan porrastamaan sekä lisäämään kuntouttavan työtoiminnan osuutta. Kaupungin strategiassa 2016 (2008) tavoitteena väestö- ja ikäryhmien välisten hyvinvointierojen kaventuminen, mutta työll. toimintaa tai terv. tark ei mainita.</p> |
| <p>Helsinki</p> | <p>1350/898 35-44 v miehiä TYP</p> | <p>Helsingin TYP/ Kunto-tiimi/ kunta/ terveydenhuolto(5 th + psyk.sh), työhallinto/ psykologit ja Kela/ vakuutuslääkintä-työntekijä -5 th -psyk.sh -joht.th (hankkeessa 2 th ja psyk.sh)</p> | <p>Työntekijät fyysisesti TYP:ssa. Terveystilan kartoitus (terveystarkastus), terveysneuvonta ja työpaikkakäynnit > hoidontarpeen arviointi tk:ssa, myös esim. rokotukset. Psykiatrisen sh uusi toimija > mt- ja päihdekuntoutus suhteessa työhön kuntoutukseen. Asiakasvastaanotot. Kohderyhmänä pääasiassa uudet TYP-asiakkaat 1.1.2008 alkaen. Toteutunut osana normaali-toimintaa.</p> | <p>TYP (työhallinto, sosiaalitoimi, terveystoimi, Kela). Uusi Kuntoutusohjaus-tiimi 2008 > terveydenhoitajat, psykologit, Kelan asiakassihteerit.</p> | <p>Laajat verkostot TYP-toiminnan kautta. Yhteys työpaikoille/ työpaikkakäynnit (kuty, työvoimapoliittiset toimenpiteet).</p> | <p>Helsingin terveyskeskuksen strategiasuunnitelmat 2006-2008 ja 2009-2011 (esitys) > väestöryhmien väliset terveyserot> positiivinen diskriminaatio, syrjäytyneiden terveyspalvelut. Työttömien terveystarkastukset/ -palvelut ei suoraan esillä. Toiminta TYP:ssa pysyvää, 2 uutta terveydenhoitajaa vakinaistettu.</p> |

| | | | | | | |
|-------------------------|---|---|--|---|--|--|
| Hyvin- kää | 57/0 45-54 v miehiä ja naisia muu (35%),TYP (32 %), työvoimatsto (32%) | Hyvinkään TYP/ Hyvinkään kau- punkki/perhe- ja sosiaalipalvelut - projektikoordi- naat. | Työntekijä fyysisesti TYP:ssa. Asiakkaat työvoimatoi- mistosta ja TYP:sta. Ei ter- veystarkastuksia vaan ter- veydentilaselvityksiä, jonka jälkeen asiakas ohjataan tarvit. tk:een terveystarkas- tukseen. Painopisteenä pit- käaikaistytöttömän terve- ydenhuollon hoitopolun mallintaminen, vähän asia- kaskäyntejä. | TYP:ssa oma th (kuntoutus- koordinaattori) ja työvoima- ohjaaja vajaakuntoisten pal- veluun. | Mallintamista tehty yhteistyös- sä TYP, tk ja mtt. Käytännön ko- kemukset vielä vähäisiä. | TYP:ssa toiminta vakiintun- ta. Toiminta jatkuu hankera- hoituksella. Ei tietoa liittymi- sestä strategiaihin. |
| Hämeen- kyrö | 119/101 45-54 ja yli 55 v. miehiä ja naisia työvoimatsto (67%), muu (22%), asiakas itse (9%) | Hämeenkyrön kunta/ sosiaali- palvelukeskus/ Monityö - henkilöstö (oma rahoitus) > johtaja, ohjaa- jat, työvalmen- tajat - ostopalvelu > työterveys- huolto (hoita- jat, lääkäripalve- lut jne.) > Ikäinstituut- ti (toimintaky- kyymmitta-ukset ja tutkimus) | Kohderyhmä: 100-150 pa- työttömät ja vajaakuntoi- set pääasiassa työhallinnon kautta. Vuoden mittai- nen interventio (tervtark, toimintakykyymmittaukset, ryhmätoiminnot, työllist. toiminnot), jonka vaikutta- vuutta arvioidaan, erityises- ti toimintakykyymmutosten osalta. Myös eläkkeelle kuu- luvien haarukointi > eläke- selvittelyt. Tavoitteena luoda mal- li tyött. terv.huoltoon, työ- kyvyn arviointiin ja kuntou- tukseen. | Paikkakunnalla ei TYP:ta. Monityö ollut toiminnassa useita vuosia (amm. ja sos. kuntoutus, työll. edistämi- nen, kuty jne.). Aiemmin yht.työ th:n kans- sa ollut tarpeen mukaista, ei systemaattista. Kaivattu työ- terveyshuollon osaamista. Perusth toteutuu kunnan omana toimintana, palvelut ostettu kunnan työterveys- huollosta. Sosiaali- ja ter- veystoimi yhdistyneet perus- turvaksi 1.1.09 | Monityöllä val- miit verkostot (työvoimatsto, sosiaalitoimi, os- topalvelut jne.), yhteys perusth ollut heikompi. Hanke ei ole suoraan edistä- nyt tämän yh- teistyön tiivisty- mistä. Kuntoutuksen aytr asiantunti- jatahona. | Toiveena ollut saada toimin- ta osaksi perusth:ta esim. si- ten, että th:n työaikaa työttö- mien palveluun. Tämän lisäksi hankittaisiin työkyvyn arvioin- nit ym. ostopalveluna. Talous- suunnitelmassa 2009 ei mai- nintaa, että resurssija tähän tarkoitukseen. Monityö jat- kaa vakiintunutta toiminta- malliaan. Vaikuttavuustutkimuksen tu- lokset valmistuvat kevään 2009 aikana. |

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|---|--|--|---|
| Itä-Häme | 151/146 45-54 v miehiä ja naisia työvoimatsto (44%),TYP (39%) | Itä-Hämeen TYP - th | Työntekijä fyysisesti TYP:ssa sekä vastaanotto muilla paikkakunnilla tk:ssa. Terveystarkastukset ohjauksien mukaan pääasiassa TYP:sta ja työvoimatoimistosta. | TYP kolmen kunnan yhteinen. TYP:ssa ei omaa th:ta. Heinolassa oma tk, Sysmä ja Hartola Päijät-Hämeen sote-piirissä. | TYP-verkostot, myös kolmas sektori. Yhteistyötä perusterveydenhuoltoon (yhteinen keskustelutilaisuus lääkäreille). | Suunnitelmassa työttömien terveydenhuollon juurruttaminen osaksi perusterveydenhuoltoa 2010; Heinolassa osaksi uuden aikuisneuvolan toimintaa, Hartolassa ja Sysmässä aikuisth:n toimenkuviin. Jatkuu hankerahoituksella. Ei tietoa liittymisestä strategioihin. |
| Itä-Savo | 124/86 45-54 v miehiä ja naisia TYP (90%) työvoimatsto (10%) | Itä-Savon sairaanhoitopiirin ky Sosteri - th | Työntekijän vastaanotot työterveyshuollon tiloissa ja eri kuntien tk:ssa. Asiakaskohderyhmänä TYP:n asiakkaat ja Savonlinnan ja Kerimäen työvoimatston alle 25-vuotiaat aktiivintiasiakkaat (yhteensä 60-70). Terveystarkastukset (sisältäen 2 käyntiä), konsultaatiot TYP:ssa ja vastaanotot 3.sektorilla. | Sosterissa 7 kuntaa. Samat kunnat mukana TYP:ssa. TYP:ssa ei th:ta. Th-tarkastuksia ollut tarjolla pa-työttömille 2003-2007 > resurssit ja tiedotus pulmana. | Yhteistyö erityisesti TYP:n ja 3.sektorin kanssa. Työvoimatsto yhteys heikempi. Työstetty jatkoa sosterissa osana laajempaa palveluketjujen mallinnusta. | Käyty keskusteluja toiminnan juurruttamisesta osaksi tk:n vastaanotto toimintaa ja hoitajien normalityötä. Yksi th toimisi yhdyshenkilönä. Jatkuu hankerahoituksella. Ei mainita suoraan Sosterin strategiassa 2009-2011. Terveyserojen kaventaminen on mainittu tavoitteena. |
| Joensuu | 162/162 alle 25, 25-34 v miehiä ja naisia TYP | Joensuun TYP/ sosiaali- ja terveystoimi Joensuun Työterveys (ostopalvelu) - 2 th (aluksi 1) | Th:t fyysisesti Työterveyden tiloissa. Terveystarkastukset TYP-asiakkaille, osallistuminen tarvittaessa palaveriin, seurantakäynti vuoden kulluttua. Työterveyshuollon näkökulma. | TYP kolmen kunnan yhteinen, 2009 lähtien kaksi kuntaa (Joensuu ja Kontiolahdi) kuntaliitoksen myötä. TYP:ssa ei omaa th:ta. Työterveys kunnallinen liikelaitos. Kontiolahdessa perusterveydenhuollossa th, jonka vastuuna myös työttömien terveydenhuolto. | Tiivis yhteistyö TYP:een. TYP-verkostot. | Käyty neuvotteluja pitkäaikastyöttömien terveydenhuollon järjestämisestä osana perusterveydenhuoltoa sosiaali- ja terveystoimen kanssa > ei tulosta. Sosiaali- ja terveystoimen strategiassa 2006-2008 mainitaan syrjäytymisen vähentäminen. |

| | | | | | | |
|---------------|---|---|--|---|---|--|
| Kotka | 206/206 45-54 v miehiä työvoimatsto (92%) | Kotkan kaupunki/Hyvinvointipalvelut/terveydenhuolto - th - fysioterapeutti (50%) | Th fyysisesti työvoimatoimiston tiloissa. Fysioterapeutti tk:ssa, ohjaus th:n kautta. Terveystarkastukset lähinnä työvoimatoimiston asiakkaille. Työhöntulotarkastuksia a-klinikalle ja Korttelikotiyhdistykselle. | Hallinnollisesti perusth:n alla. Kotkassa ollut työttömien th vuoteen 2002 asti. | TYP samassa rakennuksessa ja siellä oma th > vähän yhteyksiä. Tiivis yhteys työvoimatsoon Yhteys perusth ohut ammatillisesti (palaverit ym.) | Palvelu (hankerahoitus) siirtyy kaupungin uuteen työllisyysyksikköön (sosiaalihuolto/kuty) 2009. Myös eläkeselvittelyt. Perusth:ssa ollut linjana ettei erillispalveluja vaan osana tk-toimintaa. Terveiden edistämisen strategiassa 2008-2012 mainitaan työllisyyden turvaaminen ja yhteistyö työvoima- ja sosiaaliviranomaisten kanssa sekä terveyserojen kaventaminen. |
| Lieksa | 170/150 45-54 miehiä ja naisia työvoimatsto (70%) TYP (30%) | Lieksan TYP - th | Työntekijä fyysisesti TYP:n tiloissa. Asiakkaat terveystarkastuksiin pääasiassa työvoimatoimistosta ja TYP:sta. | TYP:ssa ei omaa th:ta. Ostettu työterveyslääkärin palvelua 2 aikaa/vko lääkärin tilanteen takia. | TYP-verkostot. Yhteys työterveyskeskukseen ollut heikko. | Jatkuu hankerahoituksella. Hallinnointi siirtyy TYP:sta kaupungin sosiaalitoimen alle, suunnitelmassa liikkuva th osittain TYP:ssa, osittain tk:ssa Pielisen Karjalan hyvinvointistrategian 2006-2010 linjauksen mukaisesti kaupungin vuoden 2009 talousarviossa mainitaan työttömien terveydentilan seurannan ja työterveysneuvonnan vakiinnuttaminen. |

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|--|--|
| Lieto | 112/57 45-54 v naisia ja miehiä työvoimatsto (75%), sosi- aalitso (20%) | Liedon kunta/ työllistämisyksik- kö Kisällikellari - palveluohjaaja - päihdehoitaja | Liedon, Auran ja Tarvasjo- en kunnat. Kohderyhmä: n. 90 pa-työtöntä (lähinnä 500 pv). Palveluohjauksellinen mal- li, johon sisältyvät päihde- hoitajan, terveydenhoita- jan ja lääkärin tarkastukset (th- ja lääkäripalvelut ostet- tu kuntien omalla rahoituk- sella kuntayhtymän työter- veyshuollosta). B-lausunto terv.tark. asiak- kaista (työkykyarvio). Tar- kastusten jälkeen ohjaus tarvittaviin toimenpiteisiin (kuntoutus, eläke, kuty jne.) | Paikkakunnalla ei TYP:ta. Kisällikellari ollut toimin- nassa useita vuosia, kunnan kaikki työllistämistoiminta keskitetty sinne. Liedon ja Tarvasjoen perusth Härkä- tien kuntayhtymässä. Auran perusth Pöytyän kuntayhty- mässä. Härkätien ky:n työ- terveyshuolto liikelaitostet- tu 2008. Liedossa tehty työllisyyden- hoidon aiesopimus vuosit- tain 1997 lähtien. Muka- na laaja joukko toimijoita (kunta, työvoimatsto, kola, koulutus, yrittäjät). Kaikki Kisällikellarissa aktiivitoi- missa olevat saavat työter- veyshuolto palvelut ostopal- veluna. Tarvasjoen ja Auran kuty- asiakkaat voivat tulla Kisälli- kellariin (sopimus). | Tiiviit verkos- tot, etenkin työvoimats- to, sosiaalitoi- mi, työterveys- huolto, psyk. pkl. Moniam- matilliset työ- kokoukset asia- kastilanteissa. Kuntoutuksen aytr:n toiminnan kehittäminen joustavammaksi (asiakaskohtai- set tiimit). | Jatkohankkeen tavoitteena palveluohjaajatoiminnan va- kainaistaminen. Päihdehoita- jan toimi vakainaistettu 2009, liitetään myös mt-osaamista. Käyty keskustelua siitä tulisi- ko terveyspalvelun toteutua työterveyshuollosta ostopal- veluna vai osana perusth:n kansanterveysystötä. Työllii- syydenhoidon aiesopimuk- sessa 2009 mainitaan, että Härkätien kuntayhtymä osal- listuu aktiivisesti työllistettä- vien työ- ja toimintakyvyn ar- viointiin ja hankkeeseen sekä tekee työttömille terv.tarkas- tuksia (työterveyshuolto). Liedon kuntastrategia (2007) 2006-2010 yleisellä tasolla ei- kä mainita työllistämistoimin- taa tai työttömien terv.tark. |
|-------|---|---|---|---|--|--|

| | | | | | | |
|------------------|--|---|---|---|--|--|
| Oulu | 178/139 kaikki ikäluokat miehiä TYP (58%) työvoimatsto (18%) asiakas itse (10%) | Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi/ avoterveydenhuolto - projektitt (th) | Työntekijä fyysisesti terveysasemalla. Terveystarkastukset. Hankkeen aikana jalkautettu kaikille terveysasemille (8) osaksi 18 th:n työtä (äitiys- ja lastenneuvola, kouluth, vastaanotto). Pilotointi alkanut TYP:n asiakaskunnan kanssa, asiakas-kunta laajentunut. Moniammatillisen tiimityön käytäntöjen luominen ja vakiinnuttaminen. Moniammatillisen verkostotyön koulutus erityisesti th:ssa. | TYP:ssa ei omaa th:ta. Sosiaalilääketieteellinen konsultaatiokäytäntö aloitettu 2006 > moniamm. tiimityö. Alusta alkaen tavoitteena mallin luominen terveysasemille osaksi muuta perusth:ta. Sotessa tilaaja-tuottaja-malli, molemmat osapuolet mukana hankkeen ohryssa. Sos. ja terv. strategia 2015 (2006) tavoitteena 2007 aloittaa pa-työttömien enn. ehk. terveystarkastukset. Sotessa toteutettu laajasti (ls, perheet) moniamm. verkostotyön koulutusta (mm. verkostokonsultit, sovitut palaveriajat) . Lääkärit velvoitettu osallistumaan koulutukseen, hyväksytään erlääk.koul | Laajat verkostot TYP:n kautta. Toiminnan laajentuessa haasteena vielä yhteyksien tiivistäminen työvoimatsto, sosiaali-toimi ja 3. sektori. Tiivis yhteys perusth: koulutukset jne. | Toimintamallin juurruttaminen ja edelleen kehittäminen jatkuu hankerahoituksella. Sote strategia 2011 (2002)syrjäytymisen ehkäisy yksi painopiste ja siellä mm. pa-työttömien ehkäisevät sos. ja terv. palvelut. |
| Rovaniemi | 123/91 45-54 v miehiä TYP (56%) sosiaalitsto (40 %) | Rovaniemen kaupunki/perusturva-osasto - th - sos.ohjaaja (50%) | Työntekijät fyysisesti TYP:n tiloissa. Terveystarkastukset TYP:n ja sosiaalitston ohjaamina. Osa asiakkaista siirtyy sosiaaliohjaukseen hankkeeseen. | TYP:ssa ei omaa th:ta. Kaupungissa tilaaja-tuottaja-malli, jossa hanke ollut tilaajapuolen alla. | TYP-verkostot ja sosiaalitoimen verkostot. Yhteys terveyskeskukseen ollut heikko. | Jatkuu hankerahoituksella. Ei tietoa liittymisestä strategioihin. |
| Salo | 96/71 kaikki ikäluokat paitsi 55 v ja yli miehiä ja naisia TYP | Salon seudun TYP/Salon seudun tk - th (aluksi 50 %) | Th fyysisesti TYP:ssa. TYP-asiakkaat. Terveystarkastukset ym. TYP-th:n toimenkuvaan liittyvä palvelu. | TYP 5 kunnan yhteinen, joista neljä ollut samassa tk-alueessa. Uusi Salon kaupunki 1.1.2009 > 10 kuntaa, yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi, yhteinen terveyskeskus-alue, myös TYP laajenee (?) | TYP-verkostot. Th toimii tk:n alla ja palkasta 50 % tullut sieltä. Osallistumisen palaverihein tk:ssa. | Strategiat täsmentymässä uuden kaupungin myötä. Keskusteltu mahdollisuudesta saada pysyvä toimi TYP-th:lle 2010. Jatkuu hankerahoituksella. |

| | | | | | | |
|------------------|---|---|---|--|--|---|
| Sastamala | 64/49 45-54 v miehiä TYP (51%) sosiaalitsto (49%) | Sastamalan perusturvakuntayhtymä - projektitt (th) | Työntekijä fyysisesti työterveyshuollon tiloissa. Terveystarkastus-mallin pilotointi 50 asiakkaalla. Terveystarkastukseen kuuluu kaksi käyntiä ja moniammatillinen loppupalaveri. Ohjaus- ja yhteistyökäytäntöjen luominen. Alueterveystenhoitajien koulutus. | Vahva perinne sektorirajat ylittävälle yhteistyölle kuntoutus- ja työllisyysasioissa (mm. kuntoutuksen aytr-toiminnan linkitys TYP-toimintaan, työllisyysstrategia 2005-2010). Th ollut heikommin mukana tässä työssä. Ei ole tehty työtömiä terv.tark. TYP:ssa ei th:ta (eikä sostt). Uusi Sastamala 1.1.2009 (Mouhijärvi, Äetsä ja Vammala). | Laajat verkostot (perusth, TYP, sostoimi, päihdekliniikka, 3. sektori, hankkeet) Työvoimatsto yhteys lähinnä TYP:n kautta. | Sastamalan talousarviossa 2009 perusterveydenhuollon tuloskortissa on tavoitteena pa-työttömien terveystarkastusten vakiinnuttaminen osaksi perusth:n toimintaa. Toiminta siirtyy osaksi aikuis-terveydenhoitajien työtä alueille. Juurrutusta jatketaan jatkohankkeessa. |
| Vantaa | 339/339 55v tai yli miehiä ja naisia työvoimatsto | Vantaan TYP/ Vantaan kaupunki/ asukaspalvelut - th | Kohderyhmänä kaikki Vantaan pitkäaikaistyöttömät (1950). Ei TYP-asiakkaita. Työvoimatoimistosta asiakkaalle kutsu postitse terveystarkastukseen. Th tekee terveystarkastuksia alueittain (4) joko terveystasemalla tai muissa tiloissa. | TYP:ssa 3 th TYP-asiakkaille. Asiakkaita ohjattu TYP:een. TYP:n sosiaali- ja terveyspalvelut asukaspalveluiden alla työllistämispalveluiden ja kutyn kanssa. | Th tehnyt työtä erillään. TYP-yhteydet olemassa (ohjattu asiakaita TYP:een). | Th-toiminta TYP:ssa pysyy. Jatkossa (hankerahoitus) tarve liittyy th-palvelu osaksi Vantaan Valon (kaupungin, aikuiskoulutuksen ja sosiaalisen yrityksen yhteishanke) toimintaa vuonna 2009. Ei mainita sosiaali- ja terveydenhuollon strategioissa. |

Taulukko 6. Asiakaskyselyn väittämien summamuuttajat - hankkeiden keskiarvot.

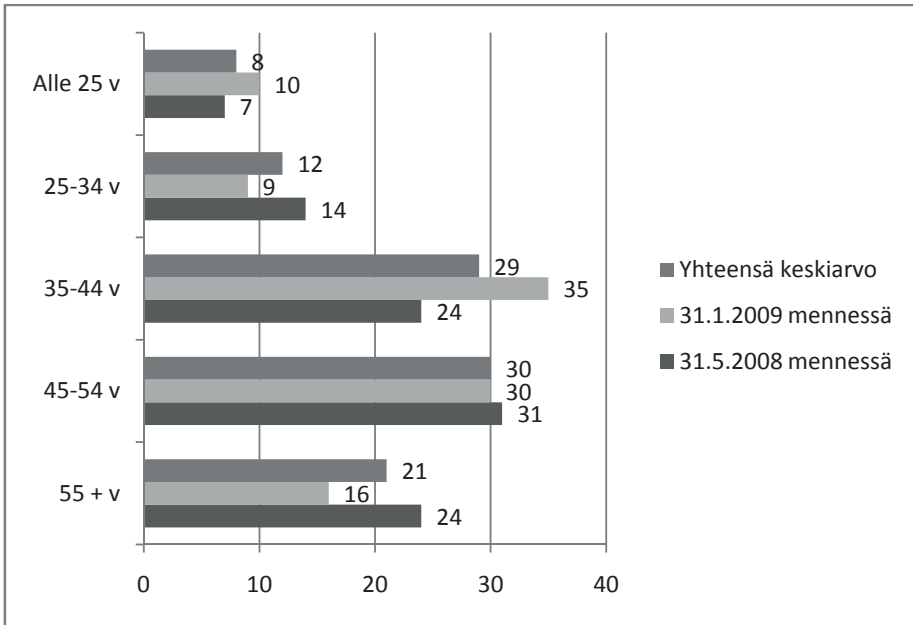
| Hanke (vastaajat) | Palvelu | Vaikutukset |
|-----------------------|---------|-------------|
| Etelä-Karjala (6-7) | 8 | 8,2 |
| Forssa (18-20) | 7,3 | 7,3 |
| Harjavalta (2) | 6 | 10,5 |
| Helsinki (17-18) | 9,3 | 7,4 |
| Hyvinkää (0) | -- | -- |
| Hämeenkyrö (38-39) | 9,3 | 8,1 |
| Itä-Häme (22-23) | 8 | 6,8 |
| Itä-Savo (8) | 8,4 | 8 |
| Joensuu (18-19) | 6,6 | 6,7 |
| Kotka (32-34) | 8,2 | 6,5 |
| Lieto (11) | 10,2 | 8,4 |
| Lieksa ((32-35) | 7,9 | 6,8 |
| Oulu (11-12) | 7,1 | 5,6 |
| Rovaniemi (7) | 11,1 | 8,1 |
| Salo (8-9) | 8,7 | 8,1 |
| Sastamala (11) | 6,9 | 6,6 |
| Vantaa (43-48) | 8,5 | 8,1 |
| Keskiarvo | 8,3 | 7,3 |
| "Paras mahdollinen" | 4 | 3 |
| "Heikoin mahdollinen" | 20 | 15 |

Palvelu-summamuuttuja väittämät: asteikko 1(täysin samaa mieltä) - 5 (täysin eri mieltä)
 Terveystarkastuksessa huomioitiin riittävästi omat toiveeni ja näkemykseni
 Terveystarkastuksesta saamani palaute oli riittävää
 Terveystarkastus antoi oikean kuvan terveydentilastani
 Terveystarkastuksen käytännön järjestelyt toimivat hyvin

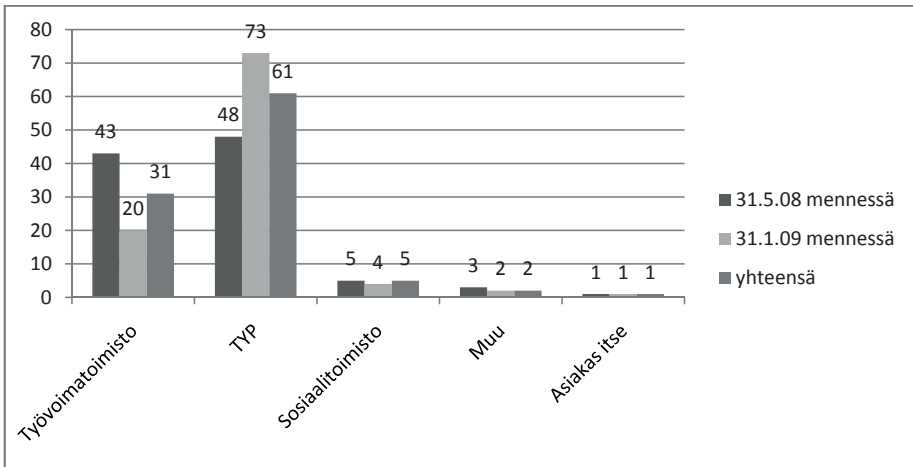
Vaikutukset-summamuuttuja väittämät: asteikko 1(täysin samaa mieltä) - 5 (täysin eri mieltä)
 Terveystarkastuksessa todetut asiat on otettu huomioon työllistymispalveluissani
 Terveystarkastuksessa sovitut jatkotoimet ovat toteutuneet
 Terveystarkastus on saanut minut kiinnittämään enemmän huomiota terveydentilaani ja terveystottumuksiini

Taulukko 7. Asiakaskyselyn vastaajat ja vastausprosentit osahankkeittain.

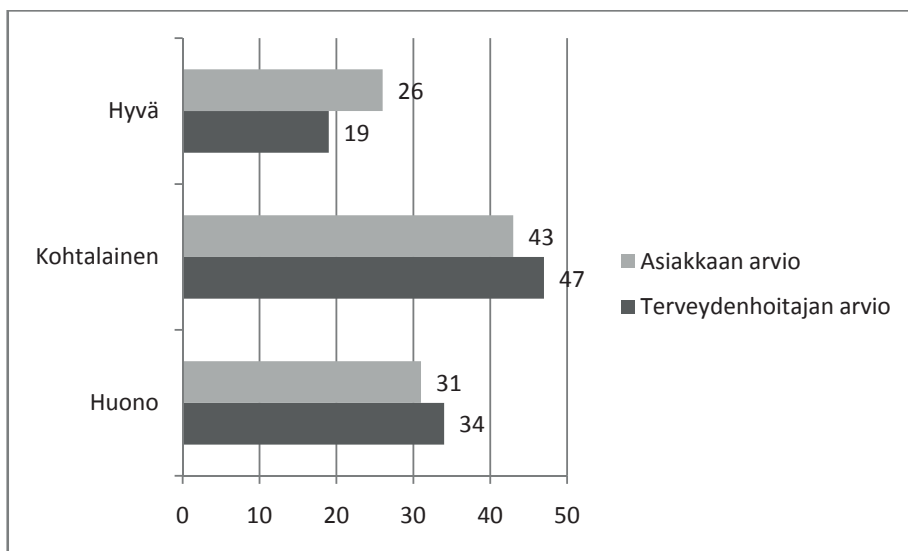
| Hanke | Vastaajat | Kysely lähetetty/ Asiakkaat 31.5.2008 mennessä | Vastausprosentti % |
|---------------------|-----------|---|--------------------|
| Etelä-Karjala (6-7) | 7 | 25 | 28 |
| Forssa (18-20) | 20 | 71 | 28 |
| Harjavalta (2) | 2 | 2 | 100 |
| Helsinki (17-18) | 18 | 124 (otos) | 15 |
| Hyvinkää | 0 | 0 | - |
| Hämeenkyrö (38-39) | 39 | 100 | 39 |
| Itä-Häme (22-23) | 24 | 108 | 22 |
| Itä-Savo (8) | 8 | 33 | 24 |
| Joensuu (18-19) | 19 | 86 | 22 |
| Kotka (32-34) | 34 | 120 | 28 |
| Lieto (11) | 11 | 35 | 31 |
| Lieksa ((32-35) | 37 | 114 | 33 |
| Oulu (11-12) | 12 | 75 | 16 |
| Rovaniemi (7) | 8 | 36 | 22 |
| Salo (8-9) | 9 | 42 | 21 |
| Sastamala (11) | 12 | 39 | 31 |
| Vantaa (43-48) | 48 | 136 (otos) | 35 |
| yhteensä | 324 | 1146 | 28 |



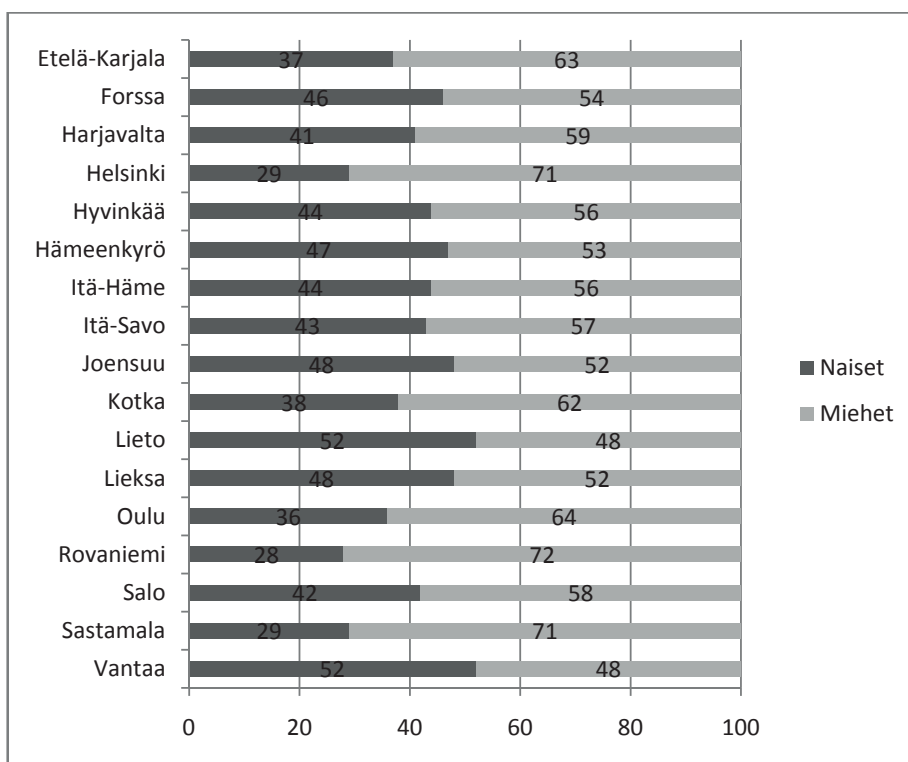
Kuvio 33. Asiakaskunnan ikärakenne % 31.5.2008 mennessä, 31.1.2009 mennessä ja yhteensä koko hankkeen aikana (N=3024).



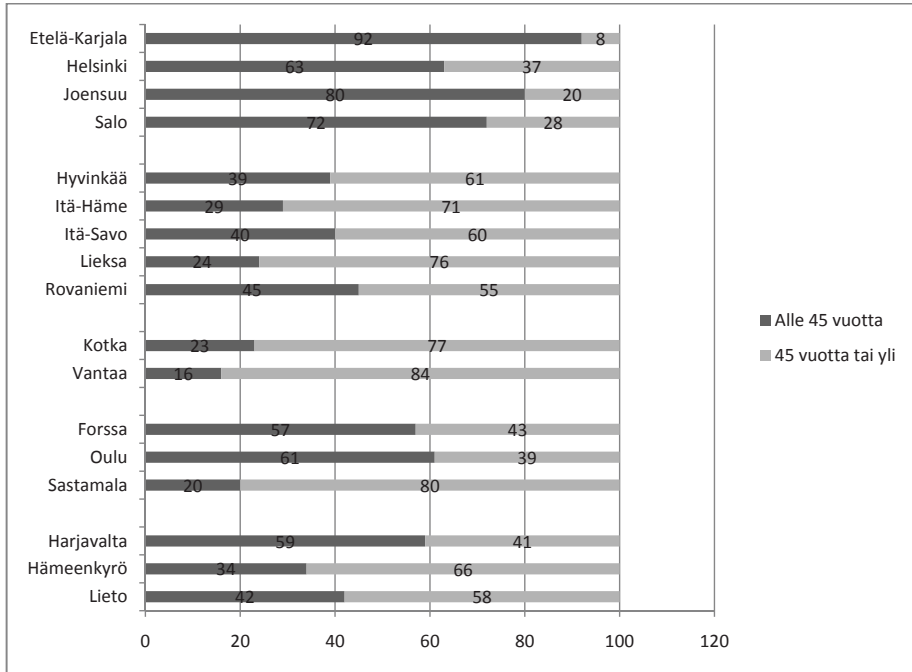
Kuvio 34. Asiakkaiden ohjautuminen PTT-hankkeeseen eri tahoilta 31.5.2008 mennessä, 31.1.2009 mennessä ja yhteensä % (N=3609).



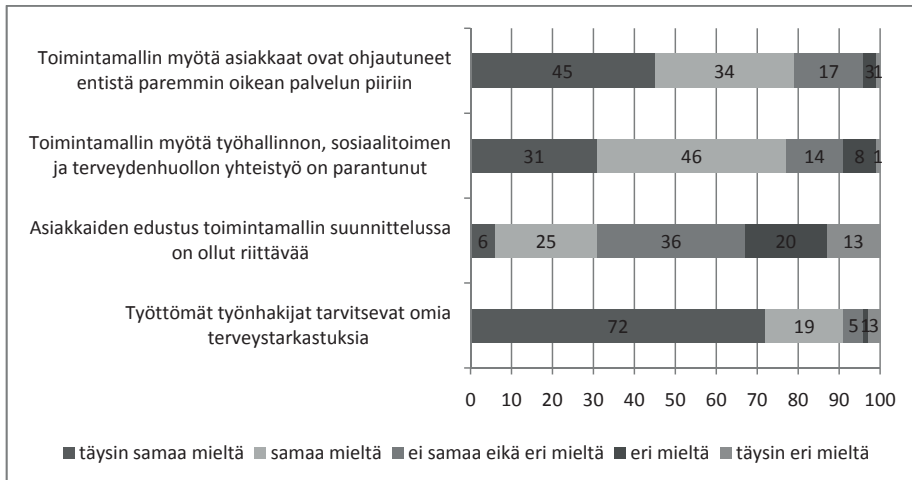
Kuvio 35. Asiakkaan ja terveydenhoitajan arviot asiakkaan terveydentilasta kuu-
kauden seurannassa % (N=204 asiakasta)



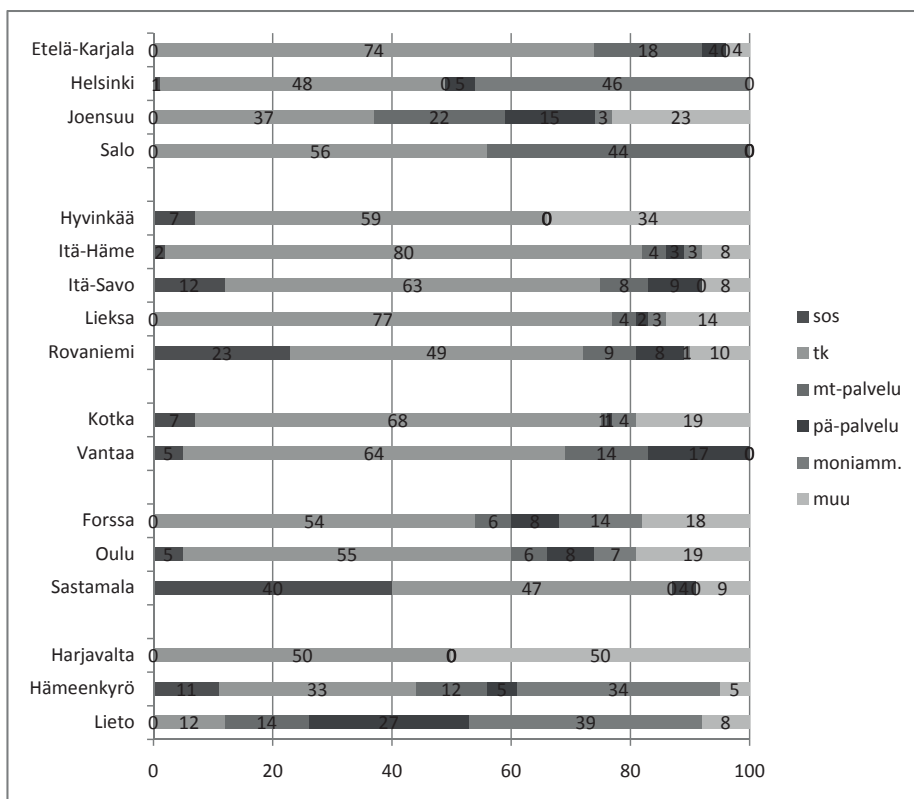
Kuvio 36. PTT-hankkeen naisten ja miesten osuudet asiakaskunnasta osahankkei-
tain 31.1.2009 mennessä % (N=3399).



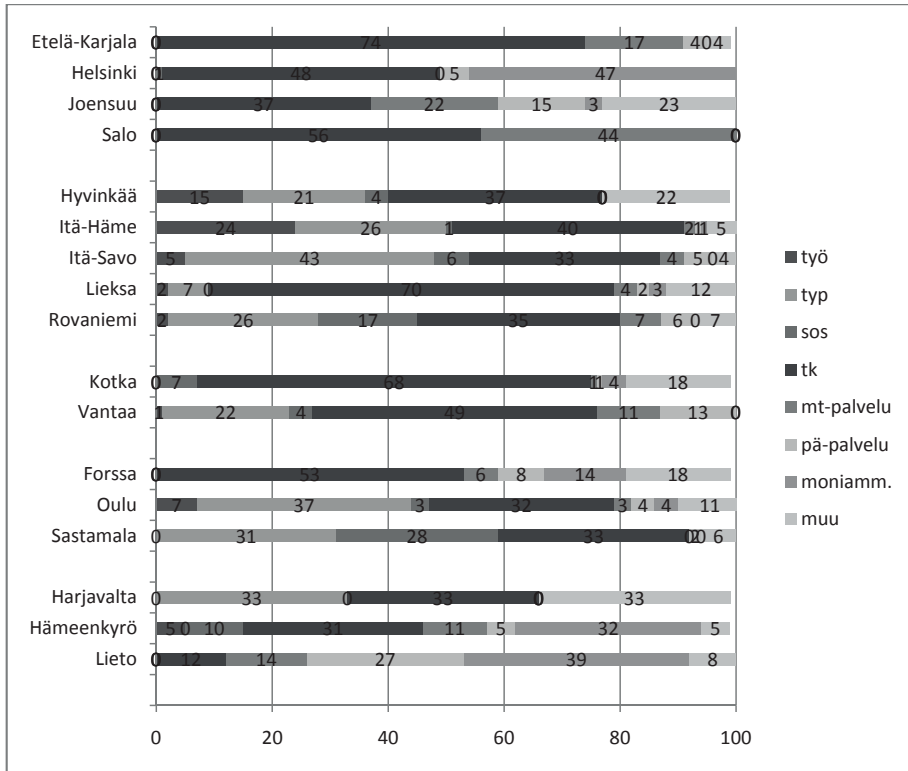
Kuvio 37. PTT-hankkeiden alle 45-vuotiaiden ja 45-vuotiaiden tai sitä vanhempien asiakkaiden osuus hankkeittain % (N=3024).



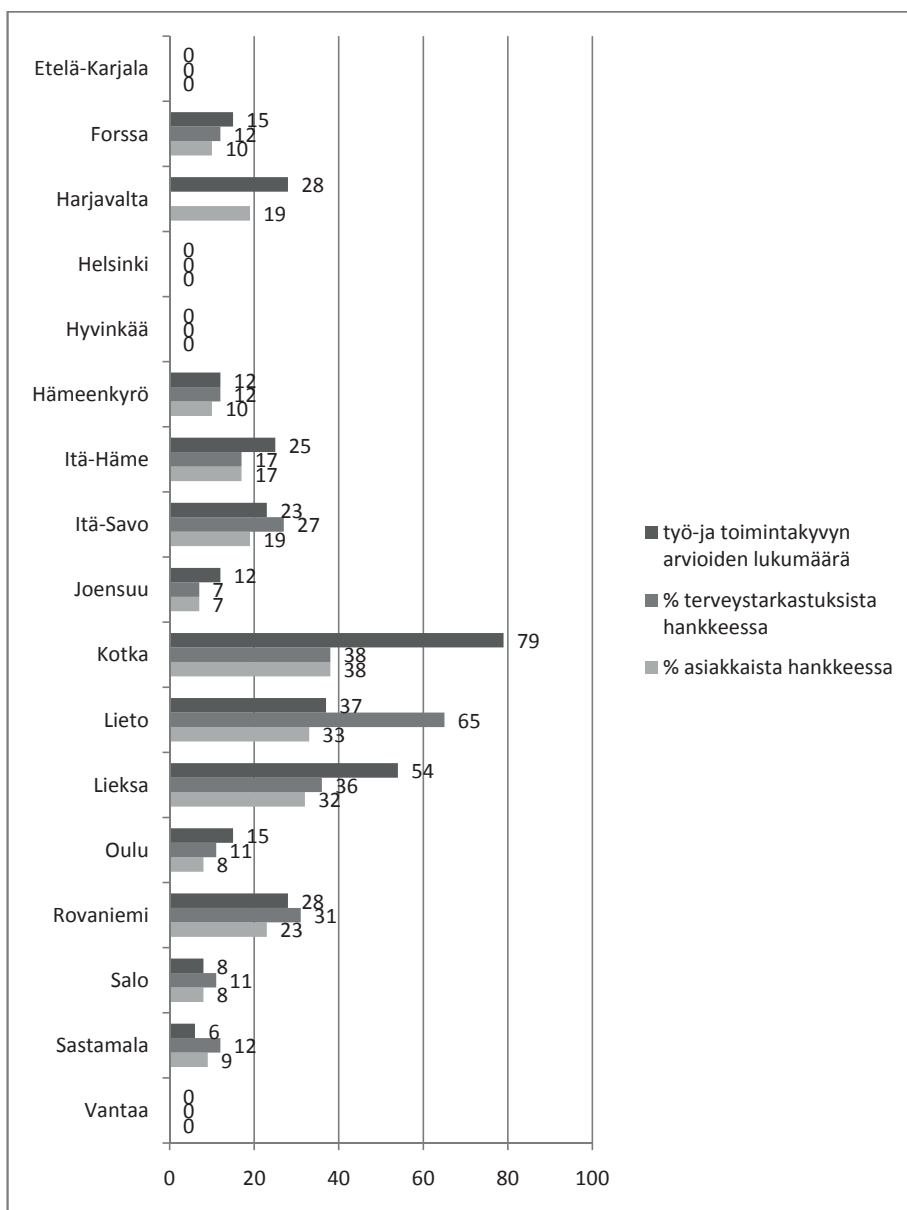
Kuvio 38. Osahankkeiden ohjausryhmien jäsenten arviot hankkeen toimintamalliin liittyvistä asioista % (N=65).



Kuvio 39. Asiakkaiden ohjaus terveystarkastuksen jälkeen osahankeittain eri tahoille ilman TE-toimistoon ja työvoiman palvelukeskukseen ohjauksia % (N=2657).



Kuvio 40. Asiakkaiden ohjauksen seurauksena terveystarkastuksen jälkeen osahankkeittain eri ta-
hoille % (N=3154).



Kuvio 41. Asiakkaiden ohjaus lääkärille työ- ja toimintakyvyn arviointiin PTT-osa-hankkeiden volyyminseurannassa 31.1.2009 mennessä.