

Peppi Saikku
Leini Sinervo

Työttömien terveyspalvelun juurrutus

Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia,
arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia

RAPORTTI



Peppi Saikku, Leini Sinervo

Työttömien terveystalvelun juurrutus

Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksi,
arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

RAPORTTI 42/2010

Peppi Saikku, Leini Sinervo
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Työttömien terveystalvelun juurrutus

Taitto: Workshop Pälviä Oy
Kannen kuva: Panu Pälviä
Kuvat: Futureimagebank, iStockphoto, Pixmac, Heikki Pälviä, Panu Pälviä

ISBN (painettu) 978-952-245-398-3
ISSN (painettu) 1798-0070
ISBN (verkko) 978-952-245-399-0
ISSN (verkko) 1798-0089

Paino: Aksidenssi Oy, Helsinki 2010
Verkkopdf 12.1.2011

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	6
Sammandrag	8
Abstract	10
1 Johdanto	12
2 Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke 2007–2010	16
2.1 Hankekokonaisuuden organisoituminen	18
2.2 Hankekokonaisuuden rahoitusrakenne	19
2.3 Valtionosuusmääräraha	21
2.4 Poliittiset ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset ohjelmat ja toimeenpanosuunnitelmat	21
2.5 Juurruttamis- ja levittämistoimenpiteet hankkeessa	24
2.5.1 Verkostopäivät – vertaistuki ja vertaisoppiminen osahankkeissa	24
2.5.2 Hankekokonaisuuden viestintä	25
2.5.3 Työttömien työnhakijoiden terveydenhuolto osana työllistämistoimintaa -alueseminaarisarja	26
2.5.4 Hankekokonaisuuden julkaisut	28
2.5.5 Hyvän käytännön kuvaus	29
2.5.6 Vertaisoppimispäivät	29
2.5.7 Uudet vuonna 2010 rahoitetut juurrutushankkeet	31
2.5.8 Työttömien terveydenhuoltoon liittyvä koulutusaineistohanke	32

3 Kehittämis- ja juurruttamistyöhön osallistuneet kuntahankkeet	34
3.1 Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä – aikuisneuvonnan terveydenhoitajille juurrutettu malli.....	37
3.2 Itä-Häme; Heinola, Hartola, Sysmä.....	37
3.3 Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä – jalkautus hoitajien vastaanottotyöhön.....	38
3.4 Oulun kaupunki – työttömien terveydenhuolto terveysasemille.....	39
3.5 Lieksan kaupunki – työttömien terveystarkastus terveysasemalla.....	41
3.6 Rovaniemen kaupunki – pitkäaikaistyöttömien terveydenhoidon palvelumalli.....	42
3.7 Sastamalan perusturvakuntayhtymä – työttömien terveyspalvelumalli Lounais-Pirkanmaalla.....	44
3.8 Kuopion kaupunki ja Työterveyslaitos – Työterveysneuvontahanke.....	45
3.9 Salon kaupunki – pitkäaikaistyöttömille oma terveydenhoitaja.....	47
3.10 Kotkan kaupunki – työllistämisyksikkö ja työttömien terveyspalvelut.....	48
3.11 Vantaan kaupunki – Vantaan Valo.....	50
3.12 Hyvinkään kaupunki ja työvoiman palvelukeskus.....	51
3.13 Liedon kunnan työllistämisyksikkö ja palveluohjausmalli.....	52
3.14 Harjavallan kaupungin työllistämistoiminta ja palveluohjaus.....	53
3.15 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri – yhteinen toimintamalli työttömien ja maahanmuuttajien terveyspalvelujen järjestämiseksi.....	54
3.16 Hämeenlinnan kaupunki ja Hattulan kunta.....	56
3.17 Kokkolan kaupunki – aktivointisuunnitelman yhteydessä terveystarkastukseen.....	57
3.18 Kuusamo – aktivointisuunnitelma ja terveystarkastus.....	58
3.19 Mikkelin kaupunki.....	60
3.20 Raahen seutukunta ja työterveyshuolto.....	61
3.21 Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alue – työttömien terveystarkastusten yhtenäistäminen.....	62
4 Hankekokonaisuuden asiakkaat	64
4.1 Asiakkaiden taustatiedot.....	66
4.2 Asiakkaiden ohjaus hankkeeseen ja asiakaskäynnit.....	68
4.3 Terveystarkastukset ja työkyky.....	71
4.4 Asiakkaiden jatko-ohjaukset hankkeesta.....	73
4.5 Yhteenvetoa asiakaskunnasta.....	75
4.6 Asiakaskuvaukset.....	77

5 Työttömien terveystapaamisen juurruttamisen arviointi	84
5.1 Mitä on juurruttaminen?	86
5.2 Tutkimusaineistot ja -analyysimenetelmät	88
5.3 Juurruttaminen paikallisesti	90
5.3.1 Osahankkeiden toimintamallit kehittämissivaiheessa	91
5.3.2 Muutokset osahankkeissa ja toiminta juurruttamisvaihien aikana	94
5.3.3 Toimintamallin juurruttamisen prosessi osahankkeissa	97
5.3.4 Juurruttamista edistäneet ja estäneet tekijät	106
5.3.5 Johtopäätöksiä	112
5.4 Työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen vakiintuminen valtakunnallisesti	114
5.4.1 Tilanne työttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa	116
5.4.2 Kuntien näkemyksiä kehittämistyön ja vakiintumisen tuesta	119
5.4.3 Johtopäätöksiä	121
6 Työttömän terveystapaaminen osana työllistymistä edistäviä palveluja	124
6.1 Mitä toimijoilta edellytetään ja miten liikkeelle?	127
6.2 Terveystapaaminen ja sen tukena käytetyt lomakkeet	131
6.3 Työttömien terveystapaamisten ja -palveluiden toteuttaminen eri toimipisteissä	134
7 Suositukset ja toimenpide-ehdotukset	138
Lähteet	146
Liite 1. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohankkeen johtoryhmän toimikausi ja jäsenet	150
Liite 2. Asiantuntijaryhmän toimikausi ja jäsenet	152
Liite 3. PTT-hankkeen medianäkyvyys jatkohankkeen aikana 2009–2010	153
Liite 4. PTT-hankkeen erilliset julkaisut ja hankkeeseen liittyvät opinnäytetyt	155

Tiivistelmä

Hyvinvointi- ja terveyserot eri sosiaaliryhmien välillä ovat edelleen kasvaneet. Työttömyydellä ja heikkenevällä terveydellä näyttää tutkimusten mukaan olevan toisiaan vahvistava kierre. Terveysongelmat ja työkyvyssä olevat puutteet ovat monissa tapauksissa syynä syrjäytymiselle työmarkkinoilta. Työttömät ovat eriarvoisessa asemassa suhteessa muuhun työikäiseen väestöön terveyspalvelujen saannissa, koska he ovat työterveyshuoltoon liittyvien asiakkaalle maksuttomien terveystarkastusten ja muiden niihin liittyvien palvelujen ulkopuolella.

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke (PTT) oli Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima valtakunnallinen hankekokonaisuus. PTT-hankkeen kehittämistyö kiinnittyi poliittisiin ja muihin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisiin ohjelmiin ja toimeenpanosuunnitelmiin. Hanketta toteutettiin eri vaiheissa 24 paikkakunnalla ja seutukunnalla vuosina 2007–2010. Eri osahankkeissa kehitettiin paikallisista olosuhteista ja toimijoista lähteviä toimintakäytäntöjä vaikeasti työllistyvien työttömien terveyspalvelujen järjestämiseksi osana työllistämisen ja aktiivointipalveluja. Hankekokonaisuuden tavoitteena oli kiinnittää terveydenhoito ja terveyspalvelut muihin työttömän asiakkaan työkykyä ylläpitäviin ja työllistäviin prosesseihin ja juurruttaa hyviä toimintamalleja hankepaikkakunnille sekä levittää niistä tietoa.

Hankkeessa tehtiin moninaista juurruttamis- ja levittämistyötä muun muassa vaikuttamalla viranomaisiin, poliittiseen päätöksentekoon ja strategiatyöhön alue- ja paikallistasolla. Tietoa vaihdettiin ja levitettiin verkostopäivien, vertaistuen ja toimintaa käynnistäviin kuntiin suunnattujen vertaisoppimispäivien avulla. Hankkeen osana järjestettiin koko Suomen kattava alueseminaarisarja, julkaistiin suosituksia ja oppaita, muokattiin toimintaa ohjaava hyvän käytännön kuvaus ja yhtenäiset lomakkeet sekä valmisteltiin ammattikorkeakoulujen kanssa työttömien terveydenhuoltoon liittyvä verkkokoulutusaineisto.

Hankkeen seuranta tutkimukseen osallistuneissa osahankkeissa oli yhteensä noin 6 000 asiakasta, joista yli 4 200 kävi terveystarkastuksessa. Hankkeen asiakkaista enemmistö oli miehiä. Vuosina 2009–2010 asiakkaiden keski-ikä oli 42 vuotta. Noin puolet asiakkaista oli ollut enintään kaksi vuotta ja puolet yli kaksi vuotta ilman työsuhdetta. 75 %:lla terveystarkastuksessa käyneistä asiakkaista todettiin tai oli jo aiemmin todettu jokin kansanterveydellinen riskitekijä. Yli 60 % asiakkaista jatko-ohjattiin hankkeesta terveyskeskuksen muihin palveluihin. Noin 40 % asiakkaista ohjattiin terveyskeskuslääkärille. Miltei puolella terveystarkastuksessa käyneistä voitiin terveydenhoitajan arvon mukaan todeta rajoitteita työkyvyssä. Työkykyisiksi arvioitiin 53 % asiakkaista, osatyökykyisiksi tai työkyvyn rajoitteita omaaviksi 40 % ja työkyvyttömiksi 7 %.

Paikallis-alueellisella tasolla PTT-osahankkeissa työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen ja monisektoristen yhteistyökäytäntöjen juurruttaminen onnistui varsin hyvin. Muutamilla paikkakunnilla toimintamallia voidaan jo pitää vakiintuneena käytäntönä. Useimmilla osahankepaikkakunnilla työttömien terveystarkastusten toteuttamisesta on tehty myönteinen päätös ja sovittua toimintamallia otetaan käyttöön. Valtakunnallisten kyselyiden mukaan työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen toteuttaminen on lisääntynyt kunnissa viime vuosina. Kyselyyn vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä 85 % ilmoitti toteuttaneensa työttömien terveyspalvelun kehittämiseen liittyviä toimenpiteitä ja yli puolet oli tehnyt työttömien terveystarkastuksia vuonna 2009.

Tärkeitä tekijöitä juurruttamisen onnistumisessa olivat terveysjohdon sitoutuminen, esimiehille ja työntekijöille suunnattu perehdytys ja tuki sekä monisektorisen yhteistyöverkoston sitouttaminen mukaan toimintaan. Toimintatavan ylläpitäminen vaatii jatkuvaa tiedotusta asiakkaiden ja viranomaistahojen suuntaan sekä aktiivista mukanaoloa ja vaikuttamistyötä kuntien johtavia virkamiehiä ja poliittista johtoa kohtaan. Eri toimijatahojen sitouttaminen vaatii yhteisiä keskusteluja sekä toimintatavoista ja vastuista sopimista.

Työttömien terveyspalvelu edellyttää sektorirajat ylittävää yhteistyötä, hallintaa ja toimenpiteitä. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut ovat hallinnollisesti perusterveydenhuollon toimintaa, mutta palvelua voidaan käytännössä toteuttaa eri toimipisteissä. PTT-hankkeessa on saatu tietoa siitä, millaisia etuja ja haasteita toiminnan sijoitteluun liittyy ja mihin tulisi erityisesti kiinnittää huomiota toiminnan kehittämisessä ja juurruttamisessa. Raportissa annetaan suositukset ja toimenpide-ehdotukset valtionhallinnon toimijoille työttömien terveyttä ja työkykyä edistävien työttömien terveystarkastusten ja -tapaamisten sekä terveyspalvelujen vakiinnuttamiseksi. ●

Asiasanat: työttömyys, pitkäaikaistyöttömyys, sektorirajat ylittävä yhteistyö, moniammatillisuus, verkostotyö, juurrutus, terveystapaamiset, terveystarkastukset, terveyspalvelut, perusterveydenhuolto.

Sammandrag

Välfräds- och vårdklyftan mellan olika socialgrupper har ytterligare vidgats. Undersökningar tyder på att arbetslöshet och försvagad hälsa förstärker varandra och bildar en ond cirkel. Hälsoproblem och bristande arbetskapacitet leder i många fall till utslagning från arbetsmarknaden. De arbetslösa är missgynnade i jämförelse med andra personer i arbetsför ålder i fråga om tillgång till hälsotjänster, eftersom de står utanför de för kunden avgiftsfria hälsokontroller och andra tjänster som omfattas av företagshälsovården.

Projektet partnerskap för utveckling av långtidsarbetslösas hälsovård (PTT) var en riksomfattande projekthelhet som koordinerades av Institutet för hälsa och välfärd. PTT-projektet utvecklades i anknytning till politiska och övriga nationella program och genomförandeplaner. Under åren 2007–2010 genomfördes programmet i olika etapper av 24 orter och regioner. Inom olika delprojekt förbättrades verksamhetsmodeller som utgick från lokala förhållanden och aktörer i syfte att organisera hälsotjänster för svårssysselsatta personer inom ramen för sysselsättnings- och aktiveringstjänster. Målet för projekthelheten var att integrera hälsovårds- och hälsotjänsterna i andra processer som syftar till att upprätthålla arbetsförmågan och sysselsätta arbetslösa kunder och att etablera goda verksamhetsmodeller på projektorterna och sprida information om dem.

Inom ramen för projektet utfördes olika slag av arbete för att integrera och sprida modellerna bland annat genom att påverka myndigheter, politiskt beslutsfattande och strategiskt arbete på regional och kommunal nivå. Arbetet omfattade utbyte och spridning av information med hjälp av nätverksdagar, kamratstöd och utbildningsdagar för kamratstöd. Inom projektet anordnades en serie regionala seminarier med täckning över hela landet. Rekommendationer och handböcker publicerades, en praktisk beskrivning av god praxis och enhetliga blanketter utarbetades för handledning av verksamheten och tillsammans med yrkeshögskolorna förbereddes ett webbstudiematerial som hänför sig till hälsovård för arbetslösa.

De delprojekt som medverkade i uppföljningsstudien omfattade sammanlagt cirka 6 000 kunder av vilka 4 200 genomgick en hälsokontroll. Majoriteten av kunderna inom projektet bestod av män. Åren 2009 och 2010 var kundernas ålder 42 år i genomsnitt. Omkring hälften av kunderna hade varit högst två år och hälften över två år utan anställning. Hos 75 procent av dem som genomgått hälsokontrollen konstaterades eller hade redan tidigare konstaterats någon riskfaktor ur ett folkhälsoperspektiv. Drygt 60 procent av kunderna dirigerades från projektet vidare till andra tjänster hos hälsocentralen. Omkring 40 procent av kunderna remitterades till läkare vid hälsocentralen. Hos omkring hälften av dem som genomgick hälsokontrollen kunde enligt hälsovårdaren konstateras nedsatt arbetsförmåga. Som arbetsdugliga bedömdes 53 procent av kunderna, kapacitet för deltidsarbete eller begränsad arbetsförmåga konstaterades hos 40 procent och arbetsoförmögenhet hos 7 procent.

På lokal och regional nivå utföll införandet av hälsokontroller och hälsotjänster för arbetslösa inom ramen för PTT-delprojektets samt samarbetsmodellerna synnerligen väl. På en del orter kan verksamhetsmodellen redan betraktas som vedertagen praxis. På de flesta delprojektorter har ett positivt beslut redan fattats om att genomföra hälsokontroller och att ta en överenskommen verksamhetsmodell i bruk. Enligt riksomfattande enkäter har antalet genomförda hälsokontroller och hälsotjänster för arbetslösa ökat i kommunerna under de senaste åren. Av de kommuner och samkommuner som besvarade enkäten uppgav 85 procent att de har genomfört åtgärder som hänför sig till förbättring av hälsotjänster för arbetslösa och över hälften av kommunerna hade genomfört hälsokontroller av arbetslösa under år 2009.

Viktiga faktorer för en lyckad etablering av tjänsterna var att få ledningen för hälsovården att engagera sig, handledning för chefer och medarbetare och stöd från deras sida samt att engagera ett samarbetsnätverk som omfattar ett flertal sektorer. Att upprätthålla arbetssättet fordrar kontinuerlig förmedling av information till kunder och myndigheter samt aktiv medverkan och arbete för att påverka kommunernas ledande tjänstemän och politiska ledning. Att få olika aktörer att engagera sig kräver gemensamma överläggningar och överenskommelser om arbetssätt och ansvarsfördelning.

Hälsotjänster för arbetslösa förutsätter samarbete, administration och åtgärder som överskrider sektorgränserna. Hälsokontroller och hälsotjänster för arbetslösa utgör i administrativt avseende en verksamhet för primärvården, men tjänsten kan i praktiken genomföras på olika verksamhetsställen. PTT-projektet har gett information om hurdana fördelar och utmaningar som hänför sig till etableringen av verksamheten och vad som särskilt bör beaktas i syfte att utveckla och etablera verksamheten. I rapporten ges rekommendationer och förslag till statsförvaltningens aktörer om åtgärder för att införa hälsokontroller och hälsosamtal som främjar de arbetslösas hälsa och arbetsförmåga samt hälsotjänster för arbetslösa. ●

Ämnesord: arbetslöshet, långtidsarbetslöshet, samarbete över sektorgränserna, multiprofessionellt arbete, nätverksarbete, etablering, hälsosamtal, hälsokontroller, hälsotjänster, primärvård.

Abstract

Welfare and health inequalities between social groups have continued to grow. According to studies, unemployment and declining health seem to be a mutually reinforcing spiral. In many cases, health problems and reduced work ability are the reason for exclusion from the labour market. The unemployed are unequal in relation to the rest of the working-age population in receiving health services, as they are outside the free health examinations associated with occupational health care and other related services.

The Development Partnership Project on Health Care for the Long-term unemployed (PTT) was an umbrella project coordinated by the National Institute for Health and Welfare. Development work in the PTT project focused on political and other national programmes and implementation plans for social and health care. The project was implemented in different stages in 24 localities and sub-regions between 2007 and 2010. Operating practices based on local circumstances and actors in order to arrange health services for persons difficult to employ as part of employment and activation services were developed in various sub-projects. The objective of the umbrella project was to integrate health care and health services into other processes to maintain the ability of unemployed clients work and find employment and anchor good operating models in the project locations and disseminate information about them.

The project carried out a variety of entrenchment and dissemination work, among other things, by lobbying the authorities, political decision-making and strategy work at regional and local level. Information was exchanged and disseminated by means of network days, peer support and peer learning days directed at municipalities starting these activities. As part of the project a series of seminars covering the whole of Finland was organised, recommendations and guides were published, a description of good practice guiding the activities and uniform forms were revised and online training material relating to health care for the unemployed was prepared with polytechnics.

There were a total of approximately 6,000 clients in the sub-projects participating in the follow-up study during the project. Of these, more than 4,200 attended a health examination. The majority of clients in the project were men. Between 2009 and 2010, the mean age of the clients was 42. About half of the clients had been unemployed for more than two years. Seventy-five per cent of the clients who attended health examinations were diagnosed or had been previously diagnosed with a public health risk factor. More than 60% of the clients were referred on from the project to other health centre services. Approximately 40% of clients were referred to a health centre physician. Almost half of those who attended a health examination could, according to the public health nurse, be diagnosed with limitations in work ability. Fifty-three per cent of the clients were assessed as capable of work, 40% as partially capable of work and 7% as unable to work.

At the local-regional level, the sub-projects succeeded fairly well in anchoring health examinations and services for the unemployed and multi-sectoral co-operation practices. The operating model can already be regarded as standard practice in a number of localities. Several of the sub-project localities have decided to implement health examinations for the unemployed and an agreed operating model will be introduced. According to national surveys, municipalities have increased the implementation of health examinations and services for the unemployed in recent years. Of the municipalities and joint municipal boards that responded to the survey, 85%, reported having implemented measures to develop health services for the unemployed and more than half had conducted health examinations of the unemployed in 2009.

Important factors in succeeding in anchoring the operating models were the commitment of health services management, induction and support for managers and employees, and engaging the multi-sectoral co-operation network in the activities. Continuous communication with clients and authorities as well as active involvement and lobbying of senior municipal officials and political leaders are required to maintain the operating model. Engaging the different actors requires joint discussions and agreement on operating practices and responsibilities.

Health services for the unemployed entails cross-sectoral co-operation, administration and actions. Health examinations and services for unemployed are primary health care activities administratively, but the services may be implemented in practice in different locations. The PTT project has obtained information about the benefits and challenges associated with investing in the activities and about what should be given particular attention when developing and anchoring the activities. The report provides public administration actors with recommendations and proposals for action to establish health examinations and consultations promoting the health and work ability of the unemployed. ●

Key words: unemployment, long-term unemployment, cross-sectoral co-operation, multi-professionalism, networking, anchoring, health consultations, health examinations, health services, primary health care.

1 Johdanto



Tässä raportissa kuvataan Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanketta (PTT) juurrutus- ja levittämisvaiheessa. Hankkeen aikaisempaa kehittämisvaihetta on kuvattu kahdessa erillisessä julkaisussa (Sinervo 2009; Saikku 2009). Työttömien palveluprosesseja on haluttu hankekokonaisuudessa kehittää vahvistamalla ja tukemalla asiakaslähtöisiä palveluketjuja, moniammatillisuutta ja yhteistyöhakuisuutta paikallistasolla. Hankkeessa on kiinnitetty terveyspalveluja muihin työttömän asiakkaan työkykyä ylläpitäviin ja työllistäviin prosesseihin. Vertaisoppiminen ja hyvien toimintakäytäntöjen levittäminen ovat omalta osaltaan tukeneet palveluprosessien kehittämistä.

Työttömien terveyskysymys kytkeytyy väestöryhmien välisiin terveyseroihin, jotka ovat viime vuosikymmeninä vain kasvaneet. Terveyserot ja elinikä ovat tiiviissä yhteydessä ihmisen sosio-ekonomiseen asemaan (Valkonen ym. 2007). Erityisesti ne jotka ovat sekä aineellisten että kulttuuristen voimavarojen suhteen heikossa asemassa, voivat usein myös terveydellisesti huonommin ja saavat vähemmän terveyspalveluja kuin hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat ryhmät (Teperi 2008; Hiilamo ja Hänninen 2009; Kauppinen ym. 2010). Terveystapaamisten ja -palvelujen kohdentaminen työttömille on yksi konkreettinen toimenpide terveyserojen kaventamisessa.

Terveyden tasa-arvon näkökulmasta työttömät ovat eriarvoisessa asemassa suhteessa muuhun työikäiseen väestöön terveyspalvelujen saannissa, koska he ovat työterveyshuoltoon liittyvien asiakkaalle maksuttomien terveystarkastusten ja muiden niihin liittyvien palvelujen ulkopuolella. Taloudelliset mahdollisuudet käyttää yksityisiä palveluja ovat useimmiten heikot. Julkisten palvelujen asiakasmaksut, palvelujen tarjontaan ja saavutettavuuteen liittyvät kysymykset ja asiakkaan elämänhallinnan ongelmat rajoittavat osaltaan julkisten palvelujen käyttöä etenkin työttömyyden pitkittyessä. (Sinervo 2009; Saikku 2009.) Työttömien terveyspalvelun kehittämistä ja vakiintumista heikentävänä tekijänä voidaan pitää nykyistä sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaista rahoitusjärjestelmää. Se luo mahdollisuuksia siirtää kustannusvastuuta muille ja vaikuttaa palvelujen tuottajien taloudellisiin kannusteisiin optimoida omia kulujaan huomioimatta kokonaiskustannuksia (Pekurinen ym. 2010).

Useat kansalliset ja kansainväliset tutkimukset osoittavat, että työttömillä on huomattavan paljon terveydellisiä ongelmia sekä tarvetta työkykyä edistäviin ja palautta-

viin toimenpiteisiin (Heponiemi ym. 2008). Ne, joilla on hyvä terveys, pärjäävät paremmin työmarkkinoilla kuin terveysongelmien kanssa kamppailevat, jotka ovat jo lähtökohtaisesti suuremmissa vaarassa ajautua työttömäksi (Böckerman ja Ilmakunnas 2009). Pitkittyessään työttömyys lisää erilaisia hyvinvointivajeita, sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia ja heikentää työkykyä (esim. Kortteinen ja Tuomikoski. 1998; Böckerman ja Ilmakunnas 2005; Holm ym. 2006; Laiho ym. 2010). Työttömyydellä ja heikkenevällä terveydellä näyttäisi tutkimusten mukaan olevan toisiaan vahvistava kierre. Terveysongelmat ja työkyvyssä olevat puutteet ovat monissa tapauksissa syynä syrjäytymiselle työmarkkinoilta ja saattavat hankaloittaa tai jopa estää työttömän työllistymisen. Tämän vuoksi työttömät tarvitsevat erityisjärjestelyjä terveydentilansa ja työ- ja toimintakyönsä ylläpitämiseen ja edistämiseen.

Työvoiman laajentaminen ja työvoimareservien hyödyntäminen ovat keskeiset tavoitteet työvoiman riittävyden varmistamiseksi tulevaisuudessa. Työkäisten terveyden ja toimintakyvyn edistäminen on yksi merkittävä tekijä työvoiman saatavuuden turvaamisessa. Työttömän työllistymisen tukemisessa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, jonka avulla voidaan löytää uusia ratkaisuja asiakkaan ongelmien vähentämiseksi. Moniammatillinen yhteistyö tehostaa eri toimenpiteitä ja vähentää päällekkäistä toimintaa. Terveys- ja kuntoutuspalvelut on liitettävä entistä selvemmin osaksi aktivoivia ja työllistäviä prosesseja.

Terveydenhuoltopalveluilla on merkittävä rooli, kun tunnustetaan työttömien työkyvyn esteitä, luodaan kuntoutussuunnitelmia ja ennaltaehkäistään kansansairauksia. Työttömien terveystapaamisilla ja niiden jatkotoimilla voidaan tukea kuntalaisten henkistä hyvinvointia ja elämänhallintaa, lisätä työ- ja toimintakykyä, ehkäistä elintapa- ja kansansairauksia sekä vaikuttaa terveyttä edistävien valintojen tekemiseen. Terveystapaamiset antavat kaikille toimijoille paremman kuvan asiakkaan toimintakyvystä, mikä helpottaa jatkosuunnitelmien laatimista. Terveystapaamiset mahdollistavat terveysongelmien ja yksittäisten sairauksien havaitsemisen ajoissa ja varhaisen vaiheen interventiot. Terveyttä edistävällä ja ennaltaehkäisevällä työllä on mahdollista tukea sosiaali- ja terveydenhuollon säästötavoitteita ja vaikuttaa sitä kautta ennen pitkää myönteisesti myös kuntien ja valtion talouteen.

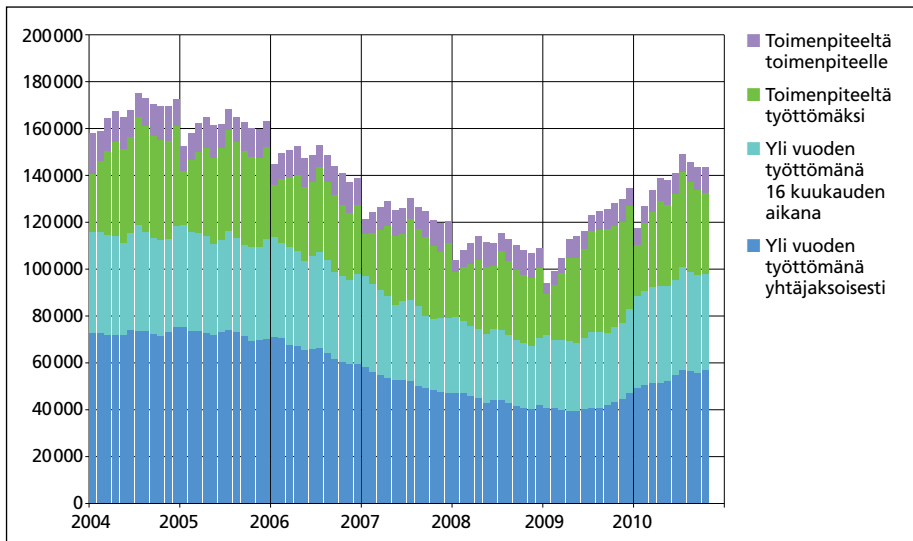
Raportin alkuosassa kuvataan valtakunnallista hankekokonaisuutta ja siinä tehtyjä toimenpiteitä sekä osahankepaikkakuntien tavoitteita, kehittämis- ja juurruttamistyötä ja hanketyön tuloksia juurtumisen näkökulmasta. Hankekokonaisuuden asiakaskuntaa valotetaan arviointitutkimuksen osana kerätyn asiakasseurannan ja hanketyöntekijöiden koostamien asiakaskuvausten avulla. Arviointitutkimusosiossa keskitytään työttömien terveyspalvelun juurruttamisen arviointiin sekä hanketyön että laajemmin valtakunnallisen kehityksen kautta. Tämän jälkeen kuvataan tarkemmin hanketoimijoiden kanssa yhdessä luotu hyvän käytännön kuvaus työttömien terveystapaamisesta osana työllistymistä edistäviä palveluita sekä sen edellytyksiä ja sisältöä. Raportin eri osiossa ternejä terveystarkastus ja terveystapaaminen on käytetty synonyymeinä. Lopussa kootaan hankekokemusten ja arviointitutkimuksen tulosten pohjalta suositukset valtakunnallisille toimijoille.

Raportin koostamisesta ja kirjoittamisesta vastasivat THL:n projektipäällikkö Leini Sinervo (luvut 2, 3, 6) ja tutkija Peppi Saikku (luvut 4, 5). Asiakaskuvaukset on koostettu hanketyöntekijöiden toimittaman materiaalin pohjalta, kuntahankekuvauksissa ja työttömän terveystapaaminen osana työllistymistä edistäviä palveluja -luvun sisällöissä on hyödynnetty kaikkien mukana olleiden projektityöntekijöiden tuottamaa kirjallista materiaalia. Niiden tuottamiseen ovat osallistuneet edellä mainittujen lisäksi Matias Ahlsved, Kaisi Alastalo, Eija Grönholm, Aino-Marja Halonen, Hanna Hieta-va, Matti S. Huuskonen, Maria Ikonen, Antti Jahkola, Minna Jokinen, Paula Kettunen, Tuula Koivisto, Johanna Lahtinen, Salla Lehtonen, Riitta Leiviskä, Eine Lintunen, Katja Maunumäki, Leena Moilanen, Mari Muhonen, Pirjo Nevalainen, Kirsi Niiranen, Toni Nordblom, Kaisa Oikarinen, Päivi Saarinen, Minna Siitonen, Taina Suuronen, Anu Tirkkonen, Jari Tuunanen, Aliisa Vartiainen, Eija Wargh ja Minna Virta. Lisäksi raporttien editoinnin ja asiakaskuvausten muokkaamisen osalta merkittävän työpanoksen antoi THL:n projektipäällikkö Ville Grönberg. Tarkemmin yksittäisten osahankkeiden toteutusta, oppimisprosessia, asiakaskuntaa ja tuloksia on kuvattu hankkeiden erillisissä loppuraporteissa, jotka löytyvät hankkeen verkkosivuilta (<http://www.thl.fi/ptt/osahankeraportit>). ●

2 Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke 2007–2010



Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke oli Stakesin/ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) koordinoima valtakunnallinen hankekokonaisuus. Hanketta toteutettiin eri vaiheissa 24 paikkakunnalla ja seutukunnalla vuosina 2007–2010. Eri osahankkeissa kehitettiin paikallisista olosuhteista ja toimijoista lähteviä toimintakäytäntöjä vaikeasti työllistyvien työttömien terveyspalvelujen järjestämiseksi osana työllistämisen- ja aktivointipalveluja. Hankekokonaisuuden tavoitteena oli tukea ja edistää pitkäaikaistyöttömien ja vaikeasti työllistyvien terveydentilaa sekä toiminta- ja työkykyä ja ennaltaehkäistä kansansairauksia. Tavoitteena oli tukea ja tiivistää yhteistyötä työ- ja elinkeinohallinnon virkailijoiden ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden sekä muiden työllistämistoimenpiteisiin osallistuvien toimijatahojen välillä. Pyrkimyksenä oli kiinnittää terveydenhoito ja terveyspalvelut muihin työttömän asiakkaan työkykyä ylläpitäviin ja työllistäviin prosesseihin ja juurruttaa hyviä toimintamalleja hankepaikkakunnille sekä levittää niistä tietoa.



Kuvio 1. Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömät) Suomessa vuosina 2004–2010 TEM:n työnvälitystilaston mukaan.
Lähde: Työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilasto [20.11.2010].

Hankekokonaisuuden ensisijaisena kohderyhmänä olivat pitkäaikaistyöttömät ja muut vaikeasti työllistyvät työttömät työnhakijat. Lisäksi keskeisenä kohderyhmänä olivat työttömien palveluiden parissa työskentelevät ammattilaiset ja palveluista päättävät tahot. Vaikeasti työllistyvien ryhmään luetaan pitkäaikaistyöttömät, toistuvaisyöttömät, toimenpiteiltä työttömäksi palanneet ja toimenpiteillä toistuvasti kiertävät henkilöt.

2.1 Hankekokonaisuuden organisoituminen

Sosiaali- ja terveysministeriö nimesi hankekokonaisuudelle valtakunnallisen johtoryhmän ajalle 24.4.2007–31.12.2010. Johtoryhmässä oli edustajia sosiaali- ja terveysministeriöstä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (aiemmin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes & Kansanterveyslaitos), Työterveyslaitokselta, Kansaneläkelaitoksesta, Suomen Kuntaliitosta, työ- ja elinkeinoministeriöstä (aiemmin työministeriö), Terveyden edistämisen keskukselta, Työttömien Valtakunnallinen Yhteistoimintajärjestö TVY:tä ja Vantaan työvoiman palvelukeskuksesta. Johtoryhmä kokoontui toimikauden aikana 14 kertaa (liite 1).

Valtakunnallisen johtoryhmän tehtävänä oli ohjata ja valvoa pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohankkeen valmistelua ja toteutusta sekä seurata rahan käyttöä, antaa lausuntonsa hankkeen toimeenpanosuunnitelmasta ennen sen lopullista hyväksymistä, hyväksyä esitys niistä paikallisista ja seudullisista hankkeista, jotka valittiin osaksi pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohanketta ja käsitellä hankkeen etenemistä sekä tukea ja edistää omilla toimenpiteillään hankkeen toteutumista ja saatujen tulosten valtakunnallista hyödyntämistä. Johtoryhmä toimi hankkeen seuranta- ja arviointitutkimuksen ohjausryhmänä ja hyväksyi hankkeessa tuotetut raportit.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus / Terveyden ja hyvinvoinnin laitos asetti asiantuntijaryhmän tukemaan käynnistetyn valtakunnallisen hankkeen toteuttamista. Asiantuntijaryhmän toiminta-aika oli 1.11.2007–30.5.2009 ja 1.6.2009–31.12.2010. Asiantuntijaryhmä kokoontui toimikausien aikana 12 kertaa (liite 2). Asiantuntijaryhmän tehtävänä oli koota yhteen työttömien terveydenhoitoa ja siihen liittyviä kuntouttavia sekä työ- ja toimintakyvyn arviointia parantavia toimenpiteitä koskeva asiantuntemus, huolehtia hankkeessa kehitettävien työttömien terveydenhuollon ja siihen liittyvien arviointi-, terveydenhuolto- ja kuntoutustoimenpiteiden hyvien käytäntöjen valtakunnallisesta levittämisestä, kommentoida ja seurata levittämis- ja juurruttamistyön toteutumista ja toimia aloitteellisenä levittämissuunnitelman päivittämisen ja levittämisrahoituksen kohdentamisen osalta sekä valmistella hankkeen valtakunnallisessa johtoryhmässä käsiteltävät asiat.

THL:ssä työskenteli hankekokonaisuuden projektipäällikkö, arviointitutkija ja juurrutusvaiheessa lisäksi viestintäsuunnittelija. THL tuki osahankekuntien omaa kehittämistyön suunnittelua ja toteutusta sekä vastasi hankekokonaisuuden hallinnoinnista, seuranta-aineiston koordinoinnista, keruusta ja hankekokonaisuuden arviointi-

tutkimuksesta. THL vastasi kehittämisverkoston sisäisestä tiedotuksesta ja ulkoisesta viestinnästä, työkokousten, seminaarien ja muiden tilaisuuksien suunnittelusta, järjestämisestä ja toteutuksesta ja oli mukana sidosryhmätyöskentelyssä erilaisten työryhmien, ohjelmatyön suunnittelun ja asiantuntijalausuntojen kautta.

Ensimmäiseen kehittämisvaiheeseen (2007–2009) osallistui 17 kuntahanketta, jotka alkoivat syystalvella 2007 ja päättyivät osahankepaikkakunnasta riippuen helmilokakuussa 2009. Toimintamallien kehittämisvaiheesta ilmestyi THL:n julkaisemana sekä loppuraportti että arviointiraportti elokuussa 2009. Juurruttamiseen ja levittämistoimintaan jatkorahoitusta vuosille 2009–2010 haki ja sai 14 näistä osahankkeista. Lisäksi käynnistyi Työterveyslaitoksen ja Kuopion kaupungin Työterveysneuvonta-hanke kesällä 2008. Osahankkeet jatkuivat pääasiassa suoraan ensimmäisen hankevaiheen jälkeen jatkuen vuoden 2010 loppupuolelle. Juurrutusvaiheessa vuoden 2010 keväällä mukaan tuli vielä kuusi uutta kunta- ja seutukuntahanketta.

Osahankkeiden kehittämistyön painopisteenä oli pääosin alueellisesta toimintaympäristöstä ja alueellisista toimijaverkostoista ja toimijoista nouseva kehittämis- ja toimintatyö. Kaikkiin hankkeisiin palkattiin 1–2 projektityöntekijää, jotka tekivät pääsääntöisesti itse sekä asiakastyötä että kehittämis- ja verkostotyötä. Kehittämis- ja asiakastyön erilaiset sisältövaatimukset ja samanaikainen eteenpäinvieminen vaativat ammattilaisilta henkilökohtaista sitoutumista, ongelmien ja haasteiden luovaa ratkaisukykyä ja ajoittain melkoista venymistä.

Lähes kaikissa osahankkeissa oli nimetty joko ohjausryhmä ja/ tai projektiryhmä projektityöntekijän tueksi. Ohjausryhmätyöskentelyä koskevassa osahankekyselyssä projektityöntekijät kokivat positiivisina asioina ohjausryhmien avoimen ja hyvän ilmapiirin sekä ryhmän jäsenten asiantuntemuksen, kontaktit ja tosiasialliset vaikutusmahdollisuudet. Eniten kritiikkiä tuli siitä, että ryhmässä ei ollut etukäteen juurikaan keskusteltu jäsenten odotuksista, osaamisesta ja rooleista ja toisaalta siitä, että jäsenet eivät tuoneet kehittämistyöhön uusia ideoita. Ohjausryhmien kokoonpanot on esitelty kunkin kuntahankkeen omassa loppuraportissa: <http://www.thl.fi/ptt/osahankeraportit>.

2.2 Hankekokonaisuuden rahoitusrakenne

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankkeen rahoitus oli kolmevaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa hanketoimintaa rahoitettiin eduskunnan tähän tarkoitukseen kohdentamalla erillisellä hankerahalla (1,5 miljoonaa euroa), joka ohjattiin sosiaali- ja terveysministeriön kautta Stakesiin/ THL:een ja rahoitushakemusprosessin kautta kehittämistyötä tekeviin kuntiin. Kuntien omarahoitusosuudet vaihtelivat hankekohtaisesti, kehittämistyön lähtökohtana olivat paikalliset kehittämistarpeet ja verkostot eli alhaalta ylöspäin lähtevä kehittämis- ja toimintatyö.

Toisessa rahoitusvaiheessa valtakunnallinen hankerahoitus jatkui (1 miljoonaa euroa) ja juurrutustyöhön halukkaat paikkakunnat jatkoivat erillisen hankerahoitusha-

kemusprosessin jälkeen. Kunnat kattoivat 50 % hankekuluista laskennallisella tai erillisellä kuntien omarahoitusosuudella. Toisen vaiheen rahoitukseen haluttiin STM:n ja TTL:n yhteisestä toiveesta myös Työterveysneuvola-nimellä käyntiin lähtenyt erillinen kehittämishanke, joka poikkesi muista kuntahankekokeiluista erityisesti siinä, että sen suunnittelu ja toimeenpano lähtivät erilaisesta orientaatiosta, eli sisältö ja tavoitteet asetettiin ylhäältä alaspäin ja toimintamallisuunnitelma tuotiin Kuopion pilottikuntaan ulkoapäin.

Kolmas valtakunnallinen hankerahoitusvaihe (0,5 miljoonaa) kohdentui levittämisen- ja juurruttamistyöhön yleisesti ja erityisesti alkuvaiheen kehittämishankepaikkakuntien ulkopuolisiin toimijoihin ja kuntiin. Rahoituksen kohdentamisessa huomioitiin kehittämiskumppanuushankkeessa mukana olevien kuntien esittämät toiveet ja eri hallinnollis-sisällöllisten työryhmien esitykset ja päätökset.

Rahoituksen pätkämäisyys ja vaiheittaisuus asettivat lisähaasteita kehittämistyölle. Rahoitusrakenteella luotiin lyhyitä ja tiiviitä hankesyklejä, jotka suuntasivat voimavaroja melko paljon hallinnollis-byrokraattiseen työhön. Jokaisessa rahoitusvaiheessa hankepaikkakuntien hakuprosessi oli monivaiheinen ja vei kaikilta eri toimijatahoilta runsaasti aikaa. Prosessiin kuuluivat rahoitushakemusten sisällöstä, laatukriteereistä ja laajuudesta päättäminen THL:n asiantuntijaryhmässä ja STM:n nimeämässä johtoryhmässä, hakemusohjeiden muotoilu ja hakijatahojen ohjeistus, rahoitushakemusten valmistelu kunnissa, hakemusten arviointi, pisteytys ja käsittely THL:n asiantuntijaryhmässä ja niistä päättäminen STM:n nimeämässä johtoryhmässä, hakemuksiin liittyvien päätösten jälkeinen sopimusneuvottelu ja sisältöjen täsmentäminen sekä sopimusprosessi maksatuksiin ja raportointeihin liittyvine aikataulutuksineen ja ohjeituksineen.

Tällainen prosessi vie nopeassakin aikataulussa läpivietyinä useita kuukausia. Tämä lisäsi samanaikaisesti toteutetun kehittämistyön hektisyyttä ja jatkuvaa kiireen tuntoa sekä loi myös osittain kohtuuttomia tulosodotuksia eri hankevaiheisiin annettuun aikaan ja resurssihin nähden. Sektorirajat ylittävä yhteistyö vaatii yhteistyökumppaneiden työ- ja ammattitapoihin ja -kieleen tutustumista ja yhteisten tavoitteiden ymmärtämistä sekä kirkastamista. Tämä edellyttää eri toimijoilta resursseja, panostusta ja sitoutumista. Verkostojen kokoaminen, ylläpito ja yhteisen ymmärryksen saavuttaminen vievät aikaa ja edellyttävät pitkäjänteistä ja kärsivällistä työtä ja jatkuvaa panostusta.

Toisaalta erillinen hanketyön vaiheistus ja siihen sidottu juurrutusrahoitus myös kohdensivat toiminnan viimeisten vaiheiden painopisteitä selvästi toiminnan pysyväisluonteisten elementtien etsimiseen ja löytämiseen. Rahoituksen kohdentaminen nimenomaan toiminnan juurruttamiseen tuki hankerahoituksen jälkeisistä toimenpiteistä sopimista paikkakunnilla ja kirkasti toimintaa ohjaavaa juurrutustavoitetta, samalla se toimi koko kehittämistyön viimeisen vaiheen punaisena lankana. Haasteena voi nähdä toimintamallien kehittämistyöhön varatun lyhyehkön ajan, minkä johdosta toimintamallien kehittäminen jatkui käytännössä koko juurruttamisvaiheen ajan. On yhtä lailla myös muistettava, että verkostomaiset toimintamallit elävät ja kehittyvät jat-

kuvasti toimijoiden vaihtuessa ja toimintaympäristön muuttuessa, eikä varsinaisia pyyviä malleja tavoiteta muuten kuin tietyn tarkasteluhetken pysäytyskuvina.

2.3 Valtionosuusmääräraha

Erillisen hankerahoituksen lisäksi valtion talousarviossa on kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden määrärahan mitoituksessa huomioitu pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset vuodesta 2006 saakka. Toistaiseksi kuntien valtionosuusmäärärahassa on kaksi miljoonaa euroa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin osoitettu valtionosuus maksetaan kunnille osana terveydenhuollon laskennallisia kustannuksia siten, että 7–64-vuotiaiden valtionosuuden kustannuspohjaan sisältyy laskennallisia kustannuksia noin 1.5 euroa/ikäryhmään kuuluva asukas. Vuoden 2010 alusta voimaan tulleen valtionosuusjärjestelmän uudistuksen mukaan nykyiset sektorikohtaiset valtionosuudet (VM, STM ja OPM) keskitetään valtiovarainministeriöön. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta laskennallisten kustannusten määräytyminen ei muutu eikä laskentapohjaan tehdä muutoksia.

Vuosina 2006–2009 sosiaali- ja terveysministeriöstä on lähetetty kuntiin määrärahan käyttöä ohjaavat kirjeet, joissa korostetaan, että kunnissa tulee käynnistää systemaattinen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoiminta. Sosiaali- ja terveydenhuollon on toimittava suunnitelmallisesti työttömien terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja palauttamiseksi yhteistoiminnassa työvoiman palvelukeskusten tai työ- ja elinkeino-toimistojen kanssa (STM 16.11.2009).

2.4 Poliittiset ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset ohjelmat ja toimeenpanosuunnitelmat

PTT-hankkeen kehittämistyö kiinnittyi tiiviisti poliittisiin ja muihin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisiin ohjelmiin ja toimeenpanosuunnitelmiin. STM:n sosiaali- ja terveystalouden strategia 2015:n tavoitteena on saada koko yhteiskuntapolitiikka tukemaan terveyttä ja hyvinvointia. Tavoitteena on parantaa työikäisten terveyttä ja toimintakykyä, vähentää köyhyyttä ja syrjäytymistä, tukea vaikeasti työllistettäviä koulutuksen ja kuntoutuksen tiiviillä yhteistyöllä ja selvittää työllistymisen esteenä olevat terveysongelmat joustavasti. (STM 2006:14.)

Vuoden 2005 keväällä käynnistettiin kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseen tähtäävä Paras-hanke, helmikuussa 2007 tuli voimaan uudistusta koskeva puitelaki. Paras-uudistuksella on haluttu vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen väestöpohjaa toteuttamalla kuntaliitoksia ja perustamalla sosiaali- ja terveydenhuollon

yhteistoiminta-alueita. Sosiaali- ja terveysministeriö on korostanut hankkeessa hoito- ja hoivaketjun eheyttä asiakkaan näkökulmasta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kiinteää yhteyttä (STM 2009:14).

Hallitus käynnisti laajan sosiaaliturvan uudistamishankkeen (Sata-komitea) vuoden 2007 kesällä. Tavoitteena on lisätä sosiaaliturvan kannustavuutta, parantaa kaikkein pienituloisimpien asemaa sekä uudistaa etuusjärjestelmän hallintoa. Laajapohjaisen komitean loppumietintö valmistui vuoden 2009 lopussa. Sata-komitea ehdotti muun muassa, että kuntien tulee nimetä terveydenhoitaja, joka vastaa perusterveydenhuollossa työterveys- huollon ulkopuolella olevien työikäisten terveyttä ja työkykyä tukevista palveluista. Jos perusterveydenhuollossa ei ole osoitettavissa tai käytettävissä tarvittavaa terveydenhoitajan henkilöstöresurssia, perusterveydenhuolto voisi järjestää tarvittavan palvelun ostopalveluna ensisijaisesti kunnan järjestämästä työterveyshuollosta. (STM 2009: 62.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste, 2008–2011) toimenpitein tuetaan kuntien ja kuntayhtymien valmistelutyötä. Kaste-ohjelman tavoitteena on lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä, parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta sekä lisätä väestön osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä. Kaste-ohjelman toimeenpanosuunnitelmassa on määritelty 39 toimenpidettä, joiden avulla ohjelma toteutetaan. Yhtenä toimenpiteenä on työttömien terveysuhanke, jossa kehitetään työttömien terveyspalvelumalleja ja tuotetaan tietoa niiden erilaisista toteutustavoista ja hyvinvointivaikutuksista. (STM 2009: 9, 32.)

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma on ollut yksi hallituksen kolmesta politiikkaohjelmasta, jotka kattavat vuodet 2007–2011. Terveyden edistämisen toimintamalleja kehitetään yhdessä kuntien kanssa. Useita vuosia käynnissä ollut Terveys 2015 -kansanterveysohjelma integroitiin osaksi politiikkaohjelmaa. Painotuksina ovat väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen ja hallinnonalojen välinen terveyttä edistävä yhteistyö. Vastaavasti STM:n Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 kytkeytyy tiiviisti terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan ja siinäkin on tuotu esiin työttömien terveyspalvelujen tarpeellisuus (STM 2008:16). Terveyden edistämisen politiikkaohjelma sisällytti PTT-hankkeen osaksi politiikkaohjelmaa ja sen seurantakehikkoa. Hallituksen politiikkariihen kannanotossa (24.2.2009) todettiin, että erityisesti pitkäaikaistyöttömät ovat eriarvoisessa asemassa suhteessa työssäkäyvään väestöön terveyspalvelujen saannissa. Pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluita ja kuntoutusta kehittämällä voidaan ehkäistä syrjäytymistä ja ylläpitää työkykyä. Hallituksen tavoitteena on parantaa syrjäytymistä ehkäisevien ja terveyseroja kaventavien palveluiden saatavuutta. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeessa esiin tulleita hyviä käytäntöjä levitetään koko maahan.

Työttömien terveystapaamisten järjestäminen nojaa kansanterveyslakiin, jonka mukaisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu on kunnilla ja niiden tulee huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista (Kansanterveyslaki 1972). Terveydenhuollon sisältöä tulee jatkossa ohjaamaan uusi terveydenhuoltolaki. Hallituksen esitys uudeksi terveydenhuoltolaiksi (HE 90/2010) on sisältölahti, terveydenhuollon järjestämistä koskevat säännökset säilyvät kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidoissa. Terveydenhuoltolain painotuksina on asiakaskeskeisyys, potilasturvallisuus ja laatu,

perusterveydenhuollon vahvistaminen, eri toimijoiden välinen yhteistyö, terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen sekä kustannusten kasvun hillitseminen.

Pykälän 13 § *Terveysneuvonta ja terveystarkastukset* mukaan kunnan on järjestettävä terveysneuvonta ja terveystarkastukset myös opiskelu- ja työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille. Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on tuettava työ- ja toimintakykyä, sairauksien ehkäisyä sekä edistettävä mielenterveyttä ja elämänhallintaa, ja niiden on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus muiden kunnan järjestämien palvelujen kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmallisen toiminnan lisäksi tarvitaan yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon, työ- ja elinkeinohallinnon sekä Kansaneläkelaitoksen kesken.

Lain perusteluissa todetaan muun muassa, että väestön sairauksien ehkäisemiseksi, työ- ja toimintakyvyn tukemiseksi ja mielenterveyden edistämiseksi keskeisiä aiheita kaikessa terveysneuvonnassa ja terveystarkastuksissa ovat ravinto, liikunta, tupakointi ja alkoholin käyttö sekä elämänhallinta ja sosiaaliset suhteet. Erityisesti riskiryhmien terveystarkastuksissa, esimerkiksi asevelvollisuuden keskeyttäneet ja pitkäaikaistyöttömät, voidaan liittää yksilöllistä tai ryhmässä annettavaa ohjausta stressinhallinnan ja elämänhallinnan taitoihin. Lisäksi todetaan, että työttömien työ- ja toimintakykyä tukevassa terveysneuvonnassa, työkyvyn, ammatillisen tai lääkinällisen kuntoutustarpeen arvioinnissa ja kuntoutukseen ohjauksessa tarvitaan erityisosaamista.

Myös sosiaalihuollon erityislainsäädäntöä uudistetaan kokonaisuutena. Säädös- muutosten voimaantulo tapahtuu vaiheittain vuosien 2011–2013 aikana. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellista uudistustyötä aiotaan jatkaa ja tulevaisuudessa on tarkoitus säätää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen rakenteista, valvonnasta ja kehittämisestä sekä rahoituksesta.

Ahtelan niin sanotun työelämätyöryhmän esitysten pohjalta TEM asetti Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalveluja selvittävän työryhmän ajalle 4.5.2010–31.1.2011. Tehtävänä on tehdä ehdotukset työttömien työkyvyn arvioinnin ja terveyspalvelujen järjestämiseksi. Työryhmän tulee ottaa työssään huomioon PTT-hankkeessa tehty työ ja hankkeen pohjalta tehdyt kehittämissuosituksiset. Työryhmä arvioi nykyisten palveluiden toimivuutta, vaikuttavuutta ja tekee ehdotukset TE-toimiston, kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon, Kelan, työeläkelaitosten ja yksityisten työterveysyksiköiden tehtävistä työttömien työkyvyn ja terveydentilan edistämässä, arvioimisessa ja työmarkkinoille kuntouttamisessa sekä työkyvyn arvioinnin ja työttömien työterveysluonteisen palvelun vaihtoehtoisista järjestämistavoista ja TE-toimiston, kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon, Kelan ja työeläkelaitosten yhteistyön kehittämisestä. Lisäksi työryhmän tulee arvioida palvelujen järjestämisen erilaisia rahoitusmahdollisuuksia sekä arvioida ehdotustensa kustannusvaikutukset ja vaikutukset eri viranomaisten ja muiden toimijoiden toimintaan.

Työvoiman palvelukeskustoiminnan valtakunnallinen ohjausryhmä antoi TYP toimintaa koskevat linjaukset 03/2010. Henkilöstömäärältään keskikokoisissa ja suurissa (vähintään 10 henkilöä) TYP:ssa henkilöstöön tulisi kuulua terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja. Henkilöstömäärältään pienissä TYP:ssa terveydenhuollon palvelujen saatavuus

tulisi varmistaa muilla tavoin, esimerkiksi nimeämällä kunnassa TYP:lle terveydenhuollon yhdyks /vastuuhenkilö tai sopimalla menettelytavat, joilla TYP:n asiakas voidaan ohjata terveydenhuoltoon. TYP:n asiakkaista vähintään 50 % tulisi olla henkilöitä, jotka ovat saaneet vähintään 500 päivää työmarkkinatukea työttömyyden perusteella. Pitkään työttömänä olleiden lisäksi TYP:een voidaan ohjata myös lyhyemmän aikaa työttömänä olleita moniammatillista palvelua tarvitsevia henkilöitä. (TYP linjaukset 29.3.2010.)

2.5 Juurruttamis- ja levittämistoimenpiteet hankkeessa

Hankekokonaisuudessa juurruttaminen (valtavirtaistaminen, mainstreaming, disseminaatio, vaikuttaminen) ymmärrettiin toiminnan tulosten ja ”hyvien käytäntöjen” siirtämiseksi projektitoimintaa laajemmiksi ja yleisemmiksi toimintatavoiksi. Juurruttaminen ymmärrettiin kokemusten, tulosten ja tuotteiden levittämiseksi ja sisällyttämiseksi organisaatioiden normaalikäyttöön ja toimintaan sekä toimintastrategioihin niin toiminnan tasolla kuin yhteiskunnallisen päätöksenteon ja politiikan tasoilla. Näin pyrittiin varmistamaan hankkeen tulosten hyödynnettävyys ja kriittisten toimintojen elintila myös hankkeen päättymisen jälkeen.

Olennaista prosessissa on dialoginen vuorovaikutus ja viestien kohdentaminen saajatahojen mukaisiksi. Tällöin välitettävä sanoma yritetään muokata mahdollisimman selkeäksi ja konkreettiseksi. Keskeistä on oman asian/sanoman kannalta oikeiden henkilöiden löytäminen. Henkilöllä tai tahoilla johon pyritään vaikuttamaan, pitää olla sekä halua vaikuttaa, todellisia mahdollisuuksia vaikuttaa että kykyä vaikuttaa. Juurruttaminen on kaksisuuntainen prosessi, jossa sekä ympäristö muokkaa innovaatiota että ympäristöä muokataan innovaation vastaanottamiseen (Kivisaari 2001).

Juuruttamistyötä tehtiin valtakunnallisella ja paikallisella tasolla. Paikallistasolla juurruttamistyö keskittyi mukana olevien organisaatioiden perustöihin sekä hankkeen kannalta keskeisten sektoreiden toimintaan eri tasoilla. Paikallis- ja aluetasolla kohderyhmään kuuluivat myös kunnanjohtajat, valtuustot, keskeiset lautakunnat, johtavassa asemassa olevat viranhaltijat sekä alue- ja työllisyysstrategioiden laatijat (ks. tarkemmin luku 5).

Levittäminen ymmärrettiin tiedon ja kokemusten levittämisenä muille paikkakunnille ja toimijatahoille. Tällä tarkoitettiin yleistä tiedottamista, kuten informaation jakamista sellaisissa tilaisuuksissa, joissa kohderyhmää ei voida etukäteen määrittellä. Levittämistyötä tehtiin koko hankkeen ajan.

2.5.1 Verkostopäivät – vertaistuki ja vertaisoppiminen osahankkeissa

THL:n järjestämät verkostopäivät oli suunnattu hanketyöntekijöille, hankkeiden vastuuhenkilöille ja sellaisille paikallishankkeiden avainhenkilöille, joiden läsnäolosta/

osallistumisesta osahanke katsoi itse hyötyvänsä. Tilaisuudet tarjosivat käytännön työtä tekeville ammattilaisille mahdollisuuden dialogiseen vuorovaikutukseen, vertaistukeen ja vertaisoppimiseen. Verkostopäivät toimivat vertaistukeen pohjautuvina työnohjauksellisina tiloina. Tavoitteena oli tukea eri kunnissa meneillään olevia kehittämisprosesseja ja täsmentää toiminnan tavoitteita kehittämistyön eri vaiheissa, kasvattaa osallistujien ammatillista osaamista ja kirkastaa osallistujien oman kehittämistyön merkitystä ja roolia. Tilaisuudet tukivat näin kaikkien kehittämistyöhön osallistuvien yhteistä oppimisprosessia ja kiinnittivät yksittäiset projektit osaksi laajempaa hankekokonaisuutta.

Verkostopäivät (1–2 päivää) järjestettiin hankkeen aikana 13 kertaa; ensimmäisenä hankesyksynä kerran, vuonna 2008 viisi kertaa, vuonna 2009 neljä kertaa ja vuonna 2010 kolme kertaa. Verkostopäivien ohjelmat valmisteltiin THL:ssä huomioiden osahankkeista nousseet tarpeet ja toiveet. Ensimmäisessä tapaamisessa taustoitettiin tulevaa hanketyötä suhteessa aiempiin vastaaviin toimenpiteisiin ja eri kuntaosahankkeiden suunnitelmiin. Tämän jälkeen sisällöt nousivat kehittämistyön eri vaiheista. Tilaisuuksien puheenjohtajana toimi yleensä THL:n edustaja, ryhmätyöskentelyissä ryhmät valitsivat itse vetäjän ja tarvittaessa keskustelun kirjaajan. Tilaisuuksissa pohdittiin eri kuntatoimijoiden kohtaamia samankaltaisia haasteita ja ongelmakohtia, kuunneltiin muiden ratkaisutapoja, jaettiin ideoita, ajatuksia ja vinkkejä oman toiminnan ja moniammatillisen kehittämistyön tueksi.

Verkoston toiminnasta ja verkostopäivistä tehtiin viimeisen tapaamisen yhteydessä ulkopuolisen tahon vetämä Bikva-analyysi, jossa kartoitettiin verkostotyöskentelyn hyötyjä ja haasteita. Bikvan perusteella voidaan todeta, että tapaamiset synnyttivät uusia ajatuksia, ideoita ja oivalluksia eri kuntien kehittämistyöhön. Verkosto lisäsi yksittäisten toimijoiden ammatillisia valmiuksia ja tuki ammatillista osaamista ja pääomaa. Yhteisten keskustelujen ja jaettujen oppimiskokemusten kautta saatiin yksittäisten toimijoiden osaaminen ja tietotaito koko verkoston käyttöön. Arvokkaana koettiin kaikkien osallistujien asiantuntijuuden arvostaminen ja kuuntelu. Verkostoon oli turvallista tulla, siellä oli mahdollisuus kertoa onnistumisista ja oman työn tuloksista ja siellä saattoi myös tuulettaa ja purkaa omia ajatuksia ja turhautumisia. Asiantuntijuuden jakamista verkostotyöskentelyn kautta toivottiin jatkettavan ja vietävän muihin hankekokonaisuuksiin ja niiden hallintoihin.

2.5.2 Hankekokonaisuuden viestintä

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohankkeen viestinnän tavoitteena oli hankkeen toimintamallien juurruttamisen ja levittämisen tukeminen. Kehittämisverkostoa ja sidosryhmiä informoitiin hankkeen etenemisestä sekä työttömien terveydenhuollon kehittämistä koskevista asioista. Laajempi viestintä tähtäsi hankekokonaisuuden ja arviointitutkimusten etenemisestä ja tuloksista tiedottamiseen. Viestinnän tavoitteena oli myös päätöksentekijöiden ja kansalaisten informointi työttömien terveydenhuollosta ja sen kehittämisestä.

Kohderyhminä olivat hankekokonaisuuden oma toimijaverkosto ja aihepiiristä kiinnostunut laajempi kehittämisverkosto, sosiaali- ja terveydenhuollon ja työ- ja elinkeinohallinnon ammattilaiset, kolmas sektori ja sosiaali- ja terveysalan koulutusta järjestävät tahot. Toisena keskeisenä kohderyhmän olivat poliittiset päättäjät ja virkamiehet valtionhallinnassa ja valmistelutyössä, kuntien ja kaupunkien toimiala- ja virkamiesjohto ja luottamushenkilöt. Lisäksi valtakunnallisen ja paikallisen median kautta tietoa välitettiin myös hankkeen asiakkaille ja kansalaisille.

Viestinnän keskeisiä sisältöjä olivat työttömien terveydenhuoltopalvelujen tarpeen osoittaminen, työttömien palveluprosessien kehittäminen ja siitä saadut kokemukset paikallistasolla ja palvelujen rooli pitkäaikaistyöttömien työkyvyn esteiden tunnistamisessa ja kuntoutussuunnitelmien luomisessa sekä elintapa- ja kansansairauksien ennaltaehkäisyssä.

Viestinnän tehostamiseksi THL:ään palkattiin viestintäsuunnittelija ajalle 1.8.2009–30.11.2010. Viestintäsuunnittelija tuki hankkeen toteutusta sisäisen ja ulkoisen viestinnän keinoin. Tehtävät liittyivät pääasiassa verkkoviestintään, tiedotus- ja markkinointimateriaalien tuottamiseen ja alueseminaarien koordinointiin. Viestintäsuunnittelija siirtyi osittaiselle hoitovapaalle keväällä 2010, jolloin hankkeen julkaisu-toiminta ja julkaisumateriaalien tuotanto siirrettiin niistä erikseen vastaavalle osa-aikaiselle julkaisutuotannon projektipäällikölle.

Sisäisen viestinnän osalta keskeisessä roolissa on ollut hankkeen oma extranet-ympäristö sekä säännölliset verkostotapaamiset ja sähköpostit. Ulkoisen viestinnän osalta keskeisessä roolissa olivat hankkeen verkkosivut <http://www.thl.fi/ptt>, joiden kautta on pidetty yllä ajantasaista tietoa hankkeen etenemisestä ja tapahtumista sekä kerrottu ajankohtaisista asioista, uusista tutkimuksista, julkaisuista ja koulutustapahtumista. Hankkeessa tehtiin myös sähköistä tiedotetta, jota julkaistiin 3–4 kertaa vuodessa. Tiedotteeseen koottiin ajankohtaisia asioita, tapahtumia, tilaisuuksia ja osahankkeiden kuulumisia.

Hankkeen viestintätöihin osallistuivat kaikki hanketoimijat. TV-, radio- ja lehtijuttuja tehtiin pääosin joko toimittajien suorasta yhteydenotosta tai THL:n ja kuntien järjestämien tilaisuuksien tai tiedotteiden seurauksena. Hankkeen sidosryhmäsiintymisiä ja medianäkyvyyttä on koottu erilliseen liitteeseen (liite 3).

2.5.3 Työttömien työnhakijoiden terveydenhuolto osana työllistämistoimintaa -alueseminaarisarja

Hankekokonaisuus järjesti juurruttamisvaiheessa vuosina 2009–2010 kuusitoista alueseminaaria eri puolilla Suomea. Alueseminaareissa kerrottiin työttömien terveyspalvelujen tarpeesta ja tuotiin esiin eri sektorien edustajien näkemyksiä yhteistyöstä ja erilaisista paikallisista toimintatavoista ja -malleista, joiden avulla terveyspalvelut voidaan kiinnittää työttömien työnhakijoiden aktivointi- ja työllistämistoimenpiteisiin. Pääosassa oli sektorirajat ylittävä yhteistyö ja moniammatillinen toiminta.

Alueseminaarisarjan osalta THL:ssä tehtiin etukäteen karkea suunnitelma aika-
taulujen, sisällön, kohderyhmien, työnajon ja budjettien osalta ja huolehdittiin tiedo-
tuksesta ja kutsuista. Käytännön järjestelyistä vastasivat pääosin osahankepaikkaku-
kunnat ja niiden hanketyöntekijät sekä paikalliset yhteistyötahot. Alueseminaareihin
osallistuivat myös useat ulkopuoliset toimijat tai vastaavaa kehittämistyötä tekevät
muut hankkeet. Seminaareja järjestettiin syksyllä 2009 Helsingissä, Kuopiossa, Po-
rissa, Lahdessa, Hämeenlinnassa ja Sastamalassa sekä vuoden 2010 keväällä Oulussa,
Kotkassa, Helsingissä, Savonlinnassa, Kolilla ja Tampereella ja syksyllä Turussa, Rova-
niemellä, Helsingissä ja Kokkolassa.

Seminaarien ohjelmat ja avauspuheenvuorot profiloitiin alueen ja pääasiallisen
kohderyhmän mukaisesti. Osa seminaareista oli kohdennettu kuntien päättäjille, luot-
tamusmiehille ja toimialajohtolle. Toisen keskeisen kohderyhmän muodostivat sosi-
aali- ja terveydenhuollon ja työ- ja elinkeinohallinnon ammattilaiset sekä kehittämis-
työstä ja koulutuksesta vastaavat tahot ja tutkijat. Tällöin esityksissä painottuivat myös
ammattilaisten omat kokemukset ja konkreettiset esimerkit kuten työtavat ja käytän-
nön työkalut. Seminaarien yhteydessä tarjottiin kiinnostuneille paikkakunnille myös
rääätälöityjä vertaisoppimispäiviä.

Postikutsut lähetettiin kyseisen seutukunnan alueella olevien kuntien ja kaupun-
kien johtajille, hallintojohtajille, sosiaali- ja terveysjohtajille tai perusturvajohtajille,
kunnanhallituksen tai valtuuston puheenjohtajalle ja sosiaali- ja terveyslautakunnan
puheenjohtajalle, toisinaan myös hallituksen, valtuuston tai lautakunnan jäsenille, mi-
käli osoitetiedot tai sähköpostiosoitteet internetistä vaivattomasti löytyivät. Postikut-
sujen ohessa oli usein myös joko esite hankkeen julkaisuista tai vertaisoppimispäivistä
tai muu lyhyt toimintaa taustoittava tietolähde. Seminaarimarkkinoinnin ohessa tehtiin
samalla laaja ja koko maan kattava tiedotuskampanja tästä aihepiiristä. Kunta-
päättäjiä ja luottamusmiehiä saatiin kohdennetuista kutsuista huolimatta melko hei-
kosti liikkeelle. Seminaarisarjan loppuvaiheessa seminaarien osana järjestettiin myös
alueen kuntajohtajien ja toimialajohtajien paneelikeskusteluja temasta. Osallistumis-
halukkuus oli vaihtelevaa, mihin vaikutti etenkin syksyllä myös kuntien budjetti- ja
talousarviokeskustelujen aiheuttama työpaine. Erityisesti kuntien luottamushenkilöi-
den tavoittaminen koettiin haasteelliseksi. Palautekeskustelussa todettiin, että luot-
tamushenkilöiden saattaa olla vaikeaa osallistua päivätilaisuuksiin.

Seminaarikutsu lähti myös kuntien terveyskeskuksiin, sosiaalitoimeen, TE-toi-
mistoihin ja alueen TYP:iin sekä hankkeen tiedotusverkostoon liittyneille toimijata-
hoille ja alueellisten hankkeiden yhteistyökumppaneille ja verkostoille sekä tiedotus-
välineiden edustajille. Seminaarisarjan edetessä hyödynnettiin kasvavassa määrin eri
verkkosivuja ja portaaleja mm. THL, Sosiaaliportti, Kuntaliitto, Kuntoutussäätiö, Kun-
toutuportti, eri organisaatioiden omat intra- ja extranetit. Seminaarit olivat ½pv–2pv
pituisia, ja niissä kävi yhteensä noin 1 300 henkilöä. Paikallismedioissa saatiin semi-
naarien avulla hyvin näkyvyyttä, joidenkin seminaarien yhteydessä järjestettiin myös
erillisiä tiedotustilaisuuksia.

Tilaisuuksista kerättiin palaute sähköisellä lomakkeella. Palaute oli pääosin positiivista, ja tietyt asiantuntijat nousivat kuulijoiden oman työn kannalta kiinnostavina ja hyödyllisinä esiin. Kiitosta sai myös aiheen ajankohtaisuus. Sisällön osalta painopistettä siirrettiin palautteiden perusteella entistä enemmän toiminnallisiin ja osallistaviin muotoihin, koska esimerkiksi hankeinfopisteistä, galleriamenetelmästä ja työryhmätyöskentelystä pidettiin perinteisiä luentopuheenvuoroja enemmän.

2.5.4 Hankekokonaisuuden julkaisut

Hankkeen ensimmäisen vaiheen loppuraportti ja arviointiraportti ilmestyivät elokuussa 2009. Molemmista otettiin 700 kpl painokset, jotka jaettiin kokonaisuudessaan yhteistyötahoille ja kuntakentälle. Julkaisut toimitettiin valtakunnallisen hankkeen ja kaikkien osahankkeiden ohjausryhmille sekä muille verkoston avainhenkilöille ja erilaisten työryhmien jäsenille. Julkaisuja jaettiin maksutta myös hankkeen järjestämissä tilaisuuksissa. Julkaisujen tiedottaminen ja markkinointi toteutettiin yhteistyössä THL:n tiedotuksen ja julkaisumyynnin kanssa. Julkaisuihin liittyvä lehdistötiedote valmistui 24.8.2009. Tiedotetta välitettiin syyskuun alussa THL:n viestinnän, verkkosivujen, tapahtumien, hankeverkoston ja osahankkeiden verkostojen ja lehdistötilaisuuksien kautta. Julkaisuista tehtiin myös erillinen markkinointikirje, jota on postitettu seminaarikutsumien mukana ja jaettu erilaisissa tilaisuuksissa ja alueseminaareissa. Julkaisutiedotetta on hyödynnetty myös muissa mediakontakteissa. Julkaisut ovat luettavissa maksutta THL:n verkkosivuilla sekä tilattavissa painettuna kirjakaupan kautta.

Edellisen 1990-luvun laman aikana ilmestyneen *Terveenä Työttömyydestä* -oppaan sisällön ja ulkoasun päivitystyön rahoitus sisällytettiin PTT-hankkeen juurruttamisrahoitukseen STM:n toiveesta. Oppaan päivitystyö toteutettiin erillishankkeena, prosessin sisällöllisestä vastuusta ja koordinaatiosta vastasi Työterveyslaitos. Oppaan päivitysprosessiin liittyvän erillishankkeen toteutus käynnistyi nopealla aikataululla, koska heikentyneessä työllisyystilanteessa työttömäksi jäävien tueksi suunnattu opas haluttiin jakeluun mahdollisimman nopeasti, alun perin jo kevään 2009 aikana. Oppaan valmistumisaikatauluksi sovittiin alkusyksy 2009, sisältö- ja tuotantoprosessin viivästymisen vuoksi opas valmistui lopulta huhtikuussa 2010. Prosessia hidastivat ennakkosuunnittelun puutteellisuus ja turhan optimistinen käsitys vaaditusta työmäärästä, kustannusrakenteeseen liittyvät muutokset, tekijänoikeusmuotoiluihin liittyvät sopimusongelmat, asiakascaseihin ja valokuviin liittyvät aikatauluongelmat, sosiaaliturvamuistion kokoamiseen osoitettujen resurssien niukkuus ja oppaan päivitysprosessiin osallistuvien eri tahojen sitouttamiseen ja resursseihin liittyvät haasteet sekä sosiaaliturvaan vuoden 2010 vaihteessa tulevien muutosten ennakointi ja odotus. Opas valmistui huhtikuussa 2010 sekä suomen- että ruotsinkielisenä. Painosmäärä oli 150 000 kpl suomenkielisiä ja 10 000 kpl ruotsinkielisiä. Opas jaettiin TEM:n kautta TE-toimistoihin ja työvoiman palvelukeskuksiin (40 000), KELA:n kautta Kelan vakuutuspiireihin (5 000) Työturvallisuuskeskukseen (2 500), THL:n kautta kuntahankkeille (1 700), SAK:n kautta aluepalvelukeskuksiin

(1 000), TTL:n kautta kaikkiin Suomen työterveyshuollon yksiköihin, kuntien terveyskeskuksiin ja sosiaalitoimiin, ELY keskuksiin ja työsuojelupiireihin (97 000) sekä pienet määrät EK:hon, Suomen Elintarviketyöläisten Liittoon, Siikaranta-opistolle ja TELA:aan. Oppaasta tehtiin myös verkkolevitykseen soveltuva sähköinen versio, verkkojakelusta sekä verkkoversion teknisestä toimivuudesta vastaa työ- ja elinkeinoministeriö (TEM). Työterveyslaitos päivittää TEM:n sivuilla olevaa verkkoversiota tarvittavilta osin. Opas löytyy: http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/00_julkaisut/terveena_tyottomyydesta.pdf

Hankkeen yhteydessä valmistui painettuna myös hanke-esitteitä, Työttömien työnhakijoiden terveystalvuita koskevat suositukset kunnille, Tarkistuslista työttömien työnhakijoiden terveystalvuiden kehittäjälle, vertaisoppimispäivistä markkinointikirje ja valtakunnallinen esitietolomake. Hanke osallistui Teroka-hankkeen yhteydessä tuotetun kunnanvaltuutetuille ja kuntapäätäjille suunnatun työttömien terveystalvun tarpeita koskevan Tiedä ja toimi -kortin tekoon. Eri ammattikorkeakouluista valmistui hankkeen aikana kahdeksan opinnäytetyötä ja Tampereen yliopistosta yksi pro gradu -tutkielma. Lisäksi Ikäinstituuttista valmistui kaksi raporttia koskien Hämeenkyrön osahanketta. Osana THL:n arviointitutkimusta valmistui keväällä 2010 Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelu – Työttömien terveystalvut ja -palvelut kunnissa 2009 -niminen julkaisu. Arviointitutkija osallistui työttömyys ja huono-osaisuuden kasaantumisen -artikkelin kirjoittamiseen (Kauppinen ym. 2010) sekä kirjoitti pitkäaikaistyöttömien terveystalvut ja kuntoutus artikkelin, joka ilmestyy Yhteiskuntapolitiikka lehdessä 1/2011. THL:n taittamana ilmestyivät myös PTT-osahankkeiden erilliset loppuraportit syksyllä 2010 sekä verkkojulkaisuna että erillisinä monistesarjoina. Hankkeeseen liittyviä julkaisuja on koottu erilliseen liitteeseen (liite 4).

2.5.5 Hyvän käytännön kuvaus

Hankkeen yhteydessä luotiin THL:n ylläpitämään Sosiaaliporttiin (<http://www.sosiaaliportti.fi/hyvakaytanto/ptt>) hyvän käytännön kuvaus ja yhdenmukaistettiin eri kunnissa käytössä olleita lomakkeita. Hyvän käytännön kuvauksen toivotaan omalta osaltaan tukevan kuntia toiminnan käynnistämismuissa ja myöhemmin kehittämistyössä. Jokaisessa kunnassa tai kuntayhtymässä toimintamalli voidaan soveltaa paikallisia olosuhteita, toimijoita ja tarpeita vastaavaksi. Tällainen toimintamallien kuvaus on ensimmäinen askel, josta toivottavasti seuraa omassa kunnassa tai omalla alueella käynnistyvä ymmärrys, oivallus ja sysäys viedä asioita eteenpäin.

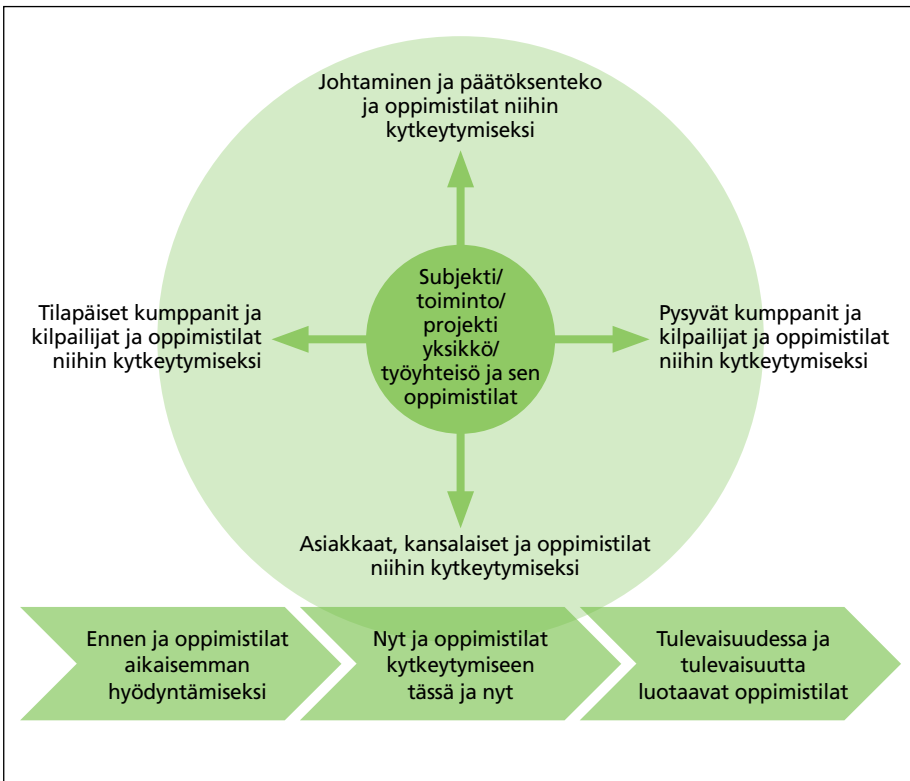
2.5.6 Vertaisoppimispäivät

Hankkeen ulkopuolisille kunnille tarjottiin räätälöityjä ja maksuttomia vertaisoppimispäiviä, joissa hankkeessa kehitettyjä toimintamalleja ja saatuja kokemuksia esiteltiin eri ammattilaisista koostuvalla kokoonpanolla. Kuntatoimijoilla oli myös mahdollisuus vieraila hankkeipaikkakunnilla, jolloin päivä räätälöitiin vierailevan kunnan

tarpeiden mukaisesti. Toteutuksessa hyödynnettiin moninäkökulmaisen vertaisoppimisen menetelmää (Arnkil 2009). Kunnille maksuttomien vertaisoppimispäivien mahdollisuudesta tiedotettiin THL:n kuntapäätäjille suunnatun sähköisen kuntakirjeen ja STM:n valtionosuusrahoitukseen liittyvän kuntakirjeen kautta sekä hankkeen verkkosivujen, alueseminaarien, uutiskirjeen ja erillisen markkinoinnin avulla.

Vertaisoppimispäivät oli uusi avaus, jota kokeiltiin hankekokonaisuuden juurutustoimenpiteenä. Osahankkeille järjestettiin Arnkilin (2006) luomasta Moninäkökulmainen vertaisoppiminen -menetelmästä lyhyt perehdytys verkostotapaamisen yhteydessä. Tilaisuudessa käytiin läpi kuntahankkeiden kanssa demona 360 asteen esittelymallia Robert Arnkilin johdolla. Ajatusta/mallia oli kokeiltu hankkeessa ensimmäisen kerran keväällä 2009 Helsingin Terve Kunta -päivillä sitä varten sovitussa erillisessä sessiossa.

Vertaisoppimispäivien ajatuksena oli se, että yhden osahankkeen toimijat vierailisivat eri ammattilaisista koostuvalla kokoonpanolla työttömien terveystapaamisista ja terveystalvuluista kiinnostuneista ja tällaista toimintaa käynnistävässä kunnassa kertomassa omasta toiminnastaan ja siihen liittyvistä kokemuksistaan vastaavalle ammatillisryhmälle.



Kuvio 2. 360-asteen ulottuvuudet ja vertaisoppiminen (lähde: Arnkil, R. 2009).

Mallin keskeisenä ajatuksen on, että kaikkien käytäntöjen, tässä tapauksessa julkisen palvelun käytännön, nähdään sijoittuvan viiden keskeisen ulottuvuuden ”kenttään”:

- *Kansalais-/asiakasulottuvuus* (kansalaisten ja asiakkaiden osallistuminen ja palvelu, kontakti, yhteistyö ja vaikuttaminen ja vaikuttavuus)
- *Horisontaalinen kumppanuus ja kilpailu* (horisontaalinen verkottuminen tilapäisten ja pysyvien kumppanien kanssa, sekä kilpailu ja alihankinta)
- *Vertikaalinen kumppanuus* (johtaminen, hallinnointi ja päätöksenteko, mukaan lukien yhä enemmän myös verkostojohtamisen)
- *Sisäinen tiimityö* (tarkastelun kohteena olevan toimintayksikön – organisaatio, projekti – sisäinen yhteistyö)
- *Kehityksen kestävyys* (aikaisemman kokemuksen hyödyntäminen, tehokas oppiminen ”nyt”, reaaliajassa sekä tulosten pysyvyyden varmistaminen tulevaisuudessa) (Arnkil 2006).

Vertaisoppimispäivät järjestettiin kuusi kertaa ja niissä oli mukana yhteensä 12:n eri kunnan edustajia. Päivien kesto vaihteli 4–6 tuntiin. Rakenne räätälöitiin vastaanottavan tahon ja osallistujien mukaisesti. Vertaisoppimispäiviä järjestettiin Mäntsälässä, Pöytyä-Loimaalla, Kangasala-Orivedellä, Oulussa (mukana Ii, Rovaniemi, Kuusamo, Raahe), Kristiinankaupungissa ja Lohjalla.

Vertaisoppimisen kautta kunnat ovat saaneet konkreettista tietoa työttömien terveystarkastus ja terveyspalvelu toiminnan aloittamiseen. Palaute on ollut erittäin myönteistä, etenkin samaa työtä tekevien ammattilaisten välisestä vuorovaikutuksesta ja vertaistiedon vaihdosta tuli positiivista palautetta. Vaikeana koettiin toiminnan aloittamisen perusteleminen poliittisille päätöksentekijöille, sillä kuntien resurssit terveydenhuollossa ovat usein niukat.

2.5.7 Uudet vuonna 2010 rahoitetut juurrutushankkeet

Kaikkiin Suomen kuntiin, pois lukien Ahvenanmaa, lähetettiin juurruttamista ja levittämistä koskeva THL:n rahoituskirje ja rahoitushakemuslomake 22.1.2010. Kirje ja lomake toimitettiin sähköpostitse kuntien kirjaamoon joko suomen tai/ ja ruotsinkielisenä ja se pyydettiin toimittamaan terveyskeskuksen tai kunnan kansanterveystyöstä vastaavan yksikön johtajalle. Rahoitusta saattoivat hakea kansanterveystyöstä vastaavat kunnat ja kuntayhtymät, joissa työttömien terveystarkastuksista oli jo kokemuksia tai joissa oli käynnistetty suunnitelmat työttömien terveystarkastusten ja niihin liittyvien muiden palvelujen toteuttamiseksi, laajentamiseksi tai juurruttamiseksi. Määräaikaan (12.2.2010) mennessä THL:n kirjaamoon saapui 52 rahoitushakemusta. Hakemukset arvioitiin hakemuslomakkeessa etukäteen annettujen laatuksien avulla.

Pisteytyksen perusteella päädyttiin rahoittamaan eniten pisteitä saaneita kuntien juurrutushankkeita ja yhtä koulutushanketta.

Uusina juurrutushankkeina rahoitusta saivat Hämeenlinnan kaupunki, Kokkolan kaupunki, Mikkelin kaupunki, Kuusamon kaupunki, Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä ja koulutushankkeista Jyväskylän kaupunki. Uudet juurrutushankkeet osallistuivat hankekokonaisuuden verkostotyöhön ja saattoivat hyödyntää omassa toiminnassaan muiden kokemuksia ja työkaluja. Juurruttamistyön kannalta olemassa olevaan verkostoon liittyminen nopeutti paikallisten toimintamallien muokkaamista ja käyttöönottoa. Rakenteena tämän kaltainen valmiiseen verkostoon liittyminen vaikuttaisi tukevan toimintakäytäntöjen leviämistä ja paikallisten sovellutusten nopeata käyttöönottoa. Juurrutushankkeet on kuvattu tarkemmin luvuissa 3.16–3.21.

2.5.8 Työttömien terveydenhuoltoon liittyvä koulutusaineistohanke

Työttömien terveydenhuollon verkkokoulutusaineisto toteutettiin erillisenä hankkeena ajalla 1.9.2009–30.11.2010. Koulutuspaketin (12 op) toteutuksesta vastasi Suomen Virtuaaliammattikorkeakouluverkosto, johon kuuluvat kaikki Suomen ammattikorkeakoulut. Sisällön tuotantoon osallistui Oulun seudun, Mikkelin, Kymenlaakson, Vaasan, Arcadan ja Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opettajia ja kuntien edustajina Forssan, Sastamalan, Oulun ja Liedon pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohankkeen projektityöntekijät sekä THL:n asiantuntijat.

Aineisto, sisällöt ja toteutukset sekä oppimisaihiot tuotettiin <http://www.amk.fi> -portaalin tuotantoympäristöön, jolloin materiaali on oppimisalustoista riippumattomassa muodossa ja kaikkien Suomen ammattikorkeakoulujen, kuntien täydennyskoulutusyksiköiden ja muiden kouluttajien saavutettavissa ja käytettävissä ilman erillistä maksua. Yhdessä amkissa tietyllä opintosuunnalla tarjottu kurssi on avoin kaikille amkien opiskelijoille koulun sijainnista ja opintosuunnasta riippumatta. Kaikki opettajat voivat myös vapaasti ottaa käyttöön tuotettuja aineistoja. Tällainen opetusaineisto mahdollistaa materiaalin käytön ja saavutettavuuden vielä hankkeen jälkeen ja opetusaineiston käytön amkien ja kuntien toiminnassa.

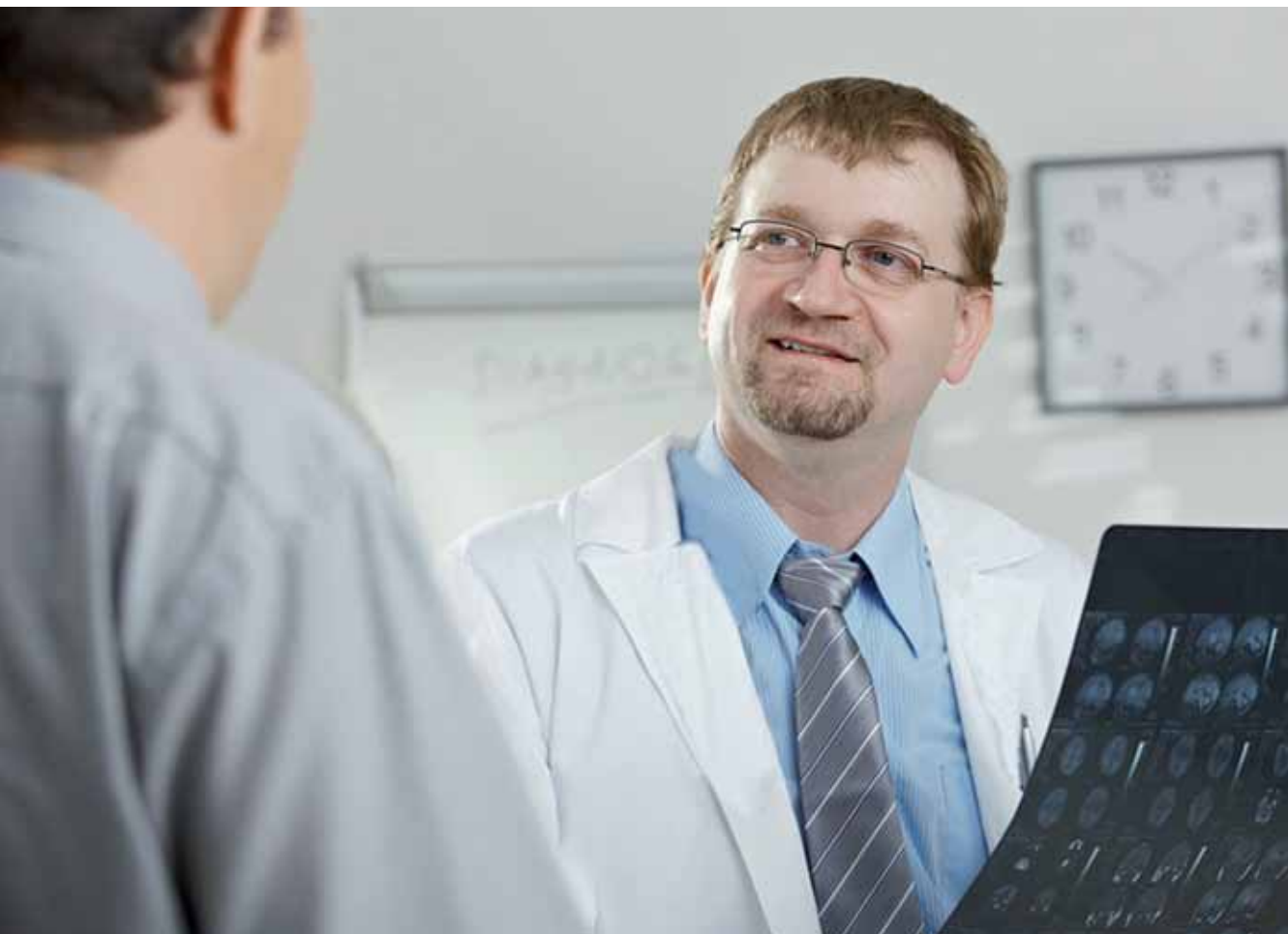
Verkkokoulutusmateriaali toimii verkkokurssina, ohjatun opetuksen tukimateriaalina ja työkalupakkina; lisäksi se on saavutettavissa myös itseopiskelua varten. Koulutuspaketin kohderyhmänä ovat sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulun perus-, erikoistumis- ja jatko-opiskelijat sekä kuntien sosiaali- ja terveysalan ja soveltuvin osin myös valtion työ- ja elinkeinohallinnon täydennyskoulutusopiskelijat. Hyödynsaajina ovat myös eri ammattikorkeakoulujen opettajat, jotka saavat ajantasaista opetusmateriaalia työttömien terveyspalveluihin liittyen.

Koulutusaineistosta järjestettiin kaksi pilottikurssia syksyllä 2010. *Työttömyys yhteiskunnan ja yksilön näkökulmasta* (3 op), jonka kohderyhmänä olivat täydennyskoulutettavat työttömien parissa toimivat eri alojen ammattilaiset sekä ylempään amk:n ja avoimen amk:n opiskelijat. Pilotoinnin toteutti Oulun seudun ammattikorkeakoulun

täydennyskoulutusyksikkö yhdessä Kymenlaakson amk:n kanssa. Toinen pilotti *Työtömyyden monet kasvot ja moniammatillinen asiakaspalveluohjaus* (5 op) toteutettiin Lahden ja Vaasan ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto-opiskelijoille. Aineistoja muokataan vielä pilottikokemusten ja kerätyn palautteen pohjalta. Aineiston laajempi arviointi tehdään alkutalvesta 2011.

Virtuaali AMK-verkoston kehittämissyksikkö markkinoi koulutusaineistoa oman portaalin ja opettajien käyttämän Digma.fi -materiaalivarannon kautta. Aineistoa on markkinoitu myös amkien yhteyshenkilöille. Aineiston käyttöä jatketaan ainakin tuotantorenkaisissa mukana olleissa organisaatioissa. Aineiston päivittäminen on jatkossa mahdollista amk:jen omilla rahoituksilla tai erillisillä hankerahoituksilla. Koulutuskonaisuus löytyy verkosta: <http://www.amk.fi/ptt>. ●

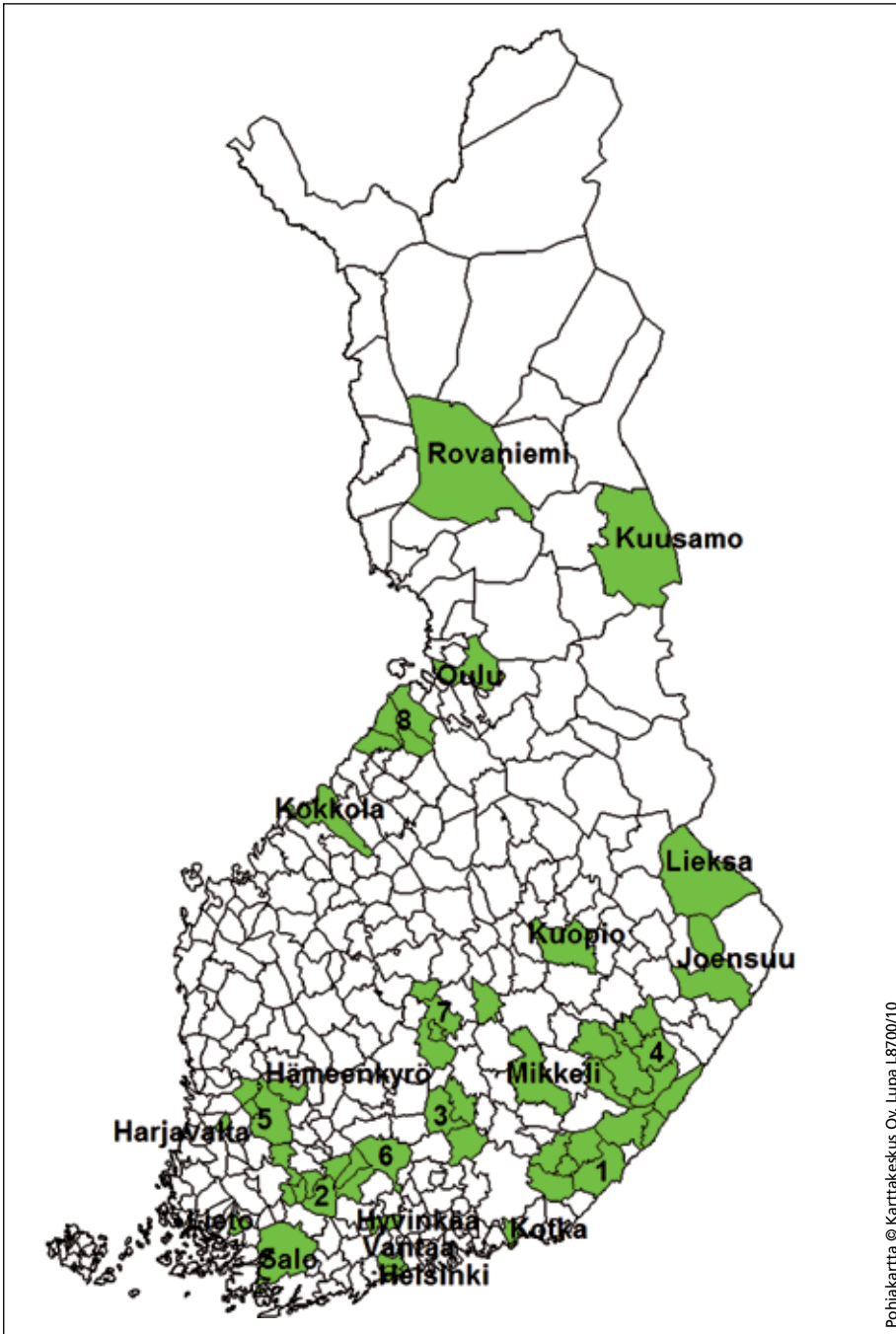
3 Kehittämis- ja juurruttamistyöhön osallistuneet kuntahankkeet



Kaikista kuntahankkeista on tehty yhtenäisellä pohjalla erillinen loppuraportti. Raporteissa kuvataan tarkemmin osahankkeen tavoitteita, etukäteisoletuksia, toimintaympäristöä ja toimijoita, resursseja, toimintamallia ja asiakastietoja sekä oppimisprosessia, tuloksia, johtopäätöksiä ja toiminnan jatkuvuutta. Raportit löytyvät osoitteesta <http://www.thl.fi/ptt/osahankeraportit>.

Osahanke ja hallinnoija	I hankevaiheen kesto	II hankevaiheen kesto
Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä	15.8.2007 – 28.2.2009 >	1.3.2009 – 31.3.2010
Itä-Hämeen TYP / Heinola, Hartola, Sysmä	15.8.2007 – 31.3.2009 >	1.4.2009 – 31.3.2010
Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä	15.8.2007 – 28.2.2009 >	1.3.2009 – 31.10.2010
Kotkan kaupunki	15.8.2007 – 30.4.2009 >	1.5.2009 – 31.10.2010
Lieksan kaupunki	15.8.2007 – 28.2.2009 >	1.3.2009 – 31.10.2010
Oulun kaupunki	15.8.2007 – 28.2.2009 >	1.3.2009 – 31.10.2010
Rovaniemen kaupunki	1.9.2007 – 30.4.2009	1.9.2009 – 31.10.2010
Salon kaupunki	15.8.2007 – 31.7.2009 >	1.8.2009 – 31.10.2010
Sastamalan perusturvakuntayhtymä	1.9.2007 – 28.2.2009 >	1.3.2009 – 31.10.2010
Vantaan kaupunki	1.10.2007 – 31.10.2009 >	1.11.2009 – 31.10.2010
Harjavallan kaupunki	1.8.2007 – 31.10.2009 >	1.11.2009 – 31.10.2010
Hyvinkään kaupunki	15.8.2007 – 28.2.2009 >	1.3.2009 – 31.10.2010
Liedon kunta	1.9.2007 – 28.2.2009 >	1.3.2009 – 31.10.2010
Lappeenrannan kaupunki / Etelä-Karjalan Sote-piiri	15.8.2007 – 28.2.2009	15.8.2009 – 15.8.2010
Kuopion kaupunki / Työterveyslaitos		16.6.2008 – 30.11.2010
Helsingin kaupunki	1.8.2007 – 15.5.2009	
Joensuun kaupunki	1.9.2007 – 28.2.2009	
Hämeenkyrön kunta	15.8.2007 – 30.4.2009	
Hämeenlinnan kaupunki ja Hattulan kunta		1.3.2010 – 30.11.2010
Kokkolan kaupunki		1.3.2010 – 30.11.2010
Kuusamon kunta		1.3.2010 – 30.11.2010
Mikkelin kaupunki		1.3.2010 – 30.11.2010
Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä		1.3.2010 – 30.11.2010
Jyväskylän kaupunki / Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alue		1.3.2010 – 30.11.2010

Taulukko 1. Paikalliset PTT-osahankkeet ja niiden kestot vuosina 2007–2010.



Kuvio 3. PTT-hankepaikkakunnat vuosina 2007–2010.

- 1 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalvun kuntayhtymä,
- 2 Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä,
- 3 Itä-Häme: Heinola, Hartola, Sysmä, 4 Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä,
- 5 Sastamalan perusturvakuntayhtymä SASPE, 6 Hämeenlinna ja Hattula,
- 7 Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alue, 8 Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä.

3.1 Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä – aikuisneuvonnan terveydenhoitajille juurrutettu malli

Forssan hanketta hallinnoin Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä (FS-TKY), joka tuottaa ja tilaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut. Kuntayhtymään kuuluvat Forssa, Tammela, Jokioinen, Humppila ja Ypäjä. Tavoitteena oli luoda seudullinen työttömien terveydenhuollon toimintamalli. Jatkohankkeen tavoitteena oli juurruttaa työttömien terveydenhuoltomalli perusterveydenhuollon aikuisneuvontaa tekeville terveydenhoitajille.

Työ- ja elinkeinohallinnosta ohjatut asiakkaat vastaanotti kehittämissivaiheessa hankkeen työterveyshoitaja. Työttömien terveydenhuollon toimintamalli luotiin eri toimijoiden yhteistyönä loppuvuodesta 2008 kahdessa prosessikonsultaatioiltapäivässä. Konsultaatioon osallistuivat perusterveydenhuollon johtajat ja esimiehet, työttömien terveystarkastuksiin osallistuneita lääkäreitä ja terveydenhoitajia, TE-toimiston, TYP:n, kuntien sosiaalitoimen, Kelan ja A-klinikan edustajia. Toimintamallissa sovittiin muun muassa toiminnan tavoitteista, asiakkuuden alusta ja asiakkaalta tarvittavista taustatiedoista, terveystapaamisen sisällöstä ja siihen liittyvistä hoito- ja palvelusuunnitelmista.

Hankkeen jatkorahoituskautella seitsemän terveydenhoitajaa koulutettiin ja tutustutettiin muihin toimijoihin ja palveluiden rajapintoihin. Perehdytysohjelman mukaisia tutustumiskäyntejä järjestettiin aikuisvastaanottoa toteuttaville terveydenhoitajille ja työttömien työ- ja toimintakyvyn ja kuntoutuksen parissa työskentelevälle verkostolle. Perehdytettävät terveydenhoitajat osallistuivat hanketerveydenhoitajan kanssa kahteen asiakastapaamiseen, jonka jälkeen he tekivät itsenäisesti terveystarkastuksia. Tämän jälkeen terveystarkastuksia käytiin vertaisarviointiajatuksella läpi yhdessä hanketyöterveyshoitajan kanssa.

Hankkeen ydinasiat tulivat osaksi FSTKY:n Terveyden edistämisen suunnitelmaa. Toimintamalli ja siihen linkitetyt lomakkeet ja ohjeet liitettiin vastaanoton henkilöstön sähköisellä työpöydällä olevaan perusterveydenhuollon työoppaaseen. Perusterveydenhuollon aikuisneuvonnan terveydenhoitajat aloittivat työttömien terveydenhuoltomallin mukaisen toiminnan. Hyvinvointivaliokunta vastaa jatkossa työttömien palveluiden kehittämisen jatkuvuudesta.

3.2 Itä-Häme; Heinola, Hartola, Sysmä

Itä-Hämeen Ilves -hanke toimi ensimmäisessä hankevaiheessa Itä-Hämeen työvoiman palvelukeskuksen hallinnoimana, toimialueenaan TYP:n jäsenkunnat Heinola, Hartola ja Sysmä. Hanketerveydenhoitajan työhuone oli Heinolan TYP:n ja TE-toimiston toimitilojen yhteydessä, lisäksi terveydenhoitaja piti säännöllisesti vastaanottoja myös Hartolan ja Sysmän terveyskeskuksissa. Asiakkaita ohjattiin TE-toimistoista, TYP:tä ja aikuissosiaalityöstä. Terveydenhoitaja osallistui säännöllisesti TYP:n

sa vastaanotolla sovitut muut asiat hoituivat. Kohderyhmäksi sovittiin työvoiman palvelukeskuksen asiakkaat ja työ- ja elinkeinotoimiston yli vuoden työttömänä olleet työnhakijat asiakkaat. Palautteen hoitaja lähetti suoraan lähettävälle virkailijalle. Työttömien terveystarkastus mallinnettiin, ja palvelumalli linkeineen löytyy Sosterin intranetistä.

Palvelumallin jalkautus hoitajille

Palvelumalli sisällytettiin Hoitajan vastaanottotyön kehittämisen -koulutukseen, joka järjestettiin yhteistyössä Mikkelin ammattikorkeakoulun kanssa. Vuoden mittainen koulutus alkoi tammikuussa 2010, ja sen yhtenä osa-alueena oli työttömän terveystarkastus. Koulutuksessa mukana olleet hoitajat aloittivat työttömien terveystarkastukset sekä jäsenkunnissa että Savonlinnassa, jossa nimettiin asiantuntijahoitaja sekä hänelle työpari.

Kolmannella sektorilla pidetyt terveydenhoitajan aamuvastaanotot koettiin tarpeelliseksi, ja aamuvastaanottotoimintaa pyritään jatkamaan resurssien puitteisissa suurimmilla toimipaikoilla. Konsultaatiokäynnit työvoiman palvelukeskuksessa koettiin myös tarpeelliseksi, mutta jatkossa terveydenhoitajilla ei ole mahdollisuutta olla TYP:n tiloissa 4h/viikossa, mikä oikeuttaisi myös Typpi-tietojärjestelmäoikeuksien käytön. Mahdollisuus verkostoitumiseen ja tiimipalaverihin kuitenkin säilytetään.

3.4 Oulun kaupunki – työttömien terveydenhuolto terveysasemille

Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen hallinnoiman hankkeen tavoitteena oli kehittää toimintamalli pitkäaikaistyöttömien terveystapaamisiin ja moniammatilliseen verkostotyöhön. Lisäksi tavoitteena oli jalkauttaa toimintamalli kaikille Oulun kaupungin terveysasemille (9) ja tarjota siihen liittyvää henkilöstön koulutusta. Jatkohankkeen tavoitteena oli toimintamallin laajentaminen kaikille työttömille työnhakijoille ja terveystarkastuksia tekevien terveydenhoitajien/sairaanhoitajien määrän lisääminen.

Projektityöntekijänä aloitti Oulun kaupungin avoterveydenhuollon vastaanoton terveydenhoitaja. Ensimmäisessä vaiheessa kuvattiin toimintamalli; se mitä palveluja työttömät käyttävät, missä kaikkialla heillä voi olla asiakkuus, missä vaiheessa toteutuu terveystapaaminen ja mitä tapahtuu terveystapaamisen jälkeen. Tämän jälkeen terveystapaamisia pilotoitiin yhdellä terveysasemalla TYP:n asiakkaille. Kokemusten pohjalta terveysasemilta valituille terveydenhoitajille järjestettiin koulutus. Hankkeen aikana projektityöntekijä toimi terveydenhoitajien tutorina ja tarvittaessa antoi ohjeita ja neuvoja. Työttömien terveystapaamisia tekevät terveydenhoitajat kokoontuivat säännöllisesti pari kertaa vuodessa.

Hankkeen yhteydessä järjestettiin lisäksi moniammatillinen verkostotyönkoulutus, johon osallistui 88 työntekijää, joista 32 oli terveyskeskuslääkäreitä ja loput tervey-

denhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, työvoimavirkailijoita sekä työntekijöitä Kelalta, päihdetyöstä ja mielenterveyspalveluista. Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimissa on sovittu yhteinen säännöllisesti toistuva moniammatillinen verkostotyöajankohta. Verkoston voi kutsua jokainen työntekijä, jolla herää huoli asiakkaan tilanteesta.

Oulun toimintamalli

Oulussa asiakas voi itse varata ajan keskitetyn puhelinpalvelun kautta kaikille terveysasemille. Terveyskeskusavustaja välittää terveydenhoitajalle soittopyynnön ja terveydenhoitaja soittaa asiakkaalle terveystapaamisajan. Syyskuussa 2010 työttömien terveystapaamisissa otettiin käyttöön työttömien terveystarkastuksen valtakunnallinen esitietolomake, jonka voi tulostaa Oulun kaupungin nettisivulta. TYP:n ja kaupungin aikuis- ja perhesosiaalityön ja terveydenhuollon välillä on käytössä sähköinen lähete-palautte-käytäntö. TE-toimiston ja terveydenhuollon välillä lähete-palautte kulkee paperilomakkeella. Viranomaisten välinen lähetekäytäntö edellyttää aina asiakkaan kirjallisen suostumuksen siitä, mitä tietoja luovutetaan ja kenelle.

Terveystapaamisissa huomioidaan asiakkaan elämänhistoria, palveluiden käyttö, työttömyyden kesto, koulutustausta, koulutuskeskeytykset, perhe, lähiverkosto, elinympäristö, kansantautien riskitekijät, sairaudet, koettu terveydentila, asiakkaan oma arvio tämänhetkisestä työkyvystä, lähettävän tahon sekä asiakkaan toiveet terveystapaamiselle. Terveystapaamisissa hyödynnetään Käypä hoito -suosituksia ja tapaamiseen kuuluvat erilaiset kliiniset mittaukset, kyselylomakkeita käytetään asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaisesti ja laboratoriokokeita otetaan asiakkaan terveysriskien ja sairauksien mukaisesti. Jatkoajanvaraukset tehdään vastaanotokäynnillä ja terveystapaamisesta annetaan asiakkaalle palautte. Tarvittaessa voidaan kutsua koolle moniammatillinen verkosto.

Terveystapaamisen jälkeen kokonaisvastuu asiakkaan tilanteesta siirtyy lähettävälle taholle. Lähettävälle taholle annettu palautte on tärkeä osa terveystapaamista, jotta lähettävällä taholla tiedetään asiakkaan terveydenhuollon jatkosuunnitelmista. Terveydenhuollon tärkein rooli on saada ne asiakkaat, joilla on merkittäviä terveyteen vaikuttavia riskejä tai sairauksia, hoitoon ja kuntoutuksen piiriin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Toiminnan jatkuvuus

Terveydenhuollon toimintamalli juurrutettiin hankkeen aikana osaksi normaalia avoterveydenhuollon peruspalvelua kaikille terveysasemille. Oulun tilaaja-tuottajamallissa tehtiin sopimus työttömien terveystapaamisesta; laadittiin tuotokuvaus ja tuotteelle sovittiin kaksi tuntia kestävä terveystapaamisaika ja oma hinta. Asiakaskohderyhmää laajennettiin ja palvelusta tiedotettiin kaupungin nettisivun ja esitteen avulla. Jatkossa TE-hallinnon ja kolmannen sektorin rooli tiedon välittämisessä korostuu. Yhteisiä, sektoreita ylittäviä yleistyöpalavereita, joissa voidaan käydä läpi toimintakäytänteitä ja mahdollisia kehittämisideoita, pitäisi järjestää myös hankkeen jälkeen.

3.5 Lieksan kaupunki – työttömien terveystarkastus terveysasemalla

Hankkeen ensimmäistä vaihetta hallinnoi Lieksan työvoiman palvelukeskus, jolloin terveydenhoitaja työskenteli palvelukeskuksen tiloissa. Tänä aikana hankkeessa työskenteli kaksi eri työterveyshoitajaa. Asiakkaat ohjautuivat työterveyshoitajalle pääasiassa työvoiman palvelukeskuksen virkailijoilta ja työ- ja elinkeinotoimistosta. Tavoitteena oli tehdä terveystarkastuksia pitkäaikaistyöttömille ja sellaisille henkilöille, joilla oli kulunut pitkä aika edellisestä terveystarkastuksesta.

Jatkohanketta hallinnoi Lieksan sosiaali- ja terveysterveyspalvelukeskus. Terveydenhoitajan toimipiste siirtyi terveyskeskuksen poliklinikalle. Hanketyöntekijäksi valittiin kaupungin vakituisessa toimessa oleva sairaanhoitaja. Jatkohankkeessa tavoitteena oli työttömien terveysterveyspalveluiden kehittäminen ja toiminnan juurruttaminen perusterveydenhuoltoon, kohderyhmänä olivat kaikki työttömät. Asiakkaita ohjasivat työvoiman palvelukeskus, Pielisen Karjalan työ- ja elinkeinotoimisto sekä sosiaalitoimisto. Terveystarkastuksia tehtiin hankkeen aikana myös nuorten pajan tiloissa. Terveystarkastuksen sisältö oli samanlainen kuin terveyskeskuksessa toteutettu.

Terveystarkastuskäytäntö

Asiakasprosessin käynnistyminen terveystarkastusten osalta oli osa työttömän kokonaisvaltaista palvelusuunnitelmaa, jonka yhtenä tavoitteena oli herätellä asiakkaan mielenkiinto omaa terveystarkastusta kohtaan. Tavoitteena oli selvittää sellaiset terveystarkastusolosuhteet, joilla olisi merkitystä, jos asiakas sijoittuisi avoimille työmarkkinoille tai mikäli suunniteltiin työllistämistä edistäviä palveluita.

Terveystarkastusprosessi käynnistyi pääsääntöisesti siten, että sairaanhoitaja sai lähettävältä taholta lähetteen, joka sisälsi asiakkaan allekirjoittaman suostumuslomakkeen viranomaisten väliseen tietojen vaihtoon. Tämän jälkeen sairaanhoitaja lähetti asiakkaalle kutsun terveystarkastukseen kirjeitse. Kutsuun sisältyi laboratoriolähete, terveystarkastus/esitietolomake ja työkykyindeksilomake. Asiakas varasi vastaanotolle ajan joko puhelimitse tai käymällä paikan päällä puhelintunnin aikana. Nämä päivystyskäyntiajat olivat ratkaisu siihen, jos asiakkaalla ei ollut puhelimesta puhe-aikaa. Tällöin asiakas saattoi tulla varaamaan ajan paikan päälle. Syrjäkylillä asuville ja/tai kimpakyydin turvin kulkeville asiakkaille oli tärkeää, että heidän palvelunsa pyrittiin keskittämään samalle päivälle, koska asiakkaat kävivät terveystarkastuksen lisäksi hoitamassa usein myös muita asioitaan.

Terveystarkastukseen varattiin aikaa noin kaksi tuntia. Asiakas oli useimmiten vastaanotolle tullessaan täyttänyt esitietolomakkeen, jonka pohjalta terveystarkastelu käytiin. Pääpaino oli sairauksien ennaltaehkäisyssä. Terveystarkastuksessa jokaiselle asiakkaalle tehtiin jatkohoitosuunnitelma, ja yhdessä asiakkaan kanssa mietittiin mahdollisia jatkotoimenpiteitä.

Hankkeen aikana oli mahdollista ostaa työterveyslääkärin palveluita. Näitä palveluita käytettiin silloin, kun asiakas tarvitsi työ- ja elinkeinohallinnon viranomaisille

lausunnon työ- ja toimintakyvystään. Työterveyslääkärille asiakkaita ohjattiin myös kuntoutus- ja eläkeselvittelyasioissa. Lääkäritalvelut olivat asiakkaille maksuttomia. Tavoitteena kuitenkin oli, että asiakas hoidetaan ja tutkitaan mahdollisimman pitkälle perusterveydenhuollon puolella. Kun asiakkaat ohjattiin lääkäriin perusterveydenhuollon puolelle, olivat käynnit useimmiten uusien lääkkeiden aloitus- tai arviointikäyntejä sekä diagnoosin vahvistuksia ja asiakkaan terveydentilan kokonaisarviointeja mahdollisen jatkohoidon kannalta. Näistä talveluista asiakkaat joutuivat maksamaan normaalin käyntimaksun.

Useimmiten terveystarkastuksen jälkeen asiakkaat ohjattiin jatkohoitoon muualle terveydenhuoltoon. Läheteitä tehtiin lääkäriin lisäksi esimerkiksi fysioterapiaan, ravitsemusterapeutille, hammashuoltoon, perhesuunnitteluneuvolaan, aikuisvastanottoon, diabetespoliklinikalle, terveysneuvolaan, työterveyshuoltoon psykologille, muistihoitajalle, aikuispsykiatrian poliklinikalle, päihdesairaanhoidajalle, perheneuvolaan ja optikolle. Kahden paikallisen optikkoliikkeen kanssa tehtiin sopimus ilmaisesta näöntarkastuksesta. Asiakkaita jatko-ohjattiin myös sosiaalitoimistoon, velkaneuvojalle, kotisairaanhoidoon ja työvoiman palvelukeskukseen sekä erilaisiin ryhmiin esimerkiksi eri liikunta- ja elämäntaparyhmiin ja depressiokouluun.

Kirjallinen palautelomake toimitettiin lähettävälle taholle asiakkaan suostumuksella. Lomakkeesta kävi ilmi, että asiakas oli käynyt terveystarkastuksessa ja se millaisia jatkosuunnitelmia oli sovittu. Asiakkaalle itselleen jäi lomake terveystarkastuksen tuloksista ja jatko-ohjuksista.

Toiminnan jatkuvuus

Työttömien terveydenhuoltopalvelut tulevat hankkeen jälkeen jatkumaan terveyskeskuksen terveysneuvolassa. Yhden työterveydenhoitajan työajasta on sovittu 25 % eli noin yksi päivä viikossa kansanterveystyöhön eli työttömien terveystarkastuksiin. Ajatuksena on, että työttömät pääsisivät terveystarkastuksiin noin kolmen vuoden välein. Asiakasohjaukset jatkuvat hankkeen aikana sovitulla tavalla.

3.6 Rovaniemen kaupunki – pitkäaikaistyöttömien terveydenhoidon palvelumalli

Rovaniemen kaupungin pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke jakaantui kahteen vaiheeseen: Työkyky-hankkeeseen (1.9.2007–30.4.2009) ja Työkyky ja terveys -hankkeeseen (1.9.2009–31.10.2010). Päätaoiteena oli pitkäaikaistyöttömien terveydenhoidon palvelumallin suunnittelu ja toiminnan juurruttaminen osaksi perustyötä.

Lähtökohtana jatkohankevaiheessa oli edelleen kehittää ja testata ensimmäisessä vaiheessa kehiteltyä ja mallinnettua toimintamallia, syventää saatua kokemusta moniammatillisesta yhteistyöstä ja selkeyttää terveydenhoitajan roolia pitkäaikaistyöttömien työhön kuntoutumisprosesseissa.

Hankkeen työntekijöinä toimi terveydenhoitaja ja sosiaalihoaja (50 % työajalla), molemmat työskentelivät hankkeen ajan työvoiman palvelukeskuksen tiloissa. Hankkeiden välillä terveydenhoitaja ja sosiaalihoaja vaihtuivat. Hallinnoivana tahona oli koko ajan kaupungin hyvinvointipalveluiden perusturvaosasto ja vastuuhenkilönä toimi ylilääkäri. Hanke toteutettiin yhteistyössä terveystarkastuskeskuksen, sosiaalipalvelukeskuksen, työvoiman palvelukeskuksen, TE-toimiston ja Kelan kanssa. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon toimintamalli kuvattiin kaupungin intraan kaupungin prosessikuvausohjeita noudattaen.

Palvelumalli

Asiakkaita terveydenhoitajalle lähettivät TE-toimisto, työvoiman palvelukeskus ja aikuissosiaalityö. Terveystarkastukseen lähettämisen perusteena käytettiin asiakkaan ja ohjaavan tahon yhteisen neuvottelun tuloksena syntyneitä tarvetta selvittää asiakkaan terveyteen, elämänhallintaan ja arjessa selviytymiseen liittyviä asioita. Läheteestä kävi ilmi lähetettävän asiakkaan perustiedot, työttömyyden kesto, syy terveystarkastukseen lähettämiseen sekä mahdolliset työ-, opiskelu- ja toimintakyvyn esteet. Lisäksi mukaan liitettiin useimmiten aktivointisuunnitelma tai palvelusuunnitelma. Läheteestä kävi ilmi myös se, että asiakkaalta oli pyydetty kirjallinen suostumus tietojen vaihtoon eri viranomaistoimijoiden kesken ja asiakas oli tietoinen tarkastuksesta. Lähettävät tahot kirjasivat sähköisiin järjestelmiinsä merkinnän läheteestä tai ehdotetusta terveystarkastuksesta.

Terveydenhoitaja tarkisti lähetteen ja otti tarvittaessa yhteyttä lähettäneeseen tahoon, mikäli jotain olennaisia tietoja puuttui. Tämän jälkeen terveydenhoitaja lähetti asiakkaalle postitse kutsun ja esitietolomakkeen. Esitietolomakkeen tietoja käytettiin terveystarkastuksessa käytävän keskustelun pohjana. Terveydenhoitaja käytti apuna myös erilaisia testejä, mittauksia ja tarvittaessa laboratoriokokeita. Asiakas pyydettiin tarvittaessa uudelle käynnille, mikäli tuloksissa ilmeni jotain poikkeuksellista. Lisätutkimukset ja jatkohoitotoimenpiteet hoidettiin perusterveydenhuollossa ja tarvittaessa asiakkaat ohjattiin lääkäriin. Asiakasta varten suunnitellusta jatkohoidosta informoitiin lähettänyttä tahoa kirjallisella palautteella. Lähettänyt taho seurasi hoidon jatkumista yhdessä asiakkaan kanssa. Terveydenhoitaja selvitti terveystarkastuksen yhteydessä TE-toimiston lähettämien asiakkaiden tarvetta sosiaalihojaukseen. Tämän lisäksi sosiaalihoaja kokosi ja koordinoi yhteistyöverkostoja ja moniammatillisia asiakastapaamisia.

Toiminnan jatkuvuus

Rovaniemen kaupungin työllisyysohjelmaan on kirjattu, että työttömien terveystarkastuksia tehdään vuositasolla 130 henkilölle. Se tarkoittaa 2–3 tarkastusta viikkoa kohden. Kaksi kaupungin palveluksessa olevaa tähän työhön perehdytettyä terveydenhoitajaa jatkaa työttömien terveystarkastuksia hankkeen jälkeen. Asiakkaat saavat viranomaisläheteillä terveydenhoitajan luo, tarvittaessa hän ohjaa heidät jatkotutkimuksiin. Terveystarkastuksen jälkeen terveydenhoitaja kirjoittaa palautteen

lähettäneelle taholle. Terveystalvohoitajat työskentelevät terveystalvusemalla omista tiimeissään ja tekevät terveystalvustarkastuksia muun työnsä ohessa. Hankkeessa toimineella terveystalvohoitajalla ei ollut pysyvää työsuhdetta kaupunkiin. Myös hankkeessa vahvasti mukana ollut sosiaalihoitajan osuus jäi juurrutetusta toimintamallista pois.

3.7 Sastamalan perusturvakuntayhtymä – työttömien terveystalvumalli Lounais-Pirkanmaalla

Sastamalan perusturvakuntayhtymä Saspe hallinnoi Lounais-Pirkanmaan hanketta, jonka tavoitteena oli kehittää alueelle työttömien terveystalvumalli. Saspenn yhteistyökumppaneita olivat Sastamalan työ- ja elinkeinotoimisto ja työvoiman palvelukeskus, Sastamalan sekä Punkalaitumen sosiaaliuimet ja Vammalan-Huittisten mielen terveystalvuseura. Jatkohankkeen aikana mukaan tuli Kiikoisten ja Lavian sosiaaliuimet ja Kankaanpään työ- ja elinkeinotoimisto. Mallin tavoitteena oli osallistaa pitkään työttömänä olleita henkilöitä hyvinvointi- ja terveystalvuluiden käyttäjiksi ja samalla parantaa heidän työ- ja toimintakykyä sekä työllistymisedellytyksiä.

Pitkään Terveenä Sastamalassa -hanke

Syksyllä 2007 hankkeeseen palkattiin osa-aikainen projektityöntekijä/työterveystalvohoitaja, jonka tehtävänä oli mallintaa työttömien terveystalvustarkastusprosessi kutsamalla 50 henkilöä terveystalvustarkastukseen. Kohderyhmänä olivat vaikeasti työllistyvät ja pitkäaikaistyöttömät henkilöt. Sosiaaliuimen ja työvoiman palvelukeskuksen viranhaltijat vastasivat asiakasohjauksista. Talvuluiden käytön toteutumista seurattiin virkailijavastuun periaatteella eri organisaatioiden tietöjärjestelmiä hyödyntäen. Jatkohankkeen aikana asiakkaita ohjattiin myös työ- ja elinkeinotoimistosta. Kriteerinä ei enää ollut työttömyyden kesto, vaan asiakkaan palvelutarve tai oma halu tarkastuksiin. Tavoitteena oli puuttua entistä aiemmin mahdollisiin terveystalvusriskeihin ja toteuttaa ennaltaehkäisevää terveystalvuhuoltoa.

Terveystalvustarkastustoimintamallin juurrutus osaksi alueterveystalvohoitajien perustyötä aloitettiin jo hankkeen kehittämisvaiheessa. Kehittämisvaiheen ja juurrutusvaiheen aikana hanketyöntekijä perehdytti yhteensä seitsemän terveystalvohoitajaa eri terveystalvusemille. Saspessa luovuttiin ikävuositarkastuksista valtuuston päätöksellä 2009 ja tämä muutos mahdollisti lisäresurssien saamisen työttömien tarkastuksiin, resurssija kohdennettiin 1½h/vk/terveystalvohoitaja.

Lounais-Pirkanmaalle juurrutettu työttömien terveystalvumalli

Työttömien terveystalvumallissa ohjaus terveystalvustarkastuksiin perustuu palvelutarvearvioon, jonka tekee kunkin organisaation vastuuvirkailija omien asiakkaidensa osalta. Lähettävä taho pyytää asiakkaalta suostumuksen tietöjen vaihtoon ja arkistoi sen. Lähete lähetetään aikuisneuvolan ajanvaraukseen, jossa terveystalvusekskusavustaja varaa ajan nimetylle terveystalvohoitajalle ja lähettää asiakkaalle kutsun ja esi-

tietolomakkeen. Terveystarkastuskäynnin tiedot kirjataan perusterveydenhuollon tietojärjestelmään, josta löytyy työttömien terveystarkastuksiin tarkoitettu lomake. Käynti tilastoidaan niin, että vuoden lopussa nähdään työttömien terveystarkastuksiin toteutuneet käynnit. Tarkastuksen yhteydessä terveydenhoitaja varaa ajan laboratorioon ja uuden ajan joko seurantakäynneille tai palautekeskusteluun.

Seurantakäynnillä käydään läpi laboratoriokokeiden tulokset ja annetaan yksilöllistä elämäntapa- ja ravitsemusohjausta. Mikäli tarvetta ilmenee, järjestetään palautekeskustelu, jossa on myös lähettävä taho mukana. Terveydenhoitaja kirjaa palautelomakkeelle asiakkaan kanssa yhdessä havaitut terveyteen ja /tai työkykyyn vaikuttavat asiat. Työkykyään asiakas arvioi itse ja terveydenhoitaja kirjaa oman arviotensa suhteessa kokonaistilanteeseen ja saatuihin tuloksiin. Työkyvystä keskustellaan palautekeskustelun yhteydessä.

Palautelomake lähetetään lähettävälle taholle, jos yhteistä palautekeskustelua ei pidetä. Lähettävä taho kirjaa omaan tietojärjestelmäänsä terveystarkastusten tulokset ja mahdolliset jatko seurannat. Lähettävällä taholla on velvollisuus aktiivisesti ohjata asiakasta hoitamaan terveyttään terveystarkastuksessa esiin nousseiden asioiden johdosta. Ajanvaraus muiden terveydenhuollon palveluiden piiriin tehdään terveydenhoitajan vastaanotolla.

Tarkastuksen jälkeen jatkohoito työllistää myös lähettävää tahoa, koska jatkokuntoutusvastuu jakautuu useille toimijoille. Lähettävä taho hankkii esimerkiksi maksusitoumuksia hammashoitoa tai silmälaseja varten, ohjaa opinnolliseen kuntoutukseen henkilöitä, joilla on vaikeuksia oppimisessa, tai tarjoaa sosiaalista tai ammatillista kuntoutusta sitä tarvitseville.

3.8 Kuopion kaupunki ja Työterveyslaitos – Työterveysneuvontahanke

Työterveyslaitoksen koordinoiman ja Kuopion kaupungin pilotoiman työterveysneuvontahankkeen tavoitteena oli järjestää perusterveydenhuollon yhteyteen työterveysneuvontapalvelut niille työkäisille, jotka eivät kuulu työterveyshuollon piiriin. Hankkeen pilottivaiheessa kohderyhmäksi rajattiin 15–24-vuotiaat, joilla on vaikeuksia siirtyä työelämään ja työvoimapolitiisessa koulutuksessa olevat opiskelijat, joiden opiskelu tähtää ammattitutkintoon. Tavoitteena oli tukea varhaisen puuttumisen keinoin työterveyshuollon ulkopuolella olevien henkilöiden työ- ja toimintakykyä ja edistää heidän työmarkkinakelpoisuuttaan.

Työterveysneuvontahankkeessa työskenteli Työterveyslaitoksen tutkija kesästä 2008 vuoden 2010 loppupuolelle ja asiakastyötä tekevä työterveyshoitaja maaliskuusta 2009 lokakuuhun 2010. Kuopion kaupunki antoi asiakastyölle tilat ja välineet. Hallinnollisesti asiakastyö sijoittui perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan alaisuuteen. Työterveyshuollon asiantuntemusta perusterveydenhuollon asiakasprosessiin oli mahdollista ostaa kunnalliselta liikelaitokselta Kallaveden Työterveydeltä.

Kuopion TYP:ssä on ollut oma terveydenhoitaja vuodesta 2004 lähtien. Muiden työttömien terveyspalveluja oli järjestetty työvoimahallinnon tiloissa vuodesta 1998 syksyyn 2008 asti. Lisäksi välityömarkkinahankkeissa on ollut terveydenhoitajan palvelua tarjolla.

Työterveysneuvontahankkeen toteutus

Hankkeen suunnittelu- ja alkuvaiheessa kartoitettiin Kuopion ja muiden paikkakuntien tilannetta, kokemuksia ja käytäntöjä koskien työterveyshuollon ulkopuolella olevien henkilöiden terveystarkastuksia sekä yhteistyön toimimista perusterveydenhuollon, kunnallisen työterveyshuollon ja sidosryhmien kanssa. Verkostoitumista kartoitettiin verkostoanalyysillä. Verkostoitumista selvitettiin kysymyksellä ”tekeekö organisaatiosi yhteistyötä työttömien/työttömäksi jäävien henkilöiden työkyvyn ja terveyden ylläpitämiseksi”.

Työterveyshoitaja tutustui eri yhteistyöorganisaatioihin, mikä avasi näkemystä työttömistä nuorista ja heidän ongelmistaan. Hankkeessa mukana olevien yhteistyötahojen kanssa käydyissä neuvotteluissa sovittiin kullekin toimijataholle asiakasyhteistyöhön sopivat kriteerit. Terveystapaamiseen/terveystarkastukseen asiakkaita ohjattiin TE-toimistosta, aikuissosiaalityöstä, Kuopion seudun työvalmennussäätiöltä ja Savon ammatti- ja aikuisopistosta sekä Kuopion talouskoulun opiskeluterveydenhuollosta, sosiaalitoimen perhelapsiyksiköstä, Tuetun työllistämisen yksiköstä, Aikailisä-toiminnasta sekä omalääkärin vastaanotolta. Asiakkaita hakeutui myös itsenäisesti terveystapaamiseen.

Terveystarkastukset myötäilivät työterveyshuollon tarkastuksia, ja niissä oli vaihteita työhöntulo- ja/tai seurantatarkastuksien sisällöistä. Terveystapaamisiin varattiin 90 minuuttia aikaa. Asiakas sai terveystapaamisesta yhteenvedon ja tarvittaessa terveysuunnitelman. Käytössä oli myös lähete/palaute käytäntö. Lähetteessä oli ydintieto siitä, mihin lähetävä taho haluaa ensisijaisesti puuttuttavan. Lähetteestä ilmeni asiakkaan antama suostumus tietojen luovuttamiseen. Asiakkaat toivat pääsääntöisesti lähetteet itse, tai lähete tuli postitse.

Terveystapaamisesta annettiin lähetävälle taholle kirjallinen palaute, mistä kävi ilmi jatkohoidon toimenpiteet ajanvarauksineen perusterveydenhuoltoon. Palautteeseen tuli terveydenhoitajan ja asiakkaan arvio asiakkaan työ- ja toimintakyvystä. Molemmat varmensivat allekirjoituksellaan palautelomakkeen.

Toiminnan jatkuvuus

Kuopion kaupungilla ei ollut osoittaa työterveyshoitajaresurssia hankkeen kaltaiseen toimintaan vuodesta 2011 eteenpäin. Työttömien terveyspalvelut ovat toimineet Kuopiossa pitkälti hanketoimintana, ja myös jatkossa toimintaa harkitaan jatkettavaksi hanketyönä. Työterveysneuvontahanketta toteutettiin ulkopuolisen tahon turvin, ja tämän vuoksi toiminta jäi ulkopuoliseksi terveydenhuollon sisällä. Hankkeen tavoitteena oli puuttua varhaisessa vaiheessa työttömyyden terveysriskeihin. Tämä tavoite saavutettiin siltä osin, että suurin osa asiakkaista oli ollut vuoden tai alle vuoden työt-

tömänä. Hankkeen tavoitteena oli myös selvittää yhteistyötä työttömien terveystalujen järjestämisessä. Hankkeen tutkija tekee tästä opinnäytetyötä Kuopion yliopistolle, ensimmäinen tieteellinen artikkeli on arviointivaiheessa.

3.9 Salon kaupunki – pitkäaikaistyöttömille oma terveydenhoitaja

Salon työvoiman palvelukeskuksen hallinnoiman hankkeen tavoitteena oli tukea asiakkaiden aktiivisuutta ja osallisuutta ja kehittää yhteistyötä työvoiman palvelukeskuksen, perusterveydenhuollon ja Salon TYP:een kuuluvien kuntien sivistys-, liikunta- ja vapaa-aikapalveluiden välillä. Jatkohankkeen tavoitteena oli, että hankkeen päätyttyä Salossa on pitkäaikaistyöttömiä varten nimetty terveydenhoitaja ja toimintamalli, joka turvaa työttömälle perusteellisen terveydentilan ja toimintakyvyn selvityksen.

Terveydenhoitaja työvoiman palvelukeskuksen, TE-toimiston ja kaupungin työtoiminnan asiakkaille

Hankeprosessi lähti liikkeelle syksyllä 2007, samalla kun Salon seudun työvoiman palvelukeskus perustettiin. Terveydenhoitajan vastaanotto oli palvelukeskuksessa, josta hänelle oli varattu oma työhuone. Terveydenhoitaja vaihtui syyskuussa 2008, ja osa-aikaisena käynnistynyt työpanos tuplattiin. Alueen kymmenen kuntaa yhdistyivät yhdeksi Saloksi 1.1.2009, jolloin myös Salon seudun työvoiman palvelukeskuksen toiminta-alue laajeni ja henkilöstöstä osa vaihtui uusiin työntekijöihin. Samalla myös Salon uusi sosiaali- ja terveystoimi aloitti toimintansa, sen alaisuudessa yhdistyivät Salon terveyskeskus ja sosiaalivirasto.

Syksyllä 2009 TYP ja työ- ja elinkeinotoimisto neuvottelivat pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten laajentamisesta myös TE-toimiston asiakkaisiin, aluksi kokeilu- luontoisesti. Saatujen hyvien kokemusten rohkaisemana käytäntöä jatkettiin siten, että tiettyinä sovittuina päivinä TE-toimiston asiakkaille tarjottiin mahdollisuus päästä terveydenhoitajan vastaanotolle.

Toukokuussa 2010 palvelukeskus muutti uusiin tiloihin kaupungin työtoiminnan kanssa. Työtoiminnan ensimmäiset asiakkaat aloittivat kesällä 2010. Terveydenhoitajan rooli muuttui tässä vaiheessa siten, että aiempien tehtäviensä lisäksi hänestä tuli myös talossa työtoiminnassa olevien asiakkaiden ”työterveyshoitaja”. Yhteistyö työtoiminnan ohjaajien sekä talon muiden työntekijöiden kanssa korostui entisestään.

Hankkeen näkyvimpänä osuutena olivat työttömien terveystarkastukset. Asiakkaille kerrottiin palvelusta asiakkuuden alkaessa työvoiman palvelukeskuksessa. Mikäli asiakas halusi terveystarkastukseen, häneltä pyydettiin suostumus tietojen vaihtoon. Tämän jälkeen terveydenhoitaja lähetti asiakkaalle kutsun ja esitietolomakkeen. TE-toimiston pitkäaikaistyöttömiltä pyydettiin suostumus rajattujen henkilötietojen luovuttamisesta. TE-toimistolla oli käytössä terveydenhoitajan kalenteri tiettyjen päivien osalta, jolloin virkailija saattoi varata ajan terveydenhoitajalle. Samassa yhteydessä

työnhakijalle annettiin terveydenhoitajan kirje ja esitetolomake etukäteen täytettäväksi. Terveystarkastuksen jälkeen terveydenhoitaja huolehti jatko-ohjauksista ja antoi tarvittaessa TYP-asiakkaiden osalta muille TYP virkailijoille palautteen moniammatillisessa tapaamisessa.

Hankkeen aikana haluttiin kokeilla myös yhteistä arviointimenetelmää, jolla voitaisiin kartoittaa asiakkaiden terveydentilan vaikutusta työllistymisvalmiuksiin. Palvelukeskuksen virkailijoita ja terveydenhuollon henkilöstöä koulutettiin BPS-ICF mallin käyttöönnottoon.

Toiminnan jatkuvuus riippuu kaupungin resurssipäätöksestä

Hankkeen päättyessä terveydenhoitaja jatkaa samoissa työtehtävissä ainakin vuoden 2010 loppuun asti. Marraskuussa 2010 oli tiedossa, että kaupungissa pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoon on esitetty omaa terveydenhoitajaa myös seuraavalle vuodelle, mutta virallista päätöstä asiasta ei ole tehty. Hanketerveydenhoitaja on tehnyt yhteistyössä terveyskeskuksen terveyden edistämisen koordinaattorin ja hallintoylihoitajan kanssa Iva-mallin (Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi) mukaisen vertailun päätöksenteon tueksi pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten järjestämisestä Salossa.

3.10 Kotkan kaupunki – työllistämisyksikkö ja työttömien terveystalvelut

Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen hallinnoimassa ensimmäisessä hankevaiheessa asiakasohjaus terveydenhoitajalle ja fysioterapeutille (1/2 htv) toteutui pääosin työ- ja elinkeinohallinnosta. Terveydenhoitajan toimitila sijaitsi TE-toimisessa. Fysioterapeutin työhuone oli terveystalvelussa.

Kotkassa tehtiin keväällä 2008 periaatepäätös erillisen työllisyysyksikön perustamisesta 1.1.2009 alkaen. Terveydenhoitaja ja fysioterapeutti siirtyivät maaliskuussa 2009 työllisyysyksikön alaisuuteen. Päätavoitteena oli saada aloitetut työmenetelmät, kumppanuudet ja sovittu hoitoketju toimimaan osana kaupungin uuden työllisyysyksikön toimintaa ja saada ne näin palvelemaan aiempaa laajempaa asiakasryhmää.

Kaupungin palkkatukityöllistetyille ja kuntouttavan työtoiminnan asiakkaille ryhdyttiin kohdentamaan työterveyshuollon tyyppistä toimintaa, jossa asiakkaille oli mahdollisuus alkutarkastukseen sekä muihin terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palveluihin. Toinen uusi terveydenhuollon interventio oli lääkäripalvelujen tarjoaminen niille asiakkaille, joilla katsottiin olevan eläkemahdollisuuksia.

Työvoiman palvelukeskus Väylän terveydenhoitaja jäi syksyllä 2009 eläkkeelle, jolloin hanketerveydenhoitaja alkoi ottaa vastaan myös Väylän asiakkaita. Työllisyysyksikkö muutti helmikuussa 2010 uusiin tiloihin, mutta terveydenhoitaja jäi samaan kiinteistöön TE-toimiston ja Väylän kanssa, koska aiemmin oli jo todettu, että sijainti oli toimiva. Hankkeen fysioterapeutti sen sijaan muutti työllisyysyksikön tiloihin.

Toimintamalli ja sovittu hoitoketju

Kotkan työ- ja elinkeinotoimiston ja TYP:n virkailijat ja kaupungin sosiaaliohjaajat tekivät ajanvarauksen terveydenhoitajalle omien asiakastapaamisten yhteydessä ja toimittivat terveydenhoitajalle paperilähtteen, jossa oli selvitetty asiakkaan aikaisempaa työhistoriaa ja terveydentilaa. Lähetelomakkeeseen oli pyydetty asiakkaan suostumus, joka tarkoitti lupaa keskustella terveystapaamisessa esille tulevista terveyteen ja työkykyyn liittyvistä asioista lähettävän viranomaisen kanssa. Lisäksi terveydenhoitajalle pyydettiin lupa hankkia asiakasta koskevia terveystietoja muista tutkimus- ja hoitopaikoista.

Palaute virkailijalle kulki saman paperin kanssa. Palautteeseen oli kirjattu lyhyesti tärkeimmät terveystapaamisessa esiin nousseet asiat ja se oliko asiakkaalle varattu lääkäriaika tai oliko hänelle tehty muita ohjauksia jatkotutkimuksiin. Palautteeseen kirjattiin myös terveydenhoitajan ja asiakkaan oma arvio asiakkaan työkyvystä. Terveydenhoitaja kirjasi potilastietojärjestelmän hoitolehdelle perusteellisen yhteenvedon terveystapaamisesta ja yksilöi ne syyt, joiden vuoksi asiakas tarvittaessa ohjattiin lääkärille.

Mikäli terveystapaamisessa tuli esiin esimerkiksi niska-, hartia- tai selkävaivoja, asiakkaille tarjottiin mahdollisuus tavata fysioterapeutti. Näitä tapaamisia oli yleensä kolme: toimintakyvyn arvio ja tarvittaessa tuki- ja liikuntaelinten ongelmien selvittely sekä kotihoito-ohjeet, seurantakäynti ja loppuarvio. Asiakkaat saattoivat osallistua myös fysioterapeutin vetämiin liikuntaryhmiin.

Hankkeen aikana otettiin käyttöön myös moniammatilliset tiimipalaverit, joita järjestettiin etenkin asiakkaan aktivointisuunnitelmien yhteydessä. Tapaamisissa oli mukana yleensä työvoimaneuvoja, sosiaaliohjaaja ja terveydenhoitaja. Lääkäri aloitti eläkeselvittelyt työllisyysyksikössä maaliskuussa 2009. Ostolääkäri tuli TE-toimistoon terveydenhoitajan tiloihin kerran viikossa illalla ja tapasi keskimäärin yhden asiakkaan kerrallaan. Moniammatillinen tiimi oli koonnut asiakkaan tiedot valmiiksi. Lääkäri teki lähteet tarvittaviin jatkotutkimuksiin ja kirjoitti lausunnon, jonka jälkeen asiakas ohjautui työllisyysyksikön sosiaaliohjaajalle eläkehakemuksen täyttöä varten. Yhden asiakkaan asioiden käsittelyyn käytettiin yleensä kaksi lääkärin vastaanottoa.

Toiminnan jatkuvuus

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhoito haluttiin kiinnittää työllisyysyksikön toimintaan, koska sen asiakaskuntaan kuuluvat periaatteessa kaikki työttömät kotkalaiset. Vuoden 2010 budjettiin valtuusto myönsi ylimääräisen määrärahan projektin jälkeisille kuukausille varmentaan hankehenkilöstön työsuhteisiin kaksi kuukautta jatkoa. Hankevastaava valmisteli oman budjettiehdotuksensa sosiaalihuollon johdolle niin, että työttömien terveydenhoitaja, fysioterapeutti ja eläkeselvittelyt sisältyivät budjettiin myös vuonna 2011.

3.11 Vantaan kaupunki – Vantaan Valo

Vantaan osahankkeen tavoitteena oli nivoa perusterveydenhuolto tiiviimmin osaksi työttömien palveluprosessia. Vantaan työvoiman palvelukeskuksessa on neljä sairaanhoitajaa/terveydenhoitajaa, jotka kartoittavat TYPin asiakkaiden terveydentilaa ja tekevät tarvittaessa hoitoonohjauksia. Ensimmäisessä hankevaiheessa kohderymäksi valittiin tämän vuoksi TE-toimiston pitkäaikaistyöttömät työnhakijat, vaikka hanketta hallinnoi Vantaan TYP.

Asiakkaat etsittiin työhallinnon URA-tietojärjestelmästä ja kutsuttiin työvoimatoimiston lähettämällä kirjeellä terveystarkastukseen. Hankkeen terveydenhoitaja suoritti terveystarkastukset pääasiassa asiakkaan omalla terveysasemalla alue (4) kerrallaan. Terveysasema siirtyi seuraavalle terveysasemalle, kun edellinen alue oli tarkastettu. Lääkäreitä vaativissa tilanteissa turvaututtiin omalääkärijärjestelmään.

Haasteena oli se, että asiakkaiden suuren määrän vuoksi yksittäisten asiakkaiden tilanteeseen ei ehditty paneutua riittävästi. Lisäksi suurin osa niistä asiakkaista, joille TE-toimiston kutsukirje lähetettiin, eivät oma-aloitteisesti varanneet aikaa terveystarkastukseen. Olettavasti tässä joukossa oli paljon juuri niitä asiakkaita, joiden edellisestä terveystarkastuksesta oli aikaa ja joilla olisi ollut palveluntarvetta. Lisäksi toimintamallista puuttui asiakaskohtainen palautemahdollisuus TE-toimistoon ja yhteys työllistäviin palveluihin.

Työ- ja elinkeinotoimiston tietojärjestelmään meni tieto siitä, että asiakkaalle on lähetetty kutsu terveystarkastukseen. Tieto siitä, kävikö asiakas terveystarkastuksessa tai löytyikö tarkastuksen yhteydessä jotain työllistymiseen liittyviä rajoitteita, ei välittynyt työ- ja elinkeinotoimistoon. Asiakas saattoi kuitenkin halutessaan kertoa terveystarkastuksen tuloksesta työvoimaviranomaisille.

Sairaanhoitaja jalkautui Vantaan Valoon

Jatkohankkeen aikana päätettiin pyytää terveystarkastukseen kaikki ne asiakkaat, jotka tulivat aktiivitoimenpiteeseen kaupungille Vantaan Valoon. Vantaan Valo on Vantaan kaupungin, aikuiskouluttaja Edupolin ja sosiaalisen yrityksen Lubor Oy:n yhteistoimintamalli, joka keskittää samaan tilaan ja kokonaisuuteen kaupungin työllistämistoimet, kuntouttavaa työtoimintaa, pajatoimintaa, koulutusta sekä sosiaalista yritystoimintaa.

Hankkeeseen palkattiin psykiatrinen sairaanhoitaja, jolle varattiin toimitila Vantaan Valosta. Hän teki terveystarkastuksia työelämävalmennuksessa, kuntouttavassa työtoiminnassa ja kuntouttavan työtoiminnan starttiryhmissä oleville asiakkaille. Kuntouttavan työtoiminnan starttiryhmiä asiakkaat ovat olleet jo useamman vuoden työttömänä, ja noin kolmasosalla työtoiminta keskeytyi tai päättyi sairauslomaan/työkyvyttömyyteen terveystarkastuksen ja siitä seuranneen jatkohoitoon ohjauksen seurauksena.

Sairaanhoitaja työskenteli osana työyhteisöä ja pajayhteisössä ja tapasi asiakkaita heidän työpäivänsä lomassa sekä sopi mahdollisia verkostotapaamisia päivän aikana. Läsnäolo työpajalla toi sairaanhoitajan työhön mahdollisuuden tarttua yksilöllisesti asiakkaan haasteisiin ja elämäntilanteisiin, kuunnella pajalla työskentelevää henkilö-

kuntaa sekä samalla tukea ohjaajia työssään. Kun sairaanhoitajan palvelut olivat saatavilla samassa paikassa kuin missä aktiivitoimenpiteissä olevat työttömät itse viettivät aikaansa ja työskentelivät, kynnys käyttää sairaanhoitajan palveluja madaltui siinä määrin, että sairaanhoitajalle jonotettiin eikä varattuja aikoja jäänyt enää käyttämättä.

Sairaanhoitaja kuntouttavan työtoiminnan tukena

Sairaanhoitajan työn tulokset Vantaan Valossa olivat niin merkittäviä, että toimintaa päätettiin jatkaa hankkeen loputtua Vantaan kaupungin sisäisellä projektilla kuntouttavassa työtoiminnassa. Jatkossa Vantaalla kartoitetaan kuntouttavan työtoiminnan starttiryhmässä olevien asiakkaiden terveydentila. Starttiryhmä on yleensä asiakkaalle ensimmäinen ponnahduslauta muihin aktiivitoimenpiteisiin.

Osalla asiakkaista nousee starttiryhmän aikana esiin terveydellisiä seikkoja, joiden takia asiakkaan jatkopolku ei johda ensisijaisesti työllistymiseen, vaan hänet ohjataan jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon piiriin. Vantaalla nimettiin myös lääkäri, joka ottaa vastaan pitkäaikaistyöttömiä ja jota sairaanhoitaja sekä myös TYPissä olevat terveydenhoitajat/sairaanhoitajat voivat tarvittaessa konsultoida.

3.12 Hyvinkään kaupunki ja työvoiman palvelukeskus

Hankkeen tavoitteena oli kehittää malli pitkäaikaistyöttömien terveydentilan ja työkyvyn selvittämiseen Pohjois-Uudenmaan Hyvinkään työ- ja elinkeinotoimistossa ja työvoiman palvelukeskuksessa. Tavoitteeksi nousi myös terveydentilan selvittelyn jälkeisten realististen ja toteuttamiskelpoisten kuntoutus- ja työllistymissuunnitelmien laatiminen ja asiakkaan sitouttaminen niiden toteutukseen.

Projektikoordinaattorin/ palveluohjaajan työhuone sijaitsi työvoiman palvelukeskuksen tiloissa – projektikoordinaattori vaihtui 7.10.2008. Ensimmäisen hankkeen aikana luotiin hoitopolkumalli pitkäaikaistyöttömän työnhakijan terveydentilan ja työkyvyn selvittämiseksi perusterveydenhuollon palveluita käyttäen. Prosessikuvaukset kukin yhteistyötaho laati ensin itsenäisesti omassa toimipaikassaan, sitten kuvauksia käsiteltiin sidosryhmäpalavereissa yhdessä. Työ- ja elinkeinotoimiston ja työvoiman palvelukeskuksen työntekijöiden käyttöön laadittiin myös Terveydentilan ja työkyvyn kartoituslomake. Työntekijöille laadittiin ohje asiakkaan lähettämiseen terveyskeskuksen sairaanhoitajan tai omalääkärin vastaanotolle. Tavoitteena oli, että kaikki virkailijat olisivat lähettäneet omia asiakkaitaan kartoituksen pohjalta ja tarpeiden mukaisesti perusterveydenhuoltoon.

Jatkohankkeen tavoitteeksi asetettiin hoitopolun läpikäyminen parinsadan asiakkaan kanssa. Projektikoordinaattori osallistui työvoimatoimistossa ja työvoiman palvelukeskuksessa asiakastyöhön. Tavoitteena oli puheeksi ottamisen menetelmien ohjaaminen sekä terveydentilan selvittämisen tarpeen arvioinnin opastaminen käytännön esimerkkien avulla. Projektikoordinaattorin työ painottui käytännössä palve-

luohjauksellisiin asiakastapaamisiin ja verkostotyöhön. Terveyskeskuksen kanssa tehtävä yhteistyö asiakkaiden palveluohjauksessa vakiintui hankkeen aikana toteutetun prosessikuvauksen mukaiseksi vain palveluohjaajan työssä. Terveystilan ja työkyvyn kartoituksen perusteella palveluohjaaja ohjasi asiakkaita terveyskeskuksen oma-lääkäriin tai sairaanhoitajan vastaanotolle tarkempia terveystilan selvittelyjä varten.

Projektikoordinaattori/palveluohjaaja on palkattu kahden vuoden pituiseen määräaikaan työsuhteeseen jatkamaan hankkeen aikana muodostunutta työtehtäväänsä. Myös työvoiman palvelukeskuksen kuntoutuskoordinaattori on ottanut käyttöönsä hankkeessa mallinnetun asiakaskartoituslomakkeen sekä prosessikaavion mukaisen palveluohjauskäytännön.

3.13 Liedon kunnan työllistämisyksikkö ja palveluohjausmalli

Liedon kunnan työllistämisyksikkö Kisällikellari hallinnoi hanketta, jossa olivat mukana Liedon lisäksi Auran ja Tarvasjoen kunnat. Yhteistyökumppaneina olivat Härkätien kuntayhtymä, Liedon psykiatrian poliklinikka, Liedon TE-toimisto, Kela, Pöytyän kuntayhtymän Auran terveyskeskus ja Työterveyspalvelu Työkymppi. Hankkeen kohderyhmänä olivat vaikeasti työllistyvät kuntalaiset, joiden tukitoimiin haluttiin liittää terveydenhuolto. Kisällikellari oli ostanut työterveyshuollosta terveystarkastuksia työtoiminnassa aloittaville asiakkailleen jo ennen hanketta. Hankkeen aikana näitä terveystarkastuksia tarjottiin myös muille pitkäaikaistyöttömille. Ensimmäisen hankevaiheen päätyttyä hanketyöntekijänä toimineen päihdehoitajan toimi vakinaistettiin osaksi terveyskeskuksen toimintaa.

Jatkohankkeen päätavoitteena oli saada palvelusuunnittelun, työllistämistoimenpiteiden tai eläkehakemusten tueksi ja ajoittamiseksi kokonaiskuva työllistämisyksikön asiakkaiden terveystilasta ja työ- ja toimintakyvystä hyödyntäen moniammatillista yhteistyötä ja palveluohjaajaa. Lisäksi kuntoutuksen alueyhteistyöryhmän toimintamallia haluttiin kehittää, jotta sen toiminta olisi aiempaa aktiivisempaa ja monipuolisempaa. Hankkeen loppuvaiheessa tavoitteeksi tuli palveluohjaajan toimen vakinaistaminen.

Palveluohjaaja koordinoi kartoituksia, terveystapaamisia ja palveluketjuja

Asiakas voi ottaa itse yhteyttä palveluohjaajaan, tai sitten yhteistyötahot ohjaavat asiakkaan palveluohjaajalle. Palveluohjaaja esittelee palveluohjauksen tarkoituksen, etenemisen ja kertoo tietosuojakäytännöistä. Lomakkeena käytetään kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän suostumuskaavaketta. Tämän jälkeen asiakkaan kanssa tehdään palveluohjauksen suunnitelma, johon kerätään eri tahoilta työ- ja toimintakykyyn liittyviä kartoituksia, esimerkiksi TE-toimistosta ammatti- ja urapalvelujen arvio sekä viimeisin työnhakusuunnitelma, sosiaalitoimistosta sosiaalisen kunnan arvio ja Kisällikellarin yksilö- tai työvalmentajalta työkykyarvio tai tavoitesuunnitelma.

Palveluohjaaja ohjaa asiakkaan päihde- ja mielenterveyshoitajalle, joka antaa käyntien pohjalta arvion palveluohjaajalle. Tarkemman kertomuksen hän lähettää suoraan työterveyshoitajalle, jolle palveluohjaaja on varannut ajan. Lisäksi palveluohjaaja hankkii mahdollisuuksien mukaan aikaisemmat b-lausunnot asiakkaan terveydentilasta. Eläkehakuisten kohdalla kerätään kaikki terveys- ja kuntoutustiedot sekä työhistoria. Palvelusuunnitelma ja siihen liittyvät kartoitukset sekä aiemmat b-lausunnot lähetetään työterveyshoitajalle asiakkaan allekirjoittamana. Terveystilan kartoituksen sisältö muotoutuu koottujen tietojen perusteella. Työterveyshoitaja hoitaa jatkotoimenpiteet terveydenhuollon osalta. Mikäli kysymyksessä on työkykyarviointi, asiakas ohjataan työterveyslääkärille. Terveystilan kartoituksen lausunnot lähetetään palveluohjaajalle ja asiakkaalle.

Kun riittävät kartoitukset on tehty, tehdään asiakkaan kanssa yhdessä hänen toiveidensa mukainen jatkosuunnitelma. Jatkosuunnitelman tukena voidaan käyttää myös työkokousta. Palveluohjaaja kutsuu asiakkaan kanssa työskennelleet asiantuntijat työkokoukseen tilanteessa, jossa palveluohjauksessa tarvitaan erilaisia toimenpiteitä jatkosuunnitelman laatimiseksi ja toteuttamiseksi. Palveluohjaaja kirjaa työkokouksessa tulleet uudet huomiot ja suunnitelmat palvelusuunnitelmaan. Asiakkaalla on aina oikeus käyttää myös asiakasyhteistyöryhmän asiantuntemusta. Mikäli asiakaspalveluketjun eteneminen pysähtyy, on tämän kokoonpanon tehtävänä tuoda uusia näkökulmia ja ratkaisuvaihtoehtoja tilanteen purkamiseksi.

Palveluohjauksen jatkuvuus Liedossa

Juuruttamisvaiheen aikana tavoitteena oli saada palveluohjausmalli pysyväksi palvelutoiminnaksi. Palveluohjaajan vakinaistaminen ei edennyt Liedon kunnan vuoden 2010 budjetin käsittelyssä. Tästä oppineena projektivastaava ja palveluohjaaja järjestivät tapaamisia hankkeen yhteistyötahojen päättävien viranhaltijoiden ja Liedon kunnan poliittisten päättäjien kanssa. Näissä tapaamisissa kuvattiin palveluohjausmallia. Tämän lisäksi nuoriso- ja vapaa-ajanlautakunta teki keväällä 2010 uuden esityksen palveluohjaajan toimen vakinaistamiseksi ja tueksi pyydettiin lausuntoja yhteistyötahoilta. Tämä tuotti tavoitellun tuloksen ja palveluohjaajan toimi vakinaistettiin. Palveluohjaaja toimii myös kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän sihteerinä.

3.14 Harjavallan kaupungin työllistämistoiminta ja palveluohjaus

Harjavallan kaupungin työllistämistoiminnan pääasiallisena kohderyhmänä ovat olleet 500 päivää työmarkkinatukea passiivitukena saaneet harjavaltalaiset. Yksikössä työskentelee työnohjaaja ja työnsuunnittelija. Harjavallassa työnohjaajan tehtäviin kuuluu asiakkaan palveluohjaus ja työnsuunnittelija toimii työpaikkaohjaajana. Palveluohjaus tarjoaa asiakkaille neuvontapalveluita, yksilöidyn työnhakusuunnitelman, työllistymistä tukevia toimenpiteitä ja työkykyselvityksiä. Työllistämistoiminta toimii

kiinteässä yhteistyössä Kaakkois-Satakunnan TE-toimiston, Harjavallan kaupungin sosiaalitoimen ja Keski-Satakunnan kuntayhtymän aikuisten ja nuorten kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmien kanssa. Työllistämistoimintayksikkö siirrettiin loppusyksyllä 2009 sosiaalitoimesta kaupungin keskushallinnon alaisuuteen.

Terveysseivitys osana palvelusuunnitelmaa

Työllistämistoimintayksikköön ohjatuille asiakkaille on tehty yksilöllinen palvelusuunnitelma, johon on voitu tarvittaessa liittää terveysseivityksiä ja työkyvyn arvioita. Terveystilan selvitystä varten asiakkaat on ohjattu työllistämistoiminnasta lääkärin vastaanotolle Harjavallan terveyskeskukseen. Työllistämistoiminnan kautta asiakkaille on tarjottu yleensä kaupungin eri hallintokunnista tai muualta työelämävalmennus-, työharjoittelu- tai työkokeilujaksoja. Työllistämistoiminnan tavoitteena on työkokeilujen lisäksi voinut olla myös asiakkaan sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen. Asiakkaita on tuettu myös koulutus- tai työpaikan haussa ja pyritty varmistamaan toimeentulon hakeminen oikealta taholta. Yksikössä käynnistetään myös eläkeselvityksiä.

Lääkärin vastaanottoajan varaamiseen tai asiakkaan asioiden viemiseksi asiakasyhteistyöryhmään ei laadittu erityisiä kriteerejä. Ajan varaamiseen on päädytty yhdessä asiakkaan kanssa hänen oireittensa perusteella. Asiakkaalta on pyydetty aina erillinen suostumus hänen asioittensa hoitamiseen tai mikäli lääkärille on tehty erillinen saate toivotuista toimenpiteistä, kannanotosta tai terveydentilaan liittyvistä kysymyksistä. Toisinaan työllistämistoiminnan ohjaaja on ollut myös asiakkaan mukana lääkärin vastaanotolla.

Työllistämistoimintayksikkö kuntaan

Työllistämistoiminnalla on ollut joka toinen viikko yhteispalaveri sosiaalitoimen kanssa ja tarpeen mukaan asiakaspalavereja TE-toimiston virkailijoiden kanssa. Palveluohjauksellisen työtteen ja työnohjauksuhteen johdosta yhden asiakkaan kanssa on yleensä useita tapaamisia. Jatkohankkeen aikana työllistämistoimintaa on edelleen kehitetty, ja sitä jatketaan hankkeen jälkeen vuoden 2010 loppuun saakka. Yksikkö on esittänyt Harjavallan kaupungille työllistämistoiminnan vakinaistamista kunnassa.

3.15 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri – yhteinen toimintamalli työttömien ja maahanmuuttajien terveyspalvelujen järjestämiseksi

Etelä-Karjalan TYP hallinnoi ja Lappeenrannan kuntoutus- ja kylpylässäätö / Etelä-Karjalan Työhyvinvointiklinikka toteutti ensimmäisen vaiheen pilottihankeen ajalla 15.8.2007–28.2.2009. Hankkeen aikana tarjottiin 70-luvulla syntyneille TYP-asiakkaille terveystarkastuksia ja yksilöllisiä terveys- ja kuntoutuspalveluja Kylpylässä. Lisäksi hanke tuotti terveysneuvonta- ja ohjauspäiviä myös muille TYP-asiakkaille.

Lappeenrannan seudun työllisyyspoliittisessa ohjelmassa 2008–2010 asetettiin tavoitteeksi alueellisen toimintamallin rakentaminen työnhakijoiden työterveyshuollon ja kuntoutuksen järjestämiseksi. Tämän vuoksi jatkohankkeen hallinnointi ja toteutus siirrettiin neuvottelujen jälkeen tulevalle Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteille (Eksote) elokuussa 2009. Eksoteen kuuluvat vuoden 2010 alusta Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Savitaipale, Taipalsaari ja Ylämaa.

Selvityshanke

Jatkohankkeena käynnistyneen selvityshankkeen tavoitteena oli luoda yhtenäinen toimintamalli ja toimintatavat sosiaali- ja terveystieteiden alueelle työttömien ja maahanmuuttajien terveyspalvelujen järjestämiseksi osana kuntoutus-, työllistämisen- ja aktivointiprosesseja. Toimintamallia kehitettäessä hyödynnettiin sekä Etelä-Karjalan työvoiman palvelukeskuksen että kuntoutus- ja kylpyläsäätiön kehittämishankkeista ja terveydenhoitajien toiminnasta saatuja kokemuksia ja muulla maassa toteutettujen vastaavien hankkeiden tuloksia.

Kehittämissuunnittelija aloitti selvitys- ja kartoitustyön 15.9.2009. Hankkeen ohjausryhmän järjestäytymiskokous oli 3.11.2009. Syksyn aikana suunnittelija selvitti Eksoteen kuuluvien kuntien nykykäytäntöjä haastattelemalla kyseisten kuntien toimijoita ja eri yhteistyötahoja. Samalla hän selvitti ja kokosi nykykäytäntöjen pullonkauloja ja kehittämiskohteita. Toimintaprosessien kuvaukset alkoivat ryhmätyönä vuoden 2010 alussa ja esitys toimintamallista työttömien ja maahanmuuttajien terveyspalveluihin valmistui touko–kesäkuussa 2010.

Tämän jälkeen käytiin neuvottelut toiminnan sijoittumisesta terveysasemille sekä työntekijäresurssista. Sovittiin työryhmästä, joka jatkaa yhteisten käytäntöjen rakentamista syyskuussa 2010 ja luodun toimintamallin pilotoimisesta kahdessa kunnassa eli Lappeenrannassa ja Savitaipaleella. Pilottivaihe käynnistyi 1.10.2010, kun virkaan rekrytoitiin terveydenhoitaja.

Toimintaprosessi

Uuden toimintaprosessin tavoitteena on toimia varhaisen puuttumisen periaatteella ja siirtää painopistettä korjaavasta toiminnasta ehkäisevään suuntaan motivoimalla asiakasta huolehtimaan omasta terveydestään. Työttömäksi jäävän henkilön terveyteen kiinnitetään huomiota heti työttömyyden alussa ja asiakas ohjataan avoterveydenhuollon terveystapaamiseen terveysasemalle. Näin saadaan asiakkaalla jo olevat toimintakykyyn vaikuttavat mahdolliset pitkäaikaissairauksien hoidot ja seurannat jatkumaan tauotta. Hankkeessa luotua toimintaprosessikuvausta aiotaan käyttää toiminnan juurruttamisen ja henkilöstön perehdyttämisen välineenä. Toimintaprosessin kuvaaminen selkiytti moniammatillista yhteistyötä rajapinnoissa ja mahdollisti tehokkaamman yhteistoiminnan. Asiakkaan näkökulmasta yksittäisten palvelukokonaisuuksien oletetaan tulevan helpommin ymmärrettäviksi.

Vuonna 2010 rahoitetut juurrutushankkeet

3.16 Hämeenlinnan kaupunki ja Hattulan kunta

Terveystapaamisen toimintamalli on ollut Hämeenlinnassa käytössä syyskuusta 2009 alkaen. terveystapaamisia on tehnyt yksi määräaikainen terveydenhoitaja. Juurrutushankkeen päätavoitteena oli työttömien terveyspalvelukokonaisuuden mallintaminen ja työtavan juurruttaminen Hämeenlinnaan ja Hattulaan. Mallinnus tarkoitti terveystapaamista, jatkohoidon järjestämistä, yhteistyötä eri toimijoiden välillä sekä asiakkaiden terveysriskien ja jatkohoidon toteutumisen seuranta. Terveydenhoitajan työhuone sijaitsi Hämeenlinnan pääterveysasemalla. terveystapaamisia tehtiin myös kaupunginosien terveysasemilla ja syksyllä 2010 Hattulassa. Kohderyhmänä ovat olleet koko ajan 25–64-vuotiaat pitkäaikaistyöttömät. Alle 25-vuotiaat on ohjattu nuorten terveysneuvontapisteeseen.

Terveystapaamisen toimintamalli

Asiakkaita on ohjattu terveystapaamiseen työvoiman palvelukeskuksesta, TE-toimistosta, sosiaalityöstä, A-klinikalta sekä kolmannen sektorin toimijoilta. terveystapaamisen tavoitteena on kartoittaa asiakkaan terveysriskejä ja suunnitella ja turvata jatkohoito. Työkykyä ei varsinaisesti kartoiteta. Mikäli työ- ja elinkeinohallinnolla on tarvetta selvittää työkykyä, on terveystapaamisen jälkeen varattu vastaanottoaika oma-lääkärille.

Ennen hankkeen alkua oli suunniteltu polku, johon kuului terveystapaamiseen lähettäminen ja kutsuminen, terveystapaamisen toteutus sekä jatkohoitoon ohjaus. Lomakkeita olivat lähete/suostumuskaavake, kutsukirje, esitietokaavake sekä lomake, joka on tarkoitettu asiakkaalle terveystapaamisen jälkeen. Siihen on merkitty asiakkaan omat mittaustulokset sekä viitteelliset arvot, ohjeet jatkohoidosta ja valmiiksi varatut jatkohoitajat. terveystapaamisen jälkeen terveydenhoitaja on tehnyt palautteen lähettävälle taholle. Palautteeseen on kirjattu todetut sairaudet, allergiat, asiakkaan terveydentila ja suunniteltu jatkohoito.

Toiminnan jatkuvuus

Tilaja on esittänyt avosairaanhoidolle, että se haluaa jatkossa tilata työttömien terveystapaamisia. Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitos on esittänyt Hämeenlinnan kaupungille uuden sairaanhoitajan toimen perustamista 1.1.2011 alkaen. Hämeenlinnan kaupungin valtuusto päätti asiasta marraskuussa. Yksi hoitaja tekee työttömien terveystapaamisia ja ylläpitää yhteistyötä työ- ja elinkeinohallinnon ja sosiaalityön kanssa. Terveydenhoitajan on tarkoitus olla jatkossa aiempaa enemmän läsnä työ- ja elinkeinohallinnon sekä sosiaalityön toimipaikoissa.

Hattulassa terveystapaamiset käynnistettiin syksyllä 2010 hanketyöntekijän toimesta. Hattulassa hyödynnettiin Hämeenlinnassa valmiiksi mietittyjä polkuja ja lo-

makkeita. Hattulan asiakkaat ohjautuivat sosiaalitoimesta ja työvoiman palvelukeskuksesta. Joulukuun alusta alkaen Hattulassa tehtiin terveystapaamisia itsenäisesti. Hattulassa aiotaan nimetä yksi hoitaja yhteyshenkilöksi, mutta terveystarkastuksia voivat tehdä kaikki hoitajat.

3.17 Kokkolan kaupunki – aktivointisuunnitelman yhteydessä terveystarkastukseen

Juuruttamishankkeelle syntyi selkeä tarve toimintaympäristössä tapahtuneista muutoksista johtuen. Terveyskeskustoiminta siirtyi vuoden 2009 alusta terveydenhuollonkuntayhtymän purkauduttua Kokkolan kaupungin omaksi toiminnaksi. Vuoden 2009 alussa toteutui myös neljän kunnan (Kokkola, Kälviä, Lohtaja, Ullava) kuntaliitos. Liitoskuntien terveydenhoitohenkilöstön integrointi lisäsi kohderyhmälle suunnattujen palveluiden koordinoinnin tarvetta sekä poikkihallinnollista kehittämistyötä. Työllisyys- ja aktivointiyksikön toiminta on lainsäädäntömuutosten ja kuntaliitoksen myötä laajentunut, ja siten tarve oikein suunnattujen ja koordinoitujen terveyspalveluiden tarjoamisesta pitkäaikaistyöttömille on lisääntynyt.

Kokkolan terveyskeskuksessa on jo aiemmin järjestetty 40-vuotiaiden työttömien miesten terveystarkastuksia. Tarkastuksia on toteutettu kolmella eri terveysasemalla terveydenhoitajien ja vastaanoton sairaanhoitajien toimesta muun työn ohella. Kruunupyyn alueella terveystarkastuksia on kohdistettu 30, 35, 40, 50 vuotta täyttäneille miehille, sekä 30–65 vuotta täyttäneille naisille joka viides vuosi. Terveystarkastuksiin on lähetetty kutsu ja ne ovat olleet vapaaehtoisia. Lisäksi Kokkolan terveyskeskuksen psykiatriset sairaanhoitajat ovat tehneet useita vuosia yhteistyötä TE-toimiston kanssa, josta on lähetetty asiakkaita hoitajien vastaanotolle psyykkisen tilan arviointiin. Mitään vakiintunutta yhtenäistä mallia terveystarkastusten tai toiminta- ja työkyvynarvioiden osalta ei kuitenkaan ollut ennen hanketta.

Kaupungin työllisyys- ja aktivointiyksikköön ja TYP:een yhteinen terveydenhoitaja

Juuruttushankkeen tavoitteena olikin yhteistyön kehittäminen terveyskeskuksen, työvoiman palvelukeskuksen ja kaupungin työllisyys- ja aktivointiyksikön kanssa. Kyseessä oli palvelumallin kehittämishanke, jossa edistettiin työttömien terveystapaamisten ja niihin liittyvien palvelujen käyttöä kunnassa. Ensisijaisena kohderyhmänä olivat pitkään työttömänä olleet Kokkolan työvoiman palvelukeskuksen ja työllisyys- ja aktivointiyksikön asiakkaat, joille tehtiin aktivointisuunnitelma.

Projektintyöntekijäksi valittiin kaupungin työllisyys- ja aktivointiyksiköstä kuntouttavan työtoiminnan ohjaajana toimiva terveydenhoitaja, joka siirtyi 50 %:n työpanoksella terveyskeskuksen työntekijäksi. Hallinnollinen vastuu työntekijästä pysyi kuitenkin työllisyys- ja aktivointiyksiköllä. Lisäksi työllisyys- ja aktivointiyksikön toinen kuntouttavan työtoiminnan ohjaaja vastasi 10 %:n työpanoksella projektin onnis-

tumisesta. Terveystarkastajan työtilat sijaitsivat Kokkolan kaupungin työllisyys- ja aktivointiyksikön tiloissa, samassa rakennuksessa työvoiman palvelukeskuksen kanssa. Terveystarkastajalla oli käytössä terveyskeskuksen potilastietojärjestelmä, mihin hänelle avattiin oma terveystarkastuslehti kirjaamista varten.

Terveystarkastajalle ohjautettiin lähetekäytännöllä. Lähettävä taho tarjosi asiakkaalle mahdollisuutta päästä terveystarkastajan vastaanotolle aktivointisuunnitelman yhteydessä ja pyysi asiakkaalta suostumuksen tietojen vaihtoon. Kirjallisen lähetteen liitteenä saattoi olla sosiaalityöntekijän lausunto, työnhakuun liittyviä suunnitelmia tai lausuntoja jo aiemmin tehdyistä tutkimuksista muualla kuin perusterveydenhuollossa. Terveystarkastaja pystyi näin siirtämään olemassa olevaa tietoa terveystarkastukseen, ja perustiedot asiakkaasta olivat käytettävissä ennen terveystarkastamista. Lähetteen saatuaan terveystarkastaja teki ajanvarauksen.

Terveystarkastamisen jälkeen lähettävälle taholle annettiin palaute suullisesti palautepalaverissa. Palaute sisälsi jatkosuunnitelmat ja niitä terveystilaan liittyviä asioita, joilla oli merkitystä työllistymisen tai koulutuksen kannalta. Asiakas oli tietoinen palautteen antamisesta ja häneltä oli pyydetty siihen erillinen lupa potilastietojärjestelmään. Lähettävän tahon ja terveystarkastajan molemminpuolinen tiedonkulku koettiin tärkeänä, jotta asiakkaan polku etenisi suunnitelman mukaisesti ja hän saisi tarvitsemansa palvelut.

Toimintamallin käyttöönotto

Hankkeen jälkeen terveystarkastaja jatkaa samalla henkilöstöresurssilla ja hallintomallilla kuin hankkeen aikana. Terveystarkastukset toteutetaan edelleen työllisyys- ja aktivointiyksikön tiloissa, jotka todettiin toimiviksi asiakkaiden ja lähettävän tahon näkökulmasta. Lähetekäytäntö on osoittautunut hyväksi ja sitä mallia jatketaan. Jatkossa asiakkaiden ohjautumista palveluun laajennetaan koskemaan myös TE-toimiston asiakkaita. Hankkeen aikana vahvistui tarve kehittää jatkossa toimintamallia myös työ- ja toimintakyvyn arvioimiseksi yhdessä terveystarkastuksen ja muiden verkoston toimijoiden kanssa. Hankkeen projektiryhmä sopi viimeisessä kokouksessa, että se jatkaa yhteisesti käynnistettyä kehittämistä ja kokoontuu hankkeen jälkeenkin samassa kokoonpanossa.

3.18 Kuusamo – aktivointisuunnitelma ja terveystarkastus

Asiakaspalvelu Askel on Kuusamon kaupungin, Koillismaan työ- ja elinkeinotoimiston ja Kansaeläkelaitoksen työvoiman palvelukeskustyypistä toimintaa kuusamolaisille aktivointiehdon piirissä oleville työttömille työnhakijoille. Aktivointiehto tarkoittaa yli 25-vuotiaita, jolle on maksettu 500 päivää työttömyysturvaa työttömyyden johdosta tai maksettu toimeentulotukea kaksitoista kuukautta. Alle 25-vuotiaita, jolle on maksettu 180 päivää työttömyysturvaa työttömyyden johdosta tai toimeentulotukea neljä kuukautta. Asiakkaita on vuositasolla noin 240.

Askeleen asiakkaiden terveystarkastukset aloitettiin kaupungin omana toimintana 1.7.2009. Sairaanhoidajan työpanos tarkastuksiin oli osa-aikainen, koska sairaanhoitaja toimi myös päihdesairaanhoidajana. Juurrutushankkeen myötä 1.3.2010 alkaen, sairaanhoidajan resurssi on ollut kokoaikainen ja vastaanotto toiminta siirtyi terveysasemalta Asiakaspalvelu Askeleen tiloihin. Hankkeen tavoitteena oli ottaa käyttöön jo toimivia käytäntöjä muista PTT-hankkeista, kuvata toimintamalli ja arvioida sitä kuntoutuksen asiakastyöryhmässä. Hankkeen aikana panostettiin myös kuntouttavan työtoiminnan asiakkaiden terveystarkastuksiin ja terveydenedistämiseen. Sairaanhoitaja kävi tapaamassa asiakkaita myös heidän työympäristössään.

Terveyskeskuksen lääkäri ja sairaanhoitaja suunnittelivat yhdessä sairaanhoidajan tekemän terveystarkastuksen sisällön, konsultaatiokäytännöt ja sairaanhoidajan tekemän lausunnon sisällön. Lisäksi hankkeen aikana sovittiin asiakkaan jatkohoidon ohjauksista. Terveystarkastuksen tarkoituksena on kartoittaa sairauksiin ja hyvinvointiin vaikuttavia riskitekijöitä, työ- ja toimintakykyä sekä asiakkaan voimavaroja huomioiden fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen näkökulma ja asiakkaan omat käsitykset. Terveystarkastuksessa ei ole kysymys työkyvyn arvioinnista, mutta terveystarkastus voi olla lähtökohta moniammatilliseen työkyvyn arviointiin. Arvioinnissa huomioidaan myös lähettävän tahon sekä asiakkaan yksilölliset odotukset terveystarkastukselle.

Terveystarkastus on aktivointitoimenpide

Terveystarkastus toteutetaan kaikille aktivointiehdon täyttävillä asiakkaille. Terveystarkastus on osa aktivointisuunnitelmaa ja se kirjataan aktivointisuunnitelmaan. Terveystarkastukseen tulevat henkilöt, joiden terveystarkastuksesta on kulunut pitkä aika tai työnhakuprosessissa on tullut esiin terveydellisiä oireita/ rajoitteita.

Asiakaspalvelu Askeleen sosiaalityöntekijä varaa ajat terveystarkastukseen ja työkyvyn selvittelyyn sekä ilmoittaa ajan asiakkaalle. Aikaa varataan noin 1–2 tuntia/arvio. Tietojen luovuttamiseen pyydetään asiakkaan kirjallinen suostumus. Terveystarkastuksesta laaditaan kirjallinen yhteenveto ja palaute, jota hyödynnetään aktivointisuunnitelman päivityksessä.

Terveystarkastus pitää sisällään terveyshaastattelun, jonka tukena on kohderyhmälle suunniteltu haastattelukaavake. Se toimii työvälineenä keskustelulle, arvioinnille ja kirjaamiselle. Terveystiedot ja yhteenveto kirjataan asiakkaan hoitotietojärjestelmään. Terveystarkastuksen lopuksi asiakas saa suullisen ja/tai kirjallisen palautteen tuloksista ja tarvittavan jatko-ohjauksen. Sairaanhoitaja varaa asiakkaalle jatkohoidon ajan ja ohjaa asiakasta käymään niitä, koska uusintatarkastuksissa ja lääkärin vastaanotolla huomattiin, että asiakkailla oli jäänyt sovittuja tutkimuksia käymättä. Käytännöksi on otettu myös se, että sairaanhoitaja seuraa asiakkaan hoitopolkua tarvittavan ajan. Asiakkaan työkyvyn arviointi saattaa kestää kuukausia, ja siinä tarvitaan erilaisia jatkoselvityksiä. Seuranta-aikoja sairaanhoidajan vastaanotolle sovitaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Terveystarkastus on asiakkaalle maksuton. Lääkäriajasta peritään normaali terveyskeskusmaksu.

Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset jatkossa

Sairaanhoitajan työskenteleminen Asiakaspalvelu Askeleen yhteydessä lisäsi yhteistyötä työ- ja elinkeinotoimiston ja sosiaalityön kanssa. Asiakaspalvelu Askeleen sairaanhoitajan vastaanotto toiminta on otettu hyvin vastaan perusterveydenhuollon puolella, ja yhteisistä käytännöistä sopiminen jatkuu edelleen. Hankkeen aikana on sovittu muun muassa terveystietojen kirjaamisesta hoitotietojärjestelmään, lääkärin ajanvarauksista sekä konsultoinnista ja jatkohoidon ohjauksesta. Kuusamossa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset tullaan säilyttämään jatkossakin.

3.19 Mikkelin kaupunki

Juurrutushanketta hallinnoi Mikkelin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. Tavoitteena oli kehittää työttömille työterveyshuollon tyyppistä palvelua: säännölliset terveystarkastukset, joissa terveyden edistämisen ohella huomioitaisiin haettavan työn asetamat vaatimukset sekä aiemman työuran mahdolliset vaikutukset terveydentilaan ja seurantarapeeseen. Toiminnassa korostui normaalia työterveyshuoltoa enemmän moniammatillisuus ja poikkialueellisuus.

Työttömien terveystarkastukset olivat osa Mikkelin työllisyydenhoidon uudistusta. Toiminnan käynnistämisen vaiheessa tarkastukset suunnattiin työllistämistoimenpiteisiin ohjattaville, palkkatukityöllistettävälle ja niille, jotka uhkaisivat jäädä ilman työpaikkaa terveydellisistä syistä, sekä 40-vuotiaille miehille. Työvoiman palvelukeskuksessa toimi samanaikaisesti terveydenhoitaja, joka ei kuitenkaan tehnyt varsinaisia terveystarkastuksia.

Kehittämisprosessin eteneminen ja hoitopolku

Hankkeen aluksi kartoitettiin muiden PTT-hankkeiden malleja ja toimintoja. Näiden pohjalta tehtiin alustava hoitopolku siitä, miten asiakas siirtyy yhteistyökumppaneiden välillä. Läheteet terveystarkastukseen tulivat Työvoiman palvelukeskus Reitin, työ- ja elinkeinotoimiston ja sosiaalitoimiston kautta. Lähetteenä käytettiin työttömien terveystarveluita aikaisemmin kehittäneiden PTT-hankkeiden suunnittelemaa lähetepalaute-lomaketta.

Lähettävät tahot tarjosivat asiakkailleen mahdollisuutta terveystarkastukseen, jos asiakkaan edellisestä terveystarkastuksesta oli aikaa, asiakkaalla oli erilaisia psyykkisiä tai fyysisiä vaivoja, jotka vaativat tarkastusta tai työkyky oli muuten oleellisesti alentunut. Lähettävä taho pyysi asiakkaalta luvan tietojen vaihtoon terveystarveluun ja lähettävän tahon välillä.

Lähetteen tultua sairaanhoitaja postitti asiakkaalle kutsukirjeessä ajan ja esitietolomakkeen etukäteen täytettäväksi. Esitietolomake oli aikaisempien PTT-hankkeiden suunnittelema. Hankkeen loppuvaiheessa kirjeeseen lisättiin myös Audit-kaavake. Aikaa ensimmäiseen käyntiin varattiin 90 minuuttia ja mahdolliseen seurantakäyntiin 45 minuuttia.

Vastaanotolla asiakkaalle selvitettiin, mitä läheteessä pyydetään, miten edetään ja mitä mittauksia tehdään. Keskustelua käytiin esitietolomakkeen pohjalta. Asiakkaan koulutus ja työhistoria kartoitettiin ja asiakas arvioi itse työkykynsä sen hetkeen työhön tai suunniteltuun työhön. Tarvittaessa asiakas täytti BDI- ja diabetesriskitestin. Vastaanotolla tehtiin lähete laboratorioon, jos edellisistä kokeista oli aikaa. Aika tulosten kuulemista varten varattiin joko lääkärille tai sairaanhoitajalle tarpeen mukaan. Asiakkaalla oli myös mahdollisuus saada ohjausta tupakasta vieroitukseen, painonhallintaan, ravitsemusneuvontaan ja liikuntaneuvontaan. Näihin voitiin tehdä lähete joko ryhmä- tai yksilöohjaukseen jo hoitajan vastaanotolla.

Osalle asiakkaista annettiin aika lääkärille työkyvyn arviointiin. Terveyskeskuksen johtava ylilääkäri teki työkyvyn arvioinnit. Jos asiakas tarvitsi vain sairauden hoitoa, hän ohjautui muille terveyskeskuslääkäreille. Kirjaaminen tehtiin potilastietojärjestelmän hoitajalehdelle. Palaute lähetettävälle taholle postitettiin, kun suunniteltu hoitoprosessi oli läpikäyty.

Toiminnan jatkuvuus

Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia jatketaan Mikkelissä edelleen. Terveyskeskuksen sairaanhoitaja jatkaa terveystarkastuksia kahtena päivänä viikossa. Ylilääkäri jatkaa työkyvyn arviointeja ja yksi lääkäri on ilmoittanut kiinnostuksensa työttömien terveystarkastuksiin. Verkostoitumista koskeva yhteistyöpalaveri on sovittu helmikuulle 2011. Jatkossa on tarkoitus selkiyttää hoitopolkuja ja hoidon porrastusta toimintojen päällekkäisyyksien välttämiseksi. Toimintaa on tarkoitus laajentaa myös ympäristökuntiin. Työvoiman palvelukeskus Reitin terveydenhoitaja saa potilastietojärjestelmäoikeudet ja aloittaa terveystarkastusten tekemisen vuonna 2011.

3.20 Raahen seutukunta ja työterveyshuolto

Työttömien terveystarkastukset Raahen seutukunnassa (Raahen kaupunki, Siikajoen, Vihannin ja Pyhäjoen kunnat) aloitettiin vuoden 2009 aikana toteutetulla pilotihankkeella. Pilotin aikana kokeiltiin terveystarkastusmallia yhteistyössä työvoiman palvelukeskuksen ja hyvinvointikuntayhtymän kanssa. Työttömien terveystarkastukset jatkuivat Raahen seutukunnassa vuoden 2010 aikana juurrutushankkeen myötä.

Terveystarkastukset toteutti Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän työterveyshuollossa yksi työterveyshoitaja. Terveystarkastuksiin lähetettiin TE-keskuksesta/TYP:tä pitkäaikaistyöttömiä, joille annettiin ennakkomateriaalia täytettäväksi. Terveystarkastuksiin tultaessa täytettiin työkykyindeksilomake ja Audit-kysely. Tarkastusten yhteydessä tarkastettavilta otettiin verinäytteitä, tutkittiin näkö, kuulo, spirometria ja tarvittaessa täytettiin diabetestesti. Ensimmäisellä käynnillä työterveyshoitaja kartoitti asiakkaan tilannetta ja yhdessä asiakkaan kanssa suunniteltiin jatkotoimenpiteet.

Seurantakäynnillä, noin neljän viikon kuluttua, katsottiin oliko asiakkaan hoito ja tilanne edennyt toivotulla tavalla ja motivoitiin asiakasta itsehoitoon. Työterveys-

hoitaja kävi säännöllisin väliajoin työ- ja elinkeinohallinnon henkilöstön kanssa keskusteluja asiakkaiden tilanteesta. Tuolloin mietittiin yhdessä kunkin asiakkaan kohdalla parhaita mahdollisia toimenpiteitä. Myös yhteistapaamisia kokeiltiin. Niissä oli mukana asiakas, työterveyshoitaja ja työvoiman palvelukeskuksen virkailija.

Työterveyshuolto jatkaa vuonna 2011 terveystarkastuksia entisellä mallilla. Niihin on varattu erillinen määräraha talousarvioon. Tarvittaessa prosessiin tehdään muutoksia ja se laajennetaan käsittämään muitakin yhteistyötahoja.

3.21 Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alue – työttömien terveystarkastusten yhtenäistäminen

Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen muodostavat vuoden 2011 alusta Jyväskylän kaupunki (kuntaliitos 2009 Jyväskylän kaupunki, maalaiskunta ja Korpi- lahden kunta), Hankasalmen kunta, Muuramen kunta ja Uuraisten kunta isäntäkuntamallin mukaisesti. Jyväskylässä ja Jyväskylän maalaiskunnassa oli tehty työttömien terveystarkastuksia avosairaanhoidon vastaanottoiminnassa ja Hankasalmella työterveyshuollossa jo aiemmin. Uuraisilla ja Muuramessa ei työttömien terveystarkastuksia ollut aiemmin tehty.

Juurrutushankkeen tavoitteena oli edelleen kehittää ja yhdenmukaistaa alueen työttömien terveystarkastuskäytäntöjä. Kehittäminen ja yhdenmukaistaminen tapahtuivat osaamisen kehittämisen ja yhteisen toimintamallin päivittämisen pohjalta. Hankkeen aikana uuden syntyvän yhteistoiminta-alueen sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat saivat koulutusta liittyen työttömän terveyteen ja terveystarkastuksen tekemiseen.

Täydennyskoulutus

Koulutus suunniteltiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa osallistujien tarpeista lähteväksi. Osallistujien mielipidettä kysyttiin sisältöjen suhteen, myös terveystarkastuksesta ja yhteisestä toimintamallista sovittiin yhdessä. Suunnittelun pohjana käytettiin Wire-projektin (Wirettä työttömien palveluihin -hanke 2000–2007, jossa oli työstetty mm. työttömän asiakkaan terveystarkastus ja hoitopolku) aikana toteutettua koulutusmallia. Koulutuksia järjestettiin syksyllä 2010 kaksi. Perusteet-koulutuskokonaisuuteen osallistui 42 sairaanhoitajaa ja terveydenhoitajaa yhteistoiminta-alueen terveysasemilta. Syventävään koulutuskokonaisuuteen osallistui yhteensä 15 sairaanhoitajaa ja terveydenhoitajaa.

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen malli

Työttömät voivat tulla terveysasemalle oma-aloitteisesti tai TE-toimiston, sosiaalitoimiston ja kolmannen sektorin työttömälle toimintoja järjestävän tahon ohjaamana. Asiakas ottaa itse yhteyttä alueensa sairaanhoitajaan tai terveysaseman vastaanottoon varatakseen ajan terveystarkastusta varten. Terveystarkastukseen tulevalle toi-

mitetaan esitietolomake erikseen sovittavalla tavalla; joko lähettävä taho huolehtii asiasta tai asiakkaalle lähetetään se tai asiakas täyttää sen käynnin yhteydessä. Työttömän terveystarkastukselle järjestetään aikaa tunti. Tarpeen mukaan tarkastettava ohjataan laboratorionkokeisiin, lääkärin, psykologin, fysioterapeutin tai suuhygienistin/hammaslääkärin vastaanotolle. Seurantamittaukset suunnitellaan terveystarkastuksen yhteydessä. Terveystarkastuksesta annetaan asiakkaalle suullinen kooste sekä kirjallinen terveystarkastuspalaute. Myös lähettävälle taholle annetaan kirjallinen palaute.

Miten edetään jatkossa?

Yhteistoiminta-alueen hoitotyön esimiesten (hoitotyön johtajat, osastonhoitajat) kanssa aiotaan sopia vuoden 2011 alussa siitä, miten hoitajat varaavat työohjelmistaan aikaa työttömien terveystarkastuksiin. Yhtenäisellä käytännöllä pyritään saamaan alueen työttömille yhtäläiset mahdollisuudet päästä terveystarkastuksiin. Työttömien terveyspalveluiden kehittämistä jatketaan tiivistämällä yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Jyväskylän kaupunki jatkaa organisaationsa uudistamista, ja siihen liittyen työstetään eri palveluiden ydinprosesseja. Yhdeksi kuvattavaksi ydinprosessiksi otetaan työttömän palveluprosessi. ●

4 Hankekokonaisuuden asiakkaat



PTT-hankkeen seurantatutkimuksessa mukana olleissa osahankkeissa oli vuosina 2007–2010 yhteensä noin 6 000 asiakasta (5 958)¹. Asiakasvolyymeja seurattiin ajanjaksoilla: hankkeen alusta 2007–31.1.2009 ja 1.3.2009–30.9.2010. Osahankkeittain asiakaskunta jakaantui seuraavasti:

Osahanke	Asiakkaat 31.1.2009 asti	Asiakkaat 1.3.2009–30.9.2010	Asiakkaat 2007–2010 (korjatut luvut ²)
Etelä-Karjala ³	131	–	131
Forssan seutu	150	97	224
Harjavalta	149	105	250
Helsinki	1 350	–	1 350
Hyvinkää	57	136	190
Hämeenkyrö	119	–	119
Itä-Häme	151	274	356
Itä-Savo	124	309	406
Joensuu	162	–	162
Kotka	206	182	349
Kuopio	–	178	178
Lieksa	170	140	307
Lieto	112	96	164
Oulu	178	249	544
Rovaniemi	123	152	269
Salo	96	121	194
Sastamala	64	114	170
Vantaa	339	271	595
YHTEENSÄ	3 681	2 424	5 958

Taulukko 2. Osahankkeiden asiakasmäärät vuosina 2007–2010.

- Seurantatutkimuksessa eivät olleet mukana vuonna 2010 juurrutusrahaa saaneet osahankkeet (Hämeenlinna, Kokkola, Mikkeli, Kuusamo, Raahen ja Jyväskylä).
- Volyymeista on poistettu eri hankekausien aikaiset samat asiakkaat sekä korjattu puutteelliseksi tiedetyt merkinnät volyymiseurannassa.
- Etelä-Karjalan hankkeissa ei tehty asiakastyötä jatkohankkeen aikana.

4.1 Asiakkaiden taustatiedot

Hankkeen asiakkaista enemmistö (58 %) oli miehiä ja 42 % naisia. Miesten osuus asiakkaista laski ja naisten osuus nousi hankkeen aikana.

Sukupuoli	2007–2009 ⁴ (n)	2009–2010 (n)	2007–2010 yhteensä (n)
Nainen	39 % (1 178)	46 % (1 109)	42 % (2 287)
Mies	61 % (1 860)	54 % (1 303)	58 % (3 163)
YHTEENSÄ	100 % (3 038)	100 % (2 412)	100 % (5 450)

Taulukko 3. Asiakkaiden sukupuoli (%).

Myös asiakkaiden ikäjakaumassa tapahtui muutosta hankkeen aikana. Nuorempien asiakkaiden (alle 35-vuotiaiden) osuus lisääntyi vuosina 2009–2010, kaiken kaikkiaan alle 35-vuotiaita oli 25 % asiakkaista. Puolet asiakkaista oli alle 45-vuotiaita ja puolet yli 45-vuotiaita.

Ikäryhmä	2007–2009 ⁵ (n)	2009–2010 (n)	2007–2010 yhteensä (n)
Alle 25 vuotta	8 % (253)	15 % (361)	11 % (614)
25–34 vuotta	12 % (357)	16 % (385)	14 % (742)
35–44 vuotta	29 % (871)	19 % (439)	24 % (1 310)
45–54 vuotta	30 % (920)	27 % (644)	29 % (1 564)
Yli 55 vuotta	21 % (623)	23 % (532)	22 % (1 155)
YHTEENSÄ	100 % (3 024)	100 % (2 361)	100 % (5 385)

Taulukko 4. Asiakkaiden ikäjakauma (%).

Vuosina 2009–2010 naisten osuus oli suhteellisesti suurin 35–54-vuotiaiden joukossa (noin 50 %), muissa ikäluokissa miehiä oli suhteellisesti enemmän. Naisten keski-ikä oli 43 vuotta ja miesten 41 vuotta.

4 Vuosina 2007–2009 osa hankkeista ilmoitti asiakkaan sukupuolen vain terveystarkastuksessa käyneiden osalta.

5 Vuosina 2007–2009 osa hankkeista ilmoitti asiakkaan ikäryhmän vain terveystarkastuksessa käyneiden osalta.

Pohjakoulutukseltaan hankkeeseen ohjautuneet henkilöt olivat vuosina 2009–2010 useimmiten kansa- tai peruskoulun suorittaneita (46 %) tai ammatillisen peruskoulutuksen suorittaneita (44 %). Systemaattista tietoa asiakkaiden pohjakoulutuksesta kerättiin vain vuosina 2009–2010. Kuukauden seurannassa (n=207) vuonna 2008 tulokset olivat hyvin samansuuntaiset.

Pohjakoulutuksessa ei ollut systemaattisia eroja sukupuolten välillä vuosina 2009–2010. Ikäryhmittäin tarkasteluna kansa- tai peruskoulu oli yleisin pohjakoulutus ikäryhmissä alle 25-vuotiaat (62 %), 25–34-vuotiaat (44 %) ja 55-vuotiaat tai sitä vanhemmat (49 %). 35–54-vuotiailla yleisin pohjakoulutus oli ammatillinen koulutus (50 %). Peruskouluttamattomien osuus ikäluokasta vaihteli 25–34-vuotiaiden 3 %:sta alle 25-vuotiaiden 1 %:iin.

Valtakunnallisesti vuonna 2009 kaikkien työttömien työnhakijoiden koulutustasutana oli useimmiten keskiasteen koulutus (46 %). Perusasteen koulutuksen omaasi 32 %, alimman korkea-asteen 7 % ja ylemmän korkea-asteen 13 %. (Työnvälityksen vuositilastot). PTT-hankkeessa mukana olleissa asiakkaissa oli siten keskimääräistä enemmän vain peruskoulun suorittaneita ja vähemmän korkeakoulututkinnon omaavia.

Koulutus	2008 otos (n)	2009–2010 (n)
Ei peruskoulutusta	2 % (3)	2 % (45)
Kansa-/peruskoulu	48 % (97)	46 % (1 088)
Lukio/ ylioppilas	6 % (13)	5 % (122)
Ammatillinen koulutus	38 % (78)	44 % (1 040)
Ammattikorkeakoulu	4 % (8)	2 % (52)
Yliopisto	3 % (5)	1 % (29)
YHTEENSÄ	100 % (204)	100 % (2 376)

Taulukko 5. Asiakkaiden pohjakoulutus otannassa vuosina 2008 ja 2009–2010.

Asiakkaiden työttömyyden kestoa hankkeeseen ohjautumisen vaiheessa kartoitettiin vuosina 2009–2010 kysymyksellä siitä, kuinka kauan aikaa oli, kun asiakas oli edellisen kerran ollut työsuhteessa, joko tavallisesti tai palkkatuetusti. Myös täysipäiväinen opiskelu katsottiin tässä mielessä työsuhteeksi esimerkiksi nuorten kohdalla. Hanketyöntekijöillä ei ollut läheskään aina tietoa asiakkaan edellisestä työsuhteesta, ja siten tieto puuttuu 20 % asiakkaista.

Vajaasta 2 000 asiakkaasta, joista tieto saatiin, kolmannes oli ollut alle vuoden työttömänä/ ilman työsuhdetta, joka viides 1–2 vuotta ja liki 40 % 2–10 vuotta. Miltei joka kymmenes oli ollut ilman työsuhdetta yli 10 vuotta. Noin puolet asiakkaista oli ollut enintään kaksi vuotta ja puolet yli kaksi vuotta ilman työsuhdetta.

Aika edellisestä työsuhteesta	2009–2010 (n)
Alle 6 kuukautta	15 % (288)
6 kuukautta –1 vuosi	18 % (352)
1–2 vuotta	20 % (379)
2–3 vuotta	12 % (237)
3–5 vuotta	13 % (247)
5–10 vuotta	13 % (257)
10–15 vuotta	5 % (95)
Yli 15 vuotta	4 % (78)
YHTEENSÄ	100 % (1 933)

Taulukko 6. Aika asiakkaan edellisestä työsuhteesta vuosina 2009–2010.

Keskimäärin asiakkaan edellisestä työsuhteesta oli kulunut reilu 3,5 vuotta (3v 8kk), mutta vaihteluväli oli erittäin suuri (0–430 kuukautta). Naisilla keskimääräinen aika viimeisestä työsuhteesta oli reilu kolme vuotta, miehillä neljä vuotta. Aika edellisestä työsuhteesta kasvoi ikäryhmittäin siten, että alle 25-vuotiaiden ryhmässä keskimääräinen kesto oli vuosi ja neljä kuukautta, ja 55-vuotiaiden tai sitä vanhempien ryhmässä neljä vuotta ja kahdeksan kuukautta.

4.2 Asiakkaiden ohjaus hankkeeseen ja asiakaskäynnit

Asiakkaita ohjattiin hankkeeseen ja terveystarkastuksiin useilta eri tahoilta. Työvoiman palvelukeskus (TYP) ja TE-toimisto toimivat useimmiten asiakkaan ohjaajina. Keskimäärin miltei joka toinen asiakas ohjautui hankkeeseen TYP:sta ja yli kolmannes TE-toimistoista. TYP:n suuri osuus ohjauksista selittyy osittain Helsingin TYP-hankkeesta, jonka asiakasmäärät olivat selvästi suuremmat kuin muissa osahankkeissa (1 350 asiakasta). TYP-ohjauksien lasku hankkeen ensimmäisestä vaiheesta johtuikin paljolti Helsingin TYP-hankkeen päättymisestä. Mikäli ohjauksista 2007–2009 poistetaan ohjautumiset Helsingin hankkeeseen, ohjautui asiakkaista 49 % TE-toimistosta ja 38 % TYP:sta vuosina 2007–2009.

Merkillepantavaa on muiden ohjaustahojen roolin kasvaminen hankkeen edetessä. Sosiaalitoimistosta ohjattujen asiakkaiden osuus kasvoi 5 %:sta 11 %:iin ja asiakkaiden omatoiminen ohjautuminen 1 %:sta 6 %:iin. Erityisen paljon lisääntyivät ohjaukset muilta tahoilta, kuten projekteista, oppilaitoksista, työpajoilta ja terveyskeskuksista. Vuosina 2009–2010 jo 15 % asiakkaista ohjautui näiltä tahoilta hankkeeseen ja terveystarkastukseen.

Taho	2007–2009 (n)	2009–2010 (n)	2007–2010 yhteensä (n)
TE-toimisto	31 % (1 109)	44 % (999)	36 % (2 108)
TYP	61 % (2 209)	24 % (546)	47 % (2 755)
Sosiaalitoimisto	5 % (162)	11 % (255)	7 % (417)
Asiakas itse	1 % (40)	6 % (142)	3 % (182)
Muu tahoa	2 % (89)	3 % (66)*	7 % (432)
Projekti	sis. muu	3 % (58)	sis. muu
Työpaja	sis. muu	4 % (100)	sis. muu
Terveyskeskus	sis. muu	1 % (20)	sis. muu
Oppilaitos	sis. muu	4 % (99)	sis. muu
YHTEENSÄ	100 % (3 609)	100 % (2 285)	100 % (5 894)

Taulukko 7. Asiakkaiden ohjautuminen hankkeeseen vuosina 2007–2010.

* Kaikki muut tahot 2009–2010 yhteensä 15 % (343)

Tietoa erilaisista asiakaskäynneistä hankkeen puitteissa kerättiin vuosina 2009–2010, aiemmin tietoa kerättiin vain terveydenhoitajakäynnteihin liittyen. Hankkeessa toteutui seurannan mukaan vuosina 2009–2010 yhteensä yli 5 000 asiakaskäyntiä (5 246). Käynneiksi laskettiin vain sellaiset käynnit, joissa asiakas oli mukana, eikä esimerkiksi puhelinkeskusteluja asiakkaan tai muiden toimijoiden kanssa. Noin kolmannes käynneistä oli terveystarkastuksia ja vajaa kolmannes palveluohjaukseen. Palveluohjaukseen keskittyivät muutamiin osahankkeisiin, joista kahdessa ei toteutettu lainkaan terveystarkastuksia osana hanketta.

Käynti	2009–2010 (n)
Terveystarkastus	32 % (1 645)
Palveluohjaus	29 % (1 533)
Seurantakäynti	13 % (685)
Vastaanotto	8 % (427)
Moniammatillinen palaveri	8 % (417)
Alkukartoitus	4 % (223)
Päivystyskäynti	3 % (156)
Asiakkaan kanssa käynti jossain palvelussa tms.	1 % (74)
Muu käynti	1 % (75)
YHTEENSÄ	100 % (5 235)

Taulukko 8. Asiakaskäynnit vuosina 2009–2010.

Käyntimäärät osahankkeittain vaihtelivat suuresti monista tekijöistä riippuen. Forssan seudun ja Itä-Hämeen osahankkeet päättyivät jo huhtikuussa 2010. Osahankkeessa voitiin kirjata käynnit yhden tai useamman työntekijän osalta. Hankkeiden omat tavoitteet ja toimintatavat selittävät myös eroja käynti- ja asiakasmäärissä; toisissa hankkeissa tavoitteena oli vastaanottaa vain rajattu määrä asiakkaita ja keskittyä toimintamallin kehittelyyn, toisissa taas toiminta painottui asiakastyöhön.

Palveluohjaushankkeissa käyntimäärät olivat suuria verrattuna asiakasmääriin eli sama asiakas asioi useamman kerran työntekijän luona. Useissa hankkeissa käyntimäärät ja asiakasmäärät olivat kuitenkin hyvin lähellä toisiaan, joten asiakkaat asioivat yleensä vain kerran työntekijän luona. Keskimäärin sama asiakas kävi työntekijän luona kaksi kertaa vuosien 2009–2010 aikana, tässä eivät kuitenkaan tule esille esimerkiksi puhelinkeskustelut asiakkaan kanssa.

Osahanke	Asiakaskäynnit 2009–2010
Forssan seutu	144
Harjavalta	1281
Hyvinkää	483
Itä-Häme	439
Itä-Savo	729
Kotka	200
Kuopio	201
Lieksa	196
Lieto	374
Oulu	256
Rovaniemi	170
Salo	215
Sastamala	185
Vantaa	373
YHTEENSÄ	5 246

Taulukko 9. Asiakaskäynnit osahankkeittain vuosina 2009–2010.

4.3 Terveystarkastukset ja työkyky

Vuosina 2007–2009 tehtiin yhteensä 2 650 terveystarkastusta ja vuosina 2009–2010 yhteensä 1 645 terveystarkastusta. Koko hankkeen aikana toteutui siten yli 4 200 terveystarkastusta (4 295). Hankkeen asiakkaista yli 70 % kävi terveystarkastuksessa.

Vuosina 2009–2010 terveydenhoitajia pyydettiin terveystarkastuskäynneillä kertomaan, onko asiakkaalla todettu kansanterveydellisiä riskitekijöitä, ja millaiseksi työntekijä terveydentilan kartoituksen ja oman arvionsa perusteella näkee asiakkaan työkyvyn⁶. Kansanterveydelliseksi riskitekijöiksi määriteltiin muun muassa ylipaino, kohonnut verenpaine, kohonnut kolesteroli, diabetes-riski, päivittäinen tupakointi, alkoholin riskikulutus ja masennus⁷. Asiakkaan työkyvyn määrittelyyn ei ollut tarkempaa ohjeistusta, vaan asiassa luotettiin terveydenhoitajan ammatillisen näkemyksen ja toteutetun terveystarkastuksen pohjalta syntyneeseen arvioon tilanteesta. Terveystarkastuksessa vuosina 2009–2010 käyneet asiakkaat muistuttivat taustamuuttujien (sukupuoli, ikä, koulutus ja aika viimeisestä työsuhteesta) osalta läheisesti koko asiakas-kuntaa kyseisinä vuosina.

75 %:lla terveystarkastuksessa käyneistä asiakkaista oli aiemmin todettu tai todettiin terveystarkastuksessa jokin kansanterveydellinen riskitekijä. Vuonna 2008 tehdyn seurannan perusteella voidaan olettaa, että todetut riskit liittyivät useimmiten päivittäiseen tupakointiin, vähäiseen liikuntaan, ylipainoon, kohonneeseen verenpaineeseen, alkoholin riskikäyttöön tai masennusoireisiin (ks. tarkemmin Saikku 2009, 50–54). Osahankkeiden omista loppuraporteista on myös löydettävissä tarkempia tietoja todetuista kansanterveysriskeistä ja -sairauksista.

Terveystarkastuksessa käyneistä miehistä 80 %:lla oli kansanterveydellinen riskitekijä, naisista 69 %:lla*⁸. Riskitekijöitä löytyi sitä useammin mitä iäkkäämmästä henkilöstä oli kyse; alle 25-vuotiailla riskitekijä oli 60 %:lla, 55-vuotiailla tai sitä vanhemmilla 81%:lla*. Niiden asiakkaiden osuus, joilla oli kansanterveydellinen riskitekijä, nousi lineaarisesti iän mukaan. Riskien toteamisen todennäköisyys kasvoi myös työttömyyden keston kasvaessa. Niillä henkilöillä, joiden edellisestä työsuhteesta oli alle puoli vuotta, 68 %:lla todettiin kansanterveysriski. Niillä, joiden viimeisestä työsuhteesta oli kulunut 5–10 vuotta, terveysriski todettiin 86 %:lla*. Toisaalta yli kymmenen vuotta työttömänä olleiden kohdalla riski todettiin keskimäärin noin 80 %:lla.

Terveystarkastuksen perusteella terveydenhoitajat arvioivat työkykyisiksi 53 % asiakkaista, osatyökykyisiksi tai työkyvyn rajoitteita omaaviksi 40 % ja työkyvyttömiksi 7 %. Näin ollen miltei puolella terveystarkastuksessa käyneistä voitiin nähdä tarvetta tarkempaan työkyvyn arviointiin.

Myös työkyvyn osalta oli nähtävissä tilastollisesti merkitseviä eroja taustamuuttujien mukaan tarkasteltaessa. Terveydenhoitajat arvioivat naiset keskimäärin useammin työkykyisiksi, ja miehet useammin työkyvyn rajoitteita omaaviksi tai työkyvyttömiksi.

6 Seurantaan saatiin tieto terveysriskeistä 1 614 asiakkaasta ja työkyvystä 1 599 asiakkaasta, kaikkiaan terveystarkastuksia kirjattiin volyymiseurantaan 1 645 vuosien 2009–2010 aikana.

7 Käytetyt raja-arvot julkaisussa Saikku (2009), s. 50.

8 * tarkoittaa, että erot ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä, Pearsonin χ^2 -testi $p < 0,001$.

Terveystarkastuksen arvio työkkyvyydestä	Naiset	Miehet	Yhteensä
Työkkyinen	58 % (424)	48 % (405)	53 % (829)
Osatyökkyinen/työkkyvyn rajoitteita	37 % (270)	44 % (365)	40 % (635)
Työkkyvytön	5 % (39)	8 % (70)	7 % (109)
YHTEENSÄ	100 % (733)	100 % (840)	100 % (1 573)

Taulukko 10. Terveystarkastuksen arvio työkkyvyydestä terveystarkastuksessa vuosina 2009–2010 sukupuolen mukaan*.

Myös ikäluokan mukaan tarkasteltuna oli nähtävissä selviä, tilastollisesti merkitseviä eroja:

Terveystarkastuksen arvio työkkyvyydestä	Alle 25 vuotta	25–34 vuotta	35–44 vuotta	45–54 vuotta	55 vuotta tai yli
Työkkyinen	74 % (176)	56 % (125)	49 % (143)	51 % (217)	47 % (166)
Osatyökkyinen/työkkyvyn rajoitteita	23 % (54)	40 % (88)	42 % (123)	42 % (178)	41 % (146)
Työkkyvytön	3 % (7)	4 % (9)	8 % (24)	7 % (28)	12 % (41)
YHTEENSÄ	100 % (237)	100 % (222)	100 % (290)	100 % (423)	100 % (353)

Taulukko 11. Terveystarkastuksen arvio työkkyvyydestä terveystarkastuksessa vuosina 2009–2010 ikäryhmittäin* (n=1 525).

Työkkyvyyttömäksi terveystarkastajien terveystarkastuksessa arvioimien osuus kasvoi melko suoraan iän lisääntyessä 3 %:sta 12 %:iin. Osatyökkyiseksi arvioitujen osalta on nähtävissä, että suuri muutos tapahtui jo siirryttäessä yli 25-vuotiaiden ikäryhmään; tätä aiemmin osatyökkyisiksi tai työkkyvyn rajoitteita omaaviksi arvioitiin kartoituksen perusteella 23 %, mutta vanhemmissa ikäluokissa kaikissa noin 40 %.

Työttömyyden kesto (aika viimeisestä työsuhteesta) erottelee myös tuloksia. Tässä ei tietenkään pysytä päätelemään, onko työkkyvyn heikkeneminen työttömyyden pitkittymisen seuraus vai syy. Tuloksia luettaessa tulee myös ottaa huomioon, että tieto viimeisestä työsuhteesta puuttui 17 % terveystarkastuksessa 2009–2010 käyneistä eivätkä terveystarkastajat ilmoittaneet kaikista terveystarkastuksessa käyneistä arviotaan henkilön työkkyvyydestä.

Laihon ym. (2010) tutkimuksessa todetaan, että kaksi vuotta näyttää olevan kriittinen piste työttömyyden yhtäjaksoisessa kestossa. Tämän jälkeen henkilön työkkyky laskee voimakkaasti. Näiden tulosten valossa on alla olevassa taulukossa eroteltu ryhmät 2–3 vuotta ja 3–5 vuotta, jotka lukumääräisesti olisivat yhdistettynä lähempänä muiden luokkien kokonaislukumääriä. Taulukossa esitetään myös yhdistetty luokka 2–5 vuotta.

Terveydenhoitajan arvio työkyvystä terveystark.	Aika viimeisestä työsuhteesta					Yhdistetty 2–5 v.	Yli 5 vuotta
	Alle 6 kk	6 kk-1 vuosi	1–2 vuotta	2–3 vuotta	3–5 vuotta		
Työkykyinen	69 % (167)	64 % (185)	58 % (156)	45 % (68)	34 % (50)	40 % (118)	41 % (102)
Osatyökykyinen/ työkyvyn rajoitteita	27 % (65)	32 % (92)	35 % (95)	49 % (73)	59 % (86)	54 % (159)	50 % (124)
Työkyvytön	5 % (11)	4 % (11)	6 % (17)	6 % (9)	7 % (10)	6 % (19)	9 % (23)
YHTEENSÄ	100 % (243)	100 % (288)	100 % (268)	100 % (150)	100 % (146)	100 % (296)	100 % (249)

Taulukko 12. Terveydenhoitajan arvio asiakkaan työkyvystä terveystarkastuksessa vuosina 2009–2010 suhteessa siihen kuinka kauan on henkilön viimeisimmästä työsuhteesta* (n=1 344).

Ryhmissä, joissa aika viimeisestä työsuhteesta oli yli kaksi vuotta, nähtiin enemmistöllä olevan työkykyyn liittyviä ongelmia. Niissä ryhmissä, joissa viimeisestä työsuhteesta oli alle kaksi vuotta, enemmistö asiakkaista oli arvioitu terveystarkastuksessa työkykyiseksi. 2–3 vuoden välissä näyttäisi aineiston perusteella tapahtuvan jonkinlainen ”hyppäys” työkyvyn rajoitteita omaavien määrässä. Työkyvyn rajoitteita omaaviksi arvioitujen osuus kasvaa selvästi myös siirryttäessä 3–5 vuotta ilman työsuhdetta olleiden ryhmään. Yli viisi vuotta ilman työsuhdetta olleiden joukossa työkykyisten osuus pysyy miltei ennallaan 2–5 vuotta työttömänä olleisiin verrattuna, mutta työkyvyttömäksi arvioitujen osuus on kasvanut. Tulokset näyttävät näin ollen vahvistavan Laihon ym. (2010) tutkimuksen tuloksia.

4.4 Asiakkaiden jatko-ohjaukset hankkeesta

Vuosina 2007–2009 noin puolet terveystarkastuksessa käyneistä asiakkaista ohjattiin eteenpäin terveyskeskukseen (Saikku 2009, 68–70). Tarkempaa tietoa jatko-ohjauksista saadaan vuosien 2009–2010 volyymiseurannasta. Näissä kirjauksissa merkittiin vain asiakkaan uudet ohjaukset, ei esimerkiksi asiakkaan ohjausta takaisin lähettävälle taholle (useimmiten TE-toimisto tai TYP).

Eniten asiakkaita jatko-ohjattiin hankkeesta ja terveystarkastuksista terveydenhuollon palveluihin terveyskeskukseen. Vuosina 2009–2010 yli 60 % asiakkaista ohjattiin terveyskeskuksen palveluihin. Noin 40 % asiakkaista ohjattiin terveyskeskuskätkärille. Joka neljäs asiakas ohjattiin terveyskeskukseen terveyden-/sairaanhoitajan vastaanotolle ja/ tai esimerkiksi laboratorioon tai hammashoittoon. Sama asiakas voitiin ohjata useampaan palveluun. Jatko-ohjauksia tehtiin vuosina 2009–2010 kaikkiaan 3 626 eli keskimäärin noin 1,5 ohjausta per asiakas.

Jatko-ohjaustaho	2009–2010 % suhteessa asiakkaisiin (n=2 424)	2009–2010 % suhteessa jatko-ohjauksiin (n=3 626)
TE-toimisto	3 % (77)	2 % (77)
TYP	3 % (64)	2 % (64)
Sosiaalitoimisto	7 % (175)	5 % (175)
Terveyskeskus/ lääkäri	39 % (950)	26 % (950)
Terveyskeskus/ terveydenhoitaja	25 % (600)	17 % (600)
Terveyskeskus/ muu (esim. laboratorio, hammashoito)	25 % (615)	17 % (615)
Mielenterveystoimisto tai vastaava	12 % (289)	8 % (289)
Päihdepalvelut	8 % (198)	5 % (198)
Liikuntapalvelut	4 % (100)	3 % (100)
Kolmannen sektorin toimija	1 % (26)	1 % (26)
Työterveyshuolto	0,5 % (12)	0,3 % (12)
Muu taho	13 % (313)	9 % (313)
Työkyvyn arviointi	9 % (207)	6 % (207)
YHTEENSÄ	149,5 % (3 626)	101,3 % (3 626)

Taulukko 13. Asiakkaiden uudet jatko-ohjaukset hankkeesta vuosina 2009–2010.

Noin joka kymmenes asiakas ohjattiin sosiaalitoimistoon, mielenterveyspalveluihin ja/ tai päihdepalveluihin tai muulle taholle. Muu taho tarkoitti useimmiten ohjausta optikolle näöntarkastukseen, mutta myös esimerkiksi ohjausta yksityislääkärin vastaanotolle (ostopalvelu) tai Kelan palveluihin. Prosentuaalisesti melko vähäinen jatko-ohjaus mielenterveyspalveluihin ja päihdepalveluihin selittynee sillä, että terveydenhoitaja ei voi usein ohjata asiakasta suoraan näihin palveluihin vaan ohjaus tapahtuu lääkärin kautta.

Seurannan mukaan vain vajaat 10 % asiakkaista jatko-ohjattiin työkyvyn arviointiin. Osuus on pieni ottaen huomioon, että terveystarkastuksessa käyneistä 40 %:lla oli terveydenhoitajan arvion mukaan työkyvyn rajoitteita ja 7 % nähtiin työkyvyttömiksi. Terveydenhoitajan osatyökykyisiksi arvioimista vain 14 % ja työkyvyttömäksi arvioimista 16 % ohjattiin työkyvyn arviointiin. Kyse lienee siitä, että terveydenhoitaja ei voi ohjata asiakasta suoraan esimerkiksi erikoislääkärille työkyvyn arviointiin vaan tämä toteutuu omalääkärin kautta. 47 % hoitajan osatyökykyisiksi ja 60 % työkyvyttömiksi arvioimista asiakkaista jatko-ohjattiin terveyskeskuslääkärille. Tiedossa ei ole, kuinka monen terveydenhoitajan osatyökykyiseksi tai työkyvyttömäksi arvioiman asiakkaan kanssa työkyvyn arviointia lähdettiin toteuttamaan TE-toimiston tai Kelan kanssa yhteistyössä. Osalla asiakkaista työkyvyn rajoitteet olivat todennäköisesti tiedossa jo terveystarkastukseen tullessa, eivätkä näin ollen välttämättä antaneet aiheutta jatko-ohjauksiin tai työkyvyn tarkempaan arviointiin.

Asiakkaiden ohjaukset eri tahoille eivät vielä kerro siitä, mitä palveluita asiakkaat saivat tai mihin he pääsivät. Vuonna 2008 tehdyn kyselyn mukaan asiakkaista 64 % arvioi, että terveystarkastuksessa sovitut toimenpiteet olivat heidän kohdallaan toteutuneet, 19 % koki, etteivät toimenpiteet olleet toteutuneet sovitusti ja 17 % ei osannut arvioida asiaa. Asiakkaiden kokemat palveluviiveet tulivat esille etenkin lääkäripalveluissa, hammashoidossa ja työvoiman palvelukeskuksissa. (Saikku 2009, 56–63.)

4.5 Yhteenvedoa asiakaskunnasta

PTT-hankkeella oli suuri asiakaskunta; seurannassa mukana olleissa osahankkeissa oli noin 6 000 asiakasta ja yli 4 200 toteutettua terveystarkastusta. Asiakasvolyymin vaihtelu osahankkeittain oli suurta. Myös työttömyystilanne vaihteli paljon kunnittain. Vuonna 2009 keskimääräinen työttömyysprosentti oli 9,8. Osahankepaikkakunnilla (14) keskimääräinen työttömyysprosentti vaihteli tuolloin 5,3 %:sta (Lieto) 18 %:iin (Lieksa). Useimmilla osahankepaikkakunnilla työttömyysprosentti oli keskimääräistä korkeampi eli noin 14 % tuntumassa. Lieksassa ja Kotkassa pitkäaikaistyöttömiä oli keskimäärin yli 20 % kaikista työttömistä, Sastamalassa vain reilu 6 %. Useimmissa osahankekunnissa pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä oli lähellä valtakunnallista keskiarvoa (15,7 %) (TEM 2010).

Lukumääräisesti tarkasteluna PTT-hankkeessa tavoitettiin vuonna 2009 noin 3 % kaikista maan pitkäaikaistyöttömistä. Osahankepaikkakunnilla tavoitettiin keskimäärin noin 19 % pitkäaikaistyöttömistä ja noin 13 % heistä osallistui hankkeen terveystarkastukseen vuonna 2009. Nämä luvut eivät ole täsmällisiä, koska kaikki osahankkeiden asiakkaat eivät olleet pitkäaikaistyöttömiä ja luvut perustuvat keskimääräisiin lukuihin, mutta ne antavat kuitenkin kuvaa hankkeen volyyymista. Muutamilla pienemmillä paikkakunnilla osahankkeiden asiakasmäärät ylittivät reilusti kunnan pitkäaikaistyöttömien keskimääräisen lukumäärän. Vastaavasti suuremmilla paikkakunnilla osahankkeet saattoivat tavoittaa 7–9 % pitkäaikaistyöttömistä keskimääräiseen lukumäärään vertailtaessa.

Asiakaskunnassa tapahtuneisiin muutoksiin esimerkiksi sukupuolen ja iän suhteen ei ole yhtä selittävää tekijää. Sukupuolijakauman osalta voidaan todeta, että naisten osuus hankkeen toisessa vaiheessa oli lähellä muita aiemmin toteutuneita työttömien terveystarkastushankkeita Kainuussa ja Jyväskylän seudulla, alkuvaiheessa PTT-hankkeessa oli enemmän miehiä kuin toisissa hankkeissa (ks. Kainuulainen työ-
kunto -projekti 2008; Taipale 2003). Alle 35-vuotiaiden asiakkaiden osuuden kasvu asiakaskunnassa hankkeen aikana kertonee siitä, että paikkakunnilla opittiin paremmin tavoittamaan ja motivoimaan myös nuoria osallistumaan terveydentilan kartoitukseen. PTT-hankkeen ensimmäisessä vaiheessa nuorten tavoittaminen ja motivointi koettiin vaikeaksi (Saikku 2009). Naisten ja nuorten osuuden suhteellinen kasvu voi kertoa myös siitä, että asiakaskunnasta pienempi osa oli pitkäaikaistyöttömiä verrattuna hankkeen alkuvaiheeseen. Tilastollista seuranta työttömyyden kestosta ei to-

teutettu hankkeen ensimmäisessä vaiheessa, joten asiaa ei voida todentaa. Kuitenkin jatkohankkeen aikana useat osahankkeet väljensivät ohjaukriteereitään ja mukaan pyrittiin samaan myös vähemmän aikaa työttömänä olleita, jotka ovat keskimäärin useammin naisia ja nuorempia kuin pidempään työttömänä olleet.

PTT-hankkeen keskimääräistä asiakasta voisi volyymiseurannan pohjalta kuvailla 45-vuotiaaksi mieheksi, jolla on taustanaan ammatillinen koulutus ja yli kolmen vuoden työttömyys. Terveystarkastuksessa hänellä todetaan kansanterveydellisiä riskitekijöitä, jotka todennäköisesti liittyvät päivittäiseen tupakointiin, ylipainoon ja kohonneeseen verenpaineeseen. Rokotukset ovat unohtuneet, ja edellisestä hambahoitokäynnistä on useita vuosia. On myös todennäköistä, että terveydenhoitajan arvion mukaan hänellä saattaa olla joitakin työkyvyn rajoitteita esimerkiksi allergioihin tai tuki- ja liikuntaelinvaikeuksiin liittyen, mahdollisesti myös masennusoireita. Terveystarkastuksesta hänet ohjataan terveyskeskuslääkärin vastaanotolle ja hambahoittoon, ehkä myös mielenterveystoimistoon. Keskimääräinen asiakas ei kuitenkaan kerro koko totuutta, koska variaatio asiakkaiden välillä oli erittäin suurta. Osalla asiakkaista ei ollut merkittäviä ongelmia terveydessään ja työkyvyssään ja osalla oli vaikeita terveysongelmia, paljon palvelutarpeita sekä tarvetta muun muassa työkyvyn selvittelyyn ja arviointiin.

Miltei puolella terveystarkastuksessa käyneistä voitiin todeta rajoitteita työkyvyssä terveydenhoitajan arvion mukaan. Työkykyisiksi arvioitiin 53 % asiakkaista, osatyökykyisiksi tai työkyvyn rajoitteita omaaviksi 40 % ja työkyvyttömiksi 7 %. Osalla asiakkaista rajoitteet saattoivat olla tiedossa jo ennen terveystarkastusta, osalla ne nousivat esille terveystarkastuksen myötä. Tulokset antavat lisätietoa ja laajentavat osaltaan Kerättären ja Karjalaisen (2010) tapaustutkimuksen tuloksia. Laajemmassa (pitkäaikais)työttömien kohderyhmässä työkyvyn ongelmat ja työkyvyttömyys eivät ole yhtä yleisiä kuin TYP-palvelusta valikoidussa asiakaskunnassa. On kuitenkin oletettavaa, että suuri osa työkyvyn rajoitteita omaavista ja työkyvyttömiksi arvioidut tarvitsivat vielä tarkempaa työ- ja toimintakyvyn arviointia. Seurannan perusteella voidaan todeta, että tarvetta työkyvyn arviointiin on jo nuoremmisakin ikäryhmässä, etenkin työttömyyden kestänyt yli kaksi vuotta.

4.6 Asiakaskuvaukset

PTT-hankkeissa työskennelleet terveydenhoitajat ja muut projektityöntekijät kokosivat kuvauksia erilaisista asiakasprosesseista. Asiakaskuvaukset antavat käsitystä terveydenhuollon roolista ja merkityksestä asiakasprosesseissa ja elävöittävät ymmärrystä asiakastyöstä, moniammatillisen yhteistyön tarpeesta ja sen käytännön toteutuksesta. Asiakkaiden nimet ja paikkakuntaa koskevat tunnistetiedot on muutettu.

Ikääntyvän asiakkaan kuntoutumispolku kohti työelämää

– Terveystapaaminen merkittävänä käännekohtana asiakkaan elämässä 17 vuotta jatkuneen työttömyyden jälkeen

Jussi, noin 50-vuotias mies, ohjattiin työ- ja elinkeinotoimistosta työvoiman palvelukeskuksen (TYP) asiakkuuteen. Jussilta puuttui kokonaan ammatillinen koulutus, viimeisestä työssäoloajaksosta oli kulunut 17 vuotta. Työkokemusta oli elämän aikana kertynyt yhteensä viisi vuotta. Jussi asui vuokralla avoliitossa ja aiemmasta liitosta hänellä oli lapsia, jotka asuivat jo omillaan. Toimeentulona oli toimeentulotuki ja hänellä oli työssäoloehto työmarkkinatuen saantiin liittyen.

TYP asiakkuuteen tullessaan Jussi koki työkykynsä huonoksi fyysisten vaatimusten kannalta. Kunto oli niin huono, että vähäisestäkin liikkumisesta henki salpautui. Näkö oli huono, minkä vuoksi kaavakkeita oli vaikea täyttää. Silmälaseja Jussilla ei ollut. Alkoholin käyttö oli runsasta, ja aikaisemmat työsuhteet olivat kariutuneet alkoholin takia työstä poissaoloihin. Velkoja oli kertynyt elämän aikana runsaasti.

TYP-asiakkuuden alkuvaiheessa aloitettiin velkaneuvonta ja Jussi kävi terveystapaamisessa. Terveystapaamisen jälkeen Jussi ohjattiin lääkärin vastaanotolle, jossa tehtiin tarkempia tutkimuksia ja hänellä diagnosoitiin verenpainetauti ja keuhkohtaumatauti. Hoidot aloitettiin molempiin sairauksiin. Lisäksi Jussi ohjattiin silmälääkäriin ja Jussi sai silmälasit. Jussi jatkoi terveydenhoitajan vastaanotolla käyntejä elämäntapaohjauksessa ja alkoholin käyttö väheni, Jussi lopetti tupakoinnin ja verenpaine-arvot alenivat.

Elämäntapaohjauksen jatkuessa Jussilla alkoi olla enemmän valmiutta aktivointitoimenpiteeseen, ja hän aloitti työelämänvalmennuksessa viitenä päivänä viikossa kuusi tuntia kerrallaan. Aluksi työ tuntui fyysisesti raskaalta, mutta työyhteisöstä saamansa tuen avulla Jussi koki työn merkittävänä ja mielekkäänä. Työsuhde kesti kuusi kuukautta ja heti perään Jussi työllistyi palkkatuella vuodeksi. Työssäoloehto täyttyi ja Jussi pääsi työmarkkinatuen piiriin. Työsuhteen lopussa Jussi kävi työhallinnon ostopalvelulääkärin vastaanotolla, jossa selvitettiin perusteita palkkatukityön jatkumiselle. Perusteet jatkumiselle olivat olemassa.

Jussi jatkoi palkkatukityössä ja koko aktivointiprosessin aikana elintavoissa tapahtui huomattavaa muutosta. Alkoholin käyttö loppui lähes kokonaan, tupakointi loppui ja paino putosi 20 kg. Myös ulkonäkö muuttui edukseen. Palkkatukityön loputtua Jussi sai työnantajalta arvion jossa mainittiin, että hän oli suoriutunut erittäin kiitettävästi työstään ja osoittanut hyvää yhteistyökykyä. Lisäksi hän oli huolehtinut työtehtävistään tunnollisesti ja luotettavasti.

Jussista tuli aktiivinen, ulospäin suuntautuva, virkeä ja hän oli sitoutunut työhönsä. TYP:ssa katsottiin, että Jussia oli autettu siirtymään työelämään. Jussin kanssa keskusteltiin koulutukseen lähtemisestä, mutta Jussi halusi jäädä miettimään asiaa, sillä hän ei ollut vielä valmis koulutukseen. Jussi siirtyi aktiivisena työnhakijana työnvälityksen puolelle työstä työhön segmentille. Asiakkuus TYP:ssa kesti yhteensä kaksi vuotta.

Terveystapaaminen oli merkittävä käännekohta Jussin elämässä. Sen avulla diagnosoitiin sairaudet ja aloitettiin oikea hoito. Elämäntapaohjauksen avulla hän kykeni lopettamaan tupakoinnin, vähentämään alkoholin käyttöä ja pudottamaan painon lähes normaaliksi. Moniammatillinen tuki ja yhteen hiileen puhaltaminen auttoivat ja kannattivat Jussia eteenpäin kohti työelämää.

Onnistunut asiakkaan kuntoutumispolku

– Kapasiteettia vaikka korkeakoulutason opintoihin

Mika oli tammikuussa 2008 ensimmäinen hankkeen terveystarkastukseen ohjattu asiakas. Hän oli 28-vuotias ja asui avoliitossa. Molemmat puoliset olivat kotona alle 1-vuotiaan lapsensa kanssa. Ohjatessaan asiakkaan terveystarkastukseen TYP:n sosiaalityöntekijän kysymys oli, oliko Mikan työllistymisvaikeuksiin terveydellisiä syitä.

Mika oli käynyt peruskoulun viimeisen luokan kahteen kertaan ja aloittanut sitten opinnot ammattikoulussa. Koulu oli keskeytynyt reilun vuoden kuluttua ja Mika oli mennyt kokopäivätyöhön firmaan, jossa hän oli työskennellyt jo kouluaikana. Nyt oli kulunut jo seitsemän vuotta siitä, kun hänet oli irtisanottu, ja sen jälkeen hän oli ollut vain kuntouttavassa työtoiminnassa. Työllistymispolulla ei tapahtunut etenemistä, työpäiviä tai niiden pituutta ei saatu lisättyä.

Irtisanomisen syynä oli ollut huumeiden käyttö. Se oli alkanut hassiksen poltolla jo yläkoulussa ja edennyt suonihuumeisiin. Tilanne oli kärjistynyt velkaantumiseen, rikoksiin ja masennukseen. Mika oli pystynyt irrottautumaan itse huumeista, mihin oli tarvinnut lääkityksenä Subutexia ja A-klinikan tukea. Tämä oli tapahtunut 3-4 vuotta aikaisemmin, minkä jälkeen Mikan alkoholinkäyttö oli lisääntynyt ja hän oli menettänyt rattijuoppouden vuoksi ajokorttinsakin.

Mikalla oli hepatiittitartunta ja lieviä tuki-liikuntaelinvaivoja, muuten hän oli fyysisesti terve. Terveystarkastuksesta hänet ohjattiin fysioterapeutin tutkimukseen

ja ohjaukseen, missä hän kävikin kahdesti, koska kiinnostui punttisali-harjoittelusta. Verikokeissa CDT-arvo (alkoholin suurkulutuksen merkkiaine) oli normaalin ylärajoilla, oluita kului Mika kertoman mukaan noin kymmenen viikossa.

Sosiaalityöntekijän selviteltyä asiaa ilmeni, että työllistymisvaikeuksien takana oli avovaimon psyykinen sairaus. Mikan hoidettavaksi jäivät lapsi ja kotityöt. Lapsi oli hänen kertomansa mukaan parasta, mitä hänen elämässään oli tapahtunut. Vuorokausirytmä oli kuitenkin mennyt pienen lapsen kanssa sekaisin. Perhetyöntekijän tuella päästiin normaaliin päivärytmiin. Päivähoitojärjestelyt vapauttivat lapsen vartuttua Mikan kuntouttavaan työtoimintaan, mistä hän sai hyvää palautetta niiltä päiviltä, kun hän oli sinne ilmaantunut.

Syksyllä 2008 projektiterveydenhoitaja kutsui TYP:n sosiaalityöntekijän ehdotuksesta Mikan uusintakäynnille. Tuolloin hän teki kuntouttavaa työtä jo neljänä päivänä viikossa ja työpäivän pituus oli neljä tuntia. Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelman tekemistä varten päädyttiin neuropsykologin tekemään tutkimukseen. Olihan hän nuori, ammattitutkinto puuttui ja perheenisänä hän avainasemassa mahdollisesti periyttämässä syrjäytymistä. Mika teki ristiriitaisen vaikutelman: hän oli sisäänpäin kääntynyt, hiljainen ja velto, mutta toisaalta tuntui ajattelevan hyvin jäsenyneesti. Lisäkritereinä tutkimukselle oli rankka päihdetausta ja siihen usein liittyvät tapaturmat ja väkivalta eli mahdollinen aivojen vaurioituminen. Hänelle tehtiin myös lähete erikoissairaanhoidon hepatiitin hoitoarvioon.

Neuropsykologin selvityksessä Mika todettiin keskimääräistä huomattavasti lahjakkaammaksi, mitään ammatillisia tai koulutuksellisia rajoitteita ei todettu, vaan kapasiteetti riittäisi korkeakoulutasoiinkin opintoihin. Sosiaalityöntekijä kuvasi, että Mikan ryhti kohentui silmissä, silloin kun hänelle kerrottiin tutkimustuloksesta. Esimies kertoi, että tutkimuksen jälkeen ”kaveri siirtyi vähitellen nurkista keskilattialle”.

Alkuvuodesta 2010 Mika oli ollut kuntouttavassa työtoiminnassa yhteensä vuoden ja sen jälkeen vuoden työllistämistuella. Työpäivän pituus oli 6 ½ tuntia viisi päivää viikossa. Sopimusta oli juuri jatkettu puoleksi vuodeksi ja hän kertoi harkitsevansa koulutusta sen jälkeen, ellei työllisty.

Moniammatillisen verkostotyön voima

– Eläkepäätöksellä kehitysvammahuollon asiakkaaksi

Leila oli toukokuussa 2008 työterveyshoitajalle tullessaan 26-vuotias avoliitossa elävä nainen. Hän oli ollut kuntouttavassa työtoiminnassa samassa valmisruokaa jakelevassa keittiössä jo useita jaksoja. Työaika oli neljä tuntia viitenä päivänä viikossa. Nuorten aktivointisuunnitelmia tekevä sosiaalityöntekijä ohjasi hänet terveydentilan selvitykseen. Ihmetyksen aihe oli, että Leila ei edennyt työllistymisen

polulla, vaan itse asiassa hän ei edelleenkään selvinnyt yksin ja itsenäisesti mistään työhön liittyvistä tehtävistä eikä työllisyystuella työllistämistä voitu hänen kohdallaan ajatella.

Terveydenhuollossa Leila oli asioinut harvakseltaan lähinnä infektiosta. Esitietolomakkeella hän ei tuonut esille mitään erityistä, mittausarvoissa verenpaine oli hieman koholla, hän ei tupakoinut, alkoholia kului kymmenkunta olutta viikossa. Pikalukitestin ja masennusseulan hän täytteli ripeästi, eikä niistä noussut mitään erikoista. Leilan ulkoasu oli siisti, tyyli ikäiselleen sopiva, hän oli näyttävä ja fyysisiltä ominaisuuksiltaan riittävän vahvan oloinen keittiötöihin. Hänellä oli kokin ammattitutkinto seitsemän vuoden takaa. Vastaanotolla hän oli varsin vähäpuheinen, lähinnä vastaili kysymyksiin.

Koska Leilan kokonaistilanne oli jotenkin ristiriitainen ja terveystoijan mielestä hänellä tuntui olevan hidas ymmärryskyky, ohjelmoitiin neuropsykologin tutkimus. Tutkimustilannetta varten selviteltiin taustatietoja tarkemmin: Leila oli ollut perheneuvolan testeissä 6-vuotiaana, hänellä oli todettu hahmotushäiriöitä ja ohjelmoitu puheterapiaa. Koulupsykologin lausunnolla hänet oli siirretty erityisluokalle kolmannella luokalla (lahjakkuus vahvasti keskitasoa heikompi), kokin ammattitutkinto olikin suoritettu mukautetusti. Avoimilla työmarkkinoilla oli ollut kaksi yritystä: toinen työsuhte liukuhihnalla oli kestänyt kolme päivää, toinen elintarviketehtaassa 30 päivää.

Neuropsykologi totesi lievän älyllisen kehitysvammaisuuden ja suosittelee toimeentulon järjestämiseksi eläkeratkaisua. Leilan itsensäkin mielestä tulojen saaminen eläkkeenä olisi hyvä vaihtoehto, koska hänen ei sitten tarvitsisi enää asioida työvoimatoimistossa eikä täytellä lappuja. Omalääkäri teki B-lausunnon eläkkeen hakemista varten lokakuussa. Projektiterveyshoitaja ja tuttu sosiaalityöntekijän auttoivat Leilaa eläkehakemuksen tekemisessä, liitteiksi tulivat neuropsykologin lausunto sekä yhteenveto tehdyistä aktivointitoimenpiteistä eli harjoitteluiden ja kuntouttavan työtoiminnan väliarvioinneista ja sujumisesta (tässä tapauksessa sujumattomuudesta). Kelan päätöstä saatiin odottaa huhtikuun lopulle 2009, mutta lopulta eläke myönnettiin taannehtivasti kesäkuun alusta 2008.

Leila jatkoi koko prosessin ajan samassa paikassa saman työn tekemistä. Päätöstä odotellessa oltiin yhteydessä kehitysvammahuollon sosiaalihoajaan ja Työvalmennuskeskuksen avotyönohjaajaan, joka neuvotteli valmiiksi työn jatkumismahdollisuuksista. Kun eläkepäätös lopulta tuli, yhteispalaverissa tapahtui asiakkuuden vaihto saattaen tutulta sosiaalityöntekijältä kehitysvammapuolelle. Tilanne on aikaisempaa parempi senkin puolesta, että kehitysvammaisten sosiaalihoajaalla on enemmän mahdollisuuksia käydä tapaamassa Leilaa työpaikallaan kuin mitä oli aktivointisuunnitelmia tekevällä sosiaalityöntekijällä. Kela teki takaisinperimättömyyspäätöksen maksamistaan aktivointirahoista, koska eläke myönnettiin kokoaikaisena.

Leila ei ole ollut ainoa kehitysvammainen, joka löytyi hankkeen aikana huonosti työllistyneiden asiakkaiden joukosta. Mistä johtuvat palveluprosesseissa

olevat katkokset ja virheet, jotka johtavat siihen, että vuosia, jopa vuosikymmeniä, yritetään kuntouttaa avoimille työmarkkinoille ihmisiä, joilla ei ole mahdollisuuksia sinne milloinkaan sijoittua?

Nuoren asiakkaan kuntoutumispolku kohti koulutusta

– Oikean hoidon ja kuntoutuksen piiriin terveystapaamisen avulla

Jaakko on alle 25-vuotias mies, jonka opiskelu ammattiopistossa eri paikkakunnalla keskeytyi masennuksen takia ja hän muutti takaisin kotipaikkakunnalleen. Puolen vuoden ammattiopisto-opiskelun aikana hän sai suoritettua vain yhden kurssin.

Koulutuskeskeytymisen ja kotipaikkakunnalle paluumuuton jälkeen Jaakko ilmoittautui työvoimatoimistoon. Töitä ei ollut tarjolla ja Jaakko haki toimeentulotukea sosiaalitoimistosta. Jaakolle myönnettiin toimeentulotukea, sillä työmarkkinatukeen hänellä ei ollut oikeutta. Puoli vuotta Jaakko oli toimeentulotukiasiakkaana, ja hän koki itsensä masentuneeksi ja aloitekyvyttömäksi. Jaakko ohjautui kuitenkin työ- ja elinkeinotoimistosta nuorille tarkoitettuun työvoimapolitiittiseen ohjaavaan koulutukseen ja sai suoritettua 4 ½ kuukauden kurssin loppuun.

Sosiaalityössä oltiin huolissaan Jaakon terveydentilasta ja suunnitteilla oli aloittaa kuntouttavaa työtoimintaa ja toteuttaa sitä ennen terveystapaaminen terveydenhoitajan vastaanotolla. Jaakko kävi terveystapaamisessa ja terveydenhoitajan keskustelussa ilmeni masennusta, aloitekyvyttömyyttä, passiivisuutta ja vähäsanaisuutta. BDI depressioseulasta Jaakko sai 21 pistettä, mikä kuvastaa keskivaikeaa masennustilaa. Jaakon päivät kuluivat lähinnä kotona makaamisessa. Jaakko koki itsensä täysin työkyvyttömäksi. Tulevaisuuden suunnitelmia Jaakolla ei ollut. Terveydenhoitaja ohjasi Jaakon terveystakeskuslääkärin vastaanotolle, jossa Jaakolle aloitettiin masennuslääkitys ja Jaakko ohjattiin avomielen terveyspalvelun piiriin. Alussa Jaakko oli noin kuukauden ajan sairauslomalla. Mielen terveyspalveluissa Jaakko aloitti psykiatrisen sairaanhoitajan luona vastaanottokäynnit ja depressiolääkitys jatkui. Kahden kuukauden avokuntoutusjakson aikana vointi koheni ja sosiaalityöntekijä ohjasi Jaakon työvoiman palvelukeskuksen (TYP) asiakkuuteen.

Pikku hiljaa TYP-asiakkuuden alettua Jaakko alkoi miettiä tulevaisuuden suunnitelmia ja ammatinvalinta rupesi kiinnostamaan. Mielen terveyspalveluiden asiakkuus lopetettiin, sillä Jaakon elämäntilanne koheni huomattavasti ja masennus väistyi. Jaakko kävi ammatinvalinnanpsykologin vastaanotolla ja tämän jälkeen suunniteltiin työharjoittelua.

Yhteishaussa Jaakko haki opiskelupaikkaa ja tämän jälkeen aloitettiin työkokeilu harjoittelijana reilun kuukauden ajan viitenä päivänä viikossa,

joka onnistui hyvin. Harjoittelujakso keskeytyi kun Jaakko pääsi ohjaavaan työvoimapolitiittiseen koulutukseen. Koulutuksen Jaakko koki hyväksi. Jaakko ei tullut valituksi yhteishaussa koulutukseen, joten aloitettiin työharjoittelu. Jaakko haki uudelleen yhteishaussa opiskelupaikkaa. Harjoittelujakson aikana Jaakko kävi kahdessa eri pääsykokeessa. TYP:ssa tehtiin varasuunnitelmia Jaakon kanssa: mikäli Jaakko ei pääse yhteishaussa opiskelemaan, hän aloittaa aikuislukiossa peruskoulun päästötodistuksen numeroiden korottamisen. Seuraavassa yhteishaussa Jaakko pääsi opiskelemaan ammattiopistoon. Ulkoinen olemus Jaakolla muuttui positiiviseksi ja ryhdikkääksi ja halu saada opiskelupaikka oli kova. Asiakkuus kesti TYP:ssa yhteensä 1 ½ vuotta.

Terveystapaamisella oli merkittävä käännekohta Jaakon elämässä, sillä hän pääsi oikean hoidon ja kuntoutuksen piiriin sen avulla. Työllistävät ja koulutukseen tähtäävät toimenpiteet mahdollistuivat Jaakon elämässä voinnin kohentuessa.

Terveystarkastuksesta vahvistusta työkyvyttömyydelle

– masentuneisuutta ja vakava päihdeongelma

Veikko oli noin 45-vuotias mies, joka käytti reilusti alkoholia. Hän ei kuitenkaan ollut koskaan hakeutunut hoitoon alkoholiongelmansa takia. Asiakas lähetettiin PTT-hankkeen terveystarkastukseen TE-toimistosta, jossa asiakas nähtiin työkyvyttömäksi mm. rollaattorilla kulkemisen vuoksi. Asiakas oli aiemmin käynyt Reumasäätien sairaalassa työkykytutkimuksissa. Hoitoselosteessa asiakkaalle suositeltiin psykiatrista hoitoa, mutta asiakas ei ollut suostunut sinne menemään.

Terveystarkastukseen asiakas saapui omatoimisesti rollaattorilla. Tarkastuksessa todettiin masentuneisuutta ja vakava päihdeongelma. Terveystarkastaja lähetti asiakkaan laboratorioon ja mielenterveystoimistoon. Muita hoitonsuhteita (päihdeterapia/hammashoito/tetanustehoste) asiakas ei halunnut. Jatkokäynniltä asiakas ohjattiin lääkäriin ja fysioterapeutille. Lääkäri totesi asiakkaalla metabolisen oireyhtymän, selkärankareuman, alkoholismin ja maksasairauden. Lääkäri ohjasi asiakkaan edelleen diabeteshoitajalle. Lääkärin arvion mukaan asiakkaan työkykyä oli mahdotonta palauttaa. Todettiin työkykyarvion jatkuvan mielenterveystoimistossa. Asiakas ei motivoitunut mihinkään hoitoihin.

Työkykyarvion tehnyt psykiatri suositteli pään tietokonekuvausta ja neuropsykologisia tutkimuksia. Terveystarkastaja soitti TE-toimistoon lähettävälle virkailijalle ja neuvotteli työkykykyselytoteutustavasta. Sovittiin, että järjestetään yhteispalaveri TE-toimistossa. Terveystarkastajalla oli yhteispalaverissa mukanaan psykiatrin lausunto, mutta asiakas ei saapunut paikalle. Työvoimaneuvojan kanssa todettiin eläkeselvittelyt tarpeellisiksi ja sovittiin, että työhallinto maksaa jatkoselvittelyt. Uusi yhteispalaveri sovittiin ja sinne asiakaskin

saapui. Hänen lisäksi paikalla olivat sosiaalityöntekijä, työvoimaneuvoja ja terveydenhoitaja. Asiakas ilmoitti pystyvänsä olemaan raittiina ilman katkaisuhoidtoa.

Asiakas aikoi jättää prosessin kesken useita kertoja. Hän väsyi ajanvarauksiin ja usko meinasi loppua. Lukuisten puhelimessa käytyjen suostuttelujen jälkeen terveydenhoitaja sai motivoitua asiakkaan kaikkiin hoitoonohjauksiin ja ne myös toteutuivat. Asiakas sai ystäviltään kyydit eri paikkakunnilla tehtyihin tutkimuksiin.

Neuropsykologisissa tutkimuksissa ja pään tietokonetomografiakuvauksessa todettiin pitkään jatkuneen runsaan alkoholinkäytön seurauksia: aivokudoskatoa, suorituspuutoksia ja tasapainovaikeuksia. Asiakas todettiin työkyvyttömäksi. Sosiaalityöntekijä auttoi eläkehakemuksen teossa. Sairauspäivärahapäätös oli myönteinen ja eläkehakemus on parhaillaan käsiteltävänä. ●

5 Työttömien terveystalvelun juurruttamisen arviointi



Työttömien terveyspalvelun kehittämistä ja toteutumista on pyritty edistämään niin valtakunnallisesti kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon osoitetulla lisämäärärahalta kuin joillekin paikkakunnille / seutukunnille osoitetulla kehittämishankerahalla ja kehittämistyön tuella (PTT-hanke). PTT-hankkeen toisen vaiheen aikana 2009–2010 painopiste oli osahankkeissa kehiteltyjen toimintamallien ja työkäytäntöjen juurruttamisessa paikallisesti ja alueellisesti sekä toimiviksi koettujen työtapojen levittämisessä valtakunnallisesti. Arviointitutkimuksen tehtävänä oli arvioida työttömien terveyspalvelun toteutumista ja juurrutusta sekä osahankekunnissa ja -alueilla¹ että valtakunnallisesti.

Osahankkeita koskevat tutkimuskysymykset olivat:

- 1) Millaisiksi osahankkeissa kehitellyt toimintamallit muotoutuvat, kun niitä juurrutetaan pysyväksi osaksi kunnan/ alueen perustoimintoja? Mitkä tekijät aiheuttavat muutoksia toimintamalleihin?
- 2) Millaisin toimin osahankkeissa on pyritty juurruttamaan työttömien terveyspalvelun toimintamalleja ja -käytäntöjä? Millaiset toimet näyttävät edistäneen juurtumista? Mitkä muut tekijät vaikuttavat paikallis-alueellisesti palvelun juurtumiseen?

Näkökulmana arvioinnissa oli, *millainen prosessi työttömien terveyspalvelun juurruttaminen on ollut osahankkeissa.*

Valtakunnallisesti asiaa lähestyttiin hieman eri kysymyksillä:

- 1) Miten työttömien terveystarkastukset ja -palvelut toteutuvat valtakunnallisesti? Millaisia työttömien terveyspalvelumalleja on kehitetty?
- 2) Miltä toiminnan jatkuvuus näyttää valtakunnallisesti? Mitkä tekijät edistävät ja estävät työttömien terveyspalvelujen jatkuvuutta ja juurtumista? Millaiseksi valtakunnallisten toimien merkitys nähdään toiminnan juurruttamisessa?

Näkökulmana arvioinnissa oli, *millaiselta tilanne näyttää työttömien terveyspalvelun vakiintumisessa valtakunnallisesti.*

¹ Arviointitutkimuksessa olivat mukana ensimmäisessä hankevaiheessa olleet osahankkeet, jotka jatkoivat toiselle hankekaudelle (14) sekä *Työterveysneuvonta*-hanke. Vuonna 2010 juurrutusrahoitusta saaneet hankkeet eivät olleet mukana arviointitutkimuksessa.

Koska näkökulma ja tutkimuskysymykset ovat olleet hieman erilaisia osahankekohtaisessa ja valtakunnallisessa arvioinnissa, käsitellään näiden tuloksia omissa alaluvuissaan. Ensin esitellään arvioinnin keskeiset käsitteet ja teoreettinen tausta sekä tutkimusaineistot ja -menetelmät.

5.1 Mitä on juurruttaminen?

Hakusanalla ”juurrutus” google tarjoaa ensimmäisenä ohjeita pistokkaiden juurrutukseen. Kehittämishankkeiden kohdalla juurrutuksessa on kyse paljolti samasta asiasta; miten saada uuden kehittelyn toimintatavan juuret riittävän syvälle osaksi (oman) organisaation ja toimijaverkoston arkikäytäntöjä sekä uusien toimijoiden käyttöön, jotta hyväksi havaittu toiminta jatkuisi hankkeen päättymisen jälkeenkin.

Juuruttamiselle rinnakkaisia ja päällekkäisiä termejä projektityössä ovat muun muassa tulosten tai hyvien käytäntöjen levittäminen ja valtavirtaistaminen, jopa tuoteistaminen (ks. esim. Peltola & Vuorento 2007, 24–25; Juutinen 2000; Tuominen ym. 2005). Erilaisten käsitteiden käyttö kuvaa sitä, mitä elementtejä halutaan korostaa; levittämisessä korostuu tiedon tuottaminen, jalostaminen ja levittäminen muiden toimijatahojen, viranomaisten ja poliittisten toimijoiden tietoisuuteen. Valtavirtaistamisen käsitteessä korostetaan tietyn asian tai ajattelutavan omaksumista päätöksentekijöiden keskuudessa. Kehittävän työntutkimuksen orientaatiossa puhutaan projektin seuraamuksista, niiden kestävydestä ja leviämisestä (Kajamaa & Kerosuo 2006; Kajamaa ym. 2008). Alasoini (2006) kuvaa asiaa toisen asteen tulosten tuottamisena. Toisen asteen tulokset ilmenevät esimerkiksi jalostuneena osaamisena, uudenaikaisina vuorovaikutussuhteina sekä laajemmin sovellettavina malleina, jotka tuottavat hyötyä myös muille organisaatioille ja hankkeen sidosryhmille.

Juuruttamiselle läheisenä käsitteenä voidaan pitää myös *toimeenpanon* (implementaation) käsitettä. Toimeenpanotutkimuksessa tarkastelun keskiössä on julkisten toimintapoliittikkojen toteuttaminen (Virtanen 1994). Voidaan nähdä, että *juurruttamisen ja toimeenpanon käsitteet lähestyvät samaa ilmiötä eri suunnista; juurruttaminen projektitasolla syntyvien käytäntöjen paikallisesta jatkuvuudesta kohti laajempaa levittäytymistä ja vakiintumista yhteiskunnassa. Toimeenpanossa näkökulma on taas ylhäältä alaspäin; miten levittää ja vakiinnuttaa uutta lainsäädäntöä, ohjeita tai käytäntöjä alemmille tasoille* (alueellinen, paikallinen, organisatorinen). Yksinkertaisen ylhäältä alas -ajattelun sijasta toimeenpano nähdään kuitenkin useimmiten monisuuntaisena ilmiönä, jossa yhdistyvät sekä ylhäältä alas että alhaalta ylös -näkökulmat (ks. koontia näkökulmista esim. Junnila 2008; Leskinen 2001; Ala-Kauhaluoma 2007; Sihto 1997). Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön mahdollisuudet toimeenpanna uudistuksia yhdensuuntaisesti ylhäältä alas ovat hyvin rajoittuneet vahvan kunnallisen itsehallinnon ansiosta (Oulasvirta ym. 2002). Lainsäädännön, uusien ohjeistusten tai toimintatapojen käyttöönottoon vaikuttavat kuntatason päättäjien lisäksi myös muun muassa työntekijät ja asiakkaat (ks. esim. Keskitalo 2008).

Everett M. Rogers (1983) on tehnyt laajamittaista tutkimusta innovaatioiden leviämistä ja omaksumisesta. Rogersin (mt., 5–37) mukaan innovaatioiden diffuusio perustuu ensinää siihen, että on olemassa jokin *innovaatio*: idea, käytäntö tai tuote, joka koetaan uudenlaiseksi. Innovaation leviäminen ja omaksuminen tapahtuu tietyn *sosiaalisen järjestelmän* sisällä. Sosiaalisen järjestelmän voivat muodostaa esimerkiksi tietyn ammattikunnan edustajat tai yhteisiä päämääriä toteuttavat organisaatiot. Innovaation kehittäjillä ja toteuttajilla tulee olla toimivat *kommunikaatioväylät* tiedon levittämiseen toisille potentiaalisille innovaation käyttäjille. Kommunikaatioväylät voivat olla luonteeltaan tiedottavia ja/ tai ihmisten välisiä, kuten yhteisiä keskustelujä. Innovaation levittäminen ja omaksuminen on prosessi, johon tarvitaan riittävästi *aikaa*; tiedonsaanti uudesta käytännöstä ei johda heti käytännön vakiintumiseen vaan sitä edeltää muun muassa päätöksentekoon ja käyttöönottoon kuuluvia vaiheita innovaation omaksuvassa organisaatiossa. Lyhyesti diffuusio voidaan kuvaila prosessiksi, jossa innovaatio kommunikoidaan tiettyjen kanavien kautta riittäväällä ajanjaksolla tietyssä sosiaalisessa järjestelmässä. Diffuusio on sosiaalinen muutos, prosessi, jossa sosiaalisen systeemin rakenteessa ja tehtävissä tapahtuu muutoksia. Kyseessä on kaksisuuntainen oppimisprosessi, jossa sekä ympäristö muokkaa innovaatiota että ympäristöä muokataan innovaation vastaanottamiseen (Kivisaari ym. 1999; Kivisaari 2001).

Juuruttamista tai toimeenpanoa voidaan tarkastella eri tasojen kautta: kansallisella tasolla, paikallisella tasolla, kumppanuuden tasolla ja organisaation tasolla (Pelto & Vuorento 2007). Exworthyn ja Powellin (2004) mukaan toimeenpanossa keskeistä on eri tasojen välinen toiminta: 1) keskushallinnon ja paikallistason välillä, 2) eri keskushallinnon toimijoiden välillä ja 3) eri paikallistason toimijoiden välillä.

Kansallisella tasolla juurruttaminen voi toteutua esimerkiksi erilaisten ohjelmien ja hankkeiden kautta. PTT-hanke on konkreettinen esimerkki valtakunnallisesta hankkeesta, jolla pyritään juurruttamaan pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja -palveluja osaksi kunnallista palvelujärjestelmää. Hanke sisältyy myös valtakunnallisiin ohjelmiin. Valtionosuusmäärärahan lisäys pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin on myös kansallisen tason toimenpide työttömien terveystarkastusten ja -palvelun juurruttamiseksi.

Paikallis-seudullisella tasolla juurruttamista voidaan tarkastella niin poliittisen päätöksenteon ja strategiatyön kuin hallinnonkin näkökulmista. Kunnan-/ kaupunginvaltuustot ja lautakunnat ovat avainasemassa jos halutaan saada uusia toimintoja osaksi kunnan toimintapolitiikkaa ja strategioita. Valmistelutyössä ja strategioiden käytäntöön viemisessä avainasemassa ovat taas hallinnon vastaavat ja toimialajohto.

Kumppanuuden tasolla kyse on toimivien verkostosuhteiden luomisesta niihin toimijoihin, jotka ovat keskeisiä uuden toiminnon toteutuksessa. Verkostoituminen ja yhteistyö ovat keskeisiä jo toiminnan kehitellessä, mutta uusien toimintakäytäntöjen ja yhdessä sovittujen toimintatapojen juurtuminen on aina pidempiaikainen prosessi ja vaatii hanketoimijoilta aktiivista työskentelyä.

Organisaation tasolla kyse on uuden toiminnon juurtumisesta osaksi hanketoimijan oman organisaation toimintaa. Keinoina voivat olla esimerkiksi työyksikön sisäinen koulutus tai strukturoidut keskustelutilaisuudet.

Yksittäisen paikallistason hankkeen näkökulmasta suunta on toisin päin; omasta organisaatiosta kohti politiikkatasoa, joissakin tapauksissa valtakunnalliselle tasolle asti.

Levittäminen voidaan ymmärtää tiedon ja kokemusten jakamista muille paikkakunnille ja toimijatahoille. Tällä tarkoitetaan yleistä tiedottamista, kuten informaation jakamista sellaisissa tilaisuuksissa joissa kohderyhmää ei voida etukäteen määritellä; verkkoviestintää, seminaareja, raportteja jne. Lisäksi voidaan järjestää räätälöityjä ja kohdennettuja vertaisvierailuja ja vertaisoppimisfoorumeja.

Tässä tutkimuksessa *juurruttamisella tarkoitetaan toiminnan tulosten ja toimivien käytäntöjen siirtämistä projektitoimintaa laajemmiksi ja yleisemmiksi toimintatavoiksi*. Sillä tarkoitetaan kokemusten, tulosten ja työkäytäntöjen levittämistä ja sisällyttämistä organisaatioiden normaalikäyttöön ja toimintaan sekä toimintastrategioihin niin toiminnan tasolla kuin päätöksenteon ja politiikan tasoilla. PTT-osahankkeiden tasolla juurruttamista arvioidaan näkökulmana vertikaalinen ja horisontaalinen juurruttaminen paikallisesti ja joissakin tapauksissa myös seudullisesti.

Työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen valtakunnallista vakiintumista tarkastellaan niiden toimenpiteiden kautta, joita valtionhallinnossa on toteutettu sekä peilaamalla toteutettuja toimenpiteitä kunnissa tapahtuvaan toimintaan ja siihen, miten kunnissa arvioidaan asiaa edistetyn. *Tarkastelu on lähempänä toimeenpanon perinteistä lähestymistä, jossa tarkastelunäkökulma on ylhäältä alaspäin – miten valtionhallinnossa toteutetut asiat ovat edistäneet toiminnan kehittämistä ja vakiintumista?* Valtakunnallista PTT-hanketta ja THL:n roolia arvioidaan vain siltä osin kun se on tullut esille kunnille suunnatuissa kyselyissä; tarkempaa analyysia tästä ei tehdä, koska arvioija on itse ollut mukana toteuttamassa hanketta.

5.2 Tutkimusaineistot ja -analyysimenetelmät

Juurruttamisen arviointi on suoraa jatkoa PTT-hankkeen ensimmäisen vaiheen arviointiin (Saikku 2009). Vertailuaineistona hyödynnetään siten aiemmin kerättyä aineistoa osahankkeiden volyymeista, ohjausryhmille 2009 tehdystä kyselystä ja valtakunnallisesta kyselystä 2008. Uusina aineistoina käytetään seuraavia aineistoja:

1) Osahankkeiden volyymiseuranta 1.3.2009–30.9.2010

Osahankkeiden volyymiseurantaa uudistettiin ja täsmennettiin 1.3.2009 lähtien. Hanketyöntekijät tilastoivat kaikki hankkeeseen liittyvät asiakaskäynnit. Käynti- ja asiakasmäärien lisäksi saadaan tieto asiakkaiden iästä, sukupuolesta, peruskoulutuksesta, viimeisen työsuhteen ajoituksesta, lähettävästä tahosta, käyntisyyistä, terveystarkastuksen tuloksesta todettujen yleisimpien terveystarkastuksen osalta ja terveydenhoitajan arvion mukaan työkyvystä sekä asiakkaan ohjauksista eteenpäin toisille tahoille. Volyy-

miseurannan avulla saadaan tietoa hankkeiden asiakaskunnasta ja sen mahdollisista muutoksista ja erilaisten palvelumallien eroista. Aineistoa analysoidaan tilastollisin menetelmin (suorat jakaumat, ristiintaulukointi ja merkitsevyys). Tiedot hankkeiden asiakasvolyymeistä löytyvät luvusta 4, tässä luvussa aineistoa hyödynnetään toimintamalleissa tapahtuneiden muutosten kuvaamisessa.

2) Valtakunnallinen kysely kunnille 2009

Kaikkien manner-Suomen kuntien työttömien terveydenhuollosta vastaavalle toimielimelle/ viranhaltijalle lähetettiin internetkysely marraskuussa 2009. Kysely sisälsi kaksi osaa, joista ensimmäinen oli suunnattu kaikille kunnille, ja toinen osa niille kunnille, joissa suunnitelmallisesti toteutetaan tai on toteutettu työttömien terveystarkastuksia. Kyselyn ensimmäiseen osaan saatiin 157 vastausta (222 kuntaa, vastausprosentti 64) ja kyselyn toiseen osaan 65 vastausta (95 kuntaa). Kyselyn tuloksia on esitelty laajemmin erillisjulkaisussa (Saikku 2010).

3) Osahankkeiden juurrutus- ja levittämissuunnitelmat

Osahankkeiden toiminnan tueksi juurruttamisen toimenpiteiden suunnitteluun ja toteutukseen luotiin keväällä 2009 suunnitelmapohja, joka on toiminut myös hankkeiden väliraportoinnin välineenä. Pohjassa on eroteltu juurruttamisen eri tasoja: oma organisaatio, verkostotahot, hallinto ja päätöksenteko sekä levittäminen. Suunnitelmassa voidaan määritellä kenelle tietoa/ tuloksia/ tuotteita levitetään ja juurrutetaan, millä välineillä eli keinoilla ja materiaaleilla tätä tehdään sekä millä resursseilla ja aikataululla toimitaan. Lisäksi kuvataan tehdyn toimenpiteen tavoite ja arvioidaan sen toteutumista ja sovittuja asioita. Osioiden loppuun on varattu tilaa puolen vuoden ja vuoden kuluttua tehtäville itse-arvioinneille, joiden avulla kukin hanke voi pohtia mitä on konkreettisesti saavutettu ja mitkä asiat ovat tätä mahdollisesti edistäneet ja estäneet. Arviointi voidaan tehdä yhdessä esimerkiksi ohjausryhmän kanssa. Juurruttamis- ja levittämissuunnitelmat saatiin tutkimusaineistoksi 11 osahankkeesta. Aineistoa analysoidaan pääasiassa laadullisin menetelmin sisällönanalyysillä, jota täydennetään osahankkeiden kyselyn tiedoilla. Juurruttamisen arviointi niiden osahankkeiden kohdalla, joista ei toimitettu ko. suunnitelmaa tutkimusaineistoiksi, pohjautuu pääasiallisesti osahankkeiden omaan loppuraportteihin.

4) Kysely osahankkeiden vastuuhenkilöille ja hanketyöntekijöille

Kaikkien osahankkeiden vastuuhenkilöille ja hanketyöntekijöille lähetettiin internetkysely heinä-syyskuussa 2010. Kyselyssä pyydettiin arvioita osahankkeen toimintamallin kehittelyyn ja toiminnan vaikutuksiin sekä juurruttamiseen ja toiminnan jatkuvuuteen liittyvistä asioista. Kysely lähetettiin 29:lle henkilölle, joista 23 vastasi kyselyyn (vastausprosentti 79). Aineistoa analysoidaan määrällisin ja laadullisin menetelmin ja tuloksia yhdistetään juurruttamis- ja levittämissuunnitelmista saatun tietoon.

5) Muu aineisto (osahankkeiden loppuraportit, työkokoukset, hankekäynnit)

Arvioinnissa on myös hyödynnetty osahankkeiden tuottamia loppuraportteja. Taustoitavana aineistona arvioinnissa hyödynnetään hankkeen yhteisissä työkokouksissa käytyjä keskusteluja sekä hankepaikkakunnilla käydyissä keskusteluissa saatua informaatiota.

Valtakunnallisen vakiintumisen arviointi pohjautuu valtionhallinnossa toteutettujen toimenpiteiden ja kuntakyselyiden tulosten analyysiin. Tarkastelua tehdään väljässä toimeenpanotutkimuksen kehikossa, jolloin kiinnostuksen kohteena ovat toisaalta valtionhallinnon toimeenpanomekanismit ja toisaalta kunnissa toteutunut toiminta (ks. esim. Ala-Kauhaluoma 2007; Exworthy & Powell 2004; myös Lundquist 1987). Osahankkeiden juurruttamisen arvioinnissa käytetään Rogersin (1983) innovaatioiden diffuusion kehikkoa. Kunkin osahankkeen toimintamallin ja toimintatapojen juurruttamista arvioitiin kehikkoa käyttäen seuraavasti:

1) Innovaatio

Millainen uudenlainen toimintamalli/ työskentelytapa/ ajattelutapa tai yhteistyökuvio hankkeessa on kehitetty?

2) Sosiaalinen järjestelmä

Millainen sosiaalinen järjestelmä/verkosto osahankkeessa on muodostunut? Onko hanke toiminut paikallisesti vai alueellisesti? Mitä tahoja ja toimijoita hankkeessa on ollut mukana? Mille taholle tai tahoille uutta toimintamallia tai työskentelytapaa on pyritty juurruttamaan?

3) Kommunikaatio

Miten juurruttamista on toteutettu? Mitä kommunikaatioväyliä on käytetty? Onko juurruttaminen painottunut tietyille tasoille? Onko kommunikointi painottunut tiedotukseen vai henkilökohtaisiin keskusteluihin?

4) Aika

Missä tilanteessa paikkakunnalla ollaan kun hanke on päättymässä? Rogersin mukaan innovaation omaksuminen on prosessi, jossa voidaan hahmottaa erilaisia vaiheita: tieto – suostuttelu – päätöksenteko – käyttöönotto – vakiintuminen; missä vaiheessa hankepaikkakunnalla ollaan hankkeen päättyessä?

5.3 Juurruttaminen paikallisesti

PTT-hankkeen ensimmäisen vaiheen arvioinnin (Saikku 2009) johtopäätöksissä todettiin, että osahankkeiden työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen perustoteutus oli hyvin samanlainen kaikissa hankkeissa. Perusmallissaan palvelu sisältää terveydentai sairaanhoitajan tekemän terveystarkastuksen, asiakkaan neuvonnan ja ohjauksen, osallistumisen moniammatilliseen yhteistyöhön ja asiakkaan ohjaamisen etenkin terveyspalvelujen piiriin. Osahankkeissa kehitetyt toimintamallit parhaimman erotteleväksi asiaksi osoittautui palvelun rakenteellinen kiinnittyminen, jolla näytti olevan

jonkinasteista vaikutusta niin asiakaskunnan rakenteeseen, verkostoitumiseen ja moniammatillisen tiimityön mahdollisuuksiin kuin toiminnan vahvuuksiin ja haasteisiin.

Rakenteellisen kiinnittymisen mukaan toimintamallit eroteltiin viiteen luokkaan:

- 1) TYP-toimintaan tiiviisti kiinnittynyt
- 2) TYP-toimintaan löyhästi kiinnittynyt
- 3) terveyskeskukseen kiinnittynyt
- 4) TE-toimistoon kiinnittynyt ja
- 5) kunnan työllistämistoimintaan kiinnittynyt toimintamalli.

Seuraavaksi kuvaillaan erilaisten toimintamallien ominaispiirteitä arvioinnin ensimmäisen vaiheen tulosten pohjalta.

5.3.1 Osahankkeiden toimintamallit kehittämisvaiheessa

1) TYP-toimintaan tiiviisti kiinnittynyttä terveyspalvelun toimintamallia on jo aiemmin kehitetty ja toteutettu useissa työvoiman palvelukeskuksissa (ks. esim. Arnkil ym. 2004; Saikku 2008). Toimintamalli TYP:n terveyspalvelussa rakentuu terveydenhoitajan terveystarkastuksista, asiakkaiden neuvonnasta ja ohjauksesta, ryhmämuotoisen toiminnan (kuntoutus, liikunta, elintavat) organisoinnista, yhteistyöstä palveluja tuottavien yksityisten ja kunnallisten tahojen kanssa, konsultoinnista, lausuntojen antamisesta kuntoutus- ja eläkeasioissa sekä osallistumisesta TYP:n moniammatilliseen tiimityöhön. Myös työterveyshuolto-tyyppiset tehtävät työvoimapolitiittisissa toimenpiteissä tai kuntouttavassa työtoiminnassa mukana oleville saattavat kuulua terveydenhoitajan toimenkuvaan. Neljä ensimmäisen vaiheen osahanketta arvioitiin TYP-toimintaan tiiviisti kiinnittyneiksi: Etelä-Karjala, Joensuu, Helsinki ja Salo.

TYP:een kiinnittävää terveyspalvelua vahvasti määrittävä ominaisuus on, että terveystarkastukset ja -palvelut kohdistuvat vain TYP:n asiakaskunnalle. TYP-toiminta on erityispalvelu-luonteista palvelua valikoidulle asiakaskunnalle. Verkostojen ja yhteistyön näkökulmasta terveyspalvelun 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 palveluntuottajia. TYP-toimintamallissa terveydenhoitajan on helppo päästä laaja-alaisiin yhteyksiin ja saada moniammatillista tukea ja tietoa oman työnsä tueksi. Terveydenhoitajan ammatillisen tuen näkökulmasta mallin haasteena on yhteys perusterveydenhuoltoon. Vaikka palvelu olisi hallinnollisesti perusterveydenhuollossa, voi terveydenhoitajan fyysinen sijoittuminen erilleen muusta terveyspalvelusta hankaloittaa yhteydenpitoa ja yhteenkuuluvuutta. Palvelukeskuksessa usein yksin ammattikuntaansa edustavalla terveydenhoitajalla ei välttämättä ollut samoja mahdollisuuksia päivittää terveydenhuollon osaamistaan ja saada ammatillista tukea kuin terveyskeskuksessa toimivalla terveydenhoitajalla.

2) *Löyhemmin TYP-toimintaan kiinnittyneiksi* osahankkeiksi arvioitiin Itä-Häme, Itä-Savo, Rovaniemi ja Lieksa. Myös Hyvinkään palveluohjaukseen keskittyvä hanke kiinnittyi TYP-toimintaan. TYP-toimintaan löyhemmin kiinnittyneissä hankkeissa palvelu pohjautui TYP-toimintaan, mutta asiakaskuntaa ja toimintaympäristöä laajennettiin. Yhteisenä lähtökohdana hankkeille oli, että paikkakunnalla/ alueella oli TYP, mutta siellä ei 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. Asiakaskunta muodostui vaihtelevammaksi kuin TYP:een tiiviisti kiinnittyneessä palvelussa.

Verkostoitumisen ja yhteistyön näkökulmasta liittyminen TYP-palveluun avasi hanketoimijoille/ terveydenhoitajille mahdollisuuden moniammatilliseen tiimityöskentelyyn ja tiedonsaantiin työttömien palveluun liittyvistä toimijatahoista. Haasteelliseksi TYP-toimintaan löyhästi kiinnittyneen palvelun työttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa tekee omistajuudesta sopiminen; kuka palvelun omistaa ja kenelle sitä tarjotaan? Palvelumallin vahvuutena on yhteys TYP-toimintaan; TYP:n kautta terveydenhoitajat saavat asiantuntemusta työttömyyteen liittyvissä asioissa ja tietoa muun muassa mukaan liittyvistä tahoista ja toimijoista.

3) *Terveyskeskukseen kiinnittyneiksi toimintamalleiksi* arvioitiin Forssan seudun, Oulun ja Sastamalan osahankkeiden toimintamallit. 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 kiinnittyneestä 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.

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. Terveydenhoitajille tarjoutuu mallissa selkeä ammatillinen työyhteisö, johon kiinnittyä. 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.

Haasteena voidaan nähdä verkostoituminen TE-hallinnon ja sosiaalitoimen suuntaan. Terveydenhoitajan fyysinen erillisuus muista toimijoista ja yhteisen tietojärjestelmän puuttuminen vaativat selkeästi määriteltyjä tiedotuksen ja tiedonkulun välineitä sekä sovittuja käytäntöjä moniammatilliseen työskentelyyn. Yksi haaste toi-

minnan sijoittumisessa osaksi terveydenhoitajan muita työtehtäviä on tiedon ja kiinnostuksen ylläpitäminen kohderyhmästä. Pitkään työttömänä olleet ja mahdollisesti monia erilaisia ongelmia omaavat kuntalaiset eivät välttämättä ole toivotuinta asiakas-kuntaa terveyskeskusten kiireisessä työtahdissa. Vaarana voi myös olla näkökulman supistuminen terveydentila-painotteiseksi sen sijaan, että asiakkaan kokonaistilannetta tarkasteltaisiin laaja-alaisesti etsien vastauksia myös terveyden ja terveyspalvelujen ulkopuolelta; sosiaalisista suhteista, taloudellisesta tilanteesta, TE-hallinnon ja sosiaalitoimen palveluista tai vapaaehtoistoiminnasta.

4) TE-toimistoon kiinnittyneiksi toimintamalleiksi määriteltiin Kotkan ja Vantaan osahankkeet. Vantaan osalta kiinnittyminen TE-toimistoon oli tosin heikkoa, ja pohjautui asiakkaiden poimintaan. Näissä osahankkeissa näkökulma haluttiin tietoisesti kohdistaa TYP-palvelun ulkopuolella oleviin TE-toimiston pitkäaikaistyöttömiin asiakkaisiin. Asiakaskunta muodostui hankkeissa iäkkäämmäksi kuin useimmissa muissa hankkeissa. Toimintatavaltaan molemmissa hankkeissa keskityttiin pääasiallisesti terveystarkastuksiin, mistä johtuen hankkeiden asiakasmäärät olivat varsin suuret. 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. Kokemukset osoittivat, että työntekijän fyysinen sijoittuminen TE-toimistoon madalsi asiakkaiden kynnystä tulla terveystarkastukseen. Käytännössä terveystarkastuksiin ohjautui paljon iäkkäämpää ja mm. eläkeselvittelyn tarpeessa olevaa asiakaskuntaa. Näissä tilanteissa yhteys myös sosiaalitoimeen on usein tärkeä.

5) Kunnan työllistämistoimintaan kiinnittyneet toimintamallit olivat ominaisia pienemmällä paikkakunnilla, joissa ei ollut TYP-toimintaa eli Harjavallan, Hämeenkyrön ja Liedon osahankkeissa. Näissä hankkeissa painopiste oli palveluohjausmallin kehittämisessä, ja terveyspalvelu näyttäytyi vain osana toimintaa. Terveystarkastus-toiminnan hallinnointi työllisyystoiminnasta käsin mahdollisti 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. Ei TYP-paikkakunnilla työllistämisyksikköön tai -toimintaan kiinnittynyt palvelu tarjoa hyvin samanlaisen toimintamallin kuin TYP:een kiinnittynyt palvelu. Toisenlainen näkökulma kunnan työllistämistoimintaan kiinnittyneestä palvelusta voisi avautua niissä kunnissa, joissa on myös TYP-toimintaa. Näissä kunnissa voisi olettaa, että kunnan työllistämispalveluun ohjautuisivat sosiaalitoimesta myös esimerkiksi ne asiakkaat, joilla työllistymisen tavoitteet ovat hyvin kaukana tai jopa olemattomia. Oletettavaa on, että tässä asiakaskunnassa esimerkiksi eläkeselvittelyt voisivat nousta yhdeksi keskeiseksi toimintamuodoksi. Toisaalta kuntouttavan työtoiminnan kautta voitaisiin tavoittaa hyvin myös nuoria työttömiä.

5.3.2 Muutokset osahankkeissa ja toiminta juurruttamisvaiheen aikana

Hankkeen toisen vaiheen ja juurruttamisen alkaessa oltiin useilla paikkakunnilla jo kehittämissä toimintamallia uuteen suuntaan. Itä-Häme ja Itä-Savo alkoivat selkeämmin suuntautua terveyskeskukseen kiinnittyvän toimintamallin kehittelyyn ja juurruttamiseen. Kotkassa näköpiirissä oli kiinnittyminen sosiaalitoimeen ja kunnan työllistämispalveluihin. Myös Vantaalla haettiin samankaltaista yhteyttä kiinnittämällä toiminta osaksi Vantaan Valoa eli kaupungin, aikuiskoulutuksen ja sosiaalisen yrityksen yhteistoimintaa. Etelä-Karjalan hankkeessa alettiin suunnitella työttömien terveyspalvelun mallia koko uuden sosiaali- ja terveystieteiden alueelle. Hankkeessa ei tehty enää asiakastyötä. Forssan seutu, Sastamala, Oulu, Rovaniemi, Lieksa, Salo, Hyvinkää, Harjavalta ja Lieto lähtivät toiseen hankevaiheeseen ilman merkittäviä muutoksia toimintamallissaan. Uutena hankkeena aloitti Kuopion kaupungin ja Työterveyslaitoksen Työterveysneuvonta-hanke, jonka tavoitteena oli luoda toimintamalli perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välimaastoon. Joensuun, Helsingin ja Hämeenkyrön hankkeet eivät jatkaneet enää toisella hankekaudella.

Juuruttamisvaiheen käynnistyessä oltiin siis tilanteessa, jossa ainakin kuudessa hankkeessa juurrutettava toimintamalli oli enemmän tai vähemmän uusi. Myös hallinnoiva taho ja hanketyöntekijät olivat osassa paikkakuntia vaihtuneet. Erilaiset muutokset hankkeissa ja siihen liittyvässä toiminnassa olivat kaiken kaikkiaan yleisiä; kaikissa hankkeissa tapahtui ainakin joitakin toimintaan selvästi vaikuttaneita muutoksia hankekauden aikana. Osahanketoimijoille suunnattuun kyselyyn vastaajista syksyllä 2010 vain reilu kolmannes oli ollut mukana hankkeen alusta alkaen vuodesta 2007 lähtien, ja joka viides oli tullut mukaan vasta juurrutusvaiheen aikana.

Muutoksia 2007–2010	%
Toimintaa hallinnoiva taho muuttunut	39 %
Toimintaa toteuttava toimipiste muuttunut	44 %
Toiminnan resurssit (henkilöstö, tilat) muuttuneet	48 %
Asiakaskunta/ ohjaukriteerit muuttuneet	48 %
Toiminnan yhteydet muihin toimijoihin muuttuneet	70 %

Taulukko 14. Osahankkeissa ja toiminnassa tapahtuneita muutoksia hankkeen aikana osahanketoimijoiden arvon mukaan vuonna 2010 (n=23).

Noin joka kolmannessa hankkeessa hanketta hallinnoiva taho muuttui jatko-hankkeen käynnistyessä. Jatkohankekaudelle pyrittiin löytämään sellainen hallinnoija, joka oli valmis juurruttamaan toimintaa pysyvämmäksi toiminnaksi. Muutamissa osahankkeissa tämä tarkoitti siirtymistä terveystoimen tai sosiaali- ja terveystoimen alle, muutamissa taas siirtymistä sosiaalitoimen tai keskushallinnon alle paikkakunnasta

riippuen. Myös ohjausryhmien kokoonpanoissa tapahtui muutoksia juurruttamisvaiheen käynnistyessä, esimerkiksi puheenjohtaja vaihtui hallinnoivan tahon vaihtuessa tai ryhmään kutsuttiin mukaan myös työttömien yhdistys. Kahden osahankkeen alueella toteutui hankkeen aikana kuntaliitos, ja useilla paikkakunnilla tapahtui myös pienimuotoisempia organisaatiouudistuksia esimerkiksi sosiaalitoimessa ja Kelassa.

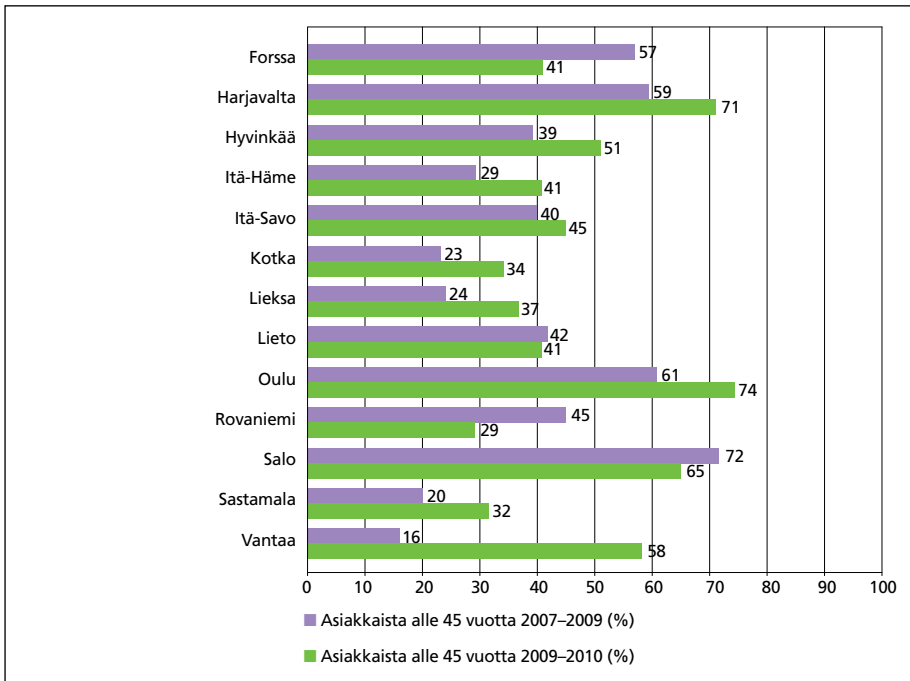
Toimipiste-muutokset liittyivät usein siihen, millaista toimintamallia hankkeessa pyrittiin juurruttamaan. Jos tavoitteena oli juurruttaa toiminta terveyskeskuksen vastaanotto toimintaan, nähtiin järkevänä siirtää myös hanketyöntekijä sinne, mikäli hän oli aiemmin työskennellyt fyysisesti muualla. Muutokset toiminnan resursseissa liittyivät usein henkilökuntavaihdoksiin. Muutamissa osahankkeissa muutokset liittyivät siihen, että toimintaan koulutettiin mukaan useampia terveydenhoitajia. Kahdessa osahankkeessa uudet perehdytetyt terveydenhoitajat aloittivat työskentelynsä jo juurruttamisvaiheen käynnistyessä.

Asiakaskunnan muutokset koettiin usein lisääntyneinä asiakasmäärinä hankkeen edetessä. Kysynnän kasvaessa osassa hankkeita myös luovuttiin tarkemmista asiakaskriteereistä ja laajennettiin toiminta koskemaan kaikkia palvelun tarpeessa olevia työttömiä. Yhteistyön koettiin selvästi lisääntyneen ja laajentuneen muiden paikallisten ja alueellisten toimijoiden kanssa. Hankkeen alussa yhteistyötä tehtiin useimmissa hankkeissa etenkin TYP:n ja TE-toimiston kanssa, mutta hankkeen edetessä mukaan tulivat vahvemmin esimerkiksi terveyskeskus, sosiaalitoimi ja kolmannen sektorin toimijat.

Paikallisten toimijatahojen lisääntyneestä sitoutumista työttömien terveystarkastus- ja palvelumallin luomiseen saadaan kuvaa vertaamalla osahankkeiden ohjausryhmien jäsenten arvioita eri toimijoiden sitoutumisesta vuonna 2009 osahanketoimijoiden arvioihin vuonna 2010. Terveyskeskuksen hyvin sitoutuneeksi arvioivien osuus kasvoi 38 %:sta 52 %:iin, mielenterveystoimiston 13 %:sta 22 %:iin ja kolmannen sektorin toimijoiden 23 %:sta 32 %:iin. Noin 70 % arvioi edelleen TE-toimiston ja TYP:n hyvin sitoutuneiksi, myös sosiaalitoimiston hyvin sitoutuneeksi arvioivien osuus pysyi ennallaan noin 50 %:ssa.

Volyymitietojen perusteella on myös nähtävissä muutoksia miltei kaikkien osahankkeiden kohdalla asiakaskuntaan liittyen. Kun asiakaskunnan ikäjakaumaa tarkastellaan vuoden 2009 arvioinnin mukaisesti jaottelulla alle 45-vuotiaisiin ja 45-vuotiaisiin ja sitä vanhempiin, kahdeksassa osahankkeessa asiakaskunnassa oli selvästi enemmän alle 45-vuotiaita kuin ensimmäisellä hankekaudella ja kolmessa osahankkeessa taas enemmän 45-vuotiaita tai vanhempia asiakkaita. Vain Itä-Savon ja Liedon osahankkeissa asiakaskunnan ikäjakauma pysyi miltei ennallaan. Suurin muutos oli Vantaalla, jossa asiakkaista aiemmin alle 45-vuotiaita oli 16 % ja vuosina 2009–2010 58 %.

Asiakaskunnan muutokset heijastelevat joiltakin osin muutoksia toimintamalleissa. Vantaalla terveydenhoitajan tarkastuksiin ohjautui jatkohankkeen aikana kuntouttavassa työtoiminnassa aloittavia ja työtoiminnassa mukana olevia asiakkaita aiemman yleisen kutsumenettelyn sijaan. Kotkassa asiakkaita ohjautui paljon myös sosiaalitoimesta. Molemmissa osahankkeissa toimintamalli kiinnittyi jatko-



Kuvio 4. Alle 45-vuotiaat asiakkaat osahankkeittain vuosina 2007–2009 ja 2009–2010 (%).

hankkeen aikana osaksi kunnan työllistämispalveluja TE-toimiston sijaan ja asiakaskunta nuoreni.

Salossa toteutettiin jatkohankkeen aikana terveystarkastuksia myös TE-toimiston pitkäaikaistyöttömille asiakkaille ja kuntouttavan työtoiminnan asiakkaille TYP-asiakkaiden lisäksi. Myös Rovaniemelle hankkeeseen ohjautui aiempaa enemmän asiakkaita TE-toimistosta TYP:n lisäksi. Näissä osahankkeissa asiakaskunta oli jatkohankkeen aikana iäkkäämpää.

Toisaalta esimerkiksi Oulun hankkeen toimintamallissa ei tapahtunut suuria muutoksia asiakkaiden ohjautumisen suhteen, mutta silti asiakaskunnassa oli entistä enemmän alle 45-vuotiaita. Ensimmäisessä hankevaiheessa useissa osahankkeissa koettiin vaikeaksi tavoittaa ja motivoida nuoria terveystarkastuksiin. Nuorempien asiakasryhmien osuuden kasvu jatkohankkeen aikana kertonee myös siitä, että muiden tahojen tietämys hankkeesta ja osaaminen nuorten motivoinnissa terveystarkastuksiin lisääntyi hankkeen aikana.

Osahankkeissa toteutetun toiminnan painopisteistä saa kuvaa asiakaskäyntien luokittelun kautta (ks. myös luku 4). Kun keskimäärin hankkeessa vuosina 2009–2010 toteutuneista asiakaskäynneistä 32 % oli terveystarkastuskäyntejä, oli näitä suhteellisesti selvästi enemmän Oulun (94 %), Kuopion (84 %), Rovaniemen (84 %) ja Lieksan hankkeissa (71 %). Näissä osahankkeissa toimintamalli rakentui selkeimmin terveydenhoitajan terveystarkastukseen, jonka jälkeen asiakas ohjattiin muihin tarvittaviin

palveluihin. Monissa muissakin osahankkeissa (Kotka, Forssan seutu, Itä-Häme, Salo, Sastamala ja Vantaa) terveystarkastuskäyntejä oli selvästi enemmän kuin keskimäärin, mutta näissä hankkeissa oli löydettävissä myös muita painopistealueita.

Itä-Hämeen (38 %), Sastamalan (37 %) ja Kotkan (27 %) hankkeissa seuranta-käyntien osuus käynneistä (keskimäärin 13 %) oli suhteellisesti suuri. Osittain kyse voi olla siitä, että näissä hankkeissa tavattiin keskimääräistä useammin jo ensimmäisessä hankevaiheessa mukana olleita asiakkaita. Sastamalan osahankkeessa kehiteltyyn toimintamalliin kuului aina seurantakäynti terveydenhoitajan luona. Kotkassa taas toteutettiin myös eläkeselvittelyjä, jotka vaativat useampia käyntejä työntekijän luona.

Salon hankkeessa oli päivystyskäyntejä (22 %) suhteellisesti eniten. Päivystyskäynnillä tarkoitettiin asiakkaan käyntiä työntekijän luona ilman ajanvarausta. Keskimäärin päivystyskäyntejä oli vain 3 % käynneistä, joskin kaikissa osahankkeissa niitä ei välttämättä tilastoitu. Esimerkiksi Vantaan osahankkeessa toteutui todellisuudessa paljon päivystysluonteisia käyntejä terveydenhoitajan luona. Terveydenhoitajan toimissa TYP:n tai työpajan tiloissa on oletettavaa, että asiakkaat asioivat myös ilman ajanvarausta paikalla ollessaan.

Itä-Savon hankkeessa toteutui etenkin vastaanottokäyntejä, koska terveydenhoitaja piti vastaanottoa useammalla kolmannen sektorin toimintapaikalla. Hankkeen käynneistä 56 % oli tällaisia vastaanottokäyntejä. Moniammatillisia palavereja (keskimäärin 8 %) toteutui suhteellisesti eniten Liedon (29 %) ja Forssan seudun (25 %) hankkeissa. Molemmissa osahankkeissa korostettiin moniammatillisen yhteistyön kehittämistä.

Palveluohjaukseen keskittyneissä osahankkeissa käynnit olivat usein alkukartoituskäyntejä tai palveluohjauskäyntejä. Harjavallan hankkeessa käynneistä 92 % oli palveluohjauskäyntejä, Hyvinkäällä 43 % ja Liedossa 33 %. Hyvinkään käynneistä 20 % oli alkukartoituskäyntejä ja Liedon käynneistä 12 % (keskimäärin 4 %). Asiakkaan kanssa yhdessä käyminen jossain palvelussa tai esimerkiksi lääkärin vastaanotolla oli yleisintä Hyvinkään palveluohjaushankkeessa (9 % käynneistä, keskimäärin 1 %).

5.3.3 Toimintamallin juurruttamisen prosessi osahankkeissa

Osahankkeiden juurrutuksen arvioinnissa hyödynnettiin innovaatioiden diffuusioon (Rogers 1983) pohjautuvaa kehikkoa. Aineistoina olivat osahankkeiden juurrutus- ja levittämissuunnitelmat, osahanketoimijoille suunnatun kyselyn tulokset sekä osahankkeiden omat loppuraportit.

Uusien toimintamallien, toimintatapojen tai ajatusten levittäminen ja juurruttaminen pohjautuu siihen, että on olemassa jokin idea tai käytäntö, joka koetaan uudeksi eli *innovaatioksi*. Useimmilla osahankepaikkakunnilla ja -alueilla innovaatio oli työttömien terveystarkastusten ja -palvelun järjestämistapa sekä siihen liittyvät uudet ohjaus- ja yhteistyörakenteet. Hanketoimijoille tehdyn kyselyyn mukaan useat pitivät olennaisena myös uuden ajattelutavan juurruttamista koskien toisaalta muun muassa työttömiin kohdistuvia ennakkoluuloja ja toisaalta kokonaisvaltaista ja verkostomaista

työskentelytapaa. Noin puolet vastanneista koki, että osahankkeessa oli pyritty juurruttamaan uudenlaista toimintamallia ja noin puolet, että juurruttaminen koski pikemmin uutta työkäytäntöä kuin kokonaista toimintamallia.

Se, mikä asia tai toimintatapa koetaan uudeksi, on tietysti riippuvainen paikkakunnasta ja toimijoista. Jollain paikkakunnalla uudeksi koettu asia voi olla toisella paikkakunnalla ”arkirutiinia”. Arvioinnin puitteissa ei ollut mahdollista selvittää, miten kullakin osahankkeen paikkakunnalla ja alueella koettiin innovaatioksi, mutta osahankkeiden tavoitteista ja loppuraporteista saa kuvaa asiasta. Esimerkiksi muutamissa osahankkeissa tavoitteena oli luoda ja juurruttaa alueellinen toimintamalli työttömien terveystarkastuksiin ja -palveluun. Joissakin osahankkeissa painottui taas asiakkaan palvelupolun hahmottaminen ja eri toimijoiden vastuutus. Oletettavaa on, että osahankkeiden tavoitteet heijastelivat paikkakunnan toiminnassa koettuja vajeita tai kehittämistarpeita.

Innovaation leviäminen ja omaksuminen tapahtuu tietyn *sosiaalisen järjestelmän* sisällä. Kaikissa osahankkeissa oli hyvin laajat verkostot. Oikeastaan kaikilla paikkakunnilla verkostoon kuuluivat ainakin TE-toimisto, TYP (silloin kuin alueella sellainen oli), sosiaalitoimi, perusterveydenhuolto, mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, Kela sekä kolmannen sektorin toimijoita ja projekteja. Lisäksi useissa hankkeissa verkostoiduttiin myös erikoissairaanhoidon, työterveyshuoltoon, oppilaitoksiin, liikuntatoimeen jne. Useimmissa osahankkeissa juurruttaminen toteutui pääasiassa projektityöntekijän toimesta. Tämä vei paljon työaikaa asiakastyöltä. Muutamissa osahankkeissa myös hankkeen vastuuhenkilö (useimmiten esimies organisaatiossa, johon toimintaa juurrutettiin) oli aktiivisesti mukana juurruttamisessa.

Juuruttamisen näkökulmasta kiinnostavaa on, oliko yhteistyö edellä mainittujen tahojen kanssa asiakastyöhön keskittyvää vai pyrittiinkö myös luomaan yli hankkeen keston ulottuvia toimintalinjauksia. Osahankkeiden välillä oli nähtävissä eroja; toisissa hankkeissa juurruttamiseen tähtäävät toimenpiteet keskittyivät omaan tai lähiyhteistyössä oleviin organisaatioihin, toisissa taas pyrittiin juurruttamaan toimintaa hyvin laajasti eri sektoreilla. Hankkeen ohjausryhmä näyttäytyi selvästi yhtenä keskeisenä tahona, jota voitiin hyödyntää juurruttamistyössä yli sektorirajojen, silloin kun se sellaisen roolin oli valmis ottamaan. Muutamissa osahankkeissa hyödynnettiin jo olemassa olevia monisektorisia kokoonpanoja, kuten kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmää.

Kommunikaatioväylät tiedon levittämiseen toisille potentiaalisille innovaation käyttäjille voivat olla luonteeltaan tiedottavia ja/ tai ihmisten välisiä, kuten yhteisiä keskusteluja (Rogers 1983). Osahankkeissa koottu tieto osoittaa, että henkilökohtaiset keskustelut ja tapaamiset olivat erittäin keskeisiä toiminnan juurruttamisessa. Valtaosa toteutetuista juurrutustoimenpiteistä oli henkilökohtaisia tapaamisia eri toimijoiden kanssa aina yksittäisistä asiakastyöntekijöistä toimialajohtajiin ja poliittisiin päättökentekijöihin.

Myös tiedotusluonteisia tilaisuuksia tarvittiin, jotta tieto toimintatavoista tavoitetaisi mahdollisimman hyvin kaikki toimijat. Projektityöntekijöiden kokemus useamman vuoden hankkeen aikana olikin, että tiedotusta tulee ylläpitää aktiivisesti koko

ajan, koska henkilökunnan vaihtuvuus on suurta ja asiat, joiden kanssa ei välttämättä työskennellä päivittäin unohtuvat helposti. Tiedotusta järjestettiin niin toimintaa toteuttavan organisaation sisällä kuin yhteistyökumppaneihin päin esimerkiksi yhteisissä seminaareissa.

Juuruttamistoimenpiteiden lisäksi osahankkeissa panostettiin vaihtelevasti myös yleisempään toiminnasta tiedottamiseen ja levittämiseen. Miltei kaikkiin osahankkeisiin liittyen ilmestyi ainakin yksi paikallinen lehtijuttu, muutamissa osahankkeissa oli myös valtakunnallista medianäkyvyyttä. Kaikki osahankkeet järjestivät jatkohankkeen aikana alueellisen seminaarin yhteistyössä THL:n kanssa. Muutamista osahankkeista osallistuttiin myös THL:n järjestämiin vertaisoppimistilaisuuksiin tai sellaisia organisoitiin itse halukkaiden kuntien kanssa.

Palvelun asiakkaat ovat myös tärkeä tiedotuksen kohde. Asiakkailla on oikeus tietää tarjolla olevasta palvelusta, ja tällöin he myös osaavat kysyä ohjausta siihen muista palvelupisteistä tai sektoreilta. Asiakkaille suunnattu tiedotus toteutui pääasiallisesti kunnan nettisivujen kautta, sanomalehtiartikkelien välityksellä sekä tiedotteilla, joita jaettiin esimerkiksi TE-toimistoon. Muutamilla hankepaikkakunnilla järjestettiin myös kuntalaisille suunnattu tapahtuma, terveyspäivä tai vastaava, jonka yhteydessä voitiin informoida työttömien terveystarkastuksista muun terveyden edistämistyön ohessa. Hanketyöntekijät kokivat asiakkaiden suuntaan tärkeänä tiedotusväylänä ”puskaradion” eli palvelussa jo olleiden tuttavapiirissään levittämän tiedon. Myönteiset kokemukset kannustivat muitakin ottamaan yhteyttä. Myös esimerkiksi työpajoille jalkautuminen ja siellä toteutetut terveystarkastukset levittävät asiakkaiden tietoisuutta toiminnasta.

Innovaation levittäminen ja omaksuminen on prosessi, johon tarvitaan riittävästi aikaa; tiedonsaanti uudesta käytännöstä ei johda heti käytännön vakiintumiseen vaan sitä edeltää muun muassa päätöksentekoon ja käyttöönottoon kuuluvia vaiheita innovaation omaksuvassa organisaatiossa. Rogersin mukaan innovaation omaksuminen on prosessi, jossa voidaan hahmottaa erilaisia vaiheita: tieto – suostuttelu – päätöksenteko – käyttöönotto – vakiintuminen. Hankepaikkakunnilla oltiin juurrutusprosessin eri vaiheissa, joka on vaikuttanut siihen millaisia juurrutustoimenpiteitä ja miten on nähty tarpeelliseksi toteuttaa.

Millaisia juurruttamisen prosesseja on nähtävissä, kun tarkastelua tehdään osahankkeittain? Mitä osahankkeessa pyrittiin juurruttamaan, millaiset juurruttamistoimenpiteet painoutuivat, mitkä asiat edistivät tai estivät toiminnan juurtumista ja missä vaiheessa toimintamallin paikallisessa tai alueellisessa omaksumisessa ollaan kun osahanke on päättymässä? Tarkastelua tehdään tässä sen mukaan, millaista toimintamallia osahankkeessa kehiteltiin PTT-hankkeen ensimmäisessä vaiheessa.

Ne osahankkeet, jotka hankkeen ensimmäisessä vaiheessa arvioitiin terveyskeskukseen kiinnittyneiksi toimintamalleiksi, pysyivät pääpiirteissään ennallaan juurruttamisen aikana. Forssan seudulla, Oulussa ja Sastamalassa ei tehty suuria muutoksia itse toimintamalliin vaan painopiste oli kehitetyn mallin juurruttamisessa.

Oulussa ja Sastamalassa toimintamallin juurruttaminen osaksi muiden terveydenhoitajien toimenkuvaa ja levittäminen kaupungin tai alueen yleiseksi toimintata- vaksi käynnistyi jo ensimmäisen hankevaiheen aikana. Tämä tarkoitti muun muassa asiasta kiinnostuneiden terveydenhoitajien rekrytointia ja kouluttamista, käytännön opastusta ja konsultointia. Tiedotusta toteutuvasta toimintamallista ja sen edellyttämistä toimista voitiin tehdä jo ensimmäisen hankevaiheen aikana. Juurruttamis- vaiheen aikana paikkakunnilla hiottiin toimintakäytäntöjä, ylläpidettiin tietoisuutta toimintamallista ja varmistettiin toiminnan mukaantulo tuleviin strategia- ja hankevalmisteluihin. Innovaatioiden diffuusion kehikossa toimintamallia voitiin näillä paikkakunnilla/alueilla kuvailla jo *vakiintuneeksi*. Sastamalan perusturvakuntayhtymässä työskentelee seitsemän terveydenhoitajaa, jotka tekevät työttömien terveystar- kastuksia alueen terveysasemilla. Oulussa hankkeen aikana toimintamalliin perehdytettiin 24 terveydenhoitajaa sekä muuta terveyskeskuksen henkilökuntaa. Palvelu toteutuu osana vastaanottotyötä yhdeksällä terveysasemalla.

Juuruttamisen näkökulmasta erityisinä vahvuuksina Sastamalassa voitiin näh- dä terveydenhuollon johdon vahva sitoutuminen ja osallistuminen toimintamallin juurruttamiseen sekä monisektorisen yhteistyön ja strategiatyöskentelyn vahva poh- ja alueella. Myös Oulussa johdon sitoutuminen oli selkeää, lisäksi tärkeä tekijä oli hanketyöntekijän paikkakunnan tuntemus, aktiivinen verkostoituminen ja pysyvä sijoittuminen kyseisiin tehtäviin. Näin myös uusilla mukaan tulevilla toimijoilla oli tukea saatavilla. Juurruttamisvaiheen aikana Oulussa ja Sastamalassa hanketyönteki- järesurssia käytettiin paljon myös levittämistyöhön muille paikkakunnille esimerkiki vertaisoppimistilaisuuksiin sekä valtakunnalliseen levittämiseen osallistumiseen.

Forssan seudulla oli myös vahva terveydenhuollon johdon tuki toimintamallin vakiintumiselle alueen jatkuvaksi toiminnaksi. Varsinainen juurruttamistyö käynnisi- tyi jatkohankkeen aikana, joskin eri tahoja yhdistävää prosessikonsultaatiota toteu- tettiin jo hankkeen ensimmäisessä vaiheessa. Juurruttamista toteutettiin pääasiassa projektityöntekijän toimesta. Juurrutus painottui terveydenhuollon toimijoiden (esi- miehet ja terveydenhoitajat) perehdyttämiseen yhteisin tilaisuuksin ja tutustumis- käynnein. Kuntayhtymään kuuluvien kuntien perusturvalautakunnissa käytiin myös esittelemässä toimintamallia. Haasteeksi osoittautui esimiesten ja työntekijöiden si- touttaminen toimintaan muita osahankkeita selvästi lyhyemmän juurrutusvaiheen² aikana. Osanhankkeen päättyessä seitsemän aikuisneuvolan terveydenhoitajaa oli pe- rehdytetty toimintatapaan ja toiminnan seurantavastuu siirrettiin terveyden edistämi- sen toimintoihin hyvinvointiryhmälle. Toimintamallin jatkuvuutta ajatellen johdon näkökulmasta ollaan jo *käyttöönoton* vaiheessa, mutta välijohdon ja työntekijöiden sitoutuminen toimintaan voi vielä edellyttää panostusta (*suostuttelu*). Jatkosuunni- telmissa on muun muassa monisektorisen yhteistyön vahvistamista kehittämishank- keen avulla. Tärkeää on, että toiminnan seuranta on vastuutettu moniammatillisel- le työryhmälle.

2 Forssan seudun ja Itä-Hämeen jatkohankkeet päättyivät jo maaliskuun lopussa 2010.

Ensimmäisessä hankevaiheessa TYP-toimintaan löyhästi kiinnittynyttä toimintamallia toteuttaneet osahankkeet kokivat kaikki muutoksia toimintamallissaan juurruttamisvaiheen aikana. Useimmissa osahankkeissa alkuperäisenä tavoitteena oli terveyskeskustoimintaan kiinnittynyt toimintatapa, mutta hankkeen alkuvaiheessa toiminta oli käytännössä kiinnittynyt vahvemmin TYP-toimintaan kuin terveyskeskustoimintaan.

Jatkohankkeen aikana Itä-Hämeessä, Itä-Savossa ja Lieksassa toimintamallia alettiin juurruttaa perusterveydenhuoltoon ja TYP-yhteyttä väljennettiin. **Itä-Hämeen** osahankkeessa hallinnointi siirtyi TYP:sta sosiaali- ja terveystoimeen. Hanketerveydenhoitaja siirtyi fyysisesti Heinolan terveyskeskuksen tiloihin ja toimintaa nivottiin osaksi uuden aikuisneuvolan vastaanottoa. Samanlainen järjestely sovittiin myös Hartolan ja Sysmän osalta mukaan lukien nimetty terveydenhoitaja, mutta siellä käytännön työ ei vielä juurrutusvaiheen aikana käynnistynyt. Juurruttamistyö toteutui paljolti hanketerveydenhoitajan toimesta käsittäen paljon henkilökohtaisia tapaamisia terveydenhuollon sisällä ja verkostotahojen kanssa toimintakäytäntöjen sopimiseen liittyen sekä myös yleisempiä tiedotus- ja tutustumistilaisuuksia esimerkiksi terveyskeskuksen, TE-toimiston ja TYP:n henkilöstön välillä. Hankkeen päättyessä maaliskuussa 2010 oli sovittuna, että hanketerveydenhoitaja jatkaa työtä Heinolassa 1,5 päivää viikossa osana muuta työtään aikuisneuvolassa. Heinolan osalta voitiin nähdä, että toimintamalli oli *vakiintunut*. Saman työntekijän jatkaminen tehtävissä oli selkeä vahvuus toiminnan juurruttamisessa ja jatkuvuudessa. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon johdossa oli henkilöitä, jotka veivät asiaa eteenpäin aktiivisesti omissa yhteyksissään.

Itä-Savon Sosterin alueella aloitettiin juurruttamisvaiheessa alueen aikuisvastaanotto toiminnan sairaanhoitajien/ terveydenhoitajien koulutus työttömien terveystarkastusten toteuttamiseen. Koulutus toteutui osana laajempaa koulutuskokonaisuutta ja hoitoketjujen kehittämistä. Juurrutustyö toteutui hanketerveydenhoitajan ja hankevastaavan toimesta ja painottui kaiken kaikkiaan terveydenhuollon sisälle. Lisäksi toteutettiin kuntakierros alueen kunnissa, jossa kerrottiin toimintamallista ja kerättiin kuntatoimijoiden näkemyksiä toimintamalliin liittyen. Hankkeen päättyessä terveysasemilla oli nimetyt hoitajat työttömien terveystarkastuksiin, jotka toteutuvat osana muuta vastaanottoa. Toiminnan juurtumista edesauttoivat vastuuhenkilön aktiivinen osallistuminen hankkeeseen sekä toiminnan nivominen osaksi käynnissä olevaa laajempaa hoitoketjujen kehittämistyötä. Toiminnan jatkuvuuden näkökulmasta on nähtävissä vielä epävarmuustekijöitä, koska hankkeen päättyessä ollaan vasta sovitun toimintamallin *käyttöönoton* vaiheessa. Nähtäväksi jää, miten toiminta tulee käytännössä lähtemään käyntiin ja miten vastaanoton hoitajia osataan tukea kun hanketerveydenhoitaja on siirtynyt muihin tehtäviin. Myös aktiivisten ohjaus- ja yhteistyösuhteiden ylläpitäminen muihin sektoreihin voi olla haaste.

Lieksan osahankkeessa oli paljon vaihtuvuutta niin hanketyöntekijän osalta kuin ohjausryhmän jäsenissä ja kaupungin toimialajohdossa. Jatkohankkeessa hallinnointi siirtyi TYP:sta sosiaali- ja terveyspalvelukeskukseen ja hanketyöntekijänä

aloitti paikkakunnan tunteva sairaanhoitaja. Tavoitteena oli toimintamallin juurruttaminen osaksi perusterveydenhuollon toimintaa. Suunnitelmissa oli toiminnan liittämisen maahanmuuttajien terveystalvuluista vastaavan terveydenhoitajan toimenkuvaan. Juurruttamistyö toteutui pääasiassa hanketyöntekijän toimesta, ja painottui terveydenhuollon sisällä toteutuneisiin tapaamisiin ja työnjakokeskusteluihin. Jatkohankkeen aikana toteutui myös paljon tapaamisia verkostotoimijoiden kanssa, erityisesti kolmannella sektorilla. Hankkeen ohjausryhmä oli erittäin vaikutusvaltainen sisältäen muun muassa kaupunginjohtajan, sosiaalijohtajan ja johtavan lääkärin. Tämä tuki toiminnan juurtumista, kun ryhmässä voitiin jo sopia monista asioista. Toiminnan jatkamisessa päädyttiin lopulta ratkaisuun, jossa nimetyn kunnallisen työterveyden työterveyshoitajan työpanoksesta 25 % (1 päivä viikossa) määriteltiin kansanterveystyöhön eli käytännössä työttömien terveystarkastuksiin. Maahanmuuttajien suuresta määrästä johtuen arvioitiin, ettei sama työntekijä voi hoitaa myös työttömien terveystarkastuksia. Työterveyshoitajan perehdyttämisestä työttömien terveystalvuluun ja toimijaverkostoihin ei ole tietoa. Hankkeen päättyessä oltiin sovitun toimintamallin *käyttönoton* vaiheessa; toiminta alkoi marraskuussa 2010.

Myös **Rovaniemellä** hanketyöntekijät (terveydenhoitaja ja sosiaaliohjaaja) vaihtuivat jatkohankkeessa. Hankkeen vastuuhenkilönä jatkoi perusturvan ylilääkäri. Tavoitteena oli hankkeen alusta alkaen toiminnan juurtuminen perusterveydenhuoltoon vaikka hanketyöntekijät työskentelivät fyysisesti TYP:ssa. Henkilökunnan vaihtuminen ja muut paikalliset muutostekijät aiheuttivat tauon hanketoiminnassa ja jatkohankkeen aikana hanketerveydenhoitaja käytti paljon aikaa eri toimijaosapuoliin tutustumiseen ja heille toiminnasta tiedottamiseen. Vastuuhenkilö vei toiminnan jatkoesityksen perusturvalautakuntaan. Hankkeen loppuvaiheessa sovittiin, että kaksi terveystalvuluksen terveydenhoitajaa toteuttaa työttömien terveystarkastuksia vuonna 2011 yhteensä 130 kappaletta. Hoitajat saivat myös koulutusta aiheeseen syksyn 2010 aikana. Terveydenhoitajien fyysinen sijoittuminen (TYP vai terveystalvuluks) oli vielä auki hankkeen päättyessä. Sosiaaliohjaus ei jatku hankkeessa toteutetussa muodossa. Vastuuhenkilön asema ja sitoutuminen oli keskeistä toiminnan jatkuvuudessa. Hankkeen päättyessä oltiin sovitun toimintamallin *käyttönoton* vaiheessa. Toiminnan jatkuvuus vuoden 2011 jälkeen vaati vielä panostusta ja neuvotteluja kaupungin tilaaja- ja tuottaja-osapuolien välillä (suostuttelu).

Hyvinkäällä hankkeessa kehitelty toimintamalli ei liittynyt suoranaisesti työttömien terveystarkastusten toteuttamiseen vaan siihen miten työttömien palvelutarveta voitaisiin paremmin arvioida ja ohjata heidät tarvittaessa perusterveydenhuoltoon terveystarkastukseen. TYP:ssa toimiva palveluohjaaja oli keskeinen tekijä toimintamallissa, joka kohdistui kaikille työttömille. Hanketta hallinnoi TYP ja toteutusta ja juurruttamistyötä teki paljolti hankkeen palveluohjaaja. Hankkeen aikana työstettiin ja sovittiin eri toimijoiden kanssa hoitopolku työttömän työnhakijan terveydentilan ja työkyvyn selvittämiseksi. Tässä työskentelyssä oli mukana laaja verkosto käsittäen muun muassa terveystalvuluksen, a-klinikan, TYP:n, TE-toimiston ja psykiatrian yksikön esimiehiä. Hankkeen aikana palveluohjaaja työsti työttömien terveydentilan

kartoituslomakkeen TE-toimiston ja TYP:n työntekijöille ja antoi heille koulutusta asiaan liittyen. Hankkeen päättyessä palveluohjaajan työsuhde on sovittu toistaiseksi kahdeksi vuodeksi. Terveyskeskuksesta on nimetty yhteyshenkilö (terveydenhoitaja). Toimintamallin jatkuvuus on vahvasti palveluohjaajan varassa, joten toiminta jatkuu ainakin sovitun ajanjakson. Työttömien terveystarkastusten toteuttamisesta toimintamalliin liittyen on vähän tietoa.

Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa TE-toimistoon kiinnittyneiksi toimintamalleiksi arvioidut hankkeet Kotkassa ja Vantaalla muuttivat molemmat toimintamalliaan jo jatkohankkeen suunnitelmavaiheessa. Kotkassa terveydenhoitaja ja fysioterapeutti siirtyivät hallinnollisesti terveydenhuollosta sosiaalitoimeen työllistämistoiminnan alle. Hallinnointimuutoksen taustalla oli muun muassa terveydenhuollon haluttomuus hajasijoittaa terveyspalveluita, kun taas hankkeessa nähtiin fyysinen läheisyys muiden työttömien palveluiden kanssa tärkeänä. Fyysisesti terveydenhoitajan toimipiste sijaitsi edelleen TE-toimistossa, mutta asiakkaita ohjautui nyt myös sosiaalitoimesta ja kuntouttavasta työtoiminnasta. Terveystarkastusten lisäksi toimenkuvaan tulivat myös eläkeselvittelyt. Työllisyysyksikkö sijaitsi samassa rakennuksessa ennen jatkohankkeen aikana tapahtunutta muuttoa. Fysioterapeutin toimipiste siirtyi terveyskeskuksesta työllistämisyksikköön. Jatkohankkeen tavoitteena oli terveyspalvelun ja fysioterapeutin toimintojen juurtuminen osaksi työllisyysyksikön palvelua. TYP-toiminnassa työskenteli oma terveydenhoitaja. Juurrutustyö toteutui hankkeen vastuuhenkilön ja hanketerveydenhoitajan toimesta. Toimet painottuivat johdon suuntaan. Lisäksi toteutettiin käyntikierron eri valtuustoryhmissä, jolla pyrittiin samaan poliittisia päättäjiä toiminnan taakse. Hankkeen päättyessä ja TYP-terveydenhoitajan eläköitymisen myötä toiminnan jatkuvuutta oli alettu miettiä siten, että sama terveydenhoitaja vastaisi niin kunnan työllistämistoiminnan piirissä olevista kuin TYP-toiminnassa mukana olevista asiakkaista. Ratkaisua ei asian suhteen ole vielä tehty, terveydenhoitaja jatkaa kuitenkin työllistämisyksikössä vuoden 2011 alkupuolelle. Fysioterapeutin osa-aikainen toimi vakinaistettiin työllistämisyksikköön. Terveydenhoitajan työn osalta ollaan toimintamallin *suostuttelun ja päätöksenteon* vaiheessa.

Myös **Vantaalla** toimintamalli kiinnitettiin osaksi kaupungin työllistämistoimintaa ja työpajatoimintaa Vantaan Valoon. Terveydenhoitaja toteutti terveystarkastuksia muun muassa kuntouttavan työtoiminnan aloittaville sekä toimi työpajoille työskentelevien ”työterveyshoitajana”. Alkuperäisenä ajatuksena Vantaan hankkeessa oli toiminnan juurruttaminen osaksi perusterveydenhuollon toimintaa, mutta yhteistyön rakentaminen terveydenhuollon suuntaan osoittautui haastavaksi. Tarkempaa tietoa ei ole siitä, millaisia mahdollisia juurruttamistoimenpiteitä hankkeen aikana toteutettiin. Todennäköisesti hankkeen vastuuhenkilö eli kaupungin työvoiman palvelupäällikkö oli näistä vastuussa. Hankkeen päättyessä oli sovittu, että terveystarkastuksia tullaan jatkossa toteuttamaan kuntouttavassa työtoiminnassa aloittavilla kaupungin oman hankkeen myötä. Hankkeen kestosta ei ole vielä tietoa. TYP:ssä työskentelee lisäksi vakituisesti neljä terveydenhoitajaa. Työttömille on myös nimetty

oma lääkäri, jota terveydenhoitajat voivat konsultoida tarvittaessa. Tietoa ei ole, työskenteleekö lääkäri terveyskeskuksessa vai ostetaanko lääkäripalvelu.

Kuntien työllistämistoimintaan kiinnittyneiksi toimintamalleiksi ensimmäisessä vaiheessa arvioitiin palveluohjaukseen keskittyneet hankkeet Liedossa ja Harjavallassa. Liedossa jatkohankkeen pääasiallisena tavoitteena oli luoda monisektorista näkökulmaa työttömän työ- ja toimintakyvyn arviointiin palveluohjauksen avulla. Hanketta hallinnoivassa Kisällikellarissa työllistämistoimenpiteissä olleille oli jo ennen hanketta ostettu työterveyspalvelut työterveyshuollosta. Hankkeen myötä terveystarkastuksia laajennettiin myös muille pitkäaikaistyöttömille. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa toiminut päihdehoitaja vakinaistettiin terveyskeskukseen hankkeen päättyessä. Jatkohankkeessa hanketyöntekijänä jatkoi palveluohjaaja. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa käytiin myös keskustelua työttömien terveystarkastusten toteuttamisesta terveyskeskuksessa, mutta alueella päädyttiin siihen, että terveystarkastukset toteutuvat jatkossakin sosiaalitoimen rahoittamana ostopalveluna työterveyshuollosta. Toimintaan ohjataan valtionosuuksissa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin osoitetut määrärahat. Hankkeen myötä Kisällikellarin ja työllistämistoimien yhteyttä perusterveydenhuoltoon on vahvistettu saamalla päihdehoitajan toimi terveyskeskukseen. Päihdehoitaja toimii työttömien linkkinä perusterveydenhuoltoon. Juurruttamistyötä hankkeessa tehtiin palveluohjaukseen ja monisektoriseen työkyvyn arviointiin liittyen muun muassa tapaamalla keskeisiä toimijoita alueen kunnissa ja sopimalla kukin toimijatahon vastuut ja yhteistyökäytännöt. Työskentelytapa oli tavoitteellista ja toimivaa. Keskeisiä toimijoita olivat hankkeen vastuuhenkilö (työllisyssihteeri) ja palveluohjaaja. Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä seuraa jatkossa toiminnan toteutumista ja kehittämistarpeita. Palveluohjausresurssi saatiin jatkohankkeen aikana vakinaistettua. Paikkakunnalla ja lähikunnissa (Aura, Tarvasjoki) toimiva toimintamalli on *vakiintuneessa* vaiheessa.

Harjavallan hankkeessa kehiteltiin kunnan työllistämistoimintaa ja palveluohjausta siihen liittyen. Hankkeen ja toiminnan hallinnointi siirtyi jatkohankkeessa sosiaalitoimesta keskushallintoon. Tavoitteena oli vakinaistaa työllistämistoiminta ja siihen liittyvät resurssit paikkakunnalle. Hankkeen aikana ei luotu mallia työttömien terveystarkastuksiin tai -palveluihin. Työttömät ohjattiin terveyskeskuslääkärille terveystarkastukseen tarvittaessa, mutta tiedossa ei ole, että perusterveydenhuollon kanssa olisi sovittu toimintakäytännöistä terveystarkastuksiin liittyen. Alueella toimivan terveydenhuollon hankkeen kanssa ei tehty yhteistyötä. Juurruttamistoimenpiteinä hanketyöntekijä vei työllistämistoiminta-asiaa eteenpäin sosiaalijohtoon sekä teki muistion ja budjettiesityksen kaupungille. Työllistämistoiminnan jatkuminen on vielä epäselvää, toimintaa jatkuu ainakin vuoden 2010 loppuun. Työllistämistoiminnan osalta ollaan *päätöksenteon* vaiheessa.

Jatkohankekaudella TYP-toimintaan tiiviisti kiinnittyneistä toimintamalleista jatkoi vain Salon osahanke. Salossakin toimintamalli muuttui juurruttamisvaiheen aikana:

puhtaasti TYP-palveluun kuuluvasta terveyspalvelusta toiminta-ajatusta laajennettiin koskemaan myös muita pitkäaikaistyöttömiä. Muutoksen taustalla oli TYP:n muuttaminen samoihin tiloihin kunnan työllistämispalveluiden ja hankkeiden kanssa ja täten yhteistyön tiivistyminen esimerkiksi kuntouttavan työtoiminnan asiakkaiden kanssa. Juurruttamistyössä toimivat sekä hankkeen terveydenhoitaja että hankkeen vastuhenkilö TYP:sta. Juurrutustyötä tehtiin etenkin sosiaali- ja terveysjohdon suuntaan. Lähikuntien mittava kuntaliitos Salon kaupungiksi 2010 vaikeutti juurrutusta ja jatkosuunnitelmista sopimista. Hankkeen päättyessä kaupungille oli esitetty omaa terveydenhoitajaresurssia pitkäaikaistyöttömille, mutta päätöstä asiasta ei vielä ollut eikä tietoa palvelun fyysisestä sijoittumisesta jatkossa. Toimintamallin osalta ollaan siten päätöksenteon vaiheessa.

Etelä-Karjalan jatkohankkeessa ei tehty asiakastyötä vaan mallinnettiin työttömien ja maahanmuuttajien terveyspalvelujen toimintamallia uuden Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) alueelle. Sovittu toimintamalli perustuu terveystarkastusten toteuttamiseen osana terveyskeskustoimintaa. Etelä-Karjalan TYP:ssa työskentelee lisäksi kaksi terveydenhoitajaa, jotka eivät tee terveystarkastuksia. Alueella on päätetty toiminnan aloittamisesta omana pilotointina kahdella terveysasemalla, joista toisessa keskitytään työttömien terveystarkastuksiin. Toiminnan levittämiseen alueen kuntiin tullaan vielä hakemaan erillisrahoitusta vuonna 2011. Pilotoinnin kautta saadaan lisää *tietoa* toimintamallin käytännön toteutuksesta, joten tässä mielessä alueella ollaan toiminnan levittämisen ja juurtumisen alkuvaiheessa.

Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen ja Työterveyslaitoksen **Työterveysneuvontahanke** käynnistyi vasta syksyllä 2008 eli PTT-hankkeen ensimmäisen vaiheen aikana. Käytännön työ hankkeessa aloitettiin vuonna 2009. Hankkeessa työskentelivät terveydenhoitaja ja tutkija. Hanke poikkesi muista osahankkeista siinä, että hanke ja toimintamalli eivät syntyneet paikallisten toimijoiden vaan Työterveyslaitoksen aloitteesta. Työterveyslaitos halusi pilotoida kehittämäänsä Työterveysneuvonnan toimintamallia. Työterveysneuvonnan ajatus on terveyspalvelu, joka sijoittuu perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välimaastoon. Kohderyhmänä ovat työttömien lisäksi myös muut työterveyshuollon ulkopuolella olevat työkäiset. Myös hankkeessa tavoitteena oli saada palvelun piiriin vähemmän aikaa työttömänä olleita ja nuoria. Tältäkin osin toiminta-ajatus poikkesi muista PTT-hankkeista. Kuopion kaupunki ei ollut valmis antamaan työntekijäresurssia hankkeeseen, joten hankkeeseen palkattiin työterveyshoitaja. Terveydenhoitaja työskenteli terveyskeskuksen tiloissa, ja hänellä oli hankkeen puitteissa mahdollisuus ostaa konsultaatiota työterveyshuollosta. Hankkeen asiakkaat ohjautuivat pääosin TE-toimistosta sekä sovitun mukaisesti työpajalta ja muutamista ammatillisista oppilaitoksista, joissa olivat osallistumassa työvoimakoulutukseen. Asiakkaille tehtiin terveystarkastus, ja heidät ohjattiin tarvittaessa perusterveydenhuollon tai muiden palveluiden piiriin. Työterveyshuollon konsultaation käyttö oli vähäistä. Yksi selittävä tekijä tälle oli, että hankkeen asiakaskunta painottui nuorempiin työt-

tömiin eikä tässä asiakaskunnassa ollut aiempaa suhdetta työterveyshuoltoon tai tarpeita työkyvyn arvioinneille.

Työterveysneuvonta-hankkeessa toteutunut paikallinen juurrutustyö oli vähäistä johtuen siitä, että painopiste oli hankkeen ja sen toiminnan esittelyssä sekä työnjaoista sopimisessa muiden verkostotoimijoiden kanssa. Tutkija kävi myös haastattelemassa eri tahojen edustajia tutkimustyötään varten. Paikallisen juurruttamisen sijasta hankkeessa toteutettiin laaja-alaista tiedotusta ja levittämistyötä. Hankkeen puitteissa toteutettiin muun muassa valtakunnallinen seminaari ja tehtiin vaikuttamistyötä sosiaali- ja terveysministeriön suuntaan. Toimijaresurssina oli myös muita hankkeessa mukana olevia Työterveyslaitoksen asiantuntijoita. Hankkeen päättyessä toiminta ei tule jatkumaan Kuopiossa. Terveystarkastukset ja yhteistyö työterveyshuollon kanssa toteutuivat hankerahoituksella eikä kaupunki ole valmis jatkamaan palvelua tai ostamaan sitä työterveyshuollosta. Kuopiossa on oma terveydenhoitaja TYP-toiminnassa. Juurtumista estäviä tekijöitä olivat todennäköisesti hankkeen lyhyt kesto sekä toimintamallin tuonti ulkoapäin ja siitä johtuva kaupungin heikko sitoutuminen toiminnan toteuttamiseen ja jatkamiseen.

5.3.4 Juurruttamista edistäneet ja estäneet tekijät

Osahankkeissa toteutettujen juurruttamistoimenpiteiden ja -prosessien kautta toimintamallin ja -tapojen juurtumisen onnistuminen näyttäytyy monen tekijän summana (ks. myös esim. Karjalainen & Lahti 2001; Peltola & Vuorento 2007). Hankkelyöntekijöiden valinnalla, osaamisella ja aktiivisuudella oli suuri merkitys. Toiminnan jatkuvuuden mahdollisuuksia paransi, jos hankkelyöntekijä voitiin valita organisaatiosta, jossa toimintaa suunniteltiin jatkettavan, ja hankkelyöntekijä saattoi jatkaa samoissa tehtävissä hankkeen jälkeen. Innostunutkaan hankkelyöntekijä ei kuitenkaan voinut yksin juurruttaa toimintaa. Toimialajohdon sitoutuminen ja halu viedä asiaa eteenpäin poliittiseen päätöksentekoon oli ratkaisevaa. Poliittiseen päätöksentekoon suuntautuvassa juurrutustyössä tärkeää oli muun muassa ajoitus; uusia avauksia kannatti tuoda esiin silloin kun toiminta- ja taloussuunnitelmia valmisteltiin. Toiminnan sisällyttäminen keskeiseen terveydenhuollon tai työllisyyden strategiaan antoi toiminnalle painoarvoa ja jatkuvuutta yli yhden talouskauden.

Hankkeissa todettiin myös väliesimiestason tärkeys; vaikka ylin johto olisi tehnyt asiasta myönteisen päätöksen, toiminnan käytännön toteutuksessa esimiehillä oli merkittävä rooli. Esimiehet saattoivat toimillaan joko edesauttaa uuden toimintakäytännön käyttöönottoa tarjoamalla työntekijöille mahdollisuuksia esimerkiksi koulutukseen osallistumiseen tai ajankäyttöön ko. toiminnassa, tai häivyttää sitä päinvastaisin toimin. Näin ollen esimiestasoa olisi tärkeä saada mukaan ja sitouttaa toimintaan hankkeen alusta alkaen. Hankkeen ohjausryhmällä saattoi olla merkittävä rooli juurtumisen edistämässä, mikäli ryhmään saatiin riittävän päätösvaltaisia ja asiasta kiinnostuneita jäseniä. Ryhmän jäsenet pystyivät viemään asiaa tehokkaasti eteenpäin omilla toimialueillaan ja yhteistyösuhteissaan.

Monisektorinen verkostotyö näyttäytyi elinehtona toimivalle työttömien terveyspalvelulle. Konkreettisisissa asiakastilanteissa tapahtuvan yhteistyön kautta työntekijät oppivat tuntemaan toinen toisiaan sekä toistensa organisaatioiden toimintatapoja ja -mahdollisuuksia. Juurruttamisen näkökulmasta oli tärkeää mahdollistaa näitä kokemuksia myös toimintaa aloitteleville työntekijöille. Eri toimijatahojen sitouttaminen vaati yhteisiä keskusteluja, toimintatavoista ja vastuista sopimista. Tätä sopimista ei voitu toteuttaa vain työntekijä-tasolla vaan mukaan oli saatava myös esimiehet/ johto eri sektoreilta. Kunnassa tai alueella jo olemassa olevien monisektoristen yhteistyökokoonpanojen hyödyntäminen oli kannattavaa; uusi toimintatapa saatiin näin nivottua osaksi olemassa olevia käytäntöjä. Tällaiset kokoonpanot voitiin myös nimetä seuraamaan ja kehittämään toimintaa jatkossa. Jatkuvuuden kannalta oli tärkeää, että toiminnalle nimettiin vastuuhenkilö ja -taho.

Seuraavaan taulukkoon on koottu osahankkeissa toteutettuja juurruttamistoimenpiteitä sen mukaan, millä tasolla (oma organisaatio, kumppanit, virkamiesjohto ja hallinto tai poliittinen päätöksenteko ja strategiatyö) niitä toteutettiin. Taulukkoon ei ole listattu läheskään kaikkia osahankkeissa toteutettuja toimenpiteitä vaan valikoiden niitä, joita toteutettiin yleisimmin tai, jotka näyttäytyivät uusina ja kiinnostavina toimintatapoina. Lisäksi taulukkoon on koottu asioita, jotka näyttävät aineiston perusteella edistävän tai hankaloittavan uuden toimintatavan tai -mallin juurtumista kullakin tasolla.

ORGANISAATIOTASO

oma organisaatio / organisaatio, johon toiminto pyritään juurruttamaan

Toimenpiteitä juurtumisen tueksi

- Henkilökohtaiset keskustelut lähiesimiehen kanssa
> toiminnan suunnittelu ja jatkuvuuden varmistaminen.
- Yleiset tiedotustilaisuudet koko henkilökunnalle
> toimintatavoista tiedottaminen
> oltava mahdollisuus tuoda esille myös huolenaiheita ja kysymyksiä.
- Toimintaa jatkossa toteuttavien perehdyttäminen ja koulutus
> esimiehen ja johdon tuki, jotta ihmiset osallistuvat.
- Tuutorointi ja konsultointi toimintaa aloittaville työntekijöille
> henkilökohtainen ja asiantunteva tuki toiminnalle.
- Henkilökohtaiset keskustelut ja yhteiset tapaamiset oman organisaation (esimerkiksi terveyskeskus) muiden työntekijäryhmien kanssa
> eri työntekijäryhmien tietoisuus ja sitouttaminen toimintamalliin.

Juurrutusta edistäviä tekijöitä

- Hanketyöntekijöiden rekrytointi pysyvästi kunnassa/ ko. organisaatiossa työskentelevistä.
- Työntekijän/-tekijöiden mahdollisuus jatkaa samoissa tehtävissä hankkeen jälkeen.
- Sovitaan ja nimetään työntekijät, jotka jatkavat toimintaa sekä vastuuhenkilö jatkossa.
- Uusien toimintaan mukaan tulevien kouluttaminen ja perehdytys hankkeen aikana.
- Koulutukseen kannustetaan tai veloitetaan johdosta, ja siihen annetaan työajallisesti mahdollisuus osallistua.
- Ammatillinen tuki uusille toimijoille myös hankkeen päättyessä.
- Lähiesimiesten sitoutuminen toimintaan, jotta työntekijät voivat sitä käytännössä toteuttaa (aikaresurssit jne.).
- Toimintakäytännöistä sopiminen organisaatiossa (esim. kirjaaminen, lähete-palaute).
- Jatkuva tiedotus.

Juurrutusta estäviä/hidastavia tekijöitä

- Hanketyöntekijä ei tunne paikkakunnan toimijoita, verkostoja ja toimintatapoja.
- Hanketyöntekijävaihdokset ja niistä seuranneet katkokset hanketyössä.
- Toiminnan kehittäminen ja juurruttaminen profiloituu vahvasti hanketyöntekijään, joka ei työskentele pysyvästi tehtävissä.
- Lähiesimiehiä ja työntekijöitä aletaan sitouttaa toimintaan vasta hankkeen lopulla.
- Välijohdo ei sitoudu toimintaan, jolloin toteutus käytännössä hankalaa.
- Perehdytys suunnataan vain muutamille työntekijöille, jolloin vaarana toiminnan hiipuminen työntekijävaihdosten myötä.
- Asenteelliset tekijät, esim. negatiivinen ennakoasenne työttömiä kohtaan tai näkemys, ettei asia ole tärkeä.

Taulukko 15a.

Juuruttamistoimenpiteitä ja juurtumista edistäviä ja estäviä tekijöitä organisaatiotasolla.

KUMPPANUUSTASO	verkotot	
Toimenpiteitä juurtumisen tueksi	Juurrutusta edistäviä tekijöitä	Juurrutusta estäviä/hidastavia tekijöitä
<ul style="list-style-type: none"> ● Yhteistyö konkreettisissa asiakastilanteissa > opitaan tuntemaan toinen toisensa ja kunkin toimintatavat ja -mahdollisuudet. ● Osallistuminen muiden järjestämiin seminaareihin ja tilaisuuksiin > toimintamallin tunnetuksi tekeminen. ● Tutustumiskäynnit toisten toimitiloihin ja henkilöihin > esim. terveyskeskuksen henkilöstö TE-toimistoon tutustumaan. ● Jo olemassa olevien monisektoristen kokoonpanojen ja kehittämisryhmien hyödyntäminen > esim. kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä, terveyden edistämisen työryhmä, palvelujen kehittämisryhmä, yhteiset asiakkaat -ryhmä. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Jatkuva tiedottaminen ja yhteydenpito yhteistyökumppaneihin (henkilöstön vaihtuvuus). ● Henkilökohtaiset, myös epäviralliset, tapaamiset. ● Toiminnan linkittäminen jo olemassa oleviin yhteistyörakenteisiin paikkakunnalla/ alueella. ● Paikkakunnalla vahva pohja monisektoriseen yhteistyöhön ja / tai laaja kiinnostus sen vahvistamiseen. ● Konkreettisista yhteistyökäytännöistä sopiminen ja tiedotus (ketä ohjataan, miten ohjataan, milloin ohjataan, miten palaute jne.). ● Rohkeus ja aktiivisuus ottaa yhteyttä ja verkostoitua uusien toimijoiden kanssa esim. kolmannella sektorilla, hankkeissa, liikuntatoimissa jne. ● Verkostokumppaneilta tullut paine toiminnan jatkamiseen. ● Asiakastilanteiden seuranta ja onnistuneiden tulosten esiintuominen verkostokumppaneille. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Verkostolle on epäselvää, kuka toimii ja miten toimitaan. ● Toiminnalla ei ole nimettyä yhteys- /vastuuhenkilöä. ● Toiminnan kehittämisessä ja juurruttamisessa ei huomioida yhteistyökumppaneiden näkemyksiä. ● Paikkakunnalle luodaan päällekkäisiä yhteistyörakenteita, jolloin motivaatio ja osallistumismahdollisuudet heikkenevät. ● Organisaatio ym. muutokset kumppanuusorganisaatioissa. ● Toiminnan ei koeta hyödyttävän verkostokumppaneiden omaa työtä, jolloin palveluun ei ohjata asiakkaita.

Taulukko 15b.

Juuruttamistoimenpiteitä ja juurtumista edistäviä ja estäviä tekijöitä kumppanuustasolla.

VIRKAMIESJOHTO JA HALLINTO

Toimenpiteitä juurtumisen tueksi

- Sovitut tapaamiset ja keskustelut esim. sosiaalihoitajan, terveysjohtajan, ylilääkärin, TE-toimiston johtajan kanssa kaikissa kunnissa mihin toimintaa pyritään levittämään/ juurruttamaan
> toiminnan esittely, toimintatavoista sopiminen, johdon tuki työntekijöille
> voidaan myös esim. pyytää toimintaa puoltavia lausuntoja poliittiseen päätöksentekoon.
- Ohjausryhmän hyödyntäminen
> toimiva, sitoutunut ja riittävän vaikutusvaltainen ohjausryhmä voi edistää omissa kontakteissaan tietoa toiminnasta ja toiminnan juurtumista.

Juurrutusta edistäviä tekijöitä

- Asioiden esittely suoraan toimialajohtolle esim. budjettivalmistelun yhteydessä.
- Tehdään tuotekuvaus, jossa määritellään toiminnan kesto ja hinta (tilaaja-tuottaja-malli).
- Toimialajohtoon tuki toiminnalle.
- Kaikkien toimintaan mukaan tulevien kuntien huomioiminen.
- Ohjausryhmän jäsenten valitseminen siten, että heillä on vaikutus- ja päätösvaltaa omassa organisaatiossaan.
- Ohjausryhmän sitouttaminen ja asiantuntemuksen hyödyntäminen.
- Laajan ohjausryhmän lisäksi on suppeampi työryhmä tai projektiryhmä, jossa on keskeiset toimijatahot edustettuina hanketyöntekijän työn tukena.
- Sovitaan toimintaa jatkossa seuraavasta ja kehittävästä vastuuhenkilöstä ja -tahosta /-ryhmästä.

Juurrutusta estäviä/hidastavia tekijöitä

- Ohjausryhmä ei aktiivisesti osallistu toiminnan kehittämiseen ja juurruttamiseen vaan toimii teknisenä valvojana.
- Ohjausryhmän jäsenet eivät sitoudu toimintaan, osallistu kokouksiin jne.
- Toimialajohto ei sitoudu toimintaan, jolloin toteutus alemmilla tasoilla vaikeaa.
- Yllättävä tilanne suuntaa resurssia ja priorisointia, esim. pandemiarokotukset.
- Toimintaa ei määritellä kenenkään / minkään organisaation tai esimiehen vastuulle jatkossa.

Taulukko 15c.

Juuruttamistoimenpiteitä ja juurtumista edistäviä ja estäviä tekijöitä virkamiesjohtoon ja hallinnon tasolla.

POLIITTINEN PÄÄTÖKSENTEKO JA STRATEGIATYÖ

Toimenpiteitä juurtumisen tueksi	Juurrutusta edistäviä tekijöitä	Juurrutusta estäviä/hidastavia tekijöitä
<ul style="list-style-type: none"> ● Toiminnan / toimintamallin esittely sosiaali- ja terveyslautakunnassa tai vastaavassa > tuki päätöksentekoon. ● Toiminnan/ toimintamallin esittely eri valtuustoryhmille > tuki päätöksentekoon. ● Esimies/johto vie asian kunnan / kaupunginvaltuustoon / -hallitukseen > päätöksenteko. ● Strategiatyöhön osallistuminen tai siihen mahdollisuuksien mukaan vaikuttaminen > esim. työllisyysstrategia, terveydenhuollonstrategia, terveyden edistämisen strategia. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Toimintaa esitellään poliittisille päättäjille myös konkreettisten asiakastapausten avulla, toiminnasta on olemassa ainakin jonkintasoista kustannusvaikuttavuus tietoa (esim. syrjäytyneen nuoren kustannus yhteiskunnalle, erikoissairaanhoidon kustannukset kunnalle vaikeassa diabeteksessa). ● Asiaa esitellään poliittisille päätöksentekijöille silloin kun budjettia vasta valmistellaan. ● Toiminta saadaan mukaan kunnan / alueen keskeisiin strategioihin. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Poliittisia päättäjiä ei pyritä tapaamaan / lähestytää. ● Poliittisia päättäjiä tavataan silloin kun budjetti on jo sovittu seuraavalle vuodelle.

Taulukko 15d.

Juurruttamistoimenpiteitä ja juurtumista edistäviä ja estäviä tekijöitä poliittisen päätöksenteon ja strategiatyön tasolla.

5.3.5 Johtopäätöksiä

Osahankepaikkakunnilla työttömien terveystalvelun toimintamallit alkoivat juurruttamisvaiheen aikana kiinnittyä enenevästi perusterveydenhuoltoon ja terveystalvelukustointaan. Alusta asti terveystalvelukeskukseen kiinnittynyttä toimintaa toteuttavien osahankkeiden lisäksi myös TYP-toimintaan löyhemmin kiinnittyneissä osahankkeissa alettiin juurrutusvaiheessa hakea tiiviimpää yhteyttä perusterveydenhuoltoon ja toimintamallin konkreettista kytkemistä osaksi terveystalvelukustointia. Tämä oli tietoinen ratkaisu paikkakunnilla, kun pyrittiin takaamaan toiminnan jatkuvuus hankkeen päättymisen jälkeen.

Hallinnollisesti työttömien terveystalvelu sijoittui useimmilla paikkakunnilla terveystoimen tai sosiaali- ja terveystoimen alaisuuteen. Muutamilla paikkakunnilla päädyttiin kuitenkin muihin ratkaisuihin, kuten sijoittumiseen sosiaalityötoimen hallinnon alle. Sosiaalityötoimen hallinnon alle sijoittumista voi tukea läheisyys TYP-toiminnan ja kuntouttavan työtoiminnan kanssa – muutamissa TYP:ssa terveydenhoitajat ovat koko ajan toimineet hallinnollisesti sosiaalityötoimen alla (ks. Saikku 2008). Kyse voi olla myös siitä, ettei terveystoimi näe toimintaa omalta kannaltaan keskeisenä eikä näin ollen ole siihen valmis sitoutumaan. Silloin vaarana on työttömien terveystalvelun irtaantuminen muusta perusterveydenhuollosta.

PTT-hankkeen aikana myös TYP-paikkakunnilla (Kotka ja Vantaa) alettiin kehittää kunnan työllistämisen- ja työpajatoimintaan kiinnittyvää toimintamallia TYP:ssa toteutuvan terveystalvelun rinnalle. Salossa ja todennäköisesti myös Kotkassa on näköpiirissä toimintamalli, jossa TYP:n ja kaupungin työllisyystalvelujen yhteyttä tiivistetään, myös työttömien terveystalvelun osalta. Taustalla voidaan nähdä kuntien kasvavaa intressiä toimia vaikeasti työllistyvien tilanteissa. Kiinnostus kohdistuu etenkin työmarkkinatuken vähintään 500 päivää saaneisiin kuntalaisiin, joihin kohdistetut aktivointitoimenpiteet nähdään kunnalle myös taloudellisesti kannattavana. (Ks. myös Hämäläinen ym. 2009; Karjalainen & Karjalainen 2010.)

TE-toimistoon kiinnittynyttä toimintamallia ei jatkettu tai juurrutettu millään osahankepaikkakunnalla. Helsingissä on kuitenkin parhaillaan meneillään terveydenhuollon hallinnoima TerveHelsinki-hanke, jossa kokeillaan TE-toimistoon kiinnittyvää toimintamallia eli terveydenhoitaja työskentelee yhdessä TE-toimistossa. Kiinnostava on jatkossa seurata, millaisia kokemuksia ja tuloksia hankkeesta saadaan.

Työterveysneuvonta-mallin pilotoinnin tuloksena voidaan todeta, ettei toiminta käytännössä toteutunut mallin mukaisesti. Toteutukseltaan Kuopion hanke muistutti muissakin hankkeissa toteutettua terveystalvelukeskukseen kiinnittynyttä toimintamallia. Siitä, millaisia muutoksia Työterveysneuvonta-malliin on näiden kokemusten pohjalta suunnitteilla, ei vielä ole tietoa.

Työterveyshuolto on kuitenkin yksi potentiaalinen toimija työttömien terveystalveluissa; esimerkiksi TYP-toiminnassa on ostettu terveystalvelukustuksia ja -talveluja työterveyshuollosta mikäli niitä ei muutoin ole ollut saatavilla (Saikku 2008; ks. myös Sosiaalityötoimen uudistamiskomitean... 2009). Ensimmäisessä hankevaiheessa mu-

kana olleissa Joensuun ja Hämeenkyrön osahankkeissa palvelut ostettiin työterveyshuollosta. Toiminnan juurruttamisen näkökulmasta tämä osoittautui haasteelliseksi, koska ilman erillisrahoitusta palvelua ei voitu jatkaa. PTT-hankkeessa jatkaneista osahankkeista palvelut ostettiin työterveyshuollosta myös Liedossa, missä ajatuksena on työterveyshuollon tarjoaminen työttömille työtoimintaan osallistumisen aikana. Tätä toimintaa on toteutettu Kisällikellarissa jo ennen PTT-hanketta. Myös Lieksassa päädyttiin työterveyshuollollisen osaamisen mukaan ottamiseen vaikka siellä ratkaisu pohjautuu toisenlaiseen toimintamalliin; työterveyshuolto on kunnallista palvelua, josta työttömien terveydenhoitoon käytetään osa työterveyshoitajan resurssista. Toiminnan voidaan nähdä kiinnittyvän suoraan terveyskeskukseen.

Kaiken kaikkiaan toimintamalleissa ja toiminnassa tapahtui paljon muutoksia vielä juurruttamisvaiheen aikana. Osa toimintamallien muutoksista perustui siihen, että toimintaa alettiin voimakkaammin fokusoida alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Toisaalta kyse oli siitä, että juurruttamisvaihetta edelsi monilla paikkakunnilla vain noin vuoden mittainen kehittelyjakso – kehittelytyö oli vielä vahvasti meneillään juurruttamisen alkaessa ja toiminnan ”kotipesää” etsittiin. Joustavuus toimintamallin kehittämisessä oli edellytys toiminnan jatkumiselle; kullakin paikkakunnalla ja alueella tuli löytää se vastuutaho, joka oli valmis ottamaan toiminnan haltuunsa. Jatkohankkeen fokusoituminen juuri juurrutukseen kehittämisen sijasta koettiin useimpien hanketoimijoiden mielestä hyvänä; jatkohankkeen tavoitteeksi asetettiin toiminnan jatkuvuus hankkeen jälkeen.

Osahankkeissa kehiteltyjen toimintamallien ja -tapojen juurruttaminen paikkakunnan tai alueen laajemmiksi ja yleisemmiksi toimintakäytännöiksi onnistui varsin hyvin. Osahankkeissa tehtiin paljon kohdistettua juurrutustyötä toimintatapojen jatkuvuuden varmistamiseksi. Tärkeitä tekijöitä juurruttamisen onnistumisessa olivat terveysjohdon sitoutuminen, esimiehille ja työntekijöille suunnattu perehdytys ja tuki sekä monisektorisen yhteistyöverkoston sitouttaminen mukaan toimintaan.

Arvioinnin pohjalta muutamilla hankepaikkakunnilla ollaan hankkeen päätyessä tilanteessa, jossa uusi toimintakäytäntö voidaan arvioida jo vakiintuneeksi (Oulu, Sastamala, Itä-Häme/Heinola ja Lieto). Monilla paikkakunnilla tai alueilla ollaan tilanteessa, jossa myönteinen päätös asiasta on tehty ja menossa on sovitun toimintamallin käyttöönotto (Forssan seutu, Lieksa, Itä-Savo, Rovaniemi ja Hyvinkää, Etelä-Karjalassa pilotoinnin käynnistyminen). Päätöksentekoa odotellaan vielä muutamilla paikkakunnilla (Kotka, Salo ja Harjavalta). Riippumatta siitä, missä vaiheessa toimintamallin omaksumisessa ollaan, ei toimintojen kehittäminen ja juurruttaminen ole ohi. Kuten hankkeen aikana jo nähtiin, toimintamalleja tulee jatkuvasti kehittää vastaamaan muuttuneita tilanteita niin paikallis-alueellisella kuin organisaatioiden tasolla. Kunta- ja palvelurakennemuutos on meneillään oleva prosessi, joka asettaa toimintamalleille jatkuvia haasteita. Toimintatavan ylläpitäminen paikkakunnilla vaatii niin jatkuvaa tiedotusta asiakkaiden kuin viranomaistahojenkin suuntaan sekä aktiivista mukanaoloa ja vaikuttamistyötä kuntien johtavia virkamiehiä ja poliittista johtoa kohtaan. Parhaimmat mahdollisuudet ylläpitää toimintakäytäntöjä lienee niissä kunnissa, joissa on sovittu rakenne toiminnan seuraamiseen ja kehittämiseen jatkossa.

5.4 Työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen vakiintuminen valtakunnallisesti

Arviointitutkimuksen tehtävänä on ollut myös sen arviointi, miltä tilanne työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen vakiintumisessa näyttää valtakunnallisesti tarkasteltuna. Näkökulmana on, miten valtionhallinnossa toteutetut toimet näyttävät edistäneen toiminnan kehittymistä ja juurtumista. Arviointi pohjautuu kunnille suunnattuihin valtakunnallisiin kyselyihin vuosina 2008 ja 2009.

Kansanterveyslain mukaan kunnan tulee ylläpitää terveysneuvontaa ja järjestää kunnan asukkaiden yleiset terveystarkastukset (Kansanterveyslaki 14 §). Työttömien terveyspalvelun kehittämistä ja toteutumista on pyritty edistämään valtakunnallisesti vuodesta 2006 lähtien kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon osoitetulla lisämäärärahalta pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin. Toistaiseksi lisävaltionosuus on kaksi miljoonaa euroa ja siitä on tiedotettu kuntia sosiaali- ja terveysministeriön toimesta kirjeillä vuosina 2007, 2008 ja 2009. Lisävaltionosuus on suunnattu pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin, mutta nykyisin valtionosuuskäytännönä sitä ei ole voitu ”korvamerkitä” kyseiseen toimintaan. Lisäksi toiminnan kehittämistä on pyritty edistämään PTT-hankkeen kautta kehittämishankerahalla ja kehittämistyön tuella kokeilupaikkakunnilla ja -alueilla sekä hyvien käytäntöjen levittämällä valtakunnallisesti. (Ks. tarkemmin luku 2).

Lähtökohta työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen toimeenpanossa on pohjautunut vahvasti alhaalta ylös -näkökulmaan. Valtionhallinnosta tarjottiin toiminnalle rahoituksellista ja kehittämistyön tukea, mutta se millä tavoin toimintaa käytännössä toteutettiin, jäi kuntien ratkaistavaksi. Lähestymistavan taustalla oli niin näkemys siitä, ettei yhtä valmista mallia toimintaan ollut olemassa kuin se, että on järkevää huomioida kuntien erilaiset tilanteet ja tarpeet toiminnan kehittämissä. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ei lähdetty kehittälemään puhtaalta pöydältä vaan monissa kunnissa oli jo kokemusta ja näkemystä asiasta esimerkiksi TYP-toiminnan ja kehittämishankkeiden myötä (ks. koontia Saikku 2009).

Työttömien terveystarkastuksia ja -palvelua on pyritty edistämään myös monin muin keinoin viime vuosina. Työttömien terveyden edistäminen ja terveystarkastukset sisältyvät yhtenä toimenpiteenä useisiin valtakunnallisiin ohjelmiin ja tavoitteisiin, kuten Kansalliseen terveyserojen kaventamisohjelmaan 2008–2011, Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan 2007–2011, Kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan (KASTE) 2008–2011. Jo Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa vuonna 2001 yhtenä toimintasuuntana mainitaan, että työttömillä tulee olla samat mahdollisuudet terveyspalveluihin ja terveyden edistämiseen kuin muilla (Valtioneuvoston periaatepäätös...2001, 25).

PTT-hankkeen aikana annettiin esitys uudesta terveydenhuoltolaista. Esityksen mukaan lainsäädäntöä muutetaan siten, että työterveyshuollon ulkopuolella olevien kuntalaisten terveystarkastukset ovat nykyistä selkeämmin määriteltynä kunnan perusterveydenhuoltoon kuuluvaa palvelua (Uusi terveydenhuoltolaki 2008, 136). Laki on tulossa asteittain voimaan 1.5.2011 alkaen. Sosiaaliturvan uudistamiskomi-

tean ehdotuksessa vuonna 2009 todettiin, että kuntien tulee nimetä terveydenhoitaja, joka vastaa perusterveydenhuollossa työterveyshuollon palvelujen ulkopuolella olevien työkäisten terveyttä ja työkykyä tukevista palveluista. Jos perusterveydenhuollossa ei ole osoitettavissa tai käytettävissä tarvittavaa terveydenhoitajan henkilöresursseja, perusterveydenhuolto voisi järjestää tarvittavan palvelun ostopalveluna ensisijaisesti kunnan järjestämästä työterveyshuollosta. (Sosiaaliturvan uudistamiskomitean...2009, 79–80.)

Jukka Ahtelan johtama työurien pidentämistoimia selvittänyt työelämäryhmä nosti loppuraportissaan alkuvuodesta 2010 esille työttömien terveyden ja työkyvyn seurannan kehittämisen. Loppuraportissa todettiin muun muassa seuraavasti: ”Työttömien terveyden ja työkyvyn seuranta ja edistäminen sekä työterveysneuvonta ovat jatkossa osa työvoimapalveluja. Jos työttömän työnhakijan terveyden ja työkyvyn ongelmat vaikeuttavat työllistymistä, sovitaan työllistymisohjelmassa työkyvyn tarkemmasta arvioinnista ja tarvittavista muista toimista. Tavoitteena on tukea työttömän työllistymistä avoimille työmarkkinoille. TE-toimisto voi ostaa tarvittavat työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. Tämä huomioidaan julkisen työvoimapalvelujen rahoituksessa.” (Ehdotuksia työurien...2010,11). Työttömien työkykyyn liittyvien palvelujen järjestämistä selvittämään asetettiin Työ- ja elinkeinoministeriön asettama jatko-työryhmä keväällä 2010. Ryhmän loppuraportti valmistuu tammikuussa 2011.

Työ- ja elinkeinoministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, Kela ja Kuntaliitto antoivat yhteiset TYP-toimintaa koskevat linjaukset keväällä 2010. Linjausten mukaan henkilöstömäärältään keskikokoisissa ja suurissa (vähintään 10 henkilöä) TYP:ssa henkilöstöön tulisi kuulua terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja. Henkilöstömäärältään pienissä TYP:ssa terveydenhuollon palvelujen saatavuus tulisi varmistaa muilla tavoin, esimerkiksi nimeämällä kunnassa TYP:lle terveydenhuollon yhdys- /vastuuhenkilö tai sopimalla menettelytavat, joilla TYP:n asiakas voidaan ohjata terveydenhuoltoon.

Keskushallinnon ohjausmekanismeja ja -käytäntöjä uudistusten toimeenpanossa voidaan tarkastella luokittelulla suoriin ja epäsuoriin ohjauskeinoihin (Lundquist 1987, 156–161; ks. myös Karjalainen & Saikku 2008, 186–189). Keskushallinnon suorita ohjauskeinoja ovat säädökset ja määräykset. Epäsuoria ohjauskeinoja ovat rahoitusohjaus, rekrytointiohjaus, organisointiohjaus ja tieto-ohjaus.

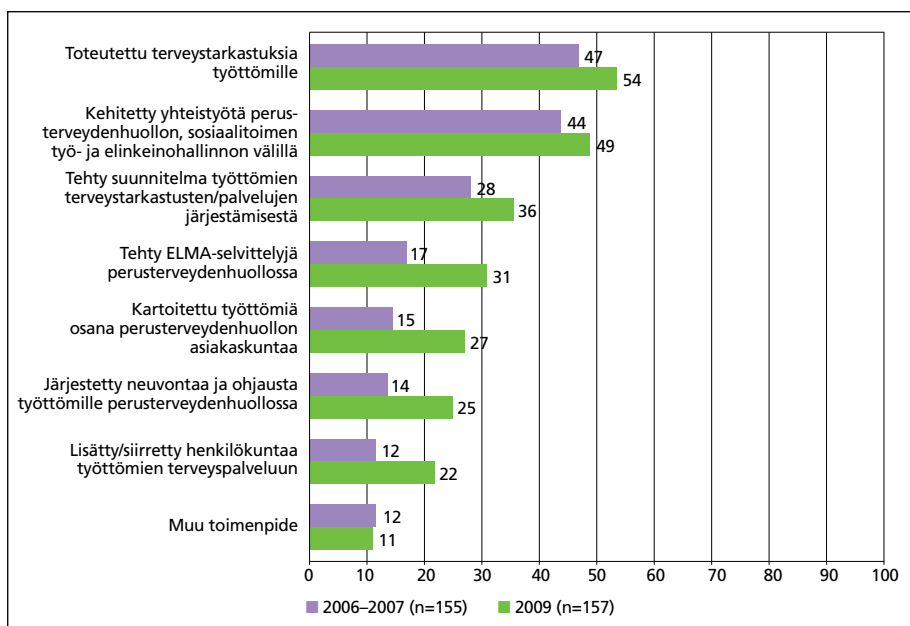
Työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen toimeenpanossa sosiaali- ja terveysministeriössä ovat painottuneet epäsuorat ohjauskeinot; rahoitusohjausta on toteutettu lisävaltionosuudella ja osoittamalla erillistä kehittämishankerahaa. Organisoitiohjausta on toteutettu STM:n kuntakirjeiden kautta määrittelemällä toiminnan kohderyhmää (pitkäaikaistyöttömät) ja yhteistyötahoja (TE-toimistot ja TYP:t). Myös PTT-hankkeessa annettiin yleisluonteisia suosituksia kunnille toiminnan organisoinnista vuonna 2009 muun muassa liittyen toiminnan hallinnointiin (perusterveydenhuolto) ja käytännön toteutukseen. Myöhemmin SATA-komitean ehdotusten ja TYP-toiminnan ohjeistusten kautta on myös annettu tarkempia suosituksia toiminnan organisointiin ja rekrytointiin (nimetty terveydenhoitaja, minkä kokoisessa TYP:ssa

tulisi olla oma terveydenhoitaja). Tieto-ohjaus on toteutunut pääasiassa kuntakirjeillä ja PTT-hankkeessa, jossa on myös tehty yhteistä tiedotusta esimerkiksi terveyserojen kaventamishjelman kanssa. Uuden terveydenhuoltolain valmistelu voidaan nähdä suoran ohjauseinon valmisteluna, joka on voinut tukea toimeenpanoa kunnissa sen mukaan miten tietoisia siitä on oltu.

Millainen tilanne sitten oli vuoden 2009 lopussa valtakunnallisesti? Miten työttömien terveystarkastuksia ja -palvelua toteutettiin?

5.4.1 Tilanne työttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa

Valtakunnallisten kyselyiden³ mukaan työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen toteuttaminen on lisääntynyt kunnissa viime vuosina. 85 % kyselyyn vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä ilmoitti toteuttaneensa työttömien terveystalvulun kehittämiseen liittyviä toimenpiteitä vuonna 2009. Vuosina 2006–2007 toimenpiteitä ilmoitti tehneensä 69 % vastanneista. Erityisen paljon olivat kuntien vastausten mukaan lisääntyneet eläkemahdollisuuksien (ELMA) selvittäminen, työttömien kartoittaminen osana perusterveydenhuollon asiakaskuntaa sekä neuvonnan ja ohjauksen tarjoaminen työttömille perusterveydenhuollossa.

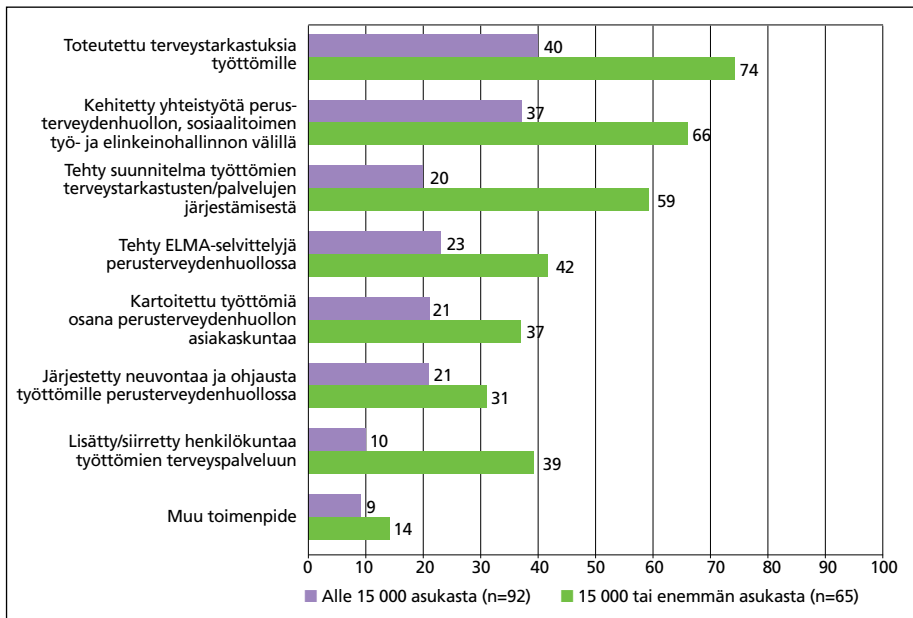


Kuvio 5. Työttömien terveystalvulun kehittämistoimien toteuttaminen kunnissa vuosina 2006–2007 ja vuonna 2009 %.

3 Valtakunnallisten kyselyiden 2008 ja 2009 tuloksia käsitellään tarkemmin julkaisussa Saikku, Peppi (2010) *Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa 2009*. THL avauksia 12/2010. Vuoden 2008 kyselyyn saatiin 155 vastausta (220 kuntaa, vastausprosentti 53), vuoden 2009 kyselyn yleiseen osioon saatiin 157 vastausta (222 kuntaa, vastausprosentti 64) ja työttömien terveystarkastuksia toteuttaneisiin kuntiin suunnattuun osioon 65 vastausta (95 kuntaa).

Alueellisesti tarkasteltuna useimmin kehittämistoimenpiteitä ilmoitettiin toteutettuna Länsi-Suomen ja Oulun lääneissä. Itä-Suomessa ja Lapissa kaikkien toimenpiteiden ilmoitettu toteutus vuonna 2009 jäi alle valtakunnallisen keskiarvon.

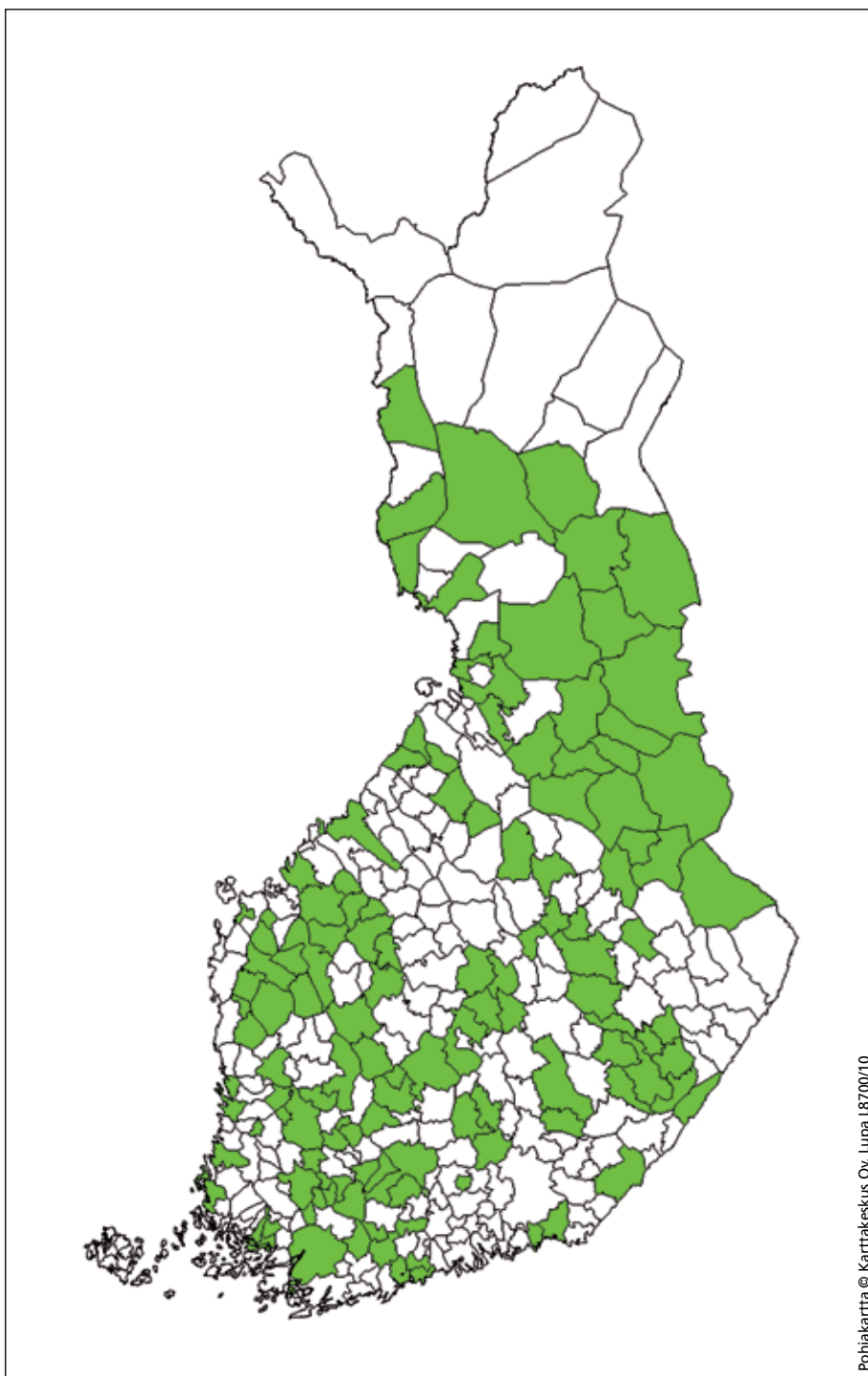
Toteutetuissa toimenpiteissä oli nähtävissä tilastollisesti merkitseviä eroja kun vastanneita kuntia ja kuntayhtymiä tarkasteltiin asukasmäärän mukaan. *Kaikkia toimenpiteitä ilmoitettiin toteutettuna enemmän vähintään 15 000 asukkaan kunnissa tai kuntayhtymissä kuin sitä pienemmissä.* Erityisen suuria eroja oli suunnitelmien teossa, työttömien terveystarkastusten toteuttamisessa, henkilökuntamuutosten toteuttamisessa ja yhteistyön kehittämisessä. Suuremmista kunnista ja kuntayhtymistä 74 % ilmoitti toteuttaneensa työttömien terveystarkastuksia vuonna 2009, pienemmistä vain 40 %.



Kuvio 6. Toteutetut toimenpiteet työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämiseksi vuonna 2009 kuntakoon mukaan % (n=157).

Yli puolet kyselyyn vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä oli tehnyt työttömien terveystarkastuksia vuonna 2009. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin terveyskeskuksille suunnatuissa terveyden edistämisen kyselyissä. Terveyden edistämisen kyselyiden tulosten mukaan määräaikaista terveystarkastuksia työttömille ilmoitti tehneensä 19 % terveyskeskuksista vuonna 2003, mutta vuonna 2008 jo 40 % (Rimpelä 2009).

Kunnittain tarkasteltuna ainakin 120 kunnassa toteutettiin työttömien terveystarkastuksia vuonna 2009. Etelä-Suomen läänin alueella näitä kuntia oli 19 (44 % vastanneista, 26 % kaikista alueen kunnista), Länsi-Suomessa 52 (60 % vastanneista, 37 % kaikista alueen kunnista) ja Itä-Suomessa 21 (49 % vastanneista, 38 % kaikista alueen



Pohjakartta © Karttokeskus Oy, Lupa L8700/10

Kuvio 7. Työttömien terveystarkastuksia vuonna 2009 toteuttaneet kunnat (Valtakunnallinen kysely 2009).

kunnista). Oulun läänissä näitä kuntia oli 20 (56 % vastanneista, 48 % kaikista alueen kunnista) ja Lapissa 8 (47 % vastanneista, 38 % kaikista alueen kunnista). Oheiseen karttakuvioon on merkitty ne kunnat, jotka saatujen tietojen mukaan toteuttivat terveystarkastuksia työttömille vuonna 2009.

Työttömien terveyspalvelua hallinnoitiin kunnissa useimmiten terveystoimen tai perusturvan alla. Terveystarkastukset toteutuivat käytännössä useimmiten terveydenhoitajan toimesta terveyskeskuksessa tai työvoiman palvelukeskuksessa. Kyselyn perusteella näyttää, että monissa kunnissa terveystarkastuksessa ei käsitelty niinkään henkilön työkykyyn ja työllistymisedellytyksiin liittyviä asioita vaan painopiste oli henkilön terveydentilan tarkastuksessa.

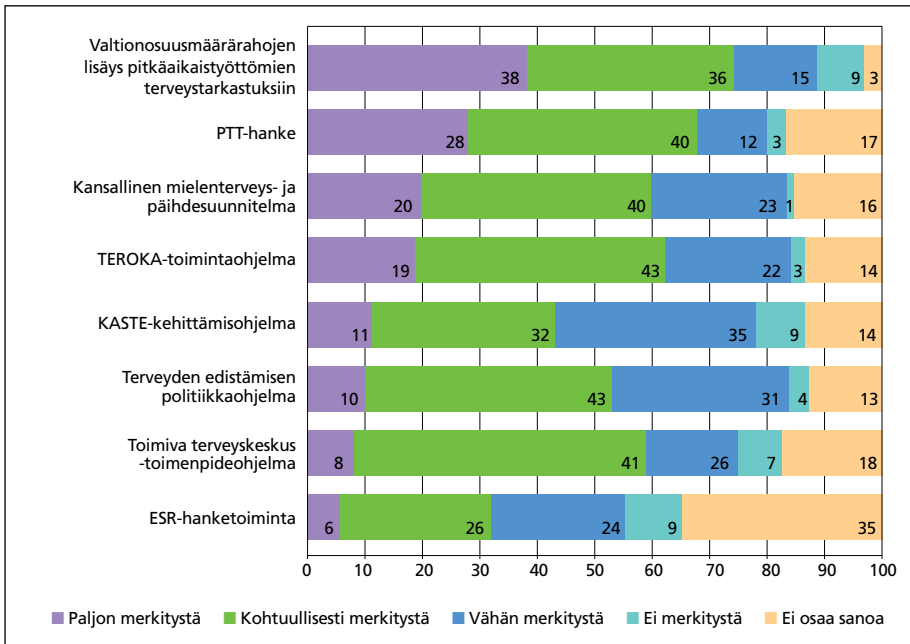
Työttömien terveystarkastuksia toteuttaneet kunnat arvioivat toiminnan vaikuttaneen erityisesti asiakkaiden saamina parempina tilannekartoituksina ja sitä kautta oikean palvelun piiriin ohjautumisena. Vaikutuksena nähtiin myös perusterveydenhuollon yhteistyön paraneminen sosiaalitoimen ja työ- ja elinkeinohallinnon kanssa. Yli puolet kyselyyn vastanneista arvioi, että toiminnalla oli pystytty ennaltaehkäisemään kansansairauksia. Perusterveydenhuollon sisäiseen toimintaan, kuten työtappoihin tai asiakasmääriin, vaikutukset nähtiin useimmiten vähäisempinä tai vaihtelevina. Joissakin kunnissa esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstön työpaine oli toiminnan johdosta kasvanut, joissakin tällaista vaikutusta ei nähty olleen.

Kyselyn mukaan kunnissa nähtiin tarvetta huomioida työttömyyden hoidossa enemmän myös terveyteen liittyviä asioita sekä tiivistää yhteistyötä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja TE-hallinnon välillä kuntalaisten ajankohtaisiin terveyshaasteisiin vastaamiseksi. Terveyskeskusten sitoutuminen työttömien terveyspalvelun kehittämiseen arvioitiin kunnissa keskimäärin heikommaksi kuin sosiaalitoimistojen ja työvoiman palvelukeskusten sitoutuminen. Työttömien terveystarkastuksia toteuttaneissa kunnissa ja kuntayhtymissä nähtiin tarvetta etenkin työkyvyn arviointiin ja kartoitukseen sekä kuntoutusjärjestelmän tuntemukseen liittyvän osaamisen lisäämiseen.

Kyselyn mukaan työttömien terveystarkastus ja -palvelutoiminnan jatkuvuus oli epävarmaa joka kolmannessa terveystarkastuksia toteuttaneista kunnista ja kuntayhtymistä.

5.4.2 Kuntien näkemyksiä kehittämistyön ja vakiintumisen tuesta

Kyselyn mukaan valtakunnallisten ohjelmien ja toimien merkitys toiminnan kehittämiseen ja vakiintumiseen arvioitiin kunnissa kohtalaiseksi. Eniten merkitystä nähtiin olleen kohdistetuilla toimenpiteillä; valtionosuusmäärärahojen lisäyksellä pitkäaikaisesti työttömien terveystarkastuksiin ja PTT-hankkeella.

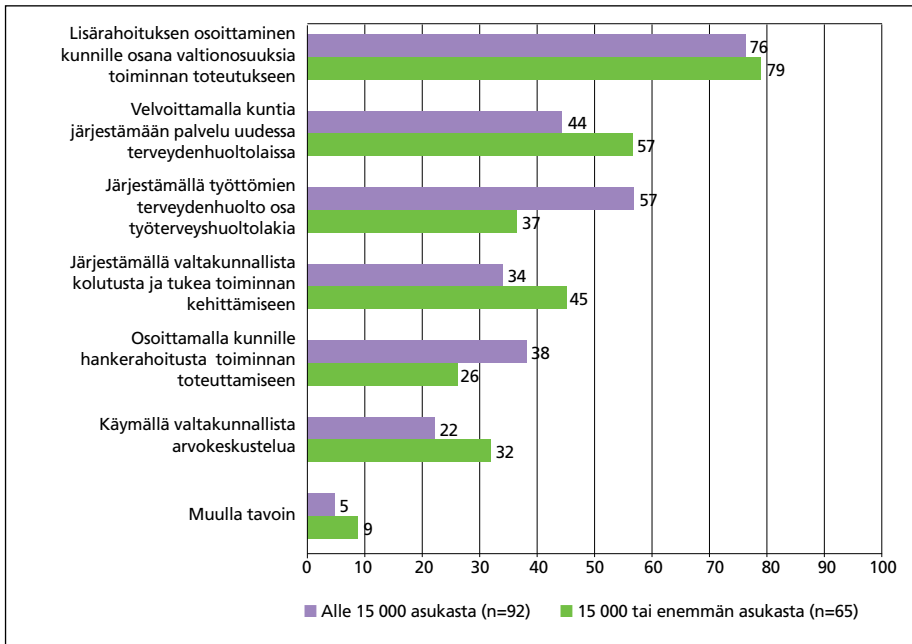


Kuvio 8. Valtakunnallisten ohjelmien ja toimien koettu merkitys työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämisessä % (n=157).

Yli 70 % vastaajista arvioi, että valtionosuusmäärärahan lisäyksellä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin oli ollut paljon tai kohtuullisesti merkitystä palvelun kehittämiseen kunnissa ja kuntayhtymissä. Valtakunnallisista ohjelmista asiaa nähtiin parhaiten edistäneen terveyserojen kaventamisohjelman (TEROKA) ja kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman.

Kunnissa arvioitiin, että keskeisiä toimenpiteitä työttömien terveyden, hyvinvoinnin ja työllistymisedellytysten parantamiseksi omassa kunnassa tai seutukunnassa ovat kuntouttavan työtoiminnan lisääminen ja kehittäminen, välityömarkkinoiden kehittäminen sekä työttömien terveystarkastukset ja -palvelut.

Kun kyselyyn vastaajia pyydettiin valitsemaan enintään kolme keinoa, joilla heidän mielestään voitaisiin valtakunnallisesti parhaiten edistää työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen vakiintumista, useimmin valitut keinot olivat lisärahoituksen osoittaminen kunnille osana valtionosuuksia toiminnan toteutumiseen (77 %), kuntien velvoittaminen järjestämään palvelu uudessa terveydenhuoltolaissa (49 %) ja työttömien terveydenhuollon järjestäminen osana työterveyshuoltolakia (48 %). Myös parhaimpien keinojen valinnassa oli nähtävissä eroja kuntakoon mukaan; suuremmissa kunnissa ja kuntayhtymissä tärkeimpinä keinoina nähtiin lisärahoitus (79 %), velvoittavuus uudessa terveydenhuoltolaissa (57 %) ja valtakunnallinen tuki ja koulutus (45 %). Pienemmissä kunnissa ja kuntayhtymissä eniten kannatusta saivat lisärahoitus (76 %), työterveyshuoltolakiin sisältyminen (57 %) ja velvoittavuus uudessa terveydenhuoltolaissa (44 %).



Kuvio 9. Parhaiten työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen vakiintumista edistävät valtakunnalliset toimenpiteet kuntakoon mukaan % (n=157).

Kyselyyn vastaajat näkivät keskeisinä työttömien terveyspalvelujen kehittymisen kannalta etenkin taloudelliset resurssit ja henkilöstöresurssit. Muina tärkeinä tekijöinä pidettiin muun muassa lainsäädäntöä ja ohjausta, yhteistyön kehittämistä keskeisten toimijoiden (terveydenhuolto, TE-hallinto, sosiaalitoimi) välillä, asiakkaiden tavoittamista ja osallistumista, terveyspalvelujen linkittymistä työllisydenhoitoon, työkyvyttömiä asiakkaiden eläkkeelle siirtymisen mahdollisuutta sekä ennaltaehkäisevän työotteen ja peruspalvelujen turvaamista terveydenhuollossa.

5.4.3 Johtopäätöksiä

Valtakunnallisesta näkökulmasta työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen toteuttaminen on melko hyvällä mallilla. Kyselyyn vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä yli puolet ilmoittaa toteuttaneensa terveystarkastuksia vuonna 2009. Toiminnan valtakunnallisen leviämisen voidaan nähdä olevan tulosta monista eri tekijöistä. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon osoitettu lisävaltionosuusrahoitus on ollut tärkeä tekijä. Vaikka rahoitus ei ole kunnissa kattanut toiminnasta syntyviä kuluja, on se toiminut kannusteena toiminnan aloittamiseen ja kehittelyyn. Lisämäärärahan pienuus ja kohdentamattomuus (korvamerkittömyys) on herättänyt närää, mutta lisäys ja siihen liittyvät sosiaali- ja terveysministeriön kirjeet ovat selvästi herätelleet kuntia toimimaan asiassa. Tiedottaminen asiasta on ollut hyvin tärkeää; vuonna 2008 kolmannes valtakunnalliseen kyselyyn vastanneista ei tiennyt lisäyksestä aiempina vuosina ja vain 25 %

koki, että lisäys oli tukenut työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kehittämistä kunnassa. Vuonna 2009 jo 74 % koki lisäyksen vaikuttaneen merkittävästi tai kohdallisesti palvelujen kehittämiseen ja vakiintumiseen. Toistuva tiedotus asiasta sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä valtakunnallisen kehittämishankkeen tuki ovat olleet tärkeitä tekijöitä toiminnan leviämässä. Kehittämishankkeen puitteissa toteutuneet valtakunnalliset ja alueelliset seminaarit, vertaisoppimispäivät ja tiedotus ovat pitäneet asiaa esillä viime vuosina. Myös toimintaa sivuavat työryhmät ja ohjelmat ovat tukeneet asian ajankohtaisuuden esille tuomisessa.

Toimeenpanon malli pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa on ollut kiinnostava kokeilu, jossa ovat yhdistyneet kaikille kunnille suunnattu kevyt rahoituksellinen tuki ja tiedotuksellinen tuki sekä muutamille kunnille ja alueille kohdistettu suurempi rahallinen ja kehittämistyön tuki. Nähtävissä on, että alun perin hyvin löyhästi määritellystä toiminnasta (pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistäminen⁴, pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset) on vähitellen siirrytty kohti tarkempia suosituksia ja ohjeistuksia. Alhaalta ylös -lähestymisestä on siirrytty kohti toimeenpanoa, johon yhdistyy myös vahvemmin ylhäältä alas -näkökulmaa. Tämä on ollut looginen eteneminen sitä mukaan kun PTT-hankkeesta ja kuntien kokemuksista on kertynyt lisää tietoa. Myös yhteiskunnallisen tilanteen muutokset hankkeen edetessä ovat vahvistaneet kiinnostusta asiaan ja tuottaneet toimintaa tukevia kannanottoja ja linjauksia. Hankkeen käynnistyessä vuonna 2007 työttömyys oli laskusuunnassa. Heikentynyt taloustilanne ja työttömyyden kääntymisen kasvuun ovat nostaneet taas esille kysymyksen siitä, miten tukea työttömien terveyttä ja työkykyä työttömyyden aikana. Samalla keskusteluun on tullut eläkeiän nostaminen ja työurien pidentäminen. Entistä voimakkaammin on esillä näkemys siitä, että mahdollisimman monen työikäisen tulisi voida ansaita elantonsa työllä sosiaaliturvan kestävyysvarmistamiseksi. Monet tutkimustulokset osoittavat myös, että hyvinvoinnin ja terveyden erot eri sosiaaliryhmien välillä ovat edelleen kasvaneet. Kaikki nämä asiat ovat lisänneet kiinnostusta työttömien terveyttä, työkykyä ja palvelutarpeita kohtaan sekä laajentaneet näkökulmaa pitkäaikaistyöttömistä ja vaikeasti työllistyvistä kaikkiin työttömiin työnhakijoihin.

Työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen juurtumisen näkökulmasta tilanne on valtakunnallisesti tarkasteltuna vielä melko aluillaan. Noin kolmasosassa työttömien terveystarkastuksia toteuttaneista kunnista ja kuntayhtymistä toiminnan jatkuminen oli kyselyn mukaan epävarmaa. Perusterveydenhuollon sitoutuminen toimintaan näyttää vielä heikommalta kuin sosiaalitoimen tai TE-hallinnon sitoutuminen. Aloite ja tarve työttömien terveyspalvelun kehittämiseen ovat nousseet ensiin siellä missä vaikeasti työllistyvät ovat asiakaskohderyhmänä eli työvoiman palvelukeskuksissa, sosiaalitoimessa ja TE-hallinnossa. Perusterveydenhuollossa nämä asiakkaat eivät ehkä ole erottuneet omana asiakasryhmänään vaan heitä on palveltu sairausperusteisesti. Osa työttömistä ei ole ollut käytännössä lainkaan terveyspalvelujen piirissä (Kinnunen 2009; Saikku 2009; Kauppinen ym. 2010). Terveyspalvelun näkökulmasta työttömien terveyspalvelu tarkoittaa uudenlaista lähestymistapaa;

4 STM:n kuntakirjeiden otsikko asiaan liittyen.

pyrkimystä tavoittaa niitä potentiaalisia asiakkaita, jotka eivät välttämättä omatoimisesti hakeudu palvelun piiriin (ks. Myllymäki 2006). Kyselyn mukaan kunnissa nähdään tarvetta huomioida työttömyyden hoidossa enemmän myös terveyteen liittyviä asioita sekä tiivistää yhteistyötä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja TE-hallinnon välillä kuntalaisten tarpeisiin vastaamiseksi. Nämä voidaan nähdä merkkeinä siitä, että työttömien tilanteet ja palvelutarpeet ovat nousemassa esiin myös terveydenhuollossa. Asian tiedostaminen ja tunnistaminen ”ongelmaksi” voidaan nähdä askeleena kohti toimintapolitiikan muutosta (Exworthy & Powell 2004).

Rahoitus ja henkilöstöresurssit ovat kuntien näkökulmasta avainkysymyksiä toiminnan jatkuvuudessa. Enemmistö kyselyyn vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä kannattaa työttömien terveystarkastusten ja -palvelun selkeämpää sitomista lainsäädäntöön. Toistaiseksi työttömien terveyspalvelua on kehitetty erityisesti suuremmissa kunnissa ja kuntayhtymissä. Lainsäädännöllinen ja rahoituksellinen tuki toiminnalle edistäisi toiminnan kehittämistä myös pienemmissä kunnissa ja kansalaisten tasavertaisuutta palvelujen saamisessa. Kunnissa on kokemuksia siitä, että pitkäaikaisesti työttömien terveystarkastuksiin varattu lisävaltionosuus häviää muihin tarkoituksiin käytännön budjetoinnissa. Nykyisessä valtionosuusjärjestelmässä rahoituksen osoittaminen tiettyyn tarkoitukseen vaikuttaakin melko heikolta vaikuttamiskeinolta tai ainakin se vaatii tuekseen muita toimia, kuten lainsäädäntöä, tiedotusta ja ohjeistusta. Uudessa terveydenhuoltolaissa olevat kohdat työterveyshuollon ulkopuolella olevien terveystarkastuksista ja työkyvyn tukemisesta antavat osaltaan tukea toiminnalle. Ehdotuksen mukainen lainsäädäntö ei vielä määrittele, miten palvelu tulisi toteuttaa. Mikäli työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen toteuttamista kunnissa halutaan todella ohjata, esimerkiksi toiminnan organisoitiin tai resursointiin liittyen, vaatinee tämä vielä asetusta uuden terveydenhuoltolain lisäksi.

Työttömien terveyspalvelu on monisektorinen ja poikkihallinnollinen asia, joka edellyttää sektorirajat ylittävää hallintaa ja toimenpiteitä. Vaikka toiminta hallinnollisesti asettuukin sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalle, vaatii se sovittuja linjauksia ja toimintakäytäntöjä erityisesti Työ- ja elinkeinoministeriön ja Kelan kanssa. PTT-hankkeen aikana on toteutunut monia poikkihallinnollisia ohjelmia ja työryhmiä, jotka ovat osaltaan tukeneet toimintaa. Toisaalta esimerkiksi Ahtelan työryhmän loppuraportti herätti paljon epätietoisuutta kuntakentällä antamalla ymmärtää, että työttömien terveyspalvelua ehdotetaan siirrettäväksi TE-hallinnon vastuulle. Tarvetta on eri hallinnonalojen ja ministeriöiden yhteisiin ja yhteneväisiin linjauksiin siitä, miten toiminta tullaan järjestämään. Muutoin hyväksikin havaitut toimintatavat ja -mallit saattavat hiipua kunta- ja palvelurakenneuudistusten tuoksinassa. ●

6 Työttömän terveystapaaminen osana työllistymistä edistäviä palveluja



*”Usein työtön putoaa omien sanojensa mukaan
'pohjattomaan verkkoon' missä on auttajia,
mutta kaikille saa jonottaa ja ketään ei tunne.”*

– Vantaan psykiatrinen sairaanhoitaja –

Tässä luvussa kootaan yhteen työttömien terveystapaamisten ja -palvelujen toteuttamisen edellytyksiä ja sisältöä. Mitä tulisi ottaa huomioon, kun toimintaa käynnistetään, mitä toimijoilta edellytetään, millaista osaamista tarvitaan ja mihin tulisi kiinnittää huomiota? Pohjana on käytetty hanketoimijoiden kanssa yhdessä luotua hyvän käytännön kuvausta työttömien terveystapaamisesta osana työllistymistä edistäviä palveluita.

Työttömien terveystapaamisilla tähdätään siihen, että työttömät työnhakijat pääsevät tarvitsemansa hoitojärjestelmän piiriin ja siihen, että työllistävissä/aktivoivissa palveluissa huomioidaan terveydelliset seikat ja niiden asettamat rajoitteet. Tavoitteena on asiakkaan terveydentilan ja palvelutarpeen pohjalta edistää ja ylläpitää asiakkaan hyvinvointia, terveyttä ja elämänlaatua, kartoittaa työ- ja toimintakykyä sekä ohjata ja tukea asiakkaan tarpeen mukaista palveluiden käyttöä.

Työttömien terveystapaaminen on asiakkaalle maksuton ja perustuu vapaaehtoisuuteen. Keskeisiä toimijoita ovat työttömät, työttömien terveystapaamisiin ja palveluverkostoon perehtyneet/perehdytetyt terveydenhoitajat ja lääkärit, työ- ja elinkeinohallinnon asiakastyötä tekevät ammattilaiset sekä työttömien aktivointisuunnitelmia tekevät kuntien sosiaalitoimen työntekijät.

Palvelun toteuttaminen edellyttää kunnalta päätöstä työttömien terveystapaamisten toteuttamisesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä työ- ja elinkeinohallinnon välisestä verkostotyöstä sopimista toimialajohdon tasolla ja lähiesimiesten tukea sektorit ylittävälle yhteistyölle. Vastuullinen toimialajohto nimeää terveydenhuollon toimijan/toimijat. Toimialajohto kohdentaa asianmukaiset työvälineet ja työtilat sekä riittävät työajalliset resurssit terveystapaamisten toteuttamiseksi ja yhteistyön ylläpitämiseksi työ- ja elinkeinohallintoon sekä muihin työttömän työnhakijan palvelutarpeen kannalta olennaisiin tahoihin. Kolmannen sektorin toimijat ovat keskeisiä kumppaneita palveluverkostossa.

Sektorit ylittävällä yhteistyöllä voidaan hankekokemusten perusteella vaikuttaa työttömien terveydentilaan positiivisesti, edistää terveellisiä elämäntapoja, tukea asiakkaan omien voimavarojen hyödyntämistä ja edistää asiakasprosessien oikea-aikaisista kohdentumista.

Työttömien terveystapaamisen keskeisinä vaiheina voidaan erottaa:

- terveystapaamiseen ohjaaminen ja motivointi,
- itse terveystapaaminen,
- hoitoonohjaus, palveluohjaus ja palaute lähettäneelle taholle.

Terveystapaamista tarjotaan työttömille työnhakijoille työ- ja elinkeinohallinnosta, sosiaalitoimesta, terveydenhuollon eri toimipisteistä/yksiköistä ja/tai kuntalaisille kohdennetun yleisen tiedottamisen ja kolmannen sektorin toimijoiden kautta. Eriytyisen kohderyhmän muodostavat rakennetyöttömyyden piiriin laskettavat työttömät, jotka pyritään aktiivisesti ohjaamaan terveystapaamiseen. Työ- ja elinkeinohallinnon ja sosiaalitoimen asiakastyötä tekevät toimijat kertovat terveystapaamisen mahdollisuudesta työnhaun uusimisen tai palvelu- tai aktivointisuunnitelman teon yhteydessä. He motivoivat asiakkaita osallistumaan palveluun ja kertovat, kuinka terveystapaamisiin pääsee ja millaisesta ajanvarauskäytännöstä paikkakunnalla on sovittu. Tarvittaessa asiakas voidaan myös saattaa terveystapaamiseen. He laativat asiakkaan suostumuksella lähetteen terveydenhoitajalle. Kirjallisen lähetteen liitteenä voi olla työnhakuun liittyviä suunnitelmia, sosiaalityöntekijän lausunto tai lausuntoja jo aiemmin muualla kuin perusterveydenhuollossa tehdyistä terveydentilaan liittyvistä tutkimuksista.

Terveydenhoitaja ottaa asiakkaaseen yhteyttä lähetteen saatuaan, mikäli lähettävä taho ei ole suoraan tehnyt ajanvarausta, sopii käyntiajasta ja toimittaa asiakkaalle esitietolomakkeen. Asiakas tuo esitietolomakkeen täytettynä tapaamiseen, tai se täytetään terveystapaamisessa. Terveydenhoitaja selvittää ennen terveystapaamista asiakkaan terveyshistorian. Terveydenhoitaja selvittää asiakkaan elämäntilannetta ja terveydentilaa yhdessä asiakkaan kanssa, kartoittaa asiakkaan voimavaroja ja toimintamahdollisuuksia sekä työ- ja toimintakykyä, tukee terveyttä edistävää omaehtoista toimintaa ja selvittää terveydenhuollon palveluntarvetta.

Terveydenhoitaja ohjaa asiakkaan hänen tarvitsemiinsa muihin terveydenhuollon palveluihin, tekee tarvittaessa ajanvaraukset niihin ja ohjaa tavanomaista aktiivisemmin myös muihin asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen edellyttämiin palveluihin. Terveydenhoitaja on asiakkaan luvalla yhteydessä lähettäneeseen tahoon, välittää palvelutarpeen kannalta olennaiset tiedot ja kertoo sovituista jatkotoimenpiteistä sekä osallistuu tarvittaessa moniammatilliseen tapaamiseen tai konsultointiin.

6.1 Mitä toimijoilta edellytetään ja miten liikkeelle?

”Suuri etu on tänä päivänä se, että moniammatillinen tiimityö on lisääntynyt ja myös jäänyt pysyväksi työkuulttuuriksi. Ilman moniammatillista yhteistyötä ei pystyittäisi vastaamaan pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon haasteisiin.”

– Salon työvoimaohjaaja –

Työttömien terveystapaamisia suunniteltaessa on tärkeää selvittää kohderyhmän tarpeet ja huomioida paikallis-alueelliset olosuhteet ja toimijat. Resurssien kannalta on aivan olennaista päättää, millä keinoin palveluja asiakkaille tarjotaan ja millaisia asiakasrajauksia sen vuoksi tai siitä riippumatta tehdään. Pyritäänkö esimerkiksi tavoittamaan mahdollisimman kattavasti eri toimijoiden kautta kaikki pitkäaikaistyöttömät/rakennetyöttömät tai kaikki työllistymistä edistävässä palveluissa aloittavat asiakkaat vai keskitytäänkö tietyn organisaation, kuten esimerkiksi työvoiman palvelukeskuksen tai kunnan työllistämisyksikön tai TE-toimiston asiakkaisiin vai painotetaanko terveystapaamisten tuottamista ja tarjoamista kaikille halukkaille ja niitä tarvitseville työttömille?

Yhteinen keskustelu eri sektorien omista ja yhteisistä tavoitteista toiminnan käynnistämisen vaiheessa sitouttaa toimijoita. Terveydenhuollon näkökulmasta olennaista on ehkäistä sairauksia ja tapaturmia ja edistää terveellisiä elämäntapoja. Tällöin erityisesti ne asiakkaat, joilla on erilaisia terveysriskejä, tulisi tavoittaa, jotta heidät voidaan ohjata ajoissa ja oikea-aikaisesti tarvittavan hoidon piiriin ja tukea heitä elämäntapamuutoksissa. Aikuissosiaalityön näkökulmasta terveydentilan selvittelyillä voidaan tukea heikoimmassa työmarkkina-asemassa olevien asiakkaiden toimintakykyä ja hyvinvointia niin, että heidän elämänhallintansa paranee ja heidän mahdollisuutensa osallistua aktiivitoimenpiteisiin lisääntyy. TE-hallinnon näkökulmasta keskeisin asia on asiakkaan työ- ja toimintakyky ja sen vaikutus työllistämistoimenpiteisiin.

Työttömän palvelussa tarvitaan monen eri alan ammattilaisen tiivistä verkostoyhteistyötä. Moniammatillisessa verkostossa toimiminen vaatii esimiehiltä ymmärrystä verkostotyön vaativuudesta ja sen edellyttämistä resursseista. Se asettaa vaatimuksia myös työntekijöiden henkilökohtaiselle osaamiselle.

Mitä toimijoilta edellytetään?

- Eri sektorien johdolla tulee olla ymmärrys ja näkemys sektorirajat ylittävän yhteistyön mahdollisuuksista, merkityksestä ja hyödyistä asiakastyön ja asiakkaan palvelukokonaisuuksien kannalta.
- Johdon tulee taata riittävät toimialakohtaiset resurssit sektorit ylittävälle yhteistyölle.
- Toiminta edellyttää ammattilaisilta sitoutumista yhteistyöhön; asiakasohjauksesta ja asiakastietojen välittämisestä sopimista sekä terveystapaamisista seuranneiden toimenpiteiden huomioon ottamista asiakastyössä.

Miten yhteistyössä liikkeelle?

- Aluksi on tärkeää tunnistaa keskeiset yhteistyökumppanit ja -verkotot sekä saattaa eri toimijoiden työtavat ja toiminta näkyväksi yhteistyöverkoston jäsenille. Eri sektorit toimivat usein omien seiniensä sisällä säännellen omaa toimintaansa ohjein, joita muut toimijat eivät tiedä tai aina edes ymmärrä.
- Perehtyminen muiden sektorien toimintatapoihin ja toimijoihin vie aina aikaa. Työttömien kanssa työskentelevien eri sektorien ja organisaatioiden ammattilaisille on mielekästä järjestää yhteinen verkostopalaveri tai -tapaaminen, jotta kaikille toimijoille tulee peruskäsitys eri toimijoiden työnkuvista, resursseista ja toimintaa ohjaavista tulostavoitteista. Olennaista on selkiyttää eri toimijoiden perustehtävät ja roolit yhteistyöverkostossa.
- Toiminnan jatkuvuuden ja ammatillisen kehittymisen kannalta on tärkeää järjestää säännöllisiä tapaamisia verkoston kesken. Verkostoihin tutustuminen ja muille toimijoille esittäytyminen vievät paljon aikaa toiminnan alkuvaiheessa, mutta se on pidemmän päälle palkitsevaa. Ammattilaisten työtä helpottaa se, että tietoisuus omasta työstä yhteistyökumppanien keskuudessa kasvaa. Toimivan yhteistyön kehittyminen vaatii useita ammatillais- ja asiakastapaamisia.
- Yhteistyöverkoston on hyvä järjestää säännöllisiä tutustumiskäyntejä, joiden tavoitteena on ylläpitää käsitystä yhteistyöorganisaatioiden perustehtävistä, erikoisosaamisesta, työnjaon periaatteista sekä oppia tuntemaan toisia toimijoita.

Sähköinen verkostokartta

Sastamalassa laadittiin yhteinen sähköinen verkostokartta, josta löytyivät tärkeimmät yhteistyökumppanit ja ne kolmannen sektorin toimijat, joihin asiakkaita voitiin ohjata tarvittaessa. Jokaisesta toimijasta linkitettiin yhteystietolomake, johon oli merkitty organisaation yhteyshenkilöt ja tärkeimmät toiminnat ja tehtävät. Jokainen organisaatio päivittää itse omia tietojaan. Asiakkaalle voidaan antaa kopio kartasta.

Millaista osaamista tarvitaan ja mihin tulisi perehdyttää?

- Ammattilaisilta edellytetään palveluohjauksellista työtettä, hyviä yhteistyötaitoja ja valmiuksia moniammatilliseen yhteistyöhön, aktiivista työtettä ja aitoa kiinnostusta asiakasta kohtaan.
- Tarvitaan myös sektorirajat ylittävään moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvää lainsäädännöllistä osaamista, yhteistyöhakuisuutta ja paikallista työttömien palveluverkoston tuntemusta.
- Virkailijalla täytyy olla rohkeutta ottaa puheeksi asiat, jotka asiakkaan elämässä tai terveydentilassa häntä huolestuttavat.

Terveydenhoitajien osaaminen ja vaatimukset hanketyöntekijöiden kokemuksissa:

- Terveydenhoitajilta edellytetään voimavaralähtöistä, ratkaisukeskeistä ja terveyttä edistävää työskentelyotetta sekä työ- ja toimintakyvyn kartoitukseen ja työttömyyteen liittyvään palveluverkostoon kohdistuvaa osaamista.
- Asiakkaan aito kohtaaminen, läsnäolo ja kuunteleminen ovat olennaisia elementtejä työssä. Työttömät asiakkaat ovat kenties jo vuosia joutuneet asioimaan lukuisissa eri virastoissa lukuisten eri virkailijoiden vastaanotoilla. Asiakkaalle täytyy välittyä tapaamisen luottamuksellisuus, terveystapaamisen tarkoitus ja siitä mahdollisesti asiakkaalle seuraavat hyödyt.
- Asiakastyössä olennaista on asiakkaan elämäntilanteen ja terveydentilan laaja-alainen kartoitus, henkilökohtainen tuki ja tarpeen mukainen ja oikea-aikainen ohjaus palveluihin. Työttömien terveystapaamisissa tulee kiinnittää huomiota asiakkaan kokonaistilanteeseen – työssä kohtaakin usein koko perheen ja läheiset. Tämä edellyttää terveydenhoitajalta laajaa työskentelyorientaatiota.
- Palveluita harvakseltaan käyttävillä asiakkailla ongelmat voivat olla hyvin moninaiset, ja ne voivat ilmetä hyvinkin monella eri osa-alueella. Usein jo yhdellä tapaamisella tulee esiin monia erilaisia jatkotoimenpiteitä ja -ohjauksia vaativia asioita. Moniongelmaisella asiakkaalla asioiden selvittely vie paljon aikaa ja prosessit saattavat olla pitkiä.
- Työntekijän tulee tuntee ja tietää jatko-ohjauskäytännöt ja hoitopolut terveyspalveluiden sisällä ja noudattaa organisaation sisällä sovittuja ja kirjattuja käytäntöjä sekä tuntee ja aktiivisesti seurata palvelujärjestelmän ja eri toimijoiden palvelutarjonnan kehittymistä. Tämä edellyttää myös omaehtoista tiedonseurantaä sekä yhteisiä tiedotus- ja toimintakäytäntöjä.
- Terveydenhoitajalla tulee olla mahdollisuus kysyä neuvoa vaikeissa asiakastilanteissa ja mahdollisuus reflektoida asiakastapauksia muiden ammattilaisten kanssa. Toiminnassa helpottaa tieto siitä, että ongelmien ja vaikeiden asioiden kanssa ei tarvitse olla yksin.
- Terveystapaamisessa esiin tulevat asiat on kirjattava tietojärjestelmiin niin, että kirjaaminen hyödyntää esimerkiksi lääkäriä ja muita terveydenhuollon ammattilaisia. Terveydenhuollon ulkopuolisten yhteistyökumppaneiden tiedontarpeet ovat erilaisia, mikä tulee huomioida näille tahoille suunnatussa kirjaamisessa.
- Terveydenhoitajan täytyy sietää epäonnistumisia asiakasprosesseissa, toisinaan työ on aloitettava yhä uudelleen alusta. Vaikka lähettävä taho tunnistaisikin asiakkaan tarpeen ja parhaansa mukaan koettaisi motivoida häntä, niin asiakas tekee terveydentilaan ja terveyspalveluihin liittyvät päätökset aina itse.
- Kannustava ja voimavaralähtöinen ajattelu sekä rakentava terveysriskeihin puuttuminen tuottaa tulosta. Palautekeskustelu on hyvä käytäntö, koska pelkästään kirjallisessa palautteessa hiljainen tieto ei siirry.

Osaamiskartta

Helsingin työvoiman palvelukeskus käyttää terveydenhoitajan osaamiskarttaa, johon on koottu keskeisiä ammatilliseen osaamiseen, työelämäosaamiseen, organisaatio-osaamiseen ja erityisosaamiseen liittyviä elementtejä. Osaamiskarttaa voidaan hyödyntää myös henkilöstön kehittämis- ja koulutustarpeiden suunnittelussa. Esimerkiksi työttömien palveluihin liittyvä työelämäosaaminen voidaan ymmärtää yleisten työelämävalmiuksien kuten oman työn suunnittelun ja hallinnan, tiimi- ja yhteistyötaitojen, muutoksen hallinnan ja tiedon hankinnan sekä työyhteisön toiminta-tapoihin sitoutumisen lisäksi keskeisen terveydenhuollon ja työttömien palveluja koskevan lainsäädännön ja ohjeistuksen tuntemuksena, työn dokumentointiin ja kirjaamiseen liittyvänä osaamisena niin potilastietojärjestelmiin kuin muiden ammattilaisen kanssa jaettuihin tietojärjestelmiin.

Missä terveydenhoitajan toimipiste sijaitsee?

- Sijaintipaikan valintaan pitäisi vaikuttaa se, mitä toiminnalla tavoitellaan, missä on toiminnan pääpaino ja millainen historiallis-hallinnollinen toimintakenttä alueella on. Käytännössä hallinnollis-organisatoriset ratkaisut vaikuttavat terveydenhoitajan sijoittumiseen usein enemmän kuin se, mikä asiakastyön tai asiakastavoitteiden kannalta olisi mielekkäintä. Hallinnollisesti luontevin sijaintipaikka on perusterveydenhuolto, fyysisesti terveydenhoitaja voi istua terveysasemalla, TYP:ssä, kunnan työllistämisyksikössä, sosiaalitoimistossa tai TE-hallinnon toimipisteessä. Olennaista on tällöin varmistaa tarvittavien tietoliikenneyhteyksien mahdollisuus ja käyttöoikeudet sekä mahdollisuus osallistua hallinnollisen emo-organisaation koulutuksiin (ks. tarkemmin 6.3).

Mitä tulisi huomioida asiakasohjauksessa ja lähetekäytännöissä?

- Virkailija kertoo tapaamismahdollisuudesta ja tarjoaa sitä aktiivisesti TE-hallinnossa työllistymissuunnitelman tai työnhaun uusimisen ja sosiaalitoimessa aktivointisuunnitelman luomisen/päivityksen yhteydessä. Terveystapaamiseen ohjaaminen tulisi olla normaali käytäntö työttömien palveluissa. Tietojärjestelmässä olisi hyvä olla kohta, joka ohjaa virkailijaa ottamaan puheeksi terveystapaamisen.
- Asiakkaiden osallistumiseen vaikuttavat lähettävän tahon palveluohjaus, asiakkaiden motivointityö ja positiivisen mielikuvan luominen terveystapaamisesta. Terveystapaamista voidaan tarjota maksuttomana mahdollisuutena parantaa omaa terveydentilaa ja elämänhallintaa. Terveystapaamiseen voi osallistua, vaikka terveydentilassa ei olisi akuutteja ongelmia.
- Ohjausprosessin tukena voidaan käyttää tukikysymyksiä, joiden avulla terveysasiat on helpompi ottaa puheeksi. Voidaan myös listata asioita, joihin kannattaa kiinnittää huomiota ja joita voi kysyä ja joiden perusteella lähete kannattaa tehdä. Voidaan myös sopia lähetekriteerit tai ainakin keskustella niistä ja käyttää yhtenäistä lähetettä.

Ohjausprosessin tukilistasta:

- Pitkä aika asiakkaan edellisestä terveystapaamisesta tai -käynnistä, esimerkiksi 2–3 vuotta.
- Asiakastapaamisen yhteydessä ilmenee jokin työllistymiseen vaikuttava terveydellinen este.
- Asiakas haluaa itse selvittää terveydentilaansa tai saada ohjausta esimerkiksi elintapoihin, ravitsemukseen, liikuntaan, sosiaalisiin suhteisiin tai psyykkisen jaksamiseen.
- Asiakas kertoo elämää ja arkea häiritsevistä ja ongelmallisiksi kokemistaan seikoista, jotka voivat liittyä esimerkiksi unettomuuteen, painonhallintaan, somaattisiin sairauksiin tai kipuihin, päihteisiin tai muihin riippuvuuksiin tai arjen hallintaan.
- Lähettävällä taholla herää huoli asiakkaan voinnista tai terveydestä.
- Asiakkaalla on ilmeisen huonot itsehoitotaidot tai vähäinen aloittekyky omien asioidensa hoidossa.
- Asiakkaalla on velka- tai talousongelmia, jotka vähentävät halukkuutta hakeutua palveluiden piiriin tai mahdollisuuksia hankkia hoitosuositusten mukaisia lääkkeitä.

Mitä tulisi muistaa asiakaspalautteeseen liittyen?

- Terveystapaamisen yhteydessä terveydenhoitaja tekee terveydenhuollon jatkoajanvaraukset aina terveystapaamisen yhteydessä.
- Asiakas saa mukaansa kirjallisen yhteenvedon terveystapaamisesta tai keskeisistä mittaus- ja muista tuloksista.
- Palautelomake täytetään yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin asiakas hyväksyy palautteen.
- Lomakkeen täyttäminen, palautekeskustelu tai puhelinsoitto lähettäneelle taholle tehdään asiakkaan luvalla ja mielellään asiakkaan läsnä ollessa.
- Voidaan järjestää moniammatillinen palautekeskustelu, jossa asiakas on mukana ja jossa otetaan esiin asiakkaan hyväksymät asiat.

6.2 Terveystapaaminen ja sen tukena käytetyt lomakkeet

Työttömän terveystapaaminen painottuu terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan väliseen keskusteluun asiakkaan terveydentilasta, elintavoista ja elämäntilanteesta sekä työ- ja toimintakykyyn vaikuttavista terveydellisistä seikoista. Tavoitteena on myös hakea vastausta terveystapaamiseen lähettäneen viranomaistahon esittämään kysymykseen. Asiakkaan terveysriskejä voidaan kartoittaa mittaustulosten, haastattelun ja erilaisten kyselylomakkeiden avulla. Keskustelun tukena käytetään yleensä esitietolomaketta sekä asiakkaan aikaisempia terveys- ja sairaustietoja sekä laboratoriotutkimusten tuloksia.

Huomioon otettavia asioita työttömien terveystarkastuksessa ovat asiakkaan elämäntilanne, perhetilanne, taloudellinen tilanne, työllistymismahdollisuudet ja asiakkaan terveystottumukset ja elämäntavat. Tarkastuksessa on myös huomioitava asiakkaan oma motivaatio sekä tarve muuttaa tarvittaessa terveystottumuksiaan ja elämäntapojaan. Tärkeää on löytää asiakkaan omat voimavarat, selvittää asiakkaan tuki-verkko ja paikkakunnalta saatavat palvelut.

Terveystapaamisessa käydään läpi aiemmat sairaudet, lääkitykset ja niiden hoitotaso, suunterveys, voidaan kysyä ravitsemus- ja liikuntatottumuksista, harrastuksista ja sosiaalisesta verkostosta sekä tehdään lähete laboratorioon. Terveystapaamiseen kuuluvat erilaiset kliiniset mittaukset, kuten verenpaine, pulssi, painoindeksi, vyötärön ympäryys, tarvittaessa tarkastetaan hemoglobiini, näkö ja kuulo sekä perusrokotussuoja, tupakoitsijoille voidaan tarjota mikrospirometria-tutkimusta. Yleisimpiä laboratoriokokeita ovat olleet perusverenkuva, verensokeri, rasva-arvot ja kolesteroliarvot, tarvittaessa maksa-arvot, kilpirauhasarvot, sokerirasituskoe ja miehillä myös eturauhasen toimintaa mittaava koe. Yleisimmin käytettyjä seuloja ja kyselyjä ovat mm. Audit alkoholin riskikulutuksen seulonta, Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen (DM II), BDI – Beckin depressioasteikko – masennustesti, ravitsemuksen laatuun liittyvät testit, työkykyindeksi sekä pikalukitesti. Työttömien terveystapaamiseen on hyvä varata kirjaamisineen ja jatkoajan varauksineen 1,5–2 tuntia aikaa. Kirjaamiseen kannattaa varata riittävästi aikaa, kirjaamistyötä helpottavat ennalta mietityt yhteisesti käytettävät otsikot.

Haastattelun, mittausten, laboratoriotulosten ja terveystarkastuksen tulosten perusteella terveydenhoitaja ohjaa asiakkaan tarvittaviin jatkotutkimuksiin ja -hoitoihin. Moniongelmaisilla ja palveluita harvakseltaan käyttävillä asiakkailla tulee usein jo yhdellä tapaamisella esiin monia erilaisia jatkotoimenpiteitä ja -ohjauksia vaativia asioita. Täytyy kuitenkin muistaa, että yksittäisellä terveystapaamisella ei sinänsä vielä ole kuntoutuksen tai työllistymisen kannalta suurta merkitystä. Olennaista on palvelujärjestelmän kyky vastata terveystarkastuksessa esiin nousseisiin hoito- ja kuntoutustarpeisiin sekä sovittu panostus hoidon jälkiseurantaan.

Esimerkkejä työttömän terveystapaamisen tukena käytetyistä lomakkeista:

- Tyypin II diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake
<http://www.diabetes.fi/testit/riskitesti/index.php>
- BDI-Beckin depressioasteikko-masennustesti <http://www.terveysportti.fi/>
- Audit-kysely. Alkoholin riskikulutuksen seulonta.
Lomake on kehitetty WHO:n piirissä.
- Alkoholitestit ja muita riippuvuustestejä <http://www.paihdelinkki.fi/testit>
- Työkykyindeksi, esimerkiksi silloin, jos asiakas on menossa työhön tai koulutukseen. Tilattavissa Työterveyslaitokselta.
- Pikalukitesti
http://www.opioppimaan.fi/doc/hankkeen_tuotteet/OO_Tunnistuslista_0810.pdf

- Elintapoihin ja ravitsemuksen laatuun liittyviä testejä <http://www.sydanliitto.fi/testit>
- Tietopankki tupakasta ja tupakoinnista <http://www.tupakkaverkko.fi>
- Liikuntaresepti <http://www.kuntokortti.fi/>
- Terveystapaamisissa on käytetty tarvittaessa myös esimerkiksi huoliseulaa ja verkostokarttaa, paniikkihäiriötestiä, tupakointiin liittyen Fageströmin nikotiiniriippuvuustestiä sekä erilaisia liikuntaan, ravitsemukseen ja muistiin (Mini-Mental-muistitesti) liittyviä seuloja.

Lähete- ja palautelomake työttömän terveystapaamiseen

Lähete- ja palautelomake on tarkoitettu työ- ja elinkeinohallinnon virkailijoille tai kunnan sosiaalitoimen virkailijoille, jotka ohjaavat työttömän asiakkaan terveydenhoitajan tapaamiseen kunnassa sovitulla tavalla. Lähete- ja palautelomake selventää terveydenhoitajalle, mitä lähettävä taho terveydenhuollolta odottaa ja mihin tai millaisiin ongelmiin etsitään vastausta, millaisia terveydentilaan liittyviä kartoituksia tai tutkimuksia on esimerkiksi ostopalveluina perusterveydenhuollon ulkopuolella tehty ja millaisia palvelusuunnitelmia asiakkaalle on tehty tai on tarkoitus tehdä. Palautelomake vastaavasti selventää lähettäneelle taholle terveystapaamisessa esiin nousseita työllistymiseen tai työllistymistoimenpiteisiin vaikuttavia seikkoja. Lähete- ja palautelomake työttömän terveystapaamiseen valmistui osana PTT-hankeverkoston kehittämistyötä.

Suostumus tietojen vaihtoon viranomaisten välillä

Suostumus pohjana voidaan käyttää joko työvoiman palvelukeskuksen (TYP) valtakunnallista suostumuslomaketta tai lakisääteisen kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän suostumuslomaketta. Lähete- ja palautelomakkeen käyttäminen ja tietojen vaihto eri rekisterinpitäjien välillä edellyttää asiakkaan antamaa kirjallista suostumusta, joka on vapaaehtoinen, informoitu ja tietoinen tahdonilmaisu (henkilötietolain 3 § 7 kohta). Suostumuksesta tulee ilmetä, kuka suostumuksen antaa, se toimintayksikkö / ammattihenkilö / ammatinharjoittaja, joka tietoja luovuttaa, mille toimintayksikölle / ammatinharjoittajalle tietoja luovutetaan, mitä tietoja luovutetaan ja mitä käyttötarkoitusta varten. Suostumuksen sisältämät tiedot pitää aina yksilöidä asianmukaisella tasolla. Suostumusdokumentti on perusteltua tallettaa samojen periaatteiden mukaisesti kuin muutkin asiakas-, potilas- ja hoitotiedot. Suostumuslomake on hyvä muokata yhteistyössä kunnan tietosuojavastaavan tai lakimiehen kanssa.

Työttömien terveystarkastuksen esitietolomake asiakkaalle

Esitietolomake toimii terveystapaamisen taustatietona ja keskustelun tukena, ja sitä voi hyödyntää myös terveystapaamisen runkona. Asiakas voi täyttää esitietolomakkeen joko ennen terveystapaamista tai terveystapaamisen yhteydessä yhdessä terveydenhoitajan kanssa. Esitietolomake on valmistunut osana PTT-hankkeen kehittämistyötä. Esitietolomake perustuu eri osahankkeiden asiakastyöstä saatuihin kokemuksiin. Lomaketta ovat muokanneet ja kommentoineet kaikki PTT-hankkeen terveydenhoitajat ja hanketyöntekijät.

kijät, PTT-hankkeen valtakunnallinen asiantuntijaryhmä, TOIMIA-hankkeen Toimintakyky työikäisillä -asiantuntijaryhmä sekä muut keskeiset työttömien terveystapaamisia kehittävät tahot Suomessa. Esitietolomake löytyy hankkeen verkkosivuilta <http://www.thl.fi/ptt> ja koulutuskokonaisuuden työkalupakista <http://www.amk.fi/ptt/>

6.3 Työttömien terveystapaamisten ja -palveluiden toteuttaminen eri toimipisteissä

Työttömien terveystapaamiset ja -palvelut on hyvä järjestää hallinnollisesti perusterveydenhuollon toimintana, mutta palvelua voidaan käytännössä toteuttaa eri toimipisteissä. PTT-hankkeessa ja muissa kehittämishankkeissa on saatu tietoa siitä, millaisia etuja ja ongelmia toiminnan sijoitteluun liittyy ja mihin tulisi erityisesti kiinnittää huomiota toiminnan kehittäessä ja juurruttamisessa.

Palvelun toteuttaminen terveystakesuksessa

- + Kaikki kunnalliset terveystapaamiset ovat saatavilla samasta toimipisteestä ja asiakas tietää, mistä palvelun löytää.
- + Mahdollisuus tavoittaa työttömiä asiakkaita jo varhaisessa vaiheessa, jos palveluun tulo ei vaadi viranomaisohjausta.
- + Lääkärit ovat terveydenhoitajien kanssa samassa toimipisteessä, mikä helpottaa konsultointia, asioiden käsittelyä ja asiakkaiden jatko-ohjausta terveydenhuollossa.
- + Terveydenhuollon henkilöstö ja kollegiaalinen tuki ovat lähellä, henkilöstöllä mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen.
- Muu asiakastyö syö toimintaa, palvelu voi jäädä muiden toimintojen jalkoihin ja hiipua vähitellen.
- Asiakasvirrat ehtyvät, jos ohjaussuhde ei ole jatkuva.
- Tuntuma muiden sektorien työhön ja palvelukenttään on heikko.
- Henkilökohtaiset kontaktit jäävät ohuiksi muiden sektorien ammattilaisiin.

Erityisesti kiinnitettävä huomiota

- Sovittu selkeät resurssit, jotka on kohdennettu työttömien terveystapaamisiin ja -palveluun.
- Tutustuttu toimijaverkostoon ja sovittu lähete- ja palautekäytännöistä muiden tahojen, kuten TE-toimiston ja sosiaalitoimen kanssa.
- Varattu resurssi ja sovittu toimintatavoista moniammatillisten tapaamisten osalta.

Palvelun toteuttaminen työvoiman palvelukeskuksessa

- + Asiakas saa palvelun samasta toimipisteestä asioidessaan muutenkin TYP:ssä/ työnhakuun liittyvissä asioissa.
- + Terveydenhoitaja sijoittuu asiakkaille jo ennestään tuttuun ympäristöön ja tilaan, asiakkaalle helppo tulla ja matala kynnyksellä asioida. Asiakkaisiin on näin helpompi saada kontakti.
- + Henkilökunnan epävirallinen ja virallinen vuorovaikutus samoissa tiloissa edistää eri sektorien työtapoihin ja toimintakulttuuriin tutustumista, tukee asiakasohjauskäytäntöjen käynnistymistä ja helpottaa tiedonkulkua eri organisaatioiden välillä.
- + Yhteinen tietojärjestelmä (Typpi) vähentää posti- ja puhelinliikennettä sekä mahdollistaa tiedon kulkemisen reaaliaikaisena.
- + Moniammatillisten työmenetelmien päivittäinen käyttö ja nopea konsultaatiomahdollisuus. Esimerkiksi TE-hallinnon terveyspalveluihin ja työkykyarvioihin liittyvät ostopalvelut kohdentuvat entistä täsmällisemmin niitä eniten tarvitseville.
- Terveyspalvelu kohdistuu useimmiten vain TYP-asiakkaisiin, jolloin potentiaalista asiakaskuntaa jää tavoittamatta.
- Asiakas ei aina miellä toimitilaa terveydenhuollon toimipisteeksi ja tapaamista hänen ja terveydenhuollon ammattilaisen väliseksi, jolloin tapaamisen luottamuksellisuus voi kärsiä.
- Terveydenhuollon henkilöstö ja kollegiaalinen tuki ovat etäällä, ammatillinen kehittyminen ja tiedonvaihto voivat kärsiä (esim. hoitaja-lääkäri konsultaatiomahdollisuuden puute).
- Täydennyskoulutusmahdollisuudet ja oman emo-organisaation toimintaprosessit ja niissä tapahtuvat muutokset voivat jäädä etäiseksi.
- Työnohjaukseen tulee panostaa tavanomaista enemmän.

Erityisesti kiinnitettävä huomiota

- Terveydenhoitajalla tulee olla käytössään perusterveydenhuollon tietojärjestelmä luku- ja kirjaamisoikeuksineen.
- Yhteyttä perusterveydenhuoltoon ja terveyskeskuksen toimintoihin tulee aktiivisesti ylläpitää esimerkiksi siten, että terveydenhoitaja osallistuu viikkotapaamisiin/ koulutuspäiviin.
- On huolehdittava, että terveydenhoitajalla on saatavissa esimiestukea ja ammatillista tukea perusterveydenhuollosta, kuten hoitaja-lääkäri konsultaatiomahdollisuuden varmistaminen.
- Mikäli palvelu toteutuu ostopalveluna työterveyshuollosta, tulee olla sovitut lähete- ja palautekäytännöt ja jatko-ohjauksen toimintatavat perusterveydenhuoltoon.

Palvelun toteuttaminen kunnan työlistämispalveluissa / työtoimintayksikössä

- + Kunnan työttömille suunnatut sosiaali- ja terveyspalvelut, kuntouttava työtoiminta ja terveyspalvelu ovat samassa paikassa.
- + Mahdollistaa työterveysluonteisen jatkuvamman palvelun tarjoamisen työtoiminnassa mukana oleville.
- + Läsnä oleminen arjessa tuo asiakkaan lähelle ja tukee luottamuksellisen suhteen syntymistä.
- + Työskentely antaa mahdollisuuden olla läsnä todellisissa työtilanteissa. Kohtaamalla asiakkaan terveydenhoitaja saa tietoa asiakkaan voinnista, kyvystä toimia ja voi huomioida asiakkaan toimintakyvyn rajat.
- + Edistää työ- ja toimintakyvyn kartoituksen ja työkuoron edistämisen lomittumista osaksi kuntouttavaa työtoimintaa.
- + Mahdollistaa moniammatillisen tukemisen ja työotteen.
- + Pajatoiminnassa esimerkiksi nuorten työttömien tavoittaminen terveystapaamisten ja -palvelujen piiriin.
- Palvelu kohdistuu vain osaan työttömistä, etupäässä erittäin pitkään työttömänä olleisiin.
- Asiakas ei aina miellä toimitilaa terveydenhuollon toimipisteeksi, jolloin luottamuksellisuus voi kärsiä.
- Yhteydenpito ja tiedonkulku perusterveydenhuoltoon ja TE-hallintoon voi jäädä hyvin ohuiksi.
- Terveyspalvelun henkilöstö ja kollegiaalinen tuki ovat etäällä.
- Työtoiminnassa mukana olevat eivät kuulu lainsäädännöllisesti työterveyshuollon piiriin, joten (työ)terveyspalveluista ei saa Kela-korvausta.

Erityisesti kiinnitettävä huomiota

- Terveyspalvelun tulee olla käytössään perusterveydenhuollon tietojärjestelmä luku- ja kirjaamisoikeuksineen.
- Yhteyttä perusterveydenhuoltoon ja terveyskeskuksen toimintoihin tulee aktiivisesti ylläpitää esimerkiksi siten, että terveydenhoitaja osallistuu emo-organisaation viikkotapaamisiin/ koulutuspäiviin.
- On huolehdittava, että terveydenhoitajalla on saatavissa esimiestukea ja ammatillista tukea perusterveydenhuollosta, kuten hoitaja-lääkäri konsultaatiomahdollisuuden varmistaminen.
- Sovittu lähete- ja palautekäytännöistä muiden tahojen kanssa.
- Sovittu asiakkaan jatko-ohjauksen käytännöistä terveydenhuollosta ja niiden seurannasta.

Palvelun toteuttaminen muulla toimialalla / toimipisteessä

(esimerkiksi TE-toimisto, sosiaalitoimisto, väliaikainen hankeorganisaatio tai oppilaitos)

- + TE-toimistossa voidaan tavoittaa terveyspalvelun tarpeessa olevia henkilöitä, jo työttömyyden varhaisessa vaiheessa.
- + Asiakas saa palvelun samasta toimipisteestä asioidessaan muutenkin TE-toimistossa. Asiakkaan on helppo tulla ja matala kynnyks asioida.
- + Sosiaalitoimistossa asiakkaan toimintakyvyn ja sosiaalisen toimijuuden tukeminen, tuki myös niille asiakkaille, joiden työllistyminen on hyvin epätodennäköistä.
- + Voidaan tavoittaa myös TE-hallinnon palveluista pudonneita asiakkaita ja rajattuja erityisryhmiä.
- Asiakas ei aina miellä toimitilaa terveydenhuollon toimipisteeksi, jolloin tapaamisen luottamuksellisuus voi kärsiä.
- Terveydenhuollon henkilöstö ja kollegiaalinen tuki ovat etäällä.
- Tietoliikenneyhteydet terveydenhuoltoon eivät välttämättä toimi / ole mahdollisia.
- Erillisten asiakasrekisterien syntyminen riski.
- Irrallisuus peruspalveluista ja jatko-ohjauksiin liittyvät ongelmat.

7 Suositukset ja toimenpide-ehdotukset

Seuraavassa esitetään PTT-hankkeen pohjalta suositukset ja toimenpide-ehdotukset valtionhallinnon toimijoille työttömien terveyden ja työkyvyn edistämiseksi sekä työttömien terveystarkastusten ja -tapaamisten ja terveyspalvelujen vakiinnuttamiseksi. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset esitetään eri toimijoille kohdistettuina, ja lisäksi esitetään kaikkia toimijoita selkeästi yhteisesti koskettavia ehdotuksia.





Sosiaali- ja terveysministeriö

- ***Työttömien terveydenhuoltoa tulee tukea ja edelleen kehittää osana perusterveydenhuoltoa.*** Kuntien vastatessa terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä kunnat voivat kehittää toimintaa paikalliset olosuhteet ja toimijatahot huomioiden. Toimintatavoissa pitää voida ottaa huomioon alueelliset edellytykset ja mahdollisuudet.
- ***Työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen tarvetta ja toteutumista uuden terveydenhuoltolain voimaan tulon jälkeen tulee seurata ja arvioida.*** Kuntatasolla tämä edellyttää työttömille kohdennettujen terveystarkastuskäyntien tilastointia terveydenhuollon tietojärjestelmiin terveystarkastuskäyntien käyntiluokituksissa. Valtakunnan tasolla seuranta edellyttäisi työttömyyden huomioimista aiempaa paremmin muun muassa väestökyselyissä ja erillistutkimuksissa.
- ***Valtakunnallisesti yhtenäiset työttömien terveyspalvelut tulisi tarvittaessa turvata asetuksen avulla*** kuten opiskelija- ja neuvolaterveydenhuollon laajojen terveystarkastusten osalta on toimittu. Vastaavasti valtionosuuksien kautta kunnille suunnattu rahoituksellinen tuki tulisi mitoittaa reaalisten kulujen tasolle, koska jo nyt on viitteitä siitä, että kuntien ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon suunnatut resurssit kohdentuvat kunnan peruspalveluiden ylläpitoon.
- Työttömien terveyspalvelut tulisi kiinnittää selkeästi osaksi *Toimiva terveyskeskus -ohjelmaa*, lisäksi *Kaste II -ohjelman* kautta rahoitettavien hankkeiden yhtenä painopisteenä voisi olla työttömien terveyspalvelujen edelleen kehittäminen ja valtavirtaistaminen verkostotyöskentelyä hyödyntäen. Vertaisverkostotyöskentelyä voitaisiin hyödyntää kehittämishankkeissa yleisemminkin.
- ***Terveystarkastusten ja -tapaamisten maksuttomuuden varmistaminen ja asiakasmaksujen kohtuullisuus.*** Asiakasmaksut kohdentuvat haitallisimmin heikoimmasa asemassa oleviin (Kinnunen 2009; Teperi 2008). Työttömien terveystarkastusten maksuttomuus pitäisi varmistaa myös jatkossa. Sairaanhoidajan/ terveydenhoitajan käynneiltä perittävä asiakasmaksu voi osoittautua kriittiseksi erityisesti työttömien terveydenhuoltoon kohdistuvien asiakaskäyntien toteutumisen osalta. Mikäli hoitoon liittyvät seurantakäynnit terveyden/ sairaanhoitajalla muuttuvat maksullisiksi, voivat hyvään alkuun päässeet hoitosuhteet katketa.
- ***Terveystarkastusta tarjotaan kaikille kuntouttavassa työtoiminnassa aloittaville asiakkaille aloitusvaiheen palveluun kuuluvana.*** Aktivointisuunnitelmissa terveyspalvelut ja niiden tarve tulisi nostaa ensisijaisesti selvitettäväksi asiaksi, koska aktivointisuunnitelmaa voidaan pitää viimesijaisena kohtana, jossa työttömän terveyspalveluiden käyttö ja tarve tulisi kartoittaa.

- *Työttömien terveyttä ja terveitä elintapoja edistävää toimintaa tulee kehittää.* Tätä edesauttavat julkisilla liikennevälineillä saavutettavat, työttömille maksuttomat tai edulliset liikuntapaikat. Terveyttä ja työkykyä edistävää ryhmätoimintaa voidaan kehittää terveydenhuollon ja muiden toimijoiden yhteistyönä. Joukkoruokailun tarjontaa tulisi kehittää niin, että myös työttömät voisivat käyttää kohtuuhintaisia joukkoruokailupalveluja nykyistä helpommin ja kattavammin.
- *Palkkatyössä olevien tai palkkatyöstä pois jäävien lakisääteisiin työterveyspalveluihin liittyviä puutteita pitäisi kartoittaa ja ratkoa omana kokonaisuutenaan kiinnittämättä niitä työttömien terveyspalvelujen toteutukseen.* Työterveyshuollon tulisi irtisanomistilanteissa selvittää työntekijän työkyky ja käynnistää tarvittavat hoito- ja kuntoutustoimenpiteet ennen työttömyyden alkamista. Työterveyshuollon tulisi jatkossa myös varmistaa asiakkaan saumaton siirtyminen perusterveydenhuollon palveluihin.
- *Palkkatukityöpaikkojen osalta olisi syytä selvittää työterveyshuollon toteutuminen ja työolosuhteiden valvonta.* Työsuojelun viranomaisvalvonnan tehtävät ja toimivalta perustuvat valvontalakiin, jonka perusteella työsuojeluvalvonnasta vastaavat työsuojelutarkastajat. Valvontakäytäntöjen yhdenmukaisuutta ja ohjeistusta voitaisiin edellyttää myös palkkatukea käyttävien työpaikkojen osalta. Niiden tilannetta voitaisiin tarkastella osana valvonnan vaikuttavuuteen liittyvää tutkimusta tai erillistutkimuksena.

Työ- ja elinkeinoministeriö

- *Työllistymissuunnitelman teon yhteydessä tulisi selvittää asiakkaan edellisen terveystapaamisen ajankohta ja mahdollinen tarve terveystapaamiseen.* Tietojärjestelmässä voisi olla kohta tai kysymys, joka ohjaa virkailijaa ottamaan puheeksi terveystapaamisen.
- *Työtön työnhakija-asiakas tulee ohjata terveystapaamisen viimeistään silloin, kun työllistämistä edistävät toimenpiteet keskeytyvät toistuvasti tai kun henkilö kieltäytyy toistuvasti palveluista tai työttömyys pitkittyy ilman perusteltua syytä.* TE-hallinnossa seurataan, toteutuuko käynti ja mitä mahdollisia vaikutuksia sillä on suhteessa asiakkaan työllistymisen tukemiseen.
- *Työllistymistä edistävissä palveluissa olevien asiakkaiden terveyspalvelujen käyttöä pitäisi tukea ohjauksen ja neuvonnan avulla.* TE-hallinnossa tulisi aktiivisesti ohjata ja motivoida asiakkaita terveyspalvelujen käyttöön. Aktivointitoimenpiteissä olevat eivät ole palkkatyösuhteessa, joten heille ei kuulu työterveyshuollon palvelut.

- *Palkkatukipäätöksen edellytyksien selvittämisen yhteydessä voitaisiin kartoittaa myös sitä, onko lainmukainen työterveyshuolto järjestetty kyseisellä työpaikalla.*
- *Työttömien pääsy tarvittaviin työkyvyn arviointi- ja kuntoutuspalveluihin tulisi varmistaa.* Työttömän kuntoutuspolkua tulee selkeyttää SATA-komitean ehdotuksen mukaisesti muun muassa siten, että TE -hallinto on vastuussa asiakkaan kuntoutustarpeen selvittämisen käynnistämisestä. TE-hallinnon ja Kelan vastuunjakoa ammatillisen kuntoutuksen osalta tulee selkeyttää.

Opetus- ja kulttuuriministeriö

- *Opetussuunnitelmien suunnittelun ja muutostöiden yhteydessä tulisi ottaa huomioon terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen kehittäminen* työttömyyteen, työkyvyn kartoitukseen ja arviointiin, moniammatilliseen verkostoyhteistyöhön ja palveluohjaukselliseen työotteeseen liittyen. Lääkäreiden koulutuksessa voisi nykyistä enemmän painottaa moniammatillisen yhteistyön merkitystä, kun asiakkaan psyko-fyysis-sosiaalista toimintakykyä kartoitetaan.
- *Halukkaille perusterveydenhuollon terveydenhoitajille tulisi olla saatavissa täydennyskoulutusta.* Toimintamallien kehittäminen ja laadukkaan hoidon varmistaminen edellyttävät terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen kehittämistä muun muassa toiminta- ja työkykyselvitysten tekemisessä. Työttömyyden vaikutus ihmisen psyko-fyysis-sosiaaliseen kokonaisuuteen on niin merkittävä, että se ansaitsisi saada oman osuutensa terveydenhoitajan opinnoissa.

Kansaneläkelaitos

- *Sairauslomatoistusten kirjoittamista tulisi tehostaa työttömille asiakkaille.* Kela voisi tuottaa aiheeseen liittyvää ohjeistavaa selkokielistä materiaalia asiakkaille ja ammatillisille. Sairauslomien kirjoittaminen sairaana oleville työttömille on pidemmällä tähtäyksellä sekä työttömän että yhteiskunnan etu. Työttömät eivät itsekään aina joko halua tai hae sairauslomaa sairastuttuaan tai toimita saamiaan sairauslomatoistuksia Kelaan. Tähän liittyy epäilyksiä sosiaalietuuksien menetyksestä ja niihin liittyvistä maksuviiveistä. Sekä TE-hallinnon että terveydenhuollon ammattilaisten tulisi perustella sairauslomien tarpeellisuus ja hyöty asiakkaalle. Toistuvilla sairauslomapäivillä ja niihin liittyvillä todistuksilla on merkitystä työ- ja elinkeinohallinnon toimenpiteitä suunniteltaessa ja aktiivitoimenpiteisiin liittyvien etuuksien maksatuksiin ja karensseihin liittyen. Sairauspäivärahojen kertyminen käynnistää Kelassa asiaan liittyvät prosessit ja voi tukea kuntoutuksen käynnistymistä. Myös eläkeselvittelyssä sairauspäivärahojen kertymällä on merkitystä eläkkeen tarpeenmukaisuutta arvioitaessa.

- ***Työttömien henkilöiden mahdollisuutta päästä Kelan kuntoutustoimenpiteisiin tulisi edistää.*** Vuonna 2008 vain noin 4 % Kelan kuntoutukseen osallistuneista oli työttömiä (Polvinen 2010). Mikäli pääsyn esteenä on kuntoutuksen edellytyksenä tällä hetkellä vaadittava työkyvyttömyyden uhan käsite, tulisi kuntoutuslakia tarkistaa siltä osin. Työttömien kokonaistilanne ja kuntoutustarve tulisi huomioida nykyistä laajemmin elämäntilannelähtöisesti. TE-hallinnon ja Kelan vastuunjakoja ammatillisen kuntoutuksen osalta tulee selkeyttää.
- ***Kelan kuntoutustarveselvityksen myöntämisessä tulisi soveltaa ammatillista kuntoutusta lievempiä myöntämisedellytyksiä,*** koska toimenpide on ammatillista kuntoutusta ennakoivaa.

Kuntaliitto

- ***Jokaisessa kunnassa ja työvoiman palvelukeskuksessa tulisi olla nimetty työttömien terveydenhuoltoon perehtynyt terveydenhoitaja ja lääkäri, joka on perehtynyt työttömyyteen ja sosiolääketieteeseen.*** Tämä edellyttää terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen kehittämistä aihepiiriin liittyvistä asioissa. Asiakkaalle tulisi tarjota tietoa siitä, miten palvelua on saatavilla.
- ***Uuden terveydenhuoltolain 13 § toimeenpanon tukeminen.*** Kuntaliitto voisi osaltaan tukea kuntia tiedottamalla ja neuvomalla palvelujen järjestämisen mahdollisuudesta ja erilaisista toimintamalleista.

Sektorirajat ylittävät yhteiset ehdotukset

- ***Järjestelmälähtöisestä ajattelusta tulisi siirtyä asiakaslähtöiseen yhteisten toimintatapojen suunnitteluun.*** Kunnissa tarvitaan perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen sekä työ- ja elinkeinohallinnon tiivistä yhteistyötä ja sitä tukevia rakenteita. Eri sektorien johdolta edellytetään työaikaresurssien varaamista kuntien, TE-hallinnon ja Kelan moniammatillisiin asiakastyöryhmiin ja yhteistyötä edistäviin vierailuihin tai tutustumiskäynteihin. Esimerkiksi työttömien terveystapaamisen jälkitarkastukset ja moniammatilliset palautekeskustelut ovat resurssi-intensiivisiä. Sektorien väliseen yhteistyöhön käytetty työaika on vaikeasti tulosmitattavaa toimintaa yhden toimialan näkökulmasta. Yhteistyörakenteiden luominen ja ylläpitäminen ovat kuitenkin välttämättömiä, mikäli halutaan ylläpitää aidosti toimivia asiakaslähtöisiä palveluketjuja.
- ***Tiedonkulkua ja tietojärjestelmien tarjoamaa tukea on edelleen kehitettävä.*** Ammatillisilla on oltava käytössään kehittyneet työvälineet ja mahdollisuuksien mukaan yhteiset tietokannat, joiden valtakunnalliseen kehittämiseen olisi entistä

voimakkaammin satsattava. Tarvitaan sähköisten palveluiden edelleen kehittämistä sektorirajat ylittävää yhteistyötä tukeväksi niin, että järjestelmiä kehitettäessä samalla huomioidaan myös dokumentoinnin ja tiedonvälityksen laatu ja sisällöt ja asiakastiedon luottamuksellisuus. Strukturoitu kirjaamiskäytäntö ja yhdenmukainen työttömien terveystarkastuslomakkeen luominen yleisimpiin terveydenhuollossa käytössä oleviin tietojärjestelmiin (Effica, Pegasos) auttaisi sekä kuntakohtaista seurantaan työttömien terveydentilasta että mahdollistaisi tarvittaessa vertailukelpoisen tutkimustiedon keräämisen myös yksittäistä kuntaa laajemmin.

- ***Työttömien pääsy tarvittaviin työkyvyn arviointi- ja kuntoutuspalveluihin tulee varmistaa.*** Tällä hetkellä ei ole olemassa yhtenäisiä käytäntöjä siitä, missä ja kenen kustannuksella työttömien työkykyä ja kuntoutustarpeita arvioidaan. Toimijoina ovat niin kuntien perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, TE-hallinto kuin Kela. Monen toimijan kuntoutusjärjestelmä on osoittautunut kansainvälisessäkin vertailussa toimimattomaksi erityisesti terveysongelmaisista ja vajaatyökykyisiä työttömiä ajatellen (OECD 2010).
- ***Työttömien työ- ja toimintakykyä tulisi enenevästi arvioida konkreettisissa työtehtävissä, kuten osana kuntouttavaa työtoimintaa tai muuta työtoimintaa.*** Työelämässä olevien ja työterveyshuollon työkyvynarviointiin liittyvät menetelmät eivät ole sellaisenaan siirrettävissä työttömien työkykyisyyden arviointiin. Työkyvyn arvioinnissa tulisi ottaa terveydellisten tekijöiden lisäksi huomioon entistä paremmin myös sosiaaliset ja yhteiskunnalliset (ympäristö, työmarkkinat) tekijät. Työttömien työkyvyn arviointiin ei ole vielä kehitetty yhdenmukaisia menetelmiä ja toimintakäytäntöjä. Erityisesti pitkään työttömänä olleiden kohdalla uudenslaisille menetelmille ja toimintamuodoille olisi tarvetta. Nuorten työttömien työ- ja toimintakyvystä ilmeneviin puutteisiin tulisi puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.
- ***Eläkemahdollisuuksien selvittelyn osalta ensisijainen vastuutaho ja resurssit pitäisi selvittää valtakunnan tasolla.*** Osa pitkäaikaistyöttömistä on työ- tai toimintakyvyltään rajoittuneita, ja he tarvitsevat ennen kaikkea sosiaali- tai terveydenhuollon palveluita. Erityisesti ikääntyneet pitkäaikaistyöttömät, joiden ei enää voida arvioida kykenevän työllistymään, tulisi ohjata eläkeselvittelyyn. Asiakkaan eläkeselvittely on usein pitkä prosessi ja tarvitsee tuekseen moniammatillisen työryhmän.
- ***Valtakunnallisen hankkeen kokemuksen mukaan erillishankkeissa kehitelyjen toimintamallien juurtumista ja niissä jalostuneiden hyvien käytäntöjen muokkaantumista tulisi seurata pitkällä aikavälillä.*** Seuranta olisi hyvä ajoittaa esimerkiksi 1–2 vuoden päähän hankkeiden päättymisestä. Etenkin isompien hankekokonaisuuksien erillisseuranta toisi tarvittavaa tietoa kehittämishankkeiden todellisesta juurtumisesta, juurtumisen esteistä ja hankerahoituksen toimintaa ohjaavasta merkityksestä ja toimintamallien muutoksista.

Lähteet

- Ala-Kauhaluoma, Mika (2007). Toimeenpanon ratkaisuja ja arvioinnin haasteita. Tutkimus uusista työllistymisen tukemisen tavoista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 76/2007.
- Alasoini, Tuomo (2006). Ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (toim.) Kehittämistyön risteysksiä. Stakes M 221. 35–54.
- Arnkil, Robert (2009). Siltoja yli kinkkisen virran – voisivatko hyvät käytännöt työyhteisöissä levitä paremmin? Teoksessa Filander, Karin; Vanhalakka-Ruoho, Marjatta (toim.) Yhteisöllisyys liikkeessä. Aikuiskasvatuksen 48. Vuosikirja. Jyväskylä. Gummerus.
- Arnkil, Robert (2006). Moninäkökulmainen vertaisoppiminen. Opaskirja 360-asteen menetelmästä kuntien vertaisoppimisen kehittämiseen.
- Arnkil, Robert; Karjalainen, Vappu; Aho, Simo; Lahti, Tuukka; Lyytinen, Sanna-Mari; Spangar, Timo (2004). Yhteispalvelusta palvelukeskuskonseptin kehittämiseen. Yhteispalvelukokeilun arvioinnin loppuraportti. Työhallinnon julkaisu 339/2004. Työministeriö: Helsinki.
- Böckerman, Petri & Ilmakunnas, Pekka (2009). Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data. *Health Economics*. 18: 161–179.
- Böckerman, Petri & Ilmakunnas, Pekka (2005). Työttömien itsensä kokema hyvinvointi. Teoksessa: Hämäläinen, Kari; Taimio, Heikki & Uusitalo, Roope (toim.) Työttömyys - taloustieteellisiä puheenvuoroja. Palkansaajien tutkimuslaitos ja Edita. Helsinki.
- Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010. [http://www.ek.fi/www/fi/tutkimukset_julkaisut/2010/2_helmi/TEResitys010210.pdf] [viitattu 12.12.2010]
- Exworthy, Mark & Powell, Martin (2004) Big Windows and Little Windows: Implementation in the "Congested State". *Public Administration* 82:2, 263–281.
- HE 90/2010. Uusi terveydenhuoltolaki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2008:28. Helsinki.
- Heponiemi, Tarja; Wahlström, Mikael; Elovainio, Marko; Sinervo, Timo; Aalto, Anna-Mari & Keskimäki, Ilmo (2008). Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 14/2008, Helsinki.
- Hiilamo, Heikki & Hänninen, Sakari (2009). Sosioekonomiset terveyserot ja huono-osaisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.) Sairas köyhyys. Kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki. 24–35.
- Holm, Pasi; Jalava, Jukka & Ylöstalo, Pekka (2006). Työttömien työkyky vuonna 2005. Vertailu palkansaajiin. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 308. Helsinki.
- Hämäläinen, Kari; Tuomala, Juha; Ylikännö, Minna (2009). Työmarkkinatuen aktivoinnin vaikutukset. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 7/2009.
- Junnila, Maijaliisa (2008). Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista. Stakes tutkimuksia 175.
- Juutinen, Sirpa (2000). Pienistä puroista vahvaksi virraksi. Valtavirtaistaminen työllisyysprojekteissa. Toimintamallin kuvaus.
- Kainuulainen työkuunto-projekti. Loppuraportti (2008). http://www.kainuu.fi/UserFiles/kainuulainen_tyokunto/File/Kainuulainen_tyokunto_loppuraportti_1533414847.pdf [viitattu 12.12.2010]
- Kajamaa, Anu; Kerosuo, Hannele; Engeström, Yrjö (2008). Työelämän kehittämisprojektien seuraamusten jäljillä - uusi näkökulma arviointitutkimukseen. Hallinnon tutkimus 27:4. 61–79.

- Kajamaa, Anu & Kerosuo, Hannele (2006). Mitä toiminnan kehittämisprojektista seurasi? Kehittämisen tulosten kestävyys ja leviäminen terveydenhuollossa. *Konsepti-verkkolehti* 3 (2). www.muutoslaboratorio.fi/konsepti
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Karjalainen, Jarno & Karjalainen, Vappu (2010). Kuntouttava työtoiminta – aktiivista sosiaalipolitiikkaa vai työllisyyspolitiikkaa? Empiirinen tutkimus pääkaupunkiseudulta. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 38/2010*.
- Karjalainen, Vappu & Saikku, Peppi (2008). Työvoiman palvelukeskukset: erityispalvelua vaikeasti työllistyneille. Teoksessa: Arnkil, Robert; Karjalainen, Vappu; Saikku, Peppi; Spangar, Timo; Pitkänen, Sari: Kohti työelämälähtöisiä integroivia palveluja. Työvoimatoimistojen ja työvoiman palvelukeskusten arviointitutkimus. Työ- ja elinkeinoministeriö, Työ ja yrittäjyys 18/2008. 177–326.
- Karjalainen, Vappu & Lahti, Tuukka (2001). Kokeilusta käytännöksi. Miten edistää pitkäaikaistyöttömien aktiivikäytäntöjen yleistymistä? *Stakes raportteja* 264/2001.
- Kaste, Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 (2008). *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2008:12.
- Kauppinen, Timo M.; Saikku, Peppi; Kokko, Riitta-Liisa (2010). Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa: Vaarama, Marja; Moisio, Pasi; Karvonen, Sakari (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki*.
- Kerätär, Raija & Karjalainen, Vappu (2010). Pitkäaikaistyöttömillä runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. *Suomen lääkärilehti* 65: 45/2010. 3683-3690.
- Keskitalo, Elsa (2008). Balancing Social Citizenship and New Paternalism. Finnish Activation policy and street-level practice n a comparative perspective. *Stakes tutkimuksia* 177.
- Kinnunen, Kaisa (2009). Terveyspalvelujen saamisessa havaitut ongelmat. Teoksessa: Kinnunen, Kaisa (toim.) *Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja* 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus. 132–164.
- Kivisaari, Sirkku (2001). Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeiluna. Valtion teknillinen tutkimuskeskus, Työpapereita 58/01. Espoo.
- Kivisaari, Sirkku; Kortelainen, Sami; Saranummi, Niilo (1999). Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoilla. Tekes. Digitaalisen media raportti 7/99. http://www.vtt.fi/inf/pdf/jurelinkit/JOH_Innovaatio.pdf
- Kortteinen, Matti & Tuomikoski, Hannu (1998). Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Tammi. Helsinki.
- Laiho, Veera; Hopponen, Anneli; Latvala, Terhi; Rämö, Anna-Kaisa (2010). Erityisryhmien työkyky – työttömät ja vammaiset. Pellervon taloustutkimus PTT raportteja 225. Helsinki.
- Leskinen, Hannu (2001). Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepolitiikan toimeenpano ja sen arviointi. Kuopion yliopisto. Suomen Kuntaliitto. Acta 1/2001.
- Lundquist, Lennart (1987). Implementation Steering. An Actor-Structure Approach. Studentlitteratur. Lund: Chartwell-Bratt.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 (2009). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

- Myllymäki, Kati (2006). Terveyskeskus 2015 – terveystakeskustöyön tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:56.
- OECD (2010). *Sickness, Disability and Work. A Synthesis of Findings Across OECD Countries*. OECD.
- Oulasvirta, Lasse; Ohtonen, Jukka & Stenvall, Jari (2002). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19.
- Pekurinen, Markku; Erhola, Marina; Häkkinen, Unto; Jonsson, Pia Maria; Keskimäki, Ilmo; Kokko, Simo; Kärkkäinen, Jukka; Widström, Eeva & Vuorenkoski, Lauri (2010). THL:n asiantuntijaryhmä 17.11.2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Peltola, Ulla & Vuorento, Mirkka (2007). Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Kokemuksia työllistymispalvelujen kehittämishankkeista. Kuntoutussäätiön työselosteita 33/2007.
- Polvinen, Henna (2010). Pitkäaikaistyöttömien ohjautuminen Kelan kuntoutukseen – työntekijöiden näkemyksiä ja odotuksia. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Rimpelä, Matti (2009). Terveystarkastukset. Teoksessa Rimpelä, Matti; Saaristo, Vesa; Wiss, Kirsi; Ståhl, Timo (toim.) *Terveyden edistäminen terveystakeskuksissa 2008*. THL raportti 19/2008. 244–251.
- Rogers, Everett M. (1983). *Diffusion of innovations*. Third edition. The Free Press.
- Saikka, Peppi (2010). Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 12:2010. Helsinki.
- Saikka, Peppi (2009). Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22/2009. Helsinki.
- Saikka, Peppi (2008). Työttömien terveyspalvelut. Teoksessa Karjalainen, Vappu; Saikka, Peppi; Pasuri, Auvo & Seppälä, Anja. *Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset*. Stakes raportteja 20/2008. 64–72.
- Sihto, Marita (1997). Terveyspoliittisen ohjelman vastaanotto – tutkimus Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. Stakes tutkimuksia 74. Jyväskylä: Gummerus.
- Sinervo, Leini (toim.) (2009). Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämävaiheen loppuraportti ja paikalliset toimintamallit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 23/2009. Helsinki.
- Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi (2009). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62.
- STM (2009:62). Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotuksia sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2009:62. Helsinki.
- STM (2009:14). Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa. Katsaus 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2009:14. Helsinki.
- STM (2009:9). Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2009:9. Helsinki.
- STM (16.11.2009). Kirje kunnille: Pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistäminen kunnissa.
- STM (2008:16). Kaste. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki.

- STM (2008:1). Terveyden edistämisen mahdollisuudet -vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki.
- STM (2006:14). Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. Helsinki.
- Taipale, Pekka (2003) Työttömille suunnattujen terveyspalvelujen tarkastelua. Wire-projektin terveyspalvelujen julkaisuja 1/2003. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- TEM (2010). Työttömyystietoja TE-keskuksittain ja kunnittain keskimäärin vuonna 2009. <http://www.tem.fi/files/25878/tekkun09.pdf> [viitattu 12.12.2010]
- Teperi, Juha (2008). Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tasa-arvon lisääminen. Teoksessa: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:12. 118–124.
- Teroka-hanke. <http://www.teroka.fi/teroka/> [viitattu 12.12.2010]
- Terveyden edistäminen hallituksen politiikkaohjelma (2007). <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf> [viitattu 12.12.2010]
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.
- Tiedä ja toimi. Työttömien työnhakijoiden terveyden edistäminen. http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/TIEDA_JA_TOIMI_TYOTTOMIEN_TERVEYSPALV_041109.pdf [viitattu 12.12.2010]
- Tuominen, Anniina; Paananen, Maarit & Virtanen, Petri (2005). Projektituotteistajan opas. Työministeriö.
- TYP linjaukset 29.3.2010. Työ- ja elinkeinoministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, Kela, Suomen Kuntaliitto. Asia: Työvoiman palvelukeskustoimintaa koskevat valtakunnalliset linjaukset. Kirje 29.3.2010.
- Työnvälityksen vuositilat 2009 (2010). TEM Tilastotiedote 2010:2. Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolaki työryhmän muistio (2008). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28.
- Valkonen, Tapani; Ahonen, Hilikka; Martikainen, Pekka & Remes, Hanna (2007). Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. STM julkaisuja 2007:23. Helsinki. 44–46.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta (2001). Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2001:4.
- Virtanen, Turo (1994). Implementaation käsite ja implementaatiotutkimus. *Politiikka* 36:4. 240–260.
- 24.2.2009 Hallituksen politiikkariihen kannanotto. http://www.vn.fi/tiedostot/julkinen/pdf/2009/Politiikkariihi_0209/fi.pdf [viitattu 12.12.2010].

Liite 1.

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohankkeen johtoryhmän toimikausi ja jäsenet

Toimikausi 24.4.2007–31.5.2009 –31.12.2010.

- Puheenjohtaja *Matti Lamberg*, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
/ *Ritva Partinen*, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö (alkaen 27.5.2009)
- Varapuheenjohtaja *Matti Heikkilä*, ylijohtaja,
Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes
/ *Ilmo Keskimäki*, tulosaluejohtaja/tutkimusprofessori, Stakes/THL 1.1.2009
(alkaen 7.10.2008)

Jäsenet:

- *Pirjo Marjamäki*, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
/ *Aini Kimpimäki*, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö (alkaen 7.10.2008)
/ *Aune Turpeinen*, sosiaalineuvos, sosiaali- ja terveysministeriö (alkaen 1.3.2010)
Henkilökohtainen varajäsen *Pirjo Sarvimäki*, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö
/ *Aune Turpeinen*, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
(alkaen 7.10.2008)–
- *Risto Pomoell*, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
/ *Maria Vuorilehto*, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö (alkaen 27.5.2009)
Henkilökohtainen varajäsen *Marjukka Vallimies-Patomäki*, ylitarkastaja,
sosiaali- ja terveysministeriö
/ *Anne Nordblad*, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö (alkaen 27.5.2009)
- *Kari Vinni*, tutkimus- ja kehittämisjohtaja, sosiaali- ja terveysministeriö
Henkilökohtainen varajäsen *Lars Koltola*, finanssisihteeri, neuvotteleva virkamies,
sosiaali- ja terveysministeriö
- *Matti Heikkilä*, ylijohtaja, Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes
/ *Ilmo Keskimäki*, tulosaluejohtaja, tutkimusprofessori Stakes/THL 1.1.2009
(alkaen 7.10.2008)
Henkilökohtainen varajäsen *Riitta Haverinen*, tulosaluejohtaja, johtava asiantuntija,
Stakes/THL 1.1.2009
- *Antti Uutela*, dosentti, tutkimusprofessori Kansanterveyslaitos/THL 1.1.2009 alkaen
Henkilökohtainen varajäsen *Pilvikki Absetz*, erikoistutkija,
Kansanterveyslaitos/THL 1.1.2009
- *Matti Huuskonen*, ylilääkäri, Työterveyslaitos
Henkilökohtainen varajäsen *Paula Melart*, erikoislääkäri, Työterveyslaitos
/ *Antti Jahkola*, erikoislääkäri, Työterveyslaitos (alkaen 7.10.2008)

- *Arto Laine*, työterveyspäällikkö, Kansaneläkelaitos
Henkilökohtainen varajäsen *Suvi Onninen*, etuuspäällikkö, Kansaneläkelaitos
- *Sirkka-Liisa Karhunen*, kehityspäällikkö, Suomen Kuntaliitto
Henkilökohtainen varajäsen *Jaana Viemerö*, erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto
(alkaen 1.6.2007)
- *Päivi Kerminen*, hallitusneuvos, työministeriö/ työ- ja elinkeinoministeriö 1.1.2008
Henkilökohtainen varajäsen *Natalia Härkin*, ylitarkastaja, työministeriö
/ *Patrik Kuusinen*, ylitarkastaja, työ- ja elinkeinoministeriö (alkaen 7.10.2008)
- *Hannu Vanhanen*, ylilääkäri/ asiantuntijalääkäri, Terveyden edistämisen keskus
Henkilökohtainen varajäsen *Riitta Pakaslahti*, kehittämisspäällikkö,
Terveyden edistämisen keskus
- *Lea Karjalainen*, hallituksen puheenjohtaja,
Työttömien Valtakunnallinen Yhteistoimintajärjestö TVY ry
Henkilökohtainen varajäsen *Ritva Vaure*, projektikoordinaattori, TVY ry
/ *Jukka Haapakoski*, kehittämisspäällikkö (alkaen 1.3.2010)
- *Hilppa Sköönilä*, esimies, Työvoiman palvelukeskus, Vantaa
Henkilökohtainen varajäsen *Kristiina Martikainen*, sairaanhoitaja,
Työvoiman palvelukeskus, Vantaa

Sihteerit:

- *Ritva Partinen*, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö
- *Leini Sinervo*, projektispäällikkö, Stakes/THL 1.1.2009 (alkaen 15.8.2007)

Kokoukset:

18.4.2007, 11.6.2007, 31.8.2007, 29.11.2007, 14.3.2008, 29.4.2008, 7.10.2008,
15.1.2009, 24.4.2009, 15.6.2009, 27.10.2009, 1.3.2010, 10.6.2010, 15.11.2010.

Liite 2.

Asiantuntijaryhmän toimikausi ja jäsenet

Asiantuntijaryhmä tukemaan pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämistä varten käynnistetyn valtakunnallisen hankkeen toteuttamista.

Toiminta-aika 1.11.2007–30.5.2009 ja 1.6.2009–31.12.2010.

Asiantuntijaryhmän kokoonpano:

- Puheenjohtaja, johtaja *Esko Hänninen* Stakes/THL
/ *Antti Uutela*, osastonjohtaja, THL (alkaen 1.6.2009)
- Erikoistutkija *Marko Elovainio*, Stakes/THL
/ *Eila Linnanmäki*, kehittämisspäällikkö, THL (alkaen 1.6.2009)
- Erikoislääkäri *Antti Jahkola*, Työterveyslaitos (1.9.2010 saakka)
- Erikoistutkija *Vappu Karjalainen*, Stakes/THL
- Terveydenhuollon erikoisasiantuntija *Kirsti Mattsson*, Espoon kaupunki
- Johtaja *Matti Ojala*, Stakes/THL (30.5.2009 saakka)
- Tutkija *Peppi Saikku*, Stakes/THL
- Erikoistutkija *Marita Sihto*, Stakes/THL
/ *Päivi Sainio*, projektipäällikkö, THL (alkaen 1.6.2009)
/ *Aki Vuokko*, erikoislääkäri, Työterveyslaitos (alkaen 18.2.2010)
- Lääketieteen tohtori *Ilkka Taipale* (30.5.2009 saakka)
- Dosentti *Antti Uutela*, Kansanterveyslaitos/THL
- Asiantuntijalääkäri *Kirsi Vainiemi*, Kela
- Viestintäsuunnittelija *Marja Peltomäki*, THL (alkaen 22.9.2009)
- Asiantuntijaryhmän sihteerinä toimi projektipäällikkö *Leini Sinervo*, Stakes/ THL

Kokoukset:

27.11.2007, 4.2.2008, 2.6.2008, 1.9.2008, 10.11.2008, 13.1.2009, 27.3.2009, 22.9.2009, 24.11.2009, 18.2.2010, 26.5.2010, 4.11.2010.

Liite 3. PTT-hankkeen medianäkyvyys jatkohankkeen aikana 2009–2010

Hankkeen itse järjestämät alueseminaarit:

Työttömien työkykyongelmat, niiden selvittäminen ja kuntoutustarve 23.11.2010
Kokkola, Työttömän työnhakijan terveystyökalut Jyväskylän yhteistoiminta-alueella
17.11.2010, Työttömien terveystyökalujen juurruttaminen ja tulevaisuus – mihin
ollaan menossa? 11.10.2010 Helsinki, Työttömien terveystyökalut ja kuntoutuminen
– kohti työllistymistä 5.10.2010 Rovaniemi, Työttömien terveyden edistäminen
Varsinais-Suomessa 8.9.2010 Turku, Työttömän terveys – yhteinen huoli 1.6.2010
Tampere, Työttömien terveyden edistäminen, terveystyökalut ja työllistäminen
25.5.2010 Koli, Työttömien terveystyökalut ja työ- ja toimintakyvyn arviointi
7.5.2010 Savonlinna, Pitkään työttömänä olleen asiakkaan tukeminen – tuloksia
moniammatillisella yhteistyöllä 15.4.2010 Helsinki, Kaakon rannikkokuntien haasteet
työllisyyden hoidossa 10.–11.2. 2010 Kotka, Työttömien monialainen palvelu –
kohti hyvinvointia 2.2.2010 Oulu, Kuntoutusprosessit työttömien kuntouttamisessa
18.11.2010 Sastamala, Työttömien terveyden edistäminen rajoja rikkoen
12.11.2010 Hämeenlinna, Työttömien terveystyökalut 5.11.2009 Lahti, Työttömien
terveystyökalut kunnissa 13.10.2009 Pori, Työterveysneuvonta 30.9.2009 Kuopio,
Valtakunnallinen asiantuntijaseminaari 2.9.2009 Helsinki.

Hanketta on esitelty myös mm. seuraavissa tilaisuuksissa:

Terve Kunta -päivät 21.–22.1.2009, INIC (International Network for
Integrated Care) 21.–23.4.2009, Työttömien hyvinvointipäivä Forssa 28.5.2009,
joukkoruokailutyöryhmä 12.8.2009, TEPO ministeriryhmä 10.9.2009, Congress of
the European Federation for Research in Rehabilitation (EFRR) Riika 9.–12.9.2009,
Turun päihdepäivät 15.9.2009, Eduskunnan köyhyysryhmä ja TVY 17.9.2009,
Eduskunnan työ- ja tasa-arvovaliokunta 30.9.2009, Kuntamarkkinat 9.–10.9.2009,
Terveydenhuollon tutkimuksen päivät Tampere 22.–23.10.2009, Rauma-Pori TYP
kehittämisspäivä 30.10.2009, Lieksan terveystapahtuma 7.11.2009, Työterveyshuollon
koulutuspäivä Kokkola 17.11.2009, Eduskunnan sosiaali- ja terveystyökaluvaliokunta
19.11.2009, TVY ry:n laivaseminaari 25.–26.11.2009, Työ muuttuu – muuttuko
ihminen? Kainuu 4.3.2010, Kuntoutuspäivät 18.3.–19.3.2010, Pohjois-Pohjanmaan
hyvinvointifoorumi 2010 ja terveyden edistämistoimijoiden yhteistyöseminari 23.–
24.3.2010, Työhyvinvointifoorumi 12.4.2010, Kiasma Helsinki 17.4.2010, Terve Sos
Lahti 19.–20.5.2010, INIC konferenssi Tampereella 18.6.2010, Työttömyydestä työhön
osallistumiseen Helsinki 4.6.2010, XVII Valtakunnalliset Päihdepäivät Espoossa
15.–16.9.2010, Kuntamarkkinat 2010, Työllisyshankkeet tutuiksi Lohja 30.9.2010,
Työttömien terveyserot Sastamalan toritapahtuma 30.9.2010, ACP VirtuaaliAMK
-loppuseminari 22.11.2010. Hanketapaamisia ja yhteistyötä oli muun muassa
valtakunnallisen Teroka-hankkeen ja Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin

kansallisen asiantuntijaverkoston (Toimia-hanke) työikäisten toimintakyky -ryhmän, työttömien terveys- ja kuntoutuspalveluja järjestävien Kainuun maakuntaliiton Kaito-hankkeen, Palmenian Rytmihankkeen ja Mikkelin amk työttömien terveystarkastus -hankkeen, Kiipula-hankkeen ja Kuntoutussäätiön Opi oppimaan -hankkeen kanssa sekä Terve Helsinki -hankkeen kanssa, jonka projektiryhmän jäseneksi on nimetty Sinervo ja Linnanmäki THL:tä.

Hankkeesta on uutisoitu mm. seuraavissa medioissa:

Yle Kuopio paikallisuutiset 30.9.2009, Yle Lahti 6.11.2009, Yle Häme 13.11.2009 ja TV-uutinen YLE valtakunnan verkossa 14.11.2009, TV uutiset Yle Oulu 4.2.2010, MTV3-uutiset 10.12.2010, Kuopion radio 16.3./ 30.9.2009, Tampereen radio 10.9.2009, Etelä-Savon radio 22.9.2009, Yle Hämeen radio 5.11.2009, Pohjois-Karjalan radio 5.11.2009, Hämeen alueradio 12.11.2009, Satakunnan radio 27.1.2010, Terveys + hyvinvointi THL messulehti 2009, Karensi Sanomat 2/2009, THL sähköinen uutiskirje 3/2009, 3/2010, Uusi Aika 03/2009, 5.2.2010, Itä-Häme 6.3./ 16.5./ 6.11.2009, Pohjolan työ 9.3.2009, Kymen Sanomat 19.3.2009, 05/2010, Haavi 3/2009, Mikkelin työttömät 20.3.2009, Itä-Häme 16.5./ 6.11.2009, Savon Sanomat 19.5./ 2.10.2009, Lieksan lehti 25.6./ 29.2010./ 3.11./ 5.11./ 10.11.2009/ 10.6.2010, Kauppalehti 24.8.2009, 4.10.2010, Poliklinikka 24.8.2009, Savonmaa 3.9./23.9.2009/ 12.5.10, Alueviesti 9.9.2009, 6.10.2010 Tyrvään Sanomat 10.9.2009, Lauttakylälehti 10.9.2009, Turun Sanomat 10.9.09, Puruvesi-lehti 21.9.09, Savonlinna 22.9.09, Tehy 1.10.09, Eksote lehti 5.10.2009, Hämeen Sanomat 16.11.2009/ 24.9.2010, Helsinki Times 19.11.2009, Salonjokilaakso 17.12.2009, Kotkan kaupungin henkilöstölehti Tarmo 12/2009, Tesso, sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti (STM/THL) 2.12.2009, Työterveyshoitaja & Työterveyslääkäri -lehti 2009, Karjalainen 30.12./ 12.12./ 14.11.2009/ 26.5.2010, Satakunnan Kansa 1.1./ 28.1.2010, Työeläke 01/2010, Sydän Satakunta 20.1./ 1.2./ 3.6.2010, Motiivi-lehti, Julkisten ja hyvinvointialojen liitto 02/10 & JHL verkkosivut 11.2.2010, Työ Terveys Turvallisuus (TTL) 02/2010, Kaupunkiutiset 10.4.2010, Turun tienoo 14.4.2010, Saimaa 5.5.2010, Satakunnan työ 6.5.2010, Viikko-Eteenpäin 05/2010, STM verkkouutinen 1.6.2010, Kansan Uutiset 2.6.2010, Raahen Seutu 2.6.2010, Kanta-Häme 23.9.2010, THL:n sähköinen kuntatiedote 10/2009, STM yläkulma 4.10.2010, Kunnat.net 5.10.2010, Helsingin Sanomat 15.11.2010, MTV3 Internet 10.12.2010. Hankkeesta on uutisoitu myös osahankepaikkakuntien ja keskeisten yhteistyötahojen omilla verkkosivuilla.

Liite 4.

PTT-hankkeen erilliset julkaisut ja hankkeeseen liittyvät opinnäytetytöt

Erilliset julkaisut:

- Pohjolainen, Pertti ym. (2009) Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tuen lähtökohdat. Tutkimus Hämeenkyrön pitkäaikaistyöttömistä. Raportteja 1/2009. Ikäinstituutti.
- Pohjolainen, Pertti ym. (2009). Pitkäaikaistyöttömien terveys, toimintakyky ja elintavat. Hämeenkyrön kehittämishankkeen tuloksia. Raportteja 5/2009. Ikäinstituutti.
- Saikku, Peppi. 2009. Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22/2009. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0b1c0c86-edd3-4e4b-b3cd-d1492b5a6830>
- Saikku, Peppi. 2010. Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelu – Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 12/2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5de0d9d6-0c3d-4268-83d8-70346310c7a0>
- Sinervo, Leini (toim.) 2009. Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämisyhteistyön loppuraportti ja paikalliset toimintamallit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 23/2009. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a79cf7a8-e4fe-4b72-b4fa-79268290bc10>
- Tarkastuslista työttömien työnhakijoiden terveyspalvelujen kehittäjille: <http://www.thl.fi/ptt>
- Terveenä työttömyydestä. Miten hallitset elämäntilanteesi? http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/00_julkaisut/terveena_tyottomyydesta.pdf
- Työttömien terveydenhuollon koulutusaineisto: <http://www.amk.fi/ptt/>
- Työttömän terveystapaamiset osana työllistymistä edistäviä palveluja. Hyvän käytännön kuvaus. <http://www.sosiaaliportti.fi/hyvakaytanto/ptt>
- Työttömien työnhakijoiden terveyspalveluita koskevat suositukset: <http://www.thl.fi/ptt>
- Ur arbetslösheten med hälsanibehåll. Hur hanterar du bäst din situation? http://www.mol.fi/mol/se/99_pdf/se/00_publicationer/arbetslosheten_halsan.pdf
- Osahankkeiden loppuraportit 2010: <http://www.thl.fi/ptt/osahankeraportit>

Opinnäytetytöt:

- Holmström, Piia & Rauanterä, Salla (2009). Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastus Itä-Hämeen Ilves-hankkeessa. Diakonia-ammattikorkeakoulu/Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/5849> [27.12.2010].
- Hägerth, Margit & Timperi, Johanna (2009). Työttömyys ja terveys – asiakaspalautelomakkeen kehittäminen. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Kempainen, Marja-Leena & Ruotsalainen, Anna-Maija (2008). Terveystarkastus pitkäaikaistyöttömien terveyden ja elämänhallinnan tukijana. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Lauhava, Susanna (2009). Terveystarkastus kuuluu myös työnhakijoille: toimintamallin kuvaaminen työnhakijoiden terveyspalveluiden toteuttamiseksi, Rovaniemen Työkyky-hanke. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma/ ylempi ammattikorkeakoulututkinto. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/4162> [27.12.2010].

- Polvinen, Henna (2010). Pitkäaikaistyöttömien ohjautuminen Kelan kuntoutukseen – työntekijöiden näkemyksiä ja odotuksia. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Oikeustieteen laitos. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04120.pdf> [27.12.2010]
- Ropponen, Nina & Saarela, Nina (2010). Työttömien elämänlaatu: Työttömien arvioinnit terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palvelujen merkityksestä elämänlaatuun. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma/ ylempi ammattikorkeakoulu. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/13262> [27.12.2010].
- Räsänen, Jari (2009). Työkyky kuntoon -hankkeen kuntoutustoiminnan vaikutusten arviointi. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta. Terveyden edistämisen koulutusohjelma/ ylempi ammattikorkeakoulututkinto. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/5686> [27.12.2010].
- Takala, Anu (2010). Pitkäaikaistyöttömän työ- ja toimintakyvyn arviointi ja ylläpito Kotkan kaupungin hanketyössä.

Peppi Saikku
Leini Sinervo

Työttömien terveyspalvelun juurrutus Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke (PTT-hanke) toteutui vuosina 2007 – 2010 yhteensä 24 paikka- ja seutukunnalla. Osahankkeissa kehitettiin paikallisista olosuhteista lähteviä toimintakäytäntöjä vaikeasti työllistyvien työttömien terveyspalvelujen järjestämiseksi. Hankkeen tavoitteena oli kiinnittää terveyspalvelut muihin työttömän asiakkaan työkykyä ylläpitäviin ja työllistäviin prosesseihin, juurruttaa hyviä toimintamalleja hankepaikkakunnille sekä levittää niistä tietoa.

Hankkeen loppuraportissa kuvataan valtakunnallisen hankkeen ja osahankkeiden toteutumista sekä työttömien terveyspalveluun kehitettyjä toimintamalleja. Lisäksi arvioidaan työttömien terveyspalvelun tämänhetkistä tilannetta hankepaikkakunnilla ja valtakunnallisesti. Raportissa esitetään myös suositukset ja toimenpide-ehdotukset toiminnan vakiinnuttamiseksi.

Hankkeen tuloksena todetaan, että osahankkeissa kehitettiin erilaisia toimintamalleja työttömien terveyspalveluun. Hankkeen päättyessä useimmilla hankepaikkakunnilla ja -alueilla on sovittu toiminnan jatkumisesta. Palvelun juurtumista edistivät etenkin terveysjohdon sitoutuminen, esimiehille ja työntekijöille suunnattu perehdytys ja tuki sekä monisektorisen yhteistyöverkoston sitouttaminen. Valtakunnallisesti työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen toteuttaminen on lisääntynyt viime vuosina. Toiminnan leviämistä ovat edistäneet toimintaan kohdistettu lisävaltionosuus ja tiedotus sekä PTT-hankkeen kehittämistuki.

