



Tukityöllistäminen interventiona ja sen vaikutus perusterveydenhuollon palvelujen käyttöön

Pitkittänyt työttömyys voidaan katkaista lyhytkestoisella tukityöllistämällä, jolla voi olla vaikutusta työttömien hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn. Työllistäminen voi vaikuttaa myös perusterveydenhuollon avopalvelujen käyttöön esimerkiksi tuomalla näkyväksi piilevää palvelutarvetta. Artikkelissa tutkitaan harvaan asutun kunnan tukityöllistämistoimenpiteisiin osallistuneiden ja työllistämisen ulkopuolelle jääneiden perusterveydenhuollon avopalvelujen käyttöä viiden vuoden aikana (2 vuotta ennen ja jälkeen interventiovuoden). Tutkimusjoukkona olivat yli 500 päivää työttömänä olleet.

Yksilötason tiedot poimittiin rekistereistä kokonaisotantana (ikä: 17–63 vuotta, sukupuoli: 61 % miehiä, 39 % naisia, $N = 152$). Tiedot perustuivat kolmeen eri rekisteriin: Kelan työttömyysturvatie tiedot, Pudasjärven kaupungin työllistämispalvelujen asiakastiedot ja Oulunkaaren kuntayhtymän potilasrekisteri. Tutkimusjoukosta muodostettiin kaksi pseudonymisoitua ryhmää: interventioryhmä eli tukityöllistetyt ($n = 67$) ja vertailuryhmä ($n = 85$). Aineisto analysoitiin kvanttiiliregressiolla.

Tulosten mukaan interventio- ja vertailuryhmien terveyspalveluiden käytössä oli eroja ja palvelujen käyttö jakautui epätasaisesti molemmissa tutkimusryhmissä. Interventioryhmässä käynnit lisääntyivät intervention jälkeisen vuoden loppuun asti, mutta vähenivät sitä seuraavana vuonna 2016. Vertailuryhmän käynnit lisääntyivät koko seuranta-ajan vuoteen 2016 saakka. Palvelujen käyttö ei jakaantunut tasaisesti, vaan 17 prosenttia käytti puolet kaikista palveluista. Paljon palveluja käyttäneiden osuudet erosivat interventio- ja vertailuryhmän välillä. Interventioryhmässä paljon palveluja käyttäneiden palvelujen käyttö oli tilastollisesti merkitsevästi matalampaa kuin vertailuryhmässä ($p=0,000–0,002$). Pitkäaikaistyöttömille kohdennetun tuen ja työllistämistoimenpiteiden arvioinnin näkökulmasta tietoa perusterveydenhuollon avopalveluiden käytöstä tarvitaan. Relevanttia rekisteritietoa on harvoin käytössä.

ASIASANAT: tukityöllistäminen, terveys, hyvinvointi, perusterveydenhuollon palvelut, kunta

PIA HAKAMÄKI, VESA SAARISTO, PIRJO LINDFORS, TIMO STÄHL

YDINASIAAT

- Harvaan asutun kunnan työllisyyspalvelujen, järjestöjen ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö tarjosi uusia ratkaisuja pitkäaikaistyöttömien yksilöllisten palvelupolkujen luomiseksi.
- Yksilöllinen kohtaaminen, tuki ja tukityöllistäminen (vrt. passiivinen työmarkkinatuki) voi vähentää perusterveydenhuollon käyntejä paljon palveluja käyttäneiden ryhmässä.
- Vaikuttavuustutkimukseen tarvittava viiden vuoden kattava rekisteriaineisto oli tiedon olemassaolosta huolimatta vaikeasti saatavissa.

JOHDANTO

Suomessa työttömien työnhakijoiden määrä oli vuoden 2019 helmikuussa 245 800 (1). Viisi vuotta aiemmin työttömiä oli 83 000 enemmän (2). Myönteisistä muutoksista huolimatta työttömyyden rakenne näyttää muuttuneen aiempaa vaikeammaksi. Pitkäaikaistyöttömyys kasvoi vuodesta 2010 lähtien ja kääntyi laskuun lukuisista toimenpiteistä huolimatta vasta vuonna 2017. Samana vuonna aloitettiin työttömien määräraikaishaastattelut ja rekisteristä poistettiin 20 000–30 000 sinne kuulumatonta henkilöä. (3.)

Työttömillä on todettu olevan usein heikompi terveys (4–5), mutta palvelujen käyttö on vähäisempää kuin työssä olevilla (6). Työttömyys aiheuttaa paitsi huonoa terveyttä, heikko terveys myös lisää työttömyyden todennäköisyyttä (7). Erityisesti nuorilla työttömyyden pitkittyminen lisää työ- ja toimintakyvyn ja mielenterveyden haasteita myöhemmin elämässä (8–10). Kansalliset työmarkkinapoliittiset toimet ja niiden rahoitus tunnustetaan koko EU:n tasolla yhdeksi keskeiseksi keinoksi vaikuttaa laskusuhdanteissa työttömyyden terveysvaikutuksiin (11). Myös Suomessa työttömien hyvinvoinnin ja terveyden lisäämiseksi on käynnistetty lukuisia toimenpideohjelmia ja hankkeita (ks. 12). Kuntien sektorirajat ylittävässä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä työllisyyskysymykset ovat myös enintään useammin esillä (13).

Suomen Kuntaliiton selvityksen (2019) mukaan kunnat rahoittivat työllisyydenhoitoa yli 800 miljoonalla eurolla vuonna 2017 (14). Laskelempaa oli mukana kuntien osuus työmarkkinatuen ns. passiivisista kustannuksista työttömyyden pitkittyessä. Taloudellisista panostuksista huolimatta kuntien työllistämistoimenpiteitä

on tutkittu verrattain vähän (15). On myös huomioitava, että useat eri toimijat tuottavat työllistämispalveluja. Saikku (2018) toteaa, että vaikeasti työllistyvien työllistymisen edistäminen hahmottuu kokonaisuutena, josta mikään taho ei ole viime kädessä vastuussa (16). Työllistämistoimenpiteitä toteutetaan usein kokeiluina ja hankkeina, joiden rahoituspäätöksiä ei tehdä osana kuntien vuosittaista toiminnan ja talouden suunnittelua. Kuntien päätöksenteossa on tarvetta tutkimustiedolle työllistämistoimenpiteiden vaikutuksista ja kustannushyödyistä osana arkityötä.

Tämän tutkimuksen kohteena olevassa harvaan asutussa ja selvästi keskimääräistä suuremman sektorirajat ylittäviä hyvinvointijohtamiseen, työllistämispolitiikkaan ja järjestöyhteistyöhön liittyviä toimintatapoja (17–18). Käytännössä kunnan työllisyyspalvelujen painopiste siirrettiin ns. korjaavasta työstä ehkäisevään työhön: vuodesta 2014 alkaen kaikille yli 500 päivää työttömänä olleille tarjottiin ohjausta ja yksilöllistä lyhytkestoista työllistymistä palkkatuella. Tukityöllistämisen tavoitteena oli lisätä työttömien työllistymismahdollisuuksia, heidän ja läheistensä hyvinvointia sekä suunnata uusia tukityötehtäviä kuntalaisten hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseen.

Tässä artikkelissa analysoidaan tukityöllistämistoimenpiteisiin osallistuneiden pitkäaikaisesti työttömien perusterveydenhuollon palvelujen käyttöä viiden vuoden ajalta. Analyysi perustuu vuonna 2018 kerättyyn kattavaan rekisteritutkimusaineistoon. Vertaamme tukityöllistettyjen palvelujen käyttöä samaan aikaan työttömänä oleviin ja tutkimme, tapahtuuko perusterveydenhuollon palvelujen käytössä muutoksia. Tutkimushypoteesina oli, että tukityöllistettyjen palvelujen käyttö ensin lisääntyy yksilöllisen ohjauksen ja taloudellisen tilanteen kohentuessa. Tämän jälkeen palvelujen käytön oletettiin vähenevän ja pysyvän matalammalla tasolla kuin vertailuryhmässä, koska tukityöllistämällä voi olla myönteisiä vaikutuksia esimerkiksi elämänhallintaan ja hyvinvointiin.

AIEMPI TUTKIMUSTIETO TYÖLLISTÄMISTOIMENPITEIDEN VAIKUTUKSISTA

Schuringin työryhmän (2011) tutkimustulosten mukaan tukityöllistämistoimenpiteet vaikuttavat koettuun terveyteen jo lyhyen ajan kuluessa (7).

Van Rijnin ja kumppaneiden (2016) katsauksessa työllistämällä ei ollut merkittäviä vaikutuksia vakavia mielenterveysongelmia sairastavien terveyteen lukuun ottamatta elämänlaatua (19). Eriytyisen monipuolista tutkimusnäyttöä on esimerkiksi työelämään osallistumisen kytkemisestä mielenterveyspalveluihin integroitavan Sijoita ja valmenna -toimintamallin (IPS) hyvinvointivaikutuksista (20–22). Tukityöllistämisen myönteiset vaikutukset yksilöiden hyvinvointiin perustuvat esimerkiksi itsetunnon, elämänlaadun, sosiaalisen osallisuuden ja oireiden hallinnan paranemiseen (7, 21).

Toistaiseksi yksilötason rekisteriaineistoihin perustuvaa seurantatietoa kuntien tukityöllistämisen vaikutuksista työllistettävien hyvinvointiin ja terveyteen on erittäin niukasti saatavissa. Esimerkiksi Paltamon kunnassa (2009–2013) täys-työllisyyteen perustuvan kehittämis- ja tutkimushankkeen keskeisiä johtopäätöksiä oli, että kokeilu paransi jossain määrin työttömien hyvinvointia ja osallisuutta. Työttömien terveyskesküs-lääkäri- ja sairaanhoitajapalveluiden sekä työterveyshuollon käyttö lisääntyi merkittävästi hankeaikana. Kokeilu tuotti kustannussäästöjä erityisesti ansiosidonnaisen työttömyysturvan säästöinä. (23.) Ruotsalaisessa kuntatason tutkimuksessa ei löydetty yhtään yksittäistä käytäntöä, joka oli erityisen onnistunut sosiaalihuollon taloudellisen tuen ja työttömyysajan lyhentämisessä. Aktivointitoimenpiteiden laaja valikoima, keskittyminen nuoriin sekä toimijoiden välisen yhteistyön tiivistäminen näyttivät merkityksellisiltä mekanismeilta. (24.)

Työllistymisen tai ansiotulojen kasvun näkökulmasta kuntien ja järjestöjen tukityöllistämistä ei yleisesti pidetä vaikuttavana (25). Sen sijaan yrityksiin kohdennettu palkkatuki on todettu jossakin määrin vaikuttavaksi (26). Tukityöllistämistä pidetään edelleen merkittävänä toimenpiteenä ns. välityömarkkinoilla eli esimerkiksi pitkäaikaistyöttömille, maahanmuuttajille, nuorille ja joissain tilanteissa myös osatyökykyisille (27). Muita keinoja työllistymisvalmiuksien tukemiseen ovat kuntouttava työtoiminta, työkokeilut, uraohjaus, työvoimakoulutus ja oppisopimus. Terävän ym. (2011) tutkimuksen mukaan uusien toimenpiteiden sijaan panostusta tarvittaisiin ensisijaisesti palveluohjausprosessien kehittämiseen, jotta asiakkaan kannalta oikeat toimenpiteet löydetäisiin riittävän varhaisessa vai-

heessa (28). Osallistavan sosiaaliturvan kuntakokeilussa havaittiin, että kuntien sosiaalityöllä ei ole tarvittavaa päätösvaltaa asiakkaan palvelupolusta, sillä päätöksenteko on hajautettu useille eri viranomaisille (29).

TYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ

Kansainväliset tutkimustulokset viittaavat siihen, että työttömät hakeutuvat enemmän terveyspalveluihin kuin työssä olevat (30, 31), mutta muutkin kuten sosioekonomiset ja maantieteelliset tekijät vaikuttavat palvelujen käyttöön (32). Pohjoismaisessa kontekstissa työttömyyteen näyttää liittyvän tarpeeseen nähden vähäistä palvelujen käyttöä (33, 37). Tyydyttymätön avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen käyttö on yleistä työttömällä, taloudellista uhkaa kokevilla sekä huonon terveydentilan omaavilla (34, 35). Muuhun väestöön verrattuna pitkäaikaistyöttömällä painottuvat lääkärisäkäyntien synä mielenterveyden häiriöt (30, 36) ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet (36).

Perusterveydenhuollon palvelujen käyttö näyttää vaihtelevan työmarkkina-aseman mukaan (6, 37). Virtasen ym. (2006) tutkimuksessa työttömien palvelujen käyttö oli suhteellisen alhaisella tasolla, ja erot työssä käyviin kasvoivat edelleen tarpeen vakioinnin jälkeen (37). Klavus ym. (2018) havaitsivat yhteyden kaksi puolta eli pitkäaikaistyöttömyys lisäsi todennäköisyyttä käyttää perusterveydenhuollon palveluita, mutta sillä oli vähentävä vaikutus käyntien lukumäärään (6). Lappalaisen ym. (2018) mukaan pisimpään työttömänä olleiden (yli 1000 päivää tai enemmän) joukossa oli eniten niitä, jotka eivät käyttäneet lainkaan terveyspalveluja (36).

TAPAUSTUTKIMUSKUNTA JA SEN KEHITTÄMISTYÖ

Pohjois-Pohjanmaalla sijaitsevassa Pudasjärven kaupungissa etäisyydet palveluihin voivat olla erittäin pitkiä. Noin puolet väestöstä asuu haja-asutusalueella. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirrettiin viiden kunnan yhteiselle kuntayhtymälle vuonna 2010. Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämistä jatkettiin siirron jälkeen kunnan ja kuntayhtymän yhteisenä tehtävänä. (38.) Työttömien työnhakijoiden osuus työvoimasta pysyi kunnassa selvästi korkeammalla tasolla kuin koko maassa koko 2000-luvun. Pitkäaikaistyöttömien osuus (2,7 %) Pudasjärven työvoimasta alitti koko maan kes-

kiarvon (3,5 %) vuonna 2014 ja pysyi matalammalla tasolla koko maahan verrattuna vuoteen 2019 asti. (39.)

Pudasjärvi oli yksi Lapin liiton Arjen turvaa kunnissa -hankepiloteista 2012–2014 (16). Kehittämistyössä kunnan hyvinvointi-, turvallisuus- ja työllisyyspoliittisia tavoitteita nivottiin uudella tavalla yhteen. Työmarkkinatuen kuntaosuus- ja vuosibudjetti, ns. sakkomaksut, kohdennettiin passiivisen maksamisen sijaan aktiiviseen välityömarkkinoiden vahvistamiseen. Tavoitteeksi asetettiin työpaikkojen ja työmahdollisuuksien lisääminen, työnhakijoiden aktivoiminen ja näiden keinojen avulla nuorten, lapsiperheiden sekä pitkäaikaistyöttömien hyvinvoinnin parantaminen. (16.) Taustalla vaikuttivat myös kuntatalouden tasapainottamisen tiukat säästötavoitteet (40). Asiakastyö alkuhaastatteluihin toteutettiin kunnan työllistämispalveluissa olemassa olevin suhteellisen pienin henkilöstöresurssein. Avainhenkilöitä olivat kunnan työllistämiskoordinaattori, sosiaalityöntekijä ja Lapin liiton osaikainen hanketyöntekijä, joka oli myös kunnan johtoryhmän jäsen. Myös Lapin liiton alueellinen verkostokoordinaattori tuki kunnan kehittämistyötä aktiivisesti. (38.)

Tutkimus ajoittuu hankeajkaan, jolloin kunnassa kehitettiin laaja-alaista hyvinvointi- ja turvallisuustyön toimintamallia. Kehittämistyö tarkoitti esimerkiksi kyläkohtaisia kuntalaisten, järjestöjen ja kunnan toimijatapaamisia, systemaattista arkeen liittyvien palvelutarpeiden kartoittamista eri kylillä, järjestökumppanuuksien tiivistämistä osallistavalla budjetoinnilla, kuukausittaista työllisyyden seurantatietoa, tukityöllistämisen kustannussäästöjen laskentaa, puskurilainoja järjestöille, asiakaslähtöisten työfoorumien perustamista ja ryhmätyöllistämismallin kehittämistä (myöhemmin Laavu-hanke ESR 1.1.2015–31.7.2018). Vuonna 2014 pitkäaikaistyöttömille tarjottiin yksilöllistä ohjausta ja luotiin lyhytkestoisia palkkatuettuja työsuhteita järjestöihin, kuntaan ja kuntayhtymään. Työtehtävät räätälöitiin yksilöllisesti työnhakijan osaamisen sekä kylien hyvinvointiin ja turvallisuuteen liittyvän tarvekartoituksen perusteella. Palkkatukityötehtävissä oli koulutusvaatimuksia ja osa oli ns. matalan kynnyksen töitä esimerkiksi rai-vausta, maisemointia, kulttuurituokioita laitoshoidossa ja kylätalkkarin tehtäviä ikääntyneiden turvallisen kotona asumisen tukemiseksi. (38, 41.)

TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksessa tarkastellaan harvaan asutussa kunnassa toteutetun kuusi kuukautta kestäneen lyhytkestoisien tukityöllistämisen (jatkoksa interventio) vaikutuksia pitkäaikaistyöttömien perusterveydenhuollon avopalvelujen käyttöön. Palvelujen käyttöä analysoitiin kaksi vuotta ennen ja jälkeen interventiovuoden. Muutoksia työttömien ja tukityöllistettyjen palvelujen käytössä tutkittiin viiden vuoden seuranta-aikana. Tutkimusjoukkoon kuuluvien terveydentilan muutoksia tai heidän omia arvioitaan hyvinvoinnin muutoksista ei tutkittu, vaan kyse on retrospektiivisestä rekisteritutkimuksesta. Tutkimus perustuu jälkikäteen luotuun havainnoivaan tutkimusasetelmaan.

Tutkimuskysymykset olivat:

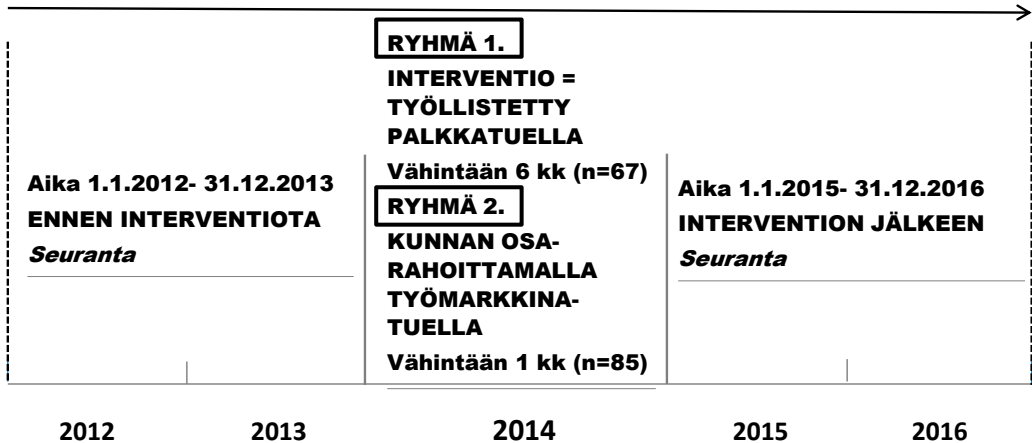
- 1) Onko perusterveydenhuollon avopalvelujen käytössä eroja interventio- ja vertailuryhmän välillä?
- 2) Muuttuuko interventio-ryhmän perusterveydenhuollon avopalvelujen käyttö työllistämistoimenpiteen jälkeen?

TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

Yksilötasoinen rekisteritutkimusaineisto poimittiin sähköisestä potilastietorekisteristä (Effica) vuonna 2018. Aluksi tutkimusjoukko oli muodostettu Kelan ja kunnan työllistämispalvelujen aineistoista. Sen jälkeen rekisterin ylläpitäjät poimivat aineiston yksilötasolla. Poiminta toistettiin tietoteknisistä syistä kaksi kertaa, koska liittymien kansalliseen potilastiedon Kanta-arkistoon ajoittui tutkimusajanjaksolle. Poiminnan jälkeen tiedot pseudonymisoitiin numeerisen tutkimusavaimen avulla. Näin yksittäisen henkilön tiedot eivät olleet jälkikäteen tunnistettavissa. Tutkimuslupa myönnettiin Oulunkaaren kuntayhtymässä (17.1.2018 ja 26.2.2018), tapaustutkimuskunnassa (30.4.2018) sekä Kelassa (24.5.2018 ja 14.1.2020). Lisäksi THL:n tutkimuseettistä työryhmää (Arto Vuori) konsultoitiin tammikuussa 2018.

Tietojen poiminta perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo) ei ollut mahdollista, koska tietojen siirto oli ollut ajanjaksolla puutteellista (ks. 41). Avohilmon tietoja vuodelta 2016 käytettiin vertailtaessa tutkimusjoukon käyntimääriä koko kunnan käyntitietoihin (42). Tämän tutkimuksen suoraan paikallisista rekistereistä poimittu aineisto sisälsi tiedot tut-

PERUSTERVEYDENHUOLLON AVOPALVELUJEN KÄYNNIT



Kuvio 1. Tutkimusasetelma 2012–2016.

kimusjoukon kaikista kontakteista ja käynneistä perusterveydenhuollossa kattavasti koko seurantaajaksolta (2012–2016). Ammattiryhmittäin aineisto kattoi esimerkiksi yleislääkäriin, erikoislääkäriin, työterveyslääkäriin, terveydenhoitajan, sairaanhoitajan, hammaslääkäriin, liikunta- ja hyvinvointineuvojan, toimintaterapeutin, laboratoriohoitajan sekä mielenterveystoimiston käynnit. Kontaktit vaihtelivat päivystysluonteisista etukäteen suunniteltuihin ennaltaehkäiseviin käynteihin. Jatkossa kaikista kontakteista käytetään käsitettä ”käynti”. Tutkimusaineistoon ei sisältynyt yksityiset terveystalot, kotisairaanhoidot eikä röntgentutkimukset. Röntgentutkimuksista oli tiedot tietoteknisistä syistä vain yhdeltä vuodelta, joten ne poistettiin aineistosta kokonaan. Puuttuvat tiedot eivät tässä työttömyyden työkäisten tutkimusjoukossa olleet todennäköisesti määrällisesti merkittäviä.

Aineiston poiminnan jälkeen tiedot luokiteltiin, ns. karkeistettiin. Luokittelun tavoitteena oli kuvata palvelujen käyttöä yleisellä tasolla, mutta säilyttää mahdollisen myöhemmän palvelujen käyttöä koskevan kustannuslaskentavaiheen kannalta riittävä yksityiskohtaisuus. Rekisterin ylläpitäjät ja tutkija tekivät luokittelutyön yhteistyönä. Se edellytti osaamista paikallisista kirjaamiskäytännöistä.

TUTKIMUSJOUKKO JA -ASETELMA

Tutkimusjoukko muodostettiin jälkikäteen 152:sta vuonna 2014 pitkäaikaistyöttömänä olleesta henkilöstä, jotka asuivat tutkimuspaik-

kakunnalla koko viiden vuoden seuranta-ajan. Kuoleman tai paikkakunnalta poismuuton vuoksi aineistosta poistettuja oli yhteensä 14 henkilöä. Kokonaisotantana muodostettu tutkimusjoukko jakaantui edelleen interventio- ja vertailuryhmään.

Interventio-ryhmään kuuluivat kaikki kunnan työllistämispalvelujen avulla vuoden 2014 aikana tukityöllistämisyksikön aloittaneet henkilöt (n=67). Työllistämispalveluista kerrottiin ensin kotiin lähetetyssä infokirjeessä ja sen jälkeen varattiin tapaaminen kunnan työllistämiskoordinaattorin kanssa. Tapaamisessa tutustuttiin keskustellen, kartoitettiin työhistoriaa, elämäntilannetta, hyvinvointia ja omaan työllistymiseen liittyviä yksilöllisiä toiveita sekä kerrottiin erilaisista palveluista lisää.

Vertailuryhmässä henkilöt (n=85) saivat saman infokirjeen, mutta eivät tukityöllistyneet vuonna 2014. Sen sijaan he olivat vuonna 2014 vähintään yhden kuukauden kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen piirissä ja mahdollisesti osallistuivat johonkin toiseen työllistymisvalmiuksia tukevaan julkisen sektorin toimenpiteeseen. (Kuvio 1.)

On huomioitava, että tutkimusryhmien välillä tapahtui todennäköisesti myös valikoitumista esimerkiksi työttömyyden motivaation, perhetilanteen tai terveydentilan suhteen. Kuten aiemmin todettiin työttömyyden pitkittyessä hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn ongelmat yleistyvät. Taustatekijöiden eroja on kuvattu tarkemmin taulukossa 1. Aineisto edustaa kattavasti tapaus-

Taulukko 1. Tutkittavien taustatekijät lähtötilanteessa vuonna 2013 (N=152).

	Kaikki n (%)	Interventioryhmä n (%)	Vertailuryhmä n (%)
HENKILÖIDEN LUKUMÄÄRÄ	152 (100 %)	67 (44 %)	85 (56 %)
IKÄ KESKIARVO	45 vuotta	41 vuotta	46 vuotta
SUKUPUOLI			
Nainen	60 (39 %)	29 (43 %)	31 (36 %)
Mies	92 (61 %)	38 (57 %)	54 (63 %)
KUNTOUTTAVA TYÖTOIMINTA	22 (14 %)	6 (9 %)	16 (19 %)
SOSIAALIHUOLLON PALVELUT	73 (48 %)	25 (38 %)	47 (55 %)

tutkimuskunnan pitkäaikaistyöttömiä henkilöitä, joita oli vuonna 2014 keskimäärin 87 henkilöä kuukaudessa (41).

Tutkimusasetelma oli havainnoiva. Kokeellista tutkimusasetelmaa (RCT tai BCT) ei ollut mahdollista luoda (45), koska kunnan kehittämistyö oli tutkimuksen käynnistyessä jo tehty. Koko työttömien tutkimusjoukko oli lähtökohdaisesti samojen työllisyyspalvelujen sekä saman kuntayhtymän tuottamien sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä koko seuranta-ajan. Myös tukityöllistettyjen työterveyshuollon palvelut järjestettiin samassa kuntayhtymässä ja ovat mukana aineistossa. Lähtötilanteessa interventioryhmässä oli vuonna 2013 keskimäärin 173 ja vertailuryhmässä keskimäärin 207 työttömyysurvapäivää (46). Tutkittavien ikä vaihteli 17–63 vuoden välillä. Interventioryhmässä keski-ikä oli viisi vuotta alempi kuin vertailuryhmässä ja naisten osuus oli hieman vertailuryhmää suurempi. Alkutilanteessa kuntouttavaan työtoimintaan oli osallistunut interventioryhmässä alle kymmenen prosenttia ja vertailuryhmässä noin kaksikymmentä prosenttia työttömistä. Samoin muita aikuissosiaalityön palveluita (ml. toimeentulotuki) käytettiin hieman yleisemmin vertailuryhmässä. (Taulukko 1.)

MENETELMÄT

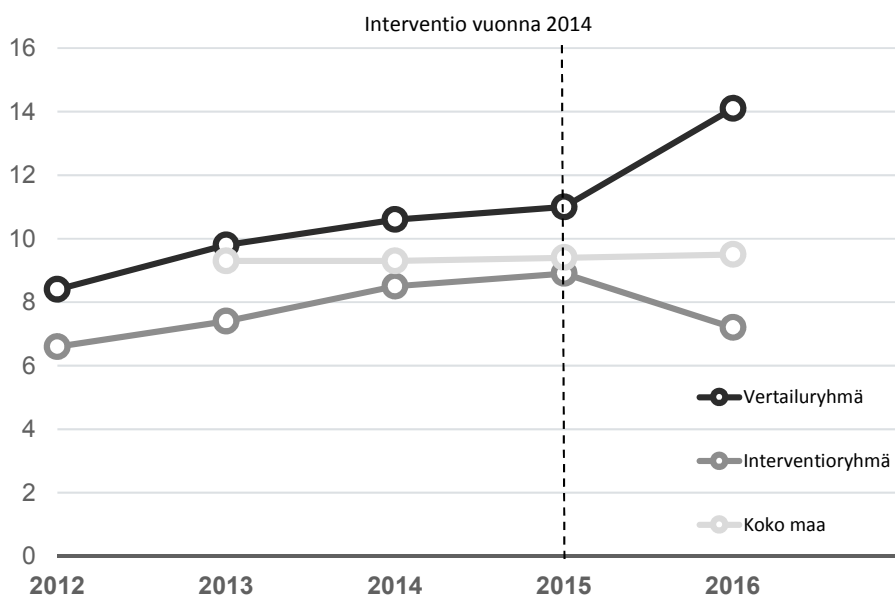
Perusterveydenhuollon avopalvelujen käyttöä tarkasteltiin ensin kuvailevin menetelmin vuosittaisten keskilukujen ja kumulatiivisten prosenttiosuuksien avulla. Tämän jälkeen tutkittiin käyntimäärien muutoksia ennen ja jälkeen intervention erikseen sekä interventio- että vertailuryhmässä. Koska jakaumat olivat vinoja, keskiar-

vojen tarkastelu ei ollut mielekästä. Analyysissa käytettiin keskiarvojen tarkasteluun perustuvan t-testin lisäksi Mannin–Whitneyn U-testiä ja Wilcoxonin merkittävien järjestyslukujen testiä (43) ja palvelujen käytön eroja tarkasteltiin kvanttiliregressiolla yhdeksässä desiiipisteessä (44). Selittävinä tekijöinä mallissa olivat ikä, interventio, sukupuoli ja vuosi. Referenssiryhmänä oli vertailuryhmän mies vuonna 2016. Analyysi tehtiin IBM SPSS Statistics 25 ja 26-ohjelmistojen avulla.

TULOKSET

Perusterveydenhuollon palvelujen käytössä oli tutkimusryhmien välillä eroja koko viiden vuoden seuranta-ajan (kuvio 2). Interventioryhmä käytti palveluita keskimäärin vähemmän kuin vertailuryhmä. Perusterveydenhuollon käyntimäärät kasvoivat interventioryhmässä vuodesta 2012 vuoteen 2015 asti. Intervention jälkeisenä vuonna 2015–2016 palvelujen käyttö kääntyi laskuun ja väheni viidenneksellä yhteensä 117 käyntiä vuoden aikana. Samaan aikaan palvelujen käyttö kasvoi vertailuryhmässä neljänneksellä. (Taulukko 2.)

Alkutilanteessa interventioryhmässä käyneitä oli keskimäärin 6,6 per asiakas ja enimmillään vuonna 2015 niitä oli 8,9 per asiakas. Viimeisenä tutkimusvuonna palveluita käytettiin 7,2 kertaa per asiakas. Vertailuryhmässä palvelujen käyttö kasvoi koko viiden vuoden seuranta-ajan eli 8,4 käynnistä 14,1 käyntiin per asiakas. Ryhmien välillä asiakaskohtaisissa käyntimääriä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ($p=0,102-0,912$). (Taulukko 2.) Vertailuryhmässä keskimääräisten käyntien keskiahajonta oli suuri ja vielä selkeästi



Kuvio 2. Pitkäaikaistyöttömien perusterveydenhuollon käyntien keskiarvo asiakasta kohden kahdessa tutkimusryhmässä (N=152) ja koko maassa vuosina 2012–2016.

Taulukko 2. Pitkäaikaistyöttömien perusterveydenhuollon käyntien yhteenveto vuosina 2012–2016 (N=152).

	Ryhmä	2012	2013	2014	2015	2016	Keski- määrin vuodessa	Yhteensä
Käynnit yhteensä	Interventoryhmä (n=67)	443	497	568	596	480	516,8	2584
	Vertailuryhmä (n=85)	711	829	905	939	1198	916,4	4582
Käynnit per asiakas Keskiarvot (ka.)	Interventoryhmä (n=67)	6,6	7,4	8,5	8,9	7,2	7,7	38,6
	Keskihajonta	7,4	8,4	7,7	10,1	8,7		
Käynnit per asiakas Mediaanit	Vertailuryhmä (n=85)	8,4	9,8	10,6	11,0	14,1	10,8	53,9
	Keskihajonta	13,5	21,7	13,7	14,8	39,0		
	p-arvo ¹	0,310	0,365	0,220	0,291	0,116		
	Interventoryhmä (n=67)	4	5	8	7	4	5	
Käynnit per asiakas Mediaanit	Vertailuryhmä (n=85)	3	5	6	7	7	6	
	p-arvo ²	0,813	0,698	0,912	0,427	0,102		
Muutos edelliseen vuoteen	Interventoryhmä (n=67)		12,2 %	14,3 %	4,9 %	-19,5 %		
	Vertailuryhmä (n=85)		16,6 %	9,2 %	3,8 %	27,6 %		

¹ p-arvo t-testissä

² p-arvo Mannin-Whitneyn U-testissä

Taulukko 3. Pitkäaikaistyöttömien perusterveydenhuollon käyntimäärien odotusarvot desilipisteittäin, joissa vaihtelua selitetään iällä, interventiolla, sukupuolella ja vuodella 2012–2016 (N=152).

Muuttuja	q=0,1	q=0,2	q=0,3	q=0,4	q=0,5	q=0,6	q=0,7	q=0,8	q=0,9
(Intercept) ¹	0	0	0	2	4	7	11	13	25
Ikä	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Interventioryhmä	0	0	0	0	0	-1	-3** (0,001)	-4** (0,002)	-8*** (0,000)
Vertailuryhmä (ref.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Naiset	0	2*** (0,000)	3*** (0,000)	4*** (0,000)	5*** (0,000)	6*** (0,000)	7*** (0,000)	10*** (0,000)	12*** (0,000)
Miehet (ref.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vuosi=2012	0	0	0	-1	-2* (0,047)	-2	-2	-3	-3
Vuosi=2013	0	0	1	0	-1	-2	-2	-1	-2
Vuosi=2014	0	0	2** (0,001)	1	1	0	0	1	0
Vuosi=2015	0	1*** (0,000)	2** (0,001)	2* (0,023)	1	0	-1	0	4
Vuosi=2016 (ref.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹ Vertailuarvona on vertailuryhmän mies vuonna 2016.
(* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001) p-arvo t-testissä

suurempi kuin interventioryhmässä. Palvelujen käyttö ei siis jakautunut tasaisesti.

Kun käyntejä katsottiin tarkemmin, terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käytiin viiden vuoden aikana ennalta sovitusti 1200 kertaa ja päivystysluonteisesti 457 kertaa. Palvelujen kokonaisuudessa ennalta sovittuja lääkärikäyntejä näytti olevan suhteellisen vähän. Niiden keskiarvo vaihteli ryhmien välillä 1,4 käynnistä (interventioryhmä) ja 1,7 käyntiin (vertailuryhmä) per asiakas. Interventioryhmässä näitä käyntejä oli ennen interventiota 1,3 ja sen jälkeen 1,5 per asiakas. Viidentenä seurantavuotena ennalta sovittujen lääkärikäyntien määrä kasvoi yli 30 prosenttia molemmissa ryhmissä vuoteen 2015 verrattuna.

Vertailuryhmässä käytiin enemmän sairaanhoitajan vastaanotolla (11,6 per asiakas) kuin interventioryhmässä (3,5 per asiakas) viiden vuoden aikana, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (p=0,355). Myös mielenterveyteen liittyviä psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykologin käyntejä oli vertailuryhmässä enemmän kuin interventioryhmässä. Psykiatrisen sairaanhoitajan käyntimäärät kasvoivat vertailuryhmässä koko seuranta-ajan (vuonna 2012: 10 käyntiä ja vuonna 2016: 57 käyntiä). Suun terveydenhuollon ja

ehkäisevien palvelujen käytössä ei ollut suuria eroja ryhmien välillä.

PALVELUJEN KÄYTÖN JAKAANTUMINEN TYÖTTÖMIEN KESKEN

Perusterveydenhuollon palvelujen käyttö vaihteli vuositasolla interventioryhmässä 0–54 välillä ja vertailuryhmässä 0–355 välillä. Vertailuryhmässä oli henkilöitä, joilla oli huomattavan paljon terveyskeskuskäyntejä. Toisaalta jokaisena vuonna oli työttömiä, jotka eivät käyneet lainkaan terveyskeskuksessa. Viiden vuoden seuranta-aikana yli puolella (n=85) työttömistä oli vähintään yksi kalenterivuosi, jonka aikana he eivät käyneet lainkaan perusterveydenhuollossa. Koko tutkimusjoukosta (N=152) alle viidesosa (17 %) käytti puolet kaikista perusterveydenhuollon palveluista. Palvelujen käyttö jakaantui epätasaisesti myös tutkimusryhmiä erikseen tarkasteltaessa. Interventioryhmässä 20 prosenttia ja vertailuryhmässä 16 prosenttia käytti puolet kaikista työttömien käyttämistä palveluista.

PALVELUJEN KÄYTÖSSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET

Muutosta tarkasteltiin aluksi tutkimusasetelman mukaisesti eli ennen interventiota (2013) ja sen jälkeen viimeisenä seurantavuotena (2016). Interventioryhmässä käynnit olivat vuosien välillä lä-

hes samalla tasolla (vain 17 käyntiä vähemmän vuonna 2016). Palvelujen käytössä ei ollut kyseisten kahden vuoden välillä tilastollisesti merkitsevää eroa ($Z=-0,137$, $n=67$, $p=0,891$). Vertailuryhmässä käynnit lisääntyivät samalla ajanjaksolla 369 käynnillä, muutos oli tilastollisesti lähes merkitsevä ($Z=1,701$, $n=85$, $p=0,089$).

PALVELUJEN KÄYTTÖÄ SELITTÄVÄT TEKIJÄT

Koska käyntien keskihajonnat olivat suuret, palvelujen käyttöä analysoitiin kymmenyksittäin eli desiilipisteiden estimaattien avulla. Interventio-ryhmässä paljon palvelujen käyttäneiden palvelujen käyttö oli vähäisempää kuin vertailuryhmässä. Interventio-ryhmässä seitsemännen, kahdeksannen ja yhdeksännen desiilipisteen estimaatit olivat tilastollisesti merkitsevästi matalampia kuin vertailuryhmässä ($p=0,000-0,002$). Naiset käyttivät desiilipisteestä riippumatta enemmän palveluja kuin miehet ($p<0,000$). Myös vuodella oli merkitystä desiileissä 20–50. Työttömien ja tukityöllistettyjen ikä ei selittänyt palvelujen käyttöä. (Taulukko 3.)

POHDINTA

Tässä artikkelissa tutkittiin eri toimijoiden yhteistyöhön perustuvan tukityöllistämisen vaikutuksia työttömien perusterveydenhuollon avopalvelujen käyttöön harvaan asutussa kunnassa. Tulosten perusteella tukityöllistettyjen ja pitkäaikaistyöttömien perusterveydenhuollon käynneissä oli tasoeroa koko viiden vuoden seuranta-ajan. Työttömyyden pitkittyminen lisäsi palvelujen tarvetta kuten aiemmissakin tutkimuksissa on havaittu (30, 31). Tutkimuskunnassa oli Avohilmon mukaan keskimäärin 8,5 käyntiä per asiakas vuonna 2016 (42). Interventio-ryhmällä käyntejä oli samana vuonna selvästi harvemmin (5,7 käyntiä per asiakas) ja vertailuryhmällä enemmän (12,3 käyntiä per asiakas). Suun terveydenhuollon käyntimäärissä ei ollut eroja tutkittavien ja kuntalaisten välillä.

Tulokset vahvistavat aiemmin esitettyjä havaintoja, joiden mukaan paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävät ovat suhteellisen pieni joukko (47). Tutkimusjoukon perusterveydenhuollon palvelut jakaantuivat samaan tapaan eli alle viidesosa käytti puolet kaikista palveluista. Lisäksi tulokset osoittivat, että intervention ulkopuolelle jääneiden ryhmässä pienempi osuus käytti puolet palveluista kuin interventioon osal-

listuneiden ryhmässä. Kysymykseksi jää, vastaa-ko perusterveydenhuolto pitkäaikaistyöttömien yksilöllisiin tarpeisiin vai jäikö heidän hoito- ja kuntoutustarpeitaan edelleen tunnistamatta? Pitkäaikaistyöttömät voivat tarvita laaja-alaista tukea, hoitoa ja kuntoutusta erityisesti mielen (8, 33, 48) ja tuki- ja liikuntaelimestön hyvinvointiin (36).

Lyhytkestoisen tukityöllistämisen jälkeen työttömien perusterveydenhuollon käyntimäärät aluksi kasvoivat ja sen jälkeen vähenivät. Tulokset tukivat tutkimusryhmän hypoteesia. Palveluiden käytön kasvua voivat selittää esimerkiksi muutokset terveydentilassa, aktiivinen ohjaus palveluihin ja työttömän oma toiminta- ja työkyvyn arviointi suhteessa uusien työtehtävien vaatimuksiin. Interventio-ryhmän palvelujen käytössä oli tässä aineistossa tilastollisesti merkitseviä eroja vain paljon palveluja käyttäneillä. On merkille pantavaa, että vertailuryhmän palvelujen käyttö jatkoi kasvua koko seuranta-ajan. Tulokset antavat varovaista näyttöä kunnan tukityöllistämisen mahdollisista vaikutuksista perusterveydenhuollon palvelujen käytön kasvun taantumiseen ja onnistuneesta palveluihin ohjaamisesta. Palvelujen käytön muutokset voivat kuitenkin selittyä myös muilla tekijöillä, joita tässä havainnoivassa tutkimusasetelmassa ei voitu kontrolloida tai satunnaistaa. Myös aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että vaikeasti työllistyvät ja osatyökykyiset hyötyisivät matalan kynnyksen työllistamisestä ns. välityömarkkinoille (7, 25). Usein työttömille on suositeltu sisällöllisesti monipuolisia ja hyvin kohdennettuja interventioita (49, 50) ja monialaiseen yhteispalveluun ohjaamista (TYP) (51). Sosiaalityön kehittämishankkeessa havaittiin, että pitkäaikaistyöttömistä asiakkaista vain 10 prosenttia oli ohjattu TYP-palveluihin (52).

Tutkimus on yhteiskunnallisesti ajankohtainen. Tutkimuskunnan työllistämispalveluita kohdennettiin uudella tavalla ennakoivaan ja ehkäisevään hyvinvointityöhön. Tukityöllistämistehävät palvelivat kunnassa tunnistettuja tarpeita esimerkiksi ikääntyneiden turvallista kotona asumista, liikuntaan innostavan lähiympäristön hoitoa ja laitoshoidon hyvinvointia lisääviä kulttuuripalveluita. Kehittämistyö vaati yhteiseen tavoitteeseen sitoutumista kunnalta, kuntayhtymän sosiaali- ja terveyspalveluilta ja järjestöiltä. Toistaiseksi kuntien hyvinvointityöhön ja työllisyyspolitiikkaan liittyvästä laajasta kiinnostuk-

sesta huolimatta on vähän rekisteritutkimustietoa muiden kuin terveydenhuoltoalan toimenpiteiden vaikutuksista palvelujen käyttöön (12, 24, 53). Suomen ainutlaatuinen rekisteritietopohja tulee tarjoamaan kattavammin mahdollisuuksia tehdä arviointitutkimusta vaikuttavien toimenpiteiden kehittämiseksi (ks. 25, 54). Myös kuntien paikalliseen päätöksentekoon ja vaikuttavaa arkityötä ohjaamaan on tarvetta monipuoliselle tietopohjalle, mukaan lukien rekisteritietoihin perustuva arviointitutkimus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen on edelleen vahvasti sektori- ja organisaatiokeskeistä (14, 55), ja systemaattiset yhteistyötavat ja kumppanuudet kuntien kanssa ovat kehitteillä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuun siirtyessä kunnista alueellisille toimijoille sektorirajat ylittävillä uusilla yhteistyötavoilla on tarvetta myös työllisyyspalveluissa. Tämän tapaustutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että harvaan asuttujen kuntien hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen kehittämistä ja sitä tukevaa vahvaa alueellista verkostoyhteistyötä kannattaa jatkaa. Kun kunnassa tavoitellaan voimavarojen suuntaamista ehkäisevään työhön, kylien ja yhteisöjen hyvinvointi- ja turvallisuustarpeiden tunnistaminen on työlle hyvä lähtökohta. Esimerkkikunnassa kehittämis-työ nojasi erittäin pitkäjänteiseen työhön (kts. 17–18, 56–57), ja poikkeukselliseen paikalliseen innovatiivisuuteen ja verkostoitumiseen. Tässä artikkelissa kuvattujen työllistämistoimenpiteiden toteutus osana kunnan vuosittaista talouden ja toiminnan suunnittelua edellytti paitsi kunnan johtoryhmän sitoutumista myös lukuisia uusia työtapoja, talousjohtamista ja tiedolla johtamista (38).

Pitkäaikaistyöttömien yksilölliseen kohtamiseen, tukityöllistämiseen ja hyvinvointiin tähtäävät paikalliset toimintatavat ovat usein luonteeltaan ainutkertaisia ja niissä aikaansaadut tulokset sidoksissa toteutusympäristöönsä (15). Tämän tutkimuskunnan esimerkin perusteella voidaan olettaa, että hyvinvointi- ja työllistämispoliittikkaa on mahdollista uudelleensuunnata työmarkkinatukietuuksien passiivisesta maksamisesta kohti hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämistä monissa muissakin kunnissa. Tutkimuskunnassa yksi resurssien uudelleenohjaamista edistänyt tekijä oli johdon vahva sitoutuminen työllistämisen- ja säästötavoitteisiin eli mi-

tattavissa oleviin asioihin, vaikka tavoitteena oli myös hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen. Kustannusten arviointi kehittämissuunnitelman aikana perustui lähinnä tukityöllistämisen kaupunkiläis- ja työmarkkinatuen kuntamaksuosuuksien laskennallisiin muutoksiin (17). Tutkimuskunnassa vuonna 2014 osoitettiin, että kireästä kuntataloudesta huolimatta yhteistyön paikkoja ja tukityöllistämismahdollisuuksia oli mahdollista löytää läheltä kuntalaisten arkiympäristöjä yhteistyössä järjestöjen ja kyläyhdistysten kanssa.

Tulosten vertaaminen muihin työttömien työllistämispalveluihin on vaikeaa, koska palvelujen käyttäjäryhmät ja kontekstit eroavat. Vastaavista kuntatason tukityöllistämistoimenpiteistä ei yksilötason seuranta-aineistoja ole käytettävissä. On myös huomattava, että tämän tutkimuksen ryhmät eivät olleet täysin samankaltaiset (ks. taulukko 1). Tutkimuksessa sairastavuudesta johtuvia sekoittavia tekijöitä ei havainnoivassa tutkimusasetelmassa huomioitu eikä jälkikäteen vakioitu (vrt. 58). Valikoituminen yksilötason taustatekijöiden esimerkiksi motivaation ja perhetilanteen perusteella selittänee osan ryhmien välisistä eroista, jotka pysyivät ryhmien välillä suhteellisen tasaisena koko seuranta-ajan aina vuoteen 2015 asti.

Tukityöllistämistoimenpiteiden vaikuttavuutta suhteessa jatkotyöllistymiseen määrittävät monet alueelliset, yhteisölliset ja yksilöihin liittyvät tekijät. Aiemman tutkimusnäytön perusteella vain tukityöllistymisellä yrityksiin on merkittävää vaikutusta näihin (25). Työllistymisen esteenä harvaan asutuilla alueilla voivat olla esimerkiksi elinkeinorakenteen muutokset, oman alan avoimien työpaikkojen määrä ja pitkät etäisyydet. Tässä tutkimuksessa ei ollut käytössä tietoa tutkimusjoukon työllistymisestä tai ansiotulojen kehityksestä. Työllistyminen yli 500 päivän työttömyyden jälkeen voi vaatia myös uudelleen kouluttautumista ja oman ammatillisen osaamisen päivittämistä.

Vaikka tukityöllistämistoimenpiteiden systemaattinen arviointi on vaikeaa, tutkimus osoitti, että olemassa olevien rekisteritietojen käyttäminen kuntien arkivaikuttavuuden arvioinnissa on mahdollista. Tietojärjestelmien puuttuvien raportointiominaisuuksien vuoksi tietojen kokoaminen yksilötasolta ryhmätason tilastotiedoiksi oli kuitenkin erittäin työlästä. Kunnallisilla,

alueellisilla ja kansallisen tason päätöksentekijöillä tulisi olla käytössä arviointitietoa työllistämistoimenpiteiden tuloksista myös sosiaali- ja terveystieteiden käytön näkökulmasta. Rekisteritietojen käyttöä kuntien hyvinvointityön arvioinnissa tulisi edelleen kehittää, jotta tiedetään miten etukäteen määritellyt tavoitteet ovat toteutuneet.

RAHOITTAJAT:

Maa- ja metsätalousministeriö on rahoittanut tutkimusta Makeran valtakunnallisiin maaseudun tutkimus- ja kehittämishankkeisiin suunnatuista varoista Maaseutupolitiikan neuvoston asettaman hankeryhmän esityksestä. Myös Terveyden

ja hyvinvoinnin laitos (THL) on rahoittanut tutkimusta vuosina 2017–2019.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Hakamäki yhdessä THL:n Soihtu-tutkimusryhmän kanssa on suunnitellut tutkimusasetelman ja hakenut tutkimusluvut. Hakamäki on vastannut tietopyynnöistä ja tutkimusaineiston poiminnasta, analyysien tekemisestä sekä kirjoittanut käsikirjoituksen eri versiot. Saaristo ja Ståhl ovat auttaneet tutkimusanalyysien tekemisessä sekä artikkelin kirjoittamisessa. Lindfors on kommentoinut käsikirjoituksen aikaisempia versioita vaikuttaen kirjoituksen sisältöön sekä lukenut ja hyväksynyt käsikirjoituksen viimeisimmän version.

Hakamäki, P., Saaristo, V., Lindfors, P., Ståhl, T. Subsidized employment as an intervention and its impact on the use of primary health care services. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2022: 59: 351–364.

Prolonged unemployment can be interrupted by short term subsidized employment, which can have an impact on the well-being, health and ability. Employment can affect the use of primary health care services, for example by highlighting the latent need for services. The article examines the use of services during the five years period in a sparsely populated municipality. The aim was to investigate the use of primary health care services among people in subsidized employment and those who were excluded from intervention. The study population consisted of more than 500 days unemployed persons.

Individual-level data were extracted from the registers as a total sample (age: 17–63 years, gender: 61 % men, 39 % women, N = 152). The data were extracted from three different registers: Kela's unemployment insurance data, the customer data of the City of Pudasjärvi's employment services and the Oulunkaari, joint municipal authority's patient register. Two groups were formed: the intervention group, subsidized employment (n = 67) and the control group (n = 85). The data analyzed by quantile regression.

The study showed that there were differences in the use of health services by intervention and control groups and the use of services was unevenly distributed in both research groups. In the intervention group, visits increased until the end of the year after the intervention but decreased in the following year 2016. The visits in the control group increased until 2016. The use of services was not evenly distributed, with 17 percent using half of all services. The use of services among those who used a lot of services in the intervention group was statistically significantly lower than in the control group (p = 0.000-0.002). Evaluation of employment measures needs information on the use of primary health care services. The relevant data of registers is not commonly used.

Keywords: subsidized employment, health, well-being, primary health care services, municipality.

Saapunut (19.03.2021)

Hyväksytty (18.01.2022)

LÄHTEET

- (1) TEM. Työllisyyskatsaus helmikuu 2019. Työ- ja elinkeinoministeriö. Luettu 25.4.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201901242824>
- (2) TEM. Työllisyyskatsaus helmikuu 2014. Työ- ja elinkeinoministeriö. Luettu 25.4.2019. <https://tem.fi/dms-portlet/document/2/340621>
- (3) Suomen virallinen tilasto (SVT): työssäkäynti. Työttömien taustat 2018. Helsinki: Tilastokeskus. Julkaistu 24.5.2019. http://stat.fi/til/tyokay/2018/02/tyokay_2018_02_2019-05-24_tie_001_fi.html
- (4) Herbig B, Dragano N, Angerer P. Health in the long-term unemployed. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110(23-24):413-419. doi: 10.3238/arztebl.2013.0413
- (5) Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health* 1994;48(4):333-337. doi: 10.1136/jech.48.4.333
- (6) Klavus J, Forma L, Partanen J, ym. Need and utilization of primary health care among long-term unemployed Finns. *J Health Soc Sci* 2018;231-242. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-201901301118>
- (7) Schuring M, Mackenbach J, Voorham T, ym. The effect of re-employment on perceived health. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(7):639-644. doi: 10.1136/jech.2009.103838
- (8) Karsten P, Moser K. Unemployment impairs mental health. *J Vocat Behav* 2009;74(3):264-282. doi: 10.1016/j.jvb.2009.01.001
- (9) Brydsten A, Hammarström A, Strandh M, ym. Youth unemployment and functional somatic symptoms in adulthood: Results from the Northern Swedish cohort. *Eur J Public Health* 2015;25(5):796-800. doi: 10.1093/eurpub/ckv038
- (10) Reine I, Novo M, Hammarström A. Does the association between ill health and unemployment differ between young people and adults?: results from a 14-year follow-up study with a focus on psychological health and smoking. *The Northern Swedish Cohort study* 2004;118(5):337. doi: 10.1016/j.puhe.2003.10.008
- (11) Benach J, Muntaner C, Chung H, ym. The importance of government policies in reducing employment related health inequalities. *BMJ* 2010;340:c2154. doi: 10.1136/bmj.c2154
- (12) STM (2020) Työkyvyohjelma 2020–2022 : Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisuja 2020:11. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9866-7>
- (13) Majoinen K, Antila A. Hyvinvoinnin edistäminen kunnassa. Sisältö, mahdollisuudet ja haasteet. *Arttu2-tutkimusohjelman julkaisusarja 12/2017*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- (14) Suomen Kuntaliitto (2019) Kunnat lisänneet työllisyyspanostuksiaan – Kuntaliitto esittää työllistymisen lähipalveluja kunnille. Tiedote 4.4.2019. <https://www.kuntaliitto.fi/tiedotteet/2019/kunnat-lisanneet-tyollisyyspanostuksiaan-kuntaliitto-esittaa-tyollistymisen-lahipalveluja-kunnille>
- (15) Eskelinen J, Valtakari M. Menetelmällisistä haasteista työllisyysvaikutusten arvioinnissa – kokemuksia viimeaikaisista arvioinneista. Työpoliittinen aikakauskirja 2020;3:19–27. <http://urn.fi/URN:ISBN:ISBN:978-952-327-579-9>
- (16) Saikku P. Hallinnan rajoilla: Monialainen koordinaatio vaikeasti työllistyvien työllistymisen edistämiseksi. Väitöskirja. Helsingin yliopisto; 2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-3303-8>
- (17) Palmgren M, Iso-Heiko M, Kinnula R, ym. Arjen turvaa kunnissa. Arjen turvaa ja palveluja kuntalaisille – taloudellisuutta ja tehokkuutta kunnille. Arjen turvaa kunnissa -hankkeen loppuraportti 2012–2014. 2/2015. Lapin aluehallintovirasto.
- (18) Hakamäki P, Kotamäki K, Rotko T, ym. SOIHTU-arviointitutkimuksen loppuraportti : Sisältöä, osaamista ja arvioitua tietoa kuntien elinvoimaisuuteen, hyvinvointi- ja turvallisuustyön uudistamiseen. Työpäpaperi 23. Helsinki: THL; 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-507-0>
- (19) Van Rijn R, Carlier B, Schuring M, ym. Work as treatment? The effectiveness of re-employment programmes for unemployed persons with severe mental health problems on health and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Occupational Environmental Medicine* 2016;73(4):275–279. doi: 10.1136/oemed-2015-103121
- (20) Burns T, Catty J, Becker T, ym. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370(9593):1146–1152. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61516-5
- (21) Bond G, Drake R. Making the case for IPS supported employment. *Adm Policy Ment Health* 2014;41(1):69–73. doi: 10.1007/s10488-012-0444-6
- (22) Kinoshita Y, Furukawa T, Kinoshita K, ym. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(9):CD008297. doi: 10.1002/14651858.CD008297.pub2
- (23) Kokko R, Nenonen T, Martelin T, ym. Työllisyys, terveys ja hyvinvointi – Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus 2009–2013: hankkeen loppuraportti. Helsinki: THL; 2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-980-0>
- (24) Bergmark Å, Bäckman O, Minas R. Organizing local social service measures to counteract long-term social assistance receipt. What works? Experiences from Sweden. *European Journal of Social Work*, 2016;20(4):548–559. doi: 10.1080/13691457.2016.1206851
- (25) Asplund R, Kauhanen A, Päällysaho M, ym. Palkkatuen vaikuttavuus –

- palkkatukijärjestelmän ja sen uudistuksien arviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 75/2018. [http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-287-626-3](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-626-3)
- (26) Card D, Kluge J, Weber A. Active labour market policy evaluations: A meta-analysis. *The Economic Journal* 2010;120(548):F452–F477 doi: 10.1111/j.1468-0297.2010.02387.x
- (27) Filatov T. Selvitystyö välityömarkkinoiden mahdollisuuksista tukea vaikeasti työllistyvien työelämään osallistumista ja työmarkkinoille pääsyä. Selvityshenkilö Tarja Filatovin raportti työministeri Lauri Ihalaiselle 2013. TEM raportteja 7/2013.
- (28) Terävä E, Virtanen P, Uusikylä P, ym. Vaikeasti työllistyvien tilannetta ja palveluja selvittävä tutkimus. Työ ja yrittäjyys 23/2011. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö; 2011. http://www.tem.fi/files/29948/TEM_23_2011_netti.pdf
- (29) Kivipelto M, Karjalainen P, Jokela M, ym. Osallistavan sosiaaliturvan kuntakokeilu. Tutkimuksesta tiiviisti 31. Helsinki: THL; 2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-205-5>
- (30) Kraut A, Mustard C, Walld R, ym. Unemployment and health care utilization. *Scand J Work Environ Health* 2000;26(2):169–177. doi: 10.5271/sjweh.527
- (31) Bijl R, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health* 2000;90 (4):602–607. doi: 10.2105/ajph.90.4.602
- (32) Field K, Briggs D. Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care. *Health Soc Care Community* 2001;9(5):294–308. doi: 10.1046/j.0966-0410.2001.00303.x
- (33) Åhs A, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy* 2006;78(2):178–193. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.10.010
- (34) Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, ym. Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääk Aikak* 2012;49(1):4–12. Saatavissa: <https://journal.fi/sla/article/view/9341>
- (35) Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Soc Sci Med* 2010;70(3):465–472. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.027>
- (36) Lappalainen K, Mattila-Holappa P, Yli-Kaitala K, ym. Pisimpään työttöminä olleet käyttävät vähiten terveyskeskuksen palveluja. *Suomen Lääkärilehti* 2018;73 (42):2421–2426. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/pisimpaan-tyottomana-olleet-kayttavat-vahiten-terveyskeskuksen-palveluja/>
- (37) Virtanen P, Kivimäki M, Vahtera J, ym. Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services? *BMC Health Service Research* 2006;6:123. <http://urn.fi/urn:nbn:uta-3-626>
- (38) Ryhmähaastattelut (2017) Pudasjärven ja Oulunkaaren kuntayhtymän johtavien viranhaltijoiden, Arjen turvaa -hankkeen yhdyshenkilöiden ja järjestöedustajien taustoittavat viisi ryhmähaastattelua 6.–7.4.2017. THL, SOIHTU-tutkimus.
- (39) Sotkanet (2019) Tilasto- ja indikaattoritietopankki. THL. Indikaattorit 326, 3562 ja 181. TEM. Työnvälitystilasto. Luettu 19.11.2019. [https://sotkanet.fi/taulukko/?indicator=szY1s_Z3tNYNCgQA®ion=szZxtTZOszYqAgA=&year=sy6rss7U0zUEAA==&gender=t&cabs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimesta mp=201911131146](https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY1s_Z3tNYNCgQA®ion=szZxtTZOszYqAgA=&year=sy6rss7U0zUEAA==&gender=t&cabs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimesta mp=201911131146)
- (40) Tapaustutkimuskunnan asiakirja (2018) Pudasjärven kaupunki. Päätösehdotus 8.1.2018. Kehittämispalvelut.
- (41) Mäki P, Lehtinen-Jacks S, Vuorela N, ym. Tietolähteenä Avohilmo-rekisteri: Lasten ylipainon valtakunnallinen seuranta. *Suomen Lääkärilehti* 2017;(4):209–213. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201702071478>
- (42) Avohilmo (2016) THL. Avohilmo-kuutio: Perusterveydenhuollon avohoidon fyysiset käynnit eli yhteystapana käynti vastaanotolla, kotikäynti, sairaalakäynti, työpaikkakäynti. Luettu 24.1.2020.
- (43) Nummenmaa L. Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi; 2009.
- (44) Koenker R. Quantile Regression. *Econometric society monographs*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- (45) Malmivaara A. Clinical impact research - how to choose experimental or observational intervention study? *Ann Med* 2016;48(7):492–495. doi: org.libproxy.tuni.fi/10.1080/07853890.2016.1186828
- (46) Kela (2013) Työttömyysturvapäivät. Työttömyysturvamaksujen rekisteri. Tilastotietopyyntö 18.6.2019.
- (47) Leskelä R, Komssi V, Sandström S, ym. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 2013;68(48):3163–3169.
- (48) Kerätär R. Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Väitöskirja. Oulun yliopisto; 2016. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210865.pdf>
- (49) Harris E, Harris M. Reducing the impact of unemployment on health: revisiting the agenda for primary health care. *Med J Aust* 2009;191(2):119–122. doi: 10.5694/j.1326-5377.2009.tb02709.x
- (50) Moore T, Kapur N, Hawton K, ym. Interventions to reduce the impact of unemployment and economic hardship on mental health in the general population: a systematic review. *Psychol Med* 2017;47(6):1062–1084. doi: 10.1017/S0033291716002944

- (51) Mäntysaari M, Ylistö S. Pitkääikaistyöttömien monialainen palveluohjaus on kustannusvaikuttavaa. Promeq. 2019. Luettu 9.5.2019. <https://www.promeq.fi/loader.aspx?id=d9e23f3d-860a-47ff-89bc-f24ffbd8ebfb>
- (52) Kivipelto M. (toim). Osallistavaa aikuissosiaalityötä : Osallistavan sosiaaliturvan kuntakokeilun tulokset. Raportti 7. Helsinki: THL; 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-489-9>
- (53) Kauhanen A. Aktiivisen työvoimapolitiikan mahdollisuudet työllisyysasteen kasvattamisessa. Työpoliittinen aikakauskirja 2020;3:8–18. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-579-9>
- (54) Aula M. Työllisyyskokeilujen selvitys – Työllisyyspalveluiden ja -tukien käyttäjälähtöistä arviointia. Työ- ja elinkeinoministeriö; 2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-123-4>
- (55) Blomgren S, Saikku P. Heikossa työmarkkina- asemassa olevien asiakkaiden osallisuus ja monialainen yhteistyö palveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 6. Helsinki: THL; 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-285-7>
- (56) Husberg A. Työkalupakki. Parempia palveluja läheltä osallistamisella ja resursseja kokoamalla. Kuntaliiton verkkojulkaisu; 2014.
- (57) Somerkoski B, Palmgren M, Sormunen A, ym. Paikallinen turvallisuussuunnittelu. Teoksessa Somerkoski B, Impinen A, Lillsunde P. (toim.) Turvallisempi kunta: Safe Community -toimintamalli paikallisen turvallisuussuunnittelun tukena. Opas 35.

Helsinki: THL; 2014: 17–25. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-234-8>

- (58) Juntunen M, Sund R, Peltola M, ym. Potilasrakenteen erojen huomioon ottaminen erikoissairaanhoidon vaikuttavuuden rekisteritutkimuksessa. Sosiaalilääk Aikak 2008;45(4):258–272. <https://journal.fi/sla/article/view/1251>

PIA HAKAMÄKI

*TtM, projektipäällikkö, väitöskirjatutkija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja Tampereen yliopisto
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen -yksikkö*

VESA SAARISTO

*FM, asiantuntija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Tiedolla johtaminen ja vertaiskehittäminen -yksikkö*

PIRJO LINDFORS

*YTT, dosentti, yliopistolehtori
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Terveystieteiden yksikkö*

TIMO STÅHL

*TtT, dosentti, johtava asiantuntija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Tiedolla johtaminen ja vertaiskehittäminen -yksikkö*