

# Työttömän työelämävalmiuksien tukeminen viranomaisverkostossa

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

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

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

## JOHDANTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## VERKOSTOT JA SOSIAALINEN PÄÄOMA TUTKIMUKSESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

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

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

#### LAADULLINEN AINEISTO

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

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

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

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

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

#### VERKOSTOANALYYSI TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

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

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

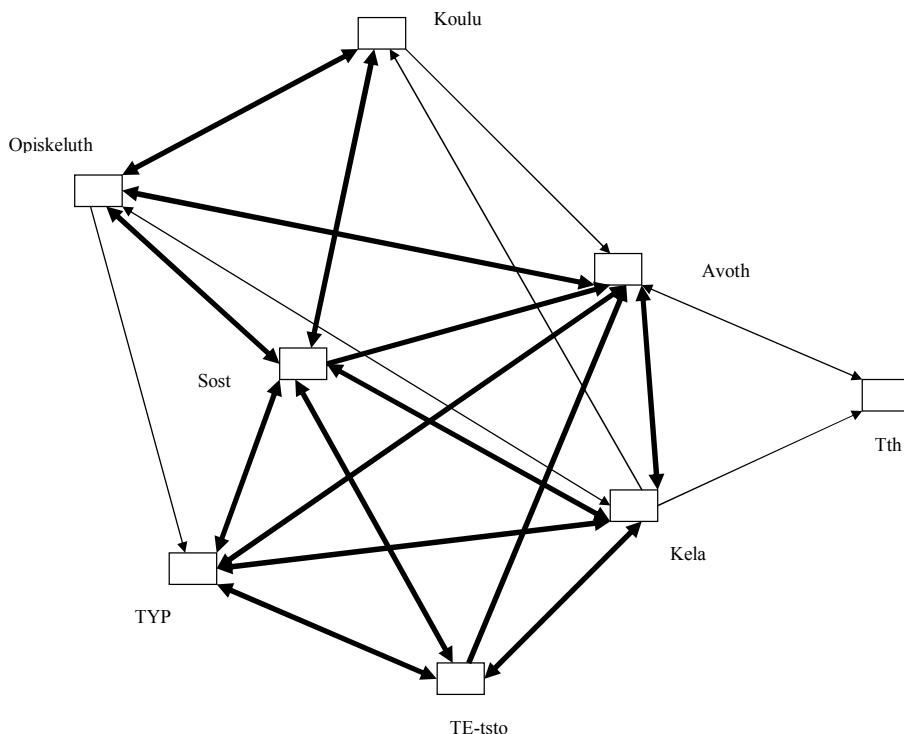
## TULOKSET

### VERKOSTOANALYYSI

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

### Kuvio 1.

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



### HAASTATTELUJEN ANALYYSI

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

### VERKOSTOITUMINEN ON ALKUVAIHEESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## VERKOSTOITUMISEN HAASTEET

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## VERKOSTOITUMISEN KEHITTÄMINEN

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

### Asiakaslähtöisyyden kehittäminen

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

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

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

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

*”Ja tosiaan että me opittais katsomaan ohjauksen näytteen omien organisaatorajojen, eli että tämmönen sisäinen asiakkuus -ajatus leviää koko meidän kuopiolaiseen toimintaympäristöön, et se on semmoinen meidän visio, et se on se tavoite.” (sidosryhmän toimija, Kuopio)*

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

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

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

#### **Työterveysneuvonta-toimintamallin kehittäminen**

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

keyttä terveydenhuollon vastaanottotoimintaan sekä yhteystietoja asioiden eteenpäin viemiseksi ja mallintamiseksi.

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

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

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

#### **VERKOSTOITUMINEN ON TERVEYDENHUOLLON TOIMIJOILLE UUTTA**

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

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



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

#### TYÖTERVEYSHUOLLON ROOLI VERKOSTOSSA ON JÄSENTYMÄTÖN

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

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

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

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

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

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

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

#### TYÖTERVEYSNEUVONTATOIMINNAN MAHDOLLISUUDET VERKOSTOITUMISEN KEHITTÄMISESSÄ

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

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

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

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

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

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

## POHDINTA

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

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

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

maan ja keräämään tietoa asiakkaasta sekä ohjaamaan häntä eteenpäin palvelujärjestelmissä.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## KIRJALLISUUS

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

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

**KIRSI NIIRANEN**

*TtM, tutkija*

*Työterveyslaitos*

*Terveys ja työkyky -osaamiskeskus*

**HANNA HAKULINEN**

*TtM, projektipäällikkö*

*Työterveyslaitos*

*Terveys ja työkyky -osaamiskeskus*

**MATTI S. HUUSKONEN**

*LKT, MSc, ylilääkäri*

*Työterveyslaitos*

*Terveys ja työkyky -osaamiskeskus*

**ANTTI JAHKOLA**

*LL, OTK, erikoislääkäri*

*Työterveyslaitos*

**KIMMO RÄSÄNEN**

*LT, työterveyshuollon ma. professori*

*Itä-Suomen yliopisto, Kuopion kampus*

*Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö*

## SEURANTAPAIIKKAKUNNAT

### Teemahaastattelukysymykset työterveysneuvontahankkeessa perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja sidosryhmien toimijoille

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

### Kysymys terveydenhuollon henkilöstölle (perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoille)

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

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

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

**Kysymys terveydenhuollon henkilöstölle (perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoille)**

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