

Kirsi Niiranen, Hanna Hakulinen, Pirjo Manninen ja Kimmo Räsänen

Työttömien terveystapaamisten kehittäminen – verkosto mahdollisuutena

Abstrakti

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

Avainsanat: Työttömien terveystapaamiset, verkostot, terveyden edistäminen

Johdanto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Työttömien terveyspalvelujen toimintaympäristö

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Verkostot tutkimuksessa

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

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

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

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

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

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

Tutkimuksen aineisto ja menetelmät

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Taulukko 1. Aineiston muodostuminen

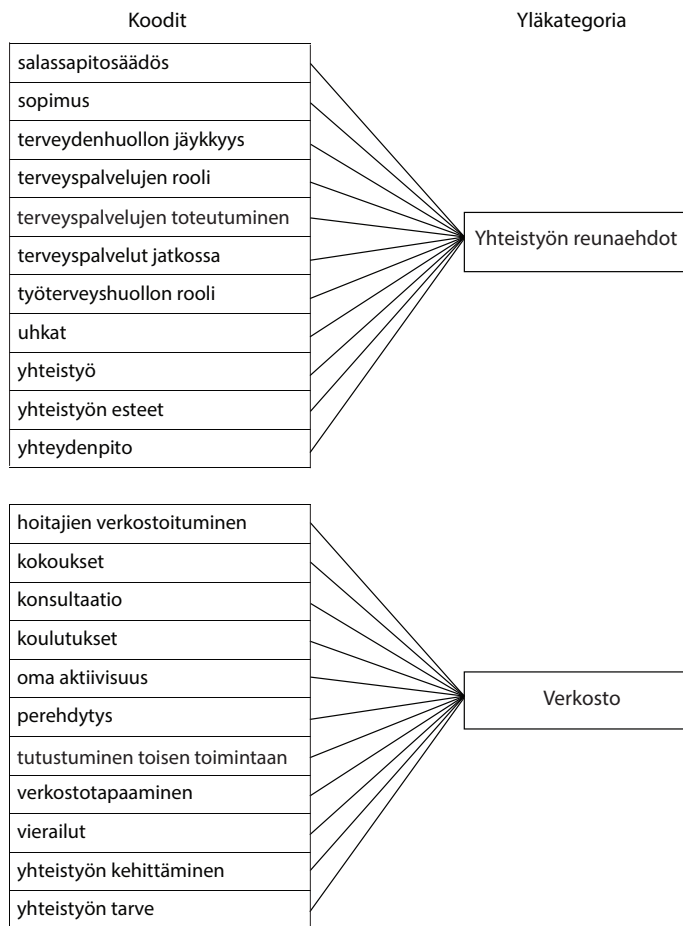
| | |
|------------------|--|
| Haastattelut | – Terveydenhuollon edustajat – Kuopio (n=13) – Sidoryhmien edustajat – Kuopio (n=5) – Seurantapaikkakuntien edustajat: Joensuu, Jyväskylä Oulu, Vammala (n=6) |
| Verkostoanalyysi | – Perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon,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

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

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

Verkostoanalyysi

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



Kuvio 1. Esimerkki kategorioiden syntymisestä terveydenhuollon aineistossa

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

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

Tulokset

Haastattelujen tulokset

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

Asiakaslähtöinen toiminta

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

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

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

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

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

Toimivan palveluketjun edellytykset

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

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

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

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

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

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

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

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

Jatkuva kehittäminen

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

Terveydenhuollon haastateltavat pitivät tärkeinä tiimityötä, työparia sekä psykiatrasta

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

Toiminnan näkyväksi tekeminen

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

Verkoston mahdollisuudet

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

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

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

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

Yhteistyön reunaehdot

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Organisaatioiden toimintatavan muuttaminen

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

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

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

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

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

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

”Ja no prosessivastuullinen työtapa ylipäättään, jotka nää liittyy tietysti kaikki kaikkeen, yhteinen asiakkuus ja prosessivastuullinen työtapa. Eli et voidaan selkeesti prosessivastuuta toimijoitten välillä sopia ja tämmönen työmaailma tai toimintaympäristö, se on mun ihanne” (sidosryhmän toimija, Kuopio)

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

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

Työterveyshuolto toimii sopimuspohjaisesti työnantajain kanssa. Työttömien terveyspalveluilla ei ole suoranaista maksajaa. Tämän mallin muuttaminen vaatisi laajoja rakennemuutoksia.

Verkostoanalyysin tuloksia

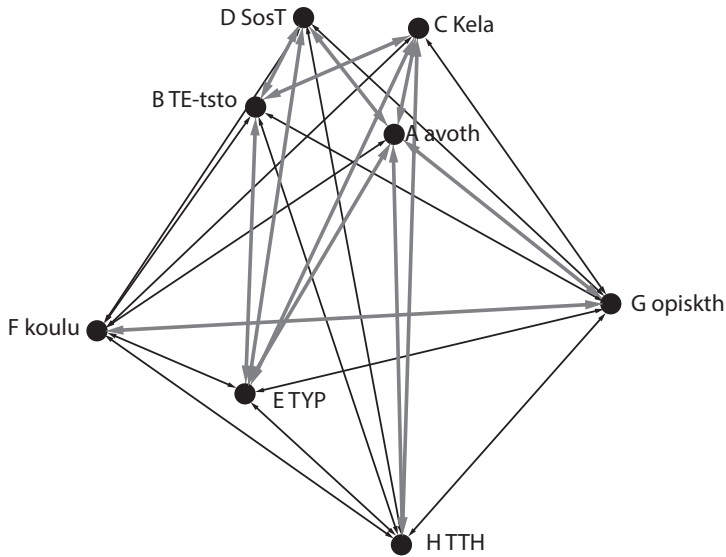
Verkostokyselyssä yhteistyön tilannetta kysyttiin kysymyksellä ”Tekeekö organisaatiosi yhteistyötä työttömien/työttömäksi jäävien työkyvyn ja terveyden ylläpitämiseksi?”. Viivan paksuus viittaa suhteen vahvuuteen. Enemmän tekemisissä olevat ovat lähempänä toisiaan. Nuolet voivat olla myös yksi- tai kaksisuuntaisia.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

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

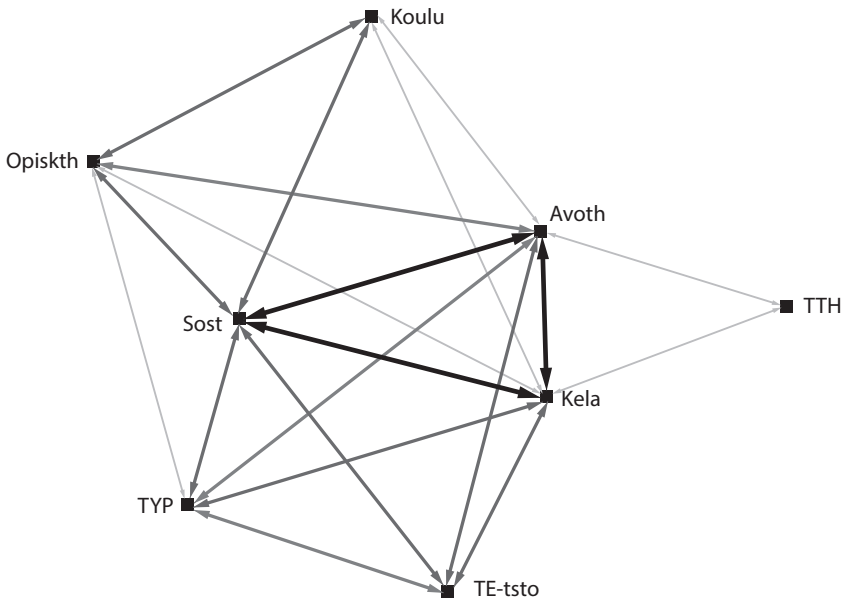
Yhteistyötä kuntoutuksessa kysyttiin kysymyksellä: ”Tekeekö organisaatiosi yhteistyötä työttömän/työttömäksi jäävän henkilön kun-

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

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



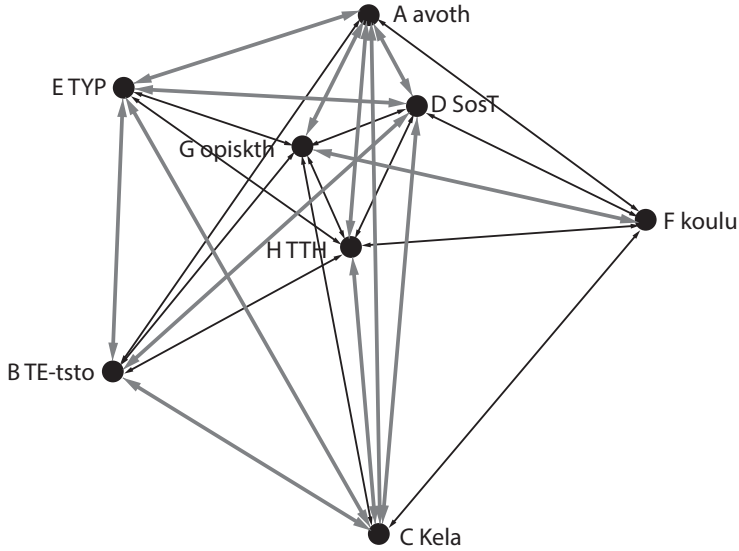
Kuvio 2. Organisaatioiden yhteistyö työttömien/työttömäksi jäävien henkilöiden työkyvyn ja terveyden edistämiseksi v. 2011.



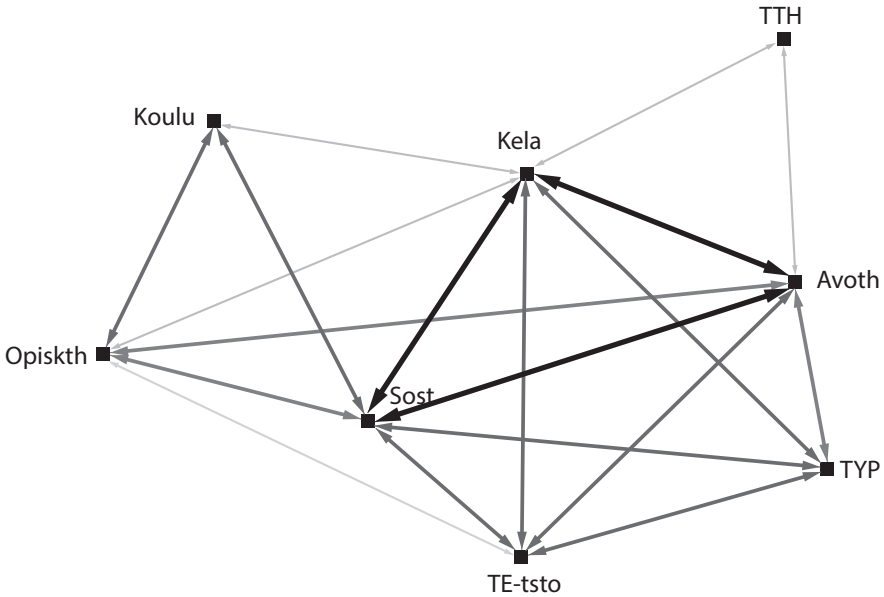
Kuvio 3. Organisaatioiden yhteistyö työttömien/työttömäksi jäävien henkilöiden työkyvyn ja terveyden edistämiseksi v. 2009.

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

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



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



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

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

Yhteenveto ja pohdinta

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

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

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

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

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

Miten kehittämistoiminta muuttaa verkostoa?

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

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

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

Työttömän työelämävalmiuksia tukeva verkosto

Alkutilanne (Niiranen ym. 2011)

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

Seurantavaihe (Niiranen ym.2013)

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

Kuvio 6. Työttömän työelämävalmiuksia tukeva verkosto

Menetelmien pohdinta

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

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

Lopuksi

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

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

Kirjallisuus

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

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