

Peppi Saikku

Työttömien terveystalvelun jatkuuus

PTT-hankkeen seuranta tutkimuksen tuloksia hankekunnissa

RAPORTTI

RAPORTTI 15/2012

Peppi Saikku

Työttömien terveystalvelun jatkuvuus

**PTT-hankkeen seurantalutkimuksen
tuloksia hankekunnissa**



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Peppi Saikku ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-245-423-2 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Lukijalle

Tässä julkaisussa esitellään Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankkeen (PTT-hanke) seurantatutkimuksen tuloksia. Hankkeen toteutusta ja tuloksia on käsitelty aiemmissa julkaisuissa (ks. alla). Lisätietoa ja materiaalia löytyy myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internet-sivuilta: www.thl.fi/ptt.

PTT-hankkeen julkaisut:

Saikku, Peppi & Sinervo, Leini: Työttömien terveystalouden juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksista, arviointitutkimuksen tuloksista ja kansallisia suosituksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 42/2010.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0bab4ac8-ef15-4080-8b7b-b3d101d07818>

Saikku, Peppi: Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, avauksia 12/2010.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5de0d9d6-0c3d-4268-83d8-70346310c7a0>

Sinervo, Leini (toim.): Kehittämisvaiheen loppuraportti ja paikalliset toimintamallit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 23/2009.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a79cf7a8-e4fe-4b72-b4fa-79268290bc10>

Saikku, Peppi: Terveystalouden tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 22/2009.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0b1c0c86-edd3-4e4b-b3cd-d1492b5a6830>

Tiivistelmä

Peppi Saikku. Työttömien terveystalouden jatkuvuus. PTT-hankkeen seurantalutkimuksen tuloksia hankekunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 15/2012. 42 sivua. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-423-2 (pdf), ISSN 1798-0070 (pdf).

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke (PTT) oli Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima valtakunnallinen hankekokonaisuus. Hanketta toteutettiin eri vaiheissa 24 paikkakunnalla ja seutukunnalla vuosina 2007–2010. Osahankkeissa kehitettiin paikallisista olosuhteista ja toimijoista lähteviä toimintakäytäntöjä vaikeasti työllistyvien työttömien terveystalouksien järjestämiseksi osana työllistämisen- ja aktivointipalveluja.

Seurantalutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa toiminnan jatkuvuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksessa kartoitettiin ja arvioitiin hankepaikkakunnilla ja -seuduilla luotujen ja juurrutettujen toimintojen jatkuvuutta hankerahoituksen päätyttyä. Seurantalutkimus muodostaa suoran jatkumon hankkeessa aiemmin tehdyille arvioinnille.

Tutkimuksen mukaan miltei kaikilla hankepaikkakunnilla työttömien terveystaloukset ja -palvelu ovat jatkuneet PTT-hankkeen päättymisen jälkeen. Myös hankkeen aikana luodut toimintamallit ovat pysyneet pääpiirteissään ennallaan. Hankkeen myötä työttömien terveystalouden toimintamallit ja -muodot ovat kehittyneet ja monipuolistuneet. Tyypittelyn pohjalta työttömien terveystalouden toimintamallit voidaan yksinkertaistaa kolmeen malliin: palvelun toteuttaminen terveyskeskuksessa, työvoiman palvelukeskuksessa ja kunnan työllisyyspalveluissa/-yksikössä. Erot eri toimintamallien välillä liittyvät selkeimmin yhteistyön ja verkostoitumisen kysymyksiin.

Työttömien heterogeenisuus ja paikallis-alueelliset palvelurakennetekniset puoltavat erilaisten, ja jopa rinnakkaisten, toimintamallien tarpeellisuutta. Mikäli työttömien palvelutarpeisiin halutaan vastata kattavasti, tulisi tarjolla olla niin kaikille työttömille suunnattua kartoitettavaa ja ohjaavaa palvelua kuin intensiivisempää terveystaloutta sitä tarvitseville. Palvelun fyysinen sijoittuminen ei itsessään näytä rajaavan palvelun sisältöä, jos sitä pystytään tekemään hyvässä yhteistyössä keskeisten tahojen kanssa. Hallinnollinen yhteys perusterveydenhuoltoon on kuitenkin perustelua toiminnan luonteen ja käytännön toteutuksen kannalta.

Pidempään työttömänä olleet ovat edelleen vahvasti edustettuna asiakaskunnassa, ja omatoimisesti palveluun ohjautuvien asiakkaiden osuus on pieni. Työttömien terveystalouteen suunnatut kokonaisresurssit ovat vaatimattomat, joten toiminnan keskittäminen yhdelle tai muutamalle terveydenhoitajalle voisi auttaa osamisen kehittymistä ja toimivien yhteistyösuhteiden luomista eri sektoreiden välille.

Tutkimuksen mukaan työttömien terveystalouksien ja -palvelun kehittämisen on alusta alkaen pohjauttava sektorirajat ylittävään yhteiseen suunnitteluun. Näin saadaan luotua yhteisesti sovittuja toimintakäytäntöjä ja menettelytapoja, joilla toiminnan jatkuvuutta ja edelleen kehittymistä voidaan tukea. Toiminta edellyttää ihmisten aktiivista tavoittamista ja ohjauksellista palvelua, jotka edustavat uutta näkökulmaa perusterveydenhuollossa. Keskeistä on, että johto sitoutuu tällaisen palvelun toteuttamiseen.

Työttömien terveystalouden jatkuvuus hankekunnissa kertoo toiminnan tarpeellisuudesta. Toiminnan levittämisen lisäksi jatkossa on tarvetta selkeyttää työttömien työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen käytäntöjä sekä vahvistaa kokonaisvaltaista ja moniammatillista näkökulmaa perusterveydenhuollossa.

Avainsanat: arviointi, moniammatillisuus, perusterveydenhuolto, pitkäaikaistyöttömyys, sektorirajat ylittävä yhteistyö, terveystaloukset, terveystaloukset, työttömyys, vaikeasti työllistyvät, verkostotyö

Sisällys

Lukijalle.....	3
Tiivistelmä.....	4
1 Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke.....	7
1.1 Hankepaikkakunnat.....	7
1.2 Arviointitutkimuksen tuloksia.....	10
2 Seurantatutkimus.....	11
3 Toimintamallit työttömien terveyspalvelussa.....	13
3.1 Toimintamallien pysyvyys.....	14
3.2 Toimintamallien tyypittely.....	15
3.3 Toimintamallien vertailua.....	18
3.3.1 Palvelun toteuttaminen terveyskeskuksessa.....	18
3.3.2 Palvelun toteuttaminen työvoiman palvelukeskuksessa.....	20
3.3.3 Palvelun toteuttaminen kunnan työllistämispalveluissa.....	21
3.4 Hallinnointi ja ohjaus.....	22
4 Henkilöstö ja työskentely.....	24
4.1 Henkilöstöressurit.....	24
4.2 Terveydenhoitajan tehtäväkuva.....	25
4.3 Osaaminen ja yhteistyö terveydenhuollossa.....	27
5 Asiakkaat ja verkostoyhteistyö.....	29
5.1 Asiakkaat.....	29
5.2 Asiakasohjaus.....	30
5.3 Verkostoyhteistyö.....	30
6 Toiminnan jatkuvuus.....	33
7 Yhteenvedo ja pohdinta.....	36
7.1 Missä nyt mennään työttömien terveyspalvelussa?.....	36
7.2 Miten tästä eteenpäin?.....	39
Lähteet.....	42

1 Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke oli Stakesin/ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) koordinoima valtakunnallinen hankekokonaisuus. Hankkeen rahoittivat sosiaali- ja terveysministeriö sekä osallistuvat kunnat. Hanketta toteutettiin eri vaiheissa 24 paikkakunnalla ja seutukunnalla vuosina 2007–2010. Eri osahankkeissa kehitettiin paikallisista olosuhteista ja toimijoista lähteviä toimintakäytäntöjä vaikeasti työllistyvien työttömien terveystalvelujen järjestämiseksi osana työllistämistä ja aktivointipalveluja.

Hankekokonaisuuden tavoitteena oli tukea ja edistää pitkäaikaistyöttömien ja vaikeasti työllistyvien terveydentilaa sekä toiminta- ja työkykyä ja ennaltaehkäistä kansansairauksia. Tavoitteena oli tukea ja tiivistää yhteistyötä työ- ja elinkeinohallinnon virkailijoiden ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden sekä muiden työllistämistoimenpiteisiin osallistuvien toimijatahojen välillä. Pyrkimyksenä oli kiinnittää terveydenhoito ja terveystalvelut muihin työttömän asiakkaan työkykyä ylläpitäviin ja työllistäviin prosesseihin ja juurruttaa hyviä toimintamalleja hankepaikkakunnille sekä levittää niistä tietoa.

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

1.1 Hankepaikkakunnat

Ensimmäiseen kehittämissvaiheeseen (2007 - 2009) osallistui 17 kuntahanketta, jotka alkoivat syystalvella 2007 ja päättyivät osahankepaikkakunnasta riippuen helmi-lokakuussa 2009. Juurruttamiseen ja levittämistoimintaan jatkoraioitusta vuosille 2009 - 2010 haki ja sai 14 näistä osahankkeista. Lisäksi käynnistyi Työterveyslaitoksen ja Kuopion kaupungin Työterveysneuvonta-hanke kesällä 2008. Osahankkeet jatkuivat pääasiassa suoraan ensimmäisen hankevaiheen jälkeen jatkuen vuoden 2010 loppupuolelle. Juurrutusvaiheessa vuoden 2010 keväällä mukaan tuli vielä kuusi uutta kunta- ja seutukuntahanketta.

PTT-hankkeeseen osallistuivat seuraavat paikkakunnat ja alueet:

Koko hankkeen ajan 2007 – 2010:

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
 Harjavallan kaupunki
 Hyvinkään kaupunki
 Itä-Hämeen TYP/ Heinola, Hartola, Sysmä
 Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
 Kotkan kaupunki
 Lappeenrannan kaupunki/ Etelä-Karjalan Sote-piiri
 Liedon kunta
 Lieksan kaupunki
 Oulun kaupunki
 Rovaniemen kaupunki

Salon kaupunki
Sastamalan perusturvakuntayhtymä
Vantaan kaupunki

Vuosina 2007 – 2009:

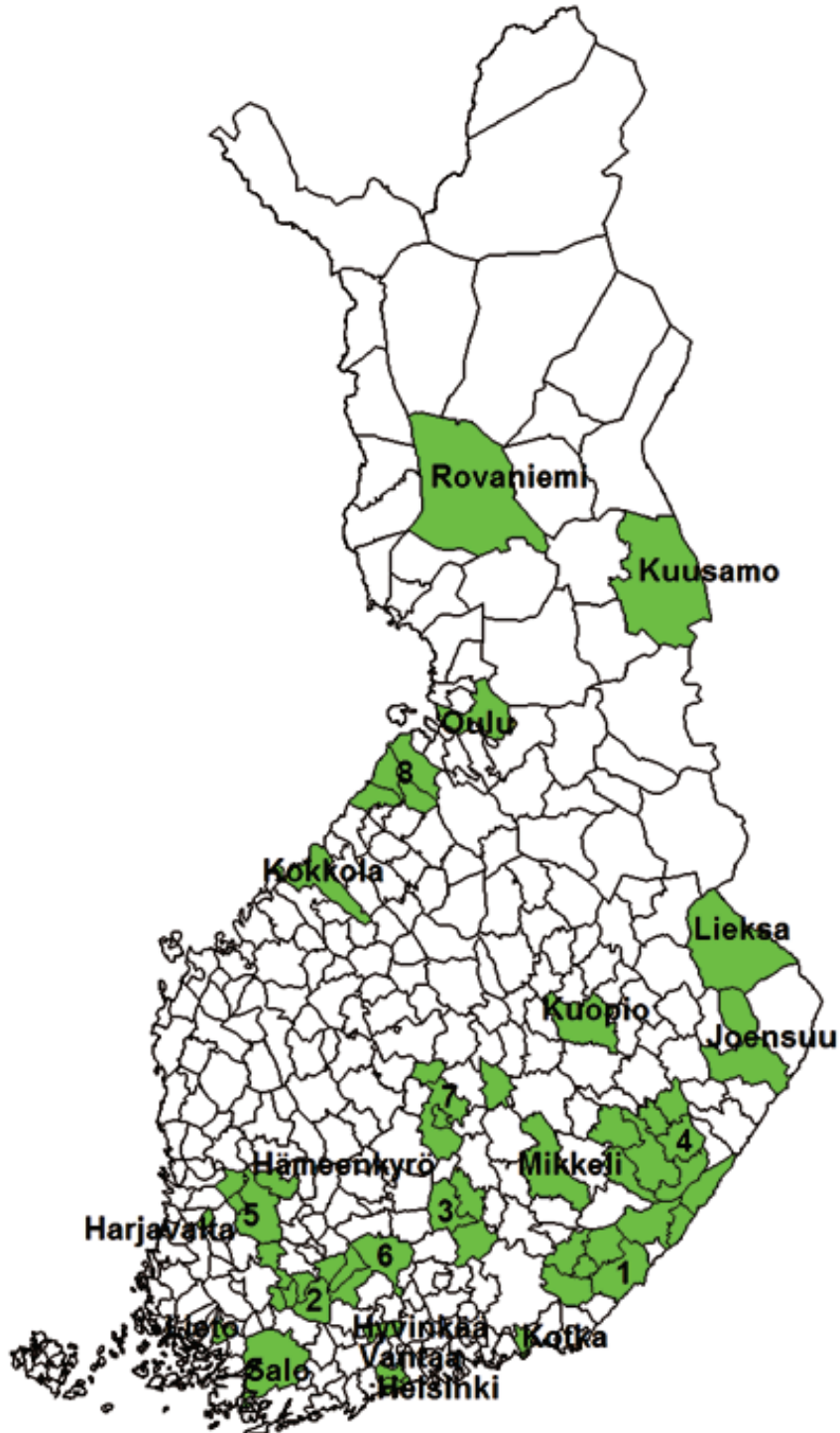
Helsingin kaupunki
Hämeenkyrön kunta
Joensuun kaupunki

Vuosina 2008 – 2010:

Kuopion kaupunki/ Työterveyslaitos

Vuonna 2010:

Hämeenlinnan kaupunki ja Hattulan kunta
Jyväskylän kaupunki/ Jyväskylän terveydenhuollon yhteistoiminta-alue
Kokkolan kaupunki
Kuusamon kunta
Mikkelin kaupunki
Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä



Pohjakartta © Karttakeskus Oy, Lupa L8700/10

Kuvio 1. PTT-hankkeessa mukana olleet paikkakunnat ja alueet

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

1.2 Arviointitutkimuksen tuloksia

PTT-hankkeeseen liittyneen arviointitutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja arvioida hankkeessa kehitettyjä terveyspalvelumalleja, niiden asiakaskuntaa ja liittymistä osaksi aktiivisia ja työllistäviä prosesseja sekä toiminnan juurtumista. Lisäksi tutkimuksessa kartoitettiin valtakunnallista tilannetta työttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa. Seuraavassa lyhyesti arviointitutkimuksen tuloksia:

Terveystarkastukset ja -palvelut

Työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen perustoteutus oli hyvin samantyyppinen kaikissa osahankkeissa. Perusmallissaan palvelu sisälsi terveyden- tai sairaanhoitajan tekemän terveystarkastuksen, asiakkaan neuvonnan ja ohjauksen, osallistumisen moniammatilliseen yhteistyöhön ja asiakkaan ohjaamisen etenkin terveyspalvelujen piiriin. Osahankkeissa kehitettyjä toimintamalleja parhaimman erottelevaksi asiaksi osoittautui palvelun rakenteellinen kiinnittyminen eli palvelun fyysinen sijoittuminen. Tällä näytti olevan jonkinasteista vaikutusta niin asiakaskunnan rakenteeseen, verkostoitumiseen ja moniammatillisen tiimityön mahdollisuuksiin kuin toiminnan vahvuuksiin ja haasteisiin.

Paikallis-alueellisella tasolla PTT-hankkeen osahankkeissa työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen ja monisektoristen yhteistyökäytäntöjen juurruttaminen onnistui varsin hyvin. Muutamilla paikkakunnilla toimintamallia voitiin jo pitää vakiintuneena käytäntönä hankkeen päättyessä 2010. Useimmilla osahankkeilla paikkakunnilla työttömien terveystarkastusten toteuttamisesta oli tehty myönteinen päätös ja sovittua toimintamallia otettiin käyttöön.

Asiakkaat

Arviointitutkimukseen osallistuneissa 18 osahankkeessa oli hankkeen aikana yhteensä noin 6000 asiakasta ja joista yli 4200 kävi terveystarkastuksessa. Hankkeen asiakkaista enemmistö oli miehiä. Vuosina 2009 - 2010 asiakkaiden keski-ikä oli 42 vuotta. Noin puolet asiakkaista oli ollut enintään kaksi vuotta ja puolet yli kaksi vuotta ilman työsuhdetta. 75 prosentilla terveystarkastuksessa käyneistä asiakkaista todettiin tai oli jo aiemmin todettu jokin kansanterveydellinen riskitekijä. Yli 60 prosenttia asiakkaista jatko-ohjattiin hankkeesta terveyskeskuksen muihin palveluihin. Noin 40 prosenttia asiakkaista ohjattiin terveyskeskuslääkärille. Miltei puolella terveystarkastuksessa käyneistä voitiin terveydenhoitajan arvion mukaan todeta rajoitteita työkyvyssä. Työkykyisiksi arvioitiin 53 prosenttia asiakkaista, osatyökykyisiksi tai työkyvyn rajoitteita omaaviksi 40 prosenttia ja työkyvyttömiksi 7 prosenttia.

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

Valtakunnallinen tilanne

Valtakunnallisten kyselyiden mukaan työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen toteuttaminen lisääntyi kunnissa. Kyselyyn vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä 85 prosenttia ilmoitti toteuttaneensa työttömien terveyspalvelun kehittämiseen liittyviä toimenpiteitä ja yli puolet oli tehnyt työttömien terveystarkastuksia vuonna 2009. Työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen juurtumisen näkökulmasta tilanne oli valtakunnallisesti tarkasteltuna vielä melko aluillaan. Työttömien terveystarkastusten toteuttaminen oli selvästi yleisempää vähintään 15 000 asukkaan kunnissa ja kuntayhtymissä kuin pienemmissä kunnissa. Noin kolmasosassa työttömien terveystarkastuksia tehneistä kunnista ja kuntayhtymistä toiminnan jatkuminen oli kyselyn mukaan epävarmaa.

2 Seurantatutkimus

Seurantatutkimuksen tavoitteena on ollut tuottaa tietoa toiminnan jatkuvuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä työttömien terveyspalvelutoiminnan vaikutuksista pidemmällä aikavälillä. Tutkimuskysymykset olivat:

- Miten työttömien terveyspalveluun luotu käytäntö jatkuu paikka-/seutukunnalla?
- Miten käytäntö/ toiminta on muuntunut paikka-/seutukunnalla? Millaisia muutoksia on tapahtunut yhteistyössä ja koordinaatiossa eri toimijatahojen välillä?
- Millaisia muutoksia käytäntö/ toiminta on saanut aikaan paikka-/seutukunnalla?

Tutkimuksessa on kartoitettu ja arvioitu 21 hankepaikkakunnalla/-seudulla luotujen ja juurrutettujen toimintojen jatkuvuutta kyseiseen toimintaan erikseen kohdennetun hankerahoituksen päätyttyä vuonna 2010. Tilannetta kartoitettiin myös kolmella hankkeessa aiemmin mukana olleella paikkakunnalla. Seurantatutkimus toteutui ajanjaksolla 1.8. - 30.11.2011.

Seurantatutkimus kiinnitettiin THL:n Hyvät käytännöt -toimintaan eli osaksi kehitteillä olevaa Innokylä konseptia ja pilotointia. Innokylästä rakentuu sosiaali- ja terveysalan kehittäjien ja toimijoiden yhteinen, kaikille avoin innovaatioyhteisö, joka tarjoaa kaikille toimijoille työvälineitä oman ja yhteisen kehittämisen eteenpäin viemiseksi. Innokylään rakennetaan verkkopalvelu, johon kootaan systemaattisessa muodossa yhtenäistä tietoa sosiaali- ja terveysalan hankkeissa, kehittämisohjelmissa ja perustyössä kehitetyistä hyvisistä ideoista, käytännöistä ja ratkaisuksista kaikkien saavutettavaksi ja hyödynnettäväksi. Innokylän toteuttajina ovat Suomen Kuntaliitto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Innokylän käytäntöjen arvioinnin pilotointi on käynnissä ja ensimmäinen verkkoversio on valmistumassa.

Käytännön arviointi ja kuvaaminen

PTT-hankkeessa on tuotettu ja julkaistu hyvän käytännön kuvaus¹, jossa kuvataan työttömän terveystapaamiset osana työllisyyttä edistäviä palveluja. Innokylä-konseptissa käytössä olevassa REA-mallissa (Relational Evaluation Approach) käytäntöjen arvioinnissa ja kuvaamisessa on käytössä kolme astetta (Käytäntöjen kuvaamisen...2010):

- 1) Käytännön toimeenpanomallin luominen, käytännön tarkoituksen ja siirrettävissä olevan ytimen jäsentäminen ja kuvaaminen (yleinen mallinnus).
- 2) Käytännön konkreettisen käyttöönoton ja toimeenpanon arviointi jossakin sovellusympäristössä.
- 3) Käytännön tuottaman muutoksen ja vaikutusten seuranta ja arviointi jossakin sovellusympäristössä.

Hyvän käytännön kuvaus sisältää yleisen mallinnuksen työttömien terveystarkastuksen ja -palvelun käytännöstä (1 aste) ja siihen on liitetty hankepaikkakuntaiset loppuraportit ja valtakunnallinen arviointiraportti (2 aste: käyttöönoton ja toimeenpanon arviointi eri sovellusympäristöissä). Jatkotutkimus mahdollistaa käytännön tuottaman muutoksen ja vaikutusten tarkastelemisen pidemmällä aikavälillä (3 aste).

REA-mallia ja työkalua hyödyntäen käytännön tuottaman muutoksen seurannassa ja arvioinnissa keskeistä on huomioida sovellusympäristö ts. toimintaympäristö, jossa käytäntö jäsentyy, rakentuu ja toimii. PTT-hankepaikkakunnissa on ollut hyvin erilaisia ja erikokoisia paikka- ja seutukuntia, joten arvioinnissa saadaan tietoa käytännön jatkuvuudesta ja muutoksista erilaisissa toimintaympäristöissä. Eri paikkakunnilla on myös käytössä erilaisia ”sovelluksia” työttömien terveystapaamisten ja -palvelun organisoinnissa, joka mahdollistaa erilaisten toimintakäytäntöjen vertailun.

¹ www.sosiaaliportti.fi/hyvakaytanto/ptt

REA-työkalussa käytännöt jäsentyvät kolmesta toimijaperusteisesta näkökulmasta: asiakasnäkökulma, ammattilaisnäkökulma ja organisatorinen näkökulma. PTT-hankkeessa aiemmin tehty kuvaus sisältää tietoa kaikista näistä näkökulmista. Jatkotutkimuksessa pääpaino on ollut organisatorisessa näkökulmassa, jota täydennettiin ammattilaisnäkökulmalla ja asiakasnäkökulmalla. Asiakkaat eivät itse osallistuneet jatkoarviointiin vaan heitä koskeva tieto saatiin ammattilaisten ja johdon kautta. Arviointialueet muodostavat käytännön osatekijöiden tarkemman jäsentelyn kehikon. Arviointialueita ovat: 1) toimijat, 2) tehtävät ja työnjako, 3) tiedot, taidot ja välineet, 4) periaatteet ja säännöt, 5) lait ja asetukset sekä 6) talous. (Käytäntöjen kuvaamisen...2010.)

Tutkimuksen toteutus ja aineisto

Seurantatutkimus toteutettiin teemahaastatteluin. Haastattelut tehtiin elo-marraskuussa 2011. REA-työkalua ja PTT-hankkeen aiempaa arviointia hyödyntäen haastatteluteemoiksi tulivat: 1) Toimintamalli, 2) Toimijat ja yhteistyö, 3) Asiakaskunta, 4) Henkilöstö, 5) Johtaminen ja talous ja 6) Lait ja valtakunnalliset linjaukset. Puhelimitse tehtyihin teemahaastatteluihin osallistui 31 henkilöä 21 hankepaikkakunnalta/-alueelta, jotka olivat mukana hankkeessa vuonna 2010. Yhdeksällä paikkakunnalla tai alueella haasteltiin kahta henkilöä. Haastatteluista 18 edusti työntekijä-tasoa, pääasiassa he olivat terveyden- tai sairaanhoitajia. 13 henkilöä edusti esimiestasoa, kuten ylihoitaja, osastonhoitaja, TYP:n johtaja, työllisyyspalveluiden johtaja, ylilääkäri ja tulosaluejohtaja. Teemahaastattelut kestivät puolesta tunnista puoleentoista tuntiin per henkilö. Helsingin, Hämeenkyrön ja Joensuun osalta tietoa kerättiin keskustelujen ja tapaamisten kautta. Haastatteluista ja keskusteluista tehtiin muistiinpanot ja ne koottiin teemojen mukaan yhteiseen tiedostoon.

Aineiston analyysissä painopiste on ollut kunkin teeman kohdalla muutoksissa hanketoiminnan päättymisen jälkeen ja toiminnan vaikutuksissa paikkakunnalla/ alueella. Analyysissä ja tulosten esittelyssä on hyödynnetty PTT-hankkeen aiemman arvioinnin ja hankekokemusten tuloksia ja johtopäätöksiä. Tutkimus pyrkii siten muodostamaan suoran jatkumon loppuraportissa (Saikku & Sinervo 2010) esiin nostetuille asioille. Tuloksia tarkasteltaessa on huomioitava aineiston rajat; yhden tai kahden henkilön haastattelut eivät välttämättä tuo esille kaikkia toiminnan piirteitä paikkakunnalla tai alueella, ja esimerkiksi yhteistyön osalta tulkinnat edustavat henkilökohtaista näkemystä asiasta. Erityisesti seudullisten hankkeiden osalta on huomioitava, ettei tutkimuksessa ollut mahdollisuutta haastatella kaikkia toiminnassa mukana olevia hoitajia vaan haastatteluihin osallistui pääasiassa toiminnasta vastaavia henkilöitä.

Raportin rakenne

Raportissa esitellään seurantatutkimuksen tuloksia seuraavien otsikoiden alla:

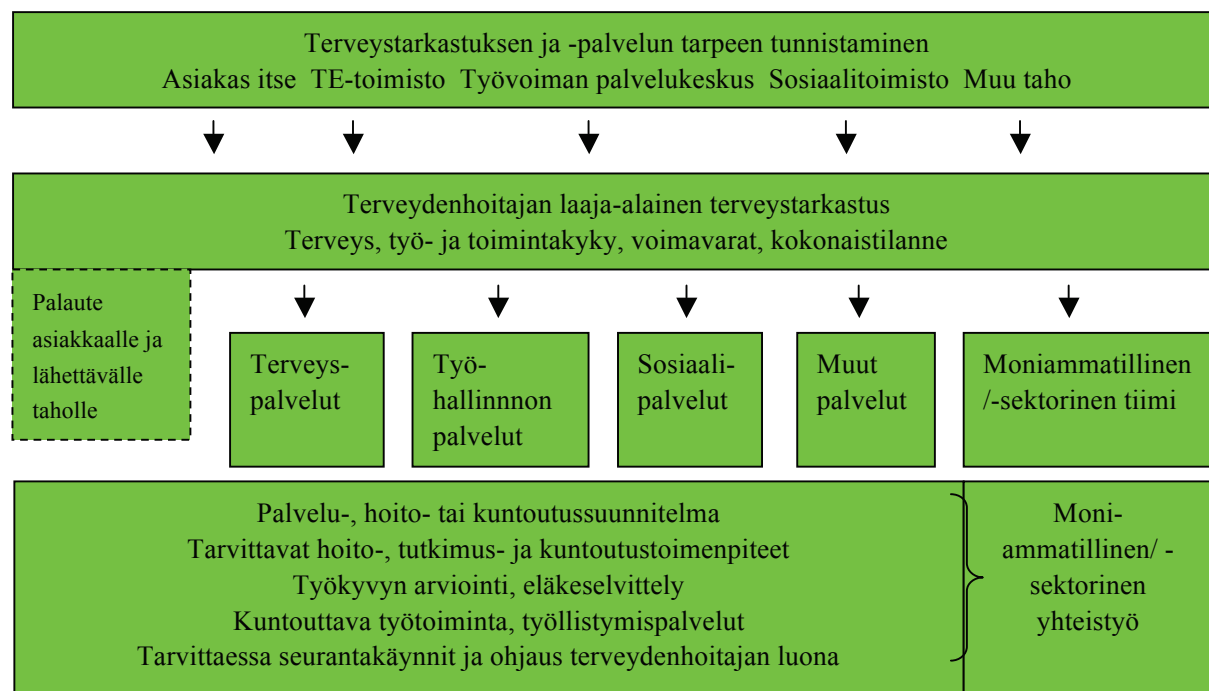
- Toimintamallit
- Henkilöstö ja työskentely
- Asiakkaat ja verkostoyhteistyö
- Toiminnan jatkuvuus

Toimintamalleja käsittelevä luku on laajin ja siinä käsitellään myös muun muassa asiakkaisiin ja yhteistyöhön liittyviä kysymyksiä. Lopuksi vedetään yhteen tutkimuksen tuloksia ja esitetään johtopäätöksiä. REA-mallin mukainen käytäntökuvaus työttömän terveystarkastuksesta ja -palvelusta tuotetaan Innokylän käytäntöjen kuvaamisen [www-sivuille](http://pilotointi.innokyla.fi/)² alkuvuodesta 2012.

² <http://pilotointi.innokyla.fi/>

3 Toimintamallit työttömien terveystarkastuksessa

Työttömien terveystarkastuksen toimintamallina käsitetään tässä tutkimuksessa toimintaa, joka rakentuu terveyden- tai sairaanhoitajan terveystarkastuksen ja -palvelun ympärille. Toimintamallin perusrakennetta voidaan havainnollistaa seuraavalla kuviolla:



Kuvio 2. Työttömän terveystarkastuksen ja -palvelun toimintamalli.

Työttömän terveystarkastuksessa voidaan näin tarkasteluna erottaa kolme vaihetta:

- 1) terveystarkastuksen ja -palvelun tarpeen tunnistaminen ja ohjaus,
- 2) itse terveystarkastus ja
- 3) terveystarkastuksen jälkeiset toimenpiteet ja palveluprosessit.

Moniammatillinen ja -sektorinen yhteistyö on keskeinen osa palveluprosessia kaikissa vaiheissa.

Useimmissa PTT-hankkeen osahankkeissa kehiteltiin hankkeen aikana tällaista toimintamallia ja /tai siihen liittyviä toimintakäytäntöjä työttömien terveystarkastuksissa ja -palvelussa. Neljässä osahankkeessa eli Harjavallassa, Hyvinkäällä, Hämeenkyrössä ja Liedossa painopiste oli työttömien palveluohjauksen toimintamallin kehittämisessä. Näissä hankkeissa terveystarkastukset kytkettiin selkeimmin osaksi palveluohjausta Liedon ja Hämeenkyrön toimintamalleissa. Hyvinkäällä kehitettiin yhteistyötä ja ohjausta terveyskeskuksen palveluihin, mutta selkeää toimintamallia työttömien terveystarkastuksiin ei luotu. Harjavallassa terveystarkastukset ja -palvelu jäivät kehittämistoiminnan ulkopuolelle.

3.1 Toimintamallien pysyvyys

Seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella useimmilla hankepaikkakunnilla PTT-hankkeessa kehitelty toimintamalli on juurtunut osaksi kunnan normaalia toimintaa ja toiminta jatkuu. Tämä koskee niin työttömien terveystarkastuksiin ja -palveluun kuin palveluohjaukseen luotuja toimintamalleja. *Useimmilla paikkakunnilla ja alueilla toimintamallit ovat pysyneet pääpiirteissään ennallaan eli toiminta jatkuu siten kuin mihin osahankkeessa pyrittiin.* 17 hankepaikkakunnalla/ -alueella ei ole nähtävissä merkittäviä muutoksia toimintamallissa, neljällä paikkakunnalla on nähtävissä selkeitä muutoksia ja kahdella paikkakunnalla toimintamalli on muuttunut. Yhdellä paikkakunnalla hankkeessa kehitelty toiminta loppui osahankkeen päättyttyä vuonna 2009.

Selkeitä muutoksia on nähtävissä Itä-Hämeen, Harjavallan, Kotkan ja Helsingin toimintamalleissa. Itä-Hämeen hankekunnissa toiminta jatkuu sovitulla mallilla Heinolassa, mutta Hartolassa toiminnan jatkuminen on ollut epävarmaa, ja tällä hetkellä hoitajaresurssi on noin yksi päivä kuukaudessa. Sysmässä toiminta ei ole käynnistynyt siten kuin osahankkeessa suunniteltiin. Harjavallassa terveydenhuolto on tulossa mukaan työtoiminnan ja palveluohjauksen toimintamalliin; paikkakunnalla alettiin syksyllä 2011 tehdä terveystarkastuksia kuntouttavan työtoiminnan asiakkaille yhden terveyskeskuksen terveydenhoitajan toimesta. Kotkassa toimitaan periaatteessa hankkeen aikaisella toimintamallilla, mutta kaupungin työttömien terveydenhoitajaresurssi on pysynyt samana kuin ennen hanketta. Painopiste on myös käytännössä siirtynyt takaisin työvoiman palvelukeskuksen asiakkaisiin, kun hankkeen aikana asiakaskuntaa laajennettiin koskemaan myös TE-toimiston ja työllisyystoiminnan asiakkaita. Kotkan hankkeessa kehitellylle toimintamallille keskeinen fysioterapeutin työpanos työllisyysyksikössä on kuitenkin jatkunut, ja tätä ollaan jatkossa jopa vahvistamassa. Helsingin osahankkeessa kokeiltu psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävä työvoiman palvelukeskuksessa muutettiin hankkeen jälkeen terveydenhoitajan tehtäväksi.

Kuopiossa ja Vantaalla toiminta ei ole jatkunut hankkeessa luodun toimintamallin mukaisesti. Kuopiossa Työterveysneuvonta-malli ei jatkunut hankkeen päättymisen jälkeen. Vuonna 2011 kaupungissa kuitenkin saatiin lisäresursseja työttömien terveystalvveluun työvoiman palvelukeskuksen (TYP) terveydenhoitajan lisäksi kun työllistämisyksikköön perustettiin kokoaikainen terveydenhoitajan toimi. Työttömien terveystarkastuksia ja -palvelua voidaan siten toteuttaa kokonaisvaltaisemmin ja suuremmin resurssein kuin ennen hanketta. Vantaalla ei ole enää omaa terveydenhoitajaa kaupungin työtoimintayksikössä (Vantaan Valo) kuten hankkeen aikana. Vantaan työvoiman palvelukeskuksen terveydenhoitajat jatkavat kuitenkin työskentelyään entiseen malliin, ja heille on ohjattu myös kuntouttavan työtoiminnan asiakkaita tarvittaessa. Valmistelussa on uusia järjestelyjä kuntouttavan työtoiminnan asiakkaiden terveystarkastuksiin yhteistyössä terveyskeskuksen kanssa. Tavoitteena on, että näiden pilotointi alkaa vuonna 2012.

Kaikista PTT-hankkeessa mukana olleista kunnista ainoastaan Joensuussa ei näyttäisi olevan mitään yhteisesti sovittua järjestelyä työttömien terveystarkastuksiin ja -palveluun. Harjavallassa ja Hyvinkäällä ei kuitenkaan ole vielä tunnistettavissa sellaista selkeää sovittua työttömien terveystarkastusten ja -palvelun toimintamallia, jossa palvelun rakenteellista kiinnittymistä voisi arvioida. Joensuuta, Harjavallaa ja Hyvinkäätä ei ole siten otettu mukaan seuraavien alalukujen työttömien terveystalvvelun toimintamallien tyypittelyyn ja vertailuun.

3.2 Toimintamallien tyypittely

PTT-hankkeen kehittämisvaiheen arvioinnin mukaan osahankkeissa kehiteltyjä työttömien terveystarkastusten ja -palvelun toimintamalleja parhaimman erottelevaksi asiaksi osoittautui palvelun rakenteellinen kiinnittyminen eli terveyden-/sairaanhoitajan vastaanoton ja palvelun fyysinen sijoittuminen. Tällä näytti olevan jonkinasteista vaikutusta niin asiakaskunnan rakenteeseen, verkostoitumiseen ja moniammatillisen tiimityön mahdollisuuksiin kuin toiminnan vahvuuksiin ja haasteisiin. (Saikku 2009.)

Rakenteellisen kiinnittymisen mukaan toimintamallit tyypiteltiin viiteen luokkaan, joita voitiin lyhyesti kuvailla seuraavasti:

- 1) TYP-toimintaan tiiviisti kiinnittynyt. Hoitaja työskentelee fyysisesti työvoiman palvelukeskuksessa ja asiakaskunta muodostuu vain TYP-asiakkaista. Palvelu voidaan myös ostaa työterveyshuolosta. (Etelä-Karjala, Helsinki, Salo).
- 2) TYP-toimintaan löyhästi kiinnittynyt. Hoitaja työskentelee fyysisesti työvoiman palvelukeskuksessa, mutta asiakkaita voidaan ohjata TYP:n lisäksi myös TE-toimistosta, sosiaalitoimistosta ja muilta tahoilta. (Itä-Häme, Itä-Savo, Rovaniemi, Lieksa).
- 3) Terveyskeskukseen kiinnittynyt. Hoitaja työskentelee fyysisesti terveyskeskuksessa. Asiakkaita hänelle voidaan ohjata kaikilta tahoilta. Asiakkaiden omaehtoinen palveluun ohjautuminen on selkeämmin tavoitteena kuin muissa malleissa. (Forssan seutu, Oulu, Sastamala).
- 4) Kunnan työllistämistoimintaan kiinnittynyt. Palveluohjausmalli, jossa TE-toimiston ja sosiaalitoimiston asiakkaat ohjautuvat työllistämisyksikön kautta terveystarkastuksiin. (Hämeenkyrö, Lieto).
- 5) TE-toimistoon kiinnittynyt. Hoitaja työskentelee fyysisesti TE-toimistossa. Asiakaskunta muodostuu pääasiallisesti TE-toimiston asiakkaista. (Kotka, Vantaa).

Toimintamallit hankepaikkakunnilla muuntuivat ja kehittyivät hankkeen aikana. Hankkeen päättyessä ei missään osahankkeessa oltu juurruttamassa toimintamallia, joka kiinnittyisi tiiviisti TYP-toimintaan tai TE-toimistoon. Sitä vastoin terveyskeskukseen ja kunnan työllistämistoimintaan kiinnittyvät toimintamallit olivat yleistyneet. Toisaalta myös osahankepaikkakunnat olivat osittain muuttuneet, joten tiedot eivät olleet täysin vertailukelpoisia. (Saikku & Sinervo 2010, 91–106.)

Seurantatutkimuksen haastattelujen pohjalta voidaan muodostaa kuvaa siitä, millaisia toimintamalleja hankepaikkakunnilla ja -alueilla oli toiminnassa vuonna 2011 rakenteellisen kiinnittymisen mukaan tyypiteltyinä. Toimintamalleja hankkeen aikana ja sen jälkeen esitellään seuraavassa taulukossa:

Toimintamalleja PTT-hankkeessa hankepaikkakunnilla 2008/2009 (Saikku 2009)	Toimintamalleja hankepaikkakunnilla 2011
TYP-toimintaan tiiviisti kiinnittynyt	TYP-toimintaan tiiviisti kiinnittynyt
TYP-toimintaan löyhästi kiinnittynyt	TYP-toimintaan löyhästi kiinnittynyt
Terveyskeskukseen kiinnittynyt	Terveyskeskukseen kiinnittynyt
	Yhdessä toimipisteessä nimetty hoitaja
	Kaikissa toimipisteissä nimetty hoitaja
	Kaikissa toimipisteissä kaikki hoitajat
	Terveyskeskukseen ja TYP-toimintaan kiinnittynyt
Kunnan työllistämistoimintaan kiinnittynyt	Kunnan työllistämistoimintaan tiiviisti kiinnittynyt
	Kunnan työllistämistoimintaan löyhästi kiinnittynyt
	Kunnan työllistämistoimintaan ja TYP-toimintaan kiinnittynyt
TE-toimistoon kiinnittynyt	

Taulukko 1. Työttömien terveystalvvelun toimintamallien tyypittelyä 2009 ja 2011.

Kuten taulukosta nähdään, on erilaisten toimintamallien kirjo suurempi kuin hankkeen aikana. On kuitenkin tärkeä huomioida, että paikalliset toimintamallit ovat voineet olla monipuolisempia kuin tyypittelyssä on huomioitu jo hankkeen aikana, koska arvioinnissa huomioitiin tällöin vain hankkeessa kehitettävä toiminta. *Seurantatutkimuksessa pyrittiin saamaan kokonaiskuvaa paikkakunnalla tai alueella olevasta toiminnasta työttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa.* Tyypittelyssä ei kuitenkaan ole välttämättä voitu ottaa huomioon kaikkea paikkakunnalla tai alueella tapahtuvaa toimintaa. Kunnissa voi olla esimerkiksi erilaisia hankkeita, joissa tehdään työttömien terveystarkastuksia, ja joista ei saatu tietoa haastattelujen yhteydessä.

Työvoiman palvelukeskuksen toimintaan tiivistä ja löyhemmin kiinnittyneitä toimintamalleja löytyy edelleen paikkakunnilta ja alueilta. TYP-toiminnassa mukana oleville asiakkaille on ollut tarjolla terveystalvvelua

useimmissa työvoiman palvelukeskuksissa jo pitkään joko siten, että TYP:ssä työskentelee yksi tai useampia terveydenhoitajia, tai siten, että palvelua on ostettu TYP:n asiakkaille työterveyshuollosta (Saikku 2008). Kahdella hankepaikkakunnasta eli Helsingissä ja Vantaalla toiminta keskittyy TYP:iin. TYP-toimintaan löyhemmin kiinnittynyttä toimintaa kehiteltiin PTT-hankkeen aikana, ja sitä toteutetaan haastattelujen perusteella neljässä kunnassa/ alueella: Kotkassa, Rovaniemellä, Salossa ja Raahen seudulla. Terveydenhoitajan vastaanotto ja palvelu toteutuu tällöin fyysisesti TYP:ssä, mutta asiakaskuntana ovat kaikki työttömät. Raahen seudulla palvelu ostetaan työterveyshuollosta.

Terveyskeskukseen kiinnittyneen toiminnan osalta voidaan nyt katsoa tarkemmin palvelun organisointitapoja. Toimintaa on organisoitu kuudella paikkakunnalla/ alueella kolmella eri tavalla. Hämeenlinnassa, Heinolassa ja Lieksassa toiminta organisoituu siten, että yhdellä terveysasemalla työskentelevä terveydenhoitaja hoitaa kaikki kunnan työttömien terveystarkastukset. Lieksassa työterveyshoitajan työpanos ostetaan kunnallisesta työterveyshuollosta. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä ja Sastamalan alueella on kaikissa alueen kunnissa nimetty hoitaja, joka hoitaa työttömien terveystarkastuksia. Oulussa kaikki terveysasemien vastaanoton terveydenhoitajat tekevät työttömien terveystarkastuksia.

Lisäksi neljällä paikkakunnalla tai alueella on toimintamalli, jossa työttömien terveyspalvelua on saatavilla sekä terveyskeskuksessa että työvoiman palvelukeskuksessa. Lappeenrannassa/ Etelä-Karjalan seudulla ja Mikkelissä terveyskeskuksessa toimii yksi nimetty osa-aikainen hoitaja, jonka lisäksi TYP:ssä on omaa hoitajaresurssia omille asiakkaille. Forssan seudulla ja Jyväskylässä/ Jyväskylän seudulla terveyskeskuksen kaikki hoitajat tekevät terveystarkastuksia, jonka lisäksi TYP:llä on terveydenhoitajaresurssia omille asiakkailleen.

Myös kunnan työllistämispalveluihin tai työllistämisyksikköön kiinnittyvästä palvelusta muodostuu nyt yksityiskohtaisempaa kuvaa. Palvelu organisoituu työllistämisyksikön kautta neljällä paikkakunnalla. Kuusamossa palvelu kiinnittyy tiiviisti asiakaspalveluyksikkö Askeleen toimintaan, ja kohdentuu työtoiminnan ja sosiaalitoimen asiakkaille. Paikkakunnalla ei ole työvoiman palvelukeskusta, joten Askelessa työskentelee myös TE-hallinnon virkailija. Siinä mielessä toiminta on hyvin lähellä TYP-toimintaa. Kokkolassa terveydenhoitajan vastaanotto ja palvelu ovat kaupungin aktivointiyksikössä, mutta asiakkaina ovat kaikki työttömät. Liedossa ja Hämeenkyrössä kaikkia työttömiä voidaan ohjata työllisyyspalveluiden palveluohjauksen kautta terveystarkastuksiin, jotka toteutuvat ostopalveluna työterveyshuollosta.

Yhdellä paikkakunnalla on toimintamalli, jossa työttömien terveyspalvelua on saatavilla sekä kaupungin työllistämisyksikössä että työvoiman palvelukeskuksessa. Kuopiossa työskentelee kaksi terveydenhoitajaa, joista toinen työllisyysyksikössä ja toinen TYP:ssä. Asiakaskunta muodostuu työtoiminnan, sosiaalitoimen ja TYP:n asiakkaista. TE-toimistoon kiinnittyvää palvelua ei haastattelujen perusteella ole toiminnassa millään hankepaikkakunnalla tai -alueella. Helsingissä toimintamallia kokeiltiin yhdessä TE-toimiston toimipisteessä Pitkäaikaistyöttömyyteen liittyvän syrjäytymisen ehkäisy -hankkeessa. Toimintamallia ei kuitenkaan jatkettu hankkeen päättymisen jälkeen 2011.

Tarkastelun pohjalta nähdään, että yksinkertaisenkin tyyppittelyn perusteella on tunnistettavissa monia erilaisia malleja työttömien terveyspalvelutoiminnan organisointiin. Tyyppittelyssä ei ole huomioitu esimerkiksi toiminnan hallinnointia, joka sekini vaihtelee paikkakunnittain. Suurin syy variaatiolle on, että toiminta rakentuu kullakin paikkakunnalla ja alueella paikallisista lähtökohdista, palvelu- ja hallintorakenteista ja tarpeista käsin. Mitä syvemmin kunkin hankepaikkakunnan tai -alueen toimintamallia tarkastellaan, sitä enemmän kustakin toimintamallista löytyy omanlaisiaan piirteitä ja toiminnallisia ratkaisuja eli viime kädessä jokaisella paikkakunnalla on omanlaisensa malli työttömien terveystarkastusten ja -palvelun toteuttamiseen. Tyyppittelyn avulla voidaan kuitenkin saada jonkinlaista kokonaiskuvaa toiminnasta ja sen vaihte-
lusta.

Vaikka hankepaikkakunnilla ja -alueilla on saattanut olla työttömien terveystarkastuksiin ja -palveluun liittyvää toimintaa ennen PTT-hankettakin, hankkeen myötä päästiin kokeilemaan erilaisia toimintamalleja paikallisista ja seudullisista lähtökohdista ja tarpeista käsin. Näin voitiin luoda kokonaan uudenlaisia toimintamuotoja, joita sittemmin on otettu käyttöön tai integroitu osaksi paikkakunnalla jo toteutuvaa toimintaa esimerkiksi työvoiman palvelukeskuksessa. *TYP-toimintaan ja työllistämispalveluihin löyhemmin kiinnittyvä palvelu sekä terveyskeskukseen ja TYP-toimintaan kiinnittyvä palvelu voidaan nähdä sellaisina toimintamalleina, jotka ovat kehittyneet ja yleistyneet hankkeen myötä. Myöskään terveyskeskukseen kiinnittyvän palvelun eri muotoja ei ole ollut samassa mittakaavassa ennen hanketta.*

3.3 Toimintamallien vertailua

PTT-hankkeen aiemmissa raporteissa on hahmoteltu työttömien terveystalvun rakenteellisen kiinnittymisen eli vastaanottotoiminnan fyysisen sijoittumisen etuja ja ongelmia (Saikku 2009; Saikku & Sinervo 2010). Seurantatutkimuksen haastattelujen pohjalta voidaan nyt päivittää tietämystä asiasta sekä tuoda esille erityisesti niitä asioita, jotka korostuvat jatkuvammassa ja pysyvämmässä toiminnassa.

Tyypittelyn pohjalta toimintamallit voidaan hankepaikkakunnilla yksinkertaistaa kolmeen malliin: palvelun toteuttaminen terveyskeskuksessa, palvelun toteuttaminen työvoiman palvelukeskuksessa ja palvelun toteuttaminen kunnan työllisyyspalveluissa/ -yksikössä. Toiminnan sijoitteluun liittyviä etuja ja ongelmia sekä erityishuomiota vaativia asioita niin arviointitutkimuksen kuin kehittämishankkeiden kokemusten pohjalta koottiin PTT-hankkeen loppuraporttiin (Saikku & Sinervo 2010, 134-137). Seuraavaksi esitetään loppuraportin koostetaulukot, joita sitten tarkastellaan seurantalvutkimuksen tulosten valossa.

3.3.1 Palvelun toteuttaminen terveyskeskuksessa

Palvelun toteuttaminen terveyskeskuksessa	
<ul style="list-style-type: none"> + Kaikki kunnalliset terveystalvut ovat saatavilla samasta toimipisteestä ja asiakas tietää, mistä palvelun löytää. + Mahdollisuus tavoittaa työttömiä asiakkaita jo varhaisessa vaiheessa, jos palveluun tulo ei vaadi viranomaisohjausta. + Lääkärit ovat terveydenhoitajien kanssa samassa toimipisteessä, mikä helpottaa konsultointia, asioiden käsittelyä ja asiakkaiden jatko-ohjausta terveydenhuollossa. + Terveydenhuollon henkilöstö ja kollegiaalinen tuki ovat lähellä, henkilöstöllä mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Muu asiakastyö syö toimintaa, palvelu voi jäädä muiden toimintojen jalkoihin ja hiipua vähitellen. - Asiakasvirrat ehtyvät, jos ohjaus-suhde ei ole jatkuva. - Tuntuma muiden sektorien työhön ja palvelukenttään on heikko/ jää ohueksi. - Henkilökohtaiset kontaktit jäävät ohuiksi muiden sektorien ammattilaisiin.
<p>Erityisesti kiinnitettävä huomiota</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sovittu selkeät resurssit, jotka on kohdennettu työttömien terveystalvamiin ja -palveluun. ❖ Tutustuttu toimijaverkostoon ja sovittu lähete- ja palautekäytännöistä muiden tahojen kanssa, kuten TE-toimiston ja sosiaalitoimen kanssa. ❖ Varattu resurssi ja sovittu toimintatavoista moniammatillisten tapaamisten osalta. 	

Seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella yhteistyö terveydenhuollon muiden toimijoiden (lääkärit, hoitajat, erityistyöntekijät, mielenterveyspalvelut) kanssa toteutuu useimmiten hyvin ja joustavasti silloin kuin työttömien terveydenhoitajan vastaanotto sijoittuu terveyskeskukseen. Fyysinen läheisyys edesauttaa

asioiden yhteistä sopimista ja keskustelua ja esimerkiksi mahdollisuutta sovittaa toimintaa terveystalvveluksen toiminnan muutoksiin, kuten lääkäritilanteen vaihteluihin. Myös epävirallinen kanssakäyminen on helppoa, ja sitä kautta terveydenhoitajan työ tulee tutuksi muulle terveydenhooltohenkilökunnalle. Terveystalvveluksessa toteutuva työttömien terveystalvvelu näyttää myös nivoutuvan melko luontevasti osaksi terveydenhuollon toiminnan suunnittelua ja kehittämistä, koska toiminta on tällöin hallinnollisesti terveydenhuollon alla.

Palveluun omatoimisesti ohjautuvat työttömät muodostavat edelleen hyvin pienen osan asiakaskunnasta, joten tässä mielessä palvelun sijoittumisessa terveystalvvelukseen ei liene suurta merkitystä. Lähetepalaute -käytäntö on yleisesti käytössä hankepaikkakunnilla. Haastattelujen perusteella asiakaskunnassa painottuvat usein paikkakunnasta ja alueesta riippuen joko työvoiman palvelukeskuksesta tai TE-toimistosta läheteellä ohjautuvat asiakkaat.

Taulukossa esiin nostetut ongelmat näyttävät nousevan esiin etenkin silloin jos toiminta on hajautettu usealle henkilölle (kaikki hoitajat tai kaikilla terveystalvveluilla on ko. hoitajia). Tehtävä muodostaa tällöin hyvin pienen osan yksittäisen hoitajan toimenkuvaa, eikä kokemusta ja osaamista työttömien terveystalvvelustuksista ja -palvelusta pääse syntymään. Toimenkuvaan ja työotteeseen ei välttämättä päästä kunnolla sisälle, jolloin ei myöskään nähdä yhteyksien tärkeyttä esimerkiksi TE-hallintoon tai sosiaalitoimeen. Jos yhteistyö muiden sektoreiden toimijoiden kanssa on vähäistä tai olematonta, se vaikuttaa myös asiakkaiden ohjautumiseen palveluun. Ja kun asiakkaita ohjautuu koko ajan vähemmän, voidaan olla syklissä, jossa toiminta on vaarassa hiipua vähitellen kokonaan.

Seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella terveystalvvelukseen sijoittuvalle palvelulle ei ole sovittu selkeää resurssia kaikilla paikkakunnilla tai alueilla. Tämä osaltaan vaikuttaa siihen, että jos työttömien terveystalvvelustusasiasiaa ei pidetä tietoisesti yllä, toiminta voi helposti jäädä muun toiminnan jalkoihin. Moniammatilliseen tiimityöhön ei yleensä ole varattu aikaa tai sovittu sen käytännöistä vaan yhteistyön synnyttäminen ja toteutus jää työntekijöiden varaan.

3.3.2 Palvelun toteuttaminen työvoiman palvelukeskuksessa

Palvelun toteuttaminen työvoiman palvelukeskuksessa	
<ul style="list-style-type: none"> + Asiakas saa palvelun samasta toimipisteestä asioidessaan muutenkin TYP:ssä/ työnhakuun liittyvissä asioissa. + Terveystenhoitaja sijoittuu asiakkaille jo ennestään tuttuun ympäristöön ja tilaan, asiakkaalle helppo tulla ja matala kynnyksen asioida. Asiakkaisiin on näin helppompaa saada kontakti. + Henkilökunnan epävirallinen ja virallinen vuorovaikutus samoissa tiloissa edistää eri sektorien työtapoihin ja toimintakulttuuriin tutustumista, tukee asiakasohjauskäytäntöjen käynnistymistä ja helpottaa tiedonkulkua eri organisaatioiden välillä. + Yhteinen tietojärjestelmä (Typpi) vähentää posti- ja puhelinliikennettä sekä mahdollistaa tiedon kulkemisen reaaliaikaisena. + Moniammatillisten työmenetelmien päivittäinen käyttö ja nopea konsultaatiomahdollisuus. Esimerkiksi TE-hallinnon terveyspalveluihin ja työkykyarvioihin liittyvät ostopalvelut kohdentuvat entistä täsmällisemmin niitä eniten tarvitseville. 	<ul style="list-style-type: none"> – Terveyspalvelu kohdistuu useimmiten vain TYP-asiakkaisiin, jolloin potentiaalista asiakaskuntaa jää tavoittamatta. – Asiakas ei aina miellä toimitilaa terveydenhuollon toimipisteeksi ja tapaamista terveydenhuollon ammattilaisen väliseksi, jolloin tapaamisen luottamuksellisuus voi kärsiä. – Terveystenhoollon henkilöstö ja kollegiaalinen tuki ovat etäällä, ammatillinen kehittyminen ja tiedonvaihto voivat kärsiä, esim. hoitaja-lääkäri konsultaatiomahdollisuuden puute – Täydennyskoulutusmahdollisuudet ja oman organisaation toimintaprosessit ja niissä tapahtuvat muutokset voivat jäädä etäisiksi. – Työnohjaukseen tulee panostaa tavanomaista enemmän.
<p>Erityisesti kiinnitettävä huomiota</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Terveystenhoitajalla tulee olla käytössään perusterveydenhuollon tietojärjestelmä, luku- ja kirjaamisoikeus. ❖ Yhteyttä perusterveydenhuoltoon ja terveyskeskuksen toimintoihin tulee aktiivisesti ylläpitää esimerkiksi siten, että terveydenhoitaja osallistuu viikottapaamisiin/ koulutuspäiviin. ❖ Huolehditava, että terveydenhoitajalla on saatavissa esimiestukea ja ammatillista tukea perusterveydenhuollosta, kuten hoitaja-lääkäri konsultaatiomahdollisuuden varmistaminen. ❖ Mikäli palvelu toteutuu ostopalveluna työterveyshuollosta, tulee olla sovitut lähete- ja palautekäytännöt ja jatko-ohjauksen toimintatavat perusterveydenhuoltoon. 	

Seurantatutkimuksen haastattelujen mukaan työvoiman palvelukeskukseen sijoituvassa palvelussa monisektorinen ja -ammatillinen yhteistyö toteutuu useimmiten hyvin luontevasti, koska kaikki työntekijät ovat fyysisesti samoissa tiloissa. TYP-toiminnan asiakkaille kynnys palveluun on matala ja ”oma asiakaskunta” mahdollistaa laajemman palvelun, johon voi sisältyä esimerkiksi sairausvastaanottoa. Ns. löyhässä mallissa asiakkaita ohjautuu palveluun myös muualta kuin TYP:stä. Tällöin esimerkiksi TE-toimiston tai sosiaalitoimiston asiakkaille palvelun sijoittuminen TYP:een saattaisi olla hankala hahmottaa. Haastattelussa ei kuitenkaan tuotu esille, että tämä asia olisi muodostunut ongelmaksi paikkakunnilla.

TYP-toimintaan sijoittuvan palvelun ongelmat näyttävät tulevan selkeimmin esiin silloin jos terveydenhoitajalla ei ole hallinnollista yhteyttä perusterveydenhuoltoon. TYP-toimintaan sijoittuva palvelu (kaikkiaan 10 hankepaikkakunnalla) on useimmiten hallinnollisesti muun kuin terveydenhuollon, esimerkiksi sosiaalitoimen, alla. Hallinnollisen yhteyden puuttuessa muun muassa terveydenhuollon tietojärjestelmien käyttöönotto voi olla vaikeaa, vaikka useimmilla hankepaikkakunnilla tämä onkin saatu järjestettyä. Tietojärjestelmäyhteyksien tai tarvittavien laitteistojen puuttuminen vaikuttaa osaltaan siihen, etteivät kaikki TYP:n terveydenhoitajat tee varsinaisia terveystarkastuksia vaan saattavat keskittyä terveystarkastusten kartoittamiseen ja niissä ohjaamiseen.

Toimivien yhteyksien rakentaminen perusterveydenhuoltoon ja terveyskeskukseen vaatii usein TYP:ssä toimivalta terveydenhoitajalta paljon työtä. Terveydenhoitajat voivat jäädä helposti varsin etäälle terveyskeskuksen sisäisestä toiminnasta, esimerkiksi säännöllisistä tapaamisista tai koulutustilaisuuksista. Ammatillinen tuki voi jäädä siten ohueksi.

3.3.3 Palvelun toteuttaminen kunnan työllistämispalveluissa

Palvelun toteuttaminen kunnan työllistämispalveluissa/ työtoimintayksikössä	
<ul style="list-style-type: none"> + Kunnan työttömille suunnatut sosiaali- ja terveyspalvelut, kuntouttava työtoiminta ja terveyspalvelu ovat samassa paikassa. + Mahdollistaa työterveysluonteisen jatkuvamman palvelun tarjoamisen työtoiminnassa mukana oleville. + Läsnä oleminen arjessa tuo asiakkaan lähelle ja tukee luottamuksellisen suhteen syntymistä. + Työskentely antaa mahdollisuuden olla läsnä todellisissa työtilanteissa. Kohtaamalla asiakkaan terveydenhoitaja saa tietoa asiakkaan voinnista, kyvystä toimia, edetä tilanteessa ja voi huomioida asiakkaan toimintakyvyn rajat. + Edistää työ- ja toimintakyvyn kartoituksen ja työkyvyn edistämisen lomittumista osaksi kuntouttavaa työtoimintaa. + Mahdollistaa moniammatillisen tukemisen ja työotteen. Pajatoiminnassa esimerkiksi nuorten työttömien tavoittaminen terveystapaamisten ja -palvelujen piiriin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Palvelu kohdistuu vain osaan työttömistä, etupäässä erittäin pitkään työttömänä olleisiin. - Asiakas ei aina miellä toimitilaa terveydenhuollon toimipisteeksi, jolloin luottamuksellisuus voi kärsiä. - Yhteydenpito ja tiedon kulku perusterveydenhuoltoon ja TE-hallintoon voivat jäädä hyvin ohuiksi. - Terveydenhuollon henkilöstö ja kollegiaalinen tuki ovat etäällä. - Työtoiminnassa mukana olevat eivät kuulu lainsäädännöllisesti työterveyshuollon piiriin, joten (työ)terveyspalveluista ei saa Kela-korvausta.
<p>Erityisesti kiinnitettävä huomiota</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Terveydenhoitajalla tulee olla käytössään perusterveydenhuollon tietojärjestelmä ja luku- ja kirjaamisoikeus. ❖ Yhteyttä perusterveydenhuoltoon ja terveyskeskuksen toimintoihin tulee aktiivisesti ylläpitää esimerkiksi siten, että terveydenhoitaja osallistuu emo-organisaation viikkotapaamisiin/ koulutuspäiviin. ❖ Huolehdittava, että terveydenhoitajalla on saatavissa esimiestukea ja ammatillista tukea perusterveydenhuollosta, kuten hoitaja-lääkäri konsultaatiomahdollisuuden varmistaminen. ❖ Sovittu lähete- ja palautekäytännöistä muiden tahojen kanssa. ❖ Sovittu asiakkaan jatko-ohjauskäytännöistä terveydenhuollossa ja niiden seurannasta. 	

Seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella kunnan työllistämispalveluissa tai -yksikössä toteutuvassa palvelussa on nähtävissä osittain samoja etuja ja ongelmia kuin TYP-toimintaan kiinnittyneessä palvelussa. Moniammatillisuus ja -sektorisuus toteutuu usein helpommin kuin terveyskeskukseen sijoituvassa palvelussa. Työllistämistoiminnan organisoinnista riippuen yhteys TE-hallintoon on usein ohuempi kuin TYP-toiminnassa, mutta yhteys sosiaalitoimeen on vahvempi. Pienemmillä paikkakunnilla, missä toimijat ovat fyysisesti erillään, palveluohjaajat ovat linkki eri toimijoiden välillä. Näillä paikkakunnilla terveystarkastukset hankitaan ostopalveluna työterveyshuollosta, ja yhteyksien rakentaminen perusterveydenhuoltoon ja terveyskeskukseen jää paljolti palveluohjaajien vastuulle.

Muutamalla hankepaikkakunnalla palvelua voidaan kuvailla työterveyshuollon omaiseksi toiminnaksi, johon kuuluu terveystarkastusten ja ohjauksen lisäksi muun muassa sairausvastaanottoa, sairauslomien seuranta ja työ- ja toimintakyvyn seuranta. Erityisesti Kuopiossa, mutta myös Kuusamossa on toiminnassa näitä piirteitä. Asiakaskunnan näkökulmasta myös työllistämistoimintaan sijoituvassa palvelussa voi

olla laaja asiakaskunta, jolloin palveluun voidaan ohjata myös esimerkiksi TE-toimistosta tai terveyskeskuksesta. Jos asiakaskunta rajataan työtoiminnan ja sosiaalitoimen asiakkaisiin, jäävät vähemmän aikaa työttömänä olleet palvelun ulkopuolelle.

Kuten TYP-toiminnassakin, myös tässä toiminnassa ongelmat näyttävät tulevan selkeimmin esille silloin kun terveydenhoitajalla ei ole hallinnollista yhteyttä perusterveydenhuoltoon. Tämä voi hankaloittaa tietojärjestelmäyhteyksien saamista ja yhteistyön rakentumista terveyskeskuksen palvelujen kanssa sekä ammatillisen tuen saamista.

3.4 Hallinnointi ja ohjaus

PTT-hankkeen suosituksena on esitetty, että työttömien terveyspalvelun hallinnointi olisi luontevimmin perusterveydenhuollossa (Saikku & Sinervo 2010). Hallinnollisesti terveydenhuoltoon kiinnittyminen on perusteltua niin toiminnan luonteen kuin käytännön toteutuksen kannalta. Terveystarkastukset ja terveyspalvelut ovat terveydenhuollon toimintaa. Käytännön toteutuksen kannalta on asiakkaan edun mukaista, että kaikki terveyspalvelut toteutuvat saumattomasti, mikä edellyttää muun muassa tietojärjestelmäyhteyksiä.

Hankepaikkakunnilla³ työttömien terveyspalvelun hallinnointi on seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella terveydenhuollon alla kymmenellä paikka-/seutukunnalla, sosiaalitoimen tai muun hallinnon alla seitsemällä paikka-/seutukunnalla ja osittain terveydenhuollon ja osittain sosiaalitoimen alla neljällä paikka-/seutukunnalla. Toiminnan jakaantuminen kahden hallinnon alle johtuu siitä, että näillä paikkakunnilla terveyskeskuksessa toteutuva palvelu on terveydenhuollon alla ja TYP-toiminnassa toteutuva palvelu sosiaalitoimen alla.

Kiinnostavaa on, ettei toiminnan hallinnointi yksiselitteisesti kerro toimintamallista eli terveydenhoitajan palvelun sijoittumisesta. Hallinnollisesti terveydenhuollon alle sijoittuvat hoitajat voivat hankepaikkakunnilla työskennellä fyysisesti niin terveyskeskuksessa, työvoiman palvelukeskuksessa kuin työllistämispalveluissa. Kuitenkin jos palvelu sijoittuu hallinnollisesti sosiaalitoimen tai muun hallinnon alle, eivät terveydenhoitajat pidä vastaanottoa terveyskeskuksessa vaan työvoiman palvelukeskuksessa tai työllistämispalveluissa tai palvelu ostetaan työterveyshuollosta. Hallinnollinen sijoittuminen näyttäisi täten rajaavan pois yhden toimintamallin eli palvelun toteuttamisen terveyskeskuksessa.

Haastattelujen perusteella vaikuttaa, että työttömien terveyspalvelun hallinnollinen sijoittuminen sosiaalitoimen ja muun hallinnon alle johtuu useimmiten siitä, ettei perusterveydenhuolto ole lähtenyt mukaan toimintaan. Sosiaalitoimessa palvelun tarve on kuitenkin nähty ja tarpeeseen on lähdetty vastaamaan omaa toimintaa ja resursseja uudelleen organisoimalla.

PTT-hankkeen aikana osahankkeilla oli monisektorinen ohjausryhmä, joka seurasi hankkeen etenemistä ja oli siten mukana toiminnan kehittämisessä. Arvioinnin mukaan sitoutunut ja riittävän vaikutusvaltainen ohjausryhmä saattoi edistää tiedon leviämistä toiminnasta ja toiminnan juurtumista viemällä asiaa eteenpäin omilla sektoreillaan ja kontakteissaan. Toiminnan juurtumisen ja jatkuvuuden kannalta monisektorinen yhteistyö ja ohjaus nähtiin tärkeänä. (Saikku & Sinervo 2010.)

Seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella työttömien terveyspalvelun monisektorinen ohjaus ja seuranta ovat vähentyneet hankepaikkakunnilla hankkeen päättymisen jälkeen. Yhdeksällä paikkakunnalla tai

³ 21 paikkakuntaa, mukana eivät ole Harjavalta, Hyvinkää ja Joensuu

alueella toimii jokin monisektorinen ryhmä, jossa ovat edustettuina niin terveydenhuolto, TE-hallinto kuin sosiaalitoimikin, ja jonka on sovittu seuraavan toimintaa. Seitsemällä paikkakunnalla tai alueella tällaista kokoonpanoa ei ole. Joidenkin hankekuntien osalta tietoa ei haastatteluissa saatu. Nimetty ryhmä ei vielä itsessään takaa, että toimintaa aktiivisesti seurataan ja kehitetään eteenpäin. Joillakin paikkakunnilla nimetyt ryhmät tuskin kokoontuivat tai ryhmän agenda oli niin laaja, ettei työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen kysymys tullut esille ryhmän tapaamisissa.

Monisektorisen ohjauksen ja seurannan lisäksi tarvitaan tietysti myös hallinnonalan sisäistä ohjausta ja seurantaa. Tämä toteutuu hankepaikkakunnilla pääosin osana muuta toiminnan seurantaa. PTT-hankkeen aiemman arvioinnin mukaan etenkin terveysjohdon sitoutuminen sekä lähiesimiesten tuki ovat tärkeitä tekijöitä toiminnan juurtumisessa ja jatkuvuudessa (Saikku & Sinervo 2010). *Ylimmän johdon ja keskijohdon merkitys nousi esille myös seurantatutkimuksen haastatteluissa.* Ylimmän johdon sitoutuminen toimintaan on edellytys sille, että toimintaa voidaan ylipäättänsä toteuttaa. Johdon tuki on tärkeää myös psykologisesti; esimerkiksi asiaa esillä pitävä ylilääkäri voi vaikuttaa muiden lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan asenteisiin. Käytännön toteutuksessa keskijohdolla näyttää kuitenkin olevan suuri merkitys. Mikäli keski-johto ja lähiesimiehet eivät näe tehtävää tärkeänä, ei sen toteutumista käytännössä seurata eikä siihen varata riittävästi resurssia. Useimmilla hankepaikkakunnilla koettiin, että lähiesimiehet tukevat toiminnan toteuttamista.

4 Henkilöstö ja työskentely

Tässä luvussa kuvataan työttömien terveyspalveluun suunnattua henkilöstöresurssia sekä muita henkilöstöön ja työskentelyyn liittyviä asioita hankepaikkakunnilla.

4.1 Henkilöstöresurssit

Seurantatutkimuksen haastattelujen mukaan työttömien terveyspalveluun kohdennettu henkilöstöresurssi, eli terveydenhoitaja- tai sairaanhoitajaresurssi vaihtelee suuresti hankepaikkakunnittain. Osassa kuntia toiminnalle ei ole määritelty erillistä työajallista tai muuten laskettavissa olevaa resurssia vaan toiminnan katsotaan olevan osa hoitajan kokonaistoimenkuvaa.

Hankkeen aikana useimmilla paikkakunnilla oli yksi kokoaikainen terveyden-/sairaanhoitaja, joka toteutti työttömien terveystarkastuksia ja -palvelua. Lisäksi hanketerveydenhoitajan resurssia meni myös hankkeen hallinnointiin sekä toiminnan kehittämiseen ja juurruttamiseen liittyviin toimiin. Hankkeen päätyttyä kokoaikainen hoitajaresurssi on vähentynyt usealla paikkakunnalla, ei tosin kaikilla. *Työtä tehdään nyt useammin osana muuta (vastaanotto)työtä siten, että työttömien terveyspalveluun on varattu esimerkiksi yksi tai puolitoista päivää viikossa. Toisilla paikkakunnilla tai alueilla kokoaikaisesta hoitajaresurssista on siirrytty useamman hoitajan malliin eli tarkastuksia tekevät nimetyt hoitajat eri terveysasemilla tai kaikki terveysasemien vastaanoton hoitajat.* Tällöin resurssin muutosta on vaikea arvioida, ja laskennallinen kokonaisresurssi palveluun on todennäköisesti kasvanut hankkeen aikaisesta resurssista.

Jotta palveluun kohdistetusta henkilöstöresurssista saataisiin edes suuntaa-antavaa kuvaa, tarkastellaan seuraavaksi kymmentä hankepaikkakuntaa, joista saatiin kohtuullisen tarkka arvio terveydenhoitajaresurssista syksyllä 2011. Mukana ei ole suurimpia hankepaikkakuntia, kuten Helsinkiä, Vantaata tai Oulua. Tarkastelluilla kymmenellä paikkakunnalla henkilöstöresurssi vaihtelee 0,2 henkilötyövuodesta kahteen henkilötyövuoteen. Yhteenlaskettuna henkilöresurssia on 8,2 henkilötyövuotta. Työ- ja elinkeinoministeriön tilastojen mukaan kyseisillä paikkakunnilla oli vuonna 2010 yhteensä keskimäärin 26 449 työtöntä työnhakijaa (TEM 2011a). Näin ollen yhtä hoitajaa kohti olisi keskimäärin noin 3 225 työtöntä työnhakijaa näillä paikkakunnilla. On tärkeä huomioida, että paikkakuntakohtainen variaatio on erittäin suurta; toimintaan on käytännössä kohdistettu samanlaista henkilöstöresurssia hyvin erikokoisilla paikkakunnilla.

Onko 3 225 työtöntä per hoitaja sitten suuri vai pieni resurssi toimintaan? Onko se riittävä? Kysymyksiin on tässä mahdoton vastata, mutta asiaa voi lähestyä ainakin kahdesta suunnasta; terveydenhuollon mitoitus-suosituksista ja työntekijöiden kokemuksista. Terveys- ja elinkeinoministeriön terveydenhuollossa on olemassa seuraavanlaisia mitoitus-suosituksia lasten ja nuorten ehkäisevää työtä koskien (STM 2009):

- lastenneuvola: 340 lasta/ terveydenhoitaja
- kouluterveydenhuolto: 600 oppilasta/ terveydenhoitaja
- lukiot ja ammatilliset oppilaitokset: 600 - 800 opiskelijaa/ terveydenhoitaja
- ammattikorkeakoulut ja yliopistot: 800 - 1 000 opiskelijaa/ terveydenhoitaja

Suosituksissa todetaan lisäksi, että henkilöstömitoitukseen vaikuttavat esimerkiksi paikalliset olosuhteet, yhteistyö ja psykososiaalisen työn vaatavuus sekä se, jos työparina ei ole nimettyä lääkäriä. Aikuisväestöä tai esimerkiksi työterveyshuoltoa koskevia mitoitus-suosituksia ei ole tehty. Sosiaalityön puolella suosituksen on esitetty, että kunnassa tulisi olla yksi sosiaalityöntekijä 2 000 asukasta kohti (Sarvimäki & Silta-niemi 2007).

Lasten ja nuorten ennaltaehkäisevää työtä koskeviin mitoitussuosituksiin verrattuna yli 3 000 työtöntä yhtä hoitajaa kohti kuulostaa varsin suurelta määrältä, etenkin kun työ on hyvin vaativaa muun muassa monisektorisen verkostotyön ja asiakkaiden monimutkaisten tilanteiden takia. Toisaalta on hyvin tiedossa, ettei nykyisiä mitoitussuosituksia pystytä usein kunnissa saavuttamaan vaan todellinen henkilöstöresurssi on alhaisempi (STM 2009). Verrattuna lastenneuvolatoimintaan tai kouluterveydenhuoltoon on myös toiminnan luonne erilainen. Näissä toiminnoissa terveystarkastusten ja -palveluun piiriin kuuluvat kaikki lapset ja oppilaat. *Työttömien terveyspalvelussa on taas lähtökohtana tarpeen mukainen palvelu, jolloin todellista asiakasmäärää on vaikea arvioida (TEM 2011b). Vaikeasti työllistyvien tai rakennetyöttömien määrää voidaan pitää jonkinasteisena arviona työttömien terveyspalvelun asiakasmäärästä.* Tässä ryhmässä on varmasti usein tarvetta terveystarkastukseen ja -palveluun, mutta osa asiakkaista on jo riittävän terveyspalvelun piirissä. Vastaavasti vähemmän aikaa työttömänä olleissa on myös jonkin verran tarvetta terveystarkastuksiin ja -palveluun. Vuonna 2010 vaikeasti työllistyviä oli keskimäärin reilut 140 000 henkilöä (TEM 2011c). Yli puolet kaikista työttömistä työnhakijoista kuului tähän ryhmään.

Kokemukset ja näkemykset palveluun suunnattujen resurssien riittävydestä olivat vaihtelevia eivätkä välttämättä liittyneet paikkakunnan tai alueen työttömien määrään tai hoitajaresurssiin. Kymmenestä paikkakunnasta seitsemässä tuotiin esille, että nykyiset resurssit eivät ole riittävät nykyiseen tai tarpeenmukaiseen toimintaan ja kolmessa kunnassa resursseja pidettiin riittävinä nykyiseen toimintaan, mutta ei välttämättä tulevaisuutta ajatellen. *Kaikkien seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella resurssien riittävyyden kannalta työttömien työnhakijoiden lukumäärää tärkeämpänä näyttäytyvät asiakasmäärät, terveydenhoitajan työskentelytapa sekä työhön kohdistuvat odotukset ja niiden toteutuminen.* Mikäli tarkastuksiin ja palveluun ohjautuu vähän asiakkaita, voidaan pienikin resurssi kokea riittävänä. Tällöin kuitenkin vastataan vain kysyntään, ei palvelun tarpeeseen. Hoitajan toimenkuva vaikuttaa siihen, miten paljon asiakkaita kyetään järkevästi vastaanottamaan ja hoitamaan; keskittyykö hoitaja vain terveystarkastuksiin vai sisältääkö toimenkuva muutakin, kuten palveluprosessien hoitamista tai sairausvastaanottoa.

Hoitajaresurssin lisäksi muutamalla paikkakunnalla on voitu osoittaa hieman terveyskeskuksen lääkäriresurssia työttömien työkyvyn arviointiin. Kuusamossa on sovittu kuudesta asiakkaasta kuukaudessa, jotka voidaan ohjata nimetylle lääkärille työkyvyn arviointiasioissa. Mikkelissä oli aiemmin tällaista resurssia, joka loppui kun lääkäri muutti paikkakunnalta. Suunnitelmissa on kuitenkin jatkaa toimintaa vuoden 2012 alkupuolella toisen lääkärin kanssa. Myös Vantaalla oli nimetty lääkäri, mutta hänen siirryttyään muualle ei tehtävään ole löytynyt uutta halukasta lääkäriä.

Useissa haastatteluissa nostettiin esille tarve ja toive siitä, että työttömien terveyspalveluun olisi käytettävissä ”omalääkäri” etenkin työkyvyn arviointien ja muiden monimutkaisempien tilanteiden varalta. Normaalit terveyden- ja sairauzehoidolliset lääkäripalvelut saadaan terveyskeskuksen omalääkäreiltä. Paikkakunnasta ja alueesta riippuen terveyskeskuslääkärien saatavuus vaihtelee. Kuitenkin miltei kaikilla paikkakunnilla käytetään keikkalääkäreitä lääkärivajetta purkamaan. Lyhytaikaisesti paikkakunnalla työskentelevien lääkärin hyödyntäminen työkyvyn arvioinneissa on vaikeaa.

4.2 Terveystarkastajan tehtäväkuva

PTT-hankkeen loppuraportissa hahmoteltiin työttömän terveystapaamisen vaiheita ja terveydenhoitajan tehtäviä eri vaiheissa (Saikku & Sinervo 2010, 125-134; ks. myös aiemmin kuvio 2). Seurantatutkimuksen haastattelujen pohjalta saadaan päivitettyä kuvaa siitä, millaisia tehtäviä terveyden- tai sairaanhoitajan työhön työttömien parissa sisältyy pysyvämässä tai jatkuvammassa palvelussa. Tämän perusteella palvelun minimiksi eli sellaiseksi palveluksi, jota tulisi olla tarjolla kaikille työttömille, voidaan hahmottaa:

- Terveystarkastus (1,5 - 2 tuntia)
- Tarvittavat seurantakäynnit (1 - 3)
- Neuvonta ja ohjaus

- Palaute ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa

”Minimipalvelu” ei toteudu tällä hetkellä kaikilla hankepaikkakunnilla tai -alueilla joko resurssien vähyydestä tai muista syistä johtuen. Laaja-alaisen terveystarkastuksen ja siihen varatun ajan tarpeellisuus tuli esille jo PTT-hankkeen aikana. Mikäli asiakkaan kokonaistilanteesta (terveydentila, elintavat, elämäntilanne, työ- ja toimintakykyyn vaikuttavat asiat) halutaan saada kuvaa, vaatii se aikaa yhteiseen keskusteluun, jonka tukena voidaan käyttää erilaisia lomakkeita ja menetelmiä (ks. tarkemmin mt., 131-133; myös Vuokko ym. 2011). Seurantatutkimuksen haastattelujen mukaan muutamalla paikkakunnalla terveystarkastukseen varattu aika on rajattu tuntiin tai hoitajat kokevat painetta vähentää tarkastuksiin varattua aikaa. Myös terveystarkastuksen viitekehys saattaa olla suppeampi siten, ettei työ- ja toimintakyvyn kartoittaminen sisälly tarkastukseen.

Seurantakäyntien tärkeys nousi esiin seurantatutkimuksen haastatteluissa vaikka niitä toki toteutettiin useilla paikkakunnilla jo hankkeen aikana. Terveystarkastajat ovat huomanneet, että asiakkaan käyminen muutaman kerran saman hoitajan luona edistää asiakkaan kiinnittymistä terveystarkastukseen ja siten tukee myös jatko-ohjausten toteutumista. Asiakkaalla on voinut olla korkea kynnys tulla palveluun ja siksi ohjaus muihin terveystarkastuksiin tulisi tehdä ”saattaen vaihtaan”, varmistaen, että asiakas ymmärtää tilanteen ja suunnitellut toimenpiteet. Kaikilla hankepaikkakunnilla ei hoitajilla ole mahdollisuutta toteuttaa seuranta-käyntejä lainkaan tai siinä laajuudessa kun he kokevat tarpeelliseksi.

Useimmilla hankepaikkakunnilla on käytössä lähete- ja palautemenettely, jossa hoitaja saa lähetteen lähettävältä taholta, ja vastaavasti antaa palautetta tarkastuksesta niin asiakkaalle kuin lähettävälle taholle. *Lähetepalaute menettelyä pidetään toimivana ja tärkeänä.* Menettely edistää terveystarkastuksen lomittamista osaksi työttömän asiakkaan palveluprosessin kokonaisuutta, kun hoitajat tietävät mitä heiltä odotetaan, ja miten eri asiat liittyvät toisiinsa. Näin voidaan välttyä asetelmalta, jossa toteutetaan rutiininomaisia terveystarkastuksia ilman yhteyttä muuhun palveluprosessiin. Yhteistyö terveydenhoitajan ja muiden toimijoiden välillä toteutuu vaihtelevasti. Tästä kerrotaan tarkemmin kappaleissa 3.3 ja 5.3.

”Minimipalvelussa” tavoitteena on terveystarkastuksen avulla selvittää asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia sekä kartoittaa hänen työ- ja toimintakykyään. Tavoitteena on myös asiakkaan tarpeenmukainen kiinnittyminen normaaliin terveystarkastukseen omalle terveysasemalle/ omalle terveydenhoitajalle ja lääkärille. Työttömien terveydenhoitaja on siten portti tai väylä asiakkaan saattamiseksi tarvittavan terveystarkastuksen piiriin.

Hankepaikkakunnilla työskentelevien terveyden- ja sairaanhoitajien työhön kuuluu kuitenkin usein myös muita tehtäviä kuin edellä mainitut. Ainakin seuraavia tehtäviä tuli seurantatutkimuksen haastatteluissa esille:

- Sairausvastaanotto toiminta; lyhyiden sairauslomien kirjoittaminen ja sairauslomien seuranta
- Työ- ja toimintakyvyn seuranta
- Moniammatillinen ja -sektorinen tiimityö asiakkaan prosessissa
- Terveystarkastuksen edistämisen toimenpiteiden suunnittelu ja toteutus; esim. ryhmätoiminnot, luennot
- Työkyvyn arviointiin, kuntoutukseen ja/ tai eläkeselvittelyyn liittyvien prosessien hoitaminen
- Suunnittelu- ja kehittämistyö

Näitä tehtäviä sisältyy terveydenhoitajan toimenkuvaan usein silloin, kun terveydenhoitaja työskentelee työvoiman palvelukeskuksessa tai kunnan työllistämisyksikössä. Sairausvastaanotto toiminta saattaa myös koskea esimerkiksi vain TYP:n asiakkaita. Kuitenkin myös terveystarkastuksissa työskentelevät hoitajat saattavat käydä pitämässä esimerkiksi painonhallintaan tai liikuntaan liittyviä luentoja työtoimintayksiköissä tai hoitaa työkyvyn arviointiin liittyviä prosesseja.

Mikäli terveyden-/sairaanhoitaja hoitaa koko edellä esiteltyä tehtäväkenttää, on hän tavallaan työttömien omahoitaja, joka hoitaa terveydenhuollon palveluprosessin kokonaisuutta. Tällaisessa toiminnassa asiakasmäärän tulee olla selvästi pienempi kuin ”minimipalvelussa”. Työkyvyn arvioinnin, kuntoutuksen ja etenkin eläkeselvittelyn prosessien hoitaminen vie paljon aikaa, ja on usein pitkäkestoista työtä.

4.3 Osaaminen ja yhteistyö terveydenhuollossa

Seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella työttömien terveydenhoitajan työ tunnetaan terveyskeskuksissa ja terveydenhuollossa entistä paremmin. Terveyskeskuksistakin osataan ohjata asiakkaita terveystarkastuksiin tai konsultoida hoitajaa epäselvissä tilanteissa. Myös työn arvostuksen koetaan kasvaneen; haastattelujen mukaan terveydenhuollossa tunnistetaan toiminnan tarve osana syrjäytymisen ehkäisyä ja terveyserojen kaventamista entistä paremmin.

Useimmat seurantatutkimukseen haastatellut hoitajat kokevat, että yhteistyö terveyskeskuksen (muiden) hoitajien ja lääkärien kanssa on toimivaa. Hoitajat näkevät, että heidän tekemänsä terveystarkastus ja muut selvitykset auttavat lääkäreitä heidän työssään esimerkiksi työkyvyn arvioinnissa ja, että myös lääkärit osaavat arvostaa tätä. Yhteinen tietojärjestelmä mahdollistaa nopean viestinnän toimijoiden välillä. Hoitajan fyysinen sijoittuminen terveyskeskukseen voi edistää yhteistyön kehittymistä esimerkiksi mielenterveyspuolen toimijoiden kanssa, jos toiminta on samoissa tiloissa.

Terveydenhoitajien verkostot terveydenhuollon sisällä voivat olla varsin laajoja ja vaativia, jos toiminta on keskitetty yhdelle tai muutamalle hoitajalle. Tällöin hoitaja tekee yhteistyötä kaikkien kunnan terveysasemien, hoitajien ja lääkärien kanssa sen mukaan millä alueella asiakas asuu. Esimerkiksi Hämeenlinnassa hoitajan työalueeseen kuuluu näin ollen kymmenen terveysasemaa työntekijöineen.

PTT-hankkeessa vuonna 2010 mukana olleilla paikkakunnilla ja alueilla Heinolassa, Hyvinkäällä, Hämeenlinnassa, Kokkolassa, Kuusamossa, Mikkelissä, Raahen seudulla ja Salossa ovat jatkaneet samat terveyden- tai sairaanhoitajat kuin hankkeen aikana. Lappeenrannan, Kotkan, Lieksan ja Rovaniemen hoitajat ovat vaihtuneet. Kotkassa kuitenkin hankkeen aikainen fysioterapeutti jatkaa toiminnassa. Kuopiossa työllisyysyksikköön palkattu terveydenhoitaja työskenteli aiemmin toisessa työttömien hankkeessa paikkakunnalla. Hajautettua mallia toteuttavissa kunnissa ja alueilla työntekijöiden vaihtuvuus on haastattelujen perusteella ollut suurempaa Forssan ja Sastamalan alueilla kuin Itä-Savon alueella, Jyväskylän alueella tai Oulussa. *Uusien työntekijöiden perehdytys on hankkeen jälkeen toteutunut vaihtelevasti; usein perehdytys jää muiden samoissa tehtävissä työskentelevien vastuulle.* Joillakin paikkakunnilla on myös sovittu, että tarvittaessa voi ottaa yhteyttä hankkeen aikaiseen terveydenhoitajaan vaikka hän ei enää tässä tehtävässä työskentele.

Terveyden- ja sairaanhoitajat kuvailivat seurantatutkimuksen haastatteluissa työtään useimmiten hyvin mielenkiintoisena, mutta myös haasteellisena. Moni totesi, että joka päivä oppii jotain uutta. Työttömien parissa työskentelevän hoitajan tulee olla valmis katsomaan asioita laajemmin ja kokonaisvaltaisemmin kuin tavallisessa vastaanotto- tai neuvolatyössä. Somaattisen puolen lisäksi esille nousevat esimerkiksi psyykkiset asiat. Myös yhteistyöverkostojen rakentaminen ja niissä toimimisen oppiminen on uutta ja vaatii aikaa ja kiinnostusta. Yksi hoitaja kuvasi, miten kaikkea ei voi tietää eikä osata, jolloin ”soittelen sitten ympäri kyliä ja yritän saada apua jostain”. Hoitajalla pitää siten olla ennakkoluuloton asenne lähteä hakemaan kumppaneita asiakkaan asian eteenpäin viemiseksi. Muutamilla paikkakunnilla tuotiin myös esille, että työn raskauden takia on hyvä, että toimenkuvaan sisältyy muutakin työtä. Kaikki eivät ole halukkaita tekemään tätä työtä kokopäiväisesti.

Haastatteluissa nousi esille tarvetta tiedon ja kokemusten vaihtoon muiden samaa työtä tekevien kanssa. Osittain kyse on tiedon tarpeesta esimerkiksi työvoiman palvelukeskuksen, TE-toimiston tai Kelan toimin-

nasta ja etuuksista. Toisaalta kyse on tuen saamisesta omalle työlle. Etenkin jos hoitaja työskentelee yksin tässä tehtävässä paikkakunnalla, ei hänellä ole ketään kenen kanssa reflektoida kokemuksiaan. Hajautettua mallia toteuttavissa kunnissa ainakin Forssan, Itä-Savon ja Sastamalan alueilla on organisoitu tätä työtä tekevien hoitajien yhteisiä tapaamisia. Esille tuotiin myös toiveita valtakunnallisista koulutus- ja kehittämispäivistä kaikkien työttömien terveydenhuollossa työskentelevien kesken.

5 Asiakkaat ja verkostoyhteistyö

Tässä luvussa käsitellään työttömien terveystalouden asiakaskunnassa, asiakasohjauksessa ja verkostoyhteistyössä tapahtuneita muutoksia PTT-hankkeen päättymisen jälkeen.

Asiakkaiden tai terveystarkastusten lukumäärästä ei saatu seurantatutkimuksen haastattelujen kautta vertailukelpoista tietoa. Positiivista on, että tietoja kuitenkin entistä useammin kirjataan terveydenhuollon tietojärjestelmiin omalla koodillaan, jolloin toimintaa voidaan pidemmällä aikavälillä seurata ainakin paikallisesti tai seudullisesti. Kirjauskäytännöt kuitenkin vaihtelevat paikkakunnittain ja haastattelussa saatiin vaihtelevasti tietoa käyntimääristä, asiakasmääristä tai terveystarkastusten määristä, joita ei voi vertailla keskenään. Tietoja saatiin myös eri ajanjaksoilta, mikä vaikeuttaa vertailua. Joidenkin paikkakuntien osalta asiakasmääristä ei saatu kuin summittaista tietoa haastattelussa.

5.1 Asiakkaat

Kuten edellisistä luvuista on käynyt ilmi, paikkakuntien vertailu asiakasmäärien tai tarkastusmäärien kautta ei ole järkevää, koska myös toiminnan resurssit, toimintamallit ja toiminnan luonne vaihtelevat suuresti. Seurantatutkimuksen haastattelussa saatujen tietojen pohjalta arvio vuosittaisesta terveystarkastusten määrästä vaihtelee 50 terveystarkastuksesta 340 terveystarkastukseen paikkakunnasta tai alueesta riippuen. Kuukausitasolle laskettuna vaihtelua olisi siten 4 - 28 terveystarkastusta kuukaudessa.

Muutamilla paikkakunnilla kerrottiin, että välillä on kuukausia, jolloin terveystarkastukseen ei ohjaudu yhtään asiakasta. Useimmilla paikkakunnilla terveystarkastukseen on jonkin verran jonoa eli tarkastusta joutuu odottamaan muutamia viikkoja. Yhdellä paikkakunnalla pääsyä tarkastukseen joutuu tällä hetkellä odottamaan noin kuusi kuukautta. Oulussa työttömien terveystarkastuksiin sovelletaan normaalia kiireettömän hoidon hoitotakuuta eli tarkastukseen tulee päästä kolmen kuukauden sisällä. *PTT-hankkeen aikaisiin asiakas- ja terveystarkastusvolyyymeihin verrattuna asiakasmäärät ovat toisilla paikkakunnilla ja alueilla laskeneet, toisilla nousseet.* Taustalla on useita tekijöitä, kuten henkilöstöresurssien muutos, sovitut asiakasmäärät⁴ ja toimintakäytäntöjen muutokset.

Asiakaskunnassa ei haastattelujen mukaan ole tapahtunut suuria muutoksia. Muutamilla paikkakunnilla todettiin, että palveluun ohjautuu nyt enemmän vähemmän aikaa työttömänä olleita kuin hankkeen aikana. *Nuoret nousevat kuitenkin selvästi esiin kohderyhmänä, josta paikkakunnilla ollaan huolissaan, ja johon nähdään tarvetta panostaa aiempaa enemmän.* Muutamilla paikkakunnilla pyritään entistä aktiivisemmin etsimään ja motivoimaan nuoria terveystarkastusten ja palvelun piiriin, esimerkiksi nivomalla terveystarkastus osaksi työpajatoimintaa. Toistaiseksi nuoret kuitenkin muodostavat pienen osan asiakkaista useimmilla paikkakunnilla. Palveluohjaukseen keskittyneillä paikkakunnilla (Harjavalta ja Lieto) nuorten osuus oli merkittävämpi jo hankkeen aikana, ja on sitä edelleen. Muutamilla paikkakunnilla (Hämeenlinna, Oulu, Vantaa) nuorten palvelu on haastattelujen perusteella eriytetty muusta palvelusta, ja esimerkiksi alle 25-vuotiaiden terveystarkastukset hoidetaan nuorten omien terveyden-/sairaanhoitajien toimesta. Lappeenrannassa sama terveydenhoitaja hoitaa niin työttömien kuin maahanmuuttajien terveystarkastuksia ja -palvelua.

PTT-hankkeessa aiemmin kerätyn asiakaspalautteen mukaan muun muassa heikko taloudellinen tilanne heikensi työttömien mahdollisuuksia käyttää terveystaloutta ja hoitaa siten terveyttään ja työkykyään

⁴ Esimerkiksi Rovaniemellä tilattiin tilaaja-tuottaja -mallissa vuodelle 2011 130 terveystarkastusta ja Oulussa 350 tarkastusta.

(Saikku 2009). Seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella hankepaikkakunnilla terveydenhoitajan tarkastus on asiakkaalle ilmainen, mutta mahdollisista lääkärikäynneistä maksetaan normaali terveyskeskuksen käyntimaksu. Forssan seudulla on kuntayhtymä tosin päättänyt, että alueen pitkäaikaistyöttömät ovat oikeutettuja yhteen maksuttomaan lääkärintarkastuskäyntiin. Tällä pyritään madaltamaan kynnystä palveluun hakeutumisessa. Haastattelujen kautta päihde- ja mielenterveysongelmat nousevat edelleen esiin asioina, jotka ovat tässä kohderyhmässä yleisiä niin nuorilla kuin iäkkäämmilläkin asiakkailla.

5.2 Asiakasohjaus

Asiakskriteerit ovat useilla hankepaikkakunnilla ja -alueilla väljentyneet hankkeen aikaisista kriteereistä. Hankkeen aikana palvelua saatettiin kohdistaa vain tietyille asiakasryhmälle, esimerkiksi pitkäaikaistyöttömille, nyt useimmilla paikkakunnilla palvelun kohderyhmänä ovat kaikki työttömät työnhakijat. Kuusamossa ja Kuopiossa palveluun ei kuitenkaan ohjata TE-toimiston asiakkaita, mikäli heillä ei ole myös sosiaalitoimen tai TYP:n asiakkuutta. Haastattelujen perusteella asiakkaiden ohjautumisessa on nähtävissä paikkakunta- ja aluekohtaisia eroja; joillakin paikkakunnilla asiakkaat tulevat pääsääntöisesti TE-toimiston ohjaamina, toisissa taas TYP:n ja toisissa sosiaalitoimiston tai työllistymispalveluiden ohjaamina. Taustalla vaikuttavat usein niin toimijoiden keskinäiset suhteet kuin hankkeen aikana luodut käytännöt. Useilla paikkakunnilla työttömät voivat tulla palveluun myös omatoimisesti ilman viranomaisohjausta. Näin palveluun tulevien asiakkaiden määrä on kuitenkin vähäinen. Asiakkaita ohjautuu edelleen myös esimerkiksi terveyskeskuksesta, hankkeista ja työpajoilta. Paikkakunnilla ei kuitenkaan enää kirjata tietoja asiakkaita ohjaavista tahoista, joten vertailua hankkeen aikaiseen asiakasohjaukseen ei voida tehdä.

Asiakasohjaukseen liittyen hieman huolestuttavaa on, että joillakin paikkakunnilla tai alueilla terveystarkastuksiin ja palveluun näyttää ohjautuvan sangen vähän asiakkaita, ehkä vain muutamia henkilöitä kuu-kaudessa. Koska on vaikea kuvitella, että missään kunnassa todellinen tarve olisi näin vähäinen, nousee kysymys siitä ovatko lähettävät tahot (TE-hallinto, sosiaalitoimi) tai työttömät työnhakijat itse riittävän tietoisia palvelusta? Muutamalla paikkakunnalla tuotiin myös esille, että vaikka palveluun ohjautuu tällä hetkellä kohtuullisesti asiakkaita, olisi todellinen tarve huomattavasti suurempi ja asiakasohjausta tulisi lähettävillä tahoilla, etenkin TE-toimistossa ja sosiaalitoimessa, tehostaa. Konkreettisenä toimenä asiakasohjauksen tehostamisessa on esimerkiksi otettu käyttöön suora sähköinen ajanvaraus hoitajalle Raahan seudulla. Myös Oulussa on suunnitelmissa siirtyä sähköiseen ajanvaraukseen vuoden 2012 aikana.

Asiakkaiden ohjautuminen terveystarkastuksiin ja palveluun on kriittistä toiminnan jatkuvuuden kannalta. Ohjautuminen on myös selkeästi eri sektoreiden yhteinen kysymys, koska terveydenhuollon toimijat eivät voi tunnistaa ja esimerkiksi kutsua työttömiä kuntalaisia terveystarkastuksiin. Erityisesti TE-hallinnolla, mutta myös TYP:llä, sosiaalitoimella ja kunnan työllistämispalveluilla on tässä merkittävä rooli. Terveydenhuollon puolella vaaditaan taas aktiivista otetta asiaan siten, että jos palveluun ohjautuu hyvin vähän asiakkaita, otetaan yhteyttä lähettäviin tahoihin tilanteen selvittämiseksi.

5.3 Verkostoyhteistyö

Verkostoyhteistyö on keskeinen osa työttömien terveystarkastuksia ja -palvelua. Monisektorisen yhteistyön toteutumista käsiteltiin myös jo aiemmin luvussa 3.3. PTT-hankkeen aikana paikkakunnilla ja seuduilla muodostettiin laajoja verkostoja, joissa oli mukana esimerkiksi TE-hallinnon, työvoiman palvelukeskusten, sosiaalitoimen, terveydenhuollon, työllistämispalvelujen, mielenterveyspalvelujen, päihdepalvelujen, liikuntatoimen, Kelan, kolmannen sektorin ja hankkeiden toimijoita. *Seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella monilla paikkakunnilla asiakasyhteistyön verkostot ovat säilyneet laajoina ja tiiviinä hankkeen päätymisen jälkeenkkin.* Mukaan on tullut myös uusia toimijoita, esimerkiksi uusia hankkeita. Etenkin jos toiminnassa on jatkanut hankkeen aikainen terveydenhoitaja tai toiminta sijoittuu fyysisesti työvoiman palve-

lukeskukseen tai työllistämisyksikköön, on verkostoyhteistyö usein aktiivista. Haastattelujen perusteella vaikutelmaksi tulee, että monisektorisia tiimitapaamisia asiakkaiden asioissa järjestetään harvoin, mutta yhteistyötä hoidetaan puhelimitse ja sähköpostitse sekä tapaamisilla eri sektoreiden työntekijöiden kesken. Tapaamiset voivat olla joko tilanteen mukaan sovittuja tai säännöllisesti toteutuvia. Terveystarkastajalla voi olla esimerkiksi nimetyt yhteyshenkilöt eri tahoilta, joiden kanssa tavataan säännöllisesti muutaman kerran vuodessa.

Joillakin paikkakunnilla ja alueilla sektorirajat ylittävä yhteistyö on haastattelujen perusteella kuitenkin vähentynyt hankkeen aikaisesta. Verkostoyhteistyön vähyyttä tulee erityisesti esille niillä paikkakunnilla, joissa tehtävässä on aloittanut uusi hoitaja tai hoitajia hankkeen jälkeen sekä niillä paikkakunnilla ja seuduilla, joissa tehtävä on jakaantunut monelle hoitajalle. On tietysti ymmärrettävää, että toimivien verkostosuhteiden luominen vie aikaa eivätkä yhteistyökäytännöt synny hetkessä. Muutamat haastatelluista hoitajista totesivatkin, että heillä kesti vuoden ennen kuin yhteistyöverkosto ja sen toimintatavat alkoivat tulla tutuksi. Huolestuttavaa on kuitenkin, etteivät kaikki haastatellut edes nähneet tarvetta sektorirajat ylittävän yhteistyön kehittämiseksi tai siihen aktiivisesti osallistumiselle. Tällöin vaarana on terveydenhoitajan tehtävän ja terveydenhuollon roolin kutistuminen pelkiksi terveystarkastuksiksi, ilman yhteyttä asiakkaan elämäntilanteeseen ja palveluprosessin kokonaisuuteen. Tällaisen palvelun merkitys työttömän asiakkaan tilanteen eteenpäin viemisessä on varsin marginaalinen.

Monilla paikkakunnilla pohdittiin yhteistyön, työnjaon ja vastuun kysymyksiä työkyvyn arvioinnissa, eläkeselvittelyjen toteuttamisessa ja kuntoutukseen ohjautumisessa. Teema nousi nyt haastatteluissa selvästi vahvemmin esille kuin PTT-hankkeen aikana. Voidaankin ajatella, että työkyvyn arviointiin ja kuntoutukseen liittyvät kysymykset ovat seuraava askel työttömien terveystarkastuksen kehittämisessä, kun ensimmäinen askel on astuttu eli terveystarkastukset on saatu organisoitua. Terveystarkastusten kautta työttömien asiakkaiden työkyvyn kysymykset ja kuntoutustarpeet nousevat entistä paremmin esille, ja niihin vastaaminen edellyttää monisektorista yhteistyötä ja sopimista.

Seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella aukeneva kuva työttömien työkyvyn arvioinnin ja eläkeselvittelyjen organisoinnista on hämmäntävä. Palvelut ja käytännöt toteutuvat eri tavoin jokaisella paikkakunnalla, ja eri toimijoiden tehtävät ja vastuunjako vaihtelevat. Työkyvyn arviointeja voidaan toteuttaa niin terveyskeskuslääkärin toimesta kuin erikoissairaanhoidossa esimerkiksi kuntoutustutkimusyksiköissä kuin työvoiman palvelukeskusten tai TE-hallinnon kautta ostopalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta kuin Kelan kuntoutuspalveluissa. Yksinkertaiset työkyvyn arviot esimerkiksi lyhyisiin sairauslomiin liittyen hoidetaan yleensä terveyskeskuksessa, mutta vaativimmat arviot toteutuvat hyvin eri tavoin organisoituna. Eläkeselvittelyjen kohdalla tilanne ei vaikuta selkeämmältä; joillakin paikkakunnilla eläkeselvittelyt hoidetaan samoin kuin muutkin työkyvyn arvioinnit, toisilla paikkakunnilla TE-hallinto hoitaa nämä ja toisilla taas kunta ostaa palvelun asiaan perehtyneeltä yksityislääkäriltä.

Harvalla paikkakunnalla tuntuu olevan selkeästi sovittua käytäntöä esimerkiksi siitä, milloin TE-hallinto hankkii työkyvyn arvioinnin ostopalveluna. TE-hallinnon rooli vaihtelee paikkakuntakohtaisesti; jollakin paikkakunnalla TE-hallinto on valmis maksamaan arvioinnin jos asiakkaan suunta näyttää olevan kohti työelämää, toisella paikkakunnalla TE-hallinnon kautta menevät vain eläkemahdollisuuksien selvittelyt. Toisaalta taas muutamalla paikkakunnalla haastatellut terveydenhoitajat eivät edes osanneet sanoa miten työkyvyn arvioinnit tai eläkeselvittelyt toteutuvat, koska asiat hoidetaan täysin esimerkiksi työvoiman palvelukeskuksissa. Kelan rooli työttömien työkyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnissa koettiin varsin vaatimattomaksi; usein koettiin, etteivät muut toimijat tunne riittävän hyvin Kelan toimintatapoja ja -mahdollisuuksia, jotta osaisivat hyödyntää palvelumahdollisuuksia. Kelalta toivottiinkin aktiivisempaa osallistumista yhteistyöverkoston.

Työttömien työkyvyn arviointiin ja kuntoutukseen ohjautuminen on keskeinen kysymys paikallisille ja seudullisille yhteistyöverkostoille. Haastattelujen perusteella vaikuttaa kuitenkin, että asiasta olisi tarpeen

olla myös valtakunnallista linjausta, joka helpottaisi asioiden paikallista sopimista. *Nykyisessä tilanteessa asiakkaat ovat alueellisesti ja paikallisesti hyvin eriarvoisessa asemassa.*

6 Toiminnan jatkuvuus

PTT-hankkeen päättyessä 2010 muutamilla paikkakunnilla työttömien terveystarkastuksen toimintamallia voitiin jo pitää vakiintuneena käytäntönä. Useimmilla osahankepaikkakunnilla työttömien terveystarkastusten toteuttamisesta oli tehty myönteinen päätös ja sovittua toimintamallia otettiin käyttöön. Tärkeitä tekijöitä juurruttamisen onnistumisessa olivat arvioinnin mukaan aktiivinen juurrutustyö, terveysjohdon sitoutuminen, esimiehille ja työntekijöille suunnattu perehdytys ja tuki sekä monisektorisen yhteistyöverkoston sitouttaminen mukaan toimintaan. Valtakunnalliset toimet, kuten valtionosuusrahan lisäys pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin, sosiaali- ja terveysministeriön tiedotus, PTT-hankkeen tuki sekä toimintaa si- vuavat kansalliset ohjelmat ja työryhmät tukivat osaltaan toiminnan juurtumista ja leviämistä. (Saikku & Sinervo 2010.)

Syksyllä 2011 toteutuneiden haastattelujen pohjalta työttömien terveystarkastusten ja -palvelun jatkuminen hankepaikkakunnilla näyttää hyvältä. Millään paikkakunnalla tai alueella ei ollut näköpiirissä toiminnan lopettamista tai edes siihen suunnattujen resurssien selkeää vähentämistä. Toisaalta tiukassa taloustilanteessa ei myöskään ollut näkyvissä, että toiminnan resurssia voitaisiin kunnissa kasvattaa, vaikka tarvetta tähän koettaisiinkin. Kotkassa on tosin pyrkimyksenä saada fysioterapeutin työsuhde kokoaikaisesti työllistymisen yksikköön. Vantaalla on taas valmistelussa uusia järjestelyjä kuntouttavan työtoiminnan asiakkaiden terveystarkastuksiin yhteistyössä terveyskeskuksen kanssa. Myös palveluohjaukseen keskittyneillä hankepaikkakunnilla (Harjavalta ja Hyvinkää) toiminta tulee jatkumaan vuonna 2012. Hyvinkäällä ja Raahen seudulla toiminta toteutuu tällä hetkellä projektirahoituksella, Etelä-Karjalan sote-piirissä sisäisenä pilottina.

Osittain tiukasta taloustilanteesta johtuen ei useimmilla hankepaikkakunnilla ollut näköpiirissä suuria muutoksia tämän hetkisiin toimintamalleihin; Vantaan uusien valmistelujen lisäksi Oulussa on työn alla toimintamallin muuttaminen siten, että työttömien terveystarkastukset ja -palvelu olisivat jatkossa keskitetty yhdelle tai muutamalle hoitajalle hajautetun toimintamallin sijaan. Etelä-Karjalan sote-piirin alueella on tarkoitus vähitellen siirtyä malliin, jossa jokaisessa alueen kunnassa yhden terveydenhoitajan aikaa olisi varattu työttömien terveystarkastuksiin ja -palveluun. Haastattelujen perusteella paikkakunnilla, etenkin suurimmilla, on lisäksi kehitteillä omia erillisiä toimintamalleja nuorten palveluun myös terveystarkastuksen osalta.

Toiminnan juurtumista ja jatkuvuutta tukevat seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella erilaiset tekijät. Monet haastatelluista kokivat, että PTT-hankkeella on ollut ratkaiseva merkitys toiminnan käynnistymisessä ja jatkumisessa. *Hankkeen aikana paikkakunnilla ja alueilla päästiin kokeilemaan ja luomaan toimintamallia työttömien terveystarkastuksiin ja -palveluun, ja siten myös osoittamaan toiminnan merkitys ja tarpeellisuus.* Kuten yksi haastateltu totesi: ”Luotiin täsmätuote, joka oli pakko juurruttaa.” Johdon sitoutuminen toiminnan ylläpitämiseen nostettiin myös esille toistuvasti. Kunnan tai alueen tasolla tämä tarkoittaa strategisia linjauksia, jotka perustelevat toimintaa. Monella paikkakunnalla syrjäytymisen ehkäisy ja/ tai terveyserojen kaventaminen on keskeinen strateginen tavoite sosiaali- ja terveydenhuollossa. Johto voi omilla toimillaan varmistaa toiminnan resurssit sekä pitää asiaa aktiivisesti esillä vaikuttaen siten myös asenteisiin. Välijohdolla on merkittävä rooli käytännön toiminnan organisoinnissa ja ylläpitämisessä. Jatkuvuuden kannalta on myös tärkeää löytää työhön sellaisia työntekijöitä, joilla on kiinnostusta ja halua tämännäköiseen työskentelyyn.

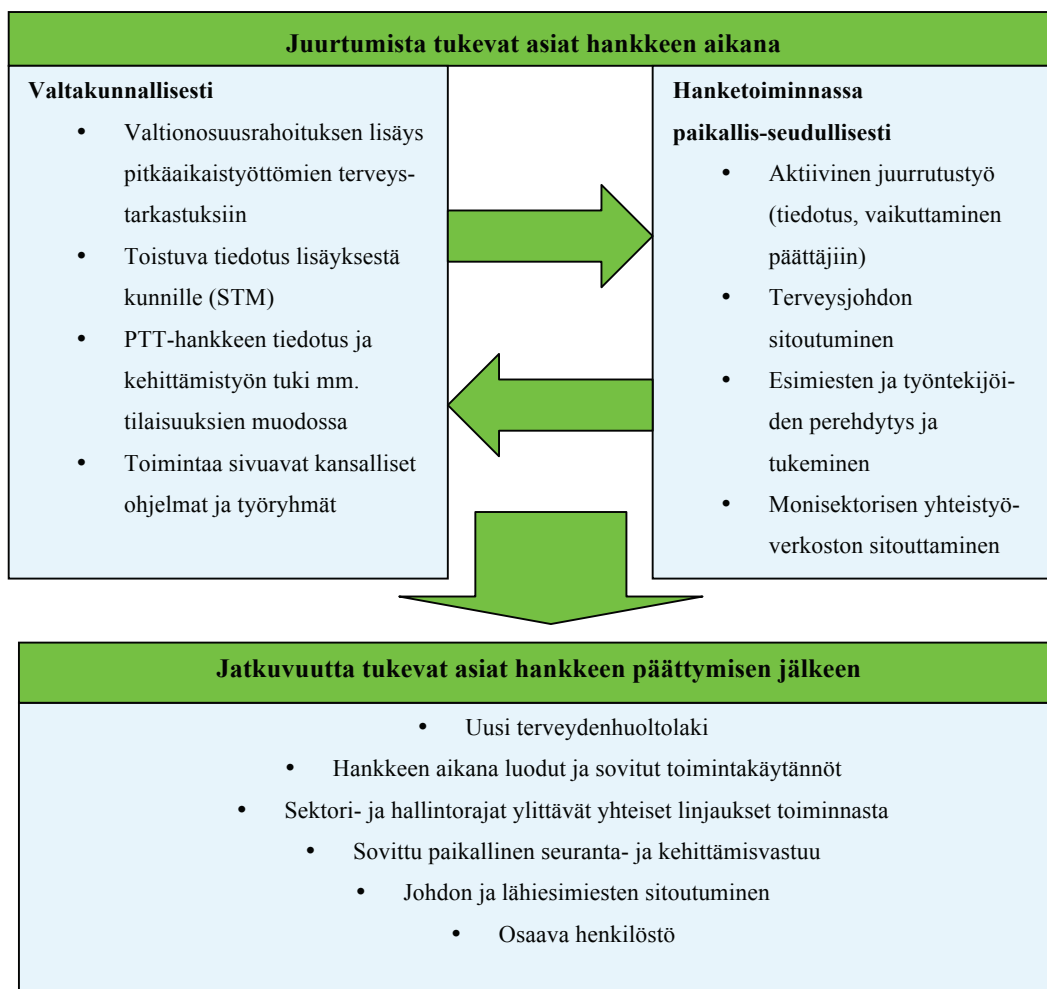
Uutta terveydenhuoltolakia pidetään tärkeänä tukena ja perusteluna toiminnan jatkuvuudelle. Lain 13 §:n mukaan: ”Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Terveysneuvonta on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin. Kunnan on järjestettävä tarpeelliset terveystarkastukset alueensa asukkaille heidän terveytensä ja hyvinvointinsa seuraamiseksi ja edistämiseksi. Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on tuettava työ- ja

toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistettävä mielensterveyttä ja elämänhallintaa. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset on järjestettävä myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille. Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaille myös ehkäisyneuvontaa ja muita seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluja. Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus muiden kunnan järjestämien palvelujen kanssa.” Työttömien terveystarkastukset ja -palvelu ovat siten aiempaa selkeämmin lakisääteisesti kunnan vastuulle määriteltyä toimintaa. Haastattelujen mukaan hankepaikkakunnilla koettiin, että nykyisellä toiminnalla voidaan vastata lainsäädännön velvoitteisiin. Samalla tuotiin kuitenkin esille, ettei uuden terveydenhuoltolain ja sen 13 §:n tuntemus kunnissa ja etenkin perusterveydenhuollossa ole vielä riittävä.

Haastatteluissa nousi esiin myös epävarmuustekijöitä toiminnan jatkuvuudessa. Hallitusohjelman kirjauksiin ja ns. kuntakokeiluun liittyen paikkakunnilla koettiin epävarmuutta siitä, miten (pitkäaikais)työttömien palvelut tullaan jatkossa organisoimaan. Tulevatko kunnan ja valtion tehtävät, työnjako ja vastuut muuttumaan lähitulevaisuudessa? Mikäli kunnille siirtyy laajemmin vastuuta työttömien palveluista, miten palvelut tullaan paikallisesti ja seudullisesti organisoimaan? Myös työ- ja elinkeinohallinnossa käynnissä olevat muutokset, kuten segmentointi ja sen vaikutukset yhteistyöhön ja työnjakoon mietityttivät.

Selkeimmät epävarmuustekijät liittyivät sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisiin muutoksiin. Useilla paikkakunnilla oli juuri tehty tai oli tulossa merkittäviä organisatorisia muutoksia, kuten siirtymistä terveydenhuollon kuntayhtymästä hyvinvointikuntayhtymään, sairaanhoitopiiriin laajenemista, seudulliseen sosiaali- ja terveystalvumalliin siirtymistä tai kuntaliitoksia. Tällaiset muutokset ovat riski uuden ja pienimuotoisen toiminnan jatkumiselle. Toisaalta muutostilanne voi haastattelujen perusteella olla myös mahdollisuus saada levitettyä työttömien terveystalvua entistä laajemmalle alueelle ja sisällyttää se osaksi kunnan toimintaa työllisyyden hoidossa aikuissosiaalityön, kuntouttavan työtoiminnan ja työllistämistoimien rinnalle.

Seuraavaan kuvioon on koottu asioita, jotka aiemman arvioinnin mukaan ovat tukeneet työttömien terveystarkastusten ja -palvelun juurtumista hankkeen aikana valtakunnallisella ja paikallis-alueellisella tasolla sekä asioita, jotka seurantutkimuksen tulosten perusteella ovat tukeneet toiminnan jatkuvuutta hankkeen päättymisen jälkeen.



Kuvio 3. Työttömien terveyspalvelun juurtumista tukevat asiat hankkeen aikana ja jatkuvuutta tukevat asiat hankkeen päättymisen jälkeen.

7 Yhteenveto ja pohdinta

PTT-hankkeen seurantatutkimus on tarjonnut melko ainutlaatuisen mahdollisuuden tarkastella hankemuotoisesti kehitellyn toiminnan jatkuvuutta ja muutoksia hankkeen päättymisen jälkeen. Useimmiten johtopäätökset hankkeen tuloksista joudutaan tekemään hanketoiminnan vielä ollessa käynnissä, jolloin tilanteet ja tulevaisuus voivat usein olla joko epävarmoja tai käsitykset toiminnan jatkumisesta turhankin optimistisia. Vielä pidemmän aikavälin seuranta antaisi luotettavampia tietoja toiminnan pysyvyydestä ja vaikutuksista, mutta jo nyt toteutuneessa yhden vuoden seurannassa saadaan tietoa toiminnan muutoksista ja juurtumisesta osaksi paikka- ja seutukuntien normaalia toimintaa.

Tulosten mukaan PTT-hanke on ollut onnistunut hanke; hankkeen avulla on luotu, kokeiltu ja kehitelty erilaisia toimintamalleja ja -muotoja työttömien terveystarkastuksiin ja -palveluun paikallisista ja seudullisista lähtökohdista käsin. Näitä on sittemmin otettu käyttöön tai integroitu osaksi paikkakunnilla jo toteutuvaa toimintaa työttömien palveluissa. Hankkeen myötä työttömien terveyspalvelun toimintamallit ja -muodot ovat kehittyneet, monipuolistuneet ja yleistyneet. Toiminnalla voidaan tukea ja edistää työttömien terveydentilaa sekä toiminta- ja työkykyä ja ennaltaehkäistä kansansairauksia.

Useimmilla hankepaikkakunnilla työttömien terveystarkastus- ja palvelumalli on juurtunut osaksi paikkakunnan tai seutukunnan normaalia toimintaa. Kun ajatellaan, että useilla hankepaikkakunnilla ei ennen hanketta ollut mitään sovittua toimintamallia työttömien terveyspalveluun ja, että toiminnan jatkaminen on edellyttänyt kunnissa henkilöstö- ja työaikaresurssien kohdentamista ko. toimintaan, voidaan tuloksia pitää erittäin hyvinä. Hyvät tulokset kertovat paitsi aktiivisesta kehittämis- ja juurrutustyöstä niin paikallis-seudullisella kuin valtakunnallisellakin tasolla myös siitä, että aika on ollut kypsä vastaanottamaan ja omaksumaan asian. Yhteiskunnallinen keskustelu ja erilaiset laajemmat linjaukset ja ohjelmat ovat osaltaan tukeneet toiminnan juurtumista ja jatkuvuutta.

Seuraavaksi vedetään yhteen seurantatutkimuksen tuloksia ja esitetään johtopäätöksiä. Lopuksi pohditaan työttömien terveyspalvelun kehittymisnäköymiä.

7.1 Missä nyt mennään työttömien terveyspalvelussa?

Valtakunnallista tilannetta työttömien terveystarkastuksissa ja -palveluissa selvitettiin viimeksi vuoden 2009 lopulla (Saikku 2010). Kyselyyn vastanneista 222 kunnasta 54 % oli tehnyt työttömien terveystarkastuksia ko. vuonna. Koko maahan suhteutettuna tämä olisi noin kolmasosa kaikista kunnista. Oletettavaa kuitenkin on, että myös koko maan osalta noin puolet kunnista teki työttömien terveystarkastuksia vuonna 2009, koska kyselyyn vastasi yli 60 % kunnista ja kyselyyn vastaamatta jättäneissä oli myös kuntia, joissa toimintaa tiedettiin olevan. Myös aiemmat kyselytulokset tukevat tätä näkemystä; terveyden edistämisen kyselyn mukaan 40 % terveyskeskuksista järjesti terveystarkastuksia työttömille vuonna 2008 (Rimpelä 2009). PTT-hankkeessa tehdyn kyselyn jälkeen ei todennäköisesti ole ehtinyt tapahtua suuria muutoksia työttömien terveystarkastuksia järjestävien kuntien lukumäärässä. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelu ovat voineet jonkin verran lisääntyä asian esillä olon ja uuden terveydenhuoltolain siivittämänä. Esimerkiksi Kainuun maakunta-kuntayhtymässä on pitkällisen työttömien terveyden ja työkykyyn liittyvän projektin myötävaikutuksella saatu myönteinen päätös kahdesta terveydenhoitajasta, joista toinen työskentelee työvoiman palvelukeskuksessa ja toinen terveyskeskuksessa.

Erilaisia toimintamalleja, verkostoituminen vaihtelee

Miltei kaikilla hankepaikkakunnilla ja -seuduilla työttömien terveystarkastukset ja -palvelu ovat jatkuneet PTT-hankkeen päättymisen jälkeen. Myös hankkeen aikana luodut toimintamallit ovat pysyneet pääpiirteis-

sään ennallaan. Tyypittelyn pohjalta toimintamallit voidaan yksinkertaistaa kolmeen malliin: palvelun toteuttaminen terveyskeskuksessa, palvelun toteuttaminen työvoiman palvelukeskuksessa ja palvelun toteuttaminen kunnan työllisyyspalveluissa/-yksikössä. Terveyskeskuksessa palvelu toteutuu kuudella paikkakunnalla tai alueella, työvoiman palvelukeskuksessa kuudella paikkakunnalla tai alueella ja sekä terveyskeskuksessa että työvoiman palvelukeskuksessa neljällä paikkakunnalla tai alueella. Neljällä hankepaikkakunnalla palvelu toteutuu kunnan työllisyyspalveluiden/-yksikön yhteydessä, ja yhdellä paikkakunnalla palvelua on sekä työllisyysyksikössä että työvoiman palvelukeskuksessa.

TYP:ssa tai kunnan työllisyysyksikössä toteutuvassa palvelussa on useimmiten käytössä ns. löyhä malli, jossa terveystarkastuksiin ja -palveluun voidaan ohjata myös muita työttömiä kuin TYP:n tai työllisyysyksikön asiakkaita. Tämän myötä *toimintamallien erot asiakaskunnan osalta ovat pienentyneet ja asiakaskunta vaikuttaa samantyyppiseltä kaikissa toimintamalleissa (vrt. Saikku 2009). Pidempään työttömänä olleet ovat edelleen vahvasti edustettuna asiakaskunnassa, ja omatoimisesti palveluun ohjautuvien asiakkaiden osuus on pieni.* Joillakin paikkakunnilla nuorille on kehitteillä omia erillisiä monisektorisia palvelumalleja, toisilla taas nuoria pyritään tavoittamaan entistä paremmin nykyisen terveystarkastus- ja palvelumallin piiriin.

Erot eri toimintamallien välillä näyttävät edelleen liittyvän selkeimmin yhteistyön ja verkostoitumisen kysymyksiin. Terveyskeskuksessa toteutuvassa palvelussa yhteydet terveydenhuollon muihin toimijoihin ovat kiinteät ja ammatillinen tuki on lähellä. Toimivien yhteyksien luominen ja ylläpitäminen muiden keskeisten toimijoiden (esim. TE-toimisto, sosiaalitoimisto) näyttäisivät kuitenkin jäävän usein vähemmälle huomiolle. Tämä korostuu silloin kun terveystarkastukset ja -palvelu on hajautettu useamman tai kaikkien terveydenhoitajien tehtäväksi. Verkostoyhteistyön vähyydellä on kauakantoisia seurauksia niin yksittäisen asiakkaan palveluprosessin hahmottamisessa ja edistämisessä kuin työttömien terveyspalvelun jatkuvuuden kannalta. Mikäli terveyspalvelun rooli tyypistyy yksittäiseksi terveystarkastukseksi tai muiksi terveydenhuollon toimenpiteiksi, on toiminnalla hyvin vähän merkitystä työttömien kokonaiselämäntilanteen tai työllistymisen näkökulmasta. Terveyspalvelu tulisi hahmottaa osana työttömän kokonaispalveluprosessia yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Toiminnan jatkuvuuden kannalta sektorirajat ylittävä yhteistyö on elintärkeää, sillä suurin osa asiakkaista ohjautuu terveyspalveluun muiden tahojen toimesta. Terveyskeskus ei voi yksin toimien tavoittaa kuin murto-osan potentiaalisesta asiakaskunnasta.

Työvoiman palvelukeskuksessa tai kunnan työllistymisyksikössä toteutuvassa palvelussa monisektorinen yhteistyö näyttää toteutuvan usein paremmin. Työvoiman palvelukeskuksessa eri sektorit työskentelevät fyysisesti saman katon alla, työllistymisyksiköissä on yleensä kiinteä yhteys etenkin sosiaalitoimeen. Näissä toimintamalleissa yhteydet terveyskeskukseen, sen toimintoihin ja toimijoihin ovat usein etäisemmät. Ongelmat korostuvat, jos työttömien terveyspalvelulla ei ole edes hallinnollista yhteyttä perusterveydenhuoltoon, mutta tulevat esiin vaikka hallinnollisesti toimittaisiin perusterveydenhuollon alla. Terveystarkastajat jäävät helposti syrjään terveyskeskuksen sisäisestä toiminnasta ja ammatillinen tuki jää ohueksi. Vaarana on, että työttömien terveyspalvelu jää muusta terveyspalvelusta irralliseksi toiminnaksi. Tällöin jätetään paljolti vaille sitä lisäarvoa, jonka takia palvelua on alun perin lähdetty kehittämään.

Yhteys perusterveydenhuoltoon tärkeää, tarvitaan myös monisektorista ohjausta

Hankepaikkakuntien haastattelujen perusteella työttömien terveyspalvelu sijoittuu (edelleen) usein muun hallinnon kuin terveydenhuollon alle; hieman alle puolessa paikkakuntia hallinto oli perusterveydenhuollossa, kolmasosassa muualla, kuten sosiaalitoimessa, ja noin joka viidennessä kunnassa toimintaa oli sekä terveydenhuollon että sosiaalitoimen (TYP) hallinnon alla. Pääasiallisena syynä työttömien terveyspalvelun hallinnolliseen sijoittumiseen muualle kuin perusterveydenhuoltoon näyttää olevan se, ettei perusterveydenhuolto ole lähtenyt mukaan toimintaan. Sosiaalitoimessa palvelun tarve on kuitenkin nähty ja tarpeeseen on lähdetty vastaamaan omaa toimintaa ja resursseja uudelleen organisoimalla. Työttömien terveyspalvelun kiinnittyminen hallinnollisesti terveydenhuoltoon on kuitenkin perusteltua niin toiminnan luonteen ja jatkuvuuden kuin käytännön toteutuksen kannalta.

Monisektorinen verkostoyhteistyö on keskeinen edellytys työttömien terveystarpeiden toteuttamiselle. Toiminnan monisektorinen ohjaus ja seuranta ovat vähentyneet hankkeen päättymisen jälkeen, mutta edelleen monilla paikkakunnilla on jokin monisektorinen kokoonpano, joka seuraa ja kehittää palvelua. Asiakasyhteistyöverkostot ovat usein laajoja, etenkin jos toiminnassa on jatkanut hankkeen aikainen terveydenhoito- ja tai toiminta sijoittuu työvoiman palvelukeskukseen tai työllisyysyksikköön. Huolestuttavaa on, että joillakin paikkakunnilla sektorirajat ylittävä yhteistyö vaikuttaa hyvin vähäiseltä eikä sitä koeta pulmallisena. Ilman yhteyksiä asiakkaan kokonaispalveluprosessiin vaarana on työttömien terveystarpeiden tyyntyminen rutiininomaisiksi terveystarkastuksiksi ilman yhteyttä asiakkaan muihin palveluihin ja elämäntilanteeseen.

Toimintaresurssit pienet, potentiaalinen asiakaskunta laaja

Työttömien terveystarkastukset ja -palvelu ovat pienimuotoista toimintaa kunnissa. Toimintaan on useimmissa entisissä hankekunnissa kohdistettu yhden nimetyn terveyden-/sairaanhoitajan työaika joko kokonaan tai osittain tai toiminta on määritelty osaksi useamman hoitajan toimenkuvaa. Kymmenen paikkakunnan suunta-antavassa tarkastelussa yhtä hoitajaa kohden on keskimäärin noin 3 225 työttömää työnhakijaa. Vaihtelu paikkakuntien välillä on kuitenkin suurta; toimintaan on käytännössä kohdistettu samanlaista henkilöstöresurssia hyvin erikokoisilla paikkakunnilla. Lääkäriresurssien kohdistaminen toimintaan on harvinaista. Useilla paikkakunnilla ja seuduilla nykyiset resurssit koettiin riittämättömiksi palvelun laadun ja kehittymisen näkökulmasta.

Työttömien terveystarpeiden toteuttaminen on lähtökohtaisesti tarpeen mukaista palvelua, jossa palvelua tarvitsevan asiakaskunnan määrää on etukäteen vaikea arvioida. Vaikeasti työllistyvien tai rakennetyöttömien määrää voi pitää jonkinasteisena arviona työttömien terveystarpeiden toteuttamisesta asiakaskunnasta. Tässä ryhmässä voidaan olettaa olevan usein tarvetta terveystarkastukseen ja -palveluun sekä työkyvyn arviointiin. Osa asiakkaista on jo riittävän terveystarpeiden toteuttamisessa, mutta myös vähemmän aikaa työttömänä olleilla voi olla tarvetta terveystarkastuksiin ja -palveluun. Vuonna 2010 vaikeasti työllistyviksi määritetty keskimäärin reilut 140 000 henkilöä eli yli puolet kaikista työttömistä (TEM 2011c).

Kartoitettavaa ja paneutuvaa palvelua

Tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan hahmottaa työttömien terveystarpeiden toteuttamiseen sellainen palvelu, jota tulisi olla tarjolla kaikille työttömille. Minimipalvelu sisältää terveydenhoitajan laaja-alaisen terveystarkastuksen, tarvittavat seurantakäynnit, neuvonnan ja ohjauksen sekä palautteen ja yhteistyön muiden toimijoiden kanssa. Tällaisen palvelun tavoitteena on ensisijaisesti selvittää asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia sekä kartoittaa hänen työ- ja toimintakykyään. Palvelu on väylä tarvittavan terveystarpeiden toteuttamiseen eli tavoitteena on asiakkaan tarpeenmukainen kiinnittyminen normaaliin terveystarpeiden toteuttamiseen omalle terveysasemalle/ omalle terveydenhoitajalle ja lääkärille.

Etenkin niillä asiakkailla, jotka ovat työvoiman palvelukeskuksen tai kuntouttavan työtoiminnan tai muiden työllistämistoimenpiteiden (esimerkiksi työharjoittelu, työelämävalmennus) piirissä näyttäisi usein olevan tarvetta intensiivisemmälle terveystarpeiden toteuttamiselle. Tällöin terveydenhoitaja voi toimia työttömien omahoitajana, ja huolehtia terveydenhuollon palveluprosessin kokonaisuudesta. Toimenkuvaa voi sisältää esimerkiksi sairausvastaanottoa sekä työkyvyn arviointiin ja kuntoutukseen liittyvien prosessien hoitamista.

Ei yhtä mallia, mutta monisektorisuus edellytys

Seurantatutkimuksen tulosten pohjalta ei ole nähtävissä, että työttömien terveystarpeiden toteuttamiseen ja -palveluun olisi olemassa yhtä suositeltavaa toimintamallia. Työttömien heterogeenisuus ja paikallis-alueelliset palvelurakennearratkaisu puoltavat erilaisten, ja jopa rinnakkaisten, toimintamallien tarpeellisuutta. Mikäli työttömien palvelutarpeisiin halutaan vastata kattavasti, tulisi tarjolla olla niin kaikille työttömille suunnattua kartoitettavaa ja ohjaavaa palvelua kuin intensiivisempää terveystarpeiden toteuttamista sitä tarvitseville. Palvelun fyysinen sijoittuminen ei itsessään näytä rajaavan palvelun sisältöä, jos sitä pystytään toteuttamaan hyvässä yhteistyössä keskeisten tahojen (terveyskeskus, TE-toimisto, sosiaalitoimisto, työvoiman palvelukeskus, työllis-

tämisyksikkö, Kela) kanssa. Hallinnollinen yhteys perusterveydenhuoltoon on kuitenkin perustelua. Toiminnan keskittäminen yhdelle tai muutamalle terveydenhoitajalle vahvasti hajautetun toiminnan sijaan voisi edesauttaa osamisen kehittymistä ja toimivien yhteistyösuhteiden luomista eri sektoreiden välille.

PTT-hankkeessa mukana olleiden kuntien kokemukset osoittavat, että työttömien terveystarkastusten ja -palvelun kehittämisen on alusta alkaen pohjauduttava sektori- ja hallintorajat ylittävään yhteiseen suunnitteluun. Näin saadaan luotua yhteisesti sovittuja toimintakäytäntöjä ja menettelytapoja, joilla toiminnan jatkuvuutta ja kehittymistä voidaan tukea. Tärkeää on myös sitoutunut johto; tarvitaan sekä ylimmän johdon vastuulla olevia strategisia linjauksia ja resurssien turvaamista että välijohdon tukea käytännön työn organisoinnissa ja ylläpitämisessä. Osaava ja aktiivinen henkilöstö on edellytys asiakaslähtöiselle työskentelylle.

7.2 Miten tästä eteenpäin?

Seurantatutkimuksen tulosten perusteella työttömien terveystarkastuspalvelussa on otettu selvä askel eteenpäin; työttömien terveystarkastukset ja -palvelu ovat useimmilla hankepaikkakunnilla vakiintunutta toimintaa, jota muun muassa uusi terveydenhuoltolaki tukee. *Terveystarkastustoiminnan organisoinnin jälkeen seuraavaksi kysymykseksi näyttää nousevan yhteistyön, työnjaon ja vastuun kysymykset työkyvyn arvioinnissa, eläkeselvittelyissä ja kuntoutuksen toteuttamisessa.* Terveystarkastusten kautta työttömien asiakkaiden työkyvyn kysymykset ja kuntoutustarpeet nousevat entistä paremmin esille, ja niihin vastaaminen edellyttää monisektorista yhteistyötä ja sopimista. *Toinen keskeinen kysymys työttömien terveystarkastuspalvelun jatkuvuudessa ja kehittämisessä liittyy kokonaisvaltaisen ja moniammatillisen näkökulman vahvistamiseen perusterveydenhuollossa.*

Työttömien työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen käytännöt

Työ- ja elinkeinoministeriön johtaman työryhmän tehtävänä oli tehdä ehdotukset työttömien työkyvyn arvioinnin ja terveystarkastuspalvelujen järjestämiseksi vuonna 2011. Työryhmän raportissa (TEM 2011b) ei kuitenkaan oteta selkeästi kantaa työkyvyn arviointiin ja (ammattillisen) kuntoutuksen työnjakoon liittyviin kysymyksiin vaan raportti painottuu työttömien terveystarkastuksiin ohjautumisen tarkasteluun. Terveystarkastuksiin ohjaamisen ja niihin liittyvän työnjaon kannalta raportti selkeyttää käytäntöjä. Kuitenkin raportissa, kuten myös vastikään annetussa työ- ja elinkeinoministeriön ohjeessa (TEM 2011d), rinnastetaan terveystarkastus ja työkyvyn arviointi. Kun käytännössä tiedetään, että työttömien terveystarkastukset hoidetaan terveydenhoitajien toimesta ei tällaista rinnastusta voida tehdä. Terveydenhoitaja voi tarkastuksessa *kartoittaa* henkilön työ- ja toimintakykyä, mutta varsinainen arviointi toteutuu muutoin. Monimutkaisemmissa tilanteissa, joita usein on esimerkiksi pitkäaikaistyöttömillä, on myös vaikea uskoa, että työkyvyn arviointi voitaisiin toteuttaa terveyskeskuslääkärin toimesta. Tällöin tarvitaan monipuolista arviointia, jota voidaan käytännössä toteuttaa esimerkiksi erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusyksiköissä tai ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteenä (terveydentilaa ja työkykyä selvittävä tutkimus/TE-hallinto, kuntoutustarveselvitys tai kuntoutustutkimus/ Kela). Haastattelujen perusteella työnjako ja käytännöt vaihtelevat näiltä osin suuresti, mikä pahimmillaan asettaa työttömät kansalaiset eriarvoiseen asemaan paikkakunnasta ja alueesta riippuen.

Kuntoutuksen työn- ja vastuunjaon sekä yhteistyön kysymykset, erityisesti ammatillisen kuntoutuksen osalta, nousevat toistuvasti esille asiana, johon tulisi saada selkeyttä (ks. esim. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean...2009). Erityisen pulmallisina nykyiset käytännöt näyttävät työttömien näkökulmasta; etenkin vaikeasti työllistyvät ovat järjestelmän väliinpuotoajia (Karjalainen 2011; Saikku 2011). Pääministeri Kataisen hallituksen ohjelmassa mainitaan muun muassa, että ”osatyökykyisten ja vaikeasti työllistyvien henkilöiden mahdollisuuksia työntekoon ja kuntoutukseen parannetaan” ja, että työ- ja elinkeinohallinnossa ”varataan riittävät resurssit työttömien työkyvyn arviointiin ja tarvittavien palvelujen piiriin ohjaamiseen sekä ammatilliseen kuntoutukseen liittyviin palveluihin”. Lisäksi ”tehostetaan terveydenhuollon, sosiaali-

vakuutuksen ja kuntoutuksen eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja raportointia niin, että muodostetaan asiakkaiden kannalta tavoitteelliset ja toiminnalliset hoito- ja palveluketjut, joiden kokonaiskustannukset ovat järjestämisvastuussa olevilla tahoilla hallinnassa”. Eläke-edellytyksiä koskeva selvittely on hallitusohjelman mukaan siirtymässä työvoiman palvelukeskusten vastuulle, mikä ei vielä ratkaise tilannetta niillä paikkakunnilla ja alueilla, joissa ei ole työvoiman palvelukeskusta. Hallitusohjelman kirjauksien todentuminen jää vielä nähtäväksi.

Kelan roolia työttömien työkyvyn ja kuntoutuksen kysymyksissä tulisi myös selkeyttää. Seurantatutkimuksen haastattelujen perusteella paikallisten toimijoiden yhteydet Kelaan ovat useimmiten hyvin heikot, eikä Kela osallistu aktiivisesti yhteistyöverkostoihin. Uuteen työkykyneuvonta-prosessiin kohdistuu paljon odotuksia, mutta toistaiseksi on vaikea arvioida miten hyvin sen kautta voidaan tavoittaa esimerkiksi pitkäaikaistyöttömiä tai eri etuusjärjestelmien väliin pudonneita työttömiä. Työ- ja elinkeinoministeriö on antanut ohjeistuksen, jonka mukaan TE-toimistojen tulee kutsua toimialueensa kunnat ja Kela sopimaan tarkemmin terveystarkastuksiin ja työkyvyn arviointiin liittyvistä yhteistyökäytännöistä kevään 2012 aikana (TEM 2011d). Paikallis-alueelliset kokoontumiset ja keskustelut ovat varmasti tarpeen, mutta seurantatutkimuksen mukaan on myös ehdottomasti tarvetta saada *selkeitä valtakunnallisia linjauksia työttömien työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen järjestämisestä*. Tämä edesauttaisi asioiden paikallis-alueellista sopimista ja yhteistyötä.

Tavoitteena työttömien terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen selviytymisen edistäminen, miten tehtävä hahmottuu perusterveydenhuollon näkökulmasta?

Työttömien terveystarve on rajapinnoilla toteutuvaa palvelua; vaikka itse terveystarkastukset ja muut hoidolliset toimenpiteet ovat terveydenhuollon ammattihenkilöstön vastuulla, täytyy terveystarvelun liittyä kiinteästi muihin asiakkaan palveluihin ja elämäntilanteeseen. Kuntanäkökulmasta työttömien terveystarve liittyy aktiivisen sosiaalipolitiikan kokonaisuuteen kuntouttavan työtoiminnan ja muiden kuntoutumista ja työllistymistä tukevien toimien kanssa. Näitä tulisikin tarkastella kokonaisuutena, jonka tavoitteena on vaikeasti työllistyvien kansalaisten hyvinvoinnin ja sosiaalisen selviytymisen edistäminen. (Karjalainen & Karjalainen 2011.) Näin ollen on tärkeää, että kunnissa osataan huomioida työttömien terveystarveluiden osuus esimerkiksi kuntouttavaa työtoimintaa kehitettäessä. Terveystarvelut tulisi huomioida myös silloin kun mietitään vaikeasti työllistyvien palvelukokonaisuutta yhdessä TE-hallinnon kanssa. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä syrjäytymisen ehkäisy tarjoavat yhdistävän kehyksen eri hallinnonalojen ja sektoreiden yhteiselle työskentelylle (ks. myös Pitkäaikaistyöttömien työllistyminen...2011).

Työttömien terveystarvelussa keskeistä on ihmisten aktiivinen tavoittaminen ja ohjauksellinen palvelu, jotka edustavat uutta näkökulmaa perusterveydenhuollossa. Oivallus siitä, että palvelua tulee tarjota tarpeen, ei vain kysynnän mukaan, avaa näkökulman perusterveydenhuollon ulkopuolelle; miten tavoittaa ne työttömät henkilöt, joilla olisi tarvetta terveydentilan selvittämiseen ja työ- ja toimintakyvyn tarkasteluun? Perusterveydenhuollossa tulisi myös hahmottaa palvelun merkitys omista lähtökohdista; miten tämä palvelu edesauttaa kuntalaisia meidän tehtävämme ja tavoitteidemme näkökulmasta? Tällöin voidaan päästä irti siitä näkemyksestä, että toiset sektorit pyrkivät kuormittamaan terveydenhuoltoa ”ylimääräisellä” työllä, ja sitoutua toiminnan kehittämiseen.

Tällä hetkellä vahvasti perusterveydenhuollossa ja terveyskeskuksissa esillä olevaa *terveyshyötymallia* voidaan esimerkiksi yhdistää työttömien terveystarvelun kehittämiseen. Tästä on hyviä kokemuksia esimerkiksi Hämeenlinnassa. Terveishyötymallissa tavoitteena on siirtyä sairauskeskeisestä ja hajautetusta hoidosta suunnitelmalliseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon, jossa eri ammattiryhmien osaaminen saadaan mahdollisimman hyvään käyttöön (Hämäläinen & Väisänen 2011). Mallissa keskitytään monisairaiden ja/tai paljon palveluja tarvitsevien tai käyttävien asiakkaiden hoidon kehittämiseen (Muurinen & Mäntyranta 2011). Työttömien terveystarvelun tavoitteet ovat paljolti yhteneväisiä edellä esitettyjen määreiden kanssa. Työttömällä on tutkimusten mukaan keskimäärin enemmän terveyden ja hyvinvoinnin ongelmia kuin muilla työikäisillä. Näin ollen heidät voidaan nähdä sellaisena riskiryhmänä, jonka kohdalla palvelujen suunnitel-

mallisuutta ja yhteensovittamista sekä palveluohjauksellista työtettä tehostamalla voitaisiin saada aikaan terveyshyötyä niin mitattavassa terveydessä kuin terveyteen liittyvien kulujen pienenemisenä. Tärkeää on, että terveyshyötyajattelussa pyritään ylittämään pelkkä biolääketieteellinen lähestymistapa korostamalla sosiaalista ulottuvuutta terveyden edistämässä, hoidossa ja kuntoutuksessa (Hämäläinen & Väisänen mt.).

Valtakunnallisesti on vielä matkaa siihen, että työttömille aktiivisesti tarjotaan terveystarkastuksia ja -palvelua kaikissa kunnissa. PTT-hankkeessa mukana olleiden kuntien kokemukset ja nykyiset käytännöt osoittavat, että palvelu on tarpeellista ja hyödyllistä. Valtakunnallista tukea toiminnan käynnistämiseen ja edelleen kehittelyyn saadaan niin uudesta terveydenhuoltolaista kuin vuonna 2012 käynnistyvästä toisesta sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisesta kehittämisohjelmasta (KASTE). Suomessa on saatu käyntiin kansainvälisestikin merkittävää toimintaa työttömien terveyden ja työkykyisyyden edistämässä osana aktivointi- ja työllistymistoimenpiteitä. Nyt on tärkeää huolehtia siitä, että toiminta jatkuu, leviää ja sitä kehitetään edelleen. PTT-hankkeessa tehty työ ja sen kautta syntynyt osaaminen ja materiaali ovat pohjana tässä tehtävässä.

Lähteet

- Hämäläinen, Juha & Väisänen, Raija (2011) Terveys-
hyötymalli sosiaalityön viitekehyksessä. PaKaste-
Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja terveys-
palvelut – kehittämisrakenne ja toimintamalli –
Kainuun osahanke. Kainuun maakunta-
kuntayhtymä D:43. Kajaani: Kainuun maakunta-
kuntayhtymä.
- Karjalainen, Vappu (2011) Työttömien ammatillisen
kuntoutuksen kysymys. Teoksessa: Järvikoski, Ai-
la, Lind, Juha & Suikkanen, Asko (toim.) Kuntou-
tus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokus-
tannus, 89-101.
- Karjalainen, Vappu & Karjalainen, Jarno (2011) Kun-
toutuva työtoiminta kunnissa. Arvioita toiminnan
järjestämistavasta ja kehityssuunnasta. Terveyden
ja hyvinvoinnin laitos, raportti 46/2011. Helsinki:
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c7db7901-6ac7-422b-b09f-b62c88a3737a> [18.1.2012]
- Käytäntöjen kuvaamisen ja arvioinnin REA-työkalu
(2010) Käsikirja. Versio 20122010.
<http://www.innokyla.fi/pilotointi/REAkoko.pdf>
[5.12.2011]
- Muurinen, Seija & Mäntyranta, Taina (2011) Asiakas-
vastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveys-
hyötymallissa. Toimiva terveyskeskus, pitkäaikais-
sairauksien terveyshyötymalli. Sosiaali- ja terve-
ysministeriö. Julkaisematon moniste.
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?fol-
derId=41254&name=DLFE-15516.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf) [19.1.2012]
- Pitkäaikaistyöttömien työllistyminen ja syrjäytymisen
ehkäisy (2011) Tuloksellisuustarkastuskertomus
229/2011. Valtiontalouden tarkastusviraston tar-
kastuskertomukset 7/2011. Helsinki: Valtiontalou-
den tarkastusvirasto.
- Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma
22.6.2011
[http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf33288
9/fi.pdf](http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf) [11.1.2012]
- Rimpelä, Matti (2009) Terveystarkastukset. Teokses-
sa: Rimpelä, Matti & Saaristo, Vesa & Wiss, Kirsi
& Ståhl, Timo (toim.) Terveyden edistäminen ter-
veyskeskuksissa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin
laitos, raportti 19/2009. Helsinki: Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos, 244-251.
- Saikku, Peppi (2008) Työttömien terveyspalvelut.
Teoksessa: Karjalainen, Vappu & Saikku, Peppi &
Pasuri, Auvo & Seppälä, Anja: Mitä on aktiivinen
sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työ-
voiman palvelukeskukset. Stakes raportteja
20/2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutki-
mus- ja kehittämiskeskus, 64-72.
- Saikku, Peppi (2009) Terveyspalvelu työllistymisen
tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset
ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos, raportti 22/2009. Helsinki:
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saikku, Peppi (2010) Perusterveydenhuolto ja työttö-
mien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -
palvelut kunnissa 2009. Terveyden ja hyvinvoin-
nin laitos, avauksia 12/2010. Helsinki: Terveyden
ja hyvinvoinnin laitos.
- Saikku, Peppi (2011) Pitkäaikaistyöttömien terveys-
palvelut ja kuntoutus – tarkastelua siirtymätyö-
markkinoiden kehikossa. Yhteiskuntapolitiikka,
vol.76, no. 1, 55-64.
- Saikku, Peppi & Sinervo, Leini (2010) Työttömien
terveyspalvelun juurrutus. Valtakunnallisen PTT-
hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tulok-
sia ja kansallisia suosituksia. Terveyden ja hyvin-
voinnin laitos, raportti 42/2010. Helsinki: Tervey-
den ja hyvinvoinnin laitos.
- Sarvimäki, Pirjo & Siltaniemi, Aki (toim.) (2007)
Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävä-
rakennesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön
julkaisuja 2007:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveys-
ministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Neuvolatoiminta,
koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä
suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) pe-
rustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveys-
ministeriön julkaisuja 2009:20. Helsinki: Sosiaali-
ja terveysministeriö
- Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotuk-
set sosiaaliturvan uudistamiseksi (2009) Sosiaali-
ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62. Helsin-
ki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Terveydenhuoltolaki. Suomen säädöskokoelma
1326/2010.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & sosiaali- ja terve-
ysministeriö (2011) Terveydenhuoltolaki - Pykä-
listä toiminnaksi. [http://www.thl.fi/thl-
client/pdfs/677215d6-9126-46f3-8d9c-
11a42d84beda](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/677215d6-9126-46f3-8d9c-11a42d84beda) [16.12.2011]
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2011a) Työttömyystietoja
ELY-keskuksittain ja kunnittain keskimäärin
vuonna 2010.
<http://www.tem.fi/files/29080/tekkun2010.pdf>
[5.12.2011]
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2011b) Työttömien työ-
kyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. Työryhmän ra-
portti. TEM raportteja 10/2011.
[http://www.tem.fi/files/29341/TEM_raportti_10_2
011.pdf](http://www.tem.fi/files/29341/TEM_raportti_10_2011.pdf) [14.12.2011]
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2011c) Työnvälitystilas-
ton koko maan tilastotietoja keskimäärin 1991-
2010. <http://www.tem.fi/files/30271/tilkm2010.pdf>
[5.12.2011]
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2011d) Työ- ja elinkei-
noministeriön ohje työttömien työkyvyn arvioin-
nista ja terveystarkastuksiin ohjaamisesta. Ohje
22.12.2011.
- Vuokko, Aki & Juvonen-Posti, Pirjo & Kaukiainen,
Ari (2011) Miten lääkäri arvioi työttömän työky-
kyä? Suomen lääkärilehti vk. 66, 48/2011, 3659-
3666.