

**TYÖTTÖMÄT TERVEYSPALVELUISSA
-TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKEMYKSIÄ TYÖTTÖMIEN KOHTAAMI-
SESTA ASIAKKAINA**



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö
Visamäen kampus, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2018

Kaisa Jalkanen

Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen ja johtaminen
Visamäen Kampus

Tekijä	Kaisa Jalkanen	Vuosi 2018
Työn nimi	Työttömät terveystalouksissa – työntekijöiden näkemyksiä työttömien kohtaamisesta asiakkaina	
Työn ohjaaja	Katja Valkama	

TIIVISTELMÄ

Työttömyys on Suomessa ajankohtainen yhteiskunnallinen haaste ja sen ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi tehdään monialaista työtä. Tiedetään, että työttömien terveys on heikompi ja sairastavuus suurempi kuin työssäkäyvillä. Työttömät tarvitsevat taloudellisen tuen lisäksi toiminnallista ja terveydellistä tukea sekä kuntoutusta. Tukemalla työttömien terveyttä ylläpidetään työttömien työkykyä ja mahdollisuutta palata työelämään. Tässä opinnäytetyössä työttömyyttä tarkastellaan terveyden edistämisen näkökulmasta.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka tarkoituksena oli selvittää työntekijöiden näkemyksiä siitä, miten asiakkaan työttömyys vaikuttaa asiakaskohtaamiseen terveydenhuollossa. Lisäksi selvitettiin miten työttömät soveltuvat terveyshyötyasiakkaiksi sekä millaisia terveyden edistämisen tarpeita työttömillä on työntekijöiden näkemyksen mukaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä ymmärrystä ja tietoa työttömien kohtaamiseen terveydenhuollon asiakkaina. Opinnäytetyö toteutettiin organisaatiossa, jossa toimitaan terveyshyötymallin mukaisesti.

Tuloksien mukaan asiakkaan työttömyys itsessään ei vaikuta kohtaamiseen terveydenhuollossa ja työttömyyden vaikutukset terveyteen ovat vaihtelevia. Aineistosta voidaan kuitenkin nostaa esille joitakin erityispiirteitä, joita kohtaamisissa on hyvä huomioida: asiakkaan taloudelliset voimavarat, syrjäytyneisyys ja mielenterveyden tukeminen. Työttömät soveltuvat hyvin terveyshyötyasiakkaiksi, sillä heidänkin joukossa on niitä, joilla on terveysriskejä. Terveyshyötyasiakkaana työtön saa oman asiakasvastavan, hoitosuunnitelma tehdään asiakaslähtöisesti ja työ on moniammatillista.

Avainsanat Työttömyys, terveyden edistäminen, terveydenhuolto, terveyshyötymalli

Sivut 52 sivua, joista liitteitä 4 sivua

Social and Health Care Development and Management
Visamäki Campus

Author	Kaisa Jalkanen	Year 2018
Subject	The unemployed in health services – employees` views on encountering the unemployed as clients	
Supervisors	Katja Valkama	

ABSTRACT

Unemployment is a topical societal challenge in Finland and multidisciplinary work is undertaken to prevent and treat unemployment. It is known that, the health of the unemployed is weaker and sickness is higher than those in employment. In addition to financial support, the unemployed need functional and health support and rehabilitation. Supporting the health of the unemployed will maintain the unemployed`s ability to work and the opportunity to return to work. In this thesis, unemployment is considered from a health promotion point of view.

This thesis was executed as a qualitative research. Purpose of this study was to find out the employees` views on how client`s unemployment affects client encounters in healthcare. It was also ascertained how unemployed people can be suitable as a Chronic Care Model clients and what kind of health promotion needs unemployed have according to employees` viewpoint. The aim of the thesis was to increase understanding and information about encountering the unemployed as healthcare clients. The thesis was carried out in an organization that operates according to the Chronic Care Model.

According to the results unemployment of a client does not in itself affect client relationship in health care. The effects of unemployment on health are variable. However, it is possible to highlight some specific features that should be taken into count in encounters: the client`s financial resources, exclusion, and support for mental health. The unemployed are well suited to Chronic Care Model clients because some of them also have health risks. As a Chronic Care Model client, unemployed get an own case manager. The management plan is made client-oriented and work is multiprofessional.

Keywords Unemployment, health promotion, health care, Chronic Care Model

Pages 52 pages including appendices 4 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TYÖTTÖMYYS SUOMESSA.....	2
3	TYÖTTÖMIEN TERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN	4
3.1	Terveyden määritelmä	4
3.2	Terveyden edistämisen määritelmä.....	5
3.3	Työttömien terveys	7
3.4	Työttömien terveyden edistäminen	10
3.5	Asiakaskohtaamiset terveyden edistämisen työssä	12
4	TYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUT.....	15
4.1	Työttömien terveyspalveluiden kehittämisen lähtökohdat.....	16
4.2	Työttömien terveystarkastukset	18
5	TERVEYSHYÖTYMALLI JA TERVEYSHYÖTYASIAKKUUS	20
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
6.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	22
6.2	Tutkimuskysymykset	23
7	TUTKIMUSPROSESSI	23
7.1	Laadullinen tutkimus ja tutkimusprosessin käynnistyminen	23
7.2	Aineistonkeruu	24
7.3	Aineiston analyysi.....	27
7.4	Tutkimuksen eettiset kysymykset ja luotettavuus.....	28
8	TUTKIMUSTULOKSET	30
8.1	Työttömien terveyden edistämisen tarpeet	30
8.2	Työttömien kohtaaminen asiakkaina ja erityistarpeiden tunnistaminen	31
8.3	Työttömät terveyshyötyasiakkaina	33
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	34
10	POHDINTA.....	37
	LÄHTEET	40

Liitteet

Liite 1	Kutsu tutkimukseen
Liite 2	Suostumuslomake
Liite 3	Haastattelun teemat ja apukysymykset
Liite 4	Sähköinen kysely

1 JOHDANTO

Työttömyys on Suomessa ajankohtainen yhteiskunnallinen haaste ja sen ehkäisemiseksi tehdään hyvin monialaista työtä. Työttömyydellä on monia eri vaikutuksia niin yhteiskunnallisesti kuin yksilötasolla. Taloudellisen tuen lisäksi työttömät tarvitsevat monesti toiminnallista ja terveydellistä tukea sekä kuntoutusta (Karjalainen, Saikku, Pasuri & Seppälä 2008, 3). Työttömyyttä tulee siis tarkastella myös terveydenhuollon näkökulmasta. Tukemalla työttömien terveyttä ylläpidetään työttömien työkykyä ja mahdollisuutta palata työelämään.

Tiedetään, että työttömien ja työllisten välillä terveiserot ovat suuret. Työttömien terveys on heikompi ja myös sairastavuus on suurempi kuin työssäkäyvillä. (Heponiemi, Wahlström, Elovainio, Sinervo, Aalto & Keskimäki 2008, 5, 32–33.) Kiinnittämällä huomiota työttömien terveyteen, vaikutetaan väestön terveyseroihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11). Terveyserojen kaventaminen onkin yksi hallituksen tämän hetkisistä kärkihankkeista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

Työttömien terveystalvaeluita on vahvistanut vuonna 2011 voimaan astunut terveydenhuoltolaki, jonka mukaan kunnan tulee järjestää työttömille terveystarkastuksia ja terveysneuvontaa. Kunnan tehtävänä on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa terveys- ja hyvinvointieroja. Työttömien ennaltaehkäisevät terveystalvaelut ovat tärkeä osa tätä työtä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 1.) Lisäksi työttömien terveystalvaeluita on kehitetty viime vuosina paljon erilaisten hankkeiden avulla, kuten Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma -Kaste 2012-2015 ja Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämisskumppanuushanke (PTT) 2007-2010. On arvioitu että, työttömien palveluntarve ja työttömien terveystalvaeluiden kysyntä tulevat kasvamaan, sillä työttömyys on edelleen merkittävää Suomessa ja etenkin rakenteellinen työttömyys kasvaa nopeasti (Sinervo & Hietapakka 2013, 39). Työttömien terveyden edistämistä on siis edelleen tarpeen tarkastella.

Tämän opinnäytetyön aiheena on työttömät terveystalvaeluiden asiakkaina. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää työntekijöiden näkemyksiä siitä, miten asiakkaan työttömyys vaikuttaa asiakaskohtaamisiin terveydenhuollossa, kun tehdään terveyden edistämisen työtä. Lisäksi selvitetään miten työttömät soveltuvat terveyshyötyasiakkaina sekä millaisia terveyden edistämisen tarpeita työttömillä on työntekijöiden näkemyksen mukaan. Opinnäytetyön toivotaan lisäävän ymmärrystä ja tietoa työttömien kohtaamiseen terveydenhuollon asiakkaina.

Terveyden edistämisen työ perustuu tietoon väestön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Eri väestöryhmillä on erilaisia tarpeita ja niiden tunnistaminen on tärkeää, jotta terveyden edistäminen on vaikuttavaa ja oikein kohdennettua. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.) Tutkimuksista selviää että, työttömien tilannetta ei osata huomioida riittävästi terveydenhuollossa (Heponiemi ym. 2008, 33; Niiranen, Hakulinen, Huuskonen, Jahkola & Räsänen 2011, 38). Terveydenhuollosta toivotaan aktiivisempaa otetta työttömien terveyden edistämiseksi ja uusia palvelumuotoja, joissa huomioidaan työttömien tarpeet ja osataan kohdata monialaisia palveluita tarvitseva asiakas (Kerätär 2016, 95–94). On tärkeää, että terveydenhuollossa ymmärretään miten työttömyys vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen, jotta voidaan tehdä vaikuttava terveyden edistämisen työtä. Varsinkin asiakaskohtaamisissa, joissa luodaan pitkäaikaisia hoitosuhteita ja tehdään asiakkaan terveyteen liittyviä päätöksiä.

Valtakunnallisen toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman myötä terveyskeskusten toimintaa alettiin vahvistaa ja kehittää. Yksi keskeisimmistä toimenpiteistä oli ottaa käyttöön terveyshyötymalli (Chronic Care Model). Periaatteena oli siirtyä hajautetusta sairauskeskeisestä hoidosta kokonaisvaltaiseen ja suunnitelmalliseen hoitoon. (Muurinen & Mäntyranta n.d., 4–5.) Yksi hyvä mahdollisuus on huomioida työttömät perusterveydenhuollon terveyshyötymallin mukaisessa toiminnassa. Opinnäytetyö toteutettiin organisaatiossa, jossa toimitaan terveyshyötymallin mukaisesti. Opinnäytetyön aihetta tarkastellaan terveyden edistämisen näkökulmasta.

2 TYÖTTÖMYYS SUOMESSA

Suomi koki 1990-luvulla merkittävän laman ja vaikka lamasta toivuttiin ja väestön elintaso ja hyvinvointi paranivat yleisesti, myös tulo- ja hyvinvointierot kasvoivat. Laman jälkeen työmarkkinat muuttuivat epävarmoiksi eivätkä uudet sukupolvet löytäneet entiseen tapaan paikkaansa työmarkkinoilla. Täystyöllisyys ja pitkät työurat jäivät laman jälkeen saavuttamatta. (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 11.) Vuoden 2008 kansainvälinen taloustaantuma lisäsi työttömyyttä uudelleen myös Suomessa (Sinervo ym. 2013, 11). Tällä hetkellä erityisesti rakenteellinen, eli pitkäaikainen tai toistuva, työttömyys on ollut haasteena työmarkkinoilla. (Näätänen, Londén & Peltosalmi 2017, 64; Saikku 2011, 55; Sinervo ym. 2013, 11.) Viime aikaisen työmarkkinatilastojen mukaan voidaan havaita, että käännettä parempaan on kuitenkin tapahtumassa. Työttömien työnhakijoiden määrä on lähtenyt laskuun ja myös pitkäaikaistyöttömyyden odotetaan vähentyvän. Erityisesti pitkäaikaistyöttömyyden purkaminen vie vielä paljon aikaa

ja rahaa, koska työttömyys on vaikuttanut työvoiman osaamiseen ja työkykyyn. (Räisänen 2017, 9.)

Taloudellisen laman oloissa köyhyyden ja syrjäytymisen ongelmat korostuvat, kun huono-osaisempien olot vaikeutuvat entisestään. Köyhyys ja syrjäytyminen vaikuttavat voimakkaasti myös väestön terveyteen ja sairastuvuuteen. (Vaarama ym. 2010, 5.) Erityisesti pitkäaikaistyöttömyys johtaa helposti syrjäytymiseen. Taloudellisen tuen lisäksi työttömät tarvitsevat monesti toiminnallista ja terveydellistä tukea sekä kuntoutusta. Tämä asettaa haasteita työvoimaviranomaisten lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollolle. (Karjalainen ym. 2008.) Työttömien tilannetta tulee tarkastella kokonaisvaltaisesti (Saikku 2011, 55).

Hallituksen kärkihankkeena on terveyserojen kaventuminen ja tämä on esitetty myös sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Sosiaalinen kestävyys edellyttää hyvinvointi- ja terveyserojen pienentämistä sekä heikoimmassa asemassa olevien tilanteen parantamista. Sosiaalisen ja taloudellisen kestävyuden ehtona pidetään korkeaa työllisyysastetta, terveitä ja toimintakykyisiä kansalaisia sekä vaikuttavia ja tehokkaita sosiaali- ja terveyspalveluita. Lisäämällä hyvinvoinnin edistämisen työtä, parannetaan muun muassa elämänlaatua ja työllisyyttä. Työttömien työ- ja toimintakykyä sekä hoitoa ja kuntoutusta tulee tukea, jotta ehkäistään työttömien syrjäytymistä työelämästä. Työpaikkaa pidetään parhaana suojana köyhyyttä ja syrjäytymistä vastaan, vaikka se ei yksistään riitä. Työllisyyden nostaminen vaatii hallinnonalojen tiivistä yhteistyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 3, 6, 8, 10, 11, 16.)

Kansainvälinen työjärjestö ILO määrittelee työttömän työtä vailla olevaksi henkilöksi, joka on valmis ottamaan työn vastaan kahden viikon sisällä löydettyään sellaisen. Myös Tilastokeskus käyttää tätä määritelmää. Työ- ja elinkeinoministeriö kuvaa työtöntä henkilöksi, joka on vailla työtä ja on ilmoittautunut työvoimahallinnon rekisteriin työnhakijaksi. (Tilastokeskus n.d.a.) Pitkäaikaistyöttömällä tarkoitetaan henkilöä, joka on ollut yli vuoden yhtäjaksoisesti ilman työtä (Tilastokeskus n.d.b). Näiden määritelmien mukaan riippuvat myös tilastoluvut työttömyydestä. Suomessa työttömyyttä koskevia tilastoja luo kuukausittain Tilastokeskus ja työ- ja elinkeinoministeriön Työnvälitystilastot. Tilastokeskuksen työvoimatutkimus perustuu otantaan ja työ- ja elinkeinoministeriön Työnvälitystilastot taas työ- ja elinkeinotoimistojen asiakasrekisteriin. Tilastokeskuksen työvoimatutkimus tuottaa kansainvälisesti verrattavia virallisia työttömyyden tilastoja. (Tilastokeskus n.d.a.)

Tilastokeskuksen mukaan helmikuussa 2018 Suomessa oli 233 000 työtöntä. Työttömyysaste eli työttömien osuus työvoimasta oli 8.6 prosenttia.

Työ- ja elinkeinotoimistossa oli taas 276 000 työtöntä työnhakijaa. (Tilastokeskus 2018, 1–2.) Vaikka tilastojen mukaan työttömyys on vähentynyt kaikin osin vuoden takaiseen, on työttömyys edelleen maassamme huolen aiheena ja työttömyyden vähentämiseksi tehdään edelleen työtä.

Työttömyys näyttäytyy eritavoin tilanteesta riippuen; työttömyyden uhka, tilapäinen työttömyys, pitkäaikaistyöttömyys tai pysyvä työttömyys. Työttömiin rinnastetaan myös henkilöt, jotka on siirretty työvoiman ulkopuolelle. (Taipale 2013, 2204.) Tässä opinnäytetyössä työttömällä tarkoitetaan työikäistä henkilöä, joka on vailla työtä. Organisaation, missä tutkimus toteutettiin, työttömien terveystarkastuksiin on otettu vastaan kaikki työttömät, työttömyys jakson pituudesta riippumatta. Tarpeen mukaan terveystarkastuksista heitä ohjataan terveyshyötyasiakkaiksi terveysasemille.

3 TYÖTTÖMIEN TERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

3.1 Terveyden määritelmä

Jotta voidaan käsitellä terveyden edistämistä, tulee ymmärtää mitä on terveys, jota pyritään edistämään (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10). Terveys käsitettä ei ole helppoa määrittää ja riippuen tieteenalasta terveyttä määritellään hyvin eri tavoin. Terveys on moniulotteinen, laaja-alainen, yksilöllinen ja yhteiskunnallinen sekä subjektiivinen kokonaisuus. (Vertio 2003, 25, 27.)

Maailman terveysjärjestö WHO määritteli vuonna 1984 terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi (World Health Organization 1998, 1). Tätä määritelmää on aikanaan arvosteltu siitä, että tällaista tilaa on kenenkään mahdotonta saavuttaa (Vertio 2003, 26). WHO on täydentänyt terveyden määritelmäänsä myöhemmin, jolloin terveys on määritelty jokapäiväisen elämän voimavaraksi, ei elämän päämääräksi. Terveys on positiivinen käsite, jossa korostuvat sosiaaliset ja henkilökohtaiset voimavarat sekä fyysinen toimintakyky. (World Health Organization 1998, 1.)

Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee terveyden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Terveys on paljon laajempi kuin vain pelkkä sairauden tai vaivan puute. Terveys on voimavara, jonka avulla monet muut hyvinvoinnin osatekijät ja hyvä elämä ovat mahdollisia. Terveyttä pidetään inhimillisenä perusarvona ja se on välttämätön sosiaaliselle ja taloudelliselle kehitykselle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.)

Terveyden määritelmään vaikuttavat ihmisten omat käsitykset terveydestä eli niin sanottu koettu terveys. Terveyden arvostus on kaikilla erilaista. Ihmisillä on erilaiset valmiudet selviytyä elämässä eteen tulleista ongelmatilanteista, kuten myös terveyteen liittyvistä kysymyksistä. Ihmiset suhtautuvat terveyteen liittyvään päätöksentekoon hyvin eri tavoin. (Vertio 2003, 41, 44, 51.) Koettu terveys ennustaa toimintakykyä, terveystalvelujen käyttöä ja kuolleisuutta väestössä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a). Yksilön kokemus omasta terveydestään tulee huomioida kohdatessa asiakkaita terveydenhuollossa, kun tehdään terveyden edistämisen työtä.

Terveys käsitteen yhteydessä puhutaan usein hyvinvoinnista ja toimintakyvystä. Hyvinvointiin sisältyy monia ulottuvuuksia, joista yksi on terveys. (Vertio 2003, 23.) Hyvinvointi jaetaan yleensä terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin. Elinolot ja toimeentulo kuvaavat materiaalista hyvinvointia. (Vaarama ym. 2010, 11–12.) Nämä kaikki hyvinvoinnin osa-alueet koskettavat työttömien elämäntilannetta. Toimintakyky on tärkeä osa terveyttä (Vertio 2003, 23). Monissa tutkimuksissa työttömien terveyttä on tarkasteltu hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kautta (Ervasti 2004; Kerätär 2016; Saikku, Kestilä & Karvonen 2014). Toimintakyvyn katsotaan sisältyvän myös työkyky ja työttömien tilanteessa työkyvyn arvioinnit ovat monesti tarpeellisia (Saikku 2011, 57).

Terveyden edistämisen perustana on positiivinen terveystiedon käsitys sekä terveyttä suojaavat sisäiset ja ulkoiset tekijät. Positiivinen terveystiedon käsitys tarkoittaa fyysistä, henkistä ja sosiaalista tasapainoa. Siinä korostuvat voimavarat ja omavoimaistaminen. Terveyden edistämisen tarkoitus on ylläpitää ja vahvistaa terveyttä suojaavia tekijöitä, sisäisiä ja ulkoisia. Sisäisiä terveyttä suojaavia tekijöitä ovat terveelliset elämäntavat, myönteinen elämäntilanne sekä hyvät ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot. Ulkoisia tekijöitä ovat puolestaan perustarpeiden tyydyttyminen, tukevat ja pysyvät sosiaaliset verkostot sekä turvallinen ja terveellinen yhteiskuntapolitiikka. (Savola ym. 2005, 11, 14, 23.) Tässä opinnäytetyössä terveyttä tarkastellaan nimenomaan positiivisen terveystiedon kautta, jolloin terveys nähdään voimavarana, jota halutaan ylläpitää tai vahvistaa.

3.2 Terveyden edistämisen määritelmä

WHO:n määritelmässä terveyden edistäminen on toimintaa, joka antaa ihmisille lisää mahdollisuuksia ylläpitää ja parantaa heidän terveyttään. Terveyden edistäminen ei ole pelkästään yksilön voimavarojen vahvistamista, vaan se on myös sosiaalista ja poliittista työtä, jolla pyritään vaikuttamaan sosiaalisiin, ympäristöllisiin ja taloudellisiin oloihin. (World Health Organization 1998, 1.)

”Terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta.”, määrittelee Vertio. Terveyden edistämisen tarkoituksena ei ole suoraan muuttaa ihmisten käyttäytymistä vaan parantaa mahdollisuuksia terveyteen. (Vertio 2003, 29.) Työttömien kohtaamisessa terveydenhuollossa tulisi työttömille tarjota näitä terveyttä edistäviä mahdollisuuksia esimerkiksi huomioimalla työttömät palveluita kehitettäessä.

Terveyden edistäminen on tavoitteellista ja välineellistä toimintaa hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Sosiaalisten, taloudellisten, ympäristöllisten ja yksilöllisten tekijöiden avulla vaikutetaan terveyteen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.) Terveyden edistäminen on suunnitelmallista toimintaa ja se perustuu tietoon väestön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Eri väestöryhmillä on erilaisia tarpeita ja näiden tunnistaminen lisää terveyden edistämisen oikeaa kohdentamista ja vaikuttavuutta. Terveyden edistämislle tulee laatia selkeät tavoitteet ja se vaatii kykyä nähdä pitkälle. Ongelmien ehkäisy ja edistävä työ on todettu kannattavaksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

Terveyden edistämisen toiminnassa tavoitteena on auttaa asiakkaita tekemään omaa terveyttään koskevia päätöksiä ja valintoja (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 63). Kun tarkastellaan yksilön tai yhteisön terveyttä ja sen edistämistä, on tärkeää ottaa huomioon jokaisen yksilöllinen kehitys- ja elämänvaihe sekä ympäristö ja kulttuuri tai kulttuurit, joissa yksilö tai yhteisöt elävät. Terveyden edistämisen sisällön ja työtapojen tulee olla aikaamme sopivia. Sisällön ja työmenetelmien olisi mahdollistettava erilaisten yksilöiden ja yhteisöjen käsitykset terveydestä ja käsitykset yllä pitää ja saavuttaa terveys. (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 36.) Terveyden edistämisen on siis oltava jatkuvasti kehittyvää ja väestön muuttuvat tarpeet tulee pystyä huomioimaan ajoissa.

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat keskeinen haaste terveyden edistämisen työssä (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 54). Terveyseroja ovat sosioekonomisten ryhmien väliset erot sairastavuudessa, kuolleisuudessa ja koetussa terveydessä. Suurin osa terveyseroista selittyy elämäntapaan liittyvillä valinnoilla, mutta myös terveyspalvelujärjestelmään liittyvillä rakenteellisilla tekijöillä. (Vaarama ym. 2010, 12.) Terveydenhuollolla ja sosiaalitoimella on parhaat mahdollisuudet vaikuttaa väestöryhmien välisiin terveyseroihin, sillä niillä on laajat kontaktit niihin väestöryhmiin ja olosuhteisiin, joissa terveyden menettämisen uhka on suurin. Tästä huolimatta on terveyttä vahingoittavia oloja ja prosesseja osattava tarkastella

laajemmin. (Rimpelä 2010, 22.) Terveyseroihin vaikuttaminen on tehokkainta, kun kohdistetaan ehkäisevää toimintaa erityisesti riskiryhmiin ja erityisen tuen tarpeessa oleviin, kuten pitkäaikaistyöttömiin tai juuri työttömäksi jääneisiin (Nurkkala 2010, 23).

Tiedetään, että perinteinen terveyttä edistävä toiminta, kuten riskitekijöihin vaikuttaminen terveyskasvatuksen avulla, tavoittaa parhaiten, ne joiden terveydentila ja terveystottumukset ovat parhaimpia ja joilla on vähiten tarvetta muutoksiin. Terveystietämisen ja sen työmenetelmien tulisi keskittyä entistä enemmän asiakkaaseen ja asiakkaan ja ohjaajan vuorovaikutukseen, yhteistyösuhteeseen ja erilaisten eettisten kysymysten sekä yksilöllisten ratkaisujen uudelleentulkintaan. (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 54, 56.)

3.3 Työttömien terveys

Suomalaisten terveys on parantunut 2000 -luvulla. Koettu terveys on parempaa ja pitkäaikaissairaiden määrä on pienentynyt. Myönteistä kehitystä on tapahtunut erityisesti verenkiertoelinten sairauksien esiintyvyydessä, psyykkisen kuormittavuuden, alkoholihäiriöiden ja työuupumuksen ilmaantuvuudessa sekä suun terveydessä. Nämä ovat kuitenkin yleisiä suomalaisten hyvinvoinnin ongelmia edelleen, vaikka esiintyvyys onkin laskenut. Kielteistäkin kehityskulkua on havaittavissa. Diabetes on yleistynyt entisestään ja lihavuus on yhä merkittävää. Nuorten keskuudessa tuki- ja liikuntaelinten oireet ovat lisääntyneet. (Koskinen, Aromaa, Heliövaraa, Koponen, Martelin, Mäkinen & Sainio 2012, 216–217.) Nämä työikäisen väestön terveyttä koskevat kuvaukset koskevat yhtä lailla työttömiä henkilöitä, mutta on havaittu myös eroavaisuuksia työttömien ja työssäkäyvien välillä.

Työttömien terveyttä ja työttömyyden vaikutusta terveyteen on tutkittu monissa eri tutkimuksissa Suomessa ja kansainvälisestikin, ilmenee Heponiemen ym. (2008) katsauksessa. Työttömät voivat niin psyykkisesti kuin fyysisestikin huonommin kuin työlliset. Työttömyys johtaa heikkoon terveyteen ja mielenterveyshäiriöt ovat yleisempiä työttömillä kuin työssäkäyvillä. (Heponiemi ym. 2008, 13, 32.) Työttömyys vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen heti työttömyyden alussa ja työttömyyden pitkittyessä (Kauppinen, Saikku & Kokko 2010, 235). Työttömyys lisää itsemurhariskiä ja myös kuolleisuusriski on suurempi työttömillä kuin työllisillä (Heponiemi ym. 2008, 11; Pensola, Semeikka, Kesseli, Laihiala, Rinne & Notkola 2012, 125–126). Työttömyyden aiheuttamat terveysvaikutukset ovat kuitenkin hyvin moninaiset (Heponiemi ym. 2008, 15; Kroll & Lampert 2011, 51).

Hyvinvoinnin puutteet kasautuvat selkeämmin työttömille kuin työssäkäyville. Monet työttömyyden vaikutukset hyvinvoinnille ovat pidempiaikaisia prosesseja, eivätkä ne näy heti työttömäksi jäätyä. Esimerkiksi taloudelliset vaikutukset näkyvät heti työttömyyden alettua, mutta työttömyyden vaikutukset fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen näkyvät vasta pidemmän ajan päästä. Toisaalta nähdään, että pitkäaikaistyöttömien ryhmä on valikoitunutta ja pitkäaikaistyöttömäksi päätyvät henkilöt, joilla on jo monia muita ongelmia. (Kauppinen ym. 2010, 246.) Pitkittyneen työttömyyden takana on usein heikko terveydentila (Kerätär & Karjalainen 2010, 3687; Lötters, Carlier, Bakker, Borgers, Shuring & Burdof 2012, 305).

Tutkimuksissa ei ole saatu selvitettyä miksi työttömyys johtaa heikkoon terveyteen. Kyse voi olla myös valikoitumisesta. (Airio & Niemelä 2013, 46). Huono fyysinen terveys ja mielenterveysongelmat altistavat työttömyydelle ja vaikuttavat työttömyyden keston. Terveemmät työllistyvät nopeammin. Myös työttömyys lisää todennäköisyyttä myöhempään työttömyyteen, joten työttömyys ja sen myötä heikkenevä terveys ja työkyky johtavat jatkuvaan kierteeseen. (Heponiemi ym. 2008, 32, 65.)

Työttömät kokevat terveytensä ja hyvinvointinsa heikommaksi kuin työssäkäyvät ja työttömyyden pitkittyminen heikentää kokemusta hyvästä terveydestä entisestään. Taloudelliset ongelmat liittyvät keskeisesti työttömyyteen ja se heikentää erityisesti työttömien koettua hyvinvointia. (Airio ym. 2013, 58; Ervasti 2004, 308, 312; Saikku ym. 2014, 118, 132.) Taloudelliset ongelmat vaikeuttavat myös terveyden ylläpitämistä, kuten esimerkiksi mahdollisuutta hankkia täysipainoista ravintoa tai tarvittavien lääkkeiden hankintaan (Kauppinen ym. 2010, 247). Ervasti (2004, 310) tuo esille että, heikko terveys lisää taloudellisia vaikeuksia, sillä sairauksien hoitaminen aiheuttaa kustannuksia. Näin ollen työttömyys ei aiheuta hyvinvoinnin alentumista suoranaisesti, vaan työttömyyden tuomat välittävät tekijät, joita taloudellisen tilanteen lisäksi ovat heikko terveydentila ja syrjäytyneisyys. On kuitenkin huomioitava, että kaikki työttömät eivät koe hyvinvointiaan alentuneeksi. (Ervasti 2004, 312.)

Työttömien ja työllisten mahdollisuudet saavuttaa hyvinvointia ovat erilaiset. Hyvinvointierojen taustalla vaikuttavat erilaiset rakenteelliset tekijät. Kuten kokemukseen hyvästä terveydestä, vaikuttavat fyysisten tekijöiden lisäksi mahdollisuus saada tarvittavia terveyspalveluja ja ylläpitää terveyttä esimerkiksi liikuntaharrastuksen avulla. Työttömillä myös sosiaalinen kanssakäyminen ja psykososiaalinen tuki ovat heikommät. Työttömät kokevatkin yksinäisyyttä enemmän kuin työssäkäyvät. (Saikku ym. 2014, 118, 130, 134–135.) Työttömyys kaventaa sosiaalista verkostoa, koska yhteydenpito työkavereihin yleensä lakkaa (Kauppinen ym. 2010, 235).

Heikentynyt työkyky ja sairastumisen riskiä lisäävät elämäntavat lisäävät riskiä työttömyydelle, mutta terveyskäyttäytymisen ja työttömyyden välinen yhteys ei ole yksiselitteinen. Eniten näyttöä on Heponiemen ym. (2008) mukaan alkoholin käytön vaikutuksilla. Alkoholi-ongelmat lisäävät riskiä työttömyydelle, mutta työttömyys vaikuttaa alkoholin kulutukseen vaihtelevasti eri ryhmissä. Naisilla terveysongelmat vaikuttavat työttömyyden uhkaan selvemmin kuin miehillä. (Heponiemi ym. 2008, 18, 32–33.) Nuorilla työttömillä on huolestuttavan paljon terveyteen liittyviä ongelmia ja heikentynyt työkyky on yhteydessä pitkittyneeseen työttömyyteen (Lappalainen 2017, 35). Myös Virtanen, Janlert & Hammaström (2012, 50) tuovat esille että, terveys ja terveyskäyttäytyminen ennustavat työttömäksi jäämistä ja pitkittyvää työttömyyttä.

Terveys 2000 tutkimuksessa tarkasteltiin 30 vuotta täyttäneitä suomalaisia ja tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää väestöryhmien välisiä eroja terveyteen vaikuttavissa elintavoissa. Tulosten mukaan työttömillä oli enemmän univaikeuksia kuin työssäkäyvillä ja alkoholin suurkuluttajia oli työttömien keskuudessa enemmän. (Prättälä & Paalanen 2007, 84–85.) Työttömät tupakoivat myös enemmän kuin työssäkäyvät ja työttömien terveyden edistämiseksi tupakoinnin lopettamisen tukeminen olisi tärkeää (Patja, Paalanen & Prättälä 2007, 71). Nämä tulokset osoittavat sen, että työttömien terveyden edistämiseksi löytyy aihetta ja kiinnittämällä huomiota elintapoihin voitaisiin vaikuttaa työttömien terveyteen. Tosin on arvioitu että, elämäntapojen taustalla voi olla muitakin tekijöitä kuin vain työttömyys (Kauppinen ym. 2010, 235).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoiman Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankkeen (PTT) seurantatutkimuksessa selvisi, että työttömille suunnatuissa terveystarkastuksissa käyneistä asiakkaista 75 prosentilla todettiin tai oli jo aiemmin todettu jokin kansanterveydellinen riskitekijä. Asiakkaista noin 40 prosenttia ohjattiin terveyskeskuslääkärille ja yli 60 prosenttia terveyskeskuksen muihin palveluihin. Lähes puolella todettiin terveydenhoitajan tekemässä terveystarkastuksessa rajoitteita työkyvyssä. Terveystarkastukseen osallistui 4 200 asiakasta. (Saikku & Sinervo 2010, 7.) Yleisimmät terveystarkastuksissa työttömillä olivat päivittäinen tupakointi, vähäinen liikunta ja ylipaino. Massennusta esiintyi enemmän nuorten alle 25 -vuotiaiden joukossa. Tarkastelussa selvisi, että terveystarkastuksien määrässä ja laadussa oli vain vähäisiä eroja suhteessa työttömyyden kestoon. Tästä voidaan ajatella, että työttömyys ei välttämättä aiheuta ongelmia terveydentilassa vaan työttömyys joutuvat ne henkilöt joilla on jo ongelmia terveydessään ja yleisemmin elinolosuhteissaan. (Saikku 2009, 51–52.)

Työttömien terveyttä on tarkasteltu myös työkyvyn kautta. Työkyky on riippuvainen terveydestä ja sairaudet heikentävät työkykyä. Kerätär (2016)

tutki pitkäaikaistyöttömien työkykyä, sairauksien hoidon ja kuntoutuksen tarpeita sekä työkyvyn arviointia. Tutkittavilla lähes kaikilla oli jokin työkykyä heikentävä sairaus. Mielen-terveydenhäiriöt olivat suurin sairausryhmä, joka oli jäänyt tunnistamatta tai hoitamatta. Päihderiippuvuus osoittautui varsin vähäiseksi työkykyä heikentäväksi ongelmaksi. Osa pitkäaikaistyöttömistä on pysyvästi työkyvyttömiä, mutta joukosta löytyy niitäkin joiden työkykyä olisi mahdollista parantaa hoidolla ja kuntoutuksella. (Kerätär 2016, 30, 61, 81, 82, 93.)

3.4 Työttömien terveyden edistäminen

Yhteiskunnissa tapahtuvat kansalliset ja kansainväliset muutokset ja kehityssuunnat vaikuttavat terveyden edistämiseen muuttaen terveyttä edistävän toiminnan sisältöä ja tavoitteita (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 35). Yhteiskunnallinen päätöksenteko on terveyden edistämisen kannalta olennaisen tärkeää (Vertio 2003, 29). Poliittisten päätösten avulla pyritään vaikuttamaan työttömyyteen ja työttömien terveyteen. Kansanterveyttä kohennetaan parhaiten niin, että kohdennetaan työtä huonoosaisten suhteellisen aseman parantamiseen (Kroll ym. 2011, 52; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11). Työttömyyden koetaan olevan merkittävä väestön hyvinvointia heikentävä tekijä (Näätänen ym. 2017, 32). Työttömien terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on siis tärkeää niin yhteisöllisesti kuin yksilöllisestikin.

Suomessa valtio ohjaa terveyden edistämisen työtä lainsäädännöllä ja siihen pohjautuvilla normeilla, taloudellisella ohjauksella ja informaatio-ohjauksella, jonka tärkeänä voimavarana toimivat tutkimus- ja kehittämislaitokset (Melkas 2010, 46). Hallituksen kärkihankkeena on hyvinvointierojen kaventaminen ja sosiaali- ja terveysministeriön strategiasuunnitelmaan (2010) on kirjattu tavoitteita työttömyyden ehkäisemiseksi. Työttömien terveyden edistämässä tulee kiinnittää erityisesti huomioita työttömyysjaksojen lyhentämiseen ja työttömyysjaksojen toistumisen estämiseen (Pensola, Blomgren & Kestilä 2012, 40). Parantamalla työttömien terveyttä lisätään mahdollisuutta työllistyä uudelleen (Shuring 2010, 11).

Sosiaali- ja terveydenhuoltolailla on tehty toimenpiteitä työttömien hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Sosiaalihuoltolaki on uudistettu 2014 ja sen tarkoituksena on edistää ja ylläpitää hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta, vähentää eriarvoisuutta ja edistää osallisuutta, turvata yhdenvertaiset ja asiakaslähtöiset palvelut sekä parantaa yhteistyötä eri toimijoiden välillä (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301 § 1). Sosiaalihuoltolaissa työttömien etuja koskevia lakeja ovat työttömyysturvalaki, laki kuntouttavasta työtoiminnasta ja julkisesta työvoimapalvelusta. Työttömyysturvalaissa säädetään työttömyyspäivärahasta ja työmarkkinatuesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.)

Kunnalla on terveyden edistämässä toimeenpanijan ja palvelujen järjestäjän rooli (Melkas 2010, 46). Kunnan tehtävänä on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa terveys- ja hyvinvointieroja. Työttömien ennaltaehkäisevät terveyspalvelut ovat tärkeä osa tätä työtä. Terveystarkastuslaitoksen mukaan kunnan on järjestettävä tarpeelliset terveystarkastukset väestönsä terveyden ja hyvinvoinnin seuraamiseksi ja edistämiseksi. Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten tulee tukea työ- ja toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistää mielenterveyttä ja elämäntilannetta. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset on järjestettävä myös opiskelu- ja työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille. Työttömien terveyspalvelut tulee sisällyttää kunnan terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 1.)

Terveyden edistämisen tulee perustua tutkittuun tietoon (Kylmä ym. 2002, 74). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tietoa työttömien hyvinvoinnista ja terveydestä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 12). Lisäksi tietoa väestön terveydestä saadaan terveyttä ja terveyspalveluita koskevista tilastoista (Melkas 2010, 46). Näihin tietoihin pohjautuvat myös kansanterveysohjelmat, joita on toteutettu työttömien terveyden edistämiseksi. Terveyden edistämisen ohjelmat ovat viranomais-, järjestö- tai muiden yhteisöjen vetämiä pieniä tai suuria ohjelmia kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi (Savola ym. 2005, 69).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteutti vuosina 2007-2010 Pitkäaikaisyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankkeen (PTT-hanke), jonka ensimmäisessä vaiheessa tarkoituksena oli luoda paikallisia ja alueellisia toimintakäytäntöjä työttömien terveyden edistämiseksi. Toisessa vaiheessa painotettiin kehiteltyjen toimintakäytänteiden juurruttamista ja toimivien käytäntöjen valtakunnallista levittämistä. Hankkeessa tarkasteltiin erityisesti terveystarkastuksia, terveysneuvontaa ja asiakkaiden elämäntilannuksen vahvistamista ja toimintakyvyn arviointia sekä moniammatillista yhteistyötä. (Sinervo 2009, 7.) Pitkäaikaisyöttömien terveydenhuoltoon liittyvä palvelutarve liittyy perustason asioihin, kuten terveydentilan seurantaan, oikean lääkityksen saamiseen tai hammashoitoon (Saikku 2011, 62).

Kaste-hanke (2012-2015) oli sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämishanke, jonka tavoitteena oli hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä asiakaslähtöisten palveluiden ja rakenteiden järjestäminen. Ohjelman tarkoituksena oli tukea riskiryhmien selviytymistä kehittämällä osallisuutta edistäviä työmuotoja. Ohjelman tavoitteena oli edistää pitkäaikaisyöttömien ja vaikeasti työllistyvien työelämäosallisuutta aikuissosiaalityön menetelmiä uudistamalla ja tehostamalla sosiaalista työllistämistä ja kuntouttavaa toimintaa. Terveydenhuolto otettiin mukaan entistä

tiivimmin työkykyä ylläpitäviin ja työllistäviin prosesseihin. Kuntien tuli kehittää kuntouttavan työtoiminnan sisältöä, laatua ja yhteyksiä muihin palveluihin yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Erityisesti yhteistyötä järjestöjen kanssa oli kehitettävä. Sosiaalisella kuntoutuksella tuettiin mielekkään arjen toteutumista. Ammattilaisten tarjoaman avun lisäksi kehitettiin vertaistukitoimintaa. Kuntien haluttiin tehostavan moniammatillista yhteistyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 3, 11–12.)

Terveyden edistämisen interventioiden vaikutusta työttömien työllistymiseen on tutkittu Suomessa ja Hollannissa. Molemmat tutkimukset ovat osoittaneet sen, että terveyden edistämisen interventioilla ei ole ollut merkitystä työllistymiseen. Tutkijat ovat sitä mieltä, että terveyden edistämisen toimenpiteet eivät yksistään edistä työllistymistä. (Romppainen, Saloniemi, Kinnunen, Liukkonen & Virtanen 2014; Shuring, Burdorf, Voorham, der Weduwe & Mackenbach 2009.) Työttömät tarvitsevat kuitenkin terveydenhuollon palveluita ja palveluiden kehittämistä tulee jatkaa edelleen. Työttömien terveydenhuollon palveluiden tulee olla hyvin monimuotoiset, sillä työttömien joukko on myös monimuotoinen. (Romppainen ym. 2014, 6.)

Terveyden edistäminen on terveydenhuollossa moniammatillista toimintaa (Vertio 2003, 113). Työttömien terveystalvueluita koskevassa suosituksessa korostetaan, että toimivat työttömien työnhakijoiden terveystalvuelut edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä ja moniammatillista työotetta. Kuntien sosiaali- ja terveystalvueluiden ja työ- ja elinkeinohallinnon tulee tehdä yhteistyötä niin, että tuetaan asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia ja terveyden edistämistä sekä työ- ja toimintakykyä. Tavoitteena on tukea asiakkaan omia voimavaroja ja motivaatiota. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d.) Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan työttömän työllistymisen tueksi. Yhteistyön avulla voidaan löytää uusia ratkaisuja työttömän terveyden edistämiseksi ja päällekkäiset toiminnot vähenevät. (Saikku ym. 2010, 14.) Verkostomaisen työskentelyn avulla voidaan vaikuttaa syrjäytymisen ehkäisemiseen ja antaa tukea työelämävalmiuksiin (Lappalainen, 2017, 22). Työttömillä on paljon terveystalvuelmisiä, joista suurta osaa voidaan hoitaa verkostoitumalla (Niiranen ym. 2011, 47).

3.5 Asiakaskohtaamiset terveyden edistämisen työssä

Asiakas määritellään palvelujen tai tuotteiden vastaanottajana ja se voi olla luonnollinen henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio. Palvelujen tuottajan näkökulmasta asiakkaita voivat olla todelliset tai mahdollisesti palvelujen vastaanottajat ja nämä yhdessä muodostavat palvelujen tuottajan asiakaskunnan. Asiakkaita ovat myös palvelun maksajat, kuten kunta, kuntayhtymä, valtio, vakuutusyhtiöt tai yksityiset säätiöt. (Stakes & Tekniikan Sanastokeskus 1997, 23.) Tässä opinnäytetyössä asiakkaalla tarkoitetaan

henkilöä tai henkilöryhmää, joka käyttää terveydenhuollon palvelua tai kelle palvelu on suunniteltu. Asiakasjoukosta tarkastellaan henkilöitä, jotka ovat työttömiä eli vailla työtä. Terveydenhuollossa asiakkaista käytetään myös nimitystä potilas ja silloin asiakas määritellään henkilöksi, jolla on jokin terveydentilaa koskeva ongelma (Stakes & Tekniikan Sanastokeskus 1997, 23).

Työttömiä pidetään hyvin heterogeenisenä asiakasryhmänä terveydentilan ja palveluntarpeiden osalta (Sinervo ym. 2013, 11). Asiakkaan hyvä tuntemus on lähtökohtana terveyttä edistävässä toiminnassa ja toimivassa vuorovaikutuksessa. Kun puhutaan kohtaamisesta, keskeistä on selvittää mitä on hyvä vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä. Vuorovaikutuksen luonteeseen ja sisältöön vaikuttavat yksilön ikä, elämäntilanne, tarpeet ja odotukset. Terveyskeskustelussa asiakasta autetaan selkiyttämään elämäntilanneettaan tai terveyteen liittyviä tekijöitä erilaisten kysymysten avulla. Ammatillisen vuorovaikutuksen tulee edistää asiakkaan terveyttä tai terveysosaamista. Pelkkä informointi terveyttä uhkaavista terveysriskeistä ei riitä, vaan vuorovaikutuksen tulee mahdollistaa tiedollisen, sosiaalisen ja emotionaalisen tuen. Terveyskeskustelussa pätevät hyvän vuorovaikutuksen tunnuspiirteet, joita ovat yksilön tuntemus, aitous, avoimuus, empatia, kuuntelu ja vastavuoroisuus. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus ilmaista itseään, tulla hyväksytyksi ja kuulluksi. Lisäksi terveystalkustelussa korostuu asiakkaan mahdollisuus valintojen tekemiseen. Terveystalkustelua voidaankin pitää työvälineenä sosiaali- ja terveydenhuollossa, jolloin asiakassuhteessa toteutuu ammattimainen ja tasavertainen lähestymistapa. Asiantuntijan kyky arvioida ja taito saada oikeaa ja asianmukaista tietoa sekä kyky kuunnella ovat perustana asiantuntijan tekemässä arvioinnissa asiakkaan elämäntilanteesta. (Hirvonen, Pietilä & Eirola 2002, 219–220.)

Terveyden edistämisessä tarkoitus on tukea yksilöitä tai ryhmiä terveysvalinnoissa. Terveyteen liittyvät kysymykset ovat hyvin henkilökohtaisia ja tämä vaatii ammattilaiselta hienovaraisuutta asiakkaan ja hänen terveyteensä liittyvien kysymysten käsittelyssä. Terveydenhuollon ammattilaisen on oltava herkkä asiakkaan elämäntilanteelle, kunnioitettava hänen elämäntilannettaan ja elämänhistoriaansa ja pyrittävä neuvottelemaan työotteeseen. (Kylmä ym. 2002, 63.)

Ammattilaisen tulee tiedostaa vuorovaikutukseen liittyvät eettiset kysymykset, kuten autonomia eli asiakkaan vapaus päättää omista toimistaan. Asiakkaiden sitoutuneisuus terveyttä edistävään toimintaan perustuu merkittävällä tavalla asiakkaan ja ammattilaisen väliseen luottamukseen ja yhteistyön kehittämiseen. (Kylmä ym. 2002, 65, 70.)

Terveyden edistämisen tulee perustua tutkittuun tieteelliseen tietoon, mutta toimintaan sisältyy myös aineksia, joihin ei pysty soveltamaan systemaattisen arvioinnin periaatteita. Esimerkiksi terveyskeskusteluun sisältyy empatia, kyky kuunnella ja asiakkaan valintojen kunnioittaminen. Yksilö tekee elämäänsä koskevat valinnat ja vastuu terveyden edistämisestä on yksilöllä itsellään. On kuitenkin tilanteita, esimerkiksi lasten ja nuorten terveyden edistäminen, jolloin yksilön valmiudet valintojen tekemiseen on rajalliset. (Kylmä ym. 2002, 74.)

Ammatillinen kohtaaminen voi sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutua monin eritavoin. Parhaimmillaan kohtaaminen on tilaa antavaa, toista huomioivaa ja läsnäolevaa. Asiakas tulisi nähdä ihmisenä, jonka mahdollisuuksiin luotetaan eikä vain olla työn kohde, poishoidettava vaiva tai ongelma. Asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ja tilanteen arvioinnin vaikeudet tulevat esille selvimmin haasteellisessa elämäntilanteessa elävien asiakkaiden kanssa. (Helminen & Sukula-Ruusunen 2017, 48, 49.)

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeessa (2009) koottiin terveydenhoitajien kokemuksen pohjalta työttömien terveystarkastusten ja -tapaamisten erityispiirteitä. Terveydenhoitajien mukaan pitkäaikaistyöttömillä on enemmän sairauksia ja terveyteen liittyviä vaivoja ja oireita kuin työssäkäyvillä. Asiakkaan kiinnostus ja motivaatio terveydentilasta ja elämäntavoista voivat olla vähäiset, koska fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin heikkeneminen ja ihmissuhde- ja talousongelmat rasittavat hyvinvointia. Pitkäaikaistyöttömät tarvitsivat tukea ja ohjausta perusterveydenhuollon palvelujen käytössä, aikojen varaamisessa ja aikojen käytössä. Toisilla asiakkailla oli vaikeuksia hakeutua ajoissa hoitoon ja tähän vaikutti monesti työttömyyden pitkittyminen. Pitkittyessään työttömyys aiheuttaa omatoimisuuden ja itsetunnon heikkenemistä. (Sinervo 2009, 123–124.)

Tarkastelussa todettiin että, työttömät ovat asiakaskunnaltaan hyvin heterogeeninen ja moniongelmainen. Toiminnan lähtökohtana tulisi olla työttömän kokonaisvaltainen huomiointi ja työ- ja toimintakyvyn arviointi, ja tämän huomioiminen vaatii paljon aikaa terveystapaamisissa. Asiakkaan omien voimavarojen ja verkostojen tukeminen sekä muutoshalukkuuden motivointi edistävät parhaiten palvelujen toteutumista ja elintapoihin vaikuttamista. (Sinervo 2009, 124.)

Esille nousi myös asiakirjoja koskeva salassapitovelvollisuus. Työttömien palveluverkosto on moninainen ja viranomaisten tulee tietää, että tietoja asiakkaista ei saa toiselle viranomaiselle antaa ilman asiakkaan suostumusta. Näin ollen, jos asiakas ei lupaa antaa, jää terveystarkastuksissa ja -tapaamisissa esille tulleet tiedot vain terveydenhuollon nähtäville. Palveluohjauksellisen työtteen toteuttamiseksi tulee työntekijöiden tuntea

palveluprosessit. Haastavan ja moniongelmaisen asiakkaan kohtaaminen voi olla kuormittavaa työntekijälle ja tähän tulee saada työnohjausta. (Sivervo 2009, 125.)

Myös Hultin (2014, 58) Pro gradu -tutkielmassa nousi esille, että työttömien terveyden ja hyvinvoinnin kokemukset ovat hyvin vaihtelevia. Työttömyys vaikuttaa yksilöiden terveyteen ja hyvinvointiin yksilöllisesti eivätkä vaikutukset ole aina pelkästään kielteisiä. Työttömille suunnatuissa palveluissa tulisikin tuntea paremmin yksilölliset elämänhistoriat ja -tilanteet. (Hult 2014, 58.) Lappalaisen väitöskirja tutkimuksessa (2017, 22) työttömien terveyspalveluiden erityispiirteeksi tunnistettiin, että hoitokontaktin ja luottamuksen syntyminen voi kestää pitkään.

Asiakkaan kohtaamisessa keskeistä on siis asiakkaan tuntemus ja kiinnostus asiakkaasta. Merkittävää on tuntemus asiakkaan elämäntilanteesta ja terveydentilasta. Vaikka loppujen lopuksi yksilölliset tarpeet tulee huomioida ensisijaisesti asiakaskohtaamisissa, on myös hyvä tunnistaa eri asiakasryhmien tarpeita ja terveyttä uhkaavia tekijöitä. Työttömien kohtaamisessa erityisesti terveyden edistämisen näkökulmasta, on työntekijöiden hyvä tietää, että työttömällä on riskiä terveyden heikkenemiselle etenkin, jos työttömyys pitkittyy. Työntekijän tulisi siis tunnistaa näitä mahdollisia terveysuhkia ja niiden ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää huomioita.

Perusterveydenhuollon toimijoilla tulisi olla ammattitaitoa työttömien terveyskysymyksistä ja ammattitaitoa tulisi lisätä esimerkiksi koulutuksella. Työntekijöiden tulee tuntea työttömyyden erityiskysymyksiä, työ- ja toimintakyvyn osatekijöitä ja moniammatillisen palvelujärjestelmän tunteesta. Asiakkaiden voimavaroja tulee voimistaa palveluohjauksellisella työotteella. (Karjalainen 2008, 72.)

4 TYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUT

Työttömät ovat yhtä lailla oikeutettuja julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluihin kuin muutkin kansalaiset. Perusterveydenhuollon palveluihin kuuluvat terveyskeskuksen järjestämät palvelut, kuten esimerkiksi lääkärin- ja sairaanhoitajanvastaanotto palvelut, hammashuolto, päivystys sekä mielenterveyspalvelut. Lisäksi työttömille on tarjolla terveyteen liittyviä palveluita sosiaalitoimessa ja työllistämispalveluissa. Työttömien tilanteet vaihtelevat paljon keskenään. Työttömät tarvitsevat erilaisia terveydenhuollon palveluja (Saikku 2011, 61). Työtön voi tarvita tukea työkyvyn ylläpitämiseen, jolloin kyseessä on enemmän ennaltaehkäisevää ja terveyttä ylläpitävää palvelua.

Työtön tarvitsee terveydenhuoltoa, kun kyseeseen tulee siirtyminen hoitoon, kuntoutukseen, sairausvapaalle tai eläkkeelle. (Saikku 2011, 61.) Selkein työttömille suunnattu terveyden edistämisen palvelu perusterveydenhuollossa on työttömien terveystarkastus. Seuraavaksi tarkastellaan työttömien terveystarkastuksen kehittämistyön lähtökohdista ja työttömien terveystarkastuksia.

4.1 Työttömien terveystarkastuksen kehittämisen lähtökohdat

Terveystarkastuksen saatavuus asettaa työttömät eriarvoiseen asemaan suhteessa muuhun työikäiseen väestöön, sillä työterveyshuolto tarjoaa maksuttomia terveystarkastuksia ja muita niihin liittyviä palveluja työssäkäyville. Työttömät tarvitsevat erityisjärjestelyjä terveydentilansa ja työ- ja toimintakykynsä ylläpitämiseen ja edistämiseen, sillä terveysongelmat ja puutteet työkyvyssä voivat syrjäyttää työmarkkinoilta ja hankaloittaa tai jopa estää työllistymisen. (Saikku ym. 2010, 13–14.) Pitkäaikaistyöttömien taloudelliset mahdollisuudet käyttää yksityisiä palveluja ovat yleensä heikot. Myös julkisten palveluiden asiakasmaksut voivat rajoittaa palveluiden käyttöä. Palvelut eivät ole aina riittävät eivätkä ne kohdennu tarkoituksenmukaisesti. (Sinervo 2009, 15.)

Terveystarkastuksen tasa-arvoisuutta edistetään sillä, että tarjotaan aktiivisesti palveluita heikommassa asemassa, kuten pitkään työttömänä, oleville (Saikku 2008, 72). Tiedetään että työttömät hakeutuvat huonosti palveluiden pariin. Työkykyä tukevista, ennaltaehkäisevistä palveluista tiedotetaan myös huonosti. Työttömät tarvitsevat omia terveystarkastuksia. Palveluiden maksuttomuus ja matalankynnyksen hoitopaikat ovat tärkeitä. (Lappalainen 2017, 35, 43.)

Työttömien terveystarkastuksia on kehitetty 1990-luvulta lähtien paikallisesti ja alueellisesti erilaisissa hankkeissa. 2000-luvulla toiminta kiinnittyi työ- ja elinkeinohallinnon, kuntien ja Kelan yhteisiin työvoimain palvelukeskuksiin (TYP). (Sinervo ym. 2013, 11.) Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut ovat osa kuntoutumisen ja työllistymisen prosessia. TYP tarjoaa monipuolisesti kuntoutusta työttömille. Keskeinen kuntoutusmuoto on kuntouttava työtoiminta ja sen tarve ja merkitys lisääntyvät jatkuvasti. Ryhmämuotoisten kurssien avulla tuetaan elämänhallintaa ja arjessa selviytymistä tai terveellisiä elämäntapoja ja liikuntaa. Päihde- ja mielenterveyskuntoutukselle olisi tarvetta enemmänkin mitä tällä hetkellä sitä voidaan tarjota. Lisäksi järjestetään lääkinällistä ja ammatillista kuntoutusta. TYP:n moniammatillisten työryhmien asiantuntemusta asiakkaiden kuntoutustarpeen arvioimisessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä pidetään tärkeänä. (Saikku 2008, 70.)

TYP-toiminnan kautta ei kuitenkaan tavoiteta kaikkia työttömiä, sillä TYP-palvelut on tarkoitettu pitkäaikaistyöttömille ja vaikeasti työllistyvälle. Näitä palvelukeskuksia ei ole myöskään joka kunnassa. Tarvitaan siis yhteistyötä palveluiden kehittämiseen myös työ- ja elinkeinotoimiston ja sosiaalitoimiston kanssa. (Saikku 2009, 15.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos selvitti vuonna 2013 työttömien terveyspalveluiden valtakunnallista tilannetta terveyskeskustoimijoiden näkökulmasta. Lähes kaikissa kunnissa (99 %) oli toteutettu kehittämistyötä vuosina 2012-2013 koskien työttömien terveyspalveluiden kehittämistä. Suurin osa vastaajista (90 %) oli sitä mieltä, että työttömät tarvitsevat omia terveystarkastuksia ja että työttömien hoidossa ei huomioida riittävästi terveyteen liittyviä asioita (70 %). Toisaalta vain 48 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että työttömyyden tulee olla peruste erityistoimille perusterveydenhuollossa. Osa taas oli sitä mieltä, että työttömät saavat palveluita kuten muutkin kuntalaiset (40 %). (Sinervo ym. 2013, 3, 18, 23.)

Kerätär (2016, 93) toteaa, että pitkäaikaistyöttömien työkyvyn heikentymistä ei havaita peruspalveluissa, työvoima- sekä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Erityisesti terveyspalveluilta vaaditaan aktiivisuutta ja uusia palvelumuotoja, joissa huomioidaan syrjäytymisen uhan alla olevien, kuten pitkäaikaistyöttömien, tarpeet ja osataan kohdata monialaista palvelua tarvitseva asiakas. Pitkäaikaistyöttömien hoito, kuntoutus ja muu sosiaaliturva tulisi järjestää yksilölliseen ja monialaiseen terveystarkastukseen perustuen. (Kerätär 2016, 82, 93–94.) Lappalainen (2017, 44) kuvaa työttömien työ- ja toimintakykyä tukevien terveydenhuollon henkilöstön osamistarpeiksi työttömyyden erityispiirteiden tunnistamisen, työkyvyn arvioinnin, moniammatillisen työskentelyn sekä tietämyksen kuntoutuksen ja sosiaalivakuutuksen kentästä.

Saikku (2008) mainitsee työttömien terveyspalvelujen kehittämisessä kolme painopistealuetta: ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus sekä eläkemahdollisuuksien selvittely. Ennaltaehkäisevän työn merkitys on tullut esille pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksissa. Mikäli asiakkaita olisi voitu aikaisemmin tukea terveydentilaan ja elämäntapoihin liittyvissä kysymyksissä, eivät tilanteet ehkä olisi menneet niin ongelmalliseksi. Ennaltaehkäisevän työn tulisi kohdistua erityisesti nuoriin työttömiin, juuri työttömäksi jääneisiin ja pätkätyöläisiin. Terveyspalveluita tarvitaan siis jo heti työttömyyden alussa, jotta voidaan tarttua ajoissa mahdollisiin terveyden riskitekijöihin. Terveystilan ja elintapojen huomioimisen lisäksi tulisi huomioida ihmisen koko elämäntilanne ja hyvinvointi, johon vaikuttavat psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät. Ennaltaehkäisevää toimintaa on myös se, että työttömille tarjotaan mahdollisuus osallistua liikuntapalveluihin ja muuhun työ- ja toimintakykyä ylläpitävään toimintaan. (Saikku 2008, 71.)

Vaikka toimivia käytäntöjä on kehitetty ja yhteistyö on parantunut, haasteena tulee olemaan toiminnan jatkuvuus ja kiinnittäminen osaksi kuntien palvelurakennetta (Niiranen ym. 2011, 47; Saikku 2009, 5). Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos on laatinut suositukset työttömien työnhakijoiden terveyspalveluista. Suositusten tarkoituksena on tukea päättäjiä ja henkilöstöä palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja seurannassa. (Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos n.d.) Työttömien terveyspalveluita tulee jatkossakin kehittää kunnissa. Työttömien palveluntarve ja terveyspalvelujen kysyntä tulevat kasvamaan, koska työttömyyttä on edelleen paljon ja rakenteellinen työttömyys tulee kasvamaan. Kunnissa tulisi arvioida ovatko palvelut riittävän laaja-alaisia työttömille. (Sinervo ym. 2013, 39–40.)

Lappalainen (2017) selvitti työelämävalmiuksia tukevan viranomaisverkostotyön ja terveydenhuollon sisäisen verkostotyön toimivuutta. Terveyspalveluiden sisäisessä yhteistyössä nähtiin olevan kehittämisen tarvetta. Yhteistyötä eri tahojen välillä kuitenkin on ja työttömien terveyden edistämiseen osallistuu monia eri tahoja. Yhteistyö on vain yksisuuntaista. Yhteistyö perusterveydenhuollon avovastaanottotoimintaa kohden oli vahvaa ja työterveyshuolto puolestaan koettiin irrallisena verkostosta. Terveystyön ja TE-hallinnon yhteistyö ei ole vielä riittävän tiivistä. Työttömien palveluntarve on hyvin moninainen ja toiminnan keskiössä tulisi olla ennen kaikkea asiakas. (Lappalainen 2017, 22–23, 35, 44.)

4.2 Työttömien terveystarkastukset

Työttömien terveystarkastukset tulivat lakisääteisiksi vuonna 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö laati kirjeen kunnille vuonna 2013 työttömien terveydenhuollon järjestämisestä. Kuntien tulee laatia terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, johon sisältyy myös työttömien terveystarkastukset ja terveysneuvonta. Terveysneuvonnan ja -tarkastusten tulee tukea työ- ja toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistettävä mielenterveyttä ja elämänhallintaa. Terveystarkastuksiin tulee sisältyä mielenterveys- ja päihdearvio. Tarkastuksien toteutumista tulee edelleen tehostaa. Työttömien työ- ja toimintakykyä tulee tarvittaessa arvioida myös erikoissairaanhoidossa. Erityisesti syrjäytymisriskissä olevat tulisi tunnistaa ja ohjata tarvittaviin palveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 1.)

Työterveyshuollon tulee tarvittaessa tehdä työ- ja toimintakykyarvio, jos työntekijän työsuhte on päättymässä. Yhdessä työntekijän kanssa laaditaan työkykyä ylläpitävä suunnitelma ja hänet ohjataan oman kuntansa perusterveydenhuoltoon ja kuntoutuksen tukitoimenpiteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 1.) Työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä tulisi kehittää erityisesti työttömäksi jäävien terveyspalveluiden osalta (Lappalainen 2017, 47). Työterveyshuollolla on erikoisosaimista työkyvyn arvioinnissa, ylläpitämisessä, edistämässä, varhaisessa

puutumisessa työn riskitekijöihin ja kuntoutukseen ohjaamisessa (Niiranen ym. 2011, 38).

Sosiaali- ja terveysministerin kirjeessä (2013) on kuvattu työttömän terveystarkastus ja työ- ja toimintakyvyn arviointiprosessi. Työttömät hakeutuvat terveystarkastuksiin joko omasta tarpeesta tai viranomaisen havaitsemasta tarpeesta. Laaja-alaisen terveystarkastuksen tekee terveydenhoitaja, joka ohjaa työttömän lääkärin vastaanotolle, mikäli hänellä on jokin hoitoa vaativa sairaus tai tarve työ- ja toimintakyvyn arvioinnille. Tarvittaessa työtön ohjataan kuntoutuspalveluiden pariin. Terveystarkastuksista lähetetään palaute asiakkaalle ja lähettävälle viranomaiselle. TE-toimisto tarvitsee myös palautteen terveystarkastuksesta, jotta tunnistetaan asiakkaan palveluntarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 2.)

Työttömille kohdistetut terveystarkastukset ja -palvelut antavat mahdollisuuden tilanteiden kokonaisvaltaiseen käsittelyyn ja oikeiden palveluiden löytymiseen (Saikku 2011, 55). Työttömien terveystarkastuksen tuloksien perusteella asiakkaita ohjataan palveluiden pariin. Terveydenhuollon tehtävänä voi olla työkyvyn tukeminen, ylläpitäminen ja parantaminen, jolloin asiakkaalle voidaan tarjota elintapaneuvontaa ja tukea omahoitoon. Jos todetaan työkyvyn heikkoutta, tulee työtön ohjata hoitoon tai kuntoutukseen. Jos taas työtön todetaan terveystarkastuksen perusteella työkyvyttömäksi, tulee hänet ohjata hakeutumaan sairauslomalle tai eläkkeelle. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011, 8.)

Valtakunnallisesti työttömien terveystarkastuksien toteutumista ja vaikutuksia seuraavat sosiaali- ja terveysministeriö sekä työ- ja elinkeinoministeriö. Lisäksi kuntien tulee seurata ja arvioida terveystarkastusten ja -neuvonnan toteutumista alueella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 4.) Terveyden edistämällä ja ennaltaehkäisevällä työllä tuetaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon säästötavoitteita ja vaikutetaan myönteisesti kuntien ja valtion talouteen. Työikäisten terveyden ja toimintakyvyn edistäminen on tärkeää myös työvoiman saatavuuden näkökulmasta. (Saikku ym. 2010, 14.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksen (2013) mukaan työttömien terveystarkastuksia toteuttaneiden kuntien määrä oli selvästi noussut vuoden 2005 jälkeen. Tätä ovat edesauttaneet PTT-hankeen juurruttamistyö vuosina 2007-2010 ja terveystarkastusten lakisääteistyminen vuonna 2011. Terveystarkastuksien toteuttamisen esteenä pidettiin yleisemmin resurssipulaa, nämä olivat joko taloudellisia resursseja tai henkilökuntaa koskevia resursseja kuten henkilöstön vaihtuvuus tai riittämättömyys. Myös lähetteiden vähäisyys ja asiakkaiden heikko osallistuminen terveystarkastuksiin olivat syitä, miksi tarkastuksien tekeminen oli lopetettu. (Sinervo ym. 2013, 25.)

Työttömien terveystarkastuksia toteutettiin kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla eri tavoin. Terveystarkastuksia hallinnoi pääasiassa terveystoimi tai sosiaali- ja terveystoimi. Joissain kunnissa tai yhteistoiminta-alueilla hallinnoinnista vastasi työvoimain palvelukeskus (TYP), sosiaalitoimi tai kunnan työllistämisyksikkö. Terveystarkastuksia tehtiin enimmäkseen terveyskeskuksissa, muita toimipisteitä olivat kunnan työterveyshuolto tai TYP. Terveystarkastuksiin ohjattiin työttömiä sovituin kriteerein, kuten viranomaisen tekemän tarvearvion tai työttömyyden pituuden perusteella. Terveyskeskuksille tehdyn kyselyn mukaan 38 % vastaajista toi esille, että terveystarkastukseen on kaikilla mahdollisuus ja oikeus, näin ollen olennaista oli työttömän oma tarve, halukkuus ja motivaatio osallistua palveluun. (Sinervo ym. 2013, 25–27.)

Terveyskeskuksissa ollaan sitä mieltä, että työttömien terveystarkastuksia tekemällä voidaan ennaltaehkäistä kansansairauksia (71 %). Terveystarkastuksilla nähtiin olevan useita vaikutuksia, kuten työn ja terveyden välisen yhteyden sekä työttömyyden ja syrjäytymisen syiden ymmärtäminen. Työttömien palveluiden pariin pääseminen oli parantunut ja tasa-arvoisuus työssäkäyvien kanssa. Työttömien terveystarkastuksia ja -palveluita pidettiin yhtenä merkittävimmistä paikallisista toimista työttömien terveyden, hyvinvoinnin ja työllistymisedellytysten parantamiseksi. (Sinervo ym. 2013, 30, 35.)

PTT -hankkeessa havaittiin että, terveystarkastuksissa esille tulleista terveysriskeistä viidesosa oli sellaisia, jotka eivät olleet aikaisemmin asiakkaan tai terveydenhuollon tiedossa. Näin ollen työttömien terveydenhuollossa keskeistä on asiakkaiden motivointi ja kannustaminen hoitoon ja terveydestään huolehtimiseen. Asiakkaiden suhteet terveydenhuoltoon voivat olla katkonaiset ja ajoittaiset. Tällöin ei välttämättä synny kokonaisvaltaista näkemystä ja hoitosuunnitelmaa, vaikka terveyteen vaikuttavat riskitekijät ovatkin tiedossa. (Saikku 2009, 54.)

5 TERVEYSHYÖTYMALLI JA TERVEYSHYÖTYASIAKKUUS

Terveyskeskuksien toimintaa alettiin kehittää valtakunnallisesti vuonna 2008 aloitetun toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman myötä. Hankkeen käynnisti sosiaali- ja terveysministeriö ja sen lähtökohtana oli perusterveydenhuollon vahvistaminen ja kehittäminen. Yksi keskeisimmistä toimenpiteistä oli ottaa käyttöön pitkäaikaissairauksien ehkäisyn ja hoidon toimintamalli eli terveyshyötymalli (Chronic Care Model). Periaatteena oli siirtäjä hajautetusta sairauskeskeisestä hoidosta kokonaisvaltaiseen ja suunnitelmalliseen hoitoon. Toimintaa tehdään moniammatillisessa yhteistyössä. (Muurinen & Mäntyranta n.d., 3–5.)

Terveyshyötymalli on lähtöisin Wagnerin 1998 pitkäaikaissairaiden hoidon järjestämiseen esittämästä mallista. Malli sisältää kuusi osaa: omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tietojärjestelmien tehokas käyttö, palvelutuottajan sitoutuminen sekä ympäröivien yhteisöjen tuki. Sen tarkoituksena on keskittyä asiakkaisiin, joilla on pitkäkestoista tai jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa vaativa tila tai tilanne. Malli on kohdennettu nimenomaan perusterveydenhuoltoon, mutta sitä voidaan käyttää myös muissa toimialoissa kuten erikoissairaanhoidossa tai sosiaalitoimessa. (Muurinen ym. n.d., 6.) Terveyshyötymalli on toiminnan viitekehys, ja sitä toteutetaan eri organisaatioissa eri tavoin (Coleman, Austin, Brach & Wagner 2009, 7).

Toimiva terveyskeskus -ohjelman myötä terveyshyötymallia alettiin toteuttaa asiakasvastaava (Case manager) -toimintaa mallintamalla. Asiakasvastaava on työntekijä, joka vastaa monisairaiden ja/tai paljon palveluja tarvitsevien tai käyttävien asiakkaiden hoidon toteutuksesta ja koordinoinnista. Asiakkaita voidaan seuloa palvelun pariin asiakastietojärjestelmien avulla. Asiakkaita voidaan ohjata myös päivystyksestä, lääkäreiden vastaanotoilta, suun terveydenhuollosta tai muiden ammattiryhmien vastaanotoilta. Paikallisesti voidaan sopia asiakkaiden valintakriteereistä, jotka voivat olla esimerkiksi pitkäaikaissairaus, kohonnut kokonaisriski, paljon palveluja käyttävä tai ikä. (Muurinen ym. n.d., 5, 11, 13.)

Terveyshyötymallin toiminnan tavoitteena on kohdata asiakas kokonaisuutena hänen erilaiset tarpeet ja ongelmat huomioiden. Malli painottuu nimenomaan sairauksien ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja seurantaan. Toiminnan tarkoituksena on tukea asiakkaan omahoitoa ja voimaantumista. Asiakkaalla on vastuu terveydestään ja elintavoistaan omien edellytystensä mukaisesti. Asiakasvastaava toimii asiakkaan rinnalla ja vastaa hoitosuunnitelman toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista. Toiminnan perustana on toimiva, vastavuoroinen kommunikaatio. Asiakasvastaavan on tarkoitus voimauttaa asiakasta niin, että hän pystyy jatkossa vastaamaan omahoidostaan ja hoitosuhde voidaan päättää. (Kanste, Holappa, Miettinen, Rissanen & Törmänen 2010, 56–57; Muurinen ym. n.d., 13–14.) Terveyshyötymalli antaa hyvät edellytykset työttömien terveyden edistämisen työlle, sillä siinä korostetaan samoja piirteitä kuin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatimassa työttömien työnhakijoiden terveyspalveluita koskevissa suosituksessa.

Asiakasvastaava toiminnan voidaan katsoa olevan palveluohjausta. Palveluohjaus on myös ennaltaehkäisevä työmenetelmä. Kun palveluohjaus käynnistetään varhaisessa vaiheessa, asiakkaan ongelmiin voidaan löytää ratkaisut ennen kuin niistä koituu liian suuri ongelma. Varhaista puuttamista on myös se, kun asiakaskunnasta löydetään ajoissa ne henkilöt, jotka

hyötyvät palveluohjauksesta ja heidät osataan ohjata palvelujärjestelmämme palveluohjauksen piiriin. (Hänninen 2007, 12, 13.)

Terveyshyötymallissa on kyse moniammatillisesta työstä, sillä terveyshyötymallin tiimit koostuvat eri terveydenhuollon asiantuntijoista kuten lääkäreistä, sairaanhoitajista, ravitsemusterapeuteista, fysioterapeuteista sekä päihde- ja mielenterveyshoitajista. Perusterveydenhuollossa moniammatillisuus tarjoaa hyvät mahdollisuudet asiakkaiden terveyden edistämiseksi (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2002, 80).

Työttömien terveystalvissa keskeistä on ihmisten aktiivinen tavoittaminen ja ohjauksellinen palvelu. Nämä ovat perusterveydenhuollossa uusia näkökulmia. Palveluja tulisi tarjota tarpeen mukaan, ei vain kysynnän mukaan. Työttömien terveystalv on lähtökohtaisesti tarpeen mukaista palvelua, jossa palvelua tarvitsevien määrää on vaikea arvioida etukäteen. Terveyshyötymalli voidaan yhdistää työttömien terveystalvuiden kehittämiseen. Työttömiä voidaan pitää riskiryhmänä, jonka kohdalla palvelujen suunnitelmallisuus ja yhteensovittaminen sekä palveluohjauksellinen työote voivat tehostaa terveyshyödyn saavuttamista mitattavassa terveydessä sekä terveyteen liittyvien kulujen pienenemisessä. (Saikku 2012, 38, 40–41.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää työntekijöiden näkemyksiä siitä, miten asiakkaan työttömyys vaikuttaa asiakaskohtaisiin terveydenhuollossa, kun tehdään terveyden edistämisen työtä. Lisäksi selvitetään miten työttömät soveltuvat terveyshyötyasiakkaiksi sekä millaisia terveyden edistämisen tarpeita työttömillä on työntekijöiden näkemyksen mukaan.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille terveydenhuollon ammattilaisten näkemys työttömien kohtaamisesta ja terveyden edistämisestä. Tavoitteena on lisätä ymmärrystä työttömien kohtaamiseen ja näin ollen antaa näkökulmaa asiakaskohtaisiin kehittämiseen kohti asiakaslähtöisyyttä. Lisäksi tulokset voivat antaa tukea ja ymmärrystä asiakaskohtaisiin terveydenhuollon ammattilaisille. Asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisen perustana on tieto asiakkaista ja tieto asiakkaiden palvelukokemuksista on tärkeää (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 41). Asiakkailta saadun tiedon lisäksi, työntekijöiltä saatu tieto on

merkittävää, sillä työntekijät saavat tietoa asiakkaiden kokemuksista palvelutilanteissa (Virtanen ym. 2011, 42). Työntekijät tarkastelevat tilannetta oman ammatillisen osaamisen kautta.

6.2 Tutkimuskysymykset

1. Miten asiakkaan työttömyys vaikuttaa asiakaskohtaamisiin terveydenhuollossa, kun tehdään terveyden edistämisen työtä?
2. Miten työttömät soveltuvat terveyshyötyasiakkaiksi?
3. Millaisia terveyden edistämisen tarpeita työttömillä on?

7 TUTKIMUSPROSESSI

7.1 Laadullinen tutkimus ja tutkimusprosessin käynnistyminen

Tämä opinnäytetyö päätettiin tehdä laadullisena tutkimuksena, koska laadullisessa tutkimuksessa keskeistä on tutkittavien kokemukset ja tutkimuksen tehtävänä on antaa teoreettisesti mielekäs tulkinta tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena voi olla esimerkiksi uuden tiedon hankinta, ilmiön kuvaus, ymmärryksen syventäminen, ilmiön tulkinta tai kyseenalaistaminen. (Puusa & Juuti 2011, 47–48.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää työntekijöiden kokemuksia työttömien kohtaamisesta terveydenhuollon asiakkaina, joten laadullinen tutkimusmenetelmänä on tähän soveltuva.

Laadullinen tutkimusprosessi on luonteeltaan joustava ja avoin. Tutkimuksen vaiheet, aineistonkeruu, analyysi, tulkinta ja raportointi, nivoutuvat yhteen ja vaikka prosessi eteneekin vaiheittain voi prosessin aikana palata tarkastelemaan tutkimuksen alkuvaiheita. Esimerkiksi aineistonkeruuvaiheessa voi olla tarpeellistakin palata alkuun ja tarkastella alustavasti asetettuja kysymyksiä ja tutkimuksen tavoitteita. (Puusa ym. 2011, 51.)

Opinnäytetyöprosessi alkoi tapaamisesta yhteistyöorganisaation edustajan kanssa, jolloin ideoitiin opinnäytetyön aihetta ja mahdollisuutta yhteistyöhön. Tämän jälkeen alkoi tutkimusprosessi tutustumalla aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja tutkimustietoon, ja näin tutkimuksen teoreettinen viitekehys alkoi rakentumaan. Tutkimuskysymykset on laadittu teorianäkökulmaan sekä yhteistyöorganisaatiolta saatuihin tietoihin pohjautuen. Tutkimuksen näkökulman valintaan on vaikuttanut myös opinnäytetyöntekijän omat mielenkiinnon kohteet.

Tutkimussuunnitelman valmistuttua, tutkimukselle saatiin virallinen yhteistyöorganisaation tutkimuslupa. Tämän tutkimusluvan saatua aloitettiin

yhteistyöorganisaation kanssa varsinainen tutkimuksen suunnittelun ja toteutumisen yhteistyö.

7.2 Aineistonkeruu

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistykseen, vaan tarkoituksena on kuvata jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtää tiettyä toimintaa tai antaa teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85). Tämän vuoksi on tärkeää, että henkilöt joilta tietoa kerätään, tietävät tai heillä on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. Tiedonantajat tulee siis valita harkiten ja tarkoitukseen perustuen. (Tuomi ym. 2013, 86; Vilkkä 2009, 114.) Tutkimuksen tiedonantajiksi valittiin työntekijät jotka toimivat terveyshyötymallin mukaisesti, koska he perehtyvät asiakkaidensa tilanteisiin kokonaisvaltaisesti ja he mahdollisesti tunnistavat eri asiakasryhmien erityistarpeita. Yhteistyöorganisaation kanssa päätettiin rajata tiedonantajat sairaanhoitajiin, koska he osallistuvat asiakkaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen sekä toimivat yhteyshenkilöinä asiakkaille. Asiakaskohtaamisissa kohtaavat asiakas ja työntekijä ja tässä tutkimuksessa haluttiin tarkastella työntekijöiden kokemuksia ja näkemyksiä. Työntekijät tarkastelevat kohtaamisia oman ammatillisen osaamisen kautta ja tämä näkökulma on myös tärkeä työelämän ja asiakasprosessien kehittämisen kannalta. Työntekijät ovat lähellä asiakasta ja heillä on tärkeää kokemusta ja tietoa asiakkaista.

Tutkimuksen aineistonkeruun oli tarkoitus tapahtua pääasiassa teema-haastatteluilta, mutta haastattelukutsuun vastanneiden vähyyden vuoksi aineistonkeruuksi otettiin käyttöön myös sähköinen kysely. Vaikka tutkimusta varten on mietitty ennalta käytännönjärjestelyjä ja päätetty menettelytavoista, voi olla, että tutkimuksen edetessä halutaankin toimia joustavasti ja jopa muuttaa suunnitelmaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 172). Tutkimussuunnitelman muutos nähtiin tarpeelliseksi, jotta aineistoa saatiin rikastutettua.

Tutkimukseen kutsuttiin kaiken kaikkiaan 8 työntekijää, jotka tekevät työtä terveyshyötymallin mukaisesti. Kutsut osallistua tutkimukseen lähetettiin jokaiselle henkilökohtaisesti sähköpostitse (Liite 1). Ensimmäisellä kerralla haastattelukutsu lähetettiin seitsemälle sairaanhoitajalle ja heistä kolme vastasi kutsuun. Henkilöille, jotka eivät kutsuun vastanneet lähetettiin pyyntö osallistua tutkimukseen vastaamalla sähköiseen kyselyyn (Liite 4). Näitä vastauksia saatiin kaksi. Haastattelukutsuun vastanneille kerrottiin tasapuolisuuden vuoksi myös mahdollisuudesta sähköiseen kyselyyn. Tästä huolimatta kaikki kolme sovittua haastattelua toteutuivat. Lisäksi aineistonkeruun aikana tutkimukseen kutsuttiin vielä yksi erityistyöntekijä, jolla yhteistyöorganisaation edustajan mukaan voisi olla tietoa ja kokemusta aiheesta. Hänelle lähetettiin sähköpostilla kutsu haastatteluun,

mutta häneltä ei saatu vastausta. Hänelle ei lähetetty pyyntöä vastata sähköiseen kyselyyn, jotta tiedonantajien ammatit saadaan tunnistettua. Ammattitautia ei kysytty kyselyssä ja kyselyn vastausaika oli jo käynnissä. Kaiken kaikkiaan siis tutkimukseen osallistui 5 tiedonantajaa, joista kolme osallistui tutkimukseen osallistumalla haastatteluun ja kaksi vastaamalla sähköiseen kyselyyn.

Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti, ja etukäteen valitut teemat valitaan tutkimuksen viitekehukseen perustuen (Eskola & Vastamäki 2015, 35; Tuomi ym. 2013, 75). Teemahaastattelussa haastattelu etenee yksityiskohtaisten kysymysten sijaan keskeisten teemojen mukaan. Teemahaastattelussa kysymyksiä järjestyksellä ja muodolla ei ole merkitystä, kun teema on kaikille sama. (Eskola ym. 2015, 29; Hirsijärvi & Hurme 2010, 48.) Yksilöhaastattelu soveltuu tutkittavan omakohtaisten kokemusten tutkimiseen (Vilkkä 2009, 101).

Teemahaastattelussa haastattelurunkona toimii teema-alueuuttelo. Haastattelutilanteessa teemat ovat haastattelijan muistilistana ja ohjaavat keskustelua. Varsinaiset haastattelukysymykset kohdistuvat teemoihin. (Hirsijärvi ym. 2010, 66.) Teemarungon avulla varmistetaan, että kaikista teemoista tulee keskusteltua jokaisen haastateltavan kanssa, vaikka laajuudeltaan keskustelut eri teemoista voivat vaihdella haastateltavien kesken (Eskola ym. 2015, 37).

Haastattelut jaettiin kolmeen eri teemaan: 1. Työttömien terveyden edistämisen tarpeet, 2. Työttömän kohtaaminen ja erityistarpeiden tunnistaminen, 3. Työttömät terveyshyötyasiakkaina. Jokaiseen teemaan luotiin tarkentavia kysymyksiä haastattelujen tueksi. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja ne nauhoitettiin. Haastatteluiden toteutuksessa huomioitiin tutkimuksen eettisiä periaatteita. Haastateltavien tunnistaminen suojattiin. Haastattelut numeroitiin eikä nimetty haastateltavien mukaan. Haastateltavien kanssa tehtiin kirjallinen sopimus, jossa sovittiin luottamuksesta ja luvasta käyttää aineistoa tutkimuksessa (Liite 2). Kutsukirjeessä kerrottiin tiedonantajille opinnäytetyön aiheesta ja tavoitteesta. Haastattelujen onnistumisen kannalta suositeltavaa on, että tiedonantajat pystyvät tutustumaan etukäteen haastattelun teemoihin, kysymyksiin tai aiheeseen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87–86).

Haastattelun heikkoudet kyselyyn verrattuna ovat aika ja raha, sillä haastattelu on aikaa vievä aineistonkeruumuoto (Tuomi ym. 2013, 74). Tutkimukselle ei ole määritelty budjettia, mutta ajankäyttö tuli suunnitella tarkoin. Tutkijan on varattava riittävästi aikaa haastatteluiden toteuttamiseen ja suunniteltava myös ajankäyttöä haastateltavien näkökulmasta. Yhteistyöorganisaation kanssa on sovittava kuinka paljon aikaa haastattelut

voivat viedä haastateltavilta ja voivatko he osallistua haastatteluihin työaikanaan. Haastattelun kestoksi arvioitiin noin tunti. Tämä haastattelun aikaa vievä luonne mahdollisesti vaikutti siihen, että haastattelukutsuun saatiin vastauksia vähän. Varsinaiset nauhoitetut haastatteluosuudet kestivät todellisuudessa keskimäärin noin 18 minuuttia. Esihaastattelut auttavat tutkijaa arvioimaan muun muassa haastatteluiden kestoa (Eskola ym. 2015, 40; Hirsjärvi ym. 2010, 74). Tässä tutkimuksessa esihaastatteluja ei tehty.

Haastateltavien osallistumismyönteisyyttä pyrittiin lisäämään sillä, että haastateltaville annettiin mahdollisuus valita haastattelupaikka. Tällä oli vaikutusta taas siihen, että opinnäytetyön tekijällä ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa haastatteluympäristöön. Haastatteluympäristöt olivat kuitenkin rauhallisia, eikä häiriöitä ollut. Teemahaastattelussa tärkeää on hyvä kontakti haastateltavaan, joten haastattelupaikan tulisi olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen (Eskola ym. 2015, 30; Hirsjärvi ym. 2010, 74).

Sähköinen kysely laadittiin ohjelmalla Google forms ja se sisälsi lähestulkoon samanlaiset kysymykset kuin haastatteluihin oli suunniteltu, jotta aineistot tuottaisivat saman arvoista informaatiota. Kyselyssä oli yksi monivalintakysymys ja kymmenen avointa kysymystä. Kyselyyn vastattiin nimettömänä. Kyselyyn saatiin kaksi vastausta. Toinen vastaajista oli jättänyt vastaamatta kolmeen kysymykseen, kysymyksiin 7, 8 ja 11 (ks. Liite 4). Kyselyssä oli mahdollista edetä kysymyksestä seuraavaan vastaamatta edelliseen.

Kyselytutkimuksen tärkein vastaamiseen vaikuttava tekijä on aihe, mutta lomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan tehostaa tutkimuksen onnistumista (Hirsjärvi ym. 2007, 193). Haastattelun teemat ja apukysymykset oli laadittu jo valmiiksi, joten kyselykaavake luotiin samanlaiseksi haastattelukysymyksiensä kanssa. Kyselyn kysymykset pyrittiin muotoilemaan niin, että niihin saataisiin mahdollisimman kuvailevia vastauksia.

Haastattelun etuna on joustavuus, sillä haastateltava voi toistaa kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä, selventää sanamuotoja ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Joustavuutta lisää myös se, että tutkija voi esittää kysymykset siinä järjestyksessä kuin tutkija katsoo aiheelliseksi. (Tuomi ym. 2013, 73.) Huomattavaa on, että haastatteluissa vastaukset olivat pidempiä ja haastattelut etenivät joustavasti. Haastattelutilanteissa oli mahdollista pyytää tarkennusta kysymyksiin ja vastauksiin, jos niissä oli jotain epäselvyyttä. Kyselyvastaukset olivat niukemmat ja osittain olisi kaivannut tarkennusta. Esimerkiksi eräässä vastauksessa oli käytetty monesti ilmaisuja yms.

7.3 Aineiston analyysi

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa aineistosta ei tehdä yleis-tettäviä päätelmiä. Kun tutkitaan yksityistä tapausta kyllin tarkasti, saa-daan selville se mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein, kun ilmiötä tarkastellaan yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi yms. 2007, 177.) Ai-neiston on tarkoitus olla apuna tutkijalle rakennettaessa käsitteellistä ym-märrystä tutkittavasta ilmiöstä. Aineistosta pyritään tekemään teoreetti-sesti kestäviä näkökulmia. Aineistosta kootaan rajattu laadullinen aineisto ja kehitetään teoreettista herkkyyttä kohdeilmiöstä. (Eskola & Suoranta 2008, 62.)

Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään yleensä hyvin pieneen määrään tapauksia ja analysointi pyritään tekemään mahdollisimman perusteelli-sesti. Aineiston tieteellisyyden kriteeri on sen laatu eli käsitteellistämisen kattavuus. Laadullisen aineiston analyysin tarkoitus on selkeyttää aineistoa ja näin tuottaa uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto pyritään tiivis-tämään niin että, siitä ei kadoteta sen sisältämää informaatiota. (Eskola ym. 2008, 18, 137.)

Laadullisen analyysin voidaan katsoa koostuvan kahdesta vaiheesta ha-vaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Käytännössä nämä vaiheet nivoutuvat aina toisiinsa. Havaintojen pelkistämisessä ai-neistoa tulee tarkastella vain tietystä teoreettismetodologisesta näkökul-masta. Aineistoa tarkastellaan teoreettisen viitekehyksen ja kulloisenkin kysymyksenasettelun mukaan. Pelkistämistä jatketaan karsimalla edelleen havaintomäärää yhdistelemällä havaintoja. Tutkija etsii havainnoille yh-teistä piirrettä tai nimittäjää tai muotoilemalla säännön. Havaintojen yh-distämisessä lähtökohtana on ajatus, että aineisto sisältää esimerkkejä tai näytteitä samasta ilmiöstä. Tarkoituksena on muotoilla sellaisia havainto-lauseita kuvaavia sääntöjä, jotka pätevät poikkeuksetta koko aineistoon. (Alasuutari 2011, 39–40, 52.)

Tämän tutkimuksen aineiston analysointi aloitettiin litteroimalla haastat-telunauhut. Litteroinnilla tarkoitetaan haastatteluaineiston muuttamista tekstimuotoon (Vilka 2009, 115). Litteroinnin tarkkuus vaikuttaa tutki-muksen luotettavuuteen. Litteroinnin tulee vastata haastateltavien suulli-sia lausumia ja niiden merkityksiä, joita tutkittavat ovat asioille antaneet. Haastateltavien puhetta ei saa muuttaa tai muokata. (Vilka 2009, 115–116.) Haastattelunauhut kirjattiin sanasta sanaan Word-asiakirjaan ja ai-neistoa kertyi yhteensä 11 sivua.

Kun aineisto on kerätty teemahaastattelulla, on teemahaastattelurunko hyvä apuväline aineiston koodaukseen. Teemahaastattelurungon rakenta-miseen on jo käytetty aiemmista tutkimuksista kerättyä teoreettista näke-

mystä ja mahdollisesti myös tutkijan omaa kokemusta. Näin ollen aineistosta kerätään teemahaastattelurungon avulla esille sellaisia tekstikohtia, jotka kertovat kyseisistä asioista. Tässä kohtaa tutkija tekee jo vahvasti tulokinnallista työtä. Teemakortistoa voidaan rakentaa niin, että tekstikohdat kopioidaan sellaisenaan teemakortteihin tai sitten tutkija tekee niistä tiivistelmät, mikä lisää aineiston analyysin tutkijan tulkintaa. Teemoittelun onnistuminen vaatii teorian ja empirian vuorovaikutusta, tutkimustekstissä tämä näkyy niiden lomittumisena toisiinsa. Teemoittelu on yksi laadullisen aineiston analyysimenetelmä. (Eskola ym. 2008, 152, 154, 175.)

Tässä tutkimuksessa aineistona oli haastattelut ja kyselyn vastaukset. Teemarungot olivat molemmissa aineistonkeruutavoissa samanlaiset. Koko aineisto analysoitiin teemoittelun avulla. Aineiston ryhmittely aloitettiin keräämällä aineistosta tekstikohtia, jotka ryhmiteltiin teemakysymyksiin mukaan. Tämän jälkeen muodostettiin teemakortit teemahaastattelurungon mukaan eli 1. työttömien terveyden edistämisen tarpeet, 2. työttömän kohtaaminen asiakkaana ja erityistarpeiden tunnistaminen ja 3. työttömät terveyshyötyasiakkaina. Teemakortteihin tekstikohdat poimittiin tiivistettyinä. Tässä kohtaa aineistoa luettiin useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen aineistosta saatiin tehtyä päätelmiä ja muodostettua yhteisiä tekijöitä.

Joskus analyysiksi riittää haastattelun kuvailu tutkimuksen ongelmien vastaukseksi ja haastattelurunkoa voi käyttää lähes sellaisenaan analyysin jäsenyyksensä. Tätä tapaa on kritisoitu tylsäksi ja analyysin uhkana pidetään mielivaltaisuutta sekä houkutusta tilastolliseen ajattelutapaan. (Eskola ym. 2008, 179.) Tässä kohtaa teemarunkoa pidettiin hyvänä apuvälineenä analyysin tekemiseen, koska aineistoa oli kerätty kahdella eri aineistonkeruutavalla. Ja näin ollen kaikki vastaukset saatiin analyysiin hyvin mukaan. Vastauksien sisältö ja määrä vaikuttivat myös analyysin valintaan.

7.4 Tutkimuksen eettiset kysymykset ja luotettavuus

Terveyden edistämisen tutkimusta ohjaavat samat eettiset periaatteet kuin terveyden edistämistä. Nämä periaatteet ovat autonomia, hyvän tekeminen, pahan tekemisen välttäminen sekä oikeudenmukaisuus. Eettiset kysymykset koskevat myös aiheen valintaa, tutkimuksen menetelmällisiä valintoja ja toteutusta sekä raportointia. (Kylmä ym. 2002, 71.)

Tutkimusaihe on perusteltava ajankohtaiseen kirjallisuuteen ja tutkimusten systemaattiseen analyysiin perustuen. Tutkimuksen oikeutuksen pohdintaan kuuluu myös tutkimuksen ongelmien pohjana olevien arvojen arviointi sekä tutkimuksella tuotettavan tiedon merkityksen tarkastelu omalle tieteenalalle sekä yhteiskunnalle. Tutkijan tulee myös pohtia etu-

käteen omia valmiuksiaan. Tutkija tarvitsee riittävät taustatiedot tutkimuksen eettisestä toteutuksesta toimiakseen eettisesti oikein tutkimusprosessissa. (Kylmä ym. 2002, 71.)

Tutkimusasetelman ja -menetelmien valinta ja arviointi kuuluvat tutkimuksen eettiseen arviointiin. Tutkimuksen aineistonkeruun tulee perustua tutkimukseen osallistuvien tietoiseen suostumukseen. Aineiston analyysiprosessissa tulee huomioida tutkimukseen osallistuvien henkilöiden suojeleminen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ääninauhoissa, puhtaaksikirjoitetuissa haastatteluissa tai muistiinpanoissa ei käytetä osallistuneiden ihmisten nimiä, vaan esimerkiksi numeroita tai muita koodeja. (Kylmä ym. 2002, 72.)

Tutkimuksen raportointi on eettinen velvoite tutkijalle. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa raportoinnissa on huomioitu avoimuus, rehellisyys ja tarkkuus. Edelleen on huomioitava tutkimukseen osallistuvien henkilöiden suojaaminen. Esimerkiksi kvalitatiivisessa terveystutkimuksessa käytettävien autenttisten lainausten yhteydessä ei henkilöllisyys saa paljastua. Raportoinnin tulee olla mahdollisimman totuudenmukainen, mutta haastattavia suojaava. Tunnistamisen vaara on erityisesti silloin kun tutkimukseen osallistuvien määrä on pieni. Eettisessä arvioinnissa on arvioitava myös tutkimuksen luotettavuutta. (Kylmä ym. 2002, 72–73.)

Tässä tutkimuksessa on pyritty noudattamaan edellä kuvattuja eettisiä periaatteita. Yhteistyöorganisaation pyynnöstä tutkimusraportissa ei tuoda esille missä organisaatiossa tutkimus on toteutettu, jotta tutkimukseen osallistuvien tunnistaminen ei vaarannu. Tutkimukseen kutsuttujen määrä on pieni ja heidän tiedetään profiloituneen tiettyyn työtehtävään organisaatiossa. Tutkittaville tulee antaa riittävä informaatio tutkimuksen luonteesta ja tavoitteesta sekä korostettava vapaaehtoisuutta (Eskola ym. 2008, 56). Kutsukirjeessä kerrottiin tiedonantajille tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Erikseen teemarunkoa ei tiedonantajille lähetetty, sillä katsottiin, että kutsukirjeessä oli riittävästi informaatiota.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on toiminnassaan tietynlaista vapautta, joka antaa mahdollisuuden joustavaan tutkimuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Ratkaisuihin tulee kertoa tutkimuksen lukijalle, jotta tutkimus olisi arvioitavissa. (Eskola ym. 2008, 20.) Tutkimusprosessi ja siihen liittyvät valinnat on pyritty kuvaamaan opinnäytetyössä mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti, jotta tutkimuksen kulku tulee lukijalle selväksi. Tutkimusraportissa tulee kuvata tutkimusprosessin eteneminen, ilmiön ymmärryksen lisääntymisen prosessit ja esitettyjen tulkintojen perusteet, sillä nämä vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen ja luotettavuuden arviointiin (Puusa ym. 2011, 51).

Teemahaastattelun luotettavuutta pohdittaessa tulee tarkastella tutkimuksen koko prosessia. Tulosten ja todellisuuden tulisi vastata mahdollisimman hyvin toisiaan. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tulee tutustua haastateltavaan ryhmään ja käsitejärjestelmään sekä kielenkäyttöön ja ennen kaikkea perehtyä aikaisempiin tutkimuksiin ja käsitteistöön. Sisältövaliditeetin vaikuttaa teemarungon laatiminen. Lisäksi tulee varautua tarpeeksi useaan kysymykseen ja lisäkysymyksiin, jotta voidaan varmistaa sisältövalidius. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 128–129.) Voidaan ajatella, että käsitteet ja kieli olivat opinnäytetyöntekijällä ja tiedonantajilla yhtenäiset samanlaisen koulutustaustan vuoksi.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös tiedonantajien valinta sekä aineiston litterointiin ja analysointiin liittyvä tarkkuus. Tutkijan tekemät johtopäätökset voivat joskus olla myös virheellisiä. Lisäksi luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan omiin kokemuksiin perustuva käsitys tulosten ja todellisuuden vastaavuudesta. (Hirsjärvi ym. 1995, 130.)

Tässä tutkimuksessa olisi ollut toivottavaa, että koko aineistonkeruun olisi voinut tehdä haastatteluilla. On selvää, että kyselyvastauksissa vastaukset olivat niukempia kuin haastatteluissa. Haastatteluissa oli mahdollisuus lisäkysymyksiin ja tarkennuksiin. Tämä vaikuttaa aineiston laatuun. Laadullisessa tutkimuksessa pohditaan usein myös mikä on riittävä aineiston koko (Eskola ym. 2008, 61). Aineiston koon määräytymiseen ei ole olemassa tiettyä sääntöä, sillä kysymys on aina tapauksesta (Eskola ym. 2008, 62). Tässä tutkimuksessa toivottavaa olisi kuitenkin ollut, että tutkimukseen olisi osallistunut enemmän tiedonantajia.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Työttömien terveyden edistämisen tarpeet

Työttömien terveyden kuvailtiin vaihtelevan yksilöllisesti ja että myös työssäkäyvillä on yhtä lailla samanlaisia terveydellisiä ongelmia tai terveyden edistämisen tarpeita kuin työttömillä. Eniten mainintoja elintapoihin liittyen tuli vuorokausirytmien puuttumisesta, ylipainosta ja liikunnan vähyydestä. Toiseksi eniten mainintoja sai tupakointi ja päihteiden käyttö.

Siellä on niitä ihan samoja työttömillä terveysriskejä ja sairauksia kuin työssäkäyvillä, ei ne ole juuri erilaisia, että samoja asioitahan ne on.

... aika monella voi olla unirytmisi sekaisin, ku ei oo aamulla pakko herätä aikaisin mihinkään töihin tai kouluun.

Työttömillä on syrjäytyneisyyttä ja sosiaalisten suhteiden puuttumista. Tämä osaltaan siksi, että ei ole työn tuomaa työyhteisöä. Lisäksi mainintoja mielenterveyteen liittyvistä tekijöistä tuli jokaiselta tiedonantajalta, kuten alentunutta itsetuntoa ja masentuneisuutta. Katsottiinkin, että työttömät tarvitsevat tukea mielenterveyteen.

Työttömillä taloudellinen tilanne on usein huono ja tiedonantajien mukaan tämä vaikuttaa työttömien terveyteen. Voi olla, että työttömällä ei ole varaa syödä terveellisesti tai ostaa kaikkia tarvitsemiaan lääkkeitä. Lisäksi heikko taloudellinen tilanne vaikuttaa maksullisten terveyspalveluiden käyttöön ja mahdollisuuksiin osallistua maksulliseen liikuntaan. Voi olla että, asiakkaiden hoitoa yritetään järjestellä niin, että se tuottaisi mahdollisimman vähän kuluja asiakkaalle. Hoidossa huomioidaan edullisemmat lääkevalinnat ja hoidon järjestelyä, niin että ei tulisi käyntimaksuja, esimerkiksi niin että asiakkaan asioita hoidetaan puhelimitse enemmän ja lääkäreitä konsultoiden. Eräs tiedonantaja toi esille työttömien heikon suun terveyden, tähän hänen mielestään vaikuttaa se, että hammashuollon palvelut ovat maksullisia ja palveluihin on pitkät jonot.

Toisaalta työttömyydellä nähtiin olevan myös positiivisiakin vaikutuksia terveystottumuksiin. Kuten esimerkiksi se, että useammalla ei ole autoa niin tämä johtaa usein siihen, että heillä on hyötyliikuntaa enemmän. Osa työttömistä on aktiivisia ja toimivat esimerkiksi vapaaehtoistoiminnassa. Aikaa itsestä huolehtimiseen on paremmin.

Se on varmaan semmonen vähän niin kuin asennekysymys ja mielialakysymys se et miten sen työttömyys aikansa sit sitten niin ku käyttää.

Lisäksi työttömien motivaatio terveyttään kohtaan on vaihtelevaa. Ammattilaisten näkökulmasta parannettavaa terveydessä ja elämäntavoissa on ja motivointi voi olla haasteellista. Mutta on myös niitäkin henkilöitä, jotka ovat motivoituneita huolehtimaan itsestään.

Noita nuorempia työttömiä mitä mulla tässä on niin se on se työllistyminen sit kuitenkin heille semmonen tavoite, joka motivoi niitä siihen oman terveydenkin huolenpitämiseen...

8.2 Työttömien kohtaaminen asiakkaina ja erityistarpeiden tunnistaminen

Vastauksien mukaan työttömyys itsessään ei vaikuta asiakaskohtaamisiin terveydenhuollossa. Esille tuli, että työttömät kohdataan samanlailla kuin kaikki muutkin asiakkaat, asianmukaisesti ja asiallisesti sekä tasavertai-

sesti. Näin ollen työttömyys ei aiheuta mitään erityistä huomioitavaa kohtaamiseen. Eräs tiedonantaja toi esille, että asiakkaan työtilanne ei tule aina esille vastaanotolla. Toisaalta hän myös mainitsi, että hoitosuhteet ovat pitkiä, joten asia tulee kyllä ilmi jossain vaiheessa.

Nää on hirveen pitkiä hoitosuhteita... et kyllä siihen mun mielestä siihen vaikuttaa muut asiat kuin se työttömyys siihen kohtaamiseen... ei se työttömyys siinä se määrittävä asia ole.

Samalla tavalla hoidetaan heidän asiakkaiden asioita, jotka ovat työelämässä.

Aineistosta voidaan kuitenkin tuoda esille joitain asioita mitkä nousevat erityispiirteinä esille työttömien kohtaamisessa terveydenhuollon asiakaina terveyden edistämisen näkökulmasta. Erityispiirteiksi mainittiin, asiakkaan taloudellinen tilanne, hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyvät asiat, syrjäytyneisyys yhteiskunnasta, voimavarojen huomiointi ja työtömille suunnattujen palvelujen tarjoaminen.

Asiakkaan taloudellinen tilanne vaikuttaa siihen minkälaisia valintoja asiakas itse tekee tai minkälaisia valintoja tehdään asiakkaan hoidon suhteen.

No mikään ei saa maksaa. Että kaikki minkä saa ilmatteeks ni se käy ... monelle voi olla ihan lääkärin vastaanottokäynnille kynnys mennä sinne koska se on maksullinen käynti.

Hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyy luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen. Luottamuksen saaminen voi viedä aikaa. Tähän voi vaikuttaa työttömän alentunut itsetunto ja aikaisempi kokemus asioimisesta viranomaisten kanssa. Työttömät ovat usein asioineet eri virastoissa ja ammattilaisten vastaanotoilla, ja jos kokemus on ollut huono voi se vaikuttaa tuleviin kohtaamisiin viranomaisten kanssa. Ja toisaalta he ovat myös tietoisia oikeuksistaan. Vuorovaikutuksessa huomioitavia asioita ovat asiakkaan kuuntelu sekä kunnioitus ja ymmärrys asiakkaan tilannetta kohtaan. Työttömillä voi olla myös käytössä omaa sanastoa, kun he puhuvat sosiaalietuuksista.

Työttömyys voi aiheuttaa syrjäytyneisyyttä yhteiskunnasta. Työyhteisön puuttuminen vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin. Ammattilaisen on hyvä huomioida asiakkaan voimavarat. Työttömillä voi olla motivaation puutetta huolehtia omasta hyvinvoinnista.

Hieman, täytyy miettiä mihin asiakkaalla on varaa ja mahdollisuuksia ja voimavaroja.

Ammattilainen voi tarjota työttömille asiakkaille työttömille suunnattuja palveluita kuten kaupungin ilmaisia liikuntavuoroja ja järjestötoimintaa. Nämä toimivat myös ammattilaisen työn tukena.

... jos on työttömille jotakin järjestötoimintaa ... ni et ehkä niist et muistaa niistä mainita.

Työttömien kohtaamiseen ja terveyden edistämiseen työntekijä tarvitsee tietoa työttömien sosiaalietuuksista. Terveydenhuollon ammattilaisen on hyvä tietää mistä etuuksia haetaan ja minne ohjata asiakas. Erityisenä asiana nousi esille työttömien sairausloman tarve, joka terveydenhuollossa tulisi osata huomioida.

... hoitajalla eduksi olisi tuntee tukiasioita tai olla saatavilla sosiaalityöntekijän palvelut.

8.3 Työttömät terveyshyötyasiakkaina

Työttömät soveltuvat hyvin terveyshyötyasiakkaiksi. Mutta itse työttömyys ei ole asiakkuuden määrittävä tekijä, vaan ne mahdolliset terveysriskit. Työttömät kuitenkin hyötyvät terveyshyötyasiakkuudesta. Terveyshyötyasiakkaana asiakas saa oman asiakasvastaavan, hoitosuunnitelma tehdään asiakaslähtöisesti, asiakkaaseen ollaan yhteydessä niin sanotun kutsujärjestelmän kautta ja työ on moniammatillista. Työttömällä on mahdollisuus osallistua hyvin erilaisiin terveyspalveluihin, koska työ ei ole esteenä aikatauluille.

... että varmaan se sellainen yhteyshenkilö joka ei vaihdu joka kerta on tärkeä ja sit varsinkin sellaisille ihmisille jolla ei sit välttämättä oo muuta sellasta työyhteisöä tai muuta et sit on joku tämmöinen luottohenkilö sitte täällä.

Yleensä kun he on työttömiä niin heillä on kuitenkin sitä odotettavaa elinikäkin mistä vois saada niin ku sitä terveyshyötyvaikutelmaa.

Voimavaraistaminen on terveyshyötymallin mukaisessa työssä keskeistä. Tavoitteena on asiakkaan kannustaminen omahoitoon valmentavalla työotteella. (Muurinen ym. n.d., 13.) Tiedonantajien mukaan voimavaraistamisen ja asiakkaan hoidon tukemisen tulisi lähteä pienistä muutoksista liikkeelle. Työttömät tarvitsevat tukea hoidossa pysymiseen ja ymmärrystä heidän tilanteestaan. Työttömien motivoiminen vaihtelee yksilöllisesti ja tähän vaikuttavat työttömän oma kokemus työllistymisestä ja työttömyyden kesto. Mahdollinen työllistyminen motivoi asiakasta terveydentilan

parantamiseen ja hänen motivointi on helpompaa. Hoitovastaava tuo luotamusta hoitosuhteeseen.

Pienistä muutoksista on viisain lähteä liikkeelle, että ei tavoitella suuria nyt ja heti.

Sekin riippuu varmaan aika paljon siitä millainen se työttömyys kokemus niillä ihmisillä on, koska sit jos on niit ihmisii jotka kokee et he on niin ku tullu huonosti kohdeltua niin sen työttömyyden ja tavallaan ... enempi semmoisia ongelmia ... ongelmia sitoutua siihen niin ku siihen omaan terveydentilaan.

Työttömien kohdalla eri ammattiryhmien välinen yhteistyö nähdään tärkeänä. Sosiaalityöntekijä toimii terveydenhuollon työntekijöille työn tukena. Yhteistyötä tehdään terveyspalveluiden sisällä moniammatillisesti ja tämän lisäksi verkostoitumista voi olla sosiaalipalveluihin ja työllisyyttä tukeviin palveluihin.

... jos se työtön on siinä terveyshyötymallin mukaisessa toiminnassa niin et sillä on hoitovastaava ni se helpottaa sitä kaikkea työtä. Ja erityisesti sen asiakkaan asioitten niin ku eteenpäin menemistä. Et se on mun mielestä tosi tärkeää se semmonen verkostotyö.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa esille tuli että, työttömien joukossa on niitä henkilöitä, joilla on sairastavuutta tai terveyteen liittyviä riskejä tai voi olla molempia. Työttömien terveysriskit ja sairaudet vaihtelevat yksilöllisesti. Myös Sinervo ja Hietapakka (2013, 11) toteavat, että työttömät ovat keskenään hyvin erilaisia terveydentilan ja palveluntarpeiden osalta. On esitetty, että työttömyys saattaa heikentää terveyttä ja toisaalta heikko terveys taas saattaa johtaa työttömyyteen (Heponiemi ym. 2008, 13, 32). Työttömät tarvitsevat tukea psyykkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen liittyvissä asioissa, heillä voi olla mielenterveysongelmaa tai alentunutta mielialaa tai itsetuntoa.

Ei voida todeta, että työttömyys itsessään vaikuttaa asiakaskohtaamisiin tai vastaanotoilla tehtävään terveyden edistämisen työhön. Työttömyys tuo kuitenkin esille asioita, jotka tuovat haastetta tai erityisyyttä kohtamiseen, nämä ovat asiakkaan taloudellinen tilanne ja syrjäytyneisyys. Nämä on hyvä huomioida asiakkaiden kohtaamisissa. Tarvitseeko asiakas

tukea mielenterveyteen, onko mahdollisesti syrjäytynyt tai riskiä syrjäytymiselle, vaikeuttaako taloudellinen tilanne asiakkaan elämää? Työntekijä voi pohtia miten terveydenhuollon ammattilainen voi näihin asioihin vaikuttaa tai antaa tukea asiakkaalle.

Työttömän taloudellisilla voimavaroilla on merkitystä työttömän terveyteen ja hyvinvointiin liittyviin asioihin. Se voi vaikuttaa työttömien tekemiin omaan terveyteen liittyviin päätöksiin, kuten elintapoihin ja palveluiden käyttöön. Terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta tarkasteltuna, taloudellinen tilanne näkyy niin, että se voidaan kokea hoidon haasteena tai asiana, joka pyritään huomioimaan, kun järjestellään asiakkaan hoitoa tai tarjotaan palveluita. Taloudelliset ongelmat korostuvat työttömillä, myös Ervastin (2004, 313) ja Kauppisen ym. (2010, 234) mukaan. Työttömien mahdollisuuksia hoitaa terveyttään ja työkykyään heikentävät heikko taloudellinen tilanne ja terveyskeskuspalveluiden sirpalemaisuus, toteaa puolestaan Saikku (2009, 5).

Vaikka tämän tutkimuksen tulokset puhuvat sen puolesta, että taloudelliset asiat tulevat esille työttömien kohdalla monissa yhteyksissä, toi muutama tiedonantaja esille myös sitä, että on muitakin väestöryhmiä, joilla on taloudellisesti tiukkaa. Tällaisina mainittiin eläkeläiset ja työkyvyttömyys eläkeläiset.

... jos on tiukka taloudellinen tilanne ni tietysti se ja sit se tuo omia haasteita mut se ei välttämättä yksin oo syy, että on työtön, että monilla myös muilla on tiukkaa.

Tiedetään että, köyhyydellä ja syrjäytyneisyydellä on voimakas yhteys väestön terveyteen ja sairastavuuteen. Taloudellisen laman aikaan nämä korostuvat erityisesti, sillä huono-osaisempien olot vaikeutuvat entisestään. (Puska 2010, 6.) Köyhyys on ilmiö, jota esiintyy kaikilla työelämästä syrjäytyneillä ja se heijastuu muuhun hyvinvointiin. Alempien tuloluokkien koettu terveys ja pitkäaikaissairastuvuus on huonontunut ja erot ylempiin tuloluokkiin on kasvanut. (Kauppinen ym. 2010, 247.)

Syrjäytyneisyys näkyy myös työttömien kohtaamisessa. Työyhteisön puuttuminen voi vähentää sosiaalista kanssakäymistä ja johtaa syrjäytyneisyyteen. Työntekijän on hyvä huomioida tämä asia. Työntekijä voi ohjata asiakasta työttömille suunnattuun järjestötoimintaan. Kuten Kauppinen ym. (2010, 235) toteavat, työttömyys voi johtaa sosiaalisen verkoston muutokseen.

Työttömät suhtautuvat työttömyyteen hyvin eri tavoin ja tämä vaikuttaa asiakaskohtaisiin sekä työttömän kokemukseen terveydestään. Romp-

paisen, Jähin, Saloniemen ja Virtasen (2010) tutkimuksessa tuli esille työttömien erilaiset suhtautumiset työttömyyteen ja miten se vaikuttaa kohtaamisiin terveydenhuollossa. Työttömien joukosta löydettiin neljä eri tyyppiä: työttömyyden uhri, aktiivinen työtön, työmarkkinoiden epätyypillinen asiakas ja systeemin taitava hyödyntäjä. Esimerkiksi henkilö, jota kuvaillaan työttömyyden uhriksi, on moniongelmainen ja passiivinen. Työntekijät kokivat, että näitä henkilöitä on vaikea kohdata ja heidän motivaationsa on heikko terveyden edistämiseen. Aktiivisia työttömiä taas on helppo kohdata ja motivoida. (Romppainen ym. 2010, 607.)

Työttömät soveltuvat hyvin terveyshyötyasiakkaiksi, vaikka asiakkuuden ensisijainen määritelmä on terveysriskien olemassaolo. Myös työttömillä on terveysriskejä. Terveyshyötyasiakkuudessa tarkoitus on lähteä voimavaraistamaan asiakasta pienin askelin kerrallaan. Tästä on apua työttömille, joilla voi olla vaikeutta arjen hallinnassa ja joille suurien muutoksien tekeminen tai hoidon parissa pysyminen olisi haasteellista.

Työttömien palvelut ovat hyvin hajautuneet ja he hyötyvät eri asiantuntijoiden yhteistyöstä ja verkostoitumisesta. Tähän terveyshyötyasiakkuus tuo hyvät lähtökohdat, koska terveyshyötyasiakas saa oman hoitovastavan ja työntekijät, jotka toimivat terveyshyötymallin mukaisesti, ovat tottuneet moniammatilliseen työhön ja hoitoa toteutetaan moniammatillisesti. Mikäli työtön on selkeästi terveyshyötyasiakkaan mukainen asiakas, hyötyy hän palvelusta hyvin. Työttömät eivät kuitenkaan tarvitse sen erityisempää kohtelua, vaan heidät tulee kohdata kuten kaikki muutkin asiakkaat. Työttömyys itsessään ei ole syy ohjata asiakasta terveyshyötyasiakkaaksi, vaan ne mahdolliset terveysriskit.

Lappalaisen (2017) tutkimuksessa tuli esille myös, että työttömät hyötyvät omasta kontaktihenkilöstä, joka ohjaa asiakkaan prosessia eteenpäin ja on kontaktissa sidosryhmiin. Huoleksi nousi palveluketjun katkeaminen työttömiksi jäävillä ja erityisesti nuorilla. Ongelmalliseksi koettiin organisaatioiden jäykkyys rajapintatoiminnassa. Asiakkaan ohjausta ja seuranta pidettiin tärkeänä. (Lappalainen 2017, 24.)

Hoidon vaikuttavuuden kannalta olennaista on terveyshyödyn tavoittelu ja sen seuranta. Jatkossa voisi selvittää onko terveyshyötyasiakkuus tuottanut terveyshyötyä työttömille ja mikä on vaikuttanut hoidon toteutumiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen. Tätä aihetta voisi tarkastella myös kaikkien terveyshyötyasiakkaiden joukossa. Ja tietysti palveluita kehitettäessä, on myös asiakkaan näkemys otettava huomioon, joten myös työttömien palvelukokemuksia on tarpeen tarkastella.

10 POHDINTA

Työttömyyden ja terveyden välistä yhteyttä on paljon tutkittu kansainvälisesti ja aiheesta aineistoakin löytyy paljon. Siitä miten työttömyys vaikuttaa terveyteen ei ole yksiselitteistä vastausta, sillä on todettu myös, että huono terveys johtaa työttömyyteen. Selvää kuitenkin on, että työttömät tarvitsevat tukea terveyden ylläpitoon. Työllistymistä tukevat terveys ja aktiivinen työnetsintä (Heponiemi ym. 2008, 32). On hyvä, että työttömien tilanne terveyspalveluissa on huomioitu kohdentamalla heille omia terveyspalveluita, kuten lakisääteinen terveystarkastus. Työttömien joukosta on myös tuotu esiin ryhmiä, jotka tarvitsevat erityistä huomiota ja nämä ovat nuoret ja pitkäaikaistyöttömät (Näätänen ym. 2017). Tämä näkyy erilaisissa terveyden edistämisen hankkeissa, kuten pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke 2007-2010 ja sosiaali- ja terveysministeriön strategiasuunnitelmassa.

Terveyden edistäminen on hyvin laaja-alaista työtä. Sitä voidaan tarkastella koko yhteiskuntaan vaikuttavana asiana, jolloin siihen vaikuttavat poliittiset päätökset. Terveyden edistämiseen kuuluvat väestön terveyden seuranta ja tutkimustyö. Terveyden edistämistä tapahtuu myös asiakas-kontakteissa terveydenhuollossa työntekijän ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. Työttömyys on aiheena hyvin moninainen ja koskettaa moniin eri yhteiskunnallisiin päätöksiin. Työttömyyden hoitaminen ja ennaltaehkäisy on myös terveyden edistämisen työtä. Sillä pyritään vaikuttamaan työttömien elinoloihin, kuten taloudelliseen tilanteeseen, sekä tarjoamaan työttömille kohdennettuja palveluita. Terveyden edistäminen on moniammatillista työtä. Työttömien palvelut ovat hyvin laaja-alaiset, joten moniammatillisuus on keskeistä työttömien terveyden edistämisessä.

Heikko taloudellinen tai sosiaalinen asema vaikuttaa eriarvoisuuteen terveydenhuollonpalveluiden saatavuudessa ja käyttämättömyydessä. Työttömät kuuluvat tähän ryhmään. Riittävien terveyspalveluiden turvaaminen työttömille auttaisi työttömiä ylläpitämään työkykyään ja parantamaan työllistymismahdollisuutta. (Hannikainen-Ingman 2010, 18; Saikku ym. 2010, 13–14.) Terveys- ja hyvinvointipolitiikka sekä erilaiset terveyden edistämisen kampanjat tulisi kohdentaa enemmän erilaisten väestöryhmien tarpeiden mukaan, pohtivat Prättälä & Paalanen (2007, 86). Jatkossa tulisi miettiä erityisesti toimia, jotka tehoavat parhaiten heikoimmassa asemassa oleviin ryhmiin (Prättälä & Paalanen 2007, 86). Tämän taustalla on havainnot eri väestöryhmien välisistä terveyden ja hyvinvoinnin eroista. Nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän katsotaan vastaavan huonosti heikoimmassa asemassa olevien palvelutarpeisiin (Saikku 2011, 61).

Sosiaali- ja terveyspalveluiden ongelmana on pidetty palveluiden pirstaleisuutta ja hajanaisuutta. Kansalaisten ja asiakkaiden on ollut vaikea löytää

oikeat palvelut ja palveluihin pääseminen on voinut johtaa monien eri ammattilaisten kohtaamiseen. Palvelujärjestelmien uudistamisessa ja muuttamisessa tärkeänä tavoitteena on kehittää palveluita vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Toiminnan tulisi olla asiakaslähtöisempää. (Hyväri 2017, 32–33.) Tämän opinnäytetyön toimintaympäristönä oli perusterveydenhuollon terveyshyötymalli. Terveyshyötymallin on tarkoitus vastata omalta osaltaan palveluiden hajanaisuuteen.

Tämän tutkimuksen tulosten analysoinnissa ja johtopäätösten tekemisessä merkittävää on se, että tiedonantajien asiakaskunta koostuu jo valmiiksi monisairaista ja -ongelmallisista asiakkaista. Tätä tiedonantajat toivat myös esille. He siis kertoivat käsityksiään omasta asiakaskunnastaan ja miten asiakkaan työttömyys heidän työssään näkyy. Käsitykset työttömistä ei siis ole tiedonantajien käsityksiä koko työttömien joukosta, vaan työttömistä jotka ovat terveyshyötyasiakkaina. Terveyshyötyasiakkuuden määrittää taas kyseessä olevan organisaation laatimat asiakaskriteerit, joina pidetään tiettyjen terveysriskien toteutumista.

Perusterveydenhuollon asiakaskunnassa työttömät ovat yksi monista muista asiakasryhmistä. Perusterveydenhuollossa koetaan, että työttömien työelämävalmiuksia tukeva toiminta on vain pieni osa muuta vastaanottotoimintaa ja siksi se jää pienemmälle huomiolle verkostoyhteistyössä ja toiminnan kehittämisessä (Niiranen ym. 2011, 44). Saman suuntaista näkemystä tuli esille myös tässä tutkimuksessa. Työttömien joukon kerrottiin olevan vain osa kaikkea muuta asiakaskuntaa. Voi olla, että tämä vaikutti myös siihen, miksi tutkimukseen osallistui vain osa kutsutuista. Kieltäytyminen tutkimukseen osallistumisesta on paljon kiinni aiheesta (Eskola ym. 2015, 39). Voi olla, että aiheetta ei koettu merkittäväksi tai että tutkimukseen kutsuttu henkilö ei kokenut, että hänellä olisi tarpeeksi annettavaa aiheesta.

Moniongelma-tilanteissa tai pitkittyneessä työttömyydessä voi työtön tarvita intensiivisempää palveluohjausta ja verkostotyötä. Terveystarkastuksen interventiot on hyvä toteuttaa työllistymiseen tähtäävän tukitoimien rinnalla. (Vuokko, Juvonen-Posti & Kaukiainen 2011, 3665-3666.) On todettu että, yksistään terveyden edistämisen toimenpiteet eivät riitä työllistymisen tueksi (Romppainen ym. 2014, 6; Shuring ym. 2009, 86). Työttömät tarvitsevat työllistymisensä tueksi monipuolista tukea. Työttömyyttä on siis tarkasteltava hyvin laaja-alaisesti. Työllistymisen parantamiseksi keskeisimpiä tekijöitä ovat työpaikkojen saatavuus ja työelämän asenteet ennen terveydellisiä rajoitteita (Vuokko ym. 2011, 3666).

Työttömien terveystarkastukset on usein järjestetty niin että, ne on keskitetty, joko nimetyille työntekijälle tai toimipisteelle (Sinervo ym. 2013, 25). Terveystarkastus antaa asiakkaalle ja työntekijöille tärkeää tietoa. Tämä

tieto jää hyvin vähäiseksi, ellei siitä johda polkua eteenpäin. Ilman tätä jatko-ohjausta voi motivoituneenkin asiakkaan polku kohti työelämäsuuntautuneita ratkaisuja katketa. (Saikku 2008, 72.) Onkin siis hyvä, että työttömiä on huomioitu niin, että heitä on ohjattu terveystarkastuksista terveyshyötyasiakkuuteen. Terveyshyötyasiakkuus antaa mahdollisuuden työttömän kokonaisvaltaisen tilanteen kartoitukseen ja ohjauksen tarvittaviin terveyspalveluihin sekä tukea palvelun piirissä pysymiseen.

Tässä tutkimuksessa nousi esille, että asiakkaan työttömyys ei itsessään vaikuta asiakaskohtaamisiin terveydenhuollossa. Työtä tehdään tasavertaisesti kaikkien asiakkaiden kanssa. Voidaan kuitenkin ajatella, että terveydenhuollossa on hyvä huomioida työttömien tarve ohjauksessa palvelun pariin. Tämä toteutuu erilaisin hoitoon ohjauksen ohjein. Kuten tässä tapauksessa asiakkaita on ohjattu terveystarkastuksista terveyshyötyasiakkaiksi.

Tämän tutkimuksen aineistosta ei voi tehdä mitään yleistettäviä päätelmiä, mikä ei laadullisessa tutkimuksessa ole tarkoituskaan. Laadullisessa tutkimuksessa vastaamattomuus ei ole kuitenkaan ongelma yleistettävyyden kannalta, koska siinä ei ole tarkoitus yleistää, kirjoittavat Tuomi & Sarajärvi (2002, 86). Aineiston jäädessä niukaksi, herää kysymys kertooko tutkimus ylipäätään mitään tutkittavasta aiheesta (Tuomi ym. 2002, 86). Tämän tutkimuksen aineisto oli niukka, mutta vastasi sisällöltään tutkimuskysymyksiin ja tavoitteeseen. Tutkimustulokset herättävät pohdintaa kyseessä olevasta aiheesta. Asiakkaan työttömyys saattaa asettaa joitain haasteita kohtaamiseen, mutta ensisijaisesti heidät tulee kohdata terveydenhuollossa ihmisinä ja asiakkaina ei työttöminä.

LÄHTEET

Airio, I. & Niemelä, M. (2013). Työmarkkinatuen saajien koettu terveys ja toimeentulo. Teoksessa M. Niemelä & J. Saari (toim.) *Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 44–60. Haettu 18.12.2017 osoitteesta https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40230/Huono-osaisten_hyvinvointi.pdf?sequence=1

Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0*. 4. uudistettu painos. Tampere: Osuuskunta vastapaino.

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic care model in the new millennium: Thus far, the evidence on the chronic care model is encouraging, but we need better tools to help practices improve their systems. *Health Aff (Millwood)* Author manuscript, available in PMC 2016 November 02. Haettu 10.4.2018 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5091929/pdf/nihms825200.pdf>

Ervasti, H. (2004). Työttömyys ja koettu hyvinvointi. Deprivaatioteorian, insentiiviteorian ja selviytymisnäkökulman vertailua. *Janus* vol. 12 (3) 2004, 298–314. Haettu 18.12.2017 osoitteesta <https://journal.fi/janus/article/view/50282/15166>

Eskola, J. & Suoranta, J. (2008). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8. painos. Tampere: Osuuskunta vastapaino.

Eskola, J. & Vastamäki, J. (2015). Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. 4. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 27–44.

Hannikainen-Ingman, K. (2010). Työllisyys ja terveys. Teoksessa R-L. Kokko & P-L. Kotiranta (toim.) *Työllisyys, terveys ja hyvinvointi. Paltamon työllistämismallin arviointitutkimus 2009-2013. I osaraportti 2.6.2010*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos avauksia 17/2010, 14–19. Haettu 15.12.2017 osoitteesta <http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/80395/2c110a57-ee8f-4eb3-a820-f4e2f760c82b.pdf?sequence=1#page=12>

Helminen, P. & Sukula-Ruusunen, K. (2017). Kokonaisvaltainen asiakkaan kohtaaminen ja tilannearviointi ohjaustyössä. Teoksessa J. Helminen (toim.) *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. 1. painos. Keuruu: Edita, 46–58.

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A-M. & Keskimäki, I. (2008). *Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin*. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1995). *Teemahaastattelu*. 7. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2010). *Tutkimushaastattelu*. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2007). *Tutki ja kirjoita*. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen, T. (2002). Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: näkökohtia terveyteen. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen & K. Sirola (toim.) *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY, 35–61.

Hirvonen, E., Pietilä, A-M. & Eirola, R. (2002). Terveyskeskustelu- Tavoitteena dialogi terveyden edistämiseksi. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen & K. Sirola (toim.) *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY, 219–242.

Hult, M. (2014). *Työttömien terveys ja hyvinvointi: Haastattelututkimus*. Pro gradu -tutkielma. Preventiivinen hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 13.1.2018 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140849/urn_nbn_fi_uef-20140849.pdf

Hyväri, S. (2017). Asiakslähtöisyyden periaatteet ja toteutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Teoksessa J. Helminen (toim.) *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. 1. painos. Keuruu: Edita, 32–45.

Hänninen, K. (2007). *Palveluohjaus. Asiakslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin*. Stakesin raportteja 20/2007. Helsinki: Stakes. Haettu 20.2.2018 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75697/R20-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>

Kanste, O., Holappa, M., Miettinen, K., Rissanen, A. & Törmänen, L. Monisairaille oma palveluohjaaja terveysasemalta – kohti hyvää elämää. Teoksessa S. Muurinen, M. Nenonen, K. Wilksman, E. Agge (toim.) *Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010*. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto Fioca, 51–62.

Karjalainen, V., Saikku, P., Pasuri, A. & Seppälä, A. (2008). *Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset*. Stakes raportteja 20/2008. Helsinki: Stakes.

Kauppinen, T. M., Saikku, P. & Kokko, R-L. (2010). Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 234–250. Haettu 15.12.2017 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1%23page=127#page=235>

Kerätär, R. (2016). *Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä*. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D 1340. Haettu 4.5.2017 osoitteesta <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210865.pdf>

Kerätär, R. & Karjalainen, V. (2010). Pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. *Suomen lääkärilehti* 45/2010 vsk 65, 3683–3690.

Koponen, P., Hakulinen, T. & Pietilä A-M. (2002). Asiakas ja terveystalot. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen & K. Sirola (toim.) *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY, 78–130.

Koskinen, S., Aromaa, A., Heliövaraa, M., Koponen, P., Martelin, T., Mäkinen T. & Sainio P. (2012). Yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist, N. Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos raportti 68/2012, 216–217. Haettu 13.1.2018 osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Kroll, L. E. & Lampert, T. (2011). Unemployment, Social Support and Health Problems. Results of the GEDA Study in Germany, 2009. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(4), 47–52.

Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2002). Terveyden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen & K. Sirola (toim.) *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY, 62–76.

Lappalainen, K. (2017). *Työttömien työelämävalmiuksien tukeminen – painopisteenä terveydenhuolto ja verkostoyhteistyö*. Väitöskirja. Publications of the university of eastern Finland. Dissertations in health sciences.

Number 410. Haettu 14.1.2018 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2452-0/urn_isbn_978-952-61-2452-0.pdf

Lötters, F., Carlier, B., Bakker, B., Borgers, N., Shuring, M. & Burdorf A. (2012). The influence of perceived health on labour participation among long term unemployed. *J Occup Rehabil* 2013 23, 300–308.

Melkas, T. (2010). Kunnat terveyden edistäjinä – informaatio-ohjausta vai normeja? Teoksessa T. Sthål & A. Rimpelä (toim.) *Terveyden edistäminen. Tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 45–53.

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. (n.d.). *Asiakasvastaava -toiminta pitkäaikaisairauksien terveyshyötymallissa*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 29.3.2017 osoitteesta http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2

Niiranen, K., Hakulinen, H., Huuskonen, M., Jahkola, A. & Räsänen, K. (2011). Työttömän työelämävalmiuksien tukeminen viranomaisverkossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2011(48), 38–52.

Nurkkala, H. (2010). Terveyden edistäminen kuntien perusterveydenhuollossa. Teoksessa S. Muurinen, M. Nenonen, K. Wilksman, E. Agge (toim.) *Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010*. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto Fioca, 21–26.

Näätänen, A-M., Londèn P. & Peltosalmi, J. (2017). *Sosiaalibarometri 2017*. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.

Patja, K., Paalanen, L. & Prättälä, R. (2007). Tupakointi. Teoksessa R. Prättälä & L. Paalanen (toim.) *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 70–78. Haettu 21.1.2017 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78069/2007b02.pdf?sequence=1>

Pensola, T., Blomgren, J. & Kestilä, L. (2012). Työ ja toimeentulo. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 37–40. Haettu 24.4.2017 osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf

Pensola, T., Shemeikka, R., Kesseli, K., Laihiala, T., Rinne, H. & Notkola, V. (2012). *Palkansaaja, Yrittäjä, työtön. Kuolleisuus Suomessa 2001-2007*. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 84/2012. Helsinki: Kuntoutussäätiö. Haettu 13.2.2018 osoitteesta <https://kuntoutussaatio.fi/files/731/ar.pdf>

Prättälä, R. & Paalanen, L. (2007). Pohdinta. Teoksessa R. Prättälä & L. Paalanen (toim.) *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 84–87. Haettu 21.1.2017 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78069/2007b02.pdf?sequence=1>

Puska, P. (2010). Saatteeksi. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 5–6. Haettu 15.12.2017 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1%23page=127#page=235>

Puusa, A. & Juuti, P. (2011). Mitä laadullinen tutkimus on? Teoksessa A. Puusa & Juuti P. (toim.) *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. Johtamistaidon opisto, 47–57.

Rimpelä, M. (2010). Terveysthoidosta terveyden edistämiseen. Teoksessa T. Sthål & A. Rimpelä (toim.) *Terveysthoidon edistäminen. Tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 11–32.

Romppainen, K., Jähi, R., Saloniemi, A. & Virtanen, P. (2010). Encounters with unemployment in occupational health care: Nurses' constructions of clients without work. *Social Science & Medicine* 70 (2010), 605–608.

Romppainen, K., Saloniemi, A., Kinnunen, U., Liukkonen, V. & Virtanen, P. (2014). Does provision of target health care for the unemployed enhance re-employment? *BMC Public Health* 2014, 14:1200. Haettu 10.4.2018 osoitteesta https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4289058/pdf/12889_2012_Article_7410.pdf

Räisänen, H. (2017). Juhlavuonna suomalainen työ menee valoa kohti. Teoksessa Työ- ja elinkeinoministeriö. *Työpoliittinen aikakauskirja 1/2017*, 9–10. Haettu 4.5.2017 osoitteesta http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79595/TEM_TAK_01_2017.pdf

Saikka, P. (2008). Työttömien terveystalvet. Teoksessa V. Karjalainen, P. Saikka, A. Pasuri & A. Seppälä (toim.) *Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset*. Stakes raportteja 20/2008. Helsinki: Stakes, 64–72.

Saikku, P. (2009). *Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22/2009. Haettu 8.2.2017 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80360/0b1c0c86-edd3-4e4b-b3cd-d1492b5a6830.pdf?sequence=1>

Saikku, P. (2011). Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelut ja kuntoutus – tarkastelua siirtymätyömarkkinoiden kehikossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 76(2011):1, 55–64.

Saikku, P. (2012). *Työttömien terveyspalvelun jatkuvuus. PTT-hankkeen seurantatutkimuksen tuloksia hankekunnissa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15/2012. Haettu 9.3.2018 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80398/4e5a892d-d293-40ef-8f1c-1a22edcd50f4.pdf?sequence=1>

Saikku, P., Kestilä, L. & Karvonen, S. (2014). Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi toimintavalmiuksien viitekehyksessä. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 118–143.

Saikku, P. & Sinervo, L. (2010). Työttömien terveyspalvelujen juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 42/2010. Haettu 15.12.2017 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80399/0bab4ac8-ef15-4080-8b7b-b3d101d07818.pdf?sequence=1>

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist P. (2005). Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu -sarja 3/2005. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.

Shuring, M. (2010). The Role of health and health promotion in labour force participation. Erasmus universiteit Rotterdam. Haettu 26.3.2018 osoitteesta https://repub.eur.nl/pub/20979/101014_Schuring,%20Merel.pdf

Shuring, M., Burdorf, A., Voorham, A., der Weduwe, K. & Mackenbach, JP. (2010). Effectiveness of a health promotion programme for long-term, unemployed subjects with health problems; a randomized controlled trial. Teoksessa M. Shuring. The Role of health and health promotion in labour force participation. Erasmus universiteit Rotterdam, 85–102. Haettu 26.3.2018 osoitteesta https://repub.eur.nl/pub/20979/101014_Schuring,%20Merel.pdf

Sinervo, L. (2009). (toim.) *Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämisyhteistyön loppuraportti ja paikalliset toimintamallit*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 23/2009. Haettu 26.1.2017 osoitteesta <http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/80145/a79cf7a8-e4fe-4b72-b4fa-79268290bc10.pdf?sequence=1>

Sinervo, L. & Hietapakka, L. (2013). *Työttömien terveyspalvelut. Valtakunnallisen terveyskeskuskyselyn 2013 tulokset*. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Työpäpaperi 41/2013. Haettu 23.1.2017 osoitteesta [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110751/URN ISBN 978-952-302-049-8.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110751/URN%3AISBN%3A978-952-302-049-8.pdf?sequence=1)

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301 (2014). Haettu 4.5.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriö (n.d.). *Lainsäädäntö*. Haettu 4.5.2017 osoitteesta <http://stm.fi/toimeentulo/lainsaadanto>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010). *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia*. Julkaisuja 2011:1. Haettu 29.3.2017 osoitteesta <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012-2015. Toimeenpanosuunnitelma*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20. Haettu 4.5.2017 osoitteesta <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112147/URN%3aNBN%3afi-fe201504224670.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2016). *Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Kärkihanke*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50. Haettu 29.3.2017 osoitteesta [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75362/Rap ja mui 2 2016 .pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75362/Rap%20ja%20mui%202016.pdf?sequence=1)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2013). *Työttömien terveydenhuollon järjestäminen*. Kirje 19.8.2013. Haettu 15.12.2017 osoitteesta <http://stm.fi/documents/1271139/1365032/Ty%C3%B6tt%C3%B6mien+terveydenhuollon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen/3b1979ea-c36c-4114-9399-6c45e49b40b1>

Stakes & Tekniikan Sanastokeskus (TSK) (1997). *Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot*. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto. STAKES Sosiaali- ja

terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ohjeita ja luokituksia 1997:2. Helsinki: Stakes, Tekniikan sanastokeskus.

Taipale, I. (2013). Työttömät ja terveydenhuolto. *Duodecim* 2013: 129, 2204–2206.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016a). *Keskeisiä käsitteitä*. Haettu 8.2.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016b). *Perustelut*. Haettu 8.2.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (n.d.). Työttömien työnhakijoiden terveyspalveluita koskevat suositukset.

Tilastokeskus (n.d.a). *Tilastojen ABC. Työttömyyden käsite ymmärretään usein väärin*. Haettu 24.4.2017 osoitteesta http://tilastokoulu.stat.fi/verkko-koulu_v2.xql?page_type=esim&course_id=tkoulu_tlkt&lesson_id=5&subject_id=5&example_id=3

Tilastokeskus (n.d.b). *Työmarkkinatilastot. Pitkäaikaistyöttömyys*. Haettu 24.4.2017 osoitteesta http://tilastokoulu.stat.fi/verkko-koulu_v2.xql?page_type=sisalto&course_id=tkoulu_tmt&lesson_id=5&subject_id=7

Tilastokeskus (2018). *Työvoimatutkimus. 2018, helmikuu*. Haettu 30.3.2018 osoitteesta https://tilastokeskus.fi/til/tyti/2018/02/tyti_2018_02_2018-03-20_fi.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2013). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 10. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Työ- ja elinkeinoministeriö (2011). *Ohje työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalveluihin ohjaamisesta*. Haettu 20.2.2018 osoitteesta <http://www.finlex.fi/data/normit/38378/ohjeTEM3067.pdf>

Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (2010). Johdanto. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*.

Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 10–18. Haettu 24.1.2017 osoitteesta <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1>

Vertio, H. (2003). *Terveyden edistäminen*. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. (2009). *Tutki ja Kehitä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virtanen, P., Janlert, U. & Hammarström, A. (2012). Health status and health behavior as predictors of the occurrence of unemployment and prolonged unemployment. *Public Health* 127 (2013). 46–52.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen*. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki: Tekes.

Vuokko, A., Juvonen-Posti, P. & Kaukiainen, A. (2011). Miten lääkäri arvioi työttömän toimintakykyä? *Suomen lääkärilehti* 48/2011 vsk 66, 3659–3666.

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. WHO/HPR/HEP/98.1. Haettu 29.3.2017 osoitteesta <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

KUTSU TUTKIMUKSEEN

HYVÄ SAIRAAHOITAJA/TERVEYDENHOITAJA

Pyydän sinua osallistumaan tutkimukseeni, jonka aiheena on työttömän kohtaaminen terveydenhuollon asiakkaana. Tutkimus kuuluu opinnäytetyöhöni koulutuksessa sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen YAMK. Olen koulutukseltani terveydenhoitaja ja opiskelen YAMK tutkintoa Hämeen ammattikorkeakoulussa.

Tutkimusaineiston kerään haastattelemalla sairaanhoitajia/terveydenhoitajia, jotka työssään kohtaavat työttömiä henkilöitä asiakkaina ja jotka ovat osallistuneet työttömien terveyden edistämiseen ja/tai hoidon suunnitteluun. Tutkimuksella selvitetään miten työttömät soveltuvat terveyshyötyasiakkaiksi ja mitä tulee huomioida terveyden edistämisen työssä, kun asiakkaana on työtön henkilö. Tarkoituksena on siis saada näkyville terveydenhuollon ammattilaisten näkemys työttömien terveyden edistämisestä. Tutkimustulokset voivat antaa uusia näkökulmia työttömien kohtaamiseen terveydenhuollon asiakkaana ja näin kehittää asiakaskohtauksia kohti asiakaslähtöisyyttä. Lisäksi tulokset voivat antaa tukea asiakaskohtauksiin terveydenhuollon ammattilaisille.

Tutkimuksen toteuttamiselle olen saanut luvan ----- ja yhteyshenkilönä tutkimukselleni toimii -----.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen tutkimukseen voi perua missä vaiheessa tahansa. Mikäli perut osallistumisesi, sinua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta. Aineistot käsittelem nimettöminä, niin että ketään yksittäistä henkilöä ei voi tunnistaa raportista.

Haastatteluun on hyvä varata aikaa 1-1,5 tuntia ja nauhoitan haastattelut suostumuksellasi. Haastattelu voidaan tehdä toimipisteessäsi tai muussa yhteisesti sovituksessa paikassa. Haastattelu voidaan toteuttaa työaikasi puitteissa. Olen suunnitellut, että haastattelut toteutuisivat syyskuun aikana.

Toivon, että otat minuun yhteyttä, niin voimme sopia haastatteluajasta ja -paikasta. Minuun voi ottaa yhteyttä sähköpostitse ja toivon yhteydenottoa 3.9.2017 mennessä. Kerro myös mielelläni lisätietoja tutkimuksestani, mikäli haluat niitä ennen kuin teet päätöksesi mahdollisesta osallistumisestasi.

Kaisa Jalkanen,

YAMK opiskelija, sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen
Hämeen ammattikorkeakoulu

SUOSTUMUSLOMAKE

Kirjallinen suostumus Työttömän kohtaaminen terveydenhuollon asiakkaana -tutkimukseen osallistumisesta

Tietoisena Kaisa Jalkasen toteuttaman Työttömän kohtaaminen terveydenhuollon asiakkaana -tutkimuksen tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen aineiston keruuvaiheen haastatteluun.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta, jos sitä haluan. Jos vetäydyn pois tutkimuksesta, minua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta. Tiedän, että haastattelut nauhoitetaan ja tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani, mutta kuitenkin niin kirjoitettuna, että minua ei voida tunnistaa tekstistä. Minulle on myös selvitetty, että tutkimusraporttiin ei tule mainintaa, missä organisaatiossa tutkimus on tehty. Tiedän, että haastattelunauhut ja niiden pohjalta kirjoitetut haastattelukertomukset eivät joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin. Haastattelunauhoilla ei myöskään mainita minun nimeäni.

Olen myös tietoinen mahdollisuudestani ottaa tarvittaessa myöhemminkin yhteyttä Kaisa Jalkaseen tutkimuksen tiimoilta ja olen saanut tarvittavat yhteystiedot häneltä.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi samankaltaista kappaletta, joista toinen jää minulle itselle ja toinen Kaisa Jalkaselle.

Paikka

aika

Tutkimukseen osallistuja

Nimen selvennys

Tutkimuksen tekijä

HAASTATTELUN TEEMAT JA APUKYSYMYKSET

1. Teema: työttömien terveyden edistämisen tarpeet

Oletko kohdannut työssäsi työttömiä henkilöitä? Miten kuvailisit työttömien terveyttä?
Millaisia terveyden edistämisen tarpeita työttömillä on?

2. Teema: työttömän kohtaaminen ja erityistarpeiden tunnistaminen

Vaikuttaako asiakkaan työttömyys terveystapaamisiin asiakastyössä? Miten/Miksi?
Oletko huomannut, onko vastaanottotilanteissa jotain erityistä, kun asiakkaana on työtön henkilö? Mitä? Onko jotain erityistä mitä huomioit, kun vastaanotollesi tulee työtön henkilö?

3. Teema: työttömät terveyshyötyasiakkaina

Miten työttömät soveltuvat mielestäsi terveyshyötyasiakkaaksi? Minkä takia? Terveys-
hyötyasiakkuudessa tarkoituksena on asiakkaan voimavaraistaminen, onko tässä jotain
erityistä mitä tulisi huomioida, kun asiakkaana on työtön henkilö?

SÄHKÖINEN KYSELY

Työttömien kohtaaminen terveydenhuollon asiakkaina

Tämä kysely on osa opinnäytetyötäni koulutusohjelmassa Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää työntekijöiden näkemyksiä siitä, miten asiakkaan työttömyys vaikuttaa asiakaskohtamisiin terveydenhuollossa ja miten työttömät soveltuvat terveyshyötyasiakkaiksi.

Kiitos että päätit osallistua kyselyyn! Kysely sisältää 11 kysymystä ja vastaamiseen menee aikaa arviolta noin 20-30 minuuttia.

1. Oletko kohdannut asiakkaina työttömiä henkilöitä?
2. Miten kuvailisit työttömien terveyttä?
3. Minkälaisia terveyden edistämisen tarpeita työttömillä on sinun mielestäsi?
4. Oletko huomannut, onko asiakaskohtamisissa jotain erityistä, kun asiakkaana on työtön henkilö?
5. Mitä nämä mahdolliset erityispiirteet ovat ja mistä ne sinun mielestäsi johtuvat?
6. Vaikuttaako asiakkaan työttömyys mielestäsi terveystapaamisiin tai terveyden edistämisen työhön, jota teet vastaanotollasi? Miten perustelet vastauksesi?
7. Onko sinun mielestäsi työttömien kohtaamisessa tai työttömien terveyden edistämisessä joitain haasteita? Jos on niin minkälaisia?
8. Mitä mielestäsi terveydenhuollon ammattilaisen tulisi huomioida asiakaskohtamisissa, kun vastaanotolle tulee työtön henkilö?
9. Miten työttömät soveltuvat mielestäsi terveyshyötyasiakkaiksi? Minkä takia?
10. Terveyshyötyasiakkuudessa tarkoituksena on asiakkaan voimavaraistaminen, onko tässä jotain erityistä mitä tulisi huomioida, kun asiakkaana on työtön henkilö?
11. Minkälaista osaamista terveydenhuollon ammattilainen mielestäsi tarvitsee työttömien kohtaamiseen, kun tehdään terveyden edistämisen työtä?