

TYÖTTÖMÄN ASIAKKAAN PALVELU- JA OHJAUSMALLI TERVEYDEN
EDISTÄMISEN TYÖMENETELMÄNÄ: HOITAJIEN NÄKÖKULMA

Tarja Rautio-Ottman
Terveyskasvatuksen Pro gradu –tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2008

TIIVISTELMÄ

Työttömän asiakkaan palvelu- ja ohjausmalli terveyden edistämisen työmenetelmänä: hoitajien näkökulma

Tarja Rautio-Ottman

Jyväskylän yliopisto
Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta
Terveystieteiden laitos, 2007
Health Education
Pro gradu -tutkielma, sivuja 80 + 3 liitettä

Ohjaajat: LitT Jorma Tynjälä ja TtT Raili Välimaa

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida työttömien terveyden edistämiseksi kehitettyä toimintamallia hoitajien näkökulmasta käsin. Ensisijaisena tavoitteena oli tutkia palveluohjauksellisen ja voimavaralähtöisen terveystarkastusmallin soveltuvuutta (*fit*) ja toimivuutta (*work*) terveyden edistämisen työmenetelmänä avoterveydenhuollon vastaanottotyössä. Lisäksi kartoitettiin niitä tekijöitä, jotka joko estävät tai edesauttavat uuden toimintamallin integroitumista osaksi avoterveydenhuollon jokapäiväistä toimintakulttuuria.

Tutkimus on osa Wire-projektin (Verkostosta Voimaa Inhimillisiin Ratkaisuihin Elämässä) ja Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä toteutetun työttömien terveyshankkeen arviointi- ja kehitystyötä. Tutkimusote oli kvalitatiivinen ja arviointitutkimuksen lähestymistapoja soveltava. Tutkimuksen aineisto koottiin kahtena eri ryhmähaastatteluna kesä- ja syyskuussa 2007. Haastatteluihin osallistui yhteensä kymmenen työttömien terveystarkastuksia tekevää hoitajaa eri terveysasemilta Jyväskylän kaupungin alueelta. Haastatteluaineisto analysoitiin temaattisesti.

Temaattisen analyysin perusteella aineistosta löytyi sekä toimintamallin kehityskelpoisuutta kuvastavia tunnusmerkkejä että voimavarakeskeisen toiminnan varmistamisen ehtoja ja edellytyksiä. Lisäksi toimintamallin integroitumista edistävät ja estävät tekijät tulivat selkeästi esille.

Tutkimustulosten perusteella palvelu- ja ohjausmalli on varteenotettava ja soveltuu työttömien terveyden edistämisen toimintamalliksi. Haastatteluun osallistuneiden hoitajien näkemyksien mukaan ensisijaiseksi kehittämisalueeksi osoittautuivat resurssit, jatko-ohjaamisen osaaminen sekä verkostotyön kehittäminen.

Avainsanat: arviointitutkimus, empowerment, terveystarkastukset, terveyden edistäminen, toimintamallit, työttömyys

ABSTRACT

The Model of Health Check as a means to Promote Health of the Unemployed: a View of Nurses

Tarja Rautio-Ottman

University of Jyväskylä
Department of Health Sciences, 2007
Health Education
Master's thesis, pages 80 + 3 appendices

Supervisors: Ph.D Jorma Tynjälä and Ph.D Raili Välimaa

The aim of this study was to evaluate the developed operations model for health promotion of the unemployed. The principal aim was to discuss the empowering Model of Health Check – from the professional point of view - how it works as a health promotion tool with the unemployed in primary care. In addition, the aim is to discover factors, which either promote or prevent the integration of the new working procedures to be a part of everyday work in public health care systems.

This study is a part of an evaluation and development work in Wire-project (Empowering Networks for Human Solutions in Life) in collaboration with the social- and health services in Jyväskylä. The research method is qualitative and evaluative in nature. The research data were collected in two separate focus group interviews in June and in September, 2007. Altogether ten nurses, conducting the health checks in the health centres of the area of Jyväskylä city, participated in the interviews. The collected data were analyzed thematically.

According to the thematic analysis, it was found both characteristics, which illuminate the viable working procedures, and preconditions in accordance with empowering strategies. Besides the above findings, it was discovered both the promoting and preventing factors of the implementation and integration.

The results of the study indicate, that the Model of Health Check is a noteworthy and actively implemented operations model for to promote the unemployed's health. From nurses' point of view the challenges for future practice is a need of resources, the know-how of providing referral to other services and the development of multiprofessional network.

Keywords: Evaluation Research, Empowerment, Occupational health services, Health Promotion, Procedures, Unemployment

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TYÖTTÖMIEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN TOIMINTAMALLI JYVÄSKYLÄSSÄ.....	8
2.1 Työttömien asiakkaiden palvelu- ja ohjausmallin tarkoitus ja tavoitteet	8
2.2 Työttömien terveyshankkeeseen liittyvä työntekijöiden koulutus	9
2.3 Palveluohjauksellisuus ja voimavarakeskeisyys työttömien terveystarkastuksissa	11
3 TERVEYS JA VOIMAVARALÄHTÖINEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN	14
3.1 Terveyden edistäminen ja empowerment.....	15
3.1.1 Empowerment yksilöllisenä tekijänä.....	15
3.1.2 Empowerment yhteisön terveyden edistämisessä.....	16
3.1.3 Empowerment vuorovaikutustilanteissa	17
3.2 Kritiikkiä ja keskustelua voimavara -käsitteestä	19
4 TERVEYSTARKASTUS OSANA TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ	21
4.1 Terveystarkastuksen tarkoitus ja tehtävät väestön terveyden edistämisessä	23
4.2 Terveystarkastus tutkimuksen kohteena ja sen ulottuvuuksia.....	23
4.3 Kliininen terveystarkastusmalli ja voimavaralähtöinen malli viitekehyksenä	26
5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TUTKIMUKSEN TARKOITUS.....	30
5.1 Kvalitatiivinen arviointitutkimus	30
5.2 Aineiston keruu ja menetelmät.....	32
5.3 Tutkimusaineiston kuvaus ja temaattinen analyysi	34
6 TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN TARKASTELUA	40
6.1 Palvelu- ja ohjausmallin soveltuvuus hoitajien vastaanotolla avoterveydenhuollossa	40
6.2 Työttömien terveystarkastusmalli voimavaraistavana terveyden edistämisen työmenetelmänä.....	44
6.3 Toimintamallin juurruttamista estävien ja edistävien tekijöiden kartoitus	47

6.4. Yhteenveto tutkimustuloksista	50
6.4.1 Kehityskelpoisen toimintamallin tunnusmerkkejä	50
6.4.2 Voimavaraistavan toimintamallin toteutuneet ehdot ja taustaolettamukset	55
6.4.3. Toimintamallin juurtumista estävien tai edistävien tekijöiden yhteenveto	58
6.5 Aikaisempien tutkimuksien tuloksia ja tämän tutkimuksen tulosten vertailua	59
7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja tulosten hyödynnettävyys.....	65
7.2 Johtopäätöksiä ja jatkotutkimusehdotuksia	69
LÄHTEET	76

LIITTEET

Liite 1: Työttömän asiakkaan hoitopolku –kaavio

Liite 2: Analyysiprosessin kuvaus

Liite 3: Ryhmähaastattelussa esitetyt kysymykset

1 JOHDANTO

Terveyden edistämisen hankkeiden avulla pyritään löytämään uusia keinoja tavoitteelliseen ja tulokselliseen terveyden edistämiseen. Väestön terveydentilan seuranta ja terveydenhoitopalvelujen järjestäminen on kansanterveystyössä määritelty terveyden edistämisen erityistehtäväksi, joka käsittää muun muassa väestön terveystarkastukset. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006.)

Tutkittua tietoa työttömien terveydestä ja eri väestöryhmien välisistä terveyseroista on runsaasti. Sen sijaan, vähemmistöryhmien kuten työttömien terveyttä edistävien ja työ- ja toimintakykyä ylläpitävien interventoiden ja menetelmien toimivuuden tutkimusta on niukalti (Karjalainen ja Melametsä 2001, Myllymäki 2006, Pelto-Huikko ym. 2006, Stakes 2007).

Tämä pro gradu – tutkielma on osa Wire-projektissa (Verkostoista Voimaa Inhimillisiin Ratkaisuihin Elämässä) kehitetyn ja työttömille suunnatun terveystarkastusmallin arviointi- ja kehitystyötä. Tarkoituksena on tutkia palveluohjaukselliseen ja voimavaralähtöiseen työotteeseen perustuvan uuden toimintamallin soveltuvuutta ja toimivuutta terveyden edistämisen työmenetelmänä avoterveydenhuollon palveluissa hoitajien näkökulmasta käsin. Useiden tutkimusten mukaan voimavarakeskeisyys sekä vastavuoroisuus asiakaskontakteissa ovat eräitä keskeisiä tekijöitä nykypäivän haasteellisessa terveyden edistämistyössä (Gibson 1991, Poskiparta 1997, Kettunen 2001, Wallerstein 2002, Koelen 2005, Johansson 2006, Mc William ym. 2007).

Toimintamallia on kehitetty Wire-projektin ja Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhteisessä terveyshankkeessa, joka käynnistyi vuonna 2005. Hankkeen nimi on työttömien terveyshanke ja toimintamallia nimitetään työttömän asiakkaan palvelu- ja ohjausmalliksi. Tavoitteena oli, että toimintamalli on hyväksytty ja käyttöön otettu työttömien asiakkaiden palveluissa vuoden 2007 loppuun mennessä, jolloin myös projekti päättyi. Toimintamallin päätavoitteena on työttömien terveyden edistäminen, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä työllistymisen ja elämänhallinnan tukeminen. Hankkeissa kehitettyjen toimintamallien kokeilu ja arviointi on olennaista, sillä vain hyvin toimivan mallin avulla on

mahdollisuus lisätä terveyden edistäjien osaamista ja toiminnan vaikuttavuutta (Labonte 1994, Myllymäki 2006, Peltö-Huikko ym. 2006, Commers ym. 2007).

Tutkimukseni teoreettinen viitekehys muodostuu kehityskelpoisten toimintamallien kriteereistä (Peltö-Huikko ym. 2006) sekä voimavarakeskeisen terveystarkastusmallin taustaolettamuksista (Järvikoski 1994). Kirjallisuuskatsaus muodostuu pääosin sekä kansainvälisistä että kotimaisista voimavarakeskeisyyttä koskevista tutkimuksista. Lisäksi viitataan sellaisiin Suomessa tehtyihin palveluohjauskokeiluja käsitteleviin kirjallisuuskatsauksiin sekä aikaisempiin tutkimuksiin, joiden tutkimusasetelmassa tai johtopäätöksissä on huomioon otettu myös työntekijöiden näkökulma.

Tavoitteena on tuottaa käytännöllistä tietoa uuden toimintamallin juurruttamiseksi ja asiakastyön kehittämiseksi paikallisella tasolla. Lisätavoitteena on myös hyödyntää käytännön kokemuksista nousutta tietoa sovellettavaksi työttömien ja muiden vähemmistöryhmien terveyden edistämismallien kehittämiseksi laajemminkin.

2 TYÖTTÖMIEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN TOIMINTAMALLI JYVÄSKYLÄSSÄ

2.1 Työttömien asiakkaiden palvelu- ja ohjausmallin tarkoitus ja tavoitteet

Sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen ja väestön terveyden edistäminen on Suomessa säädetty perustuslain (73/1999) mukaisesti julkisen sektorin tehtäväksi. Yleisesti voidaan sanoa, että väestön terveys ja hyvinvointi ovat lisääntyneet sekä elinolot kohentuneet. Siitä huolimatta tulo- ja koulutustasoltaan huonommassa asemassa olevien henkilöiden terveydentila ja sosiaalinen hyvinvointi on parantunut hitaammin kuin muiden väestöryhmien. (Pensola ym. 2006, Hyssälä 2007.) - Heikoimmassa asemassa ovat lapsiperheiden ja iäkkäiden henkilöiden lisäksi työttömät työnhakijat. Pitkittyessään työttömyys aiheuttaa terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia, alentaa elämänhallinnan ja lisää syrjäytymisen tunnetta. Työttömien, erityisesti pitkäaikaistyöttömien työkyky on heikompi kuin työllisten ja jatkuva työttömyys vaikuttaa myös psyykkiseen hyvinvointiin alentavasti. (Pietiläinen 2005, Pensola ym. 2006.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan terveyskeskuksissa on luotava uusia toiminta- ja palvelumalleja erilaisiin tarpeisiin ja erilaisille väestöryhmille terveyserojen kaventamiseksi (Myllymäki 2006). Erityisenä haasteena on pitkäaikaistyöttömyyteen ja muuhun sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvä sairastavuus. Pitkäaikaistyöttömäksi katsotaan työtön työnhakija, joka on ollut yhtäjaksoisesti 12 kuukautta työttömänä tai on ollut työttömänä toistuvasti useampana jaksona (Välimäki ja Leppo 2007).

Myöskään toistuvasti lyhytaikaisissa työsuhteissa olevilla ei ole säännöllistä mahdollisuutta työterveyshuollon kaltaisiin palveluihin. Työkykyä ylläpitävien työelämän mallien rinnalle tarvitaan suunnitelmallisia toimenpiteitä työttömien, puutteellisesti koulutettujen ja nuorten aikuisten terveyden edistämiseksi ja työkyvyn ylläpitämiseksi. (Karjalainen ja Melametsä 2001, Kangas 2006, Koskinen ym. 2006.) Myös Ruotsissa tehdyn kyselytutkimuksen mukaan työttömillä esiintyy muun muassa psyykkiseen terveyteen liittyviä tarpeita, joihin vastaamiseksi on kehitettävä erilaisia toimenpiteitä julkisen terveydenhuollon palveluissa (Åhs ja Westerling 2006).

Wire-projekti on kesäkuussa vuonna 2000 käynnistynyt projekti, jota hallinnoi Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysala. Sen tavoitteena on ollut kehittää pitkäaikaistyöttömien työllistämisen **toimintamalli**, jossa yhdistyvät yksilön elämänhallinnan tukemisen lisäksi työ- ja toimintakyvyn edistäminen. (Perttinen ja Suuronen 2004, Hakulinen ym. 2006.)

Toimintamalli voidaan käsitteenä ymmärtää monin eri tavoin. Terveystyön edistämisen keskus ry:n selvityksen mukaan hankkeissa toimintamalli on yleensä ymmärretty toimintamuodoksi, toimintatavaksi, työskentelytavaksi, toimintakäytänteeksi tai toimintaohjeeksi. Sen lisäksi, että toimintamallilla voidaan yleisesti tarkoittaa erilaisia ohjelmia tai yhteistyötä, sitä kuvataan työvälineenä tai työkaluna. Niin ikään toimintamalli voidaan käsittää tavoitteiden saavuttamisen keinona. (Peltola ym. 2006, 29.) Tässä opinnäytetyössä ja työttömien terveyshankkeissa toimintamalli kokonaisuutena nähdään sekä toiminnallisena että teoreettisena prosessina (taulukko 1). Kuitenkin työntekijän kannalta katsottuna ja arkipuheessa, palvelu- ja ohjausmallista puhutaan työttömien terveystarkastusmallina, joka voidaan ymmärtää myös työvälineenä, toimintatapana tai -käytänteinä (liite 1).

Syksyllä 2005 syntyi päätös Työttömien terveyshankkeesta yhdessä Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Työttömien terveyshankkeen toiminta-ajatus perustuu työttömille järjestettäviin terveystarkastuksiin ja sen lähtökohtana on väestöryhmien terveyserojen kaventaminen ja täten terveystasa-arvon lisääminen. Terveystarkastuksen tavoitteena on kartoittaa työttömän asiakkaan kokonaistilanne sekä edistää ja ylläpitää hänen fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista työ- ja toimintakykyään. Terveystarkastuksessa kiinnitetään yleisen terveydentilan lisäksi huomiota asiakkaan työmotivaatioon, elämäntilanteeseen ja tulevaisuuden näkymiin. Palveluohjauksellisen ja voimavarakeskeisen terveysneuvonnan avulla pyritään lisäämään asiakkaan motivaatiota oman terveystensä edistämiseen ja terveystottumusten muuttamiseen. Tarvittaessa työtön asiakas ohjataan muiden terveys- tai sosiaalipalvelujen piiriin. (Hakulinen ym. 2006.)

2.2 Työttömien terveyshankkeeseen liittyvä työntekijöiden koulutus

Terveystyön edistämisen keskus ry:n käynnistyessä vuonna 2005 päätettiin järjestää työttömän asiakkaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen tähtävää palvelu- ja ohjausmallikoulutusta. Koulutusjaksot

toteutuivat siten, että vuonna 2006 hankkeen pilottivaiheessa koulutettiin pääosin Huhtasuon ja Kuokkalan alueella toimivat hoitajat. Koulutuspäivät muodostuivat neljästä puolipäivää kestävästä workshopeista, itsenäisistä harjoitus- ja lukutehtävistä sekä tutustumiskäynneistä. Koulutuspalautteiden pohjalta koulutuksen sisältöjä muokattiin ja tarkistettiin. Keväällä 2007 koulutettiin uusi ryhmä hoitajia lähinnä Jyväskylän keskustan alueen terveysasemilta ja koulutus toteutettiin kahtena puolityöpäivää käsittävänä kokonaisuutena. Yhteensä hoitajia koulutettiin lähes neljäkymmentä. Osaan koulutustilaisuuksista osallistui myös lääkäreitä sekä sosiaaliryöntekijöitä.

Hankkeen koulutuksen *tavoitteena* oli hoitajien palveluohjauksellisen ja voimavaralähtöisen työotteen kehittäminen, heidän valmiuksiensa lisääminen työttömän asiakkaan palvelutarpeen tunnistamiseksi ja oikea-aikaiseen palvelutarpeisiin vastaamiseksi. Sen vuoksi ryöntekijöiden koulutuksessa keskusteltiin muun muassa työttömyyden vaikutuksista ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin, tutustuttiin yhteistyötahojen ja palveluverkoston (mm. Kela ja työvoimatoimisto) toimintaan sekä perehdyttiin uuden toimintamallin käsitteisiin ja peruseräkkeisiin. Erityisesti kiinnitettiin huomiota omien toimintatapojen kehittämiseen asiakaskontakteissa, sillä palveluohjauksellinen ja voimavarakeskeinen työskentely vaatii hoitajilta osin uutta osaamista ja oman toiminnan sekä oppimisen reflektointia. (Hartikainen 2007.)

Asiakastyötä helpottamaan terveyshankkeessa yhdessä koulutukseen osallistuneiden hoitajien kanssa laadittiin niin kutsuttu **työttömän asiakkaan hoitopolku- kaavio** (liite 1). Sen avulla hoitajat voivat toimia selkeän mallin mukaisesti, jolloin toimintatavat vakiintuvat ja toimintamalli pysyy yhdenmukaisena. Lisäksi jatko-ohjausta varten Wire-projektissa aiemmin terveystarkastuksia tehnyt terveydenhoitaja laati eräänlaisen mitä-missä-milloin –kansion. Kansioista löytyy eri palveluiden järjestäjien yhteystietoja sekä lisäksi informaatiota erilaisista työttömille järjestettävistä kursseista, Kelan kautta haettavista perhe- ja virkistyslomista, harrastusmahdollisuuksista jne. Kansiot päivitetään pari kertaa vuodessa, että niissä oleva tieto pysyisi ajankohtaisena esimerkiksi kaupungin toimesta järjestettävien liikuntaryhmien osalta. Niiden avulla hoitajat voivat ideoida ja kannustaa asiakasta esimerkiksi virkistystoimintaan tai ohjata asiakas muuhun hänelle sopivaan palveluun. Lisäksi koulutuksen puitteissa ryöntekijöiden avuksi laadittiin niin kutsuttu terveystarkastuskansio, joka sisältää työttömien terveystarkastuksessa käytettävät mallilomakkeet ja muita terveystarkastukseen liittyviä ohjeita.

Koulutuksen arviointipalautteet

Hankkeen työntekijöiden koulutusta arvioitiin koulutuksen aikana kunkin opintokokonaisuuden päätteeksi Jyväskylän ammattikorkeakoulun kehittämissyksikön lomakkeella. Koulutukseen osallistujat saivat arvioida koulutusta kokonaisuutena, koulutuksen tavoitteiden toteutumista ja sen hyötyjä omaan työhön, kouluttajien ja opetusmateriaalien tasoa, käytännön järjestelyjä sekä myös omaa panostaan. Palautteiden mukaan koulutukseen kokonaisuutena oltiin hyvin tyytyväisiä ja koulutukselle asetetut tavoitteet todettiin saavutetuiksi. Erityisesti osallistujat pitivät koulutuksen käytännönläheisyydestä sekä yhteisistä keskusteluista. Myös tiedolliseen antiin ja opetusmateriaaliin oltiin tyytyväisiä. Niin ikään kouluttajia pidettiin asiantuntevina ja kiitosta sai hyvän ilmapiirin luominen sekä työtapojen joustavuus tilanteen mukaan. Oma panostaan osallistujat arvioivat heikohkoiksi tehtävien suorittamisen osalta, mutta ilmaisivat kiinnostuksensa osallistua aktiivisesti kontaktiopetukseen. Tehtävien teon vaikeus liittyi pääasiassa ajan puutteeseen. Sen sijaan kontaktipäivien opetustilaisuuksissa käydyt keskustelut ja aktiivinen keskusteluun osallistuminen koettiin tärkeäksi oppimisen muodoksi. Lisäksi koulutuksen aihe todettiin tärkeäksi ja antavan hyvää tietoa yhteistyötahoista. (Hartikainen 2007.)

2.3 Palveluohjauksellisuus ja voimavarakeskeisyys työttömien terveystarkastuksissa

Palveluohjauksellinen työote liittyy **palveluohjaus** -käsitteeseen. Palveluohjauksella tarkoitetaan varsinaisesti palveluhallintoa harjoittavan palveluohjaajan työmenetelmiä (*case management*) sekä palveluiden yhteensovittamista (*service coordination*). Työttömien terveystarkastusmallissa kyse ei ole varsinaisesta palveluohjauksesta. Sen sijaan tässä mallissa sovelletaan varsinaisen palveluohjauksen sisältöjä ja tavoitteita. Sovellettuna palveluohjaus sopii kuitenkin kenen tahansa asiakastyötä tekevän työskentelyotteeksi. (Pietiläinen ja Seppälä 2003, 19). Palveluohjauksen keskeisimpiä periaatteita ovat asiakkaan palvelutarpeen tunnistaminen, ohjaaminen ja neuvonta. Nämä periaatteet sisältyvät niin ikään työttömien palvelu- ja ohjausmallin sisältöihin ja tavoitteisiin. Täten se edellyttää tietoa olemassa olevista palveluista ja asiakkaan ohjaamista hänelle sopiviin palveluihin. Siihen liittyy myös sen varmistaminen, että asiakkaan palveluprosessi jatkuu moniammatillisessa yhteistyössä. (Perttula 2003, 60-61, Pietiläinen ja Seppälä 2003, 12-16, Simpson ym. 2003.)

Suomessa pitkäaikaistyöttömille ja mielenterveyskuntoutujille suunnatuissa projekteissa on usein samoja elementtejä kuin varsinaisessa palveluohjauksessa (Perttula 2003, 60-61). Toimivalle, työelämään suuntaavalle palveluohjaukselle Blomgrenin (2005) kirjallisuuskatsauksen ja tulkinnan mukaan, on löydettävissä yhteisiä, toimivia elementtejä: Ensinnäkin on lähdettävä liikkeelle asiakkaan omista haaveista ja kiinnostuksen kohteista. Toiseksi asiakkaalle olisi etsittävä ja esitettävä useita eri vaihtoehtoja muutoksen aikaansaamiseksi. Tärkeätä on myös rauhallinen eteneminen pienten osatavoitteiden kautta ja saattaen vaihtaminen palvelujen piiriin. Viimeisimpänä, mutta ei vähäisimpänä epävirallinen ympäristö ja epäviralliset toimintatavat ovat niin ikään suotuisia elementtejä, varsinkin mielenterveyskuntoutujien ja nuorten kanssa toimiessa. (Blomgren 2005.)

Palveluohjauksen vaiheet voidaan sitä käsittelevän kirjallisuuden perusteella karkeasti jakaa viiteen prosessivaiheeseen: asiakkaiden valikointi, palvelutarpeen arviointi, palveluiden ja tuen suunnittelu tai järjestäminen, tavoitteiden seuranta sekä palvelun tai ohjauksen päätyminen (Pietiläinen ja Seppälä 2003, 12). Työttömien terveystarkastus- ja haastatteluprosessin vaiheet on tässä tutkimuksessa rinnastettu palveluohjauksen vaiheisiin kuvaamaan uuden toimintamallin erilaisuutta verrattuna tavanomaisiin väestön terveystarkastuksiin (taulukko 1).

Työttömän työnhakijan palvelu- ja ohjausmallissa eli terveystarkastusmallissa sovelletaan palveluohjauksen periaatteita ja vaiheita niiltä osin kuin se avoterveydenhuollon vastaanotolla on mahdollista. Työttömät asiakkaat hakeutuvat heille suunnattuihin terveystarkastuksiin siten, että he ottavat yhteyttä joko oma-aloitteisesti julkisissa tiloissa olleiden ilmoitusten perusteella tai muun muassa työvoimatoimiston henkilökunnan ohjaamina. Asiakkaan kanssa yhdessä jo ensimmäisessä puhelinkontaktissa kartoitetaan esimerkiksi tarvetta laboratorionäytteiden ottoon ja sovitaan ensimmäinen tapaamisaika joustavasti. Aikaa ensimmäiseen käyntiin varataan yksi tunti, jonka aikana kartoitetaan asiakkaan terveydentilan lisäksi hänen elämäntilannettaan. Asiakkaan tarpeista ja toivomuksista riippuen sovitaan jatkokäynneistä ja tarvittaessa ohjataan muiden palveluiden piiriin.

Parhaimmillaan työttömien terveystarkastuksessa voidaan todeta, että asiakas on terve ja työkykyinen. Tällöin kartoitusta tekevä hoitaja voi ohjata asiakkaan esimerkiksi ilmaisiin tai edullisiin työkykyä ylläpitäviin liikuntaryhmiin. Sen sijaan, Blomgrenin (2005) mukaan on

vaikeata määritellä, milloin lopettaa asiakassuhde, jos kyseessä on alkoholi- tai huumeikierteessä oleva asiakas eikä asiakassuhde etene odotusten mukaisesti. Pahimmillaan ohjausprosessi voi epäonnistua, kun esimerkiksi päihdepalvelujen saatavuudessa ilmenee puutteita julkisella sektorilla (Blomgren 2005).

Taulukko 1. Työttömän työnhakijan palvelu- ja ohjausmallin vaiheet rinnastettuna Pietiläisen ja Seppälän (2003, 12) esittämään palveluohjauksen prosessiin.

PALVELUOHJAUSPROSESSI	TYÖTTÖMÄN ASIAKKAAN HOITOPOLKU
1. Asiakkaan valikoituminen	Asiakas ottaa yhteyttä ajanvaraukseen
2. Palvelutarpeen arviointi	Puhelinkontakti oman alueen sairaanhoitajan kanssa/ sovitaan esim. laboratorioskäynnistä
3. Palveluiden ja tuen suunnittelu yhteistyössä asiakkaan kanssa	I tapaaminen/ terveystarkastus- ja haastattelu (ks. liite 1)
4. Palvelutavoitteiden toteutus, seuranta ja ohjaus	Seurantakäynnillä (30 min) tai puhelinkontaktissa tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti sovitaan, tarkistetaan ja edetään
5. Palveluohjauksen päättyminen tai jatkuminen tilanteen mukaan asiakaskohtaisesti	Yksilöllisen jatkosuunnitelman / toteutuneen tilanteen tai tarpeiden mukaisesti esim. tervehtyminen tai työllistyminen, eläke yms.

Työttömän työnhakijan terveystarkastuksessa palveluohjauksellinen työote perustuu voimavaralähtöiseen neuvontakeskusteluun. **Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu** on eräs hoito-, neuvonta- ja ohjaustyötä tekevän työväline, jota käyttämällä vastavuoroinen keskustelu (dialogi) asiakkaan ja työntekijän välillä mahdollistuu (Kettunen 2001).

Jyväskylässä muun muassa Poskiparta (1997) on tutkinut sairaalan neuvontatilanteisiin liittyviä vuorovaikutustilanteita ja kuvannut niissä esiintyviä terveysneuvonnallisia ja vuorovaikutuksellisia aineksia. Tuloksien mukaan neuvontatilanteissa esiintyi asiantuntijajohtoisuutta ja hoitajien puheessa painottuivat fyysisen terveyden ulottuvuudet emotionaalisen ja muun tuen jäädessä vähemmälle huomiolle. Sen sijaan Kettusen (2001) tutkimuksen mukaan, joka niin ikään liittyy voimavarakeskeiseen hoitotyöhön, hoitajat nimenomaan onnistuivat parhaiten emotionaalisen tunneilmaston luomisessa sekä tiedon antamisessa. Kehittämisalueeksi Kettusen (2001) tutkimustulosten perusteella nousi aktiivisen ja vastavuoroinen neuvontasuhteen luominen.

Vastaavanlainen kehittämishaaste tiedostettiin myös tämän pro gradu – työn kohteena olevan terveyshankkeen ja toimintamallin tavoitteiden asettelussa sekä työntekijöiden koulutusta suunniteltaessa. Työttömiä työnhakijoita kohtaavien ja asiakastyötä tekevien toiminnan lähtökohdaksi asetettiin *voimavarakeskeisyyteen* ja *dialogisuuteen perustuvan työtteen* sekä *ohjauksen omaksuminen* keskeiseksi osaksi vastaanottotyötä.

Voimavarakeskeisyys asiakaskontakteissa mahdollistaa työttömän asiakkaan sen hetkisen elämäntilanteen kartoittamisen. Esimerkiksi oireet ja vaivat, lääkärin toteamat sairaudet, elintavat ja riippuvuudet, harrastukset, taloudellinen tilanne ja sosiaaliset suhteet pyritään selvittämään perusteellisesti terveyshaastattelulomakkeen avulla. Pyrkimyksenä ovat kuitenkin vastavuoroinen ja asiakkaan tarpeet ja toiveet huomioiva keskustelu sekä ohjaus. Samalla kartoitetaan työttömän asiakkaan tulevaisuuden näkymiä ja odotuksia työhön paluusta, ajatuksia uudelleen kouluttautumisesta tai esimerkiksi kuntoutuksen tarpeesta. Näin ollen dialogisuus, positiivinen palaute ja aito kiinnostus työttömän asiakkaan tilanteesta on onnistuneen terveystarkastustilanteen edellytys. (Matilainen ym. 2007.)

3 TERVEYS JA VOIMAVARALÄHTÖINEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveys on käsite, jota on yritetty määritellä usealla eri tavalla eri aikakausina. Terveyttä on määritelty muun muassa sairauden puuttumisena, ideaalisena tilana, fyysisenä ja henkisenä kuntona, persoonallisena voimana ja -kykynä tai henkilökohtaisten voimavarojen perustana. (Pike ja Forster 1995,3.)

Terveyttä määriteltäessä hyvin usein viitataan Maailman terveysjärjestön vuodelta 1948 peräisin olevaan määritelmään, jonka mukaan ”terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä ainoastaan sairauden puuttumista”. Vuosikymmenet ovat kuitenkin osoittaneet, että kyseinen määritelmän mukaista tilaa on lähes mahdoton saavuttaa. (Saracci 1997.) Siksi terveys tulee nähdä pikemminkin kykynä tai mahdollisuutena selviytyä arjesta eikä pelkkänä päämääränä; tällaiset voimavarat voivat olla lähtöisin joko yksilön tai yhteisön ulkopuolelta tai ”voima” ikään kuin syntyy yksilön sisältä tai yhteisöstä. Näin ollen terveys on itseisarvon sijaan laajempi käsite, jonka painotus on sosiaalisissa ja persoonallisissa voimavaroissa. (MacDonald 1998,17.)

3.1 Terveyden edistäminen ja empowerment

Terveyden edistämisen (*health promotion*) määritelmä perustuu näkemykseen terveydestä yksilön ja yhteisön voimavarana, ja hyvin usein siihen liitetään empowerment- käsite (Gilbert 1995, McWilliam ym. 1997, Kettunen ym. 2001, Kuokkanen 2004, Richie ym. 2004). Empowerment on laajalti käytetty, alun perin sosiaalityön käsite, jolle on vaikea määritellä kunnollista suomenkielistä vastinetta (Vertio 2003,9). Kotimaisen kielen tutkimuskeskuksen käännöksen mukaan sana **valtaistuminen** on lähinnä oikeata vastinetta. Muitakin käännöksiä on käytetty laajalti esimerkiksi voimaantuminen, voimavaraistuminen, valtuuttaminen ja hallinta. (Kuokkanen 2004.)

Tässä opinnäytetyössä empowerment liittyy kahteen ulottuvuuteen; voimavarakeskeisestä ja palveluohjauksellisesta työotteesta puhutaan, kun tarkoitetaan hoitajan voimavara- lähtöistä toimintatapaa. Lisäksi puhutaan asiakkaiden voimaantumisen kuvattaessa toimintamallin tavoitteita tai vaikuttavuusodotuksia. Kuitenkin viitattaessa lähteisiin, kunnioitetaan juuri sitä sanakäännöstä, mitä viitatun lähteen kirjoittajat ovat käyttäneet. Ilmiötä tarkastellaan myös tutkimusartikkeleissa esiintyneiden laajempienkin ulottuvuuksien kautta.

Valtaistuminen määritellään kirjallisuudessa useimmiten moniulotteiseksi prosessiksi kuin olemassa olevaksi staattiseksi tilaksi (Järvikoski 1994,119, Nutbeam 1998). Tällaisessa prosessissa yksilöt ja ryhmät voivat ilmaista tarpeitaan, esittää omia näkökantojaan ja ehdotuksiaan sekä osallistua samalla itseään tai yhteisöään koskevaan päätöksentekoon (Rose & Black 1985,76, MacDonald 1998,73, Vertio 2003,30).

3.1.1 Empowerment yksilöllisenä tekijänä

Kuokkasen (2004) mukaan yksilön valtaistumisen prosessissa syntyy vahva, sisäinen voimantunne ja yksilöt kokevat hallitsevansa omaa elämäänsä. Kuokkasen (2003) tekemässä tutkimuksessa valtaistumisajattelu liitettiin erityisesti hoitajiin ja heidän toimintaansa. Tutkimuksessa esitettiin valtaistuneen hoitajan ideaalimalli, johon oli identifioitu viisi hoitajan valtaistumista kuvaavaa ja edistävää tekijää: moraaliset periaatteet, persoonan vahvuus, asiantuntijuus, tulevaisuusorientoituneisuus ja sosiaalisuus. Näiden toteutuminen edellä mainitun tutkimuksen tulokinnan mukaan heijastuu sekä potilaisiin että työtovereihin muun muassa tasa-arvoisena kohteluna ja arvostamisena.

Peterson ym. (2006) sekä Gagnon (2006) näkevät valtaistumisen yksilön henkilökohtaisena ja erityisesti psykologisena tekijänä. Tutkimuksissaan he etsivät tällaisten yksilön voimavaroja vahvistajien tekijöiden mahdollisia yhteyksiä terveydenhoitoon ja terveyspalveluihin. Tarkoitusta varten Gagnon (2006) kehittivät tutkimuksen avulla kyselykaavakkeen, joka sisälsi erilaisia väittämiä kuvaamaan ja mittaamaan yksilöllisiä voimavaratekijöitä. Kyselykaavake on englanninkieliseltä nimeltään The Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ). Tarkoituksena oli kehittää työkalu, jonka avulla voidaan kartoittaa ikääntyvän väestön autonomiaa, terveyspalveluiden käyttöä ja osallistumista oman terveytensä hoitamiseen. Tutkimuksen mukaan HCEQ:n avulla voidaan saada ennakoivaa tietoa yksilöllisistä voimavaroista (*individual empowerment*) ja sen suhteesta henkilökohtaiseen terveydenhoitoon ja palveluihin. Gagnon ym. (2006) ehdottavat, että terveyden edistäjät voivat käyttää kyseistä mittaria esimerkiksi ikääntyvän väestön (vrt. tässä ikääntyvät työnhakijat) yksilöllisten voimavaratekijöiden ja niiden vaikutusten seurantaan tutkimukseen.

Peterson ym. (2006) ovat niin ikään tutkimuksessaan keskittyneet testaamaan psykologista voimantunnetta ja siihen liittyviä persoonallisia osatekijöitä. Eräs sellainen on 'sosiaalipoliittinen kontrollitekijä' (SPC), joka viittaa yksilön uskomuksiin ja kapasiteettiin olla osana yhteiskuntaa ja poliittista päätöksentekoa. Erityisesti interventioissa, joissa aloitteet ovat koskeneet esimerkiksi vähätuloisten maahanmuuttajanaisten sopeutumisvalmennusta tai nuorten osallistamista terveydenhoitoonsa, SPC on katsottu keskeiseksi tekijäksi. Tutkijat analysoivat SPC-tekijää mittaavan asteikon (SPCS) ja totesivat sen käyttökelpoiseksi mittariksi, jota voidaan hyödyntää sekä empowerment –ajatteluun liittyvässä tutkimuksessa että käytännöissä. (Peterson ym. 2006.)

3.1.2 Empowerment yhteisön terveyden edistämässä

Empowerment käsitteenä liitetään tutkimusartikkeleiden perusteella myös yhteisöllisyyteen ja sen ohella viitataan sellaisiin periaatteisiin kuten omistajuus ja osallisuus. Omistajuudella viitataan tässä toimijoiden sitoutumiseen toimintaohjelmissa. Osallisuudella sen sijaan tarkoitetaan sekä yhteisön kehittämistyötä tekevien toimijoiden että yksilöiden osallistumista ja yhteistyötä toiminnan edistämiseksi. Esimerkiksi Ritchie ym. (2004) tähdentävät yhteisön tupakoimattomuuteen tähtäävässä tutkimuksessaan, että nämä eri tavoin käytetyt periaatteet

muodostavat pohjan yhteisöpohjaisille terveyden edistämistyölle. Heidän mukaansa luonteeltaan viralliset terveystalvet, jotka operoivat empowerment -ideologian viitekehysessä, eivät virallisen rakenteensa vuoksi tue välttämättä yhteisön tai yksilön osallistumista terveyden edistämiseensä. Tutkimuksensa johtopäätöksissä he esittävätkin, että empowerment, osallistaminen ja yhteisöllisyys ovat yhdistelmä tekijöitä, joilla on merkittävä rooli yhteisön kehittämisessä. Erityisesti yhteisön kehittäminen ja empowerment muodostavat periaatteina eräänlaisen lähestymistavan, jonka yhteisöjen organisaatiot ja terveystalan edustajat näkevät vastavuoroisen toiminnan edistäjänä. (Ritchie 2004.)

Myös Wallerstein (2002) liittää empowerment -teorian yhteisön terveyttä edistäviin strategioihin terveyserojen kaventamiseksi. Hänen mukaansa empowerment ymmärretään julkisessa keskustelussa virheellisesti yksilöllisiin käsityksiin itsestä kuten itseluottamukseen tai kyvykkyyteen. Siksi tulisikin puhua mieluummin yhteisön voimaistamisesta (community empowerment) joka viittaa yhteisön kapasiteettiin saada aikaan sosiaalisia muutoksia. Interventiona se tarkoittaa esimerkiksi poliittiseen päätöksentekoon vaikuttamista ja sosiaalilainsäädännön hyödyntämistä epätasa-arvon vähentämiseksi. Esimerkiksi se, että asuu sosiaalisesti tai fyysisesti epäedullisessa ympäristössä, on varaton tai työtön, on riskitekijä sekä yksilön terveyden että elämäntilanteen kannalta. (Wallerstein 2002.)

3.1.3 Empowerment vuorovaikutustilanteissa

McWilliam ym. (1997) kehittivät voimavaralähtöisen toimintamallin ideologiaan liittyvän ohjelman. Toimintatutkimukseen valittiin 13 kroonisesti sairastavaa vanhusta, jotka kuuluivat kyseisen terveyden edistämishjelman piiriin. Tilanteet, joissa tutkimushoitaja ja osallistuja toimivat yhdessä, videoitiin. Tarkoituksena oli yhdessä arvioida, suunnitella hoitoa, ja pohtia yksilön elämää ja terveyttä sekä niiden merkityksiä. Toiminnassa keskityttiin muun muassa potilaan tarpeisiin, toiveisiin, arvoihin sekä yhdessä harkittiin myös elämäntilanteeseen liittyviä tekijöitä kuten kustannuksia, haittoja tai hyötyjä. Heidän kokemustensa perusteella tutkijat identifioivat viisi keskeistä toimintastrategiaa, joiden avulla vanhusten omat voimavarat tukevat jokapäiväistä selviytymistä. Niitä ovat uskon ja luottamuksen rakentaminen (1), aktiivinen kuuntelu ja läsnäolo (2), hyvän hoidon toteuttaminen (3) molemminpuolisen tietoisuuden lisääminen (4) sekä yhdessä ideointi ja toteuttaminen (5).

Vastaavanlaisia tuloksia ja johtopäätöksiä on esitetty McWilliamin ym. (1997) lisäksi muissakin kotimaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa kiinnostuksen kohteena ovat olleet voimavaralähtöinen terveysneuvonta, empowerment tai siihen liittyvät interventiot ja toimintatavat. Esimerkiksi Turussa Johanssonin (2006) tutkimuksessa tarkasteltiin ortopedisten potilaiden ohjausta voimavaraisuuden näkökulmasta. Tutkimus muodostui kolmesta eri vaiheesta, jonka mukaisesti ensin analysoitiin potilaiden tiedonalueen tarpeet ja sen jälkeen arvioitiin potilaiden nykykäytänteiden mukaisen ohjauksen laatua. Lopuksi laadittiin sekä testattiin potilaan voimavaraistumista tukevaa ohjausinterventiota. Tarkoituksena oli niin ikään kehittää potilaan ohjausta hänen voimavaraistumistaan tukevaksi. Johanssonin (2006) tutkimustulokset osoittivat, että hoitotyön keinoin on mahdollista tukea esimerkiksi potilaan tiedollista voimavaraistumista. Myös McWilliam ym. (1997) viittasivat tutkimuksensa johtopäätöksissä tällaisiin potentiaalisiin voimavaraprosesseihin, jotka voivat käynnistyä asiakaskontakteissa muun muassa silloin, kun hoitokäytänteissä kiinnitetään huomiota olemassa olevia yksilöllisiä tai yhteisöllisiä voimavaroja hyödyntävään toimintaan. Tuloksiin tähtäävä terveyden edistämistoiminta edellyttää kuitenkin sekä käytänteiden että oman toiminnan jatkuvaa reflektointia (McWilliam ym. 1997). Tätä samaa ajatusta tukevat myös esimerkiksi Gibsonin (1991), Kettusen (2001) ja Wallersteinin (2001) tutkimukset.

Gibsonin (1991) mukaan valtaistuminen on helpompi ymmärtää käsitteenä, kun tarkastellaan sen puutetta kuvaavia termejä sekä asiakkaiden että työntekijöiden kokemina: Sellaisia ilmaisevat muun muassa voimattomuuden, avuttomuuden, toivottomuuden tai alempiarvoisuuden tunteet. Lisäksi valtaistumisen puute saattaa liittyä asiakkaan kohteluun. Se voidaan kokea lannistamisena, holhoamisena tai oman elämän kontrollin katoamisena. Sen sijaan valtaistumisen toteutuessa asiakkaat ja työntekijät kokevat omaavansa selviytymistaitoja, saaneensa sosiaalista tukea tai itsetuntonsa lisääntyneen. Tästä näkökulmasta katsottuna terveyden edistämistoiminta voi johtaa yksilöiden kykyyn tai voimistumiseen tavoitella toivottuja lopputuloksia (Gibson 1991, McWilliam 1997, Poskiparta 1997, Kettunen ym. 2001, Wallerstein 2002, Kuokkanen 2003, Richie ym. 2004).

Kettunen ym. (2001) esittävät, että hoitajien tulisi kiinnittää huomiota puhekäytäntöihin ja -ilmaisuihin. Puheen ja keskustelun tulisi luoda edellytykset vastavuoroiselle keskustelulle, jossa potilaat rohkaistuvat puhumaan huolenaiheistaan tai peloistaan esimerkiksi ennen toimenpidettä sairaalassa. Vaikka sairaalahoidossa olevien potilaiden ja avoterveydenhuollon vastaanotolla käyvien asiakkaiden kohtaamiset poikkeavat toisistaan, samoja periaatteita voidaan soveltaa kuitenkin erilaisissa kohtaamisissa. Esimerkiksi työttömien asiakkaiden terveystarkastustilanne perustuu juuri tällaiselle asiakkaan ehdoilla tapahtuvaan, vastavuoroisuutta luovaan ohjaukseen, ideointiin ja neuvontaan.

3.2 Kritiikkiä ja keskustelua voimavara -käsitteestä

Keskustelu empowerment- teoriasta on terveystieteenalalla käynnistynyt 1990-luvun alussa ja jatkuu edelleen 2000-luvulla. Esimerkiksi Labonte (1994) viittaa artikkelissaan empowerment- käsitteen sosiaaliseen ulottuvuuteen ja väittää, että terveyden edistäminen ei ole sinällään ”sosiaalinen liike”. Sen sijaan terveyden edistämisenala, byrokraattisena asiantuntijana, on valmis vastaamaan uuteen tietoon perustuvan sosiaalisen liikehdinnän tuomiin haasteisiin. Täten on mietittävä voiko ”voimaa/valtaa” antaa tai ottaa ja miten se tapahtuu terveyden edistämisen ohjelmien puitteissa (Labonte 1994).

Myös Gilbert (1995) tuo keskustelussaan esille voimaantumisen käsitteenä. Hänen mukaansa hoitokäytänteiden yhteydessä ei voida ilman selvää käsitteellistämistä väittää, että jokin toinen malli toimii ”voimaannuttavammin” kuin toinen. Toisin sanoen, kuinka me työskentelemme niin, että voimme ”voimaannuttaa” toisia, jos emme tiedä, mitä voima tai valta on? Hoitotyössä, jonka oletetaan johtavan asiakkaan/potilaan voimaantumiseen, on siis otettava huomioon sekä persoonalliset että sosiaalis-poliittiset ulottuvuudet. (Gilbert 1995.) **Psykologisen mallin** mukaan persoonallinen kasvu johtaa voimaantumiseen, jolloin yksilöt etsivät uusia mahdollisuuksia selvittää ahdistavista oloista (Rogers 1974, Gilbertin 1995 mukaan). **Sosio-poliittinen näkökulma** sen sijaan tarkoittaa mallia, joka viittaa synergiaan. Tällä tarkoitetaan sitä, että yksilöt toimivat yhteisössä yhdessä ja yhdistävät voimavaransa. Näin tällainen yhteistoiminta johtaisi lisääntyviin voimavaroihin, jotka ovat peräisin yksilöistä, jotka osallistuvat toimintaan (Katz 1984, Gilbertin 1995 mukaan).

Edellä viitattuihin Katzin ja Rogersin ajatusmalleihin liittyy kuitenkin ongelmia, sillä ne molemmat edustavat eräänlaista romanttista idealismia. Täten hoitokäytänteissä, joissa tausta-

ajatuksena on yksilön voimaannuttaminen, tulee sen taustalla oleva valta- käsite määritellä seuraavasti. *Ensinnäkin* valta tulee käsittää paikallisissa olosuhteissa päätöksen tekoon liittyvänä mahdollistajana, joka suo väestölle yhtäläiset mahdollisuudet erimerkiksi palveluihin. *Toiseksi*, kysymys ei ole siitä, että ”kenellä on valtaa”, vaan pikemminkin siitä mihin voimaantumisella tähdätään. *Kolmanneksi*, huomiota on kiinnitettävä myös yksilöiden omiin käsityksiin esimerkiksi perheestä tai elämästä. Edelleen, on huomioitava, että voimaantuminen tulee nähdä mieluummin alhaalta ylöspäin tapahtuvana logiikkana kuin hierarkisesti ylhäältä alaspäin tapahtuvana strategiana. Lopuksi, argumentaatio koskee myös tietoa ja totuutta, joka liittyy tieteelliseen objektiivisuuteen esimerkiksi voimaantumiskokemuksia tutkittaessa ja raportoitaessa. (Gilbet 1995.)

Sittemmin 2000-luvulla empowerment- ajattelun rinnalle on nostettu erilaisia periaatteita. Erityisesti tällaisen voimaantumisen ajattelun yhteydessä puhutaan yhteisöllisyydestä ja sen merkityksestä yksilön valtaistamiseksi terveystasa-arvon nimissä. Niin ikään on alettu korostaa julkisen terveydenhuollon (*public health*) mahdollisuuksia toimia terveellisemmän elinympäristön kehittämiseksi, jolloin huomioon otetaan myös sosioekonomiset tekijät. (Commers ym. 2007.)

Vahvaa kritiikkiä empowerment- ajattelua vastaan on esittänyt Powers (2003). Hän väittää, että terveysalan ammattilaiset ovat hyödyntäneet empowerment- käsitettä tarkoituksenaan saada asiakkaat suostutelluiksi toimimaan heidän antamiensa ohjeiden mukaisesti. Sen vuoksi empowerment on Powersin (2003) mukaisesti vahingollinen strategia, joka tuottaa väestön riippuvuutta. Tämän väitteen hän perustaa siihen, että hoitajat esittävät asiakkaan ongelmien ratkaisemiseksi parhaaksi katsomiaan vaihtoehtoja, josta asiakas sitten valitsee sopivimman. Hänen arvioimanaan kyseenalaisiksi joutuvat niin ikään sekä yksilöllinen että kontekstisidonnainen psykologinen empowerment- teoria. Esimerkiksi sellaiset tutkimukset, jotka ehdottavat empowerment- teoriaa muun muassa bulimian hoitoon, tupakasta vieroittamiseen tai työssä jaksamiseen ovat omiaan lisäämään vain terveysalan ammattilaisten vallan tunnetta. Näin ollen terveyden edistämässä ja tutkimuksessa tervetulleita ovat sellaiset uudet lähestymistavat, jotka paremmin vastaavat asiakkaiden toiveita ja tarpeita. (Powers 2003).

4 TERVEYSTARKASTUS OSANA TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ

Suomessa koko väestöön kohdistuu monia yksilöllisiä ja ehkäiseviä toimenpiteitä terveystarkastusten ja seulontatutkimusten avulla. Toimenpiteiden määrä ja sisältö saattavat vaihdella paikkakunnittain. Lääkäriin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilöstön tehtävänä on asiakaskontakteissa varmistaa, että asianmukaiset ehkäisevät toimenpiteet on suoritettu suositusten mukaisesti. Taulukossa 2 esitetään suosituksia, jotka soveltuvat työikäisen väestön terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn joko tavanomaisen asiakas- tai potilaskontaktin tai erikseen järjestetyn terveystarkastuksen yhteydessä. Toivottavaa olisi, että työikäiset kävisivät terveystarkastusten ja -neuvonnan merkeissä lääkärin vastaanotolla vähintään 3-5 vuoden väliajoin. Suositeltavia ovat myös kohderyhmästä riippuen täydentävät neuvontakäynnit tai aikuisneuvolatoiminta. (Aromaa ym. 2003.)

Taulukko 2. Työikäisen väestön terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn suositeltavat kohteet ja toimenpiteet sekä suositus kohderyhmästä ja arvio vaikuttavuutta koskevasta näytöstä. Haastattelu- ja kyselyin tunnistettavat toimenpidetarpeet (Aromaa ym. 2003).

Kohde	Menetelmä tai tutkimus	Kohderyhmä	Näyttö
Sairaudet, niihin viittaavat löydökset ja terveysuhat	Yleisanamneesi, status	T, R, P	MV
Systemaattinen haastattelu tai kysely			
Olellaiset tautiriskit suvussa	Strukturoitu kysymyssarja	T, R, P	V
Eräiden tautien oireet	Oiresarjat ja avoimet kysymykset	T, R, P	MV
Hengityselinten allergiaoireet	Haastattelu, kysely	R, P	MV
Sairaudet ja sairauksien hoito	Haastattelu, kyselyt	T, R, P	V
Terveyskäyttäytyminen			
Ongelmajuominen	Haastattelu, kysely	T, R, P	V
Lääkkeiden ongelma- ja liikakäyttö	Haastattelu, kysely	R, P	MV
Huumeiden käyttö	Haastattelu, kysely, laboratoriomääritykset	R, R	MV
Tupakointi	Haastattelu, kysely	T, R, P	V
Liikuntatottumukset	Kysely, haastattelu	T, R, P	MV
Ravitsemustottumukset	Haastattelu	T, R, P	V

Kohderyhmä: T = terveet ja koko väestö, R = riskiryhmät, P = potilaat (sairausten perusteella määritellyt riskiryhmät)

Näyttö vaikuttavuudesta: V = vaikuttavuus koko väestössä ja riskiryhmissä on osoitettu, MV = mahdollisesti vaikuttava koko väestössä ja riskiryhmissä, mutta vaikuttavuus on osoittamatta ja siksi arvioitava; voi olla diagnostiikassa ja potilaiden hoidossa yleisesti käytössä

Taulukon suosituksissa on edellytetty, että ongelmasta tiedetään riittävästi, jolloin siihen voidaan vaikuttaa erilaisin toimenpitein. Vaikuttavuuden kriteeriksi on hyväksytty eritasoisia ja epäsuoria näyttöjä esimerkiksi vaaratekijöiden vähenemisestä tai heikkenemisestä ja sen perusteella sairastumisvaaran tai kuolleisuuden pienenemisestä. Näyttö voi koskea myös osoitettua oireiden vähenemistä ja elämänlaadun tai toimintakyvyn paranemista.

4.1 Terveystarkastuksen tarkoitus ja tehtävät väestön terveyden edistämässä

Terveyden edistämisen erityistehtäviä kansanterveystyössä ovat muun muassa väestön terveydentilan seuranta ja terveydenhoitopalvelujen järjestäminen. Terveydenhoitopalveluiksi kansanterveystyössä määritellään terveysneuvonta, *terveystarkastukset*, neuvolapalvelut, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, työterveyshuolto, seulontatutkimukset sekä terveydensuojelu eli ympäristöterveydenhuolto. Terveyttä edistäviksi palveluiksi linjataan myös väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävä toiminta. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006.)

Terveystarkastus yksilötasolla määritellään terveydentilan monipuoliseksi tutkimiseksi. Sen tavoitteena on sekä yksilöllisten että kansanterveydellisten riskien kartoittamisen lisäksi väestön terveystietoisuuden lisääminen ja terveyden edistäminen. Terveystarkastus terveyden edistämisen osana edellyttää asiakaskontakteissa lähestymistapaa, joka tukee yksilön terveystietoisuuden kehittymistä sekä terveyteen edullisesti vaikuttavan toiminnan tukemista. (Lahtinen 1996, 47–48.)

Terveysneuvonta ja ohjaus ovat osa terveystarkastusta, jossa tulisi huomioida yksilön terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat taustatekijät. Tällaisia taustatekijöitä ovat yksilölliset tekijät kuten ikä, sukupuoli ja perimä, sosiaaliset tekijät kuten toimeentulo ja sosiaaliset suhteet, rakenteelliset tekijät kuten koulutus, elinolot tai palvelujen saatavuus sekä kulttuuriset tekijät kuten asenteet, uskomukset ja turvallisuus. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006.)

4.2 Terveystarkastus tutkimuksen kohteena ja sen ulottuvuuksia

Tavallisimpia terveystarkastuksen lähestymistapoja terveyteen nähden ovat kliiniset löydökset ja riskien indikaattorit, tottumusten selvittely tai erilaiset kokemukselliset määreet. Niitä ovat esimerkiksi koettu terveys, koettu toiminta- tai työkyky, koetut ongelmat, oireet ja hyvinvointi. (Lahtinen 1996, 48.)

Tampereella kartoitettiin 1990-luvun puolivälissä 45-vuotiaiden määrääikaistarkastuksiin osallistuneiden asiakkaiden mielipiteitä terveystarkastusten tarpeellisuudesta ja

keskustelunaiheista. Tutkimuksen mukaan noin puolet haastattelukyselyihin vastanneista (n = 240) kokivat keskustelut vastaanottotilanteissa henkilökohtaisesti tärkeiksi. Keskustelut terveydenhoitajan vastaanotolla liittyivät yleensä elintapoihin kuten ravitsemukseen ja liikuntaan (n. 90 % käynneistä). Tarkastuskäynnit jakaantuivat viiden eri hoitajan kesken tasaisesti siten, että kullekin hoitajalle kirjautui käynnejä saman verran. Sairauksista ja oireista puhuminen sekä sairauksien ehkäisystä puhuminen oli vähäisempää (n. 80 % käynneistä). Tärkeimmäksi puheenaiheeksi vastaajat esittivät ravinnon, painonhallinnan, laihduttamisen ja liikunnan. Sairauksien kannalta kaikkiaan 14 % miehistä mainitsi verenpaineen seurannan, 30 % naisista rintasyövän ja kohdunkaulansyövän seulonnan mainitsi 10 % naisista. Lisäksi valtaosa vastaajista koki hoitajien käytöksen ystävälliseksi ja huomaavaiseksi. Vastauksista kävi myös ilmi, että säännöllisiin terveystarkastuksiin pääsy koettiin kaikkien ikäryhmien yhteiseksi eduksi ja samalla toiveeksi. (Nupponen 1996.)

Usko terveystarkastusten vaikuttavuuteen on hiipunut 1990-luvulla. Se näkyy selvästi sellaisten tutkimusraporttien vähäisenä määränä, joissa pääasiallisena tarkastelun kohteena oli terveystarkastus. Ilmeisesti raporttien vähäinen määrä johtuu siitä, että niiden vaikuttavuutta on ollut vaikea osoittaa. Painotus tutkimuksissa oli aikaisemmin biolääketieteellinen ja kapea-alaisiin seulontatutkimuksiin liittyvä. Tällöin näyttöä terveystarkastusten merkityksestä ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä on yritetty osoittaa muun muassa fysiologisten tekijöiden avulla. (Lahtinen 1996, 49.) Terveystarkastusten hyötyjä on selitetty kokeellisen tutkimuksen avulla esimerkiksi ruokavaliotottumusten muutoksilla suhteessa kolesteroliin ja verenpaineeseen. Eräs tällainen satunnaisotantaan ja kontrolliryhmä -asetelmaan perustuva tutkimus käsitti 2205 miestä ja naista. Tulokset osoittivat muun muassa, että koeryhmän kokonaiskolesteroliarvo oli alkutilanteeseen verrattuna keskimääräisesti 3.1 % matalampi kuin kontrolliryhmällä. Naisten arvo oli 4,5 % matalampi ($p < 0,0001$) ja miehillä 1,6 % matalampi ($p < 0,05$) kuin kontrolliryhmän. Tutkijoiden mukaan systemaattisen terveyden edistämistoimien yhteys tuloksiin oli täten todellinen. Kuitenkin heidän mukaansa hyötysuhteita olisi mitattava terveydenhuollon kustannuksia ja muita prioriteettejä vasten. (Imperial Cancer Research 1995.)

Sen sijaan Lindholmin ym. (1995) vastaavanlaisen tutkimuksen tulokset olivat vaatimattomampia, eivätkä he pystyneet osoittamaan selkeää eroa intensiivistä terveysneuvontaa saavan koeryhmän ja tavanomaiseen terveystarkastukseen tulevan kontrolliryhmän välillä. Johtopäätöksissään hekin päätyivät ehdottamaan yksilöllisen

ohjauksen tarvetta neuvontatilanteissa intensiivisten terveysterventioiden sijaan. Lisäksi tutkijat esittivät, että terveyden edistämiseen tähtäävät terveystarkastukset ja interventiot tulisi suunnitella siten, että ne vastaavat väestön erilaisia sosiaaliseen asemaan liittyviä tarpeita ja käsityksiä elintavoista (Lindholm 1995).

Myös Turussa terveysterventien ja kansaneläkelaitoksen tavoitteena oli kehittää ja tutkia avoterveydenhuoltoon soveltuvaa terveyden edistämisen palveluohjelmaa. Työikäisille suunnattu malli käsitti terveystarkastuksen, joka sisälsi terveysterventiaa. Seurantatutkimukseen ja tarkastuksiin osallistujille annettiin kirjallista terveystarkastusmateriaalia, kun taas interventioryhmän osallistujat saivat lisäksi suosituksia heille sopiviin neuvontaohjelmiin. Vuoden kuluttua 65 % alkututkimuksessa olleista tulivat tarkastuksiin uudelleen. Tulosten mukaan biokemialliset ja fysiologiset muuttujat osoittivat interventio- ja verrokkiryhmien välillä vain vähäisiä eroja; myönteisimmät muutokset tapahtuivat interventioryhmässä. Lopuksi todettiin, että osallistujat suhtautuivat tutkimukseen ja kokeiltavaan terveysterventia- malliin myönteisesti, sen sijaan terveydenhuollossa esiintyi muutosvastarintaa. (Lahtinen 1996.)

Nyt 2000-luvulla terveystarkastusten tarpeellisuuteen ja tutkimukseen on alettu kiinnittää uudelleen huomiota: Vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysterventia on kohdentamassa määrärahoja ja käynnistämässä hanketutkimusta erityisesti pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoiminnan kehittämiseksi. Sen mukaisesti tarkoituksena on tuottaa tutkittua tietoa kehitettyjen työttömien terveysterventumallien toimivuudesta. (Saikku 2007, Stakes 2007.)

Esimerkiksi työterveyshuollon terveystarkastukset ja palvelut ovat suora väylä vaikuttaa työssäkäyvien terveyteen ja työkyvyn ylläpitämiseen. Sen sijaan, työttömien terveyttä ja työkykyä ei voida edistää suoranaisesti työhön ja työympäristöön nähden. Käytännössä työttömien terveysterventia voidaan kuitenkin kytkeä aktivoitumista ja työllistymistä edistäviin toimenpiteisiin. Tällaisia projekteja ja malleja on kokeiltu ja kehitetty eri puolella Suomea. Yleensä ne ovat niin sanottuja *ostopalvelumalleja*, jolloin esimerkiksi työvoimatoimisto ostaa työttömille asiakkailleen terveyden palveluja.

Toinen tapa on niin kutsuttu *yhteistyömalli*, jossa työhallinto ja perusterveydenhuolto järjestävät työttömille kuntalaisille työterveyshuoltoja. Työvoimatoimisto sitten ohjaa

asiakkaitaan tällaiseen työterveyspisteeseen. Kolmannen mallin, jota voidaan kutsua tässä *sekamalliksi*, tapaan seutukunta tai kunta järjestää työterveyden palveluita tarpeiden tai palveluiden saatavuuden perusteella joko julkisen palvelun pisteessä tai ostopalveluna yksityiseltä. (Karjalainen ja Melametsä 2001.)

Havaintojen mukaan maassamme on niukasti työttömien terveyteen, työ- ja työllistymiskykyyn vaikuttavien interventioiden tutkimusta. Tutkittua tietoa työttömien terveydestä on saatavilla paljon, mutta siitä, millaisin menetelmin voidaan tuloksellisimmin edistää työttömien työ- ja työllistymiskykyä, on hyvin vähän. (Karjalainen ja Melametsä 2001.)

4.3 Kliininen terveystarkastusmalli ja voimavaralähtöinen malli viitekehyksenä

Järvikoski (1994) kuvaa tutkimusraportissaan käytännön kuntoutustyön malleja ja siihen liittyviä taustaolettamuksia. Kliinisessä mallissa työntekijä ottaa helposti asiantuntijan roolin, joka saattaa johtaa asiakkaan passivoitumiseen. Tällainen asiantuntijavalta perustuu lähtökohtaisesti yksipuoliseen tiedon antamiseen tai jakamiseen, jota työntekijä tarjoaa asiakkaalle. Sen sijaan kuntoutujakeskeisessä mallissa asiakassuhde perustuu tasa-arvoiseen vuorovaikutussuhteeseen. (Järvikoski 1994, 132.)

Kuntoutujakeskeisen mallin perustavaa laatua olevat taustaolettamukset soveltuvat lähes tarkalleen kliinisen terveystarkastusmallin ja vastaavasti voimavarakeskeisen terveystarkastusmallin vertailuasetelmaksi. Esimerkiksi voimavarakeskeisen mallin mukaan työntekijä on asiakkaan yhteistyökumppani, kun taas kliinisen mallin mukaan työntekijä toimii asiantuntijajohtoisesti. Toisin sanoen voimavarakeskeinen toiminta mahdollistaa asiakkaan osallistumisen itseänsä koskevaan päätöksentekoon. Vastaavasti kliinisen toimintamallin mukainen toiminta on yksisuuntaista ohjeiden antoa. Tässä tutkimuksessa käytetään viitekehyksenä edellä mainittua voimavarakeskeiseen ajatteluun perustuvaa kuntoutujakeskeistä mallia. Seuraavassa taulukossa (taulukko 3) esitetään Järvikosken (1994, 133) laatimaa vertailutaulukkoa soveltaen ja mukailien oletetun kliinisen terveystarkastusmallin ja ideaalisen terveystarkastusmallin ominaisuudet ja erot. Malli perustuu osin Anderssonin (1975) esittämään dynaamiseen auttamismalliin, jonka vertailukohteena on lääketieteellinen malli.

Lääketieteellisen mallin mukaan toimiva ammattilainen on yleensä aktiivinen, asiakkaan ollessa usein passiivinen. Malli on tarkoituksenmukainen vain ensiavun tyyppisessä, lääketieteellisessä avunantotilanteessa. Sen sijaan **auttamismallissa** ammattilainen kuuntelee ja ohjaa mutta asiakas on aktiivinen osallistuja ja toimija. Ollakseen tehokas, auttamismallin mukaisen prosessin tulee täyttää kolme ehtoa. Ne ovat kahdenkeskisen luottamuksen lisääntyminen (1), ongelmien ratkaisu yhdessä asiakkaan kanssa (2) sekä molemminpuolinen kuuntelu (3). Tämä edellyttää sekä asiakkaan että ammattilaisen aktiivisuutta sekä myös epäonnistumisten hyväksymistä. (Andersson 1975.)

Myös Riikonen on perehtynyt voimavarasuuntautuneeseen dialogiin ja haastattelutekniikkaan. Väitöskirjassaan (1992) hän käsittelee auttamistyön ongelmamalleja ja niiden teoreettisia lähtökohtia. Hänen mukaansa objektivistiset, asiantuntijakeskeiset ongelmamallit vahvistavat asiakkaan riippuvuutta kun taas ei-objektivistiset jäsentämistavat voivat tukea asiakkaan kompetenssia, osaamista ja toimintamahdollisuuksia (Riikonen 1993). Hänen ideansa liittyvät perheterapiaan, mutta sopivat sovellettavaksi esimerkiksi kuntoutustyöhön (Järvikoski 1994,135).

Taulukko 3. Kliinisen ja voimavarakeskeisen terveystarkastusmallin vertailu. (Andersson 1975, Järvikoski 1994)

<u>KLIININEN MALLI</u>	<u>VOIMAVARAKESKEINEN MALLI</u>
ASIAKAS -toiminnan kohde -passiivinen rooli	AKTIIVINEN ASIAKAS -elämänsä suunnitteleva -aktiivinen subjekti
TYÖNTEKIJÄ/hoitaja -asiantuntijajohtoinen -toiminnan subjekti -vastaa toiminnasta -antaa toimintaohjeet	TYÖNTEKIJÄ/hoitaja -yhteistyökumppani -tekee ehdotuksia -tukee päätöksenteossa -kannustaa
SUHTEEN LUONNE -yksisuuntainen vuorovaikutussuhde -perustuu eriarvoisuuteen -lisää asiakkaan riippuvuutta	SUHTEEN LUONNE -dialogi -perustuu tasa-arvoon -lisää asiakkaan itsenäisyyttä
RATKAISUJEN HAKEMINEN -ongelmalähtöisesti tai sairauskeskeisesti	RATKAISUJEN HAKEMINEN -yksilön vahvuuksista käsin -verkoston kehittämisestä
TULEVAISUUDEN ENNUSTE -voimattomuus	TULEVAISUUDEN ENNUSTE -voimaantuminen/elämänhallinta

Voimavaraisajattelun eräs perusidea on se, että voimavaralähtöisesti toimiva työntekijä pystyy edistämään asiakkaiden tai potilaiden voimavaroja. Siihen liittyy myös ajatus kasvusta ja kehityksestä, johon aina liittyy sekä ristiriitoja ja jännitteitä. Idea on siis siinä, että ongelmat tunnustetaan ja niitä tarkastellaan monista näkökulmista käsin. Huomio kiinnitetään kuitenkin enemmän ratkaisuihin kuin itse ongelmiin. Tavoitteena on, että yksilö tuntisi saavansa

vaikuttaa omia asioitaan koskevaan päätöksentekoon ja kokisi jossain määrin hallitsevansa omaa elämänsä kulkuaan. (Miettinen ja Pelkonen 2000.)

Tällainen empowerment- malli perustuu tasavertaiseen dialogiin, jolloin asiakas osallistuu aktiivisesti omaa elämäänsä koskevien tavoitteiden määrittelyyn, toteutusstrategioiden suunnitteluun sekä toiminnan tulosten seurantaan. (Järvikoski 1994, 137.) Voimavarasuuntaunut asiakastyö, empowerment ja sen menetelmälliset ideat ovat peräisin Freiren (1972) pedagogiasta. Useimmissa voimavara- ajattelua käsittelevissä artikkeleissa viitataan Freireen. Hänen mukaansa hyvä dialogi liittyy tasavertaiseen kohtaamiseen kahden ihmisen tai maailmojen välillä: Dialogi itsessään viittaa *sanaan* ja sanojen tulisi johtaa reflektioon ja sitä kautta toimintaan (*activism*). Muussa tapauksessa on kyse vain joutavasta itseilmaisusta (*verbalism*). Täten hyvän dialogin ehtoja ovat rakkaus, nöyryys, usko ihmiseen, luottamus, toivo ja kriittinen ajattelu. Kriittinen ajattelu edellyttää sen hyväksymistä, että ihmisen ja maailman todellisuus on ennen kaikkea alati muuttuva prosessi, johon liittyy myös pelkoa ja riskejä. (Freire 1972, 60-64.)

5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida työttömien terveyden edistämiseksi kehitettyä palveluohjauksellista ja voimavarakeskeistä toimintamallia terveyden edistämisen työmenetelmänä analysoimalla hoitajien näkemyksiä. Ensisijaisena tavoitteena on tutkia hoitajien näkemyksiä mallin soveltuvuudesta avoterveydenhuollon vastaanottotyössä sekä sen toimivuutta työttömien terveyden edistämisen voimavaraistavana työmenetelmänä. Samalla tarkastellaan ideaalisen terveystarkastusmallin teoreettisia taustaolettamuksia ja terveystarkastuksen ulottuvuuksien ilmenemistä aineistossa. Lisäksi kartoitetaan tekijöitä, jotka joko estävät tai edesauttavat mallin toteuttamista käytännössä.

Tutkimuksen pääkysymykset ovat:

1. Soveltuuko työttömille suunnattu terveystarkastusmalli hoitajien näkemysten mukaan avoterveydenhuollon sairaan- tai terveydenhoitajien vastaanottotyöhön?
2. Toimiiko malli hoitajien mielestä työttömien terveydenedistämisen voimavaraistavana työmenetelmänä ja millä perusteella?
3. Mitkä tekijät joko estävät tai edesauttavat uuden toimintamallin käyttöönottoa ja juurruttamista hoitajien näkemysten mukaan?

Tässä yhteydessä *soveltuvuudella* ja *toimivuudella* tarkoitetaan toteutettavien palvelujen tai toimintatapojen tarkoituksenmukaisuutta ja johdonmukaisuutta työttömien terveyttä edistävän toiminnan kannalta. Ne voivat olla tekijöitä, jotka liittyvät esimerkiksi organisaatioon, toimintaympäristöön tai – kulttuuriin, työnkuvaan tai työrooliin, toimijoiden osaamiseen, toteutukseen, valmiuksiin tai muuhun ennalta tuntemattomaan tekijään.

5.1 Kvalitatiivinen arviointitutkimus

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusotteen avulla pyritään antamaan tilaa tutkittavien henkilöiden rikkaille näkökulmille ja kokemuksille. Lähestymistapa keskittyy subjektiiviseen arkitietoon, sen tulkitsemiseen tai selittämiseen. (Moilanen 1995, 26.) Pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita sekä kuvata todellista elämää. Todellisuutta ei kuitenkaan

pilkota mielivaltaisesti osiin, vaan tutkimuksessa otetaan huomioon asioiden ja tilanteiden moninaisuus sekä rajoittavat tekijät. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) Toisin sanoen tutkimustuloksissa kausaalisuhteiden sijaan ollaan kiinnostuneita parhaasta mahdollisesta tiedosta, joka vastaa todellisuutta. Tämänkaltaista tietoa arvioijat ja toimijat voivat hyödyntää tutkimuksissa, jotka liittyvät toimenpideohjelmien kehittämiseen tai toimintatapojen arvioimiseen (Fook ym. 1999, Shaw 1999, 19). Tällainen lähestymistapa sopii hyvin organisaation toiminnan tai interventioprojektin kehittämisen tutkimiseen myös Pattonin (1990, 153-155) ja Robsonin (1999, 83) mukaan.

Tesch (1992, 58-73) erottaa useita kymmeniä erilaisia kvalitatiivisen tutkimuksen lajeja ja haaroja, joista yhtenä hän mainitsee kvalitatiivisen evaluaation. Arvioinnilla tai evaluaatiolla ymmärretään arvottamista ja sitä voi tapahtua kaikilla elämänalueilla joko ei-formaalisti tai formaalisti. Arkielämän eli ei-formaali arviointi ei ole tutkimusta, jos siitä puuttuu systemaattisuus (Robson 2001, 25). Tieteelliseen tutkimukseen sen sijaan kuuluvat tietyt elementit, kuten mallit, käsitteet, teoriat ja metodologia. Niiden avulla tutkija määrittää asemansa suhteessa tutkimuskohteeseen (Silverman 2001, 3-4.) Kun arviointiin tieteellisten elementtien lisäksi liitetään havaintoaineiston kerääminen, analyysi ja tulkinta tieteellisiä sääntöjä noudattamalla, voidaan puhua arviointitutkimuksesta. (Shaw 1999, 17-18, Robson 2001, 25.)

Arviointitutkimusta ei aikaisemmin pidetty varsinaisena tieteellisenä tutkimusalana, jota toteutettaisiin sellaisenaan (Sinkkonen ja Kinnunen 1994, 30, Mäntysaari 1999). Nykyisin tutkijat sitoutuvat kukin oman tieteenalansa teoreettisiin käsityksiin ja tutkimustiedon hyödyntämismahdollisuuksiin arviointitutkimusta tehdessään (Rajavaara 1999).

Koska tutkimukseni perustuu projektihankkeessa toteutettavan toimintamallin arviointiin ja sen kehittämiseen, tutkimusote on evaluoiva ja kartoittava. Niin ikään tässä tutkimuksessa on arviointitutkimuksen piirteitä, johon liittyy käytännönläheisten tiedontarpeiden lisäksi aineiston tarkastelua teoreettisesta viitekehystä käsin (Lindqvist 1999). Arviointitutkimuksen lähtöajatuksena on, että eri toimijoiden kokemuksista ja näkemyksistä voi ottaa oppia arvioinnin kohteena olevan toiminnan parantamiseksi (Dale 1998, 19). Myös Tesch (1992, 65) viittaa arviointitutkimuksen kohdistuvan pikemminkin toimintaohjelmissa syntyneisiin kokemuksiin tai prosesseihin sen sijaan, että varsinaisesti tutkittaisiin vaikutuksia tai lopputuloksia. Tällaista lähestymistapaa edustaa niin ikään teoriaperusteinen,

normatiivinen eli muuttamaan pyrkivä arviointityyppi, jonka mukaisesti voidaan analysoida toiminnan sisältöjä, toteuttamisympäristöä sekä toiminnan tavoitteita (Chen 1990, 102-140). Tämän tutkimuksen näkökulma on joiltain osin normeeraava, kuten edellä, etsien tutkimusaineistosta vastauksia kysymykseen ”mitä pitäisi olla” ja onko sitä?

5.2 Aineiston keruu ja menetelmät

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä muun muassa hypoteesittomuus. Soveltuvia metodeja aineiston hankinnassa ovat esimerkiksi teemahaastattelu, osallistuva havainnointi tai *ryhmähaastattelut* erilaisten dokumenttien lisäksi. (Eskola ja Suoranta 2001, 15, Hirsjärvi 2004, 155.) Ryhmähaastattelu soveltuu hyvin kartoittavaan tutkimukseen, jonka avulla voidaan muun muassa testata käsitteitä arkikokemuksia vasten, löytää ongelmia tai kehittää menetelmiä (Moilanen 1995, 28).

Tässä opinnäytetyössä aineiston keruun menetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua. **Tutkimuslupa** anottiin 7.3.2007 kirjallisena Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystaloyksiköstä. Luvan tutkimukselle myönsi 24.4.2007 avoterveydenhuollon palveluiden tulosaluejohtaja, Jarmo J. Koski. Tutkimusluvan mukaan tutkimukseen ei liity tietoturvaan tai eettisiin kysymyksiin liittyviä ongelmia. Lisäksi tutkimusluvassa todettiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vapaaehtoisten hoitajien rekrytoinnissa avustivat avoterveydenhuollon hoitotyön johtaja Raili Oikarinen sekä osastonhoitaja Leena Olli. Lisäksi haastateltaville esiteltiin tutkimusaihetta osastopalaverissa sekä tiedotettiin tutkimushaastattelun lopullisesta ajankohdasta ja paikasta sähköpostitse.

Haastattelut suoritettiin kahdessa erässä. Ensimmäinen haastattelu, johon osallistui 5 vapaaehtoista hoitajaa, tehtiin kesäkuussa 2007. Toinen haastattelukerta oli syyskuussa 2007, johon ilmoittautui ja osallistui myös 5 hoitajaa. Haastatteluun rekrytoitiin niitä hoitajia, jotka olivat osallistuneet terveyshankkeen palvelu- ja ohjausmallikoulutukseen ja tekevät terveystarkastuksia työssään. Vuonna 2006 koulutetut hoitajat haastateltiin kesäkuussa ja vuoden 2007 keväällä koulutetut hoitajat syyskuussa. Tarkoituksena ei ollut kuitenkaan vertailuryhmien muodostaminen. Näin toimittiin, koska haastatteluhetkellä haluttiin varmistaa, että kaikille haastateltaville oli kertynyt kokemusta uuden toimintamallin mukaisesta työstä. Ryhmähaastatteluihin osallistuneiden hoitajien taustatietoja ei kerätty, sillä tutkimuslupaa pyydettyä heille luvattiin anonyymiteetin säilyminen. Vaikka kyse ei

ollutkaan arkojen tai henkilökohtaisten asioiden tutkimisesta, toimijoiden joukko oli pieni ja helposti tunnistettava. Näin toimimalla oletettiin, että haastateltavat uskaltaisivat avoimemmin puhua esimerkiksi toimintamalliin liittyvistä ongelmista.

Ryhmähaastattelu

Tyypillisimmillään ryhmähaastattelu (*focus group interview*) kestää tunnista kahteen ja osallistujien lukumäärä voi olla kuudesta kymmeneen henkilöä. Suositeltavaa on, että haastateltava ryhmä on taustaltaan mahdollisimman homogeeninen. (Patton 2002, 385.) Teknisesti ryhmähaastattelu on yksilöhaastattelua tehokkaampi, koska yhden haastattelukerran aikana saadaan esille useiden henkilöiden tuomia näkökulmia. Lisäksi haastateltavien eri mielipiteet tulevat ryhmässä ikään kuin toistensa kontrollien alle ja haastattelijan vaikutus haastateltaviin jää pienemmäksi. Ryhmähaastatteluissa on kuitenkin muistettava, että myös ryhmän dynamiikka tai haastattelijan suhde haastateltaviin voi vaikuttaa vastauksiin ja mielipiteisiin. (Sulkunen 1990, 264.)

Ryhmähaastattelun tavoitteena on suhteellisen vapaamuotoinen, mutta asiassa pysyttelevä keskustelu. Ryhmähaastattelua suunniteltaessa on päätettävä, pyritäänkö tilaisuudesta tekemään tyypillinen haastattelutilanne vai halutaanko saada aikaan aktiivista keskustelua. (Eskola ja Suoranta 2001, 97). Keskusteluun tähtäävässä ryhmähaastattelussa haastattelija toimii eräänlaisena moderaattorina; luo ja esittää säännöt keskustelulle (Valtonen 2005). Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli kysymysten avulla saada aikaan keskustelua, joka tuottaa tutkimuksen aihepiirin mukaista dataa. Keskustelun aikaansaaminen on kuitenkin vaikeata. ”Kokemuksen mukaan haastateltavat pikemminkin viittaavat toistensa puheisiin, mutta vain harvoin se on todellista vuoropuhelua osallistujien kesken”. (Sulkunen 1990, 266.) Etuna on kuitenkin se, että ryhmässä henkilöt voivat innostaa toinen toistaan puhumaan asioista tai tuomaan esille eriäviä tai yhdenmukaisia mielipiteitä, ajatuksia tai kokemuksia (Eskola ja Suoranta 2001, 94-95). Lisäksi ryhmähaastattelua voidaan käyttää moniin eri tarkoituksiin. Esimerkiksi kulttuuri- ja vuorovaikutustutkimuksen lisäksi, ryhmähaastattelua voidaan hyödyntää faktuaalisen informaation hankkimisessa (Sulkunen 1990, 264-265).

5.3 Tutkimusaineiston kuvaus ja temaattinen analyysi

Teemoittelu (*thematizing*) on yksi kvalitatiivisen tutkimuksen analyysitapa. Teemoittelulla esimerkiksi Hirsjärvi ja Hurme (2004, 173) tarkoittavat sitä, että analyysivaiheessa tarkastellaan sellaisia aineistosta nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä usealle haastateltavalle tai sitten ne saattavat pohjautua teemahaastattelun teemoihin. Tässä tapauksessa ne pohjautuivat tutkimus- ja haastattelukysymysten teemoihin. Yhtäläillä teemat voivat yllämainittujen kirjoittajien mukaan nousta esille aineistosta ikään kuin uusina teemoina, jotka pohjautuvat tutkijan tulkintoihin haastateltavien sanomista. Tämän tutkimuksen analyysi perustuu edellä kuvattuun taktiikkaan, josta käytetään nimitystä temaattinen analyysi. Sen lisäksi tässä tutkimuksessa sovellettiin laskemista silloin, kun haluttiin selvittää tiettyjen tunnusmerkkien esiintymistä ja niiden välisiä suhteita aineistossa.

Analyysi ja tulkinta edellyttävät kurinalaista tutkimusta, luovuutta, käsitteellistämistä sekä arvioinnin merkityksen huomioimista. Analyysi ja tulkinta voidaan käsittää myös saumattomana prosessina, vaikka ne käsitteellisesti ovat eri asioita. Analyysi on prosessi joka tuo järjestystä dataan ja järjestää sen malleihin, luokkiin ja kuvaileviin yksiköihin. Tulkinta taas edellyttää tarkoituksen ja merkitsevyyden lisäämistä analyysiin, mallien selittämistä sekä aineiston ulottuvuuksien, suhteiden ja yhteyksien etsimistä. (Patton 1990, 144.) Tulkintaa pidetään laadullisen tutkimuksen ongelmallisimpana vaiheena. Kuitenkin, tutkijan luovasta ja asiantuntemukseen perustuvasta päättelykyvystä riippuu kuinka hedelmällinen ja osuva tulkinta lopulta on. (Eskola ja Suoranta 2001, 145.)

Käytännössä analyysiä ja tulkintaa ei siis voi erottaa toisistaan, sillä datan kokoamisen yhteydessä ilmenevät ideat ikään kuin käynnistävät analyysin. Ideoista kannattaakin tehdä kenttämuistiinpanot. Kun sitten datan kerääminen on loppunut, on aika aloittaa varsinainen analyysin teko. Tällöin tutkijalla on Pattonin (1987, 144) mukaan kaksi pääasiallista lähdettä analyysin toteutukseen:

- a. arviointikysymykset, jotka muotoutuivat käsitteellistämisen ja suunnittelun aikana

- b. analyttiset oivallukset/käsitykset ja tulkinnat, jotka nousivat datan keräämisen yhteydessä

Analyysivaiheessa on koko ajan pidettävä mielessä se, että erilaisten toteamusten ja lausumien määrä tai esiintymistiheys ei välttämättä takaa sitä, että tutkimustulos olisi juuri se, mitä informantit varsinaisesti sanovat. ”Toisaalta voidaan kysyä, että riittääkö päätelmäntekoon se, että jokin asia on tullut riittävän selvästi esille yhden ainoan kerran?” (Sulkunen 1990, 274). Tärkeämpää kuitenkin kuin esiintyvyyksien laskeminen laadullisessa tutkimuksessa on sellaisten mielenkiintoisten ja selkeiden ilmaisujen löytäminen, jotka ovat yhteydessä tutkimusongelmaan ja kysymyksen asetteluun. Huomioitavaa on myös se, että ryhmähaastattelussa kerätty haastatteluaineisto edustaa tekstiä, jonka lähteenä on koko ryhmä *kollektiivisubjektina*. Näin ollen tiettyjen asioiden esiintymistiheys ei sinällään ole tärkeätä, kunhan se on mainittu riittävän selkeästi ja painokkaasti. Toisaalta, myös esimerkiksi poikkeava mielipide yhden henkilön tuomana on seikka, joka on päätelmissä otettava huomioon. (Sulkunen 1990, Moilanen ja Räihä 2001.)

Tutkimusaineiston kuvaus ja analyysiprosessi tässä tutkimuksessa

Aineisto koostuu kahdesta ryhmähaastattelusta, jotka äänitettiin sekä purettiin tekstiksi kysymyksineen ja vastauksineen. Sanatarkasti litteroitua aineistoa kertyi fonttikoolla 12, rivivälillä 1,5 yhteensä noin 20 liuskaa. Ensimmäisestä haastattelukerrasta kertyi vähän yli 8 liuskaa varsinaista haastattelutekstiä ja toisesta reilu 11 liuskaa. Molempiin haastattelukertoihin oli varattu aikaa yksi tunti ja haastateltavien kanssa sovittiin kokoontumisesta kymmenen minuuttia sovittua haastattelun alkamisajankohtaa aikaisemmin. Käytännössä osa haastateltavissa saapui ajoissa paikalle, mutta ensimmäisellä haastattelukerralla yksi haastateltavista tuli myöhässä. Lisäksi yksi haastateltavista ilmaisi, että hänellä on kiire seuraavalla tasatunnilla alkavaan palaveriin. Eräällä tavalla kiireentuntu loi paineita suoriutua haastattelusta nopeasti ja vaikutti haastattelijan mahdollisuuksiin luoda rauhallinen ilmapiiri. Alkujännityksestä johtunut varautunut ilmapiiri muuttui kuitenkin vähitellen vapautuneemmaksi haastattelun edetessä. Haastattelutilanteeseen oli varauduttu tuoremehutarjoilulla, mikä myös virkisti osallistujia helteisenä kesäaamuna. Varsinainen haastatteluosuus kesti noin 50 minuuttia ja alkuvalmistelut virittävine kysymyksineen noin 10 minuuttia molemmissa tapauksissa. Haastatteluajankohdat määräytyivät pelkästään käytännön

olosuhteiden ja työaikajärjestelyjen perusteella. Ihannetilanne olisi luonnollisesti ollut alkuviikosta aamupäivällä.

Ensimmäisen haastatteluryhmän kokoontuminen tapahtui perjantai-aamuna jo kello 7 aikaan aamulla, mikä olettavasti vaikutti sekä haastattelijan että haastateltavien vireystilaan. Toisaalta kyseessä oli kaunis ja valoisa kesäaamu ja haastateltavat omien sanojensa mukaan eivät kokeneet varhaista ajankohtaa mitenkään poikkeukselliseksi. Hoitajien työkuvaan kuuluu esimerkiksi tyypilliset aamuvarhaiset palaverit. Kuitenkin haastattelutilanne oli jokseenkin varauksellinen, ainakin aluksi. Se luultavammin johtui ensimmäistä kertaa tutkimushaastattelua tekevän opinnäytetyöntekijän jännittämisestä ja kysymysten mekaanisesta esittämisestä.

Toisen haastatteluryhmän tapaamisajankohta sovittiin torstai-iltapäiväksi kello 15:00. Tällä kerralla haastattelutilanne ei tuottanut haastattelijalle enää jännitystä ja kysymykset pyrittiin esittämään vapaammin ja keskustelua herättävästi. Tarjolla oli hedelmiä ja myslipatukoita. Yksi hoitajista antoi palautetta, että kahvi olisi lisännyt vireystasoa iltapäivän tunteina paremmin. Haastateltavat olivat kuitenkin aluksi aktiivisen oloisia, mutta työpäivän päättymisen aikoihin vireystaso luonnollisesti laski. Tämä oli havaittavissa siinä, että vastaukset alkoivat toistaa itseään, eikä haastattelussa päästy ihan niin syvälliselle keskustelun tasolle kuin oli tarkoitus.

Analyysit aloitettiin lähes välittömästi samana päivänä kuin tutkimushaastattelu oli ja jatkettiin heti seuraavana päivänä lukemalla aineisto läpi ajatuksen kanssa pariin kertaan (liite 2). Sen jälkeen aineistoa alettiin järjestää ja jäsentää. Eskolan (2001, 146) mukaan analyysin tehtävänä on järjestää aineisto siten, että mitään olennaista ei jäisi pois. Näin myös aineiston informaatioarvo kasvaa.

Teemoittelun avulla aineistosta nostettiin esille tutkimusongelmia valaisevia, mielenkiintoisia sitaatteja tarkasteltavaksi, sillä laadullisessa tutkimuksessa yleensä painotetaan mielenkiintoisimpien kohtien esiin nostamista. Eskola (2001, 147) ehdottaa aineistomatriisia erääksi tällaiseksi analysointityökaluksi.

Tässä tutkimuksessa litteroidut aineistot järjestettiin ensin edellä mainittua matriisimallia hyödyntäen ja soveltaen. Vastaukset numeroitiin juoksevin numeroin siten, että kukin vastaus

sai oman ”koodinsa” esimerkiksi v1, v2, jne. Vastaavasti kysymysteemat, koodattiin (T01, T02, jne.). Sen jälkeen jokaisen vastauksen kohdalle merkittiin arvio siitä, miten antoisia ne olivat kysymysten osalta. Esimerkiksi kolme plussaa merkitsee, että vastaus on erittäin antoisa, kaksi plussaa tarkoittaa antoisaa vastausta, kun taas yksi plussa vihjaa vastauksen antavan vain jotain informaatiota. Miinus- merkki laitettiin tapauksessa, jossa vastaus ei vaikuttanut minkään arvoiselta tai oli teknisesti epäselvä.

Tällaisen edellä kuvatun matriisin avulla tutkija voi käsitellä vastauksia esimerkiksi antoisuusjärjestyksessä ja tarkastella mitä niissä ilmenee (Eskola 2001, 148). Esimerkiksi teemasta yksi (T01) katsotaan antoisimmat vastaukset, jotka litteroidussa aineistossa olisivat esimerkiksi vastausnumerot viisi (v5) ja kuusi (v6). Kuvaa täydentämään valitaan seuraavaksi antoisimmat vastaukset täydentämään päättelyn etenemistä. Tavallaan rakennetaan ensin kova ydin, jonka ympärille kootaan lisää aineksia (Eskola 2001, 148.)

Matriisi- mallia hyödynnettiin tässä tutkimuksessa pelkästään aineiston ytimen etsimiseksi. Eräällä tavalla se toimi vain alustavana tutkimusmatkana aineistoon, sillä aineisto oli pieni, eikä olisi välttämättä tarvinnut tätä vaihetta. Sen sijaan matriisi paljasti tutkimustyötä tekeväälle kysymysten mielekkyyden – joihinkin kysymyksiin tutkija sai useita erittäin mielenkiintoisia vastauksia, kun taas muutamat kysymykset antoivat vain pari antoisaksi ilmennyttä kommenttia. Esimerkiksi Kvalen (1996, 129) mukaan hyvä haastattelukysymys on sellainen, joka johtaa teemoja vastaavaan tiedonsaantiin ja samalla edistää vuorovaikutusta haastattelutilanteessa.

Matriisin ja ensimmäisen aineiston perusteella, ensivaikutelma aineistoa litteroitaessa ja järjestellessä, oli jokseenkin vaatimaton siinä mielessä, että useat vastaukset vaikuttivat yksiselitteisiltä. Tähän kiinnitettiin huomiota ja seuraavalla haastattelukerralla pyrittiin spontaanimpaan kysymyksen aseteluun, tavoitteena rikkaampi aineisto. Toisella haastattelukerralla haastattelukysymyksiä oli neljäntoista kysymysaiheen sijaan kymmenen. Lisäksi ne pyrittiin esittämään avoimemmin tavoitteena aikaansaada keskustelua. Näin ollen toisen haastattelukerran aineisto oli värikkäämpää ja ilmaisuisia näkyi pohtiva ote. Lopputuloksena oli kuitenkin kaksi sisällöltään ja informaatioarvoltaan hyvin samanarvoista ja samansuuntaista aineistoa, jotka täydensivät toisiaan.

Myös toinen haastatteluaineisto käsiteltiin ensin matriisimallia hyödyntämällä. Molemmista aineistosta tehtiin oma kuvaus, joista muodostettiin kaksi erillistä muistiota. Tämä selkeytti ja helpotti vastausten tarkastelua alkuperäisessä kontekstissaan. Tässä vaiheessa alkuperäisilmauksista nostettiin tarkasteltavaksi lauseita ja lauseen osia. Ilmaisuja referoitiin ja muokattiin vain hieman, esimerkiksi jättämällä sidesanojen toistot kirjoittamatta. Näin analyysissa esiintyvät lainaukset edustavat alkuperäisilmausujen muotoa lähes sellaisenaan. Niin ikään litteroitu aineisto säilytettiin alkuperäilmauksineen sekä tiedostona että paperiversiona mahdollista myöhempää käyttöä tai tarkistuksia varten. Pyörälä (2002) käyttää tällaisesta alkuperäisestä haastatteluaineistosta nimitystä vertikaalinen memo. Nyt haastateltavien vastaukset lisäksi numeroitiin juoksevin numeroin siten, että ensimmäisen aineiston vastaukset numeroitiin uudelleen ykkösellä alkavalla kolminumeroisella luvulla (101 - 157). Vastaavasti toisen aineiston vastaukset numeroitiin kakkosella alkavalla luvulla (201 - 263). Näin muodostunutta aineistoa tarkasteltiin ensiksi tutkimuskysymysten ja teoreettisen viitekehyksen valossa. Sitten aineistosta nostettiin esille alleviivaamalla ja eri värejä käyttämällä tutkimustehtävää valaisevia teemoja. Tällä tavoin aineistosta muodostettiin eräänlainen horisontaalinen memo, jonka avulla voidaan hahmottaa teemaa koko aineistossa (Pyörälä 2002). Samalla muodostui kortisto, johon numerot toimivat osoitteina ja johon myöhemmin voi palata tarkistuksen vuoksi. (ks. liite 2)

Kun aineisto oli tällä tavoin järjestelty, tutkimusmatka aineistoon alkoi. Tosin jo aineiston tarkastelu- ja järjestelyvaiheessa, syntyi idea etsiä aineistosta sellaisia ilmaisuja, jotka joko tavoitteellisesti tai hoitajien tosiasiallisena kokemuksena kuvaisivat voimavaraistavan terveystarkastusmallin taustaolettamuksia. Tarkoituksena oli aluksi paljastaa ja selkeyttää toiminnan sisältöjä eli ”onko sitä mitä pitäisi olla”. Esimerkiksi Chen (1990, 106) tarkoittaa tällä normatiivista toiminnan arviointia, jolloin teoriaperusteisesti arvioidaan toiminnan sisältöjä. Näin ollen, liikkeelle lähdettiin tutkimuksen fokuksesta eli voimavarakeskeisestä toimintamallista. Näistä **voimavarakeskeisyyttä ilmaisevista näytteistä tehtiin yhteenveto**, ja se kuvataan tarkemmin tutkimustuloksissa luvussa 6.4.2. Tässä käytettiin apuna ja viitekehyksenä Järvikosken (1994) laatimaa esitystä asiakaskeskeisestä toimintamallista, joka pohjautuu osin Anderssonin (1975) päätelmiin lääketieteellisen mallin ja auttamismallin eroista ja ehdoista.

Sen lisäksi, koko aineistosta **etsittiin tunnusmerkkejä**, jotka joko positiivisesti tai negatiivisesti kuvaisivat ja osoittaisivat toimintamallin kehityskelpoisuutta. Tunnusmerkit

jaettiin eri osa-alueisiin ja niiden suhteista koottiin niin ikään tiivistelmä sekä kaavio (kaavio 1), jotka osoittavat osaamis- ja kehittämisalueet; vahvuudet ja heikkoudet sekä toimintamallin toteuttamista ja juurruttamista hidastavat ja edistävät tekijät. Idea tunnusmerkkien selvittämisestä on peräisin Pelto-Huikon ym. (2006) selvitystyöstä, jossa he pyrkivät osoittamaan kehityskelpoisen toimintamallin tunnusmerkkejä. Nämä tunnusmerkit, jotka tekijöiden mukaan voivat edustaa toimintamallin toimivuutta, perustuvat 16:sta eri toimintamallista saatuihin kokemuksiin. Heidän työssään ei ollut kuitenkaan yksityiskohtaisesti raportoitu vaihe vaiheelta päättelyn etenemistä, joten tunnusmerkkien osoittamiseksi käytin omaa ideaa: Kyseiset positiiviset tai negatiiviset ilmaisut koottiin suhteellisen vapaamuotoisella tekniikalla eli jakamalla näytteet joko positiivisiksi tai negatiivisiksi subjektiivisiksi signaaleiksi (taulukko 4). Päättely perustui temaattisen analyysin vaiheisiin, tutkimusta tekevän omaan alan asiantuntemukseen sekä aiheeseen liittyvään teoretietoon. Nämä tunnusmerkit esitetään yhteenvetona luvussa 6.4.

Aineistosta voi siis nostaa esiin tutkimusongelman mukaisia teemoja, kuten edellä on esitetty. Tällainen lähestymistapa mahdollistaa tiettyjen teemojen esiintymisen ja vertailun aineistossa (Eskola ja Suoranta, 2001, 174). Aineistosta nostetut ja irrotetut sitaattit voivat auttaa tutkijaa perustelemaan tulkintaansa tai sitaatti voi toimia aineistoa kuvaavana esimerkkinä. Lisäksi sitaatti, oli se sitten lause tai sen osa, voi elävöittää aineiston kuvaustekstiä. (Savolainen 1991, Eskolan ja Suorannan 2001, 175 mukaan.) Sitaattikokoelma sinällään ei kuitenkaan ole varsinainen analyysi tai tutkimustulos, vaan onnistuakseen teemoittelu vaatii teorian ja empirian vuoropuhelua. Tutkimustekstissä nämä pyritään lomittamaan toisiinsa. (Eskola ja Suoranta, 2001, 174.) Seuraavaksi luvussa 6 aineiston löydöksiä kuvataan aikaisempia tutkimustuloksia sekä teoriataustaa vasten.

6 TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN TARKASTELUA

Seuraavaksi tutkimustuloksia tarkastellaan tutkimuskysymyksittäin luvuissa 6.1, 6.2. ja 6.3 ja lopuksi niistä esitetään yhteenveto luvussa 6.4. Tekstissä sulkujen sisällä esiintyvät kolminumeroiset luvut viittaavat sitaatteihin, jotka esiintyvät joko tekstin edellä tai jälkeen perustelemassa tulkintaa. Muutamassa tapauksessa sitaatteja on käytetty vain elävöittämään tekstiä. Sen sijaan, esimerkiksi taulukoihin koottujen pelkistettyjen lainauksien yhteydessä esiintyvät kolminumeroiset luvut sulkujen sisällä viittaavat osin vain tutkijan hallussa olevaan alkuperäisaineistoon. Tässä tapauksessa ne toimivat osoitteena litteroituun aineistoon, johon tutkija voi jälkepäin palata esimerkiksi tarkistusten vuoksi.

6.1 Palvelu- ja ohjausmallin soveltuvuus hoitajien vastaanotolla avoterveydenhuollossa

”Kentällä syntyneistä toimintamalleista on tullut sellaista palautetta, että ne toimii, mutta yhtä sellaista oikeata mallia ei olekaan. Sitä haluan tässä korostaa. Jos on tarpeeksi pieni osio, mistä tehdään malli, niin silloin se voi olla aika geneerinen, mutta sitten kun sitä yritetään hyvin monentyyppisiin organisaatioihin saada mahtumaan, siinä on paljon väliin tulevia tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen. Malleissa täytyy toimia aina avoimin mielin ja ottaen paikalliset erityisolosuhteet huomioon. Ainoastaan paikallinen toimija itse pystyy loppujen lopuksi oman mallinsa suunnittelemaan.” (Pelto-Huikko ym. 2006, 42.)

Ryhmähaastattelun aluksi hoitajille esitettiin ajatuksia virittävä kysymys. Heidän tuli kuvata uutta toimintamallia yhdellä mieleen tulevalla laatusanalla. Haastateltavat esittivät yhteensä kahdeksan erilaista kuvausta, joista kolme ensimmäistä on peräisin ensimmäisestä haastatteluaineistosta ja loput toisesta aineistosta: *tarpeellinen, laaja-alainen, aikaa vievä, valtava, kattava, hyödyllinen, hoitajan työväline ja mielenkiintoinen*. Varsinaisissa haastattelukysymyksissä edettiin tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä:

Hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia palvelu- ja ohjausmallin soveltuvuudesta avoterveydenhuollon vastaanotolla kartoitettiin kolmella kysymyksellä (T01-03). Toisessa haastatteluryhmässä haastattelukysymys T03 esitettiin apukysymyksenä edellisen kysymysteeman yhteydessä. Toisin sanoen samalla kun hoitajilta kysyttiin, että vastaako uuden toimintamallin mukainen toimintatapa hoitajan työnkuvaan, kysymykseen liitettiin myös ajatus mahdollisesta ristiriidasta (liite 3).

Kysymysten tarkoituksena oli saada selville, millaisena malli näyttäytyy hoitajien näkökulmasta katsottuna; kokevatko he mallin esimerkiksi ristiriitaiseksi työnkuvaansa nähden tai täysin vieraaksi avoterveydenhuollon toimintaympäristössä. Muun muassa ristiriidat työnkuvassa tai epärealistiset tavoitteet voivat olla uudistushankkeissa muutosvastarintaa ja jännitteitä aiheuttavia tekijöitä, jotka vaikuttavat työntekijän kokemukseen uuden toimintamallin soveltuvuudesta (Engeström 2004, 71). Hoitajien vastausten perusteella malli näyttäytyikin joiltain osin uutena ja erilaisena. Toisaalta toimintamalliin hoitajien mukaan sisältyy sellaisia elementtejä, jotka ovat jo entuudestaan tuttuja. Vastauksissa ei suoraan tuotu esiin seikkaa, että uusi toimintamalli olisi ristiriitainen omaan työnkuvaan nähden. Tällaisissa vastauksissa esiintyi dilemmoja. Sen sijaan toimintamallin tuomat uudet haasteet tuotiin näkyvämmiin esille.

Vastaukset jakautuivat soveltuvuuden osalta kolmeen tyyppiin. Ensimmäisen (I) tyyppin mukaan toimintamalli on sellaisenaan soveltuva (mm. 103, 106, 204). Toisen (II) vastaustyyppin mukaan toimintamalli on soveltuva, mutta asettaa uusia haasteita (mm. 201, 205). Kolmas (III) vastaustyyppi osoittaa konfliktia uuden mallin toteuttamisessa (mm. 111, 203, 208).

I Esimerkkejä vastauksista, jotka kuvaavat toimintamallin soveltuvuutta sellaisenaan

”Toimintamallissa on paljon sellaista mitä on jo käytetty muidenkin asiakkaitten kanssa kuten kyselylomakkeita, nyt siinä on vain paljon kaikkee - selkeämmässä paketissa” (103).

”Ei siinä mitään ristiriitaa ainakaan ole, mutta terveystarkastukset tällä tavalla tehtynä ovat uutta...kyllä se siihen toimenkuvaan loksahdaa...nyt se vain on eri näkökulmasta ja vähän eri tavalla tehdään” (106).

Meillä on ollut näitä hoitomalleja, mut kyl tää on kaikista pisimmälle viety” (204).

II Esimerkkejä vastauksista, jotka kuvaavat toimintamallin soveltuvuutta haasteista huolimatta

Tämän käsitystyyppin mukaisissa vastauksissa hoitajat kuvasivat tutkimuksen kohteena olevaa toimintamallia joiltain osin entuudestaan tutuksi ja sen perusteella tulkinnan mukaan soveltuvaksi esille tuomistaan haasteista huolimatta:

”Se tuo mieleen (itselle tutun) väestövastuu sairaanhoitajan työn, mutta vaikeaksi ja uudeksi sen tekee se, että kun ajattelee (asiakkaan) työllistymistä ja toimintaa yli organisaatioiden...se vaikeus on siinä” (201).

Tavoitteiden realistisuudesta kysyttäessä, kummassakaan ryhmässä tavoitteita ei muistettu tarkalleen, mutta niitä muisteltiin yhdessä. Erään kommentin mukaan: *”En muista tarkalleen mitä ne tavoitteet on, mutta meillä on muutenkin noitten ohjauspotilaiden kanssa voimavaraistavaa mallia...en mä oo koskaan ajatellu että työttömät olis niinku jotenki eri kategoriassa kuin työssäkäyvät, mutta sitte koulutuksessa kirkastui ajatus, että se on sellainen selkee riskiryhmä, tosiaankin” (205).*

III Esimerkkejä vastauksista, jotka osoittavat toimintamallin liittyviä konflikteja tai ristiriitoja

Vastauksissa tuli esille työn muutosvaiheeseen liittyviä konflikteja. Esiintynyttä konfliktia voidaan verrata esimerkiksi Engeströmin kuvaamaan ekspansiivisen oppimisen sykliin (Pelto-Huikko 2006, 24). Sen mukaisesti muutokseen liittyvät eri tarvetilat vaihtelevat. Esimerkiksi toimintamallin uusien sisältöjen toteuttaminen aiheuttaa tarvetilan uuden oppimiselle. Tarve on tiedostettu ja tuotu esille, ja samalla on esitetty siihen liittyvä ratkaisu tai kehittämisehdotus:

Työttömien asiakkaiden kohtaamiseen näyttää sisältyvän erityispiirteitä, jotka koettiin vaikeaksi: *”...melkein jokainen (asiakas) on jonkun asteen masentunut ollut, että mä ainakin oon kokenut, että meillä tai ainakin mulla valmiudet tai keinot puuttua on aika huonot... siihen tarvittais lisää koulutusta, mä luulisin”* (208).

Hoitajien omista tavoitteista ja päämääristä keskusteltaessa, viitattiin tavoitteiden ja riittämättömien resurssien konfliktiin: *”Kun se aika on rajallinen ja jos potilaalla on paljon puhuttavaa...joihinkin asioihin aika ei riitä ensimmäisellä käynnillä ja pitäisi saada jonkinlainen käsitys potilaan elämästä sillä hetkellä...mun tavoitteena on saada peruskäsitys...jonkinlainen ote ja käsitys.* (111).

Seuraava vastaus edustaa hoitajan kokemaa ristiriitaa tai konfliktia uuden toimintamallin soveltuvuudessa. Oletettavasti tämän vastauksen antanut hoitaja eli vielä jonkinlaisessa muutosvaiheessa, joka tulee ilmi jokseenkin näkyvästi. Yhtäältä vastaus kuvaa uuden toimintamallin tuottamaa muutosvastarintaa ja ahdistusta. Toisaalta hoitaja koki positiivisena ja ”uutuutena” sen, että malli oli pitkälle valmistettu:

”Mä koen, että miks pitää lisää työtä haalia, muutenkin hakeutuu ihmisiä sairaanhoitajan vastaanotolle, mutta se, että tämä on hirveen pitkälle valmisteltu, se on uutta”(203).

Yhteenvedon voidaan esittää, että toimintamalli koettiin pääosin sellaisenaan tai lähes sellaisenaan soveltuvaksi joko omaan työnkuvaan tai yleensä siihen toimintajärjestelmään, jossa haastatellut hoitajat työskentelivät. Selkeästi tällaista ykköstyypin näkemystä kuvaavia vastauksia oli seitsemän (7), kun taas täysin päinvastaista tai konfliktia osoittavia vastauksia oli vain kolme (3). Näiden kahden vastaustyyppin välille sijoittuvia kakkostyyppin neutraaliksi luonnehdittavia vastauksia identifioitiin viisi (5). Vastauksia, jotka edellä kuvatuilla tavoilla tässä yhteydessä ilmaisivat toimintamallin soveltuvuutta, oli yhteensä 15. Tämän perusteella ei voi kuitenkaan tehdä suoria johtopäätöksiä toimintamallin soveltuvuudesta. Sen sijaan toimintamallin soveltuvuudesta on esitetty tarkempi analyysi ja kuvaus kehityskelpoista toimintamallia edustavan kriteeristön perusteella luvussa 6.4.

6.2 Työttömien terveystarkastusmalli voimavaraistavana terveyden edistämisen työmenetelmänä

”Vaikuttavuusarvioinnissa on tarkoituksena tukea sellaista työtä terveyden hyväksi, josta suurella todennäköisyydellä koituu todellista hyötyä. Tätä varten tavallisimmin edellytetään, että kyseinen lähestymistapa on näyttöön perustuvaa. Käsitteellinen pulma on siinä, että uusi lähestymistapa ei voi perustua näyttöön, koska asiaa ollaan vasta kokeilemassa.” (Ollila 2005, 14.)

Kysymysteemojen T04 – T09 avulla oli tavoitteena selvittää, toimiiko tai voiko uusi toimintamalli toimia työttömien terveyden edistämisen voimavaraistavana työmenetelmänä. Jälkimmäisen haastatteluryhmän kohdalla osa teemoista esitettiin jälleen rinnakkaisteemojen yhteydessä apukysymyksinä tai jätettiin kysymättä, jos keskustelu ohjautui aiheeseen muutoinkin (liite 3). Samat teemat esiintyivät kuitenkin molemmissa aineistoissa. Tästä osiosta haluttiin lisäksi etsiä myös hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä, jotka kuvaisivat voimavarasuuntauneen toimintamallin taustaolettamuksia ja olemassaoloa tässä mallissa. Näistä aineistosta löytyneistä taustaolettamuksista ja niitä vastaavista ilmaisuista on esitetty tarkempi yhteenveto luvussa 6.4.2, taulukossa 5.

Esimerkiksi seuraavat kaksi sitaattia edustavat voimavarakeskeisen terveystarkastusmallin asiakasnäkökulmaa. Taustaolettamuksen (Järvikoski 2004) mukaan toiminta on asiakasnäkökulmasta voimavarakeskeistä silloin, kun asiakas osallistuu itse esimerkiksi oman terveytensä tai kuntoutuksensa suunnitteluun sekä toteutukseen:

”Ihmiset oppivat ikään kuin itse itseään hoitamaan ja on joku taho johon voi luottaa ja keskustella mistä asioista haluaa” (114).

”Otollinen tilanne meille, että potilas on itse aktiivinen yhteydenottaja (viittaus mainontaan ja tiedotukseen paikallislehdissä ja ovi-ilmoituksiin)...potilaalla on asenne, että haluan mennä tuonne terveystarkastukseen...kiitollinen tilanne meille (115).

Erään mielipiteen ja näkemyksen mukaan *”tämä malli ei tee tästä yhtään sen voimavaraistavampaa, kyse on varmaankin siitä miten se dialogi sujuu ja mitä siinä tapahtuu”* (235).

Freire (1972) vahvistaa edellisen selkeän käsityksen dialogin merkityksestä asiakastyössä. Sen mukaisesti hyvä dialogi tarkoittaa ennen kaikkea kahden ihmisen välistä tasavertaista kohtaamista ja toisen maailman ymmärtämistä. Nykytutkimuksen mukaan kuitenkin huomiota tulee kiinnittää nimenomaan hyvän kohtaamisen lisäksi myös puhekäytänteisiin (mm. Kettunen ym. 2001) ja jopa haastattelutekniikkaan (Riikonen 1993). Dialogi parhaimmillaan johtaa Freiren (1972) mukaan reflektioon ja siten toimintaan eikä ole itsetarkoituksellista.

Tärkeätä voimavaraistavan toiminnan ymmärtämiseksi, on myös miettiä, mitä tai missä valta tai voimavarat itse asiassa ovat (Labonte 1994). Vastauksissa esitettiin muun muassa, että

”ne voimavarat ovat ihmisessä itsessään... piilevät tai nukkuvat siellä jossain...ne tarvii herättää” (236) ja ”itsetunnossa varmaan hyvin pitkälle” (237).

Hoitajat voivat omalla toiminnallaan vaikuttaa terveystarkastustilanteissa yleisesti ajatellen joko sairaus- tai terveyslähtöisesti. Tilanteeseen liittyy kuitenkin monia muitakin tekijöitä, jotka vaikuttavat joko suoraan toimintaan tai hoitajan toiminnan välityksellä asiakkaaseen. McWilliamin ym. (1997) tutkimuksen perusteella identifioidut viisi strategiaa ovat voimavara- lähtöisten toimintamallien perusta. Yksi niistä on uskon ja luottamuksen rakentaminen. Myös Andersson (1975) asettaa asiakaskeskeisen ja terveyslähtöisen auttamismallin yhdeksi ehdoksi kahdenkeskisen luottamuksen lisääntymisen. Monissa vastauksissa hoitajat kertovat sananmukaisesti uskon ja toivon herättämisestä (126, 128) sekä toivat esille esimerkkejä voimavarakeskeisestä lähestymistavasta omassa työssään (215, 241):

”Kyllä mä uskon, että voimme auttaa voimavarojen löytämisessä: kun on nähnyt sen tilanteen, kun löytää pienenkin positiivisen asian se oikein niinku valaisee ihmisen, jopa ’miehenkõiriläidenkin’ kohdalla hymy nousee...se on ihan uskomaton palaute itsellekin ja tärkeätä on, että se palaute, mikä annetaan on vilpitön eikä keksitty...ainahan sitä löytää sitä positiivista jotain (126).

”Minusta tää jotenkin tuo sellaisia uusia näköaloja tai ehkä toivoa, kun keskustellaan asiakkaan kanssa esimerkiksi siitä mikä on hyvin tämän asiakkaan kohdalla...että se lähtee joskus niin hirveän pienestä” (128).

”Mä oon miettinyt tätä hirveesti ja pohtinut teologiaakin – yrittänyt hahmottaa mistä tässä on kysymys: ihmiset käy aikalailta niinku sairasioissa. Kokonaistilanteen hahmottamisen kannalta se terveys olis niinku siellä korkeammalla ja sairaus alempana...vaikka on monenlaista menetystä, ongelmaa ja problematiikkaa, niin se voimavarojen esiin nostaminen, se on merkityksellistä” (215).

Sen tunnin aikana nousee mielikuva semmosesta elämänkaaresta näitten kysymysten pohjalta (terveyshaastattelu- kaavake) ja sit sitä pystyy niinku jollakin tapaa nostella esiin tommosia hyviä asioita esim. että asiakas on selviytynyt jostain asiasta ja sitte sitä asiaa käsitellään, kootaan yhteen ja siinä lopussa on sellainen tunnejuttu, että itsellekin jää hyvä mieli ja kokemus, että jotakin arvokasta tapahtui siinä tilanteessa” (241).

Muun muassa Kuokkanen (2003) ulottaa valtaistumisajattelun myös hoitajiin. Edellisistä vastauksista kuvastuu voimavarasuuntautuneen toiminnan lisäksi sellaisia ideaalisia valtaistunutta hoitajaa kuvaavia tekijöitä, jotka ilmentävät tässä toimintamallissa toimivien hoitajien sosiaalisuutta, persoonan vahvuutta ja tulevaisuusorientoituneisuutta.

Lisäksi muutamassa vastauksessa tässä yhteydessä viitattiin sekä hyötynäkökohtiin että tavoitteisiin, jotka liittyvät laajempiin kansanterveydellisiin ja yhteiskunnallisiin ulottuvuuksiin (118, 119). Näistä vastauksista ensimmäinen edustaa Wallersteinin (2002) käsitystä yhteisön empowerment –kapasiteetista, joka tähtää epätasa-arvon alentamiseen esimerkiksi työllistymistä tukevilla toimenpiteillä. Jälkimmäinen vastaus (119) taas viittaa yksilön terveyden edistämiseen kapea-alaisemman ja perinteisen terveystarkastuksen näkökulmasta.

”Pystytään ainakin vähän auttamaan siinä, että joku ihminen pystyy työllistymään tai tulemaan työkykyiseksi, koska työvoimapula on se, joka on edessä monella alalla” (118).

”Ja tässä vaiheessa kun kartoitetaan kaikki sydän- ja verisuonitautiriskit, diabetesriskit yms. niin pystytään ennaltaehkäisemään” (119).

6.3 Toimintamallin juurruttamista estävien ja edistävien tekijöiden kartoitus

”Sosiaalinen todellisuus luo oman haasteensa terveyden edistämiselle: kukaties työelämä luo omat paineensa terveyden ymmärtämiselle – ehkäpä yhteiskunnalliset arvokäsitykset eivät tue hanketta” (Ollila 2005, 31).

Toimintamallin käyttöönottoa ja juurruttamista estäviä ja edistäviä tekijöitä haluttiin kartoittaa kysymällä hoitajilta suoraan, mitä ne heidän kokemuksensa perusteella ovat (T10-T12). Myös tässä osiossa osa kysymyksistä esitettiin apukysymyksinä toisen haastatteluryhmän kohdalla tai aiheesta keskusteltiin spontaanisti ilman kysymyksen esittämistäkin (liite 3). Päätelmät näistä tekijöistä perustuvat mallin kehityskelpoisiin tunnusmerkkeihin. Tunnusmerkit on esitetty seuraavassa luvussa 6.4.1. Yhteenvedo em. estävistä tai edistävästä tekijöistä on esitetty kuviossa 1, luku 6.4.3.

Yhtäältä, erityisesti **estäviin tekijöihin** viitattiin kautta koko aineiston eri yhteyksissä (141, 247, 248, 261). Tämän perusteella voidaan ajatella, että osa näistä esteistä on ristiriitoja tai konflikteja, jotka syntyvät muutospainissa ja voivat olla ohimeneviä:

”Kun on monia muitakin työtehtäviä, ei pysty pureutumaan niin syvällisesti ja kokonaisvaltaisesti kuin pitäisi” (141).

”Jos haluaa niinku kunnolla tehdä kaiken...ensimmäisellä käynnillä tunti ja sitte jatkokäynti puolituntia...niin kyllä ne resurssit (on liian vähäiset)” (247).

”Se tunti on lyhyt aika (käsitellä asiakkaan asioita kokonaisvaltaisesti)” (248).

”Että kyllähän se toive aina siitä resurssista on; ei sitä varmaan oo sillä tavalla ajateltu ton aikaavievyttä” (261).

Toisaalta, mallin integroitumista edesauttaa muun muassa se, että sen toteuttaminen on tehty käytännön tasolla mahdolliseksi tai sitä on pyritty helpottamaan. Yhdenmukaista toimintaa ohjeistamaan oli muun muassa laadittu ohjeita ja kaavakkeita (255). Myös koulutus oli jo aikaisemmin tehtyjen koulutuspalautteiden perusteella todettu tarpeelliseksi ja tuotiin esille

myös tässä tutkimuksessa (262). Niin ikään malli nähtävästi koettiin eräänlaiseksi valmiiksi paketiksi, jota voidaan lähteä toteuttamaan (263).

”Tää kaavio (työttömien hoitopolku- kaavio) on tietyllä tapaa helpottanut” (255).

”Koulutus ainakin oli todella hyvä...just se että se oli niin valmisteltua” (262).

”Niin, se oli kyllä helppo ottaa käyttöön” (263).

Muita toimintamalliin liittyviä kysymyksiä ja esille tuotuja asioita

Lopuksi, hoitajilta kysyttiin, mitä malli oli heille henkilökohtaisesti antanut ja annettiin mahdollisuus tuoda esille kehittämisehdotuksia (T13-T14). Nämä kysymykset niin ikään esitettiin toiselle haastatteluryhmälle apukysymyksinä toisten teemojen alla. Joissakin tapauksissa aiheen mukaiset vastaukset tulivat esille kysymättäkin.

Edellisten kysymyksen perusteella hoitajat olivat kokeneet toimintamallin käyttökelpoisena työkaluna (153) ja että se oli lisännyt ammattitaitoa (156). Yhden vastauksen mukaan se oli tuottanut iloa muun muassa siitä, että on voinut ohjata ja rohkaista, josta potilas oli antanut hyvää palautetta (154). Lisäksi oli koettu, että mallin mukana oli tullut näköaloja työttömän elämään ja empatiakykyä (155).

”...tätä mallia voi soveltaa muihinkin potilasryhmiin...työkaluna” (153)

”...onhan se ammattitaitoakin tuonut ja omatoimisuus lisääntyy (156)

”...tuottanut iloa, kun on voinut ohjata ja rohkaista sekä saanut siitä hyvää palautetta” (154)

”...ja onhan se tuonut lisää näköaloja työttömän ihmisen elämään; osaa asettua toisen ihmisen asemaan (155)

Toisaalta malli oli merkinnyt töiden lisääntymistä entisestäänkin (258), mutta se oli kuitenkin antanut kuitenkin viitekehysten, jonka varassa toimia (259):

”Vaikka mä olen peruspositiivinen asenteeltani, niin kyllä mun on huokaistava tähän loppuun että ’töitä lisää’ tämä on merkinnyt!” (258)

”Mutta on tää sillä tavalla antanu niinku puitteet, jonka varassa toimia” (259)

Haasteeksi toteutuksen tasolla useat hoitajat olivat kokeneet kirjaamisen vaikeaksi tai aikaa vieväksi. Yhdessä vastauksessa tuotiin kuitenkin esille, että kun *”käytetään niitä tiettyjä otsikoita tai fraaseja ja olen sen mukaan tehnyt ja saanut lääkäriltä hyvää palautetta, että siitä saa nopeasti hyvän kokonaiskuvan asiakkaasta” (149).*

Haasteelliseksi tavoitteeksi katsottiin ja asetettiin tässä yhteydessä lähinnä oma toiminta: *”että uskaltais alkaa puhumaan niistä asioista mitä siinä tulee selville” (112)* sekä *”hyvän kontaktin syntyminen jo ensimmäisessä yhteydenotossa...että asiakas tuntis, että hänestä välitetään” (113).*

Niin ikään haasteelliseksi mainittiin yhdessä vastauksessa myös maahanmuuttaja-asiakkaat joko puutteellisen kielitaidon vuoksi tai sitten tulkin läsnäolo koettiin tilanteeseen nähden välttämättömänä mutta ehkä vähän häiritsevänä (140).

”Mulla on ollu monta maahanmuuttajaa näissä terveystarkastuksissa...siinä on tietenkin se, että kun tulkin kanssa työskennellään niin ainahan se vaikuttaa siihen tilanteeseen tai sitten se että asiakkaan kielitaito on huono” (140).

Kehittämisehdotuksena sitä erikseen kysyttäessä tuotiin toive koulutuksesta jatko-ohjaamisen kannalta, siitä huolimatta, että ohjauskansio (”mitä-missä-milloin”) oli koettu hyväksi oppaaksi. Toisaalta erilaisia sekä henkilökohtaisia työhön liittyviä tai toimintakulttuuriin liittyviä kehittämistarpeita tuli ilmi sekä toimintamalliin liittyvän koulutusprosessin että kyseisen haastatteluprosessin aikana. Näihin esille tulleeisiin asioihin on viitattu tarkemmin seuraavassa luvussa sekä tämän työn pohdintaosuudessa, luvussa 7.

6.4. Yhteenveto tutkimustuloksista

6.4.1 Kehityskelpoisen toimintamallin tunnusmerkkejä

Koko aineistosta nostettiin esille näytteitä; lausumia tai mainintoja, jotka joko positiivisesti tai negatiivisesti ilmaisisivat sitä, miten hoitajat kokevat ja näkevät toimintamallin soveltuvuuden ja toimivuuden kokonaisuutena. Tarkoituksena oli kuvata ja arvioida mallin kehityskelpoisuutta sekä hoitajien omaa työnkuvaa ja toimintajärjestelmää ajatellen. Yhteensä tällaisia osoittimia kertyi 49, joista positiivisia lausumia esiintyi 32 ja negatiivisia ilmeni 17 (Taulukko 4). Niiden väliset suhteet on esitetty kuviossa 1, luvussa 6.4.3. Toimintamallin soveltuvuuteen tai toimivuuteen viittaava positiivinen lausuma on selitetty plus- merkkisenä (+) ja vastaavasti dilemmaa tai haastetta ilmaiseva negatiivinen lausuma on saanut selitteeksi miinusmerkin (-). Nämä osoittimet paljastavat samalla toimintamallin heikkoudet ja vahvuudet, toisin sanoen tekijät, jotka joko estävät tai edistävät toimintamallin juurruttamista.

Taulukko 4. Aineistosta löytyneitä toimintamallin kehityskelpoisuutta kuvaavia positiivisia tai negatiivisia tunnusmerkkejä jaettuna seitsemään osa-alueeseen. Osa-alueet perustuvat Pelto-Huikon ym. (2005) mukaisiin elinkelpoisten toimintamallien kriteereihin. Pelkistetyt sitaattit toimivat tunnusmerkkien *osoittimina*.

V-nro	Selite +/-	1. Tunne toimintamallin osaamisesta ja tietotaidoista
103	+	<i>mallin toimintasisällöissä paljon sellaista, mitä jo osataan tehdä entuudestaan</i>
101	+	<i>tavallaan vain uusi asiakasryhmä otettu intervention kohteeksi</i>
104	+	<i>terveyshaastattelu- kaavakkeen täyttö etukäteen helpottaa hoitajan ja potilaan kohtaamista; tulee tilaa keskustelulle</i>
205	+	<i>meillä käytetty aikaisemminkin ohjauspotilaiden kanssa voimavaraistavaa mallia</i>
106	+	<i>toimintamalli sopii toimenkuvaan, vaikka onkin nyt vähän eri näkökulmasta ja eri tavalla tehdään</i>
119	+	<i>mallin avulla voi kartoittaa ja ennaltaehkäistä kansanterveydellisiä riskejä</i>
232	+	<i>tällaista elämäntapaohjausta olemme tehneet jo vuosikausia</i>
220	-	<i>työllistymisasioiden käsittely vaikeata; pitäisikö hoitajien osata ratkaista kaikki ongelmat; ohjaaminen on vaikeata</i>
		2. Konkreettinen toiminta ja käytännön kokemusten kertyminen
155	+	<i>hoitajana saanut näköaloja työttömän ihmisen elämään; ymmärtämystä</i>
156	+	<i>tuonut ammattitaitoa ja lisännyt omatoimisuutta</i>
206	+	<i>työttömien kohtaamisessa on tullut esiin kipeitä ja herkkiä asioita; empatiakyky</i>
207	+	<i>myös hyvin toimeentulevia työttömiä on ollut asiakkaina; yllättävää</i>
208	+	<i>suuri osa asiakkaista jollain tavalla ollut masentunut; haaste hoitajallekin</i>
129	+	<i>asiakkaita ohjattu suuhygienistille, depressiohoitajalle, lääkärille ja</i>
130	+	<i>sosiaalitoimistoon; lähinnä oman talon sisälle</i>
213	+	
218	+	<i>terveyshaastatteluissa tullut ilmi esimerkiksi diabeteksen riskitekijöitä ja hoitamaton verenpainetta yms./ ennaltaehkäisy ja hoidon toteutus mahdollista</i>
221	+	<i>mun käynneillä tullut joka kerta puheeksi työllistymisasiat suhteessa terveyteen</i>
250	-	<i>minulle ei ole hakeutunut kuin kolme asiakasta; vähäinen kokemus</i>
		3. Asenteet ja toimijoiden yhteistyö (vrt. muutosvastarinta)
102	+	<i>nyt mahdollisuus tarttua muihinkin kuin terveysongelmiin</i>
155	+	<i>tuot uusia näköaloja ammattilaiselle; uudenlaista kohtaamista ja sympatiaa</i>
212	+	<i>depressiohoitajan palvelut helpottavat työskentelyä;</i>
214	+	<i>on minne ohjata</i>
260	+	<i>aluksi vastustin tätä mallia, mutta nyt on kelkka kääntymässä</i>
157	+	<i>alkuun vastustin, mutta tämä on hyvä malli, jota soveltaa muussakin työssä</i>
115	+	<i>otollinen ja kiitollinen tilanne meille; on mahdollisuus saavuttaa riskiryhmiä</i>
118	+	<i>pystytään ehkä vähän auttamaan työllistymistäkin ajatellen</i>
203	-	<i>välillä tuntuu että miksi pitää oikein haalia työtä lisää; asiakkaita liikaa jo nyt</i>
222	-	<i>yhteistyötä ei ole vielä tarpeeksi tai ollenkaan; miten ja minne me ohjataan</i>
		4. Resurssit tai toimintajärjestelmän tuki
136	+	<i>Wire:n terveydenhoitajan kokemus ja ohjaus taustalla oli tukena</i>
141	-	<i>ei pysty pureutumaan niin syvästi kuin pitäisi, kun on muitakin tehtäviä</i>

142	-	<i>on paljon muitakin potilaita; keskittyminen kaikkiin vaikeata</i>
248	-	<i>se tunti on liian lyhyt aika; malli on vaativa ja laaja-alainen</i>
157	-	<i>hankkeita ja projekteja on liikaa peräkkäin ja päällekkäin</i>
111	-	<i>vastaanottoaika on niin rajallinen ja potilaalla paljon puhuttavaa</i>
224	-	<i>meillä ei ole olemassa verkostotyötä tukevaa toimintakulttuuria</i>
		5. Työnohjaus, koulutus ja oman työn kehittäminen tai niiden tarve
262	+	<i>koulutus oli todella hyvää ja hyvin valmisteltua; tarpeellista</i>
224	+	<i>verkostoyön ja organisaatorajat ylittävä toiminta on nyt haasteenamme</i>
224	-	<i>meillä ei ole olemassa laaja-alaisen yhteistyön toimintakulttuuria vielä</i>
208	-	<i>valmiudet ja keinot puuttua asiakkaiden masennukseen aika heikot; koulutuksen tarve</i>
134	-	<i>lisäkoulutusta tarvittaisiin jatko-ohjaamiseen oman talon ulkopuolelle</i>
		6. Toteutus /käyttökelpoisuus työvälineenä ja eri tehtävien hallinta
153	+	<i>tätä mallia voi käyttää muidenkin potilasryhmien kanssa työvälineenä</i>
149	+	<i>tietyjen fraasien käyttö kirjaamisessa helpottaa kirjaamista ja selkeyttää niiden lukemista; lääkärit saa nopeasti kokonaiskuvan asiakkaasta</i>
204	+	<i>pitkälle kehitetty toimintamalli; hyvä toteutettavuus</i>
202	+	<i>malli kokeiltu ja työstetty niille valmiiksi, jotka tulivat mukaan myöhemmin</i>
263	+	<i>malli oli helppo ottaa käyttöön</i>
131	-	<i>ohjauksen kenttä on niin valtava, ei tiedä mihin ohjata</i>
146	-	<i>potilaskertomuksiin kirjaaminen vaikeata; asiat vaikea ilmaista lyhyesti</i>
148	-	<i>kirjaamiseen menee paljon aikaa</i>
		7. Vaikutukset: <i>seurannan mukaan työttömien terveystarkastuksia tehty ja kirjattu noin 60 tutkimusajankohtana; malli melko aktiivisesti käytössä (johdon antama suullinen tieto)</i>

Osaaminen viittaa tässä terveyden edistämisen ja toimintamallin kokonaisuuden hallintaan. Vastausten perusteella hoitajat kokivat toimintamallin siinä mielessä soveltuvaksi, että se sisälsi entuudestaan tuttuja elementtejä (103, 205). Toisin sanoen toimintamallin mukainen toiminta ei aiheuta yleisen terveyden edistämisen osaamisen kannalta suuria lisäponnistuksia tai perusosaamisen päivittämistä. Tämä on omiaan tukemaan mallin käyttöönottoa ja ylläpitämistä. Lisäksi erään vastauksen perusteella malli tuntuu sopivan hoitajan toimenkuvaan, vaikka eräällä tavalla tehdäänkin nyt eri näkökulmasta (101,106). Edellisissä vastauksissa hoitajat viittasivat riskiryhmille kuten työttömille suunnattuun interventioon, jonka avulla voidaan kartoittaa riskitekijöitä ja ennaltaehkäistä kansanterveydellisiä sairauksia. Osaamisella tässä tarkoitetaan myös näkemystä ja tietoa siitä, miten esimerkiksi ”ajankohtaiseen terveyttä häiritsevään tekijään” kuten työttömyys tai tarpeeseen voidaan vastata” (Pelto-Huikko ym. 2006, 58).

Konkreettinen toiminta taas tuo ilmi muun muassa sen, että mallia käytetään tai kokeillaan aktiivisesti. Se näkyi hoitajien esille tuomissa rikkaissa kokemuksissa ja tapauskuvauksissa. Esimerkiksi hoitajat kertoivat haasteista, joita he kohtaavat kyseistä toimintamallia toteuttaessaan (207, 207, 208). Lisäksi yhden hoitajan omien sanojen mukaan ammattitaito oli lisääntynyt ja omatoimisuus lisääntynyt (156). Toisin sanoen, voidaan olettaa, että tällaiseen konkretiaan liittyy tavoitteellisuutta ja sisällöllistä selkeyttä, jotka sekä määrittelevät rooleja ja tehtäviä että sitouttavat toimijoita” (Pelto-Huikko ym. 2006, 59).

Uuteen toimintamalliin liittyy aina myös *asenteellisia* valmiuksia. Niin ikään yhteistyön ilmeneminen on tärkeätä toimintamallin olemassaololle. Näillä tekijöillä on mahdollisuus lisätä toimivuutta. (Pelto-Huikko ym. 2006, 59) Hoitajien asenteellisia valmiuksia ilmaisee muun muassa se ajatus, että ollaan valmiita tarttumaan mitä erilaisimpien ongelmien käsittelyyn (102, 155, 118). Toisaalta, vastauksissa ilmeni myös negatiivisia tekijöitä. Oli koettu, että uusi toimintamalli oli laajentanut työnkuvaa liikaa tai otaksuttu, että työttömyyteen liittyviä ongelmia olisi mahdotonta ratkaista terveydenhuollossa (203, 222).

Resurssit ovat luonnollisesti keskeisiä tekijöitä toimintamallin ylläpitämisessä, olivat ne sitten taloudellisia tai ajankäyttöön liittyviä asioita. Tässä mallissa ne voivat olla myös työntekijöiden omia voimavaroja tai toimintajärjestelmän tuki. Pääosin oli koettu, että esimerkiksi toimintajärjestelmässä on vaikeata löytää sopivaa aikaa tunnin mittaiselle terveystarkastukselle. Toisaalta myös tunnin mittainen vastaanottoaika oli koettu rajalliseksi intensiiviselle ja laaja-alaiselle terveystarkastustilanteelle. (mm.141, 142, 248.) Sen sijaan käytännön ohjaus ja tuki oli koettu tarpeelliseksi ja hyödylliseksi toiminnan alkuvaiheessa (136).

Kehittäminen on niin ikään välttämätöntä ja esimerkiksi pilotointi on koettu toimintamallin kehittämistä edistäväksi tekijäksi. Kehittämiseen liittyy myös konsultointi ja työnohjaus. (Pelto-Huikko ym. 2006, 59.) Tässä tutkimuksessa kehittämiseen liitetään erityisesti kriteeri oman työn kehittämisestä ja kokemus omista valmiuksista tai koulutuksen tarpeesta: Koulutus oli koettu oman työn kehittymisen kannalta tarpeelliseksi ja koulutus itsessään hyväksi (262). Sen sijaan verkostotyön osaaminen ja kehittäminen koettiin vielä edessä olevaksi haasteeksi positiivisessa mielessä (224). Toisaalta negatiiviseksi koettiin se, että edellisen kaltaista yhteistyön mahdollistavaa toimintakulttuuria ei ole vielä olemassa (224). Niin ikään valmiudet puuttua esimerkiksi asiakkaan erityisongelmiin koettiin puutteellisiksi (208). Myös

jatko-ohjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella oleviin palveluihin osoittautui pulmalliseksi (134).

Uuden toimintamallin *toteuttaminen* voi vaikeutua, jos työvälineet eivät ole toimivia tai niitä ei osata käyttää. Helppokäyttöinen ja ammattitaidolla laadittu työväline on Pelto-Huikon ym. (2006, 59) mukaan monipuolinen, looginen, systemaattinen ja edullinen. Työttömien terveystarkastusmalli on kokonaisuudessaan eräänlainen työväline hoitajien kuvausten perusteella, mutta malliin sisältyy myös erilaisten tehtävien hallintaa, jotka voidaan kokea joko helpoiksi tai vaikeiksi toteuttaa.

Viimeinen osa-alue eli *vaikutukset* ovat tässä mallissa ja toiminnan juurruttamisvaiheessa arvioitavissa vain sen perusteella, onko malli aktiivisesti käytössä. Yhtäältä konkreettinen toiminta voi toimia sen eräänä osoittimena. Toisaalta voidaan todeta, että toimintamalli on seurannan mukaan aktiivisesti käytössä siinä määrin, että työttömien terveystarkastuksia on tehty ja kirjattu johdon antaman tiedon mukaan tutkimusajankohtana noin kuusikymmentä.

Toimintamallin ylläpitämistä tukee ja kuvaa erityisesti konkreettinen ja selkeä toiminta.

Haastattelujen perusteella hoitajille on kertynyt rikkaita kokemuksia terveystarkastuksiin hakeutuneiden asiakkaiden kohtaamisesta. Lisäksi hoitajat olivat tehneet aktiivisesti havaintoja työttömien asiakkaiden erityispiirteistä ja reflektoineet toiminnan tarkoituksenmukaisuutta että omaa toimintaansa. Tämän tästä he viittasivat työttömien asiakkaiden erityispiirteisiin ja tarpeisiin. Yksi niistä on selvästi masennus, sen havaitseminen ja hoitaminen:

”Olen huomannut, että jos pitäis vielä lääkärin kautta lähteä esim. masennusta hoitelemaan, niin se on monelle jo isompi juttu. Sen sijaan voi jo tässä vastaanotolla ottaa asian kyseeksi” (210).

”Jos ajatellaan, että tehdään muutenkin näitä jonkun suuntaisia terveystarkastuksia muillekin kuin työttömille ja jos täs on tarkoitus herätellä meitä huomaamaan tätä masennusta tai muuta, niin jääköhän ulkopuolelle juuri ne, jotka eniten tarvitsis apua?” (225).

”Onhan ollut sellainenkin tapaus, että raskaana oleva, työtön äiti sai kuulla tällaisesta työttömien terveystarkastuksesta ja sitä kautta tai sen varjolla varasi ajan

terveystarkastukseen. Sitten paljastui, että 'viis noista mittauksista' – halusi tulla puhumaan masennukseen liittyvistä asioistaan” (233).

Työttömyyden aiheuttamien tunteiden ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyksiä eri tekijöihin on tutkinut kyselyn (n = 184) avulla muun muassa Pietiläinen. Työttömien psyykkistä hyvinvointia mitattiin GHQ-mittarilla, jota yleisesti käytetään työttömyystutkimuksissa psyykkisen hyvinvoinnin mittarina. Tutkijan mukaan työttömyyden aiheuttamat masennuksen tunteet selittyvät eniten *elämänmuutoksena*. Muita tulkinnallisia tekijöitä ovat työttömyyden laaja-alaiset vaikutukset elämään, taloushuolet, työnhakuaktiivisuus ja alhaiset odotukset työllistymisestä. Yllättävää tutkimuksen mukaan oli, että lyhyellä tähtäimellä aktiivinen työnhaku lisää masennusta. Sen sijaan psyykkistä hyvinvointia parantavat monet muut aktiviteetit kuten kodin hoitaminen. Ristiriitaa aktiivisen työnhaun ja masennuksen välillä selitettiin odotusarvoteorioilla. Huomion arvoista oli myös se, että omaan terveyteen keskittyminen suojaa pitkäaikaistyöttömyydeltä. (Pietiläinen 2005.)

6.4.2 Voimavaraistavan toimintamallin toteutuneet ehdot ja taustaolettamukset

Työttömien terveystarkastusmalli on perustaltaan voimavarasuuntautunutta asiakastyötä ja tarkastustilanteessa korostuu asiakaskeskeisyys. Toteutuakseen tarkoituksenmukaisesti, se edellyttää hoitajalta sekä voimavarakeskeistä ajattelutapaa että myös voimavarasuuntautunutta haastattelutapaa.

Tässä työssä voimavara- ja asiakaskeskeisen toimintamallin taustaolettamuksien kartoittamiseksi käytetään viitekehyksenä Järvikosken (1994) laatimaa vertailutaulukkoa. Vertailutaulukkoa käytetään lähes sellaisenaan jäsentämään eri näkökulmat. Kyseinen taulukko perustuu osin Anderssonin (1975) esittämiin auttamismallin ehtoihin, jotka tulee täyttyä asiakaskeskeisissä toimintamalleissa.

Aineistoon perustuvat ja sieltä poimitut voimavarakeskeistä malleja esittävät taustaolettamukset voidaan jaotella *asiakasnäkökulmaan, työntekijänäkökulmaan, suhteen luonteeseen* sekä *ratkaisujen hakemiseen* (taulukko 5). Taulukon sitaattit voidaan käsittää tutkimuslöydöksinä, sillä ne pohjautuvat taustateoriaan, temaattiseen analyysiin ja tutkijan asiantuntemuksen pohjalta tehtyyn tulkintaan. Tulos tässä ei kuitenkaan merkitse sitä, että tutkimuksen kohteena oleva toimintamalli olisi ideaalinen. Sen sijaan, **tutkimustulokseksi**

voidaan käsittää se, että malli on kehityskelpoinen voimavara-ajatteluun perustuva toimintamalli.

Taulukko 5. Aineistossa esiintyneet työn tavoitteisiin tai kokemuksiin perustuvat ilmaiset ja voimavarasuuntautuneen toiminnan teoreettiset ja ideaaliset taustaolettamukset. Luokittelu perustuu Anderssonin (1975) auttamismalliin ja Järvikosken (1994) laatimaan vertailutaulukkoon.

ASIAKASNÄKÖKULMA	TAUSTAOLETTAMUKSET
<ul style="list-style-type: none"> - ihmiset oppivat ikään kuin itse itseään hoitamaan (114) - potilas itse on aktiivinen yhteydenottaja (115) - mainonta terveystarkastuksista on saanut työttömät liikkeelle (216) - tapaus, että raskaana oleva työtön äiti sai kuulla työttömille suunnatusta terveystarkastuksesta ja hakeutui sen varjolla masennuksen vuoksi keskustelemaan (233) 	<p>à sen sijaan, että asiakas olisi vain passiivisen tarkastelun kohde: työtön asiakas tässä mallissa on</p> <p>elämäänsä suunnitteleva aktiivinen subjekti</p>

TYÖNTEKIJÄ/ hoitaja	TAUSTAOLETTAMUKSET
<ul style="list-style-type: none"> - voi tarttua kartoituksen avulla tunnistettuihin terveystarpeisiin ja kysyä että ”mitä tää sun kohalla tarkoittaa” (120) - nyt ikään kuin lupa tarttua muihinkin kuin terveysongelmiin (102) - otetaan puheeksi asioita ja kartoitetaan tilannetta, mutta eri asia on sitten näkeekö potilas muutoksen tarpeelliseksi (123) - ehkä pystyy antamaan pienen potkun asiakkaan elämään; työllistymiseen tai oman itsensä hoitamiseen (127) - voi jo hoitajan vastaanotolla tarttua masennusasiaan eikä lääkärin kautta ohjata eteenpäin (210) - tullut usein puheeksi työllistyminen(221) - oon pyytänyt asiakasta puhelinkontaktissa miettimään etukäteen mistä asioista haluaisi erityisesti keskustella (257) 	<p>à asiantuntijajohtoisuuden sijaan työntekijä tässä mallissa on</p> <p>yhteistyökumppani, joka tekee ehdotuksia/kannustaa pelkkien toimintaohjeiden sijasta ja tukee päätöksen teossa</p>

./.. taulukko jatkuu seuraavalla sivulla

SUHTEEN LUONNE	TAUSTAOLETTAMUKSET
<ul style="list-style-type: none"> - muutosvaihemallin avulla on helppo ymmärtää potilasta ja kunnioittaa häntä (124) - ei lähdetä vetämään asiakasta väkijonon johonkin suuntaan (125) - tärkeätä, että palaute asiakkaalle on vilpitön (126) - kun asiakkaita on tullut esim. verenpaineen rutiinimittaukseen, olen kysynyt onko asiakkaalla työterveyshuollon palveluja käytettävissään/tarjonnut mahdollisuutta tyött. terveystarkastukseen (217) - pohditaan yhdessä asiakkaan kanssa asioita (226) - annan yhteydenotot jatko-ohjauspaikkoihin asiakkaiden omaksi tehtäväksi (230) - kyse on dialogista; miten se sujuu ja mitä siinä tapahtuu (235) 	<p>Ä perustuu vastavuoroiseen keskusteluun eli dialogiin ja tasa-arvoon, tavoitteena on asiakkaan itsenäisen toiminnan ja päätöksenteon lisääntyminen (autonomia)</p>

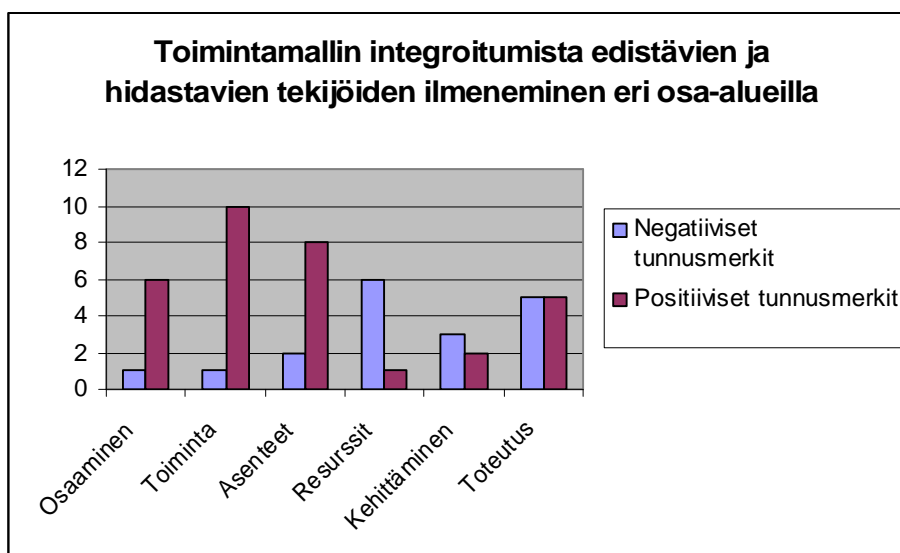
RATKAISUJEN HAKEMINEN	TAUSTAOLETTAMUKSET
<ul style="list-style-type: none"> - asiakkaalle positiivista palautetta ja jatkosuunnitelma ehdotuksena (122) - kun löytää pienenkin positiivisen asian ja antaa palautetta (126) - uusia näköaloja ja toivoa keskustelemalla (128) - ohjaus eteenpäin (129, 130) - kokonaistilanteen hahmottaminen siten, että terveys sairauden edelle (215) - voimavarojen esiin nostaminen osoittamalla selviytymiskeinoja lähimenneisyydestä (241) - ihmisessä itsessään ne voimavarat ikään kuin nukkuvat, jotka pitää herättää (236) - itsehoito on tärkeitä (238) 	<p>Ä tapahtuu yksilön vahvuuksista ja verkoston kehittämisestä käsin</p> <p>ENNUSTE:</p> <p>yksilön voimaantuminen; riippuvuus palveluista vähenee</p>

Riikosen (1993) mukaan ensiarvoisen tärkeää on muun muassa osoittaa tai havainnollistaa asiakkaan kompetenssia tai onnistumista. Tämä voi onnistua johtamalla puheen tai kysymyksen aiheet onnistumiseen ja niiden perusteluihin. Niin ikään huomio tulee suunnata myös selkeisiin tavoitteisiin ja kehityksen toteuttamiseen. Myös positiivisten mielikuvien käyttö voi vahvistaa motivaatiota ja lisätä luottamusta. Seuraava aineistosta lainattu esimerkki ilmentää edellä kuvattua strategiaa, jonka eräs haastateltavista kuvasi näin:

”Sen (terveystarkastus- ja haastattelu) tunnin aikana nousee mielikuva semmoisesta elämäнкаaresta...sitten sitä pystyy jollain tapaa nostella esiin hyviä asioita; esimerkiksi asiakas on selviytynyt jostain asiasta - ja sitten sitä käsitellään ja kootaan yhteen.” (241)

6.4.3. Toimintamallin juurtumista estävien tai edistävien tekijöiden yhteenveto

Tulosten mukaan selkeimmäksi toimintamallin ylläpitämistä vastustavaksi osa-alueeksi osoittautuivat odotetusti **resurssit** (kuvio 1). Tämä tiedostettiin alusta alkaen, jolloin määrärahoja oli osoittaa yhden ylimääräisen hoitajan palkkaamiseksi koko toiminta-alueella vuoden 2007 loppuun asti toiminnan tukemiseksi. **Hoitajien asenteet, aktiivinen toiminta** ja pyrkimys yhteistyöhön muiden toimijoiden kanssa ovat omiaan tukemaan toimintamallin kehityskelpoisuutta ja juurruttamista. Niin ikään **osaamisen alueella** hoitajien tietotaito ja aikaisempi kokemus terveyden edistämisen kokonaisuuksien hallinnasta on selkeä vahvuus ja luo hyvän pohjan toteutukselle. **Toteutuksen alueella** esiintyi tasapuolisesti sekä positiivisia että negatiivisia tekijöitä. Heikkoudet liittyivät kuitenkin pääosin sellaisten työtehtävien hallintaan, joita voidaan vahvistaa lisäkoulutuksen avulla. Näin ollen, voidaan todeta, että *mahdolliset esteet* tai toimintamallin ylläpitämistä tai käyttöönottoa *hidastavat tekijät* sijaitsevat vajavaisten resurssien lisäksi **kehittämisen** alueella.



Kuvio 1 Negatiivisten ja positiivisten lausumien (yht. 49) määrälliset suhteet ja sijainti tutkimusaineistossa. X-akselilla ovat osa-alueet, Y-akselilla lausumien määrä.

6.5 Aikaisempien tutkimuksien tuloksia ja tämän tutkimuksen tulosten vertailua

Tässä tutkimuksessa toimintamallia on tarkasteltu erityisesti voimavaranäkökulman viitekehuksesta käsin. Sitä koskevat artikkelit olivat lähinnä ulkomaisia, joissa tutkimusongelma liittyy voimavaratekijöiden tai vuorovaikutuksen tutkimukseen: Monihaulla terveystieteiden keskeisistä kirjallisuustietokannoista, aihealueena Sport & Health löytyy kaksi kotimaista ja relevanttia tutkimusartikkelia hakusanoilla *empowering counselling*. Hakusanoilla *empowerment* esimerkiksi Medline-tietokannoissa osumia kertyi yhteensä 8699. Sen sijaan yhdistelmällä *empowerment* ja *health* hakusanat tuottivat 58 lähdeviitettä. Edelliseen sanahakuun yhdistettynä hakusana *counseling* tai *counselling*, hakutulokseksi rajautui vain 11 abstraktin perusteella jokseenkin kiinnostavaa tai relevanttia lähdettä. Tutkimusartikkeleita, joissa olisi ollut täsmälleen sama näkökulma kuin tässä tutkimuksessa, ei löytynyt. Esimerkiksi kun edellisiä hakuja tarkennettiin muun muassa hakusanoilla *health check* tai *health examination* hakutulos oli nolla. Sitä vastoin muut löydetty artikkelit rikastuttavat ja tukevat tutkimuksen kohteena olevan toimintamallin tarkastelua sen taustaideologian pohjalta (ks. luku 3). Niiden esittelemistä tutkimustuloksista ei kuitenkaan löytynyt vastaavuutta tämän tutkimuksen näkökulmasta katsottuna eikä niitä näin ollen pystytty hyödyntämään tässä yhteydessä.

Niin ikään työttömien asiakkaiden palvelu- ja ohjausmallin kaltaista *palveluohjauksellista* toimintaa on Suomessa ja ulkomaillakin tutkittu vain vähän. Kotimaisiin sähköisiin yhteiskunta- ja hoitotieteen sekä sosiaali- ja terveystieteen tietokantoihin kuten ARTO, LINDA, StakesLib, PrettyLib kohdistetut haut tuottivat kymmenkunta relevanttilta vaikuttavaa lähdettä. Hakusanoina olivat *palveluohjaus*, *case management*, *care management*, *handledning*, *handledare*, *palvelusuunnitelma* ja *hoitosuunnitelma*. Näistä vain muutamissa oli työntekijöiden näkökulma otettu huomioon ja yleensä tutkimusongelma liittyi asiakasvaikuttavuuteen ja lopputuloksiin. Hakusanalla *palveluohjauksellinen työote*, joka kohdistettiin julkaisujen nimiin, ei löytynyt yhtään lähdeviitettä. Kun terveystieteen tietokantojen yhdistelmähaussa kuten Medline:ssa hakusanoihin liitettiin muun muassa sanat *unemployment*, *unemployed* tai *jobless* tuloksena haussa oli nolla.

Ulkomaisista tietokannoista löytyneet palveluohjausta käsittelevät tutkimukset eivät vastaa suomalaista palveluohjaustoimintaa, vaan liittyvät usein spesifisti psykiatriseen

terapialuonteiseen hoitoon tai kuntoutukseen. Löydetty kotimaiset palveluohjausta käsittelevät tutkimukset vastaavat kuitenkin hyvin työttömien palvelu- ja ohjausmallin ideaa ja ovat täten vertailukelpoisia tämän tutkimusten tutkimuslöydösten ja tulosten kanssa:

Perttula (2003) on tehnyt arviointitutkimuksen pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten ja heidän perheidensä palveluohjauskokeilusta, jossa oli mukana 13 osahanketta. Arviointi kohdennettiin kokeilussa kehiteltyjen hyvien käytänteiden ja tulosten arviointiin. Se toteutettiin kehittävänä arviointia, joka sisälsi sekä itsearviointia että osin ulkoista arviointia. **Työntekijöiden näkökulmasta** ongelmaksi osoittautui aikapula sekä itse kehittämistoiminnan läpiviennissä että asiakastyössä. Myös tässä tutkimuksessa hoitajien vastausten perusteella ensisijaiseksi toiminnan jatkuvuuden esteeksi nousivat resurssit, jotka kuvattiin riittämättömänä aikana asiakastyössä.

Niin ikään palveluohjauksellisuus käsitettiin *työotteena* Perttulan (2003) tutkimuksen mukaan, kun taas tässä tutkimuksessa hoitajat puhuivat palveluohjauksellisesta työotteesta erillisenä *toimintona*, jota on vaikea toteuttaa. Niin ikään Perttulan (2003) arviointitutkimuksessa pitkä työkokemus osoittautui eräällä tavalla esteeksi uuden palveluohjauksellisen roolin toteuttamiselle (vrt. urautuminen). Tässä tutkimuksessa taasen hoitajat toivat esille ohjaamisen itsestään selvyytensä talon sisällä tapahtuvaksi toiminnoksi, mutta talon ulkopuolelle ohjaaminen osoittautui haastavaksi ja koettiin uutena elementtinä.

Perttulan (2003) tutkimassa palveluohjauskokeilussa asiakkaille tuotettavien tai ohjattavien palvelujen suunnitteluprosessiin sisältyi ajatus ”kommunikatiivisen tilan tuottamisesta”, joka vastaa hyvän dialogin toteutumista voimavaralähtöisessä neuvontakeskustelussa. Toisin sanoen idea kommunikatiivisen tilan tuottamisesta muistuttaa empowerment – ajattelun teoriaa, jossa dialogisuudella pyritään antamaan tilaa asiakkaan puheelle, ajatuksille ja mielipiteille ja on verrattavissa tämän tutkimuksen kohteena olevaan toimintamalliin.

Lisäksi Perttulan (2003) tutkimuksessa tuli esille työntekijöiden kipupiste, joka liittyi oman työroolin ja palveluohjausroolin väliseen ristiriitaan. Tässä tutkimuksessa hoitajat eivät suoraan kysyttäessä tuoneet esille ristiriitaa sairaan- tai terveydenhoitajan työroolin ja uuden laajemman ”palveluohjauksellisen roolin” välillä. Dilemmat tulivat kuitenkin esiin monissa vastauksissa eri yhteydessä kuin sitä varsinaisesti kysyttiin.

Työntekijöiden kokemuksia ja näkemyksiä palveluohjaustoiminnasta on kartoitettu myös perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja mielenterveyspalvelujen yhteistyömenetelmänä Pirkanmaan mielenterveystyön Palveluohjaus- projektissa vuosina 2002-2004. Palveluohjauksellista työtettä kehitettiin toimintatutkimuksellista työtettä noudattamalla. Periaatteena oli muun muassa se, että asiakas saisi apua oikeaan aikaan oikeasta paikasta. Työn avuksi kehitettiin moniammatillinen asiakkaan tilanteen kartoitus ja yhdessä sovittu palveluohjaaja toimi yhdyshenkilönä asiakkaan ja eri toimijoiden välillä. (Sundström ja Kilku 2004.)

Tuloksien mukaan päällekkäiset toiminnot ja asiakkaan juokseminen eri asiantuntijoiden luona vähenivät. Lisäksi toimintamalli koettiin sekä asiakkaitten että työntekijöiden taholta erittäin hyväksi. Haastateltuja työntekijöitä oli yhteensä 16, joista neljä toimi varsinaisina palveluohjaajina muiden tehdessä palveluohjausta muun työn ohella. Haastattelut toteutettiin viidelle työntekijälle puhelinhaastatteluina ja loput 11 työntekijää osallistui ryhmähaastatteluihin (n=3), jotka videoitiin. Haastattelujen mukaan haasteeksi nousi työaika erityisesti niille, jotka toteuttivat palveluohjausta muun työn lisäksi. Mielekkääksi työntekijät olivat kokeneet mahdollisuuden uudenlaisen yhteistyön toteuttamisen omassa organisaatiossa. Toisaalta osa haastateltavista oli kokenut, että palveluohjaus ei ole oman toimialan työtä ja mielenterveysasioita on vaikea ymmärtää. (Sundström ja Kilku 2004.) Myös tässä tutkimuksessa hoitajat toivat esille haasteen asiakkaiden mielenterveysasioiden kohtaamisesta ja käsittelystä sekä joiltain osin laaja-alaisen palveluohjaustoimintaan verrattavan toiminnan vierauden. Samoin se, että uuden toimintamallin merkitys omalle työlle oli joillekin hoitajista merkinnyt sananmukaisesti uusia näkökulmia työhön, oli yhteneväinen tutkimustulos.

Edelleen Sundströmin ja Kilkun (2004) tutkimuksen mukaan työntekijät olivat kokeneet yhteistyön lisääntyneen, mutta tämän tutkimuksen perusteella hoitajat olivat kokeneet, että yhteistyö eri toimijoiden välillä puuttui erityisesti yli sektorirajojen. Sen sijaan erääksi yhteiseksi nimittäjäksi Perttulan (2003), Sundströmin ja Kilkun (2004) ja tämän tutkimuksen mukaan nousee selkeästi ajankäyttöön liittyvä resurssipula. Näin ollen palveluohjauksellisuus näyttää toteutuvan parhaiten silloin, kun tehtävään on nimetty erikseen palveluohjaaja tai silloin, kun organisaatio mahdollisti työntekijän ajankäytön siten, että uudenlaisen toimintamallin ja yhteistyön toteuttamiselle pystyttiin varaamaan oma aikansa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä toteutettua palveluohjaustoimintaa on työntekijöiden ja toiminnan näkökulmasta arvioitu myös Ala-Nikkolan ja Valokiven vuonna 1997 julkaistussa tutkimuksessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli puolen vuoden mittaisen palveluohjauskokeilun avulla selvittää, miten yksilökohtainen palveluohjaus soveltuu kokeiluun osallistuneiden kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään ja eri organisaatioiden toimintaan. Palveluohjaustoimintaa toteuttivat 14 sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivaa työntekijää, jotka työskentelivät mielenterveyskuntoutujien, vanhusten, lasten ja kehitysvammaisten parissa avo- ja laitoshuollon eri organisaatioissa. Aineistona olivat muun muassa palveluohjaajien päiväkirjat ja haastattelut sekä tiimin toimintakäytäntöjen havainnointi. Työntekijöiden arvioiden mukaan kokeilu oli motivoinut paneutumaan aiempaa syvemmin ja kokonaisvaltaisemmin asiakkaiden ja heidän omaistensa tilanteisiin. Eräällä tavalla se oli myös selkeyttänyt ja johdonmukaistanut toimintaa. Ala-Nikkolan ja Valokiven (1997) tutkimustulokset vahvistavat tämän tutkimuksen löydöksiä, jonka mukaan toimintamalli oli koettu monista haasteista huolimatta selkeäksi.

Arnkil ym. (2004) ovat arvioineet työttömille suunnattua palveluohjauskokeilua. Tutkimustehtävä kohdistui lähinnä niin sanotun yhteispalvelun kehittämiseen ja asiakasvaikuttavuuteen, jossa kohderyhmänä olivat pitkään työttömänä olleet monien sektoreiden palveluita tarvitsevat asiakkaat. Toiminnan vaikutuksia oli tutkittu tapauskuvausten avulla. Tämän tutkimuksen kannalta mielenkiintoista Arnkilin ym. (2004) tekemän arvioinnin loppuraportin mukaan oli se, että terveydenhuollon mukana olo oli koettu tärkeäksi. Niin ikään asiakkaiden aktivointiaste oli korkeampi kuin muilla työmarkkinatuensaajilla. Edelleen yhteiseksi nimittäjäksi sekä aikaisempien että tämän pro gradun – työn tutkimustulosten perusteella nousee työntekijöiden kannalta yhteistyön kehittämisen ja verkostotyön osaamisen tarve.

Niin ikään tiettyjen erityispalvelujen saatavuus on tärkeätä. Palvelua ja ohjausta on vaikea toteuttaa, jos työntekijöillä ei ole keinoja puuttua asiakkaiden ongelmiin. Tällaisia ensiarvoisen tärkeitä palveluja ovat Arnkilin ym. (2004) arvioinnin mukaan esimerkiksi päihdepalvelut. Vastaavasti tässä työttömien terveystarkastuksiin kohdistuvassa tutkimuksessa todettu joustava depressiohoitajalle pääsyn mahdollisuus korostuu, silloin kun masennuskyselyn tai terveyshaastattelun perusteella kyseinen palvelutarve ilmenee.

Työikäisille suunnattua palveluohjausta on toteutettu myös Ikaalisissa vuoden 2003 puolivälistä vuoden 2006 kestävässä kehittämissuunnitelmassa. Kehittämistyön tavoitteena oli rakentaa niin kutsuttu yhteistyön toimintamalli peruspalvelujärjestelmässä hajautetusti toimivien organisaatioiden, asiantuntijoiden ja samanaikaisesti ammattilaisen apua tarvitsevien ihmisten välille. Asiakkaat ohjautuivat palveluohjauksen piiriin ensisijaisesti työterveyshuollon, lääkärin vastaanoton sekä työvoiman palvelupisteistä. Ikaalisen palveluohjausmalli perustui erityisesti koordinoituihin ja organisaatioiden väliseen yhteistoiminnallisuuteen sekä palveluohjaajan ottamaan vastuuseen. Nämä edellä mainitut seikat erottavat palveluohjauksen siitä ohjaus- ja neuvontatyöstä, jota kaikki viranomaiset on velvoitettu tekemään omassa perustehtävässään (Reito 2006).

Saatujen kokemusten perusteella palveluohjaustoiminnan järjestäminen on järkevää tapahtua juuri siinä toimipisteessä, missä asiakkaan palvelutarpeen painopiste on. Ikaalisissa toiminnan perusteella painopistealue sijoittuu sosiaali- ja terveystoimeen, jonne ehdotettiin nimettäväksi oma palveluohjaaja. Projektin aikana palveluohjaukseen ohjattiin yhteensä 131 asiakasta, joista valtaosa, 86 asiakasta ohjattiin terveydenhuollosta. Lääkärin palautteen mukaan palveluohjaus koettiin verrattomaksi työvälineeksi, sillä esimerkiksi lausuntojen antaminen asiakkaan terveydestä työkyvyttömyystilanteessa edellyttää kokonaisvaltaisen kuvan saamista asiakkaan elämäntilanteesta. Palveluohjauksen avulla työkykyisyys voidaan arvioida monipuolisesti ja johdonmukaisesti. Tällä tavoin työkyvyttömyyseläkkeelle ohjautuvat ne asiakkaat joiden työkyvyttömyysaste edellyttää sitä. Myös tämän opinnäytetyön ryhmähaastatteluaikoina tuli esille seikka, että työttömien terveystarkastuksia tekevien hoitajien tarkat kuvaukset asiakkaan tilanteesta helpottavat esimerkiksi lääkärinlausuntojen tekemistä.

Sen sijaan kuntoutustarpeen arviointi lähinnä Kelan ja terveydenhuollon välisessä työnjaossa jäi epäselväksi. Tämä nousikin selväksi kehittämisalueeksi siitä huolimatta, että työikäisten asiakkaiden palveluprosessit yleensä käynnistyvät loogisesti joko terveydenhuollossa tai työvoimatoimistossa. (Reito 2006.) Kuten edellä, myös tämän pro gradu –työn tutkimustuloksissa ilmeni, että kehittämisalueeksi nousi ”talon ulkopuolelle ohjaaminen”. Esimerkiksi ammatilliseen kuntoutukseen ohjausta esimerkiksi työllistymistä ajatellen ei ollut tapahtunut eikä se välttämättä ollut tullut edes puheeksi asiakkaiden kanssa.

Johtopäätöksenä edellä kuvattujen suomalaisten palveluohjausta koskevien tutkimuksien perusteella voidaan esittää, että yhteistä niille oli palveluohjaustoiminnan perustuminen yksilökohtaiselle palveluohjaukselle (*case management*). Kyseinen toimintamalli edellyttää yhteistyöverkostoja, erikseen nimettyä tiimiä tai palveluohjaajaa (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997, Perttula 2003, Arnkil ym. 2004, Kilkku ja Sundström 2004, Reito 2006). Sen sijaan tämän tutkimuksen kohteena ollut työttömän asiakkaan palvelu- ja ohjausmalli perustuu palveluohjauksen soveltamiseen ilman erikseen nimettyä tiimiä. Tätä taustaa vasten tarkasteltuna työttömien terveyshankkeen palveluohjaukselliseen työotteeseen perustuva malli näyttäytyy normaaliin perustehtävään rinnastettavana ohjaus- ja neuvontatyönä. Sen sijaan, kun asiakkaan tarpeisiin pyritään vastaamaan moniammatillisesti esimerkiksi silloin kun asiakkaan terveystarkastus laajenee koskemaan hänen kuntoutus- tai työllistymistarpeitaan, ohjauksen vaatavuustaso kasvaa lähes palveluohjauksen tasolle. Tätä tulkintaa tukee hoitajien tässä tutkimushaastattelussa esiin tuoma ajatus palveluohjauksen ja verkostotyön vaikeudesta tai vieraudesta oman talon ulkopuolelle ulottuvana prosessina.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja tulosten hyödynnettävyys

Laadullisen tutkimuksen aineistot ovat tyypillisesti tekstimuotoon saatettuja vapaamuotoisia haastatteluita tai keskustelua, joiden edustavuutta on tarkasteltava eri tavoin kuin määrällisen tutkimuksen yleistettävyyttä (Nieminen 1998). Kun kysymyksessä on haastattelu, haastattelun laatua tulisi tarkkailla tutkimuksen eri vaiheissa. Laadukkuutta voidaan alusta alkaen tavoitella tekemällä hyvä haastattelurunko ja varautumalla vaihtoehtoihin, syventäviin lisäkysymyksiin. (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 184.)

Tässä tutkimuksessa haastattelurunko laadittiin tutkimuskysymysten pohjalta ja jaettiin etukäteen useampaan kysymysteemaan (14). Useampaan kysymysteemaan päädyttiin siksi, että liian suppealle alueelle rajatut kysymykset saattavat rajata tutkittavan oman näkemyksen esiintuloa (Nieminen 1998). Ensimmäisen haastatteluryhmän kohdalla nämä esitettiin laaditussa järjestyksessä ja jokseenkin systemaattisesti. Tällöin haastateltavien vastaukset olivat paikoin lyhyehköjä tai pinnallisia ilman syvällisempää pohdintaa. Syntyneestä kokemuksesta otettiin oppia ja seuraavan haastatteluryhmän kohdalla kysymysteemat esitettiin hieman väljemminä (10 kysymysteemaa) tavoitteena saada aikaan vilkasta keskustelua ja täten rikkaampi sisältö yksiselitteisten vastausten sijaan. Syventävät ja tarkentavat kysymykset esitettiin pääkysymysten yhteydessä tarvittaessa. Näin menetellen syntyi kaksi toisiaan täydentävää aineistoa, joiden vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia. Jälkimmäisen haastatteluryhmän kohdalla syntyi kuitenkin vilkkaampaa keskustelua ja aineisto oli jonkin verran värikkäämpää. Tämä lisäsi aineistojen informaatioarvoa kokonaisuuden kannalta ja samalla ikään kuin vahvisti hoitajien esittämien näkemysten paikkansapitävyyttä eli vahvistettavuutta (Miles ja Huberman 1994, 277). Lisäksi tutkimukseen kutsuttiin juuri niitä hoitajia, jotka tuntevat tutkittavan ilmiön hyvin sekä koulutuksen että käytännön työn osalta.

Haastatteluaineiston laatua parantaa niin ikään se, että se litteroidaan niin nopeasti kuin mahdollista (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 185). Tässä tutkimuksessa molempien aineistojen litterointi aloitettiin välittömästi saman päivän iltana kuin tutkimushaastattelu oli suoritettu ja jatkettiin seuraavana päivänä. Näin ollen voidaan todeta, että aineisto on kerätty tarkoituksenmukaisesti vahvistaen tutkimuksen laatua ja luotettavuutta.

Tekniikan ja äänityksen laadun kannalta paras vaihtoehto olisi ollut videointi siinä tapauksessa, että vastaukset olisi haluttu erotella tietyn haastateltavan vastaukseksi esimerkiksi vertailun vuoksi tiettyjen taustatekijöiden perusteella. Se taasen olisi vaatinut muun muassa avustajan läsnäolon tekniikan hoitamiseen. Digitaalisella sanelinlaitteella suoritettu äänitys ei tuottanut kuitenkaan litterointivaiheessa ongelmia, sillä vain pari kohtaa jäi hieman epäselväksi ja kuunneltiin uudelleen analyysivaiheessa tarkennuksen vuoksi. Lisäksi laitteen toimivuus ja haastattelutekniikkaa oli harjoiteltu etukäteen tekemällä kartoittava haastattelu haastateltavien kahdelle esimiehelle. Niin ikään sanelujen purku oli aikaisemman työkokemuksen perusteella tuttua työtä litteroijalle. Oletettavasti myös sekä kokematon haastattelijakin että haastateltavat kokivat tilanteen vapaammaksi ilman kameraa ja ylimääräisiä tarkkailijoita.

Laadullisen aineiston analyysin ja tulosten luotettavuutta voidaan kuvata useammasta eri näkökulmasta käsin. Tulokset ja johtopäätökset voivat olla esimerkiksi mahdollisesti tosia, luotettavia, kiinnostavia, järkeviä, valideja, vahvistettavia, arvokkaita, käyttökelpoisia tai merkittäviä. Tämän tutkimuksen tuloksia ja luotettavuutta tarkastellaan niiden uskottavuuden (credibility), varmuuden (dependability) ja vahvistettavuuden (confirmability) kannalta. Lisäksi tutkimustulosten hyödynnettävyyttä (utilization) perustellaan johtopäätösten sovellettavuudesta käsin. (Miles ja Huberman 1994, 277-280.)

Uskottavuus

Tutkimuksen haastatteluaineisto koostuu juuri sen kohderyhmän antamasta informaatiosta, jolla on läheisin suhde tutkittavaan ilmiöön. Lisäksi haastatteluaineisto litteroitiin sanatarkasti ja aineisto kuvattiin sekä referoitiin vain hieman editoiden. Näitä referoituja sitaatteja eli lausumia käytettiin sellaisenaan elävöittämään tutkimusraporttia sekä perustelemaan tulkintaa. Tällaiset aineistosta nostetut autenttiset sitaatit vahvistavat niiden alkuperän, varsinkin kun haastatteluasetelma ja vaiheet on kuvattu yksityiskohtaisesti ja näkyvästi. Tähän pyrittiin sekä aineiston analyysiä kuvattaessa että tutkimustuloksia tarkasteltaessa. Näin voidaan varmistaa, että johtopäätökset ovat peräisin kerätyistä informaatiosta. Myös teoreettinen viitekehys tuki aineiston käsittelyä johdonmukaisesti. Kuitenkin, osa tulkinnasta perustuu tutkijan vahvaan asiantuntijuuteen tutkittavan aiheen osalta. Esimerkiksi Eskolan ja Suorannan (2001, 145) mukaan tulkintaa pidetään laadullisen tutkimuksen ongelmallisimpana vaiheena. Heidän

mukaansa tutkijan asiantuntijuus tutkittavan ilmiön osalta tukee luotettavien johtopäätösten tekemistä. Tätä vaihetta ja niitä johtopäätöksiin johtavia ajatuskuvioita oli lähes mahdotonta avata tyhjentävästi lukijan kannalta. Tutkimustulosten ja johtopäätösten reliiabeiliutta olisi voinut lisätä se, että joku toinen osapuoli olisi tarkastellut alkuperäisaineistoa ja tehnyt omat tulkintansa. Toisaalta täydellistä intersubjektiiuisuutta ei voi saavuttaa, toisin sanoen jokainen yksilö tekee omien kokemustensa perusteella tietyistä kohteesta oman tulkintansa. Näin ollen on epätodennäköistä, että kaksi arvioijaa ymmärtäisi kolmannen sanoman täysin samalla tavalla. (Holstein ja Gubrium 1995, 9.) Tämän tutkimuksen osalta toinen ohjaajista tarkasteli tutkimustuloksissa esiintyneitä vastauksia, niistä muodostettuja lainauksia ja tehtyjä kategorioita. Palautteiden perusteella joitakin johtopäätöksiä tarkistettiin ja pyrittiin esittämään paremmin.

Niin ikään numeroimalla vastaukset, on arvioijilla ja tutkijalla itsellään mahdollisuus uudelleen palata litteroituun aineistoon tarvittaessa ja tarkistaa alkuperäisilmaisut sekä yhteydet. Heikkoutena on, että lukijalla ei ole pääsyä alkuperäisaineistoon. Sen sijaan, myös lukijalle avautuu mahdollisuus numeroinnin ja runsaiden sitaattien käytön avulla tarkistaa ne ydinkohdat, jotka tässä tutkimuksessa on raportoitu esitettyjen haastattelukysymysten yhteydessä. Näin menettelemällä myös muut kuin tutkija voivat arvioida kerättyä dataa. (Miles ja Huberman 1994, 278.)

Varmuus

Tutkimuksen luotettavuuteen sisältyy myös sen varmuus. Varmuudella tutkimuksessa tarkoitetaan muun muassa sitä, että tutkimusprosessi on johdonmukainen ja tutkijasta riippumaton. Sen vuoksi, tutkijan rooli ja asema tulee kuvata ja määritellä (Miles ja Huberman 1994, 278). Tämän pro gradu -työn kohteena oli projektin hankkeessa tuotettu toimintamalli, jonka suunnitteluun, arviointiin ja toteutukseen opinnäytetyön tekijä osallistui lähes alusta alkaen, myöhemmin myös projektiharjoittelijana ja kouluttajana. Yhtäältä tällainen asema oli omiaan vahvistamaan tutkimukseen osallistuneiden hoitajien luottamusta tutkimushaastatteliijaan. Toisaalta opinnäytetyön tekijän oli koko tutkimusprosessin ajan tarkkailtava sekä omia ennako-oletuksiaan asioista että punnittava omat intressinsä ja motiivinsa. Tutkimusluvut niin ikään hankittiin virallisesti ja täten opinnäytetyötä tekevän rooli pysyi koko ajan ulkopuolisena. Tämä osaltaan vahvistaa tutkimusprosessin oikeellisuutta.

Vahvistettavuus ja sisäinen validius

Tutkimuksen validiteetti on laaja käsite, joka pitää sisällään monia asioita. Pääasiallisesti on kyse tulosten vahvistettavuudesta ja totuusarvosta. Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäinen validius riippuu muun muassa siitä, miten arvokkaita ja tarkoituksenmukaisia tutkimustulokset ovat käyttäjilleen (Miles ja Huberman 1994, 279). Tässä tutkimuksessa tiedonantajina toimivat juuri ne, jotka parhaiten pystyvät antamaan sekä vastauksia että voivat hyödyntää tutkimustuloksia esimerkiksi oman toimintansa kehittämiseksi. Lisäksi haastateltavat toivat esille sekä negatiivisia että positiivisia puolia tutkittavasta ilmiöstä. Myös haastattelija suhtautui tutkittavaan ilmiöön avoimesti ja puolueettomasti. Lisäksi tulkintaa ja johtopäätöksiä tukivat teoreettinen viitekehys, jota vasten löydöksiä tarkasteltiin. Sisäistä validiteettia vahvistaa niin ikään se, että tutkimuksen tekijällä oli mahdollisuus esittää alustavat tutkimustulokset tutkimustiedon käyttäjille ja tutkimukseen osallistuneille arvioitavaksi täydennyskoulutustilaisuudessa. Tosin tilaisuudessa mukana olleet haastatteluihin osallistuneet hoitajat eivät kommentoineet alustavia tuloksia eivätkä antaneet palautetta. Sen sijaan hoitajia kannustettiin tutustumaan valmiiseen pro gradu –työhön. Opinnäytetyö siirretään kokonaisuudessaan valmistumisen ja tarkistuksen jälkeen luettavaksi tutkimusalueen terveys- ja sosiaalitoimen opinnäytepankkiin. Sen perusteella toimintamallia toteuttavat hoitajat voivat tehdä omat johtopäätöksensä sekä saada tutkittua tietoa sekä oman toiminnan että toimintamallin kehittämiseksi jatkossa.

Hyödynnettävyys ja ulkoinen validius

Ulkoinen validiteetti on arvioitavissa esimerkiksi sen perusteella, miten merkittäviä tai yleistettäviä johtopäätökset ovat. Johtopäätösten arvo liittyy läheisesti myös niiden sovellettavuuden ja hyödynnettävyyteen käytännössä (Miles ja Huberman 1994, 279). Tämän tutkimuksen ulkoinen validiteetti on ehkä sen heikoin kohta. Saavutettuja tutkimustuloksia voivat hyödyntää parhaiten vain paikallistason toimijat; terveystarkastuksia tekevät hoitajat ja heidän esimiehensä. Mitään merkittäviä tai yleistettäviä johtopäätöksiä on vaikea esittää. Sitä paitsi pro gradu –tutkielman teko prosessina oli tutkimustulosten valmistumisen kannalta hidaskä, joten niiden valmistumisajankohta ei ollut yhdenmukainen projektin ja terveystarkastuksen etenemisen kannalta. Prosessia hidastivat työläs tutkimussuunnitelman teko, jota oli vaikea sovittaa kaikkien osapuolten intressejä vastaavaksi. Myös haastattelujärjestelyt

ja ajankohdista sopiminen toi omat viiveensä työaikojen, lomien ja monien muiden seikkojen vuoksi. Lisäksi johtopäätösten merkittävyyden kannalta arvioiden, varsinkin esimiehillä oli jo käsitys siitä, mitkä tekijät esimerkiksi joko estävät tai edistävät tutkittavan toimintamallin juurruttamista. Toisaalta opinnäytetyön tulokset sekä vahvistivat näitä ennakkokäsityksiä että tarkensivat toiminnan jatkumiseen vaikuttavien tekijöiden ilmenemistä eri osa-alueilla.

Tulosten ja johtopäätösten hyvää ulkoista validiteettia tukee kuitenkin se, että ne koko prosessin ajan stimuloivat uusia työhypoteeseja toiminnan kehittämisen kannalta. Jo ensimmäisessä tutkimushaastattelussa esille tulleiden vihjeiden perusteella päätettiin esimerkiksi järjestää lisäkoulutusta ja tarkentaa koulutuksen sisältöjä. Samalla loppuvuodesta 2007 järjestetty koulutustilaisuus tarjosi mahdollisuuden normatiivisen arviointiperiaatteen mukaisesti alustavien tutkimustulosten esittämisen haastateltaville ja muille toimijoille (Chen 1990). Näin tutkimustuloksista voidaan oppia ja samalla palauttaa ne ikään kuin haastateltujen arvioitavaksi.

7.2 Johtopäätöksiä ja jatkotutkimusehdotuksia

”Työttömätkin sanovat, että onpa hieno juttu että tämmöseen pääsee!”

Kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Se, että aluksi vaatimattomalta tuntuva aineisto antoi paljon mielenkiintoista informaatiota ja herätti uusia ajatuksia, työhypoteeseja sekä näkökulmia, yllätti. Niin ikään tutkimustulokset paljastivat varsin selkeästi tutkimuksen kohteena olleen toimintamallin vahvuudet ja heikkoudet.

Selkeänä vahvuutena hoitajat toivat esille aktiivisen toiminnan, terveyden edistämisen osaamisen ja tunteen sen hallinnasta. Myös hoitajien hyvät asenteet puhuvat toiminnan ylläpitämisen puolesta. Sen sijaan vähäiset resurssit ovat uhkakuva toiminnan jatkumisen kannalta. Vähäiset resurssit hoitajien näkökulmasta katsottuna tarkoittivat tässä yhteydessä sitä, että asiakkaita avoterveydenhuollon vastaanotolla käy runsaasti ja sen vuoksi on vaikeata löytää tunnin mittaista aikaa työttömän asiakkaan terveystarkastuskäynnille. Lisäksi kokonaisvaltaisen terveystarkastuksen jälkeen kirjaamiseen on varattava aikaa noin 15 minuuttia. Välittömästi tähän ongelmaan voitaisiin vaikuttaa palkkaamalla yksi kokoaikainen hoitaja esimerkiksi vakituksena varahenkilönä vastaanotoille, joissa työttömien

terveystarkastuksia pyritään tekemään säännöllisesti. Tällaisen vara- tai lisähenkilön palkkaaminen olikin mahdollista terveyshankkeen puitteissa vuoden 2007 loppuun asti.

Kirjoittamishetkellä määrärahojen osoittamisesta vara- tai lisähenkilön palkkaamiseksi vuodelle 2008 ei ole tietoa. Sosiaali- ja terveysministeriö osoitti vuodelle 2007 erityisesti pitkäaikaistyöttömille järjestettäviä terveystarkastuksia varten valtion talousarviossa 1 000 000 euroa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin. Tavoitteena oli, että kunnissa käynnistyisi systemaattinen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoiminta, joiden tavoitteena on selvittää työllistymistä estäviä tekijöitä, aktivoida työttömiä sekä antaa tietoja, neuvontaa ja ohjausta terveyteen ja työkykyyn liittyvistä asioista. (Välimäki ja Leppo 2007.) Wire-projektin ohjauksessa toteutettu työttömien terveyshanke oli kuitenkin aikaansa edellä ja toiminta rahoitettiin pääosin ESR-varoin.

Hoitajien samansuuntaiset havainnot ja kokemukset terveystarkastustilanteissa toivat uutta mielenkiintoista tietoa työttömien asiakkaiden erityispiirteistä. Tutkimuksen kohteena ei kuitenkaan ollut varsinaisesti se, millaisia asiakkaita terveystarkastuksiin hakeutuu. Sen vuoksi huomioitava löydös oli, miten asiakkaan kokema depressio vaikuttaa terveystarkastustilanteeseen ja minkälaista osaamista se vaatii hoitajalta. Näin ollen, depressiohoitajan vastaanotolle pääsy ja jatko- ohjaamisen välttämättömyys korostuu entisestään.

Kaiken kaikkiaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintajärjestelmässä toimintatapojen uudistaminen on vaikeaa. Terveydenhuollon kehitykseen on aina liittynyt jännitteitä. Myös paikalliset, organisaatioiden sisällä toteutetut uudistushankkeet törmäävät joko muutosvastarintaan tai muihin ongelmiin. (Engeström 2004, 71). Tämä koskee myös kehitettäviä toimintamalleja. On tärkeitä, että toimintamalli on selkeä, luettava, toteutettavissa oleva, konkreettinen, yksinkertainen, yleistettävissä oleva ja suunnitelmallinen (Pelto-Huikko ym.2006, 30). Esimerkiksi tämän arviointitutkimuksen perusteella hoitajat olivat kokeneet toimintamallin hyväksi ja selkeäksi työkaluksi, jota voi soveltaa myös muiden potilas- tai asiakasryhmien kanssa. Lisäksi hoitajat totesivat, että toimintamalli oli etukäteen hyvin valmisteltu ja pitkälle viety. Näin ollen hoitajat olivat kokeneet, että malli oli yhtäältä helppo ottaa käyttöön. Toisaalta, malli sisälsi kuitenkin elementtejä, jotka asettivat omat haasteensa sekä oman työn että mallin jatkokehittämiselle. Niitä olivat toteutuksen tasolla muun muassa

kirjaamisen vaikeudet sekä maahanmuuttaja-asiakkaiden palvelu tulkin välityksellä (luku 6.3).

Hoitajien kuvaukset omasta toiminnastaan ja käytännön kokemuksistaan työttömien terveystarkastustilanteissa osoittivat, että voimavarakeskeisen toimintamallin mukaiset ehdot ja edellytykset ovat olemassa. Tutkijan oma tulkinta tässä on sekä aineiston että oman asiantuntijuuden perusteella se, että hoitajat pitävät voimavaralähtöistä ajatusmallia eräänlaisena itsestään selvänä asenteena tai kykynä kohdata erilaisia asiakkaita. Se, että empowerment olisi ymmärretty alhaalta ylöspäin suuntautuvana logiikkana tai prosessina, ei käynyt ilmi (mm. Gilbert 1995, Wallerstein 2001). Se ei kuitenkaan sulje pois sitä huomiota, että toteuttaessaan tutkimuksen kohteena ollutta toimintamallia, hoitajien voimavaralähtöinen toiminta ikään kuin mahdollistuu.

Jotta toimintamalli voisi elää, sen tulisi olla myös sisällöllisesti konkreettinen ja toteutettavissa oleva. Näin ollen mallia tuleekin kehittää ja arvioida yhdessä toimintamallin käyttäjien kanssa. (Pelto-Huikko 2006, 30.) Sen vuoksi tässä tutkimuksessa toimintamallia arvioitiin yhdessä toimijoiden kanssa. Ryhmähaastattelu tai – keskustelu on samalla osa muutosta tukevaa sekä työntekijöitä ohjaavaa arviointi- ja kehitystyötä. Esimerkiksi Chen (1990) Sinkkosen ja Kinnusen (1994, 100) mukaan esittää, että toiminnan ja toimintaympäristön arvioinnissa pyritään myös vaikuttamaan toimintaan tai toiminnan muutokseen.

Tutkimuksen aikana esiin nostetut vahvuudet ja heikkoudet tulivat näkyviksi. Vielä kun nämä kentältä tulleet palautteet raportoitiin toimijoille, oli mahdollista kiinnittää huomiota tulevan toimintaan ja sen kehittämiseen. Esimerkiksi vuoden 2007 lopussa työttömien terveystarkastuksia tekeville hoitajille järjestetyssä koulutustilaisuudessa ja siellä esitettyjen tutkimuksen johtopäätösten perusteella keskusteltiin toimintamallin jatkokehittämisestä sen toimivuuden kannalta. Näin ollen haasteeksi osoittautuneen jatko-ohjaamisen osaamisen osalta päätettiin järjestää tutustumiskäyntejä eri toimialojen palvelupisteisiin. Tämän toivotaan lisäävän työntekijöiden tuntemusta eri ammattiryhmien toimenkuvasta ja palveluista sekä edistämään asiantuntijuuden keskinäistä jakamista. Lisäksi toimijat voivat arviointitiedon pohjalta soveltaa, muokata ja kehittää toimintamallia eri toimintaympäristöihin soveltuvaksi (esim. Pelto-Huikko 2006, 55).

Tutkimuksen kohteena olleen toimintamallin arvioinnin kompastuskivenä oli alusta alkaen kysymys vaikuttavuuden osoittamisesta. Kaikki hyödyllinen toiminta ei ole kuitenkaan näyttöön perustuvaa. Esimerkiksi Ollilan (2005, 14) mukaan ”vaikuttavuusarvioinnilla on tarkoituksena tukea sellaista työtä terveyden hyväksi, josta suurella todennäköisyydellä koituu todellista hyötyä”. Kun terveyshankkeen suunnittelu- ja arviointiryhmässä käytiin keskustelua toimintamallin arvioinnista, tuossa vaiheessa tämän opinnäytetyön näkökulma oli vielä osittain epäselvä. Yhtäältä mielenkiintoisin ja toisaalta myös päättäjiä aina kiinnostava asiakasvaikuttavuus oli ensimmäiseksi mieleen tuleva vaihtoehto. Vaikuttavuusarviointi ja pitävän näytön osoittaminen terveyden edistämässä on kuitenkin vaikeata varsinkin lyhyellä aikavälillä. Siksi terveyden edistämisen vaikuttavuutta tulisi tarkastella osina ja vaihe kerrallaan (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 106).

Oleennaista on myös ymmärtää teorian selittävä merkitys terveyttä edistävän ohjelman panoksissa, prosesseissa ja tuotoksissa; arvioijan tulee siis ymmärtää, kuinka ja missä oloissa esimerkiksi intervention kausaalisuus voidaan osoittaa (MacDonald 2005). Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävässä pyrittiinkin selittämään miten tutkimuksen kohteena ollut toimintamalli toimii ja missä olosuhteissa. Koska kausaalisuuden selvittäminen on käytännössä lähes mahdotonta, tulee Sulkusen (2005) mukaan arviointitutkimuksessa kyseeseen eräänlainen fiktiivinen päättelytyyli. Sen vuoksi, tässä tutkimuksessa esimerkiksi ideaalisen terveystarkastusmallin viitekehystä käytettiin eräänlaisena ”ohjelmateorian” osoittamaan tai mittaamaan voimavarakeskeisen toiminnan olemassaoloa.

Tässä tutkimuksessa myös muut näkökulmat, lähestymistavat ja menetelmät olisivat olleet mahdollisia. Esimerkiksi Gagnon ym. (2006) kehittivät kyselykaavakkeen identifioimaan yksilöllisiä voimavarakiteijöitä ja indikaattoreita sekä niiden suhdetta henkilökohtaiseen terveydenhoitoon ja terveyspalveluihin. Tällaisen kyselyn avulla olisi voitu kartoittaa työttömien asiakkaiden terveysstatusta, autonomiaa ja terveyspalveluiden käyttöä. Toisaalta Kuokkasen (2003) identifioima valtaistuneen hoitajan ideaalimalli olisi voinut toimia viitekehysenä, jos olisi haluttu tutkia hoitajien orientaatioita, käsityksiä eettisyydestä ja eettistä osaamista esimerkiksi työttömien asiakkaiden kohtaamisessa.

Interventioiden, työmenetelmien ja uusien toimintamallien tutkimiseen soveltuu nimenomaan tässä yhteydessä käytetty käytännönläheinen arviointitutkimuksen lähestymistapoja soveltava ote. Kokeelliset tutkimusasetelmat sopivat sen sijaan laajojen ohjelmien tutkimiseen. Muun

muassa Ritchien ym. (2004) tutkimuksessa pyrittiin pitkäaikaistutkimuksen avulla kuvaamaan erään intervention kehittämisprosessia ja toteutusta, sekä osoittamaan niitä toimintaperiaatteita, jotka toimivat yhteisön kehittämisessä terveellisempien elintapojen suuntaisesti. Kyseiseen tutkimukseen oli kuitenkin sisällytetty osallistujien ja toimijoiden (*stakeholders*) haastattelut prosessin kehityksen arvioimiseksi ja toteutuksen kuvaamiseksi. Myös Richien ym. (2004) tutkimuksessa haastattelut analysoitiin temaattisesti.

Aineistonkeruun menetelmänä tässä tutkimuksessa olisi voinut käyttää myös kyselyä. Tuolloin kuitenkin otoskoko olisi täytynyt olla kattavampi ja siihen olisi kannattanut ottaa mukaan myös asiakkaan näkökulma. Tutkimukseen osallistui 10 hoitajaa 36:sta terveyshankkeesta koulutetusta hoitajasta. Hoitajien ääni, joka tässä yhteydessä haluttiin kuuluville, vastaa siis reilua neljännestä (n. 28 %) siitä edustuksesta, joka tuntee tutkittavan asian tutkimustehtävän edellyttämällä tavalla. Laadullisen tutkimusperinteen menetelmien mukaisesti informanttien määrä oli siis riittävä (Patton 2002, 385).

Ryhmähaastatteluun päädyttiin osin tutkimuksen alustavasta kenttäkartoituksesta saadun tiedon pohjalta, jolloin hoitajilla oli mahdollisuus sanoa mielipiteensä asiasta. Hoitajien mielestä palaute- ja kyselylomakkeiden määrät ovat lisääntyneet kohtuuttomasti viime aikoina ja häiritsevät jo muutoinkin kiireistä työrytmiä. Henkilökohtaisen palautteen perusteella haastatellut hoitajat olivat kokeneet ryhmähaastattelun mielekkäänä vaihtoehtona osallistua tutkimukseen.

Tutkimuksen kohteena ollutta toimintamallia ei ollut mahdollista tällä kerralla arvioida esimerkiksi kohderyhmäasiakkaiden saavutettavuuden kannalta, toisin sanoen siltä osin miten toimintamalli saavuttaa paikalliset työttömät. Jyväskylässä työttömiä työnhakijoita oli vuoden 2007 ensimmäisellä alkupuoliskolla n. 5400 työttömyysasteen ollessa 13 % (Tietoja Jyväskylästä 2007). Kaikkia työttömiä ei luonnollisesti ole mahdollista eikä tarpeellistakaan tavoittaa. Wire-projektissa työttömien tuen ja palveluiden tarpeita on aikaisemmin arvioitu eräänlaisen matkamalli- jaottelun avulla. Sen mukaisesti työttömät jakaantuvat karkeasti yhteen kolmannekseen niitä ns. omatoimimatkaajia, jotka eivät tarvitse erityispalveluita selvittääkseen työttömyydestä tai pysyäkseen työkykyisinä. Toinen kolmannes muodostuu niistä ”pakettimatkalaisista”, jotka kokonaistilanteen kannalta katsoen tarvitsevat jonkin verran muun muassa terveydenhoitoon ja työnhakuun liittyviä palveluita. Sen sijaan, viimeinen kolmannes on niitä työttömiä työnhakijoita, joiden kuntoutuminen, työllistyminen

tai elämänhallinta edellyttää yksilöllisesti räätälöityjä toimenpiteitä. (Era ja Suuronen 2005, Koskimiehen 2007 mukaan.)

Lukumäärällisesti arvioiden työttömien terveystarkastuksia terveystoimen johdon antaman tiedon mukaan oli marraskuuhun 2007 mennessä tehty noin 160. Sen perusteella voidaan tietenkin päätellä, että kohderyhmän asiakkaita on saavutettu toimintamallin avulla viimeisen vajaan kahden vuoden aikana vain kohtuullinen määrä. Eräs haastatteluun osallistunut hoitaja antoi jokseenkin realistisen kuvan kohderyhmän saavutettavuudesta seuraavasti:

”Siinä on tietenkin toinen puoli se, että ne, jotka tarvis apua kaikkein kipeimmin, ne eivät ehkä hakeudukaan terveystarkastuksiin.”

Jatkotutkimuksia

Tutkimusprosessin aikana heräsi sekä uusia näkökulmia että ilmeni ajankohtaisia tutkimustarpeita. Yhtenä jatkotutkimushaasteena on sekä yksilön että yhteiskunnallisen hyvinvoinnin kannalta selvittää työllistymistä estäviä terveydellisiä tekijöitä (Stakes 2007). Samalla olisi hyvä kartoittaa minne ja missä määrin terveystarkastuksia tekevät hoitajat ohjaavat työttömiä asiakkaitaan. Myös asiakkaiden kokemuksia olisi mielenkiintoista tutkia. Tapaustudkimuksen tai elämäntutkimuksen avulla voitaisiin kartoittaa, millaisia ”hoitotai elämänpolkuja” työttömät asiakkaat ovat kulkeneet; johtivatko esimerkiksi terveystarkastuksen jälkeiset toimenpiteet tai mahdolliset muutokset parempaan koettuun terveyteen tai työkykyyn, työllistymiseen tai esimerkiksi uudelleen kouluttautumiseen.

Lopuksi voidaan todeta, että työttömän asiakkaan palvelu- ja ohjausmallia on tutkittu ja arvioitu sellaisesta näkökulmasta, joka palvelee sen ylläpitoa ja jatkokehittelyä käytännön tasolla. Niin ikään työttömien terveyden edistämiseen ja työllistymiseen pyrkivän toimintamallin arvioiminen sen toimivuuden kannalta osoittautui ajankohtaiseksi aiheeksi. Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta on kuluvana vuonna käynnistynyt tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteena on muodostaa yhteinen näkemys hyvistä työttömien terveydenhuoltokäytännöistä. Tavoitteena on tukea pitkäaikaistyöttömien työ- ja toimintakykyä. Hyviksi arvioidut toimintamallit saatetaan myöhemmin kuntien, terveyskeskusten ja työvoiman palvelukeskusten käyttöön. (Stakes 2007). – Toivottavaa on,

että tämä opinnäytetyönä tehty arviointitutkimus voi omalta osaltaan palvella edellä mainitussa tehtävässä paikallisella tasolla.

LÄHTEET

Ala-Nikkola M, Valokivi H. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja yksilökohtaista palveluohjausta koskeneesta tutkimuksesta Hämeenkyrössä ja Tampereella. Raportteja 215. Helsinki: Stakes, 2007.

Andersson Thomas P. An Alternative Frame of Reference for Rehabilitation: The Helping Process Versus the Medical Model. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1975; 56: 101-104.

Arnkil R, Karjalainen V, Aho S, Lahti T, Lyytinen A-M, Spangar T. Yhteispalvelusta palvelukeskuskonseptin kehittämiseen. Yhteispalvelukokeilun arvioinnin loppuraportti. Työhallinnon julkaisuja 339. Työministeriö. Helsinki: Valopaino, 2004.

Aromaa A, Miilunpalo S, Eskola K. Työikäisten terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisyn keskeinen sisältö. Duodecim. Terveyskirjasto. [www-dokumentti]. Päivitetty 15.03.2007[viitattu 1.9.2007]. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sae53040.

Blomgren S. Toimivia palveluohjauksen elementtejä etsimässä? Kirjallisuuskatsaus suomalaisista palveluohjaustutkimuksista. FinSoc työpapereita 1/2005. Helsinki: Stakes, 2005.

Commers Matthew J, Gottlieb N, Kok G. How to change environmental conditions for health. Debate. Health Promotion International 2007; 22 (1):80-87.

Chen H-T. Theory-driven evaluation. Newbury Park, California: Sage Publications, 1990.

Dale R. Evaluation Frameworks for Development programmes and projects. New Delhi: Sage, 1998.

Engeström Y. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino, 2004.

Eskola J. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola J, Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. PS-Kustannus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2001: 133-157.

Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5.painos. Jyväskylä: Gummerus, 2001.

Fook J, Munford R, Sanders J. Interviewing and evaluating. Teoksessa Shaw I, Lishman I. (toim.) Evaluation and Social Work Practice. London: Sage, 1999: 164-181.

Freire P. Pedagogy of the oppressed. Translated by Bergman Ramos M. New York, 1971. Harmondsworth: Penguin Books, 1972.

- Gagnon M, Hebert R, Dube M, Dubois M-F. Development and Validation of an Instrument Measuring Individual Empowerment in Relation to Personal Health Care: The Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ). *American Journal of Health Promotion* 2006; 20 (6): 429-435.
- Gibson H. Cheryl. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*.1991; 16: 354-361.
- Gilbert T. Nursing: empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21: 865-871.
- Hakulinen A, Matilainen I, Hartikainen I, Suuronen N, Siukonen H. Terveystarkastus pitkäaikaistyöttömän työllistymisen ja terveyden edistämisen lähtökohtana. *Terveydenhoitajalehti* 2006; 2:38-41.
- Hartikainen I. Koulutusinterventio työttömän henkilön terveyden edistämisen välineenä. Julkaisematon kehittämishankeraportti. Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2007.
- Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino, 2004.
- Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Jyväskylä: Gummerus, 2004.
- Holstein James A, Gubrium Jaber F. The active interview. Thousands Oaks. Sage, 1995.
- Hyssälä L. Palvelujärjestelmä tarvitsee syvällisen ja laajan uudistamisen. Tiedote 010/2007. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.
- Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. *British Medical Journal* 1995; 310: 1099-1104.
- Johansson K. Ortopedisten potilaiden voimavaraistumista tukeva ohjaus. Tiivistelmä. *Annales Universitatis Turkuensis D 728*. Turku: Painosalama Oy, 2006.
- Järvikoski A. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelua. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 1994.
- Karjalainen V, Melametsä M. Työttömillekin työterveyden palveluja – hyvinvointipalvelun yhteinen tehtävä? *Työpoliittinen Aikakauskirja* 2001; 2: 15-27.
- Kangas M. Määrärahan käyttö pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin. Kirjallinen kysymys eduskunnalle 884/2006. [online], 26.8.2006 [viitattu 26.8.2006]. http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/kk_884_2006_p.shtml
- Kangaspunta K. Hyvä hankesuunnitelma laadukkaan hankkeen perustana. Teoksessa Kankaanniemi J. (toim.) Kehittämishanke asiantuntijuuden vahvistajana. Joensuu: Joensuun Yliopistopaino, 2004: 9-31.
- Kettunen T. Neuvontakeskustelu: tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino, 2001.

Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Empowering counseling – a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research* 2001; 16 (2): 227-238.

Koelen MA, Lindström B. Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition* 2005; 59 (1): 10-16.

Koskimies H. Palveluohjauksellinen työote työttömän työnhakijan tukena. Teoksessa Era T, Koskimies H. (toim.) *Wirettä työttömien palveluihin. Tutkimusraportti palveluiden kehittämisestä Jyväskylän seudulla. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja* 2007: 78. Jyväskylän Yliopistopaino, 2007: 82-114.

Koskinen-Ollonqvist P, Pelto-Huikko A, Rouvinen-Wilenius P. (toim.) *Näkökulmia vaikuttavuuteen. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja* 2005: 4. Helsinki: Trio-Offset Oy, 2005.

Kuokkanen L. Valtaistuneen hoitajan ominaisuudet ja valtaistumisprosessiin vaikuttavat tekijät. *Suuhygienisti* 2004; 2: 15-16.

Kuokkanen L. Nurse empowerment. A model of Individual and Environmental Factors. *Annales Univeritatis Turkuensis D558*. Turku: Turun Yliopisto, 2003.

Kvale S. *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. USA: Sage Publications, 1996.

Labonte R. Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. Abstract. *Health Education & Behaviour* 1994; 21 (2): 253-268.

Lahtinen E. Työikäisten terveyden edistäminen avoterveydenhuollossa. Kelan ja Turun terveystieteiden keskuksen kehittämän terveydenedistämishjelman tulokset. Turku. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1996; 16.

Lindholm L-H, Ekblom T, Dash C, Erikson M, Tibblin G, Schersten B. The impact of health care advice given in primary care on cardiovascular risk. *British Medical Journal* 1995; 310: 1105-1109.

Matilainen I, Hakulinen A, Kontio M, Kumpulainen T, Latva I, Rautio-Ottman T. Työttömän työnhakijan palvelu- ja ohjausmalli – voimavaraistava toimintatapa työttömän työnhakijan terveyden edistämiseen. Teoksessa Hakulinen A, Niemi H. (toim.) *Hyvät käytännöt kestäviksi vaikutuksiksi. Wire-projektin loppuraportti. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja* 2007: 83. Jyväskylän yliopistopaino, 2008: 29-46.

MacDonald G. Utilising theory to help construct the evidence base for health promotion practice. Teoksessa Koskinen-Ollonqvist P, Pelto-Huikko A, Rouvinen-Wilenius P. (toim.) *Näkökulmia vaikuttavuuteen. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja* 2005: 4. Helsinki: Trio-Offset Oy, 2005: 33-43.

McDonald Theodore H. *Rethinking health promotion; a global approach*. Great Britain: Redwood Books, 1998.

McWilliam Carol L, Stewart M, Brown J.B, McNair S, Desai K, Patterson M.L, Maestro N, Pittman B.J. Greeting empowering meaning: an interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promotion International* 1997; 12: 111-123.

Miettinen S, Pelkonen M. Empowerment ammatillisen kehittymisen osana. Teoksessa Miettinen M, Nousiainen I, Kuokkanen L. (toim.) *Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: WSOY, 2000: 39-45.

Miles B, Huberman Michael A. *Qualitative Data Analysis*. 2nd ed. Thousands Oaks, California: SAGE Publications, 1994.

Moilanen L. Ryhmähaastattelu työyhteisössä - tiedonkeruun ja vaikuttamisen väline. Työterveyslaitos. Helsinki: Painotalo MIKTOR, 1995.

Moilanen P, Räihä P. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola J, Valli R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. Jyväskylä: Gummerus, 2001: 44-67.

Myllymäki K. *Terveyskeskus 2015 – terveyskeskustyön tulevaisuus*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005: 56.

Mäntysaari M. Arviointitutkimuksen taustaoletukset. Teoksessa Eräsaari R, Lindqvist T, Mäntysaari M, Rajavaara M. (toim.) *Arviointi ja asiantuntijuus*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 1999: 54-68.

Nieminen H. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M, Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY, 1998: 215-221.

Ollila M-R. Puheenvuoroja vaikuttavuudesta: terveyskeskustelun idolit. Teoksessa Koskinen-Ollonqvist P, Pelto-Huikko A, Rouvinen-Wilenius. (toim.) *Näkökulmia vaikuttavuuteen. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2005*. Helsinki: Oy Trio-Offset Ab, 2005: 14-31.

Nutbeam D. *Health Promotion Glossary*. *Health Promotion International* 1998; 13:349-364.

Nupponen R. Client views on periodic health examinations: opinions and personal experience. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23, 521-527.

Patton Michael Q. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, London and New Delhi: Sage Publications, 1990.

Patton Michael Q. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, 2002.

Pelto-Huikko A, Karjalainen K, Koskinen-Ollonqvist P. Terveiden edistämisen toimintamallit. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 2006:4. Helsinki: Trio-Offset, 2006.

Pensola T, Järvikoski A, Järvisalo J. Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy 2006, 223-239.

Perttinen P, Suuronen N. Laatuwirettä pitkäaikaistyöttömille. Työllistämismallin arviointi ja kehittäminen. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 2004:32.

Perttula K. Palveluohjauksen vaihtoehdot – Pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten ja heidän perheidensä palveluohjauskokeilun arviointitutkimus. FinSoc arviointiraportteja 2/2003. Helsinki: Stakes, 2003.

Perustuslaki 731/ 11.6.1999

Peterson N Andrew, Lowe John B, Hughey J, Reid Robert J, Zimmerman Marc A, Speer Paul W. Measuring the Intrapersonal Component of Psychological Sociopolitical Control Scale. American Journal of Community Psychology 2006; 38: 287-297.

Pietilä A-M, Eirola R & Vehviläinen-Julkunen. Työmenetelmiä terveyttä edistävässä asiakastyössä. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M, Sirola K. (toim.) Terveystyön edistäminen – uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: Wsoy, 2002: 147-167.

Pietiläinen E, Seppälä H. Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Kehitysvammaliitto, 2003.

Pietiläinen R. Työttömyydestä selviytyminen: Työttömyyden aiheuttamien tunteiden ja psyykkisen hyvinvoinnin selittäminen sekä työttömyyden keston ennakointi psykologisesta näkökulmasta. Acta universitatis Lapponiensis 2005:84. Rovaniemi: Lapin Yliopisto.

Pike S, Forster D. Health Promotion for all. Singapore: Longman Singapore Publishers Ltd, 1995.

Poskiparta M. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista: videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Studies in Sport, physical education and health. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino, 1997.

Powers P. Empowerment as Treatment and the Role of Health Professionals. Advances in Nursing Science 2003; 26 (3): 227-237.

Pyörälä E. Johdatus laadullisen tutkimuksen metodologiaan. Laadulliset tutkimusmenetelmät yhteiskuntatieteissä 13.2.2002. Helsingin yliopisto, opetusmoniste.

Rajavaara M. Arviointitutkimuksen hyödynnettävyys. Teoksessa Eräsaari M, Lindqvist T, Mäntysaari M, Rajavaara M. (toim.) Arviointi ja asiantuntijuus. Tampere: Tammer-Paino Oy, 1999: 31-53.

Reito S. Yhteistyöstä yhteiseen työhön. Ikaalilainen palveluohjaus auttaa työikäistä palvelujärjestelmän labyrintissa. Stakes raportteja 16/2006. Helsinki: Valopaino Oy, 2006.

- Riikonen E. Problem models and interviewing practices in professional helping: from problem language to competence language. *Psychiatria Fennica* 1993; 24: 143-151.
- Ritchie D, Parry O, Wendy G, Platt S. Issues of participation, ownership and empowerment in a community development programme: tackling smoking in low-income area in Scotland. *Health Promotion International* 2004; 19: 51-59.
- Robson C. Käytännön arvioinnin perusteet. Helsinki: Tammi, 2001.
- Rose Stephen M, Black Bruce L. Advocacy and empowerment. London: Routledge & Kegan Paul, 1985.
- Saikku P. Työttömien terveystalvumallien arviointitutkimus. Power Point- esitelmä Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeen käynnistysseminaarissa. Stakes, 2007.
- Saracci R. The world health organisation needs to reconsider its definition of health. *Education and debate. British Medical Journal* 1997; 314:1409.
- Shaw I, Lishman J. (toim.) Evaluation and Social work practice. London: Sage, 1999.
- Silverman D. Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction. London: Sage, 2001.
- Simpson A, Miller C, Bowers L. Case management models and the care programme approach: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003; 10:472-483.
- Sinkkonen S, Kinnunen J. Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 22. Kuopio: Terveysthallinnon ja -talouden laitos, 1994.
- Stakes. Työttömien terveysthankkeet. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke. [www.dokumentti]. Päivitetty 10.9.2007 [viitattu 4.10.2007]. <http://info.stakes.fi/tyottomienterveysthuolto/FI/index.htm?NRM...>
- Sulkunen P. Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa Mäkelä K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Painokaari, 1990: 264-285.
- Sulkunen P. Vaikuttavuus tutkimuksen rivien välissä. Teoksessa Koskinen-Ollonqvist P, Peltö-Huikko A, Rouvinen-Wilenius P. (toim.) Näkökulmia vaikuttavuuteen. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisuja 2005: 4. Helsinki: Trio-Offset Oy, 2005: 46-58.
- Sundström R, Kilkku N. Palveluohjaus perusterveydenhuollon, sosiaalityömen ja mielenterveyshpalvelujen yhteistyömenetelmänä. Pirkanmaan mielenterveyshystyön Palveluohjaus -projektin loppuraportti 2002-2004. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja 2004; 9.
- Terveysten edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriö, 2006.

Tesch R. Software for qualitative research: Analysis types and software tools. New York: Falmer Press, 1992.

Tietoja Jyväskylästä. 2007. [www-online]. Päivitetty 23.10.2007 [viitattu 5.12.2007]. <http://www3.jkl.fi/asuminen/uusiasukas/elinkeinoelama.shtml>

Vertio H. Terveiden edistäminen. Helsinki: Tammi, 2003.

Valtonen A. Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa Ruusuvuori J, Tiittula L. (toim.) Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 2005: 223-241.

Välimäki K, Leppo K. Pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntakirje 14.3.2007.

Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002; 30: 72-77.

Åhs Annika Maria H, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside labour force. *Health Policy* 2006; 78: 178-193.

LIITE 1

TYÖTTÖMÄN ASIAKKAAN HOITOPOLKU

1. Asiakas ottaa yhteyttä varatakseen ajan terveystarkastukseen oman sairaanhoitajan (sh) kautta (puhelimitse joko oma-aloitteisesti tai ohjattuna mm. työvoimatoimiston kautta) tai tarve tarkastukseen tulee esille muun käynnin yhteydessä

2. Puhelin kontakti oman alueen sairaanhoitajan/terveydenhoitajan kanssa

-milloin tehty tarkastus viimeksi (esim. muualla kuten Wire-projektissa)
 -Sh postiittaa terveystarkastuslomakkeen etukäteen täytettäväksi
 -Sh tekee lähetteen laboratoriokokeisiin (PVK, f-gluk, kol-pak) jos yli vuosi edellisestä kokeista tai muuten ilmenee erityinen tarve/ asiakas käy laboratoriossa ennen tarkastukseen tuloa

3. Terveystarkastus/ sh tai th (tarkastus 60min + 15 min kirjaamiseen)

- asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen terveystarkastuslomakkeen avulla yhdessä asiakkaan kanssa
 -mittaukset (paino, pituus, BMI, vyötärönympäryys, RR, pulssi, diabetesriskitesti, tarvittaessa mikrospirometria ja häkämittaus pitkään tupakoineille)
 -tarvittaessa rokotukset (dT-tehoste)
 -laboratoriokokeiden tulokset/läpikäynti, jos poikkeavaa tai kysyttävää
 -terveysriskien ja elintapaohjauksen tarpeen kartoittaminen muutosvaihemallia apuna käyttäen
 -tarvittaessa Audit (alkoholin käyttö), Beckin masennuskysely ja Koherenssi-indeksi (elämänhallinta) joko vastaanotolla tai kotona täytettäväksi mahd. seur. käyntiä varten
 -seurantamittausten suunnittelu ja aikataulutus (esim. RR, verensokeri, paino)
 -tarvittaessa lääkärin, suuhygienistin/hammaslääkärin, psykologin/depressiohoitajan ja/tai fysioterapeutin vastaanotolle ohjaus
 -lyhyt sanallinen **positiivinen** kooste asiakkaan tilanteesta
 -asiakkaalle jaettava materiaali tarpeen mukaan (ks. ohjausmateriaali)
 -jatkokäynti (30 min.) tai soittoaika 2-6 viikon päähän
 -kirjallinen Terveystarkastuslomakkeen täyttöohjeet asiakkaalle/ + palveluohjauksen tarpeen kartoitus*

lääkäri	suuhygienisti/ hammaslääkäri	psykologi/ depressiohoitaja	fysioterapeutti tai muut -käynnit tarvittaessa
----------------	---	--	---

4. – (5.) Seurantakäynti 30 min. / puhelinkontakti

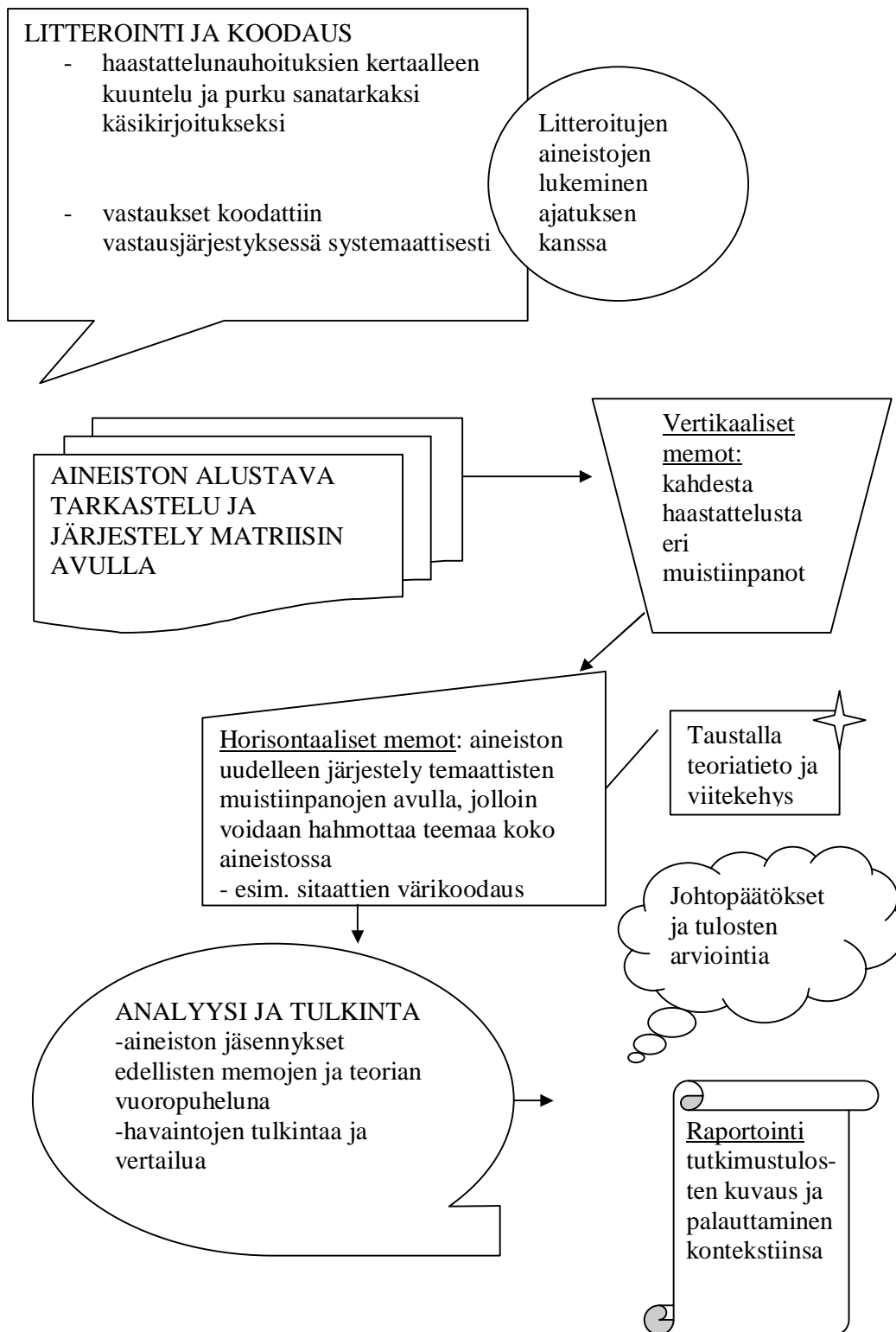
-tilannekartoitus: mitä kuuluu nyt, mitä muutoksia asiakas tehnyt
 -kotona täytetyt kaavakkeet ja niiden tulkinta
 -tarvittavat kontrollimittaukset ja jatkosuunnitelma yksilöllisesti
 -asiakkaan tilanteeseen sopivat tukikeinot ja palvelut*
 -tsemppaus! → *yksilöllinen jatkosuunnitelma →→ asiakkaan prosessi jatkuu yksilöllisesti verkostossa

Ohjausmateriaalia /esimerkkejä:

Kolesterolit kohdalleen (Suomen sydänliitto)
 Suola, rasva, energia (Suomen sydänliitto)
 Monipuolisia ja terveellisiä aterioita (moniste)
 Mies (Pirkanmaan sydänpiiri ry)

Lisäksi: mm. erityisliikunnan kalenteri ja muut linkit (esim. kaupungin tai kolmannen sektorin palvelut)

LIITE 2 AINEISTON JÄRJESTELY JA ANALYYSIN MONIMUOTOISET VAIHEET



LIITE 3

Ryhmähaastatteluissa esitetyt haastattelukysymykset

Mitä uusia sisältöjä palvelu- ja ohjausmalli on tuonut vastaanottotyöhön? (T01)

Vastaako uuden toimintamallin mukainen toimintatapa vastaanottotyössä toimivan sairaan- tai terveydenhoitajan työnkuvaa? (T02)

Ovatko toimintamallin/työttömien terveyshankkeen tavoitteet realistisia? (T03)

Millaisia omia tavoitteita asetatte vastaanottotilanteessa tapahtuvalle terveystarkastukselle tässä toimintamallissa? (T04)

Mikä tarkoitus tai mitä merkitystä teidän mielestänne työttömän terveystarkastuksella on? – mitä hyötyä siitä on? (T05)

Miten mallin avulla voidaan tunnistaa asiakkaan terveystarpeet tai muut elintapatekijät? (T06)

Tukeeko malli asiakkaan muutostarpeita – miten? (T07)

Miten malli auttaa asiakasta löytämään omia voimavarojaan? (T08)

Antaako malli uusia ratkaisumalleja asiakastyöhön esim. jatko-ohjauksen kannalta? (T09)

Mitkä konkreettiset tekijät ovat sellaisia, jotka ovat auttaneet tai estäneet toimintamallin toteuttamista työssänne? (T10)

Mikä tässä mallin toteuttamisessa on ollut haastavinta/vaikeinta? (T11)

Onko malli paljastanut omasta työskentelytavastanne kehittämisen kohteita? (T12)

Mitä uusi toimintamalli on teille henkilökohtaisesti antanut? (T13)

Lopuksi, mitä haluaisitte vielä tuoda esille tai sanoa, kehittämisehdotuksia tai muuta? (T14)