

Hyvinvoinnin pitkospuut – lähtökohdat kansalaisen saumattoman hyvinvointipolun kehitystyölle

Väliraportti, maaliskuu 2012

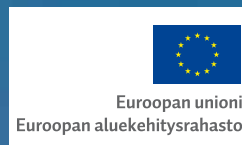
Tämä raportti kannattaa lukea, jos olet kiinnostunut:

- sydän- ja diabetespotilaiden hoitokokemuksista Länsi-Uudellamaalla
- neurologisia sairauksia omaavien henkilöiden ja heidän perheidensä kokemuksista hoitopolulla Länsi-Uudellamaalla
- työttömyyden vaikutuksista yksilön hyvinvointiin ja syrjäytymisvaaraan
- eri hyvinvointitoimijoiden saumattomasta yhteistyöstä ja kansalaislähtöisestä palveluiden jäsentämisestä
- kehittämispohjaisen oppimisen toimintamallin käytännön soveltamisesta

Tämä raportti on Laurea-ammattikorkeakoulun ensimmäinen väliraportti Pumppu-hankkeessa. Pumppu-hanke on ylimaakunnallinen EAKR-rahoitteinen teemahanke, jossa kehitetään monitoimijaisia hyvinvointipalveluita usealla eri alueella Suomessa. Hankkeen rahoittajana toimii Päijät-Hämeen liitto, Etelä-Suomen maakuntien EU-yksikkö. Hanketta toteutetaan Etelä-Suomen EAKR-alueella vuosina 2011-2014. Pumppu-hankkeen osatoteuttajat ovat Hämeenlinnan kaupunki, Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom, Laurea-ammattikorkeakoulu, Turun ammattikorkeakoulu sekä Turun yliopisto ja koordinaattorina toimii Innopark Programmes Oy.

Jos haluat tulla mukaan kehittämistyöhön, ota yhteyttä:
hanna.tuohimaa@laurea.fi

Lisätietoja Pumppu-hankkeesta www.laurea.fi/cofi hankkeet-sivulla



LAUREA JULKAISUT | LAUREA PUBLICATIONS

ISSN 2242-5241 | ISBN 978-951-799-267-1



LAUREA JULKAISUT | LAUREA PUBLICATIONS

Hanna Tuohimaa, Elina Rajalahti ja Tarja Meristö

Hyvinvoinnin pitkospuut – lähtökohdat kansalaisen saumattoman hyvinvointipolun kehitystyölle

Väliraportti, maaliskuu 2012

Copyright © Tekijät
ja Laurea-ammattikorkeakoulu

Tekninen toimittaja: Oskari Kolehmainen

Kannen kuva: iStackPhoto; Hiking path © harryfn

ISSN 2242-5241
ISBN 978-951-799-267-1

Editat Prima Oy, Helsinki 2012

Sisällys

1	Johdanto.....	13
1.1	Taustaa suomalaisesta hyvinvointipalveluiden järjestämistavasta	15
1.2	Palveluiden kansalaislähtöinen jäsentäminen ja Pumppuhankkeen lähtökohdat	19
1.3	Länsi-Uudenmaan alueen väestö ja hyvinvointipalveluiden käyttö	23
2	Kohderymänä sydän- ja diabetespotilaat.....	27
2.1	Sydänpotilaille ja heidän kanssaan toimiville tahoille suunnatut kyselyt ja haastattelut	28
2.1.1	Kysely sydäntoimijoille.....	29
2.1.2	Kysely sydänyhdistysten hallitusten jäsenille.....	32
2.1.3	Kysely Lohjan seudun sydänyhdistyksen jäsenille	33
2.1.4	Lohjan seudun sydänyhdistyksen jäsenten haastattelut ...	37
2.1.5	Kysely Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistysten jäsenille.....	40
2.1.6	Kysely Sydänviikon osallistujille	41
2.2	Diabetespotilaille ja heidän kanssaan toimiville tahoille suunnatut kyselyt ja haastattelut	42
2.2.1	Kysely ja haastattelut diabetestoimijoille.....	42
2.2.2	Kysely Lohjan seudun diabetesyhdistyksen jäsenille	43
2.2.3	Lohjan seudun diabetesyhdistyksen jäsenten jatkohaastattelut.....	45
2.2.4	Nuorten vertaistukiryhmän tarvekartoitus	47
2.3	Ennaltaehkäisy: nuorten riskiryhmien kartoitus	47
2.4	Sydän- ja diabetespotilaan hoitopolut ja pullonkaulat	50
2.4.1	Ennakoiva työpajaprosessi sydän- ja diabetespotilaiden hoidon kehittämiseksi.....	50
2.4.2	Sydänpotilaan ja diabetespotilaan hoitopolut.....	54
2.4.3	Toimet sydän- ja diabetespotilaiden hoidon kehittämiseksi EHT-hankkeessa	59
2.5	Alueellisten sydän- ja diabetesaineistojen yhteenveto	62

3	Kohderymänä syrjäytymisuhan alaiset työttömät - nykytilanteen kuvaus Länsi-Uudellamaalla	65
3.1	Taustaa ja kehittämistyön lähtökohdat	66
3.1.1	Työttömyyden käsitteen tarkastelua	67
3.1.2	Syrjäytymisen käsite	69
3.1.3	Terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä käsitteitä	70
3.2	Työttömyyden kuva ja sen kehittyminen Länsi-Uudellamaalla	72
3.3	Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen Lost-alueella	77
3.4	Kokemuksia työttömyydestä ja syrjäytymisestä	79
3.5	Työttömien ja syrjäytymisvaarassa olevien kanssa toimivat tahot	82
3.6	Työttömän terveysprofiili ja terveyspalvelujen käyttö.....	86
3.6.1	Työttömyys ja terveydentila.....	86
3.6.2	Työkyky ja sairastavuus	89
3.6.3	Työttömien terveyspalvelujen käyttö	91
3.6.4	Työttömyyden ja kuolleisuuden välinen yhteys	92
3.7	Työttömän elämää ohjaava lainsäädäntö	94
3.8	Yhteenvedoa työttömän ja syrjäytymisvaarassa olevan palvelumallityön lähtökohdista	97
4	Kohderymänä vammaisten lasten ja nuorten perheet.....	102
5	Lopuksi: Pumppu-hankkeen toteutus ja eteneminen	110
	Lähteet.....	115
	Liitteet	125

Kuvaluettelo

Kuva 1	Hankkeiden ketju innovaatioiden mahdollistajana. (soveltaen Kruppin kaaviota vuodelta 1976).	14
Kuva 2	Yksilön hyvinvointipolku Pumppu-hankkeen viitekehyksenä.....	21
Kuva 3	Työpajatyöskentelyn eteneminen toimintaskenaariotyöskentelyn mallin mukaisesti.	50
Kuva 4	Hyvinvoinnin tulevaisuuden skenaariot työpajaprosessin tuloksena.	52
Kuva 5	Askeleet kohti visiota EHT-hankkeessa.....	54
Kuva 6	Sydänpotilaan hoitopolun päätaso. (Andström, Gabrielsson, Jääskelä ja Karstila 2010.)	57
Kuva 7	Diabetespotilaan hoitopolun päätaso (Olli 2010).	58
Kuva 8	Syrjäytymisvaarassa olevan työttömän työ- ja toimintakykykehittämiskonteksti saumattomalla hyvinvointipolulla.	71
Kuva 9	Työttömyysasteen kehitys sukupuolen mukaan vuosina 1989-2011,15–74-vuotiaat, %, Tilastokeskus 2012.	74
Kuva 10	Nuorisotyöttömät, % 15-24-vuotiaasta työvoimasta, Länsi-Uudellamaalla 2008-2010. (Lähde SOTKA-net, muokattu)	75
Kuva 11	Pitkäaikaistyöttömät %, Länsi-Uudellamaalla 2008-2010 (Lähde SOTKA-net, muokattu)	75
Kuva 12	Työttömyyden tilannekuvaus 30.11.2011.	76
Kuva 13	Ensisijainen työkykyä heikentävä sairaus. (Kerätär & Karjalainen 2010).....	90
Kuva 14	Työttömien miesten kuolemansyyt työttömyyden keston mukaan. (Pensola 2004).	93
Kuva 15	Työttömien naisten kuolleisuus eri kuolemansyissä työttömyyden keston mukaan (Pensola 2004).	94
Kuva 16	Työtön tukipalvelujen viidakossa. (Ikola, Järvelä, Nikali, Lindström 2011.).....	99
Kuva 17	Työttömän hyvä arki saumattomalla hyvinvointipolulla.....	100

Kuva 18	Neurologisen poikkeavuuden omaavan lapsen tai nuoren hoitopolku (Berg ja Lahdelma 2011)	104
Kuva 19	Neurologisen asiakkaan hoitopolku (Hallenberg ja Kuivakangas 2011). 106	
Kuva 20	Neurologian alueen erityisryhmien hoito- ja palveluketju. (Rautio ja Siltala 2011.)	108

Taulukkoluetelo

Taulukko 1	Ongelmat ja kehittämiskohteet sydänpotilaan hoitopolulla.	56
-------------------	--	----

Kirjoittajat

Hanna Tuohimaa

Projektitutkija

CoFi / Laurea, Lohjan yksikkö

Elina Rajalahti

Lehtori

Laurea, Lohjan yksikkö

Tarja Meristö

Yliopettaja

CoFi / Laurea, Lohjan yksikkö

Asiasanat

Ennakoiva hoito, tulevaisuuden haasteet, kehittäminen, hoitoketjut, hoitoprosessit, ennaltaehkäisy, sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, neurologiset sairaudet, työttömyys, haastattelututkimus, kyselytutkimus

Esipuhe

Hyvinvointiyhteiskunnassa terveys on yksi perusoikeuksista, jonka puolesta tehdään runsaasti myös ennaltaehkäisevää työtä. Kuntien sosiaali- ja terveystoimi, yksityiset hyvinvointipalvelut, erilaisten järjestöjen kampanjat ja tempaukset sekä valtakunnan tason valistustyö korostavat myös kansalaisen vastuuta omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Omavastuu korostuu tiukkoina taloudellisina aikoina, kun julkisen sektorin varat eivät riitä. Myös ikääntyvä väestörakenne lisää hyvinvointipalvelujen kysyntää. Samanaikaisesti osajista alkaa olla pulaa suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle.

Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan yksikössä on tehty pitkäaikaista yhteistyötä Länsi-Uudellamaalla alueen hyvinvointitoimijoiden kanssa yksityisellä, julkisella ja kolmannella sektorilla. Työhön ovat osallistuneet opetus- ja tutkimushenkilöstön lisäksi aktiivisesti myös opiskelijat Laurean LbD-käytännön mukaisesti.

Tämä raportti on yhteenveto tehdystä työstä vuosien 2008-2011 aikana toteutetuissa saumattoman hyvinvointipolun hankkeissa, joissa näkökulmana on ollut ennaltaehkäisy ja tulevaisuus sekä niihin liittyviin haasteisiin vastaamiseksi kehitettävät toimintamallit ja suositukset. Hankkeet ovat Laurea-rahoitteinen Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hanke 2008-2011 sekä EAKR-rahoitteinen PUMPPU-hanke 2011-2014. Myös alueen KOKO Hyvinvoiva Länsi-Uusimaa – kokonaisuus on osa tätä työtä. Lisäksi taustatietoa on saatu Tekes-rahoitteisesta OmaHyvinvointi-hankkeesta 2008-2010.

Hankkeiden vastuullisena tutkimusjohtajana ja koordinaattorina minulla on ilo ja kunnia kiittää alueen yhdistyksiä kuten Lohjan seudun työttömien yhdistystä, Lohjan seudun sydänyhdistystä, Karkkilan ja Vihdin sydänyhdistyksiä, Lohjan seudun diabetesyhdistystä, Apuomenaa sekä alueen NV-verkostoa samoin kuin LOSTin ja Karvaisen alueiden kuntatoimijoita saumattomasta yhteistyöstä. Kiitos myös alueen hyvinvointiyrittäjille yleisesti ja erityisesti Liikunta- ja hyvinvointikeskus Applicolle yhteistyöstä eri vaiheissa. Kaunis kiitos myös alueen apteekkeille sekä HUS Lohjan sairaalalle osallistumisesta hanketyöhön ja työpajoihin. Alueen kuntien sivistystoimi ja peruskoulut ovat ratkaisevasti vaikuttaneet siihen, että hankkeissa on saatu esille myös nuorten näkemykset, mistä heille iso kiitos.

Ilman satojen kyselyihin ja haastatteluihin vastanneiden henkilöiden panosta työ ei olisi onnistunut. Ilman innostuneita opiskelijoita työ ei olisi onnistunut. Ilman määrätietoisia lehtoreita työ ei olisi onnistunut. Ilman alueen yhteisyökumppaneita

työ ei olisi onnistunut. Ilman asiaan uskovia rahoittajia työ ei olisi onnistunut. Kaikkia työhön osallistuneita henkilöitä on mahdoton kiittää tässä yhteydessä nimeltä. Symbolisen kiitosruusun haluan ojentaa ihan kaikille työhön osallistuneille ja nimeltä mainiten seuraaville henkilöille: Sanna Partamies, Anne Makkonen, Elina Rajalahti, Outi Ahonen ja Liisa Ranta Laureasta, TtT Seija Olli, Taina Lehtiö NV-verkostosta, Tuula Granlund HUS Lohjan sairaalasta ja Päivi Juselius ja Birgitta Kuosmanen Lohjan terveyskeskuksesta, apteekkari Johanna Pennanen, Erja Vaarala ja Outi Nyman Novagosta sekä Pärjäimen isä, professori Markku I Nurminen Turun yliopistosta. Lopuksi, lämmin kiitos tutkija Hanna Tuohimalle yhteistyöstä hankekoordinaation monisäikeisessä verkostossa.

Toivotan kaikille mieluisia lukuhetkiä raportin parissa ja hyvää yhteistyötä myös tästä eteenpäin.

Turussa kansainvälisenä naistenpäivänä 2012

Tarja Meristö

Tiivistelmä

Tässä raportissa kuvataan Pumppu-hankkeen Laurea Lohjan osahankkeen kehitystyön lähtötilannetta. Pumppu-hanke on ylimatekunnallinen, v. 2011-2014 toteuttava EAKR-rahoitteinen kehittämishanke, jossa kehitetään monitoimijaisia hyvinvointipalveluita Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa, Kanta-Hämeessä ja Etelä-Karjalassa.

Laurea-ammattikorkeakoulun osahankkeessa tavoitteena on kansalaislähtöisen, saumattoman hyvinvointipolun toimintamallin laatiminen ja palveluiden saumaton yhteennivominen kansalaiselle mielekkäiksi kokonaisuuksiksi. Osahankkeessa myös pilotoidaan palveluita, joiden tavoitteena on edistää hyvinvointipolulla pysymistä ja etenemistä sekä arvioidaan it-ratkaisujen, kuten hyvinvointinavigaattori ”Pärjäimen” käyttömahdollisuuksia alueella. Osahankkeen viitekehyksen mukaisesti tavoitellaan asiakkaiden valtaistumista omien asioidensa hoidossa sekä motivoitumista oman terveyden edistämiseen ja ylläpitoon.

Kohderyhminä osahankkeessa ovat sydän- ja diabetespotilaat, syrjäytymisuhan alaiset työttömät ja nuoret sekä vammaisten lasten ja nuorten perheet Länsi-Uudellamaalla. Temaattisena fokuksena ovat syrjäytymistä ehkäisevät ja terveyttä edistävät palvelut.

Raportissa esitellään jo kerättyä aineistoa osahankkeen kohderyhmistä sekä alueen erityispiirteistä. Sydän- ja diabetespotilaiden osalta aineistot on kerätty aiemmassa Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeessa (EHT-hanke) v. 2008-2011. Laurea-ammattikorkeakoulun Learning by Developing –periaatteen mukaisesti Laurea Lohjan sairaanhoitajaopiskelijat ovat osallistuneet työskentelyyn aineistoja keräten ja analysoiden.

Kerättyjen aineistojen pohjalta keskeisiksi ongelmakohtiksi on sydän- ja diabetespotilaiden osalta nostettu kuntoutusvaiheen palveluiden kehittäminen, ennaltaehkäisyyn panostaminen sekä yhdistysten roolin täsmentäminen osana laajentuvaa hoitopolkua, hyvinvointipolkua. Eri toimijoiden välisen yhteistyön parantaminen on tärkeää kaikissa kohderyhmissä. Syrjäytymisuhan alaisten työttömien ja nuorten osiossa pyritään löytämään keinoja tukea hyvää arkea sekä jäsentää palveluverkostoa. Vammaisten lasten ja nuorten perheiden osiossa painopisteenä on perheiden asiantuntijuuden hyödyntäminen ja perheiden rooli osana palveluverkostoa.

Abstract

This report describes the starting point of the subproject of Laurea University of Applied Sciences in a research and development project called Pumppu. Pumppu project is a cross regional, ERDF funded project aiming at developing citizen centric welfare services with multiple service providers in the years 2011-2014. The subproject of the Laurea University of Applied Sciences focuses on welfare services as larger entities arranged around the wellbeing pathway. The objective of the project is to design a citizen centric and seamless operations model for the wellbeing pathway and to pilot services that support the caring process. Also the usability of IT solutions such as the wellbeing navigator “Coper” is investigated in the project. The goal as stated in the subproject’s research framework is to empower the service users in their life situation and to motivate them to healthier lifestyles.

The Laurea subproject is carried out in the western Uusimaa region with heart and diabetes patients, the unemployed and youth facing marginalization and families with disabled children and youth as case groups. The thematic focus is on services preventing marginalization and promoting health.

In this report data collected on the case groups and the western Uusimaa region at this stage of the project are presented. In the heart and diabetes case group the data has been gathered in a previous project called Proactive Care and Prevention in 2008-2011. Following the Learning by Developing pedagogic model the data has been gathered and analyzed by nursing students in Laurea Lohja.

Based on the data gathered so far, salient problems that need attention on the heart and diabetes patients’ care pathway are the development of rehabilitation services, placing more emphasis on preventive services and the clarification of the role of patient associations as part of the wellbeing pathway. With the focus on preventive and rehabilitating services the care pathway expands to a wellbeing pathway. The cooperation of different actors is a pivotal matter in all case groups. For the unemployed and youth facing marginalization the focus is on finding ways to support a fulfilling everyday life and on analyzing the service network. For the families with disabled children and youth the focus is on capitalizing the expertise of the families and clarifying their role as part of the service network.

1 Johdanto

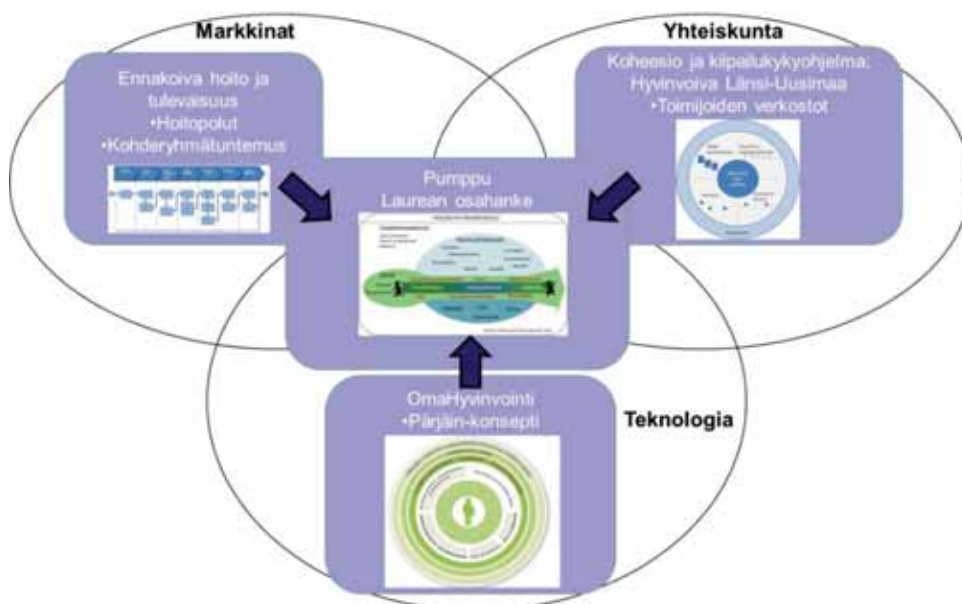
Ylimaakunnallisessa, EAKR-rahoitteisessa Pumppu-hankkeessa kehitetään monitoimijaisia hyvinvointipalveluita Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa, Kanta-Hämeessä ja Etelä-Karjalassa. Laurea-ammattikorkeakoulun osahankkeessa tavoitteena on kansalaislähtöisen, saumattoman hyvinvointipolun toimintamallin laatiminen ja toimintamallia tukevien palveluiden pilotointi. Kohderyhminä osahankkeessa ovat sydän- ja diabetespotilaat, syrjäytymisuhan alaiset työttömät ja nuoret sekä vammaisten lasten ja nuorten perheet Länsi-Uudellamaalla. Temaattisena fokuksena ovat syrjäytymistä ehkäisevät ja terveyttä edistävät palvelut.

Tässä raportissa kuvataan Pumppu-hankkeen Laurean osahankkeen kehitystyön lähtötilannetta suomalaisen hyvinvointivaltion kontekstissa. Raportissa esitellään myös jo kerättyä aineistoa osahankkeen kohderyhmistä sekä alueen erityispiirteistä. Osa aineistoista on kerätty Pumppu-hanketta edeltäneessä Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeessa (EHT-hanke) v. 2008-2011, jota Laurea Lohjassa ovat vetäneet Anne Makkonen, Tarja Meristö, Seija Olli sekä Sanna Partamies. Aineistot on kerätty ja analysoitu Laurean Learning by Developing –periaatteen mukaisesti opiskelijatöinä (hankeharjoitteluna ja opinnäytetöinä). Lista kaikista tässä raportissa esitellyistä töistä löytyy tämän raportin lopusta.

EHT-hankkeen myötä Laurean Pumppu-osahankkeen käytettävissä on tietoa hyvinvointipalveluiden käyttäjistä (palveluiden markkinoista). Laurean osahankkeen taustalla vaikuttaa myös hyvinvointiteknologian kehitystyö, jota osahankkeen toimijat Tarja Meristö ja Hanna Tuohimaa ovat tehneet yhteistyössä Turun yliopiston kanssa aiemmassa, Tekes-rahoitteisessa OmaHyvinvointi-hankkeessa professori Markku I. Nurmisen johdolla (ks. omahyvinvointi.utu.fi). Hankkeessa kehitettiin it-apuvälineen, Pärjäimen, konsepti, joka navigaattorin tavoin opastaa kansalaista tämän asioiden hoidossa ja tiedon kulussa jäsentäen palvelut kansalaislähtöisesti, oman luukun periaatteella. Länsi-Uudellamaalla tutkittiin samassa yhteydessä erityisesti ikäihmisten tietotarpeita ja sähköisten palveluiden käyttöä (Sarapisto 2009). Pärjäimen kehitystyötä jatketaan Pumppu-hankkeessa

sydänpotilaille suunnatulla pilotilla Turun yliopiston osahankkeessa ja konseptin sovellettavuuden arvioinnilla Laurean osahankkeen kohderyhmille.

Yhteiskunnallisen ulottuvuuden Laurean Pumppu-osahankkeelle tuo alueen koheesio- ja kilpailukykyohjelma, KOKO Länsi-Uusimaa ja sen kärkiteema Hyvinvoiva Länsi-Uusimaa, jota Laurea Lohja koordinoi. Vaikka valtioneuvosto päätti valtion tuen lopettamisesta koheesio- ja kilpailukykyohjelmille vuoden 2011 lopussa, alueen kunnilla on vahva halu kehittää aluetta ja alueen asukkaiden hyvinvointia. Tavoitteena on mm. vahvistaa alueen hyvinvointitoimijoiden yhteistyötä ja kehittää aluetta hanketoiminnan kautta. Tästä hanketoiminnasta Laurean Pumppu-osahanke on yksi esimerkki. Alueen hyvinvointitoimijoiden yhteistyön lisääminen on yksi Pumppu-hankkeen osatavoitteista edistettäessä monitoimijaisten palveluiden saumattomuutta.



Kuva 1 Hankkeiden ketju innovaatioiden mahdollistajana. (soveltaen Kruppin kaaviota vuodelta 1976).

Yhdessä nämä kolme taustanäkökulmaa luovat Pumpun Laurean osahankkeelle hyvät edellytykset uusien palveluinnovaatioiden synnylle. Markkinanäkökulma eli kohderyhmien tuntemus ja kansalaislähtöinen kehittäminen luovat perustan palveluiden kysynnälle ja kannattavuudelle. Yhteiskunnallista näkökulmaa tarvitaan, jotta ymmärretään toiminnan reunaehdot, ts. mikä yhteiskunnassa on sallittua ja hyväksyttävää. Hyvinvointipalveluissa laki asettaa selkeitä rajoitteita sille, millaisia palveluita eri toimijat voivat tarjota. Kolmantena näkökulmana teknologian huomioiminen innovaatioiden kehittämisessä takaa sen, ettei innovaatio ole jo syntyessään vanhanaikainen. Palveluiden kehittämisessä tämä

tarkoittaa teknologian mahdollisuuksien huomioimista nyt ja lähitulevaisuudessa palveluiden sujuvoittamisen apuvälineenä (innovaatiomallista, ks. Kettunen & Meristö, 2010).

Tämän raportin ensimmäinen luku on johdantoluku aihepiiriin, hankkeen teemoihin sekä Länsi-Uudenmaan alueeseen. Raportin toinen luku esittelee Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hankkeen tutkimustuloksia sydän- ja diabetespotilaille sekä heidän kanssa toimiville tahoille tehdyistä kyselyistä ja haastatteluista, joita Laurean Pumppu-osahankkeessa hyödynnetään. Kolmas luku kuvaa työttömyyden tämänhetkistä tilannetta erityisesti Länsi-Uudellamaalla sen tiedon valossa, mitä hankkeen puitteissa on vuonna 2011 kerätty. Neljännessä luvussa referoidaan lyhyesti kolmea opinnäytetyötä, jotka käsittelevät Laurean Pumppu-osahankkeen kolmatta kohderyhmää, vammaisten lasten ja nuorten perheitä. Raportin viides ja viimeinen luku esittelee, miten työ Laurean Pumppu-osahankkeessa etenee tästä eteenpäin.

1.1 Taustaa suomalaisesta hyvinvointipalveluiden järjestämistavasta

Pumppu-hankkeen lähtöoletuksena on, että hyvinvointipalveluita on tuottamassa tulevaisuudessa entistä enemmän toimijoita niin julkiselta, yksityiseltä kuin kolmannelta sektorilta. Samalla kansalaisen rooli oman terveytensä ylläpitäjänä ja edistäjänä kasvaa. Vaikka Suomessa on laaja julkinen terveydenhuoltojärjestelmä, on järjestelmällä omintakeisia, historiallisesta kehityksestä juontuvia piirteitä, joiden tulevaisuuden kehityksessä on nähtävissä sekä selkeitä trendejä että epävarmuustekijöitä. Yrjö Mattila (2011) tiivistää suomalaisen terveydenhuollon kolmeen osaan. Ensiksi, julkinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido koskevat kaikkia kansalaisia. Lisäksi työntekijöille ja yrittäjille on osana sairausvakuutusta toteutettu työterveyshuolto. Kolmanneksi, yksityisten terveyspalveluiden käyttöä tuetaan osittain kaikki kansalaiset kattavalla sairausvakuutuksella.

Suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä tekee omaleimaisen se, että julkinen valta osallistuu sekä julkisen että yksityisen sektorin terveyspalveluiden kustannuksiin. Lisäksi terveydenhuollon toteutus ja rahoittaminen on pienimmän mahdollisen yksikön, eli kunnan, vastuulla. Vaikka valtio avustaa kuntia terveydenhuollon toteutuksessa, kunnilla on itsenäinen oikeus päättää rahojen käytöstä. Muista julkisen terveydenhuollon maista poiketen Suomessa myös potilas joutuu maksamaan usein huomattavan osan terveydenhuollon kustannuksista, mitä voidaan pitää merkinä yksilön vastuusta oman terveytensä hoidossa. Mattila näkee suomalaisen terveydenhuoltomallin sekamallina julkisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän välimaastossa (Mattila 2011, 11-16.)

Viimeisimmän saatavilla olevan tilaston mukaan vuonna 2009 suomalaisen terveydenhuollon kustannukset olivat kaiken kaikkiaan 15,7 miljardia euroa, mikä oli 9,2 prosenttia bruttokansantuotteesta. Kasvua edelliseen vuoteen oli 1,2 prosenttia. Erikoissairaanhoidon menot olivat 5,2 mrd € (kasvua edellisvuodesta 1,1%) ja perusterveydenhuollon 2,8 mrd € (laskua edellisvuodesta 2,8%), mitkä yhdessä vastaavat noin puolta kaikista terveydenhuollon kustannuksista. Suomen bkt:n voimakas lasku vuonna 2009 nosti terveydenhuollon menojen suhteellista osuutta bkt:sta. Aiemmin Suomen terveydenhuoltomenojen osuus bkt:sta oli alle EU:n ja OECD-maiden keskitason sekä pohjoismaiden alhaisin. (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009.)

Julkisen rahoituksen osuus terveydenhoidon kustannuksista vuonna 2009 oli 74,9 prosenttia. Tästä kuntien rahoitusosuus oli 34,7%, valtion 25,2% ja kansaneläkelaitoksen 15%. Yksityisen rahoituksen osuus kustannuksista oli 25,1%, josta kotitalouksien osuus 19,1%. Julkisen rahoituksen osuus oli alle muiden pohjoismaiden tason sekä EU:n keskiarvon, mutta kuitenkin yli OECD-maiden keskimääräisen tason. (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009.)

Suomalaista terveydenhuoltoa ei siis voida pitää Euroopan tasolla tarkasteltuna mitenkään erityisen yhteisvastuullisena ja menoilla mitattuna laaja-alaisena. Kehitykselle leimallista on yksityisten palveluiden osuuden kasvu: kunnat ja kuntayhtymät ostivat vuonna 2009 perusterveydenhuollon palveluita yksityiseltä sektorilta 200 miljoonalla eurolla, mikä on 11,1 % edellisvuotta enemmän. (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009.)

Mattilan (2011) mukaan nykyinen Suomelle tyypillinen monikanavainen rahoitus- ja palvelujärjestelmä sai muotonsa 1960-luvulta alkaen. Tuolloin kansalaisten hyvinvoinnin edistäminen alettiin nähdä kustannusten lisäksi myös kansantalouden suotuisaa kehitystä edistävänä sijoituksena. Terveydenhuoltojärjestelmää ei kuitenkaan kehitetty kokonaisvaltaisesti vaan pala kerrallaan, jolloin järjestelmästä tuli vaikeasti yhteen sovitettava kokoelma erilaisia osajärjestelmiä. Sairausvakuutusjärjestelmä tuki yksityisten palveluiden käyttöä, joskin korvaustaso jäi alhaiseksi. Samaan aikaan rinnalla valmisteltiin kansanterveyslakia, pohjaa kunnallisille terveyskeskuksille. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välimaastoon kehittyi vähitellen työterveyshuolto, jonka tehtävänä oli suojella työntekijöitä työntekoon liittyviltä terveydellisiltä vaaroilta. (Mattila 2011, 108-189.)

1990-luvulta alkaen suomalaisessa terveydenhuollossa on Mattilan mukaan alettu korostaa tehokkuuden lisäämistä ja kustannusten hillitsemistä. Kunnille myönnettiin aiempaa suurempia vapauksia palveluiden järjestämiseksi ja valtionosuuksien käytön rajoitteet poistettiin. Samalla kansalaisia alettiin pitää

palveluita käyttävinä asiakkaina, joilla on viime kädessä itsellä vastuu omasta hyvinvoinnistaan mutta myös velvollisuus itse osallistua entistä enemmän hoidon kustannuksiin. Terveystalouden palvelut olivat riippuvaisia kuntien taloudellisesta tilanteesta, kunnes hoitoon pääsyä turvaamaan asetettiin hoitotakuu-uudistus vuonna 2005. Mattila arvioi terveydenhuollon diskurssin muuttuneen 2000-luvulla sallivasta mahdollisimman tarkkaan terveyspalveluiden toteutusta määrittäväksi. Tarkempaan järjestämisvastuun määrittelyyn tulee kuitenkin yhdistyä myös lain noudattamisen valvonta ja konkreettisten keinojen luominen potilaille toteuttaa oikeuksiaan. Vuoden 2011 terveydenhuoltolakiuudistuksen myötä pyritään lähentämään perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon sekä toisaalta lisäämään kansalaisen valinnanmahdollisuuksia eri hoitopaikkojen välillä. Mattila kuitenkin arvioi, että terveydenhuollon toimeenpano tulee edelleen pysymään hajanaisena, eikä uusi laki pysty poistamaan kuntakohtaisia eroja. (Mattila 2011, 190-252.)

Julkunen (2006) näkee yhteiskuntaeetoksen muuttuneen yhteiskunnan rakenteellisten muutosten, kuten markkinaistumisen, kansainvälistymisen ja keskiluokkaistumisen myötä. Kollektiivisesta turvasta on siirrytty entistä enemmän korostamaan valinnanvapautta ja omaa vastuuta. Julkunen esittää, että hyvinvointivaltion uusi politiikka (new public management) yhdessä läpinäkyvyyden ja tilivelvollisuuden kulttuurin kanssa ovat vaikuttaneet vastuukysymysten esille nostoon. Kun menestys nähdään yksilön omana ansiona, halu auttaa huono-osaisempia vähenee. Toisaalta Julkunen kuitenkin arvioi, että paradoksaalisesti kansalaiset ovat aiempaa tietoisempia oikeuksistaan. Vastuuseen ei vaadita yhteiskuntaa yleisesti vaan vastuulliseksi osataan määritellä tarkkaan nimetyt tahot. (Julkunen 2006., 26, 58-61.)

Taustaltaan, palveluverkoltaan ja rahoitusjärjestelmään kirjava suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on haasteiden edessä yrittäessään toteuttaa kansalaislähtöistä, kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin tähtäävää terveydenhuoltoa entistä vaativammille ja ikääntymisen myötä entistä enemmän palveluita tarvitseville kansalaisilleen. Hyvinvointi käsitetään laajasti, ei pelkästään sairauden poissaolona, ja laatu- ja vaikuttavuusvaatimukset ovat korkealla. Samaan aikaan kustannuksia tulisi kuitenkin karsia ja toimintaa tehostaa. Julkisen sektorin rinnalla on yhä enemmän toimijoita yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta, mikä tekee palveluiden kokonaisuuden hallinnasta entistä haasteellisempää.

Myös kansalaisen oma rooli oman terveytensä ylläpitäjänä kasvaa, kun painopiste yhä enemmän siirtyy ennaltaehkäisyyn ja ennakoivaan terveydenhuoltoon. Hoitamalla terveyttä ennalta voidaan taata kansalaisille mahdollisimman hyvä ja terve elämä ilman sairauksia. Tämä edellyttää kuitenkin jokaisen yksilön omaa panosta, sillä oman terveyden ylläpito kulminoituu jokaisen omiin, päivittäisiin elämäntapavalintoihin. Julkisen sektorin näkökulmasta ennaltaehkäisevällä

terveydenhoidolla voidaan samalla hillitä sairauksista aiheutuvia kustannuksia. Näin ennaltaehkäisystä ja terveyden edistämisestä on tullut tärkeä toimintaa ohjaava tekijä (mm. terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007) eri elämänalueilla, ei vain terveydenhuollossa. Tämä edellyttää sektorirajojen ylittämistä ja eri toimijoiden tiivistä yhteistyötä, sillä laajasti määriteltynä terveyden edistäminen linkittyy kaikkeen arkipäivän toimintaan ja arkiympäristöön. Vielä laajemmassa perspektiivissä terveyden edistäminen voidaan nähdä sosiaalisen kestävyysnäkökulmasta osana yhdyskunnan kestävä kehitystä. Sosiaalisessa kestävydessä on kyse mm. riittävän toimeentulon, riittävien hyvinvointipalvelujen ja turvallisuuden takaamisesta ja oikeudenmukaisesta jakautumisesta sekä yksilöiden osallisuudesta ja mahdollisuudesta vaikuttaa omaan elämäänsä (Alila & al. 2011).

Vaikka siis yksilön oma vastuu on ennaltaehkäisyssä ja terveellisissä elämäntavoissa tärkeä, tulee huomioida myös rakenteellisten tekijöiden vaikutus yksilöiden terveyteen ja hyvinvointiin. Esimerkiksi kävely- ja pyöräilyreittien kunto, riittävä valaistus ja levähdyspaikat edistävät arkipäivän liikuntaa. Rouvinen-Wilenius ja Koskinen-Ollonqvist (2010) määrittelevät terveyden taustatekijät rakenteellisiin, välittäviin, edeltäviin ja välittömiin tekijöihin (soveltaen Dahlgren ja Whitehead 1991 ja Whitehead ym. 2001). Rakenteelliset tekijät voivat olla yhteiskunnallisia, taloudellisia, sosiokulttuurisia tai ekologisia rakenteita. Välittävät tekijät ovat terveyttä tukeva yhteiskuntapolitiikka, toimiva talouspolitiikka, sosiaaliset verkostot ja ekologiset hyödykkeet ja palvelut. Rakenteellisiin ja välittäviin tekijöihin voidaan vaikuttaa yhteiskunnallisin keinoin. Terveyttä edeltäviä tekijöitä ovat mm. terveyttä edistävät palvelut, taloudelliset valinnanmahdollisuudet, perhe ja lähiyhteisö, elämäntyyli ja fyysinen ympäristö. Näihin voidaan vaikuttaa sekä yhteiskunnallisin että yhteisöllisin keinoin. Välittömiä terveyden taustatekijöitä puolestaan ovat osallisuus, voimaantuminen ja sosiaalinen pääoma ja terveydentila ja näihin vaikuttamisen keinot ovat yhteisöllisiä ja yksilöllisiä. Kaikkiin voidaan siis vaikuttaa, mutta eri keinoin. Samaten myös vaikuttavuuden arviointi näissä eroaa. (Rouvinen-Wilenius ja Koskinen-Ollonqvist, 2010.)

Yksilövastuun myötä keskeiseksi kysymykseksi myös terveydenhuollossa on noussut yksilön valinnanvapaus. Internetin tuotua terveystiedon kaikkien saataville lääkäreiden asiantuntijarooli asettuu uuteen valoon. Potilaalla voi olla jo vastaanotolle tullessaan selkeä käsitys siitä, mikä häntä vaivaa ja millaista hoitoa hän haluaa. Uuden terveydenhuoltolain myötä tavoitteena on lisätä ihmisten mahdollisuuksia valita oma hoitopaikkansa. Myös palvelusetelin tyypisillä ratkaisuilla pyritään jo lähtökohtaisesti tukemaan jokaisen mahdollisuutta itse valita, kenen palveluita käyttää. Hyvinvoinnin markkinoilla myös on entistä enemmän tarjontaa, mistä valita, mikäli rahaa on. Mm. Mol (2009) kritisoikin, että terveydenhuollossa ketään ei voi jättää ulkopuolelle, olivat nämä sitten maksukyvyttömiä tai elämäntapojensa puolesta lähes toivottomia tapauksia. Mol

näkee, että valinnanvapauden sivutuotteena vastuu epäonnistumisesta kaatuu potilaan harteille, onhan tämä itse hoitonsa valinnut. Molin mielestä hoidon logiikassa olennaista ei ole se, mitä potilaat haluavat vaan se, mitä he tarvitsevat. Käytännön tilanteissa jokaisen potilaan tarpeet ja yksilölliset toiveet täytyy huomioida sen hetkisessä tilanteessa ja pyrkiä löytämään tasapaino halujen ja tarpeiden välille. (Mol 2008, 14-28.)

Riippumatta siitä, mikä painoarvo yksilön toiveille ja haluille asetetaan, on kuitenkin tärkeää huomioida palveluiden käyttäjien näkökulma palveluita suunniteltaessa. Tämä koskee erityisesti ennaltaehkäiseviä terveyspalveluita, joiden käyttämättä jättäminen voi lyhyellä tähtämellä olla yksilön kannalta jopa houkuttelevaa arjen kiireiden keskellä. Myös sairauden kohdatessa hoito-ohjeiden noudattaminen luonnollisesti paranee, jos hoito koetaan mielekkääksi ja palvelut helposti saavutettaviksi. Luvussa 1.2. on esitetty, miten Laurean Pumppu-osahankkeessa lähestytään tätä tematiikkaa.

1.2 Palveluiden kansalaislähtöinen jäsentäminen ja Pumppu-hankkeen lähtökohdat

Pumppu-hanke on ylimaakunnallinen EAKR-rahoitteinen hanke, joka tutkii monituottajamalleja hyvinvointipalveluissa v. 2011-2014. Laurean osahankkeessa painopisteenä on kansalaislähtöinen palveluiden järjestäminen ja palveluiden linkittäminen hoitopolkuun niin, että palvelut muodostavat käyttäjän näkökulmasta mielekkäitä kokonaisuuksia myös silloin, kun palveluita tuottamassa on monenlaisia toimijoita niin julkiselta, yksityiseltä kuin kolmannelta sektorilta. Hoitopolun käsitettä laajennetaan tässä kohti hyvinvoinnin polkua, tavoitteena kattaa käsitteellä monenlaisia elämäntilanteita konkreettisen sairastamisen lisäksi.

Laurean osahankkeessa tavoitteena on laatia kansalaislähtöisen saumattoman hyvinvointipolun toimintamalli, joka vastaa myös tulevaisuuden tarpeisiin. Tämä tarkoittaa tietyn sairauden tai elämäntilanteen edellyttämällä tavalla suunniteltuja palveluita ja palveluiden kokonaisuuksia, jotka huomioivat eri toimijoiden tarjonnan. Pumppu-hankkeen Laurean osahankkeessa huomio on sairauksien ja muiden ongelmien ennaltaehkäisyssä. Varsinaisen sairausvaiheen hoitopolun sijaan panostetaan ennaltaehkäiseviin palveluihin sekä kuntoutusvaiheen palveluihin, joissa molemmissa kansalaisen oma vastuu korostuu. Hankkeessa halutaan löytää keinoja tukea yksilön motivaatiota hoitaa ja ylläpitää omaa terveyttään niin, että yhä lisääntyvä vastuu omista elämäntapavalinnoista suhteutetaan kunkin voimavaroihin. Olemassaolevan palvelutarjonnan lisäksi pilotoidaan uusia hyvinvointipolulla etenemistä tukevia palveluita hankkeeseen osallistuvien toimijoiden kanssa. Temaattisena fokuksena ovat terveyttä edistävät ja syrjäytymistä ehkäisevät palvelut.

Saumattomuutta ja hyvinvointipolulla etenemistä tukemaan suunnitellaan ja mahdollisuuksien mukaan myös pilotoidaan it-ratkaisuja, yhteistyössä Turun yliopiston Pumppu-osahankkeen kanssa. Turun yliopisto pilotoi osahankkeessaan kansalaisen ”hyvinvointinavigaattorin”, Pärjäimen, sydänpotilaille räätälöityä sovellusta. Pärjäin-konseptia on kehitetty aiemmassa Tekes-rahoitteisessa OmaHyvinvointi-hankkeessa (ks. Meristö & al. 2010). Laurean osahankkeessa tarkastellaan Pärjäin-konseptin soveltuvuutta Laurean kohderyhmille tukemaan näiden hoidon etenemistä.

Kohderyminä Laurean osahankkeessa ovat Länsi-Uudenmaan sydän- ja diabetespotilaat, syrjäytymisuhan alaiset työttömät ja nuoret sekä vammaisten lasten ja nuorten perheet. Yhteistyökumppaneina ja kansalaisnäkökulmaa hankkeeseen tuovat alueella toimivat järjestöt, kuten Lohjan seudun sydänyhdistys, Lohjan seudun työttömät, Apuomena sekä Neurologiset vammaisjärjestöt (NV) jäsenistöineen. Sydän- ja diabetespotilaiden kohderyhmää on Laureassa tutkittu jo aiemmassa Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeessa (EHT-hanke) (2008-2011) mm. sydänyhdistyksen jäsenille suunnatulla kyselyllä sekä haastatteluilla, jotka on toteutettu hoitotyön opiskelijoiden oppimistehtävinä. Näitä EHT-hankkeen tuloksia esitellään tässä raportissa tarkemmin. EHT-hankkeen yhtenä tuloksena todettiin, että ennakoiva terveydenhuolto edellyttää panostamista myös syrjäytymisuhan alaisiin. Siksi Laurean Pumppu-osahankkeessa syrjäytymisuhan alaiset ovat myös mukana erillisenä kohderyhmänä. Työttömien lisäksi kohderyhmään kuuluvat myös omaa paikkaansa yhteiskunnassa etsivät nuoret. Kolmantena kohderyhmänä hankkeessa ovat vammaisten lasten ja nuorten perheet. Heillä palveluiden kirjo on laaja ja toimijoiden joukko monialainen. Tämä luo saumattomuudelle erityisen haasteen. Saumattomuuden lisäksi kohderyhmissä tarkastellaan myös muita motivoinnin ja valtaistamisen keinoja. Erityisesti vammaisten lasten ja nuorten perheiden kohderyhmässä halutaan tuoda kokemustieto asiantuntijatiedon rinnalle toimintamalleja suunniteltaessa.

Toimintamallin laatiminen edellyttää kohderyhmätuntemuksen lisäksi toimintaympäristön tuntemusta. Pumppu-hankkeessa kartoitetaan Länsi-Uudenmaan hyvinvoinnin toimijat, reunaehdot julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyölle (mm. kuntien palvelustrategiat, palveluseteli) ja sähköisten palveluiden käytölle sekä alueen koulutustarjonta.

Pumppu-hanke lähestyy hyvinvointipalveluita ja hyvinvoinnin toimijoita hoitopolun ja laajemmin hyvinvointipolun näkökulmasta. Hoitopolun käsitettä laajennetaan tässä varsinaisesta sairastamisen vaiheesta kattamaan sekä ennakoivan terveydenhoidon ja terveyden edistämisen että kuntoutuksen. Varsinaisten sairauksien lisäksi käsitettä laajennetaan kattamaan myös muut elämänvaiheet, joilla on samantyyppisiä polkumaisia piirteitä, joista tässä kohteena ovat työttömät ja heille suunnattavat palvelut.



Kuva 2 Yksilön hyvinvointipolku Pumppu-hankkeen viitekehystenä.

Pumppu-hankkeessa hoitopolkua lähestytään kansalaisen näkökulmasta ja tätä näkökulmaa korostamaan käytetään tässä termiä hyvinvointipolku, ei usein käytettyjä termejä hoito- tai palveluketju. Ajatuksena on, että palvelut jäsenyvät käyttäjän ympärille, hänen tarpeistaan käsin, muodostaen eheän polun, jolloin ideaalitulanteessa palveluiden järjestäjätahon merkitys on vain vähäinen. Visiona on hyvinvointinavigaattori-Pärjäimen mahdollistama oman luukun periaate, jolloin kaikki palvelut ovat saatavilla ja käden ulottuvilla yhden käyttöliittymän kautta. Hyvinvointipolun käsite myös korostaa palveluketjun käsitettä paremmin sitä, että fokuksessa ovat nimenomaan hyvinvointia tukevat palvelut, eivät palvelut yleisesti.

Sekä hoito- että hyvinvointipolun ytimen muodostavat hoitotapahtumat ja konkreettiset toimenpiteet sairauden hoitamiseksi tai muun elämän ongelmatilanteen ratkaisemiseksi. Tämä ei kuitenkaan yksin riitä. Pumppu-hankkeen tavoitteena on löytää keinoja edistää yksilön motivaatiota pitää itsestään ja omasta hyvinvoinnistaan huolta. Lisäksi halutaan tuoda palveluiden suunnitteluun kansalaisnäkökulmaa ja korostaa yksilön voimavarojen merkitystä. Nämä kaksi tavoitetta on tiivistetty motivaation ja valtaistumisen käsitteisiin. Keinoina tavoitteiden saavuttamiseksi on hankkeen alkuvaiheessa määritelty neljä eri teemaa, jotka hankkeen edetessä todennäköisesti täsmentyvät.

- Tuki. Yksilö tarvitsee tukea niin omalta lähiyhteisöltään, vertaisiltaan kuin palveluidentarjoajilta. Tuki kattaa niin henkisen tuen ja keskusteluavun kuin konkreettisen arkipäivän avun ja huolenpidon.
- Tieto. Yksilö tarvitsee tietoa siitä, miten terveyttä ylläpidetään ja mahdollista sairautta hoidetaan. Hän tarvitsee seurantatietoja omasta terveydentilastaan. Lisäksi hän tarvitsee myös tietoa siitä, mitä palveluita ja millaista tukea hänellä on saatavilla ja miten hänen hoitonsa etenee.
- Palveluiden saumattomuus ja saumaton yhteistyö. Polulla etenemisen ja usean palveluntarjoajan kanssa toimimisen tulee olla yksilön näkökulmasta mahdollisimman helppoa ja vaivatonta. Palveluiden katvealueet, tiedonkulun viiveet ja toimijoiden yhteistyön puutteet ovat kaikki riskitekijöitä hyvinvointipolulta putoamiselle ja palveluiden ulkopuolelle jäämiselle.
- Osaaminen ja asenteet. Uudet toimintatavat edellyttävät myös uudenlaista osaamista ja asennoitumista. Kaikilla palveluntarjoajilla ja hyvinvointipolun toimijoilla tulee olla yhteinen näkemys mm. yhteistyön merkityksestä, ennaltaehkäisyn tärkeydestä sekä kansalaislähtöisyyden periaatteista.

Kaikista ulkopuolisista toimenpiteistä huolimatta tärkein motivaation lähtökohta on yksilö itse. Ilman sisäistä halua elää terveellisesti voi ulkopuolisilla toimenpiteillä olla vain rajallinen vaikutus. Tällöin tullaan myös eettisten kysymysten äärelle: millaista omasta terveydestä huolehtimista yksilöltä voidaan vaatia silloin, kun omaa kiinnostusta terveelliseen elämään ei ole?

Tämä raportti on Pumppu-hankkeen Länsi-Uudenmaan lähtötilanteen kuvaus ja samalla Laurean Pumppu-osahankkeen ensimmäinen väliraportti. Se kuvaa aiemmassa Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeessa tehtyjä kohderyhmätutkimuksia alueen sydän- ja diabetespotilaiden keskuudessa sekä tunnistettuja hoitopolun pullonkauloja ja hoitopolun kehittämisehdotuksia kohti saumatonta hyvinvointipolkua. Lisäksi se kuvaa syrjäytymisvaarassa olevien työttömien ja vammaisten lasten ja nuorten perheiden osalta sitä kohderyhmätutkimusta, mitä Laurean Pumppu-osahankkeen ensimmäisen vuoden aikana on tehty. Tutkimusten tekijöinä ovat olleet pääasiassa Laurea Lohjan sairaanhoitajaopiskelijat, joiden nimet on mainittu aina kunkin luvun alussa. Julkisesti saatavilla olevia opinnäytetöitä on tässä referoitu vain lyhyesti. Linkit opinnäytetöihin ovat kunkin luvun alussa sekä listana raportin lopussa. Raportin tavoitteena on viitoittaa tietä Pumppu-hankkeelle ja osoittaa perusteet hankkeen tavoitteenasetannalle. Raportin lopussa kuvataan lyhyesti myös Pumppu-hankkeen Laurean osahankkeen tulevaa toteutusta.

1.3 Länsi-Uudenmaan alueen väestö ja hyvinvointipalveluiden käyttö

Sirkiä, Reetta; Puttonen, Ville; Yliruusi, Sari; Lipsanen, Henna; Grönberg, Jessica. Väestöpohjan kartoitus. Työpaperi 2009.

Laurea Lohjan Pumpputyö-osahankkeen kohdealueena on Länsi-Uusimaa ja sen kunnat Lohja, Siuntio, Inkoo, Karjalohja, Karkkila, Nummi-Pusula, Vihti, Raasepori ja Hanko. Alueen kunnista Lohja, Siuntio, Inkoo ja Karjalohja muodostavat sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue Lostin. Karkkila, Nummi-Pusula ja Vihti puolestaan muodostavat perusturvakuntayhtymä Karviaisen. Näiden lisäksi Länsi-Uudenmaan alueella yksittäisinä kuntatoimijoina terveydenhuollossa ovat Raasepori ja Hanko.

Osana Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hanketta opiskelijat Sirkiä, Puttonen, Yliruusi, Lipsanen sekä Grönberg kartoittivat Lost sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen (Lohja, Siuntio, Inkoo ja Karjalohja) väestöpohjaa käyttäen tausta-aineistonaan Tilastokeskuksen tilastotietoja. Tämän päivän tilanteen lisäksi he arvioivat kehityssuuntaa kymmenvuotisjakson aikana 1997-2007 sekä väestöennustetta vuoteen 2040 asti. Muiden Länsi-Uudenmaan kuntien osalta tarkempaa väestökartoitusta ei ole tehty, mutta tähän koosteeseen on tietoja kerätty myös muista kunnista Tilastokeskuksen tietokannasta.

Alueen väestöluvut kunnittain vuoden 2010 tietojen perusteella ovat: Hanko 9462, Inkoo 5546, Karjalohja 1493, Karkkila 9209, Lohja 39714, Nummi-Pusula 6134, Raasepori 29065, Siuntio 6104 ja Vihti 28311. Yhteensä alueella oli vuonna 2010 n. 135 000 asukasta. Lapsia alueen kunnista on eniten Siuntiossa ja Vihdissä, eläkeläisiä Hangossa. Myös työttömyysaste oli vuoden 2010 lopussa Hangossa alueen korkein (11,2%), alhaisinta työttömyys oli Vihdissä (5,1%) ja Inkoossa (5,4%).(Tilastokeskus, kuntien avainluvut.¹)

Tilastokeskuksen vuoden 2040 väestöennusteen mukaan alueen kunnista vain Hangossa asukasmäärä vähenee nykyiseen verrattuna, tosin sielläkin vain parilla sadalla henkilöllä. Kaikkien muiden kuntien osalta ennustetaan väestön määrään nousua. Kunnista Vihdin väestöluvun ennustetaan kasvavan eniten, yli 10 000 asukkaalla. Suhteellisesti eniten arvioidaan kasvavan Siuntion väkiluvun, noin puolella. Vuoteen 2030 ulottuvien kuntien ikärakennetaulukkojen perusteella väestönkasvun ennustetaan tulevan erityisesti ikäihmisistä. Myös Hangossa

¹<http://stat.fi/tup/kunnat/>

ikäihmisten määrä kasvaa selvästi. Esimerkiksi Lohjalla, Siuntiossa ja Vihdissä yli 85-vuotiaiden määrän ennustetaan yli kolminkertaistuvan².

Tällä vuosituhannella alueen nettomuutto on ollut pääasiassa positiivista, eli alueen kuntiin on muuttanut enemmän asukkaita kuin niistä on muuttanut pois. Vain Hangossa poismuuttajia on ollut vuosittain tulijoita enemmän. Vihdin ja Siuntion nettomuutto on ollut koko ajan positiivinen, muissakin kunnissa pääasiassa positiivinen.

Kun tarkastellaan eri ikäryhmien osuuksia kuntien väestöstä vuosina 1997-2007, on kuntien välillä joitain eroja. Lohjan osalta väestömäärä näyttäisi lisääntyvän erityisesti yli 45-vuotiaiden osalta, joiden määrä on tasaisesti kasvanut tarkasteluajanjaksolla. Siuntiossa väestökasvua on ilmeisesti tullut lapsiperheistä, sillä väestömäärät ovat kasvaneet selkeimmin alle 14-vuotiaissa sekä 24-64-vuotiaissa. Inkoossa kasvua on eri ikäryhmissä melko tasaisesti, vain 15-24-vuotiaiden ikäluokka ei näytä juurikaan kasvaneen. Karjalohjalla väestökasvua on ollut selkeimmin 45-64-vuotiaissa, kun taas 25-44-vuotiaiden määrä on v. 1997-2007 jopa vähentynyt. Naisten ja miesten osalta määrissä on jonkin verran vaihtelua. Alle 14-vuotiaiden määrä on kääntynyt laskuun vuoden 2002 jälkeen. Myös Sammatissa väestön määrä on lisääntynyt selkeimmin 45-64-vuotiaissa. Muissa ikäryhmissä kehitys on ollut aaltoilevaa. Vihdissä väestökasvua on kaikissa ikäluokissa. Hangossa alle 45-vuotiaiden määrä on laskenut ja yli 45-vuotiaiden kasvanut. Karkkilassa aiempi alle 45-vuotiaiden määrien väheneminen näyttäisi tasaantuneen ja jopa kääntyneen nousuun. Yli 45-vuotiaiden määrä taas on kasvanut tasaisesti. Myös Nummi-Pusulassa ja Raaseporissa on havaittavissa samansuuntaista kehitystä alle 25-vuotiaiden osalta, eli aiempi nuorten väestömäärän väheneminen näyttäisi olevan taittumassa. Ikäihmisten osalta väestön määrä on kasvanut Nummi-Pusulassa ja Raaseporissakin koko tarkasteluajanjakson.

Syntyvyys alueen kunnissa on v. 1997-2007 ollut aaltoilevaa. Siuntiossa ja Vihdissä syntyvyys on selkeästi kasvanut. Lohjalla puolestaan syntyvyudessa on ollut suuria vaihteluita eri vuosien välillä. Lohjalla, Siuntiossa ja Vihdissä on syntyneitä ollut selkeästi enemmän kuin kuolleita. Hangossa ja Raaseporissa kuolleiden määrä on ollut säännöllisesti syntyneiden määrää suurempi, myös Karjalohjalla ja Sammatissa on useana vuotena ollut kuolleita enemmän kuin syntyneitä. Kuolleisuusluvut ovat kaikissa kunnissa kuitenkin vuodesta toiseen melko samansuuruisia joskin aaltoilevia. Tässäkin suurimmat vaihtelut löytyvät väkirikkaimmasta kunnasta eli Lohjalta.

² http://www.kuntatieto.fi/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;374;36984;148786;150318;163204

Opiskelijat ovat tarkastelleet alueen väestön koulutustaustaa vuosina 1998-2007. Suurimman ryhmän ovat yleisesti muodostaneet henkilöt, joilla ei ole perusasteen jälkeistä koulutusta. Näiden henkilöiden osuus on kuitenkin kaikissa alueen kunnissa laskenut tarkasteluajanjaksolla. Samaan aikaan keskiasteen tutkinnon suorittaneiden määrät ovat kasvaneet. Sammatissa ja Vihdissä keskiasteen tutkinnon suorittaneiden määrä on jo ohittanut vain perusasteen koulutuksen omaavien määrän. Myös korkeammat koulutusmuodot ovat yleistyneet kaikissa kunnissa tarkasteluajanjaksolla.

Väestön ikääntyminen luo hyvinvointipalveluille lisää kysyntää palveluiden järjestämisvastuussa oleville kunnille. Keski-ikäisten määrän kasvaminen tuo huomion ennaltaehkäisyyn tarpeeseen; keski-ikäisille suunnatut terveystarkastukset ja riskitestit saavat huomioidaan elämäntapamuutosten tarpeellisuuden ajoissa. Toisaalta pitää kuitenkin huomioida myös lapsiperheiden palvelutarpeet. Muuttovoittoisella alueella mahdollisuudet palveluiden järjestämiselle ovat muuttotappiollisia kuntia paremmat.

Osviittaa tämänhetkisistä suhtautumisesta palveluihin antaa Sosiaalitaito Oy:n kyselytutkimus, jossa kerättiin Länsi-Uudenmaan kuntalaisten kokemuksia hyvinvoinnista ja palveluista. Tyytyväisimpiä vastaajat olivat lapsille ja lapsiperheille suunnattuihin palveluihin. Lääkäripalveluihin oltiin tyytymättömpiä, samoin mielenterveyspalveluihin. Myöskään potilasasiamiespalvelut eivät saaneet hyviä arvioita vastaajilta. Lähes 40% vastaajista arvioi, että terveyspalveluihin sai ajan huonosti, Karkkilassa näin arvioi jopa 70% vastaajista. Yhteistoiminta-alueiden sisällä palveluiden saamat arvot saattoivat vaihdella selvästi, eli alueen palveluita ei ainakaan vielä kyselyajankohtana vuonna 2010 ollut pystytty järjestämään niin, että ne koettaisiin koko yhteistoiminta-alueella yhtäläisiksi. Esimerkiksi Lostin alueella Karjalohjalla yhteensä 14 palvelua oli arvioitu huonosti toimivaksi, kun taas Siuntiossa vain yksi. Lohjalla puolestaan hyvin toimiviksi arvioitiin palveluista eniten, 26 kpl. Yhteensä arvioitavana oli 34 eri sosiaali- ja hyvinvointipalvelua. Yksityisiä terveyspalveluita oli ostanut 60% vastaajista, eniten erikoislääkärin ja hammaslääkärin palveluita. Suurin yksittäinen syy yksityisten terveyspalveluiden käytölle oli ajan saamisen nopeus, toisena synä palvelun laatuun liittyvät asiat, kuten lääkärisuhteen pysyvyys. (Sosiaalitaito 2011)

Huolestuttavana piirteenä Sosiaalitaidon kyselytutkimuksessa voidaan vielä mainita se, että kuntalaiset uskoivat palvelutarjonnan heikentyvän entisestään tulevaisuudessa. Jo tällä hetkellä vastaajista vain 34% uskoi saavansa kunnalta tarvitessaan apua nyt, tulevaisuudessa näin uskoi enää 28% vastaajista. Vain 14% vastaajista koki, että kuntalaisten mielipiteet huomioidaan palveluita kehitettäessä. (Emt.)

Vastaajien hyvinvointia tarkastelevien kysymysten pohjalta Sosiaalitaidon tutkimuksessa todetaan vastaajien fyysisen terveyden olevan riippuvainen vastaajien koulutuksesta ja tulotasosta. Työttömillä hyvinvointi on heikointa. Suurimmalla osalla vastaajista oli monipuolinen tukiverkko, jonka puoleen kääntyä. Kuitenkin 13% vastaajista jäi kaikkien tukiverkkojen ulkopuolelle. Tulosten perusteella vastaajista neljäsosa elää melko kuormittunutta elämää, jossa on huolta ja stressiä omasta ja läheisten tulevaisuudesta, terveydestä ja toimeentulosta. Kuormittuneet edustivat tyypillisesti alhaista sosiaalista asemaa ja heillä oli huonoja kokemuksia kunnan sosiaali- ja terveyspalveluista. Näin motivaatiota hakea tukea arjen ongelmiin ei välttämättä ole. (Emt.)

2 Kohderyhmänä sydän- ja diabetespotilaat

Pumppu-hankkeen yhtenä kohderyhmänä ovat sydän- ja diabetespotilaat, joiden osalta kohderyhmän kartoitusta on tehty jo Ennakoiva hoito ja tulevaisuus-hankkeessa eli EHT-hankkeessa (2008-2011). Sydänsairauksista yleisin on sepelvaltimotauti, jota sairastaa Suomessa n. 300 000 henkilöä³. Äärimmillään sepelvaltimotauti johtaa sydäninfarktiin, joita Suomessa hoidetaan vuosittain n. 25 000⁴. Muita sydänsairauksia ovat mm. sydänlihassairaudet, läppäviat ja rytmihäiriöt. Sydän- ja verisuonisairaudet ovat edelleen suomalaisten yleisin kuolinsyy aiheuttaen n. 40% kuolemista⁵. Sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat mm. lihavuus, tupakointi, korkea verenpaine ja epäsuotuisat veren rasva-arvot. Myös diabetes on sydänsairauksien riskitekijä. Diagnooituja diabeetikoita on Suomessa n. 300 000. Tämän lisäksi arvioidaan, että n. 200 000 henkilöä sairastaa tyypin 2 diabetesta tietämättään.⁶

Laurean EHT-hankkeessa tutkimuskohteena olivat Länsi-Uudenmaan alueen sydän- ja diabetespotilaat sekä heidän hoitoonsa osallistuvat toimijat. Yhteistyökumppanina olivat mm. Lohjan seudun, Karkkilan ja Vihdin sydänyhdistykset sekä Lohjan diabetesyhdistys. Sydän- ja diabetespotilaiden kohderyhmää kartoitettiin EHT-hankkeessa opiskelijatöinä. Osa opiskelijoista jatkoi aiheen parissa opinnäytetyöksi asti. Tässä raportissa esitellään pääkohdat tehdyistä kartoituksista ja opinnäytetöistä. Työn tehneet opiskelijat on mainittu aina luvun alussa. Lista kaikista tehdyistä kartoituksista ja opinnäytetöistä tekijöineen on tämän raportin lopussa. Opinnäytetöihin on luvuissa sekä lopun listassa myös suorat nettilinkit, jotta töihin voi tutustua tarkemmin. Opinnäytetöistä löytyy myös

³ http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Krooninen_sepelvaltimotauti

⁴ http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086

⁵ http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011-02-22_kat_002.fi.html

⁶ <http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/>

aihepiiriin tarkempaa taustoitusta mm. sydänsairauksista, niiden riskitekijöistä ja hoidosta, hoitopoluista ja tiedonkulusta.

Lohjan seudun, Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistysten jäsenistöillä toteutettiin kaksi kyselyä, joissa kartoitettiin kokemuksia oman tai läheisen sydänsairauden hoidosta. Halukkaat Lohjan seudun kyselyyn vastanneet myös haastateltiin näkemysten syventämiseksi. Pienimuotoinen kysely toteutettiin myös Lohjan seudun sydänyhdistyksen ja Laurea Lohjan järjestämän Sydänviikon tapahtumiin osallistuneille. Myös Lohjan diabetesyhdistyksen jäsenillä toteutettiin kysely ja jatko haastatteluita. Lisäksi toteutettiin kaksi kyselyä alueen hyvinvoinnin toimijoille ja Lohjan seudun, Karkkilan seudun ja Vihdin sydänyhdistyksen hallitusten jäsenille, joissa kartoitettiin eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Lisäksi kartoitettiin nuorten tarvetta vertaistoimintaan. Koska haluttiin pureutua ennaltaehkäisyyn, laadittiin hankkeen puitteissa kysely myös peruskoulun yhdeksäsluokkalaisille näiden terveystottumuksista. Aluksi kysely toteutettiin viidessä lohjalaisessa koulussa, myöhemmin kysely laajennettiin kattamaan 13 koulua perusturvakuntayhtymä Karviaisen ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue Lostin alueella. Myös näitä tuloksia on esitelty tässä raportissa.

Kerättyä kohderyhmätietoa on hyödynnetty alueella järjestetyssä työpajatyöskentelyssä, jossa kartoitettiin alan tulevaisuuden näkymiä. Kaiken kerätyn tiedon pohjalta yksi opiskelijaryhmä laati sydänpotilaan hoitopolun kuvauksen. Hoitopolun tunnistettuihin pullonkauloihin ja epäjatkuvuuskohtiin pyrittiin jo EHT-hankkeessa löytämään parannusehdotuksia. Opiskelijat toteuttivat Länsi-Uudellamaalla erilaisia tempauksia, tietoiskuja ja tapahtumia, joiden tavoitteena oli edistää terveellisiä elintapoja ja järjestää matalan kynnyksen mahdollisuuksia erilaisiin mittauksiin. Lisäksi laadittiin oppaita tukemaan kuntoutuksen etenemistä. Diabetekseen liittyen puolestaan laadittiin ohjeistukset ennaltaehkäisyyn ja suun terveydenhuollon tueksi. Työtä hoitopolun sujuvoittamiseksi ja kehittämiseksi kohti hyvinvointipolkua jatketaan Pumppuhankkeen Laurean osahankkeessa (2011-2014).

2.1 Sydänpotilaille ja heidän kanssaan toimiville tahoille suunnatut kyselyt ja haastattelut

Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeessa kartoitettiin sekä sydänpotilaiden että heidän kanssaan toimivien tahojen näkemyksiä sydänpotilaiden hoidosta ja hoidon toimivuudesta. Sydänpotilaiden kanssa toimiville tahoille toteutettiin kysely, jossa kohteena oli toimijoita sekä julkiselta, yksityiseltä että kolmannelta sektorilta. Lisäksi toteutettiin kysely alueen sydänyhdistysten hallitusten jäsenille. Sydänpotilaiden kokemuksia hoitonsa eri vaiheissa kerättiin Lohjan seudun, Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistysten jäsenille laadituilla kyselyillä sekä Lohjan seudun

sydänyhdistyksen jäsenistölle tehdyillä haastatteluilla. Lisäksi toteutettiin kysely Lohjan seudun sydänyhdistyksen ja Laurea Lohjan järjestämän Sydänviikon osallistujille. Näitä kysely- ja haastattelutuloksia kuvataan lyhyesti tässä luvussa.

2.1.1 Kysely sydäntoimijoille

Laakso, Nina; Artsvik, Ann-Mari; Niemi, Maria; Lustedt, Minna; Aarnio, Teppo; Keto, Janne; Pitkänen, Eija. Selvitys Hiiden alueen toimitsijoiden yhteistyöstä ja tiedonkulusta. Työpaperi 2009.

Andström, Kaija; Gabrielsson, Viola; Jääskelä, Salme; Karstila, Kaisu. Sydänhoitopolku. Työpaperi 2010.

Kattava kartoitus Länsi-Uudenmaan hyvinvointitoimijoista laaditaan vasta osana Pumppu-hanketta vuonna 2012. Kuitenkin jo osana Ennakoiva hoito ja tulevaisuus – hanketta alkuvuodesta 2009 opiskelijat Laakso, Artsvik, Niemi, Lustedt, Aarnio, Keto ja Pitkänen laativat kyselyn Lohjan sairaanhoitoalueen (Hiiden alueen) toimijoille. Kyselyssä kartoitettiin toimijoiden välistä yhteistyötä sekä tiedonkulun puutteita. Kysely lähetettiin 49 alueen toimijalle, jotka edustivat alueen terveyskeskuksia, Lohjan sairaalaa, Lohjan seudun sydänyhdistystä ja apteekkeja ja muita yksityisiä toimijoita.

Kyselyyn vastasi ainoastaan 10 toimijaa, joten tulokset eivät ole kovin kattavia. Myöskään vastaajien taustaorganisaatioita ei ole eritelty. Opiskelijat poimivat kuitenkin aineistosta joitain tiedonkulkua haittaavia tekijöitä ja kehitysehdotuksia, jotka Pumppu-hankeessakin on syytä huomioida.

Vastaajien näkemyksen mukaan tiedonkulkua eri toimijoiden välillä vaikeuttavat eniten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon puutteelliset potilastiedot. Esimerkiksi potilaan taustatietoja, tietoa aikaisemmista sairaalajaksoista, suunnitelluista jatkotoimista tai tietoja lääkityksestä ei välttämättä saada. Tieto myös kulkee hitaasti. Yhteisiä toimintakäytäntöjä tiedonkulun suhteen ei ole. Tiedonkulun ongelmia aiheuttavat mm. ajanpuute, henkilöstön vaihtuvuus, monessa toimipisteessä toimiminen sekä yhteistyön puutteet, esimerkiksi yhteisten palaverien puuttuminen kaikkien eri toimijoiden välillä. Myös potilassuojalaki hankaloittaa tiedonkulkua. Siitä, pitäisikö potilastiedot välittää sähköisesti, paperilla vai suullisesti, vastaajat olivat melko erimielisiä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliseen yhteistyöhön oltiin kuitenkin melko tyytyväisiä. Kotisairaanhoidossa käytössä oleva potilaskansio edisti hyvää tiedonkulkua.

Toimijoiden välisen tiedonkulun parantamiseksi ehdotettiin mm. säännöllisiä yhteisiä koulutustilaisuuksia ja tapaamisia. Myös yhteisiä käytäntöjä eri toimijoiden välille toivottiin sekä yhtenäisen tietojärjestelmän käyttöönottoa. Riittävät resurssit

ja esimerkiksi koordinaatiosta vastaavan henkilön palkkaaminen yhteistyötä edistämään saivat myös mainintoja.

Kahdeksalla vastaajalla kymmenestä oli yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Esimerkiksi teemaviikolla yhteistyö eri toimijoiden välillä konkretisoituu. Myös yhteisiä toimintaohjeita on. Tieto toimijoiden välillä kulkee usein potilaan kautta, eli potilaan mukaan annettujen tietojen myötä. Yleisimmin mukana kulkevat epikriisi, sairaanhoitajan lähete, lääkekortti ja lääkitystiedot, mutta myös mm. laboratoriovastaukset. Erityisesti potilaalle suunnattua informaatiota oli antanut vain kolme vastaajaa. Samaten, kolme vastaajaa oli selvittänyt, minkälaista tietoa sydänpotilaat itse kokivat tarvitsevansa.

Kahdeksan vastaajaa kymmenestä näki, että toimijoiden välistä yhteistyötä tulisi lisätä ja sydänpotilaan hoitopolkua kehittää. Jo aiemmin ehdotettujen yhteisten koulutusten ja tapaamisten lisäksi ehdotettiin panostamista netissä olevan tiedon tarjoamiseen ikäihmisille sopivassa muodossa. Pysyvään painonhallintaan liittyvää toimintaa haluttiin kehittää. Myös apteekkien selkokielisten lääkeohjeiden saatavuutta haluttiin parantaa ja kuntapäätäjien tietoisuutta yhteistyön puutteista lisätä.

Vastaajilta pyydettiin omaa näkemystä siitä, mitkä kaikki tahot kuuluvat sydänpotilaan hoitopolkuun. Koska hoitopolku jo käsitteenä usein rajataan pelkästään koskemaan hoitotoimenpiteitä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa, ei liene yllättävää, että kyselyvastauksissa mainittiin useimmin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimijat. Mainittiin toki myös kuntoutukseen liittyviä toimijoita sekä potilasta tukevia toimijoita, kuten sosiaalityöntekijät ja mielenterveystyö. Myös potilas omaisineen ja potilasjärjestöt mainittiin. Vain yksi vastaaja oli liittynyt liikuntatoimen sydänpotilaan hoitopolkuun. Koska Pumppu-hankkeessa painopiste on toisaalta kuntoutuksessa, toisaalta erityisesti ennakoivassa hoidossa, on tavoiteltava laajempaa näkemystä sydänpotilaan hoitopolusta. Usein käytetään termiä palveluketju kuvaamaan laajempaa toimijajoukkoa. Tässä kuitenkin käytämme käsitettä hyvinvointipolku korostamaan tarkastelun kansalaisnäkökulmaa ja fokusta nimenomaan hyvinvointipalveluihin.

Opiskelijat Andström, Gabrielsson, Jääskelä ja Karstila, jotka laativat kuvauksen sydänpotilaan hoitopolusta hankkeen tulosten pohjalta, kävivät läpi aiempien opiskelijaryhmien keräämiä empiirisiä tuloksia. He tiivistävät toimijoiden kokemukset hoitopolun tiedonkulusta allaoleviin kohtiin.

Toimijoiden välistä tiedonkulkua hidastavat tekijät:

- erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon puutteelliset tiedot
- erilaiset toimintatavat, yhtenäiset käytännöt puuttuvat
- yhteistyön puute, informointi puutteellista, apteekkia ei huomioida
- puutteellinen kirjaaminen ja raportointi, viivästynyt tiedonkulku
- epikriisit viiveellä
- henkilöstön vaihtuminen, sairauslomat
- kolmivuorotyö

Tekijät, jotka vaikuttivat tiedonkulun toimivuuteen:

- kotisairaanhoidon kansio kulki potilaan mukana
- vastuhenkilö osittain selvillä
- tietojärjestelmät ovat kehittyneet
- organisaatiotasoa on sopivan kokoinen
- omalääkäritoiminta sujuvaa
- Navitas-järjestelmä helpottaa tiedonkulkua

Tiedonkulun edistäminen on yksi Pumppu-hankkeen keskeisiä kehittämiskohteita mm. Pärjäin-konseptin (ks. Meristö & al. 2010) ja Turun yliopiston pilotoinnin kautta. Yhtenäisten toimintakäytänteiden syntyyn toimijoiden välisessä yhteistyössä panostetaan mm. toimintamallien rakentamisen ja hyvien käytänteiden kuvaamisen kautta.

2.1.2 Kysely sydänyhdistysten hallitusten jäsenille

Laakso, Nina; Niemi, Maria. Sydänpotilaiden hoitopolku ja toimijoiden välinen tiedonkulku sydänyhdistysten hallitusten jäsenten näkökulmasta. Opinnäytetyö. Laurea, 2010. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/24124>

Sydänpotilaan hoitoon osallistuville toimijoille laaditussa kyselyssä tuli esille monia hoitopolun ongelmakohtia, liittyen mm. tiedonkulkuun ja toimijoiden väliseen yhteistyöhön. Opiskelijat Laakso ja Niemi halusivat selvittää, millainen tiedonkulun ja toimijoiden välisen yhteistyön tilanne on sydänyhdistyksissä toimivien henkilöiden näkökulmasta. He toteuttivat kyselyn Lohjan seudun, Karkkilan seudun ja Vihdin sydänyhdistysten hallitusten jäsenille keväällä 2010. He saivat kyselyyn 18 vastausta.

Kyselyn vastaajista suurin osa oli miehiä (13 henkilöä). Puolet sairasti itse jotain sydänsairautta. Iältään vastaajat yhtä lukuun ottamatta olivat yli 60-vuotiaita. Kaksi kolmesta vastaajasta arvioi sydänyhdistyksen tärkeimmäksi tehtäväksi vertaistuen antamisen. Myös ennaltaehkäisevä työ ja sydänpotilaan ohjaaminen koettiin tärkeäksi.

Vastaajat arvioivat, että jäsenet saavat eniten tietoa sydänyhdistyksen toiminnasta muilta sairastuneilta, mutta myös tiedotusvälineistä ja sairaalasta. Vain puolet vastaajista puolestaan arvioi tarvitsevansa itse sydänyhdistyksen toimijana enemmän tietoa jäsenistään. Tietoa toivottiin mm. jäsenten sairaudesta ja voinnista. Tällä hetkellä tietoa saatiin pääasiassa jäseniltä itseltään, mutta myös omaisilta. Omasta toiminnasta tiedotetaan eniten lehti-ilmoituksilla, jakamalla esitteitä ja infotilaisuuksilla. Lisäksi toimintaa esitellään mm. kerhokokouksissa, osallistumalla sydänviikkoon, järjestämällä erilaisia matkoja ja tempauksia.

Kaksi kolmesta vastaajasta arvioi oman sydänyhdistyksensä tekevän yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Terveyskeskuksen, sairaalan ja kotihoidon kanssa yhteistyötä tehtiin vain vähän. Eniten yhteistyötä oli muiden kolmannen sektorin toimijoiden kanssa (61% vastauksista). Yhteistyötä tehdään mm. osallistumalla muiden järjestämiin tilaisuuksiin ja järjestämällä yhteisiä tilaisuuksia. Apteekkien kanssa tehdään yhteistyötä esim. verenpaineen ja kolesterolin mittauksissa. Myös kunnan liikuntatoimen kanssa tehdään yhteistyötä erityisryhmien liikuntaan liittyen. 87% vastaajista olisi halukas myös lisäämään yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa, esimerkiksi diabetesyhdistyksen, eläkeläisjärjestöjen, sairaalan, terveystieteiden keskuksen ja apteekin kanssa.

Yhtä lukuun ottamatta kaikki vastaajat näkivät sydänyhdistyksellä olevan tärkeä rooli sydänpotilaan hoitopolussa. Sydänyhdistyksen rooliksi arvioitiin useimmin tiedon jakaminen, vertaistuen antaminen sekä virkistystoiminnan järjestäminen.

Yleisesti sydänpotilaan hoitopolkuun arvioitiin useimmin kuuluvan potilas itse sekä terveyskeskus, myös omaiset, apteekki, sairaala, työterveyshuolto ja potilasjärjestöt saivat mainintoja vähintään puolelta vastaajista.

Puolet vastaajista arvioi, ettei potilas saa tällä hetkellä riittävästi yksilöllistä tietoa toimijoilta sairautensa eri vaiheissa. Tiedonkulkua hidastaviksi tekijöiksi arvioitiin useimmin potilastietojärjestelmät ja toimijoiden välisen yhteistyön puute, myös potilassuojalaki ja tiedonpuute. Avovastauksissa todettiin mm., ettei tiedonkulku sairaalasta terveyskeskukseen toimi, jolloin kuntoutusvaiheessa on hoitopolussa selkeä katkoskohta. Todettiin myös, ettei tieto kulje myöskään lääkärin vaihtuessa. Kaksi kolmesta arvioi tiedonkulun ja hoitopolun sujuvuuden olevan tällä hetkellä kohtalaisella tasolla, loput arvioivat asioiden olevan huonosti.

2.1.3 Kysely Lohjan seudun sydänyhdistyksen jäsenille

Hölsä, Irina; Rautiainen, Mette; Salomäki, Päivi; Skog, Minna; Vuotila, Marja. Hoitotavat potilasnäkökulmasta. Työpaperi 2009.

Kaltto, Tomi; Leiman-Suvisaari, Francisca; Kellokumpu, Susanna; Peräkylä, Niina. Sydänpotilaan sosiaaliset verkostot. Työpaperi 2009.

Andström, Kaija; Gabrielsson, Viola; Jääskelä, Salme; Karstila, Kaisu. Sydänhoitopolku. Työpaperi 2010.

Sydänpotilaita tutkittiin EHT-hankkeessa sydänyhdistyksen jäsenille lähetetyllä kyselyllä sekä halukkaille toteutetuilla jatkohaastatteluilla. Opiskelijat suunnittelivat ja analysoivat kyselyn kahdessa osassa, ensimmäisen opiskelijaryhmän (Hölsä, Rautiainen, Salomäki, Skog, Vuotila) keskittyessä hoidon etenemiseen, tiedonsaantiin sekä potilastyytyväisyyteen ja toisen (Kaltto, Leiman-Suvisaari, Kellokumpu ja Peräkylä) keskittyessä potilaiden sosiaalisiin verkostoihin. Kysely toteutettiin keväällä 2009 ja jatkohaastattelut syksyllä 2009.

Kyselylomaketta lähetettiin 552 kappaletta Lohjan seudun sydänyhdistyksen jäsenille. Näistä 206 palautettiin määräajan puitteissa, eli vastausprosentti oli 37. Vastanneista 74% oli itse sairastunut sydänsairauteen. Loput vastaajat koostuivat muista sydänyhdistyksen jäsenistä: omaisista, ystävistä sekä kannatusjäsenistä. Heitä ohjeistettiin vastaamaan kyselyyn sairastuneen omaisen näkökulmasta tai soveltuvien osin.

Vastaajista 59% oli naisia ja 41% miehiä. Kolme neljästä vastaajasta oli 61-80-vuotiaita. Sairastumisesta kuluneen ajan ilmoittaneista kolme neljästä (111 henkilöä) oli sairastanut sydänsairautta yli 5 vuotta. Alle vuoden sairastaneita oli vain viisi henkilöä (3%). Eniten vastanneissa oli sepelvaltimotautiin sairastuneita (41%), sydäninfarktiin saaneita oli 20% ja rytmihäiriöistä kärsiviä 19% vastanneista. Monet vastaajista sairastivat useampaa sydänsairautta.

Enemmistö vastaajista (59%) oli sitä mieltä, että lääkäri otti sairauden ensioireet todesta. Kuitenkin 14% vastaajista oli sitä mieltä, ettei lääkäri ottanut oireita lainkaan todesta, sydäninfarktien saaneiden kohdalla näin koki jopa 22%. Toimintaan ambulanssissa ja erikoissairaanhoidossa oltiin pääasiassa tyytyväisiä. Erikoissairaanhoidossa jopa 63% oli täysin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Perusterveydenhuollon osalta tyytymättömiä oli enemmän, täysin tyytyväisiä oli kolmannes vastaajista. Erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa huonoja kokemuksia aiheuttivat erityisesti lääkärin vaihtuvuus ja kiire.

Todella merkittävänä puutteena voidaan pitää sitä, että 63% vastaajista on sitä mieltä, ettei ole saanut lainkaan kuntoutusta sairastumisensa jälkeen. Yli 5 vuotta sairastaneet ovat tässä ja monessa muussa kohden hivenen positiivisempia kuin alle 5 vuotta sitten sairastuneet. Tämän voi tulkita joko niin, että hoito on mennyt vielä aiempaa huonompaan suuntaan, tai mahdollisesti hiljattain sairastuneilla hoidon epäkohdat ovat paremmin muistissa.

Tiedon saanti omasta sairaudesta sairaalassaoloaikana oli kohtalaisella tasolla: yli puolet oli lähes tai täysin samaa mieltä siitä, että on saanut tarpeeksi tietoa sairastamastaan sydänsairaudesta ennen kotiutumista. Tiedonsaanti kotiutuksen jälkeen sen sijaan koettiin puutteelliseksi: 34% kysymykseen vastanneista oli sitä mieltä, ettei ole saanut lainkaan tietoa sairastamastaan sydänsairaudesta kotiutuksen jälkeen. Myös ohjaus sairaalassaoloaikana toimi paremmin kuin kotiutuksen jälkeen. 42% kysymykseen vastanneista oli sitä mieltä, ettei ole saanut lainkaan ohjausta sairastamastaan sydänsairaudesta kotiutuksen jälkeen, sairaalassaoloaikana näin arvioi 19% vastanneista.

Toisen osan kyselystä laativat ja toteuttivat opiskelijat Kaltto, Leiman-Suvisaari, Kellokumpu ja Peräkylä. Tämä osio käsitteli sydänpotilaan sosiaalisia verkostoja ja tuen tarvetta. Tulosten perusteella kolme tärkeintä tuensaannin paikkaa ovat sairaala, perhe ja terveyskeskus. ”Virallisessa” ympäristössä sydänpotilaat kokevat saavansa parhaiten tukea lääkäreiltä, riippumatta siitä asioivatko he sairaalassa, poliklinikalla vai terveyskeskuksessa. Myös hoitajilta saatiin paljon tukea. Tukea saatiin eniten neuvojen ja keskustelun muodossa. Lähiyhteisöstä tärkeimmät tukijat olivat puoliso ja lapset, joiden kanssa voi keskustella ja jotka myös kuuntelevat sydänpotilaan huolia. Myös ystävien kanssa keskustelu ja kuuntelu olivat tärkeimmät tuen muodot, perheen merkitys tuen lähteenä on kuitenkin selkeästi tärkeämpi kuin ystävien. Vertaisryhmien merkitystä tuen lähteenä ei arvioitu kovin merkittäväksi, harrastuksen merkitys arvioitiin tärkeämmäksi. Harrastuksissakin tärkeintä oli päästä keskustelemaan muiden kanssa. Pumppu-hankkeen kannalta on mielenkiintoista pohtia, millainen merkitys vertaisryhmillä sosiaalisen tuen muotona voisi olla, mikäli niitä laajamittaisesti olisi totuttu käyttämään.

Vastanneet toivoivat lisää tukea lähinnä ”virallisilta” auttajatahoilta, eli sairaalalta, terveyskeskuksesta, lääkäreiltä ja hoitajilta. Erityisesti kuntoutusvaiheessa moni kokee jäävänsä tyhjän päälle. Myös sydänyhdistykseltä toivottiin jonkin verran enemmän tukea. Vastaajat kaipasivat konkreettisia neuvoja liittyen sekä itse sairauteen että arkipäivään sairauden kanssa ja terveellisempään elämään. Opiskelijat arvioivat, että juuri kotiutumisasiheeseen tulisi kehittää uusia potilaan tukemisen muotoja. Tähän haasteeseen Pumppu-hanke pyrkii löytämään uusia toimintatapoja esimerkiksi yhdistysten kanssa yhteistyössä. Kuten opiskelijatkin toteavat, yhdistysten toimintaa rajoittavat taloudelliset reunaehdot. Olisi hyvä, jos yhdistykset voisivat entistä enemmän mainostaa omaa toimintaansa esimerkiksi sairaaloissa, mutta tähän eivät yhdistysten resurssit välttämättä riitä.

Kyselyssä kysyttiin myös vapaamuotoisesti hyviä ja huonoja kokemuksia hoidosta. Hyviä hoitokokemuksia oli erityisesti hoitoon pääsyn nopeudesta, hoidon asiantuntevuudesta ja hyvästä hoidosta. Myös kuntoutus ja sairauden seuranta saivat kiitosta. Osa vastaajista koki, että hoidon onnistuminen oli kiinni tietystä hoitavasta lääkäristä tai hoitopaikasta. Silloin, kun potilas on hengenvaarassa ja hoito onnistuu, voivat kokemukset olla hyvinkin myönteisiä: ”Sain uuden elämän”. Huonoja hoitokokemuksia oli selvästi vähemmän kuin hyviä. Kun kritisoitavaa oli, useimmin valitettiin hoitoon pääsyn ja hoidon etenemisen hitaudesta. Moni myös koki, ettei ole saanut riittävästi hoitoa tai tukea, erityisesti kuntoutusvaiheessa. Mainittiin myös kohdalle osunut tyyli kohtelu tai hoidon kuluessa ilmenneet hankaluudet.

Opiskelijat Andström, Gabrielsson, Jääskelä ja Karstila tekivät osana sydänhoitopolun kuvausta myös koosteen sydänpotilaiden kyselyn tuloksista, joista tähän on nostettu keskeisimmät huomiot sellaisenaan:

Sydänpotilaiden kokemuksia saamastaan tuesta ja ohjauksesta erikoissairaanhoidossa

- noin puolet koki saaneensa tukea hoitohenkilöstöltä
- ohjaus kuntoutukseen ja jatkohoitoon puutteellista
- seuranta kotiuttamisen jälkeen heikkoa
- ohjaus sydänsairaudesta puutteellista ennen kotiutumista ja sen jälkeen
- lääkärin merkitys sydänpotilaan tukijana tärkeä
- erikoissairaanhoidon jälkeen potilas jää ”tyhjän päälle”
- turvallinen hoitoketju puuttuu
- hoitoon pääsy hidasta
- vertaistuki leikkauksen jälkeen puutteellista
- terveyskeskuksessa ei aina tiedetä, mitä potilaalle on tehty
- lähiomaisen tukeminen puutteellista

Vastaajista 66% oli tyytyväisiä perusterveydenhoitoon, naiset tyytyväisempiä kuin miehet. Tekijät, jotka vaikuttivat tyytymättömyyteen:

- tiedon puute sairaudesta
- lääkityksen tarkkailun puute
- vertaistuen puute
- hoitoon pääsy vaikeaa
- jatkumo puutteellista, potilaaseen ei pidetä yhteyttä kun sairastumisesta on kulunut pitkä aika
- terveyskeskuksessa ei oireita sairastumisen alussa otettu vakavasti
- sairauden toteamisen jälkeen pitkä jonotusaika leikkaukseen
- terveyskeskuksilla tiedon puute potilaalle tehdyistä toimenpiteistä
- terveyskeskuksella ei ole ohjelmaa potilaan leikkauksesta toipumisen seurantaan eikä sydänpotilaan kuntoutuksesta
- kuntoutuksen puute sairastumisen jälkeen
- potilasohjaus puutteellista ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen

2.1.4 Lohjan seudun sydänyhdistyksen jäsenten haastattelut

Hallenberg, Laukkanen, Markelin, Räikkönen, Uusitalo. Hankeraportti. Työpaperi, 2009.

Olijslager, Christopher; Lainio, Kati; Lindström, Yulia; Seppänen, Tiina. Sydänpolku-hankkeen raportti. Työpaperi, 2009.

Kopio, Irja-Liisa; Makkonen, Elisa; Paunila, Seija; Peltola, Kirsi. Voimaantuminen. Työpaperi, 2010.

Lohjan seudun sydänyhdistyksen jäsenille toteutetussa kyselyssä kysyttiin halukkuutta osallistua tarkentavaan haastatteluun. Sairaanhoidajaopiskelijat toteuttivat haastattelut opintojakson osana syksyllä 2009. Haastattelut olivat puolistrukturoituja sisältäen sekä kysymyksiä, joissa oli valmiita vastausvaihtoehtoja että avokysymyksiä, joissa haastateltavat saivat omin sanoin kertoa omasta sairaudestaan ja kokemuksista hoidon eri vaiheissa. Opiskelijaryhmät myös analysoivat haastatteluaineistot osissa.

Haastatteluja toteutettiin yhteensä 66 kpl. Haastateltavista oli naisia 44% ja miehiä 56%. Suurin osa vastaajista oli yli 60-vuotiaita. Vain kaksi haastateltavista oli sairastuneen omaisia, kaikki muut sairastivat itse jotain sydänsairautta. Yleisimmät sydänsairaudet olivat sepelvaltimotauti sekä sydäninfarkti. Miehillä sydäninfarkti oli naisia yleisempi (52% vastaajista, naisilla 38%:lla). 27 haastateltavalle (41%) oli tehty ohitusleikkaus ja 25:lle (38%) pallolaajennus, miehille naisia useammin. Vastaajista vain yhdellä ei ollut taustalla mitään sydänsairauteen vaikuttavaa riskitekijää. Kahdella kolmesta oli taustalla sukurasite ja puolella korkea verenpaine.

Opiskelijat Olijslager, Lainio, Lindström ja Seppänen perehtyivät haastateltavien kokemuksiin hoidon eri vaiheissa sekä näkemyksiin tuen tarpeesta. Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon niin ambulanssissa, erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa. Tyytymättömiä oltiin perusterveydenhuoltoa kohtaan: neljännes vastaajista oli melko tai täysin tyytymätön saamaansa hoitoon. Erikoissairaanhoidossa tyytymättömiä oli vain 2 henkilöä. Ambulanssissa saamaansa hoitoon oli tyytymätön joka kymmenes. Puolella naisista ja neljänneksellä miehistä ei ollut kokemusta hoidosta ambulanssissa. Opiskelijat pohtivat, että naiset hakeutuvat hoitoon miehiä aikaisemmin miesten mahdollisesti vähätellessä omia oireitaan.

Vapaamuotoisissa kuvauksissa eri hoitotilanteista ensihoitotilanne kuvattiin usein osaavaksi ja asiantuntevaksi, luotettavaksi ja turvalliseksi. Muutamia huonoja kokemuksia oli siitä, ettei potilaan kokemusta kuunneltu. Sairaalahoidossakin kommentit olivat pääosin myönteisiä. Jonkin verran kielteistä palautetta annettiin hoitohenkilökunnan käytöksestä, kiireestä ja vääristä hoitotoimenpiteistä. Myös

hoitoon poliklinikalla oltiin pääasiassa tyytyväisiä, huonoina puolina mainittiin kiire, odottaminen ja ympäristön rauhattomuus.

Haastatteluissa selvitettiin potilaiden näkemyksiä siitä, millaista ohjausta he olisivat kaivanneet sairauden eri vaiheissa. Reilu kolmannes ei ollut saanut tai edes kaivannut minkäänlaista ohjausta ennen sairastumista. Oma sairastuminen oli tullut osalle yllättäen, ilman että omia riskitekijöitä oli lainkaan ajateltu. Kuudesosa vastaajista tiesi mielestään riittävästi ilman erillistä ohjausta, joskin kaikilla tieto ei silti vaikuttanut elintapoihin. Noin kolmannes vastaajista olisi kaivannut enemmän ohjausta ennen sairastumista. Eniten kaivattiin tietoa sydänsairauksista ja niiden riskitekijöistä, terveellisistä elintavoista sinänsä moni koki tietävänsä jo tarpeeksi. Seitsemän vastaajaa olisi kaivannut ennen sairautta oireiden ottamista todesta; taustalla saattoi olla vääriä diagnooseja ja vääriä hoitomuotoja. Lisätieto sydänsairauksien epätyypillisistä oireista olisi ollut tarpeen.

Sekä sairauden puhjettua että toipilasaikana vajaa kolmannes vastaajista koki saaneensa riittävästi ohjausta ja tietoa. Noin joka kuudes ei kokenut tarvinneensa ohjausta. Viidesosa olisi kaivannut enemmän tietoa sairauden puhjettua, mm. sairaudesta, lääkityksestä ja ravinnosta. Toipilasaikana tietoa ja ohjausta toivottiin enemmän. Muutamalla sairastuminen oli tapahtunut niin nopeasti, ettei ohjaukselle olisi ollut aikaa sairastumishetkellä. Joka kymmenes toivoi lääkäreiltä enemmän aikaa, huomiota ja nopeampaa hoitoon pääsyä. Toipilasaikana muutama haastateltava koki jääneensä täysin vaille ohjausta, jopa heitteille. Vertaistukea kaipasi lisää vain kaksi vastaajaa sairauden puhjetessa ja yksi sairastumisen jälkeen.

Haastateltavilta kysyttiin, millaista tukea tai kuntoutusta he ovat saaneet sairastumisen jälkeen. Eniten oli saatu ohjausta ruokavalioon (56% vastaajista) ja liikuntaan (39% vastaajista). Vain kolmannes oli ohjattu terveyskeskuksen säännöllisen seurannan pariin. Vain muutamia potilaita oli ohjattu sopeutumisvalmennuskursseille. Miehiä oli ohjattu naisia enemmän liikuntaan sekä terveellisiin elämäntapoihin. Opiskelijat Olijslager, Lainio, Lindström ja Seppänen arvelevat tämän heijastavan miesten naisia huonompia elämäntapoja.

Haastateltavat olisivat kaivanneet enemmän keskustelua ja vertaistukea, tietoa sairaudesta ja tarvittavista elämäntapamuutoksista. Noin kolmannes vastaajista oli tyytyväinen saamaansa tukeen tai kuntoutukseen tai ei osannut nimetä, mitä olisi toivonut enemmän. Tukea toivottiin eniten lääkäreiltä (42%) ja hoitajilta (29%). Asiantuntijatiedon merkitys koetaan siis keskeiseksi. Kaikki eivät kuitenkaan mitään erityistä tukea kaivanneet, vaan osa vastaajista koki pärjäävänsä itsekseen. Joka kolmas vastaajista ei nimennyt yhtään tahoa, jolta olisi toivonut enemmän tukea tai ohjausta.

Puolet vastaajista toivoi tukea ja kuntoutusta yksilöohjauksena ja puolet ryhmäohjauksena. Kokonaistasolla naisten ja miesten vastauksissa ei ole eroa tässä kysymyksessä. Naisvastaajilla iän merkitys toiveisiin kuitenkin korostuu miehiä enemmän. Yksilöohjausta toivoivat erityisesti nuorimmat (enintään 60-vuotiaat) ja vanhimmat (yli 80-vuotiaat) vastaajat. Eniten ryhmäohjausta kannattavat 61-70-vuotiaat naiset. Pumppu-hankkeen näkökulmasta voidaan todeta palveluiden räätälöinnin tarpeellisuus; on hyvä voida tarjota sekä yksilö- että ryhmäohjausta sen mukaisesti, kumpaa halutaan. Samaten, tulee huomioida erilaiset toiveet ohjauksen saannin suhteen. Viralliselta taholta saatava ohjaus koetaan tärkeäksi, vaikka vertaistuellekin tilausta löytyy.

Opiskelijat Kopio, Makkonen, Paunila ja Peltola arvioivat sydänpotilaiden antamia vastauksia voimaantumisen näkökulmasta. Voimaantumisella tarkoitetaan terveydenhuollossa potilaan kykyä tunnistaa omat voimavaransa, jolloin potilaan toimintakyky ja itsemääräämisoikeus paranevat (Tuorila 2009). Opiskelijat arvioivat voimaantumista edistäviksi tekijöiksi haastattelujen perusteella seuraavat:

- lääkärin antaman ohjauksen sairaalassa, työterveyshuollossa, terveyskeskuksessa ja yksityisellä lääkäriasemalla.
- sairaanhoitajan antaman suullisen ja kirjallisen ohjauksen
- oma aktiivinen tiedonhaku, tupakoinnin lopettaminen, ruokavalion noudattaminen, harrastukset ja liikunta
- sydänyhdistyksen infotilaisuudet ja lehti
- omaiset
- jatkoseuranta, kuntoutusjaksot, kotisairaanhoito, fysioterapia ja terveystori

Ei-voimaannuttaviksi tekijöiksi he arvioivat seuraavat:

- puutteellisen ohjauksen; sairauteen liittyvissä asioissa, ruokavalio-ohjauksessa, liikunnan ja rasituksen määrässä ja lääkitykseen liittyvissä asioissa
- luottamuspuula; ei otettu todesta ja hoitohenkilökunnan tönkeys
- puutteellinen seuranta/ jatkohoito/ kuntoutus; ei päässyt kuntoutukseen, ei soitettu vaikka luvattiin ja laitettiin liian aikaisin kotiin
- tuen puute; liian vähän keskustelua, liian vähän henkistä tukea ja ei kysytty vointia
- hoitohenkilökunnan kiire

Tiedon ja ohjauksen myötä potilaalla on paremmat valmiudet tehdä päätöksiä omassa elämässään ja asioissa, jotka häntä koskevat.

2.1.5 Kysely Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistysten jäsenille

Juutilainen, Hanna; Kaukojärvi, Jenni; Vihersaari, Maiju. Sydänpotilaan kokemus saamastaan ohjauksesta Vihdin ja Karkkilan alueella. Opinnäytetyö. Laurea, 2010.
<https://publications.theseus.fi/handle/10024/23032>

Opiskelijat Juutilainen, Kaukojärvi ja Vihersaari toteuttivat kyselyn Vihdin ja Karkkilan sydänyhdistysten jäsenille osana opinnäytetyötään. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää, missä sairauden vaiheessa potilas kykenee parhaiten ottamaan vastaan ohjausta ja missä muodossa. Kyselyyn vastasi 26 henkilöä ja vastausprosentti oli 35. Vastaajista enemmistö oli 61-80-vuotiaita, naisia ja miehiä vastaajissa oli melko tasaisesti. Vastanneista kaksi kolmesta oli itse sairastunut sydänsairauteen, suurin osa yli 5 vuotta sitten. Yleisin sydänsairaus oli sepelvaltimotauti.

28% vastaajista koki, ettei lääkäri ottanut sairauden ensioireita lainkaan todesta. Kuten aiemmassa, Lohjan seudun sydänyhdistykselle tehdyssä kyselyssä, tässäkin kyselyssä suurin osa vastaajista oli täysin tyytyväinen erikoissairaanhoidossa saamaansa hoitoon, mutta selkeästi tyytymättömämpi hoitoon perusterveydenhuollossa. Myös tiedonsaantiin oltiin tyytyväisempiä sairaalassa kuin terveyskeskuksessa. Sydänyhdistykseltäkin moni koki saavansa riittävästi tietoa, internet sen sijaan ei ollut yli puolella lainkaan tiedonlähteenä.

Vain puolet vastaajista oli lähes tai täysin samaa mieltä siitä, että oli saanut tarpeeksi ohjausta sairastumisen jälkeen. Lähes tai täysin tarpeeksi ohjausta sai sairaalassa neljä viidestä, mutta terveyskeskuksessa vain joka kolmas. Myös sydänyhdistykseltä sai lähes tai täysin tarpeeksi ohjausta noin joka kolmas. Internetin merkitys oli tässäkin kysymyksessä pieni. Ohjausta oli saatu pääasiassa suullisesti ja eniten lääkäriltä. Lähes kaksi kolmesta vastaajasta arvioi olevansa parhaiten valmis ottamaan vastaan ohjausta heti sairastumisen jälkeen, kun taas kolmasosa arvioi paremmaksi saada ohjausta vasta kuukauden päästä sairastumisesta.

Vastaajat pitivät tärkeänä terveydenhuoltohenkilökunnalta saatua suullista ohjausta. Toivottiin, että toisaalta oireet otettaisiin todesta ja toisaalta, että sairautta seurattaisiin paremmin. Myös omahoito-ohjeita kaivattiin sekä sosiaalista tukea niin itselle kuin omaisille. Kirjallisena tietoa haluttiin eniten epikriisin muodossa, omahoito-ohjeina sekä tietona lääkityksestä. Hyvänä asian hoidon kulussa nousi esiin hoitohenkilöstö ja sairastuneen hyvä kohtelu.

Kirjalliseen ohjaukseen haettiin ratkaisuja jo Ennakoiva hoito ja tulevaisuus – hankkeen puitteissa, jossa opiskelijatyönä laadittiin erilaisia potilasoppaita terveyskeskuksissa jaettaviksi.

2.1.6 Kysely Sydänviikon osallistujille

Kuparinen, Sanna; Lahti, Maarit; Parviainen, Tari; Suomi, Marika. Hankeharjoittelu, ennakoiva hoito ja tulevaisuus-hanke. Työpaperi 2011.

Opiskelijat Kuparinen, Lahti, Parviainen ja Suomi laativat huhtikuussa 2011 pienimuotoisen kyselyn Lohjan sydänyhdistyksen ja Laurea Lohjan järjestämän Sydänviikon tapahtumiin osallistujille. Kyselyn aihepiirinä oli pitkäaikaissairaana kokema tuen tarve hoidon eri vaiheissa. Sydänviikon tapahtumien lisäksi kyselylomaketta oli saatavilla yhdessä apteekissa. Kyselyyn saatiin 19 vastausta, joista 5 miehiä. Suurin osa vastaajista sairasti jotain sydänsairautta. Vastaajat olivat 55-88 vuotiaita.

Vastaajista 10 arvioi, ettei ole saanut tukea ja 14 arvioi, ettei ole saanut vertaistukea. Ennen sairastumista moni ei osannut vielä tukea tai vertaistukea kaivata, mutta moni olisi myös kaivannut tietoa terveellisistä elämäntavoista ja tukea elämäntapamuutoksen tekemiseen. Muutama vastaaja olisi kaivannut myös henkistä tukea jo ennen sairastumista.

Sairastumisen alku- tai akuuttivaiheessa olisi kaivattu enemmän tukea terveydenhuollon puolelta ja toisaalta myös vertaistukea. Esimerkiksi olisi kaivattu tietoa siitä, millaiset oireet ovat sydänperäisiä ja miten työkyky palautuu. Vertaistuelta olisi kaivattu erityisesti saman kokeneen kanssa keskustelua. Myös henkistä tukea ja seuraa kaivattiin.

Kysymykseen tuen ja vertaistuen tarpeesta kuntoutusvaiheessa oli osa jättänyt vastaamatta. Osa koki saaneensa kuntoutusvaiheessa hyvin tukea mm. Aslak-kuntoutuskurssilta. Osa olisi kaivannut seuraa ja keskustelukumppania. Myös kysymykseen tuesta ja vertaistuesta normaaliin arkeen palaamisen tukena oli osa jättänyt vastaamatta tai viitannut aiempiin vastauksiinsa. Tämä antaa osviittaa siitä, että hoidon eri vaiheissa tuen tarve koetaan samanlaiseksi. Keskusteluapua kaivataan kaikissa sairauden vaiheissa. Terveydenhuollon rooli korostuu sairauden alkuvaiheessa. Toisaalta myös viimeisessä kysymyksessä normaaliin arkeen palaamisessa osa vastaajista kaipasi pidempää jälkivalvontaa ja nopeampaa lääkäriin pääsyä.

Näinkin pienessä vastaajajoukossa toiveet tuen sisällöstä vaihtelevat laidasta laitaan. Toinen arvostaa vertaistukea ja keskustelukumppania, toinen faktatietoa sairauden syistä. Siksi sydänpotilaalle tarjolla olevaa tukea sairauden eri vaiheissa ei voida suunnitella yhden muotin mukaan vaan hoidon räätälöinnin tarve tulee esiin tässäkin.

2.2 Diabetespotilaille ja heidän kanssaan toimiville tahoille suunnatut kyselyt ja haastattelut

Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeessa kartoitettiin sekä diabetesta sairastavien että heidän kanssaan toimivien tahojen näkemyksiä hoidon tämänhetkisestä tilasta. Diabeteksen parissa toimiville tahoille toteutettiin kysely. Lisäksi haastateltiin alueen diabeteshoitajia ja –ohjaajia. Diabetespotilaita lähestyttiin Lohjan seudun diabetesyhdistyksen jäsenille suunnatun kyselyn sekä jatko-haastatteluiden kautta. Lisäksi laadittiin kysely nuorille diabeetikoille vertaistoimintaan liittyen.

2.2.1 Kysely ja haastattelut diabetestoimijoille

Taskinen, Emmi; Mulari, Elina; Hyvönen, Sanni; Savaloja, Riikka-Leena. Diabetes-kysely toimijoille. Työpaperi. 2010

Lahdelma, Sari; Hepoaho, Jari; Nivalainen, Sampo. Ennakoiva hoito ja tulevaisuus hanke. Hankeraportti. 2010

Keväällä 2010 opiskelijat Taskinen, Mulari, Hyvönen ja Savaloja toteuttivat kyselyn toimijoiden välisestä yhteistyöstä diabeteksen kanssa toimiville tahoille. Kysely lähetettiin 81 diabetestoimijalle Lost yhteistoiminta-alueella ja perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueella. Kohderyhmänä oli toimijoita terveydenhuollon eri sektoreilta. Vastauksia saatiin 15 kappaletta. Suurin osa vastaajista oli sairaanhoitajia, jotka työskentelivät eri rooleissa diabeteksen parissa (mm. kotihoidossa, terveyskeskuksen vuodeosastolla, päivystyksessä).

Vastausten perusteella eri toimijoiden välillä on yhteistyötä, lähinnä diabeteshoitajan, jalkahoitajan, Lohjan sairaalan, tarvikejakelun sekä lääkäreiden välillä. Tiedonkulkua toimijoiden välillä edisti mm. diabeteshoitajien toiminta. Sisäisen tiedonkulun arvioitiin toimivan hyvin. Tiedonkulun ongelmia ovat mm. kommunikaatiopuutokset ja resurssien puute, erityisesti ajan puute. Myös yhteisen sähköisen järjestelmän puuttuminen julkisen ja yksityisen sektorin välillä hidastaa tiedonkulkua. Tähän toivottiin jatkossa parannuksia. Myös yhteiset toimintatavat eri organisaatioiden välillä puuttuvat, tähän toivottiin ratkaisuksi yhteisiä palavereita.

Tieto tehdyistä tutkimuksista kulkee julkiselta yksityiselle ja kolmannelle sektorille vain osittain. Potilaiden mukana kulkee kuitenkin monenlaisia tietoja, mm. lääketietoja ja hoitosuunnitelmia. Toimijat selvittävät myös potilaiden tiedontarvetta esim. keskustelemalla.

Kehittämistarpeita nähtiin erityisesti erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuslääkäreiden kanssa. Resursseja toivottiin enemmän. Esimerkiksi toivottiin yhteistä diabetestyöryhmää sekä potilaalle ns. diabeteskorttia. Yleisesti haluttiin lisätä ennakoivaa otetta diabeteksen hoidossa, mm. lisäämällä tiedotusta, panostamalla diabeteksen ehkäisyyn työterveyshuollossa sekä parantamalla diabetesyhdistyksen näkyvyyttä. Myös riskiryhmiä toivottiin kartoitettavan ja ohjausta ja tukemista lisäävän.

Opiskelijat Lahdelma, Hepoaho ja Nivalainen lähestyivät diabetesta ja metabolista oireyhtymää hoitavia tahoja siitä näkökulmasta, millaisia ohjausmenetelmiä nämä käyttävät potilaiden ohjauksessa. Samalla he selvittivät myös toimintaa ja yhteistyötä yleisemmin. Opiskelijat haastattelivat yhdeksää diabeteshoitajaa / ohjaajaa keväällä 2010. Opiskelijat tulkitsivat suurimman osan diabetespotilaita ohjaavista noudattavan motivoivan hoidon periaatteita, jolloin pyritään löytämään ja kannustamaan potilaan sisäistä motivaatiota omien elintapojen parantamiseksi. Ohjaavien tahojen vastausten perusteella he kuitenkin arvioivat, etteivät nykyiset resurssit juurikaan riitä ohjauksen vaikutusten seuraamiseen vaan toiminta painottuu elämäntapamuutosten suunnitteluun ja muutoksen käynnistämiseen.

Resurssien rajallisuus koetaan siis keskeisenä toimintaa rajoittavana ongelmana. Vaatii ajattelutavan muutosta yhteiskunnassa ymmärtää ennaltaehkäisevän hoidon kustannustehokkuus suhteessa korjaaviin toimenpiteisiin. Periaatteellisen tason ymmärryksestäkin on vielä matkaa arkipäivän talousmatematiikkaan, jossa tämän päivän sairauskustannuksista ei voida tinkiä, eikä resursseja näin ennaltaehkäisyyn ja huomispäivän kustannuksissa säästämiseen ole riittävästi. Kuitenkin palveluiden sujuvoittaminen, teknologian hyödyntäminen ja päällekkäisyyksien poistaminen, joihin Pumppu-hankekin tähtää, voivat osaltaan pienentää tämän päivän sairaanhoidon kustannuksia. Siitä, kohdennetaanko syntyvät säästöt ennaltaehkäisyn voimavarojen lisäämiseen, ei luonnollisestikaan ole takeita.

2.2.2 Kysely Lohjan seudun diabetesyhdistyksen jäsenille

Rattola, Taru; Berg, Henna; Haikarinen, Ville. Ennakoiva hoito ja tulevaisuus. Hankeharjoittelu. Työpäperi 2010.

Opiskelijat Rattola, Berg ja Haikarinen laativat kyselyn Lohjan diabetesyhdistyksen jäsenille keväällä 2010. Kyselylomakkeita lähetettiin 780 kappaletta ja vastauksia saatiin 322 kappaletta, jolloin vastausprosentti oli 42,3%. Lähes yhdeksän kymmenestä vastaajasta sairasti itse diabetesta, loput olivat tyypillisesti diabeetikon perheenjäseniä. Naisvastaajia oli hieman miehiä enemmän, enemmistö vastaajista oli eläkeikäisiä, jotka olivat myös sairastaneet diabetesta jo pitkään. Kaksi kolmesta sairasti tyypin 2 diabetesta. Puolella vastaajista oli myös korkea verenpaine.

Kahdella kolmasosalla hoitava yksikkö oli kyselyhetkellä terveyskeskus, neljäsosalla sairaala ja viidellä prosentilla työterveyshuolto. Kyselyssä kysyttiin myös tyytyväisyyttä hoitoon eri yksiköissä, mikäli näistä on kokemusta. Opiskelijat eivät ole analysoineet vastauksia vähäisten vastausmäärien vuoksi muuta kuin terveyskeskuksen osalta, jossa tyytyväisyytensä arvioi 88% vastaajista. Tyytyväisyys terveyskeskuksessa saatuun hoitoon asettui keskiarvoltaan melko neutraaliksi. Opiskelijat epäilevät kysymystä hankalasti muotoilluksi.

Kyselyn vastaajat olivat melko tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen liittyen diabetekseen, sen hoitoon, seurantaan ja elämäntapoihin. Ohjaus katsottiin pääasiassa melko riittäväksi. Jalkojen omahoidon ja lisäsairauksien ehkäisyn ja hoidon osalta ohjaus arvioitiin puutteellisimmaksi.

Vastaajilta kysyttiin myös, keneltä he ovat saaneet tukea ja minkälaista tuki on ollut. Kysymyksen vastausvaihtoehdot on kysymyspatteriston alussa esitelty muodossa ei lainkaan, jokseenkin puutteellisesti, lähes riittävästi, täysin riittävästi (arvot 1-4). Kysymyssarakkeissa vastausvaihtoehdot on kuitenkin lyhennetty muotoon ei lainkaan, jokseenkin, lähes ja täysin. Näin on tulkinnanvaraista, ovatko ”jokseenkin” vastanneet ohjeiden mukaisesti arvioineet tuen jokseenkin puutteelliseksi vai jokseenkin riittäväksi. Sekä sairaalassa, poliklinikalla että terveyskeskuksessa tuen määrä on arvioitu kutakuinkin saman suuruiseksi, lääkäreiden osalta arvo on noin 2,7, mikä sijoittuu vastausvaihtoehtojen ”jokseenkin” ja ”lähes” välille. Hoitajien osalta tuen määrä vaihtelee välillä 2,7-2,9. Toisilta potilailta tukea on saatu vain vähän. Tuki oli pääasiassa keskustelua, neuvoja ja opastusta. Vastaajien omassa lähiyhteisössä tukimuotona oli pääasiassa keskustelu. Parhaiten tukea saatiin puolisolta ja muilta perheenjäseniltä. Muiden läheisten tuki jäi vastauksissa vähäiseksi. Esimerkiksi vertaisryhmien kohdalta tuen määräksi arvioitiin 1,5, mikä sijoittuu ”ei lainkaan” ja ”jokseenkin” välille. Myös vastauksia näihin muihin läheisiin käsitteleviin alakysymyksiin saatiin muita vähemmän. Kaksi kolmesta arvioi muiden suhtautuvan sairauteensa neutraalisti ja neljännes myötäeläen. Kuitenkin vastaajista vajaa 7% arvioi muiden suhtautuvan heihin vältellen, jopa karttaen.

Vastaajia pyydettiin vielä arvioimaan kolme tärkeintä tahoa, jolta he ovat saaneet diabeteksen hoidon tärkeimmän tuen. Tärkeimmäksi tueksi nousi vastauksissa terveyskeskus, toiseksi tärkeimmäksi perhe ja kolmanneksi tärkeimmäksi sairaala.

Kysely antaa diabeteksen hoidosta ja ohjauksesta melko laimean kuvan. Räreitä epäkohtia ei ole, mutta ei myöskään suuria onnistumisia. Hoitoon ollaan kutakuinkin tyytyväisiä ja ohjausta ja tukea on saatu lähes riittävästi. Viralliselta taholta tuleva ohjaus koetaan tärkeäksi, samoin perheen rooli. Vertaistuen merkityksen vähäisyys saattaa johtua vertaistukiryhmien vähäisyydestä ja kokemusten puutteesta.

2.2.3 Lohjan seudun diabetesyhdistyksen jäsenten jatkohaastattelut

Lehtinen, Riekkinen, Rättö ja Schavo. Kokemukset diabeteksen omahoidon toteutumisesta ja tuen tarpeesta. Työpaperi, 2011.

Korpi, Tia; Markelin, Katja. Diabeetikon kokemukset saamastaan elintapaohjauksesta. Opinnäytetyö. Laurea, 2011.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/30075>

Lohjan seudun diabetesyhdistyksen jäsenille suunnattuun kyselyyn vastanneilta kysyttiin halukkuutta osallistua jatkohaastatteluun. Haastatteluja toteutti kaksi opiskelijaryhmää. Opiskelijat Lehtinen, Riekkinen, Rättö ja Schavon haastattelivat 30 henkilöä. Haastatteluissa keskityttiin diabetespotilaiden tiedonsaantiin ja tuen tarpeeseen. Haastateltavista naisia oli 13 ja miehiä 17. Kaksi kolmesta haastateltavasta sairasti tyypin 2 diabetesta. Kolme neljästä vastanneesta oli sairastanut diabetesta yli viisi vuotta. Puolet hoiti diabetestaan terveyskeskuksessa, noin kolmannes sairaalassa. Muutama käytti yksityisiä terveyspalveluita tai työterveyshuoltoa.

Vain kaksi haastateltavaa koki terveydentilansa huonoksi, pääasiassa haastateltavat olivat siis hyvävointisia. Kaksi kolmesta koki saavansa tukea läheisiltään, erityisesti puolisoiltaan. Sairauteen liittyvää tietoa oli saatu pääasiassa lääkäriltä ja diabeteshoitajalta, mutta myös Diabetesliitosta ja Diabeteslehdessä. Uutta tietoa oli saatu elämäntapoihin ja lääkitykseen liittyen. Tieto oli monella myös vaikuttanut elämäntapoihin. Lähes kaikki arvioivat omaksuneensa tiedon hyvin. Myös läheisten arvioitiin saaneen useimmiten riittävästi tietoa sairaudesta.

Haastatteluissa kysyttiin erikseen diabeteksen liitännäissairauksiin (kuten sydän- ja munuaissairaudet) liittyvän tiedon saannista. Joka kolmas koki, ettei ole saanut mitään tietoa liitännäissairauksista. Kuitenkin vain neljä vastaajaa ei tiennyt kysyttäessä, miten liitännäissairauksia ehkäistään. Mm. ruokavalio, liikunta ja elämäntavat sekä hoitotasapaino mainittiin ehkäisykeinoina. Lähes puolet vastaajista koki, ettei olisi kaivannut enempää tietoa liitännäissairauksista. Toisaalta lähes puolet vastaajista ei ollut saanut tietoa liitännäissairauksien hoidosta lainkaan. Myös jalkojenhoidon omahoidon ohjauksesta kysyttiin haastateltavilta. Puolet haastateltavista arvioi, ettei ole saanut lainkaan ohjausta jalkojen omahoitoon. Ohjauksen puutteita koettiin kaikissa hoitoyksiköissä.

Haastateltavista joka kolmas koki, että ei ole saanut riittävästi tukea hoitoyksiköstään. Tyytymättömyys oli kutakuinkin samantasoista sekä sairaalassa että terveyskeskuksessa asioivilla. Kaivattiin tiheämpiä lääkärikontakteja sekä

painonhallintaan ja ruokavalioon liittyvää ohjausta. Eniten kaivattiin nimenomaan kontaktia lääkäriin tai hoitajaan, mutta myös vertaistuen mainitsi joka viides.

Haastateltavat kokivat lähes kaikki vointinsa hyväksi. Kuitenkin he kaipasivat sairautensa tiheämpää seuranta. Myös liitännäissairauksista kaivattiin enemmän tietoa ja jalkojen hoidon ohjaus koettiin puutteelliseksi. Tietoa terveellisistä elämäntavoista haastateltavilla oli ja tieto oli usealla myös vaikuttanut omiin elintapoihin.

Opiskelijat Korpi ja Markelin haastattelivat 20 kyselyyn vastannutta opinnäytetyötään varten. He fokusoivat haastattelut diabetespotilaiden saamaan elintapaohjaukseen. Haastateltavat olivat saaneet ohjausta terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa diabeteshoitajalta, ravitsemusterapeutilta, lääkäriltä ja työterveyshoitajalta. Myös diabetesliiton julkaisuista oli saatu tietoa.

Kaksi kolmesta haastateltavasta oli saanut ravintoon liittyvää ohjausta. Suurin osa tiesi jo entuudestaan säännöllisen ateriarytmin tärkeyden, mutta tietoa oli saatu mm. annoskoosta ja terveellisistä valinnoista. Puolet oli saanut ohjausta painonhallintaan. Liikuntaan liittyen ohjausta oli saanut vain joka kolmas, mutta haastateltavat kokivat, ettei ohjauksesta ollut juuri hyötyä. Moni harrasti jo ennestään liikuntaa. Suurin osa ei kokenut kaipaavansa enempää ohjausta. Ne, jotka ohjausta kaipasivat lisää, toivoivat konkreettisia neuvoja ravintoon ja liikuntaan liittyen. Myös lääkehoidosta kaivattiin lisää ohjausta.

Ohjauksen jälkeen diabetespotilaat arvioivat parantaneensa ruokailutottumuksiaan. Myös liikuntaa oli lisätty. Säännöllisen elämänrytmin arvioitiin helpottaneen elintapamuutosten tekoa. Diabetekseen sairastumisen myötä elintapamuutosten tekeminen saatettiin kokea myös pakkona. Positiiviset tulokset veren sokeriarvoissa kuitenkin kannustavat jatkamaan, vaikka mielitekoja olisikin vaikea kokonaan hillitä.

Kaiken kaikkiaan haastateltavat kokivat elämäntapansa melko terveellisiksi ja kokivat hallitsevansa diabeteksen kanssa elämisen hyvin. Opiskelijat kuitenkin toteavat, että elintapaohjaukseen panostaminen kannattaa, sillä suurimmat diabeteksen hoidon kustannukset tulevat diabeteksen liitännäissairauksista. He toteavat, että konkreettiset ohjeet oikeanlaisesta ravinnosta ja valintojen tekemisestä sekä neuvot painonpudotukseen ja liikuntaan olisivat tarpeen. Esimerkiksi painonhallintaryhmissä vertaistuki voisi tuoda lisämotivaatiota. Toisaalta, koska elintapamuutosten teko etenee yksilöllisesti, tarvitaan myös yksilöohjausta. Opiskelijat toteavat, etteivät elintapamuutokset kosketa vain yksittäisiä ihmisiä vaan tukea tarvitaan koko yhteiskunnalta. Terveyttä tukeva elinympäristö auttaa tekemään terveyttä edistäviä valintoja arkipäivässä.

2.2.4 Nuorten vertaistukiryhmän tarvekartoitus

Ikola, Miiä; Järvelä, Anne; Lindström, Mia; Nikah, Sanna. Tyypin 1 diabetekseen sairastuneiden nuorten vertaistukiryhmän tarvekartoitus. Työpäpaperi 2011.

Opiskelijat Ikola, Järvelä, Lindström ja Nikah kartoittivat nuorten, tyypin 1 diabetesta sairastavien mielipiteitä vertaisryhmätoiminnasta sen arvioimiseksi, olisiko tällaiselle toiminnalle tarvetta Lohjalla. Kartoitus toteutettiin kyselyllä, joka lähetettiin 41:lle vuosina 1990-95 syntyneelle nuorelle keväällä 2011. Vastauksia saatiin vain seitsemän. Näistä vain yksi oli halukas osallistumaan vertaistukiryhmään suoralta kädeltä, kolme oli valmis harkitsemaan osallistumista. Kolmella oli jo kokemusta ryhmäohjauksesta leireiltä ja diabeteskeskukselta. Tärkeimpinä tukihenkilöinä koettiin oma perhe ja ystävät sekä diabeteshoitaja.

Internetissä tapahtuvaan ohjaukseen oli halukkaita osallistumaan vastaajista neljä. Kaksi kannatti enemmän kasvokkaista ohjausta ja yksi ei kokenut kaipaavansa ohjausta lainkaan. Jos vertaistoimintaan osallistuttaisiin, käsiteltäviksi aihepiireiksi ehdotettiin ruokavalioon, harrastuksiin, parisuhteeseen ja koulunkäyntiin liittyviä aiheita ja keskustelua yleisesti. Ryhmän yhteiseksi tekemiseksi ehdotettiin ruuanlaittoa ja liikuntaa, myös asiantuntijaluentoja.

Nuorten aktivoiminen vastaamaan osoittautui tässä kyselyssä haasteelliseksi. Samaten, nuorten innostuminen vertaistoiminnasta edellyttää nuorten toiveiden tarkkaa kuuntelua.

2.3 Ennaltaehkäisy: nuorten riskiryhmien kartoitus

Fallenius, Heidi; Huolman, Marika; Kenenounis, Annika; Korhonen, Jenni; Luukkanen, Sirpa. Riskiryhmien kartoitus. Työpäpaperi, 2009.

Huolman, Marika; Kenenounis, Annika. Nuorten terveydenlukutaito tulevaisuutta ennakoivana tekijänä. Opinnäytetyö, 2010.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/20943>

Osana Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hanketta laadittiin nuorten riskiryhmien kartoituskysely. Opiskelijat Fallenius, Huolman, Kenenounis, Korhonen ja Luukkanen laativat kyselyn peruskoulun yhdeksäsluokkalaisille viidessä lohjalaisessa koulussa keväällä 2009. Tarkoituksena oli kartoittaa nuorten elintapoja sekä näkemyksiä sydänsairauksien riskitekijöistä. Seuraavana vuonna opiskelijat Huolman ja Kenenounis päättivät jatkaa aiheen parissa opinnäytetyössään ja toteuttivat saman kyselyn pienin muutoksin Karviaisen ja Lostin alueen 13 eri koululle.

Tässä tulosten esittely painottuu myöhempään, laajempaan kyselyyn. Opiskelijoiden tulosten analysoinnissa on ikävä kyllä joitain virheitä. Siksi tässä käytetään tarpeen mukaan alkuperäisiä aineistoja. Aineistoista on poimittu myös uusia näkökulmia, joita ei opiskelijoiden analyysissa ole käsitelty.

Vuoden 2009 suppeampaan kyselyyn vastasi 243 oppilasta (vastausprosentti 40.6) ja vuoden 2010 laajempaan kyselyyn 641 oppilasta (vastausprosentti 49.9). Tästä myöhemmästä kyselystä on tässä tarkastelussa kuitenkin jätetty pois 10 vastauslomaketta, joissa kysymyksiin on vastattu puhtaasti huumorimielessä, jolloin käsiteltäviä vastauksia on 631 kappaletta. Vastaajissa oli melko tasaisesti tyttöjä ja poikia; ensimmäisessä kyselyssä tyttöjä oli 48% ja toisessa 52% vastaajista. Kysymykset käsittelivät terveyttä, harrastuksia ja liikuntaa, ravitsemusta, päihteitä, sosiaalisia suhteita, rahakäyttöä sekä terveystietoja.

Noin yhdeksän kymmenestä koululaisesta arvioi terveytensä olevan joko hyvä tai erinomainen. Pojat arvioivat terveytensä tyttöjä paremmaksi, eroja tuli erityisesti siinä, arvioitiinko terveys hyväksi vai erinomaiseksi (laajemmassa kyselyssä tytöillä terveys erinomainen 21% vastaajista, pojilla 36%). Samaten Lost-alueen vastaajat arvioivat terveytensä Karviaisen alueen vastaajia useammin erinomaiseksi (32% Lostin alueen vastaajista, 25% Karviaisen alueen vastaajista). Karviaisen alueen tytöt arvioivat terveytensä kaikkein harvimmoin erinomaiseksi (16% vastaajista).

Terveytensä kohtalaiseksi tai huonoksi kokevia oli laajemmassa kyselyssä 62 kappaletta. He nukkuivat muita vähemmän, harrastivat vähemmän liikuntaa, tupakoivat ja joivat alkoholia muita enemmän. He myös söivät jonkin verran muita epäterveellisemmin, mutta erot eivät olleet kovin suuria. He olivat muita yksinäisempiä ja viettivät muita useammin aikaa yksin tai netissä. Heillä oli muita useammin erilaisia sydänsairauksien riskitekijöitä sekä itsellä että lähisuvussa. Tämä ei luonnollisestikaan ole koko totuus vaan myös tässä terveytensä kohtalaiseksi tai huonoksi arvioivien joukossa on monia terveydestään parhaan taitonsa mukaan huolehtivia, esimerkiksi 40% heistäkin arvioi syövänsä terveellisesti. Monet sydänsairauksille altistavat tekijät kuitenkin kulkevat rinta rinnan. Siksi tarkastelemme tarkemmin, millaisia sydänsairauksille altistavia piirteitä koululaisten vastauksista löytyy ja onko löydettävissä riskiryhmiä, eli sellaisia vastaajia, joille huonoja elämäntapoja kasautuu, eli jotka esimerkiksi syövät epäterveellisesti, liikkuvat liian vähän, käyttävät päihteitä, nukkuvat liian vähän ja omaavat mahdollisesti vielä sukurasitteen.

Ravintoon, liikuntaan, päihteisiin, terveydentilaan ja painoon liittyvät kysymykset on tässä tarkastelussa pisteytetty ja laskettu yhteen sen arvioimiseksi, miten epäterveelliset elämäntavat ja taustatekijät ryhmittyvät, toisin sanoen, miten suurella joukolla vastaajista riskitekijät kasaantuvat. Ravintoon liittyen pisteitä sai terveellisten ruokien syömisestä ja kouluruokailuun osallistumisesta ja pisteitä

menetti herkkujen syönnistä ja suolan lisäämisestä ruokaan. Liikuntaan liittyen pisteitä sai liikunnan harrastamisesta sekä koulumatkojen kulkemisesta pyörällä tai kävellessä. Päihteisiin liittyen pisteitä menetti tupakan ja alkoholin käytöstä. Terveydentilaan pisteitä sai, mikäli arvioi oman terveydentilansa hyväksi, tai jos itsellä tai perheessä ei ollut korkeaa verenpainetta tai kolesterolia eikä diabetesta. Painoon liittyen pisteitä sai, jos painoindeksi oli alle 25 eli normaalipainon rajoissa. Maksimissaan pisteitä voi saada 9.

Vastanneet luokiteltiin kolmeen ryhmään, alle 5, 5-7 ja yli 7 pistettä saaneisiin, jotka nimettiin riskiryhmäksi, keskiverroksi ja terveellisiksi. Alle viisi pistettä saaneita vastaajia oli kyselyssä 59. He menettivät pisteitä erityisesti päihteisiin liittyvistä kysymyksistä, sillä heistä kolme neljästä tupakoi ja neljä viidestä käyttää alkoholia useamman kerran kuukaudessa. Koko aineistossa tupakoitsijoita on noin viidennes ja alkoholia vastaavasti käyttäviä noin kolmannes. Toisaalta liikunnasta pisteitä ei ole mennyt yhtä selkeästi, sillä vähän pisteitä saaneista puolet harrastaa liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Vaikka myös liikunnassa ryhmien välillä on eroja, ero ei kuitenkaan ole suuruusluokaltaan yhtä ilmeinen. Sen sijaan suolan käyttö sekä limsojen ja energiajuomien käyttö veivät tässä ryhmässä myös selkeästi pisteitä.

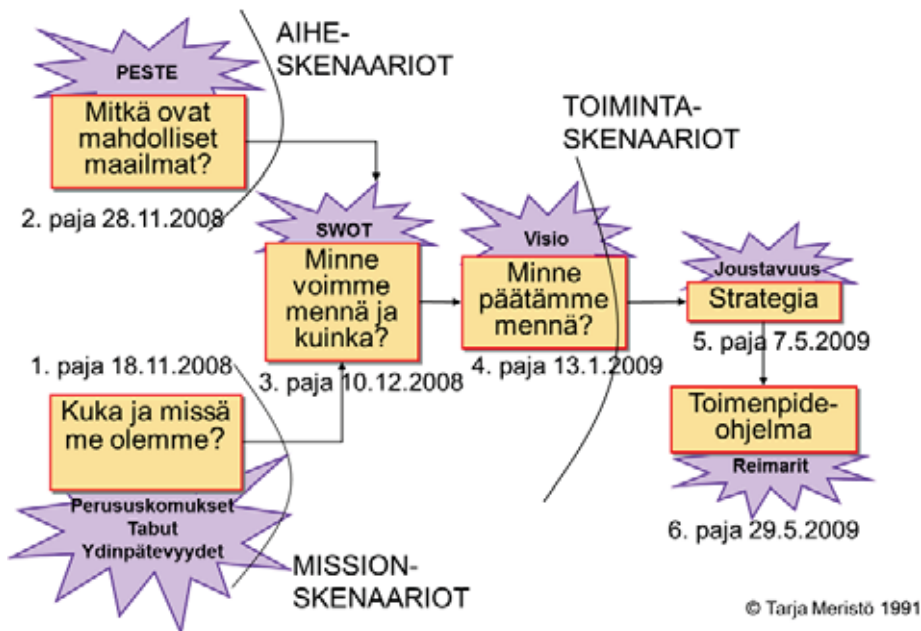
Vähän pisteitä saaneesta riskiryhmästä 64% on poikia. Lostin ja Karviaisen välillä ei ole eroja eri ryhmiin kuulumisessa. Vaikka myös riskiryhmään tässä luetut harrastavat melko paljon liikuntaa, heillä liikunnan harrastamisen syynä ovat muita useammin painon pudotus ja kavereiden tapaaminen ja muita harvemmin se, että liikunta on mukavaa. Moni myös harrastaisi liikuntaa enemmän, jos löytäisi itselle sopivan lajin. Vähemmän pisteitä saaneet söivät koulupäivän aikana enemmän karkkia kuin enemmän pisteitä saaneet, terveellisesti elävät valitsivat muita useammin välipalaksi hedelmän. Riskiryhmäläiset myös söivät muita useammin ulkona. Kaikki ryhmät syövät kuitenkin kutakuinkin samoja ruokia ulkona syödessään, eniten hampurilaisia ja muuta pikaruokaa.

Tämän tarkastelun pohjalta hyvä keino tavoittaa terveyden suhteen riskiryhmässä olevia nuoria on panostaa erityisesti tupakoivien parissa tehtävään työhön, sillä tupakoivilla oli tämän tutkimuksen perusteella taipumusta muita useammin myös muihin epäterveellisiin tapoihin. Liikuntaharrastusten lisääminen ei monen nuoren kohdalla ole tarpeellista, joskin mielekkään lajin löytäminen voisi vielä lisätä innostusta harrastamiseen. Arkipäivän liikunnan määrän lisääminen on varmasti hyödyksi kaikille nuorille. Myös terveellisten ruokatottumusten eteen on vielä paljon tehtävää. Erityisesti keinot edistää kouluruuan syömistä ja terveellisten välipalojen saatavuutta ovat tarpeen. Moni terveelliset elämäntavat omaava myös mietti valintojaan muita enemmän, joten nuorten tietoisuuden lisääminen terveellisistä valinnoista kannattaa.

2.4 Sydän- ja diabetespotilaan hoitopolut ja pullonkaulat

2.4.1 Ennakoiva työpajaprosessi sydän- ja diabetespotilaiden hoidon kehittämiseksi

Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeessa toteutettiin opiskelijoiden töiden lisäksi tulevaisuuden ennakoinnin työpajaprosessi yhdessä alueen toimijoiden kanssa talvella 2008-2009. Prosessin tavoitteena oli luoda toimijoiden kanssa yhteinen visio diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien ehkäisystä ja hoidosta alueella. Työpajoissa arvioitiin nykytilannetta ja hoitopolun tämänhetkisiä pullonkauloja sekä tulevaisuuden haasteita ja laadittiin kolme vaihtoehtoista tulevaisuuden kehityskulkua. Näiden pohjalta täsmennettiin askeleet yhteisen vision saavuttamiseksi. Työpajoihin osallistui toimijoita sekä julkiselta, yksityiseltä että kolmannelta sektorilta. Prosessi toteutettiin toimintaskenaariotyöskentelyn vaihejaon mukaisesti (kuva 3). Työpajat veti Tarja Meristö yhdessä Seija Ollin, Sanna Partamiehen ja Anne Makkosen kanssa.



Kuva 3 Työpajatyöskentelyn eteneminen toimintaskenaariotyöskentelyn mallin mukaisesti.

Tämänhetkisestä tilanteesta työpajoissa todettiin, että ajan, resurssien ja tiedon puute haittaavat ennakoivan terveydenhuollon toteuttamista. Myös asenteet kaipaavat päivytystä, sekä päättäjillä, alan toimijoilla että kansalaisilla.

Kuntatalouden tiukka rahatilanne pakottaa tekemään valintoja sen suhteen, miten rahavirtoja ohjataan. Ennakoivan hoidon tulokset näkyvät vasta pitkällä aikajänteellä, eikä vaikuttavuutta ole helppo mitata. Näin ollen todettiin, että tietoa ennakoivan terveydenhuollon eduista tulisi lisätä. Yksilön tasolla ei välttämättä haluta ottaa vastuuta omasta terveydestä vaan vedotaan esimerkiksi sukurasitteeseen tai uskotaan lääkehoidon korjaavan ongelmat. Toisaalta usein terveellinen vaihtoehto on epäterveellistä kalliimpi. Yksilöitä tulisi kannustaa muutokseen, mutta kuitenkin syyllistämättä. Eri toimijoiden välistä yhteistyötä pitäisi myös kehittää ja päällekkäisyyksiä vähentää. Tässä yhtenä esteenä nähtiin myös tietosuojaja, joka määrittelee tarkkaan, miten tieto saa kulkea toimijalta toiselle. Työpajoissa arvioitiin myös, että tulisi tietää tarkemmin alueen terveysprofiilit ja -tottumukset esim. kunnittain ja ikäryhmittäin, sekä tulevaisuuden tarpeet, jotta toimintaa osattaisiin suunnata entistä paremmin. Myös alueen palvelutarjontaa tulisi kartoittaa sekä panostaa terveystiedon levittämiseen. Pumppu-hankkeessa alueen palvelutarjontaa selvitetään opinnäytetyön muodossa. Ennakoivan terveydenhoidon linkittäminen hoitopolkuun on myös yksi Pumppu-hankkeen tavoitteista. Samaten tiedonkulun saumattomuus on hankkeessa tarkastelun kohteena Pärjäin-konseptin (Meristö & al. 2010) ja Turun yliopiston pilotin kautta.

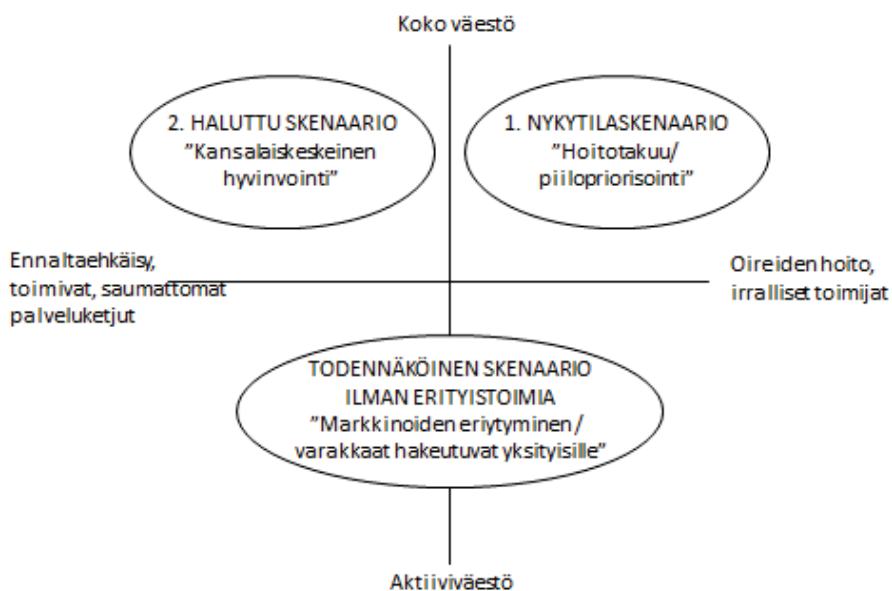
Erilaisia tulevaisuuden haasteita kartoitettiin työpajoissa useasta näkökulmasta hyödyntäen PESTE-analyysia, jossa etsitään poliittisia, ekonomisia, sosiaalisia, teknologisia ja ekologisia tulevaisuuden muutostekijöitä. Esiin nousi mm. kilpailuttaminen ja priorisointi. Todettiin, että kilpailutuksia tulisi tehdä kokonaisuuksina, ei pieninä osasina. Tulisi panostaa pienten toimijoiden verkottumiseen ja yhteistyöhön ja myös palveluiden tasalaatuisuuteen. Kiristyvä kuntatalous asettaa herkästi kustannussäästöt etusijalle. Samalla stressi ja kiire yleistyvät eri elämänalueilla, jolloin uhkana on välinpitämättömyyden lisääntyminen sekä omasta terveydestä että yleisesti esimerkiksi ympäristöstä. Työpajassa pohdittiin myös yksityisten yritysten merkityksen kasvamista terveydenhuollossa ja sitä, miten yritykset saadaan mukaan sairauksien ennaltaehkäisyyn. Kolmannen sektorin rooli nähtiin myös tärkeänä, esimerkiksi vertaisvetäjien arveltiin tavoittavan ammattilaista paremmin syrjäytymisuhan alaisia. Mietittiin myös hyvä- ja huono-osaisuuden polarisaatiota, jossa vaikuttavat monenlaiset tekijät koulutustasosta perimään. Nämä vaikuttavat monella tapaa terveydentilaan ja mahdollisuuksiin terveydentilaa ylläpitää. Arvioitiin myös, että tulevaisuudessa kansainvälisyys, maahanmuutto ja monikulttuurisuus lisääntyvät.

Pohdittiin myös tiedon asemaa tulevaisuudessa, kun tietoa on kaikkien helposti saatavilla. Toisaalta myös teknologiset apuvälineet tuovat käytettäväksi uudenlaista tai aiempaa helpommin saatavaa seurantatietoa omasta terveydentilasta. Myös terveyden seurannan testit kehittyvät ja voivat toimia

herätteenä omasta terveydestä huolehtimiseen. Tietoisuuden kasvu voi antaa syyksensä myös kansanliikkeille ja yhteisölliselle toiminnalle.

Pumppu-hankkeessa näistä esiin nousseista tulevaisuuden haasteista pureudutaan erityisesti eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön ja palvelukokonaisuuksien muodostamiseen. Kolmannen sektorin roolin selkiyttäminen osana erityisesti ennakoivaa ja kuntouttavaa hyvinvointipolkua on yksi tavoitteista ja vertaisvetäjien merkitystä tarkastellaan esimerkiksi juuri syrjäytymisen ehkäisyssä. Lisäksi, palvelustrategioiden ja palvelusetelin mahdollisuuksien kartoittamisen kautta etsitään vaihtoehtoisia palveluiden toteutus- ja rahoitusmalleja.

Työpajatulosten pohjalta luonnosteltiin kolme vaihtoehtoista tulevaisuuden hyvinvoinnin kehityskulkua, joista ensimmäinen oli nykytilaskenaario ”Hoitotakuu / piilopriorisointi”, toinen haluttu skenaario ”Kansalaiskeskeinen hyvinvointi” ja kolmas todennäköinen skenaario ilman erityistoimia ”Markkinoiden eriytyminen / varakkaat hakeutuvat yksityisille”. Skenaariot eroavat toisistaan pääpiirteissään siinä, painottuuko hoito oireiden hoitoon vai ennaltaehkäisevään toimintaan, ja kohdistuvatko toimet koko väestöön vai vain aktiiviseen väestön osaan (ks. kuva 4).



Kuva 4 Hyvinvoinnin tulevaisuuden skenaariot työpajaprosessin tuloksena.

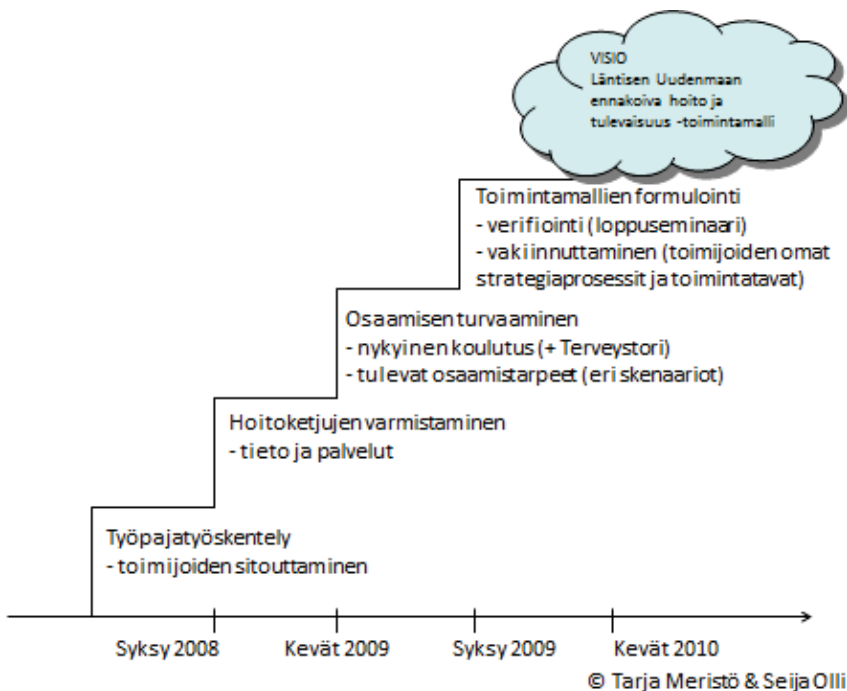
Skenaarioiden vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet (swot-analyysi) arvioitiin pienryhmissä sydänsairauksien ja diabeteksen näkökulmasta. Nykytilan osalta vahvuudeksi arvioitiin eri toimijoiden selkeät roolit ja vahva osaaminen, hyvät fasilitteetit ja hoidon pääsyn varmuus tarpeen vaatiessa. Sen sijaan arvioitiin, että

toimijat ovat liian keskittyneitä omaan rooliinsa yhteistyön kustannuksella. Tätä tukevat myös tiedonkulun ongelmat. Mahdollisuuksia nykytilanteeseen luo toimivien hoitoketjujen aikaansaaminen ja eri toimijoiden yhteistyön vahvistaminen, esimerkiksi kolmannen sektorin mukaan ottaminen. Myös tekniikan kehityksessä nähtiin mahdollisuuksia. Uhat puolestaan liittyivät tässä resurssien riittämättömyyteen ja toimijoiden suureen vaihtuvuuteen. Myös riskiryhmien seuranta nähtiin puutteellisenä, jolloin syrjäytymisen riski kasvaa.

Halutussa skenaariovaihtoehdossa, jossa painopiste on koko väestön ennaltaehkäisyyn painottavassa terveydenhuollossa, vahvuutena nähtiin hoitoketjujen toimivuus ja palveluiden tasa-arvoisuus. Kun palvelut kattavat koko väestön ja terveyttä arvostetaan, myös elämänlaatu on väestössä keskimäärin korkea. Heikkoutena tässä skenaariossa nähtiin se, että kattavan ennaltaehkäisyn toteuttaminen vaatii paljon resursseja ja toimintatapojen muutoksia. Jos tämä ei toteudu, riskinä on, että raha muodostuu kynnyskysymykseksi ja hoitopolku ei toimikaan saumattomasti. Myös tiedonkulkuun on tietoisesti panostettava. Haluttu skenaariovaihtoehto sisältää kuitenkin paljon mahdollisuuksia potilaiden hyvän ja kokonaisvaltaisen hoidon kannalta. Myös kansalaisten vaikutusmahdollisuudet paranevat. Uhkana kuitenkin on, että ennakoiva hoito kärjistyy syyllistämiseksi, jolloin valtaistuminen kääntyy vastuuttamiseksi ja vääristä elämäntavoista syyllistämiseksi. Toisaalta ennakoiva terveydenhuolto kuitenkin edellyttää paljon myös yksilöiltä, jolloin skenaarion uhkana voidaan nähdä ihmisten välinpitämättömyys.

Markkinoiden eriytymisen skenaario, joka nähtiin todennäköisenä kehityskulkuna, ellei erityistoimiin suunnan kääntämiseksi ryhdytä, nähtiin perustaltaan eriarvoistavana. Skenaariossa hyvää hoitoa saavat ne, joilla on varaa tai jotka ovat aktiivisia. Skenaarion vahvuutena nähtiin se, että yksityisellä sektorilla hoito voi olla todella laadukasta ja voi syntyä terveydenhuollon huippuyksiköitä. Asiakkaan tarpeet tulevat hoidossa hyvin esille, tosin vain, jos on varaa hoidosta maksaa. Skenaarion heikkoutena nähtiinkin eriarvoistuminen, syrjäytymisen lisääntyminen, sosiaalisen näkökulman vähäisyys ja julkisten palveluiden näivettyminen. Skenaariossa mahdollisuutena nähtiin hoidon laadun paraneminen, joka saattaisi heijastua myös julkiselle sektorille. Yksityisen sektorin kasvussa on hyviäkin puolia, mikäli se toimisi julkisen sektorin rinnalla tuoden valinnanvaraa, aktivoiden kansalaisia ja parantaen laatua. Uhkana kuitenkin on, että julkisen sektorin palvelut heikkenevät ja julkisten palveluiden käyttö koetaan asiakasta leimaavaksi. Myös henkilökunnan saatavuus julkiselle sektorille olisi huonoa. Toisaalta, markkinoiden ehdoilla toimittaessa yksityisen sektorinkin laatu voi olla huonoa, mikäli kilpailutusten kautta hinta nousee keskeiseksi valintakriteeriksi ja päätöksiä tehdään lyhytjänteisesti ilman palveluiden jatkuvuutta.

Erilaisten tulevaisuuden kehityskulkujen lisäksi työpajoissa pohdittiin, mitä on tehtävä riippumatta siitä, mihin suuntaan tulevaisuuden kehitys kulkee. Tällaisia tekijöitä olivat mm. tiedonkulun varmistaminen, hoitoketjujen laatiminen ja yhtenäiset hoito-ohjeet, terveystietoisuuden kasvattaminen ja asenteisiin vaikuttaminen, resurssien varmistaminen ja yhteistyön lisääminen, mm. kolmannen sektorin liittäminen mukaan hoitoon. Kehityskulkuja ja aikaansaatuja muutoksia tulee myös reaaliaikaisesti seurata ja kehittämisen tulee olla jatkuvaa. Sekä sydän-että diabeteshoitopolun ja yhteisten toimintamallien aikaansaaminen nähtiin oleellisena askeleena kohti visiota (kuva 5), joka johtaa väestön hyvinvoinnin lisääntymiseen, sekä ennaltaehkäisyä kautta että takaamaan laadukasta elämää sairaudesta huolimatta.



Kuva 5 Askeleet kohti visiota EHT-hankkeessa.

2.4.2 Sydänpotilaan ja diabetespotilaan hoitopolut

Andström, Kaija; Gabrielsson, Viola; Jääskelä, Salme; Karstila, Kaisu. Sydänhoitopolku. Työpaperi 2010.

Opiskelijat Andström, Gabrielsson, Jääskelä ja Karstila laativat sydänpotilaan hoitopolun kuvauksen Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hankkeessa kerättyjen empiiristen aineistojen sekä toimijoiden kanssa käytyjen paneelikeskustelujen pohjalta.

Opiskelijat tiivistävät aineistojen ja käytyjen keskustelun pohjalta seuraavia huomioita. Ambulanssin ja erikoissairaanhoidon toimintaan potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä, mutta perusterveydenhuollon toimintaan useammin tyytymättömiä. Kuitenkin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö sujui suhteellisen hyvin. Mm. tietojärjestelmien kehittyminen helpottaa tiedonkulkua, samoin kotisairaanhoidon kansio, joka kulkee potilaan mukana. Omalääkäritoiminta nähtiin sujuvana ja sydänhoitajan toiminta Lohjalla tärkeänä. Oma organisaatio koettiin sopivan kokoisena, mikä helpottaa toimintaa. Sydänyhdistyksen rooli koettiin merkittäväksi. Laurea-ammattikorkeakoulun Terveystori-toimintaa pidettiin hyvänä valistus- ja ennaltaehkäisytyössä. Myös erilaiset tempaukset ja kampanjat nähtiin tärkeinä, samoin erilaiset kuntoutusryhmät.

Kerätyn aineiston pohjalta opiskelijat laativat kaavion, joka kuvaa potilaan kulkua sydänsairauden eri vaiheissa. Hoitopolku lähtee liikkeelle ennakoivasta osiosta, jossa sairastumisriskiä pyritään pienentämään. Varsinainen hoito alkaa hoitoon hakeutumisen vaiheesta ja ensihoidosta. Opiskelijat totesivat aineistojen perusteella, että ambulanssin toimintaan oltiin pääasiassa tyytyväisiä. Toisaalta perusterveydenhuollossa ei ensioireita aina otettu vakavasti. Myös hoitoon, esim. leikkaukseen, pääsyajat ovat pitkiä.

Ensihoidon ja tutkimusten jälkeen potilaalle määritetään hoitolinjaukset. Vaikka erikoissairaanhoidon oltiin enimmäkseen tyytyväisiä, ohjaus ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen koettiin puutteelliseksi. Erikoissairaanhoidon jälkeen koittaa kuntoutusvaihe, joka kerättyjen aineistojen valossa koetaan usein hoidon heikoksi lenkiksi. Potilaat kokevat suorastaan jäävänsä tyhjän päälle ilman riittävää seurantaa ja tietoa. Myös vertaistukea kaivattaisiin enemmän.

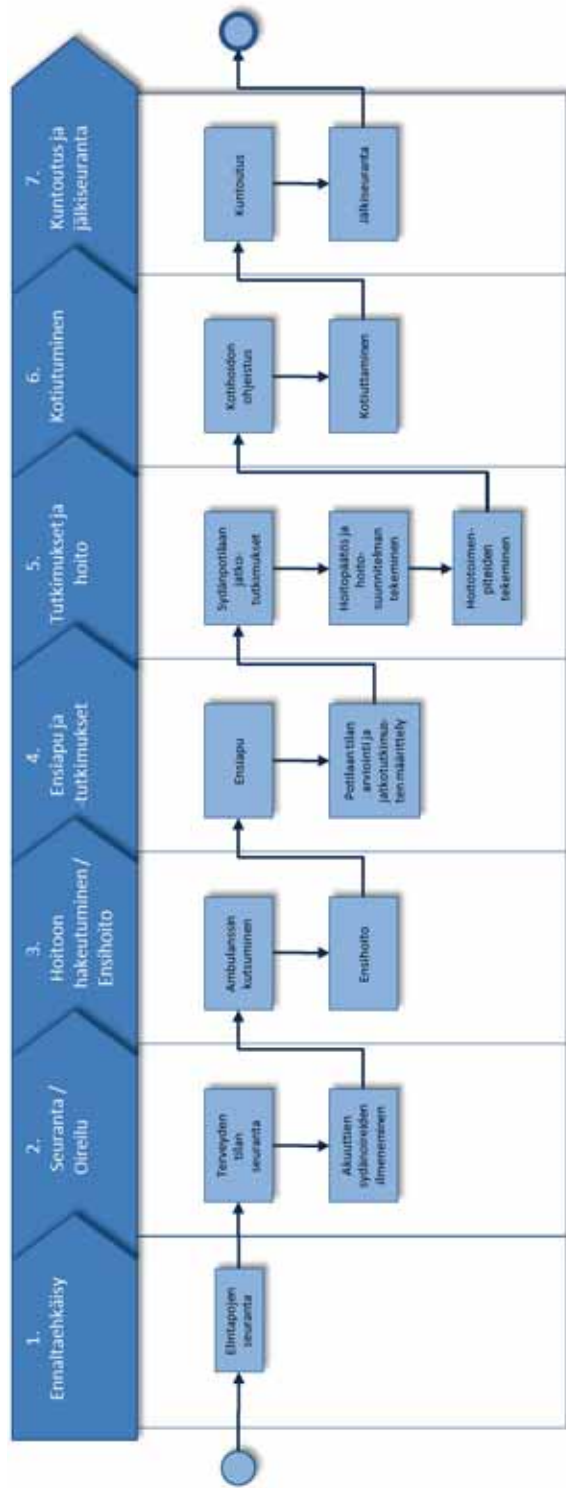
Kehittämisehdotukset hoitopolun eri ongelmakohtiin opiskelijat keräsivät oheisen taulukon muotoon:

ONGELMIA	KEHITETTÄVÄÄ
Ennaltaehkäisy ei tavoita kaikkia ryhmiä	Ilmaiset terveystarkastukset pitkäikäistyöttömille, syrjäytyneille ja ikäihmisille. Tempaukset, teemapäivät
Tietotaito ei ole ajan tasalla perusterveydenhuollossa	Henkilökunnan lisäkoulutus. Potilaan oireet otettava vakavasti
Hätäkeskukseen soittaminen vaikeaa	Selkokielliset ohjeet; ”puskaradion” poissulkeminen valistuksen keinoin
Hoitoon pääseminen vaikeaa, pitkä jonotusaika leikkaukseen	Yhteistyötä kehitettävä eri toimijoiden välillä, yhtenevät hoitokäytännöt
Potilasohjaus ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen	Hoitohenkilöstön lisäkoulutus, resurssien vahvistaminen, toimintatapojen uudistaminen, voimaannuttava ohjaus hoidon kaikissa vaiheissa
Lääkehoidon seuranta vähäistä	Ajankohtaisen lääkelistan kulkeminen potilaan mukana
Lähiomaista ei tueta tarpeeksi	Lähiomainen mukaan potilaan hoitoa suunniteltaessa
Vertaistuen puute	Kolmannen sektorin hyödyntäminen (Vertaisryhmät, teemapäivät jne.)
Potilaalla tiedonpuute lääkehoidossa	Lääkehoitosuunnitelma. Apteekkien selkokielliset ohjeet kaikkien saataville
Potilas jää tyhjän päälle erikoissairaanhoidon jälkeen	Hoitosuunnitelma ja hyvä potilasohjaus koko hoidon ajan, soittoaika sydänhoitajalle jo sairaalassaolon aikana
Potilastiedot eivät seuraa potilaan mukana	Ajantasolla olevat potilaskansiot (kuten kotisairaanhoidossa), jotka kulkevat potilaan mukana

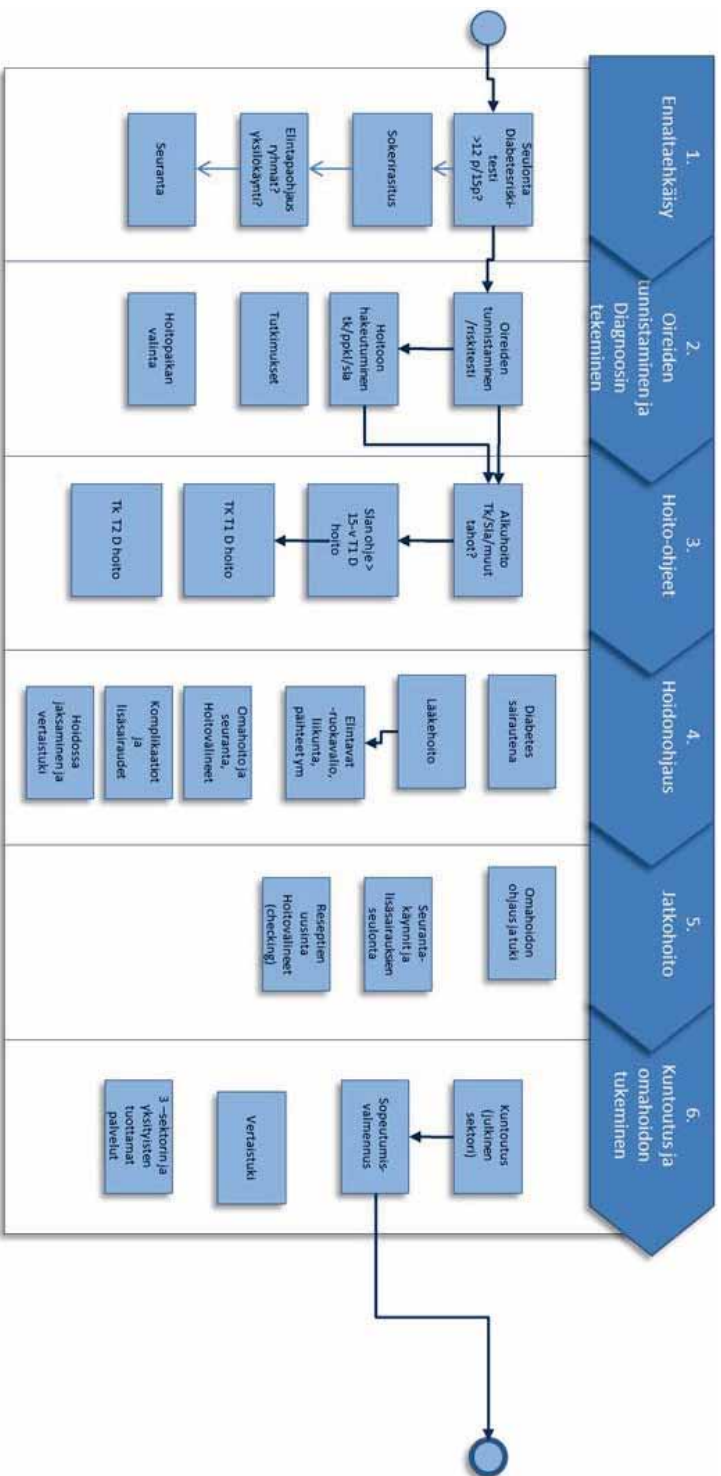
Taulukko 1 Ongelmat ja kehittämiskohteet sydänpotilaan hoitopolulla.

Opiskelijat Andström, Gabrielsson, Jääskelä ja Karstila laativat sydänpotilaan hoitopolun kuvauksen, jonka päätasot ovat ennaltaehkäisy, seuranta/oireilu, hoitoon hakeutuminen/ensihoito, ensiapu ja –tutkimukset, tutkimukset ja hoito, kotiutuminen sekä kuntoutus ja jälkiseuranta (kuva 6). Nämä seitsemän päätason elementtiä jakaantuvat tarkempiin alakohtien kuvauksiin. Tarkempi sydänpotilaan hoitopolun kuvaus on tämän raportin liitteenä (liite 1).

Sydänpotilaan hoitopolun mallin mukaisesti diabeteksen hoitopolun luonnoksen laati hankkeessa lehtori Seija Olli (kuva 7).



Kuva 6 Sydänpotilaan hoitopolun päätaso. (Andström, Gabrielsson, Jääskelä ja Karstila 2010.)



Kuva 7 Diabetespotilaan hoitopolun päätaso (Olli 2010).

Diabetespotilaan hoitopolku lähtee liikkeelle ennaltaehkäisystä, jossa riskitestit ja elämäntapaohjaus pyritään toteuttamaan systemaattisesti ja huomioiden eri ihmisryhmien tarpeet ja tottumukset. Toisena vaiheena on oireiden tunnistaminen joko terveystarkastuksessa tai hakeuduttaessa oireiden vuoksi terveyskeskukseen tai muuhun hoitopaikkaan. Tämän jälkeen potilas saa hoito-ohjeet ja häntä ohjataan hoidon etenemisessä, mm. lääkehoidosta, elintavoista, liitännäissairauksista ja oman tilan seurannasta. Jatkohoidon vaiheessa arkipäivän tilanteiden seuraamista varten tarvitaan omahoidon tukea. Lisäksi järjestetään säännöllistä seurantakäyntejä omaan hoitopaikkaan. Kuntoutuksen ja omahoidon tukemisen vaiheessa tarjotaan kuntoutusta ja sopeutumisvalmennusta, myös vertaistukiryhmät kuuluvat tähän vaiheeseen.

2.4.3 Toimet sydän- ja diabetespotilaiden hoidon kehittämiseksi EHT-hankkeessa

Holmström, Christine; Kansikas, Pia; Kapanen, Matti; Kärkkäinen, Jezina; Pouttu, Piia; Sivula, Marja. Ennakoiva hoito ja tulevaisuus – hanke. Loppuraportti sydänpotilaan kuntoutumispalveluista Työpäperi 2011.

Kaltto, Tomi; Leiman-Suvisaari, Francisca; Kellokumpu, Susanna; Peräkylä, Niina. Toimintaraportti. Työpäperi, 2009.

Silfver, Turunen, Penttilä ja Järvenpää. Terveiden edistäminen eri ikäkausina. Työpäperi, 2011.

Hölsä, Irina; Rautiainen, Mette; Salomäki, Päivi; Skog, Minna; Vuotila, Marja. Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus. Työpäperi, 2009.

Hallenberg, Annika; Kuivakangas, Else; Stahl, Mirja; Räikkönen, Petra; Suomenniemi, Pirkko; Laukkanen, Raija; Seppänen, Tiina; Lindström, Yulia. Sydänpolku-hankeharjoittelun loppuraportti. Työpäperi 2010.

Fallenius, Heidi; Huolman, Marika; Kenenounis, Annika; Korhonen, Jenni; Luukkanen, Sirpa. Sydänpolku-hanke. Hankeharjoittelun toimintasuunnitelma ja toteutuksen arviointi. Työpäperi 2009.

Savolainen, Pirkko-Liisa; Tiiperi, Merja. Diabetesvaarassa olevien asiakkaiden hoitopolun kehittäminen Lohjan työterveyskeskukseen. Opinnäytetyö. Laurea, 2008.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/1486>

Auvinen, Tuija. Suun hoidonohjauksen kehittäminen diabeetikoiden hoidonohjauksessa. Opinnäytetyö. Laurea, 2010.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/16046>

EHT-hankkeen kysely- ja haastatteluaineistojen pohjalta nousseiden sydänpotilaan hoitopolun ongelmakohtien pohjalta EHT-hankkeessa suunniteltiin ja toteutettiin toimenpiteitä hoitopolun sujuvoittamiseksi. Esimerkiksi terveyskeskuksiin nimettiin

sydänhoitajat, joille sydänpotilaiden käynnit voidaan keskittää ja näin parantaa hoidon jatkuvuutta.

Toimenpiteet painoutuivat hoitopolun alku- ja loppupäihin, eli ennaltaehkäisyyn ja kuntoutusvaiheeseen. Tässä luvussa on lyhyesti esitelty opiskelijoiden hankkeita, joilla ongelmakohtiin on pyritty pureutumaan. Hankkeet on toteutettu Laurea Lohjan Terveystori-oppimisympäristön puitteissa.

Yhtenä ongelmana EHT-hankkeen myötä nousi esiin se, että sydänpotilaat kaipasivat enemmän tukea sairauden eri vaiheissa. Opiskelijat Kaltto, Leiman-Suvisaari, Kellokumpu ja Peräkylä totesivat, että kolmannen sektorin merkitys sydänpotilaan tukena oli kyselytulosten perusteella melko vajavaista. Niinpä he laativat esitteen kolmannen sektorin palveluntuottajista Lohjan alueella, joilta sydänsairaat voivat saada vertaistukea. Esitettä jaettiin alueen yhdistysten toimitiloissa sekä Lohjan sairaalan osastoilla. Esitteeseen oltiin kaikissa paikoissa tyytyväisiä ja se koettiin tarpeelliseksi.

Toisena ongelmana EHT-hankkeen myötä nousi esiin sydänpotilaiden epätietoisuus siitä, millaisia palveluita kuntoutuksen tueksi on saatavilla ja mitä kuntoutukseen kuuluu. Opiskelijat Holmström, Kansikas, Kapanen, Kärkkäinen, Pouttu ja Sivula keräsivät tietoa alueen kuntoutuspalveluista, kurseista ja vertaistukiryhmistä ja koostivat tiedoista oppaan sydänpotilaille ja sydänyhdistyksen jäsenille. Oppaan tarkoituksena oli tuoda sydänpotilaiden saataville ajantasaista tietoa tarjolla olevista palveluista, sillä kysely- ja haastatteluvastausten perusteella moni koki jäävänsä kuntoutusvaiheessa yksin. Oppaan myötä tiedon etsiminen kuntoutusvaiheen palveluista ei jää kuntoutujan oman aktiivisuuden varaan. Näin se helpottaa hakeutumista kuntoutuspalveluiden piiriin.

EHT-hankkeessa sydänpolun toimijat arvioivat, ettei ennaltaehkäisyyn liittyvä tieto tavoita ihmisiä riittävästi. Opiskelijoiden Silfver, Turunen, Penttilä ja Järvenpää tavoitteena oli lisätä länsiuusimaalaisten ymmärrystä terveellisten elintapojen merkityksestä sairauksien ehkäisyssä erilaisten tapahtumien ja tempausten avulla. Ajatuksena oli jalkautua ihmisten pariin ja tarjota tiedotusmateriaalin lisäksi mahdollisuus testata oma verenpaine tai kolesteroliarvo. Mittaustilaisuuksia järjestettiin alueen apteekeissa ja opiskelijat saivat asiakkailta positiivista palautetta siitä, että paikka oli mittauksille sopiva. Matalan kynnyksen mittaustaikalle tuntuisi siis olevan tarvetta.

Mittausten lisäksi opiskelijat osallistuivat kaksille terveystilaisuuksille. Opiskelijoilla oli oma piste yläasteikäisille järjestetyillä terveystilaisuuksilla, joilla terveyttä ja elämäntapoja käsiteltiin nuorten näkökulmasta. Opiskelijat keskittyivät nuorten ravitsemukseen tarjoten koululaisille mm. tietoa eri ruokatarvikkeiden rasvapitoisuuksista ja kouluruuan eduista suhteessa pikaruokaan. Hyvä ikä –

messuilla opiskelijat esittivät ikääntyneille räätälöidyn esityksen mm. ikäihmisen ravinnosta ja liikunnasta. Lisäksi heillä oli piste, jossa halukkaat saivat mittauttaa verenpaineensa sekä puristusvoimansa.

Opiskelijat Silfver, Turunen, Penttilä ja Järvenpää arvioivat kokemustensa valossa, että moni jo lääkehoidon korkean verenpaineen vuoksi aloittanut ei ollut vielä riittävän tietoinen elämäntapamuutosten tärkeydestä. Mittauksiin osallistuneet olivat erityisesti kiinnostuneita konkreettisista ohjeista siitä, miten paljon pitää liikkua, millainen liikunta on verenpainetta alentavaa ja miten ruokavaliota voi keventää.

Myös opiskelijat Fallenius, Huolman, Kenenounis, Korhonen ja Luukkanen halusivat vaikuttaa koululaisten terveystietämykseen. He pitivät 9-luokkalaisten oppitunteja, joilla nämä itse laativat power point –esityksiä eri sydänsairauksista ja esittivät työnsä toisilleen. Näin tieto jää paremmin mieleen kuin vain luentoa kuuntelemalla. Vaikka työskentely lähti opiskelijoiden mielestä hitaasti käyntiin, olivat koululaisten työt kuitenkin onnistuneita ja opiskelijat saivat myös oppitunneistaan hyvää palautetta.

Opiskelijat Hölsä, Rautiainen, Salomäki, Skog ja Vuotila järjestivät toiminnallisia tuokioita ikäihmisille palvelutalossa ja päivätoimintakerhossa, joilla he myös jakoivat tietoa sepelvaltimotaudista. Liikunnallisten tuokioiden tavoitteena oli motivoida ihmisiä liikkumaan. Lisäksi tilaisuudessa järjestettiin tietovisa ja tarjottiin kahvit. Näin kokonaisuutena tilaisuus tarjosi sekä tietoa, liikuntaa että viihdykettä ikäihmisille. Liikunnallisen osion ideana oli, että henkilökunta voi jatkaa tuokioiden järjestämistä myös tilaisuuden jälkeen. Myös tällä kertaa opiskelijat saivat tilaisuuksista hyvää palautetta.

Opiskelijat Hallenberg, Kuivakangas, Stahl, Räikkönen, Suomenniemi, Laukkanen, Seppänen ja Lindström puolestaan pyrkivät vastaamaan sydänpotilaiden tiedontarpeeseen sairastumisen jälkeen järjestämällä erilaisia tapahtumia yhteistyössä Lohjan sydänyhdistyksen kanssa järjestetyllä Sydänviikolla. Viikon aikana opiskelijat luennoivat ravitsemuksesta ja järjestivät erilaisia testejä. Yhteistyössä alueella toimivan liikuntakeskuksen kanssa järjestettiin myös sydänystävällinen jumppa. Myös yhdistystoimijoille, vapaaehtoistyöntekijöille ja omaishoitajille järjestettiin esitelmä itsehoitoon liittyen.

Tilaisuuksiin osallistuneilta pyydettiin palautetta kyselylomakkeella. Vastausten perusteella tapahtumiin oltiin tyytyväisiä ja erityisesti liikunnallisia tapahtumia toivottiin lisää. Moni vastaajista vakuutti viikon tapahtumien vaikuttaneen omiin elämäntapoihinsa.

Diabetespotilaiden hoitoa kehitettiin jo vuonna 2008 laatimalla diabeteksen ennaltaehkäisyyn hoitopolku Lohjan työterveyskeskukseen. Tästä työstä vastasivat opiskelijat Savolainen ja Tiiperi opinnäytetyönään. A4-muotoisessa tuotoksessa on kuvattu toisaalta diabeteksen diagnostiset kriteerit ja toisaalta kertaohjaukseen liittyvät tutkimukset ja elämäntapaohjeistus.

Hoitoa on kehitetty myös mm. laatimalla diabetespotilaiden suun hoidonohjauksenmalli. Työn toteutti opiskelija Auvinen opinnäytetyönään. Tavoitteena oli parantaa diabeteshoitajien valmiuksia ohjata potilaita suun omahoidossa. Mallin laatimisen lisäksi diabeteshoitajille järjestettiin aihepiiriin liittyen koulutuspäivä. Alueen diabeteshoitajat osallistuivat aktiivisesti koulutuspäivään ja opiskelija sai hoidonohjauksenmallista hyvää palautetta, mutta konkreettiseen diabetespotilaiden suun hoitoon diabeteshoitajat eivät kuitenkaan olleet halukkaita vaan katsoivat asian kuuluvan suun terveydenhuollon ammattilaisille. Mallin ja koulutuksen myötä kuitenkin valmiudet ohjata diabetespotilaita suun terveydenhuollon piiriin paranivat.

Opiskelijoiden tilaisuuksista ja tempauksista saama positiivinen palaute todistaa, että kysyntää ennaltaehkäiseville ja tukea tarjoaville tilaisuuksille on. Erilaiset matalan kynnyksen mittauspisteet ja elämäntapatestit antavat nopeasti tietoa omasta terveydentilasta. Opiskelijoilta saa myös uusinta tietoa sairauksien hoidosta ja terveellisistä elämäntavoista. Vaikka opiskelijoiden tempaukset ovat kertaluonteisia ja tiettyyn opintojaksoon sidottuja, on myös pidempiaikainen yhteistyö oppilaitoksen ja alueen toimijoiden välillä mahdollista, esimerkiksi yhteistyössä Lohjan seudun sydänyhdistyksen kanssa järjestetyn Sydänviikon tyyppisesti. Laurea Lohjan oppimisympäristö Terveystori toteuttaa monenlaista yhteistyötä alueen toimijoiden kanssa. Myös hanketyöskentely nivoo yksittäisiä tilaisuuksia yhteen. Esimerkiksi EHT-hankkeessa opiskelijat miettivät itse toteuttamiensa tutkimusosioden tulosten valossa sopivia tilaisuuksia, jotka vastaisivat tuloksissa esiin nousseisiin ongelmiin. Tätä hyväksi havaittua tapaa myös Pumppu-hankkeessa jatketaan.

2.5 Alueellisten sydän- ja diabetesaineistojen yhteenveto

Tässä raportissa kuvailtujen aineistojen tulosten pohjalta on muodostunut käsitys siitä, mitä asioita Länsi-Uudenmaan alueella tulee kehittää toisaalta alueen väestön ja erityisesti sydän- ja diabetespotilaiden, toisaalta alueen hyvinvoinnin toimijoiden näkökulmasta. Syntynyttä käsitystä hyvinvoinnin nykytilasta Länsi-Uudellamaalla on käytetty Laurean Pumppu-osahankkeen pohjatietona ja näihin tunnistettuihin ongelmakohtiin Pumppu-hankkeen puitteissa pyritään löytämään uusia ratkaisuja ja parannuksia.

Sydänpotilaiden näkökulmasta keskeinen ongelma on kerättyjen aineistojen perustella hoidon jatkuvuuden katkoskohdat erityisesti varsinaisen sairausvaiheen ja kuntoutuksen välillä, jolloin potilailla ei ole tietoa siitä, kenen puoleen kuntoutusasioissa tulee kääntyä, eikä siitä, mitä kuntoutukseen ylipäätään kuuluu. Hoitopolun toinen pää, ennakoinnin pää, puolestaan nousee aineistoissa hyvinvoinnin toimijoiden huolenaiheeksi; miten tavoittaa riskiryhmiin kuuluvat, miten edistää terveellisiä elintapoja kiireisten ihmisten arjessa. Myös sydänpotilaiden haastatteluissa kävi ilmi, ettei ohjausta ennen sairastumista osata usein edes kaivata. Moni tietää riskitekijöistä jo paljon, muttei välttämättä osaa ajatella riskien toteutuvan omalla kohdallaan. Hoitopolun ”keskikohta” eli akuutin sairastamisen vaihe tuntuisi sydänpotilaiden kyselyiden ja haastatteluiden perusteella olevan paremmalla mallilla ja tyytyväisyys hoitoon melko korkealla tasolla, joskin hoitoon pääsystä ja pitkistä odotusajoista tulee jonkin verran kritiikkiä. Näin Pumpppu-hanke panostaa toimiin hoitopolun alku- ja loppupäässä ja pyrkii laajentamaan hoitopolun käsitettä kohti hyvinvoinnin polun käsitettä, joka ei ole sidonnainen sairauteen vaan sovellettavissa muihinkin elämäntilanteisiin.

Myös diabeteksen osalta ennaltaehkäisyn tarpeellisuus ja ennaltaehkäisyyn panostaminen nähdään tärkeänä. Vaikka diabeteksen hoito sinänsä olisi hyvällä mallilla, tarvitaan panostusta diabeteksen liitännäissairauksien hoitoon, joihin myös sydänsairaudet kuuluvat. Sekä sydän- että diabetespotilaat kaipaavat enemmän tukea ja tietoa sairautensa eri vaiheissa. Erityisesti kaivataan tukea virallisilta auttajatahoilta. Kaivataan mm. faktatietoa sairaudesta, arjessa selviytymisestä ja elintapojen merkityksestä. Tähän myös opiskelijoiden tarjoamat erilaiset tietokupäivät ja tempaukset voisivat olla vastauksena. Ainakin EHT-hankkeessa toteutetut opiskelijoiden järjestämät tapahtumat saivat osallistujilta hyvää palautetta. Myös perheen rooli tukijana on tärkeä. Moni ei sen sijaan osaa kaivata vertaisryhmää tuekseen, vaikka keskustelua ja kuuntelijaa kaipaisikin. Mahdollisesti vertaistukitoimintaa ei vielä riittävästi tunneta. Yhdistysten rooli kuntoutusvaiheessa tiedon ja tuen tarjoajana on jo nyt merkittävä. Toiminnan kehittäminen ja yhdistysten roolin vakiinnuttaminen osana hyvinvointipolkua on kuitenkin yksi Pumpppu-hankkeen tavoitteista.

Sydänpotilaiden näkökulmasta yhteistyön puutteet näkyivät katkoksenä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä kuntoutusvaiheeseen siirryttäessä. Toimijat kokivat, että kolmatta sektoria pitäisi pystyä nykyistä paremmin hyödyntämään osana hoitopolkua. Erityisesti kuntoutusvaiheessa järjestöjen vertaistoiminnalle toivottiin selkeämpää roolia. Samaten ennakoinnissa ja terveyden edistämisessä järjestöjen rooli voisi olla nykyistä suurempi. Järjestöt tekevät jo nyt hyvää työtä potilaiden parissa, mutta toiminta ei välttämättä ole kovin systemaattista eivätkä pienten paikallisyhdistysten ja kerhojen resurssit välttämättä riitä kovin laajamittaiseen toiminnasta tiedottamiseen. Yhteistyön tarkeys koskettaa luonnollisesti kaikkia hyvinvoinnin toimijoita. Moniammatillisena

yhteistyönä toteutettavassa hoidossa yhteistyön toimivuus on ratkaisevan tärkeää. Asiakkaan näkökulmasta kyse on usein myös tiedosta ja tiedonkulusta; myös asiakkaan pitää tietää, kuka vastaa mistäkin hoidon osa-alueesta ja miten hoito toimijalta toiselle etenee.

Toimijoille järjestetyissä työpajoissa yhtenä huolenaiheena ennakoinnin ja riskiryhmien tunnistamisen näkökulmasta oli syrjäytymisvaarassa olevien tunnistaminen ja heidän terveystalvunsa. Siksi Pumppu-hankkeessa syrjäytymisvaarassa olevat, erityisesti työttömät ja nuoret, on otettu erityistarkasteluun. Yhdeksi Pumppu-hankkeen kohderyhmäksi on nostettu myös vammaiset lapset ja nuoret perheineen, joilla myös on riski syrjäytyä yhteiskunnasta. Huoli vammaisten lasten ja nuorten hoidosta on noussut kentältä, alueen yhdistysten suunnalta. Fokuksessa ovat neurologisia poikkeavuuksia omaavat lapset ja nuoret, joiden hoitoon osallistuu ammattilaisia monilta aloilta. Tämä moniammatillinen verkosto tuo Pumppu-hankkeeseen tärkeän yhteistyömuotojen tarkasteluympäristön. Aineistossa hyvinvoinnin toimijoiden näkökulmasta keskeinen kysymys oli nimittäin juuri eri toimijoiden välinen yhteistyö, sen puutteet ja mahdollisuudet.

Luvuissa kolme ja neljä siirrytään tarkastelemaan Pumppu-hankkeen kahta muuta kohderyhmää ja sitä työtä, joita Pumppu-hankkeen ensimmäisenä toimintavuotena kohderyhmien kartoituksen suhteen on tehty.

3 Kohderyhmänä syrjäytymisuhan alaiset työttömät - nykytilanteen kuvaus Länsi-Uudellamaalla

Laurea-ammattikorkeakoulun Pumppu-osahankkeen työttömien ja syrjäytymisuhan alla olevien osiossa tavoitteena on kansalaislähtöisen, saumattoman hyvinvointipolun toimintamallin laatiminen. Tässä työttömien ja syrjäytymisuhan alla olevien osiossa paneudutaan ensin tutkimuskohteen tunnistamiseen sekä kuvaamiseen, pyritään luomaan alueellinen toimintamalli, hyvinvointipolku sekä pilotoida toimintamallia/ hyvinvointipolkua järjestöjen kanssa. Tässä raportissa kuvataan hankkeen ensivaihetta eli tutkimuskohteen tunnistamista ja kuvausta työttömyyden nykytilanteesta Länsi-Uudellamaalla

Aineistona on käytetty aiemmin tehtyjä tutkimuksia, raportteja ja lainsäädäntötietoa. Laurea Lohjan yksikön sairaanhoitajaopiskelijat ovat koostaneet raportit kahdella opintojaksolla syksyllä 2011 osana opintojaan kehittämispohjaisen oppimisen toimintamallin mukaan (Learning by Developing, LbD). He käsitteellistivät työttömyyden ilmiötä ja kuvasivat kehittämiskohteen nykytilannetta. Tehdyn työn tulokset esiteltiin hankkeen tietoisuillaan 23.11.2011 teemana ”Työttömyyden kuva Länsi-Uudellamaalla”. Mukaan oli kutsuttu KOKO-hyvinvointiverkoston toimijoita sekä alueen työttömien kanssa toimivia tahoja ja järjestöissä toimivia henkilöitä.

Opiskelijaraporttien pohjalta esitellään tässä raportissa työttömyyden kuvausta seitsemästä kokonaisuudesta käsin: 1) taustaa ja kehittämistyön lähtökohtia, 2) työttömyyden kuva ja sen kehittyminen tilastojen valossa Länsi-Uusimaalla ja koko maassa, 3) syrjäytymisvaarassa olevan nuoren palvelut LOST-alueella, 4)

kokemuksia työttömyydestä ja syrjäytymisestä, 5) työttömien kanssa toimivia tahoja ja toimintoja, 6) työttömän terveyskuva ja terveyspalvelut, 7) työttömän elämää ohjaava lainsäädäntö ja työttömyysturva.

Pohdintaa työttömyyden olemuksesta ja sen käsitteellistämistä lähestyttiin hankkeessa valittujen työttömyyden ja syrjäytymisen, terveyden ja hyvinvoinnin, motivaation sekä valtaistumisen ja valtaistamisen käsitteiden kautta. Opiskelijat pohtivat käsitteiden merkitystä, yhtymäkohtia ja leikkauspintoja, yksilön, syrjäytymisvaarassa olevan työttömän, yhteisön ja erilaisten toimijaverkkojen näkökulmista. Pohdinnoissa pyrittiin päätyämään näkökulmiin, joissa opiskelija tunnistaa työttömän elämän arjen todellisuuden eri hyvinvointipalvelujen keskiössä ja näkee itsensä ja ammattikuntansa toimimassa syrjäytymisvaarassa olevien terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyössä.

3.1 Taustaa ja kehittämistyön lähtökohdat

Suomalaisessa yhteiskunnassamme nähdään nykyisellään pysyvää syrjäytymisen uhkaa ja työttömyydellä ja köyhyydellä nähdään olevan merkitystä sen syntyyn. Lisäksi tähän uhkaan näyttää liittyvän syrjäytymisvaarassa olevien ryhmien yhteiskunnallisen jäsenyyden näköalattomuus ja osallisuuden puute. (Hallitusohjelma 2011.)

Suomalainen yhteiskunta on kiinnittynyt hyvin vahvasti työorientoituneeseen lähestymistapaan ja arvomaailmaan. Hyvinvointiyhteiskunnan peruspilariksi nähdään työ ja että kansalaisten työ synnyttää hyvinvointia. Tarvitaan toimia, jotta työvoiman ulkopuolelle jäävät voivat olla osallisina tähän yhteiskuntakehitykseen täysivertaisina jäseninä. Suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa on pyritty takaamaan Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 raportin (2006), Terveyden eriarvoisuus Suomessa (2007) raportin ja Hallitusohjelman (2011) mukaan tasa-arvoinen hyvinvointiyhteiskuntakehitys, jossa kaikilla yhteiskunnan jäsenillä on yhtäläiset oikeudet ja edellytykset hyvään terveyteen, osallisuuteen, työhön ja hyvinvointipalveluihin.

Suomalaisessa terveystutkimuksessa on tehty pitkäjänteistä työtä kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Laajat aikuiseen ja kouluikäiseen väestöön kohdistuneet pitkittäistutkimukset Mini-Suomi-tutkimus (1978), Terveys 2000 (2000) ja kouluterveyskyselyt vuodesta 1995 ovat luoneet pohjaa terveys- ja hyvinvointipoliittiselle päätöksenteolle, ja tulevassa Terveys 2011 -tutkimuksessa tullaan jatkamaan tätä tiedonkeruuta suomalaisten aikuisten terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kehityksestä ja väestöryhmien välisistä terveys- ja hyvinvointieroista. Vuonna 2007 ilmestynyt Terveyden eriarvoisuus Suomessa -raportti toi vahvasti esille, miten terveyden eriarvoisuus kulminoituu näkyväksi

erilaisten tilastojen valossa. Koulutus on merkittävä indikaattori terveyden ja sosioekonomisen ryhmän tuottaman hyvän jakamisessa. Raportin mukaan sosioekonomisten ryhmien välillä on Suomessa yleensä varsin suuria eroja terveydentilassa, toimintakyvyssä, terveyteen vaikuttavissa elintavoissa ja riskitekijöissä sekä kuolleisuudessa. Myös terveystalv palvelujen ja sairaanhoidon toimenpiteiden käytössä on sosioekonomisia eroja, jotka eivät täysin vastaa arvioitavissa olevaa hoidon tarvetta, vaan ilmentävät palvelujen ja hoitojen eriarvoista jakautumista

Suomalaisessa terveyden ja hyvinvoinnin tutkimuksessa on aina nähty terveys merkittävänä hyvinvointia edistävänä tekijänä. Terveys 2015 ohjelmassa edellytettiin poliittisten ja yhteiskunnallisten toimien vaikutusten arviointia väestön hyvinvointi- ja terveyserojen selvittämisessä. Tutkimuksia tulisi tehdä säännöllisesti ja arvioida niissä väestöryhmittäistä hyvinvoinnin ja terveyden jakautumista. Myös kansainvälisessä WHO (2010) keskustelussa on pohdittu yhteiskunnallisten toimien vaikuttavuutta terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisessa; tulisiko toimet suunnata välittömiin terveyteen vaikuttaviin tekijöihin, kuten terveydelle haitallisiin elintapoihin ja riski- ja altistustasoihin vai olisiko kiinnitettävä huomiota rakenteellisiin tekijöihin, kuten työttömyyteen, köyhyyteen ja työoloihin. (WHO 2010). Suomessa aihetta lähestytään sekä välittömällä toimilla että rakenteellisilla ratkaisulla.

3.1.1 Työttömyyden käsitteen tarkastelua

Hankkeessa opiskelijat määrittivät tutkimuskohteesta keskeisiä käsitteitä. Työttömyys ilmiönä nähdään puhtaasti työn puutteena. Rajoitetummassa merkityksessä työn puute tarkoittaa vain palkkatyön puuttumista. Työttömyyttä määritellään myös osaamisen vanhentumisen tai syrjäytymisen kautta, ja sen vuoksi uudelleentyöllistymisen vaikeutumisen takia työttömäksi jäämistä kutsutaan **hysteresiksi**. Työttömyyden pitkittyessä työllistyminen hankaloituu. Tämä ilmiö on yhtenä perusteena talouspolitiikalle, jossa työttömyyden kasvua pyritään ehkäisemään. (Hietaniemi 2004, Työttömyys Suomessa 2011.)

Luonnollisen työttömyyden käsitteellä tarkoitetaan ajankohdasta riippuvaa 2 % -7 % työttömyyttä, joka on vaihtelevaa ja siirtymistyöttömyyttä, marginaalista työttömyyttä. Tähän ryhmään liittyy myös **kitkatyöttömyys**, joka tarkoittaa paremman työpaikan odottelua. (Työttömyys Suomessa 2011.)

Massatyöttömyyden käsite lanseerattiin Saksassa 1930-luvun laman aikana. Tähän ilmiöön liittyy suuret määrät yhtäaikaista työttömiä. Määritelmä on tulkinnanvaraa jättävä, sillä nuoriso on työvoimana varttuneempia liikkuvampaa. Työuran aloittelu ja opiskelujen päättymisen aiheuttaa monesti työpaikan tiuhoja

vaihtoja. Nuoren työelämään pääsyn estyminen voi aiheuttaa syrjäytymistä. (Työttömyys Suomessa 2011.)

Suomessa **pitkäaikaistyöttömiksi** luetaan henkilöt, joiden työttömyys on yhtäjaksoisesti kestänyt yli vuoden. Toisena määritelmänä käytetään kuuden kuukauden yhtäjaksoista työttömyyttä. Pitkäaikaistyöttömyys on yleisintä vähänkoulutettujen ja iäkkäämpien henkilöiden keskuudessa. (Työttömyys Suomessa 2011.)

Jos työttömyys ei alene, vaikka joillain aloilla on pulaa työvoimasta, työttömyyttä sanotaan **rakenteelliseksi**. Eräs syy siihen voi olla, että osaamisen vaatimukset alalla ovat tiukentuneet eikä työttömillä henkilöillä ole tarvittavaa tietotaitoa. Väitetään, että rakenteellinen työttömyys on yhteydessä pitkäaikaistyöttömyyteen, vaikka siitä ei olekaan olemassa teoreettista mallinnusta. (Työttömyys Suomessa 2011.)

Vapaaehtoinen työttömyys tarkoittaa henkilöitä, joille työtä olisi saatavilla, mutta heiltä puuttuu kiinnostus ottaa sitä vastaan tai heidän henkilökohtaiset odotuksensa työn suhteen eivät täyty.

Työttömyyskäsitteitä ovat myös piilotyöttömyys sekä tasapainotyöttömyys. Piilotyöttömyys on työttömyyttä, joka ei tilastoidu johtuen tilaston keräystavasta. Tasapainotyöttömyys on sellaista työttömyyttä, jota esiintyy, kun tuotanto on pitkän aikavälin tasapainossaan ja inflaatio on vakio. (Toivonen 2010, 12-14.)

Nuorisotyöttömyydellä tarkoitetaan alle 20- ja alle 24-vuotiaiden nuorten aikuisten työttömyyttä. Nuorten työttömyyden tulkinta voi tuottaa ongelmia, koska nuoret vaihtavat koulutus- ja työpaikkoja ja ovat työmarkkinoilla liikkuvampia kuin iäkkäämmät. (Tilastokeskus 2011a). Nuoria työttömiä koskee Työ- ja elinkeinoministeriön ohje yhteiskuntatakuusta. Yhteiskuntatakuun piiriin kuuluvat kaikki alle 25-vuotiaat työttömät nuoret sekä ammatillista koulutusta vailla olevat että ammatillisen koulutuksen suorittaneet nuoret, jotka ovat työnhakijoina TE-toimistossa. (TEM 2010).

Työtön määrittellään aina tutkimusintressikohtaisesti ja tilastokeskuksen mukaan työtön on henkilö, joka tutkimusviikolla on työtä vailla, ja on etsinyt työtä aktiivisesti viimeisen neljän viikon aikana palkansaajana tai yrittäjänä ja voisi vastaanottaa työtä kahden viikon kuluessa. Myös henkilö, joka on työtä vailla ja odottaa sovitun työn alkamista kolmen kuukauden kuluessa, luetaan työttömäksi, jos hän voisi aloittaa työn kahden viikon sisällä. Työttömäksi luetaan myös työpaikastaan toistaiseksi lomautettu, joka täyttää em. työnhaku- ja työnvastaanottokriteerit (Tilastokeskus 2011a). Tilastokeskuksen julkaiseman työssäkäyntitilaston mukaan vuoden 2010 lopussa työttömänä olleista yli puolet oli

työttömänä myös vuotta aiemmin. Työelämästä työttömiksi siirtyneiden osuus oli pienempi vuosiin 2008 ja 2009 verrattuna. Vuoden 2010 lopussa työttömiä työnhakijoita oli 268 235, joista miehiä oli 156 085 ja naisia 112 150 (SOTKANet 2011). Työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilaston mukaan työ- ja elinkeinotoimistoissa oli joulukuun 2011 lopussa 255 500 työtöntä työnhakijaa (TEM 2011).

3.1.2 Syrjäytymisen käsite

Syrjäytymisellä tarkoitetaan tässä hankkeessa yhteisön tai yhteiskunnan ulkopuolelle jäämistä. Syrjäytyminen on taloudellisten resurssien puutteen, yhteiskunnasta eristymisen/eristämisen sekä sosiaali- ja kansalaisoikeuksien rajallisuuden yhdistelmä. Syrjäytymistä voivat edistää monenlaiset ongelmat, jotka liittyvät työntekoon, opetukseen ja elintasoon, terveyteen tai kansallisuuteen.

Syrjäytymisestä puhuttaessa tarkoitetaan yksilön prosessia, jonka ulottuvuuksia ovat elämähallinta, syrjäytymisvaarassa oleminen ja syrjäytyneeksi joutuminen. Lasten ja nuorten tutkimuksessa syrjäytyminen näyttäytyy yleensä syrjäytymisvaarana. Syrjäytymisvaarassa olevan maailmassa puhutaan hyvinvointipuutteista ja huolipuheesta. (Lämsä 2009.)

Syrjäytyminen ymmärretään prosessina, jossa erilaisten tekijöiden tuloksena yksilön tai sosiaalisen ryhmän mahdollisuudet sosiaaliseen, taloudelliseen ja poliittiseen osallistumiseen heikkenevät. Syrjäytymisen riskitekijöitä ovat muun muassa heikko koulutustaso, puutteellinen ammattitaito, lapsuuden huono-osaisuus, köyhyys, työttömyys, perheen hajoaminen, huono terveys ja toimintakyky, kodittomuus ja puutteelliset asuinolosuhteet tai kuuluminen vähemmistöryhmään. (Järviskoski, Järvisalo & Pensola 2006, 223-224, Lämsä 2009.)

Syrjäytymisprosessiin liittyvään elämähallintaan kuuluvat turvallisuus, minäkuva ja ulkoiseen elämähallintaan työ, toimeentulo ja sosiaaliset suhteet. Mikään tekijöistä yksistään, esimerkiksi työttömyys, ei pysty varsinaisesti toimimaan syrjäytymisen indikaattorina. (Järviskoski ym. 2006, 224.)

Etelä-Suomen lääninhallituksen raportissa vuonna 2009 työttömyys todetaan raskaimmaksi syrjäytymisen aiheuttajaksi erityisesti nuorten keskuudessa. Kouluttamattomuus sulkee usean nuoren työelämän mahdollisuudet. Nykypäivän yhteiskunnassa työmarkkinoille on vaikea päästä mukaan ilman ammatillista koulutusta. Nuorten pitkäaikainen työttömyys, asunnottomuus, pitkäaikainen riippuvuus toimeentulotuesta sekä näistä seuraava elämähallinnan pettäminen näkyy nuorten jäämisenä yhteiskunnan toimintajärjestelmien ulkopuolelle, syrjäytymisenä ja yleisenä pahoinvointina. (Aluehallintovirasto 2009.)

3.1.3 Terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä käsitteitä

Suomalaisissa terveystieteiden tutkimuksissa **terveyttä** tarkastellaan hyvän voinnin, yksilöllisen olemistavan, elämäkulun, terveyskäyttäytymisen, terveyden edistämisen, terveysvalinnan, voimavarojen, elämäntapojen sekä hoitoon sitoutumisen näkökulmista (Eriksson 1989, Åstedt–Kurki 1992, Pietilä 1994, Pelkonen 1994, Kyngäs 1995).

Tilastokeskus kuvaa terveyttä aihealueina, jotka kuvaavat väestön terveydentilaa, sairastavuutta, työkyvyttömyyttä, terveyskäyttäytymistä ja kuolemansyitä (Tilastokeskus 2012).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ja ylläpitämässä yhteisöllisellä lähestymistavalla nähdään paremmat mahdollisuudet saavuttaa tuloksia. Terveyden tutkimuksissa painotetaan yksilön omien voimavarojen sekä elämäntapojen merkitystä ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ja ylläpitämässä yhteisöllisellä lähestymistavalla nähdään paremmat mahdollisuudet saavuttaa tuloksia. (Pietilä 1994, Pelkonen 1994.)

Terveyttä voidaan tarkastella hyvän olon tunteena, tervehenkisyytenä ja hyväkuntoisuutena. Tervehenkisyyden, hyväkuntoisuuden nähdään yksilön kapasiteetiksi, voimavaraksi ja sisäiseksi tunteeksi. Tervehenkisyyden on psyykkistä terveyttä ja terveellisyyttä, hyväkuntoisuus viittaa elimistön ominaisuuksiin, jotka kuvaavat fyysistä terveyttä. Hyvä olo syntyy fyysisestä ponnistelusta ja onnistuneesta tehtävän suorittamisesta. Hyvä olo voidaan liittää terveyden voimavaroihin ja paha olo terveyden voimavarojen heikentymiseen ja sairastumiseen. Terveys on sopeutumista elämäntapojen siirtymiin ja kriittisiin ajanjaksoihin Terveys on kykyä selviytyä erilaisista elämäntilanteista ja elämän kokemista haasteista. Terveyden tarkastelussa korostuvat yksilön ja hänen ympäristönsä välinen vuorovaikutus. (Eriksson 1989, Åstedt–Kurki 1992, Pietilä 1994, Pelkonen 1994, Kyngäs 1995). Tähän ajattelutapaan liittyy terveyslähtöisyys (salutogeneesi), terveyden resursseihin pohjautuva lähestymistapa. Keskeistä ajattelussa on tiedostaa, mitkä voimavarat edistävät yksilöiden terveysprosessia kohti hyvinvointia ja parempaa elämää. (Lindström & Eriksson 2010.)

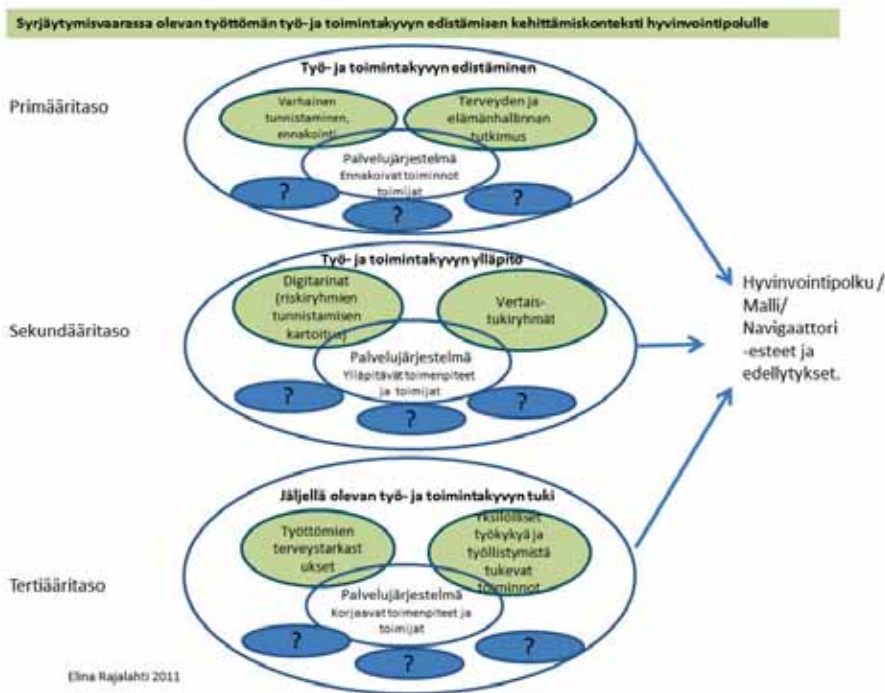
Hyvinvointi syntyy ihmisen arjen valintojen kautta. Ihminen muovaa valinnallaan omaa terveyttään ja ympäristöään ja siten hyvinvointiaan. Ihmisen arjen olosuhteet, elämäntilanne, elämäntapojen ja valintojen tulokset voivat heikentää terveyttä. Terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat arkiset ympäristöt, kodit, asuma-alueet, liikenne, koulut, työpaikat ja vapaa-ajan ympäristöt.

Hyvinvointiin vaikuttaa yhteisö, työ, tavarat ja palvelut sekä julkinen että yksityinen sektori. Suuri osa palveluista tuotetaan maksuttomasti verovaroin tuettuina.

Hyvinvointipalveluja tuottavat kunnat, järjestöt, yksityiset yritykset ja yksityisten ammatinharjoittajien muodostamat yksiköt. Palvelulla korostetaan pyrkimystä tuottaa hyvinvointia asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaan.

Saumattomalla hyvinvointipolulla asiakas valitsee hyvinvointipalveluita, jotka voidaan nähdä terveydenhuollon, sosiaalihuollon, työllisyyspolitiikan, ympäristöpolitiikan, tulonsiirtopolitiikan, koulutus- ja kulttuuripolitiikan, kuluttajansuojan ja asuntopolitiikan palvelutuotteina.

Saumattomassa hyvinvointipolun palvelujattelussa takana on ajatus prosessien hallinnasta ja niiden johtamisesta. Saumattomuutta voidaan tarkastella asiakkaan palvelujärjestelmästä käsin, palvelun tuottajan tai -järjestäjän näkökulmasta. Saumattomalla hyvinvointipolulla tarkoitetaan toimintamallia, jossa asiakas saa palvelunsa joustavasti yksityisiltä ja julkisilta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden palvelujen tuottajilta sekä järjestöiltä. Asiakkaan palvelut yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä yksikkö tai kuka on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja. (Heikkinen 2004, L 811/2000 ja muutokset (L 1225/2003))



Kuva 8 Syrjäytymisvaarassa olevan työttömän työ- ja toimintakyky-kehittämiskonteksti saumattomalla hyvinvointipolulla.

Saumaton hyvinvointipolku palvelukokonaisuuksineen mahdollistaa yksilön työ- ja toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistymisen. Se muodostuu promootiosta: mahdollisuuksien luomisesta, primääritasosta: ennaltaehkäisystä, sekundääritasosta: työ- ja toimintakykyä rajoittavien sairauksien hoitamisesta sekä tertiääritasosta: kuntoutumisen vaiheesta. Tässä kokonaisuudessa on tavoitteena terveys-voimavaralähtöinen ajattelu, joka mahdollistaa yksilön valtaistumisen itsensä hoitamiseen ja eri palvelujen käyttämiseen edistääkseen omaa hyvinvointiaan (kuva 8).

Valtaistaminen tarkoittaa yksilön päätäntävällän lisäämistä ja tukemista omien asioiden hoidossa (Kivipelto 2008). Valtaistamisen käsitteen alkuperä on englanninkielisessä sanassa empowerment, ja määritellään suomen kielessä voimaantumisenä, voimaantumisenä, voimavaraistamisena, valtaistamisena ja valtaistumisena. Käsitteen käyttö on kiisteltyä. Empowerment-orientaatio sopii teoreettisena ihmisten ja yhteisöjen hyvinvoinnin edistämistyöhön lähestymistavaksi. Empowermentilla avataan mahdollisuuksia ottaa päätäntävalta itselle (Siitonen 1999.) Empowerment on samanaikaisesti yksilöllinen ja yhteisöllinen (sosiaalinen) prosessi. Työttömien ja syrjäytymisvaarassa olevien, mielenterveyden ongelmassa painivien ja vammaisten kohdalla käsitteeseen voidaan liittää työ- ja toimintakykyisyys. Pumpu-hankkeessa ja syrjäytymisvaarassa olevien osiossa empowerment käsitellään valtaistamisena sekä valtaistumisena.

3.2 Työttömyyden kuva ja sen kehittyminen Länsi-Uudellamaalla

Fromholz, Kati; Lehtinen, Sari; Riekkinen, Sari; Schavon; Seija. Työttömyyden kuva Länsi-Uusimaalla. Työpäperi 2011.

Kivioja, Riikka; Kuokkanen, Elina; Laaksonen, Viivi; Lehto, Elina. Työttömyyden kuva Suomessa. Työpäperi 2011.

Opiskelijat koostivat katsauksen työttömyyden kuvasta käyttäen aikaisempia tutkimuksia ja tilastoja, joita on täydennetty viimeisimmillä tilastoilla.

Työttömyyttä on tarkasteltu nuorten työttömyyden, pitkäaikaistyöttömyyden sekä alueellisen työttömyyden näkökulmasta. Nuorisotyöttömyydestä puhutaan alle 20- tai alle 24-vuotiaiden työttömien aikuisten kohdalla. Nuorisotyöttömyyttä on kuitenkin vaikeampi määritellä kuin muita työttömyyden lajeja, koska nuoret vaihtavat työ- ja opiskelupaikkaa useammin kuin muut, ja kokeilevat erilaisia ammatteja ja työuria. Nuorisotyöttömyys on yleistä vastavalmistuneiden kohdalla, mutta muuttuu vakavaksi, jos nuori ei saa millään työurasta kiinni, koska mm. monet yritykset etsivät työntekijää, jolla on jo jonkin verran työkokemusta. (Tilastokeskus 2011a.)

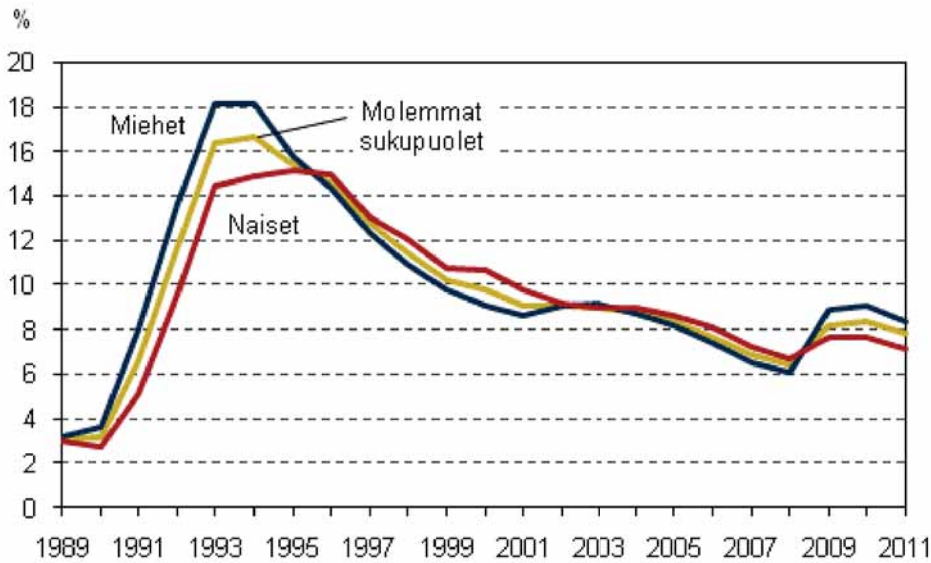
Erityisesti pitkäaikaistyöttömyys koskee ikääntyneitä ja matalasti koulutettuja. Pitkäaikaistyöttömyys altistaa masennukselle ja mielenterveysongelmille, ja motivaatio työnhakuun laskee. Myös työttömän henkilön ammattitaito rapistuu ja vaarana on lopullinen syrjäytyminen työmarkkinoilta. (Tilastokeskus 2011b.)

Alle 25-vuotiaiden työttömyys kasvoi jyrkästi 1990-luvulla Suomessa sekä myös monissa muissa Euroopan maissa. Sekä yleisen työttömyyden että nuorisotyöttömyyden huippu oli 1994, jolloin 15- 19-vuotiaiden työttömyysaste oli 41,3 % ja 20–24-vuotiaiden 30,7 %. (Halonen ym. 2007.)

Samassa linjassa työttömyyden ohella myös nuorten piilotyöttömyys kasvoi 1990-luvulla. Piilotyötön on henkilö, joka ei ole aktiivisesti etsinyt töitä neljän viikon aikana, mutta on kuitenkin työhaluinen ja työmarkkinoiden käytettävissä. Piilotyöttömiä 15- 19-vuotiaita oli vuonna 1998 tammi-maaliskuussa 24 800 ja 20-24-vuotiaita 14 100. Piilotyöttömiä oli enemmän kuin työttömiä alle 20-vuotiaissa. (Halonen ym. 2007.)

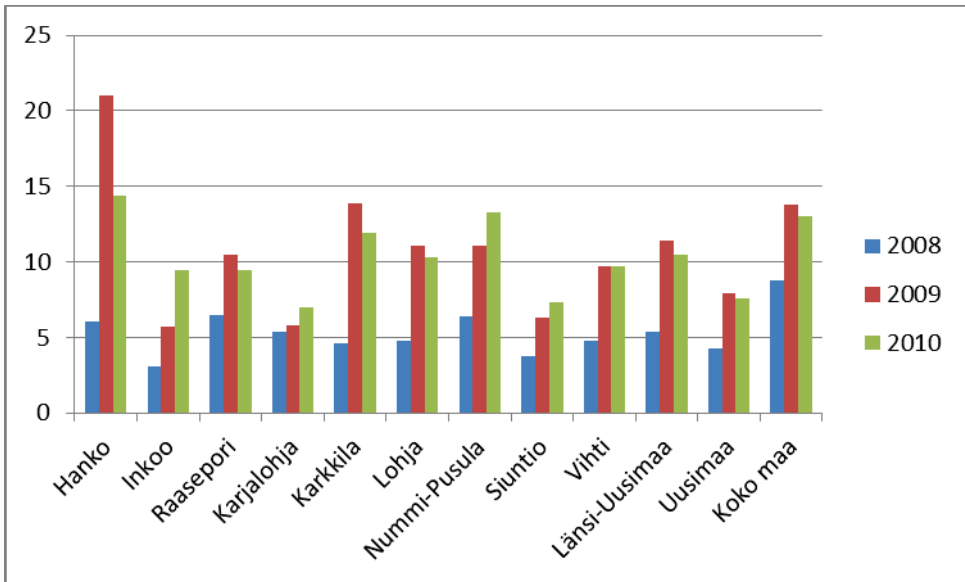
Pitkäaikaistyöttömyys nuorten keskuudessa on vähäisempää kuin vanhemmilla ikäluokilla. Vuosina 1991 - 1994 työttömiksi jääneistä ihmisistä 80 % oli useammin kuin kerran työttömänä. Vuonna 1994 15–19-vuotiailla työttömyysjaksot kestivät keskimäärin 16 viikkoa, vuonna 1998 kesto oli enää 8 viikkoa. Vastaavat luvut 20-24-vuotiailla olivat 21 ja 12, kaikkien 15–64-vuotaiden keskuudessa 25 ja 21. Tästä voidaan päätellä, että pitkäaikaistyöttömien osuus kasvaa selvästi kun tarkastellaan yli 25-vuotiaiden työllistymistä. (Halonen ym. 2007.)

Tilastokeskuksen mukaan vuoden 2011 työttömyysasteen vuosikeskiarvo oli 7,8 prosenttia, kun se vuonna 2010 oli 8,4 prosenttia. Työvoimatutkimuksen julkistaman tilaston mukaan (26.1.2012) työttömyys kääntyi laskuun vuonna 2011 ja työllisyys parani hieman (Tilastokeskus 2012). Naisten työttömyysaste pieneni 0,5 prosenttiyksikköä 7,1 prosenttiin ja miesten työttömyys pysyi naisten työttömyyttä korkeammalla tasolla. Vuonna 2011 miesten työttömyysaste oli 8,4 prosenttia eli 0,7 prosenttiyksikköä pienempi kuin vuonna 2010. (vrt. kuva 9)

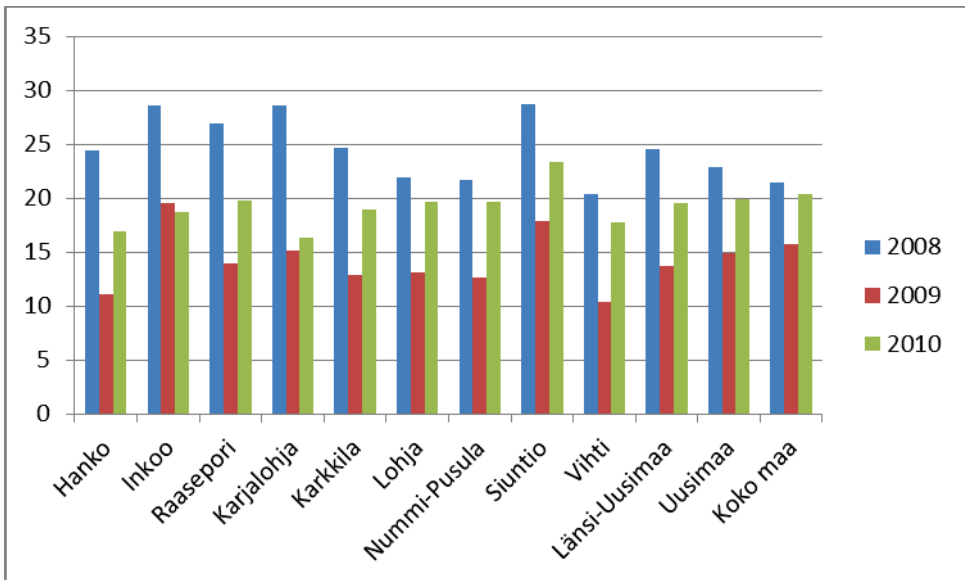


Kuva 9 Työttömyysasteen kehitys sukupuolen mukaan vuosina 1989-2011,15-74-vuotiaat, %, Tilastokeskus 2012.

Nuorten työttömien asema parani hieman työmarkkinoilla. Vuonna 2011 nuorten 15-24-vuotiaiden työttömyysaste oli 20,1 prosenttia, kun se vuonna 2010 oli 21,4 prosenttia. Nuorten työttömyys on silti selvästi yleisempää kuin 2000-luvun parhaina vuosina 2007 ja 2008, jolloin nuorten työttömyysaste oli 16,5 prosenttia. Vuonna 2011 työllisiä oli 2 474 000 eli 27 000 enemmän kuin vuonna 2010. Sosiaali- ja terveyspalveluissa työllisten määrä kasvoi eniten (+17 000) ja suurin vähennys oli kuljetus ja varastointi -toimialaryhmässä (-9 000). Työllisten 15-64-vuotiaiden työllisyysaste vuonna 2011 oli 68,6 prosenttia. Vuonna 2010 vastaava luku oli 67,8 prosenttia (Tilastokeskus 2012). (vrt. kuva 10 ja kuva 11, muokattu SOTKANet 2011.)



Kuva 10 Nuorisotyöttömät, % 15-24-vuotiaasta työvoimasta, Länsi-Uudellamaalla 2008-2010. (Lähde SOTKA-net, muokattu)



Kuva 11 Pitkäaikaistyöttömät %, Länsi-Uudellamaalla 2008-2010 (Lähde SOTKA-net, muokattu)

Keskimäärin Länsi-Uudenmaan kunnissa on hieman vähemmän työttömiä ja työvoiman ulkopuolella olevia yhtä työllistä kohden kuin koko maassa mutta kuitenkin enemmän kuin Uudellamaalla keskimäärin. Karjalohjalla on eniten työttömiä ja työvoiman ulkopuolella olevia yhtä työllistä kohti. Myös Nummi-

Pusulassa ja Raaseporissa ylitetään koko maan keskitaso. Yhtä työllistä kohti vähiten työttömiä ja työvoiman ulkopuolella olevia on Siuntiossa. (Taloudellinen huoltosuhde 2010.)

Työttömiä lohjalaisnuoria oli 160 helmikuussa 2011, mikä on lähes 100 vähemmän kuin helmikuussa 2010. Silloin työttömiä alle 25-vuotiaita oli 255. Tammikuussa 2011 nuoria lohjalaistyöttömiä oli vielä 178. Lohjalla väheni työttömyys kaikkiaan vuodessa yhden prosenttiyksikön. Helmikuussa 2010 työttömyysaste oli 9,3% ja helmikuussa 2011 työttömyysaste oli 8,3% ja 7,4% marraskuussa 2011. Työttömyysaste laski 0,2 prosenttiyksikköä tammikuuhun 2011 verrattuna. Työttömiä lohjalaisia oli helmikuussa 2011 yhteensä 1626 ja marraskuussa 1463.

Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä Uudellamaalla on hieman pienempi kuin koko maassa keskimäärin. Länsi-Uudellamaalla pitkäaikaistyöttömien osuus on 19,49%, kun luku koko maassa on 20,4%. Siuntiossa, Nummi-Pusulassa ja Raaseporissa oli eniten pitkäaikaistyöttömiä. (Kuva 11 SOTKANet 2010.)

Länsi-Uudenmaan kunnista työllisyyskehityksen ennustaminen on vaikeaa. Työttömyysaste vaihtelee ja on riippuvaista maailmantalouden tilanteesta ja suhdanteista.

TK14A TYÖNVÄLITYSTILASTO, TILANNEKATSAUS 30.11.2011
 TYÖTTÖMÄT TYÖNHAKIJAT JA AVOIMET TYÖPAIKAT KUNNITTAIN
 ELY-KESKUS, UUSIMAA

KUNTA	TYÖ- VOIMA*	TYÖTTÖ- MYYS- ASTE, %	TYÖTTÖMÄT TYÖNHAKIJAT			ALLE 25- VUOTIAAT	25-50- VUOTIAAT	PITKÄAIK- TYÖTTÖMÄT	VAJAA- KUNT.	AVOIMET TYÖ- PAIKAT
			YHTEENSÄ	MIHET	NAISET					
Helsingin seutukunta										
ESPOO	130049	5,0	6560	3718	2842	507	2625	1351	130	1350
HELSINKI	315022	7,0	22187	12752	9435	1844	7566	5061	2770	4493
VANTAA	108283	7,7	8330	4900	3530	818	2970	2297	1370	1142
HYVINKÄÄ	22624	7,1	1610	915	695	220	631	322	270	236
JÄRVENPÄÄ	20691	6,7	1379	806	573	100	540	364	254	157
KARJALOHJA	681	6,5	44	23	21	—	22	10	5	1
YÄSKYLÄ	4395	7,8	342	173	169	39	159	87	95	29
KAUNIAINEN	3867	3,5	136	84	52	6	64	31	13	51
KERÄVA	17905	5,9	1061	639	422	143	403	208	216	112
KIRKKONUMMI	19082	5,2	987	567	400	90	449	251	115	93
LÖHJÄ	19538	7,4	1463	827	576	177	640	393	306	158
MANTSALA	9741	5,4	525	288	239	75	231	127	72	53
NUMMI-PUSULA	2855	6,3	180	100	72	13	89	44	32	10
NURMIJÄRVI	20068	4,0	812	455	357	82	354	167	159	165
PORNAINEN	2473	4,4	110	58	52	11	50	26	12	8
SIPOO	9092	4,2	384	221	183	28	157	115	35	57
SIUNTIO	3077	4,0	122	68	54	9	59	42	21	8
TUUSULA	18838	4,7	891	515	376	92	397	233	158	115
YHTI	14303	5,9	842	487	360	85	348	173	158	50
Yht.	742783	6,5	47965	27577	20588	4409	18061	11282	6899	8288
Raaseporin seutukunta										
HANKO	4511	8,9	403	216	187	63	173	105	56	21
INKOO	2789	4,4	124	63	61	18	49	29	12	12
RAASEPORI	13615	7,0	948	518	430	118	385	215	125	59
Yht.	20915	7,1	1475	797	678	199	607	349	193	92

Kuva 12 Työttömyyden tilannekuvaus 30.11.2011.

3.3 Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen Lost-alueella

Hollo, Elina; Hyvönen, Sanni. Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen Lost-alueella. Opinnäytetyö. Laurea, 2011.

<http://publications.theseus.fi/handle/10024/36873>

Tutkielman tarkoituksena oli kartoittaa syrjäytymisvaarassa oleville nuorille suunnattu nykyinen palveluiden tarjonta Lost-alueella sekä tarjonnan mahdolliset puutteet ja aukot.

Tutkielma liittyi Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun Pumppu-hankkeeseen. Tavoitteena oli saada kokonaiskuva Lost-alueen nuorisotyöstä, jotta kunnilla olisi mahdollisuus arvioida nuorten parissa tehtävää työtä sekä kehittää toimintaa tarpeiden mukaan. Pyrkimyksenä oli löytää keinoja, joiden avulla syrjäytymisvaaraa pystyttäisiin ennaltaehkäisemään. Tutkielman oli myös tarkoitus tuottaa koostettua tietoa, jota pystyttäisiin käyttämään hankkeen jatkuessa. Tutkielma palvelee eri sektoreilla tehtävää nuorisotyötä Lost-alueella.

Tutkielmassa yhdistyi laadullinen ja määrällinen tutkimusote. Tutkielman aineisto kerättiin haastattelemalla nuorisotyöntekijöitä kevään 2011 aikana. Haastatteluun osallistui yhteensä 9 nuorisotyöntekijää eri Lost-alueen sektoreilta. Määrällinen aineisto analysoitiin Microsoft Excel-ohjelman avulla ja laadullinen aineisto käsiteltiin sisällönanalyysillä.

Tutkielman tuloksissa kävi ilmi, että Lost-alueella on tehty pidemmän tähtäimen kartoituksia syrjäytymisvaarassa olevien nuorten palvelujen tarpeista. Palvelujen tarpeita nähtiin olevan jokaisessa kunnassa, painottuen nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Tulosten mukaan kunnissa ylläpidetään useita nuorille suunnattuja hankkeita, joiden avulla pystytään ennaltaehkäisemään syrjäytymisvaaraa entistä tehokkaammin. Lost-alueen haasteena olivat erityisesti kasvavat nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmat.

Tulosten perusteella puutteellisiin resursseihin tulisi jatkossa puuttua. Ennen kaikkea taloudellisia resursseja tulisi kehittää, sillä ne vaikuttavat suurimmaksi osaksi muiden resurssien parantamiseen, kuten työntekijöiden ja täydennyskoulutuksen lisäämiseen sekä nuorisotilojen kehittämiseen. Lisäksi nuorisotyön kehittymisen kannalta yhteistyötä ja organisointia tulisi kehittää.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla haastattelututkimus, jossa keskityttäisiin nuoriin ja saataisiin kokonaiskuva nuorten tämänhetkisestä terveyden- ja hyvinvoinnintilasta heidän omasta näkökulmastaan. Toivottavaa olisi, että nuoret osallistuisivat

nuorisotyön kehittämiseen omakohtaisten kokemusten kautta. Näin pystyttäisiin rakentamaan järjestelmä, joka palvelee nuoria mahdollisimman tehokkaasti, syrjäytymisvaaraa ehkäisten. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös vastaavanlainen tutkielma Karviaisen alueella. Kuntaliitosten myötä rajat voivat muuttua, minkä vuoksi olisi hyvä varautua koko alueen osalta tulevaisuuteen.

3.4 Kokemuksia työttömyydestä ja syrjäytymisestä

Jääskeläinen, Nea; Nikkanen, Juha; Toivola, Paula; Valtonen, Tuuli. Pitkäaikaistyöttömän syrjäytymiskokemukset. Työpaperi 2011.

Opiskelijat koostivat katsauksen työttömyyden kokemuksia käyttäen aikaisempia tutkimuksia ja tilastoja.

Työn menetys on koettu yhdeksi elämän traumaattisimmista kokemuksista. Suomessa työntekijöitä irtisanotaan päivittäin, mutta yllättävässä elämänmuutoksessa irtisanottu jää usein yksin. Samaan aikaan kun irtisanotun pitäisi selviytyä työpaikan menetyksen aiheuttamasta traumasta ja surusta, hänen pitäisi vain ryhtyä tehokkaasti hakemaan uutta työtä. Suomesta puuttuu järjestelmä ja siihen kuuluvat toimijat, jotka auttaisivat irtisanottua selviytymään työpaikan menetyksen aiheuttamasta kriisistä. Länsimaiseen kulttuuriin kuuluu olennaisena osana työn tekeminen ja toimeentulon ansaitseminen työllä.

Suomessa ihmisen arvoa on paljon mitattu työn tekemisellä, kun taas esimerkiksi maantieteellisesti lähellä sijaitsevassa Tanskassa ei työllä ole ihmiselle niin suurta merkitystä. Hyvinvointi on kuvattu Suomessa kokonaisvaltaiseksi myönteiseksi kokemukseksi elämästä ja työstä. Suomessa on tehty tutkimus, josta käy ilmi että väestön onnellisuuteen vaikuttaa olennaisesti taloudellinen turvallisuus ja työkykyisyys. (Poijula 2003, 11–17.)

Työttömyyttä pidetään Suomessa keskeisenä yhteiskunnallisena ongelmana. Se, että ihminen jää työttömäksi on suuri elämänmuutos ja tuo mukanaan usein myös ongelmia. Työttömäksi jääminen nostaa esiin kysymyksiä: Miten selviän taloudellisesti? Hyväksytäänkö minut työttömänä? Työttömyyden kokeminen on hyvin yksilöllistä ja siihen vaikuttavat sekä ulkoiset olosuhteet että yksilön ominaisuudet. (Vesalainen & Vuori).

Työttömyyden kokemuksia ja vaikutuksia ihmisen elämään on tutkittu usean eri näkökulman valossa, muun muassa elämänhallinnan, elämänlaadun ja elintason näkökulmasta. Vuonna 1993 järjestettiin Työttömän tarina -kirjoituskilpailu, jonka tarkoituksena oli koota tutkimusaineistoa työttömien omakohtaisista kokemuksista. Kilpailuun osallistuneissa kirjoituksissa kuvattiin muun muassa työttömäksi joutumista, tilanteen aiheuttamaa ahdinkoa, työttömien asemaa ja kohtelua ja omien arvojen muuttumista. Kilpailuun jätettyiden tarinoiden pituudet vaihtelivat 1-100:n sivun välillä.

Suomessa on paljon eriarvoisia työttömiä. Tähän vaikuttavat suuresti koulu- ja työhistoria sekä se, kuuluuko johonkin ammattiliittoon vai ei. Leinosen tutkielmassa

työttömyyttä ja sen vaikutusta henkilön elämään tutkittiin muun muassa kysymällä vastaajien taloudellisesta tilanteesta. Tämä jakautui kolmeen osa-alueeseen: hyvä, kohtalainen ja huono taloudellinen tilanne. Suurimmalla osalla vastaajista taloudellinen tilanne oli kohtalainen tai huono. Tutkimuksessa nousi ilmi vastaajien mukautumista ja sopeutumista työttömänä olemiseen sekä elämistä taloudellisen tilanteen mukaisesti. Eräs vastaaja kertoi, että on oppinut elämään vähillä tuloilla ja ostamaan mitä saadaan eikä sitä mitä halutaan. Taloutensa kohtalaiseksi tai huonoksi kuvanneet kertoivat tilanteestaan hieman negatiivisella sävyllä, kun taas taloudellisen tilanteen hyväksi kuvanneet kertoivat tilanteestaan toiveikkaammalla ja positiivisemmalla sävyllä. Eräs nainen vastasi ”Pärjään ihan ok näillä tuloilla. Pitää vain sopeuttaa kulut tuloihin”.

Latvalan tutkimuksessa (2007) haastateltiin lukuisia henkilöitä työttömyyden ja syrjäytymisen kokemuksista. Kommentit puhuivat omaa karua kieltään köyhyydestä, työn saannin vaikeudesta, byrokratiaa vastaan taistelemisesta ja näitä seuraavista psyykkisistä ongelmista. Eräs haastatelluista kertoi, että joka kuukausi pitää tinkiä lähes kaikista perusasioista. Kaupassa joutuu pohtimaan, ostaako hammasharja, hammastahnaa vai deodoranttia. Jos ostaa uuden hammasharjan, niin hammastahnaa saa vasta seuraavassa kuussa. Ongelmana koettiin se, että alennusmyynneistä ei voinut hamstrata mitään varastoon, kun rahat joka tapauksessa riittävät vain yhteen pakettiin kahvia tai yhteen pussilliseen pesuainetta. Myöskään isompaan pakettiin ei useinkaan ole varaa, vaikka se tulisi pitkällä aikavälillä edullisemmaksi. Autolla kaupassa käymiseen ei ole rahaa, vaikka kyläkaupan hinnat usein ovat korkeammat kuin kauempana sijaitsevan supermarketin.

Mitä pidempään toimeentulotuella eläminen venyy, sitä pienemmäksi ihmisen liikkumatila käy. Liikkumatilan kapenemisen koettiin vaikuttavan myös muutoksen mahdollisuuteen. Fyysisen ja psyykkisen kunnon ylläpitäminen koettiin vaikeaksi, mikä puolestaan vaikuttaa työpaikan löytämiseen. Pesukoneen hajoaminen tai sairastuminen lääkekuluineen on jatkuva pelon aihe. Talouden saattaminen takaisin tasapainoon yllättävän menoaerän jälkeen saattaa kestää useita kuukausia. Pienistä rahoista ei riitä säästöön pahan päivän varalle, kun paha päivä on joka päivä. Vanhemmat usein tinkivät omista tarpeistaan kaiken minkä voivat saadakseen lapsilleen harrastusvälineitä, koulutarvikkeita ja vaatteita. Aikuinen voi kulkea samoissa vaatteissa vuodesta toiseen, mutta lasten kasvaessa on pakko hankkia uutta. Uusia vaatteita ei kuitenkaan välttämättä ole, vaan euron – parin kirpputorilöytöjä (Latvala 2007).

Latvalan (2007) mukaan tietokone ja auto koettiin tärkeimmiksi välineiksi työpaikan saamisessa etenkin syrjäseuduilla. Ne, joilla auto oli, pitivät siitä kiinni kynsin hampain. Auton ylläpitäminen huolto- ja polttoainekuluineen sekä vakuutusmaksuineen ei kuitenkaan ole helppoa. Eräskin haastateltava kertoi

kaivaneensa vanhoista talvirenkaista nastat irti kun kesärenkaisiin ei ollut varaa. Tietokone on hyvin keskeisessä asemassa työnhaussa nykyaikana. Monella ei omaa tietokonetta kuitenkaan ollut, joten työpaikkojen päivittäinen selaaminen oli monille mahdotonta. Maaseudulla asuvilla käyminen työvoimatoimistossa tai kirjastossa ei välimatkan takia ole mahdollista niin usein kuin haastateltavat toivoivat. Työvoimatoimistossa ei myöskään työhakemuksia omalta muistitikulta saanut tulostaa virusten pelossa. Tietokoneen käyttömahdollisuuksien puuttuminen kaventaa työnsaannin mahdollisuuksia entisestään.

Velkavaikeuksissa olevilla mielenterveyden häiriöt olivat 2-3 kertaa yleisempiä niiden keskuudessa, jotka eivät saaneet mielestään riittävää sosiaalista tukea kuin niillä, jotka kokivat tuen määrän riittäväksi (Kontula ym. 1998). Ihmisen on vaikeaa selviytyä elämässä ilman sosiaalisia kontakteja. Jatkuvan köyhyyden aiheuttamat rajoitteet sekä häpeän tunne rajoittavat sosiaalista elämää, jolloin vaarana on eristäytyminen sekä entistä pahempi ahdistuksen tunne. Kontulan ym. tutkimuksen (1998) mukaan velkataakka vaikutti yksittäisenä tekijänä eniten siihen, millaisena haastatellut kokivat tulevaisuudessa selviämisen.

Tutkimuksista ja muusta lähdemateriaalista kävi ilmi, että työttömyys koetaan monella eri tavalla. Toiset miettivät taloudellista pärjäämistä, kun taas toiset miettivät sitä, hyväksyvätkö muut ihmiset työttömän. Työttömyyttä ei kuitenkaan koettu pelkästään negatiivisena asiana, toiset onnistuivat löytämään työttömyydestä myös positiivisia puolia. Pääosin työttömyys kuitenkin alentaa hyvinvointia ja henkistä jaksamista sekä aiheuttaa mm. epänormaaliuden kokemuksia. Työttömille tarvittaisiin enemmän tukiryhmiä ja muuta toimintaa, jotta henkinen vireys ja työkyky pysyisivät yllä.

Syrjäytyminen voi ulottua monelle elämänalueelle. Alkunsa se saattaa saada koulutuksellisenä syrjäytymisenä silloin, kun koulutusurille pääsy vaikeutuu valmiuksien puutteen tai vähäisyyden vuoksi. Tästä saattaa seurata työmarkkinallista syrjäytymistä ja työttömyyttä, mikä johtaa sosiaaliseen syrjäytymiseen, josta seuraa sosiaalisten suhteiden köyhyys ja yksinäisyys. Tästä saattaa seurata perhesiteiden ja muiden lähiyhteisöön olleiden suhteiden höltyminen. Ulkoisen sosiaalisen tuen heiketessä tulee ongelmia omaan elämänhallintaan, mistä saattaa olla seurauksena syrjäytymiskiirteen syveneminen. (Vertanen 2008).

3.5 Työttömien ja syrjäytymisvaarassa olevien kanssa toimivat tahot

Berghäll, Markus; Danielsson, Tanja; Hiltunen, Ida; Lehtelä, Kimmo. Työttömien kanssa toimivat tahot ja toiminnan sisältö. Työpaperi 2011.

Rubinstein, Riina; Määttä, Mirva-Mari; Torstensson, Ann-Mari. Kuvaus työttömien kanssa toimivista välillisistä toimijoista. Työpaperi 2011.

Alén, Helena; Hedberg, Henriikka; Rajasilta, Anna; Turpeenoja, Janiika. Kuvaus työttömyyden ja syrjäytymisen alueella tehdyistä kehittämishankkeista. Työpaperi 2011.

Työttömien kanssa toimivia tahoja tarkastellessa voidaan jaottelua pohtia useasta näkökulmasta. Toimintoja jaoteltaessa voidaan käyttää sektoripohjaista jaottelua, jolloin

- ensimmäinen sektori tarkoittaa yritys-elämää ja markkinoita,
- toinen sektori yhteiskuntaa, valtiota ja julkista sektoria,
- kolmas sektori kansalaisjärjestöjä ja vapaaehtoista kansalaistoimintaa,
- neljäs sektori yksilöitä, perheitä ja kotitalouksia. (Helander 1998.)

Ensimmäisen sektorin palvelut käsittävät sosiaali- ja terveyssektorilla yksityisten markkinoiden (yrittäjien) tuottamia terveyden ja hyvinvoinnin palveluja. Yksityistämällä voidaan tarkoittaa myös julkisten palveluiden tuotannon siirtämistä yksityisen sektorin hoidettavaksi. Julkisen vallan kontrolli tuotettuun palveluun pyritään yleensä säilyttämään tarvittavassa määrin myös yksityistämisen jälkeen.

Toiminta syrjäytymisvaarassa olevien parissa Länsi-Uudellamaalla: yritykset tuottavat palveluita kunnille hankintalainsäädännön sallimissa rajoissa kilpailutukseen perustuvilla ostopalvelusopimuksilla, joita ovat mm. huostaan otettuiden lasten ja nuorten sekä päihdekuntoutujien palvelut.

Vuoden alussa 2009 voimaan tuli palvelusetelilaki, joka mahdollistaa kunnille uuden tavan järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja oman tuotannon ja ostopalvelujen rinnalle. Tämän mahdollisuuden käyttöönotto on kunnille vapaaehtoista. Palvelusetelillä ei voi korvata kunnallista palvelutuotantoa. Palveluseteli on kannuste järjestää palveluja uudella tavalla ja uusien kuntayhdistelmien syntyessä mallintaa palvelukokonaisuuksia uusista näkökulmista ja tarpeista käsin mm. syrjäytymisvaarassa olevien hyvinvoinnin parantamiseksi. Syksyllä 2011 aloitettiin opinnäytetyö Laureassa, jossa selvitetään kuntien palvelustrategioita ja palvelusetelin käyttömahdollisuuksia Länsi-Uudellamaalla.

Toinen sektori käsittää valtion ja julkishallinnon eli yhteiskunnan palvelut. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on tärkeää toimintaa yhteiskunnassa. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palvelut kuuluvat kaikille kansalaisille, niin myös syrjäytymisvaarassa oleville työttömille. Suomessa julkisella vallalla on velvoite edistää kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Tämä määritellään perustuslaissa, jonka mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jos hän ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa.

Kunnille on annettu velvoitteeksi järjestää alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevia palveluja, ja mikäli kunnat eivät itse järjestä näitä palveluja, kunnat voivat ostaa niitä yksityisiltä palveluntuottajilta, yhdistyksiltä tai järjestöiltä.

Toiminta työttömien parissa Länsi-Uudellamaalla

- MAHIS- Mahis-hanke on Lohjan kaupungin työllistämishanke. Hankkeen toteuttamisaika on 1.1.2008 - 31.12.2012. Osa toiminnallisista kustannuksista (50%) katetaan työllisyyspoliittisella avustuksella. Mahis tarjoaa työtä ja työtoimintaa sekä tukee asiakkaidensa elämänhallintaa. Mahis on osa aktivoivaa sosiaalityötä.
- STARA-projekti. (1.8.2010 - 30.6.2013) ELY-keskuksen hanke, toteuttaja Länsi-Uudenmaan ammattikoulutus kuntayhtymä, Luksia aikuisopisto. Toimenpiteet kohdistuvat ensisijaisesti kaikkiin alle 25-vuotiaisiin Lohjan, Vihdin ja Karkkilan alueen TE-toimistojen nuoriin työttömiin asiakkaisiin. Erityisesti puutteellisen pohjakoulutuksen, keskeytyneen ammatillisen koulutuksen omaaviin ja ammatillisesta koulutuksesta valmistuneisiin, ilman työpaikkaa oleviin nuoriin työttömiin. TE-toimistot valitsevat nuoret projektiin.
- Työttömien terveystapaamiset Lohjalla v. 2011 syksyllä (Terveydenhuoltolain 13 §. uusi toimintamuoto)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012-2015 on jatkoa edellisen kauden ohjelmakokonaisuudelle. Ohjelmassa on painopisteinä mm. terveyden eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäisy. Ohjelmakokonaisuudella tullaan painokkaasti paneutumaan vähäosaisten syrjäytymisvaarassa olevien aseman parantamiseen hanketoiminnoissa.

Kolmannen sektorin toimijoista puhutaan silloin, kun tarkoitetaan toimijoita, jotka toimivat yhdistyksissä, epämuodollisissa ruohonjuuritason spontaaneissa ryhmissä toimijoina sekä epävirallista toimintaa. Tähän joukkoon kuuluu järjestöjä ja yhdistyksiä.

Kolmannella sektorilla toimivat vahvasti kansanterveysjärjestöt, yhdistykset, jotka toimivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelujen tuottajina. Nämä ovat tärkeitä kumppaneita, jotka ovat innostuneita tukemaan hyvinvointia oman jäsenistönsä avulla. Tätä mahdollisuutta kunnat käyttävät enenevässä määrin määrärahojen puuttuessa. Järjestöjen toiminta perustuu laajaan osavaan jäsenistöön ja asiantuntijaverkostoon. Kansanterveysjärjestöjen kattojärjestö on Terveyden edistämisen keskus (Tekry), joka pyrkii muiden yhteiskunnallisten toimijoiden välisen yhteistyön parantamiseen ja mahdollisuuksien luomiseen. Tekry rahoittaa hankkeillaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä järjestötoiminnan kautta.

Kolmannen sektorin merkitys työttömien toiminnan ja palveluiden järjestämisessä on suuri ja merkitys kasvaa koko ajan. Laaja-alaisempaa yhteistyötä kuntien ja järjestöjen välille tarvitaan. Yhteistyön kehittäminen ja rakentaminen aidoksi vaatii kärsivällisyyttä ja aikaa, koska yhteistyö on monimutkaista ja siihen sisältyy paljon muutakin kuin virallisten dokumenttien vaihto. Kehittäminen vaatii aktiivista toimintaa esimiehiltä. Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt linjauksen, jossa se katsoo, että järjestötoiminta edesauttaa hyvän elämän luomista. Ministeriö kannustaa järjestöjä laaja-alaiseen yhteistyöhön esimerkiksi kuntien kanssa ja pyrkii tukemaan niitä taloudellisesti. (STM, Seppelin 2011)

Suomessa valtaosa järjestöistä toimii sekä asiantuntijan, vaikuttajan että palvelujen tuottajan roolissa. Vapaaehtoisten hankkiminen, koulutus, työnohjaustyypiset tapaamiset, virkistys ja jatkokoulutus edellyttävät yleensä ammatillista panosta, samoin kuin kokemusten jakaminen toisten vapaaehtoisten kanssa (Dufva & Niemelä. 2003). Järjestöjen organisoima vertaistuki, matalan kynnyksen kohtaamispaikat sekä vapaaehtoistoiminta tukevat hyvin ihmisten osallisuutta.

Järjestöt työskentelevät usein yhteistyössä yliopistojen ja muiden koulutusyksiköiden kanssa, mutta palkkaavat harvoin asiantuntijoita joukkoonsa. Järjestöjen kuuluu havaita heikotkin signaalit, jolloin tarvitaan monipuolista koulutusta ja osaamista. Heikkoja signaaleja on vaikea havaita ja vielä hankalampaa tulkita. Esimerkki tällaisesta voi olla järjestöön tulevien kysymysten määrän muutos tai ilmaiset ja median toistuvat tarinat. (Dufva & Niemelä. 2003.)

Työttömien kanssa toimii hyvin erilaisia välillisiä toimijoita pienistä yhdistyksistä, kirkkoon tai Raha-automaattiyhdistyksen kokosiin organisaatioihin. RAY toimii useiden yhdistysten ja järjestöjen toiminnan rahoittajana. Paikkakunnittain on työttömille järjestetty erilaisia tapahtumia sekä apuja. Useimmin avut ovat ruoan jakoa, kahvittelevia, vertaistukea, kerhoja sekä pajoja. Kolmas sektori esittää Suomessa suurta roolia työttömyyden kohdanneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien auttamisessa ja on kansalle tärkeä voimavara.

Toiminta työttömien parissa:

- Hiiden YTY- hanke. Hanke tarjoa yhdistyksille keskitetyn tukityöllistämisen toimintamallin. Hanke kokoa työllistäviä yhdistyksiä verkostoksi ja tukee työllistävän toiminnan kehittämistä alueen yhdistyksissä.
- KOALA Koulutettu avustaja koteihin ja laitoksiin/KOALA ELY-keskuksen rahoittama hanke ajalle 1.1.2008-31.12.2012 Hankkeen päämääränä on työllistää työttömiä henkilöitä Apuomena ry:n kotona asumista tukeviin toimintoihin ja taata osaavan ja motivoituneen henkilökunnan saatavuus hoiva- ja hyvinvointialalle. Työllistymispolku räätälöidään jokaisen hankkeeseen työllistyvän henkilökohtaisten valmiuksien mukaan. Hankkeen toiminta-alue on Lost yhteistoiminta-alue (Lohja, Karjalohja, Inkoo, Siuntio) ja Nummi-Pusula
- Työttömien valtakunnallinen keskustelupalsta on lomautettujen, irtisanottujen ja työtä etsivien keskustelualue **Laiturille** on evankelis-luterilaisten seurakuntien ylläpitämä nettisivusto, joka pyrkii tavoittamaan työttömiä ja tarjoamaan heille tietoa eri paikkakunnilla tapahtuvasta työttömien toiminnasta, sekä vertaistukea keskustelufoorumin myötä.

Neljäs sektori on yksityiset kansalaiset ja perheet: yksilöiden ja perheiden hyvinvointi syntyy heidän kyvystään huolehtia itsestään. Edellytykset huolehtia omasta ja perheen hyvinvoinnista riippuvat pitkälti yksilöiden ja perheiden sosioekonomisesta asemasta sekä yksilön koulutuksesta, millä taas tiedetään selkeästi olevan yhteyttä koettuun terveyteen ja hyvinvointiin sekä työttömyyteen (Terveyden eriarvoisuus Suomessa 2007).

3.6 Työttömän terveysprofiili ja terveyspalvelujen käyttö

Kallijärvi, Hanna; Keskinen, Rea; Papunen, Kati. Työttömän terveyden kuva. Työpäperi 2011.

Karjalainen, Sanni; Kronberg, Leila; Parisaari, Sanni; Saari, Laura. Minkälaiset on työttömän saamat terveyspalvelut. Työpäperi 2011.

Opiskelijat koostivat yhteenvedon työttömän terveysprofiilista, terveyspalveluista sekä työttömyysturvapalveluista käyttäen aikaisempia tutkimuksia ja tilastoja.

Nuoren työttömän terveyttä ja itsestä huolenpitoa on tutkittu alueellisesti Rajalahden (1999) kyselytutkimuksessa Lohjan ja Vihdin alueella. Pitkäaikaistyöttömien terveyttä ei ole alueellisesti tutkittu vaan tässä esitettävä terveysprofiili on koostettu aiemmista valtakunnallisista terveyteen liittyvistä tutkimusraporteista.

Yleisellä tasolla terveysprofiili kuvastaa terveyden ja hyvinvoinnin jakautumista väestössä, mutta tätä voidaan pilkkoa myös pienempiin osa-alueisiin. Terveysprofiilia voidaan määrittää esimerkiksi tiettyä sairautta sairastavien, tietyssä kunnassa asuvien yksilöiden näkökulmasta.

Tässä yhteydessä käsitämme työttömän terveysprofiilin muodostuvan heidän terveyskäyttäytymisestään sekä terveyskäyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä. Näin ollen tavoitteena on kuvata tämän ryhmän sisäisiä terveysongelmia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Määritelmän mukaan on keskeistä selvittää työttömistä seuraavat tekijät:

- terveyden vaaratekijät
- terveyspalveluiden käyttö
- terveydentila
- sairastavuus sekä
- kuolleisuus (Kumpusalo 1993.)

3.6.1 Työttömyys ja terveydentila

Työttömyyden terveysvaikutuksia on tutkittu 1930-luvulta saakka ja yksi keskeisimmistä teorioista on Jahodan latentin deprivaation teoria. Sen mukaan työn piilevät piirteet ovat oleellisia työttömyyden hyvinvointivaikutusten kannalta. Sellaisia piirteitä voivat olla työn tarjoama aikarakenne, sosiaaliset kontaktit, päämäärät, yhteiskunnallinen arvoasema sekä säännöllinen toiminta, joiden

menetyksen työttömyyden seurauksena voi vaikuttaa negatiivisesti yksilön mielenterveyteen. Monissa tutkimuksissa työttömyyden on todettu olevan yhteydessä heikentyneeseen psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Samankaltaisia tuloksia on saatu myös vastakkaisilla asetelmilla, joissa työssä olevilla on parempi terveydentila ja vähemmän terveysongelmia kuin työttömillä, toisaalta hyvä terveys myös parantaa mahdollisuuksia saada työtä. Myös toisenlaisia tuloksia on saatu, niiden mukaan työttömyydellä ei ole vaikutuksia fyysiseen terveyteen eikä toimintakykyä heikentäviin sairauksiin tai vammoihin. Samantapaisia tuloksia saatiin työttömyysuhan alla olevilla poliiseilla. Voisi olettaa, että jo pelkkä työttömyyden uhka voisi vaikuttaa terveyteen, mutta näin ei käynyt. (Mesiäinen 2004.)

Niin kansainvälisissä kuin kansallisissakin tutkimuksissa on todettu työttömien voivan huonommin sekä olevan sairaampia kuin työssäkäyvät. Tutkimukset eivät kuitenkaan yksiselitteisesti kerro kausaalisen yhteyden merkityksestä, eli onko heikko terveys ajanut työttömäksi vai työttömyys sairaaksi? (Kerätär & Karjalainen 2010.)

Esimerkiksi Heponiemi et al. (2008) arvioivat keski-ikäisillä suomalaisilla tehdyn tutkimuksen perusteella huonon fyysisen terveyden altistavan työttömyydelle. Tutkimuksessa työttömyyttä voitiin ennustaa neljä vuotta aikaisemmilla terveysongelmilla. Neljän vuoden seurannassa suomalaisilla määräaikaisten työsuojelututkimuksilla olevilla julkisen sektorin työntekijöillä oli suurempi todennäköisyys joutua työttömäksi tai epävakaa työllä, mikäli heillä oli seurannan alussa huonoksi arvioitu terveys. (Heponiemi ym. 2008, 17-18; Rotko ym. 2011.)

Leino-Arjas et al. (1999) tekivät tutkimusta rakennusmiesten terveydestä ja terveyden yhteydestä työttömyyteen. Heidän tutkimuksessaan kohderyhmänä olivat 40-59-vuotiaat rakennustyömiehet, joiden terveydentilaa seurattiin neljän vuoden ajan. Terveyden perustuva valikoituminen kyettiin osoittamaan pitkän ajan seurannassa. Tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö ennustivat työttömyyttä, mutta myönteisiä elämäntapamuutoksia havaittiin työttömillä rakennustyöläisillä. Stressi ennusti työttömyyttä ja se lisäsi ennestään stressiä. (Leino-Arjas ym. 1999.)

Tärkeimpinä työttömyyttä ennustavina tekijöinä nousivat esiin ikä, korkein työttömyysriski oli 50-54-vuotiailla, sekä aiempi työttömyyshistoria. Myös perhesuhteet, alkoholinkäyttö ja tupakointi ennustivat työttömyyttä. Leino-Arjaksen et al. tutkimus tukee sitä käsitystä, että työttömäksi valikoituu ihmisiä terveyden perusteella. (Leino-Arjas ym. 1999.)

Keskimäärin työttömien keskuudessa fyysinen terveys on huonommassa tilassa kuin työllisten joukossa. Terveysvalikoitumisella tarkoitetaan sitä, että huono terveys altistaa työttömyydelle. (Rotko ym. 2011.) Työttömyyden ja terveyden välinen suhde

ei ole kuitenkaan yksiviivainen, sillä vaikutussuhteet voivat olla kahdensuuntaisia ja kulkea erilaisten välittävien tekijöiden kautta. Työttömyyden voidaan olettaa olevan tekijänä fyysisen hyvinvoinnin heikentymiselle, sillä työttömyyden myötä ihmisen elintapoihin tulee usein voimakkaita muutoksia. Myös stressillä ja muilla psykologisilla mekanismeilla on tiettävää vaikutusta fyysisen terveyden heikkenemiseen. (Kauppinen ym. 2010.)

Työttömyyden on todettu lisäävän tupakointia, alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä sekä muita epäedullisia terveystottumuksia ja tätä kautta altistavan henkilön useille eri sairauksille. Pitkään jatkuneen työttömyyden ja useiden toistuvien työttömyysjaksojen on katsottu myös heikentävän yksilön työkykyä. (Kauppinen ym. 2010.)

Terveyskäyttäytymisen ja työttömyyden välillä eniten näyttöä on alkoholin kulutuksen vaikutuksista. Vakavat alkoholiongelmät voivat johtaa lisääntyneeseen työttömyysriskiin, kun taas työttömyyden vaikutukset alkoholin kulutukseen vaihtelevat. Poikittaistutkimukset säännönmukaisesti näyttävät, että työttömien joukossa alkoholinkulutus on korkeampaa kuin työllisten joukossa. Tutkittaessa yhdeksää Euroopan maata, havaittiin että työttömät käyttävät enemmän alkoholia kuin työlliset. (Heponiemi ym. 2008.)

Työttömyydellä on kuitenkin vaikutusta muuhunkin terveyskäyttäytymiseen kuin alkoholin käyttöön, mutta näitä yhteyksiä on tutkittu vähemmän. On havaittu, että työttömät tupakoivat enemmän, syövät enemmän stressin tähden ja liikkuvat työssäkäyviä vähemmän. Myös mielenterveysongelmat altistavat työttömyydelle. Sairaalajaksot mielenterveysongelmien takia ennustivat myöhempää työttömyyttä sekä miehillä että naisilla. (Heponiemi ym. 2008.)

Tutkimusten valossa tiedetään työttömyyden vaikuttavan heikentävästi henkiseen hyvinvointiin sekä mielenterveyteen. On myös nähtävissä, että jo pelkkä uhka työttömäksi jäämisestä aiheuttaa henkistä pahoinvointia. Työttömän henkilön henkinen hyvinvointi ja mielenterveys eivät kuitenkaan pohjattomasti heikkene, vaan työttömyyden jatkuessa pitkään ihminen sopeutuu tilanteeseensa. Toisaalta tutkimusten mukaan on kuitenkin nähtävissä, että yksilön uudelleen työllistyessä myös henkinen hyvinvointi kohenee. (Mannila & Martikainen 2005.)

Nuorten työttömyydellä on näytetty olevan kauaskantoisia vaikutuksia terveyteen, asenteisiin ja elämäntapoihin. Nuorten työttömyys ennusti tupakointia, psykologista oireilua ja somaattista oireilua 30-vuotiaana, vaikka huomioitaisiin aiempi terveyskäyttäytyminen ja sosioekonominen asema. (Heponiemi ym. 2008.)

Monissa tutkimuksissa on havaittu työttömyyden negatiivisten vaikutusten olevan miehillä voimakkaampia. Tämä saattaa johtua siitä, että miehet ovat perinteisesti

olleet päävastuussa perheen elatuksen hankkimisesta, vaikka nykyään elatusvastuu jakaantuu tasaisemmin miesten ja naisten välillä. Naisia tutkittaessa on havaittu, että työttömien ja kotiäitien terveys on huonompi kuin työssäkäyvien. Tutkimusten valossa näyttäisi siltä, että työn ja perheen yhdistäminen on hyödyllistä naisten terveydelle. (Heponiemi ym. 2008, 23.)

3.6.2 Työkyky ja sairastavuus

Työttömyyttä, köyhyyttä ja puutteellista koulutusta voidaan pitää syrjäytymisriskeinä. Nämä kaikki kolme syrjäytymisriskiä toimivat myös työkykyä rajoittavina tekijöinä. Työkyvyn heikentyminen voi lisätä myös omalta osaltaan syrjäytymisriskiä. Työkyvyn heikentymiseen vaikuttavat aina työttömyyden kesto ja toistuvuus. Työttömien työkyky on tutkitusti heikempi kuin työssä käyvien. Työttömyyden ja rajoittuneen työkyvyn yhteys liittyy osittain heikkoon koulutustasoon ja taloudellisiin vaikeuksiin. Työkyvyn paraneminen on vahvassa yhteydessä uudelleen työllistymisen mahdollisuuksiin ja taloudellisen tilanteen vakaantumiseen ja uudelleen työllistyneiden työttömien työkyvyn onkin todettu olevan samalla tasolla muiden työssäkäyvien kanssa. (Järvikoski ym. 2006.)

Vertailtaessa samanikäistä väestöä keskenään, on työttömien henkilöiden työkyky huomattavasti heikempi kuin työtä tekevien ikätovereiden. Osittain yhteys saattaa johtua siitä, että työttömiksi valikoituu henkilöitä, joiden työkyky on jo lähtötasoisesti heikempi. Kouluttamattomuus tai ammattitaidon rapistuminen pitkään kestäneen työttömyyden aikana vaikuttavat heikentävästi itse arvioituun työkykyyn. (Järvikoski ym. 2006.)

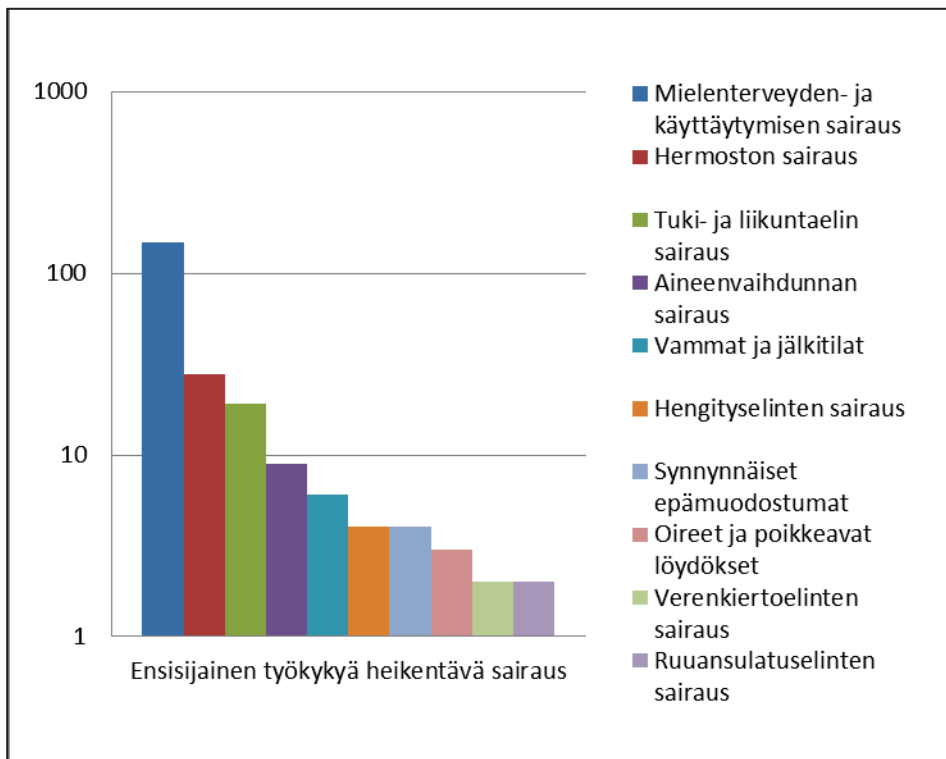
Pitkäaikaistyöttömyys on yleisintä 45-63-vuotiaiden joukossa, ja heidän on nuoria vaikeampi palata työelämän. Osin tästä syystä ikääntyneitä pitkäaikaistyöttömiä on siirtynyt ennen aikaiselle eläkkeelle. Mutta nyt Suomi on muuttanut strategiaansa ja pyrkinyt lisäämään ikääntyneiden osallistumista työelämään. (Heponiemi ym. 2008.)

Kerätär & Karjalainen (2010) tekivät kuvailevan tapaustutkimuksen pitkäaikaistyöttömien (N=225) työkyvyn arvioinnista, joka perustui asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin. Tutkittavat olivat kolmen eri työvoiman palvelukeskuksen asiakkaita. Tutkittavien keski-ikä oli 38 vuotta, tutkittavista naisia oli noin 30 %, noin puolet tutkittavista oli iältään 41-55-vuotiaita, viidesosa tutkituista oli alle 25-vuotiaita. Tutkituista valtaosalla (60%) oli vain perusasteen koulutus, korkeasteen koulutus puolestaan vain 4%:lla. Kiistatta tutkimuksesta ilmenee pitkäaikaistyöttömillä olevan runsaasti hoitamattomia mielenterveysongelmia, jopa noin 65%:lla tutkituista ensisijainen työkykyä heikentävä sairaus oli mielenterveys ja käyttäytymisen häiriö. Tutkimus osoittaa niin ikään pitkäaikaistyöttömillä olevan hermostosairauksien ryhmästä neurologisia vaurioita, jotka ovat aiheutuneet

pitkään jatkuneesta päihteiden käytöstä. Tutkimuksen mukaan tukielinsairauksista degeneratiivisia rangan ja isojen nivelten sairauksia esiintyi eniten. Mielialahäiriöt edustivat mielenterveydenhäiriöistä valtaosaa. Otannassa lievästä kehitysvammasta kärsiviä oli 17% (N=25). Tutkimuksen mukaan tästä otannasta vain neljä yksilöä todettiin työkykyisiksi ilman kuntouttavia toimenpiteitä.

Samaisen tutkimuksen (Kerätär & Karjalainen, 2010) tutkimustuloksista ilmenee todetut mielenterveydenhäiriöt ryhmittäin, joita oli 147:llä tutkittavalla; mielialahäiriö (n=50), kehitysvammaisuus tai heikkolahjaisuus (n=25), päihderiippuvuus (n=23), muut kehitykselliset häiriöt (autismi, ADHD) (n=23), neuroottiset häiriöt (n=16), persoonallisuushäiriöt (n=8), skitsofrenia tai muu psykoosisairaus (n=5) sekä elimellinen aivo-oireyhtymä (n=3).

Kerätär & Karjalaisen (2010) mukaan pitkäaikaistyöttömien, (n=225) ensisijaisesti työkykyä heikentäviä sairauksia oli mielenterveyden ja käyttäytymisen sairaus (n=147), hermoston sairaus (n=28), tuki- ja liikuntaelinsairaus (n=19), aineenvaihdunnan sairaus (n=9), vammat ja jälkitilat (n=6), hengityselinten sairaus (n=4), synnynnäiset epämuodostumat (n=4), oireet ja poikkeavat löydökset (n=3), verenkiertoelinten sairaus (n=2), ruuansulatuselinten sairaus (n=2). (Kuva 13).



Kuva 13 Ensisijainen työkykyä heikentävä sairaus. (Kerätär & Karjalainen 2010)

3.6.3 Työttömien terveystarkastusten käyttö

Tutkimusten mukaan heikentyneellä terveydellä ja työttömyydellä näyttäisi olevan toisiaan vahvistava kierre. Kun ihmisellä on ongelmia terveydessä sekä puutteita työkyvyssä, syntyy siitä monissa tapauksissa työmarkkinoilta syrjäytymistä. Työttömien asema muuhun työkäiseen väestöön verrattuna on eriarvoista, sillä he ovat olleet työterveyshuoltoon liittyvien palvelujen, kuten maksuttomien terveystarkastusten ulkopuolella. (Saikku, Sinervo. 2010)

Suomalaisilla työttömillä havaittiin olevan enemmän tyydyttämättömiä fyysisiä terveystarpeita kuin työllisillä, pitkälti työttömien suuremman määrän vuoksi, sekä terveystarpeita kuten tupakointi, verenpaine, lihavuus ja korkea kolesteroli. Työttömät eivät olleet käyneet hoidattamassa näitä vaivoja yhtä todennäköisesti kuin työlliset. Työttömät saivat vähemmän ennalta ehkäisevää terveydenhoitoa kuin työlliset. Keskimääräinen lääkärikäyntien määrä oli työttömillä suurempi kuin työllisillä, mutta kun otettiin huomioon työttömien korkeampi ikä ja muut taustamuuttujat, esimerkiksi sukupuoli, koulutus, matkan pituus lääkärille, perheen tulot ja asumisalue, tulos olikin, että työttömien todennäköisyys lääkärissä käynteihin oli pienempi kuin työllisten. Hoito hermostuneisuuteen, masennukseen ja alkoholin väärinkäyttöön oli yleisempää työttömillä. Vakituisesti työssä käyvillä oli enemmän työterveyslääkärikäyntejä ja yksityislääkärikäyntejä kuin työttömillä tai pätkätyöläisillä, jotka käyttivät enemmän julkisia terveystarpeita. Tutkimusten mukaan työttömät kylläkin käyttivät enemmän yleisiä terveystarpeita, mutta he eivät kuitenkaan saa tarpeeksi näitä palveluja, koska sairastavuus on suurempi ja näin ollen myös tarve palveluihin suurempi. Myös kansainväliset tutkimukset tukevat tätä ajatusta, esimerkiksi britannialaisilla työttömillä on havaittu enemmän yleislääkärisä käyntejä ja ruotsalaisilla työttömillä enemmän sairaalajaksoja kuin työssä käyvillä. (Aalto ym. 2008, Heponiemi ym. 2008.)

Työttömille tehtyjen terveystarkastusten yhteydessä ilmenneiden tulosten perusteella voidaan terveydenhuollon toiminta jaotella tarpeelliseksi kolmelle eri linjaukselle. Näitä linjauksia ovat työkyvyn tukeminen, työkyvyn ylläpitäminen tai työkyvyn parantaminen. Mikäli terveystarkastuksessa on ilmennyt työkyvyn heikentyneen, tulee terveydenhuollon edistää ja ohjata työttömän siirtymistä hoitoon tai kuntoutukseen. Mikäli toimenpiteiden seurauksena henkilön todetaan olevan työkyvyttömyyden, tulee hänen siirtymistään sairaalalomalta tai eläkkeelle edistää. (Kerminen, Haahtela, Ilveskivi. 2011)

Uuden 2010 säädetyn terveydenhuoltolain (L1326/2010) ohjeistuksen mukaan työttömien työkyvyn arvioimiseksi tarvittavat terveystarkastukset toteuttaa kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto. Kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto hoitaa myös sairaudet sekä tarjoaa lääkinnällistä ja sosiaalista kuntoutusta. Lisäksi se antaa

neuvontaa ja ohjausta työkyvyttömyyseläkeasioissa sekä seuraa työttömien terveyttä ja hyvinvointia.

Työttömien terveyspalvelujen saatavuutta vertailtiin Pohjoismaiden ja Britannian kesken. Löydettyjen tietojen perusteella työttömällä on kaikissa vertailuun osallistuneissa maissa suhteellisen hyvät palvelut. Iso-Britanniassa työttömyyskorvausta saavien ei tarvitse maksaa samoista palveluista kuin työssäkäyvien (esimerkiksi reseptien kirjoitus, näöntarkastus ja hammashuolto). Kuitenkin läpikäydyn materiaalin perusteella Iso-Britanniassa jonot ovat pitkiä ja erityisesti erikoislääkärille on hankalaa päästä. Vertailumaita ei voi laittaa paremmuusjärjestykseen työttömien osalta, sillä useimmissa maissa terveyspalvelut olivat hyvin samankaltaiset. ”Paperilla” eri maiden terveyspalvelut näyttävät hyviltä.

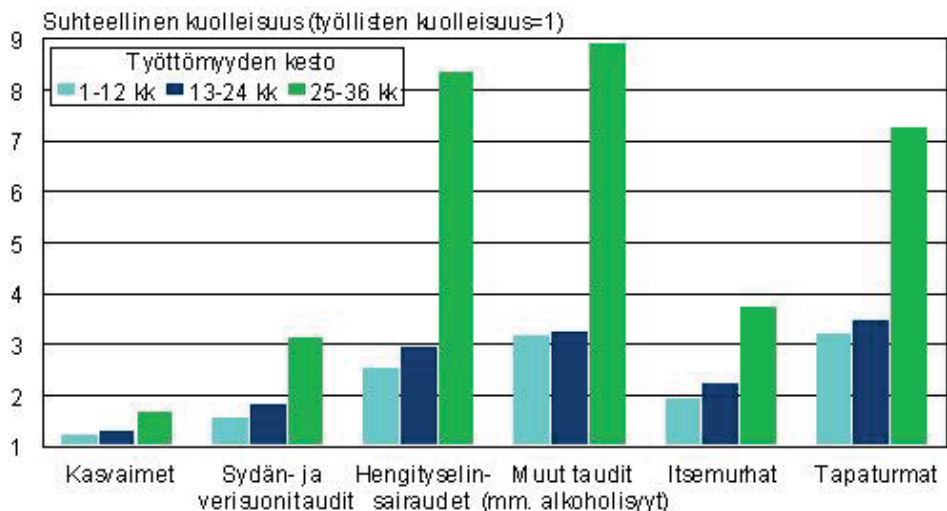
3.6.4 Työttömyyden ja kuolleisuuden välinen yhteys

Monissa tutkimuksissa, ammatillisessa keskustelussa sekä kirjallisuudessa työttömyys on yhdistetty kuolleisuuden kasvuun, vaikkakaan ei ole selvää johtuvatko kuolemat juuri työttömyydestä vai työttömyyttä edeltäneistä riskitekijöistä. Selvää on kuitenkin se, että työttömien kuolleisuus on suurempaa verraten työllisiin. Huomioitavaa on, että ero on ollut pienempi suuren työttömyyden vallitessa kuin pienen työttömyyden aikana, mikä viittaisi valikoitumisen vaikutuksiin. (Martelin, Koskinen & Valkonen 2005.)

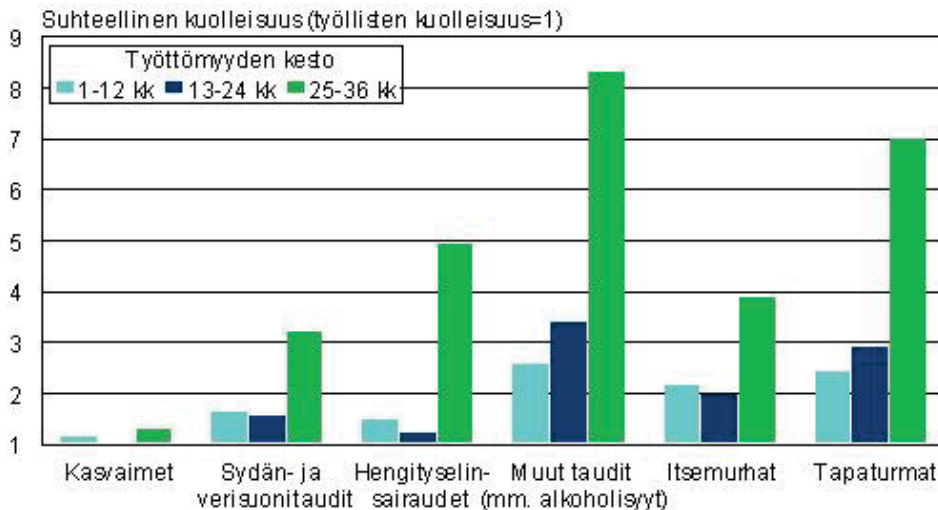
Vuonna 2011 tehdyn kanadalaistutkimuksen mukaan työttömyys lisää ennenaikaisen kuoleman riskiä yli 60%, kun verrataan tätä työttömien ryhmää työelämässä oleviin. Tutkimusaineisto on erittäin laaja käsittäen noin 20 miljoonaa henkilöä 15:stä eri maasta viimeisen 40 vuoden ajalta. Tutkimus korostaa, että työttömyys vaikuttaa huomattavasti enemmän miesten kuin naisten elämään ja elinajanodotteeseen. Tutkimuksen mukaan merkityksellisintä oli se, että työttömyys todellakin vaikuttaa ihmisten kuolemanriskiin. Tutkimuksessa todetaan, ettei terveyspalvelujen saatavuudella ollut juurikaan merkitystä kuolemanriskiin, vaan työttömyys aikaisti kuolemaa niin miesten kuin naistenkin keskuudessa. Tutkimuksessa lähtökohtana oli ajatus, että esim. diabetes, tupakointi ja alkoholin käyttö johtavat niin työttömyyteen kuin kohonneeseen kuolemanriskiin, mutta odotusten vastaisesti näin ei ollutkaan; tämän tutkimuksen mukaan aiemmillä terveysongelmilla ei ollut vaikutusta riskiin kuolla odotettua aiemmin, mikä viittaisi työttömyyden ja kuolleisuuden välisen yhteyden olevan kausaalinen. Tutkimuksessa epäillään edellä mainitun liittyvän siihen, että työttömyys aiheuttaa stressiä ja vaikuttaa negatiivisesti yksilön sosioekonomiseen asemaan, mikä johtaa huonompaan terveyteen ja näin ollen korkeampaan kuolleisuuteen. Tutkimuksessa merkittävää on se, että työttömien miesten ennenaikaisen kuolemanriski on jopa 78%, vastaava luku naisten keskuudessa oli 37%. Tutkimuksen mukaan alle 50-

vuotiailla riski ennenaikaiseen kuolemaan oli edelleen suurempi kuin yli 50-vuotiailla, jotka jo lähenevät eläkeikää. (Gombay 2011.)

Suomessa Tilastokeskus on tutkinut niin ikään työttömyyden ja kuolleisuuden välistä yhteyttä. Raportti on vuodelta 2004 ja tutkimusaineisto vuosilta 1996-2000. Raportin pohjana on ammattikuolleisuustutkimus. Raportissa selkeästi kerrotaan, että työttömien kuolleisuus on suurempaa kuin työelämässä olevien, ammattiryhmissä ei juuri ollut eroja. Miesten keskuudessa työttömien kuolleisuus oli kolminkertaista ja naisten kaksinkertaista työllisiin verrattuna. Elinajanodote työttömien miesten keskuudessa verrattuna työllisiin oli huomattava; 25-vuotiaiden työttömien miesten odotettavissa oleva elinikä oli 5,6 vuotta lyhyempi työllisiin verrattuna. Naisilla vastaavasti odotettavissa oleva elinikä oli 1,7 vuotta lyhyempi kuin työllisten. Työttömyyden kestolla oli yhteys kuolleisuuteen; pitkä työttömyys, yli kaksi vuotta, lisäsi riskiä ennenaikaiseen kuolemaan entisestään. Erityisen huomioitavaa on, että työttömien miesten alkoholin aiheuttama kuolleisuus oli lähes yhdeksän kertaa suurempaa kuin työllisten, naisilla puolestaan kahdeksankertaa suurempaa työllisiin verrattuna. Työttömien miesten keskuudessa, kun huomioon otetaan kaikki kuolemantapaukset, alkoholi ajoi kuolemaan noin neljäsosan ja naisista puolestaan hieman alle viidesosan. Oli kuolinsyy sitten mikä tahansa, oli kuolleisuus sitä suurempaa mitä pidempään henkilö oli ollut työttömänä. Lukuina tämä tarkoittaa, että vuosina 1996-2000 kuoli yhteensä 17000 työllistä ja 11000 työtöntä. (Pensola 2004.)



Kuva 14 Työttömien miesten kuolemansyyt työttömyyden keston mukaan. (Pensola 2004).



Kuva 15 Työttömien naisten kuolleisuus eri kuolemansyissä työttömyyden keston mukaan (Pensola 2004).

Työterveyslaitos järjesti syksyllä 2011 konferenssin, jonka teemana oli työelämän epävarmuus ja sen vaikutus terveyteen. Konferenssissa todettiin alkoholin aiheuttaman kuolleisuuden kasvavan työttömyyden pitkittyessä (Pensola 2011).

Yleisesti katsoen odotetaan niin työttömien miesten kuin naistenkin kuolleisuuden vähenevän ja elinajanodotteen pitenevän, sillä kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on laskusuunnassa, lisäksi myös itsemurhat ovat vähentyneet. Mutta pitkittynyt joukkotyöttömyys sekä muut sosiaalista syrjäytymistä aiheuttavat tekijät ja muut terveyden kannalta katsottuna epäedulliset muutokset, kuten alkoholin lisääntynyt käyttö, voivat hidastaa tai jopa katkaista suotuisaa kehitystä työttömien kuolleisuuteen liittyen. (Martelin ym. 2005.)

Yhteenvedona voidaan todeta näillä tiedoilla työttömyydellä olevan selkeä vaikutus ja merkityksensä kuolleisuuteen.

3.7 Työttömän elämää ohjaava lainsäädäntö

Impola, Markka; Holmström, Christina; Pouttu, Pia; Rättö, Anni. Työttömän elämää ohjaava lainsäädäntö. Työpäperi 2011.

Ikola, Mia; Järvelä, Anne; Nikali, Sanna; Lindström, Mia. Yhteiskunnallinen näkökulma, lakisääteisten toimijoiden toimintamallit. Työpäperi 2011.

Suomessa julkisella vallalla on velvoite edistää kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Tämä määritellään perustuslaissa, jonka mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jos hän ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa. Lisäksi jokaisella on oikeus perustuslain mukaan riittäviin sosiaali- ja terveystalv palveluihin (L731/1999). Kuntien järjestämisvastuusta säädetään sosiaali- ja terveystalv palveluja koskeissa laeissa ja laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (L 733/1992). Kunta voi hoitaa kaikki palvelut itse, tai toisen kunnan, kuntaliitoksen kanssa tai ostaa valtiolta tai yksityiseltä palveluntuottajalta.

Sosiaalihuollon palvelujen käytänteitä ohjataan sosiaalihuoltolailla (L 710/1992), ja menettelytapoja asiakastyössä ja tietosuojakysymyksissä laissa sosiaalihuollon asiakkaasta sekä lisäksi erityislaeissa. Terveydenhuollon palveluista säädetään terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010) sekä erityislainsäädännössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä tähdennetään vahvasti ehkäisevän toiminnan merkitystä.

Kun ihminen joutuu syystä tai toisesta työttömäksi, on hänellä monia oikeuksia ilmoittauduttuaan työttömäksi työnhakijaksi. Hänellä on oikeus saada työttömyysturva-asiansa vireille sekä tehdä yhdessä työ- ja elinkeinotoimiston kanssa työllistymissuunnitelma tai vastaava suunnitelma, jossa sovitaan, mikä palvelu edistää parhaiten asiakkaan sijoittumista avoimille työmarkkinoille tai koulutukseen. Hänellä on myös oikeus saada työvoimapalveluja, joita ovat työnvälitys, työvoimakoulutus, ammatinvalinta- ja urasuunnittelu sekä koulutus- ja ammattitietopalvelu. Hänen tulee myös saada työnhakuun tukevia palveluja ja hänellä on mahdollisuus päästä mukaan työ- ja elinkeinotoimiston järjestämään työnhakuvalmennukseen tai saada tukea työnhakuun liittyvistä matkoista, mikäli työpaikka tai työhönottohaastattelu on työnhakijan työssäkäyntialueen ulkopuolella. (Työttömän oikeudet ja velvollisuudet. 2011).

Yhdenvertaisuuslaissa säädetään kaikkia kansalaisia koskevasta tasa-arvoisesta kohtelusta, jonka perusteella myös työttömien sosiaali- ja terveystalv palveluita ja yleistä kohtelua koskevat lait ja palvelut pitää kehittää. (Parpo Antti. 2007).

Toimeentuloa säätelevät lait. Työmarkkinatuki ja työttömyyspäiväraha turvaavat työttömän toimeentuloa ja niistä säädetään työttömyystalvalaissa. (L1290/2002).

Työttömyyskassa on keskinäisen vastuun perusteella toimiva yhteisö, jonka jäseninä on joko palkkatyöntekijöitä, jolloin työntekijä kuuluu palkansaajakassaan tai yrittäjiä, jolloin kuulutaan yrittäjäkassaan. Sen tarkoituksena on työttömyystalvalaissa tarkoitettun ansioturvan ja siihen liittyvien ylläpitokorvausten järjestäminen jäsenilleen. Sen toiminta-alueena on koko maa. Palkansaajakassan jäseneksi pääsee työttömyystalvalain soveltamisalaan kuuluva palkkatyöntekijä,

joka on alle 68-vuotias sekä työskentelee sellaisessa ammatissa tai sellaisella työalalla, joka kuuluu kassan toiminnan piiriin. Yrittäjäkassan jäseneksi pääsee työttömyysturvalain soveltamisalaan kuuluva yrittäjä, joka on myös alle 68-vuotias. (Työttömyyskassalaki 24.8.1984/603).

Laki julkisesta työvoimapalvelusta. ”Lain tarkoituksena on julkisella työvoimapalvelulla edistää työmarkkinoiden toimivuutta lain mukaisesti. Työvoimaviranomainen järjestää tai hankkii julkisena työvoimapalveluna työnvälityspalveluita, työvoimapoliittista aikuiskoulutusta ja muita ammatillisen kehittymisen palveluita sekä edistää työttömien työllistymistä työllistämistuen avulla. Julkiseen työvoimapalveluun kuuluvat myös muut tämän lain mukaiset tuet, avustukset ja etuudet. Toimeentulon turvaamisesta työnhaun ajalta työmarkkinatuella ja työttömyyspäivärahalla säädetään työttömyysturvalaissa (L 1290/ 2002). Julkisella työvoimapalvelulla pidetään yllä ja edistetään työvoiman kysynnän ja tarjonnan tasapainoa työmarkkinoilla, turvataan työvoiman saatavuutta, torjutaan työttömyyttä sekä järjestetään työtä hakeville mahdollisuuksia tehdä työtä.” (Laki julkisesta työvoimapalvelusta 30.12.2002).

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta. Laissa säädetään toimenpiteistä, joilla parannetaan pitkään jatkuneen työttömyyden perusteella työmarkkinatukea tai toimeentulotukea saavan henkilön edellytyksiä työllistyä avoimilla työmarkkinoilla sekä edistetään hänen mahdollisuuksiaan osallistua koulutukseen ja muihin työhallinnon tarjoamiin työllistymistä edistäviin toimenpiteisiin. Laissa säädetään myös toimenpiteisiin osallistuvan henkilön oikeuksista ja velvollisuuksista. Kuntouttavan työtoiminnan järjestää kunta. Kunta voi järjestää kuntouttavan työtoiminnan itse, tekemällä kirjallisen sopimuksen sen järjestämisestä toisen kunnan tai kuntayhtymän tai rekisteröidyn yhdistyksen, rekisteröidyn säätiön, valtion viraston tai rekisteröidyn uskonnollisen yhdyskunnan kanssa. Kunnan tulee antaa tieto työvoimatoimistolle kuntouttavan työtoiminnan järjestämisestä ja tekemästään sopimuksesta. (Laki kuntouttavasta työtoiminnasta. 189/2001).

Työttömän terveystalvitu säätelävät lait. Suomessa jokaisella on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää terveydenhoitoa tai sairaanhoitoa niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat käytettävissä. Kuntien tulee vastata terveydenhuollon järjestämisestä, ja niiden velvollisuuksista on säädetty laeissa.

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollolla on tehtävänä toteuttaa työttömien työkyvyn arvioimiseksi tarvittavat terveystarkastukset, tarjota lääkinnällistä ja sosiaalista kuntoutusta sekä hoitaa sairaudet. Tämän lisäksi kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto antaa ohjausta ja neuvontaa työkyvyttömyyseläkeasioissa sekä seuraa työttömien terveyttä ja hyvinvointia. (Työ- ja elinkeinoministeriö, 2011.) Terveystalvitu ja terveystarkastukset on järjestettävä myös opiskelu- tai

työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Palveluita, kohtelua ja tiedonsaantia säätelevät lait. Terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1. toukokuuta 2011. Terveydenhuoltolain tavoitteena ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Laki vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Lain tarkoituksena on myös parantaa väestöryhmien välisiä eroja sekä toteuttaa väestön tarvitsemien palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. (THL, 2011.)

”Asiakkaalla on oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun ilman syrjintää.” (Asiakaslain 5. pykälä, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista). Pykälä ohjaa antamaan asiakkaalle ymmärrettävässä muodossa kaiken tarpeellisen selvityksen hänen oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan sosiaalihuollon asiakkaana sekä tiedot valittavissa olevista vaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Asiakaslain 5. pykälä turvaa asiakkaan oikeutta saada selvitys toimenpidevaihtoehdoista. (Heiliö, Kattelus, Kaukonen, Kumpula, Narikka, Sintonen, Ylipartanen. 2006. 541, 542.)

3.8 Yhteenvedoa työttömän ja syrjäytymisvaarassa olevan palvelumallityön lähtökohdista

Terveyden tasa-arvon näkökulmasta työttömät ovat eriarvoisessa asemassa suhteessa muuhun työikäiseen väestöön juuri terveys- ja hyvinvointipalvelujen saannissa, koska he ovat olleet mm. työterveyshuoltoon liittyvien terveystarkastusten ja muiden terveyspalvelujen ulkopuolella. Taloudelliset mahdollisuudet käyttää yksityisiä palveluja ovat myös useimmiten heikot. Pitkäaikaistyöttömien terveystapaamisia on pilotoitu vuodesta 2007 lähtien Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL:n) koordinoimassa kehittämishankkeessa eri puolilla Suomea. Tätä terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanketta on toteutettu 18 paikkakunnalla ja seutukunnalla vuosina 2007–2010. Hankekokonaisuutta toteutettiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Kuntaliiton, työ- ja elinkeinoministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Työterveyslaitoksen, Kansaneläkelaitoksen, kuntien ja työ- ja elinkeinohallinnon kanssa. (Työttömän terveystapaamiset osana työllistymistä edistäviä palveluja. Sosiaaliportti. 2011). Terveydenhuoltolaissa (L1326/2010) on velvoite näiden tapaamisten aloittamisesta. Kunnat kuitenkin säästötavoitteiden edessä pitäytyvät toteutuksissaan minitasolla.

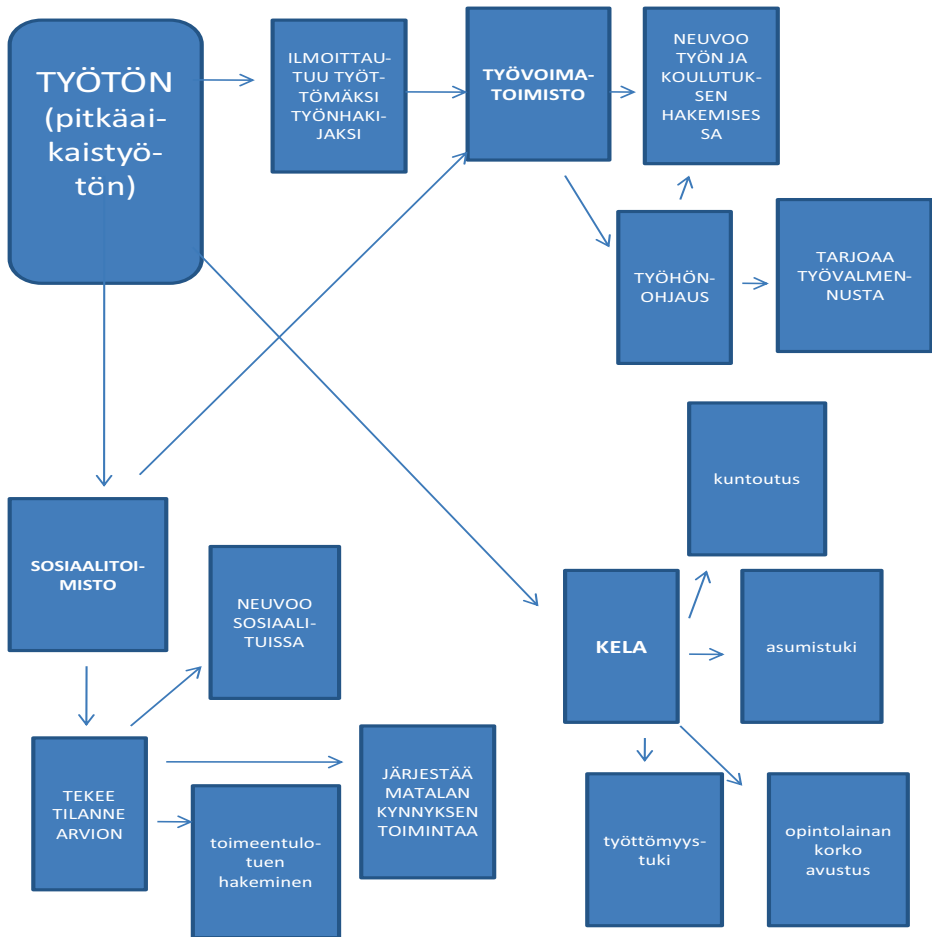
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa antamaan asiakkaalle ymmärrettävässä muodossa tiedon hänen oikeuksistaan ja

velvollisuuksistaan sosiaalihuollon asiakkaana sekä tiedot valittavissa olevista vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamisen peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportin (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:7.) mukaan sosiaali- ja terveystaloudessa erityinen huolen aihe on asiakkaiden kokemus tuen tarve itse palveluiden käyttämiseen. Tällä perusteella voidaan katsoa, että tiedonsaannin turvaamisessa on vielä paljonkin haasteita.

Perustuslain mukainen oikeus ansaita toimeentulo valitsemallaan ammatilla tai elinkeinolla ei monen kohdalla toteudu käytännössä. Työttömyysturvalaissa myös muutetaan tämä oikeus ehdolliseksi säätämällä ammattitaitosuoja vain kolmen kuukauden pituiseksi. Sen jälkeen työnhakijan on vastaanotettava myös muuta kuin ammattiosaamistaan vastaavaa työtä, jos sitä ei hänen työssäkäyntialueellaan työvoimaviranomaisen käsityksen mukaan ole. (Työttömyysturvalaki, 30.12.2002.)

Myöskään laissa säädetty oikeus ihmisarvoiseen toimeentuloon ei ainakaan yksiselitteisesti toteudu. Köyhyys on hyvinvointivaltioissa suhteellinen käsite niin kauan kuin ei puhuta perustarpeiden täyttämisen estävästä, absoluuttisesta köyhyydestä. Suomessa työttömät ovat toiseksi suurin yksittäinen sosioekonominen köyhyyden koskettava ryhmä opiskelijoiden jälkeen. Työttömien köyhyysriskiä on lisännyt työttömyyden pitkittyminen ja putoaminen työmarkkinatuella sekä sosiaalietuuksien muutosten yhteisvaikutukset. (Moisio 2006)

Yhdentyvän Euroopan myötä vaikuttamassa ovat myös EU:n ja sen yksittäisten jäsenmaiden lait, normit ja asenteet. Ne välittyvät EU-lainsäädännön sekä Euroopan Unionin jäsenmaille antamien työvoimapolitiittisten suositusten muodossa. Euroopan yhteisön työllisyysstrategian tavoitteisiin kuuluu täystyöllisyys, työn laadun ja tuottavuuden parantaminen sekä työn sosiaalisen merkityksen huomioiminen. Suomessa EU-suositusten mukaisesti on toimenpiteisiin ryhdytty muun muassa aktiivintoitimien ja koulutustason lisäämiseksi ja eläkkeelle jäämisiään nostamiseksi. (Työhallinnon julkaisu 360. 2006.)

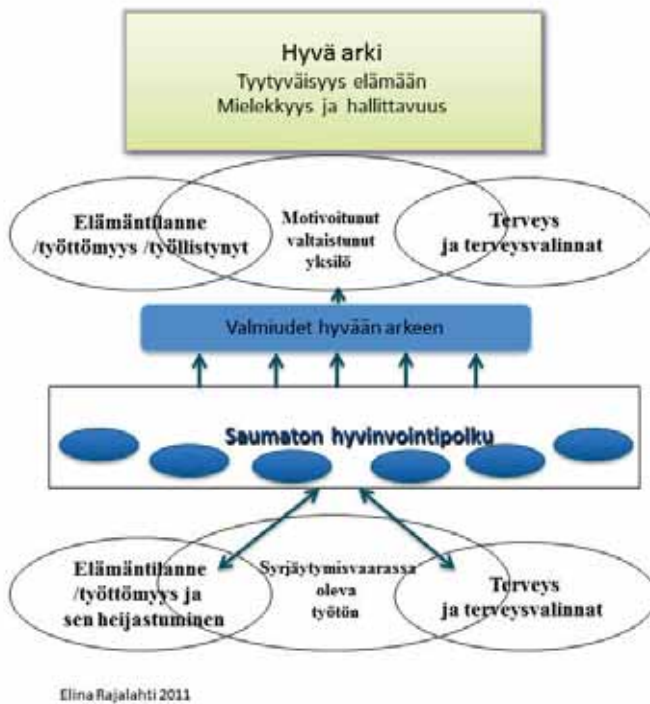


Kuva 16 Työtön tukipalvelujen viidakossa. (Ikola, Järvelä, Nikali, Lindström 2011.)

Opiskelijat keräsivät tietoa eri lähteistä ja raportoivat päätelmiensä syrjäytymisvaarassa olevan työttömän asiakkaan näkökulmasta myös omia kokemuksinaan. He raportoivat, että asiakas ei saa ajantasaista kokonaistietoa tarjottavasta palvelusta helposti ymmärrettävässä muodossa. Tutkimustulokset työttömien heikommasta terveystilasta ja terveystaloudesta kertovat heidän mielestään siitä, että työttömille tarjolla olevat palvelut eivät täytä saavutettavuuden vaatimuksia, eivätkä ole riittäviä, tasa-arvoisia ja yksilöllisiä. ”Työllisyyden tärkeimmäksi korjauskeinoksi nimetään useimmissa lähteissä talouden ja erityisesti viennin kohentuminen. Työttömiin kohdistuvissa ja heidän elämässään välittömästi näkyvissä keinoissa nämä osa-alueet eivät luonnollisestikaan tule näkyviin. Erilaiset aktivointi- ja motivointiohjelmat saattavat yksinään tarkasteltuna luoda käsitystä siitä, että työttömyyden syynä pidettäisiin

yksilöä — hänen ominaisuuksiaan, kykyjään, ja yhteiskuntakelpoisuuttaan. Myös sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä on vaarana tämän käsityksen vahvistuminen, kun he työskentelevät työttömän kanssa ainoastaan työttömään kohdistettujen toimenpiteiden ja niiden perustelujen valossa. Suurin osa työttömistä on motivoitunut hankkimaan ja tekemään työtä. Motivointitoimien sijaan vähemmän de-motivoiva palvelujärjestelmä voisi olla sekä arvoihimme sopivampi että kustannustehokkaampi tapa kohdata työttömyys ja työttömät yhteiskunnassamme”.

Terveyserojen kaventaminen edellyttää sekä terveydenhuollon että muiden sektorien toimia ja yhteistyötä. Terveys- ja palvelujärjestelmämme ei ole pystynyt vastaamaan tasa-arvoisesti eri väestöryhmien tarpeisiin. Hankkeessa pyrimme vaikuttamaan palveluiden saumattoman hyvinvointipolun kehittämiseen mielekkäiksi palveluiden kokonaisuuksiksi. Tavoitteena on tunnistaa ja ennakoida työttömän syrjäytymisvaarassa olevan tarpeet sekä tukea kansalaisten valtaistumista omien asioidensa hoidossa. Monitoimijaisen yhteistyön tulee tukea työttömän arjen aktiviteetteja ja motivaatiota toimia oman elämänsä hallitsijana. (Kuva 17)



Kuva 17 Työttömän hyvä arki saumattomalla hyvinvointipolulla

Painopiste on ennaltaehkäisevissä palveluissa, jolloin keskeiseksi nousevat asiakkaiden itsestä huolenpitoon ja elämänhallinnan valmiuksien tukemiseen kohdistuvat palvelut. Tuloksena syntyy sektorirajat ylittävä **saumattoman hyvinvointipolun toimintamalli** ja sen soveltaminen kohderyhmissä.

4 Kohderyhmänä vammainen lasten ja nuorten perheet

Pumppu-hankkeessa yhtenä kohderyhmänä ovat vammaisten lasten ja nuorten perheet. Case-ryhmänä Pumppu-hankkeessa on jo vuonna 2011 tutkittu neurologisia poikkeavuuksia omaavien lasten ja nuorten perheitä sekä myös aikuisia neurologisia potilaita ja heidän kokemuksiaan hoitopolulla. Lisäksi on tarkasteltu neurologisten paikallisyhdistysten ja liittojen roolia hoitopolulla. Näistä aiheista on valmistunut kolme opinnäytetyötä, joita käsitellään tässä lyhyesti. Tuloksista voi lukea tarkemmin opinnäytetöistä, joiden nettilinkit ovat ohessa.

Lahdelma, Sari; Berg, Henna: Neurologisia poikkeavuuksia omaavien lasten hoitopolku Länsi-Uudellamaalla. Opinnäytetyö. Laurea, 2011.
<https://publications.theseus.fi/handle/10024/35900>

Hallenberg, Annika; Kuivakangas, Else: Aikuisten neurologisten asiakkaiden saumaton hoitoketju Länsi-Uudenmaan alueella. Opinnäytetyö. Laurea, 2011.
<https://publications.theseus.fi/handle/10024/34413>

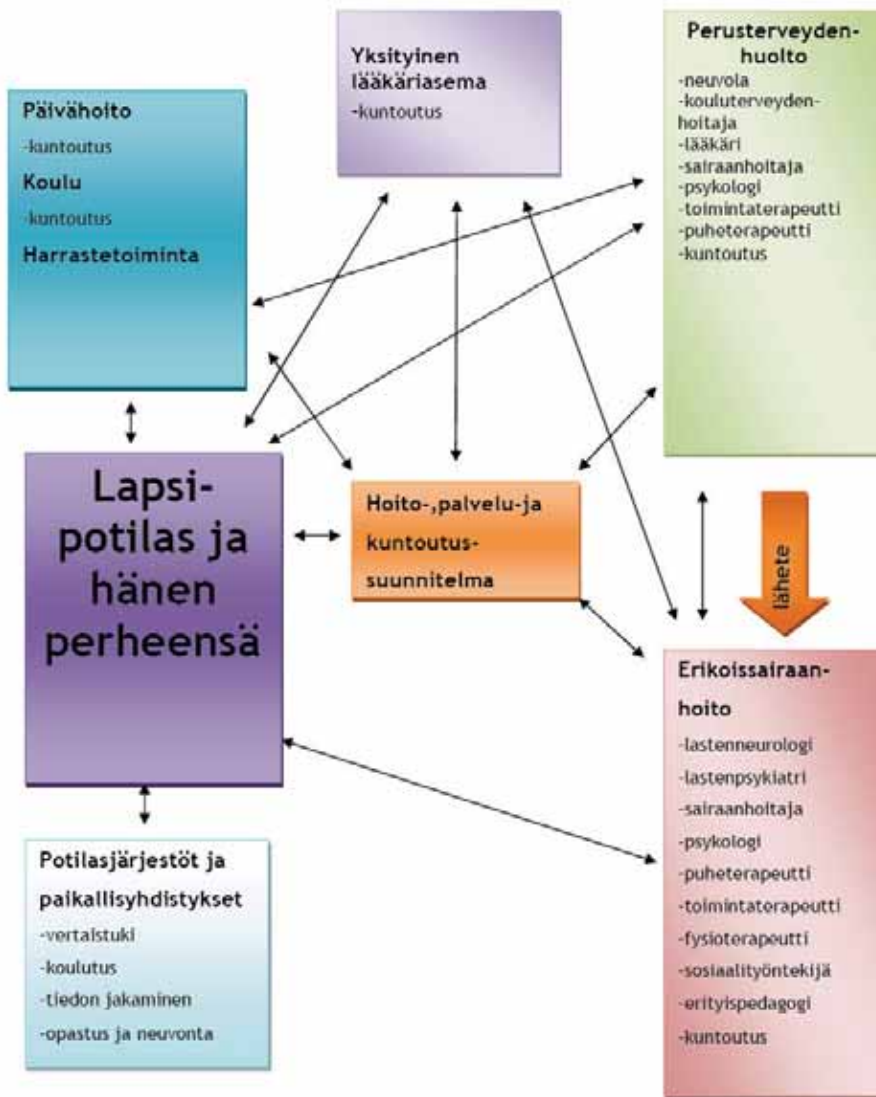
Rautio, Anu; Siltala, Maarit: Resurssit, yhteistyöverkostot ja osaaminen neurologian erityisryhmien yhdistyksissä. Opinnäytetyö. Laurea, 2012.
<https://publications.theseus.fi/handle/10024/38579>

Lapsiperheitä käsittelevässä opinnäytetyössä tarkastellaan neurologisia poikkeavuuksia omaavien lasten vanhemmille toteutetun kyselyn tuloksia. Kysely lähetettiin alueen neurologisten yhdistysten jäsenille, joista 25 kohderyhmään kuuluvaa henkilöä vastasi kyselyyn. Kyselyvastauksissa neurologisia poikkeavuuksia omaavien lasten ja nuorten vanhemmat arvioivat hoitoonpääsyn olevan vaikeaa ja tietoa lapsen sairaudesta ja hoidon etenemisestä olevan liian vähän saatavilla. Osa

ei myöskään tiedä, keneen lapsen asiassa kuuluisi ottaa yhteyttä. Myös tiedonkulussa eri hoitotahojen kesken koetaan ongelmia. Lisäksi kaivattaisiin enemmän tukea ja ohjausta mm. arjessa selviytymiseen.

Omaan asemaansa hoitopolun toimijana vastaajat sen sijaan olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä. Suurin osa kokee yhteistyön ammattilaisten kanssa olevan toimivaa, puutteena tosin koetaan henkilöstön vaihtuvuus. Useimmat kuitenkin kokivat, että heitä kuunnellaan ja kommunikointi ammattilaisten kanssa on helppoa.

Opiskelijat Berg ja Lahdelma laativat opinnäytetyössä kuvauksen neurologisen poikkeavuuden omaavan lapsen tai nuoren hoitopolusta (kuva 18). Tulosten perustella he esittävät parannusehdotuksena vastuuhenkilön nimeämistä, joka toimisi hoitopolun solmukohtana perheiden ja muiden toimijoiden välillä.



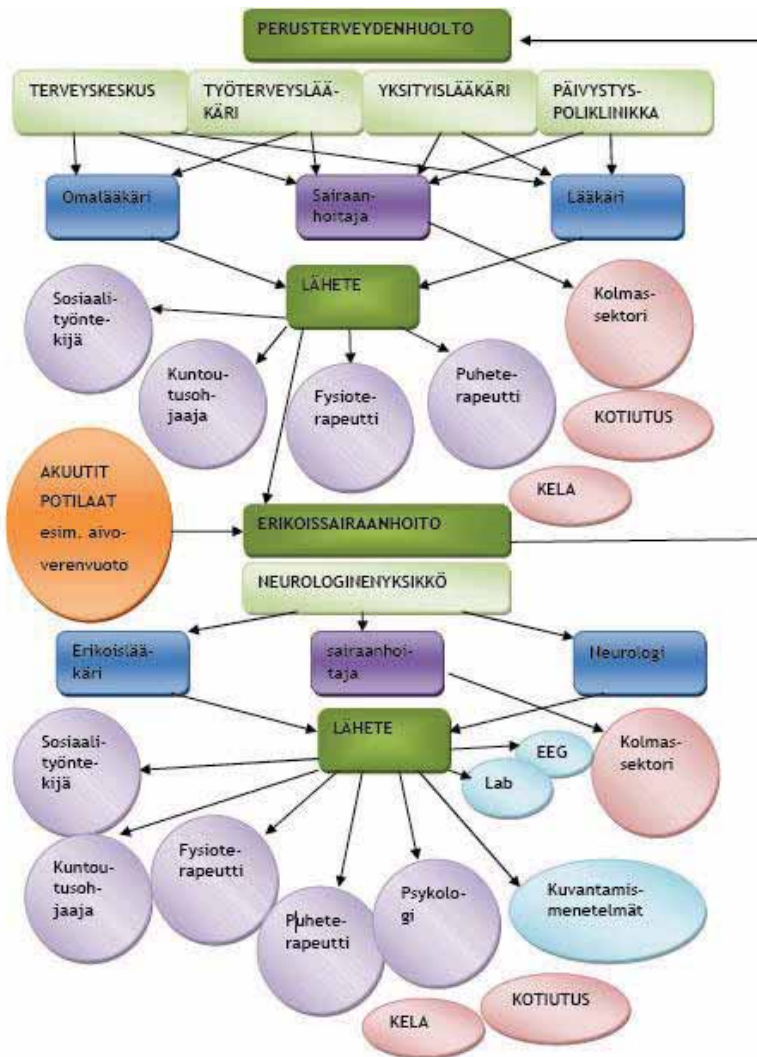
Kuva 18 Neurologisen poikkeavuuden omaavan lapsen tai nuoren hoitopolku (Berg ja Lahdelma 2011)

Aikuisten neurologisten asiakkaiden hoitopolkua selvittivät kohderyhmälle suunnatulla kyselyllä opiskelijat Hallenberg ja Kuivakangas. Myös tämä kysely lähetettiin alueen neurologisten yhdistysten jäsenille, ja vastauksia saatiin 95 kappaletta. Myös aikuisilla ongelmalliseksi nousi tuen, erityisesti henkisen tuen vähyys sekä tiedon saanti. Ammattilaisten ja asiakkaan välinen kommunikointi oli suurimman osan mielestä toimivaa. Suurin osa myös tiesi, keneen ongelmatilanteessa voi ottaa yhteyttä.

Huomiota kiinnitettiin myös aikuistumisen ja eläköitymisen katkoskohtiin. Aikuistumisvaiheessa koettiin, että hoitoon pääsy vaikeutui hoidon siirtyessä perusterveydenhuollon vastuulle, mutta toisaalta itsemääräämisoikeus kasvoi. Yli 65-vuotiailla hoitoon vaikutti kuntoutustuen päättymisen, jolloin tiedon ja tuen saanti jää aiempaa enemmän omalle vastuulle.

Opiskelijat toteavat aikuisten neurologisten potilaiden kohdalla, että tärkeimpinä kehittämissuunnitelmiksi olisi tiedonsaannin varmistaminen, tiedon riittävä kertaaminen sekä tuen tarjoaminen sairauden kaikissa vaiheissa. Myös omaishoitajien jaksamiseen tulisi panostaa ja kuntoutuspäätösten saamista nopeuttaa.

Opiskelijat esittävät opinnäytetyössään myös kuvauksen tämänhetkisestä neurologisen asiakkaan hoitopolusta (kuva 19).



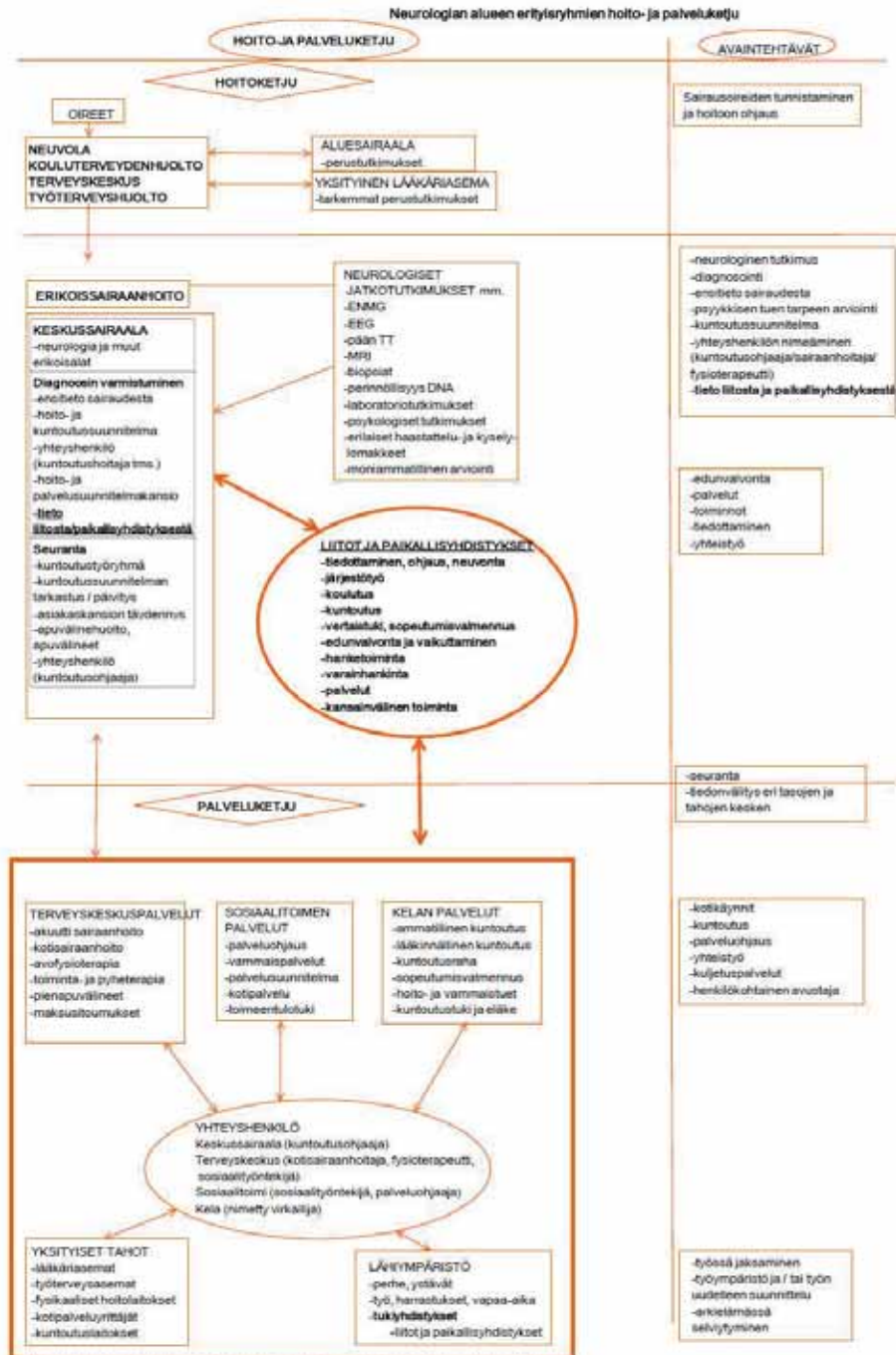
Kuva 19 Neurologisen asiakkaan hoitopolku (Hallenberg ja Kuivakangas 2011).

Kolmas, opiskelijoiden Rautio ja Siltala, opinnäytetyö tarkasteli neurologisten potilasjärjestöjen roolia osana hoitopolkua. Myös tässä aineistona oli kyselyaineisto. Kysely lähetettiin 19 alan järjestöön tai liittoon, joista 13:sta saatiin vastaus. Vastaajia kyselyssä oli yhteensä 22 henkilöä. Vastausten perusteella järjestöjen ongelmana on usein aktiivien vähäisyys ja ikääntyminen, eli mukaan tarvittaisiin uusia aktiivisia jäseniä. Lisäksi monelle toimijalle ongelmaksi muodostuu resurssien vähäisyys, jolloin tulisi löytää keinoja rahoituspohjan laajentamiseen. Kyselyvastausten perusteella opiskelijat Rautio ja Siltala toteavat, että yhdistysten ja liittojen asiantuntemusta tulisi hyödyntää entistä paremmin mm. tiedon levittämisessä ja vertaistuen tarjoamisessa. Yhteistyötä eri toimijoiden välillä tulisi

lisätä, jotta tieto yhdistysten toiminnasta tavoittaisi terveydenhuollon asiakkaat. Opiskelijat toteavat, että toimiva yhteistyö edellyttää eri toimijoiden vastuualueiden selkiyttämistä, jotta vältetään päällekkäisyyksiltä.

Opiskelijat esittävät kuvauksen järjestöjen asemasta osana neurologisten potilaiden hoito- ja palveluketjua (kuva 20).⁷ He asemoivat järjestöt erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen välimaastoon, roolina mm. tiedottaminen, vertaistuki, kuntoutus ja edunvalvonta. avustaja.

⁷ Kaavio on mukaeltu teoksesta: Ahokas & Piirilä-Laiho. Lihassairaana aikuisen hoito- ja palveluketjumalli. 2004, 34. Lihastautiliitto ry. Turku.



Mukaeltu: Ahokas & Piiri-Laiho. Lihassairaan aikuisen hoito- ja palveluketju. 2004, 34. Lihastautiliitto ry, Turku.

Kuva 20 Neurologian alueen erityisryhmien hoito- ja palveluketju. (Rautio ja Siltala 2011.)

Pumppu-hankkeessa kohderyhmänä ovat erityisesti vammaiset lapset ja nuoret perheineen. On selvää, että lasten ja nuorten tarvitsemat palvelut eroavat aikuisen palveluista, siksi myös hoitopolut eroavat. Koska Pumppu-hankkeen tavoittelema hyvinvointipolun saumattomuus edellyttää myös ajallista saumattomuutta, on tärkeää edistää mahdollisimman helppoa ja sujuvaa siirtymää lapsen polulta aikuisen polulle. Sen vuoksi tässä on käsitelty myös aikuisten neurologisten asiakkaiden hoitopolkua. Pumppu-hankkeen myötä hoitopolkukuvauksia täsmennetään ja laajennetaan kohti hyvinvointipolun kuvausta. Yhdistysten roolin selkiyttäminen osana hyvinvointipolkua on yksi Pumppu-hankkeen tavoitteista. Näiden ensimmäisten selvitysten pohjalta yhdistyksiä tulisi aiempaa enemmän hyödyntää ainakin tiedon levittämisessä ja vertaistuen antamisessa. Myös resurssien riittävyttä yhdistyksissä tulee tarkastella.

Vuonna 2012 työ jatkuu prosessi- ja häiriöanalyysien laatimisella sekä kenttätöin vammaisten lasten ja nuorten perheiden parissa. Näiden tulosten pohjalta laaditaan vammaisten lasten ja nuorten perheiden osasovellus saumattoman hyvinvointipolun toimintamallista.

5 Lopuksi: Pumppu-hankkeen toteutus ja eteneminen

Laurean Pumppu-osahankkeen tavoitteena on palveluiden saumaton yhteennivominen kansalaiselle mielekkäiksi kokonaisuuksiksi. Tavoitteena on linkittää ennaltaehkäisy ja kuntoutus entistä tiiviimmin osaksi hoitopolkua, jolloin hoitopolku laajenee hyvinvointipoluksi. Sydänpotilaiden osalta hoitopolku on jo määritelty Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeessa (Andström, Gabrielsson, Jääskelä ja Karstila 2010). Myös neurologisen poikkeaman omaavien lasten ja nuorten osalta hoitopolusta on tehty luonnostelma (Berg ja Lahdelma 2011) heti Pumppu-hankkeen alussa. Työttömien osiossa työskentely Pumppu-hankkeessa käynnistyy työttömien kohderyhmään perehtymisellä ja tämän jälkeen eri tilanteisiin soveltuvien hyvinvointipolkujen laatimisella.

Eri kohderyhmissä hyvinvointipolun ongelmakohdat ja pullonkaulat ovat erilaiset. Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeessa yhtenä sydänpotilaiden ongelmakohtana nähtiin kuntoutusvaihe, jossa katkoksen aiheuttaa siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon palveluiden piiriin. Kun hyvinvointipolut ja polun ongelmakohdat on määritelty, on Pumppu-hankkeessa tarkoituksena kehittää näihin ongelmakohtiin soveltuvia palveluita ja palveluiden kokonaisuuksia. Tietoa ongelmakohdista saadaan sekä palveluiden käyttäjiltä että palveluiden tarjoajilta. Erityisesti panostetaan yhdistysten roolin selkiyttämiseen ja yhdistysten palveluiden kehittämiseen.

Pilotoitavien palveluiden tavoitteena on edistää hyvinvointipolulla pysymistä ja etenemistä. Pumppu-hankkeen viitekehyksen mukaisesti tavoitellaan asiakkaiden valtaistumista omien asioidensa hoidossa sekä motivoitumista oman terveyden edistämiseen ja ylläpitoon. Keinot, joilla näihin tavoitteisiin päästään, täsmentyvät hankkeen aikana. Pumppu-hankkeen viitekehyksen (luku 1.2) mukaisesti

lähtöoletuksena on, että palveluissa tulee huomioida palveluiden ytimen muodostavien hoitotoimenpiteiden lisäksi arkipäivän avun ja henkisen tuen tarve, tiedon tarve sekä helppokäyttöisyyden ja saumattomuuden tarve. Lisäksi palveluiden taustalla tulee olla oikeanlaista osaamista ja asennoitumista.

Hankkeen tuloksena syntyy **saumattoman hyvinvointipolun toimintamalli**, ja sen sovellukset sydän- ja diabetespotilaille, syrjäytymisuhan alaisille työttömille ja nuorille sekä vammaisten lasten ja nuorten perheille. Länsi-Uudenmaan alueen palvelupilottien lisäksi Pumppu hankkeen Turun yliopiston osiossa pilotoidaan sydänpolulla etenemistä tukevaa it-ratkaisua, hyvinvointinavigaattori-Pärijäntä. Myös tämän hyvinvointinavigaattorin käyttömahdollisuuksia Länsi-Uudellamaalla tarkastellaan osana Laurean Pumppu-osahanketta.

Hyvinvointipalveluiden saumattomuus ja toimivuus edellyttävät myös alueellisen toimintaympäristön tuntemusta. Siksi hankkeessa perehdytään alueen kuntien käytäntöihin hyvinvointipalveluiden tuottamisessa. Monitoimijaista palvelutuotantoa edistää, jos kunnassa on palvelustrategia, joka määrittelee, miten kunta palveluita tuottaa. Palvelustrategia mahdollistaa hyvinvointialan yrittäjille kysynnän ennakkoinnin ja selkiinnyttää alueen kuntien välistä yhteistyötä ja työnjakoa. Hankkeen tavoitteena on kartoittaa alueen kuntatoimijoiden palvelustrategiat, antaa toimenpidesuosituksia ja myös käynnistää toimenpiteet palvelustrategioiden aikaansaamiseksi, jos niitä ei selkeässä ja yrittäjillekin ymmärrettävässä muodossa ole. Palvelukokonaisuuksien käytettävyyden parantamiseksi hankkeessa perehdytään myös palvelusetelin mahdollisuuksiin palveluiden rahoittamisen muotona, sähköisen asioinnin edellytyksiin sekä koulutustarjonnan kehitystarpeisiin vastaamaan kansalaislähtöisen palvelutarjonnan tarpeita. Koulutusta kehittämällä voidaan myös edistää valmiuksia hyvinvointiyrittäjäksi ryhtymiselle.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointitoimialan näkökulmasta hankkeen vaikutuksena toimijoiden välinen yhteistyö paranee ja syntyy uusia yhteistyön muotoja. Yhteistyössä alueen muiden toimijoiden kanssa kehitetään alueen hyvinvointiverkoston toimintaa. Tähän kuuluu mm. yhteisen nettisivuston rakentaminen sekä erilaisten tilaisuuksien ja verkostoitumismahdollisuuksien järjestäminen. Opiskelijatyöpanoksen myötä Pumppu-hankkeen alueellinen vaikuttavuus laajenee, sillä hankkeen puitteissa on mahdollista toteuttaa monenlaisia alueen toimijoille tarpeellisia toimeksiantoja.

Laurean Pumppu-hankkeen tavoitteet konkretisoituvat osatavoitteiksi ja toimenpiteiksi eri kohderyhmissä. Tutkimustyö on kohderyhmissä eri vaiheissa ja se etenee erilaisin painotuksin ja eri menetelmin. Sydän- ja diabetespotilaiden kohderyhmissä on tehty jo runsaasti taustakartoituksia, ja osio etenee nopeammalla aikataululla palveluiden kehittämisen vaiheeseen. Myös it-ratkaisujen soveltuvuutta

edistämään hyvinvointipolulla etenemistä tarkastellaan yhteistyössä Turun yliopiston kanssa. Sen sijaan syrjäytymisuhan alaisten työttömien osio käynnistyy kohderyhmäkartoituksilla ja työttömän arkeen perehtymisellä, jotta voidaan ensin löytää tämänhetkiset palveluiden puutteet ja pullonkaulat. Vammaisten lasten ja nuorten perheiden osiossa ovat case-ryhmänä olleet neurologisia poikkeavuuksia omaavien lasten ja nuorten perheet, joille ensimmäinen kysely on jo suunnattu, mutta jossa kenttätyö edelleen jatkuu. Kaikkea kohderyhmätutkimusta tukee toimintaympäristöosiossa tehtävä taustatutkimus toiminnan reunaehdoista ja asenteista palvelusetelin ja sähköisen asioinnin tyyppisten uusien ratkaisujen käyttöönotolle. Vaikka kohderyhmissä saadaan myös konkreettisia parannusehdotuksia hoidon ja hyvinvointipolulla etenemisen tukemiseksi, päätavoitteen mukaisesti hankkeen tuloksena kehitetään kaiken kerätyn tiedon ja kokemusten pohjalta saumattoman hyvinvointipolun toimintamalli. Osana hankearviointia suunnitellaan myös toimintamallin jalkauttamista sekä toiminnan jatkuvuutta hankkeen jälkeen.

Tiivistetysti Laurean Pumppu-osahankkeen tavoitteet ja toimet jäsenyivät seuraavasti:

- Länsi-Uudenmaan alueeseen perehtyminen
 - Palvelustrategiat, palvelusetelin käyttö, asenteet sähköisten palveluiden käytölle, koulutuskentän kartoitus
 - Kehittämissuosituksien
- Länsi-Uudenmaan alueen toimijoiden välisen yhteistyön edistäminen ja kehittäminen
 - Hyvinvointitoimijoiden yhteistyön kartoitus
 - Hyvinvointifoorumi, seminaarit ja tietoiskupäivät
 - Yhteinen verkkoalusta tukemaan toimijoiden välistä yhteistyötä
- Kohderyhmiin perehtyminen: ihmisten arki ja tarpeet.
 - Kenttätutkimukset kohderyhmissä, mm.:
 - Kyselyt vammaisten lasten ja nuorten osiossa
 - Sydänpotilaiden haastattelut
 - Digitaalinen tarinankerronta työttömien osiossa
 - Prosessi- ja häiriöanalyysit vammaisten lasten ja nuorten perheiden osiossa
 - Benchmarking, kohderyhmät ja teemat
- Hyvinvointipolkujen laatiminen yhteistyössä alueen toimijoiden kanssa
 - Työpajatyöskentely
- Hyvinvointipalveluiden kehittäminen ja pilotointi huomioiden ennakoiva hoito ja toimijoiden välinen yhteistyö
 - Työpajatyöskentely sekä opiskelijatyöt palveluiden konseptoimiseksi
 - Palvelupilotit yhdessä alueen toimijoiden kanssa
- It-ratkaisut

- Osallistuminen Turun yliopiston ”hyvinvointinavigaattorin”, Pärjäimen, pilotin kehittämiseen sydänpotilaille.
- Pärjäin-konseptin soveltuvuuden arvioiminen Länsi-Uudellemaalle ja eri kohderyhmille
- Saumattoman hyvinvointipolun toimintamallin kehittäminen, synteesinä hankkeen toiminnasta ja toimintamallin jalkauttamissuunnitelma

Laurean Pumppu-osahankkeen työskentelytapana on opiskelija- ja tutkijatyönä tehtävien tausta- ja kenttätutkimusten sekä alueen toimijoiden kanssa järjestettävien työpajojen ja seminaarien vuorottelu. Kerättyä tausta-aineistoa työstetään eteenpäin yhteistyössä alueen toimijoiden kanssa. Kohderyhmiä edustavat kansalaiset ovat keskeisessä roolissa palveluiden käyttäjinä ja kokemustiedon lähteinä. Osana opintojaan mukana työskentelyssä ovat myös opiskelijat. Näin pyritään saamaan aikaan monipuolista vuoropuhelua, jossa kaikkien eri osapuolten näkökulmat tulevat huomioiduksi.

Jo ensimmäisenä toimintavuotena järjestettiin useampia avoimia tilaisuuksia alueen toimijoille. Osahankkeen avausseminaarissa toimijat saivat määrittellä kunkin kohderyhmän näkökulmasta hankkeelle tavoitteita. Kaikissa kohderyhmissä nähtiin yhteistyön lisääminen tärkeäksi. Sydän- ja diabetespotilaiden osiossa nousi keskeiseksi tavoitteeksi myös kansalaislähtöisyyden edistäminen, tiedonkulun kehittäminen sekä parannukset alkuvaiheen kuntoutukseen. Syrjäytymisvaarassa olevien työttömien osalta tavoitteeksi määriteltiin mm. löytää uusia työvälineitä elämänhallinnan taitojen kehittämiseen sekä palveluverkon määrittely eri näkökulmista ja sektorirajojen ylittäminen. Myös vammaisten lasten ja nuorten osiossa keskeiseksi nähtiin tiedonjaon kehittäminen. Yhteistyön kehittämiseen kaivattiin ammattimaista verkostovetäjää.

Koska jo lähtökohtaisesti toimijoiden välisen yhteistyön lisääminen oli määritelty yhdeksi keskeiseksi Laurean Pumppu-osahankkeen tavoitteeksi, käsiteltiin avausseminaarissa tarkemmin toimijoiden välisen yhteistyön näkökulmaa. Pumppu-osahankkeelta toivottiin toimijoille yhteistä näkemystä siitä, mitä hyvinvointi on. Lisäksi kaivattiin keinoja edistää tiedonjakamista, jotta päästäisiin kohti navigaattori-Pärjäimen ideaa oman luukun periaatteesta. Myös kansalaislähtöisten it-ratkaisujen kehittämistä käsiteltiin omana teemanaan. Keskeiseksi nostettiin tiedonhallinnan näkökulma, eli kansalaiset tarvitsisivat välineitä hallita omia terveystietojaan. Pohdittiin myös keinoja tavoittaa monipuolisesti erilaisia kansalaisia, joilla on erilaiset tarpeet ja tietotekniikan käyttötaidot.

Lisäksi syksyllä 2011 järjestettiin kaksi tietoiskupäivää, joissa esiteltiin hankkeen tuloksia. Ensimmäisessä tilaisuudessa opiskelijat esittelivät neurologisia poikkeavuuksia käsittelevien oppinäytetöidensä tuloksia. Toisessa tilaisuudessa

opiskelijat esittelivät taustatöitä, joita he olivat tehneet työttömyyteen liittyen. Tammikuussa 2012 järjestettiin työpaja, jossa asemoitiin työttömien kanssa toimivia tahoja ja näiden palveluita, jotta päästään kohti kuvausta työttömien hyvinvointipolusta. Lisäksi pohdittiin yhdistysten roolia hyvinvointipolulla. Kaikissa tilaisuuksissa käytiin vilkasta keskustelua ja luotiin pohjaa jatkotyöskentelylle. Kevään kenttätyöskentelyn ja tutkimusvaiheen jälkeen seuraava työpajakierros on toukokuussa 2012.

Jo hankkeen ensimmäinen toimintavuosi on osoittanut, että tarvetta eri toimijoiden ja palveluiden käyttäjien väliselle vuoropuhelulle on. Opiskelijoiden tekemät selvitykset antavat tärkeää tietoa palveluiden käyttäjistä ja heidän kokemuksistaan hoidon eri vaiheissa. Yhteisissä työpajoissa ja seminaareissa kerättyä tietoa voidaan työstää eteenpäin ja hahmottaa hoidon kokonaiskuvaan eri näkökulmista. Case-työskentelyllä voidaan panostaa myös yksittäisen toimijan toiminnan kehittämiseen. Benchmarking-työ muualla toteutettuihin ratkaisuihin yleisesti ja erityisesti Pumppu-hankkeen muiden osahankkeiden työ monitoimijaisten hyvinvointipalveluiden parissa tuo laajempaa perspektiiviä alueelle. Tärkeä osa työskentelyä on myös laadittavan kansalaislähtöisen saumattoman hyvinvointipolun toimintamallin konkretisointi eri kohderyhmille ja toimintamallin jalkauttamisen ja toiminnan jatkuvuuden suunnittelu myös hankkeen jälkeen. Näin päästään lähemmäksi asetettua tavoitetta siitä, että palveluiden käyttäjät valtaistuvat omien asioidensa hoidossa ja motivoituvat oman terveytensä ylläpitoon.

Lähteet

Aalto, A-M. Heponiemi, T. Wahlström, M. Elovainio, M. Sinervo, T. Keskimäki, I. 2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 5.9.2011. http://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf

Alila, A., Gröhn, K., Keso, I., Volk, R. 2011. Sosiaalisen kestävyuden käsite ja mallintaminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistiot 2011:1

Aluehallintovirasto. Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus. 2009. Nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi tehdyt toimenpiteet. Työttömyys on raskain syrjäyttävä. Viitattu 30.10.2011. <http://www.laananhallitus.fi/lh/etela/arvio/home.nsf/pages/94B42B5E1A03834DC2256C77004B49DF?OpenDocument>

Eriksson, K. 1989. Terveyden idea. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Forssan kirjapaino. Forssa.

Gombay, K. 2011. Men who lose their jobs at greater risk of dying prematurely. Viitattu 30.10.2011. http://www.eurekalert.org/pub_releases/2011-04/mu-mwl040411.php

Halonen, J-P., Aaltonen, T., Hämäläinen, A., Karppi, S-L., Kaukinen, J., Kervilä, A., Lehtinen, M., Pere, E., Puukka, P., Siitonen, V., Silvennoinen, S., Talo, S. 2007. Syrjäytymisvaarassa olevien vajaakuntoisten nuorten kuntoutustarpeen arviointi. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 73. Kelan tutkimusosasto. Helsinki

Heikkinen, J., Korpilähde, A. 2004. Kaapo-hanke. Teoksessa Sinervo, L. (toim.) Saumattomien toimintojen juurruttaminen. Juuria-hankkeen loppuraportti. Stakes. Aiheita 26.

Helander, V. 1998. Kolmas sektori: Käsitteistä, ulottuvuuksista ja tulkinnoista. Gaudeamus. Helsinki.

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A-M. & Keskimäki, I. 2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 2008:14.

Hietaniemi, E. 2004. Aktivointia - elämänhallintaa - sosiaalista pääomaa. Tutkimus ikääntyvien työttömien elämänhallinnan tekijöistä ja syrjäytymistä torjuvien toimenpiteiden vaikutuksista. Työpoliittinen tutkimus 260. Työministeriö, Helsinki 2004. Viitattu 10.10.2011. http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/06_tutkimus/tpt260.pdf

Julkunen, R. 2006. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes. Helsinki.

Järvikoski, A., Järvisalo, J. & Pensola, T. 2006. Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 – tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos. Hakapaino Oy. Helsinki.

Kauppinen, T., Kokko, R-L. & Saikku, P. 2010. Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa Karvonen, S., Moisio, P. & Vaarama, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki.

Kerminen, Haahtela, Ilveskivi, Koivuranta-Vaara, Korhonen, Kuusinen, Laine, Lankia, Laukkanen, Nevalainen, Niiranen, Partinen, Saikku, Salkovic, Schugk, Työläjärvi. 2011. Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveystalvet. Työryhmän raportti. Työ- ja elinkeinoministeriö. http://www.tem.fi/files/29341/TEM_raportti_10_2011.pdf

Kerätär, R. & Karjalainen, V. 2010. Pitkääikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkärilehti 45/2010. s. 3683-3690. Viitattu 2.10.2011.

<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL452010-3683.pdf>

Kettunen, J, Meristö T. (toim.) 2010. Seitsemän tarinaa ennovaatiosta - rohkea uudistaa ennakkoiden. Teknologiatieto Teknova. Helsinki.

Kontula, O., Viinamäki, H., Koskela, K. 1998. Köyhiä ja kipeitä. Väestöliiton julkaisu. Helsinki.

Kyngäs, H. 1995. Diabeetikkonuoren hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Väitöskirja. Acta Universitas Oluensis. Series D. Medica 352. Oulun yliopisto.

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta. 189/2001. Finlex. Viitattu 14.10.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010189>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 22.9.2000/811.

Latvala, M. 2007. Työttömien kertomuksia sosiaalitoimen mahdollisuuksista katkaista toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkuuden kierre. Pro gradu. Tampereen yliopisto.

Leino-Arjas, P., Liira, J., Mutanen, P., Malmivaara, A. & Matikainen, E. 1999. Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study. British Medical Journal 1999 September 4; 319(7210): 600-605. Viitattu 2.11.2011.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28210/>

Leinonen, N.2010. Pro Gradu-tutkielma: ”Aikaa olis, rahaa ei”. Itä-suomen yliopisto. Viitattu 6.10.2011. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn-fi-uef-20100114/urn_nbn-fi-uef-20100114.pdf

Lillqvist, E. 2010. Pro Gradu-tutkielma: Työtön suomalaisessa diskurssissa: Korpusavusteinen tutkimus työttömiä koskevista puhetoista. Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu. Viitattu 7.10.2011
http://hsepubl.lib.hse.fi/EN/ethesis/pdf/12418/hse_ethesis_12418.pdf

Lindström, B & Eriksson, M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen -Teoria terveyden resursseista. Teoksessa toim. Pietilä A-M. Terveyden edistäminen -Teoriasta toimintaan. WSOYpro Oy.

Lämsä, A. 2009. Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä : lasten ja nuorten syrjäytyminen sosiaalihuollon asiakirjojen valossa, Oulun yliopiston kirjasto, Oulu. Viitattu 6.3.2012. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514290213/>

Mattila, Y. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Kelan tutkimusosasto. Tampere.

Matveinen, P., Knappe, N. 2011. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009. Tilastoraportti 14/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Mannila, S. & Martikainen, P. 2005. Työttömyys. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES. Kustannus Oy Duodecim. Saarijärvi.

Martelin, T., Koskinen, S. & Valkonen, T. 2005. Kuolleisuus. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 30.10.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00021#s4

Meristö, T., Muukkonen, P., Nurminen, M., Tuohimaa, H. (toim.) 2010. Pärjäin. OmaHyvinvointi-hankkeen loppuraportti. Turku. Viitattu 4.2.2012.
http://omahyvinvointi.utu.fi/assets/images/OHV_loppuraportti.pdf.

Mesiäinen, P. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. 2004. Viitattu 5.9.2011.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10784/G0000739.pdf?sequence=1>

Mini-Suomi-tutkimus on kansallinen terveystarkastustutkimus. 1978. Väestön terveydentila –yksikkö. Kansanterveyslaitos. KELA.

Moisala, J., Suoniemi, I., Uusitalo, R. 2006. Työttömien tilastollinen profilointi. Työministeriön työpoliittinen tutkimus. Helsinki. Viitattu 7.10.2011.
http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/06_tutkimus/tpt316.pdf

Moisio, P. Suhteellinen köyhyys Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 71. 2006:6. Viitattu 28.10.2011. <http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/69616D6B-BC2A-4885.../066moisio.pdf>

Mol, A. 2008. The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice. Routledge. London and New York.

Neittaanmäki, P. & Ärje, J. 2010. Suomen ja Keski-Suomen korkeakoulutetut työttömät koulutusaloittain ja -asteittain 2005-2010. Jyväskylän yliopisto. <https://www.jyu.fi/hallintokeskus/tilastot/muut/suomen-ja-keski-suomen-korkeakoulutetut-tyottomat-koulutusaloittain-ja-asteittain-2005-2010.pdf>

Parpo, A. 2007. Työllistymisen esteet. Stakesin raportteja. Verkkojulkaisu 11/2007. Stakes. Viitattu 24.11.2011. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R11-2007-VERKKO.pdf>,

Pelkonen, M. 1996. Itsestä huolenpito ja hoitotyön palvelut. Tutkimus nuorten kuntalaisten sekä terveyden ja sairaanhoitajien itsestä huolenpitoa, terveyttä ja hoitotyötä koskevista käsityksistä. Licensiaatin tutkimus. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos. Kuopion yliopisto.

Pensola, T. 2004. Työttömien kuolleisuus suurempaa kuin työllisten. Tilastokeskus. Viitattu 30.10.2011. <http://www.stat.fi/ajk/tiedotteet/v2004/257ters.html>

Pensola, T., Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.). 2010. Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 200-luvun alkaessa. Raportti 11/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki.

Pietilä, A-M. 1994. Elämänhallinta ja terveys. Pitkittäistutkimus pohjoissuomalaisilla nuorilla miehillä. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Oluensis D Medica 313. Oulun yliopisto.

Pojjula, S. 2003. Miten selviytyä työpaikan menetyksestä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Rajalahti, E. 1999. Nuoren työttömän terveys ja itsestä huolenpito. Kyselytutkimus 15-24-vuotiaille työttömille nuorille Lohjan ja Vihdin alueella. Pro-gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Rouvinen-Wilenius, P., Koskinen-Ollonqvist, P. 2010. Terveyden edistäminen ja kustannukset. Teoksessa: Rouvinen-Wilenius, Päivi ja Koskinen-Ollonqvist, Pirjo (toim.) 2010. Vastine rahalle – kannanottoja terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuuteen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu 7/2010.

Saikku, P. 2010. Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa 2009. Yliopistopaino. Helsinki. Viitattu 5.9.2011 <http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/view/1510889>

Sarapisto, M. 2009. Eläköityvän hyvinvoinnin turvaaminen: tieto- ja palvelutarpeet sekä niiden tukeminen sähköisillä ratkaisuilla. Opinnäytetyö. Laurea.
<http://publications.theseus.fi/handle/10024/5731>

Siitonen J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Acta Univ Oul E 37.
<http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/> .

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. FINLEX

Sosiaalitaito. 2011. Länsi-Uudenmaan kuntalaisten kokemuksia hyvinvoinnista ja palveluista. Viitattu 6.2.2012.
http://www.sosiaalitaito.fi/ep/tiedostot/LUHYVE_loppuraportti2011.pdf.

SOTKANet 2011. Viitattu 22.12.2011.
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/metadata?type=I&indicator=181>

STM 2006: Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14, Helsinki.

TEM. Työ- ja elinkeinoministeriön ohje nuorten yhteiskuntatakuusta Työ ja elinkeinoministeriö. TEM/1778/03.01.04/2010.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Viitattu 29.12.2011.
<http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/fi.jsp>.

Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. ja Linnanmäki, E. (toim.) 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Yliopistopaino. Helsinki.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Viitattu 6.9.2011. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki

Tilastokeskus 2012. Viitattu 20.1.2012 www.stat.fi

Tilastokeskus 2011a. Työttömyyden eri lajeja – nuorisotyöttömyys. Viitattu 24.10.11.
<http://www.stat.fi/tup/verkkokoulu/data/tvt/05/02/index.html>,

Tilastokeskus 2011b. Työttömyyden eri lajeja – pitkäaikaistyöttömyys. Viitattu 24.10.11.
<http://www.stat.fi/tup/verkkokoulu/data/tvt/05/01/index.html>,

Toivonen, L. 2010. Alueellisen työttömyyden pysyvyys Suomessa. Pro Gradu –tutkielma, kansantaloustiede. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 30.10.2011.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22997/URN%3ANBN%3Afi%3Ajuu-201002271291.pdf?sequence=1>

Tuorila, H. 2009. Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2009, Viitattu 23.1.2012.
http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04_tuorila_terveyspalvelut.pdf

Työllisyyskatsaus, Joulukuu 2011. Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 15.1.2012 Viitattu 20.1.2012 <http://www.tem.fi/index.phtml?C=98279&s=2613&xmid=4747>

Työttömyyskassalaki 2008. Finlex. 2011. Viitattu 14.10.-29.10.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1984/19840603>

Työttömyysturva. Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. Viitattu 14.10.2011.
http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ ja_etuudet/tyottomyys

Työttömyysturvalaki 30.12.2002/1290. Finlex. Viitattu 5.9.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20021290>

Työttömän oikeudet ja velvollisuudet. Työ ja Elinkeinotoimisto. Viitattu 14.10.2011.
http://www.mol.fi/mol/fi/00_tyonhakijat/07_tyottomyys/02_oikeudet_velvollisuudet/index.jsp

Työttömän terveystapaamiset osana työllistymistä edistäviä palveluja. Sosiaaliportti 2011. Viitattu 26.10.2011. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/kuvaus/?PracticeId=e228fe2d-6673-4bab-9f85-b4b26ce6af6a>

Vesalainen, J. & Vuori, J. 1996. Työttömänä koettu toimintakyky ja itsetunto. Tutkimusraportti. Hakapaino Oy. Helsinki.

World Health Organization (WHO), 2010. Geneva. Commission on Social Determinants of Health. (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2). Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf

Åstedtf-Kurki, P. 1992 Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitas Tamperensis ser A vol 349. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Pumppu-hankkeen opinnäytetyöt:

Berg, Henna; Lahdelma, Sari. Neurologisia poikkeavuuksia omaavien lasten hoitopolku Länsi-Uudellamaalla. Opinnäytetyö. Laurea, 2011.
<https://publications.theseus.fi/handle/10024/35900>

Hallenberg, Annika; Kuivakangas, Else. Aikuisten neurologisten asiakkaiden saumaton hoitoketju Länsi-Uudenmaan alueella. Opinnäytetyö. Laurea, 2011.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/34413>

Hollo, Elina; Hyvönen, Sanni. Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen Lost-alueella. Opinnäytetyö. Laurea, 2011.

<http://publications.theseus.fi/handle/10024/36873>

Rautio, Anu; Siltala, Maarit. Resurssit, yhteistyöverkostot ja osaaminen neurologian erityisryhmien yhdistyksissä. Opinnäytetyö. Laurea, 2012.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/38579>

Pumppu-hankkeen muut opiskelijatyöt

Alén, Helena; Hedberg, Henriikka; Rajasilta, Anna; Turpeenoja, Janiika. Kuvaus työttömyyden ja syrjäytymisen alueella tehdyistä kehittämishankkeista. Työpaperi 2011.

Berghäll, Markus; Danielsson, Tanja; Hiltunen, Ida; Lehtelä, Kimmo. Työttömien kanssa toimivat tahot ja toiminnan sisältö. Työpaperi 2011.

Fromholz, Kati; Lehtinen, Sari; Riekkinen, Sari; Schavon; Seija. Työttömyyden kuva Länsi-Uusimaalla. Työpaperi 2011.

Ikola, Mia; Järvelä, Anne; Nikali, Sanna; Lindström, Mia. Yhteiskunnallinen näkökulma, lakisääteisten toimijoiden toimintamallit. Työpaperi 2011.

Impola, Markka; Holmström, Christina; Pouttu, Pia; Rättö, Anni. Työttömän elämää ohjaava lainsäädäntö. Työpaperi 2011.

Jääskeläinen, Nea; Nikkanen, Juha; Toivola, Paula; Valtonen, Tuuli. Pitkäaikaistyöttömän syrjäytymiskokemukset. Työpaperi 2011.

Kallijärvi, Hanna; Keskinen, Rea; Papunen, Kati. Työttömän terveyden kuva. Työpaperi 2011.

Karjalainen, Sanni; Kronberg, Leila; Parisaari, Sanni; Saari, Laura. Minkälaiset on työttömän saamat terveystalvelut. Työpaperi 2011.

Kivioja, Riikka; Kuokkanen, Elina; Laaksonen, Viivi; Lehto, Elina. Työttömyyden kuva Suomessa. Työpaperi 2011.

Rubinstein, Riina; Määttä, Mirva-Mari; Torstensson, Ann-Mari. Kuvaus työttömien kanssa toimivista välillisistä toimijoista. Työpaperi 2011.

Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeen opinnäytetyöt:

Auvinen, Tuija. Suun hoidonohjauksen kehittäminen diabeetikoiden hoidonohjauksessa. Opinnäytetyö. Laurea, 2010.

<http://publications.theseus.fi/handle/10024/16046>

Huolman, Marika; Kenenounis, Annika. Nuorten terveydenlukutaito tulevaisuutta ennakoivana tekijänä. Opinnäytetyö. Laurea, 2010.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/20943>

Juselius, Päivi; Vuorikkinen, Satu. Terveystori oppimisympäristönä -sairaanhoitajan itsenäisen vastaanoton oppimisen kehittyminen. Opinnäytetyö. Laurea 2010.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/14770>

Juutilainen, Hanna; Kaukojärvi, Jenni; Vihersaari, Maiju. Sydänpotilaan kokemus saamastaan ohjauksesta Vihdin ja Karkkilan alueella. Opinnäytetyö. Laurea, 2010.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/23032>

Korpi, Tia; Markelin, Katja. Diabeetikon kokemukset saamastaan elintapaohjauksesta. Opinnäytetyö. Laurea, 2011.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/30075>

Laakso, Nina; Niemi, Maria. Sydänpotilaiden hoitopolku ja toimijoiden välinen tiedonkulku sydänyhdistysten hallitusten jäsenten näkökulmasta. Opinnäytetyö. Laurea, 2010.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/24124>

Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeen muut opiskelijatyöt

Andström, Kaija; Gabrielsson, Viola; Jääskelä, Salme; Karstila, Kaisu. Sydänhoitopolku. Työpaperi 2010.

Fallenius, Heidi; Huolman, Marika; Kenenounis, Annika; Korhonen, Jenni; Luukkanen, Sirpa. Riskiryhmien kartoitus. Työpaperi 2009.

Fallenius, Heidi; Huolman, Marika; Kenenounis, Annika; Korhonen, Jenni; Luukkanen, Sirpa. Sydänpolku-hanke. Hankeharjoittelun toimintasuunnitelma ja toteutuksen arviointi. Työpaperi 2009.

Hallenberg, Laukkanen, Markelin, Räikkönen, Uusitalo. Hankeraportti. Työpaperi, 2009.

Hallenberg, Annika; Kuivakangas, Else; Stahl, Mirja; Räikkönen, Petra; Suomenniemi, Pirkko; Laukkanen, Raija; Seppänen, Tiina; Lindström, Yulia. Sydänpolku-hankeharjoittelun loppuraportti. Työpaperi 2010.

Holmström, Christine; Kansikas, Pia; Kapanen, Matti; Kärkkäinen, Jezina; Pouttu, Piia; Sivula, Marja. Ennakoiva hoito ja tulevaisuus – hanke. Loppuraportti sydänpotilaan kuntoutumispalveluista Työpaperi 2011.

Hölsä, Irina; Rautiainen, Mette; Salomäki, Päivi; Skog, Minna; Vuotila, Marja. Hoitotavat potilasnäkökulmasta. Työpaperi.

Hölsä, Irina; Rautiainen, Mette; Salomäki, Päivi; Skog, Minna; Vuotila, Marja. Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus. Työpaperi, 2009.

Ikola, Miia; Järvelä, Anne; Lindström Mia; Nikah, Sanna. Typin 1 diabetekseen sairastuneiden nuorten vertaistukiryhmän tarvekartoitus. Työpaperi 2011.

Kallijärvi, Keskinen, Papunen. Hanketyöskentelyssä tapahtuva osaamisen kehittyminen. Työpaperi 2011.

Kaltto, Tomi; Leiman-Suvisaari, Francisca; Kellokumpu, Susanna; Peräkylä, Niina. Sydänpotilaan sosiaaliset verkostot. Työpaperi 2009.

Kaltto, Tomi; Leiman-Suvisaari, Francisca; Kellokumpu, Susanna; Peräkylä, Niina. Toimintaraportti. Työpaperi, 2009.

Kopio, Irja-Liisa; Makkonen, Elisa; Paunila, Seija; Peltola, Kirsi. Voimaantuminen. Työpaperi, 2010.

Kuparinen, Sanna; Lahti, Maarit; Parviainen, Tari; Suomi, Marika. Hankeharjoittelu, ennakoiva hoito ja tulevaisuus-hanke. Työpaperi 2011.

Laakso, Nina; Artsvik, Ann-Mari; Niemi, Maria; Lustedt, Minna; Aarnio, Teppo; Keto, Janne; Pitkänen, Eija. Selvitys Hiiden alueen toimitsijoiden yhteistyöstä ja tiedonkulusta. Työpaperi.

Lahdelma, Sari; Hepoaho, Jari; Nivalainen, Sampo. Ennakoiva hoito ja tulevaisuus hanke. Hankeraportti. 2010

Lehtinen, Riekkinen, Rättö, Schavon: Kokemukset diabeteksen omahoidon toteutumisesta ja tuen tarpeesta. Työpaperi, 2011.

Olijslager, Christopher; Lainio, Kati; Lindström, Yulia; Seppänen, Tiina. Sydänpolku-hankkeen raportti. Työpaperi, 2009.

Rattola, Taru; Berg Henna; Haikarinen, Ville. Ennakoiva hoito ja tulevaisuus. Hankeharjoittelu. Työpaperi 2010.

Silfver, Turunen, Penttilä ja Järvenpää. Terveiden edistäminen eri ikäkausina. Työpaperi, 2011.

Sirkiä, Reetta; Puttonen, Ville; Yliruusi, Sari; Lipsanen, Henna; Grönberg, Jessica. Väestöpohjan kartoitus. Työpaperi.
Taskinen, Emmi; Mulari, Elina; Hyvönen, Sanni; Savaloja, Riikka-Leena. Diabetes-kysely toimijoille. Työpaperi. 2010

Ennakoiva hoito ja tulevaisuus –hankkeen muut raportit

Meristö, Tarja; Partamies, Sanna; Makkonen, Anne; Olli, Seija. 2010. Ennakoiva hoito ja tulevaisuus. Sydänpolku-hanke Lohjan Laureassa. Laurea.

Meristö, Tarja; Olli, Seija. 2009. Ennakoiva hoito ja tulevaisuus - Lohjan seudun toimintamallin luominen. Poster-esitys Dehko-päivät 27-28.11. 2009, Tampere-Talo.

Olli, Seija; Vuorikkinen Satu. 2009. Lohjan Laurean Terveystori diabetesosaamisen oppimisympäristönä. Poster-esitys Dehko-päivät 27-28.11. 2009, Tampere-Talo.

Olli, Seija; Kallijärvi, Hanna; Keskinen, Rea; Papunen, Kati. 2011. Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hanketyöskentelyssä tapahtuva osaamisen kehittymien. Poster-esitys, Dehko-päivät.

Partamies, Sanna; Makkonen, Anne; Meristö Tarja. 2010. Learning Together in Developing Process Case Proactive Care and Prevention. Konferenssiesitys Coehre Conference Oulu, Finland 21 May 2010.

Partamies, Sanna; Meristö, Tarja. 2009. Sydänpolku –hanke: Länsi-Uudenmaan toimijat kohti kansalaiskeskeistä hyvinvointia. Teoksessa; Kumppanuuksia ja kuulumisia työelämästä, toim. Arja Haikola. 2009. B: Ajankohtaista. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu.

http://into.cou.fi/data/liitteet/15918=kuulumisia_ja_kumppanuuksia.pdf

Linkkejä:

Pumppu-hanke
pumppu-hanke.blogspot.com

Laurea Lohja
www.laurea.fi/fi/lohja

Corporate Foresight Group CoFi, Laurea
www.laurea.fi/fi/cofi

KOKO Länsi-Uusimaa
www.lansi.fi/koko

OmaHyvinvointi-hanke
omahyvinvointi.utu.fi

Liitteet

Liite 1. Sydänpotilaan hoitopolku (Andström, Gabrielsson, Jääskelä ja Karstila 2010.)

Sydänhoitopolku

Työryhmä: Viola Gabrielsson, Kaija
Andström, Salme Jääskelä, Kaisu Karstila

Muokattu 15.9.2010 Sanna Partamies & Anne Makkonen

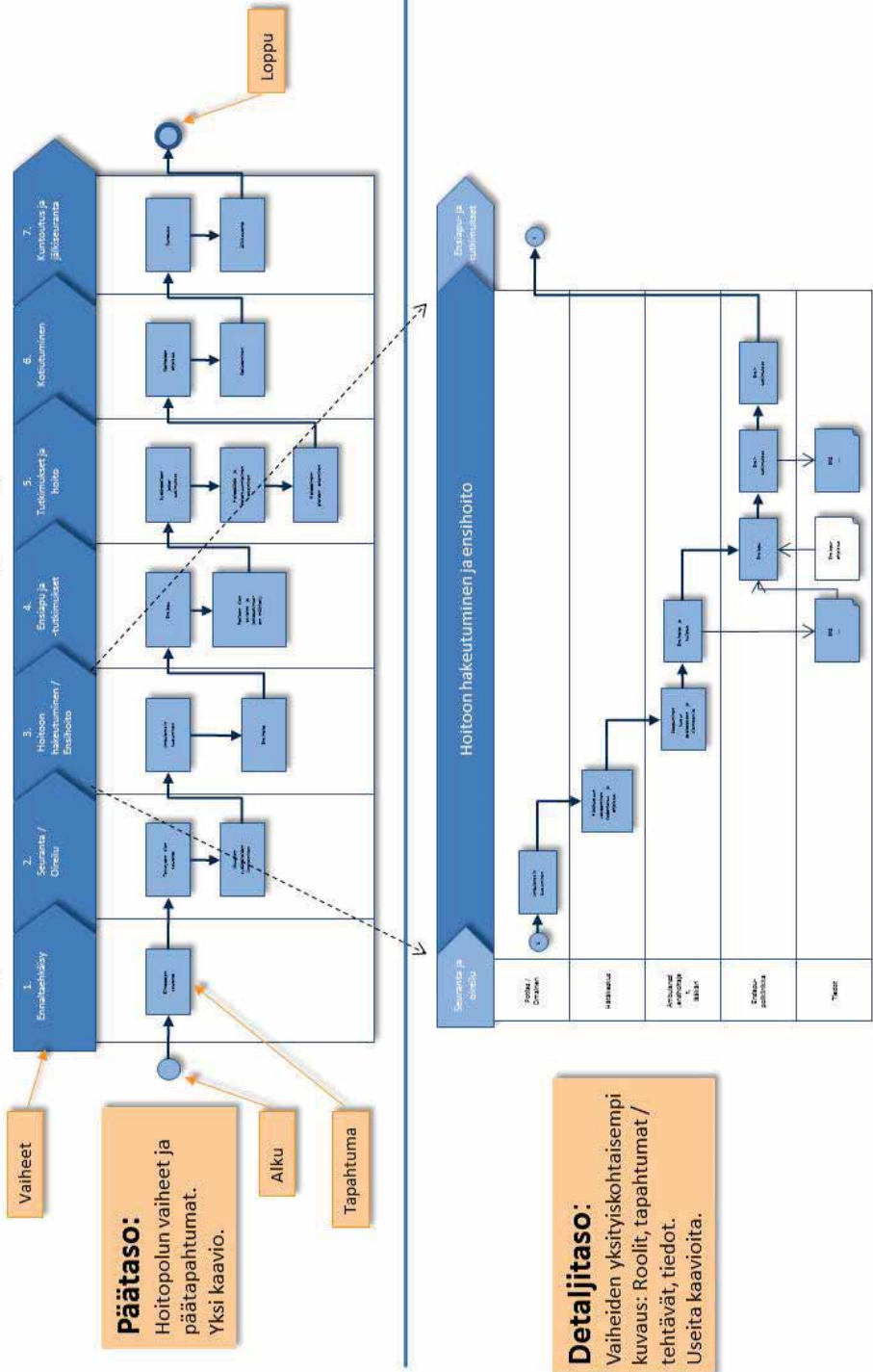
30.5.2010

Hoitopolkkukuvauksen perusteita¹

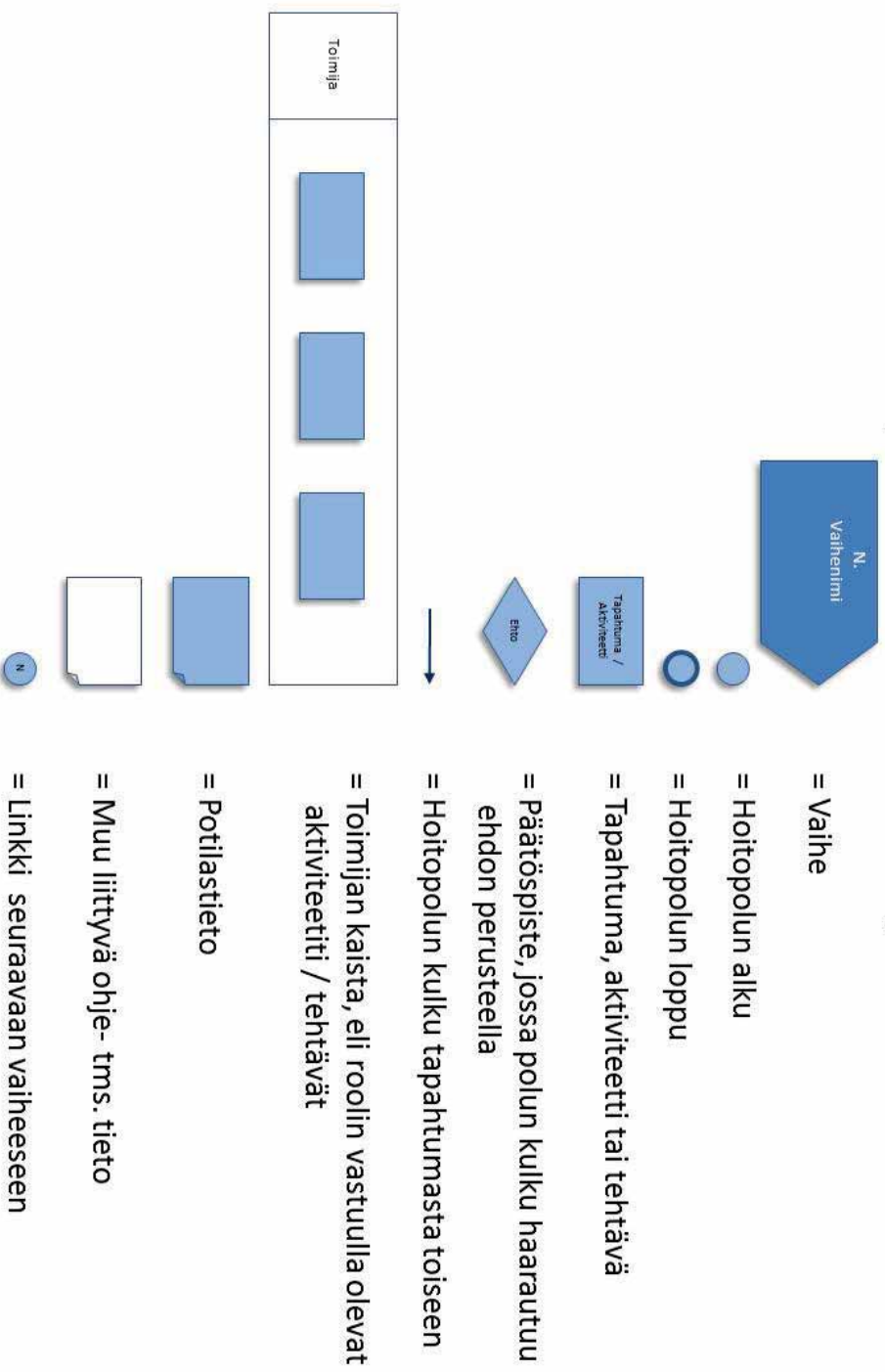
- Tarkoitus
 - Hoitopolun tarkoituksena on kuvata potilaan kulku läpi hoitojärjestelmän sekä eri toimijoiden rooli kokonaisuudessa ja liittyvä tiedonkulku
- Sisältö
 - Vaiheet, tapahtumat ja akkiviveetit / tehtävät
 - Toimijat ja heidän vastuulla olevat tehtävät
 - Tiedot, tiedon tuottaja ja käyttäjät
- Kuvaustapa
 - Hoitopolku kuvataan toisiinsa liittyvinä graafisina kaavioina
 - Kaaviot on jaettu kahteen tasoon:
 - Päätaso antaa yleiskuvan hoitopolun kokonaisuudesta vaiheineen ja tärkeimpine tapahtumineen
 - Detaljitaso kuvaa vaiheittain yksityiskohtaisemmin tapahtumat, eri toimijat ja heidän roolinsa (vastuulla olevat tehtävät) sekä identifioi liittyviä tietokokonaisuuksia, niiden tuottajia ja käyttäjiä hoitopolulla

¹ Karstila, Kari. Mallintamisesta ja hoitopolusta, 2010.

Hoitopolun kuvaustapa ja rakenne

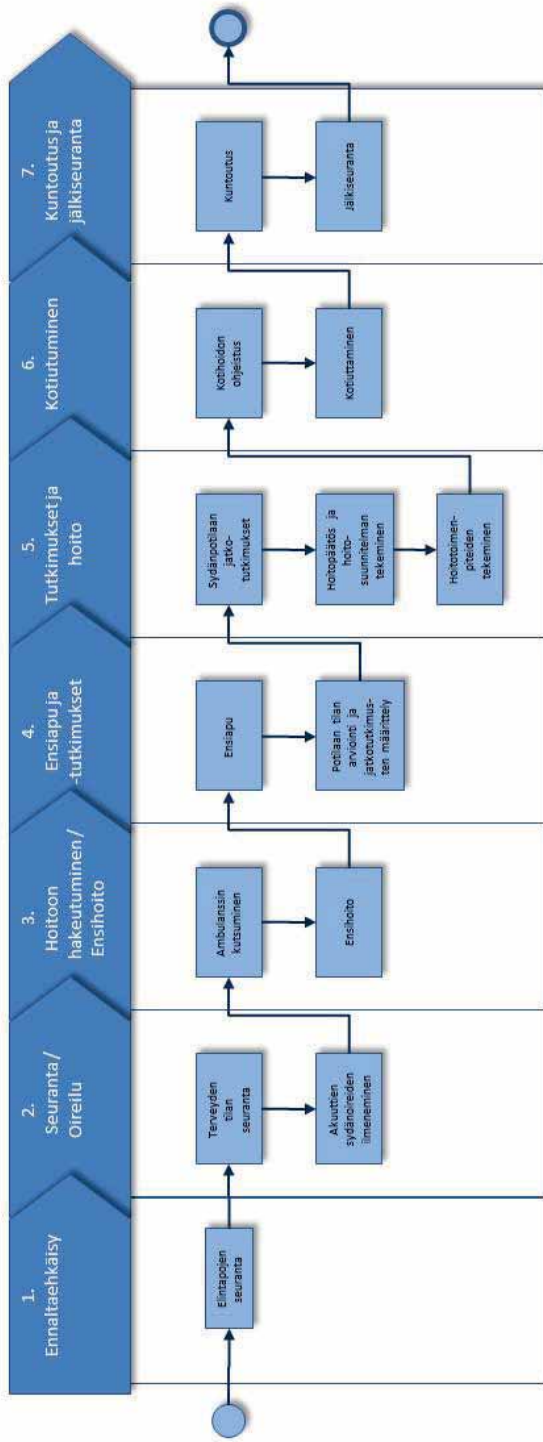


Hoitopolkukuvauksen symbolit



Sydänpotilaan hoitopolku

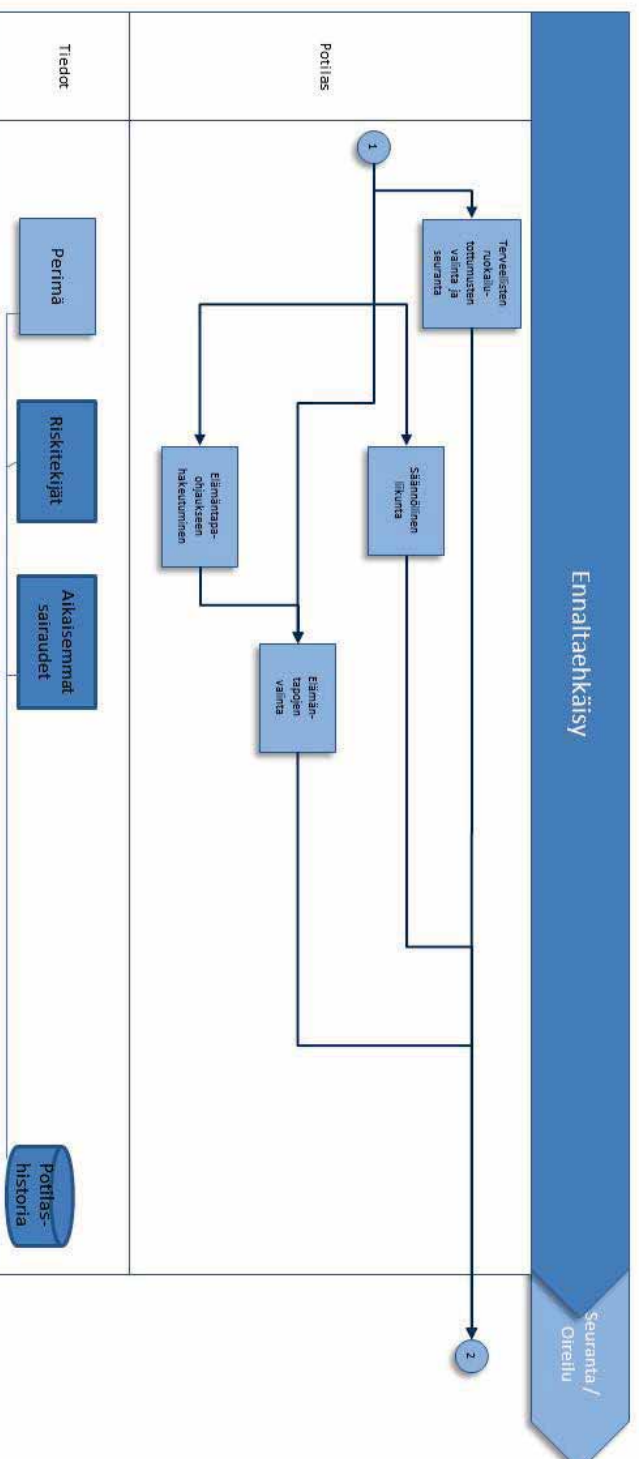
Päätaso



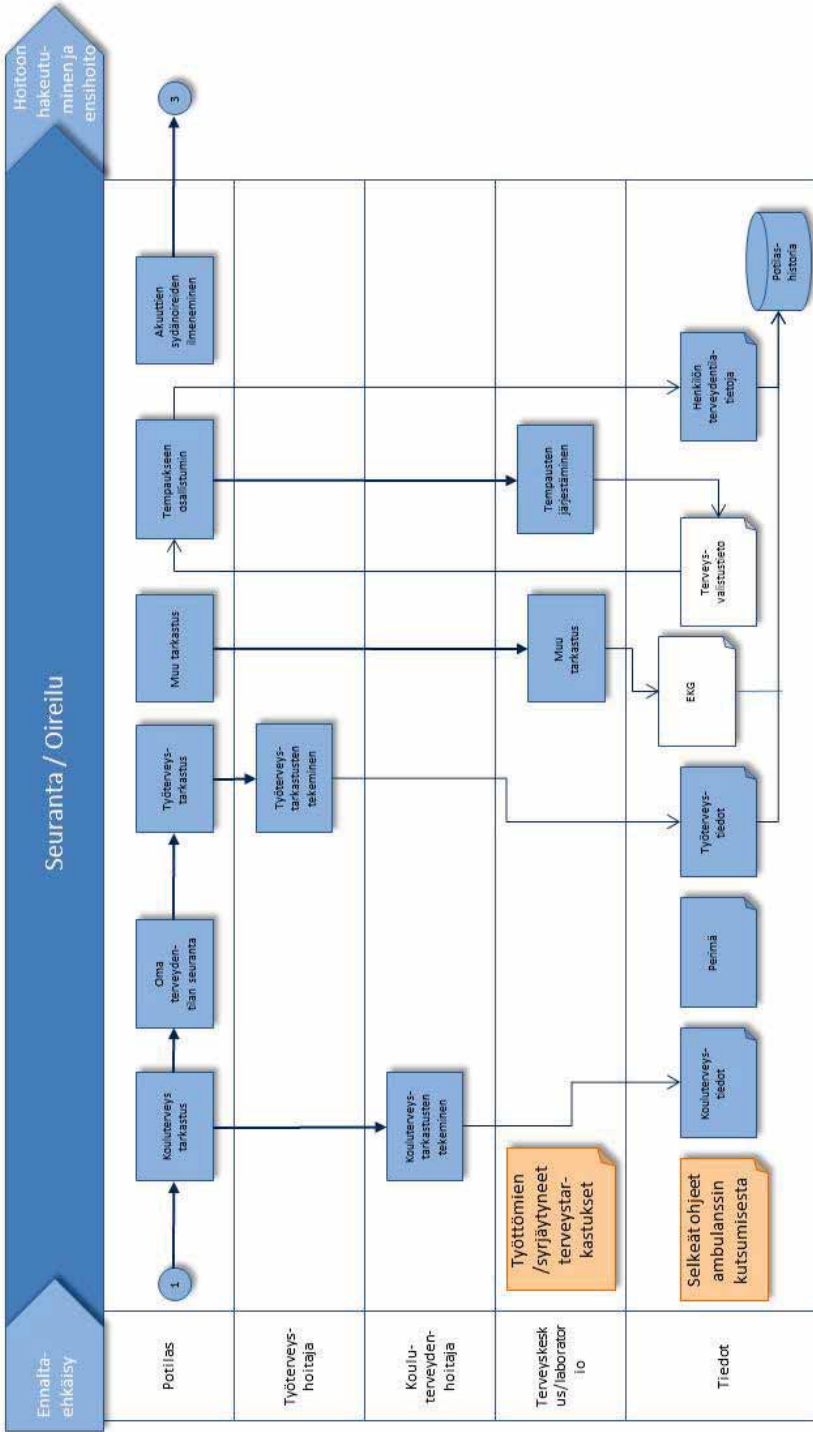
Kehitysidea



1. Ennaltaehkäisy

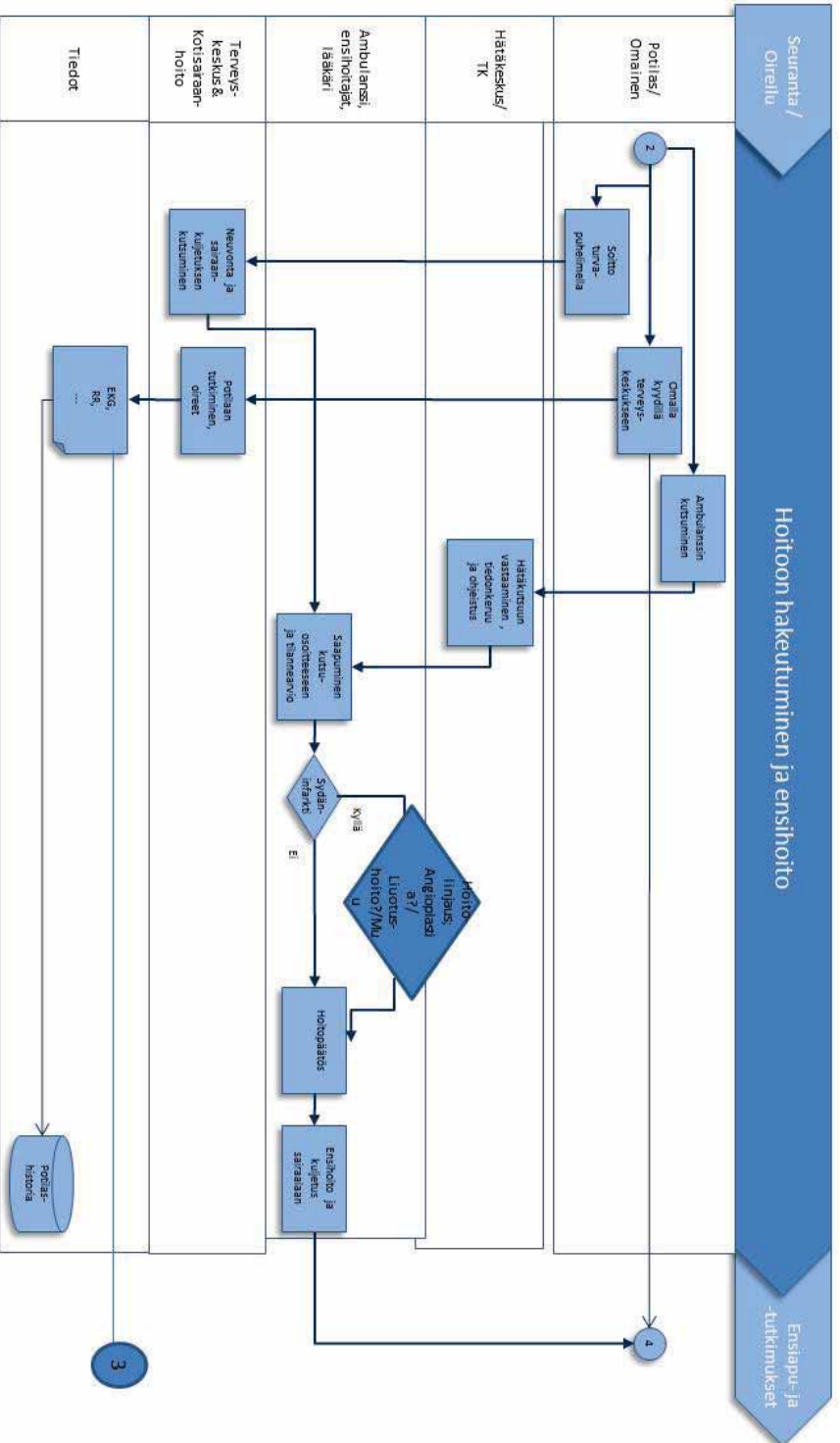


2. Seuranta / Oireilu

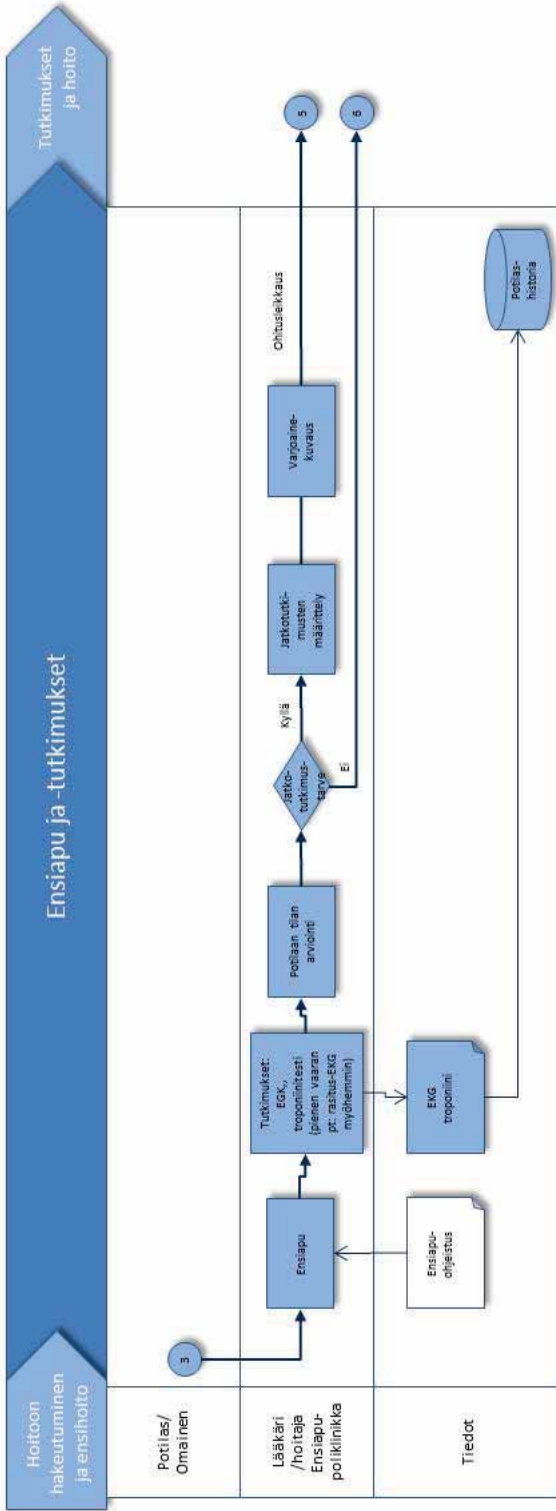




3. Hoitoon hakeutuminen ja ensihoito

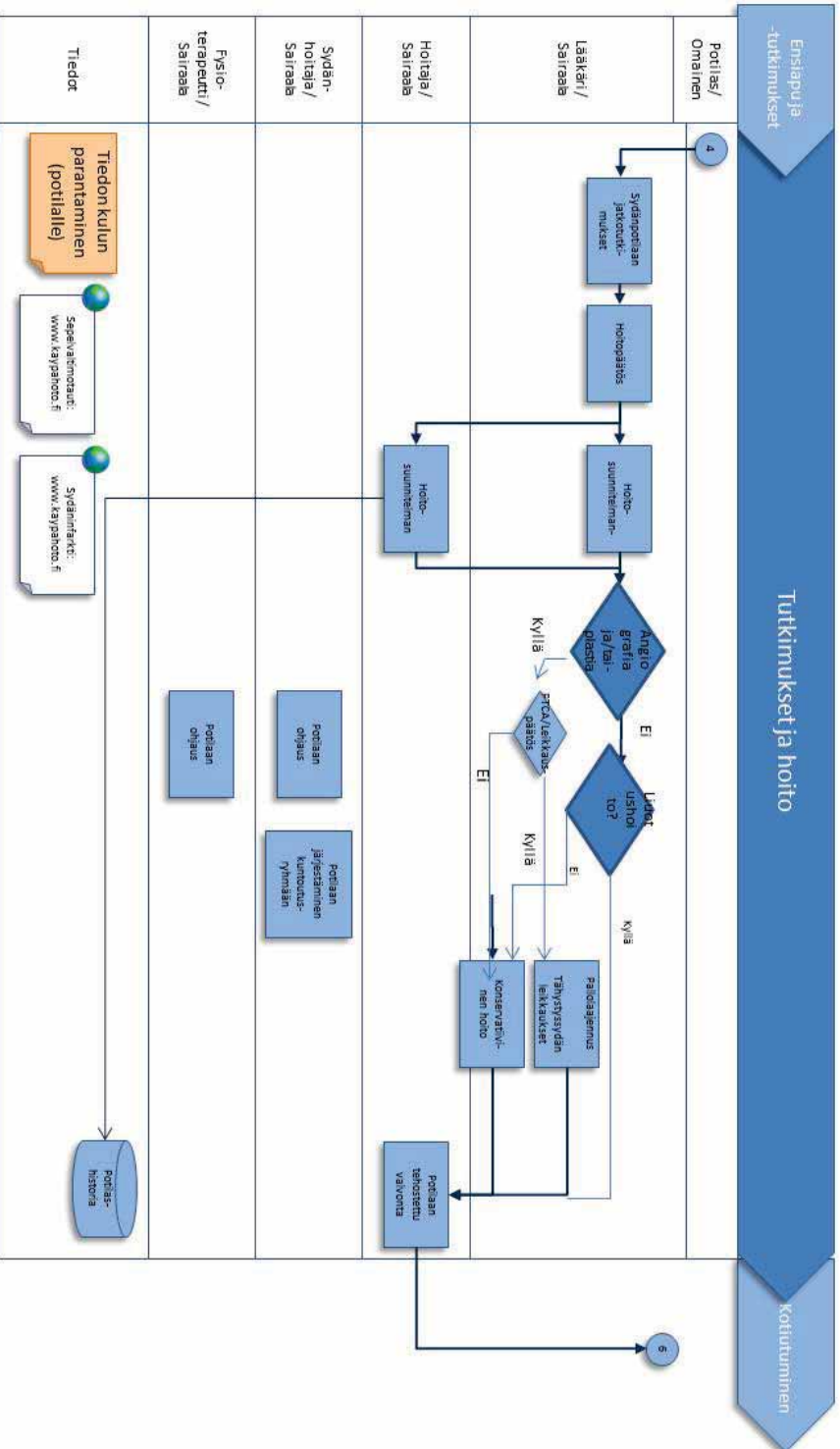


4. Ensiapu ja -tutkimukset

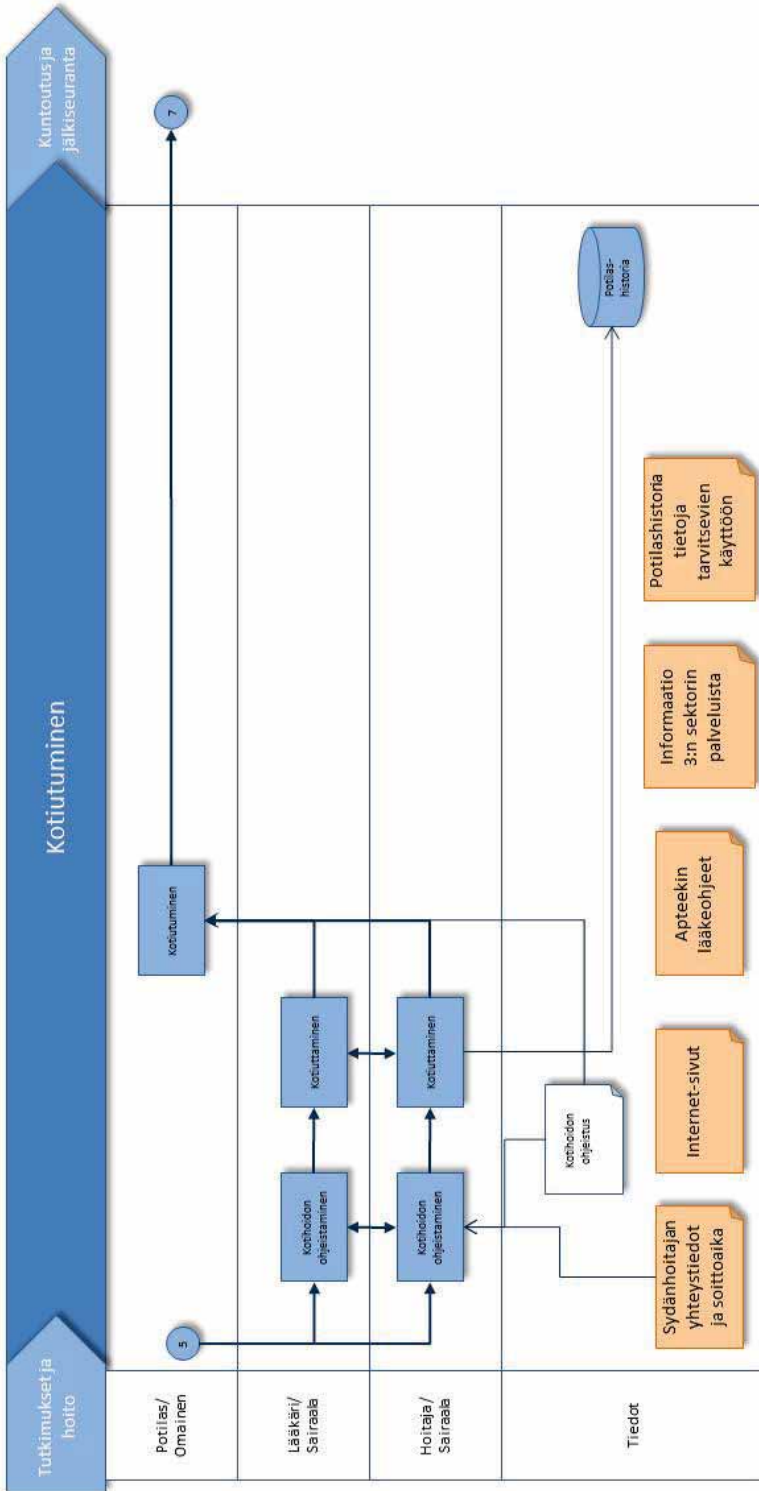




5. Tutkimukset ja hoito



6. Kotiutuminen



Lähteitä

- Wikipedia: Clinical Pathway.
 - http://en.wikipedia.org/wiki/Clinical_pathway
- Mäkelä, Laura, Hoitoketjun kehittäminen. HUS. 2009-09-22.
 - <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369,28776,28777>
- Hoitoketjut hallintaan – Ennakoinnilla eroon jonoista. HUS:in web-sivut.
 - <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369>
- Cheah, Jason. Development and implementation of a clinical pathway programme in an acute care general hospital in Singapore. International Journal for Quality in Health Care 2000. Volume 12, Number 5, pp. 403 – 412.
 - <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/12/5/403>
- Karstila, Kari. Mallintamisesta ja hoitopoluista. Eurostep Oy, julkaisematon. 2010. 19 s.