

Janika Möttönen, Henna Pirttijärvi & Miia Salmela

**TERVEYTTÄ EDISTÄVÄÄ
VASTAANOTTOTOIMINTAA TYÖTTÖMILLE**

**- Vastaanottotoiminnan kehittämisprojekti Kokkotyö-
säätiön valmentautujille**

Opinnäytetyö

KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyö

Huhtikuu 2010

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

| | | |
|--|------------------------------|--|
| Yksikkö Sosiaali- ja terveystalon yksikkö, Kokkola | Aika Huhtikuu 2010 | Tekijät Janika Möttönen, Henna Pirttijärvi & Miia Salmela |
| Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja | | |
| Työn nimi TERVEYTTÄ EDISTÄVÄÄ VASTAANOTTOTOIMINTAA TYÖTTÖMILLE - Vastaanottotoiminnan kehittämisprojekti Kokkotyö-säätiön valmentautujille | | |
| Työn ohjaaja Yliopettaja, KL Maija Maunula | Sivumäärä 85+8 | |
| Työelämäohjaaja Yksilövalmentaja, TtM Johanna Viskari, Kokkotyö-säätiö | | |
| <p>Opinnäytetyömme käsittelee vaikeasti työllistyvien terveyden edistämistoimintaa. Toteutimme opinnäytetyömme toiminnallisena projektina. Pidimme terveyttä edistävää vastaanottoa Kokkotyö-säätiön valmentautujille viiden kuukauden ajan. Opinnäytetyömme tavoitteena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida Kokkotyö-säätiön valmentautujien terveyttä edistävää vastaanottotoimintaa. Tarkoituksena oli selvittää, millainen oli vastaanotolla käyneiden asiakkaiden terveydentila ja millaisia olivat terveystottumukset, mistä asiakkaiden tarpeet koostuivat vastaanotolla, millaisia olivat asiakkaiden kokemukset vastaanottotoiminnasta ja miten he kokivat terveydenhoitajan vastaanoton tarpeellisuuden jatkossa. Tavoitteemme oli myös lisätä valmiuksiamme ja saada kokemusta vastaanoton pitämisestä tulevaa ammattiamme ajatellen.</p> <p>Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys koostui työttömyyden merkityksestä yksilölle, syrjäytymisen ehkäisystä, työttömien terveyden edistämisestä, terveyttä edistävästä vastaanotosta sekä terveydenhoitajan käyttämistä työmenetelmistä. Opinnäytetyössämme käytimme tutkimusmenetelminämme kvalitatiivista ja kvantitatiivista menetelmää. Vastaanottotoiminnan lisäksi laadimme kyselylomakkeen oman vastaanottomme hyödyllisyydestä ja onnistumisesta sekä terveydenhoitajan vastaanoton tarpeellisuudesta tulevaisuudessa. Muina tutkimusmateriaaleina käytimme päiväkirjamerkintöjä ja kirjaamis pohjaa, joita analysoimme sisällönanalyysin avulla. Käytimme materiaalina myös seulontatutkimusten tuloksia.</p> <p>Koko projektimme aikana vastaanotollamme asiakaskäyntejä oli yhteensä 75. Keskimääräinen asiakasmäärä yhdellä vastaanotokerralla oli 4,4. Vastaanoton sisältö muodostui asiakkaiden tarpeiden mukaan. Yleisimmin asiakkaat mittauttivat verenpainetta, tulivat keskustelemaan painonhallinnasta ja hakivat elintapaohjausta sekä neuvoja akuutteihin vaivoihin. Kyselylomakkeeseen vastasi 41 valmentautujaa. Vastausten perusteella asiakkaat olivat hyötäneet vastaanotostamme ja suurin osa oli kiinnostunut omasta terveydestään ja sen edistämisestä. Useimmat olivat kiinnostuneet käyttämään terveydenhoitajan palveluita tulevaisuudessa. Oman oppimisemme kannalta projekti oli meille monella tavalla hyödyllinen.</p> | | |

Asiasanat

syrjäytymisen ehkäisy, terveyden edistäminen, toiminnallinen projekti, työttömyys, vastaanottotoiminta

ABSTRACT

| | | |
|--|---------------------------|---|
| CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, Department of Health Care and Social Services, Kokkola | Date April 2010 | Author Janika Möttönen, Henna Pirttijärvi & Miia Salmela |
| Degree programme Degree Programme in Nursing, Public Health Nurse | | |
| Name of thesis HEALTH PROMOTIVE CONSULTING APPOINTMENTS FOR UNEMPLOYED - The developing project for those who are coached by Kokkotyö-säätiö | | |
| Instructor Principal Lecturer, Lic.Ed. Maija Maunula | Pages 85 + 8 | |
| Work-Life Supervisor Individual Coach, M.HSc., Johanna Viskari, Kokkotyö-säätiö | | |
| <p>Our thesis deals with health promotion for long-term unemployed who find it difficult to get employment. We carried out our thesis as a functional project. We held health promotive consulting hours during five months for those who were coached by Kokkotyö-säätiö. Our thesis' aim was to plan, carry out and estimate the health promotive consulting activities for them. The purpose was to find out what kind of health status clients who visited the appointments had and what kind of health habits they had, what needs clients had during consultation, what experiences clients had from the appointments and what they thought about the necessity of a public health nurse's appointments in the future. Thinking of our own future occupation the aim was also to increase our abilities and get experience of holding a health promotive consulting appointments.</p> <p>Theoretical context of our thesis consisted of the significance of unemployment for an individual, prevention of social exclusion, health promotion for unemployed, health promotive consulting appointments and working methods used by a public health nurse. In our thesis we used qualitative and quantitative methods. Besides the consulting appointments we created a questionnaire which handled the usefulness of our consultation appointments, and success and the necessity of a public health nurse's appointments in the future. As additional research materials were diary notes and a documentation template which we analyzed using content analysis. We used also screening examinations' results as the research material.</p> <p>During the whole period of this project we had in total 75 client visits in our appointments. The average amount of clients in a consulting appointment session was 4,4. The contents of the appointment sessions grew out of clients' needs. It was most common that clients came to get their BP measured, to discuss about weight and searched for direction in their ways of life and advice for acute complaints. The questionnaire was returned by 41 people. According to the replies clients had benefitted from our appointments and the majority was interested in their own health and improving it. Most of them were interested in using a public health nurse's services in the future. For our own learning the project was useful in many ways.</p> | | |

Key words

prevention of social exclusion, health promotion, a functional project, unemployment, an appointment

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

| | |
|--|-----------|
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 PROJEKTIN TIETOPERUSTA | 4 |
| 2.1 Työttömyyden merkitys yksilölle | 4 |
| 2.2 Syrjäytymisen ehkäisy | 9 |
| 2.3 Terveyden edistäminen | 13 |
| 2.4 Työttömien terveyden edistäminen | 17 |
| 2.5 Terveydenhoitajan vastaanottotoiminta työikäisten terveyden edistämässä | 22 |
| 2.5.1 Terveyskeskustelu | 25 |
| 2.5.2 Seulonnat | 35 |
| 3 AIKAISEMMIN TEHDYT TUTKIMUKSET JA PROJEKTIT | 39 |
| 4 PROJEKTIN KUVAUS JA TOTEUTUS | 45 |
| 4.1 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitukset | 45 |
| 4.2 Kohderyhmänä Kokkotyö-säätiön valmentautajat | 46 |
| 4.3 Projektin yhteistyötahot ja tukihenkilöt | 48 |
| 4.4 Toimintaympäristö ja projektibudjetti | 49 |
| 4.5 Projektin eettiset ja luotettavuuteen liittyvät kysymykset | 50 |
| 4.6 Vastaanottotoiminta ja projektissa käytetyt tutkimukselliset menetelmät | 51 |
| 4.7 Projektin aikataulu ja vastaanottotoiminnan toteutus | 54 |
| 5 PROJEKTIN TULOKSET | 63 |
| 5.1 Asiakkaiden terveydentila ja terveystottumukset | 63 |
| 5.2 Terveyttä edistävän vastaanoton sisällöllinen tarve | 68 |
| 5.3 Asiakkaiden kokemukset terveyttä edistävästä vastaanotosta ja sen tarpeellisuus tulevaisuudessa | 69 |

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 5.4 Omat oppimiskokemukset | 73 |
| 6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET | 76 |
| LÄHTEET | 81 |
| LIITTEET | |

1 JOHDANTO

Hyvinvointi on lisääntynyt viime vuosina suomalaisten keskuudessa ja elinolot ovat parantuneet, mutta samaan aikaan on tietyillä ryhmillä tapahtunut syrjäytymistä. Tulo- ja koulutustasoltaan heikompien kokonaisvaltainen hyvinvointi on kehittynyt hitaammin parempaan suuntaan verrattuna muihin väestöryhmiin. Epäedullisessa asemassa ovat esimerkiksi pitkään työstä poissa olleet työttömät työnhakijat. (Hakulinen, Matilainen, Hartikainen, Suuronen & Siukkonen 2006, 38.) Työelämän ulkopuolella olevalta työikäiseltä puuttuvat säännölliset tulot ja työrytmi, työpaikan sosiaalinen verkosto, työpaikan ruokailu- ja liikuntamahdollisuudet sekä mahdollisuus työterveyshuollon palveluihin (Kyrönlähti 2005, 83). Terveys 2000 -tutkimustuloksissa on todettu, että mahdollisesti näiden asioiden vuoksi pitkäaikaistyöttömillä on heikompi työkyky työllisiin verrattuna (Rautio-Ottman & Hakulinen 2008, 25).

Terveyden edistäminen on hoitotyön lähtökohta ja toiminnan perusta (Nygren 2009). Terveyden edistäminen kuuluu terveydenhuollon tehtäviin sekä kansanterveystalain että potilaslain nojalla. On valtakunnallisesti suunniteltu suomalaisten terveyden edistämiseksi Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Ohjelmassa sanotaan, että kaikille suomalaisille on taattava mahdollisuus terveystensä edistämiseen. Terveys 2015 –ohjelmassa tavoitteena on syrjäytymiskehityksen estäminen. Tällöin työttömillä ja erilaisissa epätyypillisissä työsuhteissa tai työpaikoissa olevilla on samat mahdollisuudet terveyspalveluihin ja terveyden edistämiseen kuin muilla. Työturvallisuus ja työterveyshuollon palvelut ovat tässä keskeisiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 25; Hakulinen ym. 2006, 40.)

Opinnäytetyömme käsittelee vaikeasti työllistyvien terveyden edistämistoimintaa. Toteutamme opinnäytetyömme toiminnallisena projektina. Pidämme terveyttä edistävää vastaanottoa Kokkotyö-säätiön valmentautujille. Tutkimme samalla asiakkaiden tarpeita vastaanotolla terveyskeskustelun kautta. Selvitämme myös asiakkaiden mielipidettä vastaanottotoiminnastamme sekä terveydenhoitajan vastaanoton tarpeellisuutta jatkossa

kyselylomakkeen avulla. Idea opinnäytetyömme aiheeksi tuli Kokkotyö-säätiöltä, joka on Kokkolassa toimiva työvalmennussäätiö. Se aktivoi vaikeassa työmarkkina-asemassa olevia henkilöitä ja sen valmentautujiin kuuluvat myös osatyökykyiset ja mielenterveyskuntoutujat. Halusimme valita tämän aiheen, koska kehitämme samalla omaa ammatillisuuttamme ja aihe on yhteiskunnallisesti merkittävä ja ajankohtainen.

Opinnäytetyömme tavoitteena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida Kokkotyö-säätiön valmentautujien terveyttä edistävää vastaanottoa. Tarkoituksena on selvittää, millainen on asiakkaiden terveydentila ja millaisia ovat terveystottumukset, mistä asiakkaiden tarpeet koostuvat vastaanotolla, millaisia ovat asiakkaiden kokemukset vastaanottoa ja miten asiakkaat kokevat terveydenhoitajan vastaanoton tarpeellisuuden jatkossa. Tärkeä tavoitteemme on myös lisätä valmiuksiamme ja saada kokemusta terveydenhoitajan vastaanoton pitämisestä tulevaa ammattiamme ajatellen.

Opinnäytetyössämme käytämme tutkimusmenetelminämme laadullista eli kvalitatiivista ja määrällistä eli kvantitatiivista menetelmää. Tätä kutsutaan metodologiseksi triangulaatioksi, joka tarkoittaa useamman tutkimusmenetelmän tai aineiston keruumenetelmän käyttöä yhden ilmiön tutkimisessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 58.)

Rajaamme tietoperustan opinnäytetyömme kannalta olennaisimpiin asioihin. Terveyden edistämisen näkökulmassa painottuvat työttömät. Terveydenhoitajan työmenetelmistä keskitymme terveystalkoisiin, terveystarkastukseen sekä seulontoihin, joita käytämme vastaanotollamme.

Jaamme vastuualueita itsellemme taataksemme projektin sujuvuuden ja kaikkien tasapuolisen osallistumisen. Henna Pirttijärvi huolehtii yhteydenpidosta Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun ohjaavaan opettajaan. Miia Salmela on yhteydessä Kokkotyö-säätiöön ja Janika Möttönen kantaa vastuun yhteydenpidosta Kokkolanseudun terveystalkoisiin, josta lainaamme välineitä vastaanotollemme. Kaikki pidämme

vastaanottoa. Vuorottelemme niin, että kaksi kerrallaan on vastaanotolla ja yksi vapaalla. Opinnäytetyön kirjallisen osion toteutamme yhdessä hyödyntäen jokaisen omaa osaamista.

2 PROJEKTIN TIETOPERUSTA

2.1 Työttömyyden merkitys yksilölle

Koko maassa työttömiä oli vuoden 2010 helmikuussa 242 000 Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan. Työttömyysaste oli tällöin 9,2 %. Vuoden takaiseen verrattuna työttömyysaste nousi 1,6 prosenttiyksikköä. (Tilastokeskus 2010.) Kokkolan kaupunginhallituksen mukaan työttömien määrä Kokkolassa vuoden 2008 lopussa oli 1732. Pitkäaikaistyöttömiä, jotka olivat olleet työttöminä yli vuoden, oli 278. Työttömyysaste prosentteina Kokkolassa oli 10. (Kokkolan kaupunginhallitus 2009.)

Työtön on työnhakija, jolla ei ole työpaikkaa. Hän on käytettävissä työhön, jonka työaika on alan normaalista työajasta vähintään puolet tai hän odottaa sovitun työn aloittamista. Työttömäksi määritellään työnvälitystilastossa myös henkilökohtaisesti työ- ja elinkeinotoimistoon ilmoittautunut työnhakija, joka on lomautettu. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2009.) Pitkäaikaistyöttömäksi kutsutaan työvoimatoimiston välittämää työntekijää, joka on ollut ennen työn alkamista työttömänä työnhakijana vähintään 12 kuukautta useassa eri työttömyysjaksossa tai yhtäjaksoisesti. Pitkäaikaistyöttömät ovat usein ikääntyneitä ja kouluttamattomia, mutta joukossa on myös maahanmuuttajia, vajaakuntoisia sekä koulutettuja nuoria, joilta puuttuu työkokemusta. (Suomen Punainen Risti, Engel-yhtymä, Net Effect, Opintotoiminnan Keskusliitto & Suomi-Somalia seura 2005a, 6.)

Työttömyyttä voidaan pitää yksilölle terveyden uhkatekijänä sekä stressitilanteena. Työttömyys merkitsee monesti erilaisia menetyksiä, esimerkiksi taloudellisia, emotionaalisia ja sosiaalisia. Työelämän ulkopuolella olevalta työkäiseltä puuttuvat säännölliset tulot ja työrytmi, työpaikan sosiaalinen verkosto, mahdollisuus työpaikkaruokailuun ja -liikuntaan sekä mahdollisuus työterveyshuollon palveluihin.

Työterveyshuollolla on tärkeä rooli seulottaessa ja ehkäistäessä kansansairauksia. Mitä enemmän yksilö on panostanut työhönsä, sitä enemmän työttömyys tuo menetyksiä. Silloin kun yksilö on työtön, hänen tarpeensa, tavoitteensa, edellytyksensä sekä arvonsa ovat ristiriidassa tarjolla oleviin työllistymismahdollisuuksiin ja yhteiskunnan sekä ympäristön asettamiin vaatimuksiin nähden. Monesti pitkittyvä ja/tai toistuva työttömyys tuo työttömyyttä samoille ihmisille sekä tekee työttömyydestä irti pääsyn ongelmalliseksi. (Valjakka 2008, 30; Kyrönlähti 2005, 83, 185.)

Työttömyyteen reagoidaan monin eri tavoin. Kaikki pitkäaikaistyöttömät eivät syrjäydy tai masennu. He kykenevät omin voimin sekä läheistensä tuella selviytymään vaikeuksistaan, mutta osa pitkäaikaistyöttömistä tarvitsee monenlaisia tukimuotoja säilyttääkseen toimintakykynsä. Pitkäaikaistyöttömyys tekee tulevaisuudesta heikosti ennakoitavan ja suunnitelmien sekä päämäärien asettaminen voi olla vaikeaa. Elämää hallitsee turvattomuuden tunne. Turvattomuutta luovat esimerkiksi tulojen pienuus ja epävarmuus siitä, kuinka kauan tällainen taloudellinen tilanne jatkuu. Se heikentää monen ihmisen toimintakykyä ja elämänhallintaa. Työttömyys voi leimata toisinaan ihmisen myös työnantajan silmissä ja työtön tulee helposti syyllistetyksi tilanteestaan. Työttömän elämästä voi muodostua helposti kierre, jossa tuettujen työsuhteiden ja kurssien jälkeen työtä ei ole enää tarjolla. Jos tilanne jatkuu pitkään, köyhyyden ja syrjäytymisen riski kasvaa. (Suomen Punainen Risti, Engel-yhtymä, Net Effect, Opintotoiminnan Keskusliitto, Suomi-Somalia seura 2005b.)

Työttömän elämästä saattavat jäädä pois yhteydet sukulaisiin, ystäviin ja naapureihin. Pienet tulot johtavat muun muassa kulutuksen vähenemiseen ja kiinnostus yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen esimerkiksi äänestämisen ja erilaisen osallistumisen kautta vähenee. Pitkä työttömyys voi aiheuttaa myös itseluottamuksen puutetta, arkuutta, pelkoja, eristäytymistä, korkeaa kynnystä omien asioiden hoitamiseen, yksinäisyyttä sekä mahdollisesti perhe-, mielenterveys- ja alkoholiongelmia. Työttömät kokevat turvattomuutta sosiaalisiin suhteisiin, taloudelliseen tilanteeseen ja työn saantiin liittyvissä asioissa. Ongelmista on vaikea puhua, koska työtön saattaa kohdata syyllistämistä. Myös sosiaalihuollon asiakkaana oleminen voi alentaa omanarvontuntoa, koska työtön voi tarvita

toimeentulotukea ja tästä voi seurata tunne, että elää yhteiskunnan varoilla. (Suomen Punainen Risti ym. 2005b; Koponen, Hakulinen & Pietilä 2002, 111.)

Terveytensä ja työkykynsä puolesta heikoimmat ihmiset valikoituvat muita useammin työttömäksi. Sosiaalisen tuen puute, talouden romahtaminen ja heikkenevä terveys ovat yhteydessä työttömyyden pitkittymiseen ja toisiinsa. (Suomen Punainen Risti ym. 2005b.) Alatalon ja Paanasen (2007) tutkimuksen mukaan työttömien joukossa on erityisen vaikeasti työllistyvien ryhmiä, joilla on monia erilaisia työllistymisen esteitä. Velkaisuus, ammattikoulutuksen puute ja vähäinen työkokemus ovat usein esiin nousseita seikkoja. (Alatalo & Paananen 2007, 75.)

Keskeiseksi tekijäksi selviytymisessä on nostettu muun muassa yhteisyyssuhteiden merkitys. Ihmiset, joilla on tukenaan esimerkiksi perheenjäseniä, sukulaisia, ystäviä ja/tai naapureita, kestävät työkykyisinä pitempään kuin ihmiset, joilla ei ole saatavilla tällaista tukea. Tärkeää on myös, että työtön jaksaa fyysisesti ja henkisesti paremmin tukiverkostonsa avulla. (Suomen Punainen Risti ym. 2005b.)

Monet suomalaisten ja kansainvälisten tutkimusten tulokset osoittavat, että työttömillä ja työttömyyttä kokeneilla on huonompi terveys sekä suurempi kuolleisuus kuin työssä käyvillä. Tämä riippuvuus voi syntyä kahdella eri tavalla. Työttömyys ja työttömyyden uhka huonontavat terveyttä tai terveyteen liittyvät, psyykkiset ja sosioekonomiset tekijät lisäävät samaan aikaan sekä työttömyyden että terveysongelmien vaaraa. Työttömyydellä ja työttömyyden uhalla on haitallista vaikutusta terveyteen. Työttömyyden yhteys terveyttä vaarantaviin elämäntapoihin ei taas näytä tutkimusten perusteella olevan kovin voimakas. (Mannila & Martikainen 2005.) Erityisesti pitkään työttömänä olleilla on usein runsaasti sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Osa työttömistä ei oma-aloitteisesti hakeudu terveystalvelujen piiriin, vaan heidän tavoittamisensa vaatii viranomaisyhteistyötä. Pitkäaikaistyöttömän terveydentilan ongelmat ja työkyvyn puutteet ovat monissa tapauksissa esteenä myös työllistymiselle ja uhkana syrjäytymiselle. (Sosiaali- ja terveystalveluministeriö 2008a.)

Pitkääikaistyöttömät selviytyvät työttömyydestä eri tavoin. Jotkut löytävät uuden ammatin tai muuten uuden suunnan elämälleen. Näille ihmisille työttömyydestä ei juuri aiheudu ongelmia ja he kykenevät selviytymään vaikeuksistaan omin voimin tai lähipiirinsä avulla. On myös niitä ihmisiä, joilta työttömyys on vienyt voimat niin, etteivät ne riitä edes avun hakemiseen. Pahiten tämä koskee niitä, joiden koulutus, sosiaalinen verkosto ja työkokemus ovat keskimääräistä heikompia. Nämä ihmiset tarvitsevat monenlaisia tukimuotoja, jotta heidän toimintakykynsä säilyisi. (Suomen Punainen Risti ym. 2005a, 6; Suomen Punainen Risti ym. 2005b.)

Työllistyminen esimerkiksi sosiaaliseen yritykseen on työttömällä ensimmäinen askel kohti elämänhallintaa. Pelkkä työn saanti ei kuitenkaan riitä, jos elämäntilanne on muuten vaikea. Työntekijä saattaa tarvita tukea itsetunnon palauttamiseen, perhe- ja ihmissuhdeongelmiin sekä taloudellisen toimeentulon turvaamiseen. On myös tärkeää säilyttää terveys ja ammattitaito. Nämä elämän perusasiat ja toimintakyky täytyisi saada kuntoon, jotta työllisyysjaksoa ei seuraisi taas työttömyys. Vasta sen jälkeen kykenee tekemään tavoitteellisia tulevaisuudensuunnitelmia. (Suomen Punainen Risti ym. 2005a, 5; Suomen Punainen Risti ym. 2005b.)

Kehitys osoittaa, että työttömyydellä ei ole ollut kovin suurta nettovaikutusta koko väestön terveyteen (Mannila & Martikainen 2005). Työttömien joukossa on kuitenkin riskiryhmiä, joiden selviytyminen on muita heikompaa. Tarkempi paneutuminen heidän elämäntilanteeseensa ja syrjäytymiskehityksen katkaiseminen on tärkeää koko yhteiskuntapolitiikan kannalta. Kasautuneesti huono-osaisia, joiden elämässä pitkäaikaistyöttömyys, köyhyys ja heikko terveys liittyvät toisiinsa, arvioitiin vuonna 2005 olevan Suomessa alle 30 000. (Mannila & Martikainen 2005.)

On paljon näyttöä siitä, että työttömät voivat huonommin ja ovat sairaampia kuin työssä käyvät. Syy- ja seuraussuhteet ovat kuitenkin vielä melko heikosti toteen näytetyt, koska suuri määrä tutkimuksista on poikittaistutkimuksia tai tutkimuksissa on muita menetelmällisiä heikkouksia. Yksi ongelma on laadultaan hyvien pitkittäistutkimusten puute. Seuranta-ajan tulisi olla tarpeeksi pitkä ja mittausten tapahtua useasti, jotta saataisiin

luotettavampaa tietoa ja tietoa myös syy-seuraussuhteista. Työttömäksi joutumisen vaikutuksia pitäisi tutkia niin, että esimerkiksi tehtaan lopettamisen yhteydessä mittauksia olisi jo ennen kuin tietoa tai huhuja lopettamisesta on ja seuranta-ajan tulisi olla riittävän pitkä, vaikka kymmenen vuotta, seurattavien määrän tarpeeksi suuri ja pitäisi panostaa oikeanlaisen kontrolliryhmän löytämiseen. (Heponiemi, Wahlström, Elovainio, Sinervo, Aalto & Keskimäki 2008, 65–66.)

Työttömien terveysinterventioita on tehty melko vähän kansainvälisestikin, enemmän on keskitytty henkilökohtaisten taitojen tai selviytymisen kehittämiseen ja stressin vähentämiseen. Terveys on vain harvoin mielenkiinnon kohteena. Heponiemen ym. (2008) mukaan Suomessa on paljon erilaisia selvityksiä ja kokeiluja, mutta vain hyvin vähän tieteellisen tutkimuksen kriteerejä täyttäviä tutkimuksia ja vain harvat tutkimukset ylittävät kansainvälisen/kansallisen tieteellisen julkaisukynnyksen. Tärkeät tulokset jäävät näin tiedeyhteisön ulkopuolelle, mikä tarkoittaa tiedon heikkoa kumuloitumista ja tulosten arvon heikkoa arviointia. Satunnaistaminen on hankalaa työttömien interventioissa ja monet tutkimukset eivät ole edes käyttäneet kontrolliryhmää. Intervention hyöty on voitu päätellä vain osallistuneiden itsearvioista. Tuloksia ei siis verrata mihinkään ja mitään ei oikeastaan jää kätehen näistä projekteista. Vaikuttavuuden testaus on huonoa. (Heponiemi ym. 2008, 65–66.)

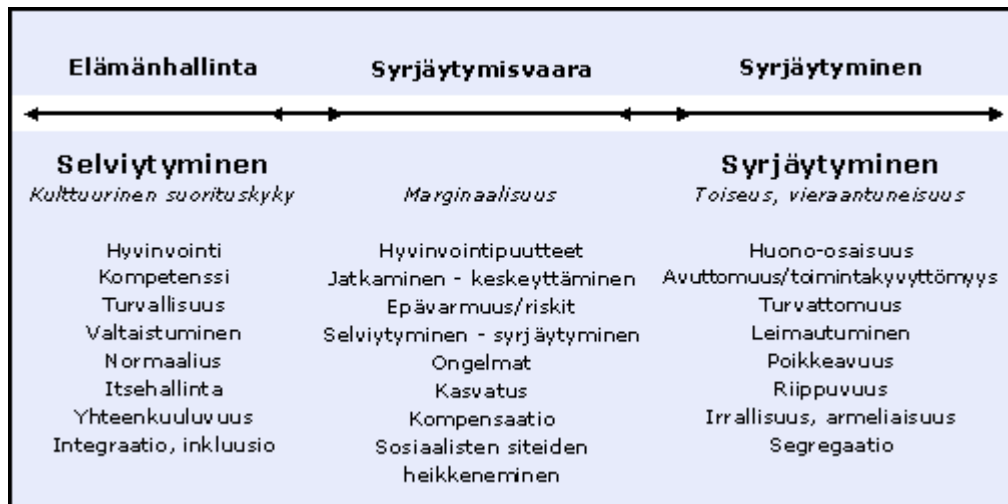
Vajaakuntoisilla tuettu työllistyminen on todettu monissa tutkimuksissa toimivaksi ja taloudellisesti järkeväksi keinoksi työllistää. Tutkimus on keskittynyt paljolti USA:han, joten Suomessa tulisi kehittää ja evaluoida tuettua työllistymistä. Tutkimusta ja etenkin kokeellisesti arvioitua interventiotutkimusta tarvitaan myös eri palvelujärjestelmien (terveydenhuolto/työvoimahallinto) mahdollisuudesta yhdessä tukea vajaakuntoisen työllistymistä/työssä pysymistä. (Heponiemi ym. 2008, 66–67.)

2.2 Syrjäytymisen ehkäisy

Hyvinvointi on lisääntynyt viime vuosina suomalaisten keskuudessa ja elinolot ovat parantuneet, mutta samaan aikaan on tietyillä väestöryhmillä tapahtunut syrjäytymistä. Tulo- ja koulutustasoltaan heikompien kokonaisvaltainen hyvinvointi on kehittynyt parempaan suuntaan hitaammin verrattuna muihin väestöryhmiin. Epäedullisessa asemassa ovat esimerkiksi pitkään työstä poissa olleet työttömät työnhakijat. Työttömien hyvinvoinnin epäedullista asemaa voidaan edistää niin, että heillä on samat mahdollisuudet terveystalveihin kuin työssä käyvällä väestöryhmällä. (Hakulinen ym. 2006, 38.)

Syrjäytyminen on erilaisten sosiaalisten ongelmien kasautumista yksilölle ja toiminnan sekä tarpeentyydytyksen puuttiloista aiheutuvaa yksilön ulosajautumista yhteiskunnan keskeisiltä toimintakentiltä. Syrjäytyessään yksilö voi hylätä tietoisesti yhteiskunnan arvot. Syrjäytyneellä voi olla useille elämänalueille sijoittuvaa ja kasautuvaa hyvinvointivajeiden ja huono-osaisuuden ilmentymiä sekä vakavia elämänhallinnan ongelmia. Syrjäytyminen on monen tekijän yhteisvaikutusta ja ajallisesti pitkäkestoinen prosessi. (Virtanen, Jalava, Koskela & Kilappa 2006, 23.)

Seuraavalla sivulla olevassa kuviossa (Kuvio 1.) on eritelty elämänhallinta, syrjäytymisvaara ja syrjäytyminen (Virtanen ym. 2006, 22). Siinä on esitetty jänällä, miten voi ajautua elämänhallinnasta syrjäytymisvaaran kautta syrjäytymiseen, sekä toisin päin.



KUVIO 1. Syrjäytymisen suhde syrjäytymisvaaraan ja elämäntilanteeseen (Virtanen 2006, 23).

Syrjäytyminen voidaan kuvata prosessiksi, jossa yksilön mahdollisuudet taloudelliseen, sosiaaliseen sekä poliittiseen osallistumiseen yhteiskunnassa heikkenevät erilaisten tekijöiden vuoksi. (Gould, Ilmarinen, Järvisalo & Koskinen 2006, 223.) Terveys 2015 -ohjelmassa tavoitteena on, että ”Syrjäytymiskehitystä pyritään estämään siten, että työttömällä ja erilaisissa epätyypillisissä työsuhteissa tai työpaikoissa olevilla on samat mahdollisuudet terveyspalveluihin ja terveyden edistämiseen kuin muilla. Erityisesti työturvallisuus ja työterveyshuollon palvelut ovat keskeisiä” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 25).

Työttömyyttä, joka on jatkunut pitkään tai on toistuvaa, voidaan pitää yhtenä riskitekijänä syrjäytymiselle. (Gould ym. 2006, 223; Virtanen ym. 2006, 21.) Muita syitä, jotka voivat aiheuttaa syrjäytymistä, on esimerkiksi heikko koulutustausta, puutteellinen ammattitaito, köyhyys, huono toimintakyky ja terveys ja vähemmistöihin kuuluminen. Jotta työttömien työkyky voidaan säilyttää, on tehtävä työtä, mm. tuettava työkyvyn säilymistä sekä etsittävä työttömille keinoja työllistyä. Työttömyydellä on vaikutuksensa myös ihmisen kokemaan terveyteen, sillä jos työttömyyteen liittyy taloudellisia ongelmia, ne voivat heijastua fyysisen terveyden heikentymiseen sekä työkykyyn. (Gould ym. 2006, 223–225.)

Syrjäytymisprosessia voidaan kuvata elämänhallinnan käsitteellä. Se jakautuu ulkoiseen (mm. työ, taloudellinen tilanne ja sosiaalinen ympäristö) ja sisäiseen (mm. minäkuva ja turvallisuus) osa-alueeseen. Syrjäytymisprosessi vaatii, että yksilöllä ilmenee ongelmia elämänhallinnan eri osa-alueilla. Jokainen yksittäinen riski voi lisätä syrjäytymisen todennäköisyyttä, mutta mikään riski ei yksistään riitä syrjäyttämään yksilöä. Esimerkkinä voidaan mainita työttömyys, joka ei sellaisenaan merkitse syrjäytymistä. Jos yksilön sosiaaliset suhteet, terveys ja työkyky säilyvät ja toimeentulo ei heikkene rajusti, yksilö ei syrjäydy. Syrjäytymisprosessi on käynnissä, jos elämänhallinnan eri osa-alueilla ilmenee ongelmia ja yksilö on enenevässä määrin riippuvainen yhteiskunnan tarjoamista tukitoimista kyetäkseen ylläpitämään kohtuullista elämänlaatua ja elintasoa. (Gould ym. 2006, 224.)

Syrjäytyminen on keskeinen yhteiskunnallinen ongelma, ja syrjäytymisen ehkäisyyn onkin hallituksessa ja sosiaali- ja terveystieteissä puututtu. Matti Vanhasen hallituksen hallitusohjelmassa todetaan, että köyhyyden ja syrjäytymisen vähentämiseksi tarvitaan työttömyyden alentamista ja sosiaaliturvan kehittämistä, ja sukupuolten välistä tasa-arvoa tulee parantaa. Sosiaali- ja terveystieteiden vuoden 2010 strategia määrittelee keskeiset toimet: terveyttä ja toimintakykyä tulee edistää, työelämän vetovoimaisuutta lisätä, syrjäytymistä ehkäistä sekä hoitaa, tuottaa toimivia palveluita ja taata kohtuullinen toimeentuloturva. (Virtanen ym. 2006, 24.)

Kuten aikaisemminkin on tullut esille, pitkäaikaistyöttömällä työllistyminen esimerkiksi sosiaaliseen yritykseen on ensimmäinen askel kohti elämänhallintaa. Sosiaaliset yritykset ovat yrityksiä, joiden henkilökunnasta vähintään 30 prosenttia on vajaakuntoisia tai vajaakuntoisia ja pitkäaikaistyöttömiä. Nämä yritykset toimivat liiketaloudellisin periaattein. Kun yritys työllistää pitkäaikaistyöttömän, se voi saada tukea 1-2 vuotta ja vajaakuntoisen työllistäessään 3 vuotta tai jopa pysyvästi. Voimassa oleva laki määrää, että vain sosiaalisiksi yrityksiksi rekisteröityneet yritykset voivat käyttää tätä nimitystä. (Suomen Punainen Risti ym. 2005a, 8.)

Vuonna 2001 säädettiin laki kuntouttavasta työtoiminnasta, jonka tarkoituksena on parantaa pitkäaikaistyöttömien työllistymismahdollisuuksia ja elämänhallintaa. Lain myötä jokaisen kunnan tulee järjestää kuntouttavaa työtoimintaa osana sosiaalipalveluja. Kuntouttavan työtoiminnan kautta on tarkoitus saada uusia keinoja pitkäaikaistyöttömien aktivoimiseen. (Alatalo & Paananen 2007, 1; Ala-Kauhaluoma, Keskitalo, Lindqvist & Parpo 2004, 23.) Lain keskeisin interventio on aktivointisuunnitelman laatiminen (Alatalo & Paananen 2007, 91). Aktivointisuunnitelman laativat työvoimaviranomainen ja sosiaaliviranomainen yhdessä työttömän kanssa. Aktivointisuunnitelma sisältää arviointia aikaisemmista työllistymismahdollisuuksia tukevista toimenpiteistä ja suunnitelmista, sekä niiden onnistumisesta. Se sisältää myös arvion työttömän nykytilanteesta ja tulevista toimista, joilla henkilön työllistymismahdollisuuksia voidaan parantaa. Aktivointisuunnitelman ideana on, että se muodostaa työttömälle asteittain etenevän polun kohti työelämää. (Ala-Kauhaluoma ym. 2004, 23.)

Kokkolan alueella työttömyyden vähentämiseksi ja poistamiseksi, työttömien toimeentulon parantamiseksi sekä henkisen ja fyysisen hyvinvoinnin kohottamiseksi toimii Kokkolan työttömät ry. Yhdistys järjestää työttömien omaehtoista toimintaa asemansa parantamiseksi, harjoittaa työttömien neuvontapalvelua ja tiedotus- ja julkaisutoimintaa sekä järjestää työttömien iltama- ja informaatiotilaisuuksia, harrastus-, virkistys-, opinto-, urheilu- ja raittiustoimintaa. Esimerkiksi kuntosalilippuja on myytävänä toimistossa, atk- ja kädentaitokursseja järjestetään, samoin matkoja ja retkiä eri kohteisiin sekä teatteriesityksiin. Lisäksi yhdistyksellä on käytössään kopiokone. Yhdistys voi myös tehdä aloitteita ja esityksiä viranomaisille ja järjestöille ja ottaa kantaa toimialaansa liittyvissä asioissa. (Kokkolan työttömät ry 2009.)

Kokkolan työttömät ry:n varsinaiseksi jäseneksi voi liittyä 15 vuotta täyttänyt työttömänä oleva Suomen kansalainen tai työttömänä oleva ulkomaalainen, jonka kotipaikka on Suomessa. Työttömiksi näissä säännöissä katsotaan työttömät työnhakijat, lomautetut, työttömyyskorvausta saavat lyhennettyä työaika tekevät, työllistämiskoulutuksessa olevat sekä työllisyysvaroin määrääjäksi työllistetyt. Kokkolan työttömien yhdistyksessä on jäseniä noin 170. Yhdistyksen jäsenmaksu oli 3,40 euroa vuonna 2008. Siitä meni 1,70

euroa Työttömien Valtakunnalliselle Yhteistoimintajärjestö ry:lle. (Kokkolan työttömät ry 2009.)

2.3 Terveyden edistäminen

Yhteisöjen, kansakunnan ja ihmiskunnan tasolla terveys on tärkeimpiä hyvinvoinnin ja kehityksen voimavaroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Mahdollisimman hyvän terveyden saavuttaminen on myös ihmisoikeus. Kun panostetaan terveyteen, investoidaan tulevaisuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Terveyden edistäminen on hoitotyön lähtökohta ja perusta (Nygren 2009). Terveyden edistäminen kuuluu terveydenhuollon tehtäväksi sekä kansanterveystieteen että potilaslain nojalla. Terveydenhuoltohenkilöstöllä on vastuu tarjota tietoa ja myös huolehtia siitä, että tietoa on saatavilla. Perinteinen terveyskasvatus ja kaavamainen terveystiedon tarjoaminen ei riitä. Terveyden edistämisen tarkoituksena on lisätä kaikkien ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveyden hallintaan ja parantamiseen sekä vähentää terveyseroja. Se on tavoitteellista toimintaa, joka tähtää mahdollisimman hyvien edellytysten luomiseen yksilöiden, väestön ja sen osaryhmien terveyden toteutumiselle. Tällöin terveys tarkoittaa sairauden puuttumista ja myös fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä. Terveyden edistämisen päämäärinä voidaan nähdä esimerkiksi terveen eliniän piteneminen, elämänlaadun paraneminen sekä väestöryhmien erojen pieneneminen terveyden eri ulottuvuuksilla. (Hakulinen ym. 2006, 40; Koivisto 2002, 25; Suomen Akatemia 2000, 5.)

Terveyden edistäminen on prosessi, johon vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät sekä vallitsevat olosuhteet. Terveyden edistämisen tavoitteisiin ja toimintaan vaikuttaa se, mitä pidetään terveyden edistämässä toivottavana ja tärkeänä sekä millaisia toimintatapoja tavoitteiden saavuttamiseksi käytetään. Terveyden edistämistä ohjaavia

arvoja ovat itsenäisyyden ja ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, voimavara- ja kestävä kehitys, yhteistyö, asiakasnäkökulma ja kulttuurisidonnaisuus. Terveyden edistämisen keinoja ovat terveys- ja muut yhteiskuntapoliittiset ratkaisut, joilla parannetaan yksilöiden ja yhteisöjen mahdollisuuksia saavuttaa terveys. (Haarala, Honkanen, Mellin, Tervaskanto-Mäentausta 2008, 51; Suomen Akatemia 2000, 5.)

Terveyden edistäminen on sidonnainen sekä yhteiskunnallisista muutoksista että kansainvälisistä muutoksista ja kehityssuunnista. Ne vaikuttavat terveyttä edistävän toiminnan sisältöön ja tavoitteisiin. Jotta terveyttä voidaan edistää, se edellyttää tietoa siitä, minkälaisia muutoksia ja kehitystä yhteiskunnassa tapahtuu ja miten nämä vaikuttavat terveyden edistämisen sisältöön ja toimintaan sekä asiakastyöhön. Yksilöltä, perheeltä ja erilaisilta yhteisöiltäkin menee aikansa ennen kuin he omaavat nykyajan arvoja ja sopeutuvat muutoksiin. (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 35.) Ihmisten elämässä terveys on arvona tullut tärkeämmäksi. Terveysorientaatio on vahvistumassa, mikä tarkoittaa, että täytyy olla uudenlaisia tapoja välittää tietoa ja uudenlaista koulutusta ja terveysneuvontaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Koivisto 2002, 25.)

Terveydenhoitajan työssä on aina ollut olennaisesti mukana terveyden edistäminen (Haarala ym. 2008, 51; Liimatainen, Hartikainen, Matilainen, Katainen, Pernu, Pohjolainen & Leiwo 2005, 18). Terveyden edistäminen koskee koko ihmisen elämänpolkua ja se perustuu ihmisten oma-aloitteeseen tulkintaan. Terveydenhoitaja tukee asiakkaita terveyden edistämässä ja edistää asiakkaiden osallistumista ja voimavarojen käyttöä. (Haarala ym. 2008, 51–52.) Terveyden edistäminen perustuu vuorovaikutukseen terveydenhoitajan ja asiakkaan välillä (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 65).

Naumanen-Tuomela (2001) toteutti väitöskirjan, jonka tarkoituksena oli kuvata työterveyshoitajan asiantuntijuutta työikäisten terveydenedistämistyössä. Tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että työterveyshoitajan käyttämät yksilöön kohdistuvat terveyden edistämisen keinot olivat mm. seuraavanlaisia: neuvonta, terveystarkastukset sekä työkykyä ylläpitävä toiminta. Työterveyshoitajat käyttivät työajastaan 55 %

ennaltaehkäiseviin työtehtäviin. Yli neljä viidesosaa työterveyshoitajista oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että ehkäisevät työtoiminnot olivat lisääntyneet heidän työssään 1990-luvun aikana. Tulevaisuudessa odotettavat muutokset työterveyshoitajan työssä olivat työterveyshoitajien mukaan mm. työkykyä ylläpitävä toiminta ja ikääntyneiden työntekijöiden terveyden edistäminen. (Naumanen-Tuomela 2001, 54–71.)

Silloin kun tarkastellaan yksilön terveyttä ja sen edistämistä, ei voida toteuttaa samanlaista terveyden edistämisen mallia tai tarjota samoja ohjeita ja palveluita kaikille. Täytyy ottaa huomioon yksilön elämänvaihe, ympäristö sekä kulttuuri, jossa yksilö elää. Terveyden edistämisen työkeinot tulee sopia yksilön elämäntapoihin. Terveyden edistämisen tulisi mahdollistaa yksilön käsitykset terveydestään ja käsitykset tavoista saavuttaa terveys sekä ylläpitää sitä. Yksilön terveyteen, terveyden edistämiseen sekä terveyden edistämisen työmenetelmiin olennaisesti vaikuttavia asioita ovat mm. ympäristön olosuhteet ja muutokset, yksilön elinolot, työolosuhteet ja muutokset niissä, sosiaalinen verkosto, yksilön elämäntyyli ja voimaantuminen eli empowerment sekä yksilön elämäntilanne. Laaja yksimielisyys vallitsee siitä, että osallistuminen ja voimaantuminen ovat peruseriaatteita edistettäessä terveyttä. (Hirvonen ym. 2002, 36–37; Koivisto 2002, 27.)

Valtioneuvosto hyväksyi periaatepäätöksen Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta toukokuussa 2001. Se on pitkän aikavälin terveysstrategia, joka linjaa Suomen terveystaloutta. Ohjelmassa painottuu erityisesti terveyden edistäminen. Terveys 2015 –ohjelma ei ole toimenpideohjelma, vaan se toimii kehyksenä eri tahojen terveydenedistämishankkeille ja –toiminnalle. Se pyrkii ohjaamaan yhteisiin päämääriin, samansuuntaiseen toimintaan. (Koivisto 2002, 26.)

Terveys 2015 –ohjelma on jatkoa Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä –ohjelmalle, joka julkaistiin ensimmäisen kerran vuonna 1986 ja uudistettuna vuonna 1993. Ohjelman taustana on WHO:n Health for all –ohjelma, joka sai alkunsa Alma-Atan konferenssissa vuonna 1978 ja jota uudistettiin vuonna 1998. Arvopohja ja periaatteet ovat samat kuin Suomen terveystaloutta aiemminkin, mutta maailman muuttuessa on

todettu, että uusia toimintatapoja tarvitaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 3; Koivisto 2002, 26.)

Terveys 2015 –kansanterveysohjelmassa korostetaan sitä, että ihmiset luovat loppujen lopuksi itse omaa elämäänsä valinnoillaan ja toiminnallaan. Jokainen voi edistää terveyttään muun muassa liikkumalla, syömällä terveellisesti, käyttämällä alkoholia kohtuullisesti ja lopettamalla tupakoinnin. He tarvitsevat kuitenkin lisäksi tietoa ja tukea päätöksensä perustaksi. (Koivisto 2002, 25.)

Näkökulma terveyden edistämiseen on laaja Terveys 2015 –ohjelmassa. Terveyden edistäminen ei ole vain terveydenhuollon asia, vaan useiden eri tahojen toimintaa, koska ihmisten terveyteen vaikuttavat hyvin paljon terveydenhuollon ulkopuoliset asiat, kuten elämäntavat ja ympäristö. Arkielämän ympäristö, kuten kodit, päiväkodit, koulut, työpaikat, asuinalueet ja liikenne, ovat avainasemassa. Tässä ympäristössä terveyttä voidaan edistää, mutta myös vahingoittaa. Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, jonka päämääränä on terveyden tukeminen ja edistäminen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Kunnan, valtion, elinkeinoelämän, järjestöjen ja monien muiden tahojen toimilla voidaan ihmisille luoda terveellisempi ympäristö ja parempia edellytyksiä terveyden edistämiseksi. Kansalaisten terveyden edistämisen kannalta keskeiset päätökset liittyvät esim. elinympäristön muutoksiin, hyvinvointipalveluiden ohjaukseen, verotuksen kohdentamiseen, koulutuksen kehittämiseen, työpaikkojen luomiseen, sosiaaliseen turvallisuuteen ja tasa-arvoon. Yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen valinnat ja toiminta vaikuttavat paljon terveyteen. Yhteistyö eri toimijoiden ja hallinnonalojen välillä auttaa vaikutusten aikaansaamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Koivisto 2002, 25.)

Terveys 2015 –ohjelmassa esitetään kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta, jotka on pyritty esittämään määrällisinä. Näin niiden toteutumista pystyttäisiin seuraamaan. Tavoitteet liittyvät keskeisiin ongelmiin, joiden korjaamiseksi tarvitaan yhteistyötä eri tahojen kesken. Näiden tavoitteiden lisäksi ohjelmassa on 36 toimintasuuntaa, jotka sisältävät haasteita ja linjauksia ihmisten arkielämän ympäristöille ja yhteiskunnan eri toimijoille. (Koivisto 2002, 26–27.)

Terveyden asema ja julkisen vallan laaja vastuu terveydestä vahvistuivat Suomen perustuslain uudistuksessa. Terveyspalvelujen turvaaminen sekä terveyden edistäminen säädettiin julkisen vallan velvollisuudeksi. Euroopan unionin perustamissopimuksessakin terveyttä koskeva laaja-alainen vastuu vahvistui. Amsterdamin sopimuksen 152. artiklassa unioni sitoutuu siihen, että sen kaikkien toiminta-alueitten toiminnassa huomioidaan kansalaisten terveyden korkeatasoisen suojelun vaatimukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Koivisto 2002, 26.)

2.4 Työttömien terveyden edistäminen

Työttömyys itsessään ei ole terveydellinen ongelma, mutta työttömän terveydelliset tekijät voivat pitkittää työttömyyttä tai heikentää työllistymismahdollisuuksia. (Saikku 2008, 21.) Terveys 2015 –kansanterveysohjelmassa sanotaan, että kaikille suomalaisille on taattava mahdollisuus terveytensä edistämiseen. Ohjelmassa on myös tavoitteena, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja asema paranevat. Tällöin ammattiryhmien, eri koulutusryhmien sekä sukupuolten väliset kuolleisuuserot pienenevät. (Niiranen 2009, 2; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Työterveyshuollon ulkopuolelle jääminen, pätkätyöt sekä muut epävarmuutta tuottavat käytännöt vaikuttavat tulevaisuudessa entistä enemmän työikäisten työkykyyn, terveyteen, hyvinvointiin ja elämänhallintaan (Kyrönlahti 2005, 84).

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet maassamme viime vuosina (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a; Liimatainen ym. 2005, 18). Pitkäaikaistyöttömät ovat eriarvoisessa asemassa suhteessa muuhun työikäiseen väestöön terveyspalvelujen saannissa, sillä he ovat työterveyshuollon terveystarkastusten ja muiden niihin liittyvien palvelujen ulkopuolella. He tarvitsevat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita työ- ja toimintakuntonsa ylläpitämiseen ja sairauksien hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.) Työttömien työnhakijoiden terveyspalvelut tulisi toteuttaa osana perusterveydenhuoltoa sosiaalitoimen sekä työ- ja elinkeinohallinnon kanssa yhteistyönä.

Tarkoituksena olisi seurata työttömien työnhakijoiden hyvinvointia yksilöllisten terveystarkastusten ja palvelusuunnitelmien avulla, joiden tarkoituksena on vahvistaa terveellisiä elämäntapoja sekä edistää terveyttä. Kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin lähtökohtana on, että työtöntä ei jätetä yksin. (Niiranen 2009, 7-8.)

Vuosina 2006 ja 2007 valtion talousarvioissa oli kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden määrärahan mitoituksessa huomioitu pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset. Silloin Sosiaali- ja terveysministeriöstä lähetettiin kuntiin määrärahan käyttöä ohjaavat kirjeet, joissa korostettiin, että kunnissa tulee käynnistää järjestelmällinen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoiminta. Vuonna 2006 valtionosuus oli 1 miljoonaa euroa sekä vuosina 2007 ja 2008 2 miljoonaa euroa. Sosiaali- ja terveydenhuollon täytyy toimia suunnitelmallisesti ylläpitääkseen ja palauttaakseen työttömien terveyttä ja työkykyä. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoa on tehostettava yhteistyössä työvoiman palvelukeskusten tai työvoimatoimiston kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a; Partinen 2008.)

Vuosien 2006 ja 2007 valtion talousarviossa oli lisäksi hankerahoitusta, joka on apuna järjestettäessä pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon palveluita. Hanke käynnistyi vuoden 2007 keväällä ja on nimeltään PTT-hanke (Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke). Sitä toteutetaan yhteistyössä Sosiaali- ja terveysministeriön, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) ja Kansanterveyslaitoksen (yhdistyneet 1.1.2009 Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseksi), Kansaneläkelaitoksen, Työterveyslaitoksen ja 17 paikallishankkeen kanssa. Hankekokonaisuuden tavoitteena on luoda pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoon malleja, joilla voidaan tukea työelämän ulkopuolella olevia työhön hakeutumisessa. Pitkään työttömänä olleiden kansalaisten terveydentilaa sekä toiminta- ja työkykyä on tavoitteena edistää, löytää kohderyhmästä hoitamattomat kansansairaudet, kartoittaa terveydellisiä työllistymisen esteitä sekä parantaa pitkäaikaistyöttömien elämänhallintaa. Yhteistyön kehittäminen vaatii aikaa ja pitkäjänteisyyttä. Palvelut suunnitellaan huomioiden paikalliset olosuhteet, palvelurakenne ja palveluiden tarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a; Sinervo 2008; Partinen 2008.)

Kohderymänä PTT-hankkeessa ovat pitkäaikaistyöttömät ja pitkään työttömänä olleet tai vaikeasti työllistyvät henkilöt. Kohderyhmään kuuluvat asiakkaat tulevat mukaan työvoiman palvelukeskusten, työvoimatoimistojen ja kuntien sosiaali- ja terveystoimen kautta. Hankkeeseen kuuluu yksilöohjausta, ryhmätoimintaa ja työllistämispalveluita. Mukana on moniammatillisia työryhmiä. Hankkeen aikana luotuja toimintamalleja ja lupaavia käytäntöjä levitetään kaikille toimijoille avoimen valtakunnallisen kehittämisverkoston kautta. Tähän kehittämisverkostoon voivat ilmoittautua työvoiman palvelukeskukset, kunnat, terveyskeskukset ja muut toimijat, jotka haluavat seurata hankkeen toteutusta ja osallistua kehittämisdialogiin. Valtion talousarviossa on varattu pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohankkeen jatkamiseen ja tehostamiseen 1 miljoonaa euroa siirtomäärärahaa vuosille 2008–2010. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a; Partinen 2008; Sinervo 2008.)

PTT-hankkeeseen liittyvän arviointitutkimuksen yhtenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää, miten kunnissa on käytetty työttömien terveystarkastuksiin annettua valtionosuusrahaa. Pian kävi ilmi, että kunnissa ei ole mahdollista erottaa lisävaltionosuuden käyttöä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin muista sosiaali- ja terveydenhuollon menoista. Tutkimuskysymys muovautui näin ollen koskemaan sitä, miten kunnissa on viime vuosina kehitelty pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja –palveluita. Kaikki Suomen kunnat saivat linkin Internet-kyselyyn huhtikuussa 2008 ja kuntia muistutettiin vastaamaan vielä toukokuussa 2008. Kyselyssä kysyttiin kuntien tietoisuutta valtionosuusmäärärahan lisäyksestä, arviota toimenpiteiden volyyymeista ja kustannuksista sekä arviota lisäyksen merkityksestä. Kuntia pyydettiin myös kertomaan, mitä toimenpiteitä he olivat toteuttaneet pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten kehittämiseksi vuosina 2006–2007 sekä mahdollisista suunnitelmista vuosille 2008–2009. Kyselyssä tiedusteltiin myös kuntien näkemyksiä työttömien terveystarkastusten edelleen kehittämisestä valtakunnallista kehittämishanketta ajatellen. Kyselyyn tuli 155 vastausta. Joissakin vastauksissa kyselyyn vastasi useampi kunta kuntayhtymän puitteissa, joten vastaus saatiin yhteensä 220 kunnasta (53 % Suomen kunnista). (Saikku 2009, 27–28.)

On erittäin tärkeää, että kuntatoimijat ovat tietoisia valtionosuusmäärärahan lisäyksestä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin, sillä se on ohjauksen perusedellytys.

Kolmannes vastaajista ei ollut tietoinen vuosina 2006 ja 2007 valtionosuuteen lisäystä määrärahasta. Vajaa puolet oli tietoinen molempien vuosien lisäyksestä ja viidennes vain vuoden 2007 lisäyksestä. Erityisen huonosti tieto oli kulkenut terveydenhuollon johdolle. Tietoa valtionosuusrahan lisäyksestä vastaajat olivat useimmiten saaneet Sosiaali- ja terveysministeriöstä. Tulosten mukaan tiedotus ei siis ole ollut riittävän tehokasta. Vain neljännes vastaajista koki valtionosuuden lisäyksen tukeneen työttömien terveyspalvelujen kehittymistä. 40 % oli sitä mieltä, ettei se ole vaikuttanut toivotulla tavalla. Yli kolmasosa ei osannut arvioida asiaa. (Saikku 2009, 30–31.)

Kyselyn tavoitteena oli saada käsitys kuntien tilanteesta pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten ja –palveluiden kehittämisessä. Vajaassa 70 %:ssa kunnista oli vastaajien mukaan tehty toimenpiteitä terveyspalvelujen kehittämiseksi. Neljäsosassa palveluja ei ollut kehitetty ja 6 % vastaajista ei tiennyt asiasta. Terveystarkastusten ja –palveluiden kehittäminen on painottunut tiettyihin kuntiin ja kuntayhtymiin: kunnissa, joissa toimenpiteitä oli jo tehty, melkein 70 %:ssa suunniteltiin jatkettavan toimintaa. Kunnissa ja kuntayhtymissä toteutetut ja suunnitellut toimenpiteet olivat samansuuntaisia. Painopisteinä olivat olleet terveystarkastukset, yhteistyön kehittäminen perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja työvoimahallinnon välillä sekä suunnitelmien työstäminen. Vuosille 2008 - 2009 suunnitellut toimenpiteet kohdistuivat melkein samassa suhteessa samoille toimenpiteille. Pientä muutosta oli nähtävissä kohderyhmää koskevien kartoitusten lisääntymisensä ja neuvonnan ja ohjauksen kehittämisessä. Henkilökunnan lisäystä tai kohdennusta työttömien terveyspalveluun oli toteutettu 12 %:ssa kunnista ja yhtä moni suunnitteli sitä jatkossakin. Hanketoimintaa oli toteutettu 7 %:ssa kunnista. Sen osuus suunnitelmissa oli samansuuruista. (Saikku 2009, 31–32, 35.)

Rahoitusta koskevaan kysymykseen vastanneista lähes 70 % ilmoitti toimenpiteiden toteutuneen täysin kunnan tai kuntien omalla rahoituksella. Hanke- ja projektirahoitusta oli käytetty 21 %:ssa vastanneista kunnista. Kuntien sitoutuminen myös rahoituksellisesti työttömien terveyspalvelujen kehittämiseen on hyvä merkki. Se voi myös edesauttaa toimenpiteiden nivoutumista osaksi kunnan tai kuntayhtymän perustoimintaa. Vastaajien antamat arviot toimenpiteiden asiakasmääristä ja kustannuksista vaihtelivat paljon eikä

niiden perusteella saada luotettavaa kuvaa toiminnan kohderyhmästä ja kustannuksista. (Saikku 2009, 37.)

Kyselyn avovastausten mukaan kunnissa on muun muassa saatu luotua toimivia ohjausjärjestelmiä työhallinnon ja terveydenhuollon välille, jotta saadaan tavoitettua asiakkaita. Hoitoa vaativia sairauksia on löydetty asiakaskunnasta. Toimintoja halutaan kehittää eteenpäin muun muassa tiedottamalla toiminnasta, kehittämällä ryhmäpalveluja sekä ennaltaehkäisevää toimintaa ja linkittämällä entistä tiiviimmin terveyspalvelut osaksi muita aktiivisia palveluja. (Saikku 2009, 38.)

Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman. Vuosia 2008 - 2011 koskeva ohjelma on nimeltään Kaste. Ohjelman valmistelu alkoi elokuussa 2007 laajalla kuulemisen sarjalla. Kaste-ohjelmassa määritellään lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Kasteen tavoitteet ja toimenpiteet tukevat pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistämistä. Ohjelmassa todetaan, että työelämästä syrjäytyminen koskee suurta joukkoa, joka tarvitsee paljon tukea toimintakyvyn ylläpidossa, jotta voisivat löytää reitin työmarkkinoille. Myös työ- ja elinkeinohallinnon kanssa tarvitaan vahvaa yhteistyötä, jotta tavoite pitkäaikaistyöttömyyden alentamisesta voidaan saavuttaa. Tavoitteena on, että koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 17–24 -vuotiaiden nuorten osuus ikäluokasta jää alle 10 prosentin ja pitkäaikaistyöttömyys laskee alle 30 000 henkilön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b.)

Kokkolan kaupunki on viiden muun kaupungin ohella mukana Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tukemassa työttömien terveystarkastuskeskuksissa. Kokeilu alkoi alkuvuodesta 2010. Sen tavoitteena on saada pitkäaikaistyöttömät hakeutumaan paremmin terveystarkastuskeskusten piiriin. On todettu, että useat pitkäaikaistyöttömät eivät hoida itseään riittävän hyvin. Kokkolassa nähdään tarvetta työttömien terveystarkastusten laajentamiseen. Terveystarkastuskeskuksiin osallistuvat terveystarkastuskeskus, Työvoiman palvelukeskus, työvoimatoimisto, kaupungin perusturva, Ventuskartano, Kokkolan 4H,

sosiaalisia yrityksiä sekä yli sata kuntouttavan työtoiminnan järjestäjää. Tehtävään palkattava terveydenhoitaja koordinoi ja etsii käytäntöjä. Kokeilun päättymisen jälkeen, vuoden 2010 loppupuolella, pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluilla pitäisi olla vakiintuneet käytännöt. (Yle 2010.)

2.5 Terveydenhoitajan vastaanotto toiminta työikäisten terveyden edistämiseksi

Työssä käyvien ihmisten ehkäisevästä terveydenhuollosta ja mahdollisuuksien mukaan sairaanhoidosta vastaavat Suomessa työnantajat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Kansaneläkelaitos maksaa työnantajalle korvausta kustannuksista, jotka aiheutuvat työterveyshuollon järjestämisestä. Terveyskeskus on velvollinen järjestämään työterveyshuollon palveluita halukkaille työnantajille. Työnantaja voi myös järjestää palvelut itse tai ostaa ne yksityiseltä palvelun tuottajalta. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä aluehallintovirastot valvovat työterveyshuollon lainsäädännön toteuttamista. (Huuskonen 2010.) Työterveyshuollon tavoitteena on yhdessä työnantajan ja työntekijän kanssa edistää työn ja työympäristön terveellisyttä sekä työturvallisuutta. Lisäksi tavoitteena on parantaa työyhteisön toimintaa, työntekijän terveyttä ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa sekä ennaltaehkäistä työstä aiheutuvia sairauksia sekä työtapaturmia. (Manninen, Laine, Leino, Mukala & Husman 2007, 11.) Työterveyshuolto tarjoaa siis erittäin hyvän mahdollisuuden työikäisten terveyden edistämiseen sekä ylläpitämiseen monipuolisesti ja laaja-alaisesti (Rautio 2008, 413). Työttömät jäävät vaille tätä järjestelmää. Kokkotyö-säätiön valmentautujatkaan eivät kuulu työterveyshuollon piiriin, joten pidimme opinnäytetyönämme heille terveyttä edistävää vastaanottoa viiden kuukauden ajan kerran viikossa Kokkotyö-säätiön tiloissa. Teimme ennen projektin alkua opinnäytetyösopimuksen Kokkotyö-säätiön kanssa. (LIITE 1)

Asiakkaan saama ensivaikutelma vastaanottotilanteeseen liittyvistä asioista määrää koko vastaanoton suunnan. Vastaanottotilanteessa asiakkaan kohtaaminen on tärkeää myös terveydenhoitajan aidolla läsnäololla, aktiivisella kuuntelulla sekä tilan ja ajan antamisella;

ne ovat onnistuneen vastaanoton pohja. Terveystoimittaja voi saavuttaa asiakkaan luottamuksen tasavertaisella kohtaamisella, myönteisellä palautteella sekä tarkentavilla kysymyksillä. Vastaanoton sisältö lähtee asiakkaan tarpeista ja voimavaroista. Tarkoituksena on herätellä asiakkaan omaa motivaatiota muuttaa terveystottumuksiaan. (Hakulinen ym. 2006, 39.)

Terveystoimittajan pitämään vastaanottoon työterveyshuollossa kuuluu keskeisesti asiakkaan neuvonta ja ohjaus. Neuvonnan sekä ohjauksen tarkoituksena on auttaa työntekijää omaksumaan tietoa, taitoja, toimintatapoja ja asenteita, joilla on merkitystä hänen työterveydelleen sekä turvallisuudelleen. Valtionneuvoston asetuksen (1484/2001) 12. § mukaan työterveyshuollon työntekijän tulee antaa asiakkaalle neuvontaa sekä ohjausta esimerkiksi seuraavanlaisista asioista, päihteiden väärinkäytön ehkäisystä sekä päihdeongelmien varhaisesta tunnistamisesta, hoidosta ja hoitoon hakeutumisesta, työhön liittyvistä terveyshaitoista ja –vaaroista. (Rautio 2008, 412–413.)

Jos asiakas saadaan miettimään oman terveystensä merkitystä sekä elintapojen vaikutusta terveydelle, on elintapaneuvonnalla edellytykset onnistua. Vaikka asiakkaalla olisi tarve elintapojen muutokseen, se ei kuitenkaan kerro asiakkaan halukkuudesta tehdä tarpeelle mitään. Sen vuoksi onkin tärkeä selvittää ne asiat, joissa asiakas kokee tarvetta muutokselle ja kuinka motivoitunut hän on muutokseen. Neuvontatilanteessa terveystoimittajan on otettava huomioon asiakkaan ohjauksen tarve, aikaisemmat taidot ja tiedot, kokemukset, uskomukset ja asenteet. Myös asiakkaan tiedon vastaanottokyky, tunnetila ja motivaatio täytyy huomioida neuvonnassa. (Eloranta & Punkanen 2008, 153.)

Konkreettiset esimerkit ja keskustelua herättävät virikkeet on syytä ottaa mukaan terveystä edistävään neuvontaan (Kaleva & Viitanen 2009, 44). Neuvonnan tulisi olla vastavuoroista viestintää, jossa haetaan ratkaisua asiakkaan ongelmaan. Neuvonnan päämääränä on saada asiakas oivaltamaan ongelmansa ja löytää myös ratkaisuja niihin. Terveystoimittajan tulee vahvistaa asiakkaan uskoa omiin mahdollisuuksiinsa syyllistämättä ja moralisoimatta. (Eloranta & Punkanen 2008, 153–154.)

Vastaanotolla tapahtuvan terveystarkastuksen tarkoituksena on selvittää asiakkaan kokonaistilanne ja edistää sekä ylläpitää niin fyysistä, psyykkistä että sosiaalista hyvinvointia (Hakulinen ym. 2006, 38). Terveystarkastuksia tehdään monien eri syiden vuoksi, esimerkiksi terveyden ja työkyvyn seuraamiseksi, ylläpitämiseksi sekä parantamiseksi (Rautio 2008, 411). Terveystarkastuksen tavoitteena on asiakkaan yksilöllisten ja kansanterveydellisten riskien kartoittaminen sekä asiakkaan terveystietouden lisääntyminen (Rautio-Ottman & Hakulinen 2008, 25). Muita tavoitteita, joita terveystarkastuksella on, ovat esimerkiksi tarkoitus arvioida, ylläpitää, seurata ja edistää työntekijän terveyttä sekä toiminta- ja työkykyä sekä vaikuttaa niihin liittyviin tekijöihin. Terveystarkastus on suoritettava aina työntekijälle, kun hänen ikänsä, fysiologinen tilansa, sukupuolensa ja työstä johtuvat terveyden haitat tai vaarat sitä vaativat. (Rautio 2008, 411.) Terveystarkastuksen työskenntely yhdessä asiakkaan kanssa tähtää asiakkaan terveyden edistämiseen, ylläpitämiseen sekä sairauksien ehkäisemiseen (Hakulinen ym. 2006, 38).

Toisinaan terveydenhoitajan on aihetta ottaa puheeksi haitallisten terveystarkastusten aiheuttamat terveysongelmat ja –vaarat, esimerkiksi alkoholin suurkulutus. Monen alkoholin kulutus on vähentynyt merkittävästi tai jopa loppunut kokonaan, kun terveydenhoitaja on asiasta yhdessä asiakkaan kanssa puhunut ennen vakavan alkoholiriippuvuuden syntymistä. Työterveyshuollon tavoitteena on ensisijaisesti vahvistaa ehkäisevää toimintaa. Hyvä esimerkki siitä on Audit-kysely, joka voitaisiin vakiinnuttaa osaksi normaalia terveydenhoitajan vastaanottoa. On kuitenkin muistettava, että päihteidenkäyttöön liittyvässä ohjauksessa on kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja vastuuta omasta hyvinvoinnista. (Rautio 2008, 415–416.)

Terveydenhoitajan ja asiakkaan hyvä yhteistyö vaatii terveydenhoitajalta jatkuvaa kehittymistä keskustelu- ja haastattelutaidoissa. Ne ovat tärkeässä asemassa, kun terveydenhoitaja tutustuu asiakkaaseen, tunnistaa mahdollisen tuen tarpeen tai puuttuu asiakkaan elämäntilanteeseen tai elämäntapoihin. Hyvä haastattelu koostuu asiakasta kunnioittavasta keskustelutavasta, hyvin muotoilluista kysymyksistä sekä vastuuvalluuden antamisesta asiakkaalle. Terveydenhoitajan tulee antaa asiakkaalle hänen tarvitsemaansa rohkaisua, tukea ja ymmärrystä. (Haarala ym. 2008, 134.)

arvioimaan tämän tilanteen. Toiminnan tulee olla sellaista, että jokaista hoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta voidaan ajatella terveyttä edistävänä tilanteena. Yksilön ikä, elämäntilanne, tarpeet ja odotukset vaikuttavat vuorovaikutuksen luonteeseen ja sisältöön. (Hirvonen ym. 2002, 219–220.)

Terveydenhoitajan vuorovaikutustaidot vaikuttavat merkittävästi terveystalkustelutyön tuloksellisuuteen. Terveysosaamisen vahvistamiseksi tarvitaan niin tiedollista, sosiaalista kuin emotionaalista tukea mahdollistavaa vuorovaikutusta. Empatia ja kyky kuunnella ovat vuorovaikutuksen perustana. Asiakkaan terveysosaamista ei riitä vahvistamaan pelkkä tiedon välittäminen. Terveystalkustelussa kysymykset toimivat tärkeänä interventiona. Erilaiset kysymykset auttavat asiakasta selkiyttämään omaa elämäntilannettaan tai terveyteen liittyviä tekijöitä. Terveystalkustelu mahdollistaa asiakkaan omakohtaisen pohdinnan, jonka avulla terveysosaaminen syvenee pintatiedon hallinnasta syvällisemmäksi merkitykseksi, kokemukseksi ja terveyttä edistäväksi elämäntavaksi. Parhaimmillaan terveystalkustelusta tulee vuoropuhelua, jossa sekä asiakas että hoitaja voivat arvioida tilannetta omilla kysymyksillään. Hoitaja johdattelee terveystalkustelua, mutta yksilön tai perheen ehdoilla. Arviointia tapahtuu jatkuvasti kohtaamisen aikana. Sen tulee kohdistua sekä tiedolliseen että taidolliseen osaamiseen ja myös motivaatioon ja asenteisiin. Arviointi toteutuu vuoropuheluna siitä, mitä saavutettiin ja miten jatkossa edetään ja lisäksi arvioidaan vuorovaikutusta, yhteistyötä ja itsearviointitaitojen kehittymistä. (Haarala ym. 2008, 132–134; Hirvonen ym. 2002, 219, 221, 239.)

Terveystalkustelun lähtökohta yksilön tai perheen tunteminen voi jäädä saavuttamatta, jos asiakas ei halua kertoa asioistaan tai kertoo niistä vain niukasti. Jos asiakas ja työntekijä pysyvät tiukasti omissa rooleissaan, yksilön tai perheen elämäntilanne tai sen selkeyttäminen voi jäädä heikoksi ja kohtaamista ei tapahdu. Esteenä voi olla myös se, että asiakas ja työntekijä puhuvat vain omasta kokemusmaailmastaan käsin. Tällöin ei tapahdu toisen ihmisen ja toisen erilaisen maailman kohtaamista. (Hirvonen ym. 2002, 237.)

Myös terveydenhuollon asiantuntijalla on mahdollisuus oppia, kun asiakas tuo keskustelussa esille omia tietojaan ja tuntemuksiaan. Neuvoessaan asiantuntijan ei pidä

myöskään toistaa asiakkaan jo tietämiä asioita. Aina asiakkaan pyytäessä neuvoa se annetaan mahdollisimman täsmällisesti. Neuvot, joita asiakas käyttää apunaan suunnistaessaan kohti terveystyöskäytännön muutosta, syntyvät terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan yhteistyönä. Tällaisessa neuvonnassa, joka perustuu aktiiviseen kuunteluun, vältetään avoimuutta haittaavia tekijöitä, kuten suljettuja ja johdattelevia kysymyksiä, usean kysymyksen samanaikaista esittämistä, turhaa rauhoittelua sekä ennen aikaisen neuvon antamista. (Poskiparta 2002.)

Terveydenhuollon asiantuntijalta vaaditaan kärsivällisyyttä ja kykyä sietää epävarmuutta ja epäonnistumisia. Terveystyöskäytännön muutos on nimittäin aikaa vievää, väliin taantuvakin yksilöllinen prosessi. (Poskiparta 2002.)

Motivoiva potilashaastattelu on William R. Millerin ja Stephen Rollnickin (1991) kehittämä työmenetelmä. Terveydenhoitaja voi soveltaa sitä asiakkaan muutosprosessin herättelyyn, kun sairauden hoidossa tai ehkäisyssä tarvitaan muutoksia potilaan elämäntavoissa sekä muutosprosessin tukemiseen. Tyypillisiä tilanteita ovat alkoholin kulutuksen vähentäminen, tupakoinnin lopettaminen sekä ruoka- ja liikuntatottumusten muuttaminen. (Haarala ym. 2008, 141; Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Kaikki ihmiset haluavat olla terveitä. Ihmisillä on sisimmässään halua tavalla tai toisella edistää terveyttään. Läheskään aina se ei silti käytännön elämässä johda tarvittaviin toimenpiteisiin. Uinuvaa motivaatiota on mahdollista herätellä taitavalla kommunikaatiolla. Toisaalta taitamaton toiminta saattaa estää potilaan motivoitumisen. Vuorovaikutustilanteen syntymiseen vaikuttaa siis työntekijän oma käytös: kriittisyys ja käännytys herättävät asiakkaassa kieltoa ja vastarintaa. Voidaan yksinkertaisesti ajatella, että ihmisten sisimmässä asuu sekä ”kapinallinen” että motivaatio. Jos hoitajan toiminta herättää ”kapinallisen”, motivaatio ei pääse esiin. Yleensä ihmiset eivät halua jonkun toisen kertovan heille, miten heidän tulisi elää. Turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, neutraalin informaation antaminen ja potilaan kutsuminen mukaan keskusteluun taas vaikuttavat asiakkaaseen myönteisesti ja lisäävät avoimuutta. ”Kapinallinen” pysyy rauhallisena potilaan kokiessa, että hän voi itse päättää asioista. Näin saadaan tilaa potilaan

oman motivaation kehittymiseen. Silloin hän voi itse päätyä terveyttä edistävään ratkaisuun. (Mustajoki & Kunnamo 2009; Päihdelinkki 2008.) Perusajatuksena on, että muutoksen motivaatio lähtee ihmisen havaitsemasta ristiriidasta nykyisen ja toivotun olotilan välillä. Asiakkaan motivoitumista tukee havainto siitä, että nykyinen käyttäytyminen ei johda toivottuihin tavoitteisiin. (Haarala ym. 2008, 141.)

Motivoivassa keskustelussa on tavallaan kaksi asiantuntijaa. On tärkeää luoda alusta asti asiakasta arvostava, luottamuksellinen ja hyväksyvä ilmapiiri. Terveystenhoitaja tuo keskusteluun mukaan oman asiantuntemuksensa, jota potilas tarvitsee omien ratkaisujensa tekemiseen. Potilasta pidetään oman elämänsä asiantuntijana. Keskeinen tavoite on saada potilas ajattelemaan aihetta. Tärkein työkalu ovat avoimet kysymykset, jotka alkavat yleensä sanoilla mitä, miten ja miksi. Motivoivassa keskustelussa potilas puhuu yleensä enemmän kuin terveydenhoitaja. Terveystenhoitajan tehtävä on tuoda esille eri vaihtoehtoja, mutta hän ei tee potilaan puolesta päätöksiä, ellei potilas ole sitä pyytänyt. Opettamista ja kasvattamista vältetään. Keskustelun lopuksi potilas valitsee itselleen sopivimman menettelyn tai jää harkitsemaan muutosta pidemmäksi aikaa. Tanskalaisten tutkijoiden meta-analyysissä vuonna 2005 oli mukana 72 satunnaistettua tutkimusta. Kolmessa neljästä tutkimuksesta motivoivalla haastattelulla saavutettiin tavoiteltu muutos paremmin kuin tavanomaisella neuvonnalla. Vahvin näyttö vaikuttavuudesta saatiin painon hallinnassa, alkoholin käytön vähenemisessä ja kolesterolipitoisuuden alenemisessä. (Haarala ym. 2008, 144; Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Terveystenhoitajan on olennaista huomioida, missä muutoksen vaiheessa asiakas on, sillä haastattelijan tarkoituksena on tukea ja vahvistaa asiakkaan muutospyrkimystä etenemällä asiakkaan muutosprosessin tahdissa (Haarala ym. 2008, 145–146). Motivoivan haastattelun viisi keskeistä menetelmää ovat avointen kysymysten esittäminen, vahvistaminen ja tukeminen, heijastava kuunteleminen (reflektointi), muutospuheen vahvistaminen sekä yhteenvetojen tekeminen asiakkaan puheesta. (Haarala ym. 2008, 144–145). Haastattelun aikana on tärkeää, että terveydenhoitaja tunnistaa asiakkaan muutospyrkimyksiä ja muutospuhetta ja vahvistaa niitä. Vahvistamisen tarkoituksena on, että terveydenhoitaja kiinnittää asiakkaan huomion muutoksen kannalta myönteisiin asioihin sekä tukee asiakkaan luottamusta kykyyn muuttua. Heijastava kuunteleminen eli reflektointi on

tärkeimpiä ja haastavimpia taitoja motivoivassa haastattelussa. Siinä on merkityksellistä se, miten työntekijä vastaa siihen, mitä asiakas hänelle kertoo. Sillä voidaan vahvistaa merkityksellistä puhetta. Heijastaminen voi olla asiakkaan sanojen toistoa tai vastaavasti sanat voidaan muotoilla toisin ja ilmaista omin sanoin asia, jonka asiakas on esittänyt. Työntekijä voi myös esittää arvauksensa siitä, mitä asiakas on mahdollisesti tarkoittanut. Tällöin asiakkaalle jää mahdollisuus korjata sanomaansa tai lisätä siihen jotain. Reflektoidessa ei oteta kantaa asiaan tai kysytä. Luonnollisesti kuitenkin se, mihin asiaan tai sanoihin reflektoidaan, on kannanotto. (Haarala ym. 2008, 145-146; Taskinen 2009.)

Muutospuheen esiin nostamisen ja vahvistamisen on tarkoitus auttaa asiakasta tuottamaan lauseita, jotka puhuvat muutoksen puolesta. Muutospuheeseen rohkaistaan käymällä läpi muutokseen liittyviä tunteita, ajatuksia, toiveita ja arvoja sekä tarkastelemalla sen etuja ja haittoja. Yhteenveto voi olla haastattelijan tekemä lyhyt tiivistelmä, jossa kootaan yhteen asiakkaan puheesta merkittäviä teemoja eri haastattelukerroilta. Tämä keskeisten teemojen kokoaminen yhteen auttaa asiakasta tarkastelemaan tilannettaan kokonaisuutena sekä tutkimaan yhtä aikaa muutokseen liittyviä myönteisiä ja kielteisiä puolia. Asiakas saa vielä kerran kuulla oman sanomansa, mikä vahvistaa sen merkitystä ja asiakkaan tietoisuus ja hallinnan tunne voivat kasvaa. (Haarala ym. 2008, 146–147; Taskinen 2009.)

Motivoiva haastattelu ei ole manipulointia, ”näytön” osoittamista ongelmista, painostamista tai kiirehtimistä. Ihminen motivoituu omista lähtökohdistaan omien arvojensa ja pyrkimystensä suunnassa siinä tahdissa, kun se on mahdollista. Haastattelija on tietoinen käyttämästään menetelmästä ja aktiivinen, vaikka siltä ei aina vaikuta. Haastattelun sujuessa asiakas puhuu yli puolet ajasta ja etenee motivoitumisprosessissaan. Motivoituminen on loppujen lopuksi hänen tehtävänsä. (Taskinen 2009.)

Voimavarakeskeisellä terveystuella voidaan tukea yksilön terveyskäyttäytymisen muutosta. Voimavarakeskeinen neuvonta muodostuu neljästä vaiheesta: ihmisen kuuntelusta, vuoropuhelusta, itsearviointista ja toimintamallien tunnistamisesta sekä uudelleensuuntaamisesta, myönteisestä muutoksesta. Asiakas nähdään tasavertaisena kumppanina, jonka pitäisi olla aktiivisesti mukana omaa terveyttään koskevassa

päätöksenteossa. Asiakas tulee kriittisen ajattelun kautta tietoiseksi voimavaroistaan ja vaihtoehtoisista toimintatavoistaan ja muutoksen mahdollisuuksista. (Poskiparta 2002.) Voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa on keskeistä asiakkaan voimavarojen ja muutosvalmiuden tunnistaminen. Elintapojen muuttaminen on usein erittäin pitkä prosessi. Se alkaa ongelman ja sen merkityksen tunnistamisesta. (Romo 2004.) Asiakkaan voimavarojen löytyminen edellyttää terveydenhoitajalta tietoisuutta siitä, että hänen kysymyksensä, kommenttinsa ja tulkintansa vaikuttavat asiakkaan toimintaan (Haarala ym. 2008, 154).

Voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa on olennaista asiakkaan aktiivinen kuuntelu, myönteinen ilmapiiri ja neuvonnan rakentuminen asiakkaan tarpeista ja näkökulmista käsin. Terveydenhoitaja on ohjaaja ja opastaja, joka käyttää verbaalista ja nonverbaalista viestintää helpottaakseen asiakkaan osallistumista keskusteluun. Tällä tavalla asiakkaan tavat, näkemykset ja käsitykset tulevat näkyviksi terveydenhoitajalle ja asiakkaalle itselleen. Asiakkaan omat oivallukset, ajatukset ja tulkinnat ovat pohjana terveyden lähestymiseen. Terveydenhoitajan ja muunkin terveydenhuollon ammattilaisen kuuntelutaidot nousevat keskeiseen asemaan. Kuuntelutaidot näkyvät siinä, miten hyvin ammattilainen puheenvuoroissaan osaa ottaa kuulemansa huomioon. Aktiivisen kuuntelun on tarkoitus viestiä asiakkaalle hyväksyntää, auttaa häntä selventämään ajatuksiaan tarkoituksenmukaisten kysymysten avulla, kannustaa uusiin näkökulmiin ja välittää optimistista suhtautumista häneen. (Poskiparta 2002; Haarala ym. 2008, 154.)

Aito yhdessä työskentely voi toteutua, jos terveydenhoitaja luopuu vallasta ja asiakas ottaa valtaa. Asiakkaan tyypillisiä vallankäytön muotoja ovat kysymykset, keskeytykset ja kokemuksia tai asiantuntemusta viestivä puhe. Työntekijän keskeyttämiset puolestaan osoittavat asettumista ylempään valta-asemaan. Keskustelun aikana vallankäytössä voidaan vuorotella. Asiakkaan valta ei kyseenalaista terveydenhoitajan asiantuntijavaltaa. Asiakkaan saadessa kokemuksen siitä, että hänellä on valtaa kontrolloida keskustelua ja omaan terveyteensä liittyvien asioiden käsittelyä, hänen itsetuntonsa vahvistuu ja luottamus omiin vaikutusmahdollisuuksiin lisääntyy. (Haarala ym. 2008, 154–155.)

Jyväskylän ammattikorkeakoulun, Jyväskylän yliopiston ja Keski-Suomen keskussairaalan yhteistyönä tehdyssä tutkimuksessa arvioitiin sairaalan neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyttä. Kehitetyn mittarin toimivuus testattiin samalla. POPPI-yhteistyöprojektissa (Jyväskylän yliopiston ja Keski-Suomen keskussairaalan potilasohjauksen kehittämisprojekti 2002 - 2004) tavoitteena oli kehittää potilaan ohjausta voimavaralähtöiseen suuntaan. Projektissa kehitettiin Kettusen (2001) tutkimuksen pohjalta 44 väittämää sisältävä arviointimittari. Lomake oli samanlainen hoitajalle ja potilaalle, molemmat arvioivat käytyä neuvontakeskustelua samojen väittämien avulla. Väittämiin vastattiin asteikolla: kyllä – ei – ei voi tällä kertaa vastata. Arviointimittarin pilottitutkimus tehtiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin konservatiivisella toimialueella vuonna 2003. Siihen osallistui 17 aikuispotilasta hoitavaa osastoa ja poliklinikkaa. Neuvontakeskusteluja oli 127, joista 111:ssä oli sairaanhoitaja mukana. (Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko 2006.)

Tuloksista selviää, että voimavarakeskeisyyden ulottuvuuksista toteutuivat parhaiten keskusteluodotuksen virittäminen ja positiivisen ilmapiirin rakentaminen. Kehittämistarpeita havaittiin yksilöllisen tiedon ja neuvon tarjoamisessa, potilaan reflektion mahdollistamisessa sekä potilaan kompetenssin kunnioittamisessa. (Kettunen ym. 2006.)

Sairaanhoitajien ja potilaiden mielestä hoitajat onnistuivat potilaiden tunteiden huomioimisessa neuvontakeskustelun alussa ja auttoivat potilaita osallistumaan keskusteluun. Potilaat saivat myös mahdollisuuden kysyä. Yhteinen näkemys oli, että sairaanhoitajat käyttivät ymmärrettävää kieltä, olivat kohteliaita ja ystävällisiä, kuuntelivat potilaita sekä osoittivat myötätuntoa, huolenpitoa ja hyväksyntää. (Kettunen ym. 2006.)

Potilaan elämäntilanteen yksityiskohtainen kartoittaminen toteutui tulosten mukaan puutteellisesti. Myös potilaiden mielipiteiden ja näkemysten kysymisessä havaittiin puutteita. Sairaanhoitajat eivät useinkaan kysyneet sellaisia kysymyksiä, joiden avulla potilas olisi voinut puhua laajemmin terveydestään. Sairaanhoitajien ja potilaiden yhteisen näkemyksen mukaan hoitajat kunnioittivat potilaiden mielipiteitä. Samaa mieltä vastaajat

olivat myös siitä, että hoitajat tukivat potilaiden tekemiä hoitoratkaisuja, vaikka osa vastasi, ettei asiaa voi tällä kertaa arvioida. (Kettunen ym. 2006.)

Tutkimus osoittaa, että työyksiköissä on tarpeen pohtia potilaiden osallistumista aktivoivia neuvontakeskustelun keinoja. Tärkeää on myös pohtia, miten potilaan elämäntilanne tulisi huomioiduksi paremmin. Projektissa kehitettyä arviointimittaria voidaan hyödyntää voimavarakeskeisen terveysneuvonnan oppimisen apuvälineenä hoitotyön ammatillisessa koulutuksessa ja täydennyskoulutuksessa. Sen avulla on mahdollista analysoida jäsenyneeesti neuvontakeskustelua ja kiinnittää huomiota voimavarakeskeisen neuvonnan kriittisiin tekijöihin. (Kettunen ym. 2006.)

Muutosvaihemallia käytetään terveyskäyttäytymisen muutokseen tukemisessa. Muutosprosessi on pitkäkestoinen ja vaiheittain etenevä prosessi, jonka aikana asiakas sisäistää muutoksen tarpeen ja oppii keinoja uuden elintavan toteuttamiseen. Päämääränä olisi muutoksen myötä parantuneiden elintapojen sisäistäminen ja ylläpitäminen. (Poskiparta, Kasila, Kettunen, Liimatainen & Vähäsarja 2004, 15.) Jotta muutosvaihemallin käyttö onnistuisi, vaatii se myös terveydenhoitajalta muutosvaiheiden tunnistamista ja ymmärtämistä sekä taitoa tukea asiakasta muutosprosessien eri vaiheissa. Terveydenhoitajan ja asiakkaan tulee tavata toistuvasti, asettaa yhdessä tavoitteet ja etsiä sopivia ratkaisuvaihtoehtoja. Asiakkaalta vaaditaan myös itsearviointia muutosprosessin eri vaiheissa. (Haarala ym. 2008, 158.)

Muutosprosessin ensimmäinen vaihe on *esiharkintavaihe*. Tässä vaiheessa asiakas ei ole vielä tietoinen muutostarpeesta, ei tiedä käyttäytymisensä terveysvaikutuksista, vastustaa ongelman tunnistamista eikä hänellä näin ollen ole aikomustakaan muuttaa tapojaan seuraavan puolen vuoden sisällä. Asiakas saattaa kuitenkin tiedostaa muutoksen tarpeellisuuden, muttei luota omiin kykyihinsä muuttua, jolloin hän välttää muutokseen liittyvää tiedonantoa ja pitää sitä ahdistavana. Tällöin onkin terveydenhoitajan hyvä kiinnittää huomio neutraaliin tiedonantoon ja esittää sellaisia kysymyksiä, jotka auttavat asiakasta miettimään muutoksen mahdollisuutta. *Harkintavaiheessa* asiakas on tietoinen muutoksen tarpeellisuudesta, muttei ole vielä ryhtynyt toimimaan, vaan tarkastelee

muutoksen hyötyjä ja haittoja. Tässä vaiheessa asiakas ottaa terveystottumuksiin liittyvän tiedon myönteisesti vastaan, mutta ei ole vielä sitoutunut muutokseen ja harkintavaihe voi kestää pitkään. Terveystoimittaja voi tässä vaiheessa antaa asiakkaalle käytännön esimerkkejä ja rohkaista asiakasta muutokseen. (Poskiparta 2002, 24–28; Haarala ym. 2008, 158–159; Poskiparta ym. 2004, 15.)

Valmistautumisvaiheessa asiakas tekee muutospäätöksen ja on usein valmis toimimaan muutoksen eteen välittömästi. Tavoitteiden priorisointi ja tavoitteiden asettaminen on tässä vaiheessa tärkeää. Terveystoimittajan tulee tukea asiakkaan sitoutumista ja tarjota erilaisia vaihtoehtoja muutoksen toteuttamiseen. Myös ympäristön ja läheisten antama tuki sekä asiakkaan itsensä palkitseminen ovat tärkeää asiakkaan motivaatiolle. Toimintavaiheessa asiakas aloittaa muutossuunnitelman toteuttamisen. Asiakas on aktiivinen ja kokeilee eri toimintamalleja. Toimintavaihe on hitaasti etenevä vaihe ja vaatii runsaasti asiakkaan voimavaroja. Tällöin myös tuen tarve kasvaa. Terveystoimittajan tulee yhdessä asiakkaan kanssa keskustella muutoksen tavoitteista ja arvioida toimintavaiheen kulkua ja rohkaista mahdollisten epäonnistumisten jälkeen. (Poskiparta 2002, 24–28; Haarala ym. 2008, 160–161; Poskiparta ym. 2004, 15.)

Ylläpitovaiheessa elintapamuutosten aloittamisesta on kulunut yli puoli vuotta, ja muutoksesta on tullut osa yksilön arkea. Houkutukset ovat vähentyneet, vaikkakin yksilö tekee vielä työtä ylläpitääkseen uudet tapansa. On edelleen tärkeää, että asiakas saa säännöllisesti tukea ja kannustusta muutoksessaan. Asiakassuhteen tulisi jatkua edelleen, vaikkakin tapaamiset toteutuvat harvemmin. Yksilön henkilökohtaisen onnistumisen korostaminen auttaa häntä jatkamaan toimintaansa. (Poskiparta 2002, 24–28; Haarala ym. 2008, 161–162; Poskiparta ym. 2004, 15.) Liitteessä 2 (LIITE 2) näkyy taulukon muodossa muutoksen vaiheet ja neuvontastrategiat. Päätösvaiheessa asiakas on päässyt vaiheeseen, jossa muutos on täydellinen. Hän ei koe enää tarvetta toteuttaa vanhoja tapojaan, vaan kokee uuden opitun tavan oikeaksi. Päätös on pysyvä, eivätkä ulkoiset ärsykkeet, kuten esimerkiksi stressi ja elämäntilanteen muutokset, saa häntä muuttamaan käyttäytymistään entisiin tapoihin. (Poskiparta 2002, 24–28; Haarala ym. 2008, 161–162.)

Muutosvaihemallin hyödyntäminen terveysneuvonnassa on erittäin perusteltua sekä asiakkaan että terveysneuvontaa toteuttavan asiantuntijan ja organisaation näkökulmasta (Romo 2004). Kun asiakkaan muutosvalmius huomioidaan, hän saa omaan tilanteeseensa sopivan ja oikea-aikaisen neuvonnan. Muutosvalmiuden huomioiva terveysneuvonta myös kunnioittaa asiakkaan päätöstä olla muuttamatta elintapojaan. Asiantuntijalle se tarjoaa uudenlaisen lähestymistavan ja keinoja eri muutosvaiheissa olevien asiakkaiden tukemiseen. Organisaatiotasolla niukat voimavarat voidaan kohdentaa järkevämmiin ja tuloksellisemmin. (Romo 2004.)

Interventiivistä haastattelumenetelmää voidaan myös hyödyntää terveyskeskusteluissa. Tällöin kiinnitetään huomiota siihen, mitä asiakkaalle sanotaan, eikä pelkästään tyydytä keräämään tietoja haastateltavasta. Haastattelumenetelmän kehittänyt psykiatrian professori Karl Tommin mukaan kysymysten terapeuttinen merkitys on tiedostettava asiakassuhteessa, jolloin asiantuntijan on jatkuvasti tiedostettava, mitä kullakin hetkellä tulisi tehdä ja mitä ei ja minkä tyyliä kysymyksiä kulloinkin tulee kysyä. Kysymykset tulee muotoilla siten, että ne haastattelun eri vaiheissa tukevat asiakaskeskeisyyttä ja edesauttavat vuorovaikutussuhteen syntymistä. Hienotunteisuus tulee huomioida, jottei haastateltava koe kysymyksiä tunkeilevina, kuulustelevina tai uhkaavina. Interventiivisen haastattelun kysymykset voidaan jaotella neljään eri ryhmään sen mukaan, minkälaisen vaikutuksen kysymys todennäköisemmin vastaajassa aiheuttaa. Kysymykset luokitellaan lineaarisiin, strategisiin, refleksiivisiin ja sirkulaarisiin kysymyksiin. (Haarala ym. 2008, 135; Hirvonen, Pietilä & Eirola ym. 2002, 221.)

Usein haastattelut aloitetaan muutamilla lineaarisilla kysymyksillä, jotka ovat selkeitä ja ytimekkäitä, ja joihin asiakkaan on helppo vastata lyhyesti. Lineaaristen kysymysten avulla haastattelija kerää tietoa asiakkaan ongelmista ja tarpeista. Liikaa käytettyinä lineaariset kysymykset voivat välittää arvostelevaa asennetta sekä ohjata keskustelua tiettyyn, haastattelijan tahtomaan suuntaan. Strategisilla kysymyksissä haastattelija pyrkii ohjaamaan asiakasta muutokseen tavoin, joita itse pitää oikeina. Vaarana onkin että asiakkaan omaa tietotaitoa aliarvioidaan asiantuntijuutta korostamalla. Tämä voi johtaa siihen, että asiakas tuntee helposti häpeää ja syyllisyyttä, eikä tämän vuoksi halua jatkaa

yhteistyötä. Parhaimmillaan strategiset kysymykset johtavat asiakasta kohti selkeää ratkaisua. (Haarala ym. 2008, 136–140.)

Reflektiiviset kysymykset edellyttävät haastattelijan ja haastateltavan tasavertaista osallistumista, dialogista vuorovaikutusta sekä asiakaskeskeisyyttä. Reflektiiviset kysymykset tukevat asiakkaan omaa ajattelua ja auttavat jäsentämään elämäntilannetta syyllistämättä asiakasta. Haastattelija voi reflektiivisin kysymyksin auttaa asiakasta miettimään havaintojensa ja tekojensa vaikutuksia eri näkökulmista. Sirkulaarisia kysymyksiä esittävä haastattelija käyttäytyy kuin tutkimusmatkailija, joka olettaa, että asiat liittyvät jollain tapaa toisiinsa ja hänen on löydettävä yhdistävät tekijät. Sirkulaariset kysymykset luovat asiakkaalle mahdollisuuden nähdä tilanteensa uudesta näkökulmasta. Onnistuakseen sirkulaariset kysymykset vaativat avointa yhteistyösuhdetta ja haastattelijan aitoa kiinnostusta asiakkaan tilanteeseen. Tutkivan kyselyn vaarana puolestaan on, että kysely johtaa liian kauaksi aiheesta, jolloin asiakkaan motivaatio tilanteen selvittämiseksi vähenee. (Haarala ym. 2008, 136–140.)

2.5.2 Seulonnat

Olemme koonneet tähän kappaleeseen seulontatestejä ja mittauksia, joiden tarkoitus on löytää työikäisiltä kansansairauksien eli sydän- ja verisuonisairauksien ja tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä. Tällaisia seulontoja ja mittauksia ovat esimerkiksi tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake ja verenpaineenmittaus. Audit-testin esittelemme myös, koska alkoholin liikakäytön voi myös sanoa olevan Suomessa eräänlainen kansansairaus.

Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeella (LIITE 3) kartoitetaan työikäisen riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa. (Eloranta & Punkanen 2008, 137.) Aikuistyyppin diabetes on nykyään yhä useamman nuorekin ihmisen

vakava valtimosairaus (Romo 2010). Asiakas itse voi omilla elintavoillaan pienentää sairastumisriskiä. Perinnölliseen alttiuteen ja ikään ei luonnollisesti voida vaikuttaa, mutta muihin riskitekijöihin, kuten vatsakkuuteen, liikapainoon, liikunnan määrään, ravintotottumuksiin ja tupakointiin voidaan vaikuttaa valinnoilla. Kyselyn tulos saadaan vastaamalla seuraaviin kysymyksiin: ikä, painoindeksi, vyötärön ympäryys, päivittäinen fyysinen aktiivisuus, hedelmien, marjojen sekä kasvisten syönti, verenpainelääkitys, mahdollinen koholla oleva verensokeri sekä sukurasitus. (Eloranta & Punkanen 2008, 137–158)

Verenpainemittaus oli asiakkaiden yleisin syy tulla vastaanotollemme Kokkotyö-säätiöllä. Mittasimme heiltä kaikilta verenpaineen ja enemmän kuin yhden kerran käyneiden verenpainetta olemme seuranneet, etenkin jos se on ollut koholla. Jaoinme asiakkaille ensimmäisellä käynnillä heidän halutessaan verenpaine- ja kolesterolipassin, johon merkittiin kaikki vastaanottojen aikana mitatut verenpainearvot, pulssit, päivämäärät ja kellonajat. Kolesteroliarvoja meillä ei ollut mahdollisuutta mitata.

Verenpainelukemassa isompi luku on systolinen eli yläpaine, joka ilmoittaa valtimon sisäisen paineen sydämen supistuksen aikana. Pienempi luku, diastolinen eli alapaine, ilmoittaa paineen sydämen lepovaiheen aikana. Verenpaine on normaali ollessaan alle 130/85 mmHg (millimetriä elohopeaa). Verenpainetaso on tyydyttävä, kun se on välillä 130–139/85–89 ja koholla, kun se on 140/90 tai enemmän. (Mustajoki 2009.) Maailmanlaajuisesti korkean verenpaineen esiintyvyyys oli 26 % vuonna 2000. Korkean verenpaineen raja-arvo oli 140/90 mmHg (Niiranen 2008, 65).

Keskustelimme asiakkaiden kanssa heidän verenpainearvoistaan sekä siitä, miten niihin voi vaikuttaa. Suurin osa kohonneesta verenpaineesta nimittäin johtuu elintavoista. Syynä voi kuitenkin olla myös perinnöllinen taipumus. Verenpainetta voidaan hoitaa laihtuttamalla, lopettamalla tupakointi, vähentämällä suolan käyttöä, lisäämällä liikuntaa, vähentämällä runsasta alkoholin käyttöä sekä välttämällä lakritsituotteita. Kaliumin ja magnesiumin saannin lisääminen alentaa myös verenpainetta. Jos omat keinot eivät laske riittävästi

verenpainetta, tarvitaan verenpainelääkkeitä. Itsehoito on tarpeen myös silloin. (Mustajoki 2009.)

Asiakkaat näkivät verenpaine- ja kolesterolikortistaan myös verenpaineen yleiset tavoitetasot. Kehotimme heitä mittaamaan itsekin, jos kotoa löytyy verenpainemittari ja ohjasimme heille oikeaa mittaustapaa. Korkean verenpaineen vuoksi lääkärin luona käyviä asiakkaita neuvoimme näyttämään verenpainekortin arvoja lääkärin vastaanotolla. Niirasen (2008) tutkimuksessa tarkoituksena oli osoittaa, että kotona mitattu verenpaine on vastaanotolla mitattua verenpainetta totuudenmukaisempi. Tarkoituksena oli myös osoittaa kotona mitatun verenpaineen tehokkuus kliinisessä käytössä. Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että kotona mitattu verenpaine on 8/3 mmHg matalampi kuin vastaanotolla mitattu paine suomalaisen aikuisväestön keskuudessa. Eroavaisuus on sitä suurempi, mitä korkeammista verenpaine-arvoista on kyse. Tällöin on vaarana väärä korkean verenpaineen diagnoosi. Tutkimusten tulosten perusteella voidaan sanoa, että kotimittaus on selkeä parannus vastaanotolla tapahtuvaan mittaukseen verrattuna. Kotimittaus on käytännöllinen, tarkka ja laajasti saatavilla oleva menetelmä. Siitä voi tulla jopa ensisijainen vaihtoehto diagnosoitaessa ja hoidettaessa verenpainetautiä. Näyttöön perustuvan lääketieteen perusteella vaikuttaa siltä, että vastaanotolla tapahtuvaa verenpainemittausta tulisi käyttää vain seulontatarkoitukseen, joten verenpaineen mittauskäytäntöön tarvitaan muutos. (Niiranen 2008.)

Audit-testi (Alcohol Use Disorders Identification Test) (LIITE 4) on Maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämä, kymmenen kysymyksen mittainen kysely, jonka avulla voidaan tunnistaa alkoholin riskikulutus. Testin kolme ensimmäistä kysymystä kartoittavat alkoholin kulutusmääriä ja loput kysymykset alkoholin käyttöön liittyviä ongelmia. Jos vastauspisteiden yhteissumma on 11 tai enemmän, kertoo se vastaajan alkoholiriippuvuudesta. Audit-testi toimii helppona puheeksioton välineenä ja se voidaan tehdä terveystarkastuksen yhteydessä tai terveydenhuollon vastaanotolle hakeutuneille, joilla on alkoholin riskikulutukseen viittaavia ongelmia tai oireita. (Hermanson 2008; Heljälä 2004, 18–19.)

Terveystarkastuslomaketta (LIITE 5) käytimme kartoittaessamme vastaanotolla asiakkaidemme terveydentilaa. Terveystarkastuslomake on alun perin tehty käytettäväksi työterveyshuollossa ja me muokkasimme sitä meidän tarpeitamme vastaavaksi. Lomake täytettiin yhdessä asiakkaan kanssa vastaanottotilanteessa. Vastaaminen tapahtui nimettömänä. Terveystarkastuslomake rakentui henkilö- ja ammattitiedoista, johon täytettiin vastaajan siviilisäätö, lasten lukumäärä, koulutus, ammatti ja työttömyysaika koskevat tiedot. Perhesuhteet-kohtaan kartoitettiin, ketkä vastaajan perheeseen kuuluvat ja millaiset suhteet vastaajalla on perheenjäseniin. Lisäksi kartoitettiin lähisuvun sairaudet ja vastaajan oma arvio nykyterveydestään. Terveystottumukset-kohtassa vastaajalta kysyttiin tupakoinnista ja alkoholin käytön määristä sekä päivittäisistä ruokailutottumuksista. Myös liikuntatottumuksista ja harrastuksista kysyttiin. Vastaajalla oli myös mahdollisuus miettiä, onko hän huolissaan omista elämäntavoistaan.

Lääkkeiden käyttöä koskevassa osiossa kysyttiin vastaajalta, onko hänellä säännöllistä lääkitystä käytössään. Reseptilääkkeille ja mahdollisille muille lääkkeille oli oma kohtansa. Asiakkaan sairauksista kysyttiin yksityiskohtaisesti kohdassa Terveydentila, jossa oli luetteloituna useita eri sairauksia. Rokotustietokohdassa selvitettiin, ovatko asiakkaan jäykkäkouristus ja poliorokote voimassa ja selvitettiin mahdolliset muut saadut rokotteet. Henkistä ja psyykkistä hyvinvointia kartoitettiin myös muutaman kysymyksen myötä. Terveyskyselyyn merkattiin myös sen hetkiset tutkimustulokset, eli pituus, paino ja verenpaine sekä painoindeksi eli BMI.

3 AIKAISEMMIN TEHDYT TUTKIMUKSET JA PROJEKTIT

Valtakunnallisella tasolla on tehty erilaisia tutkimuksia sekä projekteja koskien työttömyyttä. Valitsimme nämä tutkimukset ja projektit esiteltäväksi tähän työhön, koska ne käsittelevät työttömien aktivointia ja tavoitteena on heidän saaminen mukaan työelämään. Elämänhallinnan vahvistuminen sekä terveyden edistäminen ovat yhteisiä aihealueita meidän projektimme kanssa.

Satu Kokkosen pro gradu –tutkielmassa selvitettiin työttömien käsityksiä terveydenhoitajien terveyttä edistävästä toiminnasta Kuopion alueella. Heiltä kysyttiin mm. olivatko he huomanneet terveydenhoitajien yrittäneen tavoittaa heitä terveystarkastuksiin esimerkiksi lehti-ilmoituksilla tai muilla kutsuilla. Tuloksista ilmeni, etteivät työttömät olleet huomanneet ilmoituksia eivätkä he olleet osanneet edes odottaa terveystarkastuskutsuja. (Kokkonen 2000, 31.)

Haastatelluilta työttömiltä kysyttiin myös, milloin he olivat käyttäneet terveydenhoitajien palveluita työttömyyden aikana. Naiset kuvasivat käyneensä perhesuunnittelu- ja äitiysneuvolassa. Työttömien työllisyyskurssien aikana oli mahdollisuus saada kouluterveydenhuollon palveluita. Asiakaspalvelukursseilla työterveyshoitaja oli käynyt luennoimassa työsuojelusta. Muita työterveyshuollon palveluita ei ollut saatavissa. Työttömät miesasiakkaat kokivat vieraina terveydenhoitajien palvelut. Osa ei ollut hakeutunut palveluihin ollenkaan, osa satunnaisesti. Terveydenhoitajien tarjoamia palveluita oli tarvittu mm. poistettaessa ompeleita ja mitattaessa verenpainetta. (Kokkonen 2000, 31.)

Työttömien haastatteluiden perusteella terveydenhoitajat tukivat työttömien fyysistä terveyttä yleisimmin seulontojen avulla. Joidenkin mielestä työttömiin henkilökohtaisesti kohdistuva tarkastus oli rutiininomaista verinäytteiden ja verenpaineen mittaamista sekä kysymyksiä esittämistä liittyen terveystietämiseen. Lastenneuvoloissa työttömien

lapsille tehtiin terveystarkastukset neuvoloiden tarkkojen ohjeiden mukaan ja heille annettiin perusrokotukset. (Kokkonen 2000, 33.)

Yksi haastateltu työtön kuvasi, että terveydenhoitaja tuki fyysistä terveyttä toiminnallisuutta tukemalla. Työllisyyskurssin aikana terveydenhoitaja piti voimisteluhetkiä, mahdollisti lentopallon pelaamisen ja rentoutti. Haastateltujen mukaan terveydenhoitajat tukivat psykososiaalista terveyttä ohjaamalla ja neuvomalla terveyteen liittyvissä asioissa. Naiset kertoivat saaneensa tietoa ergonomiasta, rentoutumisesta ja kuntoilusta työllisyyskursseilla. Myös lentopallopelien voidaan ajatella tukeneen psykososiaalista terveyttä. Naispuoliset työttömät olivat saaneet mukaansa kirjallisiakin ohjeita. (Kokkonen 2000, 35.)

Osa haastatelluista ei kokenut tarvitsevansa tukea ongelmiinsa. Muutama, joka oli etsinyt ongelmiinsa ammatillista tukea, oli kokenut, ettei apua aina tullutkaan. Terveydenhoitaja tai lääkäri saattoi jättää asian hoitamisen asiakkaan mielestä puolitiehen. Yksi miespuolinen haastateltava oli tullut tulokseen, että työttömien saama lääketieteellinen hoito saattaisi olla erilaista kuin työssä olevilla. Terveydenhoitajien taholta kukaan haastatelluista ei ollut huomannut työttömien syrjintää. (Kokkonen 2000, 42–43.)

Tutkimukseen osallistuneet työttömät kertoivat, ettei terveydenhoitajien apu tullut heille ensimmäisenä mieleen psyykkisten tai sosiaalisten ongelmien kohdatessa. Psyykkiset ongelmat miellettiin vaikeammiksi mielenterveydellisiksi ongelmiksi, joihin ajateltiin psykologien ja psykiatrien antavan apua. Hetken mietittyään he eivät pitäneet täysin mahdollisena terveydenhoitajan antamaa apua. (Kokkonen 2000, 41.)

Alatalo ja Paananen (2007) ovat tehneet tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli saada tietoa kokkolalaisista 25 vuotta täyttäneistä työttömistä, joille on tehty aktivointisuunnitelma. Pitkäaikaistyöttömyyttä ja aktivointipolitiikkaa tutkittiin rekisteritietojen avulla. Tutkimustuloksissaan he kuvasivat pitkäaikaistyöttömyyden rakennetta ja pitkäaikaistyöttömien osallistumista aktivoiviin toimenpiteisiin. Lisäksi he selvittivät

asiakkaiden aktivointisuunnitelman jälkeistä tilannetta. Tulosten avulla analysoitiin aktivointipolitiikan mahdollisuuksia tukea pitkäaikaistyöttömiä työllistymiseen tai muita ratkaisuja pois työttömyydestä.

Tutkimustulosten mukaan pitkäaikaistyöttömät voidaan luokitella ryhmiin seuraavasti: avoimille työmarkkinoille työllistynyt, aktiivinen, passiivinen, ammattitaidoton, velkainen ja ulkopuolinen. Tärkeimmät työllistymisen esteet ovat velkaisuus, ammattikoulutuksen puute ja se, että viimeisimmästä työsuhteesta on kulunut todella pitkä aika. (Alatalo & Paananen 2007, 75.)

Iso osa aktivointisuunnitelmaan osallistuneista työttömistä ei ollut osallistunut mihinkään aktivointipoliittiseen toimenpiteeseen. Todennäköisesti heille ei ollut löytynyt sopivia osallistumisen muotoja palveluista ja tukimuodoista. Etäisyys työmarkkinoista on kasvanut osalla niin pitkäksi, että työmarkkinoiden saavuttaminen vaikuttaa hyvin vaikealta. Aktivointipolitiikkaa pitää jatkuvasti kehittää vastamaan mahdollisimman hyvin kohderyhmän tarpeita. (Alatalo & Paananen, 2007, 92.)

Vuonna 2000 käynnistyi WIRE-projekti. WIRE-projekti on Jyväskylän ammattikorkeakoulun johtama sekä hallinnoima ja osaksi Euroopan Sosiaalirahaston rahoittama työllistymistä edistävä sekä syrjäytymistä ehkäisevä ja väestön terveyserojen pienentämiseen pyrkivä projekti. Projektissa mukana olleita keskeisiä toimijoita olivat Jyväskylän kaupunki, Keski-Suomen TE-keskus, työvoimatoimisto ja työttömien yhdistys. Projektin toiminta-alueena on Jyväskylän kaupunki ja seitsemän muuta keskisuomalaista kuntaa. WIRE-projektin toiminta-ajatuksena on asiakkaalle yksilöllisesti suunniteltu työllistymisen polku, jota hahmotellaan yhdessä asiakkaan että yhteistyöverkostojen kanssa. (Hakulinen ym. 2006, 38; Rautio-Ottman & Hakulinen 2008, 25.)

Projektissa on kehitetty pitkäaikaistyöttömän työllistymisen toimintamalli. Siinä yhdistyvät elämänhallinnan taitojen kehittymisen lisäksi yksilön työllistymiseen vaikuttavien osa-alueiden, kuten terveyden, työkyvyn ja osaamisen, lisääntyminen. Projektin tavoitteiden

saavuttamiseksi käytetään toimintatapoina palveluohjausta ja yksilöllisten palvelukokonaisuuksien järjestämistä ja koordinointia. Lähtökohtana työttömän työnhakijan elämänhallinnan edistymisen polulla on asiakas- ja voimavaralähtöinen terveystarkastus. Asiakkaan tulee itse olla aktiivinen, osallistuva sekä olla jatkuvasti valmis kehittymään. (Hakulinen ym. 2006, 38; Rautio-Ottman & Hakulinen 2008, 25.)

Terveystarkastuksen tavoitteena on työttömän työnhakijan terveyden ja elämäntilanteen sekä työ- ja toimintakyvyn selvittäminen. Terveystarkastuksessa käytetään terveystarkastuslomaketta, joka on kehitetty WIREN:n tarpeisiin Pirkanmaan Sydänpöytäryhmän Miesten henkiinjäämisohjelman terveystarkastuslomakkeen pohjalta. Muita tarvittaessa käytettäviä lomakkeita ovat Työterveyslaitoksen työkyvyindeksi, masennuskyselykaavake, Antonovskin koherenssi-indeksi, tyypin II diabeteksen sairastumisriskitesti ja alkoholin käyttökysely (Audit-testi). (Hakulinen ym. 2006, 38.)

Asiakkaat tulivat terveystarkastuksiin oma-aloitteisesti tai työvoimatoimiston kautta. Terveystarkastuksiin tulleilla oli ongelmia alkoholin käytössä, mielenterveydessä, tuki- ja liikuntaelimissä, verensokerissa, kolesterolissa ja verenpaineessa, mutta merkittävästi ylittyneitä arvoja ei ollut painon alueella. (Hakulinen ym. 2006, 39.)

Helsingin kaupungin (sis. sosiaaliviraston, terveyskeskuksen ja henkilöstökeskuksen), Helsingin työvoimatoimiston ja Kelan Helsingin vakuutuspiirin yhteistoimintaa nimitetään DUURIKSI. Duurin ydintavoite on saada työttömät takaisin työelämään. Duuri on toiminut vuodesta 2004 asti sadan työntekijän voimin. Työntekijät koostuvat moniammatillisesta tiimistä, kuten työvoimaohjaajista, sosiaalityöntekijöistä, sosiaaliohjaajista, psykologeista, terveydenhoitajista, työterveyshoitajista jne. Asiakkaina Duurissa oli vuonna 2007 noin 4500 vaikeasti työllistyvää työtöntä helsinkiläistä. Asiakkaista suurin osa ei ole saanut ammatillista koulutusta taikka heidän koulutuksensa on vanhentunut. (Valjakka 2008, 28.)

Asiakkaat tarvitsivat erilaisia aktivointimahdollisuuksia, palveluohjausta sekä erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Duurin terveyspalvelut ovat merkittävästi edistämässä työttömien työkykyä sekä heidän edellytyksiään päästä takaisin työelämään. Suurin osa Duurin asiakkaista tarvitsee terveydenhuollon palveluita. Terveydenhuollon palveluiden tavoitteena on työttömien työ- ja toimintakyvyn rajoitteiden selvittäminen, sairauksien varhainen toteaminen, terveyden edistäminen sekä itsehoidon tehostaminen. (Valjakka 2008, 28–29.)

Spring oli vuosina 2001–2005 toteutettu Euroopan sosiaalirahaston rahoittama EQUAL-kumppanuushanke. Springissä kehitettiin uusia keinoja ja ratkaisumalleja syrjäytymisen ja epätasa-arvon ehkäisemiseksi ja poistamiseksi työmarkkinoilta. Springin ensisijainen tehtävä oli helpottaa pitkäaikaistyöttömien, koulunsa keskeyttäneiden nuorten, ikääntyvien, maahanmuuttajien, vajaakuntoisten sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien eli vaikeimmin työllistyvien työhön sijoittumista. Hankkeessa kerätyt ja kehitetyt sosiaalisen yritystoiminnan hyvät käytännöt on julkaistu käsikirjoina: Mahdollisuuksien työpaikka, Taitaja, Välittäjä ja Valmentaja. Vuonna 2004 käynnistynyt Response-projekti jatkaa Springin tuotteiden kehitystä ja juurruttamista käyttöön. (Suomen Punainen Risti 2009.)

Suomen Punainen Risti toimi Spring-hankkeessa hallinnoivana organisaationa. Opintotoiminnan Keskusliitto ry vastasi koulutustoiminnasta ja Net Effect ry arvioinneista. Suomi-Somalia-seura edisti tiedonkulkua maahanmuuttajayhteisöjen ja projektin välillä ja Engel (nykyisin ISS) vastasi työnantajanäkökulmasta sekä koulutuskanavan tarjoamisesta. (Suomen Punainen Risti 2009.)

”From Solidarity to Market Success – the European Social Enterprise Model” – teeman alla Springin kansainvälisinä kumppaneina toimivat Hollanti, Italia, Kreikka ja Ruotsi. Suomi oli kansainvälisen yhteistyön koordinoija. (Suomen Punainen Risti 2009.)

Kalajoella on käynnissä Työkyky- ja työtaitopassi–projekti. Projektin tavoitteena on luoda Kalajoelle toimintamalli, jossa koulutuksen avulla työtön kuntoutuu ja työllistyy.

Kohderyhmänä ovat pitkäaikaistyöttömät ja erityisesti yli 50-vuotiaat pitkään työttömänä olleet. Työttömän koulutus kestää kuusi kuukautta, mikä koostuu neljän kuukauden työkokeilujaksosta ja kahden kuukauden työvoimapoliittisesta koulutusjaksosta. Ensimmäinen koulutus alkoi lokakuussa 2009. Kalajoella on työttömiä yli 400 ja vuoden 2010 alusta projektiin liittyi mukaan Himanka. Kaikkienensa kolmivuotisen hankkeen aikana koulutetaan 135 työtöntä. TE-keskus rahoittaa suurimman osan ja Kalajoen kaupunki loput. Koulutuksessa saa työkyvyistä ja -taidoista todistuksen, joka käy työmarkkinoilla. (Pahkasalo 2009.)

Kalajoen työkyky- ja työtaitopassi-hanke poikkeaa muista siinä, että koulutuksessa toteutetaan vähintään kahta työllisyyspoliittista toimenpidettä. Varsinaisen työkyvyn lisäksi huomiota saavat ihmisen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Projektikoordinaattori Maija-Riitta Vuoti kertoo, että hankkeen synnyttämiä käytäntöjä on tarkoitus hyödyntää valtakunnallisesti. Koulutukset on tarkoitus viedä läpi muutaman kerran ennen kuin kokemuksista kerrotaan valtakunnallisesti, mutta viimeistään kolmen vuoden kuluttua on olemassa malli. Työkykykoulutus toteutetaan asiakaslähtöisesti. Jokaiselle luodaan oma urapolku ja itseä kiinnostavaan työpaikkaan pääsee tutustumaan. Koulutuksen päätyttyäkään yhteys hankkeeseen ei katkea, vaan yksilövalmentajan kanssa tavataan kerran kuukaudessa. Tavoitteena on, ettei kukaan jää yksin, vaan keskustelun ja ohjauksen avulla otetaan käsittelyyn asioita, jotka mahdollisesti kaipaavat muutosta. Vuoti kertoo, että välttämättä tuloksena ei kaikilla ole työllistyminen, vaan jokin muu ratkaisu ja tieto siitä, mikä työllistymisessä hiertää. Projektin tavoitteena on myös yhdistää työllistämistä edistävät ja työllisyyden esteiden poistamiseen pyrkivät tahot. (Mattila 2009; Pahkasalo 2009.)

4 PROJEKTIN KUVAUS JA TOTEUTUS

4.1 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitukset

Opinnäytetyömme tavoitteena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida Kokkotyö-säätiön valmentautujien terveystoimintaa pitämällä terveyttä edistävää vastaanottoa. Meidän tarkoituksenamme on selvittää opinnäytetyössämme vastaanotto toiminnan avulla neljä pääkohtaa:

- 1) *Millainen on asiakkaiden terveydentila ja terveystottumukset?*
- 2) *Mistä asiakkaiden tarpeet koostuvat vastaanotolla?*
- 3) *Millaisia ovat asiakkaiden kokemukset vastaanotto toiminnasta?*
- 4) *Miten asiakkaat kokevat terveydenhoitajan vastaanoton tarpeellisuuden jatkossa?*

Tavoitteena on myös toteuttaa terveyden edistämiseen liittyviä terveydenhoitajan työtapoja: keskustelemme asiakkaiden kanssa terveyteen liittyvistä asioista, voimme mitata verenpainetta, vyötärön ympärystä, punnita asiakkaita sekä mahdollisesti täyttää yhdessä asiakkaiden kanssa tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeen, Audit-testin sekä terveystarkastuslomakkeen. Toivomus tämänkaltaisesta projektista on tullut Kokkotyö-säätiöltä. Tärkeä tavoitteemme on myös lisätä valmiuksiamme ja saada kokemusta terveydenhoitajan vastaanoton pitämisestä tulevaisuutta ajatellen.

4.2 Kohderyhmänä Kokkotyö-säätiön valmentautajat

Kokkotyö-säätiö on rekisteröity työvalmennuksen asiantuntija- ja palveluorganisaatioksi vuonna 2002. Sen perustajajäseniä ovat Kokkolan kaupunki, Keski-Pohjanmaan koulutusyhtymä, Ventuskartano ry, Kokkolan 4H-yhdistys ry, Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry ja Nuorisokeskus Villa Elba ry. Toimintaan mukaan ovat myöhemmin tulleet Pietarsaaren seutukunta sekä Ekorosk Oy. Kokkotyö-säätiö toimii Kokkolan kaupungissa. (Kokkotyö-säätiö 2009.)

Kokkotyö-säätiö on työvalmennussäätiö ja sen tulee perustamissopimuksen mukaisesti aktivoida vaikeassa työmarkkina-asemassa olevia henkilöitä. Valmentautujiin kuuluvat myös osatyökykyiset sekä mielenterveyskuntoutujat. Valmentautujille pyritään löytämään työpaikka, opiskelupaikka tai vastaava elämänhallintaa tukeva ratkaisumalli. (Kokkotyö-säätiö 2009.)

Kokkotyö-säätiön tarkoituksena on tarjota monialaisia ja mielekkäitä työtehtäviä eri työyksiköissä sekä tukea ja valmentaa valmentautujia ammatillisesti sekä elämänhallinnassa. Jotta säätiön tarkoitus toteutuisi, se järjestää työhönvalmennus- ja työkokeilutoimintaa sekä tarjoaa erilaista ohjausta työllistämisen tukemiseksi. Työhönvalmennusta ja työkokeilutoimintaa järjestetään yhteistyössä eri työtahojen kanssa. Kokkotyö-säätiö tarjoaa myös erilaisia tukipalveluita työssä, elämisessä ja vapaa-aikana selviämiseen. Kokkotyö-säätiön arvoja ovat yhteisöllisyys, yksilöllisyys, tavoitteellisuus ja vastuullisuus. (Kokkotyö-säätiö 2009.)

Työhönvalmennus koostuu työvalmennuksesta, yksilövalmennuksesta, ryhmävalmennuksesta, jatkosuunnitelmien tekemisestä ja arvioinnista sekä etsivästä nuorisotyöstä. Työvalmennuksen kesto on yksilöllinen, mutta on kuitenkin normaalisti 2-6 kuukautta. Valmentautujilta tarvitaan omaa motivaatiota sekä sitoutumista yhdessä asetettuihin tavoitteisiin. Kela järjestää työhönvalmennusta Kokkotyö-säätiöllä myös mielenterveyskuntoutujille Sateenkaari-ryhmän nimellä. Työhönvalmennuksen lisäksi

ryhmän ohjelmaan on sisällytetty liikunta. Se lisättiin uudeksi tavoitteeksi vuonna 2008. (Kokkotyö-säätiö 2009; Kokkotyö-säätiö 2008, 7.)

Kokkotyö-säätiössä valmentautujien valmennus toteutetaan yhdessä tuotannollisen työn kanssa. Tuotannollisia työyksiköitä ovat pesula, ompelu- ja tekstiiliyksikkö, kaiverrus- ja mainostyö, puutyö, auto- ja metallityö, Ekocenter-myymälä sekä kuljetusryhmä. Työvalmennukseen hakeudutaan Kelan kautta ja siihen tarvitaan lääkärin lausunto. Kelan työvalmennus on tarkoitettu henkilöille, joiden työelämään paluuta ja työkykyä tai ammatinvaihtoa täytyy selvittää. Työvalmennukseen on mahdollisuus osallistua nuorten, joilla on vaikeuksia saada opintoja päätökseen tai vaikeuksia työllistyä. Työvalmennuksen tavoitteena on selvittää valmentautujan valmiuksia työelämään, soveltuvuutta erilaisiin työtehtäviin, sosiaalisia taitoja, henkilökohtaisia voimavaroja sekä mahdollisten rajoitteiden vaikutusta työstä suoriutumiseen. (Kokkotyö-säätiö 2009.)

Kokkotyö-säätiön erilaisia hankkeita ovat mm. ”Trappan”, ”Tsemppiä finaaliin”, ”Retrohanke”, ”Harlekiini” ja ”Kuntouttava ja terapiatyö”. Esimerkiksi ”Trappan”-hankkeen avulla yritetään saada vuosittain noin 70 työtöntä työnhakijaa avoimille työmarkkinoille. Tämä tapahtuu useimmiten välityömarkkinoiden kautta, räätälöidysti, henkilökohtaisen suunnitelman mukaisesti. Hankkeen toiminta-alueena on Kokkolan, Kaustisen ja Pietarsaaren seutukunnat. (Kokkotyö-säätiö 2009; Kokkotyö-säätiö 2008, 9-11.)

Opinnäytetyömme kohderyhmänä ovat Kokkotyö-säätiön valmentautajat. Valmentautujien ryhmä koostuu vaikeassa työmarkkina-asemassa olevista, osatyökykyisistä sekä mielenterveyskuntoutujista. Valmentautajat työskentelevät erilaisin sopimuksin tietyissä työyksiköissä. Valmentautajat vaihtuvat jonkin verran opinnäytetyömme toteutuksen aikana, koska valmennus kestää keskimäärin 2-6 kuukautta. (Kokkotyö-säätiö 2009; Kokkotyö-säätiö 2008, 3.)

Vajaatyökykyisyyttä (Kokkotyö-säätiöllä käytetään nimitystä osatyökykyinen) voivat aiheuttaa useat eri tekijät. Työkyvyn alentumiseen voivat vaikuttaa tapaturma tai sairaus tai

syyt voivat olla sosiaalisia. Vajaatyökykyisyys voi ilmetä elämänhallinnan ongelmina, jaksamattomuutena tai haluttomuutena. Myös pahoinvoiva työyhteisö ja yhteiskunnan asenteet, esimerkiksi ikääntyvien leimaaminen työkyvyttömiksi, voivat aiheuttaa osatyökyvyttömyyttä. Työttömien vajaatyökykyisten työnhakijoiden osuus lisääntyi 1990-luvulla. Vajaatyökykyiset työnhakijat ovat pääasiassa aikuisia, aikaisemmin työelämässä olleita henkilöitä, joiden pääsy takaisin avoimille työmarkkinoille on vaikeaa ilman räätälöityjä kuntoutus-, koulutus- ja tukitoimenpiteitä. Vajaatyökykyisten osuus kaikista pitkäaikaistyöttömistä on n. 12 prosenttia. (Suomen Punainen Risti ym. 2005a, 52.)

Mielenterveyskuntoutuja on yleisnimitys mielenterveysongelmista ja mielen sairauksista kärsiville ja toipuville ihmisille (Suomen Punainen Risti ym. 2005a, 54). Mielenterveyden sairaudet ja häiriöt eivät alenna ihmisen älykkyyttä tai edellytä erityistä kohtelua. Mielenterveyskuntoutuja kykenee yleensä itse päättämään omista asioistaan ja ilmaisemaan mielipiteensä. Hän päättää itse, haluaako hän kertoa sairaudestaan työyhteisössään. Kuitenkin silloin, kun sairaus vaikuttaa selvästi työssä selviytymiseen, esimiehen on hyvä olla tietoinen siitä. Mielenterveyskuntoutuja saattaa tarvita paljon tukea etenkin aloittaessaan työn, mutta pystyy tuettuna suoriutumaan tehtävistään. Kuten kaikissa sairauksissa, kunto voi vaihdella välillä. Esimiehen on hyvä tietää, mistä hän voi kysyä neuvoja, jos työntekijän kunto heikentyy, eikä työnteko suju enää. Mielenterveyskuntoutujan kannalta olisi parasta, jos hän voisi hoitajakson jälkeen palata takaisin entisten työntehtävien tai opintojen pariin. (Suomen Punainen Risti ym. 2005a, 54.)

4.3 Projektin yhteistyötahot ja tukihenkilöt

Yhteistyötahomme on Kokkotyö-säätiö, jonka valmentautujille pidämme vastaanottoa. Kokkotyö-säätiöllä meidän tukihenkilöinä toimivat nuorten valmennuksen yksilövalmentaja ja terveystieteiden maisteri Johanna Viskari sekä vastaava yksilövalmennuspäällikkö Anita Hevosmaa. Toisena yhteistyötahonamme on

Kokkolanseudun terveystakeskus, josta lainaamme vastaanotollamme tarvittavia välineitä, sekä tarvittaessa konsultoimme terveydenhuollon ammattilaisia muun muassa kyselylomakkeen suhteen. Terveystakeskuksesta meidän tukihenkilönämme ovat terveyssuunnittelijat Jaana Lassila ja Riitta Kujala. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan yksiköstä meidän opinnäytetyömme ohjaavana opettajana toimii yliopettaja Maija Maunula. Projektimme ohjausryhmän muodostavat meidän lisäksi Maija Maunula, Anita Hevosmaa ja Johanna Viskari.

4.4 Toimintaympäristö ja projektibudjetti

Kokkotyö-säätiö järjestää meille toimitilaksi kalustetun työhuoneen, nettiyhteyden, laatikoston tavaroiden säilyttämistä varten sekä muistitikun kirjaamista varten. Toimitilanamme on työhuone, jossa on pöytä ja tuolit. Huoneen saamme sisustaa aiheeseen liittyvillä julisteilla ja erilaisilla esitteillä. Asiakkailta on oma sisäänkäynti vastaanotollemme, sekä wc-mahdollisuus. Odotustilaan laitamme esille erilaisia terveyteen liittyviä esitteitä. Kokkolanseudun terveystakeskuksesta saamme hoitotyön välineitä lainaksi. Projektin ajan käytössämme on verenpainemittari, henkilövaaka, lämpömittari ja käsiendesinfektioainetta. Työasut saamme koulultamme lainaksi. Ohjauksen tueksi hankimme kirjallista materiaalia, esimerkiksi julisteita, esitteitä, oppaita, lomakkeita ja mittareita terveystakeskuksen, työharjoittelupaikkojemme ja eri liittojen ilmaisjakelujen kautta. Diabetesliiton kautta hankkimamme materiaali maksaa meille 10 euroa. Nämä kulut jaamme keskenämme. Tiedotteet ja mainokset saamme tulostaa ja kopioida Kokkotyö-säätiöllä.

4.5 Projektin eettiset ja luotettavuuteen liittyvät kysymykset

Asiakkaiden tutkimukseen tai projektiin osallistumisessa on huomioitava heidän itsemääräämisoikeutensa. Asiakkaan osallistumisen tutkimukseen tai projektiin tulee olla vapaaehtoista. Yksi eettinen periaate projektissa on se, että asiakas antaa tietojaan vapaaehtoisesti ja hänen henkilöllisyytensä suojataan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39.) Projektityöskentelyssä on huomioitava myös asiakkaiden anonymiteetti. Projektin tietoja ei saa luovuttaa kenellekään projektin ulkopuoliselle jäsenelle. Projektin aineisto tulee säilyttää lukitussa paikassa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.) Projektissamme on tärkeää vaitiolovelvollisuus kaikista asiakkaisiimme ja myös Kokkotyö-säätiöön liittyvistä asioista. Asiakkaita koskevat tiedot säilytetään ulkopuolisten ulottumattomissa ja projektin jälkeen ne hävitetään. Pidämme myös huolta asiakkaistamme, esimerkiksi viestitämme asiaa eteenpäin, jos huomaamme asiakkaan tarvitsevan apua, jota me emme kykene hänelle antamaan. Asiakkaan asian eteenpäin viestittämiseen tarvitsemme asiakkaan luvan. Asiakkailta on myös vapaus valita, tulevatko he vastaanotolla käymään.

Suunnittelemme asiakkaille kyselylomakkeen, johon vastaamista varten kierrämme jokaisen Kokkotyö-säätiön yksikön. Olemme yksikössä paikalla niin kauan, että kaikki halukkaat saavat vastattua. Näin he pystyvät vastaamaan kyselyyn heti sekä palauttamaan sen samalla kertaa. Tällä tavalla turvaamme sen, että kyselylomakkeisiin vastaa mahdollisimman moni. Ennen kuin jaamme kyselylomakkeen asiakkaiden vastattavaksi, tarkastutamme sen ohjaavalla opettajalla, Kokkotyö-säätiön kahdella edustajalla sekä Kokkolanseudun terveyskeskuksen terveystuunnittelijalla. Ihmisten itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan niin, että ihmisille annetaan mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25.)

Epärehellisyyttä tulee välttää kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Keskeisiä periaatteita ovat: toisen tekstiä ei plagioida, tutkijan ei pidä plagioida myöskään omia aikaisempia tutkimuksiaan, tuloksia ei yleistetä kritiikittömästi ja tuloksia ei sepitetä eikä kaunistella. Raportointi ei saa olla puutteellista tai harhaan johtavaa. Käytetyt menetelmät täytyy

selostaa huolellisesti. Myös tutkimuksen puutteet on tuotava esille. Toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä, julkaisussa on mainittava tutkimusryhmän jäsenet. Lisäksi tärkeä periaate on, että myönnettyjä määrärahoja ei käytetä väärin. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.) Me emme saa rahallista avustusta, mutta välineitä saamme lainaksi. Käytämme välineitä tarkoituksenmukaisesti vain projektimme puitteissa, pidämme huolta välineistä ja projektin loputtua palautamme ne.

Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta parantaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Tarkkuus koskee kaikkia tutkimuksen vaiheita. Aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti. Tulosten tulkintaan pätee sama tarkkuuden vaatimus: olisi kerrottava, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja, mihin hän perustaa päätelmänsä. Lukijaa auttaa, jos tutkimusselosteita rikastutetaan esimerkiksi suorilla haastatteluotteilla tai muilla autenttisilla dokumenteilla. (Hirsjärvi ym. 2009, 232-233.)

Selostamme projektin etenemisen vaiheet tarpeeksi tarkasti sekä kerromme, mistä saamme esimerkiksi välineet, joita tarvitsemme vastaanotolla. Pidämme vastaanottoa tarpeeksi kauan (viisi kuukautta), jotta tutkimustuloksemme vastaanoton tarpeellisuudesta sekä vastaanoton sisällöllisestä luonteesta on luotettavaa. Teemme mahdollisimman paljon asiakkaille seulontoja, esimerkiksi tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeen, terveystarkastuksen ja Audit-testin. Näin pystymme myös varmistamaan riittävän tiedon saannin vastaamaan projektimme tarkoituksia ja tavoitteita.

4.6 Vastaanottotoiminta ja projektissa käytetyt tutkimukselliset menetelmät

Toteutimme opinnäytetyömme toiminnallisena projektina. Pidimme Kokkotyö-säätiön valmentautujille terveyttä edistävää vastaanottoa viisi kuukautta kerran viikossa tiistaisin klo 9.00–11.00. Vastaanottokertoja kertyi yhteensä seitsemäntoista.

Asiakkaiden terveydentilaa ja terveystottumuksia selvitimme vastaanotolla terveystarkastuksen avulla, seulontoja käyttämällä ja erilaisten mittausten (esimerkiksi paino, vyötärönympäryys ja verenpaine) avulla. Tekemällä muistiinpanoja kirjaamis pohjaan ja keskustelemalla asiakkaiden kanssa selvitimme, mistä koostuvat heidän tarpeensa vastaanotolla ja miksi he ovat tulleet vastaanotolle.

Vastaanottojen loputtua kiersimme kaikki Kokkotyö-säätiön työyksiköt, joissa jaoimme valmentautujille kyselylomakkeet toiminnan arvioimiseksi ja kaikki halukkaat täyttivät sen. Olimme työyksiköissä sen aikaa, kun valmentautijat täyttivät lomakkeet ja keräsimme ne itsellemme säilytykseen. Yhdessä työyksikössä työvalmentaja keräsi lomakkeet puolestamme ja toimitti ne meidän tukihenkilöllemme. Yhdelle valmentautujalle lähetimme kyselylomakkeen postitse kotiin vastauskirjekuoren ja postimerkin kera, koska hänellä oli yhteistyö Kokkotyö-säätiön kanssa päättynyt. Lomakkeet täytettiin nimettöminä. Itse laitimme kyselylomakkeen (LIITE 6) avulla selvitimme vastaajan iän, sukupuolen, mahdolliset käyntimäärät vastaanotolla, kokemukset terveyttä edistävästä vastaanotosta ja sen, miten vastaajat kokevat vastaanoton tarpeellisuuden jatkossa. Kyselylomakkeessa tiedustelimme myös vastaajan kiinnostusta omaa terveyttään kohtaan ja mahdollisista huolista terveyden suhteen. Selvitimme kyselyn avulla myös vastaanotosta saatua hyötyä sekä mahdollisesti asiakkaan tekemiä muutoksia terveystottumuksissaan. Vastaajilla oli mahdollisuus antaa meille vapaamuotoista palautetta.

Opinnäytetyössämme käytimme tutkimusmenetelminämme laadullista eli kvalitatiivista ja määrällistä eli kvantitatiivista menetelmää. Tätä kutsutaan metodologiseksi triangulaatioksi, joka tarkoittaa useamman tutkimusmenetelmän tai aineiston keruumenetelmän käyttöä yhden ilmiön tutkimisessa. Tutkimusmenetelmät voivat olla toisiaan täydentäviä tai kokonaan eri näkökulmasta. Tutkimuksen tuloksia käytetään samanaikaisesti ja ne yhdistetään tutkimuksen loppuvaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 58.)

Kvantitatiivinen tutkimus kohdistuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun (Kankkunen & Vehviläinen-

Julkunen 2009, 41). Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä puolestaan perustuu ihmisten asenteisiin, uskomuksiin ja käyttäytymisen muutoksiin. Näitä muuttujia ovat esimerkiksi ihmisten kokemukset, käsitykset, tulkinnat ja motivaatio. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.) Opinnäytetyössä käyttämämme kyselylomake ja kirjaamisohjan merkinnät ovat tutkimusmenetelmiltään sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia. Vastaanotolla käyttämämme seulonnat ovat kvantitatiivisia ja päiväkirjamerkinnät ovat kvalitatiivisia.

Toiminnallisissa opinnäytetyöissä ei tarvitse välttämättä käyttää tutkimuksellisia menetelmiä. Aineiston ja tiedon kerääminen tulisi harkita tarkoin, koska toiminnalliseen opinnäytetyöhön yhdistetty selvitys voi kasvattaa työn laajuutta niin, että työmäärä ei ole enää välttämättä kohtuullinen. (Vilkka & Airaksinen 2003, 56.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä, meidän tapauksessamme projektissa, määrällisten tutkimustulosten analysointi onnistuu ilman tietoteknisiä analyysiohjelmia, koska pienen, esimerkiksi alle 50 havaintoyksikön analysoinnissa SPSS-ohjelmasta ei saada ohjelman tarkoittamaa etua. Toiminnallisissa opinnäytetyöissä kvalitatiivisilla tutkimusmenetelmillä saatua aineistoa ei ole aina välttämätöntä analysoida. Analysointi on kuitenkin hyvä tehdä silloin, kun tutkija haluaa käyttää tutkimustietoa joidenkin sisällöllisten valintojen perusteluun. (Vilkka & Airaksinen 2003, 62, 64.) Valitsimme sisällönanalyysin opinnäytetyömme tuloksien analysoimiseen.

Kyselylomakkeiden avovastauksia, päiväkirjamme sisältöä sekä muistiinpanoja kirjaamisohjastamme työstimme sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysia voidaan käyttää kirjoitetun tekstin analysoimisessa. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan tarkastella asioiden sekä tapahtumien merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21, 23.) Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön laaja, mutta kuitenkin tiivis esittäminen. Sisällönanalyysi voi olla joko induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Induktiivisessa sisällönanalyysissa aineisto luokitellaan teoreettisen merkityksen perusteella. Tällä tavalla aineisto analysoidaan pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla. (Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen 2009, 134–135.) Käytimme tässä opinnäytetyössä induktiivista sisällönanalyysin menetelmää.

4.7 Projektin aikataulu ja vastaanottotoiminnan toteutus

Opinnäytetyöprojektimme alkoi helmikuussa 2009 ja päättyi toukokuussa 2010. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 1) kuvaamme projektimme aikataulua ja työn organisointia. Taulukosta käyvät ilmi vastaanottokertamme kuukausittain sekä opinnäytetyömme kannalta tärkeät tapahtumat.

TAULUKKO 1. Projektin aikataulu ja työn organisointi

| Aika | Vastaanottokerrat | Työn organisointi |
|-----------------------|-------------------|--|
| Helmikuu 2009 | | Ensimmäinen tapaaminen Kokkotyö-säätiön tiloissa. |
| Maaliskuu 2009 | | Projektisuunnitelman aloittaminen. |
| Huhtikuu 2009 | | Ensimmäinen tapaaminen opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa. |
| Toukokuu 2009 | | Ohjausryhmän tapaaminen. Opinnäytetyösopimuksen allekirjoittaminen. Projektisuunnitelman kirjoittamista ja tyypin 2 diabeteksen riskikaavakkeiden ja ohjausmateriaalin tilaus. |
| Kesäkuu 2009 | | Lähdeaineistoon tutustumista. |
| Heinäkuu 2009 | | Projektisuunnitelman kirjoittamista. |
| Elokuu 2009 | | Vastaanottotilan suunnittelua, välineiden ja materiaalien hankkimista. Tiedotteiden ja mainosten valmistelua. |
| Syyskuu 2009 | x 3 | Vastaanottotilan valmistelua, tiedotteiden jakamista ja itsemme esittely työyksiköissä. Vastaanotto aloitetaan. |
| Lokakuu 2009 | x 3 | Projektisuunnitelman esitys koululla. |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| | | Tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa. Ohjaava opettaja vierailee vastaanotollamme. |
| Marraskuu 2009 | x 4 | Terveyskyselylomake otetaan käyttöön |
| Joulukuu 2009 | x 3 | Tapaaminen ohjausryhmän kanssa. Ohjaava opettaja vierailee vastaanotolla. Tiedotteita vastaanotostamme jaetaan työyksiköihin ja mainos julkaistaan Kokkotyö-säätiön lehdessä. |
| Tammikuu 2010 | x 4 | Kierrämme työyksiköt ja mainostamme vastaanottoamme. Saamme hemoglobiinimittarin käyttöömmme. Vastaanottotoiminta päättyy. Kyselylomakkeet kierrätetään työyksiköissä. |
| Helmikuu 2010 | | Kyselylomakkeiden analysointi, kiitoskirje julkaistavaksi Kokkotyö-säätiön sisäisessä lehdessä. |
| Maaliskuu 2010 | | Kirjallisen työn tekoa. |
| Huhtikuu 2010 | | Opinnäytetyön jättäminen arvioitavaksi, esittäminen ja maturiteetti. |
| Toukokuu 2010 | | Ohjausryhmän tapaaminen, projektin tulosten esittäminen. |

Viikko ennen vastaanoton aloitusta syyskuussa 2009 kiersimme jokaisen työyksikön ja esittelimme itsemme sekä tulevan vastaanottomme. Lisäksi jätimme tiedotteita ilmoitustauluille (LIITE 7) ja jaoimme pieniä tiedotteita jokaiselle halukkaalle. Sovimme myös, että Kokkotyö-säätiön tukihenkilömme Johanna Viskari tiedottaa projektistamme yksilövalmentajille. Kuvaamme seuraavassa vastaanottotoimintaa käyttämämme kirjaamis pohjan ja päiväkirjamerkintöjemme pohjalta.

Vastaanotto 1 oli tiistaina 15.9.2009. Käynnistäessämme vastaanottoa mietimme, riittääkö ammattitaitomme vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Tulimme hyvissä ajoin paikalle ja järjestelimme meille varattua vastaanottotilaa, esimerkiksi laitoimme terveyteen liittyviä julisteita seinille ja esitteitä odotustilaan. Kokkotyö-säätiön tukihenkilömme toi meille

sovitusti haavanhoitotuotteet ja ensiapulaukun. Asiakkaita meillä kävi yhteensä viisi, joista kaksi kuului Kokkotyö-säätiön henkilökuntaan. Aloitimme tutustumisen asiakkaisiin keräämällä perustietoja: syntymäaika, perhetausta, työyksikkö ja työsuhteen pituus Kokkotyö-säätiöllä ja perussairaudet. Mittasimme jokaiselta asiakkaalta verenpaineen ja keskustelimme asiakkaiden kanssa, miten elämäntavoilla voidaan vaikuttaa verenpaineeseen. Lisäksi täytimme yhdelle asiakkaalle tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeen.

Meillä oli käytössämme koko projektin ajan oma muistitikku kirjaamista varten. Olimme tehneet ennen vastaanottojen alkua kirjaamispohjan Excel-taulukolla. Perustietojen (nimi, ikä, perhetausta ja perussairaudet) lisäksi kirjasimme jokaisesta asiakkaasta käynnin tarpeen, keskusteltavat asiat ja mitatut arvot (verenpaine, vyötärön ympäryys, paino ja hemoglobiini) sekä tehdyt seulontatellit. Lisäksi kirjasimme jatkotoimenpiteet -osioon suunnitelmia seuraavaa mahdollista käyntiä ajatellen. Mietimme etukäteen, kuinka asiakkaat suhtautuvat siihen, että meitä on aina kaksi vastaanotolla, uskaltavatko he avautua asioistaan tällaisessa asetelmassa. Meidät otettiin kuitenkin mielestämme positiivisesti vastaan.

Vastaanotto 2 oli seuraavan viikon tiistaina 22.9.2009. Miia oli saanut koulumme välinehuoltajalta lisää haavanhoitovälineitä ja tupakan terveyshaitoista kertovia esitteitä. Asiakkaita kävi neljä. Iloksemme saimme huomata, että eräs asiakas, jonka kanssa oli viime käynnillä puhuttu liikunnan merkityksestä terveydelle, oli kotonaan pohtinut lisää aihetta. Nyt hän oli kiinnostunut kokeilemaan kuntosaliharjoittelua. Ehdotimme asiakkaalle, että ensi kerralla keskustelisimme terveyttä edistävästä ravitsemuksesta. Asiakas vaikutti olevan kiinnostunut asiasta. Huomasimme, että voimme suunnitella yhdessä asiakkaan kanssa mahdollista seuraavaa tapaamista ja sen sisältöä. On hyvä jakaa käsiteltäviä asioita eri tapaamiskerroille, jotta asiakas sisäistäisi ne paremmin. Yhtä asiakasta terveydenhoitaja oli kehottanut käymään säännöllisesti mittauttamassa verenpaineensa, mikä nyt onnistui luontevasti meidän vastaanotollamme. Keskusteluaiheet asiakkaidemme kanssa olivat Sydänmerkki elintarvikkeissa, liikunta, tupakoinnin lopettaminen sekä astma ja allergiat.

Vastaanotto 3 oli 29.9.2009, jolloin meillä kävi yhteensä 10 asiakasta. Koko aamupäivän ajan oli toimintaa, jolloin tuntui, että aikaa ei ole riittävästi kaikille asiakkaille. Saimme keskustella paljon ruokavaliosta, liikunnasta ja korkean verenpaineen hoidosta. Mittasimme kaikilta asiakkailta verenpaineen, sekä muutamilta painon ja vyötärön ympäryksen. Yhden asiakkaan kanssa täytimme tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeen. Annoimme ruokavalio-ohjausta ja keskustelimme painonpudotuksesta. Kahden asiakkaan elämänmuutokset puhuttivat. Meistä oli mukavaa huomata, että monet olivat kiinnostuneita omasta terveydestään ja siitä huolehtimisesta. Meille itsellemme jäi tunne, että onnistuimme hieman vaikuttamaan asiakkaiden kiinnostukseen elintapojen muuttamista kohtaan ja kannustamaan siihen.

Vastaanotto 4:n pidimme 6.10.2009. Tällöin asiakkaita kävi yhdeksän. Kahden asiakkaan kanssa täytimme tyypin 2 diabeteksen riskikaavakkeen. Enimmäkseen puhuttiin terveellisistä elämäntavoista, esimerkiksi liikunnasta. Ravinto-oppaan jaoin yhdelle asiakkaalle. Osa asiakkaista oli ennestään tuttuja, osa oli vastaanotollamme ensimmäistä kertaa. Yksi asiakas tuli näyttämään oireilevaa silmäänsä, jossa epäilimme olevan silmätulehdus. Ohjasimme häntä varaamaan ajan terveystieteiden keskuksen lääkärin vastaanotolle. Verenpainetta mittasimme tälläkin kertaa. Tulostimme korkean verenpaineen oireista ja hoitokeinoista tietopaketin, jonka suunnittelimme antavamme ensi kerralla asiakkaan toiveen mukaisesti. Yhdellä asiakkaalla verenpaine arvot olivat alkaneet laskea tasaisesti. Toinen asiakas puolestaan kävi mittauttamassa verenpainettaan tulevaa lääkärin vastaanottoaan varten. Olemme tyytyväisiä siitä, että asiakkaita on käynyt vastaanotolla ja projektimme on lähtenyt hyvin käyntiin. Ennen vastaanottojen alkua jännitimme hieman sitä, miten saamme asiakkaat luoksemme ja onko heillä tarvetta keskustella terveydestään.

Vastaanotto 5 oli 20.10.2009. Edellisestä vastaanotostamme oli kulunut kaksi viikkoa syyslomamme vuoksi. Ilmoitimme tauosta etukäteen tekemällä tiedotteita vastaanottotilamme oveen sekä työyksiköiden ilmoitustauluille. Tukihenkilömme kertoi myös asiasta yksikköpalavereissa yksilövalmentajille. Tällä kertaa vastaanotollamme oli hieman hiljaisempaa. Meillä kävi yhteensä viisi asiakasta. Verenpainetta mitattiin kaikilta

ja annoimme sovitusti yhdelle asiakkaalle verenpaineesta tietopaketin. Teimme myös yhdelle asiakkaalle tyypin 2 diabeteksen riskikaavakkeen. Tällä vastaanotolla liikunta on oli päällimmäinen puheenaihe, puhuimme muun muassa hyötyliikunnasta, kuntosalilla käynnin aloittamisesta sekä Kokkotyö-säätiöllä järjestettävästä liikuntatoiminnasta. Puhuimme myös laihduttamisesta ja yhdelle asiakkaalle annoimme ”Kohti kevyempää elämää” –esitteen. Ruokavalio-ohjauksessa päällimmäinen asia oli suolankäyttö ja sen merkitys verenpaine- arvoille. Keskustelimme myös asiakkaiden kanssa heidän perussairauksistaan ja tupakoinnin vähentämisestä. Yksi asiakas halusi tietää oman alueensa terveystieteiden ajanvarausnumeron.

Vastaanotto 6:n pidimme 27.10.2009. Ennen vastaanoton avaamista opinnäytetyömme ohjaava opettaja tuli suunnitellusti tapaamaan ja ohjaamaan meitä. Asiakkaita kävi kolme. Vastaanoton sisältö koostui verenpainemittauksista ja elämäntapaohjauksesta. Asiakkaiden kanssa puhuttiin muun muassa liikuntaharrastusmahdollisuuksista ja psyykkisestä hyvinvoinnista sekä työmotivaatiosta. Yhdeltä asiakkaalta mittasimme ruumiinlämmön hänen ollessaan flunssainen. Pohdimme, että tuntuu mukavalta, kun asiakkaat pystyvät puhumaan todella henkilökohtaisistakin asioista ja eivät näe meitä vain opiskelijoina vaan jo ammattitaitoisina omalla alallamme.

Vastaanotto 7 pidettiin 3.11.2009. Viisi asiakasta kävi luonamme; uusia heistä oli kaksi. Terveystarkastuslomake otettiin käyttöön vastaanotolla; teimme sen yhdelle asiakkaalle. Koimme kyselyn hyväksi, koska sen avulla saimme asiakkaan elämästä paremman kuvan. Vastaanotollamme olemme huomanneet sen, että asiakkaat ovat kiinnostuneita omasta verenpaineestaan ja muutenkin terveydestään. Yksi asiakas kertoi vertaavansa verenpaine- arvoja kotona tehtyihin mittauksiin. Puheenaiheita olivat kotiasiat, parisuhde, tulevaisuus, hyötyliikunta ja astman hoito. Annoimme myös Hengitysliiton lehden astmaa sairastavalle asiakkaalle. Voimme olla tyytyväisiä, että asiakkailla on monenlaisia syitä tulla luoksemme ja näin vastaanottojen sisällöt muodostuvat monipuolisiksi. Oma ammattitaitomme kehittyi tämän myötä.

Vastaanotto 8 oli 10.11.2009. Kuusi asiakasta kävi luonamme. Vastaanoton pitäminen sujui hyvin. Täytimme terveystarkastuslomakkeen kolmelle asiakkaalle. Terveystarkastuslomake toimii mielestämme hyvin keskustelun avaajana ja puheeksi ottamisen välineenä. Verenpainemittauksia teimme ja sikainfluenssa ja siihen tarkoitettu rokote puhuttivat. Täytimme tyypin 2 diabeteksen riskikaavakkeen ja puhuimme harrastuksista. Koimme, että kun asiakkaat saapuvat vastaanotollemme joukolla, jää tällöin yksittäisen asiakkaan kohtaamiseen rajallisesti aikaa. Mieltämme häiritsivät hieman käytävällä vuoroaan odottavat asiakkaat. Vastaanotolla olevalle asiakkaalle tuli välittää kiireettömyyden tunne ja se, että olimme tilanteessa läsnä.

Vastaanotto 9 oli 17.11.2009, jolloin kävi yhteensä neljä asiakasta. Teimme yhden Audit-kyselyn ja yhden terveystarkastuskyselyn. Eräs asiakas kävi mittauttamassa painonsa, vyötärön ympäryksensä ja halusi niiden myötä tietää painoindeksinsä. Muita esille nousseita aiheita olivat allergiat ja tupakointi. Rohkaisimme yhtä asiakasta uraan liittyvien haaveiden toteuttamiseen ja toista asiakasta ergonomian huomioimiseen työssään hänen selkävaijojensa vuoksi. Vastaanottoaika oli tänään hieman hiljaisempi, mutta mukavaa oli, että jokaisen asiakkaan kanssa oli aikaa jutella rauhassa.

Vastaanotolla 10 24.11.2009 asiakkaita oli kolme. Mittasimme verenpainetta, ja yhden asiakkaan verenpaineen tasainen lasku jatkuu. Puheenaiheina vastanotolla olivat väsymys ja tuki- ja liikuntaelinkivut sekä levitteiden rasvapitoisuus. Olemme huomanneet, että asiakkailla on melko hyvin tietoa terveellisestä ravitsemuksesta, mutta liikuntatietous ja -tottumukset ovat vähäisiä. Olemme alkaneet kiinnittää entistä enemmän itsekin huomiota terveellisiin valintoihin. Uuden oppimistakin on tapahtunut keskusteluiden ja tiedonhankinnan myötä.

Vastaanotto 11 oli 1.12.2009. Ennen vastaanoton avaamista opinnäytetyömme ohjaava opettaja tuli yllättäen tapaamaan meitä ja kuulostelemaan, miten meillä vastaanotolla menee. Tällöin kävi kolme asiakasta. Teemoina olivat verenpaine, ateriarytmi, unirytm, ehkäisymenetelmät sekä jalan ihottuma. Toista kertaa vastaanotollemme tuli asiakas, jota emme valitettavasti voineet auttaa hänen ongelmassaan, mutta ohjasimme hänetkin

ottamaan yhteyttä terveyskeskukseen. Teimme tiedotteet kahdesta ennen joulua olevasta vastaanotostamme ja muistutimme tulevasta joulutauosta (LIITE 8). Kaiken kaikkiaan olemme kokeneet vastaanotolla olemisen turvalliseksi, vaikka kohderyhmässämme on monenlaisia ihmisiä erilaisine taustoineen.

Vastaanotto 12 pidettiin 8.12.2009. Luonamme kävi vain yksi asiakas, jolta mittasimme verenpaineen ja keskustelimme hänen senhetkisestä elämäntilanteestaan. Tunsimme itsemme hieman turhautuneiksi asiakasmäärän vähyyden vuoksi, varsinkin kun olimme juuri edellisellä viikolla tiedottaneet joulua edeltävistä vastaanotoista. Ihmettelimme hieman tilannetta. Käytimme ylimääräisen ajan hyödyksemme työstämällä opinnäytetyömme kirjallista osuutta.

Vastaanotto 13 oli 15.12.2009. Hiljaista oli tälläkin viikolla. Vain yksi asiakas kävi vastaanotollamme. Hänen kanssaan mietimme verenpaineen seurannan jatkuvuutta, mittaukset hän voisi suorittaa jatkossa omalla kotimittarillaan. Annoimme uuden verenpaineseurantakortin. Pohdimme yhdessä, miksi asiakasmäärät olivat hiipuneet. Ehkä työyksiköissä oli joulukiireitä tai jotkut valmentautujista olivat mahdollisesti jääneet jo joululomalle tai lopettaneet työskentelyn Kokkotyö-säätiöllä. Toivoimme, että tämä ei johdu meistä. Laitoimme sähköisesti tiedotteen joulutauostamme ja alkuvuoden vastaanotoista Kokkotyö-säätiön sisäisen lehden toimitukseen. He lupasivat julkaista tiedotteemme seuraavassa lehdessään.

Vastaanotto 14 oli joulutauon jälkeen 5.1.2010. Valitettavasti uusi vuosi alkoi hiljaisesti; vastaanotollamme kävi vain yksi asiakas, jolta mittasimme jälleen verenpaineen. Asiakkaan pulssi oli hieman epäsäännöllinen. Seurasimme pulssia vastaanotolla ranteesta tunnustelemalla. Koska asiakkaan vointi oli hyvä ja verenpaineet entisellä tasolla, emme huolestuneet. Aioimme mahdollisilla seuraavilla tapaamiskerroilla kiinnittää asiaan huomiota. Vastaanoton jälkeen kävimme kiertämässä kaikki yksiköt (Ekocenter, kaiverrus-, puu-, pesula- ja tekstiilipuoli). Muistutimme, että pidämme vastaanottoa vielä kolmen tiistain ajan. Kävimme tapaamassa myös tukihenkilöämme ja kertomassa kuulumisiamme sekä vastaanotollamme käyneestä kadosta. Mietimme, voisiko asiakaskato johtua siitä, että

valmentautujilla ei ole tarvetta terveyttä edistävälle vastaanotolle vai eivätkö he vain muista olemassaoloamme. Toivoimme, että kierroksemme ja lehtitiedotteemme saisivat valmentautujia liikkeelle.

Vastaanotto 15 pidettiin 12.1.2010, jolloin kävi neljä asiakasta. Asiakas, jolla edellisellä kerralla huomasimme epäsäännöllisen pulssin, kävi jälleen luonamme. Pulssissa oli edelleen havaittavissa pientä epäsäännöllisyyttä, mutta asiakas voi hyvin. Asiakas on säännöllisessä kontaktissa lääkäriin verenpainelääkityksensä vuoksi. Eräs asiakas oli laihtunut viimeisen vuoden aikana useita kiloja, hän halusi nyt keskustella vielä aamupalan merkityksestä ja muusta ruokarytmistä. Saimme uuden asiakkaan, jolle annoimme kotiin täytettäväksi terveystarkastuslomakkeen. Päädyimme tähän, koska meillä ei ollut riittävästi aikaa ja ajattelimme kyseisen asiakkaan kykenevän täyttämään lomakkeen itsenäisesti. Kerroimme asiakkaille uudesta hemoglobiinimittarista, jonka saamme käyttööme seuraavalla vastaanottokerralla.

Vastaanotto 16 oli 19.1.2010. Asiakkaita oli yhteensä kuusi. Valitettavasti edellisellä kerralla antamamme terveystarkastuslomake jäi saamatta takaisin, koska se oli unohtunut asiakkaalta kotiin. Hän lupautui tuomaan lomakkeen täytettynä ensi kerralla. Käytössämme ollut hemoglobiinimittari oli todella suosittu. Jokainen asiakas tahtoi tietää hemoglobiiniarvonsa. Saimme sellaisen kuvan, että asiakkaat olivat mielissään saadessaan tietää jonkin konkreettisen arvon, joka kertoo heidän terveydestään. Oli siis hienoa huomata, että mittari tuli tarpeeseen. Hemoglobiiniarvon ollessa matala neuvoimme, miten ruokavaliolla voi vaikuttaa tilanteeseen. Muita teemoja vastaanotolla olivat verenpainearvot ja diabetes. Teimme yhdelle asiakkaalle tyypin 2 diabeteksen riskikaavakkeen, minkä jälkeen keskustelimme tuloksesta. Toiselle kävijälle annoimme esitteitä terveellisistä elämäntavoista.

Vastaanotto 17 eli viimeinen vastaanotto oli 26.1.2009. Asiakkaita meillä kävi viisi. Hemoglobiinin ja verenpaineen mittasimme jokaiselta asiakkaalta. Yhdellä asiakkaalla oli ikävä elämäntilanne, sillä omaisen oli kuollut. Hän halusi purkaa mieltään. Uskomme, että juuri tämän asiakkaan kohdalla läsnäolomme viikoittain on ollut tärkeää. Hänen huonoon

mielialaansa vaikutti todennäköisesti myös se, että vastaanottomme loppuu. Vastaanoton jälkeen otimme yhteyttä tukihenkilöömme, jolle ilmaisimme huolestamme yhdestä asiakkaasta, koska hänen tilanteensa jäi vaivaamaan mieltämme. Tukihenkilöemme aikoi kertoa tilanteesta asiakkaan yksilövalmentajalle. Yksilövalmentaja aikoi hienovaraisesti ottaa asiakkaan kanssa tilanteen puheeksi mainitsematta, keneltä on asiasta kuullut.

Kannustimme asiakkaita liikkumaan yhdessä perheen kanssa. Kerroimme heille myös, että käymme myöhemmin kiertämässä kaikki yksiköt ja keräämme kyselylomakkeen avulla palautetta vastaanotostamme. Huomasimme harmiksemme, että meidän on tullut täytettyä yllättävän vähän Audit-testejä ja tyypin 2 diabeteksen riskikaavaketta sekä terveystarkastuslomaketta. Pitämästämme vastaanotosta muodostui kuitenkin kaikille meille hyvä ja onnistunut oppimiskokemus.

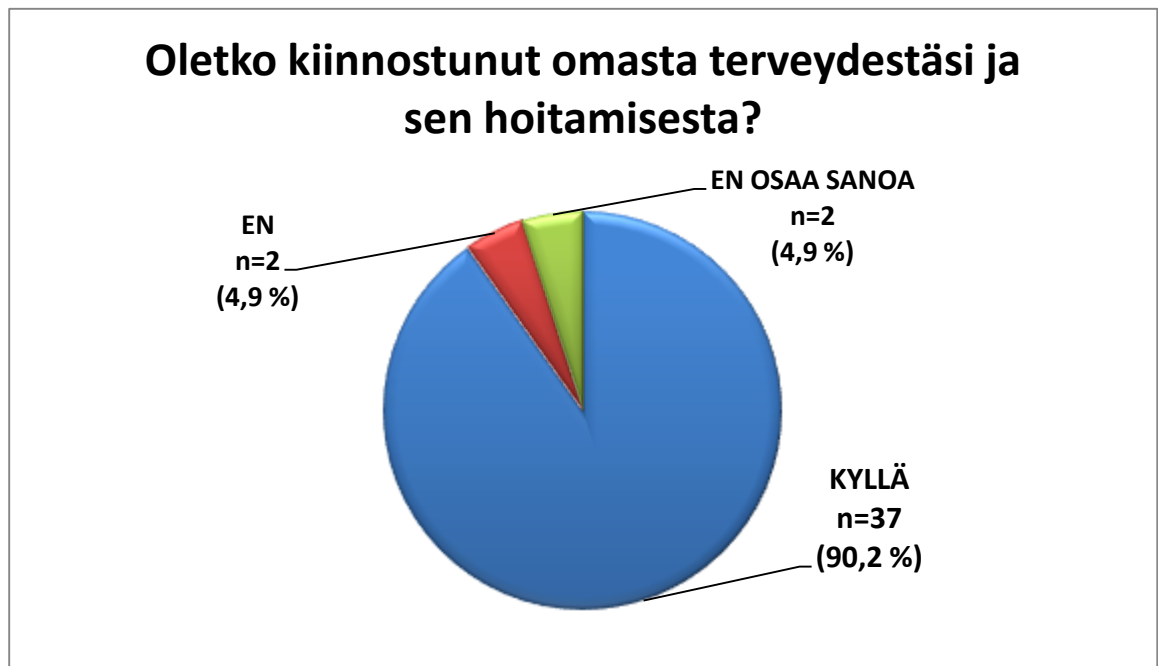
Vastaanotollamme oli asiakaskäyntejä yhteensä 75. Koko projektin aikana kävi 24 eri asiakasta. Heistä naisia oli 15 ja miehiä 9. Keskimääräinen asiakasmäärä yhdellä vastaanottokerralla oli 4,4. Asiakkaat olivat iältään 24 - 60-vuotiaita. Kokkotyö-säätiön tiloissa työskenteli projektimme ajan keskimäärin 120 valmentautujaa kuukaudessa, joilla olisi ollut mahdollisuus hyödyntää vastaanottoamme. (Kokkotyö-säätiö 2010.) Tarkkaa tietoa ei kuitenkaan ole siitä, kuinka moni valmentautuja oli paikalla Kokkotyö-säätiöllä tiistaisin vastaanoton aukioloaikana.

5 PROJEKTIN TULOKSET

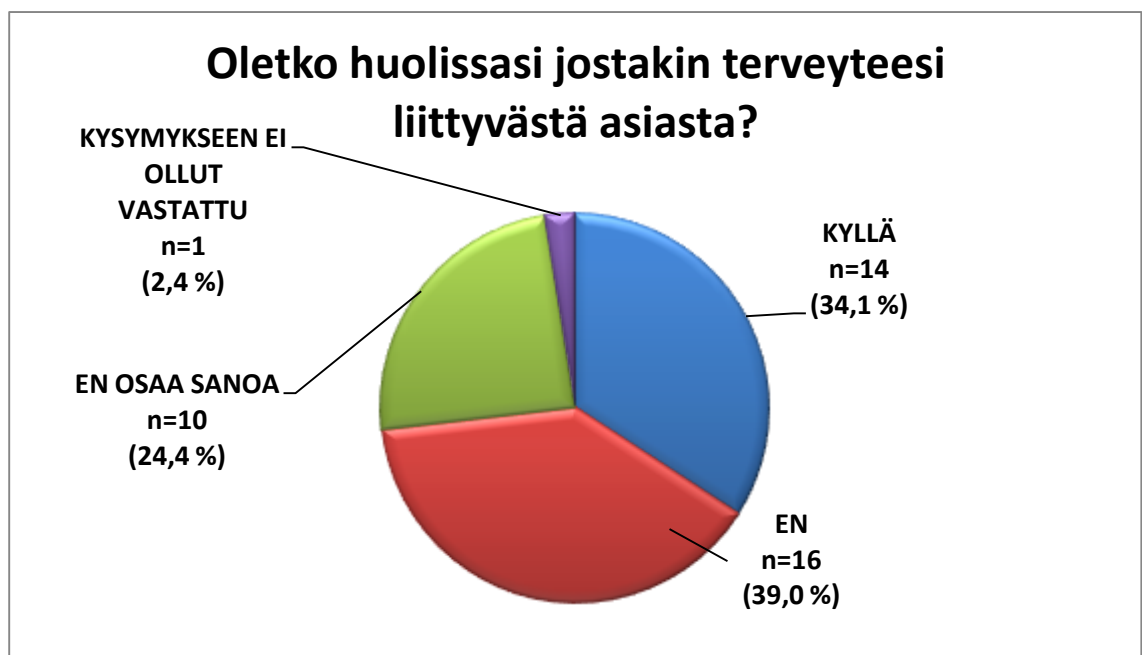
Kyselylomakkeen täytti 41 valmentautujaa (N=41), joista 14 (~ 34,1 %) oli käynyt terveyttä edistävällä vastaanotollamme. Näistä 14 henkilöstä 10 oli käynyt 1 - 5 kertaa (~ 71,4 %) ja kolme oli käynyt 6 - 10 kertaa (~ 21,4 %). Yksi asiakas oli käynyt vastaanotolla yli 10 kertaa (~ 7,1 %). Kyselylomakkeisiin vastanneista naisia oli 23 (~ 56,1 %) ja miehiä 18 (~ 43,9 %). Vastaajien keskimääräinen ikä oli 39,5 vuotta.

5.1 Asiakkaiden terveydentila ja terveystottumukset

Kyselylomakkeisiin vastanneista valmentautujista 37 (~ 90,2 %) oli kiinnostunut omasta terveydestään ja sen hoitamisesta. Kaksi (~ 4,9 %) ei ollut kiinnostunut ja kaksi (~ 4,9 %) ei osannut sanoa. (Kaavio 1.) Kyselyyn vastanneista 14 (~ 34,1 %) oli huolissaan jostakin terveyteen liittyvästä asiasta. Huolta aiheuttivat eniten erilaiset terveyden uhkatekijät: korkea hemoglobiini, ylipaino, korkea kolesteroli ja verenpaine. Huolta aiheuttivat myös jo olemassa olevat sairaudet, kuten diabetes, poskiontelontulehdus, sydänlaajentuma, tupakoinnin aiheuttamat hengitysvaikeudet, yskä ja nivelkivut. Muita huolenaiheita olivat väsymys ja oikea lääkitys. Vastanneita, jotka eivät olleet huolissaan, oli 16 (~ 39,0 %) ja 10 (~ 24,4 %) ei osannut sanoa. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen (~ 2,4 %). (Kaavio 2.)



Kaavio 1. Oletko kiinnostunut omasta terveydestäsi ja sen hoitamisesta?



Kaavio 2. Oletko huolissasi jostakin terveyteesi liittyvästä asiasta?

Kirjaamis pohjalle kerätyt tiedot vastaanotolla käyneiden asiakkaiden (N=24) perussairauksista jaottelimme kuuteen luokkaan: sydän- ja verisuonisairaudet, hengityselinsairaudet, allergiat ja ihottumat, psyykkiset sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja muut sairaudet. Sydän- ja verisuonisairauksista nousi esille korkea verenpaine ja verenkiertohäiriö, jotka olivat yleisimpiä asiakkaiden sairastamia sairauksia. Hengityselinsairauksiin lukeutuivat astma ja uniapnea. Astmaa sairasti kaksi asiakasta ja uniapneaa yksi. Allergioista ja ihottumasta kärsi muutama vastaanotolla käynyt asiakas. Psyykkisiä sairauksia oli kolmella asiakkaalla. Psyykkisiin sairauksiin olimme jaotelleet uupumuksen ja depression. Tuki- ja liikuntaelinsairauksia ja -kipuja esiintyi kolmella. Esimerkkeinä näistä ovat selkä- ja polvikivut. Muihin sairauksiin lukeutuivat muun muassa ylipaino, josta usea kärsi, tyypin 2 diabetes, stressi, epilepsia, hoidettu syöpä ja migreeni. Osalla asiakkaista ei ollut ollenkaan perussairauksia, kun taas usealla oli diagnoosi moneen sairauteen. Usein oli niin, että sairauksia oli kasaantunut monta yhdelle asiakkaalle.

Asiakkaiden (N=24) terveystottumukset jaottelimme viiteen ryhmään; ruokailutottumukset, fyysinen aktiivisuus, päihteiden käyttö, painonpudotus ja oman terveydentilan seuranta. Ruokailutottumuksista ja liikunnan harrastamisesta tuli eniten keskustelua ja ohjauksen tarve korostui. Puutteellista asiakkaiden ruokailutottumuksissa oli kasvien ja hedelmien vähäinen käyttö päivittäisessä ruokavaliossa sekä terveellisen aamupalan ja säännöllisen ateriarhythmin puuttuminen. Asiakkailta korostuvia hyviä tapoja ravitsemustottumuksissa olivat suolan käytön huomiointi ruokavaliossa ja sydänmerkin tunteminen. Hyvää oli myös se, että asiakkaat tiedostivat omat ruokailutottumuksensa, olivat valmiita keskustelemaan aiheesta ja ottivat neuvonnan vastaan avoimesti. Fyysisen aktiivisuuden osalta liikunnan harrastaminen oli usealla asiakkaalla vähäistä. Osa ei harrastanut liikuntaa lainkaan, eikä ollut edes kiinnostunut aloittamaan liikuntaharrastusta. Positiivisia asioita liikunnan harrastamisen suhteen olivat muun muassa se, että lähes kaikki asiakkaat harrastivat hyötyliikuntaa arkisin työmatkojen ja koiran ulkoiluttamisen muodossa. Hienoa oli huomata, että edes pieni osa harrasti myös säännöllistä liikuntaa. Näitä liikuntamuotoja olivat lenkkeily, uinti, pyöräily ja kuntosalilla käynti.

Asiakkaiden päihteiden käytöstä mainitsimme sen, että suurin osa oli sellaisia, jotka eivät käyttäneet päihteitä tai olivat ennen käyttäneet runsaasti ja olivat päättäneet lopettaa niiden

käytön ja elivät tällä hetkellä päihteetöntä elämää. Asiakkaidemme joukossa tupakoimattomia oli enemmän kuin tupakoivia. Niille, jotka tupakoivat, oli vaikeaa olla polttamatta tupakkaa työaikana, koska työkavereista löytyi tupakoitsijoita ja tupakalla käyntiin oli mahdollisuus.

Painonpudotuksesta keskustelimme usean asiakkaan kanssa ja jaoimme monille painonhallintaan ja terveellisiin elämäntapoihin liittyviä lehtisiä. Kiinnostusta painonhallintaan esiintyi ja muutama oli erityisen motivoitunut painonpudotukseen. Muita terveydentilan seurantaan liittyviä huomioita oli se, että pari asiakasta seurasi verenpainearvoja säännöllisesti myös kotimittarilla.

WIRE-projektissa saatiin tuloksia, että terveystarkastuksiin tulleilla oli ongelmia alkoholin käytössä, mielenterveydessä, tuki- ja liikuntaelimestössä, verensokerissa, kolesterolissa ja verenpaineessa. Merkittävästi ylittyneitä arvoja ei ollut painon alueella. (Hakulinen ym. 2006, 39.) Saimme samantyyppisiä tuloksia omassa projektissamme asiakkaiden terveydestä. Verensokeria ja kolesterolia meillä ei ollut mahdollisuutta mitata. Monilla asiakkailla oli kohonneita verenpainearvoja sekä tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Painon suhteen me saimme erilaisia tuloksia kuin WIRE-projekti. Useilla asiakkailla oli ylipainoa. Emme havainneet liiallista alkoholinkäyttöä. Saimme selville, että joillakin asiakkailla oli aiemmin ollut ongelmia alkoholin käytössä. Varsinaisesti mielenterveysongelmaisia emme kohdanneet vastaanotolla.

Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake täytettiin yhdessä seitsemän asiakkaan kanssa (n=7). Arviointilomake täytettiin asiakkaille, jotka kävivät useamman kerran vastaanotolla, ja jotka olivat halukkaita kaavakkeen täyttämiseen. Ensimmäisellä kerralla, kun asiakas tuli vastaanotolle, sisältö oli yleensä asiakkaan taustoja ja terveystottumuksia kartoittavaa keskustelua ja pääasiassa olivat asiakkaasta lähtevät tarpeet ja syyt, miksi hän tuli vastaanotolle. Mikäli asiakas tuli vastaanotolle uudelleen, häneltä tiedusteltiin halukkuutta arviointilomakkeen täyttämiseen. Asiakkaille, joilla jo oli todettu tyypin 2 diabetes, ei arviointilomaketta täytetty. Kolmen asiakkaan pistemäärät kertoivat kohtalaisesta riskistä sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa.

Kahdella asiakkaalla todettiin kaavakkeen perusteella jonkin verran lisääntynyt riski. Pienen riskin sai tuloksekseen yksi asiakas, kuten myös suuren riskin tuloksen sai yksi asiakas. Kenelläkään, jolle arviointilomake täytettiin, ei todettu hyvin suurta riskiä sairastua. Kaikille asiakkaille, joiden kanssa täytimme tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeen, kävimme myös läpi keinoja, joilla omaa sairastumisriskiä voi pienentää: liikunnan määrän lisääminen, kasvien ja hedelmien lisääminen ruokavalioon, suolan käytön vähentäminen ja rasvan laadun parantaminen sekä painonhallinta.

Audit-testien tekeminen vastaanoton aikana jäi vähäiseksi. Päälimmäinen syy, miksi testien teko jäi vähäiseksi, oli asiakkaan absolutismi. Jotkut myös kertoivat, ettei heillä ole ongelmaa alkoholinkäytössä, eivätkä ne olleet halukkaita täyttämään testiä. Testejä täytettiin kaiken kaikkiaan kaksi (n=2). Kaksi testitulosta oli toisistaan poikkeavia. Toinen pistemäärä oli neljä ja toinen kolmetoista. Kolmetoista pistettä kertoo selvästi kasvaneesta alkoholinkäytön riskistä ja tämän pistemäärän saaneen asiakkaan kanssa keskustelimme alkoholinkäytön suurkulutuksen riskeistä ja oman käytön tarkkailusta. Projektin loputtua pohdimme kuitenkin, että Audit-testi olisi pitänyt täyttää myös asiakkaille, jotka kertoivat, ettei heillä ole ongelmaa alkoholinkäytössään. Ihmisillä saattaa olla erilaisia näkemyksiä siitä, mikä alkoholinkäyttö on vähäistä ja mikä runsasta. Testin perusteella olisi saanut todellisen kuvan asiakkaan tilanteesta.

Täytimme terveystarkastuslomakkeita yhteensä viisi kappaletta (n=5). Vähäiseen määrään vaikutti lomakkeen pituus, sillä oli hankalaa saada aikaa lomakkeen täyttämiseen. Vastaanotoilla täytimme terveystarkastuslomakkeen niille asiakkaille, jotka kävivät luonamme aktiivisimmin. Muutamalle asiakkaalle annoimme lomakkeen kotiin täytettäväksi, kun arvioimme, että he kykenevät sen itsenäisesti täyttämään. Näitä lomakkeita emme kuitenkaan saaneet takaisin. Lomakkeita tuli täytettyä hyvin vähän, mutta tärkeämmässä osassa vastaanotolla olivatkin asiakkaiden tarpeet ja heitä kiinnostavat asiat. Vastaanottomme tarkoitushan ei ollut terveystarkastusten tekeminen. Pienen otannan vuoksi emme voi terveystarkastuslomakkeiden pohjalta tehdä yleisiä päätelmiä. Terveystarkastuslomakkeiden teosta vastaanotollamme oli kuitenkin hyötyä, sillä se auttoi keräämään laajempia tietoja asiakkaista.

Työttömyyttä voidaan pitää terveyden uhkatekijänä ja stressitilanteena. Työttömyys merkitsee monesti erilaisia menetyksiä, esimerkiksi taloudellisia, emotionaalisia ja sosiaalisia. (Valjakka 2008, 30.) Työttömyyteen reagoidaan monin eri tavoin (Suomen Punainen Risti, Engel-yhtymä, Net Effect, Opintotoiminnan Keskusliitto, Suomi-Somalia seura 2005b). Vastaanotoilla emme kysyneet kaikilta asiakkailta työttömyyden merkitystä heille itselleen. Joidenkin asiakkaiden kanssa asiasta kuitenkin puhuimme. Yksi asiakas kertoi, että työttömyys mahdollisti sen, että hän pystyi viettämään lastensa kanssa enemmän aikaa. Puheeksi tulleita työttömyyden aiheuttamia ongelmia olivat esimerkiksi taloudellisen tilanteen huononeminen ja sosiaalisen kanssakäymisen vähäisyys. Vastaanottokokemustemme perusteella toiset olivat selvinneet työttömyydestä paremmin kuin toiset. Kuten kappaleen 2.1 ”Työttömyyden merkitys yksilölle” eri lähteissä on korostunut tukiverkoston merkitys työttömyydestä selviytymisessä, myös meidän näkemyksemme mukaan perheellä, ystävillä, vertaistuellä ja mielekkäällä tekemisellä on suuri merkitys. Usean kanssa oli puhetta siitä, että heille Kokkotyö-säätiölle pääsy oli iloinen asia ja auttoi vähitellen pääsemään työelämään takaisin. Eräälle asiakkaalle Kokkotyö-säätiölle pääsy oli varsin positiivinen kokemus, sillä sen myötä elämä asettui uomiinsa ja uusi elämäkumppani löytyi rinnalle.

5.2 Terveyttä edistävän vastaanoton sisällöllinen tarve

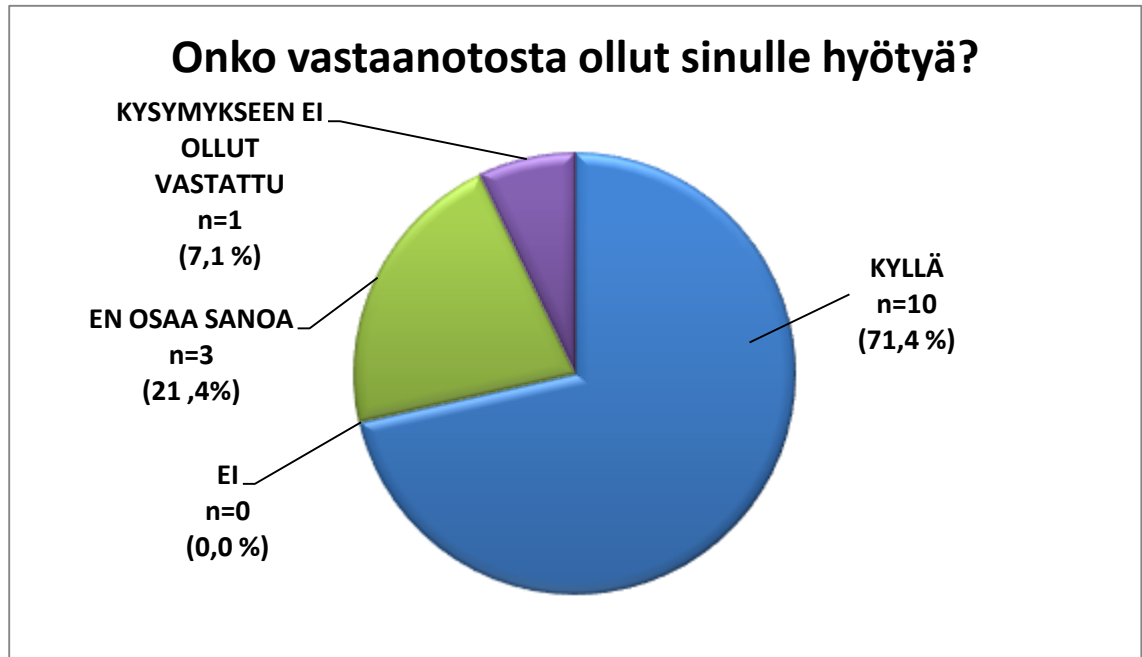
Vastaanoton sisällöllinen tarve tuli ilmi kuvaillessamme yksittäin vastaanottokertoja sekä edellisessä kappaleessa, jossa kuvailimme asiakkaiden terveydentilaa ja terveystottumuksia. Asiakkaiden yleisin syy tulla vastaanotollemme oli verenpaineen mittausta ja verenpainearvoihin liittyvä elintapaohjaus. Kokkosen (2000) tekemässä tutkimuksessa työttömät olivat käyttäneet terveydenhoitajan palveluita muun muassa juuri verenpaineen mittausta varten. Muita tekemiämme mittauksia vastaanotolla olivat vyötärön ympäryksen ja painon mittaaminen, painoindeksin laskeminen sekä hemoglobiinin mittausta.

Vastaanotolla esiin tulleet asiat olivat mielestämme pääasiassa jokapäiväisiä terveyden perusasioita. Toki joukkoon mahtui myös harvemmin esiintyviä akuutteja vaivoja ja vastoinkäymisistä keskustelemista. Meillä oli ohjausta tukemassa paljon jaettavaa materiaalia, ohjelehtisiä muun muassa korkean verenpaineen hoidosta, ravitsemuksesta, painonhallinnasta, tupakoinnin lopettamisesta ja alkoholin käytön vähentämisestä. Olimme hankkineet jaettavaksi myös Hengitysliiton lehtiä, verenpaineen seurantakortteja sekä Suomen kuluttajaliiton laatimia ”Lue pakkausmerkinnöistä” –kortteja.

Kokkosen (2000) tutkimuksessa haastatellut kuvasivat saaneensa psykososiaalista tukea terveydenhoitajilta ohjauksen ja neuvonnan myötä, ja tämä toteutui meidänkin vastaanotolla. Asiakkailta oli mahdollisuus kertoa luottamuksellisesti asioistaan ja mahdollisista ongelmistaan sekä saada ohjausta tärkeiltä tuntuviin asioihin, kuten perheasioihin, parisuhdeongelmiin, vastoinkäymisten kohtaamiseen ja tulevaisuuden suunnitteluun.

5.3 Asiakkaiden kokemukset terveyttä edistävästä vastaanotosta ja sen tarpeellisuus tulevaisuudessa

Kyselylomakkeisiin vastanneista (N=41) vastaanotoilla käyneistä (n=14) 10 koki vastaanotosta olleen hyötyä (~ 71,4 %). Asiakkaiden kokemia hyödyllisiä asioita vastaanotosta olivat verenpaineiden ja hemoglobiinin mittaukset. Verenpainearvojen selville saaminen ja seuraaminen nousivat vastauksista päällimmäisenä hyötynä esille. Meidän kauttamme yksi asiakas oli saanut myös ajan lääkärille. Kukaan ei kokenut, ettei vastaanotosta olisi ollut hyötyä (~ 0,0 %). Kolme ei osannut sanoa, kokivatko he vastaanotosta olleen hyötyä (~ 21,4 %). Yksi vastaanotolla käynyt vastaaja ei ollut vastannut kysymykseen (~ 7,1 %). (Kaavio 3.)



Kaavio 3. Onko vastaanotosta ollut sinulle hyötyä?

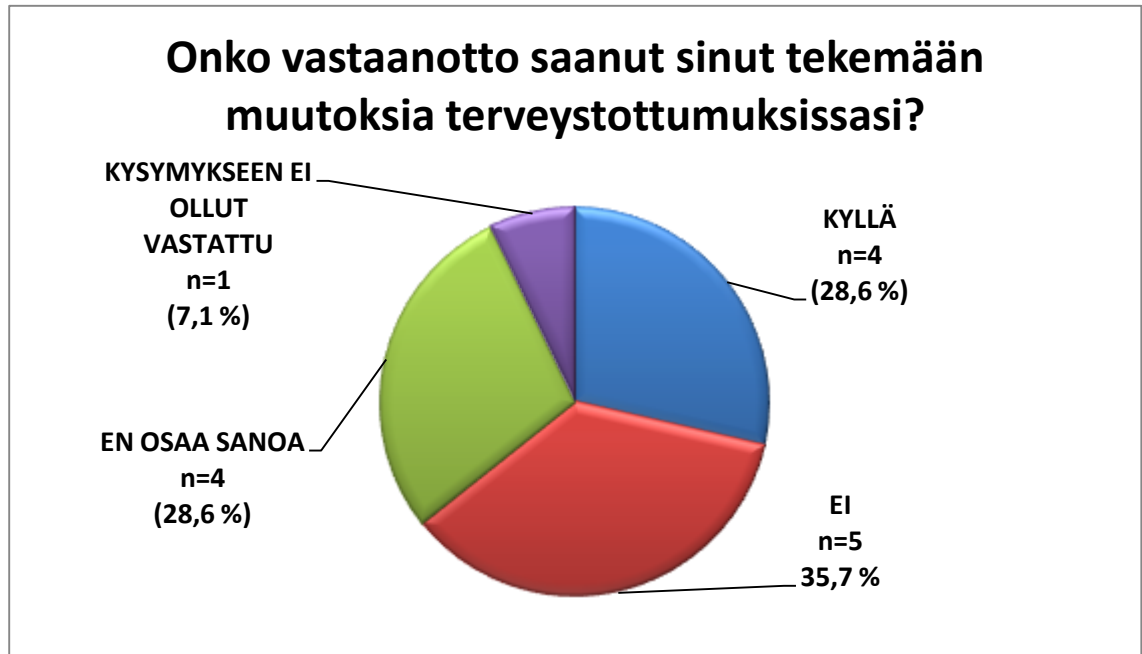
Neljä vastaanotolla käyneistä vastaajista (n=14) oli muuttanut terveystottumuksiaan parempaan suuntaan (~ 28,6 %). Ruokavalion muutokset, erityisesti kasvisten ja hedelmien syönnin lisääminen, olivat yleisimpiä terveystottumusten muutoksia. Muutama asiakas oli löytänyt innostusta liikuntaa kohtaan. Vastaajat itse kuvaavat tekemiään muutoksia esimerkiksi seuraavasti:

”Syön enemmän kasviksia ja hedelmiä ja liikun”

”Vähentäny suolan käyttöä”

”Liikkumaan enempi luonnossa”

Viisi ei ollut tehnyt muutoksia terveystottumuksissaan (~ 35,7 %). Neljä ei osannut sanoa, oliko vastaanotto saanut heitä tekemään muutoksia (~ 28,6 %). Yksi vastaanotolla käyneistä ei ollut vastannut tähän kysymykseen ollenkaan (~ 7,1 %). (Kaavio 4.)



Kaavio 4. Onko vastaanotto saanut sinut tekemään muutoksia terveystottumuksissasi?

Vastaajat antoivat pääosin positiivista palautetta vastaanotostamme. Palautetta antoi myös osa vastaajista, jotka eivät olleet käyneet vastaanotolla. Vastauksista nousi esille meidän ystävällisyytemme ja avoin ilmapiiri vastaanotolla. Moni vastaaja piti tärkeänä tällaisen terveyttä edistävän vastaanoton olemassaoloa. Usea vastaaja koki saaneensa tietoa meiltä. Näin asiakkaat kuvasivat omin sanoin, mitä hyvää vastaanotossamme oli:

”Todella kiva juttu kaiken kaikkiaan”

”Kaikki”

”Että voi käydä sais vakituiseksi”

”Ystävällisyys”

”Oli sopiva päivä, mutta voisi olla pari kertaa viikossa enempi”

”Yleisesti vastaan että oli hyvä kaikki”

”Tietoa sai hyvin”

”Kivat hoitajat”

Kysyimme vastaajilta, mitä he mahdollisesti jäivät kaipaamaan. He toivoivat pysyvää palvelua ja lisää vastaanottoaikaa. Vastaajat jäivät myös kaipaamaan erilaisia klinisiä tutkimuksia, kuten verensokeri- ja kolesterolimittauksia. Asiakkaiden vastaukset olivat tällaisia:

”Kaipaam taloomme terveyden hoitajan palvelua”

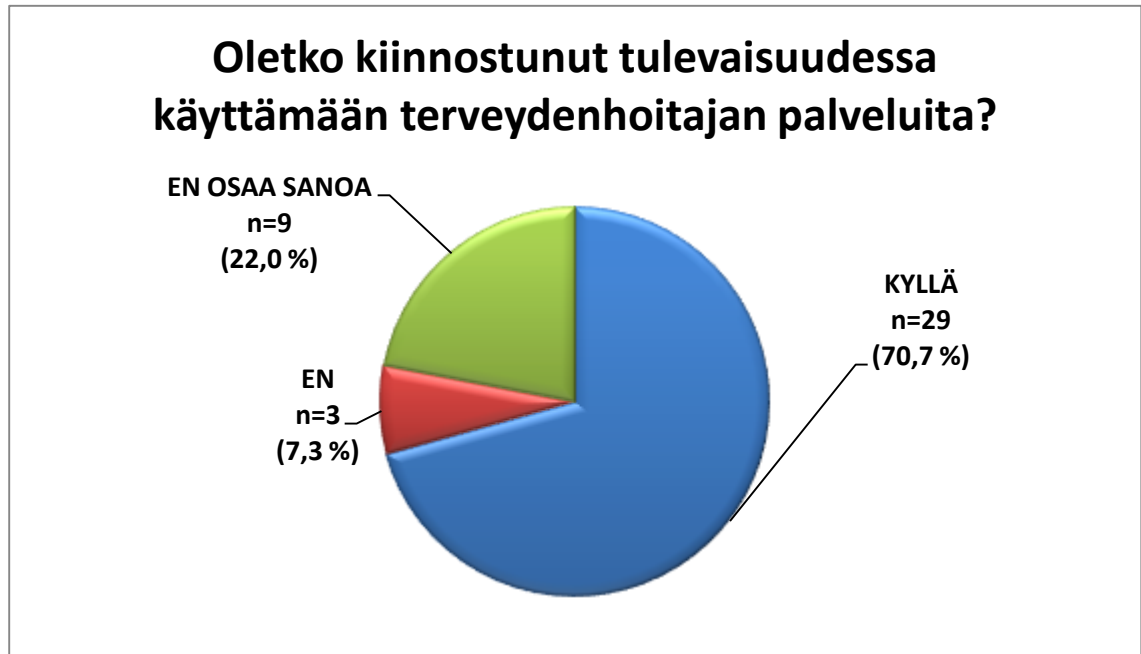
”Sitä että olisi saanut olla pidemmän aikaa auki kun vain 2 tuntia olisi tarvinnut olla pidempään auki”

”Saisi olla jatkossakin kerran viikossa”

”Terveydenhoitajalla käynti oli omasta aktiivisuudesta kiinni”

”Pika verensokeri määrite”

Vastaajista (N=41) 29 oli kiinnostunut tulevaisuudessa käyttämään terveydenhoitajan palveluita (~ 70,7 %), kun puolestaan kolme ei ollut kiinnostunut kyseisestä palvelusta (~ 7,3 %). Yhdeksän vastaajista ei osannut sanoa kantaansa (~ 22,0 %). (Kaavio 5.)



Kaavio 5. Oletko kiinnostunut tulevaisuudessa käyttämään terveydenhoitajan palveluita?

Kokkotyö-säätiön valmentautujilla on taustallaan työttömyyttä ja joillakin osatyökykyisyyttä. Vastaanottoa pitäessä koimme, että osalle valmistautujista on hankalaa hakeutua terveystalouden piiriin, koska heiltä puuttuu oma-aloitteisuutta ja tietoa terveystaloudesta. Tämän vuoksi koemme, että helposti saatavilla oleva terveydenhuollon palvelu edesauttaisi hoitoon hakeutumista ja avun saantia sekä terveyden edistämistä. Mielestämme olisi hyvä, jos Kokkotyö-säätiön valmentautujilla olisi saatavilla vakituinen terveydenhoitajan vastaanotto ja säännölliset terveystarkastukset.

5.4 Omat oppimiskokemukset

Terveyden edistäminen oli vastaanotollamme pääosassa. Haarala ym. (2008) ja Liimatainen ym. (2005) myös toteavat, että terveydenhoitajan työssä on olennaista terveyden edistäminen. Meidän mielestämme onnistuneella vuorovaikutuksella oli tärkeä

merkitys asiakkaan terveyttä edistettäessä. Onnistuneessa vuorovaikutustilanteessa korostuivat avoimuus, aito läsnäolo, kiinnostuneisuus, voimavaralähtöisyys sekä asiakkaan ja hänen elämäntilanteensa tunteminen eli yksilöllisyyden huomiointi. Keinoja, joilla pyrimme edistämään asiakkaiden terveyttä, olivat terveystalkot, erilaiset mittaukset ja seulonat. Loimme vastaanotolle positiivisen ilmapiirin ja olimme innostavia ja kannustavia.

Kappaleessa 2.5.1 esittelimme terveystalkotumalleja, joista motivoivaa potilashaastattelua opettelimme käyttämään työvälineenä vastaanotollamme. Käytimme haastattelumallia elintapaohjauksessa. Vastaanotollamme korostui haastattelumallin käyttäminen liikunta- ja ruokatuottumusten muuttamisessa sekä tupakoinnin vähentämisessä. Kuten Mustajoki ja Kunnamo (2009) sekä Haarala ym. (2008) kertovat, on motivoivan haastattelun tarkoituksena saada asiakas ajattelemaan aihetta esittämällä avoimia kysymyksiä. Tämä oli myös meidän periaatteemme vastaanotolla. Annoimme asiakkaille mahdollisuuden kertoa terveystuottumuksistaan omin sanoin, ja esitimme tarvittaessa täydentäviä kysymyksiä. Yhdessä asiakkaan kanssa pohdimme ratkaisumalleja, toimme esille erilaisia vaihtoehtoja sekä tuimme elintapamuutoksessa. Vältimme kuitenkin tekemästä päätöksiä asiakkaan puolesta. Tavoitteena oli, että asiakas itse löytää sopivimman ratkaisun.

Muutosvaihemallia oli hieman vaikea käyttää hyödyksi, koska terveydenhoitajaopintomme eivät vielä olleet alkaneet, kun käynnistimme vastaanoton. Kaikkien asiakkaiden kanssa tapaaminen ei myöskään ollut säännöllistä, mitä muutosvaihemallin hyödyntäminen olisi vaatinut. Jotkut asiakkaista halusivat vain tulla juttelemaan, ja miettimään hieman terveyttä ja terveellisiä elämäntapoja, mutta eivät tavoitelleet sen enempää. Useimmat asiakkaista olivat esiharkinta- tai harkintavaiheessa, jolloin rohkaisimme heitä ja annoimme vinkkejä. Pari asiakasta oli pidemmällä muutosvaiheessa, silloin olikin vaikeampaa löytää keinoja. Tarvitsemme lisää kokemusta muutosvaihemallin hyödyntämisestä. Interventiivisen haastattelumenetelmän taitaminenkin varmasti lisääntyy kokemuksen myötä.

Voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa on keskeistä asiakkaan voimavarojen ja muutosvalmiuden tunnistaminen (Romo 2004). Pyrimme huomioimaan jokaisen asiakkaan yksilölliset voimavarat ja elämäntilanteen. Huomasimme, että yksilöllisyyden huomioiminen vastaanotolla tuli luonnostaan, mutta sen onnistuminen riippui myös siitä, kuinka avoimesti ja aktiivisesti asiakas kertoi itsestään.

Meillä oli projektin aikana käytössämme samoja seulontoja kuin WIRE-projektissa (Hakulinen ym. 2006). Samoja seulontoja olivat tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake sekä Audit-testi. Opimme siis käyttämään yleisesti käytettyjä ja hyväksi todettuja seulontoja.

Projekti oli kokonaisuudessaan meille opettavainen. Saimme lisää varmuutta erilaisten mittausten sekä seulontojen tekemiseen; erityisesti hemoglobiininäytteen ottamisesta saimme lisäkokemusta. Elintapaohjaustaidot ja terveystietämyksemme karttuivat. Tämä oli meille kaikille laajin ja pitkäkestoinen projekti, missä olemme olleet mukana. Projektityöskentelyn myötä opimme tekemään yhteistyötä työelämän kanssa, laatimaan yhteistyösopimuksen ja harjaannuttamaan esiintymistaitoa. Opimme myös joustavuutta, sinnikkyyttä ja omien mielipiteiden esille tuomista. Tästä on tulevaisuudessa meille varmasti hyötyä, missä tahansa työskentelemmekin.

Vastaanottoja pitäessämme opimme kohtaamaan hyvin erilaisia asiakkaita ja hahmottamaan asiakkaan kokonaistilannetta. Terveystietämyksen lisääntyessä olemme saaneet varmuutta elintapaohjaukseen ja neuvontaan. Sosiaaliset kanssakäymiset ovat antaneet varmuutta ja lisänneet vuorovaikutustaitojamme.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tilastokeskuksen mukaan helmikuussa 2010 työttömiä oli Suomessa 42 000 enemmän kuin edellisvuoden helmikuussa. Työttömyysaste oli tällöin 9,2 %. Se kasvoi edellisen vuoden helmikuuhun verrattuna 1,6 prosenttiyksikköä. (Tilastokeskus 2010.) Opinnäytetyömme aihe oli siis erittäin ajankohtainen ja merkittävä. Tästä syystä myös syrjäytymisen ehkäisyyn tulisi panostaa entistä enemmän. Opinnäytetyömme aiheen mielenkiintoisuutta lisäsi juuri tämä yhteiskunnallinen merkittävyys. Mielestämme teimme projektin tärkeästä asiasta. Toivomme, että tästä oli hyötyä asiakkaille ja heidän kiinnostuksensa omaa terveyttä kohtaan heräsi tai vahvistui.

Etukäteen pelkäsimme, että suurin mahdollinen riski projektissamme olisi asiakkaiden puuttuminen. Vastaanotolle tuleminen oli vapaaehtoista, joten emme voineet etukäteen tietää, millainen suosio vastaanotollamme olisi. Luotimme, että asiakkaat rohkaistuvat projektin aikana tulemaan vastaanotolle projektin pitkän keston vuoksi. Opiskelijan pitämästä vastaanotosta Kokkotyö-säätiöllä oli myös ollut muutama vuosi sitten lyhyt kokemus, tällöin se oli suosittu. Jokaisella pitämällämme vastaanottokerralla kävi asiakkaita, mutta vastaanotot 12–14 olivat hiljaisia. Tuolloin kävi vain yksi asiakas vastaanottokertaa kohden. Tällöin lisäsimme tiedottamista vastaanotosta, kiersimme kaikki yksiköt ja pyysimme yhteyshenkilöämme tiedottamaan myös asiasta työyksikköpalavereissa. Aktiivinen tiedottaminen kannatti ja asiakasmäärät kääntyivät jälleen nousuun. Uskomme, että valmentautajat puhuivat myös keskenään vastaanotostamme ja näin ollen tieto vastaanotosta levisi myös ”puskaradion” kautta.

Ajattelimme, että meiltä ei opiskelijoina löydy kaikkiin asioihin vastauksia ja tietoa. Pyrimme kuitenkin selvittämään asiat, joita emme vielä tienneet ja tukenamme terveyteen liittyvissä kysymyksissä oli tarvittaessa tukihenkilö Kokkotyö-säätiöltä. Käytössämme oli vastaanotolla myös Internet, jonka avulla pystyimme tarvittaessa etsimään lisätietoa. Loppujen lopuksi voimme todeta, että vastaanotolla esiin tulleet asiat eivät olleet liian

haastavia, ja pärjäsimme hyvin käytössämme olleiden apukeinojen ja toistemme tuen avulla.

Luotettavuus ja eettisyys kulkivat koko projektin ajan vahvasti mukana ja ne olivat meille tärkeitä asioita. Huomioimme asiakkaiden itsemääräämisoikeuden; vastaanotolle tuleminen ja kyselylomakkeiden täyttäminen oli vapaaehtoista. Projektin aikana kerätyt tiedot olivat vain meidän käytössämme ja muistitikkua säilytimme lukitussa paikassa. Noudatimme projektin aikana vaitiolovelvollisuutta kaikista asiakkaisiin ja Kokkotyö-säätiöön liittyvistä asioista. Pystyimme kuitenkin keskenämme keskustelemaan ja käymään läpi mieltä askarruttavia asioita. Projektin ajan pitämämme päiväkirja on säilytetty salassa, eivätkä sitä ole meidän lisäksi muut saaneet lukea. Olemme selostaneet projektin vaiheet tarkasti ja rehellisesti, emmekä ole plagioineet toisten tekstiä työhömmme. Lopuksi arvioimme projektia realistisesti. Opinnäytetyömme luotettavuutta lisäsi mielestämme se, että meitä oli kolme analysoimassa projektin tuloksia. Kirjoittaessamme pyrimme siihen, että työstämme ei voisi tunnistaa asiakkaita. Vastaanoton kesto, viisi kuukautta, oli mielestämme riittävä tutkimustulosten saamiseksi ja kesto takasi myös sen, että mahdollisimman moni Kokkotyö-säätiön valmentautuja ehti hyötyä vastaanotosta.

Ryhmän työnjako onnistui mielestämme hyvin ja tasapuolisesti. Jokainen toi esille omaa osaamistaan, mutta kaikki kuitenkin osallistuimme jokaiseen projektin työvaiheeseen. Saimme kannustusta ja tukea toisiltamme. Vastaanottoa pitämässä oli meistä aina kaksi. Tämä osoittautui hyväksi ratkaisuksi, sillä saimme siten tukea ja apua toisiltamme. Jos me kaikki kolme olisimme olleet yhtä aikaa vastaanotolla, työnjako ei olisi ollut selkeä ja asiakkaalla olisi ehkä ollut epämukava olo kolmen vastaanoton pitäjän edessä. Nyt työnjako meni niin, että toinen kirjasi kirjaamis pohjaan ja toinen teki mittauksia asiakkaalle ja haastatteli aktiivisemmin häntä.

Kirjallista työtä kirjoitimme pääsääntöisesti yhdessä, mutta valitsimme myös kukin aihealueita, joihin tutustuimme itsenäisesti. Tavatessamme kävimme löytämämme tiedot läpi ja kokosimme ne yhteen. Koemme, että teimme tasapuolisesti töitä ja kaikkien ideat

otettiin huomioon. Joitakin näkemuseroja meillä on ollut kirjallisen osion rakentamisessa. Suuremmilta ristiriidoilta olemme kuitenkin välttyneet koko projektin ajan.

Ohjausryhmä kokoontui yhteensä kolmesti, joista viimeisimmässä on tarkoitus esitellä projektimme tuloksia ja keskustella projektin onnistumisesta. Ohjausryhmä on ollut taustatukenamme koko projektin ajan ja ollut tavoitettavissa tarvittaessa. Olemme selviytyneet melko hyvin mielestämme omillamme, mutta tukea olemme saaneet esimerkiksi silloin, kun vastaanotollamme oli hiljainen ajanjakso.

Terveydenhoitajaksi kasvamista on tapahtunut koko projektimme ajan. Etenkin nyt, kun valmistumiseen ei ole enää pitkä aika, huomaamme miettivämme asioita syvällisemmin. Pohdimme sitä, millainen on hyvä terveydenhoitaja ja miten voisimme itse kehittyä sellaiseksi. Olemme miettineet työn vastuullisuutta ja laajuutta; välillä se on tuntunut meistä hieman pelottavaltakin. Olemme kuitenkin varmoja, että olemme oikealla alalla sekä haluamme kehittyä hyviksi ja ammattitaitoisiksi terveydenhoitajiksi. Projektin aikana ahkeruimme ja hankimme paljon tietoa. Ymmärrämme ja hyväksymme, ettei kaikkea tarvitse tietää ja osata vielä, se ei olisi mahdollistakaan. Päästessämme työelämään tulee siellä vielä vastaan paljon uusia asioita, joita oppii kokemuksen myötä.

Monilta asiakkailta tuli toivomus, että vastaanottoa olisi saanut olla useampi tunti viikossa, mutta se ei ollut mahdollista järjestää muun opiskelun vuoksi. Vastaanotolla olisimme voineet tehdä toisin seuraavia asioita; olisimme voineet tehdä asiakkaiden kanssa enemmän Audit-testejä ja tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeita heti ensikäynnillä. Terveystarkastuslomakkeita olisimme voineet myös täyttää enemmän ja meidän olisi pitänyt muokata se lyhyemmäksi. Saimme hankittua ohjausmateriaalia ja välineitä käyttöömmme kiitettävästi. Hemoglobiinimittarin olisimme toivoneet saavamme heti aluksi käyttöömmme, kuten pyysimme. Tämä toteutui kuitenkin viimeisen vastaanottokuukauden aikana.

Mielestämme projekti kokonaisuudessaan oli onnistunut. Projekti oli laaja sekä aikaa vievä ja toteutimme sen tiiviissä aikataulussa. Aloitimme projektin suunnittelun jo hyvissä ajoin, yli puoli vuotta aikaisemmin ennen kuin vastaanotto käynnistyi. Välillä meistä tuntui, että aikataulu oli turhankin tiukka muun opiskelun ohella, mutta saimme kuitenkin hyvin toteutettua projektin ja kirjoitettua kirjallisen osion. Aikataulu oli hyvin suunniteltu ja se piti. Saimme positiivista palautetta Kokkotyö-säätiön henkilöstöltä sekä valmentautujilta. Koemme itsekin, että meidät otettiin hyvin vastaan ja vastaanotto oli antoisa sekä itsellemme että kohderyhmällemme ja Kokkotyö-säätiön henkilökunnalle.

Opinnäytetyömme johtopäätöksinä voimme todeta, että työttömyys vaikuttaa hyvin yksilöllisesti ihmisiin. Yleisesti ei voida ajatella, että työttömät eivät huolehdi terveydestään. Meidän kohderyhmästäme osa valmentautujista oli kiinnostunut terveydestä ja piti siitä huolta, mutta suurelta osalta puuttui motivaatiota ja tietoa siitä, kuinka terveyspalveluita voisi hyödyntää. Myös taloudellinen tilanne vaikutti osalla siihen, ettei kaikilla asiakkaistamme ollut säännöllistä harrastustoimintaa. Kuntosali- ja uintiliput sekä pelivarusteet olivat monen mielestä liian arvokkaita hankintoja. Tässä juuri hyötyliikunnan tärkeydestä puhuminen korostui.

Opinnäytetyön tulosten ja omien tulkintojemme perusteella käy ilmi, että terveydenhoitajan terveyttä edistävän vastaanoton tarve on melko suuri. Monet valmentautajat tarvitsivat neuvontaa, ohjausta ja keskustelukumppania. Luultavasti työttömät yleensäkin tarvitsisivat ja hyötyisivät tämänkaltaisesta terveyspalvelusta. Vastaanoton läheisellä sijainnilla ja palvelun helpolla saatavuudella on tärkeä merkitys. Omaa vastaanottoa pitäessä saimme huomata, että jos vastaanotto olisi ollut useamman päivän viikossa valmentautujien käytössä, olisi se myös voinut saavuttaa enemmän asiakkaita. Kokkotyö-säätiöllä työskentelevillä valmentautujilla on yksilöllisesti suunnitellut työajat, ja tästä syystä kaikille eivät meidän vastaanottomme aukioloajat olleet käytännölliset. Aktiivisella tiedottamisella voidaan vaikuttaa palvelun löytämiseen ja sen olemassaolon muistamiseen. Työttömien terveyteen, hyvinvointiin ja selviytymiseen on onneksi alettu kiinnittää Suomessa huomiota ja sen eteen on jo tehty työtä. Työttömyyden tällä hetkellä lisääntyessä olisi mielestämme tärkeä kiinnittää työttömien terveyspalveluihin jatkossakin huomiota.

Mahdollisia jatkotutkimus- tai projektiaihteita opinnäytetyöllemme olisi samantyyppisen vastaanoton pitäminen tulevaisuudessa. Suosittelemme, että mahdolliset tulevat vastaanoton pitäjät tekisivät mahdollisimman paljon asiakkaiden kanssa seulontoja, kuten Audit-testiä. Vastaanottoa varten muokkaamamme terveystarkastuksen voisi jatkossa lyhentää käytännöllisemmäksi. Oppimisen kannalta tällainen toiminnallinen opinnäytetyö olisi loistava kokemus muillekin opiskelijoille, mutta valmentautujien kannalta tietysti olisi toivottavaa, että terveydenhoitajan vastaanotto olisi jatkuvaa. Jatkossa tutkimuksella voisi selvittää, mikä merkitys pysyvällä terveydenhoitajan vastaanotolla olisi valmentautujien fyysiseen ja henkiseen hyvinvointiin sekä työllistymiseen.

Vastaanottoa pitäessämme huomasimme, että monella asiakkaalla oli vähän tietämystä liikunnan suotuisista terveysvaikutuksista ja moni heistä harrasti vain vähän säännöllistä liikuntaa. Tämän tiedon pohjalta saimme idean toteuttaa kehittämistehtävän samalle kohderyhmälle. Kehittämistehtävän tavoitteena oli motivoida valmentautujia liikkumaan enemmän ja välittää tietoa liikunnan vaikutuksista hyvinvointiin. Kehittämistehtävän toteutukseen kuului liikuntalehtisen tekeminen ja taukojumppien pitäminen pesulan ja tekstiiliyksikön valmentautujille.

LÄHTEET

Painetut teokset

Ala-Kauhahuoma, M., Keskitalo, E., Lindqvist, T. & Parpo, A. 2004. Työttömien aktivointi. Kuntouttava työtoiminta – lain sisältö ja vaikuttavuus. Stakes – tutkimuksia 141. Saarijärvi: Gummerus.

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Otava.

Gould, R., Ilmarinen, J., Jarvisalo, J. & Koskinen, S. 2006. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 –tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystieteiden osaaminen. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen, T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: näkökohtia terveyteen. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen, K. Sirola. 2002. Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Hirvonen E., Pietilä A-M., Eirola R. 2002. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämiseksi. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen, K. Sirola. 2002. Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOY.

Koivisto, T. 2002. Terveys 2015 – kansanterveysohjelma – terveyden edistäminen kaikkien yhteisenä asiana. Teoksessa T. Koivisto, A. Muurinen, A. Peiponen, E. Rajalahti. 2002. Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveiden edistäminen. Helsinki: Tammi.

Kokkonen, S. 2000. Työttömien käsityksiä terveydenhoitajien terveyttä edistävästä toiminnasta. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Koponen, P., Hakulinen, T. & Pietilä, A-M. 2002. Asiakas ja terveystieteet. Työikäiset. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen, K. Sirola. 2002. Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveiden edistämisen etiikan lähtökohdat. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen, K. Sirola. 2002. Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Porvoo: WSOY.

Manninen, P. Laine, V. Leino, T. Mukala, K. & Husman, K. 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.

Naumanen-Tuomela, P. 2001. Työterveyshoitajan asiantuntijuus työikäisten terveydenedistämistyössä muuttuvassa yhteiskunnassa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa: Torkkola, S. (toim.) 2002. Terveysviestintä. Helsinki: Tammi.

Rautio, M. 2008. Työikäinen terveydenhuollon asiakkaana. Teoksessa P. Haarala, H. Honkanen, O-K. Mellin, & T. Tervaskanto-Mäentausta. 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Helsinki: Edita.

Suomen Punainen Risti, Engel-yhtymä, Net Effect, Opintotoiminnan Keskusliitto, Suomi-Somalia seura. 2005a. Spring-hanke. Taitaja. Malli yksilöllisten mahdollisuuksien löytämiseen. F.G. Helsinki: Lönnberg.

Valjakka, P. 2008. Hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja työttömien terveyden edistämiseen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2/2008.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Virtanen, P., Jalava, J., Koskela, T. & Kilappa, J. 2006. Syrjäytymistä ehkäisevien EU-hankkeiden arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:46.

Lehtiartikkelit

Hakulinen, A., Matilainen, I., Hartikainen, I., Suuronen, N. & Siukonen, H. 2006. Wire-projekti: Terveystarkastus pitkäaikaistyöttömän työllistymisen ja terveyden edistämisen lähtökohdaksi. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2/2006.

Heljälä, L. 2004. Alkoholien käytön puheeksiottoa, suurkuluttajien seulontaa sekä mini-interventiotointia lisätään työterveyshuollossa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 7/2004.

Kaleva, H. & Viitanen, K. 2009. Elämä hallintaan yhteisvoimin – pienryhmätoimintamalli elämän aktivoimiseen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 4-5/2009.

Liimatainen, L., Hartikainen, I., Matilainen, I., Katainen, I., Pernu, M., Pohjolainen, M. & Leiwo, L. 2005. Väestön terveyden edistäminen terveydenhoitajan osaamisen lähtökohdaksi. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 8/2005.

Mattila, A. 2009. Risto ja Heidi lähdössä uusille urapoluille. Kalajoelta pitkäaikaistyöttömien työllistämismallia koko valtakuntaan. Kalajoki-lehti 25.11.2009.

Nygren, P. 2009. Terveystietä ja hyvinvointia hoitotyön johtamisella. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 3/2009.

Pahkasalo, S. 2009. Työkykypassilla takaisin työhön. Kalajoen Seutu 17.6.2009.

Poskiparta, M., Kasila K., Kettunen T., Liimatainen L. & Vähäsarja K. 2004. Uusi työväline elintapojen muutosta tukevaan terveysneuvontaan. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 7/2004.

Rautio-Ottman, T. & Hakulinen, A. 2008. Työttömän terveystarkastukset lisäävät tasa-arvoa. Sairaanhoitaja 3/2008.

Sähköinen julkaisu

Alatalo, J. & Paananen, M. 2007. Aktivointisuunnitelma tehty - Kokkolan pitkäaikaistyöttömyys ja aktivointipolitiikka rekisteritietojen valossa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. Www-dokumentti. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18341/URN_NBN_fi_jyu-200801161060.pdf?sequence=1. Luettu 16.1.2010.

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 14/2008. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf. Luettu 16.1.2010.

Hermanson, E. 2008. Muiden päihteiden käyttö. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00055. Luettu 4.10.2009.

Huuskonen, M. S. 2010. Työterveyshuolto. Työterveyslaitos. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tyoterveyshuolto/>. Luettu 30.1.2010.

Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J. & Perko, U. 2006. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu sairaalassa. Sairaanhoitaja 1/2006. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2006/muut_artikkelit/voimavarakeskeinen_neuvontakesku/. Luettu 13.11.2009.

Kokkolan kaupunginhallitus. 2009. Työllisyysraportti. Www- dokumentti. Saatavissa: <http://kokwww.kokkola.fi/dynastia/kokous/KOKOUS-2755-13.HTM> . Luettu 17.9.2009.

Kokkotyö-säätiö. 2009. Www- dokumentti. Saatavissa: <http://www.kokkotyo.fi/>. Luettu 17.9.2009.

Kokkolan työttömät ry. 2009. Www-sivut. Saatavissa: <http://www.kpnet.com/kokkolan.tyottomat/>. Luettu 1.10.2009.

Kyrönlahti, E. 2005. Työterveyshuollossa työskentelevän terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen. Itsesäätelyvalmiuksien kehittäminen ammattikorkeakoulussa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Kasvatustieteiden laitos. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6445-1.pdf>. Luettu 4.1.2010.

Mannila, S. & Martikainen, P. 2005. Työttömyys. Www- dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00011&p_haku=ty%F6tt%F6myys . Luettu 23.9.2009.

Mustajoki, P. 2009. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034&p_haku=verenpaine. Luettu 15.1.2009.

- Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Terveyskirjasto Duodecim. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147&p_haku=motivoiva_potilashaastattelu . Luettu 29.10.2009
- Niiranen, T. 2008. Home Blood Pressure Measurement – Epidemiology and Clinical Application. Publications of the National Public Health Institute 16/2008. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://outlook-sso.cou.fi/exchweb/bin/redirect.asp?URL=https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38562/diss2008niiranen.pdf?sequence=1> . Luettu 14.3.2010.
- Partinen, R. 2008. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuolto – Terveydenhoitajapäivät 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. PowerPoint-esitys. Saatavissa: <http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/index.php?mid=252>. Luettu 29.9.2009
- Päihdelinkki. 2008. Motivoiva haastattelu. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/motivoiva-haastattelu>. Luettu 13.11.2009.
- Romo, L. 2004. Sairaanhoitajan rooli on keskeinen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Sairaanhoitaja 10/2004. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2004/muut_artikkelit/sairaanhoitajan_rooli_on_keskein/. Luettu 13.11.2009.
- Saikku, P. 2008. Välityömarkkinat työttömien terveydenhuollon näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Diaesitys. Www-dokumentti. Saatavissa: http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/149468B2-F7EE-4894-A104-F796EE60D4BA/0/Saikku_Kaste_seminaari_151008.ppt. Luettu: 12.1.2010.
- Saikku, P. 2009. Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja –palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Raportti 22/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0b1c0c86-edd3-4e4b-b3cd-d1492b5a6830>. Luettu 30.1.2010.
- Sinervo, L. 2008. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuus 2007-2009. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saatavissa: <http://74.125.77.132/search?q=cache:Rh-h0eCQHQSJ:info.stakes.fi/NR/rdonlyres/E73E01B4-6600-4525-9FB5-132038406614/0/Sinervo120308.ppt+stm,+pitk%C3%A4aikaisty%C3%B6tt%C3%B6mien+terveydenhuolto&cd=4&hl=fi&ct=clnk&gl=fi>. Luettu 1.10.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Www-dokumentti. Saatavissa: www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf. Luettu 29.9.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistäminen. Kuntainfo 4/2008. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1247207>. Luettu 29.9.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-

[3683.pdf&title=Sosiaali_ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf](#). Luettu 1.10.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Terveyspalvelut. Työterveyshuolto. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut. Luettu 30.1.2010.

Suomen Akatemia 2000. Terveiden edistämisen tutkimusohjelma (TERVE). Ohjelmamuistio. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/P%C3%A4%C3%A4ttyneet%20ohjelmat/Programme%20Memorandum%20\(TERVE\).pdf](http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/P%C3%A4%C3%A4ttyneet%20ohjelmat/Programme%20Memorandum%20(TERVE).pdf). Luettu: 3.1.2010.

Suomen Punainen Risti 2009. Spring – Yhteistyöllä työtä, tuloksia ja hyvinvointia. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.redcross.fi/punainenristi/response/spring/fi_FI/index/. Luettu 29.12.2009.

Suomen Punainen Risti, Engel-yhtymä, Net Effect, Opintotoiminnan Keskusliitto, Suomi-Somalia seura. 2005b. Spring-hanke. Taitaja. Malli yksilöllisten mahdollisuuksien löytämiseen. Työttömyys ja elämänhallinta. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.redcross.fi/ext/spring/tuotteet/taitaja/tyottomuus.html>. Luettu 29.12.2009.

Taskinen, M. 2009. 644 Motivoiva haastattelu. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>. Luettu 13.11.2009.

Tilastokeskus. 2010. Helmikuun työttömyysaste 9,2 prosenttia. Www-dokumentti. Saatavissa: http://stat.fi/til/tyti/2010/02/tyti_2010_02_2010-03-23_tie_001_fi.html. Luettu 8.4.2010.

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2009. Työttömät työnhakijat. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tem.fi/index.phtml?s=2622>. Luettu 1.12.2009.

Yle. 2010. Työttömien terveydenhuolto tehostuu. Www-dokumentti. Saatavissa: http://yle.fi/alueet/keski-pohjanmaa/2010/03/tyottomien_terveydenhuolto_tehostuu_1521722.html?origin=rss. Luettu 30.3.2010.

Julkaisemattomat lähteet

Kokkotyö-säätiö. 2008. Vuosikertomus.

Kokkotyö-säätiö. 2010. Valmentautujatilanne syyskuu 2009 – tammikuu 2010.

Niiranen, K. 2009. Työttömien terveyspalvelut ja niiden kehittäminen – mikä on työterveyshuollon rooli palvelun järjestämisessä? Työterveyslaitos. Diaesitys.



KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU
MELLERSTA ÖSTERBOTTENS YRKESHÖGSKOLA

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

| | |
|---|---|
| Opinnäytetyön tekijä/t Janika Möttönen, Miia Salmela ja Henna Pirttijärvi | Aloituspäivämäärä syyskuu 2009, viikko 37 vastaanottotilan valmistelua ja yksikköpalaverissa esittäytyminen, viikolla 38 alkaa vastaanotto. |
| Koulutusohjelma Terveydenhoitaja (AMK) | Yksikkö Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan oppilaitos |
| Koulutusohjelman yliopettaja Maija Maunula | Ehdotus opinnäytetyön ohjaajaksi Maija Maunula |
| Opinnäytetyön työnimi (aihe) Terveydenhoitajan terveyttä edistävän vastaanoton pitäminen Kokkotyö-säätiön valmentautujille ja vastaanoton tarpeellisuuden selvittäminen | |
| Tutkimusongelma/kehittämistehtävä Tutkimme Kokkotyö-säätiön valmentautujien tarpeita vastaanotolla sekä terveydenhoitajan vastaanoton tarpeellisuutta tulevaisuudessa. Lopuksi selvitämme myös asiakkaiden mielipiteitä vastaanotostamme. | |
| Opinnäytetyön tavoite ja rajaus/tutkimustulokset Opinnäytetyön tavoitteena on suunnitella ja toteuttaa Kokkotyö-säätiön valmentautujille terveyspalveluita. | |

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

| |
|--|
| <p>Opinnäytetyön alustava aikataulu (pvm:t kuukauden tarkkuudella)</p> <p>Aloituspalaveri (ohjaaja, työn tekijä, työelämäohjaaja) [huhtikuu 2009] Toteutussuunnitelman esittäminen [toukokuu 2009] Vastaanoton käynnistäminen [syyskuu 2009] Väliraportointi [joulukuu 2009] Ohjaajan tarkastus ja/tai loppupalaveri [huhtikuu 2010] Opinnäytetyön hyväksyttäväksi jättäminen [huhtikuu 2010] Opinnäytetyön seminaariesitys [huhtikuu 2010] Kypsyyskoe [toukokuu 2010]</p> |
| <p>Toimeksiantajan yhteystiedot (yritys, yhteyshenkilön nimi, osoite, puhelin, sähköposti)</p> <p>Kokkotyö-säätiö, Yrittäjäntie 2, 67100 Kokkola, (06) 8240 000 Yhteyshenkilö Anita Hevosmaa, anita.hevosmaa@kokkotyö.fi</p> |
| <p>Tämä sopimus on laadittu kolmena kappaleena. Sopimuskappaleet toimitetaan opinnäytetyön tekijälle, toimeksiantajalle sekä työn ohjaajalle. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun opiskelija sitoutuu tekemään toimeksiantajan toimeksiannosta edellä mainitusta aiheesta opinnäytetyön toukokuuhun 2010 mennessä.</p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön työssä tarvittavaa tietoa sekä arvioimaan opinnäytetyön valmistuttua sen hyödynnettävyyttä toiminnassaan. Toimeksiantaja maksaa tarkoituksenmukaiset kustannukset. Toimeksiantaja voi maksaa opinnäytetyön tekijälle palkan. Opinnäytetyön kansitus maksaa 25 euroa, jonka opiskelijat maksavat itse.</p> <p>Tämän sopimuksen osapuolet ovat velvolliset pitämään salassa kaiken, mitä he toimeksiannon yhteydessä ovat saaneet tietoonsa asioista, joita voidaan pitää toisen sopijapuolen liikesalaisuutena. Opinnäytetyö käydään läpi ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa ja se on julkinen asiakirja. Toimeksiantajan tulee erikseen pyytää työn salausta.</p> |
| <p>Päiväys 9.9.2009 <i>Maari Suuronen TÖ</i></p> |
| <p>Työelämäohjaajan allekirjoitus <i>Maaria Viikari</i></p> |
| <p>Opiskelijoiden allekirjoitukset <i>Henna Pöyhönen, Janika Mattoman, Miia Salmela</i></p> |
| <p>Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus <i>Maari Suuronen</i></p> |

| |
|---|
| Neuvonnan alkukartoitus |
| Asiakkaan elämäntyyli ja taustatekijät |
| Asiakkaan asennoituminen terveytensä hoitoon |
| Asiakkaan tietoisuus terveystietoisuudestaan ja muutostarpeesta |
| Asiakkaan muutosvalmius sekä odotukset ja tavoitteet terveytensä hoidosta ja neuvonnast |



| Asiakkaan muutosvalmiuden arvioiminen | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Esiharkintavaihe Asiakas ei ole tietoinen muutostarpeesta tai ei hyväksy sitä →Ei valmis muutoksiin | Harkintavaihe Asiakas on tietoinen muutostarpeesta ja ajattelee vakavasti muutosta tulevaisuudessa →Harkitsee muutosta | Valmistautumis-vaihe Asiakas tekee muutospäätöksen ja alkaa miettiä muutossuunnitelmaa ja siihen sitoutumista →Valmis muutokseen | Toimintavaihe Asiakas alkaa toteuttaa muutos-suunnitelmaa →Toteuttaa muutosta | Ylläpitovaihe Asiakas yrittää ylläpitää muutosta ja estää mahdollisia repsiä →Toteuttaa muutosta |

| Neuvontastrategiat ja esimerkkejä kysymyksistä | | | |
|---|---|---|--|
| Tiedon tarjoamisen toimintatapa: | Muutostarpeen arvioimisen toimintatapa: | Muutosvalmiuden vahvistamisen toimintatapa: | Muutosprosessista keskustelun toimintatapa: |
| → Anna neutraalisti tietoa kyseessä olevasta elintavasta, jos asiakas haluaa tietää →Myös huumori on sallittua | →Rohkaise asiakasta arvioimaan omien tottumusten hyviä ja huonoja puolia →Keskustele asiakkaan tunnekokemuksesta, tulkinnoista ja arvoista →Kuvaa/kerro käytännön esimerkkejä →Kysy avoimia kysymyksiä →Anna palautetta asiakkaan terveyteen vaikuttavasta käyttäytymisestä | →Auta asiakasta arvioimaan elintapamuutoksia →Auta asiakasta pohtimaan tämän hetken ja tulevaisuuden tilanteita →Tue asiakkaan sosiaalisia ja emotionaalisia prosesseja →Auta asiakasta luomaan mielikuvaa erilaisesta tilanteesta kuin aiemmin ja etsimään uusia keinoja ongelman ratkaisuun →Auta asiakasta muutospäätöksen tekemisessä, tavoitteiden asettamisessa ja toimintasuunnitelman laatimisessa | →Auta asiakasta pohtimaan vaihtoehtoja ja korvaavia toimintatapoja →Auta asiakasta harjoittelemaan käytännön taitoja →Rohkaise asiakasta arvioimaan muutoksen ylläpitämistä ja siihen sitoutumista →Tee yhdessä asiakkaan kanssa yhteenveto keskustelusta |
| -Millaisista asioista tarvitsitte tietoa? -Onko joitakin tässä lomakkeessa mainittuja asioita, joista haluaisitte keskustella? -Millaista tietoa olette aikaisemmin saaneet erilaisista rasvoista ja niiden vaikutuksista terveyteen? -Haluaisitteko tietää enemmän näistä asioista? | -Mitä konkreettisesti tarkoitatte säännöllisellä/vähäisellä liikkumisellanne? -Miten suhtaudutte omaan alkoholinkäyttöönne? -Millaisia pulmia teillä on tästä johtuen? -Mitä hyviä/huonoja puolia näette voin käytössä? -Osaisitteko arvioida mistä painonnousunne voisi johtua? -Mitkä tekijät mahdollisesti auttavat/hankaloittavat muutokseen ryhtymistä? | -Miten voisitte välttää ylimääräisten välipalojen syönnin? -Mitä olette jo tehneet välttääksenne ylimääräisiä välipaloja? -Mitä voisitte mahdollisesti tehdä että muutosta tapahtuisi? -Mikä olisi sellaista, mitä tässä tilanteessa voisitte tehdä? -Mikä olisi paras vaihtoehto? -Miten kuvaamassanne tilanteessa voisi toimia jotenkin toisin? -Olisiko se teidän kohdallanne mahdollista? -Mihin muutoksiin olisitte valmis sitoutumaan? | -Miten olette onnistunut pudottamaan painoanne? -Mitkä asiat tukisivat toimintaanne? -Mitä hyötyä tai haittoja olette havainneet tekemillänne muutoksilla olevan? -Voisitteko kertoa esimerkin? -Milloin viimeksi näin tapahtui? |

TYYPIN 2 DIABETEKSEN SAIRASTUMISRISKIN ARVIOINTILOMAKE

Suomen diabetesliitto ry. Testin suunnittelu: Professori Jaakko Tuomilehto, Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos
ja ETM Jaana Lindström, Kansanterveyslaitos.

Rengasta oikea vaihtoehto ja laske pisteet yhteen.

1. Ikä

- 0 p. Alle 45 v.
- 2 p. 45 – 54 v.
- 3 p. 55 – 64 v.
- 4 p. Yli 64 v.

2. Painoindeksi

(katso taulukosta kääntöpuolelta)

- 0 p. Alle 25 kg/m²
- 1 p. 25 – 30 kg/m²
- 3 p. Yli 30 kg/m²

3. Vyötärön ympäryys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)

| MIEHET | NAISET |
|------------------|------------|
| 0 p. Alle 94 cm | Alle 80 cm |
| 3 p. 94 – 102 cm | 80 – 88 cm |
| 4 p. Yli 102 cm | Yli 88 cm |

4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?

- 0 p. Kyllä
- 2 p. Ei

5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?

- 0 p. Päivittäin
- 1 p. Harvemmin kuin joka päivä

6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?

- 0 p. En
- 2 p. Kyllä

7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?

- 0 p. Ei
- 5 p. Kyllä

8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?

- 0 p. Ei

3 p. Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla)

5 p. Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla

| Riskipisteitä yhteensä | p. |
|--|----|
| Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on | |
| alle 7 Pieni: arviolta yksi sadasta sairastuu | |
| 7 – 11 Jonkin verran lisääntynyt: arviolta yksi 25:stä sairastuu | |
| 12 – 14 Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu | |
| 15 – 20 Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu | |
| yli 20 Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu | |

AUDIT-testi

Epäterveellisen alkoholinkäytön seulontatesti. Kysymykset perustuvat Maailman terveysjärjestössä (WHO) kehitettyyn testiin. Kunkin kysymyksen vastauspisteet lasketaan yhteen.

Rastita se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi.

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- 0) ei koskaan
- 1) noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 2) 2–4 kertaa kuukaudessa
- 3) 2–3 kertaa viikossa
- 4) 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 0) 1–2 annosta
- 1) 3–4 annosta
- 2) 5–6 annosta
- 3) 7–9 annosta
- 4) 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

4. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

5. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana et juomisen vuoksi saanut tehdä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet tarvinnut krapularyyppyjä?

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

0) ei koskaan

1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa

2) kerran kuukaudessa

3) kerran viikossa

4) päivittäin tai lähes päivittäin

8. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

0) ei koskaan

1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa

2) kerran kuukaudessa

3) kerran viikossa

4) päivittäin tai lähes päivittäin

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

0) ei

1) on, mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana

2) kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana

10. Onko sukulainen, ystävä, lääkäri tai joku muu henkilö ollut huolissaan juomisestasi tai ehdottanut, että vähentäisit juomistasi tai lopettaisit sen?

0) ei

2) on, mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana

4) kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana

Laske saamasi pisteet yhteen!

Pisteitä 0–7

Kyseessä on todennäköinen kohtuukäyttäjät, jolla alkoholin riskikulutusrajat eivät ylity. Kohtuukäyttäjällä ei esiinny säännöllistä humalajuomista, eikä alkoholin käytöstä ole aiheutunut seurauksia tai ongelmia. Kohtuukäyttäjälle ei kohdisteta neuvontaa, mutta AUDIT-pisteiden kommentointi mahdollistaa tarvittaessa keskustelun asiakkaan tarpeiden mukaisesti.

Pisteitä 8–15

Kyseessä on todennäköisesti varhaisvaiheen riskikuluttaja, jolle annetaan neuvontaa. Riskikulutuksen toteamisessa tarkistetaan AUDIT-pistemäärien lisäksi alkoholinkäytön historia ja käyttömäärät. AUDIT-pistemäärä 8–15 yleensä, joskaan ei aina, merkitsee, ettei asiakkaalla ole alkoholihaittoja tai riippuvuutta.

Pisteitä 16–19

Todennäköiselle riskikäyttäjälle, jolla saattaa olla myös alkoholiriippuvuus, annetaan perusteellinen neuvonta. Perusteelliseen neuvontaan liittyy mielellään seurantakäynti/-käyntejä. Seurannat voidaan liittää osaksi terveyden ja työkyvyn seurantaa ja muihin vastaanottokäynteihin. Seurantakäynnit mahdollistavat tuen elämäntilanteessa ja motivoinnin muutokseen.

Pisteitä \geq 20

Pistemäärä 20 tai enemmän merkitsee lähes aina alkoholiriippuvuutta, ja asiakas voidaan lähettää erityishoitoon (esim. A-klinikka, päihdepoliklinikka) tarkempaa diagnostikkaa ja hoitoa varten. Työterveyshuolto osallistuu asiakkaan kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja tarvittaessa verkostotapaamisiin sekä seuraa asiakkaan hoidon etenemistä. Työterveyshuolto osallistuu tarvittaessa tukitoimien suunnitteluun ja/tai toteuttamiseen työhön paluun mahdollistamiseksi sekä seuraa asiakkaan työssä selviytymistä ja työkykyä.

Työterveyslaitos. 2006. AUDIT-kysely riskikäytön seulontaan. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tyoterveys_huolto/Tyokalut/audit.htm . Luettu 31.3.2010.

Työterveyslaitos. 2006. AUDIT-kyselytesti. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/529293F4-7F5C-4F56-98CB-530B27B4B4B2/0/Auditlomake.pdf> . Luettu 31.3.2010.



TERVEYSTARKASTUSLOMAKE

Henkilö- ja ammattitiedot

Siviilisääty:

Lapsia/lasten iät:

Koulutus:

Kansakoulu [] Peruskoulu [] Keskikoulu [] Ylioppilas [] Ammattikoulu []

Opisto [] ja Muu, mikä _____

Ammatti:

Työpaikka ennen työttömyyden alkamista:

Työttömyysaikasi:

Perhesuhteet

Ketä kuuluu perheeseesi?

Millaiset ovat suhteesi perheen jäseniin?

Sairaudet lähisukalaisilla

Onko jollakin lähisukalaisistanne ollut:

[] Sydän- ja verisuonisairaus

[] Psykkinen sairaus

[] Syöpä

[] Sokeritauti

[] Liikalihavuus

[] Nivelreuma

[] Alkoholismi

[] Verenpainetauti

[] Viherkaihi

[] Astma, heinänuha tai yliherkkyyshottuma

[] Muu, mikä:

Kenellä:

Arvio nykyterveydestä

Oma arvio nykyterveydestä: [] Hyvä [] Kohtalainen [] Huono

Kuinka monta kertaa kävit lääkärissä viimeisen 12 kuukauden aikana?

Viimeisin terveystarkastus on tehty (milloin/missä)?

Terveystottumukset

Tupakointi: En ole tupakoinut Olen tupakoinut _____ vuotta

Savukkeiden määrä päivittäin _____ kpl Lopettanut _____ v/kk sitten

Haluaisitko lopettaa tupakoinnin?

Käytätkö alkoholia? En käytä Kyllä käytän

Kuinka usein ja kuinka paljon kerralla? Mietoja vai väkeviä?

Onko alkoholin käyttö lisääntynyt työttömyytesi aikana?

| | | |
|----------------------------|------------------|----------|
| Syöttekö joka päivä | Varhaisaamiaisen | kyllä/ei |
| | Lounaan | kyllä/ei |
| | Päivällisen | kyllä/ei |
| | Iltapalan | kyllä/en |

Onko sinulla jokin erityisruokavalio tai dieetti?

Onko ruokavaliossasi tapahtunut jotain erityisiä muutoksia lähiaikoina?

Tulisiko sinun omasta mielestäsi muuttaa ruokailutottumuksiasi terveellisemmiksi?

Harrastatko liikuntaa? En Kyllä (mitä ja kuinka usein?)

Esiintyykö sinulla fyysiseen rasitukseen liittyviä oireita? Millaisia?

Muut harrastukset:

Huolestuttaako sinua jokin elämäntavoissasi?

Lääkkeiden käyttö

Käytätkö jotain lääkettä usein? En Kyllä (mitä?)

Reseptilääkkeet: Muut lääkkeet:

Terveydentila

Onko sinulla nyt tai aiemmin ollut seuraavia sairauksia tai hoitoja?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Silmätauti | <input type="checkbox"/> Silmälasit | <input type="checkbox"/> Värisokeus |
| <input type="checkbox"/> Korvasairaus | <input type="checkbox"/> Huonokuuloisuus | <input type="checkbox"/> Migreeni |
| <input type="checkbox"/> Huimaus | <input type="checkbox"/> Tajuttomuuskohtaus | <input type="checkbox"/> Muu toistuva päänsärky |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Halvaus | <input type="checkbox"/> Muu hermoston sairaus |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Alkoholin liikkakäyttö | <input type="checkbox"/> Huumeiden käyttö |
| <input type="checkbox"/> Mielen-terveyshäiriö | <input type="checkbox"/> Pitkäaikainen unettomuus | <input type="checkbox"/> Rintakipu rasituksessa |
| <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine | <input type="checkbox"/> Rytmihäiriöitä sydämessä | <input type="checkbox"/> Rintakipu levossa |
| <input type="checkbox"/> Sepelvaltimosairaus | <input type="checkbox"/> Sydänveritulppa | <input type="checkbox"/> Kävelykipua pohkeissa |
| <input type="checkbox"/> Suonikohjut | <input type="checkbox"/> Suonenvetoa | <input type="checkbox"/> Säärihaava |
| <input type="checkbox"/> Keuhkokuume | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Muu hengityselimen sairaus |

- Pitkäaikainen yskä Tuberkuloosi Sappivika tai sappikivet
 Hengenahdistus levossa Hengenahdistus rasituksessa
 Mahahaava tai ruoansulatuskanavan sairaus Maksasairaus, keltatauti

 Veriulosteita Peräpukamia Virtsatulehdus
 Valkuaista virtsassa Sokeria virtsassa Sokeritauti
 Munuaiskiviä Muu munuaissairaus Kilpirauhasen sairaus
 Iskias, muu selkävaiva reuma Kihti
 Muu nivelsairaus Ihottuma, ihosairaus
 Heinänuha Muu allergia
 Hyvänlaatuinen kasvain Pahanlaatuinen kasvain
 Vakava tapaturma Närästys
 Tajuttomuus tai oksentelu tapaturman yhteydessä
 Muu leikkaus Lihavuus
 Fysikaaliset hoidot Muu sairaus/hoido, mikä?

Jos vastaatte johonkin kohtaan kyllä, lisätkää tähän toteamisvuosi, tiedot taudin nykytilasta, hoitamaton, hoidettu, kenen hoidossa, missä hoidettu?

Rokotustiedot:

Jäykkäkouristus:

Polio:

Muu, mikä:

Tutkimustulokset:

Pituus:

Paino:

RR:

BMI:

Vyötärönympäry:

Henkinen hyvinvointi:

Miten koet tämänhetkisen elämäntilanteesi?

Miten selviät taloudellisesti?

Oletko viimeaikoina ollut väsynyt tai masentunut?

Oletko hakenut apua masennukseen?

Psyykinen hyvinvointi:

Onko sinulla ihmissuhteita, joihin voit luottaa(joissa voit jakaa ilot ja surut)?

Oletko huolissasi perheenjäsenistäsi/lähimmäisistäsi, miksi?

Onko sinulla jotain erityishuolia?

Mitkä asiat tuovat sinulle tyydytystä?

Mitä myönteistä työttömyyसाika on sinulle tuonut?

Mitä vahvuuksia/hyviä puolia sinussa on?

Mitkä ovat tulevaisuuden suunnitelmasi?

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Kyselylomake terveydenhoitajan vastaanoton tarpeellisuudesta

- Ikä _____ Sukupuoli mies [] nainen []

1. Kuinka useasti kävit terveydenhoitajan vastaanotolla?

- 0 []
 1-5 []
 6-10 []
 >10 []

2. Oletko kiinnostunut omasta terveydestäsi ja sen hoitamisesta?

- Kyllä []
 En []
 En osaa sanoa []

3. Oletko huolissasi jostakin terveyteesi liittyvästä asiasta?

- Kyllä []
 Mistä?

- En []
 En osaa sanoa []

Jos et ole käynyt vastaanotolla siirry kohtaan 6

4. Onko vastaanotosta ollut sinulle hyötyä?

- Kyllä [] Mitä? _____

- Ei [] Miksi? _____

- En osaa sanoa []

5. Onko vastaanotto saanut sinut tekemään muutoksia terveystottumuksissasi?

Kyllä Mitä? _____

Ei

En osaa sanoa

6. Oletko kiinnostunut tulevaisuudessa käyttämään terveydenhoitajan palveluita?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

Kerro terveisesi meille

➤ mikä oli hyvää vastaanotossamme?

➤ mitä jäit mahdollisesti kaipaamaan?

Kiitos vastauksestasi! ☺

Terveydenhoitajaopiskelijat Miia, Henna ja Janika

TERVEYDENHOITAJAN VASTAANOTTO

Hei! Olemme kolme terveydenhoitajaopiskelijaa Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta. Pidämme terveydenhoitajan vastaanottoa tiistaisin klo 9-11, jolloin teillä on mahdollisuus käydä luonamme mittauttamassa mm. verenpaineenne, vyötärön ympäryksenne, täyttämässä diabeteksen riskikaavake ja saada yleisesti tietoa terveyteen liittyvistä asioista. Aloitamme vastaanoton tiistaina 8.9.2009.



Tule rohkeasti käymään ja juttelemaan *luottamuksellisesti* mistä tahansa terveyteesi liittyvästä asiasta! 😊

Paikkana toimii toimistorakennus.



Terveisin th-opiskelijat Miia, Janika ja Henna

TERVEYDENHOITAJAN VASTAANOTTO

**HEI! PALAAMME JOULUTAUOLTA
5.1.2010! OLET Tervetullut
VASTAANOTOLLEMME
JÄLLEEN TIISTAISIN KELLO
9.00-11.00! PIDÄMME
VASTAANOTTOA ENÄÄ VAIN
TAMMIKUUN AJAN,
VIIMEINEN KERTA ON
26.1.2010!**



**OLEMME PAIKALLA TEITÄ VARTEN! VASTAAMME
KYSYMYKSIIN JA ANNAMME TIETOA TERVEELLISISTÄ
ELÄMÄNTAVOISTA. MEILLÄ ON MYÖS VERENPAINEMITTARI JA
HENKILÖVAAKA. VOIMME TÄYTTÄÄ KANSSASI TYYPIN 2
DIABETEKSEN RISKIKAAVAKKEEN, TERVEYSKYSELYN JNE.**

TERVEYDENHOITAJAOPISKELIJAT HENNA, MIIA & JANIKA



