

Opinnäytetyö (YAMK)
Terveyden edistäminen
2017

Riikka Taina

ARKEEN VOIMAA -OHJELMA

– koulutuskokonaisuus perusterveydenhuollon
henkilökunnalle

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveys ja hyvinvointi / Terveyden edistäminen

2017 | 51 + 7

Ohjaaja Pia Suvivuo

Riikka Taina

ARKEEN VOIMAA OHJELMA

- koulutuskokonaisuus perusterveydenhuollon henkilökunnalle

Terveydenhuolto pyrkii tukemaan ihmisten osallisuutta ja pystyvyyttä omaan hoitoonsa sekä muotoilemaan palveluista entistä asiakaslähtöisempiä. Potilaiden itsehoidon tukemiseksi tarvitaan näyttöön perustuvia toimintamuotoja ja terveydenhuollon verkostoitumista kolmannen sektorin kanssa. Arkeen Voimaa –ohjelma perustuu Chronic Disease Self-Management Program ryhmätoimintamalliin (CDSMP), jonka tavoitteena on tukea pitkäaikaissairaita sairauden oireiden hallinnassa auttamalla osallistujia tekemään myönteisiä muutoksia arjessa ja ylläpitämään niitä. Laaja tutkimusnäyttö osoittaa ryhmiin osallistumisen parantavan itsekoettua terveyttä, oireiden hallintaa ja arjessa selviytymistä.

Terveydenhuollon rooli pitkäaikaissairauksien elintapaohjauksessa on potilaan itsehoitoa ja omaa motivaatiota tukeva. Vertaistuki edistää potilaan voimaantumista ja sisäisen motivaation syntyä, ja tukimahdollisuuksien tunnistaminen sekä niiden pariin ohjaaminen on osa hyvää ammattitaitoa. Ammatillisen tuen ja vertaistuen välinen yhteistyö tukee resurssien tehokasta käyttöä ja potilaan hoidon kokonaisuutta.

Tässä työssä suunniteltiin perusterveydenhuollon henkilökunnalle koulutuskokonaisuus, joka tukee ja motivoi Arkeen Voimaa –ohjelman ottamista osaksi omaa työtä. Koulutus suunniteltiin kuvaamaan ohjelman erityispiirteitä ja vaikutuksia. Koulutuksen onnistumista arvioitiin palautekyselyllä.

Aineisto (n=13) kerättiin koulutukseen osallistuneilta perusterveydenhuollon työntekijöiltä. Vastanneet saivat koulutuksesta uutta tietoa ja arvioivat pystyvänsä hyödyntämään koulutusta omassa työssään. Vastaajat suosittelisivat koulutusta myös työtovereilleen. Jatkossa laadittua koulutusta voidaan käyttää apuna Arkeen Voimaa –ohjelman markkinoinnissa sekä uusissa että jo mukana olevissa kunnissa.

ASIASANAT:

CDSMP, pitkäaikaissairaus, vertaistuki, koulutus, elintapaohjaus, terveydenhuollon kumppanuus

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being / Health Promotion

2017 | 51 + 7

Instructor Pia Suvivuo

Riikka Taina

CHRONIC DISEASE SELF-MANAGEMENT PROGRAM – EDUCATION PROGRAM FOR PRIMARY HEALTHCARE PERSONNEL

Primary healthcare personnel often faces lack of tools to help people with chronic disease. Chronic Disease Self-Management Program is developed to help people with their chronic disease-related problems and it can be a significant help for primary healthcare personnel in their daily work. CDSMP is an Evidence-Based program which aims to support motivation for lifestyle changes. The program has many positive health outcomes such as increased self-efficacy, self-rated health and quality of life and decreased disability and fatigue. Research suggests that the program reduces healthcare costs and utilisation like emergency room visits and hospitalizations.

Healthcare is challenged by ageing population and the need to organize more services that reduce inequalities of health. CDSMP groups are easily accessible, suitable for all and free of charge. They help people with chronic disease and can also be a major asset for health care personnel as a new form of help to hand out to patients. Healthcare professionals also have a new role as a companion and trainer of a patient with a chronic disease. Motivation to make lifestyle changes can be easier to achieve with peer support since it gives hope and an example of change being possible.

The purpose of this thesis was to develop education that highlights the usability of the CDSMP and both inspires and motivates the healthcare staff to use the program in their work. As part of this study, the primary healthcare personnel were educated about the benefits of CDSMP. As an empirical part of the thesis the participants were afterwards given a questionnaire to assess the training they received.

In conclusion, the training was considered to provide new information and benefit the work of the participants. The results suggest that CDSMP needs more marketing even in the municipalities the program is being used. The training can be implemented as part of marketing the program in new cooperation municipalities.

KEYWORDS:

CDSMP, chronic disease, peer support, education, life style changes, healthcare cooperation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 PITKÄAIKAISSAIRAAN TERVEYDEN EDISTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT	8
1.1 Elintapamuutoksiin motivointi	9
1.2 Vapaaehtoistyön ja julkisen terveydenhuollon yhteistyön hyödyt	11
3 ARKEEN VOIMAA –OHJELMA	14
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI	18
5 ARKEEN VOIMAA –KOULUTUKSEN LAATIMISEN PROSESSI KEHITTÄMISPROJEKTISSA	21
6 LAADITUN KOULUTUKSEN RAKENNE JA SISÄLTÖ	24
7 PALAUTEKYSELY KOULUTUKSESTA	27
7.1 Aineiston kerääminen	27
7.2 Aineiston analysointi	28
7.3 Tulokset	29
7.3.1 Perusterveydenhuollon henkilökunnan koulutuksesta saama hyöty	30
7.3.2 Arkeen Voimaa –ohjelman esittelyn arviointi	32
7.3.3 Koulutuksen mielenkiintoisuus ja kehitysehdotukset	33
7.3.4 Taustakysymykset	35
7.4 Johtopäätökset	37
7.5 Luotettavuus	39
7.6 Eettiset kysymykset	40
8 ARVIOINTI	42
JOHTOPÄÄTÖKSET	44
LÄHTEET	48

LIITTEET

- Liite 1. Koulutuksen mainoskirje.
- Liite 2. Itsehoidon harjoitus.
- Liite 3. Palautekysely.
- Liite 4. Palautekyselyn avoimet kysymykset.

KUVAT

Kuva 1. Koulutuksesta saatu uusi tieto	30
Kuva 2. Koulutuksen hyödynnettävyys omassa työssä.	31
Kuva 3. Koulutuksen suositeltavuus työtovereille.	32
Kuva 4. Arkeen Voimaa -ohjelman esittelyn selkeys.	32
Kuva 5. Koulutuksen osa-alueiden kiinnostavuus.	33
Kuva 6. Vastaajien työkokemus.	36
Kuva 7. Vastaajien aiempi kokemus yhteistyöstä vapaaehtoistoimijoiden kanssa.	36

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämistyön vaiheet.	19
Kuvio 2. Koulutuksen rakenne ja sisältö.	26
Kuvio 3. Palautekyselyyn vastanneiden nimeämä mielenkiintoisin koulutussisältö.	34
Kuvio 4. Palautekyselyyn vastanneiden nimeämät koulutuksen kehitysehdotukset.	35

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä pitkäaikaissairaudet lisääntyvät, samoin niiden vaikutukset työ- ja toimintakykyyn sekä terveydenhuollon palvelujen käyttöön (Yleistietoa kansantaudeista 2015). Pitkäaikaissairauksien hoito perustuu potilaan päivittäiselle omahoidolle, jota terveydenhuollon ammattilaiset tukevat (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010; Saarelma, Lommi, Hemminki, Leppäkoski & Siefen 2008). Terveydenhuollon asiakaskeskeisyyden parantaminen on tavoitteena niin kansainvälisellä kuin kansallisellakin tasolla (Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus terveystalouden kolmannesta toimintaohjelmasta 2014-2020. 2014; Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. 2011; Terveydenhuollon laatuopas 2011). Pitkäaikaissairaita hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten roolina on vahvistaa asiakkaan voimavaroja ja suunnitella hoitoa yhteistyössä hänen kanssaan (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010) näyttöön pohjautuvien mallien avulla (Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010).

Pitkäaikaissairauksien hoito edellyttää usein elintapamuutoksia, joiden onnistumiseen vaaditaan motivaatiota ja kokemusta omasta pystyvyydestä muutokseen (Anglé 2010; Mustajoki & Kunnamo 2009; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009.) Arkeen Voimaa -ohjelma (ArVo) perustuu Stanfordin yliopistossa kehitettyyn pitkäaikaissairaiden ryhmätoimintamalliin (CDSMP = Chronic Disease Self-Management Program). Tutkimukset osoittavat, että tämä vertaistukeen ja minäpystyvyyden parantamiseen perustuva malli lisää osallistujien itsekoettua terveyttä, oireiden hallintaa ja arjessa selviytymistä. (Arkeen Voimaa 2016.)

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin tilaustyönä Arkeen Voimaa -ohjelmalle. Kehittämisprojektin kiinnostuksen kohteena olivat perusterveydenhuollon ammattilaiset, jotka työssään ohjaavat pitkäaikaissairaita. Kehittämisprojektin tavoitteena oli laatia heille Arkeen Voimaa -ohjelmaa esittelevä koulutuskokonaisuus. Koulutuksen tarkoituksena oli tuoda esiin Arkeen Voimaa -ohjelman erityispiirteet ja hyöty sekä pitkäaikaissairaalle että terveydenhuollon ammattilaiselle sekä motivoida ottamaan koulutus osaksi omaa työtä. Soveltavan tutkimuksen osuudessa laadittiin koulutusta

arvioiva palautekysely. Koulutusta voidaan jatkossa hyödyntää ohjelman markkinoinnissa uusiin kuntiin ja kaupunkeihin.

2 PITKÄAIKAISSAIRAAN TERVEYDEN EDISTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT

Pitkäaikaissairauksiksi katsotaan sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet ja mielenterveyden ongelmat. Näillä sairauksilla on usein samoja riski- ja suojatekijöitä (Yleistietoa kansantaudeista 2015), joten on luonnollista, että kroonista sairautta sairastavilla on myös samankaltaisia, arkeen vaikuttavia ongelmia. Pitkäaikaissairaudet edellyttävät säännöllistä hoitoa ja seurantaa ja niiden hoito on perusterveydenhuollon ydintehtävä (Kokko, Virta & Vehko 2015).

Omahoito on pitkäaikaissairauksien hyvässä hoidossa ja terveyden ylläpitämisessä erityisen tärkeää ja pitkäaikaissairauksien hoidon painopiste onkin muuttunut potilaslähtöiseksi omahoidon tukemiseksi. Omahoidossa potilas suunnittelee yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilön tukemana sairautensa hoidon. Potilaan rooli tasavertaisena kumppanina ja päätöksentekijänä haastaa terveydenhuollon perinteisiä rooleja ja ammattihenkilön totuttua auktoriteettiasemaa. Tavoitteena on, että potilas hyväksyy hoidon, kokee hyötyvänsä siitä ja pystyy sitoutumaan sen noudattamiseen. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010.) Pitkäaikaissairaille tulisi aina laatia hoitosuunnitelma yhdessä heidän kanssaan, sillä potilaan sitoutuminen hoitoon on parempaa hänen pystyessään vaikuttamaan hoitopäätöksiin. Hoitosuunnitelman laatiminen lisää myös tyytyväisyyttä hoitoon. (Vehko, Aalto, Sainio & Sinervo 2016.) Potilaslähtöinen sairaudenhallinta on keskeistä sairauden vaikutusten kontrolloinnille. Interventiot joilla parannetaan potilaan hallintaa, voivat tuloksena tuottaa parempaa sairauden seurantaa, vähäisempiä oireita, lisätä fyysistä ja psykososiaalista toimintakykyä sekä vähentää terveydenhuollon palvelujen käyttöä. (Clark 2003.) Itsehallintaa voidaan arvioida minäpystyvyyden, terveyskäyttäytymisen, terveydentilan, terveydenhuollon palvelujen käytön, elämänlaadun ja psykologisten indikaattorien avulla. Alueita voidaan arvioida joko yhdessä tai erikseen sen mukaan mitä halutaan tutkia. (Du & Yuan 2010.) Itsehoitoa tukemalla voidaan lisätä tiedon tasoa, parantaa minäpystyvyyttä, itsehallintaa ja itsehoitoa (Wu, Chang & Kostner 2012).

Terveyden edistämisen yleisenä päämääränä on lisätä ihmisten mahdollisuuksia omasta ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Tärkeitä osa-alueita terveyden edistämässä ovat eriarvoisuuden vähentäminen sekä elintapoihin vaikuttaminen. (Painopiste preventioon 2017.) Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen ovat istuvan hallituksen tavoitteita (Larivaara 2016), kuntien velvollisuus taas on järjestää kuntalaisille eriarvoisuutta vähentäviä ratkaisuja oman terveyden tukemiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. Käynnissä olevan sosiaali- ja terveystalouden uudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja uudistamalla palveluja nykyistä asiakaslähtöisemmiksi, vaikuttavammiksi, kustannustehokkaammiksi ja paremmin yhteen sovitetuiksi. (Maakunta- ja soteuudistus 2017.) Omahoidon tukeminen on vahvasti esillä myös digitaalisten hyvinvointipalvelujen kehittämisessä (Palvelut asiakaslähtöisiksi).

1.1 Elintapamuutoksiin motivointi

Asiantuntijakeskeisessä toimintatavassa työntekijän tekemä tilanteen määrittely nousee asiakkaan kokemuksen yli (Mönkkönen 2007: 61-63), kun taas asiakaskeskeisessä työssä keskiössä on asiakkaan kyky toimia ja tehdä omaa tilaansa koskevia päätöksiä tai valintoja (Mönkkönen 2007: 142). Tämä voidaan nähdä voimaantumisenä, eli potilaan kykyä tunnistaa terveysongelmansa ja voimavaransa sekä kykyä käyttää voimavarojaan ongelman ratkaisemiseksi ja sen kanssa selviytymiseksi (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009; Tuorila 2013). Potilaan voimaantuminen merkitsee tilannetta, jossa päätösvalta sairauteen liittyvissä asioissa ja omassa elämässä muutenkin siirtyy potilaalle itselleen. Voimaantuminen perustuu tietoon ja potilaalla on vapaus hankkia tietoa terveyteensä liittyvistä seikoista eri tietolähteistä. (Tuorila 2013.) Voimaantumista ja itsehoidon hallintaa lisäävät terveyden interventiot vaikuttavat positiivisesti pitkäaikaissairaiden elämänlaatuun (Chen & Li 2009) ja useisiin terveyden osatekijöihin (Chen & Li 2009; Kuo, Lin & Tsai 2014). Voimaantunut potilas osaa pyytää asiantuntijalta apua ja tukea. Molemminpuolinen asiantuntemuksen kunnioittaminen on osa toimivaa asiakassuhdetta. (Tuorila 2013.)

Pitkäaikaissairauteen sopeutumiseen liittyvät selviytymismekanismit voivat suuntautua tiedon välttämiseen tai ratkaisukeskeisesti tuen ja tiedon hakemiseen (Stanton, Revenson & Tennen 2007: 576). On osa terveydenhuollon työntekijän ammattitaitoa ohjata asiakasta kohti valmiutta itsehoitoon. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee vahvistaa elämäntapamuutokseen pyrkivän uskoa omaan pystyvyyteensä (Hankonen 2011: 75-76), sillä keskittyminen terveyden voimavaroihin ongelmien sijaan ja rohkaisu terveyden kannalta myönteisissä ratkaisuissa edistää tuloksellista terveyskäyttäytymistä paremmin kuin elämäntapojen moralisointi (Rotegård, Moore, Fagermoen & Ruland 2009; Vertio 2009). Pelkkä terveystieto ja informointi ei yleensä aikaansaa elintapamuutosta, joten asiantuntijanäkökulmasta olennaista on keskittyä keinoihin, joilla asiakasta voidaan motivoida muutokseen. Vain sisäisen motivaation avulla elämäntapamuutoksista saadaan kestäviä. (Anglé 2010; Mustajoki & Kunnamo 2009; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009.) Terveydenhuollon asiantuntija voi tukea elämäntapamuutosta kannustamalla oman käyttäytymisen seurantaan ja siihen perustuvaan tavoitteelliseen toimintaan (Absetz & Hankonen 2011) sekä ohjaamalla konkreettisten toimintasuunnitelmien tekoon (Hankonen 2011: 75). Asiantuntijanäkökulmasta olennaista on asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä rohkaisu ja motivointi elämäntapamuutokseen (Anglé 2010). Motivoiva ohjaus perustuu mahdollisuuksien tarjoamiseen, asiakas voi myös kieltäytyä mahdollisuudesta vaikuttaa omaan terveyteensä. Motivoivan ilmapiirin luomisessa käytetään vuorovaikutuksellisia keinoja ja pyritään herättämään turvallisuuden, luottamuksen, kunnioitetuksi ja hyväksytyksi tulemisen tunteita. Tyyliltään motivoiva ohjaus on muutokseen houkuttelevaa ja valmentavaa, asiakasta pyritään ohjaamaan kohti tietoisia päätöksiä oman terveyskäyttäytymisensä suhteen. Motivaatio ei kumpua määräyksestä tai tarpeesta vaan elämänmuutos on sitoutumista edellyttävä prosessi, myös valmius muutokseen vaihtelee elämäntilanteen mukaan. (Turku 2007: 41-43.) Motivoiva ohjauksen periaatteita hyödyntävä motivoiva haastattelu antaa asiakkaan pohtia omia valmiuksiaan sekä mahdollisuuksiaan muutoksen tekemiseen. Terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan kohtaamisissa se on todettu tehokkaaksi ja vaikuttavaksi menetelmäksi elämäntapamuutosten tavoitteiden ja vaihtoehtojen tarkastelussa. (Absetz & Hankonen 2011; Mustajoki & Kunnamo 2009.)

1.2 Vapaaehtoistyön ja julkisen terveydenhuollon yhteistyön hyödyt

Vertaisryhmien ytimessä on kokemusten ja tiedon jakaminen ja vaihtaminen sekä vertaisilta saatu tuki. Keskinäinen apu samassa tilanteessa olevien kanssa antaa kokemuksen omasta asiantuntijuudesta ja voimaantumista. (Nylund 2005; Turku 2007; 89.) Ryhmädynamiikka tekee muutoksen mahdollisuuden näkyväksi toisten esimerkkien kautta ja antaa näin toivoa muutoksen mahdollisuudesta omassa elämäntilanteessa. Muiden esimerkit voivat auttaa ottamaan etäisyyttä omaan tilanteeseen ja siten jäsentämään tietoja ja kokemuksia. (Turku 2007: 89.) Terveydenhuollon kannalta potilaan voimaantuminen on mahdollisuus yhteistyölle, ei uhka. Jaettu päätöksenteko hoidosta tukee vuorovaikutusta ja vaikuttaa myönteisesti hoitoon (Toiviainen 2011.), kun taas työntekijän valta-aseman korostaminen estää potilaan voimaantumista ja lisää riippuvuutta terveydenhuollosta (Lawn, Delany, Sweet, Battersby & Skinner, 2013).

Pitkäaikaissairauksien päivittäinen, potilaan suorittama itsehoito on tutkitusti tarpeellista ja vaikuttavaa, mutta itsehoidon hoitokäytäntöihin ei ole järjestelmällisesti paneuduttu (Saarela, Lommi, Hemminki, Leppäkoski & Siefen 2008). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrää, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaskeskeinen hoito voidaan käsittää monella tavalla; yksilön tarpeista lähtevänä, yksilön tietoista päätöstä tukevana, potilaan ja ammattilaisen suhteeseen keskittyvänä, yhteistyölähtöisenä lähestymistapana, yksilön kokemusten arvostamisena ja voimaantumisen prosessina. (Pulvirenti, McMillan & Lawn 2011.) Potilaskeskeisyys kuuluu laadukkaaseen hoitotyöhön palveluketjun kaikissa vaiheissa (Terveydenhuollon laatuopas 2011). Ammattilaisten ja vertaistoimijoiden välinen yhteistyö edellyttää terveydenhuollolta asiakassuhteisiin liittyvien valtasuhteiden tunnistamista ja tunnustamista. Ammatillisen toiminnan tietoa ja osaamista voidaan käyttää yhteistyön edellytysten luomiseen, jolloin ammatillisuus toimii välineenä, ei päämääränä. Ammatillisen tuen kautta vertaisryhmiin voidaan ohjata esimerkiksi ammatillisten tukimuotojen ollessa riittämättömiä, huonosti saatavilla tai jo läpikäytyjä. (Hyväri 2005.) Järjestöyhteistyö on nyt ja tulevaisuudessa erittäin tärkeää terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Verkostoituminen edistää julkisen palvelun ja kolmannen sektorin resurssien tehokasta käyttöä ja palveluketjujen toimivuutta. (Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä. 2017.)

Vertaistuki ei voi korvata ammatillista tukea vaan molempia tarvitaan. Jos vertaistukea ei olisi, sosiaali- ja terveystalvet joutuisivat kehittämään uudenlaisia palveluja sairastuneiden tuetuessa julkisiin palveluihin. (Mikkonen 2009.) Vapaaehtoistyö sijoittuu usein alueelle, jonne julkiset palvelut eivät yllä tai se voi olla kehittämässä uudenlaisia toimintamalleja mikä voi herättää uhkakuvia virallisen sektorin toiminnan tulevaisuudesta. Hedelmällisintä olisi etsiä yhteistyötä ja kumppanuutta kolmannen sektorin kanssa. Tukemalla vapaaehtoistyön toimijoita, selkiyttämällä työnjakoa ja tekemällä yhteiset sopimukset, toiminnassa voidaan välttää keskinäinen kilpailu ja toimintojen päällekkäisyys. Ihmisten tarpeita vastaavat palvelut saadaan aikaan ammattilaisten ja vapaaehtoisten yhteisen asiantuntijuuden kautta. (Kumpula 2008; Mikkonen 2009.) Toisaalta vertaistoiminnan ryhmiä ei synny aina sinne, minne niitä eniten tarvittaisiin (Hyväri 2005), joten kuntatasolla väestön terveyden edistäminen edellyttää kunnallisten toimijoiden ja paikallisten vapaaehtoisjärjestöjen systemaattista yhteistyötä (Simonsen 2013). Vertaistuen ja ammatillisen terveydenhuollon yhteistyömahdollisuuksien selvittämiseksi tarvitaan tietoa vertaistoiminnan muodoista, vertaistoimijoiden tunnustamista tasaveroisiksi toimijoiksi sekä vertaistoimijoiden ja ammattilaisten identiteettien ja tehtäväkuvien selkiyttämistä (Hyväri 2005). Verkostoitumalla voidaan keskittyä omaan ydinosaamiseen ja samalla hyödyntää toisten osaamista, jolloin resurssit tulevat mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön. Onnistunut verkostoituminen voimaannuttaa tekijöitä, lisää sosiaalista pääomaa ja antaa uusia ulottuvuuksia toiminnalle. (Harju 2005.)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen ovat hallituksen kärkihankkeita. Käyttöön halutaan näyttöön perustuvia toimintamalleja, jotka edistävät nykyistä paremmin heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia, terveyttä ja vastuunottokykyä. (Larivaara 2016.) Sosiaali- ja terveysministeriö on pyrkinyt jo pitkään lisäämään matalan kynnyksen palveluja ja yhteistyötä julkisen sektorin ja järjestöjen välillä (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma KASTE 2012–2015). Terveystalvetin kasvaviin kuluihin haetaan sopeutuksia julkista toimintaa tehostamalla. Tulevan maakunta- ja sote-uudistuksen tavoitteena on ottaa käyttöön tehokkaimmat ja vaikuttavimmat toimintatavat, jotta palvelut voitaisiin tuottaa kustannustehokkaasti ja terveyteen vaikuttavasti. Kunnilla on uudistuksen jälkeenkin velvollisuus edistää kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia

vaikuttavien käytäntöjen avulla. (Maakunta- ja soteuudistus 2017.) Vapaaehtoistyön ja terveydenhuollon yhteistyö on yksi mahdollisuus vaikuttavien palveluiden kehittämiseen.

3 ARKEEN VOIMAA –OHJELMA

Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP), suomeksi Arkeen Voimaa – ohjelma, on kehitetty Stanfordin yliopiston potilasohjauskeskuksessa 90-luvulla osana suurta tutkimushanketta. Tutkimuksen tuloksena havaittiin pitkäaikaissairauksien oireiden olevan jopa 80%:sti samoja sairauden diagnoosista riippumatta. Koettuja oireita ovat esimerkiksi kipu, stressi, ahdistus, hengenahdistus, uupumus, univaikeudet, fyysiset rajoitteet, mielialan lasku ja hankalat tunteet. Oireet voivat vaikuttaa koettuun hyvinvointiin kielteisesti ja hankaloittaa arjessa selviytymistä. ArVo -ohjelman tavoitteena on vahvistaa osallistujien itsehoitotaitoja ja etsiä yhdessä koulutettujen, vapaaehtoisten vertaisohjaajien tuella ratkaisuja, joiden avulla ryhmäläiset voivat tehdä pieniä terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia muutoksia arjessaan. Vaikutus perustuu ryhmäläisten vertaisuuteen, minä-pystyvyyden vahvistamiseen sekä ratkaisukeskeisten toimintamallien opettelemiseen. Vertaisten ohjaamassa ryhmässä jaetaan kokemuksia ja vertaisuuteen perustuva vuorovaikutus edesauttaa ryhmäläisten aktiivisen roolin syntymistä. (Arkeen Voimaa 2016.)

Ohjelma toimii koulutettujen, vapaaehtoisten vertaisohjaajien ohjaamien ryhmien kautta. Vertaisohjaajat ovat itse pitkäaikaissairaita ja käyneet läpi ArVo -ryhmän, joten ryhmäläisten on helppo samastua heihin. Vertaisohjaajan on todettu pystyvän Arkeen Voimaa -koulutusmateriaalin avulla yhtä tehokkaaseen, ellei jopa parempaan ohjaukseen kuin koulutettujen terveydenhuollon ammattilaisten. (Page & Weisner 2011.) Vertaisohjaajien kouluttaminen aloitettiin 1999 ja nyt heitä koulutetaan yli 400 vuodessa. Ohjelma lisensoitiin 2000-luvun alussa, jotta vertaisohjaajien koulutus ja ohjelman sisältö saatiin taattua tasalaatuiseksi. Ohjelma on levinnyt maailmanlaajuisesti ja se oli jo vuonna 2013 käytössä 36 maassa. (Lorig 2014.) ArVo -ohjelma hyödyntää minäpystyvyyden teoriaa, jonka mukaan yksilön oma luottamus tavoitellun käyttäytymisen saavuttamiseen ennakoi tavoitteessa onnistumista (Lorig 2014). Bandura (1994) määrittelee pystyvyyden yksilön omaan selviytymiseensä liittämäksi odotukseksi. Hänen mukaansa pystyvyyden tunteeseen vaikuttavat aiemmat onnistumiset, mallit, sosiaalinen tuki ja fysiologiset tekijät. Lisäksi usko omaan pystyvyyteen lisää motivaatiota ja aktivoi yrittämään.

Arkeen Voimaa –ryhmät on tarkoitettu henkilöille, joilla on omasta tai omaisen pitkäaikaissairaudesta tai jostain muusta syystä johtuvia haasteita selviytyä arjessa. Ryhmät sopivat erittäin hyvin pitkäaikaissairaana omaisille tai omaishoitajille. Ryhmät toimivat kuuden viikon määräajan kokoontuen viikoittain 2,5 tuntia kerrallaan. Tapaamisten rakenne on aina sama ja niissä tutustutaan opintopiirin tapaan itsehoidon työkaluihin, joista itselle parhaiten sopivat kannustetaan ottamaan käyttöön. Ryhmässä harjoiteltavista itsehoidon työkaluista keskeisimmät ovat ongelmanratkaisu, päätöksenteko sekä toimintasuunnitelma. Jokaisessa ryhmässä käydään läpi aiemmin laadittu toimintasuunnitelma sekä käsitellään uusia aiheita koulutettujen vertaisohjaajien opastuksella. Ryhmässä käyminen toimii itsehoidon tukena mutta ei sulje pois muita vertaisryhmiä vaan päinvastoin voi innostaa ottamaan osaa myös muuhun toimintaan. Ryhmät ovat osallistujalle maksuttomia. (Arkeen Voimaa 2016.)

Elintapaohjausinterventiolla pitää olla näyttöä sen toimivuudesta (Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010). CDSMP-ohjelman vaikuttavuutta on tutkittu paljon eri muuttujien suhteen ja sen on todettu johtavan tilastollisesti merkittäviin parannuksiin osallistujien terveydessä, terveystyökaluissa ja minäpystyvyydessä (Franeck 2013). CDSMP-ohjelmalla saadaan merkittäviä pitkäaikaisvaikutuksia yli 65-vuotiaille (Ory, Smith, Ahn, Jiang, Lorig & Whitelaw 2014) ja siitä hyötyvät jopa hoivan tarpeessa olevat iäkkäät (Jonker, Comijs, Kees, Knipscheer, & Deeg 2015), joten ikä ei ole este osallistumiselle.

Keski-ikäisten (50-64-vuotiaat) saama hyöty on tutkitusti vielä iäkkäitäkin suurempi (Ory ym. 2014). CDSMP-ohjelma ei vaadi osallistujilta erityisiä taitoja tai koulutusta. Sen on todettu lisäävän itsemääräämisen tunnetta vähemmän koulutetuilla (Jonker ym. 2015) ja minäpystyvyyttä sekä fyysistä aktiivisuutta osallistujilla, joiden terveydenlukupotilaiden on vähäinen jopa enemmän, kuin korkean terveydenlukupotilaiden omaavilla osallistujilla (Kim & Youn 2014). Tilastollisesti mikään yksittäinen potilasryhmä ei hyödy CDSMP-ohjelmasta toista enemmän, mutta sen sijaan ohjelma on hyödyllinen laajalle pitkäaikaissairaiden joukolle (Ritter, Lee & Lorig 2011). CDSMP-ohjelman on todettu hyödyttävän eniten monisairaita (Harrison, Reeves, Harkness, Valderas Kennedy Rogers Hann & Bower 2012) ja sillä on myös masennusoireita vähentävä vaikutus (Harrison ym. 2012; Ritter, Ory, Laurent & Lorig 2014). Ohjelmaan voivat osallistua myös pitkäaikaissairaiden omaiset, sillä sairauden aiheuttamat ongelmat koskettavat koko

perhettä. Esimerkiksi mielenterveyspotilaiden läheiset ovat pitäneet vertaisryhmää paremmin palvelevana virallisen järjestelmän sijaan (Koponen, Jähi, Männikkö, Lipponen, Åstedt-Kurki & Paavilainen 2012).

CDSMP-ohjelman avulla voidaan vaikuttaa terveydenhuollon kasvaviin menoihin. Ohjelman läpikäyminen on vähentänyt osallistujien päivystyskäyntejä ja sairaalapäiviä (Ahn, Basu, Smith, Jiang, Whitelaw & Ory 2013). Ohjelmaa on testattu myös täydennettynä kaatumisten ehkäisyyn tarkoitetulla osiolla, mihin osallistuneiden iäkkäiden ryhmäläisten kaatumisen ehkäisyyn liittyvä pystyvyyden tunne kasvoi (Graham, Smith, Hall, Emerson & Wilson 2016). Pitkäaikaissairaus edellyttää sairastumisen alkuvaiheesta saakka sopeutumista usealla elämänalueella ja sosioekonominen asema on yksi merkittävästä sopeutumiseen vaikuttavista tekijöistä (Stanton, Revenson & Tennen 2007: 581). ArVo -ryhmien maksuttomuus ja helppo tavoitettavuus tukevat ryhmän terveyden eriarvoisuutta vähentävää vaikutusta.

CDSMP on todettu vaikuttavaksi ja kustannustehokkaaksi mutta tarkempia syitä vaikuttavuuden syihin ei vielä tiedetä. Määrävin ennustaja CDSMP-ohjelman tuloksille oli kurssin jälkeen annettu arvosana ryhmäprosessille, mikä alleviivaa ryhmädynamiikan merkitystä. (Harrison, Fullwood, Bower, Kennedy, Rogers & Reeves 2011.) Ryhmämuotoinen ohjaustilanne ja ryhmän keskinäinen vuorovaikutus voi helpottaa motivoitumista muutokseen. Ryhmä tarjoaa myös hyväksytyksi tulemisen kokemusta ja tukee motivaatiota ja uuden oppimista. (Turku 2007: 88.) Vaikka ryhmämuotoisuus ja vertaisuus on todettu aktivoivaksi ja voimaannuttavaksi, kaikille se ei ole välttämättä paras vaihtoehto. Tutkittaessa CDSMP -ryhmästä kieltäytymistä, juuri ryhmämuoto on ollut suurin syy. Ryhmän keskeyttämisen suurimpia syinä on mainittu ryhmän epäyhtenäisyys sekä oma huono terveys. Osalle yksilömuotoinen CDSMP-pohjainen ohjelma voi olla hyvä vaihtoehto. (Hudon, Chouinard, Diadiou, Bouliane & Hudon 2016.)

Verkossa toimivat vertaistukiryhmät voivat yhtä lailla tuottaa positiivisia terveysvaikutuksia niitä käyttäville. Ne voivat myös lisätä osallistujien ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välistä positiivista kanssakäymistä. (Bartlett & Coulson 2010.)

CDSMP-ohjelmaa on toteutettu myös verkkopalveluna pienryhmissä, eivätkä saadut positiiviset tulokset, kuten kivun, väsymyksen ja masennuksen väheneminen, liikkumisen rajoitteiden helpottuminen ja muutokset lääkemyöntyvyydessä, poikenneet perinteisestä ryhmämuodosta (Ritter ym. 2014). Verkossa toimivat palvelut voivat olla ratkaisu, mikäli ryhmämuotoinen ohjaustilanne ei ole mielekäs tai mahdollinen esimerkiksi välimatkan tai liikkumisen vaikeuden vuoksi. Esimerkiksi Suomen Sydänliitolla on Pieni Päätös Päivässä -verkkosivut, jotka hyödyntävät vertaisuutta verkossa. Tukena ovat paitsi vertaiset, myös koulutetut ohjaajat. (Suomen Sydänliito Oy 2015.) CDSMP-ohjelmaa on sovellettu ryhmämuodon lisäksi myös yksilölliseen käyttöön kotiin postitettuna itseopiskelumateriaalina. Myös tällä osallistumistavalla osallistujien terveydentila koheni ja terveystalvelujen käyttö väheni kuuden kuukauden seurannassa. (Lorig, Ritter, Moreland & Laurent 2015.)

Suomessa Arkeen Voimaa –ohjelma on ollut käytössä vuodesta 2011 ja sen toimintaa hallinnoi Suomen Kuntaliitto. Mukana ovat Jyväskylän, Kuopion, Salon, Sastamalan, Tampereen, Turun, Vantaan ja Ylöjärven kaupungit, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelu sekä Mäntsälän kunta. Toimintamalli on tarkoitus laajentaa maanlaajuisesti osaksi perusterveydenhuoltoa ja uusia kuntia otetaan mukaan vuosittain. Arkeen Voimaa –organisaatio järjestää toiminnan aloittamisen uusilla alueilla. Onnistuneen jalkauttamisen kannalta yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten kanssa on merkittävässä asemassa (Arkeen Voimaa -ohjelma 2013; Arkeen Voimaa 2016.)

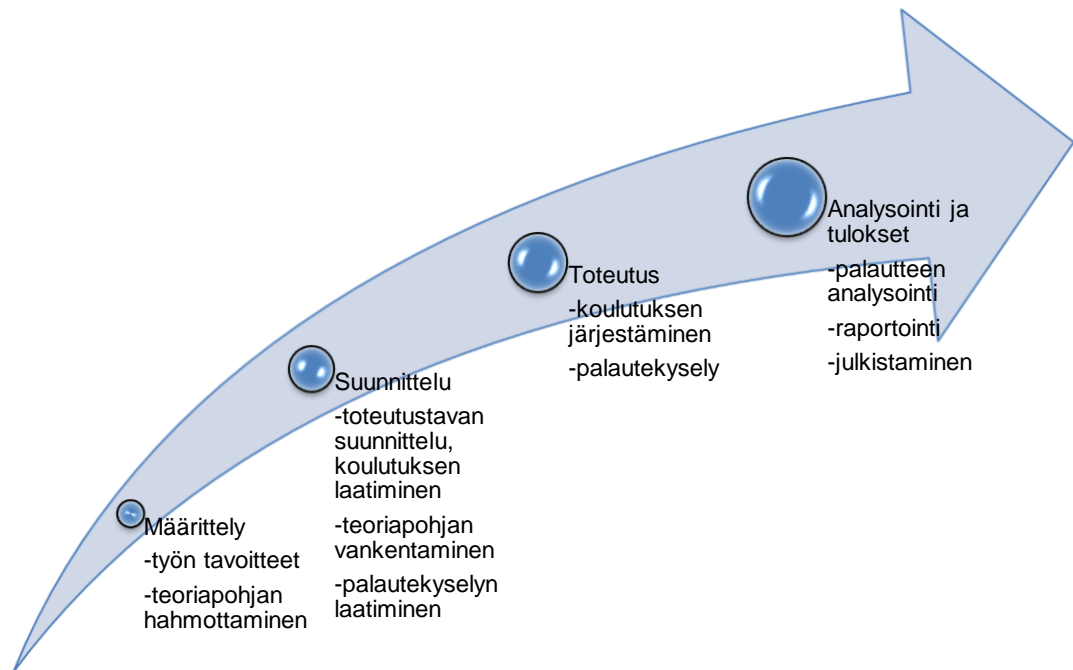
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI

Kehittäminen on toimintaperiaatteiden ja toimintojen tarkoituksellista muuttamista, joka suunnataan aina tiettyyn kohteeseen. Sen tavoitteet eivät voi olla täysin ulkopuolelta saneltuja vaan toteuttajan on oltava mukana jo tavoitteista päätettäessä. (Kirjonen 2006.) Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli tukea ArVo –ohjelman käyttöönottoa uusissa kaupungeissa. Tavoitteena oli luoda ohjelman sisältöä ja vaikuttavuutta kuvaava koulutuskokonaisuus, joka motivoi perusterveydenhuollon henkilökuntaa ohjelman käyttöön. ArVo –ohjelmaa vie käyttöön uusissa kunnissa Arkeen Voimaa –koordinaattori, jolla ei ollut käytössä valmista koulutus pohjaa markkinointiin, joten kehittämisprojektin tuotos on tarkoitettu otettavaksi tähän käyttöön.

Kehittämisprojektin ohjausryhmä koostui ArVo –ryhmästä sekä tutorryhmästä. ArVo –ryhmään kuuluivat työelämän edustajina Arkeen Voimaa -koordinaattori ja terveyden edistämisen asiantuntijana vertaisohjaaja. Tutorryhmän muodostivat seitsemän YAMK-opiskelijaa, jotka työskentelivät saman kehittämisprojektin eri osa-alueiden parissa sekä ohjauksesta vastannut Turun AMK:n opettaja. Kehittämisprojektin tekijä kuului molempiin kokoonpanoihin. Ohjaus- ja tutorryhmä kokoontuivat prosessin aikana useaan otteeseen. Lisäksi projektipäällikkö sai työn eteenpäin viemiseen henkilökohtaista ohjausta sekä ohjauksesta vastanneelta opettajalta, että työelämämentorilta.

Projektin vaiheita ovat määrittely- suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheet. Määrittelyvaiheessa kuvataan, mitä ollaan tekemässä ja sen pohjalta aloitetaan toiminnallinen suunnittelu. Suunnitteluvaiheen tavoitteena on kuvata, miten haluttu tulos aiotaan toteuttaa. Toteutusvaiheessa laaditaan suunnitteluvaiheen mukainen tuote ja arviointivaiheessa tarkistetaan, että tuote vastaa vaatimuksia toiminnallisesti sekä teknisesti ja tehdään tarvittavat korjaukset. Lopuksi tuote siirretään käyttöönottoon ja mahdolliseen jatkokehitykseen. (Ruuska 2007.) Kehittämistyön vaiheet vastasivat yleisiä projektin vaiheita ja ne on kuvattu kokonaisuuden selkeyttämiseksi yksinkertaistetusti kuviossa 1. Kehittämisprojektin määrittelyvaihe oli keväällä 2016 ja tavoitteita tarkennettiin vielä alkusyksystä. Suunnitelmavaiheessa päätettiin toteutustapa ja

arvioinnin menetelmät sekä täsmennettiin teoriapohjaa. Kolmannessa vaiheessa toteutettiin suunniteltu koulutus ja tehtiin sen pohjalta palautekysely osallistujille. Palautteen avulla koulutuksen sisältöä ja kohdentumista voitiin arvioida ja tarvittaessa vielä muokata ennen lopullista käyttöönottoa.



Kuvio 1. Kehittämistyön vaiheet.

Tarve kehittämistyölle oli lähtöisin työelämästä, ja hankkeeseen päästiin mukaan heti YAMK –opintojen alussa, keväällä 2016, jolloin laadittiin toimeksiantosopimus. Samaan aikaan aloitettiin kirjallisuushaut, joilla selvitettiin mitä ArVo –ohjelmasta jo tiedetään ja miten sitä on tutkittu. Työn aihe täsmentyi keskusteluissa koordinaattorin ja projektiryhmän kanssa keväällä 2016 ja seuraavana syksynä ryhdyttiin työstämään koulutuksen sisältöä sekä soveltavan tutkimuksen palautekyselyä. Tällöin syvennettiin tietopohjaa koulutuksen järjestämisestä ja oppimisesta. Alkuun kohdeorganisaatioksi kaavailtiin yhtä Turun terveysasemista, mutta koordinaattori sai tilaisuuden järjestymään helpoimmin Saloon. Sopivaksi koulutusajankohdaksi valikoitui toukokuun alku. Soveltavan tutkimuksen osuutta varten haettiin tutkimuslupaa joulukuussa 2016 ja se saatiin Salon hyvinvointitoimialalta maaliskuussa 2017. Koulutuspäivä vaihtui vielä kertaalleen organisaatiosta johtuvista syistä ollen lopulta 16.5.2017. Koulutuksen mainostamista varten laadittiin erillinen kirje, joka välitettiin sähköpostikutsun liitteenä

(Liite 1). Arkeen Voimaa -koordinaattori lähetti kutsun Salon läntisen terveysaseman henkilökunnalle. Ilmoittautuminen järjestettiin Webropol-linkin kautta ja ilmoittautuneita oli lopulta 13. Kaikki ilmoittautuneet osallistuivat koulutukseen, jonka projektipäällikkö piti suunnitellusti iltapäivällä 16.5.2017. Palautekysely kerättiin koulutuksen yhteydessä ja käsiteltiin elokuussa 2017 Webropol-ohjelmalla (Liite 3). Aineiston analysointi ja tulosten raportointi tehtiin syys-marraskuussa 2017.

5 ARKEEN VOIMAA –KOULUTUKSEN LAATIMISEN PROSESSI KEHITTÄMISPROJEKTISSA

Arkeen Voimaa –ohjelmaa käsittelevän koulutuksen suunnittelu lähti liikkeelle tilaajaorganisaation toiveesta ja tavoitteista. Tarkoituksena oli laatia ohjelman vaikuttavuutta ja erityispiirteitä painottava kokonaisuus sekä korostaa ohjelman hyötyjä pitkäaikaissairaiden lisäksi erityisesti perusterveydenhuollon henkilökunnalle. Koulutus päätettiin pilotoida, jotta saadun palautteen avulla sen sisältöä voidaan tarvittaessa vielä hioa. Koulutus toteutettiin Salon kaupungin läntisellä terveysasemalla keväällä 2017. ArVo –ryhmät ovat Salossa olleet käytössä vuodesta 2014 ja toimineet aktiivisesti. ArVo –ohjelmaa esittelevään koulutukseen oli järkevää valita pilotiksi koulutuksen kokonaisuutta arvioimaan alue, jossa ohjelma on ollut pitkään käytössä, jotta osallistuvat pystyvät kokemuksensa perusteella ottamaan kantaa koulutuksen sisällön oikeaan kohdentumiseen. Kehittämistyön soveltavan tutkimuksen osuus oli palautekysely koulutuksesta kohderyhmänään Arkeen Voimaa –koulutukseen osallistuneet perusterveydenhuollon ammattilaiset. Palautekyselyn tavoitteena oli arvioida, sisältääkö koulutus keskeiset elementit Arkeen Voimaa –ohjelmasta, havainnoida ohjelman tunnettavuutta sekä kerätä mahdollisia kehittämisehdotuksia, jotta kokonaisuutta voidaan vielä jatkossa muokata. Kehittämissuorituksen tutkimusongelmiksi täsmentyivät prosessin aikana:

1. Miten koulutuksella voidaan motivoida perusterveydenhuollon henkilökuntaa ottamaan Arkeen Voimaa –ohjelma käyttöön omassa työssään?
2. Vastasiko laadittu koulutus Arkeen Voimaa –ohjelmasta perusterveydenhuollon henkilökunnan tarpeisiin heidän työtään edistävällä tavalla?

Koulutuksen laatiminen

Lähtökohtana koulutuksen suunnittelulle oli konstruktivistinen oppimisteoria, jonka mukaan uudet tiedot tulkitaan aikaisemman tiedon ja käsitysten pohjalta. Tämä edellyttää oppijalta tulkintaa ja aktiivisuutta tiedon käsittelyssä. (Kupias 2007, Puolimatka

2002; Rauste-von Wright ym. 2003; Siljander 2014; Tynjälä 2002.) Cannon & Boswell (2012) korostavat aikuisopetuksessa ja -oppimisessa autonomisuutta ja itseohjautuvuutta. Oppiminen perustuu ymmärtämiselle ja sen vuoksi tarvitaan laajempi viitekehys, jonka puitteissa asiaa voidaan käsitellä (Rauste-von Wright, von Wright & Soini 2003). Koulutus järjestettiin terveydenhuollon ammattilaisille, joten koulutukseen osallistuvilla voitiin olettaa olevan kokemusta ohjauksesta, pitkäaikaissairaista ja hyvin todennäköisesti myös yhteistyöstä erilaisten järjestöjen kanssa. Koulutusta laatiessa oli siis mahdollista asettaa ArVo –ohjelma myös laajempaan yhteiskunnalliseen kontekstiin. Koulutuksen sisältö rakennettiin kuulijoiden kokemuksiin pohjautuen ja rohkaistiin heitä ratkaisemaan henkilökohtaisia tavoitteita sekä käytännön työssä esiintyviä haasteita.

Viestinnän tavoitteena on vaikuttaminen ja vaikuttava viestintä voi olla vahvistavaa, aktivoivaa tai asenteita muuttavaa. Vahvistavalla viestinnällä voidaan saada vallitseva tilanne tiedostetuksi ja vastaanottajat mahdollisesti halukkaammaksi toimimaan sen muuttamiseksi. Asenteiden muuttaminen taas on pitkä prosessi, jonka tulokset näkyvät vasta monen eri viestin yhteisvaikutuksena. (Lohtaja-Ahonen & Kaihovirta-Rapo 2012: 43-44) Yksisuuntaisen tiedottamisen sijaan koulutuksen viesti pyrittiin rakentamaan kuulijoihin vaikuttavaksi. Projektipäällikön tehtävänä oli sovittaa yhteen tilaajaorganisaation sekä koulutukseen osallistuvien tavoitteet ja odotukset (Kupias & Koski 2012: 11). Tilaajaorganisaation toiveena oli ArVo –ryhmän tärkeimpien työkalujen esilletuominen sekä niiden toiminnallinen käyttö koulutuksen aikana, joten nämä osiot suunniteltiin mukaan koulutukseen.

Konkreettisisessa valmistelussa oli huomioitava, että osallistujien on tiedettävä koulutuksen tavoite ja tarkoitus, aikataulu sekä mitä mahdollista valmistautumista heiltä vaaditaan. Osallistujien orientoitumisen helpottamiseksi koulutuksesta lähetettiin erillinen kutsu, johon oli merkitty ohjelma aikatauluineen, sillä ajankäytön arviointi, käytettävien menetelmien valinta ja asioiden käsittelyjärjestys ovat osa hyvää valmistautumista (ks. Surakka 2006.) Projektipäällikkö tutustui koulutuksen pitämistä ja esiintymistä käsittelevään kirjallisuuteen ja pyrki vahvistamaan esiintymisvarmuutta etukäteen. Kupiaksen (ks. 2007: 20-21) esiin tuomia ja onnistuneesti käytettyjä hyviä keinoja olivat mm. huolellinen valmistautuminen, myönteinen ja innostunut suhtautuminen järjestettyyn koulutukseen, huomion keskittäminen tilaisuuden tavoitteeseen ja tietoisena rauhallinen liikkuminen esiintymistilanteessa.

Koulutuksen sisällön soveltaminen työssä vaatii koulutukseen osallistuvilta opitun aktiivista prosessointia. Tämän saavuttamiseksi erityistä huomiota kiinnitettiin koulutuksen turvalliseen ja arvostavaan ilmapiiriin sekä osallistujia huomioivaan vuorovaikutukseen, mikä edesauttaa oppimisprosessia. (ks. Kupias 2007: 125-128.) Havainnollistaminen sanallisesti, esimerkeillä tai visuaalisilla apuvälineillä lisää viestin kiinnostavuutta (Lohtaja-Ahonen & Kaihovirta-Rapo 2012: 57), joten koulutusta laadittaessa kiinnitettiin erityistä huomiota konkreettisten esimerkkien käyttöön ja sanalliseen havainnollistamiseen. Projektipäällikkö harjoitteli omaa esiintymistään vahvistaakseen myös sanatonta viestintäänsä. Katsekontakti yleisöön, esiintyminen seisoen ja oman kiinnostuksen tuominen äänenkäyttöön ovat yleisiä ja tehokkaita sanattoman viestinnän keinoja (Lohtaja-Ahonen & Kaihovirta-Rapo 2012: 560-61), joita projektipäällikkö tietoisesti omaksui käyttöön. Mukana oli muutama kappale Arkeen Voimaa –itsehoidon kirjaa tutustuttavaksi sekä kouluttajan laatima harjoitus osallistujille helpottamaan työkalujen sisäistämistä (Liite 2). Projektipäällikkö oli laatinut etukäteen esimerkkejä, joiden kautta aihealueita voidaan käydä läpi, mikäli aihe ei muuten herätä keskustelua tai osallistajat ovat haluttomia jakamaan omia, henkilökohtaisia ajatuksiaan aiheesta.

Projektipäällikkö pohti etukäteen myös oman tietämyksensä rajoja. Arkeen Voimaa –ryhmä on tarkoitettu ”henkilöille, joilla on omasta tai omaisen pitkäaikaissairaudesta tai muusta syystä johtuvia haasteita selviytyä arjessa” (Arkeen Voimaa 2016). Väljä määrittely tarjosi mahdollisuuden osallistua ArVo –ryhmään, jonka projektipäällikkö kävi läpi keväkesällä 2016 yhtenä ryhmän jäsenenä syventääkseen tietämystään aiheesta ja harjoitellakseen itsehoidon työkaluja. Vaikka valmistautuminen oli huolellista, edes asiantuntijaluonnoitsijan ei ole tarpeen tietää kaikkea aihealueesta, vaan aina voi luvata etsiä vastauksen vaikeaan kysymykseen ja palata asiaan myöhemmin (Cannon & Boswell 2012: 143). Koulutuksessa oli läsnä mentor, Arkeen Voimaa –koordinaattori, jonka asiantuntemuksen puoleen oli mahdollista tarpeen tullen kääntyä.

6 LAADITUN KOULUTUKSEN RAKENNE JA SISÄLTÖ

Koulutus aloitettiin tarkastelemalla terveydenhuollon tulevaisuuden haasteita, ikääntymistä ja terveyden eriarvoisuutta sekä niiden kannalta välttämätöntä terveydenhuollon painopisteen muutosta sairauksien ennaltaehkäisyyn ja itsehoidon lisääntymiseen. Terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia muun muassa edistämään ja ylläpitämään kuntalaisten terveyttä, kaventamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja ja vahvistamaan palvelujen asiakaskeskeisyyttä, mihin tarvitaan vaikuttavia terveydenhuollon käytäntöjä. Näiden rakenteellisten tekijöiden kautta listattiin yleisimmät pitkäaikaissairaudet ja todettiin samojen riskitekijöiden altistavan useille sairauksille. Pitkäaikaissairauden vaikuttavat työkykyyn ja koettuun elämänlaatuun, niiden hoito vaatii terveydenhuollon palveluita ja ne lisäävät ennenaikaista kuolleisuutta.

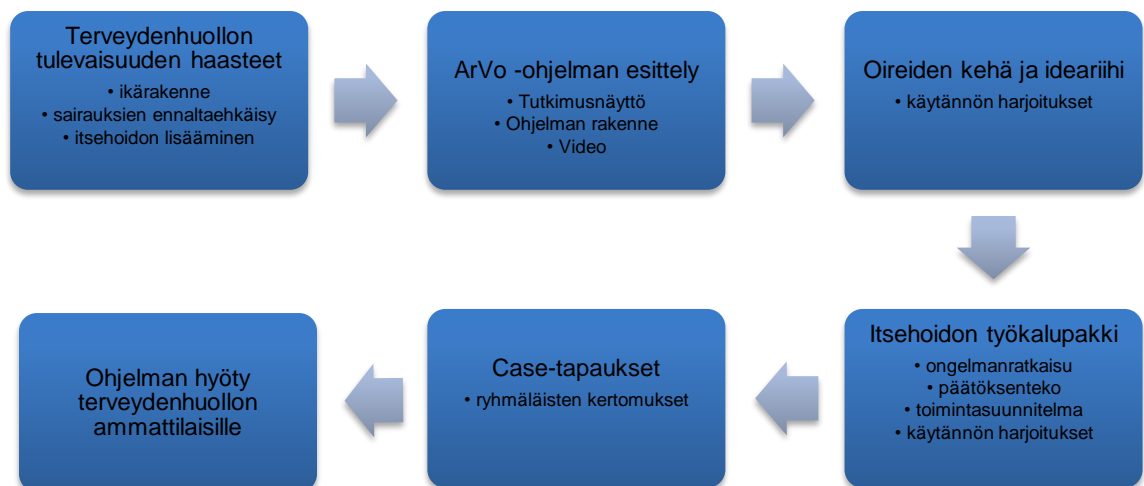
Seuraavaksi esiteltiin Arkeen Voimaa –ohjelma taustoineen ja käytiin läpi siihen liittyvää tutkimusnäyttöä sekä ohjelman rakennetta. Ohjelmaan tutustuttiin myös videon kautta, jolla vapaaehtoiset, koulutetut vertaisohjaajat kertoivat ohjelman sisällöstä ja sen vaikutuksista. Koulutuksessa korostettiin ohjelman taustalla olevaa tieteellistä näyttöä toimivuudesta ja sen lisäksi ohjelman yksinkertaisuutta ryhmäläiselle. ArVo-ohjelma kytkettiin osaksi elintapamuutoksen motivointia korostamalla sen noudattavan tieteellisesti toimivaksi todetun motivoivan haastattelun perusteita ja lisäävän osallistujien sisäistä motivaatiota muutokseen.

ArVo –ryhmien rakenne käytiin tarkemmin läpi aloittaen oireiden kehästä, johon ryhmässä opittavilla työkaluilla pyritään puuttumaan. Ryhmäkäynnit etenevät teemoittain ja alustuksena aiheeseen käytetään ideariihä, jota myös koulutuksessa kokeiltiin harjoituksena. Ideariihen esimerkkinä käytettiin hyvää yöunta, johon kerättiin koulutukseen osallistujilta arjen vinkkejä. Seuraavaksi perehdyttiin harjoitusten kautta itsehoidon työkalupakin sisältöön ja käsiteltiin kolmea tärkeintä itsehoidon työkalua, ongelmanratkaisua, päätöksentekoa ja toimintasuunnitelman laatimista. Osallistujia pyydettiin miettimään ArVo –ryhmään osallistuvien tapaan, mikä heille aiheuttaa ongelmia arjessa ja millaisilla menetelmillä tämä ongelma voitaisiin ratkaista. Kouluttaja oli laatinut konkreettisen esimerkin oppimisen tueksi ja lisäksi aihetta päästiin

käsittelmään osallistujien esimerkkien kautta. Seuraavaksi siirryttiin päätöksenteon työkaluun, jossa tarkoituksena on valita yksi menetelmä ongelman ratkaisuun ja kirjata ylös sen ratkaisuvaihtoehdon hyvät ja huonot puolet. Hyvät ja huonot puolet pisteytetään niiden tärkeyden mukaan. Koulutukseen osallistujat laativat oman päätöksentekotaulukkonsa ja jälleen kouluttaja oli varautunut konkreettisella esimerkillä, jonka lisäksi käsiteltiin osallistujien esimerkkejä. Osallistavuus oli koulutuksen tavoitteena, sillä varsinaisissa ArVo –ryhmissä ryhmäläiset otetaan vastaavalla tavalla mukaan pohtimaan asiaa oman tilanteensa kannalta. Koulutuksen ajatuksena oli tarjota samanlainen kokemus mukana olijolle. Lopuksi käsiteltiin vielä itsehoidon työkalupakin kolmantena osana toimintasuunnitelma, eli ratkaisuvaihtoehdon vieminen käytäntöön. Osallistujia pyydettiin miettimään, miten he voisivat seuraavan viikon aika viedä valitsemaansa menetelmää eteenpäin. Tavoitteen tuli olla riittävän realistinen ja konkreettinen toteutuakseen ja ArVo-ryhmän tapaan toimintasuunnitelman realistisuutta testattiin pyytämällä pisteuttämään se asteikolla 1-10 sen mukaan, miten varmasti uskoo suunnitelman toteutuvan. Itsehoidon työkaluja läpi käytäessä kouluttaja käytti käytännönläheisiä esimerkkejä kuvatakseen miten ArVo –ryhmän tavoitteet ovat jokaisen osallistujan omat ja tiukasti kiinni hänen arjessaan ja mahdollisuuksissaan toteuttaa muutosta.

Myös muita ArVo –ryhmässä käsiteltäviä asioita sivuttiin, mutta edellä esitellyt kolme itsehoidon työkalua muodostivat koulutuksen ytimen, jonka avulla ArVo –ryhmän erityispiirteenä oleva osallistaminen haluttiin tuoda selkeästi esille. Ryhmästä hyötyvien potilasryhmien moninaisuuden ilmentämiseksi esiteltiin case-tapauksia, joiden kohdalla ArVo –ryhmään ohjaaminen tuotiin esiin terveydenhuollon ammattilaisen lisäkeinona auttaa pitkäaikaissairasta potilasta selviytymään paremmin. Erikseen tuotiin esille pitkäaikaissairauksien usein aiheuttamat hankalasti hoidettavat ja monimutkaiset ongelmat, kuten yksinäisyys, luopuminen, merkityksettömyys, vetäytyminen ja osallisuuden puute. Parhaiten ryhmän vaikutusta kuvaavat osallistujien kertomukset heidän kokemastaan mahdollisuudesta voimaantua ja saada iloa, ja näiden esittelemiseksi esityksen osana luettiin otteita ArVo –ryhmäläisten haastatteluista, joissa he kertovat ryhmän merkityksestä terveydentilansa ja elämäntilanteensa suhteen (From 2017).

Koulutus päätettiin kertaamalla vielä, miten ohjelma hyödyttää terveydenhuollon ammattilaista. Se antaa mahdollisuuden riittävän aikaiselle ohjaukselle palvelujen pariin, säästää resursseja, on maksuton ja helposti saatavilla, nopea, tukee terveydenhuollon uutta roolia asiakkaan kumppanina ja valmentajana sekä ennen kaikkea toimii ollen tehokas ja vaikuttava matalan kynnyksen toimintatapa. Elämäntapoihin liittyviä muutoksia ei voida tehdä asiakkaan puolesta, vaan motivaation muutokseen on noustava itsestä. ArVo-ryhmä tarjoaa vertaisuutta, johon terveydenhuollon ammattilaisella ei ole mahdollisuutta, mutta sitä voidaan tukea ja edistää tekemällä yhteistyötä toimijoiden kanssa. Lopuksi osallistujia pyydettiin vielä täyttämään koulutuksen sisältöä arvioiva palautekysely. Koulutuksen rakenne ja sisältö on esitetty yksinkertaistetusti kuviossa 2.



Kuvio 2. Koulutuksen rakenne ja sisältö.

7 PALAUTEKYSELY KOULUTUKSESTA

7.1 Aineiston kerääminen

Kehittämiprojektissa laaditulla koulutuksella pyrittiin motivoimaan perusterveydenhuollon henkilökuntaa ottamaan Arkeen Voimaa –ohjelma käyttöön omassa työssään. Lisäksi pyrittiin arvioimaan, vastasiko laadittu koulutus perusterveydenhuollon henkilökunnan tarpeisiin heidän työtään edistävällä tavalla. Tietoa koulutuksen vastaavuudesta haettiin palautekyselyn avulla. Kyselyä käytetään yleisesti tietojen, mielipiteiden, asenteiden ja arvojen selvittämiseen (Uusitalo 1998: 92). Kyselytutkimus mahdollistaa laajan aineiston keräämisen ja on menetelmänä tehokas niin ajan kuin kustannustenkin suhteen. Soveltavan tutkimuksen palautekysely oli standardoitu, eli asioita kysyttiin kaikilta vastaajilta samalla tavalla. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2015: 193-195). Kyselyn toteuttamista varten laadittiin Webropol – verkkokysely. Kehittämistyöhön liittyvä kysely toteutettiin kuitenkin paperiversiona heti koulutuksen jälkeen, jotta vältettiin verkkokyselyihin liittyvä suuri kato vastausprosentissa (Hirsjärvi ym. 2015: 196). Webropol –kyselyn etuna on nopeus ja aineiston vaivaton saanti (Hirsjärvi ym 2015: 196), joten se soveltuu arviointiin jatkossa koulutuksen ollessa käytössä ArVo -ohjelman käyttöönottovaiheessa uusilla paikkakunnilla.

Kyselyn koko joukko muodostui koulutukseen kutsutusta Salon terveysasemien henkilökunnasta. Kutsu jaettiin sähköpostitse hoitohenkilökunnalle, lääkäreille ja esimiehille, jakelun toteutti Arkeen Voimaa -koordinaattori. Kyselyyn vastanneiden määrä (n = 13) muodostui koulutukseen osallistuneista ja kyselyn täyttäneistä. Kaikki koulutukseen osallistuneet vastasivat kyselyyn. Otos ei ollut satunnainen vaan tarkoituksella valikoitunut, sillä kyseessä oli koulutuksen pilotointi. Kyselyyn vastattiin nimettömänä, kyselystä ja sen tarkoituksesta tiedotettiin koulutuksen yhteydessä ja tutkittavilla oli myös mahdollisuus kieltäytyä kyselyyn osallistumisesta. Kerätty aineisto syötettiin käsin Webropol –ohjelmaan. Aineisto analysoitiin monivalintakysymysten osalta Webropol –ohjelmalla, jolla saadaan aineistosta suoraan tilastoarvoja kuten keskiarvo, mediaani ja keskihajonta. Avoimet kysymykset käsiteltiin erikseen luokittelemalla vastausten sisältöä.

Kyselyssä käytettiin neliportaista Likert-asteikkoa, eli skaaloihin perustuvaa kysymystyyppiä. (Hirsjärvi ym 2015: 200). Likert-asteikko koostuu joukosta kysymyksiä tai väittämiä, jotka ilmaisevat sekä kielteistä että myönteistä asennetta tai käsitystä kyseiseen kohteeseen. Vastaajat arvioivat väittämiä portaittaisella asteikolla, jonka vastausvaihtoehdot ovat esimerkiksi: 1. ei lainkaan, 2. melko vähän, 3. en osaa sanoa, 4. melko paljon, 5. erittäin paljon. (Metsämuuronen 2000: 47.) Asteikko voi olla 4-7-portainen (Cohen, Manion & Morrison 2007: 326-327). Kysymykset suositellaan esitettäväksi monivalintavaihtoehtoina eikä ”samaa mieltä / eri mieltä”-väittäminä, sillä vastaajilla on taipumus vastata kuten he arvelevat olevan odotettua ja suotavaa (Hirsjärvi ym. 2015: 203; Uusitalo 1998: 93). Kyselyihin suositellaan yleisesti myös ”ei mielipidettä”-vaihtoehtoa (Hirsjärvi ym. 2015: 203), joka tästä tutkimuksesta jätetään koordinaattorin ohjeen mukaisesti pois.

Aineiston keräämiseen käytettävä kysely on hyvä esiteltävä, jos se on itse laadittu. Kvalitatiivisella esitestauksella voidaan arvioida mittarin kielellistä ymmärrettävyyttä ja sitä, miten kysely tavoittaa tutkittavan ilmiön. Tällöin merkityksellistä ei ole esitestauksen mittavuus tai esikoehavaintojen tilastollinen käsittely (Soininen 1995: 133) vaan esitestauksella tuoman tiedon avulla voidaan ennen varsinaista tutkimusta korjata kysymysten muotoilua (Hirsjärvi ym. 2015: 204). Palautekyselyn kysymysten muotoa ja sisältöä hiottiin projektiryhmän yhteistyötapaamisissa. Kommenttien perusteella kysymyksenantoa selkeytettiin ja taustakysymyksistä vaihdettiin kysymys vastaajien iästä kysymykseen vastaajien työkokemusvuosista.

7.2 Aineiston analysointi

Kyselyn tuottamaa numeraalista aineistoa voidaan analysoida useilla eri ohjelmilla, kuten SPSS –tilastointiohjelmalla tai Excelillä. Tässä soveltavassa työssä analysointiin käytettiin Webropol –ohjelmaa. Kvantitatiivisesta aineistosta voidaan esittää lukumäärä- tai prosenttijakaumia eri muuttujien suhteen. Aineistoa voidaan analysoida ristiintaulukoinnilla, jolloin saadaan tulokseksi prosentiosuuksia ja kokonaismääriä aineistosta. Koulutuksen onnistumista voidaan näin arvioida esimerkiksi ammatti- tai

ikäryhmittäin. Aineistosta voidaan laskea keskiarvoja ja mediaaneja sekä tutkia riippuvuuksia ja korrelaatioita. (Cohen ym. 2007: 508-558.) Vastauksista esitettiin kuhunkin kysymykseen vastanneiden prosenttiosuudet. Aineiston pienuuden vuoksi ristiintaulukointia vastausten kesken ei tehty. Kiinnostavaa olisi ollut analysoida suuremmasta aineistosta esimerkiksi koulutuksen hyödynnettävyyttä ammattiryhmittäin tai työkokemus huomioiden.

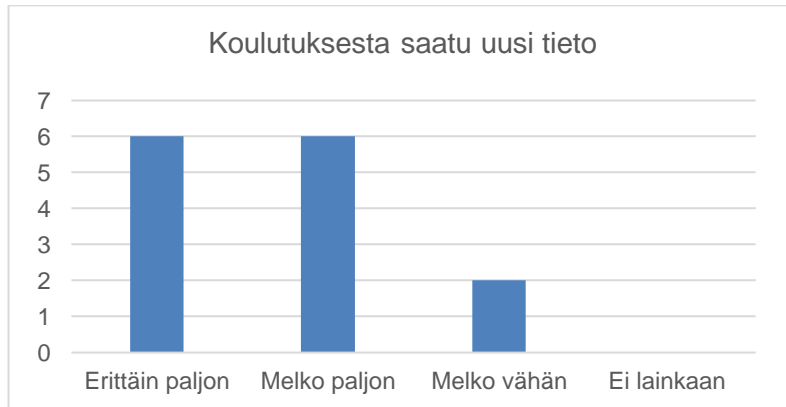
Avoimia kysymyksiä voidaan käsitellä sisällön analyysillä, jossa tutkimusaineistoa ensin pelkistetään ja tiivistetään tutkimuskysymysten mukaisesti ja sen jälkeen ryhmitellään uudestaan. Jokainen ryhmä nimetään sitä kuvaavalla yläkäsitteellä. Analyysiyksikkönä voi toimia sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Tutkimuksen tuloksena ryhmittelyistä muodostuu uusia luokitteluja, joiden pohjalta yritetään paremmin ymmärtää tutkittavan kuvaamaa merkityskokonaisuutta. (Vilkkä 2005: 140.) Tässä työssä avointen kysymysten vastauksen käsiteltiin luokittelemalla, sillä vastausten vähäisen määrän vuoksi varsinaista sisällön analyysia ei voitu tehdä.

7.3 Tulokset

Kyselyssä oli kymmenen kysymystä, joista kaksi ammattiryhmää ja työkokemusta käsitteleviä taustakysymyksiä. Yksi kysymyksistä oli jaettu viiteen, koulutuksen eri osa-alueita käsittelevään kysymykseen. Kyselyssä kartoitettiin vastaajien aiempaa tietoa ArVo –ohjelmasta, ohjelman käyttöönoton perusteita, koulutuksen eri osa-alueita sekä koulutuksesta saadun tiedon hyödynnettävyyttä vastaajan omassa työssä. Lisäksi tiedusteltiin vastaajien kokemustaan yhteistyöstä vapaaehtoistoimijoiden kanssa sekä pyydettiin arvioimaan, suosittelisivatko he koulutusta työtovereilleen. Avoimissa kysymyksissä pyydettiin palautetta siitä, mikä koulutuksessa koettiin mielenkiintoisimpana sekä annettiin mahdollisuus kertoa mitä koulutuksessa haluaisi muuttaa.

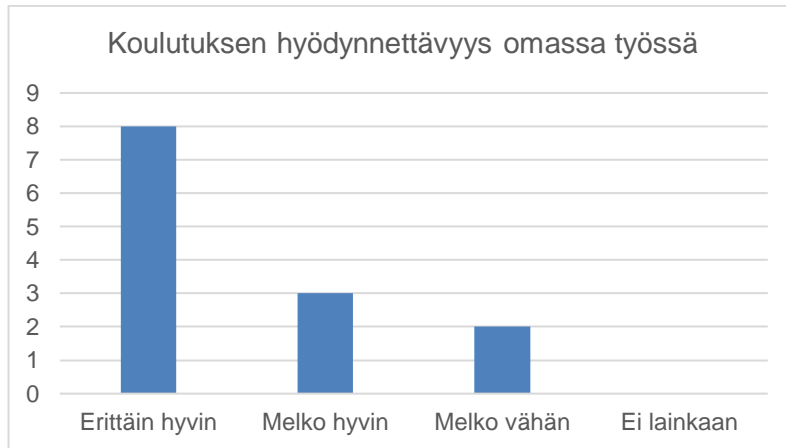
7.3.1 Perusterveydenhuollon henkilökunnan koulutuksesta saama hyöty

Valtaosa kyselyyn vastanneista sai koulutuksesta erittäin paljon (46%, n=6) tai melko paljon (46%, n=6) uutta tietoa. Yksi vastaaja oli vastannut saaneensa sekä melko paljon että melko vähän tietoa ja yksi vastaaja melko vähän uutta tietoa. (Kuva 1)



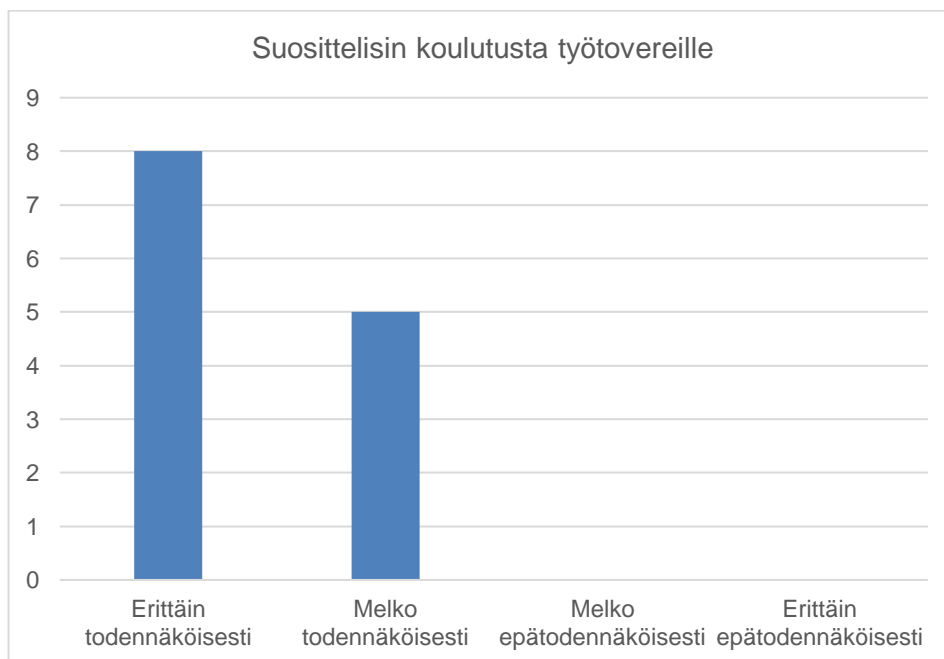
Kuva 1. Koulutuksesta saatu uusi tieto

Myönteisenä tuloksena voidaan pitää myös koulutuksen hyödynnettävyyttä omassa työssä. 62% vastaajista (n=8) koki voivansa hyödyntää koulutuksesta saamaansa tietoa omassa työssään erittäin hyvin. 23% (n=3) arvioi voivansa hyödyntää koulutusta omassa työssään melko hyvin ja 15% (n=2) melko vähän. (Kuva 2)



Kuva 2. Koulutuksen hyödynnettävyys omassa työssä.

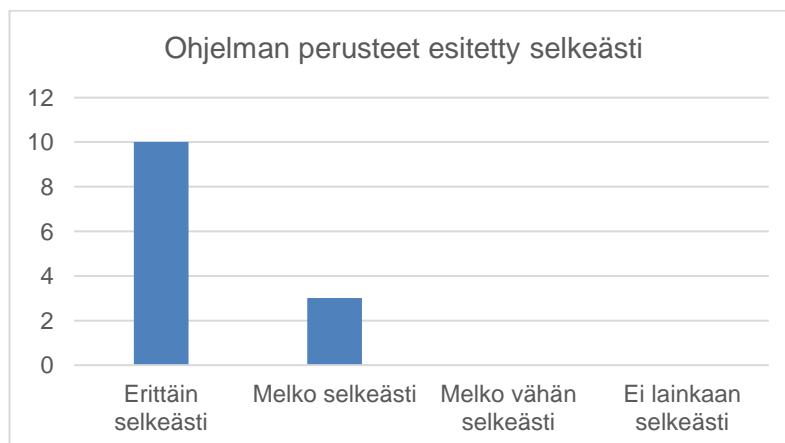
Kaikki vastaajat suosittelisivat koulutusta myös työtovereilleen, 62% (n=8) erittäin todennäköisesti ja 38% (n=5) melko todennäköisesti. (Kuva 3)



Kuva 3. Koulutuksen suositeltavuus työtovereille.

7.3.2 Arkeen Voimaa –ohjelman esittelyn arviointi

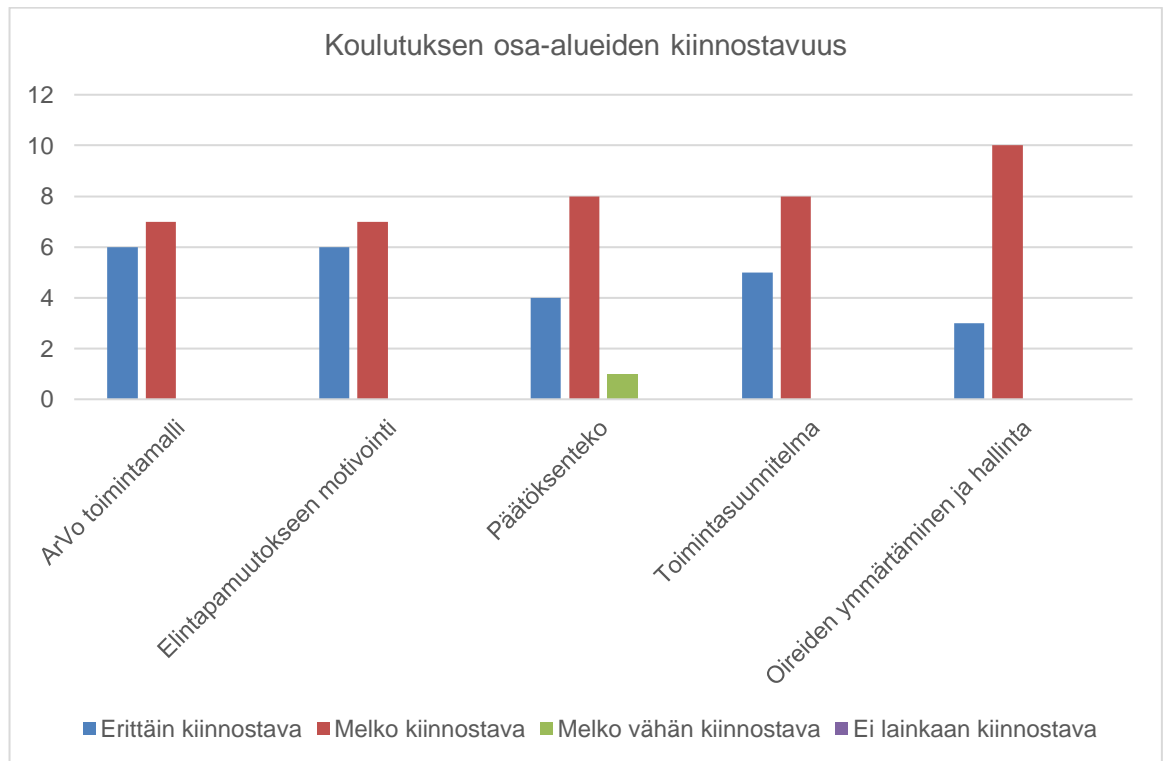
77% (n=10) vastaajista piti ArVo –ohjelman perusteluja (vaikuttavuus, itsehoidon tukemisen tärkeys) erittäin selkeästi esitettynä ja 23% (n=3) melko selkeästi esitettynä. Yksikään vastanneista ei kokenut perusteiden esittämistä melko vähän selkeänä tai ei lainkaan selkeänä. (Kuva 4)



Kuva 4. Arkeen Voimaa -ohjelman esittelyn selkeys.

Koulutuksen eri osa-alueiden arviointia pyydettiin palautekyselyssä erikseen. ArVo –ohjelman toimintamallin esittely koettiin kiinnostavaksi. Esittelyä pidettiin joko melko kiinnostavana (54%, n=7) tai erittäin kiinnostavana (46%, n=6). Elintapamuutokseen motivointi oli 46% (n=6) mielestä kiinnostavaa ja 54% arvioi osa-alueen melko kiinnostavaksi. Seuraavaksi koulutuksessa esiteltiin ArVo –ryhmien itsehoidon työkalut, joista ensimmäisenä päätöksenteko. Tätä osuutta kiinnostavana piti 31% (n=4), melko kiinnostavana 62% (n=8) ja melko vähän kiinnostavana 8% (n=1). Itsehoidon työkaluista toimintasuunnitelman laatiminen koettiin hieman kiinnostavampana, sen esittelyä piti

erittäin kiinnostavana 38% (n=5) ja melko kiinnostavana 62% (n=8) Itsehoidon työkaluista kolmas oli oireiden ymmärtäminen ja niiden hallinta. Tätä osa-aluetta kiinnostavana piti 23% (n=3) ja melko kiinnostavana 77% (n=10). (Kuva 5)



Kuva 5. Koulutuksen osa-alueiden kiinnostavuus.

7.3.3 Koulutuksen mielenkiintoisuus ja kehitysehdotukset

85% (n=11) vastaajista vastasi avoimeen kysymykseen, mikä koulutuksessa heidän mielestään oli mielenkiintoisinta (Liite 4). ArVo-ohjelman kuvaus kokonaisuudessaan koettiin mielenkiintoisena ja syyksi tähän mainittiin esimerkiksi vertaisten rooli ryhmien ohjaajina sekä käytettävyys omien asiakkaiden keskuudessa. Ryhmätoiminnan sisältö ja erityisesti ryhmän käyneiden tarinat koettiin mielenkiintoisiksi. Kiitosta saivat myös käytännön harjoitukset ja ArVo-ryhmien tuloksista kertominen. Lisäksi hyvänä pidettiin koulutuksen pituutta sekä keskustelumahdollisuutta. Luokiteltuna vastaukset koulutuksen mielenkiintoisuudesta jakautuivat kolmeen luokkaan; informatiiviseen,

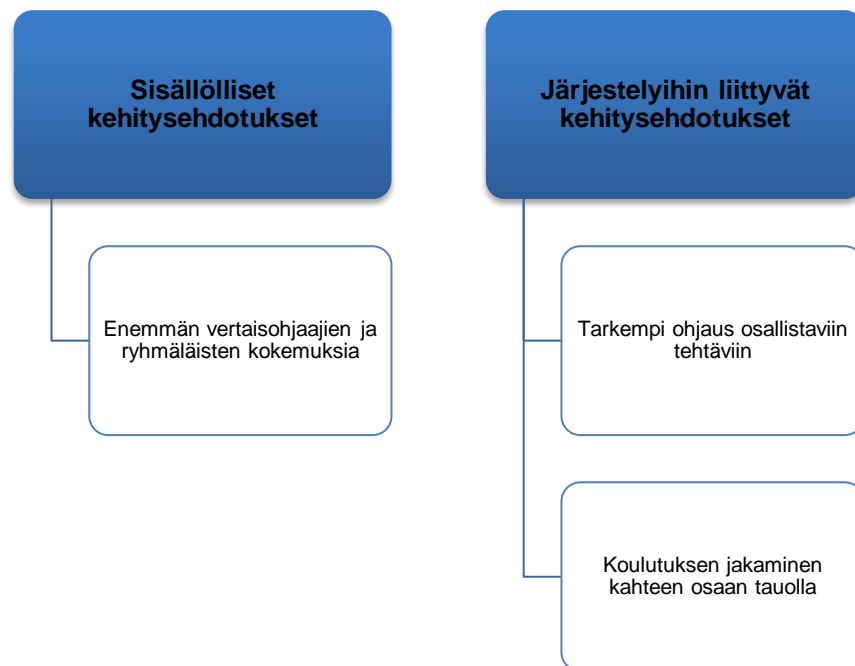
osallistavaan ja kokemukselliseen antiin. Mielenkiintoisena koettiin tieto ohjelman ja ryhmätoiminnan sisällöstä, vertaisten roolista ohjaajina sekä ohjelman vaikuttavuudesta. Koulutuksen osallistavuus sai kiitosta ja mielenkiintoisena pidettiin itse tekemistä, työkalujen käytännön harjoittelua, motivointiharjoituksia sekä keskustelua. Kokemuksellisuus mainittiin kahdessa vastauksessa mielenkiintoisimpana, ohjaajien ja ryhmän käyneiden esimerkit koettiin hyvänä sisältönä. (Kuvio 3).



Kuvio 3. Palautekyselyyn vastanneiden nimeämä mielenkiintoisin koulutussisältö.

46% (n=6) vastaajista vastasi avoimeen kysymykseen, jossa tiedusteltiin tulisiko jotain, ja jos niin mitä, koulutuksessa muuttaa (Liite 4). Vastauksissa toivottiin paikalle vertaisohjaajaa kertomaan kokemuksistaan, myös ryhmän käyneiden kokemuksia ylipäättään haluttiin kuulla lisää. Koulutukseen toivottiin myös taukoa. Lisäksi yhdessä palautteessa toivottiin tarkempaa ohjeistusta tehtäviin. Kahdessa vastauksessa mainittiin, ettei koulutukseen tarvita muutoksia vaan se on hyvä sellaisenaan.

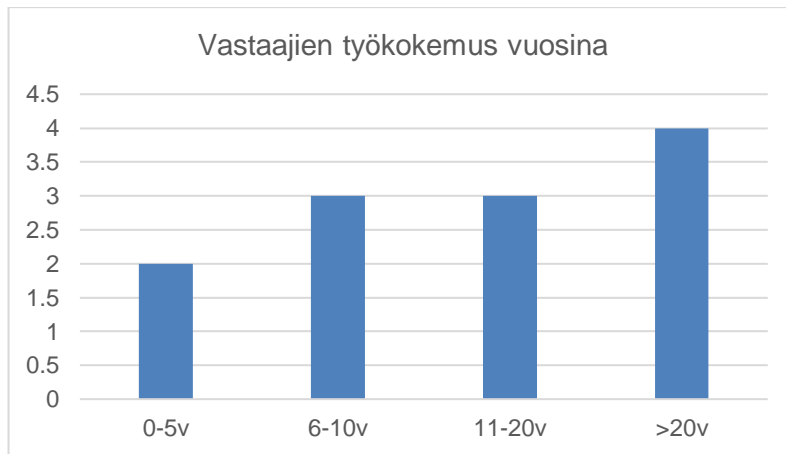
Luokiteltuna vastausten kehitysehdotukset jakautuivat kahteen luokkaan, sisällöllisiin sekä koulutuksen järjestelyihin kohdentuviin ehdotuksiin. Sisällöllinen ehdotus oli vertaisohjaajien ja ryhmäläisten kokemusten tuominen vielä enemmän mukaan koulutukseen, esimerkiksi ottamalla mukaan vertaisohjaaja kertomaan kokemuksistaan. Järjestelyihin liittyviä kehitysehdotuksia olivat toive tarkemmasta ohjauksesta osallistaviin tehtäviin sekä koulutuksen jakaminen kahteen osaan tauolla. (Kuvio 4)



Kuvio 4. Palautekyselyyn vastanneiden nimeämät koulutuksen kehitysehdotukset.

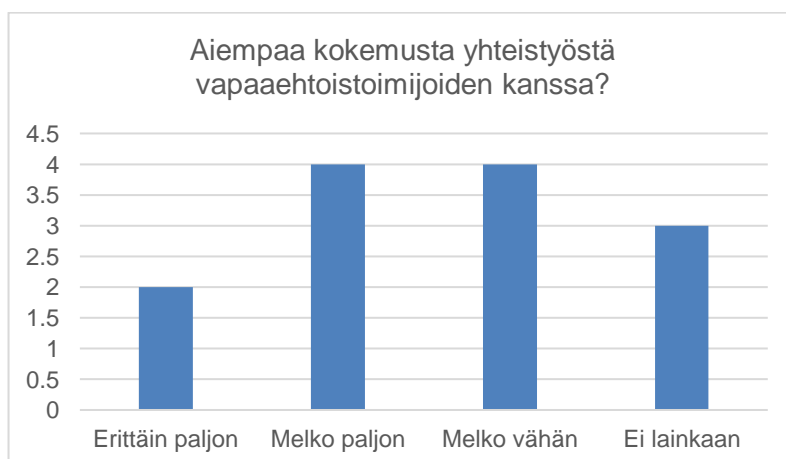
7.3.4 Taustakysymykset

Kaikki koulutukseen osallistuneet olivat hoitohenkilökuntaa. Vastaajista 62% (n=8) oli koulutukseltaan sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja ja 38% (n=5) oli muuta terveydenhuollon henkilökuntaa. Lääkäreitä tai esimiehiä koulutukseen ei osallistunut. Viimeisenä kysymyksenä tiedusteltiin vastaajien työkokemusta vuosina. Yli puolella vastaajista oli työkokemusta enemmän kuin kymmenen vuotta, 33% (n=4) yli 20 vuotta ja 23% (n=3) 11-20 vuotta. Vastaajista 25% (n=3) työkokemusvuosia oli 6-10 ja 17% (n=2) enintään viisi. (Kuva 6)



Kuva 6. Vastaajien työkokemus.

Vastaajista 15% (n=) oli erittäin paljon aiempaa kokemusta yhteistyöstä vapaaehtoistoimijoiden kanssa ja 31% (n=4) melko paljon. Toisaalta koulutukseen osallistuneista 31% (n=4) oli melko vähän kokemusta yhteistyöstä vapaaehtoistoimijoiden kanssa ja 23% (n=3) ei lainkaan. (Kuva 7)



Kuva 7. Vastaajien aiempi kokemus yhteistyöstä vapaaehtoistoimijoiden kanssa.

7.4 Johtopäätökset

Vastausten perusteella koulutuksen voidaan katsoa vastanneen tiedontarpeeseen Arkeen Voimaa –ryhmätoiminnasta. Salon perusterveydenhuollossa ArVo –ohjelma on otettu käyttöön jo useita vuosia sitten ja se toimii paikkakunnalla aktiivisesti. Huomioitavaa kyselyn tuloksia tarkasteltaessa onkin, että tästä huolimatta koulutus tarjosi valtaosalle erittäin paljon tai melko paljon uutta tietoa. Voi olla, että koulutuksen painotus ArVo –ohjelmassa käytettäviin työkaluihin oli uutta, sillä terveydenhuollon henkilökunta ei käy ArVo –ryhmää itse läpi vaan ohjaa ryhmiin siitä mahdollisesti hyötyviä kuntalaisia. Merkittävää on lisäksi koulutuksesta saadun tiedon hyödynnettävyys vastaajien työssä, yli 80% vastaajista arvioi voivansa hyödyntää tietoa omassa työssään erittäin hyvin tai melko hyvin. Kaikki vastaajat pitivät koulutusta suositeltavana myös työtovereilleen.

Koulutuksen sisällöstä saatu palaute oli yleisesti ottaen positiivista ja koulutus koettiin hyödylliseksi sekä uutta tietoa tarjoavaksi. Iltapäivä ajankohtana oli mahdollisesti väsyttävä, sillä palautteessa oli toivomus koulutuksen jakamisesta kahteen osaan tauolla. Avoimista kysymyksistä nousi esiin kehittämisehdotuksia, jotka on hyvä huomioida jatkossa koulutusta pidettäessä. ArVo –ryhmän käyneiden kokemuksia ryhmän vaikutuksesta haluttiin kuulla enemmän ja lisäksi toivottiin vertaisohjaajaa mukaan koulutukseen.

Kyselyn luotettavuutta heikentää sen pieni otos ja vastaajien ammattijakauman homogeenisyys. Aineiston ollessa vain 13 henkilöä, vastausten ristiintaulukointi esimerkiksi työkokemuksen suhteen ei tuota riittävästi tietoa johtopäätöksiä varten. Lääkäreitä tai esimiehiä ei tullut paikalle, mikä voi johtua ajankohdasta, koulutuksen sisällöstä tai muista syistä. Jatkoa ajatellen olisi mielenkiintoista järjestää terveydenhuollon henkilökunnalle pidempi, vaikkapa koko päivän kestävä koulutustilaisuus, jossa ArVo –ryhmissä käytettäviä työkaluja ehditsi kokeilla ja työstää niiden käyttöä pienryhmissä. Pidempään koulutukseen olisi mahdollista ottaa mukaan myös ryhmän käynyt koulutettu, vapaaehtoinen vertaisohjaaja kertomaan oman tarinansa. Jatkossa, jos koulutusta ja kyselyä esitetään suuremmille joukoille, vastauksia

on kannattavaa tulkita myös työkokemuksen, vapaaehtoistyökokemuksen ja ammattiryhmän suhteen.

Palautekysely tehtiin vastauskadon välttämiseksi koulutustilaisuuden lopuksi. Webropol –kyselyä ei printattu koulutukseen sellaisenaan vaan tekstin muotoiluja muutettiin käyttäjätavallisemmaksi muun muassa suurentamalla fonttikokoa. Paperikaavake toi esiin virhelähteen, jota kouluttaja ei ollut ottanut etukäteen huomioon. Paperiseen kyselyyn oli mahdollista vastata useammalla vastausvaihtoehdolla, kuten yksi vastaaja oli tehnyt ensimmäisen kysymyksen kohdalla. Webropol –kyselynä toteutettuna vastaavaa ongelmaa ei esiintynyt, sillä vastausvaihtomahdollisuuden voi lukita yhteen. Kysely on jatkossa syytä suorittaa verkkokyselynä Webropolin kautta tai lisätä vastausohjeeksi ”valitse vaihtoehdoista yksi”.

Yksittäisten kysymysten kohdalla nousi esiin muutama havainto. ArVo –ryhmän aiheista oireiden ymmärtäminen ja hallinta käytiin koulutuksessa läpi puhuen, eikä osa-alueeseen liittynyt diaa tai itsenäistä harjoitusta. Käsitellyistä osa-alueista se sai heikoimmat arviot, osa-alueita kiinnostavana piti 23% ja melko kiinnostava 77% (Kuva 3). Voidaan pohtia tulisiko oireiden ymmärtäminen ja hallinta jatkossa lisätä erilliseksi diaksi ja liittää siihen itsenäinen harjoitus, jotta se kiinnostaisi enemmän. Osallistujilta tiedusteltiin myös aiempaa työkokemusta vapaaehtoistoimijoiden kanssa (Kuva 5). Vastaajista 54%:llä oli melko vähän tai ei lainkaan kokemusta yhteistyöstä vapaaehtoistoimijoiden kanssa. Koulutus suunniteltiin ajatellen osallistujilla olevan runsaasti aiempaa kokemusta vapaaehtoistyön ja terveydenhuollon ammattilaisen yhteistyöstä, joten vastaus oli yllättävä. Epäselväksi jää mielsivätkö vastaajat esimerkiksi ArVo –ryhmät vapaaehtoistyöksi. Olisi mielenkiintoista selvittää mitä ryhmittymiä vastaajat arvioivat vapaaehtoistyön toimijoiksi ja minkä järjestöjen kanssa he ovat tehneet yhteistyötä.

Arkeen Voimaa -koordinaattori oli tyytyväinen laadittuun koulutuskokonaisuuteen ja koulutustilaisuuden onnistumiseen. Myös projektipäällikkö koki onnistuneensa koulutuksessa sekä valmistelujen suhteen, että viestin viemisessä osallistuneille. Koulutuspaketti luovutettiin tilaajaorganisaatiolle ja se tulee käyttöön markkinoitaessa

ArVo-ryhmiä jatkossa uusille yhteistyökunnille. Pilottikoulutukseen liittynyt palautekysely osoitti, että tarvetta ohjelman perusteiden kertaamiselle voi olla myös jo mukana olevilla paikkakunnilla.

7.5 Luotettavuus

Tutkimuksen tavoitteena on aina olla luotettavaa ja tätä luotettavuutta voidaan arvioida monilla tavoin. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, eli mittauksen kykyä antaa toistettaessa samoja tuloksia (Hirsjärvi ym. 2015: 231; Soininen 1995: 122; Cohen ym. 2007: 146, Heikkilä 2008: 30). Validiteetti taas tarkoittaa mittarin, tässä tapauksessa kyselyn, kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2015: 231; Heikkilä 2008: 29). Tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava paitsi mittarien suhteen, myös koko tutkimuksen tasolla (Soininen 1995). Reliabiliteetti ja validiteetti soveltuvat käsitteinä parhaiten kvantitatiiviseen tutkimukseen mutta kaiken tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava jollain tavoin, vaikkeivat juuri nämä termit sovellut käyttöön. Tutkimuksen luotettavuutta lisää toteuttamisvaiheiden tarkka raportointi ja kuvauksen sekä siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuus. Tulosten suhteen on kerrottava, millä perusteella tutkija esittää niistä tulkintoja ja mihin hän päätelmänsä perustaa. (Hirsjärvi ym. 2015: 232-233.)

Palautekyselyssä käytetyllä Likert-asteikolla on joitain heikkouksia. Esimerkiksi vastauksien totuudenmukaisuus ei ole tiedossa eikä tiedetä miten onnistuneita vastausvaihtoehdot ovat vastaajien mielestä (Hirsjärvi ym. 2015: 195). Vastaajan valitsema numeraalinen arvo on myös vahvasti objektiivinen, eli eri vastaajien vastaukset kohdissa 2 eivät ole vertailukelpoisia. Kyselyissä vastaajat välttävät usein ääripäitä (ei lainkaan, erittäin) ja 5- tai 7-kohtaisessa asteikossa vastaajien tiedetään valitsevan mieluiten keskivaiheen vastauksia. (Cohen ym. 2007: 325-327). Yhtenä heikkoutena on vastaajien muiden asiaa koskevien mielipiteiden saaminen näkyviin (Cohen ym. 2007: 327; Hirsjärvi ym. 2015: 201), mikä tässä kyselyssä pyrittiin varmistamaan käyttämällä strukturoitujen kysymysten lisäksi kahta avointa kysymystä koulutuksen sisältöä koskien. Tässä työssä luotettavuutta osoitti palautekaavakkeen kysymysten huolellinen suunnittelu, millä pyrittiin kartoittamaan vastaajien kokemuksia

laaditusta koulutuksesta. Palaute koulutuksesta pyydettiin koulutuksen osa-alueittain, jotta kysely osoittaisi, millä osa-alueilla on tarpeen tehdä muutoksia.

Koko soveltavan tutkimuksen tasolla luotettavuus näkyi perusteellisena aihealueeseen perehtymisenä. Teoriapohjaa oli kerätty laajasti perustelemaan koulutuksen sisältöön ja rakenteeseen tehtyjä valintoja. Projektipäällikön vähäinen kokemus kouluttamisesta ja palautekyselyjen laatimisesta on saattanut heikentää luotettavuutta, vaikka koulutukseen pyrittiin valmistautumaan huolellisesti. Palautekyselyn pituus vaikutti sopivalta, täyttämiseen kului vain noin viisi minuuttia, joten voidaan olettaa, ettei kyselyyn vastaaminen esimerkiksi väsyttänyt vastaajia ja siten heikentänyt vastausten luotettavuutta. Tulosten raportointi on tehty huolellisesti ja avointen kysymysten luokittelujen pohjana olleet alkuperäiset vastaukset ovat mukana liitteenä. Tulosten sattumanvaraisuutta lisää otoksen pieni koko (Heikkilä 2008: 30) mutta samaa kyselyä voidaan käyttää myös jatkossa koulutuksen jälkeen ja saada näin vertailukelpoista tietoa koulutuksen kohdentuvuudesta perusterveydenhuollon työntekijöille.

7.6 Eettiset kysymykset

Työtä tehdessä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön toimintatapoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014) eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta työssä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä työn ja tulosten arvioinnissa. Työn toteuttamiseen haettiin tutkimuslupa Salon hyvinvointitoimialalta. Ihmistieteiden eettiset periaatteet ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja. Kyselyyn osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja perustua riittävään tietoon. Kyselyssä tulee tiedottaa ainakin tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe, aineistonkeruun konkreettinen toteutustapa ja arvioitu ajankulu, kerättävän aineiston käyttötarkoitus, säilytys ja jatkokäyttö ja osallistumisen vapaaehtoisuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014.) Kyselyyn osallistujilta on pyydettävä tietoinen suostumus, eli varmistettava, että he ovat kyselyn täyttämiseen suostuessaan täysivaltaisia, vapaaehtoisia, informoituja kyselyn kulusta ja tiedon käsittelystä sekä tietoisia työn tavoitteesta. Kyselystä ei

myöskään saa aiheutua siihen osallistuville haittaa tai harmia. (Cohen ym. 2007: 52-59.) Kyselyyn osallistuvilla on oikeus pysyä anonyymeina, eli heitä ei saa tunnistaa tutkimuksesta (Soininen 1995: 129). Kyselyllä kerätty tieto on aina luottamuksellista (Soininen 1995: 130) eikä aineistoa käsitellyt kukaan muu kuin työn tekijä. Palautekyselyn saatesanoissa käytiin läpi kyselyn aihe, tavoite ja tarkoitus, kyselyyn kuluva aika, saatu aineistonkeruulupa ja kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuus. Lisäksi painotettiin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tulosten raportoinnissa. Kouluttaja kertoi myös, että alkuperäiset kyselykaavakkeet hävitetään, kun vastaukset on syötetty Webropol –ohjelmaan. Kyselyssä oli mukana myös kouluttajan yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten.

Eettisyyteen kuuluu rehellisyys sekä lähdeaineiston että tulosten esittämisen suhteen. Lähdeviittausten on oltava asianmukaisia ja tulokset on esitettävä sellaisina kuin ne ilmenevät. Myös tutkimukseen liittyvät puutteet on esitettävä rehellisesti. (Soininen 1995: 130-131.) Työssä noudatettiin rehellisyyttä sekä lähdemateriaalin että tulosten esittämisen suhteen. Teoriaosaa laadittaessa käytettiin apuna aiempaa tutkimusta ja kirjallisuutta, johon viitattiin asianmukaisesti. Raporttia kirjoitettaessa lähdemateriaalin viittauksia tarkistettiin uudelleen ja korjattiin joitain vanhentuneita linkkejä. Tulokset esitettiin juuri sellaisena kuin ne on saatu ja aineistoon liittyviä puutteita pyrittiin arvioimaan huolellisesti.

8 ARVIOINTI

Merkittävässä osassa kehittämisprojektin onnistumisessa oli projektipäällikön osallistuminen ArVo –ryhmään. Palveluun tutustuminen ja siinä käytettävien itsehoidon työkalujen harjoittelu omaan tilanteeseen soveltaen oli välttämätöntä ohjelman erityispiirteiden tavoittamiseksi. ArVo –ryhmään osallistuminen tarjosi mahdollisuuden päästä omakohtaisen kokemuksen kautta sisälle Arkeen Voimaa –ohjelman vaikuttavuuden ytimeen. Ryhmään osallistuminen tuki myös ammatillista osaamista, sillä terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla käsitys palvelun kokonaisuudesta ja itsehoidon työkalujen tarjoamat mahdollisuudet ovat laajasti sovellettavissa myös muuhun potilastyöhön.

Kokonaisuutena työelämälähtöisen kehittämisprojektin laatiminen organisaation ulkopuolelta toi esiin muutamia kehittämistyöhön yleisesti liittyviä haasteita. Kehittämisprojektin vahva kytkös työelämään ja omien kontaktien puute organisaatiossa siirsivät toiminnan ulkoisen viestinnän pääosin ArVo –koordinaattorille. Toisaalta tämä palveli työelämää lukuisten ArVo –ohjelmaan liittyvien kehittämisprojektien kokonaisuuden hallinnan vuoksi ja sitä voidaan pitää etuna koordinaattorin valmiiden kontaktien vuoksi. Toisaalta projektipäällikkö ei ollut aina tietoinen projektin etenemistä edistävästä tai hidastavista tekijöistä. Vastuuhenkilöiden työ- ja loma-aikojen eriyvyys hidastivat ajoittain etenemistä, sillä tavoitettavuus puhelimitse tai sähköpostilla ei ollut reaaliaikaista. Myös vanhentuneet ohjeet kehittämisprojektin lupasäädösten suhteen hidastivat etenemistä ja aiheuttivat turhaa työtä niin projektipäällikölle kuin koordinaattorillekin. Tiedotus toimi kokonaisuudessaan kohtalaisen hyvin ja kaikki oleelliset projektiin liittyvät seikat saatiin hoidettua. Vahva työelämälähtöisyys piti projektipäällikön mielenkiintoa yllä. Kehittämisprojektiin ei sisältynyt budjettivastuuta eikä se aiheuttanut erityisiä kuluja projektipäällikölle. Jälkikäteen pohtien tulosten raportointivaihetta olisi kannattanut ryhtyä työstämään jo aiemmin mutta muiden projektien vuoksi sitä oli siirrettävä muutamilla kuukausilla eteenpäin. Myös ohjausta projektipäällikkö olisi voinut hakea aktiivisemmin, mikä olisi saattanut helpottaa raportointivaihetta. Projektisuunnitelma oli laadittu tarkoituksellisen väljäksi, joten projekti eteni aikataulullisesti suunnitelman mukaan.

Projekti alkaa ja loppuu ja raportointivaiheen jälkeen se on aika jättää kokemuksesta oppien. Oppimiskokemuksena kehittämisprojekti tuki asiantuntijuuden kehittymistä ja antoi runsaasti valmiuksia työelämään ja tulevia projektitehtäviä ajatellen. Laajemmin katsottuna kehittämisprojekti näyttäytyy osana näyttöön perustuvan toiminnan jalkauttamista terveydenhuoltoon.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Kehittämisprojektissa laaditun koulutuksen tarkoitus oli innostaa ohjelman ottamiseen osaksi omaa työtä ja helpottaa sen käyttöönottoa kumppanuuskaupungeissa. Koulutusta arvioivalla kyselyllä kartoitettiin ohjelman tunnettavuutta sekä sisällön osa-alueiden tärkeyttä. Työssä käsiteltiin ensin kehittämisprojektin prosessia, ArVo –ohjelmaa ja pitkäaikaissairaana terveyden edistämisen lähtökohtia. Koulutuksen laatimisen perusteet ja koulutuksen runko käytiin läpi ja lopuksi esitettiin palautekyselyn tulokset ja johtopäätökset.

ArVo –ohjelma tukee hallituksen tavoitteita hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja eriarvoisuuden vähentämisestä. Ohjelma perustuu vahvaan näyttöön ja on kustannusvaikuttavuudeltaan tehokas. Vapaaehtoiset vertaisohjaajat eivät saa tehtävistään rahallista korvausta ja ryhmämuotoisen toiminnan juoksevat kulut ovat vähäiset. Arkeen Voimaa –ohjelman paikkakunnilla toiminnan koordinoinnista ja vapaaehtoisten kouluttamisesta vastaa paikallinen aluekoordinaattori. Osa kustannussäästöstä koostuu terveydenhuollon käyntien vähenemisestä, jolloin vapautuneita resursseja voidaan suunnata toisin. (Arkeen Voimaa -ohjelma 2013.) Ohjelma on osallistujalle maksuton, järjestäjälle lisenssi maksaa kaikkineen muutamia tuhansia euroja (Chronic Disease Self-Management Program 2017). Keskeisessä roolissa on perusterveydenhuollon henkilökunta, joka työssään ohjaa potilaita elintapamuutoksiin.

ArVo –ohjelman käytettävyys terveydenhuollon itsehoidon tukea tarvitsevien asiakasryhmien keskuudessa on erittäin hyvä. Ohjelman sisältö tukee motivaation syntymistä ja tarjoaa helppokäyttöisiä työkaluja juuri oman tilanteen parantamiseen. Terveydenhuollon henkilökunta pyrkii työssään auttamaan potilasta hänen terveyttä koskevissa ongelmissaan mutta keinot monisairaiden ihmisten auttamiseksi ovat usein vähäiset. Terveydenhuolto keskittyy ongelmien hoitoon usein osa-alue kerrallaan, kuten hoitamaan korkeaa verenpainetta tai auttamaan painonhallinnassa. Potilaalle itselleen mitattavaa määrettä enemmän haittaa arjessa voi tuottaa esimerkiksi yksinäisyys tai univaikeudet. Korjaavien liikkeiden tekeminen tulisikin aloittaa potilaalle itselleen

merkittävästi asiasta, jolloin hänellä on sisäistä motivaatiota pyrkiä kohti muutosta. Onnistumisen kokemus lisää uskoa omiin mahdollisuuksiin vaikuttaa myös muihin terveyden tekijöihin omin keinoin ja vertaisryhmästä saa uusia ideoita, tukea ja kannustusta. Terveydenhuollon työntekijän rooli on kannustaa potilasta uskomaan omiin kykyihinsä tehdä muutoksia arkensa ja jaksamisensa suhteen. Olennaista on pitää keskustelua avoinna muistamalla kysyä esimerkiksi, onko potilas tyytyväinen tilanteeseensa. Jos potilas kokee itselleen merkityksellistä muutoksen tarvetta, ammattilainen voi ohjata kohti mahdollisia keinoja. Muutosajatuksille kypsyminen vie aikaa, tärkeintä on kiinnittää huomiota terveyden kannalta myönteisiin seikkoihin potilaan tilanteessa ja pitää niiden kautta keskustelua muille muutoksille avoinna. Terveydenhuollon henkilökunta ei pysty tekemään päätöksiä potilaan puolesta ja ellei perinteinen terveystiedon tarjoaminen toimi, on hyvää ammattitaitoa lähestyä potilaan tarpeita toisin. Terveydenhuollon ammattilaisen kannalta ArVo –ohjelma tuo helpotusta käytännön työhön säästämällä henkilökunnan aikaa ja tarjoamalla uuden keinon auttaa potilasta. Potilaskohtaukset ovat usein lyhyitä ja aikataulutettuja, joten erilliseen ryhmään ohjaamisen mahdollisuus laajentaa potilaan hyvän hoidon kokonaisuutta.

Merkillepantavaa on myös ryhmän erinomainen soveltuvuus pitkäaikaissairaana läheisen tueksi. Väestön ikääntyessä ja hoidon painopisteen siirtyessä yhä enemmän itsehoitoa tukevaksi, kotona asuminen ja omaishoito tulevat jatkossa edelleen lisääntymään. Kotona läheistään hoitavien hyvinvoinnin ja jaksamisen tukeminen on edellytys omaishoidon lisäämiselle.

Itsehoidon tukemisen tavoitteena tulee olla potilaan uskon vahvistaminen hänen omiin voimavaroihinsa ja siihen, että he pystyvät vaikuttamaan omaan terveyteensä. Elämäntilanteet ja niiden myötä myös voimavarat kuitenkin vaihtelevat. Muutokset esimerkiksi työllisyydessä, perhesuhteissa tai terveydentilassa voivat heikentää jo saavutettua tunnetta omista terveyteen vaikuttamisen mahdollisuuksista. Arkeen Voimaa –ryhmään on mahdollista osallistua useammin kuin kerran, joten avuksi koettua ryhmää pystytään hyödyntämään uudelleen, mikäli omat voimavarat ovat elämäntilanteen vuoksi vähissä.

Syitä ohjelman hitaalle leviämislle kuntakentällä voi olla useita. Mahdollisesti USA:sta lähtöisin oleva ohjelma koetaan liian kulttuurisidonnaiseksi. Aineisto on lisenssisuojattua mutta käännetty ja muokattu kotimaan oloihin, jolloin kulttuurinen sopivuus on otettu huomioon. On myös mietittävä, onko tietoisuus ohjelmasta riittävää perusterveydenhuollon henkilökunnan keskuudessa. Palautekyselyn vastaukset voivat viitata siihen, että ohjelman tunnettavuuden eteen on tehtävä jatkossa enemmän töitä. Osin kyse voi olla ArVo –ohjelmaan käytetyistä resursseista. Toimivia ratkaisuja ohjelman omaksumiseen ja läpivientiin kunnissa voisivat olla vahvempi panostus kunnilta sekä henkilömäärän lisääminen ArVo –organisaatioon, itsenäiset muutosagentit, jotka ajavat ohjelmaa läpi terveydenhuollon parissa tai tällaisen toimenkuvan sisällyttäminen esimerkiksi terveyden edistämisen ohjaajan työnkuvaan. Uusien toimintamallien implementointi on vaativaa ja aikaa vievää, joten resurssien lisääminen ArVo –ohjelman markkinointiin ja ohjelman kertaukseen myös jo mukanaolevissa kunnissa on perusteltua. Kehittämishankkeissa laadittua koulutusta voidaan nyt tehdyn pilotoinnin jälkeen hyödyntää kaikissa tulevaisuudessa markkinoitaessa ArVo –ohjelmaa uusiin kuntiin ja kaupunkeihin. Laajemmin nähtynä tämä edistää julkisen terveydenhuollon ja järjestöjen yhteistyötä.

Terveydenhuollon muutosvastarinta on myös mahdollinen selitys, vertaisen tarjoama, toimiva apu voidaan edelleen nähdä uhkana omalle ammattitaidolle. Vertaistuki pystyy tarjoamaan tunnetason kokemuksellisuutta ja samaistumista, johon ammattihenkilö ei voi yltää. Vertaistukea kannattaa hyödyntää ja käyttää ammatillisesti hyväksi sen potilaassa herättämiä ajatuksia. Myös potilaiden lisääntyvä tieto omista sairauksistaan haastaa terveydenhuollon henkilökuntaa. Toisaalta tiedon lisääntyminen tarjoaa myös mahdollisuuksia terveydestä käytäviin keskusteluihin ja potilaan motivointiin pitkäaikaissairautensa hoidossa. Aiempaan asiantuntijavaltaan perustuneeseen terveydenhuollon ammattilaisen rooliin ei ole paluuta hoidon perustessa nyt yhteistyöhön asiakkaan kanssa.

Huomioitava on myös terveydenhuoltomme lääkärikeskeisyys. Jos pitkäaikaissairauden kontrollikäynnit ovat vain lääkärin luona, juuri lääkärin tulisi olla tietoinen ArVo –ryhmästä ja valmis ehdottamaan sitä potilaalle. Järjestetty pilottikoulutus palautekyselyineen ei anna tietoa ohjelman tunnettavuudesta lääkärin keskuudessa. Ohjelma on

onnistuneesti adaptoitu suoraan osaksi sairaalan toimintaa Marylandissa, USA:ssa (Crilly, McKechnie, Friar, Koslof, Simon 2012), ja se sopisi vastaavan, laajaan käyttöön myös Suomessa. Arkeen Voimaa –ohjelman pariin voi ohjata pitkäaikaissairaahan asiakkaan riippumatta hänen hoitoympäristöstään ja myös erikoissairaanhoidon keskuudessa ohjelmalle olisi paljon käyttöä. Itsenäisillä vastaanotoilla toimivat hoitajat, kuten AVH-, diabetes- tai sydänhoitajat voisivat toimia ArVo –ohjelman lipunkantajina erikoissairaanhoidon piirissä. Toisaalta hoitohenkilökunta voi vain harvoin ottaa käyttöön uusia toimintamuotoja ilman lääkärin siunausta. Hoidon kehittäminen tulisi nähdä moniammatillisesti ja yli sektorirajojen yhteisenä haasteena.

Arkeen Voimaa –ryhmän läpikäyneet ovat tuoneet vahvasti esiin ryhmän vaikutusta omien, terveyttä ja minäpystyvyyttä tukevien ratkaisujen tekemisessä. Ryhmiä on onnistuneesti sovellettu järjestämistavan suhteen pitämällä ryhmiä myös netissä tai kirjekursseina. Suomessa välimatkojen ollessa pitkät, vastaavat järjestämistavat voisivat toimia paremmin kuin viikoittaiset tapaamiset. Jatkossa voisi ajatella ryhmän eriyttämistä myös kohteen mukaan ja ainakin kokeiluluonteista suuntaamista myös muille ryhmille kuin pitkäaikaissairaille, esimerkiksi juuri omaishoitajille. Ryhmän aikana käsiteltävät sisällöt tukevat laajasti elämänhallintaa, joten ryhmistä voisi olla jatkossa hyötyä myös syrjäytymisen ehkäisyssä ja alueellisen terveyden epätasa-arvon vähentämisessä.

LÄHTEET

Ahn, S.N.; Basu, R.; Smith, M.L.; Jiang, L.; Lorig, K.; Whitelaw, N. & Ory, M.G. 2013. The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention. BMC Public Health. No 13, 1141. Viitattu 24.4.2016. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1141>

Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. Suomen Lääkärilehti. Vol. 65, nro 34, 2691-2696.

Arkeen Voimaa -ohjelma. 2013. Muistio. Turun Hyvinvointitoimiala.

Arkeen Voimaa. 2016. Suomen Kuntaliitto. Viitattu 24.10.2017. <http://www.arkeenvoimaa.fi>

Asbetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Duodecim. Vol. 127, 2265-72.

Bandura, A. 1994. Self-Efficacy. Stanford University. Viitattu 16.10.2017 <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>

Bartlett, Y.K. & Coulson, N.S. 2011. An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient communication. Patient Education and Counseling. No. 83, 113-119.

Cannon, S. & Boswell, C. 2012. Evidence-based teaching in nursing. A foundation for educators. Jones & Bartlett Learning. s. 65-66.

Chen, Y.-C. & Li, I.-C. 2009. Effectiveness of interventions using empowerment concept for patients with chronic disease: a systematic review. JBI Library of Systematic Reviews Vol. 27, No 7, 1177-1232.

Chronic Disease Self-Management Program (CSMP) 2017. Self-Management Resource Center. Viitattu 24.10.2017. <http://www.selfmanagementresource.com/programs/small-group/chronic-disease-self-management/>

Clark, N.M. 2003. Management of Chronic Disease by Patients. The Annual Review of Public Health, No. 24, 289-313.

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. 2007. Research Methods in Education. Sixth edition. Taylor & Francis e-Library. Saatavissa myös <https://dspace.utamu.ac.ug/bitstream/123456789/182/1/Research-Methods-in-Education-sixth-edition.pdf>

Crilly, K.; McKechnie, S.; Friar, W. Koslof, R. & Simon, J. 2012. Chronic Disease Self-Management Program: A Toolkit for Hospitals. Maryland Department of Aging. Viitattu 21.9.2017. <https://www.ncoa.org/wp-content/uploads/Maryland-Hospital-Toolkit.pdf>

Du, S. & Yuan, C. 2010. Evaluation of patient self-management outcomes in health care: a systematic review. International nursing review. No. 57, 159-167.

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetetus terveysalan kolmannesta toimintaohjelmasta 2014-2020. 2014. Euroopan komissio. Viitattu 23.10.2017. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2014:086:FULL&from=FI>

Franek, J. 2013. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess se*. Vol. 9, No 13, 1-60. Viitattu 16.10.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814807/>

From, S. 2017. Arkeen Voimaa-ryhmästä arkeen voimaa!: Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneen pitkäaikaissairaana aktivoituminen työhön, opiskelemaan tai muuhun mielekkääseen toimintaan. YAMK opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. <http://www.theseus.fi/handle/10024/129500>

Graham, K.; Smith, M.; Hall, J.; Emerson, K. & Wilson, M. 2016. Exploring Changes in Two Types of Self-Efficacy Following Participation in a Chronic Disease Self-Management Program. *Frontiers in Public Health*. Vol. 4, article 196, 1-11.

Hankonen, N. 2011. Psychosocial Processes of Health Behaviour Change in a Lifestyle Intervention. Influences of Gender, Socioeconomic Status and Personality. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Reseach 51/2011. Helsinki: THL.

Harju, A. 2005. Kansalaisyhteiskunta vapaaehtoistoiminnan innoittajana. Teoksessa: Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Nylund, M. & Yeung, A.B. (toim). Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus. s. 58-80

Harrison, M.; Fullwood, C.; Bower, P.; Kennedy, A.; Rogers, A. & Reeves, D. 2011. Exploring the mechanisms of change in the chronic disease self-management program: secondary analysis of data from a randomized controlled trial. *Patient education & counseling*. Vol 85, No 2, e39–e47.

Harrison, M.; Reeves, D.; Harkness, E.; Valderas, J.; Kennedy, A.; Rogers, A.; Hann, M. & Bower, P. 2012. A secondary analysis of the moderating effects of depression and multimorbidity on the effectiveness of a chronic disease self-management programme. *Patient education and counseling*. Vol 87, No 1, 67-73.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hudon, C.; Chouinard, M-C.; Diadiou, F.; Bouliane, D.; Lambert, M. & Hudon, É. 2016. The Chronic Disease Self-Management Program: the experience of frequent users of health care services and peer leaders. *Family Practise* 2016, Vol. 33. No.2, 167-171.

Hyväri, S. 2005. Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa: Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Nylund, M. & Yeung, A.B. (toim). Jyväskylä: Vastapaino. s. 214-233.

Jonker, A. G. C.; Comijs, H.C.; Knipscheer, K.C. P. M. & Deeg, D.J.H. 2015. Benefits for elders with vulnerable health from the Chronic Disease Self-management Program (CDSMP) at short and longer term. *BMC Geriatrics*. No.15, 101.

Kim, S.H. & Youn, C.H. 2014. Efficacy of Chronic Disease Self-management Program in Older Korean Adults with Low and High Health Literacy. *Asian Nursing Research*. No. 9, 42-46.

Kirjonen, J. 2006. Kehittäminen asiantuntijatyönä. Teoksessa: Kehittämistyön risteyskiä. (toim). Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. Stakes. Vaajakoski: Gummerus. s. 116-133.

Kokko, S.; Virta, L. & Vehko, T. Terveyskeskusten hoitovastuu tyypin 2 diabetesta ja verenpainetauti sairastavista. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 70, nro 44, 2945-2949.

Kuo, C.-C.; Lin, C.-C. & Tsai, F.-M. 2014. Effectiveness of Empowerment-Based Self-Management Interventions on Patients with Chronic Metabolic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Vol. 11, no. 5, 301-315.

Kumpula, K. 2008. Vapaaehtoiset arvoyhteisönä. *Tiedepolitiikka* vol 4, nro 33, 45-49.

Kupias, P. 2007. Kouluttajana kehittyminen. 3. painos. Tallinna: Gaudeamus

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Sanoma Pro Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992/785. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Larivaara, M. 2016. Kärkihanke: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen – hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön Raportteja ja muistioita 2016:50. Saatavilla myös <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75362>

Lawn, S.; Delany, T.; Sweet, L.; Battersby, M. & Skinner, T.C. 2013. Control in chronic condition self-care management: how it occurs in the health worker-client relationship and implications for client empowerment. Journal of Advanced Nursing. Vol 70, no. 2, 383-394.

Lohtaja-Ahonen, S. & Kaihovirta-Rapo, M. 2012. Tehoa työelämän viestintään. Puhu kuulijalle, kirjoita lukijalle. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lorig, K. 2014. Chronic Disease Self-Management Program: Insights from the Eye of the Storm. Frontiers in Public Health. No. 2, 253. Viitattu 14.9.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410327/>

Lorig, K.; Ritter, P.; Moreland, C. & Laurent, D. 2015. Can a Box of Mailed Materials Achieve the Triple Aims of Health Care? The Mailed Chronic Disease Self-Management Tool Kit Study. Health Promotion Practice. Vol. 16, no. 5, 765-774.

Maakunta- ja soteuudistus. 2017. Viitattu 16.10.2017. www.alueuudistus.fi

Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Metodologia-sarja 1. Viro: Methelp International Ky.

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet, no 173. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopijyvä. Viitattu 25.4.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1303-5/urn_isbn_978-951-27-1303-5.pdf

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Verkkojulkaisu. Sairauksien ehkäisy. Duodecim.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Nylund, M. 2005. Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa: Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Nylund, M. & Yeung, A.B. (toim). Vastapaino. Jyväskylä: Gum-merus. s.195-213

Ory, M.G.; Smith, M.L.; Ahn, S.N.; Jiang, L.; Lorig, K. & Whitelaw, N. 2014. National Study of Chronic Disease Self-Management: Age Comparison of Outcome Findings. Health Education & Behavior. Vol. 41 (IS), 34S-42S.

Paasivirta, L.; Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa.

Page, J. & Weisner, S. 2011. Peer-to-Peer Learning in the Self-Management of Chronic Disease. North Carolina Medical Journal vol 72: 5. <http://classic.ncmedicaljournal.com/wp-content/uploads/2011/09/72515-web.pdf>. Viitattu 14.09.2017. s. 398

Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä. 2017. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Suomen Akatemia. Viitattu 25.10.2017. Verkkojulkaisu. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf> Tallinna: Tietosanoma Oy. s. 23-30.

Palvelut asiakaslähtöisiksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 29.10.2017.
<http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus>

Pulvirenti, M.; McMillan, J. & Lawn, S. 2011. Health Expectations. No 17, 303-310.

Puolimatka, T. 2002. Opetuksen teoria. Konstruktivismista realismiin. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki. s. 41-42.

Rauste-von Wright, M.; von Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. WSOY: Juva. s. 162-166.

Ritter, P.L.; Ory, M.G; Laurent, D.D. & Lorig, K. 2014. Effects of chronic disease self-management programs for participants with higher depression scores: secondary analyses of an on-line and a small-group program. Translational Behavioral Medicine. No 4, 398-406.

Rotegård, A.K.; Moore, S.M.; Fagermoon, M.S. & Ruland, C.M. 2009. Health assets: A concept analysis. International Journal of Nursing Studies. No 47, 513-525.

Routasalo, P.; Airaksinen, M.; Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Katsaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol 125, nro 21, 2351-9.

Routasalo, P.; Airaksinen, M.; Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. Suomen Lääkärelehti. Vol 65, nro 21, 1917-1923.

Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät ja vuorovaikutus. Vantaa: Talentum. s. 74-77, 37-40

Saarelma, O.; Lommi, M-L.; Hemminki, A.; Leppäkoski, A-M. & Siefen, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. Lääkärelehti. Vol 63, nro 50, 4441-4448.

Siljander, P. 2014. Systemaattinen johdatus kasvatustieteeseen. Peruskäsitteet ja pääsuunnaukset. Vantaa: Vastapaino. s. 229-230.

Simonsen, N. 2013. Health promotion in local contexts and enabling factors : A study of primary healthcare personnel, local voluntary organizations and political decision makers. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto. Helsinki: Unigrafia. Viitattu 24.5.2016. Saatavilla <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/42075>

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A: 43. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tampere: Juvenes Print.

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote. 29.06. 2016. Verkkajulkaisu. 298/2016. Valtioneuvoston viestintäosasto. Viitattu 12.8.2016. Saatavilla myös http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10616/hallitus-julkisti-sote-ja-maakuntauudistuksen-lakiluonnokset.

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. 2011. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1. Viitattu 24.10.2017. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3aNBN%3afe201504223250.pdf?sequence=1>

Sote- ja maakuntauudistus. Soteuudistuksen tavoitteet. Alueuudistus.fi. Viitattu 21.9.2017. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>

Suomen Sydänliitto Oy. 2015. Verkkajulkaisu. <http://www.sydan.fi/terveys-ja-hyvinvointi/vertainen-loytyy-nyt-verkosta>. Viitattu 13.8.2016.

Stanton, A.; Revenson, T. & Tennen, H. 2007. Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *The Annual Review of Psychology* 2007. 58: 565-92.

Surakka, T. 2006. Palaverin valmistelu. Teoksessa: Surakka, T. (toim.) Työyhteisön palaverit – yhdessä tavoitteisiin. Helsinki: Helia.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2011. (Toim.) Koivuranta-Vaara, P. Suomen Kuntaliitto: Helsinki. Viitattu 27.10.2017. shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf

Tuorila, H. 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Vol 129, nro. 6, 666–71. Viitattu 28.10.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/6/duo10877>

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Edita Publishing Oy. s. 41-43.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkojulkaisu. Viitattu 26.10.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Tynjälä, P. 2002. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. s. 37-38.

Uusitalo, H. 1998. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Juva: WSOY.

Vehko, T.; Aalto, A-M.; Sainio, S. & Sinervo, T. 2016. Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin. *Suomen Lääkärilehti*. 2016;71(38):2348-2354.

Vertio, H. 2009. Terveystieteiden periaatteet. Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=terveysneuvonnan%20periaatteet

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Wu, C.-J.; Chang, A.M. & Kostner, K. 2012. *International Nursing Review* 59, 345-352.

Yleistietoa kansantaudeista. 2015. THL. Verkkojulkaisu. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>. Viitattu 24.10.2017.

Liite 1. Koulutuksen mainoskirje.

Arkeen Voimaa – ohjelma

Arkeen Voimaa –ohjelma tukee tutkitusti pitkäaikaissairaiden itsehoitoa ja arkipärrjäämistä. Vapaaehtoisuuteen ja vertaistukeen perustuva ohjelma tarjoaa näyttöön perustuvan, nopean ja kustannustehokkaan keinon edistää pitkäaikaissairaiden kotona selviytymistä.



Aika:	16.05.2017 klo 13 – 15.30
Paikka:	Läntinen terveysasema Ryhmätila, 3. krs
Kouluttajat:	Riikka Korhonen, Arkeen Voimaa –koordinaattori, Kuntaliitto Riikka Taina, Sh, YAMK-opiskelija, Turun AMK
Ohjelma:	Arkeen Voimaa –ohjelma Suomessa Arkeen Voimaa –ryhmän sisältö Hyöty perusterveydenhuollon työntekijälle
Kohderyhmä:	Salon perusterveydenhuollon henkilökunta

Arkeen Voimaa –ohjelma perustuu Stanfordin yliopiston potilasohjauskeskuksen kehittämään ryhmätoimintamalliin, jonka tavoitteena on auttaa pitkäaikaissairaita tekemään hyvinvointiaan edistäviä muutoksia arjessa. Ohjelma on käytössä ympäri maailmaa ja useissa Suomen kunnissa.

Käymme läpi Arkeen Voimaa –ohjelman sisältöä ja sen tuomaa hyötyä sekä pitkäaikaissairaille, että heidän kanssaan työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille. Tilaisuus on maksuton.

Lämpimästi tervetuloa!

Ilmoittautuminen ma 15.5.2017 mennessä oheisen linkin kautta:

<https://link.webpolsurveys.com/EP/11FB58C413CFBFCB>

Liite 2. Itsehoidon harjoitus.

Itsehoidon työkalupakki

1. Ongelmanratkaisu
2. Päätöksenteko
3. Toimintasuunnitelma

Ongelmanratkaisun vaiheet

1. Tunnista ongelma
2. Tee lista ideoista ongelman ratkaisemiseksi
3. Valitse yksi menetelmä, jota kokeilet
4. Arvioi tuloksia
5. Valitse toinen idea, jos ensimmäinen ei toiminut
6. Kysy neuvoa muilta
7. Hyväksy, ettei ongelma ehkä ole ratkaistavissa juuri nyt.

Mieti mikä sinulle arjessa tuottaa haasteita tai mitä haluaisit seuraavan viikon aikana saavuttaa?

Mitä menetelmiä tavoitteen saavuttamiseksi voisit käyttää?

Liite 3. Palautekysely.

Hyvä vastaaja,

Pyydän kohteliaimmin Teitä vastaamaan tähän kyselyyn, jonka tavoitteena on kehittää Arkeen Voimaa –ohjelman sisältöä ja vaikuttavuutta kuvaavaa koulutuskokonaisuutta. Tarkoituksena on tukea Arkeen Voimaa –ohjelman käyttöönottoa kumppanuuskaupungeissa. Lupa aineiston keruuseen on saatu Salon hyvinvointitoimialalta.

Teidän vastauksenne ovat arvokasta tietoa ohjelman käyttöönoton kehittämiseksi. Vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselyssä on 10 kysymystä ja niihin vastaaminen kestää noin 5 minuuttia. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista.

Vastauksistanne kiittäen,

Riikka Taina

Sairaanhoidtaja / YAMK-opiskelija (terveyden edistäminen)

riikka.taina@edu.turkuamk.fi

1. Saitteko koulutuksesta uutta tietoa?

- 4 = erittäin paljon
- 3 = melko paljon
- 2 = melko vähän
- 1 = ei lainkaan

2. Olivatko perusteet Arkeen Voimaa –ohjelman käytölle esitetty selkeästi?

- 4 = erittäin selkeästi
- 3 = melko selkeästi
- 2 = melko vähän selkeästi
- 1 = ei lainkaan

3. Miten kiinnostavana piditte koulutuksen eri osa-alueita?

3.1 Arkeen Voimaa –ohjelman toimintamallin esittely

- 4 = erittäin kiinnostavana
- 3 = melko kiinnostavana
- 2 = melko vähän kiinnostavana
- 1 = ei lainkaan kiinnostavana

3.2 Elintapamuutokseen motivointi

- 4 = erittäin kiinnostavana
- 3 = melko kiinnostavana
- 2 = melko vähän kiinnostavana
- 1 = ei lainkaan kiinnostavana

3.3 Arkeen Voimaa –ohjelma: päätöksenteko

- 4 = erittäin kiinnostavana
- 3 = melko kiinnostavana
- 2 = melko vähän kiinnostavana
- 1 = ei lainkaan kiinnostavana

3.4 Arkeen Voimaa –ohjelma: toimintasuunnitelma

- 4 = erittäin kiinnostavana
- 3 = melko kiinnostavana
- 2 = melko vähän kiinnostavana
- 1 = ei lainkaan kiinnostavana

3.5 Arkeen Voimaa –ohjelma: oireiden ymmärtäminen ja niiden hallinta

- 4 = erittäin kiinnostavana
- 3 = melko kiinnostavana
- 2 = melko vähän kiinnostavana
- 1 = ei lainkaan kiinnostavana

4. Voitteko hyödyntää koulutuksesta saamaanne tietoa omassa työssänne?

- 4 = erittäin hyvin
- 3 = melko hyvin
- 2 = melko vähän
- 1 = en lainkaan

5. Onko Teillä aiempaa kokemusta yhteistyöstä vapaaehtoistoimijoiden kanssa?

- 4 = erittäin paljon
- 3 = melko paljon
- 2 = melko vähän
- 1 = ei lainkaan

6. Suositteletteko koulutusta työtovereillenne?

- 4 = erittäin todennäköisesti
- 3 = melko todennäköisesti
- 2 = melko epätodennäköisesti
- 1 = erittäin epätodennäköisesti

7. Mikä oli mielestänne mielenkiintoisinta koulutuksessa?

8. Haluaisitteko muuttaa jotain koulutuksessa? Jos haluaisitte, mitä se olisi?

9. Mikä on ammattiryhmänne?

- 4 = Lääkäri
- 3 = Esimies
- 2 = Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja
- 1 = Muu henkilökunta

10. Mikä on työkokemuksenne vuosina?

- 0 – 5 v
- 6 – 10 v
- 11 – 20 v
- > 20 v

Lämmin kiitos vastauksistanne!

Liite 4. Palautekyselyn avoimet kysymykset

Palautekyselyn avoimet kysymykset

7. Mikä oli mielestänne mielenkiintoisinta koulutuksessa?

Vastaajien määrä: 11

- Että vertaiset ohjaavat ryhmää eikä terveydenhuollon ammattilaiset. Tiivis paketti. Sopivan mittainen varmaan, että kaikki jaksavat sen käydä.
- Itse tekeminen.
- Analyttinen lähestymistapa ongelmanratkaisuun + tehtävä.
- Mielenkiintoisinta oli kun kyseinen ohjelma esitettiin. En edes kyseisestä ohjelmasta tiennyt. Tuli heti muutama asiakas mieleen, ketä tästä hyötyisi.
- Käytännön harjoittelu työkalujen käyttöön.
- Ryhmän käyneiden ja ohjaajien omat esimerkit.
- Ylipäätään saada lisää tietoa ja työkaluja.
- Motivointiharjoitukset, vastuuttaminen omasta arjesta.
- Ryhmätoiminnan sisältöön tutustuminen.
- Tutkimustulokset, oli kiinnostavaa niiden Arkeen Voimaa -ryhmien vaikuttavuus.
- Ryhmän käyneiden tarinat, kokemukset.
- Keskustelu, vaikka olikin nyt vähäistä.

8. Haluaisitteko muuttaa jotain koulutuksessa? Jos haluaisitte, mitä se olisi?

Vastaajien määrä: 6

- Vielä parempi jos koulutuksessa olisi mukana joku vertaisohjaaja kertomassa omista kokemuksistaan.
- En mitään. Hyvä, kattava ja nopea (tarpeeksi nopea).
- Hyvä, osallistava koulutus.
- Enempi ryhmäläisten kokemuksia.
Kahvipause.
- Kahvitarjoilu niin iltapäivästä olisi ollut kiva.
- Tarkempaa ohjeistusta, ei oleteta että kaikki ekakuulolla ymmärtäis.