

Kemppainen Marja-Leena & Ruotsalainen Anna-Maija

TERVEYDENHOITAJA PITKÄAIKAISTYÖTTÖMÄN TERVEYDEN  
JA ELÄMÄNHALLINNAN TUKIJANA

OULUN SEUDUN  
AMMATTIKORKEAKOULU



TERVEYDENHOITAJA PITKÄAIKAISTYÖTTÖMÄN TERVEYDEN  
JA ELÄMÄNHALLINNAN TUKIJANA

Marja-Leena Kemppainen

Anna-Maija Ruotsalainen

Opinnäytetyö

Syksy 2008

Hoitotyön koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

**Kemppainen, Marja-Leena & Ruotsalainen, Anna-Maija.** Terveydenhoitaja pitkäaikaistyöttömän terveyden ja elämänhallinnan tukijana. Oulun ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, hoitotyön koulutusohjelma. Oulu 2008. 78 sivua ja liitteitä.

## TIIVISTELMÄ

Projektin tulostavoitteena oli selvittää kyselymenetelmän avulla Oulun kaupungin terveydenhoitajien osaamista tukea pitkäaikaistyöttömän elämänhallintaa ja löytää terveystä ylläpitäviä tekijöitä. Kyselyjä tehtiin kaksi. Ensimmäinen tehtiin ennen terveydenhoitajille annettua koulutusta ja toinen sen jälkeen. Kyselyt lähetettiin sähköpostilla 19 terveydenhoitajalle, jotka olivat aloittamassa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia oman toimensa ohessa. Ensimmäiseen kyselyyn vastasi 15 ja toiseen kyselyyn vastasi 11 terveydenhoitajaa. Vastauksista laadittiin Excel-ohjelmalla pylväsdiagrammit, joissa kuvattiin kahteen kyselyyn annettuja vastauksia rinnakkain samassa kuviossa.

Projektiraportin viitekehyksenä on elämänhallinta ja sen yhteys pitkäaikaistyöttömän terveyteen. Elämänhallinnan määrittely perustuu teoriaan koherenssintunteesta. Elämänhallinta tarkoittaa hallittavuutta (mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämänsä), ennustettavuutta (uskoa tulevaisuuteen) sekä tyytyväisyyttä omaan elämään ja ihmissuhteisiin. Pitkäaikaistyöttömän elämänhallintaa vaikeuttavat monet tekijät esimerkiksi huono terveys, vähäinen terveystarkastusten käyttö, huono taloudellinen toimeentulo, koulutuksen puuttuminen ja syrjäytyminen.

Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömien elämänhallinnan tukemisessa oli lähtötasolta melko hyvä ja osaaminen parani saadun koulutuksen ja käytännön työskentelyn jälkeen. Osaaminen parani eniten työvälineiden hallinnassa ja verkostotyöskentelyssä. Terveydenhoitajien motivaatio ottaa terveystarkastukset osaksi omaa toimenkuvaa oli lähtötasolta korkea, mutta motivaatio väheni osalla terveydenhoitajista toiseen kyselyyn annetuissa vastauksissa.

Projektissa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia tekevien terveydenhoitajien jatkokoulutuksen suunnittelussa ja pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten kehittämisessä Oulussa.

**Avainsanat:** pitkäaikaistyöttömyys, elämänhallinta, pitkäaikaistyöttömien terveystarkastus, terveydenhoitajien osaaminen, Oulun – malli, terveyden edistäminen, projektityö

Marja-Leena **Kemppainen** & Anna-Maija **Ruotsalainen**. Public Health Nurses as Supporters of the Long-term Unemployed' Health and Sense of Coherence. Bachelor's Thesis. Autumn 2008. Degree Programme in Health and Social Care. Oulu University of Applied Sciences.

## ABSTRACT

The purpose of the project was to explore public health nurses' competence, in the city of Oulu, to support life management of the long-term unemployed and to find health-promoting factors. The survey was carried out using the question method. An E-mail questionnaire was sent twice to public health nurses who were starting health controls of the long-term unemployed as part of their routine work. Fifteen nurses answered the first E-mail questionnaire and eleven the second. Excel bar graphs were used to display the data. Differences between the answers were compared parallel in the same figure.

The framework of the project report is sense of coherence and its relation to the health of a long-term unemployed person. The definition of life management is based on the theory of sense of coherence. Life management consists of managing one's life (possibility to influence one's own course of life), of predictability (faith in the future) as well as of contentment with one's own life and social relations. Sense of coherence of a long-term unemployed person is disturbed by several factors, for example by poor health condition, minimal use of health services, poor means of subsistence, lack of education and by ( social ) exclusion.

The public health nurses' competence to support sense of coherence of the long-term unemployed was primarily fairly good, and their skills improved as the outcome of training obtained and working in practice. Their skills improved especially in mastering tools and in networking.

The results achieved by the project can benefit the design of advanced education of the public health nurses specialising in health controls of the long-term unemployed and the development of health care services of the unemployed.

**Keywords:** long-term unemployed, sense of coherence, health control of the long-term unemployed, Oulu-model, health promotion

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	9
2 PITKÄAIKAISTYÖTTÖMÄN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN.....	12
2.1 Salutogeeninen näkökulma terveyden edistämisessä.....	12
2.2 Pitkäaikaistyöttömien elämänhallinta .....	14
2.3 Terveydenhoitajien osaaminen.....	15
3 PROJEKTIN TAVOITTEET .....	17
4 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN.....	18
4.1 Projektioorganisaation luominen.....	18
4.2 Projektin tehtävät.....	19
4.2.1 Kyselylomakkeen laatiminen.....	20
4.2.2 Kyselyiden suorittaminen .....	21
4.2.3 Kyselyaineiston analyysi .....	22
5 KYSELYN TULOKSET.....	24
5.1 Pitkäaikaistyöttömän kohtaaminen terveydenhuollon asiakkaana.....	24
5.1.1 Asiakaslähtöinen hoitotyö .....	26
5.1.2 Voimavarakeskeisyys potilasohjauksessa .....	28
5.2 Pitkäaikaistyöttömän hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä.....	30
5.2.1 Pitkäaikaistyöttömän terveyteen vaikuttavat tekijät .....	32
5.2.2 Pitkäaikaistyöttömän syrjäytyminen yhteiskunnasta.....	34
5.3 Pitkäaikaistyöttömän terveystarkastuksessa käytettävät menetelmät.....	35
5.3.1 Työkykyindeksi .....	35
5.3.2 Verkostokartta.....	37
5.3.3 Kansallinen DEHKO-ohjelma ja D2D riskiarviointikaavake.....	38
5.3.4 Audit – kysely.....	40
5.3.5 Huoliseula .....	41
5.4 Pitkäaikaistyöttömän terveellisten elämäntapojen ohjaus ja tukeminen .....	43
5.4.1 Ohjausmenetelmien valinta .....	43
5.4.2 Elämäntapojen muutosvalmiuden arvioiminen, muutoksen ohjaaminen ja tukeminen.....	47
5.4.3 Harrastukset ja liikunta hyvinvoinnin edistäjänä.....	49

5.4.4 Ravinto hyvinvoinnin edistäjänä .....	51
5.5 Moniammatillinen verkostotyö .....	52
5.5.1 Oulun työvoiman palvelukeskuksen toiminta .....	54
5.5.2 Oulun – malli .....	56
5.5.3 Peruspalvelut pitkäaikaistyöttömille Oulussa.....	57
5.6 Terveydenhoitajien osaamisen haasteet pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksessa .....	59
5.6.1 Motivaatio aloittaa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset.....	60
5.6.2 Kirjaaminen, tilastointi ja tuotteistaminen osana terveydenhoitajan työtä..	61
5.6.3 Terveydenhoitajien käsityksiä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten soveltumisesta tehtävänkuvaansa .....	63
5.6.4 Terveydenhoitajien halukkuus kehittää pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia Oulun kaupungissa .....	65
5.7 Terveydenhoitajien ehdotuksia toiminnan kehittämiseksi .....	66
6 POHDINTA .....	68
6.1 Tulosten tarkastelu .....	68
6.2 Projektin arviointia .....	73
6.3 Kyselytutkimuksen luotettavuus .....	75
6.4 Tutkimuksen eettisyys.....	77
6.5 Pohdinta ja yhteenveto .....	77
6.6 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet.....	78
LIITTEET	

## KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

### KUVIOT

KUVIO 1. <i>Oulun seudun ammattikorkeakoulun projekti ”Terveyserojen kaventaminen ja syrjäytymisen ehkäisy”</i> .....	10
KUVIO 2. <i>Salutogeeninen näkökulma hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä</i> .....	13
KUVIO 3. <i>Projektiorganisaatio kaavio</i> .....	19
KUVIO 4. <i>Terveydenhoitajien kyky kohdata pitkäaikaistyötön asiakas</i> .....	26
KUVIO 5. <i>Terveydenhoitajien osaaminen asiakaslähtöisen hoitotyön toteuttajina</i> .....	28
KUVIO 6. <i>Terveydenhoitajien osaaminen voimavarakeskeisen työmenetelmän käyttäjänä</i> .....	29
KUVIO 7. <i>Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömien elämän riskitekijöiden tunnistamisessa</i> .....	31
KUVIO 8. <i>Pitkäaikaissairaus ja työkykyä haittaava pitkäaikaissairaus työttömyyden keston mukaan</i> .....	32
KUVIO 9. <i>Terveydenhoitajien osaaminen tunnistaa pitkäaikaistyöttömien terveysriskit terveystarkastuksen ja haastattelun perusteella</i> .....	33
KUVIO 10. <i>Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömien terveysriskien tunnistamisessa</i> .....	35
KUVIO 11. <i>Terveydenhoitajan osaaminen työkykyindeksin käyttäjinä</i> .....	37
KUVIO 12. <i>Terveydenhoitajien osaaminen verkostokartan käyttäjinä</i> .....	38
KUVIO 13. <i>Terveydenhoitajien osaaminen D2D-riskiarviointi kaavakkeen käyttäjinä ja Dehko - ohjelman mukaisina ohjaajina</i> .....	40
KUVIO 14. <i>Terveydenhoitajien osaaminen AUDIT – kyselykaavakkeen käyttäjinä sekä alkoholiin liittyvän ohjauksen antajina ja tarvittaessa asiakkaan jatkohoitoon ohjaajina</i> .....	41
KUVIO 15. <i>Yhteistyön tarpeen arviointia huolen vyöhykkstön avulla ja valitut menetelmät</i> .....	42
KUVIO 16. <i>Terveydenhoitajien osaaminen huoliseulan käyttämisessä työnsä apuvälineenä</i> .....	43
KUVIO 17. <i>Elämäntapojen muutokseen tukevan terveysneuvonnan rakentuminen</i> .....	45
KUVIO 18. <i>Terveydenhoitajien osaaminen erilaisten ohjausmenetelmien käyttäjinä elintapa ja hoidonohjauksessa</i> .....	46
KUVIO 19. <i>Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömän asiakkaan elämäntapojen muutosvalmiuden arvioimisessa</i> .....	48
KUVIO 20. <i>Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömän asiakkaan elämäntapojen muutoksen tukemisessa</i> .....	49
KUVIO 21. <i>Terveydenhoitajien osaaminen, kun hän arvioi harrastusten ja liikunnan merkityksestä pitkäaikaistyöttömän hyvinvoinnin lisäämisessä</i> .....	50
KUVIO 22. <i>Terveydenhoitajien osaaminen heidän antaessaan ravitsemukseen liittyvää neuvontaa pitkäaikaistyöttömälle</i> .....	52
KUVIO 23. <i>Terveydenhoitajien osaaminen moniammatillinen verkoston kokoamisessa, kun selvitetään pitkäaikaistyöttömän palvelun tarvetta</i> .....	54
KUVIO 24. <i>Terveydenhoitajien perehtyneisyys Oulun palvelukeskuksen toimintaan</i> .....	55
KUVIO 25. <i>Terveydenhoitajien perehtyneisyys pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon toimintamalliin Oulun kaupungissa</i> .....	57

KUVIO 26. <i>Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömän peruspalveluiden käytön ohjaamisessa.</i> .....	59
KUVIO 27. <i>Terveydenhoitajien motivaatio aloittaa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset.</i> .....	61
KUVIO 28. <i>Terveydenhoitajien osaaminen kirjaamiseen, tilastoitiin ja tuotteistamiseen liittyvien merkintöjen hallinnassa.</i> .....	63
KUVIO 29. <i>Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten soveltuminen terveydenhoitajien tehtävänkuvaan.</i> .....	64
KUVIO 30. <i>Terveydenhoitajien halukkuus kehittää pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon käytäntöjä Oulun kaupungissa.</i> .....	65

## **TAULUKOT**

TAULUKKO 1. *Terveydenhoitajien ehdotuksia pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuskäytännön kehittämiseksi.*

# 1 JOHDANTO

Suomalaisen väestön terveydentila on yleisesti ottaen parantunut viimeisten vuosikymmenien aikana. Yhteiskuntamme kehittyessä ja vaurastuessa myös väestön terveydentila on kohentunut. Sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserojen kasvu on kuitenkin ollut ongelma, johon yhteiskunnassamme on havahduttu. Terveyserojen kaventaminen eri sosioekonomisten ryhmien välillä on läpäisevänä tavoitteena vuonna 2001 hyväksytyssä Terveys 2015-ohjelmassa. Terveys 2015-ohjelmassa on keskeisenä tavoitteena mm. parantaa heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien terveyttä ja ehkäistä syrjäytymistä. (Stakes 2008.)

Terveyserojen kaventamiseen tarvitaan monien tahojen pitkäjänteistä yhteistyötä. Väestöryhmien välisten terveyserojen syyt ovat monitasoisia ja ne kytkeytyvät ammatti- ja koulutusryhmien erilaisiin elinoloihin ja työoloihin, erilaiseen fyysiseen ja psykososiaaliseen kuormitukseen ja sukupolvienkin yli ulottuviin kulttuurisidonnaisiin käyttäytymismalleihin. (Teroka 2006.) Terveyserojen kaventaminen on otettu kahdessa hallitusohjelmassa (2003 ja 2006) keskeiseksi tavoitteeksi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksessa vuodelta 2006 (STM 2006) nimettiin terveyserojen kaventaminen ja syrjäytymisen ehkäisy keskeisimmäksi tavoitteeksi. Terveyserojen kaventaminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen ovat valtakunnallisesti todettu merkittäviksi haasteiksi suomalaisessa yhteiskunnassa. (KASTE 2008–2011, STM.)

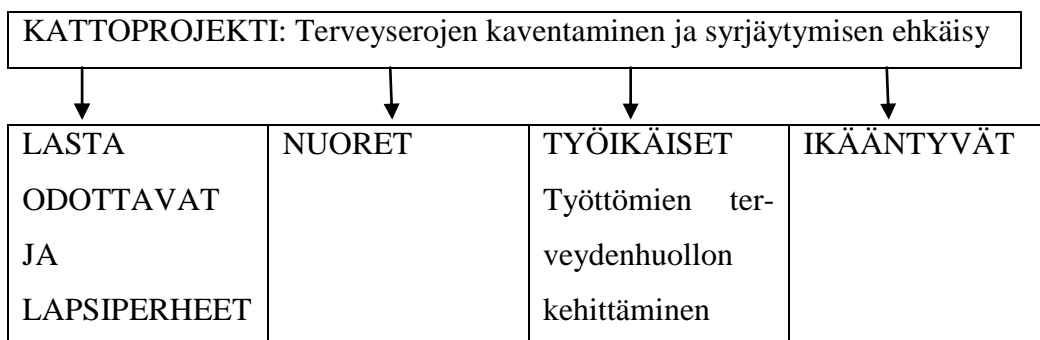
Kunta – ja palvelurakenne uudistus (PARAS) yhtenä tavoitteena on varmistaa peruspalveluiden saatavuus kansalaisen asuinpaikasta tai varallisuudesta riippumatta. Parhaiten tähän päästään terveyttä ja hyvinvointia lisäämällä ja sairauksia ehkäisemällä. Tämän asian selkeyttämiseksi Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä Kuntaliiton kanssa lähetti kunnille suosituksen uusien terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden toimintamallien sisällöstä toukokuussa 2007. (Valtiovarainministeriö 2008.)

Paikallistasolla Oulun kaupungissa on meneillään pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke, joka on osahanke Stakesin koordinoimaa valtakunnallista pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon hankekokonaisuutta. Hankkeen toteuttajana on Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen avoterveydenhuolto, jonka pääyhteistyökumppani-

na hankkeessa toimii Oulun kaupungin työvoiman palvelukeskus. Hanke ajoittuu aikavälille 15.8.2007 – 28.2.2009. Hankkeen päätavoitteena on kehittää pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoon toimintamalli, jossa olennaista ovat pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja moniammatillinen verkostotyö. Toimintamalli jalkautetaan kaikille Oulun kaupungin terveysasemille (8 kpl) hankkeen aikana. Hankkeen toisena tavoitteena on järjestää koulutusta henkilökunnan tieto-aidon lisäämiseksi moniammatillisen verkostotyön osalta. Hankkeen kolmantena tavoitteena on hyödyntää Oulussa saatuja kokemuksia valtakunnallisen toimintamallin kehittämiseen. (Nevalainen 2007.)

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon paikallistason hanke Oulussa oli siinä vaiheessa, jolloin terveydenhoitajien kouluttaminen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten tekemiseen oli alkamassa. Kevään 2008 aikana järjestettiin ensimmäinen koulutus niille terveydenhoitajille (19 henkilöä), jotka olivat aloittamassa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten tekemistä Oulun terveysasemapiireissä.

Projektimme oli osa suurempaa Oulun seudun ammattikorkeakoulussa tehtävää projektia. (Kuvio 1.) Oulun seudun ammattikorkeakoulun hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon terveydenhoitaja opiskelijoiden aikuiskoulutusryhmä aloitti yhteisen opinnäytetyö hankkeen; ”Terveyserojen kaventaminen ja syrjäytymisen ehkäisy”. Hanke toteutetaan opiskelijoiden tekeminä osaprojekteina.



KUVIO 1. Oulun seudun ammattikorkeakoulun projekti ”Terveyserojen kaventaminen ja syrjäytymisen ehkäisy”.

Kattoprojektin osahankkeista meitä erityisesti kiinnostivat pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset. Aihe oli kiinnostava sen yhteiskunnallisen ajankohtaisuuden vuoksi.

Otimme yhteyttä Oulun pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeen projektipäällikköön Pirjo Nevalaiseen. Hän ehdotti, että laadimme kyselyn pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia aloittaville terveydenhoitajille. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää terveydenhoitajien lisäkoulutustarpeet. Lisäksi kyselyn tavoitteena oli käynnistää terveydenhoitajien oma ajatusprosessi ja saada heidät pohtimaan etukäteen omaa asennoitumistaan ja motivaatiotaan pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin ja pitkäaikaistyöttömiin väestöryhmänä.

Kysely tehtiin Oulun pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeen osaprojektityönä ja siitä annettiin väliraportti keväällä 2008 terveydenhoitajien koulutuspäivän yhteydessä. Loppuraportti, joka oli myös yksi tämän projektin tavoite, valmistui syksyllä 2008. Tarkastelimme saatuja vastauksia elämänhallinta käsitteen kautta *salutegeenisen* teorian pohjalta.

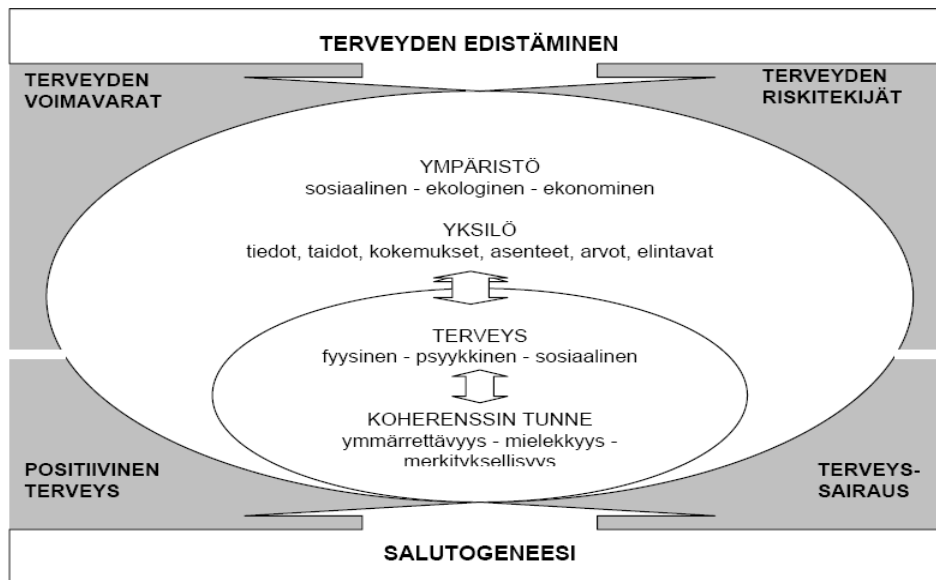
## **2 PITKÄAIKAISTYÖTTÖMÄN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN**

Oulussa pitkäaikaistyöttömien määrä on korkea, n. 1500 henkilöä kaikista työttömistä. Viimeisen kolmen vuoden aikana luku on hieman laskenut. Oulussa erityisen huolestuttavaa on nuorten alle 25-vuotiaiden korkea työttömien määrä (17,5 % 15–24-vuotiaasta työvoimasta), joka tarkoittaa keskimäärin n.1500 henkilöä. Nuorisotyöttömyyden lisäksi työttömyys koskettaa myös monia lapsiperheitä. Joka neljäs Oulun peruskoulun yläluokkalaisista ilmoitti ainakin toisen vanhemmistaan olevan työttömänä edellisen vuoden aikana. Työttömyysluvut vaihtelevat kuukausittain ja vertailu on tehty kolmelta vuodelta. (Oulun kaupunki keskushallinto 07/2008, Honkanen 2008.)

### **2.1 Salutogeeninen näkökulma terveyden edistämisessä**

Teoreettisena taustana projektiyössämme on kansanterveystieteilijä Aron Antonovskyn (1996) luoma salutogeeninen teoria ihmisen terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Hän edustaa terveydestä lähtevää (salutogeenistä) suuntausta terveyden ja voimavarojen arvioinnissa. (Pietilä 1994.) Koherenssi käsite liittyy Antonovskyn teoriaan terveydestä. Hän kritisoi varhaista kansanterveystutkimuksen sairaus- ja riskikeskeisyyttä. Salutogeenisen teorian keskeisimpänä tavoitteena on tutkia ja löytää niitä seikkoja ja asioita, jotka parantavat koherenssin tunnetta ja siten tukevat terveyttä. Antonovsky (1987) näkee terveyden ja sairauden jatkumona, jokainen meistä on jollakin kohdalla kyseessä olevaa jatkumoa. Hänen mukaansa on merkityksellistä pohtia, mikä tilanteessa säätelee mihin suuntaan ihminen kulloinkin kyseessä olevaa jatkumolla liikkuu, kohti terveyttä vai kohti sairautta. (Topo 2005.)

Salutogeeninen teoria yhdistää riski- ja resurssinäkökulman ihmisen terveydestä (Kuvio 2). Kuvio havainnollistaa erinomaisesti sen, mistä salutogeenisessa ajattelussa on kysymys. Tärkeätä on havaita ne riskit, jotka uhkaavat terveyttä, mutta yhtä tärkeinä nähdään ne seikat, jotka tukevat terveyttä ja edistävät hyvää ja mielekästä elämää. (Varjoranta 2008.)



KUVIO 2. Salutogeeninen näkökulma hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä. (Varjoranta 2008.)

Yksilön voimavarojen tunnistaminen ja vuorovaikutussuhteiden merkitys liittyy Antonovskyn (1987) koherenssin tunnetta selittävään elämän *ymmärrettävyyden* käsitteeseen. Sairaana ihmisen elämässä on paljon muitakin asioita kuin pelkästään sairaus. Elämässä on paljon asioita, joita voi tehdä tai unelmoida sairaudesta huolimatta. Ohjauksessa on tärkeää kiinnittää huomio terveyteen ja sitä ylläpitäviin seikkoihin. Asiakkaan omien voimavarojen tunnistaminen ja niiden hyväksikäyttäminen elämän vaikeuksista selviytymisessä on tärkeä asia terveyden edistämässä ja hänen elämänsä ymmärrettävyyden lisäämisessä. (See Kee Fok, Sek Ying Chair & Lopez 2004, Pietilä, Sonninen & Kinnunen 2007.) Omassa projektityössämme tausta-ajatuksena on, että terveystarkastusten yhtenä tehtävänä on auttaa pitkäaikaistyötöntä oman elämänsä ymmärtämisessä eli tukea häntä näkemään elämässään muutakin kuin työttömyyden.

Antonovskyn (1987) mukaan koherenssin tunteeseen liittyvään elämän *hallittavuuteen* kuuluu asiakkaan kyky säädellä omaa elämäänsä erilaisilla valinnoilla. Tällöin ihmisellä on usko siihen, että hän voi vaikuttaa oman elämänsä kulkuun ja kykenee itse säätelämään elämäntilanteita (Pietilä 1994). Valintoihin vaikuttavat hänen olemassa olevat voimavaransa ja elämän kokemukset. Yksilöillä on erilaiset valmiudet vaikeuksista sel-

viytyemisessä. Valmiudet pohjautuvat niihin kokemuksiin, jotka hän on aiemman elämänsä pohjalta saanut. Elämän hallinnan tunne vahvistaa yksilön itsetuntoa ja lisää hänen mahdollisuuksiaan selviytyä terveyttä uhkaavista vaaroista ja sairauksista huolimatta. (Pietilä ym. 2007.) Tämän projektityön tausta-ajatuksena oli, että pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksen yhtenä tavoitteena on lisätä työttömän elämäntilannetta.

Koherenssin tunteeseen liittyy elämän *mielekkyys*, joka perustuu ihmisen kokemukseen elämän *merkityksellisyydestä*. Elämän mielekkyys koostuu monista pienistä elämään liittyvistä tärkeistä asioista, kuten läheisistä ihmisistä, harrastuksista tai perheestä. Kokemus elämän merkityksellisyydestä auttaa selviytymään myös vaikeuksien esimerkiksi työttömyyden kohdatessa. Merkitykselliseksi elämänsä kokeva ihminen jaksaa sitoutua muutokseen, hän ottaa vastuuta valinnoistaan ja alkaa suunnitella omaa tulevaisuuttaan. Elämän kokeminen mielekkäänä lisää oman terveyden arvostamista ja halua tehdä asioita jotka edistävät terveyttä. (Pietilä ym. 2007.) Pitkäaikaistyöttömän elämässä on myös seikkoja, jotka voivat lisätä elämän mielekkyyden kokemusta. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten yhtenä tavoitteena tulee olla pitkäaikaistyöttömän tukeminen löytämään mielekkyyttä ja merkitystä elämälleen.

*Tyytyväisyys* elämään liittyy Söderqvistin ja Bäckmanin (1988) mukaan läheisesti koherenssin tunteeseen. Tyytyväisyyttä elämään pidetään subjektiivisena hyvinvointintunteena ja se voi ilmetä tyytyväisyytenä omaan terveyteen, työhön, taloudelliseen tilanteeseen sekä sosiaaliseen tukeen ja sosiaalisiin suhteisiin. (Pietilä ym. 2007.) Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten tavoitteena tulee olla pitkäaikaistyöttömien elämän tyytyväisyyden lisääntyminen.

## **2.2 Pitkäaikaistyöttömien elämäntilanne**

Pitkäaikaistyöttömällä tarkoitetaan työvoimatoimiston välittämää työntekijää, joka on ennen työn alkamista ollut työttömänä työnhakijana vähintään 12 kuukautta joko yhtäjaksoisesti tai useassa työttömyysjaksossa (Raivio 2002). Pitkäaikaistyöttömiksi valikoituvat usein terveytensä ja työkykynsä puolesta heikoimmat ihmiset. Pitkäkestoinen työttömyys itsessään lisää sairastavuutta. Sosiaalisen tuen puute, talouden pettäminen ja

heikkenevä terveys ovat yhteydessä työttömyyden pitkittymiseen ja toisiinsa. (Kortteen & Tuomikoski 1998.) Työttömyys näkyy merkittävänä tekijänä lapsiperheiden köyhyysvertailussa, sillä työttömyyttä on enemmän köyhissä lapsiperheissä verrattuna ei-köyhiin lapsiperheisiin. (Moisio 2006, Honkanen 2008.)

Suomalaisessa tutkimuksessa *elämänhallinta* käsite on perustunut Antonovskyn (1997, 1988) teoriaan koherenssin tunteesta (sense of coherence). Pietilä (1994) jakaa väitöskirjassaan elämän hallinnan käsitteen kolmeen osa-alueeseen, johon sisältyy elämän *hallittavuus, ennustettavuus ja tyytyväisyys* elämään ja ihmissuhteisiin. Pitkäaikaistyöttömyys on monille ihmisille elämäntilanne, joka horjuttaa heidän elämänhallintaansa. Antonovskyn (1998) mukaan elämänhallittavuuteen liittyy mahdollisuus tehdä erilaisia valintoja oman elämänsä suhteen (Pietilä 1994). Pitkäaikaistyöttömyyteen liittyvät taloudelliset rajoitukset vähentävät osaltaan pitkäaikaistyöttömän valinnan mahdollisuuksia ja elämän hallinnan tunnetta. Pitkäaikaistyöttömän elämänhallinta poikkeaa monessa suhteessa muusta väestöstä. Erityisesti heillä korostuvat sisäisen hallinnan keinot ja riskikäyttäytyminen. Alkoholin käyttö elämänhallinnan välineenä on pitkäaikaistyöttömillä yleisempää muuhun väestöön verrattuna. Lähes puolet pitkäaikaistyöttömistä kuuluu syrjäytyjiin. (Poutanen 2000.)

### **2.3 Terveystenhoitajien osaaminen**

Terveystenhoitajien ammatillista osaamista määrittelee Haarala & Tervaskanto-Mäentausta (2008) koulutuksen tuottamaksi työelämän tarvitsemiksi terveystenhoitajan valmiuksiksi. Terveystenhoitajan kompetenssin he kuvaavat terveystenhoitajan pätevyytenä ja kyynä hallita ammattiin kuuluvia osaamisvaatimuksia.

Pitkäaikaistyöttömät ovat paljon erityisosaamista vaativa asiakasryhmä, koska heidän oma elämänhallintansa on poikkeavaa muusta väestöstä. (Poutanen 2000.) Terveystenhoitajien tietoisuus omasta keskeisestä osaamisestaan perusterveydenhuollon kentällä, auttaa heitä hyväksymään oman toimintansa ja osaamisensa rajallisuudet (Honkanen 2008).

Ikä ja työkokemus ovat Honkasen (2008) mukaan osoittautuneet voimavaroiksi terveydenhoitajien työssä. Ikä ja työkokemus tuovat paljon hiljaista tietoa, jota tukee osaamista varsinkin riskiolosuhteissa elävien ihmisten auttamistyössä. (Kajanto 2008). Tunne omasta osaamisesta lisää työssä jaksamista ja työhyvinvointia. Osaamista lisäävät tutkimusten mukaan pitkäkestoiset koulutukset, joihin liittyy reflektiivistä vuoropuhelua muiden ammattilaisten kanssa ja sekä käytännön harjoituksia. Terveystenhoitajan työtä vaikeuttaa kiire ja se vähentää mahdollisuuksia käyttää kaikkea osaamista asiakkaiden hyväksi. (Honkanen 2008.)

### 3 PROJEKTIN TAVOITTEET

Projektin **tulostavoitteena** oli selvittää terveydenhoitajien osaamista tukea pitkäaikaistyöttömien elämänhallintaa ja löytää terveyttä ylläpitäviä tekijöitä. Toisena tulostavoitteena oli raportoida kyselyn tuloksista ja tuoda uutta tietoa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten kehittämistä varten.

Projektin **toiminnallisena tavoitteena** oli tuottaa tietoa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia aloittavien terveydenhoitajien koulutuksen kehittämistä varten.

Projektin **oppimistavoitteena opinnäytetyön** tekijöillä oli saada kokemusta projektityöskentelystä, sen vaiheista ja raportoinnista. Oppimistavoitteenamme oli myös tutustua asiantuntijoiden (terveydenhoitajat) kehittymisprosessiin omassa ammatissaan. Lisäksi halusimme oppia pitkäaikaistyöttömistä terveydenhuollon erityisryhmänä ja heidän terveytensä edistämiseen liittyvistä erityiskysymyksistä.

## 4 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Projektioorganisaation luominen

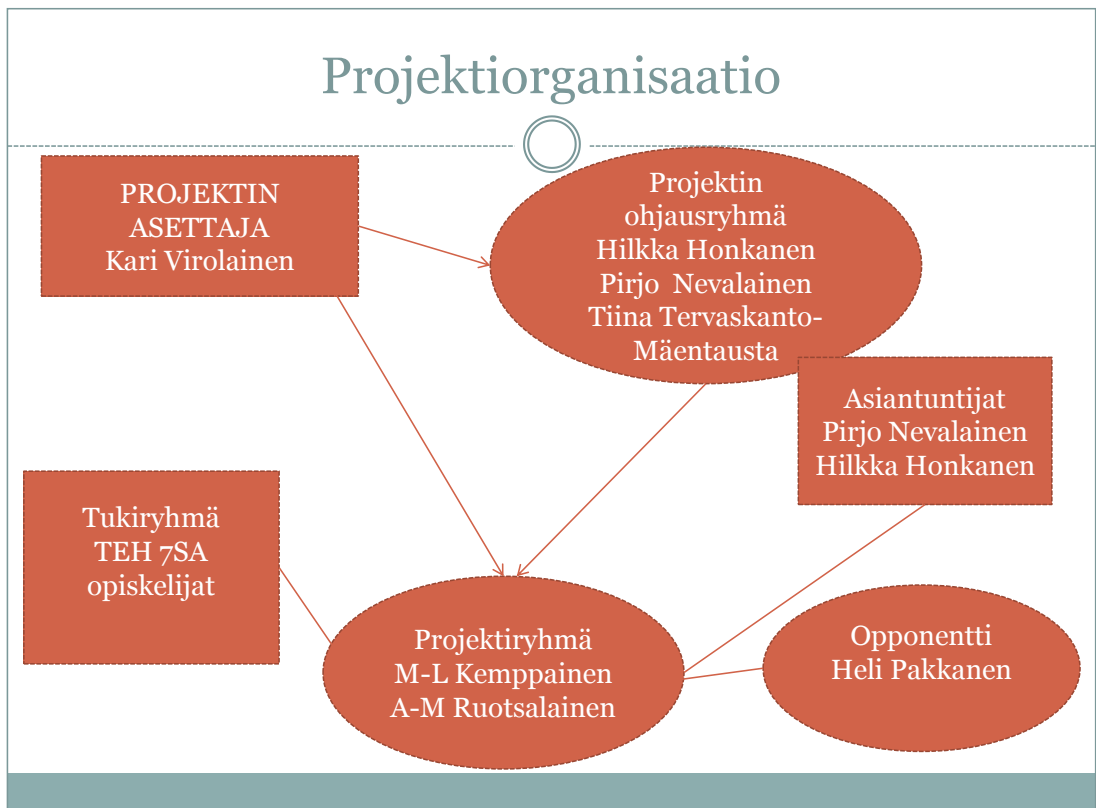
Projektilla on hyvä olla selkeä organisaatio. Kaikkien projektiin osallistuvien eri osapuolten roolit ja vastuut on määriteltävä tarkasti etukäteen projektisuunnitelmassa. Projektin luonteesta riippuu millainen organisaatio palvelee parhaiten tulosten saavuttamista. Yleensä projektioorganisaatioon kuuluu vastuullinen toteuttajataho eli ”omistaja” jonka alaisuudessa projekti hallinnollisesti on. Tavallisesti projektille valitaan ohjausryhmä, joka koostuu projektin tärkeimmistä rahoittaja- ja sidosryhmistä. (Silfverberg 2007.)

Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa hankkeen etenemistä sekä arvioida sen tuloksia. Parhaimmillaan ohjausryhmä toimii hankkeen laadunvalvojana. Ohjausryhmäideoi projektia ja auttaa verkostoitumisessa. Ohjausryhmän tehtävänä on myös tukea projektipäällikköä strategisessa suunnittelussa. (Silfverberg 2007.)

Projektilla on aina oltava selkeä vetäjä, projektipäällikkö, jonka tehtävänä on vastata projektin käytännön suunnittelusta, toteuttamisesta ja raportoinnista. Projektiryhmä toimii projektipäällikön kanssa yhdessä, mutta projektipäällikkö vastaa siitä, että asiat toteutuvat sovitulla tavalla. Projektipäällikön tehtävänä on huolehtia yhteydenpitämisestä eri yhteistyötahojen kanssa. Yhteistyötahoja ovat kaikki ne tahot, jotka osallistuvat projektin toteuttamiseen omalla panoksellaan. Näihin kuuluvat esimerkiksi asiantuntijat, joiden asiantuntemusta projektissa tarvitaan. (Silfverberg 2007.)

Oulun seudun ammattikorkeakoulun terveydenhoitaja opiskelijaryhmän yhteisen kattoprojektin ”Terveyden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen” asettajana oli Oulun ammattikorkeakoulun johtaja Kari Virolainen. Asiantuntijoina osaprojektissa ”Terveydenhoitaja pitkäaikaistyöttömän terveyden ja elämänhallinnan tukijana” toimivat yliopettaja Hilikka Honkanen ja terveydenhoitaja Pirjo Nevalainen. Projektin ohjausryhmään kuuluivat yliopettaja Hilikka Honkanen, terveydenhoitaja Pirjo Nevalainen ja lehtori Tiina Tervaskanto-Mäentausta. Projektin tukiryhmänä toimi Oulun seudun ammattikorkeakoulussa syksyllä 2007 aloittanut terveydenhoitajien aikuiskoulutusopiskelija-

ryhmä ja opponenttina oli terveydenhoitajaopiskelija Heli Pakkanen. Projektiryhmään kuuluivat Marja-Leena Kemppainen ja Anna-Maija Ruotsalainen. Varsinaista projektipäällikköä ei valittu, vaan sovimme, että projektiryhmän vastuuhenkilöt huolehtivat yhdessä projektin toteuttamisesta. Kuvio 3. havainnollistaa projektiorganisaation rakenteen.



KUVIO 3. *Projektiorganisaatio*

## 4.2 Projektin tehtävät

Projektin päätehtävänä oli selvittää terveydenhoitajien valmiuksia tukea pitkäaikaistyöttömän elämänhallintaa ja löytää terveyttä ylläpitäviä tekijöitä. Tietojen saamiseksi teimme kaksi kyselyä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia aloittaville yhdeksälletoista terveydenhoitajalle. Projekti toteutettiin 5.11.2007 – 30.11.2008. Kyselyn tuloksista laadittiin välianalyysi maaliskuussa 2008 ja loppuraportti syksyllä 2008.

## 4.2.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Päädymme toteuttamaan projektin aineiston keräämisen kyselylomakkeen avulla. Kyselyn käyttäminen aineiston hankkimiseksi on perusteltua esimerkiksi silloin, kun halutaan kysyä monia asioita tai kysely kohdistuu suureen henkilömäärään. Lisäksi kyselymenetelmän hyötynä on sen nopeus ja tehokkuus, se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2008.)

Tässä projektissa käytettiin kyselylomaketta, koska haluttiin kysyä monia asioita ja yhteistyökumppanimme tarvitsi aineiston käyttöönsä pikaisesti. Kyselylomake laadittiin nopeassa aikataulussa 4.-5.3.2008 yhdessä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia suunnittelevan ja terveydenhoitajien koulutuspäivistä vastaavan projektipäällikön, terveydenhoitaja Pirjo Nevalaisen kanssa. Projektin sisällön ohjaaja Hilka Honkanen antoi ohjausta mittariston laatimisessa sekä tarkisti ja hyväksyi kyselylomakkeen sisällön. (Liite 1.)

Kyselyllä haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen on pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia aloittavien terveydenhoitajien osaamisen taso?
2. Millaisia ovat pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia aloittavien terveydenhoitajien toiveet koulutuksen sisällöstä?
3. Millainen on pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia aloittavien terveydenhoitajien motivaatio sisällyttää terveystarkastukset omaan toimenkuvaansa?
4. Miten pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia tekevien terveydenhoitajien oppimisprosessi käynnistyi terveystarkastusten sisällöstä ja asiakkaan kohtaamisessa?
5. Miten pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia aloittavien terveydenhoitajien verkostotyöskentely kehittyi heille suunnatun koulutuksen jälkeen?

Kyselylomakkeen kysymysten sisältö tuli suoraan Pirjo Nevalaisen projektissaan kehittämän pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusmallin pohjalta. Hän oli pilotoinut pitkäai-

kaistyöttömien terveystarkastusten sisältöä omassa projektissaan Tuiran terveysasemalla. Näihin terveystarkastuksiin liittyi paljon erilaisia uusia työvälineitä, ja oli koulutuksen järjestämisen kannalta tärkeätä etukäteen selvittää kuinka paljon koulutukseen osallistuvat terveydenhoitajat tunsivat näitä työvälineitä ennestään.

Pitkäaikaistyöttömät ovat väestöryhmä, jolla on paljon ongelmia ja sen takia katsoimme tärkeäksi kysyä myös terveydenhoitajien motivaatiota aloittaa terveystarkastusten tekeminen. Lisäksi halusimme selvittää heidän sitoutumistaan alkavaa työhön kysymällä heidän halukkuuttaan osallistua pitkäaikaistyöttömien terveydenhoidon kehittämistyöhön Oulun kaupungissa.

Käytimme kysymyksissä runkona Oulun kaupungin terveystarkastuksen osaamisprosessikaaviota, jossa osaamisalueet ovat kirjattu ns. Efficia-puuhun (Oulun kaupungin sähköinen potilaskertomus). Tämä antoi kyselylomakkeelle perusrungon. Sähköisestä potilaskertomuksesta löytyvät tarvittavat tiedot kaikkien terveystarkastusten sisällöistä. Myöhemmin myös pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksista on tarkoitus laatia vastaavat osaamisalueet Pirjo Nevalaisen toimesta.

#### **4.2.2 Kyselyiden suorittaminen**

Projektityöhömmme liittyvät kyselyt tehtiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäinen kysely terveydenhoitajille tehtiin maaliskuussa 2008. Tähän kyselyyn osallistuneet terveydenhoitajat eivät olleet saaneet vielä mitään aiheeseen liittyvää koulutusta. Kyselyn toinen vaihe tehtiin syyskuussa 2008. Kyselyssä terveydenhoitajat arvioivat omaa osaamistaan viidellä eri mittarilla ja vastaamalla vapaamuotoisesti yhteen avoimeen kysymykseen.

**Ensimmäinen kysely** lähetettiin 19 terveydenhoitajille 10.3.2008 mennessä. Kyselyn lähettäminen tapahtui terveydenhoitaja Pirjo Nevalaisen toimesta ja hän laatii myös saatekirjeen kyselylomakkeelle. Kysely lähetettiin sähköpostina, koska vastaukset piti saada käyttöön ennen ensimmäistä koulutuspäivää. Kaikki kyselyyn osallistuneet kuuluivat Oulun kaupungin terveydenhoito-organisaatioon ja sähköposti oli heille nopein ja vattomin vastauskanava. Kyselylomakkeiden viimeinen palautuspäivä oli 17.3.08 men-

nessä. Palauttaminen pyydettiin tekemään Oulun kaupungin sisäisenpostin kautta kirjallisena ja nimettömänä suoraan Marja-Leena Kemppaiselle. Osa vastaajista palautti kyselylomakkeen sähköpostin kautta. Vastauksia palautettiin 15 kappaletta.

Vastaukset saatuamme laadimme alustavan analyysin välittömästi. Luovutimme sen sovitusti 20.3.2008 projektipäällikkö Pirjo Nevalaisen käyttöön. Hän hyödynsi kyselyn tuloksia ensimmäisen koulutuspäivän suunnittelussa. Terveystenhoitajien ensimmäinen koulutuspäivä pidettiin 4.4.2008. Anna-Maija Ruotsalainen osallistui kevään koulutuspäivään ja antoi terveydenhoitajille suullisen väliraportin ensimmäisen kyselyn vastausten perusteella tehdystä välianalyysistä.

**Toinen kysely** tehtiin kevään koulutukseen osallistuneille terveydenhoitajille, syyskuussa 2008. Tuolloin he olivat tehneet lyhyen aikaa pitkäaikaistyöttömien tervastarkastuksia. Hyödynsimme sähköpostia myös toisen kyselyn kanavana, koska se oli osoittautunut hyväksi ensimmäisessä kyselyssä. Vastauksia palautui 11 kappaletta. Vastauksia jouduimme pyytämään pariin eri otteeseen ja tämä hidasti osaltaan toisen kyselyn analyysin tekemistä ja loppuraportin kirjoittamista. Tavoitteenamme oli, että projektityön raportti valmistuu marraskuun 2008 loppuun mennessä.

### **4.2.3 Kyselyaineiston analyysi**

Huolellisesti suunnitellun kyselylomakkeen tuottaman tiedon voi nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tietokoneen avulla. Kyselyn avulla hankitun tiedon käsittelyyn on kehitetty tilastollisia analyysitapoja ja raportointimuotoja, joten tutkijan ei tarvitse itse kehittää uusia tapoja analysoida aineistoa. (Hirsijärvi ym. 2008.)

Kyselyistä saadut vastaukset analysoitiin Excel-ohjelmalla. Päädyimme käyttämään sitä, koska kyselyaineistomme oli määrältään pieni. Lisäksi ohjelman etuna oli, että se oli meille ennestään tuttu.

Analysoimme kyselyaineiston ensin manuaalisesti tekemällä tukkimiehen kirjanpidolla merkinnät saaduista vastauksista tyhjälle kyselylomakkeelle. Muutimme vastaukset nu-

meroiksi, jotka kuvasivat kuinka moni terveydenhoitaja oli vastannut tietyllä tavalla. Saadut numerot siirrettiin Excel-ohjelmalle, joka automaattisesti piirsi niistä pylväsdiagrammit. Kumpikin kysely kuvattiin ensin erikseen omiin tiedostoihinsa ja lopuksi tiedot yhdistettiin samaan kuvioon.

Kyselylomake sisälsi yhden avoimen kysymyksen. Käytimme vastausten analysoinnissa sisällönanalyysia, joka tarkoittaa kerätyn tietoaineiston pelkistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Avoimiin kysymyksiin annetut vastaukset ryhmitimme aineistosta käsin induktiivisesti pelkistäen viiteen ryhmään. Loimme vastauksista viisi yläkäsitettä: 1) Työvälineitä terveystarkatukseen, 2) verkostoituminen, 3) motivaatio, 4) koulutuksen kehittämistarpeet ja 5) jatkokehittäminen. Nämä yläkäsitteet saimme esille ”kysymällä” aineistolta tutkijamustehtävän mukaisia kysymyksiä, eli kysymällä mitä terveydenhoitajat ehdottivat pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten kehittämiseksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Samat viisi käsitettä soveltuu molempiin kyselyihin annettujen vastausten jaotelluun. Jaotelluista vastauksista laadittiin yksi taulukko.

## 5 KYSELYN TULOKSET

Kyselyn vastauksia analysoidessa pohdimme niitä terveydestä lähtevän (salutogeenisen) teorian pohjalta. Pohdimme terveydenhoitajien osaamista havaita pitkäaikaistyöttömän terveyttä uhkaavia riskejä, mutta myös tukea hänen elämänhallintaa, elämän mielekkyyttä ja elämään tyytyväisyyttä, eli tukea pitkäaikaistyöttömän koherenssintunnetta.

Selvittäessämme terveydenhoitajien osaamista eri alueilta, käytimme kyselylomakkeessa paljon pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin liittyviä käsitteitä ja työmenetelmien nimiä. Olemme jo tuloksia kuvatessamme ottaneet mukaan asiaan liittyvää teoriatietoa tavoitteena lisätä ja syventää lukijan ymmärrystä käsitellystä asiasisällöstä.

### 5.1 Pitkäaikaistyöttömän kohtaaminen terveydenhuollon asiakkaana

Erityisesti pitkäaikaistyöttömien terveys on kaikista heikoin ja heidän syrjäytymisvaaransa on muita suurempi (Linnamäki & Hyvönen 2008). Pitkäaikaistyöttömät ovat myös työssäkäyviä heikommassa asemassa terveystarveluonnon saannissa. He ovat työterveyshuollon ja muiden palvelujen ulkopuolella. Pitkäaikaistyöttömällä on usein hoitoa vaativia diagnosoimattomia sairauksia. Heillä on myös riskialtista terveyskäyttäytymistä. (Ahokas 2008.)

Suomen perustuslaissa on kirjattu jokaiselle oikeus riittäviin sosiaali- ja terveystarveluuihin. Maamme terveystarveluonnon tavoitteena on turvata kaikille yhtäläiset ja laadukkaat terveydenhuollon palvelut niin, ettei alueellinen tai sosioekonominen asema rajoita tarvittavien palveluiden käyttöä (Sosiaali- ja terveystarveluonnon ministeriö 2001).

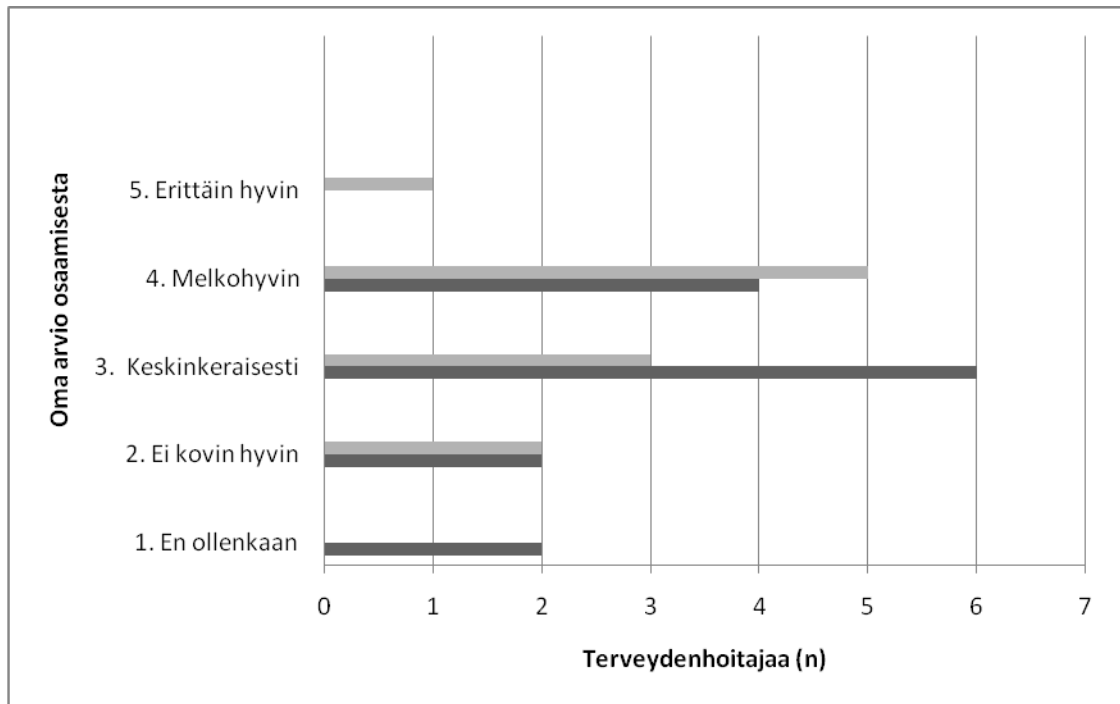
Terveystarveluonnon väestöryhmien välillä ovat maassamme kasvaneet viime vuosina. Linnamäki ym. (2005) mukaan terveyttä heikentävät tekijät kasautuvat usein huonossa sosiaalisessa asemassa oleville, vähän koulutetuille ja pienituloisille. Aikuisen työoloilla on vaikutusta sosioekonomisten ryhmien terveyteen. (Lahelma ym. 2007.) Terveystarveluonnon kärkevät ammattiasemasta johtuen työssäkäyvien ja työttömien välillä. Kaikista heikoin

terveys on pitkäaikaistyöttömillä, mistä johtuen he ovat myös vaarassa syrjäytyä. (Linnamäki ym. 2008.)

Vuosina 2006 – 2008 pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin ja terveydenhuollon palvelujen tehostamiseen on Sosiaali- ja terveysministeriö osoittanut rahoitusta sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän kautta. Valtion vuoden 2007 budjetissa oli pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämistä varten varattu 1,5 miljoonan euron määräraha. Määräraha kohdennettiin 17 kansallisen hankkeen tukemiseen. (Ahokas 2008.)

Oulun kaupunki Oulun kaupungin on yksi 17 paikkakunnasta, johon hankeraha myönnettiin. Sosiaali- ja terveystoimen avoterveydenhuollossa aloitettiin hanke, joka kohdistuu pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon toimintamallin kehittämiseen Oulussa. Terveydenhoitaja Pirjo Nevalainen aloitti terveystarkastusten mallin kehittämistyön ja pilotoinnin Tuiran terveysasemilla. Samaan aikaan pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämistyössä pilotoitiin moniammatillista verkostotyötä ns. sosiaalilääketieteellisenä konsultaationa Tuiran ja Rajakylän terveysasemilla. Kehitetty toimintamalli siirretään nyt kaikkien Oulun kahdeksan terveysaseman käyttöön.

Kuvio 4 kuvaa terveydenhoitajien arviota osaamisestaan kohdata pitkäaikaistyötön asiakkaana. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) neljä terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi ja kuusi keskinkertaiseksi. Neljä terveydenhoitajaa vastasi, ettei osannut kovin hyvin tai ei ollenkaan kohdata pitkäaikaistyötöntä asiakasta. Yksi terveydenhoitaja ei vastannut kysymykseen. **Toisessa** kyselyssä (n=11) kuusi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi, kolme keskinkertaiseksi ja terveydenhoitajista kaksi arvioi, ettei osannut kovin hyvin tai ei ollenkaan kohdata pitkäaikaistyötöntä asiakasta..



1. kysely (n=15)

2. kysely (n=11)

KUVIO 4. *Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömän asiakkaan kohtaamisessa.*

### 5.1.1 Asiakslähtöinen hoitotyö

Asiakslähtöisen hoitotyön keskeinen lähtökohta on terveydenhoitajan oma eettinen arvopohja. Hoitohenkilökunta ei poikkea muista ihmisistä siinä, että he ovat taipuvaisia pitämään järkevinä niitä asiakkaan päätöksiä, jotka ovat yhtäpitäviä heidän omien näkemystensä kanssa. Hoitotyöhön liittyy aina mahdollisuus vallankäyttöön, joka pahimmillaan voi olla hyökkäys asiakkaan ihmisarvoa vastaan. (Kalkas & Sarvimäki 1992.)

Asiakslähtöisyys kuuluu keskeisenä osana *ratkaisukeskeiseen* työskentelytapaan. Asiakas vaikuttaa ohjauksen sisältöön ja vastaa tehdyistä päätöksistä. Terveydenhoitajan tehtävänä on vastata siitä, että asiakas tekee päätöksensä ja valintansa oikean tiedon pohjalta ja on tietoinen valintojensa seurauksista. Myönteisen näkökulman korostaminen ja niihin myönteisiin asioihin keskittyminen, jotka seuraavat tavoitteeseen pääse-

mistä. Asiakkaalla on oikeus myös valita epäterveelliseksi todettu elämäntyyli (Honkanen & Mellin 2008).

Ihmisarvon kunnioittaminen on perusta, jolle asiakaslähtöinen hoitotyö rakentuu. Ihmisarvo pitää sisällään erilaisia käsitteitä kuten ihmiskeskeisyys ja yhdenvertaisuus. Asiakaslähtöinen hoitotyö ei mittaa ihmisen arvoa hänen suorituksillaan tai menestymisellään vaan ihmisarvo on käsite, joka koskee kaikkia ihmisiä riippumatta heidän rodusta, uskonnollisesta vakaumuksestaan tai elämän valinnoistaan. (Kalkas & Sarvimäki 1992.)

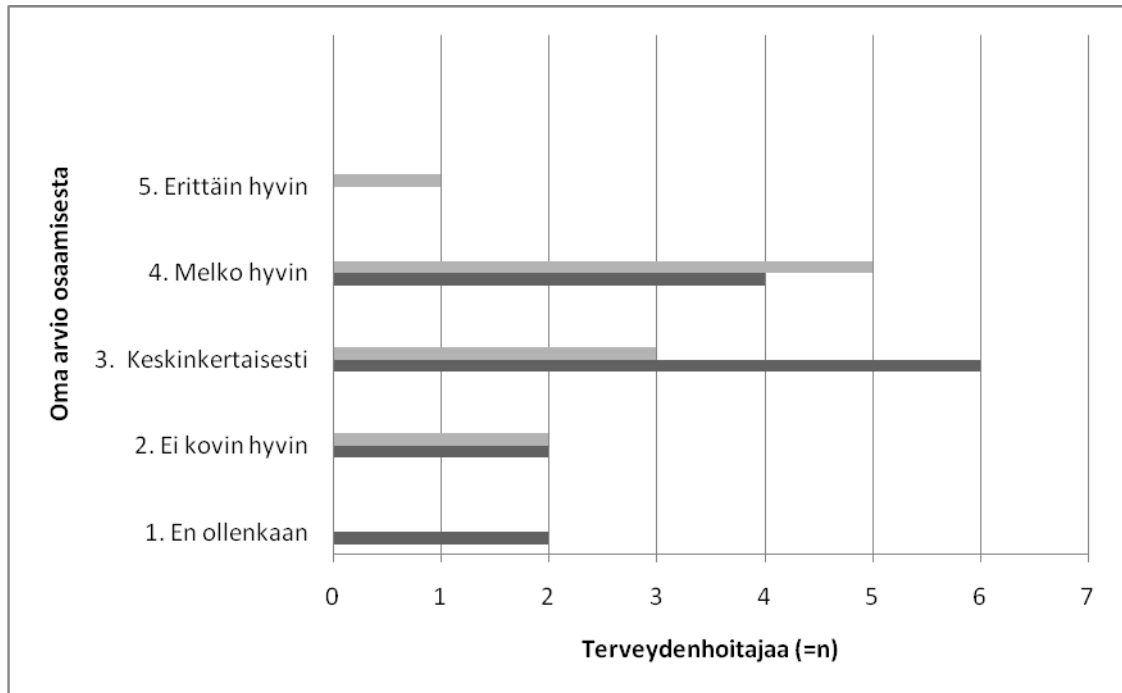
Toimiessaan asiantuntijana terveydenhoitajan työssä korostuu hänen vastuullinen toiminta asiakasta kohtaan, punnittu tieto terveydestä ja refleksiivinen ajattelu sekä harkittu itsenäinen päätöksenteko (Honkanen & Mellin 2008). Asiakaslähtöisessä hoitotyössä terveydenhoitaja antaa oman asiantuntemuksensa asiakkaan käyttöön. Ihmisinä he ovat molemmat tasa-arvoisia (Munnukka & Kiikkala 1996. Sorsa 2004).

Asiakas tuntee parhaiten oman elämäntilanteensa. Asiakaslähtöisessä hoitotyössä onkin keskeistä tehdä yhdessä asiakkaan kanssa työtä hänen hyväkseen. Yhdessä työskennellen löydetään monesti sellaisia näkökulmia ja asioita, joita kumpikaan ei olisi yksin kyennyt huomaamaan. (Lehto 2000, Sorsa 2004.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuus rakentuu ammattikunnan yhdessä sovitusta periaatteista, asiakkaan mahdollisuudesta suoraan vaikuttaa ja antaa palautetta saamastaan kohtelusta ja hoidosta. Asiakaslähtöisyyteen vaikuttaa myös terveydenhuollon yksikön valmius kehittää palveluita saamansa palautteen perusteella. Taustalla vaikuttavat myös poliittisten päätöksentekijöiden halu ja taloudelliset mahdollisuudet kehittää terveydenhuoltoa. (Lehto 2000, Sorsa 2004.)

Kuvio 5 kuvaa terveydenhoitajien arviota osaamisestaan toteuttaa asiakaslähtöistä hoitotyötä. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) neljä terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi, kuusi terveydenhoitajaa keskinkertaiseksi ja neljä terveydenhoitajista vastasi, ettei osaa toteuttaa asiakaslähtöistä hoitotyötä kovin hyvin tai ei ollenkaan. Yksi terveydenhoitaja ei vastannut kysymykseen. **Toisessa** kyselyssä (n=11) kuu-

si terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi, kolme terveydenhoitajaa keskinkertaiseksi ja kaksi terveydenhoitajaa arvioi, ettei osaa toteuttaa asiakaslähtöistä hoitotyötä kovin hyvin tai ei ollenkaan.



1. Kysely (n=15)

2. Kysely (n=11)

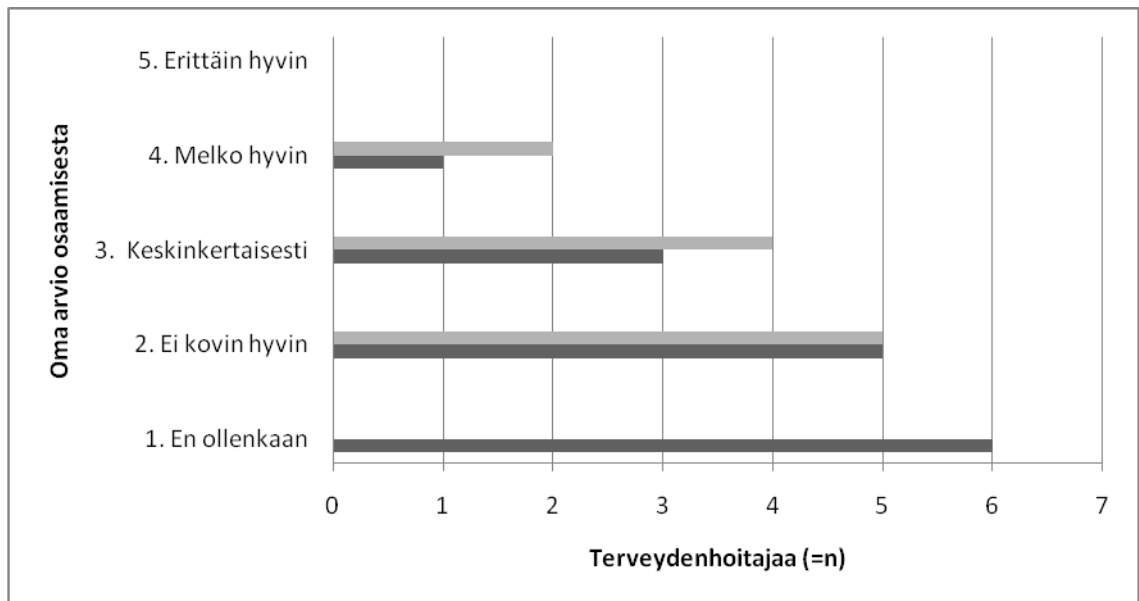
KUVIO 5. *Terveydenhoitajien osaaminen asiakaslähtöisen hoitotyön toteuttajina.*

### 5.1.2 Voimavarakeskeisyys potilasohjauksessa

Voimavarakeskeinen (empowerment) työskentelytapa asiakkaan/potilaan ohjauksessa on ajankohtainen haaste hoitotyössä. Se on osa ratkaisukeskeistä työtapaa. Se soveltuu erinomaisesti terveydenhoitajien käyttöön, koska he kohtaavat työssään ihmisiä ja heidän arkipäiväisiä pulmiaan, joita ratkaistaan asiakkaiden omilla voimavaroilla. Voimavarakeskeisessä potilasohjauksessa ihmisen omat voimavarat, taidot ja kyvyt tunnustetaan ja otetaan käyttöön tavoitteen saavuttamiseksi. (Honkanen & Mellin 2008.)

Voimavarakeskeisen neuvonnan yhtenä tavoitteena on auttaa asiakasta kehittämään omia ongelmanratkaisutaitojaan. Parhaimmillaan keskustelu auttaa asiakasta voimaantumaa ja edistää hänen oman elämänhallintansa kehittymistä muissa elämän valinnoissa. Terveydenhoitajan positiivinen ja pienetkin edistymisen merkit havaitseva työote kannustaa asiakasta muutoksessa. (Honkanen & Mellin 2008; Unihoitajat 2008.)

Kuvio 6. kuvaa terveydenhoitajien arviota osaamisestaan voimavarakeskeisen työmenetelmän käyttäjinä. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) yksi terveydenhoitaja arvioi osaamisensa melko hyväksi ja kolme keskinkertaiseksi. 11 terveydenhoitajaa arvioi, ettei osannut voimavarakeskeistä työmenetelmää ollenkaan. **Toisessa** kyselyssä (n=11) kaksi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa melko hyväksi ja neljä keskinkertaiseksi. Viisi terveydenhoitajaa arvioi, ettei osannut kovin hyvin käyttää voimavarakeskeistä työmenetelmää.



1. kysely (n=15)

2. kysely (n=11)

KUVIO 6. Terveydenhoitajien osaaminen voimavarakeskeisen työmenetelmän käyttäjänä.

## 5.2 Pitkäaikaistyöttömän hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä

Mitä pidempään työttömyys on kestänyt, sen tuomat kielteiset hyvinvointivaikutukset ovat huomattavampia ja vaikeampia (Clasen ym. 1997). Pitkäaikaistyöttömyydellä on todettu olevan vaikutusta yksilötason elämäntilanteisiin, niiden hallintaan sekä keskeisellä tavalla syrjäytymiseen ja huono-osaisuuden muodostumiseen (Poutanen 2000).

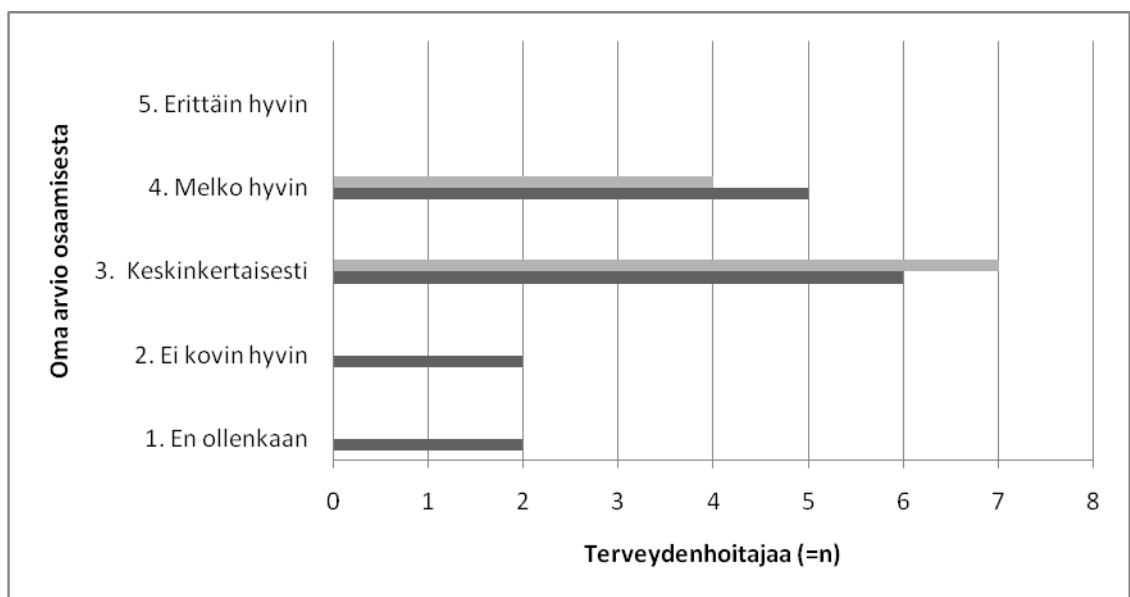
Työttömyydestä selviytyminen kohtuullisesti edellyttää, että työtön löytää tai kehittää vastauksia ainakin kahteen perustavaan elämänongelmaan. Elämisen mielekkyys ja merkitys tarkoittaa sitä, että työtön tietää merkityksen miksi nousta aamulla ylös ja löytää sisältöä arkeen ilman työhön lähtöä. Työttömälle on tärkeä myös elintason turvaaminen. Työtön tarvitsee yhteisöllisiä ja sosiaalisia suhteita, jotka perustuvat yhteisesti omaksuttuihin arvoihin. ”Lasten hyvinvointi, rakkaus – toimivat tällaisen yhteisyyden ylimpinä pyhinä tai toteemina”. Nämä arvot tuovat työttömän elämään merkitystä. Voidaan sanoa, että `kollektiivisen tajunnan` jäsentämällä sosiaalisilla suhteilla on työttömän selviytymisen kannalta keskeinen merkitys. Erityinen merkitys niillä on työttömyyden pitkittyessä. (Kortteinen & Tuomikoski 1998.)

Sosiaalisella kannattelulla on merkitystä työttömien selviytymiseen työ- ja toimintakykyisinä. Sosiaalista kannattelua on kahdenlaista, *yhteisöllistä* mikä perustuu arvoyhteisyyteen ja lahjan logiikkaan ja *yhteiskunnallista*, mikä perustuu rahaan ja vastikkeelliseen vaihtoon. Jos jompikumpi näistä pysyvällä tavalla pettää, se ilmenee ennepitkään erilaisena inhimillisenä pahoinvointina, mm. sairastavuutena. Tätä voidaan kutsua myös sosiaalisesti syrjäytymiseksi. Ihmiset eivät kestä työttömyyden pitkittymistä ilman riittävää taloudellista ja yhteisölliseen tajuntaan perustuvaa kannattelua. Toisaalta ihminen voi selvitä pitkäänkin mikäli yhteisyysuhteet ja talous pysyvät kunnossa. (Kortteinen ym.1998)

Mikäli työttömyys, sairaus ja köyhyys kasautuvat samalla ihmiselle, sitä enemmän huono-osaisuus kasaantuu. Huono-osaisuus on lisääntynyt Suomessa moninkertaisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Erityisesti se kasvaa työttömyyden pitkittyessä. Työttömyydellä ja sen pitkittymisellä on vaikutusta sairastavuuteen. Sairastavuus, sosi-

aalisen tuen puute ja talouden pettäminen lisääntyvät työttömyyden pitkittyessä. (Kortteinen ym. 1998.)

Kuvio 7. kuvaa terveydenhoitajien arviota osaamisestaan pitkäaikaistyöttömien elämän riskitekijöiden tunnistajina. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) viisi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa melko hyväksi ja kuusi keskinkertaiseksi. Neljä terveydenhoitajaa arvioi, ettei tunnistanut pitkäaikaistyöttömän elämän riskitekijöitä kovin hyvin tai ei ollenkaan. **Toisessa** kyselyssä (n=11) neljä terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Seitsemän terveydenhoitajaa arvioi osaavansa tunnistaa keskinkertaisesti pitkäaikaistyöttömän elämän riskitekijät. Kukaan terveydenhoitajista ei arvioinut, ettei tunnista pitkäaikaistyöttömän elämän riskitekijöitä.



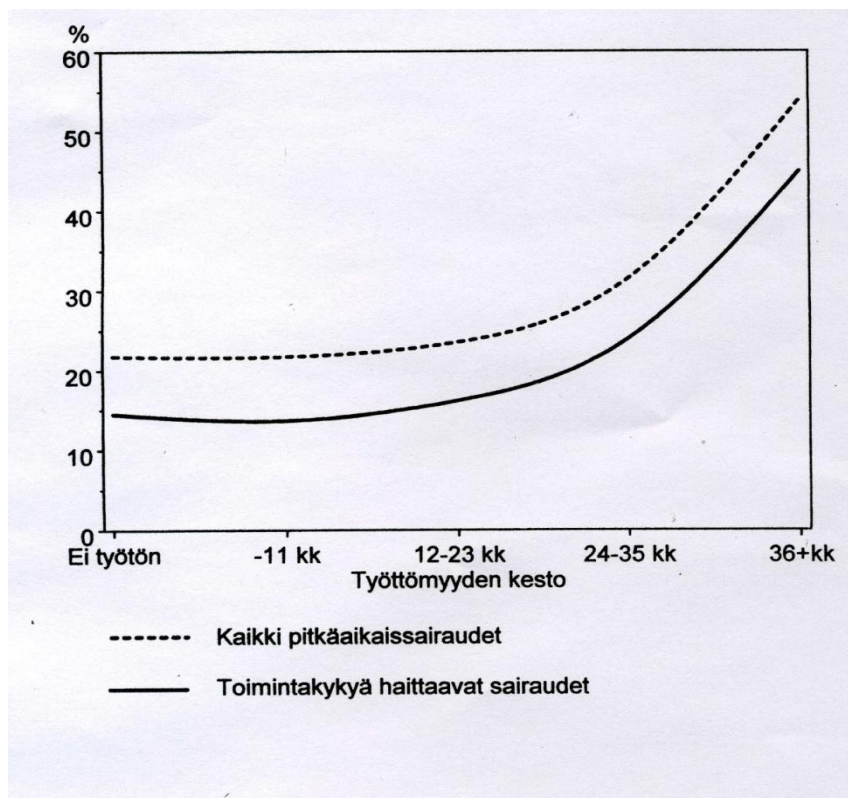
1. kysely (n=15)

2. kysely (n=11)

KUVIO 7. *Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömien elämän riskitekijöiden tunnistamisessa.*

## 5.2.1 Pitkäaikaistyöttömän terveyteen vaikuttavat tekijät

Työttömät ovat tutkimusten mukaan työllistä väestöä sairaampaa sekä fyysisesti että psyykkisesti. Erityisesti pitkäaikaissairaiden osuus on selkeä ja voimakas suhteessa työttömyyden keston (Kuvio 8.). Sairastuvuus on jopa pitkään työttömänä olleiden kohdalla kaksinkertainen työlliseen tai lyhyen ajan työttömänä oleviin verrattuna. Työkykyä haittaavan sairauden osalta se on vieläkin voimakkaampi.

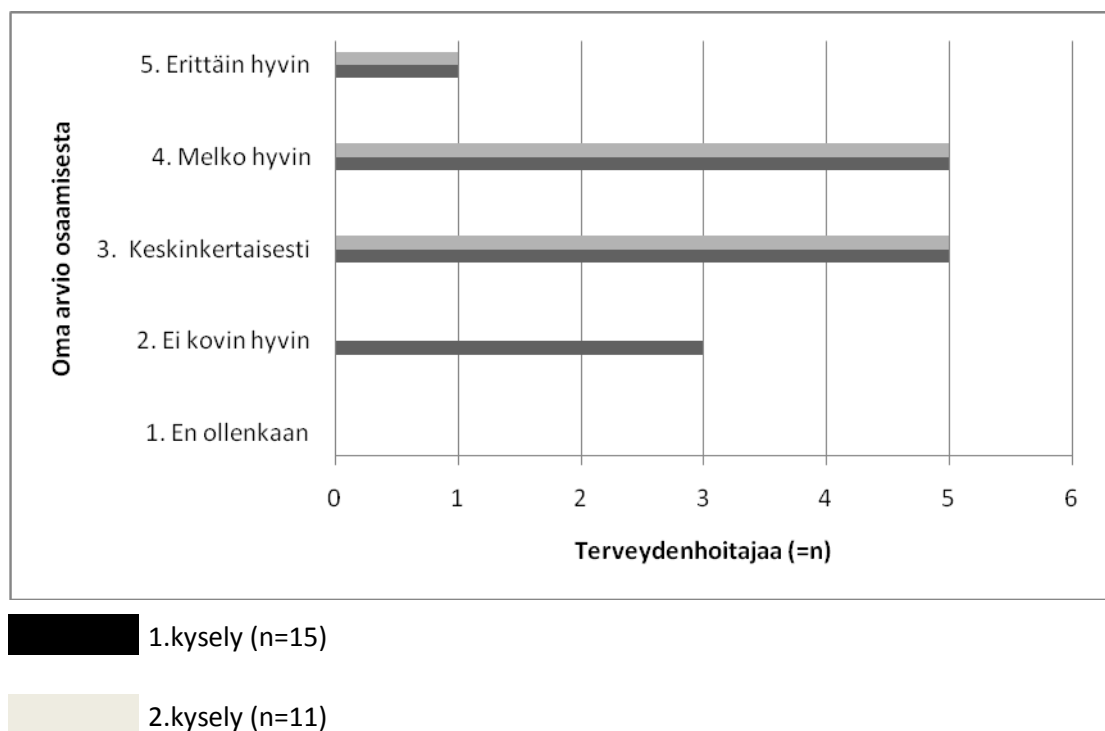


KUVIO 8. Pitkäaikaissairaus ja työkykyä haittaava pitkäaikaissairaus työttömyyden keston mukaan. (Kortteinen ym. 1998, 38).

Mielenterveysongelmista kärsivien työttömien uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö on jopa kaksinkertainen ja psyyken sairauksista kärsivien osuus jopa kolminkertainen. Joskin masentuneisuus ja psyykinen pahoinvointi eivät lisäänty merkittävästi työttömyyden pitkittyessä vaan vakiintuu irtisanomisen jälkeiselle tasolle, mikä on työllistäväestöä korkeampi. Sairastavuuden ja pitkäaikaistyöttömyyden yhteydestä huolimatta se ei sinällään todista aidon syy-yhteyden olemassaolosta. Todennäköistä on, että suurella

osalla työttömistä on muitakin terveyttä heikentäviä ja sairastavuutta lisääviä ominaisuuksia. (Kortteinen ym.1998.)

Kuvio 9. kuvaa terveydenhoitajien osaamista, miten he tunnistavat pitkäaikaistyöttömi- en terveysriskit terveystarkastuksen ja haastattelun perusteella. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) kuusi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Viisi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinkertaiseksi. Kolme terveydenhoitajaa arvioi, ettei osannut kovin hyvin tai ei ollenkaan tunnistaa pitkäaikaistyöttömän terveysriskejä terveystarkastuksen ja haastattelun perusteella. **Toisessa** kyselyssä (n=11) kuusi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi ja viisi keskinkertaiseksi. Kukaan terveydenhoitajista ei arvioinut, ettei osaa tunnistaa pitkäaikaistyöttömän terveysriskejä terveystarkastuksen ja haastattelun perusteella.

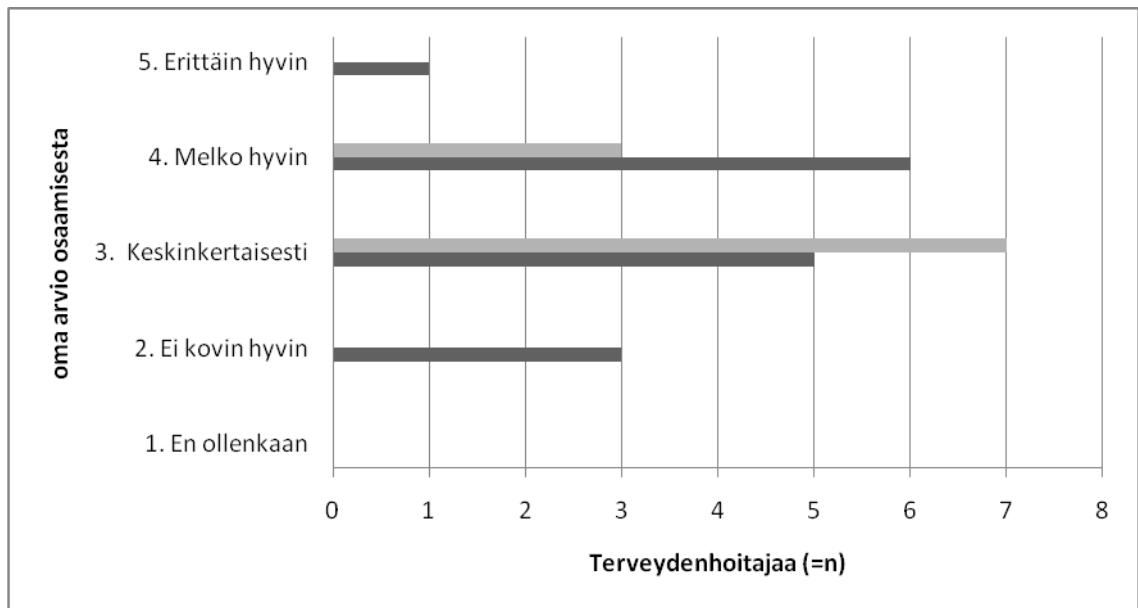


KUVIO 9. *Terveydenhoitajien osaaminen tunnistaa pitkäaikaistyöttömien terveysriskit terveystarkastuksen ja haastattelun perusteella.*

## 5.2.2 Pitkäaikaistyöttömän syrjäytyminen yhteiskunnasta

Pitkään jatkunut työttömyys on usein syynä köyhyyteen ja syrjäytymiseen. Taloudellinen asema heikkenee työttömyyden pitkittyessä. Taloudellisella ahdingolla on vaikutusta myös yhteisöllisyyteen negatiivisesti. Työttömien hyvinvointi on alempi kuin työssäkäyvien. Heikko sosiaaliturva heikentää elintasoa. Heikon elintason omaavat eristäytyvät helpommin ja kokevat epäluottamusta ympäristöönsä. Tällä on suora yhteys työttömyysaikaiseen pahoinvointiin ja sairastavuuteen. Työttömyyden jatkuessa ahdinko voi lisääntyä ja vaikuttaa syrjäytymistä edistävästi. (Kortteinen ym. 1998.)

Kuvio 10. kuvaa terveydenhoitajien osaamista tunnistaa pitkäaikaistyöttömien syrjäytymisriskit. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) seitsemän terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Viisi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinertaiseksi. Kolme terveydenhoitajaa arvioi ettei osaa kovin hyvin tai ei ollenkaan tunnista pitkäaikaistyöttömän syrjäytymisriskejä. **Toisessa** kyselyssä (n=11) kolme terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Seitsemän terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinertaiseksi. Kukaan terveydenhoitajista ei arvioinut, ettei osaa tunnista pitkäaikaistyöttömän syrjäytymisriskejä. Yksi terveydenhoitaja ei vastannut kysymykseen.



1. kysely (n=15)

2. kysely (n=10)

KUVIO 10. *Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksen tunnistamisessa.*

### 5.3 Pitkäaikaistyöttömän terveystarkastuksessa käytettävät menetelmät

Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia varten kehitetyssä Oulun mallissa on käytössä erilaisia työmenetelmiä. Näiden hallintaa ja osaamista pyysimme terveydenhoitajia arvioimaan ennen kevään koulutuspäivää ja myöhemmin syksyllä saadun koulutuksen sekä käytännön työskentelyn jälkeen.

#### 5.3.1 Työkykyindeksi

Työkyvyn perustana on toimintakyky. Toimintakykyä voidaan luotettavasti tutkia erilaisilla mittareilla. Professori Juhani Ilmarisen työryhmä on kehittänyt työkykyindeksin, jota käytetään useissa maissa esimerkiksi työterveyshuollon apuvälineenä. Työkykyin-

deksin mittaristo on käännetty 26 kielelle. Työkykyindeksi koostuu sarjasta kysymyksiä, joissa otetaan huomioon työn ruumiilliset ja henkiset vaatimukset sekä työntekijän terveydentila ja voimavarat. Se on lähinnä työterveyshuollon apuväline, joka ilmaisee, miten hyvin työntekijä pystyy suoriutumaan työstään. (Ilmarinen 2008.)

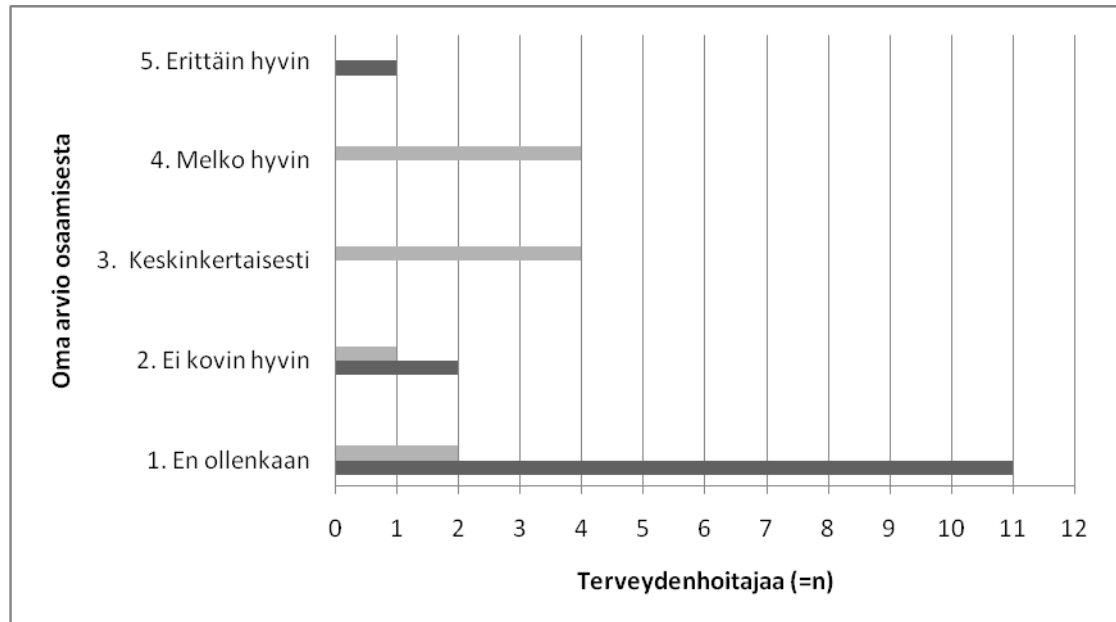
Työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen edellyttävät, että työkyvystä on riittävästi tietoa. Työkyky ei ole vain yksilön asia, vaan siihen vaikuttavat myös työ, työympäristö ja työyhteisötekijät. Martikainen (1996) on tutkinut rakennustyöntekijöiden työkyvyn heikkenemisen varhaista tunnistamista ja riskitekijöitä rakennusalalla. Hän on käyttänyt tutkimuksessaan apuna työkykyindeksiä ja todennut sen luotettavasti mittaavaan rakennusmiesten työkyvyn kehittymistä.

Martikainen (1996) havaitsi tutkimuksessaan, että työttömien rakennustyömiesten keskimääräisen työkykyindeksin lähtötaso oli alhaisempi töissä oleviin verrattuna ja se ale ni seurannan aikana melko hyvästä kohtalaiseksi (keskiarvo 38,5 v. 1991 ja 35,6 v. 1995). Heillä työkyvyn heikkeneminen oli selvintä huonoksi tai melko hyväksi mitattujen luokissa. Vuonna 1991 huonon työkyvyn ryhmässä oli alle 4 prosenttia, vuonna 1995 heitä oli yli 17 prosenttia. Vastaavasti melko hyvään luokkaan kuuluvien osuus väheni melkein 20 prosenttiyksikköä. (Martikainen 1996.)

Työttömien terveystarkastuksessa työkykyindeksi on työväline, jonka avulla pyritään selvittämään asiakkaan oma näkemys työkyvystään. Asiakas täyttää tullessaan työkyky indeksi lomakkeen, joka käydään yhdessä terveydenhoitajan kanssa läpi. Tavoitteena on selvittää asiakkaan oma subjektiivinen kokemus omasta tämänhetkisestä työkyvystään. Lisäksi työkykyindeksi on hyvä pohja keskustelulle työkykyä rajoittavien tekijöiden tai terveyteen liittyvien huolien suhteen (Nevalainen 2007).

Kuvio 11. kuvaa terveydenhoitajien arviota osaamisestaan työkykyindeksi kaavakkeen käytössä ja analysoinnissa. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) yksi terveydenhoitaja arvioi osaamisensa erittäin hyväksi. Kukaan terveydenhoitaja ei arvioinut osaamistaan keskinkertaiseksi. 13 terveydenhoitajaa arvioi, ettei osannut ollenkaan käyttää työkykyindeksiä ja analysoida sitä. Yksi terveydenhoitaja jätti vastaamatta. **Toisessa** kyselyssä (n=11) neljä terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Neljä

terveydenhoitajaa arvioi osaamistaan keskinkertaiseksi. Kolme terveydenhoitajaa arvioi ettei osannut käyttää työkykyindeksiä kovin hyvin tai ei ollenkaan.



1. kysely (n=14)

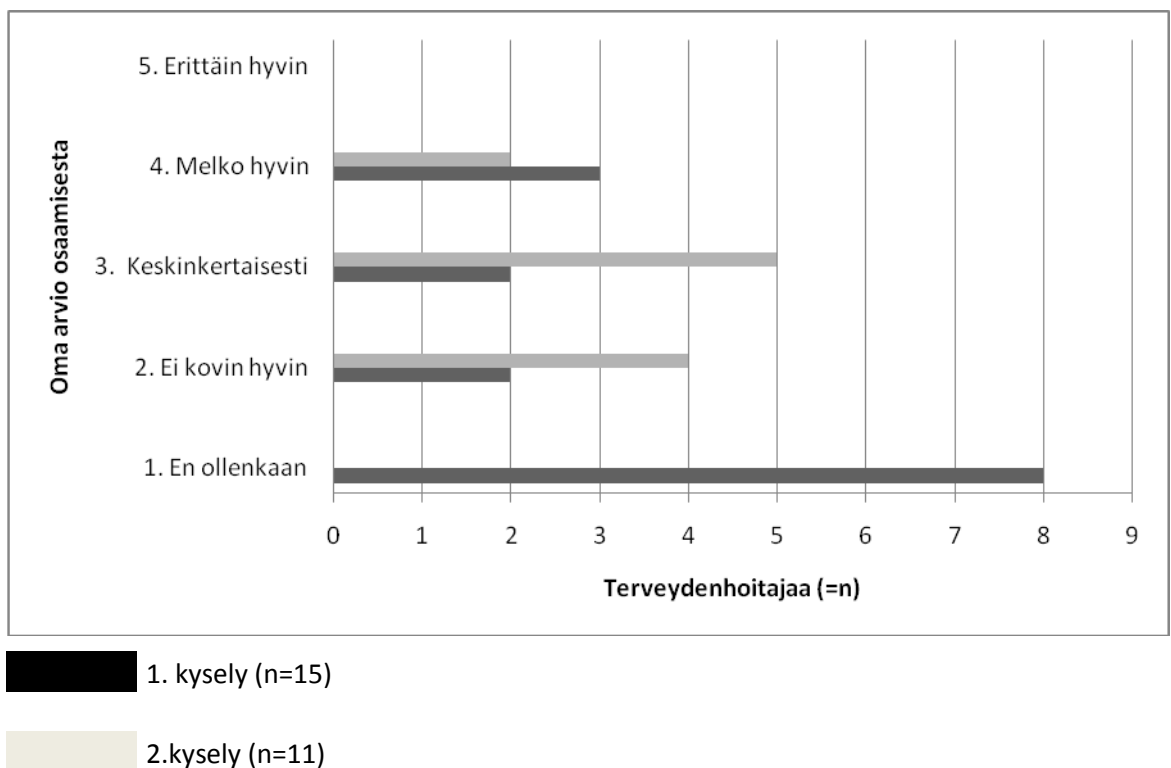
2. kysely (n=11)

KUVIO 11. *Terveydenhoitajan osaaminen työkykyindeksin käyttäjänä.*

### 5.3.2 Verkostokartta

Terveydenhoitaja voi halutessaan työskennellä asiakkaan sosiaalisen tuen edistäjänä. Tämä vaatii kuitenkin luottamuksellisuutta ja hyviä yhteistyötaitoja. Työttömien terveystarkastusten yksi keskeinen tavoite on edistää heidän sosiaalista selviytymistään. Verkostokartan avulla on mahdollista kuvata yksilön ihmissuhdekokonaisuutta. Verkostokartan käyttäminen asiakkaan sosiaalisen tukiverkoston kartoittamiseen on yksinkertaisin tapa. Verkostokartan avulla selviävät asiakkaan läheiset henkilöt, joilta hän saa sosiaalista tukea ja samalla selviävät myös ne henkilöt jotka vaikuttavat kielteisesti hänen sosiaaliseen selviytymiseensä. (Honkanen & Mellin 2008.)

Kuvio 12. kuvaa terveydenhoitajien arviota osaamisestaan verkostokartan käyttäjinä selvittäessään pitkäaikaistyöttömän sosiaalista tukiverkosta. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) kolme terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinkertaiseksi. 10 terveydenhoitajaa arvioi, ettei osannut kovin hyvin tai ei ollenkaan käyttää verkostokarttaa. **Toisessa** kyselyssä (n=11) kaksi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Viisi arvioi osaamisensa keskinkertaiseksi. Neljä terveydenhoitajaa arvioi, ettei osannut kovin hyvin tai ei ollenkaan käyttää verkostokarttaa.



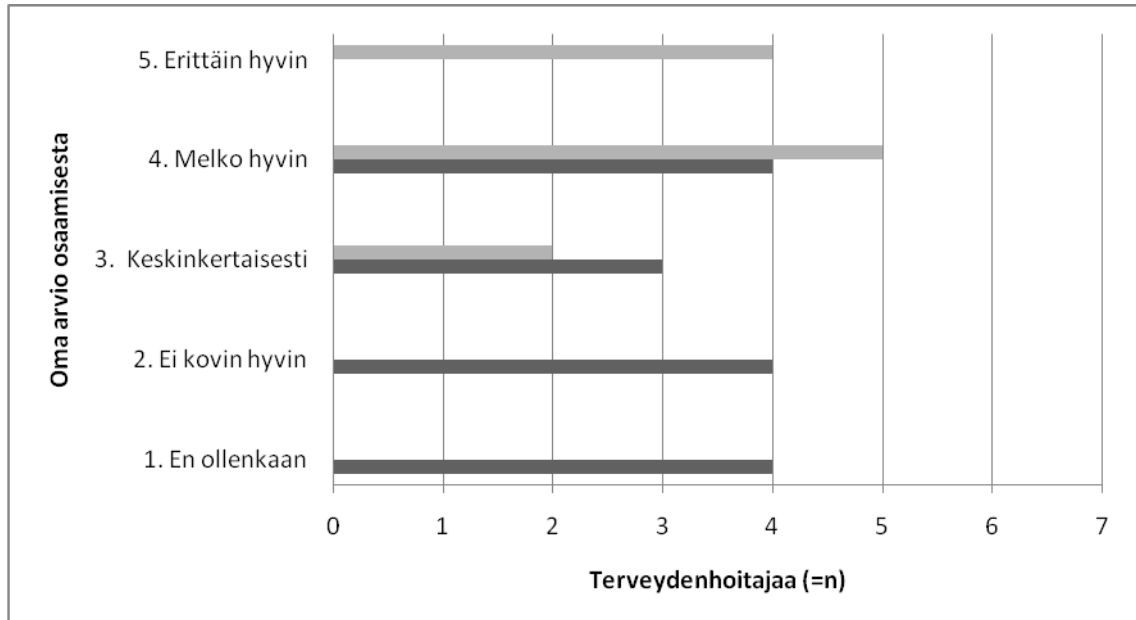
KUVIO 12 *Terveydenhoitajien osaaminen verkostokartan käyttäjinä.*

### 5.3.3 Kansallinen DEHKO-ohjelma ja D2D riskiarviointikaavake

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010) on maamme kansallinen diabetesohjelma, jonka toteutumista koordinoi Diabetesliitto. Valtakunnallinen ohjelma on jaettavissa kolmeen osakokonaisuuteen: tyypin 2 diabeteksen ehkäi-

syyn, diabeteksen hoidon laadun kehittämiseen ja diabeetikoiden omahoidon tukemiseen. D2D- riskiarviointi kaavake on kehitetty apuvälineeksi diabetes riskin määrittämiseksi. Tavoitteena ohjelmalle on, että kaikki tyypin 2 diabeetikot saavat riittävän hoidonohjauksen sekä diabeteksen hoidossa että sydän ja verisuonitautien riskien selvittämisessä. DEHKO-ohjelma on osa pysyvää toimintaa perusterveydenhuollossa. (Diabetes-liitto 2008.)

Kuvio 13. kuvaa terveydenhoitajien arviota osaamisestaan D2D-riskiluokitus kaavion käyttämisessä. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) neljä terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Kolme terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinertaiseksi. Terveydenhoitajista kahdeksan arvioi, ettei osannut kovin hyvin tai ei ollenkaan käyttää D2D-riskiluokituskaaviota. **Toisessa** kyselyssä (n=11) yhdeksän terveydenhoitajaa arvioi osaamistaan erittäin tai melko hyväksi. Kaksi arvioi osaamisensa keskinertaiseksi. Kukaan ei enää arvioinut ettei osaa käyttää D2D-riskiluokituskaaviota.



1. kysely (n=15)

2. kysely (n=11)

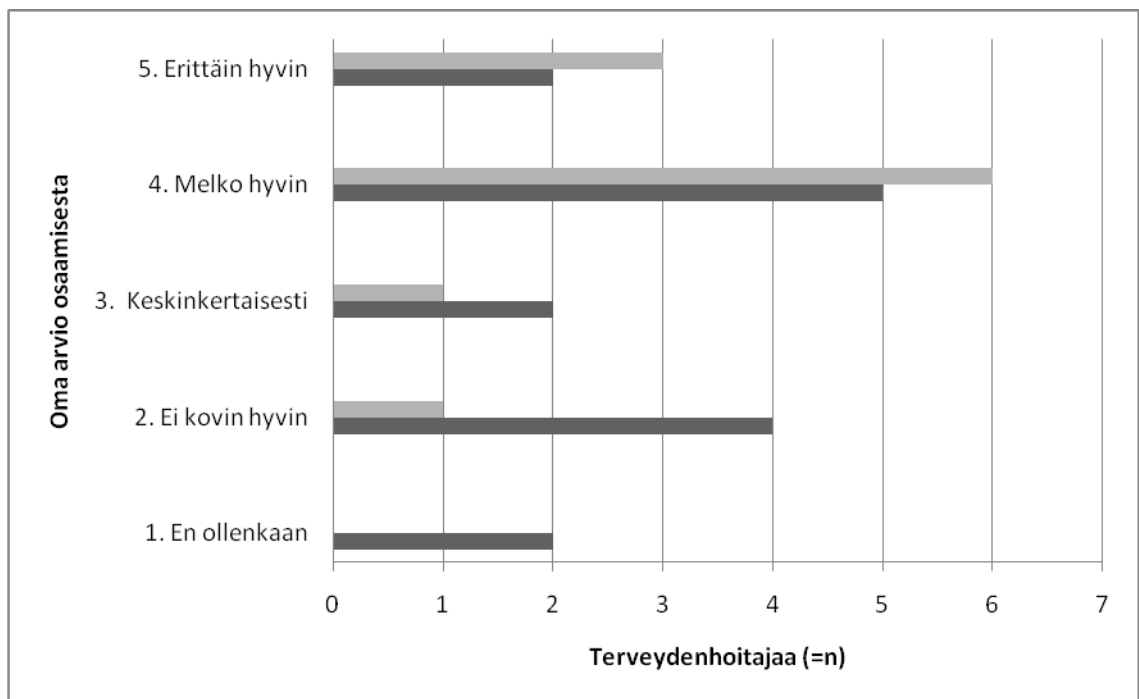
KUVIO 13. *Terveydenhoitajien osaaminen D2D-riskiarviointi kaavakkeen käyttäjinä ja Dehko - ohjelman mukaisina ohjaajina.*

### 5.3.4 Audit – kysely

Audit-kaavakkeen kehittäminen sai alkunsa 1980-luvulla, kun Maailman terveysjärjestö, WHO antoi tutkijaryhmän tehtäväksi kehittää sellaisen kyselyn, jonka avulla voidaan helposti tunnistaa alkoholin käytön aiheuttamia riskejä terveydenhuollon asiakkaiden parissa. Testin haluttiin soveltuvan käytettäväksi sekä kehittyneissä että kehitysmaissa ja toisistaan poikkeavissa kulttuureissa. Audit-kaavake on kehitetty apuvälineeksi, kun halutaan arvioida alkoholin käyttöä. Se on tai sen tulisi olla osa normaalia terveystarkastusta ja vastaanotto toimintaa. Asiakkaan täyttämän Audit-testin perusteella saadaan kuva hänen alkoholin käyttöön liittyvistä riskeistä. (Päihdelinkki 2008.)

Testin tavoitteena on erotella vähän juovat niistä, joiden juomisen aiheuttama riski on koholla. Tavoitteena on löytää ne, joiden juominen vasta alkaa aiheuttaa pulmia ja näin ehkäistä ongelmien pahenemisen. Varhainen puuttuminen ja mini-intervention tekeminen, jo ennen kuin vakava alkoholismi on kehittynyt, on edullinen tapa ennaltaehkäistä alkoholin haittoja. (Honkanen & Mellin 2008.)

Kuvio 14. kuvaa terveydenhoitajien arviota osaamisestaan käyttää Audit - kyselykaavaketta, antaa alkoholin käyttöön liittyvää ohjausta ja ohjata tarvittaessa asiakasta jatkohoitoon. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) seitsemän terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin hyväksi tai melko hyväksi. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinkertaiseksi. Kuusi terveydenhoitajaa arvioi, ettei kovin hyvin tai ei ollenkaan osannut käyttää Audit-kyselykaavaketta, antaa alkoholin käyttöön liittyvää ohjausta ja ohjata tarvittaessa asiakasta jatkohoitoon. **Toisessa** kyselyssä (n=11) yhdeksän terveydenhoitajaa arvioi osaamistaan erittäin tai melko hyväksi. Yksi terveydenhoitaja arvioi osaamisensa keskinkertaiseksi. Yksi terveydenhoitaja arvioi, ettei osannut kovin hyvin tai ei ollenkaan käyttää Audit-kyselykaavaketta, antaa alkoholin käyttöön liittyvää ohjausta tai ohjata tarvittaessa asiakasta jatkohoitoon.



1. kysely (n=15)

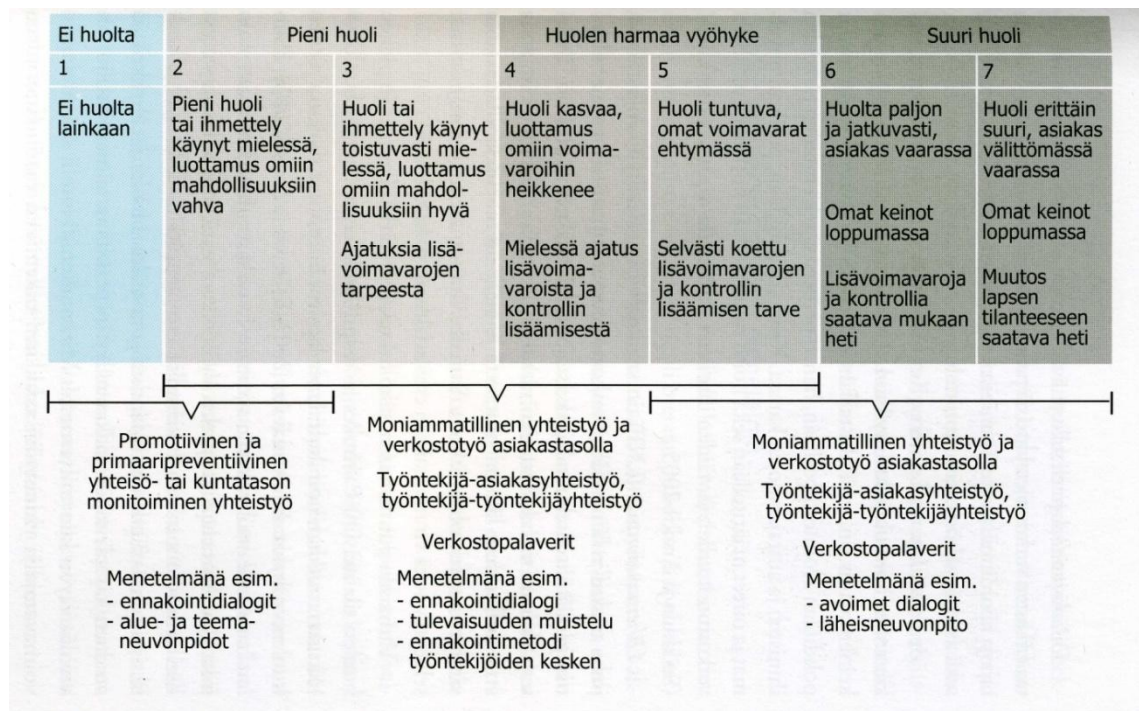
2. kysely (n=11)

KUVIO 14. *Terveydenhoitajien osaaminen AUDIT – kyselykaavakkeen käyttäjinä sekä alkoholiin liittyvän ohjauksen antajina ja tarvittaessa asiakkaan jatkohoitoon ohjaajina.*

### 5.3.5 Huoliseula

Huoli tarkoittaa subjektiivista näkemystä, joka työntekijällä syntyy asiakassuhteessa. Huolen lähtökohta on asiakkaan jokin pulma. Huolen tunne syntyy kontaktissa ja tuntuu työntekijässä. Huoli kohdistuu yhtä aikaa kahteen asiaan: asiakkaan selviämiseen ja omiin toimintamahdollisuuksiin. Huoli koskee aina tulevaisuutta ja se on luonteeltaan subjektiivinen ennakointi suhteiden kehittymisestä ja omista toimintamahdollisuuksista. Varhaisen tuen tarpeen tunnistamiseksi ja työntekijän oman huolen tunteen jäsentämiseksi on terveydenhoitajalla käytettävissä Kuntaliitosta saatava huoliseulalomake (lomakenumero e7565).

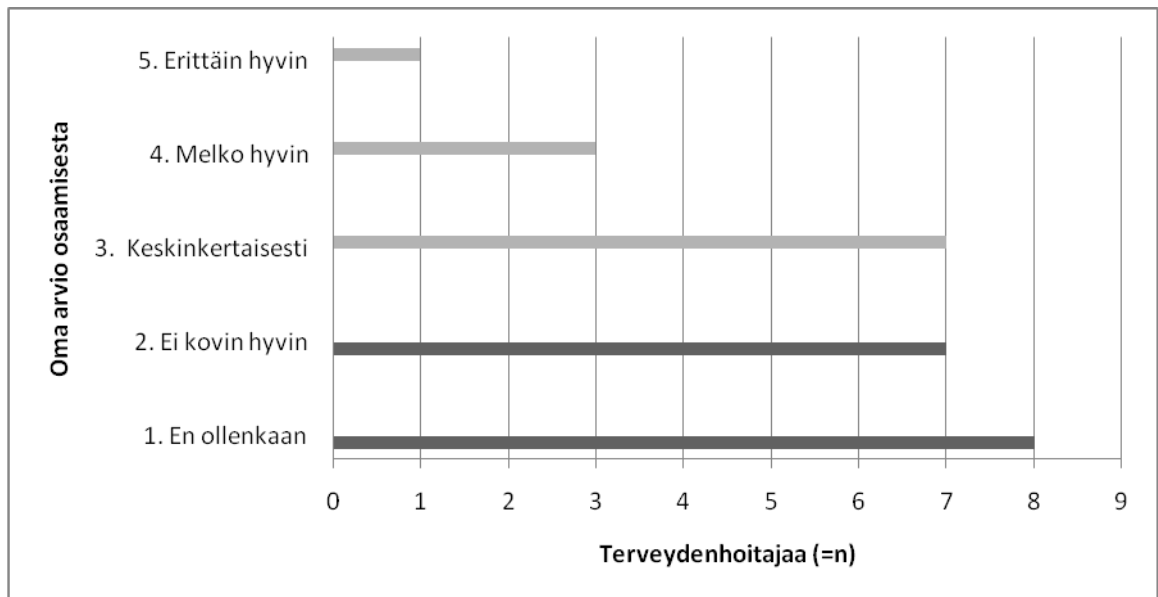
Terveydenhoitajan tunteman huolen tunnistamisessa hyvänä apukeinona on huolen vyöhykkeistö (kuvio 15).



KUVIO 15. Yhteistyön tarpeen arviointia huolen vyöhykkstön avulla ja valitut menetelmät. (mukaellen Arnkil ym. 2002; Honkanen & Mellin 2008.)

Huoliseulaa on tarkoitus käyttää pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia tekevien terveydenhoitajien apuvälineenä, kun he arvioivat milloin huoli asiakkaasta on niin suuri, että on tarpeen kutsua verkostopalaveri koolle.

Kuvio16. kuvaa terveydenhoitajien arvioita osaamisestaan huoliseulan käytössä. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) kukaan terveydenhoitajista ei arvioinut osaamistaan hyväksi tai keskinkertaiseksi. Kaikki 15 terveydenhoitajaa arvioivat, etteivät osanneet käyttää huoliseulaa kovin hyvin tai eivät osanneet käyttää sitä ollenkaan. **Toisessa** kyselyssä (n=11) neljä terveydenhoitajaa arvioi osaamistaan erittäin tai melko hyväksi. Seitsemän terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinkertaiseksi. Kukaan terveydenhoitajista ei arvioinut, ettei osannut ollenkaan käyttää huoliseulaa.



1. kysely (n=15)

2. kysely (n=11)

KUVIO 16. *Terveydenhoitajien osaaminen huoliseulan käyttämisessä työnsä apuvälineenä.*

## 5.4 Pitkäaikaistyöttömän terveellisten elämäntapojen ohjaus ja tukeminen

Terveydenhoitajien ammattitaitoon kuuluvat erilaisten ohjausmenetelmien käyttö asiakkaan ohjauksessa. Ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja tärkeä osa asiakkaiden hoitoa. Hyvin onnistuessaan ohjauksella on vaikutusta asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan sekä kansantalouteen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

### 5.4.1 Ohjausmenetelmien valinta

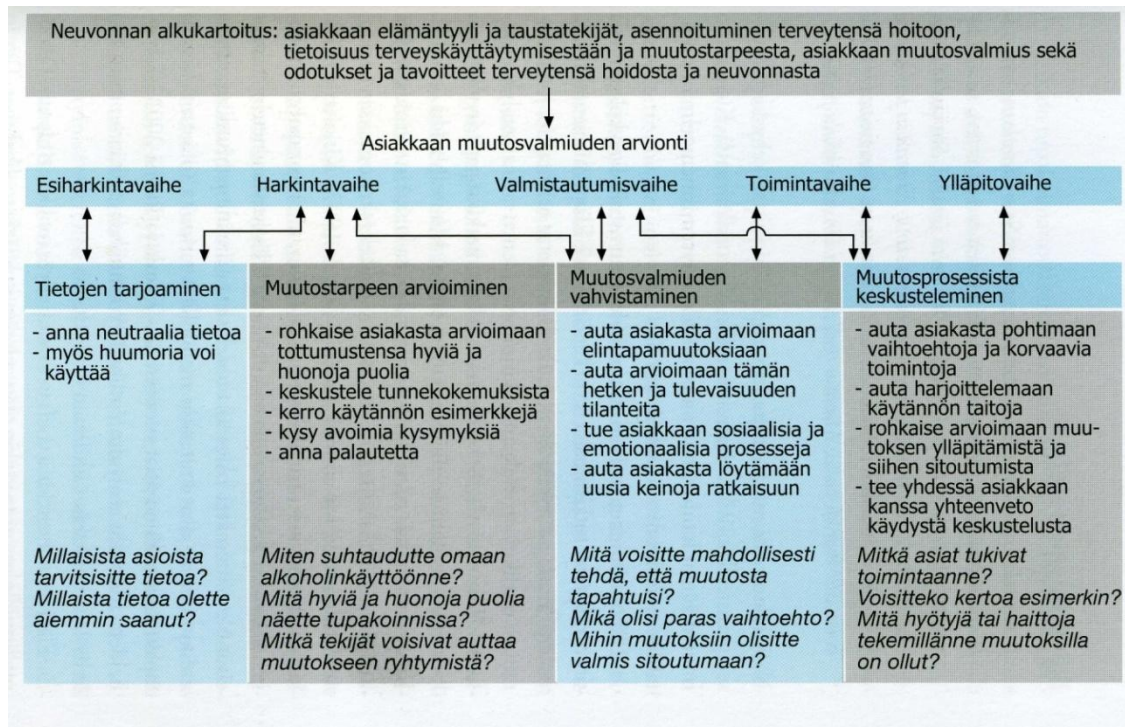
Valitessaan ohjausmenetelmää terveydenhoitajan tulisi olla perillä sekä omista että asiakkaansa taustatekijöistä ja niiden vaikutuksesta ohjaukseen. Taustatekijät jaetaan fyysisiin, psyykkisiin ominaisuuksiin sekä sosiaalisiin tekijöihin ja ympäristötekijöihin.

Tutkimusten mukaan asiakkaan fyysiset ominaisuudet vaikuttavat siihen, miten hän kykenee ja haluaa ottaa vastaan ohjausta. Asiakkaan iällä, sukupuolella, sairausajan pituudella on merkitystä vältteleekö hän ohjausta, unohtaako asioita tai kieltääkö niitä. Iällä, koulutuksella ja sukupuolella on vaikutusta myös hoitajien toimintaan, kuten ohjaukseen asennoitumiseen sekä ohjauksessa tarvittaviin tietoihin ja taitoihin (Kääriäinen & Kyngäs 2006).

Asiakkaan psyykkiset ominaisuudet vaikuttavat myös ohjaukseen. Ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä ominaisuuksia ovat erityisesti motivaatio, terveysuskomukset ja kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä oppimistyyli ja -valmiudet. Asiakkaan motivaatio vaikuttaa siihen, haluaako hän omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjauksessa käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi. Hoitaja voi esittää avoimia kysymyksiä selkiyttääkseen niitä tekijöitä, jotka voisivat motivoida asiakasta hoitoonsa. Myös hoitajan omalla motivaatiolla ja valmiuksilla tukea asiakkaan motivoitumista on merkitystä ohjauksen onnistumisessa (Karlsen 1997, Kääriäinen & Kyngäs 2006).

Sopivien ohjausmenetelmien valinta edellyttää Kääriäisen & Kynkään (2006) mukaan tietämystä myös siitä, miten asiakas omaksuu asioita eli millainen on hänen oppimistyylinsä. Asiakas voi omaksua asioita kielellisesti, visuaalisesti, tekemällä, musiikin tai rytmin avulla, asiakokonaisuuksien tai yksityiskohtia avulla tai yhteistyössä muiden asiakkaiden kanssa. Oppimistyylin tunnistaminen edellyttää, että hoitaja perehtyy asiakkaan taustatekijöihin ja keskustelee hänen kanssaan. Hän voi ehdottaa asiakkaalle vaihtoehtoisia ohjausmenetelmiä ja neuvotella siitä, mikä tuntuisi parhaalta tavalta omaksua asiat. Siihen, miten hyvin hoitaja onnistuu tehtävässään, vaikuttavat hänen valmiutensa ohjata asiakasta.

Kuviossa 17. tulee selkeästi esille, miten monivaiheisesta prosessista on kysymys, kun valitaan ohjausmenetelmää asiakkaan elämäntapojen muutokseen.



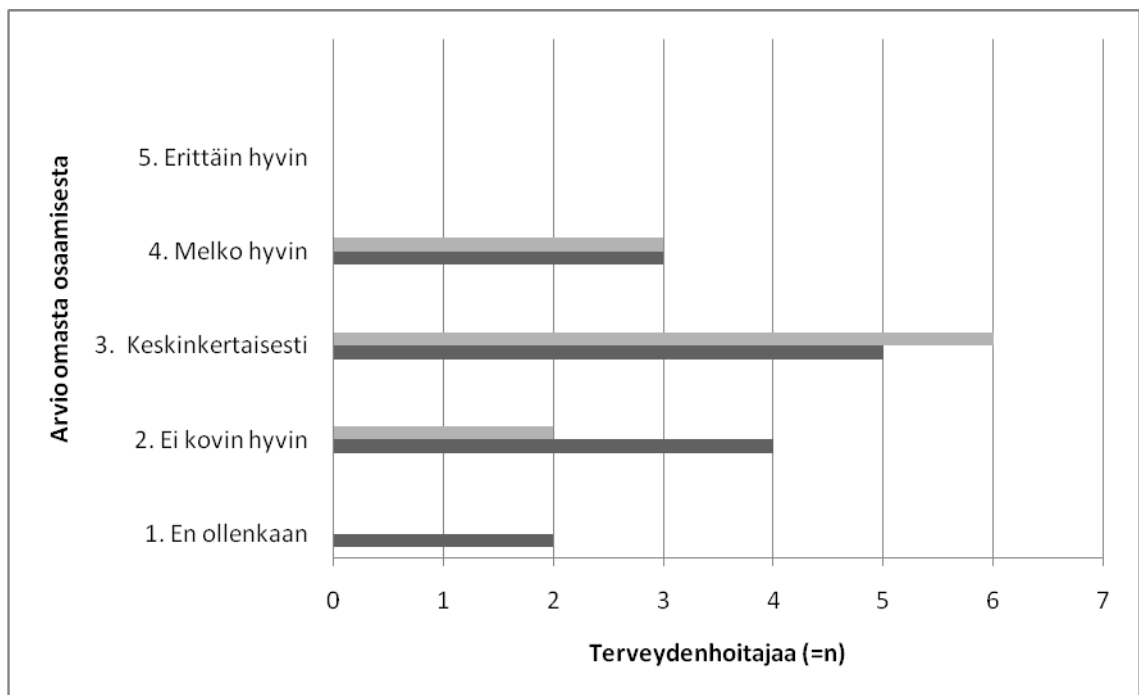
KUVIO 17. Elämäntapojen muutokseen tukevan terveysneuvonnan rakentuminen (muokailen Poskiparta ym.2004; Honkanen & Mellin 2008.)

Ohjauksen kannalta merkittävät taustatekijät muodostuvat Kääriäisen ym. (2006) mukaan sosiaalisista, kulttuurisista, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintaan. Sekä asiakkaan että hoitajan arvot ovat osa heidän maailmankatsomustaan ja vaikuttavat siihen, miten he lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita.

Muista ympäristötekijöistä Kääriäisen ym. (2006) mukaan ohjaukseen vaikuttavat ohjaustilanne ja siinä mahdollisesti olevat esteet ja häiriötekijät. Paras fyysinen ympäristö on sellainen, jossa voidaan häiriöttömästi keskittyä asiaan ja jossa on saatavilla ohjaukseen tarvittavaa materiaalia. Ympäristö ei saa myöskään herättää asiakkaassa negatiivisia tunteita, jotka häiritsevät ohjausta. Turvallisella ohjausympäristöllä on merkitystä siihen, millaiseksi asiakas kokee ohjaustilanteen ja luottaako hän, että hänen asiaansa kunnioitetaan.

Kuvio 18. kuvaa terveydenhoitajien arviointia osaamisestaan erilaisten ohjausmenetelmien käytössä. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) kolme terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Viisi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinertaiseksi. Kuusi terveydenhoitajaa arvioi, ettei osannut kovin hyvin tai ei ollenkaan

käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä potilasohjauksessa. Yksi terveydenhoitaja ei vastannut tähän kysymykseen. **Toisessa** kyselyssä (n=11) kolme terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Kuusi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinkertaiseksi. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi, ettei osannut kovin hyvin käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä elintapa- ja hoidonohjauksessa.



1. kysely (n=15)

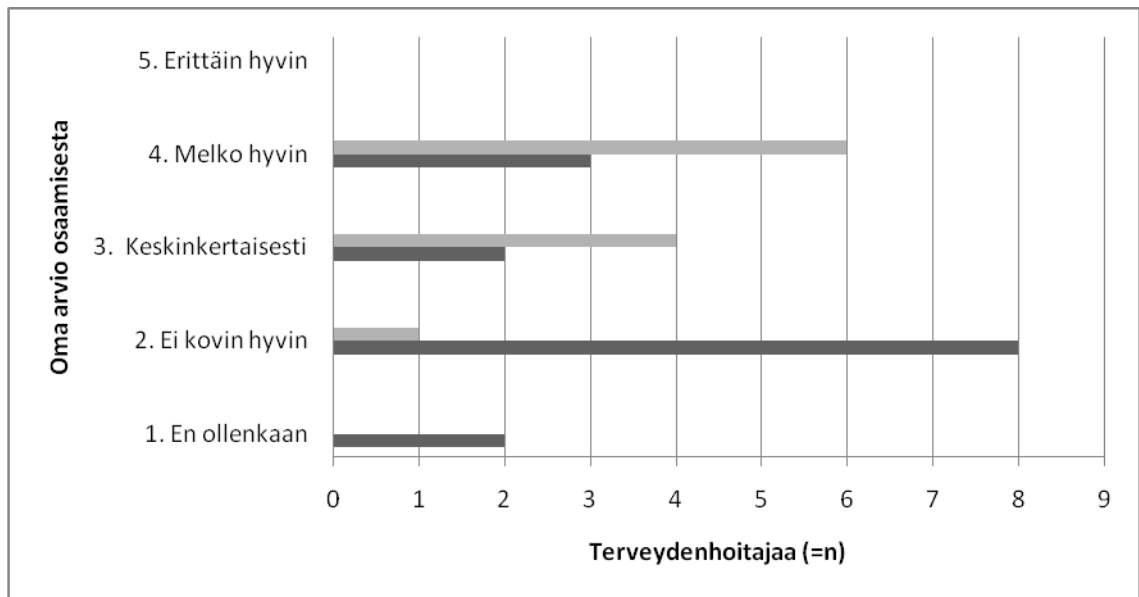
2. kysely (n=11)

KUVIO 18. *Terveydenhoitajien osaaminen erilaisten ohjausmenetelmien käyttäjänä elintapa ja hoidonohjauksessa.*

## 5.4.2 Elämäntapojen muutosvalmiuden arvioiminen, muutoksen ohjaaminen ja tukeminen

Elämäntapojen muuttamisessa mitään ei tapahdu, jos ihminen ei itse sitä halua. Tavoitteena on herättää asiakkaan motivaatio uusia elämäntapoja kohtaan. Elämäntapojen muuttaminen on asteittain etenevä prosessi. Mustajoki (1998) kuvailee muutosta janana, jonka vasemmassa päässä ovat henkilöt, jotka eivät ole lainkaan halukkaita muuttamaan elämäntapojaan ja oikeassa päässä ne, jotka jo toteuttavat muutoksia. Muutosprosessin aikana potilas liikkuu janalla vasemmalta oikealle. Muutokseen kuuluu yleensä myös hetkellinen ”repsahdus” ennen kuin uudesta käytännöstä tulee elämäntapa. Asiakas päättää itse onko hän halukas muuttamaan elämäntapojaan terveellisempään suuntaan. Jos potilas ei harkitse muutosta, hänen kanssaan pitäisi keskustella neutraalisti asiallista tietoa jakaen. Tavoitteena on saada asiakas tietoiseksi elämäntapojen vaikutuksesta omaan terveyteensä. Yksityiskohtaisempi tavoitteiden asettaminen ja ohjaus kannattaa aloittaa sellaisen asiakkaan kanssa, joka jo harkitsee muutosta ja on valmis toimintaan muutoksen hyväksi. (Mustajoki 1998.)

Kuvio 19. kuvaa terveydenhoitajien arviota osaamisestaan pitkäaikaistyöttömien elämäntapojen muutosvalmiuden arvioinnissa. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) kolme terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinkertaiseksi. 10 terveydenhoitajaa arvioi, ettei osannut kovin hyvin tai ei ollenkaan arvioida pitkäaikaistyöttömän elämäntapojen muutosvalmiutta. **Toisessa** kyselyssä (n=11) kuusi terveydenhoitajaa arvioi osaamistaan erittäin tai melko hyväksi. Neljä terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinkertaiseksi. Yksi terveydenhoitaja arvioi, ettei kovin hyvin osaa arvioida pitkäaikaistyöttömän elämäntapojen muutosvalmiutta.



1. kysely (n=15)

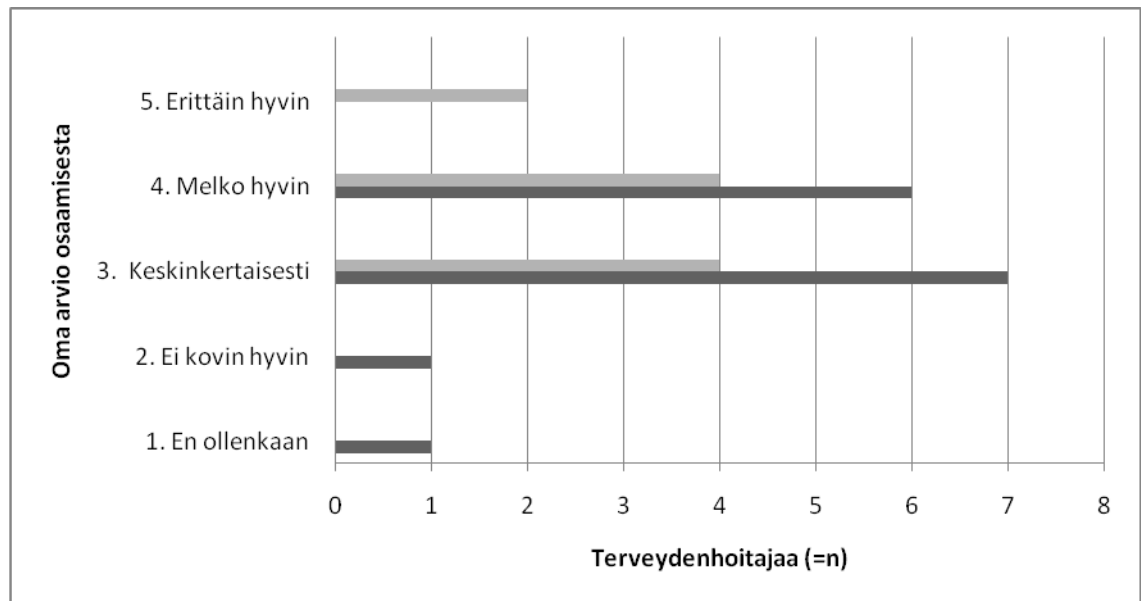
2. kysely (n=11)

KUVIO 19. *Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömän asiakkaan elämäntapojen muutosvalmiuden arvioimisessa.*

Asiakkaan oma motivaatio elämäntapojen muutokseen on ensisijainen tekijä elämäntapaohjauksen aloittamisessa, mutta suorat neuvot eivät motivoi. Asiakkaan ohjauksessa on tärkeää saada hänet itsensä haluamaan lisää tietoa terveellisemmistä elämäntavoista. Parhaimmillaan ohjaus on silloin, kun asiakas luovuttaa terveydenhoitajalle luvan ohjata itseään. Hoitohenkilökunnan ylhäältäpäin annetut ohjeet eivät hyödy asiakasta. (Mustajoki 1998.)

Kuvio 20. kuvaa terveydenhoitajien arviota taidoistaan pitkäaikaistyöttömän elämäntapojen muutoksen ohjauksessa. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n = 15) kuusi terveydenhoitajaa arvioi taitojaan erittäin tai melko hyväksi. Seitsemän terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskimukaiseksi. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi, ettei osannut kovin hyvin tai ei ollenkaan ohjata pitkäaikaistyötöntä elämäntapojen muutoksessa. **Toisessa** kyselyssä (n = 11) kuusi terveydenhoitajaa arvioi osaamistaan erittäin tai melko hyväksi. Neljä terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskimukaiseksi. Kukaan terveydenhoitaja ei enää

arvioinut, ettei osaisi ollenkaan tukea pitkäaikaistyötöntä elämäntapojen muutoksessa. Yksi terveydenhoitaja jätti vastaamatta.



1.kysely (n=15)

2.kysely (n=10)

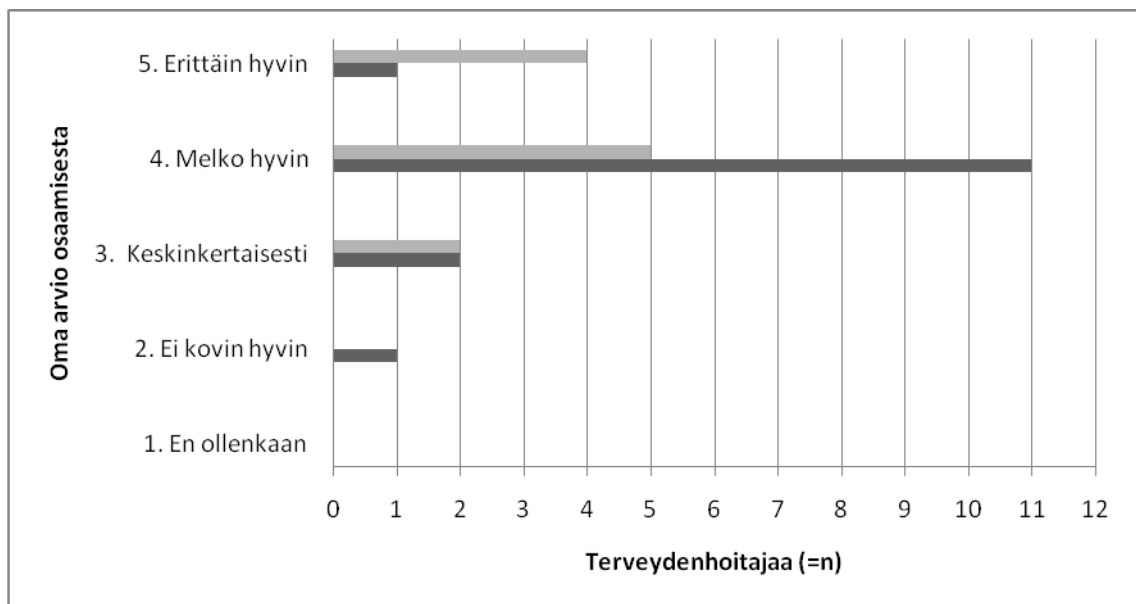
KUVIO 20 *Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömän asiakkaan elämäntapojen muutoksen tukemisessa.*

### 5.4.3 Harrastukset ja liikunta hyvinvoinnin edistäjänä

Elämän mielekkyys syntyy pienistä arkipäivän asioista. Merkitystä elämään tuovat esimerkiksi erilaiset harrastukset. Harrastusten kautta voi saada uusia ihmissuhteita ja vahvistaa itsetuntoaan. Liikuntaharrastuksella on kiistaton vaikutus fyysiseen terveyteemme. Liikunta vahvistaa luustoa, lihaksia sekä tuo nivelille liikkuvuutta. Liikunnan avulla voimme parantaa verenkierron, sydämen ja keuhkojen toimintaa sekä vaikuttaa myönteisesti rasva- ja energia-aineenvaihduntaan. Liikunta saattaa myös edistää elimistön kykyä vastustaa virus- ja bakteeritulehduksia. Liikunnan myönteiset vaikutukset näkyvät sairauksien vähenemisenä ja laadukkaampina elinvuosina. (Työterveyslaitos 2008.)

Pitkäaikaistyöttömän elämässä liikunnalla voi olla merkitystä paitsi fyysisen kunnon ylläpitäjänä myös mielenterveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin tuojana. Säännöllisesti liikkuvat valittavat muita harvemmin masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja stressiä. Liikunnalla on todettu tutkimuksissa olevan myönteinen vaikutus myös työkykyyn. Pitkäaikaistyöttömän kohdalla työkyvyn paraneminen voi olla hyvin merkityksellinen asia. (Työterveyslaitos 2008.)

Kuvio 21. kuvaa terveydenhoitajien osaamista ymmärtää harrastusten ja liikunnan merkityksestä pitkäaikaistyöttömän elämässä. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) 12 terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi ja kaksi keskinkertaiseksi. Yksi terveydenhoitaja arvioi, ettei osannut kovin hyvin ymmärtää harrastusten ja liikunnan merkitystä pitkäaikaistyöttömän elämässä. **Toisessa** kyselyssä (n=11) yhdeksän terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi ja kaksi keskinkertaiseksi. Kukaan terveydenhoitajista ei arvioinut, ettei ymmärrä harrastusten ja liikunnan merkitystä pitkäaikaistyöttömän elämässä.



1. kysely (n=15)

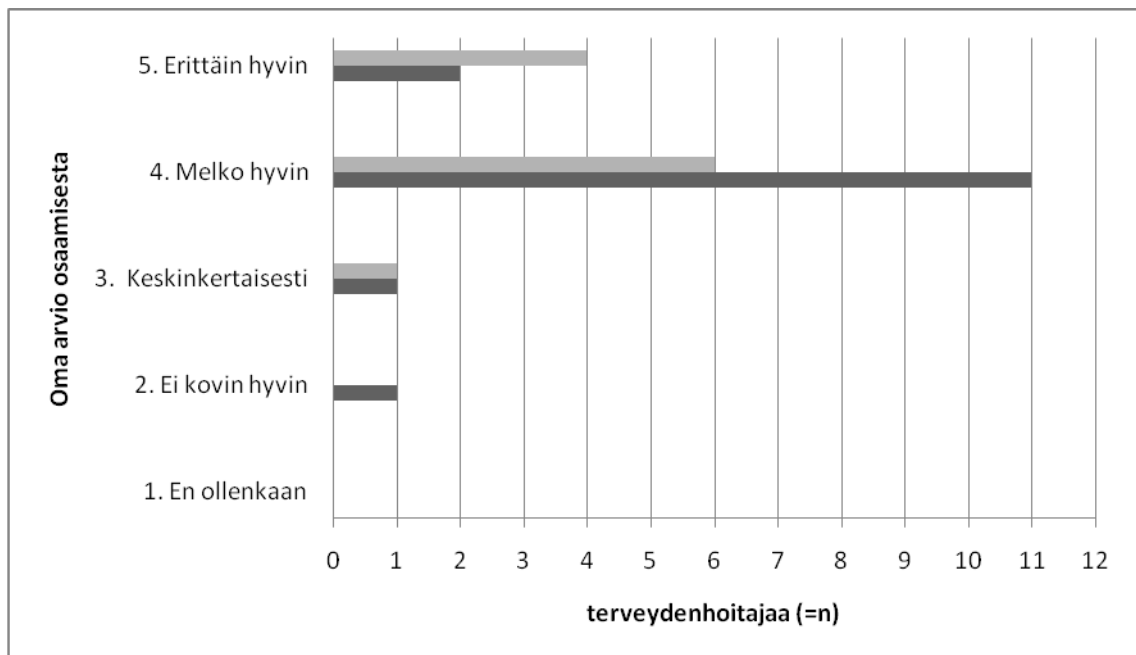
2. kysely (n=11)

KUVIO 21. Terveydenhoitajien osaaminen, kun hän arvioi harrastusten ja liikunnan merkityksestä pitkäaikaistyöttömän hyvinvoinnin lisäämisessä.

#### 5.4.4 Ravinto hyvinvoinnin edistäjänä

Ravinnolla on suuri merkitys sydän- ja verisuonitautien, syövän, diabeteksen ja luun haurastumisen kehittymiselle. Liikapaino lisää myös tuki- ja liikuntaelinten sairauksia. Vanhempien sosiaalisella asemalla on vaikutusta lasten ruokavalion koostumukseen. Naisten ruokatottumukset ovat lähes kaikissa suhteissa miehiä terveellisemmät. Ammatittaidottomien työntekijöiden tyydyttyneiden rasvojen käyttö on edelleen muita väestöryhmiä suurempaa. Yksin asuvien miesten ruokavalio on usein yksipuolista. Työttömyyden ja vähävaraisuuden vaikutus heikompaan ruokavalioon ei ole automaattinen, mutta osalla väestöstä taloudellinen ahdinko huonontaa ruokavaliota. Usein on myös tilanne, ettei ole taitoa laittaa terveellistä ruokaa vaikka siihen olisi mahdollisuus pienelläkin rahalla. Pitkäaikaistyöttömyydellä on vaikutusta ravitsemukseen verrattuna työsäkäyviin ja koulutettuihin (Pietinen 2005).

Kuvio 22. kuvaa terveydenhoitajien arviota osaamisestaan ravitsemukseen liittyvässä neuvonnassa. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n = 15) 13 terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi ja yksi keskinkertaiseksi. Yksi terveydenhoitaja arvioi, ettei kovin hyvin osannut antaa ravitsemukseen liittyvää neuvontaa. **Toisessa** kyselyssä (n=11) 10 terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Yksi terveydenhoitaja arvioi osaamisensa keskinkertaiseksi. Kukaan terveydenhoitajista ei arvioinut, ettei osaisi antaa ravitsemukseen liittyvää neuvontaa.



1. kysely (n=15)

2. kysely (n=11)

KUVIO 22. *Terveydenhoitajien osaaminen heidän antaessaan ravitsemukseen liittyvää neuvontaa pitkäaikaistyöttömälle.*

## 5.5 Moniammatillinen verkostotyö

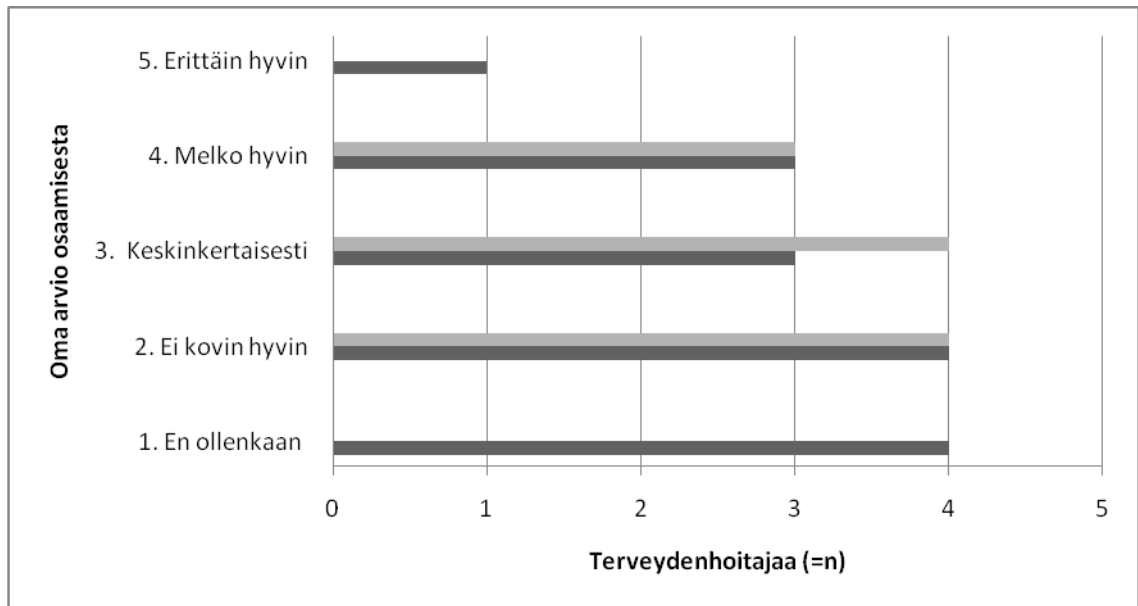
Yhteistyön merkitys sosiaali- ja terveydenhuollossa korostuu yhä enemmän. Tämä näkyy myös terveydenhoitajan työssä. Itsenäisen työskentelyyn totuneet terveydenhoitajat joutuvat hyväksymään työssään myös sen, että heillä on moniammatillisessa yhteistyössä vähemmän itsenäistä päätöksentekovaltaa, mutta toisaalta he saavat myös paljon muita etuja. (Qvretveit 1995, Arnkil & Eriksson & Arnkil 2002.) Moniammatillinen yhteistyö perustuu eri alojen ammattilaisten tavoitteelliseen toimintaan yhteistyössä (Honkanen & Mellin 2008). Moniammatillinen verkostotyö tarkoittaa toimintaperiaatetta, jossa asiakkaan sosiaalinen verkosto otetaan huomioon kaikissa tilanteissa (Seikkula ja Arnkil 2005).

Verkostosuuntautunut työote ja yhteistyö ovat ammattiryhmien keskeisiä työvälineitä, joiden avulla voidaan vastata terveyden edistämisen, varhaisen puuttumisen ja tukemi-

sen kasvaviin haasteisiin (Arnkil ym. 2002). Yli ammatillisten rajojen työskentelevä (transdisciplinary) työryhmä edustaa mallia, jossa ylitetään ammatillisten tieteenalojen väliset rajat (Honkanen & Mellin 2008). Asiakas kuuluu työryhmään ja on mukana päätöksenteossa. Yli ammattirajojen työskentelevät työryhmät ovat yleistymässä (Honkanen & Mellin 2008).

Hyvin toimiva ja moniammatillinen työ nostaa esiin eri ammattiryhmien ydinosaamisen. Ammattiryhmien asiantuntijuus ja osaaminen kumuloituvat ja muodostuvat yhteiseksi tiedoksi, mikä mahdollistaa uudenlaiset toimintatavat. Yhteistyön laajeneminen monitoimijaiseksi lisää mahdollisuuksia uusiin ratkaisuihin. Kaikki mukana olevat toimijat tuovat osaamisensa jaettavaksi muiden kanssa. (STM 2005.)

Kuvio 23. kuvaa terveydenhoitajien arviota osaamisestaan koota moniammatillinen verkosto selvittämään pitkäaikaistyöttömän palveluntarvetta. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) neljä terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi. Kolme terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa keskinkertaiseksi. Kahdeksan terveydenhoitajaa arvioi, ettei kovin hyvin tai ei ollenkaan osannut koota moniammatillista verkostoa selvittämään pitkäaikaistyöttömän palveluntarvetta. **Toisessa** kyselyssä (n=11) kolme terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa erittäin tai melko hyväksi ja neljä keskinkertaiseksi. Neljä terveydenhoitajaa arvioi, ettei kovin hyvin osaa koota moniammatillista verkostoa selvittämään pitkäaikaistyöttömän palveluntarvetta.



1. kysely (n=15)

2. kysely (n=11)

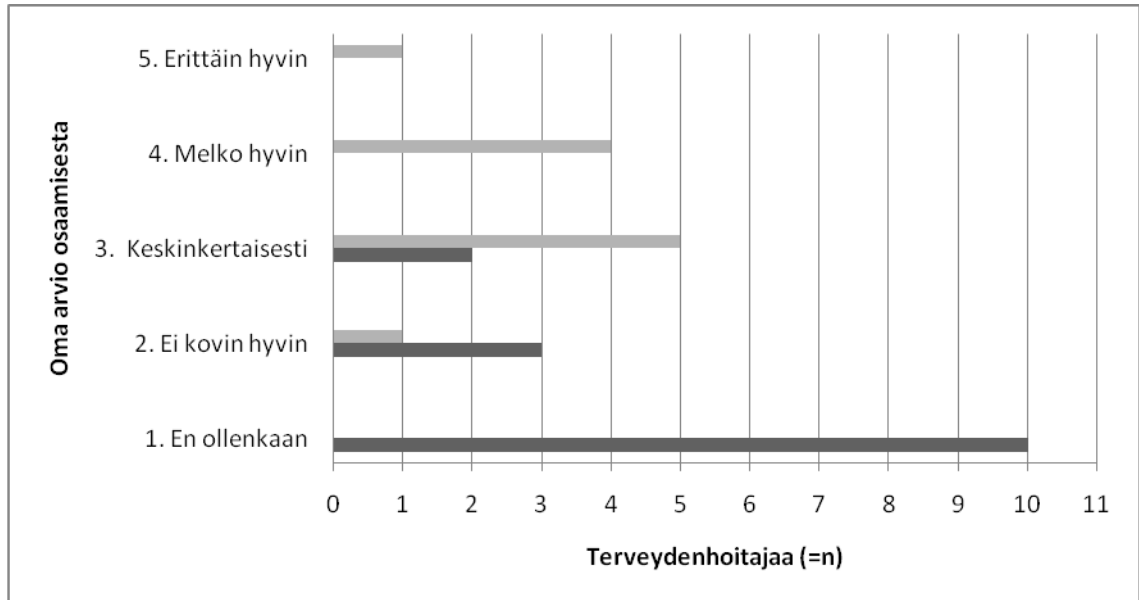
KUVIO 23. *Terveydenhoitajien osaaminen moniammatillinen verkoston kokoamisessa, kun selvitetään pitkäaikaistyöttömän palvelun tarvetta.*

### 5.5.1 Oulun työvoiman palvelukeskuksen toiminta

Oulun työvoiman palvelukeskus aloitti toimintansa vuonna 2004. Se on Oulun kaupungin, Oulun seudun työvoimatoimiston ja Kelan Oulun vakuutuspiirin perustaman asiantuntijaorganisaatio. Sen tehtävänä on edistää pitkään työttömänä olleiden oululaisten työllistymistä, elämänhallintaa, työkyvyn ylläpitoa ja kuntoutusta. Henkilökuntaa ovat työvoimaneuvojia ja -ohjaajia, sosiaalityöntekijöitä, sosiaalitoimen ohjaajia, psykologi ja Kelan vakuutussihteeri. Työn tavoitteena on monipuolista palvelutarjontaa sekä tiivistää ja kehittää yhteistyötä työnantajien ja työllistymistä tukevia palveluja tarjoavien palvelu-tuottajien kanssa. Asiakkuus määrittyy ensisijaisesti asiakkaan palvelutarpeen mukaan, joka arvioidaan yhdessä asiakkaan, sosiaalitoimen ja työhallinnon virkailijoiden kanssa.

Virkailijat auttavat asiakasta laatimaan itselleen aktivointi- tai muun yksilöidyn suunnitelman, jonka lähtökohtana on kartoittaa asiakkaan kokonaistilanne. Tämän pohjalta yhdessä mietitään asiakkaalle erilaisia työllistymisen edistämisen vaihtoehtoja. Asiakkaan polku työmarkkinoille voi sisältää työ- ja koulutusvaihtoehtojen lisäksi erilaista elämänhallintaa, työkyvyn ylläpitoa ja kuntoutusta edistäviä toimia. (www.oulunkaupunki.fi.)

Kuvio 24. kuvaa terveydenhoitajien arviota tietämyksestään Oulun työvoiman palvelukeskuksen toiminnasta. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) yksikään terveydenhoitaja ei arvioinut tietämystään erittäin tai melko hyväksi. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi, tietävänsä keskinkertaisesti Oulun työvoiman palvelukeskuksen toiminnasta. 13 terveydenhoitajaa arvioi, ettei kovin hyvin tai ei ollenkaan tiennyt Oulun työvoiman palvelukeskuksen toiminnasta. **Toisessa** kyselyssä (n=11) viisi terveydenhoitajaa tietämyksensä erittäin tai melko hyväksi. Samoin viisi terveydenhoitajaa arvioi tietonsa keskinkertaiseksi. Yksi terveydenhoitaja arvioi, ettei kovin hyvin tiennyt Oulun palvelukeskuksen toiminnasta.



1. Kysely n=15

2. Kysely n=11

KUVIO 24. Terveydenhoitajien perehtyneisyys Oulun palvelukeskuksen toimintaan.

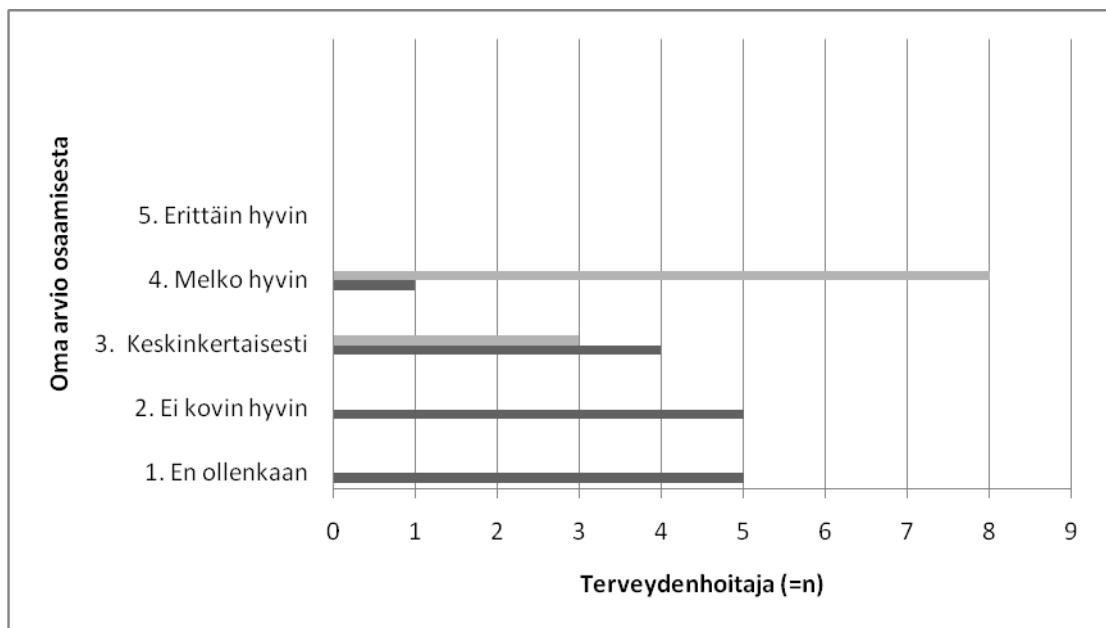
### 5.5.2 Oulun – malli

Oulun työvoimanpalvelukeskus aloitti toimintansa 2004. Työstä saatu kokemus on osoittanut, että pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti sairauksia, he ovat vajaassa hoidossa tai he ovat kokonaan ilman hoitoa olevia asiakkaista. Lisäksi on paljastunut, että pitkäaikaistyöttömät käyttävät terveystalvveluja huomattavasti muita vähemmän. Useiden kohdalla hoitamattomat kansansairaudet ovat ehtineet aiheuttaa pysyviä toimintakykyhaittoja joiden hoito on vaikeaa. Oulussa on 8 terveystalvvelupiiriä joissa kaikilla asukkailla on asuinpaikan perusteella nimetty omalääkäri. Syksyllä 2006 aloitettiin kokeiluna Rajakylän ja Tuiran terveystalvveluilla sosiaalilääketieteellinen konsultaatiokäytäntö. Tämä mahdollistaa monialaisesti toteuttaa verkostoyhteistyötä ongelmallisissa asiakastilanteissa. Verkostokokoonpano koostuu mm. työvoimahallinnon, sosiaalitoimen ja terveystalvvelukeskuksen, A-klinikan ja mielenterveystoimiston edustajista. (Nevalainen 2007.)

Oulun kaupunginvaltuuston talousarvio vuodelle 2007 ja suunnitelma 2008–2009 mahdollisti pitkäaikaistyöttömien ennaltaehkäisevien terveystarkastusten aloittamisen keväällä 2007 yhteistyössä Oulun kaupungin työvoiman palvelukeskuksen kanssa. Terveystarkastukset aloitettiin puolikkaan terveydenhoitajan voimin. Stakesin rahoituksen mahdollistama pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten tekeminen laajennetaan kaikille terveystalvveluille. Tarkastusten aloittamisen edellytyksenä on turvata terveystarkastuksia tekevien terveydenhoitajien osaaminen. Terveystarkastuksissa käytetään apuna terveydenhoitaja Pirjo Nevalaisen pilotoimaa ja kehittämää terveystarkastusmenetelmää. Menetelmässä tärkeintä on asiakkaan kunnioittaminen ja tasavertainen kohtaaminen. Tarkoituksena ei ole kaikille asiakkaille tehdä kaikkia tutkimuksia ja käytössä olevia mittauksia, vaan jokaisen asiakaskohtaamisen yhteydessä terveydenhoitaja määrittelee yhdessä asiakkaan kanssa elämäntilanteen ja terveyteen liittyvät riskitekijät. Vuoropuhelun avulla valitaan asiakaslähtöisesti ne työmenetelmät, mitä tutkimuksia ja käytössä olevia mittareita kunkin asiakkaan kohdalla on tarpeellista toteuttaa. Pirjo Nevalainen on laatimassa opinnäytetyötä terveystarkastusmenetelmästä Oulun seudun ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen koulutusohjelmassa.

Kuvio 25. kuvaa terveydenhoitajien tutustumista Oulun pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon toimintamalliin. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n=15) yksi terveydenhoitaja ar-

vioi tutustumisensa toimintamalliin erittäin tai melko hyväksi ja neljä keskinkertaiseksi. Kymmenen terveydenhoitajaa arvioi, ettei ollut kovin hyvin tai ei ollenkaan tutustunut Oulun pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon toimintamalliin. **Toisessa** kyselyssä (n=11) kahdeksan terveydenhoitajaa arvioi Oulun pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon toimintamalliin tutustumistaan erittäin tai melko hyväksi. Kolme terveydenhoitajaa arvioi tutustuneensa malliin keskinkertaisesti. Kenellekään terveydenhoitajista malli ei enää ollut tuntematon.



■ Ensimmäinen kysely (n=15)

■ Toinen kysely (n=11)

KUVIO 25. Terveydenhoitajien perehtyneisyys pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon toimintamalliin Oulun kaupungissa.

### 5.5.3 Peruspalvelut pitkäaikaistyöttömille Oulussa

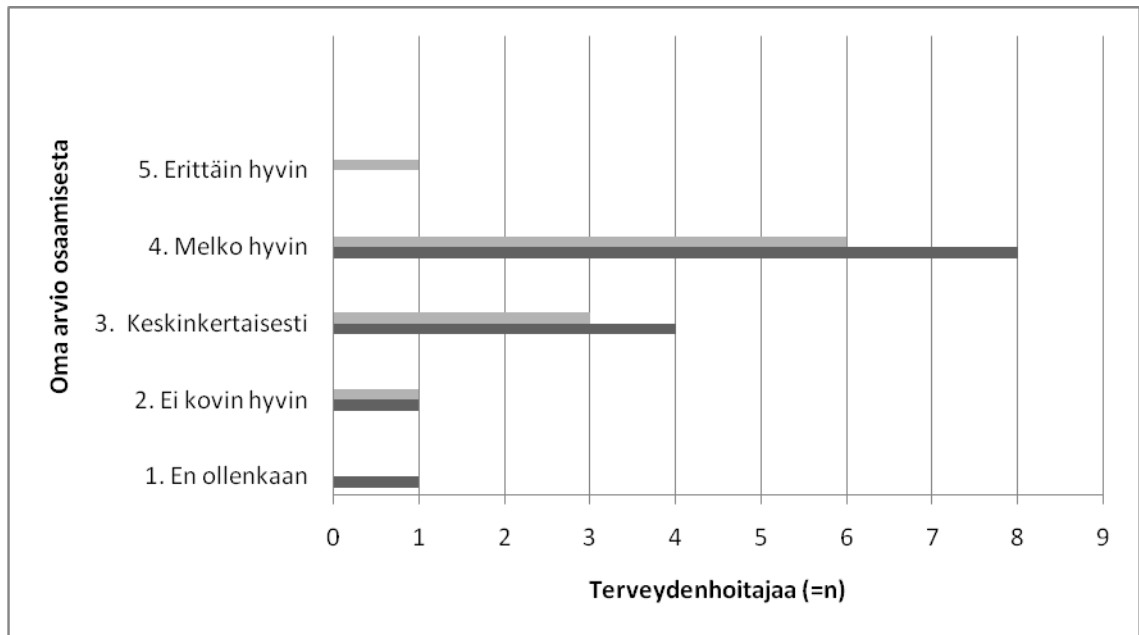
Kunnan tulee järjestää asukkailleen riittävät peruspalvelut. Palvelujen järjestämistä, toteutusta ja laatua valvoo Läninhallitus. (Kansanterveyslaki 1972/66, 1991/71, 2005/928). Oulun kaupunki toteuttaa lain henkeä. Kaupungin palvelut on koottuna kaupungin sivuilla. ([www.oulunkaupunki.fi](http://www.oulunkaupunki.fi)). Oulun työvoiman palvelukeskuksen kautta

pitkäaikaistyöttömien on mahdollista saada tietoa erilaisista palveluluista ja tukea ja ohjausta niiden käytössä.

Käyttöön otetun pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon toimintamallin avulla edistetään pitkäaikaistyöttömien terveydentilaa, hyvinvointia, työ- ja toimintakyvyn parane- mista, työllistymistä sekä syrjäytymisen vähenemistä. Toimintamallilla lisätään terveyden- ja hyvinvoinnin tasa-arvoa kaikille oululaisille pitkäaikaistyöttömille.

Asiakkaan terveydentilaan vaikuttavien tekijöiden kirjavuus vaatii moniammatillista näkemystä ja kokemusta. Tämä viranomaisten verkostoituminen auttaa pitkäaikais- työttömiä saamaan heille kuuluvat peruspalvelut. Lisäksi verkostoituminen helpottaa terveydenhoitajien työtaakkaa, koska sosiaalilainsäädännön asiantuntemus on verkoston kautta heidän käytössään. (Nevalainen 2007.)

Kuvio 26. kuvaa terveydenhoitajien arviota ohjaamistaidoistaan peruspalveluissa. **En- simmäisessä** kyselyssä (n=15) kahdeksan terveydenhoitajaa arvioi ohjaamistaitojaan erittäin tai melko hyväksi. Neljä terveydenhoitajaa arvioi ohjaamistaitonsa keskinkertai- seksi. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi, ettei osannut kovin hyvin tai ei ollenkaan ohjata pitkäaikaistyötöntä peruspalveluiden käytössä. **Toisessa** kyselyssä (n=11) seitsemän terveydenhoitajaa arvioi osaamisensa tässä asiassa erittäin tai melko hyväksi. Kolme terveydenhoitajaa arvioi osaavansa keskinkertaisesti ohjata pitkäaikaistyötöntä perus- palveluiden käytössä. Yksi terveydenhoitaja arvioi, ettei osannut kovin hyvin ohjata pit- kääikaistyötöntä peruspalveluiden käytössä.



1. kysely (n=15)

2. kysely (n=11)

KUVIO 26. *Terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömän peruspalveluiden käytön ohjaamisessa.*

## 5.6 Terveydenhoitajien osaamisen haasteet pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksessa

Terveydenhoitajan työn vaatimukset ovat muuttuneet yhteiskunnan muutosten mukana. Terveydenhoitaja on ollut alkujaan yksin työskentelijä, jonka työnkuva on muuttunut moniammatilliseksi verkostotyöskentelijäksi. Terveydenhoitajan tulee seurata yhteiskunnassa tapahtuvia muutoksia ja olla valmis lisäkoulutuksen kautta muuttamaan ammattikuvaansa vastaamaan yhteiskunnan haasteita. (Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2008.)

### 5.6.1 Motivaatio aloittaa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset

Työelämässä on koettu monia muutoksia viime aikoina, ja useat työolotutkimukset ovat osoittaneet kielteisiä työelämän pitkän aikavälin muutoksia. Kiire ja henkinen rasittavuus on lisääntynyt voimakkaasti. (Kinnunen, Feld & Mauno, 2005, Vienola 2007). Kuitenkin myös positiivista kehitystä on tapahtunut. Palkansaajat ovat paremmin koulutettuja kuin 25 vuotta sitten, etenkin naiset ovat hyvin korkeasti koulutettuja tänä päivänä. Palkansaajienkouluttautumisen- ja kehittymismahdollisuudet ovat jatkuvasti lisääntyneet, ja myös työn tarjoamat vaikutusmahdollisuudet ovat parantuneet. (Lehto & Sutela 2004, Vienola 2007.)

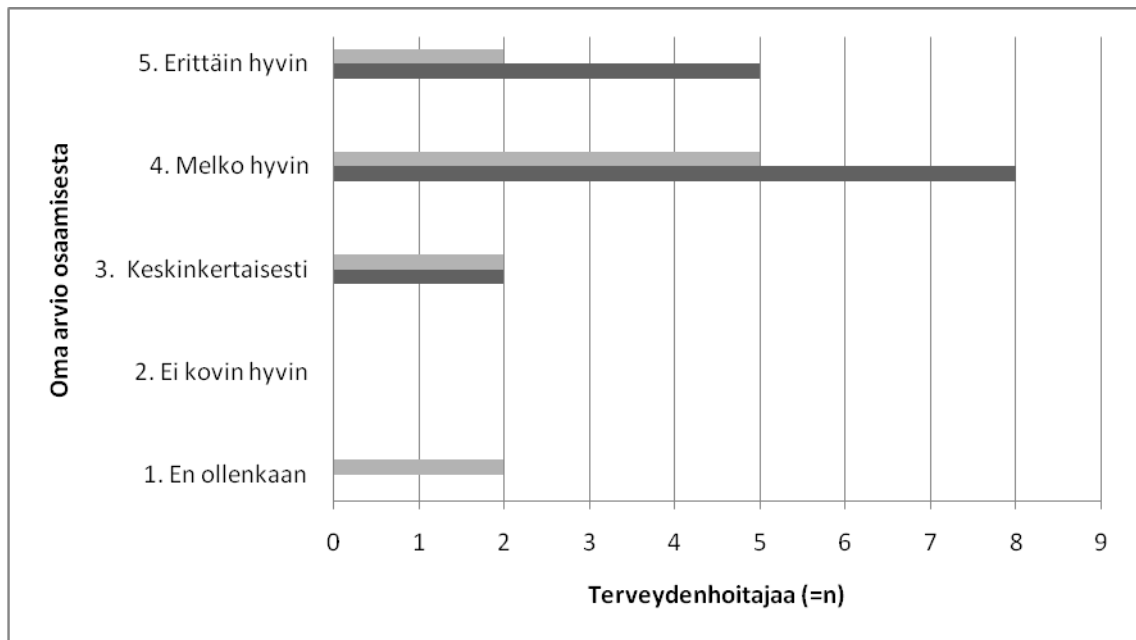
Motivaatiolla on suuri merkitys, kun aloitamme uuden työtehtävän opettelemisen. Motivaatiota voidaan määritellä seuraavasti: ”Motivaatio on motiivien (eli halujen ja tarpeiden sekä muiden yllykkeiden) aikaansaama tila, jossa yksilö toimii jonkin päämäärän saavuttamiseksi.” (TKK opetuksen tuki 2004.)

Aikaisempi koulutus vaikuttaa oppimisasenteisiin. Sisällöllinen motivaatio ja positiivinen suhtautuminen oppimiseen johtavat yleensä kestäviin oppimistuloksiin ja antavat voimia ponnistella oppimisprosessin vaikeuksien yli. Oppiminen koetaan haasteena, johon täytyy yrittää vastata, ja myönteiset oppimiskokemukset johtavat yhä uusien haasteiden pariin. Rohkeus tarttua uusiin ja outoihin asioihin kasvaa ja elinikäisen oppimisen valmiudet kehittyvät. (Mäkinen 2002.)

Lähtökohtana pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia tekevien terveydenhoitajien kohdalla pidettiin sitä, että kysyttiin toimintaan mukaan halukkaita terveydenhoitajia, jotka haluavat kehittää omaa työtään ja toimia laaja-alaisessa terveydenhoitajan työssä pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollossa. Projektipäällikkö Pirjo Nevalaisen mukaan suurin osa koulutukseen osallistuvista terveydenhoitajista oli mukana vapaaehtoisesti ja osa esimiehensä määrääminä.

Kuvio 27. kuvaa terveydenhoitajien arviota motivaatiostaan tehdä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n = 15) 13 terveydenhoitajaa arvioi motivaationsa erittäin tai melko hyväksi. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi motivaationsa

keskinkertaiseksi. Kukaan terveydenhoitajista ei arvioinut, ettei olisi motivoitunut tekemään pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia. **Toisessa** kyselyssä (n = 11) seitsemän terveydenhoitajaa kuvasi motivaatiotaan erittäin tai melko hyväksi. Kaksi terveydenhoitajaa kuvasi sitä keskinkertaiseksi. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi, ettei ollut ollenkaan motivoitunut aloittamaan pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia.



1.kysely n=15

2.kysely n=11

KUVIO 27. *Terveydenhoitajien motivaatio aloittaa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset.*

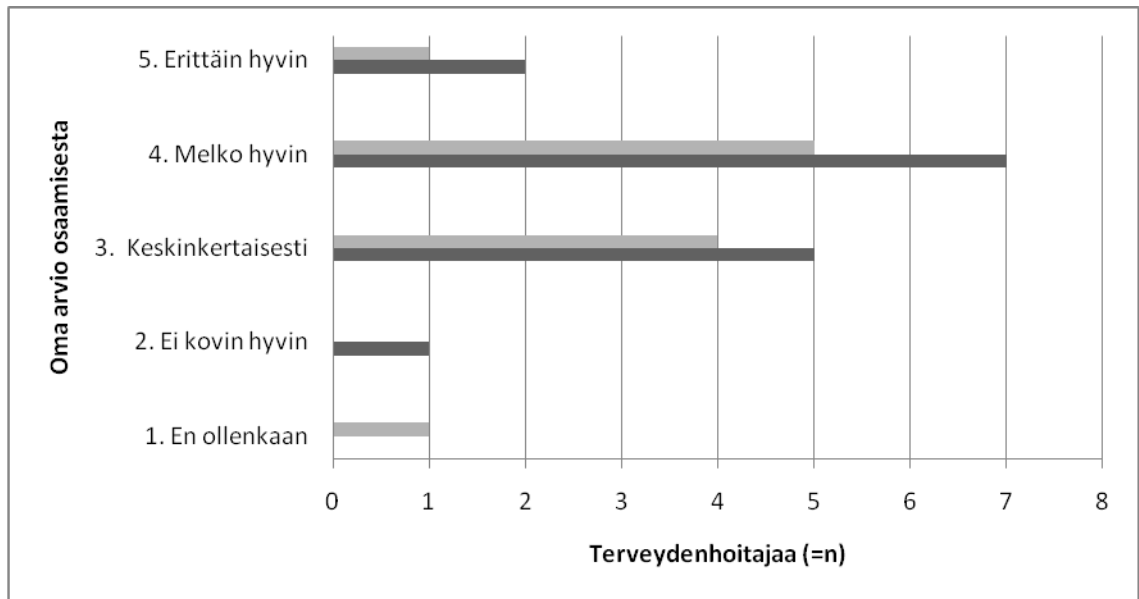
### 5.6.2 Kirjaaminen, tilastointi ja tuotteistaminen osana terveydenhoitajan työtä

Oulun kaupungin terveyskeskuksessa on käytössä Effica – sähköinen potilaskertomusjärjestelmä. Järjestelmä tukee hoidollista päätöksentekoa prosessimallin mukaisesti. Sähköisen kirjaamisen pääelementtien avulla mahdollistuu hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukainen kirjaaminen. Pääelementtejä ovat potilaasta kerätyt objektiiviset ja subjektiiviset tiedot, potilaan ongelmat tai hoitotyön diagnoosit, tunnistetut ja priorisoi-

dut hoidon tarpeet, hoitokertomus ja hoitotyön yhteenveto. Kun potilas tulee terveydenhuollon palvelujen piiriin, eri ammattiryhmät keräävät ja kirjaavat oman alansa tiedot. Sähköinen potilasjärjestelmässä yksi kerää, kirjaa ja tallentaa potilaan tiedot. Tiedot ovat sitten kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien käytettävissä. Potilaan hoitosuhteen edetessä kukin hoitoon osallistuva täydentää ja kirjaa tarvittavat lisätiedot. Kirjaamisen rakenteistamisen tavoitteena on, että perinteinen hoitosuunnitelma ja päivittäiset hoitotyön kirjausmerkinnät muodostavat kokonaisuuden, hoitokertomuksen. Hoitokertomus sisältää hoidon suunnitelman ja päivittäiset merkinnät. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonni-  
nen 2008.)

Effica- sähköinen potilaskertomusjärjestelmän avulla potilaan hoitoon osallistuva työntekijä tilastoi käynnin, käyntityypin, tehdyt hoitotoimenpiteet (rokotukset, injektiot jne.) ja jatkohoidon. Oulun kaupungin terveyskeskuksen toiminnot on tuotteistettu. Tuotteistus tarkoittaa sitä, että toiminta koostuu erilaisista tuotekokonaisuuksista, joita potilaan hoidossa käytetään ja joiden perusteella tuottajan laskutus tapahtuu tilaajalle. Esimerkiksi puhelinkontakti tai vaativa potilaskäynti ovat hinnoiteltu eri tavalla. Tuotteet tilastoidaan ja tilastoja seurataan kuukausittain.

Kuvio 28. kuvaa terveydenhoitajien arviota kirjaamisen, tilastoinnin ja tuotteistamisen hallinnasta. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n = 15) yhdeksän terveydenhoitajaa arvioi hallitsevansa kirjaamisen, tilastoinnin ja tuotteistamisen erittäin tai melko hyvin. Viisi terveydenhoitajaa hallitsi asiat mielestään keskinkertaisesti. Yksi terveydenhoitaja arvioi, ettei hallitse asiaa kovin hyvin. **Toisessa** kyselyssä (n = 11) kuusi terveydenhoitajaa arvioi hallitsevansa asian erittäin tai melko hyvin. Neljä terveydenhoitajaa arvioi hallitsevansa asiat keskinkertaisesti. Yksi terveydenhoitaja arvioi, ettei hallinnut ollenkaan kirjaamiseen, tilastointiin ja tuotteistamiseen liittyviä merkintöjä.



1. kysely n=15

2. kysely n= 11

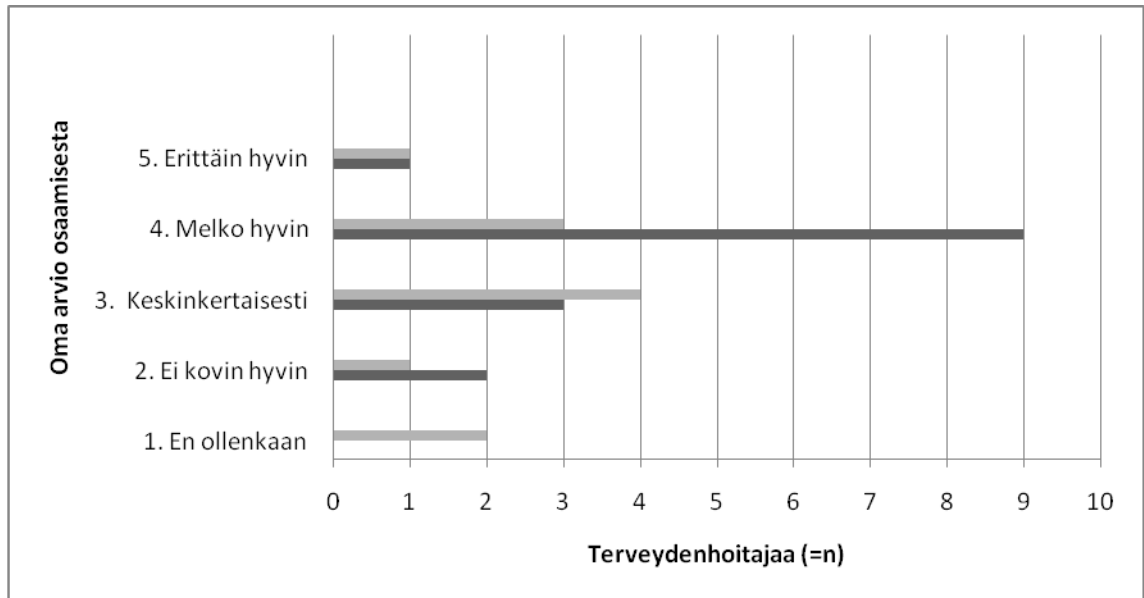
KUVIO 28. *Terveydenhoitajien osaaminen kirjaamiseen, tilastointiin ja tuotteistamiseen liittyvien merkintöjen hallinnassa.*

### 5.6.3 Terveydenhoitajien käsityksiä pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten soveltumisesta tehtävänkuvansa

Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset aloitettiin Oulun kaupungin terveysasemilla keväällä 2008. Tarkastukset sisällytettiin äitiys- ja lastenneuvola, kouluterveydenhuolto terveysaseman vastaanottotyötä tekevien terveydenhoitajien tehtävänkuvaan. Osa terveydenhoitajista ilmoitti halukkuutensa terveystarkastusten aloittamiseen ja osalle ne määrättiin.

Kuvio 29. kuvaa terveydenhoitajien arviointia pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten soveltumisesta omaan tehtävänkuvaan. **Ensimmäisen** kyselyssä (n=15) 10 terveydenhoitajaa arvioi pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten soveltuvan tehtävänkuvansa erittäin tai melko hyvin. Kolme terveydenhoitajaa arvioi niiden sopivan tehtävänkuvansa keskinkertaisesti. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi, etteivät pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset sovellu ei kovin hyvin heidän tehtävänkuvaukseensa. **Toisessa** kysely-

lyssä (n = 11) neljä terveydenhoitajaa arvioi soveltumista erittäin tai melko hyväksi. Neljä terveydenhoitajaa arvioi soveltumista keskinkertaiseksi. Kolme terveydenhoitajaa oli sitä mieltä, etteivät pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset sovi heidän tehtävänkuvaukseensa kovin hyvin tai ne eivät sovellu siihen ollenkaan.



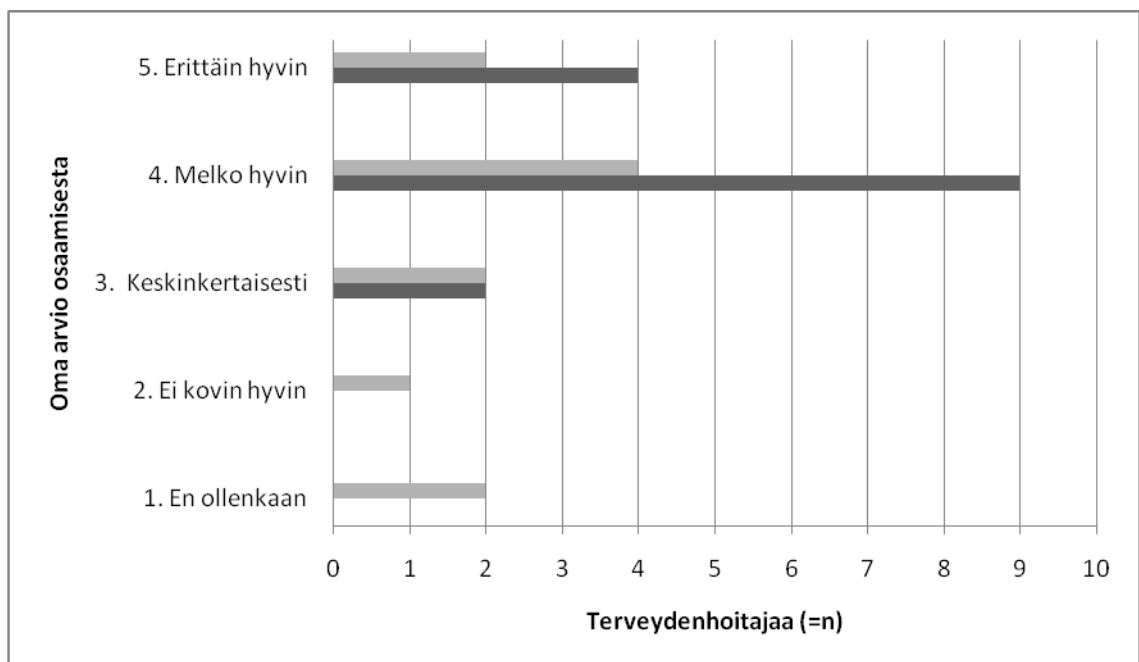
1. kysely n=15

2. kysely n=11

KUVIO 29. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten soveltuminen terveydenhoitajien tehtävänkuvaan.

## 5.6.4 Terveydenhoitajien halukkuus kehittää pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia Oulun kaupungissa

Kuvio 30. kuvaa terveydenhoitajien halukkuutta kehittää pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusta Oulun kaupungissa. **Ensimmäisessä** kyselyssä (n = 15) 13 terveydenhoitajaa arvioi halukkuuttaan kehittämistyöhön erittäin tai melko hyväksi. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi halukkuutensa kehittämistyöhön olevan keskinkertaista. Kukaan terveydenhoitajista ei arvioinut, ettei olisi halukas osallistumaan kehittämistyöhön. **Toisessa** kyselyssä (n = 11) kuusi terveydenhoitajaa kuvasi halukkuuttaan kehittää pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia Oulun kaupungissa erittäin tai melko hyväksi. Kaksi terveydenhoitajaa kuvasi halukkuuttaan kehittämiseen keskinkertaiseksi. Kolme terveydenhoitajaa ei ollut kovin halukas tai ei ollenkaan halukas osallistumaan kehittämistyöhön.



1. kysely n=15

2. kysely n=11

KUVIO 30. *Terveydenhoitajien halukkuus kehittää pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksen käytäntöjä Oulun kaupungissa.*

## 5.7 Terveydenhoitajien ehdotuksia toiminnan kehittämiseksi

Esitimme pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia aloittaville terveydenhoitajille molemmissa kyselyissä yhden avoimen kysymyksen, heidän odotuksiaan kyseisten tarkastusten tekemiseen liittyvästä koulutuksesta ja toiminnan kehittamisestä.

Sekä ensimmäisessä kyselyssä (n=15) että toisessa kyselyssä (n=11) avoimeen kysymykseen vastasi kuusi terveydenhoitajaa. Vastausten analysoinnissa käytimme apuna sisällönanalyysia. Kyselyn analysointi toteutui jaottelemalla vastaukset sisällön perusteella viiteen yläkäsitteeseen: 1) työvälineet, 2) verkostoituminen, 3) motivaatio, 4) koulutuksen kehittäminen ja 5) työttömien terveystarkastuskäytännön kehittäminen (Taulukko 1).

Sisällönanalyysissä voidaan analyysiyksiköksi valita aineistosta sana tai lause. Analyysi yksikön määrittäminen ennen analyysiprosessin aloittamista on olennainen tehtävä, oli pa kyseessä aineisto tai teorialähtöinen sisällönanalyysi. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Latvala ym. 2001.)

Käytimme aineiston sisällönanalyysissä aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalysointia. Aineistolähtöisessä analysoinnissa ensimmäinen askel on pelkistäminen. Lähtökohtana tässä työssä olivat terveydenhoitajien lähettämät kirjalliset vastaukset avoimiin kysymyksiin. Latvalan ym. mukaan aineiston pelkistäminen tapahtuu niin, että aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineisto ryhmitellään pelkistämisen jälkeen. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan ja annetaan ryhmälle sen sisältöä kuvaava nimi. Viimeisessä vaiheessa aineisto abstrahoidaan, jolloin saadaan yläluokkia. (Latvala ym. 2001.)

TAULUKKO 1. Terveystarkastajien ehdotuksia pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuskäytännön kehittämiseksi.

Ensimmäinen kysely (n=15)	Toinen kysely (n=11)
<b>1. Työvälineitä terveystarkastusten tekemiseen</b>	
<p><i>"Toivon saavani mallin ja työvälineet, miten terveystarkastus tulisi tehdä."</i></p> <p><i>"Tarvitsen tietoa ja ohjausta eri apuvälineiden käytössä, huoliseula, työkyky."</i></p> <p><i>"Käydään läpi keskeiset, nimenomaan työttömien terveystarkastuksissa käyttöön otettavat työmenetelmät."</i></p>	<p><i>"Erilaiset ryhmäohjausmenetelmät."</i></p> <p><i>"Työkykyindeksiin perehtyminen ajan kanssa."</i></p>
<b>2. Verkostoituminen</b>	
<p><i>"Selkeän ohjeistuksen, miten terveystarkastukseen käyttämäni aika korvataan, si- jaistetaan."</i></p> <p><i>"Tietoa eri toimijoiden roolista ja mahdollisuuksista toimia yhteistyössä."</i></p> <p><i>"Hoitoketjut + yhteistyötahot selviksi."</i></p>	<p><i>"Verkostotapaamiset"</i></p>
<b>3. Motivaatio terveystarkastusten tekemiseen</b>	
<p><i>"Kokemukseni aikuisvastaanotosta on vähäistä. Olen työskennellyt vuosia lastenneuvolassa, jossa seulojen ja kyselykaavakkeiden käyttö on vielä vähäistä. Joten valmiita taitoja niihin ei vielä ole, mutta halukas oppimaan ja sitä kautta laajentamaan työnkuvaani. Asian hallinta on siis toistaiseksi heikkoa, mutta toivon että erilaiset lähtökohdat huomioidaan ja tilaa ja aikaa oppimiselle annetaan."</i></p> <p><i>"Odotan innolla uuden oppimista ja uutta aluetta tähän perustyöhön, mutta toivon että työtä tehtäisiin olemassa olevien resurssien puitteissa (esim. 2x2 h/vko) tarkastuksiin on liikaa tällä hetkellä, jos oma työsarka entinen"</i></p>	<p><i>"Aikaa pitäisi olla paljon enemmän tähän työhön."</i></p> <p><i>"Kokemusta vähän! Yhteydenottoja on tullut vähän, olen tehnyt vain yhden tarkastuksen, muut ovat peruneet varauksensa. Nyt minut on pyydetty henkilöstä verkostopalaveriin jota minä tai lääkäri emme ole tavanneet -) hyödyt?"</i></p> <p><i>"Lääkäripula tekee perustyöstäkin niin kaottisen ja yksinäisen, etten ole motivoitunut uuteen tehtävistöön, kun työpari -) hoitaja + lääkäri puuttuu ja jatkot joutuu järjestämään itse."</i></p>
<b>4. Koulutuksen kehittämistarpeet</b>	
<p><i>"Riittävästi lisäkoulutusta tarvittaessa"</i></p> <p><i>"Toivon saavani koulutusta kuten on luovattu ennen tarkastusten aloittamista"</i></p> <p><i>"Käytännönläheistä koulutusta, käytännön esimerkkejä kiitos!"</i></p> <p><i>"Kansantaudit, mitä luetaan niiksi -) saisi linkit mistä saisi lisätietoa joka ajan kohtaisin ja uusin."</i></p>	<p><i>"Säännöllisesti saatava (1-2 x / v) koulutus"</i></p> <p><i>"Kansantautienhoidonkertausta"</i></p> <p><i>"Vuosittainen asioiden päivittäminen"</i></p>
<b>5. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten jatkokehittäminen</b>	
	<p><i>"Vain riittävä volyymi tuottaa kokemuksen ja harjaantumisen... keskitys!"</i></p>

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksia tarkastellaan ja pohditaan selväsanaisesti taustakirjallisuuden valossa ja ne suhteutetaan aiempiin tutkimuksiin. (Hirsijärvi ym. 2001.) Tämän projektin tavoitteena oli selvittää pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia tekevien terveydenhoitajien osaamista tukea pitkäaikaistyöttömän elämänhallintaa ja löytää terveystä ylläpitäviä tekijöitä. Tähän tavoitteeseen päästäksemme teimme terveydenhoitajille kaksi kyselyä ennen ja jälkeen heille annetun koulutuksen. Kyselyihin vastanneita terveydenhoitajia pyydettiin arvioimaan osaamistaan, miettimään omia asenteitaan ja motivaatiotaan aloittaa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia. Vastausten perusteella he arvioivat osaamistaan enimmäkseen melko hyväksi tai keskinkertaiseksi. Osaaminen lisääntyi saadun koulutuksen ja työkokemuksen jälkeen. Kyselyyn annetut vastaukset toivat tietoa myös terveydenhoitajien asenteista ja motivaatiosta aloittaa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten tekeminen.

Pitkäaikaistyöttömiksi valikoituvat usein terveystensä ja työkykynsä puolesta heikommat ihmiset. (Kortteinen & Tuomikoski 1998.) Tämä asettaa terveydenhoitajille erityisiä haasteita, kun vielä lisäksi tutkimusten mukaan pitkäaikaistyöttömät käyttävät terveyspalveluita vähemmän verrattuna muuhun väestöön ja heillä on myös riskialtista terveyskäyttäytymistä. (Ahokas 2008.) Terveydenhoitajan kompetenssin Haarala ym.(2008) kuvaavat terveydenhoitajan pätevyytenä ja kykynä hallita ammattiin kuuluvia osaamisvaatimuksia.

Uusi asiakasryhmä näytti ensimmäisen kyselyn perusteella mietityttävän muutamia vastanneita ja sitä selittänevät annetut vastaukset avoimiin kysymyksiin, joissa muutamat ilmaisivat toimineensa pitkään lastenneuvolassa ja siksi aikuisten kanssa työskentely aiheutti epävarmuutta. Tutkimusten mukaan työttömyys koskettaa Oulussa usein myös lapsiperheiden vanhempia. (Honkanen 2008.) Tutkimusten mukaan huono-osaisuus ja köyhyys johtavat usein syrjäytymiseen. (Kortteinen ym. 1998.) Lisäksi vielä on todettu, että lapsiperheiden köyhyys liittyy usein vanhempien työttömyyteen. Asiakaslähtöisyys voisi näkyä lastenneuvoloissa valmiutena tukea pitkäaikaistyöttömän vanhemman ter-

veyttä. Tutkimusten mukaan on (Poutanen 2005) selkeästi viitteitä siitä, että esimerkiksi terveellisen ravinnon saantiin vaikuttaa vanhemman oma käsitys terveellisyydestä. Lasten hyvinvointia voidaan parantaa auttamalla heidän vanhempiaan löytämään terveyttä ylläpitäviä tekijöitä. Riittävän tuen avulla voidaan olla katkaisemassa huono-osaisuuden siirtymistä sukupolvelta toiselle.

Terveydenhoitaja Pirjo Nevalaisen pilotoimassa terveydenhoito mallissa keskeisintä on asiakkaan kunnioittaminen ja tasavertainen kohtaaminen. (Nevalainen 2007.) Asiakaslähtöisyyden osaaminen ja voimavarakeskeisyys ohjauksessa olivat ensimmäisen kyselyn perusteella melko huonosti osattuja asioita ja koulutuspäivän ja työkokemuksen jälkeen osaaminen lisääntyi. Asiakaslähtöisyys osattiin paremmin kuin voimavarakeskeinen potilasohjaus.

Poutasen (2000) mukaan pitkäaikaistyöttömät ovat paljon erityisosaamista vaativa ryhmä, koska heidän oma elämänhallintansa on poikkeavaa muusta väestöstä. Kyselyn tulosten perusteella, terveydenhoitajien osaaminen pitkäaikaistyöttömien hyvinvointiin vaikuttavissa asioissa oli enimmäkseen melko hyvää tai keskinkertaista. Pitkäaikaistyöttömien hyvinvointia ja terveyttä uhkaavat riskit sekä syrjäytyminen yhteiskunnasta olivat osalle terveydenhoitajista tuttuja asioita, mutta muutamat eivät mielestään osanneet asioista riittävästi. Saadun koulutuksen merkitys näkyy toisen kyselyn vastauksissa selkeänä osaamistason paranemisenä.

Oulun hankkeen projektipäällikkö Pirjo Nevalainen on pilotoinut pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin menetelmän. Nevalaisen (2007) mukaan terveystarkastusten aloittamisen edellytyksenä on, että terveydenhoitajat hallitsevat menetelmän riittävän hyvin. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten käyttöön valikoidut työvälit tuottavat merkityksellistä tietoa asiakkaan terveydestä ja sitä uhkaavista tekijöistä. Terveydenhoitajien osaaminen erilaisten terveystarkastuksissa käytettävien menetelmien hallinnasta oli ensimmäisen kyselyn perusteella keskimäärin melko vähäistä. Saadun koulutuksen ja työskentelyn jälkeen osaaminen parani merkittävästi.

Asiakkaan koherenssin tunne voi Antonovskyn (1998) mukaan lisääntyä ja hän voi siirtyä sairaus-terveysjanalla kohti terveyttä, jos hän pystyy ymmärtämään paremmin

omaan elämäänsä vaikuttavia tekijöitä. Työkykyindeksi ja verkostokartta tuottavat tietoa asiakkaan elämästä ja lisäävät elämän ymmärrettävyyttä ja hallintaa. Verkostokartan avulla voidaan selvittää läheisten ihmisten merkitystä pitkäaikaistyöttömän elämässä, ja löytää ne ihmiset, jotka tukevat hänen selviytymistään. (Honkanen & Mellin 2008.)

D2D -kaavake ja Audit -kysely selvittävät asiakkaan terveyttä uhkaavia tekijöitä. Huoliseulan avulla terveydenhoitaja pystyy näkemään milloin on tarpeen käyttää asiantuntijaverkostoa apuna. Jatkokoulutuksessa on tärkeätä huolehtia, että eri menetelmien käyttö on kaikkien pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia tekevien terveydenhoitajien hallinnassa ja että heillä on valmiudet myös analysoida saatuja tietoja.

Asiakas tuntee Sorsan (2004) mukaan parhaiten oman elämäntilanteensa ja asiakaslähtöisyys toteutuu ainoastaan hyvällä yhteistyöllä asiakkaan ja terveydenhoitajan kesken. Ratkaisukeskeinen työskentely on osa asiakaslähtöisyyttä Honkasen & Mellinin (2008) mukaan. Kääriäisen ja Kynkään (2006) mukaan sopivien ohjausmenetelmien löytämiseen vaikuttaa miten hyvin ohjaaja tuntee asiakkaansa. Pitkäaikaistyöttömien terveellisten elämäntapojen ohjauksessa ja tukemissa terveydenhoitajien osaaminen oli keskin-kertaista. Merkittävää saamissamme vastauksissa oli, että terveydenhoitajat näyttäisivät tarvitsevan koulutusta erilaisten ohjausmenetelmien käyttämisessä. Tässä kohdin ke-väällä 2008 saatu koulutus ei näyttänyt merkittävästi muuttaneen osaamisen tasoa pa-rempaan suuntaan. Terveydenhoitajat arvioivat osaavansa tukea pitkäaikaistyöttömän elämäntapojen muutosta, mutta muutosvalmiuden ja soveltuvien ohjausmenetelmien va-linnassa osaaminen oli heikompaa. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten tulokselli-suuden kannalta olisi jatkossa tärkeätä parantaa terveydenhoitajien osaamista näissä asi-oissa.

Elämän tyytyväisyyttä lisäävät Pietilä ym. (2007) harrastukset ja se, että voi tehdä mo-nia asioita vaikeuksista huolimatta. Terveydenhoitajat osasivat mielestään arvioida hy-vin harrastusten ja liikunnan merkitystä pitkäaikaistyöttömien elämän tyytyväisyyden lisääjänä. Terveellisen ravinnon merkitys terveyteen osattiin enimmäkseen hyvin, koska se ei pitkäaikaistyöttömien kohdalla poikkea muusta väestöstä. Taloudellinen tilanne voi kuitenkin aiheuttaa ravitsemuksen yksipuolistumisen. Sekä harrastusten että ravit-semuksen kohdalla on erityisen tärkeätä löytää asiakkaan omat kiinnostuksen kohteet ja

voimavarat. Pietilän ym. (2007) mukaan elämän tyytyväisyyttä salutogeenisen teorian perusteella tuo tunne siitä, että perusasiat ovat hallinnassa ja voi itse vaikuttaa omilla valinnoillaan asioihin. Esimerkiksi metsämarjojen poimiminen on ilmainen harrastus ja marjat tuovat terveellisen lisän ravintoon. Edellä esitettyä ohjetta tulee kuitenkin käyttää asiakaslähtöisesti.

Yhteistyön merkitys sosiaali- ja terveydenhuollossa korostuu yhä enemmän (Arnkil ym. 2002). Verkostotyön menetelmien hallitseminen on erityisen tärkeää, kun ollaan tekemisissä pitkäaikaistyöttömien kanssa, jotka usein ovat hyvin moniongelmaisia. Perinteisesti itsenäistä työtä tekevien terveydenhoitajien on tärkeää löytää ne edut, joita verkostotyö tuo tullessaan. Yhden ihmisen ei enää odoteta hallitsevan kaikkea, vaan terveydenhoitaja on asiantuntijana omalla alallaan ja yksi verkoston jäsen. Ammatilliset rajat ylittävät työryhmät ovat lisääntymässä myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Honkanen & Mellin 2008.)

Verkostotyön osaaminen oli yksi mielenkiintomme erityiskohteista. Saamiemme vastausten perusteella verkostotyöskentelyn osaaminen oli ennen koulutusta melko vähäistä. Merkittävää on, että kevään koulutuksen jälkeen verkostotyön osaaminen lisääntyi. Terveydenhoitajien tutustuminen koulutuksessa Oulun mallin sisältämiin verkostoitumismahdollisuuksiin; Oulun työvoimanpalvelukeskuksen toimintaan ja sen tarjoamiin yhteistyö mahdollisuuksiin Oulun pitkäaikaistyöttömien peruspalveluiden osalta näkyi toisessa kyselyn vastauksissa.

Kyselyssä halusimme selvittää terveydenhoitajien motivaatiota aloittaa ja sisällyttää pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset omaan toimenkuvaansa. Motivaatiolla on merkitystä koko uuden tehtäväalueen onnistumisessa ja työntekijöiden sitoutumisessa tähän tehtävään. (Mäkinen 2002). Vastausten perusteella terveydenhoitajien motivaatio aloittaa terveystarkastusten tekeminen oli erittäin korkea. Ensimmäisen kyselyn avoimissa vastauksissa tuli esille terveydenhoitajien halukkuus oppia uutta ja laajentaa toimenkuvaa, mutta samalla ilmaistiin huoli omien voimavarojen (resurssien) niukkuudesta. Toisen kyselyn kohdalla oli havaittavissa motivaation väheneminen osalla vastanneista terveydenhoitajista. Toisen kyselyn avoimissa vastauksissa terveydenhoitajat perustelivat motivaation vähenemistä ajan ja kokemuksen puutteella, asiakkaiden vastaha-

koisuudella; kun he peruivat varattuja aikoja. Työparin puuttumisen oli yksi vastauksissa ilmaistu syy motivaation vähenemiselle. Nämä vastaukset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa, esimerkiksi Honkanen (2008) on väitöskirjassaan havainnut terveydenhoitajien mahdollisuuksien käyttäen omaa osaamistaan asiakkaan hyväksi, olevan yhteydessä kiireeseen ja heidän käytettävissä olevaan resurssiin.

Terveydenhoitajan motivaatiosta ja halusta sitoutua terveystarkastusten tekemiseen kuvaa myös heidän käsityksensä terveystarkastusten soveltumisesta omaan tehtäväkuvaansa. Vastauksissa näkyy, että terveydenhoitajat ovat enimmäkseen halukkaita sisällyttämään terveystarkastukset toimenkuvaansa, mutta toisen kyselyn vastauksissa näkyy muutamien terveydenhoitajien haluttomuus sisällyttää tehtävää toimenkuvaansa. Pieni osa koulutukseen osallistuneista terveydenhoitajista oli tullut koulutukseen mukaan esimiehen määräyksestä. (Nevalainen 2007). Olisiko tämä selitys motivaation vähenemiseen muutamilla terveydenhoitajilla? Sitä emme voi tämän aineiston perusteella suoraan päätellä, koska emme sitä kysyneet. Työhön sitoutuminen ja motivaatio ovat tärkeitä asioita työskennellessä erityisryhmien kanssa. On hieman huolestuttavaa havaita motivaation vähentyminen ja ettei pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset sovellu muutamien mielestä heidän tehtäväkuvaansa. Halukkuus sitoutua pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten kehittämistyöhön väheni myös hieman toiseen kyselyyn annetuissa vastauksissa.

Projektityönä tekemämme kyselyn tavoitteena oli selvittää terveydenhoitajien koulutus- tarpeita ja toiveita jatkokoulutuksen suhteen. Lisäkoulutuksen tarpeellisuus tuli vastauksissa selkeästi esille. Koulutuksen toivottiin olevan käytännönläheistä ja säännöllistä vuosittain toistuvaa. Kansantautien hoidon kertaamista toivottiin sisältyvän koulutukseen. On tärkeätä, että pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia tekeville terveydenhoitajille annettava koulutus on pitkäkestoista ja että he saavat käydä reflektiivistä vuoropuhelua keskenään. Tämä lisää Honkasen (2008) mukaan heidän omaa jaksamistaan tehdä terveydenhoitajan työtä myös pitkäaikaistyöttömien kanssa.

Tavoitteena oli käynnistää terveydenhoitajien oppimisprosessi kyselyn avulla. On vaikeata arvioida missä määrin itse kysely vaikutti oppimisprosessiin, mutta terveydenhoitajille tuli kyselyn kautta etukäteen selville esimerkiksi mitä työvälineitä heidän tulee

hallita terveystarkastuksia tehdessään. Kyselyn vastausten perusteella voimme päätellä, että osaamisen taso parani koulutuksen jälkeen selkeästi. Osaltaan siihen vaikutti myös käytännön kokemus terveystarkastusten tekemisestä kesän 2008 aikana.

## **6.2 Projektin arviointia**

Projektityöskentelyssä on tärkeitä arvioida projektin onnistumista ja asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Arvioinnissa eli evaluoinnissa on käytössä kriteerit, joissa projektia arvioidaan sen tarkoituksenmukaisuuden, vaikuttavuuden, tuloksellisuuden, tehokkuuden ja kestävyuden kannalta. Jotta arviointi kattaisi hyvin kaikki hankkeen eri puolet, on kutakin kriteeriä tarkasteltava useasta eri näkökulmasta. Edellä mainittujen kriteerien lisäksi on arvioitava myös hankkeen hallinnolliset järjestelyt, kuten työsuunnittelu, raportoinnin, viestinnän ja päätöksenteon toimivuutta. (Silfverberg 2007.)

Projektin tarkoituksenmukaisuuden ja vaikuttavuuden arvioimiseksi lähetimme Oulun hankkeesta vastaavalle projektipäällikkö Pirjo Nevalaiselle arviointilomakkeen. Pyydsimme häntä arvioimaan opinnäytetyönä tekemämme projektin tulosten käytettävyyttä hänen työssään. Hän vastasi pystyneensä hyödyntämään kyselymme tuloksia melko paljon suunnitellessaan koulutusta terveydenhoitajille.

Projektin tulostavoitteena oli selvittää terveydenhoitajien osaamista tukea pitkäaikaistyöttömän elämänhallintaa ja löytää terveyttä ylläpitäviä tekijöitä. Kyselyn avulla saimme kerättyä tietoa terveydenhoitajien itse arvioimasta osaamisestaan heidän aloittaessaan pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten tekemistä. Saimme tietoa myös heidän osaamisensa kehittymisestä kevään 2008 koulutuspäivän ja käytännön työskentelyn jälkeen. Yhteistyökumppanimme projektipäällikkö Pirjo Nevalainen arvioi pyytämässämme palautteessa, että projektiraportissa esittämämme johtopäätökset toivat tukea ja haastetta hänen tulevalle toiminnalleen, siitä miten terveydenhoitajien työtä on kehitettävä ja osaamista lisättävä siinä kontekstissa, missä terveydenhoitaja työskentelee.

Projektin toiminnallisena tavoitteena oli tuottaa tietoa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia aloittavien terveydenhoitajien koulutuksen kehittämistä varten. Avoimien kysymysten kautta saimme suoria viestejä siitä, millaista koulutusta terveydenhoitajat itse

ajattelivat tarvitsevansa. Monivalintakysymyksiin annetut vastaukset osoittavat osaamisen puutteet tarkasti tietyille osa-alueille. Koulutusta on syytä kehittää tavoitteellisesti huomioiden ne osaamispuutteet, jotka terveydenhoitajat itse nimesivät. Antamassaan arviossa projektipäällikkö Nevalainen loi jo suuntaviivoja tulevaisuuteen terveydenhoitajien koulutuksessa. Hän arvioi, että projektimme johtopäätöksistä suunniteltuun hän sai tukea kehittämistyöhön.

Projektityömme laatua olemme varmistaneet tiiviillä yhteistyöllä ohjausryhmän kanssa koko prosessin ajan. Olemme saaneet heiltä uusia ideoita kyselyn tekemiseen ja projektin raportointiin. Seminaarityöskentely yhdessä opponentin ja tukiryhmän kanssa on ollut myös osaltaan kehittämässä projektiosaamista ja näin myös vaikuttanut positiivisesti projektyöskentelyn laatuun.

Asetimme itsellemme kolme oppimistavoitetta projektin kautta. Halusimme saada kokemusta projektyöskentelystä. Työskentelimme yhdessä vuoden ajan tämän projektin parissa. Yhteistyö on sujunut hyvin, koska olemme kiireisinä aikoina kyenneet selkeästi sopimaan vastualueet ja molemmat ovat pysyneet sovitussa. Projektin aikataulu on pysynyt melko hyvin sille asetetussa aikarajoissa, tosin loppua kohti työtahti kiristyi huomattavasti. Projektin loppuraportti valmistui noin kolme viikkoa myöhässä suunnitellusta aikataulusta. Projektin aikataulua laadittaessa emme osanneet varautua riittävästi toisen kyselyn vastausten viivästymiseen. Myös omat voimavarat olivat välillä heikommat työpaineiden ja läheisten sairastamisten vuoksi. Oman hankaluuden, erityisesti raportin analysointi ja kirjoitusvaiheessa, aiheutti myös asuminen eri paikkakunnilla. Olemme tyytyväisiä opinnäytetyön tuomaan lisäkokemukseen, vaikka työ tuntuikin välillä kovin raskaalta raportointi vaiheessa.

Toisena oppimistavoitteenamme oli tutustua terveydenhoitajien kehittämisprosessiin omassa ammatissaan. Koulutuksen positiivinen vaikutus tuli saamissamme vastauksissa selkeästi esille. Emme selvittäneet kyselyssä terveydenhoitajien aiempaa työuran pituutta ja heidän osaamisensa erilaisuutta liittyen aiempaan työkokemukseen. Tämä rajoitti mahdollisuuttamme selvittää yksityiskohtaisemmin oppimisprosessia esimerkiksi kokeella terveydenhoitajalla verrattuna työuransa alussa olevaan.

Projektin myötä olemme perehtyneet, mitä merkitsee terveyserojen kasvaminen eri väestöryhmien välillä, sekä millaisia haasteita tämä tuo perusterveydenhoitoon. On ollut mielenkiintoista perehtyä aineistoon pitkäaikaistyöttömyyden vaikutuksesta ihmisen elämään, kuinka huono-osaisuus voi kasautua ja vaikuttaa perheiden elämään yli sukupolvien.

### **6.3 Kyselytutkimuksen luotettavuus**

Tämän projektin tavoitteena oli selvittää kyselytutkimuksen avulla pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia aloittavien terveydenhoitajien osaamisesta tukea pitkäaikaistyöttömien elämänhallintaa ja löytää terveyttä ylläpitäviä tekijöitä. Käytimme kyselyssä strukturoitua kyselylomaketta. Se sisälsi useita monivalintakysymyksiä ja yhden avoimen kysymyksen. Valitsimme kyselytutkimuksen, koska etuna on sen tehokkuus ja sen avulla voidaan säästää aikaa ja vaivaa (Hirsijärvi ym. 2006). Yhteistyökumppanimme tarvitsi alustavat tiedot käyttöönsä nopeasti voidakseen suunnitella alkavaa koulutusta terveydenhoitajille.

Kyselytutkimuksen ongelmaksi on metodikirjallisuudessa esitetty, ettei voida olla varmoja siitä, kuinka vakavasti vastaajat suhtautuvat kyselyyn. Lisäksi heikkoutena mainitaan, että vastaajien tietämys ongelmasta tai asiasta, josta kysytään voi olla puutteellinen. (Hirsijärvi ym. 2008.) Lähetimme kyselylomakkeen etukäteen valikoidulle ryhmälle terveydenhoitajia. He olivat aloittamassa koulutusta, joka toi heille uuden pitkäaikaistyöttömien asiakasryhmän. Tämän perusteella voidaan olettaa, että he olivat kiinnostuneita siitä, millainen koulutus on ja lisäksi he olivat kiinnostuneita vaikuttamaan koulutuksen sisältöön. Tätä oletusta tukee melko korkea palautettujen vastausten määrä ensimmäisessä kyselyssä vastasi 15 ja toisessa 11 terveydenhoitajaa 19:lle lähetetystä. Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveydenhoitajien tietämystä kysytystä aiheesta, joten heidän tietämyksensä oli riittävä vastausten antamiseen.

Hyvän kyselylomakkeen laatiminen vie aikaa ja vaatii tutkijalta monenlaista tietoa ja taitoa. Ei voi etukäteen olla selvillä ovatko kysymykset ja niihin annetut vastausmahdollisuudet riittävän selkeitä. Väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. (Hirsijärvi

ym.2006.) Kyselylomake laadittiin hyvin nopeasti eikä sitä ehditty testata etukäteen. Tutkijoilla on molemmilla terveydenhoitajan koulutus ja toisella pitkä työkokemus terveydenhoitajana. Tämä helpotti kysymysten laatimista valikoidulle ryhmälle. Lisäksi saimme asiantuntevaa apua ohjaajilta sekä kysymysten sisällön että mittariston osalta. Palautetuista lomakkeista ainoastaan kahdesta puuttui vastaus pariin kysymykseen, joten voidaan olettaa että kysymykset olivat ymmärrettäviä. Kukaan vastaajista ei kritisoinut tehtyjä kysymyksiä. Jälkikäteen arvioiden kyselylomakkeen laatimiseen olisi pitänyt käyttää enemmän aikaa. Raportoinnin kannalta olisi ollut parempi, jos tutkijat olisivat suunnitelleet viitekehyksen ennen kyselylomakkeen tekemistä. Nyt teimme viitekehyksen kyselylomakkeen laatimisen jälkeen ja varsinkin työn rajaaminen tuotti ongelmia.

Tuloksia arvioitaessa tulee aina pohtia niiden luotettavuutta, reliiabeliutta ja validiutta. *Reliaabelius* tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei sattumanvaraisia tuloksia. *Validius* tarkoittaa käytetyn mittarin tai menetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsijärvi ym.2006.) Olemme kuvanneet edellä projektimme etenemisen, kyselyn suorittamisen vastausten analysoinnin mahdollisimman tarkasti. Pyrimme koko tutkimuksen ajan varmistamaan luotettavuutta huolellisella työskentelyllä. Tutkimusjoukkomme oli pieni ja tämä osaltaan vähensi saatujen tulosten yleistettävyyttä.

Terveydenhoitajat arvioivat itse omaa osaamistaan, joten tämä rajoittaa jonkin verran vastausten validiutta. Oman osaamisensa arvioiminen on aina subjektiivista, ei ole olemassa mitään selkeää yhdenmukaista mittaria, vaan jokainen arvioi ”omalla mitallaan” onko osaaminen esimerkiksi keskinkertaista vai melko hyvää. Ulkopuolisen henkilön esimerkiksi kokeen perusteella tekemä mittaustulos tuottaa tarkempaa tietoa osaamisesta verrattuna muihin mitattaviin. Kyselystä saamamme tulokset antavat kuitenkin riittävän tarkan tuloksen siitä, mitä halusimmekin mitata, koska emme mitanneet terveydenhoitajien osaamista suhteessa toisiinsa vaan koko ryhmän ilmaisemia osaamispuutteita, joihin he toivoivat koulutusta.

## 6.4 Tutkimuksen eettisyys

Hyvän tutkimuksen tekemiseen kuuluu Hirsijärven ym. (2006) mukaan myös tutkimuksen eettisyyden pohtiminen. Tätä pohdintaa tulisi käydä koko prosessin ajan.

Saimme luvan kyselyn suorittamiseen suullisesti Oulun kaupungin terveyskeskuksen palvelujohtaja Tuula Tähtiseltä. Emme tarvinneet erillistä kirjallista lupaa, koska kyselymme oli osa terveydenhoitaja Pirjo Nevalaisen tekemää projektia. Hän huolehti myös kyselylomakkeen lähettämisestä tutkimukseen osallistuneille 19 terveydenhoitajalle. Tutkijoilla ei ollut missään vaiheessa tietoa vastaajien henkilöllisyydestä. Enemmistö terveydenhoitajista vastasi kyselyyn tulostamalla kaavakkeen verkosta ja postittamalla sen täytettynä sisäisenpostin kautta pyydettyyn osoitteeseen. Muutamat vastasivat suoraan sähköpostilla, jolloin heidän henkilöllisyytensä tuli esille, mutta sitä ei lisätty liitteenä lähetettyyn kyselylomakkeeseen. Vastaaminen oli terveydenhoitajille vapaaehtoista. Toisen kyselyn vastauksia jouduimme peräämään kaksi kertaa. Pyyntö lähetettiin kaikille yhteisesti Pirjo Nevalaisen toimesta.

## 6.5 Pohdinta ja yhteenveto

Terveyserojen kaventaminen vaatii monien tahojen pitkäjänteistä yhteistyötä (Teroka 2006). Pitkäaikaistyöttömät ovat yhteiskunnassamme erityisryhmä, joka vaatii erityisen paljon yhteistyötä eri hallinnonalojen kanssa. Oulun- malli on esimerkki siitä miten paikallistasolla voidaan edistää yhdenvertaisuuden toteutumista eri väestöryhmien välillä. Muutokset lähtevät liikkeelle aina ruohonjuuritason toimijoista. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ovat yksi pieni askel kohti asetettuja valtakunnallisia tavoitteita terveyserojen kaventamisesta.

Honkasen mukaan (2008) työttömyys kohtaa Oulussa usein myös lapsiperheitä. Tämän perusteella voidaan päätellä, että lastenneuvolan terveydenhoitajat ja kouluterveydenhoitajat tapaavat työssään lasten vanhempia, jotka ovat joko työttömiä tai pitkäaikaistyöttömiä. Perheiden hyvinvoinnin kannalta on tärkeätä, että myös lasten ja koululaisten parissa työskentelevät terveydenhoitajat osaavat tukea pitkäaikaistyöttömän vanhemman elämänhallintaa ja osallistuvat terveystarkastusten tekemiseen.

Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia tekevät terveydenhoitajat ovat avainasemassa edistämässä pitkäaikaistyöttömien elämänhallinnan parantamisessa. Lisäkoulutuksen merkitys korostuu. Saamamme tulokset ovat samansuuntaisia terveydenhoitajien asiantuntijuuden kehittymisestä saatujen tutkimustulosten kanssa. Esimerkiksi Honkanen (2008) näkee tärkeänä koulutuksen merkityksen terveydenhoitajien asiantuntijuuden kehityksessä. Koulutuksen myötä terveydenhoitajien verkostoituminen on lisääntynyt ja asiakkaan omia voimavaroja etsivä työote on parantunut. Tämä tulee esille myös meidän tutkimuksessamme.

Honkasen (2008) mukaan kiire vähentää terveydenhoitajien mahdollisuuksia käyttää kaikkea osaamistaan perheiden hyväksi. Myös tässä projektissa terveydenhoitajat nimesivät kiireen yhdeksi ongelmaksi pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten aloittamisessa. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset tulivat uutena työalueena omantoimen ohella tehtäväksi. Aiempien tutkimusten perusteella osa terveydenhoitajista kokee työskentelevänsä jo perustyötä tehdessään jaksamisensa ääri rajoilla. Oulun-mallin erityispiirre on verkostoituminen ja muiden asiantuntijoiden osaamisen käyttäminen terveydenhoitajien oman osaamisen lisäksi. (Nevalainen 2007.) Verkostotyöskentelyn tehokas käyttäminen voisi helpottaa kiireen tunnetta.

Antonovskyn (1998) mukaan on yhtä tärkeitä tunnistaa terveyttä uhkaavat riskit kuin tunnistaa terveyttä tukevat seikat. Saamiemme tulosten perusteella onkin tärkeitä huolehtia jatkossa koulutuksen avulla siitä, että pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia tekeillä terveydenhoitajilla on riittävästi tietoa erityisesti pitkäaikaistyöttömyyden mukanaan tuomista riskeistä. Kansansairauksien ja niiden uusien hoitosuositusten kertomista toivottiin molemmissa kyselyissä.

## **6.6 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet**

Olemme työskennelleet projektissa hyvin ajankohtaisten aiheiden parissa. Tämä on antanut työskentelylle merkitystä ja motivoinut meitä yrittämään parhaamme. Projektin tulosten perusteella mielestämme on erittäin tärkeitä, näin laajan uuden osa-alueen tulles-

sa työntekijän vastuulle, tutkia työntekijöiden osaamistaso etukäteen. Ammattilaisille suunnatun koulutuksen tulee olla oikein kohdennettua täyttämään osaamisen vajetta.

Motivaatio oli suurimmalla osalla terveydenhoitajista hyvin korkea. Muutamat terveydenhoitajat ilmaisivat selkeästi, etteivät he ole kiinnostuneita laajentamaan toimenkuvaansa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten suuntaan. Onkin jatkossa mietittävä millainen merkitys tällä on Oulun-mallin kehittämisen kannalta. Eräässä vastauksessa avoimeen kysymykseen oli viitattu terveystarkastusten keskittämiseen, jotta voitaisiin taata riittävä osaaminen. Tätä vaihtoehtoa kannattaa jatkossa tutkia, turvaisihan se yhdenvertaisen terveydenhoidon kaikille Oulun pitkäaikaistyöttömille. Toisaalta taas on hyvä muistaa, että tutkimusten mukaan lähes kaikki terveydenhoitajat kohtaavat pitkäaikaistyöttömiä omassa työssään. Lastenneuvolassa, kouluterveydenhuollossa sekä terveysasemien vastaanotoilla työskentelevät terveydenhoitajat kohtaavat heitä. Onkin hyvin tarkkaan punnittava kummalla tavoin toteutetusta terveydenhuollosta saadaan paras hyöty asiakkaan ja hänen läheistensä kannalta. Sosiaali- ja terveysministeriö on äskettäin esittänyt laajojen terveystarkastusten käyttöönottamista perheiden hyvinvoinnin turvaamiseksi. ([www.stm.fi](http://www.stm.fi). Sote.2008:37) Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset voisivat luontevasti olla osa tätä toimintaa.

Tämä projekti selvitti terveydenhoitajan käsityksiä omasta osaamisestaan pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksissa. Tulevaisuudessa voisi olla mielenkiintoista selvittää miten pitkäaikaistyöttömät ovat kokeneet terveystarkastusten tukeneen elämänhallintaansa.

## LÄHTEET

Antonovsky A 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 11(1), 11–18.

Arnkil, T., Eriksson, E. & Arnkil, R. 2002. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa: sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Toinen painos. Raportteja 253. Stakes. Helsinki.

Fok, S.K, Chair, S.Y. & Lopez V. 2004. Issues and Innovations in nursing practice, Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing* 49(2), 173–181.

Haarala, P. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystenhoitaja ammattina. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) Terveystenhoitajan osaaminen, 14-40. Edita Prima. Helsinki.

Honkanen, H. & Mellin, O-K. 2008. Terveysten edistämisen työmenetelmiä terveystenhoitajan työssä. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) Terveystenhoitajan osaaminen, 105-272. Edita Prima. Helsinki.

Honkanen, H. 2008. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielen-terveysten edistäminen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 160. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Kustannus Oy Tammi Helsinki.

Kainulainen, S. 1998. Elämäntapahtumat ja elämään tyytyväisyys eri sosiaaliluokissa. sosiaalitieteiden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Kajanto Anneli (toim.) 2008. Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta. Aikuis-  
kasvatuksen 47. vuosikirja. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen tutkimusseura.  
Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1992, Hoitotyön eettiset perusteet. Sairaanhoidajien koulu-  
tussäätiö. Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna.

Kortteinen, M. & Tuomikoski, H. 1998. Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviy-  
tymisestä. Karisto. Hämeenlinna.

Koskinen, A-M. 2007. Hoitohenkilöstön osaaminen diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa.  
Perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöille suunnatun koulutuksen arviointi. Pro gradu  
tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä.  
Hoitotiede 17(5), 250-258.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä hei-  
dän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 3(1), 10–15.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden  
kunnan käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18(1), 4-13.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, E. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen  
perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laa-  
dulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 21–43. WSOY. Helsinki.

Linnanmäki, E. & Hyvönen, E. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventami-  
nen. 2008. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-  
Mäentausta, T. (toim.) Terveystieteiden osaaminen, 105-272. Edita Prima. Helsinki.

Moisio, Pasi., Karvonen, S., Simpura, J. & Heikkilä, Matti. (toim.) 2008. Suomalaisen  
hyvinvointi 2008. Stakes, M 253. Helsinki.

Mustajoki, P. 1998. Elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi – miten autan potilasta? *Duodecim* 114, 531–538.

Nevalainen, P. 2007. Hankesuunnitelma pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeelle Oulun kaupungissa 15.8.2007 – 28.2.2009.

Osaamisen johtaminen kuntasektorilla. Kuntaosaaja 2012 työkirja. Suomen kuntaliitto 2005, Xerox Global Service, Kuntatalo, Helsinki.

Oulun kaupungin keskushallinnon talous- ja strategia –ryhmän laatimat tiedot Oulun työllisyyskehityksestä 2008.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008, Innostavat projektit. Sairaanhoidtajaliitto Helsinki.

Pietilä, A-M. 1994. Elämänhallinta ja terveys. *Acta Universitatis Ouluensis D* 313. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto. Oulu.

Pietilä, A-M., Sonninen, E. & Kinnunen, P. 2007. Salutogeeninen lähestymistapa preventiivisen hoitotieteen tutkimuksessa lähtökohtia ja pohdintoja terveyttä edistävän toiminnan kehittämiseksi. *Pro Terveys* 3, 4–8.

Pietilä, A-M. & Haaranen, A. 2005. Terveiden edistämisen perusta preventiivisen hoitotieteen koulutuksessa. *Pro Terveys* 4–5, 10–12.

Pietinen, P. 2005. Ruoankäyttö ja ravinnonsaanti. *Suomalaisten terveys*. *Duodecim* (suo00013).

Poikela, E. (toim.) 2005. Oppiminen ja sosiaalinen pääoma. Tampereen yliopistopaino. Tampere.

Poutanen, V-M. 2002. Elämänhallintaa ilman työtä. Tutkimus pitkäaikaistyöttömyyden seurauksista ja niiden hallinnasta Suomussalmella. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Qvretveit, J.1995. Moniammatillinen yhteistyön opas. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu (suomennos). Helsinki.

Raivio, K. 2002. Pitkäaikaistyöttömät ovat tämän päivän köyhiä. Dialogi 1, 12

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K., & Sonninen, A-L. 2008 Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

Seikkula, J. & Arnkil, T. 2005. Dialoginen verkostotyö. Tammi. Helsinki.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Edita .Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Helsinki.

STM 2005. Perhe-hanke. Perhepalveluiden kumppanuusohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980 – 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23. Helsinki.

Topo, P. 2005. Aaron Antonovskyn ajatuksilla yhä paljon annettavaa Pääkirjoitus. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 42(2), 91-93.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Yliopistopaino, Helsinki.

Vierro, H. 2003. Terveiden edistäminen. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Helsinki.

Vienola, R. 2007. Tie rantapelastajaksi. Rantavalvojen työnkuva, ammattitaito, työmotivaatio ja työtyytyväisyys. Pro gradu. Liikuntatieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä

## **Internetlähteet**

Diabetes-liitto 2008. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma ja Dehkon 2D-hanke [http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=77](http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=77) (Luettu 14.10.2008).

Ilmarinen, J.2008. Työelämäpalkinto. Työkykyindeksin kehittäjälle [http://www.tyoelamapalkinto.fi/fi/Uutiset/tyoelamapalkinto\\_2008.htm](http://www.tyoelamapalkinto.fi/fi/Uutiset/tyoelamapalkinto_2008.htm) (Luettu 15.11.2008).

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/julkaisut/sairaanhoitajalehti/artikkeli/?ARTIKKELI\\_NUM=46844](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/julkaisut/sairaanhoitajalehti/artikkeli/?ARTIKKELI_NUM=46844) (Luettu 14.10.2008)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Kehittämishojelman keskeiset linjaukset [www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/linjaukset.htx?tem](http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/linjaukset.htx?tem) (Luettu 11.1.2008).

Martikainen, E. 1996. Työkyvyn heikkenemisen varhainen tunnistaminen. <http://www.tsr.fi/tutkimus/tutkittu/hanke.html?id=91126> (Luettu 16.11.2008).

Mäkinen, P. 2002. Motivaatiosta- mitä motivaatiolla tarkoitetaan? <http://www.uta.fi/tyt/verkkotutor/motiivi.htm> (Luettu 14.11.2008).

Oulun kaupunki verkkosivut 2008. Oulun työvoiman palvelukeskus <http://www.ouka.fi/sote/typ/> (Luettu 1.11.2008.).

Päihdelinkki 2008. Alkoholin käytön riskit (Audit) <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit> (Luettu 15.10.2008).

Sorsa, M. 2004. Asiakaslähtöisyys hoitotyön perustana. Itä-Suomen lääninhallitus, Isadoora-hanke. [http://www.intermin.fi/lh/ita/soster/home.nsf/pages/1164A6AE83742415C2256C6100487719/\\$file/SorsaMinna.pdf](http://www.intermin.fi/lh/ita/soster/home.nsf/pages/1164A6AE83742415C2256C6100487719/$file/SorsaMinna.pdf) (Luettu 14.10.2008).

TKK Opetuksen tuki 2004. Motivaation merkitys oppimiselle. [http://www.dipoli.tkk.fi/ok/p/tehosalkku/oppiminen/motivaatio/motivaation\\_merkitys\\_oppimiselle.htm](http://www.dipoli.tkk.fi/ok/p/tehosalkku/oppiminen/motivaatio/motivaation_merkitys_oppimiselle.htm) (Luettu 15.11.2008).

Työterveyslaitos Työ ja liikunta. <http://www.ttl.fi/NR/exeres/BEA76950-75AC-4C3E-82E0-21D69CCFF2C7.htm> (Luettu 14.10.2008).

Unihoitajat 2006. Potilasohjaus hoitotyössä. <http://unihoitajat.fi> (Luettu 14.10.2008).

Varjoranta, P. 2008. Vaikuttavuutta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen Pohjois-Savossa -preventiivisten toimintamallien arviointi sosiaali- ja terveystoimessa. Hanke-suunnitelma.

[http://www.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/150508092126768/\\$File/PirjoVarjorannalta\\_KASTE\\_hankesuunnitelma\\_140508.pdf?OpenElement](http://www.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/150508092126768/$File/PirjoVarjorannalta_KASTE_hankesuunnitelma_140508.pdf?OpenElement) (Luettu 10.6.2008 ).

Verkostokartta 2007.

<http://www.valt.helsinki.fi/yhpo/sosweb/sivut/tekstiversiot/verkostokartta.htm> (Luettu 15.10.2008).

Valtiovarainministeriö.2008. Kunta- ja palvelurakenne uudistus.

[http://www.vm.fi/vm/fi/05\\_hankkeet/025\\_paras/index.jsp](http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_paras/index.jsp) (Luettu 1.12.2008).