



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Opinnäytetyö

**RAISION PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN
TERVEYSPALVELUT
- työntekijöiden kokemuksia ja kehittä-
misedotuksia**

**Junnila Elina
Kesänen Iida**

Hoitotyön koulutusohjelma 2009

Turun ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyön tiivistelmä
Terveysala, hoitotyön koulutusohjelma: sairaanhoitaja / terveydenhoitaja
Tekijät: Junnila Elina & Kesänen Iida
Opinnäytetyön nimi: Raision pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelut -
työntekijöiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia
Sivumäärä: 53 + 13
Lokakuu 2009

Turun ammattikorkeakoulu ja Raision kaupungin sosiaali- ja terveystoimi sekä työvoimatoimisto ovat yhteistyössä järjestäneet vuodesta 2007 alkaen Raision pitkäaikaistyöttömille suunnattuja terveystarkastuksia. Opinnäytetyö on kaksiosainen ja opinnäytetyössä tarkastellaan pitkäaikaistyöttömyyttä ilmiönä, pitkäaikaistyöttömyyden terveysvaikutuksia sekä pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluita. Opinnäytetyössä selvitetään Raision pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluissa mukana olleiden työntekijöiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia järjestetyistä terveyspalveluista. Tutkimusongelmat ovat seuraavat: Minkälaisia kokemuksia työntekijöillä on pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluista? Minkälaisia kehittämisehdotuksia työntekijöillä on pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen kehittämiseen?

Aineisto kerättiin teemahaastattelulla, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna. Teemahaastattelun runko laadittiin teoriasta nousseiden aiheiden pohjalta. Haastatteluihin osallistuneet olivat keskeisessä roolissa pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujärjestelmän toteuttamisessa. Kaiken kaikkiaan haastateltavia oli 10 ja haastatteluryhmiä oli neljä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen.

Tutkimustulokset osoittavat että työntekijät ovat pääosin tyytyväisiä pitkäaikaistyöttömille järjestettyihin terveyspalveluihin. Terveyspalveluissa toimivaksi koettiin erityisesti yhteistyö eri työntekijöiden välillä ja työvoimatoimiston rooli asiakkaiden ohjauksessa terveystarkastuksiin. Työntekijät kokivat haasteelliseksi etenkin pitkäaikaistyöttömien motivoinnin muun muassa asiakkaiden moniongelmaisuuksien vuoksi. Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen jatkuvuutta, seuranta ja palautejärjestelmää tulisi haastateltavien kokemusten perusteella kehittää. Lisäksi työntekijät kokivat että pitkäaikaistyöttömien motivointia ja sitouttamista tulisi kehittää esimerkiksi järjestämällä ryhmätoimintaa.

Opinnäytetyön toinen osa tehtiin yhteistyössä Rauanheimo Emilian ja Sjöblom Kaisan kanssa, jotka tekivät opinnäytetyötä Raision pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen vaikuttavuudesta. Toisessa osassa suunniteltiin ja toteutettiin pitkäaikaistyöttömille naisille ryhmätoimintaa. Ryhmätoimintaan osallistuneet kokivat toiminnan mielekkääksi etenkin vertaistuen ja maksuttomuuden vuoksi. Ryhmätoimintaan osallistui vain pieni osa kutsutuista. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää pitkäaikaistyöttömien tavoittamiseen, motivointiin ja henkilökohtaisen tiedottamisen tärkeyteen.

Asiasanat: pitkäaikaistyöttömyys, työttömyys, työkyky, syrjäytyminen, terveyspalvelut
Projektin nimi: Terveyspalveluja Ekotorille
Menetelmä: laadullinen ryhmähaastattelu
Toimeksiantaja: Raision sosiaali- ja terveystoimi
Säilytyspaikka: Turun ammattikorkeakoulun kirjasto, Ruiskatu

Turku University of Applied Sciences: Summary of Bachelor's Thesis
Health Care, Degree Programme in Nursing: Nurse / Public health nurse
Authors: Junnila Elina & Kesänen Iida
Title: The Health Care Services for Long-Term Unemployed in Raisio – The Experiences and Development Proposals of the Employees
Number of pages: 53 + 13
May 2009

Since 2007, Turku University of Applied Sciences has cooperated with the Health Care and Social Services Agency as well as the Employment Agency of Raisio city in arranging health checks to the long-term unemployed (LTU) of Raisio. This two-part thesis analyses the phenomenon of long-term unemployment, its health effects, and the health care services for the LTU. The thesis consists of examining the experiences of and development proposals for the currently existing health care services by employees involved in the health care services for the LTU of Raisio. This study addresses the following research questions: What kind of experiences do the employees have regarding the LTU health care services? What kind of proposals do the employees have for the further development of health care services for LTU?

The research information was collected by a theme interview, carried out as a group interview. The structure for the theme interview was drawn from topics based on theories. The total number of interviewees was ten, forming four interview groups, and all the interviewees played a major role in running the LTU health care service system. The collected research information was then analysed using content analysis.

The research results show that employees were mostly satisfied with the health care services arranged for the LTU. According to the employees, the cooperation between different members of personnel, as well as the role of the Employment Agency in directing their customers to health checks were seen as especially successful features. Because of the multi-problematic background of the customers, the employees considered motivation of the LTU particularly challenging. According to the interviewees' experiences, the continuity, monitoring and feedback system of the LTU health care services should be developed further. The employees also felt that the motivation and commitment process of the LTU should be developed by arranging group activities.

The second part of the study was carried out with Rauanheimo Emilia and Sjöblom Kaisa who had made Bachelor's Thesis about healthcare services offered to LTU. The second part consisted of planning and organizing group activities for LTU women. Participant thought that the group was pleasing, especially peer support and free of charge were important. Motivating and personal information of LTU need more attention in the future.

Keywords: long - term unemployment, unemployment, work ability, alienation, health care services
Name of the project: Health Care Services for Ecomarket
Method: Qualitative group interview
Employer: The Health Care and Social Services Agency of Raisio
Place of storage: Turku University of Applied Sciences Library, Ruiskatu

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	7
2	YHTEISKUNTA JA TYÖTTÖMYYS	9
2.1	Työttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys Suomessa	9
2.2	Yhteiskunnan toimenpiteitä pitkäaikaistyöttömien hyvinvoinnin lisäämiseksi	11
2.3	Työttömille suunnattuja projekteja ja hankkeita	12
3	PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN HYVINVOINTI JA TERVEYS	14
3.1	Pitkäaikaistyöttömien terveysongelmat	15
3.2	Pitkäaikaistyöttömien syrjäytyminen ja syrjäytymisriski	18
3.3	Pitkäaikaistyöttömien työkyky	19
4	TYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUT	20
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	22
6	OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	23
6.1	Kohderyhmä	23
6.2	Aineistonkeruumenetelmän valinta ja aineistonkeruu	24
6.3	Aineiston analyysi	26
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
7.1	Työntekijöiden kokemukset pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluista	28
7.1.1	Kokemukset terveyspalvelujen järjestämisestä	28
7.1.2	Kokemukset terveyspalvelujen merkityksellisyydestä	30
7.1.3	Kokemukset pitkäaikaistyöttömistä asiakasryhmänä	31

7.2	Kehittämisehdotukset pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluista	35
7.2.1	Terveyspalvelujen sisällön kehittäminen	35
7.2.2	Terveyspalvelujen järjestämisen kehittäminen	36
8	PITKÄAIKAISTYÖTTÖMILLE JÄRJESTETTY RYHMÄTOIMINTA	37
8.1	Ryhmätoiminnan toteutus	38
8.2	Ryhmätoiminnan arviointi	40
9	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	41
10	POHDINTA	43
10.1	Tulosten tarkastelua	43
10.2	Johtopäätökset	46
	LÄHTEET	48

LIITTEET

LIITE 1: Raison pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelut

LIITE 2: Teemahaastattelun runko ja apukysymykset

LIITE 3: Ryhmätoiminnan suunnitelma

LIITE 4: Kutsu

LIITE 5: Diaesitys

LIITE 6: Liikunta- ja ruokapäiväkirja

LIITE 7: Palautelomake

1 JOHDANTO

Suomessa työttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys ovat lisääntyneet (Eronen, Londen, Perälähti, Siltaniemi, Särkelä 2006, 17). Suomessa väestöryhmien välillä on todettu olevan kasvavia terveyseroja ja pitkäaikaistyöttömät voivat muuhun väestöön verrattuna huonoinen (Eronen ym. 2006, 118). Vuoren (1998) mukaan työttömyys on terveyden riskitekijä fyysisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä näkökulmasta tarkasteltuna. Lisäksi työttömyyden on todettu ennustavan puutteellista hyvinvointia (Karvonen, Lahelma & Winter 2006, 100). Myös sairastuvuus ja kuolleisuus lisääntyvät työttömyyden seurauksena (Kerätär 1995). Syrjäytymiseen on todettu vaikuttavan monet tekijät ja yhtenä tekijänä on työttömyys. Syrjäytyminen on Suomessa ajankohtainen ongelma ja siihen on pyritty vaikuttamaan hallituksen ja sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. (Virtanen, Jalava, Koskela & Kilappa 2006, 21–24.) Yhteiskunnassa on huomioitu työttömien ja pitkäaikaistyöttömien kasvavat määrät ja hyvinvoinnin ongelmat, sekä työttömyyden vaikutukset terveyteen.

Suomessa terveystalvvelujärjestelmän suurin haaste liittyy heikoimmin voivien ryhmien tilanteen parantamiseen. On todettu, että pitkäaikaistyöttömät jäävät muita väestöryhmiä helpommin palvelujen ja etuuksien ulkopuolelle. (Eronen ym. 2006, 176.) Yhteiskunnassa on kiinnitetty huomiota pitkäaikaistyöttömien terveystalvvelujen järjestämisen puutteellisuuteen ja vuonna 2006 pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoimintaa on kehoitettu aloitettavaksi systemaattisesti kunnissa (Melkas & Välimäki 2008). Lisäksi Nymanin (2002, 142) mukaan ennaltaehkäisevän terveydenhuollon tulisi olla saatavilla kaikille työllisyystilanteesta riippumatta. Työikäisten terveydenhuolto toteutuu pääosin työterveyshuollon kautta ja työttömäksi joutuessaan ihminen jää työterveyshuollon ulkopuolelle ja hoitosuhteet katkeavat (Kerätär 1995). Lisäksi Suomessa on kehitetty erilaisia projekteja ja hankkeita työttömien ja pitkäaikaistyöttömien hyvinvoinnin ja terveyden parantamiseksi.

Tämä opinnäytetyö liittyy Raisiossa järjestettyyn yhteistyöhankkeeseen, jossa ovat mukana Raision sosiaali- ja terveystoimi ja työvoimatoimisto sekä Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön ensimmäisessä osassa tarkoituksena on selvittää työntekijöiden

kokemuksia ja kehittämisehdotuksia pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen järjestämiseen liittyen. Raision kaupungissa pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelut on järjestetty yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun kanssa. Sosiaalitoimen ja työvoimatoimiston rooli on ohjata pitkäaikaistyöttömät terveystarkastuksiin. Terveystarkastajat vastaavat terveystarkastusten toteuttamisesta ja ohjaavat asiakkaita jatkohoitoon.

Opinnäytetyön toisessa osassa on hyödynnetty kirjallisuuskatsauksessa esiin nousseita pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen tilannetta ja opinnäytetyön ensimmäisen osan tuloksia. Niiden pohjalta suunniteltiin ja toteutettiin pitkäaikaistyöttömille naisille suunnattu ryhmätoimintakokonaisuus joka sisälsi kaksi tapaamiskertaa. Ryhmätoiminnassa painopisteenä oli etenkin sydänterveyden näkökulma.

2 YHTEISKUNTA JA TYÖTTÖMYYS

2.1 Työttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys Suomessa

Työttömyyden lajeja ovat muun muassa pitkäaikaistyöttömyys, nuorisotyöttömyys, rakenteellinen työttömyys, suhdanneluontoinen työttömyys ja kausityöttömyys sekä laaja työttömyys (Tilastokeskus 2006). Kansainvälisen työjärjestön, ILO:n, suosituksen mukaan työttömäksi määritellään henkilö, joka on työtä vailla ja on aktiivisesti hakenut työtä sekä on työhön käytettävissä (Penttilä & Keinänen 2005, 35). Suomen julkisen työvoimapolvelun laissa pitkäaikaistyöttömäksi määritellään työtön työnhakija, joka on ollut yhtäjaksoisesti tai vähintään 12 kuukautta työttömänä työnhakijana (Finlex 2002). Pitkäaikaistyöttömyys on etenkin ikääntyneiden ja matalan koulutustason työttömien ongelma. Pitkäaikaistyöttömyys on ongelmallista, koska työttömyyden pitkittyessä ammattitaito heikkenee ja riski työmarkkinoilta syrjäytymiseen suurenee sekä innostus työnhakuun vähenee. Koko Suomessa koulutusryhmien väliset erot pitkäaikaistyöttömyyden osalta ovat suuria. Esimerkiksi Kainuussa vuosina 1996–2005 noin 15 prosenttia ylimpään koulutusryhmään kuuluvista ja noin kolmasosa enintään 9 vuotta koulua käyneistä ovat olleet pitkäaikaisesti työttömänä. (Kaikkonen, Prättälä, Helakorpi, Arffman, Pietikäinen & Koskinen 2008, 129.) Rakenteellisella työttömyydellä tarkoitetaan työttömyyttä, joka ei vähene työvoimapolusta huolimatta ja sen syynä on työelämän kasvaneet vaatimukset verrattuna työvoiman ammattitaitoon. Suhdanneluontoinen työttömyys on rakenteellisen työttömyyden vastakohta ja sillä tarkoitetaan työttömyyttä, joka vähenee taloustilanteen parantuessa ja työvoiman tarpeen kasvaessa. Suhdanneluontoinen työttömyys laskee ja nousee talouskasvussa tapahtuvien muutoksien mukaisesti. (Tilastokeskus 2006.)

Työvoimatoimistoissa työttömiä työnhakijoita oli joulukuun 2008 lopussa 233 800 ja heistä pitkäaikaistyöttömiä oli 41 800. Suomessa työttömiä työnhakijoita oli vuoden 2008 joulukuussa 14 900 enemmän kuin aikaisempaan vuonna. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2008, 1.) Vuoden 2009 helmikuussa työttömiä työnhakijoita oli 250 100, eli 3 700 enemmän kuin saman vuoden tammikuussa. Työttömyys nousi helmikuussa 2009 kaik-

kien työ- ja elinkeinotoimistojen alueilla ja työttömien työnhakijoiden määrät kasvoivat koko maassa. Eniten työttömyys nousi Etelä-Pohjanmaalla, Pirkanmaalla ja Pohjanmaalla. Työttömyys laski helmikuussa 2009 ainoastaan terveydenhuolto- ja sosiaalialalla ja nousi eniten teollisuudessa, rakennus- ja kaivosalalla. Lomautettuja vuoden 2009 helmikuussa oli 31 700, eli 5 100 enemmän kuin tammikuussa. Pitkäaikaistyöttömiä oli helmikuun 2009 lopussa 40 400, eli 6 400 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2009c, 1-2.)

2008 joulukuussa työttömistä työnhakijoista 57 prosenttia oli miehiä ja 43 prosenttia oli naisia ja alle 25-vuotiaita työttömiä työnhakijoita oli 25 800, eli 3 900 enemmän kuin edellisen vuoden joulukuussa. Myös yli 50-vuotiaiden työttömien määrä kasvoi, mutta yli 55-vuotiaiden määrä väheni. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2008, 2.) Helmikuussa 2009 miehiä työttömistä työnhakijoista oli 60 prosenttia ja naisia 40 prosenttia. Vuoden 2008 helmikuuhun verrattuna miesten työttömyys nousi 36 000:lla ja naisten 4 000:lla. Lisäksi helmikuussa 2009 alle 25-vuotiaiden työttömien työnhakijoiden määrä oli 8 600 enemmän kuin vuoden 2008 helmikuussa. Yli 55-vuotiaiden työttömien määrä helmikuussa 2009 oli vähemmän kuin vuosi aikaisemmin. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2009c, 2.)

Avoimien työpaikkojen määrä työvoimatoimistossa oli vähentynyt joulukuussa 2008 aikaisempaan vuoteen verrattuna 9 000 työpaikalla (Työ- ja elinkeinoministeriö 2008, 1). Avoimien työpaikkojen lukumäärä työ- ja elinkeinotoimistoissa oli helmikuussa 2009 yhteensä 81 000 eli 37 000 työpaikkaa vähemmän kuin vuotta aikaisemmin (Työ- ja elinkeinoministeriö 2009c, 1).

Suomessa työmarkkinoiden ongelmana on työnantajien vähäinen halukkuus ja aktiivisuus työttömien työllistämiseen sekä työmarkkinoiden työvoiman kysyntään liittyvät eri osa-alueet (Martikainen 2003, 69). Työhallinnon toimenpiteillä on esimerkiksi nuorisotyöttömyyttä ja pitkäaikaistyöttömyyttä saatu laskemaan. Työhallinnon toimenpiteitä ovat olleet muun muassa uusien yhteispalvelupisteiden perustaminen ja työnhakijoiden yksilöidyt työnhakusuunnitelmat. (Kolehmainen 2004.) Työvoimapolitiittiset toimenpiteet vaikuttavat positiivisesti työttömien työllistymiseen kaikissa ikäryhmissä, kun taas

tukityöllä on positiivisia vaikutuksia lähinnä vain nuorten työttömien työllistymiseen (Tuomala 1998, 65). Ikääntyneiden työttömien osalta ongelmallista on vaikeus päästä pysyvästi takaisin työelämään (Sosiaali- ja terveysministeriö & työministeriö 2002, 14). Nuorten työttömien työllistymismahdollisuudet ovat paremmat kuin ikääntyneillä työttömillä. Lisäksi matala koulutustaso lisää todennäköisyyttä pysyä työttömänä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & työministeriö 2002, 60.) Työttömyyden pitkittyessä uudelleen työllistymismahdollisuudet heikkenevät ja työn merkitys vähenee (Vuori 1998).

2.2 Yhteiskunnan toimenpiteitä pitkäaikaistyöttömien hyvinvoinnin lisäämiseksi

Pitkäaikaistyöttömyys, toimeentuloon liittyvät ongelmat, moniongelmaisuus ja syrjäytyneisyys ovat yleistyneet Suomessa (Eronen, Londen, Perälähti, Siltaniemi & Särkelä 2006, 17). EU:n Lissabonin strategian tavoitteena on EU:n työllisyysasteen nostaminen 70 prosenttiin vuoteen 2010 mennessä. Suomi on ylittänyt Lissabonin strategian tavoitteet, mutta työllisyysasteen ylläpitäminen on vaikeutunut taantuman seurauksena. Vuoden 2009 nopeasti syventyneen taantuman vuoksi Suomen hallitus on taantuman seurausten torjumiseksi päättänyt taloutta ja työllisyyttä elvyttävistä toimista, jotka kohdistuvat muun muassa tutkimus- ja kehitystoimintaan, työvoima- ja koulutuspoliittisiin toimiin ja sosiaaliturvan uudistamiseen. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2009a.) Suomen valtioneuvosto on päättänyt helmikuussa 2009 jakaa 1,1 miljardia euroa alueviranomaisille talouden elvyttämisen tehostamiseksi. Lisäksi EU:n rakennerahastot ovat suuressa roolissa talouden elvyttämisessä, sillä niiden avulla tuetaan yritysten ja ihmisten selviytymistä talouskriisin vaikutuksista. Työ- ja elinkeinoministeriölle on työllisyyden hoitoon tarkoitettuja varoja, joiden käyttötarkoituksena on työttömyyden vähentäminen ja syrjäytymisen estäminen. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2009b.)

Pitkäaikaistyöttömyyteen on pyritty vaikuttamaan edistämällä työhön sijoittumista, työkyvyn ylläpitoa ja kuntoutusta (Kolehmainen 2004). Aktiivisen työvoimapolitiikan, koulutuksen ja työharjoittelun sekä tukityöllistämisen tarkoituksena on pitkäaikaistyöttömyyden vähentäminen (Tilastokeskus 2006). Työ- ja elinkeinohallinnon koulutus- ja tukityöllistämistoimenpiteissä oli joulukuussa 2008 mukana 75 800 henkilöä eli 2,9 prosenttia työvoimasta (Työ- ja elinkeinoministeriö 2008, 2). Työ- ja elinkeinohallinnon

koulutus- ja kehittämistoimenpiteissä mukana oli vuoden 2009 helmikuussa 80 400, eli 3 200 vähemmän, kuin vuotta aikaisemmin ja työ- ja elinkeinohallin työllistämistuki-toimenpiteiden kautta sijoitettuna oli 34 600, eli 200 henkilöä vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Lisäksi helmikuussa 2009 työmarkkinatuen työharjoittelussa ja työelämävalmennuksessa sekä työvoimakoulutuksessa olevien lukumäärä oli pienempi kuin vuosi sitten. (Työ ja elinkeinoministeriö 2009c, 1-2.)

Työttömyyttä on Suomessa hoidettu muun muassa veroalennuksin ja tavoitteena on ollut lisätä työttömien halukkuutta palata työelämään (Martikainen 2003, 70). Suomessa on kehitetty ja lisätty erilaisia työllistymistä aktivoivia toimia, kuten esimerkiksi kuntouttavaa työtoimintaa ja henkilökohtaisia aktivointisuunnitelmia. Yksi merkittävä toimi on työvoiman palvelukeskusten perustaminen. (Eronen ym. 2006, 125.) Työvoiman palvelukeskusten toiminnassa on onnistuttu palvelun yksilöllisyyden huomioimisessa ja moniammatillisen toimintatavan toteutumisessa. Kriittisesti on arvioitu niiden onnistumista ihmisten työllistämässä sekä työ- ja toimintakyvyn parantamisessa. Lisäksi terveyskeskusten työnjako palvelukeskusten kanssa on koettu muita julkisia palveluntuottajia epäselvimmäksi. (Eronen ym. 2006, 183.)

Suomen perustuslaissa taataan perustoimentulon turva työttömyyden, sairauden ja työkyvyttömyyden varalle. Lain mukaan julkisen vallan on turvattava kaikille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. (Finlex 1999.) Suomessa kansaneläkelaitos maksaa työttömille erilaisia tukia. Työttömällä työnhakijalla on oikeus työttömyyspäivärahaan tai työmarkkinatukeen. Työttömyyspäiväraha maksetaan joko ansiopäivärahana tai peruspäivärahana. Lisäksi ennen vuotta 1950 syntyneillä on mahdollisuus työttömyyseläkkeeseen. Lisäksi Kelan kautta on mahdollista hakea työmarkkinatukea, jos peruspäivärahan saamiseen liittyvä työssäoloehto ei täyty. Työmarkkinatuki maksetaan kotouttamistukena työttömille maahanmuuttajille. (Kansaneläkelaitos 2009.)

2.3 Työttömille suunnattuja projekteja ja hankkeita

Suomessa on tehty keski-ikäisten pitkäaikaistyöttömien kuntoutuskokeiluun liittyvä projekti, Kokeilusta KIPINÄÄ. Projektin tavoitteena oli saada ideoita pitkäaikaistyöttömyyden ehkäisyyn ja kuntouttamiseen. Turussa on toteutettu Kipinä-projekti vuosina 2003–2004. Sen tavoitteena oli syrjäytymisuhassa olevien pitkäaikaistyöttömien työ- ja toimintakyvyn kartoittaminen. (Suikkanen, Linnakangas, Harjajärvi & Martin, 2005.)

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes, vastaa pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeesta. Hanke toteutetaan vuosina 2007–2009 ja sen tarkoituksena on tehostaa pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoa ja terveystarkastuksia sekä yhdistää terveyspalvelut työttömien työllistämisen- ja kuntoutusprosesseihin. Hankkeessa on mukana 17 alueellista ja paikallista osahanketta. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2007.) Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankkeen tavoitteena on luoda toimintamalleja pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoon. Terveystarkastuksien avulla arvioidaan työttömien palvelutarvetta ja kohdistetaan työllistämisen- ja aktivointisuunnitelmat tarkoituksenmukaisesti. Osahankkeet ja niissä kehitettävät terveyspalvelumallit voidaan jakaa neljään luokkaan: TYP-hankkeet eli työvoiman palvelukeskushankkeet, Verkosto-hankkeet, Perusterveydenhuolto-hankkeet ja Kuntien työllistämistoiminta – hankkeet. (Sinervo 2008, 3-4) Hankkeissa on pyritty kehittämään yhteistyötä ja tietojenvaihtoa järjestämällä esimerkiksi yhteisneuvotteluja (Sinervo 2008, 71).

Jyväskylän seudulla on toteutettu Wire-projektia, joka on Jyväskylän ammattikorkeakoulun, Jyväskylän kaupungin, työ- ja elinkeinokeskuksen ja Jyväskylän seudun työvoimatoimiston Euroopan sosiaalirahaston hanke (Taipale 2003, 2). Projektin tavoitteena on edistää työllistymistä, ehkäistä syrjäytymistä ja kaventaa väestön terveyseroja (Hakulinen, Matilainen, Hartikainen, Suuronen, & Siukonen 2006, 38). Projektissa asiakas tulee terveystarkastukseen työvoimatoimiston ohjaamana ja tarkastuksessa suunnitellaan jatko muihin palveluihin kuten esimerkiksi terveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluihin (Taipale 2003, 2). Wire-projektissa on luotu pitkäaikaistyöttömän työllistämisen toimintamalli sekä palveluohjauksen toimintamalli. Toimintamallissa huomioidaan elämänhallinnan edistäminen, terveyden, työkyvyn ja osaamisen lisääminen. Wire-projekti käynnistettiin vuonna 2000, ja sen toiminnan perusajatuksena on

asiakaslähtöisyys. Toimintatapana on käytetty palveluohjausta, joka perustuu humaaniin ihmiskäsitykseen. (Hakulinen ym. 2006, 38–40.)

3 PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN HYVINVOINTI JA TERVEYS

Erosen ym. (2006,15) mukaan suomalaisten hyvinvointi, terveys ja toimintakyky ovat parantuneet ja Peltto-Huikon ym. (2005, 5) mukaan sosioekonomisten terveyserojen kaivaminen on tällä hetkellä Suomen yhteiskunnan haasteena. Heikoimmin voivat ryhmät ovat pitkäaikaistyöttömät, päihde- ja mielenterveysongelmaiset ja lastensuojelun tarpeessa olevat ja työttömien ja etenkin pitkäaikaistyöttömien tilanteen on todettu olevan erityisen ongelmallinen (Eronen ym. 2006, 18, 118). Väestöryhmien välille syntyviin terveyseroihin vaikuttavat lapsuuden ja aikuisuuden aineelliset olosuhteet, terveyskäyttäytyminen ja psykososiaaliset tekijät (Lahelma, Rahkonen, Koskinen, Martelin & Palosuo 2007, 36). Terveiden eriarvoisuutta kasvattaa elintapoihin liittyvät asiat kuten tupakointi, alkoholin käyttö, liikunta ja ruokatottumukset (Prättälä 2007, 166). Terveyseroja on selitetty muun muassa työoloilla ja terveyskäyttäytymisellä (Rahkonen, Talala, Laaksonen, Lahelma, Prättälä & Uutela, 2004).

On havaittu että hyvinvointia tuottaa ja suojaa työssäkäynti, sillä ansiotulojen nousu ja toteutuneet veroalennukset ovat lisänneet työssäkävien hyvinvointia (Eronen ym. 2006, 15). Suomalaisten työikäisten hyvinvointiin liittyvistä elinolosuhteista on tehty tutkimus vuonna 2004, jossa työikäisten hyvinvoinnin keskeiseksi ongelma-alueeksi todettiin työttömyys ja toimeentulo-ongelmat sekä niihin liittyvä huono-osaisuus (Karvonen, Lahelma & Winter 2006, 100). Työttömyys, vähäinen koulutus, sosiaalinen eristäytyneisyys ja köyhyys sekä pienituloisuus ennustavat hyvinvoinnin vajetta (Karvonen ym. 2006, 98). Työttömyyden seurauksena myös sairastuvuus ja kuolleisuus lisääntyvät (Kerätär 1995).

Pitkäaikaistyöttömyys vaikuttaa myös elämäntilanteiden hallintaan (Poutanen 2000, 228). Pitkäaikaistyöttömien elämänhallinnan perusteella heidät voidaan jakaa kolmeen ryhmään: sopeutujat, turhautujat ja syrjäytyjät. Sopeutujiin kuuluvat pitkäaikaistyöttö-

mät eivät koe lainkaan tai kokevat vain vähän pitkäaikaistyöttömyydestä johtuvaa turvattomuutta, ja heillä elämäntilanteen muutos eri elämänaalueilla on ollut muita ryhmiä vähäisempää. Turhautujiin kuuluvat pitkäaikaistyöttömät, joilla ulkoinen elämänhallinta onnistuu suhteellisen hyvin ja työttömyydestä aiheutuvat ongelmat liittyvät lähinnä sisäiseen hallintaan. Turhautujien ryhmään kuuluu paljon keski-ikäisiä. Terveystilaan liittyvä riskikäyttäytyminen, kuten esimerkiksi alkoholin ongelmakäyttö, painottuu Mannilan (1993) tutkimuksen mukaan vajaakuntoisten työttömien ryhmässä juuri keski-ikäisiin. Turhautujien ryhmä on hieman riippuvaisempi sosiaaliturvasta verrattuna sopeutujien ryhmään. Syrjäytyjien ryhmässä sisäinen ja ulkoinen elämänhallinta on muita ryhmiä heikommalla tasolla. Syrjäytyjien ryhmään kuuluvilla huono-osaisuus ja hyvinvoinnin vajeet ovat kasaantuneet, ja suurimmalla osalla on terveysongelmia ja lääkärin toteama pysyvä vamma tai sairaus. (Poutanen 2000, 215–226.) Lisäksi näköalattomuus tulevaisuuden suhteen on monelle pitkään työttömänä olleelle tavallista, ja pitkäaikaistyöttömillä eri elämänaalueiden ongelmien hallintaan liittyy usein alkoholin runsasta käyttöä (Poutanen 2000, 236).

Työttömyys on terveyden riskitekijä, sillä työttömyydellä on haitallisia vaikutuksia koettuun terveyteen, fyysiseen terveyteen, mielenterveyteen ja sosiaaliseen elämään (Vuori 1998). Tästä syystä työssä käyvien terveydentilan on todettu olevan parempi kuin työttömien (Rahkonen ym. 2004; Penttilä & Keinänen 2005, 46). Monilla työttömillä on epäterveellinen elämäntapa ja huono fyysinen kunto (Nyman 2002, 134). Turussa toteutetussa Kipinä-projektissa osallistuneilla pitkäaikaistyöttömillä todettiin olevan paljon terveyteen liittyviä riskitekijöitä, esimerkiksi ylipainoa, alkoholin haitallista käyttöä ja kohonnutta verenpainetta (Suikkanen 2005, 70–71). Wire-projektiin osallistuneista työttömistä 12 prosenttia ilmoitti juovansa yli 16 tai 24 ravintola-annosta viikossa tai toistuvasti yhdellä kertaa yli 7 ravintola-annosta, eli yli suurkulutuksen rajojen. (Taipale 2003, 7). Osa työttömyyden terveysvaikutuksista onkin selitettävissä elämäntavoilla (Kerätär 1995).

3.1 Pitkäaikaistyöttömien terveysongelmat

Nymanin (2002, 134) mukaan monilla työttömillä on lyhyt koulutus, ja Rahkosen ym. (2004) mukaan terveyttä vaarantava käyttäytyminen on yleisempää juuri alemmissa koulutusryhmissä. Pitkäaikaistyöttömyys enintään 9 vuotta koulua käyneillä on yleisempää kuin vähintään 13 vuotta opiskelleilla. Esimerkiksi Kainuussa on todettu, että lihavuus ja huono terveys sekä terveyttä vaarantavat elintavat, kuten esimerkiksi tupakointi, ovat yleisempiä ja kuolleisuus suurempaa vähemmän koulutettujen joukossa. Lisäksi psykiatriset hoitajaksot ja päihdediagnooseihin liittyvät psykiatriset sairaalahoidot ovat yleisempiä vähemmän koulutetuilla. (Kaikkonen, Linnanmäki, Kostiainen, Murto & Koskinen 2008, 270–273.) Lisäksi työttömillä miehillä on todettu olevan epäterveellisemmät elämäntavat kuin työllisillä. Esimerkiksi ylipaino on yleisempää työttömillä, ja vihannesten, hedelmien ja marjojen kulutus on heillä vähäisempää. (Nyman 2002, 136.) Myös liikkumiskyvyn ongelmat, selkävut ja selkäsairaudet sekä kohonnut verenpaine ovat yleisempiä vähemmän koulutetuilla (Kaikkonen, Martelin, Prättälä, Helakorpi, Arffman, Pietikäinen & Koskinen 2008, 94–95). Yhydsvalloissa on todettu että yleisimpiä työttömyyden haitallisia seurauksia terveyteen ovat sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet (Strully 2009, 243). Wire-projektin terveystarkastuksiin liittyvässä tutkimuksessa tuli ilmi että asiakkaana olleista työttömistä 52 prosentilla oli painoindeksi yli 25 ja 43 prosentilla verenpaine arvot olivat yli 130/85. Lisäksi 76 prosentilla terveystarkastuksiin osallistuneista, veren kolesteroliarvot olivat koholla ja osalla oli myös verensokeriarvot koholla. (Taipale 2003, 5-6.)

Nymanin (2002, 135) mukaan työttömillä somaattinen sairastuvuus on yleisempää kuin työllisillä, sekä Poutasen (2000, 236) mukaan erilaiset psykosomaattiset oireet ovat pitkäaikaistyöttömillä yleisempiä. Keski-ikäisillä työttömillä on todettu olevan työllisiä enemmän sairauksia ja oireita, sekä esimerkiksi keski-ikäiset työttömät miehet yleisimmin kärsivät stressistä ja unettomuudesta. (Nyman 2002, 135.) Työttömyys ennustaa osittain somaattista sairastuvuutta etenkin keski-ikäisillä. Lisäksi työttömyys näyttää ennustavan myös huonoa terveyttä ja fyysistä suorituskykyä. (Nyman 2002, 136.) Wire-projektin terveystarkastuksissa asiakkaiden kuvailemia tuki- ja liikuntaelinoireita oli 28 prosentilla (Taipale 2003, 6).

Pitkäaikaistyöttömien oma arvio terveydentilastaan on muita väestöryhmiä heikompi (Poutanen 2000, 236). Oman terveydentilan arvioimisessa on havaittavissa eroja työttömien ja työllisten välillä. Työssäkävivistä suurin osa arvioi terveydentilansa hyväksi tai erittäin hyväksi kun taas työttömistä vastaavasti alle puolet arvioi terveydentilansa hyväksi tai erittäin hyväksi (Penttilä & Keinänen 2005, 45–46.) Työikäisten osalta koulutusryhmien välillä on havaittu suuria eroja koetussa terveydessä (Kaikkonen, Martelin, Prättälä, Helakorpi, Arffman, Pietikäinen & Koskinen 2008, 34). Mitä korkeampi koulutus, sitä paremmaksi terveys koetaan (Rahkonen, Talala, Laaksonen, Lahelma, Prättälä & Uutela, 2004; Kaikkonen, Martelin, Prättälä, Helakorpi, Arffman, Pietikäinen & Koskinen 2008, 34).

Terveys 2000-tutkimuksen yhtenä osana on tehty tutkimus suomalaisten nuorten aikuisten terveydestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista. Tutkimuksen mukaan suomalaisten nuorten aikuisten mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yleisiä ja häiriöillä on yhteys matalaan peruskoulutustasoon ja työttömyyteen. Työttömistä nuorista aikuisista noin neljännes kärsi päihdehäiriöistä ja – riippuvuudesta, työllisillä vastaava osuus oli vain noin 5 prosenttia. Työttömillä myös mielenterveyshäiriöitä oli neljä kertaa enemmän kuin työllisillä. (Suvisaari 2008).

Lewis ja Sloggett ovat tutkineet sosioekonomisen tilanteen, työttömyyden ja kroonisten sairauksien välisiä yhteyksiä Englannissa ja Walesissa. Työttömyyden on todettu lisäävän riskiä erilaisiin mielenterveyshäiriöihin, kuten esimerkiksi masennukseen ja ahdistuneisuuteen. (Lewis & Sloggett 1998.) Masennusta, ahdistuneisuutta, persoonallisuuden häiriöihin ja psykoottiseen käyttäytymiseen viittaavia oireita ilmeni Wire-projektin asiakkailta heidän oman ilmoituksensa mukaan 22 prosentilla (Taipale 2003, 7). Yhdysvalloissa vuosina 1979–1989 tehty seurantatutkimus työllisyyden ja itsemurhariskin yhteydestä osoitti, että jo kolmen seurantavuoden jälkeen työttömillä oli suurempi itsemurhariski kuin työllisillä (Kposowa 2001). Työttömyyden ja itsemurhan välillä onkin todettu olevan merkittävä yhteys sekä miesten että naisten kohdalla (Gunnell ym.1999). Työn menetyksen vaikutuksien on todettu olevan korkeimmillaan työttömyyden alkaessa, aiheuttaen stressiä ja masentuneisuutta (Kposowa 2001). Psyykkinen rasittuneisuus ja masennusoireet lisääntyvät työttömäksi jäämisen seurauksena ja uudelleen työllisty-

minen vähentää selkeästi oireilua (Vuori 1998). Mielenterveysongelmaiset työttömät ovat suuressa riskissä voida entistä huonommin työttömyysjaksojen aikana. Terveydentila heikkenee nopeasti niillä, jotka ovat joutuneet työttömäksi huonon terveydentilan seurauksena. (Claussen 1999, 99.)

3.2 Pitkäaikaistyöttömien syrjäytyminen ja syrjäytymisriski

Pitkäaikaistyöttömyyden on todettu vaikuttavan myös syrjäytymiseen (Poutanen 2000, 228). Syrjäytymiskäsitteellä on alun perin tarkoitettu syrjäytymistä työmarkkinoilta työttömyyden, ennenaikaisen eläkkeelle siirtymisen tai työkyvyttömyyden seurauksena (Poutanen 2000, 21–23). Syrjäytymisellä tarkoitetaan tällöin työelämän ulkopuolelle joutumista, mutta sillä on myös muita merkityksiä. Syrjäytymisen käsitteellä viitataan huono-osaisuuteen, ja sen kasautumiseen. Käsitteellä voidaan tarkoittaa muun muassa sosiaalisen yhteisön ulkopuolelle jäämistä. (Virtanen, Jalava, Koskela & Kilappa 2006, 21.) Syrjäytyminen on monen eri tekijän yhteisvaikutuksien seuraus (Virtanen ym. 2006, 23). Työllä on mahdollisesti hyvin merkittävä rooli yksilön paikan määrittämisessä yhteisön jäseneksi, joten työttömyys voi johtaa yhteiskunnasta vieraantumiseen (Lewis & Sloggett 1998).

Syrjäytymisriskeinä voidaan pitää työttömyyden lisäksi köyhyyttä ja puutteellista koulutusta (Pensola, Järviöski & Järvisalo 2006, 223). Ihmisten syrjäytymisen riskiä näyttää vähentävän turvattu asumistilanne, perheen sisäiset hyvät ihmissuhteet, harrastaminen ja tukeutuminen aineellisesti vaatimattomaan elämäntapaan (Poutanen 2000, 231). Syrjäytymiseen on liitetty huono-osaisuuden kasautuminen, työttömyyden ja etenkin pitkäaikaistyöttömyyden aiheuttamat hyvinvoinnin ongelmat ja köyhyys sekä asunnottomuus (Poutanen 2000, 24). Nuorilla pitkäaikaistyöttömyys johtaa herkästi syrjäytymiseen ja siitä johtuviin terveysongelmiin (Martelin, Koskinen & Lahelma 2005). Suurin osa pitkäaikaistyöttömistä on syrjäytynyt työmarkkinoilta, mutta on huomioitava, etteivät kaikki pitkäaikaistyöttömät kuitenkaan ole suuressa riskissä työmarkkinoilta syrjäytymiseen (Tuomala 1998, 66).

Syrjäytymistä voidaan pitää Suomessa ajankohtaisena yhteiskunnallisena ongelmana (Virtanen, Jalava, Koskela & Kilappa 2006, 21). 2015- kansanterveysohjelmassa yhtenä keskeisenä haasteena on työikäisten terveydessä pitkäaikaistyöttömien ja sosiaalisesti syrjäytyneiden sairastavuus. Valtioneuvoston yhtenä toimintakeinona on syrjäytymiskehityksen estäminen tarjoamalla työttömille ja epätyypillisissä työsuhteissa oleville terveyspalveluja. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2001, 24.) Syrjäytymisen ennaltaehkäisyyn suhteen olisi löydettävä myös uusia toimintamalleja, sillä syrjäytyneiltä ei voida samalla tavalla odottaa omaa vastuuta terveyden edistämisestä, kuin hyvin pärjääviltä väestöryhmiltä (Sinervo 2008, 74). Kuntien välinen yhteistyö ja laaja työpajatoiminta ovat hyviä keinoja ehkäistä työttömien alueellista syrjäytymistä (Virtanen ym. 2006, 36).

3.3 Pitkäaikaistyöttömien työkyky

Terveys 2000 -tutkimuksessa on laajasti tutkittu väestön työkykyä ja työkykyyn vaikuttavia tekijöitä. Kokemus työkyvystä pohjautuu terveyteen, toimintakykyyn, osaamiseen, arvoihin, työhön, lähiyhteisöön ja elämäntilanteeseen. (Ilmarinen, Gould, Järvisalo & Järvisalo 2006, 34.)

Työterveyslaitoksen teettämässä tutkimuksessa selvitettiin työkykyindeksin avulla vuonna 2005 syksyllä olleiden työttömien työkykyä. Tutkimuksen mukaan työttömien työkyky on heikompi kuin työssäkäyvien työkyky. (Holm, Jalava & Ylöstalo 2006, 5.) Työttömistä 40 prosentilla on kohtalainen tai heikko työkyky, ja sen myötä heillä on kohtalaisen suuri riski syrjäytyä työmarkkinoilta (Holm ym. 2006, 21–22). Vuoden yhtäjaksoisesti olleiden pitkäaikaistyöttömien työkyky on alle puolella hyvä tai erinomainen (Holm, Jalava & Ylöstalo 2006, 5). Pitkäaikaistyöttömien heikko asema työmarkkinoilla johtuu suurelta osin niukasta työpaikkatarjonnasta, pitkäaikaistyöttömien heikosta koulutustasosta, iästä ja terveydentilasta. Esimerkiksi Suomussalmella on työttöminä yhä enemmän henkilöitä, jotka ovat vielä työkykyisiä, mutta heillä ei ole työantajien tarvitsemia valmiuksia kuten esimerkiksi ATK- taitoja, hyvää kielitaitoa tai korkeaa koulutustasoa. (Poutanen 2000, 233.)

Työttömillä yhtenä työkykyä heikentävänä tekijänä on myös lyhyt koulutustausta, joka kasvattaa riskiä pitkäaikaistyöttömyyteen. Ylemmän keskiasteen käyneillä, yli 45-vuotiailla työttömillä todettiin parempi työkyky, kuin ainoastaan perusasteen käyneillä työttömillä. (Pensola ym. 2006, 239.) Iällä on työttömien keskuudessa suurempi merkitys työkyvyn heikkenemisessä kuin työssäkäyvien keskuudessa (Holm ym. 2006, 21–22). Työttömyyden pitkittymisen ja toistuvuuden on todettu heikentävän työkykyä (Pensola ym. 2006, 223; Holm ym. 2006, 21–22). Työttömien työkykyä tulisikin terveys 2000-tutkimuksen mukaan parhain mahdollisin keinoin tukea, sillä huono työkyky lisää syrjäytymisen riskiä (Pensola ym. 2006, 223).

4 TYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUT

Terveyspalvelujärjestelmän suurin haaste liittyy heikoimmin voivien ryhmien tilanteen parantamiseen. Pitkäaikaistyöttömien, päihdeongelmaisten ja mielenterveyskuntoutujien tukemisessa on havaittu puutteita, ja nämä ryhmät jäävät muita väestöryhmiä helpommin palvelujen ja etuuksien ulkopuolelle. (Eronen ym. 2006, 176.) Työikäisten terveydenhuolto toteutuu pitkälti työterveyshuollon kautta. Työttömäksi joutuessa ihminen jää työterveyshuollon ulkopuolelle ja hoitosuhteet katkeavat (Kerätär 1995). Terveys­huollon painopisteenä tulisi olla työttömien terveydenhuolto (Nyman 2002, 139). Esimerkiksi Ruotsissa on arveltu, että lisääntyneet kustannukset terveydenhuollossa ja korkea työttömyysaste estävät alhaisen tulotason väestön terveystalvelujen käyttöä (Whitehead, Evandrou, Haglund & Diderichsen, 1997).

Haitalliset terveystavat ja erilaiset mielenterveys- ja sosiaaliset ongelmat lisäävät mahdollisuutta työttömyyteen, mutta myös työttömyydellä on vahingollisia vaikutuksia terveyteen. (Nyman 2002, 139.) Suomessa terveyskeskuksissa ja sosiaalitoimissa on herännyt huoli etenkin päihdeongelmaisten ja työttömien miesten tilanteesta. Ongelmallista on ongelmien kasautuminen, esimerkiksi päihdeongelmiin liittyy usein työttömyyttä ja mahdollisesti myös mielenterveysongelmia. (Eronen, Londen, Perälähti, Siltaniemi, Särkelä 2006, 119.)

Työttömyyden haitallisten terveysvaikutusten ehkäisemisessä kaikkein tärkeimpiä ovat luultavasti koulutusohjelmat ja työllistämisyhteistyöt. Erilaisilla aktivointitoimenpiteillä ja tukiryhmillä on myös todettu olevan positiivisia vaikutuksia. (Claussen 1999, 99.) Wire-projektiin liittyvissä terveystarkastuksissa löydettiin monia terveyden riskitekijöitä ja sairauksia enemmän kuin koko väestöä koskevissa tutkimuksissa (Taipale 2003, 11).

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon määrärahojen mitoituksessa on vuosina 2006 ja 2007 huomioitu pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset. Sosiaali- ja terveysministeriö on kehottanut kuntia aloittamaan systemaattisesti pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoiminnan, jossa tavoitteena on pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn ylläpitäminen ja palauttaminen. (Melkas & Välimäki 2008.) Sosiaali- ja terveysministeriö teetti kunnille kyselyn vuonna 2008, jossa selvitettiin, miten pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja -palveluja on kunnassa kehitetty. Kyselyyn vastasi 55 prosenttia Suomen kunnista. Osallistuneista kunnista 70 prosentissa oli tehty toimenpiteitä terveyspalvelujen kehittämiseksi. (Saikku 2008, 7.) Kunnissa tehdyt toimenpiteet olivat terveystarkastusten toteuttaminen ja yhteistyön kehittäminen perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja työvoimahallinnon välillä. (Saikku 2008, 10.) Kunnissa toivottiin perusterveydenhuollolle kohdennettua rahaa pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen järjestämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön teettämään kyselyyn vastanneet olivat nostaneet esiin myös pitkäaikaistyöttömien tavoittamisen sekä motivaation ongelmallisuuden. (Saikku 2008, 12.) Työttömien terveyshankkeen osa-hankkeissa on myös havaittu haasteelliseksi asiakkaiden osallistuminen, sitouttaminen ja motivaatio, sillä monet pitkäaikaistyöttömät ovat passiivisia ja tarvitsevat aktiivista kontaktin luomista. Lisäksi käyttämättömät ajanvaraukset ja vähäinen osallistuminen ryhmätoimintaan on koettu haasteelliseksi. On havaittu, että vanhemmat työttömät osallistuvat ja sitoutuvat varauksille ajoille nuoria työttömiä paremmin. Sitouttamisessa tärkeää on luottamuksen luominen, aito välittäminen ja kuunteleminen sekä terveyspalveluihin lähettävän tahon motivaatio. (Sinervo 2008, 74.)

Terveyspalvelujen saatavuus ja jatko-ohjaus on haasteellista, sillä esimerkiksi perusterveydenhuollon lääkärivajeen vuoksi lääkärille ohjautuminen on ollut vaikeaa ja aikaa vievää. Työttömien terveyshankkeen osa-hankkeissa tämä ongelma on ratkaistu osto-

palveluna työterveyshuollosta. Haasteelliseksi on havaittu myös päihde- ja mielenterveyshuollon vähäiset resurssit. Matalan kynnyksen palveluille, joihin pääsisi ilman lähetettä, on todettu olevan suurta tarvetta. (Sinervo 2008, 73) Moni työtön yrittää hakea apua terveydenhuollosta ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon tulisikin olla saatavilla kaikille työllisyydestä huolimatta (Nyman 2002,142). Syrjäytyneiden ja syrjäytymisuhan alla olevien asiakkaiden kohdalla olisi ihanteellista, jos terveysasemilla työskentelisi matalan kynnyksen palveluissa terveydenhoitaja, joka huolehtisi ennaltaehkäisevästä terveysneuvonnasta. Oleellista terveysneuvonnassa olisi muun muassa kansantautien ja syrjäytymisen ennaltaehkäisy. Lisäksi on mietitty työttömien terveystarkastuksien jatkuvuutta ja sen kehittämistä esimerkiksi määrääjain tehtävillä uusintatarkastuksilla. Haasteellista uusintatarkastuksissa on asiakkaiden tavoittaminen. Lisäksi käytännön kokemuksen mukaan työttömät eivät ole ohjautuneet omatoimisesti tarkastuksiin. (Sinervo 2008, 73.)

Työttömät tarvitsevat monenlaista tukea kuten esimerkiksi koulutukseen, terveyskäyttäytymiseen, terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin ja talouteen liittyen. Terveydenhuollon henkilöstön tulisi tarjota tukea ja lisätä työttömien itsetuntoa. Lisäksi asiakkaiden fyysinen toimintakyky olisi huomioitava ja annettava ohjausta terveellisimmistä elämäntavoista sekä ottaa puheeksi myös stressi, masennus ja unettomuus. Tiedon antaminen yksilöllisellä tasolla on tärkeää. Lisäksi pitkäaikaistyöttömille tulisi tarjota mahdollisuus eläkkeelle jäämiseen sillä eläkkeelle siirtyminen edistää hyvinvointia. (Nyman 2002, 142.) Stakesin laatiman Kannattaako kuntoutus? -raportin tulokset osoittavat, etteivät kaikkien pitkäaikaistyöttömien kuntouttaminen työelämään ole oikea ratkaisu, vaan kuntoutujalle tulisi antaa tarvittaessa eläkepäätös työkyvyn arvioinnin pohjalta (Aalto ym. 2002, 10).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää työntekijöiden kokemuksia pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluista Raisiossa ja kartoittaa kehittämissuhteita toiminnalle työntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön toisessa osassa tarkoituksena on tutkimustulok-

siin pohjautuen suunnitella ja toteuttaa ryhmätoimintakokonaisuus pitkäaikaistyöttömille naisille.

TUTKIMUSONGELMAT

1. Minkälaisia kokemuksia työntekijöillä on pitkäaikaistyöttömien terveystalvluista?
2. Minkälaisia kehittämissuhotuksia työntekijöillä on pitkäaikaistyöttömien terveystalvlujen kehittämiseen?

6 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kohderyhmä

Raision pitkäaikaistyöttömien terveystalvluu toteutetaan yhteistyössä Raision kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sekä Turun ammattikorkeakoulun kanssa. Toiminta on aloitettu vuonna 2007 Raision kaupungin aloitteesta. Raision pitkäaikaistyöttömien terveystalvlujen järjestämisessä on mukana sosiaali- ja terveystoimi henkilöstöä, jotka vastaavat pitkäaikaistyöttömien ohjaamisesta terveystarkastuksiin ja huolehtivat jatkohoidosta. Turun ammattikorkeakoulusta toiminnassa on mukana terveydenhoitajaopiskelijojta, joiden tehtävänä on pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten toteuttaminen ja asiakkaiden ohjaaminen jatkohoitoon. Mukana on myös Turun ammattikorkeakoulun opettaja, joka huolehtii yhteistyöstä Raision sosiaali- ja terveystoimeen, sekä vastaa opiskelijoiden ohjauksesta. Tutkimukseen osallistuneet haastateltavat henkilöt ovat sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöä, jotka ovat pääsääntöisesti ohjanneet pitkäaikaistyöttömiä tarkastukseen, tai pitkäaikaistyöttömät ovat tulleet heidän vastaanotolleen. Lisäksi tutkimukseen osallistui kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa ja Turun ammattikorkeakoulun opettaja. (LIITE1)

Tutkimuksen näyte, eli haastateltavat, valitaan tutkittavaa asiaa koskevan kokemuksen ja asiantuntemuksen mukaan (Vilka 2005, 114). Tutkimusta varten haastateltiin henki-

löitä eri ammattiryhmistä. Haastateltavat ovat keskeisessä asemassa pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujärjestelmässä Raisiossa. Tavoitteena on muodostaa kokonaiskuva toiminnasta ja selvittää tutkimusongelmiin liittyviä asioita mahdollisimman keskeisistä näkökulmista.

6.2 Aineistonkeruumenetelmän valinta ja aineistonkeruu

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna (LIITE2). Haastattelu on hyvä menetelmä tilanteissa, joissa vastaukset ovat monitahoisia, tai halutaan selventää saatuja vastauksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 193–194). Ryhmähaastattelua käytettäessä on mahdollista saada tietoa tavallista enemmän, sillä osallistujat voivat yhdessä esimerkiksi muistella ja rohkaista toisiaan (Eskola & Suoranta 1999, 95). Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin ennalta valittuihin teemoihin, jotka ovat samat jokaisessa ryhmähaastattelussa. Haastattelu voi kuitenkin edetä jokaisessa ryhmässä omalla painollaan (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48).

Haastattelun tavoitteena on saada mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja. Haastattelututkimuksen etuna ajatellaan olevan sen joustavuus aineiston keruussa, sillä aineiston keruuta voidaan säädellä tilanteen mukaan. Haastatteluaineisto on lisäksi kovin tilannesidonnaista eli tutkittavat voivat puhua tutkimustilanteessa toisin kuin jossakin muussa tilanteessa. Haastattelua käytetään tilanteissa, joissa haastateltavalle halutaan antaa mahdollisuus kertoa itseään koskevista asioista vapaasti. (Hirsjärvi ym. 2004, 193–197.) Ryhmähaastattelun etuna on sen nopeus, sillä ryhmähaastattelun avulla on mahdollista saada yhtä aikaa monelta haastateltavalta samanaikaisesti tietoa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61–63). Teemahaastattelussa haastattelijalla on lista käsiteltävistä asioista, mutta ei valmiita kysymyksiä (Eskola & Suoranta 1999, 87). Teemahaastattelussa aihepiirit eli teemat ovat siis tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys eivät. (Hirsjärvi ym. 2004, 197). Teemat valitaan teorian tutkimustiedon pohjalta (Hirsjärvi & Hurme 2001, 66). Teemahaastattelu ja ryhmähaastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, koska haluttiin mahdollisimman syvällistä tietoa työntekijöiden kokemuksista, ja teemahaastattelu antoi haastateltaville mahdollisuuden kertoa omista kokemuksistaan

vapaasti. Ryhmähaastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi myös sen vuoksi, että haastattelutilanteessa ryhmän jäsenet voivat ideoida yhdessä etenkin toimintaan liittyviä kehittämisehdotuksia.

Tämän opinnäytetyön yhdyshenkilönä toimi Raision kaupungin työntekijä. Yhdyshenkilön kautta kartoitettiin ketkä olisivat kiinnostuneita osallistumaan haastatteluun. Yhdyshenkilö järjesti vapaaehtoiset haastateltavat, haastatteluajankohdan ja haastattelupaikan. Osa haastatteluista sovittiin suoraan haastateltavien kanssa sähköpostin kautta. Yhtenä ryhmänä haastateltiin sosiaalityöntekijää, työvoimaohjaaja ja kuntoutusohjaajaa. Toisen ryhmän muodostivat lääkäri ja osastonhoitaja sekä kolmannessa ryhmässä oli diabetes- ja astmahoitaja. Lisäksi haastattelimme kahta Turun Ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijaa ja yhtä opettajaa.

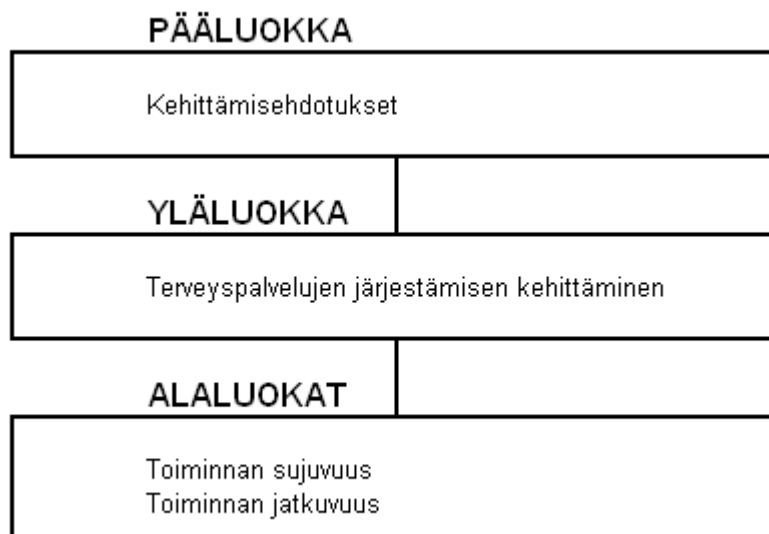
Tutkimusaineisto on kerätty tekemällä ryhmähaastatteluja edellä mainituille neljälle ryhmälle. Ryhmissä on ollut kahdesta kolmeen henkilöä. Ryhmähaastattelut on nauhoitettu ja tehty työpaikoilla erikseen sovittuna aikana. Ryhmähaastattelut toteutettiin tiiloissa, joissa ulkopuolisia häiriötekijöitä oli mahdollisimman vähän. Haastattelut kestivät 20 minuutista 50 minuuttiin. Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat olleet mukana jokaisessa haastattelussa. Tällöin on varmistettu, että sovitut asiat tulevat läpikäytyiksi, ja haastattelutilanne on kaikilla ryhmillä pääosin samanlainen. Tutkimusongelmat ja aineistonkeruuväline ovat yhteneväiset, sekä pohjautuvat kirjallisuudesta nousseisiin osaluaisiin. (vrt. Nyman 2002; Taipale 2003; Eronen ym. 2006; Saikku 2008; Sinervo 2008) Teemahaastattelurunko muodostuu kahdesta pääteemasta, jotka muodostuivat suoraan tutkimusongelmista. Haastattelurunkoon lisättiin vielä apukysymyksiä laajentamaan käsiteltävää teemaa. (LIITE2) Aluksi kokemuksia ja kehittämisehdotuksia kartoitettiin yleisesti ja sen jälkeen niitä kohdennettiin apukysymysten avulla eri osaluaisille. Haastattelutilanteissa ryhmän kaikki jäsenet pystyivät avoimesti kertomaan ajatuksistaan ja keskustelemaan aiheista, ja he ideoivat ja huomioivat erilaisia näkökulmia teemoista.

6.3 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen lähestymistapojen tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21). Sisällönanalyysi on kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä on mahdollista kuvailla lyhyesti ja yleistettävästi, tai ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille (Pietilä 1973, Burns & Gorven 1997, Latvalan & Vanhanen-Nuutisen 2003, 23 mukaan). Sisällönanalyysi-prosessista muodostuu erilainen tutkimustehtävän ja tutkijan mukaan, ja tutkijasta riippuu sisällönanalyysin eri vaihtoehtojen hyödyntäminen (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003,40). Eskolan & Suorannan (1998) mukaan analyysimenetelmiä ovat muun muassa teemoittelu, tyypittely ja sisällön erittely. Usein on tarpeen koodata aineisto sen jälkeen kun aineisto on purettu tekstimuotoon. (Helakorpi 1999, 70). Sisällönanalyysin etenemisen vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi (Weber 1990, Downe-Wamboldt 1992, Miles & Huberman 1994, Burnard 1996, Cavanagh 1997 ja Catanzaro 1998, Latvalan & Vanhanen-Nuutisen 2003, 24 mukaan).

Analyysiyksikkö on mahdollista määritellä monella eri tavalla, mutta yleisimmin käytetty analyysiyksikkö on aineiston sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Aineiston pelkistäminen ja luokittelu tehdään aineistolähtöisesti eli aineistosta tehdään pelkistettyjä ilmauksia tutkimustehtävään pohjautuen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25–26.) Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään etsimällä yhtäläisyyksiä ja eroja pelkistetyistä ilmauksista ja samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistetään samaksi luokaksi ja luokalle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi (Krippendorf 1980, Dey 1993, Cavanagh 1997, Latvalan & Vanhanen-Nuutisen 2003, 28 mukaan). Weberin (1990) mukaan aineistoa kuvailevien luokkien tulee olla sellaisia että ne ovat toistensa poissulkevia ja yksiselitteisiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23). Tämän jälkeen aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tehdään aineiston abstrahointi eli samansisältöiset luokat yhdistellään ja siten saadaan muodostettua vielä yläluokkia (Latvala, Vanhanen-Nuutinen 2003,29).

Aineistoa luettiin useasti läpi ja Saaren (1994) mukaan tutkijan olisi hyvä lukea aineisto läpi useaan kertaan, jotta tutkija saisi kokonaiskuvan aineistosta, ja aineistoon voi jo tässä vaiheessa tehdä alustavia merkintöjä (Helakorpi 1999, 70). Aineiston analyysi aloitettiin litteroimalla aineisto sanasta sanaan. Tekstimuotoon kirjoittamisen jälkeen kerätty haastatteluaineisto tiivistettiin ja koodattiin ryhmäkohtaisesti. Litteroitua aineistoa oli keskimäärin neljä sivua haastattelua kohden eli yhteensä 20 sivua. Litteroidusta aineistosta tuli ilmi, että joissakin ryhmissä oli joidenkin teemojen osalta käyty vilkasta keskustelua ja pohdintaa, jolloin aineiston sivumäärät vaihtelivat. Aineiston teemoittelu tehtiin aineistonkeruumenetelmän teemoihin pohjautuen, jonka jälkeen aineisto tyypiteltiin yleisimmin esille tulleiden ajatuskokonaisuuksien mukaisesti. Aineisto ryhmiteltiin tyypittelyyn, yhtäläisyyksien ja erojen kautta. Tämän jälkeen samaan teema-alueeseen kuuluvat ilmaukset yhdisteltiin luokiksi ja nimettiin. (Kuva 1)



Kuva 1: Esimerkki analyysistä.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Työntekijöiden kokemukset pitkäaikaistyöttömien terveystalvveluista

Kokemusten osalta haastatteluaineistosta nousi selkeästi esille kokemukset *pitkäaikais-työttömien terveystalvvelujen järjestämisestä* ja niiden *merkityksellisyydestä* sekä kokemukset pitkäaikaistyöttömistä *asiakasryhmänä*. Terveystalvvelujen järjestämisestä nousevat työntekijöiden kokemukset olivat asiakkaiden ohjautuminen terveystalvveluihin, yhteistyön sujuvuus työntekijöiden välillä ja jatkuvuuden sekä seurannan puutteellisuus. Kokemukset terveystalvvelujen merkityksellisyydestä liittyivät sairauksien löytymiseen ja asiakkaiden motivoitumiseen ja siten myös työn tuloksellisuuteen sekä järjestetyn talvvelun sisällön ja toimintatavan merkityksellisyyteen. Asiakasryhmää koskevat kokemukset liittyivät asiakkaiden taustaan ja elämäntilanteeseen, asiakkaiden terveystalvveluiden käyttöön yleisesti, asiakkaiden suhtautumiseen järjestettyyn terveystalvveluun ja asiakasryhmän haasteellisuuteen sekä asiakkaiden motivaatioon ja sitoutumiseen.

7.1.1 Kokemukset terveystalvvelujen järjestämisestä

Puolet haastatteluryhmistä koki merkittäväksi sen että toiminta on saatu pyörimään, sillä resursseja terveystarkastusten järjestämiseen ilman yhteistyötä koulun kanssa ei olisi ollut riittävästi.

Muutamassa haastatteluryhmässä pohdittiin asiakkaan ohjautumista terveystarkastukseen työvoimatoimiston kautta. Tämä koettiin hyväksi asiaksi, sillä tällöin tavoittaminen on ollut helpompaa kuin esimerkiksi lähettämällä kutsu postitse kotiin. Matalan kynnyksen talvvelun todettiin olevan oleellinen, jotta tavoitetaan heikoimmin motivoituneita pitkäaikaistyöttömiä. Asiakkaat olivat yhden ryhmän mukaan tietämättömiä siitä, mitä terveystarkastuksessa tapahtuu ja miksi sellainen tehdään. Ryhmässä pohdittiin sitä, että asiakkaat haluavat todennäköisesti varmistaa vielä terveystarkastuksen kulkua. Työntekijät kokivat toimintansa olevan samanlaista kuin muun väestöryhmän kanssa, eikä esimerkiksi aikaa ole varattu muita asiakkaita enempää. Yhdessä ryhmässä haastateltavat olivat havainneet, että asiakkaiden käynnit vastaanotolla eivät ole nopeita käynnejä vaan aikaa on varattava myös kuuntelulle. Asiakkaat ovat varanneet itse aikoja vas-

taanotoille, tai terveydenhoitajaopiskelija on varannut ajan, mikäli on koettu sen olevan tarpeellista. Puolet haastatteluryhmistä koki tämän käytännön hyväksi.

”...et yllättävän hyvin me ollaan tavoitettu.. et tietty täs on tämmönen systeemi millä heidät kutsutaan verrattuna jonkun muun kunnan kokemuksiin, jos lähetettäis esim. kut-su kotiin.”

Terveystarkastuksissa käydään asioita läpi valmiin haastattelurungon pohjalta. Tämä todettiin hyväksi käytännöksi, koska haastattelurunko jäsentää terveystarkastuksen kulua. Yhdestä ryhmästä kannustettiin opiskelijoita toimimaan reippaasti, sillä ryhmän mukaan toimintaa voi tehdä monella tavalla oikein ja vain harvalla tavalla väärin. Terveydenhoitajaopiskelijoiden tekemät yhteenvedot asiakkaista ovat olleet tarkoituksenmukaisia.

Suurimmassa osassa haastatteluryhmistä nousi selvästi esille haastateltavien tiedottomuus siitä, mitä pitkäaikaistyöttömille tapahtuu terveystarkastuksen tai jatkohoitokontaktin jälkeen, ja lisäksi pohdittiin seurannan puutteellisuutta. Kiinnostavana pidettiin pitkäaikaistyöttömien jatkokäyntien toteutumista ja asiakkaiden tulevaisuutta terveystarkastusten jälkeen. Seuranta koettiin tärkeäksi etenkin silloin kun jokin hoitoa vaativa terveysongelma on todettu asiakkaalla.

”...oon varannu heille lääkärille aikaa, enkä oo yhtään tienny että onko he menny lää-kärin vastaanotolle ja tekeekö he näitä elämäntapamuutoksia joka tietysti edellyttää kun tällänen tauti todetaan.”

”...kun niitä käyntejä on kaks niin sit ainakin itteä mietityttää et mitä sille ihmiselle ta-pahtuu niiden kahden käynnin jälkeen ei tiedä sitä tulevasuutta et mit siellä sit tapah-tuu.”

Kaikissa haastatteluryhmissä tuotiin esille hyvä yhteistyö pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluissa mukana olevien työntekijöiden välillä. Puolet haastatteluryhmistä kertoi olevansa säännöllisesti yhteydessä muihin työntekijöihin. Yhden ryhmän mukaan pitkä-

aikaistyöttömien terveyspalvelujen järjestämisen toimivuuden kannalta koettiin tärkeäksi se, että yhteistyön tarve on lähtenyt organisaatiosta ja tällöin sitoutuminen toiminnan järjestämiseen on ollut hyvää. Yhteistyön koettiin parantuneen opettajan käyttöoikeuksilla Efficapotilastietojärjestelmään, jolloin tiedonkulku terveystoimeen on sujunut hyvin. Yhden ryhmän keskustelun mukaan työnjako on onnistunut, ja ryhmä pohti, että toiminta on kaikille osapuolille varmasti hyödyllistä.

”...oon huomannu että kyllä nää yhteistyökumppanit sitoutuu ja paneutuu...”

7.1.2 Kokemukset terveyspalvelujen merkityksellisyydestä

Kaikissa ryhmissä tuotiin esille, että terveystarkastukset ovat tärkeitä pitkäaikaistyöttömien kannalta. Puolet ryhmistä pohti, että toiminnan myötä kaupungilla on ollut jotain tarjottavaa pitkäaikaistyöttömille, ja lisäksi todettiin, että tässä toiminnassa pitkäaikaistyöttömistä ollaan aidosti kiinnostuneita ja heitä tuetaan elämäntapamuutosten tekemiseen. Haastatteluryhmissä pohdittiin toiminnan hyödyllisyyttä eri toimijoiden kannalta, ja työ koettiin hyödylliseksi pitkäaikaistyöttömän, Raision kaupungin ja opiskelijoiden kannalta.

”...ovat syrjäytyneitä ja pitkään olleet pois työelämästä niin he eivät ole tämmösiin terveyspalveluihin törmännyt ku sillon kun he tulee hoitamaan sairauksia.. tää oli ihan erilainen ku heiltä kysyttiin aidosti asioita ja heistä oltiin kiinnostuneita ja tuettiin eteenpäin niin kun hoidossa.”

Asiakkailta saatu palaute oli ollut positiivista kaikkien ryhmien mukaan. Haastateltavien mukaan palautetta oli tosin saatu vain vähän ja harvoin suoraan asiakkailta. Haastateltavat arvelivat positiivisen palautteen johtuvan siitä, että asiakkaista ollaan aidosti kiinnostuneita ja heidät ohjataan tarvittaessa jatkohoitoon. Negatiivista palautetta haastateltavat eivät ole kuulleet, ja yhdessä ryhmässä mietittiinkin, että tietynlaista palautetta saadaan myös asiakkaan käyttäytymisestä vastaanottotilanteessa.

”...onhan sekin tietynlaista palautetta et jos tapaamisten jälkeen on jäänyt sellanen olo että tää asiakas on aika torjuva ja tietyllä tavalla aika negatiivisesti käyttäytyny, niin kyllähän sekin viestii jo...”

Kaikki haastatteluryhmät kokivat työn pitkäaikaistyöttömien terveystalvuluissa tärkeäksi. Suurin osa haastatteluryhmistä toi esille, että palvelun myötä on löytynyt paljon erilaisia terveystalvongelmia ja terveystalvarkastusten ansiosta on pystytty löytämään tarpeeksi ajoissa diabetesta ja astmaa sekä muita pitkäaikaissairauksia. Lisäksi terveystalvongelmien löytäminen, asiakkaiden auttaminen ja ohjaus jatkohoitoon, sekä asiakkaiden sitoutuminen koettiin kertovan työn tuloksellisuudesta. Yhdessä ryhmässä haastateltavat kokivat tärkeäksi, että edes joku asiakkaista motivoituisi muuttamaan elämäntalvopojaan. Lisäksi yhdessä ryhmässä toiminta koettiin tärkeäksi asiakkaille, koska palvelu tukee asiakkaiden kokemusta omasta arvostaan ja asenteistaan sekä motivoitumista itsestä huolehtimiseen.

”Onhan se että saadaan edes jokukin kiinni näistä pitkäaikaissairauksista. Ja on löytynyt diabeetikkoja, astmaatikkoja ja vakavampiakin löytynyt. Ja olisi varmaan pidemällä päässyt.”

7.1.3 Kokemukset pitkäaikaistyöttömistä asiakasryhmänä

Kaikissa ryhmissä tuli esille asiakkaiden taustan ja elämäntalvintanteen osatekijöitä. Haastateltavien kokemusten mukaan asiakkaat ovat usein pitkään olleet pitkäaikaistyöttöminä. Lisäksi asiakkaat eivät ole ryhmä vajaakuntoisia, mutta monella on passiivinen elämäntalvintanne ja erilaisia lisätalvongelmia kuten päihteen käyttöä. Haastateltavat toivat esille, että asiakkailla ei välttämättä ole sosiaalista tukiverkostoa tukemassa elämäntalvintamuutosten tekemisessä. Haastateltavien kokemusten mukaan asiakkaat ovat pääosin olleet sen ikäisiä, että heidän omat lapsensa ovat muuttaneet pois kotoa eikä heillä ole omaisia.

”...on sen ikäisiä että lapset on lähteny jo elelemään yksinään tai ei oo sellasta tsemppaajaa siinä...”

Suurin osa ryhmistä toi esille pitkäaikaistyöttömien terveystalvelujen käytön vaihtelevuuden. Haastateltavien kokemuksen mukaan asiakkaista osalla on ollut kontakteja terveystalveluksen omalääkärille, mutta osalla käynnit ovat olleet vain päivystyskäyntejä ja osalla terveystalvelujen käyttö liittyy vain sairauden hoitoon.

Kaikissa ryhmissä työntekijät olivat havainneet asiakasryhmän motivaation ja sitoutumisen vaihtelevuuden. Lisäksi haastateltavien kokemuksen mukaan oli yleistä, että varatuilta ajoilta jäädään pois. Yhdessä ryhmässä haastateltavat kuitenkin totesivat, että varatuilta ajoilta poisjääntiä tapahtuu kaikissa väestöryhmissä.

”...toisilla on parempi kyky sitoutua asiaan ku asiaan ja toisilla on taas lähteny se mopo käsistä jo niin monta vuotta sitten että ei koe enää tarpeelliseksi muuttaa niitä, että on muodostunut jo niitä haittoja jo niin paljon, että tykkää jatkaa valitsemallaan ural-la...”

Haastateltavien mielestä ei kuitenkaan ollut havaittavissa mitään selkeää ryhmää, joka jättää menemättä varatuille ajoille, mutta yhdessä ryhmässä haastateltavat arvelivat, että nuoret asiakkaat saattavat jättää useammin käyntejä väliin. Lisäksi haastateltavat toivat esille, että asiakkaita on muistutettava puhelimitse heille varatuista ajoista.

”Ei mitään selkeää ryhmää, että osa tekee järkevästi ja tulevat kokeisiin ja muuta kun sovittu aika.”

Haastateltavat kokivat, että asiakasryhmä tarvitsee paljon motivointia, ohjausta palveluihin ja palvelun markkinointia. Haastateltavat toivat myös esille, että viimekädessä sitoutuminen elämäntapamuutoksiin ja sitoutuminen oman terveyden hoitoon on asiakkaiden oma valinta. Haastateltavat kokivat, että joillakin asiakkailla motivaatio omahoitoon häviää, kun mitään ei tunnu tapahtuvan ja osalla taas motivaatio elämäntapamuutoksiin tulee vasta myöhemmin. Yhdessä ryhmässä haastateltavat arvelivat, että pitkäaikaistyöttömien on ehkä helpompi mennä sellaiselle vastaanotolle, jossa konkreettisesti tutkitaan, eikä jouduta pohtimaan elämäntapamuutoksia. Puolet haastatteluryhmistä oli

huomannut, että vastaanoton aikana saadaan asiakkaita motivoitua. Lisäksi yhdessä ryhmässä haastateltavat pohtivat, että motivointi on vaikeaa, koska osalla asiakkaista on jo pitkään ollut terveydelle haitallisia elämäntapoja, eivätkä he välttämättä koe tarpeelliseksi muuttaa niitä. Lisäksi haastateltavat arvelivat, että osalle asiakkaista saattaa riittää, kun joku on heitä kerran kuunnellut ja he ovat päässeet laboratoriotutkimuksiin.

” ...on varmaan senkin takia helpompi tulla ku siellä ei joudu konkreettisesti pohtimaan näitä muutoksia, että siellä vaan mitataan...”

Haastateltavat kokivat, että suuri kynnyks tulla terveystarkastukseen on erityisesti moniongelmaisilla ja henkilöillä, joilla on ollut huonoja kokemuksia viranomaisten kanssa asioimisesta. Osa haastateltavista oli havainnut, että innokkaita ja motivoituneita ovat asiakkaat, joilla on ollut kontakteja työterveyshuoltoon. Yhdessä haastateltavista ryhmistä arveltiin, että elämäntapamuutokset ruokavalioon liittyen voivat olla asiakkaiden taloudellisen tilanteen vuoksi haasteellisia, koska kaupasta ostetaan sitä, mitä saadaan halvalla. Yhdessä ryhmässä oli havaittu, että mahdollisesti sairauden oireettomuus vähentää asiakkaiden sitoutumista oman terveyden hoitoon.

”...on ollu sokerit koholla, aika on varattu mut ne ei oo tullu vastaanotolle...”

Suurin osa haastateltavista koki motivoinnissa hyviksi keinoiksi konkreettiset asiat kuten verenpaine arvot ja laboratoriotutkimusten tulokset. Yhdessä ryhmässä koettiin, että pelkkä informaatio tavoittaa vain osan, ja motivoitumisen kannalta oleellista on henkilökohtainen tiedon antaminen. Asiakkaiden motivoinnin osalta oleelliseksi todettiin myös asioihin palaaminen myöhemmin sekä muutoksista keskusteleminen. Puolet haastatteluryhmistä koki, että motivointi on erityisesti tärkeää asiakkaille, joilla on todettu jokin terveysongelma ja jotka eivät ole motivoituneita. Haastateltavat olivat myös havainneet, että tupakoinnin lopettamiseen ja alkoholinkäyttöön puuttumiseen liittyvissä asioissa pääsee asiakkaiden kanssa eteenpäin samalla tavalla kuin muidenkin asiakkaiden kanssa.

”...ja se ku on oikeesti näyttää jotain.. menee siihen vaa'alle ja mä oikeesti painan näin paljon tai sit ne labrat.. konkreettiset jutut, et he tajuaa ettei vaan koiteta selittää.. et sulla on maksa-arvo koholla mut sit ku he oikeesti näkee kuin koholla...”

Haastatteluryhmiltä saadusta aineistosta nousi selkeästi esille haastateltavien näkemys siitä, että pitkäaikaistyöttömät ovat tyytyväisiä järjestettyyn palveluun. Lisäksi useassa ryhmässä koettiin, että asiakkaat ovat kiinnostuneita heille suunnatuista terveystarkastus- käynnille, ja asiakkaat ovat kiinnostuneita verenpaine- ja verensokeriarvoistaan sekä laboratoriotutkimusten tuloksista. Puolet haastatteluryhmistä painotti, että asiakkaat ovat tyytyväisiä kun heihin on kiinnitetty huomiota ja heidän asioistaan ollaan kiinnostuneita. Lisäksi yhdessä ryhmässä haastateltavat olivat kokeneet, että asiakkaat luottavat terveydenhoitajaopiskelijoiden toimintaan.

”...ne on ollu tosi tyytyväisiä, koska se on yleensä sellanen ryhmä joka ei koskaan mitään saa mitään. eli ovat syrjäytyneitä ja pitkään olleet pois työelämästä”

Kaikissa ryhmissä tuli esille kokemuksia asiakasryhmän haasteellisuudesta. Yhdessä ryhmässä todettiin asiakasryhmän olevan pääosin haasteellista, sillä heillä on päihdeongelmia, mielenterveysongelmia ja ravitsemusongelmia. Haasteelliseksi koettiin etenkin asiakkaiden motiivointi, moniongelmaisuus ja passiivinen elämänasenne. Motivoinnin osalta haasteelliseksi koettiin tilanteet, joissa asiakas joutuu jonottamaan ohjattuun palveluun pitkään. Lisäksi motiivointi koettiin haasteelliseksi tilanteissa, joissa asiakasta ei tunneta tai asiakas kärsii masennuksesta. Pitkään kotona olleiden, masentuneiden ja yksinäisten asiakkaiden puutteelliset keinot muutoksien tekemiseen koettiin myös motiivoinnin haasteiksi. Yhdessä ryhmässä haastateltavat toivat esille, että asiakasryhmä tarvitsee ulkopuolista tukea ja kannustusta muutoksien tekemiseen. Haasteelliseksi koettiin asiakkaiden aktivoiminen omahoitoon, kuntoiluun ja terveellisiin elämäntapoihin. Haastateltavat kokivat myös, että asiakkaiden kanssa työskentely on henkisesti kuormittavaa, mikäli asiakas ei ole ollut vastaanottavainen.

”...enemmän ongelmia tuottaa se että näillä on passiivinen elämänsenne ja se miten niitä saadaan aktivoitumaan”

”...toisinaan on raskasta et välillä tulee niin moniongelmaisii.. yrität ratkoo niitä ongelmia siinä vastaanotolla sen asiakkaan kanssa ja sit tuntuu ettei mikään on menny sinne...”

7.2 Kehittämissuositukset pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluista

Aineistosta nousi esille kaksi pääaluetta kehittämiskohteiksi: *toiminnan sisällön kehittäminen* ja *toiminnan järjestämisen kehittäminen*. Toiminnan sisällön kehittämiseksi haastateltavat ehdottivat asiakkaita aktivoivia toiminnallisia menetelmiä, palautteen keräämistä ja motivointia sekä vaikuttavuuden seuranta. Toiminnan järjestämiseen liittyvät kehittämishuutokset ovat toiminnan sujuvuuden ja jatkuvuuden parantaminen sekä vaikuttavuuden seurannan kehittäminen.

7.2.1 Terveyspalvelujen sisällön kehittäminen

Asiakkaiden motivointiin liittyviä kehittämishuutoksia tuli esille kaikissa haastatteluryhmissä. Motivoinnin keinoiksi ehdotettiin erityisesti toistuvia mini-interventioita ja motivoivaa haastattelua. Haastatteluryhmistä suurimmassa osassa ehdotettiin erilaisia pitkäaikaistyöttömiä aktivoivia toimintamuotoja ja ryhmämuotoinen toiminta nousi aineistossa vahvasti esille. Haastatteluryhmät ehdottivat liikuntaryhmiä, kokkiryhmiä, keskusteluryhmiä, tupakanvieroitusryhmiä ja painonhallintaryhmiä. Lisäksi yksi haastatteluryhmä ehdotti, että terveysalan opiskelijat voisivat järjestää ryhmätoimintaa pitkäaikaistyöttömille. Ryhmätoiminta vaatisi jonkun koordinoimaan toimintaa ja ehdotettiin, että koordinointi voisi olla esimerkiksi terveystoimen, urheiluseuran tai liikunta-toimen tehtävänä. Yksi ryhmä toi esille asiakkaita aktivoivana toimintana terveysneuvontaan liittyvien teemapäivien järjestämisen.

” jotkut teemapäivät, et esim. joku iltapäivä mihin he sais tulla ja siellä vähän kerrottais tällästä terveysterveystarkastusta ”

”keräisi kevään aikana jonkun ryhmän joka olisi treenijumpaa tai muuta psykologista keskusteluryhmää tai tupakan vieroitusryhmää”

Kahdessa haastatteluryhmässä toiminnan tuloksellisuuden seuranta nousi esille. Työntekijät toivoivat, että seurattaisiin jatkokäyntien toteutumista, esimerkiksi kerran puolessa vuodessa. Lisäksi yksi ryhmä toivoi, että asiakkailta kerättäisiin palautetta esimerkiksi lomakkeella. Haastateltavat kokivat, että seurantakäyntejä järjestämällä voitaisiin tehostaa asiakkaiden motivointia. Seuranta voisi toteuttaa niin, että työntekijä olisi myöhemmin yhteydessä asiakkaaseen ja kyselisi mahdollisten elämäntapamuutosten toteutumista. Lisäksi tuli esille, että kaiken kaikkiaan terveystarkastuskäyntejä olisi hyvä olla enemmän, esimerkiksi kolmesta neljään käyntiä asiakkaan tarpeen mukaan.

”...kuka kävis läpi, että ketä on ohjattu jatkoon, ottamaan yhteyttä omalääkäriin tai ottamaan yhteyttä astmahoitajaan. Että onko käynyt vai ei oo käynyt, ja mihin se on johtanut.”

”... seuranta ettei se sitten vaan jää, ku tää on niin hyvä juttu että me saatais niitä kiinni ja kun todetaan korkeet verensokerit tai keuhkoastma tauti tai jotain niin siihen vaikutettais sit jollain tapaa ettei se vaan jäis siihen. ”

7.2.2 Terveyspalvelujen järjestämisen kehittäminen

Suurin osa haastatteluryhmistä toivoi, että pitkäaikaistyöttömien terveydenhoito olisi keskitetty yhdelle ammattihenkilölle. Puolet haastatteluryhmistä ehdotti, että pitkäaikaistyöttömille olisi oma vastuusterveydenhoitaja tai ilman ajanvarausta toimiva terveydenhoitajan vastaanotto esimerkiksi yhtenä päivänä viikossa.

”... jos heillä olis ihan joku oma terveydenhoitaja ja ne tietäis että hän olis nyt paikalla, vaikka 1 pv/vko ja sinne vois aina mennä sillon, että tavallaan niin kun avoimet ovet esim. 8-16 välillä voi käydä. että ei tarvitsisi varata aikaa...”

Lisäksi haastateltavat toivovat, että palvelu tulisi osaksi kunnan järjestämää terveydenhuoltoa ja toiminta vakinaistuisi. Yksi ryhmä toi esille ehdotuksen pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten liittämistä joiltakin osin kaupungin liikuntapalveluihin ja seurojen toimintaan. Yhden ryhmän mukaan toiminnan kehittämisessä tulisi myös huomioida heikot talousnäkymät ja niiden tuomat uudet työttömät ja pitkäaikaistyöttömät. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten tulevaisuudesta oltiin kaikissa ryhmissä samaa mieltä ja toiminnan jatkuminen sekä sen laajentaminen koettiin tärkeäksi.

”...ehdottoman tärkeää toimintaa että toivottavasti se jatkuu ja tulis vakinaiseksi toiminnaksi.”

Yksi ryhmistä toi esille kehittämis ehdotuksen liittyen terveystarkastusten nykyiseen järjestämiseen. Ryhmä toivoi, että käyttöön saataisiin yhtenäinen ajanvarausjärjestelmä, ja että terveydenhoitajaopiskelijat olisivat tavoitettavissa puhelimitse, jotta muut työntekijät saisivat heihin yhteyttä esimerkiksi mahdollisten aikojen peruutuksien vuoksi. Lisäksi yhdessä ryhmässä tuli esille terveystarkastusten vastaanottotilojen siirtäminen terveysasemalle, jolloin asiakkaiden olisi helpompi varata aikaa esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotolle. Toisaalta he toivat esille, että nykyiseen paikkaan keskustaan on asiakkaiden helppo tulla. Yhdessä ryhmässä tuli esille ajatus, jonka mukaan pitkäaikaistyöttömille suunnattuja terveystarkastuksia voisi lisäksi järjestää siellä missä pitkäaikaistyöttömät kokoontuvat. Tällöin asiakkaiden tavoitettavuus paranisi.

”hyvä mennä ihan puhtaasti sinne minne he kokoontuu ja sillä tavalla tavottaa kun se että he tulee jonnekin erikseen, et ois molempia mahdollisuuksia.”

Opinnäytetyön toisessa osassa suunniteltiin ja toteutettiin ryhmätoimintaa pitkäaikaistyöttömille naisille Raisiossa. Tämän opinnäytetyön rinnalla on tehty toinen aiheetta koskeva opinnäytetyö (Rauanheimo & Sjöblom 2009). Kyseisessä opinnäytetyössä havaittiin pitkäaikaistyöttömien olevan valmiita muuttamaan terveystottumuksiaan, mutta he tarvitsevat muutosten tueksi riittävästi tietoa. Lisäksi opinnäytetyössä todettiin terveysneuvonnan olevan keskeisessä asemassa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoiminnassa. Yhteistyössä Raision yhdyshenkilöiden kanssa valittiin kohderyhmäksi terveystarkastuksessa käyneet pitkäaikaistyöttömät naiset, sillä Rauanheimon ja Sjöblomin (2009) mukaan naiset ovat miehiä motivoituneempia terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitoon ja parantamiseen. Tämän vuoksi oli tarkoituksenmukaista toteuttaa suunniteltu ryhmätoiminta naisille, jotta ryhmään saataisiin mahdollisimman paljon osallistujia ja siten myös palautetta ja kehittämisehdotuksia tulisi enemmän esille. Ryhmätapaamisissa käsiteltävät aihealueet pohjautuivat kirjallisuuskatsauksesta esiin nousseisiin pitkäaikaistyöttömien terveysongelmiin. Lisäksi molempien opinnäytetöiden tuloksia on hyödynnetty toisen osan ryhmätoiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa (LIITE3).

Ryhmätoiminta on toimintaa, jossa osallistujat kokoontuvat eri aiheiden merkeissä säännöllisesti. Ryhmien kokoonpanot, teemat ja kestot voivat olla erilaisia ryhmän luonteesta riippuen. Ryhmätoiminnasta saatava vertaistuki on hyvin arvokasta; ryhmän jäsen huomaa, että samanlaisia ongelmia on myös muilla ja niistä pystytään puhumaan. (Etelä-Karjalan työvoiman palvelukeskus 2009.) Ryhmien toiminta perustuu jäsenien tasa-arvaisuuteen ja keskinäiseen luottamukseen. Jäseniä yhdistävät samankaltaiset elämäntilanteet ja kokemukset. Vertaistuen avulla voidaan etsiä erilaisia ratkaisuja sen hetkisiin ongelmiin, puhua ongelmista ja kuunnella muita. Kokemusten jakaminen on hyvä tapa oppia uutta ja saada avaimia oman tilanteensa parantamiseen. (Mielenterveyden keskusliitto 2007.) Opinnäytetyön toinen osa oli tarkoituksenmukaista toteuttaa ryhmätoimintana, koska osallistujilla on siten mahdollisuus vertaistukeen ja kokemusten jakamiseen.

8.1 Ryhmätoiminnan toteutus

Ryhmätoimintaan kutsuttiin pitkäaikaistyöttömiä naisia terveystarkastuksessa todettujen terveysongelmien pohjalta, joita olivat esimerkiksi kohonnut verenpaine, kohonnut kolesteroliarvot, ylipaino ja kohonnut verensokeri. Kutsuja (LIITE 4) lähetettiin yhdyshenkilön kautta 17 kappaletta. Kutsut lähetettiin viikkoa ennen ensimmäistä ryhmätapaamista. Kutsutuista kaksi osallistui ryhmätoimintaan molemmilla tapaamiskerroilla. Ryhmätoimintaa järjestettiin kahtena peräkkäisenä tiistai aamupäivänä Raision terveysteyksen tiloissa. Ryhmätoimintaa varten olimme varanneet kaksi erilaista tilaa, joista toinen oli kokoustila ja toinen liikuntasali. Aikaa yhdelle tapaamiskerralle oli varattu kolme tuntia. Keskeisinä aihepiireinä olivat terveellinen ravitsemus, liikunta ja painonhallinta (LIITE 5). Aiheita käsiteltiin sydänterveyden näkökulmasta ja jaettavaa materiaalia oli hankittu Sydänliitolta. Lisäksi painotettiin käytännönläheisyyttä ja havainnollistavia esimerkkejä. Lisäksi tapaamiskerroilla oli mahdollisuus verenpaineen, verensokerin, vyötärönympäryksen ja painon mittaukseen. Ryhmänvetäjinä oli kummallakin kerralla neljä terveydenhoitajaopiskelijaa.

Ryhmätoiminta suunniteltiin toteutettavaksi noin 10 hengen ryhmälle. Lisäksi suunnitelma tehtiin joustavaksi ja helposti muunneltavaksi, jotta osallistujien esittämät toiveet ja odotukset tulisivat huomioitua toteutuksessa. Osallistuneiden vähäisen lukumäärän vuoksi suunnitelmaa oli ryhmäkerroilla tarpeen muuttaa, sillä keskustelua käsiteltävistä aiheista syntyi runsaasti eikä luentotyypinen lähestymistapa ollut tarkoituksenmukainen.

Ryhmätapaaminen aloitettiin esittelemällä toimintaa ja kartoittamalla osallistujien toiveita. Osallistujilla ei ollut erityisiä toiveita eikä odotuksia ryhmätapaamisten suhteen. Ensimmäisellä kerralla käsiteltiin teoriaosuudesta sydän- ja verisuonitaudit, energiantarve ja liikuntasuositus. Loput teoriasta päätettiin siirtää seuraavalle kerralle, koska jo edellä mainituista asioista syntyi runsaasti keskustelua ja koko teoriaosuuden läpikäynti olisi ollut liian raskas kokonaisuus. Sen jälkeen suoritettiin mittauksia halukkaille ja annettiin ohjeistus liikunta- ja ruokapäiväkirjan (LIITE 6) pitämistä varten. Osallistujilla oli mahdollisuus laboratoriokontroleihin, mutta ryhmään osallistuneiden kohdalla tarvetta laboratoriokontroleihin ei ollut. Lisäksi ensimmäisellä kerralla jaettiin sydänterveyteen liittyvä materiaali, johon oli mahdollisuus merkitä omia mittaustuloksia. Kes-

kustelua ja kysymyksiä heräsi hyvin käsiteltävistä aiheista koko ryhmätapaamisen aikana. Tapaamiskerran loppuun suunniteltu rentoutusharjoitus päätettiin siirtää seuraavalle kerralle.

Toisella kerralla mitattiin ryhmäläisiltä paastoverensokeri sekä verenpaineet. Sen jälkeen siirryttiin teoriaosuuteen, jonka aiheina olivat terveellinen ruokavalio, rasvat, kolesteroli ja suola sekä ryhmäläisille jaettiin kolesterolia käsittelevä materiaali. Lisäksi keskusteltiin ruokavaliomuutoksista ja terveellisistä elämäntavoista. Tehdyt liikunta- ja ruokapäiväkirjat toimivat keskustelun pohjana. Lisäksi osallistujilla oli mahdollisuus tehdä Internetissä sydänterveyteen liittyviä testejä. Osallistujat eivät kuitenkaan olleet halukkaita testien tekemiseen. Loppuun suunniteltu niskahartiajumppa ja rentoutusharjoitus jäivät toteutumatta osallistuneiden haluttomuuden vuoksi. Lopuksi ryhmäläisiltä pyydettiin suullista palautetta toiminnan sisällöstä ja toteutuksesta. Saatu palaute oli positiivista ja osallistujat toivoivat lisää maksutonta toimintaa. Ryhmätoiminnan arviointia varten suunniteltu palautelomake (LIITE 7) jäi täyttämättä, koska oli tarkoituksenmukaisempaa pyytää palautetta suullisesti näin pieneltä ryhmältä.

8.2 Ryhmätoiminnan arviointi

Ryhmätoiminnan suunnitelman ja toteutuksen arvioinnin haasteena on se, että toimintaan osallistui kaksi henkilöä ja suunnitelma oli vähintään 10 hengen ryhmälle. Ryhmätoiminnan suunnitelma osoittautui toimivaksi pienelläkin ryhmällä toteutettuna muunneltavuuden ja joustavuuden vuoksi. Saatujen palautteiden perusteella ryhmätoiminta oli tarkoituksenmukaista ja kiinnostavaa. Osallistuneet toivoivat lisää vastaavanlaista maksutonta toimintaa, joka toteutuisi esimerkiksi kerran kuukaudessa. Etenkin vertaistuki ja keskustelumahdollisuus koettiin tärkeäksi. Osallistuneiden vähäinen määrä saattaisi johtua ryhmätoiminnan aikaisesta ajankohdasta, kutsun myöhäisestä lähettämisaikakohdasta ja henkilökohtaisen tiedottamisen puuttumisesta. On myös mahdollista, että ryhmätapaamisten sisältö ei herättänyt pitkäaikaistyöttömien naisten mielenkiintoa. On huomioitava, että toive ryhmätoiminnan järjestämisestä kohderyhmälle nousi eri toimijoiden puolelta, eikä niinkään pitkäaikaistyöttömiltä itseltään. Ryhmään osallistuneilla oli terveydenhuoltoon erilaisia kontakteja runsaastikin, eli he selvästi olivat moti-

voituneita ja aktiivisia oman hyvinvointinsa ylläpitoon. Haasteellista on tavoittaa pitkäaikaistyöttömistä ne, jotka ovat jääneet terveydenhuollon palvelujen ulkopuolelle, ja joilla mahdollisesti olisi suuri tarve terveyttä edistävän tiedon saantiin ja motivointiin.

Ryhmänohjaajan tehtävänä on varmistaa hyväksyvä ja avoin ilmapiiri sekä se, että jokainen ryhmän jäsen tulee kuulluksi (Mielenterveyden keskusliitto 2007). Ryhmäta-
paamisissa onnistuttiin luomaan avoin ja keskusteleva ilmapiiri. Osittain ilmapiirin avoimuutta voidaan selittää osallistujien vähäisellä lukumäärällä ja heidän avoimella asennoitumisellaan. Lisäksi osallistujat kokivat ryhmän vetäjät tasavertaisiksi heidän kanssaan, jolloin keskustelu oli luontevaa. Ryhmänvetäjiä oli osallistuneisiin nähden enemmän ja se mahdollisti myös henkilökohtaisen terveysneuvonnan ja motivoinnin.

9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kaikissa tutkimuksen vaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä, eikä tutkimukseen kuuluva raportointi saa olla puutteellista ja virheellistä. Kaikki tutkimuksessa käytetyt menetelmät on selostettava tarkasti ja tutkimuksen puutteet on tuotava esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 27–28.)

Tutkimuseettiset ongelmat liittyvät tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan sekä tutkijan vastuuseen tulosten sovelluksista (Helakorpi 1999, 74). Luottamuksellisuuden periaatteen mukaan haastateltavien henkilötietoja ei saa luovuttaa ulkopuoliselle (Uusitalo 1996, 32). Nieswiadony (1987), Munhall (1988), Ramos (1989) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus sekä tiedonantajan vapaaehtoisuus (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003,39). Lisäksi tutkimukseen osallistumiseen liittyvän suostumuksen on oltava tietoista, ja on myös huomioitava tutkimukseen liittyvien tietojen antaminen tutkittaville. Lisäksi aineiston keruussa on huomioitava anonymiteetin säilyttäminen ja aineiston asianmukainen tallentaminen. (Hirsjärvi ym. 2004, 26–27.) Tässä tutkimuksessa eettisyys on toteutunut aineiston keruuvaiheessa haastateltavien vapaaehtoisella suostumuksella haastattelun nauhoittamiseen. Ennen jokaista haastattelua haastateltaville kerrottiin

haastattelun kulusta ja tarkoituksesta. Suorien lainauksien käytön yhteydessä on huomioitu, etteivät ne paljasta haastateltavan henkilöllisyyttä. Tutkimuksesta tiedottaminen jäi puutteelliseksi ja saatekirjeen lähettäminen etukäteen olisi ollut tarkoituksenmukaista.

Fowlerin (1988) mukaan laadullisen tutkimuksen eettisyyteen kuuluu myös tutkijan roolin huomioiminen suhteessa tiedonantajiin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39). Tutkijoiden roolina oli osallistua keskusteluun esittämällä tarkentavia kysymyksiä ja tekemällä yhteenvetoa haastattelusta. Eläytyminen haastateltavien eri rooleihin oli vaikeaa, sillä ryhmissä oli eri ammattiryhmien edustajia samanaikaisesti.

Pattonin (1990) ja Weberin (1990) mukaan luotettavuuskysymykset liittyvät laadullisessa tutkimuksessa tutkijaan, aineiston laatuun ja analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Aineiston analyysin osalta korostuu tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Pattonin (1990) ja Weberin (1990) ja Burnardin (1996) mukaan sisällönanalyysin haasteena on tutkijan kyky pelkistää aineisto niin, että se kuvaa luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.) Teemahaastattelun runko suunniteltiin huolellisesti. Tällä haluttiin varmistaa, etteivät kysymykset ole tulkinnanvaraisia, eivätkä liian laajoja tai suppeita. Tässä tutkimuksessa haastattelujen aikana pyydettiin haastateltavilta esimerkkejä ja tarkennuksia, jolloin virhetulkintojen mahdollisuus aineiston pelkistämävaiheessa väheni. Tutkimuksen luotettavuus on varmistettu aineiston keruuvaiheessa nauhoittamalla ryhmähaastattelut, jolloin kaikki haastateltavien kommentit tulivat huomioitua ja haastatteluaineisto litteroitiin huolellisesti sanasta sanaan. Lisäksi nauhoitetut haastattelut poistettiin nauhurin muistikortilta asianmukaisesti. Suorien lainauksien käyttö tutkimuksen tulosten esittämisessä osoittaa, että saadut tulokset ovat aineistolähtöisiä ja suorien lainauksien valintakriteerinä käytettiin niiden edustavuutta liittyen ilmiön ymmärtämiseen ja kuvaamiseen.

Haastattelun luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että haastateltavalla voi olla taipumusta antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia (Hirsjärvi ym. 2004, 195). Ryhmähaastattelun mahdolliset haitat voivat liittyä ryhmän dynamiikkaan, koska sillä voi olla vaikutusta siihen mitä halutaan sanoa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61–63). Johtopäätöksien teossa ja tulosten tulkinnassa onkin huomioitava ryhmätilanteen vaikutus kielteisten asioiden

esiintuloon (Hirsjärvi ym. 2004, 200). Haastattelutilanteet vaikuttivat avoimilta ja haastattelijoiden kokemuksen mukaan haastateltavat pystyivät keskustelemaan vapaasti ja avoimesti. Tutkimuksen aineistonkeruuvaiheessa huolehdittiin, että ulkoisia häiriötekijöitä olisi mahdollisimman vähän. Kyseinen menettely lisää myös haastattelun luotettavuutta. Lisäksi kahden haastattelijan käytössä huolehdittiin selkeästä tehtävänjaosta.

Catanzaron (1988), Downe-Wamboldtin (1992), Hickeyn & Kippingin (1996), Cavanaghin (1997) mukaan sisällönanalyysin luotettavuuden lisäämiseksi voi olla tarpeen käyttää esimerkiksi toista luokittelijaa (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 37). Tässä tutkimuksessa analyysin luotettavuutta lisättiin tekemällä analyysiä ensin erikseen ja sen jälkeen keskustelemalla ja vertailemalla saatuja analyysyjä yhdessä. Analyysin luotettavuutta lisää myös se, että aineiston analyysi ei perustu satunnaisiin otoksiin aineistosta, vaan analyysi on tehty kattavasti koskien koko aineistoa.

Opinnäytetyön toisessa osassa järjestetyssä ryhmätoiminnassa osallistuminen oli vapaaehtoista ja toiminnan sisällön toteutuksessa huomioitiin osallistujien halukkuus ja kiinnostus. Tämän vuoksi liikunnalliset osuudet jäivät toteutumatta. Ryhmätoiminnasta kerättiin palautetta suullisesti, mikä osaltaan saattoi vähentää negatiivisen palautteen esilletuloa. Ryhmään osallistujien anonymiteetti on pyritty säilyttämään toiminnan raportoinnissa. Ryhmätoiminnan suunnitelman toimivuuden arviointi on haasteellista sillä suunnitelma oli tehty vähintään 10 hengen ryhmälle. Suunnitelma oli kuitenkin joustava ja se saatiin helposti mukautettua pienelle ryhmälle.

10 POHDINTA

10.1 Tulosten tarkastelua

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin Raision pitkäaikaistyöttömien terveystalvujärjestelmän toimijoiden kokemuksia palvelujärjestelmästä. Tarkoituksena oli myös selvittää työntekijöiden mielestä keskeisimpiä kehittämiskohteita ja kehittämisehdotuksia. Opinnäytetyössä on kartoitettu työntekijöiden kokemuksia asiakasryhmästä, terveystalvujär-

jen järjestämisestä ja työn merkityksellisyyden kokemuksesta. Kehittämisehdotuksia on lähestytty toiminnan järjestämisen ja sisällön näkökulmista. Opinnäytetyön toisen osan tarkoituksena oli hyödyntää ensimmäisen vaiheen tuloksia ja luoda kohderyhmälle tarkoituksenmukainen ryhmätoimintakokonaisuus.

Haastateltavien kokemuksista löytyi paljon yhteneväisyyksiä, vaikka haastateltavien roolit pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujärjestelmässä olivat erilaisia. Terveyspalvelujen järjestämisen suhteen työntekijät olivat pääosin tyytyväisiä. Haastateltavat kokivat, että asiakkaiden ohjautuminen työvoimatoimiston kautta pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluihin toimii hyvin, sillä siten asiakkaita saadaan hyvin tavoitettua. Työntekijöiden välinen yhteistyö koettiin toimivaksi muun muassa säännöllisen yhteydenpidon vuoksi. Yhteistyö koettiin tärkeäksi myös Saikun (2008) teettämässä kyselyssä kunnille.

Työntekijät kokivat, että seurantaa tulisi kehittää, jotta saataisiin tietoa asiakkaiden jatkohoitojen ja elämäntapamuutosten toteutumisesta. Seurantaa ehdotettiin toteuttavaksi esimerkiksi ottamalla asiakkaaseen yhteyttä puolen vuoden kuluttua terveystarkastuksesta tai seuraamalla jatkokäyntien toteutumista. Työntekijät kokivat toiminnan jatkuvuuden olevan puutteellista, sillä terveystarkastuskäyntejä on vain muutama ja käyntimäärä on joidenkin asiakkaiden kohdalla koettu riittämättömäksi. Työntekijät kokivatkin, että terveystarkastusten jatkuvuutta pitäisi parantaa. Haastateltavat toivat jatkuvuuden turvaamiseksi ehdotuksia terveystarkastuskäyntien lisäämisestä. Myös Siinervon (2008) Työttömien terveyshankeen väliraportissa oli pohdittu työttömien terveystarkastuksien jatkuvuutta ja sen kehittämistä.

Rasion pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluiden työntekijät kokivat järjestetyn terveyspalvelun merkitykselliseksi niin asiakkaan kuin eri toimijoidenkin näkökulmasta. Työn merkityksellisyyden kokemisessa monien sairauksien ja erilaisten terveysongelmien löytyminen nousi keskeiseksi. Tulokset monien sairauksien löytymisestä ovat samansuuntaisia Taipaleen (2003) tutkimuksen kanssa.

Työntekijöiden kokemukset siitä, että asiakkailla on moniongelmaisuuksia, päihdeongelmia ja psyykkisiä terveysongelmia ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten

kanssa (vrt. Nyman 2002; Taipale 2003; Lewis & Sloggett 1998; Eronen, Londen, Perälähti, Siltaniemi, Särkelä 2006). Työntekijöiden kokemuksen mukaan masennus ja moniongelmaisuus tekevät asiakkaiden motivoinnista ja sitoutumisesta haasteellista ja monet olivatkin havainneet, että asiakkaat jättävät tulematta varatuille vastaanottoajoille. Samansuuntaisia tuloksia on myös Saikun (2008) ja Sinervon (2008) raporteissa. Työntekijät kokivat että asiakkaiden motivointi on haasteellista myös sen vuoksi, että monilla ei ole sosiaalista tukiverkostoa. Toiminnan sisällön kehittämiseen liittyen työntekijöiden mielestä ryhmämuotoinen toiminta voisi olla tuloksellista pitkäaikaistyöttömien motivoitumisessa ja sitoutumisessa omaan terveydenhoitoonsa. Sinervon (2008) tutkimuksen mukaan asiakkaiden aktivoituminen ryhmämuotoiseen toimintaan on kuitenkin haasteellista. Lisäksi tässä tutkimuksessa tärkeäksi menetelmäksi todettiin henkilökohtainen vaikuttaminen, konkreettiset tutkimustulokset, toistuvat mini-interventiot ja motivoiva haastattelu. Myös Nyman (2002) on todennut, että henkilökohtainen vaikuttaminen on avainasemassa. Tämä tutkimus osoittaa, että Rasion pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluiden asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä järjestettyyn terveyspalveluun, mutta suoraa palautetta asiakkailta saadaan melko vähän. Tutkimuksessa tulikin esille, että työntekijät toivovat ratkaisuksi palautejärjestelmän kehittämistä.

Osallistuminen opinnäytetyön toisessa osassa järjestettyyn ryhmätoimintaan oli lukumäärällisesti vähäistä. Osittain vähäisen osallistujamäärän syynä voi olla henkilökohtaisen tiedonannon puuttuminen. Tarkoituksenmukaisempaa olisi ollut informoida kohdeyhmää henkilökohtaisesti ja mielenkiintoista olisi selvittää, lisäisikö se pitkäaikaistyöttömien naisten motivaatiota ryhmätoimintaan. Osallistujat olivat kuitenkin tyytyväisiä järjestettyyn toimintaan ja toivoivat lisää vastaavanlaista maksutonta ryhmätoimintaa.

Työntekijöiden kokemuksen mukaan matalan kynnyksen terveyspalvelut ovat pitkäaikaistyöttömille tarkoituksenmukaisia. Tämä nousi esille myös Sinervon (2008) raportissa. Eronen, Londenin, Perälähten, Siltaniemen & Särkelän (2006) mukaan pitkäaikaistyöttömät jäävät palvelujen ja etuuksien ulkopuolelle muita väestöryhmiä helpommin. Työntekijät toivat tämän myös esille ryhmähaastatteluissa, ja työntekijät olivat tyytyväisiä kun pitkäaikaistyöttömille suunnattuja terveyspalveluja on kaupungissa järjestetty.

Lisäksi työntekijät kokivat, että pitkäaikaistyöttömien terveystalvet olisi tärkeää vakinaistaa kunnan perusterveydenhuollon toimintaan.

Pitkäaikaistyöttömien terveystalvelujen yhdeksi keskeisimmäksi kehittämisehdotukseksi osoittautui pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon keskittäminen yhdelle terveydenhoitajalle. Sinervon (2008) tutkimuksessa todettiin hyväksi, mikäli terveysasemilla työskentelisi terveydenhoitaja ennaltaehkäisevässä terveysneuvonnassa.

10.2 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen lisäarvoa voidaan pohtia myös sen hyödynnettävyyden näkökulmasta. Raision kaupungissa tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä pitkäaikaistyöttömien terveystalvelujen kehittämistyössä. Tulokset antavat viitteitä siitä, mitkä osa-alueet palvelujärjestelmässä tarvitsevat kehittämistä ja mitkä kannattaa säilyttää ennallaan. Tulokset antavat konkreettisia pitkäaikaistyöttömien terveystalvelujen kehittämisen osa-alueita. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää ja soveltaa valtakunnan tasolla suunniteltaessa pitkäaikaistyöttömien terveystalveluja kunnissa. Tulokset kuvaavat, mitkä osa-alueet ovat pitkäaikaistyöttömien terveystalvelujärjestelmässä haasteellisia, ja mihin voimavaroja pitäisi keskittää.

Pitkäaikaistyöttömyyden on todettu vaikuttavan ihmisen terveyteen ja sosiaaliseen elämään monella tavalla (vrt. Karvonen, Lahelma & Winter 2006; Kerätär 1995; Vuori 1998). Siksi Raisiossa pitkäaikaistyöttömien terveystalvelujärjestelmässä tulisi kiinnittää huomiota työttömien tavoittamiseen varhaisessa vaiheessa. Tällöin pystytään ennaltaehkäisemään pitkäaikaistyöttömyyden vaikutuksia. Työttömien yhdistyksen mukana olo voisi lisätä pitkäaikaistyöttömien tavoittamista ja motivaatiota, ja olisi mielenkiintoista selvittää työttömien yhdistyksen halukkuutta yhteistyöhön.

Ryhmätoimintaan motivointia tulisi jatkossa kehittää ja kiinnittää huomiota etenkin henkilökohtaiseen tiedottamiseen esimerkiksi terveystarkastusten yhteydessä. Tämä kuitenkin edellyttäisi vakinaista ja jatkuvaa ryhmätoimintaa kohderyhmälle. Lisäksi on tar-

peen pohtia ryhmien tapaamistiheyttä ja ajankohtaa. Osallistujien näkökulmasta ryhmätoiminta on kuitenkin tarpeellista ja kiinnostavaa.

LÄHTEET

Aalto, A-M., Hurri, H., Järvikoski, A., Järvisalo, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjolainen, T. & Rissanen, P. 2002. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 267. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Claussen, B. 1999. Health and re-employment in a five-year follow-up of long-term unemployed. *Scand J Public Health* 2, 94–100. [viitattu 5.1.2009]. Saatavilla [www-muodossa http://web.ebscohost.com](http://web.ebscohost.com).

Eronen, A., Londen, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. 2006. Sosiaalibarometri 2006. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. Uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Etelä- Karjalan työvoiman palvelukeskus. 2009. Ryhmätoiminta. [viitattu 29.9.2009] <http://www.tyovoimanpalvelukeskus.fi/fi/?ID=1294>

Finlex 2002. Laki julkisesta työvoimapalvelusta 30.12.2002/1295. [viitattu 20.3.2008]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20021295>.

Finlex 1999. Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Oikeus sosiaaliturvaan. [viitattu 5.4.2008]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveyspalvelut>.

Gunnel, D., Lopatzidis, A., Dorling, D., Wehner, H., Southall, H. & Frankel, S. 1999. Suicide and unemployment in young people: Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *British Journal of Psychiatry* 175(9), 263-270. [viitattu 28.3.2008]. Saatavilla [www-muodossa http://ovidsp.uk.ovid.com](http://ovidsp.uk.ovid.com).

Hakulinen, A., Matilainen, I., Hartikainen, I., Suuronen, N. & Siukonen, H. 2006. Wire-projekti: Terveystarkastus pitkäaikaistyöttömän työllistymisen ja terveyden edistämisen lähtökohtana. *Terveydenhoitaja-lehti* 2, 38–41.

Helakorpi, S. 1999. Opinnäytetyö ja tutkimustoiminta ammattikorkeakouluissa. Opettajakorkeakoulun julkaisu D:118. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Lisäpainos. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holm, P., Jalava, J. & Ylöstalo, P. 2006. Työttömien työkyky vuonna 2005. Vertailuja palkansaajiin. Työpoliittinen tutkimus 2006. [viitattu 19.2.2009]. http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/06_tutkimus/tpt308.pdf.

Ilmarinen, J., Gould, R., Järvikoski, A. & Järvisalo, J. 2006. Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy.

Kaikkonen, R., Linnanmäki, E., Kostiainen, E., Murto, J. & Koskinen, S. 2008. Yhteen-
veto ja päätelmät. Teoksessa Kaikkonen, R., Kostiainen, E., Linnanmäki, E., Martelin,
T., Prättälä, R. & Koskinen, S. (toim.) Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventa-
minen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 27/2008. Helsinki. [viitattu
19.2.2009].
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf.

Kaikkonen, R., Martelin, T., Prättälä, R., Helakorpi, S., Arffman, M., Pietikäinen, M. &
Koskinen, S. 2008. Sosioekonomiset erot terveydessä. Teoksessa Kaikkonen, R., Kostia-
ainen, E., Linnanmäki, E., Martelin, T., Prättälä, R. & Koskinen, S. (toim.) Sosioeko-
nomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkai-
suja 27/2008. Helsinki. [viitattu 19.2.2009].
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf.

Kaikkonen, R., Prättälä, R., Helakorpi, S., Arffman, M., Pietikäinen, M. & Koskinen, S.
2008. Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavia tekijöitä. Teoksessa Kaikkonen, R.,
Kostiainen, E., Linnanmäki, E., Martelin, T., Prättälä, R. & Koskinen, S. (toim.) Sosio-
ekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen jul-
kaisuja 27/2008. Helsinki. [viitattu 19.2.2009].
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf.

Kansaneläkelaitos 2009. Työttömälle työnhakijalle. [viitattu 26.2.2009].
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/190701134121EH?OpenDocument>.

Karvonen, S., Lahelma, E. & Winter, T. 2006. Työikäisten terveys ja hyvinvointi 2000-
luvun alussa. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Vaajakos-
ki: Gummerus kirjapaino Oy, 78- 103.

Kerätär, R. 1995. Pitkäaikaistyöttömät ja työkykyä ylläpitävän toiminnan tarve. Lääkä-
rilehti 50(14), 1613. [viitattu 17.3.2009]. Saatavilla www.muodossa
<http://www.terveysportti.fi>.

Kolehmainen, A. 2004. Työhallinnon toimenpiteet keskittyneet työttömyyden kovan
ytimen purkamiseen. [viitattu 10.2.2009].
[http://www.mol.fi/mol/fi/06_tyoministerio/05_tiedotteet/03_2003/2003-02-19-
01/index.jsp](http://www.mol.fi/mol/fi/06_tyoministerio/05_tiedotteet/03_2003/2003-02-19-01/index.jsp).

Kposowa, A. 2001. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors pre-
dicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. Psychological Medici-

ne 3(1), 127-138. [viitattu 29.3.2008]. Saatavilla www-muodossa <http://ovidsp.uk.ovid.com>.

Lahelma, E., Rahkonen, O., Koskinen, S., Martelin, T. & Palosuo, H. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. [viitattu 16.3.2009].
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/12/pr1200993384304/passthru.pdf>.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. Uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Lewis, G. & Sloggett, A. 1998. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ* 7 317(7168), 1283-6. [viitattu 29.3.2008]. Saatavilla www-muodossa <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9804714?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.m>.

Martelin, T., Koskinen, S. & Lahelma, E. 2005. Väestöryhmien väliset terveyserot. Suomalaisen terveys. Duodecim. [viitattu 16.2.2009].
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00043&p_haku=v%E4est%F6ryhmien%20v%E4liset%20terveyserot.

Martikainen, J. 2003. Tahattoman ja vapaaehtoisen työttömyyden osuudet Suomessa. Kansantaloudellinen aikakauskirja 99.vsk. 1/2003. [viitattu 20.1.2009].
<http://www.ktyhdistys.net/Aikakauskirja/sisallys/PDFtiedostot/KAK12003/KAK12003Martikainen.pdf>.

Melkas, T. & Välimäki, K. 2008. Pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedote. [viitattu 27.10.2008].
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/14948/index.htm>.

Mielenterveyden keskusliitto. 2007. Vertaisvoima käyttöön-projekti. [viitattu 29.9.2009] <http://www.vertaisvoima.fi/main.site?action=news/view&id=70&ngid=1>

Nyman, J. 2002. Does unemployment contribute to ill-being: result from a panel study among adult finns 1989/90 and 1997. Helsingin yliopisto. [viitattu 10.1.2009].
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/2304/doesunem.pdf?sequence=1>.

Pelto-Huikko, A., Tuominen, P., Koskinen-Ollonqvist, P., Hiiri, A. & Nykyri, P. 2005. Terveysbarometri 2005, ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 7 / 05.

Pensola, T., Järvikoski, A. & Järvisalo, J. 2006. Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen,

S. (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy.

Penttilä, I. & Keinänen, P. 2005. Toimeentulo, työttömyys ja terveys. Muutoksia elinoloissa 1996–2001. Helsinki: Tilastokeskus.

Poutanen, V. 2000. Elämänhallintaa ilman työtä. Tutkimus pitkäaikaistyöttömyyden seurauksista ja niiden hallinnasta Suomussalmella. Kuopion yliopiston julkaisuja: yhteiskuntatieteet 84.

Prättälä, R. 2007. Yhteenveto ja johtopäätökset terveystietämisen muutoksista. Teoksessa Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. [viitattu 16.3.2009]. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/12/pr1200993384304/passthru.pdf>.

Rahkonen, O., Talala, K., Laaksonen, M., Lahelma, E., Prättälä, R. & Uutela, A. 2004. Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979–2002. Lääkärilehti 2004;59(20):2159–2163. [viitattu 16.12.2008]. Saatavilla [www-muodossa http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).

Rauanheimo E. & Sjöblom, K. 2009. Pitkäaikaistyöttömille Raisiossa tarjottavien terveystarkastusten vaikutukset asiakkaiden näkökulmasta. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.

Saikkula, P. 2008. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja – palvelut kunnissa keväällä 2008. Pitkäaikaistyöttömien kehittämishanke (PTT-hanke). Stakes raportti 15.10.2008. [viitattu 20.4.2009]. <http://info.stakes.fi/NR/ronlyres/2EBDC2C0-147E-479F-AA0C-C83F2A98EA41/0/Pitk%C3%A4aikaisty%C3%B6tt%C3%B6mienterveyspalvelutkunnissakev%C3%A4%C3%A4l%C3%A42008.pdf>.

Savola, E., kuntoutusohjaaja. Henkilökohtainen tiedonanto 2008. Turku.

Sinervo, L. (toim.) 2008. Työttömien terveystarkastuksen väliraportti 2. [viitattu 16.3.2009]. <http://info.stakes.fi/NR/ronlyres/1E502F7A-1BBF-4A89-BDC8-ED1CABB8F3C3/0/Valiraportti22008.pdf>.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES) 2007. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke. [viitattu 12.11.2008]. <http://info.stakes.fi/tyottomienterveyspalvelut/FI/index.htm>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamishanke 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. [viitattu 16.2.2009]. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/08/pr1217926602628/passthru.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtionneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. [viitattu 19.3.2009].

<http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Työministeriö 2002. Kansallisen ikäohjelman seuranta-raportti 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:15. [viitattu 14.12.2008].

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/ikaseuranta02/seurrap.pdf>.

Strully, K. 2009. Job loss and health in the U.S. labor market. Demography 46(2) 221-246. [viitattu 7.5.2009]. Saatavilla www-muodossa <http://web.ebscohost.com>.

Suikkanen, A., Linnakangas, R., Harjajärvi, M. & Martin, M. 2005. Kokeilusta KIPINÄÄ Keski-ikäisten pitkäaikaistyöttömien kuntoutuskokeilun arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:8. Helsinki: yliopistopaino.

Suvisaari, J. 2008. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt yleisiä nuorilla aikuisilla. Kansanterveyslehti 8. [viitattu 12.2.2009].

[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/nro_8_2008/mielenterveys- ja_paihdehairiot_yleisia_nuorilla_aikuisilla/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/nro_8_2008/mielenterveys-ja_paihdehairiot_yleisia_nuorilla_aikuisilla/).

Taipale, P. 2003. Työttömille suunnattujen terveystalvelujen tarkastelua. Wire-projektin terveystalvelujen julkaisuja 1/2003. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikoreakoulu. [viitattu 10.12.2008]. http://www.wire.jypoly.fi/julkaisut/1_2003.pdf.

Tilastokeskus 2006. Työttömyyden eri lajeja. Verkkokoulu. [viitattu 10.4.2008]. <http://www.stat.fi/tup/verkkokoulu/data/tvt/index.html>.

Tuomala, J. 1998. Pitkäaikaistyöttömyys ja työttömien riski syrjäytyä avoimilta työmarkkinoilta. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. [viitattu 10.11.2008]. http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/t46.pdf VATT-tutkimuksia 46.

Työ- ja elinkeinoministeriö 2009a. Vuoden 2008 työllisyyskertomus: Työllisyyden kasvu oli nopeaa loppuvuoden talouskriisistä huolimatta. [viitattu 10.4.2008]. http://www.tem.fi/index.phtml?89036_m=94923&s=2081.

Työ- ja elinkeinoministeriö 2009b. Alueille rahaa talouden vauhdittamiseen. [viitattu 10.4.2008]. http://www.tem.fi/?90287_m=94132&s=2577.

Työ- ja elinkeinoministeriö 2009c. Työllisyyskatsaus, helmikuu 2009. [viitattu 10.4.2008]. <http://www.tem.fi/files/22184/HELMIO9.pdf>.

Työ- ja elinkeinoministeriö, 2008. Työllisyyskatsaus 2008. [viitattu 15.2.2009]. <http://www.tem.fi/files/21483/JOULU08.pdf>.

Uusitalo, H. 1996. Tiede tutkimus ja tutkielma - Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY.

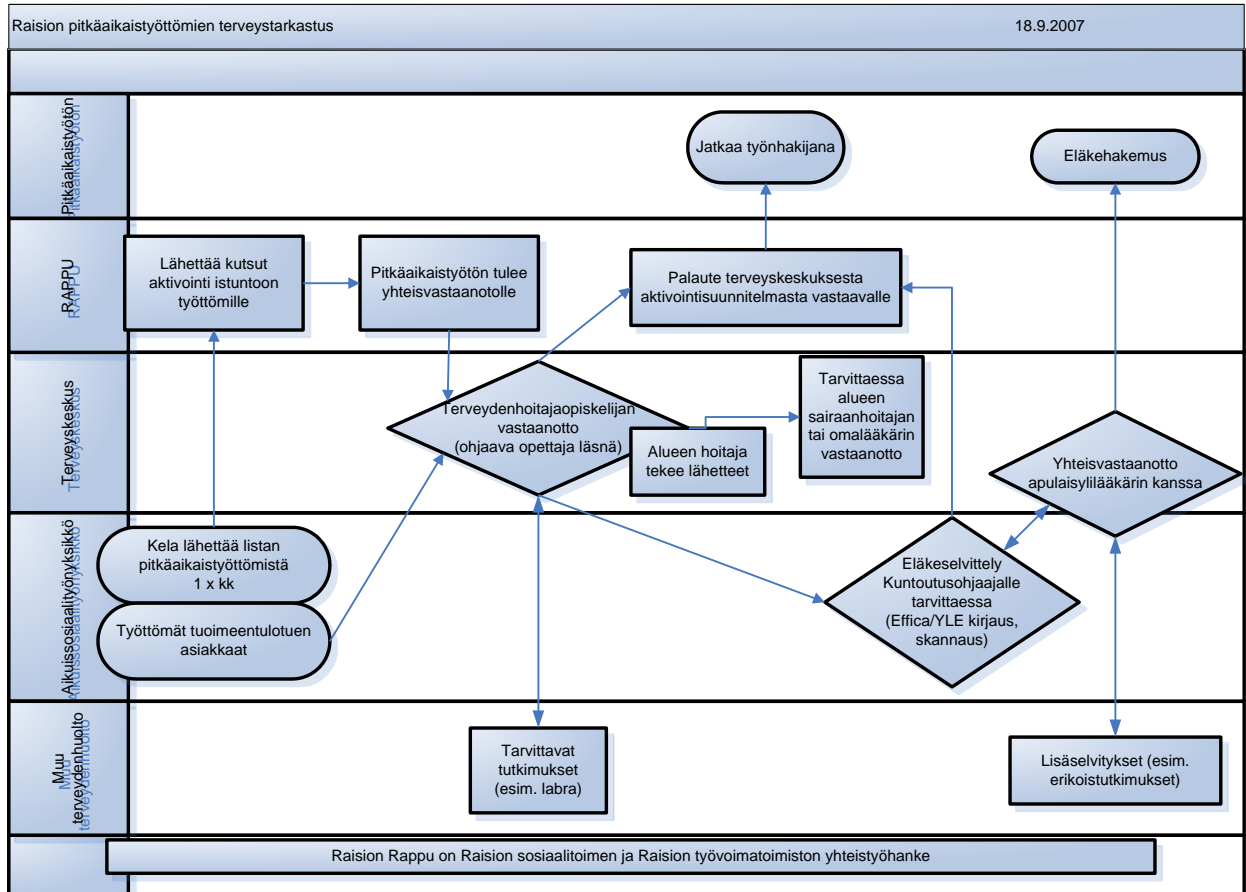
Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Virtanen, P., Jalava, J., Koskela, T., Kilappa, J. 2006.

Syrjäytymistä ehkäisevien EU-hankkeiden arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:46. [viitattu 10.4.2009]. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4005.pdf&title=Syrjaytymista_ehkaisevien_EU_hankkeiden_arviointi_fi.pdf.

Vuori, J. 1998. Työttömyys, mielenterveys ja paluu työelämään. Lääkärilehti 53(20–21), 2297. [viitattu 11.10.2009]. Saatavilla www-muodossa <http://www.terveysportti.fi>.

Whitehead, M., Evandrou, M., Haglund, B. & Diderichsen, F. 1997. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? BMJ 315(7114), 1006-1009. [viitattu 7.5.2009]. Saatavilla www-muodossa <http://ovidsp.uk.ovid.com>.



(Savola 2007)

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

- **Kokemukset**

- Palaute asiakkailta
 - Millaista palautetta olette pitkäaikaistyöttömiltä saaneet?
- Käsitys pitkäaikaistyöttömien motivaatiosta ja sitoutumisesta terveydenhoitoon
 - Minkälaiseksi arvioitte pitkäaikaistyöttömien motivaation ja sitoutumisen terveydenhoitoon?
- Kokemus omasta roolista
 - Minkälaisia positiivisia/negatiivisia kokemuksia teillä on pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksesta henkisesti rasakkaana? Ja miksi?
 - Onko työ mielestänne tuloksellista?

- **Kehittämisehdotukset**

- Toiminnan järjestäminen
 - Mitä kehittämisehdotuksia teillä on toiminnan järjestämiseen?
 - Mikä toimintatapa vaatisi kehittämistä?
- Työnjako
 - Mitä kehittämisehdotuksia teillä on työnjaon selkiyttämiseksi?
- Sujuvuus
 - Mitä kehittämisehdotuksia teillä on työn sujuvuuden parantamiseksi?
- Yhteistyö
 - Minkälaiseksi koette yhteistyön sujuvuuden eri toimijoiden välillä ja miten sitä voitaisiin kehittää?
 - Minkälainen yhteistyöilmapiiri eri ammattikuntien edustajien välillä on ja miten sitä voitaisiin kehittää?
- Pitkäaikaistyöttömien motivointi ja sitouttaminen
 - Miten pitkäaikaistyöttömien motivointia ja sitoutumista oman terveydenhoitoon voitaisiin lisätä?

Ryhmätoimintaa raisiolaisille pitkäaikaistyöttömille

1. Tapaaminen 22.9.2009 (3h)

- ✚ Esittely, toiveiden ja odotusten kartoittaminen
- ✚ Teoria: sydän- ja verisuonitaudit, energiantarve, liikuntasuositus, terveellinen ruokavalio, rasvat, kolesteroli ja suolat
- ✚ Mittaukset: Vyötärön ympäryys, RR, Hgt, Paino, BMI
- ✚ Ohjeistus ruoka- ja liikuntapäiväkirjaa varten
- ✚ Info lab-kontrolleja (Gluc, KOL) varten sekä ravinnosta olemisesta tarpeen tullen
- ✚ Materiaalin jako ja läpikäynti
- ✚ Mahdollisuus kysymyksille ja yleiselle keskustelulle
- ✚ Rentoutusharjoitus -> stressinhallintaa (huom! RR-taudin yhteys esim.)

2. Tapaaminen 29.9.2009 (3h)

- ✚ Hgt-kontrollit niiltä, jotka eivät ole käyneet labrassa, muut mittaukset halukkailta
- ✚ Päiväkirjojen läpikäynti yksilöllisesti ja yhdessä keskustellen
- ✚ Testit netissä
- ✚ Materiaalin jako ja läpikäynti
- ✚ Mihin muutokseen ollaan valmiita, mitä muutoksia on jo tapahtunut mahdollisesti? Yleistä keskustelua ryhmän keskuudessa
- ✚ Niska-hartiajumppa

Hei!

Olet käynyt Raisiossa työttömille tarjotussa terveystarkastuksessa. Viime keväänä valmistuneissa opinnäytetöissämme olemme tutkineet terveystarkastusten vaikuttavuutta. Opinnäytetöiden tulosten pohjalta on nyt päätetty järjestää ryhmätoimintaa terveydenedistämisen tueksi.

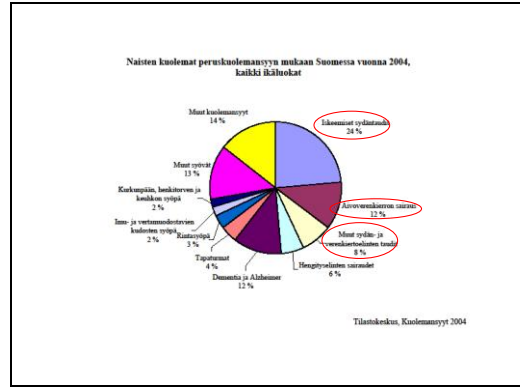
Haluaisimmekin kutsua Sinut mukaan naisille suunnattuun ryhmään. Keskeisinä aihepiireinä on painonhallinta, terveellinen ravitsemus ja liikunta. Ryhmä on kooltaan pieni, eli mahdollisuus myös yksilöllisempään ohjaukseen.



Ryhmä kokoontuu kaksi kertaa: **tiistaina 22.9. ja tiistaina 29.9. klo 9-12.** Tapaamiset järjestetään Terveysristeyksessä osoitteessa Juhaninkuja 3, 21200 Raisio. Erilistä ilmoittautumista ei tarvita, saavu vain paikalle pääoven eteen. Kokoontumiskerroilla tarjoamme mahdollisuuden painon, vyötärön ympäryksen, verenpaineen ja verensokerin mittaamiseen.

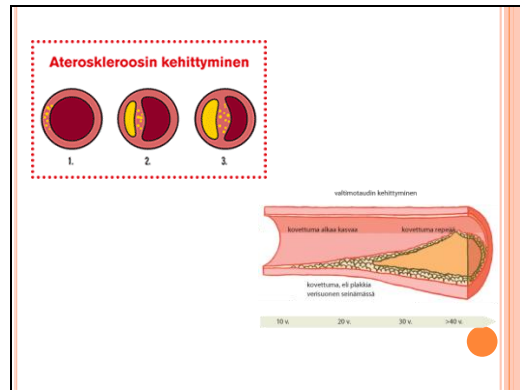
Lähdethän mukaan saamaan lisää eväitä terveytesi ja hyvinvointisi edistämiseen!

Terveisin,
terveydenhoitajaopiskelijat
Elina Junnila (elina.m.junnila@students.turkuamk.fi)
Iida Kesänen
Kaisa Sjöblom
Emilia Rauanheimo



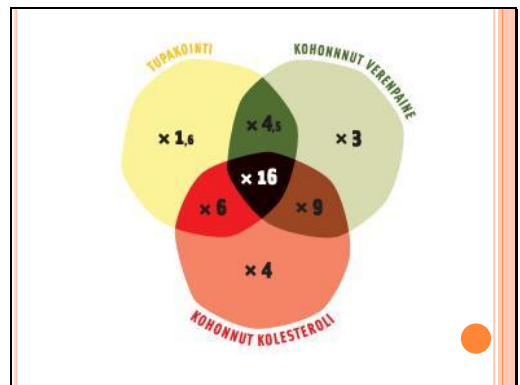
SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT

- Sepelvaltimotauti, sydäninfarkti, aivoverenkierron häiriöt
- Taustalla yleensä valtimoiden kovettuminen



SAIRASTUMISRISKIIN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ...

- Ikä
- Perimä
- Sukupuoli
 - näihin et pysty vaikuttamaan
- Ylipaino (erityisesti vyötäröllä)
- Liikkumattomuus
- Veren korkeat kolesterol- ja rasva-arvot
- Kohonnut verenpaine
- 2. tyyppin diabetes
- Tupakointi
 - näihin voit vaikuttaa valinnoillasi



LIIKUNTA

- pienentää todennäköisyyttä sairastua
 - esim. masennukseen, osteoporoosiin, veritulppaan, verenpaine-, sepelvaltimotautiin, aivohalvaukseen
- ehkäisee ja hoitaa useita sydäntautien riskitekijöitä
 - esim. kohonnutta verenpainetta, kolesterolia ja verensokeriarvoja
- tärkeää painonhallinnassa ja terveyden edistämisessä

Liikunnan hyötyjä

- **Kohonnut verenpaine**
 - alentaa lepoverenpainetta
- **Korkea kolesteroli**
 - lisää HDL-kolesterolin osuutta veressä
- **Diabetes**
 - pienentää vaaraa sairastua aikuisiän diabetekseen
- **Ylipaino**
 - ehkäisee ylipainoa energiankulutuksen ja perusaineenvaihdunnan vilkastumisen kautta
- Ehkäisee osteoporoosia
- Alentaa riskiä sairastua rinta- ja paksusuolisyöpään
- Vaikuttaa edullisesti myös aivotointoihin esim. muistiin

Liikuntasuositus

- päivittäin
- kesto vähintään 30 min
- *hengästyttävää ja hikoiluttavaa*
- esim. kävely, puutyöt, lumen luominen, tanssi, siivous
- Kevyen liikunnan ohella raskastehoisempaa liikuntaa
 - > lihaskunto ja hapenotto kyky paranee

Liikuntapiirakka



- Terveyttä edistää reipas kestävyystyyppinen liikkuminen
 - Vähintään 2,5 tuntia / vko
 - Vaihtoehtona rasittavampi kestävyysliikunta, vähintään 1 tunti 15 minuuttia / vko
- Terveyden kannalta vähäinkin säännöllinen liikkuminen on parempi kuin ei ollenkaan
 - terveyshyödyt lisääntyvät, kun liikkuu pidemmän aikaa tai rasittavammin

Energiantarve

- Yksilöllinen
 - vaikuttavia tekijöitä ovat ikä, sukupuoli, koko, perintötekijät sekä fyysinen aktiivisuus
- Kevyttä työtä tekevä 30 - 60 vuotiaan naisen energiantarve on noin 2000 kcal/vrk
- Vuorokaudessa aikuinen ihminen tarvitsee 1 500–2 000 kilokaloria pelkkiin peruselintoimintoihin
- 31–60-vuotiaan naisen energian tarve / vrk = (paino kiloina x 0,0364) + 3,47
 - Kun saatu megajoulemäärä jaetaan luvulla 4,2, saadaan energiantarve kilokaloreina (kcal)

Esimerkkejä energiankulutuksesta

- Reipas kävely (6 km/t) 330 kcal/h, 1 390 kJ/h
- Rauhallinen kävely 190 kcal/h, 800kJ/h
- Pyöräily (15 km/t) 400 kcal/h, 1 680 kJ/h
- Kotivoimistelu 310 kcal/h, 1 300 kJ/h
- Siivous 260kcal/h, 1 090 kJ/h
- Lumen luonti 710 kcal/h, 2 970kJ/h

Painonhallinta

- **KASVIKSET**
 - sisältävät vähän energiaa ja runsaasti kuitua.
 - Puoli kiloa / vrk = 6 kämmenen kokoista annosta
- **ATERIARYTMI**
 - 3-4 tunnin välein
- **LAUTASMALLI**
 - sopivassa suhteessa kaikkia eri ruoka-aineita.
- **PIILORASVAT**
 - Huom! Leivänpäälliset, kahvileivät, suolaiset ja makeat herkut
- **KUITU**
 - ei sisällä energiaa, täyttää vatsan ja pitää pitkään kylläisenä sekä hillitsee aterianjälkeistä verensokerin nousua.
 - Viljatuotteet, kasvikset, hedelmät ja marjat
- **VÄLIPALAT**
 - täysjyväviljatuotteet, rasvattomat maitotuotteet, hedelmät, marjat ja kasvikset
- **JUOMAT**
 - Limsat, mehut ja täysmehut sisältävät paljon energiaa
- **ALKOHOLI**
 - Melkein yhtä paljon energiaa kuin rasvassa
 - 1/2 l oluttuopissa on saman verran energiaa kuin 6 palassa suklaata (n.200 kcal).
 - 1/2 l siederissä on saman verran energiaa kuin 8 palassa suklaata (n. 270 kcal), joka on yhtä paljon kuin 1/4 suklaalevyistä.
- **LUKUNTA**

Terveellinen ruokavalio

- Ravitsemuksella tärkeä yhteys esim. tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien syntyyn ja ehkäisyyn
- Terveellinen ruokavalio on monipuolinen kokonaisuus; huom! ateriarytmi, lautasmalli
- Ruokavalion suunnittelussa apuna ruokaympyrä-> Valitse päivittäin jotain jokaisesta lohokosta!

Ruokaympyrä ja lautasmalli



Rasvat

- Välttämättömiä ravintoaineita, suositellaan saatavaksi 25-35% vuorokauden ravinnosta
- Rasvan laatuun tulee kiinnittää huomiota:
 - kovat eli tyydyttyneet rasvat ovat epäterveellisempiä kuin pehmeät eli tyydyttymättömät rasvat
- Kovia rasvoja saadaan esim. eläinkunnan tuotteista, kakuista, leivonnaisista ja makeisista (kovetettu kasvirasva)
- Hyviä pehmeiden rasvojen lähteitä:
 - kala, kasviöljyt, pähkinät, avokado, pehmeät kasvirasvalevitteet

Valitse rasvasi oikein

- Vasemmalla kovat, oikealla pehmeät rasvat



Kiinnitä huomiota

- Piilorasvoihin
- Rasvaan, jota käytät ruoanlaitossa: suosi kasviöljyjä
- Margariiniin; monet margariinit sisältävät hyviä omega 3 & 6 rasvahappoja
- Ostoksia tehdessäsi: sydänmerkillä varustetut tuotteet rasva- ja suolakoostumukseltaan terveellisiä



ESIMERKKI PÄIVÄN RAVITSEMUKSESTA

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| ○ Aamiainen: | ○ Lounas |
| Kaurapuuro 2dl | Jauhelihakeitto 3dl |
| Mansikkasoppa (sokeriton) 1,5dl | Näkkileipä + kasvirasvavete 1tl |
| Ruisleipä 1 viipale | Lasi rasvatonta maitoa tai piimää |
| Kinkku 1 viipale | Hedelmäsalaatti 2dl |
| Kasvirasvavete 1tl | = 380 kcal |
| Kurkku 4 viipaletta | |
| Kahvi 2dl + rasvaton maito | |
| Tuoremehu 1dl | |
| = 350 kcal | |

- Välipala
- Banaani
= n. 100kcal



- Päivällinen
- Pasta 3dl
Tonnikalakastike 2dl
Täysjyväsiämpylä ½ + kasvirasvavete 1tl
Tomaatti 1kpl
Kurkku 8 siivua
Lehtisalaatti
Raejuusto 2rkl
Lasi rasvatonta maitoa tai piimää
= 560 kcal

- Ilta-pala
- Täysjyväsiämpylä + kasvirasvavete 2tl
Juusto (rasvaa 15%) 2 viipaletta
Tomaatti 4 viipaletta
Rasvaton jogurtti 2dl
Tee 2dl
= 380 kcal

- Juo janoosi vettä, n. 1,5l vuorokaudessa!
- Koko päivä
= 1770 kcal



KOLESTEROLI

- Elimistöön normaalisti kuuluva aine
- Kolesteroliarvoihin vaikuttavat:
 - Sukurasite
 - Ikä
 - Elämäntavat

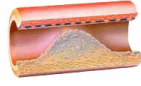
Vaikuttaa sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn

○ Kolesterolin tavoitearvot

- Kokonaiskolesteroli: alle 5 mmol/l
- LDL-kolesteroli ("huono"): alle 3 mmol/l
 - Huono kolesterolia kertyy valtimoiden seinämiin ja ahtaattaa pikku hiljaa suonia.
- HDL-kolesteroli ("hyvä"): yli 1 mmol/l
 - HDL-kolesteroli on niin sanottu hyvä kolesteroli, joka taas kuljettaa kolesterolia valtimon seinämästä pois.

KOLESTEROLIARVOIHIN EPÄSUOTUISASTI VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

- Kovan rasvojen käyttö (eläinrasvat)
- Pehmeiden rasvojen vähäinen käyttö (kasviöljyt- ja margariinit)
- Liikunnan vähäisyys
- Tupakointi
- Ylipaino
- Kuidun vähäisyys ruokavaliossa



KOHONNEEN KOLESTEROLIN HOITO

- Elämäntapa muutokset
 - Kovan rasvan korvaaminen pehmeillä rasvoilla
 - Kuitupitoisten ruoka-aineiden lisääminen ruokavalioon
 - Liikunnan lisääminen ja liikapainon vähentäminen
 - Kasvistanolia tai kasvissterolia sisältävien tuotteiden käyttäminen osana ruokavaliota (esim. Becel)

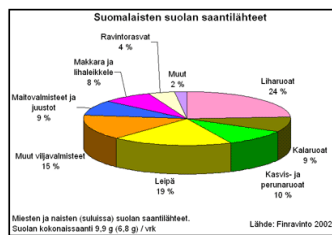
SUOLA

- Suomalaiset saavat suolaa ruuasta kaksinkertaisesti suosituksiin verrattuna
- Päivittäinen suolan saanti tulisi olla enintään 5 g eli vajaa teelusikallinen



SUOLAN VAIKUTUKSET

- Ruokasuolan runsas saanti lisää sydän- ja verisuonisairauksien riskiä
- Aiheuttaa myös turvotusta ja munuaisten toiminnassa häiriötä
- Lisää riskiä sairastua sydäninfarktiin ja aivohalvaukseen.



KÄYTÄNNÖN VINKKEJÄ

- Tarkkaile kaupassa tuotteiden suolpitoisuuksia
- Aloita leivästä ja leivänpäällisistä
- Sydänmerkki tuotteet sisältävät vähän suolaa
- Lisää ruokaan suolaa vasta maistamisen jälkeen
- Käytä suolan sijaan yrtejä, pippureita, valkosipulia



RUOKAPÄIVÄKIRJA

päivä

klo	Ruoka	määrä

PALAUTELOMAKE

Autathan meitä kehittämään ryhmätoiminnan sisältöä ja toteutusta vastaamalla seuraaviin kysymyksiin.

1. Mikä ryhmätoiminnassa oli hyvää ja onnistunutta?
2. Mikä ryhmätoiminnassa oli huonoa?
3. Kehittämisehdotuksia:
4. Koetko ryhmätoiminnasta olleen hyötyä sinulle ja jos koet, mitä hyötyä?

Kiitos osallistumisesta ja palautteesta!