

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyspalvelut kuuluvat myös työnhakijoille

– toimintamallin kuvaaminen työnhakijoiden terveyspalveluiden toteuttamiseksi

Rovaniemen Työkyky-hanke

Susanna Lauhava

Sosiaalialan kansalais- ja aluelähtöinen kehittäminen

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi ylempi (amk)

KEMI/TORNIO 2009

Tekijä(t): Susanna Lauhava

Työn nimi: Terveyspalvelut kuuluvat myös työhakijoille

– toimintamallin kuvaaminen työnhakijoiden terveyspalveluiden toteuttamiseksi.

Sivuja (+liitteitä): 45 sivua, 2 liitettä

Opinnäytetyön kuvaus: Tässä opinnäytetyössä kerrotaan Rovaniemen kaupungin työttömien terveydenhuollon kehittämishankkeen sisällä toteutetusta pienimuotoisesta kehittämishankkeesta. Hankkeen tavoitteena oli kuvata toimintamalli työttömien terveydenhuollon järjestämiseksi Rovaniemen kaupungissa. Lisäksi toimintamallin oli tarkoitus toimia perehdyttämisen välineenä toimintatavan siirtyessä peruspalveluihin. Kehittämishankkeen yhtenä tavoitteena oli lisätä palveluiden käyttäjien osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia uutta toimintamallia kehitettäessä.

Teoreettinen ja käsitteellinen esittely: Opinnäytetyön lähtökohtana oli kansalais- ja aluelähtöisyys, johon tässä työssä pyrittiin mahdollistamalla palveluiden käyttäjien osallistuminen kehittämistyöhön. Tausta lähtökohdat liittyvät sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen. Työssä näyttäytyy myös aluelähtöisyys, toimintamalli kehitettiin Rovaniemen kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön, mutta toimintamalli sinänsä on siirrettävissä vastaavilaisiin organisaatioihin.

Metodologinen esittely: Kehittämistyön lähtökohtana on ollut toimintatutkimuksellinen lähestymistapa. Tiedon tuotannossa palveluiden käyttäjiltä ja heidän kanssaan työskenteleviltä viranomaisilta on käytetty ryhmähaastatteluja, tarkemmin fokusryhmähaastatteluja. Muussa dokumentoinnissa on hyödynnetty hankepäiväkirjaa.

Keskeiset tutkimustulokset: Kehittämishankkeen tuloksena on syntynyt toimintamalli, jolla työttömien terveystarkastukset toteutetaan ja terveydenhoitaja sosiaaliohjaaja työpari työskentelyn tuloksena työttömät työnhakijat pääsevät tarvittaessa suunnitellusti terveydenhuollon palveluiden tai muiden toimintakykyä parantavien ja tukevien palveluiden piiriin. Toimintamallissa korostuu ylisektorien tehtävä työ. Perehdyttämisen välineenä toimintamallin graafinen kuvaus toimii hyvin. Asiakkaiden osallisuutta ei suunnitelman mukaisesti saatu lisättyä, mutta jatkotyöskentelyä varten siihen eväitä saatiin.

Johtopäätökset: Suunnitelmista huolimatta asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden osallisuutta ei saatu juurikaan lisättyä kehittämishankkeen aikana. Palveluiden käyttäjien mukaan ottaminen kehittämistyöhön on vielä alku tekijöissä ja vaatii uudenlaista ajattelua, jotta palveluiden käyttäjien ajatukset saadaan käytäntöön. Toimintamallin kuvaamisen avulla saatiin nostettua kehittämiskohteet esiin ja toiminta saatiin muutettua kokemuksen kautta saatua tietoa hyödyntämällä. Vaikuttavuuden osalta tietoa ei ole vielä käytettävissä ja se voisikin olla toimintamallin kehittämisen osalta seuraavan tutkimuksen paikka.

Asiasanat: Sosioekonomiset terveyserot, toimintatutkimus, toimintamalli, asiakaslähtöisyys, osallisuus

Author(s): Susanna Lauhava

Title: Jobseekers should also have health services

- description of functional model for implementing health services for jobseekers

Pages (+appendixes): 45 pages, 2 appendixes

Thesis description: This thesis describes a small-scale development project implemented within the project for Health Care and the Unemployed of the town of Rovaniemi. The aim of the project is to describe a functional model for arranging health care for the unemployed in the town of Rovaniemi. Furthermore, the intention of the functional model was to act as a tool for the transition from a functional model to basic services. One of the goals of the development project was to increase the participation of users and their influencing possibilities while developing the functional model.

Theoretical summary: The point of departure for the thesis was civic and regional orientation, which the task attempted to achieve by facilitating participation of the service users in development work. One of the reasons for the point of departure is the narrowing of socio-economic health differences. Regional orientation is also applied in the task; the functional model was developed for use by the social and health care organisations, but the functional model in itself may be assigned to corresponding organisations.

Methodological summary: The point of departure for the development task was a process analysis approach. To produce the data, group interviews, in particular focus group interviews have been arranged with the service users and the authorities working with these users. A project diary was utilised for other documentation.

Main results: The outcome of the development project was the creation of a functional model with which health checks for the unemployed are realised, and with collaboration between the public health and public health nurse and social instructor the unemployed job seekers may, if necessary, gain access to planned health care services or other facilities that improve and support working ability. The functional model emphasises work performed across sectors. The graphic presentation of the functional model works well as a tool for familiarisation. Increased involvement by customers was not achieved as planned although plenty of useful information was obtained for future work.

Conclusions: Despite the plans, customer orientation and participation was not sufficiently increased during the course of the development project. The involvement of service users in the development tasks is still in its initial stages and requires a new way of thinking in order to achieve utilisation of the thoughts of the users. By presenting the functional model, the areas for development were highlighted and operations were altered by utilising the information received from the experience. Details related to influence is not yet available, and may indeed be a good focus for study for the future enhancement of the functional model.

Keywords: Socio-economic health differences, action research, customer orientation, participation

SISÄLLYS

Tiivistelmä

Abstarct

1. JOHDANTO	6
1. JOHDANTO	6
2. KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT.....	8
2.1 Sosioekonomiset terveyserot.....	8
2.2 Sosioekonomiset terveyserojen kaventaminen	10
2.3 Työttömien terveys ja työkyky	10
2.4 THL:n pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke	12
2.5 Rovaniemen Työkyky-hanke	13
3. KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITTEET, MENETELMÄT JA ARVIOINTI.....	16
3.1 Kehittämishankkeen tavoitteet.....	16
3.2 Asiakaslähtöisyys ja osallisuus palveluiden kehittämisessä	17
3.3 Toimintatutkimus kehittämistyössä	22
3.4 Arviointi osana kehittämistyötä	24
3.5 Fokusryhmä haastattelut tiedontuotannossa.....	26
3.6 Muu tiedon tuotanto toimintamallin kehittämisen tukena	29
4. HANKKEEN TOTEUTUS.....	31
4.1 Ajatuksista tekoihin.....	31
4.2 Toimintamallin mallintaminen.....	31
4.3 Aloitusvaihe kevät 2008.....	34
4.4 Ryhmäkeskusteluiden toteutuminen	36
4.5 Toimintamallin kuvaamisen eteneminen	38
5. MITÄ TEHTIIN JA MITÄ OPITTIIN	42
5.1 Kehittämishankkeen toteutuksen yhteenveto.....	42
KIRJALLISUUS.....	46

LIITTEET

Liite 1. Työkyky-hankkeen toimintamalli

Liite 2. Toiminnottaulukon 1. versio

TAULUKOT

Taulukko 1. Kehittämishankkeen alustava aikataulu 1.2.08–28.2.09	17
Taulukko 2. Lopullinen tiedontuotanto kehittämishankkeessa	29

KUVIOT

Kuvio 1. Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä Rovaniemellä vuosina 1991-2007	14
Kuvio 2. Kehittämishankkeen toimintaympäristö ja tavoitteet.	15
Kuvio 3. Kansalainen ja kunnalliset palvelut – kolme näkökulmaa asiakkuuteen	20
Kuvio 4. Refleктоivan prosessiarvioinnin eteneminen	26
Kuvio 5. Prosessin kehittämisen vaiheet	33
Kuvio 6. Toimintamallin mallintamisen tavoitteet.	39

1. JOHDANTO

Työttömyys ja pitkäaikaistyöttömien tilanne ovat ne ilmiöt jotka ovat puhuttaneet Suomessa viime vuosina. Keskusteluun on noussut myös voimakkaasti väestöryhmien välinen tasa-arvo ja sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. Terveyserojen kaventaminen on ollut Suomessa terveystieteiden ohjelmien tavoitteena jo vuodesta 1986, mutta varsinaista muutosta tilanteeseen ei tullut. Suomalaisten terveydentila on kyllä yleisesti kohentunut mutta sosioekonomiset terveyserot ovat jopa kasvaneet.

Vuonna 2007 käynnistyi terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen hallinnoima valtakunnallinen pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuus hanke, joka linkittyy sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen haasteisiin. Hankkeen tarkoituksena on ollut tukea pitkäaikaistyöttömien terveydentilan sekä toiminta- ja työkyvyn parantamista keskittämällä kuntien, terveyskeskusten ja muiden viranomaisten tutkimus-, kuntoutus-, aktivointi- ja muita toimenpiteitä sekä olemassa olevia monialaisia yhteistyörakenteita pitkäaikaistyöttömien työllistymisen edistämiseen. Valtakunnallisessa hankkeessa toimii seitsemäntoista itsenäistä osahanketta ympäri suomen. Hankkeet ovat varsin erilaisia, lähtökohtana alueelliset tarpeet ja toimintaympäristöt.

Rovaniemen kaupunki on ollut mukana omalla osahankkeella valtakunnallisessa hankkeessa. Hankkeen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa sekä toiminnassa ovat olleet alusta asti vahvasti mukana Rovaniemen kaupungin terveystieteidenkeskus, sosiaalipalvelukeskuksen nuorten ja aikuisten yksikön aikuissosiaalityö, työvoiman palvelukeskus sekä TE-toimisto.

Opintoihini liittyvä kansalais- ja aluelähtöinen kehittämishankeeni muotoutui monien eri vaiheiden jälkeen. Loppuvuodesta 2007 tulin valituksi Rovaniemen Työkyky-hankeeseen sosiaaliohjaajaksi, työt hankkeessa aloitin 1.2.2008, työaika 50 %. Aiempaa kokemusta hanke- tai projektityöstä minulla ei ollut, ja uusi haaste oli varsin piristävä vaihtoehto. Aihe itsessään oli kiinnostava, koska olin omassa työssäni kohdannut ne ongelmat käytännössä joihin Rovaniemen hankkeella haluttiin muutosta.

Oma opintoihini liittyvä kehittämishanke sisältyy Rovaniemen Työkyky-hankeen tavoitteisiin. Hankkeen tavoitteisiin oli kirjattu käytännöstä lähtevän toimintamallin mallinta-

minen sekä palveluiden käyttäjien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien vahvistaminen kehittämistyössä. Näistä tavoitteista lähti muotoutumaan opintoihini liittyvä kehittämishanke. Tavoitteiksi täsmentyi toimintamallin mallintaminen pitkäaikaistyöttömien työhönkuntoutumisen prosessiin, toimintamallissa yhdistyvät terveydenhuollon ja sosiaalihuollon osaaminen.. Kansalaislähtöinen lähtökohta oli tarkoitus toteuttaa siten, että tiedon tuotantoon toimintamallin kehittämisen tuoksi osallistuisivat niin palveluiden käyttäjät kuin heidän kanssaan työskentelevät viranomaiset.

Kehittämishankkeeni aihepiiri on varsin ajankohtainen. Viimeksi helmikuussa 2009 hallituksen politiikkariihessä sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen otettiin kantaa. Tässä yhteydessä korostettiin pitkäaikaistyöttömien eriarvoista asemaa terveyspalvelujen saannissa suhteessa työssä käyvään väestöön. Hallituksen kannanotossa otettiin kantaa pitkäaikaistyöttömien syrjäytymisen ehkäisyyn yhtenä välineen terveyspalveluiden ja kuntoutuksen kehittäminen. Hallituksen tavoitteena on parantaa syrjäytymistä ehkäisevien ja terveyseroja kaventavien palveluiden saatavuutta. Yhtenä toimenpiteenä on valtakunnallisen pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeessa esiin tulleiden hyvien käytäntöjen levittäminen koko maahan.

Kehittämishankkeen lähestymistapa oli toimintatutkimus, prosessi, jossa toiminnan arviointi ja kehittäminen kulkisivat mukana koko ajan. Toimintatutkimuksen osallistava ja käytäntöihin kohdistuva luonne tukee kehittämishankkeeni kansalais- ja aluelähtöistä lähtökohtaa. Tiedon tuotannossa, aineiston keräämisessä kehittämishankkeessani sovellettiin fokusryhmäkeskusteluja

Lähinnä aikaresursseista ja opiskeluihini liittyvän kehittämishankkeen ja oman työn yhteensovittamisen haasteista johtuen, kehittämishankkeeni ei toteutunut siten, kuin olin sen ajatellut. Toisaalta tällä hetkellä vallitseva hektisyys työelämässä, ei mahdollistanut myöskään tarvittavaa aikaa siihen, että työntekijät olisivat voineet sitoutua systemaattiseen kehittämiseen ja arviointiin siten kuin alun perin olin ajatellut. Toki tämä oli tiedossa jo aloitus vaiheessa, mutta silti en osannut sitä tarpeeksi hyvin huomioida suunnittelu vaiheessa. Tässä raportissa tulen kuvaamaan sen, mitä tapahtui ja miten olisin toivonut asioiden menevän ja mitä lopulta opin matkan varrella, loppujen lopuksi oppimisestahan tässä on ollut kysymys.

2. KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Sosioekonomiset terveyserot

Suomalaisten terveydentilan kerrotaan kohentuneen, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat joiltain osin jopa kasvaneet. Sosioekonomiset terveyserot tarkoittavat sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Sosioekonomista asemaa määrittelevät aineelliset voimavarat, joita ovat esimerkiksi tulot, varallisuus, asumistaso. Lisäksi sosioekonomista asemaan määrittävät myös aineellisten voimavarojen hankkimisen välineet kuten koulutus, ammatti ja työmarkkina-asema. Myös vaikutusmahdollisuuksien katsotaan määrittävän sosioekonomista asemaa (Teroka, 2007.)

Toukokuussa 2001 valtioneuvosto hyväksyi periaatepäätöksen Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta. Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka pyrkii terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Terveydenhuolto yksinään ei tätä asiaa voi ratkaista, koska terveyteen liittyy useita tekijöitä terveydenhuollon ulkopuolelta. Siihen liittyvät elämäntavat ja ympäristö siihen vaikuttavat biologiset, psyykkiset, kemialliset, fysikaaliset ja sosiaaliset ominaisuudet. Terveys 2015 – ohjelman pohjana on jo vuonna 1986 hyväksytty hallituksen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä - ohjelman. Jo tuolloin korostettiin kaikkien yhteiskunnallisten toimijoiden yhteistä vastuuta kansanterveydestä. Lisäksi Terveys 2015 – ohjelman taustalla on Maailman terveysjärjestön WHO:n globaali Helth 21- ohjelma. (Terveys 2015- kansanterveysohjelma 2001, 8.)

Vuonna 2004 on käynnistynyt terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä työterveyslaitoksen yhteistyöhanke Teroka. Hankkeen tavoitteena on kehittää toimintatapoja ja koota tietoa Terveys 2015-ohjelman terveyserojen kaventamistavoitteen saavuttamiseksi (teroka, 2008).

Teroka -hankkeessa sosioekonomiset terveyserot määritelty lyhyesti näin:

Korkea-asteen koulutuksen saaneet, ylemmät toimihenkilöt ja hyvätuloiset ovat huomattavasti terveempiä ja toimintakykyisempiä ja elävät pitempään kuin perusasteen koulutukseen saaneet, työntekijäammateissa toimivat ja pienituloiset (Teroka, 2007).

Yhteiskunta tasolla Seppo Koskinen (2006) näkee terveyden eriarvoisuuden keskeiseksi taustatekijäksi aineellisten ja kulttuuristen yhteiskunnassa selviytymistä edistävien resurssien epätasaisena jakautumisena väestössä. Lisäksi terveyseroihin yhteiskunta tasolla vaikuttaa ne rakenteet joissa elämme muun muassa talousjärjestelmä, hyvinvointipalvelut elinkeinorakenne ja koulutusjärjestelmä. Yksilö tasolla hänen mukaansa esimerkiksi koulutus muokkaa terveyteen liittyviä tietoja ja arvoja. Hyvä sosiaalinen asema luo ylipäätään paremmat tiedolliset ja taloudelliset mahdollisuudet esimerkiksi asua terveyden kannalta edullisessa ympäristössä ja valita terveyttä edistäviä käyttäytymismalleja (Koskinen, 2006.)

Sosioekonomisten terveyserojen nähdään liittyvän ihmisten epätasa-arvoiseen asemaan yhteiskunnassa. Elintapojen, kuten tupakointia ja alkoholin käyttöä ei suoraan voida selittää ihmisten vapaan valinnan tuloksina, myös tällöin voi olla kyse eriarvoisuudesta, koska ihmisen oman vaikutusvallan ulkopuolella olevat seikat voivat saada hänet valitsemaan terveyttä vaarantavia tapoja (Teroka, 2007).

Terveyserojen synty ei kuitenkaan täysin ole kiinni sosioekonomisesta asemasta vaan siihen liittyy myös muunlaista valikoitumista esimerkiksi huono terveys voi heikentää henkilön sosiaalista asemaa ja vastaavasti hyvä terveys ja sen edellytykset voivat kohentaa asemaa yhteiskunnassa. Koskisen (2006) mukaan sosioekonomiset terveyserot näyttävät pääosin johtuvan elinoloihin, terveystyötytymiseen sekä terveyspalveluihin liittyvistä tekijöistä, joihin hänen mukaansa pitäisi pystyä vaikuttamaan (Koskinen 2006).

Terveyspolitiikan yksi keskeinen tavoite on taata kaikille kansalaisille yhtäläinen terveyspalveluiden saatavuus ja laatu. Yhtenä esimerkkinä tästä on nimenomaan työttömien terveyspalvelut suhteessa työssä käyvään väestöön.

2.2 Sosioekonomiset terveyserojen kaventaminen

Terveys 2015 – ohjelmassa korostetaan kaikkien julkisen vallan hallintosektoreiden mahdollisuutta vaikuttaa kansalaisten terveyden edellytyksiin. Ohjelman mukaan kansalaisten terveyden edistämisen kannalta keskeiset päätökset liittyvät muun muassa elinympäristön muutoksiin, hyvinvointipalveluiden ohjaukseen, koulutuksen kehittämiseen, työpaikkojen luomiseen, sosiaaliseen turvallisuuteen ja tasa-arvoon. Jotta vaikutuksia saadaan aikaan yhteistyö eri toimijoiden ja hallinnonalojen välillä on edellytys (Terveys 2015-kansanterveysohjelma 2001, 9.)

Suomen terveystalouden tavoitteet korostavat terveyden ja toimintakykyisten elinvuosien lisäämistä sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentämistä. Terveys 2015 on laaja ohjelma jonka tavoitteet koskettavat koko elämänkaarta vauvasta vaariin. Oman kehittämishankeen kannalta mielenkiinto kohdistuu työikäisten terveyteen ja toimintakykyyn sekä Terveys 2015 – ohjelman yhteen keskeisimmistä tavoitteista: väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen, johon työttömien terveystalouden kehittäminen tiukasti kytkeytyy. Työikäisten terveys on yleisesti ottaen kehittynyt myönteisesti viime vuosikymmenien aikana (Terveys 2015-kansanterveysohjelma 2001,24). Yksi keskeisimmistä haasteista on kuitenkin pitkäaikaistyöttömyyteen ja muuhun sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvä sairastavuus ja epätasa-arvo palveluiden kohdentumisessa.

2.3 Työttömien terveys ja työkyky

Enemmistö työttömistä selviytyy kohtuullisesti työttömyysajastaan, myös osa pitkäaikaistyöttömistä. Heillä on tukena sekä hyvinvointivaltio että omat sosiaaliset verkostonsa joiden avulla heidän asemansa on turvattu. Kaikilla ei ole näin, usein pitkittyneen työttömyyden seurauksena huono-osaisuus helposti kasautuu. Ja yllättävä kyllä, ruotsalaisen työelämäntutkija Lennart Hallstenin (2006) mukaan usein ne jotka hakevat aktiivisesti töitä, voivat psyykkisesti kaikkein huonoiten (Hallsten, 2006.) Kortteisen ja Tuomikosken (1998) mukaan jos huono-osaisuutta mitataan työttömyydellä, köyhyydellä ja sairastavuudella, huomataan että huono-osaisuus on alkanut kasautua pitkäaikaistyöttömien keskuudessa (Piirainen & Saari 2002,18; Kortteinen & Tuomikoski 1998, 171; Vähätalo 1998,152.)

Vaikka työikäisten terveys on yleisesti parantunut, niin suurin osa tutkimuksista kertoo, siitä että työttömien työkyky ja terveys on alentunut ja joiltain osin jopa heikkoa. Vuonna 2005 Pellervon taloudellinen tutkimuslaitos toteutti tutkimuksen, jossa käytettiin työterveyslaitoksen kehittämää työkykyindeksiä¹. Tällä tutkimuksella oli tarkoitus, valtiontalouden tarkastusviraston tarpeeseen selvittää aktiivisten työvoimapolitiittisten toimien vaikutuksia työttömien syrjäytymiseen. Tutkimuksessa haastateltiin 1081 työtöntä. Syksyn 2005 aikana toteutetun kyselyn tuloksia verrattiin tilastokeskuksen vastaavaan palkansaajien työvoimatutkimuksen..

Pellervon taloudellinen tutkimuslaitoksen toteuttaman tutkimuksen mukaan iällä ja sukupuolella on suuri merkitys siihen, kuinka ihmiset kokevat työkykynsä. Erityisesti nuorten alle 25-vuotiaiden osalta tämä ero korostuu. Alle 25-vuotiaista miehistä 43 prosentilla on erinomainen ja 23 prosentilla huono tai kohtalainen työkyky. Alle 25-vuotiailla työttömillä naisilla luvut olivat 61 prosenttia ja 8 prosenttia. Tutkimuksen mukaan nuorista työttömistä noin viidenneksellä on riski syrjäytyä työmarkkinoilta jos sitä arvioidaan kohtalaisen tai heikon työkyvyn omaavien mukaan. Kaiken kaikkiaan tämän tutkimuksen mukaan noin 40 prosentilla työttömistä on kohtalainen tai heikko työkyky. Heidän riskinsä syrjäytyä työkykynsä puolesta on kohtuullisen suuri. Palkansaajien osalta työkyky on keskimäärin parempi kuin työttömillä kaikissa ikäryhmissä. Naisista 89 prosentilla on erinomainen tai hyvä työkyky ja miehistä 93 prosentilla.(Holm, Jalava & Ylöstalo, 2006,14,22.)

Pellervon tutkimuskeskuksen tutkimuksessa selvisi, että työttömillä on selvästi enemmän lääkärin toteamia sairauksia kuin palkansaajilla. Lääkärin toteamien sairauksien määrä kasvaa iän karttuessa. Yli 55-vuotiaista palkansaajista vielä noin puolella ei ole lainkaan lääkärin toteamia sairauksia tai vammoja. Vastaava osuus työttömistä oli reilu 40 prosenttia (Holm, Jalava & Ylöstalo, 2006,45.)

¹ Työkykyindeksi koostuu sarjasta kysymyksiä, jossa otetaan huomioon työn ruumiilliset ja henkiset vaatimukset sekä henkilön terveydentila ja voimavarat. Työkykyindeksissä *korostuu vastaajan oma käsitys* työkyvystään. Työterveyslaitoksessa, professori Juhani Ilmarisen johdolla 1990-luvun alussa kehitetty työkykyindeksi kehitettiin alun perin työterveyslaitoksen ikääntyvien kuntatyöntekijöiden seurantatutkimuksessa ja sen on todettu ennustavan hyvin työkyvyyden synty tulevaisuudessa.

Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen tutkimuksen johtopäätöksissä otettiin kantaa siihen, että työttömien terveydenhuoltoon tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Työterveyshuolto toimii järjestelmällisesti palkansaajien työkyvyn ylläpitämisen ja edistämisen hyväksi, koska se on lailla määrätty (Holm, Jalava, Ylöstalo 2006, 45). Kansanterveyslain 66/1972 14§:n mukaan kunnan tulee huolehtia asukkaiden terveystarkastuksista ja seurata asukkaiden terveydentilan kehittymistä väestöryhmittäin. Tällä hetkellä on menossa terveydenhuollonlaki uudistus jossa todennäköisesti tullaan ottamaan kantaa työttömien terveydenhuollon järjestämiseksi (Sinervo 2008). Lain on tarkoitus astua voimaan asteittain 1.1.2010 alk. (terveydenhuoltolakityöryhmä, 2008).

Muita aiheeseen liittyviä tutkimuksia on muun muassa Työttömien työnhakuaktiivisuus ja koettu terveys, Taloudellisen laman terveysvaikutuksia 1992 -1993, Työvoimakoulutuksen ja tukityön vaikutukset työnhakuaktiivisuuteen, uudelleentyöllistymiseen ja koettuun terveyteen.

Tutkimuksia työttömyyden ja terveyden suhteesta sekä väestöryhmien välisistä terveyseroista on tehty paljon ja tieto on siitä, että ongelma on todellinen. Lukuisia työllistymiseen liittyviä hankkeita on toteutettu ympäri Suomen, mutta niiden kohteina ovat olleet työttömyyden lieventäminen ja uusien työllistämiskeinojen kehittäminen. Työttömien terveyden ja hyvinvoinnin kohentamiseen tähtääviä interventio on toteutettu vähän ja olemassa olevien interventioiden vaikutuksia on selvitelty vähän. Nyt meneillään oleva pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke on yksi mahdollisuus korjata tätä epäkohtaa. Heponiemi ym. (2008) toteavat myös, että tietoa terveyskäyttäytymisen ja työttömyyden välisestä suhteesta tuli hankkia enemmän myös suoraan työttömiltä (Heponiemi ym. 2008, 9,33.)

2.4 THL:n pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke

Sosiaali- ja terveysministeriön käytettävissä oli vuonna 2007 pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja terveydenhuollon tehostamista varten 2,0 M€, joka suunnattiin kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän kautta ja kuntien edellytettiin sijoittavan toimintaan myös omaa rahoitusta. Lisäksi valtion vuoden 2007 talousarvioon

hyväksyttiin pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämistä varten 1,5M€. Osa määrärahasta jaettiin seitsemälletoista kokeilupaiikkakunnalle joihin myös Rovaniemi kuuluu, raha tarkoitettiin nimenomaan työttömien terveystalvelujen kehittämiseen osana terveydenhuoltoa ja työvoiman palvelukeskusten toimintaa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) on vastannut kehittämisasihoituksen hallinnosta, paikallisten ja seudullisten hankkeiden koordinoinnista sekä toiminnan seuranta ja arviointitutkimuksesta (Pitkäaikaistyöttömien kehittämiskumppanuushankkeen toteuttamissuunnitelma 2007.)

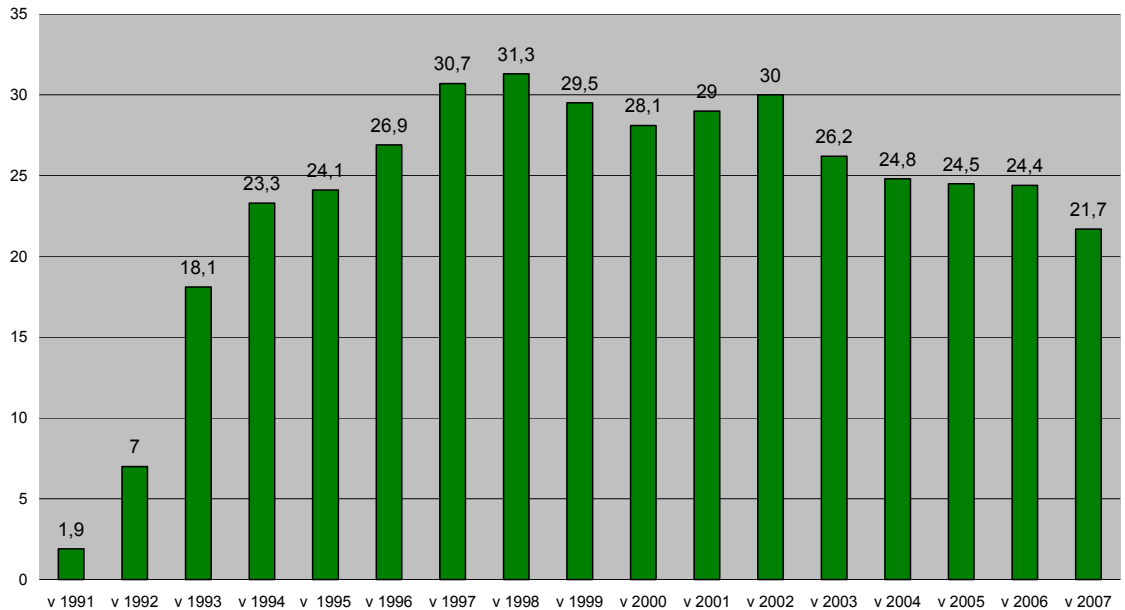
Hankekokonaisuuden tavoitteena on ollut luoda pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoon sellainen toimintamalli, joka voitaisiin ulottaa myöhemmin kaikkiin kuntiin, työvoiman palvelukeskuksiin ja terveyskeskuksiin. Hankkeen ensimmäinen osa alkoi keväällä 2007 ja päättyi helmikuussa 2009. Loppuvuodesta 2008 selvisi, että valtakunnallinen kehittämishanke on saanut lisärahoitusta aina vuoden 2010 loppuun saakka. Valtakunnallinen pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke, on herättänyt hankkeen projektipäällikön Leini Sinervon mukaan laajalti kiinnostusta valtakunnan eri instansseista, muun muassa eri ministeriöt ovat olleet hankkeen tuloksista kiinnostuneita.

2.5 Rovaniemen Työkyky-hanke

Rovaniemellä oli ymmärretty, että terveyserojen kaventaminen ei ole pelkästään terveyspoliittinen ilmiö vaan ilmiö on yhteiskuntapoliittinen ja sen ratkaisemiseksi tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. Hankkeen toteuttamisessa ovat vahvasti olleet mukana terveystalvelukeskus, sosiaalipalvelukeskuksen nuorten ja aikuisten yksikkö, työvoiman palvelukeskus sekä Rovaniemen te-toimisto. Tämä on myös taustaa sille, miksi oman kehittämishankkeen lähtökohdat ovat terveydenhuoltoon painottuneet

Vuonna 2007, kun työttömien terveydenhuollon hanketta alettiin suunnitella, oli työttömyysprosentti Rovaniemellä 12,3 prosenttia. Työttömyysprosentti on Rovaniemellä ollut kohtuullisen korkea koko 1990-luvun laman jälkeisen ajan. Myös pitkäaikaistyöttömien määrä on Rovaniemellä pystytellyt suhteellisen korkealla tasolla 1990-luvun puolivälistä alkaen, vaikkakin suunta on ollut viime vuosina aleneva.

Pitkäaikaistyöttömät % työttömistä Rovaniemelle 1991-2007



Kuvio 1. Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä Rovaniemellä vuosina 1991–2007

. Rovaniemen Työkyky-hankkeen tavoitteet olivat:

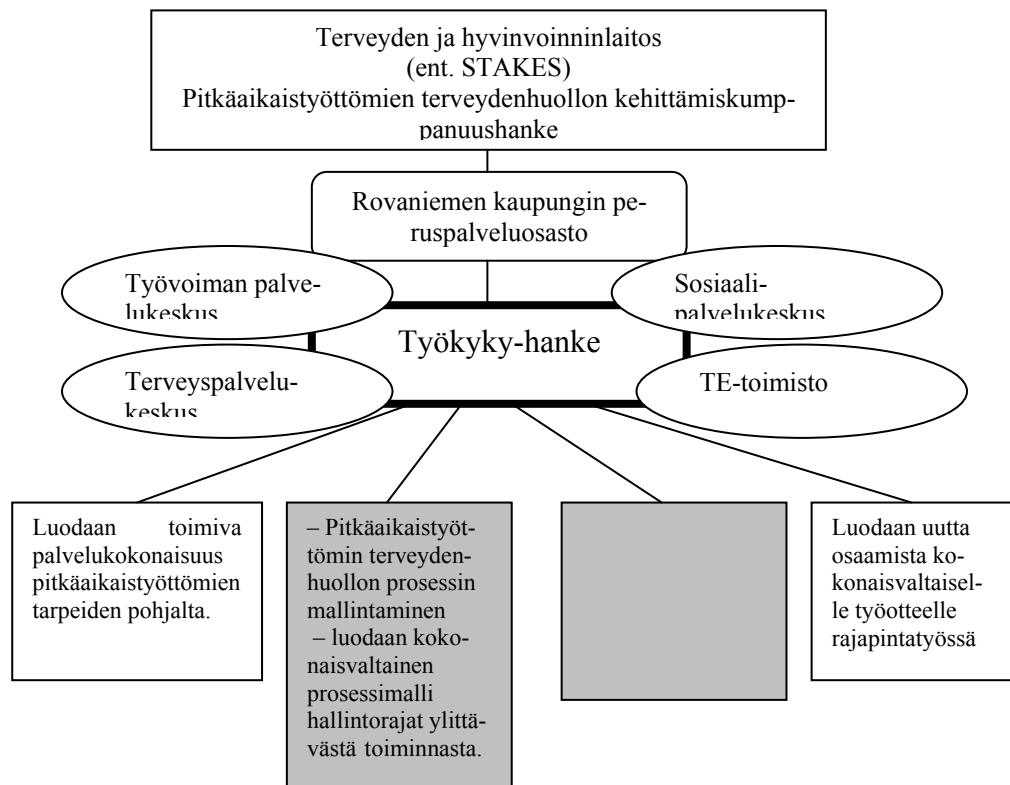
- Luodaan toimiva palvelukokonaisuus pitkäaikaistyöttömien tarpeiden pohjalta
- Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon prosessin mallintaminen - luodaan kokonaisvaltainen prosessimalli hallintorajat ylittävästä toiminnasta.
- Luodaan uutta osaamista kokonaisvaltaiselle työotteelle rajapintatyössä, esimerkiksi työvoimatoimisto, Kela, sosiaalitoimi, terveydenhuolto ja Rovaniemen työvoiman palvelukeskus, muut viranomaiset, kolmannen sektorin toimijat ja projektit.
- Vahvistetaan asiakkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia, asiakasryhmä otetaan mukaan kehitystyöhön (Työkyky-hanke hankesuunnitelma 2007).

Rovaniemen hanke käynnistyi marraskuussa 2007, jolloin terveydenhoitaja aloitti työt. Itse aloitin työt hankkeen sosiaaliohjaajana helmikuussa 2008. Terveydenhoitajan ja sosiaaliohjaajan yhteistyöllä pyrittiin helpottamaan yli sektorien tapahtuvaa työtä.

Toimintaympäristö

Kehittämishankkeeni toimintaympäristön muodostavat Rovaniemen kaupungin sosiaali- ja terveystyö, työvoiman palvelukeskus sekä TE-toimisto. Hankkeen tavoitteiden

mukainen toimintamalli koskettaa jokaista toimijaa jollain tasolla. Sosiaalipalvelukeskuksen, työvoimatoimiston sekä työvoiman palvelukeskuksen rooli konkreettisesti oli asiakkaita lähettävä taho ja tiivis yhteistyökumppani ja terveydenhuollon palvelukeskuksen rooli terveystalveluiden tuottajana. Lisäksi kehittämishankkeeni toimintaympäristössä vaikuttavat Työkyky- hanke sekä laajemmin THL:n pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke. Kuviossa 2 olen hahmotellut toimintaympäristön sekä kehittämishankkeeni tavoitteet.



Kuvio 2. Kehittämishankkeen toimintaympäristö ja tavoitteet.

3. KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITTEET, MENETELMÄT JA ARVIOINTI

3.1 Kehittämishankkeen tavoitteet

Kehittämishankkeen tavoitteiden asettelu tuotti suuria vaikeuksia. Koin itse suurimmaksi haasteeksi tavoitteiden rajaamisen, joka koko ajan tuntui laajenevan. Se, että toimin jo itse Työkyky-hankkeen sosiaaliohjaajana ja toisaalta sosiaaliohjaajana yhteistyökumppanina toimivassa organisaatiossa, jolla myös omat tavoitteensa itse hankkeelle loi omat vaikeutensa sille, että roolin löytyminen suhteessa opintoihini liittyvään kehittämishankkeeseen oli vaikeaa. Lopulta kehittämishankkeeni muotoutui siten, että tavoitteet nousivat suoraan Työkyky- hankkeen tavoitteista.

Kehittämishankkeeni tavoitteena on:

- 1. Mallintaa käytännöstä lähtevä toimintamalli pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon toteuttamiseksi Rovaniemen kaupungissa*
- 2. Tuottaa tietoa sekä asiakkailta että pitkäaikaistyöttömien kanssa työskenteleviltä käytännön työntekijöiltä toimintamallin kehittämisen tueksi paikallisella tasolla*

Kehittämishankkeeni toiminnallinen osuus toteutettiin vuoden 2008 toukokuun- tammi-kuun 2009 välisenä aikana ja hankkeen raportointi kevään 2009 aikana. Työkyky-hankkeen käytännön työtä tukemaan perustettu työryhmä hyväksyi kehittämishanke idean maaliskuussa 2008. Tutkimusluvan sain toukokuussa 2008, ja sen hyväksyi terveydenhuollon palvelukeskuksen palvelupäällikkö. Konkreettisesti kehittämishankkeeni pääsi alkuun kesän 2008 aikana.

Kehittämishankkeeni aikataulun reunaehdot, muodostuivat Työkyky-hankkeen aikataulun mukaan. Lähtökohtana oli, että toimintamallin malli olisi kuvattuna vuoden 2008 loppuun mennessä. Hankkeen ensimmäisen vaiheen päätös oli 28.2.2009, mutta esimerkiksi Rovaniemen kaupunki jatkoi vanhalla rahoituksella 30.4.2009 saakka ja jatkorahoitus hankkeelle on myönnetty ajalle 1.5.09–31.10.2010.

Taulukko 1. Kehittämishankkeen alustava aikataulu 1.2.08–28.2.09

	Tehtävä	Muuta huomioitavaa
Helmikuu 2008	Hankeidean toteutuminen, suunnittelu, tavoitteiden asettelu yms.	Työkyky-hankkeen työryhmä hyväksyi opinnäytetyö idean 13.2.08
Maaliskuu 2008	suunnittelua, hankesuunnitelman rakentaminen	
Huhtikuu 2008	Mallentamisen aloitus	
Toukokuu 2008	1. ARVIOINTI (Hankkeen työryhmä)	haastattelu kysymykset (ei toteutunut s-l)
Kesäkuu 2008	Ryhmähaastattelut (asiakastyötä tekevät ja asiakkaat) Raportointia, materiaaliin hankintaa yms.	ProcessGuide ohjelman opettelua
Heinä ja elokuu 2008	Raportointia, materiaaliin tutustumista yms. Mallin rakentamista ProcessGuide -ohjelmalla	loma-aika Asiakasryhmän perustaminen (th)
Syyskuu- ja lokakuu 2008	Ryhmähaastattelut (asiakkaat ja asiakastyötä tekevät) 2. ARVIOINTI (hankkeen työryhmä) Asiakastapaukset	5.9 työntekijöiden haastattelu 3.10 1. asiakasryhmän tapaaminen 31.10 2, asiakasryhmä tapaaminen
Marraskuu 2008	Valmistautuminen ryhmähaastatteluihin	21.11.08 3. asiakasryhmä tapaaminen 28.11 työntekijöiden tapaaminen
Joulukuu 2008		
Tammikuu 2009	3. ARVIOINTI (hankkeen työryhmä) Raportointia	
Helmikuu 2009	Kirjoitustyötä, hanke päättyy.	Työkyky-hanke päättyy 29.2.08.

3.2 Asiakslähtöisyys ja osallisuus palveluiden kehittämisessä

Valtakunnallisen työttömien terveydenhuollon hankkeen tavoitteisiin oli asiakslähtöisyys ja osallisuus kirjattu. Oli siis luonnollista että myös Rovaniemen Työkyky-hankkeen suunnitelmaan oli nostettu yhtenä tavoitteena asiakkaiden osallisuuden lisääminen. Osallisuuden ja asiakslähtöisyyden käsitteet omassa kehittämishankkeessani nousivat siis suoraan valtakunnallisen hankkeen ja Rovaniemen paikallisen hankkeen tavoitteista. Palveluiden käyttäjien mukaan otto kehittämistyössä on lisääntynyt viime vuo-

sina, varsinkin palveluiden arvioinnin osalta. Viime vuosina on toteutettu useita arviointihankkeita, joissa on hyödynnetty THL:n Suomeen tuomaa asiakaslähtöistä arviointia Bikvaa.

Kehittämällä pyritään parantamaan olemassa olevaa tai kehittämään jotain uutta. Kaiken kehittämisen lähtökohtana on, että se vaikuttaa myönteisesti toiminnan kohteena olevien ihmisten elämään. Kehittämisen käsitteeseen liittyy usein hierarkkinen ylhäältä alas – asetelma: kehittäjät kehittävät toimintaa, jonka kohteena ovat jotkut toiset. Asiantuntijavaltaisessa järjestelmässämme Anna Metterin (2004) mukaan luotetaan usein ainoana totuutena byrokraattisessa järjestelmässä tuotettuun tilasto ja seuranta tietoon Metteri 2004, 24). Kuten Metteri (2004) toteaa, vallitseviin totuuskäsityksiin sisältyvä tieto ohjaa jo sinänsä toimintaamme ja otamme tilanteet ja totuudet annettuina, kyseenalaistamatta. Tämän seurauksena on vaarana, että palveluiden käyttäjien ja heidän kanssaan työskentelevien viranomaisten kokemuksellinen asiantuntemus jää hyödyntämättä (Swanz 1994, 17–21; Metteri 2004, 24–25).

Asiakaslähtöisyyden ymmärtäminen ja palveluiden käyttäjien sekä heidän kanssaan työskentelevien viranomaisten osallisuus oli se lähtökohta jossa hankkeen kansalais- ja aluelähtöinen kehittäminen tulisi näkyväksi. Osallisuutta kehittämistoiminnassa voidaan määritellä usealla eri tavalla. Yksi tärkeimmistä määrittelyn näkökulmista, on se miten osallinen määritellään. Robson (2001) määrittelee osalliseksi kaikki ne tahot, joihin kehittämistoiminta vaikuttaa. Asiakkaiden osallisuus on keskiössä (Robson 2001, 31.32). Kehittämishankkeessani olen nähnyt myös käytännön työntekijät osallisen roolissa. Tämä juontaa juurensa siihen, että oman kokemukseni mukaan käytännön työntekijöiden kokemustietoa ei tarpeeksi huomioida palveluita kehitettäessä, vaikka tässä asiassa viime vuosina on positiivista muutosta tapahtunut.

Erilaiseen työnorganoimiseenkin liittyvät asiat estävät useasti todellisen asiakaslähtöisyyden toteutumisen. Palvelujärjestelmä on niin sektoroitunut ja ihmisen, jonka toimintakyky on jo valmiiksi heikentynyt, on helppo tipahtaa pois palvelujärjestelmästä. Toisaalta eri organisaatiot toteuttavat omia tavoitteitaan siten, että ihmisen kokonaisvaltainen huomioiminen heikentyy. Rovaniemellä asiakastyötä tekevien verkostossa nousi esille myös kysymykset sopimusohjausjärjestelmän vaikutuksista asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. Sopimusohjausjärjestelmä jo sinänsä olisi mielenkiintoinen tutkimisen koh-

de nimenomaan asiakaslähtöisyyden näkökulmasta, mutta tässä vaiheessa ja tässä kehittämishankkeessa siihen ei valitettavasti resurssit riitä.

Asiakaslähtöisyys ja osallisuus lainsäädännössä

Sosiaalialan asiakaslähtöisyys perustuu lainsäädäntöön. Useissa laeissa ja asetuksissa asiakkaan, kuntalaisen tarpeisiin vastaaminen on nostettu tavoiteltavaksi päämääräksi. Myös osallisuus ja osallistuminen on lakiin kirjattu. Suomen perustuslakiin (731/1999) on kirjattu yksilön oikeus osallistumiseen:

Julkisen vallan tehtävänä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) alkaa:

Tämän lain tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa

ja se jatkuu lain 8. pykälässä seuraavasti:

Sosiaalihuoltoa toteuttaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeutta. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Palveluja käyttävien kuntalaisten vaikuttamisen mahdollisuus on kirjattu myös kuntalakiin (365/1995). Niin moni laki tukee asiakkaan ja kuntalaisen asiakaslähtöisyyden ja osallistumisen toteutumista joten voisi olettaa että kuntalaisen näkökulmasta asiat toimii koska näin on lakiin kirjattu.

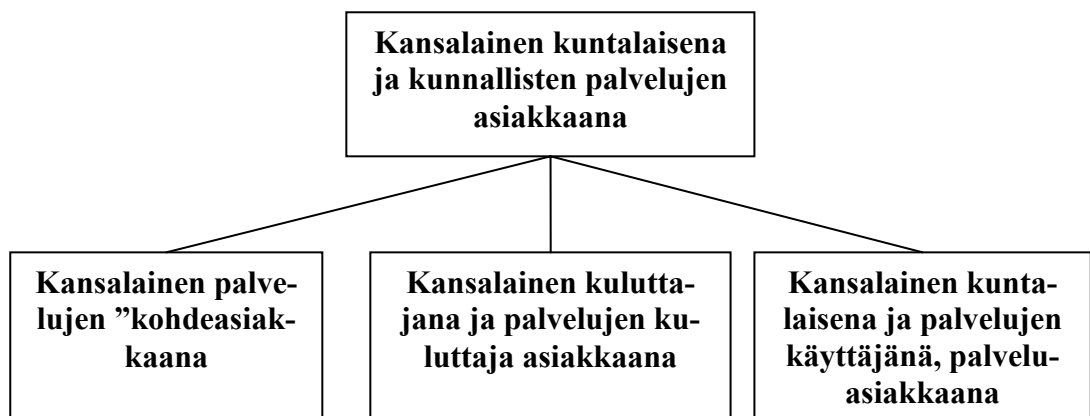
Asiakas, käyttäjä, kuluttaja ja kansalainen

Perehtyessäni kirjallisuuteen tuli selväksi, että myös asiakas käsitteenä vaatii avaamista, jotta pääsee sisälle asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden käsitteisiin. Asiakas -käsite on

julkisen sektorin toiminnassa edelleen ongelmallinen ja sen sisällöstä ei ole olemassa yksimielisyyttä. Suomessa asiakkaista käytetyt ilmaukset ovat ajan saatossa muuttuneet vaivaisesta heikkomieliseen, köyhästä köyhäinhoidontarpeessa olevaan. Vuoden 1971 sosiaalihuollon periaatekomitean mietinnössä asiakkaasta tuli lopulta asiakas.

Asiakkuus yleiskäsitteenä nähdään edelleen sinänsä positiivisena, etenkin jos käsitteeseen on liitetty seuraavia määritteitä; subjektivisuus, vapaus, itsemäärääminen, valintaoikeudet ja osallistuminen. Asiakas käsite muuttaa kuitenkin luonnettaan heti, kun se konkretisoidaan yksilöksi, jolla on tarpeita, elämäntilanteen vaatimuksia ja tavoitteita (Ketola 1996, 172–173).

Suomalainen sosiaalihuollon asiakas on 1900-luvulla muuttunut julkisvallan holhotista yhä enemmän markkinapalvelujen kuluttajaksi (Sipilä Jorma 1996, 21). Vuokko Niiranen (2002) on käsitellyt mielestäni mielenkiintoisesti kuntalaista sosiaalipalvelujen asiakkaana. Hän on käsitellyt asiaa kolmesta näkökulmasta (kuvio 3). Nämä näkökulmat mielestäni vaikuttavat myös siihen, miten palveluiden käyttäjien mielipiteitä ja kokemuksia käytetään palveluja kehitettäessä.



Kuvio 3. Kansalainen ja kunnalliset palvelut – kolme näkökulmaa asiakkuuteen (Vuokko Niiranen 2002,68).

Kuntalainen palvelun kohteena, ”kohdeasiakkaana” (object-client) joka tarkoittaa Niiraisen (2002) mukaan selkeästi sitä, että asiakas on ammatillisen toimenpiteiden objektina. Hänen mukaansa kohdeasiakkuuden voi liittää vahvaan valtiokeskeiseen sosiaalipolitiik-

kaan sekä valtakunnallisesti määriteltyihin ja ohjattuihin palvelunkäytön oikeuksiin ja reunaehtoihin. Kohdeasiakkuus saattaa Niirasen (2002) mukaan sisältää oletuksen siitä, että kansalaisella ei ole kykyä tai edellytyksiä arvioida palvelun laatua tai omaa ongelmanratkaisuaan. Asiakkuutta sosiaalipalveluissa määrittävät ensisijaisesti ongelmat, joita pitää olla riittävä määrä, jotta asiakassuhde syntyy (Niiranen 2002, 67–68).

Kun kansalainen nähdään kuluttajana, sisältyy siihen Niirasen (2002) mukaan kaksi markkinoituvaan sosiaalipolitiikkaan liittyvää ulottuvuutta: maksuvalmius ja valinnan mahdollisuus. Lisäksi ihmisellä täytyy olla riittävästi tietoa tarjolla olevista palveluista ja kykyä vertailla vaihtoehtoja. Kuluttajaorientoitunut palveluiden kehittäminen perustuu siihen että käyttäjien valintojen seurauksena palvelut parantuvat jolloin kehittäminen siis kohdentuu johonkin palveluun tai palvelukokonaisuuteen eikä palvelun vaikutuksiin käyttäjän asemaan tai siihen minkälaisia vaikutuksia palveluilla on käyttäjilleen. Kuluttajanäkökulma olettaa, että palvelun käyttäjä hyötyy palvelun tarjoajien välisestä kilpailusta, mutta unohtaa että sosiaalipalvelujen käyttäjät eivät automaattisesti ole sellaisessa tilanteessa, että pystyisivät kuluttamaan missä ja mitä haluavat. (Niiranen 2002, 68–69).

Palveluasiakkuudessa palvelua käyttävällä ihmisellä on Niirasen (2002) mukaan kohdeasiakkuutta aktiivisempi rooli. Palvelua ei voi olla olemassa ilman sen käyttäjän aktiivista osallistumista, tämä taas vaatii sen, että palveluiden käyttäjille on mahdollistettu toimivia ja hyväksyttäviä vaikuttamisen ja osallistumisen kanavia. Palveluasiakkuudessa tunnustetaan palvelutarpeen ratkaisemisen lisäksi asiakkaan kansalaisuus. Palveluasiakkuus käsitteenä tunnistaa yhteisön jäsenyyden.. Se korostaa kuntalaisuutta siten, että palvelun käyttäjä on samalla demokraattisen järjestelmän jäsen, kuntalainen. Niiranen (2002) nostaa esimerkkinä esille kuntalaisuuden tunnistavasta palveluasiakkuudesta muun muassa asiakas- ja käyttäjäneuvostot, vammaisneuvostot sekä vanhusneuvostot (Niiranen 2002, 69–70.)

Asiakaslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisiä periaatteita. Tarkoitetaanko sillä organisaation määrittelemää asiakkaan asemaa palvelujen käyttäjänä vai aidosti asiakkaan asiasta lähtevää ja asiakasta kuulevaa toimintatapaa palveluja toteutettaessa. Asiakaslähtöisyys on käsitteenä vakiintumaton. Kehittämishankkeessani palveluiden käyttäjien mukaan ottaminen kehittämistyöhön perustui pitkälti niihin lähtökohtiin joihin asiakaslähtöiseen arviointiin kehitetty Bikva -menetelmäkin pohjautuu.

Bikvan lähtökohtana ovat asiakkaiden kokemukset ja näkemykset palvelujen laadusta, niiden eteenpäin vieminen organisaation jokaiselle tasolle, käytännön työntekijöistä poliittiseen päätöksen tekoon saakka. Asiakkailta on sitä kokemustietoa, joita palveluiden kehittämisessä tarvitaan. Asiakkaiden mukaan ottaminen kehittämistyöhön luodaan vuoropuhelu palveluiden käyttäjien ja julkisten interventioiden välille. Palveluiden kehittämisessä yleensä on tärkeää antaa ääni marginaalissa eläville asiakasryhmille (Högnabban, 2008,10).

3.3 Toimintatutkimus kehittämistyössä

Eri tutkijat ovat määrittäneet toimintatutkimusta eri tavoin. Käytännön työelämään suuntautuminen, muutokseen pyrkiminen ja tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin ovat kuitenkin ne piirteet, jotka yhdistävät eri toimintatutkimuksia. Kuulan (1999) mukaan yhdistävistä tekijöistä huolimatta sovellettavat teoriat, itse tutkimuskohteet ja kysymyksen asetelut voivat olla hyvinkin erilaisia. Olennaista ja yhteistä on paitsi tuottaa uutta tietoa myös pyrkiä tutkimisen avulla mahdollisimman reaaliajassa erilaisten asiaintilojen muutokseen edistämällä ja parantamalla niitä tavalla tai toisella (Kuula 1999, 10–12).

Toimintatutkimuksen syntyisänä pidetään Kurt Lewinin. Hänen 1940-luvun kirjoituksista on löydettävissä samaa kuin, mitä tämän päivän toimintatutkimukseen yhdistetään. Yhteistoiminnallisuus, demokraattisuus sekä teoria ja käytännön suhde ovat ne jotka toimintatutkimuksessa edelleen vaikuttavat Lewinin mukaan toimintaan osallistuminen lisää sitoutumista ja saa aikaa muutoksia asenteissa ja toiminnassa (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen, Saari, 1994 26–27).

Suomessa toimintatutkimusta on käytetty niin kasvatustieteissä kuin aluetieteissä, mutta erityisesti työelämän tutkimuksessa. Työelämän toimintatutkimukseksi määritetään paitsi organisaatioiden tutkimus myös palvelujärjestelmien tutkimus silloin, kun ne kohdistuvat erilaisiin työyhteisöihin ja niiden asiakkaisiin järjestelmissä (Kuula 1999, 10 -12).

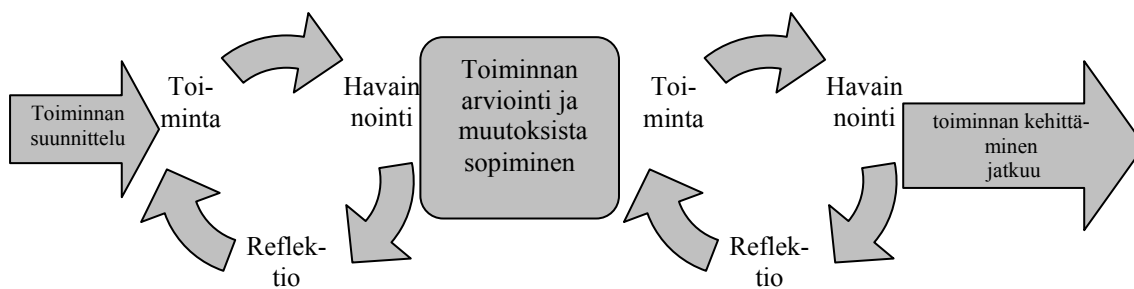
Toimintatutkimus nähdään luonteeltaan sosiaalisena prosessina jossa liikutaan niin yksilöllisellä kuin sosiaalisellakin tasolla. Toimintatutkimus on osallistuvaa ja käytäntöihin kohdistuvaa ja perustuu pitkälti oman toiminnan reflektointiin: osallistujat joutuvat pohtimaan käsityksiään, toimintaa, arvostuksiaan ja taitojaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Kuula 1999,9).

Tässä kehittämishankkeessa lähtökohta oli, että hankkeeseen osallistuneet viranomaiset, työskentelevät samojen asiakkaiden kanssa, välillä toisistaan ja toistensa työstä tietämättä tai hyvinkin ohuella yhteistyöllä. Jokainen kuitenkin on oman alansa asiantuntija. Kehittämishankkeen aikana hankkeeseen osallistuneet henkilöt toimivat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa eri alojen asiantuntijoiden kanssa. Koska tavoitteena oli toimintatutkimuksen mukaisesti pyrkiä muuttamaan tutkittavaa todellisuutta ja vallitsevia käytäntöjä, mielestäni toimintamallin juurruttamisen näkökulmasta oli tärkeää, että käytännössä toimivat ihmiset otetaan osallisiksi tutkimukseen.

Kehittämishankkeessa on kysymys toimintamallin kehittämisestä, jossa asiakkaan mahdollisuuksia päästä palveluihin pyrittiin madaltamaan ja selkeyttämään. Jos jokin palvelu on tarkoitettu tuottamaan hyvinvointia jollekin tietylle ryhmälle, on loogisesti perusteltua ottaa palvelua käyttävät asiakkaat mukaa kehittämiseen (Metteri 2003a, 8-10). Tästä lähtökohdasta asiakkaiden kokemukset ja näkemykset nousevat erityisen tärkeäksi ja asiakkaiden mukaan ottaminen toiminnan kehittämiseen oli itsestään selvää. Asiakkaiden osallisuutta pyrittiin lisäämään ryhmäkeskustelujen avulla.

Aaltolan ja Syrjälän (1999) mukaan toimintatutkimuksessa tulee toiminnan kehittäminen ymmärtää prosessiksi, joka ei pääty esimerkiksi entistä parempaan toimintatapaan. Heidän näkemyksen mukaan keskeistä on juuri uudella tavalla ymmärretty prosessi. Toimintatutkimuksen suosio Suomessa ja muuallakin maailmassa kertoo osaltaan siitä että näkemys ihmisestä aktiivisena, itseohjautuvana, omasta oppimisestaan tietoisena ja vastuullisena yksilönä on voimistunut. (Aaltola & Syrjälä, 1999 15–16, 18)

Kehittämishankkeessani tämä toimintatutkimuksen prosessimainen eteneminen, näyttäytyi siten, että eri yhteyksissä kävimme läpi niitä kokemuksia joita, olimme siihen mennessä saaneet ja teimme muutoksia toimintatapoihin tarvittaessa. Prosessi eteni Hannu Linturin (2000) kuvaaman toimintatutkimuksen syklien mukaisesti (Kuvio 4).



Kuvio 4. Toimintatutkimuksen syklit mukailten Hannu Linturi, 2000.

Oman roolin löytäminen kehittämishankkeessa loi minulle itselleni haasteita: Olla tarpeeksi sisällä, mutta kuitenkin ulkopuolinen. Olla vaikuttamatta liikaa keskusteluun ja omien mielipiteiden esille tuominen loi vaikeuksia, koska oma monitahoinen roolini niin varsinaisen työkyky-hankkeen työntekijänä, kuin yhteistyökumppania ja tutkijanakin loivat melkoisen ristiriidan.

3.4 Arviointi osana kehittämistyötä

Kehittämishankkeessani arviointia tehtiin koko hankkeen ajan, mikä on tunnusomaista toimintatutkimukselle. Vaikutuksia tässä kehittämishankkeessa ei ole arvioitu, koska kehitetyn toimintamallin vaikutukset näkyvät vasta pitkän ajan päästä ja mitattavia tavoitteita ei vielä ole. Arvioinnin kohteena on ollut koko toimintaprosessi. Kehittämishankkeessa pyrittiin arviointi toteuttamaan prosessiarviointina, joka toteutettiin itsearviointina. Ulkopuoliseen arviointiin hankkeen resurssit huomioiden ei ollut mahdollisuutta.

Alun perin olin suunnitellut, että arviointi toteutetaan osallistavan arvioinnin tai asiakaslähtöisen arvioinnin periaatteiden mukaisesti. Varsinkaan osallistavan arvioinnin raskas prosessi sellaisenaan ei ollut mahdollista jo pelkästään aikataulullisista syistä. Asiakaslähtöisen arvioinnin osalta mielessäni oli pitkään hyödyntää Bikva arviointia, johon kerkesinkin perehtyä kohtuullisen hyvin. Valitettavasti myös tämä kaatui lopulta aikataulu ja resurssi ongelmiin. Arvioinnin osuus on jäänyt hyvin pintapuoliseksi koko kehittämishankkeen osalta.

Prosessiarviointi antaa mahdollisuuden itse kehittämistoiminnassa tapahtuvien muutosprosessien tarkasteluun. Siinä kuvataan se, mitä, miksi ja miten kehittämistoiminta on to-

teutettu. Prosessiarvioinnissa juuri toiminnan reflektointi ja itsearviointi ovat keskeisissä rooleissa (Seppänen-Järvelä 1999 91–93.)

Petri Virtanen (2007) näkee itsearvioinnin liittyvän oppimiseen ja oppivaan organisaatioon. Kaikki voivat arvioida omaa työtään, yksittäiset henkilöt, työyhteisöt tai hankkeet ja projektit. Oleellista on se että, arvioinnin kohde on arvioinnin tekijä. Tässä piilee myös itsearvioinnin haavoittuvaisuus, voiko omaa työtä arvioida kriittisesti. Virtasen (2007) ja monen muunkin mielestä se onnistuu jos arviointi on suoritettu eettisesti korkeatasoisesti ja omaan toimintaan on suhtauduttu kriittisesti (Petri Virtanen 2007, 177).

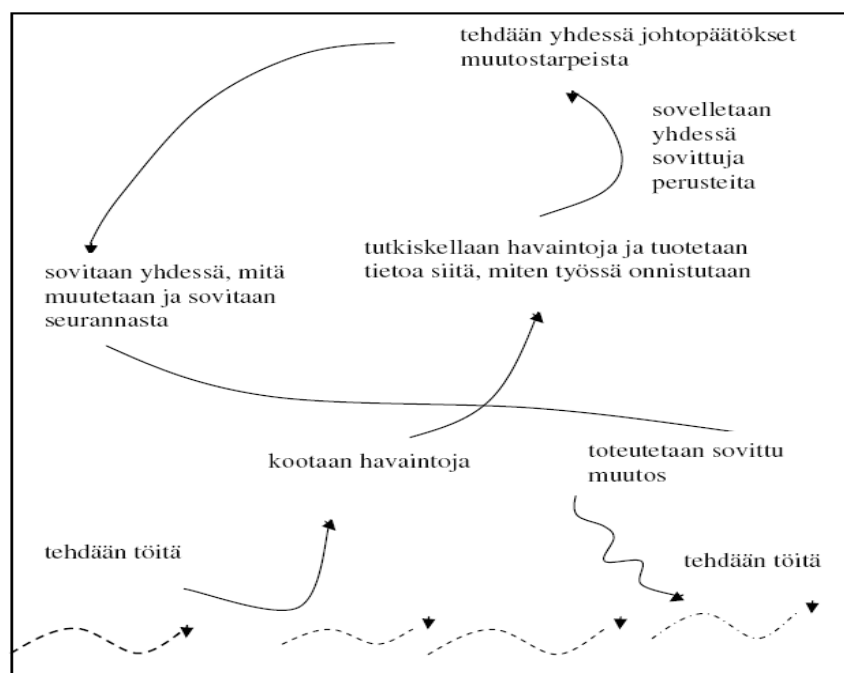
Itsearviointi sinänsä ei ollut huono ratkaisu, mikäli se olisi onnistunut, kuten alun perin suunnittelin eli systemaattisesti. Onnistuessaan se olisi voinut palvella osaltaan myös toimintamallin juurruttamista ja uuden työskentelytavan omaksumista yli sektorirajojen. Omassa hankkeessani itsearviointi liikkui työyhteisön (hankkeen osalliset) ja organisaation tasolla, unohtamatta kuitenkaan yksilötason arviointiakaan. Virtanen (2007) toteaa, että työyhteisöjen oppiminen lähtee liikkeelle nimenomaan yksilötason pohdinnasta. Itsearvioinnin tärkeimpänä tehtävänä voidaan nähdä se, että kehittämistyössä pystytään asetetuissa tavoitteissa.

Itsearvioinnilla pyrittiin saamaan kaikkien osallisten tieto ja kokemukset nimenomaan yhteiseen käyttöön. Länsi- ja Keski-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisussa (sosiaalitalo 2007) on listattu mielestäni hyvin itsearvioinnin tarkoituksen ydin kohdat jotka olivat tavoitteena myös kehittämishankkeeni kohdalla. Kehittämishankkeeni kannalta itsearviointi on jäsentänyt kehittämistyötä ja suunnannut uudelleen kehittämisen tavoitteita, yhteistyökumppaneiden ja ohjaus- ja projektityöryhmän sekä kohderyhmän tiedon, kokemuksen ja näkemysten hyödyntäminen ja osallistuminen on ollut mahdollista.

Prosessiarvioinnissa voidaan käyttää useita menetelmiä, yleisimpiä menetelmiä ovat erilaiset haastattelut, niin yksilö- kuin ryhmähaastattelut, lomakekyselyt, havainnointit, päiväkirjat sekä dokumentoinnit (sosiaaliportti.fi). Kehittämishankkeessani arvioinnin välineenä on käytetty lähinnä havainnointia sekä toiminnan dokumentointia, joka on tullut näkyväksi Työkyky-hankkeen raporteissa. Fokusryhmiä oli tarkoitus arvioinnissa hyödyntää, mutta kehittämistoiminta ei niiltä osin toteutunut. Myös hanke päiväkirjan

otin käyttöön, mutta vasta toiminnan ollessa käynnissä. Seppänen-Järvelä (2004) mukaan päiväkirja hyvä välinä juuri itsearvioinnissa ja hänen mukaansa ainakin kehittämishankkeen vastuuhenkilön olisi suotavaa pitää päiväkirjaa johon voi dokumentoida ja peilata omaa työtään ja projektintapahtumia. Arvioinnin kannalta Seppänen-Järvelä (2004) näkee, että merkintöjä tulee tehdä usein ja niihin tulee myös palata (Seppänen-Järvelä, 2004, 48.)

Kehittämishankkeessa arviointia pyrittiin toteuttamaan hyvin pitkälti Seppänen-Järvelä (2004) kuvaamaa refleктоivaa prosessiarviointia soveltaen (kuvio 5). Reflektio on keskeisessä asemassa prosessiarvioinnissa.



Kuvio 5. Refleктоivan prosessiarvioinnin eteneminen (Järvelä-Seppälä, 2004, 47).

Reflektiossa on kysymys toiminnasta, jossa yksilö pohtii ja puntaroi omaa ajatteluaan ulkoapäin tuleviin virikkeisiin (Seppälä- Järvelä 2004, 44).

3.5 Fokusryhmä haastattelut tiedontuotannossa

”Kun tutkitaan ihmistä, miksi ei käytettäisi hyväksi sitä etua, että tutkittavat itse voivat kertoa itseään koskevia asioita” Näin siteeraavat Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko ja Saja-

vaara Paula (2007) Robsonia (1995) kirjoittaessa haastattelusta tutkimusmenetelmänä. Tiedonkeruun menetelmän tulee olla soveltuva tutkittavan ongelman ratkaisuun. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastattelu on ollut päämenetelmänä (Hirsjärvi ym.2007, 199.)

Tässä kehittämishankkeessa tiedon tuotanto eli aineiston kerääminen toimintamallin kehittämisen tueksi on tapahtunut ryhmähaastatteluiden avulla fokusryhmähaastattelua soveltaen. Tämän menetelmän valintaan päädyin, koska katsoin sen tukevan hyvin tavoitetta osallisuuden vahvistamisessa. Ryhmiä on ollut kaksi: toinen on koostunut palveluiden käyttäjistä ja toinen heidän kanssaan työskentelevistä viranomaisista.

Anu Valtonen (2005) erottaa Kitzingerrn & Barbourin (1999) kirjoitusten pohjalta ryhmähaastattelun ja ryhmäkeskustelun toisistaan, ero hänen mukaan syntyy ryhmän vuorovaikutuksen luonteesta. Ryhmähaastattelussa haastattelijä esittää kysymykset yksitellen kohdentaen ne vuorotellen osallistujille kun taas ryhmäkeskustelussa tavoitteena on saada osallistujien välille vuorovaikutusta. Ryhmäkeskustelua on hyödynnetty siihen liittyvää valtaistamisen potentiaalia. Se voi vahvistaa osallistujien me- henkeä, kun luodaan puitteet jakaa kokemuksia vertaisten kanssa. (Valtonen, 2005 223 -224, 227.) Omassa kehittämishankkeessani fokusryhmäkeskustelu kuvaa ehkä paremmin sitä, jota ryhmätilanteissa olen tavoitellut.

Fokusryhmäkeskustelun taustaa ja perusteluja

Fokusryhmähaastattelu menetelmä on kehitetty sosiaalitieteissä aineistonkeruu menetelmäksi jo 1930-luvulla. Sosiaalitieteen osalta fokusryhmähaastattelun ”isänä” voitaneen pitää sosiologi Robert Mertonia ja hänen työyhteisöään. Laadullisessa sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa, menetelmää on käytetty muun muassa tutkimusongelman määrittelyyn ja tutkimusasetelman rakentamiseen. Fokusryhmiä on käytetty myös arviointitutkimuksessa palvelutarpeiden arviointiin ja toimintaohjelmien suunnitteluun sekä kehittämistyössä mahdollisuuksien etsimiseen. Fokusryhmiä käytetään yleisesti tarveanalyysin tekemiseen, mutta se on käyttökelpoinen monenlaisessa arvioinnissakin. (Robson 2000, 141 -142; David L Morgan, 1988,11.)

Robsonin (2000, 142) mukaan fokusryhmä- menetelmää voidaan käyttää esimerkiksi:

1. *Yleisluonteisen taustatiedon hankkimiseksi mielenkiinnon kohteena olevasta aineistosta*
2. *Tutkimushypoteesin luomiseksi*
3. *Uuden palvelun mahdollisten ongelmien havaitsemiseksi*

Fokusryhmä haastattelu voidaan toteuttaa siten, että haastattelu on täysin strukturoimaton tai puolistrukturoituna, jolloin valitaan muutamia aiheita, jotka muutetaan kysymyksen muotoon. Kehittämishankkeessani tämä toteutui siten, että tapaamisten aiheet olin teemoittanut etukäteen ja muuttanut ne osaksi kysymysmuotoon arkikielelle (Vuorela, 2005,41;Robson, 2000, 141 -142).

Koska ryhmähaastattelu tapahtuu aina vuorovaikutuksessa voi esiin nousevien asioiden pohjalta syntyä uusia ideoita ja yllätyksellisiä asioita. Tämä yllätyksellisyys oli yksi syy siihen miksi ryhmähaastatteluun päädyin. Ja koska keskustelu tilanne ei ole tiukasti sidottu mihinkään formaattiin antaa se mahdollisuuden esittää jatkokysymyksiä uusille esiin tuleville asioille. Pääasiallisena hyötynä tiedon keräämiseen ryhmältä nähdään yksilöhaastatteluun verrattuna sen nopeuden ja edullisuuden, ryhmä tuottaa tietoa mitä kukaan yksinään ei voi antaa (Robson, 2000, 142 -143; Krueger, 1994,45).

Haastattelun tai keskustelun vetäjällä on suuri vastuu sen onnistumisesta. Fokusryhmän kohdalla keskustelun vetäjästä käytetään usein nimitystä fasilitaattori. Robson (2000) kuitenkin muutkin aiheesta kirjoittaneet painottavat keskustelun vetäjän taitoa suhteessa informaation laatuun. Fasilitaattorin ei odoteta ottavan aktiivisesti osaa substanssiaiheesta käytävään keskusteluun, vaan se on osallistujien tehtävä. Tämä loi omalla kohdallani suuria haasteita varsinkin viranomaiskeskustelujen yhteydessä oman monimuotoisen roolini vuoksi. Fasilitaattorin tehtävä on ohjata keskustelua ja varmistaa että kaikki jäsenet saivat äänensä kuuluviin. Yksi keskeisimmistä fasilitaattorin taidoista on taito johdattaa keskustelua ja esittää uusia kysymyksiä keskustelun ylläpitämiseksi. Lisäksi hänellä täytyy olla kyky saada keskustelu takaisin asiaan, mikäli se alkaa rönsyillä niin kuin usein tällaisissa tilaisuuksissa on vaarana. Aktiivinen ja kannustava kuuntelija antaa tilaa keskustelulle ja kertomuksille. On myös huomioitava, että aina tavoite saada ryhmä keskustelemaan ei onnistu. (Krueger 1994, 100–108; Valtonen 2005, 234–245; Robson 2000.)

3.6 Muu tiedon tuotanto toimintamallin kehittämisen tukena

Loppu syksyllä 2008 eteeni tuli tilanne, jossa jouduin arvioimaan tiedon tuotantoon liittyviä asioita uudelleen. Ajan puutteesta, työmäärästä sekä yhteistyökumppaneiden sitoutumisen mahdollisuudesta johtuen, en pystynyt toteuttamaan asiakas ryhmiä ja työntekijä verkostoja siinä laajuudessa kun alun perin olin ajatellut. Piti pysähtyä miettimään ja arvioimaan uudelleen kuinka voisin jatkossa mahdollisimman tehokkaasti kerätä tietoa, jotta hanke saataisiin vietyä tuloksettaasti päätökseen. Päädyin siihen, että otan hankepäiväkirjan käyttöön. Jälkiviisaana voisi nyt todeta, että päiväkirjan käyttö olisi ollut kultaakin kalliimpaa heti hankkeen alkumetreiltä. Jälkiviisaana voisi nyt todeta, että päiväkirjan käyttö olisi ollut kultaakin kalliimpaa heti hankkeen alkumetreiltä

Tämä muu tiedon tuotanto, ei ollut varsinaisesti oman opintoihin liittyvän hankkeeni tavoite, mutta toimintatutkimuksellinen lähestymistapa antoi mahdollisuuden muuttaa jo aiemmin suunniteltua toteuttamistapaa. Vaikka en varsinaista päiväkirjaa koko hankkeen ajan pitänyt, kaikki tapaamiset ja niiden muistiinpanot oli käytettävissä ja asiakkaiden palautetta ja kokemuksia pystyin hyödyntämään jatkuvasti, koska tein itse koko hankkeen ajan myös suoraa asiakastyötä.

Sosiaalipalvelukeskuksen ja työvoiman palvelukeskuksen aktiivinen osallistuminen kehittämistyöhön on ollut kiitettävää. Sosiaalipalvelukeskuksen viranomaisten kanssa on syksyn 2008 aikana tavattu kahteen otteeseen. Lisäksi olemme Työkyky-hankkeen osalta osallistuneet työvoiman palvelukeskuksen palavereihin. Tämän lisäksi kehittämishankkeeni edistymiseen on vaikuttanut Työkyky-hankkeen tueksi perustettu työryhmä, joka on koostunut yhteistyökumppaneiden esimiehistä. Luonnollisesti myös Työkyky-hankkeen ohjausryhmä on osallistunut tiedon tuottamiseen. Hankkeen puitteissa on ollut useita eri tapaamisia eri yhteistyökumppaneiden kanssa ja näistä syntyneitä kokousmuistiinpanoja on myös toimintamallia kehitettäessä hyödynnetty.

Taulukko 2. Lopullinen tiedontuotanto kehittämishankkeessa

Tiedon tuottaja	Menetelmät	Ajankohta
Asiakkaat/palveluiden käyttäjät	Fokusryhmähaastattelut	Lokakuu 2008 Joulukuun 2008
Asiakastyöntekijöiden foorumi	Fokusryhmähaastattelut	Syyskuu 2008 Lokakuu 2008
Yhteistyö kumppanit	kokousmuistiinpanot	koko hankkeen ajan
Ohjaus- ja työryhmä	kokousmuistiinpanot	koko hankkeen ajan
Työkyky-hankeasiakkaat	asiakastapaamiset	koko hankkeen ajan
Dokumentointi	työkyky-hankkeen raportit ja hanke päiväkirja	

4. HANKKEEN TOTEUTUS

4.1 Ajatuksista tekoihin

Keväällä 2008 oli kehittämishankkeeni tavoitteet ja toteuttamissuunnitelma olivat valmiina. Kehittämishankkeeni oli osa suurempaa projektia ja oli aika ajoin vaikeuksia erottaa nämä kaksi asiaa toisistaan. Alkumetreillä kävikin selväksi että, hankkeiden erottaminen toisistaan ei ole käytännössä mahdollista. Jotta kehittämishankkeeni pääsisi vauhtiin päädyin siihen, että otan vastuun niin hankkeen asiakasryhmän kuin käytännöntyöntekijöiden verkoston vetämisestä, kokoontumisten sisällön suunnittelusta, dokumentoinnista jne.

Työkyky- hankkeen työryhmä hyväksyi ajatukseni helmikuussa 2008. Tämä takasi sen, että pystyin hyödyntämään Työkyky- hankkeeseen perustettuja ryhmiä, myös omassa kehittämishankkeessani. Minulla ei aikaisempaa kokemusta ollut ryhmäkeskustelujen vetämisestä, joten omalta osaltani jouduin miettimään pitkään, onko minulla sellaista osaamista, jota tarvitaan. Otin kuitenkin lopulta haasteen vastaan ja oppia on tullut.

4.2 Toimintamallin mallintaminen

Lähtökohdat toimintamallin mallintamiselle

Toimintamallin kehittämisen tavoitteet oli asetettu ja toiminta käynnissä ennen kuin itse aloitin työt Työkyky-hankkeessa. Jo terveydenhoitajan ja sosiaalihoitajan sijoituspaikka työvoiman palvelukeskuksessa antoivat suunnan sille mihin toimintaa haluttiin kehittää. Tuleva toimintamalli olisi työttömien työhönkuntoutumisen osaprosessi jossa terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteistyössä toteutettu toiminta kytkeytyy jo olemassa olevaan työhönkuntoutumisenprosessiin. Tämä osaprosessi puuttui kokonaan olemassa olevasta prosessista.

Toimintamallin kehittämisen ja kuvaamisen tavoitteena oli toiminnan kehittäminen asiakkaan lähtökohdista. Toiminnan kuvaamisella pyritään asiakasprosessin selkeyttämiseen ja sitä kautta parempaan palveluun. Lisäksi toimintamallin kuvaamisen tavoitteena

oli että sitä voitaisiin käyttää toiminnan juurruttamisen ja henkilöstön perehdyttämisen välineenä kehittämishankkeen päätyttyä. Itse näen, että toimintamallin kuvaaminen selkeyttää myös moniammatillista yhteistyötä kun rajapinnat tulevat esille ja mahdollistaa tehokkaamman yhteistoiminnan. Asiakkaan näkökulmasta yksitaiset palvelukokonaisuudet tulevat helpommin ymmärrettäviksi.

Prosessin mallintamisen välineenä käytettiin QPR processguide-ohjelmaa. Ohjelmaan päädyttiin, koska sitä on hyödynnetty Rovaniemen kaupungissa myös muiden prosessikuvausten yhteydessä. Kaupungilta löytyi lisenssi ohjelmaan ja Työkyky-hanke sai sen käyttöönsä. QPR oli minulle jonkin verran tuttu, sitä oli käytetty aiemmin esimerkiksi Rovaniemellä aikuissosiaalityön prosessien mallintamisessa. Tuolloin sain sen kuvan, että käyttö olisi kohtuullisen yksinkertaista ja sillä olisi mahdollisuus päästä syvälle mallin kuvaamisessa.

QPR ProcessGuide on interaktiivinen ohjelmistotyökalu, joka palvelee hyvin esimerkiksi prosessiensuunnittelua. Ohjelmisto on kohtuullisen helppokäyttöinen, tosin vaatii mielestäni jonkin verran myös yleistä kiinnostusta tietojärjestelmiin. Ohjelmisto tukee hierarkista mallinnusta ja kokonaiskuvan kautta voidaan siirtyä yksityiskohtaisempaan kuvaamiseen. Yksi QPR ProcessGuide ohjelmiston vahvoja puolia ja kehittämishankkeeni kannalta todella tärkeitä ominaisuuksia ovat mahdollisuus prosessimallien julkaiseminen esimerkiksi internetissä ja erilaisten dokumenttien upottaminen osaksi prosessimalleja, prosessiin voi myös liittää jo olemassa olevia internet linkkejä (QPR ProcessGuide esite, 2009.)

Prosessien kehittäminen ja siihen liittyviä käsitteitä

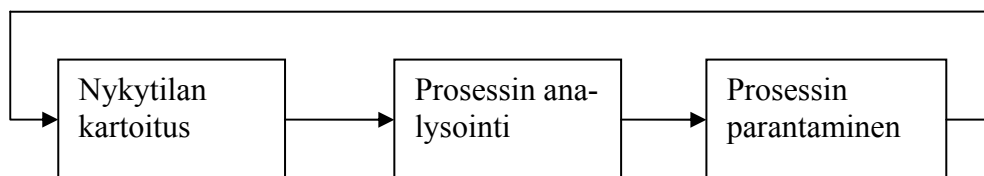
Toimintamallin nykytilan hahmottaminen edellyttää toimintakentän tuntemusta, samoin kuin uudenlaisen toimintamallin luominen. On pystyttävä myös hahmottamaan, mitä muuttuva toiminta tarkoittaa käytännön tasolla. Toimintamallin rakentaminen vaati prosessiajatteluun perehtymistä. Toimintaympäristön ja toimintamallin hahmottamisen tuloksen syntyi karkea kuvaus toimintamallista (liite 1). Herkko Pesosen (2007) mukaan kun prosesseja lähdetään miettimään, ensin tulee selvittää kuka haluaa ja mitä. Hänen näkemyksensä mukaan kun prosessia aletaan määrittää ja kuvata on paras lähteä liikkeel-

le asiakkaasta ja myös lopettaa asiakkaaseen, siihen vaiheeseen kun asiakas on saanut sen, mitä on halunnut (Pesonen, 2007, 129.) Näistä lähtökohdista myös oma toiminnan kuvaaminen alkoi

Prosessin kuvaaminen ei ole itsetarkoitus, mutta usein se auttaa ymmärtämään prosessin kulkua ja konkretisoimaan kehittämiskohteet. Lisäksi kuvaamisella voidaan saavuttaa esimerkiksi kehittämishankkeeni kannalta oleellisia asioita kuten: vastuualueiden selkeyttämistä, tarpeettomien toimintojen karsimista, uusien työntekijöiden perehdyttäminen helpottuu ja ongelmien havaitseminen ja ratkaiseminen helpottuu (Kvist ym1995 77).

Prosessien kehittäminen ja kuvaaminen liittyvät vahvasti laatujohtamiseen. Valittaessa kehitettäviä prosesseja, tulee aina pohtia sitä, mistä näkökulmasta prosessia kehitetään: asiakkaan vai organisaation, kuinka realistista prosessin kehittäminen on suhteessa resursseihin ja mitkä ovat nykytilan hyvät ja huonot puolet. (Kvist 1995, 72–77).

Prosessi voidaan nähdä toimintaketjuna jossa osatehtävät muodostavat kokonaistehtävän. Se voidaan kuvata kokonaisuutena jolla on alku ja loppu. Prosessi voidaan nähdä myös tapahtumasarjana, joka muodostuu eri vaiheista, jossa prosessi elää koko ajan, ja siihen tehdään tarvittaessa parannuksia (Jalava & Virtanen, 1996, 73; Pesonen 2007, 129.)



Kuvio 6. Prosessin kehittämisen vaiheet

Prosessin kehittäminen jaetaan tavallisesti kolmeen eri vaiheeseen (kuvio 6). Edellä kuvattu prosessin kehittäminen omassa kehittämishankkeessani on toteutunut, siten että toimintaa on kokeiltu kehittämisen aikana ja suuntaa viivoja tarkennettu kokemuksen myötä. Prosessiajattelussa minua itseä kiehtoo myös ajatus siitä että ei pitäydytä vain yksikkökohtaisissa toiminnoissa vaan kuvaaminen lähtee asiakkaan tarpeesta ja jos asiakkaan tarpeisiin ei pystytä vastaamaan omassa yksikössä voidaan kuvaaminen ulottaa

myös yli sektorirajojen (Pesonen, 2007, 130.) Toimintamallin kuvaamisessa tavoitteena oli nimenomaan sektorit ylittävän toimintamallin kuvaus.

4.3 Aloitusvaihe kevät 2008

Alun perin ajatukseni, oli saada työntekijöistä kokoon ryhmä, joka kattaisi hankkeen kaikki yhteistyökumppanit niin terveydenhuollosta, sosiaalihuollosta kuin työvoimatoimistostakin. Ajatuksena oli, että mahdollisimman kattava ryhmä eri toimijoita nostaisi esille niitä kipupisteitä joita nykyisessä toiminnassa oli. Ja toisaalta avaisi ymmärrystä eri toimijoiden työkentästä ja niistä reunaehdoista joissa kukin toimija toimii. Ryhmä ei kuitenkaan saanut olla liian suuri vaan mukaan pyydettiin vain ydintoimijat.

Keväällä 2008 lähestyimme hankkeen terveydenhoitajan kanssa eri toimijoiden esimiehiä sähköpostilla, jossa kerroimme lyhyesti Työkyky- hankkeesta ja minun opintoihin liittyvästä osuudesta. Sähköpostin liitteenä lähetimme materiaalia sekä toiveen siitä, että jokainen toimija tahollaan kävisi keskustelua siitä, miten palvelujärjestelmä heidän näkökulmastaan tällä hetkellä toimii suhteessa työttömien terveydenhuoltoon. Ryhmään osallistuvan työntekijän tehtävänä olisi tuoda oman yksikkönsä ajatuksia ryhmään.

Sähköpostin lähetimme seitsemälle esimiehelle ja siihen vastasi neljä. Yhteystiedot osallistujista saimme samassa sähköpostissa. Ryhmän kokoonpano muotoutui lopulta siten, että edustettuna oli työvoiman palvelukeskus, sosiaalipalvelukeskus, mielenterveystoimisto sekä A-klinikka. Fysioterapiakin olin kiinnostunut, mutta aikataulut ryhmän kokoontumisen osalta ei valitettavasti alussa sopinut heidän edustajalleen. Fysioterapeutin osalta tapasimme kuitenkin hankkeen puitteissa myöhemmin.

Fokusryhmähaastattelun haasteena on ryhmän kokoaminen, kuinka saadaan ryhmä joka oikeasti tuottaa tietoa, uskaltaa keskustella aidosti. Jos ryhmä on esimerkiksi toisensa hyvin tunteva työyhteisö tai ryhmässä on mukana esimiehiä voi se aiheuttaa sen että keskustelu ei ole aitoa ja asioita jätetään sanomatta. (Krueger 1994,88.) Valtosen (2005) mukaan ei ole niinkään merkitystä sillä mikä ryhmän kokoonpano on jos tunnistaa sen että erilaisilla kootut ryhmät luovat erilaisen lähtökohdan vuorovaikutus tilanteelle. Valto-

nen (2005) jatkaa, että yleisesti vaalitaan käsitystä siitä, että ryhmän jäsenillä on oltava jokin yhteinen tekijä. Tämä perustuu siihen että heillä on jokin yhteinen pohja ja intressi keskustella aiheesta toistensa kanssa. Mikäli ryhmä kootaan ihmisistä, jotka eivät tunne entuudestaan toisiaan oletetaan että jokin yhdistävä tekijä saisi osallistujat keskustelemaan valitusta aiheesta. (Valtonen, 2005, 229.)

Toisaalta nähdään että fokusryhmähaastattelun heikkoudet liittyvät siihen että kootaan tarkoituksen mukainen ryhmä niistä henkilöistä jotka ovat helposti tavoitettavissa. Mutta suunnitellusti ja huolellisesti valittu otanta antaa toisenlaisen mahdollisuuden ryhmän kokoamiseen. Kehittämishankkeessani ryhmän kokoaminen tapahtui siten, että palveluiden käyttäjien ryhmän kokoamisessa sain apua työvoimanpalvelukeskuksen viranomaisilta sekä Työkyky-hankkeen terveydenhoitajalta. Ainoana edellytyksenä ryhmän kokoamiselle oli, että minä en henkilökohtaisesti ole osallistujia aiemmin työni puolesta tavannut.

Fokusryhmä keskustelujen osalta kirjallisuudessa esiintyy paljon näkemyksiä siitä että fasilitaatori ei saisi tuntea haastateltaviaan. Myös oma ennakkoajatus oli, se että, palveluiden käyttäjien ryhmän osalta tässä tilanteessa oli parempi, että en ole työskennellyt heidän kanssaan, se olisi voinut tehdä osallistujat varovaiseksi. Mikäli aihealue olisi ollut toinen, niin olisin saattanut suhtautua asiaan toisin. Esimerkiksi Anna-Maija Pirttilä-Backmanin mukaan tutkimuskohde määrittää nimenomaan sen onko suotavaa että keskusteluun osallistuvat eivät tunne keskustelun vetäjää eli entuudestaan.

Terveydenhoitaja otti puhelimitse yhteyttä satunnaisesti muutamiin asiakkaisiin, jotka olivat siihen mennessä käyneet Työkyky-hankkeen terveystarkastuksessa. Terveydenhoitaja kertoi asiakkaille puhelimitse haastattelun tavoitteista sekä tulevasta toimintatavasta. Asiakasryhmän haastattelu oli tarkoitus toteuttaa fokusryhmä haastattelun periaatteiden mukaan ja niiden suositusten pohjalta jota fokusryhmään osallistujien määrästä kirjallisuudessa suositellaan päädyin siihen, että kokoonpano olisi 4-5 henkilöä. Särkymävaran vuoksi ryhmään pyydettiin kaikkiaan kahdeksaa henkilöä, joista kuusi lupautui ryhmään.

4.4 Ryhmäkeskusteluiden toteutuminen

Suunnitelmani mukaan molempien ryhmien kanssa oli tarkoitus kokoontua kaikkiaan neljä kertaa. Alkuperäisen suunnitelman mukaan olin ajoittanut tapaamiset niin, että ensimmäinen asiakastyöntekijähaastattelu toteutettaisiin kesäkuussa 2008 ennen lomien alkua ja kolme seuraava tapaamista aina asiakashaastattelujen jälkeen, jolloin voisin hyödyntää asiakasryhmältä saatua tietoa asiakastyöntekijöiden haastatteluissa. Loput tapaamiset olin suunnitellut toteutettavaksi intensiivisellä aikataululla syksyn 2008 aikana jolloin materiaali olisi ollut käytettävissä loppuvuodesta 2008.

Asiakkaiden osallisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien lisäämisen osalta, ei tavoitteisiin päästy alkuperäisen suunnitelman mukaan, tapaaminen onnistui vain kaksi kertaa. Suunnitelman epäonnistuminen johtui hyvinkin inhimillisistä syistä. Toinen sovittu tapaaminen peruuntui omaan äkilliseen poissaoloon kyseisenä päivänä ja uutta korvaavaa tapaamista ei saatu soviteltua kalenteriin. Seuraavaan tapaamiseen joulukuussa 2008 saapui kaksi henkilöä, loput ryhmään osallistuneista oli sillä hetkellä erilaisissa työhallinnon järjestämissä toimenpiteissä, eivätkä voineet ryhmään osallistua. Tammikuulle 2009 oli tarkoitus järjestää vielä yksi tapaaminen, mutta aiemmin ryhmään osallistuneet, eivät paikalle päässeet ja uuden ryhmän perustamiseen ei ollut enää aikaa.

Palveluiden käyttäjien ryhmän osalta jaoin aiheen kolmeen aika laajaan teemaan ajatuksena, että ryhmältä itseltään nousisi ne heille tärkeät asiat keskiöön. Ensimmäisen haastattelun tarkoituksena oli viritellä aiheeseen ja selvittää minkälaisia asioita asiakkaat itse nostavat keskiöön. Itse ryhmäkeskustelussa avasin teemat arkikielellä välttäen ammattisanastoa. Palveluiden käyttäjien teemat olivat:

- * Palvelujärjestelmän nykytilanne (kokemuksia asioimisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa Rovaniemellä)
- * Kokemuksia toimintamallista (miten uusi palvelu toimii asiakkaiden näkökulmasta, lähetekäytännöt, paikka, jatkosuunnitelmat yms.)
- * Toimintamallin arviointi jatkuu

Onnistuneet tapaamiset kuitenkin sujuivat hyvin ja ryhmään osallistujat osallistuivat aktiivisesti keskusteluun. Ensimmäisen tapaamisen nauhoitin, en litteroinut keskustelua vaan olen käyttänyt nauhoituksia muistini tukena.. Ensimmäisen tapaamisen tavoitteena oli kertoa osallistujille tapaamisen tavoitteista ja niistä odotuksista joita ryhmälle on asetettu. Lisäksi ensimmäisen tapaamisen tavoitteena oli virittää vapaata keskustelua kokemuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden nykytilasta heidän näkökulmastaan. Tarkoituksena oli nostaa esille palveluiden käyttäjien itsensä tärkeäksi kokemiaan asioita. Millaisiin asioihin he itse toivoisivat pystyvän vaikuttamaan.

Palveluiden käyttäjät olivat kohtuullisen tyytyväisiä saamaansa palveluun ja yksittäisiä viranomaisia kiiteltiin hyvästä asiakastyöstä. Keskustelun edetessä esille nousi kuitenkin muutamia asioita, joihin ryhmäläiset ottivat kantaa. Tärkeimpinä kehitettävänä asioina esille nousivat erilaisten palveluiden tarjoaminen tasapuolisesti kaikille, palveluista tiedottaminen ja Rovaniemen kaupungin nettisivujen vaikeaselkoisuus lähinnä yhteystietojen hakemisen osalta. Ryhmä koki, että palveluita saa jos osaa ja uskaltaa pyytää, he kokivat myös, että ”puskaradio” on paras tapa saada tietoa.

Ryhmän kanssa käytiin myös keskustelua siitä, miten palveluiden käyttäjät kokivat sen, että terveystarkastukseen ja sosiaaliohjaajan vastaanotolle pääsee vain lähetteellä, terveystarkastuksen sisällöstä, terveydenhoitajan sijoituspaikasta sekä suostumuslomakkeesta tietojen vaihtoon. Ryhmään osallistuneet kokivat, että sijoituspaikalla ei niinkään ole merkitystä jos jatkotoimenpiteistä saa selkeää tietoa, mihin seuraavaksi pitää mennä jne. Tietojenvaihdon osalta kaikki ryhmään osallistuneet olivat sitä mieltä, että on asiakkaan oma etu allekirjoittaa suostumuslomake jolloin tietojenvaihto viranomaisten välillä helpottuu eikä joka paikassa tarvitse aina ”alkaa alusta”. Suostumuslomakkeiden osalta ryhmään osallistuneet kuitenkin toivoivat, että sen sisältö voitaisiin asiakastilanteessa aukaista enemmän. Monikaan ei ymmärrä mihin suostuu.

Viranomaisille suunnatun ryhmäkeskustelun olin myös etukäteen otsikoinut, mutta tilaa oli jätetty vapaalle keskustelulle ja esiin nouseville asioille. Viranomaisille suunnatun ryhmäkeskustelun teemat olivat:

* Kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän nykytilasta suhteessa työttömien kanssa työskentelyyn

* Minkälaista osaamista/tietoa työskentely vaatii eri yksiköiden näkökulmasta

* Uuden toimintamallin arviointi. Mitä uutta se on tuonut työttömien työhönkuntoutumisen prosessiin?

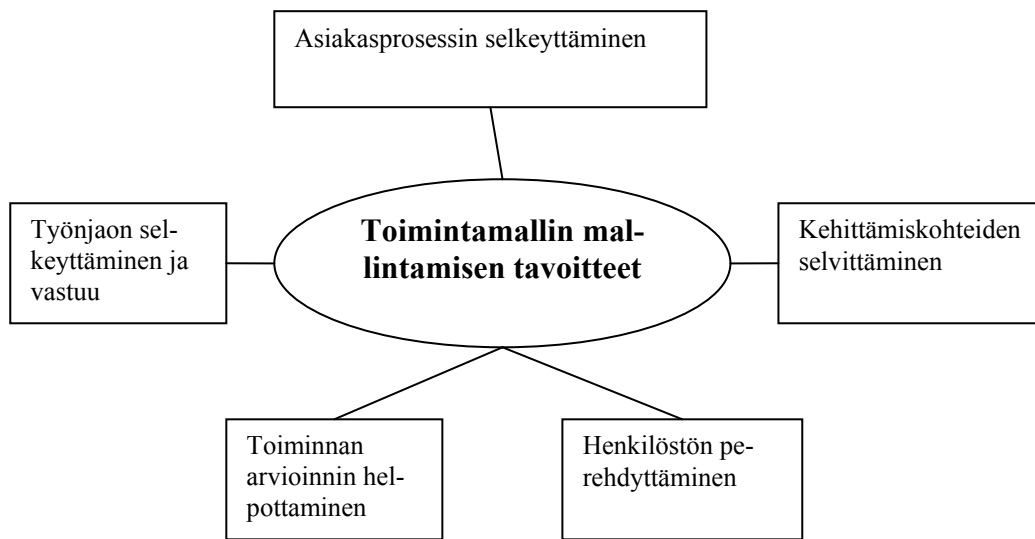
Viranomaisille suunnattu ryhmäkeskustelu toteutui myös kaksi kertaa. Ensimmäisen tapaaminen aloitettiin niin, että jokainen osallistuja esitteli itsensä ja kertoi työstään suhteessa pitkäaikaistyöttömyyteen ja työttömyyteen yleensä. Keskustelua ei nauhoitettu, koska muutamat osallistujat kokivat, että se estää vapaan keskustelun aiheesta. Lopulta päädyimme siihen että tietokoneen ja tykin välityksellä kirjasin muistiinpanoja kaikkien nähtäville. Toisen tapaamisen aikana keskustelu kävi vilkkaan siitä, miten viranomaiset saavat tietoa toisista yksiköistä, miten viranomaisyhteistyö toimii ja miten sitä voitaisiin kehittää. Keskustelu oli niin hedelmällistä, että luovuin muista aiheista joita sille tapaamiselle olin ajatellut ja annoin keskustelun jatkua. Tämän tapaamisen johdosta syntyi ensimmäinen tapaaminen kahden organisaation hallinnon välille ja toivottavasti luotu yhteistyö tuottaa tulosta myös jatkossa.

Viranomaisten ryhmäkeskustelussa esille nousivat niin tilaaja- tuottaja malli kuin se, että saman asian ympärillä työskentelevät organisaatiot ovat kovin erillään toisista, myös asiakaslähtöisyyttä pohdittiin. Toisten viranomaisten tekemästä työstä tiedetään vähän ja muiden organisaatioiden palvelut eivät monestikaan ole tiedossa.

Ryhmän kokoonpano muotoutui lopulta siten, että tunsimme kaikki toisemme entuudestaan ja aihe sinänsä oli meille kaikille tuttu. Varsinaisesti mitään uutta tilaisuuksia eivät tuottaneet, koska uuden toimintamallin kehittämisen kannalta oleelliset organisaatiot eivät olleet mukana. Päätimme toisen tapaamisen jälkeen, että mikäli emme saa ryhmää täydennettyä, ei ole sillä kokoonpanolla tarkoituksenmukaista enää kokoontua. Ryhmä emme saaneet täydennettyä, joten näiltä osin viranomaisten kanssa emme enää tavanneet, muutoin kuin käytännön asiakastyön merkeissä.

4.5 Toimintamallin kuvaamisen eteneminen

Toimintamallin kuvaaminen alkoi siitä, että selkiytin itselleni ne tavoitteet, johon toimintamallin kuvaamisella pyrittiin.



Kuvio 7. Toimintamallin mallintamisen tavoitteet.

Kun toimintamallin tavoitteet alkoivat selkeytyä, lähdin kokoamaan toiminnot taulukkoa (liite 2). Taulukkoon kokosin käytännön kokemustemme pohjalta tietoja, johon täydensin kehittämiskohteita kesäkuussa 2008 pidetyn ryhmäkeskustelun pohjalta. Taulukkoon on koottu vaihe vaiheelta vastuut, resurssit yms. Ensimmäisen vaiheen toiminnot taulukon pohjalta lähti käyntiin varsinainen kehittämistyö. Jo tässä vaiheessa nousi selkeästi esille tiettyjä kehittämisenpaikkoja ja näitä kipupisteitä lähdimme eri foorumeissa selkeyttämään. Toimintamallin kuvaamisen alkumetreillä nousi heti muutamia asioita kehittämiskohteiksi: Lähetekäytäntö, terveystarkastuspalaute ja sen sisältö sekä suostumuslomakkeet tietojen vaihdon.

Kun perusasiat oli toiminnot taulukkoon koottu, alkoi tietojen siirtäminen ProcessGuide-ohjelmaan ja ensimmäisen varsinaisen mallin luonti. Vaikka pintapuolisesti olin ohjelmaan aiemmin tutustunut, ei minulla ollut aiempaa kokemusta sen varsinaisesta käytöstä. Parin vuoden aikana ohjelmakin oli muuttunut, joten aloin opetella ohjelman käyttöä. Teknisen toteuttamisen osalta sain apua Tuija Rytilahdelta, joka on Rovaniemen kaupungissa ohjelmaa käyttänyt ja ollut ohjelman ohjeistusta kehittämässä.

Heinäkuussa 2008 kävimme ensimmäisen kerran Tuijan kanssa läpi itse ohjelmaa ja sain tutustuttavaksi ohjelman käytöstä tehdyt ohjeet. Koska taustatyö oli tehty eli toiminta kuvattu toiminnot taulukkoon oli tiedot helppo siirtää ohjelmaan. Tämän jälkeen tosin

alkoi vasta sitten varsinainen työ kun toimintamalli oli konkreettisesti näkyvillä, toi se esiin heti kehittämiskohteita.

Prosessikuvauksia voidaan tehdä monenlaisia. Tässä kehittämishankkeessa kuvauksen tavoitteena oli asiakasprosessin kuvaus työttömien työhönkuntoutumisen prosessiin. Toimintamallissa yhdistyy terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö terveystarkastusten ja palveluohjauksen muodossa. Pesosen (2007) mukaan hyvä prosessikuvaus on yksinkertainen. Se muodostuu hänen mukaansa kolmesta asiasta. Ensimmäinen tehtävä on yleiskuvauksen muodostaminen prosessista. Omalla kohdallani tämä tapahtui, siten, että perehdyin toimintaympäristöön ja haimme kokemuksia erilaista tavoista toimia. Toisena vaiheena on prosessikaavion rakentaminen, kehittämishankkeessani tämä tarkoitti toiminnot taulukon täyttämistä. Kolmantena vaiheena Pesonen (2007) näkee prosessikaavion vaiheiden tarkemman avaamisen. Tämä kolmas vaihe kehittämishankkeessani tarkoitti käytännössä sitä, että prosessia lähdettiin kuvaamaan ProcessGuide -ohjelmalla.

Pyrin sanallisesti avaamaan toimintamallin sisältöä, koska toimintamalli tullaan julkaisemaan vasta myöhemmässä vaiheessa yhdessä Työkyky-hankkeen loppuraportin yhteydessä. Toimintamallin kuvaaminen aloitettiin kuvaamalla toimintamalli aluksi karkealla tasolla, tämän jälkeen eri osiota lähdettiin tarkentamaan. Lopulta toimintamallin kuvaus oli sisällöltään melko tarkka pitäen sisällään lähetelomakkeista terveystarkastuksen sisältöön ja asiakkaan jatko-ohjaukseen.

Toimintamallin kuvauksen sisältö

Toimintamalli on jaettu kolmeen osioon. Ensimmäinen osio, tarpeen tunnistaminen ja asiakkuuden alku pitää sisällään asiakkaan saapumisen jonkun yhteistyökumppanin luo (sosiaalipalvelukeskus, työvoiman palvelukeskus, TE-toimisto). Osio pitää sisällään ohjeistuksen siitä, mitä palveluun ohjaavan tahon tulee huomioida lähetettä tehtäessä. Ensimmäisestä osiosta löytyvät myös palvelusta kertovat esitteet, lähete lomakkeet, tietojenvaihtoon liittyvät suostumuslomakkeet, jotka pyydetään asiakkaalta lähetteen yhteydessä. Ensimmäisestä osiosta löytyvät myös tiedot siitä, mihin ja miten lähetteet toimitetaan eteenpäin.

Toinen osio koostuu terveydenhoitajan ja palveluohjauksen toteuttamisesta. Osioista löytyvät ajanvaraamiseen liittyvät lomakkeet. ajanvarauslomake sekä ajanvarauksen yhteydessä lähetettävä terveyshaastattelu lomake sekä palveluohjaajan esitietolomake. Osiossa on kuvattu tarkasti terveystarkastuksen sisältö, siinä käytetyt testit, mittaukset ja lomakkeet. Palveluohjauksen osalta asiakasprosesseja on kuvattu esimerkki tapausten pohjalle eri kohdissa terveydenhuollon prosessia, missä ja minkälaisissa tilanteissa palveluohjausta voidaan hyödyntää ja mitä palveluohjaajan työ käytännössä pitää sisällä.

Kolmanteen osioon on koottu tietoja jatko-ohjautumisesta. Minne ja minkälaisin kriteerein asiakkaiden jatko-ohjautuminen tapahtuu. Osioon on kuvattu kaupungin sisäisten yksiköiden sekä 3.sektorin toimijoiden yhteystietoja ja kuvattu niiden toimintojen sisältöä linkittämällä toimijoiden omat nettisivut helposti saataville. Tämä osio on ollut kaikkein haastavin ja sen kehittämien tulee jatkohankkeessa vielä täsmentymään paljon. Tässä kohtaan joudutaan pohtimaan sitä, kuka kyseisen prosessin omistaa, kuka vastaa siitä että asiakkaiden palvelut toteutuvat suunnitelmallisesti.

Toimintamallin työstämisen vaiheista

Syksyn 2008 aikana toimintamallia on täydennetty, tarkasteltu ja arvioitu niin ohjausryhmässä kuin työryhmässäkin. Käytännössä se on toiminut niin, että Työkyky-hankkeen terveydenhoitajan kanssa olemme vieneet eri työryhmiin asioita jotka käytännön työssä ovat nousseet kehittämiskohteiksi. Ohjausryhmässä on ollut edustettuna kaikki yhteistyötahot joten se on ollut foorumi jossa kokonaisuuksia on kehitetty. Työryhmän kokouksissa on käsitelty lähinnä terveydenhuollon toimintaan liittyviä asioita, koska se on koostunut terveydenhuollon esimiehistä. Itse olisin toivonut, että itse arvioinnille olisi jäänyt tilaa enemmän, mutta käytännön aikatauluista johtuen opintoihini liittyvän toimintamallin arviointi tapahtui osana Työkyky- hankkeen ohjausryhmän ja työryhmän kokouksia.

Toimintamallin kuvaus minun osaltani valmistui helmikuussa 2009, mutta kehittäminen edelleen jatkuu. Toimintamallin julkaiseminen ei ehtinyt tämän raportin valmistumisen yhteyteen vaan se tullaan julkaisemaan myöhemmin Rovaniemen kaupungin intrassa Työkyky-hankkeen loppuraportin yhteydessä.

5. MITÄ TEHTIIN JA MITÄ OPITTIIN

5.1 Kehittämishankkeen toteutuksen yhteenveto

Kehittämishankkeen lähtökohtana oli sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen liittyvä toimintamallin kehittäminen Rovaniemen kaupungin Työkyky-hankkeen sisällä. Kansalais- ja aluelähtöisyyden ymmärsin tässä hankkeessa palveluiden käyttäjien ja heidän kanssaan työskentelevien viranomaisten mukaan ottamisena kehittämistyöhön. Toivoin, että yhdessä palveluiden käyttäjien ja käytännön työtä tekevien viranomaisten kanssa voisimme yhdessä kehittää toimintamallia siten, että se vastaisi asiakkaiden tarpeita.

Menetelmälliset valinnat

Vaikka kehittämishanke ei suunnitellusti toteutunut niin menetelmällisten valintojen osalta, en tiedä mitä tekisin toisin. Tutkimusstrategiana toimintatutkimuksellisen lähestymistavan valinta oli mielestäni onnistunut. Koin, että se soveltuu aihe alueeseen hyvin. Toimintatutkimuksen päämääränä ei ole vain tutkiminen vaan myös toiminnan samanaikainen kehittäminen joka oli myös kehittämishankkeeni toiminnallinen tavoite. Toimintatutkimukselle on tunnusomaista se, että, tutkiminen tapahtuu toiminnan rinnalla ja se, että tutkimuksessa saatua tietoa voidaan välittömästi hyödyntää (Hannu L.T. Heikkinen 2001, 170.) Toimintatutkimus lähtökohtana antoi ne suunnat jolla kehittämishanketta lähdettiin toteuttamaan.

Fokusryhmäkeskustelut myös olisivat voineet tuottaa enemmän tietoa, kehittämishankkeen resurssit huomioiden näen niiden kuitenkin onnistuneen. Tietoa saatiin tuotettua, mutta niiden hyödyntäminen jäi puolitiehen, se ei johtunut fokusryhmäkeskusteluista välineenä.. Välineenä tällaisessa hankkeessa, jossa pyrittiin kokemuksellisen tiedon tuottamiseen, fokusryhmät olivat kuitenkin hyvä valinta.

Jos menetelmien ja välineiden osalta tekisin nyt jotain toisin, olisin ottanut hankepäiväkirjan käyttöön jo hanketta suunniteltaessa. Nyt varsinkin alkuvaiheen suunnittelun ja alun kokemusten osalta moni asia jäi muistin varaan.

Asiakaslähtöisyys ja osallisuus

Asiakaslähtöisyys ja osallisuuden vahvistaminen ei tässä hankkeessa onnistunut siten kuin olin alun perin suunnitellut. Kuten jo aiemmin kerroin ryhmien toteutuminen ei onnistunut siinä laajuudessa kuin alun perin suunnittelin. Toisaalta se, että vastaan tuli yllättäviä esteitä hyvinkin inhimillisistä syistä niin rehellisyyden nimissä on todettava, että sitoutuminen asiakaslähtöisyyteen ja osallisuuden vahvistamiseen eivät olleet sillä tasolla kuin alun perin toivoin. Tähän vaikutti todellisuudessakin se, että resursseja ryhmien toteuttamiselle ei ollut, mutta ne myös jäivät jalkoihin siinä vaiheessa kun jouduttiin miettimään aikatauluja uudelleen, muut asiat menivät tärkeysjärjestyksessä niiden edelle. Oppimista on vielä paljon suhteessa siihen, että palveluiden käyttäjien kokemuksia ja mielipiteitä kuunneltaisiin paremmin.

Anneli Pohjola puhui jo 1990-luvun alussa siitä, että asiakaslähtöinen toiminta on usein vaikeuksissa palvelujärjestelmän rakenteissa. Pohjolan (1993) mukaan järjestelmän tarpeet nousevat asiakaslähtöisyyden edelle. Asiakaslähtöisyys ja asiakasnäkökulma painottuvat eri tavoin organisaation eri tasoilla. Nämä tasot Pohjolan mukaan ymmärretään usein hierarkkisesti siten, että ”ylemmät” tasot määrittävät ”alempia” ja asiakas jää lenkin viimeiseksi. Mikäli asetelma käännettäisiin ylösalaisin ja järjestelmästä lähtevän näkökulman sijaan ajattelu lähtisi asiakkaan elämismaailmasta voisi todellinen ihmislähtöisyys toteutua niin, että kaikki tasot limittäytyisivät toisiinsa ja niiden vuorovaikutus olisi avointa.(Pohjola 1993,59.)

Jukka Kaukkolan (2003) mukaan asiakkaan siirtymistä palvelutilanteen subjektiksi edellyttää rakenteiden muuttumisen ohella asiantuntija- ja viranomaiskulttuurin uudelleen arviointia. Muutos edellyttää yhteistä tavoitteellisuutta ja irrottautumista totutuista toimintamalleista. Yhteistoimintaan perustuva palvelukulttuuri on oppimisprosessi kummallekin osapuolelle niin palvelun käyttäjälle kuin asiantuntijalle. Asiantuntijalle muutos merkitsee luopumista sellaisista lähtökohdista joihin on syvään juurruttu. Myös asiakkaiden, palvelujen käyttäjien on osattava muuttua passiivisesta käyttäjästä aktiiviseksi palveluiden suunnittelijaksi ja kehittäjäksi (Kaukkola, 2003,9). Myös Pohjola (1997) painottaa että asiakassuhteen muuttuminen yhteistyösuhteeksi edellyttää asiantuntijahierarkian purkamista jonka yhtenä edellytyksenä on asiakkaan omakohtaisen kokemuksen nostaminen palveluiden arvioinnin lähtökohdaksi.(Pohjola 1997,175).

Vaikka ryhmät onnistuivat vain muutaman kerran, niissä saatiin tuotettua hyvää tietoa. Joiltain osin ryhmien tuottamaan tietoa on jo hyödynnetty, mutta jatkossa tulisi miettiä miten palveluiden käyttäjien ja käytännön työssä toimivien viranomaisten tuottamaa kokemustietoa voidaan paremmin hyödyntää. He ovat kuitenkin asiantuntijoita siinä mitä käytännössä tapahtuu. Jatkossa mikäli asiakkaiden mielipiteitä tullaan haastattelun muodossa kysymään, tulisi jo ennen haastatteluun ryhtymistä tarkkaan miettiä, mihin tietoa käytetään.

Hyvät suunnitelmat ja sovitut toimintatavat eivät aina käytännössä toimi niin kuin miltä ne paperilla näyttävät ja tuolloin käytännön työntekijöiden kokemustieto nousee arvokkaaseen asemaan. Toisaalta, ilman mitään järjestettyjä foorumeita, vastuuttaisin meitä sosiaalialan ammattilaisilla tuottamaan tietoa siitä, miten järjestelmä toimii, tuottamaan tietoa niistä epäkohdista joihin käytännön työssä kohtaamme, mutta myös niistä hyvistä käytännöistä joiden levittäminen laajemmalla olisi suotavaa.

Kehittämishankkeen tuotos

Kehittämishankkeeni tuotokseen ProcessGuide -ohjelmalla rakennettuun toimintamalliin olen todella tyytyväinen. Hyvin karkeasta mallista syntyi lopulta tarkka kuvaus, jota voidaan todella hyvin hyödyntää toimintamallin juurruttamisessa perustyöhön. Toimintamallia voi hyödyntää kaikki yhteistyökumppanit ohjatessaan asiakasta terveydenhuollon palveluun, tässä tapauksessa terveystarkastukseen sekä palveluohjaukseen. Ohjaava taho pystyy kertomaan asiakkaalle mistä on kysymys. Toisaalta myös terveystarkastusta suorittavat terveydenhoitajat saavat tietoa siitä, mistä asiakas on tulossa ja mihin menossa. Toimintamallin kehittäminen jatkuu Työkyky- hankkeen toisessa vaiheessa ja sitä tullaan varmasti käytännön tasolla vielä muuttamaan useasti, mutta pohjatyöt on tehty hyvin.

Jatkossa toivon, että vuoropuhelu sosiaali- ja terveydenhuollon välillä suhteessa työntekijöiden palveluiden kehittämisessä saa jatkoa, kehittämishankkeen päätyttyä. Yksin tätä asiaa ei kukaan voi hoitaa. Kuten Pohjola (1998) toteaa

Kysymys on lopulta ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, uudenlaisen vuoropuhelun opettelemisesta, toisin toimimisen mahdollisuuden ymmärtämisestä, halusta ja kyvystä tehdä sopimuksia sekä sitoutua yhteisesti sovittujen päämäärien toteuttamiseen. Paikallinen kehittäminen on aina kulttuurinen il-

miö, jolla on omat syntyehdonsa, mahdollisuutena ja rajoitteensa (Pohjola 1998, 114.)

Vaikka kaikki ei suunnitelmien mukaan mennyt ja vuosi on ollut todella raskas, siitä huolimatta näin loppusuoralla voin olla tyytyväinen lopputulokseen. Kehittämishankkeen ajankohtaisuus ja valtakunnallisen hankkeen tuki ovat mahdollistaneet ajankohtaisen tiedon saannin toiminnan kehittämisen tueksi. Oman moninainen roolini on ollut prosessissa kaikkein vaikein asia, mutta toisaalta myös yksi kantava voima. Oman oppimisprosessini kannalta tärkeimmäksi asiakasi nostan kokonaisuuden hahmottamisen, kukaan meistä ei voi toimia yksin ja yhteistyötä on tehtävä ja rajoja rikottava. Prosessiajatteluun perehtyminen on tuonut uusia välineitä myös oman työnkehittämiseen. Vuoden aikana oma ammatillisuuteni on saanut uusia ulottuvuuksia ja toivon mukaan jatkossa pääsen ”uutta” osaamista myös käytännössä hyödyntämään.

Rovaniemen kaupunki on saanut työttömien terveydenhuollon kehittämiseen THL:ltä lisärahoitusta ja jatkohanke jatkuu aina 31.10.2010 saakka. Jatkohankkeen aikana toimintamallia tullaan kokeilemaan ja arvioimaan perustyössä. Jatkohankkeen tavoitteena on myös löytää mittareita toimintamallin vaikuttavuuden mittaamiseksi.

KIRJALLISUUS

Aaltola J & Syrjälä L (1999) Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa: Heikkinen H, Huttunen R & Moilanen P (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. ATENA, Juva,

Hallituksen politiikkariihen linjauksia 24.2.2009.

Hallsten, Lennart, 2006. Farligt för hälsan att vara arbetslös. Fastighets folket 2/2006. Tulostettu 20.5.09.

[Http://www.fastighets.se/home/fast2/tidn/home.nsf/unid/1DDBB73BE15320FCC125711E0051875A](http://www.fastighets.se/home/fast2/tidn/home.nsf/unid/1DDBB73BE15320FCC125711E0051875A)

Heikkinen, Hannu L.T, 2001. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. metodin valinta ja aineistonkeruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus. Gummerus Kirjapaino oy. Jyväskylä.

Heponiemi, Tarja, Whalström Mikael, Elovainio Marko, Sinervo Timo, Aalto Anna-Mari ja Keskimäki Ilmo. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja Yrittäjyys 14/2008 Helsinki. Tulostettu 12/2008 http://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita 13.painos. Otava. Keuruu.

Holm, P., Jalava, J. & Ylösalo, P. 2006. Työttömien työkyky vuonna 2005. Työpoliittinen tutkimus 2006. Työministeriö. Tulostettu 9/2008

www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/06_tutkimus/tpt308.pdf

Kansanterveyslaki

Kokkola A., Kiikkala I., Immonen T., Sorsa M. Mitä Sinä elämältäsi haluat?

Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Stakes. Helsinki. Suomen Kuntaliitto. 2002

Kontula, O & Koskela K, 1993, Taloudellisen laman terveysvaikutuksia 1992–1993, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:10, Helsinki.

Kortteinen Matti & Tuomikoski Hannu, 1998. Työtön: tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Tammi. Helsinki.

Koskinen Seppo, 2006. Sosioekonomiset terveyserot. Suomen kansanterveyden keskeinen ongelma. Kansanterveyslehti 1/2006. Luettu 20.3.2009.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_1_2006/sosioekonomiset_terveyserot_suomen_kansanterveyden_keskeinen_ongelma/

Krueger Richard. 1994. Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. Saga Publications

Kuntalaki (365/1995)

Kuula Arja, 1999. Toimintatutkimus- kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. 2. painos. Tampere. Vastapaino.

Linturi Hannu 2003. Luettu 7.1.2009 osoitteesta

http://www.futunet.org/fi/materiaalit/metodit/2_metodit/5_actix?C:D=347676&selres=347676

L 2002/1295. laki julkisista työvoimapalveluista 20.12.2002. Luettu 17.2.2009.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20021295>.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)

Metteri Anna. 2004. Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Sosiaali- ja yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki. Edita

Morgan David L. 1988. Focus groups as qualitative research. London. Saga Publications.

Pesonen, Herkko, 2007. Laatua! Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Juva. WS Bookwell Oy.

Piirainen Timo & Saari Juho, 2002. Yhteiskunnalliset jaot: 1990-luvun perintö? Helsinki. Yliopistopaino.

Pirttilä- Backman, Anna-Maija. Fokusryhmähaastattelu (Focus group interview) Helsingin yliopiston valtiotieteellinen tiedekunta

kuunneltu 29.1.08 osoitteessa <http://www.valt.helsinki.fi/yleope/kvali/kvali12.htm>

Pitkäaikaistyöttömien kehittämishankkeen toteuttamissuunnitelma 2007

Pohjola, Anneli, 1993. Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa Riitta Granfelt & Harri Jokiranta & Synnöve Karvinen & Aila-Leena Matthies, & Anneli Pohjola Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto

Pohjola Anneli & Hokkanen Liisa (toim.) 1998. Projektin paikallisuutta jatkuvuutena. Hyvinvointipalveluprojektin osaraportti 7. Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisu N:o 56. Rovaniemi.

QPR ProcessGuide esite, 2009. Luettu 23.5.09 osoitteesta www.qpr.com

Robson Colin, 2001. Käytännön arvioinnin perusteiden opas evaluointia tekijöille ja tilaajille. Suom. Lindqvist, Tuija & Maaniittu, Maisa & Niemi, Eila & Paasio, Petteri & Paija, Lea. Helsinki: Tammi.

Seppänen-Järvelä Riitta, 1999. Kehittämistyö ja arviointi. Teoksessa Arviointi ja asiantuntijuus. Tammer-paino Oy. Tampere.

Seppänen-Järvelä Riitta, 2004. Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas käytäntöihin. Stakes. FinSoc Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki 2004.

Sinervo Leini, 2008. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankkeen verkostotapaaminen 10.9.2008 THL. Helsinki.

Sipilä, Jorma, 1996. Sosiaalityön jäljillä. Helsinki. Tammi.

Suomen perustuslakiin (731/1999)

Swanz, Marja-Liisa, 1994. Naiset kehityksen ratkaisijoina. Teoksessa Lindqvist Tuija & Rajavaara Marketta (toim.). Kehittämistyön itseanalyysiin. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskuksen täydennyskoulutusjulkaisuja 8/1994. Raportti 147. Helsinki.

Teroka-hanke, 2009. Luettu 20.4.2009

<http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=60&Itemid=90>

Terveydenhuoltolakityöryhmä, 2008. Uusi terveydenhuoltolaki Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä.

Terveys 2000 tutkimus

Työkyky-hankkeen hankesuunnitelma 2007

Valtonen Anu. 2005. Ryhmäkeskustelut – millainen metodi. Teoksessa Ruusuvuori Johanna & Liisa Tiittula (toim.) Haastattelu – tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Gummerus. Jyväskylä

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-ohjelmasta, 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki. Luettu 15.3.2009

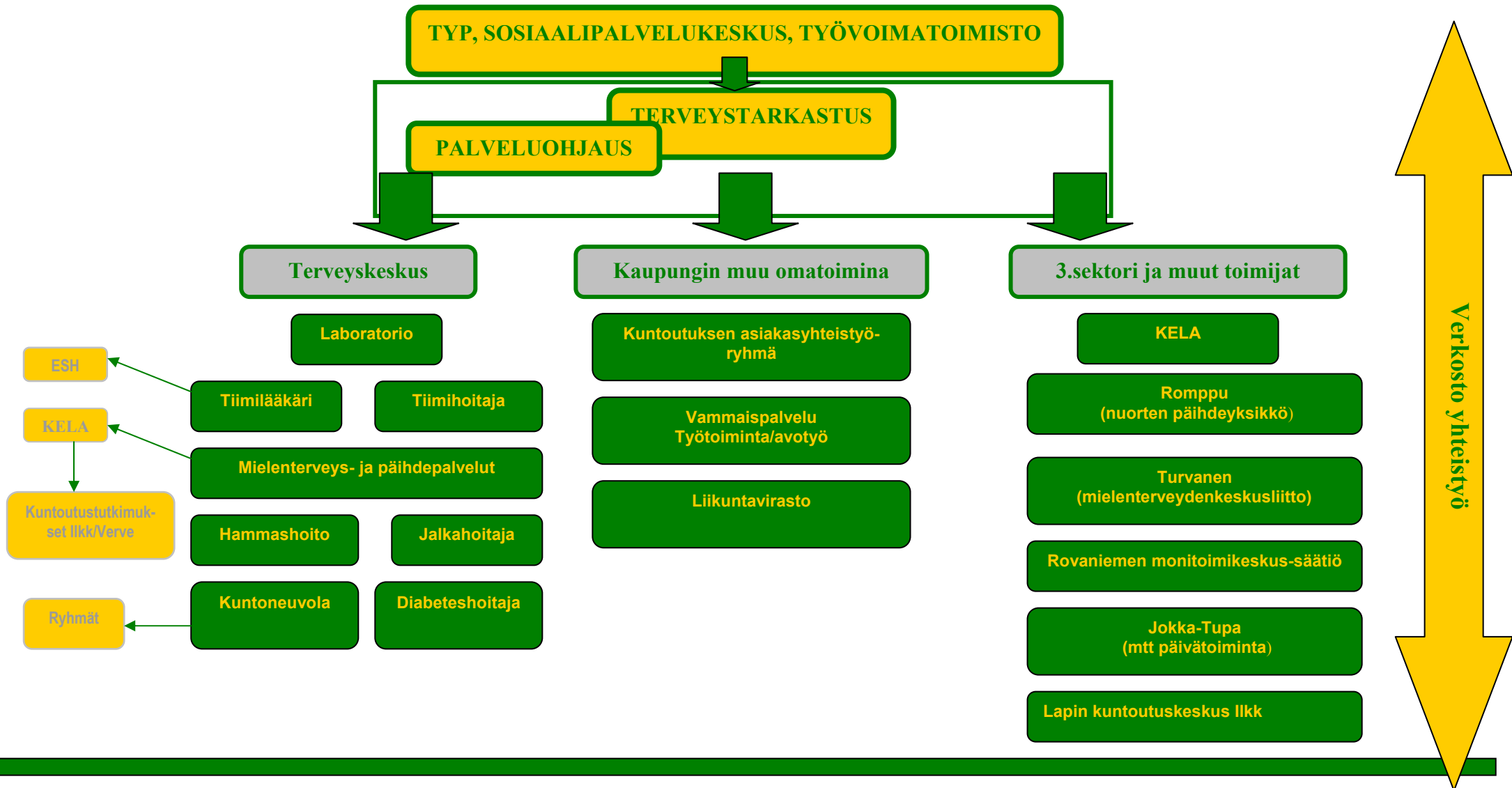
<http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

Virtanen Petri, 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita Prima Oy. Helsinki

Vuorela Suvi. 2005. Haastattelumenetelmät. Teoksessa Ovaska, Saila & Aula, Anne & Majaranta, Päivi (toim.), Käytettävyydetutkimuksen menetelmät. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Raportti B-2005-1. luettu 28.1.08 osoitteessa <http://www.cs.uta.fi/usabsem/luvut/3-Vuorela.pdf>

Vähätalo Kari, 1998. Työttömyys ja suomalainen yhteiskunta. Gaudeamus. Helsinki.

TYÖKYKY-HANKE



Työhön kuntoutumisen osaprosessi

Osaprosessi	Tehtävät	Mahdolliset osatehtävät	Vastuu: Roolin mukaan	Prosessikumppani	Tuotos/suorite	Kehittämis-idea
1. Tarpeen tunnistaminen ja asiakkuuden alku	1.1 Tarpeen tunnistaminen	1.1.1 Asiakas tulee tapaamiseen 1.1.2 Työkykyhankkeen palveluiden tarjoaminen 1.1.3 Asiakkaan suostuminen 1.1.4 Lähetteen tekeminen	1.1.1 Asiakas 1.1.2 Työvoiman palvelukeskus Sosiaalipalvelukeskus Työvoimatoimisto 1.1.3 Asiakas 1.1.4 joku prosessikumppaneista	Työvoiman palvelukeskus Sosiaalipalvelukeskus Työvoimatoimisto Asiakas	1.1.2 Aktivointisuunnitelma ja/tai palvelusuunnitelma 1.1.3 Suostumuslomake 1.1.4 Lähete	Yhtenäinen lähete
	1.2 Ajanvaraus hankkeeseen	1.2.1 Lähetteen vastaanottaminen 1.2.2 Ajan varaaminen 1.2.3 Tiedon lähettäminen/soittaminen varatusta ajasta	1.2. Terveystoimittaja tai sosiaaliohjaaja	1.2 Työvoimanpalvelukeskus, sosiaalipalvelukeskus, työvoimatoimisto 1.2.2 Effica 1.2.3 Asiakas, työvoimanpalvelukeskus, sosiaalipalvelukeskus, työvoimatoimisto	1.2 Suostumus ja palvelusuunnitelma, aktivointisuunnitelma yms.hankkeessa 1.2.3 Asiakkaalla aika hankkeeseen	
2. Asiakkuuden kulku						
	2.1 Asiakkaan saapuminen tapaamiseen	2.1.1 tulee 2.1.2 ei tule	2.2 Asiakas	2.2 sosiaaliohjaaja ja/ tai terveydenhoitaja lisäksi lähettävä taho		
	2.2 Ensimmäinen tapaaminen sosiaaliohjaajan luona	2.2.1 alkuhaastattelu 2.2.2 kokonaistilanteen arviointi (tapahtuu useamman tapaamisen perusteella), taustatietojen selvittäminen 2.2.3 ajanvaraus terveydenhoitajalle esitietolomakkeen antaminen asiakkaalle	2.2 Sosiaaliohjaaja 2.2.3 Sosiaaliohjaaja	2.2 Asiakas 2.2.5 terveydenhoitaja, typ, aikuissos.työ, perusterveydenhuolto (mtt, A-klinikka)	2.2.1 lomake 2.2.2 alustava kokonaisarviointi 2.2.3 asiakkaalla on aika varattuna terveystarkastukseen ja terveystarkastuksen esitietolomake 2.2.4 asiakkaalla on tietoa muista terveydenhuollon	2.3.1 haastattelulomakepohja 2.3.2 yhteenvetolomakepohja kaikilla sama

	<p>2.2.4 Ohjaus ja/tai ajanvaraus terveydenhuollon palvelujen piiriin ja/tai muiden yhteistyökumppaneiden luo</p> <p>2.2.5 uuden ajan varaaminen</p> <p>2.2.6 konsultointi</p>			<p>tarjoamista palveluista ja/tai aika varattuna kyseisiin palveluihin</p>	
<p>2.3 Ensimmäinen tapaaminen terveydenhoitajan luona</p>	<p>2.3.1 Terveys-haastattelulomakkeen läpi käynti asiakkaan kanssa (liitteksi)</p> <p>2.3.2 Terveystarkastuksen testit ja mittaukset (audit, Bdi,fageström, Bmi,DM-2, verenpaine)</p> <p>2.3.3 Ohjaaminen/ajan varaaminen terveyspalveluihin</p> <p>2.3.4 labralähetteiden kirjoittaminen</p> <p>2.3.5 terveystarkastuksen kirjaaminen (liite)+ yle lehdelle merkintä kirjatusta terve.kertomuksesta, yllelle suunnitelma:labra lähete, lääkärin ajanvaraus</p> <p>2.3.6 asiakkaan</p>	<p>2.3 terveydenhoitaja</p>	<p>2.3 asiakas</p> <p>2.3.3</p> <p>2.3.4 Effica</p> <p>2.3.5 Effica</p> <p>2.3.6 Tiimilääkäri, tiimihoitaja, jalkahoitaja, fysioterapeutti yms.</p>	<p>2.3 Kirjallinen palaute terveystarkastuksesta ja ohjaus (liite), ajanvaraus jatkohoitoon, esitteet/hoito-ohjeet, labralähete. jatko-suunnitelma (puh, aika, ajanvaraus sos.ohjaajalle, kontrolliaika.</p>	

		asioista konsultointi				
	2.4 Yhteinen tapaaminen terveydenhoitajan ja sosiaalihoitajan kanssa	2.4.1 Alkuhaastattelu, taustatietojen läpikäyminen, terveystarkastus	2.4 terveydenhoitaja, sosiaalihoitaja	2.4 asiakas		
	2.5 Verkostotapaaminen	2.5.1 osallistuminen aktivointisuunnitelmaan	2.5 Terveydenhoitaja tai sosiaalihoitaja	2.5 asiakas ja lähettävä taho	2.5 Aktivointisuunnitelma	
	2.6 Asiakkaan saapuminen seurantatapaukseen verkostotapaamiseen	2.6.1 Terveystarkastus palautteen antaminen	2.6 Terveydenhoitaja	2.6 Asiakas, lähettävä taho (sosiaalityövoimajohtaja sosiaalihoitaja)	2.6 Asiakkaan suunnitelman tarkentuminen	
3. Asiakkuuden päättäminen	3.1 Asiakas siirtyä takaisin lähettävän tahon palveluihin	3.1.1				