

Jaana Venäläinen

PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN
KOKEMUKSIA JA AJATUKSIA
TERVEYDESTÄ JA
TERVEYSPALVELUISTA

”Semmonen Kiminkinen pitäis saaha”

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Marraskuu 2009




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä 16.11.2009
Tekijä(t) Jaana Venäläinen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Savonlinna
Nimeke Pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveydestä ja terveyspalveluista		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveydestä ja terveyspalveluista. Tutkimuksen lähestymistapa oli laadullinen eli kvalitatiivinen ja aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemallista ryhmähaastattelua.</p> <p>Tutkimusaineisto koottiin kahdessa ryhmähaastattelussa huhti- ja toukokuussa 2009. Haastateltavia oli kahdeksan ja heidän ikänsä oli 45 - 57 vuotta. Kaikilla haastateltavilla oli lääkärin toteamia sairauksia tai terveydellisiä ongelmia. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan pitkäaikaistyöttömät kokivat terveyden ja itsehoidon tärkeiksi. Työttömyys oli kuitenkin laskenut itsetuntoa, vireystilaa ja mielialaa, mikä oli vähentänyt itsehoitomotivaatiota. Haastateltavat kokivat olevansa toisen luokan kansalaisia verrattuna työssä käyviin. Terveyttä ja voimavaroja lisäävinä asioina nähtiin mm. läheiset ihmiset, kotieläimet, luonto, liikunta sekä kirjastossa käynnit. Kuntouttava työtoiminta koettiin vireyden ylläpitäjänä, kritiikkiä sai siitä maksettava nimellinen korvaus, joka koettiin jopa ihmisarvoa alentavana.</p> <p>Tutkimuksen mukaan terveyskeskuslääkäreiden kiire, suuri vaihtuvuus sekä ulkomaalaisten lääkäreiden huono kielitaito esti lääkäri-potilassuhteen syntymisen ja aiheutti palvelutason laskua. Omalääkärijärjestelmä sitä vastoin koettiin hyvänä ja hoidon laatua parantavana tekijänä.</p> <p>Työvoimanpalvelukeskukset ja siellä tapahtuva moniammatillinen työskentely tukee tutkimuksen mukaan hyvin pitkäaikaistyöttömän terveyttä ja henkistä hyvinvointia. Tärkeäksi koettiin pitkäaikaistyöttömän kokonaistilanteen tuntemus ja huomioonottaminen sekä selkeä ja yksilöllinen palveluohjaus.</p> <p>Pitkäaikaistyöttömät odottivat selkeämpää neuvontaa ja ohjausta kaikista niistä palveluista ja etuisuuksista, joihin työtön on oikeutettu. Tutkimukseen osallistuneet ehdottivat Kelaa valtakunnallisena toimijana tämän palvelun kehittäjäksi ja toteuttajaksi.</p> <p>Tutkimustuloksia voi hyödyntää kaikissa työttömien kohtaamisissa ottamalla huomioon heidän erityistarpeensa ja järjestämällä heille kohdennettua ohjausta, neuvontaa, tukea sekä terveyspalveluita heti työttömyyden kohdattua ja niin kauan, kun on tarvetta.</p>		
Asiasanat (avainsanat) pitkäaikaistyöttömät, terveys, terveyspalvelut, haastattelututkimus		
Sivumäärä 55 s + 4 liitt	Kieli suomi	URN URN:NBN:fi:mamk-20093887
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Tuula Okkonen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Kruunupuisto, Punkaharjun kuntoutuskeskus	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 16.11.2009
Author(s) Jaana Venäläinen	Degree programme and option Degree Programme of Nursing, Savonlinna	
Name of the bachelor's thesis The experiences and thoughts of the long-term unemployed in health and health services		
Abstract <p>The aim of this study was to describe the experiences and thoughts of the long-term unemployed in health and health services. The study was qualitative and the data collection method was themed group interviews. The research data was collected in two group interviews in April and May 2009. Eight persons were interviewed, and their age was 45 - 57 years. All interviewees had diagnosed illnesses and health problems. The data was analyzed by content analysis.</p> <p>The results showed that the long-term unemployed thought, that health was very important. Unemployment, however, had decreased their self-esteem, vitality and mood, which consequently had reduced their motivation for self-care. The interviewees felt like second-class citizens compared to the working population. Yet, cats and dogs, nature, sports and library visits were considered as health-promoting factors. Rehabilitative work was experienced to maintain vitality, but at the same time the small salary was considered derogatory.</p> <p>The results indicated that, busy health center doctors, their high turnover and the poor language skills of foreign doctors resulted in a poor doctor-patient relationship and low level of service. The family doctor system was experienced as a positive factor also improving the quality of care</p> <p>Furthermore, the results showed that labor force centers and their multi-professional approach supported the health and mental well-being of the long-term unemployed. Familiarity with the customer's overall situation in life as well as clear guidance and personal service were important experiences.</p> <p>Long-term unemployed persons were expecting clearer advice on all services and benefits for which they are entitled. The subjects suggested that the national Social Insurance Institution could act as the developer and implementer of such service.</p> <p>The results of this study can be used in all encounters with the unemployed, by taking into account their specific needs and providing targeted instruction, advice, support and health services right from the beginning of an unemployment period for as long as needed</p>		
Subject headings, (keywords) unemployed, health, health service, interview research		
Pages 55 p + 4 app.	Language Finnish	URN URN:NBN:fi:mamk-20093887
Remarks, notes on appendices		
Tutor Tuula Okkonen	Bachelor's thesis assigned by Kruunupuisto, Punkaharju rehabilitation	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TERVEYDEN MÄÄRITTELYÄ.....	2
3	TYÖTTÖMYYS JA TERVEYS.....	3
4	TERVEYSPALVELUT	6
5	TYÖTTÖMIEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN	7
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	9
7	TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT, AINEISTON HANKINTA JA ANALYSOINTI	10
7.1	Tutkimusote	10
7.2	Haastateltavien valinta ja aineiston hankinta.....	11
7.3	Tutkimusaineiston analyysi	16
8	TUTKIMUSTULOKSET	17
8.1	Kuvaus tutkimukseen osallistuneista.....	18
8.2	Pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveydestä.....	18
8.2.1	Työttömyys terveyden taustatekijänä	19
8.2.2	Pitkäaikaistyöttömien terveyttä edistävät tekijät	22
8.2.3	Lähiyhteisö pitkäaikaistyöttömien terveyden tukijana	24
8.3	Pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveyspalveluista	26
8.3.1	Terveyspalveluiden saatavuus perusterveydenhuollossa.....	27
8.3.2	Terveyspalveluiden laatu	29
8.3.3	Ammattihenkilöiden palveluasenne.....	32
8.3.4	Odotukset palvelujärjestelmältä.....	33
9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	34
9.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	34
9.2	Tutkimuksen eettisyys	40
9.3	Tulosten tarkastelu.....	42
9.4	Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset	50
	LÄHTEET	52
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Elämme tällä hetkellä Suomessa, jossa vallitsee syvä taloudellinen laskusuhdanne ja siitä johtuva lama. Edellisen kerran elettiin lamasta johtuvaa työllisyyden pohjanoterausta vuonna 1994, jolloin työttömyysluvuiksi kirjattiin 20,5 % työvoimasta; tästä pitkäaikaistyöttömien osuus oli 27,4 %. Sen jälkeen työttömyys laski tasaisesti marraskuuhun 2008, jolloin työttömiä oli 8 % työvoimasta ja pitkäaikaistyöttömien osuus heistä 24 %. (Sotkanet 2009.)

Suomen talous taantui jälleen voimakkaasti vuoden 2009 alusta, osana maailmanlaajuisia talouden laskusuhdannetta. Vuoden 2008 lopussa ennustettiin, että vuonna 2009 tullaan menettämään noin 30 000 työpaikkaa. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2008.) Todellisuus syyskuussa 2009 oli se, että 75 000 ihmistä vähemmän teki työtä edellisen vuoden syyskuuhun verrattuna (Tilastokeskus 2009). Työttömyyden arvioidaan säästävän pohjalukemat vuonna 2010, jolloin työpaikkoja tullaan mahdollisesti menettämään enemmän kuin tänä vuonna. Lomautusuutiset, varoitukset ja irtisanomiset ovat edelleen osa päivittäistä uutisointia ja julkisessa keskustelussa työttömyyden enustetaan lisääntyvän vielä ennusteitakin rajummin. Työttömyys ja siihen liittyvät ilmiöt ovat olleet pitkään, ja ovat edelleen, osa suomalaista yhteiskuntaa, jota ei voi jättää huomiotta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveydestä ja terveyspalveluista. Kiinnostus aiheeseen on syntynyt vuosien työskentelystä työttömien ja pitkäaikaistyöttömien kuntouttavan ja terveyttä edistävän hoitotyön parissa, joka on tarjonnut näköalapaikan työttömän ihmisen terveydenhuoltoon liittyviin kysymyksiin. Näissä kohtaamisissa on tullut esille lukuisia hoitamattomia fyysisiä ja psyykkisiä terveystarpeita, jotka herättivät miettimään syitä tilanteeseen työttömän näkökulmasta. Asiakkaat ovat tuoneet esille vaikeuksia terveyspalvelujen saatavuudessa, ja monet ovat syrjäytyneet palveluiden piiristä ja kokevat vaikeana hakea terveyspalveluita suurentuneesta avun ja tuen tarpeestaan huolimatta. Osa asiakkaista on toivonut terveydenhoitajan lähetettä terveystarpeistaan, jotta rohkenisivat hoitamaan asioitaan omaan terveyskeskukseen.

Vallitseva yhteiskunnallinen tilanne, meneillään oleva terveydenhuollon kehitystyö terveyserojen ja syrjäytymisen vähentämiseksi, työttömään liittyvät yhteisölliset ja yksilölliset haasteet sekä työskentely heidän kanssaan ovat antaneet lähtökohdat pohdita pitkäaikaistyöttömän mahdollisuuksia hoitaa terveyttään työssä käyvien rinnalla, tasavertaisina terveyspalvelujen käyttäjinä. Tämän tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen ja tutkimusmenetelmänä teemallinen ryhmähaastattelu, jolla haluan saada pitkäaikaistyöttömän oman äänen kuuluville. Työn tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa työttömien ihmisten kohtaamisessa terveydenhuollossa sekä muissa työttömien käyttämissä palvelujärjestelmissä kehittämällä palveluja vastaamaan heidän yksilöllisiä tarpeitaan.

2 TERVEYDEN MÄÄRITTELYÄ

Terveyttä määritellään lukuisilla eri tavoilla riippuen siitä, minkä tieteenalan näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Biolääketieteellisessä lähestymistavassa tarkastellaan lähinnä sairauksia tai niiden puuttumista sekä ihmisen toimintakyvyn eri tasoja. Biopsykososiaalisessa lähestymistavassa terveys on osa ihmisen elämäntilannetta ja yhteiskunnallista asemaa. Psykologinen terveystietäminen kuvaa terveyttä ominaisuutena, hyvänä olona, toimintakyvynä, turvallisuuden tunteena sekä tasapainona ja selviytymiskyvynä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 11.)

Positiivinen terveystietäminen kuvaa terveyttä fyysisen, henkisen ja sosiaalisen elämän tasapainotilana ja lisäksi siinä korostetaan ihmisen omia voimavaroja sekä omavoimaistamista. Voimaannuttaminen, kuten asia voidaan myös ilmaista, tarkoittaa prosessia, jossa ihminen oppii arvioimaan omia terveyteen vaikuttavia toimintatapojaan ja päätöksiään ja oppii tekemään sitä kautta terveyttä edistäviä valintoja. Positiiviseen terveystietämiseen kuuluu myös yhteisön omavoimaistaminen, jolloin saman yhteisön ihmiset toimivat yhdessä vaikuttaen ja toimien koko yhteisön terveyttä ja elämänlaatua edistäen. Yhteisöllinen terveystietäminen kuvaa yksilön ja ympäristön vuorovaikutusta, jolloin yhteisö ja yhteiskunta ovat tärkeä osa terveyden infrastruktuuria. On kaikkien etu, että sen jäsenet ovat terveitä ja voivat hyvin. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 12, 64.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) 1948 julkaistu määritelmä terveydestä täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana on saanut kritiikkiä osakseen, koska kuvattu täydellinen terveydentila on yleensä saavuttamaton. Hyväksi tässä määritelmässä on koettu terveyden jakaminen kolmeen osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen. Tähänkin määritelmään on esitetty muutoksia. On ehdotettu, että siihen lisättäisiin vielä dynaamisuus ja spirituaalisuus eli hengellisyys, jotka monitukaistavat asiaa entisestään. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10; Vertio 2003, 26–27.)

Vertio (2003, 15) kuvaa terveyttä laajenevana spiraalina, jossa elämäkokemus karttuu spiraalin laajetessa ja saa näin uusia ulottuvuuksia. Spiraali voidaan nähdä myös elämänkaaren uudelleen muotoiluna. Vanhenemisesta ja siihen liittyvistä muutoksista huolimatta ihmisellä on mahdollisuus säilyttää terveytensä ja vaikuttaa siihen omilla valinnoillaan. Terveyden määrittäminen on kaiken kaikkiaan hyvin ongelmallista, koska fyysisestikin sairaat ihmiset voivat kokea itsensä terveiksi.

WHO on kuvannut Ottawan 1986 laaditussa asiakirjassa terveyttä paitsi fyysisinä toimintamahdollisuuksina, myös yhteiskunnallisten ja henkilökohtaisen voimavarojen näkökulmasta, jotka ovat jatkuvasti läsnä jokapäiväisessä arkielämässä. Ottawan asiakirjassa terveyden perusedellytyksinä mainitaan myös rauha, ekologinen vakaus, tulot, koulutus, sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus. Terveyden mahdollistamisen lähtökohtiin kuuluvat siten myös terveyttä tukeva ympäristö sekä mahdollisuudet terveellisten valintojen tekemiseen. Tästä näkökulmasta terveys ja terveyden edistäminen eivät voi olla pelkästään terveydenhuollon vastuulla, vaan niiden tulee olla mukana kaikessa yhteiskunnallisessa toiminnassa ja päätöksenteossa. (Vertio 2003, 174.)

3 TYÖTTÖMYYS JA TERVEYS

Useat tutkimukset osoittavat, että työttömyys lisää riskiä sairastua niin fyysisesti kuin psyykkisesti ja työttömien työkyky on keskimääräistä heikompi kuin työssäkäyvillä. Ikääntyminen, toistuvaistyöttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys heikentävät tilannetta entisestään ja lisäävät ennaltaehkäisevien terveyspalveluiden tarvetta. (Heponiemi ym. 2008, 11–15; Karjalainen & Melametsä 2001, 17.)

Työttömillä on todettu mielenterveysongelmia, elämänhalun heikkenemistä ja suurentunutta itsemurha- ja tapaturmariskiä verrattuna työssäkäyviin. Ruotsalaisissa pitkissä 12 ja 24 vuoden seurannoissa on havaittu työttömillä olevan työssäkäyviin verrattuna suurempi kuolleisuusriski. Myös sydän- ja verenkiertoelinsairauksia, erilaisia hoitamattomia terveysriskejä (verenpaine, ylipaino, kolesteroli), alkoholinkäyttöön liittyviä sairauksia sekä tupakointia esiintyy enemmän kuin työssäkäyvillä. (Kerätär 1995, 1613; Heponiemi ym. 2008, 11–12; Karjalainen & Melametsä 2001, 16–17.)

Toisaalta Holm ym. (2006, 4–5) totesivat työttömien työkykyindeksejä tutkiessaan, että työttömistä 60 %:lla oli erinomainen tai hyvä työkyky, mutta yli vuoden työttömänä olleilla vajaalla puolella oli enää erinomainen tai hyvä työkyky, mikä osoittaa pitkittyneen työttömyyden negatiivisen vaikutuksen terveyteen.

Suomessa on vahva työn kulttuuri, mikä korostaa itsenäistä selviytymistä ja pärjäämistä yhteiskunnan jäsenenä. Työn menettäminen irtisanotuksi tulemisen kautta koetaan nöyryyttävänä, häpeällisenä ja irtisanottuja syyllistävänä sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Tämän vuoksi se koetaan herkästi taloudellisen takaiskun lisäksi myös henkilökohtaisena epäonnistumisena. (Kortteinen & Tuomikoski 1998, 23–25.)

Pojjula ja Ahonen (2007, 32–33) tuovat esille Michael Argylen näkemyksen työsuhteen yllättävän loppumisen aiheuttamista voimakkaista terveysvaikutuksista. Tutkijan mukaan työpaikan menetyksessä ihminen menettää aina myös työyhteisönsä ja siihen liittyvän sosiaalisen asemansa sekä ihmissuhteet. Tällaiset menetykset voivat kriisiyttää ja horjuttaa kenen tahansa mielenterveyttä. Lisäksi ongelmiksi muodostuvat ajankäyttöongelmat, elämänlaadun ja henkisen hyvinvoinnin heikkeneminen sekä fyysisen terveydentilan huononeminen.

Kortteinen ja Tuomikoski (1998, 38–44) ovat tutkineet pitkäaikaistyöttömien selviytymistä edellisen suuren taloudellisen laman jälkeisessä Suomessa. Tähän tutkimukseen liittyvässä kyselyssä selvitettiin työttömien sairastavuutta verrattuna työssäkäyviin. Kaikki sairastavuuden mittarit liittyivät työttömyyteen. Työttömät näyttivät sairastuvan työllisiä useammin masennukseen ja unettomuuteen sekä kärsivät 50 % enemmän työkykyä haittaavista pitkäaikaissairauksista, joiden saamisen riski oli suorassa yhteydessä työttömyyden keston.

Mesiäinen (2004, 31–32) havaitsi työttömyyttä, voimavaroja ja subjektiivista terveyttä käsittelevässä tutkielmassaan, että ikääntyminen sekä työttömyys vaikuttivat itseen kohdistuvien voimavarojen heikkenemiseen ja sitä kautta subjektiivisen terveyden kokemiseen kielteisesti. Subjektiivisen terveyden on katsottu korreloivan todelliseen yleiseen terveydentilaan ja siksi subjektiivisen terveyden kokemus on merkityksellinen myös työkyvyn näkökulmasta.

Terveys 2000 -aineiston mukaan työttömillä havaittiin olevan enemmän terveyteen liittyviä riskitekijöitä kuin työssä käyvillä. Työttömät tupakoivat, kärsivät hoitamattomasta verenpaineesta, lihavuudesta ja kohonneesta kolesterolista mutta eivät osanneet tai kyenneet hakemaan apua näiden asioiden hoitamiseksi. Työttömät saivat myös vähemmän ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa ja siihen liittyviä palveluita kuin työssäkäyvät. Työttömät ja pätkätyöläiset kävivät viisinkertaisesti terveyskeskusten lääkäreiden vastaanotolla työssäkäyviin verrattuna, jotka taas käyttivät huomattavasti enemmän työterveyshuollon palveluita sekä yksityislääkäripalveluita. (Heponiemi ym. 2008, 12.)

Mielenterveysongelmat, suurentunut sairastumisriski, pitkäaikaissairaudet sekä yleinen arvottomuuden ja itseluottamuksen puute nousevat esille myös useista suomalaisista työttömien terveyttä koskevista selvityksistä ja tutkimuksista, jotka Heponiemi ym. (2008, 11–15) löysivät katsausta tehdessään. Esille tuli myös terveyspalveluiden riittämättömyys työttömien suuren sairastavuuden ja moniongelmaisuuuden vuoksi, vaikka he tutkimusten mukaan käyttivätkin palveluita työssäkäyviä enemmän.

Työttömyyttä on tutkittu Suomessa paljon sosiaalisena, taloudellisena tai yhteiskunnallisena ilmiönä, mutta hoito- tai terveystieteen näkökulmasta tutkimusta on tehty vähemmän (Kokkonen 2000, 6). Tutkimusta on tehty lähinnä työttömien selviytymisen ja henkilökohtaisten taitojen näkökulmasta. Tutkimus on ollut hajanaista ja kohteena on ollut harvoin terveys ja sen ylläpitäminen. Laadukkaita, tieteelliset kriteerit täyttäviä työttömien terveysinterventiotutkimuksia on Suomessa sekä kansainvälises-tikin katsottuna hyvin vähän. (Heponiemi ym. 2008, 66.)

Kokkonen (2000, 54–57) totesi tutkielmassaan työttömien käsityksiä terveydenhoitajien terveyttä edistävästä toiminnasta, että pitkäaikaistyöttömiin kohdistuvissa terveys-

palveluissa oli puutteita työttömän näkökulmasta katsottuna. Osa tutkimuksessa haastatelluista oli kokenut tulleen torjutuksi terveydenhoitajan tai lääkärin taholta. Lisäksi työtön saattoi kokea saavansa erilaista lääkärihoitoa kuin työssäkäyvät. Työttömät toivoivat myös kattavia terveystarkastuksia.

Vainionpään (1999, 63–65) tutkielmassa työttömänä olevien ihmisten kokemuksia terveydestä ja sen edistämisestä tuli sille kokemuksia leimaavasta terveydenhuoltohenkilökunnan terveystalvupalvueluanteesta, vaikka yleisellä tasolla kokemukset terveydenhoitotyöstä olivat melko hyviä. Työttömät toivoivat myös asiakaskeistä, asiakkaan lähtökohdista tapahtuvaa ja suunnitelmallista terveydenedistämistyötä, jossa heidän toiveitaan kuunnellaan tasavertaisina yhteistyökumppaneina. Lisäksi työttömät halusivat käyttää normaaleja terveystalvueluja joustavasti.

4 TERVEYSTALVELUT

Kansanterveyslailla (66/1972) luotiin vuonna 1972 terveystalvueluajärjestelmä, joka kattaa koko väestön. Perustuslain mukaisesti (Perustuslaki 731/1999) kaikilla Suomessa asuvilla on oikeus saada tarvitsemaansa terveydenhoitoa sekä sairaanhoitoa kuntien ylläpitämissä terveystalvueluajärjestelmissä. Perusterveydenhuoltopalvueluita on mahdollista saada terveystalvueluajärjestelmissä, työterveyshuolloissa sekä yksityisillä lääkäriasemilla. Ihmisillä on myös tiedonsaantioikeus omasta terveydentilasta ja hoidoista sekä oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2. luku).

Hoitotakuu astui voimaan 1.3.2005, ja se määrittää terveystalvuelujen aikarajat kiireettömille hoidoille ja tutkimuksille. Ensiapua ja kiireellistä hoitoa on kaikkien sitä tarvitsevien saatava kuitenkin heti. Hoitotakuun tavoitteena on kaikkien ihmisten tasavertainen mahdollisuus saada hoitoa asuinpaikasta riippumatta ja kohtuullisessa ajassa. Tämä tarkoittaa kiireettömissä hoidoissa hoidon arviointiin pääsyä kolmessa vuorokaudessa. Lisäksi puhelinpalvuelua, ohjausta ja neuvontaa on saatava terveystalvueluajärjestelmissä virka-aikana välittömästi. (Terveystalvueluajärjestelmä 2009.)

Kuntien tehtäväksi on annettu huolehtia kaikkien kunnassa asuvien väestöryhmien terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvistä toiminnoista, myös työttömien. Lisäksi kunnilla on velvoite seurata eri väestöryhmien terveydentilaa, sen kehitystä ja siihen vaikut-

tavia tekijöitä. Laissa on myös erikseen määritetty yhteistyövelvoite koko väestön terveydenedistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. (Kansanterveyslaki 66/1972, 3. luku.)

Terveyskeskuksia on yritetty saada siirtymään väestövastuiseen toimintamalliin jo vuodesta 1986 lähtien. Tällöin asiakkaalla olisi nimetyt lääkäri ja hoitaja, joiden puoleen kääntyä kaikissa terveyteen ja sairauteen liittyvissä asioissa. Väestövastuisesta toimintatavasta on yritetty saada ratkaisua palvelujen saatavuuteen, hoidon jatkuvuuteen ja potilastyytyväisyyteen liittyviin epäkohtiin etenkin kaupunkien kohdalla. Väestövastuinen toimintamalli on vähentänyt kokemuksen mukaan päivystykseen hakeutuvien potilaiden määrää, ja myös lukuisat asiasta tehdyt tutkimukset puoltavat tätä toimintamallia. Siitäkin huolimatta asiaan liittyy vielä paljon vastustusta (Terveyskirjasto 2009). Nykyinen lääkäripula on selkeä este väestövastuisen toimintamallin vakiinnuttamiselle, sillä lääkärit uupuvat liian suuren työtaakan alle, eivätkä hakeudu töihin terveyskeskuksiin (Mediuutiset 2007).

Työssäkävijien terveydenhuolto on pääsääntöisesti kunnossa työnantajien järjestämän ja lailla (Työterveyshuoltolaki 1383/2001) säädellyn työterveyshuollon kautta. Kun työsuhde loppuu, työtön putoaa pois työterveyshuollon piiristä ja hän siirtyy perusterveydenhuollon palvelujen käyttäjäksi järjestelmään, jossa työkyvyn ylläpito ei ole ensisijainen mielenkiinnon kohde.

5 TYÖTTÖMIEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Valtioneuvoston käynnistämät Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001, 8–12), Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE (2008, 13) sekä niitä täydentävät Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2007, 1–3) sekä Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (2008–201, 17–18) linjaavat selkeästi tavoitteita terveyserojen ja syrjäytymisen vähentämiseksi. Ohjelmien kokonaistavoitteina on edistää koko väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä lisätä tasa-arvoista sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja käyttöä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras-hanke 2007) on myös kiinteä osa terveydenhuollon kehittämissuunnitelmia, jossa tavoitteena on turvata palvelujen saatavuus asuinpaikasta riippumatta kohtuullisin kustannuksin. Muutos rajoittaa pienten kuntien oikeutta päättää terveyspalveluiden järjestämisestä, sillä alle 20 000 asukkaan kunta ei voi yksin huolehtia perusterveydenhuollon palveluistaan. Pienten kuntien on annettava nämä tehtävät puitelaisissa säädetyn yhteistoiminta-alueen järjestettäväksi. Toimintaympäristön muuttuminen pakottaa kunnat pohtimaan parasta palveluiden tuottamis- ja tarjontatapaa riippumatta siitä mikä organisaatio palvelun tuottaa. (Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toimeenpano 2007, 4.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, entinen Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, koordinoi vuonna 2007 käynnistettyä Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanketta (PTT-hanke), jonka tavoitteena on löytää uusia hyviä toimintamalleja pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon järjestämiseen ja toiminnan mahdolliseen laajentamiseen koskemaan kaikkia työttömiä maanlaajuisesti. Hankkeen keskeisenä tavoitteena on ollut kehittää pitkäaikaistyöttömien puutteellisia terveyspalveluita. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa (2007–2009) on keskitytty luomaan toimintamalleja vaikeasti työllistyvien työttömien terveyspalvelujen järjestämiseksi eri alueiden toimintaympäristöt ja olosuhteet huomioiden. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 2009.)

PTT-hankkeessa on ollut mukana kahdeksantoista paikallista ja alueellista osahanketta, joihin on osallistunut noin 3700 asiakasta, joista 2700 on käynyt terveydenhoitajan terveystarkastuksessa. Osahankkeissa on pyritty tehostamaan työ- ja elinkeinohallinnon sekä kuntien viranomaisten yhteistyötä työttömien kuntoutus- ja aktivointitoimenpiteiden osalta. Toiminnan keskiössä ovat olleet terveystarkastukset, terveysneuvonta, elämäntilanteen vahvistaminen sekä tarvittaessa toimintakyvyn kartoitus ja tukeminen moniammatillisena yhteistyönä. Hankkeessa terveydenhoitajille on kehitetty terveystarkastusmalli ja työttömät huomioiva työskentelytapa, jossa kartoitetaan työttömän työnhakijan terveysriskejä, tuetaan voimavaroja ja kannustetaan itsensä hoitamiseen ja oman terveyden aktiiviseen edistämiseen. Ensimmäisen vaiheen loppuraportti valmistui keväällä 2009 ja hankkeen seuraava vaihe toteutetaan vuosina 2009–2010, jolloin hanke keskittyy hyviksi arvioitujen toimintatapojen ja käytäntöjen va-

kiinnuttamiseen paikallisesti ja alueellisesti sekä soveltuvien osin myös valtakunnallisesti. (Sinervo 2009, 7.)

Pitkäaikaistyöttömäksi määritellään henkilö, joka on ollut vähintään 12 kuukautta työttömänä työnhakijana tai on ollut toistuvaistyöttömyyden ja työttömyyden kokonaiskeston näkökulmasta rinnastettavissa henkilöön, joka on ollut työttömänä 12 kuukautta (Kansaneläkelaitos 2009, 2). Tässä työssä käytetään myös käsitettä työtön, joka on käsitteenä laajempi ja tarkoittaa kaikkia työttömäksi jääneitä ihmisiä rajaamatta työttömyys aikaa. Tutkimushaastatteluun osallistuneita pitkäaikaistyöttömiä kuvataan tässä työssä käsitteillä haastateltava tai tutkimukseen osallistuja.

Terveyspalveluilla tässä työssä tarkoitetaan kaikkia niitä keskeisiä toimintoja ja julkisia palveluita, jotka ovat yleisesti kaikkien, myös pitkäaikaistyöttömien, saatavilla ja muodostavat maan terveysjärjestelmän ytimen, jossa terveyskeskus on keskeisessä asemassa (YSA 2009).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveydestä ja terveyspalveluista. Saatua tietoa voidaan hyödyntää työttömien ihmisten kohtaamisissa kaikissa työttömille suunnatuissa palvelujärjestelmissä sekä terveyspalvelujen kehittämisessä vastaamaan heidän yksilöllisiä terveystarpeitaan. Saadulla tiedolla on merkitystä niin yksilöllisellä, yhteisöllisellä kuin yhteiskunnallisella tasolla.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaisia ovat pitkäaikaistyöttömien kokemukset ja ajatukset terveydestä?
2. Millaisia ovat pitkäaikaistyöttömien kokemukset ja ajatukset terveyspalveluista?

7 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT, AINEISTON HANKINTA JA ANALYSOINTI

7.1 Tutkimusote

Menetelmävalintaan on vaikuttanut opinnäytetyön tekijän hoitotieteeseen perustuva humanistinen käsitys ihmisestä kokonaisvaltaisena, elämästään ja toiminnoistaan määrävänä ainutkertaisena yksilönä sekä inhimillisesti tuntevana tietojen antajana (Lauri & Elomaa 1999, 58). Ajatteluuni voidaan liittää tieteenfilosofisia näkemyksiä suuntauksista, jotka kuvaavat ihmisen todellisuuden rakentumista ja yksilöllistä kokemusta elämän ilmiöistä. Tällaisia lähestymistapoja ovat kriittinen teoria sekä konstruktivismi, joita voidaan kuvata myös eksistentiaalis-fenomenologis-hermeneuttisiksi filosofioiksi. (Metsämuuronen 2006, 210.)

Kriittisen teorian mukaan todellisuus on muuttuva ja kehittyvä subjektiivinen kokemus ympäröivästä todellisuudesta. Kun todellisuus muuttuu, muuttuu myös yksilön subjektiivinen käsitys siitä. Nämä kaksi asiaa ovat jatkuvissa ristiriitojen ylläpitämissä dialogeissa keskenään. Todellisuutta muovaavia tekijöitä voivat olla mm. sosiaaliset, ympäristöön liittyvät, kulttuurilliset, eettiset ja sukupuoleen liittyvät tekijät ja niiden kokonaisuus. (Lauri & Elomaa 1999, 48; Metsämuuronen 2001, 12.)

Konstruktivismiksi nimetty tieteenfilosofia kuvaa ihmisen todellisuutta suhteelliseksi subjektiiviseksi kokemukseksi, jonka voivat jakaa useampikin ihminen, ainakin osittain. Tiedonkeruun näkökulmasta näissä kahdessa edellä mainituissa filosofioissa tutkija ja tutkittavat ovat vuorovaikutussuhteessa toisiinsa ja tulokset syntyvät dialogin ja tulkinnan kautta. (Metsämuuronen 2001, 12.)

Laurin ja Elomaan (1999, 44) mukaan ihmisten arkitodellisuus ja tapa toimia rakentuu ihmisten elämäkokemuksista ja kaikista niistä merkityksistä, joita he antavat kokemuksilleen. Kyseessä on tällöin yksilön subjektiivinen merkityksimaailma ja silloin arkitodellisuuden kokemukset voivat ilmetä eri ihmisillä erilaisina, vaikka ympäröivät realiteetit olisivat samankaltaiset. Tutkija on tällöin osa tutkittavien maailmaa yrittäen selittää heidän tulkintojaan oman tulkintansa kautta. Tällöin myös tutkijan arvomaailma vaikuttaa tutkimuksen lopputulokseen (Muuronen 2001, 12).

Fenomenografia tiedonhankinnan strategiana tutkii ihmisten erilaisia käsityksiä asioista. Fenomenografian näkökulmasta meillä on olemassa vain yksi maailma, josta ihmiset muodostavat subjektiivisten kokemustensa kautta erilaisia käsityksiä. Näkemysten ja tulkintojen moninaisuus, niin tutkittavien kuin tutkijankin, tekee lähestymistavasta hyvin haasteellisen ja mielenkiintoisen. (Metsämuuronen 2006, 232.)

Tämän tutkimuksen tiedonlähteenä on pitkäaikaistyötön ihminen. Tutkimuksen aineistona ovat pitkäaikaistyöttömän kokemukset ja ajatukset terveydestä ja terveystalvasta. Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkimukseen osallistuvien erilaisia näkökulmia ja saamaan heidän äänensä aidosti esille, joten asiaa tarkastellaan sisältäpäin sellaisena kun tutkittavat sen itse kokevat. Tällöin aineiston keruu pyritään toteuttamaan mahdollisimman avoimin menetelmin, kuten esimerkiksi haastattelemalla ja videoimalla. (Hirsjärvi ym. 2004, 155; Kylmä & Juvakka 2007, 27.)

Näistä lähtökohdista tutkimuksessa päädyttiin kvalitatiiviseen eli laadulliseen lähestymistapaan, joka soveltuu hyvin ihmisten yksilöllisten näkemysten ja kokemusten sekä asioihin liittyvien syy-seuraussuhteiden tutkimiseen (Metsämuuronen 2001, 14). Tutkimusmetodina käytettiin teemallista ryhmähaastattelua, joka videoitiin. Tämä mahdollisti tutkimusaineiston hankinnan kohdennettujen haastattelukysymysten sekä ryhmän keskinäisen vuorovaikutuksen ohjaamana, tavoitteena päästä mahdollisimman lähelle tutkittavan ilmiön arkitodellisuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 27; Pötsönen & Välimaa 1998, 2–3.)

7.2 Haastateltavien valinta ja aineiston hankinta

Tutkimusaineiston hankinta tapahtui kuntoutuskeskuksessa, jossa tuotetaan kuntoutuspalveluita työikäisille, mutta myös sotainvalideille ja veteraaneille, ikääntyvälle väestölle sekä neurologista kuntoutusta tarvitseville asiakkaille. Kuntoutuskeskuksessa tuotetaan myös majoitus- ja virkistyspalveluita kaiken ikäisille.

Työelämäsuuntautunut kuntoutus koostuu työkykyä ylläpitävästä ammatillisesta kuntoutuksesta (TYK), mikä on lakisääteistä toimintaa, sekä erilaisista kuntoutuskursseista. Kuntoutuskursseja järjestetään tuki- ja liikuntaelinongelmista kärsiville, ammatillisesti syvennettyä lääkinnällistä (Aslak) kuntoutusta tarvitseville, sekä pitkäaikaistyöt-

tömille, joilla on lisäksi tuki- ja liikuntaelin ongelmia. Näiden palvelujen kustantaja on Kansaneläkelaitos (Kela). Tämän lisäksi Kuntoutuskeskuksessa tuotetaan terveydentilan ja työkyvyn tutkimuspalveluita. Näiden palvelujen hankkijoina voivat olla työvoimatoimistot, työvoiman palvelukeskukset (TYP) sekä vakuutus- ja eläkeyhtiöt.

Tutkimuslupaa hain kuntoutuskeskuksen tutkimus- ja kehittämispäälliköltä maaliskuussa 2009 (liite 1). Haastateltavat valitsin terveydentilan ja työkyvyn tutkimuksiin sekä pitkäaikaistyöttömien kuntoutuskurssille saapuneista vapaaehtoisista asiakkaista. Toinen ryhmä koostui pelkästään tutkimusasiakkaista ja toinen ryhmä kuntoutuskurssille saapuneista asiakkaista. Tutkimusasiakkaat ja kuntoutuskurssilaiset tulivat eriaikaa, joten tämä ohjasi kummankin haastatteluryhmän kokoonpanoa. Valintakriteerinä oli yli vuoden kestänyt työttömyys, mikä tuli varmistettua, koska työhallinto ja Kela olivat jo kertaalleen valinneet nämä asiakkaat palveluihin, joissa yli vuoden kestänyt työttömyys on yksi palvelun käytön kriteeri.

Tutkimukseen osallistuvien on oltava täysin tietoisia siitä, mihin he osallistuvat, sillä vain näin menetellen on mahdollista välttää haittojen aiheuttaminen tutkittaville. Tämän vuoksi lähestyin haastateltavia henkilökohtaisesti. Kerroin heille tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimustavasta, sen kestosta sekä siitä, mihin saatua tietoa tullaan käyttämään. Lisäksi selvitin tutkimukseen valikoitumisen perusteet sekä vapaaehtoisuuteen, luottamuksellisuuteen ja anonymiteetin säilyttämiseen liittyvät asiat. Toinsille myös tutkimuksesta vetäytymisen mahdollisuuden tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. (Kylmä & Juvakka 2007, 149.)

Käytin videointia tutkimushaastattelun tallennusmenetelmänä ja halusin perustella sen käyttöä, koska se saattoi vaikuttaa osallistumishalukkuuteen. Perusteluksi esitin tutkimustyön tekemisen ilman työparia ja sen, että videointi mahdollistaisi haastatteluaineiston tallentamisen mahdollisimman tarkasti. Ryhmähaastattelussa osallistujien puheenvuorot voivat sekoittua, eikä nauhoituksesta voi enää tunnistaa, kuka oli äänessä, mikä vaikeuttaisi aineiston litterointia eli purkamista tekstiksi. Pelkkä nauhoitus olisi vaatinut erillistä kirjaajaa, joka ei osallistu keskusteluun vaan keskittyy ainoastaan kirjaamaan keskustelun kulkua ja dokumentoimaan tapahtumaa. Tällaiseen ei ollut mahdollisuutta. (Ks. esim. Pötsönen & Välimaa 1998, 9–10.) Kerroin myös tutkimukseen osallistuville, että tutkimusaineisto säilytettäisiin vain niin kauan kuin raportin

valmistuminen edellyttäisi ja että halutessaan he saisivat raportin luettavakseen. Kaikki saivat lisäksi aiheeseen liittyvän saatekirjeen, josta kaikki haastattelun toteuttamiseen liittyvät asiat oli vielä kerrattavissa ja tarkistettavissa. (Metsämuuronen 2006, 237.)

Haastateltavien rekrytointi oli kokonaisuudessaan suhteellisen helppoa, koska haastateltavat pitivät aihetta tärkeänä. Toiseen ryhmään olisi ollut tulossa enemmänkin haastateltavia kuin oli tarvetta. Yksi haastateltava aristeli haastattelun videointia, mutta videoinnin käytön perustelun ja miettimisen jälkeen hänkin suostui haastateltavaksi. Tässä tilanteessa oli tärkeää todellisen vapaaehtoisuuden arviointi ja sen varmistaminen, että haastateltava ymmärtää saamansa informaation (Kylmä & Juvakka 2007, 149).

Haastateltavien taustatiedot (ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutus) sain asiakkaiden allekirjoittamalla suostumuksella kuntoutuskeskuksen asiakasrekisteristä. Tutkimusaineiston lisäksi pidin koko prosessin ajan tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjasin huomioita haastattelutapahtumista, haastateltavista, sekä haastattelijan roolista, onnistumisesta ja kaikista lopputulokseen mahdollisesti vaikuttavista havainnoista. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 110.)

Tutkimusmetodiksi valitsin teemallisen ryhmähaastattelun, koska se sopii erityisen hyvin silloin, kun halutaan tietoa pienoiskulttuurien merkitysrakenteista tai haastateltavien sosiaalisesta ympäristöstä. Haastateltavat voivat myös tuntea olonsa turvallisemmaksi vertaisryhmässä ja saada ryhmästä tukea ja kannustusta asioiden ilmaisuun. Tämän voisi nähdä etuna yksilöhaastatteluun verrattuna. Aineisto myös rikastuu keskinäisen vuorovaikutuksen myötä, mikä on lähempänä todellista elämää kuin tiettyyn rooliin kangistava yksilöhaastattelu, jossa haastattelija nousee väistämättä auktoriteetin asemaan. Ryhmähaastattelussa tutkijan roolin merkitys tulokseen vaikuttavana tekijänä oletettavasti pienenee, kun keskustelussa on useampia henkilöitä, joihin haastateltavien huomio kohdistuu. Lisäksi ryhmähaastattelu antaa mahdollisuuden kasvattaa tutkittavien määrää helposti. (Pötsönen & Välimaa 1998, 2–3.)

Haastattelu on myös joustavampi menetelmä kuin lomaketutkimus, koska sen aikana voidaan haastateltavia motivoida, tehdä täsmennyksiä ja saada näin lisättyä ja mahdol-

lisesti laadullisesti parannettua aineiston määrää. Onnistuneessa haastattelussa saadaan myös todellisuutta ja tutkittavaa ilmiötä kuvaavia esimerkkejä ja tarinoita, jotka rikastuttavat aineistoa ja auttavat syvällisemmin ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 15.) Kasvokkain tapahtuvassa haastattelussa on lisäksi omat etunsa verrattuna lomakehaastatteluun. Haastateltavien alhainen koulutustaso, motivaatio tai muunlainen kyvyttömyys ja haluttomuus voivat vähentää halua osallistua lomakehaastatteluun tavoitteen mukaisella tavalla. Tällöin aineisto voi jäädä laadullisesti huonoksi ja määrällisesti niukaksi. Kasvokkain tapahtuvalla haastattelututkimuksella saadaan hyvin aineistoa tutkittavaksi, koska henkilökohtainen kontakti vähentää kieltäytymisprosenttia. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 15.)

Ryhmähaastattelun rajoituksina voidaan mainita riski yksilöllisyyden katoamisesta ja mielipiteiden muokkautumisesta haastattelun edetessä toistensa kaltaisiksi, koska dominoivat ryhmänjäsenet voivat tukahduttaa muiden eriäviä mielipiteitä. Ryhmän vetäjä voi myös vaikuttaa reaktioillaan mielipiteisiin ja keskustelun kulkuun niin, että vastaukset muuttuvat sosiaalisesti hyväksyttäviksi. Tämä edellyttää tutkijalta kykyä ymmärtää niitä moninaisia merkitysmaailmoja, joilla ihmiset pyrkivät suojaamaan itseään toisiltaan. Ryhmähaastattelujen purkamista ja analyysintekoa tallenteista pidetään ongelmallisina ja työläinä, koska purkajan voi olla vaikea määrittellä, kuka on milloinkin äänessä. Ryhmähaastattelun videoinnilla, jota myös tässä tutkimuksessa käytettiin, voidaan vähentää näitä ongelmia. Ryhmähaastattelulla voidaan tutkia vain sellaisia ihmisiä, jotka haluavat ja kykenevät kertomaan ajatuksiaan toisille. (Hirsjärvi ym. 2004, 195–196; Pötsönen & Välimaa 1998, 4.)

Haastattelututkimuksessa on myös tiedostettava haastattelijan monimerkityksellinen rooli. Aihepiirin taustatietojen hyvä hallinta sekä aito kiinnostus asiaan ja ihmisten käyttäytymisen ymmärtämiseen ovat välttämättömiä tekijöitä. Haastattelijalla tulee olla lisäksi hyvät vuorovaikutustaidot, kyky kuunnella ja huomioida myös sanaton viestintä sekä selkeä käsitys omasta roolista neutraalina tutkijana. Haastattelijan on oltava lisäksi luottamusta herättävä mutta ulkoiselta olemukseltaan huomiota herättämätön, jotta haastateltavat haluavat ja uskaltavat kertoa todellisia ajatuksiaan. Hyvän ilmapiirin luominen on haastattelijan vastuulla. Myös ryhmä- ja vuorovaikutustilanteiden hallinta on tärkeää, että kaikki haastateltavat pääsevät tasapuolisesti kertomaan

kokemuksiaan ja ajatuksiaan. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 52; Pötsönen & Välimaa 1998, 4.)

Tässä teemallisessa ryhmähaastattelussa lähtökohtana oli mahdollisimman vapaan ja luontevan keskustelun aikaan saaminen tutkimukseen osallistuvien kesken. Haastattelijan tehtäväksi jäi lähinnä keskustelun virittäminen, ei niinkään haastattelemineen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61.) Puolistrukturoitu teemahaastattelurunko (liite 3) oli vain pääpiirteittäin määritelty, ja siitä puuttui strukturoidulle haastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Tutkimuskysymykset ohjasivat haastattelun teemoja tarkentavien lisäkysymysten kanssa. Menetelmä vaati hyvää paneutumista aiheeseen ja tutkimusmenetelmään. (Vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 77; Hirsjärvi & Hurme 1995, 38.)

Haastattelut tein huhti - toukokuussa kolmen viikon välein, kahdessa neljän hengen ryhmässä. Halusin varmistaa kahdella haastatteluryhmällä aineiston riittävyyden, vaikka laadullisessa tutkimuksessa aineiston koko ei ratkaise tutkimuksen onnistumista, vaan sen ratkaisee teoreettisesti kestävien näkökulmien rakentaminen kohdeilmiöstä (Eskola & Suoranta 1998, 62–63). Tein molemmat haastattelut viihtyisässä rentoutustilassa, iltapäivällä, haastateltavien muiden ohjelmien jälkeen. Haastattelutilaan olin järjestänyt mahdollisuuden pienen välipalan nauttimiseen haastattelun aikana, mikä oli tärkeää miellyttävän tunnelman aikaansaamiseksi ja tauottamaan haastattelua. (Pötsönen & Välimaa 1998, 10.)

Ensimmäinen haastattelu kesti 2 tuntia, koska ryhmä oli erittäin puhelias ja aikaa oli varattu runsaasti. Toisaalta kahden tunnin haastattelu oli melko pitkä ja alkoi selvästi uuvuttaa niin haastateltavia kuin haastattelijaa. Väljätkö aikataulu lisäsi myös teemaan kuulumattoman aineiston kertymistä. Toinen haastattelu kesti suunnitellusti tunnin, koska aikaa ei ollut käytettävissä enempää ja toisaalta pystyin jo kokeneemmin vetämään haastattelua. Huomionarvoista oli se, että toinen haastatteluaineisto alkoi selvästi toistaa samoja asioita ja merkityksiä kuin ensimmäinen aineisto, joten tunti riitti hyvin aineiston saamiseen. (Pötsönen & Välimaa 1998, 7.)

Haastattelujen aikana pyrin olemaan kommentoimatta keskustelua liikaa. Tarvittaessa tarkensin, johdattelin ja rohkaisin keskustelua teemojen suuntaisesti, mikäli keskustelu

ei edennyt tai suuntautui selkeästi pois aiheesta. Haastattelutilanteen videoin haastatteluvien luvalla myöhempää litterointia ja analysointia varten. Videointi mahdollisti tapahtuman ja tunnelman täydellisen tallentamisen, mikä vapautti haastattelutilanteessa jatkuvalta muistiinpanojen tekemiseltä ja mahdollisti keskittymisen haastattelun läpivientiin. (Pötsönen & Välimaa 1998, 8–10.)

7.3 Tutkimusaineiston analyysi

Analysoin tutkimusaineiston induktiivisella eli aineistolähtöisellä, laadullisella sisälönanalyysimenetelmällä. Menetelmää voidaan kuvata kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmitteily sekä aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111.)

Haastattelujen videointi antoi mahdollisuuden keskittyä kokonaisvaltaisesti haastatteluvien lausumiin ja itse haastattelutilanteeseen, joten aineiston hahmottaminen alkoi jo haastattelujen aikana pyrkimyksenä ymmärtää haastateltavien näkökulmia. Varsinainen analyysivaihe alkoi videonauhojen purkamisella kirjoitetuksi tekstiksi. Videotalteen purku palautti nopeasti mieleen haastattelun alkuperäisessä muodossa, mikä helpotti litterointia ja analyysin etenemistä. Litteroin ensimmäisen haastatteluaineiston sanatarkasti ja aloitin työn pian haastattelun jälkeen, joten kuva aineiston sisällöstä alkoi hahmottua jo ennen toista haastattelua. Toisen haastattelun osalta litteroin ainoastaan tutkimustehtävän kannalta merkitykselliset lausumat. Aineisto alkoi myös selvästi kylläntyä. Haastattelujen purkamien oli hidasta. Keskimäärin yhden tunnin videoaineiston litterointiin kului noin 10 työtuntia. Yhteensä litteroituja sivuja kertyi 38 liuskaa. Litteroinnin jälkeen pidin kolmen viikon tauon työ- ja perhesyiden vuoksi, ennen kuin aloitin aineiston lopullisen analyysin. Luin kuitenkin aineistoa koko tutkimusprosessin ajan hahmottaakseni ja tunnistaakseni tutkimustehtävän mukaisia ilmiöitä aineistosta. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 110–111.)

Lukemisen ja kokonaisuuden hahmottamisen jälkeen etsin aineistosta tutkimustehtävän kannalta merkittäviä lausumia tai lauseita, jotka alleviivasin. Analyysiyksikkönä käytin lausetta tai ajatuskokonaisuutta. Alkuperäisilmausten informaation tiivistin aineistosta nousevin ilmauksin ja tarvittaessa pilkoin niitä osiin. Aineistoa pelkistäes-

säni, koodasin koko aineiston niin, että kaikki ilmaukset on helppo jäljittää alkuperäiseen kontekstiin, eikä koodista voi tunnistaa yksittäistä henkilöä tai mitä sukupuolta tiedonantaja edustaa (liite 4[1]). Tätä vaihetta, jossa myös tutkimukselle epäolennainen karsiutui pois, kutsutaan aineiston pelkistämiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–112).

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa kävin alkuperäisaineistosta pelkistetyt ilmaukset tarkasti läpi etsien samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet ryhmittelin ja yhdistin luokaksi, jonka nimesin sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Liite 4[2].) Tässä vaiheessa jouduin vielä palaamaan useita kertoja ilmaisujen alkuperäiseen kontekstiin tarkistamaan ja tarvittaessa vaihtamaan ilmaisujen luokituksia. Tässä vaiheessa aineisto tiivistyi, koska sisällytin pelkistetyt ilmaukset yleisempiin käsitteisiin niin, että keskeinen sisältö säilyi. Luokitteluyksikkönä oli tutkittavan ilmiön piirre tai ominaisuus. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 112–113.)

Luokitteluun liittyy vaara ylitulkinnasta, jolloin tutkija saattaa pakottaa ilmaisuja sellaisiin merkitysluokkiin, joihin ne eivät merkityssisällöltään kuulu. Tämän välttämiseksi pidin tutkittavien alkuperäisilmaukset koko ajan esillä luokittelun jatkuvaksi tarkistamiseksi. (Ks. Syrjälä ym. 1996, 146–147.)

Aineiston klusterointia seurasi aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Tässä vaiheessa valikoidun ja luokitellun tiedon pohjalta muodostin teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä aina yhdistävään luokkaan asti. (Liite 4[3-4].) Tämä tutkijan tulkinnan ohjaama käsitteellistämisen prosessi ja syvälinen pohdinta veivät aikaa noin neljä kuukautta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114–115.)

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tulokset on jaoteltu kahteen pääluokkaan, pitkäaikaistyöttömän kokemuksiin ja ajatuksiin sekä terveydestä että terveyspalveluista. Tulokset esitän syntyneiden yläluokkien ja niiden sisältöjä kuvaavien alaluokkien ja suorien lainausten avulla. Suorista lainauksista olen poistanut sellaiset ilmaukset, jotka voisivat johtaa tutkittavien tunnistamiseen. Alkuperäisilmauksien perässä suluissa olevat koodit anta-

vat lausumalle osoitteen alkuperäiseen kontekstiin mahdollista tarkistusta varten. Kuvioissa 1 ja 2 esitän teemojen pääluokat, niistä muodostuneet yläluokat sekä niitä selittävät alaluokat.

8.1 Kuvaus tutkimukseen osallistuneista

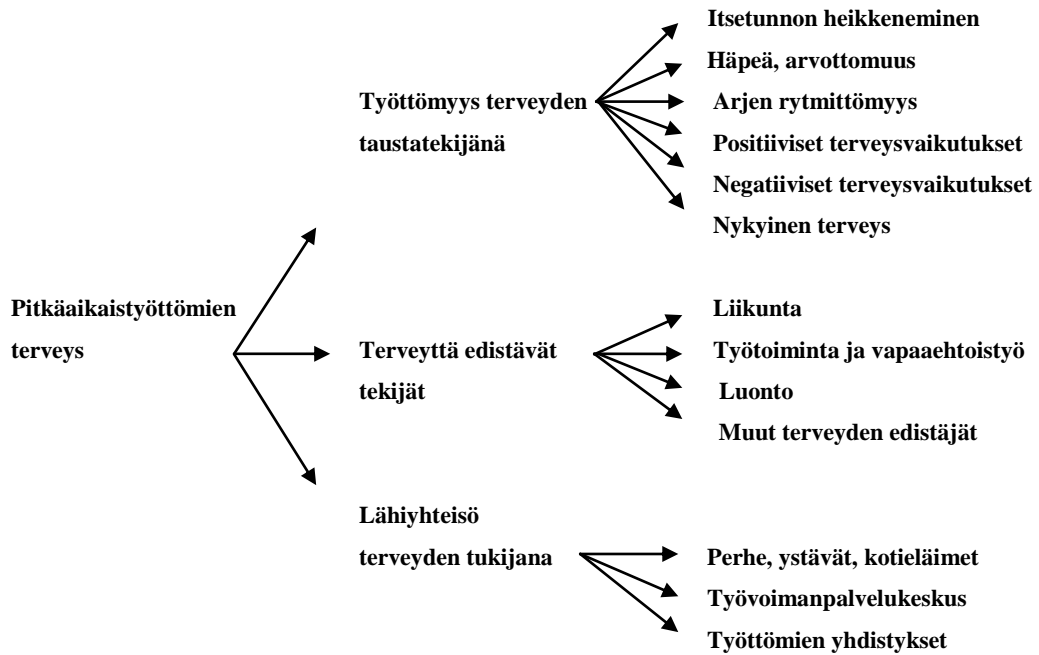
Kahdeksasta ryhmähaastatteluun osallistuneesta naisia oli kolme ja miehiä viisi. Haastateltavien ikä oli 45–57 vuotta. Neljällä oli ammatillinen peruskoulutus ja neljällä ei ollut minkäänlaista tutkintoa.

Osa haastateltavista oli kokenut työttömyyttä jo edellisen suuren laman aikoihin, 1990-luvun puolivälissä. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli kuitenkin jäänyt pysyvämmiin työttömäksi 2000-luvun alkupuolella. He olivat työskennelleet siistijöinä, perhepäivähoito- ja pankkialalla, kiinteistöhuollossa sekä rakennusalalla. Yhdellä haastateltavalla oli voimassa oleva työsopimus, mikä ei kuitenkaan vaikuttanut työttömyysetuihin, koska työtä oli vain satunnaisesti. Neljällä työttömyyden alkamisen syynä olivat terveysongelmat, ja neljä oli irtisanottu työn loppumisen vuoksi.

Haastateltavista kaksi oli naimisissa, yksi oli naimaton, eronneita oli neljä ja avoliitossa eli yksi. Viidellä haastatelluista oli lapsia ja osalla myös lapsenlapsia. Yli puolella haastatelluista oli kotieläiminä kissoja ja koiria, osalla kotieläimiä oli useita.

8.2 Pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveydestä

Pitkäaikaistyöttömien kokemukset ja ajatukset terveydestä tulevat tässä tutkimuksessa esille pitkäaikaistyöttömän terveyttä kuvaavien yläluokkien kautta: **työttömyys terveyden taustatekijänä, terveyttä edistävät tekijät sekä lähiyhteisö pitkäaikaisyöttömän terveyden tukijana**. Tutkimukseen osallistuneille annettiin keskusteluteemaksi pohtia pitkäaikaistyöttömyyden vaikutuksia terveyteen. Teemaa tarkensin keskustelun edetessä kysymyksillä haastateltavien terveydentilasta, terveyttä edistävästä tai huonontavista tekijöistä sekä työttömyyden vaikutuksista arkeen (liite 3). **Kuvio 1** havainnollistaa tutkimustuloksia, jossa esitän pääluokan, yläluokat sekä niihin liittyvät alaluokat.



KUVIO 1. Pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveydestä

8.2.1 Työttömyys terveyden taustatekijänä

Yli puolet haastatelluista kuvasi työttömyyden **vaikuttavan negatiivisesti itsetuntoon** ja omanarvontuntoon. Ihmisen arvostuksen koettiin tulevan ja menevän työn kautta. Haastateltavat kokivat olevansa toisen luokan kansalaisia verrattuna työssä käyviin.

”Mie oon ainaki huomannu työttömyydestä sen, että omanarvontunto on mennyt niinku alaspäin. Varsinkin jos joku kehuu, että töistä tulit ja tein sitä ja tätä ja ku itte tietää, että tekisinhän miekin, mutkun en pysty, tai ei oo töitä. Ni jotenkin tuntuu niinko, et sit on huonompi ihminen.”(D1:1)

”Just nimenomaan. Joo... ja sillo sitä oli... sitä häpes ja sitä oli syyllinen olo, ku näki entisiä työkavereita. Ja ne ain kyseli, että no oot sie nyt miss töissä, vai jok sie oot eläkkeellä. Tällee näin... ja sitä hyvin äkkii niinku keksi jottain muuta, et pittää lähteä.” (B3:5)

Myös työttömyyden taustalla olevat terveysongelmat ja niistä johtuva työkyvyttömyys **aiheutti häpeän ja arvottomuuden** tunnetta, vaikka näissä tapauksissa työttömyys oli osittain myös oma valinta.

”Et silloku jäi työttömäks, tietysti se oli ihan oma niinku päätös, mut kummiski, kyllä se arvomaailma ja kaikki jollaki tavalla romahti, jotta sieltä piti lähteä niinku kasvattamaan sitte pikkuhiljaa.” (B1:5)

Pitkäaikaistyöttömät olisivat mieluummin halunneet työllistyä oikeisiin töihin, mutta tarjolla oli vain kuntouttavaa työtoimintaa tai tukitöitä. Näistä töistä maksettava lisäkorvaus, kahdeksan euroa päivältä, koettiin arvostuksen puutteena ja nöyryyttävänä tapana kohdella pitkään töitä tehnyttä, kokemusta ja ammattitaitoa omaavaa ihmistä.

”Sama on itelläkii. Jos työllistyy jollainviisii, ni se joku tukityöllistetty, tai sitten ni palkat. Työttömyysraha plus kahdeksan euroa, niin kyll tekis mieli sanoa, et piä homma. Jos on, ni joutuu kyl painaan sit ihan kunnolla. Eikö ne häpiä yhtään, ku työhistoriaa tosiaan on ihmisillä erilaisii ja tota noin ni sit mennään... tollanen, ei siin paljon arvostusta oo.” (C2:5)

Työttömyyden koettiin **hankaloittavan arjen rytmittämistä**, koska ei ollut työn mukanaan tuomia aikatauluja jaksottamassa päiviä tai viikkoja. Tämän koettiin myös laskevan vireyttä ja energisyyttä tarttua asioihin ja toimiin.

No joskus aamusin ku herään, ni sit aattelee, et mitäs täss nyt tarvii noustakkaa, ku ei tarvii töihin mennä. Jos ei koirii ois, ni nukkusin varmasti puoleen päivään. Niinku pakko lähtee sinne ulos. Nyt ku oot koko aika vapaa, ni ei se viikonloppu... se menee... välil mie en ees tiijä, mikä päivä menee. Miun pitää aina kysyä, et missäs päiväs mennään, kun ne päivät alkaa niinku olla samaa vaan.”(D1:2)

Noin puolet haastateltavista koki **työttömyyden vaikuttaneen positiivisesti terveyteensä**. Näissä tapauksissa työttömyys oli vapaaehtoinen, tietoinen valinta oman terveydentilan kohentamiseksi. Haastateltavat kokivat niin psyykkisen kuin fyysisenkin terveytensä kohentuneen työttömyyden aikana. Työttömänä oli enemmän aikaa

perheelle, kodille ja itsehoidolle, ja haastateltava tuli sen vuoksi paremmin toimeen itsensä ja läheistensä kanssa.

”Mie ainakin... nii tota... sitä kun ei hermostu sit niin herkästi, sitä niinko tulee paremmin ihtesä kans toimeen ja sitte niinku toisten kans. Nii em mie tiijä, mie jaksan paremmin.” (B3:5)

”Jäin ninku työttömäks ihan oman sairauteni takia, et pitänyt niinku valita, että se on joko työ, taikka sitte ihtesä hoitaminen ja valitsin tietysti sen ihtesä hoitamisen.” (B1:3)

Työttömyyden negatiiviset terveysvaikutukset ilmenivät henkisen vireyden ja mielialan laskuna. Irtisanomisen syyksi arvioitiin ikääntymisellä olevan vahva merkitys, vaikka työnantajat eivät sanoneet sitä ääneen. Tämä koettiin omanarvontuntoa laskevana asiana. Osalla haastateltavista oli ilmennyt lääkkeillä hoidettavaa masennusta ja päihteiden käyttöä. Irtisanominen tuotti katkeruutta ja huonommuuden sekä syyllisyyden tunteita, mikä heikensi itsehoitomotiivaatiota.

”...sen lopputilin jälkeen, ni ku mä sanoin, mä join vuoden yötä päivää.” (C1:7)

” otin sen työttömäks jäämisen niinku omalla tavallaan henkilökohtaisesti. Et onks minussa vika, et mie jäin työttömäks... onhan näitä tekijöitä... terveys on yks ja sitte ikä. Ikärasisimii ei kuulemma saa olla lain mukaan, mutta ikävä kyllä se on piilossa. Työkokemus ja elämäkokemus ei merkkää mitään työnantajille... miksi?” (C2:1)

”Ja sit sitä aattelee ku ei minnee ei tarvii mennä. Tai sitte kättelee, ku muut menee töihin... ja kyl se tuntuu et on niinku pläts. On tällanen olo.” (D1:2)

Suuri osa haastateltavista koki fyysisen terveytensä haastatteluhetkellä huonoksi. Eriasteisia tuki- ja liikuntaelinongelmia oli kaikilla. Moni koki, että olisi voinut tehdä fyysisen kuntonsa eteen enemmänkin. Osaa ärsytti itsehoidon laiminlyönti. Mielialan ja vireystilan lasku sekä kykenemättömyys entiseen työhön olivat syöneet itsehoitoha-

luja. Yleinen kokemus kuitenkin oli, että kivun ja vaivojen kanssa pärjäsi, kun ei tarvinnut olla töissä. Haastateltavat toivoivat terveyden säilyvän edes nykyisellään.

”Se tässä ainakin ärsyttää, koska osa tähän huonoon terveyteen ja kuntoon on ihan omaa syytä, kun ei oo pitänyt itsestään huolta. On niin höperö et on laskenut kunnan rapistumaan. Ois voinut tehdä enemmänkin .” (D2:4)

”...toivottavasti pysysi tässä vaiheessa terveyttä ettei menis pahemmaks, ei tulis niin äkkiä ainakaan mitään rullatuolivaihetta, että vois elää edes näin, eikä kivut suurenis.” (D1:5)

8.2.2 Pitkäaikaistyöttömien terveyttä edistävät tekijät

Tutkimukseen osallistujat kuvasivat terveyttä edistäväksi asiaksi **liikunnan**. Erityisesti korostui hyötyliikunta, mutta myös kävely, pyöräily, soutaminen ja uinti mainittiin mieluisina liikuntamuotoina. Harrastusten valinnassa pidettiin tärkeänä niiden pieniä kustannuksia.

” Sitte ku pääsee vauhtiin, nii sitte voi kävellä ihan vaikka monesti melekein ihan semmosii monen kilometrin lenkkei. Et se on niinku semmonen henkireikä.” (B2:7)

”Kalastellaan paljon ja souvellaan ja kierrellään naapurisaaria.” (B3:10)

”Nii kyllä sitä ku ajattelee, et ollaan työttömiä, ni tota kyllä sitä täytyy miettiä, et sitä harrastaa sellasia, missä ei niinku oo näitä menopuolia.” (B1:9)

Kuntouttava työtoiminta sekä vapaaehtoistyö koettiin tärkeiksi itsetuntoa kohottaviksi ja pirteyttä lisääviksi asioiksi. Lyhyetkin työsuhteet ja erilaiset kurssit auttoivat säilyttämään normaalia arkirytmiiä. Tärkeimmiksi rytmittäjiksi haastateltavat kuvasivat perhettä ja kotiaskareita sekä lemmikkien hoitamista ja ulkoiluttamista. Kirjastossa käynnit nähtiin myös tärkeänä viikoittaisena ohjelmanumerona, millä oli mielialaa kohentava vaikutus.

”Todellakaan en ollut palkkatyössä, mistä ei tule eläkekertymää, niin silti tunsin itteni tärkeeks.” (B3:13)

” Ja mulla on ainakin, ku mie seurakunnassa käyn vapaaehtoistyötä tekemään nii... se on niinku semmonen henkireikä ja sosiaalisia suhteita ja voi sanoa että siinä melkein tereyttä hoitaa välil.” (B1:8)

”On pari kilometrii tonne meijän pääkirjastolle matkaa. Mie käyn niinku entisen oman paikkakunnan sanomat maanantaina ja torstaina lukemassa. Sit miulle ei tuu muitakaan lehtiä kotiin, nii sit mie yleensä, mie puol päivää saatan viettää siellä kirjastossa. Lukusalissa luen kaikki maailman unohtuneet lehet. Et se on yks semmone ohjelma, et sitä oikein aina niinku pitää mielessä, et ai niin, tänä päivänä sinne.” (B2:12)

Luonto koettiin erittäin tärkeäksi terveyden edistäjäksi. Yli puolella haastateltavista oli mahdollisuus mökkeillä kesällä, ja se koettiin voimakkaasti hyvinvointia lisäävänä tekijänä. Luonto ja luonnonrauha sekä luonnossa liikkumien olivat todella tärkeitä hyvinvoinnin taustatekijöitä kaikille haastateltaville.

”Melekein joka paikkaan saap lähestulkoon ni ajjaa auton sinne vierellen. Ni ihan se on niinku ennen vanhaan sitä ku meni synkkään mehtään reppuselässä ja nuotion teki sinne ja siellä syvemmässä metässä keitteli kahveet, kyllä siellä niin mukava, on se hilijasuus. Ei kuulu yläkerrasta ku tuoli siirretään.”(A1:10)

” Kesäpaikka... mökki... siel tavallaan tulee kyllä fyysinenkin puoli, mutta henkinen puoli lataa tossa ku istuskelee ja kattelee auringon nousua tai laskea.” (D1:4)

Muita pitkäaikaistyöttömien terveyden edistäjiä olivat sanaristikkojen tekeminen, käsityöt ja karaoke. Sauna, takkatuli ja viini rinnastettiin vaikutuksiltaan mielenterveyslääkkeisiin.

” Muut on menny nukkumaan ni otellaan viinii siinä ja istun vaan ja kattelen takkatulta. Jos ei luontoo ois, ni varmasti söisin mielialalääkkeitä ja kaikkee muuta.”(D1:4)

8.2.3 Lähiyhteisö pitkäaikaistyöttömien terveyden tukijana

Perhe, lapset ja lapsenlapset sekä ystävät ja läheiset koettiin tärkeinä tukijoina ja turvaverkkoina ja jopa hengen pelastajina arkielämän pyörteissä.

”Kyllä mä arvostan kans, sanotaanko läheisiä ihmisiä eli vaimoo. Ja meil on kans kotieläimiä, kaksi koiraa ja yhdeksän kissaa. Siin on meijän perhe ja se on kyllä toiminu sellasena turvaverkkona. Esimerkiks jos mun vaimoani ei olis ja hän ei olis sellainen henkilö, ni en mä olis kyllä tässä tätä juttua kertomassa, vaan mä oisin hautuumaalla. Mä olisin juonu itteni hengiltä.”(C1:3)

Vierailut ja asuminen omien iäkkäiden vanhempien luona sekä heidän tukemisensa ja auttamisensa koettiin tärkeäksi myös oman hyvinvoinnin näkökulmasta. Yksi haastateltavista toimi puolisonsa omaishoitajana omasta halustaan, koska koki sen tärkeäksi tehtäväksi.

”Asun 75 vuotta vanhan äitini... ja tänä keväänä ne vaihtaa toisen polven niin, siinä... pitää kattoo, että kumpi pystyy tekemään mitäkin. Se on niinku sellasta vähän vuorovaikutusta siinä.” (A1:7)

”...Aina oottavat kauheesti ja miun isällä on ollu kaks aivoinfarktii, häntä ei voi yhtään jättää yksin. Äiti pääsee vähän hengähtämää johonkii ja käymään asioilla ja kavereittensa luo ja ystävien. Sit se on miullekkii taas...onhan se vähän erilaista sit siellä. Omalla paikkakunnalla, siell on kaikki ystävät. Ne on semmosii henkireikiä, aina ku vaan saa millo lähettyä.”(B2:10)

Rakkaus, toisen ihmisen läheisyys, ja näihin tekijöihin liittyvä tuki ja turva liittyivät perheeseen ja läheisiin ihmisiin.

”Miulla se on ainakin tytär, ukkeli, koirat ja koti. Se on niinku se sellanen turva. Imetään läheiset tyhjiin, niitten virrat.” (D1:3)

”Miulla taas pojanpoika. Hää tiistaisin käypi partiossa, ni se on sitten mummin aina haettava hänet pois ja vietettävä ilta sit hänen kanssaan.” (B3:8)

Puolella haastateltavista oli **kissoja ja koiria lemmikkeinä**, monilla jopa useita samassa taloudessa. Kotieläimet koettiin arvokkaina ja tärkeinä perheenjäseninä, elämän ja arjen rytmittäjinä. Tärkeäksi koettiin se, että kotona oli joku jota oli mieluista hoivata.

Joku hoivattava pitää olla.” (D1:6)

Kaikki haastateltavat kokivat saavansa paljon tukea ja ohjausta **työvoimanpalvelukeskuksen (TYP)** henkilökunnalta. Sen merkitys terveyden tukijana ja edistäjänä nousi suuremmaksi kuin perusterveydenhuollon. Työvoiman palvelukeskuksesta haastateltavia ohjattiin käyttämään perusterveydenhuollon palveluja, annettiin sinne läheteitä sekä ohjattiin hakemaan kuntoutuspalveluja. Haastateltavat kokivat lisäksi saavansa paremmin perusterveydenhuollon palveluja, kun aloite, lähete tai ohjaus tuli TYP:n henkilökunnalta. Myönteiseksi ja toimivaksi koettiin myös asiakaslähtöinen ja kokonaisvaltainen neuvonta, ohjaus ja henkinen tuki, jonka taustalla oli moniammatillinen työskentely, sekä erilaisten palvelujen keskittäminen saman katon alle. Työvoimatoimistot koettiin etäisiksi.

”Työkkärissä oli vähän semmonen läpihuuto juttu.” (B2:14)

”Just täältä palvelukeskuksen kautta sosiaalityöntekijä sanoi, että nyt haetaan sulle [kuntoutusta]. Ei mulla niinku itelläni tullu mieleenkään. Sanoin, voijaahan myö laittaa ne paperit. Sehän oli kuin lottovoitto, ku sain tietää että pääsen.” (B1:14)

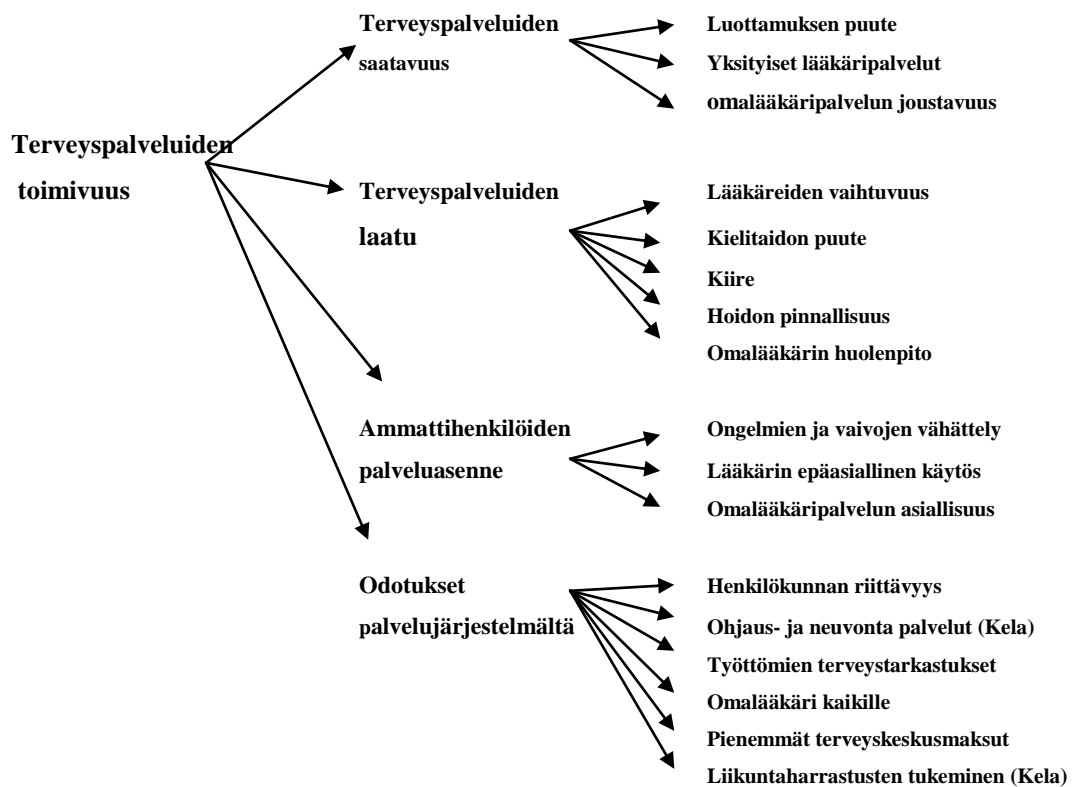
”...ja sitte lääkäritki kuuntelee miun mielestä paremmin, ku on tullu sitä kautta [TYP] Mie pääsin siis ortopedillekkii, ni helpost just sen takii...sillee ku se tuli niinku heijän kautta.” (B3:15)

Työttömien yhdistykset koettiin hyvinä työttömän etuisuuksiin liittyvinä tiedonsaanti- sekä ohjauspaikkoina.

”Ei virallisis systeemeis... Kyll ne on ihan omatoimisesti pitäny selvittää. Tietysti meillä toimii tää työttömien... Etelä-Suomen työttömät r.y. Elikkä sieltä on mahdollista saada tietoo.” (C1:9)

8.3 Pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveystalvueluista

Pitkäaikaistyöttömien kokemukset ja ajatukset terveystalvueluista tulevat tässä tutkimuksessa esille terveystalvueluiden toimivuutta kuvaavilla yläluokilla: **terveystalvueluiden saatavuus, terveystalvueluiden laatu, ammattihenkilöiden palveluasenne sekä pitkäaikaistyöttömien odotukset palvelujärjestelmästä**. Haastateltaville annettiin keskusteluteemaksi kertoa terveystalvueluihin liittyvistä kokemuksista. Teemaa tarkennettiin keskustelun edetessä kysymyksillä työttömien ja työssäkäyvien palvelujen eroista sekä palveluihin kohdistuvista odotuksista (liite 3). **Kuvio 2** havainnollistaa tutkimustuloksia, jossa esitän pääluokan, yläluokat sekä niihin liittyvät alaluokat.



KUVIO 2. Pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveystalvueluista

8.3.1 Terveyspalveluiden saatavuus perusterveydenhuollossa

Kokonaisuutena terveystalveluiden saatavuus sai enemmän negatiivisia ilmaisuja kuin positiivisia. Terveysteskuks koettiin paikaksi, johon ei saa aikoja silloin, kun haluaisi tai tarvitsisi, eli **luottamus palvelujen saamiseen** oli huono.

”Kyllä kai sielt työpalvelukeskukses. Sieltä ku kyselee, ni kyllä saa, mut terveysteskuksen kautta on aika tyly mennä kyselemään, ei sieltä mitään saa.”
(B2:18)

Myös puhelimella tapahtuva yhteydenotto tai ajanvaraus koettiin toimimattomaksi. Puhelinyhteyttä ei saanut tai se ohjautui aina eteenpäin, kunnes katkesi. Haastateltavien käsityksen mukaan oli osattava ja kyettävä vaatimaan, että sai tarpeidensa mukaisen palvelun ja ohjauksen. Oma aktiivisuus palvelujen hankkimisessa koettiin positiivisena asiana lopputuloksen kannalta.

”Nuo tommostet aikojen tilaamiset ja tämmöset. Jos niinku asiaa sinnepäin ja näin. Käy ite hoitamassa siinä luukulla ni kaikkein fiksuinta. Ei tarvii... se on monesti soittaminen... sitte yhistetään johonkin ja taas johonkin ja taas johonkii ja loppujen lopuks se puhelu niinku häviää...”(B2:22)

Ei... ei jos et ite hommaa nii ilman jäät. Ne on kaikki osattava lypsää ja sitte jos ei siellä osata neuvoa, ei osata neuvoa myöskään tahoo joka osais.”(C2:9)

Negatiiviseksi koettiin myös se, että aikuisneuvolat eivät tarjoa palveluita pitkäaikaisyöttömille tai niitä ei osattu sieltä hakea. Useimmat haastateltavat vastasivat kielteisesti kysymykseen, tarjoavatko aikuisneuvolat heille palveluja. Työssäkävien työterveyshuoltopalvelut koettiin paremmin toimiviksi ja näkyviksi kuin perusterveydenhuollon palvelut työttömille. Palvelut koettiin erilaisiksi sisällön ja saatavuuden suhteen. Pitkäaikaistyöttömät kokivat, etteivät kuulu terveystalvelujen suhteen mihinkään verrattuna työssäkäviin, jotka kuuluvat järjestäytyneen työterveyshuollon piiriin. Ilman ohjausta ja neuvontaa työttömän hoitoon hakeutumisen kynnyksen koettiin nousevan pikkuhiljaa korkeammalle ja korkeammalle.

”Ei... ei ainakaan meillä, vaikka onnii kaupunki nii... ei” (B1:18)

”Saahan se ainakin erilaista palvelua siinä mielessä, että jos oot töissä, sähän kuulut järjestäytyneen työterveyshuollon piiriin. Mut nyt ku sä oot työttömänä, sä et kuulu mihkään. Näitähän oli joskus aikanaan näitä ikäkausi-tarkastuksia, mut niistäki on kai luovuttu. Ja koska nää työttömien terveyster-kastukset ja nää muut, näähän on kuntien huoleks siirretty. Nyt jokainen joka vähänkään on seurannu uutisia ja tietää Suomen kuntatalouden tilaa, siellä ei enää tehä juustohöylää, vaan siellä oikein raskaalla kädellä leika-taan. Ja jos ei ihminen, ja yleensä se on työtön tai eläkeläinen tai tällee huonosti koulutettu, se ei osaa pitää puoliaan, ja ku sit ei neuvota mihkään missään instanssissa, ni se jää ihan todellakin tuuliajolle. Ja sitte näin mie-henä, ni suomalaisel miehel on se mentaliteetti, ett eihän tässä nyt lääkäriin lähetä ennen kuin on niin sanotusti pää kainalossa.”(C1:8)

Haastateltavien mielestä **yksityislääkärin vastaanottoajan** sai nopeimmin ja var-mimmin, jos tarvitsi apua akuuttiin vaivaan. Se koettiin luotettavana ja laadukkaana palveluna. Negatiivisena asiana tuli esille ainoastaan palvelun hinta, joka oli osalle este yksityisten palveluiden käyttämiseen. Osa käytti tarvittaessa näitäkin palveluita, vaikka se vaikeutti muuta elämää taloudellisesti.

*”Maksaa vaan. Kyllä jos on sellaset tuskat vaikka ettei kestä olla enää.”
(B2:26)*

Positiiviset kokemukset terveyspalveluiden saatavuudesta liittyivät kaikki omaan lää-käriin. Haastateltavat kokivat **oman lääkärin takaavan joustavan hoitoon pääsyn** ja avun sai tarvittaessa hyvinkin nopeasti, koska omalle lääkärille saattoi myös soittaa suoraan tarvittaessa. Erittäin hyväksi koettiin myös oman lääkärin yhteydenotot puhe-limitse, silloin kun asiat voitiin hoitaa ilman tapaamista.

”Mut sitte oman lääkärin kanssa on tehty, että ku on sitä kortisonipiikkiä et-tä.. .minä soitan sinne ja sieltä annetaan sitte miulle niinku lääkärille... lää-käri soittaa miulle, elikkä puhelinaika. Niin sitte tää oma lääkäri antaa miul-le sitte ajan, että siellä on semmosia 15 minuutin pätkiä ja nopeisiin tämmö-

siin toimintoihin. Nii hän on sitten sanonu, että tule samana päivänä.”
(B1:21)

8.3.2 Terveyspalveluiden laatu

Terveyspalveluiden laatu sai enemmän negatiivisia ilmauksia kuin positiivisia. Suurimmiksi ongelmiksi haastateltavat kuvasivat **lääkärien suurta vaihtuvuutta, huonon suomen kielen taidon omaavia ulkomaalaisia lääkäreitä, kiirettä sekä hoidon pinnallisuutta**. Kaikki edellä mainitut tekijät aiheuttivat luottamuspulaa terveyskeskuksen kykyyn tuottaa laadukkaita, asiakkaiden tarpeista lähteviä palveluita. Terveyskeskusta luonnehdittiin sanoilla ”*arvauskeskus*” sekä ”*kolmen nopan arvauskeskus*”. Ohjaus ja neuvonta koettiin puutteellisina ja usealla oli kokemus siitä, että heitä ei kuunneltu. **Ne haastateltavat, joilla oli mahdollisuus oman lääkärin palveluihin, kokivat ne poikkeuksetta laadukkaina.**

”On kyll joskus ollu... siis täst on jo muutama vuos aikaa, ku on ollu sellanen tunne, et miks nää ei kuuntele minuu. Mut se oli just sitä, että ku aina oli eri lääkäri, eli niillä ei siis yksinkertaisesti ollu aikaa sitte kuunnella...”(B3:20)

”Sit kuitenkin ni tuota tää vironpoika sentään ni sano, että tää Voltaren seittevitonen... et siirrynks mie kalakkitabletteihin vai karamelleihin. Ni se kirjotti sit jo näitä... no Panacod... Sit sano tää vironpoika tosiaan että ni, jos se ei auta, tule takaisin, kirjoitetaan vahvempi. Se on niin yksinkertainen... ja sekkii suurin piirtein ties, että ni hää ei nyt varmasti seuraavalla kerralla ehken edes tule tänne. Et se on taas joku toinen siinnä.”(A1:16)

Lääkäreiden vaihtuvuus ja kiire vaikuttivat haastateltavien mukaan negatiivisesti potilas-lääkärisuhteen syntymiseen sekä lääkäreiden kykyyn ja haluun paneutua heidän terveyteensä ja ongelmiinsa.

”...Että hirveetä ku on tällanen pien kunta, mikä esimerkiks lääkäripalvelut ostaa, ni se ei etäs heitä, jos mie sanon, että meillä on vuojen sissään, se on joku viisi, kuusi eri lääkäriä ollu ainakkii siinnä. Että siinä sanotaan niinko

puhhuut aina, että minkälainen on tää lääkäri ja potilassuhde. Ni mikäs ku yks päivä meet, ei sitä saa neekeriks sanoa, mutta mikä tää nyt on... tummaihoinen. Ja seuraavan kerran ku menet, ni sit on venäläinen siellä, mikä ei ossaa muuta ku, on paha, on paha! Ni sitte tullee jo eestin poika kolomannella kertaa. Sit on joku suomalainen lääkintäkanditaatti, on kuule sitte neljännellä kertaa. Mites näitä suhteita solomit siinä kuule oikein. Se ei oo mikään kuule miun höpö höpö puhheita, se on ihan tosissaan.”(A1:16)

Haastateltavien mukaan on turhauttavaa aina uudelleen ja uudelleen kertoa oma tarinansa uudelle lääkärille, joka ilmeisesti kiireen vuoksi ei ole ennättänyt ennakkoon perehtyä heidän asiakirjoihinsa. Myös jatkotutkimuksiin pääsy koettiin lähes mahdottomaksi perusterveydenhuoltojärjestelmän kautta yllä mainituista syistä. Tutkimukseen osallistuneiden mielestä keikkalääkäreiden tavanomaisin hoito oli resepti tai sairausloma riippuen siitä, mitä haastateltavat itse toivoivat.

”Nii... ne kattovat kelloo... että jaaha ja mitäs lääkkeitä sie nyt halusitkaan... ja ulos... aika on täynnä” (A1:20)

” Onhan ne koneella, mut ne tietysti... se kestää heilläkin aikasa, ku käyvää selaamaan... siinä mennee se potilaan aika. ”(B2:20)

”Ja lähetteen saaminen jatkotutkimuksiin, se on mahdotonta.” (C2:8)

Neljä haastateltavaa kuvasi kokemuksiaan ulkomaalaisten lääkäreiden vastaanotolta. Lääkäreiden kielitaito vaikutti puutteelliselta, ja hoitona olivat pääsääntöisesti särky-lääkkeet tai niiden vahventaminen. Lyhyt ja hätäisen oloinen vastaanotto lopetettiin haastateltavien mukaan usein kehotukseen varata uusi aika, mikäli lääkkeet eivät tehoaisi. Yksi haastateltava oli sanellut ulkomaalaiselle lääkärille sana sanalta oman potilaskertomuksena. Haastateltavalle jäi vaikutelma, että hän saneli itse omat pape-rinsa, mikä ei lisännyt luottamusta palvelun laatuun. Haastateltaville jäi usein vastaanottotilanteesta kuva, ettei lääkäri ymmärtänyt heitä riittävästi. Lisäksi jäi tunne, ettei lääkäri halunnut tai kyennyt perehtymään heidän asiaansa yhtään sen enempää, kuin oli pakko.

”Otan nyt esimerkiksi tään terveystieteiden keskuksen. Nyt kun sinne menet päivystykseen... sull on vaivaa, ni tota ne ensistään sen viisi kuusi tuntia makuuttaa, jos et jaksa istuu. Sit siel saattaa olla jopa yön Timo lääkärinä – tarkotan näitä tummaihosii – ja tota noin... saattaa pyörähtää siin... mikä sinun vaiva? Tulee sen jälkeen reseptin kans. Lääkärihän se on, jonka pitäisi ottaa selvää mikä vaivaa. Ja mikä on hoito konsti? Tääl tulee Burana-purkki tai joku muu resepti. Syö näitä.” (C2:8)

”Virolainen nainen oli lääkärinä. Tällekö meillä oli tää kielimuuri päällä... kumpikaan ei oikeen ymmärtäny toisiisa. Miun piti melkein kirjain kirjaimelta... hää sano aina sanan, miun piti luetella ja sit hää kirjoitti. Mie niinku ite periaatteessa tein oman saneluni siinä.”(B2:17)

”...Et ko niitten pitäis ymmärtää. Pitäs olla se... ni saattahan ne olla vaikkoin pätevii. Ku em miekää osasis viittomakielel kaikkee selittää, et mikä miul missäkii on” (B2:17)

”Heijän pitäis ensin osata kieli ja ymmärtää potilasta, eikä nyt toisin päin”(B3:17)

Haastateltavien positiiviset kokemukset palveluiden laadun suhteen **liittyivät oman lääkärin vastaanotolla koettuun huolenpitoon**. Haastateltavat kokivat tullessa kuulluksi ja nähdyksi ja heidän terveydentilaansa liittyvät asiat otettiin vakavasti. Haastateltavat kokivat saamansa hoidon hyväksi ja laadukkaaksi ja heidän mielipiteitään kuunneltiin hoitoon liittyvässä päätöksen teossa.

”... mut nyt on se oma lääkäri, ni hää jo tietää... niinku heti, ku ovesta näkee, siulla on taas se vaiva. Kyll nyt on ruvennu niinku ottaman ihan tosissaan ja asiallisesti.” (B3:20)

”Miul tää omalääkäri ollu vuodest 2006 ja hyvin harvoin oon käyny sitte toisella lääkärillä... kyl hää on oppinnu kuuntelemaan. Elikkä jossain vaiheessa oli sellanen tunne, että kukaan ei kuuntele hitsiläinen.”(B3:18)

8.3.3 Ammattihenkilöiden palveluasenne

Puolet haastateltavista koki terveydenhuoltohenkilökunnan suhtautumisen heihin negatiivisena ja asenteellisena. Osa tutkimukseen osallistuvista koki, että työtön ihminen halutaan kirjoittaa nopeasti ulos terveyskeskuksesta antamalla hänelle kipulääkeresepi käteen, mikä oli haastateltavien mielestä nopein tapa päästä heistä eroon. Suhtautuminen alkoholiongelmaiseen tai tupakoivaan avuntarvitsijaan koettiin huonoksi ja näissä tapauksissa haastateltavat saivat osakseen **ongelmien ja vaivojen vähättelyä** sekä **lääkärin epäasiallista käytöstä**.

”Mä olen käyttäny erilaisia päihteitä, ni mä tiedän jotain niistä arvoista. Selasin sieltä Gamma GT:n. Herrajumala 1616. Arvon pitäis olla alle 80. Mä sanoin, ai et onpas vähän korkea. Lääkäri sano mulle ett, juu on se pikkasen korkea. Mä sanoin et ai pikkasen korkea. Mä olin 52-vuotias sillon ja totanoin, ni mä ymmärsin sen, et mä olin työtön 52-vuotias, työtön mies, habitus ehkä vähän tällanen... minkälainen se nytkin ni, lääkärin suhtautuminen oli se... vähän niinku katso että, okei tää kaveri on tän työnsä yhteiskunnalle tehny,... ei tule kuluja kun pari viikkoo, kuukauden kaks dokaa... se on haudassa.”(C1:7)

”Pistin kengät jalkaan... iliman tupakkia niin kauaa jaksa olla. Sen kun piteilin vähän mahasta kiinni ja hiippailin ovesta ulos. Sieltä ku tulin toisen keran takas, ni sitte tulee jo lääkäri melekein perässä. Nythän sie ootkii jo paljon paremmassa kunnossa, ku sie tupakalle jaksoit kävellä. Mie sanoin, että kuule siihen pittää olla jo aika huonossa kunnossa jossei sinne pääse.”(A1:23)

”Niinko miullakkii, ni se alun perin se vain ensinnäkkii tuomio oli se että, noin nuori mies, ei siussa voi olla mittää vikkaa. Vaikka kato tuota ois männy pää kainalossa sinne, että siulla on tässä joku leikkijuttu mukana.” (A1:16)

Puolet tutkimukseen osallistuneista koki terveydenhuoltohenkilökunnan suhtautumisen heihin olevan samanlaista kuin työssäkäyviinkin. Ne haastateltavat, joilla oli **omalääkäri, kokivat saavansa asiallista palvelua ja kohtelua**. Myös työvoimapalvelu-

keskuksen kautta saadut läheteet johtivat haastateltavien mielestä hyvään palveluun ja kohteluun terveyskeskuksen lääkärinvastaanotolla.

”Ihan samalla tavalla... nii kyll oon mie työssäoloajanakkii joutunu samat rumpat läpi käymään.”(B2:20)

”Mä en nyt tota allekirjoita omalta kohdaltani, mä olen saanut ni hyvän kuvan koska mul on tää miun oma lääkäri...”(D2:7)

”...ja sitte lääkäritkii kuuntelee miun mielestä paremmin ku on tullu sieltä kautta...”(B3:15)

8.3.4 Odotukset palvelujärjestelmältä

Haastateltavilta kysyttiin lopuksi odotuksia ja toiveita palvelujärjestelmältä. Tärkeimmiksi toiveiksi nousi terveyskeskusten palvelukyvyn parantaminen. **Työttömien neuvontaan ja ohjaukseen** toivottiin riittävää panostusta. Terveyskeskuksiin toivottiin **enemmän henkilökuntaa**, jotta he jaksaisivat ja ennättäisivät kuunnella ja kiinnostua asiakkaistaan paremmin.

”...henkilökuntaahan siellä on liian vähän... aina... elikkä justii se, että siellä ei oo yhdellä henkilöllä aikaa sitä kuunnella, kysyt miten lyhyttä tai pientä asiaa tahansa ni se vauhissa kertoo sen.”(A1:23)

Ulkomaalaisilta lääkäreiltä toivottiin **riittävää kielitaitoa** ennen ammatinharjoittamista Suomessa. Televisiosta tuttua tohtori Kiminkistä toivottiin omaksi lääkäriksi molemmissa haastatteluryhmissä. Hänet koettiin ymmärtävänä, kuuntelevana, välittävänä ja kansankielellä puhuvana lääkärinä. **Kaikilla tulisi olla sellainen omalääkäri** haastateltavien mielestä.

”Semmosii lääkärei pitäis olla paljon, ku telkkarissa tulee se tohtori Kiiminkinen. Siin on lääkäri kyll paikallaan.”(D1:7)

”Semmonen Kiminkinen pitäis saaha” (B3:21)

Säännöllisiä vuosittaisia työkuuntoon liittyviä **terveystarkastuksia** sekä **pienempiä terveyskeskusmaksuja** toivottiin myös. Työttömille ja muille syrjäytymisvaarassa oleville ihmisille haluttiin selkeitä, ymmärrettäviä ja **helppokäyttöisiä ohjaus ja neuvontapalveluita** etuuskien selvittämiseksi. **Kela** valtakunnallisena organisaationa haluttiin nähdä tämän tyyppisen palvelun tuottajana, koska sillä olisi siihen tutkimukseen osallistuvien mielestä parhaat mahdollisuudet. **Kela haluttiin myös tukemaan pitkäaikaistyöttömien liikuntaharrastuksia taloudellisesti.**

”Selkee neuvonta ja asemasta riippumatta... siis on työtön, töissä, eläkeläinen... ihan mikä tahansa... selkee neuvonta...” (C2:8)

”Miusta se ois Kela. Sillä on valtakunnallinen organisaatio. Sillä se tavottas joka niemessä ja notkossa olevan työttömän” (C1:9)

”...joka ottais tätä työtöntä niin sanotust korvast kiinni ja sitte käytäs senhetkinen elämäntilanne läpi ja siinä että mihkä tukiin ja mahdolliseen kuntoutuspalveluun hän on oikeutettu. Nyt se on omassa viitselijäisyydessä ja siinä, että sä kuulet kavereilta tai jostain työttömien toimistosta, että hei kuule tällainen ja tällainenkin mahdollisuus on”(C1:9)

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa tavoitellaan tulosten ja todellisuuden mahdollisimman hyvää vastaavuutta ja virheiden välttämistä. Tämän vuoksi kaikessa tutkimuksessa on arvioitava tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaustapoja. Reliaabelius kuvaa mittaustulosten toistettavuutta ja kykyä päätyä ei-sattumanvaraisiin tuloksiin. Validius kuvaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä halutaan mitata. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti- ja reliabiliteettikäsitteiden käyttöä on arvoiteltu, koska ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä ja vastaavat lähinnä sen tarpeisiin (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133). Haastattelututkimuksissa tilanne on aina

ainutkertainen, joten perinteiset luotettavuuden ja pätevyyden arvioinnit eivät siinä toimi (Hirsjärvi ym. 2003, 217).

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi perustuu tutkimuksen tarkoituksen, kohteen ja aineiston hankinnan tarkkaan ja luotettavaan perustelemiseen sekä tutkimuksen raportointiin. Tieteellinen yleisö on periaatteellisesti epäilevä siihen asti, kunnes se saadaan vakuuttuneeksi tarkalla ja jäljitettävällä selostuksella tutkimuksen toteuttamisesta (Eskola & Sarajärvi 1998, 210). Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa on välttämätöntä arvioida ja kuvata tutkijan sitoumuksia ja vaikutusta tutkimuksen kulkuun ja lopputulokseen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135–138).

Laadullisessa tutkimuksessa reliabelius käsitettä voidaan käyttää kuvaamaan aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta. Aineistoa ja analyysia voidaan koetella rinnakkaiskoodauksella, aineiston puolittamisella kahden tutkijan kesken tai keskustellen niistä muiden tutkijoiden tai asiantuntijoiden kanssa. (Pötsönen & Välimaa 1998, 13–15.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa keskeistä on, kuinka hyvin tutkija on pystynyt kuvaamaan tutkimukseen osallistuvien todellisuutta ja toisaalta, kuinka objektiivisesti hän on pystynyt analyysiprosessia tarkastelemaan (Hirsjärvi ym. 2003, 217).

Tutkimuksen tarkoitus. Tässä tutkimuksessa halusin selvittää pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveydestä ja terveyspalveluista. Tutkimuksen tavoitteena oli pitkäaikaistyöttömien terveydenhoitoon ja terveyspalveluihin liittyvien kehittämiskohdeiden paljastaminen. Tästä näkökulmasta tehty vähäinen tutkimus, omat kokemukseni pitkäaikaistyöttömien terveystarpeista ja ongelmista terveyspalveluiden käytöstä sekä vallitseva yhteiskunnallinen tilanne antoivat perusteita ilmiön tutkimiselle ja uusien näkökulmien etsimiselle (vrt. Hirsjärvi & Hurme 1995, 128).

Kohdejoukon valinta. Kohdejoukoksi valitsin asiasta kiinnostuneita, vapaaehtoisia pitkäaikaistyöttömiä, jotka tulivat asiakkaiksi kuntoutuskeskukseen. Haastateltavat edustivat pitkäaikaistyöttömiä, heillä oli työttömyysaikaan ajoittuvia kokemuksia terveyteen ja terveyspalveluihin liittyen, ja he olivat halukkaita niistä kertomaan. Haastateltavat vastasivat siis hyvin tutkimustehtävän asettelua. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 129.)

Tutkimusotteen valinta. Tutkimusotteen valitsin tutkittavan ilmiön, kohderyhmän sekä oman humanistisen ihmiskäsitykseni ohjaamana: yksilö nähdään ainutkertaisena, inhimillisesti tuntevana tietojen antajana (ks. Lauri & Elomaa 1999, 58). Tutkimusotteeksi valitsin laadullisen eli kvalitatiivisen lähestymistavan, koska tutkimuskohteena oli pitkäaikaistyötön ihminen ja hänen elämänpiirinsä ja siihen liittyvät subjektiiviset kokemukset (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 16). Laadullinen tutkimus soveltuu hyvin ihmisten yksilöllisten näkemysten ja kokemusten sekä asioihin liittyvien syy-seuraussuhteiden tutkimiseen (Metsämuuronen 2001, 14).

Tutkimusmenetelmän valinta. Tutkimusmenetelmäksi valitsin teemallisen ryhmähaastattelun, koska se oli avoin ja joustava tapa tuoda esille pitkäaikaistyöttömien ihmisten ajatuksia asioista sekä niille annetuista merkityksistä. Haastattelun validiteettia, eli sitä, kuinka hyvin se mittaa sitä, mitä sen halutaan mittaavan, pidetään yleisesti hyvänä, kunhan sitä käytetään menetelmään soveltuviissa tutkimusaiheissa. Tähän tutkimukseen se soveltui mielestäni hyvin, koska se antoi pitkäaikaistyöttömille mahdollisuuden saada äänensä aidosti ja helposti kuuluville. Kukaan tutkimukseen pyydettyistä ei kieltäytynyt tutkimuksesta. Kieltäytymisprosentti on haastattelututkimuksissa yleensä pienempi kuin lomaketutkimuksissa, koska haastateltavat rekrytoidaan henkilökohtaisesti, kuten tässäkin tutkimuksessa tehtiin. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 1995, 15.)

Haastattelin yhteensä kahdeksaa pitkäaikaistyötöntä kahdessa neljän hengen haastatteluryhmässä. Haastateltavat eivät tunteneet toisiaan, ja haastateltavat ryhmät olivat kuntoutuskeskuksessa eri aikaan. Haastateltavien rekrytointi oli helppoa, koska he kokivat aiheen tärkeäksi ja tunsivat tutkittavan ilmiön hyvin. Haastattelut toteutettiin tutkimukseen osallistuvien päiväohjelman jälkeen rentoutustilana käytettävässä huoneessa, jossa oli miellyttävät istumisolosuhteet. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja miellyttäviä tunnelmaltaan ja niissä oli mahdollisuus virvokkeiden nauttimiseen haastattelun lomassa. Ulkopuolisia häiriötekijöitä ei ollut. (Pötsönen & Välimaa 1998, 6 – 10.)

Tutkimusaineiston hankinta. Suunnittelin haastattelutapahtuman ja siihen liittyvän videoinnin niin, että haastattelutapahtuma oli mahdollisimman luonnollinen ja häiriötön. Videonauha oli tunnin mittainen, ja ensimmäisessä haastattelussa vain videokasetin vaihto aiheutti haastatteluun pienen tauon, joka käytettiin virvokkeiden nauttimi-

seen. Videointi onnistui teknisesti hyvin, ja kaikki haastateltavat näkyivät videonauhalla selvästi, joten puheenvuorot oli helppo kohdentaa oikeisiin ihmisiin, mikä helpotti videotallenteiden purkua teksteiksi (litterointi). Alkujännitystä purettiin kevyellä rupattelulla ja sen videoinnilla ennen varsinaisen haastattelun aloittamista, minkä jälkeen videointi ei enää häirinnyt haastateltavia, ainakaan näkyvästi. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat keski-ikäisiä ihmisiä, joilla oli runsaasti elämäkokemusta ja kykyä tuoda ajatuksensa ja kokemuksensa aidosti ja analysoiden esille. Tämä mielestäni kuvasi onnistunutta haastateltavien valintaa ja lisäsi kertyneen tutkimusaineiston pätevyyttä tutkittavasta ilmiöstä. (Ks. Pötsönen & Välimaa 1998, 9–10.)

Haastattelurunko tarkentavine lisäkysymyksineen (liite 3) oli etukäteen suunniteltu, mutta käytin sitä haastattelussa vain suuntaa antavana apuvälineenä ohjaamaan keskustelua takaisin tutkimuskysymysten mukaisten teemojen ympärille. Tutkimusteemat ja tarkentavat lisäkysymykset tavoittivat haluttuja merkityksiä ja saivat aikaan spontaanisti etenevää vuorovaikutusta, eli sisältövaliditeetti oli mielestäni hyvä. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 1995, 129.)

Haastattelutilanteessa oli tavoitteena mahdollisimman vapaan ja luontevan keskusteluilmapiirin luominen, mikä mielestäni onnistui hyvin. Pyrin ohjailemaan keskustelua mahdollisimman vähän antaen tilaa sellaisille asioille, joita haastateltavat pitivät tärkeinä. Kokemattomuuteni tutkimushaastattelijana teki tästä kuitenkin haasteellisen tehtävän, sillä ensimmäisen haastattelun väljä aikataulu ja väljät kysymykset johtivat sellaisenkin aineiston kertymiseen, mikä ei kuvannut haastateltavien omia kokemuksia ja näkemyksiä. Nämä jätettiin raportin ulkopuolelle. Ensimmäinen ryhmähaastattelu kesti suunnitellusti kaksi tuntia, mikä oli ehkä jo liiankin pitkä aika ottaen huomioon niin haastateltavien kuin haastattelijankin päivän kokonaispituuden. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 103–104.)

Toiselle haastattelutapahtumalle en saanut järjestymään tuntia pidempää aikaa, joten ohjasin haastattelun, kokeneempana napakammin kuin ensimmäisen (Ks. esim. Hirsjärvi & Hurme 1995, 103–104). Teemojen saturoituminen eli kylläntyminen toisessa ryhmässä antoi viitteen siitä, että toiseen haastatteluun käytettävissä ollut aika, tutkittavien henkilöiden kokonaismäärä sekä saadun aineiston määrä olivat riittävät. Kummassakin ryhmässä haastateltavat ymmärsivät hyvin käsiteltävät teemat, ja niiden poh-

jalta syntynyt vuorovaikutus ja aineisto olivat yllättävän samankaltaisia. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 27.)

Tutkijan sitoumukset. Oma roolini asiakkaiden työterveyshoitajana saattoi vaikuttaa keskustelujen sisältöön, mutta toisaalta kummankin ryhmän osalta haastattelut tehtiin kuntoutuskeskukseen tulon alkuvaiheessa, joten kukaan haastateltavista ei ollut vielä siinä vaiheessa käynyt vastaanotollani, joten emme tunteneet toisiamme. Ensimmäiselle haastatteluryhmälle pidin työkäisten terveysriskeistä luennon heidän kurssiohjelmansa mukaisesti haastattelupäivän aamuna. Mielestäni luento herätti heidät miettimään terveyteen vaikuttavia asioita ja siltä osin ennemminkin tuki heitä haastattelukysymysten pohdinnassa kuin oli haitaksi.

Toimin työyhteisössäni työttömien terveydentilan ja työkuoron tutkimusten sekä työttömien kuntoutuksen avainosaamisalueen tiimikoordinaattorina. Tämä on tarjonnut näköalapaikan pitkäaikaistyöttömien terveydenhoitoon liittyviin kysymyksiin ja on mahdollistanut syvällisen perehtymisen käsiteltävään teemaan. Tämä tausta on antanut yleisellä tasolla kielteisen kuvan työttömien itsehoitomotivaatiosta sekä terveystalveiden toimivuudesta, mikä osaltaan myös auttoi ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Oman roolini haastattelussa pyrin kuitenkin pitämään mahdollisimman pienenä ja neutraalina, jotta en olisi kysymyksilläni johdatellut haastateltavia. Mielestäni onnistuin tässä kohtuullisesti. Haastateltavat olivat elämää kokeneita ihmisiä, jotka ennemminkin halusivat kertoa omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan kuin miellyttää haastattelijaa suotuisilla vastauksilla. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Aineiston käsittely ja analyysi. Videotallenteiden litterointi aloitettiin heti haastattelujen jälkeen. Ensimmäinen ryhmähaastattelu litteroitiin sanasta sanaan, ja työ oli pitkällä toisen haastattelun toteutuessa. Tämä helpotti tutkimukselle oleellisen aineiston hahmottamista toisesta haastattelusta, josta litteroin vain tutkimustehtävien kannalta oleellisen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93–94.)

Keräsin aineiston niin, että tutkimustulokset ja tulkinta vastaisivat mahdollisimman hyvin haastateltavien todellisia ajatuksia ja kokemuksia tutkittavista ilmiöistä. Haastattelun videointi auttoi aineiston laadukkaassa analysoinnissa, koska tein tutkimuksen ilman työparia. Videointi vapautti minut muistiinpanojen jatkuvalta tekemiseltä haas-

tattelutapahtuman aikana, ja pystyin paneutumaan haastattelutilanteen vetämiseen ja keskustelun alustavaan ymmärtämiseen. Pystyin näin pelkkää nauhoitusta luotettavammin analysoimaan haastattelutapahtumaa, vuorovaikutusta, tunnelmaa sekä keskusteluun liittyviä eleitä ja ilmeitä, jotka osaltaan vaikuttivat aineiston analyysiin. Haastateltavat myös puhuivat ajoittain toistensa päälle. He olivat samaa tai eri mieltä päätä nyökytellen tai puistellen, mitä olisi ollut mahdotonta purkaa pelkästä nauhoituksesta. Kävin lisäksi keskustelija työelämäohjaajani sekä opponenttini kanssa tutkimusprosessista ja sen tuloksista, koska myös he tunsivat tutkittavan ilmiön hyvin työhönsä ja koulutukseensa liittyen. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 1995, 128–129.)

Tutkimusaineiston analysoin aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä. Käytin tähän aikaa noin neljä kuukautta, sillä kiire ja hätiköinti heikentävät synteisiä. Koko analyysiprosessin ajan vertasin luokituksia alkuperäisilmauksiin ja koko haastattelun kontekstiin virheiden välttämiseksi. Analyysi on esitetty tutkimuksessa mahdollisimman systemaattisesti ja tarkasti. Tutkimuksessa on liitteenä kuvaus analyysin etenemisestä, ja alkuperäisilmaukset on koodattu niin, että ne on helppo liittää alkuperäiseen kontekstiin tarkistusta varten (liite 4). Analyysin tekeminen oli haastava ja aikaa vievä prosessi, jonka luotettavuutta kokemattomuuteni tutkijana saattoi heikentää. Toisaalta pitkäaikainen työskentelyni työttömien parissa ja heidän elämäntilanteensa tunteminen auttoivat ymmärtämään syvällisesti haastateltavien ilmauksia, mikä paransi tutkimuksen uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 116–119.)

Tutkimustulosten tulkinta. Vaarana on, että tulos on tutkijan subjektiivinen käsitys tutkittavasta asiasta. Uskottavuutta voidaan parantaa käyttämällä toista aineiston luokittelijaa tai tutkija–tiedonantaja-suhdetta (face-validateetti). Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollisuutta toiseen luokittelijaan, joten päädyin käyttämään tutkija–tiedonantaja-suhdetta, jolloin haastateltavat lukivat ja arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuvuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 138–139.)

Minulla oli mahdollisuus saada kolme tutkimukseen osallistunutta haastateltavaa arvioimaan tulosten paikkansapitävyyttä heidän tullessaan kuntoutuksen seurantajaksolle. He lukivat tulokset kuntoutuskeskuksessa vietetyn viikonlopun aikana, ja heidän yhteinen näkemyksensä oli, että tulokset ja johtopäätökset vastasivat heidän kokemuksiinsa käsitellyistä asioista. Tein tutkimuksen aloittelevana tutkijana yksin ja halusin

näin yrittää minimoida mahdollisia virheellisiä tulkintoja. Toisaalta tutkittavien tulkin-
ta tuloksista ei välttämättä paranna uskottavuutta, koska haastateltavat voivat olla so-
keita omille kokemuksilleen ja tilanteilleen. Tutkimuksen tekijänä ja haastateltavat
tuntien luotan heidän objektiiviseen arviointiinsa. (Eskola & Suoranta 1998, 212.)

Tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että perehdyin huolellisesti tutkittavaan aiheeseen
ja siihen liittyvään käsitteistöön sekä siitä tehtyyn aikaisempaan tutkimukseen. Työ-
terveyshoitajana ja työttömien kuntoutuksen ja työkyvynarvioinnin avainosaamisalu-
een tiimin vetäjänä toimiminen antoivat lisäksi mahdollisuuden ymmärtää tutkittavaa
ilmiötä ja käsitteitä syvällisesti, mikä paransi käsitevalidiutta. (Hirsjärvi & Hurme
1995, 129.)

Tutkimustulosten raportointi. Kirjasin koko tutkimusprosessin aiheen valinnasta
tulosten yhteenvedon ja tulkintaan huolellisesti tutkimusraporttiin. Pidin myös koko
tutkimusprosessin ajan tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjasin prosessiin liittyviä tapah-
tumuksia, aikatauluja ja havaintoja, joita käytin apuna raporttia kirjoittaessani. Näin pro-
sessin kulku on muiden tutkijoiden ja asiantuntijoiden seurattavissa ja vahvistettavis-
sa. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 13.)

9.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkittavaan ilmiöön liittyvään aiheenvalintaan ja tutkimustehtävän muodostamiseen
liittyy aina eettisiä näkökulmia ja on kysyttävä, miksi ja kenen ehdoilla tutkimukseen
ryhdytään. Kun tutkimus kohdistuu ihmiseen, on kunnioittava ja humaani kohtelu ol-
tava kaiken työskentelyn taustalla ja lähtökohtana, eikä tutkimuksesta saa koitua tut-
kittavalle minkäänlaista haittaa. (Hirsjärvi ym. 2004, 26; Kylmä & Juvakka 2007,
144–147.)

Tutkimusaiheen valinta perustui omiin kokemuksiini pitkäaikaistyöttömien kanssa
työskentelystä sekä aikaisemman tutkimuksen vähyyteen. Työttömien terveyttä, toi-
mintakykyä ja selviytymistä on tarkasteltu edellisestä suuresta lamasta lähtien erilai-
silla tutkimuksilla ja selvityksillä. Yhteinen piirre kaikissa näissä tutkimuksissa on
työttömyyden kiistattomien terveysvaikutusten kuvaaminen, muutoin tutkimus on
ollut hajanaista ja kohteena on harvoin ollut terveys ja sen ylläpitämiseen vaikuttavat

tekijät, kuten mm. Heponiemi ym. (2008, 66) selvityksessään tuo esille. Nämä edellä mainitut asiat mielestäni riittivät perusteluiksi tämän tutkimuksen tekemiselle (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 130).

Tässä tutkimuksessa haastateltavien lukumäärä oli pieni, joten anonymiteetin suojaaminen oli hyvin tärkeää. Kohdejoukkoon sopiville henkilöille kerrottiin kuntoutuskeskukseen tulovaiheessa henkilökohtaisesti mahdollisuudesta osallistua haastatteluun ja samalla annettiin tietoa tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutustavasta. Haastateltavien rekrytointitilanteessa korostettiin vapaaehtoisuutta, anonymiteetin säilyttämistä sekä tutkimusaineiston luottamuksellista käsittelyä ja säilytystä koko prosessin ajan. Haastateltaviin liittyvän aineiston hävittämistä loppuraportin valmistuttua korostettiin. Heillä oli lisäksi mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. (Vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 149.)

Työttömäksi joutuvat voivat kärsiä arvottomuuden tunteista ja itseluottamuksen puutteesta sekä heillä esiintyy työssäkäyviä enemmän vakavaa masennusta. Erityisesti vaaravyöhykkeessä ovat ikääntyvät pitkäaikaistyöttömät miehet, joita tässä tutkimuksessa oli kolme. (Heponiemi ym. 2008, 11–14.) Keskeistä oli kaikkien rekrytoitavien todellisen vapaaehtoisuuden arviointi heidän haavoittuvuutensa huomioiden, joka olisi voinut johtua fyysisestä tai henkisestä sairaudesta tai työttömyydestä itsestään. Kaikkien haastateltaviksi suostuneiden kohdalla todellinen vapaaehtoisuus varmistettiin kysymällä ja keskustelemalla asiasta riittävästi. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 149.)

Tutkimukseen pyydetty saivat myös kirjallisen saatteen (liite 2) ja tarvittaessa aikaa miettiä halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Yksi haastateltavista halusi miettimisaikaa, koska jännitti haastattelun videointia, mutta videoinnin käytön perustelun jälkeen hänkin suostui haastateltavaksi. Tässä tilanteessa varmistin useaan kertaan, että hänen suostumuksensa perustui todelliseen vapaaehtoisuuteen ja että hän ymmärsi saamansa informaation. Haastateltaville korostettiin myös sitä, että he saivat vetäytyä tutkimuksesta milloin tahansa. (Kylmä & Juvakka 2007, 149.)

Haastattelijalta odotetaan ammattimaista ja tehtäväkeskeistä otetta työhön. Aineiston hankkiminen ja mittaaminen sekä haastateltavien auttaminen teemoihin vastaamisessa, olivat kaksi isoa tehtävää, jotka aiheuttivat rooliristiriidan. Haastattelijana olin itse

osallisena tilanteessa ja kuitenkin oli säilytettävä tutkijan neutraali rooli. Pyrin toimimaan puolueettomana henkilönä, joka ei liikaa ohjaillut keskustelua. Käytökselläni pyrin kuitenkin osoittamaan asian tärkeyden ja luomaan keskustelulle vapautuneen ilmapiirin, missä mielestäni onnistuin kohtuullisesti. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 1995, 76 – 78.)

Hyvä perehtyneisyys työttömyyteen ja sen ilmiöihin oli välttämätöntä laadukkaan ja eettisesti kestävän tutkimuksen toteuttamiselle (vrt. Juvakka 2007, 147). Tutkimuksen refleksiivisyyden toteutuminen edellytti sitä, että pysyin tutkijana tietoisena tutkimuksen tekemiseen liittyvistä omista lähtökohdistani ja osasin arvioida oman vaikutukseni aineistoon ja tutkimusprosessiin sekä pystyin kuvaamaan näitä asioita tutkimusraportissani. Mielestäni asiat on kuvattu raportissa selkeästi. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Tutkimuksen otos on pieni, ja siksi tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta ne antavat viitteitä pitkäaikaistyöttömien kohtaamiseen ja palveluihin liittyvistä kehittämistarpeista. Tutkimusaineisto, tutkimustulokset sekä niistä johdetut päätelmät ovat selkeästi suhteessa toisiinsa, ja tutkimustulosta voidaan hyödyntää paitsi terveydenhuollossa, myös koko työttömiä ympäröivän palvelujärjestelmän kehittämisessä. Tämä tutkimus voi rakentaa osaltaan hoitotyön tietoperustaa tuomalla uutta tietoa pitkäaikaistyöttömien kokemuksista ja ajatuksista terveydestä ja terveyspalvelujen toimivuuteen liittyvistä asioista. Tästä syystä näen, että tälläkin tutkimuksella on merkitystä pitkäaikaistyöttömien palveluiden kehittämisessä. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 133.)

9.3 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa selvitettiin pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveydestä ja terveyspalveluista. Haastateltavat olivat erilaisissa elämäntilanteissa siviilissäädyn, koulutuksen ja elämäkokemusten osalta eivätkä tunteneet toisiaan entuudestaan. Puolet haastateltavista oli joutunut irtisanotuksi työn loppumisen vuoksi ja puolet oli joutunut luopumaan työstä terveydellisistä syistä.

Tutkimustulokset kuvaavat kauan työttömänä olevien ihmisten arkitodellisuutta ja ajatuksia omasta terveydestä, sen hoitamisesta sekä terveyspalveluiden käytöstä. Mie-

lestäni tutkimustehtäviin saatiin vastaus. Yllättävä havainto oli, että työvoimanpalvelukeskukset koettiin palvelujärjestelmässä helpommin lähestyttäviksi työttömän terveydentukijoiksi ja ohjaajiksi, kuin perusterveydenhuolto, minkä tulisi ensisijaisesti huolehtia eri väestöryhmien terveyden- ja sairaanhoidosta.

Perusterveydenhuollon palveluja leimasi haastateltavien mukaan kiire, lääkäripula, usein vaihtuvat lääkärit sekä huonosti suomea puhuvat ja ymmärtävät ulkomaalaiset lääkärit. Terveydenhoitajien tai sairaanhoitajien palveluista, ohjauksesta tai neuvonnasta ei juurikaan puhuttu. Haastateltavien tämän ammattiryhmän antamiin palveluihin liittyvissä muutamissa kuvauksissa korostui resurssien vähäisyys ja siihen liittyvä kiire. Nämä tulokset kuvaavat tämän hetken perusterveydenhuollon tilaa, jossa näkyy kuntien rahapula resurssien niukkuutena ja lääkäripula keikkalääkäreiden ja erityisesti ulkomaalaisten lääkäreiden kasvavana määränä. Nämä tekijät kohdistuvat voimakkaasti juuri heikompiosaisten, kuten pitkäaikaistyöttömien, terveyspalveluiden laatuun ja määrään. Toivottavasti terveydenhuollon uudistukset ja pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke tuovat muutoksen näihin asioihin. Toisaalta uudet toimintamallit eivät paljoa auta, jos tekeviä käsiä ja kuuntelevia korvia ei saada lisää.

Kortteisen ja Tuomikosken (1998, 41) mukaan pitkäaikaissairaiden osuus oli pisimpään työttömänä olleiden joukossa kaksinkertainen verrattuna työtä tekeviin, ja työkykyä haittaavan sairauden yhteys työttömyyden kestoon nähden oli vieläkin suurempi. Työttömyyden tiedetään vaikuttavan ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan negatiivisesti, varsinkin pitkittyessään. Mesiäisen (2004, 31–32) mukaan työttömyys koetaan suomalaisessa yhteiskunnassa edelleen myös häpeällisenä, ja se laskee ihmisen itsetuntoa, lisää masennusta ja sitä kautta aiheuttaa subjektiivisen terveyden kokemisen kielteisesti. Tämän tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia. Kaikki tutkimukseen osallistujat olivat olleet työttöminä vuosia, kaikilla oli tuki- ja liikuntaelinongelmia sekä lääkärin toteamia sairauksia tai vammoja. Kaikki kuvasivat itsetunnon laskeneen työttömyyden aikana, ja kaikilla oli ollut häpeän, syyllisyyden tai arvottomuuden tunteita. Suuri osa haastateltavista koki nykyisen fyysisen kuntonsa huonoksi. Lähes kaikki myös kokivat, että enemmänkin oman terveyden eteen olisi voinut tehdä, jos olisi jaksanut. Kaikki kuvasivat kuitenkin kohtuullisesti pärjäävänsä

nykyisellä terveydellä, jos sai toimia kotona tai töissä oman terveyden ehdoilla. Kaikki myös toivoivat, ettei terveys enää huononisi.

Työttömyydestä johtuva ajankäytön ja arjen rytmityksen hankaluus, itsetunnon lasku sekä mielialaongelmat laskivat tässäkin tutkimuksessa mukana olleiden energisyyttä ja vireystilaa. Vireystilan laskua seurannut itsehoitomotivaation heikkeneminen tuli esille haastateltavien nykyisessä huonoksi koetussa fyysisessä kunnossa, jonka katsottiin olevan osittain omaakin saamattomuutta. Itsensä syyllistäminen nousi esille rivien välistä. Asiaa laajemmin tarkasteltaessa eri tutkimusten valossa itsehoitomotivaation lasku ja siitä seuraava huono fyysinen kunto ja huononeva terveys johtuvat ”sairaudesta”, jonka nimi on työttömyys (ks. esim. Poijula ja Ahonen 2007, 32–33). Tätä ”sairautta” tulisi hoitaa ensisijaisesti työmahdollisuuksien lisäämisellä ja niiden puuttuessa työttömyyden negatiivisia terveysvaikutuksia ennaltaehkäisemällä kaikilla mahdollisilla keinoilla.

Työttömyydellä on siis selkeät itsenäiset ja välittömästi alkavat vaikutukset työttömän fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan, mikä pitäisi ottaa vakavasti huomioon heti työttömyyden alkaessa erilaisin turvaverkoin, jotka edelleen tuntuvat yhteiskunnasta puuttuvan. Työttömäksi jäävän fyysinen ja psyykkinen terveys alkaa nopeasti huonontua, joten aktiiviset toimenpiteet ja tuki tässä vaiheessa olisivat erityisen tärkeitä. Työttömille tulisi tarjota laadultaan yhtä hyvät terveystalvet kuin työssäkäyville, mutta työttömille kohdennetut. Työttömille suunnatun työterveyshuollon tehtävä olisi kartoittaa heti työttömyyden alettua työttömän kokonaisvaltainen terveystilanne ja tehdä asiakaslähtöinen työkyvyn ylläpitosuunnitelma, jossa huomioitaisiin myös henkinen hyvinvointi ja sen edistäminen. Rinnalla kulkisi työhallinnon aktiiviset työllistämistoimenpiteet ja urasuunnittelu, sillä uudelleen kouluttautuminen on pysyvä ilmiö työmarkkinoilla. Näin toimien ehkä syrjäytymiskierre sekä siihen liittyvä arvottomuuden tunne vähenisivät, kun yhteiskunta osoittaisi todellista mielenkiintoa tämän työvoimareservin työkyvyn säilyttämiseen, edistämiseen ja mahdollisen uuden ammatin löytymiseen terveydentila huomioiden.

Työttömyyteen voi toisaalta valikoitua terveydeltään heikentyneitä ihmisiä, kuten tässäkin tutkimuksessa kävi ilmi. Nämäkin vajaakuntoiset henkilöt halusivat työllistyä omaa terveyttään vastaavaan ”oikeaan” työhön. Työttömyys voitaisiin nähdä vain vä-

liaikaisena, työttömästä itsestään tai yhteiskunnasta johtuvana tilapäisenä ilmiönä, joka voi osua kenen kohdalle tahansa. Ensisijaisena tavoitteena, syystä riippumatta, tulisi olla uusi polku takaisin työelämään, mahdollinen vajaakuntoisuuskin huomioiden. Toivottavasti meneillään oleva PTT-hanke vastaa tähän tarpeeseen riittävän konkreettisella tasolla.

Tässä tutkimuksessa työttömyydellä oli nähtävissä myös myönteisiä vaikutuksia. Terveyttä arvostettiin, ja vapaaehtoisella työstä luopumisella haluttiin hoitaa omaa terveyttä, toisin sanoen työttömyys nähtiin myös mahdollisuutena. Tätä tukee Holmin ym. (2006, 5) selvitys työttömien työkyvystä, joka ei enää heikkene merkittävästi työttömyyden pitkittyessä. Tutkimuksessa kävi lisäksi ilmi, että yli seitsemän vuotta ilman pysyvää työsuhdetta olleista puolella oli vielä erinomainen tai hyvä työkyky. Tätä voisi pitää todellisena työvoimareservinä, josta tulisi pitää hyvää huolta.

Haastateltavat olivat löytäneet asioita, joilla halusivat pitää huolta terveydestään ja jaksamisestaan. Liikunta ja erityisesti luonnossa liikkuminen ja kotieläimet nousivat hyvin tärkeiksi tekijöiksi, arjen rytmittäjiksi ja selviytymiskeinoiksi työttömyyden aikana. Luonto ja vapaa luonnossa liikkumisen oikeus on suomalaiselle tärkeä fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin lähde, jonka merkitys ei vähene. Kotieläiminä kissat ja koirat tarvitsivat säännöllistä hoivaa ja ulkoiluttamista, mikä toi mielekästä tekemistä ja auttoi päivän rytmityksessä. Terveyskirjaston (2009) artikkelin mukaan lemmikkieläimet parantavat ihmisten fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia; koirat saavat masentuneen liikkeelle ja lemmikit vähentävät fysiologisia stressireaktioita. Merkittävää mielestäni oli, että tässä tutkimuksessa lähes kaikilla haastateltavilla oli joku lemmikkieläin. Myös suomalaisen kulttuuriin vahvasti kuuluva mökkeily ja saunominen rinnastettiin vaikutuksiltaan mielialaa kohottaviin lääkkeisiin.

Erilaiset muutkin ajanviettotavat ja harrastukset, joihin ei tarvittu rahaa, olivat käytössä. Näihin kuuluivat kirjastopalvelut, joita pidettiin erittäin tärkeinä. Kirjastossa pystyi lukemaan lehtiä, joita ei ollut varaa tilata kotiin, käyttämään Internet-palveluita, ja toisaalta säännöllinen kirjastokäynti rytmitti päivää ja tarjosi merkityksellistä ja mielekästä tekemistä. Kirjastot ovat tärkeitä tasa-arvoisuuden ylläpitäjiä, mikä on syytä muistaa, kun kuntien ylläpitämää kirjastoverkkoa kehitetään ja pohditaan sen ylläpitämistä taloudellisesta näkökulmasta.

Läheiset ihmissuhteet, perhe ja ystävät koettiin tärkeimmäksi hyvinvoinnin tukipilariksi, jopa hengen pelastajaksi. Perhe antaa työttömälle mahdollisuuden kokea olevansa arvostettu ja rakastettu sellaisena kuin on, työttömänäkin. Perheen ja kodin askareet rytmittävät päivää ja tekevät siitä mielekkään. Myös omaishoitajana toimiminen ja omien vanhempien auttaminen antoivat tyydytystä, koska silloin työtön voi kokea tekevänsä arvokasta ja tärkeää työtä, niin yksilön, ympäröivän yhteisön sekä yhteiskunnankin näkökulmasta. Työttömien työpanosta ja heihin liittyviä resursseja voi siis pohtia muunkin kuin avointen työmarkkinoiden näkökulmasta.

Kuntouttava työtoiminta, vapaaehtoistyö ja tilapäiset lyhyetkin työsuhteet antoivat tekemistä, ja tutkimukseen osallistujat kokivat ne tärkeiksi oman mielenterveytensä näkökulmasta, vaikka niistä ei taloudellisesti hyötynytäkään. Osa haastateltavista koki kuntouttavasta työtoiminnasta ja antamastaan työpanoksesta saatavan kahdeksan euron korvauksen ihmisarvoa alentavana ja työn kiinnostavuutta heikentävänä asiana. YK:n yleismaailmallisessa ihmisoikeuksien julistuksessa ja Suomen perustuslaissa todetaan ihmisen oikeus työhön, tyydyttäviin työehtoihin sekä yhtäläiseen palkkaan yhtäläisestä työstä (ks. esim. Poijula & Ahonen 2007, 5). On helppoa ymmärtää kokeneen, pitkän työuran tehneen pitkäaikaistyöttömän tuntemuksia kuntouttavan työtoiminnan ”palkasta”, joka ei usein riitä edestä työstä aiheutuviin matka- ja ruokakustannuksiin.

Syksyllä uutisoitiin valtakunnallisessa mediassa, että hallitus esittää eduskunnalle kuntouttavan työtoiminnan velvoittavuuden ikärajan poistoa. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuminen on ollut tähän asti velvoittavaa ainoastaan alle 25-vuotiaille. Nyt ensi vuoden alusta voimaan mahdollisesti tuleva lakiuudistus aiheuttaisi työmarkkinatuen menetyksen 60 päivän ajalta kieltäytymisestä lukien. Hankalat kulkuyhteydet, huonosti terveydelle sopiva työ, joka on ”pakon edessä” otettava, sekä pieni korvaus työstä, tulevat hankaloittamaan ja vaikeuttamaan useiden työttömien elämää, vaikka tarkoitus on varmasti päinvastainen. Toivottavasti tämän uudistuksen myötä arvioidaan myös kuntouttavasta työtoiminnasta maksettavan korvauksen suuruutta. (Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001.)

Paljon keskustellusta kansalaispalkka-ajatuksesta voisi kehittää eräänlaista palkkajärjestelmää yhteiskuntaa hyödyttävään vapaaehtoistyöhön, omaisten kotihoitoon sekä

kuntouttavaan työtoimintaan. Näin työttömät saivat työtä ja sen tuomaa arvostuksen tunnetta, kotona mahdollisesti hoidettavat läheiset elämänlaatua ja yhteiskunta säästäisi kalliin laitoshoitotarpeen vähenemisestä.

Työvoiman palvelukeskukset osoittautuivat tässä tutkimuksessa pitkäaikaistyöttömien todellisiksi terveyden tukijoiksi. Suurin osa haastateltavista koki tulevansa siellä kuuluksi ja ymmärretyksi kokonaisvaltaisesti. Lisäksi he saivat sieltä kokemuksensa mukaan runsaasti ohjausta ja neuvontaa, mitä eivät olisi saaneet mistään muualta. Muutamalla haastateltavalla oli myös päinvastaisia kokemuksia. He kokivat, ettei työtön saa tietoa ja ohjausta mistään, ellei tee todella paljon töitä sen eteen.

Työvoiman palvelukeskusten moniammatilliset työryhmät koettiin hyvinä työttömän tukijoina ja asianajajina siellä, missä sellaiseen tukeen oli mahdollisuus. Kuntoutukseen ohjautuneet neljä haastateltavaa olivat kaikki saaneet apua ja ohjausta työvoimaohjaajiltaan, mitä ilman he eivät olisi osanneet hakea kuntoutusta tai olisivat olleet täysin tietämättömiä tällaisesta mahdollisuudesta. TYP:n ja perusterveydenhuollon yhteistyö vaikutti tutkimuksen mukaan myös toimivalta, sillä TYP:n läheteellä tutkimukseen osallistuvat saivat parempaa kohtelua ja nopeampaa asioidensa hoitoa terveyskeskuksissa, kuin ilman sitä.

Työttömien palveluohjauksessa tulisi siis pyrkiä mahdollisimman moniammatilliseen toimintaan ja kehittää toimivia yhteistyökuvioita myös Kelan suuntaan, joka vastaa työttömien kuntoutuksesta. Työvoiman palvelukeskukset ovat kuitenkin se paikka, jossa pitkäaikaistyöttömät asioivat joka tapauksessa, joten niiden palvelukyvyiltä odotetaan paljon. Tämän tutkimuksen mukaan odotukset myös usein täyttyivät.

Perustuslain (Perustuslaki 731/1999) mukaan kaikilla Suomessa asuvilla on oikeus saada tarvitsemaansa terveydenhoitoa sekä sairaanhoitoa kuntien ylläpitämissä terveyskeskuksissa. Perusterveydenhuoltopalveluita on mahdollista saada terveyskeskuksissa, työterveyshuolloissa sekä yksityisillä lääkäriasemilla. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) takaa tiedonsaantioikeuden omasta terveydentilasta ja hoidoista sekä oikeuden hyvään hoitoon ja kohteluun. Hoitotakuu astui voimaan vuonna 2005 (Terveyskirjasto 2009). Sen tavoitteena oli kansalaisten tasavertainen mahdollisuus

saada hoitoa asuinpaikasta riippumatta ja kohtuullisessa ajassa riippuen hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä.

Lakien ja niiden sisältöjen osalta asiat siis vaikuttavat olevan kokonaisuutena melko hyvässä kunnossa varsinkin, jos niitä vielä pystyttäisiin toteuttamaan käytännössä lain hengen mukaisesti. Työttömyys ja taloudellinen lama kurittavat nyt eritoten kuntia ja niiden kykyä huolehtia lakisääteisistä velvollisuuksistaan ja sitä kautta väestönsä terveydestä ja sen edistämisestä. Lisäksi mittavat terveydenhuollon uudistus- ja kehittämistoimet, kuten Paras-hanke (2007) ja Kaste-ohjelma (2008) ovat muuttamassa terveydenhuollon rakenteita ja sisältöjä ja hankaloittavat varmasti osaltaan muutosvaiheessa palvelujärjestelmien toimivuutta.

Pitkäaikaistyötön on näkemykseni mukaan tässä asetelmassa melko suojaton. Hän on työttömänä työterveyshuoltopalveluiden ulottumattomissa, yksityiset palvelut ovat liian kalliita, ja perusterveydenhuoltopalvelut eivät tällä hetkellä vastaa tämän väestöryhmän erityistarpeisiin, perustuslaista (Perustuslaki 731/1999), kansanterveyslaista (Kansanterveyslaki 66/1972) ja 2008 käynnistyneestä Kaste-ohjelmasta huolimatta.

Tutkimuksen tulokset kuvaavat käynnissä olevaa yhteiskunnallista murrosta pitkäaikaistyöttömän terveyspalveluihin liittyvien kokemusten kautta. Haastateltavat antoivat kokonaisuutena niin terveyspalveluiden saatavuudelle kuin niiden laadullekin enemmän negatiivisia ilmaisuja kuin positiivisia, mikä osaltaan kertoo tilanteesta. Haastateltavien ongelmana oli useimmiten palvelujen saamisen vaikeus sekä palvelujen kyvyttömyys vastata haastateltavien tarpeisiin, mikä johtui useista tekijöistä. Keskeisimmiksi asioiksi nousivat usein vaihtuvat terveyskeskuslääkärit, kiire sekä puutteellisilla kielitaidoilla palvelevat ulkomaalaiset lääkärit. Tutkimukseen osallistuvat kuvasivat myös tilanteita, jolloin nämä edellä mainitut tekijät yhdistyivät, jolloin haastateltavat kokivat asioidensa hoidon todella pinnalliseksi ja huonolaatuiseksi.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira 2009) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla hänen hoitamiensa tehtävien edellyttämä kielitaito. Valvira ei kuitenkaan vaadi Suomen ja muiden EU/ETA-valtioiden kansalaisilta todistusta kielitaidosta, mutta työnantaja voi sitä edellyttää. Suomen kieli on oleellinen osa lääkärin ammattitaitoa ja erittäin tärkeä työkalu, jota ilman turvallinen ja laadukas hoito on mahdotonta. Tämänkin tutkimuksen tulokset osaltaan vahvistavat ulkoma-

laisten lääkäreiden kielitaitotestauksen ja koulutuksen järjestämisen tarpeellisuuden, vaikka sitä ei virallisesti vaadita. Asia jää siis työnantajien vastuulle, jotka toivottavasti ottavat asian huolehtiakseen.

Myös lääkäreiden palveluasenne sai myös hieman kritiikkiä. Terveysongelmia ei aina otettu haastateltavaa tyydyttävällä vakavuudella, ja joissakin tilanteissa koettiin vähättelevä suhtautumista, jonka arveltiin johtuvan haastateltavien työttömyydestä tai ulkoisesta habituksesta. Työttömille suunnattuja terveydenedistämispalveluita ei ollut käytettävissä tai niistä ei tiedetty. Kummassakin edellä mainitussa tapauksessa rikotaan kunnille määrättyjä velvoitteita vastaan. Pitkäaikaistyöttömyys ja sen terveysvaikutukset ovat olleet osa yhteiskuntaa jo niin kauan, että järjestelmälliselle terveydentilan seurannalle ja ennaltaehkäisevien toimien järjestämiselle olisi ollut riittävästi aikaa. Yhteiskunnan tahtotila ratkaisee. Toivottavasti nyt on sen aika.

Lääkäri-potilassuhteesta ja kokonaisvaltaisesta ihmisen hoidosta tai ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta on siis turha keskustella tämän tutkimuksen tuloksen kaltaisissa asetelmissä. Syyllisiäkin on turha etsiä, koska useat asiat ovat kasautuneet lyhyellä aikavälillä rasittamaan yhteiskunnallisten asioiden hoitamista, esimerkkinä mainittakoon taloudellinen lama, työttömyys, työelämän muutos, väestön ikääntyminen, ja terveydenhuollon muutostarpeet sekä lääkäripula. Lista on pitkä ja monimuotoisuudessaan hankala. Toisaalta palveluammattissa, varsinkaan hoitoalalla, ei koskaan saisi olla niin kiire, että asiakkaan tai potilaan kunnioittava ja arvostava kohtelu unohtuu, koska sillä voi olla kauaskantoisia seurauksia ihmisen itsetunnolle ja itsearvostukselle. Nämäkin tutkimukseen osallistuneet eivät olleet unohtaneet saamansa huonoa kohtelua.

Nämä negatiivissävytteiset asiat vaikuttavat hoidon tasoon ja pidemmällä aikavälillä myös työttömien ja varsinkin pitkäaikaistyöttömien terveydentilaan ja halukkuuteen hoitaa itseään tässä ajoittain hieman näennäisesti toimivassa järjestelmässä. Ikääntyvällä pitkäaikaistyöttömällä ihmisellä ei olisi aikaa odotella terveydentilaansa paneutumista sillä seuraavalla vastaanotokerralla. Terveyshaittoja saattaa syntyä aina vahvempia särkylääkkeitä määrättäessä ja kokeillessa. Toivottavasti meneillään oleva Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke tuo tähänkin asiaan parannusta.

Myönteiseksi asiaksi tutkimuksessa nousi omalääkärijärjestelmä niin palveluiden saatavuuden kuin palveluiden laadun näkökulmasta. Oman lääkärin omaavat haastateltavat olivat hyvin tyytyväisiä palveluihin eivätkä näissä tapauksissa löytäneet mitään negatiivista mainittavaa. Palvelu kuvattiin myös hyvin joustavaksi ja tarpeenmukaiseksi. Oma lääkäri tuntee, kuuntelee, ymmärtää ja ottaa vakavasti potilaidensa asiat.

Ihminen hakeutuu terveystalouden käyttäjäksi harvemmin ilman todellista terveysongelmaa. Kuitenkin usein vaihtuvien lääkäreiden vastaanotoilla haastateltaville tuli tunne, ettei heitä oteta vakavasti, mikä lisäsi negatiivisia tunteita ja huonoa oloa. Tämän tutkimuksen mukaan oman lääkärin vastaanotolla ei sellaisia tunteita vaikuttaisi syntyvän. Tästä voisi vetää johtopäätöksen, että potilaansa tunteva tuttu lääkäri suhtautuu arvostavammin ja vastuullisemmin potilaaseensa, oli ongelma mikä tahansa. Tästä seuraa hyvin hoidetuksi tuleminen tunne, mikä johtaa jo itsessään positiivisiin terveystuntemuksiin. Tv:stä tuttu tohtori Kiminkinen kuvattiin tällaiseksi persoonaksi, ja kaikki halusivat itselleen sellaisen omalääkärin.

Terveyskeskuksia on yritetty saada siirtymään väestövastuiseen toimintamalliin jo vuodesta 1986 lähtien (Terveyskirjasto, 2009). Tällöin asiakkaalla olisi nimetyt lääkäri ja hoitaja joiden puoleen kääntyä kaikissa terveyteen ja sairauteen liittyvissä asioissa. Väestövastuudesta toimintatavasta on yritetty saada ratkaisua palvelujen saatavuuteen, hoidon jatkuvuuteen ja potilastyytyväisyyteen liittyviin epäkohtiin etenkin kaupunkien kohdalla. Väestövastuinen toimintamalli on vähentänyt kokemuksen mukaan päivystykseen hakeutuvien potilaiden määrää, ja myös lukuisat asiasta tehdyt tutkimukset puoltavat tätä toimintamallia. Siitäkin huolimatta asiaan liittyy vielä paljon vastustusta. Nykyinen lääkäripula ja taloudellinen taantuma ovat este ja hidaste väestövastuiseen toimintamallin vakiinnuttamiselle, sillä lääkärit uupuvat liian suuren työtaakan alle eivätkä hakeudu töihin terveyskeskuksiin. (Mediuutiset 2007). Väestövastuinen työ vaatii lääkäreiden lisäksi myös hoitajaresursseja, mutta hyvin järjestettynä ja ennaltaehkäisyyn painottuvana se varmasti maksaisi lisäresurssoinnin ajan myötä takaisin paremmin voivana väestönä.

9.4 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Tulokset antavat tietoa pitkäaikaistyöttömien kohtaamiseen ja palveluiden kehittämiseen liittyvistä tarpeista. Tutkimustuloksia voi hyödyntää kaikkien työttömien koh-

taamisissa työvoiman palvelukeskuksissa, perusterveydenhuollossa, sosiaalitoimistoissa, Kelassa ja kuntoutuspalveluja tuottavissa laitoksissa sekä työttömien yhdistyksissä. Kuntoutuspalveluiden tuottajan edustajana näkisin aktiivisen yhteistyön ja verkostoitumisen työvoiman palvelukeskusten ja Kelan kanssa tärkeäksi. Näin voitaisiin tehokkaasti informoida työttömiä Työ:n kautta esimerkiksi Kelan kustantamista kuntoutuspalveluista ja niihin pääsemisestä sekä kehittää työttömille suunnattuja kuntoutuspalveluita yhteistyössä Kelan kanssa. Työttömien Valtakunnallinen Yhteistoimintajärjestö (TVY ry) ja sen paikallisyhdistykset tavoittavat suuren osan työttömiä. TVY ry on tiedonjakokanavana ja aktiivisena toimijana huomioonotettava pitkäaikaistyöttömien ja koko palvelukentän yhteistyökumppani.

Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää terveyskeskuslääkäreiden, työterveyslääkäreiden ja terveydenhoitajien mahdollisuuksia havaita työttömien, erityisesti pitkäaikaistyöttömien, terveys- ja kuntoutustarpeita, heidän tietoisuuttaan työttömien kuntoutusmahdollisuuksista ja resursseistaan ohjauksessa, neuvonnassa sekä kuntoutussuunnitelmien ja tarvittavien lausuntojen tekemisessä. Lääkäreiden merkitys kuntoutusprosessin käynnistymiselle on keskeinen. Toisena mielenkiintoisena tutkimuskohteena näkisin kuntoutusyhteistyön (sosiaali- ja terveystoimi, Kela ja työhallinto sekä kuntoutuskeskukset) toimivuuden niin pitkäaikaistyöttömän kuin kuntoutusyhteistyötä tekevien näkökulmasta.

LÄHTEET

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heponiemi Tarja, Wahlström Mikael, Elovainio, Marko, Sinervo, Timo, Aalto Anna-Mari & Keskimäki, Ilmo 2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 14/2008. Työ- ja elinkeinoministeriö: Edita Publishing Oy.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Holm, Pasi, Jukka Jalava & Pekka Ylöstalo 2006. Työpoliittinen tutkimus 2005. Vertailuja palkansaajiin. Työpoliittinen tutkimus –sarja. PDF -dokumentti. http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/06_tutkimus/tpt308.pdf. Päivitetty 29.6.2006. Luettu 14.9.2009.

Kansallinen terveyserojen kaventamisohjelma 2008–2011. PDF -dokumentti. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/08/pr1217926602628/passthru.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 31.1.2009.

Kansanterveyslaki 66/1972. WWW –dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>. Päivitetty 28.1.1972. Luettu 19.9.2009.

Karjalainen, Vappu & Melametsä Merja. 2001. Työttömillekin työterveyden palveluja – hyvinvointipalvelun yhteinen tehtävä? Työpoliittinen Aikakauskirja. PDF -dokumentti. http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/aikakausi/tak/TAK_2001_2_3.pdf. Päivitetty 11.7.2001. Luettu 2.2.2009.

KASTE -ohjelma 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Sosiaaliterveysministeriö. PDF -dokumentti. <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/index.htx.i1049.pdf>. Päivitetty 31.1.2008. Luettu 13.3.2009.

KELA 2009. Etuusohjeet. WWW -dokumentti. [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/031005151139ML/\\$File/8luku_6.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/031005151139ML/$File/8luku_6.pdf?openElement). Ei päivitystietoa. Luettu 16.9.2009.

- Kerätär, Raija 1995. Pitkäaikaistyöttömät ja työkykyä ylläpitävän toiminnan tarve. Lääkärilehti 14, 1613. WWW-dokumentti.
http://terveysportti.mikkeliyamk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=ker%E4t%E4r%20raija. Ei päivitystietoa. Luettu 5.2.2009.
- Kokkonen, Satu 2000. Työttömien käsityksiä terveydenhoitajan terveyttä edistävästä toiminnasta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajan koulutus. Pro gradu -tutkielma.
- Kortteinen, Matti & Tuomikoski Hannu 1998. Työtön: tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Hämeenlinna: Karisto Oy Kirjapaino.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189 /2001. WWW -dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010189>. Päivitetty 2.3.2001. Luettu 12.9.2009
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW -dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>. Päivitetty 21.8.2009. Luettu 12.9.2009.
- Lauri, Sirkka & Elomaa, Leena 1999. Hoitotieteen perusteet. Juva: WSOY - Kirjapainoyksikkö.
- Mediuutiset 2007. WWW -dokumentti.
<http://www.medi uutiset.fi/lehti/article127419.ece>. Ei päivitystietoa. Luettu 19.9.09.
- Mesiäinen, Päivi 2004. Itseen liittyvien voimavarojen ja ikääntymisen rooli työttömyyden ja subjektiivisen terveyden välisessä yhteydessä. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Metsämuuronen, Jari, 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Painettu Virossa.
- Metsämuuronen, Jari, 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Paras-hanke 2007. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toimeenpano -opas. Kuntaliitto ja Efeko oy. PDF -dokumentti.
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;55275;117031;135110;135317;135451. Ei päivitystietoa. Luettu 3.2.2009.
- Perustuslaki 731/1999. WWW -dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Päivitetty 24.8.2007. Luettu 12.9.09.
- Poijula, Soili & Ahonen, Riitta 2007. Irtisanotut, muutos, menetys ja selviytyminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pötsönen, Riikka & Välimaa, Raili 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Terveystieteen laitos. Julkaisusarja 9. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino ja ER-Paino Oy.

Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sinervo, Leini (toim.) 2009. Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämävaiheen loppuraportti ja toimintamallit. PDF -dokumentti.
<http://lib.thl.fi:2345/http://lib.thl.fi:2345/lib4/src?PBFORMTYPE=01002&TITLEID=50556&SQS=1:FIN:1::6:50::HTML&PL=0>. Ei päivitystietoa. Luettu 1.10.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Kansalliset kehittämishankkeet. WWW -dokumentti. <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/index.htx#suurhankkeet>. Päivitetty 31.8.2008. Luettu 5.2.2009.

SOTKANet 2009. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu>. Ei päivitystietoa. Luettu 27.8.2009.

Syrjälä, Leena, Ahonen, Sirkka, Syrjäläinen, Eija & Saari, Seppo 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007. Hallituksen periaatepäätös. PDF-dokumentti. <http://valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>. Päivitetty 5.12.2007. Luettu 12.9.2009.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2009. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuus-alueelliset hankkeet. WWW -dokumentti.
<http://info.stakes.fi/tyottomienterveysdenhuolto/FI/alueelliset/index.htm>
 Päivitetty 28.8.2008. Luettu 5.2.2009.

TERVEYS 2015 -kansanterveysohjelma. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF -dokumentti. <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>. Päivitetty 24.9.2001. Luettu 5.2.2009.

Terveyskirjasto 2009. Hoitotakuu. WWW -dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=di02034
 Päivitetty 15.9.2009. Luettu 17.9.2009.

Terveyskirjasto 2009. Lemmikeistä iloa ja terveyshyötyjä. WWW -dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00107#s6. Päivitetty 7.1.2009. Luettu 17.11.2009.

Tilastokeskus 2009. WWW -dokumentti
http://www.stat.fi/til/tyti/2009/05/tyti_2009_05_2009-06-23_tie_001_fi.html
 Päivitetty 23.6.2009, 20.10.2009. Luettu 25.10.2009.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Työ- ja Elinkeinministeriö 11.11.2008. WWW -dokumentti.
http://www.tem.fi/index.phtml?96107_m=93205&s=3407. Päivitetty 27.7.2009. Luettu 14.9.2009.

Työterveyshuoltolaki 1383/2001. WWW -dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>. Päivitetty 21.12.2001. Luettu 25.10.2009.

TVY ry 2009. Työttömien Valtakunnallinen Yhteistoimintajärjestö. PDF -dokumentti.
http://www.tvy.fi/tiedostot/lausunnot/TVY%20_lausunto_valtion_budjetista_2010.pdf
Päivitetty 30.9.2009. Luettu 25.10.2009.

Vainionpää, Sinikka 1999. Työttömänä olevien ihmisten kokemuksia terveydestä ja sen edistämisestä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Valvira 2009. Sosiaali- ja terveystieteen lupa- ja valvontavirasto. WWW -dokumentti.
<http://www.valvira.fi/luvut/ammattioikeudet/kielitaio>
<http://www.valvira.fi/luvut/ammattioikeudet/kielitaio>. Ei päivitystietoa. Luettu 25.10.2009.

Vertio, Harri 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

YSA - Suomalainen asiasanasto 2009. WWW -dokumentti.
<http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/>. Päivitetty 21.6.2000. Luettu 4.2.2009.

LIITE 1. Tutkimuslupa



PYYNTÖ
Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: Kruunupuisto, Punkaharjun kuntoutuskeskus

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Kartoittaa pitkäaikaistyöttömien käsityksiä ja ajatuksia terveydestä ja terveyspalveluista.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Kruunupuiston asiakkaina olevat pitkäaikaistyöttömät työkunnan tutkimus – ja kuntoutusasiakkaat
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Ryhmähaastattelu tai tarvittaessa yksilöhaastattelu
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Haastattelut vko 14 - 19
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Joulukuu 2009
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveystieteiden laitoksella	18 päivänä <u>helm</u> kuuta 2009 <u>Liisa Huittinen</u> opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi	Jaana Venäläinen puh. 050 5271195, työ. 015 7750791
Osoite	Asevelitie 13 as 13 58500 Punkaharju

Anomus käsitelty 18 3 2009

lupa myönnetty
 lupa evätty, peruste: _____

Allekirjoitus

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille.
LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)

LIITE 2.
Saatekirje

SAATEKIRJE

Täydennän terveydenhoitajaopintojani ammattikorkeakoulututkinnoksi Mikkelin ammattikorkeakoulussa, Savonlinnan yksikössä. Kartoitan opinnäytetyössäni pitkäaikais-työttömien kokemuksia ja ajatuksia terveydestä ja terveystalvveluista. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää niitä arkielämän tekijöitä ja asioita, jotka liittyvät työttömyysaikaan ja terveystalvvelujen käyttöön ja sitä kautta oman terveyden hoitamiseen.

Tiedonkeruu menetelmänä on ryhmähaastattelu, johon osallistuu maksimissaan 4 henkilöä. Tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen. Haastattelut toteutetaan viikoilla 14 – 20 Kruunupuiston tiloissa, erikseen sovittavassa paikassa ja ajankohtana. Kaikki saamani tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nimesi ei tule näkyviin missään tutkimuksen vaiheessa. Tietoja kerätään vain tätä opinnäytetyötä varten, jonka jälkeen aineisto hävitetään.

Toivon että voisit osallistua haastatteluun

Annan mielelläni lisätietoja

Jaana Venäläinen, työterveyshoitaja, AMK-opiskelija H298KA

Työhuone: Kuntotalo 3 krs

Puh. huoneista 791 (maksuton) tai matkapuhelimesta 015 7750791 (maksullinen)

LIITE 3.
Haastatteluteemat

HAASTATTELUTEEMAT JA TARKENTAVAT LISÄKYSYMYKSET

**1. PITKÄAIKAISTYÖTTÖMÄN KOKEMUKSIA JA AJATUKSIA
TERVEYDESTÄ**

- **Terveys ja pitkäaikaistyöttömyys**
- **Työttömyyden vaikutus elämisen rytmeihin**
- **Terveyttä edistäviä tekijöitä**
- **Nykyinen terveydentila**
- **Ympäröivän yhteisön tuki**

**2. PITKÄAIKAISTYÖTTÖMÄN KOKEMUKSIA JA AJATUKSIA
TERVEYSPALVELUISTA**

- **Palvelun saatavuus**
- **Palvelun laatu/kyky vastata tarpeisiin ja odotuksiin**
- **millaisia palveluita toivoisit saavasi?**

LIITE 4 (1).

Esimerkki sisällönanalyysista

ESIMERKKI SISÄLLÖNANALYYSSIN ETENEMISESTÄ

1. Kertokaa kokemuksianne ja ajatuksianne terveydestä
Alkuperäiset ilmaukset:
<i>”Just nimenomaan. Joo... ja sillo sitä häpes ja sitä oli syyllinen olo ku näki entisii työkavereita. Ja ne ain kyseli, että no oot sie nyt miss töissä, vai jok sie oot eläkkeellä. Tällee näin, ja sitä hyvin äkkii niinku keksi jottain muuta, et pittää lähteä.” (B3:5)</i>
<i>”No joskus aamusin ku herään, ni sit aattelee, et mitäs täss nyt tarvii noustakkaa, ku ei tarvii töihin mennä. Jos ei koirii ois, ni nukkusin varmasti puoleen päivään. Niinku pakko lähtee sinne ulos. Nyt ku oot koko aika vapaa, ni ei se viikonloppu... se menee... välil mie en ees tiijä, mikä päivä menee. Miun pitää aina kysyä, et missäs päiväs mennään, kun ne päivät alkaa niinku olla samaa vaan.”(D1:2)</i>
<i>”Ja sit sitä aattelee ku ei minnee ei tarvii mennä. Tai sitte kattelee, ku muut menee töihin... ja kyl se tuntuu et on niinku pläts. On tällanen olo.” (D1:2)</i>
1. Kertokaa kokemuksianne ja ajatuksianne terveystalvasta
<i>”...Et ko niitten pitäis ymmärtää. Pitäs olla se... ni saattahan ne olla vaik kuin päteviä. Ku em miekää osasis viittomakielel kaikkee selittää, et mikä miul missäkii on” (B2:17)</i>
<i>”Sieltä ku kyselee ni kyllä saa, mut terveystalvasta kautta on aika tyly mennä kyselemään, ei sieltä saa mitään.” (B2:18)</i>
<i>” Nuo tommoset aikojen tilaamiset ja tämmöset. Jos niinku asiaa sinnepäin. Käy ite hoitamassa sinä luukulla, ni kaikkein fiksuinta. Ei tarvii...se on monesti soittaminen...sitte yhistetään johonkin ja taas johonkin ja loppujen lopuks se puhelu niinku häviää...”(B2:22)</i>

LIITE 4 (2).**Esimerkki sisällönanalysista**

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Häpeä jäädä pois työstä terveyden vuoksi On huonompi ihminen kuin työssäkäyvät. Työkyvyttömyys ja työttömyys itsetunnon ja mielialan laskijana Työttömällä ei ole va- paapäiviä eikä lomiam. Päivät ovat sitä samaa Työttömyys laskee henkistä vireyttä Työttömyys lisää päih- teiden käyttöä ja terve- ysongelmia. Kivut ja masennus lää- kehoidolla Huono fyysinen kunto on saamattomuutta	Itsetunnon heikkenemi- nen Arjen rytmit- tömyys Työttömyyden negatiiviset terveysvaiku- tuk- set	Työttömyys ter- veyden taustateki- jänä	Pikääikaistyöttömien terveys

LIITE 4 (3).**Esimerkki sisällönanalysista**

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Viittomakieli ei riitä asioiden hoitamiseen.	Kielitaidon puute	Terveyspalvelujen laatu	Terveyspalvelujen toimivuus
Lääkäri ei ymmärrä potilasta			
Omalääkäriltä saatu hoito koetaan hyvänä ja luotettavana.	Omalääkäripalvelut koetaan joustavina		
Oma aloitteisesti omalle lääkärille –			
omalääkäri ottaa yhteyttä tarvittaessa		Terveyspalvelujen saatavuus	
Omalääkäriltä saa joustavasti ajan	Luottamuksen puute palvelujen saamiseen		
Ei saa tarvittavaa palvelua			
Puhelinyhteys koetaan toimimattomaksi			
Ei saa jatkohoitoon lähetettä			

LIITE 4 (4).**Esimerkki sisällönanalyysistä**

Yläluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
Työttömyys terveyden taustatekijänä Terveyttä edistävät tekijät Ympäröivän yhteisön tuki	Pitkäaikaistyöttömien terveys	Pitkäaikaistyöttömien kokemuksia ja ajatuksia terveydestä ja terveyspalveluista
Terveyspalvelujen laatu Terveyspalvelujen saata- vuus Ammattihenkilöiden palveluasenne Odotukset palvelujärjestelmältä	Terveyspalveluiden toimivuus	