



PaKaste
Pohjoisen alueen Kaste

Terveyshyötymalli sosiaalityön viitekehyksessä



Julkaisija:

Kainuun maakunta -kuntayhtymä

PL 400

87070 Kainuu

Puh. 08 615 541

Faksi 08 6155 4260

ISSN 1795-5661

Kajaani 2011

**PaKaste - Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja
terveyspalvelut - kehittämisrakenne ja toimintamalli -
Kainuun osahanke**

Terveyshyötymalli sosiaalityön viitekehyksessä

Juha Hämäläinen ja Raija Väisänen

Kainuun maakunta -kuntayhtymä 2011

Lukijalle

Tämä artikkeli on osa PaKaste - Kainuun osahankkeen perusterveydenhuollon ja sosiaalityön kehittämisen raportointia. Sen tekijöinä ovat professori Juha Hämäläinen ja yliopistonlehtori Raija Väisänen Itä-Suomen yliopiston yhteiskuntatieteiden laitokselta.

Terveyshyötymalliin liittyviä suomalaisia tutkimuksia ja akateemisia julkaisuja ei toistaiseksi ole liioin ollut käytettävissä. Terveystieteiden tutkimuksen piiristä niitä voidaan jatkossa varmasti odottaa, mutta tämän artikkelin tekijöitä ja tilaajia asia kiinnostaa myös sosiaalityö- ja terveydenhuollon näkökulmasta.

Sairauskeskeisyydestä kokonaisvaltaiseen hoitoon siirtymistä tavoitteleva suomalainen perusterveydenhuolto tarvitsee jatkossa tiiviimpää yhteistyötä terveystieteiden kanssa. Sosiaalityön teoreettista asiantuntemusta hyödyntämällä haluttiin syventää Terveyshyötymallin ulottuvuuksia ja kannustaa samalla myös keskusteluun ja aiheen jatkotarkasteluun.

Terho Pekkala

PaKaste - Kainuun osahankkeen projektipäällikkö

Sisällys:

1. Johdanto.....	1
2. Hyvinvointiteoreettinen lähtökohta terveyttä edistävän sosiaalityön viitekehystenä.....	3
3. Sosiaalityö Wagnerin terveyshyötymallissa	6
4. Sosiaalityö olosuhteisiin vaikuttavassa pitkän aikajänteen sosiaalisessa mallissa	10
5. Elämän tarkoitus, yksilöllisyyden kunnioittaminen ja osallisuus sosiaalityön eettisinä kysymyksinä	12
6. Empowerment – sosiaalityön menetelmällinen vaihtoehto terveyden edistämiseen.....	15
7. Johtopäätökset.....	17

1. Johdanto

Artikkelin tavoitteena on tuottaa tietoa terveyshyötymallin sosiaalisesta ulottuvuudesta, erityisesti sosiaalityön paikasta terveyshyötymallissa. Vastauksia haetaan erityisesti kahteen kysymykseen:

- 1) mihin teoreettisiin lähtökohtiin tai viitekehykseen sosiaalityö terveyshyötymallissa perustuu ja
- 2) minkä lisäarvon sosiaalityö voi tuoda terveyshyötymalliajatteluun ja mallin toimintaan.

Näihin kysymyksiin liittyvän analyysin kautta etsitään vastauksia sosiaalihuollon, erityisesti sosiaalityön vahvistamiseen terveyshyötymallissa. Ajatuksena on, että artikkelin muodostaman tietoperustan pohjalta voidaan myöhemmin rakentaa jatkosuunnitelma sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon yhteistyön kehittämiseksi ja siinä tarvittavan tutkimustiedon tuottamiseksi. Artikkelin kiinnittyy osaksi Itä-Suomen yliopistollisen opetussosiaalikeskuksen sopimukseen liittyvää tutkimuksen ja asiakastyön kehittämissyhteistyötä Kainuussa. Itä-Suomen yliopiston ja Kainuun maakuntayhtymän välinen sopimus on allekirjoitettu maaliskuussa 2011.

Terveyshyötymallissa painopiste on väestön terveydessä: tavoitteena on siirtyä sairauskeskeisestä ja hajautetusta hoidosta suunnitelmalliseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon, jossa painotetaan myös eri ammattiryhmien osaamisen saamista mahdollisimman hyvään käyttöön (Mäntyranta 2010). Ajatus eri ammattiryhmien osaamisen paremmasta hyödyntämisestä asettaa haasteita myös sosiaalityön asiantuntijuuden vahvistumiselle perusterveydenhuollossa, erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidossa ja kuntoutuksessa.

Yleisimpiä pitkäaikaissairauksia ovat esimerkiksi sydän- ja hengityselinsairaudet, sokeritauti, erilaiset neurologiset sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielisairaudet. Pitkäaikaissairauksia sairastavista suurin osa elää joko keski-ikänsä tai vanhuuden elämäntilannetta, joihin vaiheisiin liittyy terveyden heikentymisen lisäksi usein myös muita ihmiselämää koskettavia menetyksiä. Inhimillistä turvallisuutta ja turvattomuutta koskevassa tutkimuksessa (Niemelä 2000; Väisänen & Kraav 2011) menetyksistä turvattomuus korostuivat terveyden lisäksi läheisiin ihmissuhteisiin ja työhön liittyvät menetykset. Pitkäaikaissairauksiin voi liittyä myös huono-osaisuuden kasautumista, joka koskettaa laajasti ihmisen hyvinvointia ja kokonaisu-elämäntilannetta.

Terveyshyötymalli tarjoaa yhden vaihtoehdon toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia yleisiä valtakunnallisia linjauksia. Esimerkiksi Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman (2009) tavoitteena on terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy, laadukkaiden ja tarpeenmukaisten palvelujen saatavuus sekä asiakaskeskeisyyden ja valinnan vapauden parantaminen. Lisäksi korostuvat johtamisosaamisen vahvistaminen ja osaan työvoiman turvaaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa kokevan lainsäädännön uudistamista koskevan työryhmän loppuraportissa (2011) tavoitelinjauksina korostuvat esimerkiksi yhdenvertaisuus, asiakaskeskeisyys, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus sekä alan vetovoimaisuus.

Alkuperäinen terveyshyötymalli (American generic chronic care model) on peräisin Yhdysvalloista (Wagner 1998) ja sitä on hyödynnetty esimerkiksi Isonsa-Britanniassa, missä sen pohjalta on kehitelty oma sikäläiseen sosiaali- ja terveyspoliittiseen järjestelmään soveltuva toimintamalli (NHS and social care long term conditions model) (Fitzpatrick 2008). Molemmilla malleilla korostetaan sosiaalisten tekijöiden huomioon ottamista pitkäaikaissairaiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Ajatuksellinen painopiste on hoidon ja kuntoutuksen laadussa, ei niinkään taloudellisuuudessa. Yhteisöllisyyden, osallisuuden ja hyvinvoinnin edistäminen pitkäaikaissairaiden hoidossa nähdään hoidon keskeisenä laatutekijänä. Kyse on ennen kaikkea "hoidon sosiaalisesta mallista", jossa otetaan huomioon terveyteen olennaisesti vaikuttavat pitkän aikavälin olosuhteet ja psykososiaaliset tekijät.

Terveyshyötymalli on Suomessa kiinnitetty terveydenhuollon organisaatioon. Sosiaalityöllä on terveydenhuollossa pitkät perinteet, mutta perusterveydenhuollossa sosiaalityön ennaltaehkäisevä rooli alkoi korostua erityisesti 1970 -luvulla eli kansanterveyslain voimaantumisen jälkeen. Sosiaalityöntekijöiden tehtäväalueet ovat vuosikymmenten kuluessa kuitenkin vaihdelleet riippuen kunnan tai kuntayhtymän koosta sekä siitä, miten perusterveydenhuolto on kullakin alueella organisoitu. Sairastavuuden yhteys sosiaalisiin oloihin on tiedostettu aina 1800-luvun lopulta saakka, jolloin alettiin ylläpitää systemaattisia sairastavuustilastoja.

Pitkäaikaissairauksia sairastavat ovat olleet terveydenhuollon sosiaalityössä aina keskeinen asiakasryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudelleen organisoituminen on vaikuttanut sosiaalityön asemaan ja tehtäviin sen erilaisissa toimintaympäristöissä, esimerkiksi perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa. Sosiaalityön tehtävää on ollut haasteellista uudelleen hahmottaa varsinkin niillä alueilla, joilla terveysalan ammattiryhmät ovat saaneet yhä enemmän tilaa. Tästä esimerkkinä ovat uudelleen organisoidut vanhustenhuollon palvelut. Sosiaalisen ulottuvuuden, erityisesti sosiaalityön kiinnittyminen terveyshyötymalliin voi kuitenkin tuoda uudenlaisen ulottuvuuden sosiaalityöhön ja antaa myös terveyshyötyä kasvattavan lisäarvon.

2. Hyvinvointiteoreettinen lähtökohta terveyttä edistävän sosiaalityön viitekehystenä

Yhteiskuntatieteissä korostuu hyvinvoinnin analysointi erityisesti tarpeiden ja resurssien näkökulmasta. Hyvinvointi on tunnistettu tilaksi, jossa ihmisen keskeiset tarpeet tulevat tyydyttyiksi. Tarpeiden tyydytys on mahdollista silloin, kun erilaisia resursseja on riittävästi käytössä. Allardt (1976, 32–39) nostaa hyvinvoinnin ulottuvuuksina esiin elintason, yhteisyysuhteet ja itsensä toteuttamisen muodot. Elintason alueelle kiinnittyvät esimerkiksi tulot, asuminen, terveys, työllisyys ja koulutus, yhteisyysuhteisiin perhe- ja ystävyysuhteet ja itsensä toteuttamiseen arvonnanto ja status, korvaamattomuus ja mielekäs toiminta.

Niemelä (2006) analysoi hyvinvointia sekä resurssina, osallisuutena että tarpeiden tyydyttämisenä. *Hyvinvointi resurssina* (having) merkitsee aineellista, sosiaalista ja henkistä varmuutta. Selviytyäkseen Ihminen tarvitsee siis aineellista eli taloudellista, sosiaalista eli poliittista ja henkistä eli sivistyksellistä pääomaa. Omistamisen kannalta hyvinvointi voi olla kytköksissä erilaisiin tuotantovälineisiin, esimerkiksi rahaan ja koneisiin, hallintovälineisiin, esimerkiksi valtaan ja asemaan sekä osaamisvälineisiin eli tietoon ja taitoon. *Hyvinvointi osallisuutena* (well-doing) merkitsee fyysistä, sosiaalista ja henkistä itsensä toteutusta. Osallisuutta kuvaa tekeminen, joka voi rakentua sekä aineellisen eli fyysisen, henkisen eli psyykkisen että sosiaalisen tekemisen avulla. Konkreettisenä esimerkkinä tekemisestä ovat esimerkiksi työ ja harrastukset. Tekeminen voi olla niin sanottua tuotannollista tavaratyötä, käytännöllistä palvelutyötä tai teoreettista ajattelutyötä. *Hyvinvointia tarpeiden tyydyttämisenä* ilmentää hyvä oleminen (well-being). Siinä on keskeistä fyysinen oleminen eli fyysinen hyvä olo, ihmisenä olemassa oleminen eli itsenä hyvä olo sekä yhdessä oleminen eli sosiaalisissa suhteissa hyvä olo. Tämä merkitsee myös olevasta todellisuudesta tietoisena olemista. Olemisen muotoina ovat toimeentulo, liittyminen eli rakkaus ja ihmisenä kasvaminen. (Niemelä 2006.)

Sosiaalityössä kiinnitetään huomioita ihmisten erilaisiin tarpeisiin, mutta lisäksi painotetaan yksilöllisiä, yhteisöllisiä ja yhteiskunnallisia resursseja sekä myös niiden järkevää käyttöä ja kohdentumista. Huomio kohdistuu elämänlaadun ehtoihin ja edistämiseen, mikä korostuu myös terveyshyötyajattelussa. Sekä sosiaalityössä että terveyshyötyfilosofiassa korostetaan ihmisen situationaalisuutta, ei pelkästään kehollisuutta ja tajunnallisuutta (ks. Rauhala 2005), ja sosiaalinen ympäristö käsitetään tärkeäksi osaksi terveyttä, hyvinvointia ja elämänlaatua. Vastaavasti osallisuuden tukeminen ja itsensä toteutuksen mahdollistaminen ovat tärkeä osa sosiaalityötä. Niemelä (2009) näkee toiminnallisuuden oleelliseksi ulottuvuudeksi myös ihmiskäsitystä analysoitaessa. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 1) ovat inhimillisen toiminnan tasot ja ulottuvuudet, joiden pohjalta rakentuu toiminnallisuuden teoria ja siihen perustuva ihmiskäsitys.

Taulukko 1. Inhimillisen toiminnan tasot ja ulottuvuudet – toiminnallisuuden teoria ja siihen perustuva ihmiskäsitys (Niemelä 2009).

INHIMILLISEN TOIMINNAN TASO			
INHIMILLISEN TOIMINNAN ULOTTUVUUDET			
Hyvinvointi resurssina (well-having/welfare) Omistaminen, pääoma (having)	Aineellinen (taloudellinen) Aineellinen varmuus	Sosiaalinen (poliittinen) Sosiaalinen varmuus	Henkinen (sivistyksellinen) Henkinen varmuus
Hyvinvointi osallisuutena (well-doing) Tekeminen, työ (doing)	Fyysinen tuotantotyö Fyysinen itsensä toteutus ja osallisuus	Sosiaalinen palvelutyö Sosiaalinen itsensä toteutus ja osallisuus	Henkinen tietotyö Henkinen itsensä toteutus ja osallisuus
Hyvinvointi tarpeiden tyydyttämisenä (well-being) Oleminen, "luonto" (being)	Olemassaoleminen Fyysinen hyvä olo	Yhdessä oleminen Suhteissa hyvä olo	Itsenäisenä oleminen Itsenä hyvä olo
TOIMINNALLISUUS JA HYVINVOINTI			

Tuodessaan esiin hyvinvoinnin aineellisen eli taloudellisen, sosiaalisen eli poliittisen ja henkisen eli sivistyksellisen ulottuvuuden Niemelä (2009) korostaa mielekkyyden keskeisyyttä näillä kaikilla hyvinvoinnin alueilla. Päämäärään suuntautuva toiminta on mielekästä, mikä näkökulma korostui jo Aristoteleen ajattelussa. Inhimillinen toiminta edellyttää aina toimijan, joka on ihminen. Toiminnan kautta ihminen toteuttaa itseään elämänsä subjektina sen sijaan että olisi olosuhteiden heiteltävänä tahdottomana kohteena. Tämä on elämän mielekkyyden kannalta ratkaisevaa ja elämän mielekkääksi kokeminen on puolestaan merkityksellistä hyvinvoinnille ja terveydelle. Terveystyö tuottamisessa onkin perusteltua kiinnittää huomiota elämän mielekkyyden ehtoihin ja edistämisen mahdollisuuksiin. Käytännössä kyse on paljolti yhteisöllisyyden ja osallisuuden mahdollistamisesta ja vahvistamisesta. Tämä voidaan nähdä luontevasti sosiaalityön yhdeksi tehtäväkentäksi.

Sosiaalityössä kaiken kaikkiaan pyritään edistämään väestön hyvinvointia. Terveys on hyvin lähellä hyvinvoinnin käsitettä silloin, kun siinä nähdään sekä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen ulottuvuus. WHO on määritellyt terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, eikä vain taudin tai heikkouden puuttumiseksi. Lisäksi on tullut esiin terveys ihmisoikeutena, joka laajentaa ja kiinnittää terveysajattelun sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen ulottuvuuteen. Terveyttä on käsitteenä analysoitu useista toisistaan poikkeavista näkökulmista. Biolääketieteellisessä ajattelussa huomio kiinnittyy sairauden puuttumiseen, sosiologiassa ihmiseen sosiaalisten roolien toteuttajana ja toimijana sekä humanistisessa ajattelussa ihmisen kykyyn sopeutua myönteisesti elämän ongelmiin. Positiivisen terveyden käsite on kytketty (esim. Sohlman 2004, 68; Torppa 2004) koherenssin tunteeseen, joka käsite on peräisin Antonovskyn 1980-luvun tutkimuksista. Positiivisen terveyden peruspilarina on tunne elämän mielekkyydestä, ennustettavuudesta ja loogisuudesta. Tähän kokemuksen vaikuttavat psykologisten tekijöiden lisäksi myös sosiaaliseen rakenteeseen

liittyvät voimavaratekijät sekä kulttuuris-historialliset tekijät. Sosiokulttuurinen näkökulma sosiaalityössä tukee erityisesti tätä terveyden edistämisen osa-aluetta.

Terveyshyödyllä voidaan tarkoittaa esimerkiksi saavutettavaa paremmin mitattavaa terveyttä tai terveyteen liittyvien kulujen pienenemistä. Terveyshyöty on vastakkainen käsitteelle sairaustaakka, jolla tarkoitetaan sairastelevan kansalaisen yhteiskunnalle aiheuttamaa taloudellista rasitetta. Terveyshyöty on mahdollista nähdä myös asiakkaan kokemana lisäarvona, jota hän saa esimerkiksi sosiaali- ja terveystalouksista (Torppa 2004; Kujala 2010). Terveyshyöty on ollut esillä yleisessä yhteiskunnallisessa keskustelussa toistaiseksi melko vähän ja esimerkiksi terveydenhuoltolakiyöryhmän mietinnössä se tuodaan esiin vain yhdessä kohta. Pitkäaikaissairauksien hoito ja sen lisäksi päivystys ovat olleet niitä alueita, joiden kohdalla mahdollista terveyshyötyä on erityisesti tarkasteltu. Yhteiskunnassa on myös muita toiminta-alueita, joille terveyshyöty on sisällön tasolla kiinnittynyt. Esimerkiksi kuntoutuksen alueella on puhuttu pitkään moniammatillisesta valtaistumis- ja kuntoutujakeskeisestä työstä. Terveyshyödyn ajatus sisältyi ICF toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväliseen luokitteluun (ICF, 2004), jonka tavoitteena oli tarjota tieteellinen perusta ymmärtää ja tutkia toiminnallista terveydentilaa sekä terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa, niiden vaikutuksia ja niitä määrittäviä tekijöitä.

Terveyshyödyn tulkinta on sosiaalityössä varsin haasteellista. Yksi mahdollisuus on kuitenkin tulkita terveyshyödyn tilaa sekä subjektiivisen että objektiivisen hyvinvoinnin tason kannalta. Sosiaalityön viitekehityksessä terveyshyödyn tavoittelu ilmenee hyvinvointia ja terveyttä edistävänä toimintana sekä yksilön, yhteisön että yhteiskunnan tasolla. Terveyden edistämässä korostuu ihmisten osallistuminen itsensä ja toistensa omaehtoiseen huolenpitoon. Kyse on paitsi yksilöllisestä myös sosiaalisesta yhteistoiminnasta, jolloin erilaisilla ryhmillä ja yhteisöillä sekä laajemmilla liikkeillä on oma merkityksensä. Toiminta on usein järjestynyttä, mutta voi olla myös spontaania. Tyypillistä on, että sillä ovat omat päämääränsä, keinonsa ja vaikutuksensa. (mm. Kujala 2010.) Terveyden edistäminen on Vertion (2003) mukaan toimintaa, jolla pyritään parantamaan ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Kyseessä on terveyttä edistävien edellytysten parantaminen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. Vaikutusmahdollisuuksien lisääminen sekä fyysiseen että sosiaaliseen ympäristöön vahvistaa terveyttä.

Sosiaalityö on hyvinvointia lisäävänä ja terveyttä edistävänä toimintana myös tiedon tuottamista esimerkiksi erilaisista sosiaalisista ongelmista ja terveyshaitoista sekä tutkitun tiedon pohjalta rakentuvaa yhteiskunnallista vaikuttamista. Terveystalouksien käyttäytymiseen vaikuttavana toimintana sosiaalityö on kuitenkin varsin haasteellista, sillä ihmisten elintapojen muutokseen tähtäävä toiminta edellyttää sosiaalityössä myös käyttäytymistieteellistä tietoperustaa sekä myönteistä asennoitumista, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta. Sosiaalityössä on kuitenkin tietoa siitä, että ihmisten terveystalouksien käyttäytymiseen vaikuttavat myös erilaiset sosiaaliset normit, kansalaisaktiivisuuteen kannustava kulttuuri sekä toimeentuloon liittyvät kysymykset. Näitä tekijöitä esimerkiksi Kujala (2010) terveyttä edistävässä toiminnassa erityisesti korostaa.

3. Sosiaalityö wagnerin terveyshyötymallissa

Terveyshyötymalliajattelu on Suomessa perustunut keskeisesti Wagnerin kehittämään pitkäaikaisten sairauksien ehkäisy- ja hoitomalliin, josta käytetään käsitettä terveyshyötymalli (Chronic care model). Painopiste on väestön terveydessä, jolloin tavoitteena on siirtyä sairauskeskeisestä ja hajautetusta hoidosta suunnitelmalliseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon. Chronic care model poikkeaa pelkistetyistä akuuteista hoitomalleista esimerkiksi siinä, että diagnostisen informaation antamisen tilalla on omahoidon tukeminen ja lääkärikeskeisyyden tilalla taas tiimikeskeisyys. (Mäntyranta 2010.) Vaikka terveyshyötymalli kohdistuu ensisijaisesti perusterveydenhuoltoon, se ei sulje pois sosiaalitoimen, erikoissairaanhoidon ja muiden toimialojen yhteyttä (Muurinen & Mäntyranta 2010) mukaan. Esimerkiksi tiimikeskeisyys mahdollistaa myös sosiaalityön roolin yhtenä tiimin toimivana jäsenenä.

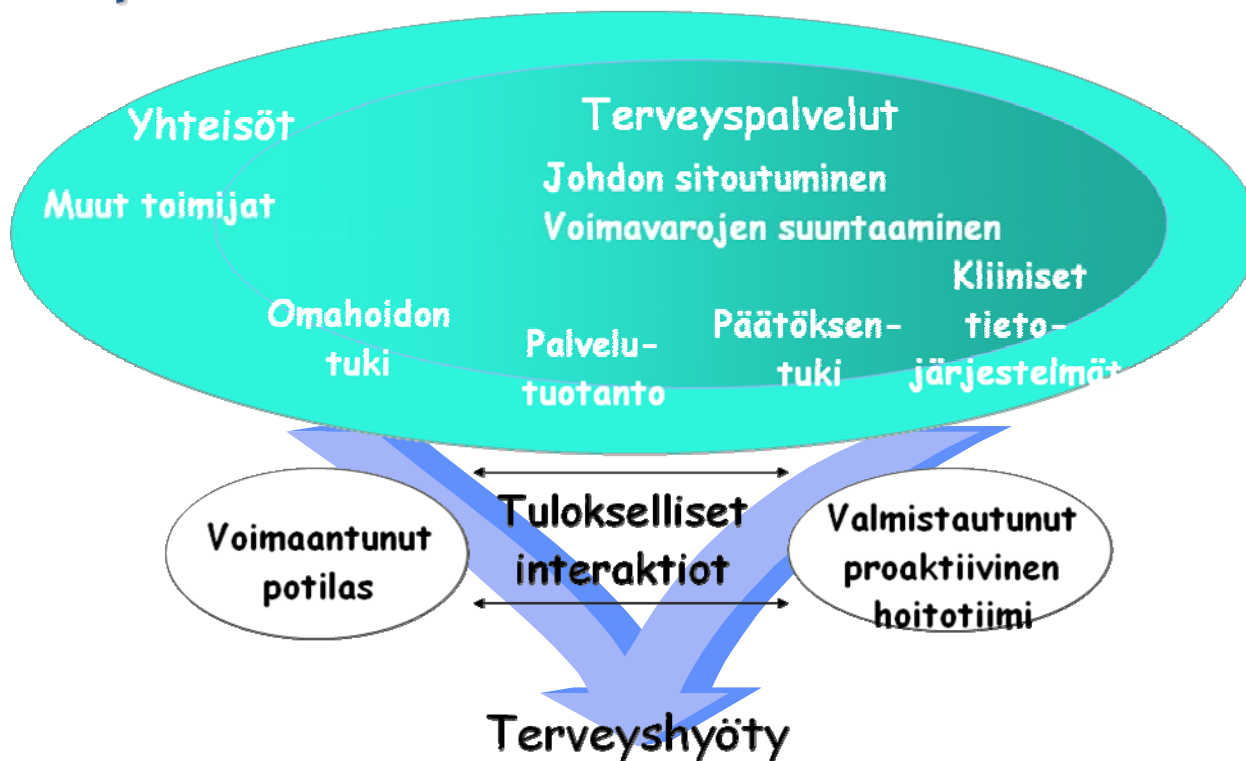
Chronic care model -toimintamallissa (Wagner, Austin, Davis, Hindmarsh, Shaefer & Bonomi 2001) tavoitteena on mahdollisimman tehokas hoito erilaisten yhteisöjen resursseja ja yhteistyötä hyödyntämällä. Yhteen hoitopaikkaan kerrallaan kiinnittyvän työn rinnalle on tullut siis laaja-alainen ja pitkäaikaissairauksien haittoja ennaltaehkäisevä yhteistyö (community setting), jossa perusterveydenhuollon osuus on erikoissairaanhoidon osuutta suurempi. Yhteistyö on pitkäaikaissairauksien haittoja ennaltaehkäisevää ja siinä korostetaan asiakkaan voimavaroja ja omaa roolia, empowermentia sekä erilaisia selviytymistä tukevia strategioita pyrkimyksissä sairauden hallintaan ja sen myötä itsenäiseen terveyden edistämiseen. Myös erilaisten kulttuuristen elementtien olemassaolo on mallissa esillä.

Sosiaalityön kiinnittyminen Wagnerin alkuperäisen mallin kulttuurista ulottuvuutta, yhteisön resursseja ja empowerment-elementtiä korostavaan kontekstiin vaikuttaa varsin luontevalta. Mutta Wagner et al. (2001) korostavat tavoitteina myös mahdollisimman tehokasta, turvallista, oikeudenmukaista, nopeaa ja tarpeenmukaista hoitoa. Henkilökohtaisten vastaanottoikäntien rinnalla ovat monimuotoiset yhteydenpitomuodot, esimerkiksi ryhmätapaamiset sekä puhelin- ja web-kontaktit ja lisäksi tiimin merkitys ja sen jäsenten vastuunjaon kysymykset. Esimerkiksi turvallisen ja oikeudenmukaisen hoidon toteutuminen edellyttää yleensä myös moniammatillisen tiimin toimintaa, johon sosiaalityöntekijä oman alansa asiantuntijana voi hyvin kiinnittyä.

Suomessa Wagnerin terveyshyötymallia on mallinnettu (esim. Mäntyranta 2010) lähinnä terveydenhuollon organisaatiokeskeisesti, mikä havainnollistuu hyvin seuraavassa kuviossa (Kuvio 1).

Terveyshyötymalli

Hyvän kroonisen sairauden hoidon elementit



Kuvio 1. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön mallinnus terveyshyötymallista (Mäntyranta 2010).

Yhteisö ja terveyspalvelut muodostavat mallin yleisen kehyksen. Yhteisöä tarkastellaan erityisesti kuntien, muiden sektoreiden ja järjestöjen kautta. Terveyspalvelujen alueella korostuvat johtaminen, erilaiset linjaukset ja tavoitteiden asettaminen. Hyvän hoidon elementteinä tuodaan esiin omahoidon tuki, palvelutuotanto, päätöksentuki ja tietojärjestelmät. Tuloksena on terveyshyöty, jonka toteutumisen varmistavat valmistautuneen proaktiivisen hoitotiimin tulokselliset interaktiot suhteessa voimaantuvaan ja lopulta voimaantuneeseen potilaaseen.

Suomalainen versio terveyshyötymallista on vahvasti järjestelmäkeskeinen – kuten suomalainen sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön ajattelu muutoinkin. Myös kroonisen sairauden hyvän hoidon keskeiset elementit nähdään ensisijaisesti järjestelmän ominaisuuksina: keskeisiä hyvän hoidon tekijöitä on tarkasteltu palvelutuotannon, omahoidon, päätöksenteon tuen ja kliinisen tietojärjestelmän kannalta (Taulukko 2).

Taulukko 2. Terveysyhyötymalli hyvän hoidon elementtien kannalta (Mäntyranta 2010).

YHTEISÖ Kunnat, muut sektorit ja järjestöt			
TERVEYSPALVELUT Johtaminen, linjaukset, tavoitteiden asettaminen			
Palvelutuotanto	Omahoito	Päätöksenteon tuki	Kliininen tietojärjestelmä
Vastuut ja työnjako Proaktiivisuus, kutsujärjestelmä Voimavaroja terveyshyötyyn (korkean riskin asiakkaat) Uusia palveluja: ryhmämuotoinen toiminta	Tilannearvio Tavoitteet potilaan kanssa (hoitosuunnitelma) Omahoidon tuki Seuranta	Tieteellinen näyttö käytettävissä – myös potilaalla Muistutukset	Tunnistaa potilaat, jotka tarvitsevat toimia Monitoroi tiimin suoritumista Tietoväylä ammattilaisten ja potilaan välillä
SEURAUKSET – Valmistautunut proaktiivinen tiimi			
TULOS – Voimaantunut asiakas			

Sosiaali- ja terveysministeriön terveyshyötymallin mallinnus vaikuttaa hyvin pelkistetyltä ja lähinnä hoito-organisaatiolähtöiseltä, kun sitä verrataan Wagnerin ja hänen työtovereidensa edustamaan the chronic care model -ajatteluun, jossa korostetaan kulttuurista ulottuvuutta, empowermentia ja selviytymistä tukevia strategioita pyrkimyksissä sairauden hallintaan (Wagner et al. 2001). Suomalaisessa mallinnuksessa ei ole tunnistettavissa samoja yhteisöllisyyden, osallisuuden ja elämänlaadun edistämisen tekijöitä, jotka korostuvat amerikkalaisessa ja brittiläisessä terveyshyötymallissa, eikä se helposti mielly "hoidon sosiaalisiksi malliksi" kuten erityisesti brittiläinen terveyshyötymalli (Fitzpatrick 2008). Siksi sosiaalityöllekin on erikseen etsittävä paikkaa terveyshyötymallin suomalaisessa sovelluksessa.

Hyvän hoidon elementtien eli palvelutuotannon, omahoidon, päätöksenteon tuen ja kliinisen tietojärjestelmän alueilla on kuitenkin painotuksia, joihin sosiaalityön asiantuntijuus toisi lisäarvoa. *Palvelutuotannon alue:* Sosiaalityössä tunnistetaan erilaisia sosiaalisia riskejä ja riskiryhmiä, joihin palveluja voisi ennaltaehkäisevästi suunnata. Terveysyhyödyn tulkinta avartuisi ja tulokset sen myötä, jos sosiaalityön hyvinvoinnin analyysi todentuisi terveyshyödyn tulkinassa. Sosiaalityön on mahdollista tuottaa osaltaan myös terveyttä edistävää ryhmämuotoista toimintaa. *Omahoito:* Omahoidon tavoitteena voi olla terveyden kokonaisvaltainen (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus) edistäminen. Omahoidon tulkinta voi saada laajemman sisällön, jos sosiaalityö mukana sekä tilannearvion laadinnassa, tavoitteiden asettelussa, omahoidon tukemisessa ja seurannassa. Sosiaalityöllä voidaan vahvistaa myös moti-

vaatiota omahoitoon. *Päätöksenteon tuki*: Sosiaalityössä on sekä tutkimuksellista että käytännön kautta syntyntä tietoa, jota voi hyödyntää erilaisen päätöksenteon tukena. Asiakkailla on oikeus saada esimerkiksi heitä itseään koskeva tieto myös päätöksenteon tueksi. *Kliininen tietojärjestelmä*: Asiakaskohtainen dokumentointi ja sen pohjalta rakentuva yleisempi yhdistelmä tieto todentuu sosiaalityössä. Sosiaalityössä tuotettu tieto voi kiinnittyä osaksi terveydenhuollon tietojärjestelmää ja olla hyödynnettävissä laajemminkin.

Terveyshyötymalliin kiinnittyen on Suomessa kehittynyt esimerkiksi asiakasvastaava (case manager) toiminta, jonka tavoitteena on tuottaa terveyshyötyä väestölle, vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä ja lisätä terveyskeskusten houkuttelevuutta työpaikkana. Keskeisenä toimijana on asiakasvastaava (case manager), jonka Muurinen & Mäntyranta (2010, 10–12) rinnastavat palveluohjaajaan (service co-ordinator). He näkevät palveluohjaajan tehtäväalueen asiakasvastaavaan tehtäviin verrattuna kuitenkin huomattavasti rajatumpana. Asiakasvastaavana voi toimia vain terveydenhuollon ammattilainen, mutta palveluohjaajana sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon ammattilainen. Sekä asiakasvastaava että palveluohjaaja voivat esimerkiksi vastata asiakkaiden ja ammattilaisten pyyntöihin, kartoittaa käytössä olevia palveluja, hoitaa neuvontaa ja ohjausta sekä yhteydenpitoa muihin tahoihin, ajaa asiakkaiden asioita ja koordinoida palveluja. Palveluohjaajan tehtäviin eivät sen sijaan kuulu asiakkaiden seulonta ja kutsuminen, asiakkaiden tarpeiden ja voimavarojen sekä riskien arviointi, asiakkaiden hoidon toteutuksesta vastaaminen eikä yleensä myöskään tavoitteiden asettaminen ja interventioiden määrittely sekä asiakkaan motivointi ja palvelujen järjestäminen. Asiakasvastaavan tehtävinä edellä mainitut alueet sen sijaan ovat.

Sekä asiakasvastaavalla että palveluohjaajalla on tehtäväalueita, joihin sosiaalityön asiantuntijuus voi tuoda toimintahorisonttia avartavan tutkimuksellisen ja toiminnallisen lisäarvon. Näitä ovat esimerkiksi riskien arviointi, tarpeiden ja voimavarojen kartoittaminen yleisemmin kuin pelkästään asiakastasolla, tavoitteiden asettaminen ja sosiaaliset interventiot, asioiden ajaminen yhteiskunnallisen vaikuttamisen kautta sekä motivointi yleisen hyvinvoinnin ja samalla myös terveyden edistämiseen.

4. Sosiaalityö olosuhteisiin vaikuttavassa pitkän aikajänteen sosiaalisessa mallissa

Sosiaaliin olosuhteisiin vaikuttavan ja yhteisön merkitystä korostavan sosiaalisen mallin ideana on pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisy mahdollisimman pitkällä aikajänteellä. Sosiaalisen mallin toteutuminen edellyttää sosiaalityössä humaaniin ihmiskuvaan nojaavaa poliittista, järjestelmän kehittämiseen suuntautuvaa ja käytännöllisiä innovaatioita etsivää ajattelua. Riskiryhmien tunnistaminen, osallisuuden vahvistaminen ja olosuhteiden rakentaminen terveyttä edistäväksi on mallin toteutumisen kannalta erityisen keskeistä. Itsehoidolla on mallissa merkittävä rooli, sillä sosiaalityön tavoitteena on myös itsehoidon merkityksen tietoiseksi tekeminen ja itsehoidon vahvistuminen erityisesti riskiryhmiin kuuluvilla, joissa on kaikenikäisiä ihmisiä. Sosiaaliin olosuhteisiin vaikuttajina toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden virallisten organisaatioiden lisäksi myös vapaaehtoissektori, erilaiset järjestöt ja muut mahdolliset toimijat, esimerkiksi ystävät ja sukulaiset. (Fitzpatrick 2008.)

Presho (2008) nostaa esiin kulttuurisen ulottuvuuden monimuotoisen kiinnittymisen palvelujen suunnitteluun, tarjontaan ja toteutukseen. Sosiaalityössä kulttuurinen kompetenssi merkitsee arvojen, etnisten kysymysten ja elämäntapojen huomioimista sekä pyrkimyksiä itsetuntemuksen vahvistamiseen sekä etujen ja oikeuksien oikeudenmukaiseen toteutumiseen. Mielenterveyden edistämisen alueella korostuvat erityisesti itseohjautuvuuden kysymykset. Psykososiaalisten tekijöiden kohdalla huomion kohteina ovat puolestaan elämänlaadun sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön terveyttä edistävät elementit. (Presho 2008.)

Olosuhteisiin pitkällä aikajänteellä vaikuttavassa sosiaalisessa mallissa korostuu erilaisiin ryhmiin kuuluvien aktiivinen toiminta. Myös sosiaalityö suuntautuu ikääntyneiden osallisuuden vahvistamiseen osana kansalaisyhteiskunnan toimintaa. Keskeistä on erityisesti kumppanuuden ajatus, jolloin esimerkiksi erilaisilla yhteisöillä, järjestöillä ja vapaaehtoistyöllä on aktiivinen rooli ikääntyneiden ihmisten osallisuutta edistävien rakenteiden luomisessa ja toteutuksessa. Osallisuuden edistämiseen liittyy erilaisten foorumien ja sidosryhmien toiminta, mikä mahdollistaa ikääntyneiden osallistumisen heitä koskevien asioiden suunnitteluun ja myös muuhun yhteistyöhön hallinnon kanssa. (Faithurst, Baines, Williamson, Ryan, Reed & Cook 2011.)

Sosiaalityön tehtävä tutkimuksellisen tiedon tuottajana ja yhteiskunnallisena vaikuttajana korostuu silloin, kun pyritään vaikuttamaan sosiaaliin olosuhteisiin. Tutkimuksellisen tiedontuotannon keskiössä voivat olla esimerkiksi erilaisiin sosiaaliin ja terveydellisiin riskeihin liittyvät kysymykset. Sosiaalityön tutkimus on (esim. Niemelä 2011) eettisesti motivoitua sosiaalityön tutkimusta, jonka tehtävänä on analysoida väestön hyvinvoinnin tilaa ja yhteiskunnallisten järjestelmien toimivuutta, mutta sosiaalityö on myös toimintatiede, jonka avulla haetaan ratkaisuja siihen, miten ihmisten hyvinvointia voidaan parantaa.

Yhteiskunnallisessa hyvinvointityössä, johon myös sosiaalityö kuuluu, voidaan erottaa sekä makro-, meso- että mikrotasot. Yleisesti tulkiten (Niemelä 2009) makrotasolla tarkoitetaan yhteiskunnan tasoa, jolloin toimintakohteena ovat väestön hyvinvointi ja sen vajeet. Huomio kiinnittyy esimerkiksi työhön, sosiaaliturvaan, koulutukseen, asumiseen ja perheeseen. Me-

sotasolla tarkoitetaan yhteisöä, esimerkiksi asuinalueita tai koko kuntaa. Silloin toiminta kiinnittyy kunnan asukkaiden hyvinvointiin ja sen vajeisiin. Mikrotasolla on ihminen eli yksilö ja perhe, jolloin työn kohteena ovat asiakkaiden hyvinvointi ja sen vajeet. Ajan ja tilan sosiaalinen organisointi kuuluu olennaisesti pitkän aikajänteen sosiaaliseen terveyshyötymalliin, ja varsinkin kotipalvelun organisoinnissa korostuvat ihmisten kotiin liittämät merkitykset sekä rajankäynti julkisen ja yksityisen elämänpiirin välillä (Fairhurst 2008). Pitkäaikaissairauden vaikutukset elinoloihin otetaan huomioon, samoin elinolojen psykososiaaliset seuraukset (Loggenberg 2008). Ihmisten yksityistä elämänpiiriä kunnioittava työskentelytapa kuuluu perustavalla tavalla sosiaalityön arvopohjaan, mikä edesauttaa sosiaalityötä toteuttamaan osallista ajan ja tilan sosiaalista organisointia, jossa ei loukata ihmisten yksityisyyttä.

Sosiaalityön toimintamuodot vaihtelevat eri tasoilla. Esimerkiksi hyvinvointipolitiikkaan ja hyvinvointihallintoon liittyvät kysymykset korostuvat makrotasolla, hyvinvointipalvelut ja niiden etiikka mesotasolla ja hyvinvointityö taas mikrotasolla. Makrotasolla vallitsee valtion poliittinen ja lainsäädännöllinen ohjaus, mesotasolla palvelujen organisointi kuntatasolla ja mikrotasolla ammatillisen työn tekeminen. Makrotason toimintana myös asiakastyö on luonteeltaan tietoa tuottavaa, jolloin dokumentoinnilla on esimerkiksi informaation tiivistämisen ja yleistämisen kannalta keskeinen merkitys. Mesotaso ilmenee sosiaalityön osallistumisena toimintaan, jonka avulla luodaan edellytyksiä hyvinvointiongelmien tunnistamiseen ja niiden eettiseen problematisointiin sekä ratkaisupyrkimyksiin. Mikrotasolla sosiaalityö on asiakastason hyvinvointityötä, joka edellyttää tieteellisen tiedon, ammatillisen taidon ja etiikan yhteensovittamista. Sosiaalityössä korostuvat toimenpiteet ongelmien ratkaisemiseksi ja muutoksen arviointi sekä yhteisö- että yksilötasolla. (Niemelä 2011.)

Teknologian rooli on ennaltaehkäisevässä sosiaalisessa mallissa merkittävä (Presho 2008). Huomiota on kiinnitetty erityisesti pitkäaikaissairaiden ja hoitohenkilöstön välisen yhteydenpidon mahdollistavaan sekä ihmisten omatoimista selviytymistä tukevaan teknologiaan (Wagner et al. 2001; Fitzpatrick 2008). Sosiaalityö voi moniammatillisena työnä kiinnittyä niihin asiakaskohtaisiin teknologisiin ratkaisuihin, joiden avulla pyritään pitkäaikaissairaiden toimintakyvyn tukemiseen, osallisuuden edistämiseen ja autonomisuuden turvaamiseen. Esimerkkinä on gerontoteknologisen päätöksenteon prosessi, johon tarvitaan myös sosiaalityön asiantuntijuutta ja sosiaalista näkökulmaa (Väisänen & Hämäläinen 2007). Sosiaalityön näkökulmasta huomio kiinnittyy fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ohella myös sosiaaliseen toimintakykyyn ja ihmisten sosiaalista kanssakäymistä tukeviin hyvinvointiteknologisiin innovaatioihin ja sovelluksiin.

5. Elämän tarkoitus, yksilöllisyyden kunnioittaminen ja osallisuus sosiaalityön eettisinä kysymyksinä

Eettisenä työnä sosiaalityössä pohditaan ihmisen elämän tarkoitusta ja selviämistä erilaisissa elämäntilanteissa ja elämän muutoksissa. Elämän tarkoitukseen liittyvät kysymykset voivat ajankohtaistua hyvinkin eri tavoin eri ikä- ja elämänvaiheissa. Sairaudet ja sairastuminen usein asettavat ihmisen vastatusten elämän rajallisuuden kanssa, saavat aikaan turvattomuuden tunnetta ja suuntaavat huomiota olemassaolon tarkoitusta koskeviin eksistentiaaliin kysymyksiin (Ryynänen 2005). Toivon valaminen vaikeissa elämäntilanteissa kamppailevien ihmisten elämään on nähty sosiaalityön yhdeksi tehtäväksi (Ruuskanen, Savolainen & Suonio 2011). Tätä voidaan pitää ratkaisevan tärkeänä osatekijänä myös terveyshyödyn tuottamisessa.

Elämän tarkoituksen kysymykset korostuvat siis erityisesti muuttuneissa elämäntilanteissa, joista toiset selviävät hyvin ja toiset taas hiukan huonommin. Äärimmäisen vaikeissa keskitysleiriolosuhteissa eläessään Frankl (2002) analysoi erityisesti juuri tätä kysymystä. Hän korosti, että jokaisella ihmisellä on tarve löytää tarkoitus elämälleen, sillä pelkkä itsensä ilmaiseminen ei riitä. On siis oltava jotakin, jonka olemassaolo syvemmin kohtaa. Katsoessaan tulevaisuuteen ihminen on vastakkain arvojen ja elämän tarkoituksen kanssa. Jonkun sitoo elämään rakkaus lapsiin, toisen käyttämättä oleva kyky ja kolmannen säilyttämisen arvoiset muistot. Kyse on siis osaltaan elämän rippeiden säilyttämisestä. Franklin mukaan elämään kuuluu muuttuvuus ja tietoisuus omasta vastuusta sekä rakkauden merkityksen ja kärsimisen tarkoituksen ymmärtäminen. Ihmisen on myös kannettava vastauksensa asettama vastuu, olivatpa hänen olosuhteensa mitkä tahansa. Jyrkämä (2007) nostaa esiin ihmisen sopeutumisen ja uudenlaisen psyykkistä tasapainoa ja hyvinvointia edistävän toimijuuden löytymisen muuttuneissa elämäntilanteissa. Toisaalta hän korostaa myös sitä, että varsin moni pitkäaikaissairas joutuu tekemisiin myös toimijuuden ja avuttomuuden välisen problematiikan kanssa.

Sosiaalityö on ihmistyötä, jossa yksilöllisyyden kunnioittaminen korostuu. Terveystyön tavoittelu merkitsee tuen lisäksi yleensä myös elämäntapoihin liittyvää kontrollia, joka äärimmilleen vietyinä voi uhata ihmisen yksilöllisyyttä ja autonomiaa. Sosiaalityössä kiinnostuksen kohteena on (Niemi et al. 1997) autonomisuuden kunnioittaminen erityisesti ihmisarvon ja perusturvallisuuden säilymisen kannalta. Esimerkiksi ajattelun ja mielipiteen ilmaisun vapaus, mahdollisuus päättää omista asioista sekä vaihtoehtojen määrän riittävyys ovat sisäisen vapauden kannalta keskeisiä. Sisäinen vapaus on taas mahdollista kytkeä yleisempään yksilön suojeluun ja siten myös laajempaan henkisen kulttuurisen turvallisuuden kontekstiin, jonka alueella korostuu yksilön suojeleminen välinpitämättömyydeltä, loukkauksilta ja kiihkomielisyydeltä.

Sairauksiin ja ikääntymiseen liittyy usein sellaisia tulkinnallisia kysymyksiä, jotka heikentävät yksilöllisyyden ja autonomian toteutumista. Sairauksien ilmenemistä ja ikääntymistä on pitkään tutkittu pääasiassa biolääketieteellisen käsityksen kautta, jossa kronologisella eli vuosina mitattavissa olevalla iällä ja iän myötä tulevilla sairauksilla on ollut keskeinen merkitys. Tämä on johtanut (mm. Kite & Wagner 2002) siihen, että sosiaalityön kannalta keskeiset ikääntymisen sosiaaliset ja kulttuuriset ulottuvuudet ovat jääneet osittain taka-alalle. Vaikka

väestön ikääntymisen myötä ikääntymisen kysymykset helposti saavat paljon huomiota terveyshyötymallin sovelluksissa, on syytä korostaa, että terveyshyötyajattelu kattaa ihmisen koko elämänkaaren ja koskee kaikkia ikäryhmiä ja pitkäaikaissairauksien koko kirjoa. Mallin soveltaminen edellyttää huomion kiinnittämistä ihmisten hyvinkin erilaisiin tarpeisiin eri ikävaiheissa ja samalla yksilöllisiin elämäntilanteisiin, pitkäaikaissairauden luonteeseen ja elämänlaadun tekijöihin.

Kronologisen iän lisäksi sosiaalityössä on välttämätöntä ottaa huomioon myös iän muut määrittelyhorisontit. Näitä ovat ensinnäkin sosiaalinen ikä, joka määrittyy erityisesti erilaisten sosiaalisten roolien kautta, toiseksi kokemuksellinen ikä, joka rakentuu ihmisen subjektiivisista ja persoonallisista lähtökohdista sekä elämäntavoitteiden etenemisestä käsin, ja kolmanneksi funktionaalinen ikä, joka määrittyy toimintakyvyn eri osa-alueiden pohjalta. Ihminen voi kronologiselta iältään olla varsin vanha, mutta kun häntä verrataan toisiin saman ikäisiin, hän voi esimerkiksi funktionaaliselta ja kokemukselliselta iältään ollakin vielä nuori. Yhteiskunnallisen osallisuuden oikeutus voi rakentua erilaisten sairaus- ja vanhenemiskäsitusten varaan. Esimerkiksi sairastuminen voi irrottaa ihmisen työstä ja työyhteisön ihmissuhteista jo iältään myös varsin nuorena. Sosiaalinen vanheneminen liittyy ihmisen ja hänen ympäristönsä ja yhteiskunnan välisiin suhteisiin ja suhteiden muuttuminen merkitsee muutoksia erityisesti ihmisen asemaan yhteiskunnassa. Työstä jäädään eläkkeelle, vanhemmuudesta siirrytään isovanhemmukseen ja lisääntyneen vapaa-ajan harrastukset voivat synnyttää uusia sosiaalisia suhteita. Sen sijaan yhteiskunnallisella vanhenemisella tarkoitetaan väestön ikääntymisen vaikutuksia yhteiskunnan talouteen ja muihin yhteiskunnallisiin toimintoihin. (Jyrkämä & Nikander 2007.)

Taloudellisen osallisuuden turvaaminen korostuu sosiaalityössä silloin, kun taloudellinen toimeentulo vaarantuu esimerkiksi pitkäaikaissairauden seurauksena. Taloudellisen toimeentulon vaarantuminen voi Baumanin (2002) mukaan merkitä esimerkiksi yleisen elämänsuunnan hämärtymistä. Jos tulevaisuutta ei ole mahdollista taloudellisessa mielessä ennakoida, turvallisuuden tunteen ylläpitämiseen ja elämän mielekkyyden kokemiseen liittyy usein erilaisia uhkia. Toisaalta taloudellinen tilanne on viime vuosina parantunut, mutta toistaiseksi ei ole vielä riittävästi tutkimustietoa siitä, millaisia kulutustottumukset tulevaisuudessa mahdollisesti ovat. (Vaarama et al. 2006.) Toisaalta Saaren (2010) mukaan taloudellinen toimeentulo on hyvinvoinnin lähteenä menettänyt merkitystään ja sen rinnalle tai jopa tilalle on nousut sosiaalisten suhteiden ja osallisuuden merkitys.

Taloudellisen osallisuuden lisäksi korostuu osallisuus riittäviin palveluihin. Osallisuus palveluihin riippuu myös siitä, mille kohderyhmille palveluja halutaan erityisesti kehittää. Osa pitkäaikaissairaista kuuluu niihin ikääntyviin ihmisiin, joiden palveluiden riittävyyteen ja laatuun liittyy suuria haasteita. Osallisuutta palveluihin tukee, että asiakkaiden mielipiteiden kuuleminen nousee keskeisenä tavoitteena esiin sekä palvelujen suunnittelussa että niiden kohdentamisessa (esim. Jyrkämä & Nikander 2007). Hyvinvointia tukeva ympäristö vahvistaa varsinkin ikääntyneiden ihmisten osallisuutta myös epäviralliseen apuun. Hyvinvointia tukeva ympäristö rakentuu sen fyysisten, sosiaalisten ja symbolisten ominaisuuksien myötä. Näistä osa-alueista esimerkiksi sosiaalinen ympäristö rakentuu avun saamisesta, yhteydenpidosta omaisiin, ystävistä ja viihtyisästä asuinyhteisöstä ja symbolinen ympäristö muodostuu hyvinvoinnin ideaalisista ominaisuuksista, hengellisyydestä, hyvinvoinnin normatiivisista ominaisuuksista ja historiallisuudesta. (Elo 2006.)

Osallisuudessa on kyse myös syrjäytymisen ehkäisemisestä. Osallisuutta on vahvistanut, että Euroopan komissio nimesi vuoden 2010 köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen teemavuodeksi. Teemavuoden tavoitteina nousivat esiin esimerkiksi yhteisvastuu ja osallistuminen sekä yhteenkuuluvuus ja sitoutuminen. Yhteisvastuun ja osallistumisen alueella korostuivat esimerkiksi julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden välisen keskustelun virittäminen ja rohkeiden toimintamallien siirtyminen eri toimijoiden välillä.

6. Empowerment – sosiaalityön menetelmällinen vaihtoehto terveyden edistämiseen

Empowerment perustuu kriittisiin ja yhteiskunnallista syrjäytymistä ja syrjintää vastustaviin teorioihin, joissa korostuvat pyrkimykset esimerkiksi sosiaaliseen muutokseen. Sosiaalityön orientaationa empowerment merkitsee huomion kiinnittäminen esimerkiksi syrjäytymisen ehkäisyyn, vaikutusmahdollisuuksiin ja osallisuuteen. Pyrkimykset muutokseen edellyttävät pitkäjänteistä ja suunnitelmallista työtä, sillä muutosta halutaan sekä yhteiskunnan, yhteisön että yksilön tasoille. (Payne 2005, 295–298.)

Empowermentin voimavaranäkökulman myötä kyseenalaistuu näkemys ihmisistä huollettavina. Lähtökohtana on kokonaistilanteen monipuolinen huomioiminen, elämänhistorian ja elämäntilanteen peilaus sekä näköalojen avaaminen tiedostamattomista ja tiedostetuista mahdollisuuksista. Yksilötasolla korostuvat ihmisten tietoisuuden vahvistuminen, voimavarat, elämän sisältö ja mahdollisuudet itsenäisinä toimijoina. Elämä voidaan nähdä prosessiksi, jossa optimoidaan mahdollisuudet terveyteen, osallisuuteen ja turvallisuuteen. Sosiaalityöllä on keskeinen rooli esimerkiksi niissä prosesseissa, joiden myötä käynnistyvät muutokset ihmisten ajattelu- ja toimintatavoissa sekä itsenäisissä valinnoissa. Toimintaan liittyy myös kontrolli, joka määrittyy moninaisten tarpeiden pohjalta. (Askheim 2003.)

Empowermentin vahvistamiseen liittyy sosiaalityössä valintoja, joihin vaikuttavat filosofiset, eettiset ja autonomisuuteen liittyvät kysymykset. Asiakkaiden empowermentin vahvistamisen mahdollistuu esimerkiksi erilaisten ohjelmien avulla, jotka sisältävät myös vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arvioinnin. Osallisuus suunnitteluun ja ongelmien ratkaisuun, tutor toiminta ja ryhmän tukeminen sekä kommunikaatiotaitojen kehittäminen tulevat puolestaan konkreettisina toimintoina esiin. (Street & Powel 2008.)

Empowerment on saanut tukea useista samansuuntaista orientaatiota kuvaavista käsitteistä. Empowerment voidaan nähdä (Hokkanen 2009) valtaistumisen ja voimaantumisen dialogina, jolloin asiakas itse on ensijainen toimija. Valtaistuminen ilmenee konkretisoituvana muutoksena ja voimaantuminen taas subjektiivisena kokemuksena. Valtautumisen käsite on myös kytkeyty (Juntunen 2009) empowermentiin. Valtautumisella on sekä yksilöllinen että rakenteellinen taso. Yksilölliseen tasoon kuuluvat erilaiset toiminnot ja prosessit, joiden avulla yksilö itse lisää elämänsä hallintaa. Yksilöllinen taso tarkoittaa myös yksilön itsetunnon ja arvostuksen kasvamista, myönteistä minäkuvaa ja erilaisten tietojen ja taitojen lisääntymistä. Valtautuminen on aina yksilöstä itsestään lähtevä prosessi. Rakenteellinen taso tarkoittaa yksilöön ulkoapäin vaikuttavia sosiaalisia rakenteita, rajoja ja vallan suhteita, jotka vaikuttavat yksilön valtautumisen mahdollisuuksiin. Yksilö saa valmiuksia tunnistaa rakenteellisia ja sosiaalisia voimasuhteita, jotka vaikuttavat epäoikeudenmukaisesti yksilön elämään ja vähentävät mahdollisuuksia hallita sitä. (Askheim 2003.)

Valtautumiseen sisältyy sekä henkilökohtainen, sosiaalinen, koulutuksellinen, taloudellinen että poliittinen ulottuvuus. Terveyttä edistävä ja terveyshyötyä lisäävä sosiaalityö merkitsee toimintaa näillä kaikilla ulottuvuuksilla. Henkilökohtaisen ulottuvuuden merkitys yksilölle ja ryhmälle ilmenee itseohjautuvuuden, itsehallinnan ja itsesäätelyn saavuttamisena. Sosiaalityön keinoin voidaan mahdollistaa tarvittavat voimavarat ja resurssien vahvistaminen. Sosiaalisen ulottuvuuden merkitys näkyy hakeutumisena yhteisöllisyyteen ja osallisuuteen, jolloin

sosiaalityö kartoittaa osallistumisen ja sosiaalisen tuen mahdollisuuksia. Koulutuksellisella ulottuvuudella voi toteutua itsensä kehittäminen ja haaveiden toteutuminen. Taloudellinen ulottuvuus merkitsee taloudellisten resurssien saavuttamista, jolloin sosiaalityössä etsitään ne mekanismit, jotka tukevat taloudellista hyvinvointia. Poliittinen ulottuvuus näyttäytyy osallisuutena päätöksentekoon ja sosiaalityössä korostuu osallistumisen tukeminen. (Juntunen 2009.)

Terveyshyötymalli tarjoaa sosiaalityölle ajatuksellisen kehityksen, joka monella tavalla vastaa sosiaalityön omaa toimintalogiikkaa: huomio kohdistuu ihmisten elämänlaadun kaikinpuoliseen edistämiseen ja siinä nimenomaan sosiaalisen elinympäristön, yhteisösuhteiden ja osallisuuden merkitykseen. Pelkän järjestelmäkeskeisen työskentelyn asemesta korostetaan ihmisten luonnollisten verkostojen tärkeyttä. Huomiota kiinnitetään pitkäaikaissairauden psykososiaalisiin vaikutuksiin, mikä sosiaalityössä tarkoittaa psykososiaalisen työtteen kautta tapahtuvaa ihmisten valtaistamista. Kyse on samalla ihmiskuvasta, jossa painoa ihmisen situationaaliseen olemispuoleen ja ihmistä tarkastellaan sosiaalisten suhteidensa kautta. Moniammatillisessa toimintakokonaisuudessa tätä voidaan pitää sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden ydinalueena – erotuksena esimerkiksi ihmisen kehollista olemispuolta koskevasta lääkärin asiantuntijuudesta ja tajunnallista olemispuolta koskevasta psykologin asiantuntijuudesta (Rauhala 2005).

7. Johtopäätökset

Hyvinvointiteoreettiset lähtökohdat ja rajatummin hyvinvoinnin jäsentäminen resurssien, osallisuuden ja tarpeiden tyydyttämisen kannalta jäsentää sosiaalityötä terveyshyötymallin kontekstissa. Sosiaalityön tuomana lisäarvona on hyvinvoinnin moniulotteinen tulkinta. Lisäarvona on myös toimintateoreettisen näkökulman tuominen terveyshyötymalliajatteluun, sillä ihmisen toiminnan ulottuvuuksina nähdään sekä taloudellisen, sosiaalisen että henkisen eli sivistyksellinen toiminta, joiden kautta haetaan elämään varmuutta, osallisuutta ja hyvää oloa.

Sosiaalityön kautta terveyshyötymalliin syntyvä lisäarvo koskee ennen muuta ihmisten yhteiskuntasuhteiden, sosiaalisten verkostojen, elinolojen, elinpiiriä rajoittavan pitkäaikaissairauden psykososiaalisten vaikutusten, yhteisöllisyyden ja osallisuuden huomioon ottavaa asiantuntijuutta. Terveyshyötymallia on jokseenkin mahdotonta mieltää moniammatillisena toimintakokonaisuutena ilman sosiaalityöstä välittyvää näkökulmaa ja ammatillista osaamista. Sosiaalityö näyttäytykin elimellisenä osana pitkäaikaissairaiden elämänlaadun ja terveyden edistämisen kokonaisuutta. Yksilöidysti voidaan tuoda esiin ainakin seuraavat näkökohdat:

- Hyvinvoinnin ja ihmisen toiminnan sosiaalisia ja psykososiaalisia ehtoja korostava tulkinta ja huomion kiinnittäminen yhteisöllisyyden, osallisuuden ja turvallisuuden merkitykseen elämänlaadun ja terveyden edistämässä
- Terveyshyödyn näkeminen ihmisen oman kokemuksen kautta, oman elämäntilanteen ja hyvinvoinnin kokemuksena
- Elämän tarkoituksen ja mielekkyyden kokemisen huomioon ottaminen terveyden edistämässä ja terveyshyödyn tavoittelussa
- Yksilöllisyys iän, vanhenemisen ja sairauden tulkinnoissa
- Empowermentin vahvistaminen henkilökohtaisella, sosiaalisella, koulutuksellisella, taloudellisella ja poliittisella alueella
- Sosiaalityhteellisen tutkimustiedon ja asiantuntijuuden edustaminen moniammatillisessa toimintakokonaisuudessa ja sitä koskevan tiedon tuottaminen suunnittelun ja päätöksenteon tueksi

Kaiken kaikkiaan terveyshyötöajattelussa pyritään ylittämään pelkkä biolääketieteellinen lähestymistapa korostamalla sosiaalista ulottuvuutta terveyden edistämässä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Sosiaalityö sisältää lähtökohtaisesti tällaisen terveyshyödyn elementin.

Sosiaalityössä terveys jäsenyy fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana. Sosiaalityön tuoma lisäarvo terveyshyötymalliin on, että tämän terveystulkinnan kautta myös terveyshyöty voi saada laajemman käsitteellisen sisällön. Terveyttä ja terveyshyötöä on mahdollista tulkita sekä objektiivisen että subjektiivisen hyvinvoinnin kannalta. Terveyshyöty voi ilmetä esimerkiksi erilaisten sosiaalisten roolien toteuttamisena, elämän mielekkyyden, enustettavuuden ja loogisuuden kokemuksena sekä sopeutumisena elämän ongelmiin. Terveyshyötöä osoittaa myös ihmisen toimijuus ja osallisuus. Terveyshyödyn tavoittelu ilmenee hyvinvointia edistävänä toimintana sekä yksilön, yhteisön että yhteiskunnan tasoilla.

Sosiaalityössä on vahva eettinen lataus ja siinä korostuvat myös elämän tarkoitukseen liittyvät kysymykset. Myös pitkäaikaissairaiden terveyttä edistävän toiminnan tekee mahdolliseksi jokin syvempi elämän tarkoitus tai tavoite, johon kannattaa pyrkiä. Terveyttä edistävänä toimintana sosiaalityö antaa tilaa yksilöllisyydelle ja autonomisuudelle sekä ajattelun vapaudelle, vaikka toimintaan liittyy myös esimerkiksi elämäntapoja jossain määrin säätelevä kontrollin ulottuvuus. Sosiaalityön tuoma lisäarvo terveyshyötymalliin on siis huomion kiinnittäminen elämän syvempään tarkoitukseen myös terveyttä edistävän toiminnan tukemisessa ja siihen motivoinnissa. Terveyttä edistävä sosiaalityö on mielekkääseen tulevaisuuteen tähtäävää toimintaa.

Sosiaalityössä korostuu yksilöllisyys sekä iän, sairauksien että vanhenemisen tulkinnoissa, jota tulkintaa voidaan pitää sosiaalityön tuomana lisäarvona erityisesti biolääketieteellisesti painottuvaan terveyshyötymalliin. Esimerkiksi kokemuksellinen ikä on sosiaalityössä merkittävä, koska siihen liittyvä ymmärrys rakentuu subjektiivisten ja persoonallisten lähtökohtien lisäksi myös elämäntavoitteista käsin. Erityisen merkittävää on yhteiskunnallisen osallisuuden oikeutus esimerkiksi iästä tai sairauksista riippumatta. Yhteiskunnallista osallisuutta vahvistavat esimerkiksi tarvittavat palvelut ja riittävä taloudellinen toimeentulo.

Sosiaalityön tuomana lisäarvona terveyshyötymalliin on myös empowermentin vahvistamisen korostaminen sekä henkilökohtaisella, sosiaalisella, koulutuksellisella, taloudellisella että poliittisella ulottuvuudella. Empowerment on sosiaalityössä väline terveyttä edistävään sosiaaliseen muutokseen. Esimerkiksi henkilökohtaisen ulottuvuus ilmenee itseohjautuvuuden, itsehallinnan ja itsesäätelyn saavuttamisena ja sosiaalinen ulottuvuus hakeutumisenä yhteisöllisyyteen ja osallisuuteen. Koulutuksellinen ulottuvuus toteutuu taas itsensä kehittämisenä ja haaveiden toteutumisena. Empowerment-ajatteluun kuuluu olennaisesti myös asiakkaiden yhteiskunnallisen osallisuuden, osallistumisen ja edunvalvontavalmiuksien edistäminen.

Sosiaalityö mahdollistaa yhteiskuntatieteellisen tutkimustiedon tuottamisen ja myös laajemman yhteiskunnallinen vaikuttamisen terveyshyötymallin kontekstissa. Terveiden edistämiseen ja terveyshyötyyn voidaan pyrkiä erilaisten toimintamallien avulla ja sosiaalityö on mahdollinen hyvinkin erilaisissa terveyshyötymalleissa. Sen tuoma lisäarvo eri malleihin on, että sosiaalityötä voidaan toteuttaa sekä makro-, meso- että mikrotasolla. Makrotasolla korostuvat esimerkiksi hyvinvointipolitiikkaan ja hyvinvointihallintoon liittyvät kysymykset, mesotasolla hyvinvointipalvelut ja niiden etiikka ja mikrotasolla hyvinvointia vahvistava asiakastyö.

Lähteet

Allardt, Erik 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuudet. Porvoo: WSOY.

Askheim, Ole 2003. Empowerment as guidance for professional social work: an act of balancing on a slack rope. *European journal of social work* 6 (3), 229–240.

Bauman, Zygmunt 2002. Notkea moderni. Jyväskylä: Vastapaino.

Elo Satu 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Oulun yliopiston julkaisuja D 889. Oulu.

Fairhurs, Eileen 2008. Redocumenting home and managing long term conditions: The social organization of place and time. In: M. Presho (ed.) *Managing long term conditions. A social model for community practice*, Chichester: Wiley-Blackwell, 179–195.

Fairhurst, Eileen & Baines, Sue & Williamson, Tracey & Ryan, Julia & Reed, Jan & Cook, Glenda 2011. Older people, participation and collaborative governance in post-industrial cities in England. Eileen Fairhurst to Juha Hämäläinen/sähköpostin liitetiedosto. Luettu 17.5.2011.

Fitzpatric, Marilyn 2008. Frameworks for supporting patients with long term conditions. In: M. Presho (toim.) *Managing long term conditions. A social model for community practice*, Chichester: Wiley-Blackwell, 1–20.

Frankl, Viktor 2002. Ihmisyyden rajalla. Keuruu: Otava.

Hokkanen, Liisa 2009. Empowerment valtaistumisen ja voimaantumisen dialogina. Julkaisussa: M. Mäntysaari, A. Pohjola & T. Pösö 2009. *Sosiaalityön teoria*. Jyväskylä: PS-Kustannus. 315– mm 337 .

ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Helsinki: Stakes.

Juntunen, Elina 2009. Valtaa diakoniasta. Valtautumisen monet merkitykset diakoniatyössä. *Janus* 2/2009. Vol 17, 139–155.

Jyrkämä, Jyrki & Nikander, Pirjo 2007. Ikäsyrijintä – ageismi. Julkaisussa: O. Lepola & S. Villa (toim.) *Syrjintä Suomessa*. Helsinki: Ihmisoikeuksien liitto, 181–218.

Jyrkämä, Jyrki 2007. Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimukseen. Julkaisussa: M. Seppänen, A. Karisto & T. Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 197–217.

Kite, Mary & Wagner, Lisa 2002. Attitudes towards older adults. In: T. Nelson (ed.) *Ageism, stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: MIT Press, 129–162.

Kujala, Veikko 2010. Terveyden edistämisen yhteistyö. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Loggenberg, Diane 2008. Psychosocial consequences of living with a long term condition. In: M. Presho (toim.) *Managing long term conditions. A social model for community practice*, Chichester: Wiley-Blackwell, 145–178.

Muurinen, Seija & Mäntyranta, Taina 2010. *Asiakasvastaava-toiminta terveyshyötymallissa*. Pdf-tiedosto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mäntyranta, Taina 2010. *Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli*. Pdf-tiedosto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Niemelä Pauli 2006. Hyvinvoinnin käsite toiminnan teorian valossa. Julkaisussa: P. Niemelä & T. Pursiainen (toim.) *Hyvinvointi yhteiskuntapoliittisena tavoitteena*. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia nro 62. Kuopion yliopisto, 67–79.

Niemelä, Pauli 2009. Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi. Julkaisussa Mäntysaari, M., Pohjola, A. & Pösö, T. *Sosiaalityö ja teoria*. Jyväskylä: PS-kustannus, 209–236.

Niemelä, Pauli & Kainulainen, Sakari & Laitinen, Hanne & Pääkkönen, Juha & Rusanen, Timo & Ryyänänen, Ulla & Widgren, Erja & Vornanen, Riitta & Väisänen, Raija & Ylinen, Satu 1997. *Suomalainen turvallisuus. Inhimillisen turvallisuuden yleisyys, perusulottuvuudet ja tyyppittely – haastattelututkimus 1990 -luvun Suomessa*. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto.

Niemelä, Pauli & Lahikainen, Anja-Riitta 2000. *Inhimillinen turvallisuus*. Vastapaino: Tampere.

Niemelä, Pauli 2011. *Sosiaalityö hyvinvointietiikan toteuttajana*. Julkaisussa: A. Pehkonen & M. Väänänen-Fomin (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. Jyväskylä: PS-kustannus, 13–43.

Payne, Malcolm 2005. *Modern social work theory*. New York: Palgrave Macmillan.

Presho, Margaret 2008. Cultural competence in service delivery. In: M. Presho (ed.) *Managing long term conditions. A social model for community practice*. Chichester: Wiley-Blackwell, 196–219.

Rauhala, Lauri 2005. *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Helsinki: Yliopistopaino.

Ruuskanen, Petri & Savolainen, Katri & Suonio, Mari (toim.) *Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä*. Kuopio: UNIpress.

Ryyänänen, Ulla 2005. Sairastamisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä. *Kuopion yliopistojulkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 119. Kuopio.

Saari, Juho 2010. *Yksinäisten yhteiskunta*. Helsinki: Otava.

Sohlman, Britta 2004. *Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana*. Helsinki: Stakes.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmisteleavan työryhmän loppuraportti 2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Street, Clare & Powel, Caroline 2008. Empowering patients: The role of the expert patient programme in promotion health among thosen with long term conditions. In: M. Presho (ed.)

Managing long term conditions. A social model for community practice. Chichester: Wiley-Blackwell, 39–65.

Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma 2009. PDF-tiedosto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Torppa, Martina 2004. Ihan terveyttä: näkökulmia terveyden käsitteeseen. Terveyspolitiikka, vuosikirja 2004, 46–48.

Vertio, Hannu 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.

Väisänen, Raija & Hämäläinen, Juha 2007. Sosiaalinen näkökulma ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukevassa gerontoteknologiassa. Lappeenrannan kaupungin sosiaali- ja terveysviraston julkaisuja 4/2007. Lappeenranta.

Väisänen, Raija & Kraav, Inger 2011. Saavutetun turvallisuuden vaarantuminen ja hyvinvoinnin jatkuvuus. Inhimillinen turvallisuus julkaisuun tulevan artikkelin käsikirjoitus. (prosessissa)

Wagner, Edvard 1998. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice* 1, 2–4.

Wagner, Edvard & Austin, Brian & Davis, Connie & Hindmarsh, Mike & Schaefer, Judith & Bonomi, Amy 2001. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health affairs*. 20 (6), 64–78. <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/20/6/64?eaf>. Luettu 10.5.2011.

**KAINUUN MAAKUNTA
–KUNTAYHTYMÄ
JULKAISULUETTELO**

Sähköisten asiointipalveluiden
kehittäminen sosiaali- ja
terveydenhuollossa
Selvitysraportti 2007 (2007)

Sarja A: virallisesti hyväksytyt julkaisut
Sarja B: selvitykset ja tutkimukset
Sarja C: hallinnolliset asiakirjat
Sarja D: monistesarja

=====

Sarja A

- | | | | |
|------|--|------|---|
| A:1 | Uusiutuva Kainuu
Kainuun maakuntasuunnitelma 2025
(2005) | B:3 | Sosiaalihuollon teknologian
kehittäminen Kainuussa -hanke
1.4.2005 – 31.3.2007
Mielipidekysely sähköisten asiointi-
palveluiden kehittämisestä sosiaali- ja
terveydenhuollossa.
Tulosraportti 2006 (2007) |
| A:2 | Kainuun maakuntaohjelman toteuttamis-
suunnitelma eli TOTSU 2006 – 2007
(2005) | B:4 | Ikäihmisten palveluohjaus Kainuussa
– hanke 1.8.2004 – 31.12.2006
Palveluohjaus
– Tienviitta kainuulaiselle ikäihmiselle
Loppuraportti (2006) |
| A:3 | Kainuun maakuntaohjelma 2006 – 2010
(2006) | B:5 | Kainuun tietoyhteiskuntastrategia
2007 – 2012 (2007) |
| A:4 | Kainuun maakuntakaava 2020
Kaavaselostus 2006
(2006) | B:6 | Kainuun maakunnallisesti merkittävät
muinaisjäänneökset (2007) |
| A:5 | Kainuun viestintäsuunnitelma 2006–
2008
(2006) | B:7 | Luontomatkailun kehittäminen
maakuntakaavoituksessa (2007) |
| A:6 | Kainuun kansalaisvaikuttamisen
ohjelma 2006 – 2012 (2007) | B:8 | Barents Link Corridor
(2007) |
| A:7 | Kainuun maakuntaohjelman toteuttamis-
suunnitelma eli TOTSU 2008 - 2009
(2007) | B:9 | Pohjoinen liikennekäytävä - северный
транспортный коридор
(2007) |
| A:8 | Kainuun maakuntaohjelman
toteuttamissuunnitelma eli TOTSU
2009 - 2010 (2008) | B:10 | Kainuun luontomatkailun teemaohjelma
(2007) |
| A:9 | Kainuun maakuntaohjelman
toteuttamissuunnitelma eli TOTSU
2010–2011 (2009) | B:11 | Kenen kyydissä?
Selvitys Kainuun sosiaali- ja
terveystoimen henkilökuljetuksista
(2006) |
| A:10 | Kainuun maakuntakaava 2020
(2009) | B:12 | Jouni Ponnikas, Verna Mustonen, Sirpa
Korhonen, Andra Aldea-Partanen &
Nikolai Veresov:
Maahanmuuttajat osana kainuulaista
yhteiskuntaa – Ulkomaalaisväestön
työelämävalmiudet ja koulutustarpeet
(2007) |
| A:11 | Kainuun maakuntaohjelma 2009-2014
(2010) | B:13 | Vartiuksen kansainvälisen raja-aseman
kehittämissuunnitelma (2008) |
| A:12 | Kainuun maakuntaohjelman
toteuttamissuunnitelma eli TOTSU
2011 - 2012 (2010) | B:14 | Kainuun väestöennuste v. 2025 (2008) |

Sarja B

- | | |
|-----|---|
| B:1 | Kainuun Venäjä-liiketoiminnan
Strategia 2005–2012 (2006) |
| B:2 | Sosiaalihuollon teknologian
kehittäminen Kainuussa – hanke
1.4.2005 – 31.3.2007 |

- | | | | |
|------|---|------|--|
| B:15 | Barents Link
Kansainvälisen raideliikenteen
markkinointi- ja kehittämiskonsepti
Vartius-Kotshkoma 2009 (2009) | C:1 | Talousarvio 2006 ja taloussuunnitelma
2006 – 2009 (2005) |
| B:15 | Баренц-Линк
Концепция маркетинга и развития
международного железнодорожного
сообщения
ВАРТИУС – КОЧКОМА 2009 (2009) | C:2 | Vuosikertomus 2005
(2006) |
| B:16 | Kainuun runkoliikennesuunnitelma
2009–2012 (2009) | C:3 | Kainuun maakuntaohjelman toteuttamis-
suunnitelma eli TOTSU 2007–2008
(2006) |
| B:17 | Kainuun 1.vaihemaakuntakaava
Valmisteluvaiheen eri vaihtoehtojen
vaikutusten arviointi (2009) | C:4 | Talousarvio 2007 ja taloussuunnitelma
2007 – 2010 (2006) |
| B:18 | Kansalaispalautetta sosiaali- ja
terveyspalveluiden toimivuudesta
Kainuussa vuonna 2009 | C:5 | Vuosikertomus 2006
(2007) |
| B:19 | Kainuun 1.vaihemaakuntakaava
Lähtökohdat ja tavoitteet (2009) | C:6 | Vuosikertomus 2007 (2008) |
| B:20 | Vienan reitti
Esiselvityshanke 2007–2008
(2009) | C:7 | Talousarvio 2008 ja taloussuunnitelma
2008–2011 (2008) |
| B:20 | Беломорский маршрут
Предварительный
исследовательский проект 2007–2008
гг.
Федерация муниципалитетов региона
Кайнуу
(2009) | C:8 | Talousarvio 2009 ja taloussuunnitelma
2009–2012 (2008) |
| B:21 | Osaamista ja innovaatioita yritysten ja
julkisen sektorin yhteistyöllä
Tutkimus Kainuun innovaatiotoiminnan
alueellisesta vaikuttavuudesta
seurantajaksolla 1995–2007
(2010) | C:9 | Vuosikertomus 2008 (2009) |
| B:22 | Sisäinen arviointi rahoitetuista
hankkeista EAKR:llä, ESR:llä, Kainuun
kehittämisrahalla tai kuntayhtymän
budjettivaroilla rahoitetut vuonna 2009
käynnissä olleet hankkeet | C:10 | Talousarvio 2010 ja taloussuunnitelma
2010–2013 (2009) |
| B:23 | Kainuun viestintästrategia | C:11 | Vuosikertomus 2009 |
| B:24 | Mielellään Kainuussa kaiken ikää
Kainuun mielenterveys- ja
päihdestrategia 2011–2016 | C:12 | Talousarvio 2011 ja taloussuunnitelma
2011–2014 (2010) |
| B:25 | Kainuun 1. vaihemaakuntakaava
Vuosangan harjoitusalueen
arkeologinen inventointi (Kainuun
museo 2010) | C:13 | Vuosikertomus 2010 |
| B:26 | Kainuun ilmastostrategia 2020 | | |

Sarja C

Sarja D

- | | |
|-----|--|
| D:1 | ”Uusiutuva Kainuu”
Kainuun tulevaisuudenkuvat v. 2025
(2006) |
| D:2 | Tietotekniikan osaamiskartoituskyselyn
tulosraportti 1. Kainuun vanhus- ja
perhepalveluhenkilöstö (2007) |
| D:3 | Prosessien mallinnus Kainuun sosiaali-
huollossa 2005 – 2006 (2007) |
| D:4 | Sosiaalihuollon teknologian
kehittäminen Kainuussa – hanke.
Loppuraportti 2007. (2007) |
| D:5 | Lähiruokaa Kainuusta 2007.
Kainuulaisten elintarvikeyritysten
tuoteluettelo, 3 painos. (2007) |
| D:6 | Kainuussa asuvien maahanmuuttajien
koulutus ja työllistyminen (2007) |
| D:7 | Hoitotyö Kainuussa (2007) |
| D:8 | Hoitotyön arvokirja (2007) |
| D:9 | Esiselvityshanke Kainuun rakenteel- |

	lisen työttömyyden vähentämiseksi Loppuraportti (2007)		Loppuraportti
D:10	Teknologialla muutosta kotihoidon toimintaprosesseihin. TeKo-hankkeen loppuraportti 1.1.2006 – 31.12.2007. (2007)	D:23	Haavahoidon kehittäminen Kainuussa -hanke Loppuraportti (2008)
D:11	TeKo-hanke Toimintaympäristön ja tiedonkulun kuvaus 1.12.2005 – 10.5.2006 Sotkamon kotihoidossa. Kartoitus ennen mobiililaitteen käyttöönottoa (2007).	D:24	Sosiaalityön henkilöstön tehtävärakenteen ja työolojen kehittäminen Kainuussa 2006–2008 -hanke Loppuraportti (2008)
D:12	Kainuulainen työkuunto -projekti Loppuraportti (2008)	D:25	Perhekeskukset Kainuuseen -hanke Loppuraportti (2008)
D:13	Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä -kehittämisprojekti Kainuussa vuosina 2006-2007 Loppuraportti (2008)	D:26	Kainuun päihdetyön koordinointi -hanke Loppuraportti (2009)
D:14	Hoitotyön osaamisen johtaminen Kainuussa -projekti Loppuraportti (2008)	D:27	Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa -hanke vuosina 2006–2008 Loppuraportti (2009)
D:15	VARTU – varhain tukemalla turvallinen lapsuus, toimintamalli perhetyöhön hankkeen loppuraportti	D:28	Sosiaalialan kehittämissyksikkö Kainuuseen hanke Loppuraportti (2009)
D:15	Omaishoidontuen kehittäminen Kainuussa -hanke Loppuraportti 2008	D:29	Tartuntatautien torjuntatyön ja pandemiaan varautumisen tehostaminen Kainuun maakunta -kuntayhtymässä Jatkohanke 11/2008 – 12/2009 Loppuraportti
D:16	Mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoitopalveluiden maakunnallinen malli -hanke Loppuraportti 2008	D:30	Laadukas perhehoito Kainuussa -hanke Loppuraportti (2010)
D:17	Lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden itäsuomalainen polku -hanke Loppuraportti (2008)	D:31	Perhehoidon toimintaohje (2010)
D:18	Mielenterveystyöntekijöiden osaamisen kehittyminen ja työrasituksen lieventyminen -hanke Loppuraportti (2008)	D:32	Hyvien työyhteisöjen Kainuu -hankkeen arviointiraportti (2010)
D:19	Luonto on Kainuun vahvuus Kainuun maakuntakuvatutkimus 2008 (2008)	D:33	Hyvien työyhteisöjen Kainuu – Työyhteisöjen kehittämis- ja muutostuki Kainuun hallintokokeilussa ja Kainuun kunnissa 2005–2009 TYKES – hankkeen loppuraportti (2010)
D:20	eAsiointi Kainuussa - hanke Loppuraportti (2008)	D:34	PÄRE -päihdehoitopalvelua nuorille -hankkeen loppuraportti
D:21	Yhteenvetoraportti Kysely vammaispalvelulain mukaisten kuljetuspalvelujen asiakkaille vuonna 2007 (2008)	D:35	Turvallisuussuunnitelma 2010–2012 Kainuun ja kainuulaisten turvallisuuden edistämiseksi. Kainuun maakunta -kuntayhtymä ja Kainuun kunnat (2010)
D:22	Vammaispalvelujen saatavuuden ja erityisosaamisen parantaminen Kainuussa 2006–2008 (2008)	D:36	Kainuun lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2009–2013 (2010)
		D:37	Kainuulainen asunnottomuus keväällä 2010

- D:38 Lasten painonhallinta, liikunta ja ravitsemus -hanke 1.1.–31.12.2010.
Hankkeen loppuraportti
- D:39 Pakaste – Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja terveyspalvelut – kehittämisrakenne ja toimintamalli - Kainuun osahankkeen loppuraportti
- D:40 Aikuissosiaalityön kehittäminen Kainuussa 2010
- D:41 Yhteistyömallin kehittäminen suun terveydenhuollossa ja ikäihmisten suun terveyden edistäminen Kainuussa
- D:42 Perusterveydenhuollon kehittäminen Kainuussa – Raporttikooste 2010
- D:43 Terveystyömalli sosiaalityön viitekehyksessä
- D:44 Tervein mielin Pohjois-Suomessa 2009–2011 Kainuun osahanke (TMK). Loppuraportti 2011
- D:45 Kainuun hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimenpidekokonaisuus. Terveempi Pohjois-Suomi – Kainuun osahanke. Loppuraportti 2011