

OPINNÄYTETYÖ

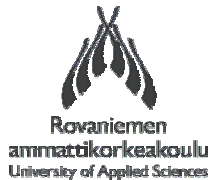
KRISTIINA TIRRONIEMI 2008

**PERHEVALMENNUKSEN KEHITTÄMIS-
ARVIOINTI NAPERÓ-HANKKEESSA**



**Rovaniemen
ammattikorkeakoulu**
University of Applied Sciences

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KOULUTUSOHJELMA



Sosiaali-, terveys- ja liikunta- Opinnäytetyön
ala tiivistelmä
Terveysten edistämisen
koulutusohjelma

Tekijä	Kristiina Tirroniemi	Vuosi	2008
Toimeksiantaja	Rovaniemen Kaupunki / Napero-hanke		
Työn nimi	Perhevalmennuksen kehittämisarviointi Napero-hankkeessa		
Sivu- ja liitemäärä	94 + 15		

Opinnäytteen tavoitteena on arvioida perhevalmennuksen kehittämistä Napero-hankkeessa 08.2006 – 12.2007 välisenä aikana. Tarkoituksena on kehittää perhevalmennusta Rovaniemellä. Arviointitehtävänä on tarkastella miten terveyden edistäminen ilmenee kehittämisprosessin eri vaiheissa. Toisena tehtävänä on arvioida miten kehittämissuunnitelmassa ilmenee Napero-hankkeen tavoitteiden mukainen lapsiperheitä osallistava terveyden edistäminen.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Rovaniemen Napero-hanke. Arvioinnissa tarkastelen Napero-perhepalvelujen kehittäminen perustyyssä - hankkeessa toteutettua perhevalmennuksen kehittämisprosessia Rovaniemen keskustan neuvolan ja perhepalvelukeskuksen toimijayhteisöissä. Kehitettävään toimintaan osallistui Rovaniemen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista 25 toimijaa hanketyöryhmän lisäksi. Uuden perhevalmennusmallin käyttöönotto aloitettiin 2007 Rovaniemen perhepalvelukeskuksessa. Toimintaan osallistui 171 rovaniemeläistä vanhemmaksi tulevaa henkilöä vuoden 2007 loppuun mennessä. Perhevalmennuksen asiakaskäyntejä toteutui helmikuu – joulukuu 2007 välisenä aikana yhteensä 608, joista naisten käyntejä oli 334, miesten käyntejä 231 ja lasten käyntejä 43.

Tässä opinnäytetyössä arvioinnin kohteena oli perhevalmennuksen kehittämisessä ilmenevä terveyden edistämistapa. Arvottavat johtopäätökset muodostettiin toiminnassa ilmenevinä terveyden edistämistapoina. Aineisto koostui kehittämistoiminnan kuvauksista, asiakaskyselyistä, haastatteluista ja kirjallisuuskatsauksesta sekä osallistujamäärien ja työajanseurantatiedoista. Analysointi tapahtui kehittäjän diskurssianalyysin keinoin reflektoiduna lukemis- ja kirjoittamisprosessina. Kehittämisen lähtötilanne kuvattiin toimijoiden kertomuksen perusteella, tavoitetila hahmottui kirjallisuuden kautta muotoutuvana perhevalmennustapana nykyisessä yhteiskunnassamme. Uuden toimintamallin yhteisöllistä kehittämistä ja sen käyttöönottokokemuksia arvioitiin toiminnan sisältöä kuvaamalla.

Perhevalmennuksen yhteisöllisessä ylisektorisessa kehittämissuunnitelmassa ilmeni yksilöllisiä, yhteisöllisiä ja hallintokunta-kohtaisia eroja terveyden edistämisen lähestymistavoissa. Lapsiperheitä osallistavaa - ja asiakaslähtöistä kehittämistä edisti sektorikohtainen voimavarainen terveyden edistämistapa. Monet päällekkäiset muutosprosessit näyttivät estävän asiakaslähtöistä kehittämistä. Terveystoimittajan työkokemus yhdistetystä äitiys- ja lastenneuvolatyöstä edisti kehittämissuunnitelmaan osallistumista ja ilmeni perhekeskeisenä terveyden edistämistapana.

Keskeiset käsitteet; perhevalmennus, terveyden edistämisen lähestymistapa, arviointi, diskurssianalyysi.

Tekijä	Kristiina Tirroniemi	Vuosi	2008
Toimeksiantaja Työn nimi	Rovaniemi, Napero-project Evaluation of Developingprosess of The Family Coaching in Napero-project Rovaniemi		
Sivu- ja liitemäärä	94 + 15		

The goal of this final project is to evaluate the development of family coaching in Napero-project in Rovaniemi between August 2006 and December 2007. The purpose is to develop family coaching by evaluation. The task is to assess what kind of health promotion approaches the operation demonstrates in different stages of the process. One of the goals of Napero-project is a health promotion approach that would take families with children into account. Evaluating how this approach manifests itself in development, is another purpose of this thesis.

The employer of this evaluation is the city of Rovaniemi's Napero-project. In the evaluation, I will study the developmental process of family coaching executed in the project Napero – Developing Family Services in Basic Work. The evaluation was executed in the work communities of Rovaniemi city center's maternity clinic and family services center. In addition to the project crew, 25 employees from Rovaniemi's Social and Health Care Services took part in the developmental operation.

The new family coaching model was introduced 6 February 2007 in Rovaniemi's Family services center. By the end of year 2007, 171 soon-to-be parents from Rovaniemi had taken part in the operation. Between February and December 2007, there occurred 608 customer visits in family coaching; 334 of which were women's visits, 231 men's visits, and 43 children's. The target of the evaluation is a health promotion approach, which expresses the development of family coaching. The evaluative conclusions are manifested in a health promotion approach that strengthens the part of families with children. The data consists of descriptions of development activity, customer surveys, interviews and a literary survey, as well as turnout information and working hour's follow-up data.

The data is analyzed through developing discourse analysis, in the form of reflective writing process. The actions of the starting situation are based on the employees' reports. The target takes shape as a manifestation of today's society's operational culture of good family coaching. The communal development of this new operations model and the experiences in launching the model are described from inside the operation. In the communal, supersectoral development of family coaching differences were found in the approaches to health promotion. The differences were found in the individual, communal and administrative municipal levels. The health promotion approach that takes families with children into account, and the customer-oriented development, were both preceded by a resourceful health promotions approach which was sector-based. Various overlapping processes of change seemed to prevent customer-oriented development. In accordance with the population liability model of extensive family work, the public health nurse's experience on maternity work and child health center work promoted participating in development work. The experience also became evident in family-centered health promotion.

Key words: family coaching, health promotion approach, evaluation, discourse analysis.

TIIVISTELMÄ**ABSTRACT****SISÄLTÖ**

1 JOHDANTO	6
2 LAPSIPERHEIDEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN	10
2.1 Lapsiperheiden terveyden edistämisen turvaaminen neuvolatyössä.....	10
2.2 Perhevalmennus lapsiperheiden terveyden edistämisessä	11
2.2.1 Perhekeskeinen neuvolatyö vanhemmuuden tukena	11
2.2.2 Perhevalmennus vanhemmuuden tukena	13
2.2.3 Perhevalmennuksen kehittämishaasteet	16
2.2.4 Perhevalmennuksen kehittäminen Napero-hankkeessa	20
3 TERVEYDEN EDISTÄMISEN ARVIOINTI	23
3.1 Terveyden edistämisen lähestymistavat	23
3.2 Arviointi osana terveyden edistämisen kehittämistä.....	24
3.3 Itsearviointi, reflektio ja yhteisöllinen kehittäminen	25
3.4 Diskurssianalyysi yhteisöllisessä kehittämisessä.....	27
3.5 Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämisen arvioinnissa	29
4 OPINNÄYTTEEN TAVOITE, TARKOITUS JA ARVIOINTITEHTÄVÄT	32
5 PERHEVALMENNUKSEN KEHITTÄMISEN ARVIOINTIASETELMA	33
5.1 Yhteistoiminnallisen kehittämisen arviointiasetelma	33
5.2 Arviointiaineistot	39
5.2.1 Asiakaskyselyt.....	39
5.2.2 Haastatteluaineistot.....	40
5.2.3 Muut aineistot.....	41
5.3 Arviointiaineistojen analyysi.....	42
5.4. Opinnäytteen etiikka	45
5.4.1 Opinnäytteen eettiset lähtökohdat.....	45
5.4.2 Aineistojen keruun etiikka	45
5.4.3 Aineistojen analysoinnin etiikka	47

6 TULOKSET	49
6.1 Terveyden edistämisen lähestymistapa Rovaniemellä perhevalmennuksen kehittämisprosessissa	49
6.1.1 Perhevalmennuksen kehittämisprosessi	49
6.1.2 Perhevalmennuksen lähtötilanne keskustan neuvolassa Rovaniemellä	50
6.1.3 Tavoitetilä ja muutostarpeet Rovaniemen keskustan neuvolassa	54
6.1.4 Uuden perhevalmennusmallin yhteisöllinen tuottaminen Rovaniemellä	56
6.1.5 Monitoimijaisen perhevalmennusmallin käyttöönottokokemukset Rovaniemellä	65
6.1.6 Yhteenvedo monitoimijaisen perhevalmennuksen kehittämistuloksista	83
6.2 Napero-hankkeen tavoitteet ja perhevalmennuksen kehittäminen Rovaniemellä	88
6.2.1 Asiakkaiden osallisuuden, yhteisöllisyyden ja vanhemmuuden vahvistaminen	88
6.2.2 Monitoimijaisuus, prosessien hallinta ja ryhmänohjaustaitojen vahvistuminen	89
7 POHDINTA	91
7.1 Lapsiperheiden terveyden edistäminen perhevalmennuksen kehittämisessä	91
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus	94
7.3 Kehittämishankkeessa oppiminen	95
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	97
LÄHTEET	99
LIITTEET	102

KUVIOT

	sivu
Kuvio 1, Opinnäytteen refleksiivinen perhevalmennuksen kehittämisympäristö	28
Kuvio 2, Perhevalmennuksen kehittämislogiikka Napero-hankkeessa	30
Kuvio 3, Asiakaslähtöisen terveyden edistämisen kehittyminen Napero-hankkeessa	31
Kuvio 4, Asiakaslähtöisten haastatteluiden kulku toimijaorganisaatiossa.	34
Kuvio 5, Napero-hankkeen perhevalmennuksen kehittämisprosessi	43
Kuvio 6, Perhevalmennuksen kehittämisverkosto vuorovaikutuskontekstissaan Napero-hankkeessa	55
Kuvio 8. Asiakkaiden tarpeet ja toiveet synnytystä edeltävälle perhevalmennukselle Rovaniemen Keskustan neuvolassa 2007.	61
Kuvio 9. Asiakkaiden toiveet ja tavoitteet synnytyksen jälkeiselle perhevalmennukselle Rovaniemen keskustan neuvolassa 2007.	

TAULUKOT**sivu**

Taulukko 1.

Perhevalmennuksen kehittämisen arviointiasetelma Napero-hankkeessa.

38

Taulukko 2.

Perhevalmennuksen lähtötilanne keskustan neuvolassa

47

Taulukko 3.

Perhevalmennuksen tavoitetila ja muutostarpeet Rovaniemen
keskustan neuvolassa.

49

Taulukko 4.

Uuden perhevalmennusmallin yhteisöllinen tuottaminen

54

Taulukko 5.

Rovaniemen perhetoimijoiden monitoimijainen perhevalmennusmalli

57

Taulukko 7.

Perhevalmennuskäynnit Rovaniemen keskustan neuvolassa.

63

Taulukko 8.

Perhevalmennusryhmien ohjaukseen käytetty työaika toimijoittain Rovaniemen
keskustan neuvolassa.

65

Taulukko 9.

Monitoimijaisen perhevalmennuksen käyttöönottokokemukset Rovaniemellä.

81

1 JOHDANTO

Rovaniemi lupaa kaupunkistrategiassaan olla asukkaidensa kaupunki. Tavoitteena on väestön hyvinvointi. Tässä strategiassa luvataan järjestää asukkaille laadukkaat perus- ja muut hyvinvointipalvelut. Päämääränä on tarjota asukkaille osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuus kaupungin kehittämiseen. Osallisuuden avulla on tarkoituksena ehkäistä huono-osaisuutta ja tarjota edellytyksiä sosiaaliseen kasvuun. Väestön hyvinvoinnin vaikututtavuustavoitteen painotus on ehkäisevässä toiminnassa. Terveiden edistämisen periaatteen sanotaan läpäisevän kaiken kunnallisen toiminnan. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointikriteeriksi on nostettu lapsiperheiden toimeentulo. Tavoitteina ovat lapsiperheiden tulotason kohoaminen ja hyvinvoinnin paraneminen. Arviointimittariksi tässä on valittu toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden määrä suhteessa kaikkiin lapsiperheisiin. Lapsiperheiden hyvinvoinnin paranemista mitataan korjaavien tukitoimien tarpeen vähenemisen ilmenemisenä. (Rovaniemen kaupunki 2006a, 15-17.)

Hyvä ja turvallinen lapsuus, tasapainoisen kasvun ja kehityksen takuuna kuvastaa Suomessa asuvien lasten hyvän lapsuuden visiota vuoteen 2015. Rovaniemen hyvinvointikatsauksessa alle kouluikäisten lasten hyvinvoinnissa todetaan huolta aiheuttavaksi vanhemmuuteen liittyvät tekijät. Alueellisina haasteina lasten hyvinvoinnin tukemisessa pidetään kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten laitossijoitusten kasvun hidastamista ja yksinhuoltajaperheiden suurta määrää kaikkiin lapsiperheisiin verrattuna. Toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden osuus kaikista alueen lapsiperheistä oli 11.8 % vuonna 2005. Luku on valtakunnallisesti verrattuna keskitasoa korkeampi. (Rovaniemen kaupunki 2006b, 13;32.)

Rovaniemen kaupunkistrategiaa ja hyvinvointiselontekoa lukiessa välittyy ongelmakeskeinen lähestymistapa lapsiperheiden terveyden edistämiseen. Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut ovat alle kouluikäisten lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin sekä terveyden edistämisen peruspalveluja. Alan tutkijat ovat huolissaan lapsiperheille suunnattujen äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden kehittymisestä yhä ongelmalähtöisempään suuntaan. Neuvolatyössä tulisi kehittää uusia perhekeskeisiä, yhteisöllisiä toimintamalleja ja työvälineitä, niitä tulisi kokeilla ja arvioida. Tärkeää olisi tarkastella moniammatillista työotetta, palveluketjujen saumattomuutta ja neuvolapalveluita osana kunnan lapsiperhepalveluita. Työntekijöiden omaa näkökulmaa korostavaa tutkimusta työnsä ja osaamisensa kehittämisessä arvioinnissa ja päätöksenteossa kaivataan. (Hakulinen – Pelkonen - Perälä 2005, 50-51.) Äitiys- ja lastenneuvolan ongelmakeskeinen terveyden

edistämisen lähestymistapa huolestuttaa alan tutkijoita. Toiminnassa ongelmakeskeisyys ilmenee sairauksien hoitoon ja hoitoon pääsemiseen panostamisena sekä toiminnan määrätymisenä perheen ongelmista tai organisaation asettamista vaatimuksista käsin. (Sirviö 2006, 47; Hakulinen-Viitanen ym. 2006, 95).

Rovaniemellä 2006 - 2007 toimineen Napero – perhepalveluiden kehittäminen perustyössä - hankkeen päämääränä oli edistää lasten ja lapsiperheiden hyvinvointia tehostamalla ehkäisevää työtä, kehittämällä ylisektorisia ja verkostomaisia työmuotoja, vahvistamalla vanhemmuutta, yhteisöllisyyttä ja vanhempien osallisuutta. Keskeiset toimintatavat olivat vertaisryhmätoiminta ja asiakkaiden sekä työntekijöiden väliselle kumppanuudelle rakentuva yhteistyö. Toiminnan edellytyksenä pidettiin ammattiryhmien keskinäistä kumppanuutta ja ylisektorista toimintakulttuuria. Kehittämistyöhön osallistui Rovaniemen ja Ranuan perhepalveluiden toimijoita sosiaali- terveys- ja päivähoitopalveluista. Hankkeessa tehtiin yhteistyötä eri oppilaitosten ja kolmannensektorin toimijoiden kanssa. (Rovaniemen kaupunki 2008.)

Yksi Napero-hankkeen vertaisryhmätoiminnan kehittämiskohteista oli perhevalmennus. Tässä kehitettiin yhteisöllisesti Rovaniemen keskustan neuvolan ja perhepalvelukeskuksen toimijayhteisöissä monitoimijaisen perhevalmennuksen malli, joka käyttöön otettiin helmikuussa 2007. Tämän terveyden edistämisen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytteen tavoitteena on perhevalmennuksen kehittämisarviointi Napero-hankkeessa 08.2006 – 12.2007 välisenä aikana. Tarkoituksena on tuottaa tietoa perhevalmennuksen kehittämisen tueksi. Opinnäytetyössä tarkastellaan toiminnassa ilmenevää terveyden edistämisen lähestymistapaa. Prosessi etenee lähtötilanteen kuvauksesta tavoitetilan hahmottamiseen ja muutostarpeen tunnistamiseen. Perhevalmennuksen lähtötilannetta tarkastellaan keskustan neuvolan työyhteisössä kehittämishanketta edeltäneen toiminnan kuvauksen kautta. Lähtötilanteen rinnalle muodostetaan oppaisiin, suosituksiin ja tutkimukseen perustuva tavoitetilan kuvaus. Uuden perhevalmennusmalliin tuottamista tarkastellaan kehittämistyön sisältöä kuvaamalla.

2 LAPSIPERHEIDEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Lapsiperheiden terveyden edistämisen turvaaminen neuvolatyössä

Terveyden edistäminen on prosessi, joka antaa yksilölle ja yhteisölle entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä (WHO 1986). Kuntien toiminnassa tämä tarkoittaa toimintapolitiikan linjauksen hyväksymistä, jossa terveysnäkökohdat otetaan huomioon kaikissa toiminnoissa ja kaikilla toimialoilla. Toimintojen tavoitteena tulisi olla väestön terveyden lisääminen, sairauksien ehkäiseminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen. Käytännössä tämä tarkoittaa kuntastrategiassa, talous- ja toimintasuunnitelmassa vahvistettujen terveyden edistämisen mitattavissa olevien tavoitteiden hyväksyntää koko kunnan tehtäväksi. (STM 2006:19, 15-16.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksissa lasten, nuorten ja perheiden terveyden edistämisessä kunnissa painotetaan lapsipoliittisen ohjelman laatimista ja hyödyntämistä. Painopisteenä tulisi olla lasten ja nuorten terveyden edistäminen ja ehkäisevät palvelut. Kunnallisessa päätöksenteossa tulisi ottaa kantaa lasten ja nuorten terveydentilan sekä palveluiden seurantaan ja suunnitteluun. Kunnallisella päätöksenteolla tulisi turvata neuvolatyön toimintaedellytykset. Kunnan vastuuseen katsotaan kuuluvaksi myös ohjeiden ja suositusten mukaiset laadun ja saatavuuden kriteerit täyttävät lasten ja nuorten terveystyöpalvelut. (Pelkonen 2006.)

Kuntien lapsipoliittisten ohjelmien on todettu olevan hyödyksi lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Ohjelmat ovat edistäneet kunnissa eri sektoreiden välistä yhteistyötä sekä yhteistyötä seurakuntien ja kolmannen sektorin välillä. Perhetyö, päivähoido, vanhempien neuvonta ja moniammatillinen yhteistyö ovat olennaisimmat välineet alle kouluikäisten lasten hyvinvoinnin tukemisessa. Kunnat joissa on lapsipoliittinen ohjelma suuntaavat muita kuntia enemmän resursseja perhetyöhön. Lasten hyvinvoinnin edistämiseksi on olemassa selkeä vanhemmuuden tukemista edistävä keinovalikoima, joita myös osataan käyttää. (Kuntaliitto 2006.)

Terveyden edistämisen suositusten tavoitteena on luoda pohja terveydelle ja hyvinvoinnille lapsuus- ja nuoruusiässä (STM 2006). Muita tavoitteita ovat lasten hyvinvoinnin lisääminen, terveydentilan paraneminen ja turvattomuuteen sekä sairauksiin liittyvien oireiden väheneminen (Terveys 2015). Terveyden edistämisen laatusuosituksien neuvolatyön kehittämiseksi painottavat kunnallisen ohjauksen

vahvistamista kansallisilla kehittämisohjelmilla. Ehkäisevien palveluiden tutkimuksen kehittämistä, seurannan ja arvioinnin kansallista velvoittamista sekä normiohjauksen vahvistamista perätään. Neuvolatyön sisällön kehittämisessä keskeisenä pidetään vanhempien ryhmätoiminnan kehittämistä. Neuvolatyön yleistavoitteena on lasten fyysinen ja psyykinen terveys, perheiden hyvinvoinnin paraneminen ja sairauksien väheneminen. Terveystyöntekijöille tehdyn kyselyn mukaan toimintatavoissa on paljon kehitettävää ja johdon tuki on riittämätöntä. (Pelkonen 2006.) Neuvolatyön linjausten mukaisesti lastenneuvolatoiminnan periaatteena on yhteisöllinen terveyden edistäminen, johon sisältyy voimavaralähtöisyys ja vertaistuen hyödyntäminen. (STM 2004:13, 18.)

Neuvolatyötä tulisi kehittää moniammatillista yhteistyötä lisäämällä (TATO, STM 2003. 12). Lapsiperheiden tarpeisiin vastaaminen entistä paremmin edellyttää moniammatillisen yhteistyön tehostamista sekä lapsiperhetyötä tekevien verkostoitumista. (Hakulinen-Viitanen ym. 2006, 88-90.) Lasten ja nuorten kanssa työskentelevien yhteistyökäytännöistä tulisi sopia kuntatasolla. Suositukset koskevat terveyttä edistävää toimintapolitiikkaa ja johtamista, - elinympäristöjä, - yhteistyötä ja osallistumista, - osaamista, - peruspalveluita sekä – arviointia ja seurantaa (Pelkonen 2006).

Uuden lastensuojelulain (2008) myötä neuvolatyö nähdään osana ehkäisevää lastensuojelua. Lain uudistamisessa keskeisenä tavoitteena on ollut viranomaisyhteistyön parantaminen. Uudistuksella pyritään suuntaamaan lastensuojelutyön painopistettä avohuoltoon ja varhaiseen tukeen. Uuden lain mukainen määrittely tekee lastensuojelusta laaja-alaista toimintaa, tähdentäen neuvolan, päivähoidon, kotipalvelun, perhetyön ja oppilashuollon mahdollisuuksia toimia ongelmia ennaltaehkäisevästi. Laki velvoittaa kunnat tekemään suunnitelman lastensuojelun järjestämisestä ja kehittämisestä. Suunnitelma on konkreetti väline monitoimijaisen ja ylisektorisen lastensuojelutoiminnan suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen. Suunnitelma tulee laatia yhteistyössä ja se on vietävä kunnan valtuustoon hyväksyttäväksi ja tarkistettavaksi vähintään neljän vuoden välein. (Laiho 2006.)

2.2 Perhevalmennus lapsiperheiden terveyden edistämisessä

2.2.1 Perhekeskeinen neuvolatyö vanhemmuuden tukena

Äitiys- ja lastenneuvolatyötä käsittelevissä oppikirjoissa on havaintoja 1950-luvulta perhekeskeisestä neuvolatyön lähestymistavasta, jossa toiminnan kohteena on koko perhe. Käytännössä äitiys- ja lastenneuvolatoiminta on kohdistunut hyvin pitkälle äiteihin ja lapsiin. Lääkintöneuvos Hultin on vuodelta 1959 peräisin olevassa kirjoituksessaan esittänyt terveyssisarten ohjaamaa äitiryhmätoimintaa, jossa aiheena olisivat lastenhoidolliset kysymykset. Äitien huolenaiheena ja neuvolatyöhön kohdistuvana tarpeena puolestaan on ollut lasten fyysisestä terveydestä huolehtiminen 1960-luvulla. Tuolloin oli vastikään otettu käyttöön tuberkuloosirokotteet, koska tauti uhkasi fyysistä hyvinvointia. (Viljamaa 2003, 35-39.)

Vanhemmuuden tukeminen ja lapsen kehityksen psyykkinen huomiointi ovat nousseet lääketieteellisen seurannan rinnalle neuvolatyössä viimeisten vuosikymmenten aikana. Ensimmäisiä merkkejä tästä on 1970-luvulta peräisin oleva synnytysvalmennuksen laajentuminen perhevalmennukseksi. Lapsen syntymää alettiin pitää perhetapahtumana, johon myös isien katsottiin olevan mahdollista osallistua. 1980-luvulla isät pääsivät osallistumaan synnytykseen, minkä myötä isiä veloitettiin osallistumaan synnytysvalmennukseen, jota vähitellen alettiin kutsua perhevalmennukseksi. Perhevalmennusta alettiin toteuttaa moniammatillisesti ja toimintaan alettiin liittää ennaltaehkäisevän mielenterveystyön näkökulmaa. Kansanterveyslain (1972) myötä psykologit tulivat perusterveydenhuoltoon, mikä osaltaan edisti neuvolatoiminnan moniammatillisuuden kehittymistä. (Viljamaa 2003, 37.)

Kansanterveyslaki, yhdenmukainen terveystietojärjestelmä, valtakunnalliset ohjeet ja suositukset ohjasivat neuvolatyötä aina 1990-luvulle asti. Valtionosuusuudistuksen (1992) myötä neuvolatyön toimintaympäristö muuttui. Normiohjauksesta siirryttiin informaatio-ohjaukseen: kunnat saivat oikeuden ja vastuun kehittää palveluita. Väestövastuuseen siirtyminen muokkasi osaltaan neuvolan toimintaympäristöä. Lähtökohtana yleisesti oli ajatus terveystietojärjestelmien muuttamisesta niin, että peruspalvelut tarjottaisiin maantieteellisesti rajatulle pienalueen väestölle. Väestövastuuta toteutettiin kunnissa eri tavoin. Yksi neuvolapalveluiden tarjoamisen versio oli niin kutsuttu laaja perhetyönmalli, jonka mukaan sama työntekijä hoiti tietyn alueen lapsiperheitä eri elämänvaiheissa. Esimerkkinä tästä on äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden yhdistäminen samalle terveydenhoitajalle. Lama aiheutti myös supistuksia neuvolapalveluissa 1990-luvulla. (Viljamaa 2003, 35-39.)

Lastenneuvolan tehtävänä nykyään on mahdollistaa perheille riittävästi tukea vanhemmuuteen ja parisuhteeseen. Tarkoituksena on tukea vanhempia turvallisen aikuisuuden sisältävään kasvatustapaan. Terveyskeskuksen tasolla tehtävänä on

varmistaa vanhempien osallistuminen neuvolapalveluiden kehittämiseen ja vertaistuen saantiin. Toimintaa ohjaavat periaatteet perhekeskeisyys ja asiakaslähtöisyys. Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan sitä, että äidit, isät ja lapset ovat neuvoloiden asiakkaita, joiden asiantuntemus oman perheen asioissa on neuvolatoiminnan lähtökohtana. (STM 2004:13, 16-18.)

Asiakkaat ovat pääsääntöisesti olleet tyytyväisiä neuvolapalveluihin. Perheet ovat toivoneet yksilöidympiä palveluita, kiireettömyyttä ja kasvatuksellisen tuen, mielenterveydellisen tuen ja vanhempana jaksamisen tukemisen lisäämistä. Parisuhteen tukemista ja isien huomioonottamista on myös toivottu perheiden taholta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoiteohjelmassa vuosille 2000 - 2003 on ollut huomion kohteena vanhemmuus ja lasten psykososiaalinen kehitys. Tuolloin kuntia on kehoitettu vahvistamaan vanhemmuuden tukemista äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa. (Viljamaa 2003, 37.)

2.2.2 Perhevalmennus vanhemmuuden tukena

Perhevalmennus on lähinnä ensikertaa vanhemmiksi tuleville suunnattua äitiys- ja lastenneuvolan ryhmätoimintaa, jonka tavoitteena on tukea vanhempia hoito- ja kasvatustehtävässä. Valmennuksen tarkoituksena on vanhemmuuden vahvistaminen ja arjen tukeminen sekä perheiden sisäisen ja keskinäisen vuorovaikutuksen edistäminen. (Sosiaaliportti 2008, 2.) Neuvolan ryhmätoiminnoista yleisin on perhevalmennus (Hakulinen-Viitanen – Haapakorva – Pelkonen 2005, 64). Tätä on järjestetty neuvolassa ryhmätoimintana pitkään. Sen sijaan muunlaisten ryhmien järjestäminen neuvoloissa on edelleen harvinaista. Parhaimmillaan perhevalmennus on terveydenhoitajan koordinoimaa moniammatillista yhteistyötä. (Hakulinen-Viitanen, ym. 2006, 87.)

Vanhemmuuden tukemista perhevalmennuksen keinoin on järjestetty Lapin läänin äitiys- ja lastenneuvoloissa erityisesti esikoistaan odottaville vanhemmille. Perhevalmennusta tulisi järjestää myös uudelleensynnyttäjille heidän niin halutessaan. (STM 2004, 116; Hakulinen-Viitanen ym. 2006, 87.) Pienryhmätoiminnan on todettu lisäävän neuvolatyön asiakaslähtöisyyttä aktivoimalla asiakkaita toiminnan suunnitteluun. Keskustelun ja kokemusten jakamisen edistämiseksi ryhmät olisi hyvä pitää kahdeksan parin kokoisina, jotta kanssakäymistä syntyisi. Ryhmytymisen edellytyksenä on, että sama ryhmä kokoontuu alusta lähtien. Ryhmätoiminnan onnistuminen vaatii hyvää suunnittelua ja pitkäjänteistä työtä. (STM 2004:14, 118.) Vertaistuen toteutumisesta 2000 luvulla neuvolapalveluissa olisi tärkeää kerätä tietoa. Sen toteutumiseen neuvoloissa liittyy

sekä työntekijöistä että asiakkaista johtuvia esteitä. Tärkeää olisi myös saada kuvaa siitä missä vanhemmuuden vaiheissa äitien ja isien toive vertaistuesta esiintyy. (Viljamaa 2003, 50.)

Esikoisperheille suositellaan perhevalmennuksen laajentamista raskaudenaikaisista ryhmistä suunnitelmallisesti ja saumattomasti jatkuviksi ryhmiksi lapsen ensimmäisen ikävuoden ajan. Tällöin ryhmätapaamisia suositellaan toteutettavan kuudesta kahdeksaan. Neuvolan ryhmätoiminnassa mahdollistuu vertaistuen ja asiantuntijatiedon yhdistyminen perheiden tueksi. Ryhmien on todettu lujittaneen perheiden verkostoja. Ne ovat lisänneet vanhempien voimavaroja selvitä arjen tilanteista, auttaneet arjen hallinnassa ja tuottaneet iloa sekä mielihyvää arkeen. Vertaistuella tarkoitetaan samanlaisessa elämäntilanteessa olevien toisilleen antamaa sosiaalista tukea. Vertaistuen on osoitettu olevan hyödyksi perheille. Ryhmämenetelmät voivat jopa olla yksilömenetelmiä tuloksellisempia niin kutsuttuina kriittisinä siirtymäkausina kuten lapsen syntymää edeltävä ja synnytyksen jälkeinen aika. (STM 2004:14, 113-116.)

Raskausaika ja lapsen syntyminen on todettu olevan elämänmuutos joka sisältää sekä voimavaroja antavia kuin niitä kuormittaviakin tekijöitä (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2007). Vanhemmaksi kasvamien on perheen sisäinen prosessi, joka alkaa raskausaikana ja kestää läpi elämän. Vanhemman mielikuvat ja odotukset lapsesta vaikuttavat myöhempään lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Lastenneuvola lapsiperheen tukena opas suosittelee neuvolassa tukemaan isän ja äidin vanhemmaksi kasvamista ja kehottaa kertomaan jaetun vanhemmuuden eduista. (STM 2004 83-84.)

Vanhemmuutta voidaan lähestyä niin kutsutun vaiheteorian kautta jolloin se nähdään eräänlaisena siirtymänä elämänvaiheesta toiseen. Siirtymässä pohditaan ja arvioidaan omaa elämää uudelleen. Siihen millaiseksi vanhemmuus muodostuu vaikuttavat monet tekijät. Oma lapsuus aika, ihmissuhteet ja perheen elämän tilanne ovat joitakin niistä. Vanhemmuus on perheen sisäinen asia, johon ulkoinen toimintaympäristö, myös neuvola, vaikuttaa. Vanhemmuuden, isyyden ja äitiyden tukemista tulisi pohtia myös vanhemmuusteorioiden kautta. Vanhemmuutta laaja-alaisuudessaan tulisi lähestyä monitieteisesti. Erilaiset vanhemmuusteoriat osoittavat, että vanhemmuus on muuttuvaa ja erilaista perheen eri vaiheissa. Ensimmäisen lapsen syntymää ja raskausaikaa pidetään eräänlaisena elämään liittyvänä siirtymävaiheena, jolloin tuen tarve on suurin. Levinson (1978) kutsuu vaihetta, jossa elämänrakennetta arvioidaan ja rakennetaan uudelleen transitioksi eli

siirtymäksi. Siirtymä on eräänlainen elämän pohdinnan ja arvioinnin vaihe, jolloin henkilön käsitykset itsestä ja omasta elämästä muuttuvat ja minää rakennetaan. Eräs tärkeimmistä siirtymistä on vanhemmaksi tuleminen. Vanhemmuuteen siirtyminen on ajanjakso, joka alkaa ennen lapsen syntymää ja kestää yleensä perheen ensimmäisen lapsen saavuttaessa 1,5 – 3 vuotiaan iän. Perheen tässä elämänvaiheessa on perusteltua odottaa että neuvolaan kohdistuu voimakkaita odotuksia. (Viljamaa 2003, 13-14, 39.)

Siirtymävaiheessa vanhemmille katsotaan lankeavan eräänlaisia kehitystehtäviä, joiden onnistunut työstäminen auttaa vanhempia kehittymään edelleen vanhemmuudessaan ja siirtymään seuraaviin kehitysvaiheisiin. Vanhemmuuteen siirtymisessä ja lasta hoidettaessa tulee pohdittavaksi, työstettäväksi ja rakennettavaksi seuraavia asioita 1) muuttuva suhde itseen 2) muuttuva suhde puolisoon 3) suhde tulevaan lapseen 4) muuttuva suhde omiin vanhempiin 5) muuttuvat elämänolosuhteet. Ensimmäisen lapsen syntymän on elämänmuutos, jolloin perhe siirtyy kehitysvaiheesta toiseen. Perheen vuorovaikutussuhteet muuttuvat, molempien vanhempien ja lapsen välille syntyy lapsi-vanhempi-suhde. Muutos edellyttää vanhemmiksi tulevilta kykyä irrottautua perusperheestään muodostaakseen toimivan parisuhteen. Hyvä parisuhde on todettu tärkeimmäksi voimavaratekijäksi vanhemmuuteen siirryttäessä. (Viljamaa 2003, 13-14;39. Paavilainen 2003, 23-24) Euroopan mielenterveyden edistämisen konferenssin suosituksen mukaan ihmisiä tulisi tukea elämänkaareen liittyvissä siirtymävaiheissa (Ylilehto 2005).

Ruotsalainen tutkija Margareta Brodén (2006) tarkastelee vanhemmuutta identiteetinmuutoksen ja -kehittymisen siirtymävaiheena. Tässä kehitysprosessissa naisesta tulee äiti ja miehestä isä. Odottavan äidin raskausajan fysiologiset muutokset ja raskauden normaali eteneminen edesauttavat ja lisäävät psykologisten muutosten mahdollisuutta molemmissa vanhemmissa. Vauvan sydänäänten kuuleminen, ultraäänikuvat ja vauvan liikkeiden tunteminen sekä havaitseminen ovat konkreettisia asioita, jotka auttavat ja vahvistavat vanhemmaksi kasvamisen psyykkistä prosessia. Vanhempien tietoisuutta lapseensa liittyvistä mielikuvista ja niiden merkityksestä omaan äitiyteen, isyyteen ja tulevan lapsen elämään on hyvä vahvistaa. Vanhempien mielikuvilla lapsestaan näyttää olevan yhteys tulevaan kiintymyssuhteeseen ja sen kehittymiseen. Mielikuvat kehittyvät yleensä luonnollisesti ja automaattisesti raskauden eri vaiheiden mukaisesti. Toisaalta tiedetään että mielikuvien puuttuminen voi johtaa riittämättömään vuorovaikutukseen tulevan vauvan kanssa. Yhä enemmän on saatu myös näyttöä siitä että mielikuvat ovat yhteydessä äidin ja isän psyykkiseen riittämättömyyden

tunteeseen ja masennukseen. Vanhempien psyykkinen hyvinvointi, mielikuvat ja asenteet tulevaan vauvaan raskausaikana vaikuttavat siihen miten äiti ja isä kokeva raskauden ja mitä he mahdollisesti ajattelevat tulevasta synnytyksestä. (Brodén 2006.)

Jopa 90 % vanhemmista kokee ensimmäisen lapsen syntymään liittyvän ajanjakson stressaavana (Cowan - Cowan 1995), jolloin pärjäämisen tunne vähenee (Tomlinson 1996). Muuttuneessa elämäntilanteessa ihmissuhteet organisoituvat uudelleen. Muutoksia tapahtuu niin parisuhteessa, suhteissa ystäviin, sukulaisiin kuin muihinkin tukiverkkoihin. Lapsuuden aikaiset perhesuhteet muotoutuvat uudelleen lapsen tullessa vanhemmaksi. Tyytyväisyys parisuhteessa on todettu laskevan siirtymän aikana (Belsky – Spanier - Rovine 1983) ja erityisesti lapsen ensimmäisen elinvuoden loppupuolella (Matthey – Barnett - Ungerer 2000). Tutkimukset (Durkin 2001) synnytyksen jälkeisestä sopeutumisesta vanhemmuuteen korostavat sosiaalisen tuen merkitystä. (Savolainen 2005, 6-8.)

2.2.3 Perhevalmennuksen kehittämishaasteet

Valtioneuvoston hyväksymän lapsi- ja nuoripoliittisen ohjelman mukaan neuvoloilla on korostunut rooli parisuhteessa tapahtuvien muutosten käsittelyssä ensimmäisen lapsen syntymän- ja odotusaikaisessa perhevalmennuksessa. (Opetusministeriö 2007, 44-45). Myös väestöliiton perhepolitiikan (2007) mukaan perhevalmennukseen on sisällytettävä parisuhdekasvatusta, varhaista neuvontaa ja ennalta ehkäisevää työtä. (Väestöliitto 2007, 33-39). Toimiva parisuhde, vanhemmuuden pysyvyys ja vastuullisuus lisäävät hyvinvointia ja parantavat perheen sisäistä turvallisuutta. Vanhempien tyytyväisyys parisuhteessa luo hyvän pohjan lasten ja nuorten kehitykselle ja terveydelle. Ensimmäisen lapsen syntymä koettelee erityisesti parisuhdetta. Parisuhdetaitoja voidaan oppia ja opetella. (Väestöliitto 2007, 39.)

Neuvolassa tulisi kehittää yhteistyösuhdetta vanhempiin kumppanuuden ja dialogin suuntaan. Lähtökohtana tulisi olla vanhempien tarpeet, voimavarat ja huolet. Asiakasperheiden odotukset ja huolet tulisi selvittää ja palveluista kertova esite tulisi jakaa vanhemmille. (STM 2004, 97.) Toimintaa tulisi kehittää keskustelemaan ja tukea tarjoavaan sekä asiakaslähtöiseen suuntaan. Neuvolatyössä on tarpeen kehittää voimavaralähtöisten toimintamallien ja työmenetelmien käyttöä. (Pelkonen - Löthman-Kilpeläinen 2000.) Lastenneuvolaoppaan (STM 2004) ja hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman 2004-2007 (STM 2003) mukaan esitetään perhe- ja voimavaralähtöistä työtettä lasten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä

perheiden tukemisessa. Tämä edellyttää valmiuksia tuen tarpeen tunnistamiseen ja tuen kohdentamiseen erityisesti lapsen kolmen ensimmäisen ikävuoden ajanjaksolle. Voimavaroina voidaan pitää tekijöitä jotka auttavat yksilöä kehittymään vanhempana, puolisona ja yhteisön jäsenenä sekä auttavat selviytymään kuormittavista tekijöistä. (Pelkonen - Hakulinen-Viitanen 2002, Vahtera - Pentti 1995). Neuvolatyössä tulisi kehittää yhteistyötä perheiden kanssa ottamalla heidät mukaan palvelujen suunnitteluun ja selvittämällä heidän odotuksensa palveluille. (Hakulinen-Viitanen ym. 2006, 98.) Väestöliiton perhepolitiikan (2007, 39) mukaan lähtökohtana perhepalveluille tulisi olla perheen omien valintojen kunnioittaminen.

Vertaistuesta on osoitettu olevan kiistatonta hyötyä perheille. Vertaisen eli samanlaisessa elämäntilanteessa elävän vanhemman antama sosiaalinen tuki sisältää tiedon siitä että on olemassa toisia ihmisiä, joilta voi saada emotionaalista, tiedollista ja arviointia sisältävää tukea sekä käytännöllistä apua. Lapsen syntymän ja syntymää edeltävänä kriittisen siirtymäkauden tukemisessa ryhmämenetelmät voivat olla jopa yksilömenetelmiä tuloksellisempia. Ryhmät ovat lisänneet äitien jaksamista arjessa, auttaneet arjen hallinnassa ja tuottaneet iloa ja mielihyvää. Pienryhmätoiminta voi myös kehittää perheen ja terveydenhoitajan yhteistyötä avoimemmaksi ja luottamuksellisemmaksi. Pienryhmätoiminnan on havaittu lisäävän neuvolatoiminnassa vanhempien aktiivisuutta toiminnan suunnitteluun ja sitä kautta kehittävän neuvolatyön asiakaslähtöisyyttä. (STM 2004, 113.)

Neuvolan voimavaroja tulisi kohdentaa suunnitelmalliseen ja pitkäjänteiseen vanhempainryhmätoimintaan. Toiminta tulisi jäsentää lapsen kehitysvaiheiden ja ennakoitavissa olevien pulmatilanteiden mukaisesti. Ensisijaista olisi raskaudenaikaisten ryhmien saumaton jatkaminen, ainakin esikoisten vanhemmille, aina lähelle lapsen yhden vuoden ikää. Esikoisten vanhempien vertaistuen tarve näyttäisi olevan suurin. Ryhmytymisen todellinen edistäminen edellyttää, että ryhmä ei ole kovin suuri, se tulisi pitää korkeintaan kahdeksan parin kokoisena ja sama ryhmä tulisi pitää koossa alusta lähtien. Ihanteellista olisi jos vanhemmat itse olisivat mukana suunnittelemassa ryhmän ohjelmaa ja tavoitteita. Ensimmäisen vuoden aikana suositeltavaa olisi kuusi - kahdeksan kokoontumiskertaa. Ohjelmassa tulisi huomioida parisuhteen, vanhemmuuteen, vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen, lapsen hoitoon sekä terveyden edistämiseen ja kasvatukseen liittyvät sisällöt lapsen ikävaihe ja vanhempien elämäntilanne näkökulmana. (STM 2004, 112 – 119). Napero-hankkeen tavoitteiden mukaisesti perhevalmennusta tulisi kehittää vanhemmuutta tukevaksi, vanhempien osallisuutta

ja yhteisöllisyyttä vahvistavaksi, monitoimijaiseksi, toimijoiden ryhmänohjaustaitoja ja prosessien hallintaa vahvistavaksi. (Rovaniemen kaupunki 2008.)

Ruotsissa vanhempainryhmätoimintaa on toteutettu vuodesta 1979, valtiopäiväin päätöksellä. Toiminta on kehittynyt tärkeäksi osaksi ehkäisevää psykososiaalista terveydenhoitotyötä, jolla tavoitetaan noin 70 % kaikista ensikertaa vanhemmiksi tulevista. (SOU 1997, 161.) Tutkimuksessa (Ryden 1995), johon osallistui 71 vanhempainryhmää, todettiin tärkeimmäksi vanhempien osallistumisen motiiviksi vertaistuki, eli samanlaisessa elämäntilanteessa olevien tapaaminen. Miehillä ja naisilla todettiin olevan hieman eriävät odotukset ryhmän ohjelman suhteen. Naisten päällimmäiset odotukset liittyivät synnytykseen ja imetykseen, miesten puolestaan lapseen ja lapsen syntymän aiheuttamiin vaikutuksiin parisuhteessa. Kolmasosa miehistä piti myös vanhemmuuteen, äitinä ja isän olemiseen sekä vanhempien odotuksiin toisiltaan liittyviä asioita tärkeinä ryhmätapaamisen keskustelunaiheina. (Hwang & Wickberg 2001 54-55).

Neuvolan keskeinen tehtävä on vahvistaa perheiden omia voimavaroja niin, että he kykenevät toimimaan mahdollisimman itsenäisesti lasten kehityksen ja koko perheen terveyden hyväksi. Neuvolan perhevalmennuksessa tavoitteena on tukea perheen vahvuuksia, oppia tunnistamaan ja kehittämään niitä sekä luomaan uusia voimavaroja. Tämä edellyttää voimavaralähtöistä lähestymistapaa, jossa keskeistä on tukea perheitä kehittämään omia voimavarojaan ja vähentää kuormittavia tekijöitä haasteellisessa elämäntilanteessa. Voimavarojen vahvistaminen tapahtuu tukemalla ja vahvistamalla tietoisuutta raskauteen ja lapsen syntymiseen liittyvään elämäntilanteeseen, tarjoamalla merkityksellistä tietoa sekä tukemalla vanhempien taitojen karttumista. Uusien voimavarojen luomisessa on tärkeä osuus vertaistuellalla, jonka myötä tapahtuu myös sosiaalisen verkoston vahvistaminen. (Hakulinen-Viitanen ym. 2006.)

Perhevalmennuksen ohjauksen suorituspainotteisuus ja vanhempien passiivisen tiedon vastaanottamisen painottuminen on katsottu heikentävän äitien ja isien itseluottamusta. Äidit ja isät saavat tukea ja rohkaisua omista sekä muiden kokemuksista ja hankkivat tuen omien kanaviensa kautta. Jaettu tieto on arvokas voimavara jaksamisessa ja vahvistumisessa, mitä tulisi hyödyntää perhevalmennuksissa, koska odotukset erityisesti vertaistuen saamisesta näyttäisi olevan motiivi valmennukseen osallistumiselle. Tiedon tai neuvojen antaminen ei ole oleellista vaan se, miten tukea ja ohjata vanhemmiksi tulevia oppimaan itse tekemään tarvittavia asioita. (Paavilainen 2003, 133.) Neuvolatyön kehittäminen

nykyajan vaatimukset ja tarpeet kattavaksi edellyttää lapsiperhepalveluiden verkostoitumista ja moniammatillisen yhteistyön tietoista ohjausta. Neuvolatyön ja siten myös perhevalmennuksen kehittämisessä Lapissa on kiinnitettävä huomiota työmenetelmien ajanmukaistamiseen, vanhempainryhmätoiminnan ja yhteistyön kehittämiseen perheiden kanssa. Perheiden tulisi osallistua palvelujen suunniteluun ja heidän palveluodotuksensa tulisi selvittää. (Hakulinen-Viitanen ym. 2006, 95-97.)

Valtakunnallisen terveydenhoitajien työtä koskevan selvityksen mukaan neuvolaterveydenhoitajat käyttävät kokonaistyöajastaan ryhmätoimintaan 4 %. Näkemykset ryhmätoiminnasta ovat kahtiajakoiset, Terveystenhoitajista 51 % toivoo ryhmätilaisuuksien lisäämistä samalla, kun 47 % toivoo niiden pysyvän ennallaan. Vain 2 % terveydenhoitajista toivoo niiden vähenevän. Suurin osa terveydenhoitajista toivoo lisäkoulutusta ryhmänohjaustaitoihin (Ahtiainen 1990). Varjokarin (1988) mukaan yli puolet terveydenhoitajista vastusti vanhempainryhmien ohjaamista samalla kun toinen puoli oli erittäin halukas työmuodon käyttöön. Ryhmistä kiinnostuneet terveydenhoitajat olivat työssään kehittämishaluisempia, arvostivat enemmän työrooliaan ja luottivat ammattitaitoonsa perheen psykososiaalisessa tukemisessa. Ryhmistä vähemmän kiinnostuneiden terveydenhoitajien mielestä vanhempainryhmiä ei tarvita neuvolaan, eikä niiden ohjaaminen heidän mielestään kuulu terveydenhoitajan työhön. (Viljamaa 2003, 47-50.)

Monitoimijainen yhteistyö eri ammattiryhmien välillä ilmenee Lapin läänin äitiys- ja lastenneuvoloissa, johonkin lapsen kehitykselliseen huoleen tai raskauden aikaiseen ongelmaan liittyvänä yhteistyöpalaveritoimintana. (Hakulinen-Viitanen ym. 2006, 52.) Lapin läänissä tehdyn selvityksen mukaan moniammatillisista työmuodoista yleisimmin käytettyjä ovat puhelinneuvottelut, viranomaisneuvottelut ja yhteiset koulutustilaisuudet. Yhteistyöneuvottelut asiakkaan läsnä ollessa koettiin selvityksen mukaan harvinaisina. Neuvotteluihin, joissa asiakas oli osallisena, osallistui vähintään puolivuositain reilu kolmannes Lapin läänin terveydenhoitajista. Yleisimmin terveyskeskuksissa moniammatillinen toiminta näkyi lapsiperheiden erityistilanteisiin rakennetuilla moniammatillisina hoitoketjuina tai -ohjelmina. Niitäkin käytettiin Lapin läänissä muita läänejä harvemmin. Terveystenhoitajista kolmannes teki yhteistyötä perhetyöntekijän kanssa puolivuositain, viidennes kerran vuodessa tai vähemmän. Moniammatillisen yhteistyön esteenä henkilökunta piti ajankäyttöön, toisen työn tuntemiseen, tiedonkulkuun ja työntekijöiden vaihtuvuuteen liittyviä pulmia. (Hakulinen-Viitanen ym. 2006, 55-56, 58.)

PERHE-hankkeessa on käynnistetty perhekeskustoimintaa 30 kuntahankkeessa, tavoitteena edistää lapsiperheiden hyvinvointia kehittämällä peruspalveluita 2005 - 2007. Useimmissa kunnissa perhekeskuksen kehittäminen on käynnistynyt perhevalmennuksen kehittämisen myötä. Perhevalmennusta on haluttu kehittää moniammatilliseksi vanhempainryhmätoiminnaksi, joka alkaa raskausaikana jatkuen lapsen syntymänjälkeisiin tapaamisiin. PERHE - hankkeeseen kuuluneiden kuntahankkeiden vakiintunein perhekeskeisen työskentelyn kehittämismalli oli ryhmämuotoinen perhevalmennus. Painopisteenä vanhempainryhmätoiminnassa kunnissa on ollut ensikertaa vanhemmiksi tulevat. (Viitala - Kekkonen - Paavola 2008, 29).

Neuvolan työmenetelminä vanhempainryhmätoimintaa ja keskustelua tukevien lomakkeiden käyttöä olisi ajanmukaistettava (Hakulinen-Viitanen ym. 2006, 98.) Monitoimijaisen yhteistyön kehittämisessä lähtökohtana tulisi olla lapsiperhepalveluiden suunnitteleminen kunnassa yhteisesti eri toimijoiden kanssa. Perhetyöntekijän ja terveydenhoitajan työparityöskentelyn on havaittu auttavan erityisen tuen tarpeessa olevia perheitä silloin kun pulmat ovat vielä pieniä. (Hakulinen-Viitanen ym. 2006 89.) Uuden perhevalmennuksen tavoitteena on mahdollistaa vanhemmuuden pohdiskelua muuttuvassa elämäntilanteessa, valmistaa asiakasperheitä kohtaamaan synnytys turvallisin mielin ja vastata tämän päivän tiedon tarpeeseen. Kunnassa tulisi sopia pysyvä käytäntö vanhempainryhmätoiminnalle vähintään ensimmäistä lastaan odottaville ja kasvattaville perheille. Ryhmätoiminnan järjestäminen sopii perhepalveluverkostolle. Raskausajan ja lapsen ensimmäisen elinvuoden aikainen vanhempainryhmätoiminta olisi oltava osa kunnan lapsiperhepalveluiden resursoitua suunnitelmaa, jota arvioidaan ja seurataan yhteisesti sovituin käytännöin. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena-oppaan mukaan pitkäjänteinen suunniteltu vanhempainryhmätoiminta, joka on jäsennetty lapsen kehitysvaiheiden ja ennakoitavissa olevien pulmatilanteiden mukaisesti on perusteltua myös perhevalmennuksessa, neuvolatyön resurssia kohdennettaessa. (STM 2004, 116-119.) Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 (STM) mukaan lapsuus- ja nuoruusvaiheessa luodaan pohja terveydelle, toimintakyvylle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille. Ensisijaista on tukea perheiden hyvinvointia oikea-aikaisesti. (STM 2005.) Ajatus yhdistyy ekspansiiviseen asiakkaan tarpeiden hahmottamiseen pitkäjänteisenä hoitokaarena.

2.2.4 Perhevalmennuksen kehittäminen Napero-hankkeessa

Napero - perhepalvelumallien kehittäminen perustyössä - hanke oli Lapin lääninhallituksen, Rovaniemen kaupungin ja Ranuan kunnan rahoittama sosiaalialan

kehittämishanke. Se käynnistyi elokuussa 2006 ja kesti lokakuuhun 2007. Lapsiperheiden pahoinvoinnin kasvu oli näkynyt Rovaniemellä lisääntyneenä lastensuojelunasiakkuuksina ja vaativan hoidon sijoituspaikkojen kysyntänä. Rovaniemi oli todettu olleen runsaan lastensuojelutoiminnan kuntien joukossa, lastensuojelun avohuollon toimiin kuuluvien ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrän ollessa yli kuntatyyppin keskiarvon. Hankkeen toiminnan lähtökohtana olivat alueen lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistäminen. Lähtöajatuksena oli rohkaista vanhempia osallistumaan kehitettävän toiminnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Toteuttajina hankkeessa olivat Rovaniemen ja Ranuan kunnat. (Rovaniemi 2008.) Napero-hanke oli Rovaniemen sosiaalipalvelukeskuksen hanke ja sen vastuuhenkilönä toimi sosiaalipalvelupäällikkö Eliisa Lintula.

Napero-hankkeen päämääränä oli edistää lasten ja lapsiperheiden hyvinvointia tehostamalla ehkäisevää työtä, kehittämällä ylisektorisia verkostomaisia työmuotoja, vahvistamalla vanhemmuutta, yhteisöllisyyttä ja vanhempien osallisuutta. Hankkeen keskeisiksi tavoitteiksi nostettiin 1) äitiys- ja lastenneuvolatyön, perhetyön, perheneuvolan, sosiaalityön, päivähoidon ja koulun yhteistyökäytäntöjen kehittäminen 2) varhaisen auttamisen ja ehkäisevän työn tehostaminen, perheiden osallisuutta vahvistamalla 3) perheiden ja vanhempien omatoimisuuden, vertaistuen ja verkostoitumisen edistäminen 4) toimijoiden tiimityötaitojen vahvistaminen ryhmänohjaamisessa ja prosessien hallinnassa. (Rovaniemi 2008.)

Julkishallinnon näkökulmasta hankkeen tavoitteiden mukainen toiminta edellytti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukeskusten henkilöstön, rakenteiden ja prosessien hallinnoimaa perustyön kehittämistä perhetyön ja päivähoidon sekä neuvolatyön konteksteissa. Kaupungin organisaatiossa tämä tarkoitti molempien sekä palvelu- että hallinto-organisaatioissa (liite 1) tapahtuvaa kuntalaisten osallisuuden ja palvelutuotannon kehittämistä. Peruspalveluiden toimijat, joita kehittämistyö koski sijoittuivat kaupungin palveluorganisaatiossa sosiaali- ja terveystalouden tuotanto-osastolle ja siellä sijaitseviin terveydenhuollon palvelukeskukseen ja sosiaalipalvelukeskukseen. Asiakkaiden osallisuus liitti kehittämistyön hallinto-organisaation kontekstissa hyvinvointipalveluihin ja siellä perusturvapalveluihin.

Napero-hankkeen toiminta-ajatuksena oli kehittää olemassa olevia perhepalveluita. Kehittämistyöhön osallistui peruspalveluiden toimijat yhdessä hanketyöryhmän kanssa. Tarkoituksena oli kehittää perustyötä, tehostamalla ja ajanmukaistamalla jo olemassa olevaa toimintaa. Toimintatapana hankkeessa oli pilotoida perhekeskummalleja erityyppisillä alueilla, Rovaniemellä kaupunkimainen- ja

taajamamalli. Piloteissa oli tarkoituksena kehittää ryhmämuotoisia työmenetelmiä ja uudistaa perhevalmennuksen sisältöä. Hankkeen pilotointi oli määritelty Rovaniemen keskustan ja Muurolan taajama alueille. (Rovaniemi, 2008.)

Projektin ohjausryhmä (liite 2.) koostui Rovaniemen kaupungin sosiaali- ja terveystalojen johtavista henkilöistä, koulutuslaitosten edustajista, MLL paikallisjärjestön edustajasta, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen edustajasta ja Rovaniemen perusturvalautakunnan edustajasta. Ohjausryhmän tehtävänä oli hyväksyä hankkeen toimintasuunnitelma ja sen mahdolliset tarkistukset, ohjata hanketta ja antaa asiantuntija-apua hanketyöryhmälle sekä tukea hankkeen etenemistä toimintasuunnitelman mukaisesti. Ohjausryhmän tehtävänä oli myös tiedottaminen hankkeen toiminnasta ja tuloksista sidosryhmille ja päätöksentekijöille sekä hankkeen tuottamien raporttien käsittely ja hyväksyminen. Hanketyöryhmässä toimi kolme projektityöntekijää ja projektipäällikkö (liite 3.). Hankkeen ylisektorisen toiminnan kehittämistavoitteen ajatusta tukien projektityöntekijät tulivat eri sektoreilta. He olivat lastentarhanopettaja, sosionomi (AMK) ja sairaanhoitaja (AMK) - terveydenhoitaja (AMK). (Karvonen 2007, 48.) Hankkeen lähityöryhmään, Kätöseen kuului lasten ja perheiden parissa toimivia eri ammattialojen henkilöitä Rovaniemeltä ja Ranualta sekä Rovaniemen seurakunnan edustaja. Hanketyöryhmän tukena on lisäksi toiminut asiakastyöryhmä, jossa on ollut viisi perheellistä asiakasta, kaksi miestä ja yksi nainen.

Perhevalmennuksen kehittämistyön lähtökohtana oli ensi kertaa vanhemmiksi tulevien ja vauvaperheiden osallisuuden, vanhemmuuden ja yhteisöllisyyden vahvistaminen. Toimintakeino kehittämiseen oli vertaisryhmätoiminta, joka tukee asiakkaan omia voimavaroja ja verkostoitumista. Hankkeen keskeinen tavoite oli lapsiperhetoimijoiden verkostoitumisen edistäminen moniammatillisia toimintamalleja kehittämällä. Tavoitteet ilmentävät voimavaraisen terveyden edistämisen lähestymistapaa. Perhevalmennuksen kehittämisessä Napero- hankkeen tavoitteiden mukainen terveyden edistämisen lähestymistapa rakentui myönteiselle terveysajattelulle. Tässä raskaus ja perheeksi kasvaminen nähdään myönteisenä asiana ja vanhemmaksi tuleminen mahdollisuutena voimavarojen kasvuun. Vauvaperheet ja ensi kertaa vanhemmiksi tulevat nähtiin voimavarana alueen lapsiperheiden hyvinvoinnin kehittämisessä.

3 TERVEYDEN EDISTÄMISEN ARVIOINTI

3.1 Terveysten edistämisen lähestymistavat

Terveysten edistäminen on keino vaikuttaa terveyden taustatekijöihin ja siten aikaansaada ja ylläpitää terveyttä. Terveysten taustatekijät voivat liittyä yksilöihin, olla sosiaalisia, taloudellisia, poliittisia, kulttuurisia ja liittyä myös ympäristöön. Terveysten edistämisen tavoitteena on vahvistaa yksilön ja yhteisön voimavaroja sekä kansanterveydellisiä edellytyksiä. Keskeisiä terveyden edistämisen arvoja ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, tasa-arvo, voimaannuttaminen ja osallistuminen sekä osallistaminen. Terveysten edistämisen interventioissa korostuvat kokonaisvaltainen ihmiskäsitys, terveystaloudellisuus, terveyden edistämisen arkityön ja kohderyhmän itsensä määrittävät tarpeet sekä tuotetun tiedon hyödynnettävyys. (Karjalainen – Koskinen-Ollonqvist – Peltö-Huikko 2006, 12-13.)

Terveysten edistämisen lähestymistapoja ovat mahdollisuuksien luominen, muutokseen tähtäävä toiminta sekä terveyttä suojaavien ja vahvistavien tekijöiden ylläpitäminen jo saavutetulla tasolla. Terveysten edistäminen sisältää promotiivisen ja preventiivisen lähestymistavat. Promootion näkökulmana on terveyden ylläpitäminen ja suojaavien tekijöiden lisääminen, joiden ajatellaan suodattavan riskien vaikutuksia yksilöihin ja yhteisöihin. Lähestymistapa korostaa myönteisen ja voimavaraisen terveystaloudellisuuden mukaisesti yksilön ja yhteisön selviytymistä tukevien sekä auttavien olojen ja kokemusten luomista. Preventioon sisältyy primaari-, sekundaari- ja tertiäripreventio. Primaaripreventiolla ehkäistään sairauksien syntyä ja vähennetään riskitekijöitä. Sekundaaripreventiolla ehkäistään sairauden pahenemista vähentämällä riskitekijöitä. Tertiäripreventiolla lisätään toimintakykyisyyttä ja pyritään vähentämään olemassa olevan sairauden ja sen haittojen pahenemista. (Karjalainen – Koskinen-Ollonqvist – Peltö-Huikko 2006, 12-13.)

Terveysten edistämässä otetaan huomioon terveystaloudelliskohdat eri hallinnonalojen toiminnassa: yhteisten tavoitteiden asettaminen ja systemaattinen tavoitteiden toteuttaminen, toteutumisen arviointi ja seuranta sekä johtopäätösten tekeminen arvioinnin perusteella. Terveysten edistämistä voidaan tarkastella neljästä näkökulmasta. Toiminnan sisältöjä tarkastellaan, kun asetetaan tavoitteita toiminnalle. Esimerkkejä ovat ravitsemus, liikunta, päihteiden käyttö, syrjäytyminen ja terveellinen ympäristö. Tavoitteiden saavuttamista määriteltäessä sisältökysymykset rajataan koskemaan tiettyä kohderyhmää esimerkiksi ensikertaa

vanhemmiksi tulevat. Lähestymistapa voi olla myös toimintaympäristölähtöinen, jolloin tarkastelun kohteena ovat esimerkiksi perhepolitiikan terveyttä edistävä toiminta. Neljäs tapa on tarkastella terveyden edistämisen työtapoja ja toimintakäytäntöjä, arvioiden yhteisöllistä toimintaa ja ehkäisevien palveluiden käytäntöjä sekä yhteistyötä. (STM 2006:19, 16-17.)

3.2 Arviointi osana terveyden edistämisen kehittämistä

Arviointi ja seuranta liittyvät keskeisesti kehittämiseen. Palaute on kehittämistyön tietoista ja muutoshaluista toimintaan. (Seppänen-Järvelä 2004, 19.) Arviointi on jonkin kohteen arvon, merkityksen tai hyödyn määrittämistä (Suopajarvi 2007, Robson 2001). Keskeistä on tavoitteellinen toiminta, tiedon keruun systemaattisuus ja hankitun tiedon sovellettavuus. Arvioinnin kohteena voi olla mm. ohjelma, hanke tai projekti, toimintapolitiikka tai -järjestelmä, organisaatio tai oma työ. (Suopajarvi 2007.) Kohdetta tarkastellaan suhteessa arviointiperusteeseen muodostaen arvioiva päätelmä, käyttäen tutkimusmetodeja ja pyrkien lähtökohtana olevien arvojen perusteella arvottaviin johtopäätöksiin. (Finsoc 3/2001, 5.) Terveyden edistämisen kehittämisessä arviointia voidaan käyttää määrittelemään terveyden edistämisen politiikkaa, ohjelmaa, interventiota ja niiden vaikutuksia sekä muutostarpeita (Karjalainen – Koskinen-Ollonqvist – Peltto-Huikko 2006, 11-15).

Terveyden edistämisen vaikuttavuuteen liittyvien seurausten osoittaminen arvioinnilla on hankalaa kohteen laaja-alaisuudesta johtuen. Terveyden edistäminen on terveyttä tukevien mahdollisuuksien etsimistä, luomista ja lisäämistä. Se on terveydelle myönteisten asioiden tukemista ja terveyttä tuottavien muutosten aikaansaamista sekä terveyden tasa-arvon lisäämistä. Toimintaa tapahtuu yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla. Arviointia voidaan tehdä toiminnan toteuttamisen aikana, jolloin se on prosessiarviointia ja se voi kohdistua organisaatioon, työn toteuttamiseen tai asiakkaita tapahtuviin muutoksiin. (Tekry 2005, 5.) Terveyden edistämisen arvioinnilla voidaan määritellä intervention tai palvelun arvo ja tarjota muutossuosituksia. Arvioinnissa hyödynnetään tieteellisiä menetelmiä tiedon keruuseen, analysointiin ja tulkintaan, tavoitteena kehittää toimintaa ja tukea päätöksentekoa. Terveyden edistämisen hankkeiden vaikuttavuuden ja vaikutusten arvioinnissa törmätään ilmiön laaja-alaisuuteen. Laadun ja vaikuttavuuden arviointiin liittyvät terveyden edistämisen ideologiat ja politiikka. Terveyden edistämisen vaikuttavuutta väestöön tulisi mitata muutoksen, mahdollistamisen ja ylläpidon tuottamisen näkökulmista. (Karjalainen – Koskinen-Ollonqvist – Peltto-Huikko 2006, 14-15.)

Arviointiin liittyvät keskeisesti arvottavat johtopäätökset. Nämä voidaan määritellä suhteessa ajankohtaisiin hallinnon kehittämistavoitteisiin ja -suuntauksiin. Arvioinnilla on yhteys informaatio-ohjaukseen silloin, kun sillä tuotetaan tietoa toimivista työkäytännöistä. Tähän liitetään myös pyrkimys hallinnon avoimuuden lisäämisestä. Sosiaalipalveluissa arviointi nähdään keinona tukea asiakaslähtöistä palvelujen kehittämistä. (FinSoc 2001, III,IV.) Odotukset ja käyttötarkoitus ohjaavat lähestymistavan valinnassa. Arviointi voidaan toteuttaa tarkoituksenmukaisesti vastuullisuus-, kehittämis- ja tiedontuotantoarviointina. Vastuullisuusarvioinnissa tarkastellaan tulosten ja tehokkuuden mittareilla palveluiden tuottajien ja hallinnon tilivelvollisuutta ja vastuuta. Kehittämisarvioinnissa tarkoituksena on kehittää toimintaa tuotetun tiedon avulla. Uusien työkäytäntöjen ja toimintamallien kehittämistä tehdään usein projekteina. Toiminta tukee kehittämistyötä, sen avulla haetaan vastauksia kysymyksiin, mikä uudessa mallissa toimii ja mikä siihen vaikuttaa. Palveluiden kehittäminen asiakaslähtöisen suuntaan korostaa asiakaslähtöisiä arvioinninmenetelmiä ja asiakkaiden osallisuutta. (FinSoc 2001, 1-4.)

Kehittämistyön eteneminen tapahtuu usein prosessin tavoin, mistä syystä kehittämistyötä on syytä arvioida tarkastelemalla muutosprosessia. Prosessiarviointi ja kehittämisetävaluaatio vastaavat sisällöltään toisiaan. Prosessiarvioinnissa tehtävänä on kuvata projektissa käytettyjä toimintatapoja, kertoa kuinka pulmat on ratkottu ja miten prosessi on edennyt. Tämänäyttypisessä arvioinnissa painottuvat Itsearviointi ja oppimisen tarkastelu. Arvioinnissa keskeistä on tarkastella kehittämisprojektin etenemistä. Kehittämistyöhön liittyvän muutos- ja oppimishalu nostavat evaluaation merkitystä. Kirjallisuudessa formatiivisen ja summatiivisen jaottelulla tuodaan esiin eri ulottuvuuksia, jotka eivät ole toisiaan poissulkevia. Formattiivinen arviointi viittaa toiminnan toteuttamisen arviointiin eli siihen, miten hanketta on tehty ja miten toimintaa voitaisiin parantaa. Prosessiarviointi on luonteeltaan formatiivista arviointia. Summatiivisessa arvioinnissa tarkastellaan vaikuttavuutta ja lopputuloksia. (Seppänen-Järvelä 2004, 19-20.)

3.3 Itsearviointi, reflektio ja yhteisöllinen kehittäminen

Itsearviointi on oman työn kehittävää kriittistä tarkastelua. (Yliruka 2000, 7; Mäkinen - Uusikylä 2004, 5.) Se on refleksiivinen toimintatapa, joka kytkeytyy projektin kehittämiseen ja projektioppimiseen. Keskeistä itsearviointissa on oppiminen ja

toiminnan sekä yhteistyön kehittäminen kasvatuksen ja oppimisen avulla. (Mäkinen - Uusikylä 2004, 6). Itsearviointi on arviointia, jonka työntekijä itse tekee (Yliruka 2000, 7). Arviointi voidaan toteuttaa yksilön, työyhteisön asiakasryhmän tai projektin tasolla. Itsearvioinnin tuottaessa välittömästi hyödynnettävää tietoa kehittämistyöhön, niin että kehittämistyössä hyödynnetään arvioinnin viitekehystä ja keinoja voidaan puhua evaluatiivisesta kehittämistyöstä. (Seppänen–Järvelä 2004, 24.) Onnistuessaan itsearviointi toimii hankkeiden ja toimenpideohjelmien ohjaustyökaluna palvellen välittömiä kehittämistarpeita ja mahdollistaen nopean reagoinnin. Hankkeen itsearvioinnin hyvinä puolina pidetään osuvuutta, hyödynnettävyyttä ja välittömiä oppimisvaikutuksia. Itsearviointi on järkevää kohdentaa kysymyksiin, jotka ovat erityisenä kehittämiskohteena. (Stakes 2003, 15.)

Reflektiivisyys on Mezirowin (1981, 1991) mukaan oppimisen ja tässä myös kehittämisen edellytys. Reflektion avulla muodostuvat merkitykset ja merkitysrakenteet, jotka ohjaavat tiedon hankintaa, oppimista ja siten toiminnan kehittämistäkin. Yhteisöllisessä oppimisessa ja työn kehittämisessä reflektio kuvaa yksilöpsykologisten ehtojen ohella sosiaalisia, ryhmän, organisaation ja ympäröivän yhteiskunnan toiminnasta määräytyviä ehtoja. Poikelan (2005, 21-23) mukaan reflektion ulottuvuuksia voidaan kuvata palautteen, arvioinnin ja evaluoinnin käsittein työorganisaatiossa tapahtuvan oppimisen ja tiedonmuodostuksen ilmiöiden kuvaamisessa ja erittelyssä. Työn, työyhteisön ja työorganisaation näkökulmista reflektio voidaan määritellä kontekstuaalisissa yhteyksissään.

Reflektio on opittujen asioiden ja hankittujen kokemusten havainnointia ja pohdintaa, jota voidaan tehdä yksin tai yhdessä toisten kanssa. Havainnointi on suhteessa ulkoiseen toimintaan ja opitun kokeiluun. Sen tavoitteena voidaan pitää tekemisen ja ajattelun välisen oppimisen ylläpitoa. Yksilön tavoin myös työryhmä oppii yhteistoiminnassa kokemuksellisen oppimisen periaatteiden mukaan. Uusi haaste kohdataan, vaihdetaan kokemuksia ja jaetaan tietämystä, reflektoidaan eli arvioidaan ja analysoidaan mistä on kysymys. Ryhdytään yhdessä hankkimaan tietoa, mallintamaan ja organisoimaan sitä uuden toimintasuunnitelman muotoon. Uutta toimintaa kokeillaan ja siitä kerätään tietoa, johon palataan yhdessä. Näin oppimissykli jatkuu. Vuorovaikutus ja arviointi ovat toimijoille sekä tiedon että oppimisen lähde. Vuorovaikutuksen avulla työyhteisössä tuotettu tieto esimerkiksi uusi toimintamalli vakiinnutetaan organisaation käytännöksi. (Poikela 2005, 25 – 28.)

Ekspansiiviselle oppimiselle on ominaista, että ihmisyyhteisöt itse osallistuvat muutoksen kohteena olevan toimintajärjestelmän kehittämiseen. Näin toiminnan

kohde laajenee. Kohteen radikaali laajentaminen edellyttää uusia työvälineitä, uusia sääntöjä, uutta yhteisöä, uusia työnjakoja toisin sanoen koko toiminnan laajentamista. Kyseessä on annetun toimintamallin kriittinen pohdinta ja laajentaminen. Tällaisessa kehittämisprosessissa joudutaan usein väittelyyn ja kamppailuun kehityksen sisällöstä mikä onkin oleellinen osa kehitystä. Tutkija, tässä arvioija osallistuu väittelyyn omalla välineistöllään ja kannanotoillaan. Hän ei jää ulkopuoliseksi tarkkailijaksi. Ekspansion onnistumista mitataan luodun toimintamallin elinvoimaisuudella, ei kehittämis yhteisön yksimielisyydellä. (Engeström 2004, 44-63.)

Ekspansiivinen oppiminen etenee oppimissyklinä, oppimistekojen kautta. Oppimissyklin askeleet ovat yhteisiä oppimistekoja, ne ovat dialogissa tapahtuvia, kyseenalaistamisia, analyysia, mallittamista ja mallin tutkimista. Kaikkien toimintaan osallistuvien ei tarvitse osallistua aktiivisesti jokaiseen oppimistekoon eikä oppimisteoista tarvitse olla kaikkien samaa mieltä. Oppimisteot muodostavat kokonaisuuden: mikään niistä ei yksin takaa kohteen laajenemista. Kohteen laajeneminen tapahtuu ajan, paikan ja tilan, vastuun ja moraalin sekä kehityksen ulottuvuuksilla. Terveystenhuollon työntekijän kyky hahmottaa asiakkaansa hoidolliset tarpeet yhteen kokoavana pitkäjänteisenä hoitokaarena kertoo ekspansioista. (Engeström 2004, 44-63.)

3.4 Diskurssianalyysi yhteisöllisessä kehittämisessä

Diskurssilla tarkoitetaan puhe- tai esittämistapoja. Asioista voidaan puhua monella eri tavalla, tarkastellen niitä eri näkökulmista. Lähestymistavasta riippuen tutkittavan asian todellisuus rakentuu erilaiseksi ja saa erilaisia merkityksiä. Näitä jäljitetään etsimällä aineistosta erimielisyyksiä ja ristiriitaisuuksia. Sanavalinnat ja käytetyt metaforat ovat erityisesti mielenkiinnon kohteina. Merkityksiä etsitään myös pohtimalla miten tarkasteltavaa ilmiötä voisi kuvata toisin. (Löthje 2008.)

Diskurssianalyttisessä lähestymistavassa ihminen ja ihmisryhmät omaksuvat ja tuottavat tiettyjä kulttuurisia käytänteitä sosiaalisella osallistumisellaan. Analyysi perustuu näkemykseen ihmisestä oppivana ihmisenä, joka on itse tietämätön siitä, miten on oppinut toimimaan tietyissä tilanteissa. (Remes 2006, 289.) Kiinnostuksen kohteina ovat ihmisten ylläpitämät ja tuottamat käytännöt. Menetelmässä tarkastellaan toimintaa ja jäsennetään siinä ilmeneviä diskursseja. Pyrkimyksenä on tehdä näkyväksi ilmiön todellisuuden luonnetta lisäten toimijoiden tietoisuutta siitä ja

omista vaikuttamismahdollisuuksistaan siihen. Menetelmä sisältää ajatuksen, että todellisuutta ja toimintaa voidaan arvioida ja muuttaa, sille on ominaista että se sisältää parempaan todellisuuden tavoitetilaa pyrkiviä interventioita. Analysoinnissa kuvataan tavoitetilan ja siihen liittyvien interventioiden tuottamaa toimintaa analysoiden toiminnassa muotoutuvan diskurssin vaikuttavuutta. (Remes 2003, 51-52.)

Pragmaattisessa diskurssianalyysissä yhdistetään lähtökohdan ja keinojen tarkastelut sekä tulevaisuussuuntautuneisuus. Se edellyttää tiedonhankintamenetelmien erilaisuuden huomioimista. Analyysissä tutkija, jonka tässä rinnastan arvioijaan, kerää tietoa ihmisten toiminnasta ja kuvaa sitä raportissaan. Kuvausta analysoidaan kokonaisuutena hahmotellen sen tietoa sisältäviä elementtejä. Arvioija voi myös yhdessä toimijoiden kanssa laatia kehittämissuunnitelmia ja toteuttaa niitä sekä arvioida muuttunutta toimintaa. Kehittävä diskurssianalyysi sopii tehtäväksi prosessikuvauksena, jossa pyrkimyksenä on ilmiön aikaisemmalle tutkimustiedolle perustuva paremmin toimivan todellisuuden, tavoitetilan vertaaminen ilmiön toimimattomuuteen sen nykytilassa. Näin muodostuu logiikka hahmottaa kehitettävä ilmiö. (Remes 2006, 363.)

Analyysissä aineisto muodostuu joko tutkijan tai toimijoiden tuottamasta toiminnan kuvauksesta tai muusta sellaisesta aineistosta, jonka avulla voidaan tuottaa toiminnan kuvausta analyysiä varten. Aineisto tarvitsee tuekseen sitä koherentisti selittävän tieteellisen aineiston, tässä tapauksessa ekspansiivisen ja yhteisöllisen kehittämisen ja oppimisen teorialat sekä perhevalmennustoimintaan ja terveyden edistämiseen liittyvän aiemman tutkimustiedon. Tämän tyyppinen analyysi sisältää kaksi funktiota; todellisuudessa esiintyvän tiedon analysoiminen ja sen hyödyntäminen todellisuuden muodostamisessa. Menetelmässä korostuu tiedon hyödyllisyys käytännölle. Tieto on olemassa siksi, että sillä hyödynnetään käytäntöä – myös uusia parempia käytäntöjä luotaessa. Tuotetun arviointitiedon tehtävänä on käytännön palveleminen, tieteen ja käytännön yhdistäminen, uusien todellisuuksien luominen ja selittäminen. Menetelmässä kiinnostuksen kohteena on sosiaalinen todellisuus silloin, kun yhteisön katsotaan pyrkivän käyttämään keinoja hallita itse oman sosiaalisen todellisuutensa luomiseen. (Remes 2003, 52.) Vaikkapa perhevalmennustoiminnan yhteisölliseen ja asiakkaat osallistavaan kehittämiseen.

Analyysi tapahtuu teoreettisin jäsennysvälinein, se on toimijoita muutokseen aktivoivaa herättelemistä. Se voi olla myös toimijoiden aloitteesta lähtevää muuttunutta toimintaa, jossa he ottavat itse vallan muovata oman todellisuutensa.

”Diskurssianalyttinen tutkimus jäsentää ja analysoi yhteisesti hyväksytyjä interventioita ja näiden tuottamia kokemuksia sekä toiminnassa tapahtuvaa neuvottelua pätevistä diskurssista. Toiminta tapahtuu kollektiivisesti intressilähtöisesti ja näillä olisi oltava tavoitteena paremmin toimiva yhteisö.” (Remes 2003 51-52.)

Tässä opinnäytteessä toimintaa arvioidaan perhepalvelutoimijoiden yhteisöllisenä tavoitteena paremmin toimivasta perhevalmennuksesta. Perhevalmennuksen asiakkaat osallistuvat arviointiin. Heidän avulla toimijoita herätellään asiakaslähtöiseen kehittämiseen. Analysointi tapahtuu refleksiivisenä kirjoittamis- ja lukemisprosessina, jossa kuvataan kehittämistyönprosessia jäljittämällä siitä terveyden edistämisen lähestymistapaa.

3.5 Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämisen arvioinnissa

Napero-hankeen keskeinen tavoite ja kehittämis tehtävä on asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen, mikä tässä nähdään myös kehittämistyöhön osallisuutena. (Rovaniemen kaupunki 2006.) Yksilön ja yhteisön osallistumista edistävä toimintaprosessi liitetään voimavaraiseen terveyden edistämistoiminnan lähestymistapaan. (Sirviö 2006, 31) Asiakkaat osallistava yhteisöllinen kehittäminen edellyttää asiakaslähtöisten menetelmien käyttöä. Asiakaslähtöisen arvioinnin lähtökohtana on asiakkaiden osallistaminen kehittämistyöhön. Ajattelu perustuu arvioinnin demokratisoitumisen ja monimuotoistumisen näkemykseen. (Krogstrup 2004, 7.)

Lapsiperheiden osallisuutta terveyden edistämisen arviointiin määrittelee monet tekijät. Yhtenä niistä on työntekijän lähestymistapa terveyden edistämiseen. Lapsiperheen asema ja tilanne yhteiskunnassa vaikuttaa lapsiperheen terveyden määrittämiseen. Kekseistä on perheen osallisuus terveytensä määrittämisessä työntekijän määrittelyn rinnalla. Ammatillinen kohtaaminen kuvastaa terveyden edistämisen lähestymistavan orientaatiota määrittäen terveyden edistämisen eettistä perustaa ja käsitystä siitä mikä on lapsiperheen hyvä. Työntekijän toteuttamassa terveyden edistämisessä voi ilmetä ongelmälähtöistä, kasvatuksellista tai voimavarakeskeistä lähestymistapaa. (Sirviö 2006, 31-32; 47.)

- 1) Ongelmälähtöiselle lähestymistavalle on ominaista sairauksien ja riskien ehkäiseminen sekä syiden etsiminen ongelmiin. Elämän tavoitteena on terveyden saavuttaminen. Tavoiteltavan terveyden määrittelee yksilön ja

yhteisön ulkopuoliset asiantuntijat. Toiminnassa lähtökohtana ovat perheiden ongelmat tai organisaation asettamat vaatimukset. Terveyttä edistetään jakamalla tietoa yksilö- ja yhteisötasolla. (Sirviö 2006, 31-32; 47.)

- 2) Kasvatuksellinen lähestymistapa korostaa yksilön oikeutta ja vastuuta tehdä valintoja. Tavoitteena on yksilön tai perheen terveyskäyttäytymisen muuttaminen. Terveyttä vähentävät ongelmat yksilöllistetään jolloin yhteisölliset tekijät jää huomiotta. Terveyttä edistävää toimintaa kuvaa asiantuntijakeskeisyys, jolloin se perustuu tiedonjakamiseen asiantuntijan määrittelemän terveystähtämyksen perusteella. (Sirviö 2006, 31-32; 47.)
- 3) Voimavaraissa lähestymistavassa pyritään etsimään käyttämättömiä voimavaroja, jotka auttavat yksilöä ja yhteisöä hallitsemaan terveyttään. Yksilö nähdään aktiivisena ja toiminta on asiakaslähtöistä. Terveys ymmärretään myönteisenä yksilön ja yhteisön voimavaroja korostavan asiana, se ei ole elämän päämäärä. Taustalla on asiakkaan näkemys terveydestään ja voimavaroistaan. Terveysten edistäjä toimii asiakkaan reflektoinnin ja aktiivisen osallisuuden tukijana. (Sirviö 2006, 31-32; 47.)

Moniammatillinen yhteistyö on tärkeä väline erityisesti väestön terveyden edistämisessä ja asiakkaan osallisuuden sekä asiakaslähtöisen terveyden edistämisen kehittämisessä. Lapsiperheiden näkemyksen mukaan ammatillisessa kohtaamisessa osallisuutta vahvistavia tekijöitä ovat perheelle asetetut kysymykset, perheen kysymyksiin vastaaminen, hyväksyntä, positiivinen palaute, myönteinen ilmapiiri ja vaihtoehtoisen toimintatavan esittäminen. Osallisuutta estävät tekijät ovat lapsiperheiden mukaan toimintakeskeisyys, lomakekeskeisyys, lapsikeskeisyys, vanhemmuuden ignorointi, asiakkaan viestin mitätöinti tai torjunta ja asiakaskäynnin mitätöinti. (Sirviö 2006, 33; 111.)

Bikva-asiakaslähtöisessä arvioinnissa tavoitteena on luoda yhteys asiakkaiden tarpeiden ymmärtämisen ja julkisen intervention välille ottamalla asiakkaat arviointiin. Asiakkaat toimivat oppimisen käynnistäjinä. Arvioinnissa asiakkaille annetaan mahdollisuus ilmaista ideansa ja kehittämistoiveensa. Asiakkaiden osallistamisella saadaan näkyviin ongelmakenttiä, joista kenttätöntyöntekijät, johtajat ja poliittiset päättäjät eivät ehkä ole tietoisia. Aineiston keruu tapahtuu neliportaisella haastattelulla, joissa tavoitteena on selvittää millä tavoin päivittäiset ilmiöt koetaan ja minkälaisia merkityksiä niille annetaan. Yleensä haastattelut tapahtuvat ryhmähaastatteluina mutta se ei ole välttämätöntä. Bikva-mallin päätavoitteena on

erityisesti kenttätöissä työntekijän oppiminen ja kehittyminen. (Krogstrup 2004, 7-14.)

4 OPINNÄYTTEEN TAVOITE, TARKOITUS JA ARVIOINTITEHTÄVÄT

Arvioin tässä opinnäytteessä Rovaniemellä Napero - perhepalveluiden kehittäminen perustyössä – hankkeessa perhevalmennuksen kehittämistyötä. Hankkeessa ajanmukaistettiin perhevalmennusta osana neuvolatyön kehittämistä. Napero-hankkeen tavoitteiden mukaisesti perhevalmennuksen kehittämistyötä lähdettiin toteuttamaan monitoimijaisuutta, asiakkaiden osallisuutta ja vertaisryhmätoimintaa vahvistamalla, perhevalmennuksen prosessinomaisuutta tehostamalla sekä vanhemmuuteen siirtymisen näkökulmaa vanhemmuuden tukemisessa korostamalla.

Opinnäytteen tavoitteena on arvioida perhevalmennuksen kehittämistä Napero-hankkeessa 08.2006 – 12.2007 välisenä aikana. Tarkoituksena on kehittää perhevalmennusta arvioinnin avulla. Tehtävänä on arvioida millaista terveyden edistämisen lähestymistapaa toiminta ilmentää kehittämisprosessin eri vaiheissa. Toisena tehtävänä on arvioida, miten ilmenee Napero-hankkeen tavoitteiden mukainen lapsiperheet osallistava terveyden edistämisen lähestymistapa kehittämistyössä.

5 PERHEVALMENNUKSEN KEHITTÄMISEN ARVIOINTIASETELMA

5.1 Yhteistoiminnallisen kehittämisen arviointiasetelma

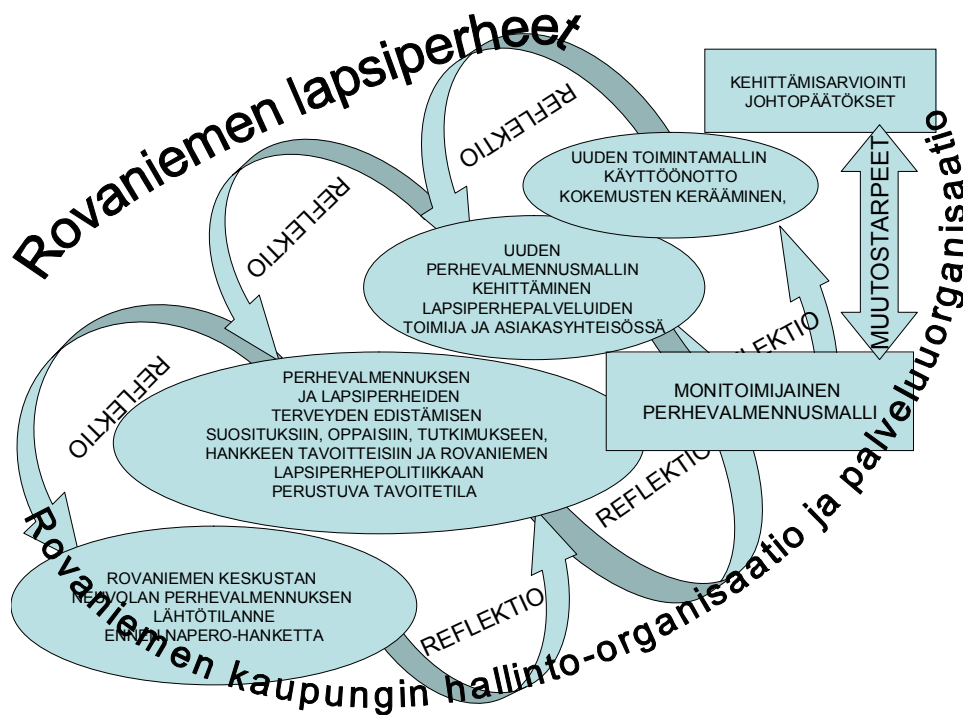
Opinnäytetyössäni olen arvioinut Rovaniemellä Napero-hankkeessa perhevalmennuksen kehittämisprosessia. Tätä itsearvioinnin kokonaisuutta kuvaan muodostamani arviointiasetelman avulla. Arviointiasetelmalla tarkoitan tässä tekemääni arvioinnin mallinnusta, josta ilmenee arvioinnin kohde eli se mitä arvioin. Asetelma kertoo myös mihin arviointia käytetään, miksi sitä teen. Tausta aineisto, johon perustan arvottavat johtopäätökset ilmenee niin ikään arviointiasetelmasta. Se voi rakentua joko teoria- tai aineistolähtöisesti. Tässä se kuvaa arvioinnin näkökulman yhteen nivoen terveyden edistämisen teoreettisten käsitteiden avulla perhevalmennuksen kehittämistoiminnan.

Tiedonluomisen teoriassa oppiminen voidaan nähdä jonkin aihepiirin yhteisöllisenä kehittämisenä ja ajatella sen perustuvan yksilöllisten sekä kollektiivisten prosessien väliseen vuorovaikutukseen (Hakkarainen, Lonka, Lipponen 2004, 22). Oppiva organisaatio tarvitsee organisaation toimintaympäristöä materiaalina käyttävän oppimisprosessin ja sisäistä toimintaa arvioivaa tietoa. Evaluatiivisen kehittämisen lähtökohtana voidaan pitää kykyä luoda arviointiasetelma, joka tuottaa tietoa oppimisen perustalle. Tiedonhankinta ja prosessointi tulisi kytkeä osaksi organisaation työprosessia, jotta se palvelisi oppimista. (Seppänen-Järvelä. 1999, 94.) Perhevalmennuksen kehittämistyön arvioinnin yksi keskeinen tehtävä on tuottaa tietoa perhevalmennustyön edelleen kehittämisen tueksi. Rinnastan tässä oppimisen kehittämiseen. Arvioinnin avulla teen näkyväksi kehittämistoiminnassa ilmenevää terveyden edistämisen lähestymistapaa verraten sitä Napero-hankkeen asiakaslähtöiseen ja asiakkaat osallistavaan lähestymistapaan.

Arviointi kohdistuu Rovaniemellä perhepalveluiden toimijayhteisössä Napero-hankkeessa tehtyyn perhevalmennuksen kehittämiseen. Perhevalmennuksen kehittäminen on tapahtunut hankkeen toimintasuunnitelman mukaisesti Rovaniemen keskustan neuvolan ja perhepalvelukeskuksen työyhteisöissä. Tämän tyyppisessä yhteistoiminnallisessa kehittämisessä arviointi toimii keskeisenä työvälineenä kehittämistyön etenemisprosessien reflektiivisessä tarkastelussa ja sitä kautta oppimis- ja muutospolkujen tunnistamisessa (Seppänen-Järvelä, 2004, 44-47). Arviointiasetelmassa on voimavarakeskeinen lähestymistapa perhevalmennuksen kehittämiseen ja konstruktiviseen oppimiseen. Keskeistä on herätellä toimijoita

perhevalmennustoiminnan terveyttä ja hyvinvointia edistävän lähestymistavan kriittiseen ja refleктоivaan tarkasteluun.

Opinnäytetyössä reflektoidaan perhevalmennuksen kehittämistyötä (kuvio 1.) Rovaniemen keskustan neuvolan työyhteisön kontekstissa, kehittämistyön lähtötilanteessa. Yhteiskunnan kontekstissa perhevalmennustoimintaa reflektoidaan tässä arvioinnissa tavoitetilana ajankohtaisten suositusten, oppaiden, tutkimuksen, Rovaniemen lapsiperhe politiikan ja Napero-hankkeen tavoitteiden kautta. Uuden toimintamallin rakentamista ja käyttöönottoa tarkastellaan perhepalvelukeskuksen toimintaympäristössä tapahtuvana reflektiona. Tämä arvioinnin tiedonmuodostus tapahtuu perhevalmennuksen kehittämistyössä terveyden edistämisen lähestymistavan kuvaamisena ja jäsentämisenä perhepalvelukeskuksen toimintaympäristössä sekä Rovaniemen kaupungin perhepalveluiden toimintaorganisaatiossa.



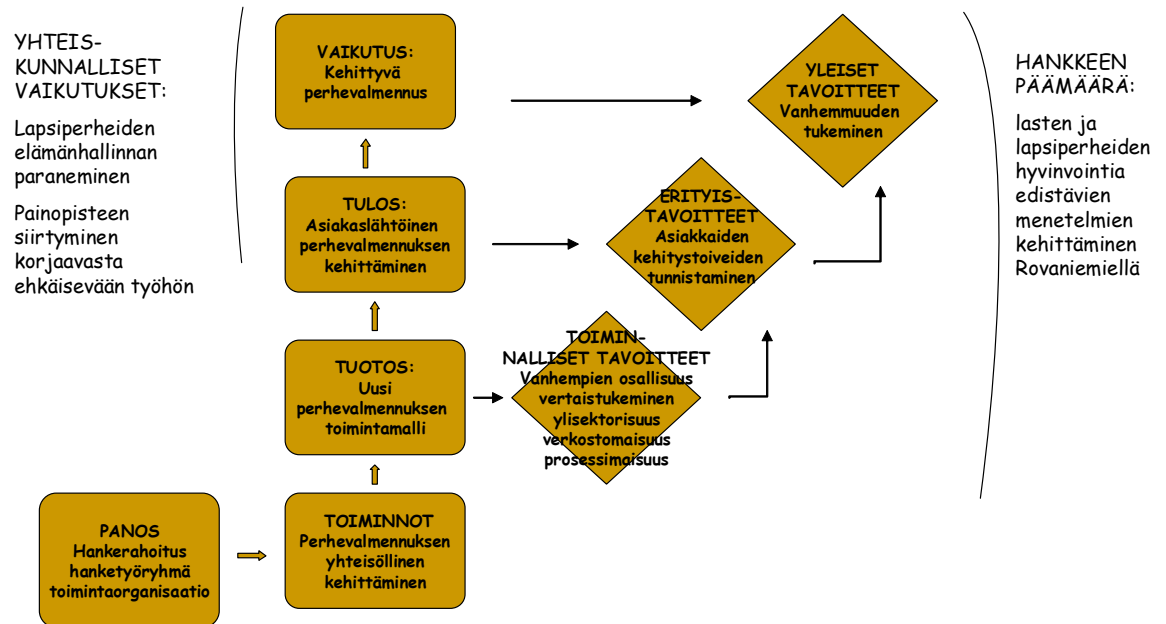
Kuvio 1. Opinnäytteen reflektiivinen perhevalmennuksen kehittämisympäristö. (Tirroniemi 2007, mukaillen Poikela 2005)

Arvioinnille keskeiset arvottavat johtopäätökset edellyttävät vertailupohjan olemassa oloa. Tässä arvioinnissa vertailupohjana toimii terveyden edistämisen promotiivisen ja preventiivisen (Karjalainen – Koskinen-Ollonqvist – Peltö-Huikko 2006, 12-13) sekä voimavarakeskeisen, kasvatuksellisen ja ongelmakeskeisen (Sirviö 2006, 32) lähestymistapojen ilmeneminen. Tässä opinnäytetyössä sisältöjä tarkastellaan Napero-hankkeen kehittämistavoitteiden näkökulmasta jolloin tavoitteiden saavuttamista arvioidaan myös hankkeen tavoitteiden ilmentämän terveyden edistämisen näkökulmasta. Sisältökysymysten tarkastelu on rajattu Rovaniemen keskustan neuvolan perhevalmennusasiakkaisiin ja perhevalmennuksen kehittämisen toimijayhteisöön. Arvioinnin lähestymistapana on tarkastella kyseisten toimijoiden ensi kertaa vanhemmiksi tuleviin asiakkaisiinsa kohdistuvaa terveyden edistämisen työtapaa ja toimintakäytäntöjä, arvioiden toiminnassa ja yhteistyössä ilmenevää terveyden edistämisen lähestymistapaa. (Vrt. STM 2006:19, 16-17)

Promotiivistä terveyden edistämisen lähestymistapaa ilmentää terveyttä ylläpitävien ja sitä suojaavien tekijöiden lisääminen. Tässä opinnäytetyössä se tarkoittaa vanhemmuuteen siirtymisen selviytymistä tukevien, auttavien olojen ja kokemusten mahdollistamisen toiminta-, puhe- ja esittämistavan arviointia. Preventiivinen lähestymistapa rajataan tässä arvioinnissa koskemaan primaaripreventiota, jonka tarkoituksena on ehkäistä sairauksien syntyä ja vähentää riskitekijöitä. Tässä opinnäytteessä arvioin preventiona vanhemmuuteen siirtymiseen liittyvien sairauksien syntymisen ja riskitekijöiden tunnistamisen sekä ehkäisemisen ilmenemistä toiminta-, puhe- ja esittämistavoissa. (STM 2006:19, 16-17.)

Perhevalmennuksen kehittämisarvioinnin toiminnankehittämisenlogiikkaa voidaan jäsentää Napero-hankeen tavoitteiden ja yhteiskunnallisen kontekstien mukaisesti (kuvio 2).

Arviointilogiikka: perhevalmennuksen kehittäminen

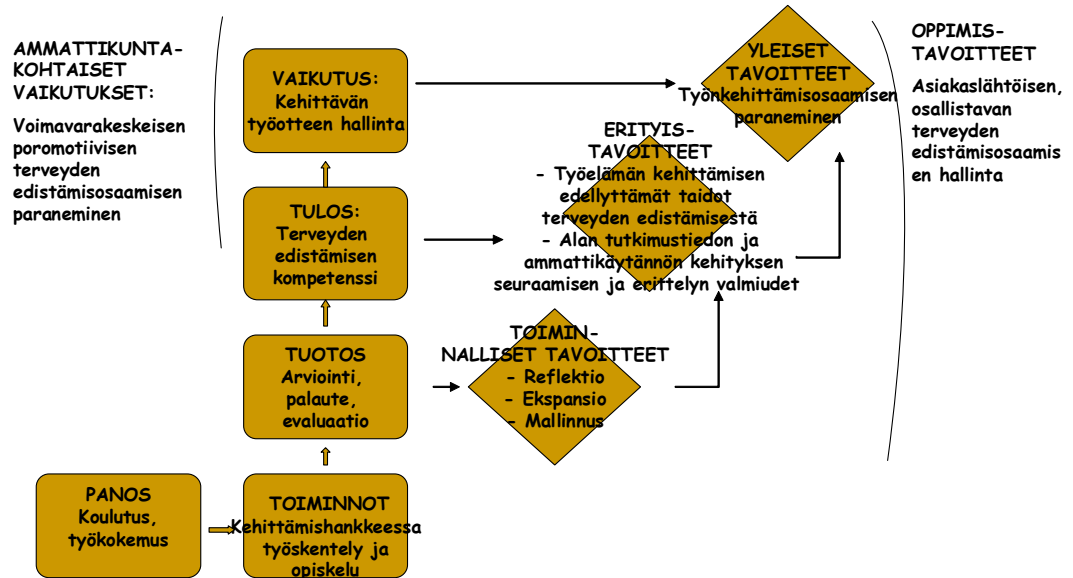


Kuvio 2. Perhevalmennuksen kehittämislogiikka Napero-hankkeessa. (Tirroniemi 2007, mukaillen FinSoc 3/2001).

Perhevalmennuksen kehittämislogiikka auttaa jäsentämään perhevalmennuksen kehittämistä ja arviointia tässä kokonaisuudessa. Poikelan (2005) mukaan reflektion ja kontekstin väliseen suhteeseen olisi kiinnitettävä oppimisessa huomiota. Napero-hankkeessa nähdään, että vanhempien osallisuus, vertaistuki, verkostomaiset ja ylisektoriset toimintatavat johtavat lapsiperheiden hyvinvoinnin edistymiseen. Tämä johtaisi alueellisesti ja yhteiskunnallisesti tarkasteltuna lapsiperheiden elämänhallinnan paranemiseen sekä ehkäisevän työn lisääntymiseen ja korjaavan työn vähenemiseen.

Perhevalmennuksen yhteistoiminnallisen oppimisen tarkastelussa yhdistyy osallistuvien yhteisöjen, kehittämis- ja oppimistavoitteet sekä niiden muodostamat yhteisölliset ja yksilöpsykologiset ehdot. (Poikela 2005.) Reflektion avulla rakennettavien tietorakenteiden ja kokemusten kontekstia voidaan jäsentää yksilön tasolla terveyden edistämisen kompetenssin kehittymisen näkökulmasta (kuvio 3).

Arviointilogiikka: oppiminen



Kuvio 3. Asiakaslähtöisen terveyden edistämisen kehittyminen Napero-hankkeessa. (Tirroniemi 2007, mukailen FinSoc 3/2001).

Arvioinnissa keskeistä on esiin nostaa perhevalmennuksen kehittämisen eri vaiheissa ja konteksteissa ilmenevää terveyden edistämisen lähestymistapaa verraten sitä tavoitetilan lähestymistapaan. Vertaaminen tapahtuu erilaisten lähestymistapojen taustalla olevien arvojen pohdintana diskurssianalyysin ja refleктоivan kirjoittamisprosessin keinoin (Löthje 2008). Reflektionin taustateorioina toimivat ekspansiivisen oppimisen yhteiskehittämisen teoria (Engeström 2003) työssäoppimisen prosessimallin teoria (Poikela 2005) ja terveyden edistämisen lähtökohdat.

Tämä arviointi sisältää piirteitä sekä formatiivisesta että summatiivisesta arvioinnista (Suopajarvi 2007). Summatiivinen ja formatiivinen arviointi eivät ole toisiaan poissulkevia ulottuvuuksia, vaan täydentävät toisiaan (Seppänen-Järvelä 2004, 19). Formativiselle arvioinnille ominaisesti (Robson 2004, 83) raportointia on tapahtunut perhevalmennuksen kehittämisprosessin aikana eri toimijoiden välisissä tapaamisissa, painottuen muutos- ja kehittämisohdotuksiin. Tiedonkeruu kehittämistoiminnan päättyessä ja siitä raportointi viittaavat summatiiviseen arviointiin (Suopajarvi 2007.) Napero-hanke päättyi lokakuussa 2007 perhevalmennuksen jatkuessa keskustan neuvolassa. Tämä opinnäytetyönä tekemäni arviointi valmistui 2008 keväällä. Perhevalmennuksen kehittämistyö

Rovaniemellä jatkuu Kehittyvä - Napero II – hankkeessa 11.2007 - 10.2009, tavoitteena laajentaa kehittämistä kaikkiin Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvoloihin. Tämä arviointi ajoittuu kehittämistyön aloittamiseen, uuden toimintamallin luomiseen ja sen käyttöönottamiseen Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvoloissa.

5.2 Arviointiaineistot

5.2.1 Asiakaskyselyt

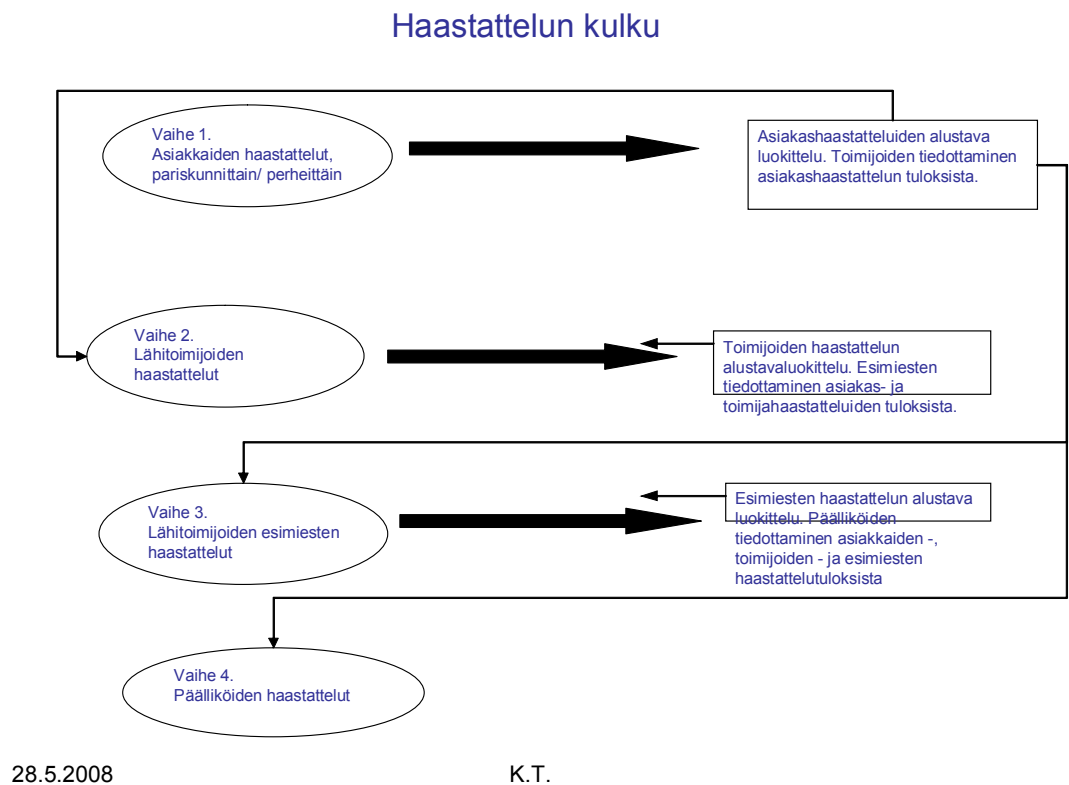
Asiakkaiden kokemuksista kerättiin aineistoa asiakaskyselyillä uuden perhevalmennusmallin käyttöönoton yhteydessä, alkaen helmikuusta 2007 ja jatkuen vuoden 2007 loppuun. Otantana tässä yhteydessä käytin systemaattista otantaa. Asiakkaiden osallistuminen tapahtui yleisesti tunnistettavan sisäisen järjestyksen mukaan (Metsämuuronen, 2006, 46). Vastaajat valittiin kyselyihin Rovaniemen keskustan neuvolan perhevalmennusasiakaskäytännön mukaan. Keskustan neuvolan kaikille esikoistaan odottaville perheille tarjottiin mahdollisuutta osallistua perhevalmennukseen. Osallistumismahdollisuutta tarjottiin myös uudelleen synnyttäjälle jos kysymyksessä, oli uusperhe, jossa toinen vanhemmista oli tulemassa vanhemmaksi ensimmäistä kertaa. Asiakkaan niin halutessa oli myös uudelleen synnyttäjällä mahdollisuus osallistua perhevalmennukseen.

Ensimmäisellä perhevalmennuksen tapaamiskerralla asiakkaille oli esitetty pienryhmässä vastattavaksi kysely perhevalmennukseen liittyvistä toiveista ja tavoitteista (liite 4). Kyselylomakkeen sain Lapaset – perheverkostohankkeen toimijoilta ja tein siihen pieniä muutoksia koskien Rovaniemen lapsiperhepalveluita. Asiakkaat saivat neljän – viiden henkilön ryhmissä yhdessä valita heille esitetyistä vaihtoehtoista viisi tärkeimpänä pitämäänsä toivetta / tavoitetta synnytystä edeltävälle ja synnytyksen jälkeiselle perhevalmennukselle. Pienryhmissä keskustelu toimintaan kohdistuvista tarpeista oli tärkeä elementti asiakkaiden osallistamisessa ja yhteisöllisessä kehittämisessä. Kysymykseen oli mahdollista vastata myös omalla vaihtoehdolla yli lomakkeessa annettujen vaihtoehtojen. Keräsin absoluuttisella asteikolla tietoa siitä, mitkä annetuista vaihtoehtoista nousevat perhevalmennuksen asiakkaiden toiveissa ja tavoitteissa tärkeimmiksi toiminnassa (Metsämuuronen 2006, 51-54).

Viidennellä ryhmätapaamiskerralla perhevalmennuksen asiakkaat saivat vastata kyselyyn (liite 5), jossa pyysin heiltä arviota synnytystä edeltäneestä perhevalmennuksesta. Kyselyyn vanhemmat saivat vastata joko perhekohtaisesti tai henkilökohtaisesti. Kyselyssä oli välimatka-asteikolle muotoiltuja kysymyksiä. Asteikkona käytin viisiportaista likertasteikkoa. (Metsämuuronen 2006, 52.) Pyysin asiakkaita arvioimaan kokemuksiaan synnytystä edeltävästä perhevalmennuksesta, käytetystä materiaalista ja toimintatavoista. Yhdistin kyselyyn myös avoimenkysymyksen johon asiakas on voinut vastata yli annettujen vaihtoehtojen.

5.2.2 Haastatteluaineistot

Keräsin arviointiaineistoa myös haastatteluilla. Haastattelut etenivät ”bottom-up” menetelmän mukaisesti, Bikva-asiakaslähtöistä arviointimallia (Kögstrup 2004) mukaillen. Neliportainen haastattelukierros alkoi asiakasperheiden haastatteluilla minkä jälkeen edettiin kenttätöntekijöiden ryhmähaastattelun kautta lähiesimiesten ja päälliköiden ryhmähaastatteluihin (kuvio 4).



Kuvio 4. Asiakaslähtöisten haastatteluiden kulku toimijaorganisaatiossa. (Tirroniemi 2007 mukaillen Krogstrup 2004, 16)

Haastatteluihin osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Haastatteluihin osallistuneilla perheillä oli kaikilla kokemusta uuden mallin mukaisesta perhevalmennuksesta. Haastatteluihin valikoitui satunnaisesti viisi perhettä, jotka ilmoittivat kysyttäessä halukkuutensa haastatteluun. Haastateltaville tarjottiin perhevalmennusryhmässä ja sähköpostilla mahdollisuutta tulla haastatteluun. Haastatteluihin osallistui neljä pariskuntaa vauvoineen ja yksi haastateltava osallistui sähköpostin välityksellä tehtyyn lomakehaastatteluun. Haastattelut tapahtuivat perhekohtaisesti. Seppänen-Järvelän (2004) mukaan innostuneisuus ja oppimishalu nostavat arvioinnin merkitystä, mikä puolsi kehittämiseen osallistuvien valikoimista lähtökohtaisesti oman innostuneisuuden perusteella.

Haastatteluista yksi tehtiin lomakehaastatteluna ja neljä vuorovaikutuksessa haastateltavien ja haastattelijoiden välillä. Haastattelijoina toimivat Rovaniemeläiset verkostokonsultit ja haastattelut toteutettiin ennakointidialogi-menetelmän suunnittelupalaveria mukaillen (Arnkil, Eriksson, Rautava 2006). Kysymykset (liite 7) olivat ennakointidialogi-menetelmän suunnittelupalaverin mukaiset. Haastattelut toteutettiin työparina. Toinen haastattelihoista esitti kysymykset ja toinen kirjasi vastaukset, verkostokonsulttien parityöskentelyn periaatteita noudattaen (Arnkil ym. 2006, 40-41). Toimijoiden, esimiesten ja päälliköiden (liitteet 8-10) haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina saman menetelmän mukaisesti kuin asiakashaastattelutkin. Itse toimin asiakashaastatteluissa verkostokonsulttina kirjaajana. Menetelmän käyttöä puolsi Rovaniemen kaupungin verkstopalaveritoiminnan ja Stakesin kouluttamien verkostokonsulttien käyttömahdollisuus sekä oma perehtyneisyyteni asiaan verkostokonsulttina. Lomakehaastattelu tapahtui samoilla kysymyksillä.

5.2.3 Muut aineistot

Uuteen monitoimijaiseen perhevalmennukseen osallistuneilta asiakkailta pyydettiin merkintä neuvolan osallistujalistaan (liite 11), jokaisen osallistumiskerran yhteydessä. Halutessaan asiakas on voinut täyttää myös yhteystiedot perhevalmennustoiminnan tiedottamista varten. Osallistujamäärien seurantaan liittyvä aineistonkeruun osallistujamäärä on absoluuttinen asteikko (Metsämuuronen 2006, 51), joka kertoo yksiselitteisesti sen kuinka monta osallistujaa kullakin tapaamiskerralla on ollut.

Uuden toimintamallin prosessikuvaukseen on merkitty ryhmänohjausvastuussa olevat osallistujat tapaamiskerroittain. Perhevalmennusryhmät on suunniteltu alueen ennakoidun ensisynnyttäjiä määrään suhteuttaen ja pystytty näin ollen suunnittelemaan tulevat ryhmät laskettujen synnytysajankohtien ja

osallistujamäärien mukaan alkaviksi. Uuden toimintamallin käytöstä on kerätty tietoa toimijoiden välittömästä ryhmien ohjaamiseen käytetystä työajasta ammattiryhmittäin. Näin voidaan yhteenlaskun avulla selvittää kaikkien toimintaan osallistuneiden osallistumiskertojen avulla välitön työaika, joka käytettiin toteutuneiden ryhmien ohjaukseen. Toimijoiden käyttämä työaika perhevalmennusryhmien ohjaamiseen on niin ikään absoluuttinen asteikko (Metsämuuronen 2006, 51), joka kertoo yksiselitteisesti sen kuinka monta tuntia toimijan välitöntä työaikaa ryhmänohjaukseen on kulunut.

Kehittämistyöhön osallistumisen myötä on syntynyt monenlaista tätä työtä kuvaavaa aineistoa. Kehittämistyön lähtötilanteen kuvausaineisto on kerätty henkilökohtaisina tiedonantoina, jotka on kirjattu tekstimuotoon (Remes 2006, 358). Kirjallisuuskatsaus, aiempiin tutkimuksiin perehtyminen, perhevalmennustoimintaa ohjaavat suositukset ja oppaat ovat aineistona tavoitetilan määrittämisessä. Aineistosta muodostetaan perhevalmennuskulttuuria ilmentävä päätelmä eli tavoitetila nykyisessä yhteiskunnassamme. Pragmaattinen aineisto on uuden toimintamallin tuottamiseen ja käyttöönottoon liittyvää toiminnan kuvausta. Aineistoa analysoidaan refleksiivisen kirjoittamisen ja lukemisen keinoin pohtien kirjoituksessa lähtötilanteen ja tavoitetilan välistä kehittämistyötä ja siinä ilmenevää terveyden edistämisen lähestymistapaa eri konteksteissa. (Remes 2006, 360-363, Löthje 2008.)

5.3 Arviointiaineistojen analyysi

Aineiston analysointi on tapahtunut pitkälti kirjoittamisprosessina. Tekstit ovat olleet eräänlaisia tutkimuksen palasia kuten muistiinpanoja, päiväkirjamerkintöjä sekä palaverimuistiodien ja keskustelujen kirjauksia, jotka ovat toimineet muistiinpanojen pohjana. Diskurssianalyysin taustalla on ajatus, että kirjoittaminen ohjaa tutkijan, tässä arvioijana omaani tulkitsemis- ja ymmärtämisprosessia. Kentältä palattuaan arvioija ei voi ymmärtää, mitä hän on saanut tietää ennen kuin kirjoittaa havaintoaineistoaan tulkitsevan tekstin kertoen arvioinnin ensin itselleen sitten kommentoijilleen ja lopulta julkisesti. Diskurssianalyttiselle kirjoitusprosessille on ominaista että tutkijan tietoisuus tulkitsemastaan ilmiöstä selkenee hänelle kirjoitettuaan johtopäätökset. Teksti on tällöin käytävä läpi vielä uudelleen. (Löthje 2008.) Tämä ei mielestäni kuitenkaan sulje pois tietoisuutta arvioinnin kohteesta, perhevalmennuksen kehittämistyöstä. Tässä opinnäytetyössä arvioinnin kohteena olevasta perhevalmennuksen kehittämisestä on kiteytynyt terveyden edistämisen lähestymistavan ilmeneminen kehittämistyön eri vaiheissa. Aineiston sirkulaarinen

prosessointi on tapahtunut kirjoittamalla, lukemalla ja vuoropuheluna kehittämistyöstä. (Yliruka 2000, 29).

Kehittävän diskurssianalyysin taustalla on monta tiedon tasoa, jotka tulisi erotella (Remes 2006, 363). Opinnäytteessäni perhevalmennuksen arvioinnissa empirististä aineistoa ja analyysiä edustaa perhevalmennuksen kehittämistyötä edeltävää tilaa kuvaava aineisto. Sen olen kerännyt keskustelemalla kahden terveydenhoitajan kanssa, tekemällä muistiinpanoja keskustelusta ja nauhoittamalla keskustelu. Lähtötilannetta kuvaavana aineistona käytän myös kaupunkistrategiaa. Arvioijana olen tässä vaiheessa hahmotellut puhe- ja esittämistavasta terveyden edistämisen lähestymistapaa ilmentäviä merkityksiä toisten tuottamista kertomuksista. Rationaalista aineistoa ja analyysiä edustaa tavoitetilan hahmottaminen. Sen olen muodostanut perhevalmennustoiminnan erilaisissa suosituksissa, tutkimuksissa ja ohjeissa sekä Napero-hankkeen tavoitteissa ilmenevänä perhevalmennuskulttuurina nykyhetkessä. Tässä vaiheessa olen tarkastellut aineistoa jäljittäen sen ilmentävää terveyden edistämisen lähestymistapaa tehtävänä löytää entistä paremmalle perhevalmennustoiminnan olemassa ololle perusteet ja selittää sen vaikutukset. Perustelen perhevalmennuksen tavoitetilan olemassa olon tässä opinnäytetyössä aiemman tutkimustiedon, kansallisten ohjeiden ja suositusten kautta. Teen aineistojen valinnat läpinäkyväksi kertomalla asemastani suhteessa arvioitavaan ilmiöön. Pragmaattista aineistoa edustaa perhevalmennuksen uuden toimintamallin tuottamisen ja sen käyttöönottokokemusten keräämisvaiheet. Tämä aineisto muodostuu perhevalmennuksen kehittämiseen osallistuneiden yhteistoiminnan kuvauksista. (Remes 2006, 326-367). Arviointiaineiston keruu ja käsittely ilmenee yhteenvetona taulukosta 1.

Taulukko 1. Perhevalmennuksen kehittämisen arviointiasetelma Napero-hankkeessa 2006 – 2008. (Tirroniemi.)

Sosiaalista toimintaa kuvaavat aineistot	Aineiston keruu	Aineiston refleksiivinen lukeminen ja kirjoittaminen	Uuden tiedon luominen, arviointi tulokset ja johtopäätökset
Perhevalmennustoiminta ennen kehittämishanketta Rovaniemen keskustan neuvolassa	Toimijoiden kertomukset, kaupungin taloussuunnitelma ja palvelusopimukset.	Esiin nouseva terveyden edistämisen lähestymistavan ilmeneminen terveydenhoitajien kertomuksissa ja	Muutostarpeet suhteessa Napero-hankkeen tavoitteeseen
Perhevalmennuksen oppaat ja suositukset, vanhemmuuteen siirtymisen tutkimus, neuvola tutkimus, terveyden edistämisen lähtökohdat, Napero-hankkeen tavoitteet	Kirjallisuuskatsaus, Napero-hankkeen dokumentit	Kirjallisuudessa esiin nouseva perhevalmennuksen suosituksissa, oppaissa ja tutkimuksessa ilmenevä terveyden edistämisen lähestymistapa	Perhevalmennuksen terveyttä edistävän lähestymistavan tavoitetila
Uuden toimintamallin yhteisöllinen luominen	Kehittämistoimintaa ilmentävä aineisto, muistiinpanot ja havainnot.	Esiin nouseva terveyden edistämisen lähestymistavan ilmeneminen kehittämistoiminnassa	Monitoimijainen perhevalmennusmalli
Uuden toimintamallin käyttöönotto kokemukset	Asiakaskyselyt, haastattelut, osallistujamäärä tilastot, työajanseurantatilastot	Esiin nousevat terveyden edistämisen lähestymistavat	Arvioinnin johtopäätökset → uuden perhevalmennustoiminnan todellisuuden luonne ja mahdollisuudet asiakkaat osallistavaan ja

5.4. Opinnäytteen etiikka

5.4.1 Opinnäytteen eettiset lähtökohdat

Perhevalmennuksen arvioinnin oikeutuksena (Kylmä, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen 2002, 71) voidaan pitää aiempaan tutkimustuloksiin perustuvaa huolta neuvolatyön rapautumisesta (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, Rimpelä ym. 2006, 95). Lapin läänin äitiys- ja lastenneuvolatyöstä tehdyn selvityksen mukaan mm parisuhteen ja vanhemmuuden tukeminen näyttäisivät jäävän riittämättömästi hoidetuiksi. Samaisessa selvityksessä terveydenhoitajista yli puolet arvioi tarvitsevansa koulutusta vanhemmuuden ja parisuhteen tukemisessa (Hakulinen-Viitanen ym. 2006, 95.) Neuvolatyön ongelmakeskeisyyteen ja sairauksien hoitoon suuntautumista ehkäisevän työn kustannuksella (Hakulinen-Viitanen ym. 2006) voidaan myös pitää eettisenä perusteena arvioida perhevalmennustoiminnan kehittämistä.

Hakulinen, Pelkonen ja Perälä pitävät välttämättömänä neuvolatyön kehittämisessä uusien perhekeskeisten ja yhteisöllisten toimintamallien ja työvälineiden kehittämistä, kokeilemista ja arviointia. Tärkeinä tutkimuksen kohteina he pitävät moniammatillista työtettä, palveluketjujen saumattomuutta sekä neuvolapalveluiden sijoittumista osaksi kuntien lapsiperhepalveluita. Tutkijat peräänkuuluttavat myös työntekijän omaa näkökulmaa korostavaa tutkimusta, työnsä sekä osaamisensa kehittämisessä, arvioinnissa ja päätöksenteossa. (Hakulinen ym. 2005, 51). Arvioinnissa otetaan kantaa vastuun ja moraalin ulottuvuutta tarkastelemalla ammattitaidon ja työn hallinnan eettiseen periaatteeseen (Kylmä ym. 2002, 66).

5.4.2 Aineistojen keruun etiikka

Asiakaslähtöistä toimintaa ja asiakkaiden osallisuutta kehittämistyöhön on peräänkuulutettu tutkimuksiin viitaten. Arviointiasetelman mukaan onkin eettisesti perusteltua valita asiakaslähtöisiä aineiston keruumenetelmiä kehittämistyön tarkasteluun. Tehtävänä on asiakkaiden osallistaminen arviointiin ja kehittämiseen, mistä syystä asiakaslähtöistä aineistoa on käytettävä, jotta voitaisiin tavoittaa arvioitava ilmiö. Aineistonkeruu on tapahtunut asiakkaiden vapaehtoisuuteen perustuen. Asiakkaille on jaettu oman terveydenhoitajan kautta kutsu perhevalmennukseen. Terveydenhoitajia on pyydetty kertomaan asiakkailleen toiminnan kehittämisestä. Asiakkaiden itsemääräämisoikeutta osallistua perhevalmennukseen tai olla osallistumatta on kunnioitettu. (Kylmä ym 2002, 66-67, 72.) Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta tärkeää on että kaikki asiakkaat saavat

riittävästi tietoa ja esitteen tarjottavasta toiminnasta ja ovat voineet itse tehdä valinnan osallistumisestaan.

Kehittämistyöstä on kerrottu asiakkaille myös ryhmien aloittamiskerralla. Asiakkailta on toivottu palautetta kehittämistyön tueksi ja on kerrottu, että heidän tarpeensa ja toiveensa ovat kehittämistyössä tärkeitä. Terveydenhoitajille on laadittu kirjallinen ohje asiakkaiden tiedottamiseen asiakaskyselyjen yhteydessä tehtäväksi. Kyselyissä ei kysytä henkilökohtaisia tietoja, ainoastaan, onko vastaaja mies vai nainen. Kyselyt on jaettu toimijoiden toimesta perhevalmennusryhmissä osallistujille. Kyselyihin on vastattu välittömästi niiden jakelun yhteydessä ja ne on palautettu ryhmäkohtaisesti tämän opinnäytetyön tekijälle terveydenhoitajan välityksellä suljetussa kirjeessä tai suljettuun palautelaatikkoon, josta olen ne saanut tiedoksi. Ryhmien osalta, joissa itse olen toiminut ryhmän ohjaajana, olen vastaanottanut palautekyselyt suoraan seitsemältä asiakkaalta. Kehittämistoiminta on tehty avoimeksi ja läpinäkyväksi, kertomalla siitä asiakaskontakteissa ja tiedustelemalla heiltä myös suullista palautetta kehittämistyöstä tapaamisten yhteydessä. Asiakkaille on myös kerrottu heidän antamansa palautteen yhteenvedosta ja pyydetty kommentteja. Toiveet ja tavoitteet, joista kysytään ensimmäisellä ryhmätapaamiskerralla on asiakasryhmäkohtaisesti läpikäyty välittömästi. Kaikkien vastausten yhteenvedon perusteella syntyneet viisi tärkeimpänä pidettyä toivetta ja tavoitetta synnytystä edeltävälle perhevalmennukselle on myös näkynyt viidennen tapaamiskerran kyselyssä (liite 3), joka heijastelee näitä toiveita ja niihin vastaamista. Näin on myös pyritty tiedottamaan asiakkaille kaikkien vastanneiden asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden yhteistuloksesta. Osallistujaluettelot on neuvolanasiakirjoja ja ne säilytetään heidän asiakastietojen mukaisesti (Vrt. Laki potilaanasemasta ja oikeuksista, 1992. Tietosuojalaki 2004).

Haastatteluihin osallistuville perheille on painotettu vapaaehtoisuutta ja perhevalmennustoiminnan asiakaslähtöistä kehittämistyötä. Haastateltaville on kerrottu opinnäytetyönä tehtävästä arvioinnista ja heiltä on pyydetty kirjallinen suostumus. Heille luvattiin toimittaa tästä opinnäytteestä sähköinen versio, sen valmistuttua toukokuussa 2008. Toimijat, esimiehet ja päälliköt ovat osallistuneet haastatteluihin työnsä puolesta. Kehittämistyön velvoittamina ja innoittamina. Henkilökunnan ryhmähaastattelut on tehty toiminnan ulkopuolisten henkilöiden toimesta, ennakointidialogin suunnittelupalaveria mukaillen (Amkill ym. 2004). Kaikki haastattelijat, itseni mukaan lukien ovat Stakesin kouluttamia verkostokonsultteja. Itse olen ollut osallisena asiakashaastatteluissa kirjaajana. Toimijoiden, esimiesten ja päälliköiden haastattelutilaisuuksissa kirjaajana on toiminut Lapin yliopiston

sosiaalityön opiskelija, jonka olen perehdyttänyt ennakoitdialogi-menetelmän mukaiseen kirjaamiseen (Arnkil ym. 2004.)

5.4.3 Aineistojen analysoinnin etiikka

Aineistojen analysoinnin taustalla olevat metodologiset lähestymistavat, reflektio ja dialogisuus herättävät pohtimaan arvoperusteita. Asiakaslähtöinen kehittämistyö herättää pohtimaan resurssien ja tarpeiden kohtaamisen ristiriitoja. Aadlandin (1993) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden tulisi harjoitella eettistä reflektiota. Pohdintaa harjoittelemalla ja käyttämällä toimijalle kehittyy vähitellen ammatillisen intuition rinnalle eettinen intuitio. Kehittämisprosessin arviointiaineistojen analysointiin vaikuttavia tekijöitä ovat oma arvomaailmani sekä hanketyöntekijän-opiskelijan rooliini liittyvät tavoitteet, joita olen kuvannut aiemmin tässä työssä.

Asiakasaineistojen analysoinnissa en ole käyttänyt henkilöiden nimiä tai muita tunnistetietoja. Asiakaskyselyihin ei liity tunnistetietoja ja asiakashaastatteluihin osallistuneista ei tiedä muut kuin he itse sekä haastattelut tehneet henkilöt. Asiakashaastattelut olen koodannut itse, eivätkä ne sisällä tunnistetietoja. Autenttisisista lainauksista olen poistanut kaikki henkilöihin viittaavat asiat. (Kylmä ym. 2002, 72.) Toimijoiden, esimiesten ja päälliköiden haastattelut on tehty ryhmähaastatteluina ja aineisto on koodattu. Aineiston analysoijana en ole osallistunut näihin haastatteluihin suojellakseni haastateltavien yksityisyyttä analysointivaiheessa. Analysoinnissa kehittämistoiminnasta kertovaa aineistoa käsitellään yhteisöjen näkökulmasta, yksittäisiin toimijoihin ei viitata. Arvioijana olen tehnyt valinnat aineistojen käytöstä ja analysoinut ne. Aineistoja ei ole ollut kenenkään muun ulottuvilla. Toimijoiden haastatteluaineistot tallennettiin suoraan hankkeen käytössä olevalla tietokoneella, tunnuksillani ja tallennettiin minun muistilaitteeseen. Arviointiraportin valmistumisen jälkeen ne tuhotaan ja kaikki muistiinpanot hävitetään.

Analysoinnin luotettavuutta olen pyrkinyt lisäämään verkostoitumalla toisten kehittäjien kanssa ja tekemällä kehittämistyönprosessin mahdollisimman läpinäkyväksi. Olen myös testannut syntyneitä tulkintojani hanketyöryhmässä ja kehittämistoiminnan verkostossa. Näin aineiston tulkinta on vahvistunut. Määrällisten aineistojen luotettavuutta vahvistaa niiden pelkistetty, yksiselitteinen tulkinta ja raportointi. Luotettavuutta lisääviä tekijöitä ovat avoimuus ja arvioijan kyky ilmaista asemansa suhteessa kehitettävään ilmiöön. En ole kaupungin vakinainen työntekijä. En ole toiminut kenenkään kehittämistyöhön osallisena olleen asiakkaan terveydenhoitajana. En ole toiminut terveydenhoitajan työssä Rovaniemen kaupungissa äitiys- ja lastenneuvolatyössä, joten minulla ei ole ennakkokäsitystä

tästä työstä. Koulutukseltani olen terveydenhoitaja (AMK) ja sairaanhoitaja (AMK). Olen toiminut lastenpsykiatrisessa hoitotyössä mikä vaikuttaa, innostukseeni kehittää ehkäisevää työtä. Työkokemusta minulla on hoitotyöstä kahdeksan vuotta aikuis- ja lastenpsykiatrisesta hoitotyöstä. Olen hoitanut työssäni sekä aikuis- että lastenpsykiatriassa äitejä ja isiä sekä lapsia. Vanhemmuuteen siirtymisen ilmiöön liittyvää työkokemusta minulla on Ruotsista ja Norjasta edellä mainittujen tehtävien lisäksi aikuisten päihdepsykiatrisesta - sekä akuutti-psykiatrisesta hoitotyöstä. Olen toiminut myös lastensuojelun perhetyössä. Luotettavuutta ja eettisyyttä lisää myös oman ammattitaidon ylläpitäminen (Kylmä 2002). Perhehoitotyönosaamistani ja ammattitaitoani olen ylläpitänyt opiskelemalla Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan tutkintovaatimusten mukaisen poikkitieteellisen perheopintojen kokonaisuuden 2005. Olen myös osallistunut erilaisiin verkostotyönkoulutuksiin ja muihin menetelmäkoulutuksiin. Suoritan Rovaniemen ammattikorkeakoulussa terveyden edistämisen opintoja ja Lapin yliopistossa arvioinnin opintoja samanaikaisesti hanketyöni kanssa tavoitteena kehittämistyön mahdollisimman hyvä hallinta.

6 TULOKSET

6.1 Terveysten edistämisen lähestymistapa Rovaniemellä perhevalmennuksen kehittämisprosessissa

6.1.1 Perhevalmennuksen kehittämisprosessi

Ekspansiivista oppimissykliä (Engeström 2004, 60-61) mukaillen voidaan perhevalmennuksen kehittämisprosessia kuvata yhteistoiminnallisena kehittämisprosessina. Tässä opinnäytetyössä keskityn tarkastelemaan Napero – I:n aikaisia kehittämisvaiheita 1 – 4 (kuvio 5).



Kuvio 5. Rovaniemen Napero-hankkeen perhevalmennuksen kehittämisprosessi. (Tirroniemi 2007, mukaillen Engeström 2004.)

6.1.2 Perhevalmennuksen lähtötilanne keskustan neuvolassa Rovaniemellä

Perhevalmennuksen kehittämisprosessin lähtökohdaksi muodostui kehitettävän toiminnan tilan hahmottaminen. Napero-hankkeen tavoitteiden ja toimintalinjausten mukaisesti perhevalmennuksen kehittämistyön toimintaympäristönä oli Rovaniemen keskustan neuvola. Terveystenhoitajat kuvasivat kehittämistä edeltävää perhevalmennusta kahden eri toimintakulttuurin kautta. Rovaniemen maalaiskunnan ja kaupungin yhdistymisen myötä vuoden 2006 alussa tässä neuvolassa toimi kaksi rinnakkaista toimintatapaa. Toiseen sisältyi ryhmämuotoinen perhevalmennus ja toiseen ei. Toimintaympäristön muutokset, työnjaolliset vaikeudet, neuvolan toimijakohtaiset erilaiset perhevalmennustavat ja toimintalinjaukset kuvasivat lähtötilanteen perhevalmennustoimintaa.

Rovaniemen keskustan neuvola on suurin kaupungin seitsemästä äitiys- ja lastenneuvolasta. Asiakaskunnassa on 1550 alle kouluikäistä lasta ja vajaa 280 lasta odottavaa naista. Tässä neuvolassa ensi kertaa vanhemmiksi tulevia asiakkaita hoitaa seitsemän terveydenhoitajaa joista yksi toimii 50% työajastaan kouluterveydenhuollossa. Terveystenhoitajista kolme on entisen maalaiskunnan ja neljä entisen kaupungin alueelta. Osalle terveydenhoitajista perhevalmennus oli arkityötä, toisille se ei sitä ollut. Osalle neuvolan asiakkaista tarjottiin vertaisryhmätoimintaa ja osalle ei, toimijalähtöisesti. Keskustan neuvolassa perhevalmennusta tehtiin kahden erilaisen toimintakulttuurin välissä. Työnjako oli vaikeasti hahmotettavaa. Suunnitelmallista, pitkäjänteistä vanhempainryhmätoimintaa ei neuvolassa ollut. Asiakaskunnan terveyden edistämisen tarpeen tunnistamiseen, mittaamiseen ja seurantaan ei ollut sovittu yhtenäisiä arviointikäytäntöjä. Ensi kertaa vanhemmiksi tulevien neuvolan asiakkaiden osallisuus perhevalmennuksen suunnitteluun tai muutoinkaan neuvolapalveluiden suunnitteluun ei noussut esiin terveydenhoitajien keskusteluissa perhevalmennuksesta.

Entisen Rovaniemen kaupungin toimijoilla oli kokemusta perhevalmennustoiminnasta useilta vuosilta. Toimintaa kuvattiin ulkoisista puitteista käsin, huono tila, vaikeaa järjestää, työlästä järjestellä tilaa sopivaksi. Ryhmät olivat pienryhmätyöskentelyä ajatellen suuria. Toiminnan suunnittelusta ja toteutuksesta vastasi yksittäiset terveydenhoitajat. Kehittämistyön haasteeksi nousi lähtötilanteessa kokemuksen kautta muodostuneen osaamisen kerääminen ja kanavoiminen uuden toiminnan kehittämiseen, kahden erilaisen toimintakulttuurin yhdistäminen ja työnjakokysymykset. Neuvolassa ei ollut olemassa yhteisöllistä

kehittämisstrategiaa tai pedagogista menettelyä, jonka avulla lähdettäisiin luomaan uutta perhevalmennustoimintaa yhdistämällä kokemuksellinen osaaminen ja uuden toiminnan prosessointi. Muutoksen johtaminen toiminnan tasolla näyttäytyi merkittävänä.

Neuvolassa ei ole ensikertaa vanhemmiksi tulevien määristä kerättyä kokonaisseurantatietoa, eikä perhevalmennustoiminnan asiakaspohjasta neuvolan väestöalueella. Ensikertaa vanhemmaksi tulevien vertaisryhmätoimintaan osallistumisen ja tuen tarpeen kohdistumisen arviointi vanhemmuuden vaiheen mukaan on neuvolassa vaikeaa koska ei ole tietoa ensisynnyttäjistä. Yksittäisen työntekijän vastuulla oli tehdä näkyväksi oman alueensa väestön erityistarpeet. Yhteisöllinen reflektio ja arviointi ovat vaikeita työyhteisön sisällä koska työntekijäkohtaisten alueiden väestöjen terveystarpeet on hyvin erilaiset. Entisten Rovaniemen maalaiskunnan ja kaupungin erilaisten perustyönkäytäntöjen yhdistymisen myötä perhevalmennustoiminta, josta entisen kaupungintoimijoilla on kyseisessä neuvolassa pitkät perinteet oli supistunut ja aiemmat yhteistyökumppanit olivat vetäytyneet. Vertaisryhmäkäynnit korvattiin osittain yksilökäynneillä. Perhevalmennustoiminnan lähtökohdat olivat neuvolassa selvittämättä kahden entisen kunnan uudessa yhteisessä organisaatiossa ja organisaationpolitiikan tasolla.

Perhevalmennustoiminta ei rakentunut lähtötilanteessa keskustan neuvolassa monipuoliselle tiedolle alueen ensisynnyttäjien yksilöllisistä ja yhteisöllisistä olosuhteista eikä toiminnassa arvioitu erilaisia toimintavaihtoehtoja. (Hakulinen ym. 2002, 35-57.)

Rovaniemen uuden kunnan organisaatiotasolla strategiseksi määränpääksi oli nimetty terveyden edistämisen painottaminen, ehkäisevän työn näkökulman edistäminen ja asukkaiden, siis ensikertaa vanhemmiksi tulevienkin osallisuuden vahvistaminen. Asiakkaiden palvelutarpeiden selvittely ja seuranta oli myös nostettu esiin. Rovaniemen perusturvalautakunnan tekemässä palvelusopimuksessa on toisaalta määritelty tuotettavaksi 275 ryhmäkäyntiä, joilla katetaan kaikki lapsiperheiden terveydenhuollon ryhmäkäynnit, perhevalmennus mukaan lukien. Toisaalta ei ole käytettävissä seurantatietoa yhdistyneen kunnan ensi kertaa vanhemmiksi tulevien määrästä. Rovaniemen kaupungin alueella tehdyn terveysneuvonnan tuotteistamishankkeen (2003) mukaan on sen hetkisen kaupungin äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien välittömästä työajasta käytetty perhevalmennukseen 8 % tuotteittain laskettuna ja kokonaistyöajasta laskettuna 2,3 % (Karjalainen – Karvonen 2003, 16-17). Entisen maalaiskunnan alueelta vastaavaa tietoa ei ole käytettävissä.

Aineistosta esiin nousee perhevalmennuksen lähtötilanteessa kaupungin toimintapolitiikan ja Napero-hankkeen tavoitteiden ilmentävä voimavarainen terveyden edistämisen lähestymistapa. Sitä kuvastaa tavoitteissa perheiden osallisuuden ja mahdollisuuksien luomisen painottaminen. Uusien voimavarojen käyttöönottamisen ja perheiden sekä toimijaverkostojen yhteistyön painottaminen liittyy myös voimavaraiseen terveyden edistämiseen. (Vrt. Sirviö 2006 31-36.) Perustyöntasolla lähtötilanteessa (taulukko 2) ilmenee ongelmakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa, jota kuvastaa toimijalähtöinen perhevalmennustoiminta. Lapsiperheen asema perhevalmennustoiminnassa määrittyy sen mukaan kenen terveydenhoitajan asiakas perhe on. Perheen tarpeet toiminnalle määrittyy julkisesti esitetyille tarpeille ja toimijoiden tekemään suunnitelmaan. Toiminnalle ei ole työyhteisössä yhteisesti sovittuja arviointi- ja seurantamenetelmiä, joilla asiakkaiden tarpeista ja asiakastyytyväisyydestä kerätään tietoa.

Taulukko 2. Perhevalmennuksen lähtötilanne keskustan neuvolassa. (kuvio 5 s. 43)
(Tirroniemi 2008.)

PROMOOTIO	Voimavarakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa	– Terveyttä edistävä kaupunkistrategia ja asiakkaiden osallisuutta korostava kaupunkipolitiikka, tasa-arvoiset palvelut – Toiminnan kehittämiseen perustetun Napero-hankkeen osallisuutta, verkostoitumista ja ylisektorisuutta painottavat kehittämistavoitteet
	Kasvatuksellisen terveyden edistämisen lähestymistapa	– Toimijalähtöinen perhevalmennuksen sisällön suunnittelu ja teemoitus
PREVENTIO	Ongelmakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa	– Palvelun saatavuuden eriarvoisuus perheiden näkökulmasta → määräytyy terveydenhoitajakohtaisesti – Työyhteisön ehdoille perustuva toiminta → kaksi toimintakulttuuria samassa työyhteisössä rinnakkain – Lapsiperheet osallistavan terveyden edistämisen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin mallin puuttuminen
	Kehittämistapheet	– Asiakaslähtöisyyden edistäminen – Monitoimiojaisuuden kehittäminen – Voimavarojen tunnistamisen kehittäminen – Suunniteltu vanhempainryhmätoiminnan kehittäminen alueellisesti – Ensi kertaa vanhemmiksi tulevien ja vauvaperheiden käsityksen selvittäminen toiminta- ja sopeutumiskyvystään, terveydestään ja voimavaroistaan – Toiminnan suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin mallin kehittäminen

6.1.3 Tavoitetila ja muutostarpeet Rovaniemen keskustan neuvolassa

Vanhemmuuteen siirtyminen on voimavaroja antava ja kuormittava elämänmuutos. Se on vaiheittainen perheen sisäinen prosessi. Prosessissa keskeistä on sopeutuminen elämänmuutokseen, ihmissuhteiden uudelleen rakentuminen, oma lapsuusaika, parisuhteen tukeminen muutoksessa, sosiaalisen tuen tarpeen merkityksen korostuminen. Toimiva ja tyydyttävä parisuhde toimii perheen hyvinvoinnin kivijalkana, mistä syystä parisuhteeseen liittyviä voimavaroja tulisi tunnistaa ja tukea perhevalmennuksessa. Vanhempainryhmätoiminta edistää asiakaslähtöisyyttä neuvolatyössä. Näin ollen se vahvistaa toimijoita terveyden edistämisen voimavaraista lähestymistapaa korostavaan toimintaan asiakkaan kriittisen ajattelun aktivoijana (Sirviö 2006, 32). Toiminnan tulisi olla voimavara- ja perhekeskeistä, pitkäjänteistä ja yhteisesti suunniteltua, monitoimijaista. Sen tulisi rakentua keskustelulle ja dialogiselle yhteistyölle ja toiminnassa tulisi tiedostaa asiakkaiden toiveet ja tarpeet. Vanhempainryhmätoiminta on ehkäisevän psykososiaalisen terveydenhoitotyön menetelmä jolla tavoitetaan enemmistö ensisynnyttäjiä. Toiminnassa tulisi huomioida uusien työkalujen kehittäminen ja suunnittelu yhdessä kunnan lapsiperhetoimijoiden kanssa sekä edistää perhetyöntekijän ja terveydenhoitajan työparityöskentelyyn liittyvää merkitystä varhaiseen tuen antamisessa.

Perhevalmennuksen tulisi olla perhepalveluverkoston suunnittelemaa pysyvää kunnan lapsiperhepalvelua. Poliittisilla päätöksillä tulisi edistää terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen hyvinvoinnin perustan rakentumista lapsuus- ja nuoruusvaiheessa. Kuntapäättäjien sitoutuminen vanhemmuutta tukevin ohjelmin edistää vanhemmuuden tukemista ja työmenetelmien kehittämistä. Toiminnassa tulisi huomioida neuvolan rooli ehkäisevän lastensuojelun työssä, ylisektorinen toiminta, perheen laaja-alainen tukeminen sekä perheiden sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen vanhemmuutta tukemalla ja viranomaisyhteistyöllä. Terveyttä edistävän perhevalmennuksen tavoitetilana on asiakkaat osallistava, voimavarakeskeinen, vanhemmuuteen siirtymistä ja parisuhdetta tukeva, pysyväkäytännöinen, perheverkoston koordinoima perhevalmennustoiminta. (Taulukko 3).

Taulukko 3. Perhevalmennuksen tavoitetilä ja muutostarpeet Rovaniemen keskustan neuvolassa. (kuvio 5 s. 43.) (Tirroniemi 2008.)

PROMOOTIO	Voimavarakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa	– Asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden tunnistaminen – Vanhemmuuteen siirtymisen elämänvaiheeseen liittyvien voimavarojen tunnistaminen ja käyttöönotto – Parisuhteen voimavarojen tunnistaminen ja käyttöönotto – Perhekeskeisyys – Monitoimijainen, ja perhepalveluverkoston suunnittelema pysyvä kunnan lapsiperhepalvelu – Poliittisen päätöksenteon edistämää terveyden ja hyvinvoinnin lapsuusiän perustan rakentamista – Vanhempainryhmätoiminta neuvolatyön asiakaslähtöisyyden vahvistamisessa
	Kasvatuksellisen terveyden edistämisen lähestymistapa	
PREVENTIO	Ongelmakeskeisen terveyden edistämisen lähestymistapa	– Vanhempainryhmätoiminnan rooli merkittävänä ehkäisevän psykososiaalisen terveydenhoitotyön menetelmänä ja ennaltaehkäisevänä lastensuojelutoimintana → näkökulmana vanhemmuuden tukeminen ja viranomaisyhteistyön edistäminen perheiden sosiaalisten ongelmien ehkäisyssä ja laaja-alaisessa tukemisessa
	Kehittämistarpeet	– Lapsiperheitä osallistavan ja voimavaraistavan terveyden edistämisen lähestymistavan vahvistaminen – Kunnan perhetoimijaverkoston osaamisen tehokkaan hyödyntämisen vahvistaminen – Ensi kertaa vanhemmiksi tulevien vertaistuen hyödyntäminen psykososiaalisessa terveyden edistämisessä – Toiminnan pysyvyyden ja prosessimaisuuden vahvistaminen – Arvioinnin, seurannan ja suunnittelun kehittäminen – Päätöksenteon tukeminen tekemällä toiminta näkyväksi → alueen lapsiperheiden terveyttä edistävien ja hyvinvointia lisäävien mahdollisuuksien luomiseen ja voimavarojen etsimiseen pyrkivän lähestymistavan tunnistamisella

6.1.4 Uuden perhevalmennusmallin yhteisöllinen tuottaminen Rovaniemellä

Terveiden edistämisen lähestymistavan ilmenemisessä toiminnan tasolla kehittämistyössä oli yksilö-, yhteisö-, ammattikunta eroja. Havaittavissa oli myös hallintokunnittain ilmenevää jakautumista voimavarakeskeiseen ja ongelmakeskeiseen lähestymistapaan. Tämä ilmeni niin että terveydenhuollonpalvelukeskuksen alaisuudessa toimivilla ilmeni voimakkaimmin työnjakoon ja työajankäyttöön liittyviä esteitä Napero-hankkeen tavoitteiden mukaiseen toiminnan kehittämiseen osallistumiseen kuin sosiaalipalvelukeskuksen alaisuudessa toimivilla. Sirviön (2006, 47) mukaan työntekijöiden terveyttä edistävässä toiminnassa ilmenevät lähestymistavat voivat vaihdella yksilöittäin, yhteisöittäin ja ammattialoittain. Perheen ongelmat tai organisaation asettamat ehdot toiminnan lähtökohtana viittaavat ongelmalähtöiseen näkökulmaan. Asiantuntijan ehdoille rakentuva perheen terveyskäyttäytymisen muutos kertoo puolestaan kasvatuksellisesta näkökulmasta. Voimavarakeskeinen lähestymistapa edellyttää asiakaslähtöistä työskentelyä ja asiakkaan aktiivisen osallisuuden tukemista. (Sirviö 2006, 47.)

Moniammatillisen yhteistyön merkitys asiakaslähtöisessä kehittämisessä (Sirviö, 2006, 33-36) ilmeni Rovaniemellä yhteisöllisessä perhevalmennuksen kehittämisessä laaja-alaisena verkostoitumisena eri tahojen kanssa. Äitiys- ja lastenneuvolan työyhteisössä ongelmakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa ilmeni uuden toiminnan yhteisöllisessä kehittämisessä yksilö- ja ryhmätoimintojen välisinä ristiriitoina. Puheet ilmensivät koettua uhkaa, että suunniteltu ryhmätoiminta veisi yksilötyöltä resursseja. Ryhmätoiminnan mahdollisuuksiin lisätä resursseja ja asiakaslähtöisyyttä sekä kehittää neuvolatyötä oli työyhteisössä vaikea luottaa. Tämä ilmeni haluttomuutena osallistua keskusteluun ryhmätoiminnan myönteisistä ja voimavaroja lisäävistä ominaisuuksista. Ongelmakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa ilmeni äitiys- ja lastenneuvolan työyhteisön kehittämistoiminnassa aiemmista toimintamuodoista kiinni pitämisenä ja niiden ehdoilla toimimisena. Tästä kertoi epäröinti uusia toimijakumppaneita kohtaan ja halu toimia kahden terveydenhoitajan muodostamana työparina sekä aiempien perhevalmennusteemojen ympärille keskittyminen. Ryhmänohjaukseen liittyvien työnjaollisten kysymysten painottuminen yhteistyöpalavereissa hankkeen kanssa kertoi myös organisaation ehdoilla toimimisesta, joka viittaa Sirviön (2006) mukaan ongelmakeskeiseen lähestymistapaan. Työajanseuranta uuden toimintamallin ja entisen toimintamallin välillä nousivat keskeisiksi arviointi tarpeiksi sekä merkitykselliseksi toiminnan jatkokehittämistä ajatellen. Hallinnollinen vastuunjako nousi keskeiseen asemaan

kehittämistoiminnan näkökulmasta ja tavoitteiden mukaisen kehittämisen mahdollisuuksien luomisen näkökulmasta.

Rovaniemen keskustan neuvolan terveydenhoitajilla, joilla oli aiempaa kokemusta perhevalmennusryhmien ohjaamisesta ja laajan perhetyön väestövastuuperiaatteen mukainen toimenkuva ilmeni kehittämistoiminnassa aktiivisempaa osallistumista. Havainto on yhdistettävissä Viljamaankin (2003) tutkimuksessa mainitsemaan ilmiöön ryhmistä kiinnostuneiden terveydenhoitajien kehittämishalusta ja luottamuksesta ammattiroolinsa perheen psykososiaalisen tuen antajana (Viljamaa 2003, 49). Keskustan neuvolan äitiys- ja lastenneuvolan työyhteisön ammatillisessa asiakkaan kohtaamisessa ilmeni kehittämisessä esiintyvän toiminnan kautta perhekeskeinen - , lapsikeskeinen - ja äitikeskeinen orientaatio työntekijästä riippuen. Toimintatavoissa ilmeni tiedon jakoa, ohjausta ja kasvatusta sekä yhteistoiminnallisuutta. Äitiys- ja lastenneuvolatyö sijoittuu Rovaniemen palveluorganisaatiossa terveydenhuollonpalvelukeskukseen.

Voimavaraisen terveyden edistämisen lähestymistavan mukainen kehittämistyö ilmeni Rovaniemellä uuden toimintamallin suunnitteluvaiheessa tehtynä yhteistyönä perhepalvelukeskuksen toimijoiden kanssa. Ryhmänohjausvastuun rakentaminen perhetyön ja terveydenhoitajan yhteistyölle sekä muiden perhetoimijoiden mukaan kytkeminen ilmensivät voimavaraista terveyden edistämisen lähestymistapaa. Sirviön (2006, 47) mainitsema asiakkaiden osallistamisen ja voimavarakeskeisyyden laaja-alaisuus huomioitiin monitoimijaisuutta hyödyntämällä.

Rovaniemen ehkäisevän perhetyön yksikössä toimijoiden puheissa ja esittämistavassa ilmeni asiakkaan näkökulman pohtiminen. Aktiivinen osallistuminen kehittämispalavereihin näkyi työyhteisössä. Voimavarakeskeistä lähestymistapaa ilmensi keskustelu perhetyön roolista raskaana olevien ja vauvaperheiden terveyden edistäjänä ja vertaistuen mahdollistajana. Toiminnan kehittämiseen yhdistettiin toiveita sen hyvinvointia lisäävästä merkityksestä perheille ja se nähtiin mahdollisuutena korjaavan työn vähenemiseen. Keskusteluissa esiin nousi perheiden varhaisen tuen mahdollistamisen lisääminen tuomalla perhetyön toiminta tutuksi jo raskausaikana. Puheissa ilmeni innostus ja halu kehittää lapsiperheille mahdollisuuksia ilmaista sosiaalityöhön liittyvän tuen ja tarpeiden ilmaisemista. Perhetyössä toimijaresurssien niukkuus ilmeni kehittämistyöhön motivoivana. Esimies ohjasi keskustelua palaverissa asiakasnäkökulmaan. Perhetyössä ammatillinen kohtaaminen asiakkaan kanssa kehittämistyön puheissa ja esittämisessä ilmentää perhekeskeistä orientaatiota, toimintatapojen

ohjauksellisuutta ja kasvatuksellisuutta sekä yhteistoiminnallisuutta. Ehkäisevä perhetyö sijoittuu Rovaniemen palveluorganisaatiossa sosiaalipalvelukeskuksen perhesosiaalityöhön.

Rovaniemen perheneuvolan voimavarakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa ilmeni innostuneisuutena kehittämistyöhön. Työyhteisössä vanhemmuuteen siirtymisen prosessimainen lähestymistapa koettiin perhevalmennuksessa hyvänä. Monitoimijuus ja perhevalmennuksen laaja-alaisuus näyttäytyi perheneuvolan työyksikössä vastuullisena osallistumisena ja asian käsittelynä työyhteisön sisällä, hanketyöryhmän kanssa tehdyn yhteistyön ohella. Yksikkö tuki osaamisellaan suunnittelutyötä ja kommentoi ohjaajan oppaan tekstejä. Voimavarainen lähestymistapa ilmeni asiakkaan näkökulman pohdintana. Työyhteisössä käytiin keskustelua perheneuvolan roolin oikeasta ajoittamisesta valmennusprosessissa ensikertaa vanhemmiksi tulevien ja vauvaperheiden tarpeiden näkökulmasta. Keskustelussa ilmeni aiempien kokemusten yhdistäminen uuteen suunnitteilla olevaan malliin. Toimijoiden osallistuminen perhevalmennukseen lähti rakentumaan aiemman perhevalmennustoiminnan pohjalle. Heidän työyhteisöstään suunniteltiin osallistumista yhteen ryhmätapaamiseen seitsemästä.

Rovaniemen perheneuvola palvelee perhetyön lailla kaikkia alueen lapsiperheitä. Toimijoiden kanssa käydyissä keskusteluissa ja heidän esittämistavassaan perhevalmennuksen kehittämiseen liittyvissä asioissa ilmeni asiakkaiden elämäntilanteeseen liittyvän tuen tarpeen ja lapsiperheiden varhaisen tuen mahdollistamisen edistäminen. Toiminta ilmensi voimavaraista terveyden edistämisen lähestymistapaa. Kehittämistyön esittämistavassa ammatillista kohtaamista asiakkaiden kanssa ilmentää perhekeskeinen orientaatio ja yhteistoiminnallisuus sekä asiakkaan roolin aktiivisuus. Perheneuvola sijoittuu Rovaniemen palveluorganisaatiossa sosiaalipalvelukeskukseen.

Rovaniemellä suunterveydenhuollon toimijat suhtautuivat myönteisesti yhteistyöpyyntöön. Heidän kehittämistyöhön osallistuminen oli hyvin itsenäistä. Toiminnansuunnittelussa heidän osaltaan painottui aikatauluista sopiminen. Suunterveyden huollon osuus perhevalmennuksessa noudatteli aiempaa perhevalmennustoiminnan kaavaa mikä oli toisaalta hyväksi havaittu. Toiminta ilmentää osin ehkäisevän työn mukaista toimintaa ja sijoittuu preventiivisen terveyden edistämisen alueelle. Se on myös promotiivista terveyden edistämistä koska tietoa tarjoamalla mahdollistetaan vanhemmille muuttaa toimintaansa terveellisempänä pidettyyn suuntaan. Toiminnassa ilmenee kasvatuksellinen

terveyden edistämisen lähestymistapa. Ammatillinen kohtaaminen asiakkaan kanssa ilmentää perhekeskeistä orientaatiota ja asiantuntijan ehdoilla tapahtuvaa tiedonjakoa. Suunterveydenhuolto sijoittuu Rovaniemen palveluorganisaatiossa terveydenhuollon palvelukeskukseen.

Rovaniemellä perhevalmennukseen yhteisölliseen kehittämiseen kantoa kortensa kekoon myös perhesosiaalityöntekijät. Heistä jokainen kävi vuorollaan perhevalmennuksessa prosessin yhdellä ryhmätapaamiskerralla kertomassa omasta työstään lapsiperheiden palveluissa. Heidän roolinsa on lähinnä lapsiperheiden palveluiden tutuksi tuomisen näkökulma ja sosiaalityön ehkäisevän palvelun kehittäminen. Heidän asennettaan kehittämistyöhön voisi kuvata yhteisenä vastuun kantona lapsiperheiden hyvinvoinnista. Tämä ilmentää voimavaraista terveyden edistämisen laaja-alaista lähestymistapaa. Terveiden edistäminen nähdään rovaniemeläisten lapsi perhetuimijoiden yhteisenä asiana. Perhesosiaalityön yksikkö sijoittuu palveluorganisaatiossa sosiaalipalvelukeskukseen.

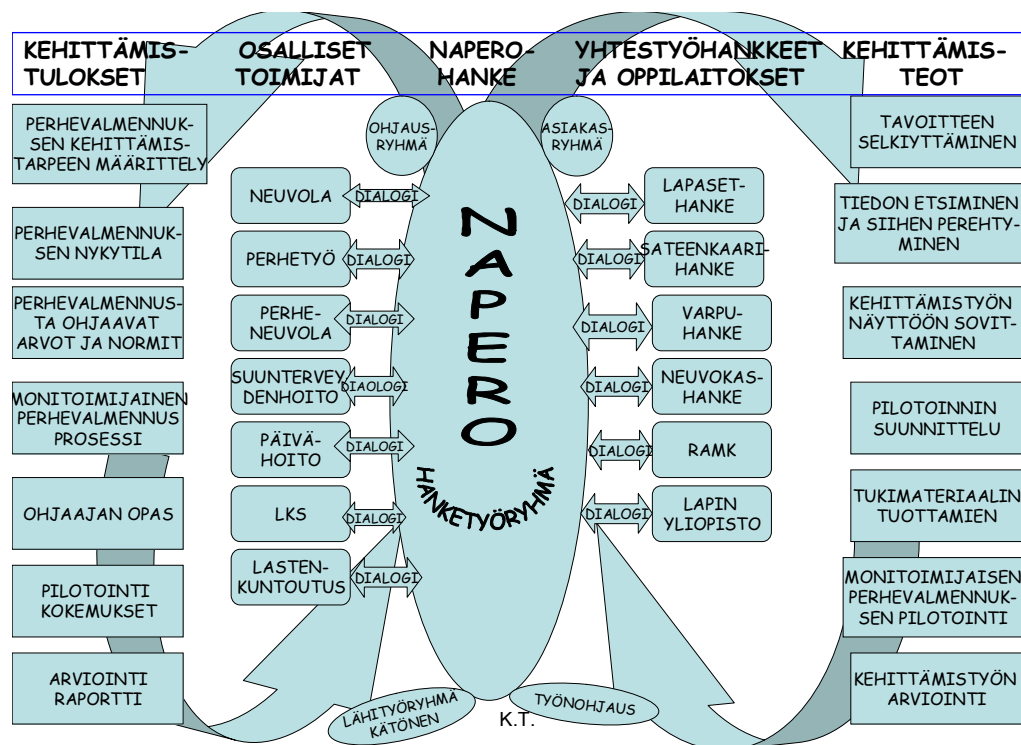
Rovaniemen perhepalvelukeskuksessa Napero-hanke aloitti avoimen päiväkotitoiminnan vanhemmille lapsineen. Toimintaa ajateltiin luontevana jatkumona neuvolan perhevalmennustoiminnalle. Se aloitettiin huhtikuussa 2007 ja siitä vastasi hankkeessa toimiva lastentarhanopettaja. Perhevalmennuksessa päivähoito ja varhaiskasvatus osaaminen täydensi työn ja perheen yhteensovittamisen näkökulmaa viimeisessä ryhmätapaamisessa. Päivähoidon roolista vastasi Napero-hankkeessa toimiva lastentarhanopettaja. Toiminnan taustalla oli Napero-hankkeen tavoitteet monitoimijaisesta yhteistyön keittämisestä neuvolan, päivähoidon ja perhetyön perustyössä. Napero-hankkeen laaja-alainen monitoimijaisuus perhevalmennuksen kehittämisessä ilmentää voimavaraista terveyden edistämisen lähestymistapaa. Avoimen päiväkotitoiminnan sijoittaminen palveluorganisaatioon on vaikeaa koska toiminnan lähtökohtana on ollut lapsiperhepalveluiden ylisektorinen yhteistyö. Tässä tarkastelen sitä Napero-hankkeen kautta palveluorganisaatiossa sosiaalipalvelukeskukseen kuuluvana, koska toiminta tässä oli Napero-hankkeen vastuulla.

Yhteisöllisessä kehittämisessä terveyden edistämistoiminta ilmensi sekä voimavaraista, kasvatuksellista että ongelmakeskeistä lähestymistapaa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Uuden perhevalmennusmallin yhteisöllinen tuottaminen. (Kuvio 5, s.42.)
(Tirroniemi 2008.)

PROMOOTIO	Voimavarakesk einen terveyden edistämisen lähestymistapa	– Sosiaalipalvelukeskuksen osallisuutta ja asiakaslähtöistä kehittämistä tukeva muutoksen johtaminen. – Yhteistyö perhepalvelukeskuksen toimijoiden kanssa. – Näyttöön perustuva asiakaslähtöisen kehittämisen tavoittelu. – Vertaistukeen voimavarojen mahdollistamisen edistäminen. – Lapsiperheiden ja lapsiperhetoimijoiden verkostoituminen. – Vertaisryhmätoiminnan käyttö vanhemmuuden tukemisessa edistävänä perheiden psykososiaalisen työn muotona. – Sosiaalityön varhaisen tuen mahdollistamisen edistäminen. – Perhekeskeisyys ja perheen ihmissuhteiden näkökulma terveyden määrittelemisessä sekä vanhemmuuteen siirtymisen prosessimainen hahmottaminen. – Asiakkaiden osallisuutta tukevien rakenteiden kehittäminen → perhevalmennuksen toiveet ja tavoitteet kysely, asiakaspalaute ja asiakashaastattelut. – Työajankäytön ja osallistujamäärän seurannan avulla asiakaslähtöisen toimintatavan jatkuvuuden vahvistamisen edistäminen.
	Kasvatuksellin en terveyden edistämisen lähestymistapa	– Synnytyksen jälkeisen masennuksen määrittely asiantuntijälähtöisesti. – Suunterveyden määrittely asiantuntijälähtöisesti. – Synnytyksen, imetyksen ja vauvanhoidon määrittely asiantuntijälähtöisesti. – Keskustelunviritäjänä käytettyjen materiaalien asiantuntijälähtöisyys.
PREVENTIO	Ongelmakeskei nen terveyden edistämisen lähestymistapa	– Terveystuollonpalvelukeskuksen työnjakoon ja työajankäyttöön liittyvät ehdot. – Aiemmistä ehdoista kiinnipitäminen. – Äiti- /lapsikeskeisyys. – Yksilökeskeisyys.
	Kehittämistarp eet	– Henkilöstöhallinnon edistäminen ylisektorisen muutosjohtamisen rakenteita kehittämällä → pedagogiikka (Poikela 2005). – Palveluorganisaation toimintasektoreittain erilaisten kehittämisorientaatioiden huomioiminen kehittämissankkeiden tavoitteissa.

Napero-hankkeessa uuden perhevalmennusmallin toteuttamisessa merkittäväksi nousi kehittämisverkoston rakentuminen. Sosiaalisesti rakentuvalle yhteisölliselle oppimiselle ja kehittämiselle ominaisesti se rakentui tässä arviointityössä juuri perhevalmennuksen kehittämisen näkökulmasta tietynlaiseksi. Verkosto on erilainen jokaisen kehittämistyön yhteydessä eikä sitä voi siirtää suoraa vastaavaankaan kehittämistyöhön. Verkostolla kuvaan vuorovaikutuskontekstia, jossa tämän opinnäytteen mukaiset kehittämisteot ja tulokset katson Napero-hankkeessa perhevalmennuksesta vastaavana projektityöntekijänä syntyneeksi (kuvio 6).



Kuvio 6. Perhevalmennuksen kehittämisverkosto vuorovaikutuskontekstissaan Napero-hankkeessa. (Tirroniemi 2007.)

Perhevalmennuksen kehittämisessä Napero-hankkeessa verkostoituminen toisten hankkeiden kanssa vahvisti kehittämistyön suuntaa ja toi lisäarvoa kokemusten vaihdon kautta kehittämiseen sekä arviointiin. Kehittämistyössä keskeisessä roolissa oli yhteistyö alueellisen Varpu-hankkeen kanssa. Varhaisen puuttumisen ja huolen puheeksiottamisen sekä verkostokonsulttitoimintamallien ympärille muodostunutta yhteistyöverkostoa oli luontevaa käyttää. Tämä yhdisti alueellisia perhepalvelutoimijoita ja verkostoitumista Napero-hankkeenkin toiminnoissa. Varpu hankkeen kautta opinnäytteen tekijälle tutuksi tulleet menetelmät ja toimijat olivat luontevia yhteistyökumppaneita ja palautteen antajia myös perhevalmennuksen kehittämistyötä ajatellen.

Lapaset Perheverkosto – hanke Helsingissä uudisti myös perhevalmennustoimintaa. Heidän kanssaan oli luontevaa verkostoitua. Tästä hankkeesta Ulla Lindqvist kävi Napero-hankkeen vieraana perhepalvelukeskuksessa Rovaniemellä helmikuussa 2007. Häneltä saimme arvokasta palautetta ja vertaiskehittäjätukea koskien perhevalmennuksen kehittämistä. Hankeyhteistyökumppani ja ”benchmarkkaaja” Ulla Lindqvistin ohella on Vantaan Sateenvarjo hankkeen Sirpa Kumpumäki. Hän toimii Vantaan kaupungin ja HYKS-sairaanhoitoalueen yhteisen mielenterveystyön ja päihdehuollon kehittämishankkeen neuvolatyötä koskevassa osaprojektissa. Hänen kanssaan käydyt keskustelut ja tapaamiset ovat vahvistaneet ajatusta perhevalmennuksen kehittämisestä psykososiaalisen terveydenhoitotyön näkökulmaa ajatellen. Hän on myös antanut arvokasta palautetta koskien perhevalmennuksessa käsiteltävää synnytyksenjälkeistä masennusta. Yhteistyö vahvisti käsitystä perhevalmennuksen merkityksestä edistää lasten ja perheiden mielenterveyttä vanhemmuutta tukemalla ja sosiaalista tukea mahdollistamalla.

Yhteistyössä Lapin keskussairaalan kanssa sovittiin tutustumiskäynneistä ryhmänä, jotka ajoittuivat avoimille sairaalan tarjoamille tutustumisajoille. Asiakkaat voivat niin halutessaan käydä itsenäisestikin tutustumassa synnytyssairaalaan avoimina tutustumisajankohtina. Koulutuslaitosten kanssa tehdyllä yhteistyöllä tarkoitan tässä ohjausryhmän koulutuslaitosten edustajien ohella, opiskeluni kautta käytyä vuoropuhelua ja sen vaikutuksia refleksiiviseen analyysiini. Opinnäytteentekijänä terveyden edistämisen opintoni ovat keskeisesti vaikuttaneet terveyden edistämisen lähestymistapaani. Arviointiopintoni Lapin yliopistolla ovat puolestaan auttaneet kehittämistyössä hankkeen tavoitteiden jäsentämisessä terveyden edistämisen arvioinnin kautta.

Rovaniemen perhetoimijoiden ja Napero-hankkeen yhteisöllisen perhevalmennuksen kehittämisen tuloksena muodostui hankkeen keskeisistä tavoitteista, perhevalmennuksen tavoitetilan kuvauksesta ja kehittämistyön verkoston vaikutuksesta monitoimijainen perhevalmennusprosessi edelleen kehitettävän toiminnan käyttöönoton malliksi. (Taulukko 5.)



Taulukko 5. Rovaniemen perhetoimijoiden monitoimijainen perhevalmennusmalli. (Tirroniemi 2008)

Tapaamiset	I. Raskausviikolla 32.	II. Raskausviikolla 33.	III. Raskausviikolla 34.	IV. Raskausviikolla 36.
Tavoitteet	Tutustuminen, osallistujien toiveet ja tarpeet-kysely, keskustelua vauvaan liittyvistä mielikuvista ja itsestä vanhempana, loppuraskaudenaikaan liittyvät muutokset	Oppia tunnistamaan synnytyksen alkamiseen / etenemiseen liittyviä merkkejä tietoista pohdintaa vanhemmuudesta.	Vanhemmuuden pohdintaa; äitiys/isyys, saatu vanhemmuus → annettava vanhemmuus. Yksilö/perhe. Tietoa imetyksestä ja	Tutustua synnytyssairaalaan, saada tietoa / valmiuksia sairaalassa tapahtuvasta synnytyksestä
Esittäytyminen	Kerrotaan perhevalmennuksesta asiakkaat kertovat itsestään ja odotusajastaan, osallistujien toiveet ja tavoitteet selvitetään	Kuulumisten vaihto, kokoontumiskerran ohjelma	Kuulumisten vaihto kokoontumiskerran ohjelma. Perhesostt. informaatio	Ryhmä kokoontuu perhetyöntekijän johdolla LKS:ssa
Tietoisku	Loppuraskauden aika	Synnytystietoutta	Isä ryhmässä pienryhmäkeskustelu/ video isä lapsen elämässä. äiti ryhmässä imetysasiaa	Sairaalaan tuleminen, synnytyksen hoito
Vanhemmuudenroolit	Vanhemmuudenroolikartan esittely ja keskustelua sen pohjalta	Rakkauden antajan rooli vanhemmuudesta keskustelun	Huoltajan rooli vanhemmuudesta keskustelun virittäjänä	
Rentoutusharjoitus	Esim. matka kehon läpi	Esim. ja ohieronta ja rauhallinen tausta musiikki	Esim. Aistinvarainen rentoutumisharj.	Sairaalaan tuleminen, synnytyksen hoito
Virittäytyminen teemaan ja keskustelua aiheesta	Video-"kuka" ryhmissä keskustelua videon alustuksen pohjalta	Video- "synnytys" keskustelua aiheesta. Vanhemmuus kortit pariskunnittain/ pareittain.	Video- "vauvanhoidon ABC" keskustelua vauvanhoidosta.	
Yhteenveto ja kotitehtävä	Yhteenveto tapaamiskerran asioista, kotitehtävä, "kolmiotesti"	Yhteenveto tapaamiskerran asioista, kotitehtävä; "kolmiotesti"	Yhteenveto tapaamiskerran asioista, kotitehtävä; "roolijana"	
Vastuuhenkilöt	Terveystieteiden ja perhetyöntekijä	Terveystieteiden ja perhetyöntekijä	Terveystieteiden ja perhetyöntekijä	Perhetyöntekijä (LKS kättilö)

Taulukko 5, jatkuu.

Tapaamiset	V. Vauva n. 2 kk.	VI. Vauva n. 4 kk.	VII. Vauva n. 8-10 kk.
Tavoitteet	Viritellä keskustelua vauvan temperamentista, unirytmistä →perheen ihmissuhteiden yhteys jaksamiseen, keskustelua perheen	Keskustella arjen rutiinien merkityksestä perheessä, vanhemman roolista arjessa	Auttaa vanhempia pohtimaan tulevaa työn ja perheen yhteensovittamiseen liittyviä asioita, kasvatustietoisuuden pohtimista
Esittäytyminen	Kuulumisten vaihtoa, perheneuvolan työntekijä esittäytyy,	Kuulumisten vaihto, suunnterveysdenhuollon työntekijä esittäytyy	Kuulumisten vaihto, lastentarhan opettaja esittäytyy
Tietoisku	Temperamentti miten heijastuu arkeen → unirytm, itkuisuus ym.	Suunnterveys, ravinto, ruokailu, syömiseen liittyvät pulmat	Päivähoito/ kotihoito päivähoitoon hakeminen, työ/perhe, eroahdistus
Vauvatus/ vuorovaikutusleikki	Vauvatus- / vuorovaikutusleikki	Vuorovaikutusleikki	Vuorovaikutusleikki
Vanhemmuuden roolit	Ihmissuhdeosaajan rooli vanhemmuudesta keskustelun virittä-	Rajojen asettajan rooli vanhemmuudesta keskustelun	Elämän opettajan rooli vanhemmuudesta keskustelun virittäjänä
Virittäytymisen teemaan ja keskustelua	Video- ”riittävän hyvät vanhemmat” keskustelua (pienryhmissä)	Keskustelua ruokailusta, nukkumisesta, arjen	Video- ”turvalliset rajat” keskustelua (pienryhmissä)
Yhteenvedo		ennustettavuudesta	
Palautteet	Palautekysely synnytystä edeltävistä valmennuskerroista		Palautekysely perhevalmennuksesta kokonaisuudessaan
Vastuuhenkilöt	Terveystenhoitaja ja perheneuvolan työntekijä	Perhetyöntekijä ja suunnterveysdenhuollon ammattilainen	Terveystenhoitaja ja lastentarhanopettaja

6.1.5 Monitoimijaisen perhevalmennusmallin käyttöönottokokemukset Rovaniemellä

Uuden monitoimijaisen perhevalmennusmallin käyttöönottaminen aloitettiin helmikuussa 2007. Tuolloin hankkeessa oli työstetty ryhmien alkamisajankohdat ja tapaamiskertojen aikataulutukset valmiiksi. Terveystenhoitajien ensisynnyttäjä asiakkaat oli jaettu lapsen lasketun syntymäajankohdan mukaan ryhmiin ja ilmoitettu ryhmänohjaajille sekä osallisille toimijoille heidän osallistumiskerroistaan. Ryhmänohjaajan tukimateriaali oli valmis ja esitteet oli työstetty terveydenhoitajille jaettavaksi heidän asiakkailleen. Ryhmienohjaus terveydenhoitajien kohdalla aloitettiin perehtymällä uuden toimintamallin mukaiseen ryhmänohjaukseen. Terveystenhoitajilla oli mahdollisuus tulla seuraamaan hanketyöntekijöiden ja perhetyöntekijöiden ohjaamia ryhmiä ennen varsinaista ryhmänohjausvastuuta. Perehtymisen jälkeen terveydenhoitajat aloittivat porrastetusti jokainen oman ryhmänsä perhetyöntekijä työparinaan. Alussa alettiin kerätä tietoja osallistujamääristä sekä asiakkaiden toiveista ja tavoitteista toiminnalle koska ajatuksena oli asiakaslähtöinen toimintamallin kehittäminen ja kehittämistyön tässä vaiheessa varsinaisten perhevalmennusasiakkaiden luonteva mukaantulo toimintaan mahdollisti heidän osallistumisen myös toiminnan kehittämiseen. Uusi perhevalmennuksen runko oli luotu ja sitä oli hyvä lähteä kehittämään edelleen.

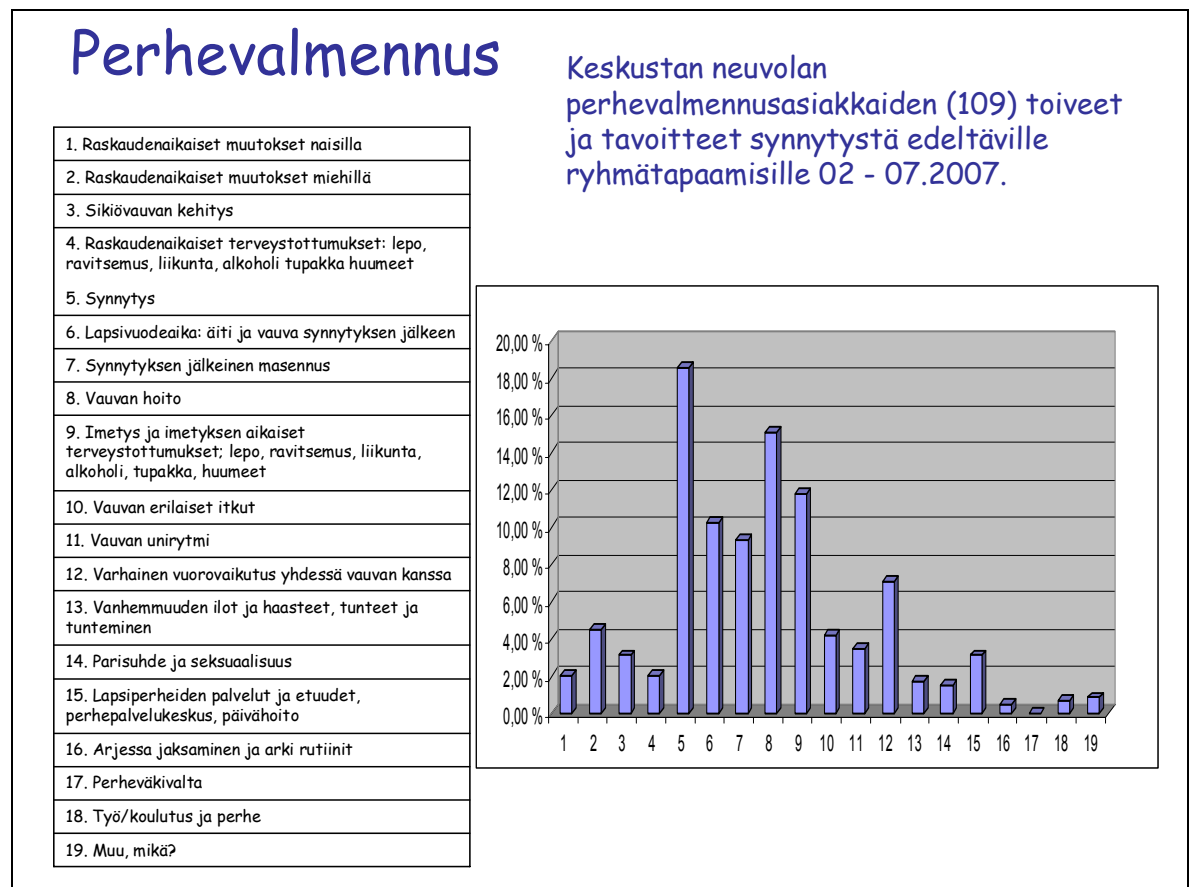
Kehitettävät asiat alkoivat selkiintyä heti toiminnan käynnistyttyä. Toiminnan alussa keskusteltiin asiakkailta kerättyjen toiveiden ja tavoitteiden merkityksestä. Syntyi keskustelua asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden kysymisen välttämättömyydestä. Asiaa kyseenalaistettiin perustelemalla että toimiminen asiakaslähtöisesti huomioiden heidän toiveensa ei olisi ryhmänohjaajana mahdollista. Puheessa esiin nousi ajatus, että asiakkaiden toiveet ja tarpeet liittyisivät aiheisiin, joita ei olisi varautunut käsittelemään. Toiveet ja tavoitteet kyselyssä (liite 5) tarjotut vaihtoehdot ovat terveysneuvonnan aihepiiriin kuuluvia asioita. Toimijoita tuettiin hanketyöryhmän taholta huomioimaan ryhmäkohtaisesti asiakkaiden tarpeet ja ainakin keskustelemaan niistä asioista, jotka olisi mahdollista huomioida ryhmässä. Hanketyöryhmä pyysi toimijoilta myös kannanottoa siihen mitkä asiat koettiin estävän asiakkaiden tarpeiden huomioista ja esityksiä siitä miten ryhmänohjauksessa voisi paremmin huomioida asiakkaiden tarpeet.

Asiakaspalautteessa ei ilmennyt kokemusta siitä, että heidän toiveitaan ei olisi huomioitu. Keskustelu kertoi siitä, että asiakkaat osallistavaa terveyden edistämisen lähestymistapaa prosessoitiin, mikä oli myönteistä kehittämistoiminnan

näkökulmasta. Heräsi ajatus yhteisöllisestä asiakaspalautteen pohtimisesta. Dialogille perustuva asiakaslähtöinen arviointi ja oppivan organisaation mukaisen tilan järjestäminen asian käsittelylle tuli ajankohtaiseksi. Tämä ratkaistiin soveltamalla ennakointi dialogi – ja Bikva-asiakaslähtöisen arvioinnin menetelmiä. Ryhmänohjaajan tukimateriaaliin liittyvä toimijoiden palaute herätti pohtimaan asiakkaiden kannanottoa asiaan. Näin kehittyi asiakaspalautekysely (liite 6), jolla alettiin kerätä tietoa synnytyksen jälkeisellä ensimmäisellä ryhmätapaamiskerralla. Uuden toimintamallin käyttöönotossa esiin nousseiden tarpeiden kautta muodostuivat näin arviointiaineiston keruun työkalut ja menettelytavat.

Asiakkaiden toiveet ja tavoitteet

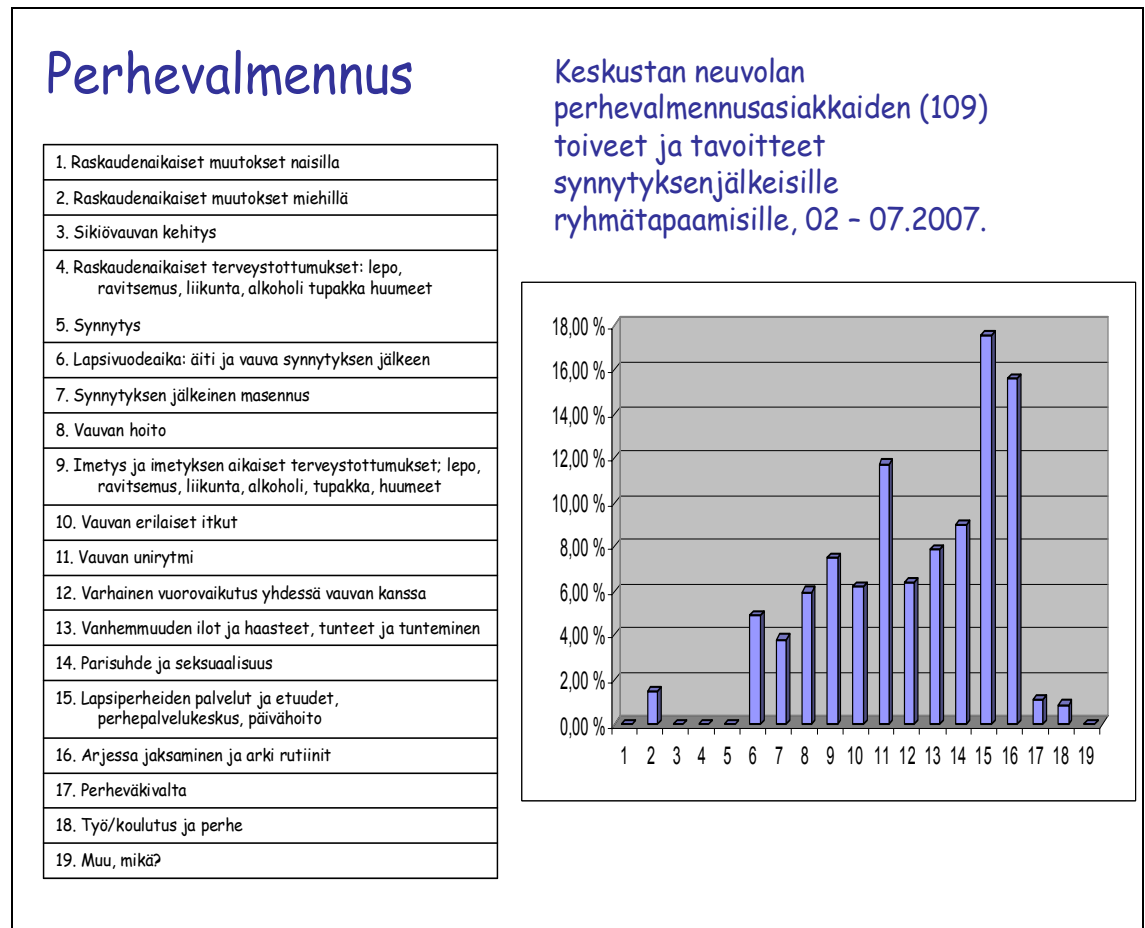
Rovaniemeläisten perhevalmennuksen asiakkaiden toiveet ja tavoitteet synnytystä edeltävälle perhevalmennukselle näyttivät hyvin samanlaisilta aiemman perhevalmennuksen kanssa. Asiakkaat toivoivat tietoa synnytyksestä, vauvanhoidosta ja imetyksestä sen lisäksi viiden tärkeimmän aiheen joukkoon asiakkaat nostivat synnytyksen jälkeisen lapsivuodeajan ja - masennuksen. 31.7.2007 mennessä tarpeista ja toiveista oli kerätty tietoa 109 asiakkaalta (kuvio 8).



Kuvio 8. Asiakkaiden toiveet ja tavoitteet synnytystä edeltävälle perhevalmennukselle Rovaniemen keskustan neuvolassa (Tirroniemi 2007).

Rovaniemeläisten perhevalmennukseen osallistuneiden perheiden voidaan tulosten perusteella ajatella Sirviön (2006, 111) mallin mukaisesti pitävän elämänhallintaansa vahvistavana synnytykseen, vauvanhoitoon ja imetykseen liittyvien asioiden käsittelyä synnytystä edeltävässä perhevalmennuksessa. Sirviön (2006, 96) tutkimuksessa perheiden tärkeänä pitämä psyykkisen terveyden merkitys näyttäytyi tässä Rovaniemeläisvanhemmille suunnatussa kyselyssä synnytyksen jälkeisen masennuksen ja lapsivuode asioiden käsittelyn toivomisenä perhevalmennuksessa.

Rovaniemeläisillä perhevalmennusasiakkaila synnytyksen jälkeisen perhevalmennukseen kohdistuneet toiveet ja tarpeet liittyivät vanhemmuuteen ja lapsiperheen arkeen. Viisi tärkeimpänä pidettyä asiaa synnytyksenjälkeiselle perhevalmennukselle, raskausaikana tehdyssä kyselyssä olivat lapsiperheen etuudet ja palvelut, arjessa jaksaminen ja arjen rutiinit, vauvan unirytm, parisuhde ja seksuaalisuus sekä vanhemmuuden ilot ja haasteet, tunteet ja tunteminen (kuvio 9).



Kuvio 9. Asiakkaiden toiveet ja tavoitteet synnytyksenjälkeiselle perhevalmennukselle Rovaniemen keskustan neuvolassa (Tirroniemi 2007).

Rovaniemeläisasiakkaiden toiveissa lapsivuode aika, synnytyksen jälkeinen masennus, imetysasiat, vauvan hoito, varhainen vuorovaikutus ja vauvan erilaiset itkut kiinnostivat niin synnytystä ennen kuin synnytyksen jälkeenkin. Toiveet kuvastavat perheiden määrittämää näkemystä siitä miten synnytyksen jälkeisessä perhevalmennuksessa voitaisiin tukea heidän voimavarojaan. Vastaukset ilmentävät Sirviön (2006, 95) tutkimuksen mukaista lapsiperheiden näkemystä perheen terveyteen vaikuttavista asioista. Rovaniemellä toivomusten kohteena ovat lapsiperhepalvelut, lapsiperheen ihmissuhteisiin liittyvät asiat kuten parisuhde ja seksuaalisuus, vuorovaikutus vauvan kanssa sekä vanhemmuuden ilot ja haasteet.

Kyselyn mukaan odotukset synnytyksen jälkeiselle perhevalmennukselle liittyivät perheen arjesta selviytymiseen, ihmissuhteisiin ja lapsiperhepalveluiden käyttöön. Asiat ovat yhteydessä perhe-elämän harmonisuuteen ja perheen elämän hallinnan tunteeseen, jotka Sirviön (2006, 95) mukaan liittyvät lapsiperheiden näkemykseen perheensä terveydestä.

Osallistujamäärät

Rovaniemen keskustan neuvolan alueella oli aloittanut 14 ryhmää uuden monitoimijaisen perhevalmennuksen 31.3.2008 mennessä. Koko prosessin läpikäyneitä ryhmiä oli viisi. Prosessi oli kesken yhdeksässä ryhmässä. Synnytyksen jälkeisistä perhevalmennuskerroista oli kokemusta 10 ryhmällä. Kolmessa prosessin aloittaneessa ryhmässä ei vielä ollut kokemusta synnytyksen jälkeisistä tapaamisista. Asiakaskäyntejä näihin ryhmiin mahtui aikavälille 6.2.2007 – 31.3.2008 yhteensä 704. Asiakasmääriin suhteuttaen tämä tarkoittaa että tuotettiin $2 \text{ h} \times 704 = 1408$ tuntia asiakaspalvelua, mikä kertoo ryhmätoiminnan tehokkuudesta.

Raskaudenaikaisia ryhmäkäyntejä oli toteutunut 31.12.2007 mennessä yhteensä 501 joista 291 oli tulevien äitien käyntejä ja 210 tulevien isien käyntejä. Ryhmiä oli yhteensä toteutunut 55 joista 39 oli synnytystä edeltäviä ja 16 synnytyksen jälkeisiä ryhmäkokoontumisia. Raskauden jälkeisiä ryhmäkäyntejä oli yhteensä 31.12.2007 mennessä ollut 107 ja niistä äitien käyntejä oli 43, isien käyntejä 21 ja vauvojen käyntejä 43. (taulukko 2).

Taulukko 2. Perhevalmennuskäynnit Rovaniemen keskustan neuvolassa. (Tirorniemi 2007.)

31.12.2007	n	m	v	yht
	334	231	43	608
raskausajankäynnit	350	246		*596
synnytyksenjälk.käynnit	43	21	43	107

*3 tapaamiskäynniltä ei osallistujamäärätietoa kerätty

Synnytystä edeltävien ryhmien keskimääräinen osallistujamäärä oli 15 henkilöä ja synnytyksen jälkeisten seitsemän henkilöä. Synnytyksen jälkeisten tapaamisten osallistujamäärät huolestuttivat toimijoita. Ryhmien osallistujamäärät vaihtelivat 0 - 15 osallistujaan. Pohdittiin syitä siihen, miksi asiakkaat eivät tulleet ryhmiin. Tiedottamisen keinoja pohdittiin ja tehtiin ehdotuksia viestittämisen tehostamiseksi. Arvioitiin myös ryhmäkokoontumisten harvaan ajoittumista pitkälle ajanjaksolle. Uutta toimintamallia suunniteltaessa lähtökohtana oli neuvolatoiminnan aiemmalle

perhevalmennusrungon tapaamisajankohdille rakentunut malli, joka näyttäytyi asiakkaiden näkökulmasta toimimattomalta. Tilanne alkoi toiminnan edetessä kuitenkin muuttua ja osallistujamäärät kasvaa.

Rovaniemellä oli perhevalmennusryhmiin kutsuttu terveydenhoitajien tekemän seurannan mukaan 171 asiakasta, joille oli yksilökäynnillä annettu esite ja kerrottu perhevalmennuksesta. Tämän jälkeen ryhmäkokouksiin ei asiakasperheen oman terveydenhoitajan toimesta kutsuttu. Asiakkaita kehoitettiin tallettamaan esite, jossa näkyi lähes vuoden ajalle ajoittuvat ryhmätapaamiset. Terveystenhoitajat eivät kertomansa mukaan kysyneet yksilökäynneillä asiakkailtaan osallistumisesta ryhmiin eikä niistä terveydenhoitajien kertoman mukaan yksilökäynneillä puhuttu. Ryhmiä ohjasivat kaikki neuvolan terveydenhoitajat säännöllisesti osallistuen ryhmänohjaukseen koko prosessin osalta omalla vuorollaan.

Neuvolan asiakkaat jaettiin ryhmiin lasketun synnytysajankohdan perusteella, asiakasperheen varsinainen terveydenhoitaja ei välttämättä toiminut juuri heidän valmennusryhmän ohjaajana. Asiakkaat eivät ole palautteessaan tätä kommentoineet. Sen sijaan terveydenhoitajat kokivat että asiakkaiden kanssa ei voi puhua perhevalmennuksesta yksilökäynneillä eikä muistuttaa omia esikoisperheitä ryhmätapaamisista koska itsellä ei välttämättä ole tietoa siitä kuka asiakkaista on osallistunut perhevalmennukseen. Neuvolassa terveydenhoitajilla on tieto omista ensisynnyttäjistä ja ryhmien kokoontumisajat ovat yleisesti neuvolassa nähtävillä sekä tieto perhevalmennuksen kehittämisestä tässä neuvolassa. Ensimmäiselle ja toiselle ryhmätapaamiskerralle osallistuivat lähes kaikki kutsun saaneet, mikä kertoo terveydenhoitajan tiedottamisen tehokkuudesta asiakkaidensa osallisuustason vahvistamisessa.

Työajankäyttö

Rovaniemellä monitoimijaisen perhevalmennuksen ryhmäohjaukseen käytettiin välitöntä työaika yhteensä 207,5 tuntia ajanjaksolla 6.2.2007 – 31.12.2007.

(Taulukko 3).

Taulukko 3. Perhevalmennusryhmien ohjaukseen käytetty työaika toimijoittain, Rovaniemen keskustan neuvolassa. (Tirroniemi 2007.)

Työntekijöiden käyttämä työaika ryhmienohjaukseen 31.12.2007 mennessä	
➤ terveydenhoitaja	86 h (hanketyöntekijä 20h)
➤ perhetyöntekijä	94 h (hanketyöntekijä 24h)
➤ perheneuvolantyöntekijä	14 h
➤ perhesosiaalityöntekijä	5,5 h
➤ suuhygienisti	4 h
➤ lastentarhanopettaja	4 h (hanketyöntekijä 4h)
käytetty työaika yht.	207,5 h

Työntekijän käyttämä aika asiakasta kohden suhteutettuna asiakaskäyntien määrään on noin 20 minuuttia / asiakas. Työn kuormittavuutta voidaan tarkastella terveydenhoitajien näkökulmasta jakamalla terveydenhoitajakohtaisesti ryhmäohjaukseen käytetty aika. Ryhmien ohjaukseen osallistui seitsemän terveydenhoitajaa. Kaksi terveydenhoitajaa jakoi prosessin tehden puolikasta molemmat. Ohjaukseen käytettiin kuusi terveydenhoitajan työpanosta, jolloin käytetty työaika terveydenhoitajaa kohden oli 34,5 tuntia 11 kuukautta kestäneellä seuranta-ajanjaksolla. Kuukautta kohden tästä muodostuu 2,875 tuntia kuukaudessa terveydenhoitajan käyttämää välitöntä työaika. Terveydenhoitajan KVTES:n 7§ mukainen yleistyöaika on 38.15 tuntia viikossa. (KVTES 2007, 51.) Monitoimijaisen perhevalmennusmallin mukainen terveydenhoitajien käyttämä aika ryhmäohjaukseen oli noin 1,8 % kokonaistyöajasta. Rovaniemen kaupungin terveysneuvonnan tuotteistamishankkeen (2003) osaprojektin loppuraportin mukaan silloisen Rovaniemen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat käyttivät välittömästä työajastaan 8 % perhevalmennustoimintaan tuotteittain tarkasteltuna ja 2,3 % kokonaistyöaikana tarkasteltuna. Tähän verrattuna voidaan todeta että uudentoimintamallin mukainen toiminta on työajankäytön näkökulmasta tarkasteltuna tehokkaampaa. Keskustan neuvolan terveydenhoitajista osa ei ollut

tehnyt ryhmämuotoista perhevalmennusta eikä siitä näin ollen ole vertailukelpoista tietoa olemassa.

Asiakaspalautekysely

Rovaniemeläisten asiakkaiden palautekyselyiden (liite 5) aineistot taulukoitiin asteikkoarvon perusteella lukumäärän mukaiseen järjestykseen. Näin etsittiin vastausta siihen olivatko asiakkaat kokeneet synnytystä edeltäneen perhevalmennuksen hyödyllisenä ja vastaavana heidän tarpeisiin. Asiakaspalautekyselyyn oli vastannut, jokainen sen saaneista 29 henkilöstä 31.12.2007 mennessä. Kyselyyn vastaaminen tapahtui perhevalmennuskäynnillä viidennen tapaamiskerran yhteydessä ryhmän jälkeen välittömästi.

Perhevalmennuksesta koettu hyöty synnytyksessä hajotti vastanneiden asiakkaiden (29) mielipiteitä. Vastaajista 45 % (13) oli jokseenkin eri mieltä tai ei osannut sanoa oliko perhevalmennuksesta ollut hyötyä synnytyksessä. Vastanneista asiakkaista 72 % (21) oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä että perhevalmennus on tukenut heitä vastasyntyneen hoidossa. Vastaajista 65 % (19) oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä että oli saanut perhevalmennuksesta hyödyllistä tietoa liittyen imetykseen ja imetyksen aikaisiin terveystottumuksiin. Lähes 38 % (11) vastaajista oli epävarmoja tai eivät osanneet vastata oliko perhevalmennus tukenut äidin ja vastasyntyneen hyvinvointia heti synnytyksen jälkeisinä viikkoina. Noin 69 % (20) vastaajista oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä että perhevalmennus on tukenut raskaudenaikaista ja synnytyksenjälkeistä psyykkistä jaksamista.

Vastanneista asiakkaista 93 % vastasi pitävänä synnytystä edeltäneiden tärkeimpinä pitämiensä toiveita edelleen tärkeimpinä perhevalmennuksessa. tärkeimmät asiat synnytystä edeltävässä perhevalmennuksessa. Kysymyksellä haluttiin selvittää kaksi kuukautta lapsen syntymän jälkeen, muuttuiko asiakkaiden käsitys synnytystä edeltävän perhevalmennuksen tarpeista vauva syntymän ja synnytyskokemuksen myötä. Vertaistukea ja moniammatillisuutta heijasteleviin kysymyksien kohdalla vastauksissa oli vähiten hajontaa eri vaihtoehtojen välillä. Lähes kaikki kysymyksiin vastanneet olivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä että perhevalmennustoiminta tulisi olla ryhmämuotoista ja ryhmistä tulisi vastata eri ammattiryhmät yhdessä. Vastaajat olivat ryhmätoiminnasta eniten täysin samaa mieltä.

Asiakaskyselyjen perusteella tehtiin yhteenvetona kuvio materiaalien ja menetelmien käytöstä. Vastauksia kysymyksiin on saatu yhteensä 16 - 27 riippuen kysytystä menetelmästä / materiaalista. Vastausten määrän vaihtelua selittää

osaltaan se että kaikissa ryhmissä ei välttämättä ole käytetty kaikkia tarjolla olleita tukimateriaaleja. Asiakkaan ”?” viesti kyselyn yhteydessä ja toisaalta kommentti ”en muista” voivat olla viitteitä siitä, että materiaalia ei ole juuri hänen osallistumiskerroilla käytetty. Eniten vastauksia on saatu vanhemmuuden roolikartasta, synnytysvideosta, rentoutuksesta, kotitehtävistä ja pp-esityksistä, joita ryhmissä on käytetty. Synnytysvideo ja pp-esitykset saivat asteikolla 1-5. (1=huono, 2=välttävä, 3= menettelee, 4=hyvä, 5=erinomainen) eniten hyvä- arvosanoja asiakkailta. Vanhemmuuden roolikartta ja vauvanhoitovideo ovat reilun kymmenen vastaajan mielestä hyviä ja kotitehtävät olivat 23 vastanneen mielestä joko menetteleviä tai hyviä. Kaikkien arvioitavien asioiden keskiarvolla mitattuna video nimeltä Kuka sai korkeimman keskiarvon, mutta sen kohdalla kantaa asiaan oli ottanut noin 61 % vastaajista. Eniten erinomaisia arvosanoja keräsivät rentoutusharjoitukset ja synnytysvideo. Toisaalta rentoutustuokio keräsi myös eniten välttävä arvosanoja.

Asiakashaastattelut

Asiakashaastatteluihin osallistui yhdeksän Rovaniemeläistä, neljä miestä ja viisi naista. Heiltä kysyttiin haastatteluissa uuden monitoimijaisen perhevalmennuksen toimivuudesta. Kysymyksellä haettiin kokemuksia uuden mallin toimivuudesta asiakkaiden näkökulmasta tarkasteltuna. Uusi perhevalmennusmalli oli rakentunut toimijayhteisössä ja haluttiin asiakkailta palautetta sen asiakaslähtöisten kehittämistarpeen hahmottamiseksi. Asiakashaastatteluista oli poimittavissa yhteensä 58 havaintoa uuden perhevalmennustoimintamallin toimivuudesta.

Asiakkaiden mielestä toimivaa oli iltapäiväaikaan tapahtuvat kokoontumiset koska ne olivat helposti yhteen sovitettavissa työaikaan. Tapaamiskerran pituutena kaksi tuntia koettiin hyvänä ja koettiin että ajankäyttö oli tasapainossa asiamäärän kanssa. Tilanteet eivät käyneet puuduttaviksi. Asiakkaat pitivät tärkeänä myös tunnelmaa, tilan sopivuutta ja tunnelmallisuutta sekä rentoa ilmapiiriä. Kokoontumispaikan sijainti koettiin myös helppona tulla ja sillä nähtiin olevan merkitystä osallistumiseen. Havainto on yhteydessä Sirviön (2006, 111) tutkimuksen mukaiseen lapsiperheiden määritelmään osallisuutta vahvistavana tekijänä ammatillisessa kohtaamisessa.

Haastatellut asiakkaat pitivät tiedonsaannissa toimivana teemojen osuvuutta. Asiarunon olemassaolo nähtiin myös tärkeänä. Koettiin että tietosisällössä tulee esiin ne asiat, jotka perhevalmennuksessa pitääkin tulla. Helpottava kokemus tiedonsaantiin liitettiin silloin kun huomattiin toistenkin kyselevän samoista asioista. Tiedonsaanti masennuksesta yleisellä tasolla keskusteltuna koettiin helpottavana ja

asiaa arkisemmaksi tekevänä. Saatu tieto koettiin ylipäättään auttavana. Kotitehtävät olivat auttaneet omaa pohdiskelua muuttuvassa elämäntilanteessa, mikä viittaa asiakkaan reflektion tukemiseen. Kotitehtävät näyttäytyivät tässä voimavaralähtöisenä keinona vanhemmuuteen siirtymisen edistämisessä. Perhevalmennus koettiin asiakkaiden määrittelemänä auttavana ja helpottavana. Teemojen katsottiin olevan osuvia.

Tutustumiskäynti sairaalaan nähtiin tärkeänä ja helpottavana synnytykseen mentäessä. Nainen miesryhmän ohjaajana koettiin toimivana ratkaisuna, josta ei koettu olevan haittaa. Mahdollisuus päättää käsiteltävistä asioista nimettiin myös toimivana asiana ja siihen liittyvä päätöksen ja vaikuttamisen mahdollisuus kuvastivat ryhmän ehdoilla etenemistä. Perhevalmennuksen laajentamista synnytyksen jälkeisiin kertoihin pidettiin hyvänä asiana. Asiakkaan osatoimijuutta kuvaa toimivana koettu mahdollisuus päättää käsiteltävistä asioista. Perhevalmennuksen laajentamisen kokeminen hyvänä on yhdistettävissä Sirviön (2006, 111) mallin mukaiseen asiakkaan sitoutuneeseen osallistumiseen.

Haastateltavat kokivat, toimivana monitoimijaisessa perhevalmennuksessa äidin ja isän tasavertaisen kohtaamisen. Asiakkaat kokivat että perhevalmennuksessa onnistuttiin välittämään viesti isän ja äidin rooleista tasavertaisen tärkeinä lapsen elämässä. Perityn vanhemmuuden näkökulman näkyväksi tekemistä pidettiin myös onnistuneena ja sitä toivottiin edelleen korostettavan. Koettiin että vauvan syntymän jälkeen aiempien sukupolvien merkitys ja toisten vanhempien kanssa keskustelut saivat lisää merkitystä. Nämä ilmentävät lapsiperheiden näkemystä terveyteen liittyvistä perhe-elämän harmoniasta ja perheen suhteista.

Haastatteluaineistosta oli poimittavissa yhteensä 27 havaintoa joissa asiakkaat kuvasivat vaikuttamiseensa liittyviä merkityksiä. Havainnoista 15 liittyi vaikuttamisen tapoihin. Asiakkaat kokivat, että asioiden käsittelyyn perhevalmennuksessa oli pystynyt vaikuttamaan ilmaisemalla mielipiteensä asiasta kysyttäessä ja itse kysymällä asioista. Asiakkaat kokivat että oma aktiivisuus ja aloitteellisuus lisäsivät vaikuttamismahdollisuuksia. Koettiin, että osallistumalla keskusteluun, kyselyyn vastaamalla ja antamalla kirjallista palautetta on voinut vaikuttaa käsiteltäviin asioihin. Eräänä vaikuttamisen mahdollisuutena pidettiin myös ennakkotiedottamiselle perustuvaa mahdollisuutta valita osallistumisestaan. Sirviön (2006, 111) mukaan perheen osallisuutta vahvistavat tekijät heidän oman näkemyksensä mukaan ovat kysymykset lapselle tai vanhemmalle, asiakkaan kysymyksiin vastaaminen, hyväksyntä, positiivinen palaute, myönteinen ilmapiiri ja vaihtoehtoisten tapojen esittäminen.

Haastatteluista nousi 12 havaintoa vaikuttamismahdollisuuden herättämistä tuntemuksista. Asiakkaiden mielipiteiden kysyminen vaikutti arvostuksen tunteen lisääntymiseen. Toisaalta vaikuttaminen ja valintamahdollisuus koettiin epävarmuutta herättävänä. Epävarmuus liittyi valinnan mukanaan tuomaan seuraukseen. Pohdittiin josko yksi toive johtaisi jonkin toisen tärkeän asian menettämiseen ja toisaalta pohdittiin johtivatko ilmaistut toiveet ohjelman muutoksiin. Vaikuttamismahdollisuus koettiin myös yhteisöllisenä vaikuttamisena. Ryhmässä oli koettu, että saatiin päättää yhdessä. Kysymällä vaikuttamisessa nähtiin myös kaksoismerkitys toisaalta kysytyn asian esiin nostaminen ja toisaalta itsevarmuuden kasvaminen kun kuuli toistenkin kysyvän samoista asioista joita itse oli pohtinut.

Asiakkaiden haastatteluaineistosta oli poimittavissa 79 perhevalmennustoiminnan kehittämiseen liittyvää seikkaa. Kehittämistoiveet liittyivät tiedottamisen tehostamiseen, vertaistuen lisäämiseen, tapaamiskertojen tihentämiseen tai lisäämiseen, perhevalmennuksen laajentamiseen, vierailijäkäynteihin ja tutustumiskäynteihin, tietosisällön kehittämiseen ja vauvan hoidon sekä imetyksen ohjaamiseen. Tiedottamisen tehostamisesta oli useita mainintoja. Tiedottamalla vauvaryhmien kokoontumisista joitakin päiviä ennen kokoontumisajankohtaa uskottiin, että niihin tulisi enemmän osallistujia, mitä myös toivottiin. Pohdittiin myös uuden toimintakulttuurin syntymiseen tarvittavaa aikaa ja oman terveydenhoitajan tiedottamisen vaikutusta myönteiseen toiminnan kehitykseen.

Asiakkaat pohtivat myös ennakkoasenteita, joita oli syntynyt perhevalmennustoimintaa kohtaan. Kaveripiirissä oli puhuttu ja toisilta vanhemmilta oli kuultu asioita joiden arveltiin vaikuttavan osallistumismotivaatiota vähentävästi. Synnytyksen jälkeiset kerrat koettiin tärkeänä ja pohdittiin myös omaa mahdollisuutta vaikuttaa toisten tulevien vanhempien osallistumiseen. Oman myönteisen kokemuksen kertominen toisille vanhemmille nähtiin edistävän toimintakulttuurin muuttumisessa ja perhevalmennukseen osallistujamäärien kasvussa. Haastateltavat pitivät vertaistukea tärkeänä. He toivoivat vauvaryhmissä mahdollisuutta elämäkokemusten jakamiseen. Toisten samanlaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa kokemusten vaihto nähtiin merkittävänä ja sen koettiin vaikuttavan käsitykseen itsestä kun mieliala vaihteli.

Asiakashaastatteluissa monitoimijaisen perhevalmennuksen tapaamiskertojen tiheydellä ja määrällä ajateltiin olevan vaikutus ryhmäytymiseen. Asiakkaat kokivat, että synnytyksenjälkeisen valmennuksen harvakseltaan toteutuneet tapaamiset eivät tukeneet ryhmäytymistä. Haastateltujen asiakkaiden mielestä ryhmäkäyntejä

tihentämällä voitaisiin toimintaa kehittää paremmin tarpeita vastaavaksi. Vauvan syntymän jälkeisiä tapaamisia kaivattiin lisää koska haastateltavat kokivat, että lapsen kasvaessa tulee enemmän asioita, joita halutaan jakaa toisten vanhempien kanssa. Perhevalmennuksen laajentamista pohdittiin haastatteluissa toisen lapsen syntymän yhteydessä tapahtuvana ja toisten neuvoloiden asiakkaille tarjottavana. Haastateltavat pohtivat perhe-elämä ja vanhemmuuden muuttumista toisen lapsen syntymän yhteydessä. Silloinkin olisi haastateltavien mielestä hyvä saada pohtia asioita yhdessä, muuttuvassa elämäntilanteessa.

Haastatteluissa asiakkaat toivoivat monitoimijaisen perhevalmennuksen vierailijakäyntien kehittämistä. Vertaisvanhemman ja kättilön vierailuja toivottiin ryhmiin. Toivottiin myös ryhmän yhteisiä tutustumiskäyntejä lapsiperhepalveluihin ja -toimintoihin alueella. Tiedonsaantiin liittyen asiakkailla oli erilaisia toivomuksia ja kehittämistarpeita. Tässä aihepiirissä oli näkyvissä eniten hajontaa haastateltavien tarpeissa. He kokivat, että vauvanhoitoon ja imetykseen liittyvien asioiden omaksuminen raskausaikana oli vaikeaa kun ei ollut vauvaa.

Toimijoiden haastattelu

Rovaniemeläisten perhevalmennustoimijoiden haastatteluun osallistui 16 henkilöä perhepalvelukeskuksesta. He kaikki olivat osallisena monitoimijaisen perhevalmennuksen kehittämistyössä, mutta kaikilla ei vielä ollut kokemusta ryhmään osallistumisesta. Eri ammattiryhmistä oli läsnä terveydenhoitajia, perhetyöntekijä, sosiaalityöntekijöitä sekä perheneuvolasta että perhesosiaalityöstä, psykologeja ja lastentarhanopettaja. Uuden toimintamallin mukaiseen perhevalmennukseen osallistuvista ammattiryhmistä kaikki muut paitsi suunterveydenhuollon edustaja olivat läsnä. Osallistujat jaettiin viiden - kuuden henkilön pienryhmiin ja heille kerrottiin asiakkailta saatu palaute. Tämän jälkeen heille jätettiin kirjallisena asiakkaiden esittämät kehittämistarpeet. Tämän jälkeen verkostokonsultit jatkoivat haastattelua. Toimijoita pyydettiin pienryhmissä keskustelemaan miten on omalla toiminnallaan voinut tai voisi kehittää perhevalmennusta asiakkaiden esittämät kehittämistarpeet huomioiden. Pyrkimyksenä oli mahdollistaa yhteisöllinen reflektio asiakkaan palautteesta.

Haastattelussa vuorovaikutusta ohjasivat haastattelukysymykset, jotka muodostivat käsikirjoituksen haastattelulle. Kysymyksillä pyrittiin aikaansaamaan asiakaslähtöisen toiminnan kehittämishäätte, joka tukisi pienryhmissä keskustelun syntymistä ja yhteistä reflektiota. Kysymyksillä heräteltiin pohtimaan omia toimintamahdollisuuksia ja tuen tarvetta, esimiehille viestittäviä asioita liittyen toiminnan kehittämiseen sekä kehittämiseen liittyviä huolenaiheita. Haastattelun

käsikirjoituksesta poikkeaminen ei tarkoita negatiivista asiaa kehittämistyön näkökulmasta vaan päinvastoin esiin nostaa ne merkit ja kehittämisen idut joihin analyysissä pyritäänkin tarttumaan.

Toimijoiden haastatteluaineistosta (liite 14) nousi esiin neljä havaintoa omien toimintamahdollisuuksien ja tuen tarpeen tarkastelusta asiakkaiden kehittämistoiveiden mukaisesti. Tehtävärunkoa soveltamalla koettiin, että voidaan vaikuttaa ryhmänohjaajana ryhmän toiveiden suuntaisesti. Tiedottamiseen voitiin vaikuttaa tehtävien jakoa tarkastelemalla, mitä kautta kutsujen jakaminen asiakkaille oli selkiytynyt. Koettiin myös, että omalla persoonallaan voidaan vaikuttaa ryhmänohjaustyyliin. Tukea oli koettu saavan hanketyöryhmältä ja kollegoilta.

Ensimmäisen kysymyksen osalta aineistosta esiin nousi viisi innovaatioiksi luokiteltavaa haastattelukäsikirjoituksen ylittämistä. Näissä poikkeamisissa ei tarkastella toimintaa annetun ohjeen mukaisesti asiakkaiden kehittämistoiveiden kautta. Tarkasteltujen asioiden jäsentäminen tapahtui, jonkin toisen tekojen kautta ei haastattelukysymyksen mukaisesti omien tekojen kautta. Nämä innovaatiot koskevat ryhmänohjaamisen tukimateriaalia, työparia ja valmennustoiminnan tavoitteiden sekä idean selkiyttämistä ulkopuolisena pidetyn kehittäjän toimesta.

Aineistosta esiin nousi ensimmäisen kysymyksen kohdalla viisi häiriötä eli tahattomiksi tulkittavia poikkeamia aiheena olleesta oman toiminnan tarkastelusta ja asiakkaiden kehittämistarpeista. Häiriöt liittyivät perhevalmennuksen runko-ohjelman soveltamisen, kiireiden, perhevalmennuksen kuormittavuuden ja toiminnan suunnittelun pohdintaan irrallisina omasta toiminnasta. Mikään havainnoista ei liittynyt asiakkaiden ilmaisemiin kehittämistarpeisiin eikä niiden vaikutuksia asiakkaidentarpeisiin pohdittu. Toisen kysymyksen kohdalla aineistosta nousi neljä havaintoa, jotka liittyivät asiakkaiden kehittämistarpeisiin. Ne jäsennettiin oman toiminnan kautta viestiksi esimiehelle. Havainnot liittyivät ryhmien ryhmäyttämiseen, ryhmänohjauskoulutukseen, perhevalmennuksen laajentamiseen synnytyksenjälkeisiin tapaamisiin ja työaikaresursseihin.

Aineistosta esiin nousi 17 asiakkaiden ilmaisemiin kehittämistarpeisiin liittymätöntä havaintoa ja poikkeamaa haastattelun käsikirjoituksesta. Havainnot liittyivät ryhmänohjausvastuun jakamiseen, ryhmäkoon rajoittamiseen, perhevalmennuksen kehittäjien ja toteuttajien rooleihin jotka miellettiin nykyisessä toiminnassa eriksi, työajan käyttöön liittyviin asioihin, tilojen järjestelyyn sekä tukimateriaalin hankkimiseen liittyviin asioihin.

Toimijoiden huolina esiin nousi kiire, ylityöt, väsyminen ja resurssipula. Korvaus tehdystä iltatyöstä, tukea tarvitsevien perheiden tavoittamattomuus, hankkeen loppuminen, ryhmänohjauskoulutus, ryhmänjäsenten sitouttaminen, uudelleen synnyttäjien huomiointi, ennaltaehkäisevän työn resursointi, valmennusprosessin pituuden ahdistava vaikutus työntekijään ja asiakkaiden sitoutumiskyky työntekijän pitkänä pitämään prosessiin. Huolia ei pohdittu asiakkaiden kehittämistarpeiden näkökulmasta.

Esimiesten haastattelu

Esimiesten haastatteluun kutsuttiin kuusi toimijoiden lähiesimiestä. Haastatteluun osallistui lopulta kolme Rovaniemeläistä perhepalveluiden esimiestä, yksi lähiesimiehistä siirtyi päälliköiden haastattelutilaisuuteen ja yksi oli estynyt osallistumasta. Esimiesten haastattelun aluksi heille esitettiin alustavasti luokitellut asiakkaiden haastatteluaineistot ja toimijoiden haastatteluaineistot. Esimiehille jätettiin kirjallinen yhteenveto asiakkaiden kehittämistarpeista. He saivat myös toimijoiden haastattelusta alustavasti luokitellut vastaukset. (liite 14.). Haastattelun käsikirjoituksen mukaan tarkoituksena oli mahdollistaa esimiesten keskinäistä pohdintaa esimiesasemaan liittyvistä teoista, tuesta ja päälliköille viestittävistä asioista. Lähtökohtana keskustelussa oli toimijoiden ja asiakkaiden haastattelujen palautteet.

Esimiesten haastatteluaineistosta esiin nousi tekoihin ja tuen saantiin liittyvän kysymyksen kohdalla reflektiivistä toiminnan tarkastelua. Yhteisesti esimiesten aineistosta esiin nousee koettu asennoituminen, tuen saanti ja kehittämistoimet. He pohtivat oman asenteen vaikutusta perhevalmennuksen kehittämiseen. Kehittämistekoinaan esimiehet näkivät henkilökunnan kannustamisen. Haastattelun käsikirjoituksesta poikkeamat ensimmäisen kysymyksen kohdalla näkyivät kehittämiseen liittyvien asioiden pohdiskeluna irrallaan omasta toiminnasta tai asiakkaiden palautteesta. Niissä näyttäytyi toimijoiden haastattelussa esiin nousseet asiat. Poikkeamat tulkitsen tässä innovaatioina, jotka ovat tahattomia käsikirjoituksesta poikkeamisia. Niissä pohditaan perhevalmennuksen ajankohtaa työntekijöiden jaksamisen näkökulmasta, perhevalmennuksen ryhmäohjauksen työstä, josta toimijoille välittyisi etukäteen tieto tulevasta ryhmänohjaaja yhteistyökumppanista henkilötasolla. Aineistosta esiin nousi myös dilemmaksi tulkittavaa pohdintaa. Se liittyi havaintoon, jonka mukaan Napero-hankkeen kehittämistyön takia muodostuisi ylityötä. Hankkeen tarkoituksena on tuoda lisäresurssia tehtävään työhön. Hankkeen taustalla on kunnassa yhteisesti tehty hankehakemus, suunnitelma ja oma rahoitusosuus, jotka ovat hankkeen mahdollistaneet. Dilemman voidaan tulkita ristiriitana perustyön kehittämisessä,

nähdäänkö perhevalmennus osana kunnan perustyötä. Esimiesten viestit päälliköille koskivat henkilöstöresursseja, joihin koettiin tarvitsevan suunnitteluapua. Toisena henkilöstöresurssia koskevana asiana esiin nousi henkilökunnan ryhmänohjaajakoulutuksen mahdollistumisen tukeminen.

Esimiehet toivoivat päälliköiltä myös asenteellista tukea. Tätä ilmaistiin kiinnostuksen osoittamisen - ja keskustelujen lisäämisenä asiasta. Koettiin, että on tärkeää kuulla päälliköiden mielipide asiassa, mikä toisaalta kertoi esimiehen tuen tarpeesta. Päälliköiltä toivottiin kehittämistyöhön yhteisöllistä näkemystä. Toivottiin että perhevalmennukseen liittyvä edistävän työn näkökulma nähtäisiin yhteisvastuullisesti tärkeänä ja siitä viestitettäisiin päälliköiden kautta edelleen. Perheneuvolatyön ehkäisevästä merkityksestä haluttiin viestittää päälliköille ja toivottiin yleensä ottaen lupaa ja resursseja terveyden edistämiseen. Koettiin että lupa nykyisellään oli vain korjaavaan työhön. Tämä voidaan tulkita dilemmaksi, joka kuvastui epäröintinä sitoutumisessa terveyden edistämisen kaupunkistrategiaan ja ehkäisevän työn kehittämishankkeeseen.

Perhevalmennustoimijoiden esimiesten kehittämishuoliin liittyvässä kysymyksessä esiin nousi haastattelukäsikirjoituksesta poikkeamia. Nämä ilmenivät huolina jotka eivät liittyneet asiakkaiden ilmaisemiin kehittämistarpeisiin. Asiat liittyivät henkilökunnan ilmaisemiin huoliin ja toimintaan osallistumiseen. Henkilökuntaan liittyviä asioita olivat henkilöstöresurssien riittämättömyys, kouluttamistarpeet ja henkilökunnan ennakoasenteet toisia toimijoita kohtaan. Tilojen käyttöön liittyvänä asiana esiin nousi tilanvarauslistojen käyttö. Esimiehet halusivat tutustumismahdollisuuden ja oman roolin perhevalmennukseen. Haastattelussa ei esiin nouse pohdintaa tutustumisen esteestä tai esimiehen roolista perhevalmennuksen kehittämistyössä. Asiaa pohditaan sen sijaan omakohtaisen toimintaan osallistumisen kautta tiedon saantia hyödyntävänä.

Esimiehet pohtivat asiakkaisiin liittyviä huoliaan ja kehittämistarpeita aluksi asiakaslähtöisesti. Aineistossa esiin nousivat tiedottaminen, synnytyksen jälkeisten ryhmien pienet osallistujamäärät ja toimijoiden tyhjäkäynti. Pohdittiin myös neuvolan roolia asiakkaille tiedottamisessa, tiedottamisen lisäämistä ja varmistamista sekä ennakoilmoittautumisen mahdollisuutta. Häiriönä aineistosta esiin nousee tiedostamaton tai tiedostettu pohdinta asiakkaiden ryhmiin tulematta jättämisestä. Tämä aikaan saa kysymyksiä asiakkaiden motivaatiosta osallistua, toiminnan sisällön muuttamisesta, ka asiakkaiden tarpeista liittyen tiedonsaantiin sekä

teemoihin. Haastattelussa esimiehillä on kirjallinen yhteenveto haastateltujen asiakkaiden ilmaisemista kehittämistarpeista.

Keskustelussa etsitään ratkaisua huolena pidettyyn asiakasmäärän vähäisyyteen pohtimalla asiakkaille tarjottavaa osallistumista motivoivaa ”porkkanaa”. Keskustelussa esiin nostetaan myös asiakkaiden innostumaan saamisen tärkeys. Kehittämistoimintaan liittyvinä huolien ratkaisukeinoina esiin nousee yhteisen perhevalmennustoiminnan keittämispalaveri, joka kuitenkin jää täsmentämättä kenen kaikkien yhteistä tässä tarkoitetaan. Esiin nousee myös perhevalmennusmallin alueelliseen kehittämiseen riittämättöminä koetut resurssit. Ratkaisuvaihtoehtojen pohtiminen yhdessä esimiesten kesken ei välity aineistosta.

Päälliköiden haastattelu

Päälliköiden haastattelutilaisuuteen kutsuttiin kaikki Rovaniemen perhevalmennustoimintaan osallistuneiden yksiköiden päälliköt ja hallinto-organisaatiota edustava perhepalvelujohtaja. Kutsu lähetettiin terveydenhuollonpalvelupäällikölle, sosiaalipalvelupäällikölle, päivähoitopalveluidenpäällikölle, projektipäällikölle ja perhepalvelujohtajalle. Haastatteluun osallistui kolme henkilöä, joista yksi edusti oman yksikkönsä päällikköä tämän esteestä johtuen. Yksi kutsutuista vetosi muihin kiireisiin esteen syynä ja yksi joutui poistumaan tilaisuudesta kesken haastattelun kiireisiin vedoten.

Tarkoituksena oli käydä vuoropuhelua asiakaslähtöisestä perhevalmennuksen kehittämisestä. Lähtökohtana olivat aiemmat asiakas-, toimija- ja esimiesten haastattelujen aineistot. Haastattelun käsikirjoituksen mukaisena tavoitteena oli tarjota herätettä perhevalmennustoiminnan kehittämisen reflektioon päälliköiden toiminnan näkökulmasta. Haastattelussa kysyttiin omista teoista liittyen perhevalmennustoiminnan asiakaslähtöiseen kehittämistyöhön, huolenaiheista ja huolien vähenemisestä. Haastattelun alussa varattiin jälleen aikaa edellisten haastattelujen palautteen kertomiselle. Päälliköt saivat kirjallisena asiakkaiden kehittämistarpeet, niihin liittyneen toimijoiden palautteen ja heidän esimiestensä palautteen.

Päälliköiden tekoina esiin nousi kehittämistyön tukeminen, itsenäiseen työhön rohkaiseminen ja tilan antaminen toiminnalle. Verkostoitumista ja yhteistyötä edistämällä koettiin että voidaan tukea kehittämistä. Kehittämistyön edistämisessä esiin nousivat myös oma myönteinen suhtautuminen kehitettävään asiaan, tiedottaminen, toimijoiden motivointi, yhteistyön tiivistäminen ja hyödyntäminen.

Päälliköt kokivat saavansa tukea asiassa myös tiedon muodossa, perhepalvelukeskuksen toimijoilta ja Napero-hankkeelta sekä omalta esimieheltä.

Ensimmäisen kysymyksen kohdalla asiakaslähtöisiin, toimijoiden ja esimiesten jäsentämiin ja tuottamiin kehittämistarpeisiin esitettiin useita ratkaisuja. Palvelun tuotteistaminen ja prosessin sekä monitoimijaisuuden esiin nostaminen yhdistettiin resursointiin. Tätä ei kuitenkaan jäsennetty pidemmälle, eteenpäin vietävänä ja edistettävänä kehityspolkuna. Työnjakaminen perhepalveluissa toimivien kesken yhdistettiin resurssien riittämiseen ja työpaineiden helpottamiseen, mitä pidettiin hyvänä ratkaisuna. Tiedottamisessa vastuunjakoon esitettiin ratkaisua ryhmänohjaajan viitaten. Toiminnan kehittävistä kriittisistä tarkastelusta ja reflektiosta viestitti aineistossa mm oman roolin pohtiminen kehittämistyön etenemisen seuraamisessa ja siihen paneutumisessa. Ratkaisuna kehittämisen eteenpäin viemisessä pohdittiin dialogista vuorovaikutustapahtumaa asiakkaiden, suunnittelijoiden, ohjausryhmien ja muiden sidosryhmien kesken. Esiin nousivat myös asiakas analyysi, asiakasperheiden erilaisten tarpeiden huomioonottaminen ja ryhmätoimintojen hyödyntäminen erityisesti resurssien käytön tehostamisen vuoksi. Erilaisten teknisten välineiden hyödyntäminen, sähköinen asiointi, netti-neuvola ja videoneuvottelut asiakkaiden tavoittamiseksi esitettiin keinoina toiminnan kehittämisessä.

Pohdittiin myös asiakkaille suunnattua kyselyä ensimmäisellä tapaamiskerralla ja ryhmissä toimista joustavasti asiakkaiden tarpeet huomioiden. Tämä tuki ajatusta jo olemassa olevasta käytännöstä, jossa asiakkaiden tarpeet ja toiveet kysytään ensimmäisellä kerralla ja toimintaa pyritään muokkaamaan sen mukaisesti. Työnjaon tasapuolisuutta pidettiin tärkeänä. Toivottiin myös myönteistä suhtautumista ja asennetta ihmissuhdetyössä toimivilta. Toimijoiden oman työn arvioinnin merkitystä pohdittiin myös aikataulutuksen ja työnsuunnittelun näkökulmista. Ryhmätoimintoja kehittämällä koettiin, että voitaisiin vapauttaa resursseja yksilötyöstä. Toimijoiden täydennyskoulutusta ryhmänohjauksessa pidettiin tärkeänä ja ratkaisuna esitettiin Napero-hankkeen toimesta järjestettävää koulutusta. Pohdittiin myös molemmin puolin suuntautuvaa asenteellista tukea.

Päälliköt olivat huolissaan tekijöiden sitoutumattomuudesta ja resurssien suuntaamisesta kehitettävään toimintaan. Asiaa ei jäsennetty pidemmälle, tekojen tasolle. Huolena ilmaistiin myös uuden toimintamallin mukaiseen muutokseen vaadittava aika. Tätäkään asiaa ei jäsennetty pidemmälle tai pohdittu miten aikaa varattaisiin, tai miten päälliköt voisivat toimia muutosta edistävästi ja turvaamalla toimijoille siihen riittävästi aikaa. Huolissaan oltiin myös hanketyöntekijöiden innon

laantumisesta. Asiaa ei jäsennetty pidemmälle päälliköiden toimintana, eli miten päälliköt voisivat toiminnallaan tukea hanketyöntekijöiden innostusta kehitettävään työhön. Perhevalmennuksen laajentumiseen liittyvinä huolina ilmaistiin toiminnan tasapuolinen jakautuminen koko kaupungin asiakkaille tarjottavana palveluna. Tiedottamisen kehittäminen ilmaistiin kysymyksen muodossa, joka voidaan tulkita pyrkimyksenä asiassa yhteiseen päälliköiden väliseen pohdintaan.

Päälliköt kokivat huolet kehittämistyöhön kuuluvina. Voimavarakeskeisestä ja asiakkaiden osallisuutta painottavasta terveyden edistämisestä kertoi havainto asiakkaiden motivoimisesta tukemalla heitä itseään oivaltamaan mitä hyötyä juuri heille olisi perhevalmennukseen osallistumisesta. Tämä havainto oli yhdistettävissä asiakkaiden haastattelupalautteeseen koetusta toimintakulttuuriin vaikuttamisesta kertomalla hyvistä kokemuksista edelleen. Päälliköt havaitsivat huolista puhumiseen tukemisen mahdollisuutena kehittämisessä. Koettiin että kehittämispalaverit ja avoimet keskustelut esimiesten ja toimijoiden välillä tukisivat keskustelemaan esteistä ja tuen tarpeista ryhmänohjauksessa. Ratkaisuvaihtoehtona asiakkaiden sitouttamiseen ryhmätapaamisiin pohdittiin sähköistä ajanvarausta.

Päälliköt totesivat että tiedottamisen näkyvyyttä tulisi lisätä. Nykyisiin resursseihin sitoutuminen ja niistä kiinni pitäminen koettiin huolia vähentävänä. Pohdinta, siitä kuka, miten tai millätavoin päälliköt tähän asiaan voisivat vaikuttaa, jäi aineistosta hahmottumatta. Hämmennystä herätti päälliköiden huolien vähenemiseen liittyvä kysymys perhevalmennuksen roolista ennalta ehkäisevänä työnä, jossa kehoitettiin painopistealueiden muuttamiseen. Tätä ei jäsennetty aineistossa sen pidemmälle. Mielenkiintoista olisi ollut tietää, mihin tällä viitattiin. Perhevalmennushan sinänsä on ehkäisevää luonteeltaan, toiminnalla ei pyritä ongelmien tai sairauksien hoitoon eikä toiminnan lähtökohtana ole perheen ongelmat. Perhevalmennustoiminta on luonteeltaan kaikille ensisynnyttäjille ensisijaisesti suunnattua. Sen keskeinen tavoite on perheiden hyvinvoinnin edistäminen. Ehkäisevä työn luonne tulee esiin mm vanhemmuuteen siirtymisen näkökulmaa korostamalla minkä ajatellaan ehkäisevän elämänmuutokseen liittyvää uupumisen ja masennuksen riskiä ja edistävän perheen vuorovaikutusta sekä kiintymyssuhteen syntymistä lapsen ja vanhempien välille. Näitä asioita toiminnassa pyritään edistämään sosiaalisen tuen, tieto tuen ja käytännöllisen tuen muodoissa.

Aineistosta oli poimittavissa käsikirjoituksesta poikkeamina eräänlaisia kehittämisajatuksia liittyen perhevalmennustoimintaan ja ryhmätoimintoihin. Joitakin näistä oli jäsennetty myös toiminnan tasolla ja yritetty herättää kysymyksillä ryhmän

yhteisen reflektoinnin kohteeksi, mutta ne eivät näyttäneet aineistossa nousevan yhteisen kommunikaation tasolle. (Vrt. Engeström 2004, 109.)

6.1.6 Yhteenveto monitoimijaisen perhevalmennuksen kehittämistuloksista

Rovaniemelaisten perhevalmennuksen asiakkaiden näkemys terveydestään ja hyvinvoinnistaan sisälsi perheen elämän hallinnan tunteeseen, perhe-elämän harmoniaan, perheen suhteisiin ja perheen ympäristöön liittyviä tekijöitä. Asiakkaiden osallisuus perhevalmennuksen kehittämiseen ilmeni mukanaolon, osatoimijuuden, sitoutumisen ja vastuunoton tasoilla. (Vrt. Sirviö 2006, 111.) Mukanaolo näyttäytyi osallistumisena järjestettyyn perhevalmennukseen, osatoimijuus ilmeni kyselyihin vastaamisena, sitoutuminen ja vastuunoton tasot ilmenivät haastatteluihin osallistumisena ja niissä reflektiona omasta roolista vaikuttajana alueellisen perhevalmennuskulttuurin muuttamiseen asiakkaiden ennakkoluuloja vähentävästi. Perhevalmennustoimintaan osallistui seurantajaksolla 171 Rovaniemen keskustan neuvolan vanhemmaksi tulevaa ja 43 vauvaa. 171 osallistujasta 98 oli naisia. Keskustan neuvolan terveydenhoitajat arvioivat neuvolan ensisynnyttäjäasiakkaiden määräksi kehittämistyön alussa 150. Arvion perusteella voidaan päätellä, että toiminnassa tavoitettiin 71 % ensisynnyttäjä asiakkaista. Ensisynnyttäjä asiakkaiden perusteella peittävyys laskeminen on kuitenkin ongelmallista sillä se ei kerro toiminnan perhekeskeisyydestä.

Asiakkaat kokivat monitoimijaisen perhevalmennuksessa aikaan, tilaan ja paikkaan liittyvää toimivuutta. Havainto vahvistaa toiminnan ilmentävää ilmapiirin myönteisyyttä joka liittyy Sirviön (2006, 111) mukaan lapsiperheiden näkemykseen osallisuutta vahvistavana tekijänä. Perhevalmennuksen toimintatavoissa toimivana haastatellut asiakkaat pitivät ryhmätoimintaa ja ryhmän ehdoilla etenemistä sekä perhevalmennuksen laajentamista vauvaryhmiin. Äidin ja isän roolin tasavertaisuutta sekä perityn vanhemmuuden näkökulmaa ja parisuhteen huomiointia pidettiin myös toimivuutena. Havainnot tukevat ammatillisessa kohtaamisessa ilmennyttä perhekeskeisyyttä uudessa perhevalmennustoiminnassa.

Haastatellut asiakkaat kokivat aktiivisella osallistumisellaan voineensa vaikuttaa perhevalmennuksessa käsiteltyihin asioihin. He olivat voineet kysyä asioita, heidän mielipiteensä oli huomioitu ja heiltä oli kysytty asioista. Haastatellut näkivät kyselyihin vastaamisen ja palautteen antamisen vaikuttamisensa mahdollisuuksina. Haastatteluissa vaikuttamismahdollisuuteen liitettiin merkitys asiakkaan arvostamisesta, yhteisöllisyydestä ja epävarmuudesta liittyen vaikuttamisen

kannattavuuteen ja seurauksiin. Toiminta kuvastaa Sirviön (2006. 111) mallin mukaan lapsiperheiden osallisuutta vahvistavaa ammatillista kohtaamista.

Haastateltujen perhevalmennuksen asiakkaiden kehittämistarpeet liittyivät toiminnan tiedottamisen tehostamiseen, toivottiin että yksilökäynneillä tiedotettaisiin ryhmätapaamisista. Vertaistuen lisäämistä, tapaamiskertojen tihentämistä ja perhevalmennuksen laajentamista toivottiin kehitettävän. Vierailija- ja tutustumiskäyntejä toivottiin kehitettävän samoin kun tietosisältöjä mm vaihtoehtoisten lastenhoito välineiden ja perheen arkeen liittyvien asioiden osalta. Monitoimijaisen perhevalmennuksen käyttöönottokokemuksien terveyden edistämisen ilmenemistä on kuvattu yhteenvetona taulukossa 5.

Taulukko 5. Monitoimijaisen perhevalmennuksen käyttöönotto kokemukset Rovaniemellä. (kuvio 5, sivu 43.) (Tirroniemi 2008.)

PROMOOTIO	Voimavarakesk einen terveyden edistämisen lähestymistapa – Asiakkaiden osallistaminen perhevalmennuksen suunnitteluun kysymällä heidän toiveista ja tarpeista sekä pyytämällä palautetta osallistumiskokemuksista – Toimijoiden rooli asiakkaiden hyvinvointiin ja terveyteen liittyvien asioiden kriittisen tarkastelun ja reflektion mahdollistajana → asiakkaiden kokemus perhevalmennuksessa käytettyjen kotitehtävien ja ylisukupolvisen vanhemmuuden näkökulma omaa vanhemmuuden reflektiota tukevana – Osallistuja- ja toimijamäärien seurantatiedon kerääminen ryhmätoiminnan arvioimiseksi – Bikva-asiakaslähtöisen arvioinnin ja ennakointidialogin käyttö kehittämisarvioinnissa – Ryhmämuotoinen perhevalmennus perheiden psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämisessä → 70 % kyselyyn vastanneista asiakkaista koki monitoimijaisen perhevalmennuksen tukeneen raskauden aikaista ja synnytyksen jälkeistä psyykkistä jaksamista – Ammatillisen kohtaamisen osallisuutta vahvistava myönteinen ilmapiiri → asiakkaat kokivat monitoimijaisen perhevalmennuksen ilmapiirin toimivana – Ammatillisessa kohtaamisessa vaihtoehtoisten toimintojen esittäminen; ryhmätoiminta yksilötoiminnan rinnalla → asiakas haastatteluiden mukaan oman terveydenhoitajan käynneillä haluttiin tietoa ryhmätapaamisten ajankohdista – Asiakkaiden terveystietämyksen huomiointi toiminnan kehittämisessä → asiakaspalaute: monitoimijuus ja vertaistuki, synnytykseen, imetykseen, vauvanhoitoon, synnytyksen jälkeiseen masennukseen ja lapsivuodeaikaan, vanhemmuuteen ja lapsiperheen arkeen, lapsiperhepalveluihin, parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen vanhemmuuden iloihin ja haasteisiin liittyvä elämän hallinnan tunteen, perhe-elämän harmonian, perheen suhteiden ja perheen ympäristön huomiointi. – Toimijoiden kyky edetä ryhmän ehdoilla ja käyttää omaa harkintaa tehtävärungosta huolimatta – Toimijoiden haastatteluissa ilmenneet viestit esimiehilleen täydennyskoulutustarpeesta, synnytyksen jälkeisten ryhmien mahdollistamisen tukemisesta ja työajanresursoinnista asiakkaiden kehittämistoiveiden mahdollistamiseksi
-----------	---

Taulukko 5, jatkuu. Monitoimijaisen perhevalmennuksen käyttöönotkokokemukset Rovaniemellä. (Tirroniemi 2008.)

PROMOOTIO	Voimavarakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa	– Perhevalmennuksen järjestäminen perhepalvelukeskuksen toimijoiden yhteistyönä – Päälliköiden näkemys hyödyntää dialogista vuorovaikutustapahtumaa kehittämisen edistämässä – Päälliköiden pohtima keino asiakas-analyysin käyttämisestä asiakkaiden tarpeiden tunnistamisen tueksi ja ryhmätoimintojen edelleen kehittämiseksi – Päälliköiden pohtima asiakkaille suunnattu kysely ensimmäisellä ryhmätapaamisella tuki jo käyttöön otettua keinoa ja vahvisti sitä – Esimiesten huoli asiakkaiden osallisuudesta → osallistumatta jättäminen – Asiakkaan vastuullisen osallisuuden tukeminen herättelemällä heitä kriittiseen reflektioon itselle koituvista hyödyistä perhevalmennukseen osallistumisen myötä
	Kasvatuksellinen terveyden edistämisen lähestymistapa	– Asiakkaiden toiveet asiarunon olemassa olost – Asiakkaille tarjottava ”porkkana” osallistumisen tukemiseksi
PREVENTIO	Taloudellisesti paineinen terveyden edistämisen lähestymistapa	– Ryhmäkäyntien mitätöinti asiakkaan osallisuutta vahvistavana tekijänä ja siitä kysymättä jättäminen yksilökäynnillä – Toimijoiden huoli asiakkaiden sitouttamisesta – Päälliköiden näkemys ryhmätoimintojen tehokkuudesta yksilötyön rinnalla – Päälliköiden pohtima sähköisen viestinnän hyödyntäminen vaihtoehtoisena keinona resurssien hallintaan – Asiakaslähtöisessä kehittämisessä haastatteluissa esiin nouseva työyhteisön ehdoilla toimiminen → työnjako, ryhmänohjausvastuu, ryhmäkoon rajoittaminen, oman roolin kyseenalaistaminen toiminnan kehittämisessä, tilojen järjestely

Taulukko 5, jatkuu. Monitoimijaisen perhevalmennuksen käyttöönottokokemukset Rovaniemellä. (Tirroniemi 2008.)

kehittämistarpeet	– Päälliköiden ja esimiesten kehittämistyöhön liittyvän tiedonsaannin turvaaminen – Hankkeen roolin selkiyttäminen perustyön kehittämisen tukijana – Muutoksen johtaminen toiminnan tasolla, pedagogisen mallin kehittäminen organisaation tasolla → lapsiperheiden osallisuuden tason tunnistaminen ja vahvistaminen – Toimijoiden kehittämistyöhön osallistumisen mahdollistamisen vastuunjako kysymysten selkiyttäminen – Ehkäisevän ja edistävän työn mittareiden ja kriteerien konkretisoiminen
--------------------------	--

6.2 Napero-hankkeen tavoitteet ja perhevalmennuksen kehittäminen Rovaniemellä

6.2.1 Asiakkaiden osallisuuden, yhteisöllisyyden ja vanhemmuuden vahvistaminen

Voimavarakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa on yksilön ja yhteisöjen osallistumista edistävä sosiaalinen toimintaprosessi. Tarkoituksena on löytää terveyttä edistäviä käyttämättömiä voimavaroja ja tehdä niitä näkyväksi luoden ihmisille mahdollisuuksia niitten tietoiseen tarkasteluun. Yhteistyö on keskeisessä roolissa asiakkaan osallisuutta tukevassa ja asiakaslähtöisessä toiminnan kehittämisessä. (Sirviö 2006, 32, 47). Napero-hankkeessa tehdyssä perhevalmennustoiminnan yhteisöllisessä kehittämisessä tämä ilmenee vertaisryhmätoiminnan tietoisena ja suunnitelmallisena käyttönä ensikertaa vanhemmiksi tulevien ja esikkoperheiden keskinäisen verkostoitumisen, kokemusten jakamisen ja voimaantumisen mahdollistamisen foorumina sekä moniammatillisen psykososiaalisen terveydenhoitotyön edistämisen muotona.

Lapsiperheen osallisuutta vahvistavaan terveyden edistämiseen liitetään ammatillinen kohtaaminen ja ennakoiva osaaminen, jotka muodostuvat perheen näkemykselle terveydestään ja voimavaroistaan. (Sirviö 2006, 112) Keskeistä osallisuutta vahvistavassa lähestymistavassa on tunnistaa asiakkaiden voimavaroja ja ennakoita, mitä voimavaroja perheessä tulevaisuudessa tarvitaan. Napero-hankkeessa perhevalmennuksen yhteisöllinen kehittäminen poiki erilaisia käytänteitä ensi kertaa vanhemmiksi tulevien näkemyksen kartoittamiseksi siitä miten he kokivat omat voimavaransa ja terveytensä. Hankkeessa korostettiin ensikertaa vanhemmiksi tulevien elämäntilanteeseen ja lapsiperheen muodostumiseen liittyvää muutoksen ennakkointia lapsiperhepalveluissa. Esiin nostettiin ongelmia, jotka liittyivät tähän varhaisen tuen tarjoamisen ennakkoinnin vaikeuteen esikkoperheiden kohdalla. Yksi näistä on kokonaistilanteen seurantatiedon puuttuminen neuvolan ensisynnyttäjien asiakasmääristä. Tiedetään, että ensikertaa vanhemmiksi tulevilla kohdistuu tuen tarvetta neuvolatyön suuntaan enemmän kuin uudelleen synnyttävillä. Tähän tuen tarpeeseen vastaamisen ennakkointi edellyttää tietoa asiakasmääristä ja asiakkaiden terveystilasta.

Vanhemmuuden tukemista perhevalmennuksen kehittämisessä huomioitiin korostamalla voimavarakeskeisten menetelmien käyttöä ja vanhempien tasavertaista roolia lapsen elämässä. Vanhemmuuden tukemisessa korostettiin

vanhemmuuteen siirtymisen näkökulmaa ja perheen psyykkisten voimavarojen tukemista raskausaikana ja vauvan ensimmäisenä elin vuotena, fyysisten voimavarojen ohella.

6.2.2 Monitoimijaisuus, prosessien hallinta ja ryhmänohjaustaitojen vahvistuminen

Napero-hankkeessa tuotettiin yhteisöllisesti uusi monitoimijainen perhevalmennusmalli. Se käyttöön otettiin Rovaniemen perhepalvelukeskuksen toimijayhteisössä. Uudessa toimintamallissa huomioitiin ajankohtaiset suositukset perhevalmennustoiminnalle ja sitä arvioitiin asiakaslähtöisesti tavoitteena sen edelleen kehittäminen.

Monitoimijainen perhevalmennuksen suunnittelu ja kehittäminen Rovaniemen perhepalvelukeskuksen toimijayhteisössä kertoo moniammatillisesta yhteistyöstä. Erityisesti ensikertaa vanhemmiksi tulevien ja vauvaperheiden terveyden edistäminen edellyttää laajaa ja monialaista osaamista. Moniammatillinen yhteistyö on keskeinen väline asiakkaiden osallisuuden vahvistamisessa ja toiminnan kehittämisessä asiakaslähtöiseen suuntaan (Sirviö 2006, 33). Napero-hankkeessa yhteistyö on ilmennyt sekä perhevalmennuksen kehittämisen suunnittelussa ja käyttöönottamisessa konkreettisena yhdessä tekemisenä. Toiminta kertoo aidosta moniammatillisesta terveyden edistämisen kehittämisestä yhdessä tekemällä. Arnkillin (2003) ja Nikanderin (2003) mukaan moniammatillinen yhteistyö on näyttänyt usein jäävän ideologiselle tasolle, jolloin työn nimeäminen moniammatillisena yhteistyönä on synnyttänyt mielikuvan sen sujumisesta niin. (Sirviö 2006, 34.) Pelkkään moniammatillisen käsitteen käyttöön ei ole tässä perhevalmennuksen kehittämistyössä Rovaniemellä turvauduttu vaan taustalla on aito yhdessä tekeminen. Voimavarainen terveyden edistämisen lähestymistapa ilmenee kehittämisprosessissa perhekeskustoimijoiden yhdessä tekemisenä uuden monitoimijaisen perhevalmennusmallin suunnittelussa ja käyttöönotossa.

Napero-hankkeessa edistettiin toimijoiden prosessien hallintaa ja ryhmänohjaustaitoja korostamalla prosessinomaisuutta uudessa perhevalmennusmallissa. Tämä yhdistettiin näkemykseen asiakasperheiden vanhemmuuteen siirtymisestä vaiheittaisena perheen prosessina. Perhevalmennusryhmien ohjausta tuettiin hanketyöryhmän ja toimijaverkoston yhteistyön sekä ryhmienohjausvastuun toteuttamisena parityönä. Toimijoilla oli mahdollisuus perehtyä ryhmänohjaukseen ennen varsinaista ryhmänohjausvastuuta. Tarkoituksena oli myös myöhemmin järjestää ryhmäohjaukseen täydennyskoulutusta Napero-hankkeen toimesta.

7 POHDINTA

7.1 Lapsiperheiden terveyden edistäminen perhevalmennuksen kehittämisessä

Perhevalmennuksen kehittäminen Rovaniemellä herätti pohtimaan alueen lapsiperheiden asemaa suhteessa kunnalliseen päätöksentekoon ja lapsiperhepalveluihin. Näyttäisi siltä että Napero-hankkeenkin ympärillä oli tahtotila lapsiperheiden terveyden edistämiseen ja varhaisen tuen keinojen kehittämiseen. Kaupunkistrategia kertoo tavoitteesta asukkaiden osallisuudesta ja perustetaan lapsiperhepalveluiden kehittämishankkeita. Napero-hankkeen aikaan kunnallishallinnon muutos ja kuntien yhdistyminen oli Rovaniemellä vielä tuore asia ja haasteet ylisektoriselle palveluiden kehittämiselle kouriintuntuvat. Kaikesta huolimatta näyttäisi siltä, että kehittämistä ja kehittymistä tapahtuu ja hanke voi olla keino herätellä pohtimaan eri vaihtoehtojen mahdollisuuksia. Toiminnan asiakaslähtöinen suunnittelu ja arviointi auttavat hahmottamaan perheiden voimavaroja ja terveyden edistämisen ennakoivaa osaamista. Tässä opinnäytteessä asiakaslähtöisyys ilmeni lapsiperheiden osallisuutena perhevalmennuksen kehittämiseen. Heidän kehittämistarpeensa, toiveensa ja tavoitteensa perhevalmennukselle toimivat kehittämisherätteenä.

Perhevalmennuksen kehittäminen näyttäytyi tässä arvioinnissa psykososiaalisen terveydenhoitotyön näkökulman vahvistamisena. Kaupunkistrategian ja toimintapolitiikan tavoitteiden kanssa se on yhdensuuntainen Napero-hankkeen tavoitteisiin nähden. Kaupungin hyvinvointikatsauksessa ilmenee lapsiperheiden sosiaalisen tuen ja vanhemmuuden tukemisen tarve keskeisesti. Perhevalmennuksen kehittämisessä on pyritty nämä asiat johdonmukaisesti huomioimaan. Voimavaraiselle terveyden edistämisen lähestymistavalle ominaisesti totaalista terveyttä ja hyvinvointia ei nähdä elämän päämääränä. Terveyden edistämisen toiminnassa painottuu toimijan rooli asiakkaan reflektoinnin tukijana. Toimija herättelee asiakasta kriittiseen elämänsä tarkasteluun ja voimavarojensa tunnistamiseen sekä käyttöönottoon. Näkökulmaan yhdistyy käsitys asiakkaan osallisuuden ilmenemisestä eri tasoilla; sitoutumisena, vastuullisuutena, mukanaolona ja yhteistoimintana.

Perhevalmennusta tarjotaan kaikille esikkoperheille. Se ei edellytä perheen ongelmaa tai haittaa. Toiminta sisältää sellaisenaan voimavaraisen näkökulman. Onko vaarana että resurssipula terveydenhuollossa aiheuttaa tällaisten palveluiden karsiutumisen korjaavien ja hoitavien palveluiden kustannuksella? Tässä opinnäytteessä ilmennyt terveydenhuollon palvelukeskuksen ongelmakeskeinen

terveyden edistämisen painottuminen herättää pohtimaan lapsiperheiden hyvinvointia ja lasten psyykkisen hyvinvoinnin edistämistä.

Työssä oppiminen liittyy yhteisölliseen kehittämiseen. Napero-hankkeen toimintasuunnitelman mukaisesti tarkoituksena oli kehittää perustyötä yhdessä toimijoiden kanssa. Haasteeksi tässä hankkeessa osoittautui aika, jota oli ainoastaan yksi vuosi. Myöhemmin haettu ja mahdollistunut sosiaali- ja terveysministeriön sekä Rovaniemen kaupungin rahoittama Napero II – hanke toi kaivattua lisääaikaa kehittämistyön jatkumolle. Aikataulun niukkuus edellytti perustyön toimijoiden tiivistä kytkemistä kehittämistyöhön alusta alkaen, jotta kehittämisen idut jäisivät versomaan. Aktiivinen yhteisöllinen kehittäminen osoittautui perhevalmennuksen perustyöyksikössä keskustan neuvolassa haasteelliseksi. Työyhteisössä koettiin isoja muutoksia. Rovaniemen kaupunki ja maalaiskunta olivat yhdistyneet 2006 vuoden alussa, mikä näyttäytyi kyseisessä neuvolassa ja perhevalmennustoiminnassa kahtena erilaisena toimintakulttuurina. Uuden yhdistyneen Rovaniemen hallinnolliset muutokset toivat oman lisänsä myös perustyöhön ja siinä myös muutoksen johtamiseen. Keskustan neuvola oli lisäksi remonttievakossa ja muutti hankkeen aikana uudistettuihin tiloihin. Hankkeen aikana neuvolan lähiesimies jäi eläkkeelle ja uusi esimies tuli työyhteisöön.

Neurolatyöyhteisöä koetelleet muutokset huomioonottaen on monitoimijaisuus ja perhepalvelukeskuksen toimijoiden yhteisöllinen osallistuminen perhevalmennuksen kehittämiseen ollut kantava tuki. Verkostoituminen näyttäytyi tässä voimavarana. Se voi olla myös haaste silloin kuin se vaatii totuttujen toimintatapojen muuttamista. Resurssien niukkuudessa toimiminen edellyttää työntekijältä kykyä pyytää ja vastaanottaa apua sekä tunnistaa oman työnsä rajat. Kaikissa perhepalveluyksiköissä oli käytössä niukat resurssit. Tässä kehittämisarvioinnissa monitoimijaisen yhteistyön ja parityöskentelyn voimavaroja lisäävä vaikutus ilmeni erilaisena eri työyksiköissä. Voimavaroja lisäävä vaikutus ilmeni työntekijöiden innostuksena, aktiivisuutena ja perhekeskeisenä pohdintana.

Terveyden edistämisessä ilmeni yksilökohtaisia eroja. Näytti siltä että korjaavan työn parissa työskentelevien tai työskennelleiden oli helpompi luottaa asiakkaiden voimavaroihin kuin ehkäisevän työn parissa toimivien. Napero-hanke oli sosiaalipalvelukeskuksen alainen hanke, jonka tavoitteisiin kuului ylisektorinen toiminta. Perustyön kehittämistä tehtiin lähinnä palveluorganisaatioon kuuluvien sosiaalipalvelu- ja terveydenhuollon palvelukeskusten henkilöstön kanssa ja heidän tuottamaansa palvelua kehittämällä.

Terveysthuollon palvelukeskuksen työyhteisöjen ongelmakeskeisesti painottuva terveyden edistäminen, ilmeni resurssivajeena ja työajankäytön esteinä. Sosiaalipalvelukeskuksen työyhteisöissä ilmeni pääosin voimavarainen terveyden edistäminen. Tästä kertoi vastuullinen osallistuminen, innostuneisuus ja kehittämisen mahdollisuuksien pohtiminen korjaavan työn tarvetta vähentävänä. Miten tällaisissa hankkeissa näkyvät sektoreiden väliset erot kehitettävien asioiden painottamisessa? Lapsiperheitä osallistavaa terveyden edistämistä näytti työyhteisössä tukevan esimiehen aktiivinen osallistuminen kehittämistyöhön. Estävinä tekijöinä olivat työyhteisössä ilmenevät monet päällekkäiset muutosprosessit.

Asiakkaiden osallistuminen nähtiin merkittävänä koska heidän kautta esiin nousivat kehittämistarpeet. Työyhteisön monet päällekkäiset muutokset ja riittämättömät henkilöstömitoitukset näyttivät kuitenkin estävän tarpeisiin vastaamisen ja niiden kuulemisen. Tämä näkyi haastattelussa, organisaation ehtojen pohtimisena. Aineisto herätti pohtimaan toimijoiden ja lähiesimiesten kokemia vaikuttamismahdollisuuksia organisaation toimintaehtojen muuttamiseksi asiakaslähtöisempään suuntaan. Ratkaisukeskeinen suhtautuminen kehittämiseen näkyi haastatteluissa erilaisten vaihtoehtojen pohtimisena.

Uuden toimintamallin mukaisen perhevalmennuksen osallistujamäärää voidaan tarkastella myös toiminnan perhekeskeisyyden kautta. Raskaudenaikaisia ryhmäkäyntejä oli seuranta-ajanjaksolla yhteensä 501. Niistä 58 % oli naisten käyntejä ja miesten käyntejä oli 42 %. Perhekeskeisyyden toteutuminen näkyi perhevalmennuksessa pariskuntina osallistujien enemmistönä. Synnytyksen jälkeisiä ryhmäkäyntejä oli yhteensä seuratulla ajanjaksolla 107 joista 40 % oli naisten käyntejä ja miesten käyntejä 20 % sekä vauvojen käyntejä 40 %. Miesten käynnit synnytyksen jälkeisissä ryhmissä väheni verrattuna synnytystä edeltäviin miesten käynteihin. Mielenkiintoista olisi selvittää mitkä asiat vaikuttivat miesten osallistumiseen ja vaikuttivatko synnytyksen jälkeisten ryhmätapaamisten aikaisempi kokoontumisaika osallistumisaktiivisuuteen. Asiakashaastatteluissahan ryhmän kokoontumisaikaa pidettiin hyvänä työn yhteensovittamisen näkökulmasta ja se koettiin merkittävänä osallistumiseen vaikuttavana tekijänä. Kokoontumisaika nähtiin toimijanäkökulmasta vaikeana järjestää myöhempään ajoittuvaksi. Esteeksi nousivat työaikaan liittyvät kysymykset. Työn ajoittuminen klo 08.00 – 19.00 väliseen aikaan joustavasti, lienee hankalaa.

Asiakkaat ottivat vastuuta kehittämistyöstä mikä ilmeni vastuunottona, mukanaolona ja osatoimijuutena. Vastuunotto ilmeni toisten, tulevien vanhempien perhevalmennukseen osallistumiseen vaikuttamismahdollisuuksien pohdintana. Oman myönteisen kokemuksen kertominen tuttavapiirissä nähtiin keinona vaikuttaa ennakkoasenteisiin ja toimintakulttuuriin. Asiakkaiden vastuunotto ilmeni myös perhevalmennusryhmissä koettuna vaikuttamisen mahdollisuutena. Tähän liitettiin oma aktiivisuus asioiden kysymiseen ja mielipiteen ilmaisemiseen. Asiakkaat tuottivat paljon arviointipalautetta toiminnan kehittämisen tueksi ja vastasivat aktiivisesti heille esitettyihin kysymyksiin sekä kyselyihin. Jopa niin että kaikkiin pyydettyihin kyselyihin on saatu vastaukset. Yhden perheen kohdalla haastatteluun osallistuminen peruuntui. Asiakkaiden osallistuminen ilmeni vastuunottona, osatoimijuutena ja sitoutumisena kehittämistyöhön. Tämä vahvisti asiakaslähtöisen arvioinnin reflektiota tukevien haastattelujen merkitystä.

Lapsiperheiden osallisuutta vahvistava terveyden edistäminen näyttäytyi tässä opinnäytteessä yhteisöllisen kehittämisen erilaisten arvioinnin keinojen kehittämisenä. Arviointitarpeet esiin nousivat toiminnan kehittämisen myötä syntyneessä vuorovaikutuksessa ja hankkeen tavoitteiden mukaisen asiakkaat osallistavan kehittämisen seurauksena. Arviointimenetelmät kehittyivät niin ikään yhteisöllisen kehittämistyön palautteen tuloksena. Opinnäytetyö herätti pohtimaan neuvolatyöhön kohdistuvien tarpeiden muuttumista. Vanhemmuuden, parisuhteen ja psykososiaalisen hyvinvoinnin merkitys näyttää korostuneen lapsiperheiden näkemyksessä terveydestään ja voimavaroistaan. Voimavaroja tukeva terveyden edistäminen edellyttää kykyä luottaa perheen voimavaroihin ja tunnistaa niitä. Voimavarainen terveyden edistäminen edellyttää toimimista asiakkaan reflektoinnin tukena ja voi olla jopa haasteellisempaa kuin ongelmakeskeinen lähestymistapa.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Olen pyrkinyt lisäämään arvioinnin luotettavuutta tekemällä refleктоivan kirjoitusprosessin mahdollisimman avoimeksi. Opinnäytteessä olen keskeisesti yrittänyt esiin nostaa asiakkaan ääntä. Arvioinnissa etsitään toiminnan, kirjallisuuden ja kertomusten terveyden edistämistapoja. Lähtötilanteen kuvaus ilmentää kehittämistyön lähtötilanteessa ilmenevää Rovaniemen keskustan neuvolan perhevalmennuksen terveyden edistämistapaa. Aineistona on kyseisen yksikön terveydenhoitajien kertomus, Napero-hankkeen toimintasuunnitelma ja Rovaniemen kaupunkistrategia. Tavoitetilan aineisto ja siinä ilmenevät terveyden edistämistavat perustuvat kirjallisuuskatsaukseen, suosituksiin ja ohjelmiin perhevalmennuksesta. Tavoitetilana ajatellaan eräänlaista näyttöön perustuvan perhevalmennustoiminnan

terveyden edistämistapaa nykyisessä yhteiskunnassa. Uuden toimintamallin yhteisöllinen tuottaminen ja käyttöönotto ilmentää perhevalmennustavan muutostarpeen työstämistä lapsiperheet osallistavaan ja voimavaraiseen suuntaan.

7.3 Kehittämishankkeessa oppiminen

Kehittämishankkeessa oppiminen on antoisaa mutta haasteellista. Minun kohdallani se oli tietoinen valinta. Olin hankkeessa työssä aloittaessani opinnot koska koin, että ne tukevat toinen toistaan. Terveiden edistämisen opinnot tukevat terveyden edistämishankkeessa työskentelyä. Tapani oppia on tekemällä oppimista, mistä syystä koen, että ilman työtä en olisi oppinut niitä asioita terveyden edistämisestä, joita opin työskennellessäni hankkeessa. Refleksiivisyyttä olen harjaannuttanut pohtimalla Napero-hankkeen perhevalmennuksen kehittämistä siihen osallisena olemalla. Käsitykseni on laajentanut ensi kertaa vanhemmiksi tulevien ja vauva perheiden terveyden edistämisestä ja lapsi perheet osallistavasta terveyden edistämisestä. Työelämän kehittämistaitoja olen harjoitellut konkreettisesti osallistumalla perhevalmennuksen kehittämiseen Rovaniemen perhepalvelukeskuksen toimijayhteisössä. Kehittämistyön ja opiskelun prosessointi on auttanut yhdistämään teoriaa ja käytäntöä. Prosessi on edennyt pohtimalla kokeimuksia, kuulemaani, näkemääni ja lukemaani sekä yhdistämällä ja mallintamalla niitä. Olen oppinut paljon ja ajoittain jopa ponnistellut äärirajoilla asti, refleksiivisen työskentelyn mukaisesti. Terveiden edistämisen johtamisosaaminen avautui, poliittisen päätöksenteon ja strategisenjohtamisen vaikutusten heijastumina perustöissä. Mielenkiinto uuteen tietoon ja uudet kysymykset herättivät pohtimaan seuraavia jatkotutkimuksen aiheita:

- 1) Julkishallinnon kasvavan pirstaloitumisen vaikutukset asiakkaita osallistavassa ja voimavaraudessa terveyden edistämisessä sekä ylisektorisessa kehittämisessä.
- 2) Äitiys- ja lastenneuvolatyön perhekeskeisyyden ilmeneminen toimintatavoissa.
- 3) Ylisektoristen perhepalveluiden kehittämishankkeiden rakenteet ja kehittämisen jatkuvuus.
- 4) Sosiaali- ja terveydenhuollon terveyden edistämisen erilaiset lähestymistavat ja kehittämisorientaatiot yhteishankkeissa.
- 5) Muutoksen johtamisen toimintamallit terveydenhuollossa.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Napero-hankkeen perhevalmennuksen kehittämisessä esiin nousi seuraavia havaintoja lapsiperheiden terveyden edistämisen lähestymistavan ilmenemisestä:

1. Terveyden edistämisen lähestymistavassa ilmeni perhevalmennuksen yhteisöllisessä kehittämisessä yksilökohtaisia, yhteisökohtaisia ja sektorikohtaisia eroja voimavaraisen ja ongelmakeskeisen lähestymistapojen välillä.
2. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan seurantatietojen kerääminen on äiti- ja lapsikeskeistä, mikä vaikeuttaa sen perhekeskeisyyden huomioimista suunnittelussa, arvioinnissa ja kehittämisessä.
3. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan systemaattinen kokonaisasiakasmäärienseurantakäytäntöjen puuttuminen vaikeuttaa ensi kertaa vanhemmiksi tulevien osallisuutta vahvistavan terveyden edistämisen ennakoivan osaamisen kehittämistä.
4. Monet päällekkäiset muutokset työyhteisössä estivät asiakaslähtöisen toiminnan kehittämistä.
5. Yhteisöllisessä kehittämisessä alueellisten sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden säännölliset tapaamiset edistivät lapsiperheiden osallisuutta vahvistavaa terveyden edistämisen lähestymistapaa.
6. Perhevalmennuksen yhteisöllinen kehittäminen tuki perheiden osallisuutta palvelun suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin.
7. Asiakkaiden osallisuus tuki asiakaslähtöistä terveyden edistämisen kehittämistä.
8. Asiakkaat kokivat perhevalmennuksen laajentamisen synnytyksenjälkeisiin ryhmiin tärkeänä.
9. Neuvola toimijat näyttivät suhtautuvan ristiriitaisesti perhevalmennuksen laajentamiseen ja prosessinomaisuuteen.

10. Asiakkaiden osallisuustaso näyttäisi laskevan synnytyksen jälkeisessä perhevalmennuksessa.
11. Perhekeskeisyys näyttäytyi synnytystä edeltävässä perhevalmennuksessa lähes tasavertaisena naisten ja miesten osallistumisena.
12. Yhteisöllinen perhevalmennuksen kehittäminen tuki reflektointia ja sitä kautta vahvisti lapsiperheiden voimavaraisten terveyden edistämisen lähestymistapaa.
13. Asiakkaiden osallisuus vahvisti heidän terveyteensä liittyvien tekijöiden huomioimista perhevalmennuksessa mikä ilmeni toimivuutena vaikuttamismahdollisuuksissa, perhekeskeisyydessä, tiedonsaannissa, ja myönteisen ilmapiirin kokemuksena.

LÄHTEET

Aabland, Einar 1993. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan etiikka. Keuruu. Otava.

Brodén, Margareta 2006. Raskausajan mahdollisuudet. Helsinki. Therapiea – Säätiö.

Haapakorva, Arja – Hakulinen-Viitanen, Tuovi – Pelkonen Marjaana 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Hakulinen, Tuovi – Pelkonen, Marjaana – Perälä, Marja-Leena 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatutkimus: analyysi Suomessa vuosina 1990-2003 tehdyistä tutkimuksista. Hoitotiede 1/05.

Hakulinen, Tuovi – Hirvonen, Eila – Koponen, Päivikki 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: näkökohtia terveyteen. Teoksessa Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. (toim. Hakulinen Tuovi – Hirvonen Eija – Koponen Päivikki – Pietilä Anna-Maija – Salminen Eeva-Maija – Sirola Kirsi. Helsinki. WSOY.

Hakkarainen, Kai – Lonka, Kirsti – Lipponen, Lassi 2004. Tutkiva oppiminen. Järki, tunteet ja kulttuuri oppimisen sytyttäjinä. Porvoo. WSOY.

Hwang, Philip – Wickberg, Birgitta 2001. Föräldrarstöd och spädbarns psykiska hälsa. Stockholm. Statens folkhälsoinstitut.

Karjalainen, Leila – Karvonen, Teija 2003. Terveysneuvonnan tuotteistaminen Rovaniemen kaupungin terveyskeskuksessa. Rovaniemi. Rovaniemen kaupunki.

Karjalainen, Karoliina – Koskinen-Ollonqvist, Pirjo – Peltö-Huikko, Antti 2006. Terveiden edistämisen toimintamallit. Terveiden edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Helsinki. Terveiden edistämisen keskus.

Karvonen, Teija 2007. Napero-hanke, perhepalvelumallien kehittäminen perustutkimukseen. Loppuraportti. Rovaniemi. Rovaniemen kaupunki.

Kekkonen, Marjatta – Pavola, Auli – Viitala, Riitta 2008. PERHE-hankkeen loppuraportti. Perhekeskustoiminnan kehittäminen. Helsinki. Sosiaali- ja Terveysministeriö.

Krogstrup, Hanne Kathrine 2004. Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. Hyvät käytännöt. Menetelmä – käsikirja. Helsinki. Stakes.

Kuntaliitto 2006. Lapsipolitiikka. Kuntaliitto tiedottaa 26.1.2006. Osoitteessa www.kunnat.net 10.5.2008.

Kylmä, Jari – Pietilä, Anna-Maija – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2002. Terveiden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. (toim. Hakulinen Tuovi – Hirvonen Eila – Koponen Päivikki – Pietilä Anna-Maija – Salminen Eeva-Maija – Sirola Kirsi), 62-76. Helsinki. WSOY.

Laiho, Kristiina 2006. Esitelmä neuvolatyön tutkimus- ja kehittämispäivillä Vantaan Dipolissa 2006.

Löthje, Monika. 2008. Diskurssit. Esitelmä Lapin Yliopiston tutkimusmenetelmät luennolla 29.4.2008.

Mäkinen, Anna-Kaisa – Uusikylä, Petri 2004. Tiedosta – arvioi – paranna: Itsearviointi ESR- projektien kehittämisen välineenä. Helsinki. Työministeriö.

Opetusministeriö, 2006. Lapsi ja Nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007 – 2011. Helsinki. Opetusministeriö.

Paavilainen, Riitta 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Tampere. Tampereen yliopisto.

Pelkonen, Marjaana 2006. Neuvolatyön valtakunnalliset kehittämishaasteet. Terveiden edistämisen laatusuositus. Esitelmä Lapin lääninhallituksessa järjestetyssä koulutustilaisuudessa. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Lapin läänissä.

Pentti, Jaana – Vahtera, Jussi 1995. Voimavarat, terveys ja työelämän murros. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 7. Työterveyslaitos, Helsinki.

Poikela, Esa 2005. Työssä oppimisen prosessimalli. Teoksessa Osaaminen ja kokemus – työ, oppiminen ja kasvatus (toim. Esa Poikela), 21-41. Tampere. Tampere University Press.

Remes, Liisa 2003. Yrittäjyyskasvatuksen kolme diskurssia. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto.

Remes, Liisa 2006. Diskurssianalyysin perusteet. Teoksessa Laadullisen tutkimuksen käsikirja (toim. Jari Metsämuuromen), 288-374. Jyväskylä. International Methelp Ky.

Robson, Colin 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki. Tammi.

Rovaniemen kaupunki 2006a. Rovaniemen talousarvio 2007 ja taloussuunnitelma 2008-2011.

-2006b Hyvinvointikatsaus 2006.

Rovaniemen kaupunki 2008. Hankeen toimintasuunnitelma 2006-2007. Rovaniemen kaupunki. Palveluhakemisto. Kunta info. Projektit ja hankkeet. Osoitteessa www.rovaniemi.fi 13.4.2008.

Savolainen, Suvi 2005. Vanhemmuus ja defenssimekanismit lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana. Pro Gradu tutkielma. Tampere. Tampereen Yliopisto.

Seppänen-Järvelä, Riitta 2004. Prosessiarviointi kehittämisprojektissa. Opas käytäntöihin. Helsinki. Stakes.

Sirviö, Kaarina 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Kuopio. Kuopion yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Julkaisuja 18. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:13. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja Terveysministeriö, 2006. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat. Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki. STM.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006. Terveystalouden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaaliportti 2008. Sosiaaliportti PERHE-hanke. Perhevalmennuksen käsikirja. Osoitteessa www.sosiaaliportti.fi/Page/f5071eb2-e565-433e-b741-f3e3d666747c.aspx 3.5.2008.

Stakes, FinSoc työpapereita 3/2001. Arviointi sosiaalipalveluissa. Katsaus arvioinnin peruskysymyksiin. Helsinki. Stakes.

Suopajarvi, Leena. 2007. Arviointitutkimuksen perusteet. Esitelmä arvioinnin ja ennakkoinnin perusopinnoissa. Lapin Yliopistolla 19.04.2007 – 10.05.2007.

Syvajarvi, Antti 2008. Arviointi julkishallinnossa. Luento muistiinpanot ennakkoinnin ja arvioinnin perusopinnoissa. 12.5.2008.

Terveystalouden edistämisen keskus 2005. Terveystalouden edistämisen keskus ry:n strategia vuosille 2005-2009. Helsinki. Terveystalouden edistämisen keskus Ry.

Viljamaa, Marja-Leena 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä. Jyväskylän Yliopisto.

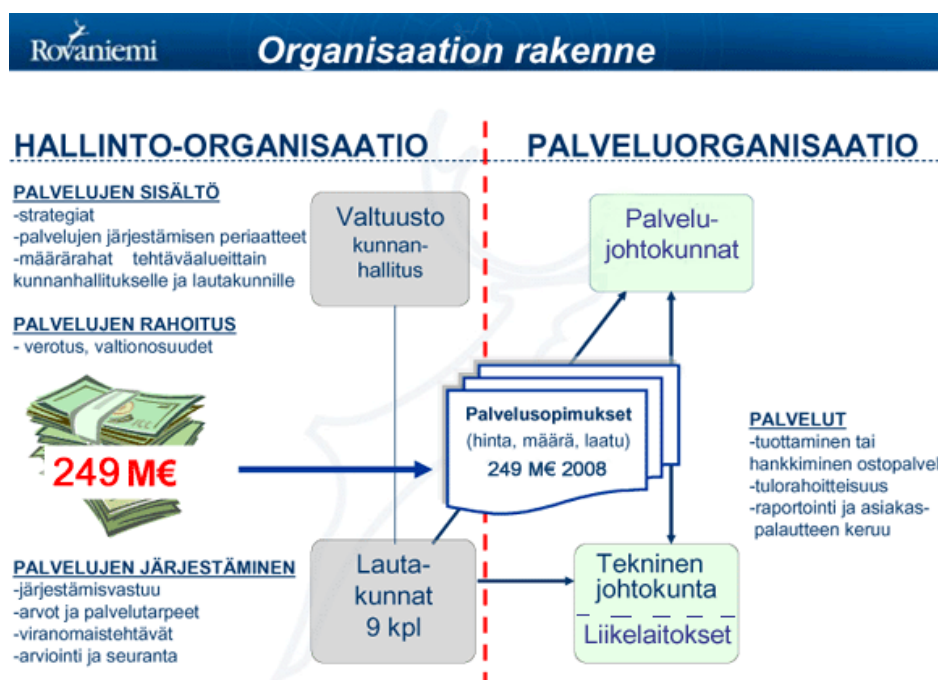
Väestöliitto, 2007. Perhe kannattaa. Väestöliiton perhepoliittinen ohjelma. Helsinki. Väestöliitto.

Ylilehto, Hannele 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus, salpautunut ilo. Naisten lapsivuodeajan kokemusten salutogeeninen tarkastelu. Oulu. Oulun Yliopisto.

Yliruka, Laura 2000. FinSoc työpapereita 2/2000. Sosiaalityön itsearviointi ja hiljainen tieto.

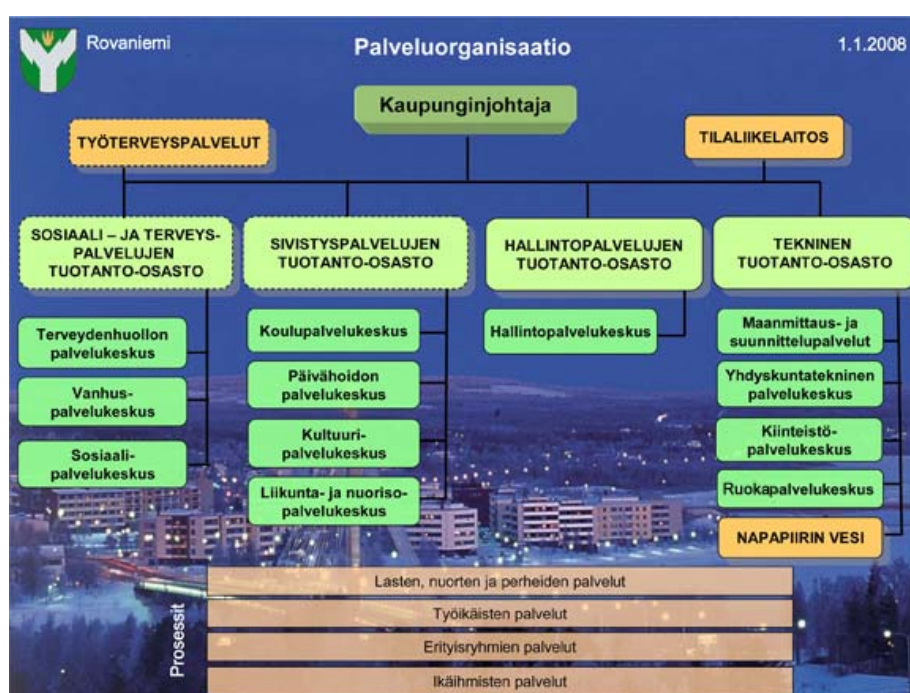
LIITTEET

Rovaniemen kaupungin organisaatio	liite 1
Napero-hankkeen ohjausryhmä	liite 2
Napero-hankkeen työryhmä	liite 3
Napero-hankkeen kehittämistyöryhmä	liite 4
Asiakaskysely, toiveet ja tavoitteet	liite 5
Asiakaskysely, palautekysely	liite 6
Asiakkaiden haastattelutilaisuus.	liite 7
Toimijoiden haastattelutilaisuus.	liite 8
Lähiesimiesten haastattelutilaisuus	liite 9
Päälliköiden haastattelutilaisuus	liite 10
Perhevalmennuksen osallistujaluettelo	liite 11
Kehittämistyönlähtötilanteen kuvaus	liite 12
Uuden toimintamallin yhteisöllinen tuottaminen	liite 13
Alustavaluokitus asiakkaiden ja toimijoiden haastatteluista	liite 14
Tutkimuslupa, kopio	liite 15

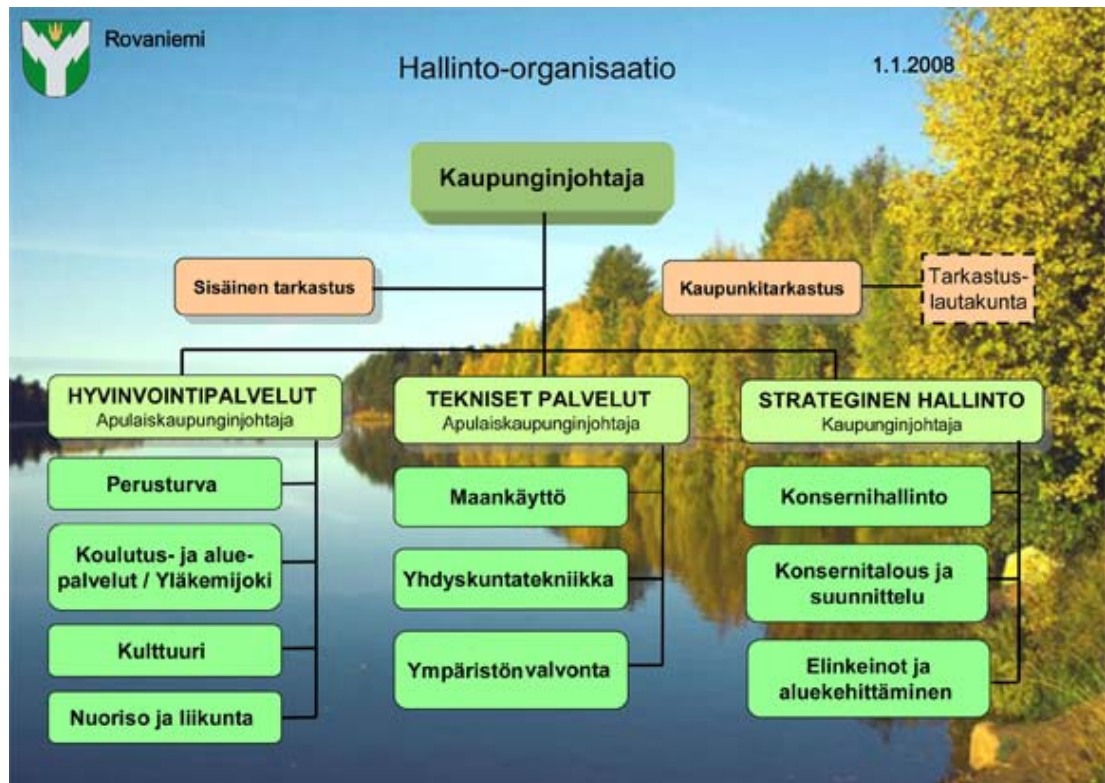


Rovaniemen kaupungin organisaatio muodostuu hallinto-organisaatiosta ja palveluorganisaatiosta. Hallinnon järjestäminen sekä toiminnan ja talouden ohjaaminen perustuu sopimusohjausjärjestelmään, jossa palvelusopimuksilla määritellään järjestettävien, tuotettavien tai ostettavien palvelujen laatu, määrä ja hinta.

Palvelu- ja tekninen tuotanto-osasto tuottaa tai hankkii hallinto-organisaation kanssa hyväksymänsä palvelusopimuksen mukaiset palvelut.



Hallinto-organisaatio vastaa demokraattisesta päätöksenteosta ja toiminnan yhteiskunnallisesta ohjaamisesta sekä palvelujen järjestämisestä kuntalaisten perusoikeuksien ja palvelutarpeiden mukaisesti. Hallinto-organisaatio vastaa kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämisestä, kaupungin tiedottamistehtävistä sekä kaupungin yleishallinnosta.



Palvelujohtaja Pertti Hemminki, Rovaniemi
Perhepalvelujohtaja Ritva Olsen, Rovaniemi
Päivähoidon palvelupäällikkö Pirjo Honkavuori, Rovaniemi
Sosiaaliturvan palvelupäällikkö Eliisa Lintula, Rovaniemi
Terveystenhuollon palvelupäällikkö Tapio Raasakka, Rovaniemi
Johtava psykologi Anja Ylöstalo. Rovaniemen perheneuvola
Johtava perhetyöntekijä Saara Mattanen, Rovaniemi
Osastonhoitaja Anja Hannula, Rovaniemi
Johtava perhesosiaalityöntekijä Riitta Ojansivu, Rovaniemi
Lehtori Sirkka-Liisa Kemppainen, Rovaniemen ammattikorkeakoulu
Lehtori Ulla-Maija Rantalaiho Lapin Yliopisto
Toiminnanjohtaja Mervi Kestilä, Mannerheimin lastensuojeluliitto, Rovaniemi
Projektipäällikkö Marja-Sisko Tallavaara, Pohjois-Suomen sosiaalialan
osaamiskeskus.
Perusturvajohtaja Helena Pekkal-Vilhunen, Ranua
Sari Laatikainen, perusturvalautakunta Rovaniemi

Napero-hankkeen työryhmä

liite 3.

Projektipäällikkö, terveydenhoitaja Teija Karvonen

Projektityöntekijä, lastentarhanopettaja Seija Kallo

Projektityöntekijä, sosionomi (AMK) Tarja Pekkala

Projektityöntekijä, sairaanhoitaja (AMK), terveydenhoitaja (AMK) Kristiina Tirroniemi

Napero-hankkeen kehittämistyöryhmä-Kätönen

liite 4.

Työryhmän tavoitteena on toimia hankkeen neuvonta- ja tukiryhmänä käytännön työn näkökulmasta. Työryhmä toimii myös käytännön kehittämistoiminnan suunnittelu- ja ideointityön tukena. Työryhmä innostaa ja motivoi omassa työyksikössä kehittämistyöhön. Työryhmä esittää käytännön toiminnassa esiin nousseita koulutustarpeita kehittämistyön liittyen. Työryhmä myös arvioi ja seuraa hankkeen toteutumista omasta näkökulmastaan.

Työryhmän jäsenet:

Saara Mattanen, johtava perhetyöntekijä.

Antti Kuulasmaa, lastenpsykiatrian el. Lapin Perheklänikka/ Rovaniemen perheneuvola.

Kaisa-Maria Rantajärvi, johtava lastensuojelun sosiaalityöntekijä.

Tuula Lampela, sosiaalihjaaja, perheterapeutti, lastensuojelun perhetyöntekijä.

Merja Kunnari, kuntoutuksen osastonhoitaja.

Arja Harju, projektipäällikkö, Mannerheimin lastensuojeluliitto.

Mirva Salmela, sosiaalityöntekijä, Ranua.

Helena Huhta-Luhta Ylitalo, sosiaalityöntekijä Rovaniemen perheneuvola.

Pirkko Peura, terveydenhoitaja, Rovaniemi.

Sanna-Maija Laiho, kiertävä erityislastentarhanopettaja, Rovaniemi.

Marjo Rundgren, diagoni, Rovaniemen seurakunta perhetyö.

Mari Karanta, perhekerho ohjaaja, Rovaniemen seurakunta.

Asiakkaiden toiveet ja tavoitteet.

liite 5.

Mielestäni perhevalmennuksessa pitäisi käsitellä seuraavia asioita, ennen synnytystä ja synnytyksen jälkeen. Valitse/ valitkaa itsellenne tärkeimmät viisi aihetta seuraavalta listalta, joita haluaisit/-te käsiteltävän ennen synnytystä (E) ja synnytyksen jälkeen (J).

AIHE**E****J**

Raskaudenaikaiset muutokset naisilla		
Raskaudenaikaiset muutokset miehillä		
Sikiövauvan kehitys		
Raskaudenaikaiset terveystottumukset: lepo, ravitsemus, liikunta		
Alkoholi, tupakka, huumeet		
Synnytys		
Lapsivuodeaika: äiti ja vauva synnytyksen jälkeen		
Synnytyksen jälkeinen masennus		
Vauvan hoito		
Imetys ja imetyksen aikaiset terveystottumukset; lepo, ravitsemus, liikunta, alkoholi, tupakka, huumeet		
Vauvan erilaiset itkut		
Vauvan unirytmii		
Varhainen vuorovaikutus yhdessä vauvan kanssa		
Vanhemmuuden ilot ja haasteet, tunteet ja tunteminen		
Parisuhde ja seksuaalisuus		
Lapsiperheiden palvelut ja etuudet, perhepalvelukeskus, päivähoito		
Arjessa jaksaminen ja arki rutiinit		
Perheväkivalta		
Työ/koulutus ja perhe		
Muu, mikä?		

Lähde: Lapaset Perheverkosto Hki, Inga Klen, Ulla Lindqvist, Saana Manninen ja Anni Mäkinen / perhevalmennuksen ohjaajankansio yhteistyössä terveyskeskuksen, sosiaaliviraston ja muiden lapsiperhetoimijoiden kanssa.

Olemme kysyneet perhevalmennukseen osallistuneilta toiveista ja tavoitteista perhevalmennukseen liittyen. Kyselyn mukaan synnytystä edeltävän perhevalmennuksen viisi tärkeimpänä pidettyä asiaa olivat;

1. synnytys
2. vauvan hoito
3. imetys ja imetyksen aikaiset terveystottumukset
4. lapsivuodeaika
5. synnytyksen jälkeinen masennus

Pyydämme teiltä palautetta jotta voisimme edelleen kehittää perhevalmennusta.

Vastatkaa alla oleviin väittämiin ympyröimällä se vaihtoehdoista joka kuvaa parhaiten tämänhetkistä näkemystänne. 1= olen täysin eri mieltä, 2= olen jokseenkin eri mieltä, 3= en osaa sanoa, 4= olen jokseenkin samaa mieltä ja 5= olen täysin samaa mieltä.

1. Perhevalmennus on tukenut/ ollut hyödyksi synnytyksessä

• 1 2 3 4 5

2. Perhevalmennus on tukenut minua vastasyntyneen hoitamisessa

• 1 2 3 4 5

3. Olen saanut perhevalmennuksessa tietoa imetyksestä ja imetyksenaikaisista terveystottumuksista minkä olen kokenut hyödyllisenä.

• 1 2 3 4 5

4. Perhevalmennus on tukenut vastasyntyneen ja äidin hyvinvointia synnytystä edeltävinä lähiviikkoina.

• 1 2 3 4 5

5. Perhevalmennus on tukenut raskaudenaikaista sekä synnytyksenjälkeistä psyykkistä jaksamista.

• 1 2 3 4 5

sivu 2.

6. Olen edelleen samaa mieltä siitä että yllä mainitut viisi asiaa ovat tärkeimmät synnytystä edeltävässä perhevalmennuksessa

- 1 2 3 4 5

7. Jos vastasit edelliseen (6.) kysymykseen 1, 2 tai 3 niin mitä asioita mielestäsi olisi tärkeää sisällyttää synnytystä edeltävään perhevalmennukseen?

8. Ryhmämuotoinen perhevalmennus, missä asioita käsitellään yhdessä toisten vanhemmiksi tulevien kanssa on mielestäni hyvä tapa toteuttaa perhevalmennusta

- 1 2 3 4 5

9. Pidän tärkeänä sitä että perhevalmennuksesta vastaa eri ammattiryhmät yhdessä

- 1 2 3 4 5

10. Perhevalmennuksessa käytetty materiaalit ja menetelmät. Arvioi alla lueteltu materiaali ja menetelmät kouluarvosanoin 1 – 5 (1= huono, 2=välttävä, 3= menettelee, 4= hyvä, 5=erinomainen)

- rentoutusharjoitukset _____ kotitehtävät _____
- vanhemmuuden roolikartta _____ video ”synnytys” _____
- video ”Kuka” (Nupposen perhe) _____ video ”vauvanhoidon ABC” _____
- vanhemmuuskortit (pariskunnittain kyseltiin äitiydestä ja isyydestä) _____
- tietoisuus/ power point esitykset _____

- Muuta huomioitavaa, kehittämisajatuksia perhevalmennukseen

- Vastaajan sukupuoli (ympyröi oikea vaihtoehto)
nainen mies

Kiitos vastauksestanne!

Asiakashaastattelut
perheittäin.

liite 7.

aika 45 min / haastattelu

ennakointidialogi kysymyksiä mukaillen:

1. – Olet osallistunut uudistettuun perhevalmennukseen mitkä sinun kokemuksesi ovat, mikä perhevalmennuksessa nyt on toimivaa? (5 min pohdinta ja 10 min purku)
2. – Oletko voinut vaikuttaa perhevalmennuksen kulkuun, miten? (5 min pohdinta ja 10 min purku)
3. - Mitä asioita mielestäsi perhevalmennuksessa pitäisi kehittää ? (5 min pohdinta ja 10 min purku)

Toimijoiden haastattelutilaisuus.

Liite 8.

Perhevalmennukseen osallistuneiden toimijoiden haastattelu, koskien perhevalmennuksen kehittämistyötä.

Aika: 29.11.2007 klo 14.00 – 16.00

Paikka: avoin päiväkot.

Läsnä toimijoita yhteensä 16-17 hlöä

Lähtötilanne:

Asiakkaiden haastatteluista esiin nousseet asiat kerrotaan ja ne on näkyvillä kirjoitettuna haastattelutilanteessa.

Haastattelukysymykset:

1. Mitä sinä olet voinut/ voit tehdä tässä asiassa ja keneltä saat/ toivoisit saavasi tukea?
 2. Mitä viestittäisit/ minkälaista tukea toivoisit saavasi esimieheltäsi tässä asiassa?
 3. Onko sinulla huolia liittyen perhevalmennustyöhön, minkälaisia?
-

Lähiesimiesten haastattelutilaisuus.

Liite 9.

Lähtötilanne:

Kerrotaan asiakkaiden viestistä ja toimijoiden viestistä

Lähiesimiehille esitettävät kysymykset:

1. Mitä sinä olet voinut tehdä/ voit tehdä tässä asiassa ja mistä saisit/ saat tukea?
 2. Mitä viestittäisit/ minkälaista tukea toivoisit saavasi esimieheltäsi tässä asiassa?
 3. Onko sinulla huolia liittyen perhevalmennustyöhön, minkälaisia?
-

Lähtötilanne; kerrotaan edellisten haastattelujen palautteesta.

Kysymykset;

1. Mitä sinä olet voinut tehdä/ voit tehdä tässä asiassa ja mistä saisit/ saat tukea?
 2. Onko sinulla huolia liittyen tähän asiaan, minkälaisia?
 3. Mikä saisi huolesi vähenemään?
-

Vastuuhenkilöt (th ja pt) _____

[illegible]

Ennen Rovaniemen kaupungin ja maalaiskunnan yhdistymistä, 2006 tammikuussa, lasten- ja äitiysneuvolatoiminta oli jakautunut kunnissa väestöalueittain. Kuntien yhdistymisen jälkeen entisen Rovaniemen maalaiskunnan Ukkoherrantien neuvola oli muuttanut nimensä Keskustanneuvolaksi muutettuaan Ukkoherrantieltä Kansankadulle. Tämä oli aiheuttanut hiukan sekaannusta koska Rovaniemen keskustassa Korkalonkadulla toimivaa entisen Rovaniemen kaupungin peruja olevaa, äitiys- ja lastenneuvola oli totuttu niin ikään pitämään keskustan neuvolana sen sijainnin vuoksi. Molemmat neuvolat sijaitsivat siis Rovaniemen ydinkeskustan alueella vain parin kadunkulman päässä toisistaan. Korkalonkadun tilaa alettiin remontoida perhepalvelukeskukseksi ja Korkalonkadulla sijaitseva äitiys- ja lastenneuvola muutti remonttievakkoon Kansankadulle, jolloin molemmat yhdistyneen Rovaniemen keskustassa sijaitsevat neuvolat yhdistyivät yhdeksi Keskustanneuvola nimiseksi äitiys- ja lastenneuvolaksi ja sinne sijoittui myös terveyskeskuksesta kunnan perhesuunnitteluneuvola. Yhdistyneeseen Keskustanneuvolaan tuli asiakkaineen kolme terveydenhoitajaa entisen Rovaniemen kaupungin keskustan alueen äitiys- ja lastenneuvolasta sekä yksi terveydenhoitaja entisestä Rakkatien neuvolasta, III-kaupunginosasta. Rovaniemen maalaiskunnan Ukkoherrantien neuvolasta Keskustanneuvolaan oli siirtynyt kuntien yhdistymisen myötä kolme terveydenhoitajaa. Heidän asiakkaat tulivat entisen Rovaniemen maalaiskunnan alueelta, taajaman ulkopuolelta. Väestöpohja tässä uudessa neuvolassa oli siis hyvin laajalta alueelta, siihen kuului Ylikylän väestöä, Kivitaipaleen kylän väestöä, Alakorkalon väestöä ja Rovaniemen keskustan sekä III-kaupunginosan alueiden väestöä.

Terveydenhoitajien työ oli työalueen väestön sekä yhdistyneiden kuntien erilaisten väestövastuuntoteuttamisen pohjalta muokkautunut jokaisen kohdalla omanlaisekseen. Entisen Rovaniemen maalaiskunnan alueelta tulevista terveydenhoitajista yksi toimi lastenneuvola- ja kouluterveydenhoitotehtävissä ja toinen hoiti kyseisen alueen äitiysneuvolapalveluita, kolmas terveydenhoitajista toimi oman alueensa äitiysneuvola-, lastenneuvola- ja kouluterveydenhoitotehtävissä. Entisen Rovaniemen kaupungin neljä terveydenhoitajaa toimivat kaikki hoitaen oman alueensa äitiys- ja lastenneuvolapalveluita, laajan perhehoitotyön mallin mukaisesti. Yhdistyneen Keskustanneuvolan väestöalue oli vaikeasti hahmotettava, laaja ja se sisälsi väestöpohjaisesti erilaisia alueita, kuten Rovaniemen kaupungin keskustan tiheään asuttu alue, taajama-alueita sekä harvaan asuttua kyläaluetta. Ensikertaa vanhemmiksi tulevien määrä vaihteli alueittain hyvin paljon. Kylissä ei juuri ole ensisynnyttäjiä, kun taas vastaavasti nuoria perheitä asuu paljon keskustan alueella. Keskustanneuvolassa toimi kehittämistyön alussa myös terveydenhuollon avopalveluiden osastonhoitaja. Hän toimii kaikkien seitsemän Rovaniemen neuvolan lähiesimiehenä.

Perhevalmennusta oli aiemmin toteutettu neuvola- ja terveydenhoitaja kohtaisin toimintaohjelman eri neuvoloissa Rovaniemen sekä Rovaniemen maalaiskunnan alueilla. Keskustanneuvolassa tilanne kehittämistyön alussa oli se että kaksi neuvolatoimintakulttuuria oli yhdistynyt kuntien yhdistymisen myötä. Entisen kaupungin alueella terveydenhoitajat olivat hoitaneet yhdistetysti äitiys- ja lastenneuvola toimintaa niin että terveydenhoitajat hoitivat perheiden raskauden-aikaiset neuvolakäynnit sekä lapsen syntymän jälkeiset käynnit, aina siihen asti kunnes lapsi siirtyi kouluterveydenhuollon piiriin. Maalaiskunnan alueelta tulevilla terveydenhoitajilla oli puolestaan erilaisia käytäntöjä; osa terveydenhoitajista toimi väestövastuuperiaatteen mukaisesti ja vastasi oman alueensa äitiysneuvola-, lastenneuvola- ja kouluterveydenhoitotyöstä osa terveydenhoitajista toimi pelkästään äitiysneuvolatyössä tai pelkästään lastenneuvolatyössä - tai lastenneuvola- ja kouluterveydenhoitotyössä.

Terveystenhoitajat arvioivat Keskustanneuvolan väestöalueella ensisynnyttäjien määrän noin 150 synnyttäjään vuodessa kehittämistyön alussa. Asiaa ei varsinaisesti tilastoitu, se perustuu terveydenhoitajien antamaan tietoon asiakasmäärästään. Perhevalmennusta tarjotaan ensisijaisesti ensikertaa vanhemmiksi tuleville. Asiakasmäärätilastoista selviää keskustan neuvolan terveydenhoitajien raskaana olevien äitiysneuvolan asiakkaiden määrän olevan yhteensä 280, luku sisältää ensi- ja uudelleensynnyttäjät. Lastenneuvolan asiakkaita on neuvolassa yhteensä 1559 lasta.

Ennen kuntien yhdistymistä perhevalmennusta oli ryhmämuotoisena toteutettu silloisen Korkalonkadun ja Rakkatien neuvoloissa, missä entisen kaupungin puolelta tulevat neljä terveydenhoitajaa olivat toimineet. Kokemusta ryhmämuotoisesta perhevalmennustoiminnasta oli useilta vuosilta näillä neljällä äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajilla. Aiempi perhevalmennus oli koostunut kolmen tapaamiskerran jatkumosta ajoittuen loppurasausaikaan, raskausviikoille noin 33 – 36. Perhevalmennusta oli tarjottu kaikille kyseisen, Korkalonkadun neuvolan ensisynnyttäjille. Neuvolassa oli järjestetty myös niin kutsuttuja ryhmäneuvoloita 2-kuukauden ja 8-10 kuukauden ikäisten lasten perheille. Näitä ryhmäneuvolatapaamisia oli tarjottu kaikille asiakkaille, siis myös uudelleensynnyttäjien perheille. Perhevalmennuksia oli toteutettu keskimäärin neljä vuodessa ja ryhmäneuvolatapaamisia oli ollut kerran kuukaudessa joka toinen kuukausi 2kk. ikäisten vauvojen perheille ja joka toinen kuukausi 8-10kk. ikäisten vauvojen perheille. Perhevalmennuksista olivat vastanneet terveydenhoitajat työpareittain. Yhteistyötä oli tehty perheneuvolan kanssa ja heiltä oli osallistunut yhdelle tapaamiskerralle työntekijä, joko psykologi tai sosiaalityöntekijä. Kolmannella tapaamiskerran teemana oli ollut vanhemmuus ja perheneuvolasta olit osallistunut ryhmäohjaukseen terveydenhoitajan työparina joko psykologi tai sosiaalityöntekijä. Suunterveydenhuollosta oli niin ikään käynyt työntekijä kertaluonteisesti ryhmässä kertomassa suun ja hampaiden hoidosta. Asiakkaat oli ryhmitelty noin 15-17 ensisynnyttäjän kokosiin ryhmiin lasketun synnytysajankohdan perusteella. Ryhmä kokoontui neuvolan tiloissa, missä ryhmätilat olivat ahtaat ja tarvittava välineistö; tuolit, piirtoheitin, televisio, videot yms. piti joka tapaamisen yhteydessä järjestää terveydenhoitajien toimesta paikalle ennen ryhmän kokoontumista.

Napero-hankkeen kehittämistyön alussa Keskustanneuvolaan oli kuntien yhdistymisen myötä muodostunut perhevalmennuskäytäntö, jossa ryhmämuotoista perhevalmennusta toteutettiin neljän terveydenhoitajan toimesta ja siihen osallistui entisen kaupungin alueelta tulevat kyseisten terveydenhoitajien asiakkaat. Toisin sanoen osalle asiakkaista tarjottiin ryhmämuotoista perhevalmennusta ja toisille ei. Terveystenhoitajien muistiinpanojen mukaan perhevalmennusta oli vuonna 2006 tarjottu keskustanneuvolassa 68 ensisynnyttäjälle. Ryhmiä oli toteutettu 4 kertaa vuodessa. Neuvolan ensisynnyttäjiä arvioitiin tuolloin olevan kaikkiaan 150-160. Rovaniemen keskustan alueella syntyvyys on noussut 2007 vuonna joten kysyntää palvelulle tulee todennäköisesti olemaan jatkossakin. Aiemman perhevalmennustoiminnan peittävyudeksi saada näillä tiedoilla n. 43-45%, kun verrataan 68 /150-160. Ryhmiin kutsuttiin 15-17 raskaana olevaa puolisoineen ja ne muodostuivat terveydenhoitajien muistelemina, lopulta noin 20-25 jäsenisiksi, riippuen siitä kuinka paljon raskaana olevien kumppaneita ryhmään tuli. Toteutuneista ryhmäkokoontumisten osallistujamäärästä ei ole seurantatietoa.

Sisällöllisesti tapaamiset etenivät teemoittain, ensimmäisellä tapaamiskerralla aiheena oli synnytys, toisella kerralla imetys ja vauvan hoito sekä kolmannella kerralla vanhemmuus. Kolmannella tapaamiskerralla mukana oli perheneuvolantyöntekijä jonka vastuulla oli vanhemmuus teema. Perheneuvolan kanssa tehdyn yhteistyön päätyttyä toiminta oli supistunut kahteen synnytykseen

liite 12. sivu 3.

edeltävään tapaamiskertaan jolloin käsiteltiin synnytystä, imetystä ja vauvanhoitoa. Tulevat isät oli mahdollisuuksien mukaan eriytetty omaksi ryhmäksi yhdellä tapaamiskerralla. Menettelystä oli kuitenkin luovuttu toiminnan supistuttua kahteen tapaamiskertaan. Tulevat vanhemmat saivat tietoa Lapin keskussairaalan synnytysosastoon tutumisajankohdista, mihin heitä opastettiin itsenäisesti tapahtuvalle tutumiskäynneille.

Tukimateriaalina terveydenhoitajat käyttivät opetusvideoita synnytyksestä, imetyksestä ja vanhemmuudesta sekä piirtoheitinkalvoille tekemiään ja koulutuksista saatuja keskustelurunkoja. Toimintakeinoina käytettiin tietoisukujen ohella pienryhmäkeskusteluja. Asiakkaat saivat erilaisia painettuja Mannerheimin lastensuojelunliiton, väestöliiton sekä kaupallisten yritysten oppaita liittyen raskaudenaikaisiin terveystottumuksiin, imetykseen ja vauvanhoitoon.

Ryhmäneuvola tapaamisiin kutsuttiin kahdenkuukauden ikäisten ja 8-10 kuukauden ikäisten lasten perheet. Näitä ryhmäneuvola tapaamisia järjestettiin keskimäärin kerran kuukaudessa ja niiden ryhmäkoot olivat noin 15 henkilöä. Myös näihin tapaamisiin osallistui vain entisen kaupungin alueen perheet, toisin sanoen ne perheet, joiden terveydenhoitajat näitä ryhmätapaamisia järjestivät. Terveydenhoitajat siis tiedottivat ryhmien kokoontumisista omia asiakkaitaan ja tarjosivat mahdollisuutta osallistua 2 kuukauden ja 8-10 kuukauden ikäisten lasten perheille. Ryhmäneuvolatoiminta oli myös tauolla remontti-evakon ajan ja kyseisenä aikana jokainen Keskustanneuvolan terveydenhoitaja korvasi 2 kk ja 8-10 kk ryhmäkäynnit yksilökäynteinä. Viimeisen vuoden aikana toimintaa oli alettu supistaa ja perheneuvola samoin kuin suunterveydenhuolto oli vetäytynyt yhteistyöstä.

Kehittämistyön lähtötilanteen kaupunkistrategian mukainen visio Rovaniemestä oli kansainvälisen osaamisen ja kulttuurin keskus. Visiosta johdetut strategiset päämäärät olivat asukkaiden Rovaniemi, maakunnan Rovaniemi, kylien Rovaniemi ja yritysten Rovaniemi. Asukkaiden Rovaniemen päämääränä oli järjestää asukkailleen laadukkaat perus- ja muut hyvinvointipalvelut sekä tarjota asukkaille hyvät osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet kaupungin kehittämiseen. Kriittisinä menestystekijöinä strategiassa oli muiden tekijöiden ohella väestön hyvinvointi, ohjausjärjestelmän toimivuus, palvelujärjestelmän tuottavuus, henkilöstön osaaminen ja työkykyisyys sekä palvelutarpeita vastaava henkilöstömäärä ja rakenne. Arviointikriteerinä lasten, perheiden ja nuorten kohdalla strategiassa olivat lapsiperheiden toimeentulo jossa tavoitteeksi oli asetettu lapsiperheen tulotason nouseminen ja lapsiperheiden hyvinvoinnin paraneminen. Mittareiksi oli valittu toimineentulotukea saaneiden lapsiperheiden määrän tasoittuminen kaikkiin lapsiperheisiin suhteutettuna sekä korjaavien tukitoimien väheneminen vuoteen 2011 mennessä. Vaikuttavuustavoitteena kaupunkistrategiaan on kirjattu väestön hyvinvoinnin osalta ennalta ehkäisevän toiminnan painottaminen ja terveyden edistämisperiaatteen läpäisevyys kaikessa kunnallisessa toiminnassa. Väestön hyvinvoinnin vaikuttavuustavoitteissa keskeisessä osassa olivat kaupunkilaisten osallisuuden mahdollistaminen ja palvelutarpeiden selvittäminen tutkimuksen ja asiakaspalautteen avulla. (Rovaniemen kaupunki 2006a, 1,15-17.)

Kaupungin palvelusopimuksessa on vuodelle 2008 terveydenhuollon palvelukeskuksen tuottamina lapsiperheiden palveluina esitetty ryhmäkäyntejä 275 á 90 min, joiden ajatellaan kattavan Rovaniemeläisten lapsiperheiden lääkärin tai hoitajan ohjaamat terveydenhuollon ryhmäkäynnit. Esimerkkinä näistä mainitaan depressioryhmäkäynnit, painonhallinta - ja tupakasta vieroitusryhmät sekä perhevalmennus ja ryhmäneuvolakäynnit. Palvelusopimuksessa on esitetty sopimuksen tavoitteet ja arviointi. Vaikuttavuuden arviointikriteeriksi on määritelty varhaisen puuttumisen työvälineiden ja toimintamallien kehittäminen sekä asiakastyytyväisyys. Tavoite

liite 12. sivu 4.

tasona on perhepalvelukeskuksen toiminnan kehittäminen ja ennaltaehkäisevien työmuotojen käyttöönotto sekä asiakastytyytyvyyden hyvä taso. Näitä asioita on päätetty mitata eri seulontalomakkeiden käyttöönottona sekä asiakaskyselyinä ja -palautteina. (Rovaniemen kaupunki 2006a, 8-9.)

Palvelurakenteiden ja –prosessien näkökulmasta tavoitteena on lapsiperhepalveluiden sisäisen verkostoitumisen ja yhteistyön vahvistuminen muiden tavoitteiden ohessa. Verkostoitumisen tavoitteeksi on määritelty yhteistyön toimintakäytäntöjen selkiyttäminen joista esimerkkinä mainitaan neuvola-päivähoito-sosiaalityön yhteistyökäytännöt. Yhteistyön käytänteitä mitataan toimijoiden yhteistyönä tuotettujen yhteistyön mallintamisena. (Rovaniemen kaupunki 2006a, 8-9.)

Napero-hankkeen tavoitteena perhevalmennuksen kehittämisen lähtötilanteessa oli

- vanhempien ja perheiden omatoimisuuden edistäminen yhteistyöverkostojen ja keskinäisen vertaistuen syntymistä mahdollistamalla

- äitiys- ja lastenneuvolan, perhetyön, perheneuvolan, sosiaalityön, päivähoidon ja koulun yhteistyökäytäntöjä sekä perheiden osallisuutta vahvistavien työmenetelmien kehittäminen

- vahvistaa henkilöstön osaamista tiimityötaitoissa, ryhmien ohjaamisessa ja prosessin hallinnassa

(Rovaniemen kaupunki 2008, 4).

Uuden toimintamallin luomisessa merkittävänä ilmenee eri toimijoiden ja hanketyöryhmän välinen yhteistyö ja sitä kautta syntyneet vaikutukset uuden toimintamallin luomisessa. Keskeisessä roolissa oli Keskustan neuvolan työyhteisö. Yhteistyön palaute (Poikela 2005) mahdollistettiin Keskustan äitiys- ja lastenneuvolan toimijoiden kanssa säännöllisellä palaveri käytännöllä kehittämishankkeen alussa. Palautteessa keskeisenä ilmeni terveydenhoitajien perhevalmennuksen ryhmäohjaukseen osallistumisen pohtiminen, työnkuvaan liittyvät seikat sekä pitkäjänteiseen kehittämistyöhön sitoutuminen neuvolatyöyhteisössä. Keskusteluissa perhevalmennuksen kehittämistyöstä esiin nousivat kysymykset terveydenhoitajien työmääristä organisaation ja aikaresurssien näkökulmasta. Neuvolatyöyhteisössä käydyssä keskustelussa painottui ryhmänohjaamiseen käytettävästä työajasta puhuminen. Hankkeen tavoitteiden kautta yritettiin keskustelua virittää perheiden terveyden edistämisestä, vanhemmuuden voimavaraisesta lähestymistavasta ja asiakkaiden osallisuuteen liittyvistä kysymyksistä työn kehittämisen näkökulmasta sekä aiemmin opitun reflektointina. Hankkeessa kaivattiin neuvolatyöyhteisön aiempien kokemusten jäsentymistä osaksi muuttuvaa toimintaa ja resurssien säästöjen näkökulman pohtimista sitä kautta. Dialogia estävinä tekijöinä esiin nousivat kahden erilaisen perhevalmennustoimintakulttuurin väliset ristiriidat, jotka näkyivät yksilö- ja ryhmätoimintatapojen vastakkainasetteluna ja keskinäisenä vertailuna keskusteluissa. Sitoutumattomuus kehittämistyöhön ilmaistiin avoimesti, mikä toisaalta lisää arvioinnin luotettavuutta ja kertoo ympäristössä vallinneesta toimijoiden vapaudesta vaikuttaa tavoitetilana olevaan kehittämisensuuntaan (Remes 2006, 357-360). Hanketyöryhmä viritteli keskustelua erilaisten työnjaollisten mahdollisuuksien pohdintaan. Tuettiin etsimään erilaisia vaihtoehtoja terveydenhoitajien mahdollisuudesta valita osallistumisestaan ryhmätoimintaan. Työyhteisössä syntyi kuitenkin terveydenhoitajien keskuudessa yhteinen päätös siitä että kaikki terveydenhoitajat osallistuisivat perhevalmennusryhmien ohjaukseen. Lähtökohdaksi sovittiin että terveydenhoitajien perhevalmennukseen käyttämä työaika olisi sama kuin aiemminkin toteutettuun perhevalmennukseen käytetty aika eli kolme kertaa 2 tunnin ryhmät ennen synnytystä ja kaksi kertaa 2 tunnin ryhmää synnytyksen jälkeen. Toisin sanoen terveydenhoitajat osallistuisivat viidelle perhevalmennuskerralle keskenään vanhemmuuteen siirtymisen prosessin hahmottaminen näyttäytyi keskeisenä perhevalmennuksen kehittämisen tavoitetilaan pyrittäessä ja uutta toimintamallia yhteisöllisesti pohdittaessa. Niillä terveydenhoitajilla, jotka olivat toimineet työssään laajan perhetyön väestövastuuperiaatteen (Viljamaa 2003) mukaisesti, hoitaen sekä äitiys- että lastenneuvolatoimintaa näytti olevan helpompaa prosessimaisen työskentelyn hahmottaminen asiakasperheen näkökulmasta mikä tuki vanhemmuuteen siirtymisen hahmottamista pitkäkestoisena jatkumona ja sen mukaisista neuvolatyöhön kohdistuneista odotuksista. Heidän kehittämistyöhön liittyvä kyseenalaistamisensa näyttäytyi enemmänkin työaika resursseihin vetoamisena kuin vanhempainryhmätoiminnan vastakkain asettelemisena ja yksilökäynneille.

Monitoimijaisuuteen suhtauduttiin ristiriitaisesti. Aiemmat kokemukset yhteistyöstä mm perheneuvolan kanssa koettiin myönteisenä, toisaalta taas suunniteltu perhetyöntekijän osallisuus perhevalmennuksessa mietitytti. Epäröinti ilmeni puheessa perhetyöntekijän työpanoksen ja keskinäisen työnjaon pohdintana. Ryhmien valmistelu ja suunnittelu oli aiemmin tehty terveydenhoitajien keskinäisenä yhteistyönä ja nyt ryhmäkohtaisena työparina toimisikin perhetyöntekijä. Yhtäältä oltiin kiitollisia lisäresurssista, toisaalta koettiin että työparina tehtäviin ryhmienohjauksiin on oltava tarkka käsikirjoitus, josta ilmenee kunkin tapaamiskerran työnjako. Tässä asiassa terveydenhoitajia tuettiin etenemään asiakasryhmän ehdoilla ja keskustelemaan työparinsa kanssa luontevasti siitä mikä olisi kunkin työntekijän ammattiosaamisen huomioiden järkevää. Keskusteltiin myös työparin välisen reflektion hyödyntäminen

tä ryhmien ohjaamistilanteissa keskustelun tukemisen edistäjänä. Uuden toimintamallin luomisen yhteydessä työstiin hankkeessa ohjaajan opasta uuden perhevalmennustoiminnan ryhmäohjaajien tueksi. Osa terveydenhoitajista näki tarpeellisenä myös aiemman perhevalmennusmateriaalin uudistamisen. Aiemmin perhevalmennusta toteuttaneiden terveydenhoitajien kanssa läpikäytiin heidän käyttämänsä tukimateriaali ja valittiin yhdessä uuteen oppaaseen sähköisiksi työstiävät osiot. Uutta toimintamallia lähdettiin rakentamaan entisen perhevalmennuksen teemojen ympärille päivittäen niitä tavoitetilan mukaisiksi.

Kehittämistyötä estävistä ja edistävästä vaikutuksista työyhteisössä syntyi mielikuva että yhteisöllisellä kehittämisellä jo sellaisenaan oli ehkäisevä vaikutus vanhemmuuden tukemisesta ja asiakaslähtöistä perhevalmennustoiminnan kehittämisestä käytävään dialogiin ja yhteisölliseen reflektioon. Tämä näkyi perhevalmennustoiminnan kehittämispalaverissa toistuvasti tuotettuina huolina asiakasmäärien ylittymisestä ja työajan riittämättömyydestä sillä seurauksella että perhevalmennukseen käytettävää välittömän työajanmäärää laskettiin useita eri kertoja. Siitä huolimatta oltiin sitä mieltä että ryhmienohjaukseen kuluu liikaa työaikaa ja enemmän kuin aiemmin. Työyhteisössä oli aiemmin toimittu niin että puolet terveydenhoitajista ei käyttänyt lainkaan työaikaansa perhevalmennuksen ryhmienohjaamiseen ja toinen puoli käytti siihen kokonaistyöajastaan tuotteittain jaettuna 8%. (Karjalainen – Karvonen 2003, 16-17.) Mikä olisi se lähtökohta johon uutta toimintaa tulisi verrata? Verrataanko siihen että työaikaa ei ryhmämuotoiseen perhevalmennukseen käytetä lainkaan? Tulisiko silloin olla vertailunkohteena yksilötyössä kyseisten asioiden käsittelyyn käytetty aika ja miten arvioidaan tässä tapauksessa vertaistuen mahdollistumista asiakasnäkökulmasta? Vai tulisiko lähtökohtana olla Rovaniemen kaupungin neuvoloissa käytetty 2,3% kokonaistyöajasta. Tuolloin huomioon tulisi ottaa että myös entisen kaupungin neuvoloissa on ollut erilaisia käytäntöjä perhevalmennustoiminnan suhteen. Tavoitetilaan pyrkimistä estävinä vaikutuksina ilmenivät siis työyhteisön sisäiset työnjaolliset kysymykset, koettu ajan puute, kehittämistyön ulkoistaminen omaan työhön kuulumattomana ja passiivinen osallistuminen mikä ilmeni katkoksina vuorovaikutuksessa. Työnkehittämisen näkökulmasta tämä esiin nosti hallinnon roolin kehittämistoiminnan mahdollistajana.

Edistävinä tekijöinä terveydenhoitajien kehittämistoiminnassa ilmeni aiempi tuore kokemus ryhmäohjaustyöstä ja laajan perhetyönmallin mukainen samalle terveydenhoitajalle yhdistetty äitiys- ja lastenneuvolatyö. Edistävät vaikutukset näkyivät aktiivisempaan kannanottoon uuden toiminnan suunnittelussa, yhteistyönä materiaalityöstämisessä ja suunniteluun osallistumisena sekä aiemman perhevalmennustoiminnan reflektiona.

Perhevalmennustoiminnan kehittämisen näkökulmasta pohdittiin hanketyöryhmässä toisten lapsiperhetoimijoiden mukaan saamista ja sitä kautta monitoimijaisuuden sekä resurssien vahvistamista. Terveydenhoitajat olivat perinteisesti toimineet työpareina ryhmissä lukuun ottamatta perheneuvolan osallisuutta ja suunterveydenhuollon kanssa tehtyä yhteistyötä. Uutta toimintamallia lähdettiin luomaan paitsi keskustanneuvolan työyhteisön kanssa myös tulevan perhepalvelukeskuksen toimijoiden osaamista silmällä pitäen. Yhteistyökumppaneita lähdettiin hakemaan perinteisistä perhevalmennustoimijoista kuten perheneuvolasta ja suunterveydenhuollon osaajista mutta myös perhesosiaalityöstä ja päivähoidosta.

Napero-hankkeen keskeinen yhteistyökumppani perhepalvelukeskuksen työyhteisössä oli ehkäisevä perhetyö, joka kytkettiin luontevasti myös perhevalmennuksen kehittämistyöhön. Napero-hankkeen lähtökohtaisen toiminta-ajatuksen mukaisesti tavoiteltiin neuvolan, perhetyön ja päivähoidon perustyön kehittämistä ja yhteistyötä. Hankkeen suunnitteluvaiheessa lähtökohtana oli ollut perhetyön ja neuvolatyön yh

liite 13. sivu 3(5)

teistyön kehittäminen. Perhetyön aktiivinen panostus ja innostuneisuus yhteistyön kehittämiseen neuvolan kanssa ilmenivät aktiivisena osallistumisena ja erilaisten vaihtoehtojen punnitsemisena perhevalmennustoiminnan suunnittelupalaverissa, joita käytiin ehkäisevän perhetyön työyhteisössä. Perhevalmennustoimintaan osallistuminen nähtiin tuovan perhetyöhön promotiivisen työskentelyn näkökulmaa, jota perhetyön toimijat pitivät tärkeänä. Perhetyö on yleensä kohdennettua, tarvesidonnaista ja edellyttää perheen tuentarpeen olemassaoloa. Perhetyössä pidettiin perhevalmennukseen osallistumista tärkeänä myös perhetyönpalvelun tutuksi tuomisen näkökulmasta, sen toivottiin edistävän perheiden varhaista tukemista. Ajateltiin että perheillä olisi helpompi lähestyä perhevalmennuksen kautta tutuksi tulleita perhetyöntoimijoita myös mahdollisissa pulmatilanteissa. Uskottiin että perheiden sosiaalityöhön liittyvä tuen tarpeen ilmaiseminen näin helpottuisi.

Perhetyön toimijaresurssit huomioon ottaen on perhetyön osuus kehittämistyössä ollut ansiokasta ja heidän työpanoksensa arvokasta myös asiakasperheiden kokemana. Perhetyössä toimi arvioinnin ajankohtana neljä vakituista perhetyöntekijää, yksi määräaikainen työntekijä sekä johtava perhetyöntekijä, henkilöstöstä kolme on osallistunut perhevalmennusryhmienohjaamiseen terveydenhoitajien työpareina. Toimijoiden työaikaan liittyvät keskustelut hoiti yksikön lähiesimies, johtava perhetyöntekijä joka oli läsnä kaikissa suunnittelupalaverissa. Hän lupasi työnjaollisesti hoitaa asiat niin että perhetyön osallistuminen mahdollistuisi. Ehkäisevän perhetyöyksikkö sijaitsee perhepalvelukeskuksessa missä järjestetään Keskustan neuvolan perhevalmennusta. Ehkäisevä perhetyö palvelee koko Rovaniemen kunnan lapsiperheitä ja on osa perhepalvelukeskuksen toimijayhteisöä se on hallinnollisesti organisoitu perhesosiaalityön yksikköön joka on palveluorganisaatiossa sosiaalipalvelukeskuksessa.

Perhetyön työyhteisössä käydyissä kehittämispalaverissa asiakasperheiden näkökulma ilmeni keskusteluissa pohdintana ja reflektiona perhevalmennustoiminnan merkityksestä asiakkaille. Keskusteluissa esiin nousi toimintaan liittyvien mahdollisuuksien luomisen pohdinta. Pohdittiin että toiminnan avulla luodaan mahdollisuuksia asiakkaiden sosiaaliseen tukemiseen ja vertaiskontakteille sekä verkostoitumiselle. Tämä ilmeni puheessa asiakasperheiden elämäntilanteiden reflektiona ja raskauden aikaisen sekä vauvaperheiden arjen elämän näkökulman esiin nousemisena. Perhetyössä uuden toimintamallin luomisessa vaikuttavana edistävänä tekijänä puheissa ilmenivät odotukset toiminnan hyvinvointia tuottavasta merkityksestä perheille ja sitä kautta mahdollisuudet korjaavan työn vähenemiseen.

Keskusteluja käytiin myös alle kouluikäisten lasten kuntoutuksen toimijoiden kanssa, joihin kuuluu fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja puheterapeutti. Heidän osallistumisensa perhevalmennusryhmien ohjaukseen ei kuitenkaan mahdollistunut työajan riittämättömyydestä johtuen. He palvelevat koko kuntaa ja kokivat työaikaresurssinsa riittämättöminä vastaamaan alueen lasten korjaavaan työn tarpeeseen. Kuntoutuksen työryhmä toimii perhepalvelukeskuksessa ja sijoittuu hallinnollisesti palveluorganisaatiossa terveydenhuollon palvelukeskukseen.

Perhepalvelukeskuksessa toimii myös perheneuvola, joka tuottaa palveluita kaikille Rovaniemeläisperheille. Perheneuvolan panos ja palaute edisti selkeästi perhevalmennuksen kehittämistä. Työyhteisössä suhtauduttiin innostuneesti yhteistyöhön mikä ilmeni yhteisenä suunnitteluna heidän osuudestaan perhevalmennuksessa. Perheneuvolasta saatiin myös arvokasta tukea ja kannanottoja koko perhevalmennusprosessiin liittyen. He kommentoivat ohjaajanoppaan tekstejä ja antoivat sen suunnitteluun arvokasta tukea ja näkökulmaa. Kehittämistyötä edistävät vaikutukset ilmenivät vanhemmuuteen siirtymisen ja sen vaihteellaisen, prosessimaisen hahmottamisen näkökulman vahvistumisena mitä työyhteisö piti tärkeänä. Perheneuvolan kanssa käydyissä keskusteluissa ilmeni niin ikään asiakkaiden näkökulman pohtimi-

liite 13. sivu 4 (5)

nen joka yhdistyi aiempiin kokemuksiin perhevalmennustoiminnasta. Kehittämispalavereissa keskusteltiin oman ammattikunnan roolin oikea aikaisuudesta suhteessa perheiden tarpeisiin. Keskusteluissa ilmeni perheen kehitysvaiheeseen ja vauvan ikään liittyvien tarpeiden sekä haasteiden pohtiminen. Pohdittiin missä vaiheessa perhevalmennusta juuri perheneuvolan osaaminen palvelisi parhaiten ensi kertaa vanhemmiksi tulevia.

Suunterveydenhuollon työntekijät suhtautuivat niin ikään innostuneesti kehittämistyöhön ja lähtivät mukaan toimintaan mieluusti. Heidän toiveena oli tietoisuustyypinen toiminta ja heille varattiin prosessin kuudennelle tapaamiskerralle puol tuntia käytettäväksi informaation jakamiseen lapsen sekä perheen suunterveydestä ja hampaiden hoidosta liittyviin asioihin.

Rovaniemellä kehitetään aktiivisesti sosiaalityön palveluita mikä näkyi uuteen perhepalvelukeskukseen sijoitetulla perhesosiaalityöyksiköllä. Perhesosiaalityöyksikössä toimii kolme sosiaalityöntekijää, kaksi perhesosiaalityöntekijää sekä johtava perhesosiaalityöntekijä. Heidän tehtäviinsä kuuluu pääasiassa lastenvalvojan tehtävät, isyyden tunnistamisineen ja ero tilanteissa erilaisten sopimusten laatiminen. Perhesosiaalityöntekijät auttavat myös univaikeuksista kärsiviä vauvaperheitä järjestämällä heille unikoulupalvelua kun lapsen unirytmä vaikeuttaa perheen jaksamista. Perhesosiaalityötä kehitetään ehkäisevän sosiaalityön suuntaisesti varhaisen tuen saannin mahdollistamiseksi. Perhesosiaalityöntekijät lähtivät perhevalmennukseen mukaan toimintaan informaatioisku-tyyppisen osallistumisen kautta. Prosessin toisella tapaamiskerralla jokainen perhesosiaalityöntekijä käy vuorollaan kertomassa työstään. Taustalla on ajatus perhepalvelukeskuksen toimijaverkoston ja lapsiperhepalveluiden tutuksi tuomisesta asiakkaille. Perhesosiaalityöntekijöiden toiminnassa perhevalmennustoiminnan kehittämisessä ilmeni yhteisöllinen perheverkostona toimimisen arvostaminen ja vastuunkanto perhepalveluiden järjestämisestä yhteisesti eri toimijoiden kanssa. Heidän toimintansa ilmenemistä voisi kuvata sanonnalla ”jokainen kantaa kortensa kekoon”.

Napero-hankkeessa samanaikaisesti kehitteillä ollut avoinryhmätoiminta, joka muodostui sittemmin avoimeksi päiväkotitoiminnaksi, suunniteltiin hanketyöryhmässä alun pitäen toimivan eräänlaisena jatkumona perhevalmennusryhmille. Kyseiseen toimintaan suunniteltiin tietyllä viikoppäivälle erityisesti vauvaperheille suunnattu ryhmä. Lisäksi ajateltiin että päivähoitoasioita olisi hyvä käsitellä perhevalmennusryhmissä kun lapsi alkaa lähestyä yhden vuoden ikää. Niinpä päädyttiin järjestelyyn jossa Napero-hankkeessa toimiva lastentarhanopettaja toimisi luontevana työparina terveydenhoitajalla perhevalmennuksen viimeisellä tapaamiskerralla jolloin lapset ovat 8-10 kk ikäisiä. Avoinpäiväkotitoimi niin ikään perhepalvelukeskuksessa. Päivähoidon toimijoiden osalta keskustelua perhevalmennustoimintaan osallistumisesta ei vielä tässä vaiheessa käyty. Perhevalmennuksen alueellisen kehittämisen ajatuksena on toiminnan siirtyessä muihin Rovaniemen neuvoloihin että lastentarhanopettajan rooliin tulisi alueellisen päivähoitoyksikön henkilö. Tässä vaiheessa hyödynnettiin hankkeessa toimivaa lastentarhanopettajaa, joka toisaalta oli varsinaisesta työstään Rovaniemen kaupungin lastentarhanopettajan virastaan virkavapaalla kehittämistyössä.

Uuden perhevalmennuksen toimintamallin luomisessa merkittäväksi muodostui myös yhteistyö toisten vastaavien hankkeiden kanssa. Kehittämistyön ympärille syntyi eräänlainen kehittämistekoihin ja -tuloksiin vaikuttanut verkosto (Kuvio 7), jossa käytiin vilkasta vuoropuhelua perhevalmennuksen kehittämisestä, sen esteistä ja onnistumisista sekä ideoista. Yhteistyö Rovaniemellä toimineen Varpu-hankeen kanssa oli Napero-hankkeen toiminnassa keskeisessä roolissa. Olihan kyseisen hankkeen aikana koulutettu Rovaniemelle huolen puheeksi - menetelmään työntekijöitä laajalti ja Napero-hankkeen yhtenä tavoitteena oli jatkaa Varpu-menetelmien käyttöönoton edistämistä lapsiperhepalveluissa. Tämä ilmeni jo opittujen menetel-

liite 13. sivu 5.

mien kuten ennakoitdialogi-menetelmän luontevana käyttönä soveltaen sitä myös Napero-hankkeen kehittämistyön suunnittelussa ja arvioinnissa. Toisaalta Rovaniemen verkostokonsulttiryhmä oli tuttu ja heistä useat toimivat lasten ja perheiden parissa joten myös sitä kautta syntyi ajatusten ja kokemusten vaihtoa perhevalmennuksenkin kehittämistyöstä.

Lapaset Perheverkosto - hanke Helsingissä oli mielenkiintoinen yhteistyökumppani. Kyseisestä hankkeesta Ulla Lindqvist kävi Rovaniemellä tutustumassa perhepalvelukeskukseen vuoden 2007 alussa ja tapaamassa Napero-hanketyöryhmää. Syntyi mielenkiintoista kokemusten vaihtoa. Lapaset perheverkosto-hankkeessa on myös uudistettu perhevalmennusta ja he olivat työstäneet materiaalia, jota saimme käyttöömmä ja jota pystyttiin muokkaamaan Rovaniemen perhevalmennustarpeita ajatellen. Vertailtuamme kokemuksiimme perhevalmennuksen kehittämistyössä huomasimme että hyvin samansuuntaisia haasteita oli kehittämistyössä niin Helsingissä kuin Rovaniemelläkin. Keskeisenä esiin nousi äitiys – ja lastenneuvolatoimijoiden motivointi kehittämistyöhön ja niiden toimijoiden motivointi ryhmänohjaamiseen jotka työssään olivat tottuneet yksilötyöhön tai vastaanottotyöhön. Saimme hanketyöryhmänä Ulla Lindqvistiltä kannustusta siitä että olimme alun alkaen lähteneet suunnittelemaan perhevalmennustamme perhetyöntekijän ja terveydenhoitajan työparina toimimiselle (Stakes 2006 sosiaaliportti.fi).

Merkittävänä hankekumppanina ja ”benchmarkkaajana” toimi myös Vantaan kaupungin ja HYKS-sairaanhoidon alueen yhteinen mielenterveyshankkeen ja päihdehuollon kehittämishanke Sateenvarjo-projektin neuvolatyötä koskeva osaprojekti. Neuvola sateenvarjo osaprojektin tavoitteena on tukea terveydenhoitajia tunnistamaan synnytyksen jälkeinen masennus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja mahdollistaa kevyemmät interventiot sekä turvata lapselle mahdollisimman hyvät kehitys- ja kasvuolosuhteet. Neuvola sateenvarjo osaprojektin vastuuhenkilön Sirpa Kumpuniemen kanssa käytiin vuoropuhelua raskauden aikaisesta – ja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta sekä herkistymisestä. Kumpuniemen työkokemus vauvaperhetyössä ja kehittämisyhteistyö neuvolatoimijoiden kanssa vahvisti käsitystä ehkäisevän työn merkityksestä. Hän antoi arvokasta palautetta masennuksen käsittelystä perhevalmennuksessa.

Lapin keskussairaalan (LKS) kanssa sovittiin synnytyssairaalaan tutumiskäynnistä ryhmänä. Oppilaitosten kanssa käyty vuorovaikutus liittyi lähinnä laitosten edustajien läsnäoloon ohjausryhmässä. Omassa puheessani terveyden edistämisen opintojen ohjaamiskeskusteluissa ilmeni ristiriitaa käytännön kehittämistyön ja opiskelun yhteensovittamisen näkökulmasta. Ohjauskeskusteluissa omassa puheessa esiin nousi kokemus neuvolan työyhteisön sitoutumattomuudesta terveyden edistämisen voimavaraiseen ja asiakkaat osallistavaan perhevalmennuksen kehittämiseen. Ohjauskeskusteluissa tämä esiintyi kriittisenä terveyden edistämisen johtamisen sekä muutoksen johtamisen puheena. Lapin Yliopiston arvioinnin perusopintoihin osallistumisen myötä perhevalmennuksen kehittämisen arviointiin liittyvät asiat nousivat omassa puheessa entistä enemmän esiin hanketyöryhmän sekä kehittämistyön verkoston toimijoiden kanssa käydyissä keskusteluissa.

Asiakkaiden ja toimijoiden alustavasti luokiteltu haastatteluaineisto liite 14. 1(6)

**Asiakkaiden kokemukset omista vaikuttamismahdollisuuksista
perhevalmennuksen toimivuuteen:**

Alustava aineiston luokitus vaikuttamismahdollisuuksista (5 haastattelua/ 9 henkilöä/
4 miestä, 5 naista) poimittavissa yhteensä 27 havaintoa, joista esimerkkejä alla;

15 havaintoa liittyi koettuihin vaikuttamisen tapoihin

Koettiin että asioiden käsittelyyn pystyi vaikuttamaan **ilmaisemalla mielipiteensä
kysyttäessä ja itse kysymällä;**

”on kysytty ja on voinut vaikuttaa, mielipide on huomioitu”

”kysyttiin että haluatteko tehdä ryhmässä vai tehdäänkö yhdessä”

”oli mahdollisuus kun sai kysyä ja kuuli toisten kysyvän”

Koettiin että **osallistumalla keskusteluun** on voinut vaikuttaa käsiteltäviin asioihin

”voitiin keskustelunpohjalta vaikuttaa”

”keskustelun pohjalta pystyi vaikuttamaan;

kun kysyi niin keskusteltiin”

Ryhmässä kyselyyn vastaamalla ja antamalla kirjallista palautetta

koettiin että vaikutettiin asioihin:

”kysely jossa kysyttiin mistä asioista halutaan keskustella ja niistä
keskusteltiin”

”antamalla palautetta voi kehittää”

”ryhmässä saatiin päättää mitä asioita haluttiin”

Valitsemalla osallistumiskerrat

ennakko tiedon perusteella voitiin valita itselle tärkeät asiat:

”etukäteen ollut tieto siitä mitä asioita tapaamiskerralla käsitellään voi
halutessaan jäädä pois”

12 havaintoa koettuihin vaikuttamismerkityksiin liittyen;

Vaikuttamisen mahdollisuuteen liittyi **koettu merkitys asiakkaan
arvostamisesta;**

”..yllättyi kun kysyttiin, että voikin vaikuttaa”

”ajatuksena oli ja pitää ollakin että kuullaan asiakkaita”

Vaikuttamismerkityksissä esiin nousi myös **koettu epävarmuus vaikuttamisen seurauksista**;

”ei aina oikein tiedä mihin kannattais vaikuttaa...”

”...aluksi kysyttiin ja niitten pohjalta kenties muutettiin...”

”vauvan hoito...pitkä lista asioita kun ei ollut miettinyt mitä asioita voisi olla tarjolla...”

”tunne jäi että osittain kuunneltiin mutta perusrunko taustalla”

”pitää olla asioita joita tuodaan esille (asiakkaiden kysymättäkin)”

Vaikuttamismerkityksissä esiin nousi myös **koettu yhteisöllisyyden merkitys**:

”oli merkitystä sillä että sai kysyä ja kuuli toisten kysyvän niitä asioita jotka askarruttaneet itseäkin”

”aluksi jännittää kysyminen, vauvatapaamiset vapautuneempia, uskaltaa paremmin kysyä kun luottaa jo omiin tietoihin, taitoihin ja mielipiteisiin

Asiakkaiden mukaan perhevalmennuksessa tulisi kehittää seuraavia asioita.

Yht. 79 havaintoa. Vastaukset alustavasti luokiteltu seuraavasti; (luokituksen tukena otteita alkuperäishavainnoista)

Tiedottamisen tehostaminen

”... epävarmoja että onko perhevalmennusta (vauvaryhmät)”

”.. olisi hyvä jos olis ilmotettu (vauvaryhmistä)”

”... tiedottamista voisi parantaa”

Vertaistuen lisääminen

”... mukavampaa olla yhdessä raskaana ja kasvattaa lasta kun tietää että on muitakin”

” tärkeää että tulisi useita perheitä...”

Tapaamiskertojen tihentäminen/ lisääminen

”... ajoitusta pitäisi miettiä (tapaamiskerrat harvassa) edellisen ja viimeisen tapaamisen väli 4 kk”

”harvakseltaan tapaamiset ei tukeneet ryhmäytymistä”

” nyt kaipaisi enemmän tapaamisia kun vauva on isompi ja enemmän asioita joista keskustella” (isän kommentti!)

”enemmänkin jälkivalmennuskertoja (synnytyksen jälkeen)”

Perhevalmennuksen laajentaminen

”... hyvä että järjestetään vaikka olisi toinen lapsikin tulossa koska perhe muuttuu kun tulee useampia lapsia”

”... uudelleen vanhemmaksi tuleminen ja kahden lapsen kanssa perheessä elämiseen perhevalmennusta”

”monet ystävät jotka on toisen neuvolan asiakkaita ei ole tätä saaneet ja nekin olisi halunneet tulla”

”useammalle perheelle tulisi tarjota...”

”miten saada ihmiset motivoitua synnytyksen jälkeisille kerroille”

Vierailijakäyntien kehittäminen

”synnytyssalista voisi olla kättilö antamassa tietoa”

”joku äiti voisi olla kertomassa niistä tunteista, että ei tunne että olenko tyhmä kun itken vaan että se on osa asiaa että on herkkänä”

”nuori äiti (vierailijana) niin asiat on erilaisia kokemuksena”

”ihopiste info voisi kiinnostaa lapsen syntymän jälkeen”

Tutustumiskäyntien kehittäminen

”yhdessä tutustumiskäynti avoimeen pk, madaltaisi kynnystä lähteä itsenäisesti”

”yhteisiä tutustumiskäyntejä lapsiperhetoimintoihin, srk, MLL”

Tietosisällön kehittäminen

”synnytyksen lähestymisestä kirjallinen ohje”

”vauvan uniasiat”

”kestovaipoista ja kantoliinoista muista vaihtoehtoisista hoitovälineistä voisi mainita”

”konkreettiset kotiasiat, kuinka paljon vaippoja pitää ostaa, minkälaisia välineitä tarvitaan tuttipullojen pesuun...”

”tietoa tunteisiin liittyvästä tuesta synnytyksen jälkeen kotona”

”tietoa synnytykseen liittyvistä alakuloisuuden tunteista”

Vauvanhoito- /imetys asiat

”imetysinfo vaikeaa ilman lasta”

”kun ei ole lasta niin vaikea harjoitella lapsen käsittelyä”

”vaikea sisäistää asioita (imetys) kun vauvaa ei vielä ole”

Perhevalmennuksen kehittämistyön palaverissa läsnä 15 toimintaan osallistunutta toimijaa, neuvolasta, perheneuvolasta, perhetyöstä ja perhesosiaalityöstä. Lähtökohtana esiteltiin asiakkaiden esittämät kehittämistarpeet pyydettiin osallistujia pienryhmässä keskustelemaan miten on voinut/ voisi omalla toiminnalla kehittää perhevalmennustyötä asiakkaitten kehittämistarpeet huomioiden

Aika: 29.11.2007 klo 14–16

Paikka: Avoin päiväkot

Tiedottamisen tehostaminen

- tehtävien jako selkeyttänyt kutsujen jakamista
- miten tavoitetaan tukea tarvitsevat perheet jotka eivät osallistu perhevalmennukseen?

Vertaistuen lisääminen

- huolestutti; miten tukea ryhmäytymistä ja ryhmän jäsenten sitoutumista? jaksavatko asiakkaat pitkän prosessin?
- ryhmäyttämiseen toivottiin tukea esimiehiltä

Tapaamiskertojen tihentäminen/ lisääminen

- työaika ja resurssit ovat vähäiset
- valmistelu vie aikaa
- tilojen järjestelyyn pitäisi olla enemmän aikaa

Perhevalmennuksen laajentaminen

- Vauvaryhmät tulisi olla mahdollisia muillekin kuin vain perhevalmennuksen asiakkaille
- ylityöt ja väsyminen huolenaiheina
- esimiehiltä toivottiin hyvitystä tehdystä iltatyöstä
- huolena oli perhetyöntekijöiden riittämättömyys
- kuka pitää asiakkaat hanskassa kun toimintakenttä laajenee → toiminnan koordinointi huolestutti
- huolena; miten huomioidaan uudelleen synnyttäjät
- huolena; työntekijää ahdistaa pitkä valmennusprosessi
- teemaiskujen lisäämistä toivottiin kehitettävän avoimena; synnytyksen jälkeiset ryhmät avoimena teemapäivinä (esim. avoimessa päiväkodissa)