



Tuulikki Vehko
Miia Artama
Jutta Pulkki
Ilmo Keskimäki
(toim.)

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2009

Tutkimuspaperit

© Kirjoittajat ja THL

Taitto: Tuulikki Vehko

Yliopistopaino
Helsinki 2009

Tervetuloa Terveydenhuoltotutkimuksen päiville

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät järjestetään 22.–23.10.2009 Tampereella ja tämä julkaisu sisältää päiville hyväksytyjen tutkimuspapereiden lyhennelmät.

Yleinen keskustelu terveydenhuoltoon liittyvistä kysymyksistä on moninaista. Avoimesti ollaan sitä mieltä, että odotukset terveydenhuollon palveluita kohtaan ovat kasvaneet, väestön ikääntyminen lisää palvelujen käyttöä, terveydenhuollon henkilöstön saatavuus sekä työhyvinvoinnin lisääminen ovat kriittisiä menestystekijöitä terveydenhuollossa, ja lisäksi monikanavaisen rahoituksen on tunnistettu aiheuttavan uhkia suomalaiselle terveydenhuollolle. Myös vaikuttavuustieto terveydenhuollon toimenpiteistä on tunnistettu puutteelliseksi ja vaihtelevasti omaksutuksi. Näiden ilmiöiden rinnalla tapahtuva terveydenhuollon pirstaloituneisuus muodostaa uhan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävien hoito- ketjujen jatkuvuuden toteutumiselle. Osittain terveydenhuollon ulkopuolella tapahtuvat väestöstrategiaan pohjautuvat edulliset, yksinkertaiset ja vaikuttavat interventiot jäävät toteuttamatta – eikä niitä ole tutkimuksen keinoin suomalaisessa yhteiskunnassa kaikilta osin tunnistettukaan.

Mitä sanottavaa tutkimuksella on terveydenhuollon uusissa haasteissa ja ikäsuosongelmissa? Terveydenhuoltotutkimuksen moninaisuus näkyy päivien ohjelmassa: tutkimuspapereiden lyhennelmät koskevat lääketutkimusta, lisääntymisterveyttä, terveyden edistämistä terveydenhuollossa ja työttömien ja epätyypillissä työsuhteissa olevien terveydenhuoltoa. Terveydenhuollon henkilöstökysymystä lähestytään kahdelta taholta niin johtamisen ja palvelujärjestelmän kehittämisen kautta kuin terveydenhuollon henkilöstöä ja työvoimaa koskevien tutkimusasetelmien avulla.

Terveydenhuoltotutkimuksen päivien yleisesitelmässä keskustellaan siitä, onko suomalainen terveydenhuolto ajautumassa kriisiin. Entä mitä tapahtuu perusterveydenhuollossa, onko se kriisissä vai rakennemuutosten ja sukupolvenvaihdosten edessä. Lisäksi esitellään skenaarioita siitä, mitä tapahtuu kunnallisessa terveydenhuollossa 2010-luvulla. Toisena teemana on terveydenhuoltojärjestelmien tuottavuuden lisäämisestä kertovat kansainväliset esimerkit. Terveydenhuoltotutkimuksen toisena päivänä järjestetään jatko-opintokurssi teemasta "Terveydenhuollon kansainvälinen vertailu: järjestelmien, terveystalouden ja taloudellisen terveysturvan rakenteet."

Terveydenhuoltotutkimuksen päivien 2009 -seminaarin järjestäjinä toimivat Tampereen yliopiston Terveystieteen laitos, Doctoral Programs in Public Health -tutkijakoulu, Sosiaalilääketieteen yhdistys sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toivomme, että Terveydenhuoltotutkimuksen päivät ja tässä kirjassa esitetyt tutkimusraporttien lyhennelmät antavat kuvan suomalaisesta terveydenhuoltotutkimuksesta ja herättävät uusia ajatuksia siitä, millaista terveydenhuoltotutkimusta 2010-luvulla tarvitaan.

Tervetuloa Terveydenhuoltotutkimuksen päiville!

Järjestäjien puolesta,
Tuulikki Vehko, TtM, tutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sisällys

Tervetuloa Terveydenhuoltotutkimuksen päiville

Ohjelma.....	6
Tutkimuspaperit Torstai 22.10.2009 klo 12.30–14.00 A–E.....	8
A. Terveyden edistäminen terveydenhuollossa, kenelle, miksi ja miten? (osa I).....	8
Väestön terveyden edistämistäktiivisuus – menetelmätutkimus terveyskeskuksissa.....	9
Aiemmin saatu elintapaohjaus ja siihen yhteydessä olevat tekijät korkeassa tyypin 2 diabetesriskissä olevilla henkilöillä.....	10
Aktivoivat ohjausmenetelmät ja etävastaanotto ryhmäohjauksessa.....	11
Väestön terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008.....	12
B. Johtaminen ja palvelujärjestelmän kehittäminen.....	13
Länsi-Euroopan OECD-maiden ja USA:n terveydenhuoltojärjestelmät ja terveydenhuoltomenot – Vertailu ja kustannusten mallintaminen.....	14
Vastuu, esimiesasema ja toimenkuva johtajan toimintakentässä julkisessa erikoissairaalassa.....	15
Hoivan ja hoidon lähijohtaminen.....	16
Hyvän perusterveydenhuollon johtamisen avaimet -tutkimushanke.....	17
C. Lisääntymisterveyden jaos (osa I).....	18
Perhesynnytys keisarileikkauksella.....	19
Vaihevuosioreiden esiintyvyys ja yhteydet elintapoihin.....	20
Naisten elintavat, liikunta ja kroonisten sairauksien ehkäisy – Elli-hankkeen esittely.....	21
D. Vapaan tarjonnan perusteella.....	22
Terveydenhuollon ammattilaisten aikomukset toteuttaa hoitosuosituksia – teoriaan perustuva kyselytutkimus.....	23
Sepelvaltimoiden pallolaajennukseen tai ohitusleikkaukseen johtaneet hoitoketjut – huomioidaanko potilaan diabetes?.....	24
Diabeetikoiden kuolleisuus Suomessa 1996–2007.....	25
Terveydenhuollon priorisointi 2020 – Delfoi.....	26
E. Vapaan tarjonnan perusteella.....	27
Isän rooli äitiysneuvolan vastaanoton vuorovaikutuksessa.....	28
Asiakkaan psykososiaalinen tukeminen hyvinvointineuvolassa.....	29
Terveyserojen taustatekijöitä diakoniatyön näkökulmasta.....	30
Tutkimuspaperit Torstai 22.10.2009 klo 14.30–16.00 F–J.....	31
F. Terveyden edistäminen terveydenhuollossa, kenelle, miksi ja miten? (osa II).....	31
Nuorten terveystaju nikotiiniriippuvuudessa.....	32
Järjestelmällinen katsaus: vaikuttavat lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia edistävät käytännöt ja menetelmät.....	33
Monitahoinen yhteistyö lasten painonhallinnassa.....	34
G. Työttömien ja epätyypillisissä työsuhteissa olevien terveydenhuolto.....	35
Työterveysneuvonta-toimintamallin kehittäminen perusterveydenhuollossa.....	36
Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut osana perusterveydenhuoltoa.....	37
Työterveyshoitajana työttömälle, mutta miten?.....	38
Työkykyarviointiin lähetettyjen pitkäaikaistyöttömien tyypittely.....	39

H.	Henkilöstö ja työvoima	40
	Ulkomaalaisten terveysalan ammattilaisten liikkuvuus ja sijoittuminen Suomessa.....	41
	Terveyskeskuslääkäreiden työssä kokema mielekkäisyys ja näkemyksiä perusterveydenhuollon palveluiden tulevaisuudesta.....	42
	Hyvintointi vahvistuu Aslak-kuntoutuksessa.....	43
I.	Lääketutkimuksen jaos	44
	Diabetes ja depressio: depressiolääkkeiden käytön kehitys diabeetikoilla 1997–2007.....	45
	Lonkkamurtumapotilaiden osteoporoosin lääkehoito ja kuolleisuus	46
	Raskaudenaikainen lääkkeiden käyttö ja sen vaikutukset syntyneen lapsen terveyteen – Lääkehoito ja raskaus -hankkeen tuloksia.....	47
	Prequisites/rate limiting steps of community randomized vaccination effectiveness trials	48
J.	Lisääntymisterveyden jaos (osa II)	49
	Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa: palvelutarjonnan laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät.....	50
	Impact of prophylactic vaccination with a quadrivalent hpv6/11/16/18 of initially 16–18 year old females on quality of life: a 5-year follow-up study	50
	Impact of brief sexual health education on risk-taking behaviour among urban adolescents	52

Ohjelma



Terveydenhuoltotutkimuksen päivät koostuvat tutkimusseminaarista (22.10.)
ja jatko-opintokurssista (23.10.2009):

9.00–9.30	Ilmoittautuminen ja kahvi
9.30–9.40	<i>Terveydenhuoltotutkimuksen seminaarin avaus</i> Sosiaalilääketieteen yhdistyksen puheenjohtaja Aini Ostamo
9.40–11.30	Onko terveydenhuolto nyt/taas ajautumassa kriisiin? – pohdintoja edellisen laman ja nousukauden arvioiden pohjalta Juhani Lehto, Tampereen yliopisto
	Perusterveydenhuolto – kriisissä vai rakennemuutosten ja sukupolvenvaihdosten edessä? Simo Kokko, THL
	Kunnallinen terveydenhuolto 2010-luvulla Liisa-Marja Voipio-Pulkki, Kuntaliitto
11.30–12.30	Lounas
12.30–14.00	RINNAKKAISSESSIOT A–E
	A) Terveyden edistäminen terveydenhuollossa, kenelle, miksi ja miten? (osa I) Timo Ståhl, THL
	B) Johtaminen ja palvelujärjestelmän kehittäminen pj. Elina Viitanen, Tay
	C) Lisääntymisterveyden jaos (osa I) pj. Mika Gissler, THL ja Reija Klemetti, THL
	D) Vapaan tarjonnan perusteella pj. Juhani Lehto, Tay
	E) Vapaan tarjonnan perusteella pj. Kristiina Manderbacka, THL
14.00–14.30	Kahvi
14.30–16.00	RINNAKKAISSESSIOT F–J
	F) Terveyden edistäminen terveydenhuollossa, kenelle, miksi ja miten? (osa II) Timo Ståhl, THL
	G) Työttömien ja epätyypillisissä työsuhteissa olevien terveydenhuolto pj. Pekka Virtanen, Tay
	H) Henkilöstö ja työvoima pj. Lea Henriksson, Tay
	I) Lääketutkimuksen jaos pj. Miia Artama, THL
	J) Lisääntymisterveyden jaos (osa II) pj. Mika Gissler, THL ja Reija Klemetti, THL
16.00–17.00	Increasing the productivity of health care systems – some international examples Ellen Nolte, RAND Europe

International comparisons in health services research: Comparing health systems, policies and health related social protection

Terveydenhuollon kansainvälinen vertailu – järjestelmien, terveystieteiden ja taloudellisen terveysturvan rakenteet

Aika: 23.10.2009

Paikka: Tampereen yliopisto, Pinni B

Järjestäjät: Sosiaalilääketieteen yhdistys ry, Tampereen yliopiston terveystieteen laitos, DPPH tutkijakoulu, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

9.15–9.20	Opening and welcome - Ilmo Keskimäki
Session I	Chair: Ilmo Keskimäki, University of Tampere & THL
9.20–10.10	Learning from international experience? Approaches to cross-national comparisons of health policies and health systems Ellen Nolte, RAND Europe
10.10–10.50	International comparison of health systems performance Unto Häkkinen, THL, National Institute for Health and Welfare
10.50–11.10	Break
11.10–11.50	Putting Finland in the context – Assessing Finnish health care from the perspective of Value-based health care Juha Teperi, Ministry of Social Affairs and Health
11.50–12.30	Theoretical approaches for international health systems comparisons Juhani Lehto, University of Tampere
12.30–13.30	Lunch/Lounas
Session II	Puheenjohtaja: Pekka Rissanen, TaY
13.30–14.10	EU:n vaikutus eurooppalaisiin terveydenhuoltojärjestelmiin Meri Koivusalo, THL
14.10–14.50	Terveys ja sosiaaliset mahdollisuudet: Kansainvälinen vertailu Robert Hagfors, KELA
14.50–15.10	Tauko
15.10–15.50	Terveyserojen kaventamispolitiikat Euroopassa Hannele Palosuo, THL
15.50–16.20	International Network on Health Policy Reforms -verkoston web-siten esittely Lauri Vuorenkoski, THL
16.20–16.30	Terveydenhuoltotutkimuksen päivien päätöspanat Pekka Rissanen, TaY

Ellen Nolte has recently joined RAND Europe as their new Director Health and Healthcare, previously senior lecturer at the London School of Hygiene & Tropical Medicine. Her research interests are in the systematic analysis of health systems across Europe, international comparisons in the health sector, and health system performance assessment. She has published widely in areas of relevance to policy-making in the European Union and elsewhere. She is leading on a project that provides an 'on-call facility for international healthcare comparisons' for the English Department of Health and, while at the London School of Hygiene and Tropical Medicine has been presented with the prestigious Career Scientist Award by the National Institute for Health Research, England, to undertake a five-year research programme into chronic diseases. Ellen holds a PhD from London University and a master's degree in public health (MPH).

Tutkimuspaperit
Torstai 22.10.2009
klo 12.30–14.00
A–E

Sessio

- A. Terveyden edistäminen terveydenhuollossa, kenelle, miksi ja miten?
(osa I)**

Väestön terveyden edistämisaktiivisuus – menetelmätutkimus terveyskeskuksissa

Lotta Alho, LuK, THL; Vesa Saaristo, FM, THL; Timo Ståhl, TtT, THL; Matti Rimpelä LKT, THL

Tutkimuksessa sovelletaan väestön terveyden edistämisaktiivisuuden (VTEA) tulkintakehystä koko maan terveyskeskuksille (N=231) syksyllä 2008 tehdyn kyselyn (Rimpelä ym. 2009, vastausprosentti 82) aineistossa. VTEA kuvaa organisaation toimintaa vastuuväestöjensä terveyden edistämiseksi kuudesta näkökulmasta: sitoutuminen väestön terveyden edistämiseen, johtaminen, väestön terveyden seuranta, yhteiset käytännöt, voimavarat ja osallisuus. Viitekehyksen kuudetta ulottuvuutta, osallisuutta, ei kyselyssä selvitetty, koska sitä kuvaavia toimintoja ei terveyskeskuksista löydetty. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää viiden ensin mainitun ulottuvuuden mittaamista ja tunnuslukuja terveyskeskuksen aktiivisuudesta ja kyvystä kuntalaisten terveyden edistämiseen.

Kyselylomake oli rakennettu harkinnanvaraisesti VTEA-viitekehyksen mukaan. Perustulostuksen jälkeen valittiin ulottuvuuksia mittamaan harkinnanvaraisesti parhaiten toimineet kysymykset. Muuttujaryhmien yhtenäisyyttä tarkasteltiin Cronbachin alfan avulla. Neljän ensin mainitun ulottuvuuden kysymyksistä muodostettiin korrelaatioanalyysien perusteella osasummamuuttujia. Seuraavaksi laskettiin jokaisen terveyskeskuksen pistemäärän prosenttiosuus kyseisen osasummamuuttujan maksimiarvosta. Kutakin neljää ulottuvuutta kuvasi sen osioiden keskiarvo, joka voidaan tulkita terveyskeskuksen saavuttamaksi prosenttiosuudeksi kyseisen ulottuvuuden tavoitearvosta. Voimavarojen summamuuttuja muodostettiin terveydenhoitajien ja lääkäreiden henkilöstömitoituksista. Ensimmäisen neuvoloiden ja koulu-terveydenhuollon terveydenhoitajien ja lääkäreiden työpanokset suhteutettiin vastuuväestöihin ja jaettiin valtakunnallisten suositusten tavoitemitoituksella. Näin saatiin prosenttiluku kuvaamaan henkilöstövoimavarojen mitoituksen suhdetta tavoitteisiin. Voimavaroja kuvaava summamuuttuja on terveydenhoitajien ja lääkäreiden tavoitemitoituksen suhteutettujen henkilöstövoimavarojen keskiarvo. Pieni luku kuvaa valtakunnallisten suositusten täyttymistä, kun taas suuren luvun saavilla terveyskeskuksilla voimavarat ovat huonommat. Summamuuttujassa terveydenhoitajien ja lääkäreiden työpanos sai yhtä suuren painoarvon.

Ulottuvuuksista neljä – sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja yhteiset käytännöt – toimi yhdessä melko hyvin. Ulottuvuuksien väliset korrelaatiot olivat vähintään kohtalaisia ($r = 0,35-0,62$). Väestömäärä oli yhteydessä ulottuvuuksien pistemääriin ($r = 0,31-0,35$). Korkea pistemäärä kolmessa ulottuvuudessa ja suuri väestömäärä ennakoivat korkeaa pistemäärää myös neljanteen ulottuvuuteen. Muista ulottuvuuksista poiketen voimavarat olivat vain heikosti yhteydessä johtamiseen ($r = -0,15$) eivätkä juurikaan muihin ulottuvuuksiin. Terveyskeskuksen vastuuväestömäärä oli heikosti yhteydessä voimavaroihin, suuren väestöpohjan terveyskeskuksissa voimavarat olivat paremmat kuin pienemmissä terveyskeskuksissa ($r = -0,16$).

Alustavat analyysit osoittivat, että sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja yhteiset käytännöt ovat yhteydessä toisiinsa, mutta eivät selkeästi voimavaroihin. Terveyskeskuksen toiminnassa erityisenä haasteena on osallisuus ja sen mittaaminen.

Aiemmin saatu elintapaohjaus ja siihen yhteydessä olevat tekijät korkeassa tyypin 2 diabetesriskissä olevilla henkilöillä

Sanna Salmela, TtM, Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä; Kati Vähäsarja, LtM, Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä; Jari Villberg, FM, Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä; Mauno Vanhala, prof., Yleislääketieteen yksikkö, Keski-Suomen keskussairaala, Jyväskylä ja Kuopion yliopistollinen sairaala, Kuopio; Timo Saaristo, LL, Diabeteskeskus ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere; Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, prof., Terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto ja Oulun yliopistollinen sairaala, yleislääketieteen yksikkö, Oulu; Heikki Oksa, dos., Tampereen yliopistollinen sairaala, Tampere; Eeva Korpi-Hyövälti, LL, Yleissisätautien osasto, Seinäjoen keskussairaala, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Seinäjoki; Leo Niskanen, prof., Kuopion yliopistollinen sairaala, Kuopio; Jaana Lindström, ETT, Kuopion yliopistollinen sairaala, Kuopio; Marita Poskiparta, prof. Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät: Tarkoituksena oli selvittää, millaiset lähtökohdat Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyprojektin toimeenpanohankkeessa (D2D-hankkeessa) toteutetuilla, elintapaohjaukseen perustuvilla interventioilla oli. Tehtävänä oli tutkia, kuinka moni korkeassa diabetesriskissä oleva henkilö raportoi saaneensa aiemmin elintapaohjausta ja mitkä tekijät olivat yhteydessä saatuun ohjaukseen.

Aineisto ja menetelmät: Aineisto kerättiin Suomen perusterveydenhuollossa vuosina 2004–2007 viiden sairaanhoitopiirin alueella. Tutkimuskohteena olivat korkeassa tyypin 2 diabetesriskissä olevat henkilöt, jotka osallistuivat D2D-hankkeeseen (N = 9984). Aineisto muodostui asiakkaiden ja työntekijöiden täyttämistä kyselylomakkeista, jotka täytettiin ennen varsinaiseen D2D-interventioon osallistumista (baseline-aineisto). Tutkimusmenetelminä käytettiin Pearsonin χ^2 -testiä ja logistista regressiota.

Keskeiset tulokset: Aiempaa elintapaohjausta oli oman ilmoituksensa mukaan saanut 66 % miehistä ja 69 % naisista (P < .05). Koulutus, dyslipidemia ja diabetes lisäsivät aiemman ohjauksen todennäköisyyttä molemmilla sukupuolilla. Naisilla aiemman ohjauksen todennäköisyys lisääntyi 65. ikävuooteen asti. Lisäksi opiskelijana, työttömänä ja kotiäitinä tai -isänä oleminen heikensi merkittävästi aiemman ohjauksen todennäköisyyttä naisilla, mutta ei miehillä. Miehillä kohonnut verenpaine/verenpainetauti lisäsi aiemman ohjauksen todennäköisyyttä. Vyötärönympäryys ei ollut yhteydessä kummankaan sukupuolen ohjaukseen. Lihavuus (BMI \geq 30) lisäsi lähes merkittävästi naisten, mutta ei miesten aiemman ohjauksen todennäköisyyttä.

Johtopäätökset: Lähes 70 % korkeariskisistä henkilöistä raportoi saaneensa jo aiemmin elintapaohjausta, mikä herättää jatkokysymyksen siitä, kuinka moni kokee tarvitsevansa lisäohjausta. Tämän selvittäminen on elintapaohjaukseen perustuvien hankkeiden kannalta ensiarvoisen tärkeää. Toisaalta korkeasta riskistä huolimatta kolmasosa jää, oman ilmoituksensa mukaan, ohjauksen ulkopuolelle. Tulos voi johtua kolmesta asiasta: 1) Ohjausta ei ole tapahtunut, 2) Henkilö ei muista ohjausta, 3) Henkilö ei ole tunnistanut saamaansa ohjausta. Tästä voi päätellä, että sekä ohjauksen tiheydessä että laadussa on edelleen parantamisen varaa.

Aktivoivat ohjausmenetelmät ja etävastaanotto ryhmäohjauksessa

Eveliina Korkiakangas, TtM, Työterveyslaitos; Maija Alahuhta, THM, Työterveyslaitos; Anna-Maria Keränen, ravitsemusterapeutti, Oulun yliopistollinen sairaala; Terhi Jokelainen, ETM, KM, Oulun yliopistollinen sairaala, Lääkinnällinen kuntoutus; Sirkka Kiukaanniemi-Keinänen, professori, Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos; Anja Taanila professori, Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos; Päivi Husman, YTM, Työterveyslaitos; Seppo Olkkonen, LKT, Työterveyslaitos; Jaana Laitinen dosentti, vanhempi tutkija, Työterveyslaitos

Ryhmäohjauksen tavoitteena oli, että ryhmäläiset tulevat tietoisiksi elintavoistaan sekä ryhtyvät tekemään elintapamuutoksia.

Etävastaanottoryhmiä oli 5 ja lähiohjausryhmiä 6, joissa 5–9 osallistujaa/ryhmä. Etävastaanotto tarkoitti sitä, että ravitsemusterapeutti oli Oulussa ja ohjattavat kokoontuivat oman asuinpaikkakuntansa terveyskeskuksen neuvotteluhuoneessa. Ravitsemusterapeutin ja ryhmäläisten välinen vuorovaikutus tapahtui videoneuvotteluna. Lähiohjaustilanteissa ohjaaja ja ohjattavat olivat samassa tilassa.

Ryhmäohjaukseen kuului neljä 90 minuutin ryhmätapaamista kahden viikon välein sekä viides tapaaminen kuuden kuukauden kuluttua aloituksesta. Ennen ensimmäistä ryhmätapaamista ja kuuden kuukauden kuluttua mitattiin paino ja vyötärön ympärys sekä tehtiin kahden tunnin glukoosirasitustesti. Lisäksi osallistajat täyttivät kyselylomakkeita, joissa selvitettiin taustatietoja ja elintapoja. Henkilöt saivat tiedot laboratoriomittauksista sekä kyselyn joistain osioista sekä tulkinnan niihin kirjallisena.

Aktivoivien ohjausmenetelmien tavoitteena oli saada osallistajat toimimaan aktiivisesti. Aktiivinen toiminta on edellytys oppimiselle ja oppiminen mahdollistaa muutoksen. Oman toiminnan itselle näkyväksi tekeminen on tärkeää, jotta voi arvioida mitä muutoksia haluaa ja kokee mahdolliseksi tehdä. Käytettyjä aktivoivia ohjausmenetelmiä ovat painonhallintatilanteen arvioiminen kuvien avulla, oman elintapamuutoksen hyötyjen ja haittojen puntarointi Botelhon nelikentän avulla, RaPatti-oppimispelin pelaaminen, askelmittarin käyttö, terveellisten eväiden tuominen ohjaustilanteeseen, Hyvän elämän -kartta ja Tulevaisuuspaaja. Lisäksi käytettiin vapaaehtoisia kotitehtäviä, jossa kannustettiin hakemaan tukea liikkumiseen ja hankkimaan valmiuksia oman tilanteen arviointiin ja painonhallintaan liittyviin ongelmatilanteisiin muun muassa tapausesimerkkien ja elintapapäiväkirjojen avulla.

Pääsääntöisesti ohjattavat kokivat erilaisten aktivoivien ohjausmenetelmien käytön positiivisena. Painonhallintatilanteen arviointi kuvien avulla tuotti monipuolisia ja värikkäitä kuvauksia, millaisia ei ehkä olisi tullut, jos kuvia ei olisi käytetty. RaPatti-oppimispeli oli osallistujien mielestä mielenkiintoinen ja hauska. Peliä pidettiin havainnollisena ja opettavaisena. Hyvät eväät -tehtävän avulla lautasmallin sovellus eväisiin oli monille osallistujille uusi asia. Askelmittaria säännöllisesti käyttäneet lisäsivät merkittävästi liikunta verrattuna epäsäännöllisesti tai ei lainkaan käyttäviin. Hyvän elämän -kartta auttoi hahmottamaan elämän moninaisuuden ja ymmärtämään eri asioiden vaikutukset toisiinsa ja painonhallintaan. Videovälitteinen ohjaustilanne mahdollistaa kokemuksemme mukaan osallistujien aktiivisuuden ja sosiaalisen tuen käytön paremmin kuin lähiohjaustilanne.

Aktivoivat ohjausmenetelmät ovat osoittautuneet tärkeäksi elintapamuutokseen motivoitumisen kannalta. Aktivoivien ohjausmenetelmien vaikuttavuutta lisää ohjaukseen osallistuvien muutosvaiheen tunnistaminen. Menetelmät olivat toimivia työikäisten henkilöiden ryhmäohjauksessa ja niiden käyttö oli mahdollista myös videovälitteisesti. Toisaalta videovälitteisen ohjauksen onnistumista mahdollisti aktivoivien ohjausmenetelmien käyttö. Videovälitteisyys mahdollistaa ohjauksen ulottamisen kustannustehokkaasti. Tämä on erityisen tärkeää erityisammattiryhmien esim. ravitsemusterapeuttien ja psykologien kohdalla, mutta mahdollista hyödyntää myös muutoin perusterveydenhuollossa.

Väestön terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008

Vesa Saaristo, FM, THL; Kirsi Wiss, TtM, THL; Timo Ståhl, TtT, THL; Matti Rimpelä, LKT, THL

Terveyskeskusten tehtävistä väestön terveyden edistämässä (TE) ei ole annettu kansallisia suosituksia eikä tätä toimintaa ole suunnitelmallisesti seurattu. Tässä tutkimuksessa sovellettiin Väestön terveyden edistämisaktiivisuuden (VTEA) tulkintaa terveyskeskuksiin. VTEA jaetaan kuuteen teemaan: sitoutuminen väestön terveyden edistämiseen, johtaminen, yhteiset käytännöt, väestön terveyden seuranta ja tarveanalyysi, terveyden edistämisen/ehkäisevien palvelujen voimavarat ja osallisuus. Terveyskeskuksille (TK, N = 231) lokakuussa 2008 lähetettyyn kyselyyn vastasi 190 TK:ta (82 %).

Sitoutuminen: 10 %:ssa TK:ista luottamushenkilöhallinto oli päättänyt Terveys 2015 –kansanterveysohjelman ja Terveyden edistämisen laatusuosituksen toimeenpanosta. Sitoutumista kuvaavan summamuuttujan (vaihteluväli 0–28) keskiluku oli 12 (kvartiiliväli 9–16). Johtaminen: Terveyskeskuksista 70 % ilmoitti, että johtoryhmässä oli väestön TE:n vastuuhenkilö ja 23 % oli varannut TE:een erityisen määrärahan. Keskeiset väestötason terveysongelmat oli määritellyt 59 % ja mittarit niitä koskevien tavoitteiden toteutumisen seuraamiseksi 38 %. Summamuuttujan (vaihteluväli 0–24) keskiluku oli 10 (kvartiiliväli 5–15). Seuranta: Väestön terveysseurannan vastuutahon oli nimennyt 52 % vastaajista ja 29 % ilmoitti raportoineen tietoja väestön terveyden yleisestä kehityksestä luottamushenkilöhallinnolle ikäryhmittäin, sosiaaliryhmittäin ainoastaan 15 %. Yhteiset käytännöt: Yhteisen kirjatun käytännön alkoholin suurkulutuksen toteamiseksi ilmoitti 69 % ja vastaavasti: 61 % masennus, 48 % lasten pahoinpitely, 40 % huumeiden käyttö, 24 % lääkeriippuvuus, 19 % itsemurhariski ja 2 % nettiriippuvuus. Summamuuttujan (vaihteluväli 0–30) keskiluku oli 13 (kvartiiliväli 8–18). Voimavarat: Terveyden edistämässä/ehkäisevässä työssä oli keskimäärin 8,6 terveydenhoitajaa/10 000 asukasta (kvartiiliväli 6,7–11,0). Suositeltu henkilöstömitoitus toteutui äitiysneuvolassa terveydenhoitajille 61 % ja lääkäreille 63 % terveyskeskuksista, lastenneuvolassa vastaavasti 26 % ja 13 % ja kouluterveydenhuollossa 55 % ja 1 % terveyskeskuksista. Sitoutuminen ja johtaminen olivat yhteydessä toisiinsa ($r = 0,57$) ja molemmat yhteydessä johdon vahvistamiin yhteisiin käytäntöihin ja terveysseurantaan. Ainoastaan johtaminen oli yhteydessä henkilöstövoimavaroihin.

Tutkimus vahvisti aikaisemmin todetut suuret erot terveyskeskusten välillä. Väestön terveyden edistämisen hallinnollinen laatu on suurissa terveyskeskuksissa keskimääräistä parempi, mutta myös suurten terveyskeskusten välillä oli merkittäviä eroja. Noin joka kolmannessa terveyskeskuksessa terveyden edistämistä johdetaan suunnitelmallisesti, mutta useimmiten toiminta on sattumanvaraista ja painottuu yksittäisille osa-alueille.

Sessio

B. Johtaminen ja palvelujärjestelmän kehittäminen

Länsi-Euroopan OECD-maiden ja USA:n terveydenhuoltojärjestelmät ja terveydenhuoltomenot – Vertailu ja kustannusten mallintaminen

Eero Siljander¹, VTL, Erikoistutkija, Sosiaali- ja terveysministeriö; suunnittelu- ja talousosasto

Väestön ikääntymisen vuoksi terveydenhuollon menojen bkt-osuuden odotetaan kasvavan lähivuosina tasaista tahtia. EU:n komission laskelmien mukaan Suomen julkisen talouden ikäsidonnaisten menojen ennustetaan kasvavan nopeinta vauhtia Euroopan unionissa vuosina 2005–2050 yhteensä 5 % BKT:stä. Nämä menot ovat ikään ja ikääntymiseen, eli eläkkeisiin, terveydenhuoltoon sosiaalitoimeen ja koulutukseen liittyviä menoja.

Yleisesti ottaen terveydenhuoltojärjestelmät voidaan jakaa kolmeen kategoriaan (ks. Gerdtham, Sogaard et. al. 1992): 1) julkiset järjestelmät (sekä rahoitus että palvelut), 2) sekajärjestelmät, 3) markkinaehtoiset järjestelmät (yksityisesti rahoitetut ja yksityiset palvelut). Aineiston maista suurin osa kuuluvat tyyppiin 1., Sveitsi tyyppiin 2. ja USA tyyppiin 3. Suomessa julkinen sektori rahoittaa terveydenhuollosta n. 77 % ja muissa Pohjoismaissa vastaava osuus on lähellä 85 %. Sen sijaan Sveitsissä (59 %) ja erityisesti USA:ssa (45 %) noin puolet on yksityisesti rahoitettua. Palvelut jakautuvat kutakuinkin samoin.

Seuraavia hypoteeseja on tarkoitus testata tilastollisen mallinnuksen keinoin tässä artikkelissa:

1. Miten terveydenhuoltojärjestelmän järjestämistapa: a. rahoittajasektori ja b. tuottajasektori vaikuttavat menoihin?
2. Miten julkisen sektorin osuus kokonaismenoista vaikuttaa menoihin?
3. Miten muut tekijät, kuten yli 65-vuotiaiden osuus tai teknologinen kehitys, vaikuttavat menoihin?

Artikkelin tutkimusaineistona käytetään OECD:n terveysdatasta (Health Data 2007) poimittua $n = 10$ teollisuusmaan paneelidatointia v. 1971–2005. Havaintojen lukumäärä vaihtelee em. käytetystä mallista riippuen $n \cdot T = 339 - 329$ välillä.

Yhteenvetona

- Julkisesti rahoitetut ja tuotetut (ml. Suomen) terveydenhuoltojärjestelmät pärjäävät kustannusten ja niiden kehityksen osalta hyvin vertailussa asiakasmaksurahoitettuihin ja yksityisesti rahoitettuihin sekä tuotettuihin järjestelmiin (kysymys 1.) Erityisesti asiakasmaksurahoitteisuudella saattaa olla terveydenhuollon menoja lisäävä vaikutus.
- Julkisen sektorin vaikutus ja merkitys on menojen kannalta hieman vähentynyt, ja yksityisten palveluiden osuus kasvanut sekä Suomessa että OECD-maissa (kysymys 2.).
- Teknologinen kehitys ja lääkärinkunnan kasvu lisäävät tulosten perusteella terveydenhuollon menoja, mutta yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä ei ole merkitsevä muuttuja (kysymys 3.)
- Suurimmat sopeutumiskaudet menoissa ovat tarkastelun perusteella olleet 1970-luvulla (kansanterveyslaki voimaan) ja 1990-luvun laman aikana (kysymys 3.).

¹Artikkelissa esitetyt näkemykset ovat kirjoittajan omia, eivätkä edusta sosiaali- ja terveysministeriön (STM) virallista kantaa. Kirjoittaja kiittää STM:tä OECD:n terveysaineistosta ja SAS-ohjelmistosta.

Vastuu, esimiesasema ja toimenkuva johtajan toimintakentässä julkisessa erikoissairaalassa

Keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulma

Juha V. Virtanen, LL, Turun kauppakorkeakoulu, liiketaloustiede, johtaminen ja organisointi

Meneillään olevan monografiamuotoiseksi väitöskirjaksi tarkoitetun tutkimuksen tarkoituksena on tutkia, minkälaisessa toimintakentässä, so. ympäristössä tai kontekstissa, sairaalassa työskentelevä johtaja toimii. Tavoitteena on lisätä tietoa johtajan toimintakentän yhteisöllisistä ja aineellisista ulottuvuuksista.

Aineisto ja menetelmät: Kyseessä on laadullinen tutkimus, jossa aineistona on 25 lääkäri- tai hoitajataustaisen, keskijohtoon tai ylimpään johtoon kuuluvan johtajan haastattelut ja haastatteluja täydentävä dokumenttiaineisto. Haastattelut on analysoitu aineistolähtöisellä tutkimusotteella tietokoneavusteisesti.

Keskeiset tulokset: Johtajan toimintakenttä sairaalassa on monimutkainen kokonaisuus, jolle on ominaista mm. toisiinsa kietoutuvat arvot, kulttuurit ja yhteisölliset rakenteet. Tutkimus paljasti johtajan toimintakentästä sairaalasta 6 ulottuvuutta. Tämä paperi liittyy niistä yhteen, nimittäin yhteisölliseen ja rakenteelliseen ulottuvuuteen kuuluviin vastuu-, valta- ja toimenkuvakysymyksiin.

Aineiston johtajat vähättelevät omaa valtaansa ja puhuvat sen asemesta vastuustaan. Vallan käyttämisestä puhutaan ”käskyttämisenä”. Kukaan haastateltavista ei koe itseään vallankäyttäjäksi, mutta moni keskijohtoon kuuluva johtaja kokee olevansa ylimmän johdon ”käskyttämisen” kohteena. He kokevat kantavansa vastuuta ilman riittävää toimintavaltaa.

Valta-aseman johtajat liittyvät sairaalaorganisaation ohjaus- ja valvontaketjun mukaiseen esimiesalaisasemaan. Tutkimus paljasti 8 kriteeriä, joiden johtajat katsoivat osoittavan henkilön asemaa sairaalan ohjaus- ja valvontaketjussa. Ne perustuvat virallisiin organisaatiomäärittelyihin sekä käytännön toimintaan ja ovat osittain ristiriitaisia.

Johtajat eivät tunnista vastuunsa faktista hajaantumista useaksi erilaiseksi sairaalansisäiseksi tilivelvollisuudeksi. He olettavat olevansa viime kädessä tilivelvollisia vain yhdelle henkilölle, omalle esimiehelleen. Seurauksena on epäselvyys siitä, kuka ”oikeastaan” on oma esimies.

Johtajat katsovat työnsä sisällön määräytyvän toimenkuviansa mukaan. Niitä ei ole kirjattu, vaan aineistossa ne päätellään itse. Usein toimenkuvat ”periytyvät” edelliseltä johtajalta. Johtajat eivät saaneet edeltäjältään perehdytystä johtamiseen, vaikka heillä ei olisi ollut edeltävää johtamiskokemusta. Kuitenkaan johtajilla ei ollut vaikeuksia oman toimenkuvansa muodostamisessa.

Johtopäätökset: Johtajilla on perustavaa laatua olevia vastuuseen, valtaan ja tilivelvollisuuteen liittyviä epäselvyyksiä, joita he tunnistavat vain osittain. Tutkimus piirtää erikoissairaaloista kuvaa professionaalina byrokratioina.

Hoivan ja hoidon lähijohtaminen

Kim Aarva, Filosofian tohtori, Helsingin kaupunki

Tutkimus käsittelee vanhuspalvelujen piirissä tehtävää hoiva- ja hoitotyötä. Tutkimuksessa selvitetään hoivan ja hoidon johtamisen yhtäläisyyksiä ja eroja tutkimuskohteena olleen kaupungin vanhusten hoidossa. Tutkimuksen ongelma tiiviisti sanottuna on, miten vanhusten hoiva ja hoito sekä niiden johtaminen ymmärretään ja minkälaisia eroja hoivan ja hoidon välillä nähdään sosiaali- ja terveystoimen nk. ruohonjuuritasolla.

Tutkimuksen aineisto kerättiin Helsingin kaupungin terveyskeskuksen kotihoito-osaston ja sosiaaliviraston vanhusten palvelujen vastualueen työntekijöiltä ja lähijohtajilta. Laadullisen tutkimuksen aineisto kerättiin vuoden 2006 vaihteessa järjestettyjen ryhmäkeskustelujen avulla. Kysely suoritettiin lokamarraskuussa 2007. Vastauksia saatiin 509, 15,5 prosenttia kohdejoukkona olleesta henkilöstöstä. Esi- miehistä kyselyyn vastasi 64,5 %. Ryhmäkeskustelujen analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä, ja kyselyn vastaukset analysoitiin käyttämällä monimuuttujamenetelmiä.

Tutkimuksessa löydettiin useita hoivan ja hoidon ulottuvuuksia. Aineiston analyysin perusteella saatiin viisi hoivan ja kaksi hoidon määrettä sekä kahdeksan hoivan ja hoitotyön sisältöjen eri painotusten ulottuvuutta. Hoivan ja hoidon käsitteiden hahmottamisessa ei ole nähtävissä selkeärajaisia määrittelyjä. Hoiva ja hoito saavat enemmän yhteisiä kuin erottavia merkityssisältöjä. Kahta vahvasti erilaista organisaatiokulttuurista tapaa hahmottaa hoivaa ja hoitoa ei näytä olevan, mutta esimiesten ja alaisten välillä on hoivan ja hoidon hahmottamisessa runsaasti tilastollisesti merkitseviä eroja.

Hoivan johtamisessa painottuvat eri asiat kuin hoidon johtamisessa. Hoivan johtamisen lähtökohdissa painottuvat ihmiset asiakkaina ja työntekijöinä ja hoidon johtamisessa painottuu ohjaaminen ja rakenteet. Käsitteet hoivan ja hoidon johtamistoiminnoista ja johtamisperiaatteista eivät eronneet vastaajan taustaviraston suhteen, mutta esimiesten ja heidän alaisten käsitykset johtamistoiminnoista eroavat suuresti toisistaan. Tutkimuksessa kartoitettiin lisäksi lähijohtajien rooleja ja johtamistapoja sekä jaettua johtajuutta. Terveystoimen tausta on yleisesti merkitsevä eri roolien ja johtamistapojen painottumisessa.

Suomalainen vanhustenhuollon tutkimus on pääosin ollut sosiaalipoliittista tutkimusta ja se on suuntautunut pääosin rakenteisiin ja muutokseen. Vanhustenhuollon johtamista ja erityisesti lähijohtamista on tutkittu Suomessa hyvin vähän. Tarvitaan lisää hoivan ja hoidon johtamistutkimusta tukemaan kunnallista palvelusektoria. Tutkimus tuotti todennäköisesti ensimmäistä kertaa Suomessa kvantitatiivisen analyysin hoivan ja hoidon näkökulmista, niiden yhtäläisyydestä ja eroavuudesta sekä sisäkkäisyydestä. Tutkimuksen tulos lähiesimiesten ja työntekijöiden johtamistoimintojen käsitysten eroista nostaa esille kysymyksen, että tiedetäänkö oikeastaan mitä ja miten johdetaan.

Hyvän perusterveydenhuollon johtamisen avaimet -tutkimushanke

Anne M. Koponen VTT, Folkhälsanin (FH) tutkimuskeskus ja Kansanterveystieteen laitos (KTTL), Helsingin yliopisto (HY); Ritva Laamanen, THT, dosentti, KTTL, HY ja FH tutkimuskeskus; Nina Simonsen-Rehn THM, tutkijakoulutettava, KTTL, HY ja FH tutkimuskeskus; Jussi Vahtera, LT, professori, Turun yliopisto ja Työterveyslaitos; Sakari Suominen, LT, dosentti, sosiaali- ja terveysneuvos, Länsi-Suomen lääninhallitus, Turun yliopisto ja kansanterveyden tutkimusyksikön johtaja, FH tutkimuskeskus

Tutkimuksen tausta: Terveystieteiden tutkimuskeskusten tutkimukset ovat nousseet nopeasti tällä vuosikymmenellä (Luoma ym., 2009). Kustannusten hillitsemiseksi monissa kunnissa on harkittu tai jo toteutettu organisaatiomuutoksia perusterveydenhuollossa. Muutoksia on tehty tietämättä, miten ne vaikuttavat työhyvinvointiin ja hoidon laatuun. Organisaatiomuutokset voivat vaikuttaa henkilöstön työoloihin ja edelleen henkilöstön terveyteen ja hyvinvointiin ja viime kädessä hoidon laatuun (Aiken 2002a). Tarvitaan tutkimustietoa organisaatiotekijöiden, työhyvinvoinnin ja hoidon laadun välisistä yhteyksistä. Hyviä indikaattoreita hoidon laadusta ovat paljon resursseja vaativien kansantautien kuten aikuisiän diabeteksen (tyyppi 2) ja verenpainetaudin terveystulokset.

Tarkoitus: Tutkia, ovatko terveysasemien organisaatiotekijät ja henkilöstön työhyvinvointi yhteydessä verenpainetautiin tai aikuisiän diabetesta sairastavien potilaiden hoitomyöntyvyyteen ja terveystuloksiin.

Aineistot:

Tutkimus 1. Pitkittäisaineisto 2006–2010, jossa yhdistetään Työterveyslaitoksen Kunta10-tutkimuksessa terveydenhuollon työyksikköjen tilaa kuvaaviin tietoihin näiden yksiköiden vastuulla olevan väestön terveystietoja. Tutkimuksessa on mukana 18 työyksikköä 5 terveyskeskuksesta. Työyksiköitä kuvaavia tunnuslukuja ovat esimerkiksi koko, vaihtuvuus, sairauspoissaoloprosentti, ja kyselyihin osallistuneiden työntekijöiden keskimääräisellä arviolla työolosuhteista työn hallinta, työpaineet, työyhteisön toimivuus, esimiestuki ja johtamisen oikeudenmukaisuus. Hoidettavaa väestöä koskevat tiedot mitataan terveyskeskusten potilasrekisteristä (verenpaine- ja HbA1-arvot, sp, ikä) ja KELAn lääkekorvausrekisteristä, josta saadaan verenpainetaudin ja sokeritautien lääkkeiden ostot v. 2006–2010 niiltä 16–64-vuotiailta, joilla on erityiskorvattavuusoikeus lääkkeisiin verenpainetaudin tai tyypin 2 diabeteksen perusteella.

Tutkimus 2. Kysely terveysasemille v. 2010 organisaation rakenteellisista tekijöistä (esim. omalääkärijärjestelmä, diabeteshoitajan palvelujen saatavuus, työnjako, Käypä hoito –suositusten noudattamisaste, lääkärin määrä ja vaje, ulkoistetut palvelut).

Menetelmät: Vertailut kuvailevilla menetelmillä (khi2-testi, t-testi, varianssianalyysit), korrelaatiot, lineaarinen ja logistinen regressioanalyysi. Lääkäreiden ja hoitajien työhyvinvointitiedoista muodostetaan aggregaattimuuttujat terveysasemittain, analyysi moni-tasomalleilla.

Tulokset: Ensimmäiset tulokset saadaan v. 2009 lopulla (tutkimus 1). Lopullisten tutkimustulosten perusteella tuodaan esiin hoito-organisaatioon liittyviä tekijöitä, joilla voidaan edistää hoito-organisaation toimivuutta ja hoidon tuloksellisuutta.

Sessio

C. Lisäntymisterveyden jaos (osa I)

Perhesynnytys keisarileikkauksella

- empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen (Family-centered Cesarean Birth – development of nursing theory based on empirical data)

Elina Kalliovalkama, TtM, jatko-opiskelija, Hoitotieteen laitos Tampereen yliopisto, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja Professori Eija Paavilainen, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Suomalaisista vauvoista noin 17 % syntyy keisarileikkauksella, ja isällä on mahdollisuus olla mukana suunnitellussa sektiossa. Terveystieteiden ammattilaisten haasteena on sovittaa yhteen leikkaus ja synnytys luoden tapahtumasta perhetapahtuma.

Tämän laadullisen perhehoitotieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on kehittää ilmiöalueesta grounded theory (GT) menetelmällä empiiriseen aineistoon perustuva teoria. Haastatteluaineistot kootaan 62 haastattelusta. Tässä tutkimuksessa halutaan tavoittaa erikseen isän kokemus, äidin kokemus sekä parin eli perheen yhteinen kokemus. Myös palvelua järjestävien terveydenhuollon ammattilaisten kokemusta tutkitaan. Tutkimustehtävät: Mitkä ovat keisarileikkauksella toteutunutta perhesynnytystä kuvaavat käsitteet isien (n = 12), äitien (n = 15) ja pariskuntien eli perheiden (n = 15) sekä terveydenhuoltohenkilöstön (n = 20) kuvaamina? Mitkä ovat näiden käsitteiden väliset suhteet ja millainen on tähän empiiriseen aineistoon perustuva teoria?

Ensimmäinen tutkimusaineisto (n = 12 isää) analysoitiin aluksi laadullisella sisällön analyysillä, jotta saatiin muodostettua väljät haastatteluteemat seuraavien aineistojen haastattelujen tueksi. Isät (n = 12) kertovat, miten he kokivat sektiopäätöksen ja minkälaista tietoa ja ohjausta he saivat. He pohtivat mukaan tulonsa syytä ja sektioon liittyviä tunteitaan. Keisarileikkaussynnytyksen aikaisesta vaiheesta mies kertoo, mikä oli hänen tehtävänsä leikkauksen aikana. Hän kuvaa havaintojaan leikkaussalista ja leikkaussalityöskentelystä Isä kuvailee ensihetkiä vastasyntyneen kanssa ja kertoo siihen liittyvistä tunteistaan.

Jatkossa aineistot analysoidaan GT menetelmällä, joka soveltuu teorian kehittämiseen. Esitettävä substantiivinen teoria jäsentää, määrittelee ja selkiyttää perhesynnytystä keisarileikkauksella. Teoria edesauttaa keisarileikkauksella synnyttävien perheiden entistä parempaa hoitoa, perheiden hoidon järjestämistä terveydenhuollon organisaatioissa, ja sitä voidaan soveltaa perhehoitotyön koulutuksessa.

Vaihdevuosisoireiden esiintyvyys ja yhteydet elintapoihin

Jaana Moilanen, TtM, Tampereen yliopisto

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä: Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vaihdevuosi-ikäisten naisten oireiden esiintyvyyttä, vaikeusastetta sekä oireiden yhteyttä elintapoihin.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimuksessa oli mukana Terveys 2000 tutkimuksesta poimitut 45–64-vuotiaat naiset (N = 1 447), joista mukaan otettiin 1427 naista, joilta löytyi tieto vaihdevuosisituksesta ja muista tutkittavista tekijöistä. Tiedot elintavoista (tupakointi, alkoholinkäyttö, liikunta), kroonisista sairauksista ja oireista kerättiin kyselylomakkeella ja kotihaastattelulla, paino ja pituus mitattiin. Aineistoa analysoitiin ristiintaulukoimalla taustatekijöitä ja elintapatekijöitä vaihdevuosisitatuksen eri luokissa. Erojen merkitsevyydet testattiin khiin neliötestillä. Oireiden esiintyvyyden kuvaamisessa käytettiin ristiintaulukointia ja eroja testattiin logistisella regressioanalyysillä vakioiden iän ja menopaussitatuksen suhteen. Muina analyysimenetelminä käytettiin faktorianalyysiä ja lineaarista regressioanalyysiä selvitettäessä elintapojen yhteyttä oireisiin.

Keskeiset tulokset: Tutkimuksessa oli premenopausaalisia naisia 334 (23,1 %), perimenopausaalisia 184 (12,7 %), postmenopausaalisia naisia 666 (46,0 %) ja naisia, joilta oli poistettu kohtu 243 (16,8 %). Keski-ikä ryhmillä 48,5, 50,8, 56,6 ja 54,6 vuotta. Melkein kaikilla naisilla oli viimeisen kuukauden aikana ollut ainakin yksi oire (99,3–100 %) ja vaikeita oireita 37,6–53,7 %:lla naisista. Oireet lisääntyivät iän ja vaihdevuositransition edetessä. Peri- ja postmenopausaalisilla naisilla sekä kohdun poiston kokeneilla naisilla oireita oli enemmän verrattuna premenopausaalsiin naisiin. Yleisimpiä oireita olivat selkäkipu (20–24 %), kuumat aallot (7,8–10,5 %), lihaskivut (20,4–24,8 %) ja voimattomuuden tunne (5,6–8,4). Psykologisia ja somaattis-vasomotorisia oireita oli enemmän matalasti koulutetuilla, ylipainoisilla ja lihavilla naisilla. Fyysisesti aktiivisilla naisilla oli kaikkia oireita vähemmän verrattuna passiivisiin naisiin. Alkoholin käytöllä (> 5 annosta/viikko) oli heikko yhteys somaattis-vasomotorisiin oireisiin kun taas tupakoinnilla ei ollut yhteyttä oireisiin. Hormonikorvaushoitoa käyttävillä naisilla oli psykologisia, somaattisia kipuoireita ja somaattis-vasomotorisia oireita enemmän kuin hormoneja käyttämättömillä.

Johtopäätökset: Vaihdevuositransition edetessä oireet lisääntyvät. Oireet voivat liittyä yleiseen ikään-tymiseen, vaihdevuosiin tai molempiin yhdessä. Elintapamuutoksilla voi olla vaikutusta oireiden esiintymiseen. Fyysinen aktiivisuus ja painon hallinta vaikuttavat vaihdevuosi-ikäisten naisten oireilun määrään ja edistävät terveyttä ilman farmakologisia keinoja.

Lähteet:

Moilanen J, Luoto R, Aalto A-M, Aro A, Raitanen J, Hemminki E. Prevalence of menopausal symptoms and association with lifestyle. Käsikirjoitus 2009

Naisten elintavat, liikunta ja kroonisten sairauksien ehkäisy – Elli-hankkeen esittely

Riitta Luoto, dosentti, LT, terveydenhuollon erikoislääkäri; tutkimusryhmä, UKK-instituutti ja THL

Tausta: Elintavat ja liikunta ovat merkittäviä eri elämänvaiheessa olevien naisten kroonisten sairauksien ehkäisyssä. Tässä tutkimuksessa merkittäviä elämänvaiheita ovat raskaus, vaihdevuodet ja rintasyöpään sairastuminen. Suositukset ylittävä raskauden aikainen painonnousu saattaa lisätä vaihdevuosien jälkeisen rintasyövän riskiä. Raskausdiabetekseen sairastuneet naiset ovat erityinen riskiryhmä myöhemmän tyyppi II diabeteksen kehittymisen suhteen. Vaihdevuodet ovat kansantautien, kuten sydän- ja verisuonitautien, masennuksen tai tuki- ja liikuntaelinten kroonisten sairauksien ilmaantuvuutta ja ilmaantumisen ajoittumista muovaava tekijä. Liikunnalla voidaan vähentää vaihdevuosi-ikäisten naisten sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ja mahdollisesti myös vaihdevuosisoireita. Rintasyöpään sairastuneiden naisten liikunnalla on mahdollista parantaa mm. sydän- ja verisuonielimistön toimintakykyä.

Tavoitteet: ELLI-hankkeen tarkoituksena on selvittää elintapojen ja erityisesti liikunnan vaikutusta 1) raskausdiabeteksen ehkäisyyn 2) rintasyöpäpotilaiden subkliiniseen ateroskleroosiin ja 3) vaihdevuosisoireiden lievittämiseen. Menetelmänä on satunnaistettu kliininen koe kaikissa osatutkimuksissa.

Aineistot ja menetelmät: ELLI-projekti koostuu neljästä osahankkeesta. NELLI- tutkimus (Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa) on kontrolloitu satunnaistettu koe, johon on rekrytoitu 225 raskaana olevaa ja äskettäin synnyttäneitä naista. BREX (Rintasyöpäpotilaan elintavat ja liikunta)- monikeskustutkimuksen osatutkimuksena toteutuu Karotis-RELLI-tutkimus, jossa mitataan subkliinistä ateroskleroosia ultraäänilaitteella. MELLI-tutkimuksessa selvitetään koe- ja kontrolliryhmän avulla liikunnan vaikutusta vaihdevuosisoireiden lievittämiseen.

NELLI-tutkimuksen aineisto on kerätty v 2004–2009, interventio on päättynyt kesällä 2009. Karotis-RELLIn aineisto on vuosilta 2005–2008 ja MELLI-hankkeen interventio on käynnissä lokakuuhun 2009 saakka.

Sessio

D. Vapaan tarjonan perusteella

Terveydenhuollon ammattilaisten aikomukset toteuttaa hoitosuosituksia – teoriaan perustuva kyselytutkimus

Tiina Kortteisto, TtM, Terveystieteen laitos/Tampereen yliopisto; Minna Kaila, Dosentti, THL ja Tampereen yliopisto; Jorma Komulainen, LL (väit), THL ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; Taina Mäntyranta, LL, Sosiaali- ja terveysministeriö; Pekka Rissanen, Professori, Terveystieteen laitos/Tampereen yliopisto

Tutkimuksessa tarkasteltiin tekijöitä, joilla tiedetään olevan yhteyttä terveydenhuollon ammattilaisten hoitosuosituksen käyttöön. Icek Ajzenin teorian, Theory of Planned Behaviour, mukaan keskeinen käyttäytymistä (behaviour) määräävä tekijä on aikomus (intention). Ajzenin mukaan siihen vaikuttavat kolme osatekijää: asenne käyttäytymistä kohtaan (attitude toward the behaviour), omakohtainen normi (subjective norm) ja havaittu käyttäytymisen kontrolli (perceived behavioural control). Tässä tutkittiin Ajzenin teorian avulla hoitosuosituksen käyttöaikomuksia ja aikomuksen myönteisyyttä eri ammattiryhmissä. Tutkimuksen yleisenä tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla hoitosuositusten soveltamista käytännön terveydenhuollossa voidaan edistää.

Aineisto kerättiin internet-pohjaisella (Webropol) sähköpostikyselyllä lokakuun 2006 toukokuun 2007 välisenä aikana terveyskeskuksissa ja sairaaloissa (n = 26) kolmessa sairaanhoitopiirissä. Otos (n = 2 253) koostui lääkäreistä, hoitajista ja muista ammattilaisista. Kyselyyn vastasi 806 henkilöä. Ammatillaisen aikomusta toteuttaa hoitosuosituksia potilaan hoitoa koskevissa päätöksissä seuraavien kolmen kuukauden aikana kysyttiin Ajzenin teorian pohjalta kehitetyllä kyselylomakkeella. Tilastollisena menetelmänä käytettiin regressioanalyysia.

Tulosten mukaan teorian mukaiset osatekijät olivat yhteydessä ammattilaisten aikomuksiin käyttää ja soveltaa hoitosuosituksia kliinisessä työssä. 57 % lääkäreistä, 48 % hoitajista ja 41 % muista ammattilaisista ilmoittivat aikovansa toteuttaa hoitosuosituksia. Tärkein käyttöaikomukseen vaikuttava tekijä lääkäreiden ryhmässä oli havaittu käyttäytymisen kontrolli, eli työympäristöön ja hoitosuositukseen liittyvät tekijät joko edistävät tai estävät suositusten käyttämistä. Hoitajilla ja muilla ammattilaisilla omakohtaiset normit edistivät tai ehkäisivät suositusten toteuttamista, eli heillä normatiiviset uskomukset ja sosiaalinen paine olivat tärkeitä käyttöön vaikuttavia tekijöitä.

Tulokset osoittavat, että Ajzenin teoria on käyttökelpoinen väline analysoitaessa hoitosuosituksen käyttöä helpottavia menetelmiä. Tutkimus vahvistaa käsitystä, että on syytä käyttää erilaisia instrumentteja esimerkiksi tiedon jakamiseen, kun suositusten käyttöä pyritään edistämään eri ammattiryhmissä. Lääkäreiden ryhmässä hoitosuositusten käytön ja soveltamisen lisääntyminen näyttäisi edellyttävän muutoksia työympäristöissä ja hoitosuosituksissa.

Sepelvaltimoiden pallolaajennukseen tai ohitusleikkaukseen johtaneet hoitoketjut – huomioidaanko potilaan diabetes?

Tuulikki Vehko, TtM, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Reijo Sund, VTT, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Kristiina Manderbacka, VTT, dosentti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Antti Reunanen, Professori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Ilmo Keskimäki, Professori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tampereen yliopisto

Tutkimuksen tarkoitus: Terveyspalvelujen käytön tulisi jakaantua hoidon tarpeen perusteella, mutta tutkimuksissa on raportoitu sukupuoleen, sosioekonomiseen asemaan ja monisairastavuuteen perustuvia eroja hoitoon pääsyssä. Kansainväliset hoitosuositukset diabetesta sairastavien sepelvaltimotautipotilaiden hoidosta voisivat antaa aihetta jopa diabeetikkojen positiiviseen diskriminaatioon taudin invasiivisessa hoidossa. Tutkimuksessa selvitetään, miten tarkasteluaikana (1998–2007) voimakkaasti lisääntyneet sepelvaltimoiden pallolaajennukset ja hieman vähentyneet ohitusleikkaukset jakaantuvat diabeetikoiden ja ei-diabeetikoiden välillä.

Aineisto ja menetelmät: Yksilötasoisesta useiden hallinnollisten rekisterien tietoja yhdistelevästä aineistosta tarkastellaan sepelvaltimopotilaiden hoitoon pääsyä edeltäviä hoitopolkuja vuosina 1998–2007 toteutuneista sepelvaltimoiden ohitusleikkauksista tai pallolaajennuksista (revaskularisoinneista). Toimenpiteeseen johtaneet hoitopolut muodostettiin kahden vuoden ajalta ennen toimenpidettä ottamalla huomioon sairaalassa toteutuneet suunnitellut sydänhoitokäsit, sydänvaivoista johtuneet päivystykselliset hoitokäsit sekä sairastetut sydäninfarktit. Hoitopolut luokiteltiin hyviin ja huonoihin päivystyskäyntien ja infarktien lukumäärän perusteella. Hyväksi luokiteltuun hoitopolkuun hyväksyttiin yksi infarkti tai päivystyskäynti sepelvaltimotaudin hoidon takia, sillä ne saattoivat olla ensi-ilmentymä sepelvaltimotaudista, mutta useamman tapahtuman sisältäneet hoitopolut luokiteltiin huonoiksi. Tutkimuksessa tarkastellaan kolmea potilasryhmää: 1) sepelvaltimotautipotilaita, joilla ei ole diabetesta, 2) insuliinihoitoista diabetesta sairastavia sepelvaltimotautipotilaita ja 3) muita diabetesta sairastavia sepelvaltimotautipotilaita.

Tulokset: Ensihoitokäsitä toteutuneita revaskularisointeja oli vuonna 1998 sepelvaltimotautia sairastavilla miehillä 28 %, insuliinihoitoisilla diabeetikoilla 25 % ja muilla diabeetikoilla 19 %. Vuoteen 2007 mennessä ensihoitokäsitä toteutuneet toimenpiteet olivat lisääntyneet 77 %:iin sepelvaltimotautia sairastavilla miehillä, insuliinihoitoisilla diabeetikoilla 58 %:iin ja 69 %:iin muilla diabeetikoilla. Sepelvaltimotautia sairastavilla naisilla ensihoitokäsitä tehtiin vuonna 1998 revaskularisointeja 32 %:lle, insuliinihoitoisilla diabeetikoilla 28 %:lle ja muilla diabeetikoilla 29 %:lle. Vuonna 2007 määrät olivat kasvaneet vain sepelvaltimotautia sairastavilla 69 %:iin, insuliinihoitoisilla diabeetikoilla 64 %:iin ja muilla diabeetikoilla 73 %:iin. Tutkimusajanjaksoilla huonot hoitoketjut vähenivät niin miehillä (sepelvaltimotautia sairastavat 19 vs. 4 %, insuliinihoitoiset diabeetikot 25 vs. 8 %, muut diabeetikot 25 vs. 7 %) kuin naisilla (sepelvaltimotautia sairastavat 25 vs. 5 %, insuliinihoitoiset diabeetikot 32 vs. 11 %, muut diabeetikot 31 vs. 8 %).

Johtopäätökset: Tarkasteluaikana 1998–2007 revaskularisointien määrä lisääntyi ja diabeteksen ennaltaehkäisyohjelma DEHKO (2000–2010) lisäsi tietoa diabeteksen tunnistamisesta ja diabeteksen aiheuttamasta sepelvaltimotautikuolleisuuden kohonneesta riskistä. Tutkimusajanjaksoilla tapahtui merkittävä hoitokäytäntöjen muutos: ensimmäisellä hoitokäsitä toteutettujen revaskularisointien osuudet yli kaksinkertaistuivat ja vastaavasti huonot hoitoketjut vähenivät. Revaskularisointien lisäyksestä huolimatta ensimmäisellä hoitokäsitä toteutuneita revaskularisointeja oli diabetesta sairastavilla miehillä vähemmän kuin ei-diabeetikoilla. Revaskularisointiin johtaneita huonoja hoitoketjuja oli sekä diabetesta sairastavilla miehillä että naisilla enemmän kuin ei-diabeetikoilla.

Diabeetikoiden kuolleisuus Suomessa 1996–2007

Erja Forssas, THM, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Reijo Sund, VTT, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Kristiina Manderbacka, VTT, dosentti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Martti Arffman, VTM, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Pirjo Ilanne-Parikka, LL, sisätautien el, Suomen Diabetesliitto; Ilmo Keskimäki, LT, professori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tampereen yliopisto

Tutkimuksen tarkoitus: Diabetesta sairastavien määrä lisääntyy Suomessa. Samanaikaisesti sekä koko väestön että myös diabeetikoiden kuolleisuus on jatkuvasti laskenut, mutta diabeetikoiden kuolleisuuden on aiemmissa tutkimuksissa todettu olevan muuhun väestöön verrattuna korkea. Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää eri-ikäisten diabeetikoiden kuolleisuudessa tapahtuneita muutoksia vuosina 1996–2007 sekä selvittää, missä kuolinsyryryhmissä diabeetikoiden ylikuolleisuus on suurinta ja onko ylikuolleisuudessa tapahtunut muutoksia. Kuolleisuuden muutoksia tarkastellaan erikseen tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeetikoilla.

Aineisto ja menetelmät: Tässä tutkimuksessa käytettiin valtakunnallisista rekistereistä koottua FinDM II -aineistoa vuosina 1996–2007 diabetesta sairastaneiden kuolleisuuden seurantaan. Kuolleisuutta tarkasteltiin 15-vuotisikäryhmissä tuhatta henkilövuotta kohden. Kuolleisuuden ajallista kehitystä tarkasteltiin kolmessa nelivuotisperiodissa (1996–99, 2000–03, 2004–07). Ylikuolleisuuden tarkastelussa verrattiin diabetesta sairastavien kuolleisuutta koko väestön kuolleisuuteen. Analysointimenetelmänä käytettiin Poisson regressiota, jonka avulla laskettiin kuolleisuuden riskikertoimet sekä interaktiotermit kuolleisuuden muutoksen merkitsevyydelle.

Tulokset: Vuoden 2007 lopussa Suomessa oli rekisteritietojen mukaan 284 832 diabeetikkoa. Verrattuna vuoden 1995 loppuun kasvua oli 83 %. Diabeetikoiden kuolleisuus väheni lähes jokaisessa ikäryhmässä. Kokonaiskuolleisuutta tarkasteltaessa 30–79-vuotiaiden tyyppin 1 diabeetikoiden ylikuolleisuus oli vuosina 2004–2007 miehillä yli kolminkertaista ja naisilla nelinkertaista vastaavan ikäiseen koko väestöön nähden. Sepelvaltimotautiin liittyvä ylikuolleisuusriski oli naisilla lähes kahdeksankertainen ja miehillä yli nelinkertainen. Vastaavasti 30–79-vuotiailla tyyppin 2 diabeetikoilla kokonaiskuolleisuus oli vuosina 2004–2007 miehillä 1,65- ja naisilla 1,75-kertaista saman ikäiseen koko väestöön nähden. Tyyppi 1 diabetesta sairastavilla naisilla oli tilastollisesti merkitsevää ylikuolleisuuden nousua mm. kasvain ja syöpäkuolleisuudessa sekä sepelvaltimotautikuolleisuudessa. Sen sijaan tyyppin 2 diabeetikoilla ylikuolleisuus ei kasvanut tilastollisesti merkitsevästi missään kuolinsyryryhmässä.

Johtopäätökset: Diabeetikoiden kuolleisuus väheni selvästi vuodesta 1996 vuoteen 2007. Vastaavan ikäiseen koko väestöön verrattuna tyyppin 1 diabeetikoiden ylikuolleisuus pysyi lähes ennallaan, paitsi naisten ylikuolleisuus kasvoi kasvain- ja sepelvaltimotautikuolleisuudessa. Tyyppin 2 diabeetikoiden ylikuolleisuus väheni erityisesti verenkiertoelinsairauskuolleisuudessa.

Terveydenhuollon priorisointi 2020 – Delfoi

Esa A. Luukkainen YTM, HuK /Independent Research Worker / Futures Studies / University of Joensuu

Priorisointi, ”ensisijaistaminen”, tarkoittaa yleisellä tasolla tekemisen tärkeysjärjestystä ja toiminnan tehostamista tarkoituksenmukaiseksi. Terveydenhuoltomme piirissä priorisointi tapahtuu vieläkin ilman järjestelmällistä suunnittelua tai ohjeistusta.

Yhtenäisten priorisointiperiaatteiden määrittämisen merkitys yhteiskunnassamme kasvaa muun muassa väestöllisten, sosiaalis-taloudellisten ja teknologisten syiden vuoksi. Teeman sisältämien eettis-moraalisten näkökulmien takia priorisointi on vaikea kysymys, joka herättää ristiriitaisiakin näkökulmia, kontekstisidonnaisten intressien ohjaamina.

Kuluvan vuoden helmikuussa aloittamani kolmikierroksisen Delfoi-tutkimuksen tarkoituksena on toisaalta määrittää 30-jäsenen argumentoivan asiantuntijapaneelin tuottaman uuden tiedon avulla priorisoinnin mahdolliset, todennäköiset ja toivottavat tulevaisuuskuvat. Toisaalta tutkimuksen tarkoitus on näiden kuvien avulla tarjota konkreettisiin linjauksiin ja toimenpiteisiin johtava keskustelunavaus terveydenhuollon priorisoinnin tulevaisuudesta.

Laaja Delfoi-paneeli koostuu terveydenhuoltoa ja priorisointia sivuavan asiantuntijuuden makro- (valtakunnallinen resurssienjako- ja tutkijataso), meta- (paikallistason päättäjät) ja mikro- (terveydenhuoltohenkilöstö- ja asiakkuustaso) sidosryhmistä.

Panelistit ovat määrittäneet priorisointiin liittyvän esiyymmärryksensä jo kuluvan kevään aikana. Esiyymmärryslausumista on tehty kategoria-analyysi, jonka pohjalta Delfoi-paneelin ensimmäinen kierros kysymyksineen käynnistyy lokakuussa 2009. Paneeli toimii Delfoi-metodia varten suunnitellulla verkkoalustalla (<http://v2.edelfoi.fi/fi/>).

Tutkimukseni on vapaata yhteiskuntatutkimusta, ilman toimeksianto- tai rahoitussitoumuksia.

Sessio

E. Vapaan tarjonnan perusteella

Isän rooli äitiysneuvolan vastaanoton vuorovaikutuksessa

Sanni Tiitinen, YTM, Tampereen yliopisto, Sosiaalitutkimuksen laitos; Johanna Ruusuvoori, YTT, dosentti, Tampereen yliopisto, Sosiaalitutkimuksen laitos

Neuvolainstituution yksi tehtävä on tukea siirtymistä vanhemman rooliin. Uudessa perheen hyvinvointineurolamallissa on kehitetty välineitä, joilla tuetaan vanhemmuuteen siirtymistä ja perheen muodostumista jo raskausaikana. Asiakkaana pyritään kohtelemaan koko perhettä: myös isää, eikä vain raskaana oleva naista. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, millaiseksi isän rooli muodostuu hyvinvointineurolamalliin jo siirtyneiden tai siihen siirtymässä olevien äitiysneuvoloiden vastaanottojen vuorovaikutuksessa. Isän roolia kartoitetaan tarkastelemalla, miten tulevia vanhempia osallistetaan neuvolassa käytyihin keskusteluihin raskaudesta, vanhemmuudesta ja tulevasta lapsesta. Tutkimus on osa Tampereen yliopiston Sosiaalitutkimuksen ja Terveystieteen laitoksilla toteutettavaa tutkimusprojektia ”Ennaltaehkäisevä terveytyö neuvolassa: muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointineurolamalli”.

Tutkimus on pääasiassa laadullinen ja menetelmänä on käytetty keskusteluanalyysia. Tarkasteltavien keskustelujaksojen esiintymistä aineistossa on kartoitettu ristiintaulukoinnin avulla. Aineistona on kymmenen videoitua äitiysneuvolavastaanottoa, joilla isä on mukana (koko aineisto käsittää 143 videoitua neuvolavastaanottoa).

Isän osallistamista keskusteluun neuvolavastaanotolla tutkittiin tarkastelemalla keskustelujaksoja, joissa terveydenhoitaja suuntaa puheenvuoronsa sanallisesti kummallekin vanhemmalle käyttämällä ”te”-pronominia. Erityisesti tarkasteltiin terveydenhoitajan esittämiä kysymyksiä (89 kappaletta). Näistä tutkittiin, kummalle vanhemmalle terveydenhoitaja osoittaa katseellaan ensisijaisen vastausvuoron ja kumpi vanhemmista vastaa ensimmäisenä kysymykseen. Kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa katseen suuntaaminen tarkoitettuun vastaanottajaan on tutkitusti tehokas keino valita seuraava puhuja (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974).

Analyysi osoitti, että useimmiten äiti vastasi terveydenhoitajan esittämiin kysymyksiin ensimmäisenä (72 % tapauksista). Tyypillisesti terveydenhoitaja kohteli äitiä ensisijaisena vastaajana katsomalla tätä kysymyksensä lopussa. Tapaukset, joissa isää kohdeltiin ensisijaisena vastaajana sijoituivat sellaisille vastaanottokäynneille, joilla käsiteltiin vanhempien kotona täyttämiä, psykososiaalisia teemoja käsitteleviä lomakkeita. Lomakkeet ovat uuden hyvinvointineurolamallin työvälineitä.

Tarkastelun perusteella voidaan todeta, että äitiä kohdellaan ensisijaisena asiakkaana – ja ensisijaisena vanhempana – äitiysneuvolan vastaanotolla. Terveydenhoitajan katseen suunnalla on erittäin merkitsevä rooli ensisijaisen asiakkuuden määrittelyssä. Näin ollen terveydenhoitaja voisi helposti ottaa isän paremmin mukaan vastaanotolla käytävään keskusteluun yksinkertaisesti katsomalla häntä.

Lähteet:

Sacks, H., Schegloff, E.A. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking in conversation. *Language* 50: 4: 696–735.

Asiakkaan psykososiaalinen tukeminen hyvinvointineuvolassa

Katri Keskinen, YTM, yksilövalmentaja, Mäntän seudun ammatillinen koulutuskuntayhtymä;
Johanna Ruusuvuori, YTT, dosentti, Sosiaalitutkimuksen laitos, Tampereen yliopisto

Hyvinvointineuvola on uusi toimintamalli, joka on kehitetty tukemaan asiakasperheiden psykososiaalisten ongelmien ennaltaehkäisyä entistä suunnitelmallisemmin. Pyrkimys on ollut kehittää neuvolainstituutiota suuntaan, jossa voitaisiin käsitellä paitsi raskauden edistymisen seurantaan sekä lasten kehitykseen ja kasvuun liittyviä kysymyksiä, myös perheen perustamiseen ja/tai kasvamiseen liittyviä psykososiaalisia seikkoja. Asiakastyön vuorovaikutukselliseksi tavoitteiksi määrittyvät myös asiakaslähtöisyys ja kumpu-panuus. Tässä tutkimuksessa on selvitetty, miten terveydenhoitajat toteuttavat uuden neuvolainstituution tavoitteita vuorovaikutuksessaan analysoimalla tapoja, joilla asiakkaan psykososiaalisista ongelmista keskustellaan neuvolavastaanotolla. Aineistona ovat videoidut vastaanottotilanteet kolmesta eri hyvinvointineuvolasta. Tutkimusasetelma on laadullinen ja menetelmänä on keskustelunanalyysi. Tutkimus on osa laajempaa Tampereen yliopiston Sosiaalitutkimuksen laitoksen tutkimushanketta ”Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: Muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointimalli”.

Vuorovaikutuksen analyysi osoitti, että asiakkaan tuodessa psykososiaalisen huolensa keskusteluun, huolta kohdeltiin ensisijaisesti neuvomista ja informaation antamista tarvitsevana tai huoli ohitettiin tuomalla esiin tilanteen myönteisiä puolia. Terveydenhoitajat käyttivät vastaustapoinaan myös huolen normalisoimista sekä joissakin tapauksissa empatiaa. Samoin kuin lääkärin vastaanotolla ja homeopatiassa, empatian osoittaminen päätti huolenkerrontajakson eli empatian ilmaisemisen jälkeen siirryttiin välittömästi uuteen asiaan (ks. Ruusuvuori 2007). Potilaan huolenkerronta harvoin johti huolen tarkempaan avaamiseen ja käsittelyyn vastaanotolla. Potilaan psykososiaalisen huolen tarkempaa käsittelyä neuvolassa jarrutti myös kysymysten muotoilutapa, jossa ehdotetaan asiakkaalle myönteistä asiantilaa ja suunnataan näin keskustelua ongelmattomiin ennemmin kuin ongelmallisiin aiheisiin.

Tulokset antavat alustavaa näyttöä siitä, että keskustelua asiakkaan psykososiaalisista huolista kohdellaan edelleen neuvolatyön tavanomaiseen tehtävään kuulumattomana. Terveydenhoitajien työn orientaatioksi muodostuu ennen kaikkea fyysiseen terveyteen liittyvä seuranta, neuvonta sekä somaattiset toimenpiteet. Tutkimuksen perusteella hyvinvointineuvola-toimintamallin implementointi asiakastyöhön vaatii vielä kehittämistä, jotta tavoitteet asiakasperheiden psykososiaalisesta tukemisesta mahdollistuvat.

Terveyserojen taustatekijöitä diakoniatyön näkökulmasta

Heikki Hiilamo, FT, VTT, dosentti, johtaja Diakonia-ammattikorkeakoulu; Sakari Hänninen, VTT, tutkimusprofessori Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Kaisa Kinnunen, FM, tutkija

Laajasta terveyseroja koskevasta tietopohjasta huolimatta Suomessa ei ole juurikaan tutkittu sitä, kuinka terveys ja sairaudet, ja niiden hoito tai hoitamatta jättäminen, vaikuttaa vaikeassa sosiaalisessa asemassa olevien ihmisten arkipäivässä tai siitä miten muu huono-osaisuus liittyy ja vaikuttaa ihmisten terveydentilaan ja terveydenhoitoon. Terveystieteellisestä toimintatutkimuksen asiantuntemuksesta tai toimintamallien hahmottamisesta huolimatta kaikkein vaikeimmassa sosiaalisessa asemassa olevien ihmisten kanssa toimivien henkilöiden kokemuksia ja näkemyksiä huono-osaisuuden ja terveyden yhteydestä ei ole kartoitettu.

Tuomme esityksessämme esiin terveyserojen taustatekijöitä Suomen evankelis-luterilaisen kirkon diakoniatyön näkökulmasta. Kirkon diakoniatyöllä on laaja kosketus heikossa asemassa oleviin suomalaisiin. Peruseriaatteensa mukaisesti diakoniatyö auttaa niitä, joita muu yhteiskunnan tuki ei tavoita. Diakoniatyö on perinteisesti suuntautunut terveystieteisiin, olivathan diakonissat osa perusterveydenhuoltoa ennen kansanterveyslain voimaan tuloa. Diakoniatyöntekijään otetaan yhteyttä lähes yhtä usein sairauden kuin taloudellisen ahdingon takia. Kun diakoniatyöntekijät selvittävät yksityiskohtaisesti asiakkaan kanssa hänen oikeutensa lakisääteiseen sosiaaliturvaan ja terveyspalveluihin, selvittelyprosessi tuottaa tietoa yhtä lailla vaikeassa asemassa olevien ihmisten tilanteista kuin siitä, miten julkinen apu tavoittaa vaikeassa tilanteessa olevia henkilöitä ja perheitä.

Tarkastelumme aineistona on kesällä 2009 ilmestyneen Sairas köyhyys –tutkimuksen aineisto, joka koostui pääasiassa diakoniatyöntekijöiden teemahaastatteluista (N = 21) sekä Kirkon diakoniarahaston avustushakemuksista ja -päätöksistä vuosilta 2004–2006 (N = 896). Sairas köyhyys lähestyi sairautta ja huono-osaisuutta kirkon diakoniatyön asiakaskunnan ja työmuotojen näkökulmasta, pääosin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Esityksessämme olemme jäsentäneet aineistoa uudelleen sen mukaan, mitä se kertoo terveyserojen taustatekijöistä. Kuvaamme aluksi prosesseja, joissa sairaus ja huono-osaisuus kietoutuvat yhteen. Prosessit ovat taustana tarkastelulle, jossa pohdimme huono-osaisten erityisongelmia sairastumisen eri vaiheessa: ennen sairauden toteamista, hoitoon hakeutumisessa, hoidon saamisessa ja jälkihoidossa. Tarkastelun pohjalta tehdään johtopäätöksiä siitä miten terveydenhoitopolitiikkaa pitäisi painottaa, jotta heikompiosaisten terveysongelmat otettaisiin siinä paremmin huomioon.

Tutkimuspaperit
Torstai 22.10.2009
klo 14.30–16.00
F–J

Sessio

**F. Terveyden edistäminen terveydenhuollossa, kenelle, miksi ja miten?
(osa II)**

Nuorten terveystaju nikotiiniriippuvuudessa

FT Anne Puuronen, Turun lapsi ja nuorisotutkimuskeskus

Tutkimuksessa tarkasteltavana sosiaalisena ilmiönä on nuorten tupakkaterveyskäyttäytyminen – siihen vaikuttamisen ja vaikutetuksi tulemisen tulkinnat – laadullisen terveystutkimuksen kysymyksenä. Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia nuoren tupakkaterveyskäyttäytymisen rakentumista, kuinka tupakkaterveyttä koskeva tieto ymmärretään ja omaksutaan osaksi nuoren omaa tupakkaterveyskäyttäytymistä. Tutkimuksessa selvitetään, mikä rooli nuorille suunnatulla tupakkaterveysvalituksella ja nikotiinikorvaustuotteiden mainonnalla on nuoren nikotiiniriippuvuutta koskevan terveystajun muotoutumisessa. Terveystajun näkökulmasta tutkimuksessa selvitetään nuorten erilaisia nikotiinin käyttötapoja ja etsitään perusteluita niin käytölle (satunnaispolttajista nuuskan käyttäjiin), lopettamiselle kuin kokeilemattomuudelle.

Nuoren terveystajun rakentumista nikotiiniriippuvuudessa lähestytään tutkimuksessa terveystutkimuslogisesta ja nuorisotutkimuksellisesta näkökulmasta etnografisilla tutkimusmenetelmillä. Laadullisena tutkimusaineistona on 1) nuorten nikotiininkäyttökokemuksia koskeva kysely 2) otokset nuorille suunnatuista tupakoinnin ja nuuskan käytön lopettamiseen tähtäävistä terveystutkimuskampanjoista, 3) nuorten tupakkavalitusta suunnittelevien ja käytännön toimijoiden asiantuntijahaastattelut ja 4) otos suomalaisista nikotiinikorvaushoitovalmisteiden mainoksista.

Tutkimus tuottaa laadullista tietoa siitä, minkälaista nuorille suunnattu tupakkaterveyttä koskeva valitus on ja kuinka nuoret tulkitsevat ja arvioivat saamaansa valitusta. Tutkimus tuottaa tietoa myös siitä, mikä rooli nikotiinikorvaustuotteiden mainonnalla on tupakkaterveysvalituksessa nuorten näkökulmasta. Ennaltaehkäisevässä terveyden edistämistyössä tutkimustuloksia voidaan hyödyntää nuorille suunnattujen tupakkaterveyskampanjoiden suunnittelussa. Tutkimus tuottaa ajankohtaista ja nuorisolähtöistä tietoa siitä, miten nuorten nikotiiniasenteet ja käyttötavat peilautuvat, nuorisokulttuuriin merkityksenantoihin ja nykyisen tupakkakulttuurin muutoksiin.

Hankkeen rahoittajat: Sosiaali- ja terveysministeriö/THL sekä Juho Vainion säätiö.

Järjestelmällinen katsaus: vaikuttavat lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia edistävät käytännöt ja menetelmät

Nina Halme TtT, erikoistutkijaa, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki; Marja-Leena Perälä THT, tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki; Camilla Laaksonen TtM, tohtorikoulutettava Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto; Teija Hammar TtT, erikoistutkija Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Tarkoitus ja tutkimustehtävä: Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on selvittää millaisia terveyttä ja hyvinvointia edistäviä vaikuttavia käytäntöjä ja menetelmiä on perheiden sekä lapsiperheille palveluja tuottavien tahojen välillä. Tarkastelu keskittyy 0–8-vuotiaiden lasten perheisiin, äitiys- ja lastenneuvoloihin, kouluterveydenhuoltoon, päivähoitoon, esiopetukseen, kouluun, erityispalveluihin sekä yksityisen ja kolmannen sektorin toimintaan.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimuksia haettiin 22 eri artikkeli- ja lehtitietokannasta 2000–5/2008 väliseltä ajalta. Tutkimusten valintakriteerit liittyivät tutkimusasetelmaan, kohderyhmään, interventioon, tieteellisen julkaisun tasoon sekä kulttuuriseen relevanssiin. Tutkimusten laadun arvioinnissa huomiota kiinnitettiin asetelman vahvuuteen, tutkimuksen laatuun, tulosten yhdenmukaisuuteen ja sovellettavuuteen. Määrällisten tutkimusten arvioinnissa käytettiin valmista tarkistuslistaa (Quality Criteria Checklist). Laadullisen tutkimuksen arviointi perustui Bromleyn ja kumppaneiden (2003) kehittämään kansainvälisessä käytössä olevaan luokitukseen. Haku tuotti 1 205 osumaa, joista 89 tutkimusta valikoitui mukaan lopulliseen aineistoon. Valtaosa tutkimuksista (87 %) oli laadultaan heikkoja tai keskitasoisia.

Keskeiset tulokset: Interventiot kohdistuivat järjestelmään tai toimintaprosessiin, työntekijään tai työyhteisöön, lapseen ja hänen perheeseensä sekä yhteisöön (esim. koulu tai luokkayhteisö). Suurin osa interventioista oli suunnattu tilanteeseen, jossa lapsella oli jo todettu vaikeuksia tai ongelmia kehityksessä, oppimisessa tai käyttäytymisessä. Interventioina toteutettiin perheiden ja työntekijöiden ohjausta ja koulutusta, moniammatillisia yhteistyötapaamisia, lasten palkitsemista, vanhempien osallistamista, yhteistyöverkoston rakentamista, vastuuhenkilöiden tai koordinaattoreiden nimeämistä, yksilöllisten palvelusuunnitelmien laatimista, moniammatillista työskentelytapaa tai työparityöskentelyä, konsultaatiota, vanhempien pienryhmätoimintaa, kotiin vietäviä palveluja, laatuksiteereiden asettamista sekä palveluiden yhteensovittamista. Alkuperäistutkimuksissa esiintyi runsaasti erilaisia tulospoimuja sekä määrällisesti että laadullisesti. Näitä arvioitiin erilaisten indikaattoreiden avulla. Tästä syystä yhteenvedon menetelmien vaikuttavuudesta ei voitu tehdä luotettavasti.

Johtopäätökset: Useimmat interventiot kohdistuivat erilaisiin pulmatilanteisiin. Terveyttä ylläpitäviä interventioita tunnistettiin vain viisi. Yhteistyötä kehittävien interventioiden vaikuttavuutta ei voitu luotettavasti arvioida katsauksen valikoituneiden tutkimusten heterogeenisuuden vuoksi. Tutkimus kuitenkin tuottaa tietoa kehitetyistä interventioista. Tätä tietoa voidaan hyödyntää lapsiperheiden palvelujen kehittämisessä. Jatkossa tarvitaan lisää korkealaatuisia tutkimuksia kehitettyjen interventioiden vaikuttavuuden arvioimiseksi.

Monitahoinen yhteistyö lasten painonhallinnassa

Katri Virtanen TtM, jatko-opiskelija; Anja Taanila Professori Terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto

Tässä tutkimuksessa selvitetään, millainen käsitys tutkimukseen osallistuvilla perheillä, Oulun läänin kouluterveydenhoitajilla ja Suomen voimisteluliiton seurojen toimijoilla on lasten lihavuuden syistä, minkälaisia toimenpiteitä kullakin on käytössään todetessaan, että lapsella on liikapainoa ja minkälaista yhteistyötä julkinen terveydenhuolto ja perheet voisivat tehdä ammattilaisten ja vapaaehtoistoimintaan perustuvan voimisteluseuran kanssa. Tutkimuksella kartoitetaan myös, onko yhteistyössä tapahtunut muutoksia viime vuosina.

Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa yhdeksän kuukauden mittaisen intervention aikana sekä lapsille että vanhemmille tarjottiin toimintaa kerran viikossa omina ryhminään ja yhteisiä liikuntatunteja kerran kuukaudessa. Vanhemmat haastateltiin parihaastatteluna. Vuosi intervention päättymisen jälkeen vanhemmat vastasivat liikuntaa ja terveyttä koskeviin kysymyksiin. Kouluterveydenhoitajille ja voimisteluseurojen toimijoille lähetettiin kysely vuosina 2006 ja 2009. Aineiston analyysimenetelmänä on ollut sisällön analyysi.

Viimeisten kolmen vuoden aikana kouluterveydenhoitajien ja seurojen toimijoiden halukkuus yhteistyöhön on muuttunut. Tutkimustulokset ovat vielä alustavia, mutta vastauksista ilmenee aikaisempaan verrattuna selkeä tarve yhteistyölle. Hoitajat kaipaavat yhteistyötä lääkäreiden ja ravitsemusterapeuttien kanssa sekä enemmän yhteistyötä fysioterapeuttien ja vapaaehtoisjärjestönä toimivien voimistelu- ja muiden liikuntaseurojen kanssa. Edelleen kouluterveydenhoitajat haluaisivat tehdä yhteistyötä opettajien ja kouluruokailusta vastaavien henkilöiden kanssa. Osa kouluterveydenhoitajista oli valmis pitämään luentoja kouluissa ja kehittämään perheille erilaisia ryhmiä, joissa voisi antaa tietoa ravinnosta ja harjoitella liikunta-asioita. Ongelmaksi he kokivat puutteelliset liikuntapainotteisen ryhmän ohjaustaidot ja kaikenlaisen resurssien puutteen.

Voimisteluseurojen toimijat kertoivat, että seurojen kotisivuja voisi hyödyntää paremmin informaatiolähteinä. Ohjaajat haluavat tehdä ”pelisääntöjä” vanhempien kanssa. Toimijat näkevät tärkeimmäksi yhteistyömuodokseen lisätä lapsille sellaisia voimisteluryhmiä, joihin kaikki halukkaat voisivat osallistua. Toimintaa voisi lisätä iltapäiväkerhoina kouluihin ja iltaisin koko perheelle tarjottavana perheliikuntana. Yhteistoimintaa rajoittaa tällä hetkellä salivuorojen puute sekä ohjaajien vähäisyys. Painonhallintaa tukevia ryhmiä varten ohjaajat tarvitsevat lisää koulutusta ja enemmän yhteistyötä kouluterveydenhoitajien kanssa.

Sessio

G. Työttömien ja epätyypillisessä työsuhteissa olevien terveydenhuolto

Työterveysneuvonta-toimintamallin kehittäminen perusterveydenhuollossa

Kirsi Niiranen, TtM, Työterveyslaitos

Tutkimus Työterveysneuvonta-toimintamallin kehittäminen perusterveydenhuollossa on osa isompaa kokonaisuutta ja suunnitteilla olevaa väitöskirjatyötä. Esityksessäni keskityn kuvaamaan meneillään olevaa Työterveysneuvontahanketta. Työterveysneuvontahankkeen tavoitteena on järjestää kokeilumalli perusterveydenhuollon yhteyteen, jossa tuotetaan työterveysneuvontapalvelut työikäisille, jotka eivät kuulu työterveyshuollon piiriin. Tavoitteena on myös selvittää työterveyshuollon ulkopuolella olevien työikäisten henkilöiden terveydentilaa, työ- ja toimintakykyä ja ylläpitää ja edistää sitä antamalla tietoa, neuvontaa ja ohjausta erityisesti työterveyshuollon erityisosaamisen tuella. Hankkeessa testataan, kuinka työterveyshuollon toimintatavat sopivat työttömien terveystapaamisesta järjestämiseen. Pilottikokeilu tapahtuu Kuopiossa. Pilottivaiheessa kohderyhmänä ovat 15–24-vuotiaat nuoret ja nuoret aikuiset, joilla on vaikeuksia työllistyä. Pilottiryhmään ohjataan työvoimatoimistosta n. 300 nuorta tai nuorta aikuista hankkeen aikana. Perusterveydenhuollossa toimii työterveyshoitaja, joka kartoittaa terveystapaamisessa nuoren terveydentilan työ- ja toimintakyvyn osalta. Työterveysneuvontamallia toteutetaan yhteistyössä Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen, opetus- ja työ- ja elinkeinohallinnon, sosiaalitoimen, Kelan, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen asiantuntijoiden kanssa. Työterveysneuvontamallin kehittämishankkeessa hyödynnetään pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohankkeen muilta osahankkeilta (2007–2010) saatavat tulokset ja kokemukset.

Työterveysneuvonta-hanke on asetelmaltaan kehittämisinterventio, jossa työterveysneuvontamallia kehitetään prosessiarvioinnin avulla. Hankkeessa on kartoitettu nykyiset asiakasprosessit, viranomaisyhteistyö sekä niiden kehittämiskohteet. Lisäksi hankkeessa kehitetään työttömyyden uhan olla olevien ja irtisanottujen työntekijöiden terveystapaamisia sekä perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyötä.

Tutkimuksessa hyödynnetään metodologista triangulaatioita. Työterveysneuvonnan asiakkailta kerätään määrällinen aineisto koskien henkilöiden terveydentilaa. Yhteistyön kartoittamisessa käytetään tilastollista verkostanalyysimenetelmää sekä asiakkaiden ja toimijoiden haastatteluja, kokousnauhoituksia sekä erilaisia dokumentteja. Aineiston keruussa noudatetaan ennen/jälkeen asetelmaa kattavan arviointitiedon saamiseksi. Aineisto kerätään Kuopiossa. Kuopion tuloksia verrataan verrokkipaikkakunnan tuloksiin. Tuloksilla tavoitellaan eroja suunnitelmallisten terveystapaamisten saajien ja terveystapaamattomien asiakkaiden työ- ja toimintakyvyssä kahden vuoden seuranta-ajan aikana.

Hankkeen tuotoksena syntyy työterveysneuvonta-toimintamalli työvoimaan kuuluville työterveyshuollon ulkopuolella oleville henkilöille. Toimintamallin luominen tapahtuu yhteistoiminnallisesti hankkeen kaikkien toimijoiden kanssa. Jos malli osoittautuu arvioinnissa onnistuneeksi, se voidaan ottaa paikkakunnalla pysyvään käyttöön. Tutkimus tuottaa hyviä käytäntöjä työterveysneuvonnan kehittämisessä kansalliseen käyttöön. Lisäksi se tuottaa tietoa työ- ja toimintakykyä edistävän intervention vaikutuksista sekä palvelujärjestelmien toimivuudesta työterveyshuollon ulkopuolella olevan työikäisen henkilön palvelutarpeesta katsottuna.

Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut osana perusterveydenhuoltoa

Peppi Saikku, VTM, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke toteutuu sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteistyönä vuosina 2007–2010. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa (2007–2009) on kehitetty terveystarkastus- ja palvelumalleja 18 paikallisessa tai seudullisessa osahankkeessa. Hankkeen toinen vaihe (2009–2010) keskittyy kehitettyjen mallien ja toimintakäytäntöjen juurruttamiseen. Arviointitutkimuksen tavoitteena hankkeen ensimmäisessä vaiheessa oli mm. kuvata ja arvioida kehitettyjä palvelumalleja sekä terveystarkastuksen liittymistä osaksi aktiivisia ja työllistäviä prosesseja.

Arviointi toteutuu prosessiarviointina yhteistyössä paikallisten toimijoiden kanssa. Tutkimusaineisto koostuu niin laadullisista (hanketoimijoiden ja asiakkaiden haastattelut, casekuvaukset) kuin määrällisistä (volyymit, kyselyt, kuukauden seuranta) aineistoista. Aineistoja on analysoitu suorien jakaumien, ristiintaulukointien ja merkitsevyyden ($p < 0,05$) avulla sekä sisällön analyysillä (Patton 1990). Arvioinnin teoreettisena kehikkona on toiminut Günther Schmidin (2008) siirtymätyömarkkinoiden (transitional labour markets) käsite.

Arvioinnin tuloksena todetaan, että asiakaspalaute on hyvin myönteistä. 61 % asiakkaista kokee, että terveystarkastus on saanut heidät kiinnittämään enemmän huomiota terveydentilaansa ja terveystottumuksiinsa. 91 % asiakkaista näkee työttömien omat terveystarkastukset tarpeellisina. Terveystarkastuksia ja -palveluja organisoitiin hankkeissa eri tavoin paikallisista ja seudullisista lähtökohdista käsin. Palvelun rakenteellisella kiinnittymisellä on vaikutusta asiakaskunnan muodostumiseen ja moniammatillisen verkostoitumisen mahdollisuuksiin. Kehitellyissä malleissa terveystarkastus kiinnittyi työvoiman palvelukeskukseen, terveyskeskukseen, työ- ja elinkeinotoimistoon tai kunnan työllistämisyksikköön. Asiakkaiden välittömät siirtymät terveystarkastusten jälkeen suuntautuivat useimmiten hoitoon, tarkempaan tutkimukseen ja sairausvapaalle.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tarve työttömien terveystarkastuksiin on ilmeinen. Palvelua tulisi kehittää myös varhaisempaan vaiheeseen, työttömyyden alkuun. Terveystarkastukset eivät saa toteutua irrallisina toimenpiteinä vaan niillä tulee olla selkeä yhteys yksilön kuntouttavaan ja työllistävään palveluprosessiin. Työttömien terveystarkastus voi rakenteellisesti kiinnittyä toimivasti eri toimipisteisiin paikalliset olosuhteet huomioiden, mutta hallinnollisesti palvelun tulisi olla perusterveydenhuollon alla. Tätä kautta varmistetaan saumattoman palveluketjun mahdollisuus henkilön terveys- ja kuntoutuspalveluissa. Terveydenhuollon ammattilaisten osaamista työttömyydestä ja siihen liittyvistä palveluista tulee lisätä. Tämä tuo lisää toimintamahdollisuuksia myös perusterveydenhuoltoon.

Lähteet:

- Patton, M.Q. (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2nd edition. Sage
Schmid, G. (2008) *Transitional Labour Markets and Flexicurity: Managing Social Risks over the Lifecourse*. Paper in a workshop February 2008.

Työterveyshoitajana työttömälle, mutta miten?

Katri Romppainen, PsM, KM, Tampereen yliopisto, Rita Jähi, FT, Tampereen yliopisto, Antti Saloniemi, YTT, Tampereen yliopisto, Pekka Virtanen, LT, Tampereen yliopisto

Kysymys työttömien terveydenhuollosta kytkeytyy väestöryhmien välisiin terveyseroihin ja palveluiden saatavuuteen; työttömyys ei syrjäytä vain työstä vaan myös terveyspalveluista. Työttömät ovat eriarvoisessa asemassa suhteessa muuhun työikäiseen väestöön terveyspalveluiden saannissa ja jäävät helposti terveystarkastusten ja muiden työterveyshuoltoon liittyvien ennalta ehkäisevien terveyspalveluiden ulkopuolelle. Työuraterveydenhuolto-tutkimushanke (TYÖTE) on kokeilu, jossa pyritään vastaamaan tähän puutteeseen.

Työuraterveydenhuolto-tutkimushankkeessa järjestettiin työterveyshuoltoa muistuttava terveyspalvelu, jonka asiakkaat rekrytoitiin työvoimahallinnon aktiivitoimiin osallistuvista työttömistä (n=265). Palvelu järjestettiin kolmella eri paikkakunnalla ja sen työntekijöiksi palkattiin seitsemän työterveyshoitajaa viidestä eri työterveysyksiköstä. Palvelun runkona oli 3 työterveyshoitajan tekemää terveystarkastusta 3 vuoden seurantajakson aikana. Tässä tarkasteltava osa koostuu työuraterveydenhoitajien teema-haastatteluista, jotka analysoitiin diskurssianalyttistä tutkimusotetta käyttäen. Tutkimuksessamme tarkastelimme erityisesti sitä, miten hankkeessa toimivat työterveyshoitajat puhuvat uudenlaisesta asiakaskunnastaan ja miten he arvioivat omaa ammattitaitoaan asiakkailta havaitsemiinsa tarpeisiin nähden.

Työuraterveydenhoitajien kuvauksista analysoitiin neljä erilaista asiakaspuhetta: moniongelmaiset työttömyyden uhrin, poikkeavat työmarkkinoilla, työttömyyteen sopeutujat sekä systeemin hyväksikäyttäjät. Erilaiset puhutavat liittyivät myös siihen, millaiseksi yhteistyö asiakkaiden kanssa muodostui. Hoitajien puheissa korostui työn keskeisyys ihmisen hyvinvoinnille ja sen löytymisen uskottiin ratkaisevan suurelta osin TYÖTE-asiakkaiden ongelmat.

Ammatillisia vaatimuksia ja käytäntöjä arvioidessaan TYÖTE-hoitajat nostivat keskeiseksi kokemuksen työterveyshuollon viitekehysten riittämättömyydestä. Suositellut, työterveyshuollon käytäntöä mukailevat toimintamallit tuntuivat toimivan huonosti epävakaalla työuralla olevien asiakkaiden kanssa. Asiakkaiden vaikeuksia pidettiin liian suurina, eivätkä työterveyshoitajat päässeet käyttämään omaa työelämän asiantuntijuuttaan hyväksi. Myös terveysneuvonta jäi usein toteuttamatta. Työterveyshuollon näkökulma ja viitekehys marginalisoitui ja työterveyshoitajat katsoivat tarvitsevansa uudenlaisia tietoja ja taitoja kyetäkseen toimimaan TYÖTE-asiakkaiden kanssa. TYÖTE-hoitajien näkemyksen mukaan kyseessä on erityisryhmä, joka tarvitsisi erityistoimenpiteitä ja -asiantuntijoita. Toisaalta työmarkkinoiden, työsuhteiden, työvoiman ja työpaikkojen monimuotoistumisen myötä on myös perusteltua esittää, uuden palvelujärjestelmän sijaan, työterveyden ja terveysammattilaisten perusvalmiuksien ja -osaamisen laajentamista työmarkkinoiden kehitystä vastaavaksi.

Työkykyarviointiin lähetettyjen pitkäaikaistyöttömien tyypittely

Heikkinen Virpi, LL, fys.el., TAYS Kuntoutustutkimuspoliklinikka; Hokkanen Risto, YTM, psykologi; Joukamaa Matti, prof., Tay Terveystieteen laitos ja TAYS Psykiatrian klinikka; Nurmela Kirsti, LL, psyk.el., Tampereen kaupunki mielenterveyspalvelut, Tay Terveystieteen laitos; Uitti Jukka, LT, ylilääkäri Tampereen Aluetyöterveyslaitos; Virtanen Pekka, LT, yliopettaja, Tay Terveystieteen laitos

Suomessa on vuodesta 2001 selvitetty järjestelmällisesti työkyvyttömiksi epäiltyjen pitkäaikaistyöttömien eläke-edellytyksiä (ns. Taipaleen malli). Tampereella näitä selvityksiä on tehty paikallisessa Aikuiskoulutuskeskuksessa, jonka rekisteriin pohjautuvassa tutkimuksessa nousi kysymys pitkäaikaisyöttömyyden olemuksesta: millaisia ovat työttömyyden kovinta ydintä edustavien henkilöiden työ- ja terveyshistoriat? Oletimme heidän sairastamisestaan paljastuvan työkyvyttömyyden tunnistamista ja eläkkeelle ohjautumista vaikeuttavia piirteitä. Kiinnostuksen kohteeksi nousivat sairastamisen laatu dimensioilla fyysinen-psykkinen ja varhainen-myöhempi terveyden menetys sekä päihdesairastaminen ja syrjäytyminen. Kuvaamme tässä raportissa käyttämämme tutkimusmenetelmän (kategorisointi ja tyypittely), arvioimme sen toimivuutta ja esitämme alustavia tuloksia.

Vuosina 2001–2007 Aikuiskoulutuskeskuksessa tutkittiin kaikkiaan 979 asiakasta. Heistä oli käytettävissä lähetetiedot, aiempia sairauskertomustietoja, työkykyarvion tutkimustulokset ja B-lausunnot. Saadaksemme tutkittavista lääketieteellistä diagnoosijakautumaa ja eläkemyöntöjä monipuolisemman kuvan, päätimme käyttää laadullista tutkimusmenetelmää tavoitteena tuottaa tutkittavia edustavia tyyppejä. Tutkimusryhmän jäsenet tekivät ensin vapaamuotoiset luonnehdinnat 50 asiakkaan otokselle. Tavoitteena oli nimetä 2–4 kategoriaa ulottuvuuksilla: terveysongelma, työura ja asiointi. Seuraavaksi ryhmä käsitteli ehdotukset ja sopi kategorioille alustavat määritelmät ja nimet. Sitten kaksi tutkijaa luokitteli itsenäisesti 50 asiakasta ja vertasi tuloksiaan. Kategoriat täsmennettiin keskustelemalla eriävästi luokitelluista tutkittavista. Tässä raportissa esitettävät tulokset perustuvat 300 henkilön aineistoon.

Terveysuran osalta päädyttiin viiteen kategoriaan: 1) ”heikot eväät” (9,2 %), 2) ”fysiikka pettänyt” (24,5 %), 3) ”psykyke pettänyt” (6,5 %), 4) ”psykofysiikka pettänyt” (22,2 %), 5) ”terveytensä juoneet” (35,3 %), 2,3 % jäi luokittelematta. Työurakategorioita tuotettiin neljä: 1) ”olematon” (28 %), 2) ”laman katkaisema” (13 %), 3) ”taantuva” (40 %) ja 4) ”repaleinen” (19 %). Kolme asiointiuraa olivat 1) ”sujuva” (50,0 %), 2) ”syrjäytynyt” (20,9 %), 3) ”kitkainen” (26,8 %), 2,3 % jäi luokittelematta.

Työkyky selvitysten monimuotoinen materiaali voitiin pelkistää kuvatulla menetelmällä kategorioiksi, joihin on mahdollista sijoittaa lähes kaikki asiakkaat. Menetelmä on melko aikaa vievä, mutta toteutettavissa osana muuta tiedonkeruuta. Osa kategorioista näyttää jäävän sen verran pieniksi, että jatkamme luokittelua. Lopullinen tulos eli tyypit muodostetaan ristiintaulukoimalla kategoriamuuttujat ja tiivistämällä taulukon soluihin päätyneiden ryhmien tiedot tyypilliseksi asiakastapaukseksi. Hyödynnämme kategorioita ja tyypitystä pitkäaikaistyöttömien karakterisoinnissa myös siten, että analysoimme niitä muiden keräämiemme muuttujien, kuten eläkeratkaisun, suhteen.

Sessio

H. Henkilöstö ja työvoima

Ulkomaalaisten terveysalan ammattilaisten liikkuvuus ja sijoittuminen Suomessa

Hannamaria Kuusio, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Tarja Heponiemi, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Anna-Mari Aalto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; Ilmo Keskimäki Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto; Marko Elovainio Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Tausta: Työvoimapula on kriisiyttänyt terveydenhuoltoa ja vaikeuttanut palvelujen saatavuutta, erityisesti ilmiö näkyy terveyskeskuksissa. Vuonna 2007 terveyskeskusten yleislääkärin viroista 36 % oli vailta vakituista hoitajaa ja 8 % viroista hoidettiin vuokratyövoiman turvin. Maahanmuutto ja ulkomaalaisen hoitohenkilöstön rekrytoiminen ovat nähty eräänä keinona helpottaa lääkäri- ja hoitohenkilöstön pulaa. Ulkomaalaisten terveysalan ammattilaisten määrä on Suomessa noussut voimakkaasti 2000-luvulla. Muista maista tulleiden terveysalan ammattilaisten integroituminen suomalaiseen terveydenhuoltoon saattaa luoda haasteita yksilöille, organisaatiolle ja yhteiskunnalle.

Tavoitteet: Tässä tutkimuksessa selvitetään, kuinka paljon Suomessa on ulkomaalaisia lääkäreitä, hammaslääkäreitä ja sairaanhoitajia ja mille aloille he ovat sijoittuneet. Tutkimuksessa tarkastellaan ulkomaalaisten terveysalan ammattilaisten muuttamista Suomeen, suomalaisten terveysalan ammattilaisten poismuuttamista sekä muuttovirroissa tapahtuneita muutoksia viimeisen 15 vuoden aikana.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimuksessa aineistona on käytetty Tilastokeskuksen työssäkäyntitilastoa, Valviran ylläpitämää Terhikki-rekisteriä sekä Suomen lääkäriiliiton keräämiä lääkärikyselyjen tietoja.

Keskeiset tulokset: Vuoden 2006 lopussa ulkomaalaisia terveysalan ammattilaisia oli Suomessa 3 799, joista 1 471 lääkäriä, 228 hammaslääkäriä ja 2 100 sairaanhoitajaa. Heidän määränsä on viimeisen 15 vuoden aikana jatkuvasti kasvanut. Vuonna 2008 lähes joka viides Valviran myöntämistä lääkärin ammatinharjoittamisen luvista myönnettiin ulkomaalaistaustaiselle lääkärille. Terveydenhuollon henkilöstöpulasta huolimatta huomattava osa (n. 30 %) ulkomaalaisista terveysalan ammattilaisista on vailta työtä.

Suomalaisten terveysalan ammattilaisten muutto ulkomaille on vähentynyt 2000-luvulla. Tämän lisäksi esim. suomalaisista ulkomaille muuttaneista sairaanhoitajista 40 % muuttaa takaisin Suomeen kahden vuoden kuluessa poismuutosta.

Johtopäätökset: Ulkomainen työvoima on nähty yhtenä keinona helpottaa työvoimapulaa Suomen terveydenhuollossa. Muista maista tulleiden terveydenhuollon ammattilaisten määrä onkin viime vuosina kasvanut voimakkaasti. Tilastojen perusteella suuri osa terveysalan ammattilaisista ei kuitenkaan ole aktiivisesti työvoiman piirissä. Systemaattista tutkimusta aiheesta on tehty vähän ja tutkimustietoa tarvitaan muun muassa ulkomaalaisten terveysalan ammattilaisten työllistymisestä, ja heidän integroitumisesta suomalaiseen terveydenhuoltoon.

Terveyskeskuslääkäreiden työssä kokema mielekkyys ja näkemyksiä perusterveydenhuollon palveluiden tulevaisuudesta

Meri Larivaara, LL, FM, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Terveyskeskuslääkärin työ suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on klassinen esimerkki hyvinvointivaltioammattista. Viime aikoina se on menettänyt houkuttavuuttaan uravaihtoehtona. Vuonna 2008 julkisen sektorin terveyskeskusten yleislääkärin viroista ja toimista 11 % oli kokonaan hoitamatta ja 12 % hoidettiin yksityisten yritysten palkkaamien lääkärin turvin. Aikaisempien tutkimusten perusteella työnhallinnan puute, ongelmat työpaikan sosiaalisissa suhteissa ja epäreilut johtamistavat vaikuttavat kielteisesti lääkäreiden sitoutumiseen työhönsä. Etenkin yleislääkärin työstä on kuitenkin vain vähän tutkittua tietoa. Yleislääkärin ammatti-identiteetissä korostuvat sosiaaliset ulottuvuudet yleisemmin kuin sairaalassa työskentelevien lääkäreiden ammatti-identiteetissä, joka painottuu lääketieteen teknologiaan ja tutkimukseen. Nuoret lääkärit sekä Suomessa että muualla näyttäisivät kyseenalaistavan perinteistä kutsu- ja kunniamukseen pohjautuvaa ammatti-identiteettiä. Pohjoismaisessa kontekstissa terveyskeskuslääkärin työtä on tärkeää tutkia suhteessa hyvinvointivaltion muutokseen, koska terveyskeskuslääkärin ammatin muotoutuminen kietoutuu yhteen terveystalouden ja terveyspolitiikan kehityskulkujen kanssa.

Tutkimus on osa meneillään olevaa laajempaa hanketta, jossa selvitetään terveyskeskustyön psykososiaalisten tekijöiden, yksittäisten terveyskeskuslääkäreiden ammatillisten intressien ja ammatti-identiteetin sekä lääkärinkunnan terveyskeskustyötä koskevien näkemysten muutosta 1980-luvun lopulta lähtien. Tämän osatutkimuksen tavoite on tutkia terveyskeskuslääkäreiden viihtymistä ja mielekkyyden kokemista nykyisessä työssä, heidän urasuunnitelmiaan sekä heidän näkemyksiään perusterveydenhuollon lääkäripalveluista.

Aineisto koostuu 30 terveyskeskuslääkärin teemahaastattelusta eri puolilla Suomea. Haastattelut on tarkoitettu toteutettavaksi loppuvuoden 2009 aikana. Tavoitteena on haastatella 15 virassa tai toimessa työskentelevää lääkärinä ja 15 ostopalvelulääkärinä. Ennen varsinaisia tutkimushaastatteluita toteutetaan kaksi pilottihaastattelua, joiden avulla arvioidaan ja kehitetään haastattelurunkoa ja -tekniikkaa. Haastattelut tullaan litteroimaan ja analysoimaan Atlas.ti-ohjelman avulla konventionaalista sisällönanalyysia käyttäen.

Tulen esittelemään teemahaastattelujen runkoa sekä pilottihaastattelussa esiinnousseita näkökulmia. Tarkennan esityksessäni tutkimuksen lähtökohtia ja teoreettisia lähestymistapoja. Haastatteluaineiston tuloksia tarkastellaan työssä koetun viihtyvyyden ja mielekkyyden osalta suhteessa aikaisempiin pitkäjänteisiin kyselyaineistoihin, jotka mahdollistavat myös ajallisen muutoksen tarkastelun. Kokonaisuudessaan kerätään laadullinen tekstiaineisto Suomen Lääkärilehden ja Nuori Lääkärilehden terveyskeskuslääkärin työtä käsittelevistä kirjoituksista. Yksittäisten lääkäreiden haastatteluissa esiintuomia näkemyksiä tarkastellaan suhteessa tähän ammattikunnan jaetulla ja julkisella foorumilla rakennettuun yhteiseen näkemykseen terveyskeskustyöstä ja perusterveydenhuollon lääkäripalveluista.

Hyvinvointi vahvistuu Aslak-kuntoutuksessa

Tirkkonen Maija, PsL; Kinnunen Ulla, PsT, Tampereen yliopiston psykologian laitos

Tutkimustehtävä: Tämän kvasikokeellisen seurantatutkimuksen tarkoituksena on vastata kysymykseen, vaikuttaako varhaiskuntoutus kuntoutujien hyvinvointiin, persoonallisuuden voimavaroihin ja työolotekijöihin. Tarkasteltavana interventiona on Aslak -varhaiskuntoutus, joka toteutettiin vuoden aikana kolmessa (5 + 5 + 5 vrk) jaksossa Siuntion Hyvinvointikeskuksessa.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimukseen osallistui 148 vuosina 2007–2008 Aslak-kuntoutuksen aloittanutta kuntoutujaa, jotka toimivat asiantuntijoina tai esimiestehtävissä eri aloilla. Vertailuryhmään (n = 34) kutsuttiin asiantuntijoita ja esimiehiä, jotka eivät olleet Aslak-kuntoutuksessa, mutta jotka olisivat voineet hakea siihen. Kuntoutujat vastasivat kyselyihin jokaisella kuntoutusjaksolla noin puolen vuoden välein ja vertailuryhmä samassa tahdissa kolmesti vuoden aikana. Työhyvinvoinnin indikaattoreina olivat työn imu, työpäivän jälkeinen palautumisen tarve ja koettu työkyky. Yleistä hyvinvointia mitattiin stressin, itse arvioidun terveyden, elämään tyytyväisyyden, mielialan ja tarmokkuuden avulla. Työhyvinvointiin vaikuttavina tekijöinä selvitettiin työn vaatimuksia ja voimavaroja sekä persoonallisuuden voimavaroja itseä koskevien ydintulkintojen avulla. Lisäksi tarkasteltiin kuntoutujien asettamia tavoitteita ja näiden yhteyksiä hyvinvointimuutoksiin.

Tulokset: Kuntoutujien ja vertailuryhmän välinen vertailu osoittaa kuntoutujien hyvinvoinnin vahvistuneen kuntoutusaikana: palautumisen tarve ja stressi vähenivät, unen laatu ja työkyky vahvistuivat. Vertailuryhmällä tilanne näissä seikoissa pysyi joko samana tai heikkeni. Positiivinen mieliala, tarmokkuus ja tyytyväisyys elämää kohtaan vahvistuivat kummassakin ryhmässä, samoin itseä koskevat ydintulkinnat. Vertailuryhmässä mieliala ja itseä koskevat ydintulkinnat vahvistuivat enemmän kuin kuntoutujilla. Työn vaatimustekijöissä ei tapahtunut muutoksia. Työn voimavaratekijöistä kuntoutujien esimiestuki vahvistui ja vaikutusmahdollisuudet vahvistuivat viitteellisesti kontrolliryhmään verrattuna. Hyvinvointi kehittyi samalla tavoin miesten ja naisten ja sisällöltään erilaisia tavoitteita asettaneiden kuntoutujien ryhmissä.

Johtopäätökset: Yhteenvedon voidaan todeta, että Aslak-kuntoutus vahvisti kuntoutujien hyvinvointia. Työoloihin kuntoutuksella ei ollut juurikaan vaikutusta. Joidenkin vertailuryhmän tulosten vahvistuminen herättää kysymyksen, missä määrin pelkkä kyselyyn vastaaminen vaikuttaa hyvinvoinnin kokemukseen. Seurantakyselyn vastausten perusteella nähdään, miten havaitut muutokset kehittyvät.

Sessio

I. Lääketutkimuksen jaos

Diabetes ja depressio: depressiolääkkeiden käytön kehitys diabeetikoilla 1997–2007

Kristiina Manderbacka, VTT, dosentti, THL, Palvelujärjestelmien arviointiyksikkö; Reijo Sund, VTT, THL, Palvelujärjestelmien arviointiyksikkö; Sari Koski TtM, Suomen Diabetesliitto; Ilmo Keskimäki, professori THL, Palvelujärjestelmät, Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos; Marko Elovainio, professori THL, Palvelujärjestelmien arviointiyksikkö

Tutkimuksen tarkoitus: Diabetesta sairastavilla henkilöillä on havaittu olevan muita useammin mielen-terveyden häiriöitä, erityisesti depressiota. Vaikka diabeteksen ilmaantuvuus on kasvanut voimakkaasti sekä Suomessa että muissa maissa, ei depressiolääkkeiden käytön trendejä ole aiemmin raportoitu valikoitumattomissa diabeetikpopulaatioissa. Käynnissä olevassa tutkimuksessa tarkastelemme depressiolääkkeiden käytön kehitystä diabetesta sairastavilla diabetestyyppin mukaan ja vertaamme lääkkeiden käyttöä muun väestön depressiolääkkeiden käyttöön.

Aineisto ja menetelmät: Diabetesta sairastava väestö muodostettiin FinDM II -hankkeessa useista rekisterilähteistä. Depressiolääkkeiden käyttö liitettiin aineistoon henkilötunnusten avulla Kelan reseptuuri-tietokannasta. Vertailuaineisto muodostettiin 5-vuotisikäryhmittäisten väestötilastojen ja reseptuuri-tietokannan tietojen avulla. Depressiolääkkeiden käyttö määriteltiin ainakin yhdeksi ostoksi tutkimusajan-kohtana. Lääkkeiden käyttöä tarkasteltiin 15-vuotiailla ja vanhemmilla miehillä ja naisilla neljässä ikäryhmässä vuosina 1997–2007. Aineistossa oli 50027 tyyppin 1 diabeetikkoa ja 346290 tyyppin 2 dia-beetikkoa. Vuosittaista käyttöä kussakin ryhmässä tarkasteltiin osaryhmittäisinä prevalensseina ja trendien eroja analysoitiin kovarianssianalyysin avulla.

Tulokset: Depressiolääkkeiden käyttö oli diabeetikoilla muita yleisempää molemmilla sukupuolilla kaikissa ikäryhmissä ja kaikkina tutkimusvuosina. Erityisen yleistä käyttö oli nuorissa ikäryhmissä sekä tyyppin 2 diabeetikoilla. Vanhemmissa ikäryhmissä ei eroja havaittu diabetestyyppin mukaan, mutta käyttö oli diabeetikoilla muita yleisempää. Käyttö kasvoi tyyppin 2 diabeetikoilla muita ryhmiä nopeammin tarkastelujaksolla.

Johtopäätökset: Tulokset viittaavat siihen, että diabeteksella ja depressiolla on yhteisiä riskitekijöitä. Lisätutkimusta tarvitaan havaitun yhteyden suunnan selvittämiseksi. Henkiseen hyvinvointiin on terveydenhuollossa tarpeen kiinnittää huomiota erityisesti henkilöillä, joilla on suuri tyyppin 2 diabeteksen riski.

Lonkkamurtumapotilaiden osteoporoosin lääkehoito ja kuolleisuus

Reijo Sund, VTT, THL; Ilona Nurmi-Lüthje, dosentti, KTTL/HY ja Kouvolan terveyskeskus; Merja Juntunen, FM, THL; Peter Lüthje, dosentti, Kuusankosken aluesairaala

Tutkimuksen tarkoitus: Lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuus on suurempaa kuin muun samanikäisen väestön. On tärkeää etsiä keinoja parantaa näiden potilaiden selviytymistä. Äskettäin ilmestyneessä kotimaisessa tutkimuksessa todettiin, että lonkkamurtumapotilaiden osteoporoosilääkitys vähensi kuolleisuutta. Halusimme selvittää, pitääkö tutkimustulos paikkansa myös valtakunnallisessa aineistossa.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimusaineistona oli Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitusrekisteristä, Tilastokeskuksen kuolinsyrekisteristä ja Kelan erityiskorvausoikeuksien ja lääkekorvausten rekistereistä saatuja tietoja sisältävä PERFECT-lonkkamurtuma-aineisto. Aineistosta tarkasteltiin 20486:tta murtuman tapahtuessa kotona asunutta vähintään 50-vuotiasta lonkkamurtumapotilasta, jotka olivat kotiutuneet neljän kuukauden kuluessa murtumasta. Tarkasteltavat lääkkeet jaettiin antiosteoporoottisiin lääkkeisiin sekä kalsiumin ja D-vitamiinin yhdistelmävalmisteisiin (Ca+D). Kuolleisuuden ja lääkkeidenkäytön yhteyttä mallinnettiin Coxin regressiolla, jossa murtuman jälkeistä lääkkeiden käyttöä kuvaavia muuttujia käsiteltiin aikariippuvina kovariaatteina.

Tulokset: Lonkkamurtumapotilaiden murtuman jälkeinen antiosteoporoosilääkitys toteutuu suosituksiin nähden huonosti. Kotiutettujen lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuutta ennustivat odotetusti korkeampi ikä, murtumaa edeltäneet hoitopäivät ja etenkin miehillä monet liitännäissairaudet. Miehillä lonkkamurtuman jälkeinen Ca+D:n käyttö vähensi kuolleisuutta tilastollisesti merkitsevästi (HR 0.66; 95 % CI: 0.48–0.92). Naisilla puolestaan pelkkä antiosteoporoottisten lääkkeiden käyttö oli tilastollisesti merkitsevää selviytymisen kannalta (HR 0.80; 95 % CI: 0.67–0.95) ja jos he käyttivät Ca+D-valmistetta samanaikaisesti, selviytyminen parani edelleen selvästi (HR: 0.56; 95 % CI: 0.44–0.70). Molempien lääkkeiden samanaikainen käyttö oli voimakkain matalampaan kuolleisuuteen assosioituva tekijä, erityisesti naisilla.

Johtopäätökset: Lonkkamurtumapotilaiden saama kalsium ja D-vitamiini sekä antiosteoporoosilääkitys on Suomessa vähäistä. Tutkimuksemme osoitti, että kalsium- ja D-vitamiinivalmisteen ja antiosteoporoosilääkkeen samanaikainen käyttö lonkkamurtuman jälkeen on selvästi matalampaan kuolleisuuteen assosioituva tekijä, erityisesti naisilla. On kyseenalaista ja väärin olla tarjoamatta potilaille hyvää hoitoa, jonka tärkeänä osatekijänä on asianmukainen lääkitys, jos sillä voidaan parantaa näiden potilaiden ennustetta.

Raskaudenaikainen lääkkeiden käyttö ja sen vaikutukset syntyneen lapsen terveyteen – Lääkehoito ja raskaus -hankkeen tuloksia

Miia Artama, FT, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Lääkehoito ja raskaus työryhmä

Tausta: Raskaudenaikainen lääkkeiden käyttö on yleistä, mutta sen mahdollisia seurauksia sikiöön ja raskauden kulkuun ei täysin tiedetä. Vain muutaman lääkkeen tiedetään olevan sikiövaurioita aiheuttavia, mutta toisaalta vain muutaman tiedetään olevan varmasti turvallisia. Suomen kansalliset terveysrekisterit tarjoavat hyvät mahdollisuudet arvioida äidin raskaudenaikaisen lääkkeiden käytön vaikutuksia syntyneen lapsen terveyteen: perinataaliterveyteen ja epämuodostumien esiintyvyyteen syntyneillä lapsilla.

Lääkehoito ja raskaus on Lääkelaitoksen, Kelan ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteistyöhankke, joka on alkanut vuoden 2008 alussa ja jota on edeltänyt pilottitutkimus vuosina 2003–2007.

Tavoitteet: Tämän seurantajärjestelmän tarkoituksena on arvioida raskaudenaikaista lääkkeiden käytön määrää ja laajuutta sekä arvioida raskaudenaikaisen lääkkeiden käytön vaikutusta syntyneen lapsen terveyteen ja epämuodostumien esiintyvyyteen syntyneillä lapsilla.

Aineisto ja menetelmät: Suomessa vuosien 1996–2006 välisenä aikana tapahtuneita synnytyksiä ja raskaudenkeskeytyksiä koskevat tiedot poimittiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämistä syntymä- raskaudenkeskeyttämis- ja epämuodostumarekistereistä.

Äidin kroonisia sairauksia ja lääkkeitä koskevat tiedot poimittiin Kelan ylläpitämistä tiedostoista. Lääkealtistumista arvioitiin ajanjaksolla kuukausi ennen raskautta ja raskauden aikana. Vain yksisikiöiset, elävänä tai kuolleena syntyneet lapset (N = 612 851) otettiin mukaan perinataaliterveyttä koskeviin riskianalyysihin (pienipainoisuus, raskauden keston suhteutettu pieni- ja suuripainoisuus, perinataalikuolleisuus ja ennenaikaisuus). Tilastolliset analyysit tehtiin logistisella regressiolla ja niissä huomioitiin mahdollisina sekoittavina tekijöinä mukaan äidin ikä lapsen syntymähetkellä, aiempien aiemmat raskaudet, sosioekonominen luokka ja sairaanhoitopiiri.

Tulokset: Aineisto koostui kaikkiaan 630 304 elävän syntyneestä 2 325 kuolleena syntyneestä ja 2 954 sikiöindikaatiokeskeytyksestä. Synnytykseen päätyneistä raskauksista 6 prosentissa äidillä oli yksi tai useampi krooninen sairaus. Yleisimmät krooniset sairaudet olivat astma (2,5 %), kilpirauhasen vajaatoiminta (0,8 %), epilepsia (0,6 %) ja nivelreuma (0,5 %).

Useiden lääkeryhmien kohdalla havaittiin kohonnut riski perinataaliongelmiin lääkkeille altistuneilla suhteessa altistumattomiin lapsiin. Yhteys selittyi usein taustalla olevalla äidin perussairaudella, kuten diabeteksella tai sydän- ja verisuonisairaudella.

Johtopäätökset: Laaja tutkimusaineisto tarjoaa mahdollisuuden selvittää raskaudenaikaisen lääkkeiden käytön yhteyksiä syntyneen lapsen perinataaliterveyteen yleisten lääkeryhmien osalta. Kumulatiivisesti kertyvän aineiston avulla saadaan ajan myötä lisää tietoa yksittäisten lääkkeiden tai lääkeryhmien turvallisesta käytöstä.

Prerequisites/rate limiting steps of community randomized vaccination effectiveness trials

Matti Lehtinen, University of Tampere and National Institute for Health and Welfare, Finland

Effectiveness of alternative vaccination programs can be approached by testing population-based implementation strategies in a community randomized trial (CRT). The CRT design has to take into account study power, end-point validity, and public acceptance of enrolment.

Prevalence of the infection/disease to be prevented most often vary substantially by community. Reducing the variation by randomizing prevalence-stratified communities yields up to four-fold improvement in the power of the CRT with remarkable reduction in the number of communities required for the study arms.

The trial end-points have to be unambiguous and easy to determine. Reducing prevalence of the infectious agent by vaccination will do if: 1) The agent(s) is(are) easily detectable, 2) A sizeable uninfected population becomes exposed in a reasonable time after the intervention, 3) Lag-time between exposure and infection is reasonable, 4) A clear distinction between colonization and infection with the agent can be made, 5) Infection is a necessary cause of the disease.

With regard to prophylactic vaccination, informed consent-based participation of a blinded CRT can be problematic because of: A) Questions related to individuals' right to receive the vaccine, that has proven to be efficacious, B) Opportunistic vaccination, C) Questions related to vaccine acceptance, D) Parental attitudes (in case of minors), E) Changes in behaviour affecting disease acquisition, F) Health registry-based follow-up of the study participants. These problems can be addressed by: A) Offering another beneficial vaccine to the participants, B) Beneficial crossover vaccination at the end-of the trial, C&D&E) Increasing public knowledge and health conscience, F) Strict data-protection, that guards integrity of the study participants.

In Finland, almost 40 000 early adolescents (and their parents) out of 80 000 invited have given their informed consent to participate a CRT on the effectiveness of human papillomavirus (HPV) vaccination. The above questions will be addressed based on the experiences and examples from the first years of an ongoing community randomized phase IV HPV trial.

Sessio

J. Lisääntymisterveyden jaos (osa II)

Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa: palvelutarjonnan laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Tuire Sannisto, LL, Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos, yleislääketiede, Vesa Saaristo, FM, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Timo Ståhl, TtT, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Elise Kosunen, dosentti, Ylöjärven terveyskeskus

Tutkimuksen tarkoitus: Tutkimuksen tarkoituksena oli 1) muodostaa laatumittari, jonka avulla voitaisiin arvioida terveyskeskusten tarjoamien raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden laatua terveyskeskusorganisaatioista saadun tiedon avulla, 2) mitata palvelutarjonnan laatua ja 3) tutkia todetun laadun yhteyttä terveyskeskusten taustamuuttujiin.

Aineisto ja menetelmät: Laatumittarin muodostamiseen käytettiin kaikista 63 Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksesta (tk) vuonna 2005 kerättyä seksuaaliterveyspalveluita käsittelevää kyselyaineistoa. Koti- ja ulkomaisiin suosituksiin sekä muuhun alan kirjallisuuteen perustuen valittiin kahdeksan mahdollisimman monipuolisesti palvelutarjonnan laatua kartoittavaa laatuindikaattoria. Terveyskeskuksen vastauksista muodostetun laatusumman yhteyttä samalta vuodelta eri lähteistä kerättyihin taustamuuttujiin tutkittiin Spearmanin järjestyskorrelaatioanalyysillä.

Tulokset: Mittariin valittiin seuraavat indikaattorit (suluissa niiden tk:n osuus, joissa indikaattori täyttyi):

- 1) Odotusaika ehkäisyneuvontaan lääkärin vastaanotolle on enintään 7 päivää (32 %),
- 2) Hoitajalla on käytössään kirjalliset ehkäisyneuvonnan ohjeet (65 %),
- 3) Ehkäisyneuvontatyötä tekevällä hoitajalla on puhelinneuvontaan varattua aikaa (40 %),
- 4) Aloitettavien menetelmien valikoimaan sisältyy ehkäisykapseli (58 %),
- 5) Ehkäisyä aloitettaessa ilmaisjakelussa on vähintään kolme eri menetelmää (51 %),
- 6) Hoitajalla on lupa lähettää itsenäisesti klamydiatestiin ilman lääkärin päätöstä (79 %),
- 7) Perhesuunnittelupalveluiden kehittämisestä vastaa nimetty henkilö (53 %) ja
- 8) Ehkäisyneuvontatyötä tekevät hoitajat saavat systemaattista täydennyskoulutusta (43 %).

Indikaattoreiden keskinäiset korrelaatiot olivat kaikissa tapauksissa pienempiä kuin 0,3. Vastaukset kaikkiin kahdeksaan indikaattorikysymykseen saatiin 51 tk:sta, enimmillään vastaus puuttui kolmeen kysymykseen. Laatusumma vaihteli välillä 0–8 pistettä, keskiarvo oli neljä pistettä. Korrelaatioanalyysissä seitsemän taustamuuttujan todettiin korreloivan positiivisesti laatusummaan: 1) tk:ssa on johtava hoitaja, 2) tk:ssa on klamydiainfektion seulonta- ja ehkäisyohjelma, 3) tk:n vastuuväestön koko, 4) tk:ssa on nimetty terveyden edistämisen johtamisesta vastaava henkilö, 5) tk-kunnalla tai kuntayhtymän jäsenkunnilla on kansanterveystyön strateginen suunnitelma, 6) tk:ssa on käytössä väestövastuujärjestelmä ja 7) ehkäisyneuvontapalvelut on järjestetty neuvolatyönä. Väestön ikärakenne tai tk-kuntien taloudellinen tilanne ei ollut yhteydessä mitattuun laatuun.

Johtopäätökset: Muodostetulla laatumittarilla voitiin arvioida tutkimusalueen terveyskeskuksissa monipuolisesti ehkäisyneuvontapalveluiden laatua palveluiden järjestämisen näkökulmasta. Palvelutarjonnan laadussa oli tutkituissa terveyskeskuksissa suurta vaihtelua. Laatu näytti olevan parempi erityisesti niissä terveyskeskuksissa, joissa oli panostettu terveydenedistämistyöhön ja sen johtamiseen.

Impact of prophylactic vaccination with a quadrivalent hpv6/11/16/18 of initially 16–18 year old females on quality of life: a 5-year follow-up study

Anna-Mari Nykänen, University of Tampere; Finland; Sarah Woodhall, University of York, UK; Tiina Eriksson, University of Tampere; Finland; Heini Huhtala, University of Tampere; Finland; Pekka Rissanen, University of Tampere; Finland; Dan Apter, Finnish Family Federation; Jorma Paavonen, University of Helsinki, Finland; Matti Lehtinen University of Tampere; National Institute of Health and Welfare, Finland

Objectives: Human papillomavirus (HPV) vaccination has demonstrated efficacy against infections with genital HPV types and associated sequelae. Lesions caused by low-risk and high-risk HPV types potentially have a negative effect on quality of life (QoL). This study investigated the impact of HPV infection and HPV 6/11/16/18 vaccination on QoL 5 years after vaccination, or 3 years after the peak age of genital HPV infections.

Methods: The study population consisted of females who had been enrolled in the FUTUREII trial of HPV6/11/16/18 vaccination at age 16–17 (n=1 749), and a group of unvaccinated females in the adjacent age-cohort above those eligible for participation in the FUTUREII (n=7 369). Participants were sent a questionnaire consisting of two generic QoL instruments (RAND36 and EQ VAS) 5 years after receiving the active or placebo vaccine, i.e. at age 22 to 23.

Results and Conclusions: Altogether 4 438 valid responses were received and analysed (463 HPV vaccinated, 417 placebo vaccinated, 3 558 HPV vaccinated). Unadjusted mean outcomes of the different QoL measures (RAND36 domains and EQ VAS) were found to be similar in the three groups. Multiple regression analysis found that reporting current or previous genital warts or cytological abnormalities was statistically significantly associated with reduced QoL across six outcome measures; no significant difference was found between the HPV vaccinated group and the placebo vaccinated or unvaccinated groups. Genital HPV infections were found to have a significant impact on QoL. Having been had HPV vaccination was not found to be associated with a different QoL as compared to placebo vaccinated or unvaccinated individuals.

Impact of brief sexual health education on risk-taking behaviour among urban adolescents

Tiina Eriksson, Tampere School of Public Health, University of Tampere; Jukka Jokela, University of Jyväskylä; Minna Pietikäinen, National Institute for Health and Welfare; Arja Rimpelä, Tampere School of Public Health, University of Tampere; Matti Rimpelä, National Institute for Health and Welfare; Matti Lehtinen, Tampere School of Public Health, University of Tampere, National Institute for Health and Welfare

A community-randomized trial to evaluate effectiveness of human papillomavirus vaccination and screening for *Chlamydia trachomatis* was established in the school year 2007–2008 at 33 municipalities by inviting 40 000 1992–1993 born adolescents to the trial. To facilitate enrolment and to put the interventions into context brief sexual health lectures using the same validated educational material were systematically organized in altogether 250 schools at the 8th and 9th grades. Questionnaire based Finnish School Health Promotion Study in the 8th and 9th grades involved the 1992–1993 born in Spring 2008 and Spring 2009. It covers various aspects of health conscience, including sexual risk-taking behaviour. To set the baseline and to start evaluating impact of the organized brief sexual health education we compared the questionnaire data between the 33 intervention and 18 control communities. At the 9th grade indicators of sexual risk-taking behaviour (sexual debut, multiple partners) or use of emergency contraception were all overrepresented at the intervention communities indicating 10 to 20% increased risk at the baseline. At the 8th grade no material differences between the intervention and control communities were observed. In addition, questions on seeking advice/consultation in sexual health and adopting safe-sex practices indicated that the “health conscient” behaviour was easier at the intervention communities compared to the control communities. No statistically significant differences in the risk of smoking or use of alcohol between the intervention and control communities were observed. In the forthcoming years new data from the Finnish School Health Promotion Study (Spring 2010, 2011) will verify impact of the brief sexual health education.

ECHE 2010

HELSINKI FINLAND

8th European Conference on Health Economics

7-10 July 2010, Finlandia Hall, Helsinki, Finland

Connecting Health and Economics

www.eche2010.fi

Important dates

1 September 2009	Call for abstracts
1 December 2009	Abstract submission deadline
1 February 2010	Abstract acceptance information
1 April 2010	Early registration deadline

Dear Colleagues,

We are pleased to invite you to the 8th European Conference on Health Economics (**ECHE 2010**), to be held in Helsinki on 7–10 July 2010.

We welcome submission of abstracts on all areas of health economics. Further details concerning the various ECHE 2010 themes, which focus on connecting health with theoretical and/or applied economics, can be found by following the 'Abstracts' link on the following Web site:

<http://www.eche2010.fi/>

Abstracts can be submitted via the following Web page:

<http://eche2010.abstractsubmit.org/>

With best regards on behalf of all ECHE 2010 organisers,

Markku Pekurinen

Chair of the Organising Committee