

Outi Hakala, Kati Karjalainen, Mika Katajala, Heidi Kukka, Sanna Kämäräinen, Reija Leiviskä, Teija Mykkänen & Marjukka Salonen-Jänkälä

TERVEYDEN EDISTÄMINEN

OULUN YLIOPISTOLLISESSA SAIRAALASSA

TERVEYDEN EDISTÄMINEN OULUN YLIOPISTOLLISESSA SAIRALASSA

Outi Hakala
Kati Karjalainen
Mika Katajala
Heidi Kukka
Sanna Kämäräinen
Reija Leiviskä
Teija Mykkänen
Marjukka Salonen-Jänkälä
Opinnäytetyö
Kevät 2015
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma
Ylempi amk-tutkinto
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma

Tekijät: Outi Hakala, Kati Karjalainen, Mika Katajala, Heidi Kukka, Sanna Kämäräinen, Reija Leiviskä, Teija Mykkänen & Marjukka Salonen-Jänkälä

Opinnäytetyön nimi: Terveyden edistäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa

Työn ohjaajat: TtT yliopettaja Pirkko Sandelin & TtT yliopettaja Liisa Kiviniemi

Työn valmistumislukukausi ja – vuosi: Huhtikuu 2015. Sivumäärä: 126 + 11 liitesivua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan neljän tulosalueen terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvioita toiminnastaan potilaiden terveyden edistämiseksi. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää heidän mielipiteitään ja kokemuksiaan terveyden edistämisestä, siinä käytetyistä menetelmistä ja terveyden edistämiseen liittyvistä kehittämistarpeista. Tutkimus tehtiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehdyn vastaavan kyselytutkimuksen pohjalta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa potilaiden terveyden edistämisen nykytilasta, jota Oysin perusterveydenhuollon yksikön terveyden edistämisen työryhmä voi käyttää terveyden edistämisen suunnittelutyön tukena. Kysymykset liittyivät alkoholin riskikäyttöön, tupakointiin, ylipainoon, masennukseen ja perheiden tukemiseen.

Tutkimuksen tietoperustassa käsitellään potilaan terveyden edistämiseen liittyvää historiaa, taustaa, käsitteitä sekä lakia. Lisäksi tietoperustassa tarkastellaan terveyden edistämistä yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Tutkimus on kvantitatiivinen survey-tutkimus, jossa aineistonhankintamenetelmänä käytettiin webropol-sovellusta.

Tutkimuksen vastausprosentti oli 23 % (N=4276), joten tutkimustulokset ovat suuntaa antavia. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että terveydenedistäminen on jokaisen sairaalassa työskentelevän tehtävä ja sitä tehdäkseen henkilökunnalle olisi tarjottava enemmän resursseja ja täydennyskoulutusta.

Tutkimuksen kehittämisideana oli tuoda esille nykyisten käytäntöjen vahvuudet ja kehittämisalueet, joita edelleen kehittämällä voidaan tuottaa laadukkaampia ja tehokkaampia terveyden edistämisen käytäntöjä erikoissairanhoidossa. Jatkotutkimuksena voitaisiin tutkia erikoissairanhoidossa olevien potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia, mielipiteitä ja toiveita terveyden edistämiseksi esimerkiksi palvelumuotoilun avulla.

Asiasanat: *Terveyden edistäminen, erikoissairanhoido, terveysneuvonta*

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

Authors: Outi Hakala, Kati Karjalainen, Mika Katajala, Heidi Kukka, Sanna Kämäräinen, Reija Leiviskä, Teija Mykkänen & Marjukka Salonen-Jänkälä

Title of thesis: Health Promoting in Oulu University Hospital

Supervisors: PhD Senior Principal Lecturer Pirkko Sandelin & PhD Senior Principal Lecturer Liisa Kiviniemi

Term and year when the thesis was submitted: April 2015

Number of pages: *126 pages + 11 appendix*

The purpose of this study was to describe the evaluations of health care professionals from four different departments at the Oulu University hospital on their actions in promoting the health of patients. In addition, the aim was to investigate their opinions and experiences in health promoting, the methods used for it and the needs for future development. The study was carried out in the same manner as a report done at the Pirkanmaa health care district. The purpose of the study was to obtain information on the present status of health promotion at the Oulu University hospital. The report is also intended to support the work of the health promotion work group at the unit of basic health care. The questions of the study were related to alcohol consumption, smoking, obesity, depression and family support.

The knowledge basis part of the work consists the history, background, concepts and law of health promotion. The knowledge basis contains also evaluation of health promotion from the societal perspective. The study is a quantitative survey where webropol application was used for material acquisition.

The response rate of the survey was 23 % (N=4276), meaning that the results are directional. The results show that the personnel working at hospitals need to promote health and in order to succeed; the personnel require more resources and supplemental education.

The development idea of the study was to highlight the strengths and weaknesses of the present health promotion practices. Improvements in these areas can then provide higher quality and more efficient methods for promoting health in special health care. The present study could be followed by a survey of the experiences, opinions and expectations on health promotion of patients and their relatives undergoing special health care.

Keywords: *Health promotion, special health care, health counseling*

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 7 |
| 2 | POTILAAN TERVEYDEN EDISTÄMISEN TIETOPERUSTA | 9 |
| 2.1 | Potilaan terveyden edistämiseen liittyvät käsitteet..... | 9 |
| 2.2 | Terveyden edistämisen historiaa ja taustaa | 14 |
| 2.3 | Terveyden edistämistä velvoittava laki | 17 |
| 2.4 | Terveyden edistäminen yhteiskunnallisesta näkökulmasta | 18 |
| 2.4.1 | Kansantaudit | 21 |
| 2.4.2 | AUDIT- testi..... | 22 |
| 2.4.3 | Laatustandardit | 23 |
| 2.4.4 | Terveyden edistämisen kehittämishankkeita..... | 25 |
| 2.4.5 | Terveyden edistämisen haasteita | 26 |
| 2.5 | Terveyden edistämiseen liittyvät toimintaympäristöt tässä tutkimuksessa | 29 |
| 2.5.1 | Lasten ja naisten tulosalue..... | 29 |
| 2.5.2 | Medisiininen tulosalue..... | 29 |
| 2.5.3 | Operatiivinen tulosalue..... | 30 |
| 2.5.4 | Psykiatrinen tulosalue..... | 30 |
| 2.6 | Terveyden edistämisen tutkimustieto | 30 |
| 3 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 33 |
| 4 | TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 34 |
| 4.1 | Tutkimukseen osallistujat, aineiston keruu ja analysointi..... | 34 |
| 4.1.1 | Määrällisen aineiston analyysi..... | 35 |
| 4.1.2 | Laadullisen aineiston analyysi..... | 36 |
| 4.2 | Tutkimuksen luotettavuus | 38 |
| 4.2.1 | Määrällisen tutkimuksen luotettavuus..... | 39 |
| 4.2.2 | Avoimen kysymyksen vastausten luotettavuus | 40 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TULOKSET..... | 42 |
| 5.1 | Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arviot toiminnastaan potilaiden terveyden edistämisessä..... | 42 |
| 5.2 | Terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttämät keinot potilaiden terveyden edistämisessä | 58 |
| 5.3 | Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemuksia, kenelle potilaiden terveyden edistäminen kuuluu | 66 |
| 5.4 | Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaiden haitallisiin elintapoihin | 77 |
| 5.5 | Terveydenhuollon ammattihenkilöiden parantamishdotuksia potilaiden terveyden edistämiseksi..... | 89 |
| 6 | JOHTOPÄÄTÖKSET JA TULOSTEN TARKASTELU..... | 94 |
| 6.1 | Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvio toiminnastaan potilaiden terveyden edistämisessä..... | 94 |
| 6.2 | Terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttämät keinot potilaiden terveyden edistämiseksi..... | 95 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 6.3 | Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemuksia siitä, kenelle potilaiden terveyden edistämisen kuuluu | 96 |
| 6.4 | Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaiden haitallisiin elintapoihin | 98 |
| 6.5 | Potilaiden terveyden edistämisen parantamisehdotuksia | 100 |
| 7 | POHDINTA..... | 102 |
| 7.1 | Tutkimusprosessin pohdintaa | 103 |
| 7.2 | Tulosten pohdintaa | 105 |
| 7.3 | Tutkimuksen luotettavuuden pohdintaa | 111 |
| 7.4 | Uudet haasteet..... | 113 |
| | LÄHTEET | 116 |
| | LIITTEET | 127 |

1 JOHDANTO

Uuden terveydenhuoltolain velvoittamana kuntien on kaikissa organisaatioissaan ja tuotamissaan palveluissa huomioitava kuntalaisten terveyden edistämisen näkökulma. Tällä tarkoitetaan yksittäisen asiakkaan tai potilaan terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitämistä ja parantamista sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttamista. Sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen sekä mielenterveyden vahvistaminen ovat myös terveyden edistämisen lähtökohtia. Terveydenhuollon asiantuntijoilla on terveyden edistämisestä erityinen vastuu. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:3 §, viitattu 3.3.2015.)

Pohjois-Pohjanmaalla sairastetaan keskimäärin enemmän kuin muualla maassa. Syynä tähän ovat muun muassa työttömyyteen ja syrjäytymiseen liittyvät ongelmat kuten koulutuksen puute, toimeentulon ongelmat, synkät tulevaisuuden näkymät, epäterveelliset elämäntavat sekä runsas alkoholinkäyttö. (Oulun kaupunki 2011, viitattu 7.10.2013.)

Oulun yliopistollinen sairaala (Oys) kuuluu Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot yhdistykseen sekä Health Promoting Hospitals and Health Services -verkostoon. Oysissa tavoitteena on sisällyttää terveyden edistäminen osaksi hoitotyön arkea. Savuton sairaala – projekti on yksi hyvä esimerkki terveyttä edistävät sairaalat toiminnasta, johon myös Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (PPSHP) on sitoutunut. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, viitattu 3.3.2015.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Oysin lasten ja naisten, medisiinisen, operatiivisen ja psykiatrisen tulosalueen terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvioita toiminnastaan potilaiden terveyden edistämiseksi. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää heidän mielipiteitä ja kokemuksia terveyden edistämisestä, siinä käyttämistä menetelmistä ja terveyden edistämiseen liittyvistä kehittämistarpeista. Tässä tutkimuksessa potilastyöhön osallistuvalla terveydenhuollon ammattihenkilöillä tarkoitetaan välittömään potilaan hoitoon osallistuvaa hoitohenkilökuntaa, lääkäreitä ja erityistyöntekijöitä. Erityistyöntekijöillä tarkoitetaan sosiaalityöntekijöitä, psykologeja sekä ravitsemusterapeutteja.

Tutkimuksessa vastattiin seuraaviin tutkimuskysymyksiin. 1. Millaiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöt arvioivat toimintansa potilaiden terveyden edistämisessä? 2. Mitä keinoja terveydenhuollon ammattihenkilöt mielestään käyttävät potilaiden terveyden edistämisessä? 3. Kenelle terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemusten mukaan kuuluu potilaiden terveyden edistäminen? 4. Millaiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöt arvioivat mahdollisuutensa vaikuttaa potilaiden haitallisiin elintapoihin? 5. Mitä parantamishdotuksia terveydenhuollon ammattihenkilöillä on potilaiden terveyden edistämiseksi?

Tutkimus tehtiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehdyn vastaavan kyselytutkimuksen, Terveysneuvonnan toteutuminen ja haasteet Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Lehtinen, Kulmala, Rigoff & Ståhl 2010), pohjalta. Tutkimusryhmä muokkasi tutkimuksen kyselylomaketta pienillä muutoksilla tutkimuksen tilaajan toiveiden mukaisesti. Kysymykset liittyivät alkoholin riskikäyttöön, tupakointiin, ylipainoon, masennukseen ja perheiden tukemiseen.

Tutkimusryhmä koostui kahdeksasta Oulun ammattikorkeakoulun (Oamk) Master-tutkinnon opiskelijasta. Ryhmä aloitti opiskelunsa syksyllä 2013 Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelmassa. Ryhmän jäsenet ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja opiskelivat oman työnsä ohessa. Tutkimus alkoi syksyllä 2013 projektiopintojen yhteydessä TEPPPO-projektina (Terveyden edistäminen Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirissä). Projektin tilaajana oli PPSHP:n perusterveydenhuollon yksikkö. Tammikuussa 2014 projekti muuttui opinnäytetyönä tehtäväksi kyselytutkimukseksi.

2 POTILAAN TERVEYDEN EDISTÄMISEN TIETOPERUSTA

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön tietoperusta koostuu terveyden edistämisen lähtökohdista, terveydenhuoltolaista ja sen sisältämistä yleisistä säädöksistä. Lisäksi tietoperustassa käsitellään terveyden edistämistä yhteiskunnallisesta näkökulmasta, terveyden edistämisen teoretietoa sekä siihen liittyviä käsitteitä. Oys kuuluu Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot yhdistykseen. Tämän jäsenyyden myötä se on osana kansainvälistä World Health Organizationin (WHO) alaista Health Promoting Hospitals verkostoa (HPH). Oysissa on perustettu terveyden edistämisen suunnittelutyöryhmä. Työryhmän tehtävänä on muun muassa laatia terveyden edistämisen toimintasuunnitelma Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Edellä mainitut seikat ovat lähtökohtana tämän opinnäytetutkimuksen aiheelle.

2.1 Potilaan terveyden edistämiseen liittyvät käsitteet

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL) määrittää *terveyden* fyysiseksi, sosiaaliseksi ja henkisen hyvinvoinnin tilaksi. Terveydellä on laajempi merkitys kuin pelkkä vaiva tai sairauden puute. Terveys on voimavara, jonka avulla elämää ylipäättään, sekä monia muita hyvinvoinnin osatekijöitä voidaan toteuttaa. Terveys on THL:n mukaan inhimillinen perusarvo ja välttämätön sosiaaliselle ja taloudelliselle kehitykselle. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, viitattu 12.1.2015.)

Terveyden edistämisen käsitteen perusteita määritellään muun muassa jo maailman terveysjärjestön Ottawan asiakirjassa vuodelta 1986, sekä Jakartan vuoden 1997 julistuksessa. Näissä terveyden edistäminen nähdään toimintana, jonka tavoitteena on yksilön odotettavissa olevan terveen eliniän pidentäminen. (Koskenvuo & Mattila 2009, viitattu 26.4.2014.)

Terveyden edistäminen voidaan konkreettisesti ajatella sairauksien ehkäisynä. Sairauksien ehkäisy käsitteenä pitää sisällään keinot, joilla ylläpidetään terveyttä vaikuttamalla tautien ilmaantumiseen ja pitämällä sairauksien aiheuttamat haitat mahdollisimman pie-

ninä. Sairauksien ehkäisemisessä pyritään ennen kaikkea lieventämään yksilön kärsimystä, mutta sillä pyritään myös säästämään sairaanhoidon kustannuksissa. Sairauksien ehkäisy terveyden edistämisen näkökulmasta pyrkii yksilön ja yhteisön voimavarojen kasvattamiseen. (Koskenvuo & Mattila 2009, viitattu 26.4.2014.)

Terveyden edistämisen käsite ja sisältö ovat vuorovaikutuksessa terveyden näkökulmien kanssa. Käsitteet terveyden edistämisen lähtökohdista, sisällöistä ja painopisteistä perustuvat ihmis- ja terveystieteisiin. Terveyden edistämisen toiminta voi olla terveyttä edistävää, terveyttä suojelevaa tai sairauksia ehkäisevää (Lahtinen, Koskinen-Ollongvist, Rouvinen-Wilenius & Tuominen 2003, viitattu 21.10.2014.) Terveyden edistämällä ymmärretään kaikkea sitä toimintaa, jonka tarkoituksena on terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, terveysongelmien ja väestöryhmien välisten terveystekijöiden vähentäminen. Se on tietoisista vaikuttamista terveyteen ja hyvinvoinnin taustatekijöihin, kuten elintapoihin ja elämäntapaan, elinoloihin ja elinympäristöön sekä palvelujen toimivuuteen ja saatavuuteen. (Suomen kuntaliitto 2014, viitattu 21.10.2014.)

Ottawan asiakirjassa terveyden edistäminen nähdään laaja-alaiseksi toiminnaksi, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia parantaa omaa ja ympäristönsä terveyttä. Lähtökohdista on taata ihmisille terveyttä tukeva ympäristö, tiedonsaanti, elämäntaidot ja mahdollisuudet terveellisten valintojen tekemiseen. Terveyden edistämistä kuvaavissa määritelmässä korostuvat sekä muutoksen aikaansaaminen että mahdollisuuksien luominen. Terveyden edistämässä painotetaan ihmistä aktiivisena toimijana ja osallistujana. Terveyden edistäminen nähdään laajana yhteiskunnallisena toimintana, jonka avulla lisätään ihmisten kykyä hallita omaa terveyttään. (Lahtinen ym. 2003, viitattu 21.10.2014.)

Ihmisten terveyden uhkina voidaan pitää monia yhteiskunnallisia muutoksia. Tällaisia muutoksia ovat esimerkiksi kaupungistuminen, väestörakenteen muutos sekä terveydelle haitallisen käyttäytymisen lisääntyminen. Näiden lisäksi tarve tunnistaa yhä tehokkaammin mielenterveysongelmia vaatii välitöntä toimintaa terveyden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Yhteiskunnalliset muutokset voivat sekä edistää, että muodostaa kielteisen vaikutuksen terveyden edistämisen näkökulmasta. Esimerkiksi kehittyvä viestintäteknologia sisältää suuria mahdollisuuksia terveyden edistämisen kannalta. (Koskenvuo & Mattila 2009, viitattu 26.4.2014.)

Terveyspalvelujen uudistaminen on yksi olennainen asia terveyden edistämisen onnistumisen kannalta. Muita olennaisia asioita ovat yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen ja henkilökohtaisten taitojen kehittäminen. (Koskenvuo & Mattila 2009, viitattu 26.4.2014.) Hallinto- ja sektorirajat ylittävä ehkäisevä työ ja varhainen tuki ovat taloudellisesti kannattavia. Tämän lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee varmistaa pitkäaikaissairauksien hoidon ja pitkäkestoisen sosiaalisen tuen toimivuus ja vaikuttavuus. Erityistä huomiota tulee kiinnittää riskiryhmiin ja vaikeissa olosuhteissa eläviin ihmisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 5.3.2015.)

Kokonaisvaltainen terveyden edistäminen on tehokasta. Kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen toimintaympäristöinä voivat toimia esimerkiksi kaupungit, kunnat, työpaikat tai terveydenhuollon laitokset. Terveyden edistämisen tulee olla jatkuvaa, jotta sillä olisi vaikutusta. Toiminnan ja päätöksenteon ytimessä tulee olla ihminen. Tehokkaita toiminnan tekijöitä ovat koulutus ja tiedon saatavuus. Toiminta terveyden hyväksi edellyttää terveyteen liittyvien asioiden oppimista. Väestön koulutustason nousun myötä saatua tietoa osataan käyttää hyväksi koko ajan enemmän, mikä lisää mahdollisuuksia terveyden edistämisen kannalta. (Koskenvuo & Mattila 2009, viitattu 26.4.2014.) Ihmisen hyvinvointi ja terveys ovat monen tekijän summa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden lisäksi tarvitaan kaikkia väestöryhmiä koskevia hyvinvointia ja terveyttä edistäviä poikkiallisia toimia, riskiryhmille suunnattua ehkäisevää työtä sekä sairastuneille ja sosiaalisissa vaikeuksissa oleville korjaavaa työtä. Jokaisella yksilöllä on myös vastuunsa oman terveytensä ylläpitäjänä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 5.3.2015.)

Monien sairauksien ja yksilön ongelmien lähtökohtina ovat huonot elintavat. Elintapoihin vaikuttaminen on yksi keskeisimmistä terveyden edistämisen toiminnoista, joilla voidaan parantaa yksilön terveyttä, vähentää sairastuvuutta ja ennen aikaista kuolemaa. Terveyden edistäminen tulisi kuulua jokaisen terveydenhuoltoalalla työskentelevän arkeen ja rutineihin. (Lehtinen ym. 2010.) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategiassa terveyden edistäminen on yksi keskeisistä lähtökohdista joilla halutaan vaikuttaa ihmisten elintapoihin ja ottamaan vastuu omasta terveydestään. (Tavoitteena terveyttä, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2010–2015, viitattu 5.3.2015).

Terveysneuvonnalla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimintaa. Siinä kuntalaisten hyvinvointia tuetaan suunnitelmallisesti terveyslähteisellä viestinnällä ja vuorovaikutuksella yksilö-, ryhmä- ja väestötasolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, viitattu 6.11.2014.) Terveysneuvonta voidaan käsittää terveyttä edistävien, sairautta ehkäisevien tai hoitoa koskevien kysymysten käsittelyä, ongelman ratkaisun etsimistä ja neuvontana terveydenhuollon asiakaskontaktien yhteydessä. Vuorovaikutustilanteessa toisena osapuolena on terveydenhuollon ammattihenkilö ja toisena osapuolena asiakas tai potilas. (Duodecim 2015, viitattu 13.1.2015.) Neuvonta voi kohdistua ihmisen terveyden tilan edistämiseen ja ylläpitämiseen tai suoranaisesti sairauksien ehkäisyyn tai hoitoon. Parhaimmillaan terveysneuvonta on terveyteen liittyvän ongelman ratkaisemista yhteisesti kahden ihmisen vuorovaikutustilanteessa. Terveydenhuollon työntekijä tuo tilanteeseen osaamista niin, ettei neuvonta loukkaa ihmisen itsemääräämisoikeutta. (Vertio 2009, viitattu 14.1.2015.)

Terveysneuvonnan rinnalla käytetään yleisesti myös käsitteitä terveystieteiden ja elintapaohjaus. WHO:n mukaan terveystieteiden on mitään tahansa oppimiskokemuksia, jotka on suunniteltu auttamaan yksilöitä ja yhteisöjä parantamaan terveyttä lisäämällä heidän tietojensa tai vaikuttamalla asenteisiin. (WHO 2015, viitattu 30.1.2015.) Sairauksien ennaltaehkäisyä keinoja käytetään elintapaohjausta. Elintapaohjauksella tarkoitetaan sellaista menetelmää, jota käytetään yleisesti käyttäytymisinterventiona, tai se on osa terveystieteiden käytännön työtä. Elintapaohjaus voidaan nähdä mm. terveystieteiden ja asiakkaan välisenä vuorovaikutusprosessina, jonka päämääränä on edistää asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia tukemalla hänen mahdollisuuksiaan muuttaa omia elintapojaan. Elintapaohjausta pidetään nykyisin keskeisenä menetelmänä monessa Käypä hoito – suosituksessa ja sen toteutuksessa olisi hyvä käyttää monipuolisia tekniikoita. (Kettunen, Salmela & Poskiparta 2010, 208, viitattu 14.1.2015; Salmela 2012, 19–20, viitattu 13.1.2015.)

Terveyden edistäminen, terveysneuvonta ja elintapaohjaus ovat osa terveydenhuollon ammattilaisen työnkuvaa. Terveyden edistämistyössä voidaan käyttää mm. motivoivan haastattelun menetelmää tai ottaa terveysneuvonnan tueksi erilaisia testejä ja mittareita sairastumis- tai riippuvuusriskin osoittamiseksi. Tietoinen elintapamuutosten toteuttaminen perustuu harkintaan ja se on tavoitteellista ja suunnitelmallista. Muutosvalmiuden

kuvaamiseen ja arviointiin voidaan soveltaa transteoreettista muutosvaihemallia. Keskeinen ajatus on, että muutoksen toteutuminen on prosessi, joka etenee tunnistettavissa olevien toisistaan eroavien vaiheiden kautta. Mallin vaiheet ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu/aloittelu ja ylläpito. (Marttila 2010, viitattu 14.1.2015.) Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen menetelmä, jonka tavoitteena on voimistaa yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen tutkimalla ja selvittämällä ongelmakäyttäytymiseen sisältyvää ristiriitaa. Motivoiva haastattelu sopii käytettäväksi mm. päihdeongelmissa, dieetin noudattamisessa, diabeteksen hallinnassa ja hoito-ohjeiden noudattamisessa muutosvaihemallin esiharkinta- ja harkintavaiheissa. (Koski-Jännes 2008, viitattu 14.1.2015.)

WHO (World Health Organization) on ohjaava ja koordinoiva terveyteen keskittyvä Yhdistyneiden kansakuntien järjestö. Se on vastuussa maailmanlaajuisesti terveysasioiden johtajuudesta, antaa perustan terveyden tutkimusohjelmalle, asettaa normit ja standardit, esittää näyttöön perustuvia toimintavaihtoehtoja, antaa teknistä tukea eri maille sekä valvoo ja arvioi terveystrendejä. Järjestö on perustettu 7. huhtikuuta 1948, ja sen päämaja on Genevessä Sveitsissä. Järjestön aloitteesta vietetään vuosittain 7. huhtikuuta maailman terveyspäivää. Jäsenmaita järjestössä on 194. (WHO 2015, viitattu 30.1.2015.)

Suomen terveystalouden kannalta WHO on tärkein yhteistyökumppani terveystalouden kehittämisessä ja arvioinnissa. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa yhdessä muiden ministeriöiden kanssa Suomen osallistumisesta ja linjauksista WHO:ssa. Suomessa toimii WHO:n yhteistyökeskuksia, kansallisia asiantuntijoita sekä muita yhteyshenkilöitä ja –tahoja. Tärkein Suomen yhteistyökumppani on WHO:n Euroopan toimisto Kööpenhaminassa. (WHO edistää turvaa ja terveyttä, 2014. viitattu 13.1.2015.)

WHO on kartoittanut toiminnalleen painopisteet, jotka antavat suunnan koko järjestön työlle. Yhtenä järjestön painopisteenä on terveyden maailmanlaajuinen kattavuus. Tavoitteena on antaa ihmisille mahdollisuus tarvittaville terveyspalveluille ja antaa lisäksi suojaa sairastumisesta johtuvaa köyhyyttä vastaan. WHO:n tehtävänä on etsiä käytännön esimerkkejä siihen, miten terveyttä voidaan edistää maailmanlaajuisesti. Toisena painopisteenä on muodostaa maailmanlaajuinen puolustus mikrobeja vastaan. Järjestön rooli on omalla toiminnallaan vahvistaa järjestelmää ja yhteyksiä terveydenhuollon hätätilanteissa sekä tukea maita ottamaan käyttöön tarvittava kapasiteetti. Kolmas painopiste on parantaa kaikkien mahdollisuutta päästä olennaisen, korkealaatuisen ja edullisen terveydenhuollon

teknologian piiriin. Järjestön tehtävä on tukea paikallista toimintaa ja viranomaisia sekä antaa tukea edullisen terveydenhuollon innovaatioihin. Neljäntenä painopisteenä on parantaa ihmisten terveyden tasoa ja nostaa terveen elämän odotuksia. Toiminnan tulisi kohdistua terveydenhuollon alueelliseen epäoikeudenmukaisuuteen ja kehittää toimintaa oikeudenmukaisemmaksi. WHO selvittää myös mikä aiheuttaa sairauksia ja sairastumisia. Viides painopiste kohdentuu tarttuviin tauteihin, joilla on tuhoisia vaikutuksia yksilöihin, perheisiin sekä yhteisöihin ja joka samalla uhkaa vallata terveydenhuollon järjestelmän. Toiminnan prioriteettina on koordinoita johdonmukainen ja monialainen toiminta maailmanlaajuisesti. Viimeisenä painopisteenä on ylläpitää vuoden 2015 kehitystavoite (*2015 millenium development goals*) sekä kehittää uusia tarkoituksenmukaisia tavoitteita. Tavoite tukee koko järjestön toimintaa; rakentaa tukeva terveydenhuollon järjestelmä kestävän ja oikeudenmukaisen terveydenhuollon takaamiseksi. (WHO 2015, viitattu 30.1.2015.)

2.2 Terveyden edistämisen historiaa ja taustaa

Terveyden edistämistä eri muodoissaan on esiintynyt yhteiskunnallisena toimintana jo vuosisatoja. Terveyden edistäminen on vakiintunut WHO:n toimintaohjeeksi ja useat terveyden edistämisen avainkäsitteistä ja toimintamallista on WHO:n tukemia ja luomia. Merkittävin terveyden edistämisen käsitteistöä ja toimintaa ohjaava asiakirja on Ottawan julkilausuma (*Ottawa Charter for Health Promotion*). Asiakirja hyväksyttiin vuonna 1986 ensimmäisessä kansainvälisessä terveyden edistämisen maailmankongressissa Kanadan Ottawassa. Tätä ennen perusterveydenhuollon konferenssi oli pidetty Alma-Atassa, jossa luotiin terveyden edistämisen suuntaviivat. WHO:n johtamia terveydenedistämisen maailmankonferensseja on pidetty useita myös Ottawan jälkeen. Mikään näissä myöhemmissä konferensseissa hyväksytty yleinen asiakirja ei ole kuitenkaan syrjäyttänyt Ottawa Charteria.

Vuonna 1978 WHO ja United Nation Children's Fund (UNCF) järjestivät historiallisen perusterveydenhuollon konferenssin Alma-Atassa Kazakstanissa. Konferenssi esitti tarpeen toimia välittömästi terveyden suojelun ja edistämisen hyväksi. Toiminnan tulisi saavuttaa kaikki ihmiset ympäri maailman. Konferenssi vahvisti, että terveys on jokaisen ihmisen perusoikeus ja sen mahdollisimman korkean tason saavuttaminen on tärkein saa-

vutus maailmassa. Saavutuksen toteutuminen vaatii kaikkien sektoreiden, sosiaalisen, taloudellisen sekä terveydenhuollon, yhteistä toimintaa. Karkea eriarvoisuus erityisesti kehittyneiden ja kehitysmaiden välillä ei ole hyväksyttävää ja näin ollen eriarvoisuuden tulisi olla kaikkien maiden huolenaihe. Tätä kuilua maiden välillä tulisi pienentää. Ihmisillä tulisi olla oikeus ja velvollisuus osallistua oman terveydenhuoltonsa suunnitteluun ja täytäntöönpanoon. Hallituksilla on velvollisuus kansalaistensa terveydestä ja tämä velvollisuus onnistuisi vain luomalla riittävät toimintaohjeet ja toimenpiteet. Tärkein hallitusten, kansainvälisten organisaatioiden ja maailman yhteisön sosiaalinen tavoite tulevina vuosikymmeninä oli saavuttaa terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä. (Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, 1978, viitattu 13.11.2014.)

Ensimmäinen kansainvälinen terveyden edistämisen konferenssi pidettiin Ottawassa marraskuussa 1986. Siellä esitettiin perustamiskirja (charter), jonka tarkoituksena oli terveyden saavuttaminen kaikille vuoteen 2000 mennessä ja sen yli. Konferenssi oli pääasiassa vastaus kasvaviin odotuksiin uutta julkisen terveydenhuollon liikehdintää kohtaan. Keskustelu keskittyi teollisuusmaiden tarpeisiin, mutta otti myös huomioon kaikkien alueiden huolenaiheet. Perustamiskirja pohjautui Alma-Atan perusterveydenhuollon julistukseen, maailman terveysjärjestön tavoitteisiin terveyttä kaikille dokumentin pohjalta sekä WHO:n yleiskokouksen viimeaikaiseen keskusteluun toiminnasta terveyden hyväksi. Ottawan käsikirjan suuntaviivat olivat: terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, terveyttä tukevien ympäristöjen luominen, yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen, yksilöllisten taitojen kehittäminen sekä terveystalvelujen uudelleen suuntaaminen. (WHO 1986, viitattu 24.10.2014.)

Neljäs kansainvälinen terveyden edistämisen konferenssi – *New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21st Century* – pidettiin Jakartassa 21.–25.7.1997. Oli tullut kriittinen aika kehittää kansainvälinen strategia terveyden suhteen. Lähes 20 vuotta oli kulunut Alma-Atan konferenssista, jossa WHO:n jäsenmaat olivat sitoutuneet kunnianhimoiseen ja maailmanlaajuiseen Health for All- strategiaan. Ensimmäisestä terveyden edistämisen konferenssista Kanadan Ottawassa oli aikaa 11 vuotta. Konferenssissa julkaistu The Ottawa Charter for Health Promotion oli toiminut terveyden edistämisen oppaana ja inspiraationa siitä lähtien. Seuraavissa kansainvälisissä konferensseissa oli edelleen selkiytetty avainstrategioiden merkitystä terveyden edistämiseksi, mukaan lukien ter-

veellinen yhteiskuntapolitiikka (*Adelaide, Australia, 1998*) ja terveyttä edistävät ympäristöt (*Sundsvall, Ruotsi, 1991*). Tämä neljäs terveyden edistämisen konferenssi Jakartassa oli ensimmäinen kehitysmaassa pidetty ja ensimmäinen konferenssi, jossa yksityissektori oli mukana tukemassa terveyden edistämistä. Silloin oli mahdollisuus pohtia mitä oli opittu tehokkaasta terveyden edistämisestä, sekä mahdollisuuden tarkastella uudelleen terveyden lähtökohtia sekä tunnistaa ne suuntaviivat ja strategiat, joita tarvitaan kohtamaan terveyden edistämisen haasteet 2000-luvulla. Jakartan konferenssin osanottajat antoivat julistuksen terveyden edistämisen toiminnan suuntaamiseksi 2000-luvulle. Julistus tarjoaa näkemyksen terveyden edistämisestä ja poltto-pisteen ensi vuosisadalle. Se kertoo, että neljännen terveyden edistämisen maailmankongressin osanottajat ovat sitoutuneet käyttämään kaikki voimavarot terveyden lähtökohtien paranemiseksi. (WHO 1997, viitattu 20.10.2014.)

WHO on käynnistänyt keskustelua 1980-luvulla, miten sairaalat voisivat kehittää toimintatapojaan enemmän terveyden edistämisen suuntaan. Vuonna 1990 käynnistyi ensimmäinen kansainvälinen Health Promoting Hospitals (HPH) – verkosto. Suomesta ensimmäinen sairaala liittyi tähän verkostoon vuonna 1996. Tämän jälkeen liittyi useita muita suomalaisia yhteisöjä. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot perustettiin Kööpenhaminassa toukokuussa 2001, yhdeksännen kansainvälisen HPH-kongressin yhteydessä. Toiminnan lähtökohtana ovat Wienin suositukset terveyttä edistävälle sairaaloille. (Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry 2013, viitattu 13.10.2014.)

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatio – yhdistyksen tarkoituksena on tuoda voimakkaammin terveyttä edistävä näkökulma Suomen sairaaloiden toimintakulttuuriin. Terveyden edistäminen sairaanhoidossa sisältää parantavan, oireita lievittävän, kuntouttavan, ehkäisevän ja hyvinvointia lisäävän työn. Terveyttä edistävä sairaala ei varsinaisesti muuta hoitokäytäntöjä, vaan tarkoituksena olisi saada lisättyä sairaalan kulttuuriin ja päivittäiseen työhön ajatus terveyden edistämisestä. Terveyttä edistävässä sairaalassa sairaalayhteisöä lähestytään neljästä eri näkökulmasta: potilaiden terveyden edistäminen, henkilökunnan terveyden edistäminen, terveellinen organisaatio ja väestön terveyden edistäminen. (Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry 2013, viitattu 13.10.2014.)

2.3 Terveyden edistämistä velvoittava laki

Terveydenhuoltolaissa säädetään terveydenhuollon sisällöistä ja toiminnasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta palvelurakennemuutos on vielä kesken, joten järjestämisvastuuta ja palvelurakennetta koskevat säännökset jäävät toistaiseksi ennalleen kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidon lakiin ja niin sanottuun *Paras*-puitelakiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, viitattu 28.4.2014.)

Terveydenhuoltolaki velvoittaa kunnat huolehtimaan väestön terveyden ylläpidosta ja edistämisestä. Tällä tarkoitetaan yksittäisen asiakkaan tai potilaan terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitämistä ja parantamista sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttamista. Sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen on terveyden edistämisen lähtökohtia. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:3 §, viitattu 3.3.2015).

Terveydenhuoltolain tavoitteena ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Laki vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Lailla varmistetaan myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaskeskeisyys. (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2014, viitattu 5.4.2014.)

Terveydenhuoltolain § 33 perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö kohdan mukaan kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä on velvollinen yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa suunnittelemaan ja kehittämään erikoissairaanhoidon palveluita siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon palvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Kokonaisuudessa on huomioitava erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoaminen tarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollon yhteydessä sekä erikoissairaanhoidon yksiköissä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 4:33 §, viitattu 3.3.2015.)

Terveydenhuoltolaki velvoittaa, että väestön terveyden edistämistoiminnan täytyy olla suunniteltua ja arvioitua (Terveydenhuoltolaki. 1326/2010 2:11,12 §, viitattu 03.03.15).

Terveydenhuoltolain § 35 mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillinen terveystalon asiantuntemus ja joka tukee alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 4:35 §, viitattu 3.3.15).

Perusterveydenhuollon yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta ja huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalitoimen yhteensovittamisesta (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 4:35 §, viitattu 3.3.2015).

2.4 Terveyden edistäminen yhteiskunnallisesta näkökulmasta

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksen mukaan Suomessa väestö ikääntyy lähivuosina nopeammin kuin useimmissa muissa maissa. Ikääntymisen vaikutukset ulottuvat yhteiskunnan kaikille sektoreille ja tulevat haastamaan taloudellisen ja sosiaalisen kestävyuden. Tuotannon kasvu uhkaa hidastua ja niukentaa hyvinvoinnin rahoitusmahdollisuuksia. Siitä huolimatta julkisen sektorin on kyettävä tarjoamaan kaikille kansalaisille sosiaali- ja terveystalvet. Väestön ikääntymisen tuomien haasteiden lisäksi mm. alkoholin liikakäyttö ja ylipaino aiheuttavat kansanterveyshaittoja. Tulevaisuuskatsauksen mukaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen nousee keskeiseksi osaksi päätöksentekoa. Jokainen ihminen voi lisäksi vaikuttaa omaan terveyteensä ja hyvinvointiinsa omilla valinnoillaan ja elintavoillaan. Yhteiskunta tukee ihmisten omatoimista terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämistä huolehtimalla terveyttä ylläpitävästä toimintaympäristöstä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen onnistuu, kun se perustuu toimivaan ja joustavaan yhteistyöhön viranomaisten, järjestöjen ja yritysten kesken. Sosiaali- ja terveystalon tulevaisuuden visiossa terveyden edistäminen on yksi osa kaikkea sote-alan toimintaa. (Vesterinen 2011, viitattu 18.4.2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, viitattu 28.3.2014.)

Sosiaali- ja terveystalvetuiden toimintaympäristöjen muutokset tulevat haastamaan kuntien kyvyn järjestää kansalaisille perustalvetuita 2020- ja 2030-luvulla. Väestön ikärakenteen ja huoltosuhteen heikkeneminen, maan sisäinen muuttoliike, globalisaation lieveilmiöt sekä taloudellinen epävakaus tulevat edellyttämään kunta- ja palvelurakenteiden

ja palveluprosessien uudistamista. Kasvukeskukset kasvavat edelleen ja muuttotappioaluetta tulee yhä enemmän. Ikärakenteessa tapahtuvat muutokset näkyvät huoltosuhteen kasvuna ja työikäisten määrä on joissakin kunnissa jo nyt hälyttävän pieni. Ikärakenteellisesti suuret alueelliset erot, kuten ikääntyvä väestö ja kasvukeskuksiin keskittyvä työväestö merkitsevät muutoksia eri alueiden palvelun tarpeeseen ja kysyntään. Alueellisten erojen vuoksi kansalaisten yhdenvertaisuus palvelujen saannissa heikkenee edelleen. Perusterveydenhuollon ongelmat näkyvät myös väestön terveydessä ja perusterveydenhuollon säästöt näkyvät erityisesti pienituloisten väestöryhmien terveydessä. (Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta, kuntajakolain eräiden säännösten kumoamisesta sekä kielilain muuttamisesta. HE 31/2013, viitattu 20.3.2014.)

Terveyttä ja hyvinvointia edistävillä toimenpiteillä vaikutetaan suoraan keskeisiin kansansairauksien syihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, viitattu 28.3.2014.) Terveyttä edistävällä ja ennaltaehkäisevällä työllä Pohjois-Suomen alueella on yhteiskunnallinen, taloudellinen ja työelämän laatua kehittävä sekä alueellista syrjäytymistä ehkäisevä vaikutus. Terveyden edistämiseen vaikuttavat yhteiskunnalliset sekä kansalliset että kansainväliset muutokset ja kehitys, joka muuttaa terveyttä edistävän toiminnan sisältöä ja tavoitteita. Onnistunut terveyden edistäminen edellyttää näkemystä yhteiskunnan tulevista muutoksista ja niiden vaikutuksesta terveyteen. Väestön terveyden edistämiseen tarvitaan terveyspolitiikan lisäksi laajempaa hyvinvointipolitiikkaa. Terveyden edistämisen osamista ja sen oikeanlaista suuntaamista tarvitaan tulevaisuudessa aiempaa enemmän. (Halme 2013, 30 - 34, viitattu 9.4.14.)

Terveyden edistämistä yhteisenä tavoitteena määrittävät terveysintressien lisäksi myös monet muut yhteiskunnalliset intressit. Erityisen ajankohtainen haaste on kuntien perusterveydenhuollon valmiudet seurata väestön terveyden kehitystä ja erityisesti johtaa siitä tarveanalyysia. Ilman tätä tietoa ei ole mahdollista aidosti kehittää perusterveydenhuoltoa alueellisten olosuhteiden vaatimalla tavalla. (Rimpelä 2010, 23–29. Viitattu 27.4.2014.) Vuoden 2009 kansalaisbarometrissä kansalaiset ovat ilmaisseet terveydestä huolehtimisen julkisen vallan yhdeksi tärkeimmäksi tehtäväksi. Terveyteen tähtääviä toimia toteutetaan kaikilla ministeriöiden tehtäväalueilla ja niiden toteutumisen seuraamiseksi koo-

taan sosiaali- ja terveystietämys joka neljäs vuosi. Väestön terveys on kestävä kehityksen tavoite ja keino taloudellisen kestävyuden turvaamiseksi. (Melkas 2010, 45–54, viitattu 20.3.2014.)

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto toimii huonosti, vaikka palveluihin käytetään paljon rahaa ja terveydenhuoltoalalla toimiva henkilöstö on ammattitaitoista. Sosiaali- ja terveydenhuollon pirstaleinen rakenne vaikeuttaa yhteistyötä ja syö niukkoja voimavaroja. Perusterveydenhuollon palveluihin pääsy on heikentynyt huolestuttavasti. Terveyskeskuksilla on hankaluuksia saada riittävästi lääkäri- ja hoitovoimaa. Myös sosiaalityöntekijöiden vaje on ongelma. Samaan aikaan väestö ikääntyy ja terveyspalvelujen tarve kasvaa. Peruspalveluiden heikentymisen vuoksi väestön terveyserot ovat kasvaneet. Kuntakohtaisten palvelujen saatavuuden ja laadun vaihtelun vuoksi tasa-arvo ei toteudu. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveyspuolta on alettu uudistaa. Toimintojen yhdistäminen korjaisi monia järjestelmän ongelmia. (Huttunen 2014, viitattu 18.4.2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, viitattu 16.4.2014.)

Hallituspuolueet ovat sopineet 23.3.2014 yhdessä oppositiopuolueiden kanssa sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksesta (sote-uudistus). Tarkoituksena on järjestää kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut viiteen vahvaan alueeseen. Alueet rakentuisivat nykyisten erityisvastuualueiden pohjalta ja ne tukeutuisivat olemassa oleviin toimiviin rakenteisiin. Uudistuksen tavoite on yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelut sekä perus- ja erityistason palvelut. Uudistus mahdollistaa toimivat palveluketjut sekä yhdenvertaiset palvelut riippumatta asuin-kunnasta. Uudistuksen olisi tarkoitus purkaa hallintoa ja hallinnon raja-aitoja sekä vähentää palvelujen tarpeetonta päällekkäisyyttä. Lisäksi turvataan varhainen puuttuminen, siirretään painopistettä ehkäiseviin ja oikea-aikaisiin palveluihin, kavennetaan väestön hyvinvointi- ja terveyseroja, turvataan palvelujen rahoitus sekä osaavan henkilöstön saatavuus, osaaminen ja työhyvinvointi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, viitattu 17.4.2014.)

Riittävän suuri väestöpohja tuo sote-alueille myös vankemmat rakenteet palveluiden järjestämiseksi ja rahoittamiseksi. Palvelut säilyvät jatkossakin lähellä ihmisiä, mutta hallinto ja organisaatio voidaan koota viiteen yksikköön. Erityisesti henkilöstön osaamisen ja saatavuuden näkökulmasta tässä on saavutettavissa etuja. Perustuslaki turvaa edelleen

jokaisen oikeuden riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin; oikeuden vähintään välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon sekä terveyden edistämiseen. Uusi sote-malli varmistaa myös paremmin näiden oikeuksien toteutumisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, viitattu 17.4.2014.) Helmikuussa 2015 uudistus sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä viiden sote-alueen pohjalta kaatui perustuslakivaliokunnassa ja sote-uudistuksen valmistelutyötä jatketaan sosiaali- ja terveysministeriössä.

2.4.1 Kansantaudit

Kansantaudeilla tarkoitetaan yleisesti sairauksia, joilla on suuri merkitys koko väestön terveydentilalle, kansanterveydelle. Kansantaudit ovat yleisiä väestössä ja lisäksi usein yleisiä kuolleisuuden aiheuttajia. Kansantaudit vaikuttavat työkykyyn ja niiden hoito on terveydenhuollon palveluita vaativaa. Tästä johtuen kansantaudeilla on suuri vaikutus kansantaloudelle. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, viitattu 11.10.2014.) Suomessa kroonisiksi kansantaudeiksi katsotaan sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet ja mielenterveyden ongelmat (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, viitattu 11.10.2014).

Kansantautien riski- ja suojatekijöihin voidaan usein vaikuttaa ja siten kansantauteja voidaan ehkäistä. Eri kansantaudeilla on usein samoja riski- ja suojatekijöitä. Esimerkiksi tupakointi lisää sydän- ja verisuonisairauksien, kroonisten keuhkosairauksien, muistisairauksien ja syöpien riskiä, liikunta taas suojaa lähes kaikkien kansantautien riskeiltä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, viitattu 11.10.2014.)

Huomattava osa työikäisten kroonisista sairauksista on ehkäistävissä terveellisellä ruokavaliolla, liikunnalla, välttämällä tupakointia ja runsasta alkoholinkäyttöä ja ehkäisemällä lihavuutta. Yksilön elämäntapavalinnoilla on suuri vaikutus oman terveyden kannalta. (Terveyden edistäminen ja kansantautien ehkäisy, viitattu 12.10.2014.) Korkean riskin henkilöillä tehokkaasti toteutettu lääkehoito on tarpeen (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, viitattu 11.10.2014).

Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut vuosia 2013–2020 koskevan toimenpideohjelman kroonisten kansantautien ehkäisemiseksi. Ohjelman tavoitteena on vähentää

kroonisiin kansansairauksiin liittyvää ennen aikaista kuolleisuutta 25 prosenttia. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, viitattu 11.10.2014.) Tavoitteeseen pyritään vähentämällä runsasta alkoholinkäyttöä 10 prosenttia, lisäämällä terveystoimintaa 10 prosenttia, vähentämällä suolan käyttöä 30 prosenttia, vähentämällä tupakoijien suhteellista osuutta 30 prosenttia, estämällä väestön jatkuvaa lihomista sekä tehostamalla lääkehoidon vaikutavuutta. (WHO, viitattu 11.10.2014.)

2.4.2 AUDIT- testi

AUDIT eli *Alcohol Use Disorder Identification Test* on Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämä kysely. WHO antoi tutkijaryhmän tehtäväksi kehittää kyselyn, jonka avulla voidaan tunnistaa alkoholin aiheuttamia riskejä terveydenhuollon asiakkaissa. Ensimmäinen painos testistä julkaistiin 1989. Testi haluttiin soveltuvan käytettäväksi toisistaan poikkeavissa kulttuureissa sekä kehitys- että kehittyneissä maissa. (Päihdelinkki 2011, viitattu 19.10.2014; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro 2001, 2, viitattu 19.10.2014.)

AUDIT- testi käännettiin suomeksi ja muokattiin Suomeen sopivaan ulkoasuunsa vuonna 1995. Testiä on kehitetty ja arvioitu yli kahdenkymmenen vuoden ajan. Testistä on tehty useita kansainvälisiä tutkimuksia, joiden mukaan se on luotettavimpia alkoholinkulutuksen testeistä. Sen on osoitettu olevan tilastollisin mittauksin pätevä asiakkaan sukupuoleen, ikään ja kulttuuriin katsomatta. (Helsingin kaupunki 2013, viitattu 19.10.14; Heinänen 2007, viitattu 19.10.2014.)

AUDIT-testin tavoitteena on erotella vähän juovat niistä, joiden juomisen aiheuttama riski on koholla. Testin avulla halutaan löytää ne ihmiset, joiden juominen vasta alkaa aiheuttaa pulmia ja näin ehkäistä ongelmien pahenemisen. Tavoitteena ei ole tunnistaa vain alkoholiriippuvaisia tai alkoholisteja. AUDIT-testin vastauksista saa monipuolisen kuvan juomiseen mahdollisesti liittyvistä riskeistä ja haitoista. Kokonaispistemäärä ilmaisee riskin yleisen tason ja asteen. (Päihdelinkki 2011, viitattu 19.10.14.) AUDIT- testilomakkeen kymmenen kysymyksen avulla kartoitetaan asiakkaan alkoholin kulutusta, alkoholihaittoja ja riippuvuutta. Suomessa AUDIT on oleellinen osa lyhytneuvontaa. Kysymyksen avulla saadaan yksilöllistä tietoa asiakkaan alkoholinkäytöstä. Lomakkeen

täyttämisen jälkeen on mahdollista pohtia ongelman laajuutta ja jatkosuunnitelmia. (Heinänen 2007, viitattu 19.10.2014.)

AUDIT tunnistaa noin 80 prosenttia alkoholia liiallisesti käyttävistä. Riippuvuuden lisäksi tunnistetaan erittäin hyvin myös riippuvuutta edeltävät tilat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, viitattu 19.10.2014.) AUDIT ei ole varsinainen diagnostinen työkalu. Testin tulosten perusteella ei voida yksin päätellä, että testattava on suurkuluttaja tai alkoholisti. Riskirajan ylittävät pistemäärät merkitsevät, että juomiselle on tarpeen tehdä jotain. (Päihdelinkki 2011, viitattu 19.10.14.)

AUDIT-testin kolme ensimmäistä kysymystä mittavat juomisen määrää. Seuraavat kolme kysymystä antavat viitteitä alkoholiriippuvuudesta. Loput neljä kysymystä kuvastavat juomisen erilaisia haitallisia seurauksia. Testin tuloksia tarkastellaan yhtenä pistemääränä, joka saadaan vastausten tuottamien pisteiden yhteenlaskuna. Riskiraja on kahdeksan pistettä. Mitä korkeampi pistemäärä on, sitä vakavamman asteisia ovat vastaajan alkoholin käytön haitat. (Päihdelinkki 2011, viitattu 19.10.14.)

2.4.3 Laatustandardit

Terveyden edistäminen on keskeinen laatutekijä väestön terveyden ja elämänlaadun kohentamisessa. Terveyden edistämistä koskevat standardit ovat välttämättömiä sairaaloissa palvelujen laadun varmistamiseksi. Tämän todettuaan WHO perusti vuonna 2001 työryhmän laatimaan standardeja. Minkä jälkeen useat työryhmät ja verkostot ovat työstäneet standardeja. Näiden seurauksena on kehitelty kaikkiin sairaaloihin sovellettavissa olevat viisi ydinstandardia, jotka noudattavat kansainvälisen terveydenhuollon laatujärjestön luoman ALPHA- ohjelman kansainvälisiä vaatimuksia. Standardit liittyvät potilaan hoitopolkuun ja ne määrittelevät terveyden edistämiseen liittyvät velvollisuudet ja toimet osaksi kaikkia potilaalle tarjottavia sairaalapalveluja. Standardit ovat yleisluontoisia ja ne keskittyvät potilaisiin, henkilökuntaan ja organisaation johtamiseen. Laatustandardeja on testattu 36 sairaalassa yhdeksässä eri Euroopan maassa, joissa ne on todettu relevanteiksi ja käytäntöön soveltuviksi. (WHO Eurooppa 2004, viitattu 17.1.2015; WHO 2006, viitattu 17.1.2015.)

Jokaisella viidellä standardilla on kolme tasoa. Ensimmäinen taso on standardin itsensä taso. Standardit käsittelevät virallista toimintasuunnitelmaa, potilaiden tilan arviointia, informointia ja interventioita, terveellisen työympäristön edistämistä ja jatkuvuutta sekä yhteistyötä. Toinen taso pitää sisällään alastandardit, jotka soveltavat standardit käytäntöön ja hajottavat sen pääasiallisiin osatekijöihin. Näitä alastandardeja on yhteensä 24, ne jakautuvat niin, että jokaisella standardilla on 4-6 alastandardia. Kolmas taso koostuu mittareista. Mittarit listaavat ne vaatimukset, jotka täyttämällä saavuttaa standardin. Listaamisen tarkoitus on selventää standardeja ja auttaa organisaatioita kouluttamaan henkilöstöään standardien suhteen ja valmistelemaan sitä akkreditointiarviota varten. Mittareita on kaikkiaan 40, ne jakautuvat siten, että jokaisella standardilla on 6 - 10 mittaria. (WHO Eurooppa 2004, viitattu 17.1.2015; WHO 2006, viitattu 17.1.2015.)

Standardi 1 edellyttää, että sairaalalla on virallinen terveyden edistämisen toimintasuunnitelma. Terveyden edistämissuunnitelma on tarkoitettu potilaille, heidän omaisilleen ja sairaalan henkilökunnalle. Tätä suunnitelmaa toteutetaan osana organisaation laadunhallintajärjestelmää, jonka tavoitteena on terveystulosten parantaminen. Standardin 1 tavoitteena on liittää organisaation terveyden edistämistoiminta olennaiseksi osaksi organisaation laadunhallintajärjestelmää. Standardissa 2 kuvataan organisaation velvollisuutta varmistaa, että potilaan terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyn ja kuntoutuksen tarpeet tulevat arvioiduksi. Standardin 2 tavoitteena on tukea potilaan hoitoa, parantaa ennustetta ja edistää potilaan terveyttä ja hyvinvointia. Standardi 3 edellyttää, että potilaalle on hoitopolun eri vaiheissa annettava tietoa olennaisista sairautta tai terveydentilaa koskevista tekijöistä sekä sovellettava terveyden edistämisen auttamismenetelmiä. Standardin tavoitteena on varmistaa, että potilas saa tietoa suunnitelluista toimista ja voimaantuu osallistumaan niihin aktiivisesti. Lisäksi sen tavoitteena on helpottaa terveyden edistämistoimien sisällyttämistä potilaan hoitopolkuun. Standardi 4 sanoo, että organisaation johdolla on vastuu siitä, että sairaalalla on edellytykset kehittyä terveellisenä työympäristönä. Tämän standardin tavoitteena on luoda turvallinen ja terveellinen työympäristö ja tukea henkilökuntaa terveyden edistämisessä. Standardi 5 käsittelee jatkuvuutta ja yhteistyötä ja edellyttää suunnitelmaa muiden terveydenhuollon sektorien ja yhteistyötahojen kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Tavoitteena on taata yhteistyö keskeisten palveluntuottajien kanssa ja luoda kumppanuussuhteita terveyden edistämistoiminnan sisällyttämiseksi potilaan kaikkiin hoitopolkuihin. (WHO Eurooppa 2004, viitattu 17.1.2015.)

2.4.4 Terveyden edistämisen kehittämishankkeita

Terveys 2015 on pitkän aikavälin terveystoimintapolitiikka, jonka tavoitteena on toimintakykyisten ja terveiden elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Ohjelman toteutuksen lähtökohtana on terveys kaikissa poliittisissa yhteyksissä eli se pyrkii hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä terveydenhuollossa että kaikilla muilla yhteiskunnan osa-alueilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö, viitattu 6.11.2014.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset tavoitteet ja linjaukset ja toimenpiteet hyväksytään koko hallituskaudeksi laaditussa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (*Kaste*). (Sosiaali- ja terveysministeriö, kehittämissuunnitelmat ja -hankkeet, viitattu 29.4.2014.) *Kaste*-suunnitelmassa määritellään sosiaali- ja terveystoimintapolitiikka ja kehittämissuunnitelman ja valvonnan painopisteet ja niiden toteutumista tukevat uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. *Kaste*-suunnitelma toteuttaa hallitusohjelmaa sekä sosiaali- ja terveysministeriön strategiaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö/*kaste* 2014, viitattu 24.3.2014.) Kunnat ja kuntayhtymät voivat saada valtionavustusta hankkeisiin, joilla tuetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman toteuttamista. *Kaste*-suunnitelma on sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen strateginen ohjausväline lähivuosien sosiaali- ja terveystoimintapolitiikan johtamiseen. (Sosiaali ja terveysministeriö/ rahoitus ja avustukset 2014, viitattu 24.3.2014.)

Kaste-suunnitelma on Sosiaali- ja terveysministeriön pääsuunnitelma, jonka avulla johdetaan ja uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveystoimintapolitiikkaa. *Kaste*-suunnitelman tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja ja järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja rakenteet asiakasta kuunnellen. *Kaste*-suunnitelmassa on kuusi osa-suunnitelmaa joista ensimmäinen paneutuu parantamaan riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen. (Sosiaali ja terveysministeriö/*kaste* 2014, viitattu 24.3.2014.)

Terveyden edistäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa tutkimuksellinen opinnäytetyö pohjautuu sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämissuunnitelmaan. Tässä opinnäytetyössä terveyden edistäminen sisältää viisi osa-aluetta: Alkoholin riskikäyttö, tupakointi, masennus, lihavuus sekä perheiden tarvitsema tuki. Nämä viisi osa- aluetta kuuluvat myös *Kaste*-suunnitelman ensimmäisen osa-suunnitelman riskiryhmiin.

Terveyden edistämisellä on tänä päivänä laaja yhteiskunnallinen merkitys. Aihe on tärkeä niin globaalisti, kansallisesti kuin alueellisesti. Pohjois-Suomea alueellisesti koskettavia aiheeseen liittyviä hankkeita on käynnissä useita ja niistä yksi tärkeimmistä on Terveempi Pohjois-Suomi- kansallinen käyttöönottohanke (*TerPS2*), joka on käynnissä 1.3.2012 - 31.10.2014. Hanke on jatkohanke TerPS:n ensimmäisessä vaiheessa (*TerPS1*) kehitettyjen hyvien käytäntöjen levittämistä ja juurruttamista pysyviksi käytännöiksi, keskittyen hyvinvointirakenteiden ja sähköisen hyvinvointikertomuksen (*eHVK*) kansalliseen käyttöönottoon. TerPS2 tukee kuntien hyvinvointityötä kohti yhteisellä vastuulla suunniteltua, johdettua, toteutettua ja arvioitua poikkihallinnollista ja - toiminnallista kokonaisuutta. Tavoitteena on saada kunta- ja terveydenhuoltolakia toteuttava sähköinen hyvinvointikertomus (eHVK) käyttöön kaikkiin maamme kuntiin. (Terveempi Pohjois-Suomi 2013, viitattu 25.3.2014.)

Sähköinen hyvinvointikertomus on kuntalaisten hyvinvointia ja palvelujen tilaa havainnollistava, väestöryhmittäin kohdentuva tiedolla johtamisen väline. Sen käyttöönotto tukee kunnan talouden ja toiminnan suunnittelua, toteutusta ja arviointia. eHVK mahdollistaa kansallisen, alueellisen ja kuntien välisen vertailun. (Terveempi Pohjois-Suomi 2013, viitattu 25.3.2014.)

Edellisten kaltaisia terveyden edistämiseen liittyviä yhteiskunnallisia hankkeita ja menetelmiä on viime vuosina 2011- 2014 ollut useita: Avaus- tulevaisuuden hyvinvointi- palvelut, Hyve- johtamisen kartta, TUKEVA 3- hyvinvointia lapsille ja nuorille, Virta, Pakaste 2, Kytke, Tervein mielin Pohjois-Suomessa, Pohjois-Suomen sosiaali- ja terveysalan kehittämisrakenne, Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto sekä TEA - viisari. Nämä edellä mainitut ja muut lukuisat hankkeet osoittavat terveyden edistämisen ja siihen liittyvän työn tarpeellisuuden, ajankohtaisuuden ja tulevaisuuden haasteen. (Terveempi Pohjois-Suomi 2013, viitattu 25.3.2014.)

2.4.5 Terveyden edistämisen haasteita

Monien sairauksien ja yksilön ongelmien lähtökohtana ovat huonot elintavat. Elintapoihin vaikuttaminen on yksi keskeisimmistä terveyden edistämisen toiminnoista, joilla voidaan parantaa yksilön terveyttä sekä vähentää sairastuvuutta ja ennen aikaista kuolemaa.

Terveyden edistämisen tulisi kuulua jokaisen terveydenhuoltoalalla työskentelevän arkeen ja rutiineihin. (Lehtinen, Kulmala, Rigoff & Ståhl, 2010.) PPSHP:n strategiassa terveyden edistäminen on yksi keskeisistä lähtökohdista joilla halutaan vaikuttaa ihmisten elintapoihin ja vastuun ottamiseen heidän omasta terveydestään. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2010, viitattu 5.3.2015.)

Alkoholin liikkakäyttö, tupakointi, ylipaino, masennus ja perheen tuen tarve aiheuttavat valtavia haasteita sosiaali- ja terveydenhuollolle. Sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijällä on hyvä olla tietoa päihteiden, kuten alkoholi, tupakka ja huumeet, aiheuttamista terveysvaikutuksista kyetäkseen ohjaamaan ja motivoimaan asiakkaitaan (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 85).

Alkoholin liiallinen käyttö vaikuttaa haitallisesti terveyteen ja aiheuttaa erilaisia pysyviä haittoja lähes jokaiseen ihmisen elimeen. Alkoholisairauksilla tarkoitetaan sellaisia sairauksia joiden ainoa tai pääasiallinen aiheuttaja on runsas alkoholinkäyttö. Alkoholisairauksiksi määritellään alkoholiriippuvuus, haimatulehdus, alkoholimaksasairaudet, alkoholin aiheuttama myrkytys tai psykoosi. Liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttaa lisäksi mm. syöpää, neurologisia ja psykiatrisia sairauksia sekä vaikuttaa haitallisesti sydän- ja verisuoniterveyteen. Myös erilaiset tapaturmat aiheutuvat usein alkoholinkäytöstä. (Huttunen 2012, viitattu 27.10.2013.) Yhteiskunnalle koituu alkoholihaittojen hoidosta ja järjestyksenpidosta valtavat kustannukset. Alkoholinkäytön aiheuttamat välittömät kustannukset vuonna 2010 olivat noin 1,3 miljardia euroa. (THL 2013, viitattu 10.10.2013.)

Usein liiallinen alkoholinkäyttö johtaa myös liikalihavuuteen (Lappalainen-Lehto, ym. 2007, 87). Ylipaino nostaa riskiä sairastua useisiin terveyden kannalta merkittäviin sairauksiin kuten astma, erityyppiset syövät, sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet sekä 2-tyyppin diabetes. Ylipainoisen riski sairastua 2-tyyppin diabetekseen on moninkertainen normaalipainoiseen verrattuna. (Käypähoito 2013, viitattu 28.10.2013.) Tämän vuosituhannen alussa noin joka viides työikäinen suomalainen oli lihava. Lihavuus aiheuttaa arvioiden mukaan satojen miljoonien vuosittaiset kustannukset terveydenhuollolle. (Mustajoki, Fogelholm, Rissanen, Uusitupa 2006,14.)

Tupakointi aiheuttaa monia haitallisia terveysvaikutuksia, joista suurin osa kohdistuu sydän- ja verenkiertoelimistöön, hengityselimiin, hormonitoimintaan ja ruoansulatuselimistöön (Lappalainen-Lehto, ym. 2007, 66). Suomessa kuolee vuosittain noin 5 000 ihmistä tupakan aiheuttamiin sairauksiin. Joka kolmas syöpäkuolema on tupakan aiheuttama, ja joka viides sydän- ja verenkiertoelinten sairaus aiheutuu tupakasta. Vuodessa tupakkasairauksien hoitoon käytetään Suomessa vähintään yhden keskussairaalan työpanoksen verran. (Huttunen 2012, viitattu 10.10.2013.)

Masennusta voidaan kutsua kansansairaudeksi sen yleisyyden vuoksi, arviolta joka viides suomalainen sairastuu masennukseen elämänsä aikana ja yli puolella heistä se uusii. Masennus voi myös kroonistua pysyväksi. Masennus lisää fyysisen sairastuvuuden riskiä. Masennus aiheuttaa inhimillisen kärsimyksen lisäksi suuren kansantaloudellisen ongelman. Masennuksen vuoksi Suomessa on eläkkeellä noin 37 000 ihmistä ja etenkin nuorten lisääntyvä eläköityminen on huolestuttavaa. (THL 2009 viitattu 11.10.2013.)

Vanhemman tai huoltajan mielenterveys- tai päihdehäiriö suurentaa lapsen vaaraa sairastua mielenterveyden häiriöihin lapsuus- tai aikuisiällä. Perheissä mielenterveys- tai päihdehäiriö vaikuttaa sekä voimavaroihin että ihmissuhdetaitoihin. Tämä heijastuu etenkin perheen sisäisessä vuorovaikutuksessa. (Pohjanmaa-hanke 2005 – 2014, viitattu 17.10.2013.) Lastensuojelulaki velvoittaa lasten ja perheiden kanssa toimivia viranomaisia tukemaan vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävässään. Perheille on pyrittävä tarjoamaan tarpeellista apua riittävän varhain järjestämällä tarvittavia palveluja ja tukitoimia. (Lastensuojelulaki 2007, viitattu 17.10.2013.) Ehkäisevää lastensuojelutyötä toteutetaan kunnan peruspalveluissa annettavana erityisenä tukena mm. äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä muussa terveydenhuollossa, päivähoidossa ja opetuksessa. Myös aikuisille suunnatuissa palveluissa toteutetaan ennaltaehkäisevää lastensuojelutyötä. Jos esim. mielenterveys- tai päihdepalveluissa arvioidaan vanhemman kyvyn huolehtia lapsistaan heikentyneen, selvitetään lapsen hoidon ja tuen tarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 17.10.2013.)

2.5 Terveyden edistämiseen liittyvät toimintaympäristöt tässä tutkimuksessa

Terveyden edistäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa kyselytutkimus Oysin neljän eri tulosalueen terveydenhuollon ammattihenkilöille. Kyselyyn vastasivat Naisten- ja lasten, operatiivisen, medisiinisen ja psykiatrisen tulosalueen terveydenhuollon ammattihenkilöt ja erityistyöntekijät. Nämä tulosalueet kattavat suurimman osan sairaanhoitopiirin henkilökunnasta. Tulosalueet sisältävät vuodeosastotoimintaa, anestesia-, leikkaus- ja tehohoitoa, poliklinikoita, tutkimus- ja toimenpideyksiköitä. Näissä toimintaympäristöissä terveydenhuollon ammattihenkilöt työskentelevät sekä päivä- että vuorotyössä.

2.5.1 Lasten ja naisten tulosalue

Oulun yliopistollisen sairaalan lasten ja naisten tulosalue sisältää lasten ja nuorten, synnytysten, naistentautien ja genetiikan sekä tutkimus ja kehittäminen vastualueet. Tulosalueen perustehtävänä on tuottaa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella ja erityisvastuualueellaan lasten ja nuorten sekä naisten vastualueen erikoissairaanhoidon palveluja. Lasten ja nuorten vastuualue tuottaa alueellaan lastentautien, lastenkirurgian ja lastenneurologian erikoissairaanhoidon palvelut lapsille, nuorille ja heidän perheilleen. Naisten vastuualue vastaa synnytysten, naistentautien sekä perinnöllisyyslääketieteen erikoissairaanhoidon toiminnasta. Synnytysten, naistentautien ja genetiikan vastualueen tehtävä on vastata synnytyksistä, sikiötutkimuksesta, leikkauksista, hedelmöityshoidoista, syövän hoidosta, perinnöllisyyslääketieteestä ja vaativasta diagnostiikasta. Henkilökuntaa tulosalueella on n. 900. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri intranet 2014, viitattu 17.5.2014.)

2.5.2 Medisiininen tulosalue

Medisiiniseen tulosalueeseen kuuluvat syöpätautien, neurologian, ihotautien, geriatrian erikoisalat sekä sisätaudit. Sisätautien erikoisaloja ovat kardiologia, keuhkosairaudet, nefrologia, endokrinologia, gastroenterologia sekä hematologia. Reumasairauksien hoito on keskitetty Oysin avohoitotaloon. Potilaita hoidetaan poliklinikoiden lääkäri-, hoitaja tai muilla erikoisvastaanotoilla, tutkimus- ja toimenpideosastoilla sekä tarvittaessa vuodeosastoilla tai sisätautien teho-osastolla. Potilaat tulevat poliklinikoille ja tutkimuksiin

suunnitellusti lääkärin läheteellä. Äkillisissä sairastapauksissa hoitoon hakeudutaan päivystyksen kautta. Medisiiniselle tulosalueelle kuuluvat myös ensihoito ja päivystys. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014, viitattu 17.5.2014.)

2.5.3 Operatiivinen tulosalue

Operatiivinen tulosalue on PPSHP:n suurin tulosalue. Henkilökuntaa tulosalueella on noin 2200. Operatiivisen tulosalueen sisällä on kuusi vastuualuetta: tutkimus-, kehitys- ja tukipalvelut, anestesia ja tehohoito, pehmytkudoskirurgia, tuki- ja neurokirurgia, pään ja kaulan sairaudet sekä kuntoutus. Tulosalue tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja PPSHP:n alueella vastuualueiden mukaisesti. Toimialueista isoimmassa roolissa ovat anestesia ja tehohoito, leikkaustoiminta, sekä vuodeosastotoiminta. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri intranet 2014, viitattu 17.5.2014.)

2.5.4 Psykiatrinen tulosalue

Psykiatrinen tulosalue tarjoaa psykiatrasta erikoissairaanhoidoa, ja muita hoitoon liittyviä palveluita sairaanhoitopiirin jäsenkunnille ja sovitusti koko sairaanhoitopiirin erityisvastuualueelle, vakuutuslaitoksille ja oikeuslaitokselle. Lisäksi se antaa päivystys- ja kriisipalveluja, avohoitoa, sairaalahoitoa sekä konsultaatio-, koulutus- ja työnohjauspalveluja. Psykiatrian tulosalueen toiminta on jaettu seuraaviin vastuualueisiin: aikuispsykiatria, nuoriso- ja yleissairaalapyykiatria, lastenpsykiatria ja toiminnan tuki. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014, viitattu 17.5.2014.)

2.6 Terveyden edistämisen tutkimustieto

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (PSHP) toteutettiin vuonna 2010 verkkokyselytutkimus (Lehtinen ym. 2010.) terveysneuvonnan toteutumisesta ja haasteista PSHP:n potilastyötä tekeväälle henkilöstölle. Kysely lähetettiin 4655 henkilölle. Kyselyyn vastasi 604 henkilöä ja vastausprosentiksi muodostui 13 %. Tulokset antoivat uutta tietoa erikoissairaanhoidossa toteutettavasta terveysneuvonnasta ja siihen liittyvistä haasteista. (Lehtinen ym. 2010.)

Kyselyllä haluttiin selvittää potilastyötä tekevän henkilöstön asenteet terveyden edistämistyöhön osana potilastyötä. Lisäksi selvitettiin henkilöstön valmiudet ja halu ottaa puheeksi potilaan haitallisia terveystottumuksia, masennusta ja perheen tukitarpeita. Yksi kyselyn tarkoituksista oli myös selvittää, millä tavalla henkilöstö puuttuu havaittuihin haitallisiin terveystottumuksiin sekä millä keinoin terveydenedistämistyötä tulisi työympäristössä tukea. (Lehtinen ym. 2010.)

Tulosten mukaan henkilöstö kaipasi lisää tietoa masentuneen potilaan tukemisesta sekä perheen tuen tarpeiden tunnistamisesta. Koulutusta alkoholinkäytön riskejä arvioivan AUDIT -lomakkeen käyttämisestä, tupakasta vierottamisesta, masennuksen tunnistamisesta ja perheen tukemisesta tulisi lisätä, jotta mahdollisimman monella hoitotyötä tekevällä henkilöllä olisi valmiuksia edistää potilaan ja koko hänen perheensä terveyttä ja hyvinvointia. (Lehtinen ym. 2010.)

Henkilöstö ei kokenut alkoholin käyttöön ja tupakointiin puuttumista potilaan yksityisyyttä loukkaavana ja oli valmis ottamaan nämä asiat puheeksi potilasta hoitaessaan. Ylipainon ja siihen puuttumisen suhteen näkemykset olivat ristiriitaisempia sillä lähes puolet vastanneista oli sitä mieltä, että lihavuus on potilaan yksityisasia, eikä siihen sovi puuttua, ellei se liity tulosyyhyn. (Lehtinen ym. 2010.)

Tutkimuksessa nousi esille, että masennuksen sekä potilaan perheen tuen tarpeen tunnistaminen koettiin puutteelliseksi. Masennus myös koettiin vaikeaksi ottaa puheeksi silloin, kun se ei liittynyt varsinaiseen hoitoontulosyyhyn. Suurin osa vastanneista ilmoitti kuitenkin olevansa valmis keskustelemaan potilaan kanssa tämän masennuksesta riippumatta siitä, oliko masennus varsinainen tulosyy. Muihin kysytyihin asioihin (alkoholin käyttö, tupakointi, lihavuus) verrattuna masennuksesta oltiin jopa valmiimpia keskustelemaan potilaan kanssa. Suurin osa vastanneista koki alkoholin suurkulutuksen, ylipainon, masennuksen ja perheen tuen tarpeen tunnistamisen ja puheeksi ottamisen kuuluvan kaikille potilastyötä tekeville. Ristiriitaista oli kuitenkin se, että huomattava osa vastanneista oli myös sitä mieltä, että alkoholi, tupakointi ja lihavuus ovat potilaan yksityisasi-
oita, eikä niihin tule puuttua, elleivät ne liity tulosyyhyn. (Lehtinen ym. 2010.)

Kyselyn kautta saatu palaute terveyden edistämistyöhön toi esille, että vastaajat kokivat oman tiedollisen osaamisen vaativan parannusta ja halusivat lisäkoulutusta ja ohjausta.

Henkilöstö toivoi lisää aikaa potilaan kanssa keskusteluun. Myös yhteistä toimintamallia, johon olisi sitouduttu toisi paremmat edellytykset terveyden edistämiseksi. Osa vastaajista piti tärkeänä myös oman esimiehen tuen ja terveydenedistämiseen sitoutumisen vaativan parannusta. (Lehtinen ym. 2010.)

Terveyden edistämisen toteutumista henkilökunnan näkökulmasta on tehty Pro gradu-tutkielma (Mokkila 2013, viitattu 7.10.14): ”Terveyden edistäminen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä: pilottitutkimus itsearviointimittarin tuloksista.” Tutkimus toteutettiin määrällisenä poikittaistutkimuksena, jonka tiedonkeruu tapahtui keväällä 2012 Internet-pohjaisella Webropol-kysely- ja tiedonkeruusovelluksella. Pilottitutkimukseen osallistui Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstöä 15 eri yksiköstä. Kyselyn vastausprosentti oli 33 %. Tutkimus tuotti tietoa sairaalan terveyden edistämisen vahvuuksista ja heikkouksista. Tulosten mukaan työntekijät näkivät terveyden edistämisen vahvuuksina potilaan tilanteen arvioinnin ja potilaan läheisten mahdollisuuden osallistua hoidon suunnitteluun. Työntekijöiden arvioiden mukaan heikoimmin toteutuivat organisaation edellytykset terveyden edistämistoiminnan kehittämiseksi. Kehittämistarpeita ilmeni terveelliseen työympäristöön, potilaan neuvonnan, elintapaohjauksen sekä jatkuvuuden ja yhteistyön alueilla. (Mokkila 2013, viitattu 7.10.14.)

Tulosten mukaan potilaan tilanteen arvioinnissa huomioitiin potilaan sosiaaliset ja kulttuurilliset tekijät sekä otettiin puheeksi mielen hyvinvointiin liittyvät asiat. Yksilöllisistä riskeistä, hoidon tavoitteista ja läheisväkivaltakokemuksen mahdollisuudesta keskusteltiin potilaan kanssa vain osittain. Potilaan mielen hyvinvointiin liittyvät asiat otettiin puheeksi enimmäkseen hyvin. Hoidon aikana potilaille tarjottiin tietoa tupakoinnin ja alkoholin lopettamisen hyödyistä paremmin kuin hoitoon tullessa. Potilaan tupakointitottumukset oli helpompi ottaa puheeksi verrattuna alkoholikäyttötottumuksiin. Potilaan ohjauksen ja tuen tarpeen kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen toteutui vain osittain. (Mokkila 2013, viitattu 7.10.2014.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Terveyden edistäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa opinnäytetyönä toteutetun kyselytutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Oysin lasten ja naisten, medisiinisen, operatiivisen ja psykiatrisen tulosalueen terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvioita toiminnastaan potilaiden terveyden edistämiseksi. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää terveydenhuollon ammattihenkilöiden mielipiteitä ja kokemuksia terveyden edistämisestä, siinä käyttämistä menetelmistä ja terveyden edistämiseen liittyvistä kehittämistarpeista. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös selvittää terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvioita mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaan haitallisiin elintapoihin.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa potilaiden terveyden edistämisen nykytilasta terveyden edistämisen suunnittelun tueksi Oysin perusterveydenhuollon terveyden edistämisen työryhmälle.

Tutkimuksessa vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöt arvioivat toimintansa potilaiden terveyden edistämisessä?
2. Mitä keinoja terveydenhuollon ammattihenkilöt mielestään käyttävät potilaiden terveyden edistämisessä?
3. Kenelle terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemusten mukaan kuuluu potilaiden terveyden edistäminen?
4. Millaiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöt arvioivat mahdollisuutensa vaikuttaa potilaiden haitallisiin elintapoihin?
5. Mitä parantamishdotuksia terveydenhuollon ammattihenkilöillä on potilaiden terveyden edistämiseksi?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksellinen opinnäytetyö alkoi projektioipintojen yhteydessä Terveystieteiden edistämisen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä TEPPO-projektina. Tammikuussa 2014 koulutusohjelman uudelleen järjestelyn myötä projekti muuttui opinnäytetyönä toteutettavaksi kyselytutkimukseksi. Tässä opinnäytetyössä on sekä projektin että tutkimuksen piirteitä. Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, koska tällä tavalla voidaan saada vastaus asetettuihin tutkimusongelmiin. Tutkimuksesta löytyy neljä piirrettä, joiden perusteella tutkimuksen tarkoitus hahmottuu. Nämä piirteet ovat kartoittava, selittävä, kuvaileva ja ennustava. Tutkimustyypiksi valittiin survey-tutkimus. Kyselyyn voidaan saada mukaan paljon henkilöitä ja näin kerätä laaja aineisto. Kerätyn aineiston käsittelyyn on olemassa selkeät tilastolliset ohjelmat joiden avulla saadaan nopeastikin tuotettua raporttia ja tutkijan ei tarvitse kehittää uusia aineistojen analyysitapoja.

4.1 Tutkimukseen osallistujat, aineiston keruu ja analysointi

Tutkimusaineisto kerättiin Oysin lasten ja naisten, medisiiniseltä, operatiiviselta sekä psykiatriselta tulosalueiden välittömässä potilastyössä oleville terveydenhuollon ammattihenkilöiltä. Tutkimuksesta rajattiin pois sairaanhoidollisten palveluiden, Oulaskankaan, Visalan sekä kehitysvammahuollon tulosalueet tutkimuksen tilaajan pyynnöstä. Tutkimusryhmä sai Oysista ammattinimikkeittäin olevan työsähköpostilistan, josta kyselyyn vastaajat valittiin ammattinimikkeiden perusteella. Sähköpostiosoitteita oli yhteensä 4586 ja kysely lähetettiin 4276 sähköpostiosoitteeseen.

Kyselyyn (Liite 1) vastasi yhteensä 1007 (n=1007) henkilöä (23 %). Kyselyyn jätti vastaamatta 3269 henkilöä, lisäksi kyselyn avasi 551 henkilöä mutta he eivät vastanneet eivätkä lähettäneet vastauksia. Kaikki 1007 henkilöä eivät vastanneet kyselyn kaikkiin 20 kysymykseen. Kyselylomakkeessa oli yhteensä 20 strukturoitua kysymystä. Ensimmäiset kuusi kysymystä käsittelivät vastaajien taustatietoja ja seuraavat kahdeksan kysymystä sisälsivät väittämiä ja yhden avoimen kysymyksen. Viimeiset kuusi kysymystä käsitteli-

vät myös vastaajien taustatietoja. Väittämien kohdalla kyselylomakkeessa oli pääosin Likertin asteikon mukaiset vastausvaihtoehdot. Kysymysten analysoinnissa on ristiintaulukoitu ja vertailtu eri tulosalueita, ikää, sukupuolta, ammattiryhmiä sekä miesten ja naisten vastausten välisiä eroja. Analyysin tekstiosuudessa on käytetty prosenttiosuuksia (%) havainnollistamisessa. Taulukoihin ja kuvioihin on pyritty nostamaan esiin nousseita eroja. Kuvioissa on käytetty eri värejä korostamaan sekä selkeyttämään niiden välisiä eroja. Lomakkeen kysymysten järjestystä ja ulkoasua koskevissa asioissa tutkimusryhmä neuvotteli Oysin perusterveydenhuollon, eli tilaajan kanssa, sekä sai ohjausta Oamkin tilastotieteen asiantuntijalta.

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin, analysoitiin ja käsiteltiin Webropol 2.0 ohjelmistolla. Webropol on suomalainen 10 vuotta käytössä ollut erilaisten aineistojen keräys, analysointi ja käsittelyohjelmisto. Webropolia pystytään hyödyntämään kyselyiden- ja tutkimusten luomisessa, ilmoittautumisten ja palautteiden keräämisessä, raportoinneissa, tekstianalyyseissa, kvantitatiivisissa analyyseissa, simuloinneissa ja ennustamisessa, 360°- arvioinneissa ja CAF – itsearvioinneissa. (Webropol, viitattu 11.2.2014.) Kysely jaettiin terveydenhuollon ammattihenkilöille henkilökohtaisen työ sähköpostin kautta.

4.1.1 Määrällisen aineiston analyysi

Tutkimusmenetelmän tavoitteena on saada vastaus kysymyksiin, jotka pohjautuvat tutkimusongelmiin (Heikkilä 2008, 13). Määrällisessä tutkimusmenetelmässä käsitellään tutkittavia asioita numeroiden avulla. Tutkittava tieto saadaan numeroina tai vaihtoehtoisesti aineisto ryhmitellään numeeriseen muotoon. Numerotiedot tulkitaan ja selitetään sanallisesti. (Vilka 2007, 14.)

Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä käytetään usein perinteistä survey-tutkimusta. Survey-tutkimuksessa tyypillisesti kerätään tietoa käyttäen kyselylomaketta tai strukturoitua haastattelua. Aineisto kerätään standardoidussa muodossa eli täsmälleen samalla tavalla jokaiselta vastaajalta. Vastaajat muodostavat otoksen jostain tietystä ihmisjoukosta. (Hirsjärvi ym. 2009, 193.)

Kyselytutkimuksen etuina ovat muun muassa, että kyselyn avulla saadaan kerättyä laaja tutkimusaineisto. Tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä ja voidaan myös kysyä

useita asioita. Kyselymenetelmä säästää tutkijan aikaa. Huolellisesti laadittu kyselylomake on helppo käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tuloksia. Tällä tavalla kerättävän tiedon käsittelyyn on kehitetty tilastolliset analyysitavat ja raportointimuodot. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Tutkimuksen analysointivaiheessa opinnäytetyöryhmä jakoi Webropol- aineistoa työpareittain käsiteltäväksi. Kyselylomakkeen kysymykset jaettiin työparien kesken ja kukin työpari sai analysoitavaksi kaksi kysymystä, lukuun ottamatta yhtä työparia joka analysoi kyselylomakkeen ainoan avoimen kysymyksen. Käytännössä analysointi tapahtui avointa kysymystä lukuun ottamatta kuitenkin yksilötyönä, mikä näkyy mm. erilaisista kirjoitus-tyyleistä tulosten analysoinnin kirjallisessa osuudessa sekä erityylisten kuvaajista, taulukoista ja kuvioista. Tutkijaryhmä kokosi analyysit tähän kirjalliseen loppuraporttiin sekä käsiteli että muokkasi aineistoa yhdessä ryhmänä mm. sähköisiä verkkotyökaluja (Google- Drive, AC-ympäristö, Word Online, Optima) käyttäen.

4.1.2 Laadullisen aineiston analyysi

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa pyritään jäsentämään tutkittavaa todellisuutta tutkimukseen osallistuvien näkökulmasta. Se pyrkii tuottamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä, niiden välisiä suhteita ja teoriaa. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on oletus, että todellisuus ei ole tutkijasta ja tutkimukseen osallistuvasta erillistä vaan tulkinnat vaikuttavat ihmisen subjektiiviseen todellisuuteen. Sen avulla voidaan laajentaa terveystieteellistä tietoa ja tuottaa teoreettisia kuvauksia ilmiöistä, joista ei ole aikaisempaa tietoa tai löytää uusia näkökulmia jo osin tunnettuihin ilmiöihin. (Kylmänen, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, viitattu 6.10.2014.) Laadullinen tutkimus rakentuu: 1) aiemmista, tutkittavasta aiheesta tehdyistä tutkimuksista ja muotoiluista teorioista, 2) empiirisistä aineistoista, joka on suurimmaksi osaksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja sekä 3) tutkijan omasta ajattelusta ja päättelystä (Saaranen -Kauppinen & Puusniemi 2009, viitattu 6.10.2014).

Kvalitatiivinen tutkimus sisältää lukuisia suuntauksia, tiedonhankinta- ja analyysimenetelmiä ja tapoja tulkita aineistoja. Se ei ole minkään tietyn tieteenalan tutkimusote tai vain yhdenlainen tapa tutkia. Yhteistä koko laadullisen tutkimuksen kirjolle on elämis-

maailman tutkiminen. Useimmiten aineistolähtöisyys eli induktio rinnastetaan laadulliseen tutkimukseen ja teorialähtöisyys eli deduktio puolestaan määrälliseen, mutta tällainen erottelu on yksinkertaistava. Laadullinen tutkimus ei ole puhtaasti aineistolähtöistä, vaikka aineistolähtöisyys sitä luonnehtiikin. (Saaranen -Kauppinen & Puusniemi 2009, viitattu 6.10.2014.)

Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistosta lähtevä analysointi. Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa aineiston analyysissä aineisto redusoidaan eli pelkistetään, klusteroidaan eli ryhmitellään ja abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet. Sisällön analyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä selkeä ja tiivistetty kuvaus. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111.) Analysoinnissa aineisto eritellään, luokitellaan ja pyritään luomaan kokonaiskuvaa tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston käsittely sisältää monia vaiheita. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 143.)

Avoimeen kysymykseen saatiin 178 vastausta. Avoimen kysymyksen vastaukset olivat valmiiksi tekstimuodossa, joten aineistoa ei tarvinnut analyysia varten puhtaaksikirjoittaa. Ensimmäisenä aineisto silmäiltiin ja luettiin läpi useaan kertaan. Aineiston lukemisen jälkeen aloitettiin pelkistäminen. Pelkistämässä aineistosta karsitaan tutkimukselle kaikki epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla aineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.) Vastauksista eroteltiin ja merkittiin esille nousseet kehitys- ja koulutuskohteet. Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin ja yhdistettiin pelkistetyistä ilmauksista ne asiat, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Jokainen ryhmä nimettiin sitä parhaiten kuvaavalla käsitteellä.

Lopuksi yhdistettiin saman sisältöiset ryhmät yhteen, jolloin saatiin muodostettua niitä kuvaavia luokkia. Abstrahointi on prosessi, jossa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuksen kohteesta. Siinä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114–115.) Abstrahointi vaiheessa analyysin mukaan muodostettiin seitsemän pääluokkaa. Luokittelun avulla aineistosta voidaan muodostaa erilaisia jäsenyyksiä ja ryhmittelyjä, jotka kuvaavat ja selvittävät kohdejoukon koostumusta tai olemusta. Luokittelussa kohdejoukko jaetaan luokkiin, joihin sijoitetut tapaukset tai kohteet jakavat jonkin

saman ominaisuuden tai joiden ominaisuudet muistuttavat toisiaan. Luokittelu on olennainen osa analyysia. Luokittelu luo pohjan, jonka mukaan aineistoa voidaan tulkita, tiivistää ja yksinkertaistaa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 147.) Lisäksi saimme palautetta kyselystä ja tutkimuksen aiheesta, jotka myös käsiteltiin. Esimerkki vastauksien analyysista on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston analyysista

| Alkuperäisilmaisu | Pelkistetty ilmaisu | Pääluokka |
|---|---|-----------------------------|
| <i>Hoitajaresurssien lisääminen! Tällä hetkellä sh:n aika ei riitä mihinkään ohjaukseen. Ei edes aina kotihoito-ohjeiden antamiseen (tulossyyn)</i> | Hoitajaresurssien lisääminen. Ei riittävästi aikaa potilasohjaukseen. | Hoitohenkilö-kuntaresurssit |

4.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen reliaaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen reliaaabelius tarkoittaa siis sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tässä tutkimuksessa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Strukturoidun kyselykaavakkeen käyttö on helpottanut aineiston tilastollista käsiteltävyyttä. Kato voi myös olla survey-kyselytutkimuksen heikkous. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Kato tarkoittaa kyselytutkimuksen tapauksessa niitä otokseen valittuja, jotka eivät syystä tai toisesta vastaa kyselyyn. Kato voi tarkoittaa myös yksittäisiä puuttuvia vastauksia kyselyyn vastanneiden osalta. (Taanila 2014, viitattu 15.2.2015.)

Määrällisissä tutkimuksissa voidaan käyttää erilaisia tilastollisia menettelytapoja, joilla mittareiden luotettavuutta voidaan arvioida (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Kyselytutkimuksen aineiston keruu ja tulosten käsittely tehtiin Webpropol-sovelluksella, mikä parantaa aineiston reliaaabeliutta. Tutkimuksen toteuttajaryhmä sai perehdytystä Webpropol -sovelluksen käyttämiseen Ppshp:n assistentilta. Lisäksi ryhmä sai Oamkin tilastotieteen asiantuntijan ohjausta ja neuvoja kyselytutkimuksen eri vaiheissa.

Tässä tutkimuksessa käytettiin valmista mittaria. Kyselylomakkeen kysymysten sisältöihin ei tehty muutoksia ja ne pidettiin pääsääntöisesti alkuperäisten kysymysten mukaisina. Kyselyn rakennetta ja kysymysten ymmärtämistä selkiytettiin pienillä muutoksilla, jotta kysely saatiin vastaamaan kohderyhmän toimintaympäristöä vastaavaksi.

Aineiston ja tulosten reliabiliteetin sekä validiteetin saavuttamiseksi tutkimuksen kohderyhmä rajattiin mahdollisimman selkeästi. Tavoitteena oli saada mahdollisimman suuri vastausprosentti, minkä vuoksi kyselystä tiedotettiin tulosityksiköiden esimiehiä ja heidän kautta henkilöstöä. Kysely toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa vastaajat saivat linkin kyselyyn sähköpostin välityksellä ja toisessa vaiheessa kyselyyn motivoitiin vastaamaan muistutusviestin avulla. Vastausprosenttia pyrittiin kasvattamaan valitsemalla kyselyn toteuttamisajankohta organisaation toiminnan kannalta sopivaan aikaan tilaajan toiveet huomioiden.

Tutkimus toteutettiin hyviä tutkimus- ja kehittämiskäytäntöjä noudattaen. Laadunvarmistamiseksi lähdemateriaaleina käytettiin vain laadukkaita, luotettavia, uusimpia tutkimuksia ja julkaisuja. Tutkimuksen laatua varmistaa lisäksi ohjausryhmän yliopettajien ammattitaito ja kokemus terveydenhuoltoalalta sekä tutkimus- kehitys- ja innovaatiotoiminnasta.

4.2.1 Määrällisen tutkimuksen luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta kuvataan reliabiliteetilla ja validiteetilla. Reliabiliteetti-käsite kuuluu yleensä määrälliseen eli kvantitatiiviseen tutkimukseen. Reliabiliteetti voidaan suomentaa sanoilla luotettavuus, käyttövarmuus, ja toimintavarmuus. Määrällisen tutkimuksen kielessä sillä tarkoitetaan mittarin johdonmukaisuutta; sitä, että se mittaa aina kokonaisuudessaan samaa asiaa. Mittauksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaus-tuloksen toistettavuutta, ei sattumanvaraisuutta. Mittarilla tarkoitetaan tässä samaa asiaa mittaavaa kysymysjoukkoa. Jos mittari on täysin reliaabeli, siihen eivät vaikuta satunnaisvirheet eivätkä olosuhteet. (Mattila. 2008, viitattu 21.1.2015.)

Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sen pätevyyttä eli sen hyvyttä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata tarpeeksi kattavasti ja tehokkaasti. Mittaria on osattava käyttää

oikeaan kohteeseen, oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. (Mattila. 2008, viitattu 21.1.2015.) Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti luotettavuus ja pätevyys voivat vaihdella. Tästä syystä luotettavuutta pitää pyrkiä arvioimaan kaikissa tutkimuksissa. Luotettavuuden mittaamiseen voidaan käyttää erilaisia mittauksia - ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

4.2.2 Avoimen kysymyksen vastausten luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Laadullisessa tutkimuksessa voidaan soveltaa tietyin osin reliabiliteetin ja validiteetin käsitteitä ja siinä on olennaista arvioida tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta. Tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Tutkimuksessa käytetyillä menetelmillä on voitava tutkia sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoitus tutkia. Käytettyjen käsitteiden on sovitava tutkimusongelman ja aineiston sisältöihin. Luotettavuutta voidaan arvioida laadullisessa tutkimuksessa monin tavoin. Luotettavuuteen liittyvä näkökulma ovat yleistettävyyttä tai siirrettävyyttä: ovatko tutkimuksen tulokset yleistettävissä tai siirrettävissä myös muihin kohteisiin. (Koppa, viitattu 21.1.2015). Reliabiliteetin arvioinnin ja tarkistamisen kannalta on tärkeää, että tutkimusaineisto muokataan sellaiseen muotoon, että se on tutkimuksen kommentoijien saatavilla ja tarkastettavissa. Periaatteessa tutkimusmenetelmä voi olla reliaabeli eli luotettava vaikka tutkimus ei olisikaan validi eli pätevä. Tällöin tutkimuksessa käytettyjen menetelmien avulla voidaan päätyä sinänsä kiinnostaviin tuloksiin, mutta tulokset eivät vastaa sitä, mihin tutkimuksella tähdättiin. (Virtuaali ammattikorkeakoulu, viitattu 21.1.15.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetilla tarkoitetaan aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta. Reliabiliteettikysymykset liittyvät ensisijaisesti siihen tutkimuksen vaiheeseen, jossa siirrytään empiirisestä aineistosta analyysin kautta tulkintaan. Arvioitavuus tarkoittaa sitä, että lukijalle tarjotaan mahdollisuus seurata tutkijan päättelyä ja kritisoida sitä. Uskottavuudella viitataan siihen, että tutkimusraportin pohjalta on uskottavaa, että kuvatulla tavalla on päädytty esitettyihin tulkintoihin. Reliabiliteetin kannalta on tärkeää tutkimusaineiston muokkaaminen sellaiseen muotoon, että se on tutkimuksen kommentoijien saatavilla ja tarkastettavissa. Tutkimusraporttia kirjoitettaessa tulisi ottaa huomioon kaksi kvalitatiivisen tutkimuksen reliabiliteettikysymyksiin liittyvää kriteeriä:

analyysin arvioitavuus ja uskottavuus. Arvioitavuus tarkoittaa sitä, että lukijalle tarjotaan mahdollisuus seurata tutkijan päättelyä ja kritisoida sitä. Uskottavuudella viitataan siihen, että tutkimusraportin pohjalta on uskottavaa, että kuvatulla tavalla on päädytty esitettyihin tulkintoihin. (Metodix, viitattu 21.1.15.)

Julkaistaessa tutkimuksen tuloksia, tulee muistaa, että tuloksista ei saa tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Lisäksi vastausryhmää koskevat muistiinpanot ovat luottamuksellisia. Tutkimuksen avulla kerätyt aineistot tulee säilyttää ennalta sovitulla tavalla, ne eivät saa olla sellaisenaan yleisesti saatavilla. (Hirsjärvi ym. 2009, 237.) Tässä tutkimuksessa käytettiin webropol-kyselyä. Kyselyn vastausvaihtoehdot on suunniteltu siten, että yksittäistä vastaajaa ei voitu tunnistaa. Kerätyt aineistot luovutettiin tilaajalle sen jälkeen kun ne oli analysoitu.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tulokset on esitetty tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen on saatu tulokset kolmen kyselylomakkeen kysymyksen avulla. Seuraavissa kolmessa tutkimuskysymyksessä tulokset on johdettu yhdestä kyselylomakkeen kysymyksestä. Jokainen opiskelija analysoi yhden kysymyksen, mikä selittää erilaiset tulosten raportointityylit. Avoimen kysymyksen on analysoinut kaksi opiskelijaa yhdessä. Tuloksissa on pyritty nostamaan esille tulleita huomioita ja eroavaisuuksia ja niitä on verrattu aikaisempaan Pirkanmaan vastaavan tutkimuksen tuloksiin. Tuloksia tarkastellaan eri taustamuuttujia apuna käyttäen mm. ikä, sukupuoli, ammattiryhmä ja tulosalue. Ensimmäisenä kuvataan strukturoidut kysymykset ja viimeisenä avoin kysymys.

5.1 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arviot toiminnastaan potilaiden terveyden edistämisessä

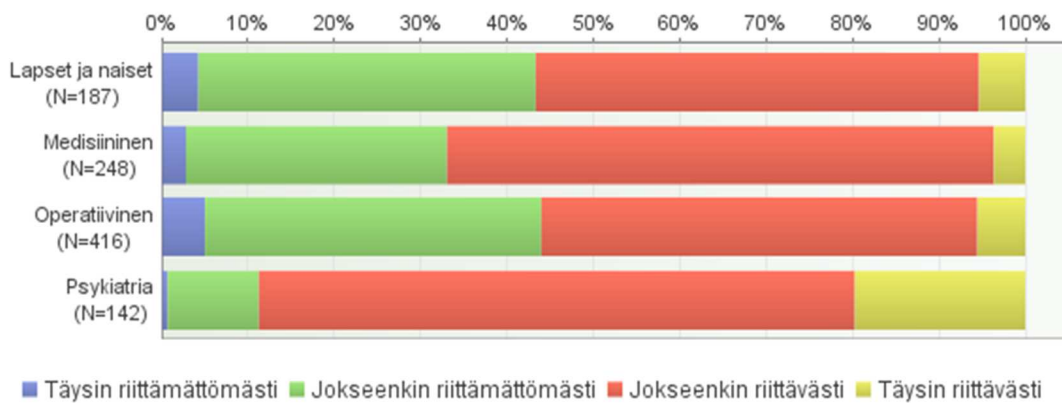
Outi Hakala

Tutkimuksessa kysyttiin millaiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöt arvioivat toimintaansa potilaiden terveyden edistämisessä. Kysymyksessä seitsemän terveydenhuollon ammattihenkilöiltä kysyttiin puolestaan heidän arvioita tiedoista ja valmiuksistaan puuttua potilaiden haitallisiin elintapoihin, mielenterveyteen ja perheiden tarvitsemaan tukeen. Kysymyksessä oli 11 väittämää joihin vastattiin valitsemalla yksi neljästä vastausvaihtoehdosta: jokseenkin riittävästi, jokseenkin riittämättömästi, täysin riittävästi ja täysin riittämättömästi. Kysymykseen vastasi 1004 (n=1004) terveydenhuollon ammattihenkilöä.

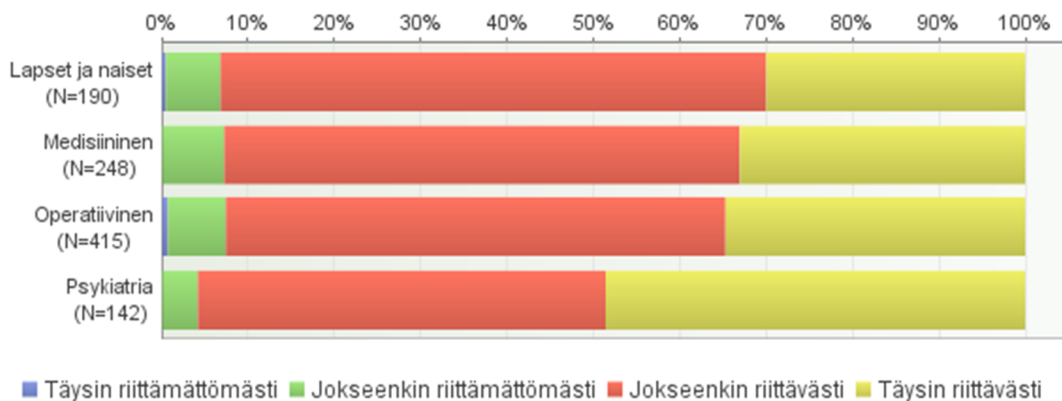
Tutkimustulokset erosivat jonkin verran eroja iän, sukupuolen ja tulosalueen mukaan. Psykiatrisen ja medisiinisen tulosalueiden henkilöstöt arvioivat tietonsa ja valmiutensa puuttua potilaiden haitallisiin elintapoihin ja masennukseen paremmiksi kuin medisiinisen ja operatiivisen tulosalueiden henkilöstöt. Lasten ja naisten sekä psykiatrisen tulosalueiden henkilöstöt arvioivat valmiutensa ja tietonsa puuttua perheiden tarvitsemaan tukeen paremmiksi kuin operatiivisen ja medisiinisen tulosalueiden henkilöstöt. Tervey-

denhuollon ammattihenkilöistä miehet arvioivat tietonsa ja valmiutensa puuttua haitallisiin elintapoihin, masennukseen ja perheiden tarvitsemaan tukeen hieman paremmiksi kuin naiset.

Tutkimustulosten mukaan suurin osa terveydenhuollon ammattihenkilöistä arvioi iästä, sukupuolesta ja toimipaikasta riippumatta tietonsa ja valmiutensa jokseenkin riittäviksi potilaan motivoimiseksi elintapamuutukseen ja suurimmalla osalla terveydenhuollon ammattihenkilöistä oli iästä, sukupuolesta tai toimipaikasta riippumatta jokseenkin riittävästi tietoa potilaan motivoinnista muutokseen (Kuviot 1 ja 2).



KUVIO 1. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvioinnit tiedoistaan motivoida potilaita elintapamuutoksiin tulosalueittain



KUVIO 2. Henkilökunnan arvioinnit alkoholin vaikutuksia koskevista tiedoistaan tulosaluekohtaisesti

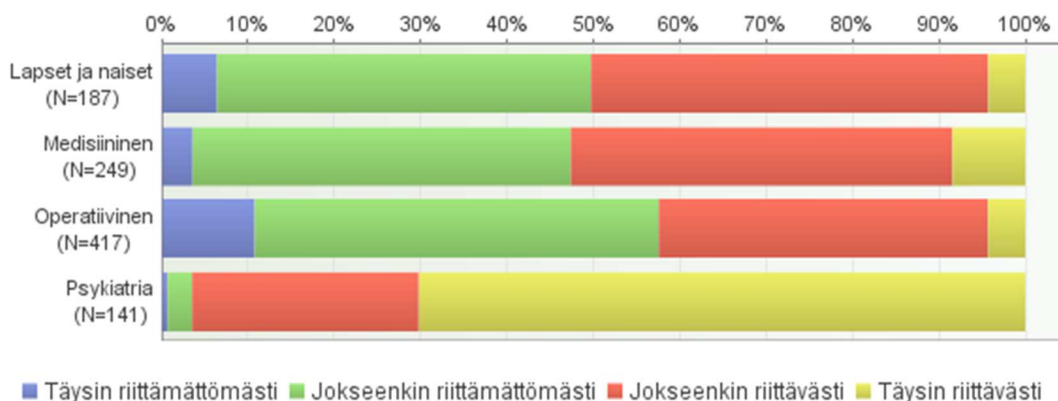
Tutkimustulosten mukaan arvioinneissa valmiuksissa käyttää alkoholin riskikäytön mittaria (AUDIT) oli jonkin verran eroja iän, sukupuolen ja toimipaikan suhteen. Kyselyyn vastanneista alle 45-vuotiaat arvioivat valmiutensa käyttää mittaria hieman paremmiksi kuin yli 45-vuotiaat. Suurin osa (27,7 % -38,7 %) alle 45-vuotiaista arvioi valmiutensa AUDIT- mittarin käyttämiseen jokseenkin riittäviksi, kun taas yli 45-vuotiaista suurin osa (29,7 % - 34,2 %) arvioi valmiutensa jokseenkin riittämättömiksi.

Vastaajista miehet arvioivat valmiutensa AUDIT- mittarin käyttämiseen hieman paremmiksi kuin naiset. Kaikista vastanneista miehistä suurin osa 30,7 % arvioi omaavansa jokseenkin riittävästi valmiuksia mittarin käyttämiseen kun taas naisista suurin osa 28,6 % arvioi valmiutensa olevan jokseenkin riittämättömät.

Vertailtaessa eri tulosalueiden henkilökunnan arvioita valmiuksistaan käyttää AUDIT-mittaria, eniten valmiuksia kokivat omaavansa psykiatrisen tulosalueen terveydenhuollon ammattihenkilöt. Kaikista vastanneista psykiatrisella tulosalueella suurin osa (43,3 %) vastasi omaavansa täysin riittävät valmiudet mittarin käyttämiseen, kun taas operatiivisen tulosalueen terveydenhuollon ammattihenkilöistä suurin osa (30,3 %) vastasi valmiutensa mittarin käyttämiseen olevan jokseenkin riittämättömät. Tutkimustulosten mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden arviot tiedoistaan, jotka koskivat alkoholin riskikäyttäjän lyhytneuvontaa, olivat vastaajan iästä, sukupuolesta tai toimialueesta riippumatta jokseenkin riittämättömät.

Suurin osa vastaajista arvioi tietonsa tupakoinnin ja lihavuuden vaikutuksista jokseenkin tai täysin riittäviksi. Arvioinneissa ei ollut eroja iän, sukupuolen tai tulosalueiden välillä. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arviot tiedoistaan aloittaa potilaan tupakasta vieroittaminen erosivat toisistaan. Erot ilmenivät sukupuolen ja tulosalueiden välillä. Miehistä suurin osa (35,7 %) vastasi tietonsa jokseenkin riittäviksi kun taas naisista suurin osa (36,3 %) vastasi tietonsa jokseenkin riittämättömäksi. Tulosalueiden suhteen medisiinisen- ja psykiatrisen tulosalueen vastauksissa suurimmalla osalla (39,7 % - 45 %) oli jokseenkin riittävästi tietoa kun taas lasten ja naisten sekä operatiivisella tulosalueella vastanneista suurin osa (38,6 % - 50 %) vastasi tietonsa jokseenkin riittämättömäksi.

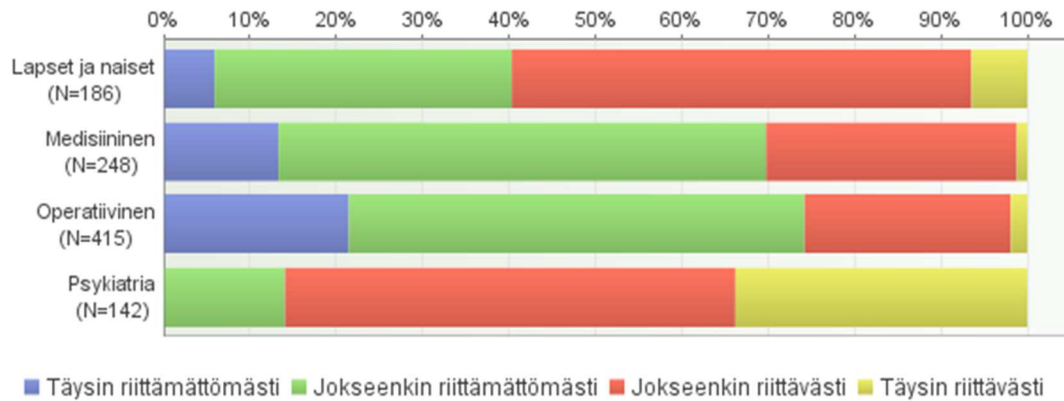
Kysyttäessä vastaajilta arvioita valmiuksistaan tunnistaa potilaan masennus, tuloksissa oli jonkin verran eroja. Nämä erot liittyivät ikään, sukupuoleen ja tulosalueisiin. Psykiatrisen tulosalueen terveydenhuollon ammattihenkilöistä suurin osa (70,2 %) arvioi omaavansa täysin riittävät valmiudet tunnistaa potilaan masennus, kun taas muiden tulosalueiden terveydenhuollon ammattihenkilöillä oli valmiuksia tunnistaa potilaan masennus, olivat jokseenkin riittämättömät tai jokseenkin riittävät.



KUVIO 3. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arviot valmiuksistaan tunnistaa potilaan masennus tulosaluekohtaisesti

Suurin osa (40,3 %) miehistä arvioi valmiutensa tunnistaa potilaan masennus jokseenkin riittäviksi, kun taas naisista suurin osa (41,4 %) arvioi valmiutensa jokseenkin riittämättömiksi. Suurin osa kaikista vastaajista arvioi valmiutensa masentuneen potilaan tunnistamiseksi jokseenkin riittämättömiksi. Ainoastaan psykiatrisen tulosalueen kaikista vastaajista (64,8 %) arvioi valmiutensa täysin riittäviksi.

Tutkimukseen osallistujien arvioissa oli jonkin verran eroja valmiuksissaan tunnistaa perheen tuen tarve sekä valmiuksissaan tukea perhettä. Suurin osa lasten ja naisten (53,2 % - 59,6 %), sekä psykiatrisen tulosalueen (46,8 % - 52,1 %) vastaajista arvioi tietonsa tunnistaa perheen tuen tarve ja valmiutensa tukea perhettä jokseenkin riittäväksi. Suurin osa kaikista miehistä arvioi tietonsa hieman paremmiksi, kuin mitä naiset arvioivat omat tietonsa perheen tuen tarpeen tunnistamisessa.



KUVIO 4. Terveystuollon ammattihenkilöiden arviot valmiuksistaan tukea perhettä tulosaluekohtaisesti

Mika Katajala

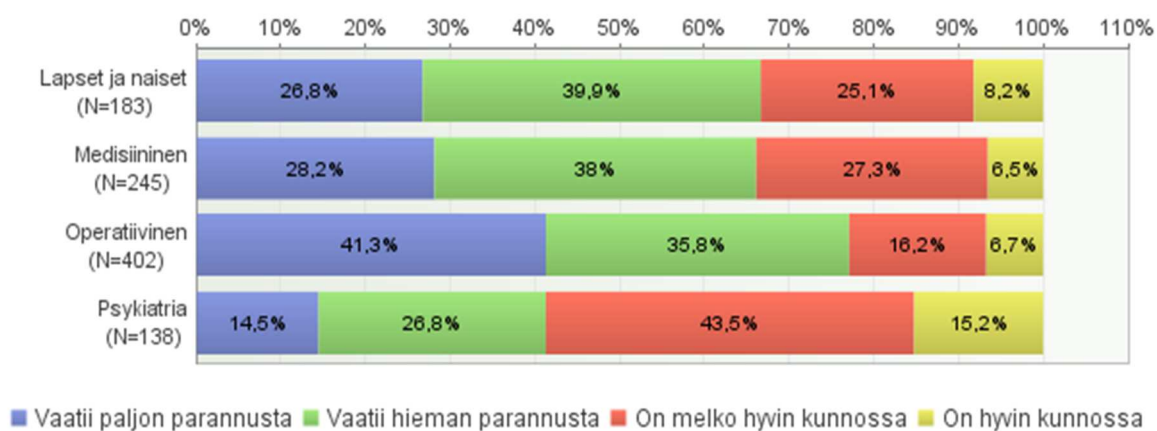
Kyselylomakkeessa kysyttiin, "minkälaisia kehittämisehdotuksia terveydenhuollon ammattihenkilöillä" on potilaiden terveyden edistämiseksi (Taulukko 2). Kysymyksessä vastattiin minkä verran seuraavia asioita tulisi omassa työympäristössä parantaa, jotta terveydenhuollon ammattihenkilöillä olisi paremmat edellytykset ottaa puheeksi potilaan kanssa muita kuin tulosityhyn liittyviä tekijöitä (pääteet, elintavat, mielenterveys, perheiden tukeminen)? Vastausvaihtoehdot olivat: vaatii paljon parannusta, vaatii hieman parannusta, on melko hyvin kunnossa ja on hyvin kunnossa. Kysymykseen vastasi 974 terveydenhuollon ammattihenkilöä.

Tutkimustulosten mukaan, terveydenhuollon ammattihenkilöt ehdottivat eniten yhteistä toimintamallia terveyden edistämiseen, jonka mukaan kaikki toimivat, sekä mahdollisuutta seurata tehdyn työn hyötyjä. Ppshp:ssa on suunnitteilla potilastietojärjestelmään reaaliaikainen tietopohja tukemaan terveyden edistämisen mittaamista sekä arviointia. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöt ehdottivat tarvitsevan enemmän aikaa potilaan kanssa ja potilaiden informoimista asiasta etukäteen, jotta he pystyisivät paremmin huomioimaan potilaiden terveyden edistämisen. Vastaajien oma osaaminen kokonaisuudessaan arvioitiin myös asiaksi, joka vaatii ainakin hieman parantamista. Oman esimiehen ja johdon tukeen oltiin enimmäkseen tyytyväisiä, kuitenkin tähänkin ehdotettiin jonkin verran parannusta.

TAULUKKO 2. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden parannusehdotukset potilaiden terveyden edistämiseksi

| | Vaatii paljon parannusta | Vaatii hieman parannusta | On melko hyvin kunnossa | On hyvin kunnossa | Yhteensä | Keskiarvo |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------|----------|-----------|
| Johdon tuki ja sitoutuminen | 31,4 % | 35,8 % | 24,6 % | 8,2 % | 973 | 2,1 |
| Oman esimiehen tuki | 23,4 % | 32,7 % | 29,1 % | 14,8 % | 973 | 2,4 |
| Yhteinen toimintamalli, jonka mukaan kaikki toimivat | 50,1 % | 32,3 % | 13,8 % | 3,8 % | 977 | 1,7 |
| Enemmän aikaa potilaan kanssa | 48,7 % | 28,8 % | 18,1 % | 4,4 % | 978 | 1,8 |
| Mahdollisuus seurata tehdyn työn hyötyjä | 51,3 % | 34 % | 11,9 % | 2,9 % | 977 | 1,7 |
| Potilaiden informoiminen etukäteen asiasta | 43,9 % | 37,8 % | 15 % | 3,2 % | 965 | 1,8 |
| Oma osaaminen | 31 % | 42,7 % | 21,1 % | 5,2 % | 978 | 2 |
| Yhteensä | 40 % | 34,9 % | 19,1 % | 6,1 % | 6821 | 1,9 |

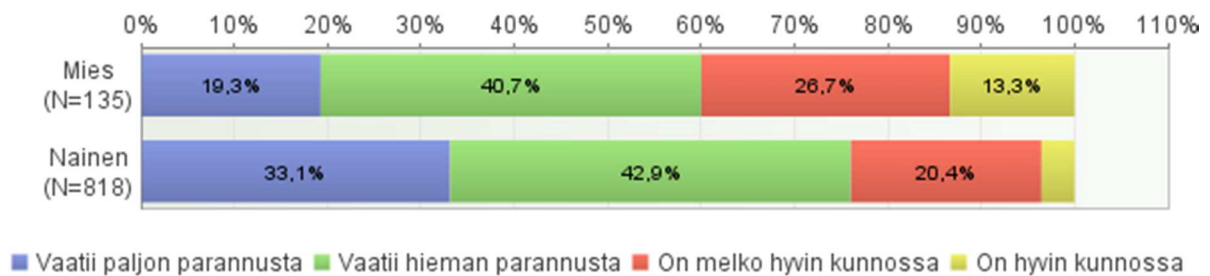
Psykiatrisella tulosalueella terveydenhuollon ammattihenkilöt olivat tyytyväisiä työskentelymahdollisuuksiin potilaiden terveydenedistämiseksi (Kuvio 5). Heistä (42 %) vastasivat yhteisen toimintamallin olevan melko hyvin tai hyvin kunnossa. Vastaava prosenttiluku muilla tulosalueilla oli (12–17 %). Psykiatrisen tulosalueen vastaajat arvioivat oman osaamisensa vaativan hieman tai paljon parannusta (34 %), vastaavan luvun ollessa muilla tulosalueilla (76–83 %). Psykiatrisella tulosalueella terveydenhuollon ammattihenkilöt arvioivat erityisesti oman esimiehensä ja johdon tuen sekä sitoutumisen potilaan terveyden edistämiseen huomattavasti paremmaksi kuin muiden tulosalueiden vastaajat.



KUVIO 5. Johdon tuki ja sitoutuminen potilaiden terveyden edistämiseksi tulosaluekohtaisesti

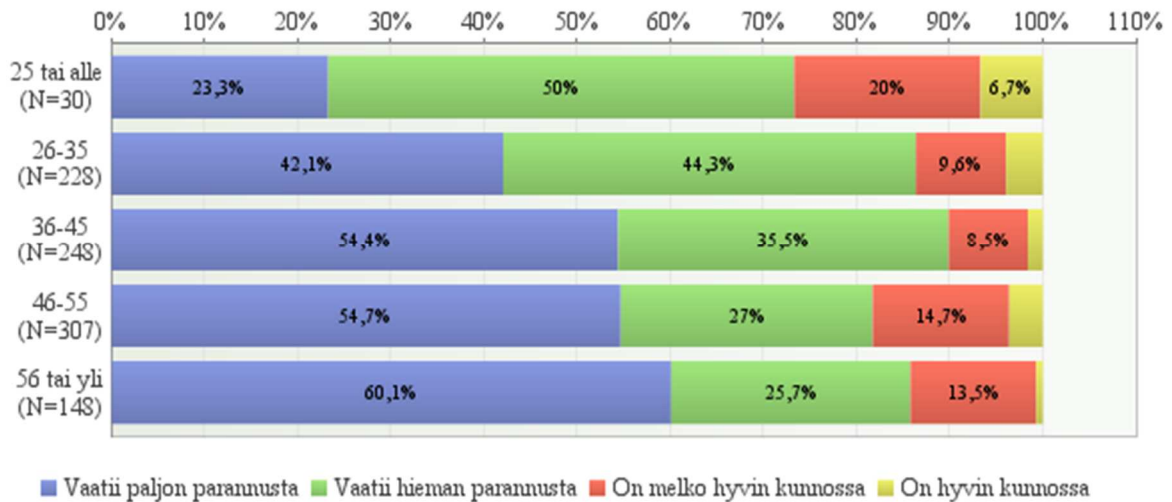
Eri tulosalueilla terveydenhuollon ammattihenkilöt arvioivat työskentelymahdollisuutensa melko samanlaisiksi potilaiden terveydenedistämiseksi. Vuodeosaston, poliklinikan, toimenpideyksikön, tehon tai leikkausosaston välillä vastauksissa ei ollut isoja eroja. Ainoastaan teho-osaston henkilöstö vastasi, heillä olevan melko hyvin tai hyvin aikaa potilaalle (43 %) kun muissa yksiköissä vastausprosentti oli (13–23 %). Eri ammattiryhmien välillä ei ollut suuria eroja potilaan terveyden edistämisen työskentelymahdollisuuksien arvioinneissa.

Vertailtaessa vastauksia sukupuolen mukaan, miehet arvioivat edellytyksensä ottaa puheeksi terveydenedistämiseen liittyviä asioita hieman paremmiksi kuin naiset. Miehistä (30,2 %) oli melko hyvin tai hyvin aikaa potilaille kun naisista vastaava luku oli (21,2 %). Oman esimiehen tuen miehet arvioivat hyväksi tai melko hyväksi (50,7 %) ja naiset (42,8 %). Miehen arvioivat potilaan terveyden edistämisen osaamisensa jonkin verran paremmiksi, kuin naiset. (Kuvio 6)



KUVIO 6. Oman osaamisen arvioiminen potilaan terveyden edistämässä

Vertailtaessa vastauksia ikäluokkien mukaan, alle 25-vuotiaat poikkesivat vastauksissaan hieman muista ikäryhmistä. Heillä oli melko hyvin tai hyvin aikaa potilaille (36,6 %) ja muilla ikäryhmillä vastaava luku oli (22,1–23,2 %). Yhteinen toimintamalli oli hyvä tai melko hyvä alle 25-vuotiaiden arvioimana (26,6 %), kun muilla ikäryhmillä vastaava oli luku (13,7- 18,5 %). Terveyden edistämisen osaaminen vaati hieman tai paljon parantamista (66,6 %) alle 25-vuotiailla, muilla ikäryhmillä vastaava luku oli (70,9–75,5 %). Mitä iäkkäämpi työntekijä oli, sitä heikommaksi he arvioivat mahdollisuutensa seurata tekemänsä työn hyötyjä. (Kuvio 7)



KUVIO 7. Terveystiedon edistämiseksi tehdyn työn seuraamisen mahdollisuus ikäryhmittäin

Säännöllistä yötyötä tekevien vastaukset erottuivat jonkin verran muista työaikamuotoa tekevien vastauksista. Säännöllistä yötyötä tekevistä kukaan ei arvioinut tehdyn työn hyötyjen seuraamisen mahdollisuuden olevan hyvä tai melko hyvä, kun muita työaikamuotoja tekevillä työn hyötyjen seuraamisen mahdollisuus vastausprosentti (6,7–17,4 %) oli hyvä tai melko hyvä. Yötyötä ja muita työaikamuotoja tekevät arvioivat tarvitsevänsä paljon parannusta omaan osaamiseensa. (Taulukko 3)

TAULUKKO 3. Työaikamuodon vaikutus omaan osaamiseen

| Oma osaaminen | Mikä on tavanomainen työaikamuotosi? | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|---|--|---------------------------|--------------------------------|
| | Säännöllinen päivätyö (N=397) | Kaksivuorotyö (ilman yövuoroja) (N=149) | Yövuoroja sisältävä vuorotyö (kolmivuorotyö) (N=370) | Säännöllinen yötyö (N=13) | Muu epäsäännöllinen työ (N=39) |
| Vaatii paljon parannusta | 31,2 % | 34,2 % | 29,5 % | 30,8 % | 33,3 % |
| Vaatii hieman parannusta | 42,8 % | 44,3 % | 41,6 % | 38,5 % | 41 % |
| On melko hyvin kunnossa | 19,9 % | 18,8 % | 23,8 % | 23,1 % | 17,9 % |
| On hyvin kunnossa | 6 % | 2,7 % | 5,1 % | 7,7 % | 7,7 % |
| Keskiarvo | 2 | 1,9 | 2 | 2,1 | 2 |

Heidi Kukka

Tutkimuksen kysymyksessä kahdeksan kysyttiin terveydenhuollon ammattihenkilöiden mielipiteitä erilaisista väittämistä. Väittämät koskivat potilaan alkoholinkäyttöä, tupakointia, lihavuutta, masennusta ja perhetilannetta. Vastaajilta kysyttiin kokevatko he vaikeaksi ottaa puheeksi edellä mainitut asiat silloin kun asia liittyy tulosityhyn tai kun se ei liity tulosityhyn. Vastausvaihtoehdot olivat; täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Lukemisen helpottamiseksi jatkossa kaksi ensimmäistä vaihtoehtoa on kuvattu sanalla *helppo* ja kaksi viimeistä vaihtoehtoa on kuvattu sanalla *vaikea*. Kysymykseen vastasi 1001 (n=1001) terveydenhuollon ammattihenkilöä.

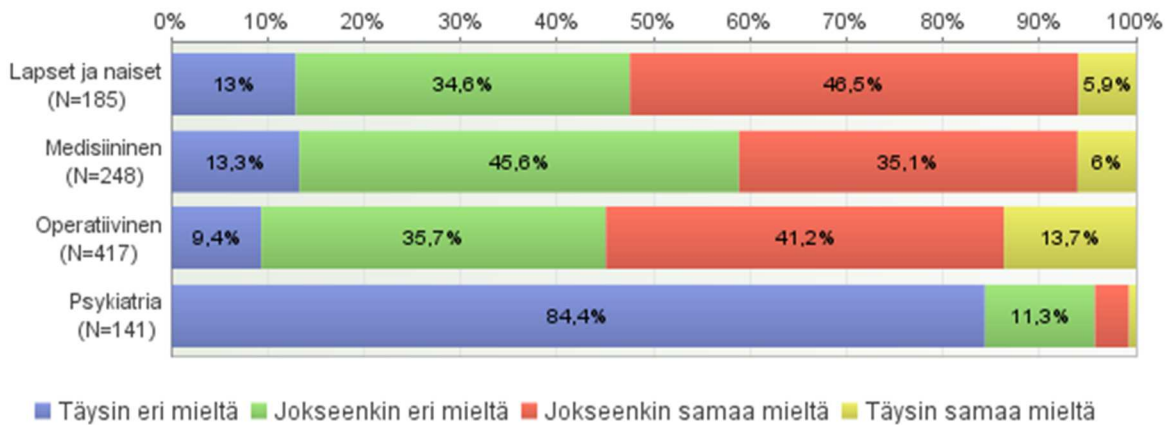
Suurin osa vastaajista koki terveyden edistämiseen liittyvien asioiden puheeksi ottamisen helpoksi silloin, kun asia liittyi potilaan tulosityhyn (alkoholi, tupakointi yms.). Vastavasti kun asia ei liittynyt tulosityhyn, suuri osa vastaajista koki asioiden puheeksi ottamisen vaikeaksi. Lihavuuden puheeksi ottaminen koettiin vaikeimmaksi asiaksi ottaa puheeksi, liittyi se potilaan tulosityhyn tai ei. (Taulukko 4)

TAULUKKO 4. Terveysthuollon ammattihenkilöiden kokemukset puheeksi ottamisen vaikeudesta terveyden edistämiseen liittyvissä asioissa

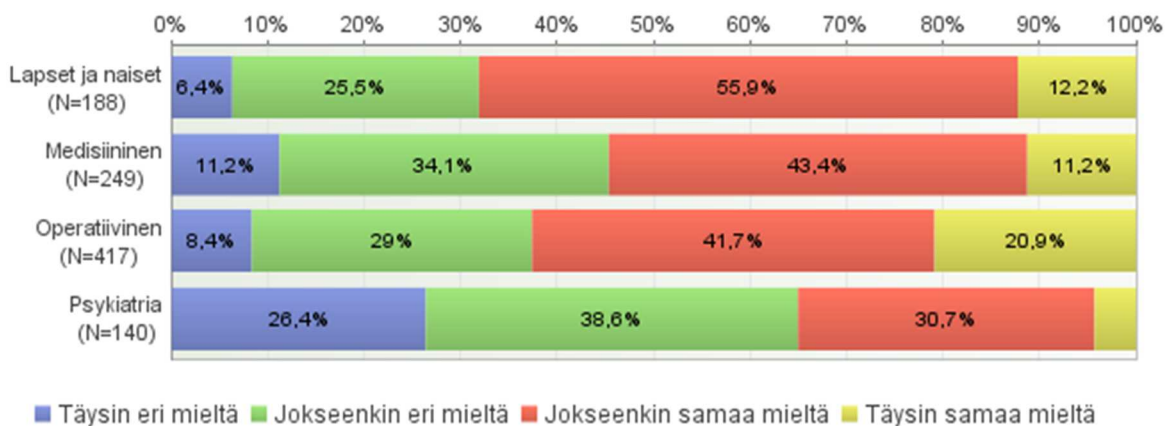
| | Täysin eri mieltä | Jokseenkin eri mieltä | Jokseenkin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä | Yhteensä | Keskiarvo |
|--|-------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|----------|-----------|
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan alkoholinkäytön, vaikka se liittyy tulosyhyyn | 37,7 % | 44 % | 15,7 % | 2,5 % | 999 | 1,8 |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan alkoholinkäytön, kun se ei liity tulosyhyyn | 19,2 % | 35,4 % | 35,4 % | 9,9 % | 996 | 2,4 |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan tupakoinnin, vaikka se liittyy tulosyhyyn | 42 % | 44,1 % | 12 % | 1,8 % | 997 | 1,7 |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan tupakoinnin, kun se ei liity tulosyhyyn | 24,6 % | 39,6 % | 29,2 % | 6,6 % | 998 | 2,2 |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan lihavuuden, vaikka se liittyy tulosyhyyn | 26,2 % | 42,2 % | 26,4 % | 5,1 % | 999 | 2,1 |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan lihavuuden, kun se ei liity tulosyhyyn | 11,3 % | 30,9 % | 43,2 % | 14,5 % | 999 | 2,6 |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan masennuksen, vaikka se liittyy tulosyhyyn | 31,7 % | 43,5 % | 20,8 % | 4 % | 997 | 2 |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan masennuksen, kun se ei liity tulosyhyyn | 21,7 % | 34,5 % | 35,3 % | 8,4 % | 996 | 2,3 |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan perhetilanteen | 23,6 % | 44,7 % | 26,5 % | 5,2 % | 994 | 2,1 |
| Yhteensä | 26,5 % | 39,9 % | 27,2 % | 6,5 % | 8975 | 2,1 |

Psykiatrisen tulosalueen ammattihenkilöiden vastaukset erottuivat muiden tulosalueiden henkilöiden vastauksista. Lasten ja naisten, medisiinisen ja operatiivisen tulosalueen ammattihenkilöiden vastaukset olivat lähes samankaltaisia toisiinsa verrattuna. Lähes kaikki vastaajat psykiatrisella tulosalueella kokivat masennuksen puheeksi ottamisen helpoksi, vaikka se ei liittynyt tulosyhyyn. Psykiatrisella tulosalueella suurin osa (90 %) vastaajista koki tupakoinnin, alkoholin käytön ja perhetilanteen puheeksi ottamisen helpoksi. Lihavuus koettiin psykiatrisella tulosalueella vaikeimmaksi asiaksi ottaa puheeksi, vaikka

muista kyselyssä olleista aiheista oli helppo puhua. Lasten ja naisten tulosalueella lähes 70 % vastaajista vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä väittämästä "koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan lihavuuden silloin kun se ei liity tulosyyn". (Kuvio 8 ja 9)



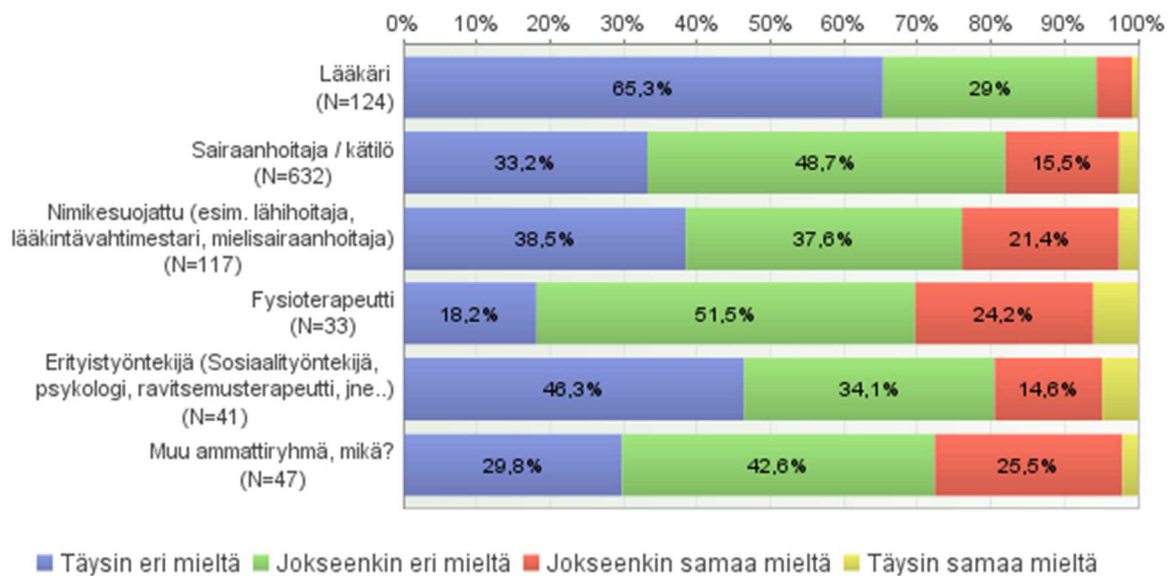
KUVIO 8. Potilaan masennuksen puheeksi ottamisen vaikeus tulosalueittain, kun se ei liity tulosyyn



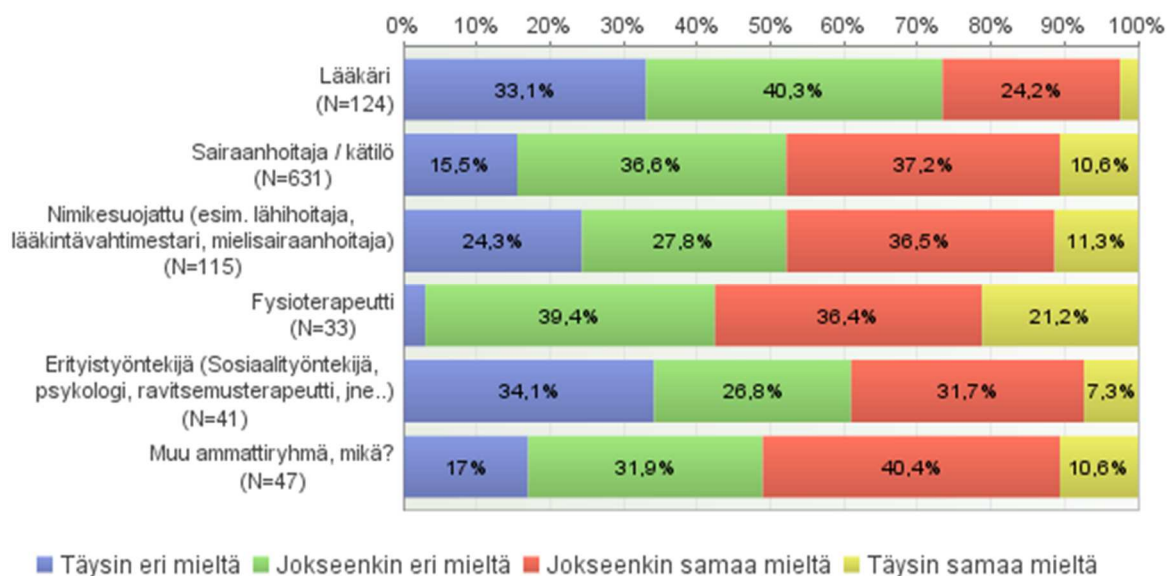
KUVIO 9. Potilaan lihavuuden puheeksi ottamisen vaikeus tulosalueittain, kun se ei liity tulosyyn

Ammattiryhmien välillä näkyi hiukan eroja tutkimuksessa käsiteltävien aiheiden puheeksi ottamisessa. Lääkäreistä yli 90 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä väittämästä "koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan alkoholinkäytön, vaikka se liittyy tulosyyn". Muiden ammattiryhmien välillä ei ollut isoja eroja. Silloin kun alkoholinkäyttö ei liittynyt tulosyyn, oli asiasta kuitenkin vaikeampi puhua. Fysioterapeuteista yli puolet (57,6 %) olivat jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä siitä,

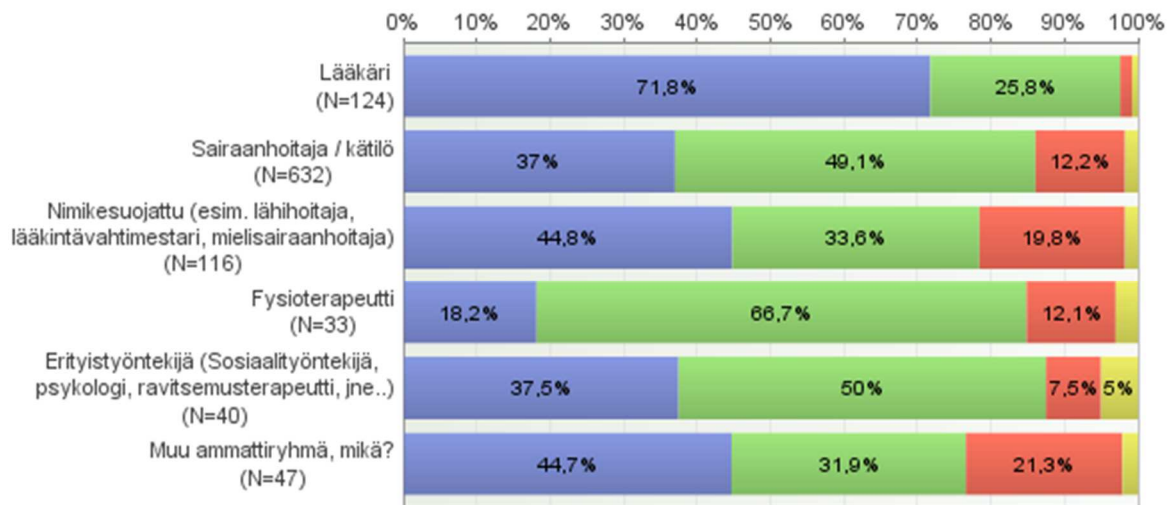
että alkoholinkäytön puheeksi ottaminen on vaikeaa. Lääkäreiden ammattiryhmässä sekä tupakointi että lihavuus koettiin helpoksi puheenaiheeksi, liittyi se tulosyyhyn tai ei. Selkeä ero näkyi myös fysioterapeuttien ammattiryhmässä. Fysioterapeutit kokivat lihavuuden helpoksi puheenaiheeksi, vaikka se ei liittynyt tulosyyhyn. Erityistyöntekijät kokivat masennuksen ja perhetilanteen helpoiksi puheenaiheiksi liittyivät ne tulosyyhyn tai ei. (Kuviot 10–16)



KUVIO 10. Potilaan alkoholinkäytön puheeksi ottamisen vaikeus ammattiryhmittäin, kun se liittyy tulosyyhyn

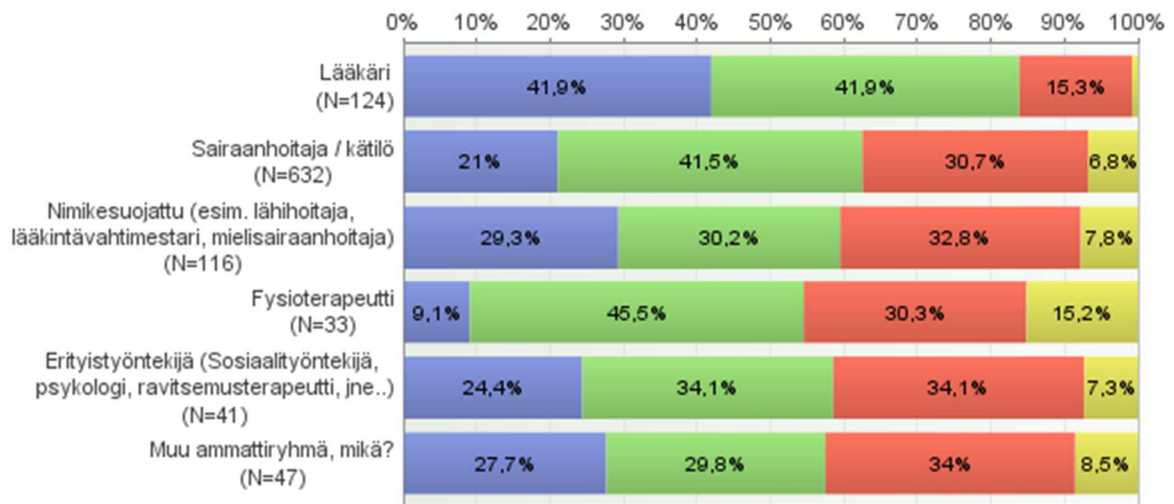


KUVIO 11. Potilaan alkoholinkäytön puheeksi ottamisen vaikeus ammattiryhmittäin, kun se ei liity tulosyyhyn



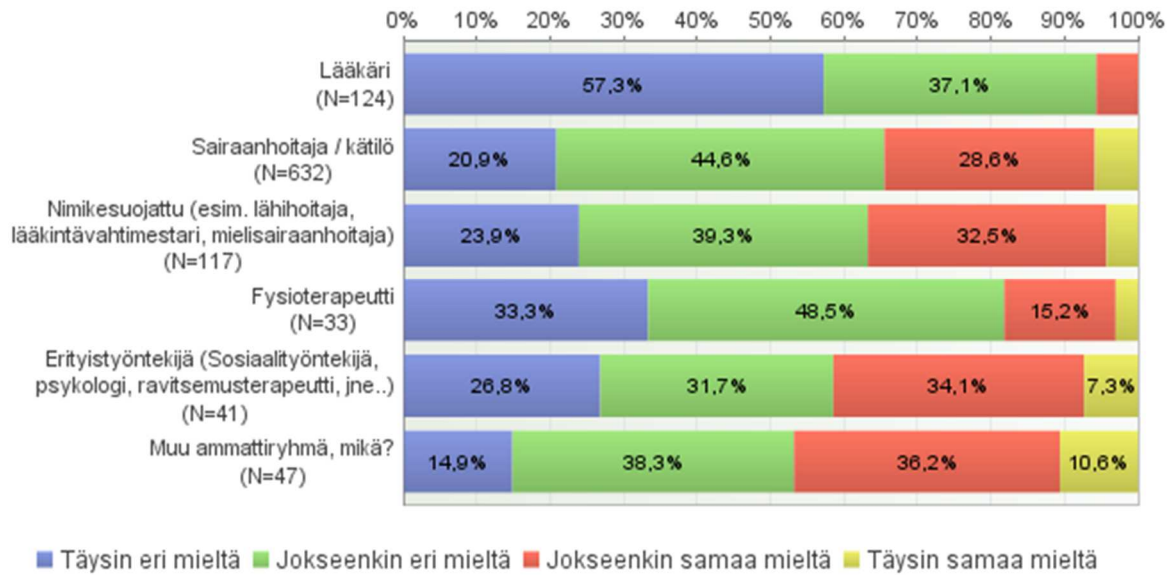
■ Täysin eri mieltä ■ Jokseenkin eri mieltä ■ Jokseenkin samaa mieltä ■ Täysin samaa mieltä

KUVIO 12. Potilaan tupakoinnin puheeksi ottamisen vaikeus ammattiryhmittäin, kun se liittyy tulosyhyyn

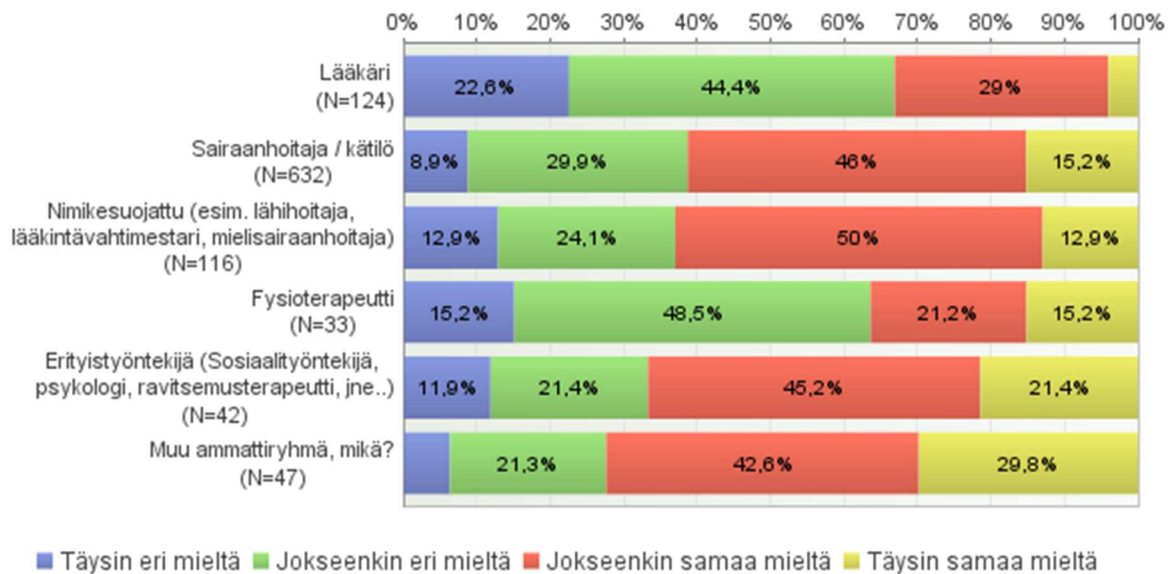


■ Täysin eri mieltä ■ Jokseenkin eri mieltä ■ Jokseenkin samaa mieltä ■ Täysin samaa mieltä

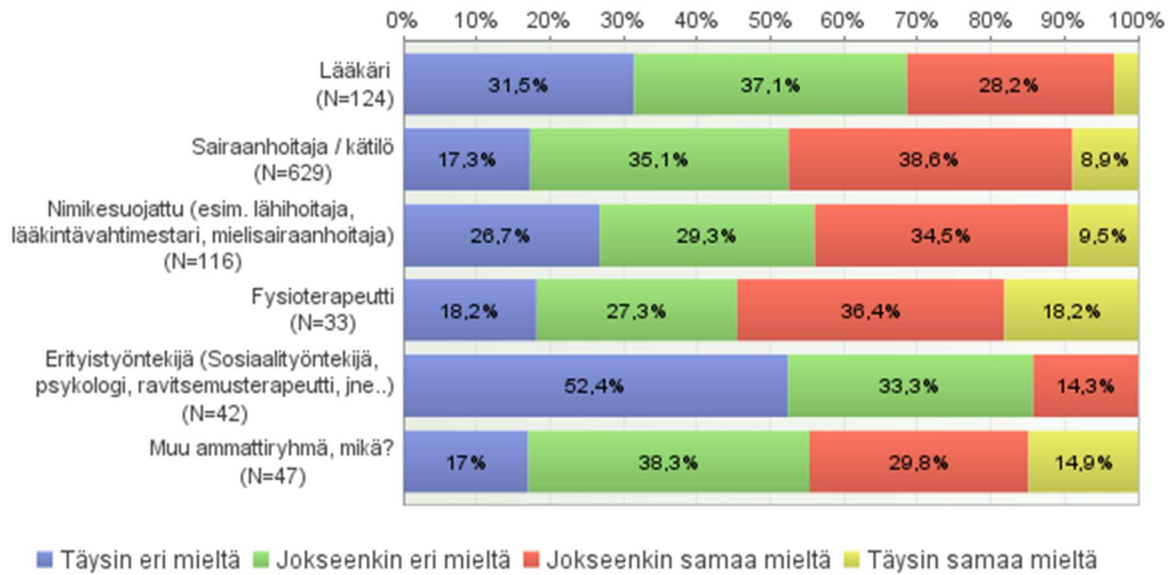
KUVIO 13. Potilaan tupakoinnin puheeksi ottamisen vaikeus ammattiryhmittäin, kun se ei liity tulosyhyyn



KUVIO 14. Potilaan lihavuuden puheeksi ottamisen vaikeus ammattiryhmittäin, kun se liittyy tulosyhyyn

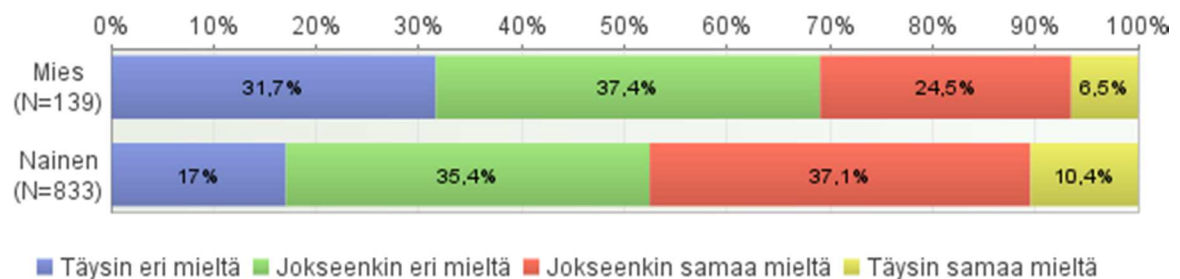


KUVIO 15. Potilaan lihavuuden puheeksi ottamisen vaikeus ammattiryhmittäin, kun se ei liity tulosyhyyn

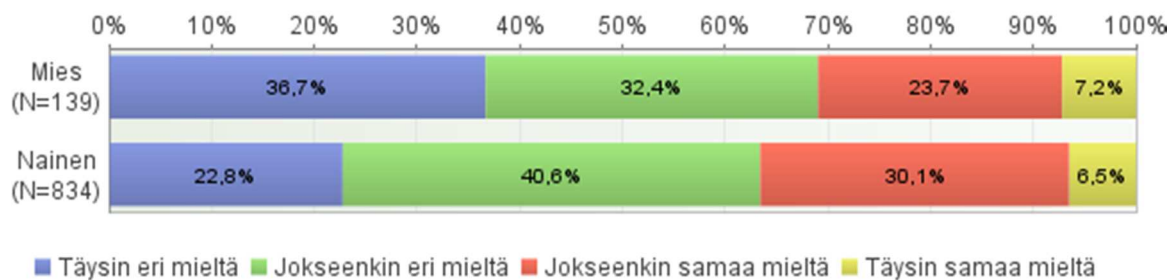


KUVIO 16. Potilaan masennuksen puheeksi ottamisen vaikeus ammattiryhmittäin, kun se ei liity tulosityhyn

Vastauksista ilmeni, ettei mies- ja naisvastaajien välillä ollut suuria eroja kyselyssä olevien asioiden puheeksi ottamisen vaikeudessa. Miehet toivat vastauksissaan naisia selkeämmin esille, että kaikkien kyselyssä olevien asioiden puheeksi ottaminen ei ollut vaikeaa. Miehistä suurempi osa vastasi väittämiin täysin eri mieltä, kun taas naisvastaajista suurempi osa vastasi jokseenkin eri mieltä. (Kuvio 17 ja 18)

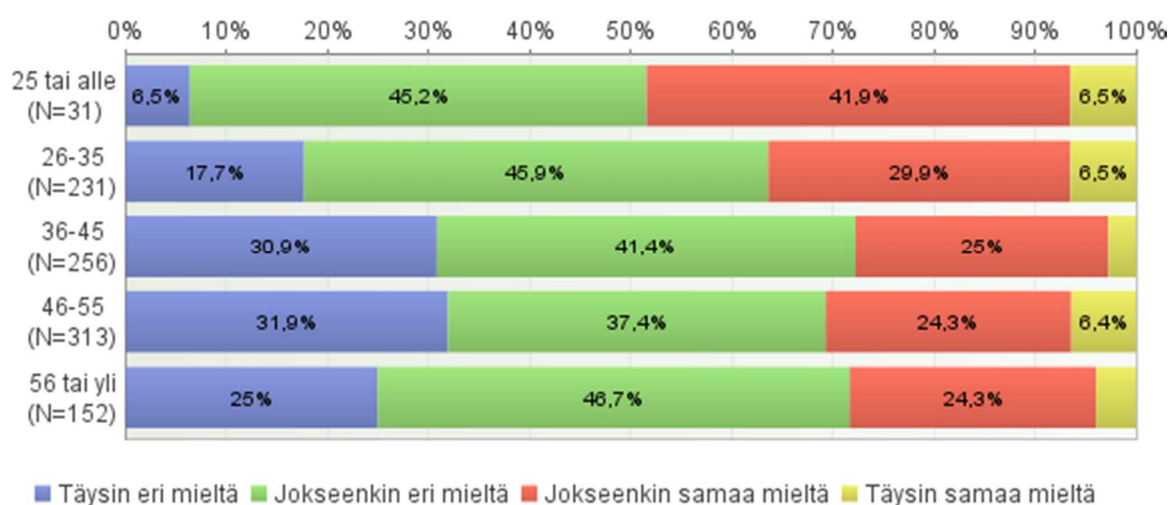


KUVIO 17. Potilaan alkoholinkäytön puheeksi ottamisen vaikeus sukupuolittain, kun se ei liity tulosityhyn

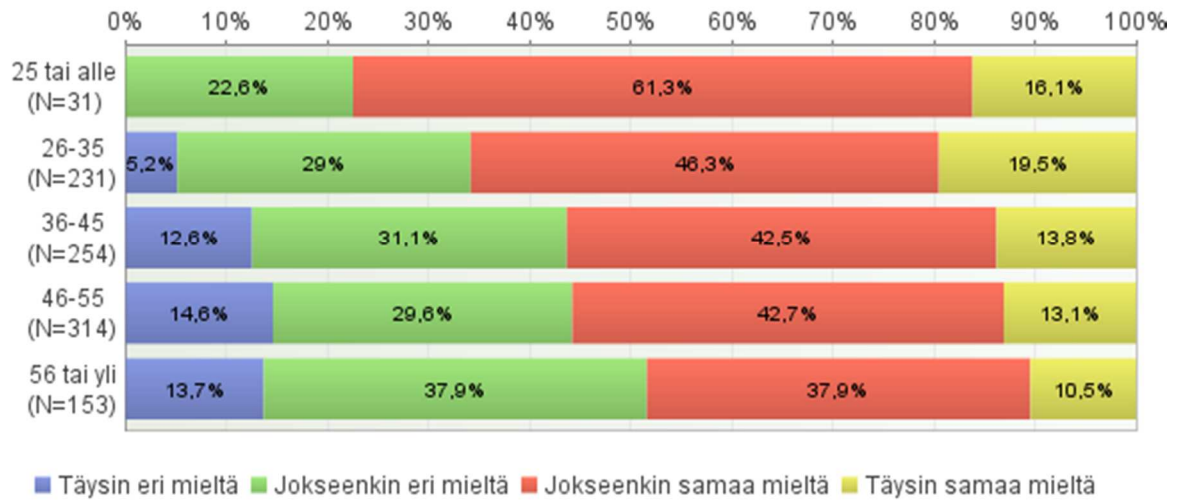


KUVIO 18. Potilaan tupakoinnin puheeksi ottamisen vaikeus sukupuolittain, kun se ei liity tulosityhyn

Ikäluokkien vastauksia vertailtaessa tuloksissa ei noussut esille suuria eroavaisuuksia muiden kuin lihavuudesta puhumisen suhteen. Kaikista ikäluokista 25 vuotiaat tai alle kokivat vaikeimpana puhua lihavuudesta vaikka se liittyi tulosityhyn. Vielä vaikeammaksi asian puheeksi ottaminen koettiin kun asia ei liittynyt tulosityhyn. Lihavuudesta puhuminen koettiin myös muissa ikäluokissa vaikeaksi puheenaiheeksi kun se ei liittynyt tulosityhyn. (Kuvio 19 ja 20)



KUVIO 19. Potilaan lihavuuden puheeksi ottamisen vaikeus ikäryhmittäin, kun se liittyy tulosityhyn



KUVIO 20. Potilaan lihavuuden puheeksi ottamisen vaikeus ikäryhmittäin, kun se liittyy tulosityhyn

5.2 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttämät keinot potilaiden terveyden edistämiseksi

Sanna Kämäräinen

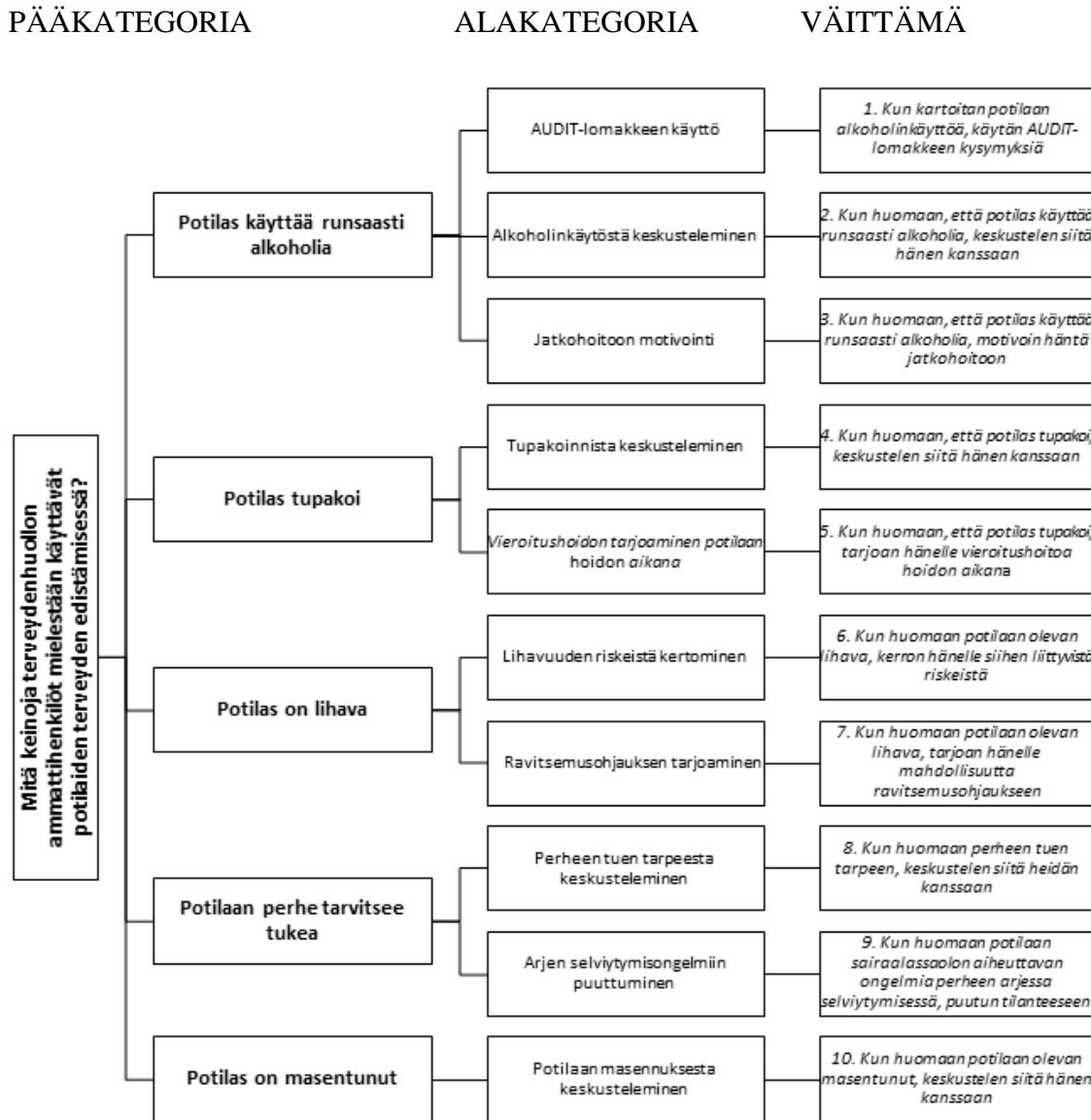
Tässä tulososiossa esitetään tulokset terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttämistä keinoista potilaiden terveyden edistämiseksi. Kyselylomakkeessa kysyttiin kymmenen väittämän avulla, miten terveydenhuollon ammattihenkilöt toimivat tilanteissa, joissa potilas käyttää runsaasti alkoholia, tupakoi, on lihava, potilaan perhe tarvitsee tukea tai kun potilas on masentunut. Vastajat arvioivat omaa toimintaansa neljän vastausvaihtoehdon avulla: En koskaan/hyvin harvoin, Satunnaisesti, Usein, Yleensä aina. (Taulukko 5) Kysymykseen vastaajia oli yhteensä 997.

TAULUKKO 5. Terveysthuollon ammattihenkilöiden käyttämät keinot potilaan terveyden edistämiseksi

| Miten toimit seuraavissa tilanteissa? | En kos- kaa/hyvin harvoin | Satun- naisesti | Usein | Yleensä aina | Yht- eensä |
|--|---------------------------------|--------------------|--------------|-----------------|---------------|
| 1. Kun kartoitan potilaan alkoholin- käyttöä, käytän AUDIT-lomakkeen ky- symyksiä | 78,5% | 12,5% | 5,5% | 3,5% | 990 |
| 2. Kun huomaan, että potilas käyttää runsaasti alkoholia, keskustelen siitä hä- nen kanssaan | 14,9% | 36,7% | 27,3% | 21,1% | 990 |
| 3. Kun huomaan, että potilas käyttää runsaasti alkoholia, motivoin häntä jat- kohoittoa | 23,1% | 37,4% | 24,4% | 15,2% | 989 |
| 4. Kun huomaan, että potilas tupakoi, keskustelen siitä hänen kanssaan | 17,2% | 36,3% | 28% | 18,6% | 990 |
| 5. Kun huomaan, että potilas tupakoi, tarjoan hänelle vieroitushoitoa hoidon aikana | 39,5% | 29,5% | 22,2% | 8,8% | 987 |
| 6. Kun huomaan potilaan olevan li- hava, kerron hänelle siihen liittyvistä riskeistä | 37% | 42,9% | 17,6% | 2,5% | 989 |
| 7. Kun huomaan potilaan olevan li- hava, tarjoan hänelle mahdollisuutta ra- vitsemusohjaukseen | 52,5% | 33,2% | 11,4% | 2,9% | 989 |
| 8. Kun huomaan perheen tuen tar- peen, keskustelen siitä heidän kanssaan | 19,1% | 33,9% | 29,2% | 17,8% | 985 |
| 9. Kun huomaan potilaan sairaalassa- olon aiheuttavan ongelmia perheen ar- jessa selviytymisessä, puutun tilantee- seen | 18% | 34,3% | 27,5% | 20,1% | 988 |
| 10. Kun huomaan potilaan olevan ma- sentunut, keskustelen siitä hänen kans- saan | 11,6% | 35,7% | 29,6% | 23% | 985 |
| Yhteensä | 31,1% | 33,2% | 22,3% | 13,4% | 9882 |

Kysymyksen väittämät ovat numeroitu, ja niistä on johdettu alakategoriat kuvaamaan ammattihenkilöiden käyttämiä keinoja potilaiden terveyden edistämiseksi. Tulosten lukemi-

sen helpottamiseksi alakategorioista on muodostettu pääkategoriat, joiden mukaisesti tulokset on esitetty ja otsikoitu. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttämät keinot on erotettu tekstistä kursiivilla.

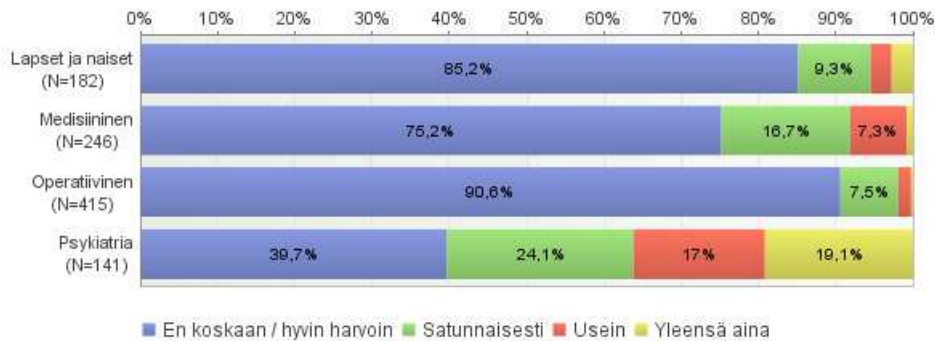


KUVIO 21. Tutkimuskysymyksen ryhmittely pää- ja alakategorioihin

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttämät keinot potilaan käyttäessä runsaasti alkoholia

Kaikista vastaajista 78,5 % ei käyttänyt AUDIT-lomaketta koskaan tai käytti sitä vain hyvin harvoin potilaan alkoholinkäytön kartoittamisessa. Lomaketta käytettiin psykiatrisella tulosalueella muita tulosalueita useammin (Kuvio 21). Lääkäreistä, nimikesuojatuista sekä sosiaalityöntekijöistä noin joka kuudes (13,8 % -16,4 %) vastasi käyttävänsä

AUDIT-lomaketta usein tai yleensä aina. Sairaanhoitajista/kätilöistä 6,9 % vastasi samoin.



KUVIO 22. AUDIT-lomakkeen käyttö potilaan alkoholinkäytön kartoittamisessa tulosalueittain

Vastaajista suurin osa (48,4 %) *keskusteli* potilaan runsaasta alkoholinkäytöstä usein tai yleensä aina. Psykiatrisen ja medisiinisen tulosalueiden vastaajat keskustelivat alkoholinkäytöstä potilaan kanssa muiden tulosalueiden vastaajia useammin. Ammattiryhmistä lääkärit ja erityistyöntekijät keskustelivat potilaan runsaasta alkoholinkäytöstä muita ammattiryhmiä useammin (Taulukko 6). Ikäluokassa 25 tai alle noin kolmannes (29 %) ja muissa ikäluokissa puolet (46,9 % -51,2 %) vastaajista keskusteli potilaan alkoholinkäytöstä usein tai yleensä aina. Vastaajista miehet keskustelivat potilaan alkoholinkäytöstä hieman useammin kuin naiset. Miehistä yli puolet (57,6 %) vastasi keskustelelevansa potilaan alkoholinkäytöstä usein tai yleensä aina, kun taas naisista samoin vastasi hieman alle puolet (46,9 %).

Suurin osa (37,4 %) vastaajista *motivoi potilasta jatkohoitoon* satunnaisesti. Psykiatrisella tulosalueella lähes kaikki vastaajat (83,7 %) motivoivat potilasta jatkohoitoon usein tai yleensä aina. Medisiinisellä tulosalueella hieman alle puolet (46,6 %) motivoi potilasta jatkohoitoon usein tai yleensä aina. Vastausten mukaan lääkärit ja erityistyöntekijät motivoivat potilasta jatkohoitoon muita ammattiryhmiä useammin (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Runsaasta alkoholinkäytöstä keskusteleminen ja jatkohoitoon motivointi tulosalueittain ja ammattiryhmittäin

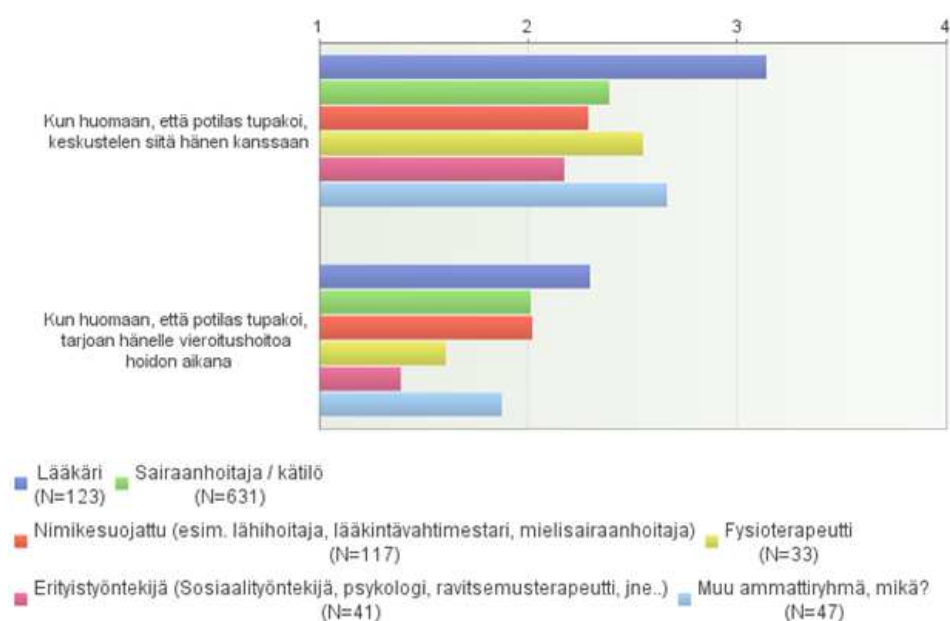
| | Kun huomaan, että potilas käyttää runsaasti alkoholia, keskustelen siitä hänen kanssaan usein tai yleensä aina | Kun huomaan, että potilas käyttää runsaasti alkoholia, motivoin häntä jatkohoitoon usein tai yleensä aina |
|-------------------------------------|---|--|
| <i>Kaikki vastaajat</i> | 48,4 % (N=990) | 39,6 % (N=989) |
| <i>Tulosalue</i> | | |
| <i>Lapset ja naiset</i> | 35,3 % (n=181) | 29,6 % (n=182) |
| <i>Medisiininen</i> | 60,5 % (n=248) | 46,6 % (n=247) |
| <i>Operatiivinen</i> | 32,9 % (n=414) | 24,6 % (n=414) |
| <i>Psykiaatria</i> | 88,8 % (n=142) | 83,7 % (n=141) |
| <i>Ammattiryhmä</i> | | |
| <i>Lääkäri</i> | 74,8 % (n=123) | 56,9 % (n=123) |
| <i>Sairaanhoitaja/kätilö</i> | 43,3 % (n=626) | 35,5 % (n=625) |
| <i>Nimikesuojattu</i> | 45,2 % (n=115) | 40,9 % (n=115) |
| <i>Fysioterapeutti</i> | 36,3 % (n=33) | 27,2 % (n=33) |
| <i>Erityistyöntekijä</i> | 70,7 % (n=41) | 58,5 % (n=41) |
| <i>Muu ammattiryhmä</i> | 42,5 % (n=47) | 34,1 % (n=47) |

Terveystieteiden ammattihenkilöiden käyttämät keinot potilaan tupakoidessa

Potilaan tupakoinnista keskusteli usein tai yleensä aina kaikista vastaajista hieman vajaa puolet (46,6 %). Medisiinisellä ja psykiatrisella tulosalueella tupakoinnista keskusteltiin useammin kuin muilla tulosalueilla (Taulukko 7). Vastausten mukaan lääkärit keskustelivat potilaan tupakoinnista muita ammattiryhmiä useammin. Lääkäreistä 80,5 % keskusteli potilaan tupakoinnista usein tai yleensä aina. Lääkärit tarjosivat myös muita ammattiryhmiä useammin vieroitushoitoa potilaan hoidossa olon aikana (Kuvio 23). Kaikista vastaajista tupakoinnin vieroitushoitoa potilaan hoidossa olon aikana usein tai yleensä aina tarjosi kolmannes (31 %) vastaajista. Medisiinisellä tulosalueella vieroitushoitoa tarjottiin muuta tulosalueita useammin (Taulukko 7).

TAULUKKO 7. Tupakoinnista keskustelu ja vieroitushoidon tarjoaminen tulosalueittain

| | Kun huomaan, että potilas tupakoi, keskustelen siitä hänen kanssaan usein tai yleensä aina. | Kun huomaan, että potilas tupakoi, tarjoan hänelle vieroitushoitoa hoidon aikana usein tai yleensä aina. |
|-------------------------|---|--|
| Kaikki vastaajat | 46,6 % (N=990) | 31 % (N=987) |
| Tulosalue | | |
| <i>Lapset ja naiset</i> | 37 % (n=181) | 17 % (n=182) |
| <i>Medisiininen</i> | 65,5 % (n=249) | 50,4 % (n=248) |
| <i>Operatiivinen</i> | 36,8 % (n=413) | 26,1 % (n=410) |
| <i>Psykiatria</i> | 53,9 % (n=141) | 29 % (n=141) |



KUVIO 23. Tupakoinnista keskusteleminen ja vieroitushoidon tarjoaminen usein tai yleensä aina ammattiryhmittäin

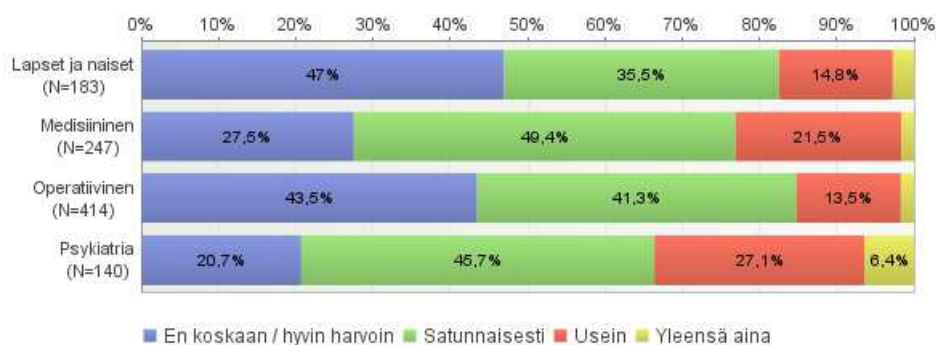
Terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttämät keinot potilaan ollessa lihava

Vastausten mukaan viidesosa (20,1 %) kaikista vastaajista kertoi potilaalle lihavuuden riskeistä potilaan ollessa lihava usein tai yleensä aina. Ravitsemusohjauksen mahdollisuutta tarjottiin harvemmin (14,3 %). Suurin osa (79,9 %) vastaajista ei kertonut lihavuuden

den riskeistä koskaan, kertoi siitä hyvin harvoin tai vain satunnaisesti. Tulosalueista psykiatrisen ja medisiinisen tulosalueen vastaajat, ammattiryhmistä lääkärit ja fysioterapeutit sekä ikäluokista vanhemmat ikäluokat (46–55 ja 56 tai yli) kertoivat potilaan lihavuuden riskeistä muita ryhmiä useammin (Kuvio 24 ja Taulukko 8). Ravitsemusohjausta usein tai yleensä aina tarjosi psykiatrisella tulosalueella 30,9 %, lasten ja naisten tulosalueella 17 %, medisiinisellä tulosalueella 15 % ja operatiivisella tulosalueella 7 % vastaajista. Ikäluokassa 56 tai yli ravitsemusohjausta tarjottiin muita ikäluokkia useammin (Taulukko 8).

TAULUKKO 8. Lihavuuden riskeistä kertominen sekä ravitsemusohjauksen tarjoaminen ikäluokittain

| | Kun huomaaan potilaan olevan lihava, kerron hänelle siihen liittyvistä riskeistä usein tai yleensä aina | Kun huomaaan potilaan olevan lihava, tarjoan hänelle mahdollisuutta ravitsemusohjaukseen usein tai yleensä aina |
|-------------------------|--|--|
| Kaikki vastaajat | 20,1 % (N=989) | 14,3 % (N=989) |
| Ikäluokka | | |
| 25 tai alle | 13 % (n=30) | 13,3 % (n=30) |
| 26–35 | 12,1 % (n=230) | 8,3 % (n=229) |
| 36–45 | 19,5 % (n=256) | 9,7 % (n=256) |
| 46–55 | 24,6 % (n=309) | 17,2 % (n=308) |
| 56 tai yli | 25,7 % (n=148) | 26,2 % (n=149) |



KUVIO 24. Lihavuuden riskeistä kertominen tulosalueittain

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttämät keinot potilaan perheen tarvitessa tukea

Vastaajista lähes puolet (47 %) *keskusteli* perheen kanssa joko usein tai yleensä aina huomattessaan perheen olevan tuen tarpeessa. Yhtä usea (47,6 %) vastasi *puuttuvansa* tilanteeseen, mikäli huomasi potilaan sairaalassaolon aiheuttavan ongelmia perheen arjessa selviytymiseen. Psykiatrisella tulosalueella lähes kaikki vastasivat keskustelewansa perheen tuen tarpeesta joko usein tai yleensä aina. Lähes yhtä usea puuttui tilanteeseen, mikäli potilaan sairaalassaolo näytti aiheuttavan ongelmia perheen arjessa selviytymiseen. Myös lasten ja naisten tulosalueella yli puolet vastaajista keskusteli perheen tuen tarpeesta ja puuttui tilanteeseen, mikäli huomasi potilaan sairaalassaolon aiheuttavan ongelmia perheen arjessa selviytymiseen. (Taulukko 9)

Ikäluokassa 25 tai alle (56,7 %) vastaajat keskustelivat perheen tuen tarpeesta usein tai yleensä aina muita ikäluokkia (45,5 % -47,8 %) hieman useammin. Tilanteeseen myös puututtiin ikäluokassa 25 tai alle (63,4 %) usein tai yleensä aina muita ikäluokkia (45,3 % -49,4 %) useammin.

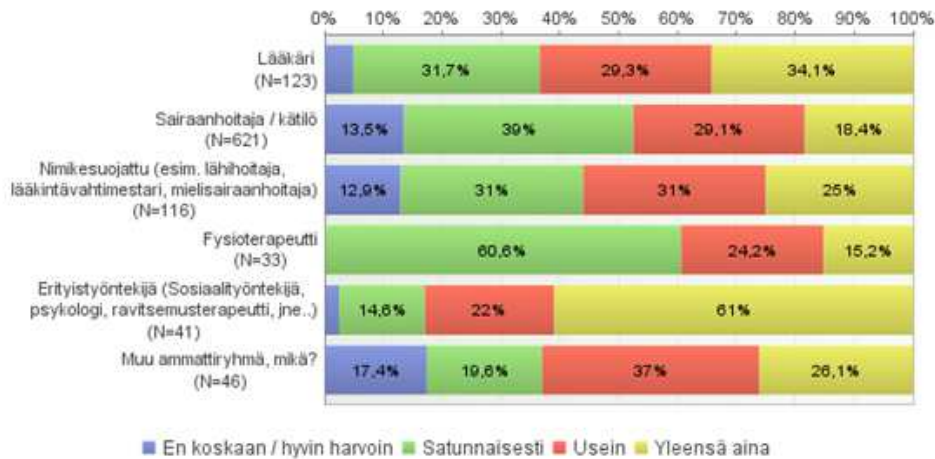
TAULUKKO 9. Perheen tuen tarpeesta keskusteleminen ja arjen selviytymisongelmiin puuttuminen tulosalueittain

| | Kun huomaan perheen tuen tarpeen, keskustelen siitä heidän kanssaan usein tai yleensä aina | Kun huomaan potilaan sairaalassaolon aiheuttavan ongelmia perheen arjessa selviytymisessä, puutun tilanteeseen usein tai yleensä aina |
|-------------------------|---|--|
| Kaikki vastaajat | 47 % (N=985) | 47,6 % (N=988) |
| Tulosalue | | |
| <i>Lapset ja naiset</i> | 62,3 % (n=183) | 60,8 % (n=184) |
| <i>Medisiininen</i> | 38,1 % (n=244) | 43 % (n=244) |
| <i>Operatiivinen</i> | 30,6 % (n=411) | 30,5 % (n=413) |
| <i>Psykiatria</i> | 88,7 % (n=141) | 87,2 % (n=141) |

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttämät keinot potilaan ollessa masentunut

Yli puolet vastaajista (52,6 %) vastasi *keskustelewansa* potilaan kanssa usein tai yleensä aina, mikäli huomasi hänen olevan masentunut. Psykiatrisella tulosalueella 96,5 % vastaajista keskusteli masennuksesta potilaan kanssa usein tai yleensä aina. Lasten ja naisten

tulosalueella 55,8 % ja medisiinisellä tulosalueella yli puolet (56 %) ja operatiivisella noin kolmasosa (34,1 %) vastaajista keskusteli potilaan masennuksesta usein tai yleensä aina. Erityistyöntekijät ja lääkärit vastasivat keskustelelevansa usein tai yleensä aina potilaan masennuksesta muita ammattiryhmiä enemmän (Kuvio 25).



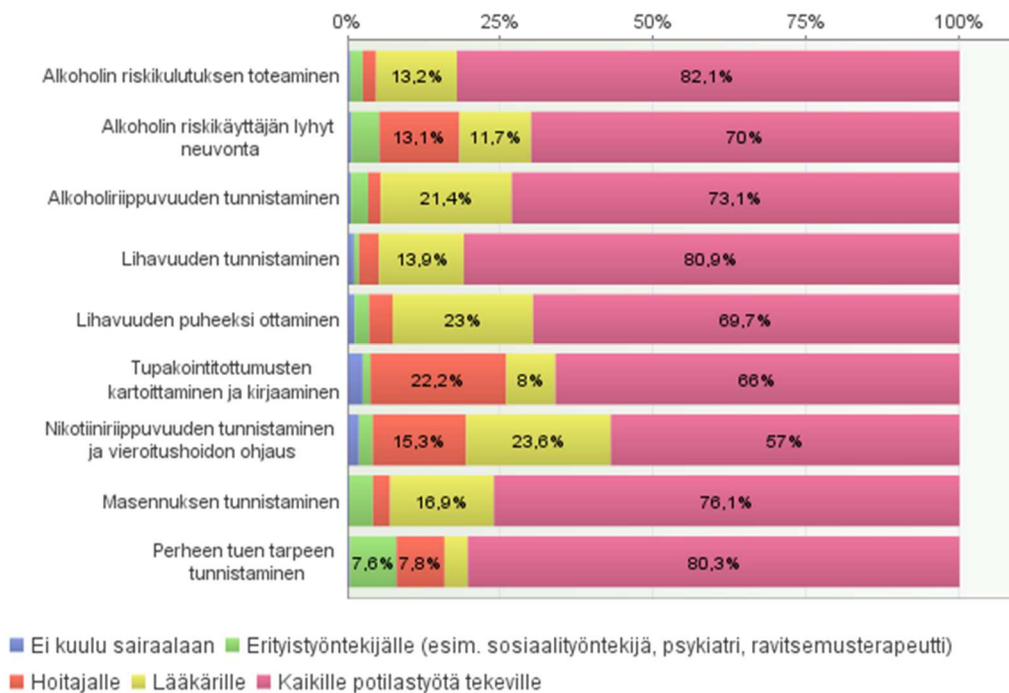
KUVIO 25. Potilaan masennuksesta keskustelu ammattiryhmittäin

5.3 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemuksia, kenelle potilaiden terveyden edistäminen kuuluu

Reija Leiviskä

Tutkimuksessa selvitettiin terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemuksia, kenelle potilaiden terveyden edistäminen kuuluu. Tätä asiaa selvitettiin kyselyssä kysymyksen 15 avulla; kenelle seuraavat asiat ensisijaisesti kuuluvat oman kokemuksesi mukaan? Terveyden edistämisen aihealueet kysymyksessä olivat alkoholin riskikulutuksen toteaminen, alkoholin riskikäyttäjän lyhytneuvonta, alkoholiriippuvuuden tunnistaminen, lihavuuden tunnistaminen, lihavuuden puheeksi ottaminen, tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen, nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus, masennuksen tunnistaminen sekä perheen tuen tarpeen tunnistaminen. Vastausvaihtoehtoina olivat: ei kuulu sairaalaan, erityistyöntekijälle (esim. sosiaalityöntekijä, psykiatri, ravitsemusterapeutti), hoitajalle, lääkärille ja kaikille potilastyötä tekeville. Kysymykseen 15 vastasi kaikkiaan 1000 vastaajaa. Tutkimustulosten lukemisen helpottamiseksi tässä tulososiossa on väliotsikoita kyselyssä esitettyjen terveyden edistämisen aihealueiden mukaan.

Kaikissa terveyden edistämisen osa-alueissa suurin osa (57 % - 82,1 %) vastaajista koki, että terveyden edistäminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjauksen kuuluminen jakoivat eniten vastaajien kokemuksia. Kuitenkin siinäkin 57 % kaikista vastaajista koki, että se kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. (Kuvio 26)



KUVIO 26. Terveysthuollon ammattihenkilöiden kokemukset, kenelle potilaiden terveyden edistäminen kuuluu

Alkoholin riskikulutuksen toteaminen

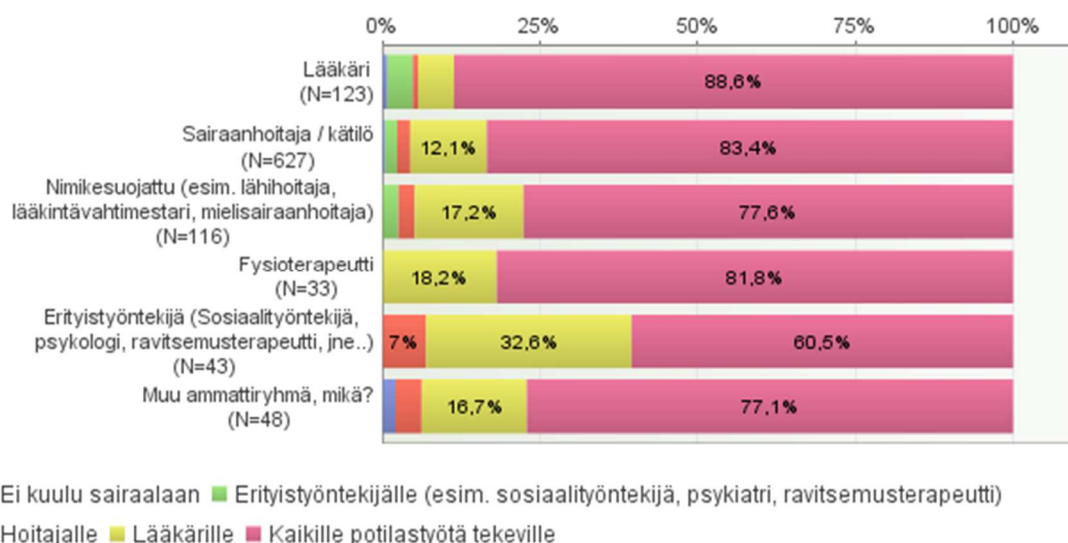
Suurin osa vastanneista (82,1 %) koki, että alkoholin riskikulutuksen toteaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville ammattiryhmille. Kaikista vastaajista 13,2 % koki, että se kuuluu pelkästään lääkärille. Tulosalueiden välisessä vertailussa enemmistö (79,9 % - 86,3 %) koki, että alkoholin riskikulutuksen toteaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. (Kuvio 27)



KUVIO 27. Terveysthuollon ammattihenkilöiden kokemukset tulosalueittain, kenelle alkoholin riskikulutuksen toteaminen kuuluu

Sukupuolella, työsuhteen vakinaisuudella tai määräaikaaisuudella ei vastausten mukaan näyttänyt olevan vaikutusta kokemuksiin. Vakinaisista työntekijöistä 81,4 % koki, että alkoholin riskikulutuksen toteaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville kun vastaava luku määräaikaaisilla työntekijöillä oli 84,4 %. Kaikissa ikäluokissa yli 80 % koki, että alkoholin riskikulutuksen toteaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville.

Ammattiryhmittäin asiaa tarkasteltaessa lääkäreiden ja erityistyöntekijöiden kokemukset eroavat eniten toisistaan. Vastanneista lääkäreistä suurin osa (88,6 %) koki, että alkoholin riskikulutuksen toteaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville, kun taas erityistyöntekijöiden osalta kolmannes (32,6 %) koki, että se kuuluu lääkärille. (Kuvio 28)



KUVIO 28. Terveysthuollon ammattihenkilöiden kokemukset ammattiryhmittäin, kenelle alkoholin riskikulutuksen toteaminen kuuluu

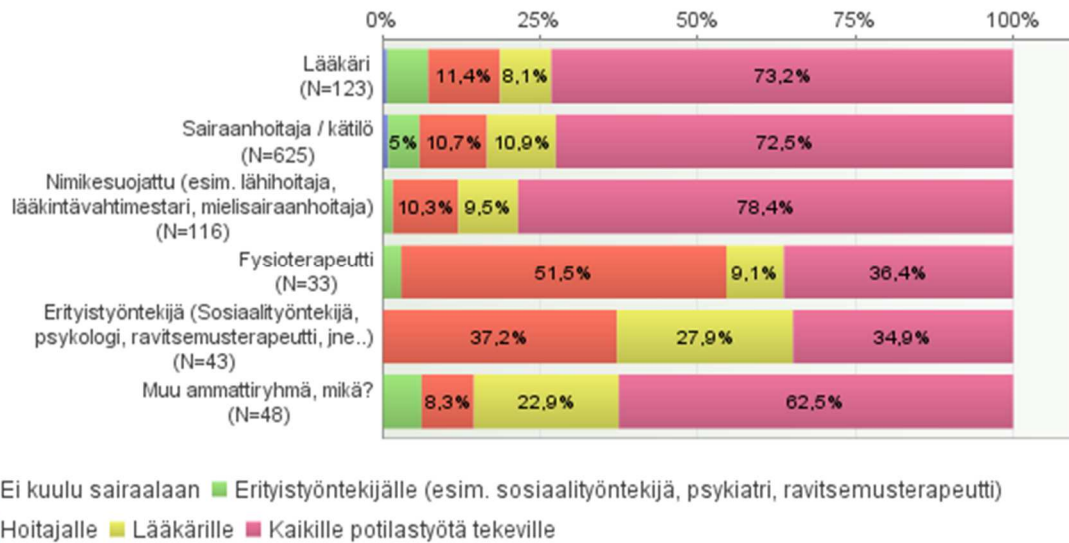
Alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta

Kaikista vastaajista 70 % koki, että alkoholin riskikäyttäjän lyhytneuvonta kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Tulosalueiden välisessä vertailussa ei ilmennyt merkittäviä eroja. Kaikilla tulosalueilla suurin osa vastaajista koki, että alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. (Kuvio 29)



KUVIO 29. Kokemukset tulosalueittain kenelle alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta kuuluu

Kaikissa ikäryhmissä suurin osa vastaajista (yli 66 %) koki, että alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Ikäryhmittäin asiaa tarkasteltaessa ei vastaajien iällä näyttänyt olevan vaikutusta vastaajien kokemuksiin. Ammattiryhmittäin tarkasteltaessa, kenelle alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta kuuluu, erityistyöntekijöiden ja fysioterapeuttien kokemukset eroavat muista ammattiryhmistä. Fysioterapeuteista yli puolet koki (51,5 %), että alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta kuuluu pelkästään hoitajalle. (Kuvio 30)



KUVIO 30. Kokemukset ammattiryhmittäin kenelle alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta kuuluu

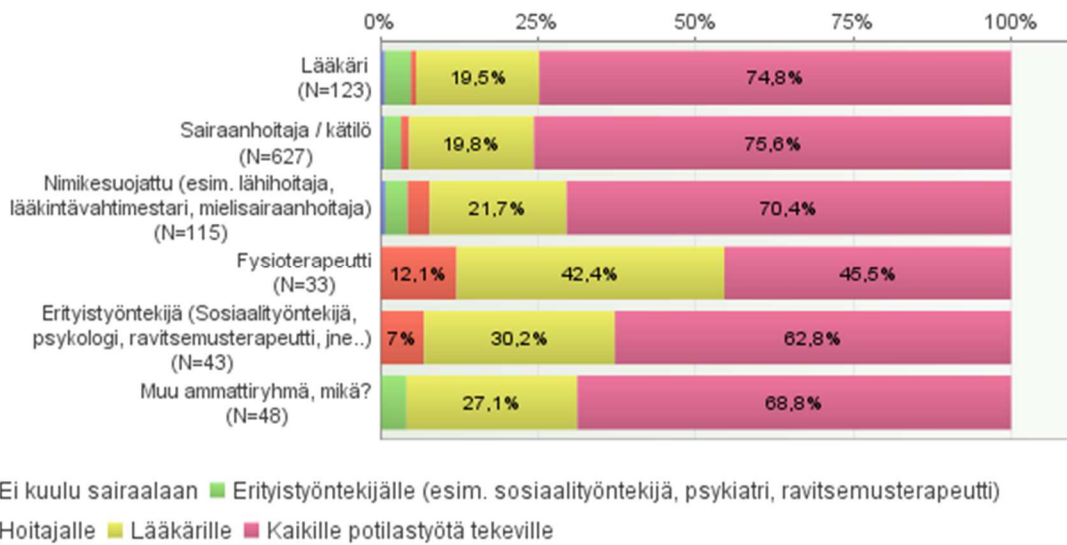
Alkoholiriippuvuuden tunnistaminen

Kaikista vastanneista 73,1 % koki, että alkoholiriippuvuuden tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Vastanneista 21,4 % koki, että tunnistaminen kuuluu pelkästään lääkärille ja loput 5,5 % kokivat, että alkoholiriippuvuuden tunnistaminen kuuluu joko erityistyöntekijälle tai hoitajalle. Tulosalueita keskenään vertailtaessa suurin osa vastaajista koki, että alkoholiriippuvuuden tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Operatiivisella ja psykiatrisella tulosalueella vastausten mukaan yli 20 % koki, että tunnistaminen kuuluu lääkärille. (Kuvio 31)



KUVIO 31. Kokemukset tulosalueittain, kenelle alkoholiriippuvuuden tunnistaminen kuuluu

Ammattiryhmittäin vertailtaessa, kenelle alkoholiriippuvuuden tunnistaminen kuuluu, fysioterapeuttien kokemukset eroavat muista ammattiryhmistä. Suurin ero löytyi sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien kokemusten välillä. Fysioterapeuteista alle puolet (45,5 %) koki, että alkoholiriippuvuuden tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville, kun kaikissa muissa ammattiryhmissä reilusti yli puolet koki, että se kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. (Kuvio 32)



KUVIO 32. Kokemukset ammattiryhmittäin, kenelle alkoholiriippuvuuden tunnistaminen kuuluu

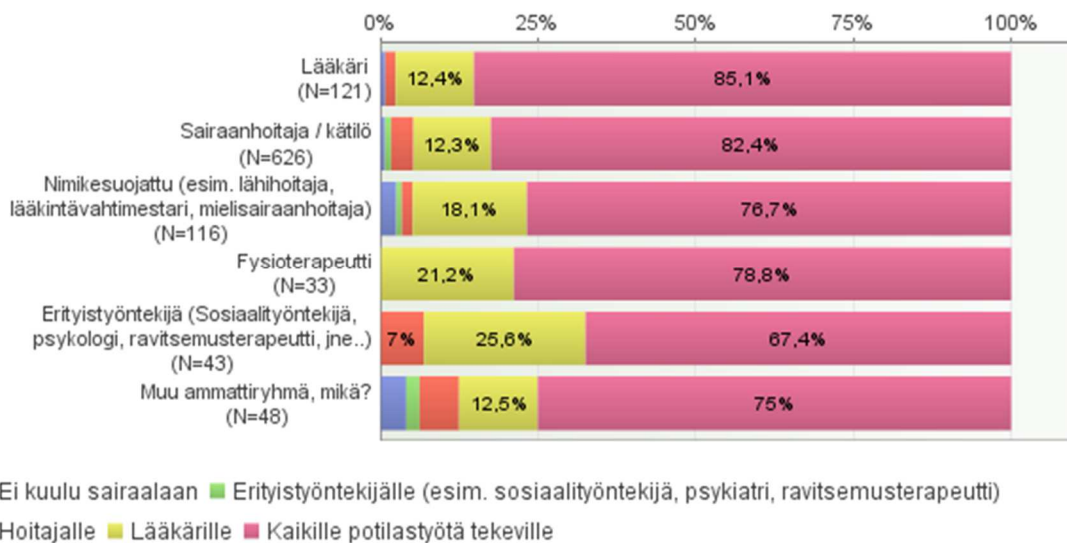
Lihavuuden tunnistaminen ja puheeksi ottaminen

Kaikista vastaajista suurin osa (80,9 %) koki, että lihavuuden tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Vastaajista 13,6 % koki, että lihavuuden tunnistaminen kuuluu pelkästään lääkärille. Tulosalueittain tarkasteltuna psykiatrian tulosalue oli ainoa, jossa alle 80 % vastaajista koki, että lihavuuden tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville (Kuvio 33).



KUVIO 33. Kokemukset tulosalueittain, kenelle lihavuuden tunnistaminen kuuluu

Suurin ero kysymykseen *kenelle lihavuuden tunnistaminen kuuluu?*, löytyi kahden ammattiryhmän välillä. Erityistyöntekijöistä 25,6 % koki, että lihavuuden tunnistaminen kuuluu lääkärille kun taas lääkäreistä näin koki 12,4 %. Lääkäreistä 85,1 % koki, että lihavuuden tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville, erityistyöntekijöillä vastaava luku oli 67,4 %. (Kuvio 34)



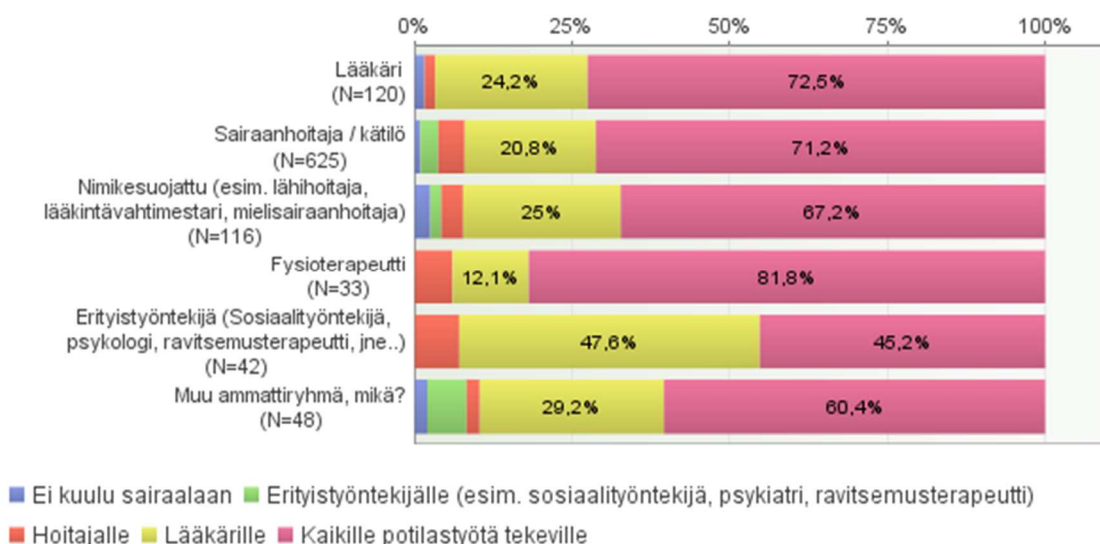
KUVIO 34. Kokemukset ammattiryhmittäin, kenelle lihavuuden tunnistaminen kuuluu

Kaikista vastaajista 69,7 % koki, että lihavuuden puheeksi ottaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Tulosalueita keskenään vertailtaessa selkein ero löytyi lasten ja naisten tulosalueen sekä psykiatrian tulosalueen väliltä. Lasten ja naisten tulosalueella 78,7 % vastaajista koki, että lihavuuden puheeksi ottaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville, kun taas vastaava luku psykiatrian tulosalueella oli 65 %. (Kuvio 35)



KUVIO 35. Kokemukset tulosalueittain, kenelle lihavuuden puheeksi ottaminen kuuluu

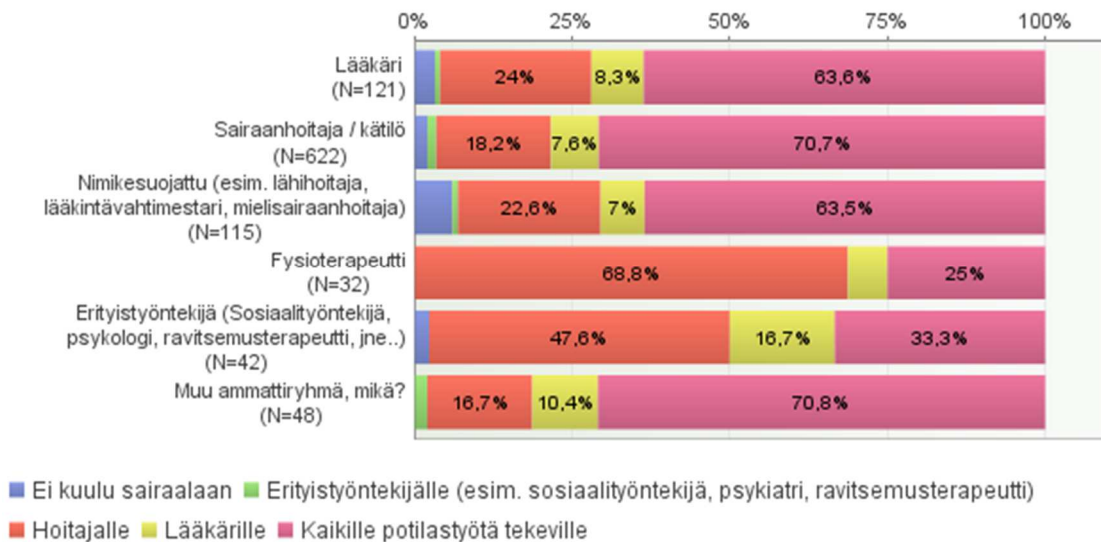
Ammattiryhmittäin tarkasteltaessa kenelle lihavuuden puheeksi ottaminen kuuluu, erityistyöntekijöiden kokemukset erosivat muista ammattiryhmistä. Erityistyöntekijöistä alle puolet koki, että lihavuuden puheeksi ottaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Kaikissa muissa ammattiryhmissä suurin osa (yli 60 %) koki, että lihavuuden puheeksi ottaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Suurimmat erot löytyivät fysioterapeuttien ja erityistyöntekijöiden vastauksissa. (Kuvio 36)



KUVIO 36. Kokemukset ammattiryhmittäin, kenelle lihavuuden puheeksi ottaminen kuuluu

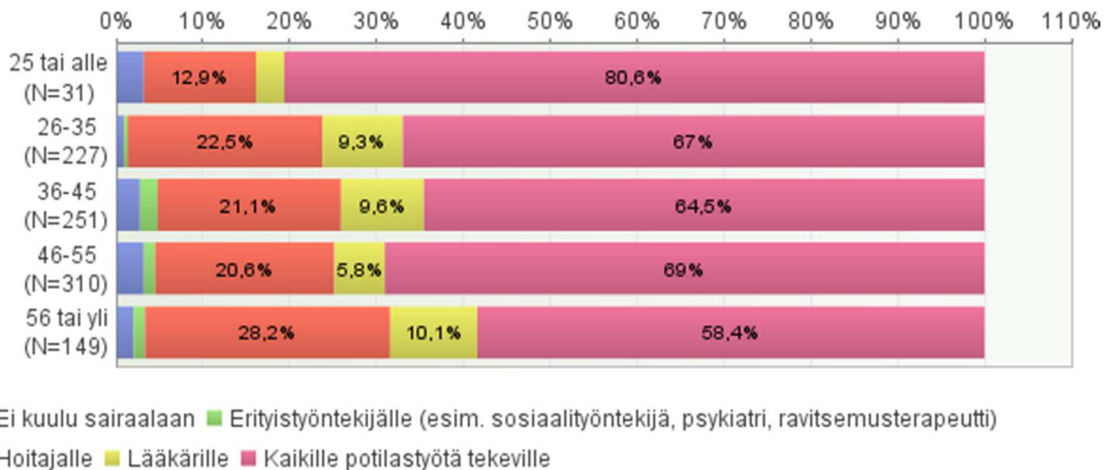
Tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen

Kaikista vastaajista 66 % koki, että tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Vastaajista 22,2 % kokemusten mukaan asia kuuluu hoitajille ja 8 % koki, että se kuuluu lääkäreille. Tulosaluekohtaisessa tarkastelussa suurin ero oli operatiivisen ja medisiinisen tulosalueen välillä. Operatiivisen tulosalueen vastaajista 61 % koki, että tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Medisiinisellä tulosalueella vastaava luku oli 71,3 %. Erityistyöntekijöiden ja fysioterapeuttien kokemukset siitä, kenelle tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu, eroavat muista ammattiryhmistä. (Kuvio 37)



KUVIO 37. Kokemukset ammattiryhmittäin, kenelle tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu

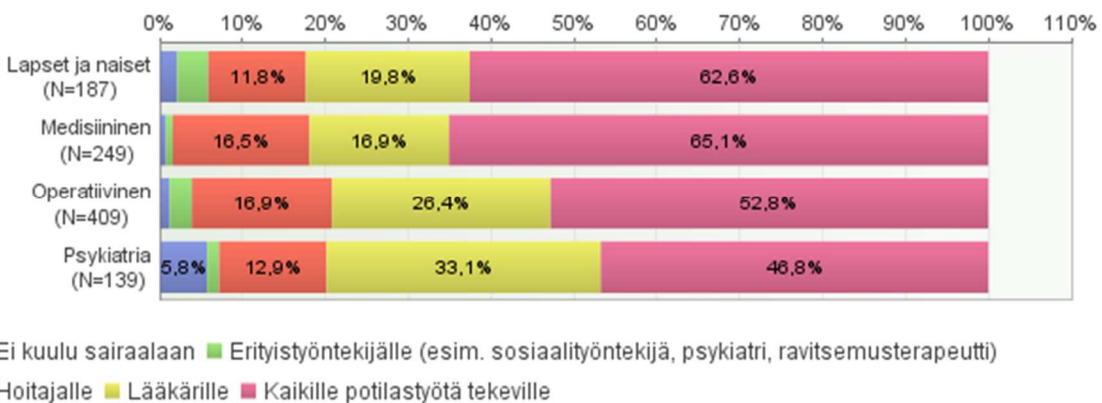
Ikäryhmittäin tarkasteltaessa kenelle tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu, löytyi eroja vastaajien kokemuksista eri ikäryhmien välillä. Suurimmat erot löytyivät ikäryhmän 25 tai alle ja ikäryhmän 56 tai yli välillä. (Kuvio 38)



KUVIO 38. Kokemukset ikäryhmittäin, kenelle tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu

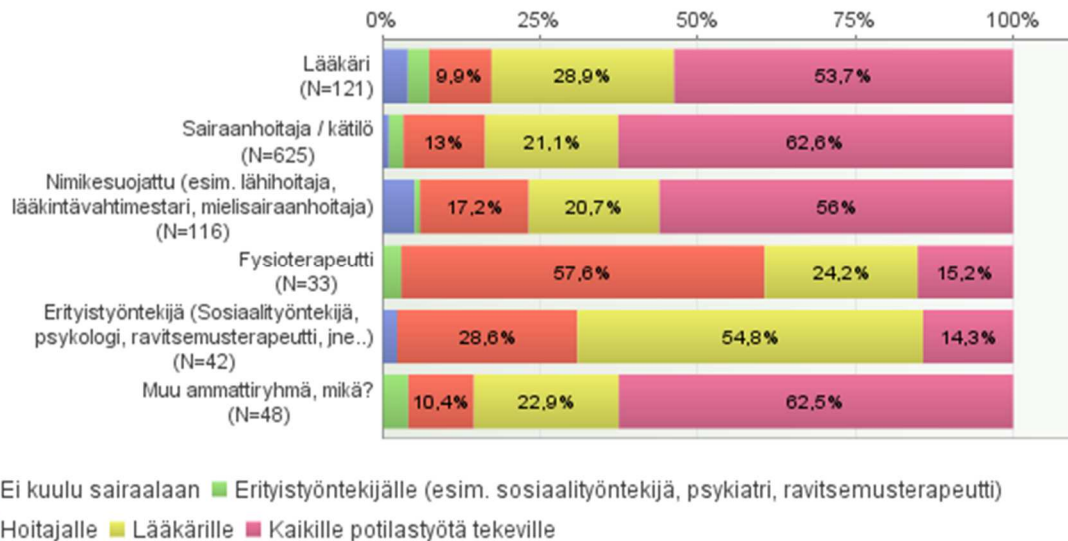
Nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus

Hieman yli puolet (57 %) kaikista vastaajista koki, että nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Lääkäreille sen koki kuuluvan 23,6 % vastaajista ja hoitajille 15,3 %. Tulosalueittain vertailtaessa suurimmat erot löytyivät medisiinisen ja psykiatrian tulosalueen välillä. (Kuvio 39)



KUVIO 39. Kokemukset tulosalueittain, kenelle nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus kuuluu

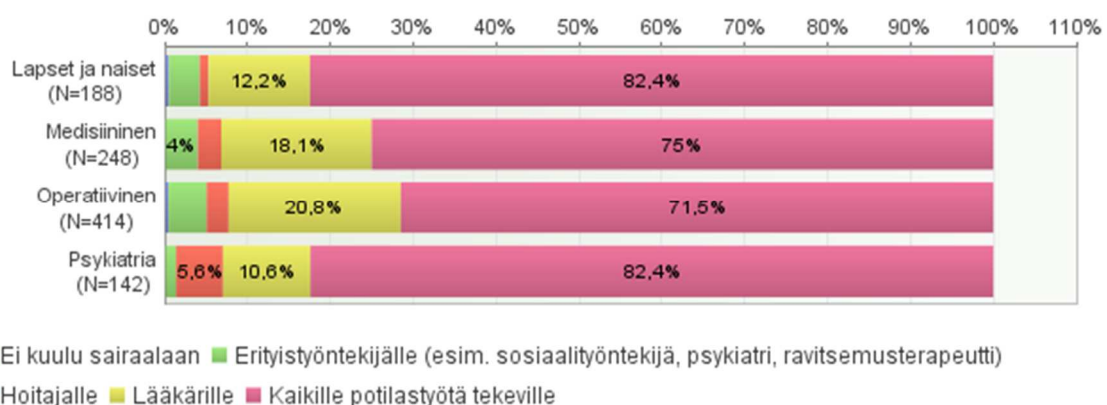
Ammattiryhmittäin tarkasteltaessa, kenelle nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus kuuluu, fysioterapeuttien kokemukset erosivat muista ammattiryhmistä eniten. Fysioterapeuteista yli puolet koki, että nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus kuuluu hoitajalle. (Kuvio 40)



KUVIO 40. Kokemukset ammattiryhmittäin, kenelle nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus kuuluu

Masennuksen tunnistaminen

Suurin osa vastaajista (76,1 %) koki, että masennuksen tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Toiseksi eniten (16,9 %) koki sen kuuluvan lääkäreille. Loput 7 % vastaajista koki, että se kuuluu hoitajalle tai erityistyöntekijälle. Tulosalueittain vertailtaessa suurin osa vastaajista koki, että masennuksen tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Operatiivisella tulosalueella 20,8 % vastaajista koki, että masennuksen tunnistaminen kuuluu lääkärille, kun taas psykiatrisella tulosalueella 10,6 % vastaajista koki näin. (Kuvio 41)



KUVIO 41. Kokemukset tulosalueittainen, kenelle masennuksen tunnistaminen kuuluu

Perheen tuen tarpeen tunnistaminen

Suurin osa vastaajista (80,3 %) koki, että perheen tuen tarpeen tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Vastaajista 7,6 % koki, että se kuuluu pelkästään erityistyöntekijälle ja 7,8 %:n kokemusten mukaan se kuuluu ainoastaan hoitajalle. Tulosalueittain asiaa vertailtaessa, lasten ja naisten tulosalueella 91 % koki, että perheen tuen tarpeen tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville, medisiinisellä tulosalueella tätä mieltä oli 73 % vastaajista. Medisiinisellä tulosalueella 12,1 % koki, että perheen tuen tarpeen tunnistaminen kuuluu erityistyöntekijälle, kun vastaavasti muilla tulosalueilla vastaava luku vaihteli 5-7,5 % välillä. (Kuvio 42)



KUVIO 42. Kokemukset tulosalueittain, kenelle perheen tuen tarpeen tunnistaminen kuuluu

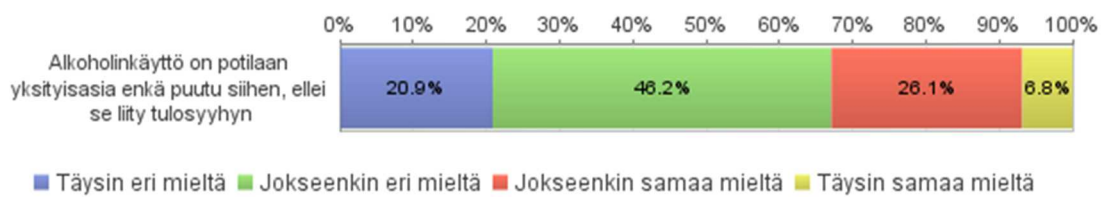
5.4 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaiden haitallisiin elintapoihin

Marjukka Salonen-Jänkälä.

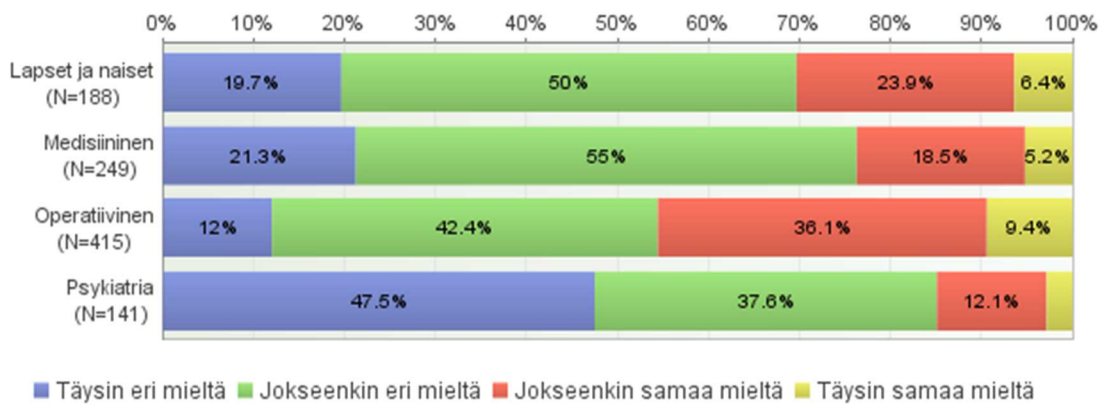
Raportin tässä osassa esitetään tutkimustuloksia terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvioita siitä, kenelle kuuluu potilaiden alkoholinkäyttö, tupakointi, painonhallinta sekä perheiden selviytyminen potilaan hoidossa olon aikana. Lisäksi vastaajilta kysyttiin arvioita heidän vaikutusmahdollisuuksistaan kyseisiin asioihin. Mielenpitoja kysyttiin seitsemän väittämän avulla. Vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, joksikin eri mieltä, joksikin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Kysymykseen vastasi 1001 vastaajaa. Vastaukset on käsitelty väittämä kerrallaan.

Alkoholinkäyttö on potilaan yksityisasiä, enkä puutu siihen ellei se liity tulosyhyyn.

Ainoastaan pieni osa vastaajista (6,8 %) oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Suurin osa vastaajista (46,2 %) oli jokseenkin eri mieltä. Tulosalueiden välillä esiintyi jonkin verran eroja vastauksissa. Psykiatrisella tulosalueella vastaajat olivat useammin täysin eri mieltä väittämän kanssa (47,5 %) kuin muilla tulosalueilla, joissa suurin osa vastaajista oli väittämästä jokseenkin eri mieltä. Operatiivisella tulosalueella vastaajista (9,4 %) oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa, psykiatrisella tulosalueella vastaajista ainoastaan (2,8 %). (Kuviot 43 ja 44)

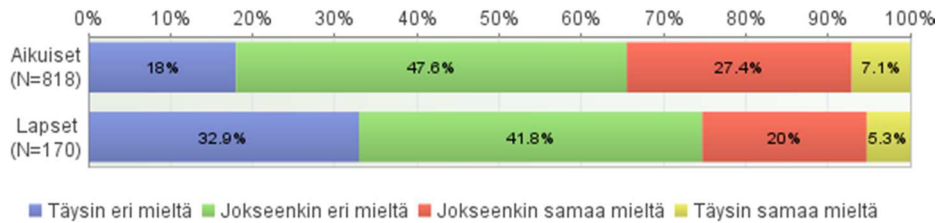


KUVIO 43. *Terveystieteiden ammattihenkilöiden arviot potilaan alkoholinkäytön yksityisyydestä ja mahdollisuuksistaan puuttua siihen*



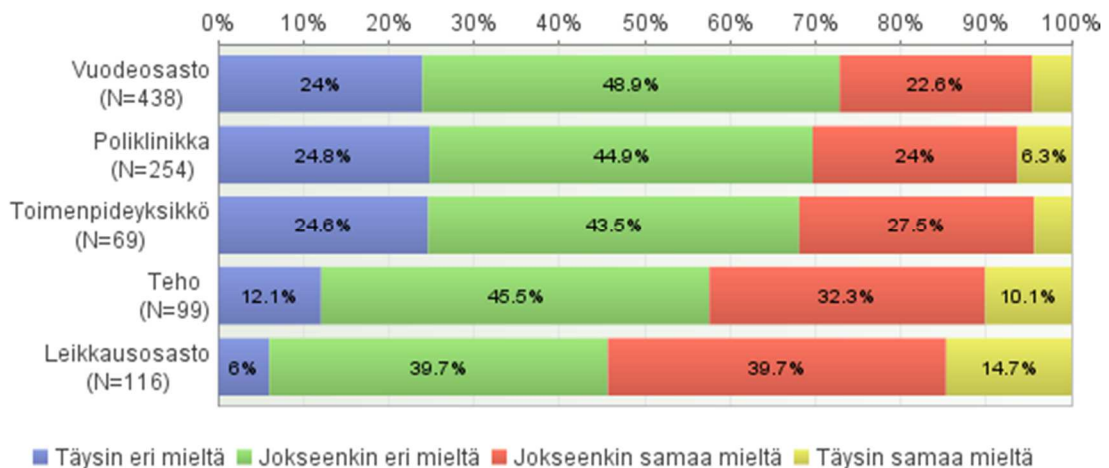
KUVIO 44. *Ammatinharjoittajien arviot potilaan alkoholinkäytön yksityisyydestä ja mahdollisuuksistaan puuttua siihen, erot tulosalueiden välillä*

Lasten parissa työskentelevät olivat useammin täysin eri mieltä väittämän kanssa, heistä 32,9 % oli täysin eri mieltä väittämän kanssa, kun taas aikuisten parissa työskentelevistä ainoastaan 18 % oli täysin eri mieltä. Molemmissa ryhmissä oltiin kuitenkin pääasiassa jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. (Kuvio 45)



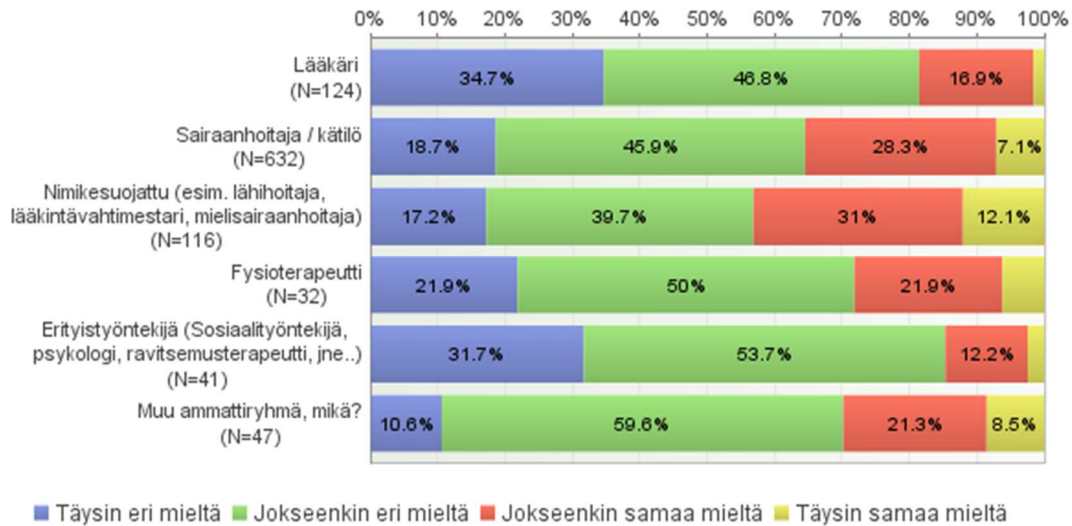
KUVIO 45. Ammattihenkilöiden arviot potilaan alkoholinkäytön yksityisyydestä ja mahdollisuuksistaan puuttua siihen, erot aikuisten ja lasten parissa työskentelevien välillä

Leikkausosastolla työskentelevistä vastaajista 14,7 % oli täysin samaa mieltä väittämästä. Poliklinikalla ja toimenpideyksikössä työskentelevät olivat useimmin täysin eri mieltä väittämän kanssa (24,8 % ja 24,6 %). Työyksiköittäin tuloksia vertailtaessa suurin osa vastaajista kaikissa yksiköissä oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa (39,7–48,9 %). Poikkeuksena leikkausosastolla työskentelevät vastaajat, joista 39,7 % oli jokseenkin eri mieltä sekä vastaavasti 39,7 % jokseenkin samaa mieltä väittämästä. (Kuvio 46)



KUVIO 46. Ammattihenkilöiden arviot potilaan alkoholinkäytön yksityisyydestä ja mahdollisuuksistaan puuttua siihen, erot työyksiköiden välillä

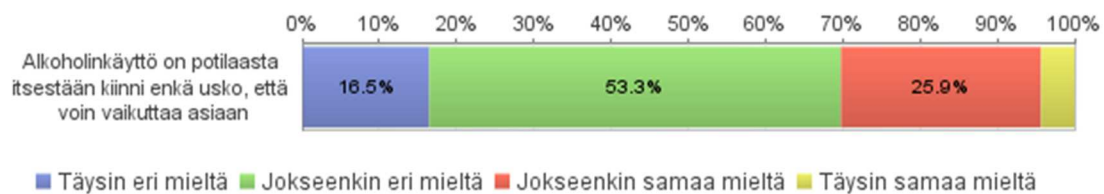
Vertailtaessa eri ammattiryhmiä keskenään, lääkärit 34,7 % ja erityistyöntekijät 31,7 % olivat useimmin täysin eri mieltä väittämän kanssa. Näistä ammattiryhmistä suurin osa oli kuitenkin jokseenkin eri mieltä. Useimmin täysin samaa mieltä väittämän kanssa olivat nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt (12,1 %). (Kuvio 47)



KUVIO 47. Ammattihenkilöiden arviot potilaan alkoholinkäytön yksityisyydestä ja mahdollisuuksistaan puuttua siihen, erot ammattiryhmien välillä

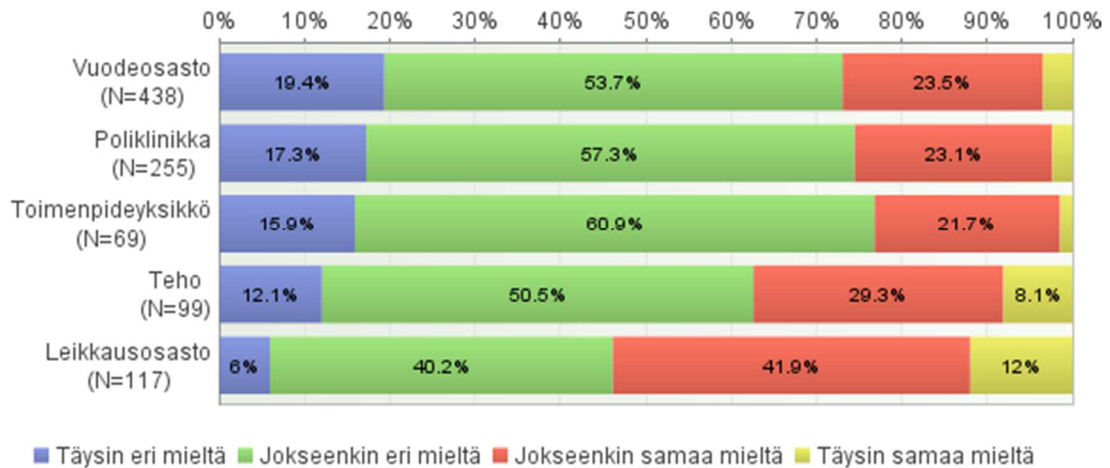
Alkoholinkäyttö on potilaasta itsestään kiinni, enkä usko että voin vaikuttaa siihen.

Suurin osa kaikista vastaajista (53,3 %) oli jokseenkin eri mieltä väittämästä ja ainoastaan 4,4 % vastaajista oli täysin samaa mieltä (Kuvio 48). Vertailtaessa tulosalueiden vastauksia, psykiatrisen ja operatiivisen tulosalueiden vastaajien mielipiteet erosivat selkeimmin. Psykiatrisen tulosalueen vastaajista 3,5 % ja operatiivisen tulosalueen vastaajista 7,2 % oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Täysin eri mieltä väittämän kanssa oli psykiatrisen tulosalueen vastaajista 33,1 % ja operatiivisen tulosalueen vastaajista ainoastaan 9,1 %.



KUVIO 48. Terveystieteiden ammattihenkilöiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaan alkoholinkäyttöön

Vertailtaessa vastauksia työyksiköittäin, useimmin täysin samaa mieltä väittämästä oltiin leikkausosastolla (12 %). Vuodeosastolla työskentelevät olivat täysin eri mieltä väittämästä (19,4 %). Suurin osa vastaajista (50,5–60,9 %) oli jokseenkin eri mieltä väittämästä, poikkeuksena leikkausosastolla työskentelevät, joista 41,9 % oli jokseenkin samaa mieltä väittämästä. (Kuvio 49)

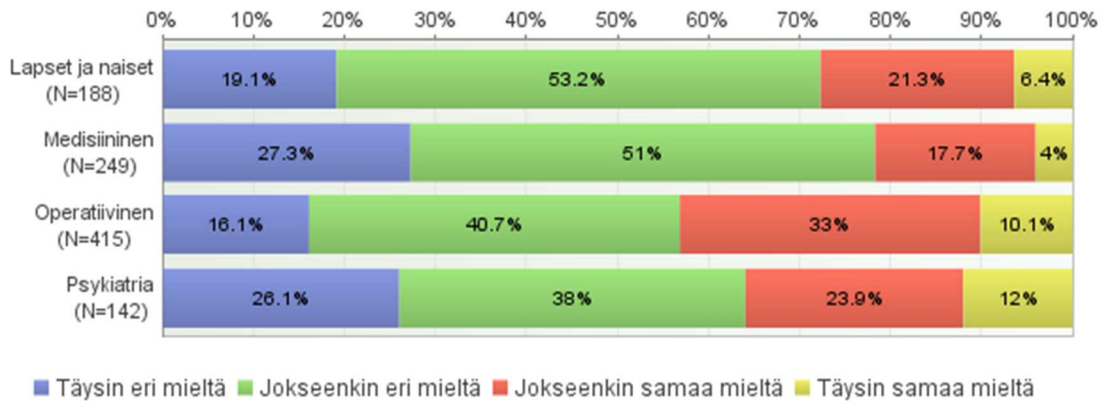


KUVIO 49. Ammattihenkilöiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaan alkoholiinkäyttöön, erot työyksiköiden välillä

Aikuisten ja lasten parissa työskentelevien vastaajien vastauksissa ei ilmennyt suuria eroja. Ammattiryhmittäin vertailtaessa vastauksissa esiintyi eroja. Useimmin täysin samaa mieltä väittämästä olivat nimikesuojatut vastaajat (8,5 %). Lääkäreistä ainoastaan 0,8 % ja fysioterapeuteista 0 % olivat täysin samaa mieltä väittämästä. Useimmin täysin eri mieltä väittämästä olivat lääkärit (29,8 %).

Tupakointi on potilaan yksityisasia enkä puutu siihen, ellei se liity tulosityhyn

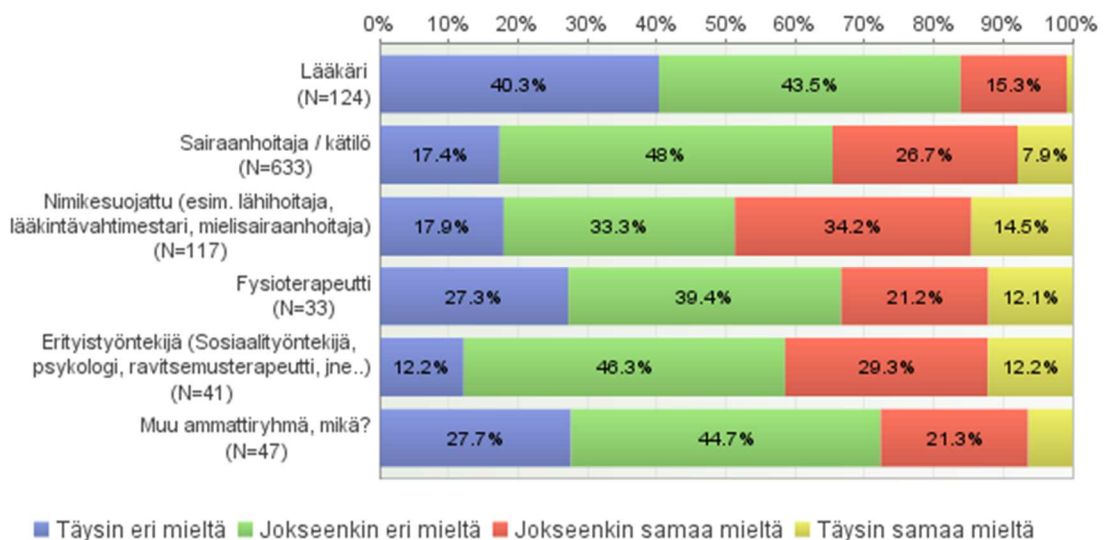
Kaikista vastaajista 21,1 % oli täysin eri mieltä väittämästä. Täysin samaa mieltä oli 8,1 %. Kaikilla tulosalueilla suurin osa vastaajista oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Medisiinisien tulosalueen vastaajat olivat useimmin täysin eri mieltä väittämän kanssa (27,3 %). Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oltiin useimmin psykiatrisella tulosalueella (12 %). Useimmin väittämän kanssa eri mieltä oltiin medisiinisellä tulosalueella ja samaa mieltä operatiivisella tulosalueella. (Kuvio 50)



KUVIO 50. Terveysthuollon ammattihenkilöiden arviot potilaan tupakoinnin yksityisyydestä ja mahdollisuuksistaan puuttua siihen, erot tulosalueiden välillä

Leikkausosastolla työskentelevät olivat useimmin samaa mieltä väittämästä (12,1 %). Useimmin täysin eri mieltä olivat vuodeosastolla (24.4 %), poliklinikalla (23.9 %) ja toimenpideyksikössä (24.6 %) työskentelevät vastaajat.

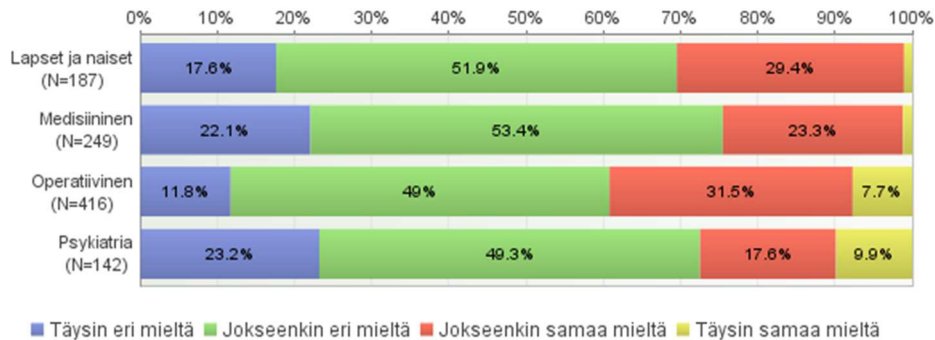
Lääkärit olivat vastauksissaan useimmin täysin eri mieltä siitä, että tupakointi on potilaan yksityisasia. Heistä 40,3 % oli täysin eri mieltä ja 43,5 % jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Sairaanhoidajista 17,4 % ja nimikesuojatuista 17,9 % oli täysin eri mieltä väittämän kanssa. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa olivat useimmin nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt (14,5 %). (Kuvio 51)



KUVIO 51. Ammattihenkilöiden arviot potilaan tupakoinnin yksityisyydestä ja mahdollisuuksistaan puuttua siihen, erot ammattiryhmien välillä

Tupakointi on potilaasta itsestään kiinni enkä usko, että voin vaikuttaa asiaan.

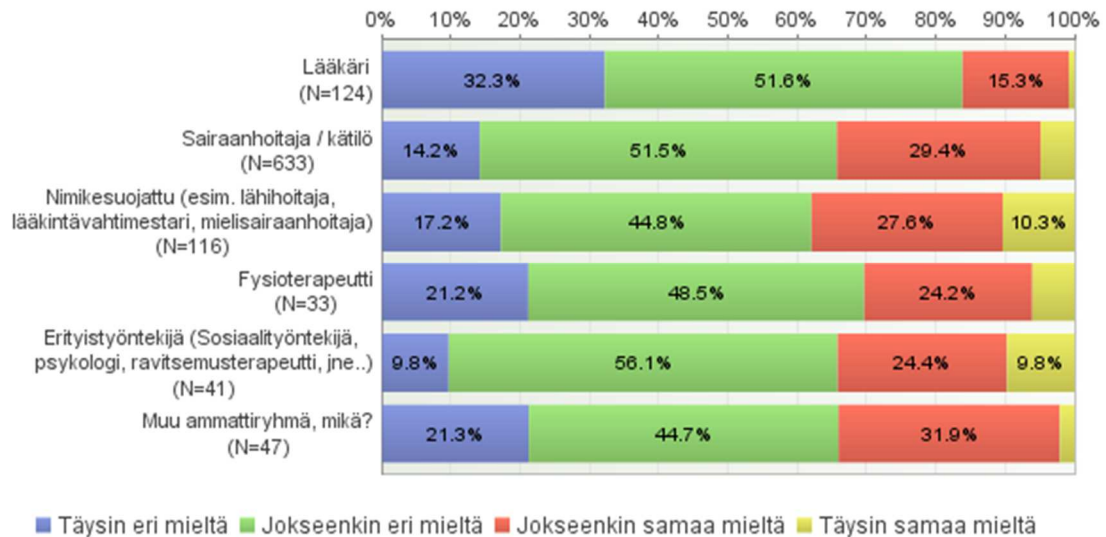
Vastaajista suurin osa (50,6 %) oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Medisiinisellä tulosalueella oltiin väittämää vastaan ja operatiivisen tulosalueen vastaajat olivat samaa mieltä väittämän kanssa. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa olivat useimmin psykiatrisen tulosalueen vastaajat (9,9 %). Kuitenkin psykiatrisella tulosalueella vastaajista suurin osa (49,3 %) oli jokseenkin eri mieltä väittämästä. (Kuvio 52)



KUVIO 52. Terveystenhuollon ammattilaisten arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaan tupakointiin, erot tulosalueiden välillä

Leikkausosastolla työskentelevät vastaajat olivat useimmin täysin samaa mieltä väittämän kanssa (11,1 %). Vastaavasti toimenpideyksikössä työskentelevät vastaajat olivat useimmin täysin eri mieltä väittämästä (24,6 %).

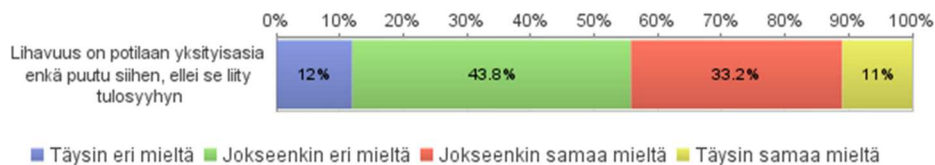
Vertailtaessa eri ammattiryhmiä keskenään, useimmin samaa mieltä väittämästä olivat nimikesuojatut vastaajat (10,3 %) ja erityistyöntekijät (9,8 %). Useimmin täysin eri mieltä väittämästä olivat lääkärit (32,3 %). (Kuvio 53)



KUVIO 53. Ammattihenkilöiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaan tupakointiin, erot ammattiryhmien välillä

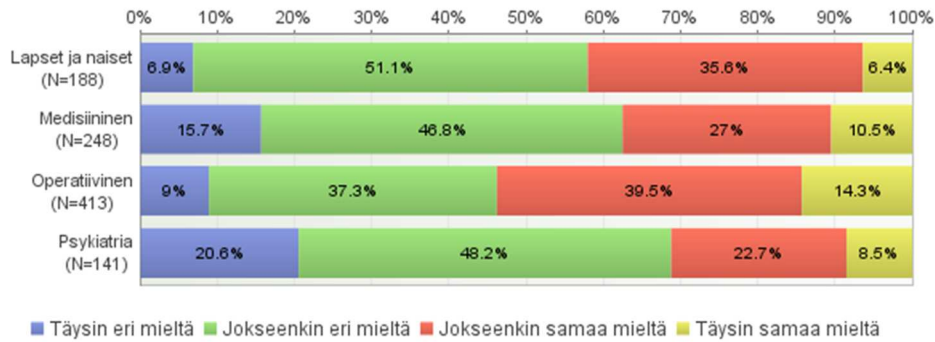
Lihavuus on potilaan yksityisasia enkä puutu siihen, ellei se liity tulosityhyn

Kaikista vastaajista suurin osa (43,8 %) oli jokseenkin eri mieltä väittämästä. Väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli 12 % vastaajista ja täysin eri mieltä 11 %. (Kuvio 54)



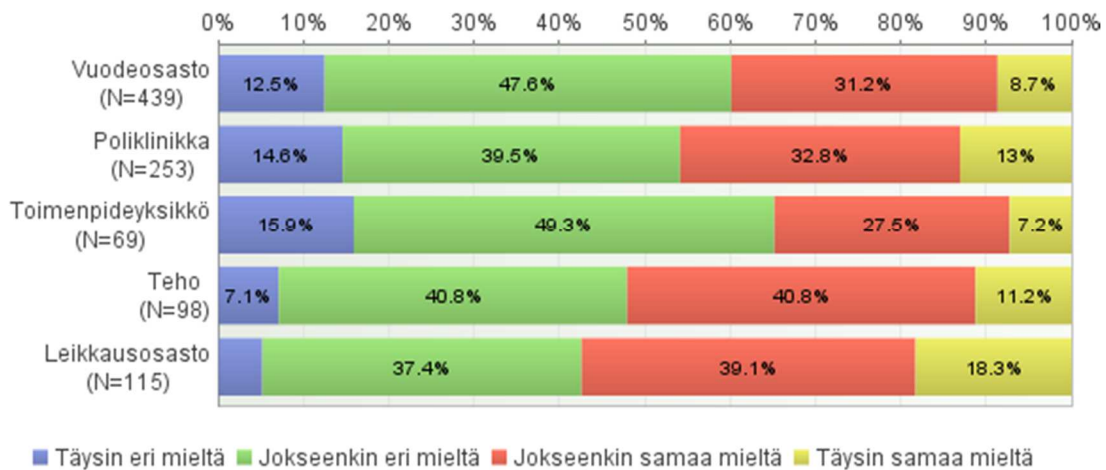
KUVIO 54. Terveysthuollon ammattihenkilöiden arviot potilaan lihavuuden yksityisyydestä ja mahdollisuuksistaan puuttua siihen

Operatiivisella tulosalueella suurin osa (39.5 %) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä, ja 37,3 % vastaajista jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 14,3 %. (Kuvio 55)



KUVIO 55. Ammattihenkilöiden arviot potilaan lihavuuden yksityisyydestä ja mahdollisuuksistaan puuttua siihen, erot tulosalueiden välillä

Työyksiköittäin useimmin täysin samaa mieltä väittämästä olivat leikkausosastolla työskentelevät vastaajat (18,3 %). Täysin eri mieltä väittämästä olivat useimmin toimenpideyksikössä työskentelevät vastaajat (15,9 %). Kaikkia työyksiköitä vertailtaessa, suurin osa vastaajista oli jokseenkin eri mieltä väittämästä (39,5–49,3 %), leikkausosastolla työskentelevistä kuitenkin suurin osa (39,1 %) oli jokseenkin samaa mieltä väittämästä. (Kuvio 56)

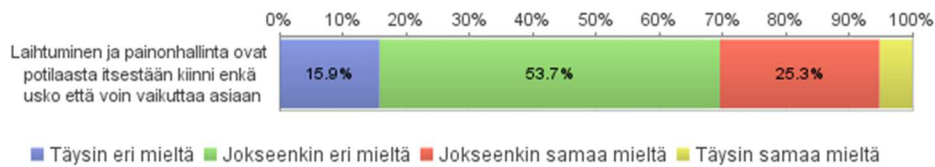


KUVIO 56. Ammattihenkilöiden arviot potilaan lihavuuden yksityisyydestä ja mahdollisuuksistaan vaikuttaa siihen, erot työyksiköiden välillä

Ammattiryhmittäin useimmin täysin samaa mieltä väittämän kanssa olivat muut ammattiryhmät (27,7 %). Useimmin täysin eri mieltä väittämästä olivat fysioterapeutit (27,2 %) ja lääkärit (24,2 %). Suurin osa vastaajista ammattiryhmittäin vertailtaessa olivat joko jokseenkin eri tai jokseenkin samaa mieltä väittämästä.

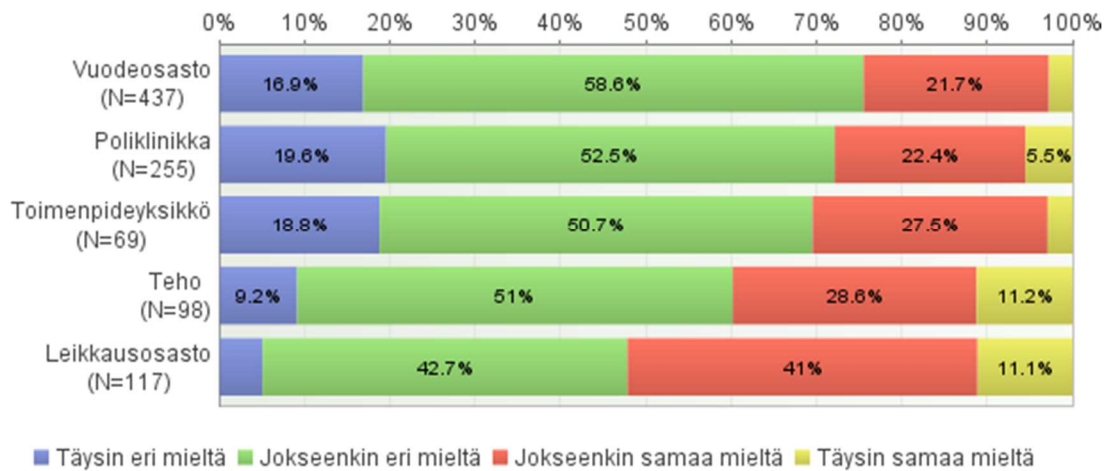
Laihtuminen ja painonhallinta ovat potilaasta itsestään kiinni, enkä usko, että voin vaikuttaa asiaan.

Suurin osa vastaajista (53,7 %) oli jokseenkin eri mieltä väittämästä. Täysin samaa mieltä väittämästä oli 5,2 %. Operatiivisella tulosalueella 11,1 % oli täysin eri mieltä väittämän kanssa kun vastaavasti psykiatrisella tulosalueella 28,2 % vastaajista oli täysin eri mieltä. Medisiinisen tulosalueen vastaajista 1,6 % oli täysin eri mieltä väittämästä. (Kuvio 57)



KUVIO 57. *Terveystieteiden ammattihenkilöiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaan laihtumiseen ja painonhallintaan*

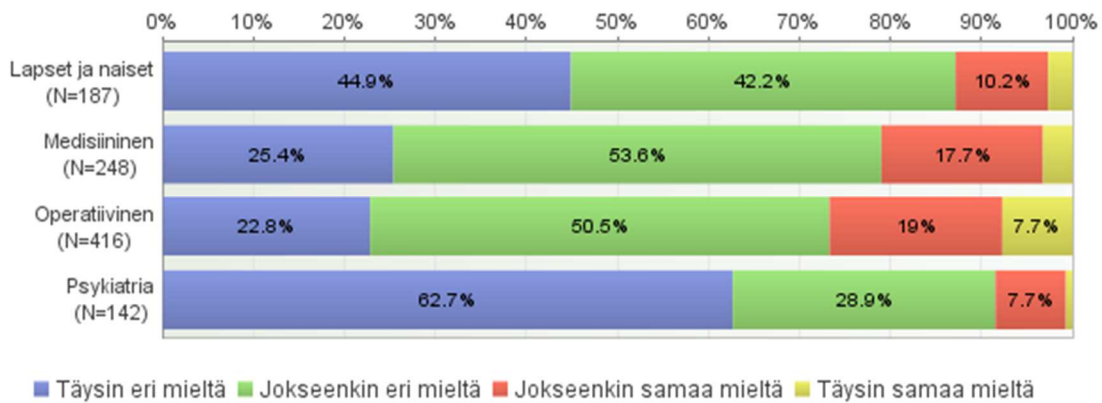
Työyksiköittäin vastauksia vertailtaessa useimmin täysin samaa mieltä väittämän kanssa olivat teho-osastolla työskentelevät (11,2 %) ja leikkausosastolla työskentelevät (11,1 %) vastaajat. Useimmin täysin eri mieltä väittämästä olivat poliklinikalla (19,6 %), toimenpideyksikössä (11,9 %) sekä vuodeosastolla (16,9 %) työskentelevät vastaajat. (Kuvio 58)



KUVIO 58. *Ammattihenkilöiden arviot vaikutusmahdollisuuksistaan potilaan laihtumiseen ja painonhallintaan, erot työyksiköiden välillä*

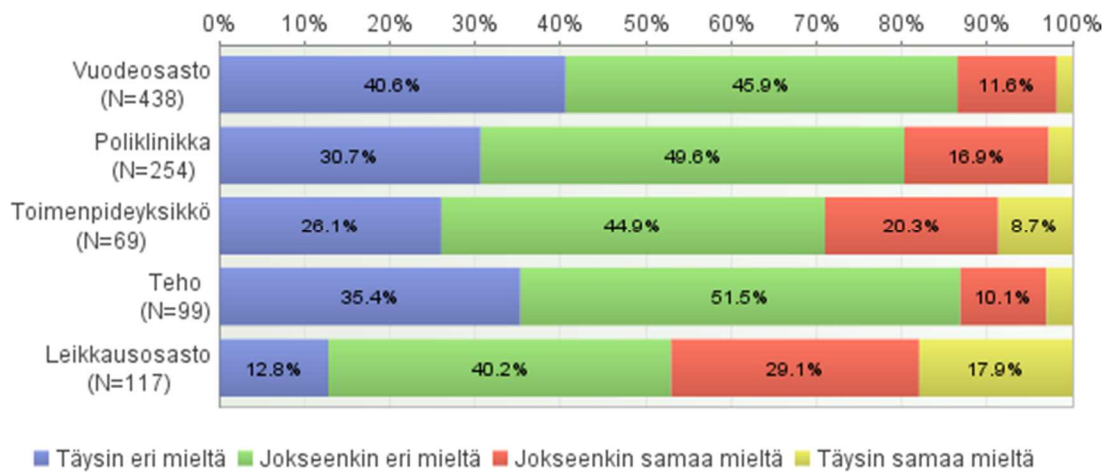
Hoidamme potilasta emmekä voi vaikuttaa perheen selviytymiseen potilaan hoidossa olon aikana.

Suurin osa vastaajista (79,9 %) oli täysin tai jokseenkin eri mieltä väittämästä. Kaikista vastaajista 4,6 % oli täysin samaa mieltä väittämästä. Psykiatrisen tulosalueen vastaajista suurin osa (62,7 %) oli täysin eri mieltä väittämästä. Myös lasten ja naisten tulosalueen vastaajista suurin osa (44,9 %) oli täysin samaa mieltä. Medisiinisen ja operatiivisen tulosalueen vastaajista suurin osa (53,6 % ja 50,5 %) oli jokseenkin eri mieltä väittämästä. (Kuvio 59)



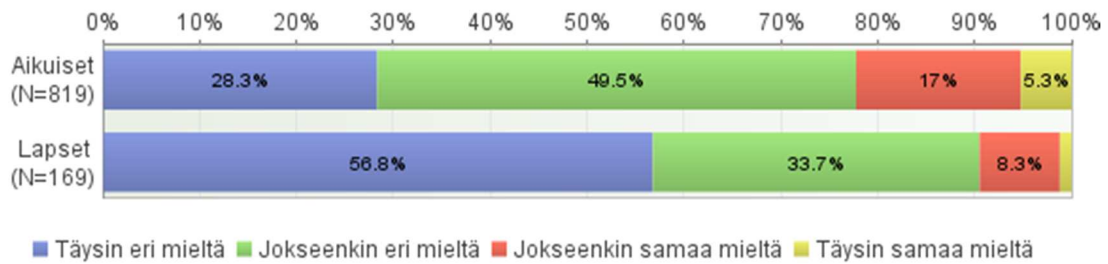
KUVIO 59. *Terveystenhoollon ammattilaisten arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaan perheen selviytymiseen potilaan hoidon aikana*

Leikkausosastolla ja toimenpideyksikössä työskentelevät olivat useimmin täysin samaa mieltä väittämästä (17,9 % ja 8,7 %). Useimmin täysin eri mieltä väittämästä olivat vuode-osastolla työskentelevät vastaajat (40,6 %). (Kuvio 60)



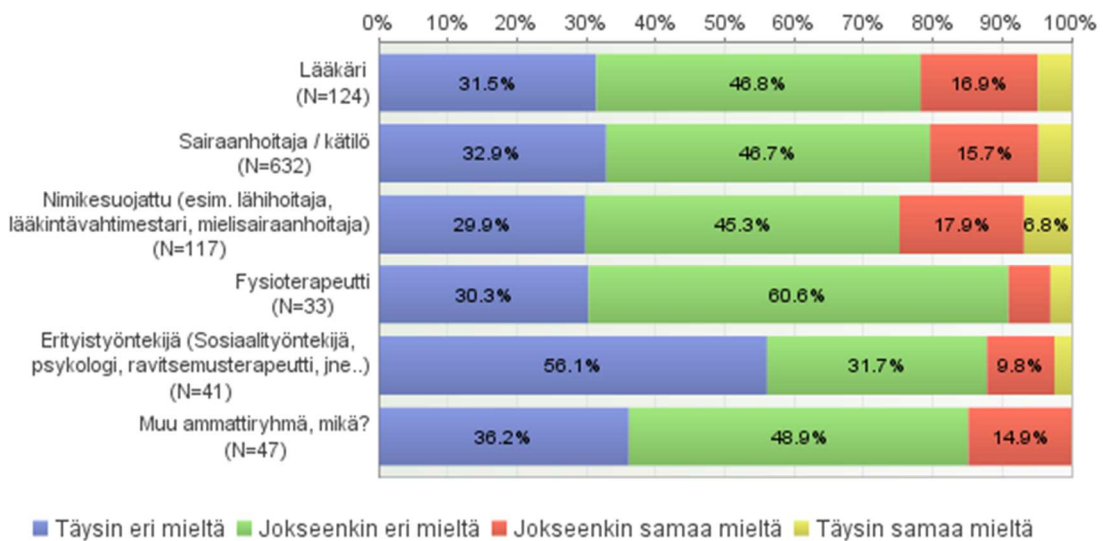
KUVIO 60. *Ammattihenkilöiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaan perheen selviytymiseen potilaan hoidon aikana, erot tulosalueiden välillä*

Lasten parissa työskentelevistä 56,8 % oli täysin eri mieltä väittämän kanssa. Lasten parissa työskentelevistä vastaajista suurin osa oli täysin eri mieltä väittämän kanssa, kun taas aikuisten parissa työskentelevistä vastaajista suurin osa (49,5 %) oli jokseenkin samaa mieltä. (Kuvio 61)



KUVIO 61. Ammattihenkilöiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaan perheen selviytymiseen potilaan hoidon aikana, erot aikuisten ja lasten parissa työskentelevien välillä

Ammattiryhmistä erityistyöntekijät olivat useimmin täysin eri mieltä väittämästä. Yli puolet (56,1 %) erityistyöntekijöistä oli täysin eri mieltä. Yksikään erityistyöntekijänä työskentelevästä vastaajasta ei ollut täysin samaa mieltä väittämästä. Useimmin täysin samaa mieltä väittämän kanssa olivat nimikesuojatut vastaajat (6,8 %). (Kuvio 62)



KUVIO 62. Ammattihenkilöiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaan perheen selviytymiseen potilaan ollessa hoidossa, erot ammattiryhmien välillä

5.5 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden parantamisehdotuksia potilaiden terveyden edistämiseksi

Kati Karjalainen ja Teija Mykkänen

Tutkimuksessa kysyttiin yhdellä avoimella kysymyksellä: Millaisia muita asioita pidettiin tärkeänä parantaa, jotta hoitohenkilökunnalla olisi hyvät edellytykset toteuttaa terveyden edistämistä. Avoimeen kysymykseen vastasi 178 vastaajaa. Vastaus puuttui 829 tutkimukseen osallistujalta. Parannusehdotuksista nousi esille eniten tarve lisäkoulutukselle (78 %). Vastaajat toivoivat myös lisää aikaa potilastyön toteuttamiseen (66 %). Vastaajat kokivat tärkeäksi yhtenäisen terveyden edistämisen toimintamallin ja ohjeistuksen (32 %), myös lisää henkilökuntaa toivottiin potilastyöhön (26 %). Terveyden edistämisen toteuttamiseksi toivottiin tiloja, välineitä ja menetelmiä (16 %). Yhteistyön lisäämistä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon välillä toivottiin ja myös jatkohoidon järjestämisen käytännöistä ja hoitoon ohjauksesta haluttiin lisää tietoa (16 %). Esille tuli myös johdon tuen tarve ja sitoutuminen terveyden edistämiseen (6 %).

Hoitohenkilökunnan koulutus ja -ohjaus

Eniten henkilökunta koki tarvitsevansa lisäkoulutusta aiheesta. Monet vastasivat yksinkertaisesti tarvitsevansa koulutusta, sitä tarkemmin erittelemättä. Ne vastaajat, jotka avasivat laajemmin koulutustarpeen sisältöä, kokivat tarvitsevansa lisätietoa terveystarpeista, tupakoinnista, masennuksesta, ylipainoista ja alkoholista. Lisää tietoa kaivattiin mittareiden käytöstä ja siitä millaisia apukeinoja on käytössä. Vastaajat kokivat myös omat taitonsa riittämättömiksi. Koettiin tarvitsevan koulutusta potilaan tukemiseen ja ohjauksen antamiseen. Lisäksi haluttiin koulutusta siitä milloin ja millä tavalla voi ottaa terveyden edistämisen puheeksi.

Tarvitsisin koulutusta ja tietoa tavoista ottaa asiat puheeksi ja milloin ne tulee ottaa puheeksi. Tarvitsisin tietoa myös minkälaisia kaikkia apukeinoja näihin ongelmiin on. Jokaisella hoitajalla olisi hyvä olla pieni taskukirja, jossa lyhyesti esitelty keino auttaa kutakin asiaa (pähitteet, elintavat ym.).

Viimeisimmän tiedon päivittäminen eri osa-alueilla. Luentosalissa teemoja alkoholi, tupakka, masennus, lihavuus, niiden kohtaaminen, puheeksi ottaminen ja tietoa työkaluista sairaanhoitajalle mitä OYS:n taholta löytyy edellä mainittujen asioiden auttamiseksi. Pelkkä puheeksi ottaminen ei riitä.

Koulutusta lisää kaikilta osa-alueilta.

Ammattitaito, koulutusta aiheeseen, miten kohdata potilas ja ottaa asiat puheeksi kenenki kanssa.

Lisää aikaa potilastyön tekemiseen

Toiseksi eniten vastausten mukaan hoitohenkilökunta tarvitsee lisää aikaa potilastyöhön, jotta pystyisi toteuttamaan terveyden edistämistä. Vastausten mukaan työssä ei ole riittävästi aikaa potilaiden neuvontaan ja ohjaukseen. Vastauksista nousi esille, että hoitohenkilökunnan aika menee potilaiden tulossyyn hoitamiseen eikä hoitoaika riitä terveyden edistämiseen. Vastaajien mielestä kiire johtui liian suurista potilasmääristä suhteessa hoitohenkilökunnan määrään, liian lyhyistä vastaanotto- ja hoitoajoista. Vastausten mukaan työntekijöillä ei ole ajanpuutteen vuoksi mahdollisuutta paneutua terveyden edistämiseen, vaikka halua ja tietoa asiasta olisikin. Ajanpuute nousi esille niin vuodeosastoilla, poliklinikalla kuin leikkausosastoilla työskentelevien vastauksista.

Aika ei riitä kun pakollisiin ja niissäkin ylitöiksi menee, hädin tuskin kerkiää tulohaastatteluja tekemään. Alkoholi, ylipaino ja masennus on sellaisia mistä kaippaa lisätietoa ja sellaisia "pikatyökaluja"

Kaikki asiat mitä kyselyssä otettiin esille tärkeitä. Mutta realiteetti vuodeosastoilla on että aikaa näiden ongelmien käsittelyyn ei ole, vaikka tietoa ja halua olisi. Elämme nykyään fast-track aikakautta eli hoitoajat on kirurgisilla osastoilla puolittuneet ja kaikki ylimääräinen on karsittu pois

Jos poliklinikalla on potilaalle 10min aikaa, jolloin pitää hoitaa myös kaikki paperityöt, niin missä ajassa olisi tarkoitus keskustella alkoholin käytöstä, tupakkoinnista, ylipainoista ja perhetilanteesta?

Hoitohenkilökunnalla ei tällä hetkellä ole tarpeeksi aikaa keskustella potilaiden kanssa kyseisistä asioista. Asioita saatetaan hoitotoimenpiteiden aikana sivuuttaa tai muutamalla sanalla sanoa, mutta tukea, keskustella tai ohjata... ei ole aikaa.

Terveyden edistämiseen yhteinen toimintamalli ja käytäntö

Vastaajien mukaan hoitohenkilökunnalta puuttuu tietoa siitä miten terveyden edistämistä tehdään. Vastaajilla oli myös epäselvyyttä työnjaosta terveyden edistämiseen liittyen. Koettiin epäselväksi kenelle terveyden edistäminen kuuluu ja kaivattiin työnjakoon selkeyttä. Myös hoidon vaikuttavuus rekistereitä kaivattiin.

Koulutusta, selkeät toimintamallit, käytännöt ja työnjako koko sairaalassa.

Hoidon vaikuttavuus rekisterit puuttuvat. Nykyiset järjestelmät eivät korvaa niitä

Työpaikkakeskustelut/infot miten ja kenen tulee ed. käsiteltyihin asioihin puuttua.

Selkeä struktuuri minkä mukaan edetään.

Tarvitsisin koulutusta ja tietoa tavoista ottaa asiat puheeksi ja milloin ne tulee ottaa puheeksi. Tarvitsisin tietoa myös minkälaisia kaikkia apukeinoja näihin ongelmiin on.

Potilastyön tekemiseen lisää hoitohenkilökuntaa

Monessa vastauksessa nousi esille ajanpuutteen lisäksi riittämätön hoitohenkilökuntamäärä suhteessa potilaisiin. Vastauksissa tuotiin esille, että potilasmäärät ovat liian suuria, jotta terveyden edistämistä olisi voinut toteuttaa.

Potilasmäärät suuret, jolloin aika ei riitä potilaiden elintapojen kokonaisvaltaiseen kartoittamiseen ja ohjaamiseen. ohjaus sitä myöten unohtuu työyhteisöissä.

Jos halutaan että näitä asioita otetaan esiin potilastyössä päivystyspoliklinikalla enemmän määrin, pitäisi resursointi saada täysin toiselle tasolle.

Hoitajaresurssien lisääminen!

Tällä hetkellä sh:n aika ei riitä mihinkään ohjaukseen. Ei edes aina kotihoito-ohjeiden antamiseen (tulosyyn).

jokapäiväinen työ ja jatkuvasti muuttuvien atk-ym. määräysten muuttuminen sekä ikääntyvän potilasmassan hoitaminen imee jo kaikki voimat, siinä on tarpeeksi.

Kyllä tilanne kerta kaikkiaan on nyt niin, että on todella tekopyhää ottaa koko asiaa esille tässä tilanteessa, jossa kaikki PPSHP työntekijät kamppailevat, että saadaan ylipäättään tehtyä ne asiat, jotka kuuluvat potilaan sairaalaan tuloon johtaneen syyn hoitamiseen. Kun taloustilanne paranee, ja potilaitten hoitoon kuluvat henkilökuntaresurssit saadaan takaisin kohdalleen, on tällaisten projektien aika. Ei nyt.

Terveyden edistämiseen tarvittavat tilat ja välineet

Vastauksissa tuotiin esille, että ohjausmateriaalissa ja niiden saatavuudessa on puutteita. Lisäksi haluttiin tietoa olemassa olevasta materiaalista ja opastusta niiden käytölle. Kirjallinen materiaalin koettiin olevan ohjauksen hyvä tuki. Vastaajat kaipasivat myös kahdenkeskisiä tiloja, joissa voi keskustella potilaiden kanssa.

Ohjausmateriaalin saatavuus ja yhdenmukaisuus, nyt jokainen pkl tai os hankkii itse materiaalia kukin mistäkin, omien tietämystensä mukaan. Yhteisen materiaalin hankinta jota voitaisiin käyttää joka paikassa voisi olla keskitetty ja siinäkin huomioida että ei kertaluontoinen määrä riitä kuin joksikin aikaa.

Kirjallista materiaalia ohjauksen tueksi on hyvä olla.

Tila kahdenkeskiselle keskustelulle.

Olemassa olevien mittarien ja arviointilomakkeiden esiin tuominen ja niiden käytön opettaminen.

Yhteistyön lisääminen ja jatkohoidon järjestäminen

Perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon väliseen yhteistyöhön ja tiedonkulkuun haluttiin selkeyttä. Lisäksi toivottiin saavan lisää tietoa, mihin potilaan voi ohjata saamaan jatkohoitoa. Erityisesti alkoholin liikkakäyttäjien ja nikotiiniriippuvaisten jatkohoito koettiin puutteelliseksi.

Perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon rajapinnat ja tiedon kulku ovat ongelmallisia.

Alkoholin väärinkäyttäjien jatkohoito on retuperällä. Mikäli potilas haluaa tukea raitistumiseen, mihin hän voi ottaa yhteyttä. Tuntuu että potilaat jäävät "tyhjään päälle" ja helposti sen vuoksi helposti ratkeavat uudestaan juomaan.

Sairaalahoidot/käynnit ovat lyhyitä, pitäisi olla paremmin toimiva yhteys perusterveydenhoitoon ja siellä resurssit +osaaminen näiden asioiden pitkäjänteisempään hoitoon ja seurantaan. ESH:n tehtävä on nostaa näitä terveydenedistämisasiota esille.

Tietoa siitä, mihin voin potilas ohjata, kun potilas esimerkiksi vain lyhyen aikaa sairaalassa.

Polikliinisten potilaiden nikotiinikorvaushoito potilaan omalla vastuulla. Alkoholipolitiikka epämääräistä, ei osaamista/mahdollisuutta ohjata potilasta hoitoon muuta kuin TK:n kautta, mikä laittaa potilaan siihen tilanteeseen, ettei meiltä käytännön hyötyä esim. vieroitukseen ole.

Johdon tuki ja sitoutuminen

Vastaajat kokivat kaipaavansa enemmän johdon tukea ja sitoutumista. Johtoa kaivattiin olemaan enemmän läsnä hoitohenkilökunnan päivittäisessä työssä.

Johdon tuki ja sitoutuminen nuorten ja heidän perheidensä kanssa tehtävään pitkäjänteiseen ja vaikuttavaan työhön.

Johto enemmän läsnä olevaksi työpisteissä; nyt liian etäinen.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TULOSTEN TARKASTELU

6.1 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvio toiminnastaan potilaiden terveyden edistämisessä

Tulosten mukaan psykiatrisen ja medisiinisen tulosalueiden henkilöstöllä oli enemmän tietoa ja valmiuksia puuttua potilaiden haitallisiin elintapoihin ja masennukseen, kun taas lasten ja naisten sekä psykiatrisen tulosalueiden henkilöstöllä oli paremmat valmiudet ja enemmän tietoa puuttua perheiden tarvitsemaan tukeen. Tämä selittynee tulosaluekohtaisilla painoarvoilla. Psykiatrisella tulosalueella hoidetaan masennus- ja mielenterveyspotilaita ja lasten ja naisten tulosalueella hoidetaan ja kohdataan erikoissairaanhoidon tarveita lapsia ja heidän perheitään. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä miehet vastasivat tietonsa ja valmiutensa puuttua haitallisiin elintapoihin, masennukseen ja perheiden tarvitsemaan tukeen hieman paremmiksi kuin naiset.

Vastausten mukaan suurimmalla osalla terveydenhuollon ammattihenkilöistä on iästä, sukupuolesta tai toimipaikasta riippumatta jokseenkin riittävästi tietoa potilaan motivoimisesta muutokseen sekä tietoa alkoholin vaikutuksista. Nämä tutkimustulokset voivat joutua esimerkiksi terveydenhuoltoalalla työskentelevien henkilöiden koulutuksella. Kun tämän tutkimuksen tuloksia verrataan Pirkanmaalla vuonna 2010 tehdyn vastaavan kyselyn tulosten kanssa, voidaan todeta että tulokset ovat samansuuntaisia.

Tutkimuksen mukaan henkilökunta koki tarvitsevan enemmän aikaa terveyden edistämiseen. Tämä on verrattavissa aiempiin tutkimustuloksiin, joissa myös aikapula koettiin terveydenedistämisen esteeksi. (Johnson & Bauman 2001, viitattu 2.11.2014, Morkila 2013, viitattu 7.10.2014.) Tutkimuksessa nousi vahvasti esille, että terveydenhuollon ammattihenkilöt kaipasivat yhteistä toimintamallia, jonka mukaan kaikki toimivat. Aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan sairaaloissa ei esimerkiksi toimita systemaattisesti terveyshaittojen puheeksi ottamisessa. (Johnson & Bauman 2001, viitattu 2.11.2014, Hibbard 2003, viitattu 2.11.2014, Lehtinen ym. 2010.) Tutkimustulos on siis verrattavissa aikaisempiin tuloksiin.

Yleisesti ottaen potilaan alkoholin käyttöä ja tupakointia ei koettu vaikeaksi ottaa puheeksi. Jonkin verran vaikeampaa puheeksi ottaminen on silloin kun alkoholin käyttö ja tupakointi eivät liittyneet tulosityhyn. Myös muut kyselyssä kartoitetut asiat (lihavuus, masennus ja perhetilanne) koettiin vaikeammaksi ottaa puheeksi silloin kun asia ei liittynyt tulosityhyn.

Kyselyyn vastanneen lääkärihenkilöstön oli sairaanhoitajiin ja muuhun henkilöstöön verrattuna huomattavasti helpompi ottaa puheeksi potilaan alkoholinkäyttö, tupakointi ja lihavuus riippumatta siitä, liittyvätkö ne tulosityhyn vai eivät. Kuitenkin lääkäreistäkin joka kolmas koki, että lihavuus ja masennus ovat vaikeita asioita ottaa puheeksi silloin, kun ne eivät liity potilaan tulosityhyn.

Tuloksista tuli selkeästi esille, että mitä nuorempi hoitohenkilö on, sitä vaikeampaa asioiden puheeksi ottaminen on. Tämä puheeksi ottamisen vaikeus näkyi kaikilla tämän tutkimuksen osa-alueille. Lähes 80 % alle 30 vuotiaista koki lihavuuden vaikeaksi puheenaiheeksi silloin kun asia ei liittynyt tulosityhyn. Helpointa kaikkien tutkimuksessa olevien asioiden puheeksi ottamisen kokivat hoitohenkilöt ikäryhmissä 31–40 ja 41–50. Ikäryhmässä 51 vuotta tai yli näkyi jälleen hieman nousua puheeksi ottamisen vaikeudessa. Kaikissa ammatti- ja ikäryhmissä tuli esille myös selkeästi lihavuudesta puhumisen vaikeus, erityisesti silloin kun asia ei liittynyt tulosityhyn. Tutkimustulokset puheeksi ottamisen vaikeudesta olivat näiltä osin lähes yhtenäisiä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Lehtinen ym. 2010) tehdyn vastaavan kyselyn tuloksien kanssa.

6.2 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttämät keinot potilaiden terveyden edistämiseksi

Tämän tutkimuksen mukaan potilaan alkoholinkäytöstä sekä tupakoinnista keskustellaan usein tai yleensä aina noin puolessa tapauksista. Potilaan alkoholinkäytöstä tai tupakoinnista keskustelun välillä ei ollut eroja, vaan niistä keskusteltiin lähestulkoon yhtä usein. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Lehtinen ym. 2010) tehdyn tutkimuksen mukaan henkilöstö keskusteli alkoholinkäytöstä hieman useammin kuin tupakoinnista. Morkkila (2013, viitattu 7.10.2014) Pro Gradu-tutkimuksessa taas tupakointi koettiin helpommaksi ottaa puheeksi kuin alkoholi. Alkoholinkäytön kartoittamiseksi Audit-lomaketta käytet-

tiin tämän tutkimuksen mukaan harvoin, mikä on samansuuntainen tulos Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehdyn tutkimuksen (Lehtinen ym. 2010.) kanssa. Tässä tutkimuksessa runsaan alkoholinkäytön kohdalla potilasta motivoitiin jatkohoitoon satunnaisesti. Tupakoivalle potilaalle tarjottiin nikotiinikorvaushoitoa sairaalahoidon aikana heikosti. Tämä on päinvastainen tulos Mokkilan (2013, viitattu 7.10.2014) Pro Gradu-tutkimukseen verrattuna, jossa koettiin hoidon aikana tupakoivan potilaan nikotiinikorvaushoidon tarjoamisen ja ohjauksen toteutuvan erittäin hyvin tai hyvin.

Lihavuuden riskeistä keskusteltiin sekä ravitsemusohjausta tarjottiin tämän tutkimuksen mukaan harvoin. Potilaan masennuksesta ja perheen tuen tarpeesta keskusteltiin satunnaisesti, mutta pääsääntöisesti siitä keskusteli yli puolet tämän tutkimuksen vastaajista. Ammattiryhmistä lääkärit ja erityistyöntekijät keskustelivat haitallisista terveystottumuksista sekä masennuksesta ja perheen tuen tarpeesta muita ammattiryhmiä yleisemmin. Lääkärit myös ohjasivat potilasta jatkohoitoon muita ammattiryhmiä enemmän, mikä on samansuuntainen tulos Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Lehtinen ym. 2010.) tehdyn tutkimuksen kanssa. Tulosaluevertailussa psykiatrisella tulosalueella potilaan terveyttä edistäviä keinoja käytetään selkeästi enemmän, mitä osaltaan selittänee psykiatrisessa hoitotyössä käytettävät työmenetelmät sekä työn sisältö.

6.3 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemuksia siitä, kenelle potilaiden terveyden edistämisen kuuluu

Tämän tutkimuksen mukaan kaikissa terveyden edistämisen osa-alueissa suurin osa vastaajista koki, että terveyden edistäminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Lehtinen ym. 2010.) tehdyn tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset tämän suhteen, siellä myös selkeä enemmistö oli sitä mieltä, että terveyden edistäminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville.

Suurin osa vastaajista koki, että alkoholin riskikulutuksen toteaminen, alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta ja alkoholiriippuvuuden tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Tämä tulos ei eroa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (Lehtinen ym. 2010) tuloksista. Eroa tutkimusten tuloksissa löytyy alkoholiin liittyvissä kysymyksissä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan erityistyöntekijöiden ja fysioterapeuttien kokemukset eroavat selvästi muista ammattiryhmistä siinä, kenelle alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta

kuuluu. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vastanneista fysioterapeuteista yli puolet koki, että alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta kuuluu hoitajille ja reilu kolmannes koki, että se kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Erityistyöntekijöistä reilu kolmannes (34,2 %) koki, että se kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Muissa ammattiryhmissä yli 70 % koki, että alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Myös alkoholiriippuvuuden tunnistamisessa löytyi tässä tutkimuksessa eroja ammattiryhmien kokemusten välillä. Fysioterapeuttien kokemukset eroavat muista ammattiryhmistä. Vastanneista fysioterapeuteista alle puolet (45,5 %) kokivat, että alkoholiriippuvuuden tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Kaikissa muissa ammattiryhmissä reilusti yli puolet koki, että se kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Lehtinen ym. 2010) tehdyssä tutkimuksessa ei löytynyt eroja ammattiryhmien välillä koskien alkoholin suurkulutuksen tunnistamista ja puheeksi ottamista.

Lihavuuden tunnistaminen kuuluu tämän tutkimuksen vastaajien mukaan kaikille potilastyötä tekeville. Ammattiryhmien mielipiteiden välillä ei tässä tutkimuksessa ollut suuria eroja. Kaikissa ammattiryhmissä suurin osa vastaajista koki, että lihavuuden tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Lihavuuden puheeksi ottaminen taas jakoi vastaajien mielipiteitä enemmän ammattiryhmittäin katsottuna. Erityisesti erityistyöntekijöiden kokemukset eroavat muiden ammattiryhmien kokemuksista. Erityistyöntekijöistä lähes puolet (47,6 %) koki tässä tutkimuksessa, että lihavuuden puheeksi ottaminen kuuluu lääkärille. Tämän tutkimuksen tulos on samansuuntainen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimuksen kanssa, jossa muut ammattihenkilöt kuin lääkärit ja sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että lihavuuden puheeksi ottaminen kuuluu lääkärille. (Lehtinen ym. 2010.)

Tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu tämän tutkimuksen tulosten mukaan kaikille potilastyötä tekeville. Enemmistö (66 %) kaikista vastanneista oli tätä mieltä. Tässä osiossa suurimmat erot vastaajien kesken löytyi eri ammattiryhmien välillä. Erityisesti fysioterapeuttien ja erityistyöntekijöiden kokemukset siitä, kenelle tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu, eroaa muista ammattiryhmistä. Fysioterapeuteista vain 25 % koki, että se kuuluu kaikille potilastyötä tekeville, erityistyöntekijöistä 33,3 % koki, että tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville.

Tässä tutkimuksessa eniten vastaajien kokemuksia ja mielipiteitä jakoi kysymys kenelle nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus kuuluu. Kuitenkin tässäkin osa-alueessa suurin osa (57 %) vastaajista koki, että se kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Suurimmat erot vastaajien kesken löytyi tässäkin eri ammattiryhmien välillä. Erityistyöntekijöiden mielestä nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus kuuluu lääkärille (54,8 %). Kun taas fysioterapeuttien mielestä se kuuluu hoitajille (57,6 %). Sairaanhoitajien, lääkäreiden ja nimikesuojattujen mielestä nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus kuuluu kaikille potilastyötä tekeville.

Masennuksen tunnistaminen koettiin tämän tutkimuksen mukaan kuuluvan pääasiassa kaikille potilastyötä tekeville. Tämä tulos on samansuuntainen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimuksen tulosten kanssa, siellä enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että masennuksen tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville.

Perheen tuen tarpeen tunnistaminen kuuluu tämän tutkimuksen tulosten mukaan pääasiassa kaikille potilastyötä tekeville, tämä tulos on täysin samansuuntainen kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimuksen tulos, myös siellä vastaajista selkeä enemmistö oli sitä mieltä, että perheen tuen tarpeen tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville.

Yhteenvetona voidaan tämän tutkimuksen tulosten perusteella todeta, että potilaan terveyden edistäminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Selkeä enemmistö oli tätä mieltä kaikissa terveyden edistämisen osa-alueissa. Selkeimmät erot mielipiteissä löytyi eri ammattiryhmien välillä, erityisesti fysioterapeuttien ja erityistyöntekijöiden mielipiteet erosivat muista ammattiryhmistä kun kyseessä oli alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta, alkoholiriippuvuuden tunnistaminen, lihavuuden puheeksi ottaminen, tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen sekä nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus.

6.4 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa potilaiden haitallisiin elintapoihin

Kokonaisuudessaan tämän tutkimuksen vastausten perusteella vastaajat kokevat vaikutusmahdollisuutensa pääasiassa hyviksi. Suurin osa vastaajista kokee, että kysytyihin asi-

oihin tulee puuttua. Operatiivisella tulosalueella työskentelevät kokevat vaikutusmahdollisuutensa huonoimmiksi kaikilla osa-alueilla. Tämä selittyy sillä, että kyseisissä yksiköissä suoritetaan paljon leikkaustoimintaa ja hoitokontaktit ovat lyhyitä. Teho-osastolla hoidettavat potilaat ovat huonokuntoisia ja kysytyihin asioihin reagoiminen ei ole osastojakson aikana olennaista.

Alkoholinkäyttö otetaan puheeksi ja siihen koetaan olevan vaikutusmahdollisuuksia parhaiten psykiatrian tulosalueella. Vastaavasti tupakointi koetaan psykiatrisella tulosalueella enemmän potilaan yksityisasiaksi eikä siihen puututa. Tämä selittyy sillä, että alkoholi liittyy usein pahentavasti psykiatrisiin ongelmiin, kun taas tupakointi ei pahenna oireita. Psykiatrian tulosalueella perheen tuki otetaan hyvin huomioon. Myös laihtuminen ja painonhallinta koetaan asiaksi johon tulee puuttua.

Toimenpideyksiköissä ja poliklinikoilla kiinnitetään huomioita potilaan alkoholin käyttöön, tupakointiin sekä painonhallintaan. Perheen tuki jää ko. yksiköissä huonoksi. Tämä selittyy sillä, että kyseessä on toiminta, johon potilaat useimmiten osallistuvat yksin. Potilastapaamiset ovat kuitenkin yleensä rauhoitettuja ja potilaalle on enemmän aikaa kuin esimerkiksi vuodeosastolla.

Ammattiryhmistä lääkärit kokevat vaikutusmahdollisuutensa parhaiksi perheen tukea luokun ottamatta. Fysioterapeutit kokevat vaikutusmahdollisuutensa hyväksi etenkin painonhallintaan liittyvissä asioissa. Perheen tukemiseen on kyselyn mukaan parhaat edellytykset erityistyöntekijöillä.

Nais- ja miesvastaajien välillä ei erottunut selkeitä eroja vastauksissa. Myöskään esimiestehtävissä olevien vastaukset eivät erottuneet muista selkeästi. Ikäryhmiä verratessa ei ilmaantunut suuria eroja tämän alueen kysymyksissä. Aikuisten- ja lasten parissa työskentelevien vastaajien vastauksissa esiintyi eroja jonkin verran.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat hyvin yhteneväisiä Pirkanmaalla tehdyn vastaavan tutkimuksen kanssa. Molemmissa tutkimuksissa suurin osa vastaajista koki, että heidän tulee puuttua ja heillä on valmiuksia puuttua potilaiden alkoholin käyttöön, sekä tupakointiin. Lihavuuden suhteen molemmissa tutkimuksissa esiintyi mielipiteiden jakautumista.

Lääkärit kokivat vaikutusmahdollisuutensa parhaimmiksi. Tämän tutkimuksen erona Pirkanmaan tutkimukseen voisi pitää sitä, että nimikesuojatut vastaajat nousivat selkeästi ryhmäksi jotka kokevat vaikutusmahdollisuutensa huonoksi. (Lehtinen ym. 2010.)

6.5 Potilaiden terveyden edistämisen parantamisehdotuksia

Avoimella kysymyksellä kysyttiin millaisia muita asioita pidettiin tärkeänä parantaa, jotta terveydenhuollonammattihenkilöillä olisi hyvät edellytykset toteuttaa terveyden edistämistä. Avoimeen kysymykseen vastasi 178 henkilöä 1007 vastanneesta. Tulosaluekohtaista eikä taustamuuttujien välistä vertailua ei tässä tutkimuksessa tehty alhaisen vastausprosentin vuoksi.

Tuloksista nousi esille kaksi selkeää parantamisehdotusta, jotka olivat toiveet lisäkoulutuksesta ja henkilökunnan lisäämisestä potilastyöhön. Tutkimuksen avoimen kysymyksen tulokset olivat samansuuntaiset Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Lehtinen ym. 2010) tehdyn vastaavan kyselyn tuloksien kanssa. Tutkimustuloksista eniten nousi esille tarve saada lisäkoulutusta terveysriskeistä, tupakoinnista, masennuksesta, ylipainosta ja alkoholista. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (Lehtinen ym. 2010) kyselyn tutkimustuloksien mukaan nousi tarve myös lisäkoulutukselle. Kyseisen tutkimuksen mukaan (Lehtinen ym. 2010) tarvittiin lisää tietoa AUDIT- lomakkeen käyttämisestä, tupakan vieroittamisesta, masennuksen tunnistamisesta ja perheen tukemisesta.

Toiseksi eniten tulosten mukaan, tarvittiin lisää aikaa potilastyön tekemiseen, jotta pystyttäisiin paneutumaan ja toteuttamaan terveyden edistämistä. Lehtisen ym. 2010 tutkimuksen tulosten mukaan kaivattiin myös enemmän aikaa potilastyöhön tekemiseen. Molemmissa tutkimuksissa nousi siis esille, ettei kiireen vuoksi ole aikaa terveyden edistämiseen, vaikka halua ja tietoa asiasta olisikin. Tässä tutkimuksessa kaivattiin myös lisää hoitohenkilökuntaa potilastyöhön. Tuloksien mukaan hoitohenkilökuntaa on riittämättömästi, jotta terveyden edistämistä voidaan toteuttaa. Myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä (Mokkila 2013, viitattu 7.10.2014) tehdyn tutkimuksen mukaan resurssi- ja aikapula koettiin usein miten terveyden edistämisen esteiksi.

Tutkimustuloksien mukaan kaivattiin yhtenäistä terveyden edistämisen toimintamallia sekä ohjeita terveyden edistämisestä. Tuloksien mukaan oli epäselvyyttä kenelle terveyden edistäminen kuuluu ja miten sitä käytännössä tehdään. Myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Lehtinen ym. 2010) tehdyn vastaavan tutkimuksen mukaan kaivattiin yhteisiä toimintamalleja ja käytännön toteuttamistapoja terveydenedistämistyöhön.

Muutamissa vastauksissa, tuotiin esille toive saada lisää terveyden edistämiseen tiloja, työvälineitä ja menetelmiä. Yhteistyötä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon välillä kaivattiin lisää. Tieto potilaan jatkohoidon järjestämisen käytännöistä koettiin puutteelliseksi. Samansuuntaisia tuloksia tuli myös Lehtisen ym. 2010 tutkimuksessa, jossa toivottiin myös yhteistyön lisäämistä eri toimijoiden välille, tietoa jatkohoidon järjestämisestä sekä parannusta tiloihin että välineisiin. Morkkilaan (2013, viitattu 7.10.2014) tutkimuksen tuloksissa todettiin yhteistyön sairaalan ulkopuolisten terveys- ja sosiaalipalveluiden kanssa toteutuvan heikosti.

7 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Oysin lasten ja naisten, medisiinisen, operatiivisen ja psykiatrisen tulosalueen terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvioita toiminnastaan potilaiden terveyden edistämiseksi. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää heidän mielipiteitä ja kokemuksia terveyden edistämisestä, siinä käyttämistä menetelmistä ja terveyden edistämiseen liittyvistä kehittämistarpeista.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa potilaiden terveyden edistämisen nykytilasta terveyden edistämisen suunnittelun tueksi Oysin perusterveydenhuollon terveyden edistämisen työryhmälle. Tästä tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää erikoissairaanhoidossa olevien potilaiden saaman ohjauksen, hyvinvoinnin tukemisen ja terveyden edistämisen kehittämistyöhön. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan tuoda potilaiden terveyden edistäminen tutuksi koko sairaanhoitopiirin henkilöstölle ja osaksi jokapäiväistä hoitotyötä.

Terveyden edistäminen tutkimusaiheena on mielenkiintoinen, ajankohtainen ja tärkeä. Suomalaisten terveys ja hyvinvointi huononee ja se asettaa haasteita terveydenhuollolle esimerkiksi kustannus näkökulmasta. Suomen väestö ikääntyy, suuret ikäluokat eläköityvät, vastaavasti työikäisiä on suhteessa vähän. Nämä tekijät lisäävät haasteita ja kustannuspaineita terveydenhuollolle. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja erojen kaventaminen säästää rahaa. Jos kansanterveys kehittyy myönteisesti ja terveyserot väestöryhmien välillä kapenevat, on tällä merkittävä myönteinen vaikutus terveydenhuollon menokehitykseen tulevaisuudessa. Ilman muutoksia kansanterveydessä terveydenhuoltomenot kasvavat koko ajan. Terveyden edistämisen ja sairastavuuden vähentämisen oikein kohdistetuilla toimenpiteillä on siis huomattavat kustannusvaikutukset. (THL 2014, viitattu 15.2.2015.)

7.1 Tutkimusprosessin pohdintaa

Terveyden edistäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa tutkimuksellinen opinnäytetyö alkoi syksyllä 2013 projektiopintojen yhteydessä Teppo-projektina. SKJ3SY ryhmän sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen tutkinto-ohjelmaan kuului kolmen opintopisteen projektikonaisuus, jossa opiskelijat saivat valita useasta eri projektivaihtoehdosta itselleen sopivan. Oysin perusterveydenhuollon yksikkö oli tilannut Oulun ammattikorkeakoululta terveyden edistämistyöhön liittyvän kyselytutkimusprojektin, jota opinnäytetyöryhmän jäsenet ryhtyivät tekemään.

Syksyn 2013 aikana Teppo-projekti eteni normaalisti projektityön ja opintojen aikataulun mukaisesti ja projektisuunnitelma valmistui ajallaan joulukuussa. Projektiopintoihin kuuluivat mm. asianmukaiset projektikokoukset, joihin osallistui myös projektin tilaajan edustaja Oysin perusterveydenhuollon yksiköstä. Tammikuussa 2014 opintojen jatkuttua projektiryhmä kuuli koulutusohjelman uudelleen järjestelyistä ja projektien lopettamisesta. Projektiryhmä sai jatkaa projektia halutessaan tutkimuksellisenä opinnäytetyönä ja tutkimusryhmässä jatkoi kahdeksan opiskelijaa alkuperäisen 10 sijasta. Ryhmän jäsenet päättivät jatkaa projektia opinnäytetyönä, koska syksyn aikana valmistunut projektisuunnitelma oli vaatinut paljon työtä ja koska terveyden edistämisen aihe oli mielenkiintoinen. Tutkimusryhmän työ jatkui luontevasti kyselytutkimuksen parissa. Valmiista projektisuunnitelmasta ja syksyn aiemmasta tehdystä pohjatyöstä oli paljon apua tutkimuksen edetessä.

Ryhmäkoon haasteet sekä hyödyt tulivat esille jo heti alussa projektiopintojen yhteydessä. Ryhmän suuren koon vuoksi tehtäviä pystyttiin jakamaan, mikä auttoi työn sujuvaa etenemistä. Ryhmän jäsenten erilaisia vahvuuksia hyödynnettiin. Molempien ensimmäisten lukukausien ajan ryhmä kokoontui lähipäivien lisäksi säännöllisesti kerran viikossa verkko AC-istuntoon, jossa koottiin yhteen itsenäiset työskentelyt, keskusteltiin yhteisistä linjoista, tehtävistä sekä työstettiin tekstiä. Kolmannen lukukauden alkaessa AC-istuntojen määrää lisättiin kahteen kertaan viikossa koska tekemistä oli paljon. Verkossa työskenteleminen koettiin käytännölliseksi ja työtä helpottavaksi. Pitkien etäisyyksien, ison ryhmäkoon, erilaisten työ- ja elämäntilanteiden vuoksi verkkotyöskentely oli välttämätöntä. Verkossa käydyt AC-istunnot sujuivat ryhmältä hyvin luontevasti ja istunnot kestivät puolesta tunnista kahteen tuntiin. Istuntojen aikana työtä muokattiin, mietittiin

työn etenemiseen liittyviä asioita ja keskusteltiin vapaamuotoisesti. Myös ohjaava opettaja osallistui ac-istuntoihin työn eri vaiheissa. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyö eteni ilman suurempia ongelmia ja ryhmäläisten väliset mielipide- ja näkemyserot pystyttiin selvittämään heti niiden ilmaannuttua. Jokainen ryhmän jäsen osallistui lähes poikkeuksetta aktiivisesti työn eri vaiheisiin. Myös opintoihin liittyvien tehtävien linkittyminen opinnäytetyöhön oli opinnäytetyötä edistävää ja mielekästä ryhmäläisten mielestä.

Haasteiksi osoittautuivat erilaiset tietotekniset ongelmat, sovituisissa aikatauluissa pysyminen sekä tutkimuksen tilaajan ja tutkimusryhmän yhteistyö. Tutkimusryhmä koki haasteellisena ja työtä hidastavana tilaajan kyselyyn viime tipassa laittamat omat lisäkysymykset ja sen että tilaaja oli luvannut toiselle opiskelijalle lisätä myös hänen tupakointiaiheiset kysymykset samaan henkilöstökyselyyn. Tilaaajan tutkimuksen tulosten julkaisussa oli epäselvyyttä. Tilaaaja julkaisi ja esitti omat tulokset tutkimusryhmän aineistosta Oysin henkilöstölehdessä ja hoitotyön johtoryhmässä. Tämän tutkimusryhmä koki epäasiallisena, koska tutkimusryhmä jätettiin mainitsematta. Ryhmä oli lisäksi käynyt itse esittelemässä johtoryhmälle tulevaa kyselytutkimusta ja kertonut tulevansa esittelemään tuloksia tutkimuksen valmistuttua. Epäselvyydet olisi voitu välttää tekemällä etukäteen selkeät kirjalliset sopimukset tutkimuksesta ja tulosten esittämisestä. Yhteistyö tilaajan kanssa loppui, kun kyselyn aineisto oli saatu kerättyä.

Tutkimuksen aineisto käsiteltiin ja tulokset analysoitiin Wepropol 2.0 tilasto-ohjelmalla. Wepropol-ohjelmisto ei ollut entuudestaan tuttu kenellekään tutkimusryhmän jäsenelle. Alkuun pääsemiseksi ryhmän jäsenet saivat ohjelmiston käyttöön ohjausta. Ryhmän jäsenistä yksi henkilö sai käyttöönsä tunnukset Webropol-ohjelmistoon ja hän toimi pääasiallisena ohjelmiston, sen asetusten ja tutkimukseen liittyvien kysymysten käyttäjänä. Webropol-ohjelmiston käyttö koettiin kohtalaisen helpoksi tutkimusryhmän jäsenien kesken.

Aineisto jaettiin tutkimuskysymysten mukaan ryhmän kesken ja aineiston analyysia tehtiin osin pareittain ja myös yksin. Ohjelmistolla saatiin taustamuuttujia vaihtamalla helposti ryhmän tarvitsemia tutkimustuloksia. Ohjelmistolla saatiin lisäksi valmiita kuvioita ja kaavioita lisättäväksi tutkimuksen loppuraporttiin. Kaiken kaikkiaan Webropol ohjelmisto oli oikein käytännöllinen ja hyvä työkalu tähän tutkimukseen.

7.2 Tulosten pohdintaa

Tulosten pohdinnassa käsitellään tulosalueiden ja ammattiryhmien välisiä eroja, terveyden edistämistyöhön liittyviä parantamisehdotuksia ja menetelmiä, työskentelyoloja sekä lihavuuteen liittyvää puheeksi ottamisen vaikeutta. Nämä teemat nousivat tuloksista eniten esille.

Tulosalueiden välisiä eroja tuli esille jonkin verran tutkimuksessa. Kyselyyn vastasivat operatiivisen, medisiinisen, psykiatrisen ja lasten ja naisten tulosalueiden terveydenhuollon ammattihenkilöt. Psykiatrisen ja medisiinisen tulosalueiden henkilöstöllä oli vastausten mukaan enemmän tietoa ja valmiuksia puuttua potilaiden haitallisiin elintapoihin ja masennukseen, kun taas lasten ja naisten sekä psykiatrisen tulosalueiden henkilöstöllä oli paremmat valmiudet ja enemmän tietoa puuttua perheiden tarvitsemaan tukeen. Tulosten mukaan psykiatrisella tulosalueella työskentelevät vastaajat puuttuvat potilaiden alkoholin käyttöön muualla työskenteleviä enemmän. Toisaalta psykiatrisella tulosalueella potilaiden tupakointiin puututaan vähemmän kuin muualla. Tämä selittynee sillä, että alkoholi usein aiheuttaa tai pahentaa oireita kun taas tupakointi ei. Muilla tulosalueilla tupakointi aiheuttaa oireita ja voi olla osa tulosyytä. Tulosten mukaan operatiivisella tulosalueella työskentelevät puuttuvat vähiten kyselyssä kysytyihin asioihin. Operatiivisella puolella potilaskäynnit ovat usein lyhyitä ja vastaajat eivät välttämättä tapaa potilaita heidän ollessa hereillä tai yhteistä aikaa potilaan kanssa on liian vähän.

Psykiatrisen tulosalueen vastaajat erottuivat muista tulosalueiden vastaajista läpi koko kyselyn. Selittävänä syynä voi olla psykiatrisen hoitotyön luonne. Psykiatrisella tulosalueella vastaajilla on aikaa potilaille kokonaisvaltaisemmin ja näin ollen terveyden edistämiseenkin on enemmän aikaa ja se on helpompi ottaa puheeksi kuin muilla tulosalueilla. Lasten ja naisten tulosalueen vastauksista erottui perheiden tarvitseman tuen puheeksi ottaminen ja puuttuminen enemmän kuin muilla tulosalueilla. Selittävänä syynä voi olla se, että lasten ja naisten tulosalueella hoidetaan ja kohdataan erikoissairaanhoidon tarpeita lapsia ja heidän perheitään enemmän kuin muilla tulosalueilla ja esimerkiksi kättilön tulee huomioida perheen tilanne kokonaisvaltaisesti. Muita selittäviä syitä tulosalueiden välisessä vertailussa voivat olla terveydenhuoltoalalla työskentelevien henkilöiden koulutus, työkokemus ja tietotaito. Mielenkiintoista olisi pohtia esimerkiksi sitä, kuinka paljon syntyisi säästöjä pitkällä tähtäimellä jos potilaita ei pompoteltaisi tulosalueilta toiselle

vaan somaattiset sairaudet ja mielenterveyden sairaudet voitaisiin hoitaa samalla kertaa samassa paikassa. Samalla voitaisiin pohtia kuinka paljon yhteiskunta säästäisi, jos kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen resursoitaisiin nykyistä enemmän voimavaroja ja aikaa.

Parantamisedotuksissa nousi eniten esille tarve lisäkoulutukselle sekä tarve saada lisää aikaa potilastyön toteuttamiseen. Tarve lisääjasta potilastyöhön voi olla viite puutteellisesta terveydenedistämisen opetus- ja ohjaamisosaamisesta. Peruskoulutus antaa tietyn tieto- ja taitoperustan, jota työssä tarvitaan, mutta ammatillisten kompetenssien ylläpitoon ja kehitykseen tarvitaan säännöllistä ja ajantasaista täydennyskoulutusta. Terveystieteiden ammattihenkilöstön lisäkoulutus tulisi olla itsestäänselvyys, säännöllistä ja kaikille terveydenhuollon ammattiryhmille kuuluvaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö laati selvityksen vuonna 2006 jossa päätavoitteena oli tuottaa tietoa ja nostaa esille kehittämistarpeita terveyden edistämisen osaamisen vahvistamiseksi sosiaali- ja terveysalan koulutuksissa. Ensimmäinen aineisto kerättiin haastatteleamalla 51 toisen asteen, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen koulutuksista vastaavaa henkilöä. Toisessa vaiheessa ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen sosiaali- ja terveysalaa edustaville koulutusten tuottajille lähetettiin lomakekysely, jonka kysymykset pohjautuivat haastattelutuloksiin. Kaiken kaikkiaan 123 sosiaali- ja terveysalan koulutusta oli selvityksessä mukana. Haastattelussa läpi käytyjä teemoja olivat mielenterveyden, seksuaaliterveyden, ravitsemuksen, liikunnan, päihteiden ja tupakoinnin käsittely. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, viitattu 7.3.2015).

Selvityksen tulosten perusteella merkittävimmät kehittämistarpeet liittyivät terveyden ja terveyden edistämisen määrittelyyn, kunkin alan vastualueen ja roolin määrittämiseen terveyden edistämisen kentässä, menetelmien hallintaan etenkin yhteisöjen ja ympäristön terveyden edistämisen sekä terveyserojen kaventamisen osalta, kansallisten ja kansainvälisten ohjelmien konkretisointiin kunkin alan lähtökohdista ja kansanterveydellisen ajattelun ja yhteiskunnallisen näkemyksen vahvistamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, viitattu 7.3.2015).

Koulutusalojen ja -tasojen välinen yhteistyö todettiin vaativan kehittämistä, jotta tutkittu tieto ja hyvät käytännöt saadaan laajemmin hyödynnettyä. Myös kouluttajien terveyden

edistämiseen liittyvä osaaminen vaati pääosin vahvistamista. Koulutuksen kautta tapahtuvat muutokset tapahtuvat hitaasti, joten täydennyskoulutuksen merkitys korostuu ja se on terveyden edistämisen osaamisen vahvistamisessa yksi merkittävistä haasteista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, viitattu 7.3.2015).

Terveydenhuoltoalan koulutuksensisällön on tarkoitus vastata terveydenhuollon tarpeita. Terveyden edistäminen on yhä enemmän tulevaisuudessa haaste myös itse terveydenhuoltoalan koulutukselle. Terveydenhuollon tarpeiden muuttuessa on myös koulutuksen sisällön vastattava haasteeseen ja muututtava. Näin terveydenhuollon ammattihenkilöillä on jo valmistuessaan ammattiin sitä osaamista, jota he työssään tarvitsevat.

Tutkimuksessa selvitettiin, mitä ja kuinka paljon *työoloja* voitaisiin parantaa, jotta terveydenedistämistyötä olisi mahdollisuus toteuttaa paremmin. Kuten yleisestikin sosiaali- ja terveysalalla aikapula koettiin vaikeuttavan terveydenedistämistyötä. Jatkuva kiire on todellisuutta hyvin monessa toimipisteessä, mutta kokemuksiemme mukaan asioiden tekemättä jättäminen on helppo laittaa kiireen syyksi. Ehkä ihmisten luonteeseen ja perinteiseen kanssakäymiseen kuuluu valittaa kiireestä ja huonommista työoloista kuin aikaisemmin. Olisiko "ennen kaikki oli paremmin" - sanonta vain myytti, joka ei aina pidä paikkaansa. Turun yliopiston työterveyshuollon professori Tuula Putuksen ja Tilastokeskuksen työolotutkimuksesta vastaava Anna-Maija Lehdon mukaan työelämä ei todellisuudessa ole muuttunut yhtään kovempaan suuntaan ja vuodesta 1977 alkaen tehdyssä tutkimuksessa kiire ja henkinen rasittavuus ovat vähentyneet (Pulliainen 2015, 8-9). Työtapoja kehittämällä voisi saada kiireen tuntua pois jokapäiväisestä työstä.

Vastauksissa myös nousi esille, että olisi hyvä olla yhteinen toimintamalli. Tähän on jo puututtu ja Oysissa on kehitteillä potilastietojärjestelmään reaaliaikainen osio tukemaan terveyden edistämisen mittaamista ja arviointia. Suomen laajuudessakin terveydenhoitoalalle on koko ajan tullut lisää yhteisiä toimintamalleja, esimerkkinä terveystieteen laajenevat tietokannat, näyttöön perustuvat hoitotyön käytännöt ja käypähoito-suositukset. Yhteiset toimintamallit on erittäin hyvä kehityssuunta, pitäisi saada terveydenhuollon ammattihenkilöt myös käyttämään niitä. Miksi sitten yhteisten toimintamallien vieminen käytäntöön on niin hidasta? Varmasti osittain riippuu jokaisen omasta kiinnostuksesta. Mikäli olet aiheesta oikeasti kiinnostunut, haluat hakea uutta tietoa ja ottaa uudet käytän-

nöt heti toimintaan mukaan. Mikäli ei kovinkaan paljon kiinnostunut esimerkiksi terveyden edistämisestä, herkästi mennään sillä mitä aina ennenkin on tehty. Asenne työhön pitää olla kohdallaan kaikilta osin.

Tässä tutkimuksessa nousi esille, ettei *AUDIT-lomakkeen* kysymyksiä käytetä potilaan alkoholin käytön kartoittamisessa. Alkoholiongelmaisen käypä hoito-suosituksen mukaan alkoholiongelma on eräs yhteiskunnan merkittävistä terveysuhkista, minkä vuoksi alkoholiongelman ehkäisyssä, havaitsemisessa ja hoidossa terveydenhuollolla on keskeinen asema. Terveydenhuollon kaikissa hoitopaikoissa, myös erikoissairaanhoidossa, varhainen havaitseminen on tehokkaan hoidon edellytys. Tärkein alkoholiongelman diagnosoitikeino on keskustelu potilaan kanssa, mutta apuna voidaan käyttää myös kyselylomakkeita ja laboratoriomittareita. Lyhytneuvonta eli mini-interventio on tehokas tapa vaikuttaa alkoholinkäyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja. Lyhytneuvonnassa alkoholinkäytön kartoituksen apuna käytetään usein *AUDIT-lomaketta*. (Käypä hoito 2011, Viitattu 27.2.2015.)

Voidaankin pohtia, miksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä *AUDIT-lomaketta* ei juurikaan käytetä potilaan alkoholinkäytön kartoittamisen apuvälineenä. Lomakkeen käytön vähyyttä selittänee ainakin osittain selkeiden toimintamallien ja hoitopolkujen puuttuminen. Apuvälineiden käyttö terveyden edistämisessä jää jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön oman osaamisen ja motivaation varaan. Voidaan ajatella myös, että erikoissairaanhoidossa hoidetaan vain tulossyyhyn liittyvä asia. Terveyden edistämistä erikoissairaanhoidossa ei koeta tärkeäksi ja sen koetaan kuuluvan perusterveydenhuoltoon. Tätä tukee myös Herralan, Kotisaaren, Lindforsin & Ståhlin (2011) tekemä tutkimus erikoissairaanhoidon roolista terveyden edistämisessä, jonka mukaan terveyden edistämisen rooli erikoissairaanhoidossa kaipaava selkiyttämistä. Tuloksissa nousi huomio myös siitä, että terveysneuvonta kuuluu sairaalan käytäntöihin vain silloin, kun se liittyy läheisesti sairauden hoitoon. (Herrala, Kotisaari, Lindfors & Ståhl 2011, viitattu 27.2.2015.)

Ammattiryhmien välisten erojen tuloksista tuli selkeästi esille, että lääkäreiden oli muihin ammattiryhmiin verrattuna helpompi ottaa puheeksi potilaan alkoholinkäyttö, tupakointi ja lihavuus riippumatta siitä liittyvätkö ne tulossyyhyn vai eivät. Fysioterapeuteista yli puolet koki alkoholinkäytön puheeksi ottamisen vaikeaksi, kun se ei liittynyt tulossyyhyn.

Fysioterapeutit kokivat lihavuuden helpoksi puheenaiheeksi, vaikka se ei liittynyt tulosyyhyn. Erityistyöntekijät kokivat masennuksen ja perheen tilanteen helpoksi puheenaiheiksi liittyivät ne tulosyyhyn tai eivät. Lääkärit ja erityistyöntekijät keskustelivat haitallisista terveystottumuksista, masennuksesta sekä perheen tuen tarpeesta muita ammattiryhmiä yleisemmin. Lääkärit ohjasivat potilasta myös jatkohoitoon muita ammattiryhmiä enemmän.

Erityistyöntekijöistä ja fysioterapeuteista reilu kolmannes oli sitä mieltä, että alkoholin riskikäyttäjän lyhytneuvonta kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Fysioterapeuteista alle puolet koki, että alkoholi riippuvuuden tunnistaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Erityistyöntekijöistä lähes puolet oli sitä mieltä, että lihavuuden puheeksi ottaminen kuuluu lääkärille. Fysioterapeuteista ja erityistyöntekijöistä alle puolet oli sitä mieltä, että tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Noin puolet erityistyöntekijöistä oli sitä mieltä, että nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus kuuluu lääkärille. Vastaavasti noin puolet fysioterapeuteista oli sitä mieltä, että se kuuluu hoitajille.

Ammattiryhmistä lääkärit kokivat vaikutusmahdollisuutensa parhaiksi perheen tukemista lukuun ottamatta. Fysioterapeutit kokivat vaikutusmahdollisuutensa hyväksi erityisesti painonhallintaan liittyvissä asioissa. Erityistyöntekijöillä oli parhaat vaikutusmahdollisuudet perheen tukemiseen. Nimikesuojatut kokivat vaikutusmahdollisuutensa huonoksi.

Ammattiryhmien välisten erojen syy voi selittyä tutkimuksessakin esiin nousseella kii-reellä. Terveystieteiden ammattihenkilökunta kokee, että hoitotyössä ei ole aikaa terveyden edistämiseen, kun potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet. Terveystieteiden edistäminen ei ole vain erikoissairaanhoidon toimintaa vaan terveydenhuollon eri tahojen yhteistoimintaa. Hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön lisääminen olisi tärkeää, jotta terveyden edistämistyötä voitaisiin tehdä ja kehittää. Toisaalta erikoissairaanhoidossa potilaita hoidetaan erikoisaloittain, jossa kokonaisvaltainen näkemys terveyden edistämisestä unohtuu.

Ammattiryhmien välisiä eroja voisi vähentää, jos kehitettäisiin moniammatillista tiimityöskentelyä. Sairaalassa on totuttu hierarkkiseen toimintaan, jossa ammattiryhmät keskittyvät oman koulutuksensa puitteissa esimerkiksi terveyden edistämiseen. Tapahtuuko

vuoropuhelua ammattiryhmien kesken, joka voisi parhaimmillaan tuoda lisää tietoa ja taitoja yhdessä toimien potilaiden terveyden edistämiseksi? Erojen syy voi selittyä myös sillä, että henkilöstöllä ei ole ajantasaista tietoa ja taitoa terveyden edistämisestä. Terveyden edistämisen jatkuvan lisäkoulutuksen merkitys korostuu, jotta henkilöstöllä on riittävästi valmiuksia puuttua potilaiden haitallisiin terveystottumuksiin.

Lihavuuden suhteen on olemassa käypähoitosuositus. Suosituksen mukaan painoindeksi BMI tulee merkitä potilasasiakirjoihin kaikista potilaista, joiden paino tulee puheeksi vastaanotolla ja ainakin niiden osalta, joiden BMI on yli 30 tai joilla on lihavuuden liitännäissairauksia. Terveydenhuollossa lihavuuden aktiivinen hoito tulisi kohdistaa potilaisiin, joilla on lihavuuden liitännäissairauksia tai niiden vaaratekijöitä. Ensisijainen hoitomuoto on suunnitelmallinen, usealla tapaamiskerralla annettava elintapaohjaus. (Käypä hoito 2013, Viitattu 7.3.2015)

Tulosten mukaan 12 % vastaajista oli sitä mieltä, että lihavuus on potilaan yksityisasia eivätkä puutu siihen jos se ei liity tulosityhyn. Toisaalta 70 % vastaajista oli sitä mieltä, että lihavuus ei ole vaan potilaasta johtuvaa, vaan myös hoitohenkilökunta voi vaikuttaa potilaan lihavuuteen. Suurin osa vastaajista kokee siis olevan vielä vaikutusmahdollisuuksia potilaan lihavuuden suhteen ja tämän lisäksi ovat olemassa käypähoitosuositukset, että lihavuuteen tulisi puuttua. Vastauksista nousee kuitenkin esille, että näitä vaikutusmahdollisuuksia on hankala muuttaa teoksi eli puheeksi. Avointen kysymysten vastauksissa ilmaistiin, ylipainoon liittyvien tietojen päivitystarve. Vastauksissa ilmaistiin myös ohjeita ylipainon puheeksi ottamiseen. Kokemustemme mukaan myös ravitsemusterapeuttien konsultointi potilaan ylipainoon liittyvissä asioissa on vähästä. Käypähoitosuositusten mukaan heidän tulisi olla mukana keskusteltaessa potilaan kanssa ylipainosta ja ohjattaessa häntä ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Varsinkin kun ylipainon puheeksi ottaminen koettiin tämän projektin tulosten mukaan vaikeaksi.

Terveydenhuollon ammattihenkilöille kuuluu potilaan ja asiakkaan terveyden edistäminen. Valmiudet ottaa puheeksi ja puhua vaikeista asioista tulee oppia jo koulutuksen aikana. Ylipainoisuuteen voi liittyä paljon väärää tietoa ja erilaisia asenteita sekä vääränlaisia uskomuksia. Ylipainoiseen ihmiseen voidaan liittää sellaisia ominaisuuksia, jotka eivät ole hänen ominaisuuksiaan. Massamedialla on osansa näiden asenteiden ja uskomusten tuottamisessa. Elokvateollisuus muokkaa ja tuottaa ihanteellista ihmiskuvaa,

jossa tähdet ovat hoikkia, kauniita ja ikuisesti nuoria. Mediassa on esillä koko ajan erilaisia laihdutusohjelmia, lehdet ovat täynnä erilaisia dieettejä ja henkilökohtaiset ohjaajat sparraavat ihmisiä muuttumaan hoikiksi ja huippukuntoisiksi. Ylipainoiset ihmiset tietävät olevansa lihavia. He kestävät ammatillisen puheeksi ottamisen ja puheen ylipainosta ja sen vaikutuksista terveyteen samoin kuin elintapojenmuutosohjauksen, jossa he tuntevat tulevansa kohdatuksi ihmisarvoisesti.

7.3 Tutkimuksen luotettavuuden pohdintaa

Tässä tutkimuksessa vastaajien määrässä oli suuri kato (vastausprosentti 23 %), joten saadut tulokset ovat pelkästään suuntaa antavia. Katoa selittänee tutkimuksen aihe, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja yleinen motivaatio kyselyihin vastaamiseen. Muita syitä voivat olla kiire, kyselyn unohtaminen tai häviäminen muiden sähköpostien joukkoon. Tuloksia tarkastellessa on huomioitava se, että vastaajat ovat vastanneet kysymyksiin ja väittämiin sen hetkisen tilanteen ja omien subjektiivisten tuntemusten mukaan. Vastaajat vastasivat kyselylomakkeeseen melko kattavasti. Kyselyn loppuosan avoimeen kysymykseen tuli vain vähän vastauksia. Tätä selittänee uusien ehdotusten puuttuminen potilaiden terveydenedistämisen parantamiseksi sekä kysymysten suuri määrä.

Aineistoa käsittelivät ainoastaan sairaanhoitopiirin edustajat ja tutkimusryhmä. Kyselyyn vastattiin anonymisti ja tulokset raportoitiin rehellisesti. Valmiin mittarin käyttämisestä oli niin etunsa kuin haittansa. Valmis mittari nopeutti opinnäytetyön etenemistä. Tutkimusryhmä koki kuitenkin, ettei mittari ollut kovin luotettava ja sen jatkotyöstäminen olisi ollut tarpeellista, mutta siihen ei voinut tehdä kuin pieniä muutoksia. Tutkimuksen tilaaja halusi käyttää vertailutiedon saamiseksi samaa mittaria kuin oli käytetty aiemmin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Tilaajan lisäämien kysymysten vuoksi kyselystä tuli pitkä. Kysymysasettelun epäloogisuuden vuoksi osa vastaajista ei ymmärtänyt kaikkia kysymyksiä. Mittarin toimimattomuudesta kertoi mahdollisesti myös Pirkanmaan tutkimuksen alhainen vastausprosentti (13 %).

Tutkimuskysely sai negatiivista palautetta erityisesti leikkausosastoilla, teho-hoidon, ensihoidon, lasten ja nuorten klinikalla työskenteleviltä, jotka kokivat kyselyyn vastaamisen vaikeaksi tai eivät kokeneet sitä mielekkääksi. Alapuolella olevissa tekstilainauksissa on esimerkkejä negatiivisista palautteista.

Leikkaussalissa näihin asioihin ei juuri ehditä paneutua.

Tässä kyselyssä olisi tarkemmin ollut syytä kartoittaa vastaajan työskentelypistettä. Leikkaussaliväilyä tekevänä moneen kohtaan on hankala vastata, sillä en tiedä minkälaisia johtopäätöksiä siitä tehdään. Esim. prepoliklinikkatyö antaa aivan erilaisia mahdollisuuksia puuttua asioihin. Vaikka tärkeitä asioita ovatkin potilaan kokonaisvaltaisen hoidon kannalta, ei näihin asioihin vain ole mielekästä puuttua siinä kohtaa hoitoketjua, missä itse työskentelen.

Pienten lasten ollessa potilaina, näitä ei tule potilaan kohdalla esille jonkin veran vanhempien osalta alkoholi ja tupakka.

Kommenttia kyselyyn liittyen: teen potilastyötä nuorten parissa: asteikko lapset - aikuiset ei siinä mielessä sopiva.

Aika vaikeita kysymyksiä tehohoidon näkökulmasta.

Kohdan 12 kysymyksiin hieman hankala vastata näin ensihoitokeskuksen työntekijän näkökulmasta, koska harvoin ensihoitotyössä se tärkein tehtävä liittyy potilaan elintapa ohjaukseen.

Mielestäni leikkausosaston pääasiallinen funktio on hoitaa potilaan kirurgiaa vaativa häiriö/ vaiva/sairaus EIKÄ leikkausosasto ole oikea paikka varsinaiselle valistustyölle.

Lisäksi muutamissa vastauksissa terveyden edistämistä pidettiin aiheena merkityksettömänä ja vaikeana toteuttaa. Lisäksi se ei näiden vastaajien mielestä kuulu erikoissairaanhoidon hoitoon.

Raskaana olevien ja synnyttäneiden terveystottumukset on hyvin kartoitettu ja ohjattu neuvolassa.

Potilaskontaktit (onneksi) niin lyhyet, että smalltalk jää vähiin.

En ole myöskään vakuuttunut siitä, että erikoissairaanhoidon pitäisi tehdä tuo kaikki edellä mainittu itse mm. siksi, että seuranta tapahtuu muualla, koska hoitosuhteet ovat lyhyitä ja siksi puheeksi ottaminen ja ohjaaminen pth:oon on minusta riittävä toimenpide osassa tilanteita.

OYS:ssa on osin suoraan kielletty esimerkiksi erityistyöntekijöiden kuten ravitsemusterapeuttien työpanoksen hyödyntäminen esimerkiksi pseudotumor cerebri -potilaiden sairaalloisen lihavuuden hoidossa. Harkinnan mukaan erityistyöntekijöiden käyttö pitäisi sallia potilaiden hoidossa.

7.4 Uudet haasteet

Opinnäytetyön prosessin aikana tutkimuksen aineistoa ehdittiin jo konkreettisesti käyttää PPSHP:n terveyden edistämisen kehittämiseen sekä toimintasuunnitelman laatimiseen, joka valmistui syksyllä 2014. Toimintasuunnitelmassa käsitellään liikuntaa, raskautta, vaa- jaaravitsemusta, lihavuutta, tupakointia, alkoholia ja huumaavia aineita. Toimintasuunnitelma käsittelee myös alueellista yhteistyötä, henkilöstön osaamisen kehittämistä, henkilökunnan työ- ja toimintakykyä, viestintää sekä seuranta- ja arviointia ja terveyden edistämistä. (Ahlstén 2014, 12).

Terveyden edistämisen toiminnan kehittäminen etenee askel kerrallaan. Tavoitteena on, että kaikilla hoitotyötä tekevillä on valmiudet ottaa terveyteen liittyvät tekijät puheeksi potilaan kanssa sekä antaa potilaille terveysneuvontaa ja ohjausta. Tavoitteena on myös kartoittaa terveyttä edistävät tekijät potilaan jokaisen sairaalakäynnin yhteydessä sekä kirjata ne yhteneväisesti sähköiseen potilaskertomukseen. Sairaanhoidopiirin ESKO-potilaskertomukseen on tarkoitus lisätä vuosien 2015–2016 välisenä aikana toiminto, jonka avulla potilaan terveyteen liittyvä tieto voidaan kirjata yhteneväisesti. Tämän jälkeen terveystietoja koskevia mittareita voidaan alkaa kehittämään. Kerätyn tiedon perusteella voidaan jatkossa koota yhteenvetoraportteja. Henkilökunta saa terveyden edistämiseen liittyvää koulutusta. (Ahlstén 2014, 12).

Hoitohenkilökunnan näkemyksen lisäksi olisi aiheellista laajentaa tutkimusta koskemaan terveydenhuollon palveluiden käyttäjiä eli potilaita ja heidän omaisiaan. Asiakaslähtöisyys on nykyään yksi tärkeimmistä toiminta-ajatuksista palveluja tuottavissa yrityksissä, mutta myös julkisissa palveluissa. Se toimii yhtenä tärkeimmistä laatutekijöistä ja antaa palvelulle oikean tarkoituksen. Asiakas on juuri se, jota varten palvelu on tuotettu. Asiakaslähtöisyyteen päästään ottamalla asiakas mukaan palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen. (Valvio 2010, 69–70; Suomen kuntaliitto, viitattu 3.4.2014.) Mielenkiintoista olisi tutkia palvelumuotoilun menetelmin potilaiden käsityksiä miten terveyden edistä-

mistä voitaisiin kehittää. Miten terveydenhuollon palvelut saataisiin yhä enemmän vastaamaan palvelujen käyttäjien tarpeita. Myös perusterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemykset olisivat kiinnostavia sekä niiden vertailu erikoissairaanhoidon kanssa.

Julkisen talouden kestävyysvaje, väestörakenteenmuutos, palvelujen käyttäjien kasvaneet vaatimukset asettavat lähivuosina sosiaali- ja terveystaloukselle uudistamis- ja kehittämispaineita niin palvelurakenteiden kuin toimintatapojen suhteen. Tulevaisuuden ennakoiminen on palvelujen kehittämiseksi ensisijaisen tärkeää. (Suomen kuntaliitto, viitattu 3.4.2014.) Suomen väestön ikääntyminen merkitsee hoidon tarpeen lisääntymistä. Hoidon tarve lisääntyy erityisesti köyhtyvissä muuttotappiokunnissa. Muuttotappiokunnat aiheuttavat oman haasteensa terveydenhuollon alueelliselle järjestämiselle. Pitkällä tähtäimellä suurempi haaste liittyy teknologian kehitykseen. Uusi tietotekniikka tekee mahdolliseksi, että kansalaiset voivat aivan uudella tavalla ottaa vastuuta omasta terveydestään. (Kuusi, Ryyänen, Kinnunen, Myllykangas & Lammintakanen. 2013, viitattu 5.4.2014.)

Sote uudistuksen myötä tarkoituksena on saada hienot rakenteet, mutta kuinka käy terveyden edistämisen? Timo Ståhl viittaa blogissaan kuinka sote uhkaa kitkeä kunnista terveyden asiantuntemuksen. (Ståhl 2014, viitattu 17.4.2014.) Terveydenhuoltolaki antaa kunnille selkeät tehtävät väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Kuntien tulee arvioida ja ottaa huomioon päätöksensä vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Kunnan on suunnitelmissaan asetettava terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet ja määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet. Kunnat tarvitsevat lain edellyttämään suunnitelmalliseen terveyden edistämiseen vankkaa terveyden asiantuntemusta. Kuitenkin vuonna 2013 tehdyn tiedonkeruun vastaukset terveyden edistämisen suhteen näyttävät huonoilta; sosiaali- terveystalouksien uudistus, sote uhkaa hävittää terveyden edistämisen kuntien ydintoiminnoista. Päähuomio ei ole enää itse toiminnassa, sairaanhoidossa, sairauksien ehkäisyssä tai terveyden edistämässä.

Terveyden edistäminen vaatii tulevaisuudessa entistä enemmän jokaisen omaa vastuuta terveydestään. Ihmisten tiedon taso ja halukkuus osallistua omaa hoitoonsa kasvaa. WHO ja potilasjärjestöt ovat kannanotoissaan korostaneet, potilas on joka tapauksessa siirtymässä yhä enemmän aktiiviseen hoitojensa ohjaajan rooliin. (Kuusi & Ryyänen ym.

2013, viitattu 5.4.2014.) Kansalaisten mielipiteiden mukaan terveydestä huolehtiminen on yksi julkisen vallan tärkeimpiä tehtäviä. Kansalaiset tiedostavat myös yhä selvemmin ehkäisevän työn tärkeyden. Kansalaiset tunnistavat yksilön omat mahdollisuudet ja vastuun. Silti kansalaiset odottavat edellytysten luomista, tukea terveytensä edistämiseen yhteiskunnalta ja erityisesti kunnilta. (Ståhl. & Rimpelä. 2010, viitattu 7.4.2014.)

LÄHTEET

Ahlstén, M. 2014. Terveyden edistämiseen uutta puhtia. Pohjanpiiri 2014 (5), 12.

Babor T., Higgins-Biddle J., Saunders J. & Monteiro M. 2001, 2. Audit. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. World Health Organisation. Departement of mental health and substance dependence. Viitattu 19.10.14.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf

Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 1978. Viitattu 13.11.2014.

http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

Duodecim 2015. Terveyskirjasto. Terveysneuvonta. Viitattu 13.1.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03442

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta, kuntajakolain eräiden säännösten kumoamisesta sekä kielilain muuttamisesta 2013. HE 31/2013. Viitattu 20.3.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2013/20130031#id210469>

Halme, S-L. 2013. Terveyden edistämisen osaamista pohjoisen väestön tarpeisiin – jatkotutkintokokeilusta ylempään ammattikorkeakoulututkintoon. Julkaisussa Honkanen, H. & Kiviniemi, L. (toim.) Yhdessä mukana muutoksessa. Lea Rissasen juhlaKirja Oulun seudun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut, ePooki 9/2013, 30–36. Viitattu 9.4.2014.

http://www.oamk.fi/epooki/files/9113/7146/4670/Lea-Rissasen_juhlakirja_2.pdf

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heinänen, M. 2007:4. Audit- testi. Alkoholinkäytön puheeksiotto sosiaalialalla. Oppaita ja työkirjoja. Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto. Viitattu 19.10.2014.

<http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/0d695e004a15774a8c82ecb546fc4d01/AU-DIT7.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0d695e004a15774a8c82ecb546fc4d01>

Helsingin kaupunki. Sosiaali ja terveystoimi. 2013. Viitattu 19.10.2014.

<http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/ety/Toiminta/Aineistot/10%20henkilokohtaista%20kysymysta>

Herrala, J., Kotisaari, S., Lindfors, P. & Ståhl, T. 2011. Onko erikoissairaanhoitolla roolia terveyden edistämässä? Suomen lääkäri-lehti 45/2011 vsk 66, 3415–3418. Viitattu 27.2.2015.

<http://www.fimnet.fi.ezp.oamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2011/SL452011-3415.pdf>

Hibbard JH. Engaging Health Care Consumers to improve the Quality of Care. *Medical Care* 2003; 41(1):61–70. Viitattu 2.11.2014.

<http://healthcareconnects.com/pdf/engagingHealthCare.pdf>.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.–16. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Huttunen, J. 2012. Alkoholi ja terveys. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.10.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120

Huttunen, J. Duodecim. Terveyskirjasto. Mistä sote-uudistuksessa on kysymys? 2014. Viitattu 18.4.2014

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kol00221

Johnson, A. & Baum, F. 2001. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot. Int.* 2001; 16(3):281-287. Viitattu 2.11.2014.

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/3/281.full.pdf+html>.

Kettunen, T., Salmela, S. & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu-helppommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2010:47 208–218. Viitattu 14.1.2015

<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/3627/4174>

Kuusi, O., Ryytänen O-P., Kinnunen J., Myllykangas M. & Lammintakanen J. 2013. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Viitattu 5.4.2014

http://www.eduskunta.fi/fakta/vk/tuv/suomen_terveydenhuollon_tulevaisuudet.pdf,

Kunnat.net 2014. Suomen kuntaliitto. Viitattu 3.4.2014.

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/tuke/palvkeh/innovatiiviset-palvelut/kayttajalahtoisuus-kunnissa/Sivut/default.aspx>

Koppa. Jyväskylän yliopisto. Avoimen yliopiston koppa. Viitattu 21.1.2015.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-to-teuttaminen>

Koskenvuo, M. & Mattila, K. 2009. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisemisen periaatteet. Duodecim. Viitattu 26.4.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001

Koski-Jännes, A. 2008. Motivoiva haastattelu. Luentomateriaali 3.4.2008. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Viitattu 14.1.2015. Saatavissa: http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf

Kunnat.net 1.10.2013. Terveyden edistäminen ja kansantautien ehkäisy. Viitattu 13.1.2015. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/terveyden-edistaminen/Sivut/default.aspx>

Kylmänen, J., Vehviläinen-Julkunen, J. & Lähdevirta, J. Laadullinen terveystutkimusmitä, miten ja miksi? Duodecim 2003;119. Viitattu 6.10.2014.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>

Käypä hoito-suositus 7.2.2011 Alkoholiongelman hoito. Duodecim. Viitattu 27.2.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>

Käypä hoito-suositus 13.9.2013 Lihavuus (aikuiset). Duodecim. Viitattu 7.3.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010>

Lappalainen-Lehto, R., Romu M-L, Taskinen, M. 2007. Haasteena päihitteet. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lahtinen E., Koskinen-Ollonqvist P., Rouvinen-Wilenius P. & Tuominen P. Muutos ja mahdollisuus. Terveyden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:15. Viitattu 21.10.2014.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4084.pdf&title=Terveyden_edistamisen_tutkimuksen_arviointi_fi.pdf

Lastensuojelulaki. 2007. Viitattu 17.10.2013

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Lehtinen, N., Kulmala, J., Rigoff, A-M. & Ståhl, T. 2010. Terveysneuvonnan toteutuminen ja haasteet Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mattila, M. 2008. Kvantimotiv. Mittarin validiteetti 2008. Viitattu 21.1.2015,

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>

Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Duodecim. Käypä hoito-suositus. Viitattu 14.1.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01668>

Melkas, 2010. Kunnat terveyden edistäjinä-informaatio-ohjausta vai normeja? Julkaisussa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 45–54. Viitattu 20.3.2014

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80332/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f.pdf?sequence=1>

Metodix. Viitattu 21.1.15.

http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/10_tutkimuksen_luotettavuus/10_2_1laadullisen_tutkimuksen_reliabiliteetti

Mokkila, E. 2013. Terveyden edistäminen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä: pilottitutkimus itsearviointimittarin tuloksista. Terveyskasvatuksen Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos. Viitattu 7.10.2014.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42324/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201310102453.pdf?sequence=>

Mustajoki, P., Fagerholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavuus ongelma ja hoito. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Oulun kaupunki 2011. Uuden Oulun hyvinvointikatsaus. Viitattu 7.10.2013,

http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=f2a26957-7dab-4588-bce2-70e96604785c&groupId=78504

Pohjanmaa-hanke 2005–2014. Lapsi ja vanhemman mielenterveys- tai päihdeongelma. Viitattu 17.10.2013

http://www.epshp.fi/pohjanmaahanke/mielen_hyvinvointi_ja_ongelmat/mielenterveys-ongelmat/masennus/lapsi_ja_vanhemman_mielenterveys_tai_paihdeongelma

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Lasten - ja naisten tulosalue. Sisäinen lähde. viitattu 17.5.2014.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Medisiininen tulosalue. Sisäinen lähde. Viitattu 17.5.2014. <http://www.ppsHP.fi/sisataudit/prime103.aspx>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri intranet. 2014. Operatiivinen tulosalue. Sisäinen lähde. viitattu 17.5.2014

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Psykiatria. Viitattu 17.5.2014.

<http://www.ppsph.fi/psykiatria>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Tavoitteena terveyttä, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2010–2015. Viitattu 5.3.2015.

https://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/18664_PPSPH_strategia_2010-15.pdf

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Terveyttä edistävä sairaala. Viitattu 3.3.2015, http://www.ppsph.fi/pth/terveytta_edistava_sairaala

Pulliainen, M. 2015. Sairaus katkaisee työuran harvemmin. Kaleva 8.3.2015, 8-9.

Päihdelinkki 2011. Tulostettavat testit -Audit. Viitattu 19.10.2014.

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/tulostettavat-versiot-pdf>

Rimpelä, M. 2010. Terveyden hoidosta terveyden edistämiseen. Julkaisussa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Viitattu 27.4.2014.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80332/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f.pdf?sequence=1>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009. Viitattu 6.10.2014.

http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Salmela, S. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimenpidehankkeessa (D2D). Elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. (19–20) Viitattu 13.1.2015.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40377/978-951-39-4906-8.pdf?sequence=3>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Lastenneuvolakäsikirja. Alkoholi (Audit). Viitattu 19.10.2014.

<http://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/hyvintointi-ja-terveystottumukset/audit>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. Viitattu 7.3.2015.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3510.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Viitattu 5.3.2015

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Hakupäivä 17.10.2013 http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/lastensuojelu

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Kehittämisohjelmat ja -hankkeet. Viitattu 29.4.2014.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset. Viitattu 6.11.2014.

www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveysneuvonta

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Kehittämisohjelmat ja – hankkeet, Kaste. Viitattu 24.3.2014.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustukset. Viitattu 24.3.2014.

http://www.stm.fi/vireilla/rahoitus_ja_avustukset/sosiaali_ja_terveydenhuollon_kehittamishankkeiden_valtionavustukset

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Sote-uudistus. Viitattu 17.4.2014.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kannattaa. Viitattu 28.3.2014.

<http://www.stm.fi/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-kannattaa>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Usein kysyttyä sote-uudistuksesta. Viitattu 16.4.2014.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutistus/usein_kysyttya

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Viitattu 6.11.2014.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015

Ståhl, T. Sote uhkaa kitkeä kunnista terveyden asiantuntemuksen. 2014. THL. Viitattu 17.4.2014.

<https://blogi.thl.fi/blogi/-/blogs/sote-uhkaa-kitkea-kunnista-terveyden-asiantuntemuksen>

Stål, T. & Rimpelä, A. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. 2010. THL. Viitattu 7.4.2014.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f>

Suomen kuntaliitto 2014. viitattu 21.10.2014

<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/hyvinvointikunta/edistaminen/Sivut/default.aspx>

Suomen kuntaliitto. Sosiaali ja terveys. 2014. Viitattu 3.4.2014

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/Sivut/default.aspx>

Suomen Terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. Viitattu 13.10.14,

<http://www.stes-hsf.fi/>

Taanila, A. 2014. Akin menetelmäblogi. Viitattu 15.2.2015. <https://tilastoapu.wordpress.com/tag/kato/>

Terveempi Pohjois-Suomi 2013. Viitattu 25.3.2014.

<http://sp.terps.foral.fi/default.asp4>

Terveyden edistäminen ja kansantautien ehkäisy. Viitattu 12.10.2014.

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/terveyden-edistaminen>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, Viitattu 3.3.2015.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Keskeisiä käsitteitä. Viitattu 12.1.2015

<http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Terveydenhuoltolaki ja siihen liittyvät asetukset 2011. Viitattu 28.4.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/lainsaadanto/terveydenhuoltolaki-ja-sen-toimeenpano/terveydenhuoltolaki-ja-siihen-liittyvat-asetukset>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. Viitattu 5.4.2014.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Kansantaudit, viitattu 11.10.2014.

<http://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Vaikuttavuus ja kustannukset. 2014. Viitattu 15.2.2015.

<http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikuttavuus-ja-kustannukset>

Terveyskirjasto. Terveysneuvonta. Duodecim. Viitattu 13.1.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03442

THL. 2013. THL:n tietokirja: Alkoholi- ja päihdehaitat heijastuvat laajasti. Viitattu 10.10.2013 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=33438

THL. 2009. Mielenterveys ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Viitattu 11.10.2013 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Ladullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Helsinki. Tammi.

Valvio, T. Palvelutapahtuma ja asiakkaan kohtaaminen. 2010. Kauppakamari.

Vertio, H. 2009. Terveysneuvonnan periaatteet. Sairauksien ehkäisy. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 14.1.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00146

Vesterinen, M-L. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden visio, muutokset ja haasteet. Loppuraportti 2011. Sote-ennakointi. Viitattu 18.4.2014. http://www.oph.fi/download/133556_SOTE-ENNAKOINTI_loppuraportti.pdf

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtuaali ammattikorkeakoulu. Ylemmän AMK- tutkinnon metodifoorumi. Viitattu 21.1.15.

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413792643/1194415307356.html>

Webropol-kotisivu. Viitattu 11.2.2014.

<http://www.webropol.fi>

WHO edistää turvaa ja terveyttä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisut. 2014. Viitattu 13.1.2015.

http://www.stm.fi/stm/kansainvaliset_asiat/who

WHO. Health education. Viitattu 12.1.2015.

http://www.who.int/topics/health_education/en/

WHO 1997. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Viitattu 20.10.2014

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>

WHO 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. Viitattu 24.10.2014.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WHO Eurooppa 2004. Standardit terveyden edistämiseksi sairaaloissa. Viitattu 17.1.2015.

<http://www.stes-hsf.fi/uploads/ohjeet-ja-tyokalut/Terveysten-edistamisen-standardit-suomi-2006-10-10.pdf>

WHO 2006. Terveysten edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet. Viitattu 17.1.2015.

<http://www.stes-hsf.fi/uploads/ohjeet-ja-tyokalut/Kasikirja-ja-itsearviointilomakkeet-2008.pdf>

WHO 2015. World Health Organization. Viitattu 30.1.2015.

<http://www.who.int/en/>

WHO. Noncommunicable diseases and mental health. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Viitattu 11.10.2014.

http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

LIITTEET

LIITE 1/1

KYSELYLOMAKE

Terveyden edistäminen Ppshp:ssä

1. Toimipaikka

- Lapset ja naiset
- Medisiininen
- Operatiivinen
- Psykiatria

2. Työyksikkö

- Vuodeosasto
- Poliklinikka
- Toimenpideyksikkö
- Teho
- Leikkausosasto

3. Pääasiallinen potilasryhmä

- Aikuiset
- Lapset

4. Ikä

5. Mihin ammattiryhmään kuulut?

- Lääkäri
- Sairaanhoidtaja / kätilö
- Nimikesuojattu (esim. lähihoitaja, lääkintävahtimestari, mielisairaanhoidtaja)
- Fysioterapeutti
- Erityistyöntekijä (Sosiaalityöntekijä, psykologi, ravitsemusterapeutti, jne..)
- Muu ammattiryhmä, mikä?
- _____

6. Oletko esimiestehtävässä?

- Ei
- Kyllä

7. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

| | Täysin eri mieltä | Jokseenkin eri mieltä | Jokseenkin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä |
|--|-------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|
|--|-------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|

Alkoholinkäyttö on potilaan yksityisasia enkä puutu siihen, ellei se liity tulosityhyn

| | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Alkoholinkäyttö on potilaasta itsestään kiinni enkä usko, että voin vaikuttaa asiaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tupakointi on potilaan yksityisasiasia enkä puutu siihen, ellei se liity tulosityhyn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tupakointi on potilaasta itsestään kiinni enkä usko, että voin vaikuttaa asiaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lihavuus on potilaan yksityisasiasia enkä puutu siihen, ellei se liity tulosityhyn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Laihtuminen ja painonhallinta ovat potilaasta itsestään kiinni enkä usko että voin vaikuttaa asiaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hoidamme potilasta emmekä voi vaikuttaa perheen selviytymiseen potilaan hoidossaolon aikana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

| | Täysin riittävästi | Jokseenkin riittämättömästi | Jokseenkin riittävästi | Täysin riittävästi |
|--|-----------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------|
| Minulla on tietoa potilaan motivoimisesta muutokseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on tietoa alkoholin vaikutuksista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Minulla on valmiudet alkoholin riskikäytön mittarin (AUDIT) käyttämiseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on tietoa alkoholin riskikäyttäjän lyhytneuvonnasta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on tietoa tupakoinnin vaikutuksista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on tietoa aloittaa potilaan tupakasta vieroittamisen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on tietoa tupakasta vieroituksen palveluista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on tietoa ohjata potilaan nikotiinikorvaushoitoa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on tietoa potilaan tupakasta vieroituksessa auttavasta lääkehoidosta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on tietoa lihavuuden vaikutuksista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on valmiudet potilaan masennuksen tunnistamiseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on tietoa masentuneen potilaan tukemiseksi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on tietoa tunnistaa perheen tuen tarve | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on valmiuksia tukea perhettä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

| | Täysin eri mieltä | Jokseen- kin mieltä | Jokseenkin eri samaa mieltä | Täysin sa- maa mieltä |
|---|-----------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan alkoholinkäytön, vaikka se liittyy tulosityhyn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan alkoholinkäytön, kun se ei liity tulosityhyn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan tupakoinnin, vaikka se liittyy tulosityhyn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan tupakoinnin, kun se ei liity tulosityhyn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan lihavuuden, vaikka se liittyy tulosityhyn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan lihavuuden, kun se ei liity tulosityhyn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan masennuksen, vaikka se liittyy tulosityhyn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan masennuksen, kun se ei liity tulosityhyn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Koen vaikeaksi ottaa puheeksi
potilaan perhetilanteen

10. Miten toimit seuraavissa tilanteissa

| | En koskaan / hyvin har- voin | Satun- nai- sesti | Usein | Yleensä aina |
|--|------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Kun kartoitan potilaan alkoholikäyt- töä, käytän AUDIT-lomakkeen kysy- myksiä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun huomaan, että potilas käyttää run- saasti alkoholia, keskustelen siitä hä- nen kanssaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun huomaan, että potilas käyttää run- saasti alkoholia, motivoin häntä jatko- hoitoon | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun huomaan, että potilas tupakoi, keskustelen siitä hänen kanssaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun huomaan, että potilas tupakoi, tar- joan hänelle vieroitushoitoa hoidon ai- kana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun huomaan, että potilas tupakoi, tar- joan hänelle keskustelumahdollisuu- den tupakoinnin lopettamisesta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun potilas käyttää tupakkatuotteita, kartoitan tupakointitapaa, määrää ja kesto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Kirjaan potilaan askivuodet potilasker- tomusjärjestelmään | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kartoitan potilaan nikotiiniriippuvuu- den Fagerströmin testillä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun tupakoiva potilas on sairaalassa, tarjoan hänelle maksuttoman nikotii- nikorvaushoidon sairaalassaoloajalle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun huomaan potilaan olevan lihava, kerron hänelle siihen liittyvistä ris- keistä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun huomaan potilaan olevan lihava, tarjoan hänelle mahdollisuutta ravitse- musohjaukseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun huomaan perheen tuen tarpeen, keskustelen siitä heidän kanssaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun huomaan potilaan sairaalassaolon aiheuttavan ongelmia perheen arjessa selviytymisessä, puutun tilanteeseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kun huomaan potilaan olevan masen- tunut, keskustelen siitä hänen kanssaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

11. Kenelle seuraavat asiat **ensisijaisesti** kuuluvat oman kokemuksesi mu-
kaan?

| | | | | |
|-----------------------------|---|----------------------|----------------------|--|
| Ei kuulu sairaa- laan | Erityistyöntekijälle (esim. sosiaalityönte- kijä, psykiatri, ravit- semusterapeutti) | Hoi- ta- jalle | Lää- kä- rille | Kaikille potilas- työtä teke- ville |
|-----------------------------|---|----------------------|----------------------|--|

| | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Alkoholin riskiku- lutuksen toteami- nen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Alkoholin riski- käyttäjän lyhyt neuvonta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Alkoholiriippuvuu- den tunnistaminen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lihavuuden tunnis- taminen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lihavuuden pu- heeksi ottaminen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tupakointitottu- musten kartoitta- minen ja kirjaami- nen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nikotiiniriippu- vuuden tunnistami- nen ja vieroitus- hoidon ohjaus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Masennuksen tun- nistaminen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Perheen tuen tar- peen tunnistaminen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lapset puheeksi työmenetelmä kun potilaalla alaikäisiä lapsia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Liikkumistietojen kartoitus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Potilaan vajaaravitsemuksen riskin seulonta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Potilaan toiminta- ja työkyvyn arviointi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. Minkä verran seuraavia asioita tulisi omassa työympäristössäsi parantaa, jotta sinulla olisi paremmat edellytykset ottaa puheeksi potilaan kanssa muita kuin tulosyhyyn liittyviä tekijöitä (päätteet, elintavat, mielenterveys, perheiden tukeminen)?

| | Vaatii paljon nusta | Vaatii hieman nusta | On melko hyvin nussa | On hyvin kunnossa |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Johdon tuki ja sitoutuminen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Oman esimiehen tuki | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Yhteinen toimintamalli, jonka mukaan kaikki toimivat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enemmän aikaa potilaan kanssa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mahdollisuus seurata tehdyn työn hyötyjä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Potilaiden informoiminen etukäteen asiasta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Oma osaaminen

13. Onko joitain muita asioita, joita pidät tärkeinä parantaa, jotta sinulla olisi hyvät edellytykset ottaa puheeksi yllä mainittuja asioita?

14. Mitä mieltä olet seuraavista tupakasta vieroitustyöhösi liittyvistä väittämistä?

| | Täysin eri mieltä | Jokseenkin mieltä | Jokseenkin samaa mieltä | Täysin sama mieltä |
|--|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Hyödynnän tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot käypähoitosuosituksista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hyödynnän sairaanhoitopiirin potilaan savuttomuuden polkutoimintamallia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hyödynnän potilaalle jaettavaa opasmateriaalia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hyödynnän sähköistä materiaalia esim. stumppi.fi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hyödynnän motivoiva haastat-
telu-menetelmää

Muutama taustatieto lopuksi

15. Sukupuoli

- Mies
- Nainen

16. Ikäluokka

- 25 tai alle
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56 tai yli

17. Mikä on tavanomainen työaikamuotosi?

- Säännöllinen päivätyö
- Kaksivuorotyö (ilman yövuoroja)
- Yövuoroja sisältävä vuorotyö (kolmivuorotyö)
- Säännöllinen yötyö
- Muu epäsäännöllinen työ

18. Onko työsi

- Kokoaikatyö
- Osa-aikatyö

19. Onko työsuhteesi

- Vakinainen
- Määräaikainen