

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2013

Helena Haapanen

ASIAKASLÄHTÖINEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN YHTEISTYÖMALLI

– Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen
terveyskeskuksen ja Tyks Vakka-Suomen
sairaalan aikuisväestön painonhallintatyöhön



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Helena Haapanen

ASIAKASLÄHTÖINEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN YHTEISTYÖMALLI

Kunnan tehtävä on tarjota kaikille asukkailleen yhtäläiset edellytykset terveeseen elämään. Terveydenhuoltolaki (1326/2010), Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin toimintasuunnitelma ja Uudenkaupungin hyvinvointisuunnitelma painottavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden ja johtamisen kehittämistä. Ne korostavat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon välistä yhteistyötä ja asiakaskeskeisen terveyspalvelujen kehittämistä. Lihavuus on kansanterveydellinen ongelma joka aiheuttaa tai pahentaa monia sairauksia, jotka ovat ehkäistävissä laihduttamalla. Lihavuuden hoito tulisi olla osa terveydenhuollon toimintaa kuten muidenkin pitkäaikaissairauksien hoito.

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli Tyks Vakka-Suomen sairaalan ja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystakeskuksen välisen yhteistyön kehittäminen ja aikuisväestön painonhallinnan terveydenedistämistyön käytänteiden yhtenäistäminen ja kehittäminen.

Kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen osion tavoitteena oli kartoittaa ylipainoisten ja heitä hoitavien käsityksiä ja kehittämistarpeita eri organisaatioiden välisestä yhteistyöstä ja aikuisväestön painonhallinnasta. Aineisto kerättiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen, kahdella ryhmähaastattelulla. Haastattelut tehtiin erikseen asiantuntijoille (n=2) ja asiakkaille (n=6).

Soveltavan tutkimuksen keskeisiä tuloksia oli, että terveydenedistämistyöhön liittyvä yhteistyö organisaatioiden kesken oli vähäistä. Aikuisväestön painonhallinnanohjaus oli keskittynyt perusterveydenhuollon puolelle ja se toteutui yksilöohjauksena. Terveydenhuollon asiantuntijat eivät kokeneet ryhmäohjausta tarpeellisenä tämän hetkiseen tarpeeseen, mutta asiakkaat kokivat sen tärkeäksi vertaistuen näkökulmasta

Kehittämisprojektissa luotiin asiakaslähtöinen yhteistoimintamalli aikuisväestön painonhallintaan Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystakeskuksen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien käyttöön. Yhteistoimintamalli luotiin organisaatioiden dokumenttien, kirjallisuuden, asiakkaiden ja asiantuntijoiden haastattelun pohjalta.

ASIASANAT:

Terveyden edistäminen, yhteistyö, asiakaslähtöisyys, painonhallinta

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Health Promotion

December 2013 | Total number of pages 57 + 10

Pia Suviuuo

Helena Haapanen

THE CUSTOMER ORIENTED HEALTH CARE CO-ORDINATION MODEL FOR ADULT WEIGHT CONTROL IN TYKS VAKKA-SUOMI HOSPITAL AND IN UUSIKAUPUNKI HEALTH CENTRE

Everyone is entitled to adequate social and health services. Municipalities are responsible for arranging and funding health care. Health Care Act (1326/2010) obliges specialized health care and primary health care to co-operate and customer orientation. Also the inter municipal Hospital District of Southwest Finland emphasizes co-operation and Uusikaupunki Welfare Plan highlights the multi-level co-operations.

The aim of this Master's Thesis was to promote Tyks Vakka-Suomi Hospital and Uusikaupunki co-operation district's health centre's co-operation and to unify working people as the preventive practices.

The purpose of the Master's Thesis A to write the customer orientation plan for a co-ordination model for adult weight control. A co-ordination model was made up of organization's documents, experts' and clients' interviews and A review.

Empirical study was designed to identify overweight and they are treating the perceptions of weight management and co-operation. The data was collected in two group interviews. Interviews were carried out to clients (n=6) and experts (n=2).

The adult population's weight control instructions focused on a primary health care side. Co-operation between the two organizations was low currently. Health experts did not find group counseling necessary at the moment. The clients, however, think that it was important from the perspective of peer support.

KEYWORDS:

Health promotion, co-operation, customer orientation, weight control

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET (TAI SANASTO)	6
1 JOHDANTO	7
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	8
2.1 Terveyden edistäminen	8
2.1.1 Terveyden edistämisen vaikuttavuus	9
2.1.2 Terveyden edistämistä ohjaavat lait ja suositukset	11
Perusterveydenhuollon sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistymisen toimiessa	
2.1.3 Terveyden edistämistä ohjaavat ohjelmat	12
2.2 Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystalveissa	13
2.3 Organisaatioiden välinen yhteistyö	16
2.4 Painonhallinnan puheeksi ottaminen ja muutosvaiheen tunnistaminen	19
2.4.1 Omaha- ja motivoiva haastattelu	20
2.4.2 Painonhallinnan elintapaohjaus	22
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE	25
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS	27
4.1 Kehittämiprojektin organisaatiot	27
4.2 Projektioorganisaation nimeäminen	27
4.3 Kehittämiprojektin eteneminen	28
5 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO	30
5.1 Tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät	30
5.2 Aineiston keruu	30
5.3 Aineiston analyysi	32
5.4 Soveltavan tutkimuksen tulokset	33
5.4.1 Puheeksiottamisen vaikeus	33
5.4.2 Yhteistyön kehittäminen	34
5.4.3 Painonhallinnan kehittäminen	35
5.5 Johtopäätökset ja pohdinta	39
5.6 Tutkimuseettiset kysymykset	41
5.7 Tutkimuksen luotettavuus	42

6 TERVEYDEN EDISTÄMISEN YHTEISTYÖMALLI AIKUISVÄESTÖN PAINONHALLINTAAN	45
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	47
7.1 Kehittämiprojektin prosessin arviointi	47
7.2 Kehittämiprojektin tulosten ja vaikutusten arviointi	48
7.3 Jatkokehittämisisideat	49
LÄHTEET	50

LIITTEET

- Liite 1. Puheeksiottoa tukevia kysymyksiä
- Liite 2. Prosessikaavion nettilinkit
- Liite 3. Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen neuvoloiden yhteystiedot
- Liite 4. Vipinä –Liikkumislähete
- Liite 5. Teemahaastattelurungot
- Liite 6. Tutkittavan tiedote ja suostumuskirje
- Liite 7. Esimerkki analyysi yksiköistä ja niiden yhdistämisestä

KUVIOT

- Kuvio 1. Toimintamallin luomisen prosessi ja mallin tarkoitus ja tavoitteet
- Kuvio 2. Kehittämiprojektin eteneminen
- Kuvio 3. Painonhallinnan tarpeen tunnistaminen ja puheeksiotto

KÄYTETYT LYHENTEET

PETE	Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksikkö
SASHP	Satakunnan sairaanhoitopiiri
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala
VSSH	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
WHO	World Health Organization / Maailman terveysjärjestö

1 JOHDANTO

Suomessa vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki korostaa erikoissairaanhoidon ja perusterveyden huollon välisen yhteistyötä ja sen yhteistyön kehittämistä. Terveydenhuollon kokonaisvaltaisen toimivuuden ja kustannustehokkuuden takaaminen edellyttää eri sektoreiden välistä yhteistyötä. (1326/2010.)

Palvelujärjestelmän muuttaminen asiakaslähtöiseksi pohjautuu sen kokonaisvaltaiseen kehittämiseen ja palvelujen toisiinsa integroimiseen. Terveyden edistämisen asiakaslähtöisten terveyspalvelujen kehittämisen lähtökohtana on asiakkaan ja potilaan palvelujen tarve, kyvyt ja ominaisuudet. Palveluja ei järjestetä pelkästään organisaation, vaan myös asiakkaan tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöisyyden huomioiminen palveluja suunniteltaessa säästää terveydenhuollon palvelutuotannon kustannuksia ja lisää palveluiden vaikuttavuutta (Saaristo ym. 2010, 2375–2377; Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 12–20; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Keskeisiin kansansairauksien ja terveystilanteiden syihin puuttamalla voidaan hillitä terveydenhuollon menoja, jotka muodostuvat mm. sairaanhoitopalveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010, 1917–1922; Cobiac, Vos & Barengregt 2009, 7-9). Esimerkiksi lihavuus aiheuttaa tai pahentaa kansansairauksiksi muodostuneita sairauksia, jotka ovat ehkäistävissä laihtumalla. Jo 5 % painon laskulla saavutetaan esimerkiksi 65–69 % vähenemä diabetesriskissä. (THL 2012; Saaristo ym. 2010, 2375–2377.)

Tässä kehittämisprojektissa luotiin asiakaslähtöinen yhteistoimintamalli aikuisväestön painonhallintaan Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien käyttöön.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Terveiden edistäminen

Ottawassa pidetyn ensimmäisen kansainvälisen terveyden edistämisen konferenssin asiakirjan määritelmä, Ottawan julistus (Ottawa Charter 1986) määrittää terveyden edistämisen toiminnaksi, joka lisää ihmisen mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan, kuin sen parantamiseen. Jotta täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa, muuttamaan ympäristöä ja opittava tulemaan toimeen toiveiden kanssa. (WHO, 1986). Terveiden edistämisen laatusuositus määrittää terveyden edistämisen terveyteen sijoittamista, tietoista voimavarojen kohdentamista sekä vaikuttamista terveyden taustatekijöihin. Terveiden edistäminen on terveysnäkökohtien huomioon ottamista eri politiikkojen päätöksenteossa ja toiminnassa. Se on terveydenhuollon sekä muiden toimialojen, kansalaisjärjestöjen ja elinkeinoelämän toimintaa väestön hyvinvoinnin lisäämiseksi. (STM 2006b, 13–14, 43–47.)

Terveiden edistämisestä saatuja tuloksia ovat elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan, terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen ja terveyspalvelujen kehittyminen. Terveiden edistämistoiminnan vaikutukset näkyvät niin yksilön, yhteisön kuin yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. Parhaimmillaan terveyden edistäminen on eri sektorien välistä toimintaa. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 80–81.) Samat taustatekijät vaikuttavat useisiin terveysongelmiin, esimerkiksi ravitsemus, alkoholi, liikkuminen ja tupakka ovat yhteydessä moneen keskeiseen kansansairauteen (STM 2009b, 29.) Elämäntapoihin ja yksilön terveysvalintoihin vaikuttaminen on merkittävä mahdollisuus edistää väestön terveyttä. Terveysteen investointi ei ole tärkeää vain ihmisarvon kunnioittamisen takia, terve ja työkykyinen kansa on tehokas tuotannon väline. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010, 18–51.)

Terveyden edistämisen tavoitteena on luoda asiakkaalle parhaat mahdolliset edellytykset muuttaa terveyskäyttäytymistään itse. Terveyden edistämisen tarpeet lähtevät ihmisestä, heidän voimavaroistaan ja niiden vahvistamisesta, yhteisöstä ja sosiaalisesta tukemisesta. palveluntuottaja ohjaa asiakasta löytämään omat voimavaransa ja auttaa niiden mukaisten ratkaisujen löytymisessä. Jotta ihmiset voivat toimia näin, he tarvitsevat tietoa ja tukea oman päätöksen teon pohjaksi. Terveyden edistämisen keinoin luodaan mahdollisuuksia parempaan elämään. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010, 18–54; Kosunen 2007, 69–73; Outinen & Lindqvist 1999, 7, 11–12.)

2.1.1 Terveyden edistämisen vaikuttavuus

Vaikuttavuuden arvioinnin seurannan tavoitteina on selvittää, miten palvelu toimii ja miten sitä voisi kehittää. Se kertoo onko palvelun tuottaminen onnistunut. Vaikutusten seuraamista varten tiedossa on oltava suunta eli tavoitteet, joihin pyritään terveyden näkökulmasta. Tavoitteen määrittelyn jälkeen on määriteltävä keinot, joilla tavoitteeseen pyritään ja vaikutuksia aikaan saadaan. (Hakamäki ym. 2011, 66.)

Terveydentilassa tapahtunut muutos parempaan, tilanteen pysyminen ennallaan, negatiivisen kehityksen hidastumien tai muutos huonompaan ovat mittareita, jolla voidaan arvioida terveyden edistämisen vaikuttavuutta. Vaikutus voi näkyä muutoksena terveydentilassa tai kustannuksissa. Kun olemassa olevilla, mahdollisimman pienillä voimavaroilla saadaan mahdollisimman suuri lisäys terveyteen, puhutaan kustannusvaikuttavasta terveydenedistämistyöstä. (Jarvala & Tervonen-Goncalves 2012; Hakamäki, Perttilä, Hujanen & Ståhl 2011, 66.)

Terveydenedistämistyön vaikuttavuuden mittaaminen on hankalaa, koska vaikutukset yleensä syntyvät pitkän aikavälin kuluessa ja ne ovat yleensä monen eri tekijän summa, ei ainoastaan yhden toimijan toimenpiteen aikaansaama. Varsinkin yksilöihin kohdistuvia vaikutuksia tarkasteltaessa on muistettava, että harvoin ainoastaan yhdellä toimenpiteellä/tekijällä on vaikutusta esimerkiksi terveyskäyttäytymiseen. Vaikuttavuuden todentamista vaikeuttavat keinot arvioida

mistä muutos johtuu - johtuuko muutos terveyden edistämiseen suunnatusta panostuksesta vai ajassa tapahtuneessa muusta asiasta. (Jarvala & Tervonen-Goncalves 2012; Hakamäki ym. 2011, 66.)

Vaikka luotettavasti arvioituja tietoja terveyden edistämisen toimien talousvaikutuksista on toistaiseksi vähän, viittaavat ne kuitenkin siihen, että elintapoja muuttavat toimenpiteet ovat vaikuttavia ja kustannusvaikuttavia. Palvelujen yksikkökustannuksia on helppoa määritellä, mutta vaikeampaa on esittää ehkäisevien, edistävien ja sosioekonomisia terveyseroja kaventavien toimien tuomia säästöjä. Kuitenkin useilla toimilla on huomattavia vaikutuksia sairauksien ehkäisyyn ja väestön terveyden ja toimintakyvyn kannalta. Melko vähäinenkin vaikuttavuus tekee toiminnasta kustannusvaikuttavaa. (THL 2013; Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 102–104.)

Painonhallinnalla ja lihavuuden kehittymistä estävällä työllä on tutkitusti merkitystä kansanterveydelle. Selvää näyttöä painonhallinnan vaikuttavuudesta on mm., että lihavuuteen liittyvissä sairauksissa 5-10 % pysyvä painon lasku edistää terveyttä ja korkean riskin väestössä laihtuminen vähentää tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta jopa 60 %. Liikunnan lisääminen yhdessä ruokavalion kanssa ja pelkkä ravitsemukseen perustuva laihduttaminen ovat myös tutkitusti vaikuttavia keinoja laihduttaa eli niillä on vaikuttavuusnäyttöä. (Kiiskinen ym. 2008, 54–56.)

Epäselvää vaikuttavuusnäyttöä painonhallintatyössä sen sijaan ovat, ettei yksilöön kohdistuvilla toimilla saavuteta väestötasolla merkittävää vähenemää lihavuuteen ja pelkästään liikunnan lisäämiseen tähtäävillä toimilla ei ole vaikutusta ylipainoon. (Fogelholm & Lahti-Koski 2002, 173–177; Kiiskinen ym. 2008, 54–56.)

2.1.2 Terveyden edistämistä ohjaavat lait ja suositukset

Suomen keskeiset lait ja valtakunnalliset toimintaohjelmat ja strategiat ohjaavat terveyden edistämistyötä. Kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta huolehtiminen kuului jo kansanterveystain (66/1972) mukaan jokaiselle kunnalle. Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki painottaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, palvelujen laatua, asiakaskeskeisyyttä sekä eri toimijoiden keskeistä yhteistyötä. Laissa kehoitetaan sisällyttämään terveysneuvonta kaikkiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluihin. Keskeisiksi kysymyksiksi laissa nousee terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja perusterveydenhuollon toimintaedellytysten parantaminen nykyisestä.

Perusterveydenhuollon sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistymisen toimiessa hyvin vähenee erikoissairaanhoidon tarve. Ihmisten elintapoihin ja vastuuseen omasta terveydestä vaikutetaan terveydenedistämistyöllä. Terveyden edistämisen, ennaltaehkäisyn ja terveystkasvatuksen keinoin hillitään odottavissa olevaa terveystpalvelujen tarpeen kasvua. (1326/2010, 66/1972, 1062/1989). Myös kuntalaissa (1995/365) ja perustuslaissa (1999/73) veloitetaan julkisen vallan ja kunnan edistävän väestön terveyttä ja hyvinvointia. Muita lakeja, jotka ohjaavat ja tukevat terveyden edistämistä ovat esimerkiksi tupakkalaki (1976/693) ja alkoholilaki (1994/1143).

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 (TERO-KA) määrittää suuntaviivojen ohella käytännön toimilinja ja sosiaalieconomisten terveyserojen vähentämiseksi (STM 2006a). Terveyst 2015 - kansanterveysohjelma on pitkän aikavälin terveystpolitiikkaohjelma. Ohjelma painottaa hyvinvoinnin ja terveyden ottamista valintoja ohjaavaksi periaatteeksi kaikilla kuntien ja valtion tehtäväalueilla, yksityissektorilla sekä ihmisten omassa toiminnassa. Ohjelman tavoitteet kohdistuvat kansanterveyden keskeisiin ongelmiin elämäntulun eri vaiheissa. (STM 2001). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE II 2012–2015) on strateginen ohjausvä-

line, jolla uudistetaan sosiaali- ja terveystaloutta. Ohjelman tavoitteena on lisätä kansalaisten hyvinvointia ja terveyttä sekä taata asiakaskeskeiset ja taloudellisesti kestävät sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut. Ohjelmassa painotetaan eri toimijoiden yhteistyötä tavoitteiden saavuttamiseksi.

Vuonna 2006 julkaistiin terveyden edistämisen laatusuosituksia, joiden tavoitteena on konkretisoida ehkäisevän terveystalouden tavoitteet toimiviksi käytännöiksi ja luoda mittari laadun arvioimiseksi sekä arvioida niiden toteutumista eri toimijoiden näkökulmasta. Laatusuosituksen pohjana on toiminut Terveystaloutta 2015 -kansanterveysohjelma. (STM 2006b, 13–14, 43–47; STM 2001.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos käynnisti kansallisen yhteistyöohjelman ”Lihavuus laskuun -hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta 2012–2015” vuonna 2012. Ohjelmalla pyritään vähentämään väestön lihomista ja kääntämään lihomiskehitys laskuun. Ohjelma haastaa terveydenhuollon ammattilaiset, päättäjät, kunnat, kansanterveys- ja liikuntajärjestöt sekä kaupan, teollisuuden ja median kansallisiin talkoisiin toteuttamaan ohjelmassa esitettyjä väestön lihavuutta ehkäiseviä ja terveyttä edistäviä toimenpiteitä. (THL 2012.)

Vuonna 1992 voimaan tullut laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) suuntaa terveydenhuollon toimintaa kohti asiakaslähtöisyyttä. ”Potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan, että hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon” ja ”potilasta on myös hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan”.

2.1.3 Terveyden edistämistä ohjaavat ohjelmat

Kuntien on laadittava valtuustokauden alussa suunnitelma- ja toimintaohjelma hyvinvointia ja terveyttä edistävästä ja terveysongelmia ehkäisevästä toiminnasta sekä seurattava niiden toteutumista. (STM 2007.) ”Silmin nähden hyvää, lisää

hyvinvointia Uuteenkaupunkiin” on Uudenkaupungin hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn suunnitelma. Suunnitelmaa ohjaavia tekijöitä ovat terveyden edistämistä koskevat lait, toimintaohjelmat ja strategia sekä Vakka-Suomen hyvinvointikertomus. Suunnitelma tukeutuu seutukunnan sosiaali- ja terveyskeskuksen laatiman Vakka-Suomen hyvinvointipoliittiseen ohjelmaan. (Silmin nähden hyvää 2010.)

Uudenkaupungin kaupungin strategian päätavoitteisiin kuuluu uudistaa ja kehittää palvelutuotannon laatua ja rakennetta jatkuvasti, edistää asukkaiden hyvinvointia moniammatillisesti ja poikkihallinnollisesti sekä panostaa hyvinvointiin ja terveyteen ennakoivasti ja laaja-alaisesti. Sosiaali- ja terveyskeskuksen strategiset arvot ovat ennakoitavuus, ammatillisuus, yhdenvertaisuus, muutosvalmius ja ekologisuus. (Silmin nähden hyvää 2010.)

TYKS Vakka-Suomen sairaalan terveyden edistämistyötä ohjaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHPa) laatima Varsinaisen terveesti terveyden edistämisen toimintasuunnitelma. Toimintasuunnitelman päämääränä on väestön terveyden, elinvuosien ja sosiaalisen hyvinvoinnin lisääminen. toimintasuunnitelman toiminta-ajatuksena sairauksien ehkäiseminen ja terveyden edistäminen. Keinoina käytetään terveysneuvontaa, osallistutaan yhteistyöverkkoihin, seurataan kansanterveyttä, tuotetaan terveysaineistoa ja hyviä käytäntöjä, järjestään koulutusta ja teemapäiviä sekä vaikutetaan yhteiskuntaan. Tavoitteena on niin potilaiden, henkilökunnan ja koko väestön parempi terveydentila, kansansairauksien väheneminen ja terveyserojen kaventuminen. Sairaanhoitopiirissä toimii terveyden edistämisen työryhmä. Sairaanhoitopiirin strategiset arvot ovat demokratia, potilaslähtöisyys, oikeudenmukaisuus, tehokkuus, henkilöstön hyvinvointi ja jatkuva uudistuminen.

2.2 Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystaloudissa

Sosiaali- ja terveystaloudissa asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan ja asiantuntijan tasa-arvoista vaikuttamista ja vuoropuhelua (Stakes 1999, 11.) Asiakaslähtöisyyttä on palveluun liittyvien päätösten tekeminen ja palvelun toteuttami-

nen asiakkaan tarpeista, mielipiteistä ja toiveista käsin (STM 2010, 46). Terveyspalveluja käyttävä asiakas haluaa olla osallinen hoitoaan koskevissa asioissa. Hoitotapahtumien ollessa kaavamaisia asiakkaat tuntevat olevansa ulkopuolisia omassa asiassaan (Kujala 2003, 162).

Asiakaskeskeisyys -termiä käytetään usein rinnakkain asiakaslähtöisyys -termin kanssa. Asiakaskeskeisyys voidaan määritellä siten, että asiakas on palvelujen keskipisteessä ja palvelut organisoidaan häntä varten, kun taas asiakaslähtöisessä palvelujen kehittämisessä asiakas osallistuu itse alusta asti palvelutoiminnan suunnitteluun yhdessä palvelun tuottajien kanssa. Asiakaskeskeisyys- ja asiakaslähtöisyys -termejä käytetään usein synonyymeinä, vaikka asiakaslähtöisyys voitaneenkin nähdä asiakaskeskeisyyden seuraavana vaiheena. (Virtanen ym. 2011, 18–19.) Terveystieteiden laiton lausunto käyttää termiä asiakaskeskeisyys (1326/2010), tämän kehittämisprojektin lähtökohtana on asiakaslähtöisyys.

Asiakkaan näkökulmasta organisaation asiakaslähtöisyys muodostuu asioista, jotka liittyvät asiakkaan kohtaamiseen ja vuorovaikutuksen määrään ja laatuun, palveluntarjoajan mielikuviin sekä asenteisiin ja odotuksiin, joita asiakkaalla palvelusta on. Asiakasnäkökulmasta katsottuna organisaatioiden asiakaslähtöisyys tarkoittaa joustavuutta toimintatavoissa. Palveluntarjoajan näkökulmasta asiakaslähtöisyys nähdään palveluiden kehittämiseen, organisoimiseen, tarjoamiseen ja johtamiseen liittyvistä prosesseista nähtyinä asioina. (Laitila 2010, 143; Virtanen ym. 2011, 21.)

Asiakkaan ja työntekijän välinen suhde on yhteistyösuhde, joka on yhdessä elämistä ja yhteisen sävelen etsimistä. Yhteistyö etenee dialogissa, jossa on yhdessä määritelty yhteistyön tavoitteet ja kipukohdat. Avoimuus, kuuleminen, suostuminen, näkeminen, luottamus, kunnioitus ja välittäminen ovat asiakaslähtöisen yhteistyösuhteen tunnusmerkkejä. Joustavuuden ja erilaisiin asiakastarpeisiin mukautuvien toimintatapojen käyttämisen lisäksi asiakaslähtöisyyden toteutumiseen terveydenedistämistyössä liittyy asiakkaan ja ammattilaisen hyvä vuorovaikutus palvelussa. Vuorovaikutus on tärkeä osa ammattilaisen ja asiak-

kaan suhdetta, sillä se lisää asiakkaan tyytyväisyyttä palveluun. (Kiikkala & Kokkola 2001, 22; Kosunen 2007, 69–73; Pyörälä 2011, 469.)

Julkisten palvelujen kehittämisen lähtökohtana on asiakaslähtöisyys ja palvelujen laadun parantaminen. Asiakaslähtöisyys on toiminnan arvoperusta, jonka keskeinen ominaisuus on terveystalouden järjestäminen asiakkaan tarpeista lähteviksi, ei pelkästään organisaatioiden tarpeista lähteviksi. Asiakas toimii palvelujen käyttäjänä omista henkilökohtaisista tarpeistaan ja lähtökohdistaan käsin ja hänet nähdään palveluihin aktiivisena osallistuvana toimijana. (Koskiahho, Nurmi & Virtanen 1999, 1-44; Virtanen ym. 2011, 18–19.)

Kunnilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakaskeskeisesti (STM 2012, 4). Terveystaloutslain (1326/2010) yksi perusajatus on asiakaskeskeisyys, se pyrkii lisäämään potilaiden valintamahdollisuuksia terveydenhuollossa. Potilailla pitää olla mahdollisuus olla selvillä häntä koskevista hoito- ja palveluketjuista ja hänellä pitää olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoonsa. Tämä merkitsee terveydenhuollon toiminnan näkökulmasta työmenetelmien muutosta asiantuntijakeskeisestä asiakaskeskeiseksi. Asiakaslähtöisyyden huomioiminen palveluja suunniteltaessa säästää terveydenhuollon palvelutuotannon kustannuksia ja lisää palvelujen vaikuttavuutta. (Kosunen 2007, 69–73; Outinen & Lindqvist 1999, 7, 11–12).

Eri toimintaohjelmat painottavat asiakaslähtöisyyttä. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön -toimintaohjelma painottaa asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa oman hoitoprosessin eri vaiheisiin. Asiakaslähtöisyys on myös sitä, että hoitoprosessi toimii kokonaisuudessa tarkoituksenmukaisesti. Hoito- ja palveluketjut muodostavat toimiala- tai organisaatorajoista riippumattomia kokonaisuuksia. Tämä edellyttää terveydenhuollon toimijoiden verkostoitumista asiakkaan hoidon tarpeen mukaisesti. (STM 2009a, 29.) KASTE II 2012–2015 -ohjelma painottaa palveluiden kehittämistä vastaamaan aiempaa paremmin asiakkaiden tarpeita (STM 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000 – luvulle valtakunnallinen suositus velvoittaa, että asiakkaalla on oltava

mahdollisuus tuoda esille omia tarpeitaan ja ongelmiaan, hänen pitää saada voida halutessaan osallistua laadun arviointiin ja laadun kehittämiseen. (Outilinen & Lindqvist 1999, 7, 11–12).

Ikäihmisen palvelujen laatusuosituksen mukaan asiakaslähtöisyys on palvelutoiminnan tarkastelua ja erittelyä palvelua saavan asiakkaan näkökulmasta. Asiakaslähtöisesti toimivan organisaation toiminta tulee suunnitella niin, että palveluja saavan asiakkaan tarpeet ja voimavarat ovat keskiössä. Asiakaan on itse saatava olla mukana palvelujen tarpeiden arvioimisessa, palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja palvelujen vaikutusten arvioimisessa. (STM 2008.)

2.3 Organisaatioiden välinen yhteistyö

Eri tieteenaloilla tehdyissä tutkimuksissa yhteistyön määritelmät vaihtelevat paljon. Yleisesti yhteistyöllä tarkoitetaan tiedon tai materiaalin jakamista, yhteisten tavoitteiden toteuttamista, yhdessä työskentelyä, ongelmanratkaisutapaa tai pitempään jatkuvaa vuorovaikutusta. Yhteistyön käsitettä ei aina ole tutkimuksissa määritelty, mikä osoittaa sen että yhteistyön käsitettä pidetään itsestäänselvyytenä. (Lewis 2006, 200.) Yhteistyön edellytyksenä pidetään sitä, etteivät osapuolet pysty suoriutumaan tehtävästä yksin ja ne alkavat arvostamaan toistensa näkemyksiä (Peters & Manz 2007, 119).

Yhteistyön merkitystä korostetaan nykyään yhä enemmän. Yhteistyötä tehtäessä pyritään toimimaan niin, että yhteinen tavoite tunnistetaan ja saavutetaan se onnistuneesti ja tehokkaasti. Yhteistyö ei ole vain toimintaa yhteisten tavoitteiden eteen, vaan siinä korostuvat myös sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutus. Asiakkaat haluavat, että heidät kohdataan kokonaisuutena ja että heitä hoitavat asiantuntijat työskentelevät yli organisaatorajojen. Pirstaleisesti, päällekkäisesti ja ristiriitaisin tavoittein työtä tekevät asiantuntijat eivät toimi taloudellisesti tehokkaalla ja järkevällä tavalla. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 27–28.)

Terveystenhuoltolain (1326/2010) tavoitteena on yhdistää kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolain palvelujen sisältöä ja toimintaa. Asiakaslähtöistä terveydenhuoltoa pyritään vahvistamaan sekä madaltamaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisiä raja-aitoja ja edistämään terveydenhuollon alueellista yhteistyötä. Vaikka kunnat ovat kansanterveystenlain ja erikoissairaanhoitolain nojalla velvoitettu järjestämään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja, on erillinen lainsäädäntö käytännössä myötävaikuttanut, siten että nämä sektorit ovat toimineet etäällä toisistaan, eikä yhteistoimintaa ole kehitetty. Näihin terveydenhuoltolain asettamiin vaatimuksiin vastaamaan perustettiin 1.1.2012 VSSHP:n hallinnoima Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirien yhteinen perusterveydenhuollon yksikkö (PETE) (R. Koskelin, kokous 7.10.2013).

Kotisaaren ym. (2011) mukaan kuntien, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisen terveydenedistämisen tavoitteiden, konkreettisten toimien ja kustannusten saavuttamiseksi tarvitaan yhteistyötä. Yhteistä näkemystä odotettiin erityisesti maksajan eli kunnan taholta. Terveysten edistämisen roolia erikoissairaanhoidossa pitäisi selkeyttää. Elintapaohjaus kuuluu erikoissairaanhoidossa käytäntöön silloin, kun se liittyy läheisesti hoidettavaan sairauteen. Perusterveydenhuollon johto toivoi elintapoja ohjaavia neuvoja silloinkin, kun elintapa ei liittynyt sairaalaan tulossyyhyn. Tätä perusteltiin mm. erikoissairaanhoidon auktoriteetti asemalla ja potilaalle otollisella vaikuttamisen hetkellä. Lehtisen ym. (2011) kyselyssä kehittämistarpeeksi nousi yhteisen toimintamallin luominen terveydenedistämystyön erilaisiin toteuttamistapoihin. Tärkeäksi koettiin mm. yhteistyön kehittäminen eri tahojen kanssa.

Perusterveydenhuollon henkilöstön mielestä on tärkeää kehittää henkilöstön keskinäistä ja terveyden edistämisen eri toimintakenttien välistä yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö edistää terveyden edistämisen ammattilaisten mahdollisuuksia toteuttaa työtä. Myös kunta-, järjestö- ja terveysjohtajien näkemykset terveyden edistämisen kehittämisessä liittyivät yhteistyöhön. Verkostoituminen nähtiin hyödyllisimpänä kehittämiskohteena kehittää terveyden edistämisen

yhteistyötä. Terveyden edistämisen aseman ja osaamisen uskottiin vahvistuvan eri toimijoiden yhteistyön avulla. (Pietilä, Varjoranta & Matveinen 2009, 10.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja perusterveydenhuolto ovat pitkään tehneet yhteistyötä. Vuonna 2008 aloitettiin yhteisen terveyden edistämisen suunnitelman teko, jossa käytännön toteutettavuus nostettiin peruslähtökohdaksi. Suunnitelmassa on keskitetty toimenpiteisiin, jotka ovat tutkittuja ja kustannusvaikuttaisia, käytännössä testattuja ja toimiviksi havaittu ja sekä kustannusneutraaleja. Kunnan ja sairaanhoitopiirin lisäksi myös kolmas sektori oli toteutuksessa mukana. Suunnitelmassa keskityttiin viiteen keskeiseen terveyskäyttäytymisen osaan: liikuntaan, ravitsemukseen, tupakointiin alkoholin käyttöön sekä lepoon/nukkumiseen. Kyseessä on työkalupakki, joka on tarkoitettu kaikkien terveyden edistämistyötä tekevien käyttöön. Toimintamalli on jaettu kolmeen eri tasoon: normaalien asiakaskohtaamisien yhteydessä tapahtuva mini-interventio, väestön omaehtoinen hoito ja ryhmäneuvonta sekä erityisteemoja lapsille, työikäisille ja ikääntyville. (Puustinen 2008a, 2924–2925; Puustinen 2008b, 9-13.)

Kotisaari (2010) tuo esille palautteen merkityksen tehdystä työstä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vuorovaikutuksen kehittyminen mahdollistaisi palautteen perillemenon erikoissairaanhoidossa työssä oleville lisäten motivaatiota. Systemaattisen, yhteisesti valittu toimintakäytännön esimerkiksi ylipainon hoitoa varten joko omana hoitoketjuna tai eri sairauksien hoitoketjuihin sisällettynä koettiin lisäävän vaikuttamisen mahdollisuuksia.

VSSHP:n toimintasuunnitelma edellyttää, että toimintaan sisältyy jatkuva yhteistyö muiden terveydenhuollon yksiköiden ja yhteistyötahojen kanssa. Tavoitteena on taata yhteistyö keskeisten palveluntuottajien kanssa ja luoda kumppanuussuhteita terveyden edistämistoiminnan sisällyttämiseksi potilaan kaikkiin hoitopolkuihin. (VSSHP, 2012.) Myös Uudenkaupungin hyvinvointisuunnitelmassa korostetaan monitasoisen yhteistyön merkitystä (Silminnähden hyvää 2010, 1-5).

2.4 Painonhallinnan puheeksi ottaminen ja muutosvaiheen tunnistaminen

Puheeksi ottaminen on varhaista puuttumista. Varhaisessa puuttumisessa joku havaitsee esimerkiksi terveyshaitan ja ottaa sen puheeksi, jotta asialle tehtäisiin jotain ennen, kuin tilanne muodostuu liian vaikeaksi ratkaista. (Valtiokonttori 2007, 8.)

Lihavuuteen puuttuminen on arempi asia kuin muista terveyden riskitekijöistä puhuminen. Sillä miten keskustelun avaa vaikuttaa potilaan motivoitumiseen painonhallintaan. Terveystenhuollon henkilökunta ottaa kohonneen verenpaineen tai veren kolesterolipitoisuuden puheeksi, kun sellaisen asiakkaalla toteaa. Potilaan punnitseminen olisi hyvä olla samanlaisesti osa kliinistä rutiinia, tällöin siitä puheeksi ottaminen helpottuisi. Kun lihavuuden ottaa puheeksi potilasta kunnioittaen ja neutraalisti, voi siitä seurata keskustelu, joka herättää potilaan motivaation painonhallintaan. (Mustajoki 2008, 2150–2151.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettiin kysely jossa selvittiin henkilökunnan asenteita terveydenedistämistyöhön osana potilastyötä. Vastanneet kokivat terveyden edistämisen olevan osa omaa työtä ja terveysterveystyön kuuluvan jokaiselle potilastyötä tekeväälle. Haitallisen terveystyöskäytännön puheeksi ottaminen koettiin vaikeammaksi silloin kun se ei liittynyt tulostyöhön. Erityisen hankalaksi puheeksi ottaminen koettiin ylipainoisten potilaiden kohdalla. Tutkimuksessa paljastui mm., että yli puolet vastanneista ei keskustele tai keskustele harvoin potilaan kanssa haitallisesta tavasta, vaikka sen havaitsee. (Lehtinen, Kulmala, Rigoff ja Ståhl 2010, 15, 17, 19–20.)

Terveystyöskäytännön mallien taustaoletuksena on, että toivottuun käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä vahvistamalla voidaan muuttaa käyttäytymistä. Käyttäytymisen muutosvaihemalleista tunnetuin lienee Transteroreettinen muutosvaihemalli. Mallia hyödynnetään useimmiten elämäntapamuutoksiin pyrkivien ihmisten auttamisessa ja siinä keskeinen lähtökohta on muutoksen vaihteellisuus. Mallin mukainen muutos voidaan jakaa viiteen vaiheeseen: esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta ja ylläpito. Perusajatus mallissa on, että ihmiset muuttuvat vasta, kun ovat siihen valmiita. Muutos on alkanut, vaikkei sitä vielä

näy tekoina ulospäin. (Vertio, Ahonen, Fogelholm, Hyyppä, Lindström, Marttunen & Sallinen 2007, 3066–68; Prochaskan, DiClemente, Norcross 1992, 1102–1114; Prochaska 2008, 845.) Tuahin ym. (2011) mukaan transteoreettiseen teoriapohjaan yhdistetty liikunta- ja ravitsemuselintapaneuvonta on tuloksellista.

Elintapaohjauksessa on tärkeää muutosvaiheen tunnistaminen. Eri muutosvaiheissa olevat ihmiset tarvitsevat erilaista ohjausta ja tukea. Muutosvaiheen tunnistaminen ehkäisee ohjaajan ja asiakkaan turhautumista, koska käyttäytyminen muuttuu vasta, kun asiakas on valmis muutokseen ja kokee sen myönteisenä. Oikein ajoitettu ohjaus on kustannustehokasta, koska se säästää resursseja. (Prochaska 2008, 845.) Janz & Becker 1984, 1-47; Prochaskan & Norcrossin 2003; Alahuhta ym. 2009, 148–156.)

Kartoittaessa lääkäreiden ja hoitajien mielipiteitä syistä, jotka estävät potilaita muuttamasta elämäntapojaan syiksi korostuivat potilaiden henkilökohtaiset ominaisuudet ja nautinnonhalu. Ammatillisen tuen puute nähtiin joskus esteenä elämäntapamuutokselle. Elämäntapaohjauksen Akilleen kantapää on muutoshaluttomien potilaiden motivaation synnyttäminen. (Jallinoja, Kuronen, Absetz & Patja 2009, 3557–3561.)

Elintapamuutosvaiheessa edistyneiden kuvaukset osoittavat, että ohjauksessa on tarpeen keskustella konkreettisista elämäntapamuutoksista, tavoitteiden asettamisesta ja voimavaroista. Positiivisuuden ja toivon säilyttäminen on tutkimustulosten valossa tärkeää. Muutosprosessin voi käynnistää houkuttelu esimerkiksi motivoivan haastattelun keinoin tai muutospuheen salliminen. Ohjauksen sisältöjen suunnittelussa ja toteutuksessa pitää ottaa huomioon eri elintapamuutosvaiheissa olevat ihmiset. (Alahuhta ym. 2009, 148–156.)

2.4.1 Omahoito ja motivoiva haastattelu

Omahoito on potilaslähtöinen toimintatapa. Omahoito -käsite korostaa oikeutta tehdä itse päätöksiä, jotka koskevat omaa hoitoa ja elämäntapaa. Omahoidossa terveydenhuollon ammattilaiset muuttuvat auktoriteeteista yhteistyökumppaneiksi, jotka tukevat ja ohjaavat potilasta sopivan hoidon ja elämäntapamuutok-

sen suunnittelussa ja päätöksissä. Omahoito-ohjauksen tukemisen ominaispiirteitä on tasavertainen kumppanuus, itse säädely hoito, voimaantuminen, autonomia, motivaation tukeminen ja pystyvyyden tunteen vahvistuminen. (Routasalo, Pitkälä, Airaksinen & Mäntyranta, 2009, 2357–2359; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010, 1917–1922.)

Omahoidon tukemisesta on saatu myönteistä näyttöä. Vaikka väestön yleinen terveydentila on parantunut, uhkaavat monet terveysriskit, kuten lihavuus, päihitteet ja vähäinen liikunta, väestön hyvinvointia. Ne altistavat sairauksille, tullen näin yhteiskunnalle kalliiksi. Siinä missä perinteinen potilasopetus tarjoaa tietoa ja teknisiä taitoja, omahoito-opastus painottaa ongelmanratkaisutaitoja. Yksilön omahoito ja vastuu omasta terveydestään on terveydenhuollon tärkeä voimavara. (Routasalo ym. 2010, 1917–1922.)

Painonhallinnan tukemisessa oleellista on motivoinnin taito. Pysyviin muutoksiin tarvitaan sisäistä motivaatiota: itsenäisyyttä ja itseensä uskomista mutta myös muiden tukea. Terveysneuvontatyössä tärkeä käyttäytymismuutoksen ylläpitäjä on potilaan ja ammattilaisen välinen suhde. Motivoivan vuorovaikutuksen taitoihin panostaminen on tärkeää terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Käytännön keinoja voi ammentaa ratkaisukeskeisen lyhytterapian periaatteista. Perinteisen ongelmakeskeisen neuvonnan tilalle ratkaisukeskeisessä neuvonnassa potilaita autetaan käyttäytymismuutoksiin myönteisellä ja valmentajamaisella otteella. Kunnioitetuksi ja ymmärretyksi tuleminen sekä aito välittäminen ovat olennaisia tekijöitä kestävän motivaation kehittymiselle. (Anglé 2010, 2691–2695.)

Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen ohjausmenetelmä, jonka tavoitteena on voimistaa yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen. Muutoksen voimavarana käytetään vuorovaikutusta. Motivoivan haastattelun peruselementit ovat yhteistyö, herättely ja itsemääräytyminen. Muutoksen edellytykset ovat ihmisessä itsessään, ne täytyy vain etsiä esille vetoamalla haastateltavan omiin tavoitteisiin, arvoihin ja havaintoihin. Haastattelijä kunnioittaa haastateltavan oikeutta ja kykyä valita itse omat tavoitteensa. (Lundahl, Kunz & Brownell 2010, 137–160; Koski-Jännes, Riittinen, & Saarnio 2008, 9-12; Salo-Chydenius 2011.)

2.4.2 Painonhallinnan elintapaohjaus

Suomalaisista joka viides 25–64 –vuotias on lihava. Miehistä kaksi kolmesta ja naisista puolet on vähintään ylipainoisia. Lihavat kantavat vähintään 30 ja ylipainoiset noin 10 kiloa liikakuormaa normaalipainoisiin verrattuna. Lihavuus onkin kansanterveydellinen ongelma, jonka ehkäisemiseksi tarvitaan koko yhteiskunnan toimia. (THL 2012.)

Lihavuus aiheuttaa tai pahentaa monia sairauksia, jotka ovat ehkäistävissä laihduttamalla. Tutkimukset osoittavat 5-10 % painon laskulla olevan merkittävä vaikutus ehkäistä lihavuuteen liittyviä sairauksia. Mm. 5 % painon laskulla säästetään 65–69 % vähenemä diabetesriskissä. Komplisoitumattoman diabeteksen suorat kustannukset terveydenhuollolle vuonna 2002 olivat 342 euroa/potilas/vuosi. Potilaat joilla esiintyi muita lisäsairauksia (komplisoitunut diabetes) oli kustannuksiltaan 24 kertainen eli 8 332 euroa/potilas/vuosi. (THL 2013.) Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskuksessa oli vuonna 2012 tyypin 2 diabetes riskitestin tehneistä 327 asiakasta, joiden riskitaso oli 15p. tai yli (Uudenkaupungin kaupunki 2012). He kuuluvat riskiryhmään, joilla on vaata sairastua tyypin 2 diabetekseen. Elämäntapoihin liittyvillä valinnoilla voidaan joko kokonaan ehkäistä tai ainakin siirtää tyypin 2 diabeteksen mahdollisimman myöhäisiin vuosiin. (Diabetesliitto 2013.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksessa todetaan terveellisen ruoan olevan hyvinvoinnin perustekijä. Ruokatottumukset vaikuttavat kansansairauksien, tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin. Lihavuuden hoidon tulisi olla osa terveydenhuollon toimintaa samalla tavalla kuin muidenkin pitkäaikaissairauksien esimerkiksi diabeteksen tai kohonneen verenpaineen hoito. Painonhallinnan ohjaus edellyttää alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen luomista, henkilökunnan koulutusta ja laihdutus- ja painonhallintaryhmien moniammattillisten tiimien organisointia. Keskeisiin kansansairauksien ja terveysongelmien syihin puuttumalla voidaan hillitä terveydenhuollon menoja, jotka muodostuvat mm. sairaanhoitopalveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä. Väestöön suunnatut interventiot ovat inhimillisiä ja taloudellisia,

koska elämäntapamuutoksilla voidaan tehokkaasti ehkäistä kaiken ikäisten lihominen ja siten myös sairastuminen. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010, 1917–1922, STM 2006, 43–47; THL 2012; Käypä hoito 2011; Saaristo ym. 2010, 2375–2377.)

Ensisijainen hoito lihavuuden hoidossa on laihduttamisen ja terveyttä tukevien ruokailu- ja liikuntatottumuksien elintapaohjaus. Ravitsemus- ja liikuntaohjausta saaneet henkilöt laihtuvat keskimäärin 5 % lähtöpainosta. Ohjauksen vaikutuksia on nähtävissä vielä 13 vuoden kuluttua ohjauksesta. Potilaan elintapojen muutokseen tähtäävää neuvontaa voi tapahtua lukuisilla eri tavoilla. Merkittävä osa neuvonnasta annetaan yksilövastaanotolla suullisesti ja kirjallisina ohjeina. Toinen tapa terveysneuvonnan antamisessa on ryhmäneuvonta. (Käypä hoito 2011; Jallinoja, Kuronen, Absetz, & Patja 2006, 3749–3750, THL 2012.)

Käypä hoito -suosituksessa suositetaan elintapahoitoa toteutettavan ryhmässä aina kun se on mahdollista, koska ryhmäneuvonnan kustannukset ovat yleensä pienemmät kuin yksilöneuvonnan. Ryhmäneuvonnan on myös todettu tuottavan omahoitoa paremman tuloksen painonhallinnassa. Tulevaisuudessa ei ole mahdollista antaa pitkäjännitteistä, useita vuosia kestävästä yksilöneuvontaa. Elintapamuutosryhmien etuihin kuuluu vertaistuki, osallistujat neuvovat ja tukevat toisiaan. Lihavuuden hoitomuodon ja intervention valintaan vaikuttavat myös lihavuuden määrä ja mahdolliset samanaikaiset sairaudet. (Käypä hoito 2011; Jallinoja ym. 2006, 3749–3750.)

Lyhyelläkin, alle 20 minuutin interventiolla joka on tehty motivoivalla tavalla, voidaan vaikuttaa elämäntapoihin ja painoon (Rubak, Sandbæk, Lauritsen & Christensen 2005, 305.) Lyhyessä interventiossa ei ole mahdollisuutta varsinaiseen ohjaukseen, vaan sen tavoitteena on kertoa joistakin keskeisistä painonhallinnan periaatteista. Esimerkiksi, että sopiva tavoite on 5-10 % painonalennus, painonhallinta edellyttää pysyviä muutoksia elintavoissa ja päivittäisten askeleiden lisääminen auttaa painonhallinnassa. (Mustajoki 2006, 257.)

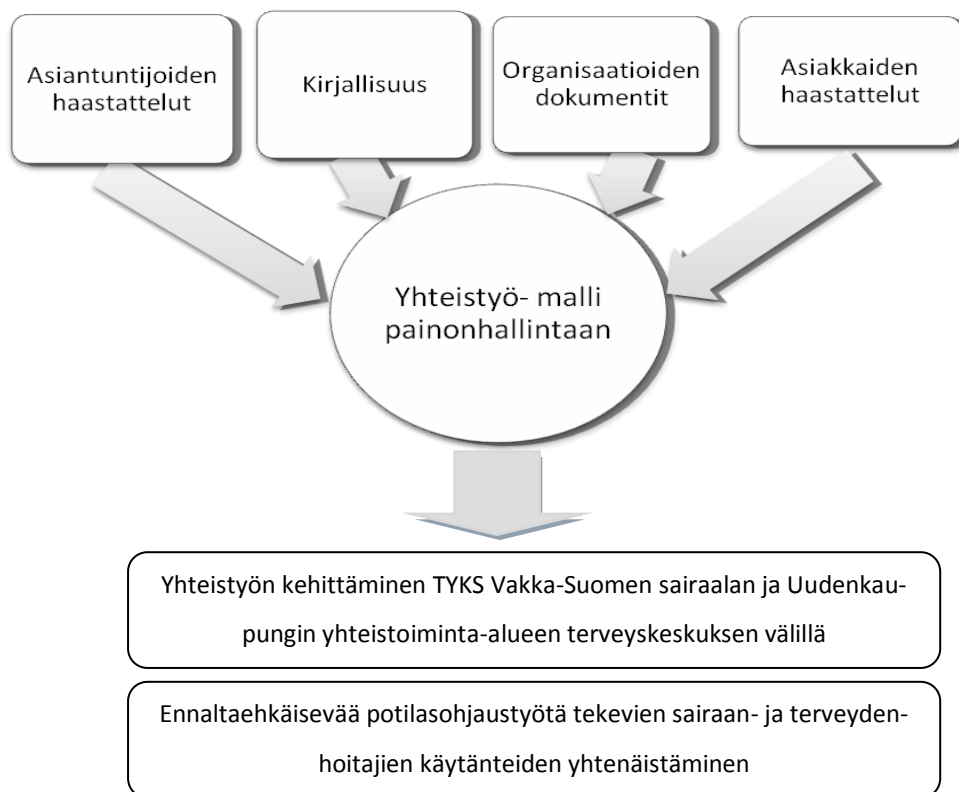
Ryhmäneuvonnassa saavutettavia elintapamuutoksia tutkittiin ihmisillä, joilla on diabetesriskitekijöitä, osana Ikihyvä Päijät-Häme -hanketta. Tutkimuksessa ke-

hitettiin ja testattiin ryhmäneuvontaa, joka soveltuu terveydenhuollolle normaalioloissa, ilman mittavaa lisäpanostusta. Interventioissa saavutettiin ruokavaliotavoitteet, mutta liikunta- ja laihdutustavoitteita ei täysin saavutettu. Tutkimuksen lopputuloksissa todettiin ryhmäneuvonnasta olevan apua elintapamuutoksen saavuttamiseksi kansanterveydellisesti ja taloudellisesti vaikuttavasti. (Absetz ym. 2008, 2065–2069.)

Norris ym. (2006) toteavat Cochrane –katsauksessa, että neuvontakertojen määrällä olevan merkitystä laihdutustavoitteiden saavuttamiseksi. Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeen tutkimuksessa ryhmäneuvontatapaamia oli kuusi ja se arvioitiin liian vähäiseksi. Painonlaskun on todettu olevan suurempi neuvontakäyntien määrän kasvaessa. (Absetz ym. 2008, 2065–2069; Hakala & Fogelholm 2006, 1239–1245; Saaristo 2010, 2375–2377). Hakalan ja Fogelhomin (2006) mukaan lihavuuden perushoidon ohjaus-/neuvontakertoja pitäisi olla 10 - 20. Ne voidaan toteuttaa ryhmä- tai yksilöneuvontana tai näiden yhdistelmällä, toisin ryhmäneuvonnan merkitystä puoltaa sen jäsenten vertaistuki ja pienemmät kustannukset.

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli yhteistyön kehittäminen Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan välillä ja potilasohjausta tekevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien terveydenedistämiskäytänteiden yhtenäistäminen aikuisväestön painonhallinnan ohjauksessa. (ks. Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010.) Kehittämisprojektin tavoitteena oli luoda asiakaslähtöinen terveyden edistämisen yhteistyömalli asiantuntija- ja asiakashaastattelujen, kirjallisuuden sekä organisaatioiden dokumenttien perusteella. (Kuvio 1.) Malli luotiin Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen ja Tyks Vakka-suomen sairaalan potilasohjausta tekevien terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien sekä vastaanottopoliklinikoilla toimivien sairaanhoitajien käyttöön.



Kuvio 1. Toimintamallin luomisen prosessi, mallin tarkoitus ja tavoitteet

Soveltavan tutkimuksen osion tavoitteena tässä kehitysprojektissa oli kartoittaa ylipainoisten ja heitä Tyks Vakka-Suomen sairaalan poliklinikoilla ja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa hoitavien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien käsityksiä eri organisaatioiden terveyden edistämisen yhteistyöstä, aikuisväestön painonhallinnasta ja painonhallinnan puheeksi ottamisesta sekä näiden kehittämistarpeista. Tavoitteena oli kuvailla, millaisia kokemuksia ja näkemyksiä haastateltavilla oli asiasta. Tämän kaltaisen aineiston keräämiseen kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä oli paras vaihtoehto. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 52–55; Hirsjärvi ym. 2010, 181). Tuloksia hyödynnettiin mallin luomisessa.

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

4.1 Kehittämisprojektin organisaatiot

Kehittämisprojekti tehtiin TYKS Vakka-Suomen Sairaalaan ja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskukseen.

Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskus aloitti toimintansa vuoden 2010 alussa. Viisi kuntaa, Kustavi, Pyhäranta, Taivassalo, Uusikaupunki ja Vehmaa, muodostivat yhteisen terveyskeskuksen, jota isännöi Uudenkaupungin kaupunki. Toimipisteitä yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa on kuusi. Organisaatio on jakautunut ennaltaehkäisevään työhön (äitiysneuvola, lastenneuvola, aikuisneuvola, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, perhesuunnittelu, ravitsemusneuvonta, naisten tarkastukset), avosairaanhoidon (lääkärin ja sairaanhoitajien vastaanotot, kotisairaanhoidon, fysioterapia, lääkinnällinen kuntoutus ja toimintaterapia), suun terveydenhuoltoon, akuuttiin vuodeosastoon, hoi-vaosastoon ja työterveyshuoltoon. Henkilöstöä terveyskeskuksessa on 200.

Tyks Vakka-Suomen sairaala on osa VSSHP:n alueellista erikoissairaanhoidon. Sairaalassa on yhteensä 48 vuodeosastopaikkaa (kirurgian, sisätautien ja val-vonnan hoitopaikat). Sairaalan poliklinikoilla tarjotaan yleiskirurgian, ortopedian, gastroenterologisen kirurgian, urologian, sisätautien, naistentautien, silmätau-tien, korvatautien, syöpätautien, reumasairauksien, neurologian, keuhkosairauk-sien ja fysiatrian erikoisalojen palveluja. Lisäksi sairaalassa on gastroenterologi-an ja kardiologian yksiköt, dialyysiyksikkö, ensiapupolikliniikka, laboratorio ja kuvantamispalvelut. Sairaalassa työskentelee yhteensä 190 henkilöä, joista 140 on sairaalan omaa henkilöstöä.

4.2 Projektiorganisaation nimeäminen

Kehittämisprojektin organisaatio muodostui projektipäälliköstä, ohjaus- ja pro-jektiryhmästä. Vastuu projektin etenemisestä sovitun aikataulun mukaisesti oli

projektipäällikön vastuutehtävä. Projektipäällikön tehtäviä kehittämisprojektissa olivat projektiorganisaation muodostamisesta ja toiminnasta, projektisuunnitelman ja tutkimussuunnitelman laatimisesta ja projektin etenemisestä huolehtiminen ja tiedottaminen ohjaus-/projektiryhmälle. (Silfverber 2008, 50.) Projektipäällikkönä toimi YAMK -opiskelija.

Projektiorganisaatiota nimettäessä päätettiin yhdistää ohjausryhmä ja projektiryhmä. Käytännössä nämä ryhmät olisivat muodostuneet samoista jäsenistä, mikä riitti perustelluksi ryhmien yhdistämiselle. Projektin ohjausryhmään/ projektiryhmään nimettiin projektipäällikön lisäksi kehittämisprojektin ohjaajat jotka tulivat toimeksiantaja organisaatioista, Tyks Vakka-Suomen sairaalan ylihoitaja, Turun ammattikorkeakoulun yliopettaja oppilaitoksen edustajana sekä osastonhoitaja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksesta sekä Tyks Vakka-Suomen sairaalasta.

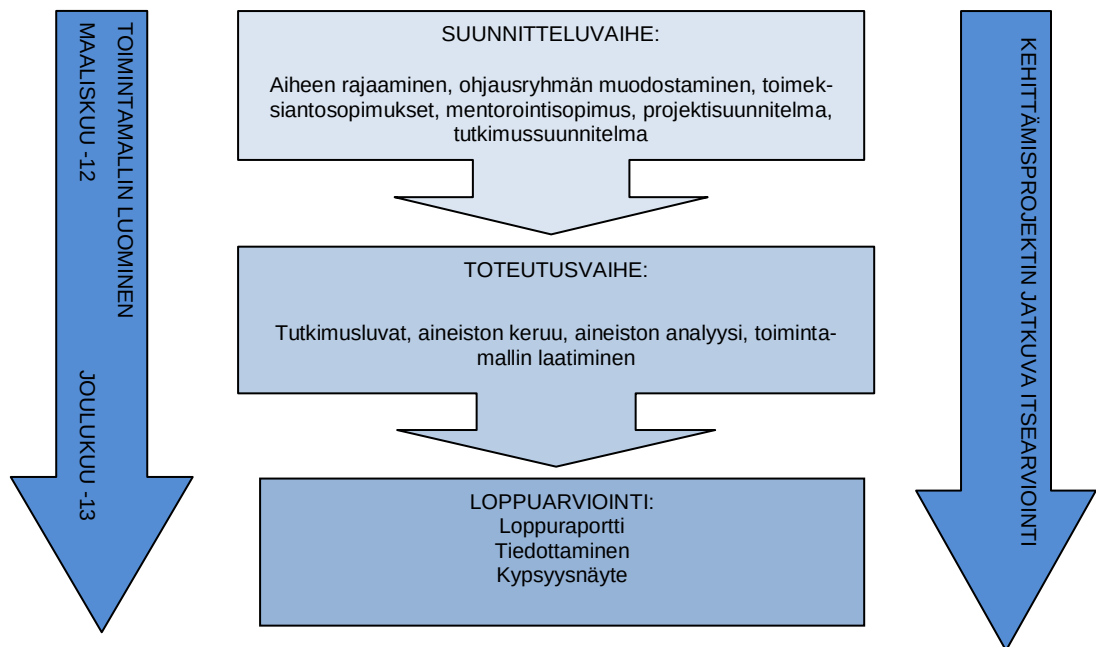
Ohjausryhmän tehtäviä oli seurata projektipäällikön toimintaa ja luoda edellytykset toiminnalle omalta osaltaan tiimityöskentelyyn sekä arvioida projektin etenemistä ja aikataulussa pysymistä. Organisaation johdon informoiminen projektin etenemisestä, lopputuloksesta sekä henkilökunnan koulutuksen organisointi kuuluivat ohjaus-/projektiryhmän vastuulle. (Silfverber 2008, 49–50.) Projektiryhmä osallistui projektityöskentelyyn projektipäällikön määrittelemien tehtävien mukaisesti.

Toimintamallin laatimisen päävastuu lopulliseen muotoonsa oli projektipäälliköllä ja ohjaus-/projektiryhmällä.

4.3 Kehittämisprojektin eteneminen

Kehittämisprojektin tärkeimmät etenemisvaiheet on kuvattuna kuviossa kaksi. Kehittämisprojektin toteutus keskittyi 12.10.2012 – 1.11.2013 väliselle ajalle. Projektin konkreettiset tulokset eli valmis toimintamalli valmistui loppuvuodesta 2013. Itse projektityö jakaantui suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheisiin. Suunnitteluvaihe muodostui itsenäisestä työskentelystä, tutoropettajan ja työelämän ohjaajien tapaamisista sekä ohjaus/projekti -ryhmän kokouksesta, jossa

määriteltiin kehittämisprojektin tavoitteet ja menetelmät niihin pääsemiseksi. Toteutusvaihe muodostui tutkimuksellisesta osiosta, joka toteutui kahtena teema-haastatteluna analyyseineen, sekä varsinaisen toimintamallin luomisesta. Loppuarviointivaihe muodostuu loppuraportista sekä lopullisen toimintamallin valmistuttua tiedottamisesta henkilöstölle ja alueen väestölle.



Kuvio 2. Kehittämisprojektin eteneminen

5 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO

5.1 Tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät

Soveltavan osion tavoitteena tässä kehittämisprojektissa oli kartoittaa ylipainoisten ja heitä hoitavien ammattilaisten käsityksiä eri organisaatioiden terveyden edistämisen yhteistyöstä, sen kehittämistarpeista ja painonhallinnasta. Tarkoituksena ei ollut pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin vaan kuvailla, millaisia kokemuksia ja näkemyksiä haastateltavilla oli asiasta. Tavoitteena oli saada monipuolinen aineisto, jossa tuli kuulluksi niin asiakkaiden kuin asiantuntijoidenkin käsitykset tutkimustehtäviin. Tämän kaltaisen aineiston keräämiseen kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä oli paras vaihtoehto. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 52–55; Hirsjärvi ym. 2010, 181).

Tutkimustehtävät olivat:

- Miten kehittää Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan välistä yhteistyötä?
- Miten kehittää aikuisväestön painonhallintatyötä?
- Miten ottaa painonhallinta puheeksi?

5.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin kahdella ryhmähaastattelulla, jotka tehtiin asiantuntijoille ja asiakasryhmälle kesän 2013 aikana. Ryhmähaastattelu tutkimusaineiston keräämisen keinona on mielekästä, kun tavoitteena on yhteisen toimintatavan ja keskustelun luominen. Osallistujien valinnan kriteerinä oli haastateltavien samankaltaisuus suhteessa tutkittavaan asiaan. Haastateltavien valinnassa tavoitteena ei ollut tilastollinen edustavuus, vaan tavoitteena oli saada koolle ryhmä haastateltavia, jotka pystyvät tuomaan tutkittavaan asiaan erilaisia näkökulmia. (ks. Hirsjärvi ym. 2010, 210; Vilkkä 2009, 101–109.) Asiantuntijaryhmä

muodostui Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan potilasohjausta tekevistä sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista. Asiakasryhmään osallistui vapaaehtoisia ylipainoisia, joilla oli kokemusta yksilö- ja ryhmä painonhallinnanohjauksesta sekä alueellisista terveydenhuollonpalveluista. Asiakasryhmään osallistuvien joukossa oli mm. laihdutusleikkaukseen valmistautuva- ja uniapneapotilas.

Haastattelijalla oli käytössä puolistrukturoidut haastattelurungot (liite 4), joissa oli kolme tutkimustehtävistä nousevaa teemaa. Kysymyksiä muotoiltiin uudelleen haastattelun aikana ja niiden järjestystä muutettiin. Haastattelurungon tuksi oli laadittu apu- ja lisäkysymyksiä. (ks. Hirsjärvi ym. 2010, 210; Vilkkä 2009, 101–109.)

Asiakasryhmän haastattelurunko keskittyi painonhallintatyön ympärille. Asiakasryhmän teemahaastattelun kokonaiskestoksi muodostui puolitoistatuntiseksi. (ks. Hirsjärvi ym. 2010, 210; Vilkkä 2009, 101–109.) Asiakasryhmä muodostui jo olemassa olevasta yksityisen yrityksen laihdutusryhmästä. Haastatteluun osallistui kuusi (n=6) haastateltavaa. Haastattelutilanne, joka järjestettiin yksityiskodissa, oli rauhallinen. Ryhmän jäsenet eivät jännittäneet toisiaan. (ks. Hirsjärvi ym. 2010, 210; Vilkkä 2009, 101–109.)

Asiantuntijaryhmän haastattelurunko painottui painonhallintatyö- ja yhteistyö -teemojen ympärille. Asiantuntijaryhmän teemahaastattelun kokonaiskesto oli 45 minuuttia. Asiantuntijaryhmän haastattelua täydennettiin vielä varsinaisen haastattelun lisäksi puolen tunnin lisähaastattelulla, jossa varmistettiin varsinaisessa haastattelussa esille tulleista seikkoja. Asiantuntijaryhmään kutsun saanneista paikalle tuli kaksi osallistujaa (n=2). Vaikka asiantuntijaryhmä kutistui kahteen osallistujaan, voidaan aineistoa luonnehtia monipuoliseksi osallistujien asiantuntijuuden perusteella. (ks. Hirsjärvi ym. 2010, 210; Vilkkä 2009, 101–109.)

Molempien ryhmien osallistujat valikoituivat asiantuntijuutensa perusteella. Asiakasryhmään valikoitui osallistujia, joilla oli monipuolinen kokemus painonhallinnan elintapaohjauksesta eri organisaatioissa sekä kokemusta eri organisaatioiden yhteistyöstä. Asiantuntijaryhmän jäsenet olivat ammattilaisia, jotka

osallistuvat aikuisten painonhallintatyöhön. Asiakasryhmän haastattelukutsut toimitti jo olemassa olevalle painonhallintaryhmälle ryhmänvetäjä. Kutsu esitettiin 10 ryhmäläiselle (N=10), joista kuusi (n=6) osallistui haastatteluun. Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen ennaltaehkäisevän terveydenhuollon ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan osastonhoitajat valitsivat asiantuntijaryhmään osallistujat. Kutsu esitettiin viidelle (N=5) asiantuntijalle, joista kaksi informanttia (n=2) osallistui haastatteluun. Asiantuntijaryhmän pienestä koosta huolimatta voidaan aineistoa pitää luotettavana ja monipuolisena.

Asiakasryhmän haastattelussa kaikki osallistuivat tasapuolisesti keskusteluun. Asiantuntijaryhmän haastattelussa perusterveydenhuollon edustaja osallistui haastatteluun aktiivisemmin johtuen siitä, että painonhallintatyö on painottunut Uudessakaupungissa perusterveydenhuollon puolelle.

5.3 Aineiston analyysi

Tässä työssä analysointitapana käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisälönanalyysiä. Aineiston keruun jälkeen se litteroitiin sanatarkasti. Litteroidu aineisto luettiin moneen kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Kokonaiskuvan hahmotuttua aineisto pelkistettiin niin, että se kuvasi mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tämän jälkeen aineisto purettiin ensin analyysiyksiköihin ja sen jälkeen yhdistettiin samankaltaiset aineiston osat yhteen. Lopuksi aineisto koottiin uudelleen johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi vastaamaan tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimustehtäviä. Esimerkki analyysi yksiköistä ja niiden yhdistämisestä liitteessä 5. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 224; Hirsjärvi & Hurme 2010, 171–183; Vilkkä 2009, 139–141, 145.)

5.4 Soveltavan tutkimuksen tulokset

5.4.1 Puheeksiottamisen vaikeus

Asiantuntijaryhmän mukaan lihavuudesta ja painonhallinnasta puhutaan harvoin vastaanottotilanteessa. Usein asiakkaalle itselle ei kerrota vastaanotolla ylipainosta, se kirjataan ainoastaan potilasasiakirjoihin ja potilas saattaa lukea sen jälkeenpäin epikriisistä. Asiantuntijat kokivat, ettei ylipainoa hoideta. Painonhallinnanohjauksen esille tuominen lääkärivastaanottojen yhteydessä lisäisi kuitenkin asiakkaiden motivaatiota osallistua ohjattuun painonhallintaan.

Usein lääkärivastaanotolla ei edes puhuta että on obeesi, potilas lukee sen ensimmäisenä epikriisistä.

Kyllä ne meidän lääkärit ohittavat sen lauseella että painoa pitäisi saada alas... Eli ei sitä hoideta.

...se tois pontta asiaan enemmän, ettei se olis vaan se lääkärin teksti obeesi. Se pieni kehotus, että tähän vois saada ohjausta.

Asiantuntijat olivat törmänneet tilanteisiin, joissa asiakas oli kokenut, että häntä oli haukuttu ja syyllistetty ylipainon takia. Ylipainon ja lihavuuden puheeksi ottamista helpotti tarpeeksi pitkä vastaanottoaika, joka takaa rauhallisen ja motivoivan tavan ottaa paino puheeksi. Tällöin vältyttiin syyllistäviltä tuntemuksilta vastaanottotilanteessa.

Kyllä se paino on arka asia. On niit ihmisiä jotka kokevat että heitä on ikään kuin moitittu ja haukuttu sen painon takia.

Mull on hyvä tilanne kun mull on aika varattu puoleks toist tunniks, ... Mä sano että ei täällä kellä ylipaino olis, jos se helppo olis.

Myös asiakasryhmä toi esille, ettei lihavuudesta ja painonhallinnasta puhuta vastaanottotilanteissa. Kun asiakkaat olivat itse ottaneet lihavuuden esille vastaanottotilanteissa, niin silloin siitä oli keskusteltu. Kuitenkin lihavuudesta puhuminen koettiin hyväksi, jos se liittyy vastaanotolle tulon syyhyn selkeästi. Hankalaksi tilanne koettiin silloin, jos paino ei suoraan liittynyt vastaanotolle tulosityhyn. Kaikille sekään ei ollut kiusallinen tilanne.

Tartiisko lääkärin sanno ett on ylipainonen? Se että sanotaan että olet ylipainoinen se otetaan niin helposti syylistävänä... Kun mull on angina tai korva kippiä niin kyll on vaikkia ymmärtä ett painost ruveta siin puhuma vaikk yleiskunto siihe vaikuttaki.

...Hitto vie eiks sitä olis voinu sanno jos se noi tärkeä asia oli, ensimmäisenä siinä luki. Tuli syyllinen olo.

Vaikka lihavuudesta puhuminen koettiin araksi, helposti haukkumiseksi ja syylistäväksi asiaksi, asiakasryhmä toivoi kuitenkin, että paino otettaisiin puheeksi vastaanottotilanteissa. Hyvä tapa olisi rutiininomaisesti punnita paino joka terveydenhuollon vastaanottokerralla samaan tapaan kuin verenpaine.

...lääkäri sanoi että mä olen lihonut ihan liikaa... se haukku mua ja mää makasin siellä jalat auki ja haukku vaan lisää..

Syylistää ei ainakaan saa, vaikka ongelmaa hakeekin, niin silti ei saa syylistää? Syylistäminen on kaikkein pahinta.

Mun mielestä sen voi aina rohkeesti sanoa...Niin olis se hyvä että aina kun menee vastaanotolle niin se paino kirjattais ylös. Miksei vois sen aina kirjata ylös?

5.4.2 Yhteistyön kehittäminen

Asiantuntijaryhmä arvioi, että yhteistyö eri organisaatioiden välillä oli rajoittunut lähinnä sisätautiosaston läheteisiin ravitsemusterapeutille. Yksittäisiä läheteitä painonhallinnan ohjaukseen oli tullut naistentautien poliklinikan lapsettomuushoitoon osallistuneilta.

Tyks Vakka-Suomen sairaalan sairaan- ja terveydenhoitajilta puuttui ohjeistus, miten lähettää potilas painonhallinnan ohjaukseen perusterveydenhuollon puolelle. Yhteistyön kehittämisestä erikoissairaanhoidon sairaanhoitajat/terveydenhoitajat toivoivat lähetekäytäntöä perusterveydenhuollon puolelle painonhallinnanohjaukseen.

Anta sen lapun, potilas saa itekses mutustella sitä asia. Sull on joku osoitettu paikka mihin ottaa yhteyttä...

Seulotaan naiset... tarjotaan mahdollisuutta henkilökohtaiseen ohjaukseen. Annetta yhteystiedot. Se lähtee siitä liikkeelle

Voisko se olla se systeemi käytössä myös tyksissä. Voisiko meidän hoitajat käyttää sitä, että hoitajilla olis tiedossa mihin ohjata potilaat?

Asiakkaiden mielipiteet yhteistyöstä rajoittuivat tiedon huonoon liikkumiseen organisaatioiden välillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käsitteet olivat vieraita asiakkaille.

Se on niin hassua nykypäivänä. Kaikk kun kuitenkin pitäis olla kaikkien tiedoss ja kun sä menee ensiapuun niin ei tietä mitä toisess pääs taloss tapahtuu? Sitä on vaikkia ymmärtä.

...tarkotak sä sairaala ja terveyskeskuksen yhteistyöt...

5.4.3 Painonhallinnan kehittäminen

Asiantuntijaryhmä koki painonhallinnanohjauksen resurssit nykyisellä volyymillä riittäväksi tilojen ja välineistön suhteen. Painonhallinnanohjaus oli keskittynyt yhteen paikkaan kaupungin alueella. Henkilöstöresurssi riittää tämän hetkiseen tarpeeseen. Mutta jos painonhallinnanohjauksen tarve kasvaa, tarvitaan tekijöitä silloin lisää.

Ulkoiset puitteet ovat kunnossa...

Jos meille tulis kerta kaikkinen aktiivinen systeemi että kun BMI on yli 30 ett niill varata aika automaattisesti, niin sitt ei kyll onnistu. Ei ole kun tämä yksi paikka tässä kaupungissa...

Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa oli kokemus yhdestä verkkopohjaisesta painonhallintaryhmästä. Se ei ollut saanut toistaiseksi jatkoa. Asiantuntijaryhmä piti tietokonepohjaisia ohjelmia aikavievinä. Järkevänä ei nähty sitä, että istuu tietokoneen ääressä kun pitäisi lisätä aktiviteettiä. Joillekin Internet-verkossa toimivat tietokonepohjaiset painonhallintaohjelmat kuitenkin sopivat osaksi painonhallintaa.

Ei meill ollu ajatuksena verkossa ruveta laihduttamaan... Tulokse ei ollu häävejä...Onko se järkevä et on painonhallinta ryhmäs ja istu tietokone ääres.

... Tämönen menetelmä on jollekin hyvä. Ihminen kun näkee, ett vihannes palkki nousee niin se kannusta. Sitä on jonkun kanssa kokeiltu. Ja se sopii joillekin.

Muiden teknisten painonhallintavälineiden, kuten kehonkoostumus- ja askelmit-tareiden, käyttöä asiantuntijat pitivät tarpeettomina nykyisessä taloudellisessa tilanteessa. Apuvälineiden käyttö saattavaa suunnata helposti epäoleelliseen – tärkeää on oppia syömään ja liikkumaan oikein terveyden kannalta. Mittareiden lukujen seuraaminen saattaa ohjata tuijottamaan pelkästään lukuja.

Ei meill mittä kehonkoostumusmittareita ole, mutta en minä niitä kaipaakaan. Mull on mittanauha ja se kerto jo aika paljo.

Me ollaan tehty periaate päätös, ettei mitään laitteita osteta. ...esimerkiks julkise terveydenhuollon tilanne on mikä on...

Mittarit ohjaa enemmän ihmistä tuijottamaan lukuja kuin paljon paino on pudonnut. Enemmän pitäis painotta, että ihminen oppis näkemä määrän mitä ja miten hän syö, eikä sitä ett onko se paino pudonnut kilon tai kaksi tällä viikolla.

Ravitsemusterapeutin viran täyttämistä asiantuntijat pitivät ensiarvoisen tärkeänä kehitettäessä painonhallinnan ohjausta. Ravitsemusterapeutti oli pitänyt pieniä luentoja palaverien yhteydessä ennaltaehkäisevän terveydenhuollon henkilöstölle, mikä oli koettu hyväksi. Tämän hetkisessä tilanteessa painonhallinnan ohjauksesta vastaavilta puuttuu vastuulääkäri/ravitsemusterapeutti, joiden tuki ja ohjaus olisi eduksi. He kokivat terveydenhoitajakoulutuksen olevan riittämätön mm monisairaiden potilaiden ohjaukseen. Uutena huolena koettiin ravitsemusopin vähäinen opetus tämän hetkisessä terveydenhoitajakoulutuksessa. Uusien terveydenhoitajien perehdytykseen työpaikoilla on täytynyt lisätä ravitsemusoppia.

Nyt meillä on huono tilanne, kun meillä ei ole ravitsemusterapeuttia...on monisairaita ihmisiä, meidän terveydenhoitajien ammattitaito ei riitä...Just tässä mun työssä se on valtava puute, kun mull ei kettä vastuulääkäri tai ravitsemusterapeutti.

Yksi huolestuttava piirre on se että tällä hetkellä ravitsemusoppia ei opeteta terveydenhoitajille... Oppilaitoskohtaisia eroja on paljon. Sydäntautiliitto on ajanut neuvokas perhettä sill ajatuksella ett saatais edes joku minimitieto terkkareille...meillä on kova perehdyttäminen kun tulee uusi terkkari...

Yksilöohjaus koettiin motivoivaksi ja joustavaksi painonhallinnanmuodoksi, joka on helppo räätälöidä asiakkaiden toiveiden ja tarpeen mukaan. Terveyskeskuksessa järjestetyt ryhmäohjaukset, jotka olivat toimineet non stop periaatteella,

olivat kärsineet osallistujapulasta. Ryhmäohjausta ei koettu ratkaisuksi tämänhetkiseen tarpeeseen.

Me ollaan annettu yksilöohjauksessa lähete ryhmätilaisuute ja sanottu ett palautta se mull niin mä laitan se eteenpäin. Ne sanoo ett en mää mihinkä ryhmä.

Liikunta nähtiin osana terveyttä ylläpitävänä tekijänä. Vaikka liikunnan ei koettu laihduttavan, miellettiin se yhtenä osana painonhallintatyötä. Perusterveydenhuollon asiantuntijoilla oli ollut käytössä vuoden ajan liikkumislähete, jolla voitiin ohjata asiakas erityisryhmien liikunnanohjaajalle. Liikkumislähete kirjoitettiin asiakkaille, jotka liikkuvat terveyden kannalta liian vähän ja jotka kaipasivat ohjausta eri liikuntamuotoihin. Liikkumislähetekäytäntö oli saanut hyvää palautetta ja käytännön toivottiin leviävän myös Tyks Vakka-Suomen sairaalan puolelle.

Liikkuu terveyden kannalta ihan liian vähän, mutta henkilö ei itse tiedä mitä hän tekis.

Mutt meill on meill on erikoisryhmien liikunnan ohjaaja. ett me osattais käyttä ja ohjata näit heill ett tämmösi palveluja on.

Asiakasryhmällä oli kokemusta painonhallinnasta netissä. Nettiohjelmat koettiin työläinä, mutta mielenkiintoisina. Jos painonhallinnanohjaus perustuu pelkäämistään Internetissä tapahtuvaan tiedonvälitykseen, on itsensä huijaaminen helpompaa. Teknisten apuvälineiden käyttö, esimerkiksi virtuaalitelevision käyttö, koettiin mielekkääksi ja kontrolloitumaksi painonhallinnan ohjauksessa verrattuna pelkäämistään netissä tapahtuvaan ohjaukseen. Erilaisten mittarien kuten askelmittareiden ja kalorien kulutusta seuraavien mittareiden käyttöä toivottiin osaksi lihavuuden hoitoa.

Sitt on se nettijuttu, määkin ole sitä kokeillu. Se oli työlästä aina mennä tietokoneelle. Mutt iha mielenkiintoista.

Just tuli telkkarista kun terveystieteiden keskuksessa keskusteltiin potilaan kanssa tv:n kautta. Se vois olla hyvä, ei pystyis laistamaan niin kuin tietokoneohjelmissa, kontrolli pysyis paremmin.

Puhelimis on ohjelmia...diabeetikot saa mittaris, ja uniapnea potilaat omansa, kaikki muut saavat apuvälineensä, muttei lihava...

Asiakkaat kokivat moniammatillisen tuen painonhallinnan ohjauksessa tärkeäksi. Ideaalina painonhallinnanohjauksena pidettiin sellaista, johon osallistui ravitsemusasiantuntijan lisäksi myös psykologi ja fysioterapeutti/liikunnanohjaaja. Ryhmätuki koettiin merkittäväksi ja voimaa antavaksi. Keskustelu muiden kanssa, joilla on sama ongelma, koettiin tukevan laihdutusta. Kaikille ryhmässä laihduttaminen ei sovi, toinen onnistuu painonhallinnassa yksin ja toinen ryhmässä.

Mut laitettiin kerran psykologille... Siell me mietittiin mikä mun saa syömä ... siihen kuului myös fysioterapeutin jumppa kerran viikossa. ...Se oli hyvä systeemi.

Terveystenhuolto järjestelmällä on kaikki ammattilaiset, fysioterapeutit, lääkärit ja ravitsemusterapeutit.

Ei todellaka yksi tämän ongelman kanssa ole. Kyll kaikk on kivemppa kun on porukka mukana. Ryhmästä saa voimaa ihan erilailla. Täytyy kovahermoinen olla jos yksin pystyy, mutt kyll joku aina pysty

Asiakasryhmä toivoi painonhallinnanohjauksen olevan pitkäkestoista. Kahdeksan viikon ohjaus koettiin riittämättömäksi. Painonhallinnanohjauksen toivottiin kestävän vähintään puoli vuotta ja tukea toivottiin myös ohjauksen jälkeiselle ajalle. Ryhmätoiminnan rinnalle toivottiin painonhallintaleirejä, joissa olisi ruoka valmiiksi tehty ja liikuntakalenteri laadittu sekä henkilökohtaiset ohjaajat painonhallinnan ja liikunnan tukena. Liikkuminen miellettiin painonhallintaa tukevaksi toiminnaksi ja siihen toivottiin henkilökohtaista ohjausta.

Mä olen haaveillu ett pääsis kuukaudeks läskileirille. Siell on sapuska valmin ja liikuntaohjelmakin.

Olis kiva kun olis joku personal trainer kenen kanssa menis sinne punttisaliss ja kaikki muut mahdollist ja sitt siin löytäis se oma juttus.

Lopuksi asiakasryhmä toi esille seikan, miksi apua painonhallintaan saa vasta kun tilanne on jo paha.

Onko siinä mitään mieltä ett täyty olla niin paljon ylipainoinen – sairaalaisen liiava, ennen kuin saa appu? Täytyk se tilanne päästä niin pitkälle.

5.5 Johtopäätökset ja pohdinta

Keskustelun avauksella on merkittävä vaikutus asiakkaan motivoitumiseen painonhallintaan. Lihavuuteen puuttuminen on arempi asia kuin muista terveyden riskitekijöistä puhuminen. Potilaat ovat erilaisia ja kokevat lihavuudesta puhumisen erilailla. Myös henkilökunnan sosiaaliset taidot ovat erilaisia. Toisille keskustelun avaaminen on luontevampaa kuin toiselle. Liian usein painonhallinta kuitenkin kuitataan lauseella: ylipainoa on, pitäisi saada painoa alas. Esille tuli niin asiantuntijaryhmässä kuin asiakasryhmässä ettei lihavuudesta oltu puhuttu vastaanottotilanteessa. Kuitenkin epikriisiä lukiessa potilas lukee ensimmäisessä lauseessa olevansa obeesi. Vaikka paino on arka asia, silti asiakkaat olivat sitä mieltä että lihavuus on hyvä ottaa puheeksi vastaanottotilanteissa. (ks. Lehtinen ym. 2010, 15–20 ja Vertio ym. 2008, 2150–2151.)

Terveystieteidenhuoltolaki (1326/2010) painottaa asiakaslähtöisen alueellisen yhteistyön kehittämistä. Vakka-Suomessa varsinaista yhteistyötä painonhallinnan osalta ei ollut tehty, yhteistyö oli rajoittunut lähinnä sisätautipoliklinikan läheteisiin ravitsemusterapeutille. Tällä hetkellä tilanne on huono, koska ravitsemusterapeutin virkaa ei ole täytetty edellisen jäätyä eläkkeelle. Tyks Vakka-Suomen sairaalan sairaanhoitajat toivoivat käyttöönsä ohjeistusta, miten lähettää potilas painonhallinnan ohjaukseen perusterveydenhuollon puolelle silloin kun esim. lääkäri on todennut asiakkaalle että painoa pitäisi saada pudotettua.

Tyks Vakka-suomen ja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteidenkeskuksen henkilökunnalla on mahdollisuus osallistua VSSHP:N alueelliseen koulutukseen, Vakka-Suomen alueella järjestään myös seutukunnallista koulutusta. Terveystieteidenkeskuksen henkilöstölle ravitsemusterapeutti oli pitänyt palaverien yhteydessä pieniä koulutuksia, myös Tyks Vakka-Suomen sairaala järjestää sairaala sisäistä omaa koulutusta. Osallistumismahdollisuus toinen toisensa pienimuotoisiin koulutuksiin lisäisi yhteistyötä, madaltaisi organisaatioiden välisiä rajoja, lisäisi vuorovaikutusta ja korostaisi sosiaalisia suhteita kahden organisaation välillä. Asiakkaat haluavat, että heidät kohdataan kokonaisuutena ja että heitä hoitavat asiantuntijat työskentelevät yli organisaatiorajojen. (Ks. Isoherra-

nen, Rekola & Nurminen 2008, 27–28). Tyks Vakka-Suomen sairaalan johtava ylihoitaja (kokous 6.10.2013) toi PETE – yksikön esittelykokouksen alustuspuheessa esille yhteisten tapaamisien ja koulutuksen positiivisen merkityksen yhteistyön kehittymisen kannalta. (E. Tähtinen, kokous 6.10.2013).

Ravitsemusterapeutin viran täyttämisen asiantuntijat pitivät ensiarvoisen tärkeänä kehitettäessä painonhallinnan ohjausta. He kokivat esimerkiksi että monisairaiden potilaiden ohjaus vaatii laajaa asiantuntemusta, jota heillä ei ole.

Painonhallinnan resurssit nykyisellä volyymillä ammattilaiset kokivat riittäväksi. Tällä hetkellä painonhallinnan ohjausta perusterveydenhuollon puolella tekee Uudessakaupungissa yksi terveydenhoitaja aikuisneuvolan puolella ja toinen työttömien terveydenhoitajana. Myös työterveyshuollossa saa painonhallinnan ohjausta riippuen työnantaja-sopimuksesta. Kuitenkin jos kaikki ylipainoiset, esimerkiksi potilaat joiden BMI on yli 35 tai potilaat joilla on lihavuuden liitännäissairauksia tai niiden vaaratekijöitä (ks. Kuvio 3.) ohjattaisiin systemaattisesti yksilölliseen painonhallinnan ohjaukseen, niin silloin henkilöstöresurssit eivät enää riitä. (ks. Käypä hoito 2013). Tällöin ratkaisu saattaisi olla ryhmäohjauksessa. Ryhmäneuvonta on parhaimmillaan kustannustehokasta, kaikille ei ole tulevaisuudessa mahdollista antaa pitkäjänteistä, useita vuosiakin kestävästä yksilöneuvontaa (ks. Jallinoja ym 2006, 3749–3750). Uudenkaupungin yhteistointi alueen terveyskeskuksessa toteutetut ryhmäohjaukset eivät olleet saaneet asiakkaita liikkeelle, joten ne oli lakkautettu. Ryhmäohjausta ei koettu tämänhetkisen tarpeeseen tarpeellisenä. Kertaalleen kokeiltu verkkoryhmä ei ollut myöskään saanut jatkoa.

Motivoivaksi painonhallinnan ohjaukseksi ammattilaiset kokivat yksilöohjauksen, jonka voi räätälöidä jokaiselle tarpeiden mukaan. Elintapaohjauksessa tärkeää onkin muutosvaiheen tunnistaminen. Eri muutosvaiheessa olevat ihmiset tarvitsevat erilaista ohjausta ja tukea, yksilöohjauksessa eri vaiheen tunnistaminen on helpompaa. (ks. Alahuhta ym. 2009, 148–156; Janzin & Becker, 1984, 1-14; Prochaska & Norcrossin, 2003, 23–56). Asiakkaat kuitenkin kokivat ryhmäohjauksen tärkeäksi vertaistuen näkökulmasta. Asiakkaat toivoivat tulevaisuudes-

sa painonhallinnanohjaukseen olevan sisällöltään moniammatillista, johon osallistuisi painonhallinnanohjaajan lisäksi mm. fysioterapeutti/liikunnanohjaaja ja psykologi. Ryhmäohjauksessa moniammatillisen tuen antaminen on kustannustehokasta. (ks. Jallinoja ym 2006, 3749–3750).

Teknisiä apuvälineitä kuten kehonkoostumusmittareita, askelmittareita tai tietokonepohjaisia painonhallintaohjelmia kännykkään ja tietokoneisiin eivät asiantuntijat kaivanneet omaan työhönsä. Yksilöohjauksessa oli käytetty painonhallinnan tukemiseen verkossa tarjolla olevia ilmaisia painonhallintaohjelmia ja niitä oltiin jatkossakin valmiita käyttämään asiakkaan tarpeiden ja halun mukaan. Asiakkaat taas näkivät mielekkäänä ja kannustavana teknisten apuvälineiden käytön. He visioivat mm. virtuaalitelevisiion käytön mahdollisuuksia painonhallinnanohjauksessa. Hekin kokivat osan välineistä olevan työläitä ja aikavieviä. Tekniikka saattaisi ryhmäohjauksen ohella kuitenkin olla vastaus lisääntyneeseen painonhallinnanohjauksen tarpeeseen. Myös terveydenhuolto laki velvoittaa hyödyntämään tietotekniikkaa kaikessa terveydenhoitotyössä (1326/2010).

5.6 Tutkimuseettiset kysymykset

Laadullisen tutkimuksen eettisiä näkökohtia ovat mm. luottamuksellisuuden ja anonymiteetin säilyttäminen ja tutkittavien oikeus tietää tutkimuksen tarkoituksesta, päämäärästä ja tulosten julkaisemisesta. (ks. Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 612; Vilka 2009, 158–166.)

Tässä tutkimuksessa eettiset kysymykset huomioitiin tutkimuksen eri vaiheissa ja noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Haastateltaville tiedotettiin haastattelun tarkoituksesta, päämäärästä ja tulosten julkaisemisesta. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja oikeudesta keskeyttää osallistuminen sovelta-vaan tutkimukseen tiedotettiin etukäteen lähetetyissä saatekirjeissä. (liite 4) Heille tiedotettiin tutkimuksen luottamuksellisuudesta, anonymiteetistä, haastattelun kulusta ja aineiston nauhoittamisesta etukäteen haastattelupyynnön saatekirjeessä ja vielä suullisesti ennen haastattelun aloittamista. Saatekirjeessä annettiin tutkijan yhteystiedot mahdollisten kysymysten varalle. Tarvittavat tut-

kimusluvut hankittiin osallistujilta, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä ja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiskeskuksesta. Tutkimuksen tulokset ja tuloksista tehdyt johtopäätökset raportoitiin rehellisesti ja avoimesti. Kerätyistä aineistoista ei ole tunnistettavissa osallistujia. Tutkimusaineistoa käytettiin ainoastaan tähän tutkimukseen ja se säilytettiin asianmukaisesti. Raportin julkaisun jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti. (ks. Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 612; Vilkkä 2009, 158–166.)

5.7 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuuden arvioinnissa keskeistä on vahvistettavuus, joka on prosessikriteeri. Tutkimusprosessi on pyritty luotettavuuden lisäämiseksi kirjaamaan siten, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua. Tutkimusaineiston luokittelu- ja tulkintasääntöjen sekä tutkimuskäytännön yksityiskohtaisella ja avoimella esittämisellä pyrittiin siihen, että tutkimuksella olisi käytännön toistettavuus vaikka jokainen laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on kokonaisuutena ainutkertainen ja siksi käytännössä tutkimusta ei voi toistaa koskaan sellaisenaan. (ks. Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 613; Vilkkä 2009, 159–160.)

Teemahaastattelun luotettavuus riippuu aineiston laadusta. Aineiston luotettavuuden ja kattavuuden takaamiseksi haastattelut tehtiin sekä asiakkaille että asiantuntijoille. Aineiston laatuun vaikuttavat aineiston keruuseen ja sen käsittelyyn liittyvät tekijät, joita ovat mm. haastattelurungon ja lisäkysymysten valmistelu, kouluttautuminen haastatteluun, tallentamiseen, teknisten laitteiden toimintaan ja aineiston litterointiin ja käsittelyyn. Haastattelijana toimi projektipäällikkö, joka nauhoitti haastattelut ja litteroi aineiston sanatarkasti sekä analysoi aineistot itse. Haastattelujen aineisto käsiteltiin samankaltaisesti ja käsittelijällä on käsitys haastattelutilanteista. Tavoitteena oli saada tulokset vastaamaan haastateltujen todellista tilannetta ja välttää tulkintoja. Puretun aineiston lukemiseen ja sisäistämiseen varattiin aikaa ennen varsinaisen analysoinnin aloittamista,

jotta saatiin riittävä ymmärrys aineistosta. (ks. Hirsjärvi & Hurme 2010, 143, 184–185.)

Ennen varsinaisia kohderyhmän haastatteluja tutkimuskysymykset testattiin koehaastatteluilla yhdelle sairaanhoitajalle ja yhdelle asiakkaalle. Koehaastattelujen pohjalta tehtiin tarvittavat muutokset haastattelurunkoon. Kysymysten järjestystä muutettiin ja tehtiin lisää apukysymyksiä, joilla pyrittiin tarkentamaan tutkimuskysymyksiä. (ks. Vilkkä 2009, 88.)

Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan myös tulosten siirrettävyydestä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkija pyrki antamaan riittävästi kuvailevaa tietoa osallis-
tujista ja heidän elämäntilanteistaan, jotta siirrettävyyttä voidaan arvioida toisiin tilanteisiin. Kuvailussa huomioitiin kuitenkin anonymiteetin säilyminen. Raportoinnissa pyrittiin selkeyteen ja elävyyteen, mikä auttaa arvioimaan tulosten siirrettävyyttä. (ks. Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 613; Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Laadullisen tutkimuksen yksi luotettavuuskriteeristä on tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuus sekä niiden osoittaminen. Uskottavuuden osoittamiseksi projektipäällikkö oli riittävän pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa ja keskusteli tutkimustuloksista tutkimukseen osallistuneiden, kehittämisprojektin ohjaajien, ohjaajaopettajan ja kollegoiden kanssa. Uskottavuutta lisättiin myös käyttämällä suoria lainauksia haastateltavien tuntemuksista, säilyttäen kuitenkin haastateltujen yksityisyys. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 129; Vilkkä 2009, 160.)

Refleksiivisyys edellyttää, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Haastattelun onnistuminen ja aineiston laatu on riippuvainen haastattelijan ammattitaidosta ja kokemuksesta sekä hänen henkilökohtaisista ominaisuuksistaan. Haastattelija teki ensimmäistä kertaa haastattelututkimusta, joka vähensi tutkimuksen luotettavuutta. Siksi ennen haastatteluja haastattelija perehtyi terveyden edistämiseen, yhteistyöhön, asiakaslähtöisyyden ja painonhallinnan käsitteisiin saadakseen haastatteluilla kerätystä aineistosta selkeän kuvan. (ks. Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 613; Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Haastattelutilanteessa haastattelija kiinnitti huomiota omaan

sanattomaan viestintäänsä, etteivät haastattelijan omat tiedot tutkittavasta ilmiöstä vaikuttanut tulkintaan (ks. Mäntyranta & Kaila 2008, 1507–1513).

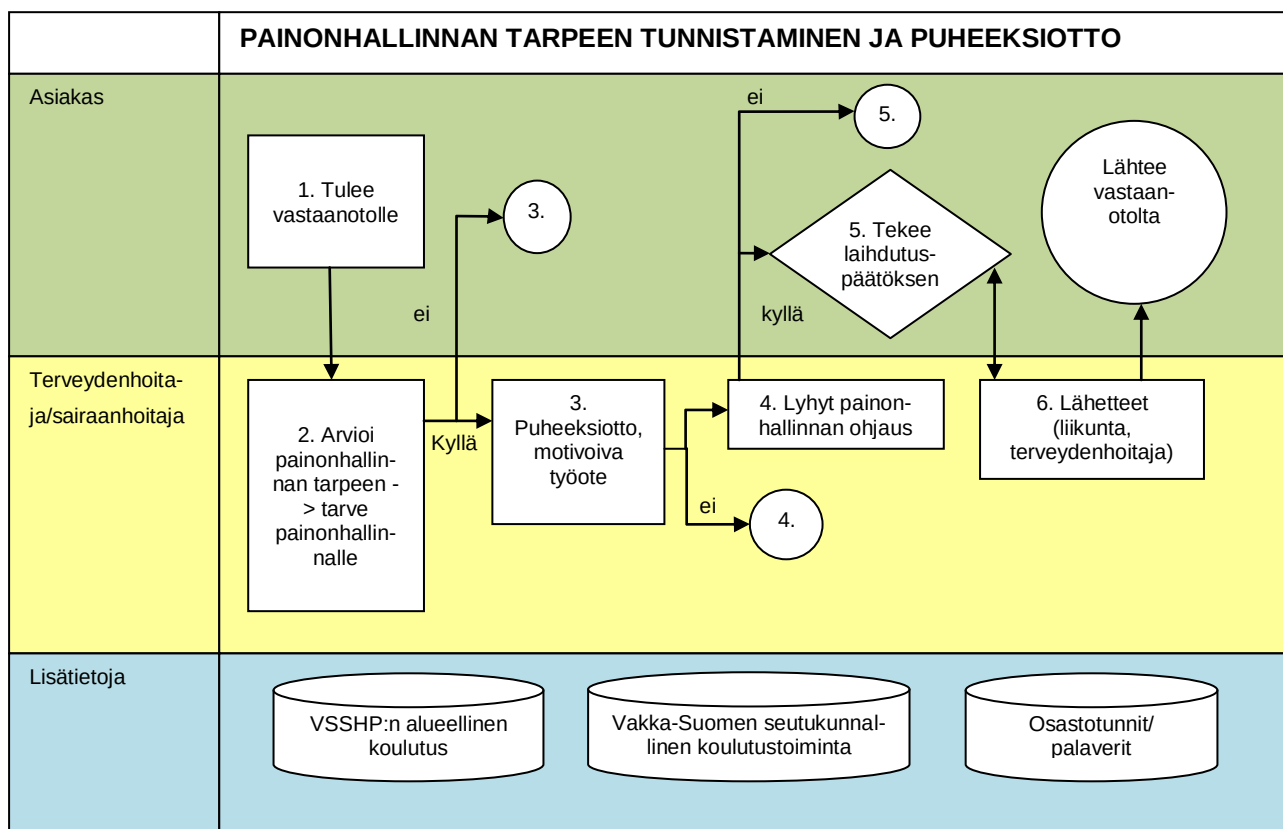
6 TERVEYDEN EDISTÄMISEN YHTEISTYÖMALLI AIKUISVÄESTÖN PAINONHALLINTAAN

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli kehittää yhteistyömalli aikuisväestön painonhallintaan. Malli luotiin Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden ja TYKS Vakka-suomen sairaalan potilasohjausta tekeville terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien sekä vastaanottopoliklinikoilla toimiville sairaanhoitajien käyttöön. Kehittämiprojektin aineisto kerättiin organisaatioiden dokumenteista, kirjallisuudesta, asiakkaiden ja asiantuntijoiden haastatteluista. (Kuvio 3.)

Painonhallinnan prosessi alkaa potilaan saapuessa vastaanotolle. Vastaanottaja arvioi painonhallinnan tarpeen Käypä hoito -suositusten mukaan. Painonhallintatarpeen todettua, se otetaan puheeksi käyttäen motivoivan haastattelun keinoja. Prosessi jatkuu lyhyellä painonhallinnanohjauksella eli mini-interventiolla. Työkaluiksi painonhallinnan tarpeen arvioimiseen, puheeksiottoon, motivoivaan keskusteluun ja mini-interventioon on prosessikaavioon linkitetty suoraan aikuisten lihavuuden käypä hoitosuositus (Käypä hoito 2013), VSSH:n ohjepankin painonhallinnan lyhytinterventio toimintamalli (Vssh b.) ja terveystieteiden Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta -artikkeli (Mustajoki & Kunnamo 2009). Edellä mainittujen linkkien lisäksi prosessikaaviosta aukeaa puheeksi ottaminen -lista (Hänninen ym. 1998, 29). (Liite 1.)

Asiakas arvioi yhdessä asiantuntijan kanssa painonhallinta tuen tarpeen. Tuki- ja ohjaus Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden ja Tyks Vakka-Suomen sairaalassa ovat terveydenhoitajan/sairaanhoitajan painonhallinnan ohjaus, liikuntaohjaus liikuntaneuvolassa ja ravitsemusterapeutin ohjaus. Prosessikaaviosta on linkki Uudenkaupungin kaupungin Internet-sivuille, joissa on Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden aikuisneuvoloiden terveydenhoitajien yhteystiedot ja liikuntaneuvolan liikkumislähete sekä Vipinä – liikkumislähete. (Liite 2.)

Kehittämisprojektin tuotos esitellään ja koulutus järjestetään henkilökunnalle Helmikuussa 2014. Prosessikaavio on tallennettu Vakkaorttiin, joka on Vakka-Suomen seutukunnan sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön ekstranet. Vakkaortti toimii vain Tyks Vakka-Suomen sairaalan, Psykiatrisen tulosalueen/Uki, Laitilan ja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen verkoissa.



Kuvio 3. Aikuisväestön painonhallinnan tarpeen arviointi, puheeksiotto ja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa ja Tyks Vakka-Suomen sairaalassa

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

7.1 Kehittämiprojektin prosessin arviointi

Tämän kehittämisprojekti oli kertaluotoinen hanke, jolla oli asetettu tietyt tavoitteet. Kehittämisprosessi eteni tehdyn suunnitelman mukaan. Kehittämisprojektissa laadittiin tutkimussuunnitelma. Ohjaus/projektiryhmä hyväksyi tutkimussuunnitelman ja teemahaastattelujen rungot, antaen niihin korjausehdotuksia. Ohjaus/projektiryhmä ohjeisti projektipäällikköä myös informanttien valinnassa sekä varmisti, että kehittämisprojekti oli käytännössä toteuttamiskelpoinen. Tutkimuskohteista on pyritty antamaan mahdollisimman totuudenmukainen, luotettava ja informatiivinen kuva. Tutkimussuunnitelma rakentui teoreettisen, näyttöön perustuvaan tietoon. (Ks. Lahtinen, Koskinen-Ollongvist, Rouvinen-Wilenius, & Tuominen 2003, 31–43.)

Koko kehittämisprojektin kuluessa tehtiin avointa itsearviointia ja epävirallista vertaisarviointia. Vertaisarviointi toteutui niin, että keskeneräistä työtä luetutettiin eri vaiheissa muilla Tuamk:n opiskelijoilla. (Ks. Lahtinen ym. 2003, 31–43.)

Kehittämisprojektin organisaatioon kuuluvien jäsenten yhteistyö toimi kehittämisprojektin tavoitteiden mukaisesti. Yhteydenpito keskittyi lähinnä sähköiseen viestimiseen, koska eri organisaatioiden edustajista muodostuvan ohjaus/prosessiryhmän koolle kutsuminen oli haasteellista. Ryhmän jäsenet olivat mukana myös muissa projekteissa sekä kovin työllistettyjä omassa perustöössään. Vaikka projektipäällikkö toimi melko itsenäisesti koko kehittämisprosessin ajan, sai hän vahvaa tukea molemmilta työelämän ohjaajalta ja ohjaavalta opettajalta. (Ks. Lahtinen ym. 2003, 31–43.)

Kehittämisprojektiin liittyviä riskit hahmoteltiin suunnitteluvaiheessa, jotta niitä olisi voinut hallinta koko prosessin läpi. Kehittämisprojektin suurimmat riskit liittyivät projektipäällikön kokemattomuuteen ja epävarmuuteen sekä mahdolliseen motivaation katoamiseen. Kaikki nämä riskit toteutuivat osittain. Suunnitelma riskien eliminoimiseksi ei täysin toteutunut. Projektipäällikkö kamppaili pitkään

motivaatio- ja aikaongelmien kanssa, jotka voitettiin projektipäällikön jäätyä opintovapaalle. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lupaprosessin uudistus osui samaan aikaan kuin tämän kehittämisprojektin lupaprosessi. Uudistus viivytti lupien myöntämistä, joka heijastui kehittämisprojektin aikatauluun. (Ks. Lahtinen ym. 2003, 31–43.)

7.2 Kehittämisprojektin tulosten ja vaikutusten arviointi

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää ennalta ehkäisevää työtä tekevien yhteistyötapoja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa ja Tyks Vakka-Suomen sairaalassa. Tavoitteena oli luoda asiakaslähtöinen terveyden edistämisen yhteistyömalli aikuisväestön painonhallintaan, jolla tuetaan terveyden- ja sairaanhoitajien painonhallintatyötä. Kehittämisprojektin tarve on perusteltu ja ajankohtainen terveyden edistämisen näkökulmasta. Asiakaslähtöisyyden, yhteistyön ja painonhallintatyön kehittämistä edellytetään terveydenhuoltolaissa, toiminta- ja hyvinvointisuunnitelmissa. (Ks. 1326/2010; STM 2009a; STM 2012; VSSHPa; Uudenkaupungin kaupunki 2010.)

Kehittämisprojekti vahvisti terveyden edistämisen arvoa ja merkitystä sekä tuotti terveyden edistämiseen sovellettavaa tietämystä. Kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen osiossa saatiin esille painonhallintatyöhön osallistuvien asiantuntijoiden ja asiakkaiden käsityksiä ja ajatuksia. Tulokset palvelivat kehittämis-työtä, saatujen tulosten pohjalta rakennettiin yhteistyömalli aikuisväestön painonhallintaan Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskukseen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalaan sairaan- ja terveydenhoitajien käyttöön. (Ks. Lahtinen ym. 2003, 31–43.)

Kehittämisprojekti palveli terveyden edistämisen perustehtävän toteutumista. Yhteistyömalli on rajoittunut aikuisväestön painonhallintaan, mutta mallia voidaan soveltaa myös muuhun terveydenedistämistyöhön kuten tupakoinnin lopettamiseen (ks. STM 2009b, 29; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010, 18).

Kehittämiprojektin tulosten vaikutukset tulevat esille vasta pitkän ajan kuluessa ja osa niistä voi olla vaikeasti havaittavissa. Toivottuja tuloksia ovat eri organisaatioiden välisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön paraneminen sekä työntekijöiden sitoutuminen painonhallintatyöhön (ks. Lahtinen ym. 2003, 31–43; Lewis 2006, 200, Hakamäki ym. 2011, 66; Jarvala & Tervonen-Goncalves 2012).

Saavutettu hyöty riippuu siitä miten hyvin kehittämiprojektin tuotos otetaan käyttöön. (Ks. Lahtinen ym. 2003, 31–43.) Käyttöönotto edellyttää koulutusta. Tiedottamisen ja koulutuksen merkitys on suurempi yhteistyömallin valmistuttua, kun sitä lähdetään tekemään tutuksi henkilökunnalle ja aletaan soveltaa yksiköissä. Yhteinen koulutus järjestetään alkuvuodesta 2014. Malli esitellään toukokuussa 2014 VSSH:n ja SATSH:n terveyden edistäjien verkostokokouksessa. Kokouksen teemana on ravitseminen.

7.3 Jatkokehittämisisideat

Tässä kehittämiprojektissa keskityttiin ylipainoisen aikuisväestön painonhallintaan liittyvään terveydenedistämistyöhön. Yhteistyömallin siirrettävyyden kehittäminen muuhun terveydenedistämistyöhön on yksi jatkokehittämisisidea.

Kehittämiprojekti vahvisti tarvetta kehittää painonhallintatyötä vastaamaan kasvavaa kysyntää. Painonhallintatyön jatkokehittämisen kohteita ovat:

- Tietotekniikan hyödyntäminen painonhallintatyössä
- Ryhmäohjauksen kehittäminen
- Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskuksen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan hoitohenkilökunnan jatkuva painonhallintakoulutuksen kehittäminen

LÄHTEET

Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M., Uutela, A. 2008. Elintapainterventiolla saavutettiin osa diabeteksen ehkäisy tutkimuksen tuloksista. Suomen Lääkärilehti 22, 2065–2070.

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H., Laitinen, J. 2009. Miten henkilöt, joilla kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46, 148–158.

Alkoholilaki 8.12.1994/1143.. Viitattu 28.8.2012. <http://www.finlex.fi>.

Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. Suomen Lääkärilehti 34, 2691–2696.

Cobiac, L.J., Vos, T. & Barengdregt, J.J. 2009. Cost-Effectiveness of Interventions to Promote Physical Activity: A Modelling Study. PLoS Medicine 6, 1-11.

Suomen Diabetesliitto. 2013. Riskitesti. Viitattu 12.9.2013. <http://www.diabetes.fi>.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Viitattu 28.8.2012. <http://www.finlex.fi>.

Fogelholm, M. & Lahti-Koski, M. 2002. Community healthpromotion interventions with physical activity: does this approach prevent obesity? Scandinavian Journal of Nutrition, 46, 173-177.

Hakamäki, P., Perttilä, K., Hujanen, T., Ståhl, T. 2011. Terveystiedon edistämisen vaikuttavuuden arviointi kunnissa TEVA –hanke. THL – Raportti 11 / 2011. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Hakala, P., Fogelholm, M. 2006. Mitä lääkärin tulee tietää lihavuuden perushoidosta? Duodecim. 122, 1239–1245.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Gaudeamus Helsinki University press.

Hänninen, S., Kaukua, J. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2006. Vaikeasti lihavat selittävät lihavuuttaan eniten elintavoilla. Duodecim 122, 1625–30.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. WSOY.

Jallinoja, P., Kuronen, R., Absetz, P., Patja, K. 2006. Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapatautihoitoon. Tutkimus lääkäreiden ja hoitajien näkemyksistä Päijät-Hämeessä. Suomen lääkäri 61, 3749–3751.

Jallinoja, P., Kuronen, R., Absetz, P., Patja, K., 2009. Miksi potilaiden elämäntavat eivät muutu? Hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä. Suomen lääkäri 42, 3557–3561.

Janz, N., Becker, M., 1984. The health belief model: a decade later. Health Education Quarterly 11, 1-47.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY pro.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Viitattu 28.8.2012. <http://www.finlex.fi>.

Kiikkala, I., Kokkola, A. 2001. Asiakaslähtöiset peruspalvelut ja toimintamallit. Projektin välittömän hoidon kehittämiseksi. Sairaanhoidaja 74, 22.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S., Aromaa, A. 2008. Terveystieteen edistämisen mahdollisuudet - vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1

Koskiahho, B., Nurmi, J. & Virtanen, P. 1999. Kansallinen sosiaalipolitiikka. Juva. WSOY.

Koski-Jännes, A., Riittinen, .& Saarnio (toim.)2008. Kohti muutosta. Muutoksen motivointi päihde- ja käyttämisongelmissa. Helsinki. Tammi.

Kosunen, E. 2007. Perusterveydenhuolto terveyden edistäjänä – visioita tulevaisuuteen. Lääkärilehti 1-2, 69–73.

Kotisaari, S. 2010. Johdon näkemys terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidossa. Pro Gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.

Kotisaari, S., Ståhl, T., Herrala, J. & Lindfors, P. 2011. Onko erikoissairaanhoidolla roolia terveyden edistämässä? Suomen Lääkärilehti 45, 3415–3418.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteeseen. Sähköinen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 234. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Kuntalaki 17.3.1995/365. Viitattu 28.8.2012. <http://www.finlex.fi>.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi. Duodecim 119, 609–615.

Käypä hoito. 2013. Lihavuus (aikuiset) 13.9.2013. Viitattu 13.9.2013. <http://www.kaypahoito.fi>.

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

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 31. Kopies Oy, Kuopio.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 28.8.2012. <http://www.finlex.fi>.

Lundahl B.W., Kunz C. & Brownell C. et al. 2010. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. Research on Social Work Practice 20, 137–160.

Lehtinen, N., Kulmala, J. Rigoff, A-M. & Ståhl, T. 2010. Terveystieteen toteutuminen ja haasteet Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 6/2010.

Lewis, L. K. 2006. Collaborative interaction: Review of communication scholarship and a research agenda. Communication Yearbook.

Mustajoki, P. 2006. Lihava potilas lääkäri vastaanotolla. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 122, 1256–60.

Mustajoki, Pertti. 2008. Mitä ajattelette painostanne? Suomen lääkäri-lehti 23, 2150–2151.

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva haastattelu, vaikuttava terveystieteen neuvonta. Terveystieteen kirjasto. Viitattu 8.9.2013. www.terveyskirjasto.fi.

- Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 124, 1507-1513.
- Norris, SL., Zhang, X., Avenell, A., Gregg, E., Schmid, CH. & Lau, J. 2006. Long-term nonpharmacological weight loss interventions for adults with prediabetes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Outinen, M. & Lindqvist, T. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000 – luvulle. Valtakunnallinen suositus. Stakesin julkaisuja. Helsinki. Gummerus kirjapaino.
- Perustuslaki 11.6.1999/731. Viitattu 28.8.2012. <http://www.finlex.fi>
- Peters, L. & Manz, C. M. 2007. Identifying antecedents of virtual team collaboration. *Team Performance Management* 13, 119.
- Pietilä, A-M., Varjoranta, P. & Matveinen, M., 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä – arvoperustasta toiminnan kehittämiseen. *Tutkiva hoitotyö* . 7, 5-12.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. 1992. In search of how people change. *American Psychologist*. 9, 1102-1114.
- Prochaska, J. & Norcross, J., 2003. *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*. 5th edition. Thomasnon learning, California 2003.
- Prochaska, J. 2008. Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Medical Decision Making* 28:845-849. Viitattu 10.11.2013. <http://mdm.sagepub.com>.
- Puustinen, P. 2008a. Terveyden edistämisestä tulee Keski-Suomessa konkreettista. *Lääkärilehti* 36, 2924–2925.
- Puustinen, P. 2008b. Keski-suomen maakunnallinen terveydenedistämisen suunnitelma: työkaluja sosiaali- ja terveystoimeen ja kuntien päätöksentekoon. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja, 119/2008.
- Pyrälä, E. 2011. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä. *Suomen Lääkärilehti* 66, 469–473.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta & T., Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen - mistä on kyse? *Duodecim* 125, 2351–2359.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta & T., Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. *Suomen Lääkärilehti* 21, 1917–1922.
- Rouvinen-Wilenius & P. Koskinen-Ollonqvist, P. 2010. Vastine rahalle-kannanottoja terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuuteen. *Value for Money-The Cost-Effectiveness of Health Promotion*. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja. Helsinki.
- Rubak, S., Sandbæk, S., Lauritzen, T. & Christensen, B. 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 55, 305–312.
- Saaristo, T., Moilanen, L., Jokelainen, J., Oksa, H., Korpi-Hyövälti, E., Saltevo, J., Vanhala, M., Niskanen, L., Peltonen, M., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. 2010. Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin. *Suomen lääkäri* 26-31, 2369-2379.
- Salo-Chydenius, S. 2011. Motivoiva haastattelu/motivoiva toimintatapa. Viitattu 17.9.2013. www.päihdelinkki.fi.

Savola, E. Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja-sarja. Helsinki. Edita Prima Oy.

Silminnähden hyvää! Lisää hyvinvointia Uuteenkaupunkiin. 2010. Työryhmän suunnitelma 16.12.2010. 5-7.

Silfverberg, P. 2008. Ideasta projektiksi, projektinvetäjän käsikirja. Edita. Helsinki.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/10. Viitattu 28.8.2012. <http://www.finlex.fi>.

Stakes 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Stakes, Helsinki. Viitattu 22.9.2013. <http://www.stakes.fi>.

STM 2001. Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki. Viitattu 14.5.2012. <http://www.stm.fi>.

STM 2006a. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki. Viitattu 14.5.2012. <http://www.stm.fi>.

STM 2006b. Terveysten edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki. Viitattu 14.5.2012. <http://www.stm.fi>.

STM 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki. Viitattu 14.5.2012. <http://www.stm.fi>.

STM 2009a. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki. Viitattu 14.5.2012. <http://www.stm.fi>.

STM 2009b. Terveysneuvonta ja sairauksien ehkäisy. Helsinki. viitattu 2.5.2012. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveysneuvonta.

STM 2010. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19, Helsinki.

STM 2012. KASTE II 2012-2015 –ohjelma. sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki. Viitattu 14.5.2012. <http://www.stm.fi>.

THL 2012. Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2015. Viitattu 16.9.2012. <http://www.thl.fi>.

THL 2013. Terveysten edistämisen kustannushyödyt. Viitattu 19.9.2013 <http://www.thl.fi>.

Terveystenhuoltolaki 1.5.2010/1326.. Viitattu 28.8.2012. <http://www.finlex.fi>.

Tervonen-Goncalves, L., Jarvala, T. 2012. Tietoa kustannuksista tarvitaan. TESSO Sosiaali- ja terveyspoliittinen lehti. Verkkojulkaisu. Viitattu 7.3.2013. <http://www.tesso.fi/content/tietoa-kustannuksista-tarvitaan>.

Tuah, N., Amiel, C., Qureshi, S., Car, J., Kaur, B. & Majeed, A. 2011. Transtheoretical model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. Cochrane database Syst Rev.

Tupakkalaki 13.8.1976/693.. Viitattu 28.8.2012. <http://www.finlex.fi>.

Työterveyslaitos 2012. Työhyvinvointi/työyhteisön työhyvinvointi.

Uudenkaupungin kaupunki. 2012. Tilasto_dmt2_prosessimittareita_2012 (3)

Valtiokonttori. 2007. Varhainen puuttuminen työyhteisössä. Viitattu 17.9.2012. <http://www.valtiokonttori.fi>

VSSHPa. Varsinaisen terveesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen suunnitelma. <http://ohje pankki.vsshp.fi>. Viitattu 20.4.2012.

VSSHPb. Vaikean (BMI>35 ja sairaalloisen (BMI>40) lihavuuden hoito VSSHP:ssä. Viitattu 12.8.2013. <http://ohje pankki.vsshp.fi>.

Vertio, H., Ahonen, R., Fogelholm, M., Hyyppä, M. T., Lindström, B., Marttunen, M. & Sallinen, M. 2007. Elintapojen ohjaus onnistuu paremmin, kun lääkäri osaa tarttua hetkeen. Suomen Lääkärilehti 35, 3066 – 3068.

World Health Organization (WHO). 1986. Ottawa Charter For Health Promotion. Viitattu 12.8.2012. <http://www.who.int/healthpromotion>.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.

Puheeksiottoa tukevia kysymyksiä

- Kysy, millainen merkitys ylipainolla potilaan elämässä on ja mitä lihavuus hänelle tarkoittaa.
- Tiedustele, mistä potilas arvelee ylipainonsa johtuvan.
- Selvitä, onko nyt kylliksi voimavaroja tehdä elintapamuutoksia.
- Kannusta yksilöllisiin ratkaisuihin elintapamuutoksissa, kysy ja kirjaa ylös, mitä nämä muutokset olivat.
- Kysy, potilaan painotavoitetta ja miksi se on juuri sellainen.
- Selitä, mitä suositus »jo 5–10 %:n pysyvä painonlasku riittää» tarkoittaa ja kerro mitä terveysvaikutuksia sillä on.
- Kysy, miten potilas kokee ylipainonsa suhteessa terveyteensä.
- Selitä ylipainoon liittyviä terveysriskejä rehellisesti ja pelottelematta.
- Oikaise lääkkeiden, hoitojen ja sairauksien lihottavuuteen liittyviä sitkeitä uskomuksia, jos asiakkaalla niitä on.
- Selvitä, onko potilas halukas kuulemaan, millaista apua painonhallintaan on saatavilla.
- Osoita että ymmärrät, että lihavuudesta ja painonhallinnasta on vaikea puhua.
-

(Hänninen, Kaukua,& Sarilo-Lähteenkorva 1998, Vaikeasti lihavat selittävät lihavuuttaan eniten elintavoilla)

Prosessikaavion nettilinkit:

2. Lihavuus (aikuiset) Käypä hoito

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010>

3. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147

4. VSSHP:n ohjepankki: painonhallinnan lyhytintervention toimintamalli

<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/6250>

Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden neuvoloiden yhteystiedot:

Terveystien aikuisneuvola, Uusikaupunki:

http://uusikaupunki.fi/template_1.asp?id=1320

Vehmaan neuvola:

http://uusikaupunki.fi/template_1.asp?id=1322

Taivassalon neuvola:

http://uusikaupunki.fi/template_1.asp?id=1323

Kustavin neuvola:

http://uusikaupunki.fi/template_1.asp?id=1324

Pyhärannan neuvola:

http://uusikaupunki.fi/template_1.asp?id=1325



Liikkumislähete

Asiakaskysely

Yleensä Joskus Harvoin /
En koskaan

1. Ulkoilen päivittäin (esim. kävelen, pyöräillen, piha- tai lumitöissä)
2. Käytän arkiliikuntamahdollisuudet hyödyksi (esim. käytän portaita, kävelen lyhyet kauppatematkat)
3. Liikun ainakin 2 tuntia 30 minuuttia viikossa hieman hengästyen (esim. reipas kävely, hölkkä, hiihto)
4. Liikun ainakin 2 kertaa viikossa lihaskuntaa kehittäen (esim. kuntosali, lihaskuntaa kehittävä ryhmäliikuntatunti)
5. Mitä liikumismuotoja harrastan?

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

6. Mitä liikumismuotoja haluaisin harrastaa?

7. Miten vuodenajat vaikuttavat liikumiseen?

8. Mikä helpottaisi säännöllistä liikumista?

Arvioi tuntemuksesi rastittamalla asteikolta sopiva kohta

	Tyytymätön	Tyytyväinen
9. Miten tyytyväinen olen liikumistottumuksiini?	0	10
10. Miten tyytyväinen olen painooni?	0	10
11. Miten tyytyväinen olen omaan vireystilaani?	0	10

12. Haluanko muuttaa liikumistottumuksiani?

Kyllä ☐ En ☐

Yhteystietoni saa luovuttaa liikuntaneuvojalle, ja tietojani saa siirtää liikuntaneuvojalta lähetteen antajalle.

Kyllä ☐ Ei ☐

Lähete liikuntaneuvojalle (lähettävä taho täyttää)

Lähetteen saaja:

Nimi Päivämäärä Puhelinnumero

Lähetteen perusteet:

Lähetteen antaja:

Nimi Päivämäärä Puhelinnumero

Ammatti Yhteystiedot



Lähetekäytäntö

1. Asiakas täyttää Liikkumislähetteen yläosan lääkärin/hoitajan vastaanotolla tai ennen vastaanottoa.
2. Asiakkaan liikkumistottumukset käydään yhdessä läpi vastaanottotilanteessa.
3. Lääkäri ja hoitaja voivat suositella asiakkaalle tapaamista liikuntaneuvojan kanssa.
Mikäli asiakas näkee myös itse tarvetta neuvonnalle ja ohjaukselle, hän voi ottaa yhteyttä suoraan oman kunnan liikuntaneuvojaan ja varata ajan henkilökohtaiseen tapaamiseen.
4. Henkilökohtaisessa maksuttomassa tapaamisessa liikuntaneuvojan kanssa keskustellaan nykyisestä liikkumisaktiivisuudesta, rakennetaan yhdessä liikuntasuunnitelmaa ja suunnitellaan jatkoa.



Liikuntaneuvojien yhteystiedot

Laitila

Kuntoutuspäällikkö,
työfysioterapeutti
Elina Harikkala
puh. 044 5578 217
elina.harikkala@terveyskoti.fi

Työfysioterapeutti
Piia Luukkanen
puh. 044 7207 056
piia.luukkanen@terveyskoti.fi

Uusikaupunki

Erityis- ja
terveysliikunnanohjaaja
Heidi Vuori
puh. 050 552 5432
heidi.vuori@uusikaupunki.fi

Päiväkeskusohjaaja
Pirjo Rakkolainen / Sakunkulma
puh. 02 8451 5489
pirjo.rakkolainen@uusikaupunki.fi

Taivassalo ja Vehmaa

Liikunnanohjaaja, ft
Eira Suomi
puh. 0400 265 670
posti@kunnankehoeiju.com

Vipuvoimaa
EU:lta

Ole yhteydessä!



TEEMAHAASTATTELURUNGOT

ASiantuntijaryhmä:

MINKÄLAISTA PAINONHALLINTA- JA YHTEISTYÖ ON NYT (tutkimustehtävä I ja II)
Mistä muodostuu tämän hetkinen painonhallintatyö?

Millaisia ohjeita käytätte painonhallintatyössä?

- Onko VSSHP:n ohjepankki tuttu?
- Käytättekö VSSHP:n ohjepankin ohjeita?
- Muita ohjelmia/ohjeita?

Minkälaisia kokemuksia teillä on Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien välisestä terveydenedistämisen yhteistyöstä painonhallinnan osalta? Minkä koette toimivan, mikä ei toimi?

MITEN PAINONHALLINTA- JA YHTEISTYÖTÄ PITÄISI KEHITTÄÄ (tutkimustehtävä I ja II)

Minkälaisen painonhallinnan tukemisen koette tehoavan?

Millaisia palveluja haluaisitte kehittää painonhallintaan? Esimerkiksi ryhmä- tai yksilöneuvontaa, lääke- tai leikkaushoitoa tai erilaisia teknisiä palveluja esimerkiksi internetin tai puhelimen välityksellä? Mentorointia, vertaistukea?

Millaisia odotuksia/mitä toivotte yhteistyöltä tulevaisuudessa Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien välillä painonhallinnan osalta?

Mitkä keinot edesauttavat yhteistyön toteutumisen?

Mitä resursseja tarvitaan, jotta yhteistyö toteutuu? (tietotekniikka, tilat, koulutus, ym.)

MITEN OTTAA PAINONHALLINTA PUHEEKSI (tutkimustehtävä III)

Mikä helpottaisi painonhallinnan puheeksi ottamista?

- Valmiit toimintaohjeet?
- Koulutus/ohjaus?

ASIAKASRYHMÄ:

MINKÄLAISTA PAINONHALLINTATYÖ ON NYT (tutkimustehtävä I)

Minkälaista painonhallinnan ohjausta olette saaneet Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskuksessa ja/tai Tyks Vakka-Suomen sairaalassa?

MITEN PAINONHALLINTATYÖTÄ PITÄISI KEHITTÄÄ (tutkimustehtävä II)

Miten teidän miestä pitäisi kehittää painonhallinta työtä? / Minkälaisia palveluja painonhallintaan haluaisitte Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskukselta / Tyks Vakka-Suomen sairaalalta?

- Ryhmä- tai yksilöneuvontaa
- Lääke- tai leikkaushoitoa
- Erilaisia teknisiä palveluja esimerkiksi internetin tai puhelimen välityksellä?
- Mentorointia, vertaistukea
- Miten pitkäaikaista tukea painonhallintaan haluaisitte?
- Mikä kannustaa painonhallintaan?

MITEN OTTAA PAINONHALLINTA PUHEEKSI (tutkimustehtävä III)

Miten haluaisitte ylipainon/alipainon otettavan puheeksi?

- Esimerkiksi paino mitataan aina kun menee vastaanotolle, samaan tyyliin kuin verenpaine ym.

Minkä koette loukkaavaksi?

TUTKITTAVAN TIEDOTE JA SUOSTUMUSKIRJE

Terveyden edistämisen yhteistyömalli Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalaan; painonhallinta aikuisväestön painonhallinta

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan ryhmähaastatteluun, jonka tavoitteena on potilasohjausta tekevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien yhteistyön lisääminen Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskuksessa ja Tyks Vakka-Suomen sairaalassa sekä terveyden edistämisen käytänteiden yhtenäistämien painonhallinnan osalta. Tarkoituksena on luoda yhteistyömalli Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskuksen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Lupa aineiston keruuseen on saatu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä ja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskukselta Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi – osan ja toimittamalla se haastattelijalle.

Osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää, koska asiakkaan näkökulmien esille tuominen on tärkeää suunniteltaessa painonhallinnan ennaltaehkäisevää työtä. Haastattelun kesto on rajattu yhteen tuntiin ja ryhmän koko kuuteen haastateltavaan. Haastattelut nahoitetaan. Äänitteet tuhoetaan aineisto analyysin jälkeen. Haastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäiset haastateltavan näkemykset ole tunnistettavissa. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Tämän aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on [REDACTED] vs. yliopettaja, Turun amk / Terveystieteiden keskus. [REDACTED], puh. [REDACTED]

Osallistumisestasi kiittäen

[REDACTED]

Suuhygienisti amk/ yamk-opiskelija

[REDACTED]

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa [REDACTED] opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

TUTKITTAVAN TIEDOTE JA SUOSTUMUSKIRJE

Terveyden edistämisen yhteistyömalli Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalaan; painonhallinta aikuisväestön painonhallinta

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan ryhmähaastatteluun, jonka tavoitteena on potilasohjausta tekevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien yhteistyön lisääminen Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskuksessa ja Tyks Vakka-Suomen sairaalassa sekä terveyden edistämisen käytänteiden yhtenäistämien painonhallinnan osalta. Tarkoituksena on luoda yhteistyömalli Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskuksen ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Lupa aineiston keruuseen on saatu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä ja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskukselta Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi – osan ja toimittamalla se haastattelijalle.

Osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää, koska asiantuntijan näkökulmien esille tuominen on tärkeää suunniteltaessa painonhallinnan ennaltaehkäisevää työtä. Haastattelun kesto on rajattu yhteen tuntiin ja ryhmän koko kuuteen haastateltavaan. Haastattelut nahoitetaan. Äänitteet tuhoetaan aineisto analyysin jälkeen. Haastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäiset haastateltavan näkemykset ole tunnistettavissa. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Tämän aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on [REDACTED], vs. yliopettaja, Turun amk / Terveystieteiden keskus. [REDACTED], puh. [REDACTED]

Osallistumisestasi kiittäen

[REDACTED]

Suuhygienisti amk/ yamk-opiskelija

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa [REDACTED] opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

ESIMERKKI ANALYYSI YKSIKÖISTÄ JA NIIDEN YHDISTÄMISESTÄ

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
"...kun mää olin selkävaivojen takia lääkärissä. Mitään ei puhuttu ylipainosta mutta kun teksti tuli kotiin niin ensimmäinen lause oli selvästi ylipainoinen nainen tulee ontuen vastaanotolle? Sana se ei siit puhunu."	Ei oteta puheeksi	Ylipainon puheeksiottamisen vaikeus	Painonhallinnan puheeksiottaminen
"Tartiisko lääkärin sanno ett on ylipainonen? Se että sanotaan että olet ylipainoinen Se otetaan niin helposti syylistävänä."	Puheeksiottaminen koetaan syylistävänä	Ylipainon puheeksiottaminen	
".. Ei todellaka yksi tämän ongelman kanssa ole. Kyll kaikk on kivemppa kun on porukka mukana. Ryhmästä saa voimaa ihan erilailla."	Ryhmätoiminta on hyvä	Painonhallinnan organisointi	Painonhallintatyön kehittäminen tulevaisuudessa
"Toteava se ett, anta se lapu, potilas saa itekses mutustella sitä asia. Sull on joku osoitettu paikka mihin."	Hoitajien ohjaus eteenpäin	Hoitajien puuttuminen asiaan ja eteenpäin ohjaaminen	
"Heidän on vaikea ottaa kantaa siihen, kun heillä ei ole mitään työkaluja avuksi."	Hoitajille lisää resursseja	Apua tarvitsevalle ylipainoiselle tuki- muoto riittävän ajoissa	
"Esimerkiksi julkise terveydenhuollontillanne on mikä on. Ei me voida ajatella mittä laina. Nykyisissäkin on niin paljon ongelmia. Se ei vaan valitettavasti onnistu."	Välineis- tön/tekniikan tarjoaminen ei onnistu	Resurssit	
"Mutta josta syystä ryhmä ei ole saanut innostusta. Ei se ole pelkästään tämä ryhmä vaa kaikki ryhmä tässä ter-	Ryhmätoiminta ei onnistu	Painonhallinnan organisointi	

veyskeskuksessa. Josta syyst ne ryhmä ei ole saanut tuulta purjeissi.”			
”Se on niin hassua nykypäivänä. Kaikk kun kuitenkin pitäis olla kaikkien tiedoss ja Kun sä menee ensiapuun niin ei tieretä mitä toisess taloss tapahtuu? Sitä on vaikea ymmärtä.”	Tiedon kahden kulku organisaation organisaation kesken puutteellinen	Asiakkaan joustava kulkeminen kahden organisaation kesken kantelee	Yhteistyö