



# **Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla sairaanhoitajien kokemana**

Johanna Haaraoja

Iida Haikala

OPINNÄYTETYÖ  
Maaliskuu 2022

Kliinisen asiantuntijan ylempi tutkinto-ohjelma  
Omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Kliinisen asiantuntijan ylempi tutkinto-ohjelma  
Omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö

HAARAOJA, JOHANNA & HAIKALA, IIDA:

Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla sairaanhoitajien kokemana

Opinnäytetyö 72 sivua, joista liitteitä 4 sivua  
Maaliskuu 2022

---

Kansansairaudet ovat yleinen kuolinsyy suomalaisten keskuudessa, vaikka niiden syntyä voidaan ennaltaehkäistä terveyden edistämisen keinoin. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia terveyden edistämisestä sekä selvittää kuinka potilaiden terveyttä edistävät standardit toteutuvat erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Työ toteutettiin yhteistyössä erään sairaanhoitopiirin kuudella eri vuodeosastolla. Laadullinen tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla, johon osallistui 12 sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin aineisto- sekä teorialähtöisellä sisällönanalyysillä.

Sairanhoitajat kokivat, että heidän valmiutensa terveyden edistäjinä ovat parantuneet. He pitivät tärkeänä osana työtään arvioida ja tarvittaessa puuttua potilaan ravitsemukseen, ali- tai ylipainoon, liikkumiseen, toimintakykyyn ja päihteiden haitalliseen käyttöön. Sairanhoitajat antoivat potilaille tietoa heidän terveydentilastaan ja sairauksista, mutta kokivat tarvitsevansa tukea ja lisäkoulutusta vaikeiden asioiden puheeksi ottoon ja interventioiden toteuttamiseen. Suurimmaksi haasteeksi muodostui potilaiden jatkohoitoon ohjaaminen ja yhteistyö eri organisaatioiden välillä.

Terveyttä edistävästä standardesta parhaiten toteutui potilaan tilan arviointi, jota sairaanhoitajat kuvasivat tekevänsä riskimittareiden, haastattelun ja havainnoinnin avulla. He kuitenkin kokivat havaittuihin terveysriskeihin liittyvien interventioiden olevan ajoittain vaillinaista. Kaikki sairaanhoitajat eivät olleet saaneet perehdytystä aiheeseen ja sen vuoksi koulutuksen tarve nousi esiin. Tiedon antaminen terveydentilasta ja sairauksista oli merkittävä osa heidän työtään, mutta siihen kaivattiin lisää resursseja ja rauhallisempaa työympäristöä.

Terveyden edistäminen on tärkeä saada toimivaksi osaksi hoitotyötä eri terveydenhuollon organisaatioihin etenkin terveysriskien interventioiden suunnitelmallisuuden ja jatkohoidon ohjauksen osalta. Opinnäytetyössä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kehittämistyössä, jolla pyritään parantamaan sairaanhoitajien valmiuksia potilaiden terveyden edistämiseen sekä kansansairauksien ennaltaehkäisyyn erikoissairaanhoidossa.

---

Asiasanat: terveyden edistäminen, terveyttä edistävät standardit, erikoissairaanhoido

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme in Clinical Expertise  
Supporting Self-Care and Care of Non-communicable Diseases

HAARAOJA, JOHANNA & HAIKALA, IIDA:  
Nurses' Experiences of Health Promotion on Special Health Care Wards

Master's thesis 72 pages, appendices 4 pages  
March 2022

---

The purpose was to explore nurses' experiences of health promotion and to find out how the health promotion standards are implemented on special health care wards. Qualitative research material was collected through a thematic interview with twelve nurses of six different wards in one hospital district and the data were analysed using data and theory-based content analysis.

Nurses' ability to promote health has improved and they saw it as an important part of their work. Nurses felt they needed support and additional training to talk about difficult issues and implement interventions. The greatest challenge in interrupted health promotion was referring patients to follow-up treatment and cooperation between different organizations.

Interviewees felt that interventions related to perceived health risks were occasionally inadequate. The need of training arose because all nurses had not been oriented to the subject. Providing information about health and illness was a significant part of their job, but more resources and more quiet work environment were needed.

It is important to make health promotion an effective part of nursing in health care organisations, especially regarding the planning of health risk interventions and the guidance of follow-up treatment. The results can be used in a development work aimed at improving nurses' abilities to promote patients' health and to prevent non-communicable diseases in special health care.

---

Key words: health promotion, health promotion standards, special health care

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	7
3	TERVEYDEN EDISTÄMISEN VIITEKEHYS ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA.....	8
3.1	Terveyden edistäminen .....	8
3.1.1	Terveyden edistämistä sairaalassa tukevat järjestöt.....	12
3.2	Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa .....	14
3.2.1	Terveyden edistämisen painopisteet vuodeosastolla.....	15
3.3	Terveyttä edistävät standardit sairaalassa .....	20
4	KVALITATIIVINEN TUTKIMUSMENETELMÄ.....	24
4.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä .....	24
4.2	Aineistonkeruu .....	24
4.3	Aineiston analyysi.....	26
4.3.1	Induktiivinen sisällönanalyysi .....	26
4.3.2	Deduktiivinen sisällönanalyysi.....	29
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	31
5.1	Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla.....	31
5.2	HPH-standardien toteutuminen.....	37
6	POHDINTA .....	46
6.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	46
6.2	Tulosten tarkastelu .....	49
6.2.1	Terveyden edistäminen sairaalan vuodeosastoilla.....	49
6.2.2	Terveyttä edistävien standardien toteutuminen.....	55
6.3	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset .....	61
	LÄHTEET .....	63
	LIITTEET .....	70
	Liite 1: Tiedote opinnäytetyöstä .....	70
	Liite 2: Tietoinen suostumuslomake.....	72
	Liite 3: Teemahaastattelurunko.....	73

## 1 JOHDANTO

Suomessa 65 % ennenaikaisista kuolemista johtuu kansansairauksista, kuten valtimo-, syöpä- ja keuhkosairauksista. Niiden syntyä voi kuitenkin ehkäistä terveellisillä elämäntavoilla. (Duodecim 2017, Jousilahti ym. 2019, 1.) Merkittävimpiä riskitekijöitä sairauksien synnylle ovat heikko ravitsemus, vähäinen liikunta sekä päihteiden käyttö (Lehtinen, Kulmala, Rigoff, Ståhl 2010, 7; Jousilahti ym. 2019, 1–2; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2017, 6). Riskitekijöiden aiheuttamat sairaudet ilmenevät ja alkavat oireilla vasta vanhemmalla iällä, mutta muutokset alkavat kehittymään elimistössä jo aiemmin. Tämän vuoksi sairauksien ennaltaehkäisy on erittäin tärkeää ja sen myötä voidaan vähentää myös terveydenhuollon kustannuksia. Lisäksi ennaltaehkäisyn avulla halutaan kaventaa terveyseroja ja vähentää eriarvoisuutta väestön keskuudessa. (Duodecim 2017; Lehtinen ym. 2010, 7.)

FinTerveys 2017 tutkimusten mukaan suomalaisten kansanterveyden kehitys on ollut pitkään hyvä, mutta nyt myönteisessä kehitymisessä on havaittavissa hidastumista. Keskeisten kansansairauksien riskitekijät kuten kohonnut verenpaine, kolesteroli ja lihavuus ovat edelleen yleisiä. Tupakkalain tavoitetasosta ollaan vielä kaukana, psyykinen kuormittuneisuus ja masennus yleistyvät edelleen sekä niiden lisäksi lihavuus ja alkoholin käyttö heikentävät edelleen merkittävästi väestömme terveyttä (Patja 2020, 1335). Myös terveyserot ovat selkeät, koska useimpien mittareiden mukaan korkeasti koulutetut voivat edelleen paremmin kuin matalammin koulutetut. Kansansairauksien riskitekijöitä arvioidaan paljon terveydenhuollossa, mutta potilaiden hoidon toteutumista seurataan vaihtelevasti. (Koponen ym. 2018.)

Sairauksien ennaltaehkäisyn keinoja ja mahdollisuuksia tarvitsee tulevaisuudessa kehittää, jotta sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan entistä enemmän panostaa väestön hyvinvointiin varhaisella puuttumisella ja ennaltaehkäisevin toimilla (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2017, 3, 7). Terveydenhuoltojärjestelmän kyky vastata väestön terveyspalveluiden tarpeisiin lisää myös ihmisten hyvinvointia ja terveyttä, vaikka

niihin vaikuttavat myös oman yksityiselämän valinnat (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018, 4).

Maailman terveysjärjestö (WHO) on käynnistänyt vuonna 1990 Health Promoting Hospitals (HPH) -verkoston, jonka tavoitteena on suunnata sairaaloita kiinnittämään huomiota sairauksien ennaltaehkäisyyn sekä potilaiden terveyden edistämiseen parantavan hoidon lisäksi (Varjonen-Toivonen 2011, 25). HPH-verkosto edistää kansainvälisesti sairaaloiden toimintaa terveyden ennaltaehkäisyä toteuttamisessa. Verkosto on antanut jäsenilleen ohjeeksi viisi standardia, joiden avulla organisaatiossa edistetään sekä työntekijöiden että potilaiden terveyttä ja hyvinvointia ja näillä keinoin pyritään ennaltaehkäisemään kansansairauksia. (Chiou, Chiang, Huang & Chien 2014.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata eräässä sairaanhoitopiirissä työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia terveyden edistämisen toteutumisesta erikoissairaanhoidon vuodeosastolla. Tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien terveyden edistämisen osaamisesta ja kehityskohteista erikoissairaanhoidossa.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää kuinka potilaiden terveyttä edistävät standardit toteutuvat sairaanhoitajien työssä vuodeosastoilla.

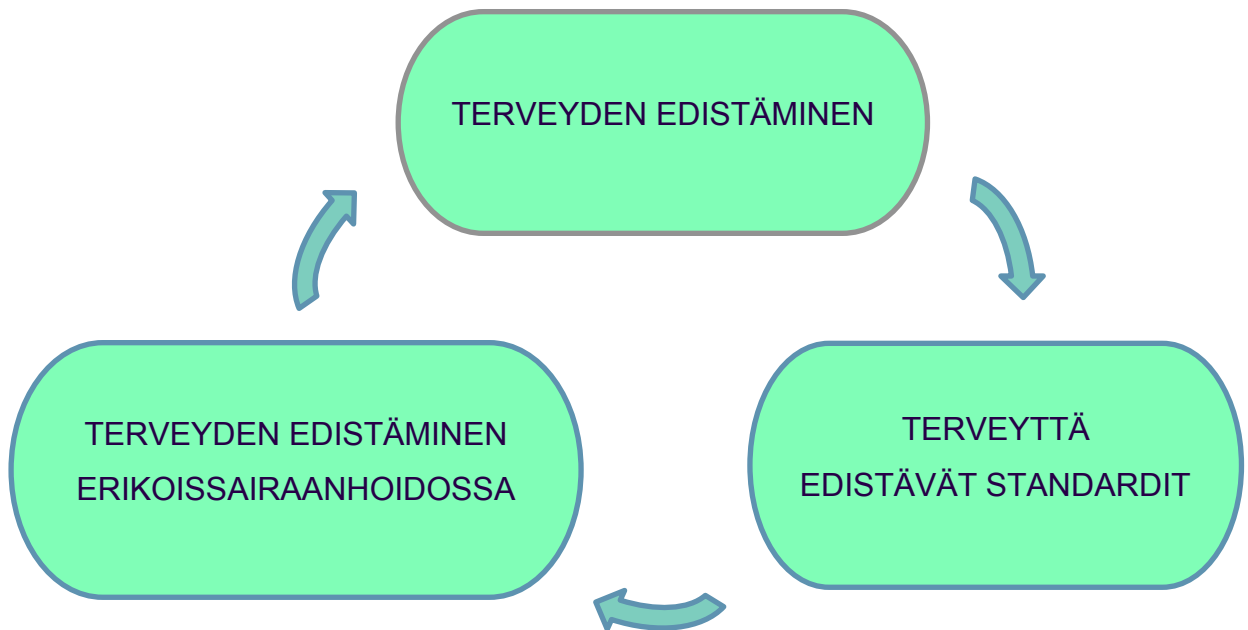
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla?
2. Kuinka terveyttä edistävät standardit toteutuvat sairaanhoitajien työssä?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Saadun tiedon pohjalta voidaan kehittää sairaanhoitajien valmiuksia kansansairauksien ennaltaehkäisyn näkökulmasta erikoissairaanhoidossa.

### 3 TERVEYDEN EDISTÄMISEN VIITEKEHYS ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys (kuvio 1) muodostuu keskeisistä käsitteistä: Terveyden edistäminen, terveyttä edistävät standardit ja terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

#### 3.1 Terveyden edistäminen

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos kuvaa ihmisen terveyden määritelmän olevan yksilöllinen, johon liittyy myös rakenteellisia, sosiaalisia ja kulttuurillisia tekijöitä. Elinolot, koulutus, toimeentulo, palveluiden saatavuus sekä yksilön omat asenteet, elintavat, tiedot ja taidot vaikuttavat terveyden kokemiseen. Kaikki nämä tekijät voivat vaikuttaa terveyteen joko positiivisesti tai negatiivisesti. Terveys on yksi tärkeä perusarvo ihmiselle ja se koostuu fyysisestä, sosiaalisesta, psyykkisestä hyvinvoinnin kokonaisuudesta. Terveys toimii ihmisen voimavarana, jonka avulla myös hyvinvointi voi toteutua. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020.)

Terveyden edistämällä tarkoitetaan arvoihin pohjautuvia tavoitteellisia tekoja väestön terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi, sen ylläpitämiseksi ja sairauksien ennaltaehkäisemiseksi (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018, 4). Terveyden edistäminen voidaan jakaa erilaisiin lähtökohtiin, kuten terveyttä edistävään, suojelevaan tai sairauksia ennaltaehkäisevään toimintaan. Tärkeimpänä periaatteena pidetään mahdollisuuksia, joilla yksilö voi tehdä terveyttä edistäviä valintoja ja sitä myöten saada muutosta aikaan. Muutoksen myötä yksilölle syntyy edellytyksiä ja tuloksia, joilla suojella sekä vahvistaa omaa terveyttä ja hyvinvointia. (Lyytikäinen, Koivisto, Savolainen & Rotko 2017, 22; WHO 2006, 12.) WHO (2006, 12) kiteyttää terveyttä edistävän toiminnan olevan sitä, että yksilö saa terveystietoa, jonka avulla hän voi itse kehittää elämäntaitojaan ja sen myötä parantaa omaa terveyttään. Yksilön mahdollisuuksia terveyden edistämässä tuetaan, jotta hän voi ylläpitää ja parantaa hyvinvointiaan, terveyttään sekä työ- ja toimintakykyään (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020). Jotta kaikilla on samanlaiset mahdollisuudet saavuttaa terveys sekä ylläpitää sitä, on pyrittävä ihmisten väliseen tasa-arvoon (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018, 4).

Terveyden edistämisen perusta on luotu WHO:n kansainvälisen terveyden edistämistä käsittelevän konferenssin myötä, joka järjestettiin vuonna 1986 Ottawassa (WHO 1986). Konferenssista julkaistu asiakirja on saanut käynnistettyä keskustelua siitä, kuinka terveyttä edistäviä toimintatapoja ja mahdollisuuksia voitaisiin kehittää sairaaloissa (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005, 2241). Nyt WHO on antanut vuosille 2021–2025 toimintaohjelman, jolla on tarkoitus ehkäistä ja hoitaa kansansairauksia. Siitä löytyy sekä terveystieteiden näkökulma, että käytännön ohjeistuksia. Toimintaohjelman keskiössä on terveyslähtöisyys ja hoidon vaikuttavuus. (HPH 2020.)

Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriö valvoo ja ohjaa terveyden edistämistä. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos tekee tutkimustyötä, kerää seurantatietoja kansalaisten hyvinvoinnista sekä tukee siten kuntia terveyserojen kaventamisessa. Lisäksi toimintaa säädetään useammassa laissa, joista merkityksellisin on terveydenhuoltolaki. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.) Sen tarkoituksena on ylläpitää ja edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia, kaventaa terveyseroja, parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua sekä huolehtia

terveydenhuollon palveluiden yhteistyöstä ja niiden järjestämisestä (Terveydenhuoltolaki 2010/1326).

Terveyden edistäminen vaatii vankkaa poliittista toimintaa tuekseen (Vuorela, Jämsä & Soukainen 2010, 32) ja yhteistyötä, resurssointia, toimintasuunnitelmia sekä valvontaa toimenpiteiden seuraamiseksi sekä raportointia edistymisestä. Tehokkaita strategioita ja projektimaisia hankkeita tulee hyödyntää, koska usein niiden avulla saadaan parhaiten luotua uusia käytänteitä, jotka vakiintuvat osaksi sosiaali- ja terveystalvuuja (Duodecim 2017). Terveyden edistämisen toteutuksessa tulee olla yhteistyössä kaikki julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektoreilla toimivat terveydenhoitopalvelut. Tarkoituksena on hyödyntää kumppanuutta eri tahojen kanssa, mikä taas mahdollistaa väestölle yhtenäiset mahdollisuudet terveyden ylläpitämiseksi. Tässä kehitystyössä terveysalan toimijoilla on johtava ja merkittävä rooli terveyden edistämässä. (WHO 2005; Duodecim 2017.)

Tutkimuksessa mukana ollut sairaanhoitopiiri on vuodesta 2007 lähtien nostanut strategiassaan kärkihankkeeksi elintapasairauksien ennaltaehkäisytyön. Tavoitteena oli määrittellä erikoissairaanhoidon rooli terveyden edistämässä, sisällyttää rooli osaksi toimialueiden tehtäviä sekä toteuttaa elintapasairauksien ennaltaehkäisyä yhdessä perusterveydenhuollon kanssa. Kyseisessä sairaanhoitopiirissä on toteutettu elämäntapasairauksien ennaltaehkäisy -hanke, jonka myötä on kehitetty varhaisen puuttumisen malli terveyden edistämisen toiminnalle, jotta se saataisiin osaksi sairaaloiden arkea (Varjonen-Toivonen 2011, 5). Sairaanhoitopiirillä oli näkemys, että ennaltaehkäisyn toteuttaminen yhteistyössä Terveyden ja hyvinvointilaitoksen (THL) kanssa on tärkeää, jolloin tuloksien vaikuttavuus on kattavampaa valtakunnallisesti. (Herrala & Aalto 2010, 172.) Aiemmin sairaanhoitopiiri on ollut mukana muun muassa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamisessa vuosina 2003–2007 (Saaristo 2008, 13, 28) sekä vuodesta 2000 lähtien on toiminut alueellinen ravitsemustyöryhmä, joka pyrkii ennaltaehkäisemään kansansairauksia vaikuttamalla ravitsemuskäyttäytymiseen (Siljamäki-Ojansuu ym. 2011, 1, 5).

Kyseessä oleva sairaanhoitopiiri on vuonna 2011 laatinut ensimmäistä kertaa alueellisen terveyden edistämisen suunnitelman, joka perustuu kansainväliseen sekä valtakunnalliseen ohjeistukseen väestön terveyden edistämistä.

Alueellinen koordinaatio sekä toimeenpano perustuu vuoden 2011 terveydenhuoltolain (2010/1326) esittämään laaja-alaiseen näkemykseen terveyden edistämisen tavoitteista. Kunnat laativat hyvinvointikertomuksen, jonka tarkoituksena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja väestössä, vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin sekä lisätä yhteistyötä kaikkien toimijoiden välillä. Se on strateginen asiakirja suunnittelun, seurannan, arvioinnin sekä prosessin toteuttamiseksi. Jotta muutosta terveyden edistämistyössä saataisiin aikaiseksi, tarvitaan yhteistyötä eri toimijoiden kanssa alueellisella tasolla. (Varjonen-Toivonen 2011, 1–3; 2016, 7.)

Sairaanhoitopiirissä kokoontuu terveyden edistämisen neuvottelukunta vuosittain. Tämän tarkoituksena on koordinoita väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimintaa strategisesti ja suunnitelmallisesti yhteistyössä kuntien ja muiden sidosryhmien kanssa. Toimenpiteiden toteuttamisen yhteistyöhön osallistuu alueelliset terveyden edistämisen työryhmä ja hyvinvointikoordinaattorien verkosto, erikoissairaanhoidon terveyden edistämisen ohjausryhmä ja asiantuntijatyöryhmä sekä alueellinen ravitsemustyöryhmä. (Varjonen-Toivonen 2020.) Sairaanhoitopiirissä toimii myös perusterveydenhuollon yksikkö, jonka tavoitteena on edistää moniammatillisella terveystieteen asiantuntemuksellaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä. Tarkoituksena on laaja-alaisesti kehittää asiakaslähtöistä terveyden edistämistä, hoitoketjuja sekä palvelujärjestelmää. (TAYS 2020; Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Terveydenhuoltolaki painottaa, että terveystalouden järjestämisessä tulee huomioida asiakaskeskeisyys ja korostaa toiminnallista kokonaisuutta. Tämän toteuttamiseksi alueellisessa terveyden edistämisen suunnitelmassa on tuotu myös erikoissairaanhoidon osallisuus potilaiden elämäntapasairauksien ennaltaehkäisemiseksi. (Varjonen-Toivonen 2011, 3.) Erikoissairaanhoidon tukee ja toteuttaa osaltaan omalla asiantuntijuudellaan kuntien luomaa strategista tavoitetta huolehtimalla kansalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Aiemmin erikoissairaanhoidolla ei ole ollut selkeää roolia terveyden edistämisyhteistyössä, koska sen on oletettu olevan perusterveydenhuollon tehtävä. Edelleen perusterveydenhuolto on keskeisessä roolissa kansanterveysyhteistyössä, mutta muidenkin terveyttä edistävien sektorien tulee yhteistyössä tukea väestön

hyvinvointia. (Herrala & Aalto 2010, 172.) Ennaltaehkäisevä työ on kaikin puolin tärkeää ennen kuin potilas hakeutuu sairaalaan haitallisten terveystottumusten vuoksi (Lehtinen ym. 2010, 25).

### **3.1.1 Terveyden edistämistä sairaalassa tukevat järjestöt**

WHO perusti Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) verkoston, jotta terveysjärjestöillä olisi yhtenäisemmät toimintatavat. Verkosto on kasvanut vuosien aikana ja nyt siihen kuuluu 20 alueellista HPH-verkostoa ja 50 yksittäistä jäsentä. Tämä tarkoittaa käytännössä lähes 600 sairaalaa ja terveyspalvelua 30 eri maasta. Jäsenet ovat sitoutuneet tekemään yhteistyötä, jotta terveydenhuoltoa voitaisiin kehittää ja toimintaa suunnata terveyden edistämiseen. HPH-verkosto levittää kansainvälisesti tunnustettuja suosituksia ja periaatteita terveyden edistämisestä. Näitä ovat Ottawan perustuskirjassa (1986), Budapestin julistuksessa terveyttä edistävästä sairaaloista (1991), Wienin suosituksessa (1997), terveyttä edistävien sairaaloiden standardeissa (2004) ja Bangkokin perustuskirjassa (2006) annettuja periaatteita ja määritelmiä terveyden edistämisen toimille. (HPH 2020.) Tässä työssä tarkastelemme erityisesti terveyttä edistävien sairaaloiden standardeja ja niiden toimivuutta käytännön hoitotyössä erikoissairaanhoidossa. Nämä standardit on kehitetty ohjeistamaan HPH-verkoston toimintaa ja selkeyttämään toimintaa organisaatioissa. Vuonna 2006 laadittiin ensimmäiset ohjeistukset viidelle terveyden edistämiseen liittyvälle standardille, jotka ohjeistavat terveyden edistämiseen johtotasolla, potilaiden tilan arvioimiseen ja interventioihin, työntekijöiden hyvinvointiin sekä hoitopalveluita tarjoavien organisaatioiden väliseen yhteistyöhön. (HPH 2020.)

HPH-verkosto pyrkii kehittämään terveyspalveluiden painopistettä potilaiden parantamisen lisäksi myös sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen (Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot STESO ry 2019a). Verkostossa nähdään tilaisuus terveyden edistämiseksi siinä, kun ihminen joutuu sairaalaan akuutin vamman tai sairauden vuoksi tai on kuntoutuksessa. Verkosto myös kannustaa ja tukee ottamaan perusterveydenhuollon palveluista enemmän irti. HPH:n jäsenet verkostoituvat alueen terveydenhuollossa mukana olevien palveluntuottajien kanssa ja pyrkivät edistämään terveyttä hoidon jatkuvuudella

yhteistyössä eri organisaatioiden kanssa. Whiteheadin (2005) tutkimuksessa nostettiin esiin sairaanhoitajan rooli terveyden edistäjänä sairaaloissa. Jo tuolloin oli herännyt ajatus, että sairaanhoitajien olisi hyvä omaksua työssään HPH:n ohjaama kehitys, jossa tähdätään terveyden edistämiseen silloisten terveydenhuolto strategioiden sijaan. (Whitehead 2005, 20–21.)

Terveyttä edistävien sairaaloiden toiminnan strategiassa korostuu potilaiden, organisaation, henkilökunnan ja koko väestön terveyden edistäminen. Tavoitteena perustaa alueellisia hoitoverkostoja, joiden tarkoituksena on ehkäistä kansansairauksia. (HPH 2020.) Toiminnalla tuetaan sairaaloita keskittymään terveyden edistämiseen, ettei hoito painottuisi sairaalassa vain sairauksien diagnosointiin tai parantavaan hoitoon (Miseviciene & Zalnieraitiene 2013, 513). Sairaalan terveyden edistämistoimilla painotetaan väestön terveyttä osana hoitotyötä. Sairaaloiden ja niiden työntekijöiden tulee edistää ja toteuttaa laaja-alaisesti uudistuksia, jotta terveydenhuolto voi sitoutua asiakkaidensa muuttuviin tarpeisiin. (Whitehead 2005, 20.)

HPH yhteisöön kuuluu myös Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry (STESO) -yhdistys, joka tukee Suomen sairaaloita sekä muita organisaatioita terveyden edistämässä. Yhdistyksen toiminta on aloitettu vuonna 2001 ja toiminnassa on mukana yhteistyössä Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Kuntaliitto, Suomen syöpäyhdistys sekä potilasjärjestöjä. Toiminnalla pyritään kehittämään päivittäistä toimintaa, jotta sosiaali- ja terveysalalla korostuisi yhteistyö terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä. (Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot STESO ry 2019b.)

STESO:n jäseniä ovat Suomen sairaanhoitopiirit, erilaisia terveysterveystyhtymiä, kolme ammattikorkeakoulua ja Kotkan kaupunki (Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot STESO ry 2020a, 2). Nämä jäsenet ovat sitoutuneet yhdistyksen toimintaperiaatteisiin ja tavoitteisiin. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen merkitsee heille toimintaa sosiaali- ja terveyshuollossa, joka ehkäisee ongelmia ja sairauksia, parantaa ihmisiä, lievittää heidän oireitaan sekä kuntouttaa. Yhdistys ottaa kaikessa toiminnassaan huomioon potilaiden, heidän läheisten, työntekijöiden, sairaalan ympäristönä sekä koko väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen. Tämä toiminta on suunnitelmallista ja pohjautuu

tutkittuun ammatilliseen tietoon. Organisaatio toimii asiantuntijana ja puolestapuhujana, mutta myös tuo ilmi yhteiskunnan hyvinvointi- ja terveyseroja. (Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot STESO ry 2020b, 1–2.)

### **3.2 Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa**

Erikoissairaanhoitolain (1989/1062) mukaan terveyden edistäminen on määritelty sairaaloiden yhdeksi tehtäväksi sairauksien ennaltaehkäisy näkökulmasta. Terveydenhuoltolaki (2010/1326) vahvistaa, että terveyden edistämisen asema kuuluu osaksi hoitoprosessia sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Sairauksien ennaltaehkäisy on yhteiskunnallisesti monin verroin halvempaa kuin sairauksien hoito (Lehtinen ym. 2010, 7) ja siksi Brobeck, Odenrantsin, Bergh ja Hildingh (2013, 376) mukaan ennaltaehkäisevät toimenpiteet tulisivat olla etusijalla. Sairaalassa tehtyä terveyden edistämisen kliinistä työtä on tutkittu vähemmän (EK ym. 2020, 386), mutta se mielletään osaksi hoitoa. Terveyttä edistäviin valintoihin ja elämäntapamuutoksiin on annettava tukea kaikissa terveydenhuollonpalveluissa (Koponen ym. 2018; Varjonen-Toivonen 2011, 28; Kotisaari 2010, 56; Kotisaari, Ståhl, Herrala & Lindfors 2011).

Terveyden edistäminen on erikoissairaanhoidossa sekundaari- ja tetriaaripreventiota (Varjonen-Toivonen 2011, 28). Savola ja Koskinen-Ollonqvist (2005) kuvailevat sekundaariprevention olevan sitä, että toiminnalla pyritään ehkäisemään jo todetun sairauden pahentumista vähentämällä sekä poistamalla riskitekijöitä ja niiden epätoivottua vaikutusta sairauden kannalta. Tetriaaripreventio taas pyrkii edistämään yksilön työ- ja toimintakykyä estämällä sitä heikentäviä tekijöitä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8.)

Terveyden edistäminen on prosessimaista pitkäaikaista ja suunnitelmallista työtä, mutta lyhyelläkin ohjauksella voidaan saada motivaatiota heräteltyä muutokseen (Ylimäki 2015, 29, 62). Erikoissairaanhoidossa olevan potilaan terveystarpeet voidaan selvittää, puuttua oleellisiin riskeihin ja aloittaa motivoivaa ohjausta (Varjonen-Toivonen 2011, 28). Afsharin ym. (2018) tutkimuksessa todetaan, että pääpaino sairaalassa on usein potilaan tarpeiden selvittämisessä,

kuten diagnosoinnissa ja akuutin tilanteen hoitamisessa. Sairaalassa voidaan kartoittaa potilaiden elämäntapatottumukset ja kertoa miten elämäntavat vaikuttavat terveyteen sekä hoidon tuloksiin (EK ym. 2020, 391–392).

Monesti on hyvä hetki ottaa potilaan terveystilanteesta puheeksi osastojaksolla, mutta potilaan sairaus voi viedä voimat niin, ettei terveystilanteesta voida siinä tilanteessa puuttua (Kotisaari 2010, 55). Kuitenkin Leen, Knuckeyn ja Cookin (2014, 654) tutkimuksessa tuotiin esille, että sairaalahoidossa olevat potilaat pitivät sairaalaa hyvänä paikkana ottaa terveyttä uhkaavat asiat esille hoidon aikana. Häkkisen (2021) ja EK ym. (2020) mukaan terveysneuvontaa on myös erittäin hyödyllistä toteuttaa, kun potilas on sairastunut tai riski sairastumiseen todetaan. Silloin motivaatio on potilaalla parempi myös käyttäytymisen muutokseen. (Häkkinen 2021; EK ym. 2020, 386.) Lisäksi Kivimäki ja Toropainen (2017, 5) painottavat, että neuvonta tulisi erityisesti kohdistaa eniten riskissä oleviin tai jo sairastuneihin, koska jo vähäisetkin toimet vaikuttavat usein merkittävästi potilaan terveyteen. Siksi tärkeänä pidetään sitä, että ohjaamalla potilasta sekä mahdollista seuraavaa jatkohoitopaikkaa, voidaan tukea potilaan hoidon jatkuvuutta, mitä olennaista on hoitajakson aikana saatu selville ja kuinka hoitoa on jo lähdetty antamaan (Kotisaari 2010, 55–56; EK ym. 2020, 386). Terveyden edistäminen tulisi nähdä hoitotyönä, eikä erillisenä toimintana. Se on oltava osa kaikkea toimintaa ja erityisesti myös johdon on oltava perillä toiminnastaan, jotta ei vain hoideta välitöntä potilaan ongelmaa vaan pystyisi kiinnittämään myös ennaltaehkäisyyn huomion. (Brobeck ym. 2013, 376–379.)

### **3.2.1 Terveyden edistämisen painopisteet vuodeosastolla**

Sairaanhoitajat ovat sosiaali- ja terveysalan suuri ammattiryhmä ja heidän roolinsa on merkittävä väestön terveyden edistämässä ja kansanterveydellisten ongelmien ennaltaehkäisyssä (Hahtela & Meretoja 2017, 37). Häkkinen (2021) painottaa kuinka potilaan terveyden edistäminen on tärkeä osa hoitotyötä ja sitä tulee tarjota potilaalle iästä huolimatta ja sairauden eri vaiheissa. Sairaanhoitajat kohtaavat potilaita erilaisissa elämänvaiheissa sekä -tilanteissa, jolloin voidaan tukea potilaan terveyttä ja hyvinvointia (Häkkinen 2021). Sairaanhoitajien työssä keskeisessä asemassa on asiakas- ja potilaslähtöisyys, ja siitä on muodostunut

sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden laadun kriteeri. Sen vuoksi hoitotyössä annetaan potilaalle mahdollisuus vaikuttaa omiin asioihinsa sekä otetaan huomioon kunkin yksilölliset voimavarat ja tarpeet. (Koivisto 2019; Berg, Sarvimäki & Hedelin 2010, 10–12.)

Sairaanhoitajien antama terveysterveystyö kohdistuu potilaan terveydentilan ylläpitoon ja sen edistämiseen. Sen avulla voidaan myös vaikuttaa sairauksien ennaltaehkäisyyn tai hoitamiseen. Olennainen osa terveysterveystyössä on se, että annetaan potilaalle tietoa haitallisista terveystottumuksista ja niiden mahdollisista jatkoseuraamuksista ja siten hän voi edistää omaa terveyttään. (Bandura 2004, 144–145, 151; Lehtinen ym. 2010, 8; Hirskallio & Kolehmainen 2011, 27.) Häkkinen (2021) kuvaa, että vaikuttavia menetelmiä terveyden edistämiseksi on motivoiva haastattelu sekä mini-interventiot, jotka voivat sisältää hyvin ytimekkään puheeksi oton haitallisesta elintavasta. Potilaan terveysterveystyönnä voidaan käyttää erilaisia testejä. (Häkkinen 2021.) Yhä enenevässä määrin potilaat ovat oman hoitonsa asiantuntijoita, ja heillä on aktiivinen rooli oman terveytensä edistäjinä (Hahtela & Meretoja 2017, 37).

Sairaanhoitopiirissä terveyden edistämisen ohjausryhmä suunnittelee, ohjaa ja seuraa terveyden edistämisen toteutumista. Vuosien 2020–2021 toimintasuunnitelmassa terveyden ja hyvinvoinnin painopisteet ovat savuttomuus, alkoholin riskikäytön vähentäminen sekä terveyttä edistävä ravitsemus. Fyysisen toimintakyvyn sekä uniterveyden arviointi myös ovat kehitystyön alla. Suunnitelman käytäntöä tukee osastoilla toimivat terveyden edistämisen yhdyshenkilöt (TED), joita on 1–2 henkilöä jokaisella osastolla. Heidän toimintaansa tukee ja ohjaa koordinaatiopäällikkö. (Pölonen 2020.)

Tupakointi- sekä nikotiiniriippuvuus ovat sairauksia, jotka aiheuttavat negatiivisia vaikutuksia potilaan terveyteen. Tupakointi on merkittävä kuolleisuuden aiheuttaja ja siksi sen ennaltaehkäisyyn tulee kaikin tavoin puuttua. Potilaiden nikotiiniriippuvuuden arviointiin voidaan käyttää Fagerströmin testiä ja intervention toteuttamiseen voidaan hyödyntää itseapumateriaalia, josta voi olla hyötyä potilaan omaehtoisen tupakoinnin lopettamisen tueksi. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Tutkimustulosten mukaan sairaalassa potilaille tarjottu tupakoinnin lopettamisen lyhytinterventio (sisältää vähintään lopettamiskehotuksen) parantaa potilaiden

tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä 12 kuukauden aikana. Lisäksi lyhyet interventiot tupakoinnin lopettamisessa kannustavat myös potilaita mahdollisesti hakeutumaan erilaisiin tukipalveluihin sairaalasta päästyään, vaikka välitöntä käytännönvaikutusta ei heti näkyisikään (Lee ym. 2014, 655). Sairaalassa toteutettu nikotiinikorvaushoito vaikuttaa myös potilaiden lopettamismotivaatioon ja onnistumiseen mitä pidempi ja intensiivisempi korvaushoitoaika on. (Kiiskinen ym. 2008, 58–59, 62.) Myönteisiä terveyshyötyjä tulee painottaa osana tupakoinnin vieroitusoireiden hoitoa ja osata tarjota jatkohoitomahdollisuuksia, jotta tupakoinnista vieroitus jatkuisi myös sairaalahoidon jälkeen (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypä hoito -suositus 2018).

Alkoholin riskikäyttöön tulee akuuttihoitossa puuttua ja varsinkin jos potilas on päihtynyt saapuessaan sairaalaan. Päihdeongelmasta aiheutuneet somaattiset sairaudet hoidetaan myös sairaalassa. Tavoitteena olisi havaita ongelmakäyttö jo ajoissa, ennen kuin siitä ehtii aiheutua potilaalle terveydellisiä haittoja. Ongelman varhainen toteaminen voi ajoittain olla haastavaa, koska usein potilaat aliarvioivat alkoholinkäyttöään. Riskikäytön havaitsemiseen voidaan käyttää apuna AUDIT-testiä, kliinisiä tutkimuksia sekä laboratoriokokeita. Kun riski on havaittu, tulee potilasta neuvoa mini-intervention tavoin. Alkoholin käytöstä kysytään ja riskikäytöstä keskustelu sidotaan potilaan kokonaistilanteeseen käyttäen apuna esimerkiksi laboratoriokokeita. Mini-interventio on vaikuttava hoitomuoto riskikäyttäytymisen hoitoon. Se tulee sisältää ohjeet hoitomuodoista sekä alkoholinkäytön haitoista. Potilaalle tarjotaan päihdehuollon, kuten esimerkiksi A-klinikan, katkaisuyksiköiden sekä kuntoutuslaitosten erityispalveluja. Hoitopolku tulee olla selkeä, jotta ammattilainen pystyy ohjaamaan potilaan avun piiriin. Hoitoa jatketaan sairaalahoidon jälkeen, mutta potilaan tarve tulee kartoittaa ja hoito aloittaa siinä yksikössä, jossa ongelmakäyttö havaitaan. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Terveellinen ja monipuolinen ravitseminen on osa terveyden edistämistä ja hyvän ravitsemushoidon tarkoituksena on edistää potilaiden toimintakykyä ja toipumista sekä vähentää lisäsairauksien syntyä. Se on olennaisena osana potilaiden hoitoa sekä tarttumattomien sairauksien ennaltaehkäisyä. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2017, 20; Valtion ravitsemusneuvottelukunta

2010, 16.) Sairaalassa potilaan riittävä ravinnonsaanti turvataan yksilöllisesti arvioidulla sopivalla ruokavaliolla sekä tarvittaessa täydennysravintovalmisteilla ja suonensisäisesti annettavilla ravintovalmisteilla tai letkuravitsemuksella. Sairaalassa potilaan akuutti sairaus tai sen hoito voi myös heikentää potilaan ruokahalua ja siksi potilaalle voi kehittyä myös vajaaravitsemus sairaalassa olon aikana. Potilaan vajaaravitsemus tarkoittaa energian, proteiinin sekä ravintoaineiden puutteita elimistössä. Heikko ravitsemustila altistaa muun muassa painehaavoille, infektioille sekä heikentää lääkaineiden imeytymistä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 6, 8, 16, 24, 27.)

Potilaiden ravitsemustilaa arvioidaan sairaaloissa NRS-2002-menetelmällä (Nutritional Risk Screening). Saatua tulosta tulee kirjata potilasasiakirjoihin sekä toimia tuloksen edellyttävällä tavalla. Potilaan yksilöllistä ravitsemusta tarkastellaan ja keskustellaan potilaan kanssa tarvittaessa mieliruokien tai lisävalipalojen tilaamisesta. Ravitsemusterapeuttia voidaan myös konsultoida, mikäli potilaalla on sairauksia, johon liittyy ravinnonsaannin vaikeuksia tai potilaalla on tavanomaisesta ravitsemuksesta poikkeava ruokavalio kuten letkuravitsemus. Potilaan ruoan annoskoko ja rakenne valitaan yksilöllisesti potilaan tarpeita vastaavaksi sekä tarvittaessa potilaan ravitsemushoitoa tehostetaan osastolla vajaaravituille tai sen riskissä oleville potilaille tilaamalla runsasenergisiiä ravitsemusvalmisteita. Potilaan vajaaravitsemushoito on pitkäaikaista työtä ja hoidon jatkuvuus tulee turvata sairaalahoidon jälkeen jatkohoitopaikan ohjeistuksella. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 23, 28, 37, 41, 55.)

Potilaiden vähäinen fyysinen aktiivisuus on yleistä akuuttihoitoa aikana ja siksi toimintakyvyn säilyttäminen on tärkeää sairaalassa. Riippumatta hoidon syystä he viettävät 87–100 % ajastaan vuoteessa maaten tai istuen. Liikkumattomuus on yhteydessä muun muassa toimintakyvyn heikentymiseen ja sairaalahoidon pitkittymiseen ja sitä myöten mahdollisesti kasvavaan laitoshoidon tarpeeseen sekä kuolleisuuteen. (Geelen ym. 2021, 2; Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015, 980–983.) Potilaiden pitkä vuodelepo voi myös aiheuttaa painehaavoja. Painehaavariskin tunnistamiseen on kehitetty runsaasti mittareita, joiden avulla voidaan järjestelmällisesti tunnistaa painehaavariski yksilöllisesti potilaan tilanteen ja sairauden vaikeuden perusteella. Painehaavariski tulee

arvioida 8 tunnin sisään potilaan saapumisesta hoitoon. Sairaalassa painehaavan syntymisen riskiä lisäävät muun muassa erilaiset lääkinnälliset laitteet, potilaiden alentunut toimintakyky vaihtaa asentoa, heikko ravitsemus sekä ihon kuntoon vaikuttava kosteus ja hankautuminen vuoteessa. (Hotus 2015, 4–5.) Lisäksi Geelen ym. (2021) kokooa, että yleisimmät syyt liikkumattomuudelle etenkin ikäihmisillä sairaalassa ollessa liittyivät väsymykseen, kipuun, kaatumisen pelkoon, apuvälineiden puutteeseen tai hoitotoimenpiteisiin kuten suonensisäisen nestehoidon saamiseen. Mikäli liikuntakyky on heikentynyt, voidaan hyödyntää fysioterapeuttia apuvälineiden tarpeen kartoittamiseksi (Jämsen ym. 2015, 980–983; Geelen ym. 2021, 2, 7–8).

Kerminen, Jäppinen, Tikkanen ja Havulinna (2019, 2523) painottavat, että sairaanhoidon tavoitteena tulee olla akuutin tilanteen hoitamisen lisäksi myös toimintakyvyn ylläpito ja palauttaminen ennalleen. Jotta potilaiden toimintakykyä voidaan tukea, tulee osastolla fyysinen aktiivisuus sisällyttää hoitokokonaisuuteen (Geelen ym. 2021, 7–8). Sairaalaan tulevilta potilailta kartoitetaan toimintakykyä potilaalta itseltään sekä tarvittaessa kysytään sitä omaiselta tai kotihoidosta. Potilaan toimintakyvyn arviointi sekä muutosten huomiointi kuuluu hoitajien vastuulle ja lääkärin tehtävä on myös seurata hoitotyön sairaskertomukseen tehtyjä merkintöjä. Kokonaisvaltainen arviointi ja muutokset toimintakyvyssä vaikuttavat myös potilaan jatkohoitoon sekä kotiutumiseen. (Jämsen ym. 2015, 980–983; Kerminen ym. 2019, 2523–2524.) Geelen ym. (2021) tutkimuksessa kuvattiin, että sairaalan fyysinen ympäristö, organisaation ominaisuudet, potilaaseen liittyvät tekijät ja resurssit vaikuttivat potilaiden fyysiseen aktiivisuuteen sairaalassa. Lisäksi apuvälineitä tulee olla tarpeeksi, jotta potilaille voidaan mahdollistaa kuntoutuminen osana sairaalahoitoa. (Geelen ym. 2021, 7–8.)

Sairaalassa potilaiden unenlaatua heikentävät monet tekijät, mutta kokonaisterveyden kannalta on osattava tarkastella sen merkitystä laajemmassa näkökulmassa. Sairaalassa voidaan kartoittaa potilaiden uniterveyttä kysymällä kotioloissa nukahtamisvaikeuksista sekä heikentääkö heikko unenlaatu päivittäistä toimintakykyä, koska pitkäaikaisella unettomuudella on haitallisia vaikutuksia terveyteen sekä toimintakyyn. Unettomuuden taustalla voi myös olla psyykkisiä sairauksia, lääkkeisiin tai elintapoihin kuten päihteiden käyttöön,

stressiin, liikkumiseen ja ravitsemuksen liittyviä tekijöitä. Niiden hoitaminen on myös osa unettomuuden hoitoa. Unettomuus on yhteydessä moniin kansansairauksien sekä psyykkisten sairauksien syntyyn. Monet somaattiset sairaudet tai riskitekijät kuten keskivartalolihavuus voivat heikentää unenlaatua ja altistaa muun muassa uniapnealle. Mikäli unettomuutta heikentäviä tekijöitä huomataan sairaalajaksolla, voidaan häntä ohjata unettomuuden omahoidossa tai ohjata tarkempiin tutkimuksiin. (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2020.)

Sairaanhoitajilta edellytetään laajaa palvelukokonaisuuksien hallintaa (Hahtela & Meretoja 2017, 37) ja siksi terveyden edistäminen edellyttääkin heiltä kykyä yhdistellä laaja-alaista tietoa sekä taitoa potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi. Sairaanhoitajan tulee osata tunnistaa ja puuttua potilaiden terveyttä heikentäviin tekijöihin ja ohjata potilasta tarvittaessa eri palveluiden piiriin. (Dijkman, Reehuis, Roodbol 2017, 488; Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 19.) Myös Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemian (2017) mukaan sairaanhoitajan tulee tavoittaa sekä tunnistaa erityisesti ne henkilöt, joilla on suuri riski terveyden heikentymiseen. Dijkmanin ym. (2017, 484) mukaan sairaalassa voi kohdata monisairaita ikäihmisiä, joilla voi olla useita terveyttä uhkaavia tekijöitä, jotka liittyvät vahvasti toisiinsa. Näiden riskipotilaiden kartoittamisessa korostuu yksilölliset tarpeet sekä huomioidaan monialainen palveluiden tarve potilaan näkökulmasta (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2017, 18).

### **3.3 Terveyttä edistävät standardit sairaalassa**

Maailmanlaajuisesti terveydenhuoltojärjestelmät käyttävät standardeja sekä indikaattoreita, koska ne ovat keskeisessä osassa organisaation laadunhallintaa. Standardeilla parannetaan sekä kehitetään kliinistä käytäntöä ja organisaation toiminnan vaikuttavuutta. (Greenfield ym. 2012, 1.) Sairaaloilla on tärkeä rooli terveystalouden uudelleen suuntaamisessa ja muuttamisessa yhteisöjen terveyden parantamiseksi ja hoidonlaadun takaamiseksi. HPH-standardit ovat luotu sisällyttämään terveyden edistämiseen liittyvät toiminnot osaksi päivittäistä kliinistä työtä ja antamaan työkaluja konkreettiseen toimintaan. Standardit myös

jakavat vastuut ja määrittävät toiminnan osana potilaan palvelukokonaisuutta. (Groene ym. 2005, 300, 302.)

WHO:n mukaan terveyden edistäminen on keskeinen asia sekä terveyden parantamisessa, että elämänlaadun ylläpitämisessä. HPH-standardien avulla pyritään parantamaan terveyspalveluiden laatua sisällyttämällä terveyttä edistäviä toimia potilaiden, henkilökunnan ja palveluntuottajan päivittäiseen toimintaan. (WHO 2006, 9,11.) Rötlinin, Schmiedin ja Dietscherin (2017, 451–452) tutkimuksessa todetaan, että ne sairaalat, jotka ovat ottaneet käyttöön HPH:n standardit, myös toteuttivat erilaisia suunnitelmallisia strategioita väestön terveyden edistämisen parantamiseksi. Näiden standardien sekä virallisen terveyden edistämisen ohjausryhmän avulla myös toimintatavat vakiintuivat osaksi sairaaloiden toimintaa (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005, 2244). Alla olevassa taulukossa (taulukko 1) ja seuraavissa kappaleissa kuvaamme standardit, jotka WHO on asettanut.

TAULUKKO 1. Terveyttä edistävät standardit

1. Virallinen toimintasuunnitelma	Kirjallinen terveyden edistämissuunnitelma organisaatioille.
2. Potilaan tilan arviointi	Organisaation yhteiset ohjeet potilaan tilan arvioimiseksi tasa-arvoisesti
3. Potilaan informointi ja interventiot	Potilaalle tulee antaa ymmärrettävää tietoa terveydentilasta ja hoidoista
4. Terveellinen työympäristö	Suunnitelma kuinka organisaatiossa turvataan terveellinen työympäristö
5. Hoidon jatkuvuus ja yhteistyö	Suunnitelma yhteistyöstä eri organisaatioiden välillä potilaan hoitopolun varrella

### **Virallinen toimintasuunnitelma**

Ensimmäinen standardi koskee sairaaloiden terveyden edistämisen toimintasuunnitelmaa, joka täytyy olla kirjallisena. Tämä toimintasuunnitelma toteutetaan osana organisaation kokonaislaadun kehittämisjärjestelmää, pyrkimyksenä parantaa terveysvaikutuksia. Toimintatavat kohdistetaan potilaille, heidän läheisilleen sekä henkilökunnalle. Tämän standardi on luotu, jotta organisaation terveydenedistämistä koskeva toiminta saadaan kiinteäksi osaksi organisaation laadunhallintajärjestelmää. (WHO 2006, 11.)

Organisaation tulee määritellä vastuut ja toimenpiteet suunnitelmallisen toiminnan tueksi sekä niitä tulee säännöllisesti tarkastella ja arvioida kehityksen seuraamiseksi. Henkilökunnan tulee olla tietoisia terveyden edistämisen toimenpiteistä, omata tarvittavat tiedot sekä taidot toiminnan ylläpitämiseen sekä perehdyttää työntekijät niiden käyttämiseen. Tarvittaessa koulutusta ja lisäosaamista hankitaan tarpeen mukaan. Organisaation tulee huolehtia tarvittavista resursseista, laitteista, työvälineistä ja tiloista, jotta terveyden edistämisen toiminta olisi sujuvaa. (WHO 2006, 11.)

### **Potilaan tilan arviointi**

Toinen standardi koskee potilaan tilan arviointia. Organisaatio takaa, että erilaisten terveyttä edistävien toimien järjestämisen tarpeellisuutta arvioidaan systemaattisesti terveydenhuollon ammattilaisten toimesta yhteistyössä potilaiden kanssa. Tarkoitus samalla edistää potilaan terveyttä ja hyvinvointia sekä saada myös tukea potilaan hoitoon. Organisaatio varmistaa, että kaikkien potilaiden terveyden edistämistä arvioidaan samalla tavalla. (WHO 2006, 11.)

Potilaiden terveydentilaa arvioidaan heti sairaalaan tultua ja hänen erityistarpeensa otetaan huomioon diagnoosia tehdessä sekä kliinisen voinnin perusteella. Tarpeiden arvioinnissa myös huomioidaan potilaan sosiaalinen ja kulttuurillinen tausta. Potilaan aikaisempia terveystietoja hyödynnetään tarpeiden tunnistamisessa. (WHO 2006, 11.)

### **Potilaan informointi ja interventiot**

Kolmas standardi käsittelee potilaalle tiedon antamista ja interventioita. Organisaatio antaa potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan ja sairauksistaan koko hoitopolun ajan. Potilaalle täytyy antaa helposti ymmärrettävää ja oikeanlaista tietoa hänen omasta terveydentilastaan ja mahdollisista hoidoista. Tällä keinolla halutaan varmistaa, että potilas on tietoinen tulevista hoidoista ja samalla osallistetaan potilasta hoitosuhteeseen. Organisaatio varmistaa, että potilaalle annettu tieto ja että terveyttä edistävät toimet kirjataan ja arvioidaan vaikka oletetut tulokset jäisivätkin saavuttamatta. (WHO 2006, 12.)

### **Terveellinen työympäristö**

Neljäs standardi käsitellään terveellisen työympäristön turvaamista eli kuinka sairaaloiden johto luo edellytykset terveellisen työpaikan kehittämiseksi sairaalaympäristössä. Tarkoitus on tukea turvallisen ja terveellisen työpaikan kehittämistä sekä keinoja millä edistetään henkilöstön terveyttä. Organisaatio suunnittelee ja toteuttaa kattavan henkilöstöstrategian, mikä sisältää suunnitelman siitä, kuinka henkilöstön terveyden edistämistaitoja pyritään kehittämään sekä samalla lisäämään henkilöstön työterveyttä. (WHO 2006, 12.) Tässä tutkimuksessa emme käsittele neljättä standardia, koska se koskee henkilökunnan työympäristöä ja terveyttä ja tutkimuksemme koskee potilaan terveyden edistämistä.

### **Hoidon jatkuvuus ja yhteistyö**

Viides standardi käsittelee hoidon jatkuvuutta ja yhteistyötä. Organisaatiolla on suunnitelma, kuinka se toteuttaa yhteistyötä olemassa olevien terveydenhuollon yksiköiden, sosiaalipalveluiden tuottajien ja erilaisten terveystaluyryhmien kanssa. Suunnitelman tarkoitus on varmistaa yhteistyön toimivuus ja kehittää kumppanuutta palveluntarjoajien kanssa potilaan hoitopolun varrella. Näin organisaatio takaa yhdenmukaiset ja ajantasaiset ohjeistukset terveystaluyryhmistä sekä varmistaa hoidon jatkuvuutta sairaalajakson jälkeiselle ajalle. Organisaation tehtävä on taata potilastietojen välittyminen potilaan hoidosta ja kuntoutumisesta vastaaville tahoille. (WHO 2006, 13.)

HPH verkoston asettamia standardien toteutumista on tarkasteltava, jotta yhdistykseen kuuluvat jäsenet voivat tuoda kokemuksiaan mikä toimii parhaiten terveyden edistämisen näkökulmasta. Projektien ja ohjelmien tulokset tulee tuoda ilmi, jotta voidaan kehittää ja ottaa käyttöön uusia toimenpiteitä toiminnan parantamiseksi. (Miseviciene & Zalnieraitiene 2013, 512.)

## 4 KVALITATIIVINEN TUTKIMUSMENETELMÄ

### 4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus kuvaa yksilön henkilökohtaista todellista elämää kokemusten kautta ja tämä korostuu tutkimusta tehdessä. Pyrkimyksenä on löytää nämä kokemukset, joita yksilöt tuovat esille, ennemmin kuin todentaa jo olemassa olevia tai tyypillisiä tapoja ajatella. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2009, 161; Vilkka 2015, 118.) Vilkka (2015, 120) korostaa, että pyrkimyksenä onkin ymmärtää ihmisen toimintaa syvällisemmin, koska se ei välittömällä havainnoinnilla ole aina nähtävissä. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa aineisto kootaan usein luonnollisessa tilanteessa, kohdejoukko valitaan tarkoituksen mukaisesti sekä tutkittavaa tapausta käsitellään ainutlaatuisena (Hirsjärvi ym. 2013, 164).

Tutkija käyttää tutkimuskohteen kokonaisvaltaisen ymmärryksen tavoittamiseen Hermeneuttista kehää. Se tarkoittaa kehämäisesti tutkimuksellista vuoropuhelua aineiston kanssa, jossa tulkitaan ja ymmärretään jokaista vaihetta tutkimusta tehdessä sekä arvioidaan tehdyn tulkinnan luotettavuutta. Ymmärrys syvenee Hermeneuttisen kehän myötä joka tulkintavaiheessa, kun päästään lähemmäksi tutkimuskohteen ydintä. (Vilkka 2015, 120, 179–181.) Tässä opinnäytetyössä käytetään laadullista tutkimusmenetelmää, jotta saadaan mahdollisimman yksilöllistä ja syvällistä tietoa sairaanhoitajien kokemuksista terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla.

### 4.2 Aineistonkeruu

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään sellaisia menetelmiä aineistonkeruussa, jossa tutkittavien henkilökohtaiset kokemukset pääsisivät esille (Hirsjärvi ym. 2009, 164). Usein ihmisläheisessä tutkimuksessa käytetään yleisimmin aineistonkeruuna haastattelua, havainnointia, kyselyä tai valmiita dokumentteja (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 75). Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Tuomen ja Sarajärven (2009,

71, 75) mukaan tässä haastattelumuodossa edetään ennalta valittujen aihealueiden eli teemojen avulla aiheeseen ja tarvittaessa esitetään tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelurunko (liite 3) muodostettiin tutkimustehtävien perusteella sekä siihen liittyvät lisäkysymykset koottiin aiemman teorian tiedon perusteella. Teemat olivat sairaanhoitajien kokemukset terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla ja kuinka terveyttä edistävät standardit käytännössä toimivat heidän työsssänsä. Tavoite oli saada merkityksellisiä ja ainutlaatuisia vastauksia tutkimuksen ongelman ratkaisemiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 75). Tavoitteena oli, että haastateltavat saivat teemahaastattelussa tuoda esille oman kokemuksensa keskeisistä aihealueista (Vilkka 2015, 124).

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelu kuvataan olevan avointen kysymysten esittämistä ryhmille tai yksilöille. Ryhmähaastattelun alamuoto on parihaastattelu, jonka pyrkimyksenä on luoda vuorovaikutusta haastateltavien kesken ja siten myös sen avulla rikastuttaa vastauksia. Yhteinen ajatus kehkeytyy vuorovaikutuksessa, koska yksilöt elävät muutoinkin toisten ihmisten kanssa ja siten myös toisten ajatukset vaikuttavat omiin käsityksiin eri aiheista. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 61–62, 164.) Hoitotyössä korostuu muutoinkin kollegiaalinen vuorovaikutus osastolla ja siksi parihaastattelu oli sopivin menetelmä aineistonkeruuksi.

Teemahaastattelut toteutettiin parihaastatteluina 12 sairaanhoitajalle, jotka työskentelivät kuudella eri vuodeosastoilla. Osa heistä toimi osastoilla terveyden edistämisen yhdyshenkilönä (TED). Osastonhoitajat välittivät sairaanhoitajille tiedotteen tutkimuksesta ja kiinnostuneita ohjeistettiin ilmoittautumaan sähköpostitse. Näin tutkimukseen osallistuminen perustui täysin vapaaehtoisuuteen. Vallitsevan pandemiatilanteen mukaan sovittiin, että haastatteluun osallistui kaksi sairaanhoitajaa kerralla ja haastattelutilanteessa käytettiin kirurgisia suu-nenäsuojaimia sekä turvavälejä. Haastatteluajankohdat sovittiin haastateltavien aikatauluihin ja työajalle sopiviksi. Teemahaastattelut toteutettiin tutkittavan organisaation neuvottelutiloissa. Haastatteluiden kesto vaihteli 45 minuutista 75 minuuttiin. Haastateltaville informoitiin etukäteen tutkimuksesta sähköpostitse sekä jokaisen haastattelun alkuun vielä kerrattiin suullisesti opinnäytetyön toteutus ja haastattelun kulku sekä annettiin

mahdollisuus lisäkysymyksille. Lisäksi haastateltavat allekirjoittivat Tietoinen suostumus -lomakkeen (liite 2). Lomakkeen avulla varmistettiin vielä, että haastateltavien osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen.

Haastatteluiden toteutukseen kuuluu mahdollisimman luonteva keskustelu, joka saadaan myös tallennettua sanelimelle sanatarkasti (Hirsjärvi & Hurme 2011, 92). Haastatteluiden nauhoittamiseen käytettiin koululta saatua sanelinta ja sen toimivuus tarkastettiin ennen haastatteluiden aloitusta. Huolellinen dokumentointi turvattiin ja sanelimeen taltioitu materiaali tallennettiin opinnäytetyön tekijöiden salattuun kansioon omalle tietokoneelle. Haastattelumateriaali hävitettiin sen jälkeen sanelimesta. Opinnäytetyön valmistuttua äänitallenteet haastatteluista sekä litterointitiedostot poistettiin.

### **4.3 Aineiston analyysi**

#### **4.3.1 Induktiivinen sisällönanalyysi**

Teemahaastatteluiden analysointiin käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tässä analysointimenetelmässä tutkimusaineistoa kuvataan sanallisesti etsien aineistosta tutkimuksen kannalta olennaisia merkityssuhteita ja -kokonaisuuksia. Analyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimustehtävät ohjaavat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Tutkijan tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta jokin tyypillinen kertomus tai toiminnan logiikka, joka selittää tutkimuksen aihekokonaisuutta. (Vilkka 2015, 163.) Analyysiprosessi kuvataan kolmivaiheisena, johon kuuluu ensiksi aineiston redusointi eli pelkistäminen, sen jälkeen klusteroidaan eli ryhmitellään ja viimeiseksi abstrahoidaan eli kootaan teoreettiset käsitteet kuvaamaan tutkittavaa kohdetta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108,112). Hirsjärven ja Hurmeen (2011, 143) mukaan usein analyysi tarkoittaakin koko aineiston käsittelyä eri prosessivaiheiden kautta aina tulkinnallisiin lopputuloksiin asti.

Sisällönanalyysi alkaa haastatteluaineiston muuttamisella tekstimuotoon eli litteroimisella. Haastatteluaineisto kirjoitettiin tietokoneelle sanasta sanaan. Kun aineisto on tekstimuodossa niin sen analysointi ja järjestelmällinen läpikäynti

onnistuu sujuvammin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Litterointi jaettiin tasapuolisesti ja toinen kertaalleen kuunteli haastattelut sekä tarkasti samalla aukikirjoituksen. Yhteensä litteroitua haastattelutekstiä oli 68 sivua rivivälillä 1 ja fonttikoko 12.

Litteroinnin jälkeen haastatteluaineisto pelkistetään säilyttäen tutkimukselle merkityksellinen informaatio ja tutkimuskysymysten ulkopuolelle jäävä tutkimuksen kannalta epäolennainen aineisto jätetään pois. Tutkimusaineistosta etsitään alkuperäisiä ilmauksia, jotka voidaan koodata esimerkiksi värein ja kerätä ne sitten yhteen. Aineiston redusoinnissa eli pelkistämässä alkuperäisistä ilmauksista muodostetaan tiivistettyjä ilmauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 170–171.) Haastatteluaineistosta löydettiin tutkimuskysymyksiin hyvin vastauksia ja ne alleviivattiin aineistoon. Tämän jälkeen nämä alkuperäilmaukset koottiin erilliseen Word -tekstiedostoon, jotta saatiin selkeä kokonaiskuva niistä. Seuraavaksi muodostettiin pelkistetyt ilmaukset (taulukko 2) ja kirjoitettiin ne ylös alkuperäisilmausten yhteyteen. Molemmat ilmaukset koodattiin, jotta ne pystyttäisiin yhdistämään toisiinsa myöhemmin ja tarkistamaan asiakokonaisuuden tarvittaessa.

TAULUKKO 2. Esimerkkejä pelkistettyjen ilmausten muodostamisesta

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
se terveyden edistäminen on puuttumista elintapohin ja ohjaamista se vaatis aika paljon sitä keskustelua potilaan kanssa	Terveyden edistäminen on ohjaamista ja puuttumista elintapoihin, mikä vaatii paljon keskustelua.
siis just kun se potilas on täällä sairaalassa niin sit siinä sivussa pyrittäis niinkun tavallaan kartoittaa muutenkin sitä terveyttä ja ohjaamaan parempiin elämäntapoihin	Potilaan ollessa sairaalassa kartoitetaan kokonaisterveyttä ja ohjataan parempiin elämäntapoihin.

Sen jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään, jonka avulla pelkistetyt ilmaisut voidaan jakaa alaluokkiin. Klusteroinnissa keskitytään yhteneväisyyksien tai eroavuuksien löytämiseen aineistosta. Alaluokkia yhdistämällä saadaan muodostettua yläluokkia ja lopulta yläluokista voidaan vielä muodostaa pääluokkia ja yhdistävä luokka. Ylin käsite taso vastaa tutkimuksessa asetettuun tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 172–177.) Yhdessä pohdittiin

pelkistetyistä ilmauksista esiin nousevia aihealueita ja samankaltaisuuksia. Samaan aihealueeseen kuuluvat ilmaukset koottiin yhteen ja saatiin näin muodostettua alaluokat. Apuna käytettiin värikoodeja, jotta saimme hahmotettua konkreettisemmin eri alaluokat. Tuomi ja Sarajärvi (2018, 199) mukaan sisällönanalyysi muodostetaan useimmiten taulukkomuotoiseksi ja tämän vuoksi tehtiin erillinen taulukko, johon sijoitettiin omiin sarakkeisiin alkuperäisilmaukset ja pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyistä ilmauksista löytyi paljon yhtäläisyyksiä ja kaiken kaikkiaan koottiin aineistosta 21 alaluokkaa. Esimerkkejä alaluokkien muodostuksesta on kuvattu (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Esimerkkejä alaluokkien muodostumisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Jos potilaalla on henkeä uhkaava tila niin ei pystytä puuttumaan tupakointiin tai alkoholin käyttöön sillä hetkellä.	Akuutti sairaus menee edelle
Potilas ei ole vastaanottavainen akuutissa tilanteessa ja ohjaus täytyy tehdä myöhemmin.	
Akuuttihoito menee edelle vaikka riskit [terveyskäyttäytymisessä] olisi tiedossa.	

Seuraavaksi käytiin läpi alaluokkia ja löydettiin niitä yhdistäviä yläluokkia. Ryhmittelyn avulla saadaan aineistosta muodostettua teoreettiset käsitteet, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. Luokittelua jatketaan niin kauan, kunnes se on mahdollista aineiston sisällön puolesta. Tämä vaihe on osaltaan prosessi, jossa opinnäytetyön tekijä kokoaa yleiskäsitteiden avulla kokonaiskuvan tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112.) Alaluokat muodostivat analysoinnin avulla kokonaisuuksia, jotka kuvastivat opinnäytetyön ensimmäistä tutkimustehtävää. Yläluokat muodostivat koostamaan yhteneväisen kokonaisuuden alaluokista, joka kuvattuna (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Esimerkkejä yläluokkien muodostamisesta

Alaluokka	Yläluokka
Sairauksien hyvä hoito	Terveysten edistäminen
Lisäsairauksien ennaltaehkäisy	
Osastolle annetut toimintaohjeet	Ohjeistukset terveyden edistämiseen sairaalassa
Ohjeistuksia ei tunneta tai ne on vaikea löytää	

### 4.3.2 Deduktiivinen sisällönanalyysi

Kun induktiivisen sisällönanalyysi oli tehty haastatteluaineistolle, etsittiin vastausta siihen, kuinka sairaanhoitajien työssä WHO:n asettamat HPH-standardit toteutuivat. Sen löytämiseksi käytettiin deduktiivista eli teorialähtöistä analyysiä. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä kuvataan ensiksi malli tai teoria, joka ohjaa tutkimuksen ja analyysin tekoa. Teoreettisena mallina oli HPH-standardit, jonka perusteella lähdettiin analyysia toteuttamaan. Analyysin tavoitteena on tarkastella lähtökohtana kuvatun teorian ilmenemistä käytännössä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Tarkoituksena oli kuvata käsitteellisesti teorian eri osa-alueet, ja nämä toimivat analyysissa aineiston luokittelun kehyksenä. Tavoitteena oli tutkittavien merkityskokonaisuuksien avulla uudistaa teoreettista mallia. (Vilka 2015, 170–171.)

Deduktiivinen analyysi aloitettiin muodostamalla analyysirunko, joka perustuu aikaisempaan teoreettiseen malliin. Aineiston luokittelu aloitettiin etsimällä aineistosta analyysirungon pääkäsitteitä kuvaavia ilmauksia ja sijoitettiin niitä rungon eri pääluokkiin. Ilmaisut pelkistettiin aineiston käsitteihin ja sen jälkeen etsittiin niistä samankaltaisuuksia sekä erilaisuuksia. Samankaltaisuudet yhdistettiin omaksi alaluokaksi ja nimettiin sisältöä kuvaavalla nimellä. Ryhmittelyn jälkeen alaluokat yhdistettiin ja koottiin niitä kuvaavia yläkäsitteitä. Lopputuloksena muodostui pääluokkina teoriasta ohjattu malli. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 169.) Strukturoitu analyysirunko muodostui perustuen HPH-standardeihin, johon pääluokaksi tuli virallinen toimintasuunnitelma, potilaan tilan arviointi, potilaan informointi ja interventiot sekä hoidon jatkuvuus ja yhteistyö. Aineistosta haettiin vastaavia ilmaisuja

perustuen pääluokkiin. Sen jälkeen pelkistettiin ilmaisut ja pohdittiin samankaltaisuuksia sekä erilaisuuksia, jotka ryhmiteltiin eri kokonaisuuksiksi. Analyysi tehtiin taulukkomuotoon, koska se helpotti alkuperäis- sekä pelkistettyjen ilmauksien jäsentelyä ala- ja yläluokkien muodostamisessa. Seuraavaan taulukkoon (taulukko 5) on kuvattu esimerkkejä pelkistetyistä ilmauksista, niistä muodostetuista alaluokista ja yläluokasta.

TAULUKKO 5. Esimerkkejä deduktiivisesta sisällönanalyysistä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Talon puolesta ohjeistus on tehdä NRS-2002 8 h sisään sairaalaan saapumisesta sekä kartoittaa painehaavariski, AUDIT-C ja Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti.	Toimintaohjeet terveysriskien tunnistamiseksi	Virallinen toimintasuunnitelma
Tulohaastattelussa ohje kysyä tupakoinnista, päihteiden käytöstä sekä tehdä NRS ja painehaavariskitesti.		
NRS pisteiden mukaan tehdään ravitsemusterapeutin konsultaatio tai tilataan runsasenerginen ruoka.	Toimintatavat riskitestien tulosten perusteella	
Keskeisiin tietoihin kirjataan mitkä asiat ravitsemuksesta, tupakoinnista ja alkoholinkäytöstä on ohjattu.		
Potilaan kanssa vaikea käydä henkilökohtaista keskustelua kolmen hengenhuoneessa.	Nykyiset tilat, resurssit ja apuvälineet	
Apuvälineitä ei tarpeeksi ja ne jaetaan potilaiden kesken.		

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyön keskeisimmät tulokset induktiivisen sekä deduktiivisen analyysin pohjalta. Haastattelulla selvitettiin tutkittavien osastojen sairaanhoitajien kokemuksia terveyden edistämisen sekä HPH-standardien toteutumisesta käytännön hoitotyössä. HPH-standardien tulokset on jaoteltu tutkimukseen valittujen neljän standardin mukaan. Molempien tutkimustulosten kappeleiden loppuun on koottu yhteenvedot (kuvio 2) ja (kuvio 3) havainnollistamaan saatuja tuloksia. Haastatteluihin osallistuneilla oli terveyden edistämisen liittyvää lisäkoulutusta kolmella sairaanhoitajalla ja neljä oli terveyden edistämisen yhdyshenkilöitä. Työkokemusta sairaanhoitajana heillä oli 2–26 vuotta.

### 5.1 Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla

Sairaanhoitajat kokivat terveyden edistämisen koostuvan **sairauksien hyvästä hoidosta** sekä **lisäsairauksien ennaltaehkäisystä** elintapaohjauksen avulla. He kuvasivat, että siihen tarvittaisiin myös paljon keskustelua potilaan kanssa, jotta voidaan kokonaisvaltaisesti arvioida potilaan vointia ja ohjauksen avulla edistää terveellisten elämäntapojen noudattamista.

*sillä tarkoitetaan potilaan edun ajamista – – mahdollisimman hyvää hoitoa ja ohjausta sairauksiinsa ja niiden ennaltaehkäisemiseen ja elintapaohjausta.*

*kun se potilas on täällä sairaalassa – – pyrittäis kartoittaa muutenkin sitä kokonaisterveyttä ja ohjaamaan parempiin elämäntapoihin.*

*se vaatis aika paljon sitä keskustelua potilaan kanssa*

Sairaanhoitajat kuvasivat **terveyden edistämisen ohjeeksi** puuttua vuodeosastolla potilaan ravitsemukseen, ali- tai ylipainoon, liikkumiseen, päihteiden käyttöön sekä toimintakykyyn, jotta potilas saa keinoja omahoidon toteuttamiseen kotona.

*se on puuttumista – – syömiseen, aliravitsemukseen tai ylipainoon tai tupakointi, alkoholi, päihteet – – niissä auttamista ja että antaa välineitä kun se potilas kotiutuu*

Yhdellä osastolla sairaanhoitajat kertoivat olevan lisäksi omia ohjeita, joita he noudattavat potilaiden terveyden edistämiseksi. Samalla osastolla ilmeni, että heillä on käytössä tarkistuslista, jonka pohjalta toimitaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseksi.

*asiat tulee talon puolesta toi tupakointi ja alkoholi mutta sitten onhan meillä omat ohjeet mitä potilaille ohjataan – – liittyen ravitsemukseen, liikuntaan, alkoholin käyttöön ja mielenterveyteen ja seksuaalisuuteen*

*Onhan meillä sit että mitä erityistyöntekijöitä esimerkiksi potilas joka on saanu – – diagnoosin että ketä hänen kuuluis tavata jossain vaiheessa niin on meillä semmonen sitten tsek-lista että tulis ne kaikki käytyä tai ehdotettua ainakin*

Monella osastolla sairaanhoitajat kuvasivat, että osastoilla ei olisi selkeää ohjeistusta tai käytäntöä terveyden edistämisen toimintaan. Tietoa ja halua on potilaiden terveyden edistämiseen, mutta koetaan sen olevan haastavaa työnohessa.

*Ei meillä siis oo mitään semmosta selkeätä mitä niinku pitäis käydä kaikkien kanssa*

*kyl mä ainakin haluisin sitä [terveyden edistämistä] toteuttaa mut kyl siihen tarvis selkeemmät ja yksinkertaiset ohjeet et se olis helpompaa ton työn ohessa että ei sitä oo aikaa ruveta itte hirveesti selvitteleen et miten joku juttu tehään*

Sairaanhoitajat kuvasivat oman roolinsa keskittyvän **terveydentilan kartoitukseen** ja ohjaukseen, jonka pohjalta viedään tietoa ja huomioita lääkärille. Muutamilla osastoista oli tapana tehdä heti tulovaiheessa hoitosuunnitelma, johon kirjattiin testit, jotka tulisi tehdä terveystieteen kartoittamiseksi.

*ohjaus ja et just näitten asioiden kartoitus et meidän tehtävä olis sit vaikka lääkärille huomioida et täällä on et tämmönen ongelma joka tuli esiin tos jutelles.*

*tehdään se hoitosuunnitelma aina kun potilas on tulos niin ne avataan sinne ne audit ja fagerström – – ja ne kyl pääsääntöisesti pyritään täyttään*

Eräs sairaanhoitaja kuvasi, että voi ammatin varjossa kysyä potilaalta mitä vain terveydentilaan liittyen ja asioihin puuttumista ei pelätä. Lisäksi yksi sairaanhoitaja koki, että terveyden edistämisen kartoittaminen on nyt helpompaa, kun käytössä oli puhelin, jonne sai suoraan riskitestin tehtyä.

*mä koen et sen oman ammatin takana on tavallaan aika helppo kysyä ihan kaikesta ja usein kun kysyy asioista oikeilla nimillä niin saa niitä vastauksia et en koe et se olis mitenkään haasteellista*

*erityisesti näiden mobien kautta niin se kartoittaminen on tullut vie helpommaksi*

Osastoilla **arvioitiin terveysriskiä** tekemällä esimerkiksi painon ja pituuden mittauksia sekä yli puolella osastoilla mittareita liittyen painehaavariskiin, alkoholinkäyttöön ja tupakointiin. Ajoittain sairaanhoitajat kuvasivat terveysriskien arvioinnin riskitesteillä hieman haastavaksi. Testit eivät aina soveltuneet kaikille potilailla samalla tavalla, koska tulokset eivät kertoneet kokonaistilanteesta. Kuitenkin myönteinen asenne näkyi riskien arviointiin.

*jos vaikka saa – – diagnoosin niin sit se tupakointikin monella sitten jää siihen kun keskitytään niihin hoitoihin*

*jos nyt on akuutisti sairas potilas niin on akuuttitilanne päällä niin ehkä se nrs ei juuri sillä hetkellä ole se kaikkein tärkein asia mut toki sit kun rauhoittuu niin sit tehdään*

*jos on sellanen vuodepotilas niin kyl ne jää sinne jonkin seuraavaan päivään kun tehdään niit pesuja niin sit käydään se koko ihon kunto läpi*

Terveyden edistämisen tiedon antamisen keinona korostui **keskustelu**, jota käytiin päivittäin potilaan kanssa. Keskustelun avulla selvitettiin potilaan terveystottumuksia ja motivaatiota terveellisempiin elämäntapoihin. Sairaanhoitajat kuvasivat käyvän keskustelua enemmän kuin lääkärit. Keskustelua käytiin ravitsemuksesta, toimintakyvyn tukemisesta ja tupakoinnin lopettamisen keinoista. Toisaalta taas nousi esiin, ettei potilaan ylipainosta keskusteltu, mikäli sairaalaan tulosyö oli jokin muu.

*vaikka ihan jostain muusta lähetään puhumaan mutta sitten käydään myös vaikka just niitä ravitsemukseen liittyviä juttuja*

*tupakoinnista tulee keskusteltua aika paljon*

*ihan arkisissa asioissa tavallaan et tukee sitä potilaan omaa toimintakykyä mitä se itte pystyy tekeen niin sillä edistän sitä ja et tavallaan ei tee kaikkee puolesta*

Osastoilla käytettiin **tiedon välittämiseen** hoitosuunnitelmaan kirjattuja tietoja, jonne on laitettu terveyden edistämiseen liittyviä toimenpiteitä ja suunniteltuja toimia. Näin tieto välittyi hoitajien välillä, mutta monesti lääkäri saattoi kysyä samat kysymykset myös kierrolla. Sairaanhoitajat välittivät tietoa lääkärille, joka lopulta määräsi esimerkiksi suonensisäistä ravitsemusta tarvittaessa potilaalle.

*meillä kulkee tieto tosi hyvin kyllä siinä keskeisissä tiedoissa*

*välil huomaa et oot kysellyt ne samat kysymykset terveystavoista ja sit lääkäri kysyy kierrol ne samat kysymykset et tulee välil semmosta toistoo mut et ei ehkä ihan sellasta toimivaa ratkasuu*

*viedään lääkäreille eteenpäin tietoa ja he sit määrää että jos tarttee vaikka jotain iv-ravitsemusta että se lähtee aika paljon hoitajasta*

Sairaanhoitajat kuvasivat, että osastoilla **hyödynnetään osaamista** paljon työntekijöiden välillä sekä moniammatillista yhteistyötä potilaiden terveyden edistämiseen. Kuitenkin joillakin osastolla kerrottiin, että ajoittain lisäavun saaminen erityistyöntekijältä saattoi olla haastavaa. Etenkin yhden osaston sairaanhoitajat olivat kiinnittäneet huomiota, että potilaiden psyykkisen tuen tarpeeseen oli vaikea saada apua.

*meillä on toki toimiva työyhteisö et saadaan toistemme osaamista hyödyntää aika paljon*

*ravitsemusterapeutti, diabeteshoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja – Fysioterapeuttikin – – Meillä tosi paljon hyödynnetään näitä*

*meidän on tosi vaikeee saada psyykkistä apua potilaalle*

Sairaanhoitajat kuvasivat terveyden edistämisen yleisimmäksi haasteeksi **ajankäytön asettamat rajoitteet**, koska osastolla hoitoaika on lyhyt ja keskittyy akuuttihoitoon. Lisäksi myös resurssit ohjaukseen koettiin olevan rajalliset.

*hoitoajat on nykyään monilla osastoilla aika lyhyitä – – jatkohoitoon pistetään aika vauhdilla*

*liian vähän aikaa ja resursseja siihen että kerittäis enemmän ohjaamaan potilaita*

*luonne on se akuutti niin et se vie sen ajan kyllä ja se aika menee siihen potilaitten vastaanottamiseen ja lähettämiseen eteenpäin*

Osastoilla korostui **suunnitelmallisuuden puute** riskimittareiden tulosten jatkohoitoon sekä **yhteistyön puuttuminen** jatkohoitoon lähettäessä mainittiin myös monessa haastattelussa.

*me tehdään se [riskimittari] ja sit sillä ei ole mitään tavallaan konkreettista jatkosuuntaa – – se on tehty vaan*

*kyllähän niistä [riskitekijöistä] jossain kierrolla saatetaan aina puhua, mutta niin monesti se aina jää siihen*

*erikoissairaanhoidossa jos löydetään ne kriittiset potilaat – – et se yhteistyö ehkä et ei oo semmosta siltaa siinä*

Sairaanhoitajat kuvasivat potilaiden olevan huonokuntoisia ja kokivat, ettei elintapaohjauksen antamisesta ollut kovinkaan hyötyä akuutissa tilanteessa. **Työtä priorisoidaan** osastoilla ja aina terveyden edistämisen ei ole etusijalla, vaikka sairaanhoitajat pitävätkin sitä tärkeä osana hoitotyötä.

*jos potilas on niin huonokuntoinen ja väsynyt, voipunut akuutissa vaiheessa kun on meillä. Kuumeilee, kaikenlaisia juttuja niin silloin se potilaan kunto ja voimavarat on semmoiset ettei hän jaksa. Ja semmoselle potilaalle on ihan turha sanoa mistään tupakoinnista*

*on ollu vähän tää terveyden edistäminen taka-alalla niinku se ei ole kumminkaan prioriteeteissa vaikka on tärkeä osa-alue*

*hoitajat ajattelee potilaan parasta ja potilaan niinkun terveyttä edistäis jos siihen olis niitä resursseja enemmän*

Sairaanhoitajat kokivat tarvetta **koulutuksille** muun muassa huumeiden käytön puheeksi ottoon ja ohjaamiseen sekä ravitsemustiedon syventämiseen. Toivottiin oppaita, joita voitaisiin antaa potilaille, koska kattavaan ohjaukseen ei akuuttiosastolla koettu olevan tarpeeksi aikaa. Yhden osaston sairaanhoitajien

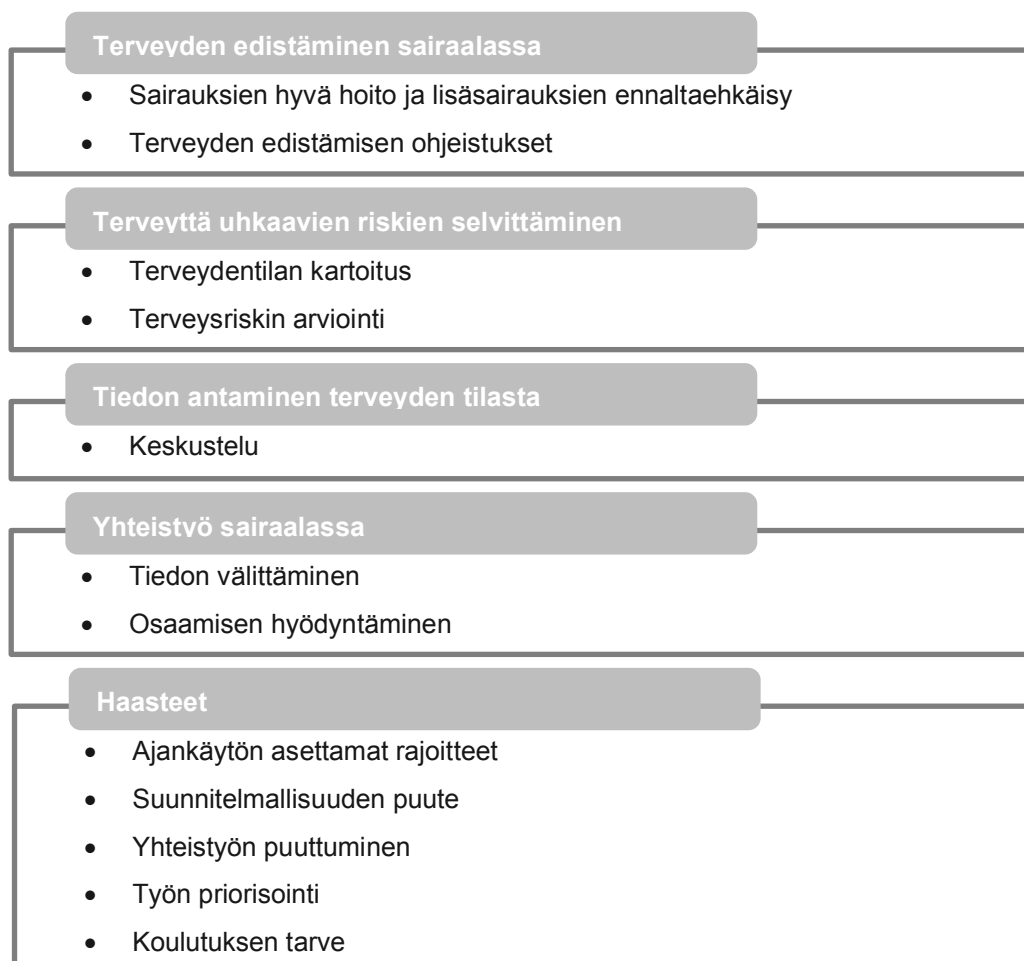
haastattelussa tuli myös kehitysehdotus, että olisi jokin ammattihenkilö, joka voisi tarttua todettuihin riskeihin, koska sairaanhoitaja ei ehdi keskittymään potilaan ennaltaehkäisevään hoitoon.

*ainakin huumeiden käyttöön on tosi vaikeeta puuttua koska en tajua niistä itse yhtään mitään*

*Et se oliskin helpompaa jos olis noihinkin [terveyden edistämiseen] joku semmonen minkä vois vaan antaa koska sit kun ei just välttämättä oo aikaa just selittää et olis vaikka ees se esite minkä vois vaan jättää*

*Mun mielestä ylipäättään vois järjestää hoitajille jotain vaikka lyhyitä koulutuksia. Keskittyy yks koulutus vaikka vaan ravitsemukseen – – se tiedon syventäminen vois olla ihan hyvä*

Alla kuvattuna terveyden edistämisen toteutuminen tulosten mukaan kuviossa (kuvio 2).



KUVIO 2. Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla

## 5.2 HPH-standardien toteutuminen

**Virallisen toimintasuunnitelman** tunnettavuudessa havaittiin eroja haastateltavien keskuudessa. Osa sairaanhoitajista kertoi, että heidän osastollaan oli selkeät toimintaohjeet terveystarkkailun tunnistamiseksi ja mistä he voivat hakea tietoa liittyen potilaan terveyden edistämiseen. Kuitenkaan kaikki sairaanhoitajat eivät olleet saaneet perehdytystä terveyden edistämiseen vuodeosastolla tai he kokivat ohjeiden löytämisen Intranetistä vaikeaksi.

*meillä sapluunat mitä kysytään, minne ne kirjataan ja sit on ohjeistus miten niihin sit reagoida jos niistä tulee pisteitä*

*jos ne ohjeet olis helpommin saatavilla siellä meidän perehdytys sivuilla tai intrassa ja siinä vaiheessa jo uusi työntekijä tietäis että tämmösiin asioihin täällä kiinnitetään huomioo*

*mä en ainakaan koe et olisin saanut mitään perehdytystä mihkään tälläseen terveyden edistämiseen tai muuhun et aika paljon se on sitä omaa ammattitaitoo ja sitä kautta niiden tietojen eteenpäin viemistä*

Sairaanhoitajille tunnetuin osa ohjeista oli erilaisten riskimittareiden tekeminen potilaille, mutta tulosten kanssa toimimisessa havaittiin eroavaisuuksia. Osalla osastoista sairaanhoitajat kokivat tietävänsä mitä tulee tehdä, kun potilaalla havaitaan terveyskäyttäytymisessä riskejä. Selkeistä ohjeista mainittiin esimerkkinä, että potilaan ravitsemustilaa mittaavasta NRS 2002 -testistä saamien pisteiden perusteella voidaan tarjota lisäravinnejuomia tai konsultoida ravitsemusterapeuttia. Osa sairaanhoitajista kertoi, että he kirjaavat riskimittareista saadut pisteet potilaan tietoihin mutta eivät tiedä, kuinka asiaa viedään eteenpäin tai heillä ei ole aikaa puuttua asiaan ja antaa ohjausta. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien työssä koettiin olevan päällekkäisyyttä. Tästä mainittiin esimerkkinä että, sairaanhoitajat tekevät riskimittarin potilaalle ja kertovat huomion arvoisesta tuloksesta lääkärille, joka saattaa kysyä seuraavalla kierrolla kuitenkin samat asiat potilaalta ja sen perusteella tekee päätöksiä jatkotoimenpiteitä varten.

*Meillä on semmonen tulohaastattelu potilaalle missä me käydään terveystottumuksia läpi ja siellä on esimerkiksi alkon ja tupakoinnin käyttö, et toki me otetaan ne asiat huomioon me kysytään niistä – – mutta meillä ei oo mitään mallia mitä me sit seuraavaks tehään*

*usein ne lääkärit sit kysyy ne samat kysymykset kuitenkin siel kierrolla et mä oon ne jo kysynyt ja sit lääkäri tulee kysyyn ne samat et paljon menee alkoholia ja tupakkaa*

Sairaanhoitajien keskuudessa terveyden edistämisen mielekkyyttä varjostaa tunne siitä, ettei heidän tekemien riskiarvioiden tuloksia hyödynnetä. He kertoivat esimerkiksi, että aikaisemmin terveystorjuntaa kartoitettiin haastattelemalla potilaita vapaamuotoisesti. Tämänhetkisen ohjeistuksen mukaan kaikille potilaille tehdään riskitestit ja osa sairaanhoitajista koki sen tuntuvalta, että ne tehdään, jotta voidaan todistaa omaa työtä.

*se ei taas hyödytä mitään jos tehään vaan mittarit ja taulukot, kysytään ne ja se jää siihen. Papereissa seisoo hienosti, mutta ei lue missään mitään muuta*

*tähän asti ennen kun oli niin nää mittarit framilla niin kyllä me kuvailtiin aina se potilaan tilanne tietyllä tavalla sen haastattelun perusteella. Jos sillä oli ravitsemuksessa jotain, liikkumisessa jotain ongelmaa se kirjattiin. Ainahan me ollaan sitä tehty, mutta jotenkin tuntuu että nyt että mitään ei ole aikaisemmin tehty ennenkö nää mittarit tuli.*

Sairaanhoitajat kokivat että, terveyden edistämisen ohjaaminen vaatii rauhallisen ympäristön, mutta ettei sellaista ollut mahdollista järjestää heidän tiloissaan. Syyksi mainittiin potilashuoneet, joissa on lähes aina enemmän kuin yksi potilas ja ettei osastolta löytynyt erillistä tilaa, jonne voisi viedä potilaan keskustelemaan. Potilaiden kunto saattoi myös olla esteenä erilliseen rauhalliseen tilaan siirtymiselle.

*tää ikuinen tilajuttu joka on meillä aina haasteena, kolmen hengen huoneet niin siinä on välillä vaikeeta käydä potilaan kaa semmosta henkilökohtaista keskustelua*

*pitäis keskustella sen potilaan kanssa ja sit kun meillä ei oo semmosta mihin sä voisit mennä sen potilaan kanssa kun ei meillä oo semmosta rauhallista tilaa siellä*

Erilaisia terveyteen liittyviä puuttumisen kohteita ja riskimittareiden tekemisen määrää lisätään, mutta koettiin että sairaanhoitajien kasvavaa työmäärää ei huomioida resursseissa. Esille tuotiin myös osastoilla olevan pulaa apuvälineistä kuten rollaattoreista.

*kun tulee näit kaikkii painehaavaprevalensseja ja muita et tuntuu et kaikkee vaan sit tulee eikä sitä aikaa ei jää et mistä me sit revitään se ylimääräinen aika ihan oikeesti tohon kaikkeen ja resurssit, et ei sekään vaan aina riitä et meille annetaan niitä ohjeita tämmösisistä vaan pitäis miettiä et jos me halutaan tota toteuttaa niin miten*

*monesti meillä on niinku vaan muutama rollaattori osastolla et niille olis varmasti enemmän käyttöä jos niitä olis enempi niin sitten ehkä sitä toimintakykyäkin vois paremmin tukea*

Osastoilla **potilaiden tilaa arvioidaan** heti sairaalaan tulosta alkaen vaihtelevin menetelmin. Sairaanhoitajat kuvasivat käyttävänsä siinä apuna riskimittareita, haastattelua tai havainnointia. Samalla he pohtivat mitä yksilöllisiä terveyttä edistäviä toimia kyseinen potilas tarvitsee. Potilaan terveyden tilaa kartoitettiin sairaanhoitajien toimesta, jotta he pystyivät paremmin suunnittelemaan potilaan hoitoa.

*hoitaja kartoittamisen kautta selvittää [terveyden tilaa] et siitä niinkun lähdetään liikkeelle kun kysytään niitä asioita mikä se lähtökohta on mitä tarvitaan ja siihen niinkun mietitään ne jatkotoimenpiteet*

*terveyteen liittyvät ongelmat mitkä tulee sillä hetkellä esiin ja mitkä vaikuttaa sen potilaan sen hetkiseen hoitoon – – joko niin päin että se hoito ei toteudu jos on joku terveyteen liittyvä ongelma, esimerkiksi tää päihteiden käyttö*

Aikaisempien terveystietojen käyttö oli vaihtelevaa sairaanhoitajasta ja osastosta riippuen. Toiset hakivat aikaisemmista teksteistä tietoa, muun muassa oliko terveystietojen juuri arvioitu. Terveystietoa arvioidaan ja se kirjataan osaston käytäntöjen mukaan, mutta ilmenneisiin epäkohtiin ei aina puututtu. Usein potilaille tehtiin riskimittaukset uudelleen, koska tuloksia oli vaikea löytää aikaisemmista hoitokertomuksista. Jos potilaan edellisestä sairaalajaksoista oli jo aikaa niin sairaanhoitajat kokivat, että tila täytyy uudelleen arvioida.

*me voitais enemmän tsekata tiedoista että mittari on meillä vielä tekemättä – – mutta täällä aikasempi on hirveen hyvin kuvailtu tää*

*terveystila. Niin onko se siinä kohtaa pakko se mittari tehdä vai voisko puuttua aiemmin löydettyihin juttuihin*

*me kysytään jostain terveysasiasta niin se on jo kysytty edellisellä osastolla mutta sille ei ole tehty yhtään mitään. Ku ne ei siirry sillai osastolta toiselle tavallaan. Ne hukkuu sinne hoitokokonaisuuteen*

*potilas ei välttämättä ole just ollu sairaalassa ja ne tiedoitan ei sillo välttämättä enää pidäkään paikkansa ja tarttee taas uudelleen kysyä ne vaikka ne löytäiskin potilaan tiedoista että tupakoi ja muuta*

Sairaanhoitajat kertoivat, että he **antavat potilaille tietoa** heidän terveydentilastaan ja sairauksistaan osastojakson aikana edistääkseen potilaan terveyttä. Samoja asioita toistetaan, koska kertauksesta koetaan olevan hyötyä.

*hoitajan tehtävä on aina se puheeksi ottaminen – – mitä useemmin se toistuu sitten ne tulee toiselle hoitajaksole ja taas puhutaan samasta asiasta*

*kyl mä ainakin kerron et olen huolissani tästä terveysriskistä ja tällä on merkitys terveyteesi*

Tietoa ja ohjausta annettiin sekä suullisesti että kirjallisesti. Lähes kaikilla osastoilla oli käytäntö hyödyntää olemassa olevia kirjallisia ohjeita eri terveyden edistämisen aiheista, joita voi potilaalle antaa. Suullinen ohjaaminen koettiin tehokkaampana kuin kirjallisen ohjeen antaminen. Tästä mainittiin esimerkiksi, että tietää potilaan saaneen ohjauksen, koska muuten ei ole varmuutta lukeeko hän kirjallisia ohjeita ja ymmärtää niiden sisällön. Sairaanhoitajat kokivat, että tupakoinnin kartoittaminen ja sen lopettamisesta keskustelu on helpompaa kuin esimerkiksi huumeiden käyttöön puuttuminen tai alkoholin käytöstä keskustelu. Asiaa perusteltiin sillä, että he eivät itse tiedä juurikaan huumeiden käytöstä ja siitä on sen takia vaikea puhua. Myös jos potilas oli käyttänyt alkoholia liikaa vuosikausia, tuntui vaikealta lähteä antamaan siitä ohjausta. Kaikkien osastojen sairaanhoitajat kokivat, että lisäkoulutus terveyteen liittyvistä asioista olisi hyödyllistä.

*lehti olis sillain helppo kiireessä tosta noin antaa mutta jotenkin itte aattelee et potilaalle se asia menis paremmin perille jos sen asian vois käydä niinkun face-to-face*

*ravitsemusohjaus on oikeestaan suullista et sä annat potilaalle sen oppaan ja sit kyselet et ooksää lukenu sitä mut ne melkeinpä unohtaa sen sitte taas. Se on semmosta jatkuvaa suullista ohjausta lähinnä.*

*tupakointi on helpompi ottaa puheeksi mutta ehkä alkoholi ja huumeet varsinkin voi olla hankalaa. Mulle ainakin hyvin outo maailma, miten semmosista asioista sitten puhuu. Näihin voisi tarvita koulutusta tavallaan miten kohtaan*

Havaittuihin terveysriskeihin puuttumisen keinoiksi sairaanhoitajat mainitsivat kannustavansa potilasta terveellisiin elämäntapoihin. Tämä tapahtuu vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja usein samalla sairaanhoitajat yrittivät osallistaa potilasta hänen omahoitoonsa. He kuvailivat omahoitoon kannustamisen keinoiksi muun muassa potilaan kanssa keskustelun hänelle sopivasta keinosta tupakoinnin lopettamiseen ja yleinen tiedon antaminen tapahtui motivoivalla keskustelulla. Osa sairaanhoitajista kertoivat, että terveysriskeihin puuttuminen kuitenkin usein keskeytyy, kun potilaskello tai työpuhelin soi kesken keskustelun.

*potilasta kuunnellen – – pitää tavallaan pystyä perustelevaan miksi sun elämäntapoja muuttaa ja sitten antaa niitä keinoja että miten sitä sitten tehdään et varmaan sillain niinkö toimia ja semmosella motivoivalla asenteella*

*potilaan pitäisi tavallaan tehdä se päätös mikä tarvis motivoivaa keskustelua – – mutta kellot ja puhelin soi taskussa niin ei se oo kauheen rauhallinen tilannekaan samaan aikaan keskusteleen*

*jos potilas saa hyvää ohjausta sairaalassa varmaan noudattaiskin niitä terveysasioita ja hän voisi sairautensa kanssa paljon paremmin*

Olennaisena osana potilaan terveyden edistämiseen pidettiin yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Sairaanhoitajat kertoivat, että potilaiden asioissa konsultoidaan ja hyödynnetään fysioterapeuttia, ravitsemusterapeuttia, diabeteshoitajaa tai sosiaalityöntekijää. Toisaalta he myös toivat ilmi, että erityistyöntekijät ovat kiireisiä ja aina he eivät ehdi auttaa potilaan hoidon suunnittelussa ennen jatkohoitoon siirtymistä.

*tehdään yhteistyötä ravitsemusterapeutin ja diabeteshoitajan kanssa, fysioterapeutti on mukana luonnollisesti ja joskus välillä sosiaalityöntekijäkin*

*kun ravitsemusterapeutti tulee osastolle niin se potilashan saattaa olla jo lähteny menemään, tarttis vähän nopeempaa reagointia siihen*

Kolmannessa standardissa on myös maininta, että organisaation tulee varmistaa, että potilaalle annettu tieto ja että terveyttä edistävät toimet kirjataan ja arvioidaan vaikka oletetut tulokset jäisivätkin saavuttamatta. Tämän toteutumisesta sairaanhoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että erikoissairaanhoidossa ei pystytä arvioimaan terveyden edistämisen lopullisia tuloksia. Kuten aikaisemmin jo tuloksissa kuvasimme kirjaamiskäytännöissä, on eroja osastojen välillä. Organisaatio kuitenkin seuraa riskimittareiden tekemistä säännöllisesti.

*me tehdään kartoittamista että se on niin pieni hetki mitä se potilas on et siinä ei niinkun pysty vaikka elämäntaparemontin aloittaakin niin seurantaahan se vaatii et se ei onnistu niinkun meidän kautta vaan se on niin et me otetaan puheeksi ja informoidaan miksi tämä on ongelma ja mitä kannattaisi tehdä*

Viimeinen standardi antaa ohjeistukset koskien potilaan **hoidon jatkuvuutta ja organisaatioiden välistä yhteistyötä** hoitopolun varrella. Osastolla potilaan tiedot siirtyvät hoitokertomuksesta sairaanhoitajalta toiselle. Vastaajat olivat kaikki sitä mieltä, että omalla osastolla kirjattiin pääosin yhteisten sääntöjen mukaan ja tieto löydettiin. Mutta ongelmia tuli, kun potilas siirtyi saman organisaation sisällä toiselle osastolle. Sen jälkeen sairaanhoitajat eivät välttämättä löytäneet etsimäänsä tietoa potilaasta, koska toisella osastolla se kirjattiin eri paikkaan kuin itse oli tottunut. Yleisimmät tavat oli kirjata terveystyörytymisen riskipisteet keskeisiin tietoihin ja hoitotaulukkoon, josta niitä osattiin etsiä. Ongelmana oli myös hoitotyön suunnitelman ajantasaisuus, lähes kaikki haastateltavat toivat esiin, että sitä ei aina muisteta päivittää potilaan hoidon edetessä ja tilanteiden muuttuessa.

*jos on ollut toisella osastolla ja sitten tulee meidän osastolle niin tieto katkee ja me tehään uudestaan ne mittarit ku ei löydetä onko niitä tehty*

*se kartotus pitäis olla siin keskeisis tiedois – – ja kun me ruvetaan lukeen raporttia potilaasta niin se on sellanen minkä sä katot montakin kertaa vuorossa se suunnitelma*

*siihen hoitotyönsuunnitelmaan pitäis tavallaan päivittää mut kaikki ei sitä niin ahkerasti tee ja kiireen takia unohtuu ja ei oo aikaa keskittyä*

Osa sairaanhoitajista koki, että terveystietoja viedään riittävästi eteenpäin jatkohoitoon, mutta yli puolet kertoivat, että heidän mielestään se oli puutteellista. Hoitotyön yhteenvetoon saatettiin kertoa nykytilanne, mutta jatkosuunnitelmat saattoivat jäädä kirjaamatta.

*hoitotyön yhteenvetoon monella meidän hoitajista jää se tieto laittamatta sinne et millaista ohjausta on annettu et tavallaan et se menis niinkun sinne omaan terkkään tai mikä jatkohoitopaikka sit onkin siinä voi tipahtaa vähän se tieto*

*pääsiassa se on sitä että mitenkä vaikka syöminen on sujunu sairaalassa ja mitä on täällä meillä tarvinnu mutta ei me sitten oo kyllä lähetty neuvoo sitä jatkohoitopaikkaa kuinka jatkossa tulisi toimia*

Osastojen välillä oli eroja jatkohoitoon ohjaamisessa. Sairaanhoitajat kuvasivat, että he esimerkiksi voivat ohjata potilaan alkoholiongelman vuoksi katkolle tai AA-liikkeen pariin. Tupakoinnin lopettamisesta koettiin erikoissairanhoidossa annettavan vain alkusysäys ja potilasta kehoitetaan hakeutumaan omaan terveyskeskukseen saamaan lisää ohjausta. Sairaanhoitajat ohjasivat potilaan hakemaan tukea ja ohjausta myös muista terveystietämisen riskeistä omasta terveyskeskuksesta.

*intrassa on sellasia juttuja mihkä sä voit ohjata vaikka siis just AA-kerho et onhan niitä jotain yhteystietoja mihkä voi sit ohjata hakeutumaan*

*ohjataan sinne terveyskeskukseen että kannattaa nyt olla yhteyksistä näistä asioista että vähän niinku kartoittais ja saisit sieltä sitä ohjausta ja tukea koska siellä terveyskeskuksessahan niitä on niitä ryhmiä tai kaikenlaisia painonhallintaryhmiä ja ravitsemus ja tupakointi kaikkee – – me voidaan vaan suositella sitä että otat omaan terveyskeskukseen yhteyttä*

Sairaanhoitajille ei ollut aina selvää mihin potilas tulisi ohjata saamaan jatkohoitoa erikoissairanhoidossa havaitulle terveystietämisen riskille ja tarvittaviin asioihin puuttumiseen. Kaikkia potilaan jatkohoitomahdollisuuksia ei tunnettu tai niistä oli

vaikea löytää tietoa. Kävi ilmi, että jatkohoitoon lähettäminen ei aina välttämättä onnistunut potilaspaikkatilanteen vuoksi.

*me ei tavallaan tiedetä sen potilaan jatkoista ja mitä apuja sille vois olla koska eihän me voida kaikkee tietää, ne muuttuu koko ajan*

*tosi paljon on joutunut siis ite ettimään tavallaan niitä apuja ja sit on sellanen et ei oikein oo tarjolla oikein mitään et tääkin on et välillä soittaa useempaan paikkaan et olis tämmönen potilas ja tää tarvis tämmöstä apuu niin joo ei kuulu meille sori niin soita vaikka tonne seuraavaan paikkaan ei kuulu meille et meil ollaan täynnä ei me pystytä ottaan*

Yhteenveto standardien toteutumisesta on koottu alla olevaan kuvioon (kuvio 3).

#### Virallinen toimintasuunnitelma

- Toimintatavat riskitestien tulosten perusteella
- Toiminnan sujuvuuden puute
- Nykyiset tilat, resurssit ja apuvälineet
- Sairaanhoidajat eivät tunne virallisia toimintaohjeita

#### Potilaan tilan arviointi

- Yksilöllisen terveystarpeen huomiointi
- Toiminnan suunnittelu terveyden edistämiseksi
- Aikaisempien terveystietojen hyödyntäminen

#### Potilaan informointi ja interventiot

- Tiedon antaminen potilaalle
- Kirjallisten materiaalien hyödyntäminen ohjaamisessa
- Kannustaminen terveellisiin elämäntapoihin
- Potilaan osallistaminen omahoitoon
- Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö osastolla
- Potilaalle annettu tieto ja terveyttä edistävät toimet kirjataan ja arvioidaan vaikka tulokset jäävät saavuttamatta
- Haitallisiin terveystottumuksiin puuttumisen haasteet

#### Hoidon jatkuvuus ja yhteistyö

- Suunniteltu yhteistyö eri terveydenhuollon organisaatioiden välillä
- Yhteistyön toimivuus ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen osastojakson jälkeen
- Tiedon siirto saman organisaation sisällä
- Potilastietojen siirtyminen jatkohoitoon

KUVIO 3. HPH-standardien toteutuminen

## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hoitotieteellistä tutkimusta tehdessä etiikka on tärkeässä merkityksessä, koska tutkimuksen osallistajat ovat pääsääntöisesti ihmisiä. Tutkimusetiikalle on määritelty tietyt vaatimukset, joita tutkijoiden tulee noudattaa tutkimusta tehdessä. Tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta, syventyä tunnollisesti aihealueeseen, jotta tuotettu tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Tutkimuksen teossa tulee olla rehellinen, ihmisarvoa tulee kunnioittaa sekä vaaraa tai haittaa ei saa aiheuttaa tutkittaville. Tutkijan tulee ymmärtää sosiaalisen vastuunoton vaatimus siitä, että käyttää tieteellistä tietoa vain eettisten periaatteiden mukaisesti. Myös kollegiaalinen arvostus tulee säilyttää tutkijoiden välillä ja silloin toisen tutkimusta ei tule vähätellä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa mikäli se noudattaa hyvän tieteellisen käytännön menettelyohjeita. Tutkimuksen teon toimintatapoihin kuuluu: rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkaavaisuus koko prosessin aikana, aina tulosten tallentamisesta, esittämisestä ja tulosten arviointien julkaisuun asti. Tiedonhankintaan tulee käyttää vain eettisesti soveltuvia menetelmiä sekä tulokset julkaistaan avoimesti. Muiden tutkijoiden saatuja tuloksia tulee kunnioittaa ja viitata heidän julkaisuihinsa oikeaoppisesti, jotta tulokset eivät vääristy. Tarvittavat tutkimusluvut hankitaan sekä suunnitellaan huolellisesti tuleva tutkimusprosessi sekä siitä syntyneet tulokset tallennetaan asianmukaisesti. Lisäksi tutkimuksen tekoon liittyvät sidonnaisuudet ilmoitetaan tutkimukseen osallistuville sekä niiden vaikutus raportoidaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkittavien oikeuksista pidetään huoli tiedottamalla heitä asianmukaisesti tutkimusprosessista. Tutkimuksen tulosten julkaisussa tutkija huolehtii tutkittavien turvallisuudesta anonymiteetilla siten, ettei heidän taustatietojansa kuvata liian tarkasti ja julkaistuista alkuperäisilmauksista ei voida tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tutkimusaineistot säilytetään salasanalla suojatussa arkistossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214, 221.)

Opinnäytetyön aihe valittiin oman kiinnostuksen pohjalta. Alkuun koottiin tutkimussuunnitelmaan tietoa opinnäytetyön aihepiiristä sekä tutkimuksen aikataulusta. Lisäksi suunnitelmaan liitettiin tutkimukseen osallistuville annettavat, tiedote opinnäytetyöstä (liite 1) sekä tietoinen suostumuslomake (liite 2). Tutkimuslupa haettiin kohdeorganisaation tutkimuskoordinaattorilta. Teoreettista tietoa etsittiin luotettavista lähteistä sekä mahdollisimman laajasti kansainvälisestä näkökulmasta käyttäen apuna tieteellisiä tietokantoja. Teoreettisen tiedon löytämisen ja hakusanojen oikeaoppiseen valikoimiseen käytettiin apuna koulun kirjaston informaattikkoa. Tiedonhaku tehtiin yhdessä ja erikseen. Erilliselle tiedostolle koottiin hakusanoja ja tietokantoja, jotta tiedonhaku olisi systemaattista aihepiiristä. Ohjeismateriaalia luettiin myös runsaasti, jotta saatiin kokonaiskuva terveyden edistämisestä. Lähdeviitteet on merkitty sivunumeroineen huolellisesti teorian tietoon, jotta alkuperäinen aineisto on tarvittaessa löydettävissä.

Ennen haastatteluiden tekoa lähetettiin tutkimukseen osallistuville tiedote opinnäytetyöstä (liite 1) sekä tietoinen suostumuslomake (liite 2), jotka he allekirjoittivat ennen haastattelua. Haastattelut olivat vapaaehtoisia tutkimukseen osallistujille ja ennen haastattelujen pitämistä painotettiin, että heillä oli oikeus pidättäytyä tutkimuksesta halutessaan ilman perusteluja. Haastattelut toteutettiin osallistujien ehtojen mukaisesti heidän työajallansa ennalta sovitusti. Vallitsevan pandemiatilanteen aikana huomioitiin turvallisuus haastattelutilanteessa pitäen turvavälit sekä käytettiin kasvomaskia. Haastatteluaineisto säilytettiin salatussa kansiossa sähköisessä arkistossa, joten ulkopuolisilla ei ollut mahdollisuus saada niitä haltuunsa. Haastattelusta saadut tallenteet ja siitä tuotettu kirjallinen aineisto hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Haastateltavien anonymiteetin säilymisestä huolehdittiin niin, ettei tulosten julkaisussa alkuperäisilmauksista voitu tunnistaa yksittäistä henkilöä tai tulosten tarkastelussa osastot eivät tulleet ilmi.

Tutkimuksen teossa pyritään välttämään virheitä ja siksi myös tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134). Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden piirteiden kuvaamiseen on monta käsitystä, mutta Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 197) kuvaavat luotettavuuden kriteereiksi uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden.

Uskottavuus edellyttää tulosten kuvaamista selkeästi, että tutkimuksen lukija voi ymmärtää miten analyysiprosessi on toteutettu ja mitkä ovat olleet sen vahvuudet. Analyysissa ylä- ja alaluokkien muodostaminen vaatii tutkijalta perehtyneisyyttä ja vankkaa ajatteluprosessia kohdistuen empiiriseen aineistoon sekä siitä muodostuvaan käsitteelliseen ajatteluun. Siirrettävyys kuvataan niin, että tutkimustulokset ovat siirrettävissä toiseen kontekstiin ja tämä edellyttää silloin huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valintaan vaikuttavia tekijöitä sekä perusteellista kuvausta aineiston keruusta sekä analyysistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Riippuvuus perustuu siihen, että tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen ohjaavin periaattein ja silloin se on myös samassa kontekstissa toistettavissa. Vahvistettavuus koostuu siitä, että tutkimuksessa tuodut ratkaisut ja tulkinnat ovat tuotu huolellisesti ilmi, jotta lukija voi arvioida saatuja johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139.)

Tutkimuksen kulku on kuvattu vaihe vaiheelta teoreettisiin perusteisiin pohjaten. Lukija pystyy seuraamaan tutkimuksen kulun tarkasti, koska aineistonkeruu sekä -analyysi on huolellisesti raportoitu. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 199) kuvaavat, että luotettavuutena korostuu myös analyttinen täsmällisyys, joka kuvataan analyysin selkeytenä sekä luokitteluiden loogisuutena. Analyysia tehdessä nauhoitteita kuunneltiin useampaan otteeseen ja kirjallisiin materiaaleihin paneuduttiin huolellisesti, mikä osaltaan syvensi analyysiprosessia. Haasteena oli induktiivisen ja deduktiivisen analyysin teossa autenttisten lainausten sijoittaminen analyysia tehdessä eri luokkiin, koska samat autenttiset lainaukset olisivat sopineet kumpaankin analyysiin. Siksi jakoa pohdittiin yhdessä moneen kertaan. Tuomi ja Sarajärven (2009, 136) mukaan tutkijan omat lähtökohdat sekä ennakoitukseensa saattavat vaikuttaa työn tuloksiin ja siksi kahden tutkijan välinen reflektointi ja näkemysten analysointi lisää työn luotettavuutta. Toinen tutkimuksen tekijä oli kerran tehnyt useampi vuosi sitten induktiivisen analyysin, mutta emme olleet aiemmin toteuttaneet deduktiivista analyysia, mikä osaltaan saattoi vaikuttaa luotettavuuteen. Tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen mukaisesti noudattaen laadullisen tutkimuksen metodologia periaatteita ja on siten toistettavissa.

Tulosten tulkinnat on avoimesti esitetty saatujen tulosten perusteella. Tutkijana kuitenkin huomioitiin sidonnaisuus asia tutkittavaan kohdeorganisaatioon sekä

subjektiivisuuden vaikutus tutkimustuloksiin. Osallisuus tutkimustuloksiin on pyritty minimoimaan haastatteluita toteuttaessa sekä tulosten tarkastelussa, mutta väistämättä se on saattanut vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Osallisuus näkyi vaikutuksena haastateltavien valintaan, kun osastoilta osastonhoitajia pyydettiin pyytämään TED-yhdyshenkilöä osallistumaan haastatteluun, mutta kuitenkin heidän osallistumisensa perustui vapaaehtoisuuteen. Haastatteluun osallistui useammalta osastolta sairaanhoitajia mikä lisäsi tulosten luotettavuutta, kun laajempi aineisto saatiin kerättyä. Haastattelutilanteissa osallistujat saivat kertoa omista kokemuksistaan ilman, että heitä johdateltiin vastauksien saamisessa. Tutkimukseen osallistujien kanssa jaettiin yhteistä maailmankuvaa tutkittavaa ilmiötä tarkastellessa, joka saattoi kannustaa tutkittavia kertomaan tarkemmin kokemuksistaan. Lisäksi oma kokemus työstä erikoissairaanhoidossa sairaanhoitaja saattoi vaikuttaa läheisemmän yhteyden saamisessa tutkittaviin henkilöihin. Tutkimuksen tekijöinä ensimmäistä haastattelua tehdessä oma jännitys saattoi vaikuttaa puutteellisten tulosten saamiseen, mutta haastatteluja oli onneksi useampi, niin jännitys hälveni saadun kokemuksen myötä.

## **6.2 Tulosten tarkastelu**

Tässä luvussa pohditaan tuloksia sairaanhoitajien kokemuksista terveyden edistämisestä sairaalan vuodeosastoilla sekä kuinka HPH-standardit käytännössä toteutuivat. Kappaleen loppuun on koottu omia kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksia tulosten pohjalta.

### **6.2.1 Terveyden edistäminen sairaalan vuodeosastoilla**

Tutkimuksessa mukana olleessa sairaanhoitopiirissä on tehty vuonna 2010 Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa -hanke, jonka osana oli kysely terveyden edistämisestä potilastyössä työskenteleville henkilöille. Verrattaessa tuloksia kymmenen vuoden takaiseen Lehtisen ym. (2010, 19, 22, 24–25) tutkimukseen terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa oli kehittynyt myönteisempään suuntaan. Sairaanhoitajien valmiudet puuttua terveysriskeihin olivat parantuneet, motivaatio ja toimintakulttuuri osastoilla oli myönteinen

terveyden edistämiseen sekä potilaiden terveydentilaa arvioitiin muun muassa riskimittareiden avulla. Kuitenkin tulosten perusteella interventioiden toteutus ja jatkohoidon ohjaus sekä yhteistyö vaativat kehittämistä.

Käytännön terveydenedistämistyö on potilaan terveystottumusten kartoitusta, kuten puheeksi ottoa, neuvomista, ohjaamista sekä tukemista (Lehtinen ym. 2010, 7). Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat roolinsa erikoissairaanhoidossa keskittyvän potilaiden terveydentilan kartoittamiseen, tiedon välittämiseen lääkärille ja potilaan terveyttä edistävään ohjaukseen. He kokivat terveyden edistämisen koostuvan sairauksien hyvästä hoidosta ja lisäsairauksien ennaltaehkäisystä elintapaohjauksen avulla. Myös Kotisaaren ym. (2011, 3415) mukaan sairaalassa toteutettu terveyden edistäminen on sairauksien ennaltaehkäisyä terveysneuvonnan sekä sairastumisriskeihin puuttumisen avulla.

Sairanhoitajat kokivat terveyden edistämisen olevan tärkeää ja vastaavia tuloksia oli saatu myös EK ym. (2020, 390) ja Brobeck ym. (2013, 376) tutkimuksissa, jossa terveydenhuollon ammattilaiset pitivät terveyden edistämistä merkityksellisenä osana kliinistä työtä. Tulosten perusteella sairaanhoitajat pitivät merkityksellisenä osana heidän työtään puuttua vuodeosastolla potilaan ravitsemukseen, ali- tai ylipainoon, liikkumiseen, toimintakykyyn ja päihteisiin. Nämä korostuvat myös sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen strategiassa (Pölonen 2020) sekä näiden riskitekijöiden selvittäminen on merkittävässä roolissa sairauksien synnyn ja ennaltaehkäisyn näkökulmasta (Lehtinen ym. 2010, 7). Uniterveyden osalta ei tutkimuksessa tullut ilmi tarkasteltavia tuloksia, mutta toki niiden osalta kehitystyö oli vielä työn alla (Pölonen 2020). Unettomuus: Käypä hoito -suosituksen (2020) mukaan kuitenkin pitkäkestoinen unettomuus on merkittävä tekijä kroonisten somaattisten sairauksien syntyyn sekä sillä on vaikutus terveyteen sekä toimintakykyyn, jonka puolesta siihenkin puuttuminen on merkittävässä roolissa terveyden edistämässä.

EK ym. (2020) tutkimuksessa koettiin, että selkeä rutiini ja hoidon tavoitteet puuttuivat terveyden edistämisen toiminnasta kliinisessä työssä. Jotta terveyden edistämisen toimet voitiin osaksi kliinistä työtä, tarvittiin johdolta selkeä rakenteellinen tuki, joka helpottaisi työn sujuvuutta. (EK ym. 2020, 390–392.)

Sairaanhoitopiirillä on tavoitteellinen suunnitelma terveyden edistämisen toteuttamiseen, jonka toimeenpanoa vuodeosastoilla tukee TED-yhdyshenkilöt (Pölonen 2020). Tulosten perusteella vain muutamalla osastolla oli tapana tehdä suunnitelma terveystestien kartoittamiseen potilaan sairaalaan tulovaiheessa, johon liittyivät riskitestit, jotka täytetään osastojakson aikana. Yksi sairaanhoitaja kuvasi sairaalassa käytössä olevan Mobi-laitteen helpottavan riskitestien tekoa ja siten terveydentilan kartoittamista sekä vain yhdellä osastolla korostui suunnitelmallinen tarkistuslista omien ohjeiden perusteella, jotta voitiin kokonaisvaltaisesti tarjota potilaalle erityistyöntekijöitä tarpeen mukaan. Suunnitelmallisuus kuitenkin olisi avainasemassa, jotta interventioiden toteutus olisi tavoitteellista ja vuorovaikutteista (Kivimäki & Toropainen 2017, 5).

Sairaanhoitajat huomioivat potilaan tilannetta kokonaisvaltaisesti tehden erilaisia mittauksia liittyen terveystesteihin. Kuitenkin sairaanhoitajat kuvasivat riskitestit hieman kankeiksi, koska ne eivät aina kerro koko totuutta potilaan tilanteesta. Kotisaaren (2010, 55) tutkimuksessa myös tuodaan esille, että potilaan sairaus voi viedä voimat, jolloin terveystesteihin ei voida puuttua. Ylimäki (2015, 30) kuvaa, että riskitestit auttavat puheeksi ottoa keskustelun kautta ja testit auttavat muutoksen tarpeen kartoittamisessa. Kun elintapoja arvioidaan ja raportoidaan niin se voi käynnistää muutoshalukkuuden potilaan mielentasolla, vaikka haluttu lopputulos käytännössä tapahtuisikin myöhemmin (Ylimäki 2015, 69). Myös esimerkiksi Hotus (2015, 5) ohjeen mukaan potilaiden päivahaavariski tulee tarkistaa 8 tunnin sisään hoitoon saapumisesta. Tulosten perusteella sairaanhoitajat kuvasivat, että vuodepotilaiden iho tarkistetaan vasta seuraavien pesujen yhteydessä ja vajaaravitsemusriski arvioidaan, kun tulovaiheen akuuttitilanne on ohitse.

Tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajat keskustelivat päivittäin potilaiden kanssa enemmän verrattuna lääkäreihin. Keskustelun avulla he antoivat tietoa parhaiten päivittäin potilaan ravitsemuksesta ja tupakoinnin haitoista, mutta myös toimintakyvyn tukemisesta. EK ym. (2020, 390) tutkimuksessa myös mainittiin, että tupakoinnista keskustelu oli yleisintä, koska tietämys sen haitoista on tiedetty pisimpään. Toki muidenkin riskien osalta tietämys on kasvanut vuosien saatossa. Ylipainoon puuttuminen todettiin haastavaksi, mikäli se ei liittynyt sairaalaan tulosyhyyn. Vastaavia tuloksia oli myös saatu Lehtinen ym. (2010, 24)

tutkimuksessa. Kuitenkin Patjan (2020, 1335) mukaan lihavuus heikentää merkittävästi terveyttä ja siksi siihen puuttuminen tulisi olla merkittävässä roolissa terveyden edistämässä. Paino ja pituus mitattiin, mutta se tehtiin lähinnä vain ohjeiden vuoksi. Lihavuus (lapset, nuoret, aikuiset): Käypä hoito -suositus (2021) kuitenkin pitää BMI mittausta tärkeänä, koska sen avulla tehdään potilas tietoiseksi omasta tilanteesta. Painoon liittyvää terveystietoa pitäisi kuitenkin lisätä potilaalle sekä ammattihenkilön ohjausosaamista vahvistaa osana arvion tekoa. Jo Lehtisen ym. (2010, 24) tutkimuksessa kaivattiin yhteistä toimintamallia ylipainoon puuttumiseen. Tulosten perusteella potilaiden toimintakykyä tuettiin omatoimisuuden avulla ja Jämsen ym. (2015, 983) ja Kerminen ym. (2019, 2523) mukaan heidän osallisuuttansa tuleekin tukea heti hoidon alkuvaiheista asti, jotta voidaan ylläpitää potilaiden toimintakykyä akuutin tilanteen hoitamisen lisäksi.

Tulosten perusteella sekä EK ym. (2020, 390) ja Mokkilan (2013, 53) tutkimuksissa havaittiin, että vaikka sairaanhoitajat pitivät terveyden edistämistä tärkeänä osana työtään niin elintapatottumukseen puuttuminen ja intervention antaminen ei ollut osana sairaalahoitoa tai se vaati kehittämistä. Tämä voi pohjata myös omassa tutkimuksessa saamiin tuloksiimme, koska niiden perusteella monet sairaanhoitajat kuvasivat, ettei heillä ole selkeää suunnitelmaa, miten terveyden edistämisen ohjausta tulisi toteuttaa käytännössä. Keskustelun kautta kartoitus onnistui, mutta käytännön ohjaus koettiin monissa haastatteluissa haastavaksi akuuttityön ohessa. Riskitestien tekoa ei koettu vaikeaksi, mutta se ei hyödyttänyt potilaan ohjaamisessa, jos selkeää jatkosuunnitelmaa ei ollut. Hakalan ym. (2015, 90) tutkimuksen mukaan myös sairaanhoitajat ottivat terveyteen liittyviä asioita puheeksi muutamalla sanalla hoitotoimenpiteiden aikana, mutta konkreettista keskustelu- ja ohjausaikaa ei ollut.

Sairanhoitajat kuvasivat terveyden edistämisen yleisimmäksi haasteeksi ajanpuutteen ja resurssit. Hakalan ym. (2015) ja Hirskallion ja Kolehmainen (2011) tutkimuksen mukaan myös hoitohenkilökunta koki terveyden edistämisen toteuttamisen ongelmana olevan ajanpuute ja lyhyet hoitoajat. Hoitoaika menee käytännössä potilaiden vastaanottamiseen, tulosityn hoitamiseen ja jatkohoitoon lähettämiseen. Lisäksi jatkohoitoon laitetaan nopeasti, kun potilas on vähänkään

paremmassa kunnossa. Myös potilaiden huonokuntoisuus vaikuttaa, etteivät he välttämättä ole vastaanottavaisia terveyden edistämisen ohjaukselle. (Hakala ym. 2015, 90; Hirskallio & Kolehmainen 2011, 72.) Vastaavia tuloksia oli Lee:n ym. (2014) tutkimuksessa, jossa sairaalaympäristössä hoitohenkilökunta koki, ettei ollut aikaa terveyden edistämisen interventioille. Sairaalassa akuuttihoito, potilaiden huonokuntoisuus, resurssit, taidot, voimavarojen sekä ajanpuute olivat esteitä potilaiden terveyden edistämisen näkökulmasta. (Lee ym. 2014, 654; Lehtinen ym. 2010, 25; Morkila 2013, 53.)

Hoitotyössä korostuu usein moniammatillinen yhteistyö ja sen hyödyntäminen parantaa hoidon laatua sekä sen avulla tehdyt päätökset perustuvat laajempaan osaamiseen (Collin ym. 2012, 31). Tulosten perusteella osastoilla hyödynnettiin moniammatillista osaamista kollegalta tai erityistyöntekijältä. Kuitenkin muutamat sairaanhoitajat kokivat, että avun saaminen oli ajoittain haastavaa, koska nämä erityistyöntekijät olivat usein kiireisiä isossa sairaalassa. Kekoni ym. (2019, 21) myös kuvaa, että moniammatillinen yhteistyö voi olla haastavaa, kun resurssit ovat usein niukat ja työntekijät voivat olla kiireisiä. Etenkin psyykkisen avun saaminen kuvattiin korostetusti yhdellä osastolla haastavaksi. Patjan (2020) julkaisussa on myös kuvattu psyykkisen kuormituksen ja masennuksen yleistyneen (Patja 2020, 1335).

Moniammatillinen toiminta korostuu myös hoitajien ja lääkärien välisessä kommunikaatiossa (Collin ym. 2012, 40). Myös Brobeck ym. (2013) mukaan terveyden edistäminen tulee myös tehdä yhteistyössä selkeässä työnjaossa esimerkiksi lääkäreiden kanssa. Jos vastuut ja työnjako ei toimi organisaation sisällä eri ammattihenkilöiden välillä, on riski, ettei kukaan ota kokonaisvastuuta. (Brobeck ym. 2013, 376–379.) Lisäksi ohjeet tulevat olla yhtenäiset ja tiedottaminen tulee tapahtua selkeästi, jotta hoidon koordinointi olisi sujuvaa (Collin ym. 2012, 40). Monella osastolla kommunikaatio toimi niin, että hoitaja välitti tietoa havaituista terveysriskeistä suullisesti lääkärille. Kuitenkin osastojen välillä oli eroa, että ajoittain lääkäri kysyi samat kysymykset kierrolla, vaikka ne oli jo kartoitettu aiemmin. Hoitajien välinen tiedonkulku osastolla tapahtui kirjaamisen avulla keskeisten tietojen kautta. Haapamäen ja Hyryn (2015) saatujen tulosten mukaan hyvällä tiedonkululla on merkitystä ja se tapahtuu

kirjaamisen avulla. Olennaiset asiat tulee siten välitettyä eteenpäin ja se helpottaa hoidon toteutusta. (Haapamäki & Hyry 2015, 36.)

Terveyden edistämisen yhteistyön onnistuminen sairaalahoidon ulkopuolisten toimijoiden kanssa vaatii paneutumista (Brobeck ym. 2013, 378). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia (2017, 17) painottavat, että palveluketjut tulee toimia ja hoidon jatkuvuus tulee varmistaa. Tulosten perusteella sairaanhoitajat kuvasivat, että osastolla monesti voidaan löytää kriittiset potilaat, mutta yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa ei ole. Kotisaaren (2010) tutkimuksessa myös painotetaan, että erikoissairaanhoitajaksolla voidaan puuttua potilaan terveysriskeihin ja edistää potilaiden jatkohoitoa sen osalta (Kotisaari 2010, 48). Monet sairaanhoitajat kuvasivat, että akuuttihoitossa ei ehdi selvittämään kokonaisvaltaisesti potilaan palveluiden tarvetta terveyden edistämisen näkökulmasta. Kokonaisuudessaan palveluiden monimuotoisuus ja erikoissairaanhoitajan monialaisuus eri paikkakuntien palveluiden kartoittaminen on haastavaa akuuttihoitokäytännön keskellä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2017, 19). Lehtisen ym. (2010, 19) ja Mokkilan (2013, 53) tutkimuksessa tuli myös ilmi, että yhteistyö jatkohoidon ja muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa ei ollut sujuvaa, koska hoitoketju ei ollut selkeä, minne potilas ohjataan riskien puuttumisen jälkeen. Lisäksi Afsharin ym. (2018) tutkimuksessa tuotiin ilmi, jos sairaaloissa ei ollut selkeää toimintaohjetta potilaan jatkohoidon ohjaamiseksi niin siten myös terveyden edistämistyö jäi satunnaiseksi tai vaillinaiseksi.

Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat, että koulutus helpottaisi potilaiden terveyttä edistävää ohjausta. Myös vastaavia tuloksia oli saatu Hakalan ym. (2015) tutkimuksessa, jossa koettiin lisäkoulutuksen helpottavan terveysriskeihin puuttumista, kun oli tietoa, minne ohjata potilaita jatkohoitoon. He myös painottivat, ettei pelkkä puheeksi ottaminen riitä. (Hakala ym. 2015, 89.) Tulosten perusteella terveyden edistäminen on tunnistettu osaksi potilaan kokonaishoitoa, mutta kuitenkin koetaan riittämättömyyden tunnetta sen toteuttamisesta. Vastaavia tuloksia on saatu myös Hirskallion ja Kolehmaisien (2011, 73) tutkimuksessa, jossa mainitaan, että toiminnan koordinaatio ja TED-yhdyshenkilöiden tiiviimpi yhteistyö tulisi näkyä jokaisessa työyhteisössä. Myös tutkimuksessa mukana olevassa sairaanhoitopiirin suunnitelmassa painotetaan, että TED-yhdyshenkilöt ovat merkittävässä roolissa toiminnan käyttöönotossa

vuodeosastoilla (Pölönen 2020). Tulosten perusteella selkeästi pelkkä toimintaohjeiden antaminen ei riitä, vaan tarvittaisiin konkreettisia apukeinoja kenttätöihin etenkin jatkohoidon ohjauksen kannalta. Suunnitelmallisuus korostuu akuuttihoitoon kiireessä ja kehittämistyölle tulee antaa aikaa ja resursseja, jotta toimintamallit helpottaisivat myös käytännöntyöntekijää.

### **6.2.2 Terveyttä edistävien standardien toteutuminen**

Ensimmäisen standardin mukaan henkilökunnan tulee olla tietoinen siitä, kuinka heidän on tarkoitus potilaan terveyttä edistää ja heillä tulee olla tarpeeksi tietoa ja osaamista aiheesta. Työntekijöiden kuuluu saada myös perehdytys tästä. Tarvittaessa organisaatio järjestää työntekijöilleen lisäkoulutusta tiedon lisäämiseksi. (WHO 2006, 11). Erikoissairaanhoidon roolin ja ohjeistuksen epäselvyys terveyden edistämiseksi on nostettu esiin jo Kotisaaren ym. (2010) tutkimuksessa. Kuitenkin vain puolet sairaanhoitajista kuvasivat, että osastoilla oli selkeät toimintaohjeet eivätkä he olleet varmoja mistä he olisivat voineet etsiä lisää tietoa aiheesta. Kaikki eivät olleet myöskään saaneet asiaan kuuluvaa perehdytystä terveyden edistämiseen. Terveystieteiden ammattilaisten tietoisuutta terveyttä edistävästä ohjeistuksesta ja työkaluista voidaan käyttää terveyspalveluiden laadun arvioinnissa. Heidän mukaansa hoitohenkilökunnan tietämys HPH-standardeista myös lisää terveyden edistämistä sairaalassa ja henkilökunnan kouluttaminen on yksi keino saada standardien toteutus rantautumaan osaksi käytännön työtä sairaalassa. (Misevicene ja Zalnieraitine 2013, 517–518, 520). Sairanhoitajat olivat halukkaita saamaan lisäkoulutusta sekä selkeille yhtenäisille käytännöille ja ohjeille koettiin olevan tarvetta, jotta terveyden edistäminen saataisiin kiinteäksi osaksi sairaanhoitajien päivittäistä työtä.

Ensimmäisen standardin mukaan organisaation tulee mahdollistaa terveyden edistäminen takaamalla tarvittavat resurssit, laitteet, työvälineet ja tilat sitä varten (WHO 2006, 11). Sairanhoitajien mukaan vain puolella tutkittavista osastoista löytyy sopivat tilat, jossa potilaan kanssa voi rauhassa käydä henkilökohtaista keskustelua hänen terveydentilastaan. Potilashuoneissa oli lähes aina enemmän kuin yksi potilas ja hänen voinnistaan johtuen häntä ei voitu aina siirtää toiseen

huoneeseen keskustelun ajaksi. Sairaanhoitajat kuvasivat myös apuvälineiden puutetta osastoilla. Molemmat näistä havainnoista ovat selvästi terveyden edistämistä heikentäviä tekijöitä, mutta joidenkin osastojen tilat ovat vanhat eikä niiden alkuperäisessä suunnittelussa ole otettu huomioon erilaisten apuvälineiden säilytystilojen riittävää määrää. Lisäksi potilaiden yksityisyyttä on ajateltu turvattavan riittävästi potilassänkyjen välissä olevalla verholla.

Toinen standardi ohjeistaa, että potilaiden terveydentilaa tulisi arvioida heti sairaalaan tulon jälkeen ja siinä tulisi ottaa huomioon yksilölliset tarpeet (WHO 2006, 11). Sairaanhoitajien keskuudessa ohjeistuksista tunnetuin osa oli erilaisten potilaan tilaa arvioivien toimien tekeminen. Kaikilla osastoilla arvioitiin potilaan tilaa heti osastolle saapumisesta lähtien vaihtelevin menetelmin. Muutamalla osastolla se käytännössä tarkoitti organisaation ohjeistamien riskimittareiden tekemistä, mutta monesti tilaa arvioitiin myös haastatteleamalla ja havainnoimalla hoitotyötä tehdessä. Kaikilla osastoilla sairaanhoitajat käyttivät terveydentilan arviointia apuna potilaan hoidon suunnittelussa. Tällöin myös pohdittiin potilaan yksilöllisten terveyden edistämistoimien tarvetta. Usein nämä tiedot olivat tapana kirjata keskeisiin tietoihin, mutta lähes kaikki sairaanhoitajat toivat esiin, että niitä ei aina muisteta päivittää potilaan tilanteen muuttuessa.

Toinen standardi ohjeistaa myös, että potilaiden aikaisempia terveystietoja tulisi hyödyntää tilan arvioinnissa ja terveyden edistämisessä (WHO 2006, 11). Potilaiden aikaisempien terveystietojen käyttö vaihteli sairaanhoitajasta ja osastosta riippuen. Usein sairaanhoitajat kuitenkin päätyivät tekemään riskimittarit uudelleen potilaalle, koska eivät löytäneet niiden tuloksia helposti potilaan aikaisemmista hoitokertomuksista. He toivat itsekkin esiin haastattelussa, että se on turhaa työtä, jos terveysriskejä arvioidaan uudelleen joka osastolla. Kuten aikaisemmin jo mainittiin, yhtenäiset käytännöt olisivat tarpeelliset ja voisivat vähentää hoitajien työmäärää tässä asiassa.

Kolmannessa standardissa ohjeistetaan antamaan potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan ja sairauksistaan helposti ymmärrettävässä muodossa (WHO 2006, 12). Misevicienen ja Zalnieraitien (2013, 520) tutkimuksessa vastaajina olleet lääkärit ja sairaanhoitajat kertoivat, että terveyden edistämisen toiminnan ymmärtämisessä ja toiminnan toteutuksessa tärkeää on, että sairaalan

johtohenkilöstö ohjaa ja tukee terveyden edistämisen käytännöissä potilastyössä. Saman havainnon ovat tehneet myös Kotisaari ym. (2011) sekä Lee, Chen, Powell ja Chu (2013, 15–17). Sairaanhoidajien kertoman perusteella tiedoissa ja taidoissa terveyden edistäjinä oli eroja. Jopa puolet kokivat, ettei ohjeistukset olleet selkeät tai he eivät tieneet mistä voisivat hakea tietoa aiheesta. Tämä ainakin osittain johtunee siitä, etteivät he olleet saaneet perehdytystä. Kuitenkin kaikki sairaanhoidajat antoivat potilailleen tietoa heidän terveydentilastaan ja sairauksistaan sekä suullisesti että kirjallisesti omien taitojensa puitteissa. Useilla osastoilla oli tapana antaa erilaisia kirjallisia ohjeita potilaille. Sairaanhoidajat toivat ilmi kokemuksestaan, että suullinen ohjaus oli tehokkaampaa kuin kirjallisten ohjeiden antaminen. Ohjauskeskusteluissa toistettiin potilaalle samoja asioita useampana päivänä, koska siitä koettiin olevan hyötyä. Sairaanhoidajat epäilivät, ettei potilaat välttämättä lukisi kirjallisia ohjeita ja näin ollen he eivät saisikaan tietoa. Osa sairaanhoidajista varmisti ohjauksen saannin käymällä myöhemmin läpi annetun kirjallisen ohjeen potilaan kanssa.

Hoitohenkilökunnan omat elämäntavat ja -kokemukset vaikuttavat osaltaan heidän omaan terveyteensä, mutta myös terveyttä edistävien palveluiden tarjoamiseen. Usein hoitohenkilökunnan omalla terveydellä sekä asenteilla on merkitystä, kuinka he ohjaavat potilaita. (Chiou ym. 2014, 2.) Sairaanhoidajat kokivat helpommaksi puuttua itselle tutumpiin aiheisiin kuten tupakoinnin lopettamiseen, mutta esimerkiksi huumeiden käyttöön oli vaikeampi puuttua, koska aihe oli heille vieraampi. He kaipasivat lisäkoulutusta, jotta se helpottaisi heidän työtään terveyden edistäjinä ja he saisivat varmuutta puhua itselle vieraammista asioista. Brobeckin ym. (2013, 376) tutkimustuloksissa kerrotaan, että koulutuksella on saatu tehtyä elämäntapakeskustelusta luonnollinen osa potilashoitoa ja sen myötä henkilökunnan motivaatio terveyden edistämiseen on lisääntynyt.

Vaikka kaikille sairaanhoidajille erilaisten riskimittareiden tekeminen potilaille oli tuttua, tulosten hyödyntämisessä havaittiin eroavaisuuksia. Vain osalla osastoista terveystarpeihin puuttumisen ohjeistukset olivat selkeät. Muiden osastojen sairaanhoidajat veivät riskimittareista saadut pisteet oman osaston ohjeiden mukaan potilaan tietoihin, mutta heillä ei ollut aina tietoa, kuinka asiaan puututaan tai heillä ei ollut aikaa siihen. Ristiriitaa oli myös työnjaossa, kun lääkäri

saattoi kysyä samat kysymykset kierrolla, vaikka sairaanhoitaja oli jo riskin kartoittanut. Ohjeistuksia selkeyttämällä sairaanhoitajat voisivat puuttua potilaan terveystyöskäytymiseen suunnitelmallisemmin ja päällekkäisen työn määrä vähenisi. Sairaanhoitajat kertoivat myös, että terveyden edistämiseen hyödynnettiin erityistyöntekijöitä kuten fysioterapeuttia ja ravitsemusterapeuttia, mutta heidän apunsa ei välttämättä ehditty saamaan nopealla aikataululla ja potilas ehti siirtyä jatkohoitoon ennen sitä. Brobeckin ym. (2013) tutkimuksen tuloksissa nousee myös esiin yhteistyön tärkeys eri ammattiryhmien välillä. Vastaaajien mukaan toimiva yhteistyö parantaisi potilaiden terveyden edistämisen laatua ja jos lääkäreiden ja sairaanhoitajien välinen vastuunjako on epäselvä, voi koko terveyden edistäminen jäädä taka-alalle. (Brobeck ym. 2013, 377, 379.)

Kolmannessa standardissa ohjeistetaan, että organisaatioissa tulisi osallistaa potilasta hoitosuhteeseen (WHO 2006, 12). Lehtisen ym. (2010, 8) mukaan terveysneuvonnan yksi merkitys on, että potilas kokee hallitsevansa omaa terveyttään. Sairaanhoitajat kuvasivat käyttävänsä tiedonantoa terveyttä edistävänä keinona ja toinen keino oli terveellisiin elämäntapoihin kannustaminen ja samalla potilaan osallistaminen itsensä hoitoon. Näin ollen he lisäsivät potilaidensa mahdollisuutta hallita omaa terveyttään. Lehtisen ym. (2010) mukaan potilaat voivat luopua haitallisista elämäntavoistaan, jos saavat tietää niiden aiheuttamista seurauksista. Heidän mukaansa tieto on resurssi, jota potilas voi käyttää omasta terveydestä huolehtimiseen. (Lehtinen ym. 2010, 8.) Tämä on yhtenäinen tuloksiin, jossa sairaanhoitajat kertoivat antavansa potilaille tietoa terveysriskeistä niin kirjallisesti kuin suullisesti, jotta potilaiden tieto omasta tilasta lisääntyisi. He kokivat motivoivan keskustelun olevan kuitenkin tehokkain tapa antaa tietoa. Näin he pystyivät yhdessä potilaan kanssa pohtimaan keinoja esimerkiksi tupakoinnin lopettamiseen. Jotta sairaanhoitajat voisivat edistää terveyttä näin, heille tulisi kuitenkin mahdollistaa rauhallinen hetki potilaan kanssa, niin ettei hänen täydy keskeyttää keskustelua vastatakseen toiseen potilaskutsuun tai puhelimeen. Berg ym. (2010) kertovat, että potilaan terveyden edistäminen vaatii herkkyyttä ottaa huomioon yksilön tarpeet ja ominaisuudet. He myös tuovat esiin, että hoidossa tulokset paranivat, kun vuorovaikutuksen taso kehittyi. (Berg ym. 2010, 10,12.) Nämä tulokset puhuvat sen puolesta, että hoitajille täytyisi mahdollistaa rauhallinen hetki potilaan kanssa, jotta terveyden edistämistä voidaan toteuttaa halutulla tavalla.

Viides standardi ohjeistaa terveydenhuollon yksiköiden välistä yhteistyötä potilaan hoitopolun varrella. Organisaatioilla tulisi olla suunnitelma, jolla varmistetaan yhteistyön toimivuus ja sen kehittäminen. Tällä on tarkoitus varmistaa hoidon jatkuvuutta myös sairaalajakson jälkeiselle ajalle. (WHO 2006, 13.) Sairaanhoidajat kertoivat, että jatkohoidon kanssa yhteistyö ei ole aina saumatonta ja toisaalta he eivät edes tieneet kaikista jatkohoitomahdollisuuksista mitä potilaalle voitaisiin tarjota. Erikoissairaanhoidossa havaitut terveysriskit ja aloitettu ohjaus saattoi jäädä hyödyntämättä jatkohoidossa, koska näitä asioita ei ollut painotettu potilassiirron yhteydessä esimerkiksi hoitotyön yhteenvedossa. Lee ym. (2013) kertovat terveyden edistämisen toteutumisen yhteistyössä eri terveydenhuollon organisaatioiden kesken vaativan selkeitä rakenteita ja rooleja. He olivat myös huomanneet, että ohjeistuksesta huolimatta terveyden edistämisen yhteistyössä on puutteita, joten eri toimijoiden välille tarvittaisiin selkeämpi yhteys. (Lee ym. 2013, 17–18.)

Viidennessä standardissa ohjeistetaan, että terveyden edistämistyön tulisi jatkua myös sairaalan osastohoidon jälkeen ja siksi potilaan tietojen siirtyminen jatkohoitoon pitäisi turvata (WHO 2006, 13). Sairaanhoidajat kertoivat, että potilaan ollessa osastolla tiedot siirtyvät hoitokertomuksen kautta hoitavan henkilökunnan kesken, koska omalla osastolla oli yhteiset kirjaamissäännöt ja tällöin osattiin etsiä tietoa oikeasta paikasta. Tiedonsiirron ongelmat alkoivat, kun potilas vaihtoi osastoa tai hoitavaa organisaatiota. Tutkimuksen aikana kirjaamisen ohjeet olivat vain organisaatio- tai osastokohtaisia, joten laajamittaiset yhtenäisemmät ohjeet voisivat parantaa potilastiedon siirtymistä eteenpäin. Kotisaari (2010, 54) on tuonut esiin tutkimuksessaan, että erikoissairaanhoidossa tehdyt terveystarkoitukset ja ohjaus tulisi saattaa tiedoksi perusterveydenhuoltoon, jotta siellä voitaisiin niitä hyödyntää. Joillakin osastoista sairaanhoidajat kokivat, että jatkohoitoon siirtyvä tieto oli puutteellista ja tämä vaikuttaa varmasti jo potilaiden saamaan hoitoon ja voi teettää enemmän töitä hoitohenkilökunnalle. Potilaita kuitenkin ohjattiin saamaan jatkohoitoa terveystyöskäytymisen riskeille terveyskeskukseen. Sairaanhoidajat kuvasivat, että esimerkiksi tupakoinnin lopettamisesta annettiin vain pieni osa ohjauksesta ja tuesta erikoissairaanhoidossa. He ohjasivat potilaat saamaan havaittuihin

terveysriskeihin lisäohjausta ja tukea perusterveydenhuollosta. Tämä kuvastaa sitä kuinka tärkeää tiedon siirtyminen hoitopolun varrella on, jotta säästetään aikaa ja resursseja sekä mahdollistetaan potilaalle hyvä hoito. Sen lisäksi, että tieto kulkisi paremmin jatkohoitoon, tulisi myös lisätä hoitohenkilökunnan tietoa mahdollisista apua tarjoavista organisaatioista koska kaikille sairaanhoitajille ei ollut selvää mistä kaikkialta potilas voi saada tietoa ja ohjausta terveyteen liittyvissä asioissa.

Hoitotyössä vaikuttavuus on myös merkittävässä roolissa toimintojen suunnittelussa. Hoitotyön vaikuttavuutta saadaan aikaan toiminnan tuloksilla, jotka hyödyttävät potilasta sekä toiminnan toteuttajaa. (Tervo-Heikkinen 2008, 129–130.) Svane ym. (2018) selvittivät HPH-standardien toimintaohjelman vaikuttavuutta potilaiden terveyden edistämisestä sairaalassa. Tutkimuksessa tuotiin ilmi, että kokonaisuudessaan standardien käyttö paransi potilaiden elämäntapariskien kuten päivittäisen tupakoinnin, vajaaravitsemusriskin, ylipainon, liikkumattomuuden tai liiallisen alkoholinkäytön tunnistamista. Lisäksi potilaille tarjottiin paremmin tietoa ja tehtiin lyhytinterventiota, kuten palveluohjausta terveyden edistämiseksi. Positiivista oli myös se, että potilaille, joilla ei ollut riskitekijöitä annettiin myös herkemmin yleistä terveyden edistämisen ohjausta. Hoitohenkilökunta antoi myös potilaille parempaa palveluntarjontaa, mikäli heitä oli koulutettu antamaan terveyden edistämisen interventiota. Esteinä HPH-standardien käytölle olivat puutteelliset resurssit toimenpiteiden suorittamiseen, henkilöstön osaamattomuus elämäntapariskien ohjauksesta, johdolta saama tuki sekä organisaation terveyden edistämisen linjaukset ja strategiat. (Svane ym. 2018, 5, 7, 10–11.) Sairaanhoitajalla tulee olla ammatillinen osaaminen, jonka pohja on luotu organisaation rakenteellisen ympäristön avulla. Kun organisaatio, toimintaympäristö, sairaanhoitaja toimivat hyvänä kokonaisuutena se näyttäytyy potilaalle hyvänä hoidon laatuna sekä tavoitteena laadukkaalle organisaatiolle. (Tervo-Heikkinen 2008, 129–130.) Yhteenvetona voidaan koota, että tarvitaan tietoisuutta ja näyttöä terveyden edistämisen vaikutuksista, pitkäjänteistä johdon sitoutumista sekä kannustusta terveyden edistämisen toimintatapoihin, jotta vaikuttavia tuloksia voidaan saada yhteistyöllä tulevaisuudessa vielä paremmin (Svane ym. 2018, 10–11).

### 6.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Aihe on tärkeä ja merkityksellinen, koska erikoissaanhoito voi olla monille potilaille merkittävä kontakti terveydenhuoltoon ilman, että hän käyttäisi perusterveydenhuollon palveluja. Potilaiden terveyden edistäminen kuuluu jokaiselle terveydenhuollon ammattihenkilölle ja siksi elämäntapoihin puuttuminen, riskien mittaaminen sekä terveellisten valintojen tukeminen sairaalassa ovat myös tärkeitä kansansairauksien sekä niihin liittyvien lisäsairauksien ennaltaehkäisyn näkökulmasta.

Tutkimus tuotti tietoa terveyden edistämisen vahvuuksista ja heikkouksista sairaanhoitajien kokemusten perusteella sekä HPH-standardien toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen myötä on tullut runsaasti perusteluja miksi riskimittauksia sekä terveyden edistämiseen ennaltaehkäisevää työtä tulee tehdä myös erikoissairaanhoidossa. Usein sairaalassa hoidetaan jo terveysriskin aiheuttamia ongelmia, mutta jatkossa tulee kehittää toimintakulttuuria siihen suuntaan, että ennaltaehkäiseväkin näkökulma ja toimenpiteet tulisi kiinteäksi osaksi hoitotyötä myös erikoissairaanhoidossa.

Saadut tutkimustulokset vahvistivat organisaation, potilaiden sekä henkilökunnan näkökulmasta terveyden edistämistä sairaalaympäristössä. Saatujen tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavia kehittämisehdotuksia:

- Terveyden edistämisen ennaltaehkäisyn näkökulmaa tulee vahvistaa ja tunnettavuutta lisätä. Lisäksi huomioida se myös uusien hoitohenkilöiden perehdytyksessä.
- HPH-standardien tunnettavuutta tulisi lisätä, koska niiden avulla voidaan korostaa terveyden edistämisen merkitystä ja toimeenpanoa.
- Koulutusta tarvitaan terveyden edistämisestä ja interventioiden toteutuksesta. Etenkin runsaaseen alkoholin ja huumeiden käyttöön sekä lihavuuteen puuttumiseen. Uniterveyden osalta tarvitaan myös kehitystyötä.
- Potilaiden psyykkisen avun tukemiseen tarvitaan resursseja.
- Terveyden edistämisen toteutukseen tarvitaan rauhallinen ympäristö.

- Terveysriskien arvioinnin jälkeen tulee olla selkeä suunnitelma, miten tai minne potilasta voi ohjata terveystieteen perusteella. Teknologiaa voisi hyödyntää jatkosuunnitelman teossa.
- Tieto potilaan terveystieteistä ja siitä koskevasta keskustelusta tulee kirjata hoitoyhteenvetoon. Tämä voisi parantaa myös tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Sairaalassa toteutettu terveyden edistäminen on aina ajankohtainen aihe, koska elintapojen riskien ennaltaehkäisy on merkittävässä roolissa väestön terveydentilan parantamisessa. Jatkotutkimuksena olisi tarpeen tutkia yhteistyön kehittämisen keinoja terveydenhuollon palvelutarjoajien välillä sekä HPH-standardien toteutumista myös pienemmässä sairaalassa, kun nyt olemme tutkineet niiden toteutumista isossa organisaatiossa erikoissairaanhoidossa.

## LÄHTEET

Afshari, A., Mostafavin, F., Latifin, A., Ghahnaviyeh, LA, Pirouzi, M. & Eslami, A.A. 2018. Hospitals reorientation towards health promotion: A qualitative study of barriers to and strategies for implementation of health promotion in hospitals of Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion* 72 (7).

Alkoholiongelman hoito. 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 1.3.2022. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Bandura, A. 2004. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior* 31 (2),143-164.

Berg, G.V., Sarvimäki, A., Hedelin, B. 2010. The diversity and complexity in health promotion and empowerment related to older hospital patients - Exploring nurses' reflections. *Vård i Norden* 30 (1), 9–13.

Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. 2013. Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review* 60 (3), 374-380.

Chiou, S-T., Chiang, J-H., Huang, N. & Chien, L-Y. 2014. Health behaviors and participation in health promotion activities among hospital staff: which occupational group performs better? *BMC Health Serv Res* 14.

Collin, K., Valleala, U-M., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä- Liljeström, P. (toim.). 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoidossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 31–43.

Dijkman, B., Reehuis, L., Roodbol, P. 2017. Competences for working with older people: The development and verification of the European core competence framework for health and social care professionals working with older people. *Educational Gerontology* 43 (10), 483–497.

Duodecim. 2017. Terveyttä tukevat päätökset parantavat väestön terveyttä tehokkaammin kuin lääketieteen keinot. Tiedote medialle julkaistu 28.4.2017. Luettu 14.2.2022. <https://www.duodecim.fi/2017/04/28/terveytta-tukevat-paatokset-parantavat-vaeston-terveytta-tehokkaammin-kuin-laaketieteen-keinot/>

EK, A., Ekblom, Ö., Ekström, M., Börjensson, M. & Kallings, LV. 2020. The gap between stated importance of and clinical work in promoting healthy lifestyle habits by healthcare professionals in a Swedish hospital setting: A cross-sectional survey. *Health Soc Care Community* 29, 385–394.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen - Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke.

Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Porvoo: Bookwell Oy.

Geelen, S.J.G., van Dijk-Huisman, H.C., de Bie, R.A., Veenhof, C., Engelbert, R. van der Schaaf, M. & Lenssen, A.F. 2021. Barriers and enablers to physical activity in patients during hospital stay: a scoping review. *Systematic Reviews* 10 (293), 1–13.

Greenfield, D., Pawsey, M., Hinchcliff, R., Moldovan, M. & Braithwaite, J. 2012. The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC Health Services Research* 12 (329), 1–14.

Groene, O., Jorgensen, S.J., Fugleholm, A.M., Møller, L. & Garcia-Barber, M. 2005. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 18 (4), 300-307.

Hahtela, N. & Meretoja, R. 2017. Sairaanhoitajan työnkuvan muutokset sote uudistuksessa. *Tutkiva Hoitotyö* 15 (1), 36–37.

Haapamäki, M. & Hyry, J. 2015. Kirjaamisen kehittyminen sairaanhoitajan työssä. *Sosiaali- ja terveysala. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.*

Hakala, O., Karjalainen, K., Katajala, M., Kämäräinen, S., Leiviskä, R., Mykkänen, T. & Salonen-Jänkälä, M. 2015. Terveiden edistäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa. *Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma YAMK. Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.*

Hallman-Keiskoski, M. & Puolakka, J. 2005. Erikoissairaanhoito terveyden edistämisen tiellä. *Suomen lääkärilehti* 60 (20), 2241–2245.

Herrala, J. & Aalto, P. 2010. Terveiden edistäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä -strategiasta toimeenpanoon. Teoksessa Rigoff, A-M & Herrala J. (toim.) *Terveiden edistäminen erikoissairaanhoidossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti 26.* Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita. 15. painos.* Porvoo: Kirjayhtymä Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. *Tutkimushaastattelu -teemahaastattelun teoria ja käytäntö.* Helsinki: Gaudeamus.

Hirskallio, S. & Kolehmainen, M. 2011. Sairaanhoitajien ja röntgenhoitajien valmiudet terveyden edistämiseen erikoissairaanhoidossa. *Terveiden edistämisen koulutusohjelma YAMK. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.*

Hotus. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. *Hoitosuositus. Julkaistu 2.10.2015. Luettu 23.3.2022.* <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>

HPH. 2020. International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services. Luettu 24.2.2022. <https://www.hphnet.org/>

Häkkinen, E. 2021. Terveyden edistäminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Päivitetty 26.1.2021. Luettu 26.4.2021.

Jousilahti, P., Kuulasmaa, K., Koskinen, S., Tolonen, H., Pietilä, A. & Peltonen, M. 2019. Kansantautikuolleisuus vähenee edelleen – WHO:n tavoite voidaan saavuttaa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Luettu 16.2.2021. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138500/TUTI2019\\_32\\_Kuolleisuus\\_final280819\\_tark1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138500/TUTI2019_32_Kuolleisuus_final280819_tark1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei - Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Suomen Lääkärilehti 70, (14–15), 977–983.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. (2019). Moniammatillisuus käytänteinä ja käsitteinä. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.). Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus.

Kerminen, H., Jäppinen, A-M., Tikkanen, P. & Havulinna, S. 2019. Toimintamalli vanhuksen toimintakyvyn arviointiin sairaalassa. Suomen Lääkärilehti 74 (44), 2522–2524.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1. Luettu 2.3.2021.

Kivimäki, S. & Toropainen, E. 2017. Liikuntaneuvonta osana elintapaneuvontaa. UKK-instituutti. Terveysliikuntauutiset: Vaikuttava elintapaohjaus. Luettu 5.2.2022. <https://ukkinstituutti.fi/wp-content/uploads/2020/06/2996-terveysliikuntauutiset2017.pdf>

Koivisto, K. 2019. Ohjaus ja dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulutus tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 65. Julkaistu 23.10.2019. Luettu 20.2.2021. <http://www.oamk.fi/epooki/index.php?cid=1821>

Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen S. 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Luettu 27.10.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap\\_4\\_2018\\_FinTerveys\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

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

- Kotisaari, S., Ståhl, T., Herrala, J. & Lindfors, P. 2011. Onko erikoissairaanhoidolla roolia terveyden edistämässä? *Lääkärilehti* 66 (45), 3415–3418. Luettu 22.2.2022.
- Lee, C., Chen, M., Powell, M. & Chu, C. 2013. Organisational Change to Health Promoting Hospitals: A Review of the Literature. *Springer Science Reviews* 1, 13–23.
- Lee, D., Knuckey, S. & Cook, G. 2014. Changes in health promotion practice in hospitals across England: The National Health Promotion in Hospital Audit 2009 and 2011. *Journal of Public Health* 36 (4), 651–657.
- Lehtinen, N., Kulmala, J., Rigoff, A-M. & Ståhl, T. 2010. Terveysneuvonnan toteutuminen ja haasteet Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 6/2010. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Lihavuus (lapset, nuoret, aikuiset). 2021. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 24.2.2022. [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)
- Lyytikäinen, M. Koivisto, J. Savolainen, N. & Rotko, T. 2017. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keinoja. Innokylän innovaatiokatsaus. Työpaperi 13/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 20.10.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132086/URN\\_ISBN\\_978-952-302-840-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132086/URN_ISBN_978-952-302-840-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Miseviciene, I. & Zalnieraitiene, K. 2013. Health promoting hospitals in Lithuania: health professional support for standards. *Health Promotion International* 28 (4), 512–521.
- Mokkila, E. 2013. Terveyden edistäminen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Patja, K. 2020. Suomen terveydenhuolto on jäykkä muuttumaan. *Lääkärilehti* 22 (75), 1335.
- Pölönen, A. 2020. Terveyden edistäminen toimialue 1:llä. Päivitetty 25.5.2020. Luettu 23.2.2021. Vaatii käyttöoikeuden.
- Rötlin, F., Schmied, H. & Dietscher, C. 2017. Health promotion implementation capacities in hospitals matter: results from the PRICES-HPH study. *Health Promotion International* 32, 442–455.
- Saaristo, T. 2008. Valtakunnallisen koordinaattorin saatesanat ja kiitokset toimijoille. Loppuraportti Dehko 2D -hanke (D2D) 2003–2007. Suomen Diabetesliitto ry. Julkaistu 2009. [https://www.diabetes.fi/files/271/Dehkon\\_2D\\_-\\_hankkeen\\_D2D\\_loppuraportti\\_pdf\\_2\\_5\\_Mt.pdf](https://www.diabetes.fi/files/271/Dehkon_2D_-_hankkeen_D2D_loppuraportti_pdf_2_5_Mt.pdf)
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry 2005. Luettu

25.4.2021. <https://docplayer.fi/3089622-Terveiden-edistaminen-esimerkeinkasitteita-ja-selityksia.html>

Siljamäki-Ojansuu, U., Pölonen, A., Salminen, T., Varjonen-Toivonen, M. & Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueellinen ravitsemustyöryhmä. 2011. Pirkanmaan alueellinen ravitsemussuunnitelma 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Julkaistu 31.5.2011. <https://www.tays.fi/download/noname/%7B5AD9F9BE-19C4-4522-A245-28F4DEE38FD3%7D/16754>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Terveiden edistäminen. Luettu 14.4.2021. Päivitetty 16.9.2019. <https://stm.fi/terveyden-edistaminen>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. 2017. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä. Painopiste preventioon. Julkaistu 4/2017. Luettu 8.2.2021. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf>

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot STESO ry. 2019a. Luettu 11.10.2020. <https://www.steso.fi/>

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot STESO ry. 2019b. Luettu 12.11.2020. <https://www.steso.fi/steso-yhdistyksena>

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot STESO ry. 2020a. Toimintakertomus 2019. Julkaistu 20.2.2020. Luettu 31.1.2021. [https://asiakas.kotisivukone.com/files/stesotesti.kotisivukone.com/STESO\\_Toimintakertomus\\_03.2019.pdf](https://asiakas.kotisivukone.com/files/stesotesti.kotisivukone.com/STESO_Toimintakertomus_03.2019.pdf)

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot STESO ry. 2020b. STESO ry säännöt, 1–4. Päivitetty 11.11.2020. Luettu 9.2.2021. [https://asiakas.kotisivukone.com/files/stesotesti.kotisivukone.com/STESO\\_ry\\_saaannot\\_suomeksi\\_2020.pdf](https://asiakas.kotisivukone.com/files/stesotesti.kotisivukone.com/STESO_ry_saaannot_suomeksi_2020.pdf)

Svane, JK., Chiou, S-T., Groene, O., Kalvachova, M., Zagrajski Brkić, M., Fukuba, I., Härm, T., Farkas, J., Ang, Y., Østerheden Andersen, M. & Tønnesen, H. 2018. A WHO-HPH operational program versus usual routines for implementing clinical health promotion: an RCT in health promoting hospitals (HPH). Implementation Science 13 (153), 1–13.

TAYS. 2020. Perusterveydenhuollon yksikkö. Päivitetty 22.10.2020. Luettu 9.2.2021. [https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Organisaatio/Yhtymahallinto/Perusterveydenhuollon\\_yksikko](https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Organisaatio/Yhtymahallinto/Perusterveydenhuollon_yksikko)

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2018. Terveiden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelmaehdotus 2019. Käyttösuunnitelmaehdotus. Julkaistu 31.10.2018. Luettu 14.10.2020.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2020. Keskeisiä käsitteitä. Päivitetty 25.3.2020. Luettu 7.3.2021. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>

Tervo-Heikkinen, T. 2008. Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Väitöskirja

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 19.3.2022. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Julkaistu 14.11.2012. Luettu 28.1.2022. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Unettomuus. 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 1.3.2022. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Luettu 22.3.2021. [https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ravitsemushoito\\_netti\\_2.painos.pdf](https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ravitsemushoito_netti_2.painos.pdf)

Varjonen-Toivonen, M. 2011. Pirkanmaan alueellinen terveyden edistämisen suunnitelma. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Perusterveydenhuollon yksikkö. Julkaistu 8.6.2011. Luettu 3.4.2021.

Varjonen-Toivonen, M. 2016. Pirkanmaan alueellinen hyvinvointikertomus 2017–2020. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Perusterveydenhuollon yksikkö. Julkaistu 12.12.2016. Luettu 1.2.2021.

Varjonen-Toivonen, M. 2020. Terveyden edistämisen neuvottelukunta. Päivitetty 26.6.2020. Luettu 9.2.2021. [https://www.tays.fi/fi-fi/sairaanhoitopiiri/Hallinto\\_ja\\_paatoksenteko/Terveystiedon\\_edistamisen\\_neuvottelukunta](https://www.tays.fi/fi-fi/sairaanhoitopiiri/Hallinto_ja_paatoksenteko/Terveystiedon_edistamisen_neuvottelukunta)

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vuorela, T., Jämsä A. & Soukainen, J. 2010. Poliitiikkaohjelmat ohjauskeinona. Esimerkkinä Terveyden edistämisen ohjelma. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 212. Helsinki: Edita Prima Oy.

Ylimäki, E-L. 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Whitehead, D. 2005. Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of clinical nursing* 14 (1), 20-21.

WHO. 1986. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. Luettu 14.2.2021.

[https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hpr%20ottawa\\_charter.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hpr%20ottawa_charter.pdf)

WHO. 2005. The 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, August 2005. Luettu

15.2.2021. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr\\_050829%20BCHP.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829%20BCHP.pdf)

WHO. 2006. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. Luettu 3.2.2021.

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99762/e82490.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf)

## LIITTEET

### Liite 1: Tiedote opinnäytetyöstä

#### TIEDOTE OPINNÄYTETYÖSTÄ

(Päiväys)

#### **Terveyden edistämisen toteutuminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla sairaanhoitajien kokemana**

Pyydämme teitä osallistumaan tähän opinnäytetyöhön, jossa tutkitaan terveyden edistämisen käytäntöjä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän mahdollista osuuttanne siinä. Porehdyttyänne rauhassa tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä opinnäytetyöstä. Jos päätätte osallistua opinnäytetyöhön, teiltä pyydetään suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta.

#### **Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuksen kulku**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Lisäksi selvitämme kuinka terveyttä edistävät standardit toteutuvat sairaanhoitajien työssä vuodeosastolla. Opinnäytetyön toteuttamiselle on opetusylihoitajan lupa.

Tulemme tekemään erikoissairaanhoidossa työskenteleville sairaanhoitajille teemahaastattelut keväällä 2021. Noin tunnin mittaiset haastattelut toteutetaan pari- tai ryhmähaastatteluna työpaikkanne tiloissa työaikana. Haastattelussa käsitellään keskeisiä aihealueita terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Opinnäytetyö valmistuu kevääseen 2022 mennessä.

#### **Opinnäytetyöhön liittyvät hyödyt sekä mahdolliset riskit ja haitat**

On mahdollista, että tähän opinnäytetyöhön osallistumisesta ei ole teille hyötyä. Opinnäytetyön avulla pyritään kuitenkin selvittämään Teidän kokemuksianne terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidossa ja saamme tietoa, kuinka se toteutuu tällä hetkellä vuodeosastoilla.

#### **Henkilötietojen käsittely ja tietojen luottamuksellisuus**

Työssämme emme tule keräämään emmekä kertomaan haastatteluun osallistuneiden nimiä tai millä osastolla he työskentelevät. Tutkimuksessa

nauhoitettuja haastatteluaineistoja käsitellään luottamuksellisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Tutkimusaineisto analysoidaan niin, ettei siitä ole tunnistettavissa yksittäistä henkilöä. Aineistoa säilyttävät rajatut ja ennalta määritellyt opinnäytetyön tekijät Johanna Haaraoja ja Iida Haikala. Näitä tietoja ei anneta opinnäytetyön ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tulokset raportoidaan siten, että yksittäisen tutkittavan tunnistaminen ei ole mahdollista tulosten julkaisusta tai selvityksistä.

Kaikki tietojanne käsittelevät tahot ja henkilöt ovat salassapitovelvollisia.

Sähköisiä tutkimustietojanne säilytetään lukitulla muistitikulla, joka on vain opinnäytetyön tekijöiden hallussa. Kerättyä aineistoa säilytetään tutkimusprosessin ajan, jonka jälkeen ne hävitetään.

### **Vapaaehtoisuus**

Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja voit keskeyttää osallistumisen koska tahansa syytä ilmoittamatta.

Voit keskeyttää osallistumisen missä tahansa opinnäytetyön vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu sinulle mitään haittaa. Voit myös peruuttaa tämän suostumuksen. Jos päätät peruuttaa suostumuksesi, tai osallistumisesi keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana aineistoa.

### **Opinnäytetyön kustannukset ja taloudelliset selvitykset**

Opinnäytetyöhön osallistumisesta ei makseta palkkiota. Tutkijat vastaavat itse opinnäytetyöstä aiheutuvista kuluista.

### **Opinnäytetyön tuloksista tiedottaminen**

Opinnäytetyön tulokset raportoidaan kirjallisena sekä yhteistyötahon edellyttämällä tavalla.

### **Lisätiedot ja opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot**

Mahdollisia kysymyksiä opinnäytetyöstämme pyydämme teitä esittämään

Johanna Haaraojalle

Iida Haikalalle

## Liite 2: Tietoinen suostumuslomake

## OSALLISTUJAN SUOSTUMUS

**TERVEYDEN EDISTÄMISEN TOTEUTUMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDON  
VUODEOSASTOILLA SAIRAANHOITAJIEN KOKEMANA**

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun Tampereen ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä ja mahdollisuuden esittää siitä opinnäytetyön tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää osallistumiseni missä tahansa opinnäytetyön vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Jos päätän peruuttaa suostumukseni tai osallistumiseni opinnäytetyöhön keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana opinnäytetyön aineistoa. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella \_\_\_\_.\_\_\_\_.2020

Tampereella \_\_\_\_.\_\_\_\_.2020

**Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:**

**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_

osallistujan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

### Liite 3: Teemahaastattelurunko

#### Taustatiedot

- Koulutus ja mahdolliset lisäkoulutukset
- Työkokemus (sairaanhoitajana) vuosina

#### Terveyden edistäminen

- Mitä terveyden edistämällä mielestäsi tarkoitetaan?
  - o Millaisia henkilökohtaisia kokemuksia Teillä on terveyden edistämisestä?
- Mitä mielestäsi terveyden edistäminen tarkoittaa erikoissairaanhoidossa?
  - o Millaiset ohjeistukset olet saanut potilaan terveyden edistämisestä sairaalassa?

#### Sairaanhoitajien kokemukset terveyden edistämisestä vuodeosastolla

- o Miten terveyden edistäminen näkyy käytännön työssäsi?
  - Millaisia menetelmiä käytät työssäsi edistääksesi potilaiden terveyttä vuodeosastolla?
  - Miten annat potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan?
  - Jos koet potilaan terveystyöskäytymisessä epäkohtia, kuinka puutut niihin?
- o Millaisia haasteita koet terveyden edistämisessä?
  - Mistä nämä haasteet mielestäsi johtuvat?
- o Kuvaile terveyden edistämisen jatkuvuutta tai yhteistyötä muiden terveydenhuollon organisaatioiden kanssa.