

**SAVONIA**

ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# TERVEYSHYÖTYMALLI JA TERVEYSVALMENNUS

Kansanterveyshoitajien kokemuksia

TEKIJÄ Eevariitta Poroila

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Kliininen asiantuntija, omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö -tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä Eevariitta Poroila	
Työn nimi Terveysyhötymalli ja terveysvalmennus – Kansanterveyshoitajien kokemuksia	
Päiväys	29.05.2022
Sivumäärä/Liitteet	38/4
Toimeksiantaja Kajaanin yleislääketieteen poliklinikka	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä selvitettiin, millaisia kokemuksia kansanterveyshoitajilla on terveyshyötymallin ja terveysvalmennuksen käytöstä työssään. Terveysyhötymalli on Edward Wagnerin vuonna 1998 kehittämä pitkäaikaisairauksien hoidon ja sen kehittämisen toimintamalli, jossa korostuvat asiakaskeskeisyys, hoidon suunnitelmallisuus ja omahoidon tukeminen. Terveysvalmennuksessa korostetaan asiakkaan aktiivista roolia oman terveytensä huolehtimisessa. Tarpeet ja tavoitteet elintapamuutoksille ovat asiakaslähtöisiä ja ammattilaisen tehtävänä on tukea ja kannustaa tavoitteiden saavuttamisessa.</p> <p>Kainuun perusterveydenhuollon vastaanotoilla Sotkamossa, Kuhmossa, Kajaanissa ja Suomussalmella otettiin vuonna 2020 käyttöön uusi toimintamalli, jossa korostui kansansairauksien ennaltaehkäisyä terveyshyötymallia käyttäen ja terveysvalmennuksen aloittaminen terveyshyötyasiakkaan kriteerit täyttävillä asiakkaille. Uuden toimintamallin myötä kansanterveyshoitajien työnkuva muuttui ja syntyi tarve selvittää kokemuksia terveyshyötymallin ja terveysvalmennuksen käytöstä työssä.</p> <p>Toimeksiantajana työssä oli Kajaanin yleislääketieteen poliklinikka, jossa uusi toimintamalli otettiin käyttöön syksyllä 2020. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja kohderyhmänä olivat Kainuun kansanterveyshoitajat Sotkamon ja Kuhmon terveysasemilta sekä Kajaanin yleislääketieteen poliklinikalta. Heitä haastateltiin kesällä 2021. Tulosten pohjalta oli mahdollista arvioida ja kehittää terveyshyötymallin ja terveysvalmennuksen käyttöä.</p> <p>Tulosten perusteella kansanterveyshoitajat (n=9) kokivat terveyshyötymallin ja siihen kuuluvan vastuuhoitajuuden hyväksi asiaksi. Jonkin verran mielipide-eroa vastauksissa oli vanhan toimintamallin hoitosuunnitelman ja uuden hoitosuunnitelman välillä. Terveysvalmennus koettiin hyväksi keinoksi terveyden edistämiseksi ja kansansairauksien ehkäisyssä, mikäli asiakas on motivoitunut ja valmis muutokseen. Heikosti motivoituneen asiakkaan kanssa terveysvalmennus on työlästä, eikä johda tuloksiin.</p> <p>Jatkossa voisi selvittää, millaisia kokemuksia muualla Suomessa on saatu vastaavan toimintamallin käytöstä sekä selvittää, millaisia mitattavissa olevia tuloksia terveysvalmennuksella on saatu aikaan.</p>	
Avainsanat terveyshyötymalli, terveysvalmennus	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing	
Author Eevariitta Poroila	
Title of Thesis Chronic care model and health coaching– experiences of the public health nurses	
Date 29.05.2022	Pages/Appendices 38/4
Client Organisation Kajaani General Practice Clinic	
<p><b>Abstract</b></p> <p>The thesis investigated the experiences of public health nurses using the chronic care model and health coaching. The chronic care model was developed by Edward Wagner in 1998 and it is an operating model for the treatment and development of chronic illnesses. It emphasizes patient focus, systematic planning of treatment and support for self-care. In health coaching, the patient is an active participant in managing their own health. The needs and goals for lifestyle changes are patient-based and the role of the health care professional is to support and encourage the patient to achieve the goals.</p> <p>In 2020, a new operating model was introduced at Kainuu's primary health care in Sotkamo, Kuhmo, Kajaani and Suomussalmi. It emphasizes the use of a chronic care model for the prevention of chronic illness and introduction of health coaching for patients who meet the criteria of a health benefit client. The new model changed the everyday work of public health nurses, and a need arose to find out how they felt about the new chronic care model and health coaching.</p> <p>The partner organization of the study was Kajaani General Practice Clinic, where the new operating model was introduced in the autumn of 2020. The research was carried out as a qualitative study and the target group was public health nurses from Sotkamo and Kuhmo health centers and Kajaani General Practice Clinic. They were interviewed in the summer of 2021. Based on the results, the use of chronic care model and health coaching could be evaluated and developed.</p> <p>The results showed the public health nurses (n=9) found the chronic care model and having one nurse in charge of the patient's care positive. There was some difference of opinion about the old health and well-being plan and the new one. Health coaching was seen as a good and effective method in health promotion and prevention of chronic illness when the patient is motivated and ready for change. With a patient with low motivation, health coaching is burdensome and does not lead to results.</p> <p>As for further research, it would be interesting to review experiences of the same model in other parts of Finland. It would also be useful to research what measurable results health coaching can achieve to patients and their health.</p>	
<p><b>Keywords</b></p> <p>chronic care model, health coaching</p>	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	5
2	TERVEYSHYÖTYMALLI .....	6
2.1	Terveyshyötymalli kansansairauksien ehkäisyssä .....	7
2.2	Terveyshyötymallin käyttöönotto Kainuussa .....	8
3	TERVEYSVALMENNUS .....	11
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE .....	13
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	14
5.1	Laadullinen tutkimus .....	14
5.2	Aineiston keruu ja kohderyhmä .....	15
5.3	Aineiston analysointi .....	16
6	TULOKSET .....	18
6.1	Uuden terveyshyötymallin edut .....	18
6.2	Uuden terveyshyötymallin haasteet .....	20
6.3	Terveysvalmennuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä .....	23
6.4	Terveysvalmennuksen epäonnistumiseen vaikuttavia tekijöitä .....	25
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	27
7.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	29
7.2	Kehitysideat terveysvalmennuksen käyttöön .....	31
7.3	Jatkotutkimukset .....	31
7.4	Ammatillinen kehittyminen .....	32
	LÄHTEET .....	35
	LIITE 1 HOITOSUUNNITELMA .....	39
	LIITE 2 ASIAKASLÄHTÖINEN TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA .....	40
	LIITE 3 TEEMAHAASTATELUN RUNKO JA KYSYMYKSET .....	41
	LIITE 4 TUTKIMUSTIEDOTE .....	42

## 1 JOHDANTO

Kansansairauksiin kuuluu useita erilaisia pitkäaikaissairauksia. Yhteistä näille on, että niillä on iso merkitys väestön terveydelle. Kansansairaudet vaikuttavat ihmisen työkykyyn, lisäävät kuolleisuutta ja kuormittavat terveydenhuoltoa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.) Terveyden edistämisellä voidaan vaikuttaa merkittävimpiin kansansairauksiin ja niiden syihin. Edistämällä terveyttä ja ehkäisemällä kansansairauksien syntyä voidaan myös pienentää kustannuksia, joita terveydenhuollon palveluiden runsas käyttö, sairauspoissaolot ja varhainen eläkkeelle jääminen voivat aiheuttaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Terveyshyötymalli (chronic care model, CCM) on Edward Wagnerin vuonna 1998 kehittämä malli pitkäaikaissairauksien hoidosta ja hoidon kehittämistä. (ACT Center 2022.) Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE 2012-2015) loppuraportissa todettiin terveyshyötymalli toimivaksi käytänteeksi. KASTE-hankkeen pohjalta käynnistetty Potilas kuljettajan paikalla (POTKU)-hanke vakiinnutti terveyshyötymallin käytössä asiakaslähtöisesti toteutetun terveys- ja hoitosuunnitelman sekä asiakasvastaavatoiminnan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 90.) Myös Kainuussa otettiin käyttöön terveyshyötymallin mukainen toimintamalli vuonna 2010 ja kansanterveyshoitajat alkoivat tehdä pitkäaikaissairaille asiakaslähtöisiä terveys- ja hoitosuunnitelmia. (Kainuun maakunta -kuntayhtymä 2012, 24–25.)

Kesällä 2020 Kainuun perusterveydenhuollossa otettiin käyttöön uusi toimintamalli (Kainuun sote 2020b, 5–6). Kansanterveyshoitajien työ on perustunut terveyden edistämiseen, kansansairauksien ennaltaehkäisyyn ja niiden seurantaan. Uuden toimintamallin myötä työnkuvassa tapahtui muutoksia, kun ennaltaehkäisemiseen alettiin panostaa entistä enemmän ja otettiin käyttöön terveysvalmennus uutena toimintatapana. (Kainuun terveyskeskusten avosairaanhoidon käsikirja 2020 – Sotkamo, Kuhmo, Suomussalmi, Kajaani, 16.)

Terveysvalmennuksen (health coaching) perustana on potilaan toimijuuden vahvistaminen. Tavoitteet ovat potilaslähtöisiä ja niiden pohjalta muodostetaan yhdessä potilaalle parhaiten soveltuvat keinot. Ammattilaisen tulee osata antaa potilaalle vastuu omasta itsestään ja motivoida ja tukea potilasta tavoitteiden saavuttamisessa. Terveysneuvonta on tärkeää, mutta olennaista on, että potilas tekee saadun tiedon pohjalta päätökset. Terveysvalmennuksen on osoitettu jo useissa tutkimuksissa parantavan pitkäaikaissairaiden elämänlaatua ja hoitotasapainoa. (Lindahl, Patja & Keski-Rahkonen 2019, 1498–1503.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia kansanterveyshoitajilla on terveyshyötymallin ja terveysvalmennuksen käytöstä työssään. Tulosten pohjalta voidaan arvioida ja kehittää terveyshyötymallin ja terveysvalmennuksen käyttöä kansanterveyshoitajan työssä.

## 2 TERVEYSHYÖTYMALLI

Terveyshyötymalli, joka tunnetaan kansainvälisesti nimellä chronic care model, on malli pitkäaikais-sairauksien hoidosta ja hoidon kehittämisestä. Tarve kehittämiselle nousi havaituista puutteista pitkäaikaissairauksien hoidossa. Hoito oli kiireistä, eivätkä sen toteuttajat noudattaneet aina sovittuja käytänteitä, suunnitelmallisuus ja hoidon jatkuvuus oli puutteellista eivätkä potilaat osanneet riittävästi huolehtia omahoidostaan. (ACT Center 2022.) Terveyshyötymallia kehitettäessä huomattiin merkittävimpana haasteena sen, että pitkäaikaissairaita hoidettiin akuuttihoitomallin mukaisesti. Tällöin potilaan hoito on usein sairauskeskeistä, keskittyy hoitamaan oireisiin liittyvää akuuttia vaivaa, tietoa tilanteesta annetaan potilaalle asiantuntijakeskeisesti ja hoito tapahtuu usein yhden ammattilaisen luona kerrallaan. Terveyshyötymallin mukaisessa toiminnassa korostetaan potilaskeskeisyyttä, suunniteltua ja pitkäaikaista hoitoa, potilaan voimaannuttamista ja omahoidon tukemista sekä moniammatillista yhteistyötä. (Koikkalainen ym. 2012, 6.) Mallin käyttö on levinnyt nyt ympäri maailman soveltaen eri maiden käytänteisiin. (ACT Center 2022).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa (Muurinen & Mäntyranta, julkaisuaika tuntematon) terveyshyötymalliin kuuluu kuusi erilaista osa-aluetta, jotka ovat omahoidon tukeminen, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tietojärjestelmien tehokas käyttö, palvelutuottajan sitoutuminen sekä ympäröivien yhteisöjen tuki. Se on keskittynyt asiakkaisiin, jotka tarvitsevat terveydenhuollon palveluita pitkäaikaisesti sekä myös suhteellisen tiheästi. Tällaisia asiakkaita ovat esimerkiksi kansansairauksia sairastavat ja paljon palveluita tarvitsevat.

Terveyshyötymallin viitekehykseen on päivitetty myös digiajan hoitamista ja omahoidon tukemista pitkäaikaissairaiden osalta. Tässä korostuu edellisten lisäksi sähköisen terveyspalveluosaamisen hallinta. Lopputuloksena on hyvin valmistautunut ja proaktiivinen ammattilaistiimi sekä voimaantunut asiakas. Tuloksena tästä on parempaa elämälaatua, sujuvaa arkea ja komplikaatioiden ehkäisyä, eli terveyshyötyä. (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018, 2273–2279.)

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen kehittämisohjelman (KASTE 2012-2015) loppuraportin mukaan todettiin terveyshyötymallin oleva toimiva käytänte. Osa-alueiksi määriteltiin omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki ja kliiniset tietojärjestelmät. KASTE-hankkeen pohjalta käynnistetty POTKU-hanke vakiinnutti terveyshyötymallin käytössä asiakaslähtöisesti toteutetun terveys- ja hoitosuunnitelman sekä asiakasvastaavatoiminnan. Hankkeen tuloksena päivystyskäynnit ja ylipäättään lääkärikäynnit vähenivät, puhelinkontaktit hoitajille lisääntyvät ja potilaat olivat tyytyväisempiä hoitoonsa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 90.) Sosiaali- ja terveysministeriön Toimiva terveyskeskus -ohjelman arvio oli, ettei alkuperäistä terveyshyötymallia voi suoraan siirtää Suomen terveydenhuoltoon. Ohjelman asettama työryhmä muokkasi alkuperäisestä terveyshyötymallista paremmin Suomen oloihin soveltuvan. Tässä korostuvat avainasiakkaiden tunnistaminen, hoidon koordinointi ja suunnitelmallisuus. Asiakkaan osallistuminen omaan hoitoonsa sekä sen suunnitteluun ja toteutukseen on myös tärkeä osa-alue. (Koikkalainen ym. 2012, 5.)

Kun terveyshyötymalli otetaan käyttöön, oleellista on hyödyntää kaikkia mallin osa-alueita. Tavoite on, että pitkäaikaissairaiden hoito ei olisi pelkästään akuuttihoitoa ja pahenemisvaiheiden hoitoa,

vaan että se olisi ennaltaehkäisevää ja suunniteltua. (Coleman, Austin, Brach & Wagner 2009). Terveyshyötymallin käyttö todennäköisesti hyödyttää erityisesti niitä, jotka ovat huonommassa asemassa terveyspalveluiden käytön suhteen, heillä myös esiintyy kansansairauksia enemmän. (Davy, Bleasel, Liu, Tchan, Ponniah & Brown 2015, 8.) On kuitenkin huomioitava, että pitkäaikaissairauksia on monenlaisia, eikä terveyshyötymalli yhtenä kokonaisuutena välttämättä sovi jokaiseen tilanteeseen. On pohdittava, tarvitaanko tiettyjen osa-alueiden painotusta enemmän sairaus- ja tilannekohtaisesti. (Adams, Smith, Allan, Anzueto, Pugh & Cornell 2006, 559.)

Terveyshyötymallin käyttöä on tutkittu astmapotilaiden hoidossa. Koska astmapotilaiden hoito on suurelta osin omahoitoa, terveyshyötymallin perustana oleva omahoidon tukeminen soveltuu hyvin astmapotilaiden ohjaukseen ja tukemiseen. Potilaan ja hoitajan yhdessä tekemä hoitosuunnitelma, jossa potilas itse määrittää hoitonsa tavoitteita, edistää motivaatiota omahoidon toteuttamiseen. (Säynäjäkangas, Andersén, Lampela & Keistinen 2011, 664–665.)

Tutkittaessa terveyshyötymallin käyttöä keuhkohtaumapotilaiden hoidossa selvisi, ettei terveyshyötymalli juurikaan vaikuttanut potilaiden oireiluun, keuhkojen kuntoon, elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Huomattavaa oli kuitenkin, että terveyshyötymallin käyttäminen vähensi päivystyskäyntejä ja sairaalajaksoja, sekä vähensi sairaalajaksojen pituutta. (Adams ym. 2006, 559.)

## 2.1 Terveyshyötymalli kansansairauksien ehkäisyssä

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL määrittää kansansairaudet sellaisiksi taudeiksi, joilla on merkittävä vaikutus terveyteen koko maan väestötasolla. Näitä sairauksia ovat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, allergia ja astma, pitkäaikaiset keuhkosairaudet, syövät, erilaiset tuki- ja liikuntaelimistön vaivat, muistisairaudet ja mielenterveysongelmat. Riskitekijöitä ovat liikunnan vähäisyys, tupakointi, ylipaino, alkoholin liiallinen käyttö ja epäterveellinen ravitsemus. Vaikka perintötekijöilläkin on vaikutusta, voi ihminen itse omilla valinnoillaan vaikuttaa merkittävästi sairastumisriskiinsä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2019.) Esimerkiksi Tyypin 2 diabetesta sairastaa arviolta yli puoli miljoonaa ihmistä Suomessa, osa tietämättään. Tyypillistä potilailla on ylipainoisuus, kohonnut verenpaine ja koholla olevat veren rasva-arvot. Lääkehoidon lisäksi elintapahoidolla on iso merkitys sairauden hyvän hoitotasapainon ylläpitämisessä. Koska hyvien elintapojen ylläpidosta ja lääkehoidon toteuttamisesta vastaa potilas itse, on hyvä ohjaus ja tuki erittäin tärkeää. (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus 2020.) Vaikka Tyypin 2 diabetes alkaa useimmiten aikuisiässä, se on huolestuttavasti lisääntymässä myös nuorilla ja nuorilla aikuisilla. Nuorella iällä sairastuminen voi johtaa siihen, että myös lisäsaireuksiin sairastuu nuoremmalla iällä. (Tossavainen 2020, 12.)

Terveyden edistämisessä puhutaan promootiosta ja preventiosta. Promootio on varsinaista terveyden edistämistä laajemmassa mittakaavassa, jolloin tuetaan niin yksilön, yhteisön kuin koko väestönkin terveyden suojaavia tekijöitä. Primaaripreventiolla tarkoitetaan terveydellisten riskitekijöiden ehkäisemistä ennen kuin sairautta on vielä todettukaan, sekundaaripreventiolla puolestaan pyritään varhaiseen puuttumiseen sairauden oireiden suhteen, jolloin välttyttäisiin sairastumiselta tai oireiden pahenemiselta. Tertiääripreventiolla pyritään ehkäisemään jo todetun sairauden komplikaatiota ja

parantamaan terveyttä mahdollisuuksien mukaan. (Haarala & Mellin 2015, 39–40.) Primaariprevention haasteena on tunnistaa henkilöt, jotka parhaiten hyötyisivät tehokkaasta elämäntapaohjauksesta. Apuna voidaan hyödyntää erilaisia riskilaskureita, kuten FINRISKI-laskuria. (Korhonen 2020.)

## 2.2 Terveyshyötymallin käyttöönotto Kainuussa

Nimike kansanterveyshoitaja on otettu käyttöön Kainuussa vuonna 2005. Kansanterveyshoitaja huolehtii pitkäaikaissairaiden kokonaisvaltaisesta hoidosta sairauksia erittelemättä. Kansansairauksien ennaltaehkäisy ja näin ollen terveyden edistäminen kuuluu kansanterveyshoitajan työnkuvaan. Tästä johtuen työnkuva on laajavastuinen ja edellyttää osaamista monen kansansairauden alueelta. (Koivunen 2012, 9.)

KASTE-ohjelman sisällä toteutettiin kehittämishankkeena Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon (RAMPE)-hanke. Kainuun RAMPE-osahankkeessa suunniteltiin POTKU-hankkeen kanssa terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönottoon soveltuvia työskentelytapoja. Tavoitteena oli terveyshyötymallin mukaisesti saada potilaan osallisuus hoidossaan entistä näkyvämmäksi. Uutena asiana terveys- ja hoitosuunnitelman laatiminen koettiin vaativaksi ja aikaa vieväksi käytännön potilastyössä. Ajatuksena oli, että toimivat työkalut tulee saada käyttöön tai terveys- ja hoitosuunnitelman käyttö ei tule yleistymään. Koska terveyshyötymallin perustana on kokonaisvaltainen hoito, koettiin sairauskeskeinen hoitamistapa haasteelliseksi. Montaa eri perussairautta sairastava joutui käymään erillisillä vastaanotoilla, eikä hoidon kokonaisuus ja jatkuvuus toiminut. RAMPE-hankkeessa selvitettiin Kainuun kansanterveyshoitajien osaamista ja tuolloin osa koki osaamisensa riittämättömäksi ainakin tiettyjen asiakasryhmien suhteen. Toiveena oli lisäkoulutusta ja ennen kaikkea koulutukseen toivottiin jatkuvuutta ja suunnittelua. (Kainuun maakunta -kuntayhtymä 2012, 28, 34–35.) RAMPE-hankkeen rinnalla tehtiin toimintatutkimus kansanterveyshoitajien työstä (Koivunen 2012), jonka tarkoituksena oli kehittää kansanterveyshoitajien työtä terveyshyötymallin mukaiseksi. Tutkimuksen tuloksia hyödynnettiin RAMPE-kehittämishankkeessa.

Syksyllä 2010 vastaanottojen henkilökunnalle järjestettiin terveyshyötymallia esittelevä seminaari ja infotilaisuuksia järjestettiin myös johtoryhmille ja esimiehille ja Kajaanin ammattikorkeakoulun opettajille ja opiskelijoille. Kansanterveyshoitajat saivat koulutusta kirjaamiseen ja Kajaanin pääterveysasemalla otettiin käyttöön työparityöskentely lääkärin ja kansanterveyshoitajan välillä. (Kainuun maakunta -kuntayhtymä 2012, 24–25.) Pitkäaikaissairaiden hoitamisessa pohjana oli hoitosuunnitelma (Liite 1), jota päivitettiin vuosittaisilla seurantakäynneillä, tarvittaessa käyntejä toteutettiin tiheämmin. Asiakkaat jakautuivat kansanterveyshoitajien kesken osoitteensa mukaan, jolloin tietyllä alueella asuvat asioivat yhden kansanterveyshoitajan kanssa. Jokaisella kansanterveyshoitajalla oli työparilääkäri, jota hän pystyi konsultoimaan asiakkaan asioissa ja järjestämään tarvittaessa vastaanottoajan. (Koivunen 2012, 49.)

Vuonna 2020 käynnistettiin Helposti lähelläsi (HELLÄ)-hanke, jonka tarkoituksena oli kehittää palveluita Tulevaisuuden sote-keskusta ajatellen. Tavoitteiksi asetettiin yhdenvertainen saatavuus, oikea-aikaisuus ja jatkuvuuden parantuminen. Ennaltaehkäisyn ja ennakoivan toiminnan painotusta vahvistettiin. Yhtenä osa-alueena HELLÄ-hankkeessa oli Tulevaisuuden sote-keskuksen moniammatill-



sen vastaanotto toiminnan palvelujen tehostaminen, jonka alla oli suunnitelma perusterveydenhuollon moniammatillisen vastaanottotiimin toiminnan tehostamisesta ja palvelujen saatavuuden parantamisesta. Näiden saavuttamiseksi suunniteltiin uusia toimintatapoja ja digitaalisten palvelujen käytön tehostamista. Hyötytavoitteiksi asetettiin saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen sekä monialaisen ja sujuvasti toimivan yhteistyön vahvistaminen. Tavoitteena oli myös laadun ja vaikuttavuuden parantuminen. (Kainuun Sote 2020c.)

Selvityksissä perusterveydenhuollon haasteina todettiin peruspalveluiden saatavuusongelma ja toiminnan vaikuttavuuden puutteellinen näyttö. Ratkaisuna tähän perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaa lähdettiin uudistamaan merkittävästi. Tavoitteena oli parantaa palveluiden saatavuutta ja saada kansansairaudet ja terveyden ja hyvinvoinnin riskit paremmin hallintaan. Asiakaskokemuksen parantuminen joutuisan palvelun ja hoidon jatkuvuuden kannalta, ja samalla tuottavuuden lisääntyminen, sähköisten palveluiden ja etäasioinnin kasvaminen asetettiin myös tavoitteeksi. (Kainuun sote 2020b, 5–6.)

Toimintamallin uudistamisen perustana olivat tavoitteiden ja mittareiden asettaminen sekä niiden hyödyntäminen johtajuudessa, asiakassegmentointi ja asiakastarpeiden mukaisten hoito- ja palveluketjujen kehittäminen. Tavoitteena oli, että jatkossa niin terveyskeskuksen vastaanotto toiminta, fysioterapia, päihde- ja mielenterveyspalvelut ja sosiaalityö toimisivat kiinteästi yhdessä moniammatillisena tiiminä. Erityisesti paljon ja pitkään palveluita tarvitsevat hyötyisivät moniammatillisuudesta. Hoito alkaisi ensimmäisestä yhteydenotosta, ja yksi ammattilainen hoitaisi asian loppuun hyödyntäen moniammatillisen tiimin osaamista tarvittaessa. Toimintamallissa hoitovastuun ottava ammattilainen hyödyntää sähköistä viestintää asiakkaan kanssa ja antaa oman puhelinnumeronsa asiakkaalle, jolloin tämä voi olla jatkossa suoraan yhteydessä vastuuhoidajaansa. Tämä sujuvoittaa asiointia ja tekee siitä asiakaslähtöistä, ja joutuisasti tapahtuva palvelu antaa myös asiakkaalle positiivien kokemuksen. (Kainuun sote 2020b, 5–6.)

Yksi päätavoitteista hankkeessa oli, että asiakkaat, joilla on riskejä hyvinvoinnin ja terveyden kannalta, tunnistetaan ja riskit kirjataan systemaattisesti. Asiakaslähtöistä terveys- ja hoitosuunnitelmaa (Liite 2) laadittaessa asiakas itse päättää, mikä on hänelle tärkeää ja millaisia tavoitteita hän asettaa. Keinot ja tarvittavan tuen määrä sekä seuranta sovitaan ammattilaisen kanssa yhdessä. Vastuuhoidaja ryhtyy terveysvalmentamaan asiakasta, jolloin yhteydenottoja on tiheämmin, mutta ne ovat kestoaltaan lyhyempiä. Asiakaslähtöiset tavoitteet ovat usein elintapojen ja elämänhallinnan parantaminen, ja näin ollen myös ammattilaisen antaman tuki kohdentuu näihin asioihin, jotka asiakas kokee itselleen tärkeäksi. Aiemmin hoitosuunnitelmissa on keskitytty erilaisiin mittaustuloksiin (verenpaine, laboratoriovastaukset, paino) ja asiakkaat omat tarpeet ja tavoitteet ovat saattaneet jäädä tällöin taustalle. Todennäköisyys elintapamuutosten onnistumiseen on suurempi, kun asiakas on määritellyt itselleen tärkeät tavoitteet, ja ammattilainen tukee häntä niissä. Pitkällä aikavälillä tehokas ennaltaehkäisevä toiminta todennäköisesti vähentää kansansairauksien esiintymistä. (Kainuun sote 2020b, 5–6.)

Uusi toimintamalli pilotoitiin kesäkuussa 2020 Sotkamon terveysasemalla ja syksyllä 2020 sen käyttö laajeni myös Kajaanin, Kuhmon ja Suomussalmen vastaanotoille. Toimintamallissa panostettiin ennaltaehkäisyyn, ja terveyshyötyasiakkaita tuli pyrkiä seulomaan tehokkaasti. 70-vuotiailta ja sitä

nuoremmilta asiakkailta kysyttiin ensimmäisellä yhteydenotolla tietyt terveysindikaattorit (verenpaine, painoindeksi, tupakointi, alkoholin käyttö ja masennusseula BDI) jotka kirjattiin ja tilastoitiin. Myös veren LDL-kolesteroliarvo ja HbA1c-glukoosiarvo merkittiin ylös. Mikäli asiakas täytti terveys-hyötyasiakkaan kriteerit (ikä 70 vuotta tai alle, terveydenhuollon kontakteja vuoden aikana 8 tai enemmän ja lisäksi kaksi terveysindikaattoria yli tavoiterajan), hänelle annettiin linkki sähköiseen terveystarkastukseen Duodecimin STAR® -palvelussa. (Kainuun terveyskeskusten avosairaanhoidon käsikirja 2020 - Sotkamo, Kuhmo, Suomussalmi, Kajaani, 17.)

Sähköisessä terveystarkastuksessa on noin 40 kysymystä, joiden pohjalta ohjelma luo raportin, jossa on muun muassa arvio elinajan odotteesta, potentiaalisesta eliniästä, merkittävimmistä terveysriskeistä, terveyteen vaikuttavista elintavoista ja keinoista, joilla riskeihin voi vaikuttaa. Käyttäjä voi myös valita oman tarpeensa mukaisesti terveystarkastuksia, jolloin hän saa viikoittain sähköpostiviestejä valitsemastaan tarkastuksesta. (Kustannus Oy Duodecim 2022.)

Sähköisen terveystarkastuksen pohjalta tehtiin asiakaslähtöinen terveys- ja hoitosuunnitelma ja aloitettiin terveystarkastus. Asiakas pystyi myös hyödyntämään itsenäisesti STAR® -sivuston terveystarkastusta. Kansanterveyslaitoksen ja lääkärin työparityöskentely loppui ja konsultointi siirtyi pitkään palvelua tarvitsevien konsultaatiokirjalle, jota lääkärit vuorollaan purkivat. Etäasiointia lisättiin voimakkaasti, perinteiset vuosittaiset hoitosuunnitelmakäynnit siirtyivät valtaosin puhelinvastaanotoiksi ja sähköistä asiointia Omasoten kautta ryhdyttiin markkinoimaan tehokkaasti. Vuoden 2010 mukaiset hoitosuunnitelmat uudistettiin terveyshyötyasiakkaiden osalta niin, että tarve, tavoitteet ja keinot kirjattiin hyvin potilaslähtöisesti ja yksinkertaisesti. (Kainuun terveyskeskusten avosairaanhoidon käsikirja 2020 – Sotkamo, Kuhmo, Suomussalmi, Kajaani, 18.)

### 3 TERVEYSVALMENNUS

Terveysvalmennuksen (health coaching) perustana on potilaan toimijuuden vahvistaminen. Tavoitteet ovat potilaslähtöisiä ja niiden pohjalta muodostetaan yhdessä potilaalle parhaiten soveltuvat keinot. Ammatilaisen tulee osata antaa potilaalle vastuu omasta itsestään ja motivoida ja tukea potilasta tavoitteiden saavuttamisessa. Terveysneuvonta on tärkeää, mutta olennaista on, että potilas tekee saadun tiedon pohjalta päätökset. Terveysvalmennuksen on osoitettu jo useissa tutkimuksissa parantavan pitkäaikaissairaiden elämänlaatua ja hoitotasapainoa. (Lindahl, Patja & Keski-Rahkonen 2019, 1498–1503.) Tehokkaaseen terveysvalmennukseen tarvitaan koulutusta ja jatkuvaa tukea myös ammattilaisille. Hyväksi terveysvalmentajaksi oppiminen voi kestää yhdestä kolmeen vuotta, ja tänä aikana on tärkeää, että valmennustaitoja arvioidaan ja niitä kehitetään tarpeen mukaan. Terveysvalmennukseen kuuluu säännöllinen yhteydenpito ja terveysvalmentajana tulee hallita aktiivinen kuunteleminen, motivoiva keskustelu sekä asiakkaan voimaannuttaminen. Yhteydenottojen tulee olla strukturoituja ja tavoitteeseen keskittyviä. Terveysvalmennuksen ydinasioita ovat asiakaskeskeisyys, yksilöllisyys, ymmärrys ja luottamus. Vaaditaan kuitenkin tehokasta koulutusta ja aktiivista oppimista, ennen kuin terveysvalmennus toimii käytännössä. (Mustonen 2021, 71, 73.)

Väitöskirjassaan Kivelä tutki systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kautta terveysvalmennuksen vaikuttavuutta paljon palveluita käyttävillä asiakkailla. Hän määritteli nämä asiakkaat sellaisiksi, jotka kokevat tarvetta hakeutua hoitoon enemmän kuin toiset ja he kokevat monenlaisia oireita, eivätkä tiedä, miten oireilua voisi itse hoitaa. (Kivelä 2019, 79.) Terveysvalmennuksen kautta paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat kokivat, että he saivat paremmin tukea niin hoitohenkilökunnalta kuin omilta läheisiltäänkin. Varsinaisesti merkittävää eroa esimerkiksi elintapojen suhteen ei havaittu, mutta psyykinen hyvinvointi parantui. (Kivelä 2019, 86.) Terveysvalmennus voi motivoida asiakasta omaan terveyteensä liittyvissä asioissa ja parantaa myös omahoitoon sitoutumista. Vielä ei kuitenkaan pystytä luotettavasti arvioimaan pitkän aikavälin hyötyjä ja mahdollista taloudellista merkitystä, joka terveysvalmennuksella voitaisiin saada aikaan. (Kivelä, Elo, Kyngäs & Kääriäinen 2014, 272.) Mustosen (2021, 87) väitöskirjan pohjana olleessa pitkäaikaisseurannassa kuitenkin voitiin todeta myös terveysvalmennuksen taloudellinen hyöty. Terveysvalmennus voi olla hyvä keino pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyssä, etenkin kun se jatkuu riittävän pitkään. Asiakkaalla tulee olla riittävät voimavarat ja motivaatiota, jotta terveysvalmennus olisi tehokasta. Pitkällä aikavälillä tarkasteltuna terveysvalmennus todennäköisesti vähentää terveydenhuollon kustannuksia. (Mustonen 2021, 87–88.)

Ruotsalaistutkimuksessa pilotoitiin tekstiviestien hyödyntämistä verenpainepotilaiden terveyden edistämiseen. Potilaat saivat puolen vuoden ajan neljä tekstiviestiä viikossa. Tekstiviesteissä annettiin tietoa mm. tupakoinnista, ruokailutottumuksista ja liikunnasta. Potilaiden terveyttä tutkittiin tutkimuksen alussa ja kuuden kuukauden jälkeen verenpainemittauksin, laboratoriokeuin ja kyselyin. (Bolmsjö 2020, 302.) Vaikka tutkimuksen jälkeen vertailuryhmään verrattuna merkittäviä eroja terveydessä ei todettukaan, potilasnäkökulmasta katsottuna monet kokivat, että tekstiviestit olivat antaneet heille uutta tietoa ja muistuttaneet terveellisistä elintavoista ja myös kannustaneet niiden ylläpitämiseen. (Bolmsjö 2020, 303–305.) Terveysvalmennusta voidaan käyttää myös jo olemassa olevien sairauksien pahenemisen ehkäisyyn. Keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden elämänlaatu

parani, kun he sairaalajakson jälkeen saivat terveystalvannusta. Tutkijat tulivat siihen tulokseen, että terveystalvannus sopii hyvin myös muihin pitkäaikaissairauksiin. (Benzo ym. 2015)

Artikkelissaan Laivuori & Ihanne-Parikka (2018, 2273–2279) toteavat, että digitaalisilla palveluilla voidaan tehostaa diabetespotilaiden omahoitoon sitoutumista ja hoitotuloksia. Parhaimpia tuloksia saadaan, kun potilaan kanssa ollaan henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa, hoito toteutuu yksilöllisesti, potilaalta saadut tiedot (kuten kotiseurantojen mittaustulokset) tulkitaan ja kirjataan ja potilaalle annetaan myös palautetta. Ikääntyneiden potilaiden kohdalla digitaaliset palvelut eivät aina ole ensisijainen ratkaisu, vaan tarvitaan enemmän perinteistä kasvokkain kohtaamista. Heidän kohdallaan voidaan kuitenkin myös hyödyntää digitaalisuutta, vaikka esimerkiksi tietokoneen käyttö ei onnistuisikaan.

Potilaan elintapoihin puuttumisen tulee olla asiakaslähtöistä, ei tuomitsevaa. Vaikka potilas voi itse tehdä muutoksia elintavoissaan, on myös seikkoja, joihin hän ei itse voi vaikuttaa, mm. taloudellisen tilanteen aiheuttamat rajoitukset. (Korhonen, 2020. Prevention strategiat.) Joskus esimerkiksi vesiliikunta on ainoa, jota potilas voisi niveltilanteensa takia harrastaa, mutta uimahallin käyttömaksut ovat liian kalliit.

Potilaalle annettava ohjaus vaatii perustietoja terveyden edistämisestä ja sairauksien ennalta ehkäisystä. Sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan koulutus antavat tähän perusvalmiudet. Yksi terveydenhoitajan kompetensseista on terveyden edistämisen osaaminen. Terveydenhoitajan tulee tuntea terveyden edistämisen ja kansanterveyden strategiat ja ohjelmat, osata edistää väestön terveyttä, pystyä osallistumaan asiantuntijana moniammatillisissa työryhmissä ja hallita myös terveyden edistämisen tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden arviointia ja kehittämistä. (Erikson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 44). Osaamisen lisäksi tarvitaan myös riittävästi aikaa. Hyvät ohjaus- ja opettamistaidot ovat myös oleellisia terveydenhoitajan työssä, ja tämän tulee osata myös käyttää asiakkaalle parhaiten soveltuvia menetelmiä (Erikson ym. 2015, 43.)

Frey (2018, 128–129) tutki väitöskirjassaan vuodeosaston sairaanhoidajien antamaa ohjausta terveyden edistämisessä yli 65-vuotiaille potilaille. Terveyden edistäminen koettiin tärkeäksi osaksi sairaanhoidajien päivittäistä työtä, mutta aikaa ja osaamista ei aina riittävästi ollut muun työn ohessa. Potilaat jäivät kaipaamaan mahdollisuutta ottaa mukaan myös omainen terveyden edistämisen ohjaukseen.

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia kansanterveyshoitajilla on terveyshyötymallin ja terveystalennuksen käytöstä työssään. Tulosten pohjalta voidaan arvioida ja kehittää terveyshyötymallin ja terveystalennuksen käyttöä kansanterveyshoitajan työssä.

Tutkimuskysymykset:

Millaisia kokemuksia kansanterveyshoitajilla on terveyshyötymallin käytöstä?

Millaisia kokemuksia kansanterveyshoitajilla on terveystalennuksesta?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus tehtiin Kainuun sotien perusterveydenhuollon avovastaanoitoille, toimeksiantajana Kajaanin yleislääketieteen poliklinikka, jonka tulosityksikköpäällikkö toimi myös toimeksiantajan edustajana tutkimuksessa.

Yleislääketieteen poliklinikka on Kainuun perusterveydenhuollon vastaanotoista suurin ja se toimi aikaisemmin Kajaanin pääterveysaseman nimellä. Kun yksikkö muutti Kainuun uuden sairaalan tiloihin syksyllä 2020, sen nimi muutettiin yleislääketieteen poliklinikaksi.

Kainuun sotien perusterveyshuollon vastaanotot koostuvat Kajaanin yleislääketieteen poliklinikasta, sen osana toimivasta Vuolijoen terveysasemasta ja kuudesta muusta terveysasemasta, joita on Sotkamossa, Paltamossa, Kuhmossa, Ristijärvellä, Hyrynsalmella ja Suomussalmella. Puolangan perusterveydenhuolto toimii ostopalveluna yksityiseltä. (Kainuun soite 2021). Jokaisessa yksikössä työskentelee kansanterveyshoitajia, joiden vastuulla on pitkäaikaissairaiden hoito ja seuranta, terveyden edistäminen ja kansansairauksien ennaltaehkäiseminen. Pienimmissä yksiköissä on vain yksi kansanterveyshoitaja, suuremmilla vastaavasti enemmän. Kajaanin vastaanotolla kansanterveyshoitajia on enimmillään ollut 12 kansanterveyshoitajaa, mutta tällä hetkellä mitoitus on huomattavasti pienempi. Työtehtävät vaihtelevat jonkin verran eri terveysasemien välillä, mutta päävastuualue on sama.

### 5.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, koska tarkoituksena on selvittää kokemuksia aiheesta. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on kuvata todellista elämää, ilmiötä tai tapahtumaa eikä siinä ole tarkoitus saada tilastollisesti merkittäviä yleistyksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 161; Tuomi & Sarajärvi 2018, 75) Siinä on myös tavoitteena ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi ym. 2014, 181). Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tulee perehtyä aiheeseensa ja laadullisen tutkimuksen metodeihin huolellisesti ja etsiä tutkittua tietoa. Tällöin tutkija muodostaa käsityksen aiheestaan ja pystyy määrittämään myös tutkimustehtävän, jota haluaa ryhtyä selvittämään. Aiemmat tutkimukset aiheesta voivat myös auttaa valitsemaan toimivimman tavan löytää vastauksen tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 139.) Laadullinen tutkimus on laaja käsite, ja sen alle voidaan koota lukuisia erilaisia tutkimustyyppiejä. Muun muassa toimintatutkimus, osallistuva havainnointi, diskurssianalyysi ja tapaustutkimus ovat kaikki laadullisia tutkimuksia, vaikka niiden toteuttaminen onkin hyvin erityyppistä. (Hirsjärvi ym. 2014, 162.) Tämä tutkimus ei ollut ehkä yksiselitteisesti mihinkään tiettyyn tutkimustyyppiin sopiva, mutta siinä on lähtökohtia aineistolähtöisestä tutkimusmuodosta. Tässä tutkimusmetodissa tutkija tekee aineiston myötä luokitteluja ja johtopäätöksiä ilman vertailevaa teoriaa. (Holopainen, Puusa & Juuti 2020, luku 16.)

Tyypillistä laadulliselle tutkimukselle on, että tiedonhankinta on kokonaisvaltaista ja aineiston hankkiminen tapahtuu todellisissa tilanteissa. Pääasiassa tiedonkeruun välineenä käytetään ihmistä, mutta myös lomakkeita ja testejä voidaan käyttää täydentämään tiedonhankintaa. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana ei ole testata teorioita tai olettamuksia, vaan tarkastella aineistoa mahdollisimman monelta eri kantilta. Kohdejoukot valitaan yksityiskohtaisemmin ja tarkoituksenmukaisesti. Jos

halutaan tutkia yhden terveyskeskuksen hoitajien kokemuksia, ei haastatteluun kutsuta koko sote-yhtymän henkilöstöä. Joskus tutkimussuunnitelma voi muuttua tutkimuksen edetessä, joustavuus onkin yksi laadullisen tutkimuksen tunnuspiirteistä. (Hirsjärvi ym. 2014, 164.) Tässä tutkimuksessa oli tavoitteena saada tietoa kansanterveyshoitajien kokemuksista uudesta terveyshyötymallista ja terveysvalmennuksesta, joten kohdejoukoksi valikoituivat kansanterveyshoitajat niiltä terveysasemilta, joilla uusi toimintamalli oli jo otettu käyttöön. Tutkimus toteutettiin pääosin tutkimussuunnitelman mukaisesti, poikkeuksena suunnitelmasta oli osan haastatteluista toteutuminen yksilohaastatteluina.

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteet esitetään yleensä tutkimuskysymysten muodossa. Tutkimuskysymyksiä on usein kahdesta kolmeen ja ne saattavat suunnitteluvaiheessa vielä muuttua. Niiden olisi kuitenkin hyvä olla lopullisessa muodossaan siinä vaiheessa, kun aineistonhankinta aloitetaan. (Puusa & Juuti 2020, luku 4.) Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymyksiä oli kaksi ja ne ohjasivat teemahaastattelun rungon laadintaan. Teoreettinen viitekehys muodostetaan ennen tutkimuskysymyksiä. Tutkija perehtyy aiheeseensa tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta ja muodostaa pääkäsitteet, jotka muodostavat tutkimuksen päärakenteen. (Puusa & Juuti 2020, luku 4.) Tässä tutkimuksessa pääkäsitteet olivat terveyshyötymalli ja terveysvalmennus.

Tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely ja havainnointi. Tutkimuskysymyksestä riippuen näitä menetelmiä voidaan myös yhdistää eri tavoin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 64.) Laadullisessa tutkimuksessa on oleellista, että tiedonkeruun kohteena olevat henkilöt tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. Tällöin myös tutkijan on huolellisesti valittava aineistonkeruun kohderyhmänsä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 75.)

## 5.2 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Aineisto kerättiin Kajaanin yleislääketieteen poliklinikan sekä Sotkamon ja Kuhmon terveysasemien kansanterveyshoitajilta ryhmä- ja yksilohaastatteluina käyttäen teemahaastattelun runkoa. Teemahaastattelussa tiedetään pääaiheet, mutta varsinaisen strukturoidun haastattelun mukaiset tarkat kysymykset puuttuvat. Haastateltavat voivat tällöin kertoa ajatuksistaan vapaasti aiheen sisällä. Siinä nousevat esille haastateltavan tulkinnat ja muodostamat käsitykset aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2014, 208; Puusa, 2020b, luku 6.) Tarkoituksena on tällä tavoin rajata aineiston kokoa, mutta kuitenkin tuoda mahdollisesti esille asioita, joita ei olisi osattu olettaa. Vaikka teemat perustuvatkin teoreettiseen viitekehukseen, voi haastattelun aikana nousta esiin myös varsinaisesta teemasta poikkeavia asioita (Tuomi & Sarajärvi 2018, 68). Kyselylomakkeeseen verrattuna haastattelu on joustavampi. Haastattelija voi tarvittaessa selvittää kysymyksiä ja oikaista mahdollisia väärinkäsityksiä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 65). Teemahaastattelun runkoa suunniteltaessa se esiteltiin kansanterveyshoitajan työtä tehneelle henkilölle, joka ei kuitenkaan kuulunut tutkimuksen kohderyhmään. Varsinaista testihaastattelua ei tehty, vaan tarkoituksena oli varmistaa, että aiheet olivat ymmärrettävät ja antoivat vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Ensimmäinen pääteema oli kansanterveyshoitajien kokemukset terveyshyötymallista. Haastateltavia pyydettiin kertomaan vapaasti kokemuksiaan. Kysymyksiä kysyttiin asiakaslähtöisyyttä ja hoidon suunnitelmallisuutta, jotka ovat terveyshyötymallin perustat, sekä hoitotyön toteutumista ennen uuden toimintamallin käyttöönottoa.

Toinen pääteema oli kansanterveyshoitajien kokemukset terveystalvannuksesta. Haastateltavat saivat kertoa vapaasti ajatuksiaan ja kokemuksiaan aiheesta. Kysymyksiin kysyttiin onnistumisista ja kehitettävistä asioista, asiakkaiden suhtautumisesta ja terveystalvannuksen vaatimasta osaamisesta. Teemahaastattelun runko ja kysymykset esitetään liitteenä (Liite 3).

Ryhmahaastattelun etuja on, että samalla kertaa saadaan tietoa useammalta henkilöltä kerrallaan. Ryhmässä voidaan tukea toinen toistaan muistamisessa tai auttaa oikaisemaan väärinkäsityksiä. Toisaalta ryhmahaastattelussa voi käydä niin, etteivät kaikki uskalla sanoa todellisia mielipiteitään asiasta, tai että joku osallistujista dominoi keskustelua niin, etteivät toiset pääse riittävästi ääneen. Käytännön haasteena ryhmahaastattelussa voi tulla myös haastateltavien puheen sekoittuminen, kun haastattelu nauhoitetaan. (Hirsjärvi ym. 2014, 210–211.) Suurin ryhmä haastattelussa oli neljä henkilöä, jolloin haastattelusta pystyi vielä jälkikäteen erottamaan eri puhujat. Tarkkuutta vaati kuitenkin poimia jokaisen sanat erikseen, koska isommassa ryhmässä tulee usein myös päällekkäin puhumista.

Aineiston keruu toteutettiin kesällä 2021, jolloin haasteltiin yhteensä yhdeksää henkilöä. Ryhmahaastattelut toteutuivat kahdessa ryhmässä, joista toisessa oli neljä ja toisessa kaksi henkilöä. Yksilöhaastatteluja tehtiin kolme. Koska aineiston keruu ajoittui kesälomakaudelle, suunnitelmasta poiketen osa haastatteluista toteutettiin yksilöhaastatteluina. Osa haastatteluista pidettiin samassa tilassa, osa etäyhteyksin Skypen välityksellä tai puhelimitse. Sekä koronapandemia että pitkät välimatkat estivät kaikkien haastatteluiden toteuttamisen kasvokkain samassa tilassa. Haastattelut nauhoitettiin puhelimen avulla ja ennen haastattelun alkua käytiin vielä läpi tutkimuksen tarkoitus ja vastausten pysyminen anonyymeinä. Tutkimuksen tulokset tulevat julkisesti näkyviin, kun tutkimusraportti on valmis ja tutkimus hyväksytty, joten tästä kerrottiin myös. Osallistujat olivat saaneet tutkimustiedotteen (Liite 4) ja teemahaastattelun rungon (Liite 3) etukäteen, osa oli tutustunut kysymyksiin edeltävästi, osa ei, jolloin teemat käytiin vielä läpi haastattelun alussa.

Tutkimustiedote lähetettiin Sotkamon, Kuhmon ja Suomussalmen terveysasemille sekä Kajaanin yleislääketieteen poliklinikalle. Tutkimustiedote lähetettiin sähköpostilla kunkin yksikön esihenkilölle pyyntönä välittää viesti alaisilleen. Tässä vaiheessa uusi toimintamalli ei ollut vielä käytössä pienemmillä terveysasemilla. Haastateltavia saatiin Sotkamon ja Kuhmon terveysasemalta sekä Kajaanin yleislääketieteen poliklinikalta, ja heitä kertyi yhteensä yhdeksän. Ensimmäisen haastattelukierroksen jälkeen tiedote lähetettiin vielä uudestaan toiveena saada lisää haastateltavia, mutta niitä saatiin enää yksi.

### 5.3 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tässä analyysimallissa teoreettiset käsitteet syntyvät aineistosta nousevan tiedon pohjalta. Analyysiyksiköt valitaan tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti, aineistoon tutustutaan ja se pelkistetään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83; Puusa 2020a luku 9.) Analyysin tavoitteena on luoda aineistosta kattava ja mielekäs kokonaisuus, jonka pohjalta voidaan tuottaa tulkintoja ja vetää johtopäätöksiä tutkittavasta aiheesta. (Puusa 2020a, luku 9.) Nauhoitetut haastattelut litteroitiin, eli kirjoitettiin sana sanalta. (Hirsjärvi ym. 2014, 222.) Tämän jälkeen aineisto redusointiin, eli pelkistettiin, jolloin tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat karsittiin



pois ja aineistosta etsittiin tutkimuskysymysten mukaisia ja sitä kuvaavia ilmaisuja. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 95.) Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 17 sivullista. Redusoinnin jälkeen aineiston koko oli 16 sivua, ja tästä aloitettiin varsinainen analysointi.

Tässä tutkimuksessa aineisto jaettiin tutkimuskysymysten mukaisesti terveyshyötymalliin ja terveysvalmennukseen. Seuraavassa vaiheessa aineisto ryhmiteltiin, jolloin aineistosta etsittiin käsitteitä, jotka ovat samankaltaisia tai vastaavasti toisistaan eroavia. Pelkistetyistä ilmauksista (Taulukko 1) etsittiin samankaltaisuuksia ja käsitteet, jotka kuvasivat samaa ilmiötä, yhdistettiin alaluokiksi (Taulukko 2), joista muodostui yläluokkia. Yläluokista puolestaan muodostuivat pääluokat. Luokittelun yksikkönä voivat olla esimerkiksi ominaisuudet, piirteet tai käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 95–96.) Ryhmittely sisältyy käsitteellistämiseen, eli abstrahointiin, jolloin aineiston pohjalta saadusta tutkimukselle olennaisesta tiedosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 97.) Ilmaukset yksinkertaistettiin ja kirjattiin yleiskielellä, muutamat ilmaukset jätettiin alkuperäiseen asuun mahdollisia sitaatteja varten.

TAULUKKO 1. Pelkistetyt ilmaukset

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
”Koska sitten kun se lähtee se ajatus sieltä itsestä, niin sillä on paljon suurempi todennäköisyys, kun on motivoitunut tekemään sillä tavalla jonkun asian.”	Itsestä lähtenyt ajatus lisää motivaatiota ja todennäköisyyttä tekemään asiat suunnitellusti

TAULUKKO 2. Alaluokat

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Itsestä lähtenyt ajatus lisää motivaatiota ja todennäköisyyttä tekemään asiat suunnitellusti	Asiakkaan hyvä motivaatio tärkeää
Motivaatio kohdallaan, lisävahvistus kansanterveyshoitajalta	
Valmennus sujuu, kun tavoitteita ei sanota vain hoitajan mieliksi	
Jos motivaatiota ei ole, tulostakaan ei tule	

Aineiston analysointi on valmis, kun se on saturoitunut. Tämä tarkoittaa sitä, että aineistosta ei nouse enää uutta tietoa tutkimustehtävään liittyen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 76.) Vaikka kaikissa haastatteluissa keskusteltiin samoista asioista ja useimpiin aiheisiin saatiin samankaltaisia vastauksia, jokaisesta haastattelusta nousi kuitenkin aina jokin uusi tai omanlaisensa asia esille.

## 6 TULOKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia kansanterveyshoitajilla oli terveyshyötymallin ja terveysvalmennuksen käytöstä työssään. Ensimmäisessä haastattelussa nousivat esille etäkontaktien hyödyt ja haitat, joten tätä kysyttiin myös myöhemmissä haastatteluissa, vaikka se alkuperäisestä haastattelurungosta puuttuikin. Tuloksia saatiin yhdeksältä vastaajalta ja ne on esitelty analyysin pohjalta luotujen pääluokkien ja alaluokkien mukaan. Pääluokat olivat uuden terveyshyötymallin edut (Taulukko 3.), uuden terveyshyötymallin haasteet (Taulukko 4.), terveysvalmennuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä (Taulukko 5.) ja terveyshyötymallin epäonnistumiseen vaikuttavia tekijöitä (Taulukko 6.). Pääluokkien mukaan nimetyt taulukot esitetään kappaleiden lopussa.

### 6.1 Uuden terveyshyötymallin edut

Terveyshyötymalli pitkäaikaissairauksien hoidossa koettiin hyvänä asiana. Kun asiakkaan terveysasiat ovat yhden ammattilaisen, eli **vastuuhoitajan** käsissä, hoidon jatkuvuus on parempaa. Oma kansanterveyshoitaja koettiin hyväksi vastuuhenkilöksi. Myös asiakkaat olivat kertoneet, miten hyvä on, että saa kertoa kaikki asiansa yhdelle ihmiselle yhdessä paikassa. Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä, kun oma vastuuhoitaja pitää yhteyttä ja asiakas voidaan ohjata tarvittaessa muille ammattilaisille.

Uudessa toimintamallissa perusteena on **asiakaslähtöisyys**. Osa vastaajista piti vanhaa hoitosuunnitelmaa ammattilaislähtöisenä, joka tehtiin samalla kaavalla ilman ymmärrystä kokonaisuudesta. Tavoitteet olivat numeraalisia, eikä asiakkaan oma ääni päässyt kuuluville. Terveysneuvonnan koettiin olevan kaavamaista, eikä asiakkaan omaa tietopohjaa huomioitu. Asiakkaan omat tavoitteet ja tarpeet usein kyllä kirjattiin, mutta seuranta ja tukea ei juurikaan ollut. Tavoitteet olivat usein enemmän terveydenhuollon ammattilaisen kuin asiakkaan mielestä tärkeitä. Osa asiakkaista oli kertonut kokeneensa käynnit paasaukseksi ja luennoinniksi.

Osa vastaajista koki uuden toimintamallin mukaisen terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisemmäksi ja yksilöllisemmäksi, koska siinä lähdetään siitä, mitä asiakas jo tietää ja miten hän on motivoitunut, tukea annetaan entistä vahvemmin, keskitytään hoitamaan asiakkaan kannalta tärkeää asiaa, ei käydä läpi kaikkea. Yksilöllisemmän suunnitelman myötä osalla asiakkaista on myös päästy vähentämään lääkityksiä. Asiakkaiden kokemus on usein ollut positiivinen, kun joku on niin kiinnostunut hänen hyvinvoinnistaan, että soittaa ja tukee.

**Ajan säästö** oli osan vastaajista mielestä selkeä etu. Yhden työpäivän aikana ehti hoitaa useampaa asiakasta, kun vastaanotto tapahtuu puhelimesta, koska joskus asiakkaita voi olla vaikeaa saada lähtemään ajoissa vastaanotolta. Uuden toimintamallin ajateltiin myös tähtävän tulevaisuuteen, jossa työntekijöitä on todennäköisesti vähemmän käytettävissä, eli panostetaan sairauksien ennaltaehkäisyyn ja mahdolliseen hoitotaakan pienenemiseen.

Uudessa toimintamallissa korostetaan etähoitamista, eli vuosittaiset seurantakäynnit, joilla asiakkaat ovat tottuneet käymään, toteutetaankin puhelimitse. Osa vastaajista koki, että **etävastaanotot** sopivat lähes kaikille, pois lukien erityisen huonokuuloiset, heikosti ymmärtävät tai muuten sellaiset,

joiden hoitaja arvioi olevan parempi ottaa lähivastaanotolle. Yksilöllisyys on tärkeää huomioida myös etävastaanoton onnistumisen arvioimisessa. Covid19-pandemia on osaltaan helpottanut etäasiointiin siirtymistä, koska monet asiakkaat ovat mieluummin hoitaneet asiansa puhelimesta kuin tulleet odottamaan mahdollisesti ruuhkaiseen odotustilaan. Osa asiakkaista on ollut mielissään, kun ei tarvitsekaan lähteä mahdollisesti pitkänkin matkan päästä vastaanotolle, vaan asiat ovat hoituneet puhelimesta. Myös niille, jotka ovat halunneet tulla vastaanotoille, on ollut helpompaa perustella etävastaanottoa vetoamalla myös pandemiaan. Jotkut ikäihmiset ovat tottuneet käymään jopa kymmeniä vuosia kansanterveyshoitajan vastaanotolla vuosittain, heidän kohdallaan on joskus täytynyt perustella pitkäänkin, miten asiat voidaan yhtä hyvin käydä läpi puhelimesta kuin vastaanotollakin.

TAULUKKO 3. Uuden terveyshyötymallin edut (n=9)

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Pääluokka</b>
Sama hoitaja vastaa asiakkaan asioista  Vastuuhoitaja tuntee asiakkaansa  Asiakkaan ei tarvitse soitella ympäriinsä	Vastuuhoitaja	Uuden terveyshyötymallin edut
Tavoitteet ja keinot ovat asiakkaan itsensä kertomia  Asiakkaat saavat tietoa ja ohjausta yksilöllisesti  Entinen hoitosuunnitelma oli raskassoutuinen ja numerokeskeinen, tavoitteet terveydenhuollon puolelta  Asiakkaat kokevat tulevansa kuulluksi	Asiakaslähtöisyys	
Etävastaanotot säästävät aikaa  Hoitosuunnitelman tekoon ei mene niin paljon aikaa  Rutiininomaisesti ei enää samoja labroja joka vuosi  Hoitoa on kevennettävä, koska hoitajaresurssi ei kasva	Ajan säästö	
Onnistuu lähes kaikille  Osa ihmisistä tyytyväisiä, kun ei tarvitse lähteä vastaanotolle  Pandemia-aika helpottanut muutosta  Nykyaikaista, tulevaisuuden asia	Etävastaanotto	

## 6.2 Uuden terveyshyötymallin haasteet

**Etävastaanotot** herättivät myös vastustusta. Jos tässä on ollut opettelua asiakkailta, niin on myös kansanterveyshoitajilla. Osa vastaajista koki, että kun havainnointi vastaanotolla jää pois, voivat jotkut terveysongelmat jäädä huomaamatta, koska asiakkaat eivät välttämättä kerro kaikkea puhelimesta, vaivoja voidaan vähätellä. Asiakkaan ahdistus voi näkyä vapinana vastaanotolla, vaikka hän ei siitä puhu. Erilaiset tuki- ja liikuntaelimestön vaivat näkyvät parhaiten, kun asiakkaan tapaa, puhelimesta voi asiakkaan olla vaikea kuvailla oireitaan. Pitkässä hoitosuhteessa kansanterveyshoitaja voi myös huomata tutussa asiakkaassa muutoksen, jota tämä itse ei ole vielä huomannut tai ei pidä sitä mainitsemisen arvoisena.

Osa hoitajista koki, että luottamuksellinen hoitosuhde syntyy nimenomaan lähivastaanotolla. Erityisesti iäkkäiden ihmisten kohdalla etävastaanotto ei välttämättä ole aika asiakaslähtöistä hoitoa. Osa vastaajista koki, että vastaanotolle kutsuminen saa asiakkaalle tuntemuksen, että hänestä välitetään. Osalle asiakkaista on tärkeää tietää, minkä näköisen ihmisen kanssa asioi.

Huolta nousi myös siitä, että joskus asiakas kohtaa lääkärin ja hoitajan vasta erikoissairaanhoidossa, vaikka perusterveydenhuollon tulisi olla pohjana ihmisten hoidolle. Käytännön esimerkkinä otettiin asiakas, joka on saanut etävastaanottojen pohjalta lähetteen rasisus-ekg-tutkimukseen. Kun hän saapuu paikalle, todetaan, ettei pääsekään nousemaan pyörän päälle tai polkemaan. Tätä ei vain kukaan ole todennut, koska hän ei ole ollut lähivastaanotolla ennen tätä.

Esiin nousi myös, että joskus motivaatio terveysvalmennusta ajatellen voi olla parempi, kun elintapamuutoksista on keskusteltu kasvokkain. Jatkossa asiakkaan motivointi olisi etäkontaktein.

Terveyshyötymalliin kuuluvasta **hoitosuunnitelmasta** oltiin selkeästi kahta mieltä. Osa piti entistä hoitosuunnitelmaa (Liite 1) selkeästi parempana kuin uutta asiakaslähtöistä terveys- ja hoitosuunnitelmaa (Liite 2). Vanha hoitosuunnitelma koettiin selkeänä ja kattavana, asiakkaan esitiedot, kuten perussairaudet, diagnoosivuosi ja lääkitysten aloittamiset, ovat nopeasti luettavissa. Samoin tärkeät toimenpiteet, kuten ohitusleikkaus tai pallolaajennus näkyivät esitiedoissa. Sen koettiin olevan myös hyvänä pohjana uudelle työntekijälle, joka vasta aloittaa hoitosuhdetta kyseiseen asiakkaaseen, koska kaikki tieto löytyy yhdeltä sivulta ja myös pohjana moniammatilliselle yhteistyölle. Erikoissairaanhoidon sairaanhoitaja oli ilmaissut eräälle vastaajalle, että vanhan mallin hoitosuunnitelma oli hyvä tuki myös haavanhoidoille. Sitä pidettiin myös asiakkaan kannalta hyvänä, koska suunnitelmat näkyivät siitä selkeästi. Hoitosuunnitelmaa pystyi päivittämään seurantakäynneillä, eli kaikkea ei tarvinnut kirjoittaa uudestaan eikä välttämättä edes kopioida, uudet asiat kirjataan ylös, vanhoista kuitataan, että ei muutosta. Näin pystytään näkemään potilaan edistyminen tai vastaavasti edistymisen puute ja nähdään, mihin kannattaa panostaa.

” Se (vanha hoitosuunnitelma) on potilaan turva, se on potilaan oikeus ja meille suuri helpotus työnteossa.”

Osa vastaajista koki, että ammattilaisena on annettava riittävästi informaatiota, mutta myös hyväksyä asiakkaan näkökanta terveysriskeihinsä. Asiakkaan tulisi tietää hoitosuosituksista, jotta hän pystyy tekemään päätöksensä oikean tiedon valossa. Hoitosuunnitelmaan voisi näin kirjata, että terveysongelmasta on keskusteltu, vaikka asiakas ei siihen haluakaan panostaa.

Osa vastaajista koki, että uuden mallin mukainen terveys- ja hoitosuunnitelma ei ole riittävän kattava. Tiedonhaku on työlästä, kun sitä joutuu hakemaan eri lehdistä. Hoitosuunnitelma koettiin suppeaksi ja sen nähtiin olevan ristiriidassa kokonaisvaltaisen kohtaamisen ja hoitamisen kanssa. Terveystietojen kirjaaminen vain numeraalisesti (muun muassa AUDIT, BDI) koettiin ongelmallisena, asiakas ei välttämättä hahmota eroa 5 ja 25 pisteen välillä. Enemmän avaisi kirjaaminen sanallisesti esimerkiksi juomistottumukset. Myös mielialakysely kaavamaisesti kaikille kohderyhmäläisille nähtiin ongelmana. Miten tuetaan, jos pisteet ovat korkeat?

Ratkaisuna osa vastaajista näki uuden ja vanhan mallin yhdistämisen, jolloin tehtäisiin vanhan mallinen hoitosuunnitelma, mutta lähdettäisiin tukemaan asiakkaan valitsemaa elintapamuutosta.

**Muutoksessa** oli alkuun turvattomuutta, kun oli tottunut tekemään asiat tietyllä tavalla ja ohjeiden mukaan. Toisille muutos on ollut helpompaa, toisille vaikeampaa. Epävarmuus tulevasta sai tuntemaan halua tehdä entisen mallin mukaan ja vanhaa ja uutta mallia tuli helposti vertailtua.

Koska asiakkaat olivat tottuneet, että vuosittain otetaan tietyt kokeet, tästä pois oppiminen ja -opettaminen on ollut ajoittain haastavaa, kun asiakkaat ovat kokeneet, ettei heitä enää ollenkaan hoideta. Kansanterveyshoitajat ovat joutuneet tekemään omaa ajatustyötä perustellessa asiakkaille näitä asioita.

**Kansanterveyshoitajan työnkuva** on muuttunut ja se herätti keskustelua. Osa koki, että uuden toimintamallin terveysvalmennus ei istu terveydenhoitajan työnkuvaan, koska perustehtävä on hoitaa, tukea ja ohjata. Kokemus oli myös, että on liikaa vaadittu, että pitäisi valmentaa samalla kun on paljon hoitoa tarvitsevia muutenkin. Esiin nousi ehdotus, että työyhteisössä tulisi keskustella ja suunnitella työtä eri yksilöiden vahuuksien mukaan. Se joka valmennuksen kokee luontevaksi itselleen, voisi sitä toteuttaa. Osa koki, että terveysvalmennus on toissijaista pitkäaikaissairaiden hoidossa.

Kainuun ikärakenteessa on paljon ”yli-ikäisiä” ja toisaalta on myös paljon vanhoja ja sairaita, joiden hoitamiseen menee aikaa, resurssit eivät tahdo riittää terveysvalmennettaville. Osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että hoitajien ammattitaito mitätöidään, kun heistä yritetään puoliväkisin tehdä valmentajia, tällainen toiminta ei heidän mielestään kuulu julkiseen terveydenhuoltoon.

Se, kuinka hyvä terveysvalmentaja on, ei pitäisi olla tunnusmerkkinä sille, kuinka hyvä työssään on, koska vahvuudet voivat olla toisaalla.

TAULUKKO 4. Uuden terveyshyötymallin haasteet (n=9)

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>Asiakkaan havainnointi puuttuu</p> <p>Tietoa voi jäädä saamatta</p> <p>Hoitosuhteen luominen voi olla puutteellinen</p> <p>Motivaatiota voi olla vaikea luoda etänä</p> <p>Haasteita jatkohoidossa, jos kukaan ei ole tavannut asiakasta vastaanotolla</p>	Etävastaanotto	Uuden terveyshyötymallin haasteet
<p>Hoitosuunnitelma ei ole kattava</p> <p>Tietoa joutuu etsimään monesta paikasta</p> <p>Muut ammattilaiset eivät saa kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta</p> <p>Ristiriita ammattilaisen vastuusta ja asiakkaan tavoitteista</p> <p>Asiakkaan kokonaistilanne jää huomioimatta, voi vaikuttaa valmennuksen onnistumiseen</p> <p>Asiakkaat eivät aina ymmärrä tuloksia</p>	Hoitosuunnitelma	
<p>Vaatii hoitajaltakin ajatustyötä</p> <p>Houkutus pysyttäytyä vanhassa ja turvallisessa</p> <p>Uuden ja vanhan vertailu</p> <p>Asiakkaille perustelu joskus hankalaa</p> <p>Terveyshyötyasiakkaan kriteerit tiukat, motivoitunut asiakas ei pääse valmennukseen</p>	Muutos	
<p>Ei koeta valmentamisen kuuluvan hoitotyöhön</p> <p>Vastuulla paljon iäkkäitä pitkäaikaissairaita, jotka tarvitsevat hoitoa</p> <p>Terveysvalmennukseen ei riitä resurssit</p>	Kansanterveyshoitajan työnkuva	

### 6.3 Terveysvalmennuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä

**Motivaatio** koettiin tärkeimmäksi tekijäksi terveystalennuksessa. Terveystalennuksessa aktivoi-  
daan asiakasta ottamaan vastuuta itsestään, jolloin motivaatio pysyy yllä ja tuloksia syntyy. Motivoi-  
tuneen, asiaa jo pidempään työstäneen asiakkaan valmentaminen on myös helppoa ja mukavaa am-  
mattilaiselle. Omaehtoisuus tavoitteiden ja toiminnan suhteen koettiin tärkeäksi motivaation ja on-  
nistumisen kannalta, väkisin ei tuloksia tule. Valmennussoitoilla voidaan haastamaan asiakasta  
miettimään itse omaa tilannettaan, mikä voi olla lopputulos, jos jatketaan entisillä elintavoilla.

”Koska sitten kun se lähtee se ajatus sieltä itsestä, niin sillä on paljon  
suurempi todennäköisyys, kun on motivoitunut tekemään sillä tavalla  
jonkun asian.”

Terveystalennuksen koettiin olevan tulevaisuuteen tähtäävää ja aktiivista toimintaa, jossa panos-  
tus tulisi laittaa niihin asiakkaisiin, jotka talennuksesta hyötyvät. Onnistumisen taustalla koettiin  
usein olevan monen vuoden ajatustyö keinojen löytämiseksi ja motivaatio vahvistuu, kun ammattilai-  
nen ottaa asian esille. Tällöin keinojen noudattaminen ja motivaation säilyminen vahvistuvat, kun  
säännöllisesti otetaan yhteyttä ja kannustetaan. Valmennus sujuu, kun motivaatio on itsestä lähtöi-  
sin, eikä tavoitteita ole sanottu vain hoitajan mieliksi.

Kokemus oli, että osa asiakkaista on supermotivoituneita, heillä tuloksia tulee ja ne ovat pysyviä,  
toiset edistyvät hitaammin. Hyvät tulokset voivat asiakkaalle merkitä eri asiaa kuin ammattilaiselle.  
Asiakas voi olla hyvin tyytyväinen painonpudotuksesta, vaikka painoindeksi olisi edelleen korkea,  
samoin terveellisemmät elintavat ja voinnin virkistyminen, vaikka veriarvot edelleen olisivatkin ta-  
voitteiden ulkopuolella. Näin ollen onnistumista tulisi mitata myös asiakkaan oman tuntemuksen mu-  
kaan, eikä vain mittareilla. Osa muutoksista näkyy vasta pidemmällä aikavälillä, kuten sokeri- ja ko-  
lesteroliarvojen parantuminen, osaa taas nopeammin, kuten tupakoinnin lopetus ja painonpudotus.

Kokemus oli, että tulisi panostaa niihin, joilla motivaatiota on. Terveystalennuksen tuloksena oli  
todettu painon pudotusta, sokeri- ja kolesteroliarvojen korjaantumista, verenpaineen laskua ja  
tupakoinnin lopettamisista. Eräessä tapauksessa taustalla oli pitkä hoitosuhde, jossa vanha hoitosuun-  
nitelma päivitettiin uuteen ja sen pohjalta lähdettiin toteuttamaan terveystalennusta hyvin tulok-  
sin. Kaikissa näissä asiakkaalla oli vahva motivaatio muutokseen.

Oikeanlainen **viestintä** on oleellista. Asiakkaat olivat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä, mutta on  
myös asiakaskohtaista, kuinka he kokivat terveystalennuksen. Jos muutosalvius oli jo olemassa,  
asiakkaat olivat myönteisempiä terveystalennusta kohtaan. Yhteydenottojen määrä oli yksilöllinen,  
siitä keskusteltiin asiakkaan kanssa, mikä olisi kullekin sopiva rytmi. Toiset hyötyivät tiiviistä, pari  
kertaa viikossa tapahtuvasta yhteydenotosta, toisille riitti kerran kuukaudessa. Työssäkäyvälle voi  
sopia se, että yksi yhteydenotto on puhelimitse, toinen sähköisen viestinnän kautta. Omasote koet-  
tiin hyväksi yhteydenpitovälineeksi, sillä se ei sido asiakasta eikä hoitajaa tiettyyn ajankohtaan. Ly-  
hyet säännölliset yhteydenotot, joissa keskitytään terveystalennus- ja hoitosuunnitelmassa oleviin asioihin  
ovat onnistuneen terveystalennuksen perusta.

Hoitajan **osaaminen** vaikuttaa siihen, miten terveystalennus etenee. Oma osaamista arvioitiin  
jonkin verran eri tavoin. Osa oli saanut aikaisemmin koulutusta elämäntapaohjaukseen VESOTE-

hankkeen (UKK-instituutti 2020) myötä ja tämä koettiin hyväksi osaamis pohjaksi myös terveystarkastuksen ajatellen. Toisille terveystarkastus puolestaan oli luontevaa, eikä siihen koettu tarvitsevan sen kummempaa valmentajan osaamista tai erityiskoulutusta, vaan työtä tehdään omalla persoonalla. Heille myös saatu ohjaus ja tuki oli ollut riittävää.

Koettiin, että hoitosuunnitelman tavoitteet oli hyvä tarkistaa säännöllisesti, ovatko vielä ajankohtaisia. Jos tuntui, ettei valmennus etene, voitiin pitää taukoa ja antaa asiakkaalle muutama kuukausi aikaa pohtia asiaa. Hoitajan haasteena on löytää keinot, joilla kutakin asiakasta parhaiten saa motivoitua.

Terveystarkastuksessa ammattilaisen antama **tuki** auttaa asiakasta muutoksessa. Tuetaan ja kannustetaan asiakasta, haastetaan häntä uusiin tavoitteisiin kohti tavoiteltua lopputulosta. On tärkeää myös pitää sovitusta yhteydenottoista kiinni.

”Asiakas kertoi, että kun tietää, että joku soittaa ja kannustaa, niin se tuntuu ihan älyttömän hyvältä.”

Sähköisen terveystarkastuksen yhteydessä aloitettu terveys- ja hyvinvointivalmennus yhdessä hoitajan tuen ja elintapamuutosten kanssa oli laskenut erään asiakkaan kolesteroliarvoja merkittävästi. Duodecim STAR ®- valmennuksesta oli hyviä kokemuksia sekä kansanterveyshoitajilla että asiakkailla, sillä se motivoi asiakasta ja ylläpitää jatkuvuutta myös yhteydenottojen välissä. STAR ® hyödyttää myös kansanterveyshoitajaa, koska nettivalmennuksen avulla asiakas voi edetä myös itsenäisesti. Valmennus pitää elämäntapamuutoksen aktiivisena, koska neuvoja tulee pikkuhiljaa pidemmällä aikavälillä, paljon informaatiota kerrallaan ei jää niin hyvin mieleen.

TAULUKKO 5. Terveystarkastuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä (n=9)

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Asiakkaan hyvä motivaatio on tärkeää Muutosvalmius oikeassa vaiheessa Omaehtoisuus muutoksessa Asiakkaan oma onnistumisen kokemus ja sen hyväksyntä, vaikka muutos olisi pienikin Resurssit vain motivoituneisiin asiakkaisiin.	Motivaatio	Terveystarkastuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä
Terveystarkastus tuntuu luontevalta Asiakkaaseen otetaan yhteyttä hänelle sopivalla aikataululla Pidetään tukisoitot lyhyinä ja ohjataan asiakas takaisin aiheeseen	Viestintä	
Tavoitteet ja keinot ovat asiakkaan itse sanoittamia, ei hoitajan sanomia Löytää oikeat tavat motivoida asiakasta Riittävä koulutus etukäteen	Osaaminen	
Duodecim Star ®-terveystarkastus Säännölliset kontaktit Asiakkaan kokemus välittämisestä	Tuki	



#### 6.4 Terveysvalmennuksen epäonnistumiseen vaikuttavia tekijöitä

**Motivaation puute** on merkittävin terveystalennuksen epäonnistumiseen vaikuttava tekijä. Huonosti motivoituneen asiakkaan kanssa terveystalennus on uuvuttavaa, jopa vaivaannuttavaa, eikä tuota tuloksia. Kokemus oli, että resursseja ei kannata laittaa motivoitumattomaan asiakkaaseen. Vaikka asiakas olisikin suuren riskin asiakas, hän ei välttämättä ole kiinnostunut terveystalennuksesta eikä ole motivoitunut elintapamuutoksiin. Osa voi lähteä mukaan, mutta parin viikon kuluttua jättää vastaamatta yhteydenottoihin. Ristiriitaa kansanterveyshoitajat kokevat siitä, että esimerkiksi reilusti ylipainoinen ihminen, joka on motivoitunut, ei kuitenkaan pääse talennukseen, koska ei täytä muita kriteereitä.

Joskus halua muutokseen olisi, mutta **voimavarojen puutteen** takia se ei ole mahdollista. Tällaisia voivat olla muun muassa mielenterveysongelmat tai sosiaalisen tilanteen luomat ongelmat. Erityisesti mielenterveysongelmat koetaan haasteena talennuksessa. Motivaatiota saattaisi olla, mutta talennussoitot helposti liukuvat muihin vaivoihin, jolloin asia ei etene. Joskus asiakkaalla on myös elämässään niin paljon meneillään, että terveystalennus ei ole hänen prioriteetilastaan kärjessä, vaikka se tärkeää olisiin.

**Kommunikaatio** terveystalennusasiakkaan kanssa on tiivistä. Osa asiakkaista voi kokea tiheet yhteydenotot painostavana, jopa ahdisteluna. Toiset taas kokevat tietävänsä ja hallitsevansa jo kaiken, eivätkä halua, että heille soitellaan. Joskus asiakkaan sanoittamat tarpeet voivat olla myös sellaisia, joihin talennuksella ei voida vaikuttaa tai hän ei näe esimerkiksi omaa ylipainoaan ongelmana, vaikka painonpudotus voisi olla avain monien muiden vaivojen korjaamiseen.

Vastaajat kokivat, että joskus on vaikeaa pitää yhteydenotot lyhyinä ja hoitosuunnitelman mukaisina, kun asiakkaat alkavat kertoilla muista vaivoistaan. Osa hoitajista koki myös, että tällä hetkellä annetut kriteerit terveyshyötyasiakkaiden seulomiseen ovat liian tiukat, jolloin potentiaalisia, ehkä motivoituneitakin kandidaatteja jää terveystalennuksen ulkopuolelle.

Yhteinen kieli koettiin tärkeäksi talennuksen onnistumisen kannalta. Väärinkäsitysten mahdollisuus nousee, jos yhteistä kieltä ei ole, eikä tavoitteita saavuteta ja talennus takkuu.

**Osaaminen** terveystalennuksessa osittain haasteeksi. Osa vastaajista koki, että terveystalennus on terveydenhoitajan perustyötä, jossa kuitenkin korostuu asiakkaan motivointi, tämä on uutta ja vaatii näin ollen myös uudenlaista osaamista. Osa oli sitä mieltä, että terveystalmentajan rooli poikkeaa perinteisestä kansanterveyshoitajan työkuvasta.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että terveydenhoitajakoulutus antaa perustason valmiudet terveystalennusta ajatellen, mutta lisäkoulutusta tarvittaisiin nimenomaan valmentavaan työtöteeseen. Myös pedagogista koulutusta toivottiin. Erityisesti mikäli uusi toimintamalli jää pysyväksi, olisi tärkeää, että terveystalennusta toteuttavilla kansanterveyshoitajilla olisi riittävät työkalut toimintaan. Verkkokoulutusta ja käytännön harjoituksia terveystalennuksen osalta toivottiin, osa koki, ettei ole taitoa ja työkaluja käsitellä haastavia terveyshyötyasiakkaita. Osa epäili myös, onko osaaminen ravitsemuksen osalta riittävä tällaiseen ohjaamiseen. Jonkin verran koettiin myös persoonakysy-

mykseksi, kuinka terveystalmentaminen sujuu. Toisilta valmentava työote tulee luonnostaan, toisten täytyy nähdä enemmän vaivaa sen eteen. Joskus terveystalmentaminen voi epäonnistua siksi, ettei ammatillaisen ja asiakkaan välille synny luontevaa yhteyttä.

TAULUKKO 6. Terveystalmentamisen epäonnistumiseen vaikuttavia tekijöitä (n=9)

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Valmentaminen ei etene ilman motivaatiota Heikko motivaatio ei tuo tuloksia Huonosti motivoitunutta asiakasta on raskas valmentaa Asiakas ei näe terveysongelmiaan haitallisina Asiakas ei vastaa enää yhteydenottoihin	Motivaation puute	Terveystalmentamisen epäonnistumiseen vaikuttavia tekijöitä
Psykkiset ongelmat Sosiaaliset ongelmat Elämässä niin paljon muuta, ettei terveystalmentaminen ole ykkösenä	Voimavarojen puute	
Asiakas ei halua tukea, vaikka tarvetta olisi Hoitajalla ei ole keinoja käsitellä haastavaa asiakasta Hoitaja ei koe hallitsevansa terveystalmentamista Valmentaminen ei tunnu luontevalta Henkilökemiat eivät kohtaa Asiakas haluaa muutosta sellaiseen, johon terveystalmentuksella ei vaikuttaa Ei yhteistä kieltä	Kommunikaatio ja osaaminen	

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Uuden vastaanottojen toimintamallin myötä kansanterveyshoitajien täytyi opetella uusia työtapoja, kun terveystalvalmennus ja terveystndikaattoritietojen systemaattinen kirjaaminen otettiin käyttöön. Myös etävastaanottojen ja sähköisten palveluiden käytön lisääminen muuttivat tapaa tehdä työtä. Terveystalvalmennus vaatii niin hoitajalta kuin asiakkaaltakin sitoutumista. Sovitut tukisoitot tulisi pystyä toteuttamaan, jotta luottamus säilyy ja asiakas saa tarvitsemansa tuen. Kovassa työkuormituksessa tämä voi olla haastavaa, ja etenkin jos muutokset ovat tulleet liian nopeasti, niiden toimituutta epäillään.

Terveysthyötymallin onnistunut käyttöönotto vaatii yhdessä suunnittelua ja hyvää muutostohtajuutta. Toimiva yhteistyö ja vuorovaikutus lisäävät onnistumisen mahdollisuutta. Asiakkaan omahoitoa tukevia tekijöitä ovat hänen tietojensa ja taitojensa tukeminen, tiedon lisääminen, sitouttaminen ja aktivoiminen omaan hoitoonsa. Onnistuneesti käyttöönotettu terveysthyötymalli voi lisätä niin asiakkaiden kuin työntekijöidenkin tyytyväisyyttä. (Hippeläinen 2016, 19.) Tässä tutkimuksessa terveysthyötymalli koettiin positiiviseksi asiaksi, koska pitkäaikaissairaalla on tuolloin oma vastuuhoitaja, joka vastaa hänen hoidostaan muiden ammattilaisten tukemana. Osa kansanterveyshoitajista piti kuitenkin vanhaa, pidemmällä kaavalla tehtyä hoitosuunnitelmaa parempana ja kokivat sen antavan asiakkaasta kokonaisvaltaisemman käsityksen. Osa puolestaan koki uuden parempana ja asiakaslähtöisempänä sekä myös ammattilaisen aikaa säästävänä. Ristiriitaa koettiin oman ammatillisen vastuun ja asiakkaan määrittelemien tavoitteiden välillä, jos asiakas ei kokenut kansanterveyshoitajaa huolestuttavia asioita merkityksellisiksi. Etävastaanoton koettiin säästävän aikaa ja keventävän hoitajan työtä, mutta osa kansanterveyshoitajista koki myös, että lähivastaanotolla ihmisestä saa paremman kokonaiskuvan, kuin pelkän puhelinkeskustelun välillä. Selviä eroja eri terveystasemien hoitajien vastausten välillä oli nähtävissä, erityisesti vanhan ja uuden mallin hyvissä ja huonoissa puolissa. Tämä voi johtua siitä, että hoitosuunnitelmien teko ei ole ollut täysin samanlaista kaikilla terveystasemilla. Vastuserot voivat johtua myös siitä, kuinka pitkään oli tottunut tekemään työtään vanhan mallin mukaisesti. Uuteen toimintamalliin siirtyminen oli ehkä helpompaa niille, jotka olivat tehneet vain vähän aikaa vanhanmallisia hoitosuunnitelmia. Isomäen (2020, 28) tutkimuksessa todettiin, että hoitajien vankkaa tietoa, kokemuksia ja käytännön taitoja kannattaisi hyödyntää toimintamallien suunnittelussa ja kehittämisessä. He tarvitsevat myös koulutusta ja tukea haastavassa työssään.

Vaikka haastateltavilla oli terveystalvalmennuksesta monenlaisia kokemuksia, kaikki olivat yhtä mieltä siitä, että terveystalvalmennus on erinomainen työkalu kansanterveydenhoitajan työssä silloin, kun asiakas on motivoitunut ja valmis muutokseen. Silloin terveystalvalmennus on mielekäästä molemmille ja se tuottaa myös tuloksia. Motivaatio tulee esille myös muissa aiheeseen liittyvissä tutkimuksissa. Painonhallintatalon terveystalvalmentajien kokemuksen mukaan asiakkaiden painonpudotukseen voivat vaikuttaa myönteisesti riittävät voimavarat sekä asenteet ja teot, jotka tukevat painonhallintaa. Hyvä sisäinen motivaatio ja luottamus omaan itseensä koettiin myös positiivisiksi tekijöiksi. (Peña Zamora 2021, 35.) Vastaavasti kielteisesti painonlaskuun vaikutti muiden tekijöiden lisäksi heikko motivaatio toteuttaa elämäntapamuutoksia. (Peña Zamora 2021, 37.) Valmennussoittojen rakenne on napakka, olennaiseen keskittyvä ja onnistuessaan toimii omana työkalunaan, jolloin puhelut pysyvät lyhyinä ja valmennuksen tavoitteisiin keskittyvinä, eivätkä lähde harhailemaan muihin asioihin. (Mustonen

2021, 72.) Tämä oli haastateltavien mukaan ajoittain haastavaa, koska asiakkaat lähtevät helposti kertomaan muistakin ongelmistaan ja puhelut venyvät.

Onnistuneessa terveystalennuksessa asiakkaan ja hoitajan välillä on luottamuksellinen suhde. Terveystalennusta toteuttavan hoitajan tulee harjoitella aktiivista kuuntelua, koska se on merkittävä osa asiakkaan omaa voimaantumista ja vastuunottoa omasta terveydestään. (Mustonen 2021, 72.) Tämä yhdessä motivaation kanssa tuottaa todennäköisesti parhaat tulokset. Puoliväkinen tehtävä terveystalennus on vaivaannuttavaa ammattilaiselle ja tuottaa harvoin tulosta, asiakas helposti myös jättää tällaisissa tapauksissa muutaman viikon kuluttua vastaamatta yhteydenottoihin. Hyvin onnistuessaan terveystalennuksella saadaan aikaan lyhyen aikavälin tuloksia, kuten painonpudotusta ja tupakoinnin lopettamista ja pitkällä aikavälillä nämä muutokset näkyvät myös asiakkaan mitaustuloksissa ja kokonaisterveydessä. Terveystalennusta kannattaisi näin ollen antaa ja tarjota pääasiassa niille asiakkaille, jotka ovat motivoituneita ja muutoksen vaiheista toteuttamisen vaiheissa. Kaikkia terveyshyötyasiakkaan kriteereitä täyttäviä ei kannata ryhtyä valmentamaan, sillä se vie vain kansanterveyshoitajien työaikaa eikä tuota tuloksia.

Terveystalennus osana työnkuvaa voi toisille olla haastavampaa, koska taito hallita uudenlainen tyyli hoitaa asiakkaan terveyttä voi olla toisille hyvin luontevaa, toiselle vaikeampaa. Riittävä koulutus ennen uuden toimintamallin aloittamista ja osaamisen kehittäminen ovat tärkeitä asioita, johon kannattaa panostaa. Voisi myös miettiä, olisiko terveystalennus järkevää keskittää niille kansanterveyshoitajille, jotka sen luontevasti osaavat ja joilla on motivaatiota siihen? Mustosen (2021, 71) mukaan päteväksi terveystalennustajaksi oppiminen voi viedä jopa pari vuotta, joten kun terveystalennusta on Kainuussa tällä mallilla toteutettu pisimmilläänkin vajaan kahden vuoden ajan, monet hoitajat kokevat sen osalta vielä epävarmuutta osaamisestaan.

Terveystalennusmalli on kehitetty erityisesti silmällä pitäen niitä kansalaisia, jotka tarvitsevat paljon terveydenhuollon palveluita. Kansanterveyshoitajien potilaina on paljon iäkkäitä pitkäaikaissairaita, joiden kohdalla ennaltaehkäisevät toimenpiteet ovat jo myöhässä, mutta heidän kohdallaan pyritään mahdollisimman hyvään elämänlaatuun ja pitkäaikaissairauksien komplikaatioiden ehkäisyyn. Toisen merkittävän ryhmän muodostavat nuoremmat, keski-ikäiset ja eläkeikää lähestyvät ihmiset, joilla ei välttämättä ole vielä todettu pitkäaikaissairautta, mutta riski sairastua on koholla elintapojen ja mahdollisen sukurasitteen myötä. Erityisesti jälkimmäisen ryhmän potilaille terveystalennus olisi erinomainen keino ehkäistä pitkäaikaissairauksiin sairastumista. Pitkällä aikavälillä tämä todennäköisesti näkyisi myös taloudellisena hyötynä, kuten Mustonen (2021, 87–88) totesi terveystalennettujen pitkäaikaisseurannassa. Myös Korpela & Ruohonen (2018, 26) totesivat tutkimuksessaan, että pitkän seurantavälin aikana terveyshyötymallin mukaisella hoitosuunnitelmalla ja hoidon koordinoinnilla oli positiivisia vaikutuksia niin asiakkaiden terveyteen kuin terveydenhuollon kustannuksiinkin. Tutkimuksessaan Gordon ym. (2019, 153–166) arvioivat, että hyvin suunnitellut ja käyttöönotetut, näyttöön perustuvat elintapovalennusohjelmat voivat mahdollistaa kansansairauksien ehkäisemisen ja niistä voisi tulevaisuudessa tulla myös osa jokapäiväistä perusterveydenhoitoa.

Selvää on, että tulevaisuutta ajatellen ennaltaehkäisevä työ on tärkeää, jotta ikääntyvä väestö eläisi mahdollisimman terveenä mahdollisimman pitkään, ja näin kuluttaisi vähemmän terveydenhuollon

resursseja. Samaan aikaan hoidettavana on kuitenkin aiemmat sukupolvet, jotka ovat jo ennaltaehkäisevien toimenpiteiden ulottumattomissa, mutta edelleen elossa ja monisairaina vaativat paljon hoitoa ja huomiota. Kansanterveyshoitajien työpanoksesta iso osa menee juuri näiden ihmisten hoitamiseen ja on haastavaa löytää aikaa ja motivaatiota terveystalvammennukseen, etenkin jos se ei tunnu itsestä luonteelta. Isomäki (2020, 28) selvitti terveyshyötymallin mukaisena asiakasvastavastaava/vastuuhoitajana toimivien sairaan- ja terveydenhoitajien kokemuksia Helsingin terveysasemilla. Kokemukset olivat pääosin positiivisia ja hoitajat kokivat ammattitaitonsa olevan riittävää. Kuitenkin resurssien ja ajan puute nousivat haasteiksi, samoin vastuutehtävät muilla osa-alueilla. Tämä tuli esille myös tässä tutkimuksessa.

## 7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Käytetyt lähteet merkittiin asianmukaisesti ja tutkimus sekä tulosten raportointi toteutettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkimuseetiikkaan kuuluu myös ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisellä on oikeus päättää tutkimukseen osallistumisestaan ilman painostusta ja tutkijan tulee huolehtia, että tutkimustiedotteesta käy ilmi oleelliset asiat osallistumisesta. (Hirsjärvi ym. 2014, 23–25, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021.) Tutkimustiedote (Liite 4.) ja teemahaastattelukysymykset (Liite 3.) lähetettiin etukäteen neljän terveysaseman kansanterveyshoitajille, jolloin heillä oli mahdollisuus tutustua niihin ja päättää osallistumisestaan.

Ennen tutkimuksen aloittamista on hyvän käytänteen mukaista pyytää tutkimuslupa organisaatiolta, jonka toimintaa tai edustajia tutkitaan (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2019, 21). Tässä tutkimuksessa tutkimuslupa haettiin Kainuun sotelta organisaation käytännön mukaisesti hakemuslomakkeella. Koska tutkimus oli osa opintoja, eikä työhön kuuluva tutkimus, täytyi tutkimuslupa hakea, vaikka tutkija työskenteleekin itse organisaatiossa. Potilas- ja asiakasrekisteritietoja ei tutkimuksessa tarvittu, joten siihen lupaa ei tarvinnut hakea. (Kainuun sote 2020a.) Tutkimuslupa hyväksyttiin 20.05. 2021. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt toteutetaan suurimmalta osin työelämälähtöisinä, joten toimeksiantajan, oppilaitoksen ja opiskelijan tulee laatia yhteistyösopimus ennen tutkimuksen aloittamista (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2019, 21). Tämä sopimus laadittiin tutkimusluvan haun yhteydessä toimeksiantajan edustajan, opinnäytetyön ohjaajan ja tutkijan kesken.

Haastattelut nauhoitettiin henkilökohtaisella kännykällä ja ne toteutettiin rauhallisessa huoneessa, jonka ovi oli lukittu, tai puhelinhaastattelulla, jolloin haastattelija oli yksin huoneessa. Litteroidut tekstit kirjoitettiin salasanalla suojatulla henkilökohtaisella tietokoneella. Aineistoon pääsi käsiksi ainoastaan tutkija. Sekä nauhoitteet että litteroidut tekstit hävitettiin sen jälkeen, kun aineisto oli analysoitu.

Kun haastatellaan ihmistä, tutkittava voi antaa sellaisia vastauksia, joiden hän olettaa olevan suotavia. Haastattelijan tulee osata tulkita saamiaan vastauksia mahdollisten odotusten valossa. (Hirsjärvi ym. 2014, 207). Ryhmähaastattelut tulee pystyä toteuttamaan niin, että haastateltavat saavat vapaasti kertoa kokemuksiaan ja näkemyksiään. Ennen haastattelua painotettiin, että tuloksista ei

pysty tunnistamaan yksittäisiä vastaajia, eikä haastattelujen sisältöä pääse lukemaan tai kuuntelemaan kukaan muu, joten puheitaan ei tarvinnut varoa. Ryhmähaastatteluissa tuli esille, että toiset ovat luonnostaan puheliaampia kuin toiset, jolloin he olivat äänessä eniten. Haastattelutilanteessa pyrittiin kuitenkin saamaan jokaisen haastateltavan ääni ja kokemukset esille.

Aineistoa käsitellessä tärkeää oli pysyä täysin objektiivisena, koska tutkimusaihe oli tuttu ja mahdollinen oma näkemys olisi voinut näkyä tulosten kirjaamisessa. Erityisesti tulosten ja johtopäätösten kirjoittamisessa tuli olla tarkkana, jotta omat mielipiteet ja kokemukset aiheista eivät tule mukaan tuloksiin. Tämän vuoksi tulokset käytiin äärimmäisen tarkasti läpi useaan kertaan, jotta ne varmasti nousivat vain ja ainoastaan aineistosta.

Plagiointi, eli toisen tekemän tuotoksen esittäminen omanaan tai ilman asianmukaista lähdettä on hyvän tieteellisen käytännön vastaista ja myös kiellettyä tekijänoikeuslaissa. Plagiointi on yleisin vilppi tutkimuksen teossa, ja tämän vuoksi myös opinnäytetyöt tarkastetaan sen varalta ennen arviointia. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2019, 23.) Tutkimusraportti tarkistettiin Turnit-plagiointitunnistusjärjestelmässä ennen sen toimittamista arviointiin.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on käytetty toistettavuutta, jolloin tutkimus antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia, ja pätevyyttä, jolloin tutkimus tutkii sitä mitä oli tarkoituskin tutkia. Nämä eivät välttämättä kuitenkaan aina sovi laadullisen tutkimuksen arviointiin. Tarkka ja huolellinen raportointi lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Myös tulosten käsittelyssä tutkijan tulee pystyä perustelemaan tulkintansa ja johtopäätöksensä. (Hirsjärvi ym. 2014, 231–233.) Raportoinnissa pyrittiin mahdollisimman tarkkaan kuvaukseen ja johtopäätökset syntyivät tulosten pohjalta.

Sekä terveyshyötymallista että terveysvalmennuksesta on tehty lukuisia tutkimuksia niin kotimaassa kuin kansanvälisestikin. Osa tutkimuksista oli verkossa maksumuurin takana ja muutamat läheisesti aiheeseen liittyvät tutkimukset olivat ammattikorkeakoulutasoisia, jolloin niitä ei voitu hyödyntää. Näin ollen luotettavuutta ei voida arvioida toistettavuudella, mutta tutkimuksessa saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin, joten pätevyyttä voidaan pitää yhtenä arviointikriteerinä.

Teemahaastattelun aihealueita ja kysymyksiä luodessa hyödynnettiin omaa kokemusta ja tietoa aiheesta, tukeutuen tutkittuun teoriatietoon. Teemahaastattelun runko esiteltiin ennen haastatteluja kohderyhmään sillä hetkellä kuulumattomalle henkilölle, mutta aikataulusyistä varsinainen testaushaastattelu jäi tekemättä. Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu osoittautui erittäin toimivaksi, haastateltavat tukivat toisiaan keskustelussa ja jakoivat kokemuksiaan.

Ryhmähaastattelu on usein hyvä valinta, kun joukossa on arempia puhujia. On todettu, että ryhmässä ihmiset ovat usein vapautuneempia kuin yksilöhaastatteluissa, tosin päinvastaisiakin kokemuksia on. (Hirsjärvi ym. 2014, 210–211.) Ryhmäkeskustelut tuottivat paljon aineistoa, koska haastateltavat kommentoivat toistensa sanomisia ja keskustelua virisi, välillä myös hieman aiheen ulkopuolelta. Yksilöhaastatteluissa luonnostaan puhelias tuotti paljon aineistoa, pidättyväisempi vähemmän. Yhtä ihmistä haastateltaessa keskustelu pysyi hyvin aiheessa, mutta haastattelija joutui myös viemään keskustelua vahvemmin eteenpäin kuin ryhmässä, jossa puhetta tuli runsaammin. Ryhmä-

keskustelun etuna olivat kokemusten vertailut ja tämän kautta kokemusten laajuus. Yksilöhaastattelussa esiin nousee vain yhden ihmisen kokemus. Toisaalta yksilöhaastattelussa voi sanoa poikkeavan mielipiteen ilman pelkoa ryhmän reaktiosta. Nyt haastatellut ryhmät koostuivat toisilleen tutuista, yhdessä työskennelleistä ihmisistä, joten todennäköisesti tällaista painetta ei ollut.

Potentiaalinen haastateltavien määrä olisi voinut olla merkittävästi suurempikin, koska tutkimustiedote ja haastattelupyyntö lähetettiin neljälle eri terveysasemalle. Vastauksia saatiin Suomussalmen terveysasemaa lukuun ottamatta. Positiivista oli, että mukaan saatiin kansanterveyshoitajia useammalta eri terveysasemalta, joilla uuden toimintamallin käyttöönotto on edennyt eri aikaan. Mikäli aineistoa varten olisi saatu vielä enemmän haastateltavia, jotain uusiakin asioita olisi voinut nousta esiin. Mielenkiintoista olisi ollut saada haastateltavia kaikilta terveysasemilta, mutta aineistoa kertyi runsaasti tälläkin osallistujamäärällä, joten suurempi haastateltavien joukko olisi ehkä paisuttanut myös aineiston turhan laajaksi. Covid19-pandemian aiheuttama kiire ja kesälomakausi saattoivat olla vaikuttavina tekijöinä siihen, että osallistujamäärä oli suhteellisen pieni.

## 7.2 Kehitysideat terveystalouden käyttöön

Kehitysideana nousi esiin toive siitä, että terveyshyötyasiakkaan kriteereitä voitaisiin hieman väljennää. Kriteerit ovat sangen tiukat ja tämän osalta kansanterveyshoitajat kokivat ristiriitaa, jos asiakkaana on esimerkiksi reilusti ylipainoinen ihminen, joka on motivoitunut ja valmis painonpudotukseen. Jos hän ei täytä terveyshyötykriteereitä muuten kuin ylipainonsa osalta, hän ei kuulu terveyshyötyasiakkaiden ryhmään, eikä hänen kanssaan aloiteta tiivistä valmennusta, koska prioriteettina ovat nimenomaan terveyshyötyasiakkaan kriteerit täyttävät asiakkaat. Mikäli kriteerit olisivat väljemmät, voitaisiin keskittyä motivoituneisiin asiakkaisiin, eikä niihin, joilla on useita terveysriskejä, mutta ei motivaatiota niihin vaikuttaa. Tämä todennäköisesti parantaisi myös kansanterveyshoitajien kokemuksia ja motivaatiota terveystalouden toteuttamisesta.

Terveystalouksessa tarvitaan osaamista useammalta eri osa-alueelta. Lääketieteen tuntemus, hoitotiede ja hoitajan kliininen osaaminen sekä myös käyttäytymistieteen ymmärrys ja osaaminen auttavat terveystaloutta toimimista. (Mustonen 2021, 71.) Kansanterveyshoitajat kaipaavatkin enemmän koulutusta, erityisesti valmentamisesta työkaluna, sillä se on monelle vierasta, vaikka hoitotyö ja asiakkaan tukeminen ovatkin vankalla pohjalla.

## 7.3 Jatkotutkimukset

Kainuun vastaanottojen, erityisesti Kajaanin yleislääketieteen poliklinikan tilanne on muuttunut ratkaisevasti tutkimuksen aineistonhankinnan jälkeen. Kriittinen työvoimapula vaikuttaa niin lääkärin kuin kansanterveyshoitajienkin työhön. Paikan päällä työtään tekevien kansanterveyshoitajien rinnalle on perustettu virtuaalitiimi, joka tekee etätöitä ja keskittyy ensisijaisesti terveyshyötyasiakkaisiin ja terveystaloukseen. Virtuaalitiimissä työskentely poikkeaa paikan päällä työskentelystä ja olisikin mielenkiintoista tutkia heidän kokemuksiaan terveyshyötyasiakkaiden hoitamisesta etäyhteyksin terveystaloukselta työkalunaan käyttäen. Tässä vaiheessa myös terveystaloukselta on hyödynnetty pidempään, joten olisi mielenkiintoista nähdä, millaisia pidemmän aikavälin tuloksia terveystalouksella on saanut aikaan asiakkaiden terveystuloksissa.

Koska tutkimusaineisto oli suhteellisen pieni ja tulokset paikallisia, eivätkä näin yleistettävissä, olisi kiinnostavaa kuulla, millaisia kokemuksia terveyden- ja sairaanhoitajilla on vastaavasta toimintamallista muualla Suomessa. Esimerkiksi Kaarinan terveyskeskukselle kehitetty uusi toimintamalli paljon palveluita käyttävien asiakkaiden haltuun ottamiseksi vastaa monilta osin myös Kainuussa käytettävää mallia (Korpisalo 2021, 48). Asiakaskyselyn perusteella asiakkaiden kokemukset terveyskeskuspalveluiden toimivuudesta ja asiantuntijoiden oletukset aiheesta vastaavat paljolti toisiaan, ja tältä pohjalta Leppävaaran terveysasemalle suunnitellaan terveyshyötymallia hyödyntävää toimintamallia. (Piitulainen 2021, 31.) Mikäli tämä toimintamalli otetaan käyttöön, siinä olisi oiva paikka tutkia myös hoitohenkilökunnan kokemuksia.

#### 7.4 Ammatillinen kehittyminen

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon osaamistavoitteet ovat Valtioneuvoston asetuksella tasolla 7. Tällä osaamistasolla vaaditaan laaja-alaista ja erikoistunutta osaamista oman alansa menetelmistä, käsitteistä ja tiedoista. Tietoa tulee osata tarkastella kriittisesti ja soveltaa sitä myös monialaisesti, sekä myös jakaa osaamistaan muille. On kyettävä työskentelemään itsenäisesti oman alansa vaativissa asiantuntijatehtävissä, johtamaan ja kehittämään niin uusia toimintatapoja strategisella taustalla kuin myös johtamaan ihmisiä ja asioita ja arvioimaan toimintaa. Viestintätaidot ovat tärkeitä, ja tulee pystyä toimimaan erilaisten ihmisten kanssa erilaisissa työympäristöissä. Oman alansa sanasto tulisi hallita ainakin yhdellä vieraalla kielellä ja kyetä myös vaatimaan kansanväliseen viestintään ja vuorovaikutukseen omalla alallaan. (Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä 120/2017, 2 §.)

Sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kompetensseja on viisi ja ne perustuvat Valtioneuvoston asetukseen. **Oppimisen taidot**-kompetenssissa tulee osata arvioida ja kehittää asiantuntijuuttaan tavoitteellisesti ja monipuolisesti. Tiedonhankinta-, tuotanto- ja käsittelytaidoissa korostuvat kriittisyys ja laajakatseisuus. Vastuuta tulee osata ottaa myös yhteisön tavoitteellisesta oppimisesta. **Ettinen osaaminen**-kompetenssissa tulee pystyä ottamaan vastuu yhteisön toiminnasta ja seurauksista, soveltaa ammattietiikkaa asiantuntijuudessa ja työelämän kehityksessä, tehdä ratkaisuja monipuolisesti näkökulmat huomioiden, edistää tasa-arvoisuutta, kestävästä kehitystä ja yhteisvastuullisuutta ja johtaa yhteiskunnallisesti vaikuttavasti ja eettisesti. **Työyhteisöosaaminen**-kompetenssissa tulee osata kehittää työyhteisön toimintaa ja hyvinvointia, viestintää ja vuorovaikutusta monialaisesti, käyttää ja soveltaa tieto- ja viestintäteknikkaa, verkostoitua, johtaa ja uudistaa muutoksessa ja kyetä toimimaan vaativissa asiantuntijatehtävissä, johtajana tai yrittäjänä. **Innovaatio-osaaminen**-kompetenssissa tulee osata tuottaa uutta tietoa ja uudistaa, johtaa projekteja, tutkimusta ja kehittämistä, hallita tutkimus- ja kehittämismenetelmät ja kehittää toimintaa asiakaslähtöisesti, kestävästi ja taloudellisesti. **Kansainvälisyysosaaminen-kompetenssissa** tulee pystyä kansainväliseen viestintään työ- ja kehittämistehtävissään, osata toimia kansainvälisissä ympäristöissä ja ennakoida vaikutuksia ja mahdollisuuksia kansainvälisesti omaan alaansa. (Savonia - ammattikorkeakoulu 2022.)

Tiedonhakutaidot ovat kehittyneet koulutuksen aikana ja osaan hyödyntää entistä laajemmin kansainvälisiä tutkimustiedon lähteitä. Eri tietokantojen käyttö ja kansainvälisten tutkimusten hyödyntäminen tukivat opinnäytetyön teoriaosan kirjoittamista ja asian syvempää tuntemista. Etäopiskelu ja



pandemiatilanne korostivat sähköisten palveluiden käyttämistä, koska koulun kirjaston valikoima oli satojen kilometrien päässä. E-kirjojen valikoima on kuitenkin nykyään melko hyvä, joten tämä ei tuottanut merkittäviä hankaluuksia. Toki osa teoksista on saatavana vain hyllyssä olevina kirjoina. Tutkimuksia etsiessä oli toisinaan turhauttavaa, kun kiinnostava tutkimus oli maksumuurin takana, eikä pelkkää tiivistelmää voinut hyödyntää tutkimuksessa. Oman ammatillisen osaamisen kehittäminen oli yksi pääsyitä koulutuksen hakeutumiseen ja tässä koen kyllä onnistuneeni. Eettisen osaamisen taidot ovat kehittyneet tutkimuspuolella ja myös työelämässä, jossa arvioin toiminnan eettisyyttä kriittisemmin kuin ennen. Ehkä merkittävin oppiminen ja edistyminen on tapahtunut työyhteisöosaamisessa. Olen ollut aiemmin hiljainen myötäilijä, joka ei sano vastaan oikein mihinkään. Nyt minulla on enemmän asiantuntijuutta ja luottamusta omaan osaamiseeni ja uskallan kyseenalaistaa asioita. Myös kiinnostus ja valmiudet johtamiseen ovat kasvaneet. Olen saanut valtavasti uutta tietoa, jota voisi hyödyntää työyhteisön ja toimintatapojen kehittämisessä. Kansainvälisyysosaaminen lisääntyi lähinnä tiedonhaussa, kun oppi hyödyntämään uusia tietokantoja ja kansainvälisiä tutkimuksia. Oman alan sanavarasto laajeni ja tutkimukseen, kehittämiseen ja johtamiseen liittyviä termejä oppi tutkimuksia ja opintomateriaaleja lukemalla.

Kliinisen asiantuntijan, omahoidon tukemisen ja kansansairauksien hoitotyön tutkinto-ohjelmakohtaisia kompetensseja on lisäksi kolme. **Kansansairauksien ehkäisyn ja hoidon osaaminen**-kompetenssissa tulee osata tunnistaa kansansairauksien hoidon tulevaisuutta ja haasteita, edistää terveyttä ja ehkäistä kansansairauksia, arvioida hoidon tarvetta, suunnitella hoitoa ja ohjata asiakasta, vastata itsenäisesti kansansairauksien hoitotyöstä, ymmärtää terveyshyötymallin merkitys kansansairauksien hoidossa ja jakaa osaamistaan kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidon kehittämisessä.

**Teknologian ja digitaalisten palveluiden käytön osaaminen**-kompetenssissa tulee osata hyödyntää teknologiaa ja digitaalisia palveluita niin asiakkaan hoidossa kuin omahoidon ohjauksessakin, kehittää asiakasohjausta digitaalisissa palveluissa ja hyödyntää tietovarantojen mahdollisuuksia vaikuttavuuden ja johtamisen tukena sekä toiminnan kehittämisessä. **Asiakkaan omahoidon tukemisen osaaminen**-kompetenssissa tulee osata toteuttaa ja kehittää asiakaslähtöistä omahoidon ohjausta, kehittää palveluvalikoiman, yhteisöjen ja kolmannen sektorin hyödyntämisestä omahoidon tukemisessa ja soveltaa ja kehittää jaetun päätöksenteon menetelmää ja voimavaralähtöisyyttä asiakasohjauksessa. (Savonia -ammattikorkeakoulu 2022.)

Tutkinto-ohjelmakohtaisissa kompetensseissa koen olevani asiantuntijatasolla jo työkokemuksen, mutta myös koulutuksessa saatujen oppien myötä. Vastaan hyvin pitkälti itsenäisesti pitkäaikaisairaiden potilaiden hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta, teen päivittäistä terveydenedistämistyötä ja jaan osaamistani työyhteisössä. Pyrin tekemään päätökseni aina tutkittuun tietoon perustuen ja ajan salliessa perehdyn syvemmin aiheisiin, joita en tunne niin hyvin. Digitaalisuus on osa jokapäiväistä työtä, teknologiaa hyödynnän työssäni siinä määrin, kun se on mahdollista. Tiedolla johtamisen merkityksen olen oppinut vasta ymmärtämään, haasteena on saada myös koko työyhteisö ymmärtämään, mistä siinä on kyse. Omahoidon ohjaus on päivittäistä työtä, kehittämistyötä sen suhteen yritän edistää. Työvoimapula ja siitä johtuva työn kuormittavuus vaikeuttavat kuitenkin työn ja oman ammatillisuuden kehittämistä, kun perustyö vie kaiken ajan.

Työn ohella opiskelu osoittautui yllättävän aikaa vieväksi, ja pakollisten opintojen tehtävien aikataulutettujen palautusten vuoksi opinnäytetyö oli välillä pidemmän aikaa työstämättä, ja valmistuminen venyi suunniteltua pidemmälle. Tilanne yleislääketieteen poliklinikalla ehti tänä aikana muuttua muun muassa siinä, että terveystalouden siirtyä pääasiassa virtuaaliin hoidettavaksi. Tutkimuksen tulokset antavat kuitenkin arvokasta tietoa niin terveyshyötymallista kuin terveystalouden osalta, ja niitä voidaan hyödyntää edelleen toimintamallin kehittämisessä. Terveystalouden ja terveyshyötymallin käyttöä on tutkittu, mutta enimmäkseen organisaatio- ja asiakasnäkökulmasta. Tämä tutkimus tuo esille työtä tekevien sairaan- ja terveydenhoitajien ajatukset aiheista. Terveystalouden on myös nouseva trendi terveydessä ja hyvinvoinnissa, ja tutkimuksen tulokset voivat auttaa toteuttamaan terveystalouden tehokkaasti.

Tutkimuksen taustojen selvittäminen avasi minulle myös paremmin terveystalouden toimintamallin muutoksen ajatusta ja tavoitetta. Työntekijänä uuteen toimintamalliin siirtyminen tuntui hankalalta, koska siihen ollut saanut riittävästi esitietoa ja valmistautumista. Kun sitten tutkimusta tehdessä perehdyin taustalla olevan hankkeen periaatteisiin ja tavoitteisiin, toiminnanmuutos avautui minulle eri näkökulmasta ja ymmärsin sitä paremmin.

Kliiniseen asiantuntijuuteen kuuluu kehittäminen ja ajantasaisen tutkimustiedon hyödyntäminen ja jakaminen omassa työyksikössä. Koen, että tutkimuksen tekeminen on vahvistanut ammatillista osaamistani myös kliinisen asiantuntijuuden osalta. Osaan etsiä tietoa laajemmin kuin ennen ja koska tutkimuksen aihe tulee suoraan omasta työstäni, koen kasvaneeni asiantuntijana myös kansansairauksien hoitotyössä.

## LÄHTEET

- ACT Center 2022. The Chronic care model. [https://www-delta.kpashingtonresearch.org/application/files/1616/3511/6445/Model\\_Chronic\\_Care.pdf](https://www-delta.kpashingtonresearch.org/application/files/1616/3511/6445/Model_Chronic_Care.pdf). Viitattu 19.03.2022.
- Adams, Sandra G., Smith Paula K., Allan, Patrick F., Anzueto, Antonio, Pugh, Jacqueline A. & Cornell, John E. 2006. Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *Arch Intern Med* 167 (6), 551–61. doi:10.1001/archinte.167.6.551. Viitattu 09.03.2021.
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%c3%84YTET%c3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>. Viitattu 28.05.2022.
- Benzo, Roberto, Vickers, Kristin, Novotny, Paul J., Tucker, Sharon, Hoult, Johanna, Neuenfeldt, Pamela, Connett, John, Lorig, Kate & McEvoy, Charlene 2015. Health coaching and chronic obstructive pulmonary disease rehospitalization. A randomized study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 194 (6). <https://doi.org/10.1164/rccm.201512-2503OC>. Viitattu 18.11.2020.
- Bolmsjö, Beata Borgström, Wolff, Moa, Nymberg, Veronica Milos, Sandberg, Magnus, Midlöv, Patrik, Calling, Susanna 2020. Text message-based lifestyle intervention in primary care patients with hypertension: a randomized controlled pilot trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 38 (3), 300-307. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1794392>. Viitattu 18.11.2020.
- Coleman, Katie, Austin, Brian T., Brach, Cindy & Wagner, Edward H. 2009. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health affairs* 28 (1): The crisis in chronic disease. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.75>. Viitattu 17.11.2020.
- Davy, Carol, Bleasel Jonathan, Liu Hueiming, Tchan, Maria, Ponniah, Sharon & Brown, Alex 2015. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Services Research* 194 (2015). DOI: 10.1186/s12913-015-0854-8. Viitattu 27.02.2021.
- Eriksson, Elina, Korhonen, Teija, Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden verkosto, Suomen sairaanhoidajaliitto ry. <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>. Viitattu 28.05.2022.
- Frey, Sibylle Maja 2018. Health promotion by nurses for older persons in hospitals. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0645-8>. Viitattu 28.05.2022.
- Gordon, Neil F., Salmon, Richard D., Wright, Brenda S., Faircloth, George C., Reid, Kevin S. & Gordon, Terri L. 2019. Clinical effectiveness of lifestyle health coaching. *American Journal Lifestyle Med.* 11(2): 153–166. doi: 10.1177/1559827615592351. Viitattu 19.3.2022.
- Haarala, Päivi & Mellin, Oili-Katriina 2015. Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. Teoksessa Haarala, Päivi, Honkanen Hilikka, Mellin, Oili-Katriina & Tervaskanto-Mäentausta Tiina Terveydenhoidajan osaaminen 2015. Edita Publishing Oy.
- Hippeläinen, Tiina 2016. Terveystyömallin implementointi perusterveydenhuoltoon – kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto, kliininen asian-

- tuntija. Metropolia Ammattikorkeakoulu. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/119336/Hippelainen\\_Tiina.pdf.pdf;jsessionid=36A44887D6052E2EBE5F1382DCC11C3C?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/119336/Hippelainen_Tiina.pdf.pdf;jsessionid=36A44887D6052E2EBE5F1382DCC11C3C?sequence=1). Viitattu 19.03.2022.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2014. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holopainen Arja, Puusa, Anu & Juuti Pauli 2020. Grounded theory. Aineistolähtöinen tutkimustapa. Teoksessa Puusa, Anu & Juuti, Pauli (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy. E-kirja. Viitattu 25.02.2021
- Isomäki, Heta 2020. Asiakasvastaava Helsingin terveysasemilla - hoitajien kokemuksia terveyshyötymallista. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan hallinto ja johtaminen, ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Metropolia Ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202004074651>. Viitattu 17.4.2022.
- Kainuun maakunta- kuntayhtymä 2012. Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon (RAMPE) Kainuun osahanke. Loppuraportti 4/2010–10/2012. [https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-10/Rampe%20Kainuun%20loppuraportti\\_121112\\_lopull..pdf](https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-10/Rampe%20Kainuun%20loppuraportti_121112_lopull..pdf). Viitattu 26.03.2021.
- Kainuun sote 2020a. Opinnäyte- ja tutkimustyöt. <https://sote.kainuu.fi/opinnayte-ja-tutkimustyot>. Viitattu 11.03.2021
- Kainuun sote 2020b. Tulevaisuuden sotekeskus Kainuuseen. Hankesuunnitelma. [https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2020-06/Tulevaisuuden%20sotekeskus%20Kainuuseen%20hankesuunnitelma\\_1.pdf](https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2020-06/Tulevaisuuden%20sotekeskus%20Kainuuseen%20hankesuunnitelma_1.pdf) Viitattu. 22.06. 2021.
- Kainuun sote 2020c. Tulevaisuuden sote-keskus Kainuuseen. Helposti lähelläsi (HELLÄ). <https://sote.kainuu.fi/tulevaisuuden-sote-keskus-kainuuseen-helposti-lahellasi-hella>. Viitattu 22.06.2021.
- Kainuun sote 2021. Kainuun sote – terveyttä ja hyvinvointia vauvasta vaariin. <https://sote.kainuu.fi/index.php/node/1>. Viitattu 09.03.2021.
- Kainuun terveyskeskusten avosairaanhoidon toimintakäsikirja 2020 - Sotkamo, Kuhmo, Suomensalmi, Kajaani. 2020.
- Kivelä, Kirsi 2019. Terveysvalmennuksen vaikuttavuus paljon terveyspalveluita käyttäville asiakkaille perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526224589>. Viitattu 28.05.2022.
- Kivelä, Kirsi, Elo, Satu, Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria 2014. Terveysvalmennuksen vaikutukset aikuisten pitkäaikaissairaiden hyvinvointiin: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 26 (4), 262–274. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1732072>. Viitattu 27.02.2021
- Koikkalainen, Päivi, Ahonen, Tiina, Ruoranen, Minna, Hänninen, Jouko, Kuusinen, Anneli, Tiikkainen Pirjo, Kettunen, Tarja, Honkanen, Pekka & Kumpusalo, Esko 2012. Rautaista ammattitaitoa – terveyskeskustyö kestävän kehityksen polulla. RAMPE-hankkeen alkuselvityksen tuloksia. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja. [https://www.sairaanalanoa.fi/fi-FI/Ammattilaisille/Tieto\\_ja\\_kirjastopalvelut/Julkaisusarja#Julkaisut%202012](https://www.sairaanalanoa.fi/fi-FI/Ammattilaisille/Tieto_ja_kirjastopalvelut/Julkaisusarja#Julkaisut%202012). Viitattu 26.03.2021
- Koivunen, Jaana 2012. Kainuulaisen terveyshyötymallin vakiinnuttaminen Kajaanin vastaanotolle. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Kajaanin ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201205239565>. Viitattu 26.03.2021.

Korhonen, Päivi 2020. Prevention tasot. Teoksessa Mäkelä, Marjukka, Keinänen-Kiukaaniemi Sirkka, Korhonen Päivi, Kosunen, Elise, Mäntyselkä, Pekka & Salohekkilä, Pirkko (toim.) Yleislääketieteen perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [www.oppiporrtti.fi/op/ype00036](http://www.oppiporrtti.fi/op/ype00036). Viitattu 20.02.2021.

Korpela, Jari & Ruohonen Toni 2018. Terveystyömalliin perustuvan hoitosuunnitelman vaikutus yksilön terveyteen sekä kustannuksiin Hämeenlinnassa vuosina 2012–2016. Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja No. 73/2018. Jyväskylän yliopisto. [https://www.jyu.fi/it/fi/tutkimus/julkaisut/tekes-raportteja/terveyshyotymallit\\_verkkoversio.pdf](https://www.jyu.fi/it/fi/tutkimus/julkaisut/tekes-raportteja/terveyshyotymallit_verkkoversio.pdf). Viitattu 26.03.2022.

Korpisalo, Tiia 2021. Paljon palveluita käyttävät potilaat haltuun avosairaanhoidossa: toimintamalli Kaarinan terveysasemalla. Opinnäytetyö. Kliininen asiantuntijuus, kansansairaudet ja omahoito, ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Turun ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021120523800>. Viitattu 17.4.2022.

Kustannus Oy Duodecim 2022. Duodecimin Terveystarkastus- ja valmennus- Duodecim STAR ®. <https://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/sahkoinen-terveystarkastus-ja-valmennus/>. Viitattu 26.05.2022.

Laivuori, Tove & Ilanne-Parikka, Pirjo, 2018. Digiajan diabetesvastaanotto. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 134 (22), 2273–2279. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14610>. Viitattu 16.01.2021.

Lindahl, Anna, Patja, Kristiina & Keski-Rahkonen Anna 2019. Terveysvalmennus lääkärin työkaluna. Lääkärehti 74 (23), 1498–1503. <https://docplayer.fi/215008254-Terveysvalmennus-laakarintyokaluna.html>. Viitattu 20.02.2021.

Mustonen, Erja 2021. Telephone-based health coaching for chronic disease patients: evaluation of short- and long-term effectiveness of health benefits and costs. Väitöskirja. Social Sciences and Business Studies. University of Eastern Finland. (Itä-Suomen yliopisto). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3689-9>. Viitattu 27.3.2021.

Muurinen Seija & Mäntyranta, Taina. (toim.) julkaisuaika tuntematon. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Toimiva terveyskeskus Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Helsinki. [https://stm.fi/documents/1271139/1427058/get\\_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2](https://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2). Viitattu 17.11.2020.

Peña Zamora, Liridiana 2021. Ammattilaisten kokemuksia potilaiden painonlaskun mahdollistavista ja estävistä tekijöistä terveyslaihutusvalmennuksessa. Opinnäytetyö. Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla, ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Metropolia Ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021060313937>. Viitattu 15.01.2022.

Piitulainen, Petra 2021. Paljon palveluja tarvitsevien ääni kuuluviin - asiakaslähtöisen palvelun parantuminen terveysasemalla terveyshyötymallia hyödyntäen. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan palveluiden ja liiketoiminnan johtaminen, ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Metropolia ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202104235536>. Viitattu 17.4.2022.

Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020. Laadullisen tutkimuksen olemus. Teoksessa Puusa, Anu & Juuti, Pauli (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy. E-kirja. Viitattu 25.02.2021.

Puusa, Anu 2020b. Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa Puusa, Anu & Juuti, Pauli (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy. E-kirja. Viitattu 25.02.2021.

Puusa, Anu 2020a. Analyysin tavoite. Teoksessa Puusa, Anu & Juuti, Pauli (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy. E-kirja. Viitattu 03.04.2022.

Savonia-ammattikorkeakoulu 2022. Kliininen asiantuntija, omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö (ylempi AMK) kompetenssit. <https://www.savonia.fi/opiskele-tutkinto/tutkinnot-ja-hakeminen/opetussuunnitelmat/?yks=KS&krtid=1345&tab=2>. Viitattu 12.03.2022.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehitysohjelma KASTE 2012-2015. Loppuraportti. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3699-7>. Viitattu 26.03.2021

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Terveyden edistäminen. <https://stm.fi/terveyden-edistaminen>. Viitattu 19.3.2022.

Säynäjäkangas Olli, Andersén Heidi, Lampela, Pekka & Keistinen, Timo 2011.

Terveyshyötymalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoitoon. *Lääkärilehti* 66 (8), 664–665. Viitattu 16.1.2021.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019. Yleistietoa kansantaudeista. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>. Viitattu 18.11.2020.

Tossavainen, Päivi 2020. Nuorten tyypin 2 diabetes lisääntyy – varhain ilmenevät lisäsairaudet huolestuttavat. *Diabetes ja lääkäri* 49 (3) 9–12. [https://www.diabetes.fi/files/21311/Diabetes\\_ja\\_laa-kari\\_3\\_2020.pdf](https://www.diabetes.fi/files/21311/Diabetes_ja_laa-kari_3_2020.pdf). Viitattu 17.11.2020.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. E-kirja. Viitattu 28.05.2022.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021. Hyvä tieteellinen käytäntö. <https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>. Viitattu 11.03.2021.

Tyypin 2 Diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 09.01.2021) <https://www.kaypahoito.fi/hoi50056>

UKK-instituutti 2020. VESOTE-hanke 2020. <https://ukkinstituutti.fi/tutkimukset-ja-hankkeet/tutkimusohjelma/vesote-hanke/>. Viitattu 25.9.2021.

Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä 120/2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170120>. Viitattu 12.3.2022.

## LIITE 1 HOITOSUUNNITELMA

Esimerkkitapaus mukaillen Lifecare-potilastietojärjestelmän Hoitosuunnitelma (HS)-lomakkeesta

**Käyntisyys: Tyypin 2 diabetes**

**Verenpainetauti (komplisoitumaton)**

Hoitosuunnitelman laatiminen

**Esitiedot:** 65-vuotias nainen, jäänyt eläkkeelle 2015 luokanopettajan työstä. Asuu omakotitalossa puolison kanssa. Kolme lasta, joista kaksi asuu Kajaanissa, yksi Helsingissä. Lapsenlapsia kolme. Hyvät välit lapsiin, säännöllisesti pitävät yhteyttä.

Perussairauksina tyypin 2 diabetes, tablettilääkitys aloitettu 2011, verenpainetauti, johon lääkitys aloitettu 2011. Alkavaa nivelrikkoa oikeassa polvessa, ajoittaisilla särkylääkekuureilla pärjännyt. Lähisuvussa tyypin 2 diabetesta molemmilla vanhemmilla ja kahdella sisaruksella, isä kuollut sydäninfarktiin. Rokotukset kunnossa, kausi-influenssarokotteen ottaa vuosittain

**Terveyteen liittyvät tekijät:** Ei tupakoi, alkoholia käyttää silloin tällöin, lähinnä viinilasillinen tai pari kerran kuukaudessa, kun käy ulkona syömässä. Ruokavalio melko terveellinen, kasviksia säännöllisesti, pääasiassa kanaa ja kalaa, rasvattomat maitotuotteet käytössä. Ruokarytmi on säännöllinen. Kertoo herkuttelun olevan paheensa, kahvin kanssa tulee usein otettua kahvileipää ja kaupasta usein tarttuu suklaalevy mukaan.

Liikkuu säännöllisesti, kulkee asioinnit pääasiassa pyörällä tai kävelleen, jumppa kerran viikossa ja kävelylenkit koiran kanssa päivittäin. Nukkuu pääasiassa hyvin, joskus herää aamuyöstä, eikä saa enää unta, mutta seuraavana yönä sitten nukkuu taas paremmin. Ei isompia huolia tai murheita, ei terveysvaivoja. Parisuhde kunnossa.

Näkö ja kuulo normaalit, vatsantoiminta säännöllinen, ei virtsankarkailua tai muita oireita, joukkoseulonnoissa käynyt säännöllisesti.

**Hoidon tavoitteet:**

Paastosokeri kotimittauksissa alle 7, aterian jälkeen alle 10

Verenpaine alle 135/80

Kokonaiskolesteroli alle 5

LDL-kolesteroli alle 2.5

HDL-kolesteroli yli 1.2

Painonhallinta, toivoo -5 kg vuoden loppuun mennessä

Toimintakyvyn pysyminen hyvänä

**Hoitotyön toiminnot:**

Läkelista tarkistettu ajan tasalle, lisäksi käytössä D-vitamiini 20 mikrog./vrk.

Keskusteltu painonhallinnan keinoista, pyrkii nyt vähentämään kahvileivän määrää ja välttämään kiusausta ottaa suklaata joka kauppareissulla

Umpilisäke poistettu 1997, ei muita leikkauksia tai tähyystyksiä

**Hoidon tulokset:**

Laboratoriokokeissa sokerit ja kolesterolit tavoitteessa, muutkin vastaukset viitearvojen sisällä.

Verensokerit ja verenpaineet kotimittauksissa hyvällä tasolla. Diabetes ja verenpainetauti hyvässä hoitotasapainossa.

Paino hieman noussut, toivoisi sitä saavansa alemmas

(YLEHOI-lehdellä tarkemmat tulokset kotiseurannoista ja merkittävistä labroista, samoin BMI ja paino sekä mitarit)

**Suunnitelma**

Seurantakokeet vuosittain, ottaa edeltävästi omaan hoitajaan yhteyttä. Verenpaine- ja verensokeriseurantaa kannattaa tehdä silloin tällöin, mikäli tulokset noususuuntaisia, ottaa yhteyttä.

Kansanterveyshoitaja Hanna Hoitaja p. 08-123456 (pitkäaikaissairaudet) Vastaanoton sairaanhoitaja p. 08-123456 (kiireellisimmät asiat)

## LIITE 2 ASIAKASLÄHTÖINEN TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA

Esimerkkitapaus mukaillen Lifecare-potilastietojärjestelmän hoitosuunnitelma (HS)-lomakkeesta. Edeltävästi sähköinen terveystarkastus tehty ja terveystarkastusindikaattorit kirjattuna YLEHOI-lehdelle.

**Hoidon tarve:** Paino päässyt karkaamaan ylemmäs, kahvileipää tulee otettua useamman kerran päivässä ja suklaalevy tarttuu matkaan melkein aina kauppareissulla

**Hoidon tavoitteet:** Painon saaminen alemmas, mekkoon mahtuminen ensi kesän rippijuhliin mennessä

**Suunnitelma:**

Keinot: kahvileivän vähentäminen, korvaaminen vaikka korpulla, suklaalevyn jättäminen kauppaan, yksi herkkupäivä viikossa

Tuki: hoitaja ottaa yhteyttä kerran viikossa, alustavasti sovittu keskiviikon iltapäivä

Vastuuhoitaja: Hanna Hoitaja p. 040-1234567



## LIITE 3 TEEMAHAASTATELUN RUNKO JA KYSYMYKSET

1. **Terveyshyötymalli** on pitkäaikaissairaiden hoitoon kehitetty toimintamalli, jossa oleellista on, että asiakkaan osuutta hoitonsa suunnittelussa ja toteuttamisessa vahvistetaan. Asiakkaan hoito on suunnitelmallista ja keskitettyä. Kainuussa terveyshyötymalli esiteltiin vuonna 2010, jolloin terveys- ja hoitosuunnitelmia alettiin tehdä vastaanotoilla. 2020 vastaanoton toimintamallia uudistettiin.

Miten asiakaslähtöisyys ja hoidon suunnitelmallisuus on toteutunut? Millaista pitkäaikaissairaiden hoitotyö oli ennen uuden toimintamallin käyttöönottoa?

2. **Terveysvalmennus** on terveyden edistämisen työkalu. Sen perustana on potilaan toimijuuden vahvistaminen. Tavoitteet ovat potilaslähtöisiä ja niistä muodostetaan yhdessä potilaalle parhaiten soveltuvat keinot. Ammattilaisen tulee osata antaa potilaalle vastuu omasta itsestään ja motivoida ja tukea potilasta tavoitteiden saavuttamisessa. Terveysvalmennus voidaan toteuttaa puhelimitse tai sähköisesti ja tarkoituksena on intensiivinen tuki säännöllisin yhteydenotoin.

Millaisia kokemuksia sinulla on terveysvalmennuksesta? Missä on onnistuttu, missä olisi vielä kehitettävää? Miten asiakkaat ovat suhtautuneet terveysvalmennuksen? Millaista osaamista terveysvalmennus vaatii?

## LIITE 4 TUTKIMUSTIEDOTE

### Tutkimustiedote

Opiskelen Savonia-ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kliininen asiantuntija, omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö. Opintoihin kuuluvan opinnäytetyöni teen Kainuun kansanterveyshoitajien työnkuvasta. Toiteutan aineistonkeruun ryhmähaastattelulla. Haastattelut tapahtuvat yleislääketieteen poliklinikan tiloissa tai etäyhteyksin. Haastattelut nauhoitetaan.

Aineisto on ainoastaan minun käytettävissäni, ja tulokset käsitellään niin, ettei yksittäisiä vastaajia pysty tunnistamaan. Vastaamatta jättäminen ei vaikuta työhösi millään tavalla. Ohessa haastattelun aihealueet, joita voit miettiä jo ennakkoon.

Kiitos osallistumisesta tutkimukseen.

Eevariitta Poroila, kansanterveyshoitaja, yleislääketieteen poliklinikka