



Satakunnan ammattikorkeakoulu

Satu-Merita Peltonen

TERVEYDEN EDISTÄMISEN TULOSKORTIN
KEHITTÄMISHANKE KANKAANPÄÄN KANSANTERVEYSTYÖN
KUNTAYHTYMÄN ALUEELLA

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2008

TERVEYDEN EDISTÄMISEN TULOSKORTIN KEHITTÄMISHANKE KANKAANPÄÄN KANSANTERVEYSTYÖN KUNTAYHTYMÄN ALUEELLA

Peltonen, Satu-Merita
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveyden edistämisen koulutusohjelma
Syyskuu 2008
Hirvonen, Eila
YKL: 59.6
Sivumäärä: 102

Asiasanat: terveyden edistäminen, elämänkaari, Intervention mapping, hyvät käytännöt ja arviointi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, kehittää ja arvioida terveyden edistämisen ydintiimin kehittämishankkeen toimintaa Intervention mapping-mallilla. Opinnäytetyö toteutettiin kehittämishankkeena Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän alueella vuosien 2007 - 2008 aikana.

Teoriaosuus koostuu keskeisten terveyden edistämisen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla olevista kansallisista ja kansainvälisistä asiakirjoista sekä erilaisista ohjelmista. Työssä on esitelty kehittämistoiminnan lähtökohdat Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän alueella. Lisäksi terveysuhat ja terveyden edistäminen elämänkaaren eri vaiheissa on esitelty tässä opinnäytetyössä.

Opinnäytetyön lähtökohtana oli Kankaanpään kuntayhtymän strategia ja syksyllä 2007 ilmestynyt terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Kehittämistoiminnan pohjana käytettiin myös sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 laatimaa terveyden edistämisen laatusuositusta sekä ministeriön vuonna 2007 laatimaa toiminta- ja taloussuunnitelmaa vuosille 2009-2012. Opinnäytetyö tuki käytännön toiminnan kehittämistä ja terveyden edistämistä koko kunnan yhteiseksi asiaksi.

Kehittämishankkeen toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa käytettiin kehittämismenetelmänä Intervention mapping-mallia. Tämän mallin mukaisesti terveyttä tarkastellaan yksilöiden ja heidän ympäristönsä toimintana eri tasoilla.

Kehittämishankkeen keskeinen tulos oli terveyden edistämisen tuloskortin luominen Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän alueelle. Kehitetty tuloskortti loi mallin terveyden edistämisen toiminnoille. Terveyden edistämisen tuloskortti soveltuu eri sidosryhmien kanssa toteutettavaan yhteistyöhön.

Kehittämishankkeessa arvioitiin toteutettua toimintaa ja kehitettiin arviointisuunnitelma, jonka avulla myöhemmin voidaan arvioida käytännön terveyden edistämisen toimien vaikutuksia asiakkaiden terveyteen.

THE DEVELOPMENTPROJECT OF A HEALTH PROMOTION RESULT CARD IN THE KANKAANPÄÄ PUBLIC HEALTH AREA OF CITY-COUNTRY MERGER

Peltonen, Satu-Merita
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Promotion
September 2008
Hirvonen, Eila
PLC: 59.6
Number of pages: 102

Keywords: health promotion, course of life, Intervention mapping, good practice and evaluation

The purpose of this thesis was to describe, develop and assess health promotion of main team development project with Intervention mapping. The research was conducted as a development project in the Kankaanpää public health area of city-country merger during the years 2007–2008.

In the theoretical part of the study, central health promotion levels of individuals, community and society in national and international documents and different programs. This thesis also explains the point of departure of development in the Kankaanpää public health area of the city-country merger. In addition, health threats and health promotion in different periods of life are discussed in this thesis.

This thesis was based on the strategy of the Kankaanpää public health area and on the health promotion policy published in September 2007. This thesis is also based on the Ministry of Health and Social Affairs' health promotion recommendation regarding quality (2006) and on the plan of action and economics for the years 2009–2012 (2007). This thesis backs up the development of practical action and the idea of health promotion as a common theme for the whole municipality.

The Intervention Mapping tool was used for the development, planning and implementation of the project. According to this method, the health was examined for individuals and the actions of their environments at different levels.

The central result of this development project was the creation of the health promotion result card in the Kankaanpää public health area of city-country merger. The developed result card created a model of health promotion actions. The health promotion result card is suited to co-operate with different associated groups.

This development project assesses the implementation of action and developed evaluation planning, which help later the estimation of practical application of health promotion action related to clients' health effects.

SISÄLLYS

JOHDANTO.....	6
1.1 Terveyden edistäminen.....	6
1.2 Terveyden edistämisen kehittämishanke.....	7
2 INTERVENTION MAPPING.....	9
2.1 Intervention mapping-malli kehittämismenetelmänä.....	9
3 TAUSTATIETOJEN KERÄÄMINEN.....	14
3.1 Tausta ja tarkoitus.....	14
3.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	16
3.3 Mallin ja menetelmän kokoaminen.....	17
3.3.1 Aivoriihi-menetelmä.....	17
3.3.2 Terveyden edistäminen.....	18
3.3.3 Terveyden edistäminen yksilötasolla.....	21
3.3.4 Terveyden edistäminen yhteisötasolla.....	22
3.3.5 Terveyden edistäminen yhteiskuntatasolla.....	23
3.3.6 Kansalliset terveyden edistämisen asiakirjat ja toimenpideohjelmat.....	24
3.3.7 Kankaanpään ktky:n alueen asukkaiden tilastolliset terveystiedot.....	30
3.3.8 Kyselylomakkeen laadinta ja kyselyn toteuttaminen.....	31
3.3.9 Aineiston keruu ja analysointi.....	33
3.3.10 Kyselyn tulokset henkilökunnan näkökulmasta.....	35
3.4 Kyselyn tulokset asiakkaiden näkökulmasta.....	42
4 KÄYTÄNNÖN TOIMINNAN SUUNNITTELU.....	50
4.1 Elämäнкаari.....	50
4.2 Elämäнкаarella lapset / nuoret.....	51
4.2.1 Syrjäytymisen ja pahoinvoinnin vähentäminen.....	51
4.2.2 Lihavuuden ja ylipainon ehkäisy.....	52
4.3 Elämäнкаarella työikäiset.....	52
4.3.1 Tupakka ja päihteet.....	53
4.3.2 Lihavuuden ja ylipainoisuuden ehkäisy.....	56
4.4 Elämäнкаarella ikääntyvät.....	57
4.4.1 Liikunta.....	57
4.4.2 Osallisuus.....	58

5 OHJELMAN MALLINTAMINEN.....	59
5.1 Tulokortin esittely.....	59
5.2 Lasten ja nuorten terveyden edistämisen tulokortin sisältö.....	61
5.2.1 Syrjäytymisen ja pahoinvoinnin vähentäminen.....	61
5.2.2 Lihavuuden ja ylipainoisuuden ehkäisy.....	64
5.3 Työikäisten terveyden edistämisen tulokortin sisältö.....	66
5.4 Ikääntyvien terveyden edistämisen tulokortin sisältö.....	69
6 OHJELMAN ARVIONTI.....	72
6.1 Arviointi terveyden edistämisessä.....	72
6.2 Kehittämishankkeen arviointi.....	74
6.3 Intervention mapping-mallin soveltuvuus kehittämistehtävään.....	79
6.4 Kehittämistoiminnan merkitys.....	80
7 OHJELMAN VAIKUTUSTEN ARVIONTISUUNNITELMA.....	82
7.1 Kehittämistoiminnan vaikutusten arviointi.....	82
7.2 Tulokortin vaikutusten mittaamisen avuksi suositus erilaisista mittareista	83
8 YHTEENVETO.....	89
8.1 Terveyden edistämisen merkitys tulevaisuudessa.....	89
8.2 Kehittämistyö.....	92
LÄHTEET.....	95

LIITTEET

1 JOHDANTO

1.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ja sen tavoitteena on ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaaminen sekä sairauksien ehkäisy. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8.) Terveyden edistäminen on kooste toiminnoista, joilla parannetaan sekä kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä että edistetään kansalaisten terveyttä. Siten terveyden edistämiseen kuuluvat paitsi yksilöiden terveyskäyttäytymiseen liittyvät toiminnat sekä sellaiset toiminnat, joilla pyritään muuttamaan sosiaalisia, taloudellisia ja ympäristöön liittyviä olosuhteita terveyttä edistäväksi. (Green & Kreuter 1999, 2-4.) Terveyden edistämiseen vaikuttavat kaikki ne seikat ja asiat, jotka liittyvät meidän jokapäiväiseen elämäämme.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteena on väestön terveydentilan parantuminen ja terveyserojen kaventaminen. Vaikuttamalla keskeisiin kansansairauksien syihin voidaan hillitä terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä aiheutuvia merkittäviä kustannuksia. Ohjelman tavoitteena on vahvistaa ja täydentää kehittämistyötä yli perinteisten sektorirajojen. Tätä toimintaa tukee ajatus: ”Terveys kaikissa politiikoissa”. Tavoitteisiin pyritään alueellisen terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn kehittämisen avulla. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2007, 1-2.)

Kuntien strategian mukaisesti niiden perustehtävänä on alueellaan tuottaa perus- ja ympäristöterveydenhuollon palvelut laadukkaasti ja kilpailukykyisesti. Yhteistyössä kuntien peruspalvelujen, erikoissairaanhoidon ja sidosryhmien kanssa toteutetaan tätä tehtävää hoitoprosessien vaikuttavuutta korostaen. Yhdeksi painopisteeksi on asetettu terveyden edistäminen. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006:19, 3, 11-14.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden perusteella Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymässä on kehitetty Visio 2015. Kankaanpään ktky:n vanhassa toiminnassa terveyden edistäminen katsottiin olevan oma osa, eikä sitä linkitetty kuuluvaksi muihin perusterveydenhuollon aloihin. Visio 2015-toimintasuunnitelman mukaan alueelle halutaan luoda toimintamalli, jossa painopisteinä ovat: paras hoito – parempi terveys – hyvä elämä. Työelämää halutaan kehittää johtavaksi hyvinvointipalveluiden järjestäjäksi Satakunnan alueella. (Kankaanpään ktky 2007, 3). Tämän vuoksi kuntayhtymässä halutaan kehittää terveyden edistämisen toimintamallin kehittämistyötä. Strategiaan liittyen Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymä esitti maaliskuussa 2007 Satakunnan ammattikorkeakoulun ylemmän AMK:n opinnäytetyön aiheeksi: Terveyden edistäminen. Kuntayhtymä halusi kehittää terveyden edistämisen toimintamallin luomista ja kuvata työprosessi.

Kankaanpään kuntayhtymän strategian mukaisesti hoitotyön ydinprosesseista haluttiin mallintaa vuoteen 2009 mennessä viiden potilasryhmän ydinprosessit vastuunalaisten työryhmien toimesta. Tämä mallintaminen toteutettiin seuraavissa ryhmissä: diabetes, geriatria, kouluterveydenhuolto, syöpäsairaat sekä terveyden edistäminen. (Kankaanpään ktky:n tulokortti 2006, 1.) Kuntayhtymän tavoitteena on tuottaa alueen perus- ja ympäristöterveydenhuollon palvelut kilpailukykyisesti ja laadukkaasti.

1.2 Terveyden edistämisen kehittämishanke

Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymä haluaa kehittää oman alueensa terveyden edistämisen toimintoja vastaamaan terveyden edistämisen politiikkaohjelmaa. Osana tätä toiminnan kehittämistä toimii tämä terveyden edistämisen kehittämishanke, jota varten valittiin Kankaanpään kuntayhtymän työntekijöiden parista terveyden edistämisen ydintiimi. Terveyden edistämisen ydintiimiin kuului viisi terveydenhuollon ammattilaista. Lisäksi valittiin tiimiä täydentämään opinnäytetyöntekijä. (Taulukko 1).

Taulukko 1. Terveyden edistämisen ydintiimin jäsenet

Nimi	Ammatti, paikkakunta
Alanen Raili	siivoustyön vastaava, koko ky:n alue
Koivunen Paula	th, Karvia
Siekinen Riitta	vastaava fysioterapeutti, Kankaanpää
Uusitalo Johanna	th, Honkajoki
Yli-Rämi Kirsti	vastaava th, Jämijärvi
Peltonen Satu-Merita	opinnäytetyöntekijä, sh (AMK)

Ydintiimin tarkoituksena oli suunnitella ja kehittää terveyden edistämisen toimintaa kuntayhtymän alueella sidosryhmät huomioiden. Kehittämistoiminnan suunnittelussa tuli hyödyntää hyviä käytäntöjä, jotta niitä voidaan käyttää, kun toimintaa laajennetaan koko kuntayhtymän alueella elämänskaaren (lapset/nuoret, työikäiset ja ikääntyvät) mukaisesti.

Terveyden edistämisen tiimi käytti eri vaiheiden päätöksenteon tukena Intervention mapping-mallia, jolla tarkoitetaan toimenpiteitä, tehtäviä tai ohjelmia, joilla pyritään aikaansaamaan muutoksia käyttäytymisessä ja ympäristössä. Malli perustuu kolmeen suunnittelun tasoon: tarpeiden arviointiin, ohjelman kehittämiseen ja ohjelman arviointiin. Intervention mapping-malli koostuu viidestä askeleesta, joita seuraamalla terveyden edistämistä työstiittiin. (Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlieb 2006, 15-22.).

Intervention mapping-mallin avulla kuvataan ja mallinetaan opinnäytetyön tavoitteena olevia kehittämishankkeen aikana tehtyjä toimintoja. Lisäksi kuvataan terveyden edistämisen ydintiimin, kuntayhtymän työntekijöiden ja asiakkaiden käsityksiä terveyden edistämisestä. Tehdyn kyselyn avulla arvioitiin saatuja tuloksia ja valittiin painopisteet, joita kehitettiin elämänskaarimallin mukaisesti. Ydintiimi kehitti terveyden edistämisen tuloskorttia tehdyn kyselyn tulosten perusteella sisällönanalyyssissä esiinnousseiden pääteemojen avulla. Näiden pääteemojen toimenpidelinjauksien kehittämisen apuna käytettiin hyviä käytäntöjä. Toiminnan toteutumista arvioitiin koko kehittämisprosessin aikana.

2 INTERVENTION MAPPING

2.1 Intervention mapping-malli kehittämismenetelmänä

Tämän työn kehittämismenetelmänä opinnäytetyöntekijä käytti Intervention mapping-mallia, joka perustuu sosiaaliseen ja ympäristölliseen näkökulmaan. Intervention mapping-mallin ovat kehittäneet Bartholomew, Parcel, Kok ja Gottlieb. Mallilla tarkoitetaan toimenpiteitä tai tehtäviä, joilla pyritään aikaansaamaan muutoksia käyttäytymisessä ja ympäristössä. Tässä työssä Intervention mapping-mallia käytetään suunnittelumallina, jonka avulla tarkastellaan terveyttä yksilöiden ja heidän ympäristönsä toimintana (perhe, sosiaaliset verkostot, organisaatiot, yhteisöt ja yhteiskunta) eri tasoilla. Intervention suunnittelu tarjoaa terveyden edistämisen mallin, jota on mahdollista hyödyntää suunnittelun eri vaiheiden päätöksenteossa. Malli perustuu kolmeen suunnittelun tasoon: tarpeiden arviointi, ohjelmien kehittämiseen ja ohjelmien arviointiin. Malli koostuu viidestä askeleesta, joihin jokaiseen sisältyy useita yksityiskohtaisia tehtäviä. (Kuvio 1). (Bartholomew ym. 2006, 16.)

Intervention mapping-malli ohjaa ja neuvoo terveyden edistäjiä ohjelman kehittämishankkeen aikana. Sen avulla voidaan poistaa virhetulkinnat toimintojen tulkinnassa. Ohjelma antaa käyttöön yhteisen, luovan rungon ja ohjelman, joka helpottaa taustaltaan erilaisten toimijoiden, tutkijoiden, terveyden edistäjien, kohderyhmän, kunnan, välikäsien ja tehtävänantajan yhteistyötä. Intervention mapping ohjaa tieteellisen näytön ja teoriaosuuden avulla päätöksentekoa. Tämä kehittämismenetelmä painottaa kohderyhmän omaa osallistumista kehittämishankkeen aikana. Lisäksi Intervention mapping-malli osoittaa, että terveys muodostuu yksilön ja ympäristön toiminnoista. (Aaro, Flisher, Kaaya, Onya, Fuglesang, Klepp & Schaalma 2006, 152.)

Intervention mapping luo polun havaituista tarpeista tai yksilöllisen ongelman ratkaisusta. Vaikka Intervention mapping kuvataan sarjana askeleita, se nähdään suunnittelumallina mieluummin toistuvana kuin viivasuorana. Ohjelman suunnittelijat

liikkuvat edestakaisin tehtävien ja askeleitten välillä. Tämä prosessi on samalla kumulatiivinen: jokainen askelma perustuu edelliseen askelmaan. Jokaisen edeltävän askeleen asioiden huomioimisen puute voi johtaa virheisiin ja puutteellisiin päätöksiin. (Aaro ym. 2006, 152.)

Intervention mapping-mallin ensimmäisessä vaiheessa kerätään tarvittavat taustatiedot. (Bartholomew ym. 2006, 16.) Kerätyt tiedot analysoidaan ja tehdään tilanneanalyysi. Perustehtävänä on näiden jokaisen tietoryhmän rajaaminen ja poiminta. Työskentelyssä tarvittavat tiedot otetaan mukaan ja niille mietitään kohdetoimintoja. (Aaro ym. 2006, 152.) Tässä opinnäytetyössä ensimmäinen vaihe koostuu Kankaanpään kuntayhtymän kohteen ja toimintaympäristön taustatietojen kartoituksesta sekä opinnäytetyön tavoitteiden laatimisesta.

Mallin toisessa vaiheessa termit yksilöidään teoriaperusteisesti perustuen interventioon. (Bartholomew ym. 2006, 16.) Tällöin päätetään käytännön toimista, joilla voidaan toteuttaa nämä tarvittavat toimet. Soveltuvuus ja tehokkuus erilaisissa käytännön toimenpiteissä tarvitsee tarvearvioinnin tekemistä, yhteyttä muihin terveyden edistäjiin ja ohjelman toteuttajiin sekä käyttäjiin. Erittäin tärkeä tehtävä on yksilöidä olosuhteet, jotka saattavat rajoittaa tehokkuutta intervention menetelmissä ja strategiassa. Välttämättä valittu toimintatapa ei sovellu toisenlaiseen kohderyhmään ja siten tämä ei välttämättä ole yleistettävissä. (Aaro ym. 2006, 152-153.) Tämän opinnäytetyön toisessa vaiheessa kerättiin laajempaa tietoa kehittämishankkeen aiheesta ja valittiin toimintamalli sekä koottiin käytettävät menetelmät. Toiminnan suunnittelussa ydintiimi käytti apuna Precede-Proceed-mallia (Liite 4) ja tiedonhankintana käytettiin kuntayhtymän henkilökunnan ja asiakkaille ydintiimin tekemän kyselyn tuloksia.

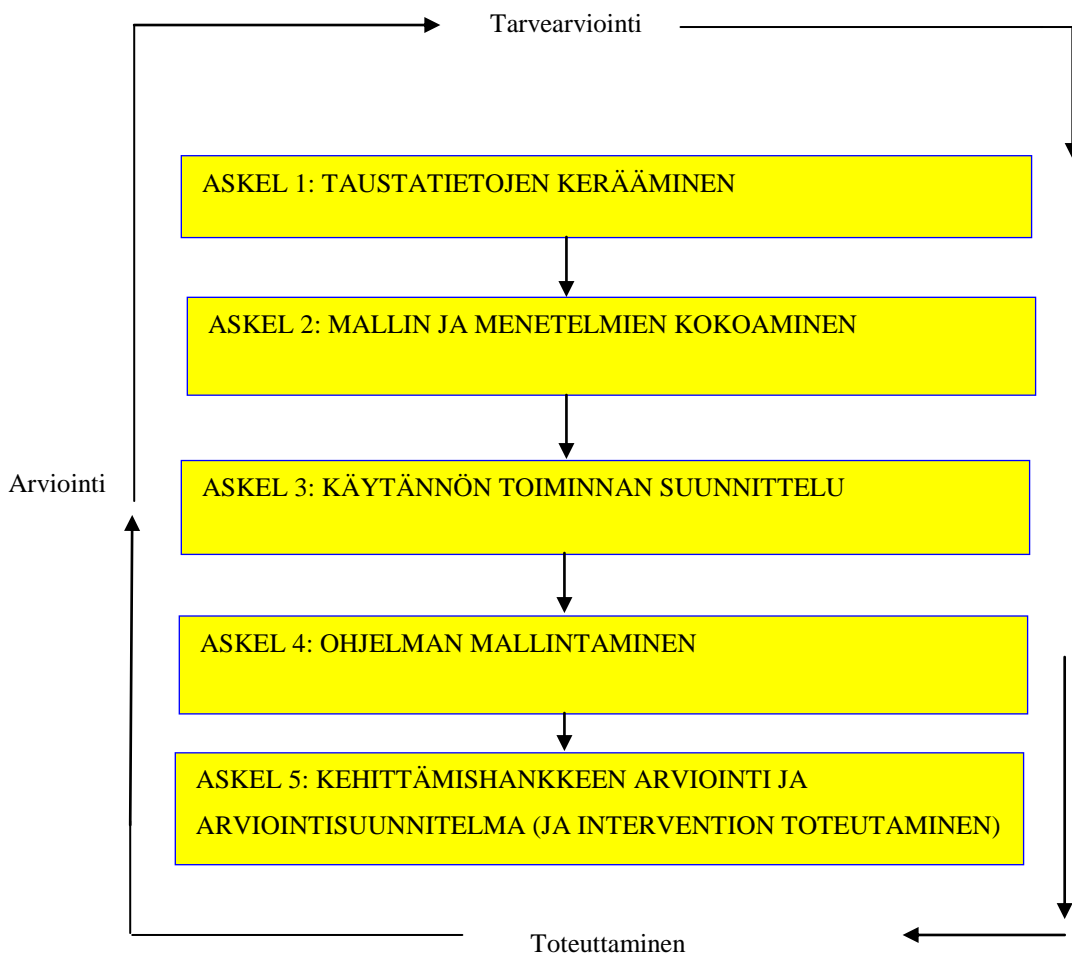
Intervention kolmannessa vaiheessa tiimi työskentelee suunnitelman strategian mukaisesti. He tuottavat jonkin osatekijän ja materiaalia. He päättävät ohjelman rakenteen, teemat ja sen ulottuvuuden. (Bartholomew ym. 2006, 16.) Tämän vaiheen tärkein päätehtävä on syventää ohjelmaa niille sopivaksi, jotka tulevat työskentelemään sen kanssa. Näin varmistutaan, että lopullinen ohjelma tuotetaan riittävän teoriapohjan avulla ja käytäntöön sopivaksi. (Aaro ym. 2006, 153.) Tämän

opinnäytetyön neljännessä vaiheessa suunnitellaan tehdyn kyselyn tulosten pohjalta käytännön toteutus elämänkaari-mallin mukaan.

Neljännessä vaiheessa hyvin suunniteltu, laaja prosessi takaa ohjelman onnistumisen. (Bartholomew ym. 2006, 16.) Prosessin tavoite toteutetaan. (Aaro ym. 2006, 153.) Tässä opinnäytetyön neljännessä vaiheessa luodaan kehittämishankkeen tavoitteeksi asetettu terveyden edistämisen tuloskortti.

Intervention mapping-mallin viidennessä vaiheessa hankkeen toteuttamista arvioidaan kattavasti eri näkökulmista. (Bartholomew ym. 2006, 16.) Lisäksi arviointisuunnitelman avulla kehitettyä terveyden edistämisen toimintaa voidaan myöhemmin arvioida kehittämistoiminnan vaikutusten selvittämiseksi. (Aaro ym. 2006, 153.) Tässä opinnäytetyössä viidennessä vaiheessa arvioidaan toteutettua kehittämishanketta, Intervention mapping-mallin soveltuvuutta ja kehittämistoiminnan merkitystä terveyden edistämisen näkökulmasta. Lisäksi terveyden edistämisen tuloskortin toteuttajille liitetään ohjeellinen arviointisuunnitelma, jonka avulla jatkossa terveyden edistämisen vaikutuksia tulisi huomioida.

INTERVENTION MAPPING-MALLIN ASKELVAIHEET:



Kuvio 1. Intervention mapping-mallin askelvaiheet (Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlieb 2006, 16.)

Tässä kehittämishankkeessa käytettiin Intervention mapping-mallia, jota on käytetty Suomessa terveysalalla vielä niukasti. Linda-yliopistokirjastojen yhteisluettelosta löytyi vain yksi suomenkielinen tutkimus ja englanninkielisiä tutkimuksia seitsemän muuta. (<https://linda-linnea.net-fi.lillukka.samk.fi/> 25.8.2008). Englanninkielisen EBSCO-haun perusteella löytyi useita ulkomaisia tutkimustietoja. (<http://web.ebscohost.com/> 25.8.2008).

Tampereen yliopistossa on vuonna 2006 tehnyt Pirjo Parviainen Pro gradu-tutkimuksen aiheesta Nuorten tupakoinnin vähentäminen toimenpideohjelman rakentaminen Intervention mapping-menetelmällä. Tämän työn tarkoituksena oli kuvata Salon seudun terveyskeskuksen kouluterveystyöryhmän suunnitteleman

Nuorten tupakoinnin vähentäminen- toimenpideohjelman rakentamista Intervention mapping-mallin avulla ja arvioida mallin soveltuvuutta käytäntöön. Suunnittelutyön tuloksena rakentui toimenpideohjelma, jonka keskeisenä areenana on koulu ja se toteutettiin yhteistyössä kaikkien nuorten arkielämässä vaikuttavien tahojen kanssa. Intervention mapping-malli tuotti vaiheittain etenevän suunnitteluprosessin, jolle luotiin toimiva, kontekstiin sopiva, tutkittuun tietoon perustuva ja vaikuttava terveyden edistämisen ohjelma. (Parviainen 2006, 1.)

Ulkomaisista tutkijoista Van Empelen, Kok, Schaalma ja Bartholomew käyttivät Intervention mapping-mallia toteuttaessaan hollantilaisille huumeidenkäyttäjille suunnattua AIDS-riskin vähentämishjelmaa. Tutkimuksessaan he totesivat, että teoriaan ja tutkittuun tietoon perustuva ohjelman kehittäminen oli monitahoinen ja aikaa vievä prosessi, mutta menetelmä oli kuitenkin käytännöllinen väline ohjelman kehittämiseen. Malli ei tuottanut uutta strategiaa, mutta varmisti sen, että ohjelman sisällössä oli vaikutteita teorioista, joiden vaikuttavuudesta on näyttöä. Ohjelmaan tuotettu materiaali ja toiminta nivoutuivat teoriaan ja niille oli selkeät tavoitteet. Ohjelman toiminnoilla katettiin kaikki tärkeät tavoitteet. Ohjelma oli kohdeväestölle sopiva ja ohjelman leviämiseen vaikuttavat seikat olivat ennakoitavissa koko prosessin ajan. (Van Empelen, Kok, Schaalma & Bartholomew 2003, 402-412.)

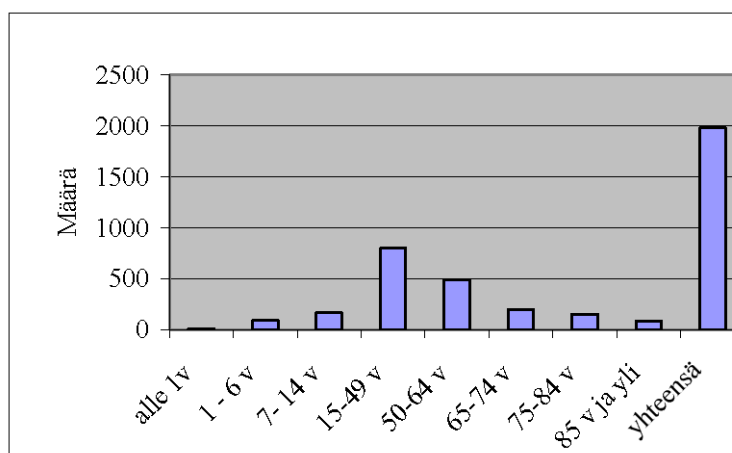
Suomessa tehty terveyden tutkimus osoittaa, että nykyisten kansantautimme juuret liittyvät juuri väestön elintapoihin, elinympäristöön ja elinolosuhteisiin. Terveysomme on sen summa, mitä tapahtuu kotona, työssä, koulussa, kasvatuksessa, ja liikkumisessa. Tutkimuksen mukaan sairauksien vuoksi menetetään vuosittain 500 000 työvuotta. Terveiden edistäminen on avain kansanterveyden kohenemiseen ja palvelujärjestelmän kustannusten hallintaan. Lisäksi huomioitavaa on se, että kansalaiset pitävät terveyttä elämän arvoista suurimpana. (Puska 2008, 1.)

3 TAUSTATIETOJEN KERÄÄMINEN

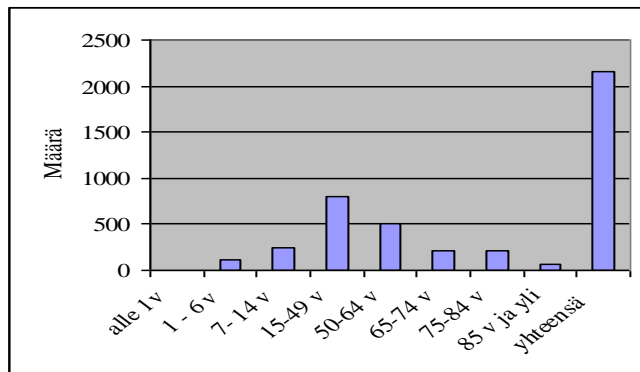
3.1 Tausta ja tarkoitus

Intervention mapping-mallissa kartoitetaan ensimmäisenä kohde ja sen toimintaympäristö. Näin saadaan tieto nykytilanteesta. Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymään (myöhemmin tästä käytetään lyhennystä Kankaanpään kttky) kuuluvat Jämijärvi, Honkajoki, Kankaanpää ja Karvia. Kuntayhtymän alueella henkilökuntaa on noin 240. Kuntayhtymällä on toimipisteet kaikissa neljässä jäsenkunnassa. Lisäksi Satakunnan sairaanhoitopiiri tarjoaa kuntayhtymän tarvitsemat erikoissairaanhoidon palvelut. (Kankaanpään kttky 2006, 1.)

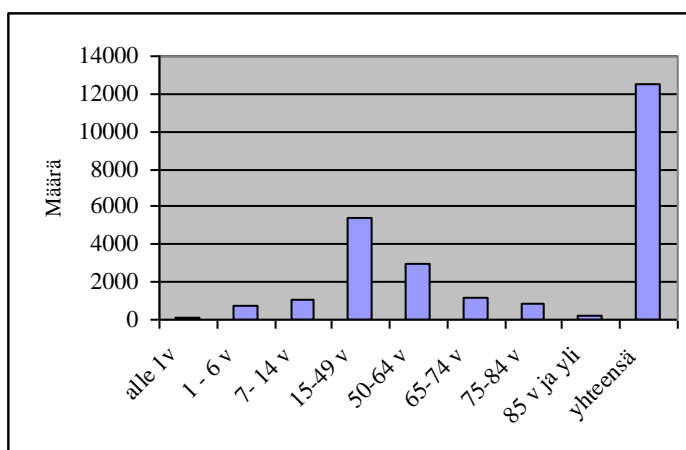
Kooltaan kuntayhtymän kunnat ovat Kankaanpäää lukuunottamatta pieniä kuntia: Jämijärvi (2164 asukasta), Honkajoki (1982), Kankaanpää (12481) ja Karvia (2763). Yhteensä näissä kunnissa asuu 19429 henkilöä (Kuviot 1-4). Kuntayhtymän alueella asuu yhteensä 9697 naista ja 9722 miestä. Ikärakenteeltaan kunnat ovat melko samankaltaisia. Alueen väestö painottuu työikäisiin ja ikääntyviin. (Kuviot 2-5.) (Stakes 22.8.07).



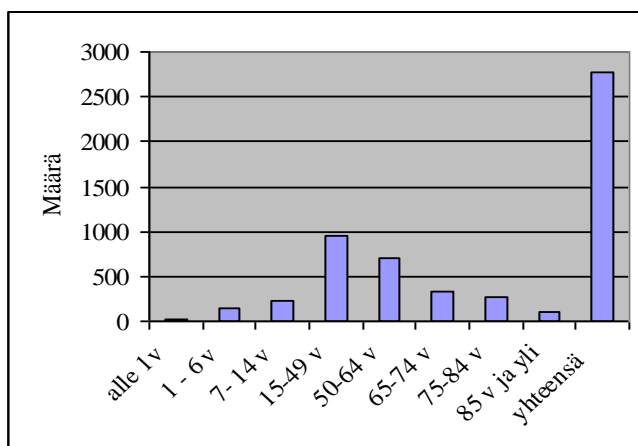
Kuvio 2. Honkajoen väestön ikärakenne 22.8.2007



Kuvio 3. Jämijärven väestön ikärakenne 22.8.2007



Kuvio 4. Kankaanpään väestön ikärakenne 22.8.2007



Kuvio 5. Karvian väestön ikärakenne 22.8.2007

Kuntayhtymän kuntien väestön sairastuvuusindeksissä on pieniä kuntakohtaisia eroja (Taulukko 1). Sairastuvuusindeksi kertoo, miten tervettä tai sairasta väestö on

suhteessa koko maan väestön keskiarvoon (= 100). Indeksi perustuu kolmeen rekisterimuuttajaan: kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä. (Sotkanet 2007, 1.)

Taulukko 1. Kuntayhtymän kuntien sairastuvuusindeksi vuosina 2005-2007.

Kunta		2005 %	2006 %	2007 %
Honkajoki	yhteensä	106,1	111,2	107,7
Jämijärvi	yhteensä	90,6	86,2	85,8
Kankaanpää	yhteensä	105,6	103,7	103,7
Karvia	yhteensä	99,6	99,9	101,4

Vuodesta 2005 -2007 sairastuvuusindeksi on noussut Honkajoella ja Karviassa, mutta Kankaanpäässä sairastuvuusindeksi on laskenut. Jämijärvi on kuntayhtymän alueen kunnista ainoa kunta, jossa on koko Suomen sairastuvuusindeksin keskiarvoa pienempi arvo. Kuntayhtymän kuntien sairastuvuusindeksiarvojen perusteella kuntayhtymässä on hyvä panostaa terveyden edistämiseen, jotta indeksiä saadaan jokaisessa kunnassa laskemaan.

3.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön päätavoitteena on kuvata, kehittää ja arvioida Kankaanpään ktky:ssä toteutettua terveyden edistämisen kehittämishanketta. (Taulukko 2). Kuvaamisen avulla luodaan lukijalle käsitys ydintiimin työskentelystä kehittämishankkeen aikana. Työssä kuvataan myös ydintiimin, kuntayhtymän työntekijöiden ja asiakkaiden käsityksiä terveyden edistämisestä. Lisäksi opinnäytetyössä kuvataan toiminnan perustana käytetyn Intervention mapping-mallin käyttöä ja kehittämistoiminnan tulosta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää terveyden edistämistä Kankaanpään ktky:n alueella. Tavoitteena on kehittää terveyden edistämisen tulokortti. Apuna tässä kehittämistyössä käytetään elämäнкаaarimallia. Suunnittelun tukena käytetään hyviä

käytäntöjä. Kehittämishankkeen tavoitteena on myös arvioida toimintaa koko kehittämisprosessin aikana. Arvioinnissa huomioidaan terveyden edistämisen vaikuttavuuden vaikeus ja laaditaan tuleville terveyden edistäjille arviointisuunnitelma, jonka avulla myöhemmin voidaan arvioida toiminnan avulla saatuja vaikutuksia.

Taulukko 2. Opinnäytetyön tavoitteet

Tämän opinnäytetyön kehittämistehtävän tavoitteena on:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuvata terveyden edistämisen ydintiimin työskentelyä ja mallintaa työskentelyä Intervention mapping-mallin avulla. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Kuvata terveyden edistämisen ydintiimin käsityksiä terveyden edistämisestä 1.2 Kuvata kuntayhtymän työntekijöiden ja asiakkaiden käsityksiä terveyden edistämisestä 1.3 Arvioida saatuja tuloksia ja valita painopistealueet tuloskorttia varten 2. Kehittää elämäntapamallin mukainen terveyden edistämisen tuloskortti hyödyntäen hyviä käytäntöjä 3 Arvioida kehittämistoiminnan toteutumista koko prosessin aikana

3.3 Mallin ja menetelmän kokoaminen

3.3.1 Aivoriihi-menetelmä

Intervention mapping-mallin toisessa vaiheessa käytetään aivoriihi-menetelmää, jonka perusajatuksena on tuottaa pienryhmässä ideoita, ajatuksia ja tietoa. (Bartholomew ym. 2006, 39-40.) Aivoriihessä tuotetuista ideoista seulotaan myöhemmin käyttökelpoisimmat. (Leppiniemi 2007, 1.) Ydintiimin kokouksessa 28.8.2007 opinnäytetyöntekijä oli tehnyt viisi taustakysymystä (Liite 1), joita pohdittiin yhdessä. Kysymykset koskivat Kankaanpään kttky:n toimintaa ja asiakkaiden mielipiteitä aiheesta. Kysymykset olivat niin laajoja, että ydintiimin jäsenet eivät osanneet antaa näihin kysymyksiin suoria vastauksia. Jokainen

ydintiimiläinen jäi kokouksen jälkeen pohtimaan eri keinoja, miten saisimme avoimiksi jääneisiin kysymyksiin vastaukset.

Tiimikokouksessa 12.9.2007 jatkoimme edelleen aivoriihityöskentelyä. Nyt opinnäytetyöntekijä oli tehnyt kolme kysymystä (Liite 2), jolla kartoitettiin ydintiimin jäsenten oma käsitys terveyden edistämisestä. Yhteenvedon jälkeen (Liite 3) ydintiimi totesi, että kyselyn avulla Kankaanpään ktkky:n asiakkaille ja henkilökunnalle ydintiimi saisi tietoonsa asioita, joita muilla keinoilla ei saada. Kyselyn tavoitteena oli saada selville, miten terveyden edistämistä toteutetaan kuntayhtymän alueella ja millaiseksi vastaajat kokevat tämän hetkisen terveyden edistämisen toteuttamisen.

Ydintiimin jäsenet pohtivat yhdessä jokaisen erikseen keräämiä teoriatietoja. Tiimin jäsenet keräsivät tietoa terveyden edistämisestä yleisesti, yksilö-, yhteisö ja yhteiskuntatasolla. Lisäksi teoriatietoa kerättiin olemassa olevista terveyden edistämisen kansallisista asiakirjoista ja toimenpideohjelmista. Myös Kankaanpään kansanterveystyön alueen tilastotietoihin perehtyminen ja aivoriihityöskentely kuuluivat toisen vaiheen toimintatapoihin.

3.3.2 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen (health promotion) käsite on pääasiallisesti muotoutunut Maailman terveysjärjestö WHO:ssa tapahtuneen kehittämistyön tuloksena. Terveyden edistämisen käsite on ilmaantunut kirjallisuuteen 1970-luvulla, kun Kanadan sosiaali- ja terveysministeri Marc Lalonde (1974) julkaisi raporttinsa ”A new Perspective on the Health of Canadians”. Siinä raportoitiin, että parantamalla ympäristöä ja muuttamalla käyttäytymistä voidaan vähentää sairastavuutta ja alentaa ennen aikaista kuolleisuutta. (Perttilä 1999, 65.)

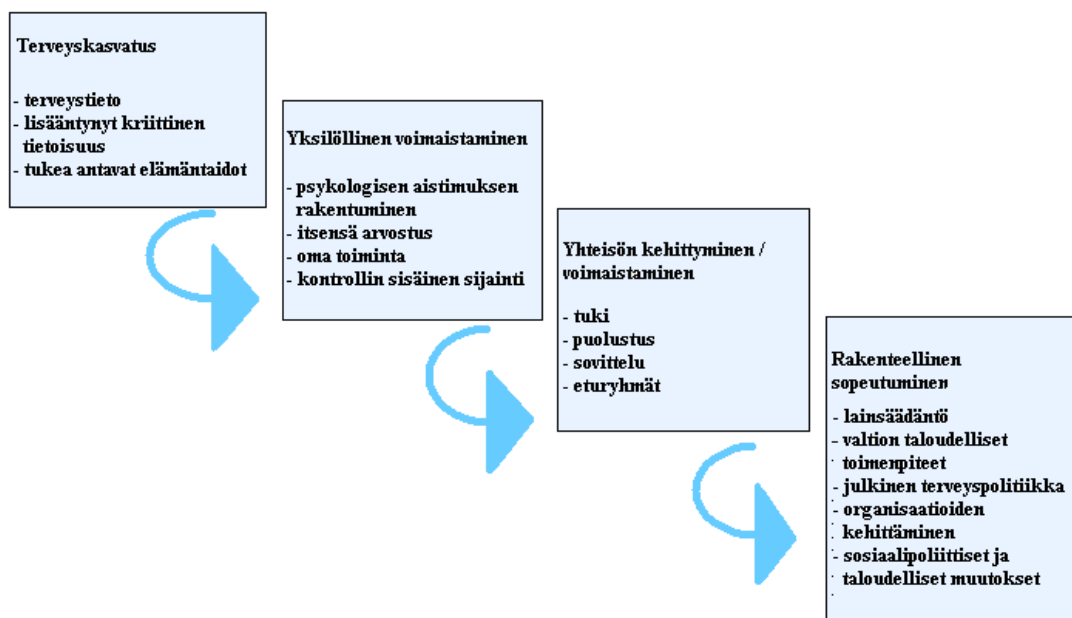
Suomessa on jo viime vuosisadalla puhuttu terveyden enentämisestä. Suomessa kuin muissakin maissa kansanterveyden (public health) uusi tuleminen sai alkunsa tarpeesta ylläpitää väestön terveyttä. (Kähärä 2003, 12.) Suomi toimi edelläkävijänä laajentaessaan kansanterveyslainsäädännössään perusterveydenhuollon tehtävän

käsittämään terveyden edistämisen (terveydenhoidon), terveystieteiden, perusterveydenhuollon tasoisen sairaanhoidon ja kuntoutuksen (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66).

Elämänkulun eri vaiheissa on tärkeää ottaa huomioon terveyden edistämiseen liittyvät yksilöä, yhteisöä ja yhteiskuntaa koskevat tekijät. (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2008, 122.) Terveyden edistämisen tarkoituksena on parantaa ihmisten omia mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen on terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. (Vertio 2003, 29.)

Terveyden edistämistoiminnoissa on otettava huomioon yhteiskunnassa tapahtuvat niin kansalliset kuin kansainväliset muutokset ja kehityssuunnat, jotka muuttavat terveyttä edistävän toiminnan sisältöä ja tavoitteita. Terveyden edistäminen edellyttää käsitystä siitä, mitä muutoksia ja kehityssuuntia tapahtuu yhteiskunnassa. Lisäksi on huomioitava, miten nämä näkyvät tai heijastuvat terveyden edistämisen sisältöön, toimintaan ja asiakastyöhön. Tärkeää on huomioida yksilöiden, perheiden ja erilaisten yhteisöjen arvot, tavat ja sopeutuminen muutoksiin. (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2008, 35.)

Perusterveydenhuollon johtavana periaatteena oli osoittaa yhteisön terveysongelmat ja huolehtia edistävien, ehkäisevien, hoitavien ja kuntouttavien palveluiden saatavuudesta. Asia julkituottiin vuoden 1978 Alma Atan perusterveydenhuollon konferenssin ohjelmajulistuksessa. Tämän lähestymistavan myötä terveystieteiden ammattilaisten keskuuteen kuin pelkästään lääketieteen ammattilaisten. (Perttilä 1999, 65-66.) Tämän kokouksen jälkeen WHO julkaisi Terveyttä kaikille -strategian periaatteet ja painopistealueet. Terveyden edistämisen suuntaviivat vahvistettiin Ottawassa 1986, jossa terveyden edistämisen käsite laajeni sisältämään käyttäytymiseen ja elämäntapoihin liittyvät rakenteellisen, yhteiskuntapoliittisen ja ympäristön terveellisyydestä huolehtivan lähestymistavan. (Perttilä 1999, 66.)



Kuvio 6. Avain terveyden edistämisen lähestymistapojen suhteista (Scriven 2005, 10.)

Oikeat ja riittävät tiedot ihmisten hyvinvoinnista, terveydestä ja niihin vaikuttavista tekijöistä ovat sosiaali- ja terveyspolitiikan ja näiden palveluiden kehittämisen välttämätön lähtökohta (kuvi 6). Terveyden edistämisen tutkimuksen tavoitteena on kehittää erilaisia menetelmiä kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi yhteiskunnan eri tasoilla. (Lahtinen, Koskinen-Ollonqvist, Rouvinen-Wilenius & Tuominen 2003, 9.) Terveyden edistäminen on prosessi, joka antaa entistä paremmat mahdollisuudet yksilölle ja yhteisölle hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. (WHO 1986.)

Terveyden edistämässä ei välttämättä ole kyse uusien toimintojen käynnistämisestä tai uusien organisaatioiden luomisesta. Kysymys on terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta eri hallintoalojen toiminnassa. Näitä toimia tukevat yhteisten tavoitteiden asettaminen, systemaattinen tavoitteiden toteuttaminen, toteutuksen seuranta ja arviointi sekä johtopäätösten tekeminen arvioinnin perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 17.)

Kuntien toiminnassa tämä merkitsee terveyden edistämisen hyväksymistä kuntapolitiikan toimintalinjaksi, jossa terveystieteiden otetaan huomioon kaikilla toimialoilla ja kaikissa toiminnoissa. Terveyden edistäminen kuntatasolla edellyttää myönteisten asenteiden ja tietoisuuden lisäksi myös muita taitoja. Määrätietoinen terveyden edistäminen perustuu suunnitteluun, johtamiseen ja arviointiin. Terveyden edistäminen on työtä ihmisten kanssa ja sen edellytyksenä on tiedon välittyminen. Nykyisin tärkeäksi on tullut yhteisöllinen työ yksilökohtaisen ehkäisevän työn rinnalle. Verkostojen muodostaminen ja niiden hyödyntäminen tässä työssä on tärkeää. Näillä toimilla voidaan saavuttaa terveyden edistäminen, joka kaikkia toimintoja läpileikkaavilla tavoitteilla lisää väestön terveyttä, ehkäisee sairauksia ja vähentää väestöryhmien välisiä eroja. Käytännössä tämä tarkoittaa sitoutumista, joka vahvistetaan kuntastrategiassa ja kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa, jossa terveyden edistämisen mitattavat tavoitteet hyväksytään koko kunnan tehtäväksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 15.)

3.3.3 Terveyden edistäminen yksilötasolla

Yksilötasolla terveyden edistämisen tarkoituksena on parantaa ihmisen omia mahdollisuuksia edistää omaa ja ympäristönsä terveyttä. Kyetäkseen edistämään terveyttään ihminen tarvitsee omakohtaista käsitystä terveydestä ja halua edistää omaa terveyttään sekä terveyden edistämiseksi tarvittavia tietoja, taitoja ja voimavaroja. (Vertio 2003, 29-30.) Jotta täydellinen fyysinen, sosiaalinen ja henkinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöään ja myös tultava toimeen sen kanssa. (Kalimo & Vertio 1987, 6-7.) Terve väestö on taloudellisen kasvun ja kilpailukyvyn yksi tärkeä edellytys. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 8.)

Terveyden edistämässä on huomioitava, että yksilöllä ei ole täydellistä vapautta valita ”terveellisiä” elämäntapoja, sillä yksilön valinnanvapaus on usein rajoitettua. Taloudelliset tekijät saattavat vaikuttaa ravintoa koskeviin valintoihin, sillä esimerkiksi tuoreet hedelmät ja täysjyväleipä on yleensä kalliimpia kuin keksit ja vaalea leipä. Myös sosiaalisilla tekijöillä on merkitystä: nuorella voi olla rajoittunut

valinnanvapaus tupakoinnin suhteen, jos hänen vanhempansa ja ystävänsä tupakoivat. (Ewles & Simnett 1992, 33-34.)

Terveyden lukutaitoa (health literacy) pidetään yhtenä uuden vuosituhannen keskeisimpänä terveyden edistämisen haasteena. (Nutbeam 1998, 65.) Terveyden lukutaito edustaa sosiaalisia ja tiedollisia taitoja, jotka määrittävät yksilön motivaation ja kyvyn saada tietoa, ymmärtää ja käyttää sitä terveyttä edistävällä ja ylläpitävällä tavalla. Tärkeitä ovat yksilön mahdollisuudet terveystietoa hyödyntämällä osallistua ja vaikuttaa. Terveyden lukutaito tarkoittaa sellaista tietoa, henkilökohtaisten taitojen ja luottamuksen tason saavuttamiseen, että yksilö voi toimia oman ja yhteisönsä terveyden parantamiseksi muuttamalla elämäntyyliään ja vaikuttamalla elinolojensa kehittämiseen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 84.) Lukutaitoa ei enää nähdä vain lapsuuden ja kouluopetuksen tuottamana perustaitona, vaan se on koko eliniän kehittyvänä yksilön oppimisen ja henkisen kasvun, työnteon sekä aktiivisen kansalaisuuden avaintaito. (Kähärä 2003, 18-19.)

Riittävän lukutaidon saavuttamisella tai lukutaidottomuudella on myös omat seurauksensa terveyteen. Lukutaito mahdollistaa kyvyn toimia ja tehdä terveyttä tukevia valintoja. Terveyden lukutaidossa erotetaan kolme tasoa: toiminnallinen lukutaito eli peruslukutaito, viestinnällinen eli vuorovaikutuksellinen lukutaito ja kriittinen lukutaito. Riittävän hyvä terveyden lukutaito toimii yksilön ja yhteisönsä voimaantumisen (empowerment) edellytyksenä. (Kähärä 2003, 18-19.)

3.3.4 Terveyden edistäminen yhteisötasolla

Terveyden edistäminen yhteisötasolla perustuu yhteisön jäsenenä olevien ihmisten omiin henkisiin ja aineellisiin voimavaroihin. Lisäksi lähimmillä yhteisössä olevilla ihmisillä on suuri vaikutus arjen areenoilla (settings) tehtävistä terveyteen liittyvistä päätöksistä. (Thorogood & Coombes 2006, 124-125.) Terveyden edistämisen kannalta erityisen tärkeitä arjen areenoita ovat työyhteisöt, koulut, sairaalat, kaupungit ja kunnat. (Vertio 2003, 83.) Tämän vuoksi ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä toimia itse yhteisössään aktiivisesti halutaan parantaa. Kussakin

elämäntilanteen vaiheessa ihmisellä on omat arkielämän areenansa. Ne vaikuttavat hänen terveyteensä joko terveyttä tukien tai sitä vähentäen. (Kähärä 2003, 19.)

Yhteisöön kuuluva on yhteisönsä jäsen. Yhteisön luonnetta määritettäessä on tärkeää kuulua siihen. (Vertio 2003, 83.) Palvelujärjestelmän kyky vastata ihmisten terveystarpeisiin ja päätöksiin tukevat tai heikentävät koko väestön terveyttä. Terveysvaikutukset ovat yhteistoiminnan tuloksia. Vastuunkantajia ovat ihmiset itse, lähiyhteisö ja yhteiskunta yhdessä. Kuntien toiminnassa tämä merkitsee terveyden edistämisen hyväksymistä toimintalinjaksi kuntapolitiikassa. Silloin terveystarpeiden kohdat otetaan huomioon kaikissa toiminnoissa ja kaikilla toimialoilla. Terveyden edistäminen ei tarkoita jotain tiettyä tehtävää, vaan kaikkia toimintoja läpileikkaavaa tavoitetta lisätä väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia ja vähentää eri väestöryhmien välisiä terveyseroja. Käytännössä tämä tarkoittaa sitoutumista, joka vahvistetaan kuntastrategiassa ja kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa. Näissä terveyden edistämisen mitattavissa olevat tavoitteet hyväksytään koko kunnan tehtäväksi. Jokainen hallintoala konkretisoi omissa suunnitelmissa yhteiset tavoitteet tehtäviksi, joiden toteutumista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 15-16.)

Terveyden edistäminen ymmärretään terveyteen sijoittamisena sekä tietoisena voimavarojen kohdentamisena ja terveyden taustatekijöihin vaikuttamisena. Kunnassa se tarkoittaa kaikkea sitä toimintaa, jonka tavoitteena on väestön terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien vähentäminen, ennen aikaisten kuolemien vähentäminen ja väestöryhmien välisen terveyserojen vähentäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 15.)

3.3.5 Terveyden edistäminen yhteiskuntatasolla

Ihmisten hyvinvointia edistävän yhteiskuntapolitiikan luomista ja noudattamista kutsutaan terveelliseksi yhteiskuntapolitiikaksi. Julkinen sektori, vapaaehtoisjärjestöt, ammattihenkilökunta ja koko väestö toimivat yhdessä terveellisten elinolojen luomisessa. Terveellinen yhteiskuntapolitiikka ottaa huomioon terveystarpeiden kohdat kaikessa päätöksenteossa. Se ei koske ainoastaan terveyssektoria,

vaan se koskee kaikkia päätöksentekijöitä kaikilla sektoreilla. Yhteistyöllä saavutetaan turvallisemmat ja terveellisemmät tuotteet ja palvelut sekä puhtaampi ja nautittavampi ympäristö. (Savola ym. 2005, 69.)

Terveyttä edistävässä yhteiskuntapolitiikassa huomioidaan tasa-arvon, asuinolosuhteiden, työn, liikenteen ja vapaa-ajan vaikutus terveyteemme. Esimerkiksi tehokas julkinen liikenne vähentää liikenteessä olevien autojen määrää, saasteita, polttoaineen käyttöä ja päivittäiseen työmatkan aiheuttamaa stressiä. Näin väestön terveydentila paranee. (Ewles ym. 1992, 25.)

Valtakunnan tasolla strateginen tahto on ilmaistu sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiana (Sosiaali- ja terveysministeriö 1997, 2001a). Kansallisen sosiaali- ja terveyspolitiikkamme runkona toimii Suomen perustuslaki (731/1999), jonka mukaan ”julkisen vallan tulee taata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä”.

Vuoden 2006 alussa voimaan tulleessa uudistetussa kansanterveyslaissa säädettiin terveyden edistämisen olevan osa kansanterveystyötä. Lain mukaan kansanterveystyön tehtäviä ovat väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta, huolehtiminen terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä yhteistyö terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten toimijoiden kanssa. Terveyden edistämisen toteuttaminen osoitetaan kansanterveyslaissa koko kunnan haasteeksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 13.)

3.3.6 Kansalliset terveyden edistämisen asiakirjat ja toimenpideohjelmat

Terveyden edistämistä pyritään ohjaamaan erilaisten terveyden edistämisen kansallisten ja kansainvälisten strategioiden, suositusten ja ohjelmien avulla (Taulukko 3). Terveyspolitiikassa terveyttä edistetään julkisen vallan toimenpitein. Se on ohjausväline, jonka avulla yhteisö ja sen instituutiot toteuttavat terveyden edistämisen perustehtävää. (Kähärä 2003, 21.)

Hyvinvointipolitiikan avulla julkinen valta puuttuu hyvinvoinnin muodostumiseen. Sen kolme tärkeintä keinoa ovat sääntely (lait ja ohjeet) ja raha (verot ja muut julkiselle vallalle kerätyt rahat) sekä palvelut (julkisen vallan tuottamat palvelut). Sosiaali- ja terveystaloudellinen politiikka on toimintojen kokonaisuus, joka ilmaisee valtion tai kuntien strategista tahtoa kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin kohentamiseksi. (Kähärä 2003, 21.)

Terveyden edistämisen kannalta tärkeimpiä asiakirjoja ovat Terveys 2015-kansanterveysohjelma ja Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Molemmissa ohjelmissa tavoitteena on lisätä kehittämistyötä yli perinteisten sektorirajojen. Terveys 2015-kansanterveysohjelma toimii kehyksenä terveyden edistämistoiminnalle yhteiskunnan eri alueille. Erityisen tärkeää on huomioida, että ennen kaikkea terveydenhuollon ulkopuoliset asiat, kuten ihmisten elämäntavat ja ympäristö voivat edistää tai vahingoittaa terveyttä. Tämän vuoksi alueellinen ja paikallinen yhteistyö yli hallintosektoreiden on tärkeää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:4, 4-5.) Terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteena on erityisesti terveyserojen kaventaminen. Toimintaa ohjaa ajatus: ”Terveys kaikissa politiikoissa”. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 2.)

Keskeiset Terveys 2015 -strategian ikäryhmittäiset tavoitteet ovat mm. lasten ja nuorten hyvinvoinnin lisääminen. Lasten terveyden uhkina ovat turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet, kuten mielenterveysongelmat ja sosiaalisen kehityksen häiriöt. Nuorten kohdalla painotetaan tupakoinnin, alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvien terveysongelmien ja syömishäiriöiden asiantuntevaa hoitamista. Ongelmallisissa sosiaalisessa ympäristössä elävillä ja sosiaalisesti huono-osaisilla lapsilla ja nuorilla riski oireiden ja epäterveiden elämäntapojen kehittymisestä pysyviksi on suurempi kuin vakaassa sosiaalisessa asemassa olevilla. Toisena ohjelman painopistealueena ovat työikäiset. Heidän kohdalla pääpainona on työ- ja toimintakyvyn edistäminen sekä työelämässä pidempään jaksaminen terveellisin elämäntavoin. Ikääntyvillä halutaan painottaa keskimääräisen toimintakyvyn paranemista. Ikääntyneiden ihmisten terveyden edistämiseksi ja terveyserojen pienentämiseksi luodaan edellytyksiä myös vähentämällä ikäyrjinnästä johtuvia ennakkoluuloja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:4, 15, 22-25.)

Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelmassa vuosille 2009 - 2012 esitetään tavoitteeksi saada koko yhteiskuntapolitiikka tukemaan terveyttä ja hyvinvointia. Pohja hyvinvoinnille luodaan jo lapsuus- ja nuoruusiässä. Kuitenkin yhtä tärkeää on parantaa työikäisten toimintakykyä, hakea uusia toimintamalleja tukemaan kasvavan vanhusväestön itsenäistä suoriutumista sekä vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Kansanterveyden kannalta erityisesti terveellisen elinympäristön merkitys korostuu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:65, 30.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on kehittänyt erilaisia kehittämisohjelmia, jotka pyrkivät lisäämään ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. Näistä Sosiaali- ja terveyshuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) pyrkii lisäämään ennaltaehkäisevää otetta käytännössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:6, 17.) Sosionomisten terveyserojen kaventamishanke (TEROKA) pyrkii vahvistamaan tietopohjaa ja tiedottamisen seurantajärjestelmän vakiinnuttamiseen kuntien ym. toimijoiden tietoisuuteen nostattamista terveyseroista ja niiden kaventamiskeinoista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:16, 16.) Myös kaikkien ministeriöiden yhteistyössä kehittelemä Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma (LAPO) vahvistaa yhteisöllisyyttä, vanhemmuutta ja keskinäistä vastuuta hyvinvoinnista. (Hallituksen politiikkaohjelma 2007, 1.)

Hyvät käytännöt

Yhteiskunnan toimintaa pyritään edistämään myös toimivilla käytännöillä. *Hyvät käytännöt* ovat käytäntöjä, joilla on kyky muuntua uusiksi käytännöiksi. Ne ovat sidoksissa aikaan, paikkaan ja vallitseviin arvoihin. Yhteisöt ja ihmiset ovat aina osallisina hyvien käytäntöjen luomisessa. Terveyden edistämässä hyvät käytännöt juontuvat terveyden edistämisen ytimestä, johon sisältyy itsessään terveyden edistämisen muutokseen tähtäävä pyrkimys ja tieto siitä, mikä on vaikuttavaa. Suurin painoarvo terveyden edistämisen hyvien käytäntöjen edellytyksistä annetaan terveyden edistämisen arvoperustan toteutumiselle. Näitä ovat ihmisten osallistumisen mahdollisuudet, tasa-arvo ja kunnioitus. Hyvät käytännöt tarkoittavat toteuttajien, osallistujien tai kohteiden sekä ympäristön oppimista ja kehittymistä. Hyvien

käytäntöjen luominen ja levittäminen on ennen kaikkea kanssakäymistä korostavaa toimintaa. (Tuominen, Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2005, 3 ja 11.)

Taulukko 3. Yhteenvedo terveyden edistämisen kansallisista ja EU:n asiakirjoista sekä toimenpideohjelmista.

Ohjelman nimi	Laatija	Pääpaino	Keinot
Terveys 2015 – kansanterveysohjelma	Valtioneuvoston periaatepäätös, joka linjaa kansallista terveyspolitiikkaamme 15 vuoden tähtämellä	-Terveyden edistämisen -Yhteistyöohjelma, joka toimii kehyksenä terveyden edistämistoiminnalle yhteiskunnan eri alueilla	Eri tahot sisällyttäisivät ohjelman periaatteet omiin suunnitelmiinsa
Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007-2011	Sosiaali- ja terveysministeriö	- Väestön terveyden tilan edistäminen -Vahvistaa ja täydentää kehittämistyötä yli perinteisten sektori-rajojen => ”Terveys kaikissa politiikoissa”	Alueellisen terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn kehittämisellä
Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma (TATO) vuosille 2009-2012	Sosiaali- ja terveysministeriö	-Koko yhteiskuntapolitiikan tulisi tukea terveyttä ja hyvinvointia	- Pohja hyvinvoinnille luodaan jo lapsuus ja nuoruusiässä - Työikäisten toimintakykyä tulisi parantaa - Uusien toimintamallien avulla tuetaan vanhusväestön itsenäistä suoriutumista -Väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen
Sosiaali- ja terveys- huollon kansallinen kehittämisohjelma	Sosiaali- ja terveysministeriö	- Syrjäytymisen väheneminen -Terveyden ja hyvinvoinnin	-Ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen -Henkilöstön osaaminen, työhyvinvointi ja

(KASTE) vuosille 2008-2011		lisääntyminen, terveyserojen kaventaminen - Palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden paraneminen. - Alueellisten erojen vähentyminen selkeästi	riittävyys -Palvelurakenne ja palvelutuotanto
Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke (TEROKA) vuosille 2008-2011	Kansanterveyslaitos, Stakes ja Työterveyslaitoksen yhteistyöhanke	-Tietopohjan vahvistaminen ja tiedottaminen terveyseroista ja niiden kaventamiskeinoista -Terveyserojen kaventaminen yhteistyössä väestön terveyden edistämiseen pyrkivien tahojen kanssa	- Syrjäytymisen ehkäisy -Heikommassa asemassa olevien huomioiminen -Lasten ja nuorten ongelmien huomioiminen -Kehitetään toimintatapoja ja kootaan tietopohjaa Terveys 2015-ohjelman terveyserojen kaventamistavoitteen saavuttamiseksi
Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma (LAPO) vuosille 2007-2011	Kaikki ministeriöt	- Ehkäistä sekä vähentää pahoinvointia ja syrjäytymistä -Lasten ja nuorten terveeseen ja turvalliseen kehitykseen sekä perheiden hyvinvointiin suunnataan voimavaroja eri sektoreilla -vähentää korjaavien erityispalveluiden tarvetta	- Vahvistetaan yhteisöllisyyttä, vanhemmuutta sekä keskinäistä vastuuta lasten ja nuorten hyvinvoinnista. - Perheiden hyvinvointia tuetaan parantamalla lapsiperheiden taloudellista asemaa ja palveluja. -Monikulttuurisuuden haasteet huomioidaan lasten, nuorten ja perheiden palveluissa. - Hallinnonalojen välisen yhteistyön ja koordinoinnin parantaminen sekä moniammatillisen

			yhteistyön kehittäminen paikallisesti.
Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008	Sosiaali- ja terveysministeriö Suomen kuntaliitto	- Lisätä ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden laatua ja vaikuttavuutta.	- Tukee kuntien ja yhteistoiminta-alueiden kehittämistä. - Määrittää palveluiden järjestämisen ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet.
Kansallinen liikuntaohjelma (KLO) 2008	Opetusministeriö	- Edistää liikuntakulttuuria, joka tukee kansalaisten omia liikunta- ja terveysvalintoja ja sitä kautta edistää hyvinvointia	
EU:n Kansanterveysohjelma (2008-2013)	Euroopan yhteisö	- Luodaan yhtenäiset puitteet EU:n kansanterveysalan toimien tehostamiselle osana yleistä kansanterveysstrategiaa -Tuetaan terveyttä koskevan tiedon levittämistä ja vaihtoa, parannetaan valmiuksia vastata terveysuhkiin nopeasti ja edistetään terveellisiä elämäntapoja.	-Jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä ja koordinointia sekä tarvittaessa lainsäädännöllisiä toimenpiteitä

Terveyden edistämisen tukena on useita asiakirjoja, joita voidaan käyttää toiminnan suunnittelussa, toteutuksessa ja toteutuksen seurannassa. Myös Euroopan Unionin perustuslaki sisältää terveyden edistämisen näkökulman. (Vertio 2003, 165.)

Nykypäivänä toimenpideohjelmissa painottuu heikommassa asemassa olevat henkilöt. Yhteisöllinen perustelu terveyden edistämiseksi on sosiaalisen oikeudenmukaisuuden periaate. Yksilöiden mahdollisuudet huolehtia omasta

terveydestään vaihtelevat suuresti. Terveyttä pidetään itseisarvona ja ihmisen perusoikeutena, joten yhteiskunnalla on eettinen vastuu huolehtia oikeudenmukaisuuden toteutumisesta. (Savola ym. 2005, 23.)

3.3.7 Kankaanpään ktkky:n alueen asukkaiden tilastolliset terveystiedot

Taustatiedon kokoamistapa ratkaisee, mistä tietoa kannattaa hakea: rekisteritiedot antavat erilaisen tiedon kuin kyselytutkimus. Rekisteristä saatavat tiedot kuvaavat toteutunutta hoitoa, mutta vain väestönkyselyllä saadaan tietoa ihmisten kokemasta asiasta. Kansallisia rekisteritietoja pitkältä ajalta on parhaiten saatavissa syövän sekä sydäninfarktin ja aivohalvausten yleisyydestä sekä ammattitaudeista. Kuitenkaan kaikkien sairauksien yleisyyttä koskevia tietoja ei saa suoraan valtakunnallisista tai alueellisista rekistereistä. Sairauksien alueellisia eroja voi selvittää luotettavimmin valtakunnallisten rekisteriaineistojen kuin väestötutkimusten pohjalta. (Mäkelä, Kaila, Lampe & Teikari 2007, 83-85.)

Lähes kaikissa Suomen terveyskeskuksissa on käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä. Tekniset mahdollisuudet tietojen keräämiseen, seurantaan ja palveluiden vertailemiseen palvelujen kehittämiseksi ovat erinomaiset. Huomionarvoista on, että avoterveydenhuollon käyntitietojen valtakunnallinen tilastointi on pelkästään eri työntekijäryhmien potilaskontaktimäärien tilastointia. Potilastyön sisällön kuvaaminen toiminnan arvioinnin tai kuntien välistä vertailua varten on mahdotonta. Paikallisten potilastietokantojen hyödyntäminen terveystietopalvelujen tarpeen arvioinnissa on jäänyt paikallistason aktiivisuuden varaan. (Mäntyranta, Elonheimo, Mattila & Viitala 2004, 169.) Tämä tuli esiin myös Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän alueella hankkiessamme pohjatietoa kuntayhtymän alueella esiintyvistä sairauksista.

Tiiminjäsenet yrittivät hankkia taustatietoja alueella olevista tunnusomaisista sairauksista ja muista terveyteen vaikuttavista piirteistä. Kuntayhtymässä on vuonna 2005 toukokuussa siirrytty yhtenäiseen potilastietojärjestelmään, mutta yhtenäistä kirjaamisohjetta ei alueella ole. Tämän vuoksi saamamme tilastotiedot kuntayhtymän

alueella olevista sairauksista eivät olleet tieteellisesti tarpeeksi laadukkaita. Jouduimme tämän vuoksi miettimään muita taustatietojen keräämismenetelmiä.

Kunnan väestön palvelujen kuvaamiseksi voidaan väestöstä tehdä terveys- ja riskiprofiili. Sen muodostamisessa paikallisia potilastietokantoja käyttökelpoisempia ovat kansalliset tilastotiedot, joista saadaan väestön sairastuvuusindeksit suurimmille kansansairauksille ja alkoholinkulutustilastot. (Mäntyranta ym. 2004, 169.) Tässäkin kohdin saatavat tiedot olivat epäluotettavia, koska kolmesta pienemmästä kunnasta (Honkajoki, Jämijärvi ja Karvia) ei ollut SOTKANet -sivuillakaan tietoja, joita taas Kankaanpään kokoisesta, isommasta kunnasta oli kerätty. Tutkiessamme alkoholin kulutustietoja paikkakunnittain koimme myös epävarmuutta tietojen oikeellisuudesta. Esimerkiksi Honkajoella ei ole Alko Oy:n myymälää ja kuitenkin siellä tilastollisesti ostetaan alkoholia enemmän kuin esimerkiksi Jämijärvellä. Ydintiimi olisi halunnut tietää, mistä nämä luvut ovat peräisin, koska ne eivät voi perustua paikkakunnan alkoholiliikkeen myyntilukuihin. Tämän vuoksi vain tutustuimme näihin tilastoihin ja keskustelimme aiheesta ja mietimme syitä paikkakuntaisiin tilastoeroihin. Keskustelumme perusteella totesimme, että nämä tilastot toimivat suuntaa-antavina kehittämishankkeen taustatietoina.

Ydintiimin saamat tilastotiedot eivät olleet yleistettävissä eivätkä antaneet luotettavaa kuvaa asiakaskunnasta erilaisen kirjaamistavan vuoksi. Rekisteriaineistoihin liittyy tietty ongelma, koska ne ovat perustettu hallinnollisiin tarpeisiin, eikä niissä välttämättä ole valmiina sopivaa muuttujaluokitusta. (Mäkelä ym. 2007, 87). Tämän vuoksi tässä kehittämishankkeessa ydintiimi suunnitteli kyselyn tekemisestä kuntayhtymän henkilökunnalle ja asiakkaille, jotta ydintiimi saisi kartoitettua kattavasti alueen eri asukasryhmien käsityksiä ja mielipiteitä terveyden edistämisestä.

3.3.8 Kyselylomakkeen laadinta ja kyselyn toteuttaminen

Kysymysten laadinnassa tulee olla huolellinen, että kysymysten muoto oli tarpeeksi selkeä. (Aaltola & Valli 2001, 100). Kysymyksiä lähdettiin rakentamaan kehittämishankkeen tavoitteiden mukaisesti, jotta saadut vastaukset antaisivat

vastauksen haluttuihin kysymyksiin. Ydintiimi mietti aivoriihityöskentelyn avulla, mitkä ovat ne asiat, joita ydintiimi tarvitsi työskentelynsä tueksi ja joita pystytään kartoittamaan kyselyn avulla. Tässä kyselyssä haluttiin selvittää vastaajien mielikuvia, kokemuksia ja tarpeita terveyden edistämistä Kankaanpään ktkky:n alueella. (Liite 5).

Ydintiimi huomioi kyselylomakkeen laadinnassa ja toteutuksessa terveyden edistämisen ja tutkimuksen teon etiikat. Tutkimustiedosta tehdään ihmisten elämään vaikuttavia johtopäätöksiä ja totuuteen pyrkimystä pidetään tieteen keskeisenä tavoitteena. Tällöin on oleellista, että tehtävä toteutetaan tunnustetuilla ja oikeaksi osoitettavilla menetelmillä. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 77.) Jokaiselta vastaajalta on kysyttävä täsmälleen samalla tavalla haluttua asiaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 180). Terveyden edistäjän on tiedostettava ihmisten omia tarpeita kysymällä niitä ja jättämällä ihmisille tilaa omaan päätöksentekoon. (Vertio 2003, 142.) Tässä työssä tämä ilmeni kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuutena ja kyselylomakkeen avoimina kysymyksinä, joihin vastaaja pystyi kirjoittamaan oman mielipiteensä. Kaikille asiakkaille laadittiin samansisältöinen kyselylomake kaikille vastaajille koko Kankaanpään ktkky:n alueella. Myös henkilökunnalle laadittiin samansisältöinen kyselylomake.

Lopullisessa kyselylomakkeessa oli sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä (Liitteet 6-7). Avoimiin kysymyksiin vastaamalla vastaajat pystyivät ilmaisemaan omia mielipiteitään ja asenteitaan. Suljettujen kysymysten perusteella saatiin selville vastaajajoukon perustiedot. Näiden pohjalta tiimi katsoi saavansa kattavamman kuvan tutkittavasta asiasta. Lisäksi kyselyn suorittaminen oli suhteellisen halpa ja nopea tapa kerätä runsaasti tietoja. (Hirsjärvi ym. 2000, 182.)

Kyselylomakkeessa oli neljä taustakysymystä (kysymykset 1 – 4). Kysymyksillä kartoitettiin vastaajan sukupuolta, ikää, asioimiskuntaa ja ammattia. Kysymyksellä numero viisi haluttiin selvittää, mitä vastaaja piti terveyden edistämisenä. Kysymyksillä 6-12 kartoitettiin vastaajan mielipiteitä terveyden edistämisen toteutumisesta hoitotilanteissa, omassa elämässä ja yleisesti elämässä. Kysymyksellä 13 haluttiin selvittää tilanteita, joissa ihmiset kaipaavat apua sekä toimenpiteistä, jotka edistävät heidän omaa hyvinvointiaan. Kyselylomakkeen loppuun oli jätetty

muutama tyhjä rivi avoimille kysymyksille. Henkilökunnan kyselylomake oli rakenteeltaan ja sisällöltään samanlainen.

Kyselylomakkeen valmistelussa on hyvä käyttää apuna esitestausta, jotta kysymysten muotoa voidaan vielä muotoilla ja tehdä tarvittavat korjaukset ennen varsinaisen kyselyn suorittamista. (Hirsjärvi ym. 2000, 191.) Tässä kehittämistyössä kyselylomake esitestattiin terveyspalvelujen käyttäjällä, jonka jälkeen asiakkaiden kyselylomakkeeseen tehtiin lisäys koskien vastaajan ikäryhmää yli 65-vuotiaille vastaajille.

Tiimi mietti tarkasti perusteita kohderyhmän valinnalle. Otannan onnistuminen on keskeinen tekijä, kun pyritään yleistämään kyselystä saatuja tuloksia perusjoukkoon. Otannan avulla pyritään saamaan isosta joukosta eräänlainen pienoismalli, joka kuvaa ja vastaa mahdollisimman hyvin perusjoukkoa. (Aaltola ym. 2001, 102.) Kohderyhmän oli oltava melko kattava, jotta kyselyn tulokset olisivat luotettavia. Ryhmä ei kuitenkaan saanut olla liian suuri, sillä työhön käytettävä aika oli rajallinen. Tämän vuoksi tiimi päätyi ratkaisuun, että kyselyn teettäminen rajattiin viiteen työpäivään toimipisteittäin. Kysely toteutettiin 24.9.-5.10.2007.

Kyselylomakkeen valmistuttua opinnäytetyöntekijä otti yhteyttä Kankaanpään kuntayhtymän johtajaan tehden tutkimuslupa-anomuksen. Tutkimuslupa myönnettiin suullisena 24.9.2007.

3.3.9 Aineiston keruu ja analysointi

Ydintiimin jäsenet hoitivat kyselylomakkeiden jakamisen omilla työpaikoillaan. Jokaiselle asiakkaalle jaettiin kyselylomake ilmoittautumisen yhteydessä. Ydintiimin jäsenet myös vastasivat kyselylomakkeiden päivittäisestä poiskeräämisestä asiakaspalautelaatikoista.

Tietojen tilastollisena data-analyysina käytettiin Tixel-ohjelmaa. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä. Se on aineistonkeruumenetelmä, aineiston analysointimenetelmä ja tulosten tarkastelumenetelmä. Siinä tarkastellaan

kuka kertoo, kenelle, mitä, miten ja miksi sekä miten se vaikuttaa. (Laaksovirta 1988, 76.) Sisällönanalyysimenetelmässä kerätty tietoaineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. Oleellista sisällönanalyysissä on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21, 23.) Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä toistettavia ja päteviä päätelmiä tutkimusaineiston suhteesta sen asia- ja sisältöyhteyteen. Se on työväline, jolla voidaan tuottaa uutta tietoa ja uusia näkemyksiä sekä saattaa esiin piileviä tosiasioita. (Anttila 2000, 254.) Tämän opinnäytetyön kyselyvastausten analysointitavaksi valittiin sisällönanalysointi, koska sen avulla pystytään hyvin kuvaamaan vastaajien vastauksia ja mielipiteitä. Kyselylomake toimi tässä karkeana alustana, josta teemoittelun avulla kerättiin vastauksia. Esiinnousseiden ryhmien avulla myös opinnäytetyöntekijä saa kattavamman kuvan vastaajien mielipiteistä.

Sisällönanalyysin analyysiyksikkö voidaan määritellä eri tavoin. Se voi olla aineistoyksikkö esimerkiksi dokumentti tai aineiston yksikkö, esim. sana tai lause. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24-25.) Tässä tehtävässä analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus tai sana. Opinnäytetyöntekijä luki jokaisen vastaajan kuvaukset useampaan kertaan läpi, jotta hän ymmärsi kuvauksen sisällön.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe on pelkistäminen. (Janhonen ym. 2001, 26.) Tässä opinnäytetyössä kyselyvastauksien pelkistetyt ilmaisut kirjattiin aineiston termein eli ne teemoiteltiin kysymysten avulla.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään. (Janhonen ym. 2001, 28). Tässä työssä aineiston ryhmittelyssä etsittiin pelkistettyjä ilmauksien erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin samaksi luokaksi ja niille annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Näiden ryhmittelyjen perusteella saatiin esille tärkeät ilmaukset, jotka ilmaisivat vastaajien tärkeäksi kokemia terveyden edistämiseen liittyviä pääteemoja.

Kyselyvastauksista nousi sisällönanalyysimenetelmällä tutkimuksen keskeisiksi teemoiksi: ylipainon ehkäisy (n=186), päihteiden käyttö (n=139), syrjäytymisen ehkäisy (n=94) ja vanhemmuuden tukeminen (n=32). Nämä teemat ohjasivat

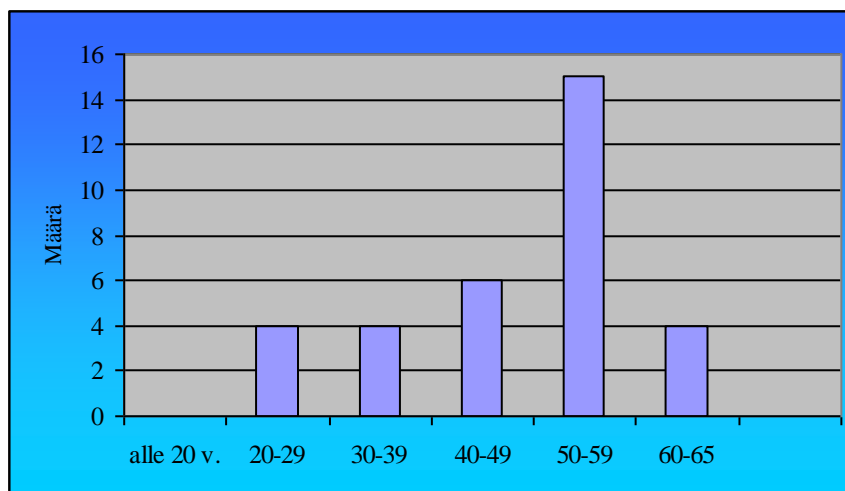
painopisteiden valintaa elämänkaaren eri vaiheissa. Yhdessä ydintiimin kanssa suunniteltiin keinot, miten terveyden edistämisen avulla pystytään vastaamaan näihin painopistealueiden ongelmiin.

3.3.10 Kyselyn tulokset henkilökunnan näkökulmasta

Henkilökunnalle jaettiin kyselylomakkeita kaiken kaikkiaan 50 kpl. Lomakkeita palautettiin henkilökunnalta yhteensä 35 kpl, joista kaikki hyväksyttiin mukaan. Näin jaettujen kyselylomakkeiden palautusprosentiksi tuli henkilökunnan osalta 70 %, kun koko kyselyn jaettujen kyselylomakkeiden palautusprosentti oli 60,4 %. Kuitenkin tässä kohdin on huomattava, että kuntayhtymässä on työntekijöitä 240, joten tämän osalta kysely ei tavoittanut niin kattavaa joukkoa kuin ydintiimi suunnitteli saavansa. Tähän vaikutti se, että Kankaanpäässä ei tiedonkulku kyselystä välittynyt kaikille työntekijöille. Suunnitteluvaiheessa ydintiimi ajatteli, että Kankaanpään esimiespalaverin jälkeen jokainen esimies hoitaisi omille alaisilleen kyselylomakkeen, mutta käytännössä tämä ei kuitenkaan toiminut.

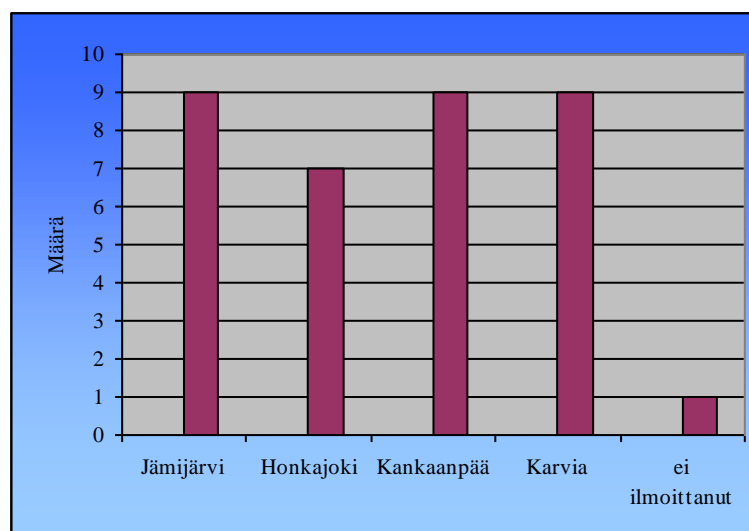
Henkilökunnan kyselyyn vastanneista naisia oli 91,4 % (n=32) ja miehiä 5,7 % (n=2), sukupuoltaan ei ilmoittanut 2,9 % (n=1) vastaajista. Vastaajajoukko kuvastaa hyvin Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän henkilökunnan sukupuolijakautumaa. Naisia työskentelee hoitoalalla huomattavasti miehiä enemmän.

Henkilökunnan kyselyyn vastanneiden ikäjakautuma painottui 50-59 ikävuoden väliin (Kuvio 7). Tämä ikäryhmä oli 42,9 % koko vastaajaryhmästä. Vastaajia oli kaikista muista ikäryhmistä paitsi alle 20-vuotiaiden ryhmästä. Kyselyyn osallistunut vastaajajoukko kuvastaa hyvin ammattitaitoisen henkilökunnan ikäjakautumaa.



Kuvio 7. Henkilökunnan vastaajien ikäjakautuma

Vastaajista 25,7 % oli Jämijärveltä (n=9), Kankaanpäästä (n=9) ja Karvialta (n=9). Honkajoelta vastaajista oli 20 % (n=7). Vastaajista 2,9 % (n=1) ei halunnut ilmoittaa työskentelypaikkaansa (Kuvio 8).

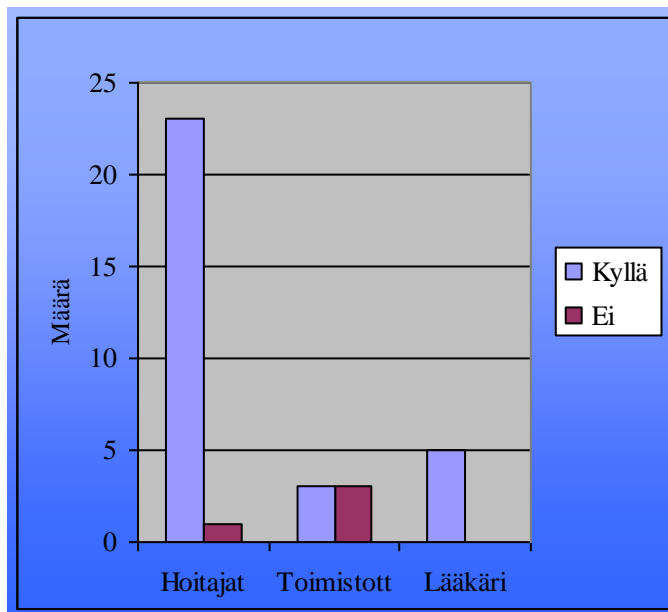


Kuvio 8. Henkilökunnan vastaajien työskentelypaikkajakautuma

Vastaajista hoitohenkilökuntaan kuului 65,7 % (n=23), toimistohenkilöitä oli 17,1 % (n=6) ja lääkäreitä oli 14,3 % (n=5). Vastaajista 2,9 % (n=1) ei ilmaissut ammattiaan.

Vastaajista terveyden edistämisen ei kokenut kuuluvan perustehtävään 2,9 % (n=1) hoitohenkilökuntaan kuuluvalla ja toimistotyöntekijöistä 8,5 % (n=3). Vastaajista 88,6 % (n=31) koki terveyden edistämisen kuuluvan oman työn perustehtävään (Kuvio 9). Tämä kuvaa hyvin sitä, että terveyden edistäminen koetaan

hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille kuuluvaksi perustehtäväksi. Toimistotyöntekijät eivät välttämättä koe terveyden edistämistä omaksi perustehtäväkseen. Tämä aihe tuli esiin myös Jaana Virtasen ja Jouni Haapalan sähköpostikyselyssä vuonna 2006, joka tehtiin Varsinais-Suomen alueella. (Virtanen & Haapala 2006.)



Kuvio 9. Henkilökunnan mielipidejakauma terveyden edistämisen kuulumisesta omaan perustehtävään.

Suurin osa henkilökunnasta luonnehti terveyden edistämisen tarkoittavan muun muassa ihmisen kokonaisvaltaista huomioimista (n=9):

”Ihmisen kokonaisvaltaista huomioimista”

”Sairauksien ehkäisy, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tavoite, tapaturmien ehkäisy.”

”Ihmisen hyvinvoinnin tukemista eri osa-alueilla”

Osa vastaajista katsoi terveyden edistämisen tarkoittavan optimaalista terveyttä ja sen ylläpitoa (n=7):

”Optimaalinen terveys, ylläpitää ja edistää terveyttä. Pyritään mahdollisimman hyvään elämänlaatuun ja yksilön terveyteen niissä puitteissa, mikä on mahdollista esim. painonhallinta (pienikin pudotus hyväksi)”

”Kaikki ne, joka edesauttaa pysymään terveenä (kohentamaan sitä tai ainakin pysymään entisellä tasolla.”

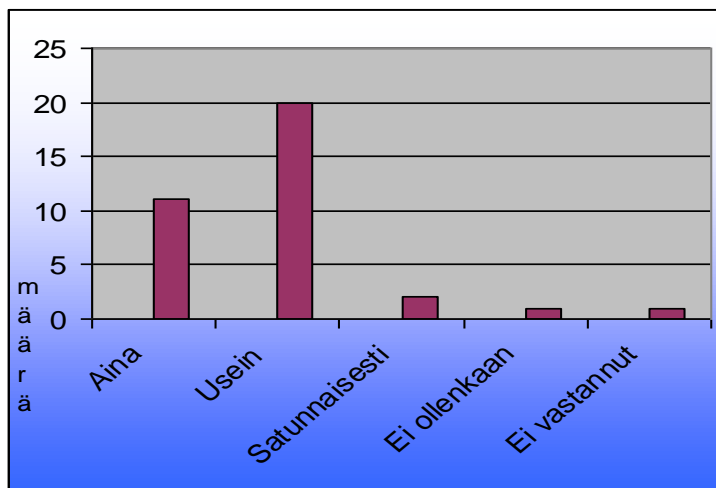
Osa vastaajista kuvasi terveyden edistämisen tarkoittavan pyrkimystä terveellisempään elämään (n=6). Vastauksista esille nousi tärkeäksi myös kuunteleminen ja terveyskäyttäytymiseen liittyvien ohjeiden antaminen:

”Valistus, neuvonta, opastus”

”Tiedon antamista ihmisen terveyden edistämiseksi: terveysneuvonta, ohjelehtiset, ennaltaehkäisevä työ, ihmisten motivointi, keskustelu, kuuntelu...”

Enemmistö henkilökunnan vastaajista koki, että terveyskeskus toteuttaa terveyden edistämistä koko toiminnassaan (n=12). Vastaajat korostivat, että terveyden edistäminen pitäisi toteutua aina kaikissa asiakaskontakteissa. Vastaajat erittelivät myös eri-ikäisten terveystarkastukset neuvolassa, koulussa tai työpaikoilla. Lisäksi mainittiin lääkärin vastaanotot, sairaanhoito ja hammashuolto, jossa toteutetaan terveyden edistämistä.

Henkilökunta arvioi päivittäisissä työtilanteissa terveyden edistämisen toteutuvan 88,6 % (Kuvio 10).



Kuvio 10. Terveyden edistämistilanteiden toteutuminen päivittäin

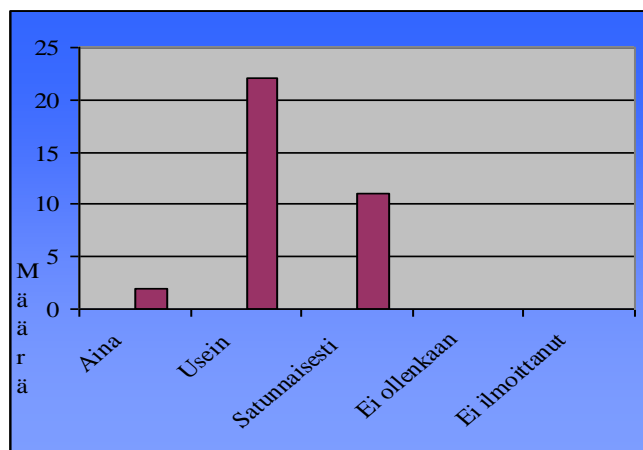
Kyselylomakkeella kartoitettiin myös, mitä terveyden edistämisen keinoja vastaaja käytti työssään. Eniten vastaajat käyttivät valistusta 80 % (n=28), toiseksi eniten käytettiin arviointia 62,7 % (n=22), kolmanneksi eniten käytettiin menettelytapoihin vaikuttamista 57,1 % (n=20). Vähiten keinoina käytettiin johtamista ja julkaisutoimintaa. Markkinointia ei kukaan vastaajista käyttänyt työssään terveyden edistämisen menetelmänä.

Terveyden edistämisen menetelmiä käytetään eniten asiakkaan käydessä vastaanotolla 85,7 % (n=30), seuraavaksi käytettiin puhelinneuvonnan yhteydessä 82,9 % (n=29). Kolmanneksi eniten käytettiin henkilökohtaista keskustelua ja ohjausta 77,1 % (molemmissa n=27). Vähiten 2,9 % (molemmissa n=1) vastaajat käyttivät videoavusteista perheohjausta ja roolileikkejä. Kukaan vastaaja ei käyttänyt terveyden edistämisen menetelminä työssään sosiaalista tukea!

Henkilökunnan mielestä kolme tärkeintä terveystyötymisen osa-aluetta, joihin terveyden edistämisen toimilla voidaan vaikuttaa, ovat terveellinen ruokavalio (n=31), riittävä liikunta (n=20) ja tupakoimattomuus sekä riittävä uni ja lepo (molemmissa n=13). Henkilökunnan mielestä vähiten voitiin vaikuttaa turvallisella liikennekäyttäytymisellä (n=1).

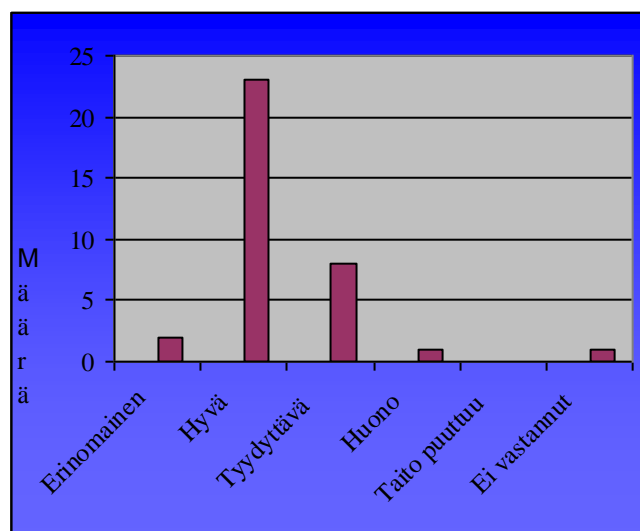
Henkilökunta koki itse toteuttamallaan terveyden edistämistyöllä saaneensa 62,9 % (n=22) usein tuloksia. Vastaajista koki saaneensa aina tuloksia 5,7 % (n=2).

Satunnaisesti toteuttamallaan työllä koki 31,4 % (n=11) saaneen tuloksia asiakkaiden terveydessä. (Kuvio 11).



Kuvio 11. Arvio terveyden edistämistyön tuloksellisuudesta

Henkilökunnasta terveyden edistämisen ammattitaitonsa koki 65,7 % (n=23) hyväksi, 22,9 % (n=8) koki tyydyttäväksi ja erinomaiseksi koki 5,7 % (n=2). Huonoksi vastaajista koki ammattitaitonsa terveyden edistämisessä 2,85 % (n=1). Yksi vastaaja ei vastannut tähän kysymykseen lainkaan. (Kuvio 12).



Kuvio 12. Henkilökunnan arvio omasta terveyden edistämisen ammattitaidosta

Suurin osa henkilökunnasta halusi kehittää omaa osaamistaan erityisesti tietotekniikan hyödyntämisessä ja vuorovaikutustaitojen kehittämisessä:

”Ainahan sitä voisi kehittää vaikka kaikilla osa-alueilla.”

”ATK”

Useat vastaajat mainitsivat työmenetelmän, jota haluaisivat tulevaisuudessa otettavan käyttöön. Tällaisia menetelmiä ovat verkostotyöskentely, draama, roolileikki, videoavusteinen perheohjaus ja moniammatilliset työryhmät. Huomioitavaa on, että useat vastaajat halusivat kehitettävän vuorovaikutustaitojaan, joukon edessä puhumista sekä tiimityöskentelyä, jotka ovat henkilökunnan tarvitsemia menetelmiä:

”Verkostotyöskentely, draama, roolileikki”

”Haluaisin ”keksiä” lisää keinoja, esim. että asiakkaat työstäisivät itse jotain ”projektiä” oman terveytensä edistämiseksi. eivätkä olisi vain passiivisia vastaanottajia ja minä paasaan ”nuhdesaarnaa”, ettei saa tehdä niin eikä näin.”

Enemmistö henkilökunnasta kaipasi lisää taitoja ravitsemuksesta, liikunnasta, kansantaudeista, päihdeasioista sekä ryhmä toiminnasta ja niiden vetämisestä:

”Painonhallinnasta, ravitsemukseen liittyvät terveysasiat, liikunnallinen aktiviteetti ym.”

Myös vuorovaikutus koettiin aiheeksi, josta kaivattiin lisää taitoja ja tietoja:

”Miten saisin sanomani mielenkiintoiseksi, tarttuvaksi.”

”Motivointiosaamista”

Useat vastaajat mainitsivat kaipaavansa tietoa uusista tutkimustiedoista, seksuaaliterveydestä, ruokavaliosuosituksista ja erityisesti tietotekniikasta. Yksittäiset vastaajat kertoivat myös, että huomiota olisi kiinnitettävä myös

terveyskasvatukseen liittyvän tiedon saantiin, turvalliseen asumiseen sekä huumeiden käyttäjän ja heidän lastensa vastaanottotyöhön.

Vastauksissa esille nousi myös yksittäisiä tärkeitä ajatuksia esimerkiksi, miten työntekijä saisi tuntosarvet, herkkyyden, jolla osaisi kohdata kunkin ihmisen hänelle tuloksellisimmalla tavalla. Lisäksi terveyden edistämisen toiminnassa pitäisi olla vastuuhenkilö, joka koordinoi koko terveyden edistämisen toimintoja. Hyvä huomio oli, että hammashuollon odotushuoneessa ”pyörisi non-stoppina” opetusvideo. Näin säästyisi aikaa ja vaivaa ja informaatiota saisivat monet potilaat yhtä aikaa. Tämän muutoksen avulla henkilökunta voisi tehdä enemmän muita töitä. Myös työnantajan tulisi huomioida, että terveyskasvatukseen olisi lisättävä aika- ja henkilöresursseja, koska nykyisellään terveyskasvatusta ei ehdi asiakkaan kanssa käydä läpi. Lisäksi koettiin, että ryhmätilaisuudet ovat nykyisin minimissään ajanpuutteen vuoksi. Ryhmätoiminta ja –keskustelut ovat kuitenkin parasta terveyskasvatusta, joka edistää asiakkaiden terveyttä. Vastaajat toivat esille myös tulevaisuuden huolensa, koska varsinkin nuorten ongelmat lisääntyvät (ylipaino, päihteet, seksuaaliterveys ym.). Tämän vuoksi henkilö- ja aikaresursseja tarvitaan lisää terveysneuvontaan.

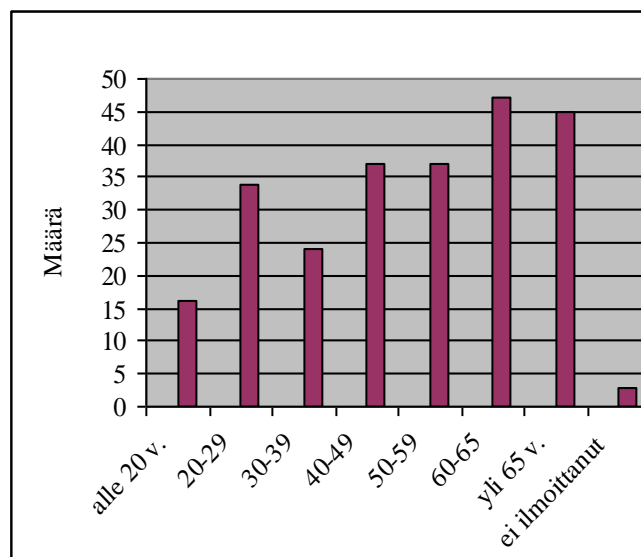
3.4 Kyselyn tulokset asiakkaiden näkökulmasta

Kyselylomakkeita jaettiin kaiken kaikkiaan asiakkaille 410 kappaletta. Lomakkeita palautettiin asiakkailta yhteensä 243 kpl. Näin jaettujen kyselylomakkeiden palautusprosentiksi asiakkaiden osalta tuli 59,3 %, joka oli hieman pienempi kuin henkilökunnan osalta, mutta kokonaisuudessa asiakkaita osallistui määrällisesti kyselyyn enemmän.

Vastaajista naisia oli 67,5 % (n=164) ja miehiä 29,6 % (n=72). Vastaajista 2,9 % (n=7) ei maininnut sukupuoltaan.

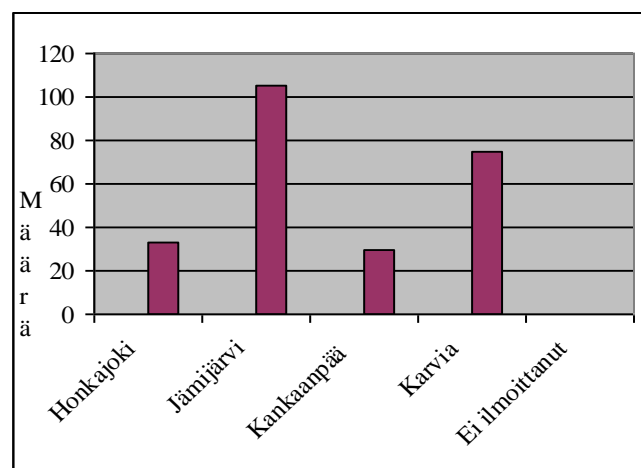
Vastaajien ikäjakauma painottui 60-65 vuoden väliin. Tästä ryhmästä vastaajia oli 19,4 % (n=47). Lisäksi 18,5 % (n=45) oli yli 65-vuotiaita ja 15,2 % (n=37) oli 50-59-vuotiaita myös 30-49-vuotiaita vastaajia oli saman verran. Vastaajista 20-29-vuotiaita oli 14 % (n=34) ja 30-39-vuotiaita oli 9,9 % (n=24). Alle 20-vuotiaita oli

6,6 % (16 kpl). Vastaajista 1,2 % (n=3) ei maininnut ikäänsä. (Kuvio 13). Tämä vastaajajoukko kuvaa hyvin Kankaanpään kuntayhtymän alueella asuvien ihmisten ikäjakaumaa.



Kuvio 13. Asiakkaiden ikäjakauma

Vastaajista 43,2 % (n=105) oli Jämijärveltä, Karvialta 30,9 % (n=75), Honkajoenlta vastaajista oli 13,6 % (n=33) ja Kankaanpäästä 12,3 % (n=30) (Kuvio 14). Kyselyyn vastasi suhteessa eniten pienen kunnan asiakkaat.

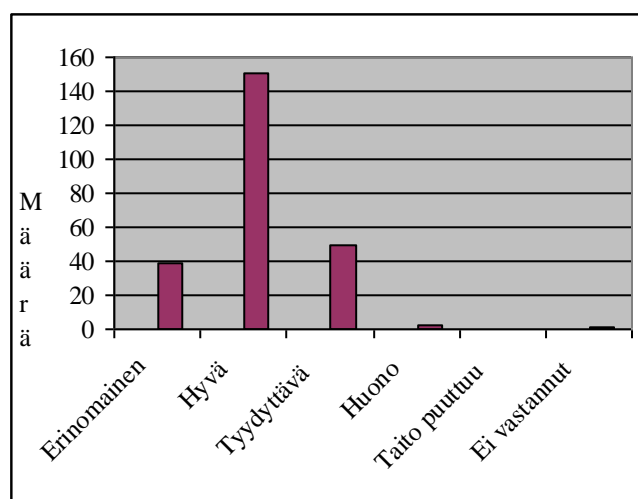


Kuvio 14. Asiakkaiden asioimispaikkakunta

Terveyden edistäminen oli vastaajien mielestä ennaltaehkäisyä 14,4 % (n=35), 10,3% (n=25) mielestä terveyden hoitoa, 4,9 % (n=12) mielestä seurantaä sekä 4,5 % (n=11) mielestä asiakkaan neuvomista ja tiedotusta. Suurin osa vastaajista koki

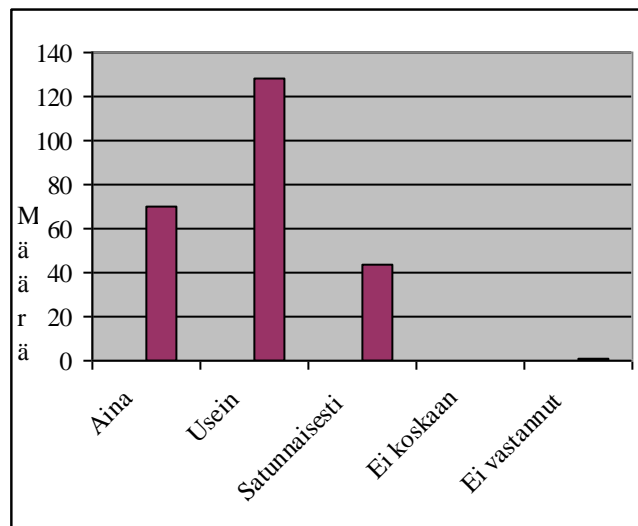
hyvien elämän tapojen (alkoholin, tupakan ja päihteiden käyttämättömyys), runsaan liikunnan harrastamisen sekä hyvien ruokailutottumusten edistävän terveyttä. Useat vastaajat mainitsivat unen ja levon tärkeäksi osaksi terveyden edistämisessä. Kymmenen vastaajaa koki tärkeäksi hyvät lääkäripalvelut, palveluiden saatavuuden kohtuuajassa sekä henkilökunnan syventyminen asiakkaan asiaan. Lisäksi viisi vastaajaa koki ihmisen kokonaisvaltaisen huomioimisen edistävän terveyttä.

Asiakkaat arvostivat henkilökunnan terveyden edistämisen ammattitaidon hyväksi, kun kyseessä oli vastaajan oma tai hänen perheensä terveyden hoito tai sen edistäminen. (Kuvio 15).



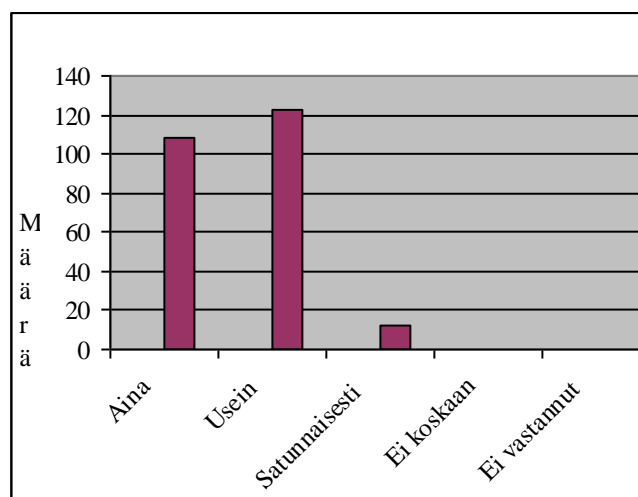
Kuvio 15. Asiakkaiden arvio henkilökunnan ammattitaidosta

Terveyskeskuksen henkilökunnan toteuttamalla työllä asiakkaista 52,7 % (n=128) koki olleen usein vaikutusta vastaajan omaan terveyteen (Kuvio 16).



Kuvio 16. Terveyskeskuksen henkilökunnan toteuttamalla työn vaikutus vastaajan omaan terveyteen.

Vastaajista saamia ohjeita terveytensä hoidossa noudatti usein 50,6 % (n= 123), aina 44,4 % (n=108) ja satunnaisesti 5 % (n= 12). (Kuvio 17).



Kuvio 17. Asiakkaiden säännöllisyys noudattaa saatuja terveyden hoito-ohjeita.

Vastaajista 65 % (n=158) kertoi hoitavansa ensisijaisesti omaa terveyttään liikunnan, ruokavalion, painonhallinnan avulla:

” Pysin syömään kohtuullisen terveellisesti. Jonkin verran liikuntaa, tosin ei ehkä tarpeeksi.”

”Terveellinen monipuolinen ruoka, liikunta. Säännölliset tutkimukset ja seurannat. Ravinto-opin ym. terveystietouden opiskelu säännöllisesti, tietojen päivitys.”

”Ottamalla minulle määrätyt lääkkeet, liikunnalla ja oikeilla elämän tavoilla”

” Käyn hieronnassa sekä säännöllisesti hammashuollossa ja liikunnalla”

”Liikunta, yritän syödä mahdollisimman hyvin”

Lisäksi kolmasosa vastaajista kertoi alkoholin ja tupakan käytön vähentämisellä edistettävän omaa terveyttä:

” Alkoton / ei tupakkaa.”

”Raittiit elämäntavat”

”Terveelliset elämäntavat (ei tupakkaa eikä alkoholia”

Lisäksi vastaajista 23 % (n=56) mainitsi unen ja levon tärkeydestä oman hyvinvoinnin kannalta:

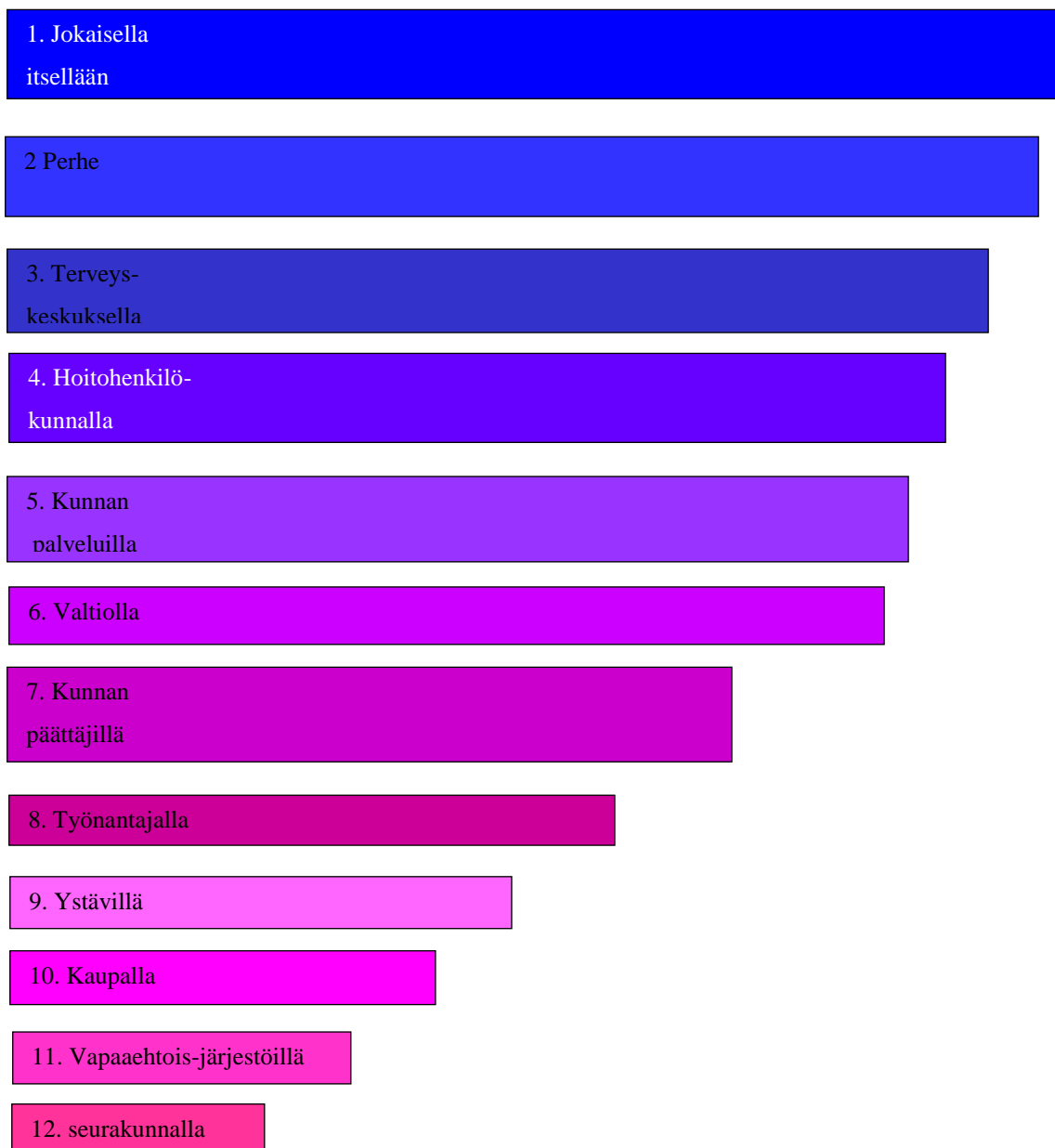
”Riittävä lepo ja uni”

”Tarpeeksi pitkät yöunet”

”Kunnon lepo”

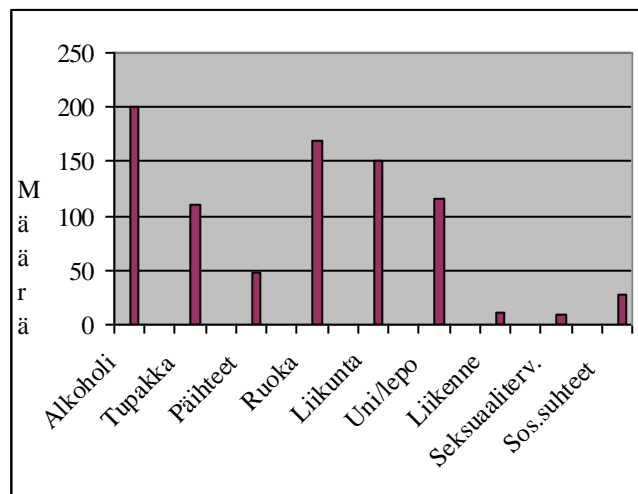
”Nukkuminen”

Suurin vastuu omasta terveydestä vastaajien mielestä on jokaisella itsellään. Toiseksi eniten vaikuttaa lähiympäristö eli perhe. Kolmanneksi eniten vastaajan terveyteen vaikuttaa terveyskeskus. Vähiten vastuuta vastaajan terveydestä koettiin olevan seurakunnalla, vapaaehtoisjärjestöillä ja kaupalla (Kuvio 18).



Kuvio 18. Suurin vastuu omasta terveydestä (1=eniten, 12=vähiten)

Kuntayhtymän asiakkaiden mielestä kolme tärkeintä terveystyöntekijän osa-alueita, joihin terveyden edistämisen toimilla voidaan vaikuttaa ovat: Alkoholin kohtuukäyttö 82,7 % (n=201), terveellinen ruokavalio 69,5 % (n=169) ja riittävä liikunta 61,7 % (n=150). Vastaaajista vähiten koki olevan vaikutusta turvallisesta liikennekäyttäytymisestä 4,5 % (n=11) ja seksuaaliterveydestä huolehtimisesta 3,7 % (n=9) (Kuvio 19).



Kuvio 19. Toimet, jotka vaikuttavat terveyden edistämiseen

Enemmistö vastaajista kaipasi enemmän tietoa terveyskeskuksen henkilökunnalta terveyden hoidosta, erilaisista sairauksista ja kokeiden tuloksien kertomisesta. Tiedon antaminen pitäisi olla luonnollinen osa potilastyötä, eikä sen saaminen pitäisi riippua potilaan aktiivisuudesta. Kaikki eivät tiedä sitä, mitä pitäisi kysyä. Useat vastaajat kokivat tuen antamisen sairastuneelle tärkeäksi ja nykyisin riittämättömäksi. Muutama asiakas koki tärkeäksi lääkäreiden tiedottamisen erilaisten lääkkeiden yhteensopivuudesta.

Vastaajat kuvasivat tilanteita, joissa kaipasivat enemmän apua henkilökunnalta. Tärkeäksi koettiin avunantaminen silloin, kun sitä tarvitaan. Oikea-aikaisuutta kuvattiin seuraavasti:

”Akuutit tilanteet, oli mikä oli.”

”Tilanteissa, jotka ovat minulle uusia ja outoja.”

Vastaajat kaipasivat tukea ja apua mielenterveysongelmien kohdatessa perhettä. Tärkeää olisi tällöin huomioida myös koko perheen hoitoonohjaus:

”Psykkisesti häiriintyneen perheenjäsenen hoitoon ohjaus. Myös muu perhe tarvitsee apua”

Suurin osa vastaajista koki ennaltaehkäisevän toiminnan tärkeäksi. Neuvolassa työskenteleviltä odotettiin entistä enemmän henkilökohtaista ohjausta ja tukea. Lastenneuvolatoiminnalta odotettiin apua lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvissä asioissa. Aikuisneuvolalta kaivattiin entistä enemmän tukea terveellisempien elämäntapojen etsimisessä ja laihduttamisessa:

”Lapseni kasvuun ja kehitykseen liittyvät asiat.”

”Neuvontaa ja ohjausta, miten pienten lasten kanssa jaksaa eteenpäin. Enemmän käytännön tietoa siitä, miten lapsi kehittyy”

”Aikuisneuvola -> Tukea terveellisempien elämäntapojen etsimiseen, laihduttamiseen jne.”

”Ennaltaehkäisevään toimintaan panostaminen”

Ennaltaehkäisevään toimintaan odotettiin henkilökunnalta myös enemmän tiedotusta:

”Tiedottaa ”tukitoimista” (mahdollisuus osallistumisesta esim. kuntoutus- ym. jaksoille)”

Yksittäiset asiakkaat halusivat enemmän tietoa naapuri kuntien palveluista, jos oman kunnan palvelutarjonta ei ole riittävä. Myös apuvälineitä tulisi myös saada käyttöön nopeammin. Muutama vastaaja koki tärkeäksi myös entistä monipuolisemman ruoka-aineneuvonnan. Yksittäinen vastaaja toi esille myös asiakkaiden yksinäisyyden entistä paremman huomioimisen.

4 KÄYTÄNNÖN TOIMINNAN SUUNNITTELU

4.1 Elämänkaari

Väestöryhmien välisten terveyserojen syntyyn ja säilymiseen vaikuttavat monet eritasoiset tekijät, jotka liittyvät muun muassa yhteiskunnan rakenteeseen, elintapoihin ja koko palvelujärjestelmän toimintaan. Terveyserojen kaventaminen edellyttää monentasoisia toimenpiteitä. (Kangas, Keskimäki, Koskinen, Mandelbacka, Lahelma, Prättälä & Sihto 2002, 325.) Tämän kehittämishankkeen perustana on ollut Kankaanpään ktkky:n ajatus elämänkaareen perustuvasta terveyden edistämisen toimintamallin luomisesta, jotta eri ikäryhmän kohdalla huomioitaisiin alueen terveyseroja kasvattavat epäkohdat ja ongelmat. Elämänkaaren perusteella jokaiselle ikäryhmälle kehitetään toimenpiteet, joiden avulla ongelmakohtiin voidaan puuttua ja näin vähentää niistä aiheutuneita haittoja.

William Shakespear toi elämänkaari vaiheteorian esille jo neljäsataa vuotta sitten. Shakespear erotti seitsemän elämänvaihetta (seven ages of man), jotka olivat lapsuus, kouluikä, nuoruus, varhainen aikuisuus, kypsä aikuisuus, vanhuus (”toinen lapsuus”) ja kuolema. (Rahkonen & Lahelma 1998, 15.)

Tässä opinnäytetyössä elämänkaariajattelussa käytetään kolmea ikäjakautumaa: lapset ja nuoret (0-17 v), työikäiset (18-65 v) ja ikääntyvät (65v-). Lapsuus ja nuoruus kuuluvat kiinteästi yhteen, koska lapsuuden ajan häiriöitä korjataan nuoruusiässä. Tämän vuoksi terveyden edistämisen tiimi halusi ottaa lapset ja nuoret yhdeksi yhtenäiseksi kohderyhmäksi.

Intervention mapping-mallissa teoriaosuus ja tieteellinen näyttö ohjaavat päätöksentekoa. (Aaro ym. 2006, 152). Tässä kehittämishankkeessa Intervention mapping-mallin kolmannessa vaiheessa ydintiimi tutustui elämänkaaren eri vaiheiden terveysuhkiin ja terveyttä edistävään toimintaan, jotta ydintiimi pystyi hahmottamaan tärkeät terveysuhat ja mahdollisuudet. Tässä kehittämishankkeessa tehdyn kyselyn tulosten perusteella esiin nousseita terveyshaittoja tarkasteltiin

kattavammin toiminnan kehittämisen tukena. Näiden tietojen pohjalta ydintiimi pystyi suunnittelemaan kuntayhtymän haluamaa terveyden edistämisen mallia.

4.2 Elämänkaarella lapset / nuoret

Lapsuus katsotaan päättyvän koulun aloittamiseen ja nuoruuden ylärajana pidetään työelämää. Lasten ja nuorten terveystietä saattaa poiketa ratkaisevasti aikuisten näkemyksestä. Lisäksi ikävuodet 12-18 ovat monessa suhteessa ratkaisevia yksilön terveysuran kannalta. Tällöin myös elämäntapa tottumukset muotoutuvat, saavutetaan sukukypsyys sekä tehdään elämänuran olennaisempia ratkaisuja. (Rosblom, Ruuskanen, Laine & Vertio 1996, 9 ja 18.) Lapsuuden ja nuoruuden ajatellaan edustavan sitä ikävaihetta, jolloin muulle elämälle luodaan tarpeelliset tai välttämättömät puitteet. (Rahkonen ym. 1998, 67.)

4.2.1 Syrjäytymisen ja pahoinvoinnin vähentäminen

Lähiympäristöllä on merkitystä nuoren elämään suuntautumisessa ja myös hänen elämäntilanteensa kehittymisessä. Nuorten terveyttä tuetaan parhaiten luonnollisessa ympäristössä, kotona ja koulussa. Nuorten tärkeä sosiaalisten suhteiden paikka onkin koulu. Nykypäivän yhteiskunnallisessa muutoksessa olisi tärkeää arvioida, tarjoaako ympäristö nuorelle selviytymistä tukevia voimavaroja. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 247- 248.)

Vanhemmat tarvitsevat voimavaroja omien lastensa ja nuortensa tukemiseen arkielämässä. Vanhempien voimavarojen sekä nuorten ja heidän vanhempiensa välisen vuorovaikutuksen arviointi on tärkeää terveyden edistämisen toimintamallien kehittämisessä. Jos perheessä on ongelmia, ne heijastuvat myös perheen lapsiin ja nuoriin. Ongelmien kasaantuminen voi taas johtaa syrjäytymiseen, jota tapahtuu nykyisin yhä varhaisemmassa vaiheessa. Kasvatuksellisten edellytysten luomisessa tulisi arvioida juuri vanhempien voimavaroja ja jaksamista. (Paunonen ym. 1999, 249.)

4.2.2 Lihavuuden ja ylipainoisuuden ehkäisy

Epidemiologisesti ajatellen nuorten liikunnalla voidaan vaikuttaa kansantautien kuten sydän- ja verisuonitautien, diabeteksen, esiintymiseen tulevaisuudessa. Tämä ajattelutapa ei kuitenkaan motivoi nuoria itseään. He elävät vain tätä päivää. Heille tulevaisuus on jossain kaukana. Motivointikeinona tulisikin olla tämän hetken parempi olo. (Rosblom ym. 1996, 111.)

Normaali liikunta vaatii normaalia, monipuolista ruokavaliota. Lasten ja nuorten tulisi liikkua päivittäin vähintään tunnin, koska koululiikunta muodostaa vain pienen osan lasten ja nuorten kokonaisaktiivisuudesta. (Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi 2005, 79.) Nuorten tulisi syödä monipuolisen aamupalan, lounaan, päivällisen ja välipalat. Lisäksi on huolehdittava myös riittävästä nestetasapainosta. (Rosblom ym. 1996, 115.) Kouluterveyskyselyn 2007 mukaan peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilailla Länsi-Suomen läänissä, ja kuten muuallakin Suomessa, on olla syömättä kaikkia aterianosia kouluruokailun yhteydessä. (Stakes 2007, 4.) Kuitenkin kouluruokailu kattaa merkittävän osan suomalaisen koululaisen päivittäisestä ravinnosta ja näin se on myös kansanterveydellisesti merkittävä asia. (Puska 2008, 1.)

4.3 Elämänkaarella työikäiset

Aikuisväestön elintavat ovat 1960-luvun jälkeen muuttuneet nopeasti yhä terveellisemmiksi. Muutosten ansiosta monet tärkeät kansantaudit ja niistä johtuva vajaakuntoisuus sekä kuolleisuus ovat vähentyneet. Myönteinen kehitys on aikaansaatu valtiovallan, kuntien, palvelujärjestelmän ja kansalaisjärjestöjen yhteistyön tuloksena. (Aromaa ym. 2005, 456.)

Työikäisten kehitettävä asiakokonaisuus liittyy terveyserojen kaventamiseen. Yksi merkittävimmistä terveyseroja lisäävistä tekijöistä yhteiskunnassamme on päihteet. (Perttilä 2007, 3). Alkoholiin liittyvät kuolemat ovat yksi tärkeä kuolleisuuden sosioekonomisia eroja selittävä tekijä. (Kangas ym. 2002, 101.) Toinen merkittävä terveyseroja synnyttävä tekijä on tupakointi. Vaikka tupakointi keskittyy nuoruus- ja

aikuisvuosiin, niin tupakoinnin on yhteydessä terveydentilaan ja mahdollisiin terveyden eriarvoisuutta ylläpitäviin ja kasvattaviin tekijöihin koko elämänkaaren ajan. (Kangas ym. 2002, 83.) Lisäksi lihavuus on kansanterveydellinen ongelmamme. Se on monien pitkäaikaissairauksien tärkein syy. (Aromaa 2005, 98.) Ravinnon sosioekonomisia eroja pyritään kaventamaan valtakunnallisin politiikalla, kuntatason toimenpiteillä ja terveyden edistämishjelmin. (Kangas 2002, 78.)

4.3.1 Tupakka ja päihteet

Tupakan- ja päihdehaittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi on valtakunnallisten ohjelmien ja tukitoimien kautta pyrittävä tehostamaan ehkäisevää toimintaa. Tämän vuoksi on tärkeää, että yhteistyössä pystytään kehittämään perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen sekä sidosryhmien välille yhteiset toimintamallit.

Tupakka

Tupakkaa on pidetty ihmisten nautintoaineena Euroopassa jo satoja vuosia, sillä Kolumbus toi kasvin Eurooppaan jo 500 vuotta sitten. Ensimmäiset merkit ihmisten tupakankäytöstä ovat jo tuhat vuotta sitten ikuistettu maya-intiaanien kivipiirroksiin. (Huovinen & Leino 2000, 369.)

Tupakoinnin johdosta Suomessa arvioidaan kuolevan vuosittain noin 5000 ihmistä. (Huovinen ym. 2000, 371.) Tupakointi on meidän keskeisten kansantautiemme tärkein poistettavissa oleva syy. Se lyhentää elinajan odotetta usealla vuodella, se lisää sepelvaltimotaudin vaaraa yli kaksinkertaiseksi ja keuhkosityövän vaaraa yli 10-kertiaiseksi. Se on myös tärkein kroonisen ahtauttavan keuhkosairauden syy. (Aromaa ym. 2005, 99.)

Tupakointi on kokonaisuudessaan vähenemässä, mutta sosiaaliryhmittäiset erot ovat sitkeässä ja aikuisväestössä jopa kasvussa. Erityisesti huolestuttavaa on nuorten naisten tupakoinnin lisääntyminen. Suomessa terveyttä on edistetty viime vuosina lailla savuttomista ravintoloista ym. julkisista tiloista, mainonnan kieltäminen ja

tupakkarajoitukset esim. tupakointi työpaikoilla vain erillisissä tupakkatiloissa. Myös nuuskan myynti kiellettiin Suomessa. (Kangas ym. 2001, 85-86). Näillä hyvillä yhteiskunnallisilla muutoksilla on taattu yksilön oikeus savuttomaan hengitysilmaan ja näin jokaisen yksilön terveyttä edistetään parempaan suuntaan. Lisäksi ihmisten asenne on tullut kielteisemmäksi tupakkaa kohtaan.

Nuoruudessa aloitettua tapaa on vaikea lopettaa aikuisenakaan. Yksilöä voidaan tukea lopettamisessa antamalla lisää tietoa tupakoinnin vaaroista ja korostamalla lopettamisen hyötyjä sekä tarjoamalla lopettamista helpottavia vieroitusmenetelmiä. (Taipale 2000, 35.) Helpompi välttää tupakoinnista aiheutuva riippuvuus on olla polttamatta sitä ensimmäistäkään tupakkaa. Tällä asennekasvatuksella me aikuiset voimme näyttää lapsillemme hyvää esimerkkiä.

Alkoholi

Alkoholi on Suomessa ylivoimaisesti merkittävin päihdeongelmien aiheuttaja. Sen saatavuuden merkittävä nousu vuonna 2004 (kotimainen veronlasku, EU:ta koskevien tuontirajoitusten poistuminen ja EU:n laajeneminen) ovat luoneet edellytyksiä ongelmien pahenemiselle. Valtioneuvosto teki 2003 periaatepäätöksen alkoholipolitiikan linjauksista. (Päivärinte 2007, 40.)

Vuonna 2004 tehdyt seurannat viittaavat siihen, että erityisesti keski-ikäiset miehet ovat lisänneet väkevän alkoholin kulutustaan. Kulutus on noussut erityisesti suurissa ikäluokissa, 55-64-vuotiailla. Myös naisilla alkoholinkulutus on kasvussa ja raittiiden määrä edelleen vähenemässä. (Päivärinte 2007, 40-41.) Alkoholijuomien myynti Suomessa oli vuoden 2007 tammi-heinäkuussa 26,3 miljoonaa litraa 100%:n alkoholina. Vuoden 2006 vastaavaan ajanjaksoon verrattuna myynti on lisääntynyt runsaat kolme prosenttia. Koskaan aiemmin ei Suomessa ole myyty yhtä paljon alkoholia kuin nyt! (STTV 2007, tiedote 14/2007).

Alkoholin suurkuluttajia (yli 30 litraa alkoholia vuodessa) on noin 200 000. Riskikuluttajien määrä on n. 250 000 – 400 000. Alkoholin käyttöön liittyviin sairauksiin ja alkoholimyrkytyksiin kuolee vuosittain 1200 suomalaista. Lisäksi noin

1000 tapaturmassa ja väkivaltatilanteessa kuollut on ollut päihtyneenä kuollessaan. Tällä tavalla kuolleiden miesten keski-ikä on ollut 46 vuotta ja naisten 38 vuotta. Alkoholisairautta pääsairautena hoidetuille potilaille kertyy vuosittain yhteensä noin 25 000 sairaalahoitajaksoa. Lisäksi yli 8 000 henkilöä on työkyvyttömyyseläkkeellä alkoholisairauden vuoksi. (Huovinen ym. 2000, 314.)

Päihteiden käyttö kuormittaa yhä enemmän sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää ja sen toimintaa. Vanhempien päihteiden käyttö liittyy kolmasosaan lastensuojelutapauksiin. (Päivärinne 2007, 41.) Vanhempien alkoholiongelmät aiheuttavat myös lapsille runsaasti erilaisia somaattisia ja psyykkisiä terveysongelmia. Terveysongelmien lisäksi alkoholi aiheuttaa myös monia yhteiskuntajärjestykseen, elinoloihin ja sosiaalisiin suhteisiin liittyviä ongelmia. Perheongelmat, toimeentulovaikeudet ja rikollisuus ovat tällä alueella keskeisiä asioita. (Huovinen ym. 2000, 315.)

Suomessa väestöryhmäerojenkin kannalta olisi järkevää pitää alkoholipolitiikassa korkeita hintoja ja rajoittamaan saatavuutta ja markkinointia. Valistuksen avulla täytyisi juomatapoja kehittää rajua humalajuomista ja suurkulutusta vähentävään suuntaan. Näihin tavoitteisiin tulisi pyrkiä pitkäjänteisellä valistuksella ja varhaisella puuttumisella sekä median välityksellä erilaisin kampanjoin. (Kangas ym. 2001, 117.)

Huumeet

Huumeiden käyttö on taas viimeisten kymmenen vuoden aikana nopeasti yleistynyt. (Huovinen ym. 2000, 327.) Huumeiden käytön yleistymisen ilmenee mm. huumerikosten ja hoitoa tarvitsevien määrän lisääntymisenä. Monet seikat osoittavat, että huumeiden salakuljetuksesta, välityksestä ja kaupasta on tullut entistä ammattimaisempaa ja organisoidumpaa rikollisuutta. (Aromaa ym. 2005, 114.)

Huumeiden kokeilu ja käyttö on sidoksissa alkoholin käyttöön. Humalajuomisen myötä myös huumeiden käyttö lisääntyy, vieläpä niin, että erot miesten ja naisten huumeiden käytössä näyttävät pitkälti selittyvän alkoholin käyttötapojen erolla.

Huomioitavaa on se, että laittomat huumeet eivät korvaa alkoholia, vaan tulevat sen lisäksi. (Aromaa ym. 2005, 114.)

Ennaltaehkäisyn lähtökohdan tarjoaa meidän perinteinen hyvinvointipolitiikka, joka pyrkii poistamaan päihdeongelmille altistavia tekijöitä ihmisten elämästä. Tiedotus ja huumevalitus koetaan tärkeäksi keinoksi huumeikäytön vähentämiseksi. (Aromaa ym. 2005, 115.)

4.3.2 Lihavuuden ja ylipainoisuuden ehkäisy

Yhteiskuntamme merkittävin terveyshaittoja aiheuttaja tekijä on lihavuus, jonka hoito on kuitenkin vaikeaa. Siten lihavuuden ehkäisyyn tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota. Elinympäristöämme tulisikin kehittää painonhallintaa helpottavaksi. Avainasemassa on lähiympäristö, jossa liikunnan harrastaminen ja terveyttä edistävät ruokavalinnat ovat päivittäiseen toimintaan liittyviä. Lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa ei tulla onnistumaan, ellei lihavuutta tunnusteta yleisesti merkittäväksi terveysvaaraksi. (Aromaa ym. 2005, 98.)

Suomalaisten keskeisempiä ravitsemusongelmia nykyään ovat liikapaino, suolan ja kovan rasvan käyttö sekä hiilihydraattien liian pieni osuus ruokavaliossa. Rasvan kokonaissaantia ja erityisesti tyydyttyneen rasvan saantia tulisi vähentää. Suositeltua olisi, että kasvisten ja hedelmien käyttöä tulisi lisätä, rasvaiset maitovalmisteet korvata vähärasvaisilla. Voin sijaan leivälle tulisi laittaa ohuelti pehmeää margariinia ja ruoanvalmistuksessa tulisi käyttää kasvisöljyä. Ruokavalio on parantunut laadultaan, mikä näkyy väestön alenevina kolesteroliarvoina. Tilalle ongelmaksi on tullut lihavuus, joka ei riipu ainoastaan ravitsemuksesta, vaan myös aliliikkumisesta. (Kangas ym. 2002, 67 ja 71-72.) Tiedosta ei siis ole puutetta, vaan tarvitaan omavoimaistamista ja tahtoa tehdä asioita, joista tiedetään olevan omalle terveydelle hyötyä. Tarvitaan myös asennemuutosta, että aikuiset menevät töihin auton sijaan kävellen tai pyörällä.

Liikunta vähentää vaaraa sairastua sepelvaltimotautiin, aivohalvaukseen, aikuistyyppin diabetekseen ja paksunsuolensyöpään. Liikunta alentaa kohonnutta

verenpainetta ja myös pienentää verenpainetaudin vaaraa. Liikunnalla on myös edullinen vaikutus mielialaan, se voi vähentää masennus- ja jännitysoireita. (Aromaa ym. 2005, 78.)

Merkittävä osa liikunnan terveyshyödyistä voidaan saavuttaa helposti toteutettavalla liikunnalla. Suositeltu terveystoiminnan määrä työikäisillä on vähintään puoli tuntia päivässä 4-7 päivänä viikossa kohtalaisesti kuormittavaa kestävyysliikuntaa sekä lisäksi ainakin kahdesti viikossa lihasten voimaa kehittävää liikuntaa. (Aromaa ym. 2005, 78.)

4.4 Elämänkaarella ikääntyvät

Väestön ikärakenteen muuttuessa koko yhteiskunnan on sopeuduttava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Ikääntyvien hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja kuntoutukseen kannattaa panostaa, koska hyvinvointi ja terveys vaikuttavat ratkaisevimmin sosiaali- ja terveystalouden tarpeeseen sekä palveluiden kustannuksiin. Lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden koheneminen tukee itsenäistä suoriutumista, kotona asumista ja mahdollisuuksia toimia aktiivisesti yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä. Ikääntyvien kohdalla tärkeää olisi heidän omatoimisuuden lisääminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:3, 3, 21.)

Ikääntyvien toimintakyvyn parantamiseksi tulisi lisätä riittävän varhaista ja monipuolista ehkäisevää ja kuntouttavaa toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:65, 31). Tätä pystytään edesauttamaan liikunnan ja osallisuuden lisäämisellä.

4.4.1 Liikunta

Liikunnan merkitys terveille ihmisille on se, että se auttaa säilyttämään ja parantamaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä. Sopiva, riittävä määrä liikuntaa edesauttaa toimintakykyä ja ehkäisee useita sairauksia. Iäkkäänä liikutaan, jotta pystytään säilyttämään toimintakykyä ja pystytään turvaamaan itsenäinen selviytyminen mahdollisimman pitkään. Suomessa vain kolmannes harrastaa

liikuntaa siinä määrin, että se kiistatta edistää terveyttä. (Huovinen ym. 2000, 47 ja 395.)

Liikunta vaikuttaa myös suoraan elämänlaatuun. Ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn tiedetään olevan sitä parempi, mitä enemmän he kiinnittävät huomiota kolmeen tasavertaiseen vaaratekijään: tupakointiin, ylipainoon ja liikunnan puutteeseen. Merkittävä elämänlaatuun liittyvä tekijä on henkilön mieliala. (Huovinen ym. 2000, 47.)

Terveyttä edistäväksi liikunnaksi riittää kohtuullisen rasittava liikuntasuoritus, kuten reipas kävely puolen tunnin ajan säännöllisesti joka päivä. Säännöllinen, ripeä kävely kohottaa kuntoa, lujittaa luustoa ja se myös huoltaa niveliä. Liikunnan avulla tasapaino ja alaraajojen lihasvoimat paranevat sekä kaatumisalttius vähenee, mikä puolestaan merkitsee luunmurtumavaaran pienenemistä. (Huovinen ym. 2000, 407.) Liikunta on monille myös välttämätön lihomisen estämiseksi. Se on eräs tärkeä tekijä pysyvän laihdutustuloksen saavuttamiseksi. (Aromaa ym. 2005, 78.)

4.4.2 Osallisuus

Ikääntyville terveyden ja toimintakyvyn ylläpidon ohella ovat tärkeitä myös sosiaaliset verkostot, mahdollisuudet mielekkääseen tekemiseen, omien voimavarojen käyttö ja osallistuminen. Sosiaalista turvallisuutta voidaan kohentaa ohjauksen ja neuvonnan keinoin ikääntymiseen, terveyteen ja sosiaalisiin ongelmiin liittyvissä asioissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 13.)

Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen, liikkumisen ja päivittäistoimista selviytymisen edistäminen on tärkeä osa ikääntyvien terveysriskien ennaltaehkäisyä. Näihin tavoitteisiin pyritään kuntasuunnitelmiin liittyvillä kuntastrategioilla. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 117.)

5 OHJELMAN MALLINTAMINEN

5.1 Tulokortin esittely

Intervention mapping-mallin neljännessä vaiheessa mallinnetaan ohjelma. (Bartholomew ym. 2006, 16.) Tässä opinnäytetyössä se tarkoittaa, että ydintiimi kehitti terveyden edistämisen tulokortin. Tämä tulokortti tarkoittaa suunnitteluasiakirjaa, joka on tarkoitettu kohteen toimijoille käytännön työn apuvälineeksi terveyttä edistävään toimintaan. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 14.)

Ydintiimi valmisteli tulokorttia annetun tehtävänannon mukaisesti. Toiminnassa huomioitiin terveyden edistämisenpolitiikkaohjelman sisältö sekä kuntayhtymän johtajan esittämät asiat. Tulokortin kehittämisessä huomioitiin kohderyhmät: lapset/nuoret, työikäiset ja ikääntyvät. Näille jokaiselle ryhmälle valittiin painopistealueet, jotka nousivat esiin tehdyn kyselyn tulosten perusteella. Näille painopistealueille ydintiimi mietti erilaisia toiminnan menetelmiä hyviä käytäntöjä noudattaen. Ydintiimin jäsenet miettivät nykyisiä toimintamenetelmiä ja niistä poimittiin painopistealueihin sopivat vanhat käytännön toimet, jotka vastaavat asiakkaiden tarpeita. Näin mitään uusia työmenetelmiä ei tarvinnut kehitellä. Toimenpidelinjauksena ydintiimi mietti, miten valittuja menetelmiä pystytään käytännössä parhaiten toteuttamaan. Tämän kehittämistoiminnan tuloksena syntyivät toimenpidelinjaukset. Ydintiimi halusi laittaa esille myös vielä erityisen tärkeitä asioita, jotka kirjattiin huomioitavaa sarakkeeseen. Viimeiseksi kohdaksi ydintiimi merkitsi sidosryhmät, jotka tulisi ottaa mukaan terveyden edistämisen toimien käytäntöön soveltamisessa.

Taulukko 4. TERVEYDEN EDISTÄMISEN PAINOPISTEALUEET/ Kankaanpään KTT ky

laati: Te-tiimi 30.1.2008

KOHDERYHMÄ /Elämänkaarimallin mukaan/	Kriittiset menestysteki- jät/ PAINOPISTE- ALUEET	Menetelmät	Toimenpidelinjaukset	Huomioitavaa	Vastuu Toimijat/ sidosryhmät
1. Lapset ja nuoret Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen	<u>Terveyden ja turvallisen kehityksen edistäminen</u> 1.1. Syrjäytymisen ja pahoinvoinnin vähentäminen 1.2. Lihavuuden ja ylipainaisuuden ehkäisy	1.1.1. Vanhemmuuden vahvistaminen 1.1.2. Yhteisöllisyyden vahvistaminen 1.1.3. Osallisuuden lisääminen 1.2.1. Ennaltaehkäisy 1.2.2. Ravinto 1.2.3. Liikunta	1.1.1. A Puheeksi ottaminen 1.1.1. B Varhainen tunnistaminen ja oikea-aikaisuus (fyysisen ja sosioemotionaalisen kehityksen häiriöt, oppimisvaikeudet, terveyttä vaarantavat elämäntilanteet ja sairaudet) 1.1.1. C Varhainen tuki 1.1.1. D Vertaistuki 1.1.2. A Yhteistyön lisääminen/ yhteinen tavoite 1.1.2. B Vastuullinen aikuisuus 1.1.3. A Osallistumisen mahdollisuuksien lisääminen 1.2.1 A Varhainen puuttuminen 1.2.1 B Riskien arvioinnin vakiinnuttaminen osaksi terveydentilan arviointia	Riskien arvioiminen Koulutuksen ja osaamisen huomioiminen	Lasten- ja nuorten palvelualue Yhteistyötahot ja Erikoissairaanhoito
2. Työikäiset Työ- ja toimintakyvyn sekä hyvinvoinnin edistäminen	<u>Terveyserojen kaventaminen</u> 2.1. Lihavuuden ja ylipainaisuuden ehkäisy 2.2 Tupakointi ja päihteiden käyttö	2.1.1. Ennaltaehkäisy 2.1.2. Ravinto 2.1.3. Liikunta 2.2.1 Ennaltaehkäisy 2.2.2 Päihdetyön palveluketju	2.1.1 A Varhainen puuttuminen 2.1.1 B Riskien arvioinnin vakiinnuttaminen osaksi terveydentilan arviointia Varhaisen puuttumisen ja puheeksi ottamisen toimintamallien käyttöönotto Painotetaan asiakkaan omaa vastuuta (kts.mallilomake1/ elintapojen muutosten kartoitus ja seurantalomake (Liite 8) mallilomake 2/ elintapojen muutokseen tukevan terveysneuvonnan rakentuminen) (Liite 9) Vertaistuki	Dehko 2000–2010 Asiakas tekee vapaaseen tahtoon perustuvia valintoja Koulutuksen ja osaamisen huomioiminen	Työikäisten palvelualue Erikoissairaanhoito, Työterveyshuolto (Työnantajat), Kauppiat, Kunta, Seurakunta, Kolmas sektori
Ikääntyvät Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen	<u>Omatoimisuuden tukeminen</u> 3.1. Liikunta 3.2. Osallisuus	3.1.1 Liikunta- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen 3.2.1 Yhteisöllisyyden vahvistaminen 3.2.2 Osallisuuden lisääminen	3.1.1A 65 v tark. 3.1.1B Palvelujen käytön ohjaus (esim. liikuntapalvelut) 3.1.1C Tarvittaessa palvelusuunnitelma 3.2.1A Osallistumismahdollisuuksien lisääminen 3.2.1B Vertaistuki /sosiaalinen verkosto EHKO (ennaltaehkäisevät kotikäynnit)	Koulutuksen ja osaamisen huomioiminen	Vanhusten palvelualue Erikoissairaanhoito, Kunta, kolmas sektori, seurakunta

5.2 Lasten ja nuorten terveyden edistämisen tulokortin sisältö

Tässä kohderyhmässä terveyden edistämisen ydintiimi valitsi kehitettäväksi asiakokonaisuudeksi lasten, nuorten ja perheiden terveyden sekä hyvinvoinnin edistämisen. Tähän myös terveyden edistämisen politiikkaohjelman mukaisesti kuntien tulisi suunnata määrärahojaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 4). Tämän kohderyhmän toiminnan kehittämisessä ja suunnittelussa käytettiin pohjatietona myös sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelmaa sekä terveyden edistämisen laatusuosituksia. Lisäksi kyselytutkimuksessa esiin nousseet aiheet valittiin kehitettäväksi teemoiksi. Nämä teemat olivat syrjäytymisen ja pahoinvoinnin vähentämisen sekä lihavuuden ja ylipainon ehkäisy. Yhteisnimityksiksi näille painopistealueille tiimi määritteli terveyden ja turvallisen kehityksen edistämisen.

Lisäksi kaikissa yhteiskunnan päätöksissä ja toiminnassa, jotka koskevat lapsia tulisi huomioida, että lapset ovat aikuisia konkreettisemmin ja kokonaisvaltaisemmin sidoksissa siihen ympäristöön, jossa he kulloinkin elävät. (Taskinen 2006, 4.) Tässä kehittämistehtävässä ydintiimi halusi painottaa toimijoiden vastuuta ja turvallisuutta antaessaan esimerkkiä nuorelle ihmiselle.

5.2.1 Syrjäytymisen ja pahoinvoinnin vähentäminen

Terveyden ja turvallisen kehityksen edistämiseksi tulokorttiin valittiin menetelmiksi vanhemmuuden ja yhteisöllisyyden vahvistaminen sekä osallisuuden lisääminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa yhtenä kolmesta keinoklusterista on ehkäisy ja varhainen puuttuminen, jonka perustelut vastaavat terveyden edistämisenpolitiikkaohjelman lähtökohtia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 3.) Terveyden perusta luodaan lapsuudessa ja tällöin muodostuvat elinikäiset tottumukset oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi. Keskeisiä lapsiin vaikuttavia aikuisia ovat vanhemmat. Heidän lisäksi muita tärkeitä henkilöitä ovat päiväkodin työntekijät, opettajat ja vapaa-ajan harrastusten ohjaajat sekä muut nuorten kanssa työskentelevät aikuiset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 64.)

Vanhemmuuden vahvistaminen

Lapsia, nuoria ja lapsiperheitä voidaan tukea ja heidän ongelmia voidaan ratkaista tehokkaasti vain lisäämällä tietoa ja osaamista sekä ottamalla aktiivisia toimintatapoja käyttöön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:65, 35). Neuvolat, pienten lasten hoidon tukeminen ja koulu muodostavat peruspalvelujärjestelmän, jonka avulla pystytään tukemaan lasten hyvinvointia ja kasvua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:65, 37.) Vanhemmuutta pystytään vahvistamaan vastaanottotilanteissa, jolloin ammattihenkilö ottaa puheeksi erilaisia hyvinvointiin liittyviä seikkoja. Lisäksi henkilökunnan on uskallettava ottaa kaikenlaiset epäkohdat puheeksi asiakkaan kanssa. Ensisijaista on tukea oikea-aikaisesti lasten ja nuorten terveyttä ja turvallista kehitystä sekä perheiden hyvinvointia.

Tärkeää on tehostaa varhaista tunnistamista, niihin puuttumisen oikea-aikaisuutta, varhaista tukea sekä vertaistuen keinoja. Varhainen tunnistaminen on erityisen tärkeää fyysisen ja sosioemotionaalisen kehityksen häiriöissä, oppimisvaikeuksissa ja terveyttä vaarantavissa elämänolosuhteissa ja sairauksissa. Jokaisen toimijan tulee huomioida riskien arviointi ja omahoitopisteet jokaisen nuoren kanssa työskennellessä. Lasten ja nuorten niin fyysisen kuin myös sosioemotionaalisen kehityksen huomioiminen takaa heidän kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin.

Palveluiden laatu ja toimivuus edellyttävät riittäviä toiminta- ja henkilöstövoimavaroja sekä toiminnan kehittämistä laadullisesti. Peruspalveluilla voidaan kohdentaa tehostettua tukea perheiden erityistilanteissa jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Palveluiden toimivuus ja laatu edellyttävät riittäviä toiminta- ja henkilöstövoimavaroja sekä toiminnan laadullista kehittämistä. Nämä peruspalvelut tulee säilyttää lähipalveluina. Perheiden roolia palveluita käyttävänä asiakkaana ja oman lapsensa kasvun asiantuntijoina tulee vahvistaa sekä sitä myös hyödynnetään yhteistyössä. Lapsiperheiden tarvitsemien erityispalveluiden saatavuus turvataan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:65, 37.) Kankaanpään ktkky:n alueella pienten kuntien peruspalveluiden turvaaminen on erityisen tärkeää, jotta jokaisen asukkaan yhdenvertainen palveluidensaataavuus turvataan myös sosionomisesti heikommassa asemassa oleville. Lisäksi ongelmien kohdatessa perheen hyvinvointia

olisi edistettävä tarjoamalla myös vertaistukea, jonka avulla he voisivat jakaa omia kokemuksiaan ja saada ongelmiinsa myös uudenlaisia näkökulmia.

Yhteisöllisyyden vahvistaminen

Lasten ja nuorten yhteisöllisyyttä pyritään vahvistamaan yhteistyötä lisäämällä paikallisesti eri toimijoiden kesken. Lapsiperheiden kanssa työskentelevien keskinäisen yhteistyön tavoitteista ja toimintakäytännöistä olisi yhteisesti sovittava. Palveluiden verkostoiminen perhepalveluverkostoksi, joka edellyttää yhteistyöryhmää, jossa on edustus lapsiperheiden palveluja tuottavista tahoista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 64.) Toiminnalle on luotava kunnassa yhteinen tavoite, jota myös yhdessä pyritään toteuttamaan. Lisäksi lapsilla ja nuorilla tulisi olla lähipiirissään turvallinen henkilö, joka antaa vastuullisen aikuisen mallin. Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelmassa painotetaan tarvetta vahvistaa myös omaa nuorten osallistumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:65, 35). Erittäin tärkeä ja helposti huomaamatta jäävä asia on jo alkaneen syrjäytymiseen aktiivinen puuttuminen ja sen katkaiseminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:65, 35.) Tämän toiminnan todelliseen toteutumiseen tarvitaan erityisesti koulun, terveydenhoitajan ja kodin yhteistyötä. Koulun toiminnan tulee muodostua siten, että lapsille painotetaan, että jokaisen kuuluu ottaa mukaan toimintaan. Näin lapsille opetetaan käytännön esimerkkien avulla toisen hyväksymistä ja suvaitsevaisuutta.

Osallisuuden lisääminen

Yhteisöllisyyttä pyritään edistämään myös osallistumismahdollisuuksia lisäämällä paikallisesti. Lasten ja nuorten palvelualueella käytännön toiminnan toteutuksesta vastaavat nimetyt henkilöt eri sidosryhmistä. Toiminnan kehittämisessä tulee mukaan ottaa kattavasti eri sidosryhmät, jotka toimivat lasten ja nuorten kanssa. Tällaisia sidosryhmiä ovat: lastenneuvola (terveydenhoitajat ja lääkärit), kouluterveydenhuolto (terveydenhuolto ja lääkärit), koulupsykologit, opettajat, harrastetoimintojen vastuuhenkilöt (urheilujärjestöt, partio, SPR ja 4H, MLL ym.), seurakunnat ja kunta.

5.2.2 Lihavuuden ja ylipainoisuuden ehkäisy

Ennaltaehkäisy

Toisena lasten ja nuorten painopistealueeksi valittiin lihavuuden ja ylipainon ehkäisy. Terveyden edistämisen ohjelmassa painotetaan elintapoihin vaikuttamista, koska ylipainoisuus on kasvava kansanterveysongelma myös lapsilla ja nuorilla. Lihavuuteen liittyvät sairaudet kuormittavat terveydenhuoltoa ja kuluttavat merkittävän osan terveydenhoitomenoista. Lihoamisen ehkäisy on nostettu keskeiseksi tavoitteeksi myös Maailman terveysjärjestön (WHO) strategiassa. Painopisteen tulee olla ehkäisyssä ja ongelmien varhaisessa tunnistamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 7.)

Myös kyselyvastausten perusteella kuntayhtymän asiakkaiden yksi suurimmista ongelmista on ylipaino. Myös valtakunnallisten tutkimusten mukaan suomalaisten lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus ovat lisääntyneet viime vuosikymmeninä. Nuorten (12-18-vuotiaat) terveystapatutkimuksen mukaan ylipainoisten osuus kasvoi noin 2-3 kertaiseksi vuodesta 1977 vuoteen 2003. Vuonna 2003 pojista ylipainoisia tai lihavia oli 19 % ja tytöistä 12 %. Lasten lihavuuden ehkäisystä ja hoidosta on julkaistu Käypä hoito-suositus. (Rimpelä ym. 2004, 4229-4235.)

Lasten ja nuorten painonnousuun on ennaltaehkäisevästi puututtava, jotta lihavuudesta aiheutuvat ongelmat eivät pääse liian suuriksi. Tämän ehkäisyksi valittiin kolme menetelmää: ennaltaehkäisy, ravinto ja liikunta. Toimenpiteenä ennaltaehkäisyssä on ylipainoon varhainen puuttuminen. Jokaisen terveydenhoitajan, lääkärin, liikuntaopettajan tulisi hienovaraisesti ottaa asia käsittelyyn. Toisena toimenpidelinjauksena oli riskien arvioinnin vakiinnuttaminen osaksi terveydentilan arviointia. Nämä menetelmät valittiin sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelman ohjeen mukaisesti.

Ravinto

Tässä lihavuuden ja ylipainon ennaltaehkäisyssä oli huomioitava kaikkien asian kanssa työskentelevien koulutuksen ja osaamisen tärkeys. Asia on arka ja sen käsittely lasten ja nuorten kanssa vaatii taitoa, jotta toiminta tuottaa tulosta eikä lasta vahingoiteta henkisesti. Myönteisyys ja kannustus toimivat paremmin kuin pelkät kiellot ja käskyt. (Haglund ym. 2006, 138.) Toimijoina lihavuuden ja ylipainon ehkäisyssä toimivat muun muassa kouluterveydenhuolto, koulu, urheilujärjestöt, kunta, SPR, 4H ja erikoissairaanhoito.

Tärkeää on myös kiinnittää huomiota kouluruokailuun ja sen vaihtelevuuteen sekä aikuisten esimerkinantamiseen. Toiminnan kehittämisen pohjana on hyvä noudattaa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan täydentämiä kansallisia ravitsemussuosituksia uusilla kouluruokailusuosituksilla. Hyvin suunniteltu ja rytmitetty kouluruokailu ja ateriat, jotka oppilaat myös säännöllisesti syövät, ylläpitävät oppilaan työvireyttä koulupäivän aikana ja vähentävät myös levottomuutta. (Puska 2008, 1.) Lisäksi ravitsemuksesta olisi hyvä järjestää teemapäiviä esim. liikunnan hyödyllisyydestä ja oikeasta ravinnosta, jolloin lapsille tulisi hyvänmielen lisäksi tärkeää tietoa heidän ymmärtämällään tavalla.

Lapsen lihavuudenhoidon onnistumisessa on oleellista, että koko perhe on mukana ja motivoitunut hoitoon. Hoidon tärkein tavoite ei ole painon aleneminen, vaan lapsen hyvinvoinnin lisääminen. Konkreettisia tavoitteita ovat liikunta- ja syömistottumusten pysyvät muutokset. Tärkeää olisi, että koko perhe opettelee terveyttä edistävät liikunta- ja ruokailutottumukset. Alle 7-vuotiailla ei pyritä painon alentamiseen, vaan painon pysymiseen ennallaan. Yli 7-vuotiailla ylipainoisilla lapsilla tähdätään vähittäiseen hoikistumiseen kohti normaalipainoa ja lihavilla lapsilla painon pysymiseen ennallaan. (Haglund ym. 2006, 137-138.) Tässä yhteistyön kehittäminen on tärkeää koulun, terveydenhuollon, liikuntajärjestöjen, lasten ja vanhempien kesken. Toiminta, joka innostaa lapsia ja koko perhettä liikkumaan luovat pohjan ylipainon hallintaan.

Liikunta

Liikuntapolitiikalla edistetään väestön hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Painopiste on lasten ja nuorten liikunnassa. Tämän vuoksi liikunnan paikallisen tason toimintaedellytyksiä ja liikunnan asemaa kunnallisena peruspalveluna sekä liikunnan laaja-alaista tasa-arvoa tulisi vahvistaa ja arkiliikunnan edellytyksiä tulisi parantaa. Erityisesti lasten koululiikuntaa olisi lisättävä ja koulujen ja toisen asteen oppilaitosten pihoja olisi kehitettävä liikuntaa edistäväksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 8.) Tämän vuoksi ydintiimi halusi ottaa liikunnan mukaan kehitettäviin toimiin. Toimintojen kehittämisessä ratkaisevassa asemassa ovat koulut, urheilujärjestöt ja kunnan liikuntatoimi, jotta lapsille ja nuorille taataan monipuolinen liikuntatarjonta. Erityisesti on huomioitava, että myös sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevat lapset pääsevät osallistumaan yhtäläisesti liikuntatoimintaan.

5.3 Työikäisten terveyden edistämisen tulokortin sisältö

Tässä suunnittelussa käytettiin sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelmaa pohjatietona. Lähiaikojen tärkeä työikäisen väestön päätavoite on työ- ja toimintakyvyn ylläpito, jotta työelämässä voidaan jatkaa 2-3 vuotta kauemmin. Tämä on erityisen tärkeää sen vuoksi, että lähivuosina suuret ikäluokat poistuvat työelämästä eläkkeelle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:65, 31.) Lisäksi alkoholi ja tupakka yhdessä selittävät noin puolet miesten sosioekonomisista kuolleisuuseroista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 9.) Tämän pohjalta työikäisten terveyden edistämisen aiheeksi valittiin työ- ja toimintakyvyn sekä hyvinvoinnin edistäminen.

Tämän kehittämishankkeen yhteydessä tehdyn asiakaskyselyn vastausten perusteella esiinnousseet teemat, päihteiden käyttö ja ylipainon ehkäisy, valittiin työikäisten terveyden edistämisen tulokortin tarkemmiksi kehittämisaiheiksi. Painopistealueen yhteisnimeksi ydintiimi nimitti terveyserojen kaventamisen, jossa tarkemmiksi kriittiseksi menestystekijäksi valittiin lihavuuden ja ylipainon ehkäisy sekä tupakointi ja päihteiden käytön vähentäminen.

Lihavuuden ja ylipainoisuuden ehkäisy

Lihavuuden ja ylipainon ehkäisyn menetelmiksi valittiin ennaltaehkäisy, oikean tyyppinen ravinto ja riittävä liikunta. Toimenpidelinjauksena ennaltaehkäisyssä tulisi käyttää varhaista puuttumista ja riskien arvioinnin vakiinnuttamista osaksi terveydentilan arviointia. Menetelmät valittiin tämän kehittämishankkeen kyselyvastausten perusteella, koska asiakkaat kaipasivat neuvoja juuri näissä aiheissa.

Terveydenedistämistyö ja kehittyneet hoitomuodot ovat parantaneet väestönterveystilaa varsinkin sydän- ja verisuonitautien osalta. Kolesteroliarvot ja sydäntautikuolleisuus ovat maassamme pienentyneet merkittävästi. Sen sijaan lihavuudesta, erityisesti nuorten miesten lihavuudesta, on tullut uusi kansanterveysongelmamme. Syinä ovat arkiliikunnan väheneminen ja sosioekonomiset syyt. Ravitsemussuositukset eivät aina tavoita sitä väestön osaa, joka hyötyisi eniten elintapojen muutoksesta. Edes sairastuminen ei ole aina riittävä kimmoke terveellisempien elämäntapojen tavoittelemiseen. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2007, 140-141.)

Terveyskeskuksissa henkilökunnan tulisi antaa enemmän valistusta asiakkaille. Teemapäivien pitäminen, pienryhmien toiminta, infopisteiden lisääminen ja jatkuvan neuvontavideon esittäminen vastaanottotiloissa ovat edullisia tapoja välittää asiakkaille tarvittavaa neuvontaa. Näin asiakkaat kiinnostuvat aiheesta ja omavoimaantuvat toteuttamaan omassa elämässään muutokseen tähtäävää toimintaa. Terveyden edistäjän on huomioitava toiminnassaan, että liikuntatottumuksiin vaikuttaminen edellyttää ymmärrystä esimerkiksi ylipainoisen ihmisen liikunnan hänelle tuottamista reaktioista ja kokemuksista. Aktiivisen liikunnan aloittamisen tiellä voi olla paljon korkeita kynnyksiä: aiemmat epäonnistumiset, kouluaikana koetut pettymykset, pelot nöyryytyksistä ja menetyksistä. Vaikuttamisen mahdollisuuksia on terveyden edistäjän arvioitava yhdessä ihmisen itsensä kanssa mahdollisimman perusteellisesti. (Mäntyranta ym. 2004, 199.)

Ylipainon ehkäisemiseksi ja – vähentämiseksi tulisi kunnan alueella toteuttaa eri kohderyhmän painonhallintaryhmien toimintaa. Toteutukseen osallistuisivat kaikki

kunnan alueella olevat erilaisten liikuntamuotojen toteuttajat. Näin erilaisten asiantuntijoiden avulla toteutettu toiminnallisen ryhmän säännölliset täsmäliikuntahetket (kuvio 20) ja uusiin ruokailutottumuksiin opastamiset sekä vertaistuki auttavat ryhmäläisiä omaksumaan paremmat keinot hallita painoaan.

TÄSMÄLIIKUNTAA 2-3 TUNTIA VIIKOSSA, JOKA TOINEN PÄIVÄ



PERUSLIIKUNTAA 3-4 TUNTIA VIIKOSSA, MIELELLÄÄN PÄIVITTÄIN

Kuvio 20. Terveysliikunnan suositus. Liikuntapiirakka. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2007, 141.)

Tupakointi ja päihteiden käyttö

Tupakoinnin ja päihteiden käytön vähentämisen menetelmiksi valittiin ennaltaehkäisy ja päihdetyön palveluketju. Alkoholien käytön riskien arviointi ja mini-intervention käyttöä tulisi tehostaa perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 10). Tavoitteena on vähentää työikäisten alkoholien riskikäyttöä ja huumausaineiden käyttöä sekä ehkäistä päihteiden käytöstä aiheutuvia haittoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:65, 35).

Ennaltaehkäisyä toteutetaan varhaisen puuttumisen avulla sekä riskien arvioinnin vakiinnuttamisella osaksi terveydentilan arviointia. Varhainen puuttuminen ja puheeksi ottaminen on huomioitava joka kerta, kun on syytä uskoa, että asiakas käyttää päihteitä väärin. Toiminnan tueksi kuntayhtymän alueella on kehitetty mallilomakkeet 1 ja 2 (liitteet 10-11). Näiden avulla pystytään kartoittamaan asiakkaan elämäntyyli, taustatekijät, asennoituminen terveyden hoitoon ja oma tietoisuus terveystyöskäytymisestäään ja muutostarpeesta. Kartoituslomake toimii samalla myös seurantalomakkeena, jota täydennetään myöhemmissä asiakastapaamisien yhteydessä.

Toisena mallilomakkeena on elintapojen muutokseen tukevan terveysneuvonnan rakentumien, joka toimii työntekijän muistilappuna asiakastapaamisissa. Toiminnassa on painotettava kuitenkin asiakkaan omaa vastuuta omasta terveydestään. Lisäksi asiakkaalle on kerrottava vertaistuen mahdollisuudesta alueella. Tupakoinnista vieroitus tulisi myös sisältyä jokaisen potilaan hoitoa, jonka sairaus aiheutuu kokonaan tai osittain tupakkatuotteiden käytöstä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 10). Myös työntekijöiden oikea-aikainen koulutus ja oma osaaminen on hyvä huomioida toiminnan suunnittelussa, jotta jokainen työntekijä tuntisi omaavansa tarvittavat tiedot ja taidot.

Kehitettävässä toiminnassa työikäisten työ- ja toimintakyvyn sekä hyvinvoinnin edistämisen toimijoina ovat muun muassa erikoissairaanhoito, työterveyshuolto, työnantajat, työvoimahallinto, kauppiat, kunta, seurakunta ja kolmas sektori. Yhteisen tavoitteen avulla koko kunnan alueen toimijoiden kanssa yhteistyössä päästää entistä parempiin tuloksiin.

5.4 Ikääntyvien terveyden edistämisen tulokortin sisältö

Vanhusten määrä kasvaa Suomessa nopeammin kuin useimmissa muissa maissa. Lisäksi vanhusten terve ikä pitenee, toimintakyky säilyy aikaisempaa korkeampaan ikään, sairaudet tiivistyvät loppuvaiheeseen ja apua tarvitaan runsaasti vasta 85 ikävuoden jälkeen. (Pekurinen, Junnila, Idänpää-Heikkilä & Wahlbeck 2006, 92.)

Väestön ikääntyminen luo omat haasteensa. Näkökulmana ikääntymisen haasteeseen vastaamisessa on aktiivinen ikääntyminen. Väestön ikääntymisen myötä myös

itsenäisen arkielämän tukeminen nousee entistä tärkeämmäksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:65, 12,14.) Kuntien toimintapolitiikassa painotetaan kotona asumisen mahdollistamista, avopalveluiden ensisijaisuutta sekä ennen kaikkea tasapainoista, ikääntyneiden kuntalaisten tarpeita vastaavaa palvelurakennetta. Terveys ja toimintakyky nähdään laajasti, ikäihmisten fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tasapainoisena tarkasteluna. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 68-69.) Tämän vuoksi ydintiimi valitsi tärkeäksi teemaksi ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn edistämisen.

Tässä suunnittelussa käytettiin sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelmaa, terveyden edistämisen laatusuositusta ja ikäihmisten palveluiden laatusuositusta pohjatietona. Painopistealueeksi valittiin omatoimisuuden tukeminen liikunnan ja osallisuuden avulla.

Liikunta

Valittujen painopisteiden toteutumisen menetelminä halutaan mahdollistaa liikunta- ja toimintakyvyn ylläpitämistä ja parantamista. Ikääntyneiden terveyden edistämässä on tärkeää, että puututaan mahdollisimman varhain toimintakyvyn laskuun ja ehkäistään toimintavajausten syntymistä. Näistä ehkäisevistä, terveyttä edistävästä ja varhaisen puuttumisen mahdollistavista toiminnoista on ikääntyneiden kohdalla puutetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 69.) Varhaista puuttumista voidaan toteuttaa ikäryhmittäisten terveystarkastusten, vanhusneuvoloiden ja ehkäisevien kotikäyntien avulla. Tärkeää olisi kohdentaa jo 65-vuotiaille perusteelliset terveystarkastukset. Tällöin voitaisiin kartoittaa asiakkaan toimintakykyä ja keskustella mahdollisesta tulevasta toimintakyvyn heikentymisestä ja sen vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään. Lisäksi olisi hyvä tuoda esille, miten toimintakyvyn laskua voidaan välttää. Tarkastuksen yhteydessä asiakkaille tulisi kertoa myös alueen erilaisista palveluista ja niiden käyttömahdollisuuksista (esimerkiksi ikääntyville suunnatuista liikuntapalveluista). Tarvittaessa olisi hyvä tehdä asiakkaan kanssa henkilökohtainen palvelusuunnitelma.

Kattava palvelutarpeiden arviointi on yksilötasolla tärkeää, koska sen turvin voidaan varmistaa ikääntyvälle laadukkaat ja vaikuttavat palvelut. Palvelutarpeen arvioinnin hyvät käytännöt yksilötasolla ovat toimintakyvyn eri ulottuvuuksien (fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen sekä ympäristötekijöiden) kattava arviointi. Arviointi tulisi tehdä moniammatillisena yhteistyönä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Arvioinnissa tulisi käyttää työvälineenä toimintakyvyn mittaria, joka perustuu riittävään näyttöön. Henkilökunnalla tulisi olla riittävät tiedot ja taidot toimintakyvyn arviointiin, menetelmien käyttöön ja kerättyjen tietojen analysointiin ja tulosten tulkinnasta, jotta saadaan tarpeeksi luotettava kuva asiakkaan toimintakyvystä. Henkilökunnan tietoja tulisi päivittää riittävän usein. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:3, 26.)

Ehkäisevät kotikäynnit mahdollistavat varhaisen puuttumisen ikääntyvien toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen sekä tukevat kotona asumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:3, 24.) Näiden käyntien tarkoituksena on arvioida ja tukea ikääntyvän itsenäistä selviytymistä, tiedottaa erilaisista palveluista, selvittää hyvinvointia ja terveyttä vaarantavien riskitekijöiden olemassaoloa sekä kartoittaa kodin ja lähiympäristön turvallisuutta. Näillä ehkäisevillä kotikäynneillä voidaan myös ennakoida yksilöllisten palveluiden tarve. Ehkäisevät kotikäynnit tulee kohdentaa ensisijaisesti niille ikääntyville, jotka eivät muuten ole sosiaali- ja terveystalouden asiakkaana. Erityisesti tulee huomioida sosioekonomisesti heikossa asemassa ja syrjäytymisvaarassa olevat. Kun riskiryhmään kuuluva on tavoitettu, on myös huolehdittava riittävästä jatkoseurannasta.

Osallisuus

Kuntalain mukaan kuntalaisille on turvattu mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa asioiden suunnitteluun, valmisteluun ja saada tietoa vireillä olevista asioista ja niiden suunnittelusta. Ikääntyvien kuntalaisten tasavertaisen osallisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien turvaaminen on voimavara, joka luo edellytykset onnistuneelle ikääntymiselle ihmisten asuin- ja hoitopaikasta tai avun tarpeesta riippumatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:3, 14.) Ikääntyneiden mahdollisuudet osallistua esimerkiksi liikuntaan, opiskeluun, järjestötoimintaan ja

kulttuuritapahtumiin ovat keino lisätä heidän sosiaalista kanssakäymistään ja vähentää yksinäisyyttä. Osallistumista voivat rajoittaa huonot liikenneyhteydet, mutta erilaisten palvelulinjojen ja – taksien käyttöönotto kunnassa edistävät osallistumismahdollisuuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 69.) Kunnan alueella kaikkien toimijoiden yhteistyössä voidaan palvelutarjontaa suunnata erityisesti ikääntyville ja heidän tarpeilleen sopiviksi. Näin jokainen toimija voisi käytännössä edistää ikääntyneiden hyvinvointia.

Huomioitavaa ikääntyvien painopistealueiden toteutumisessa on omahoitopisteet sekä ammattihenkilöstön jatkuva koulutus ja osaamisen huomioiminen. Kaikilla ikääntyvillä ja heidän omaisillaan tulisi olla mahdollisuus saada tietoa, neuvontaa ja ohjausta liikunta- ja muista harrastusmahdollisuuksista, järjestöjen toiminnasta, palvelu- ja asumisvaihtoehdoista, apuvälineistä ja tapaturmien ehkäisystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:3, 23.) Tähän tarkoitukseen Kankaanpään ktk:n alueella tulisi kehittää neuvontapisteitä, joiden palveluvalikoimaan sisältyy myös toimintakyvyn ja terveydentilan arviointia, seuranta ja palveluohjausta. neuvontapalvelut tulisi järjestää osittain kuntien ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä sekä yhteistyössä eri järjestöjen, seurakunnan ja vapaaehtoistoimijoiden kanssa.

6 OHJELMAN ARVIOINTI

6.1 Arviointi terveyden edistämisessä

Arvioinnilla ymmärretään arvon määrittämistä eli arvottamista (Robson 2001, 18.) Terveyden edistämisessä arvioinnilla on kaksi tehtävää: arvottaminen ja ohjelmien parantaminen. Arvioinnin avulla voidaan määritellä terveyden edistämisen politiikan, käytänteiden, intervention tai palvelujen arvo tai vaikutus ja tarjota muutossuositus. (Pelto-Huikko, Karjalainen & Koskinen-Ollonqvist 2006, 13.) Terveyden edistämisen vaikuttavuutta pitäisi mitata monista eri näkökulmista: muutoksen,

mahdollistamisen ja ylläpidon tuottama vaikuttavuus väestön terveyteen. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 8.)

Prosessin arviointi

Terveyden edistämisen näkökulmasta arviointi on jaettavissa prosessin arviointiin (työntekijän ja asiakkaan väliseen suhteeseen) ja työn vaikuttavuuden arviointiin (asiakkaan tilanteen muuttumiseen). Näkökulman valinta vaikuttaa valittaviin tutkimusmenetelmiin. Vaikuttavuusarviointi ja pitävän näytön osoittaminen on koettu terveyden edistämisessä hyvin hankalaksi. Elämme maailmassa, joka on kompleksinen ja moniulotteinen. Lisäksi vaikuttavuuden käsite ja mittaaminen on ymmärretty eri yhteyksissä eri tavalla. Osa korostaa syy-seuraus-suhteiden merkitystä, mutta yhtä merkittävää olisi korostaa mihin päädytään terveyden edistämisen toiminnalla. (Savola, Peltö-Huikko, Tuominen & Koskinen-Ollonqvist 2005, 4.)

Vaikutukset ja vaikuttavuus

Terveyden edistämisen tulosten vaikutusten arvioinnissa tulisi hyödyntää erilaisia näkökulmia. Näitä ovat: analoginen (onko tapahtuma samanlainen kuin jokin muu), komplementaarinen (täydentääkö se jotain muuta), antagonistinen (onko se vastakkainen jollekin) ja teleologinen (mikä on sen tavoite). (Venkula 2005, 110-116.)

Ajallisesti arviointia voidaan tehdä ennen suunniteltua vaikutukseen tähtävää toimintaa, sen aikana tai jälkeenpäin. Ennen toiminnan toteuttamista voidaan arvioida sen tarpeellisuutta tai mahdollista toteuttamistapaa. Toiminnan aikana tapahtuva arviointi on prosessiarviointia, joka voi kohdistua organisaatioon, työn toteuttamiseen tai muutoksiin, jotka tapahtuvat asiakkaissa. (Patton 1997, 41.) Vaikuttavuuden tai tuloksellisuuden arviointi tapahtuu toteutetun vaikutukseen tähtävään toiminnan jälkeen.

Terveyden edistämisen hankkeen vaikutusten ja vaikuttavuuden osoittamisessa kohdataan myös terveyden edistämisen käsitteen laajuuteen. Laadun ja vaikuttavuuden arviointia ei voida erottaa terveyden edistämisen ideologisesta ja poliittisesta perustasta. Terveyden edistämisen vaikuttavuutta pitäisi mitata useista eri näkökulmista: muutokseen, mahdollistamiseen ja ylläpidon tuottamaan vaikutukseen väestön terveydessä. (Pelto-Huikko ym. 2006, 15.)

6.2 Kehittämishankkeen arviointi

Kehittämishankkeiden arvioinnissa on kysymys itseään uudistavasta ja itseään säätelevästä toiminnasta. Siinä lähetetään lupaus uuden menestyksen mahdollisuudesta. Silloin uskotaan johonkin, joka on muutettavissa ja lähetetään uusi viesti siitä, että se on jo tehty tai se on ainakin mahdollinen tehtäväksi. (Eräsaari 1999, 147.)

Terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa yhdistetään eri tieteiden keinoin kysymykset vaikuttavuudesta, voimavaroista ja terveystarpeista. Tällöin kuvataan menetelmän terveyttä edistävää vaikutusta, lääketieteellisiä, sosiaalisia, eettisiä ja taloudellisia vaikutuksia. (Mäkelä ym. 2007, 11.) Terveyden edistämisen tavoitteena on vahvistaa yksilön ja yhteisön voimavaroja ja parantaa kansanterveydellisiä edellytyksiä. Arvioinnin avulla pyritään tehostamaan ohjelmien laatua ja siten myös niiden vaikuttavuutta, parantamaan terveyden edistäjien suorituskykyä ja lisäämään ohjelmien tuottavuutta. Arvioinnissa tulisi pystyä tavoittamaan ohjelman vaikutusten lisäksi myös sen vaikuttavuus. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 8.) Tässä opinnäytetyössä on tehty arviointisuunnitelma, jonka avulla varsinaisia terveyden edistämisen toiminnan tuloksia voidaan arvioida myöhemmin.

Prosessin arviointi

Prosessin arviointi kohdistuu joko kehittämishankkeeseen yhtenä kokonaisuutena tai sen osavaiheisiin. Formatiivisella arvioinnilla arvioidaan prosessin kulkua vaiheittain. Summatiivisella arvioinnilla tarkoitetaan kokoavaa päättöarviointia, jossa

tarkastellaan toiminnan lopussa toteutuneita ja saavutettuja tuloksia. (Anttila 2007, 47.) Arvioinnissa tulee huomioida kehitettävän toiminnan vaiheet. Ensimmäisenä tulee arvioida, ovatko asetetut tavoitteet realistiset. (Pietilä ym. 2002, 287.) Tässä kehittämishankkeessa tehtävännannon epäselvyydestä johtuen aluksi työ tuntui liian laajalta. Työn tehtävännannon merkittävään muuttumiseen vaikutti suuresti vasta syyskuussa valmistunut terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Keväällä 2007 ei kuntayhtymän esimiehillä ollut vielä tietoa politiikkaohjelman tulevasta sisällöstä. Tehtävännannon selkiytymisen jälkeen lokakuussa 2008 asetetut tavoitteet olivat realistisia. Kehittämishankkeella pystyttiin kuvaamaan terveyden edistämisen ydintiimin, kuntayhtymän henkilökunnan ja asiakkaiden käsityksiä terveyden edistämisestä. Näitä tuloksia arvioitiin ja sen pohjalta valittiin painopistealueet tuloskorttia varten. Tuloskortin kehittämisessä hyödynnettiin hyviä käytäntöjä (Tuominen ym. 2005, 9.) ja suunnitellut toimenpidelinjaukset sidosryhmille ovat toteutettavissa olevia. Tuloskortin suunnittelussa huomioitiin Kankaanpään ktky:n johtajan esittämät vaatimukset. Näiden pohjalta kehittämishankkeelle asetetut tavoitteet saavutettiin.

Kehittämistehtävä ei edennyt alkuperäisen suunnitelman mukaisesti loppuun asti. Tiimisopimuksen yhteydessä tehdyn alkuperäisen suunnitelman mukaisesti terveyden edistämisen tiimin piti toimia 31.5.2008 asti, mutta tiimin toiminta lopetettiin tuloskortin valmistuttua helmikuussa 2008. Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti toiminnan kehittämistä piti jatkaa vielä sidosryhmien kanssa yhteistyössä, jotta toiminnot voitaisiin soveltaa käytäntöihin. Tämä ei kuitenkaan toteutunut tässä hankkeessa eikä kehittämistoimintoja pystytä tämän vuoksi arvioimaan kuin suunnittelun ja tuloskortin kehittämistoiminnan osalta.

Syksyn 2007 aikataulu osoittautui melko tiiviiksi, koska tiimisopimuksen yhteydessä kirjattiin, että terveyden edistämisen tuloskortin piti olla valmis joulukuussa 2007 ja toimintaa piti laajentaa sidosryhmien pariin tammikuussa 2008. Näin ei kuitenkaan käytännössä käynyt, vaikka tiimi työskenteli aktiivisesti. Tähän vaikutti suuresti tehtävännannon epäselvyys. Lokakuusta joulukuuhun jäänyt tarkka suunnittelutyö näin laajaan aihealueeseen oli erittäin tiukka.

Kaikkien osapuolten kannalta olisi ollut ehdottoman tärkeää, että tehtävänannosta olisi heti aluksi saatu kirjallinen kuvaus. Näin molemmat osapuolet olisivat tarkasti tietäneet, mitä tehtävän tulee sisältää ja mitä ei. Kuitenkin terveyden edistämisen tiimin tekemä alkuselvytys terveyden edistämisestä ei ollut hukkaan heitettyä työtä, vaan tämän ansiosta jokainen ydintiimin jäsen pystyi syventymään terveyden edistämiseen kunnolla. Tämän kehittämishankkeen arvioinnissa on huomioitava, että kirjallista tehtävänantoa ei ydintiimi saanut koskaan lukuisista pyynnöistään huolimatta. Suullisia tarkennuksia tehtävänantoon saatiin kahdelta eri henkilöltä, joiden näkemys tehtävänannosta oli ristiriitainen. Nämä ongelmat lisäsivät merkittävästi työn vaativuutta.

Tarpeet

Arvioinnissa tulee huomioida yksilön tarpeet ja miettiä kenen näkökulmasta tämä on tehty. (Pietilä ym. 2002, 287.) Tässä kehittämishankkeessa huomioitiin yksilö ja heidän tarpeensa. Ydintiimi laati kyselylomakkeen henkilökunnalle ja asiakkaille, että sen perusteella saataisiin kattavampi kuva yksilön tarpeista ja heidän mielipiteistään. Työskentelyssään ydintiimi huomioi niin kuntayhtymän kuin asiakkaan näkökulman. Toiminnan käytännön toteutuksessa terveyden edistämisen tulokortin avulla saavutetaan molempien osapuolten tarve.

Toimintaa voidaan pitää yksilön kannalta merkityksellisenä silloin, kun se vastaa poliittisten päättäjien, esimerkiksi hallitusohjelman tavoitetta. (Pietilä ym. 2002, 285.) Tätä kehittämishanketta voidaan pitää merkityksellisenä, sillä tämän terveyden edistämisen tulokortin avulla luotiin toimintamalli, joka vastaa terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteita. Lisäksi tämän kehittämishankkeen avulla luotiin toiminnan ohjeperusta. Kehitettävä toiminta on yksilön kannalta merkityksellistä, koska sillä vastataan vastaajien tarpeisiin ja heidän tavoitteisiinsa, huomioiden heidän arvopohjansa. Tämä kehittämishanke oli osa suurta alueellista terveyden edistämisen kehittämishanketta, jonka valmistuttua saadaan todelliset tulokset asiakastyössä. Tämän toteutuksen jälkeen voidaan arvioida toiminnan aikana saatuja vaikutuksia.

Lähestymistapa

Terveyden edistämässä on kolme lähestymistapaa: mahdollisuuksien luominen, muutokseen tähtäävä toiminta sekä terveyttä suojaavien ja vahvistavien tekijöiden ylläpito jo saavutetulla tasolla. (Koskinen-Ollonqvist, Pelto-Huikko & Rouvinen-Wilenius 2005, 9.) Tässä kehittämishankkeessa on huomioitu toiminnan kehittämisessä nämä terveyden edistämisen kaikki kolme lähestymistapaa ja siten pyritty edistämään alueen ihmisten terveyttä. Kehitetyn tulokortin mukaan luotavien toimintamallien mukaan pystytään luomaan erilaisia mahdollisuuksia, joiden avulla yksilöt pystyvät edistämään omaa terveyttään. Tämän avulla saadaan muutoksia ihmisten toiminnassa ja siten pystytään vahvistamaan terveyttä.

Toiminnan aikaansaamaa hyötyä voidaan tarkastella, miten hyvin vaikutukset vastaavat toimenpiteiden kohteena olevien tarpeita. Terveyden edistämässä hyötyä voidaan tarkastella yksilön, perheen, lähiyhteisön tai yhteiskunnan näkökulmasta. Tarve edellyttää heidän tietoisuutta uhkasta ja asian korjaaminen koetaan hyötynä. (Pietilä ym. 2002, 286.) Tässä kehittämishankkeessa kyselyn avulla kartoitettiin ihmisten tietoista terveysuhkaa. Kyselyvastausten ja sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelman mukaisesti valittiin kehiteltävät menetelmät riskitekijöille. Näiden toimenpidelinjausten avulla pystytään ehkäisemään tai vähentämään terveydelle aiheutuvia haittoja. Toimenpidelinjausten avulla pystytään vaikuttamaan niin yksilön, perheen kuin lähiyhteisön hyvinvointiin edistävästi. Lisäksi ihmisten hyvinvointi ja terveyttä edistävät tavat lisäävät myös yhteiskunnallista hyvinvointia.

Menetelmän vaikutukset

Arvioinnissa tulee huomioida myös menetelmän vaikutukset yksilön elämänlaatuun, eettiset, taloudelliset, sosiaaliset ja juridiset vaikutukset. (Pietilä ym. 2002, 287.) Ydintiimin kehittelemä terveyden edistämisen tulokortti vastaa terveyden edistämisen politiikkaohjelman sisältöä ja siten kehittämistyö vastaa haluttua asiaa. Kehitetyt terveyden edistämisen tulokortin menetelmät ja toimenpidelinjaukset ovat sellaisia toimenpiteitä, jotka edistävät yksilön ja perheen hyvinvointia, koska ne vastaavat tässä kehittämishankkeessa tehdyn kyselyn tuloksiin. Lasten- ja nuorten

kohdalla on erityisen tärkeää, että nykypäivän vanhempia tuetaan heidän vanhemmuudessa ja hoitohenkilökunta ottaa tarvittavia asioita puheeksi. Tarvitaan entistä enemmän työntekijä – asiakas-suhteessa läsnäoloa ja kuuntelemisen taitoa, jotta voidaan tukea jokaista vanhempaa heidän erilaisessa elämäntilanteessaan. Ongelmatilanne on helpommin selvitettävissä, jos se on havaittu tarpeeksi ajoissa ja siihen on paneuduttu. Näin pystytään edistämään koko perheen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Tällainen toiminta on myös eettisesti oikeaa toimintaa, jolloin jokainen toimija tuntee oman vastuunsa oman terveytensä lisäksi myös läheisestä ihmisestä. (Ryynänen ym. 2000, 299.)

Luotettavuus

Kehittämishankkeen tuloksellisuuden arvioinnissa luottavuuden pääasiallinen merkitys on se, että tutkimus kommunikoi lukijan kanssa. Tutkimuksen tulee luoda merkityksiä ja osallistua käytännönsidonnaiseen keskusteluun, jolloin sen arvioinnin ensisijainen kriteeri on tutkimuksen retorinen vakuuttavuus. Se taas rakentuu sisäisesti tutkimukseen, joka saavutetaan tekemisen, kirjoittamisen ja muun esittämisen keinoin. Tutkimuksessa on myös pohdittava, miten tulokset ovat laajennettavissa tai siirrettävissä toisiin tilanteisiin. (Anttila 2006, 518-519.) Tässä kirjallisessa osiossa kuvataan tämän kehittämishankkeen eri vaiheita, jotta lukija pystyy hahmottamaan toiminnan kulun ja tehdyt päätökset.

Tehokkuus

Tehokkuudessa on kyse siitä, miten taloudelliset tulokset ja vaikutukset saadaan aikaan. Tehokkuus on riippuvainen siitä, kuinka tuotokset voidaan maksimoida tietyllä panoksella. Terveyden edistämässä tehokkuuteen ovat yhteydessä asiakkaan motivoituminen ja oikeaan aikaan toteutettu ohjaus. (Pietilä ym. 2002, 285.) Tässä kehittämishankkeessa aikaansaatu terveyden edistämisen tulokortti on käytännössä toteutettavissa nykyisin pienin panoksin. Tarvitaan vain taloudellisten varojen oikeaa kohdentamista ja yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Kunnassa toimivien eri tahojen myötävaikutuksella pystytään tulevaisuudessakin terveyden edistämisen toimintaa

kehittämään sellaiseksi, että se kuuluu olennaisena osana jokaisen toimijan työhön eikä vain sairaan- ja terveydenhoitajan työhön.

Sisäinen ja ulkoinen arviointi

Arviointivaiheessa kehittämistehtävää arvioidaan sisäisesti ja ulkoisesti. (Paunonen ym. 1997, 245). Tässä opinnäytetyössä kehittämishankkeen arviointi suoritetaan sekä sisäisesti että ulkoisesti. Sisäisesti toiminnan toteutumista seurataan ja arvioitiin ydintiimin yhteisissä kehittämissalavereissa, joita järjestettiin joka toinen viikko. Tarpeen mukaan ydintiimi tarkensi suunnitelmia halutun muutoksen aikaansaamiseksi. Työskentelyssä huomioitiin mm: terveyden edistämisen vaiheistus, terveyden edistämisen resurssien hallinta, aikataulussa pysyminen ja projektin tulosten arviointi. Lisäksi kuntayhtymän johtoryhmä hyväksyy ydintiimin esittämät, kehitettävät terveyden edistämisen toimintamallit / -menetelmät. Kuntayhtymän hallitus päättää niiden käyttöönotosta. Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän alueella on palkattu myös ulkoinen arvioitsija toteuttamaan ulkoista arviointia.

6.3 Intervention mapping-mallin soveltuvuus kehittämistehtävään

Intervention mapping-malli on viitekehys tehokkaalle teoriaan ja tutkittuun tietoon perustuvalla vaiheittaisella päätöksenteolla terveyden edistämisen ohjelman kehittämiseen, toteutukseen ja arviointiin. (Burg, Oenema & Ferreira 2005, 5.) Menetelmänä Intervention mapping on monitahoinen ja aikaa vievä, mutta samalla se on käytännöllinen väline ohjelman kehittämiseen. Kuitenkin mallin käyttäminen vaatii syvällistä perehtymistä, aikaa ja pitkäjänteistä sitoutumista suunnitteluun osallistuvilta sekä riittävästi aikaa toiminnan kehittämiseen. (Bartholomew ym. 2006, 25.) Tässä kehittämishankkeessa ydintiimin jäsenille Intervention mapping-malli oli aivan uusi malli, joten toteutuksen yhtenä hankaluutena oli menetelmätietouden vähyys. Opinnäytetyöntekijä tutustui malliin ja pyrki välittämään tietoa muille. Tämä vaikeutti eri vaiheiden asian käsittelyä, mutta kuitenkin se ei estänyt mallin käyttöä.

Tässä kehittämishankkeessa runkona toiminut Intervention mapping-malli osoittautui hyväksi kehykseksi laajan terveyden edistämisen toimintakentän rajaamisessa ja toimintojen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Bartholomew ym. 2006, 30.) Ohjelman viisi vaihetta ohjasi hyvin tämän kehittämishankkeen toiminnan suunnittelua ja toteutusta.

Vaativuutta mallin sisäistämiseen luo suomenkielisen tietokirjallisuuden puuttuminen kokonaisuudessaan ja niukka englanninkielisen kirjallisuuden määrä. Kuitenkin Bartholomew ym. 2006 tekemä tietokirja Intervention mapping-mallista on kattava kuvaus, jonka avulla pystytään erittäin hyvin hahmottamaan Intervention mapping-mallin perusidea.

6.4 Kehittämistoiminnan merkitys

Kehittämishankeen aihe oli erittäin ajankohtainen ja merkittävä. Viime aikoina yhteiskunnan päättäjätkin ovat huomanneet, että terveyden edistäminen on yhteiskunnallisesti erittäin tärkeää, jotta pystymme pitämään sosiaali- ja terveyspalveluista aiheutuneet kustannukset kohtuullisina. Terveyden edistäminen kuuluu jokaiselle ihmiselle ja yhteiskunnan perusteet tulevat olla sellaisia, että jokaisen on myös mahdollista omassa elämässään toteuttaa terveyttä edistävää toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 13.) Tämän vuoksi myös kunnissa tehtävät päätökset ja toimet tulisi tähdätä kuntalaisten terveyttä edistävään laaja-alaiseen toimintaan.

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli tuoda käytäntöön malli, jonka avulla poliittisia ohjelmia tuodaan käytäntöön. Tämä kehittämishanke osoittaa, että pitkäjänteisen kehittämistoiminnan tuloksena voidaan käytännön läheisesti esittää politiikkaohjelman sisältö, joka sopii käytännön moniammatilliseen työskentelyyn. Kehittämistyön vaativuutta lisäsi myös se, että terveyden edistäminen on aiheena erittäin laaja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 3). Työn rajaaminen olikin merkittävä osa tämän kehittämishankkeen onnistumisen kannalta.

Työn merkittävyyttä lisää se, kunnan on pystyttävä arvioimaan kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävää toimintaa ja sen vaikutuksia tulisi seurata ja arvioida. Seurantaindikaattoreista osan tulee olla alueellisesti ja valtakunnallisesti vertailukelpoisia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 29.) Tämän kehittämishankkeen avulla terveyden edistämisen politiikkaohjelman mallin mukaisesti luotiin terveyden edistämisen tulokortti ja luotiin arviointisuunnitelma. Näistä toimista on suuri hyöty Kankaanpään ktky:lle, koska vakituiset työntekijät eivät pysty paneutumaan aiheeseen työnsä ohessa niin kattavasti kuin opinnäytetyöntekijä pystyy.

Tulokortti on opinnäytetyön suunnitteluväline, jonka avulla terveyden edistämisen työhön saadaan pysyvyyttä ja jatkuvuutta. Tämän vuoksi on merkityksellistä, että kehittämistoiminta on rakentunut aiemman tiedon kertymälle, jota voidaan hyödyntää ja edelleen kehittää. Tulokortin kehittämishanke on osa terveyden edistämisen kestävästä kehityksestä. (Pelto-Huikko ym. 2006, 62.) Tässä kehittämistoiminnassa tärkeää oli se, että toimintaa kehittivät asiantuntevat kuntayhtymän omat työntekijät, joilla oli paikallista tietoa kehittämistarpeista ja nykyisistä toimintamuodoista. Ulkopuolisen toimijan avulla kehittämistoimintaan saatiin teoriatietoa työskentelyn tueksi. Molempien osapuolten yhteistyö tuki toiminnan kehittämistä laadukkaaksi.

Laadukkaan toimintamallin rakentaminen ja kehittämistyön tulee rakentua ensisijaisesti asiakkaiden tarpeisiin. Tällöin kehitettävän toiminnan sisältö tähtää myös siihen, että asiakkaita motivoidaan toimimaan terveyttä tuottavasti tai lisäämään terveysvarantoaan. (Pelto-Huikko ym. 2006, 63.) Kehittämishankkeen toteuttamisen yhteydessä saatiin kyselyvastausten tuloksena tietoja asiakkailta ja henkilökunnalta, joita kuntayhtymän toiminnan kehittämisessä tulisi jatkossa huomioida entistä enemmän.

Kyselyn tulosten perusteella henkilöstön osaamista tulisi vahvistaa. Tässä tärkeää olisi terveyden edistämisen tietojen, taitojen ja toimintakäytäntöjen kehittäminen. Jokaisella henkilöstöön kuuluvalla tulisi olla joustavat mahdollisuudet täydentää omaa osaamistaan perus-, täydennys- tai lisäkoulutuksella. Tietojen ja taitojen lisääminen antaa paremmat mahdollisuudet tehdä terveyteen myönteisesti vaikuttavia

valintoja, ottaa vastuuta omasta, lähiyhteisön ja ympäristön terveydestä sekä kehittää itsehoitovalmiuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 23.) tämän kehittämishankkeen yhteydessä tehdyn kyselyn tulosten perusteella asiakkaat haluavat, että erityisesti hoitohenkilökunnalla olisi ajanmukaiset tieto-aidot. Tärkeää olisi, että jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva ajattelisi, että terveyden edistäminen kuuluu hänen perustehtävänsä. Tältä kohdista Kankaanpään kuntayhtymässä tämä ei vielä toteudu.

Kyselyvastausten perusteella ilmeni myös, että henkilökunta ei käytä sosiaalista tukea terveyden edistämisen menetelmänä, vaikka useissa tutkimuksissa (Mueser, Bond, Drake & Resnick 1998; Simpson, Miller & Bowers 2003) on esiinnoussut juuri sosiaalisen tuen suuri merkitys ihmisen hyvinvoinnin kannalta. Tämä työmuoto olisi jatkossa ehdottomasti huomioitava ihmisen kanssa työskentelyssä, jotta terveyden edistämistä pystytään toteuttamaan kokonaisvaltaisesti.

7 OHJELMAN VAIKUTUSTEN ARVIOINTISUUNNITELMA

7.1 Kehittämistoiminnan vaikutusten arviointi

Intervention mapping-mallin viides vaihe sisältää arviointisuunnitelman, jonka avulla voidaan arvioida kehittämistoiminnan avulla saatuja vaikutuksia. (Bartholomew ym. 2006, 21-22.) Arviointisuunnitelma viittaa arvioinnin toteuttamisen kokonaisstrategiaan. Suunnitelma riippuu ratkaisevasti arvioinnin tarkoituksesta. (Robson 2001, 72.) Kehittämishankkeen vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointi on lähellä ennakoarviointia, koska hanketoiminnan vaikutukset ilmenevät vasta vuosien päästä. Niinpä niitä on mielekäästä arvioida ainoastaan ennakoarvioinnin avulla. Asiakkaan terveysvalintojen muutokset ovat hidas ja pitkäaikainen prosessi, koska niihin liittyy usein myös arvojen ja asenteiden muuttuminen. Sen vuoksi terveyden edistämässä tarvitaan systemaattista seuranta. (Mäntyranta ym. 2004, 198.)

On mahdotonta esitellä kaikkia arvioinnin ja mittaamisen tapoja. Toiminnan kehittämisen arvioinnin työkaluista löytyy monenlaisia kriteereitä ja mittareita arviointiin. (Mäntyranta ym. 2004, 407.) Tässä kehittämishankkeessa opinnäytetyöntekijä on koontanut listan erilaisista mittareista, joiden avulla terveyden edistämisen vaikutuksia ja vaikuttavuutta voidaan mitata.

7.2 Tulokortin vaikutusten mittaamisen avuksi suositus erilaisista mittareista

Viime aikoina politiikassa on alettu vaatia osoitusta eri päätösten vaikuttavuudesta. Tämän seurauksena on pyritty kehittämään mittareita, joilla voidaan seurata toiminnan onnistumista. Tästä seuraa se ongelma, että toimintaa suunnataan nimenomaan niihin asioihin, joita mitataan. Oleellista tässäkin on käyttäjänäkökulma vastaan organisaationäkökulma. Jos kehitämme toimintaan mittareiden (esim. Balanced Score Card) kautta, joudumme tekemään valinnan asiakas- ja organisaatiolähtöisten mittarien välillä. Asiakasta kiinnostaa eniten se, kuinka nopeasti hän saa haluamaansa palvelua, paljonko hän joutuu itse siitä maksamaan ja hyötyykö hän palveluista. Mittarit, jotka kuvaavat suoritteita, eivät kerro lainkaan tästä, ei myöskään henkilökunnan määrän kehitys tms. resurssimittarit. Parempia mittareita ovat jo odotusajat. Lisäksi palvelun terveysterveysvaikutusmittarit olisivat sekä yksilö- ja väestötasolla parhaita, mutta nykyään sopivia mittareita on olemassa melko vähän. Tällaiset mittarit kuitenkin kertoisivat parhaiten palvelun vaikuttavuudesta. (Mäntyranta ym. 2004, 42.)

Vaikuttavuuden arvioinnin tukena on oltava mittari, joka vastaa mittaustarvetta. (Pietilä 2002, 294.) Asiakkaan suorat palautteet muodostavat vaikuttavuutta arvioitaessa pohjan saavutetuista tavoitteista sekä odotusten ja saavutettujen tulosten suhteesta. Jokaisen kuntayhtymän alueella työskentelevän työntekijän tulisi systemaattisesti kartoittaa asiakkaan onnistumisen ja epäonnistumisen kokemuksia terveyden edistämisen työmenetelmien kehittämisen tueksi.

Kunnan ja kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia voidaan kuvata myös hyvinvointikertomuksen avulla. Tämä toimii suunnittelun, seurannan ja arvioinnin työvälineenä. (Perttilä 2007, 17.) Eri hallintoalojen asiantuntijoiden yhdessä laatima

tiivis katsaus kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen sekä siihen vaikuttavien tekijöihin, kuten väestön elinoloihin, kunnan hyvinvointipolitiikkaan ja palvelujärjestelmän toimivuuteen. Kertomus täsmentää väestön hyvinvointitarpeita ja arvioi toteutunutta toimintaa ja voimavaroja suhteessa näihin tarpeisiin.

Päätöksenteossa ja suunnitelmien toteutuksessa terveystieteelliset näkökulmat on tehtävä myös näkyviksi käyttämällä ennakoarvioinnin menetelmää: ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia (IVA), terveysvaikutusten arviointia (TVA), sosiaalisten vaikutusten arviointia (SVA) ja ympäristövaikutusten arviointia (YVA). Nämä terveystieteelliset kohdat ja terveyden edistäminen on hyvä ottaa huomioon myös päätettäessä kunnan ostopalveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 21.)

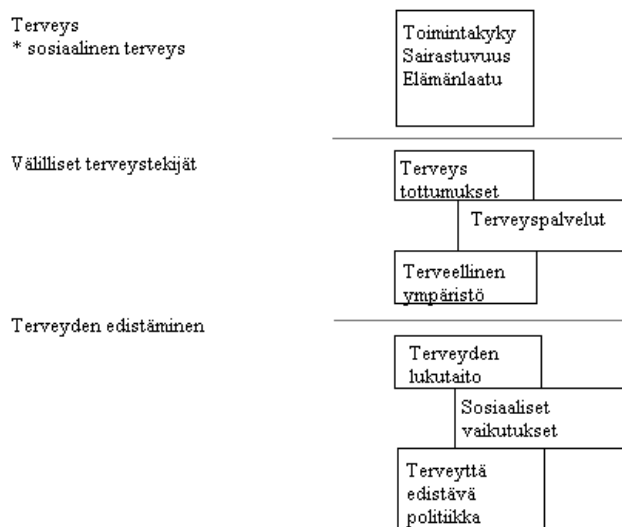
Ihmisiin kohdistuvien vaikutuksia voidaan arvioida monella eri tavoin. IVA:lla on tärkeä osa varmistamiseksi, että olettamukset ja päätökset johtavat terveyden edistämisen politiikan kehittymiseen vaikuttavaksi käytännössä. (Nutbeam & Harris 2004, 69-70.) Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia voidaan toteuttaa suppeana tai laajana arviointina. Arviointi on kuitenkin hyvä toteuttaa laajana, jos päätöksestä aiheutuu merkittäviä vaikutuksia ihmisille tai yhteisöille. Arviointiprosessin alkuvaiheessa on hyvä laatia työsuunnitelma, jossa kuvataan arvioinnin eteneminen, aikataulu ja vastuutus. Lisäksi tavoitteiden saavuttaminen sekä poikkihallinnollisten vaikutusketjujen tunnistaminen ja kielteisten vaikutusten lieventämiskeinojen tunnistaminen edellyttää eri tahojen yhteistyötä. Keskeiset tahot on hyvä kutsua jo ensimmäiseen arviointikokoukseen mukaan. (Kauppinen & Nelimarkka 2004, 5, 8.)

Ennakoarvioinnin eri vaiheissa tarvitaan tietoa nykytilanteesta, vaihtoehdoista ja vaikutuksista. Tiedonkeruu painottuu yleensä arvioinnin alkuun. Tiedonkeruu menetelminä ovat hyvinvointikertomukset ja -ohjelmat, tilastot, indikaattorit, asiakirjat, kyselyt, alue- ja teemaseulonnat, yhteistyöryhmät, huolen vyöhykkeistö, havainnointi ja media-analyysi. Tietoa tarvitaan myös halutusta tulevaisuudesta eli suunnitelman tai päätöksen tavoitteista. Tavoitteiden määrittelyssä on huomioitava valtakunnalliset, paikalliset ja oman hallintoalan tavoitteet. Arvioinnin edetessä on tärkeää tietää, miten vaikutukset kohdistuvat eri ihmisryhmiin, kuinka he kokevat

vaikutukset ja kuinka voidaan lieventää kielteisiä vaikutuksia sekä miten voidaan vahvistaa myönteisiä vaikutuksia. (Kauppinen ym. 2004, 8.)

Don Nutbeam on esittänyt hyvin havainnollistavan taulukon terveyden edistämisen tulosmittareista. (Kuvio 21). Ne on ryhmitelty neljään ryhmään. Varsinaiset terveyden edistämisen nimellä olevat tulokset ovat terveyden lukutaito, osallistumiseen ja voimallistamiseen sekä lainsäädäntöön ja politiikkaan liittyvät tulokset. Neljäntenä ryhmänä ovat terveyden edistämisen toimet, kuten viestintä ja kasvatusta, sosiaalinen mobilisaatio ja poliittinen vaikuttaminen. Nämä toimet voivat saada aikaan erilaisia tuloksia riippuen siitä, mihin toimet kohdistetaan. (Nutbeam 1998, 27-43.)

TERVEYDEN EDISTÄMISEN TULOSMALLI



Kuvio 21. Terveyden edistämisen tulostalli (Nutbeam 1998, 13.)

Terveyden edistämisen hankkeissa voidaan käyttää kaikkia kuviossa 21 esitettyjä tulosmittareita. (Vertio 2003, 151-152.) Tässäkin kehittämishankkeessa ydintiimin kehittämien terveyden edistämisen toimien käytäntöönnoton jälkeen voidaan näiden mittarien avulla selvittää toiminnan avulla saatua vaikuttavuutta. Kuvio 21 toimii tämän kehittämistoiminnan arviointisuunnitelmana ja arvioinnin mittarina (Taulukko 5).

Taulukko 5. Terveyden edistämisen vaikuttavuuden arvioinnin mittari Kankaanpään ktkky:ssä

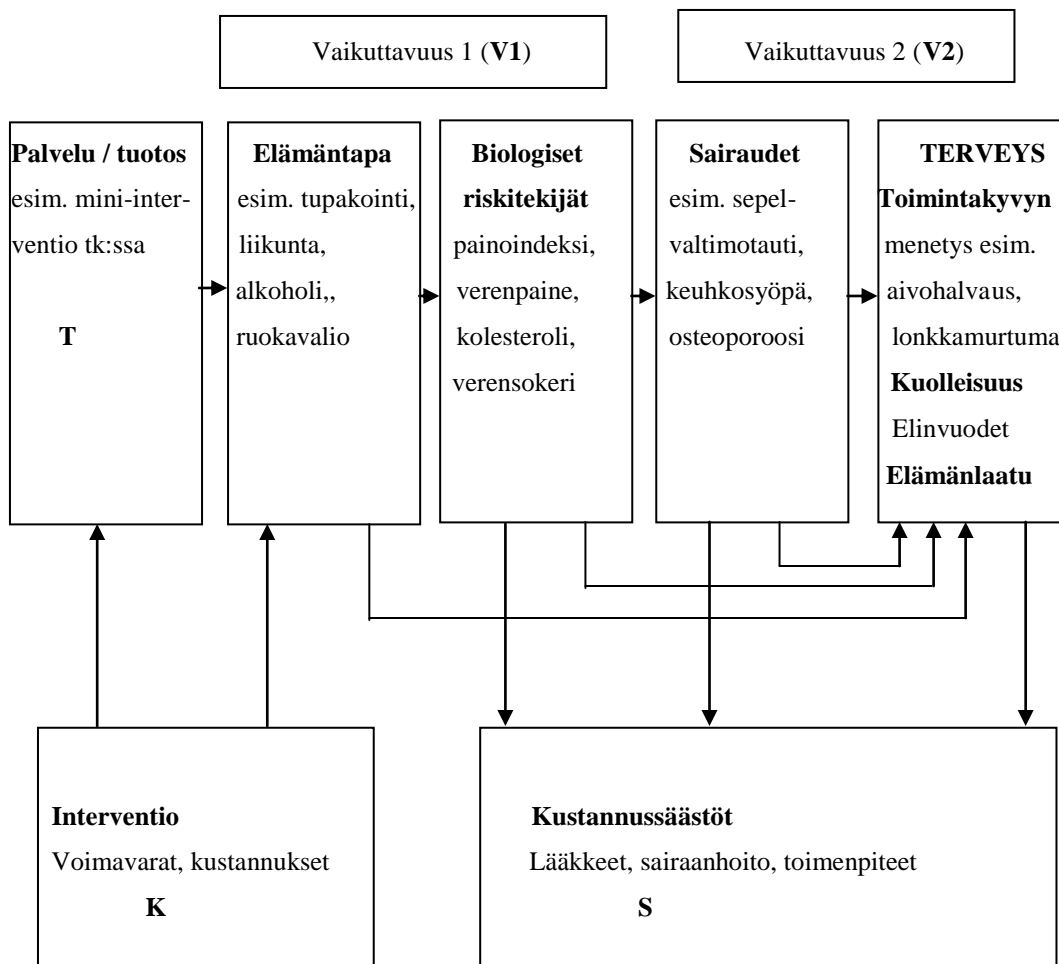
Tavoite	Arviointikriteeri	Mittari	Aineisto
Terveyden lisääminen: Sosiaalinen terveys	Asiakkaiden omaehtoisten terveystottumusten (liikunta, ruokailu, elämäntapojen ja painonhallinnan) muutokset	-toimintakyvyn muutoksen määrä - Sairastuvuusindeksi -Elämänlaadun muutos	Henkilökohtainen haastattelu Perusterveydenhuollon potilasjärjestelmät
Välillisiin terveystekijöihin huomion kiinnittäminen	Asiakkaiden terveystottumusten laatumuutokset. Ennaltaehkäisevien terveyspalveluiden käyttömäärä Alueen päättäjien tekemien päätösten terveyttä edistävät mahdollisuudet (liikuntamahdollisuuksien lisääminen ym.)	Terveystottumusten muutos Terveyspalveluiden käyttömäärän muutos Terveellisemmän ympäristön muutos	Henkilökohtainen haastattelu Perusterveydenhuollon potilasjärjestelmät Kuntastrategia
Terveyden edistämisen muutos	Yksilön motivaation ja tiedon saannin kyvyn lisääntyminen ja ymmärryksen ja taidon muutos käyttää sitä terveyttä edistävällä ja ylläpitävällä tavalla (Elämäntyylin muuttaminen, omien elinolojen kehittäminen)	Terveyden lukutaiton muutos Ihmisten sosiaalisten vaikutusten muutos Terveyttä edistävän politiikkaohjelmien sisällön vastaavuus käytännön toimitissa	Henkilökohtainen haastattelu Tietojen vertailu aikaisempiin henkilökohtaisiin haastatteluihin

Terveyden edistämistoiminnan arvioinnissa on tarpeen erottaa kaksi vaikuttavuuden mittaamisen eri tasoa. Elämäntapamuutosten terveysvaikutukset näkyvät usein vasta hyvin pitkällä viiveellä. Tämän vuoksi yleisesti käytetään ns. välitulospittareita (intermediate outcomes) vaikuttavuuden osoittamiseksi (V1). Tämä vaikuttavuuden taso on riittävä silloin, kun tavoitteena on osoittaa, kuinka intervention osatekijät tai intensiteetin lisääminen parantavat toiminnan tulosta. Edellytyksenä on, että välitulosta voidaan mitata riittävän yksiselitteisesti. Näin on tilanne esim. tupakoinnin lopettamisen osalta. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 21.)

Eri elämäntapa- tai riskitekijöihin kohdistuvien terveyden edistämistoimien vertaamiseksi keskenään tarvitaan yhteismitallista vaikuttavuusindikaattoria (V2).

Myöskään kustannussäästöjä (S) ei pystytä arvioimaan ilman tietoa muutoksesta sairauksien ilmaantuvuudesta. Lopullisista tulostuloksista (final outcomes) yksinkertaista on osoittaa vaikutus säästyneinä elinvuosina käyttäen apuna estimoituja riskifunktioita (esim. Framinghamin heart study). Mallintamisen avulla voidaan arvioida elämäntapamuutosten vaikutuksia sairauksien elämänlaatuun ja toimintakykyseuraamuksiin. Ihanteellisempänä vaikuttavuusmittarina olisi laatu painotettuja lisäelinvuosia (quality adjusted life years, QALY), joka perustuu yksilöiden omiin arvostuksiin heidän terveyteensä liittyvistä elämänlaadun muutoksista. (Kiiskinen ym. 2008, 22.)

Tuottavuutta mitataan suoritteiden ja panosten suhteella (T/K). Kustannusvaikuttavuussuhteella mitataan (netto)kustannusten ja vaikuttavuuden (arvottomaton) suhde. Vaikuttavuus mitataan luonnollisina yksikköinä, jotka voivat olla välituloksia esim. tupakoinnin lopettaminen. Johtopäätösten tekeminen toimenpiteiden kustannusvaikuttavuudesta edellyttää mahdollisimman yleistä vaikuttavuusmittaria (esim. säästetyt elinvuodet). Ilman vertailukohtaa yksittäisen toimenpiteen kustannusvaikuttavuuden määrittäminen on mahdollista vain jos tiedetään kuinka paljon yhteiskunta on halukas maksamaan yhden vaikuttavuusyksikön parannuksesta. (Kiiskinen ym. 2008, 22.) Näistä terveyden edistämistoimien taloudellisen arvioinnin vaiheista on tehty myös kuvio (kuvio 22), jonka avulla taloudellista arviointia pystytään kehittämään paikallisesti.



Kuvio 22. Terveydenedistämistoimien taloudellisen arvioinnin vaiheet (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 20.)

Terveyttä edistävien työmenetelmien uudistaminen on mahdollista vain, jos toiminta tapahtuu jatkuvassa vuorovaikutuksessa asiakkaiden ja terveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Tämä edellyttää rohkeutta ja taitoa ajatusten uudistamisesta, vastaanottoa ja monialaista yhteistyötä. Toiminnan jatkuva tutkimus- ja kehittämistyö on työmenetelmien uudistamisen perusta. Toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä olisi otettava huomioon myös laajemmat toimintaympäristöt. (Pietilä ym. 2002, 296.)

Kehitettyä tuloskorttia voidaan arvioida myös kahdesta näkökulmasta: 1) onko se aktiivisesti käytössä ja mitä kokemuksia sen käytöstä on saatu, 2) tuottaako se toivottua tulosta esim. vanhemmuuden tukemisessa. Tulosten ja vaikutusten

arvioinnin avulla voidaan näin varmistaa toiminnan jatkuvuus ja ylläpitäminen. Toimiva tuloskortti myös vahvistaa osallistujien ja toimijoiden sitoutumista. (Pelto-Huikko ym. 2006, 60.)

Toiminnan mahdollisia vaikutuksia on helppo tunnistaa paljon. Resurssien rajallisuuden vuoksi arviointiin voidaan kuitenkin valita vain pieni määrä vaikutuksia. Vaikutuksia voidaan tunnistaa eri väestöryhmien tai terveyden ja hyvinvoinnin osatekijöiden näkökulmasta, uhkia ja mahdollisuuksia kartoittamalla tai tavoitteiden avulla. Jos vaikutukseen liittyy ristiriitaisuuksia, kannattaa ne aina ottaa lähempään tarkasteluun. Tärkeää on tuoda esille eri tahojen merkittäväksi kuvaamat vaikutukset, jotka saattavat paljastaa pelkoa ja väärää tietoa. Nämä ristiriidat on otettava huomioon toiminnan suunnittelussa. (Kauppinen ym. 2004, 12.)

8 YHTEENVETO

8.1 Terveyden edistämisen merkitys tulevaisuudessa

Terveyden edistämisen lähtökohtana on nyt ja tulevaisuudessa oltava tieto kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä sekä tieto uhkaavista tekijöistä ja palvelujärjestelmän kehittämisen tarpeista. (Perttilä 2007, 13.) Näiden tietojen avulla päätöksenteossa pystytään tekemään ihmisten terveyden edistämisen kannalta oikeita päätöksiä.

Tärkeä mahdollisuus saavuttaa terveyshyötyjä kansalaistemme keskuudessa on terveyden edistäminen vähentämällä sairausriskiä ja vaikuttamalla kansalaisten terveysvalintoihin. Samalla voidaan hillitä terveydenhuollon menojen kasvua. (Kiiskinen ym. 2008, 13.)

Terveyttä edistävä toiminta edellyttää verkostoitumista ja yhteistyötä alueen eri toimijoiden kanssa. Verkostoissa sovitaan yhteistyöstä, työnjaosta ja vastuiden

jakamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 21.) Tässä kehittämishankkeen tuloksena syntyneessä terveyden edistämisen tulokortin kehittämisessä on painotettu eri toimijoiden yhteistyöhön. Nykyisin olisikin entistä enemmän panostettava eri toimijoiden yhteistyöhön, jotta kehitetyistä ohjelmista olisi käytännön hyötyä tulevaisuudessa, jolloin työntekijöistä tulee pulaa sosiaali- ja terveysalalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:65, 13).

Lasten ja nuorten terveyden edistämiseen sijoittaminen on erittäin tärkeää, koska he ovat tulevaisuuden aikuisia ja vain heidän terveyteensä panostamalla voidaan kasvattaa terveet aikuiset. Heidän hyvinvointinsa on myös oleellisesti liitoksissa perheiden terveyden edistämiseen. (Hakulinen & Savela 2001, 32.) Perheissä tapahtuneet muutokset, kuten yksinhuoltajuuden ja vanhusten yksinäisyyden lisääntyminen lisäävät erilaisten riskien ja kriisien mahdollisuutta elämässä. Tulevaisuuden haasteena pidetään ihmisten välistä solidaarisuutta. (Pietilä ym. 2002, 50.) Jos ihminen tuntee itsensä ulkopuoliseksi yhteiskunnassa, se sairastuttaa hänet. Yksinäisyys on jo tänä päivänä monen suomalaisen ongelma. Uusi ongelma on lapsista ja nuorista muodostunut ryhmä, joilla on erilaisia elämäntapariskejä. Osa heistä on erittäin liikkumattomia ja passiivisia ympäröivästä maailmasta. Osalle maailma näyttäytyy vain internetin välityksellä. Erityisesti koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon olisi tämän vuoksi lisättävä resursseja ja kehitettävä uusia toimintamuotoja. Lisäksi lapset tulisi ohjata toiminnallisiin harrastuksiin, liikunnan juurruttamiseen ja toiminnalliseen opetukseen myös koulussa.

Asiantuntijat pitävät ikääntyneiden terveyden edistämistä yhtenä kansanterveyden painopistealueena. Ikääntyneiden terveyden edistämässä pidetään keskeisenä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn säilyttämistä. (Hakulinen ym. 2001, 34.) Kankaanpään ktky:n alueella ikäjakauma on painottunut työikäisiin ja vanhempaan väestöön, joten erityisen tärkeää on nyt huomioida ikääntyvien hyvinvointi ja terveyden edistämisen, jotta kuntayhtymän alueella pystyttäisiin ehkäisemään nousevat terveydenhoito- ja sairaskulut. Tämän vuoksi eläkeikää lähestyville tulee järjestää erilaisia oman terveyden ja sosiaalisen toiminnan edistäviä ohjelmia.

Tärkeitä periaatteita terveyden edistämässä ovat tulevaisuudessa yksilöiden itsemääräämisoikeus, valinnanvapaus ja niiden kunnioittaminen, mutta tärkeää on

huomata myös ne tilanteet, joissa ihmiset tarvitsevat huolenpitoa ja ohjausta valinnoilleen. Terveysorientaatiota painotetaan Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa. Terveysorientaatio on vahvistumassa ihmisten elämässä ja edellyttää uudenlaista tiedonvälitystä, koulutusta ja uudenlaisia työmenetelmiä sekä toimintamalleja terveyden edistämiseksi. (Pietilä ym. 2002, 312.)

Tulevaisuudessa Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymä suunnittelee liikelaitokseksi muuttumista, mutta sitä ennen olisi tarkasti mietittävä sopiiko terveyden edistäminen ja liikelaitostoiminta yhteen. Terveyden edistäminen ja –hoito ovat toimia, joihin sijoitetaan panoksia ja siten sairauksien vähentymisellä säästetään yhteiskunnan varoja. Liikelaitos toiminta kuitenkin perustuu toiminnan säästöön, joka yleensä tulee kulujen pienentämisellä. Tämä helposti johtaa työntekijöiden vähentämiseen, joka taas saattaa merkitä huonompaa asiakaspalvelua.

Peruspalvelujen ensisijaisuus tulee taata uuden liikelaitoksen muotoutumisessa. Tämän kehittämistyön yhteydessä tehdyssä kyselyssä esiin nousi asiakkaiden tyytymättömyys palveluiden nykyiseen saatavuuteen. Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo merkitsevät samaa kuin perustuslaki ja lait asiakkaan ja potilaan oikeuksista sisältävät: kaikkialla Suomessa asuvilla on oltava yhtäläiset oikeudet riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen ja jokaisella kuntalaisella on oltava yhtäläiset, tasavertaiset oikeudet kaikkiin julkisiin sosiaali- ja terveystalouden palveluihin.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman yhtenä tärkeänä tavoitteena on terveyserojen kaventaminen. Kuitenkin ristiriitaista on, että terveyskeskusmaksuja joudutaan nostamaan. Tämä jo osaltaan aiheuttaa eriarvoisuutta yhteiskunnan eri jäsenten välillä, koska ihmisten taloudelliset varat ovat erilaiset. Terveyskeskusmaksujen korotus ei lisää kaikkien ihmisten terveyttä ja se vääristää myös ihmisten palveluiden saannin tasavertaisuutta.

Haasteina tulevaisuudessa terveyden edistämiseksi ovat kasvaneiden terveyserojen kaventaminen (kts. TEROKA). Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota alkoholin sekä muiden päihteiden liikkakäytöstä aiheutuneiden ongelmien vähentämiseen. Myös lihavuus on kansanterveydellinen ongelmamme. Lihavuuden hoito on vaikeaa. Siten lihavuuden ehkäisyyn tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Elinympäristöömme tulisikin kehittää painonhallintaa helpottavaksi. Avainasemassa on lähiympäristö, jossa liikunnan harrastaminen ja terveyttä edistävät ruokavalinnat ovat päivittäiseen toimintaan liittyviä. Lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa ei tulla onnistumaan, ellei lihavuutta tunnusteta yleisesti merkittäväksi terveysvaaraksi. (Aromaa ym. 2005, 98.) Tähän tarvitaan poikkiallinnollista otetta, eri organisaatioiden vastuunoton vahvistamista, tuloshakuista verkottumista ja laaja-alaisia projekteja sekä hyvien käytäntöjen systemaattista implementointia. – ”Pyörää ei tarvitse keksiä uudelleen, vaan se on pantava pyörimään ja pitää pyörimässä”. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 7.) Nykypäivänä puhutaan paljon terveyserojen kaventamisesta, mutta myös käytännön toimet tulisi olla sellaisia, että ne vastaavat kirjoitettuja ohjeita!

8.2 Kehittämistyö

Kankaanpään kttky haluaa terveyden edistämisen tuloskortin kehittämällä vahvistaa terveyden edistämisen laatua. Tuloskortin luominen on väline, joka avulla aikaansaadaan terveyttä edistäviä tuloksia. (Pelto-Huikko ym. 2006, 61). Näin toiminnalle on luotu kuntayhtymässä hyvä pohja, jonka avulla voidaan tulevaisuudessa saada luotua merkittäviä tuloksia koko kuntayhtymän asukkaiden terveydessä ja hyvinvoinnissa.

Opinnäytetyön tavoitteena on innostaa opiskelijaa kriittiseen ajatteluun, ongelmanratkaisuun, luovuuteen sekä oman työn kehittämiseen ja ammattialan kehittämiseen. (Satakunnan ammattikorkeakoulu 2006, 6). Tämä opinnäytetyö kaikkine vastoinkäymisineen ja epäselvyyksineen lisäsi opinnäytetyöntekijän kriittistä ajattelua ja ongelmanratkaisukykyä. Lisäksi kehittämistyön tekemisen yhteydessä esiin nousi asioita, joita olisi hyvä ottaa huomioon kehitettäessä Kankaanpään ktt ky:n toimintaa.

Tämän kehittämishankkeen onnistumisesta kuuluu suuri kiitos kaikille ydintiimin jäsenille. Kehitettävän toiminnan suunnittelu vaati moniammatillista osaamista ja siinä suurena etuna oli ydintiimin jäsenten erilainen tieto-taito-osaaminen. Erityistä

kärsivällisyyttä ja sitoutumista työ vaati alun epäselvän tehtävänannon vuoksi. Lisäksi työelämän ohjaajan liian vähäinen osallistuminen vaikeutti tehtävän suorittamista. Vastoinkäymisistä huolimatta jokainen ydintiimin jäsen sitoutui hyvin toimintaan ja osallistui joka toinen viikko tiimitapaamisiin. Lisäksi sitoutumista osoittaa se, että jokainen ydintiimin jäsen oli joustava ja valmis pidempiinkin tiimitapaamisiin, jotta suunniteltu toiminta saatiin suoritettua ajallaan.

Kehittämishanke tulisi suorittaa työelämän kanssa yhdessä. Tässä kohdin olisi toivonut, että kuntayhtymän esimiehet olisivat panostaneet enemmän hankkeen toimintaan. Opinnäytetyöntekijä, jolle toimintaympäristö on aivan outo eikä asianomaisella ole aikaisemmin ollut minkäänlaista yhteyttä kuntayhtymään, olisi kaivannut enemmän taustatietojen kertomista. Näin Intervention mapping-mallin mukainen ensimmäisen vaihe, jossa kerätään tarvittavat taustatiedot, olisi ollut tältä osin yksinkertaisempi. Myös kuntayhtymän tilanneanalyysin tekeminen olisi ollut helpompaa. Muutenkin kuntayhtymä odotti kehittämishankkeen tuloksia, mutta yhteistyö olisi pitänyt olla kaikin puolin kattavampaa, jotta toiminta olisi ollut jokaiselle yhteistyötaholle antoisampaa. Kehittämishankkeesta aiheutuneet kulut olisi kuntayhtymän pitänyt myös korvata, koska tehtävänannon yhteydessä annettiin ymmärtää, että opinnäytetyöntekijälle aiheutuneet kulut korvataan. Tässä kohdin herää kysymys, että halutaanko kuntayhtymässä todella kehittää toimintaa asiakkaan eduksi vai onko pelkästään taloudelliset seikat tässäkin asiassa enemmän etusijalla? Terveystenhuollon toimijoilla tulisi aina olla mielessä terveydenhuollon etiikka, joka pitää kaikessa toimissa perustua yksilön ihmisarvon kunnioitukseen, jota käytössä olevat ohjeistot ohjaavat. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 13).

Opinnäytetekijän kannalta oli erittäin harmillista, että kehittämishankkeesta ei saatu aikaan nopeasti kuntayhtymää miellyttäneitä sopimusasiakirjaa. Tekstiversioita kehiteltiin monenlaisia ja asiakirjaa (Liite 10) hiottiin yli puoli vuotta ennen kuin allekirjoitukset saatiin sopimuslomakkeeseen. Tämä aiheutti opinnäytetyöntekijälle todella paljon ylimääräistä työtä. Lisäksi kuntayhtymä ei halunnut mihinkään kohtaan mainintaa, että Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymä olisi tilannut tätä työtä. Kuitenkin tehtävänanto oli annettu Satakunnan ammattikorkeakoululle ja ydintiimin kehittämää tuloskorttia odotettiin innolla. Tässä kohdin herää epäily

kuntayhtymän toiminnan eettisyydestä. Tuloksia odotetaan, mutta tähän toimintaan ei kuitenkaan haluta sijoittaa yhtään kuntayhtymän rahaa.

Toiminnassa olisi tärkeää huomioida asiakkaiden toiveet entistä nopeammasta lääkäriin pääsemisestä, asianmukaisesta kohtelusta ja keskittymisestä asiakkaan hyvinvointiin sekä tarvittavien jatkotutkimusläheteiden tekemisestä. On erittäin huolestuttavaa, jos asiakkaat kokevat, että lääkärit eivät kuuntele tai välitä heistä. Lääkkeiden anto ei edesauta asiakkaan omavoimaistamista, vaan tarvitaan enemmän ohjausta ja neuvontaa, miten terveyttä voidaan edistää pienillä elämänmuutoksilla.

Kiinnostus ja asiaan sitoutuminen ovat edellytys, että terveyden edistäminen tulee oleelliseksi osaksi ihmisen elämää. Tämän avulla voidaan myös saada alueellisesti terveystottumuksiin muutoksia. Tämän kehittämishankkeen yhteydessä tehty kysely osoitti edellä mainitut seikat todeksi, koska kyselyn osallistuneista kunnista jämijärveläiset vastasivat kyselyyn aktiivisimmin. Huomioitavaa on myös se, että Jämijärvellä sairastuvuusindeksi on näistä neljästä kunnasta huomattavasti alempi. Lisäksi Jämijärven sairastuvuusindeksiluku on koko Suomen tasoa pienempi. Nämä molemmat luvut antavat viitettä siitä, että Jämijärvellä on saatu ihmisten arvot terveyttä edistäväksi ja siten asia kiinnostaa kuntalaisia. Kankaanpään ktkky:n muissakin kunnissa tulisi kuntalaisten sisäistää terveyden edistäminen samalla tavalla kuin Jämijärvellä, jotta todellisiin hyvinvoinnin tuloksiin voitaisiin tulevaisuudessa päästä.

Toivottavasti tämän kehittämishankkeen avulla Kankaanpään ktkky:n alueella tulevaisuudessa terveyden edistämistoiminnot tulevat oleelliseksi osaksi jokaisen kuntalaisen elämää. Näin kaikkien yhteisen edun mukaisesti terveyden edistämisen voisi olla voimavara, joka antaa toivoa entistä paremmasta tulevaisuudesta. David Seedhousen sanoin, me jokainen olemme mahdollisuus ja voimavara terveyden edistämässä ja hyvinvoinnin luomisessa: ”Kaiken tarkoituksena on, että jokainen voisi käyttää omia voimavarojaan niin hyvin kuin mahdollista elääkseen omaa elämänsä ja auttaakseen muita elämään omaansa.” (Seedhouse 1986, 52.)

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Aaro, L., Flisher, A., Kaaya, S., Onya, H., Fuglesang, M., Klepp, K-I. & Schaalma, H. 2006. Promoting sexual and reproductive health in early adolescence in South Africa and Tanzania: Development of a theory – and evidence-based intervention programme. *Skandinavian Journal of Public Health*. University of Bergen.
- Anttila, P. 2000. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälitteet. *Artefakta 2*. Hamina: Akatiimi Oy.
- Anttila, P. 2006. Ilmaisu, teos, tekeminen. Tutkiva toiminta. *ARS, Techne ja fronesis*. *Artefakta*. Hamina: Akatiimi Oy.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. *Artefakta 19*. Tampere: Akatiimi Oy.
- Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J., 2005. Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim. Saarijärvi: Kansanterveyslaitos ja STAKES.
- Bartholomew, L., Parcel, G., Kok, G. & Gottlieb, N. 2006. Planning Health promotion programs. An Intervention Mapping Approach. San Francisco: A Wiley Imprint.
- Burg, J., Oenema, A. & Ferreira, I. 2005. Theory, evidence and Intervention Mapping to improve behaviour nutrition and Physical activity Interventions. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2005. Apr 4; 2(1):2.
- Eräsaari, R. 1999. Arviointi ja asiantuntijuus. Helsinki: Gaudeamus.
- Ewles, L. & Simnett, I. 1992. Promoting Health. A Practical Guide second Edition. Royal College of Nursing. Harrow: Scutari Press.
- Green, L. & Kreuter, M. 1999. Health promotion planning: An education and environmental approach. (2nd ed.). Mountain View, California, Mayfield.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2007. Ihmisen ravitseminen. Helsinki: WSOY.
- Hakulinen, T. & Savela, A. 2001. Terveystiedon edistämisen tulevaisuuden näkymiä – argumentoiva Delphi-tutkimus. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisu A: Tutkimuksia 8. Joensuu.

Hallituksen politiikkaohjelma 2007. Hallituksen lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma. Suomen valtioneuvosto. Helsinki. [online]. [Viitattu 2.5.2008] Saatavissa: http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/ohjelman-sisaeltoe/HPO_Lapset_HSA2007.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen, T. 2008. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WSOY.

Huovinen, M. & Leino, U., 2000. Suomen terveellisin kirja. Porvoo: WSOY.

Kalimo, E. & Vertio, H. 1987. Terveyden edistäminen. Ottawan asiakirja 1986. Muistio taustasta ja periaatteista 1984. Folkhälsan, Terveyskasvatuksen keskus ja Lääkintöhallitus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymä 2007. Tervetuloa! – perehdyttämisopas.

Kankaanpään tuloskortti 2006. Visio 2015. Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymä.

Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka, K., Lahelma, E., Prättälä, R. & Sihto, M. 2002. Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. [online] [Viitattu 18.12.2007] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kauppinen, T. & Nelimarkki, K. 2004. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) hyvinvointijohtamisen välineenä. Koulutusmateriaali 15.9.2004. Stakes/KHS/TEJO-työkokous. Stakes. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. [online]. [Viitattu 27.4.2008] Saatavissa: <http://www.info.stakes.fi/iva>.

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

Koskinen-Ollonqvist, P., Peltö-Huikko, A. & Rouvinen-Wilenius, P. 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 4/05. Oy Trio-Offset Ab.

Kähärä, M-L. 2003. Terveyden edistämisen asiantuntijuus korkeakouluopinnoissa osa 1. Terveyden edistämisen keskus. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 5/2003. Helsinki: Trio-Offset. [online]. [Viitattu 25.4.2008] Saatavissa: http://www.health.fi/content/files/jul_laa_te-raporttiosa1.pdf.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Laaksovirta, T. 1988. Tutkimuksen ja lukeminen ja tekeminen. Kirjastopalvelu Oy. Helsinki: Hakapaino Oy.

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

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma 2007. Hallituksen politiikkaohjelma. [online]. [Viitattu 15.5.2008] Saatavissa: <http://statsradet.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/lapsiohjelma-hallitusohjelmassa/fi.jsp>.

Leppiniemi, M. 2007. Aivoriihi. Opetussivustot. [online]. [Viitattu 14.6.2008] Saatavissa: <http://www.enorssi.fi/opetusmateriaalit/tyotapapankki-1/aivoriihi>

Mueser, K., Bond, G., Drake, R. & Resnick, S. (1998) Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Journal of Schizophrenia*. Vol. 24, 1, 37-74.

Simpson, A., Miller, C. & Bowers, L. 2003. Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 472-483.

Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. 2007. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. FinOHTA, Stakes JA Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J., 2004. Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nutbeam D. 1998. Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. Health Promotion International.

Nutbeam, D. & Harris, E. 2004. Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories. Second edition. Australia: McGraw-Hill.

Parviainen, P. 2006 Nuorten tupakoinnin vähentäminen –toimenpideohjelman rakentaminen Intervention Mapping-menetelmällä. Tampereen yliopisto. Pro gradu-työ.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.

Patton, M. 1997. Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text. Edition 3. London: SAGE Publications.

Perustuslaki 731/1999. Viitattu 14.1.2004. [online]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajattasa/1999/19990731>

Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. tutkimuksia 103. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Perttilä, K. 2007. Kokemuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikallisista rakenteista ja johtamisen käytännöistä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueseminaari 18.11.2007 Tampere, Sammon lukio.

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WSOY.

Pekurinen, M., Junnila, M., Idänpää-Heikkilä, U. & Wahlbeck, K. 2006. Terveyspiiri. Eräs alueellisten sosiaali- ja terveystieteen palvelujen järjestämisen malli. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pelkonen, M., 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopion yliopiston julkaisuja E.Yhteiskuntatieteet 18. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Pelto-Huikko, A., Karjalainen, K. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2006. Terveyden edistämisen toimintamallit. Terveyden edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveyden edistämisen keskus ry. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2006. Helsinki: Trio-Offset. [online]. [Viitattu 14.3.2008] Saatavissa: www.health.fi.

Puska, P. 2007. Terveyden edistäminen on kannattava sijoitus. Kansanterveydenlaitos. [online]. [Viitattu 21.8.2008] Saatavissa: www.ktl.fi/portal/pressihuone/ajankohtaista/terveyden_edistaminen_on_kannattava_sijoitus/

Puska, P. 2008. Uudet kouluruokailusositukset korostavat kouluikäisen ruokailun tärkeyttä oppilaan työvireydelle. [online]. [Viitattu 14.8.2008] Saatavissa: www.ktl.fi/portal/pressihuone/ajankohtaista/uutuudet_kouluruokailusositukset_korostavat_kouluikäisen_ruokailun_tarkeytta_oppilaan_tyovireydelle/

Päivärinne, M. 2007. Terveystieteen arviointia Salossa. Uuden menetelmän omaksuminen päätöksentekoon. Stakesin työpapereita 10/2007. Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes.

Rahkonen, O. & Lahelma, E., 1998. Elämänkaari ja terveys. Yliopistokustannus. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Rimpelä, A, Huhtala, H., Pere, L., Rainio, S., Lavikainen, H. & Rimpelä, M. 2004. Suomalaisten nuorten terveys 1977-2003. Suomen lääkärilehti 2004 vol. 59 s. 4229-4235.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Tammi.

Rosblom, O., Ruuskanen, U., Laine, T. & Vertio, H., 1996. Nuorten hoitotyö. Hygienia terveyden- ja sairaanhoitajan kirjasto. Tampere: Kirjayhtymä.
Ryynänen, O-P & Myllykangas, M. 2000. Terveydenhuollon etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva: WSOY.

Satakunnan ammattikorkeakoulu 2006. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opetussuunnitelma. Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveyden edistämisen koulutusohjelma.

Satakunnan ammattikorkeakoulu 2006. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Ylemmän AMK-tutkinnon opinnäytetyön ohje 2006.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Savola, E., Pelto-Huikko, A., Tuominen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Sata tapaa arvioida terveyden edistämisestä. Katsaus terveyden edistämisen arviointitutkimuksiin. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja- sarja 6/2005. Terveyden edistämisen keskus. [online] [Viitattu 18.11.2007] Saatavissa: <http://www.health.fi>

Scriven, A. 2005. Health Promoting practice. The Contribution of Nurses and Allied Health Professionals. Hampshire: Palgrave Macmillan.

Seedhouse, D. 1986. Health. The foundations for achievement. John Wiley & sons. New York.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 1997. Julkaisuja 1997. Valtioneuvoston periaatepäätös. Helsinki: Edita.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2001. Julkaisuja 2001:4. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Edita.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. [online]. [Viitattu 11.1.2008] Saatavissa: <http://www.stm.fi/>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2007. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2009-2012. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä 2007:65. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. [online]. [Viitattu 11.1.2008] Saatavissa: <http://www.stm.fi/>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2007. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 7.9.2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. [online]. [Viitattu 10.10.2007] Saatavissa: <http://www.stm.fi/>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2008. Suomen kuntaliitto. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. [online]. [Viitattu 14.6.2008] Saatavissa: <http://www.stm.fi/>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [online]. [Viitattu 11.6.2008] Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/hl1212563842632/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [online]. [Viitattu 14.8.2008] Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/08/pr1217926602628/passthru.pdf>.

Sotkanet. Alueelliset terveystilastot. [online]. [Viitattu 14.8.2007] Saatavissa: <http://www.sotkanet.fi/>

Stakes 2007. Kouluterveyskysely 7.9.2007. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Taipale, P. 2000. Tupakka ja talous. Taloudellisia näkökulmia tupakoinnin vähentämistyöhön. Suomen ASH.

Taskinen, S. 2006. Lapsiin kohdistuvien vaikutusten arvioiminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tuominen, P., Koskinen-Ollonqvist, P. & Rouvinen-Wilenius, P. 2006. Terveyden edistämisen hyvät käytännöt. Hyvät käytännöt kirjallisuuteen ja käytännön hankkeisiin perustuvan tarkastelun kohteena. Terveyden edistämisen keskus. [online]. [Viitattu 18.11.2007] Saatavissa: <http://www.health.fi>.

Thorogood, M. & Coombes, Y. 2006. Evaluating Health promotion: practice and methods. Oxford: Oxford University press.

Van Empelen, P., Kok, G., Schaalma, H. & Bartholomew, L. 2003. An AIDS Risk Reduction Program for Dutch Drug Users: An Intervention Mapping Approach to Planning. Health Promotion Practice.

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Kustannusosakeyhtiö Jyväskylä: Tammi.

Venkula, J. 2005. Epävarmuudesta ja varmuudesta. Johdanto epävarmuuden kohtaamisesta. Helsinki: Kirjapaja.

Tiedote:

Virtanen, J. & Haapala, J. 2006. Terveyttä edistävästä toiminnasta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä.

STTV, Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus 2007. Tiedote 14/2007. Alkoholin myynti lisääntyi kotimaassa. [online]. [Viitattu 18.11.2007] Saatavissa: <http://www.sttv.fi>>Mediatiedotteet.

LIITELUETTELO

LIITE 1 Miten terveyden edistämistä toteutetaan Kankaanpään kansan
terveystyön kuntayhtymän alueella?

LIITE 2 Terveyden edistämisen käsitteen avaaminen ydintiimin jäsenten mielipide

LIITE 3 Aivoriihityöskentelyn tulos

LIITE 4 Precede-Proceed-malli

LIITE 5 Saatekirje

LIITE 6 Kyselylomake henkilökunnalle

LIITE 7 Kyselylomake asiakkaille

LIITE 8 Mallilomakkeet 1

LIITE 9 Mallilomake 2

LIITE 10 Tutkimussuunnitelma

MITEN TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ TOTEUTETAAN KANKAANPÄÄN
KANSANTERVEYSTYÖN KUNTAYHTYMÄN ALUEELLA ?

Ydintiimi miettinyt seuraavia kysymyksiä:

- Miten tällä hetkellä toimitaan?
- Miten asiakkaat kokevat tämän hetkisen toiminnan? (kiitokset, puutteet, selvitys kyselyn avulla)
- Millainen on kuntayhtymän asukkaiden tämän hetkinen terveys? (parantamiskohdat)
- Onko kuntakohtaisia erityisasioloita, jotka vaikuttaisivat asukkaiden terveyteen?
- Miten kuntayhtymän alueella on päätöksissä huomioitu terveyden edistäminen?

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KÄSITTEEN AVAAMINEN

Ydintiimin jäseniltä kysytyt kysymykset:

1.Miten itse määrittelet sanan terveys?

2.Mitä mielestäsi terveyden edistäminen on ?

3.Miten itse toteutat terveyden edistämistä työssäsi?

AIVORIIHITYÖSKENTELEN TULOS

Miten terveyden edistämistä toteutetaan Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän alueella:

- kuuntelemalla
- ohjaamalla
- neuvomalla
- kannustamalla
- tukemalla
- näyttämällä mallia
- tiedonjako (materiaali)
- haastamalla mukaan
- järjestämällä tapahtumia
- tekemällä (rokotukset)
- tekemällä (seulonnat, joukkoterveystarkastukset)
- määräaikaistarkastukset (diab.)
- motivaatiotason määrittäminen
- tiedonjako (valintojen teko)
- väylien etsintä asiakkaille
- käytännön harjoitukset
- kysymys: ”Mitä sinä itse voit tehdä?”
- median hyväksikäyttö (ilmoitukset, palstat)
- kartoitukset
- suositukset
- työhyvinvoinnin ylläpito

Puuttuu näkemys:

- osastot
- hammashuolto
- psykologi
- lääkärit
- työterveyshuolto
- laitoshuolto
- laboratorio
- röntgen
- toimistohenkilöt
- asiakkaat

PRECEDE PROCEED-MALLI

= Terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen ohjelmien suunnittelussa ja arvioinnissa yleisesti käytetty yhdeksän vaiheinen malli. Siinä ei pyritä selittämään tai ennustamaan eri tekijöiden suhdetta, vaan se tarjoaa rakenteen teorioiden soveltamiseen, jotta parhaiten soveltuvat strategiat voitaisiin löytää ja ottaa käyttöön. Precede Proceed perustuu siihen, että terveyskäyttäytyminen on moniulotteinen ja siihen vaikuttavat lukuisat tekijät.

1. SOSIAALINEN SELVITYS (ELÄMÄNLAATU)

Määrittele tulos ensin. Tarkastele sosiaalisia asioita, ongelmia yksilölle, mitkä sosiaaliset asiat vaikuttavat elämänlaatuun ja myös onko jotain sosiaalisia asioita, jotka vaikuttavat. Millä tavalla sosiaalisia selvityksiä tehdään (pienimuotoiset haastattelut, ryhmät)

2. EPIDEMIOLOGINEN SELVITYS = KOHDERYHMÄN TERVEYS
(Mitä voimavaroja kohderyhmässä on) Terveystilan kartoitus, ohjelman resurssitarpeelle perustietoa, terveystilastot yleensä, tiedot sairauksista, sairauksien ilmeneminen ja esiintyvyys)

3. KÄYTTÄYTYMISEN JA YMPÄRISTÖTEKIJÖIDEN SELVITYS
(Käytetään 1. ja 2. kohdan tietoja hyväksi) (Saatu tieto / ongelma / tarve listataan ja sen jälkeen syitä ja aiheuttajia . Huomio myös ympäristöön. Pyri löytämään syitä!)

4. KASVATUKSELLINEN JA ORGANISATORINEN SELVITYS
(ALTISTAVAT, VAHVISTAVAT JA MAHDOLLISTAVAT TEKIJÄT)

5. HALLINNOLLINEN JA MENETTELYTAPOJEN SELVITYS

6. TOTEUTUS

7. PROSESSIN ARVIOINTI

8. VAIKUTUSTEN ARVIOINTI

9. TULOSTEN ARVIOINTI

Satu-Merita Peltonen
Katajapolku 3
29630 POMARKKU
050-3240612

SAATEKIRJE

LIITE 5

18.9.2007

HYVÄ KYSELYYN VASTAAJA

Olen Satakunnan ammattikorkeakoulun ylemmän (AMK):n terveyden edistämisen opiskelija. Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän alueella halutaan kehittää terveyden edistämisen toimintoja. Tätä varten kuntayhtymässä on valittu terveyden edistämisen tiimi, jossa toimin tutkijana. Tiimimme tavoitteena on kehittää terveyden edistämisen toimintoja kokonaisvaltaisesti koko kuntayhtymän alueella. Tämän vuoksi haluamme kartoittaa lähtötilanteen niin kuntayhtymän henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmasta ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä asioista.

Kyselyyn on valittu koko Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän henkilökunta ja asiakkaat, jotka asioivat kuntayhtymän terveysasemilla ajalla 24.9.-5.10.2007.

Toivon, että jokainen vastaaja voisi vastata totuudenmukaisesti jokaiseen kysymykseen omasta näkökulmastaan. Täytetyt kyselylomakkeet palautetaan terveysaseman asiakaspalautelaatikkoon, josta kyseisen paikkakunnan terveyden edistämisen tiiminjäsen tyhjentää palautelaatikon. Kyselystä tehdään yhteenveto, joka toimii terveyden edistämisen toiminnan kehittämisen lähtötilanteena. Kenenkään yksittäisen vastaajan henkilöllisyys ei ilmene valmiissa työssä. Lisäksi noudatamme työssämme salassapitovelvollisuuttamme.

Toivon, että tulosten perusteella pystymme kehittämään kuntayhtymän alueelle terveyden edistämisen hoitomallin, joka vastaa niin asiakkaiden kuin henkilökunnan tarpeita. Vain vastaamalla voit vaikuttaa kehittämistyöhömmme.

Jos kyselystä on jotain kysyttävää, voit ottaa minuun henkilökohtaisesti yhteyttä puhelimitse.

KIITOS VAIVANÄÖSTÄ

Satu-Merita Peltonen

**KYSELY TERVEYDEN EDISTÄMISESTÄ HENKILÖKUNNALLE KANKAANPÄÄN
KANSANTERVEYSTYÖN KUNTAYHTYMÄN ALUEELLA**

1. Vastaajan sukupuoli

- mies nainen

2. Vastaajan ikä

- alle 20 v. 20 - 29 v. 30 - 39 v. 40 - 49 v. 50 - 59v. 60 - 65 v.

3. Vastaajan työskentelytoimipiste

- Honkajoki Jämijärvi Kankaanpää Karvia Muu, mikä _____

4. Vastaajan ammatti

- Lääkäri Hoitohenkilökuntaan kuuluva Toimistohenkilö Muu, mikä _____

5. Mitä ajattelet käsitteellä terveyden edistäminen?

6. Missä mielestäsi terveyskeskuksessa toteutetaan terveyden edistämistä?

7. Kuuluuko terveyden edistäminen perustehtävääsi?

Ei

Kyllä, miten se kuuluu? _____

8. Mitä terveyden edistämisen keinoja käytät työssäsi?

9. Kuinka usein käytät työssäsi terveyden edistämistä?

- Aina Usein Satunnaisesti En ollenkaan

10. Miten koet työsi vaikuttaneen asiakkaittesi terveyden edistämiseen?

11. Millaiseksi koet oman ammattitaitosi olevan terveyden edistämässä?

- Erinomaiset Hyvät Tyydyttävät Huonot Taidot puuttuvat kokonaan

12. Miten haluaisit kehittää terveyden edistämistä?

13. Jos mieleesi tuli jotain muuta asiaa, kerro se

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄSI !

KYSELY TERVEYDEN EDISTÄMISESTÄ KANKAANPÄÄN KANSANTERVEYSTYÖN KUNTAYHTYMÄN ALUEELLA ASIAKKAILLE:

1. Vastaajan sukupuoli

- mies nainen

2. Vastaajan ikä

- alle 20 v. 20 - 29 v. 30 - 39 v. 40 - 49 v. 50 - 59v. 60 - 65 v. yli 66 v.

3. Vastaajan asioimispaikka ?

- Honkajoki Jämijärvi Kankaanpää Karvia

4. Vastaajan ammatti

5. Mitä ajattelet käsitteellä terveyden edistäminen?

6. Missä mielestäsi terveyskeskuksessa toteutetaan terveyden edistämistä?

7. Miten koet terveyskeskuksen henkilökunnan vaikuttaneen sinun terveyden edistämiseen?

8. Millaiseksi koet terveyskeskuksen henkilökunnan ammattitaidon olevan terveyden edistämisessä?

- Erinomaiset Hyvät Tyydyttävät Huonot Taidot puuttuvat kokonaan

9. Miten sinä itse voit vaikuttaa omaan terveyden edistämiseesi?

10. Kenellä koet olevan suurimman vastuu terveydestäsi? Merkitse numeroilla 1-10 tärkeysjärjestykseen siten, että tärkeimmälle annat numero 10 ja vähiten tärkeimmälle numeron 1.

___ Lääkäreillä ___ Terveystenhoitajilla ___ Sairaanhoidajilla
___ Jokaisella itsellään ___ Vanhemmilla ___ Puolisolla
___ Ruokakauppiailta ___ Yhteiskunnan päättäjillä
___ Muulla, millä _____ ___ Kunnan liikuntatoimella

12. Miten haluaisit kehittää terveyskeskuksen terveyden edistämisen palveluja?

13. Jos mieleesi tuli jotain muuta asiaa, kerro se

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄSI !

Päivämäärä:**Asiakkaan tiedot**

Nimi: _____

Sosiaaliturvatunnus: _____

Asiantuntijan tiedot

Nimi: _____

Työntekijäkoodi: _____

Toimipaikkakoodi: _____

	MUUTOSTARVE		MUUTOSVALMIUS			TAVOITTEEN ASETTELU JA TOIMINTA			
	<i>Ei tarvetta</i>	<i>Tarve</i>	<i>Ei valmis</i>	<i>Harkitsee</i>	<i>Valmis (kokeiluja)</i>	<i>Tavoite asetettu</i>	<i>Muutosta toteutetaan</i>	<i>Tavoite saavutettu</i>	<i>Repsahdus</i>
MUUTOSTARPEEN ARVIINTIKRITEERIT KESKUSTELUN POHJAKSI									
Painoindeksi alle 25 kg/m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ateria-rytmi enintään yht 6 ateriaa ja välipalaa pv., ei napostelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasvan määrä -leivän päällä (kuvat) -juusto <18% -rasvaton maito/piimä -jugurtti/viili <1% -leikkeleet <4% -vähärasvainen ruoanvalmistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasvan laatu -leivän päällä: kasvismargariinit -ruoanlaitto: öljyt, kasvirasvat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suola vähäsuolainen ruoka <1,2%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuitu -kasviksia, hedelmiä ja marjoja päivittäin -täysjyvävalmisteet; leivät, puurot, myslit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholi m< 3 ravintola-annosta pv. n< 2 ravintola-annosta pv. (annos=keskiolut 0,33 l, viini 12 cl, vodka/viski 4 cl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikunta kohtuullisesti rasittavaa liikuntaa 30 min/pv. vähintään 4 krt/vko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakointi tupakoinnin lopettaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tällä kerralla asiakkaan itsensä asettamat keskeisimmät tavoitteet (1-3 tavoitetta):

1

2

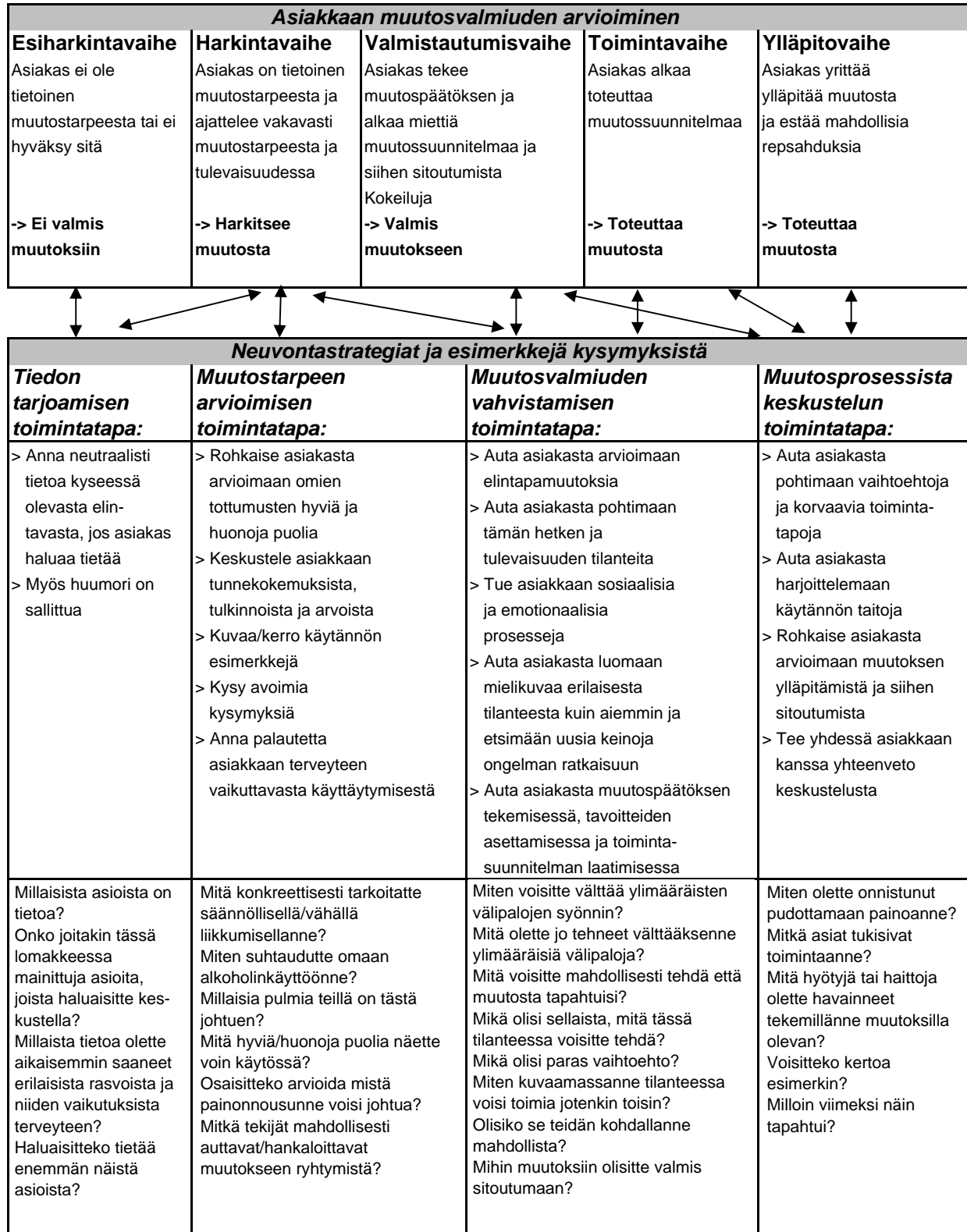
3

UUSI TYÖVÄLINE

elintapojen muutosta tukevaan terveysneuvontaan

Neuvonnan alkukartoitus

- Asiakkaan elämäntyyli ja taustatekijät
- Asiakkaan asennoituminen terveytensä hoitoon
- Asiakkaan tietoisuus terveystietoisuudesta ja muutostarpeesta
- Asiakkaan muutosvalmius sekä odotukset ja tavoitteet terveytensä hoidosta ja neuvonnasta





Peltonen Satu-Merita

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSSUUNNITELMA

”Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän terveyden edistämisen tulokortin ja kehittämishankeen kuvaus”

Sosiaali- ja terveysala Pori

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Terveyden edistäminen

2008

SISÄLLYS

JOHDANTO.....	3
2 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET.....	5
3 KEHITTÄMISTOIMINNAN LÄHTÖKOHTIA.....	6
3.1 Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän tilanne.....	6
3.2 Kansalliset terveyden edistämisen asiakirjat ja toimenpideohjelmat.....	6
3.3 Intervention mapping ja terveyden edistäminen.....	9
4 KEHITTÄMISMENETELMÄN VALINTA.....	9
5 KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTISUUNNITELMA.....	10
6 TERVEYDEN EDISTÄMISEN KEHITTÄMISHANKKEEN AIKA- TAULU.....	12
LÄHTEET.....	14

JOHDANTO

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa. Terveyden edistämisen tavoitteena on ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaaminen ja sairauksien ehkäisy (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8.) Terveyden edistämisellä tarkoitetaan terveydentilan parantamista: terveyden merkityksen korostamista, terveyden tukemista ja puolustamista sekä terveystieteiden nostamista yksilöiden ja viranomaisten asialistan kärkeen. (Ewles & Simnett 1995, 19.) Terveyden edistämiseen vaikuttavat kaikki ne seikat ja asiat, mitkä liittyvät meidän jokapäiväiseen elämäämme.

Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymä haluaa kehittää työelämäänsä johtavaksi hyvinvointipalveluiden järjestäjäksi kehittämänsä Visio 2015 avulla. Uudessa toimintamallissa korostetaan asiakokonaisuuksina: paras hoito – parempi terveys – hyvä elämä. (Kankaanpään ktky 2007, 3). Tämän vuoksi kuntayhtymässä halutaan kehittää terveyden edistämisen toimintamallin luomista ja kuvata työprosessi.

Kankaanpään kuntayhtymän strategian mukaisesti hoitotyön ydinprosesseista mallinnetaan vuoteen 2009 mennessä viiden potilasryhmän ydinprosessit vastuunalaisten työryhmien toimesta. Tämä mallintaminen toteutetaan seuraavissa ryhmissä: diabetes, geriatria kouluterveydenhuolto, huomioiden erityisoppilaat, syöpäsairaat sekä terveyden edistäminen. (Kankaanpään ktky:n tulokortti 2006, 1.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on 7.9.2007 julkaissut terveyden edistämisen politiikkaohjelman, jonka tavoitteena on väestön terveydentilan edistäminen, erityisesti pääpainona on terveyserojen kaventaminen. Ohjelman tavoitteena on vahvistaa ja täydentää kehittämistyötä yli perinteisten sektorirajojen. Tätä toimintaa tukee ajatus: ”Terveys kaikissa politiikoissa”. Tavoitteisiin pyritään alueellisen terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn kehittämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 2.) Tämän politiikkaohjelman mukaiseksi Kankaanpään

kansanterveystyön kuntayhtymä haluaa luoda oman terveyden edistämisensä. Tätä hanketta toteuttamaan on nyt valittu terveyden edistämisen tiimi.

Terveyden edistämisen tiimi käyttää eri vaiheiden päätöksenteon tukena Intervention mapping-mallia. Tällä tarkoitetaan toimenpiteitä, tehtäviä tai ohjelmia, joilla pyritään aikaansaamaan muutoksia käyttäytymisessä ja ympäristössä. Tämä malli perustuu kolmeen ohjelman suunnittelun tasoon: tarpeiden arviointiin, ohjelman kehittämiseen ja ohjelman arviointiin. Intervention mapping-malli koostuu viidestä askeleesta, joita seuraamalla terveyden edistämistä työstettiin. (Bartolomew, Parcel, Kok & Gottlieb 2006, 15-22.).

2 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITEET

Tässä opinnäytetyössä kuvataan kehittämishankkeen toteutumista terveyttä edistäväksi toiminnaksi elämäntapaajattelun mukaisesti. Toiminnan lähtötilanteena terveyden edistäminen määritellään tiimin jäsenten kesken. Tämän jälkeen kyselytulosten perusteella saadaan käsitys kuntayhtymän työntekijöiden ja asiakkaiden mielipiteistä terveyden edistämisen toiminnoista. Esiinnousseiden aiheiden perusteella valitaan tuloskorttiin tulevat painopistealueet, joita kehitetään elämäntapamallin mukaisesti. Tulokortissa huomioidaan kriittiset menestystekijät, menetelmät ja aikataulutus, konkreettiset käytännön toimenpiteet, mittarit ja arviointi sekä sidosryhmät. Kirjallisessa opinnäytetyössä myös arvioidaan toiminnan toteutumista koko kehittämisprosessin aikana.

Kehittämistehtävän tavoitteena on:

1. Kuvata terveyden edistämisen ydintiimin työskentely ja mallintaa työskentely mallintaminen käyttäen Intervention mapping-mallia.
 - 1.1 Kuvata terveyden edistämisen ydintiimin käsityksiä terveyden edistämisestä
 - 1.2 Kuvata kuntayhtymän työntekijöiden ja asiakkaiden käsityksiä terveyden edistämisestä
 - 1.3 Arvioida saatuja tuloksia ja valita painopistealueet tuloskorttia varten
2. Kehittää elämäntapamallin mukainen terveyden edistämisen tuloskortti hyviä käytäntöjä hyödyntäen
3. Arvioida kehittämishankkeen toteutumista koko prosessin aikana

3 KEHITTÄMISTOIMINNAN LÄHTÖKOHTA

3.1 Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän tilanne

Kehittämistehtävä on alkanut maaliskuussa 2007, jolloin Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän hoitotyön johtaja toi esille Satakunnan ammattikorkeakoulun ylemmän AMK:n opinnäytetyön aiheita, joita yksi oli: Terveyden edistäminen.

Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymään kuuluvat Jämijärvi (2148 as.), Honkajoki (1933 as.), Kankaanpää (12412 as.) ja Karvia (2777 as.). Yhteensä näissä kunnissa asuu 19270 henkilöä (Stakes 22.8.07). Kuntayhtymän alueella henkilöstöä on noin 240. Kuntayhtymällä on toimipisteet kaikissa neljässä jäsenkunnassa. Lisäksi Satakunnan sairaanhoitopiiri tarjoaa kuntayhtymän tarvitsemat erikoissairaanhoidon palvelut. (Kankaanpään ktkky 2006, 1.)

Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän vanhassa toiminnassa terveyden edistäminen katsottiin olevan oma osa, eikä sitä linkitetty kuuluvaksi muihin perusterveyden aloihin. Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän Visio 2015 mukaisesti halutaan luoda uusi toimintamalli. Työelämää halutaan kehittää johtavaksi hyvinvointipalveluiden järjestäjäksi Satakunnan alueella. (Kankaanpään ktkky 2007, 3.) Lisäksi toimintamallin luomisessa tukeudutaan terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 2.)

3.2 Kansalliset terveyden edistämisen asiakirjat ja toimenpideohjelmat

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta linjaa kansallista terveystoimintaa 15 vuoden tähtämellä. Strategian pääpaino on terveyden edistämässä. Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka toimii eräänlaisena kehyksenä terveyden edistämistoiminnalle yhteiskunnan eri alueilla. Keskeistä ohjelman toteuttamisessa on alueellinen ja paikallinen yhteistyö yli

hallintosektoreiden. Valtioneuvosto suosittelee, että eri tahot mm. kunnat ja järjestöt sisällyttävät ohjelman periaatteet omiin suunnitelmiinsa. Terveysthuollolla on merkittävä rooli monien ”Terveyttä vuoteen 2015 – ohjelman tavoitteiden toteuttamisessa. Sen lisäksi ihmiset itse voivat edistää omaa terveyttään mm. lopettamalla tupakoinnin, mutta he tarvitsevat tietoa ja tukea päätöksensä perustaksi. (STM 2001:4, 5, 28.)

Keskeiset Terveys 2015 -strategian ikäryhmittäiset tavoitteet ovat mm. lasten ja nuorten hyvinvoinnin lisääminen. Toisena ohjelman painopistealueena ovat työikäisten työ- ja toimintakyvyn edistäminen ja työelämässä pidempään jaksaminen. Ikääntyvillä halutaan painottaa keskimääräisen toimintakyvyn paranemiseen. (STM 2001:4, 15, 22-25.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on 7.9.2007 julkaissut terveyden edistämisen politiikkaohjelman, jonka tavoitteena on väestön terveydentilan edistäminen, pääpainona terveyserojen kaventaminen. Ohjelman tavoitteena on vahvistaa ja täydentää kehittämistyötä yli perinteisten sektorirajojen. Tätä toimintaa tukee ajatus: ”Terveys kaikissa politiikoissa”. Tavoitteisiin pyritään alueellisen terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn kehittämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 2.)

Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelmassa vuosille 2009 - 2012 esitetään tavoitteeksi saada koko yhteiskuntapolitiikka tukemaan terveyttä ja hyvinvointia. Pohja hyvinvoinnille luodaan jo lapsuus- ja nuoruusiässä. Kuitenkin yhtä tärkeää on parantaa työikäisten toimintakykyä, hakea uusia toimintamalleja tukemaan kasvavan vanhusväestön itsenäistä suoriutumista sekä vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Kansanterveyden kannalta erityisesti terveellisen elinympäristön merkitys korostuu. (Staff, Palotie-Heino & Salmela 2007, 30.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) käynnistyi vuoden 2008 alusta. Siinä yhtenä keskeisenä linjauksena on terveyden ja hyvinvoinnin lisääntyminen. Tavoitteena on lisätä ennaltaehkäisevää otetta ja huolehtia, että se on aktiivisesti käytössä. Näin voidaan parantaa väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä palveluiden saatavuutta. Samalla myös hoidon tarve vähenee.

Toiminnan tavoitteen on hillitä kustannusten kasvua yli käytävissä olevien voimavarojen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tarvitsee riittävät voimavarat sekä hyvin suunnitellun ja toteutetun asiantuntijatyön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot ovat haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke (TEROKA) pyrkii tietopohjan vahvistamiseen ja tiedottamiseen seurantajärjestelmän vakiinnuttaminen kuntien ym. toimijoiden tietoisuuteen nostattamista terveyseroista ja niiden kaventamiskeinoista. Toiseksi halutaan terveyserojen kaventamisen näkökulman valtavirtaistamiseen ja kehittämiseen yhteistyössä väestön terveyden edistämiseen pyrkivien tahojen kanssa. (Koskinen 2007, 14.) Lämpileikkaavina periaatteina TEROKA-hankkeen etenemissuunnissa otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon mm. syrjäytymisen ehkäisy, heikoimmassa asemassa olevat ja erityisesti lasten ja nuorten ongelmat. TEROKA-hankkeessa kehitetään toimintatapoja ja kootaan tietopohjaa Terveys 2015 -ohjelman terveyserojen kaventamistavoitteen saavuttamiseksi. TEROKA on Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen yhteistyöhanke. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Hyvät käytännöt ovat käytäntöjä, joilla on kyky muuntua uusiksi käytännöiksi. Ne ovat sidoksissa aikaan, paikkaan ja vallitseviin arvoihin. Yhteisöt ja ihmiset ovat aina osallisina hyvien käytäntöjen luomisessa. Terveyden edistämässä hyvät käytännöt juontuvat terveyden edistämisen ytimestä, johon sisältyy itsessään terveyden edistämisen muutokseen tähtäävä pyrkimys ja tieto siitä, mikä on vaikuttavaa. Suurin painoarvo terveyden edistämisen hyvien käytäntöjen edellytyksissä annetaan terveyden edistämisen arvoperustan toteutumiselle. Näitä ovat ihmisen osallistumisen mahdollisuudet, tasa-arvo ja toisen kunnioitus. Hyvät käytännöt tarkoittavat toteuttajien, osallistujien ja kohteiden sekä ympäristön oppimista ja kehittymistä. Hyvien käytäntöjen luominen ja levittäminen on ennen kaikkea kanssakäymistä korostavaa toimintaa. (Tuominen, Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2005, 3 ja 11.)

3.3 Intervention mapping ja terveyden edistäminen

Työssä käytetään viitekehyksenä ja suunnittelumallina Intervention mapping-menetelmää ja sen toteuttamisessa käytämme Precede- Proceed-menetelmää. Intervention mapping-menetelmä perustuu sosiaaliseen ja ympäristölliseen näkökulmaan. Intervention mappingilla tarkoitetaan toimenpiteitä, tehtäviä tai ohjelmia, joilla pyritään aikaansaamaan muutoksia käyttäytymisessä ja ympäristössä. Tässä tarkastellaan terveyttä yksilöiden ja heidän ympäristönsä toimintana (perhe, sosiaaliset verkostot, organisaatiot, yhteisöt ja yhteiskunta) eri tasoilla. Intervention suunnittelu tarjoaa terveyden edistämisen mallin, jota on mahdollista hyödyntää suunnittelun eri vaiheiden päätöksenteossa. (Bartolomew ym. 2006, 15-22.).

4 KEHITTÄMISMENETELMÄN VALINTA

Tässä työssä käytetään kehittämismenetelmänä toimintatutkimusta. Toimintatutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa, jossa pyritään teoretietoa ja käytännön kokemuksellista tietoa yhdistämällä saamaan aikaan muutosta. Opinnäytetyöntekijä ja kohdeyhteisön valitut jäsenet toimivat koko tutkimusprosessin ajan kiinteästi vuorovaikutuksessa keskenään. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 118.)

Kehittämishanke toteutetaan koko Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän alueella. Kuntayhtymän henkilökunnasta on valittu terveyden edistämisen ydintiimi, joka kehittää terveyden edistämisen toimintoja. Ydintiimi koostuu viidestä työntekijästä ja sitä täydentämään otettiin opinnäytetyöntekijä. Yhdessä he suunnittelevat ja kehittävät terveyden edistämisen toimintoja entistä laajalaisemmaksi ja kattavammiksi koko kuntayhtymän alueella.

Toiminnan aluksi kartoitetaan kyselyn avulla henkilökunnan ja asiakkaiden mielikuvaa terveyden edistämisestä. Kerätyt tiedot toimivat kehittämishankkeen

lähtökohtana. Kyselylomakkeen tietojen tilastollisena data-analyysina käytetään Tixel-ohjelmaa. Saatujen tulosten perusteella ydintiimi kehittää toimintoja hyviin käytäntöihin tukeutuen. Hankekuvauksella voidaan seurata, mitä todella on tapahtunut hankkeen koko toteuttamisen aikana. Tulisi myös käydä keskustelu terveyden edistämisen tavoitteista ja niistä keinoista, jotka kokonaisuutena luovat hyviä käytännöt toimintaympäristössään. (Tuominen, Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2005, 35.) Toiminnan laajentamisen avulla halutaan levittää näitä kehitettyjä hyviä käytäntöjä koko kuntayhtymän alueelle.

5 KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTISUUNNITELMA

Kehittämishankkeiden arvioinnissa on kysymys itseään uusintavastan ja itseään säätelevästä toiminnasta. Siinä lähetetään lupaus uuden menestyksen mahdollisuudesta. Silloin uskotaan johonkin, joka on muutettavissa ja lähetetään uusi viesti siitä, että se on jo tehty tai se on ainakin mahdollinen tehtäväksi. (Eräsaari 1999, 147.)

Työelämäyhteydessä toteutettu kehittämishanke suunnataan tuloksineen suoraan toimeksiantajalle. Arviointia tekevät raportoivat tuloksia ottaen huomioon vastaanottajan ja tulosten hyödynnettävyyden. (Anttila 2007, 150.) Monet kehittämishankkeet lähtevät liikkeelle tarpeesta toteuttaa jokin uusi hyvinvointiohjelma tai paremmin käytettävissä oleva palvelu. Arviointi tapahtuu arvokriteereihin ja tulkintoihin perustuvana asioiden arvottamisena. Varsinainen kehittämistyö voi tapahtua myös siitä irrallaan. Kysymys kehittämishankkeen arvioinnista liittyy kysymykseen arviointikeinoin hankitun tiedon luotettavuudesta. Arvioitavuus merkitsee sitä, että kehittämishankkeen raporttien lukijalle ja hyödyntäjille tarjotaan mahdollisuus seurata tehtyjä päättelyä ja kritisoida sitä. (Anttila 2007, 145-147.)

Kehittämistehtävää arvioidaan kuntayhtymän laatu järjestelmän mukaisesti sisäisesti. (Kankaanpään ktky 2006, 1). Toiminnan toteutumista seurataan ja arvioidaan ydintiimin yhteisissä kehittämissalavereissa, joita järjestetään joka toinen viikko. Näiden perusteella tarkennetaan suunnitelmia halutun muutoksen aikaansaamiseksi. Työskentelyssä huomioidaan mm: terveyden edistämisen vaiheistus, terveyden edistämisen resurssienhallinta, aikataulussa pysyminen ja projektin tulosten arviointi. Lisäksi kuntayhtymän johtoryhmä hyväksyy ydintiimin esittämän, kehittämän terveyden edistämisen tulokortin. Lisäksi kuntayhtymän hallitus päättää niiden käyttöönotosta.

Toimintatutkimuksessa ei tuloksia voida arvioida vain lopputulosten perusteella, vaan tulosten arvioinnissa tulee ottaa huomioon myös koko tutkimusprosessi ja sen etenemiseen liittyvät tekijät. Toimintatutkimuksen moninaisuuden vuoksi tutkimusprosessin eri vaiheiden etenemistä on jatkuvasti arvioitava ja myös eri menetelmillä. Tutkimusprosessin etenemisessä kerätyt aineiston pitäisi antaa vastaus kysymykseen, miten suunniteltua interventiota on toteutettu prosessin aikana. Tällä on myös oleellinen merkitys lopputulosten tulkinnassa. Huomioitavaa on myös että, yleisesti ottaen toimintatutkimuksen tulokset ovat harvoin suoraan yleistettävissä eikä toimintatutkimus ole myöskään toistettavissa samanlaisena missään oloissa. Tulokset voivat kuitenkin antaa luotettavaa tietoa siitä, ovatko kehittämishankkeen tavoitteet ja käytetyt interventiot sovellettavissa käytäntöön. (Aaltola & Valli 2001, 170-173.)

Arvioinnissa otetaan huomioon myös Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän hallituksen tulokortin mukaiset arvot: hyvä palvelu, taloudellisuus, ennaltaehkäisevä työ ja pitkän aikavälin suunnitelmat sekä kehitystarpeiden ennakointi. (Kankaanpään ktky 2006, 1.)

Kehittämishankkeen tuloksellisuuden arvioinnissa luotettavuuden pääasiallinen merkitys on se, että tutkimus kommunikoi lukijan kanssa. Tutkimuksen tulee luoda merkityksiä ja osallistua käytännönsidonnaiseen keskusteluun, jolloin sen arvioinnin ensisijainen kriteeri on tutkimuksen retorinen vakuuttavuus. Se taas rakentuu sisäisesti tutkimukseen, joka saavutetaan tekemisen, kirjoittamisen ja muun

esittämisen keinoin. Tutkimuksessa on myös pohdittava, miten tulokset ovat laajennettavissa tai siirrettävissä toisiin tilanteisiin. (Anttila 2006, 518-519.)

6 TERVEYDEN EDISTÄMISEN KEHITTÄMISHANKKEEN AIKATAULU

Työn aloitus	Tehtävänanto maaliskuussa 2007 Aiheen esittelyä 14.3.2007 opinnäytetyöntekijälle Ydintiiminjäsenten valinta kuntayhtymän alueelta 19.4.2007
Tiimisopimus	12.6.2007
Ydintiimin tapaamiset	Noin joka toinen viikko
Kirjallisuuteen tutustuminen	Taustatietoihin tutustuminen 14.3.-31.10.2007
Kysely	Kyselylomakkeen laatiminen 12.8.- 19.9.2007 Lupa-anomus ja luvan myöntäminen 24.9.2007 Kyselyn suorittaminen 24.9.-5.10.2007 Kyselylomakkeen vastausten analysointi 9.10.2007-
Toiminnan kehittäminen	Saatujen kyselyvastausten perusteella toiminnan kehittäminen Terveyden edistämisen politiikkaohjelman mukaisesti. Terveyden edistämisen tulokortin laatiminen 15.10.2007 – 13.2.2008 Kuntayhtymän johtoryhmä hyväksyy ydintiimin esittämät, kehitettävät terveyden edistämisen toimintamallit/ -menetelmät keväällä 2008. Kuntayhtymän hallitus päättää niiden käyttöönotosta.
Tehtävän päättäminen	Terveyden edistämisen tiimin osalta tehtävä päättyy 13.2.2008

Opinnäytetyöntekijä tekee tästä kehittämishankkeesta kirjallisen opinnäytetyön.
Tämä kirjallinen työ valmistuu viimeistään syksyllä 2008.

LÄHTEET

Anttila, P. 2006. Ilmaisuu, teos, tekeminen. Tutkiva toiminta. ARS, Techne ja fronesis. Artefakta. Tampere: Akatiimi Oy.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Artefakta 19. Tampere: Akatiimi Oy.

Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlieb 2005. Planning Health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach. Wiley.

Eräsaari, R. 1999. Arviointi ja asiantuntijuus. Helsinki: Gaudeamus.

Ewles & Simnett 1995. Terveyden edistämisen opas. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Keuruu: Otava.

Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymä 2007. Tervetuloa! – perehdyttämisoapas.

Kankaanpään tulokortti 2006. Visio 2015. [Online] [Viitattu 17.12.2007]. Saatavissa: <http://www.kankaanpaanktky.fi/html/fi/1171364699263207482.html>

Koskinen, S. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke TEROKA. [online] [Viitattu 17.2.2008]. Saatavissa: <http://www.teroka.fi/> tai <http://www.ouka.fi/tejo/pdf/Koskinen.pdf#search=%22Teroka%22>

Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WSOY.

Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma (KASTE) [Online]. [Viitattu 16.1.2008]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/index.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansanterveyden neuvottelukunta. Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Julkaisuja 2001:4. Edita. HKI. [Online]. [Viitattu 16.1.2008]. Saatavissa: <http://www.terveys2015.fi/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke (TEROKA). [Online]. [Viitattu 16.1.2008]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/index.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: [Online]. Helsinki: Helsingin yliopisto. [Viitattu 17.1.2008]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/>

Staff, Palotie-Heino & Salmela 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toiminta- ja taloussuunnitelma 2009-2012. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:65. [Online]. Helsinki. Helsingin yliopisto. [Viitattu 17.1.2008]. Saatavissa: <http://www.stm.fi>

TEROKA-hanke 2006. KTL, Stakes ja Työterveyslaitos. [Online]. KTL, Stakes ja Työterveyslaitos. [Viitattu 17.2.2008]. Saatavissa: <http://www.teroka.fi>

Tuominen, Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2005 . Terveyden edistämisen hyvät käytännöt. Hyvät käytännöt kirjallisuuteen ja käytännön hankkeisiin perustuvan tarkastelun kohteena.