

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2013

Outi Sillvan

TERVEYDEN EDISTÄMISEN VUOSIKELLO RAUMAN SOSIAALI- JA TERVEYSVIRASTON AVOTERVEYDENHUOLTOON



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2013 | Sivumäärä 49 + 6 liitesivua

Pia Suvivuo, Marjo Salmela

Outi Sillvan

TERVEYDEN EDISTÄMISEN VUOSIKELLO RAUMAN SOSIAALI- JA TERVEYSVIRASTON AVOTERVEYDENHUOLTOON

Kehittämiprojekti oli osa Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysviraston laadun- ja toiminnan kehittämistyötä. Työelämä perusteli kehittämiprojektia tiedon tarpeella siitä, millä tavalla kunnan toimintakäytännöt ovat terveyttä ja hyvinvointia edistäviä sekä miten terveyden edistämistoimia seurataan ja arvioidaan. Tavoitteena tässä kehittämiprojektissa oli laatia vuosikello terveyden edistämisen toimintojen kartoittamiseen ja aikataulutukseen sekä luoda terveyden edistämisen seuranta- ja arviointisuositus Rauman avoterveydenhuoltoon kirjallisuuskatsauksen ja sähköpostikyselyn pohjalta.

Kehittämiprojektiin liittyvän soveltavan tutkimuksen osion tavoitteena oli kartoittaa terveyden edistämisen toimintoja ja niiden ajankohtia, joita tehdään Rauman sosiaali- ja terveysviraston avoterveydenhuollossa. Soveltavan tutkimuksen osion tarkoituksena oli tuottaa tietoa avoterveydenhuollon terveyden edistämisen vuosikelloon. Tiedonkeruumenetelmänä soveltavan tutkimuksen osiossa käytettiin sähköpostikyselyä. Kehittämiprojektin aineisto kerättiin Rauman sosiaali- ja terveysviraston avoterveydenhuollon osastonhoitajilta (N=8). Sähköpostikyselyn aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Kirjallisuuskatsauksen ja sähköpostikyselyn tulosten pohjalta luotiin vuosikello terveyden edistämisen toimintojen kartoittamiseen ja aikataulutukseen sekä terveyden edistämisen seuranta- ja arviointisuositus Rauman sosiaali- ja terveysviraston avoterveydenhuoltoon. Se pitää sisällään kuvauksen terveyden edistämisen toiminnoista, joita tehdään päivittäin, kuukausittain ja vuosittain kahdeksassa eri tulosyksikössä. Terveyden edistämisen vuosikello sisältää myös terveyden edistämisen seuranta- ja arviointisuositukset. Terveyden edistämisen vuosikello otetaan käyttöön Rauman sosiaali- ja terveysviraston avoterveydenhuollossa. Se muokataan sähköiseen muotoon ja viedään koko organisaation sisäiseen intraan Majakkaan, jossa se on käytettävissä toimintaohjeena. Terveyden edistämisen vuosikelloa voidaan käyttää johtamisen ja perehdyttämisen apuna. Se toimii terveyden edistämisen hyvien käytäntöjen jakajana, levittämiseksi, käyttöönotossa, moniammatillisen yhteistyön lisäämisessä ja palvelujen yhtenäistämisen apuvälineenä. Terveyden edistämisen vuosikello kohdentuu tällä hetkellä avoterveydenhuollon tulosalueelle. Sitä voidaan jatkossa päivittää tulosyksiköittäin tai osastoittain tarkemmaksi, jolloin se palvelee Rauman sosiaali- ja terveysviraston avoterveydenhuollon terveyden edistämisen toimijoita tulosyksikkökohtaisemmin. Terveyden edistämisen vuosikello on muokattavissa ja siirrettävissä koskemaan koko Rauman sosiaali- ja terveysvirastoa.

ASIASANAT:

terveyden edistäminen, vuosikello, avoterveydenhuolto

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care | Health Promotion Degree programme

2013| Total number of pages 49+ 6 appendix

Pia Suvivuo, Marjo Salmela

Outi Sillvan

HEALTH PROMOTION'S ANNUAL PLAN IN RAUMA SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

The development project was a part of Rauma Social Affairs and Health agency's quality and development activities. There was a need for information on how municipal structures and operating practices have changed health and wellbeing and how the objectives have been achieved. The goal of this development project was to create a yearly for mapping and scheduling health promotion activities and to create health promotion monitoring and evaluation recommendation. It based on a literature review and a survey by e-mail.

The purpose of the applied research was to identify health promotion activities and their timing, which are carried out in Rauma Social Affairs and Health agency, in outpatient care. The purpose was to produce information for health promotion's annual plan.

In the applied research section e- mail queries were used. The questionnaires were sent to Rauma Social and Health Service, the outpatient department's nurses (N = 8). The email survey data was analyzed by an inductive content analysis.

As a result of this development project a description of annual health promotion activities for mapping and scheduling was formed, as well as health promotion and monitoring and evaluation of the recommendation for Rauma Social and Health Agency.

Health promotion's annual plan will be introduced in the Rauma Social and Health Service in the outpatient department. It can be used in management and in induction training and for support. It can be used as a tool for good practice in for health promotion divider, in multi-professional co-operation, in promoting and standardizing services. Health promotion's annual plan can be edited and utilized in all social and health agencies in Rauma.

KEYWORDS:

Health promotion, annual plan, outpatient care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	8
3 KIRJALLISUUSKATSAUS	9
3.1 Terveyden edistämisen tavoitteet vuosikellon laatimisen näkökulmasta	9
3.2 Vuosikello ja terveyden edistämisen johtaminen	10
3.3 Terveyden edistämisen vuosikello apuna terveyden edistämisen seurannassa ja arvioinnissa	12
3.4 Terveyden edistämisen vaikuttavuus	13
4 KEHITTÄMISPROJEKTI PROSESSINA	15
5 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO	18
5.1 Soveltavan tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	18
5.2 Tutkimusmenetelmä, kohderyhmä ja aineiston keruu	18
5.3 Aineiston analyysi	19
5.4 Tutkimustulokset	20
5.4.1 Terveydenedistämistoimet ja niiden ajankohdat Rauman sosiaali- ja terveysviraston avoterveydenhuollossa	20
5.4.2 Terveydenedistämistoimien näyttö	21
5.4.3 Terveydenedistämistoimien vaikuttavuuden arviointi ja seuranta	21
5.4.4 Terveydenedistämistoimien kehittämissuhteet	21
5.5 Luotettavuus ja eettiset kysymykset	21
6 TERVEYDEN EDISTÄMISEN VUOSIKELLO	24
6.1 Päivittäin tehtävät terveydenedistämistoimet: terveysneuvonta ja sairaanhoito	25
6.1.1 Ravitsemusohjaus	25
6.1.2 Liikuntaan liittyvä ohjaus	26
6.1.3 Riittävään uneen liittyvä ohjaus	27
6.1.4 Tyyppin kaksi diabetekseen liittyvä elämäntapaohjaus	28
6.1.5 Päihteisiin liittyvä ohjaus ja huumeiden käyttäjien hoito	28

6.1.6 Työkyvyn ylläpito sekä terveellisen ja turvallisen työn ja ympäristön kehittäminen	30
6.1.7 Savuttomuutta ja tupakoinnin lopettamista edistävä ohjaus	30
6.1.8 Suun terveyden edistäminen	32
6.1.9 Tartuntatautien ehkäisyyn ja seksuaaliterveyteen liittyvä neuvonta	33
6.1.10 Mielenterveyteen liittyvä ohjaus	33
6.1.11 Parisuhteeseen ja perheen hyvinvointiin liittyvä ohjaus	34
6.2 Kuukausittain tehtävät terveydenedistämistoimet: huumeiden käyttäjien seurantakäynnit ja yhteisöllinen suun terveyden edistäminen	35
6.2.1 Huumeiden käyttäjien seurantakäynnit	35
6.2.2 Yhteisöllinen suun terveyden edistäminen	35
6.3 Vuosittain tehtävät terveydenedistämistoimet: terveyden edistämisen yhteisöllinen vaikuttaminen	36
6.3.1 Terveyden edistämistilaisuudet	36
6.3.2 Kaikkiin terveydenedistämistöimiin liittyvät yhteiset toiminnot	37
6.4 Terveyden edistämisen seuranta ja arviointisuositus Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuoltoon	38
6.4.1 Tieteellisen näytön käyttö terveyden edistämisen seurannassa ja arvioinnissa	38
6.4.2 Ammatillinen osaaminen terveyden edistämisen seurannassa ja arvioinnissa	39
6.4.3 Laadun kehittäminen terveyden edistämisen seurannassa ja arvioinnissa	40
6.4.4 Vertaisarviointi- ja kehittäminen terveyden edistämisen seurannassa ja arvioinnissa	40
7 VUOSIKELLON KEHITTÄMISEEN LITTYVÄ POHDINTA	41
8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	43
LÄHTEET	45
LIITTEET	
Liite 1. Sähköpostikyselyn saatekirje ja sähköpostikysely	
Liite 2. Esimerkki sisällönanalyyseistä	
Liite 3. Malli avoterveydenhuollossa päivittäin tehtävistä terveydenedistämistöimistä sähköisessä vuosikellossa	

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin vaiheistettu toteuttaminen	16
Kuvio 2. Terveyden edistämisen vuosikello Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuoltoon	24

1 JOHDANTO

Ottawan perusasiakirjan mukaan terveyden edistämisen avainstrategioita ovat: terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisön toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveyspalvelujen uudistaminen. (WHO 1986.) Terveyden edistämisen tavoitteiden tulisi perustua kuntalaisten terveystarpeisiin, paikallisiin olosuhteisiin ja kansallisiin terveystaloudellisiin tavoitteisiin (Terveys 2015 - kansanterveysohjelma). Väestön terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä voidaan seurata ikäryhmittäin, sukupuolittain ja sosiaaliryhmittäin. Niistä voidaan myös raportoida yksikön luottamushenkilöhallinnolle. Seuranta ja tarveanalyysi kuvaavat näitä toimia. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Terveyden edistämisen vuosikellon avulla voidaan aikatauluttaa ja jäsentää terveyden edistämistä. Se on hyvä työväline strategisesti tärkeiden asioiden oikea-aikaisessa suunnittelussa, asioiden valmistelussa ja käsittelyn ajoituksessa. Siinä voidaan määritellä aikajaksoittain esimerkiksi avoterveydenhuollon tehtävät. (Huhtala 2012, 3; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2010, 30; Vuosikello 2012.)

Kehittämishanke oli osa Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysviraston laadun- ja toiminnan kehittämistyötä. Työelämä perusteli kehittämishanketta tiedon tarpeella siitä, millä tavalla kunnan toimintakäytännöt ovat terveyttä ja hyvinvointia edistäviä sekä miten terveyden edistämistoimia seurataan ja arvioidaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 29.) Tavoitteena tässä kehittämishankkeessa oli laatia vuosikello terveyden edistämisen toimintojen kartoittamiseen ja aikataulutukseen sekä luoda terveyden edistämisen seuranta- ja arviointisuositus Rauman sosiaali- ja terveysviraston avoterveydenhuoltoon kirjallisuuskatsauksen ja sähköpostikyselyn pohjalta.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystoimi muodostuu sosiaali- ja terveyslautakunnasta sekä sosiaali- ja terveystoimesta. Sosiaali- ja terveystoimi toimii Rauman kaupungin alaisuudessa ja se muodostuu sosiaali- ja terveyslautakunnan alaisesta henkilöstöstä, tulosalueista, vastuualueista, tulosyksiköistä ja kustannuspaikoista. (Rauman kaupunki 2012.)

Avoterveydenhuolto on sosiaali- ja terveystoimen alainen tulosalue ja sitä johtaa avoterveydenhuollon johtava ylilääkäri. Avoterveydenhuollon vastuualueen tulosyksiköitä ovat neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, lääkinällinen kuntoutus, työterveyshuolto, lääkärin ja hoitajien vastaanotto, päivystys ja sairaankuljetus, päihdehuolto ja suun terveydenhuolto. (Rauman kaupunki 2012.)

”Sosiaali- ja terveystoimen toiminta-ajatuksena on toimialallaan raumalaisten hyvän elämänlaadun turvaaminen, terveen ja toimintakykyisen elinajan pidentäminen ja ennenaikaisen kuoleman estäminen sekä sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn takaaminen kaikille raumalaisille siten, että jokainen kuntalainen voi toteuttaa omia voimavarojaan.” (Rauman sosiaali- ja terveystoimen toimintasuunnitelma 2012, 6.)

Väestötasoinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on yksi sosiaali- ja terveystoimen ydinprosesseista ja sen sisällä on osaprosessina terveyden edistämisen toiminnat (Rauman sosiaali- ja terveystoimen toimintasuunnitelma 2012, 6). Rauman sosiaali- ja terveystoimen avoterveydenhuollon keskeinen yhteiskunta- ja asiakasvaikuttavuuden tavoite on rakenteellisesti, laadullisesti ja määrällisesti hyvätasoisien avoterveydenhuollon palvelujen turvaaminen ja sen yhtenä alatavoitteena mm. terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävän toiminnan/ toimintaohjelmien toteuttaminen. Tätä tavoitetta mitataan esim. elämäntapariskeilla ja kartoituksilla sekä hyvinvointi- indikaattoreilla. (Rauman sosiaali- ja terveystoimen toimintasuunnitelma 2012, 10.)

3 KIRJALLISUUSKATSAUS

3.1 Terveyden edistämisen tavoitteet vuosikellon laatimisen näkökulmasta

Ottawan terveyden edistämisen perusasiakirjassa (Ottawa Charter for Health Promotion) terveyden edistäminen määritellään toiminnaksi, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia parantaa omaa ja ympäristönsä terveyttä. Terveyden edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista. (WHO 1986.) Määritelmässä painottuvat fyysiset toimintaedellytykset sekä henkilökohtaiset ja yhteiskunnalliset voimavarat (Vertio 2003, 29- 31, 113- 174).

Terveyden edistämisen tavoitteet perustuvat kuntalaisten terveystarpeisiin, paikallisiin olosuhteisiin ja kansallisiin terveystalouteen tavoitteisiin. (Terveys 2015-kansanterveysohjelma). Hankosen (2012, 761), Bartholomewin ja Mullenin (2011, 20) mukaan palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa suositellaan hyödynnettäväksi teoria, tutkimus- ja tilastotietoa. Tärkeitä tekijöitä asiakaskeskeisessä innovaatiossa ovat tehokas johtajuus, tekninen osaaminen ja luovuus, vahva sisäinen ja ulkoinen motivaatio sekä selkeä ja johdonmukainen terveyttä edistävien toimenpiteiden toteuttaminen ja kehittäminen siten, että ne ovat linjassa organisaation strategiaan (Hernandez, Conrad, Marcus – Smith, Reed, & Watts 2012; Simonen 2011, 5; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 23 – 24).

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuilla, Terveyden edistämisen laatusuosituksissa ja Varsinais- Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintasuunnitelman terveyden edistämisen hyvissä käytännöissä on kuvattu tavoitteita ja konkreettisia keinoja potilaan terveyden edistämiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 45 – 63; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012, 51 – 52). Potilaan terveyden edistämisen seurantaan soveltuvia mittareita ovat mm. VAS – kipujana, nuorten päihdemittari, diabetes riskipisteet, savuttomuutta ja tupakoinnin lopettamista edistävän ohjauksen mittarit, mielialaseula, parisuhteeseen ja perheen hyvinvointiin liittyvät mittarit sekä suun terveyden edistämisen seurannan mittarit (Le Bell, Autti,

Meurman & Murtomaa 2006a, b; Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2011; Ollila, Broms, Kaprio, Laatikainen & Patja, 2010 1269 – 77; Pietilä, Pirttiniemi & Varrela 2007; Pirskanen 2011,18; ks. Vainio 2009).

Sairauksien hoitojen vaikuttavuutta voidaan arvioida mm. ICPC (International Classification of Primary Care) -käyntisyillä ja ICD (International Classification of Diseases) -10 diagnooseilla (Komulainen & Mäkelä 2010; Koskela 2012) sekä ABCDE- triage eli hoidon tarpeen kiireellisyysryhmittelyllä (Kantonen, Kaupila & Kockberg 2007, 897 – 901).

Vuoren (2010, 992) ja Linnin (2006, 138 – 139) mukaan terveydenhuollon tavoitteisiin ja toimintoihin pitäisi lisätä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn painotusta. Väestölle painotettaisiin omaa aktiivisuutta ja päättäjiille velvoitetta luoda aktiivisuuden edellytykset. Terveyden edistämisen arvoja ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, omavoimaistaminen, asiakasnäkökulma, oikeudenmukaisuus ja osallistaminen. (Vertio 2003, 25.) Oikeudenmukaisuus on tärkeä palvelujärjestelmän onnistuneen toiminnan kriteeri. Oikeudenmukaisuus tai tasa-arvoisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaa sitä, että samassa tilanteessa olevia tulisi kohdella samalla tavalla. (Rissanen & Lammintakainen 2011, 73.)

3.2 Vuosikello ja terveyden edistämisen johtaminen

Hoitotyön johtajan ja terveyden edistämisen merkittäviä haasteita ovat sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen, näyttöön perustuvien toimintatapojen ja menetelmien käyttäminen sekä järjestelmällinen väestön terveystietojen käyttäminen palvelujen suunnittelussa. Keskeisiä ovat myös sektorirajat ylittävä, moniammatillinen yhteistyö, terveyden edistämisen hyvien käytäntöjen jakaminen, levittäminen ja käyttöönotot sekä verkostoituminen, palvelujen koordinaatio ja yhtenäistäminen. Neuvotteluja tarvitaan kuntien, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä terveyden edistämisen roolin selkiyttämiseksi sekä yhteisen näkemyksen löytämiseksi terveyden edistämisen tavoitteista, toimista ja kustannuksista. (Aalto- Kallio & Mäkipää 2010, 9; Halme, Perälä & Laakso-

nen 2010, 6 – 7; Kotisaari 2010, 72; Kotisaari, Ståhl, Herrala, Lindfors 2011, 3415; Nygren 2009, 22; Vallimies- Patomäki 2010, 22.) Vuosikelloa voidaan käyttää näiden strategisesti tärkeiden asioiden oikea-aikaisessa suunnittelussa, asioiden valmistelussa ja käsittelyn ajoituksessa (Vuosikello 2012).

Terveydenhuollossa henkilöstövoimavarojen ja osaamisen johtaminen on korostunut. Niillä on merkittävä yhteys mm. terveydenhuollon onnistumiseen, tavoitteiden saavuttamiseen, työntekijöiden sitoutumiseen, työssä jaksamiseen, työhyvinvointiin ja työn tuloksellisuuteen. (Haveri, Majoinen, Jäntti 2009, 131; Juuti 2010, 85; Leivo 2007, 5; Pineau, Spence, Regan & Wong 2013, 12113; Rissanen & Lammintakainen 2011, 238 – 239.) Vuosikellon avulla uuden tiedon saatavuus helpottuu ja henkilöstön vaihtuessa vuosikello voi toimia osaamisen johtamisen työkaluna.

Poukan (2011) mukaan terveyden edistämisen asiantuntijan työ on hyvinvointitiedon kokoamista ja hyvinvointikertomuksen ja – toimeenpano- ohjelman koordinoimista. Työssä korostuvat viestinnän ja vuorovaikutustaitojen osaaminen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho on epäselvä suuressa osassa kunnista. Terveyden edistämisen vastuuhenkilö on nimetty vajaassa kolmanneksessa kunnista. (Tukia ym. 2011; Kosunen 2007, 70.) Suorituskyvyltään paremmissa terveyskeskuksissa johtaminen tapahtui johtoryhmissä ja niihin kuului usein väestön terveyden edistämisen vastuuhenkilö (Erwin 2008, 9 -18; Rimpe- lä, Saaristo, Wiss, Ståhl 2009, 6).

Voimavarat terveyden edistämisen toimeenpanoon osoitetaan kunnan toiminnan ja talouden suunnittelussa. Väestön sairastavuutta, elinoloja ja elintapoja seurataan, mutta kehitettävää on tietojen raportoinnissa. Seurantaan soveltuvia mittareita ja tietojärjestelmiä tarvitaan toiminnan kehittämiseksi. Hoidon laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseen tarkoitettujen sähköisten potilaskertomus- ja arkistointijärjestelmien tulisi palvella nykyistä paremmin terveydenhuollon ammattilaisten työtä. Kehittämällä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia (IVA) niin, että sitä voidaan soveltaa lautakuntatyöskentelyyn, tuodaan näkyviksi terveysnäkökohdat. Kun kehitetään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista, liikutaan organisaatioiden rajapinnoilla. Kehittämistyön ja päätöksenteon

tueksi tarvitaan ehkäisevän työn kustannusvaikuttavuuden arviointia. Vain kolmannes kunnista oli laatinut hyvinvointikertomuksen tai muun sellaisen asiakirjan. (Komulainen, Mäkinen, Rintala, Mäntyranta 2012, 173; Perttilä, Uusitalo 2007, 3; Rautava, Salanterä, Helenius, Tofferi 2011, 3501; Saaristo, Alho, Ståhl, Rimpelä 2009, 3; Saaristo & Ståhl 2011, 30; Tukia, Lehtinen, Saaristo, Vuori 2011; Wilskman, Ståhl, Muurinen, Perttilä 2008, 5.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE 2012-2015) eräs tavoite on sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisesti, jolloin asiakkaat voivat luottaa palvelun laatuun ja vaikuttavuuteen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuuden parantamiseksi tarvitaan systemaattista tiedon keräämistä väestön hyvinvoinnin tilasta, hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä ja palvelujen toimivuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 18.)

3.3 Terveyden edistämisen vuosikello apuna terveyden edistämisen seurannassa ja arvioinnissa

Terveyskeskusten strategisten tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan laatumittauksilla, kyselyillä, kuukausittaisilla toteumaennusteilla, johdon katselmuksilla, toimintakertomuksilla, tilinpäätöksillä ja henkilöstöraportilla (Korpi 2011,1).

Terveyden edistämisen toimintojen kuvaaminen ja aikatauluttaminen esimerkiksi vuosikellon avulla, tekee terveyden edistämisen työstä näkyvää ja konkreettista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 30, 32). Suomalaisen terveystieteiden olennainen osa on yksilöiden, yhteisöjen terveyttä ja siihen vaikuttavien tekijöiden tutkimus, seuranta ja arviointi. Tietoa tarvitaan ihmisten terveysvalintoihin vaikuttavista tekijöistä ja siitä, miten terveyttä tukevia valintoja voidaan edistää. Tärkeä terveystutkimuksen haaste on muualta hankitun tutkimustiedon välittäminen ja parhaan olemassa olevan tiedon soveltaminen terveystieteeseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 30.)

3.4 Terveyden edistämisen vaikuttavuus

Terveyden edistämisen vuosikello on työkalu, jota voidaan käyttää terveyden edistämisen vaikuttavuuden arviointiin. Koelen, Vaandragerin ja Wagemakerisin (2008) sekä Naaldenbergin, Koelen, Vaandragerin ja Wagemakerisin (2009) mukaan korostamalla terveyden edistämisen lyhyen aikavälin tuloksia, motivoidaan asiakkaita ja työntekijöitä sekä tehdään näkyväksi terveyttä edistävä työ. Yhteiskunnan varoilla toteutetusta terveyden edistämisen toimilta vaaditaan enenevässä määrin arviointia sen tuloksellisuudesta ja vaikuttavuudesta. Toimenpiteen vaikuttavuudella yleensä tarkoitetaan sitä, ettei mikään muu seikka ole tuottanut havaittua lopputulosta. Lääketieteellisissä hoitotutkimuksissa vankimpana vaikuttavuusnäyttönä pidetään satunnaistettuja hoitokokeita (Malmivaara 2008). Terveyden edistämisen vaikuttavuuden osoittamisen ongelma on siinä, että kiistatonta näyttöä on terveyden edistämässä vaikea osoittaa. Terveyden edistämässä pyritään usein ihmisen käyttäytymisen muuttamiseen, tällöin on vaikeaa luoda koeasetelmia, joissa kaikki muut ulkoiset ja sisäiset tekijät olisi rajattu pois. Ei voida olla varmoja mitkä kaikki tekijät ovat muutoksen taustalla ja missä suhteessa. (Koskinen – Ollonqvist, Peltö- Huikko & Rouvinen-Wilenius 2005, 5.)

Terveyden edistämisen toimien vaikutuksia ja tuloksellisuutta voidaan arvioida prosessien tai lopputulosten tai molempien kautta. Vaikuttavuutta arvioidaan yhteiskunnan tai yksilön näkökulmasta. Arvioinnin kohteita ovat myös palvelun määrä ja laatu, yksilön elämänlaatu ja eettiset ja juridiset näkökohdat, kustannusvaikuttavuus ja sosiaaliset vaikutukset. (Konu, Rissanen, Ihantola & Sund 2009, 287; Pietilä ym. 2002, 287.)

Terveyden edistämisen vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arvioinnin tavoitteena on saada tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekoon, interventioiden ja hankkeiden kehittäminen sekä tutkia niiden vaikuttavuutta väestön terveyteen. Arvioinnin kautta voidaan ottaa kantaa palvelun laatuun ja määrään, se tuottaa tietoa menetelmien vaikuttavuudesta, hyödyistä ja haitoista ja siten luo edellytyksiä näyttöön perustuvalla terveydenhuollolla. Terveydenedistämi-

sen vaikuttavuuden arviointiin tarvitaan vertailukohtia, standardeja ja normeja, jotta tuloksia voidaan verrata ja ottaa kantaa niiden arvoon. (Dahler - Larsen 2005, 23 - 24; Konu, Rissanen, Ihantola & Sund 2009, 287; Pietilä ym. 2002, 287 – 288.)

Vaikuttavuus määräytyy siitä, miten tulokset ja vaikutukset vastaavat asetettuja tavoitteita. Terveyden edistämisessä vaikuttavuus tarkoittaa intervention tai työmenetelmän kykyä vaikuttaa asioiden tilaan. Esimerkiksi yhteisötasolla vaikuttavuus on intervention kyky lisätä tavoitteena olevan elinympäristön terveellisyyttä. Malmivaaran (2012, 139 – 145) mukaan annetun hoidon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden edistämiseksi tarvitaan arkivaikuttavuuden lääketiedettä. Arkivaikuttavuuden lääketieteen neljä tasoa ovat ammatillinen osaaminen, tieteellinen näyttö, laadun kehittäminen ja vertaisarviointi. Tehokkuus tarkoittaa sitä, miten taloudellisesti tulokset saadaan aikaan. Terveyden edistämisessä tehokkuuteen liittyvät asiakkaan motivoituminen ja ohjauksen oikea-aikaisuus. Näiden avulla terveysvalintojen muutokseen päästään pienelläkin panostuksella, kuten yksittäisillä ohjauskerroilla. Näin voidaan tarkastella toiminnan taloudellista tehokkuutta eli kulujen ja saavutettujen terveysvalintojen muutoksen suhdetta. Panokset voivat olla myös liian suuria hyötyyn nähden, jolloin tehokkuus kärsii. Esim. asiakasta ei pystytä hoitamaan seulontatutkimuksessa esiin tulleeseen terveysongelmaan liittyen. (Pietilä ym. 2002, 284 - 285.)

Bartholomewin ja Mullenin (2011, 20) mukaan teorian ja tutkimusnäytön käyttö terveyden edistämishjelmissä lisäävät niiden vaikuttavuutta. Organisaatiokenteiden pitää tukea näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Mikäli poliittiset päättäjät ja terveydenhuollon organisaatiot haluavat edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä, niiden on varmistettava rahoitus ja tuotettava laadukkaita näyttöön perustuvia tutkimuksia ohjamaan toimintaa. (Flodgren, Rojas - Reyes, Cole & Foxcroft 2012.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTI PROSESSINA

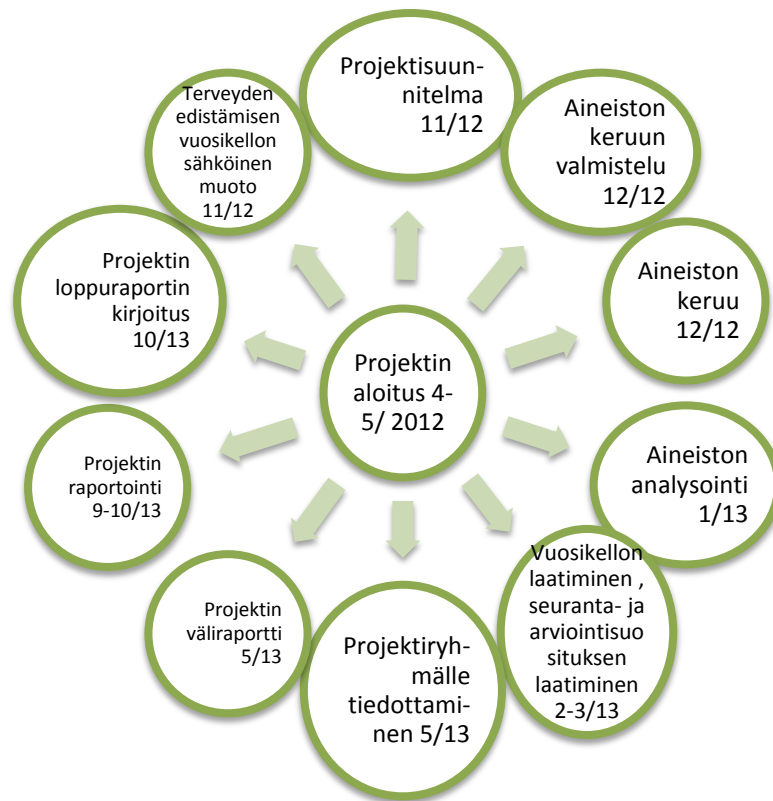
Projektilla tulee olla selkeä organisaatio. Siinä eri osapuolten roolit ja vastuut määritellään selkeästi. Tavallisesti projektiorganisaatio koostuu ohjausryhmästä, projektiryhmästä ja yhteistyökumppaneista. Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa projektin edistymistä, arvioida hankkeen tuloksia, hoitaa koordinaatiota ja tiedonkulkua sekä tukea projektipäällikköä suunnittelussa ja johtamisessa. Projektipäällikön tehtävänä on vastata työsuunnitelman laatimisesta, kehittämissuunnitelman seurannasta ja arvioinnista, muutosesitysten laatimisesta, vastata henkilöstön palkkaamisesta, henkilöstöhallinnosta, hankinnoista ja taloudellisista seikoista. Projektipäällikkö vastaa myös raportoinnista ja tiedottamisesta. (Silfverberg 2005, 50 – 51.)

Tämän kehittämissuunnitelman projektiorganisaatioon kuuluivat vastaava ylihammaslääkäri, avoterveydenhuollon ylihoitaja, opettaja tuutori ja tämän opinnäytetyön tekijä. He toimivat myös ohjausryhmän jäseninä. Projektipäällikkönä toimi tämän opinnäytetyön tekijä. Tämän kehittämissuunnitelman henkilötyö- ja muita kustannuksia oli arvioitu projektisuunnitelmavaiheessa tehdyssä talousarviossa.

Kehittämissuunnitelman vaiheet ja aikataulu on kuvattu kuviossa 1. (Kuvio 1). Työelämän kehittämistarpeiden tunnistaminen käynnistettiin opintojen alkuvaiheessa. Sen jälkeen kehittämissuunnitelman esiselvitys tiivistettiin toteuttamiskelpoiseksi projektisuunnitelmaksi. Ohjausryhmä kokoontui kehittämissuunnitelman aikana kaksi kertaa.

Ensimmäisessä tapaamisessa käsiteltiin kehittämissuunnitelman soveltavan tutkimuksen osaa ja tutkimusluvan hakemista Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysvirastolta. Tutkimuslupahakemuksen hyväksymisen jälkeen toteutettiin sähköpostikysely Rauman sosiaali- ja terveysviraston avorveydenhuollon osastonhoitajille. Saatu aineisto käsiteltiin sisällön analyysin menetelmin. Terveystieteen edistämisen vuosikello ja sen seuranta- ja arviointisuositus laadittiin soveltavan tutkimuksen osion, kirjallisuuden ja Rauman sosiaali- ja terveysviraston käytäntöjen pohjalta.

Toisessa ohjausryhmän tapaamisessa käsiteltiin projektin väliraporttia ja arvioitiin projektin tuloksia ja tavoitteita. Kehittämiprojektista tiedotettiin suullisesti ja kirjallisesti työelämässä osastopalaverissa ja osastonhoitajien kokouksessa. Kehittämiprojektista kirjoitettiin loppuraportti ja sitä raportoitiin suullisesti ja kirjallisesti seminaarissa



KUVIO 1. Kehittämiprojektin vaiheistettu toteuttaminen.

Terveystiedon edistämisen vuosikello muokataan jatkossa sähköiseksi, Rauman sosiaali- ja terveystieteiden muiden sähköisten toimintaohjeiden mukaiseksi ja viedään koko organisaation sisäiseen intraan Majakkaan. Terveystiedon edistämisen vuosikellon sähköistämisen tapahtuu Rauman kaupungin avoterveydenhuollon toimintaohjeiden päivittämisestä vastaavan henkilön toimesta. Sähköinen terveystiedon edistämisen vuosikello löytyy silloin menemällä polkua: Effican navigaattori - internet linkit - Majakka- tulosalueet – avoterveydenhuolto – toimintaohjeet. Liitteessä kolme on malli päivittäin tehtävistä terveystiedon edistämisen

toimista sähköisessä terveyden edistämisen vuosikellossa. Painamalla valkoista kolmiota pääsee etenemään sähköisessä vuosikellossa. Esimerkiksi liikuntaan liittyvästä ohjauksesta avautuu sivu liikuntaan liittyvän ohjauksen sisältöön. Siinä esitellään arviointiin ja seurantaan olemassa olevia mittarit ja niiden tulkin-
nat. Valkoisesta kolmiosta pääsee takaisin edelliselle sivulle. (Liite 3).

5 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO

5.1 Soveltavan tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Kehittämiprojektiin liittyvän soveltavan tutkimuksen osion tavoitteena oli kartoittaa Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuollossa tehtäviä terveyden edistämisen toimintoja ja niiden ajankohtia. Tutkimuskysymyksinä olivat:

- minkälaisia terveydenedistämistoimia avoterveydenhuollon tulostyöyksiköissä tehdään ja milloin
- minkälaiseen näyttöön terveydenedistämistoimet perustuvat
- miten terveydenedistämistoimien vaikuttavuutta arvioidaan ja seurataan
- minkälaisia terveydenedistämistoimia pitäisi tehdä.

Soveltavan tutkimuksen osion tarkoituksena oli tuottaa tietoa avoterveydenhuollon terveyden edistämisen vuosikelloon.

5.2 Tutkimusmenetelmä, kohderyhmä ja aineiston keruu

Luonteeltaan opinnäytetyön soveltavan tutkimuksen osuus oli laadullinen, koska mielenkiinnon kohteena olivat todellisuus ja tutkittava ilmiö tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta ja tiedolla rakennetaan terveystieteellistä tietoperustaa. Tutkittu tieto on sidoksissa aikaan ja paikkaan. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 22 – 29.) Tässä kehittämiprojektissa oli piirteitä myös soveltavasta tutkimuksesta. Soveltava tutkimus on ongelmien ratkaisua ja palveluiden kehittämistä, sitä tehdään kentällä ja sillä on ulkopuolinen yhteistyökumppani (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 133; Metsämuuronen 2006, 247).

Tässä soveltavan tutkimuksen osiossa käytettiin tiedonkeruumenetelmänä sähköpostikyselyä. Sähköpostikyselyssä (liite 1) kysyttiin lyhyitä avoimia kysymyksiä, jotka oli laadittu tutkimuskysymysten pohjalta. Menetelmä sopii rajatulle

ryhmälle ja tutkimuksen tekijä sai aineiston kirjallisessa muodossa (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 104). Kehittämiprojektille haettiin kirjallinen tutkimuslupa Rauman sosiaali- ja terveystieteiden kehittämispalvelusta sosiaali- ja terveystieteiden johtajalta. Tutkimuslupa saatiin joulukuussa 2012. Kehittämiprojektin aineisto kerättiin 1. – 15.12.2012 välisenä aikana Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuollon osastonhoitajilta (N=8). Osallistujia oli vähän ja osallistujiksi valittiin ne henkilöt, joilla on kokemusta terveydenedistämistoimista. Sähköpostikyselyn liitteeksi laadittiin tiedote, jossa kuvattiin aineiston keruuta, tutkimusetiikan noudattaminen sekä aineiston kerääjän yhteystiedot. (Liite 1).

Sähköpostikyselyyn vastasi neljä (n=4) eri tulosyksikön osastonhoitajaa, joiden vastauksista lopullinen tutkimusaineisto muodostui.

5.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Sisällön analyysin tavoitteena oli tuottaa tietoa tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä tutkimusaineiston avulla ja kuvata tutkimusaineistoa sanallisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107). Sähköpostilla kerätyn aineiston sisällön analyysi tapahtui kyselylomakkeen kysymysten perusteella prosessina vaiheittain. Aluksi aineisto luettiin huolellisesti useaan kertaan läpi ja järjesteltiin analyysiä varten (ks. Hirsjärvi ym. 2012, 212). Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä sähköpostivastausten alkuperäisilmaukset listattiin ja niistä muodostettiin ytimekkäitä pelkistettyjä ilmauksia. Sen jälkeen samansisältöiset ilmaukset ryhmiteltiin taulukoinnin avulla alaluokkiin ja edelleen yläluokkiin. Näin toimittiin jokaisen tutkimuskysymyksen kohdalla, jolloin vastaukset saatiin tiiviiseen taulukkomuotoon. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 112 – 120.) Aineiston käsittelyssä käytettiin apuna Word- tekstinkäsittelyohjelmaa.

5.4 Tutkimustulokset

5.4.1 Terveydenedistämistoimet ja niiden ajankohdat Rauman sosiaali- ja terveysviraston avoterveydenhuollossa

Terveyden edistämistoimet Rauman sosiaali- ja terveysviraston avoterveydenhuollossa sisälsivät päivittäin, viikoittain, kuukausittain, puolivuositain ja vuosittain tehtäviä terveydenedistämistoimia. Päivittäin tehtäviä terveydenedistämistoimia olivat terveysneuvonta, sairaanhoito, terveydenhuoltolakiin ja -asetuksiin liittyvät toiminnot sekä omahoidon ohjaus. Viikoittain tehtävä terveydenedistämistoimi oli sairaanhoito. Kuukausittain tehtävä terveydenedistämistoimia olivat huumeiden käyttäjien seurantakäynnit ja yhteisöllinen suun terveyden edistäminen. Puolivuosittain tehtiin terveysneuvontaa ja vuosittain terveyden edistämisen yhteisöllistä vaikuttamista.

Vastaajien näkemyksen mukaan terveysneuvontaan sisältyivät ravitsemusohjaus, päihteisiin liittyvä ohjaus, riittävään uneen liittyvä ohjaus, tartuntatautien ehkäisyyn liittyvä neuvonta, tupakoinnin lopettamiseen liittyvä ohjaus, liikuntaan liittyvä ohjaus, mielenterveyteen liittyvä ohjaus, seksuaaliohjaus, parisuhteeseen ja perheen hyvinvointiin liittyvä ohjaus, hygieniaan liittyvä ohjaus, savuttomuutta edistävä ohjaus, perheen suun terveyden edistäminen, hampaiden omahoidon ohjaus ja kirjallinen ohjausmateriaali.

Vastaajien mukaan sairaanhoitoon sisältyi huumeiden käyttäjien hoitoa ja erilaisten sairauksien hoitoa. Huumeiden käyttäjien seurantakäynteihin sisältyi vastaajien mielestä välineiden tarjoaminen hampaiden omahoitoon. Terveyden edistämisen yhteisöllinen vaikuttaminen sisälsi suun terveyden edistämistilaisuudet, suun terveyden edistämisen oppitunnit, neuvonta- ja opetustilaisuudet liittyen suun terveyden edistämiseen ja terveyden edistämistilaisuudet.

5.4.2 Terveydenedistämistoimien näyttö

Vastaajien mukaan Rauman sosiaali- ja terveysvirastossa tehtävät terveydenedistämistoimet perustuvat toimintaohjeisiin, suosituksiin, lakeihin, asetuksiin ja säädöksiin. Niihin kuuluivat käypähoitosuositukset, tutkimustulokset, laki, asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta ja suun ehkäisevästä terveydenhuollosta (338/2011), terveydenhuoltolaki, kansalliset suositukset ja suun terveydenhuollon haasteet-ohjeet.

5.4.3 Terveydenedistämistoimien vaikuttavuuden arviointi ja seuranta

Vastaajien mukaan Rauman sosiaali- ja terveysvirastossa tehtävien terveydenedistämistoimien vaikuttavuutta arvioidaan ja seurataan hyvinvointimittareilla ja palvelujärjestelmän toimivuudella. Hyvinvointimittareihin kuuluivat tilastot tartuntataudeista ja pistospaikkojen tulehduksista, käytössä olevien seulontojen tulokset, kouluterveyskysely, päihdemittari, pituuspainoprosentti, painoindeksi ja unimäärä-mittari.

5.4.4 Terveydenedistämistoimien kehittämisehdotukset

Vastaajat ehdottivat terveydenedistämistoimien kehittämiseksi palvelujärjestelmän parantamista sekä lisäresursseja terveyden edistämiseen. Lisäresurssit sisälsivät henkilö- ja aikaresursseja lisää terveysneuvontaan sekä potilaan motivointitaitojen kehittämisen. Palvelujärjestelmän parantaminen sisälsi panostusta ryhmäohjaukseen ja kyselyjen käyttöä hoidon tarpeen arvioinnissa.

5.5 Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudessa tutkimuksen tekijän on pystyttävä varmistamaan, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallis-

tuneiden käsityksiä tutkimuskohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 – 129.) Tämän kehittämisprojektin uskottavuutta pyrittiin lisäämään kirjaamalla tutkimustulokset rehellisesti ja tarkasti, jotta ne vastaisivat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Laadullisen tutkimuksen vahvistettavuutta lisää tutkimusprosessin kirjaaminen niin, että toinen tutkija voi pääpiirteissään seurata analyysin kulkua. Vahvistettavuutta tässä kehittämisprojektissa lisättiin kuvaamalla, miten projektipäällikkö on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. Liitteessä kaksi on esimerkki analyysistä (liite 2). Tutkimusprosessi kirjattiin niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua. Jotta laadullinen tutkimus on refleksiivinen, tutkimuksen tekijän on arvioitava oma vaikutuksensa aineistoon ja tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 – 129.) Tässä kehittämisprojektissa refleksiivisyyttä pyrittiin lisäämään puolueettomalla tiedonantajien ymmärtämisellä ja kuulemisella. Laadullisen tutkimuksen siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 127 – 129). Tämän kehittämisprojektin siirrettävyyttä pyrittiin lisäämään kuvailemalla riittävästi tutkimukseen osallistujia ja tutkimusympäristöä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä tutkimusprosessin julkisuudella. Tutkimusprosessin julkisuus tarkoittaa mm. sitä, että tutkijakollegat arvioivat prosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 139.) Tämän kehittämisprojektin julkisuutta lisättiin esittelemällä kehittämisprojektia opinnäytetyöseminaareissa, joissa projektipäällikkökollegat ja opponentit arvioivat kehittämisprojektin prosessia, tuloksia ja johtopäätöksiä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä myös face- validiteetilla. Sillä tarkoitetaan tutkimustulosten esittämistä niille henkilöille, joita aineistot koskevat. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 139.) Tämän kehittämisprojektin tuloksia esitettiin ohjausryhmän palaverissa touko-kuussa 2013. Ohjausryhmään kuului työelämän edustajia, joita tämän kehittämisprojektin tutkimustulokset koskevat.

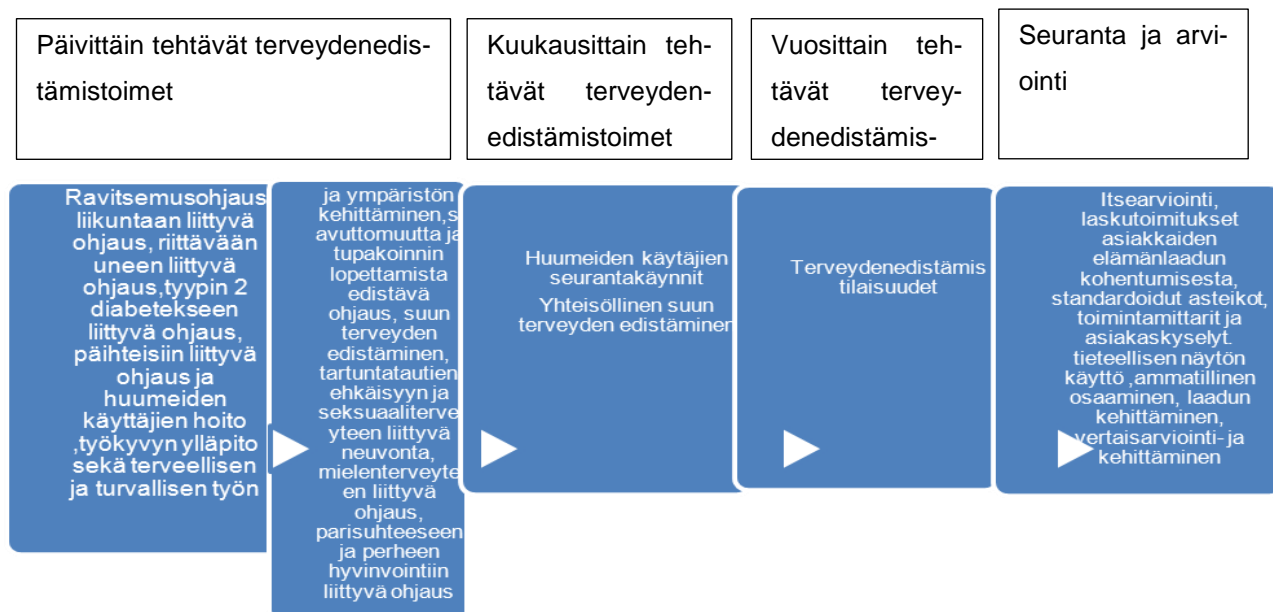
Jotta tutkimus on eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja uskottava, tutkimus tulee tehdä noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011). Eettisiä periaatteita laadullisessa tutkimuksessa ovat mm. vapaaehtoisuus, tutkimuksesta on oltava hyötyä yhteiskunnalle ja tutkimusta ohjaavat hy-

vät tieteelliset käytännöt (Kylmä & Juvakka 2007, 137 – 139). Tässä kehittämissprojektissa eettisiä periaatteita huomioitiin kirjaamalla asiakirjoihin tutkimuslupa-asiat, informointi-asiat ja aineiston säilyttäminen. Eettisiä periaatteita pyrittiin lisäämään kertomalla tutkimustiedotteessa ja sähköpostikyselyn saatekirjeessä tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tutkimustiedotteessa ja sähköpostikyselyn saatekirjeessä kerrottiin tutkimustietojen luottamuksellisuudesta ja siitä, että kyselyn tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen vastaajan näkemykset ole tunnistettavissa ja että sähköpostikyselyn tulokset hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

Tästä kehittämissprojektista voidaan katsoa olevan hyötyä yhteiskunnalle, koska se pyrki tuottamaan tietoa terveydenhuollon kehittämiseksi. Kehittämissprojekti pyrittiin toteuttamaan noudattaen hyviä tieteellisiä käytäntöjä (ks. tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011). Tutkimuksen keskeisenä tuloksena voidaan pitää sen tuottamaa tietoa terveyden edistämisen vuosikelloon ja sen seuranta- ja arviointisuunnitelmaan.

6 TERVEYDEN EDISTÄMISEN VUOSIKELLO

Terveyden edistämisen vuosikello Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuoltoon laadittiin sähköpostikyselyn tulosten, oman organisaation dokumenttien ja kirjallisuuden perusteella. Terveyden edistämisen vuosikello sisältää suositukset terveyden edistämisen toimintoihin sekä niiden mittarit ja tulkinnot. Vuosikellossa esitellään myös terveyden edistämisen seuranta- ja arviointisuositukset sekä niiden olemassa olevat mittarit.



KUVIO 2. Terveyden edistämisen vuosikello Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuoltoon

6.1 Päivittäin tehtävät terveydenedistämistoimet: terveystseuranta ja sairaanhoito

6.1.1 Ravitsemusohjaus

Terveellinen ruoka on hyvinvoinnin perusta. Ravitsemustottumuksilla on merkittävä vaikutus useimpien kansansairauksiemme riskitekijöihin. Terveyden edistämisen laatusuosituksissa suositellaan työryhmän perustamista sekä moniammatillista ja yli sektorirajojen ulottuvaa yhteistyötä kuntalaisten ravitsemuksen edistämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47.) Ravitsemusohjauksen vaikuttavuutta voidaan mitata painoprosentilla, pituus/painoprosentilla, painoindeksillä ja vyötärön ympäryksellä. Painoprosenttia käytetään lastenneuvolassa lasten terveystarkastuksissa. Mittarin avulla saadaan tietoa ylipainoisten lasten määrästä. Sen avulla kannustetaan myös työntekijöitä tiedottamiseen ylipainon haitoista. Tietoa hyödynnetään interventiotarpeen arvioimiseen. Alle seitsemänvuotias on ylipainoinen jos painoprosentti on 10 - 20 prosenttia ja lihava jos painoprosentti on yli 20 prosenttia. Pituus/painoprosenttia käytetään koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa. Yli seitsemänvuotias on ylipainoinen jos pituus/painoprosentti on 20 - 40 prosenttia ja lihava jos pituus/painoprosentti on yli 40 prosenttia. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012.)

Painoindeksin lyhenne on BMI. Tällä mittarilla seurataan väestön painoindeksin muutoksia. Tarkoituksena on painonhallinnan motivointi, ylipainon ja kansansairauksien yhteyksien seuranta sekä painonhallintaohjelmien tuloksellisuuden seuranta. BMI tulkitaan seuraavasti: jos BMI on alle 20 alipainoinen, BMI 20 - 25 normaali paino, BMI 26 - 30 lievä ylipaino, BMI 31 - 35 merkittävä ylipaino, BMI 36- 40 vaikea ylipaino tai BMI yli 40 sairaalloinen ylipaino. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012; ks. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b; ks. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012, 30.)

Kansainvälisen diabetesliiton metabolisen oireyhtymän kriteerien mukaan vyötärölihavuudeksi on määritelty vyötärön ympärysmittari > tai = 94 cm miehillä ja > tai =

80 cm naisilla. Vatsaontelon sisäinen rasva lisääntyy vyötärölihavilla ja se alentaa insuliiniherkkyyttä, lisää alttiutta sairastua tyyppin kaksi diabetekseen sekä sydän- ja verisuonitauteihin. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012; ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47; ks. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012, 30.)

6.1.2 Liikuntaan liittyvä ohjaus

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006, 47 - 49) mukaan terveystoimintaa on kaikki fyysinen aktiivisuus, joka edistää tai ylläpitää terveyttä. Liikunnan edistämisessä vaikutetaan yksilön tietoihin, taitoihin ja asenteisiin, tarjotaan sosiaalista tukea kuten liikunnanohjausta ja neuvontaa sekä muokataan ympäristöä liikuntaan mahdollisuuksia antavaksi ja houkuttelevaksi. Kunnalla tulisi olla terveystoiminnan strategia ja kunnan tulisi tukea liikuntajärjestöjen ja liikuntapalveluja tuottavien järjestöjen toimintaa sekä tehdä toiminnallista yhteistyötä näiden järjestöjen kanssa. Terveystoimintaa pitäisi kehittää ja seurata säännöllisesti sekä tälle toiminnalle tulisi nimetä vastuhenkilö.

Liikuntaan liittyvää ohjausta voidaan mitata Berg tasapainotestillä, SPPB (Short Physical Performance Battery) testillä ja VAS (Visual Analogue Scale) kipujana testillä. Näitä mittareita käytetään lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Berg tasapainotestiä käytetään kaatumisriskin kartoittamisessa ja kuntoutuksen tavoitteen täsmentämisessä. Mittarin avulla voidaan seurata kuntoutuksen vaikuttavuutta ja kuntoutujan edistymistä. Berg tasapainotestiä tulkitaan seuraavasti: kokonaispistemäärän perusteella tulokset voidaan jakaa kolmeen luokkaan, 0-10= heikko (pyörätuolin käyttäjä), 11 - 20= kohtalainen (avustettava tai apuvälineillä liikkuva) ja 21 - 56 = hyvä (itsenäisesti liikkuva). Pistemäärän ollessa < 45 kaatumisriski lisääntyy ja apuvälineen käytön tarpeen todennäköisyys lisääntyy. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012; ks. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013d.)

SPPB- testin avulla tunnistetaan katumiselle riskialttiit henkilöt riittävän aikaisessa vaiheessa. Testin avulla arvioidaan iäkkäiden tasapaino- ja kävelyongel-

nia. Mittari mittaa tasapainon hallintaa, alaraajojen lihasvoimaa ja kävelyä. SPPB- testin tulkinta: 3-8p = mahdollisuus osallistua tasapainoryhmään, 9 - 12p = annetaan kotiohjeet ja /tai ohjataan johonkin muuhun ryhmään, 0 - 2p = tasapainovaikeudet ovat liian suuret ryhmäkuntoutumiseen osallistumiseksi -> yksilöterapia/ lääkärinvastaanotolle tarkempaa tutkimista varten. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012; ks. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013c.)

VAS kipujana testiä käytetään eri- ikäisillä potilailla, jotka kärsivät akuutista ja kroonisesta kivusta. Mitattu kivun määrä on asiakkaan subjektiivinen arvio kivun voimakkuudesta ja kuvaa asiakkaan kokemusta kivusta. VAS kipujan tulkinta: 0 cm ei kipua, >2 cm lievä kipu, < 7cm erittäin voimakas kipu ja 10 cm pahin mahdollinen kipu. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012; ks. Vainio 2009.)

6.1.3 Riittävään uneen liittyvä ohjaus

Uni on välttämätön perustarve, jota voidaan tässä suhteessa verrata ravinnon tarpeeseen. Pitkään jatkuva riittämätön uni heikentää psyykkistä toimintakykyä ja voi altistaa terveysriskeille. Riittämätön unen määrä liittyy myös psyykkisen toimintakyvyn kuten muistin, keskittymiskyvyn ja mielialan heikentymiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b.)

Unen määrä mittaria käytetään koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon terveystarkastuksissa. Tuloksia hyödynnetään oppilaiden ja heidän vanhempiensa terveysneuvonnassa ja ohjauksessa. Unen määrä mittaria tulkitaan seuraavasti: unen määrä arkisin alle 8h, 8h, 9h10h yli 10h. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012; ks. Terveyden hyvinvoinnin laitos 2013b.)

6.1.4 Tyypin kaksi diabetekseen liittyvä elämäntapaohjaus

Tyypin kaksi diabetes on vakava ja nopeasti lisääntyvä kansanterveys sairaus Suomessa. Erityisesti se on yleistymässä yhä nuorempien taudiksi. Tyypin kaksi diabetes on ehkäistävissä pienillä muutoksilla painossa, liikunnassa ja ravintotottumuksissa. Tyypin kaksi diabeteksen tärkein vaaratekijä on ylipaino. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012, 33.) Diabeteksen riskipisteet mittarin avulla pyritään tunnistamaan henkilöt, jotka jo sairastavat oireetonta tyypin kaksi diabetesta tai joilla on suuri vaara sairastua diabetekseen seuraavan kymmenen vuoden aikana. Diabeteksen riskipisteet mittarin pistemäärän perusteella potilas ohjataan sokerirasitukseen ja Dehko - (diabeteksen ehkäisy ja hoito) hoitajalle elämäntapaohjaukseen ja seurantaan. Diabetes riskipisteet tulkitaan seuraavasti: alle 7 pieni riski, 7 - 11 jonkin verran lisääntynyt riski, 12 - 14 kohtalainen riski, 15 - 20 suuri riski tai yli 20 hyvin suuri riski. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012; ks. Tyypin kaksi diabeteksen ehkäisyohjelma 2003 – 2004 2010.)

6.1.5 Päihteisiin liittyvä ohjaus ja huumeiden käyttäjien hoito

Tässä vuosikellossa päihteisiin kuuluvat alkoholi ja huumeet. Suomessa alkoholi on yleisin ja eniten kansanterveydellistä haittaa aiheuttava päihde (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012, 25). Kunnan tulee sisällyttää päihdestrategiaan päihdetyön linjaukset, työnjako ja toimintavastuut. Kuntalaisilla tulee olla helposti saatavilla päihdetietoutta. Kunnan tulee huolehtia päihdevalistuksesta ja varhaisesta puuttumisesta ongelmiin sekä järjestää akuuttipalvelut ja pitkäaikaisen hoidon ja kuntoutuksen. Päihdepalveluihin tulee varata riittävästi voimavaroja. Alkoholin myynti ja anniskelu on kielletty paikoissa, joissa on alaikäisiä asiakkaita. Kunnan omistamissa tiloissa alkoholin mainonta on kielletty. Kunnilla tulee olla toimiva yhteistyö alkoholivalvontaviranomaisten kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 51 - 53.)

Päihteisiin liittyvää ohjauksen vaikuttavuutta mitataan alkoholin kulutuksen riskimittarilla, alkoholin käyttömäärä viikossa mittarilla, nuorten päihdemittarilla 15v asti ja nuorten päihdemittarilla 16 - 20v. Alkoholin kulutuksen riski mittaria käyttämällä pyritään tunnistamaan alkoholin suurkäyttäjät ja arvioimaan suurkulutuksen laajuutta terveyskeskuspalveluja käyttävässä väestössä. Tuloksia käytetään interventiotarpeen arvioimiseen ja asiakaskohtaiseen alkoholinkäytön seurantaan sekä toteutettavien toimenpiteiden tuloksellisuuden arvioinnissa. Alkoholin kulutuksen riski tulkitaan seuraavasti: 0 - 7 = riski vähäinen, 8 -10 = riski lievästi kasvanut, 11 – 14= riski selvästi kasvanut, 15 – 19= riski suuri ja 20 - 40 = riski erittäin suuri. Alkoholin käyttömäärä viikossa mittarilla pyritään tunnistamaan alkoholin suurkäyttäjät ja arvioimaan suurkulutuksen laajuutta terveyskeskuspalveluja käyttävässä väestössä. Tuloksia käytetään interventiotarpeen arvioimiseen ja asiakaskohtaiseen alkoholinkäytön seurantaan sekä toteutettavien toimenpiteiden tuloksellisuuden arvioinnissa. Alkoholin käyttömäärä viikossa tulkitaan seuraavasti: ei lainkaan, harvoin/ satunnaisesti, 1 - 5 annosta, 6 - 10 annosta, 11 - 16 annosta, 17 - 24 annosta tai yli 24 annosta. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012; ks. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013e.)

Nuorten päihdemittareita käytetään koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa terveystarkastusten yhteydessä. Tämän mittarin avulla kannustetaan työntekijöitä alkoholin haittoja koskevan tiedon antamiseen ja helpotetaan tehtävien toimenpiteiden keskittämistä oikealle kohderyhmälle. Tuloksia käytetään interventiotarpeen arvioimiseen ja alkoholinkäytön seurantaan ikäryhmittäin. Nuorten päihdemittaria tulkitaan seuraavasti: raitis/kokeilu, toistuva käyttö, riskikäyttö tai vaarallinen suurkulutus. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (ks. Pirskanen 2011,18; Rauman kaupunki 2012.)

Huumeiden käyttäjien hoitoa seurataan ja arvioidaan päihdeklinikan käyntimäärillä ja käyntisyillä, opiaattikorvaushoidossa olevien asiakkaiden hoidon toteutumisen arvioinnilla, asiakaspalautteilla sekä tilastoilla terveysneuvonta- ja neulanvaihtopiste Vinkissä annettujen ja palautettujen neulojen ja ruiskujen lukumäärillä. Toimintaa arvioidaan ja kehitetään myös yhteistyökumppaneilta saa-

dun palautteen avulla. (Rauman kaupunki 2012). Nuorten päihteiden käyttöä voitaisiin arvioida myös Adsume nuorten päihdemittarilla. Sen tarkoituksena on auttaa terveydenhuollon henkilöstöä ja 14 - 18-vuotiasta nuorta itseään arvioimaan päihteiden käyttöä ja tunnistamaan riskikäyttäytyminen. Sen avulla saataisiin konkreettista tietoa terveyskeskustelun pohjaksi ja varhaisen puuttumisen perusteeksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013e.)

6.1.6 Työkyvyn ylläpito sekä terveellisen ja turvallisen työn ja ympäristön kehittäminen

Työssäkäyvä kuntalainen on työssä puolet valveillaoloajastaan. Työikäisen väestön terveyttä voidaan edistää järjestämällä työntekijöille työterveyspalveluita ja vahvistamalla yleisesti terveyttä edistäviä toimia. Työterveyden ja työhyvinvoinnin edistämällä on vaikutusta työntekijän jaksamiseen, kunnan palveluiden laatuun, kuntien työvoimakilpailuun ja kuntatalouteen. Käytännön toimina kunnissa mm. varmistetaan että terveydenhuollon kokonaissuunnitelma kattaa toimenpiteet työterveyden edistämiseksi ja työterveyttä edistetään laajan työhyvinvoinnin otteella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 66 – 67.)

Työkyvyn ylläpitoa arvioidaan työkykyindeksi mittarilla, alkoholin kulutuksen riskimittarilla ja diabeteksen riskipistemittarilla. Työkykyindeksi mittarin tulkinta: 7-12 huono, 28 - 36 kohtalainen, 37- 43 hyvä ja 44- 49 erinomainen. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. Terveellisen ja turvallisen työn ja ympäristön kehittämistoimia arvioidaan tilastoilla työtapaturmista ja ammattitaupeista. (Rauman kaupunki 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013e.)

6.1.7 Savuttomuutta ja tupakoinnin lopettamista edistävä ohjaus

Tupakoinnin käypähoitosuositus (2012) määrittelee nikotiiniriippuvuuden sairaudeksi. Tupakointi ja nuuskan käyttö vaikuttavat koko elimistöön ja aiheuttavat useita sairauksia. Ne myös vaikeuttavat monien sairauksien hoitoa ja hei-

kentävät paranemistuloksia. Käytännön toimenpiteitä tupakoimattomuuden edistämiseksi ovat perheiden tukeminen savuttomuuteen, tupakoimattomuuden edistämistyö koulu- ja suun terveydenhuollossa ja kotien, perheneuvoloiden, seurakuntien ja järjestöjen välinen yhteistyö. Tupakoimattomuutta voidaan edistää myös määräämällä tupakointikielto ulkoilualueilla, asettamalla tavoitteeksi tupakoimattomuus nuorten kanssa työskentelevillä ja oppilashuollossa, järjestämällä nuorten vieroituspalveluja ja vieroittajien koulutusta, riittävän tukimateriaalin saatavuudella sekä tehokkaalla tupakkatuotteiden myynnin valvonnalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

Savuttomuutta ja tupakoinnin lopettamista edistävän ohjauksen mittareita ovat tupakoinnin alkamisikä ja tupakoinnin määrä. Tupakoinnin alkamisikä mittaria käytetään kouluterveydenhuollossa 5. ja 8. luokkien terveystarkastuksissa. Sen avulla kannustetaan työntekijöitä tupakoinnin haittoja koskevan tiedon antamiseen ja helpotetaan tehtävien toimenpiteiden keskittämistä oikealle kohderyhmälle. Mittarin avulla arvioidaan toimenpiteiden vaikuttavuutta pidemmällä aikavälillä ja eri kohderyhmissä. Tupakoinnin alkamisikä mittaria tulkitaan seuraavasti: kokeillut, aloittanut 9v, 10v, 11v, 12v, 13v, 14v, 15v ja 16v. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. Tupakoinnin määrä mittarilla arvioidaan tupakkatuotteita käyttävien asiakkaiden määrää palvelujen käyttäjistä ja eri sairauksien vuoksi vastaanotolla käyneistä. Sen avulla kannustetaan työntekijöitä tupakoinnin haittoja koskevan tiedon antamiseen ja helpotetaan tehtävien toimenpiteiden keskittämistä oikealle kohderyhmälle. Mittarin avulla arvioidaan toimenpiteiden vaikuttavuutta pidemmällä aikavälillä ja eri kohderyhmissä. Tupakoinnin määrä mittaria tulkitaan seuraavasti: 0, 1 - 4, 5 -10, 11 - 20, >20, satunnaisesti, lopettanut ja nuuska. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012.) Tupakoimattomuuden tukemiseen voitaisiin käyttää myös Heaviness of Smoking Index (HSI) -testin kysymyksiä, sen avulla annetaan selkeä kehoitus tupakoinnin lopettamiseen ja arvioidaan lopettamisen tuen tarve (Ollila, Broms, Kaprio, Laatikainen & Patja 2010, 1269 - 77).

6.1.8 Suun terveyden edistäminen

Suun terveyden edistämiseksi tulee saattaa kuntalaisten ja heistä huolta pitävien ja heidän elinympäristöönsä vaikuttavien kunnan toimijoiden tietoon, että suun terveyttä edistetään terveellisillä ruokatottumuksilla, hyvällä suuhygienialla ja päihteettömyydellä. Kunnan ylläpitämissä yhteisöissä syödään maittavaa ja ravitseuksellisesti täysipainoista ruokaa, vältetään makeisia, virvoitusjuomia ja muita napostelutuotteita, eikä sallita niiden mainostamista, juodaan vettä ja-noon, ei käytetä päihteitä, on mahdollisuus suun puhdistamiseen ja saadaan siihen tarvittaessa apua sekä tiedetään, miten tapaturmia ehkäistään. Kunnan suun terveydenhuolto laatii väestön suun terveydenhuollon suunnitelman, jossa määritellään keskeiset tavoitteet, sovitaan yhteistyöstä ja toimintamuodoista keskeisten yhteistyötahojen kanssa, nimetään suun terveyden edistämisen yhdys- ja vastuuhenkilö, määritellään riittävät suun terveyttä edistävät palvelut ja voimavarat sekä määritellään tavoitteiden arvioinnissa käytettävät arviointivälit ja arvioinnissa käytettävät mittarit. Mittareita voisivat olla hampaiden harjaus kaksi kertaa päivässä, terveellisten aterioiden ja välipalojen saatavuus, makeisten, virvoitusjuomien ja muiden napostelutuotteiden saatavuus ja markkinointi kunnan ylläpitämissä yhteisöissä sekä veden saatavuus janojuomaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 56.)

Suun terveyden edistämisen vaikuttavuutta mitataan tilastoilla käyntimääristä ja potilasmaksutuloista, jonotilanteesta ja päivystyksessä käynneistä. Mittarina käytetään myös kouluterveyskyselyn tuloksia ja Effica tilastoja sisältömerkinnöistä kuten paikattujen, poistettujen ja puuttuvien hampaiden määrä (dmf ja DMF), Community Periodontal Index (CPI) sekä oikomishoidossa olevien potilaiden määrä (ks. Le Bell, Autti, Meurman & Murtomaa 2006a; Le Bell, Autti, Meurman & Murtomaa 2006b; Pietilä, Pirttiniemi & Varrela 2007). Terveydenedistämistilaisuuksiin osallistumista seurataan tilastoilla. Kansallisen tason vertailua suoritetaan olemalla mukana Suun terveydenhuollon uudet haasteet verkostohankkeessa (SUHAT). Seuranta tapahtuu raporttien avulla, joita otetaan puolivuositain ja vuosittain. Terveyden ja hyvinvoinninlaitokselle otetaan raportit

vuosittain hoitopääsytalastoista, jonotilanteesta ja puhelimeen vastaamisprosentista. (Rauman kaupunki 2012.)

6.1.9 Tartuntatautien ehkäisyyn ja seksuaaliterveyteen liittyvä neuvonta

Terveyttä edistävän ympäristön luomisessa on tärkeää tartuntatautien ennalta ehkäisy. Ehkäisyn keinoja ovat rokottaminen, epidemioiden varhainen havaitseminen, niiden syiden selvittäminen ja poistaminen, käyttäytymiseen liittyvä tiedottaminen, huumeiden käyttöön liittyvä tartuntatautien riskien vähentäminen sekä sairaalainfektioihin kohdistuva tutkimus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58 – 59.)

Kunnassa seksuaaliterveyden edistäminen koskee useita toimialoja ja terveys- ja sosiaalialan yksityissektoria, seurakuntia, alan järjestöjä sekä valtion viranomaisia. Seksuaaliterveyden edistäminen olisi hyvä sisällyttää kuntastrategiaan osana terveys-, sosiaali- ja sivistystoimen toimintasuunnitelmia. Kunnanhallituksen tai – valtuuston nimeämä terveyden edistämisyhmä ja seksuaaliterveyden edistämisen sekä seksuaalikasvatuksen vastuuhenkilöt vastaisivat seksuaaliterveyden edistämisen valmistelusta ja toteuttamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

Tartuntatautien ehkäisyyn ja seksuaaliohjaukseen liittyvä neuvontaa seurataan ja arvioidaan tartuntatautitalastoilla ja pistospaikkojen tulehduksista olevien tilastojen avulla, kouluterveyskyselyllä, asetuksissa määriteltyjen laajojen terveystarkastusten toteutumisella jokaisen perheen kohdalla, toimintaluvuilla ja käytössä olevien seulontojen tuloksilla. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012.)

6.1.10 Mielenterveyteen liittyvä ohjaus

Masennuksesta kärsii noin viisi prosenttia suomalaisista ja masennus on noin 1,5 – 2 kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä. Päihteiden ongelmakäyttö ja mielenterveyden häiriöt liittyvät usein toisiinsa. (Lönqvist 2009.)

Mielialaseula mittaria käytetään seulottaessa synnytyksen jälkeistä masennusta. Äitiysneuvolassa mielialaseula tehdään äidille noin kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen ja lastenneuvolassa se tehdään äidille vauvan kolmen kuukauden neuvolakäynnin yhteydessä. Mielialaseulan tulkinta: 0 - 12 ei masennusta, 13 - 14 lievä masennus, 15 - 18 keskivaikea masennus ja 19 - 30 vaikea masennus. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (ks. Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2011; Rauman kaupunki 2012.)

6.1.11 Parisuhteeseen ja perheen hyvinvointiin liittyvä ohjaus

Lähtökohtana perheen hyvinvoinnin selvittämisessä ovat vanhempien ja lasten/nuorten kuvaus perheen tilanteesta, tarpeet, voimavarat ja huolet. Strukturoituja kyselylomakkeita voidaan käyttää perheen elinolojen, vanhempien terveyden ja hyvinvoinnin, parisuhteen ja vanhemmuuden selvittämisessä. (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2011.)

Parisuhteeseen ja perheen hyvinvointiin liittyvää ohjausta mitataan perheväkivalta mittarilla, täysimetys ja osittainen imetys mittarilla ja koettu hyvinvointi mittarilla. Perheväkivalta mittaria käytetään perheväkivallan puheeksi ottamiseksi ja siihen systemaattiseen puuttumiseen. Mittarin avulla arvioidaan paikallinen tilanne ja määritellään interventiotarve. Perheväkivalta mittarin tulkita: ei väkivaltaa, ei halua keskustella tai väkivaltaa. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (ks. Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2011; Rauman kaupunki 2012.)

Täysimetys ja osittainen imetys mittarilla mitataan imetysohjauksen vaikuttavuutta. Täysimetystä suositellaan kuuden kuukauden ikään ja osittaista imetystä vuoden ikään asti. Mittarilla seurataan imetyssuosituksen toteutumista paikallisesti ja neuvonnan tehostamistarpeen havaitsemiseksi. Mittarin tulkinta: Täysimetyksessä lapsi saa ainoastaan äidinmaitoa ja D- vitamiinivalmistetta. Osittaisessa imetyksessä lapsi saa äidinmaidon lisäksi äidinmaidonkorviketta tai kiinteitä ruokia. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (ks. Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2011; Rauman kaupunki 2012.)

Koettu hyvinvointi mittaria käytetään koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa terveystarkastusten yhteydessä. Hyvinvointi- kyselyllä kartoitetaan perheen itse kokemaa hyvinvointia. Tuloksia käytetään interventiotarpeen arvioimiseen ja ikäryhmien hyvinvoinnin seurantaan. Mittaria tulkitaan: Arvo koetusta hyvinvoinnista $4 > 10$. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012). Elämänlaatua arvioimaan voitaisiin käyttää myös KINDL-R yleiseen käyttöön soveltuva terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva mittaria. Sen avulla tutkitaan lasten omia terveystilanteita ja kokemuksia hyvinvoinnistaan. Mittari on kehitetty arvioimaan lasten ja nuorten fyysistä, psyykkistä ja psykososiaalista elämänlaatua. (ks. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013f.)

6.2 Kuukausittain tehtävät terveydenedistämistoimet: huumeiden käyttäjien seurantakäynnit ja yhteisöllinen suun terveyden edistäminen

6.2.1 Huumeiden käyttäjien seurantakäynnit

Suun terveyttä edistetään terveellisillä ruokatottumuksilla, hyvällä suuhygienialla ja päihdeettömyydellä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 56). Kuukausittain on päihdeklinikan aulassa tarjolla välineitä hampaiden omahoitoon kuten hammasharjoja, hammastahnaa ja ksylitolituotteita sekä tupakoinnin lopettamiseen liittyviä esitteitä. Huumeiden käyttäjien seurantakäyntejä seurataan ja arvioidaan asiakaspalautteilla. (Rauman kaupunki 2012.)

6.2.2 Yhteisöllinen suun terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen laatusuosituksen mukaan ”on tärkeää, että kuntalaisille tarjotaan selkeää ja tieteellisesti pätevää tietoa siitä, miten suu pidetään terveenä ja toimintakykyisenä” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 55). Kunnan ylläpitämissä yhteisöissä on mahdollisuus saada tarvittaessa apua suun puhdistamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 56).

Odottaville perheille järjestetään perhevalmennustilaisuus liittyen suun terveyden edistämiseen. Eri-ikäisille kehitysvammaisille järjestetään opetus- ja harjaustilaisuuksia. Eri yhdistyksille järjestetään suun terveydenedistämistilaisuuksia. Suun terveyden edistämistilaisuuksia seurataan ja arvioidaan Effica-tilastoilla, toimenpiteillä ja sisältömerkinnöillä. (Rauman kaupunki 2012.)

6.3 Vuosittain tehtävät terveydenedistämistoimet: terveyden edistämisen yhteisöllinen vaikuttaminen

6.3.1 Terveyden edistämistilaisuudet

Kuntalaisille tulee tarjota selkeää ja tieteellisesti pätevää tietoa, millä tavalla suu pidetään terveenä ja toimintakykyisenä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 55).

Vanhainkotien vuodeosastojen henkilökunnalle järjestetään koulutustilaisuus suun terveydestä ja sen edistämisestä vuosittain. Seitsemäsluokkalaisille järjestetään vuosittain terveystilaisuus suun terveydenhuollon, ruokahuollon ja kouluterveydenhuollon kanssa. Toisen ja kuudennen luokan koululaisille järjestetään suun terveyden edistämistilaisuus vuosittain. Yhdeksäsluokkalaisille koululaisille järjestetään oppitunti suun terveyden edistämisestä. Päiväkotiryhmille järjestetään vuorovaikutteinen suun terveyden edistämistilaisuus. Terveyden edistämisen yhteisöllistä vaikuttamista arvioidaan tilastoilla käyntimääristä ja potilasmaksutuloista, jonotilanteesta ja päivystyksessä käynneistä. Mittarina käytetään myös kouluterveyskyselyn tuloksia ja Effica-tilastoja sisältömerkinnöistä. Terveydenedistämistilaisuuksiin osallistumista seurataan tilastoilla. (Rauman kaupunki 2012.)

Tartuntatautien torjunnassa kohdistettu ehkäisytyö on välttämätöntä ja erityisesti huumeidenkäyttäjillä esiintyvien tartuntatautien torjunta. Kuntien vastuulla on mm. puhtaiden pistosvälineiden toimittaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 59.)

Korvaushoitolaisille on järjestetty ryhmätoimintaa, joissa yhtenä aiheena on ollut terveyden edistäminen liittyen uneen, terveelliseen ruokaan, tartuntatauteihin ja suuhygieniaan. Terveysneuvonta- ja neulanvaihtopiste Vinkissä järjestetään rokotustilaisuus riskiryhmille, joilla on vaarana saada hepatiittitartunta. Seuranta ja arviointi tapahtuvat käyntimäärätilastoilla, suoritemittareilla ja asiakaspalautteilla. (Rauman kaupunki 2012.)

6.3.2 Kaikkiin terveydenedistämistöimiin liittyvät yhteiset toiminnot

Sairauksien hoidot, hygienia ja kirjallinen ohjausmateriaali ovat toimintoja, jotka liittyvät kaikkiin terveydenedistämistöimiin.

Sairauksien hoitojen vaikuttavuutta arvioidaan Effica käyntitilastoilla ja mittareilla, hoitotakuun seurannalla, asiakaspalautteiden seurannalla, puhelinliikennemittauksella, vapaiden vastaanottoaikojen seurannalla, jonotusajoilla ja päivillä, ICPC (International Classification of Primary Care) -käyntisyillä ja ICD (International Classification of Diseases) -10 diagnooseilla. (Rauman kaupunki 2012; ks. Koskela 2012; ks. Komulainen & Mäkelä 2010.) Kiireellistä hoitoa vaativat ja äkillisesti sairastuneet potilaat hoidetaan triage- luokituksen mukaisesti. Mittarina käytetään Triagen toteutumista ja odotusaikojen seuranta. ABCDE- triage eli hoidon tarpeen kiireellisyysryhmittelyssä A-ryhmällä tarkoitetaan kriittisesti sairaita tai muista syistä suoraan erikoissairaanhoidon ohjautuvia potilaita, B-ryhmän hoito aloitetaan kymmenessä minuutissa, C-ryhmän yhden tunnin ja D-ryhmän kahden tunnin kuluessa triagesta. E-ryhmä eli päivystyshoitoa tarvitsemattomat potilaat. (Kantonen, Kauppila & Kockberg 2007, 897 – 901.)

Hygieniaan liittyvään ohjauksen vaikuttavuutta mitataan käytössä olevien seurlontojen tuloksilla ja tilastoilla infektioiden määristä. Kirjallisen ohjausmateriaalin kulutusta seurataan kirjallisuustilin ja talousarvion avulla. (Rauman kaupunki 2012; ks. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.)

Kaikkia Rauman avoterveydenhuollon tulosyksiköiden terveydenedistämistöimia seurataan myös talousarvion toteuman seurannalla ja tilinpäätöksellä (Rauman kaupunki 2012).

6.4 Terveyden edistämisen seuranta ja arviointisuositus Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuoltoon

Terveyden edistämisen seuranta- ja arviointisuositus laadittiin kirjallisuuden perusteella. Terveyden edistämisen vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arvioinnin menetelmiä ovat itsearviointi, laskutoimitukset asiakkaiden elämänlaadun kohtumisesta, standardoidut asteikot, toimintamittarit ja asiakaskyselyt. (Pietilä ym. 2002, 289.) Nämä ovat keinoja terveyden edistämisen tuloksellisuuden arviointiin. Näiden lisäksi tulisi kuitenkin arvioida tiettyjä edellytyksiä, joiden todentaminen vaikuttaa välillisesti tuloksellisuuteen. Näistä puhutaan seuraavissa alakappaleissa.

Konu, Rissanen, Ihantola & Sundin (2009, 287 - 288) mukaan hyödyllisiä ei-sairausspesifejä elämänlaadun mittareita ovat parantunut terveys, koettu sosiaalinen hyvinvointi, koettu terveydentila, potilaan tyytyväisyys hoitoon, terveydenhuollon käyttö, sairaalasijoitukset, määrättyjen hoitojen sopivuus ja hoitojen tuottamiseen liittyvät asiat.

6.4.1 Tieteellisen näytön käyttö terveyden edistämisen seurannassa ja arvioinnissa

Malmivaaran (2012, 139 – 145) mukaan tieteellisen näytön käyttö potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa on hoidon vaikuttavuuden edistämisen kulmakivi. Sarajärven (2008, 7 - 8) ja Alasen (2009, 43) mukaan tieteellisen tiedon käytössä esimiehen pitäisi toimia hoitokulttuurin uudistamistarpeiden tunnistajana. Hänen vastuullaan on työyhteisön kehittäminen ja uuden tiedon saattaminen työntekijöiden saataville. Hoitohenkilökunnan pitäisi asennoitua positiivisesti tutkimus- ja kehittämistoimintaan sekä ymmärtää tieteellisen tiedon merkitys hoitotyön kehittämisessä ja päätöksenteossa (Forrest & Miller 2001; Hillier, Grimmer-Somers, Merlin, Middleton, Salisbury, Tooher & Weston 2011; Luojus

2011; Ploeg, Davies, Edwards, Gifford & Miller 2007). Arjen hoitotyössä esimies voisi käyttää tutkittua tietoa oman toimintansa ja ohjeidensa perustana. Hoitohenkilökunnan pitäisi opetella tiedonhaku tietokannoista ja sen käyttökelpoisuuden arviointia päätöksenteossa. Käytännössä tämä voitaisiin toteuttaa työvuorojärjestelyillä ja antamalla aikaresurssia toimintaan. Omien toimintatapojen kriittinen arviointi ja niiden peilaaminen tutkittuun tietoon, tukee tieteellisen tiedon käyttöä hoitotyössä.

6.4.2 Ammatillinen osaaminen terveyden edistämisen seurannassa ja arvioinnissa

Malmivaaran (2012, 139 – 145) mukaan hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen on kustannusvaikuttavan toiminnan edellytys. Arvioimalla ammatillisen osaamisen tasoa potilaan tilan arvioinnissa, vuorovaikutuksessa ja hoitotoimenpiteissä, voidaan saada välillisesti tietoa arjen kustannusvaikuttavuudesta. Terveyden edistämisen johtajien ja päättäjien pitäisi kannustaa osallistavien lähestymistapojen käyttöönottoa arvioinnissa ja vaatia taloudellisia resursseja terveyden edistämisen arviointiin. Heidän tulisi tukea menetelmiä, joilla terveyden edistämistä arvioidaan ja edistää sen tutkimusta. Terveyden edistämisen asiantuntijuutta tukevien harjoittelu- ja koulutusrakenteiden perustamista pitäisi tukea. Terveyden edistämisen johtajat ja päättäjät voivat luoda ja ylläpitää mahdollisuuksia tietojen vaihtoon terveyden edistämisen arviointimenetelmistä kuten järjestämällä konferensseja, työpajoja ja verkostoja. Varmistamalla rahoitus, harjoittelu, organisatorinen kehitys ja verkostoituminen tulisi rakentaa vahva rakenne arviointia varten. (Goodstadt ym. 2001.)

Käytännön hoitotyössä kokemuksellista osaamista tulisi tarkastella kriittisesti ja etsiä sille myös tieteellistä näyttöä. Potilaan näkeminen oman elämänsä asiantuntijana ja hänen osallistamisensa päätöksentekoon esim. motivoivan haastattelun avulla on tärkeä osa ammatillista osaamista.

6.4.3 Laadun kehittäminen terveyden edistämisen seurannassa ja arvioinnissa

Malmivaaran (2012, 139 – 145) mukaan laadun kehittämistyö on kolmas arki-vaikuttavuuden alue. Siinä arvioidaan parhaimmillaan koko hoitoketjun toimintaa ja hoitotuloksia. Kehittämishankkeiden vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta voidaan välillisesti mitata esim. selvittämällä onko tehty rakenteellisia parannuksia luomalla laatujärjestelmiä, joilla yksiköiden suoriutumiskykyä seurataan. Sosiaali- ja terveystieteiden terveyden edistämisen suositusten ja toimintaohjeiden kirjaaminen yksiin kansiin esimerkiksi terveyden edistämisen vuosikelloon, on osa laadunkehittämistyötä. Se osaltaan parantaa ja yhtenäistää palvelun laatua.

6.4.4 Vertaisarviointi- ja kehittäminen terveyden edistämisen seurannassa ja arvioinnissa

Malmivaaran (2012, 139 – 145) mukaan vertaisarviointi- ja kehittäminen on neljäs arkivaikuttavuuden alue. Kattavien rekisteritietojen ansiosta on mahdollista seurata potilaita yli hoitoyksikkörajojen. Jatkuvalle vertaisarvioinnille dokumentoidaan hoitoprosessien muutosten vaikutusta hoitotuloksiin ja tarvittaessa ryhdytään toimenpiteisiin, jotka parantavat hoidon laatua. Tavoitteena on arjen potilastyön vaikuttavuuden parantaminen. Päätöksentekijät voivat verrata oman yksikkönsä suoriutumista verrattuna muihin yksiköihin. Terveydenhuollon vaikuttavuuden edistäminen on prosessi, jolla saadaan paranevia tuloksia terveydenhuollon ammattilaisten, tutkijoiden ja päättäjien yhteistyöllä. Terveydenhuollon tehostamisen kannalta on tärkeää panostaa rekisteripohjaiseen kustannusvaikuttavuustutkimukseen sekä terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämiseen niin, että ne palvelevat hoidon saatavuuden, hoitoprosessin laadun, terveysvaikutusten, kustannusten ja oikeudenmukaisuuden mittaamista. Käytännön hoitotyössä vertaisarviointia voitaisiin kehittää tuomalla esiin hiljaista tietoa kutsumalla työntekijöitä muista työyksiköistä esittelemään toimintaansa osastopalaveri- ja konferensseihin osallistumisen toimii henkilökunnan tietojen päivittämisen ja jakamisen väylänä.

7 VUOSIKELLON KEHITTÄMISEEN LITTYVÄ POHDINTA

Terveyden edistäminen on mm. terveydenhuollon toimintaa väestön terveyden parantamiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi ja väestöryhmien välisten terveyserojen pienentämiseksi. Ottawan perusasiakirja mainitsee yhdeksi terveyden edistämisen avainstrategiaksi terveyspalvelujen uudistamisen. (WHO 1986.)

Väestötasoinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on sosiaali- ja terveystieteiden ydinprosessi, joka pitää sisällään terveyden edistämisen toiminnat. (Rauman sosiaali- ja terveystieteiden toimintasuunnitelma 2012, 6.) Työelämä halusi tietoa näistä terveyden edistämisen toiminnoista ja niiden ajankohdista, joita tehdään Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuollossa. Tässä opinnäytetyössä mielenkiinnon kohteena olivat avoterveydenhuollossa tehtävät terveydenedistämistoimet ja aikataulukaus kahdeksan osastonhoitajan näkökulmasta. Vastauksia tutkimuskysymyksiin haettiin sähköpostikyselyn avulla. Sähköpostikyselyyn vastasi neljä osastonhoitajaa. Näiden vastausten ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta opinnäytetyön tekijä laati terveyden edistämisen vuosikellon avoterveydenhuoltoon. Vuosikello rakennettiin siten, että jokaisen aiheen kohdalla kuvattiin lyhyesti sen sisältö ja esiteltiin arviointiin ja seurantaan olemassa olevia mittareita. Se pitää sisällään kattavan kuvauksen terveyden edistämisen toiminnoista, joita tehdään päivittäin, kuukausittain ja vuosittain kahdeksassa eri tulosyksikössä sekä näiden toimintojen mittareiden tulkinnat. Terveyden edistämisen vuosikello sisältää myös terveyden edistämisen seuranta- ja arviointisuositukset sekä niiden olemassa olevat mittarit. (ks. Malmivaara 2012, 139 - 145; Pietilä ym. 2002, 289.)

Seuranta- arviointisuosituksen laatiminen vuosikelloon nähtiin tärkeänä, koska tulevaisuudessa pitäisi tavoitella enemmän aidosti asiakas- ja terveystieteistä vaikuttavuutta ja sen arviointia tosielämän tilanteissa. Oikeudenmukaisuutta, etiikkaa ja arvoja pitäisi enemmän tuoda esille pohdittaessa terveyden edistämisen vaikuttavuutta. (ks. Vertio 2005, 23.) Terveyden edistäminen perustuu asiakkaan ja ammattilaisen väliseen vuorovaikutukseen, jossa keskiössä ovat

terveydenhuollon eettiset kysymykset. Terveen elämänlaadun mittari olisi hyvinkin käytettävissä kustannus – vaikuttavuus arvioinnissa. Useat lopputulosmittarit ovat sairausspesifejä, kuitenkin terveyden edistämisesäkin lähtökohtana on terveys eikä sairaus. Terveystenhuollon tulosmittarit osaltaan ohjaavat terveyden edistämiseen saatavia resursseja ja luovat edellytyksiä näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Terveysten edistämisen ohjaavana päämääränä pitäisi olla tieteellisesti perustellun tiedon hyödynnettävyys terveyden edistämisen interventioissa. (Ks. Malmivaara 2012, 139 – 145.) Vaikuttavuuden osoittaminen on pitkäjänteistä työtä. Vaikuttavuutta voidaan mitata vasta tilanteissa, joissa se saadaan esille. Ongelmallista on myös syy- seuraussuhteen osoittaminen havaitun vaikutuksen ja sitä aiheuttavan intervention välillä.

Hoitohenkilöstöä pitäisi käyttää oikein ja huolehtia sen hyvinvoinnista. Se on tärkeää, paitsi potilaan ja hoitajan myös koko yhteiskunnan kannalta. Henkilöstön työhyvinvoinnin tukeminen on kannattavaa, koska osaava ja hyvinvoiva henkilöstö on organisaatiolle kilpailuvaltti. Työhyvinvointia lisäävät toimenpiteet voivat olla taloudellisesti hyvin kannattavia. (Ks. Haveri, Majoinen, Jäntti 2009, 131; Juuti 2010, 85; Leivo 2007, 5; Pineau, Spence, Regan & Wong 2013, 12113; Rissanen & Lammintakainen 2011, 238 – 239.) Poliittisten päättäjien ja terveydenhuollon organisaatioiden johdon tulee vakuuttua näyttöön perustuvan hoitotyön ja vaikuttavuustutkimusten merkityksestä, jotta vaikuttavuustutkimukselle saataisiin riittävästi aikaa ja muita resursseja.

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämisprosessi eteni ennalta laaditun työsuunnitelman ja vaiheistuksen mukaisesti ja asetettu tavoite saavutettiin (Kuvio 1). Jokainen kehittämisprosessin vaihe pyrittiin tekemään huolella. Kehittämistoiminnasta muodostui dokumentteja, joita arvioitiin kriittisesti kehittämistoiminnan aikana projektiryhmän, ohjausryhmän ja vertaisarvioinnin avulla. Saatujen arviointien ja palautteiden avulla täsmennettiin ja kohdennettiin kehittämissuunnitelmaa ja sen tavoitetta vaiheesta toiseen. (ks. Toikko, Rantanen 2009, 82 – 83.) Kehittämisprosessin aikana opinnäytetyön tekijä sai arvokasta työelämälähtöistä tukea mentorilta ja kehittämissuunnitelman liittyvää kannustusta ja ohjausta opettajatuutorilta. Projektisuunnitelmanvaiheessa arvioitiin mm. opinnäytetyön tekijään liittyviä riskejä kuten väsymystä ja aikapulaa. Näitä riskejä opinnäytetyön tekijä pyrki ehkäisemään koko kehittämissuunnitelman ajan liikunnalla, riittäväällä levolla, huolellisella ajankäytön hallinnalla, asioiden priorisoinnilla ja positiivisella ajattelutavalla. (ks. Silfverberg 2005, 36; Toikko, Rantanen 2009, 73.)

Terveystieteen edistämisen vuosikelloa voidaan käyttää terveyden edistämisen toimintojen aikatauluttamiseen ja jäsentämiseen. Se sisältää suositukset terveyden edistämisen toimintoihin sekä seuranta- ja arviointisuositukset terveyden edistämiseen Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuoltoon. (ks. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2010, 30; Huhtala 2012,3; Vuosikello 2012.) Sitä voidaan käyttää johtamisen ja perehdyttämisen apuna. Vuosikello havainnollistaa päivittäin, kuukausittain ja vuosittain Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuollossa tehtävät terveydenedistämistoimet sekä tutkittuun tietoon perustuvat suositukset. Sitä voidaan käyttää toimintaohjeen tapaan. Terveyden edistämisen vuosikellosta on helppo uudelle työntekijälle antaa kokonaiskuva Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuollossa tehtävistä terveydenedistämistoimista ja niiden ajankohdista. Se toimii terveyden edistämisen hyvien käytäntöjen jakajana, levittämisessä, käyttöönotossa, moniammatillisen yhteistyön lisäämisessä ja palvelujen yhtenäistämisen apuvälineenä. Terveyden edistämisen vuosikello on käytettävissä ja nähtävissä koko

organisaatiossa, joten hyvät terveyden edistämisen käytännöt ovat vapaasti käytettävissä eri osastoilla. Se herättää varmasti myös keskustelua osastojen välillä terveyden edistämistoimien päällekkäisyyksien vähentämiseksi ja toisaalta yhteistyön lisäämiseksi. Terveyden edistämisen vuosikello auttaa yhteisen näkemyksen löytämisessä terveyden edistämisen tavoitteista ja toimista. (ks. Aalto- Kallio & Mäkipää 2010, 9; Halme, Perälä & Laaksonen 2010, 6 – 7; Kotisaari 2010, 72; Kotisaari, Ståhl, Herrala, Lindfors 2011, 3415; Nygren 2009, 22; Vallimies- Patomäki 2010, 22.)

Terveyden edistämisen vuosikellon rajoituksina voidaan nähdä se, että terveyden edistämisen arviointi- ja seurantasuositukset ovat kuvattuna yleisellä tasolla ja terveyden edistämisen vuosikello kohdentuu tällä hetkellä vain avoterveydenhuollon tulosalueelle. Terveyden edistämisen vuosikello voidaan jatkossa päivittää tulosityksiköittäin tai osastoittain tarkemmaksi, jolloin se palvelee Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuollon terveyden edistämisen toimijoita konkreettisemmin ja tulosityksikkökohtaisemmin.

Terveyden edistämisen vuosikello otetaan käyttöön Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuollossa. Jatkossa terveyden edistämisen vuosikelloa voidaan muokata ja se on siirrettävissä koskemaan koko Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuollossa. Vuosikellon jalkauttaminen ja levittäminen laajempaan käyttöön helpottuu, kun se saadaan muokattua sähköiseen muotoon. Terveyden edistämisen vuosikello esitellään osastonhoitajien palaverissa ja siitä tiedotetaan myös sähköpostin välityksellä koko organisaatioon. Sähköinen terveyden edistämisen vuosikello viedään sisäiseen intraan Majakkaan, jolloin se on koko organisaation käytettävissä.

LÄHTEET

Aalto-Kallio, M. & Mäkipää, E. 2010. Käytäntöjä terveyden edistämiseksi. Katsaus terveyden edistämisen rakenteiden kehittämistyöhön. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus ry.

Alanen, S. 2009. Implementing an evidence-based hypertension guideline into Finnish primary care nursing. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Bartholomew, L. & Mullen P. 2011. Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions. *Journal Public Health Dental* 71(1), 20 – 33.

Dahler-Larsen, P. 2005. Vaikuttavuuden arviointi. FinSoc arviointiraportteja 3. Helsinki: Stakes.

Erwin, Pc. 2008. The performance of local health departments: a review of the literature. *Journal Public Manage Practice* 14 (2), 9-18.

Flodgren, G., Rojas—Reyes, M.X., Cole, N. & Foxcroft, D.R. 2012. Effectiveness of organizational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. Kirjallisuuskatsaus. Hedington: Oxfordin yliopisto.

Forrest, J. L. & Miller, S. A. 2001. Evidence- based decision making in dental hygiene education, practice and research. *Journal of Dental Hygiene* 75 (1), 50 - 63.

Goodstadt, MS., Hyndman, B., McQueen, DV., Potvin, L., Rootman, I & Springett, J. Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. Teoksessa Rootman, I., Goodstadt, MS., Hyndman, B., McQueen, DV. , Potvin, L., Springett, J. Evaluation in Health promotion: Principles and perspectives. Who Regional publications 2001: 517 – 533.

Halme, N., Perälä, M. & Laaksonen, C. 2010. Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa. Raportti 10/ 2010. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

Hankonen, N. 2012. Käyttäytymistieteistä vaikuttavuutta terveyden edistämiseen. *Suomen Lääkärilehti* 10, 761 – 762.

Haveri, A. Majoinen, K. Jäntti, A. (toim.) 2009. Haastava kuntajohtaminen. Suomen Kuntaliitto. Edita Prima Helsinki.

Hernandez, S., Conrad, D., Marcus – Smith, M., Reed, P. & Watts, C. 2012. Patient – centered innovation in health care organizations: A conceptual framework and case study application. Viitattu 1.9.2012. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22669050>

Hillier, S., Grimmer-Somers, K., Merlin, T., Middleton, P., Salisbury, J., Tooher, R. & Weston, A. 2011. FORM: an Australian method for formulating and grading recommendations in evidence-based clinical guidelines. *Medical Research Methodology* 11, 23.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara 2012. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Huhtala, U. 2012. Ulkoinen laskentatoimi ja sen hyväksikäyttö: Karhukopio konsernin taloushallintotiimin vuosikello. Opinnäytetyö. Liiketalouden koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Juuti, P. 2010. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Teoksessa: Työhyvinvoinnin johtaminen. M. Suutarinen & P. Vesterinen (toim.) Helsinki Kustannusosakeyhtiö Otava.

- Kantonen, J., Kauppila, T. & Kockberg, I. 2007. Päivystyksen organisaatiomuutokset vähensivät lääkäriissäkäyntejä. Suomen Lääkärilehti 62 (9), 897 – 901.
- Koelen, MA, Vaandrager, L., Wagemakers, A. 2008. What is needed for coordinated action for health? Family Practice 25, 25 – 31.
- Komulainen, J. & Mäkelä, M. 2010. Diagnoosien kirjaaminen potilaskertomukseen on hyvän toiminnan perusta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126 (9), 985 - 986.
- Komulainen, J., Mäkinen, R., Rintala, R. & Mäntyranta, T. 2012. Kansallisesta terveys- ja hoito-suunnitelmasta tuli yhtenäinen. Suomen Lääkärilehti 67 (3), 173 – 176.
- Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M. & Sund, R. 2009. ”Vaikuttavuus ”suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46, 285 – 297.
- Korpi, A. (toim.) , 2011. Toiminnan laatu Helsingin terveystieteiden keskuksessa vuonna 2010. Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen raportteja 1: Helsingin terveystieteiden keskus.
- Koskela, T. 2012. Yleislääketiede. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 128 (15), 1534.
- Koskinen – Ollonqvist, P., Pelto – Huikko, A. & Rouvinen – Wilenius, P. (toim.) 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Terveystieteiden keskuksen julkaisuja 4. Helsinki: Terveystieteiden keskus ry.
- Kosunen, E. 2007. Perusterveydenhuolto terveyden edistäjänä – visioita tulevaisuuteen. Lääkärilehti 62 (1-2), 69 – 73.
- Kotisaari, S. 2010. Johdon näkemys terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidossa. Pro gradu - tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kotisaari, S., Ståhl, T., Herrala, J. & Lindfors, P. 2011. Onko erikoissairaanhoidolla roolia terveyden edistämisessä? Lääkärilehti 66 (45), 3415 – 3418.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Käypä hoito 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Viitattu 30.9.2013. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020>
- Le Bell, Y., Autti, H., Meurman, H. & Murtomaa, H. 2006a. Hammasstatus. Therapia Odontologica. Viitattu 21.9.2013. Saatavilla: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/tod/koti>
- Le Bell, Y., Autti, H., Meurman, H. & Murtomaa, H. 2006b. Parodontaalinen status. Therapia Odontologica. Viitattu 21.9.2013. Saatavilla: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/tod/koti>
- Leivo, P. 2007. Työhyvinvoinnin toimintalinjat ja suositus kunta-alalle. Kunnallinen työmarkkinalaitos yleiskirje 11/2007. Saatavissa: <http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/sopimukset/tyoelamankehittaminen/tyohyvinvointi/Sivut/tyohyvinvoinnin-toimintalinjat-ja-hyvat-kaytannot.aspx>
- Linn, G. 2006. Sustainable and responsible preventive medicine. Doctoral thesis. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.
- Luoja, K. 2011. Ammattitaitoa edistävän harjoittelun ohjauksen toimintamalli. Ohjaajien näkökulma. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Lönnqvist, J. 2009. Stressi ja depressio. Viitattu 21.9.2013. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=unen%20määrä

Malmivaara, A. 2008. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus vaikuttavuudesta - Apuväline terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille, tutkijoille ja päättäjille. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45, 273 – 278.

Malmivaara, A. 2012. Terveydenhuollon arkivaikuttavuuden arviointi ja edistäminen. Teoksessa Hänninen, S & Junnila M-L. (toim.) *Vaikuttavanko politiikkatoimet?* Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Metsämuuronen, J. 2006. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. (toim.) 2011. *Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa - Menetelmäkäsikirja*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen oppaita 14. Tampere.

Naaldenberg, J. Vaandrager, L., Koelen, M., Wagemakers, A., Saan, H., de Hoog, K. 2009. *Elaborating on systems thinking in health promotion practice*. *Global Health Promotion* 16 (1), 39 – 47.

Nygren, P. 2009. *Terveyttä ja hyvinvointia hoitotyön johtamisella*. *Sairaanhoitaja* 3, 20 – 22.

Ollila, H., Broms, U., Kaprio, J., Laatikainen, T. & Patja, K. 2010. Nuorten tupakkariippuvuuden arviointi ja hoito terveydenhuollossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126 (11), 1269–77.

Perttilä, K. & Uusitalo, M. (toim.), 2007. *Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen*. TEJO- hankkeen väliraportti 2003 - 2005. Stakes, Raportteja 4: 2007. Helsinki: Valopaino Oy.

Pietilä, A – M. (toim.), 2010. *Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan*. Helsinki: WSOY pro Oy.

Pietilä, A – M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E – M. & Sirola, K. (toim.). 2002. *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY.

Pietilä, T., Pirttiniemi, P. & Varrela, J. 2007. *Ortodonttinen varhaishoito Suomessa - miksi, milloin ja miten?* *Suomen Hammaslääkärilehti* 14 (4), 172 – 179.

Pineau, S., Spence, L., Regan, S. & Wong, CA. 2013. *The influence of personal and workplace resources on new graduate nurses' job satisfaction*. *Journal of Nursing Management* 12, 12113.

Pirkanen, M. 2011. *Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi - toimintaohjeita 2011*. Viitattu 21.9.2013. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a20fe9f6-b934-4385-81ec-1f47cb1d9ad0>

Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. & Miller, P. 2007. *Factors Influencing Best Practice Guideline Implementation: Lessons learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 4 (4), 210–219.

Poukka, A. 2011. *Terveyden edistämisen asiantuntijuus kunnassa – terveyden edistämisen asiantuntijoiden näkemyksiä työssä tarvittavasta osaamisesta*. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Rauman kaupunki 2012. *Organisaatio*. Viitattu 21.7.2012. Saatavissa: http://www.rauma.fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/hallinto/organisaatio/SoTe_toimintakaavio_2012.pdf

Rauman sosiaali- ja terveystieteiden toimintasuunnitelma 2012. Viitattu 21.7.2012. Saatavissa: http://www.rauma.fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/hallinto

Rautava, P., Salanterä, S., Helenius, H. & Tofferi, H. 2011. Palvelujärjestelmätutkimuksella parempaan terveydenhuoltoon. Suomen Lääkärilehti 46, 3497 – 3501a.

Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K. & Ståhl, T. Terveyden edistäminen terveystieteissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 2009: 19. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rissanen, S., Lammintakainen, J. (toim.). 2011. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro.

Saaristo, V. & Ståhl, T. 2011. Teaviisari 2010 - Perusterveydenhuollon menetelmäraportti. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Saaristo, V., Alho, L., Ståhl, T. & Rimpelä, M. 2010. Terveyden edistämisaktiivisuutta perusterveydenhuollossa kuvaavat tunnusluvut ja niiden raportointi – menetelmäraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sarajärvi, A. 2008. Näyttöön perustuva hoitotyö- kuvaus toimintamallin kehittämisestä. Pro Terveys 37 (6), 10 -14.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi – projektinvetäjän käsikirja. Planpoint Oy

Simonen, O. 2011. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012: 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Johtaminen tukee tervettä ja hyvinvoivaa kuntaa. Tukiaineistoa kuntajohdolle. Helsinki: Yliopistopaino.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Terveytemme. Viitattu 31.8..2013. Saatavissa: <http://www.terveytemme.fi/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a. Infektioaudit. Viitattu 21.9.2013. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektioaudit-fi/tartuntatautirekisteri

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013b. Nuorten elintavat. Viitattu 21.9.2013. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/indikaattorikuvaukset/elintavat#nukkuu_arkisin_alle_8_tuntia

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013c. Piste tapaturmille. Viitattu 21.9.2013. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/toimintakyky/lyhyt-fyysisen-suorituskyvyn-testisto-sppb

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013d. Toimia. Viitattu 21.9.2013. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/51/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013e. Viitattu 21.9.2013. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/aineistot/asiakastyohon

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013f. Viitattu 21.9.2013. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/146/>

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Toikko T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopisto-paino Oy.

Tukia, H., Lehtinen, N., Saaristo, V. & Vuori, M. 2011. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti 55/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011. Viitattu 12.11.2012. Saatavissa: http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/index.html

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010, 2004. Viitattu 21.9.2013. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/282/Tyypin_2_diabeteksen_ehkaisyohjelma_2003_2010_toimenpide_ohjelmakirja_pdf_1_4_Mt.pdf

Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata. Viitattu 21.9.2013. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025&p_haku=vas

Vallimies- Patomäki, M. 2010. Hoitotyön johtaja terveyden edistäjänä. Premissi 2, 22 - 25.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Varsinaisen terveesti. Terveyden edistämisen toimintasuunnitelma ja hyvät käytännöt Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Viitattu 25.8.2012. Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/6250>

Vertio, H.2003. Terveyden edistäminen. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä

Wilskman, K., Ståhl, T., Muurinen, S. & Perttilä, K. 2008. Väestön terveyden edistäminen kunnissa. Stakes työpapereita 16/2008. Helsinki: Valopaino Oy.

World health organization 1986.Ottawa Charter for Health Promotion. Viitattu 21.7.2012. Saatavissa: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Vuori, I. 2010. Toimintakykyä on painotettava terveyskäytännöissä. Lääkärilehti 66(11), 992.

Vuosikello 2012. Viitattu 19.9.2012. Saatavissa: <http://hoitoreitit.vsshp.fi/iisstart.htm?userid=hoitoreitit&passwd=vsshp>

Sähköpostikyselyn saatekirje ja sähköpostikysely

Päiväys 1.12.12

Opinnäytetyön nimi: Terveyden edistämisen vuosikello ja sen seuranta- ja arviointisuunnitelma Rauman sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuoltoon.

Hyvä osastonhoitaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on kartoittaa, minkälaisia terveydenedistämistoimia tulostyöyksissä tehdään ja mitä pitäisi tehdä. Tarkoituksena on tuottaa tietoa avoterveydenhuollon vuosikelloon.

Tämä sähköpostikysely liittyy itsenäisenä osana Rauman sosiaali- ja terveystieteiden laadun- ja toimintojen kehittämistyötä.

Lupa aineiston keruuseen on saatu Rauman sosiaali- ja terveystieteiden johtaja Pekka Jaatiselta 23.11.2012.

Sinun vastauksesi ovat arvokasta tietoa. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen vastaajan näkemykset ole tunnistettavissa. Sähköpostikyselyyn vastaaminen tapahtuu painamalla vastaa-painiketta, jolloin voit kirjoittaa vastauksesi neljän esitetyn kysymyksen alapuolelle. Kun vastauksesi on valmis valitse lähetä ja vastauksesi tulee sähköpostiini. Ole ystävällinen ja vastaa 15.12.12 mennessä. Tuloksista tiedotetaan ensi vuoden aikana.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytetyöhön. Opinnäytetyöni ohjaaja on TtT Pia Suvivuo, päätoiminen tuntiopettaja, Turun ammattikorkeakoulu/Terveystieteiden yksikkö.

Vastaa seuraaviin kysymyksiin:

1. Kuvaile minkälaisia terveydenedistämistoimia tulostyöyksissäsi tehdään ja milloin?

- a) päivittäin
- b) viikoittain
- c) kuukausittain
- d) puolivuositteittain
- e) vuosittain

2. Kuvaile minkälaiseen näyttöön tulostyöyksissäsi terveydenedistämistoimet mielestäsi perustuvat?(esim. Käypä Hoito- suosituksiin)

3. Miten mielestäsi terveydenedistämistoimien vaikuttavuutta tuloksetyksikössäsi arvioidaan ja seurataan?

4. Minkälaisia terveydenedistämistoimenpiteitä mielestäsi tuloksetyksikössäsi pitäisi tehdä

Vastauksistasi kiittäen

Outi Sillvan

Suuhygienisti/ terveyden edistämisen yamk-opiskelija

outi.sillvan@students

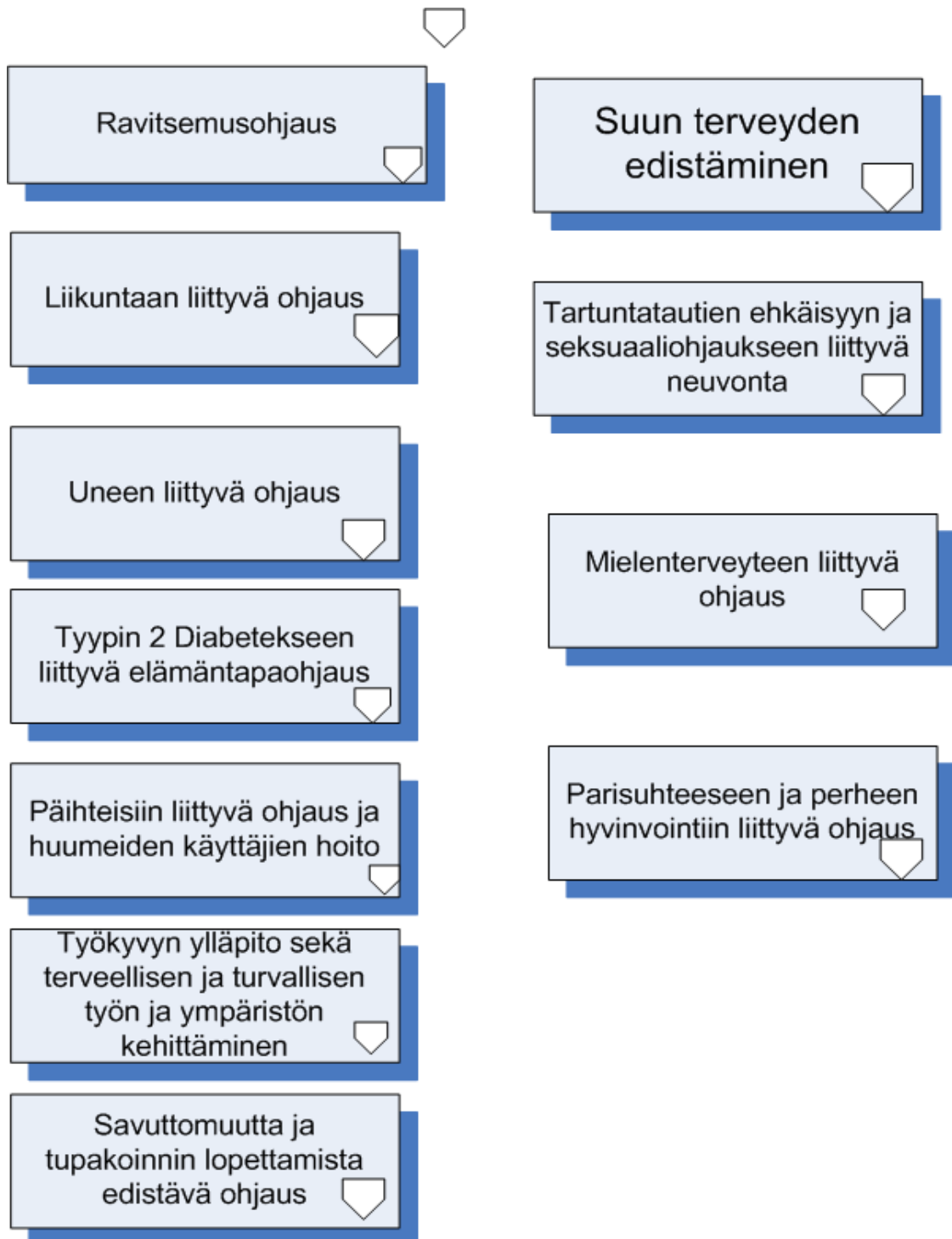
Esimerkki päivittäin tehtävien terveydenedistämistoimien analyysistä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<p>Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon työ on päivittäin tehtävää terveydenedistämistyötä. Työtämme sairaanhoitoa on n. 25- 30 %. Terveydenedistämistyö kohdistuu kaikille lapsen ja nuoren elämäniloille, uni, ravitsemus, päihteet jne.</p> <p>Meitä ohjaa terveydenhoitolaki ja asetus 338/2011.</p>	<p>-lapsen ja nuoren elämäniloille kohdistuva terveysneuvonta liittyen uneen , ravitsemukseen, päihteisiin jne.</p> <p>-sairaanhoito</p> <p>-lait ja asetukset</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ravitsemusohjaus • päihteisiin liittyvä ohjaus • riittävään uneen liittyvä ohjaus <ul style="list-style-type: none"> • sairaanhoito <ul style="list-style-type: none"> • terveydenhoitolain ja asetuksen mukaiset tehtävät 	<p>TERVEYSNEUVONTA</p> <p>SAIRAAHOITO</p>

<p>terveysneuvonta tarvittaessa liittyen pistopaikat, tartuntataudit ym. Kondomeja saa ottaa päivittäin klinikalta. Osan kanssa voidaan puhua tupakoinnin lopettamisesta, ruokavaliosta jne. Terveysneuvontapiste Vinkk` kuuluu päihdekliniikan alaisuuteen. Siellä jaetaan puhtaita neuloja, ruiskuja, puhdistuslappuja, filttareita ja klikkikuppeja ja otetaan vastaan likaiset välineet. Siellä myös terveysneuvonta, esitteitä ja kondomeja tarjolla</p>	<p>-terveysneuvonta tarvittaessa liittyen pistopaikkoihin, tartuntatauteihin</p> <p>-kondomien ja esitteiden jako</p> <p>-puhuminen tupakoinnin lopettamisesta, ruokavaliosta jne.</p> <p>-puhtaiden neulojen, ruiskujen, puhdistuslappujen, filttareiden ja klikkikuppien jako</p> <p>- likaisten huumeiden käyttöön liittyvien välineiden vastaan otto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tartuntatautien ehkäisyyn liittyvä neuvonta • tupakoinnin lopettamiseen liittyvä ohjaus • ravitsemusohjaus • huumeiden käyttäjien hoito 	<p>TERVEYSNEUVONTA</p> <p>SAIRAANHOITO</p>
<p>työmme on kokonaisvaltaista terveydenedistämistä raskaana olevien, lapsiperheiden ja nuorten parissa. Perheille annetaan tietoa lähes kaikilta elämän eri osa-alueilta, jotka liittyvät terveydenedistämiseen; mm. ravitsemus, liikunta, mielen-terveys, päihteet, seksuaalisuus, parisuhde, perheen hyvinvointi, hygienia ym.</p>	<p>terveysneuvontaa; mm. ravitsemus, liikunta, mielenterveys, päihteet, seksuaalisuus, parisuhde, perheen hyvinvointi, hygienia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ravitsemusohjaus • päihteisiin liittyvä ohjaus • liikuntaan liittyvä ohjaus • mielenterveyteen liittyvä ohjaus • seksuaaliohjaus • parisuhteeseen ja perheen hyvinvointiin liittyvä ohjaus • hygieniaan liittyvä ohjaus 	<p>TERVEYSNEUVONTA</p>
<p>joka potilaskontaktissa: harjaus ja lankaus tai tikutusopetus, ravinto-neuvontaa, tupakka, nuuska, ksylitoli</p>	<p>harjaus ja lankaus tai tikutusopetus, ksylitoli, ravinto-neuvontaa, tupak-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hampaiden omahoidon ohjaus • ravitsemusohjaus • savuttomuutta edistävä ohjaus 	<p>OMAHOIDON OHJAUS</p> <p>TERVEYSNEUVONTA</p>

	ka, nuuska		
--	------------	--	--

Malli avoterveydenhuollossa päivittäin tehtävistä terveydenedistämistoimista sähköisessä vuosikellossa





Sosiaali- ja terveysministeriön (2006, 47 - 49) mukaan terveystuotantoa on kaikki fyysinen aktiivisuus, joka edistää tai ylläpitää terveyttä. Liikunnan edistämiseksi vaikuttaa yksilön tietoihin, taitoihin ja asenteisiin, tarjotaan sosiaalista tukea kuten liikunnanohjausta ja neuvontaa sekä muokataan ympäristöä liikuntaan mahdollisuuksien mukaan ja houkuttelevaksi. Kunnalla tulisi olla terveystuotannon strategia ja kunnan tulisi tukea liikuntajärjestöjen ja liikuntapalvelujen tuottavien järjestöjen toimintaa sekä tehdä toiminnallista yhteistyötä näiden järjestöjen kanssa. Terveystuotantoa pitäisi kehittää ja seurata säännöllisesti sekä tälle toiminnalle tulisi nimetä vastuhenkilö.

Liikuntaan liittyvää ohjausta voidaan mitata Berg tasapainotestillä, SPPB (Short Physical Performance Battery) testillä ja VAS (Visual Analogue Scale) kipujana testillä. Näitä mittareita käytetään lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Berg tasapainotestiä käytetään kaatumisriskin kartoittamisessa ja kuntoutuksen tavoitteen täsmentämisessä. Mittarin avulla voidaan seurata kuntoutuksen vaikuttavuutta ja kuntoutujan edistymistä. Berg tasapainotestiä tulkitaan seuraavasti: kokonaispistemäärän perusteella tulokset voidaan jakaa kolmeen luokkaan, 0-10= heikko (pyörätuolin käyttäjä), 21- 24= kohtalainen (avustettava tai apuvälineillä liikkuva) ja 41- 56 = hyvä (itsenäisesti liikkuva). Pistemäärän ollessa < 45 kaatumisriski lisääntyy ja apuvälineen käytön tarpeen todennäköisyys lisääntyy. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012.)

SPPB- testin avulla tunnistetaan kaatumiselle riskialttiit henkilöt riittävän aikaisessa vaiheessa. Testin avulla arvioidaan iäkkäiden tasapaino- ja kävelyongelmia. Mittari mittaa tasapainon hallintaa, alaraajojen lihasvoimaa ja kävelyä. SPPB- testin tulkinta: 3-8p = mahdollisuus osallistua tasapainoryhmään, 9 -12p = annetaan kotiohjeet ja /tai ohjataan johonkin muuhun ryhmään, 0- 2p = tasapainovaikeudet ovat liian suuret ryhmäkuntoutumiseen osallistumiseksi -> yksilöterapia/ lääkärintaustatutkimusta varten. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012; ks. Terveystuotannon ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

VAS kipujana testiä käytetään eri- ikäisillä potilailta, jotka kärsivät akuutista ja kroonisesta kivusta. Mitattu kivun määrä on asiakkaan subjektiivinen arvio kivun voimakkuudesta ja kuvaa asiakkaan kokemusta kivusta. VAS kipujan tulkinta: 0 cm ei kipua, >2 cm lievä kipu, < 7cm erittäin voimakas kipu ja 10 cm pahin mahdollinen kipu. Seuranta tapahtuu vuosittain, tarvittaessa useammin. (Rauman kaupunki 2012;ks. Vainio 2009.)

