



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

RUORI - UUSI SUUNTA TERVEYDEN EDISTÄMISEKSI

Sähköinen terveyden edistämisen malli asiakkaan hyvinvoinnin
lisäämiseksi

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveystieteiden
YAMK
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja
johtaminen
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Saija Sillanpää

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen (ylempi amk)

SILLANPÄÄ, SAIJA:

Ruori - uusi suunta terveyden edistämiseksi
Sähköinen terveyden edistämisen malli
asiakkaan hyvinvoinnin lisäämiseksi

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen koulutusohjelman opinnäytetyö, 67 sivua, 6 liitesivua

Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyönä tehty työelämälähtöinen kehittämishanke vastasi tarpeeseen kehittää Lahden Terveyskioskin henkilöstön työmenetelmiä monikanavapalvelu Ruorissa. Syksyllä 2013 toteutettiin Lahden Terveyskioskin monikanavapalvelu Ruorin rajattu esipilotointi, jossa kokeiltiin uudenlaista toimintamallia asiakasläh- töisten palvelujen lisäämiseksi ja kehittämiseksi. Ruorin tavoitteena on saada kun- talaiset tarkastelemaan ja muuttamaan omia päivittäisiä terveystottumuksiaan ja siten lisäämään omaa hyvinvointiaan.

Kehittämishanke toteutettiin osallistavana toimintatutkimuksena, jossa Lahden Terveyskioskin henkilöstö osallistui tiedontuottamiseen. Kehittämishankkeessa tiedonhankintametrodeina käytettiin kyselyä, fokusryhmähaastattelua sekä ryhmä- työskentelyä. Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda sähköinen terveyden edistämisen malli, jonka avulla Lahden kaupungin Terveyskioskin henkilöstö an- taa potilasohjausta ja mahdollistaa terveydentilaan vaikuttavien asioiden seuran- nan sähköisesti. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää Lahden kaupungin Terveyskioskin henkilöstön työmenetelmiä potilasohjaukseen. Tällä voidaan tukea asiakkaan omaehtoista terveyden edistämistä sekä lisätä asiakkaan kiinnostusta omaan hyvinvointiinsa.

Terveyskioskin henkilöstön tuottamasta aineistosta syntyi sähköinen terveyden edistämisen malli, jossa potilasohjaus lähtee asiakkaan tarpeista ja siihen vaikut- tavat asiakkaan taustatekijät. Henkilöstöllä on ammatillinen vastuu potilasohjauk- sesta ja tärkeää potilasohjauksen onnistumiselle onkin hyvän vuorovaikutussuh- teen syntyminen. Asiakas tekee itse terveyteensä vaikuttavat päätökset henkilo- stön asiantuntevassa ohjauksessa ja Ruori toimii asiakkaan ja Terveyskioskin välil- lä asiakkaan terveydenseurantajärjestelmänä, joka antaa asiakkaalle palautetta. Terveyden edistäminen on kaiken toiminnan tavoitteena ja asiakas seuraa henki- lökohtaisten tavoitteidensa toteutumista Ruorin avulla.

Asiasanat: Terveyden edistäminen, potilasohjaus, sähköiset terveystalvet, Ter- veyskioski

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Developing and Management in Social and Health Care

SILLANPÄÄ, SAIJA:

Ruori - new way of health promotion

An electronic model of health promotion,
which improves customer`s wellbeing

Master`s thesis in Developing and Management in Social and Health Care
67 pages, 6 pages of appendices

Spring 2014

ABSTRACT

This study was conducted as a work-based development project meeting the need to develop Health kiosk staff`s working methods in multichannel service Ruori in the city of Lahti. In the fall of 2013 a limited multichannel service pre-piloting of Ruori was conducted. It is new approach product increasing and developing customer-oriented services. The goal of Ruori is to get inhabitants review and change their own daily health habits and thus increases their own well-being.

This development project was carried out using participatory active research. The health kiosk staff participated in the gathering of information. The data collection methods were a questionnaire, focus group interview and group work. The goal of the development project was to create an electronic health promotion model, which allows Health kiosk staff in the city of Lahti to counsel their clients and makes it possible to monitor electronically the issues affecting general health. The purpose of the development project was to develop the working methods of the Health kiosk staff for patient counselling. This can support customers` health promotion as well as increase customers` interest in their well-being.

The material gathered from the staff of the Health kiosk was made into an electronic model of health promotion. According to the electronic model of health promotion customers` needs and background factors influence patient counselling. The staff has the professional responsibility for the patient counselling. Good interaction is important in counselling. Customer make decisions themselves under the guidance of the health personnel. Ruori works as a health monitoring system between the customers and the Health kiosk, which gives customers feedback. With Ruori customers can monitor how their goals are achieved. Health promotion is the goal of all activities.

Key words: health promotion, counselling, e-health, Health kiosk

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KOHDEORGANISAATIO	4
2.1	Terveyskioski- toimintamallin taustaa	4
2.2	Lahden Terveyskioski	5
2.3	Lahden Terveyskioskin sähköinen monikanavapalvelu Ruori	7
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS	11
4	KEHITTÄMISHANKKEEN KESKEISET KÄSITTEET	12
4.1	Terveyden edistäminen	12
4.2	Potilasohjaus	15
4.3	Sähköiset terveyspalvelut	20
5	SÄHKÖISEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN MALLIN LUOMINEN LAHDEN TERVEYSKIOSKIIN	26
5.1	Toimintatutkimus kehittämishankkeen viitekehyksenä	26
5.2	Kehittämishankkeen toteuttaminen	28
5.3	Kysely	30
5.4	Fokusryhmähaastattelu	31
5.5	Ryhmätyöskentely	32
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	34
6.1	Kyselyn tulokset	34
6.2	Fokusryhmähaastattelun tulokset	37
6.3	Ryhmätyöskentelyn tulokset	41
7	SÄHKÖINEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN MALLI	43
8	POHDINTA	45
8.1	Johtopäätökset	45
8.2	Kehittämishankkeen arviointia	48
8.3	Sähköisen terveyden edistämisen mallin arviointia	51
8.4	Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus	52
8.5	Kehittämishankkeen jatkokehitys haasteet ja hyödynnettävyys	54
	LÄHTEET	57
	LIITTEET	68

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat muutoksen edessä. Kunta- ja palvelurakenneuudistus, sähköisten järjestelmien kehittyminen, palvelutarpeen jatkuva kasvu ja palvelutuotannon resurssien rajallisuus asettavat paineita uudistaa palveluja ja palvelujärjestelmää. Tarvitaan uudenlaisia palveluja, joilla voidaan tukea henkilökohtaista terveyden hallintaa. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisy on todettu olevan tehokas tapa vähentää terveydenhuollon menojen kasvua. Omaehtoisella terveyden hoidolla voidaan merkittävästi vähentää sairastavuutta ja hoidon tarvetta. Luomalla kanavia, joilla tuetaan motivaatiota, omaa aktiivisuutta sekä kokonaisvaltaista elämäntapamuutosta, lisätään asiakkaan omaa kiinnostusta terveyden edistämiseen. (Hyppönen & Niska 2008, 11–15.)

Lahden kaupunki on päättänyt hyödyntää uusia tapoja tuottaa palveluita sekä keskittyä palvelutoiminnassaan toimialoilla määriteltäviin ydintehtäviin. Lahden kaupungin strategia 2025:n mukaan keskitytään ennaltaehkäisevään toimintaan, avopalveluiden kehittämiseen, kouluterveydenhuoltoon ja terveystoiminnan edistämiseen. Palvelut tarjotaan asukkaalle omaa vastuuta ja omatoimisuutta vahvistaen. (Lahden kaupungin strategia 2025, 11.) Ihalaisen (2011, 155) mukaan muutoksen käynnistäjät liittyvät usein organisaation toimintamallien uudistamisiin tai työtapojen muuttumisiin. Organisaation menestyminen vaatii, että osaaminen ja osaamisen johtaminen vastaavat toimintaympäristön tarpeita ja odotuksia. Sosiaali- ja terveysalalla menestyminen tarkoittaa organisaatiossa työskentelevien henkilöiden kykyä tuottaa terveyttä edistäviä ja sairauksia vähentäviä palveluita. (Huotari 2009, 12.)

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoiminnan (Sote) periaatteena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Sen keskeisiä palvelualueita ovat terveys-, vanhus- ja hyvinvointipalvelut. Toimintaympäristön muutos aiheuttaa haasteita taata kuntalaisille asiakaslähtöiset ja laadukkaat palvelut. Asiakkaiden kasvaneet odotukset ja vaatimukset sekä valinnanvapauden laajentuminen yhdessä heikentyneen huoltosuhteen kanssa tuovat haasteita Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoiminnalle. (Lahden kaupunki 2013a, 2.)

Vastatakseen toimintaympäristön muutoksiin ja tulevaisuuden haasteisiin Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystalouden tulosalueella on aloitettu Sote 2015-hanke. Sote 2015 -hankkeessa kehitetään sosiaali- ja terveystalouden palvelurakennetta, sähköistä asiointia, johtamista sekä työyhteisöä. Sähköinen asiointi ja Palvelutori ovat yksi Sote 2015 -hankkeen kuudesta teemaryhmästä. (Lahden kaupunki 2013a, 13.) Ihalaisen (2011, 155) mukaan lisääntyvät sähköiset palvelut muuttavat totuttuja työtapoja ja mahdollisesti jopa poistavat organisaatiolta työtehtäviä. Palvelutori on uusi toimintatapa, jolla pyritään kasvattamaan asiakkaan vastuuta ja osallistumista. Lisäksi se pyrkii vähentämään terveydenhuollon fyysisiä käyntejä sekä puhelinsoittoja. Terveyskioskin monikanavapalvelu Ruori on yksi Palvelutorin palvelumuoto. (Lahden kaupunki 2012.)

Syksyllä 2013 toteutettiin Lahden Terveyskioskin monikanavapalvelu Ruorin rajattu esipilotointi. Sen tavoitteena oli kehittää kuntalaisille uusi asioinnin väylä perinteisen terveydenhoitajan vastaanottokäynnin sekä puhelinneuvonnan rinnalle. Kyseessä on uudenlainen toimintamalli asiakaslähtöisten palvelujen lisäämiseksi ja kehittämiseksi. Sähköisiä palveluita halutaan kehittää tukemaan asiakkaiden omatoimisuutta, tuomaan kustannussäästöjä sekä vastaamaan asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin (Powell 2010,150; Lluch 2011, 858). Uusi teknologia mahdollistaa muun muassa terveystalouden saatavuuden, houkuttelevuuden, joustavuuden ja yksilöllisyyden (Noar & Harrington 2012, 10).

Kunnissa tulevaisuuden osaamistarpeet liittyvät vuorovaikutukseen ja dynaamiseen itseohjautuvuuteen (Hyrkäs 2009, 47). Sähköinen asiointi muuttaa terveydenhuollon ammattilaisen roolia potilaan ohjaajaksi ja terveystaloutta jaksoksi, joka auttaa hoitotavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisen todentamisessa. Ohjauksella tuetaan asiakkaan omia valintoja sekä asiakas sitoutetaan entistä enemmän osallistumaan omaan hoitoonsa. (Hyppönen, Winblab, Reinikainen, Angeria, Hirvasniemi 2010, 12, 41–42.) Kuntien tulevaisuuden haasteet tuovat esille sen, että osaamisen tulisi kehittyä kokonaisvaltaisuuteen ja strategiseen suuntaan. Organisaation toimijoiden tulee olla muutoshalukkaita ja osaamisen on oltava monipuolista. (Hyrkäs 2009, 46–47.)

Jotta terveydenhuollon ammattilaisilla on riittävä osaaminen ja halu muutokseen sekä riittävät resurssit muutosten aikaansaamiseksi, tarvitaan johtamisosaamista.

Lahden kaupungin strategia 2025:ssa tavoitteena on kehittää johtamisjärjestelmää sekä esimiesten johtamisosaamista. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystalouden tulosalueella johtamisjärjestelmän uudistamisella lisätään päätöksenteon ja johtamisen joustavuutta. Johtamisjärjestelmän kehittämällä parannetaan työntekijöiden osaamista, työhyvinvointia sekä työssä jaksamista. (Lahden kaupungin strategia 2025, 8; Lahden kaupunki 2012a, 28.)

Ruorin tavoitteena on rakentaa uusi asiointin väylä, jolla täydennetään terveydenhuollon palveluja Lahden sosiaali- ja terveystoimialalla. Tämä kehittämishanke liittyy Ruoriin ja potilasohjaukseen, jota Lahden Terveyskioskin henkilöstö antaa asiakkaalle, joka haluaa rekisteröityä Ruorin käyttäjäksi. Kehittämishankkeessa rakennetaan malli, josta Lahden Terveyskioskin henkilöstö näkee, mitkä tekijät ovat keskeisiä Ruorin potilasohjauksessa.

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää Lahden Terveyskioskin henkilöstön työmenetelmiä potilasohjaukseen, jolla tuetaan asiakkaan omaehtoista terveyden edistämistä sekä lisätään asiakkaan kiinnostusta omaan hyvinvointiinsa. Kehittämishankkeen tavoitteena on luoda sähköinen terveyden edistämisen malli, jonka avulla Lahden Terveyskioskin henkilöstö antaa potilasohjausta ja mahdollistaa terveydentilaan vaikuttavien asioiden seurannan sähköisesti. Kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksellisessa viitekehyksessä.

2 KOHDEORGANISAATIO

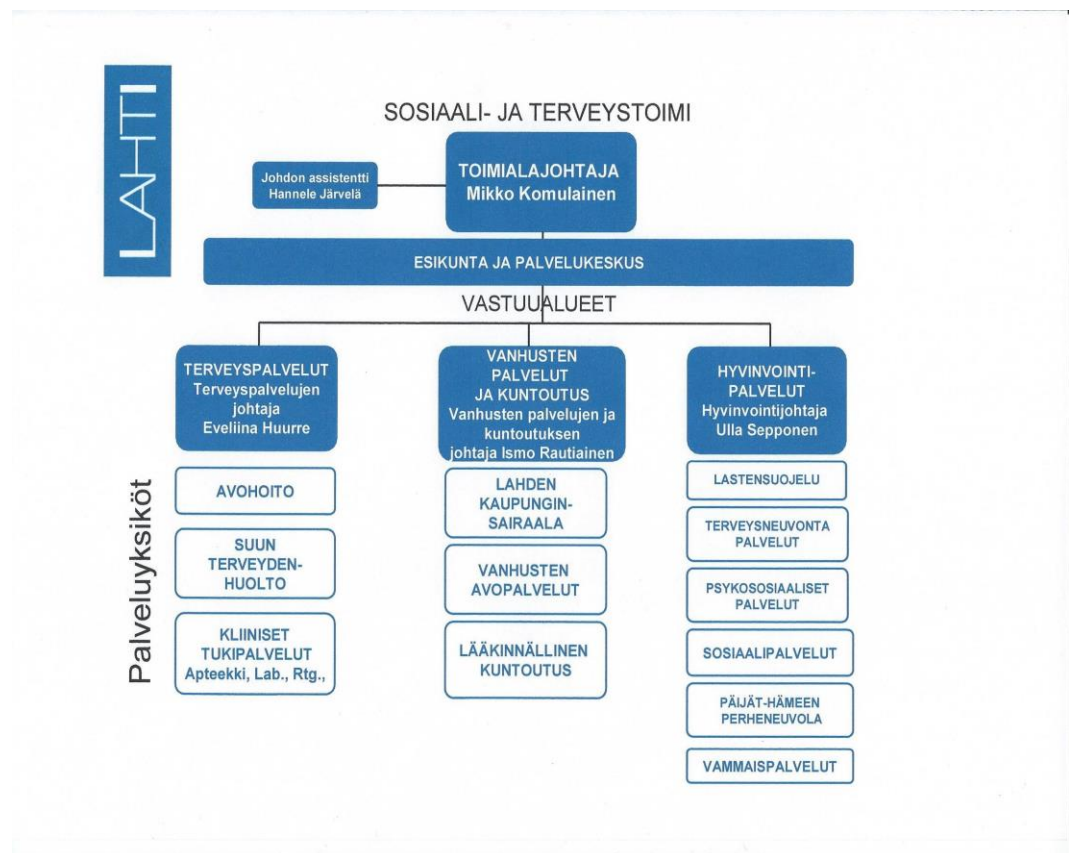
2.1 Terveyskioski- toimintamallin taustaa

Terveyskioski-toimintamalli pohjautuu Yhdysvalloissa kehitettyyn Retail Clinic – palvelumalliin. Yhdysvalloissa ei ole yhtenäistä kaikelle kansalle olevaa terveydenhuoltojärjestelmää, vaan terveydenhuolto on osin liittovaltion ja osin osavaltioiden sääntelemää. Yhdysvaltalaisista noin 16–28 prosenttia kuuluu julkisen ja noin 68 prosenttia yksityisen terveysvakuutuksen piiriin. Retail Clinic -toiminta alkoi Minneapolisissa vuonna 2000. Vuonna 2008 niitä oli 1200 45 osavaltiossa. On arvioitu, että vuonna 2013 niitä on jo 2400. Retail Clinicit tarjoavat strategisen uuden terveydenhoitopalveluiden toimeenpanomallin perusterveydenhuollon järjestelmään. (Mckinley & Marceau 2012, 1135.) Suomessa Terveyskioski on osana julkista perusterveydenhuoltoa, kun Yhdysvalloissa se on liiketoimintaa ja vakuutussidonnainen.

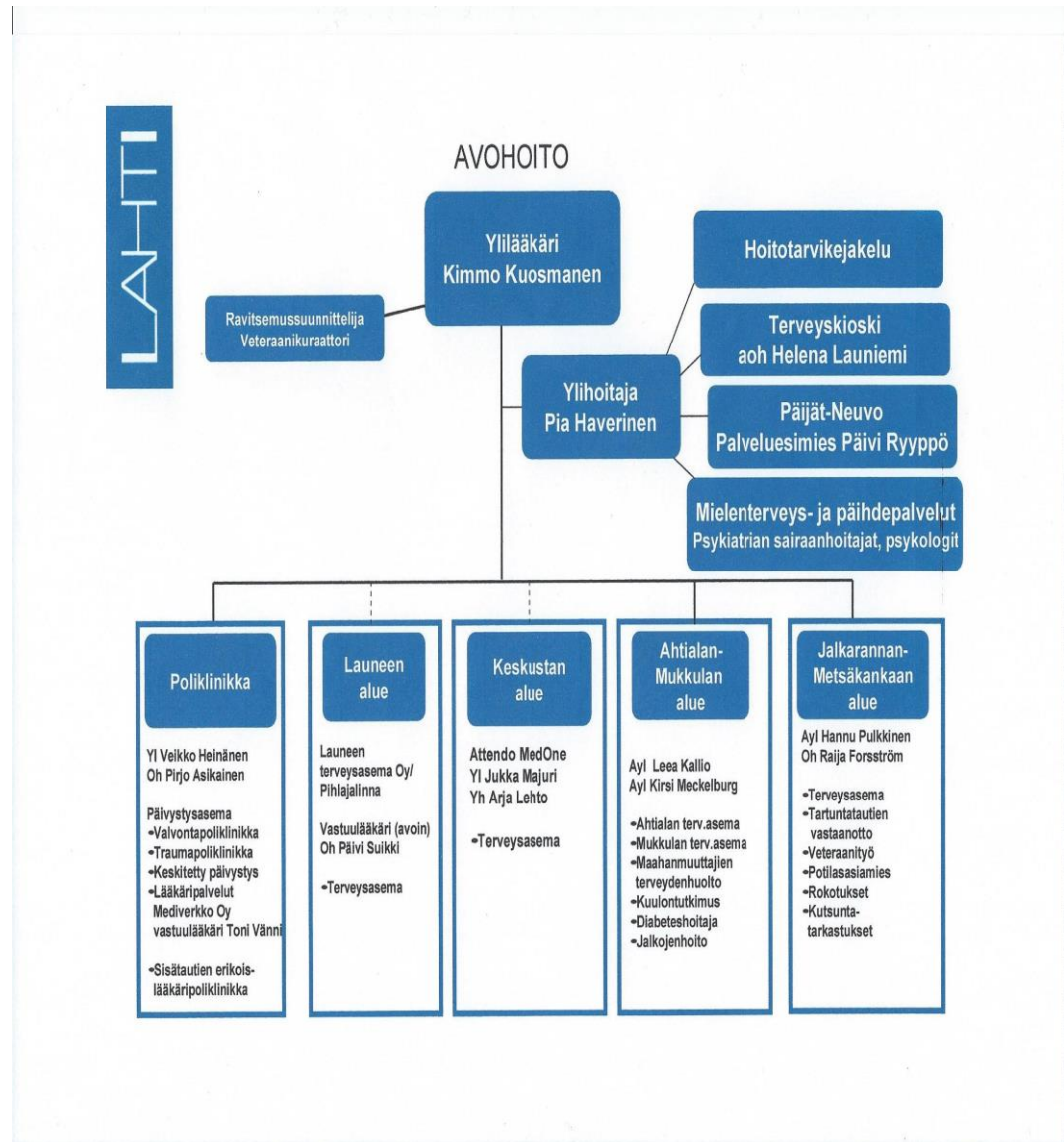
Retail Clinic-toiminnan tavoitteena on tarjota edullisia terveyspalveluja ihmisille, joilla ei ole omalääkärinä tai sairausvakuutusta. Yhdysvaltain mallissa hoidetaan akuuttihoitona esimerkiksi haavat, hengitystieinfektiot ja korvatulehdukset sekä annetaan yleisimpiä rokotuksia ja tehdään joitakin mittauksia. Suomalainen Terveyskioski painottaa toiminnassaan enemmän ennaltaehkäisyä sekä neuvontaa ja ohjausta. Retail Clinicit sijaitsevat yleensä kauppakeskusten yhteydessä ja ne ovat auki myös iltaisin ja viikonloppuisin. Palvelu on nopeaa ja laadukasta, eikä vaadi ajan varaamista tai pitkiä odotusaikoja. Retail Clinic -toimintaa pyörittävät sairaanhoitajat. Käynti Retail Clinicilla maksaa noin 15–116\$, kun käynti päivystyspoliklinikalla maksaa noin 55–250\$. Julkiset terveysvakuutusyhtiöt Medicare ja Medicaid korvaavat lähes kaikki kulut, jotka syntyvät asiakkaalle Retail Clinicilla. (Mckinley & Marceau 2012, 1135–1136; Ryan 2010, 27.) Suomessa palvelu on tarkoitettu kaikille ja se on asiakkaalle maksutonta. Sekä Yhdysvalloissa että Suomessa Terveyskioskit nähdään yhtenä ratkaisuna huonosti toimivan terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiseen. Suomen ensimmäinen Terveyskioski perustettiin vuonna 2009 Ylöjärvelle. Toinen Terveyskioski perustettiin Lahteen vuonna 2010. Tällä hetkellä Terveyskioskeja toimii lisäksi Kotkassa, Orimattilassa, Kuopiossa, Varkaudessa sekä Haminassa.

2.2 Lahden Terveyskioski

Tämän kehittämishankkeen kohdeorganisaationa on Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan terveystoimialan vastuualueella toimiva Lahden Terveyskioski. Toimialan ydintehtävänä on tuottaa toimivat, laadukkaat ja sisällöllisesti määritellyt sosiaali- ja terveystoimialan palvelut. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala jakaantuu terveystoimialoihin, vanhusten palveluihin ja kuntoutukseen sekä hyvinvointipalveluihin. Kuviossa 1. esitellään Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan jakautuminen. Terveyskioskit kuuluvat hallinnollisesti terveystoimialan vastuualueen avohoidon palveluyksikköön. Terveystoimialan vastuualue tuottaa peruspalveluja avohoidossa, suunterveydenhuollossa sekä kliinisissä tukipalveluissa. Terveystoimialan tavoitteena on tarjota asukkaille palvelujen hyvä saataavuus ja vaikuttavuus. Lisäksi tavoitteena on tukea asukkaiden hyvinvointia. Avohoidon tukea asukkaita oman terveyden ylläpitämisessä sekä ohjaa ja neuvoo sairanhoidossa. Kuviossa 2. esitellään Lahden kaupungin avohoidon yksiköt. (Lahden kaupunki 2013a)



Kuvio 1. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan jakautuminen. (Lahden kaupunki 2013b)



Kuvio 2. Lahden kaupungin avohoidon yksiköt. (Lahden kaupunki 2013b)

Lahteen avattiin ensimmäinen Terveyskioski vuonna 2010 kauppakeskus Trioon. Se oli aluksi kaksivuotinen kokeilu- ja tutkimushanke, jossa olivat mukana Lahden kaupunki ja Sitra. Syyskuussa 2011 Lahden kaupunki avasi toisen Terveyskioskin Launeen Prismaan. Toiminta on vakiintunut Lahden kaupungin omaksi toiminnaksi. (Kork, Kivimäki, Rimpelä, Vakkuri 2012, 11.)

Terveyskioski on matalan kynnyksen palvelupiste, joka toimii ilman ajanvarausta. Siellä tarjotaan maksutta hoitajatasoisia perusterveydenhuollon palveluja. Henkilökunta koostuu neljästä terveydenhoitajasta, kahdesta sairaanhoitajasta sekä osas-

tonhoitajasta, joka on fysioterapeutti. Keskeisellä sijalla ovat ennaltaehkäisevät palvelut, kuten terveysneuvonta, palveluohjaus ja terveystmittaukset. (Kork ym. 2012, 11.)

Terveyskioskissa toiminnan painopiste on terveyden edistämisessä ja sairauksien ennaltaehkäisyssä. Palveluissa keskitytään neuvontaan, yleiseen palveluohjaukseen ja teemapäiviin. Terveyskioskista saa esimerkiksi tukea painonpudotukseen ja ohjeita tuki- ja liikuntaelimestön vaivoihin. Lisäksi sieltä saa lainaksi liikunta- ja harjoitusvälineitä. Terveys-, ruokavalio- ja liikuntaneuvonnan lisäksi Terveyskioskissa tehdään mittauksia kuten verenpaineen, verensokerin ja lihasvoiman mittaukset. Siellä voidaan tarvittaessa määrittellä tupakoitsijoiden keuhkojen ikä tai kehonkoostumus. Terveyskioskissa tehdään myös pienimuotoisia sairaustilanteen arvioita sekä toimenpiteitä. Terveyskioski järjestää myös ryhmäohjauksia ja rokotuskampanjoita. (Kork ym. 2012, 17–19.)

Terveyskioski kehittää palvelujaan asiakkailta saadun palautteen avulla. Terveyskioskilla asiakkaan on mahdollista tehdä sähköinen asiointisopimus ja e-reseptisopimus, asiakas voi saada hoitajatodistuksen sairaan lapsen kotihoidon tarpeesta sekä flunssapotilaille voidaan kirjoittaa sairauslomatodistus. Miehiä motivoidaan uudella kehonkoostumusmittauksella, jonka tulokset voivat antaa syyn pohtia elämäntapojaan ja siten kannustaa elämäntapojen muutokseen. (Kork ym. 2012, 18.)

2.3 Lahden Terveyskioskin sähköinen monikanavapalvelu Ruori

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystalouden tulosalueella on alkanut Sote 2015 -kehityshanke, jonka tavoitteena on parantaa palvelutuotantoa ja tuottavuutta. Hankkeessa kehitetään sosiaali- ja terveystalouden palvelurakennetta, sähköistä asiointia, johtamista sekä työyhteisöä. Sote 2015 -kehityshankkeen yhtenä tavoitteena luoda uudenlainen sähköinen palveluhakemisto, Palvelutori, jolla parannetaan asiakaspalvelua. Palvelutori ohjaa asiakkaita palvelutarpeen kartoituksessa ja sopivan palvelun valinnassa, lisäksi se mahdollistaa väylän palautteen antamiselle saadusta palvelusta. (Lahden kaupunki 2012.)

Palvelutorin uudella toimintatavalla pyritään asiakkaan vastuun ja osallistumisen kasvattamiseen ja terveydenhuollon fyysisten käyntien vähenemiseen. Terveyskioskin monikanavapalvelu (e-Terveyskioski) on keskeinen osa Palvelutorin terveyden edistämisen konseptia. Terveyskioskin monikanavapalvelu (e-Terveyskioski)- projektin tavoitteena on luoda palvelukonsepti, joka saa kuntalaiset tarkastelemaan ja muuttamaan omia päivittäisiä terveystottumuksiaan ja siten lisäämään omaa hyvinvointiaan. Palvelukonsepti on innovaatio, jolla kehitetään uudentyyppistä sähköistä asiointia Lahden sosiaali- ja terveyspalveluiden toimialalla. Kuntalaisille kehitetään uudenlainen asioinnin väylä terveydenhoitajan vastaanottokäyntien ja puhelinneuvonnan rinnalle. (Lahden kaupunki 2012.) e-Terveyskioski Monikanavapalvelun rajattu esipilotointi esiteltiin rajatulle ryhmälle medioiden edustajia 27.9.2013 ja samalla se nimettiin Ruoriksi (Ratia 2013, 7).

Ruori-projekti alkoi 1.1.2013 ja se päättyy 31.12.2014. Tavoitteena on luoda matalan kynnyksen palvelukonsepti sellaisille henkilöille, jotka ovat tottuneet hoitamaan asioita tietokoneiden avulla. Sen avulla on mahdollisuus laajentaa ennaltaehkäisevän terveydenhoidon käyttäjäkuntaa, joita fyysiset toimipisteet eivät tyyppillisesti tavoita. Ruori tuo ennaltaehkäisevän terveydenhoidon lähemmäksi kaikkia kansalaisia ja tukee näin sosioekonomisten terveyserojen kaventumista. Sen tavoitteena on luoda käyttäjäystävällinen sähköisen asioinnin väylä. (Lahden kaupunki 2012.)

Ruorin tavoitteena on saada kuntalaiset tarkastelemaan ja muuttamaan omia päivittäisiä terveystottumuksiaan ja siten lisäämään omaa hyvinvointiaan. Erityisesti kiinnitetään huomiota väestön ravitsemus ja liikuntatottumusten kohentamiseen, ylipainon, sydäntautien ja diabeteksen vähentämiseen ja ennaltaehkäisyyn. Lisäksi keskitytään lasten, nuorten ja lapsiperheiden alkoholin ja muiden päihteidenkäytön ehkäisyyn ja vähentämiseen sekä alkoholin suurkuluttajien mini-intervention käyttöönoton tehostamiseen avoterveydenhoidossa. Ruori toimii käyttäjälle sähköisenä terveydentilan seurantajärjestelmänä. (Lahden kaupunki 2012, ESS 2013,7.)

Esipilotointivaiheessa asiakkaan on käytävä Trion Terveyskioskissa päästäkseen Ruorin käyttäjäksi. Asiakkaalla on oltava sähköpostiosoite, jotta hän voi rekisteröityä Ruoriin. Sähköpostiosoite toimii asiakkaan käyttäjätunnuksena. Käynnillä

asiakas luo oman salasanan henkilökohtaista kirjautumista varten. Terveyskioskin hoitaja syöttää esitietoihin asiakkaan nimen ja pituuden. Käynnin aikana asiakkaalle tehdään terveydentilan arviointi. Tämän pohjalta terveydenhoitaja ohjelmoi asiakkaalle osiot, jotka ovat asiakkaan terveydentilan kannalta keskeisiä. Ruori sisältää seitsemän osiota, jotka ovat paino, verenpaine, vyötärön ympärysmitta, tupakointi, alkoholinkäyttö, diabetesriskitesti sekä alkoholiriskitesti eli Audit-testi.

Diabetesriskitestissä arvioidaan riskiä sairastua 2 tyypin diabetekseen. Testi on Suomessa kehitetty. Siinä on kahdeksan kysymystä, jotka liittyvät ikään, painoindeksiin, vyötärön ympärysmittaan, ruokavalioon, liikuntaan, verensokeriarvoihin ja verenpainelääkitykseen sekä perimään. Maksimipistemäärä on 26. Mitä suurempi pistemäärä on, sitä suurempi mahdollisuus on sairastua 2 tyypin diabetekseen. (Käypä hoito 2013.) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) on WHO:n kehittämä kymmenen strukturoidun kysymyksen testi, jolla selvitetään alkoholin käyttöä. Riskikäytön pisteraja on miehillä vähintään kahdeksan ja naisilla kuusi pistettä. (Käypä hoito 2011.)

Ohjelmaan on syötetty viitearvot esimerkiksi viikoittaisesta alkoholinkulutuksesta. Ohjelma huomauttaa esimerkiksi, jos paino on noussut tai vyötärön ympärysmitta on pienentynyt. Ohjelma on suunniteltu antamaan sekä positiivista palautetta että ihmistä herättelevää kritiikkiä. Terveyskioskin henkilöstöllä ei ole mahdollisuutta seurata aktiivisesti Ruorin käyttäjien seuranta-arvoja. Ohjelman tarkoitus on aktivoita ja vastuuttaa ihmiset itse seuraamaan omaa terveydentilaansa.

Terveyskioskin henkilöstö hallinnoi Ruori-seurantajärjestelmää. Asiakas ei voi itse lisätä tai poistaa osioita, vaan sen voi tehdä Terveyskioskin henkilöstö. Terveyskioskin henkilöstö pystyy tarvittaessa katsomaan asiakkaan tietoja. Asiakkaan toivotaan käyvän keskustelemassa kahden kuukauden seurantajakson aikana Terveyskioskillä terveydentilastaan, ajoittuen seurantajakson puoliväliin ja loppuun. Asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia seurataan yhteistyössä terveystieteiden henkilöstön kanssa, kun asiakas tulee käymään fyysisesti terveystieteiden kioskilla. Terveystieteiden ja Ruorin erona on, että Terveystieteiden kioskissa asioidaan henkilökohtaisesti, palveluaikojen puitteissa. Ruoriin rekisteröidyttäen ihminen sitoutuu itse aktiivisesti seuraamaan terveydentilaansa vaikuttavia tekijöitä. Hän voi käyttää Ruoria koska tahansa ja missä tahansa, se ei ole aikaan tai paikkaan sidottu. Ohjelma antaa pa-

lautetta, johon asiakkaan tulee itse reagoida ja miettiä omia terveyttä edistäviä valintojaan. Ruori ei ole Terveyskioskin hoitajan ja asiakkaan välinen yhteydenpidon väline vaan Ruori on asiakkaan henkilökohtaisen terveyteen ja hyvinvointiin suunnattu seurantajärjestelmä.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on luoda terveyden edistämisen malli, jonka avulla Lahden kaupungin Terveyskioskin henkilöstö antaa potilasohjausta ja mahdollistaa terveydentilaan vaikuttavien asioiden seurannan sähköisesti.

Kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää Lahden kaupungin Terveyskioskin henkilöstön työmenetelmiä potilasohjaukseen. Tällä voidaan tukea asiakkaan omaehtoista terveyden edistämistä sekä lisätä asiakkaan kiinnostusta omaan hyvinvointiinsa.

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveysala on suurten muutosten edessä. Kaupunki on tehnyt mittavan Sote 2015 -kehittämisohjelman ja sen yhtenä innovaationa on Ruori, jolla pyritään Lahden kaupungin strategian mukaisiin uudistuksiin. Kuntalaisia aktivoidaan ja vastuutetaan itsenäiseen terveyden edistämiseen ja oman hyvinvoinnin parantamiseen. Ruori toimii asiakkaan ja terveydenhuollon henkilöstön välissä. Lahden Terveyskioskin henkilöstö motivoi potilasohjauksella asiakasta elämäntapojen muutokseen. Ruori on terveydenseurantajärjestelmä joka tuo terveydentilaan vaikuttavat mittaukset asiakkaalle näkyviksi. Ruori antaa palautetta ja kehottaa asiakasta keskustelemaan terveydentilastaan Terveyskioskilla. Ruori on pilotointivaiheessa ja sen toiminta on uutta sekä asiakkaille että Lahden Terveyskioskin henkilöstölle. Kehittämishankkeessa Lahden Terveyskioskin henkilöstö pohtii Ruorin potilasohjaukseen liittyviä keskeisiä tekijöitä, joista kokoan mallin, jonka avulla henkilöstö antaa potilasohjausta. Potilasohjauksen tavoitteena on motivoida asiakas elämäntapojen muutokseen.

4 KEHITTÄMISHANKKEEN KESKEISET KÄSITTEET

4.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen käsitteen sisältöön on voimakkaasti vaikuttanut WHO:n vuosikymmenten mittainen kehittämistyö. Nykyisen terveyden edistämisen perusta on lähtöisin WHO:n järjestämän Ottawan terveyden edistämisen kansainvälisestä konferenssista vuodelta 1986. (Ojaniemi 2006, 7.) WHO:n (1986) määritelmän mukaan terveyden edistäminen on prosessi, jossa ihmiset voivat parantaa terveyttään. Yksilön tai ryhmän on tunnistettava ja ymmärrettävä tarpeitaan ja toiveitaan sekä muutettava ympäristöään saavuttaakseen täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin.

Terveyden edistämisestä säädetään erilaisissa laissa ja asetuksissa, lisäksi erilaisilla kansallisilla ja kansainvälisillä ohjelmilla pyritään terveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseen. Yleinen ohjaus- ja valvontavastuu on sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöllä. Kansanterveyslaki (66/1972, 1§) määrittelee kuinka kansanterveystyö kohdistuu yksilöön, väestöön ja elinympäristöön terveyden edistämisenä sekä sairauksien ja tapaturmien ehkäisynä, johon sisältyy yksilön sairaanhoito. Kansanterveystyön sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa. Terveydenhuoltolain (1326/2010, 3§) mukaan terveyden edistäminen on toimintaa, joka kohdistuu yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön. Lain tavoitteena on parantaa ja ylläpitää terveyttä ja työ- ja toimintakykyä sekä vaikuttaa terveyden taustatekijöihin. Sillä pyritään myös ehkäisemään sairauksia, tapaturmia ja muita terveysongelmia ja vahvistamaan mielenterveyttä. Lisäksi tavoitteena on kohdentaa voimavaroja suunnitelmallisesti terveyttä edistävällä tavalla ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terveyden edistämisestä säädetään myös muissa laeissa, kuten tartuntatauti-, tupakka- ja raittiustyölaissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Kaste 2012–2015) kehitetään, arvioidaan, levitetään sekä juurrutetaan uusia hyviä käytäntöjä. Sen tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen. Lisäksi se pyrkii järjestämään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja rakenteet asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö

vastaa ohjelman strategisesta johtamisesta, mutta tavoitteiden saavuttaminen on kuntien vastuulla. Kuntien on huomioitava terveystieteelliset toiminnot ja päätöksissään. Kaste 2012–2015-ohjelma lisää kuntien mahdollisuuksia puuttua terveyttä vaarantaviin riskitekijöihin, edistää väestön terveyttä sekä kaventaa terveyseroja. Yhteiskunnalliset päätökset vaikuttavat kansalaisten tasavertaisuuteen tai eriarvoisuuteen heidän kokemansa terveyden suhteen. Terveyseroja voidaan kaventaa, kun voimavaroja kohdistetaan sellaisten ryhmien terveyden edistämiseen, jotka kokevat terveytensä huonoimmaksi ja joilla on heikoimmat mahdollisuudet oman terveyden ylläpitoon ja edistämiseen. (STM 2013; STM 2012, 13; STM 2008, 9.)

Euroopan komission terveysstrategiassa 2008–2013 määritellyt toimintalinjat ovat muun muassa kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien lisääminen, tietoon perustuva päätöksenteko sekä terveyserojen vähentäminen. Terveysstrategian tavoitteena on edistää terveyttä ikääntyvässä Euroopassa, suojata kansalaisia terveysuhilta sekä tukea dynaamisia terveydenhuoltojärjestelmiä ja uusia teknologioita. Euroopan komissio tukee strategian täytäntöpanoa lainsäädännöllä, rahoituksella sekä Euroopan laajuisella yhteistyöllä. (Euroopan komissio 2013a.)

Terveyden edistämiseen vaikuttavat myös muut tekijät kuin terveydenhuolto. Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (Etene) ei näe terveyden edistämistä vain terveydenhuollon toimintana, vaan siihen vaikuttavat monet muut yhteiskunnan sektorit. Koulutuksella, työelämällä ja harrastuksilla on merkittävä vaikutus yksilön kykyyn ylläpitää ja kohentaa terveyttään. (STM 2008, 4.) Lisäksi terveyden edistämiseen vaikuttavat elinympäristö, rakentaminen ja asuminen, työllisyys ja sosiaaliturva, liikenne sekä elintarviketeollisuus (Alayli-Goebbels, Dellaert, Knox, Ament, Lakerveld, Bot, Nijpels ja Severens 2013, 114).

Myös arvot liitetään tärkeäksi terveyden edistämiseen liittyväksi tekijäksi. Terveyden edistämisen keskuksessa terveyden edistäminen nähdään arvoihin perustuvana tavoitteellisena ja välineellisenä toimintana ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8.) Terveyden edistämisen lähtökohdat, sisällöt ja painoalueet perustuvat ihmis- ja terveystieteisiin, jotka puolestaan rakentuvat yhteiskunnassa vallitsevien arvojen ja niiden pohjalta syntyneeseen politiikkaan ja käytännön

toimenpiteisiin. Lääketieteellisestä näkökulmasta terveyden edistämisen sisältöjä ovat esimerkiksi sairauksien ehkäisy, hoitoon ohjaus ja käypä hoito. Käyttäytymistieteellisestä näkökulmasta terveyden edistämässä tärkeää on asenteiden ja toimintojen muuttaminen terveyttä tukevaan suuntaan. Kasvatustieteellisessä näkökulmassa muutoksia halutaan tehdä koulutuksen ja kasvatuksen avulla. Hoitotieteessä korostuu terveyden säilyttäminen ja edistäminen sekä sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen. Sosiaalitieteellisessä näkökulmassa sosiaalisten verkostojen aktivointi ja elinolojen muuttaminen ovat tärkeitä. (Koskinen-Ollonqvist, Aalto-Kallio, Mikkonen, Nykyri, Parviainen, Saikkonen & Tamminiemi 2007, 19–20.)

Kansanterveystieteen perustehtävänä pidetään terveyden edistämistä, jossa tutkimuksella ja käytännön toimintamalleille pyritään terveyden ja hyvinvoinnin optimointiin ylläpitämällä terveyttä sekä ennaltaehkäisemällä sairauksia. Kansanterveystieteessä käytetään termiä preventio, kun terveyden edistämisen keskeisenä päämääränä on sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäisy. Prevention tasot voidaan jakaa primaari-, sekundaari- ja tertiäripreventioon. Primaaripreventiossa toimet painottuvat vielä sairastumattomiin ryhmiin, joissa ihmisten riskit sairastumiseen ovat pienet. Sekundaaripreventiossa ihmisellä on jo sairauden riskitekijöitä tai sairaus on jo varhaisasteella. Tertiäripreventiossa terveys on yleensä jo heikentynyt. Siinä keskitytään sairauden etenemisen ehkäisyyn sekä toimintakyvyn ylläpitoon tai palauttamiseen. (Hubley & Copeman 2010, 49; Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 101,105.)

Terveyden edistäminen muodostuu laajasta toimintakentästä. Terveyden edistämistä voidaan tarkastella yksilötasolla ja yhteisöllisellä tasolla. Terveyttä edistävissä yhteiskuntapolitiikassa uudelleen suunnitellaan sekä järjestetään terveystal-veluja. Tärkeää on huomioida terveyttä tukevan ympäristön luominen sekä huomioida eettinen ja kulttuurinen perusta sekä globaalit näkökohdat. (Pietilä 2010, 10–11.) Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävä on sairauksien hoidon ohella terveyden edistäminen (STM 2008, 9). Terveyden – ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2013) korostaakin, että terveyden edistäminen on usein ohjaamista, neuvontaa tai opettamista. Pietilän, Halkoahon ja Matveisen (2010, 232) mukaan terveyden edistäminen yksilötasolla sisältyy terveydenhuollon asiantuntijoiden päivittäisiin työtehtäviin ja jokaisen asiakkaan ja potilaan kohtaamiseen.

4.2 Potilasohjaus

Potilasohjaus on tämän kehittämishankkeen keskeinen käsite. Kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää Lahden kaupungin Terveyskioskin henkilöstön työmenetelmiä potilasohjaukseen. Sillä voidaan tukea asiakkaan omaehtoista terveyden edistämistä sekä lisätä asiakkaan kiinnostusta omaan hyvinvointiinsa. Tässä kehittämishankkeessa käsitteitä ohjaus ja potilasohjaus käytetään synonyymeina, koska ohjausta tarkastellaan potilastyön viitekehyksessä.

Lait ja asetukset luovat ohjaustilanteen toimimiselle sekä pohjan että velvoitteen (Lahtinen 2006, 6). Kääriäisen (2007, 24) mukaan ohjausta voidaan katsoa juridisista, eettisistä ja teoreettisista lähtökohdista. Terveys- ja hyvinvoinnin laissa (1992/785, 1994/559, 1326/2010.) Terveys- ja hyvinvoinnin lain- ja asetusten (1992/785 § 5) velvoittaa, että potilaalle on kerrottava tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista sekä riskitekijöistä niin, että potilas ymmärtää ne. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559 § 1) edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Lailla varmistetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöstöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja riittävä ammatillinen pätevyys sekä valmiudet toteuttaa terveydenhuollon ammattitoimintaa. Lisäksi terveydenhuoltolain mukaan (1326/2010, § 24) kunnan on järjestettävä asukkailleen sairaanhoitopalvelut, jotka sisältävät ohjausta, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa.

Lakien ja asetusten lisäksi ohjaustilanteen eettistä kontekstia määrittelevät terveydenhuollon eettiset periaatteet (Lahtinen 2006, 7). Pietilän, Länsimies- Antikaisen, Vähäkankaan ja Pirttilän (2010, 15) mukaan etiikka muodostaa terveyttä edistävän toiminnan perustan. Etiikalla tarkoitetaan oppia oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta toiminnasta. Etiikka auttaa tekemään valintoja ja arvioimaan sekä omaa että toisten toimintaa. Se ei kuitenkaan anna valmiita ratkaisuja eettisiin kysymyksiin, mutta antaa välineitä tarkastella niitä. Pohdinta potilasohjauksen eettisistä lähtökohdista johtaa varsin laajoihin ja perustavanlaatuisiin kysymyksiin terveydenhuollon lähtökohdista. Ohjauksessa tapahtuva vuorovaikutus ei ole vain yksittäisten yksilöiden kohtaamista. Etiikan näkökulmasta ohjauksessa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa kohtaa laillisin ja eettisin perustein määritelty ammatillainen

sekä ohjattava. (Lahtinen 2006, 6-8.) Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (Etene) linjaa että asiakkaiden ja potilaiden ja ammattilaisten välinen keskinäinen vuorovaikutus on oltava toista arvostavaa ja inhimillistä. Vuorovaikutus on rehellistä ja se sisältää keskinäistä luottamusta, jossa molemmat sitoutuvat sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan. Tärkeää on myös osaamisen ja kokemuksen arvostaminen sekä kuulluksi tulo ja tiedonsaanti omassa asiassaan. (STM 2011, 6.)

Teoreettisista lähtökohdista katsottuna potilasohjaus on tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksen on edistää potilaan tiedonsaantia sekä tukea häntä terveyteen liittyvien ongelmien ja hoidon hallinnassa (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Redfors 2007, 25–26). Potilaslähtöisessä ohjauksessa on huomioitu potilaan taustatekijät suunniteltaessa ja toteutettaessa ohjausta (Kääriäinen 2007, 40). Keskeinen tavoite potilasohjauksessa on tukea potilaan voimavarojen löytymistä sekä mahdollistaa optimaalinen itsehoito ja vastuunottaminen sairauteen liittyvissä asioissa (Kyngäs & Hentinen 2009). Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat ohjaajien tiedot, taidot ja asenteet sekä ohjausmenetelmien käyttö, toimintamahdollisuudet ja ohjauksen toteutus. Laadukas potilasohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta ylläpitää ja kehittää ohjausvalmiuksiaan. (Lipponen, Kanste, Kyngäs, Ukkola 2008, 121–122.)

Ohjaus on ammatillista toimintaa, jossa korostuu ohjaajan ammatillinen vastuu. Siihen taas kuuluvat työn filosofinen ja eettinen pohdinta sekä ohjausvalmiudet. Ohjausvalmiuksia ovat muun muassa tieto ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja ohjausmenetelmistä sekä vuorovaikutus- sekä johtamistaidot. Ohjaus nähdään aktiivisena ja tavoitteellisena toimintana, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjaussuhde on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan taustatekijöihin eli kontekstiin, niihin lähtökohtiin ja periaatteisiin, joiden pohjalta toimitaan. Ohjauksen sisältö ja tavoitteet määräytyvät tämän taustan mukaan. Ohjauksen tarkoituksena on saada ohjattava oppimaan omaan hyvinvointiinsa liittyviä asioita. Aktiivisen ohjauksen seurauksena ohjattava voimaantuu, kasvattaa itseohjautuvuuttaan, lisää terveyden edistämistä sekä saa aikaan kansantaloudellisia säästöjä. Kuviossa 3 on kuvattu ohjaus- käsitteen sisältö ja rakenne. (Kääriäinen & Kyngäs 2005; Lahtinen 2006, 6; Kääriäinen 2007, 114–117.)



Kuvio 3. Ohjaus- käsitteen sisältö ja rakenne (Kääriäinen 2007, 115.)

Ohjauksella tuetaan asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edellytyksiä. Hänelle annetaan tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita, mutta hän tekee itse valinnoillaan päätöksensä. (Perneger, Sudre, Muntner, Courteheuse, Naef, Jacquemet, Nicot, Rochat & Assal 2002.) Ohjaus -käsitettä käytetään rinnakkain neuvonnan, opetuksen, tiedon antamisen, opastuksen sekä informoinnin käsitteiden kanssa. Käsitteiden välillä on eroavaisuuksia esimerkiksi vuorovaikutuksen asteen, asiantuntijuuden ja toiminnan suhteen. Neuvonta nähdään prosessina, jossa ohjattavaa autetaan tekemään omaan elämäänsä vaikuttavia valintoja. Neuvonnassa autetaan ohjattavaa tekemään päätöksiä oman terveytensä edistämiseksi. Ohjaus eroaa neuvonnasta niin, ettei siinä anneta suoria vastauksia vaan autetaan ohjattavaa tekemään itse valintoja. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 253; Kääriäinen 2007, 27, 107.)

On tutkittu, että asiakas muistaa kymmenen prosenttia näkemästään ohjauksesta, esimerkiksi videon katselu. Kun ohjaus tapahtuu kertomalla asiasta, hän muistaa kuulemastaan ohjauksesta 20 prosenttia. Kun asiakkaan ohjauksessa käytetään

sekä sanallista ohjausta, että asiakas näkee miten asia on tarkoitus tehdä, asiakas muistaa puolet siitä. Kun ohjauksessa käytetään sanallista ja visuaalista ohjausta ja asiakas lisäksi harjoittelee itse, hän muistaa 80 prosenttia saamastaan ohjauksesta. (Keulers, Welters, Spauwen & Houpt 2007, 177.) Perinteisen ohjauksen rinnalle on tullut tietokone -pohjaisia ohjausohjelmia, joilla tehostetaan potilaan itsehoitoon sitoutumista sekä mahdollistetaan ajasta ja paikasta riippumaton ohjaus. Keulers ym. (2007,180) totesivat tutkimuksessaan, että tietokone- pohjainen potilasohjausohjelma on tehokas työkalu, jolla asiakkaan tiedonsaantia ja itsehoitoon sitoutumista voitiin lisätä.

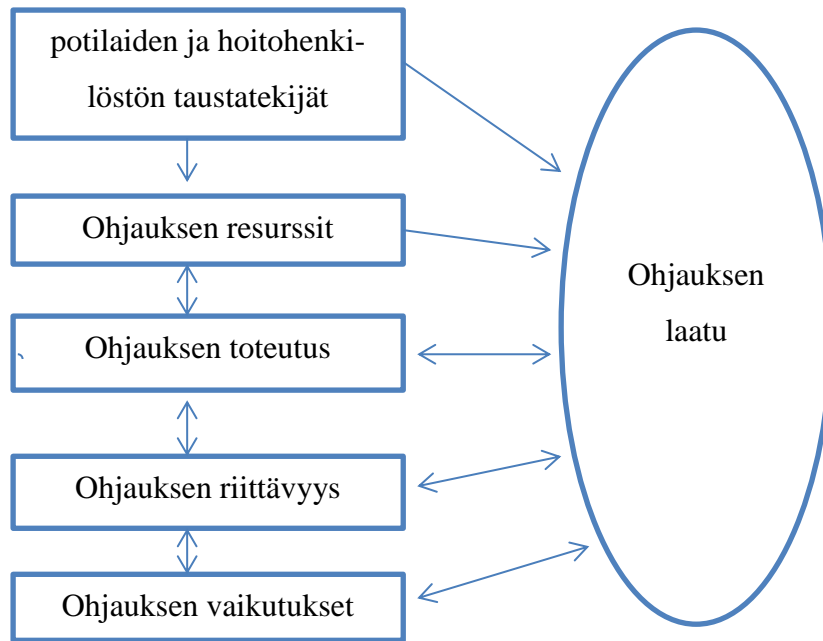
Suomessa on kehitetty Internet-pohjaisia potilasohjausohjelmia sekä sähköistä asiointia, joilla edistetään asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia sekä lisätään terveydenhuollon palvelutarjontaa. Esimerkiksi Mattila (2010) on väitöskirjassaan tutkinut työikäisille suunnattua matkapuhelinsovellusta Hyvinvointipäiväkirja (Wellness Diary). Hyvinvointipäiväkirja on matkapuhelimeen ladattava ohjelma, jolla edistetään ja tuetaan käyttäjän omaa hyvinvointia. Käyttäjä syöttää matkapuhelimeensa tavoite- ja seurantatietoa esimerkiksi liikunnan määrästä, syömisestään, nukkumisestaan, verenpaineestaan, stressistään ja painostaan. Sovelluksen tavoitteena on opettaa seurannan ja kokemuksen kautta, kuinka voi parantaa omaa hyvinvointiaan. Käyttäjän syötettyä seurantatietoa, sovellus antaa automaattisesti palautetta, joka näyttää hyvinvoinnissa tapahtuneet muutokset. Käyttäjät kokivat sovelluksen helppona tapana seurata omaa hyvinvointiaan. Käyttäjät arvostivat sovelluksen yksinkertaisuutta, automaattista palautetta ja mukautumista henkilökohtaisiin tarpeisiin.

Heikkinen (2011, 78) on kehittänyt väitöskirjassaan tiedollista voimavaraistumista tukevan Internet-perustaisen potilasohjausohjelman. Tutkimuksen tavoitteena oli luoda uusi potilasohjausmuoto joka tarjoaa yksilöllisen, osallistavan ja aikaan sekä paikkaan sitoutumattoman ohjauksen päiväkirurgiseen ortopediseen leikkaukseen tulevalle potilaalle. Tutkimuksen perusteella Internet- perustaista potilasohjausmenetelmää voidaan suositella käytettäväksi. Sairaanhoidajan käyttämä aika potilasohjaukseen puolittui Internet-perustaisen ohjauksen avulla, jolloin organisaation kuluja voitiin vähentää. Lisäksi Internet-perustaiseen ohjaukseen osallistuneiden potilaiden tiedon taso ja kokemus tiedon riittävydestä lisääntyivät

ohjauksen jälkeen enemmän kuin sairaanhoitajan suullisesti välittämään potilasohjaukseen osallistuneiden potilaiden tiedot.

Onnistunut ohjaus vaatii riittävät resurssit. Johtamisella tulee varmistaa, että henkilöstöllä on riittävät toimintamahdollisuudet ohjauksen toteuttamiseen. Johtajuus on molemminpuolinen vuorovaikutusprosessi, jonka yhtenä tehtävänä on aikaansaada muutosta toimintatavoissa ja osaamisessa. Johtamisen haasteita ovat toimintaympäristön muutokset sekä henkilötyön ja osaamisen johtaminen. (Aarva 2009, 88; Isosaari 2008, 39; Kolari 2011, 174–175; Koivuniemi 2004, 120; Huotari 2009, 12; Cho, Park & Michel 2011, 270.) Riittäviä toimintamahdollisuuksia ovat muun muassa henkilöstömitoitus, aika ja tilat sekä hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet. Lisäksi ohjauksen tulee olla riittävää sekä vaikuttavaa. (Kääriäinen 2007, 117–119.)

Laadukas ohjaus vaatii myös hyvää ohjauksen toteutusta. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat ohjaajien tiedot, taidot ja asenteet sekä ohjausmenetelmien käyttö, toimintamahdollisuudet ja ohjauksen toteutus. (Lipponen ym. 2008, 121, 130.) Kääriäinen (2007, 105, 117) lisää, että potilaiden ja henkilökunnan taustatekijät vaikuttavat ohjauksen laatuun. Kuviossa 4 on kuvattu ohjauksen laadun ja ohjaukseen vaikuttavien osatekijöiden yhteyksiä.



Kuvio 4. Kuvio ohjauksen laadun ja ohjaukseen vaikuttavien osatekijöiden yhteysistä mukaillen Kääriäinen (2008, 105)

4.3 Sähköiset terveystalvet

Kuntien palvelutuotannon tehostamiseen kohdistuu voimakkaita vaateita. Informaatioteknologia on noussut yhdeksi uudistamisen välineeksi. Sähköinen palvelutuotanto nähdään yhtenä osana informaatioteknologiaa. (Toivanen 2006, 4.) Tulevaisuudessa julkishallinnon toiminnan ja palveluiden sähköistämisen, tehostamisen sekä rakenteiden kehittämisen myötä totut toimintatavat tulevat muuttumaan (Ihalainen 2011, 3). Leskinen (2008, 96) toteaa, että on sähköiselle asiointille on tarvetta tämän päivän tietoyhteiskunnassa. Ihalaisen (2011, 3-4) mukaan sähköistyvä muutos rakentuu tekijöistä, joissa osaaminen, tieto, tietovarannot, muutosjohtaminen, toimintaprosessit, informaatioteknologia ja juridiikka muodostavat hyvän tietohallinto-osaamisprofiilin.

Tässä kehittämishankkeessa tarkastellaan uutta sähköistä terveydenseurantajärjestelmää. Kyseessä on uudenlainen sähköinen terveydenseurantajärjestelmä asiakkaan terveyden edistämiseksi. Kehittämishankkeessa käytän informaatioteknologiasta tai sähköisestä asiointista puhuttaessa termiä sähköiset terveystalvet.

Sähköisillä terveystalvuluilla tarkoitetaan kaikkia informaatio- ja viestintäteknologian sovelluksia, joilla on vaikutusta terveydenhuollon toimijoihin ja potilaisiin (Castren 2008, 17).

Sähköisille palveluille, sähköiselle asioinnille tai vuorovaikutteisille palveluille ei ole yhtenäistä määritelmää. Laissa sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa (13/2003, 4§) ei määritellä sähköisen asioinnin käsitettä, vaan siinä määritellään tiedonsiirtomenetelmä, sähköinen viesti ja asiakirja. Tietoyhteiskunta-alan neuvottelukunta määrittelee sähköisen asioinnin ja verkkopalvelut seuraavasti: ”Sähköisellä asioinnilla tai verkkoasioinnilla tarkoitetaan perinteistä asiointia täydentävää, korvaavaa tai uudistavaa julkisten palveluiden tuottamista, jakelua, käyttöä ja niihin liittyvää vuorovaikutusta, joka perustuu tietoverkkojen hyödyntämiseen. Julkiset verkkopalvelut ovat tietoverkkojen kautta kansalaisille, yrityksille ja yhteisöille ja toisille hallinnon yksiköille tarjottavia palveluja, jotka voivat ulottua yksinkertaisesta tietojen etsinnästä ja tarkistamisesta aina vuorovaikutteisten palvelujen tarjoamiseen ja mahdollisuuksiin osallistua asioiden valmisteluun ja päätöksentekoon.” (VM 2004, 20.)

Sähköisten terveystalvulujen käyttö lisääntyy sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teknologian kehittyminen, väestön vanhenemisen aiheuttama hoidon ja hoivan tarpeen kasvu sekä hoitoalan työvoimapulan kasvu lisäävät sähköisten terveystalvulujen tarvetta. Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (Etene) korostaa, että sähköisten terveystalvulujen käytössä tulee huomioida ihmisen hyvä elämä, ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, osallisuus, inhimillinen hoito ja huolenpito. Sähköisten terveystalvulujen tulee soveltua luontevasti ihmisen arkeen ja sen käytön tulee olla turvallista ja suunnitelmallista. Lisäksi sen haittoja ja riskejä tulee arvioida jatkuvasti. (STM 2010, 5.)

Kansainvälisessä kirjallisuudessa on yleisesti käytössä käsite e-Health (electronic health) puhuttaessa sähköisistä terveystalvuluista. Käsite on kuitenkin suhteellisen nuori. Sitä on käytetty vuodesta 1999 lähtien. e-Health-termin synonyymeinä kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään myös termejä e-medicine, telehealth tai telemedicine. (Nielsen & Barton 2011, 559.) Suomalaista vastinetta käsitteelle ei ole (Jylhä 2007, 11). Castren (2008, 17–18) on väitöskirjassaan sel-

vittänyt termin e-Health suomennoksia. e-terveys ei ole vakiintunut yleiseen käyttöön, vaan Castren on päättänyt käyttämään termiä sähköiset terveyspalvelut suomennoksena termille e-Health. Tässä kehittämishankkeessa termi e-Health on suomennettu terminä sähköiset terveyspalvelut.

Teknologian ja kommunikaatioteknologian kehitys mahdollistaa terveydenhuollon toimintakulttuurin muutoksen joka tarjoaa uuden tavan tuottaa terveydenhuollon palveluita kustannustehokkaasti. Lisäksi se tarjoaa uuden väylän terveyden edistämiseen. Sähköisillä terveyspalveluilla voidaan vaikuttaa muun muassa elämäntapojen muutoksen, itsehoidon lisäämiseen, ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämisen tukemiseen. (Kreps & Neuhauser 2010, 329; Mastrian, McGonigle, Mahan & Bixler 2011, 19; Noar & Grant Harrington 2012, 8.)

Oh, Rizo, Enkin, Jadad (2005) ovat tehneet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen e-Health käsitteen määrittelystä. Katsaus osoitti, että käsitettä käytetään erilaisissa konteksteissa, jolloin määritelmä riippuu asiayhteydestä. Määritelmässä yhteisinä tekijöinä olivat teemat terveys ja teknologia. Teknologia nähdään sekä työvälineenä palvelujen tuottamisessa että sähköisten terveyspalvelujen käsitteen ilmentymänä. Sähköisten terveyspalvelujen määrittelyssä käytettiin muun muassa termejä hyödyt, kehittäminen, parantaminen, tehokkuus ja mahdollistaminen. Vaikka sähköisten terveyspalvelujen käyttöön liittyy paljon etuja sekä käyttäjille että palvelujen tuottajille, täytyy muistaa, ettei sähköisten terveyspalveluiden käyttö sovellu kaikille. Vanhusten kohdalla muistiongelmat tai taidot tietotekniikan käyttöön voivat rajoittaa sähköisten palvelujen käyttöä. On myös huomioitava, että ihmisellä ei välttämättä ole mahdollisuutta tietokoneen käyttöön. (Noar & Grant Harrington 2012, 10.) Jotta sähköiset terveyspalvelut kehittyvät, terveydenhuollon henkilöstön on aktiivisesti osallistuttava haasteiden ratkaisuun, julkisten periaatteiden muotoiluun sekä vaikutusten arviointiin (Nielsen & Barton 2011, 571).

Kansainvälisesti ja kansallisesti sähköiset terveyspalvelut ja sähköinen asiointi nähdään mahdollisuutena tuottaa palveluita monipuolisemmin ja asiakaslähtöisemmin tietotekniikan avulla. Euroopan komission mukaan sähköiset terveyspalvelut ohjaavat modernin tietoteknologian kohtaamaan kansalaisten, potilaiden, terveydenhuollon ammattilaisten ja terveydenhuollon tuottajien ja päätöksentekijöiden tarpeet. Sähköisillä terveyspalveluilla tarkoitetaan kaikkia tieto- ja viestin-

tätekniiikkaan perustuvia välineitä, joita käytetään sairauksien ehkäisyssä, diagnosoinnissa ja hoidossa sekä terveydentilan seurannassa ja elämäntapojen hallinnassa. (Euroopan komissio 2013b.)

Becker, Herzberg, Marsden, Thomanek, Jung ja Leonhardt (2011) ovat tutkineet tietokoneperustaisen potilasohjausjärjestelmän vaikutuksia fyysisen toimintakyvyn parantamiseksi potilailla, joilla on kroonisia sairauksia. Fyysisen toimintakyvyn parantaminen vaikuttaa suotuisasti primaari- ja sekundaaripreventioon kroonisten sairauksien hoidossa. Tutkijat kehittivät tietokoneohjelman, jonka tavoitteena oli motivoida asiakkaat lisäämään fyysistä harjoittelua. Tietokoneperusteisellä potilasohjausjärjestelmällä käyttäjien asenteisiin voitiin vaikuttaa ja käyttäjien viikoittainen liikkumiseen käytetty aika lisääntyi. Myös Chen, Tsao, Huang, Yu, Liu, Jou (2013, 219) ovat tutkimuksessaan todenneet, että internet-pohjaisella terveyden hallinta- järjestelmällä voitiin vähentää metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä. Internet-pohjaisissa terveyden edistämisen – ohjelmissa elämäntapojen muutokseen kannustaa asiakkaan terveystarpeiden huomiointi.

Jyrki Kataisen hallitusohjelman yksi painopiste on kansalaisille suunnattujen sosiaali- ja terveystieteen palvelujen kehittäminen. Suunnittelussa on huomioitava palvelujen käyttäjien erilaiset mahdollisuudet sähköisten palvelujen käyttöön. (Valtioneuvosto 2011, 57.) Asiakaslähtöisten ja taloudellisesti kestävien sosiaali- ja terveystieteen palvelujen varmistaminen vaatii merkittäviä rakenteellisia ja toiminnallisia uudistuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste 2012–2015) yhtenä tavoitteena onkin vahvistaa sähköistä asiointia. Tietotekniikan mahdollisuuksia tulisi hyödyntää tiedon hallinnassa ja palvelutoimintojen tehostamisessa nykyistä monipuolisemmin ja asiakaslähtöisemmin. Palvelujen saatavuutta parannetaan ottamalla käyttöön etäpalvelumalleja, esimerkiksi nettipohjaiset neuvonta- ja tukimuodot. Asiakkaiden ja väestön näkökulmasta sähköiselle asioinnille haasteen tuovat omaa itseään koskevan tiedon ja yleisen sosiaali- ja terveystiedon saatavuus sekä mahdollisuus hallita omien tietojensa käyttöä. (STM 2012, 17–18, 27, 29.)

Kuntatasolla asukkaiden sähköistä asiointia ja sähköisiä terveystieteen palveluja on kehitetty esimerkiksi Pohjois- Savon sairaanhoitopiirissä ja Oulun kaupungissa. Pohjois- Savon sairaanhoitopiirien kuntien asukkaille on järjestetty verkkopalvelu

Hyvisportaali. Hyvisportaali on kansalaisten käytössä ajasta ja paikasta riippumatta ja se täydentää alueen julkisia terveystalouksia. Vinkanharju (2006, 7, 47) selvitti tutkimuksessaan sen käyttöä ja käyttäjien näkemyksiä siitä. Tutkimuksessa todettiin, että Hyvisportaalia käyttäneet kansalaiset olivat kiinnostuneita sairauksista ja niiden hoidosta, lääkkeitä, terveellisistä elintavoista ja terveydenhuollon palveluita koskevista tiedoista, kuten esimerkiksi yhteystiedot ja aukioloajat. Hyvisportaalia käyttäneet kansalaiset kokivat sen hyödylliseksi ja arvioivat, että verkon kautta saadut palvelut vähensivät yhteydenoton tarvetta suoraan lääkäriin tai hoitajaan. Oulun Omahoitohankkeessa kehitettiin kansalaisten sähköistä asiointia, asiakkaiden omatoimisuutta sekä osallistumista tukeva internet pohjainen palvelu. Asiakkailta on käytössä sähköinen palvelualusta, jossa on henkilökohtainen terveyskansio sekä ajanvaraus-, verkkoneuvonta- ja laboratoriotulostenvälityspalvelu. (Hyppönen & Valkeakari 2009, 5.)

Myös Ruotsissa sähköiset terveystalouksia nähdään keinona tarjota asiakkaille uusi palvelumuoto tuottaa terveydenhuollon palveluja sekä hillitää terveydenhuollon kuluja. Ruotsin sosiaali- ja terveystalouksien ministeriön vision mukaan sähköiset terveystalouksia tulevat tarjoamaan tietoteknisten apuvälineiden avulla kaikille potilaille tarkoituksenmukaista, luotettavaa, turvallista terveydenhuoltoa ja laadukasta palvelua. Norrbottenin läänissä on aloitettu sähköisten terveystalouksien -ohjelma. Ohjelman tarkoituksena on tarjota ajasta ja paikasta riippumattomia terveydenhuoltopalveluja. Tavoitteena on helpottaa palvelun tuottajan ja kuluttajan viestintää, vähentää terveydenhuollon tuottamisen kuluja sekä luoda organisaatioon joustava terveydenhuoltopalvelu, joka tukee alueellista kasvua. (Karim & Söderholm 2009, 83–85.) Turkissa tehdyssä tutkimuksessa sähköiset terveystalouksia nähtiin perinteisiä terveystalouksia täydentävänä työkaluna, jossa käyttäjät halusivat tietoa omaan terveyteensä liittyvistä asioista (Yasin & Ötzen 2011, 151).

Kreps ja Neuhauser (2010) ovat tehneet tutkimuskatsauksen sähköisiin terveystalouksiin liittyvistä asioista, jotka ohjaisivat terveystalouksien teknologian strategista kehittämistä ja toimeenpanoa. While ja Dewsbury (2011) ovat tutkineet tieto- ja kommunikaatioteknologian kehitystä terveydenhuollossa. Teleterveydessä (telehealth) siirrytään kasvoista kasvoihin kontaktista informaation aikaan. Tutkimukseen on koottu tämän hetkistä tietoa hoitotyöstä ja tieto- ja kommunikaatioteknologiasta. Sairaanhoidajia tulisi rohkaista enemmän käyttämään tieto- ja

kommunikaatioteknologiaa työssään, jotta hoitojärjestelmän käyttö vakiintuisi ja sairaanhoitajista tulisi uuden hoitojärjestelmän johtajia tulevaisuuden kliinisessä toiminnassa. Sekä While ja Dewsbury että Kreps ja Neuhauser näkevät informaatioteknologian kehityksen mahdollisuutena moderniin terveydenhuoltojärjestelmään, jossa ihmisten terveyden edistäminen saa uuden toimintatavan.

5 SÄHKÖISEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN MALLIN LUOMINEN LAHDEN TERVEYSKIOSKIIN

5.1 Toimintatutkimus kehittämishankkeen viitekehyksenä

Toimintatutkimuksen keksijää ei voida yksiselitteisesti määritellä, mutta Kurt Lewiniä (1890 – 1947) pidetään keskeisenä suuntauksen alulle saattajana. Hänen toimintatutkimuksellinen lähestymistapansa perustui ajatukseen, jonka mukaan sosiaalinen todellisuus tulee paremmin ymmärretyksi, kun tutkimus yhdistetään todellisessa elämässä tehtävään muutokseen ja sen tutkimiseen. (Kuula 1999, 29, 218.) Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Se kohdistuu erityisesti vuorovaikutukseen pohjautuvan sosiaalisen toiminnan tutkimiseen. (Heikkinen 2007, 16.)

Toimintatutkimus voi olla pienimmillään oman työn kehittämistä tai laajeta yhteiskunnalliseksi ja poliittiseksi toiminnaksi. Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Tyypillistä hankkeille on, että lopputuloksen sisältö ja toteutustapoja koskevat ratkaisut täsmentyvät työn edetessä. (Heikkinen 2007, 16–17, 36.) Myös Toikko ja Rantanen (2009, 30) toteavat että toimintatutkimuksessa on kyse toiminnan kehittamisestä ja sen samanaikaisesta seurannasta. Toimintatutkimuksellista tutkimusprosessia ei voida useinkaan tarkasti etukäteen suunnitella, vaan kehittämisvaiheen aikaiset havainnot ohjaavat tutkimusprosessin etenemistä. Toimintatutkimuksella tavoitellaan käytännön hyötyä ja käyttökelpoista tietoa (Heikkinen, 2007, 19).

Toimintatutkimuksessa korostuu kehittämisprosessin spiraalimainen rakenne, joka muodostuu toteutuksen, suunnittelun ja reflektion välisestä vuorovaikutuksesta. Kehittämistoiminnan tehtävät muodostavat kehän, jossa perusteluvaihetta seuraavat organisointi, toteutus ja arviointi. Prosessi ei kuitenkaan pääty tähän, vaan se jatkuu ensimmäisen kehän jälkeen, jolloin sitä seuraa uusia kehiä vaiheineen. Kehittämisprosessi voidaankin hahmottaa jatkuvana syklinä eli spiraalina. Spiraalimallissa kehittämis toiminnan tulokset arvioidaan aina uudestaan. Arvioinnin tuloksena hankkeen perusteluja, organisointia ja toteutusta täsmennetään, jolloin siitä tulee jatkuvaa prosessia. Spiraalimallin mukainen kehittäminen edellyttää

prosessilta pitkäjänteisyyttä, ja jonka ensimmäinen kehä muodostaa vasta kehittämisen lähtökohdan. (Toikko & Rantanen 2009, 66- 67.)

Todellisuudessa suunnittelu, toiminta ja arviointi lomittuvat, eikä niitä voi erottaa toisistaan. Toimintatutkimukselle ominainen spiraalimainen kehittäminen voi sisältyä yhteen sykliin. Kokeilu saattaa tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, joka auttaa kehittämään käytänteitä. (Heikkinen, Rovio, Kiilakoski 2007, 80–82.) Toimintatutkimuksessa tutkijan rooli voi vaihdella ulkopuolisesta asiantuntijasta tasavertaiseen toimijaan. Tutkija käynnistää toiminnan ja auttaa osallistujia analysoimaan omaa työtään. (Huovinen & Rovio 2007, 102.) Toikko ja Rantanen (2009, 91–92) mainitsevat, että kehittäjällä on useita rooleja, jotka voivat vaihdella. Kehittäjä voi olla kehittäjä-työntekijä, joka kehittää omaa työtään yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Kehittäjä voi olla myös fasilitaattori, joka pyrkii kannustamaan työyhteisön jäseniä muutostyöhön. Tärkeää on kuitenkin, että kehittäjät ja toimijat ovat rinnakkaisissa asemissa eivätkä hierarkisessa suhteessa.

Toimintatutkimuksen toteutus on parhaimmillaan dialogista oppimista, joka muodostuu osallistujien tasavertaisesta keskustelusta, ongelmanratkaisusta sekä tiedon muodostamisesta. Luottamuksen toteutuminen tutkijan ja osallistujien välillä edellyttää viiden dialogisuuden periaatteen omaksumista. Nämä ovat osallistuminen, sitoutuminen, vastavuoroisuus, vilpittömyys sekä reflektiivisyys. (Huovinen & Rovio 2007, 102.) Myös Heikkinen (2007, 33) korostaa osallistavuuden tärkeyttä toimintatutkimuksen onnistumisen kannalta. Toikko ja Rantanen (2009, 89) puolestaan määrittelevät kehittämisprosessin sosiaalisesti prosessiksi, joka edellyttää ihmisten aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Osallistavuus nähdään aktiivisena osallistumisena tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin. Sillä parannetaan tutkimuksen läpinäkyvyyttä, avointa dialogia kehittäjän ja käytännön toimijoiden kesken. (Heikkinen 2007, 33.)

5.2 Kehittämishankkeen toteuttaminen

Kehittämishankkeen suunnittelu alkoi keskusteltuani terveystieteen osastonhoitajan kanssa keväällä 2012. Terveystieteen osastoon oli tarkoitus käynnistää projekti monikanavamallista (e- Terveystieteen osasto). Osastonhoitaja toivoi, että teen kehittämishankkeen e-Terveystieteen osastosta. Kesän 2012 aikana perehdyin taustateoriaan. Projektin aloittaminen varmistui talvella 2012. Monikanavamallin projektia varten Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden lautakunta antoi myönteisen päätöksen projektin toteuttamisesta 11.12.2012. Lahden kaupunki kävi myös samaan aikaan Sitran kanssa neuvotteluja projektin rahoituksesta. Keväällä 2013 varmistui, että Sitra kustantaa projektin kuluista puolet ja Lahden Terveystieteen osaston monikanavamalli toteutuu. Pystyin aloittamaan kehittämishankkeen, joka liittyi monikanavamallin terveydentilaseurantaan ja Lahden Terveystieteen osaston henkilöstön antamaan potilasohjaukseen, kun projektin alkaminen varmistui. Kehittämishanke on kehittäjän opinnäytetyö ja sitä ei ole Sitra rahoittanut.

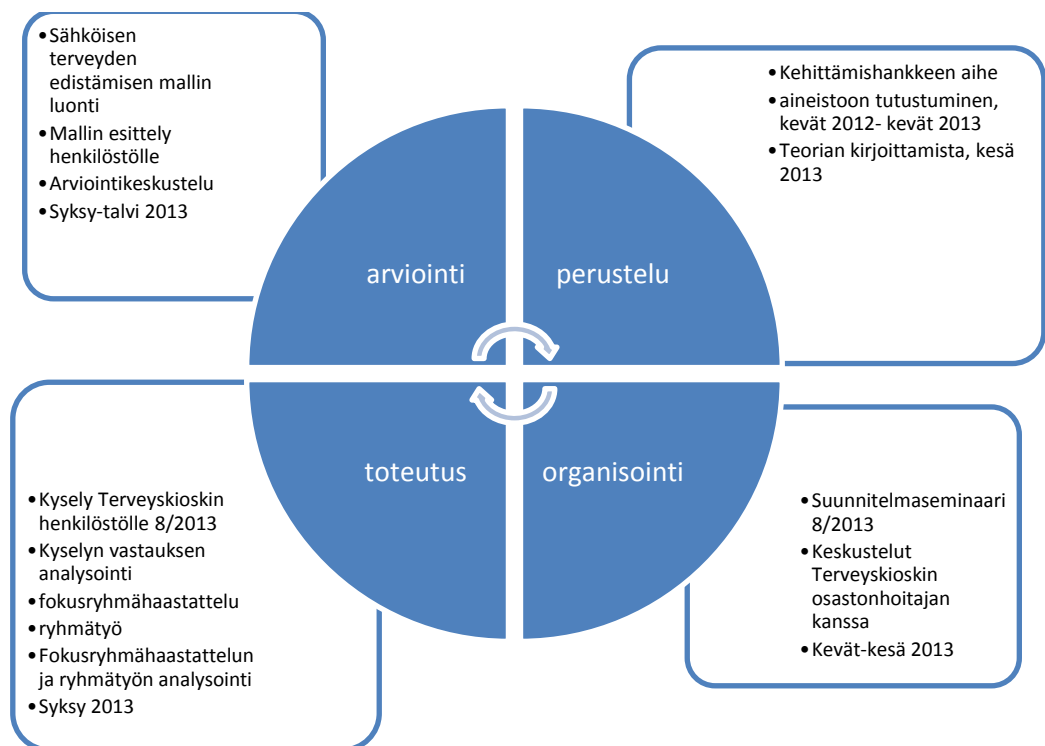
Keväällä 2013 keskustelin uudelleen Terveystieteen osastonhoitajan kanssa kehittämishankkeesta. Teimme kehittämishankkeesta toimeksiantosopimuksen. Toimin kehittämishankkeessa työyhteisön ulkopuolisena tutkijana ja kehittäjänä. Ajatuksena kehittämishankkeesta oli uudenlainen toiminta asiakkaan terveyden edistämiseksi sekä oma kiinnostukseni potilasohjaukseen. Kesällä 2013 kirjoitin taustateoriaa ja elokuussa 2013 pidin suunnitelmaseminaarin. Elokussa tein myös Terveystieteen osaston henkilöstölle kyselyn. (liite1) Tehdessäni kyselyä projektin nimenä oli vielä Terveystieteen osaston monikanavamalli (e- Terveystieteen osasto).

Kysely toteutettiin nimettömänä. Kaikki vastaajat olivat naisia, joten sukupuolen kysymisellä ei ollut merkitystä. Taustatietona kysyin vastaajan työkokemuksen pituuden. Vein kyselylomakkeet henkilökohtaisesti terveystieteen osastoihin ja annoin vastaajille. Kyselylomake oli valmiiksi kirjakuussa, jonka henkilöstö palautti suljettuna. Vastausaika oli yksi viikko. Kyselylomakkeet hain henkilökohtaisesti terveystieteen osastoista. Vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti.

Kyselyn vastausten analysoinnin jälkeen pidin fokusryhmähaastattelun Terveystieteen osaston henkilöstölle. Fokusryhmähaastattelu eli focus group- haastattelu on haastattelijan ylläpitämä ryhmäkeskustelu ja se on laadullinen

tutkimusmenetelmä. (Kaila & Mäntyranta 2008, 1507.) Fokusryhmähaastattelusta lisää luvussa 5.4. Fokusryhmähaastattelussa etenin kyselyn vastausten perusteella nousseista teemoista. Teemoina olivat työnkuvan muutos ja potilasohjaus Ruorissa.

Fokusryhmähaastattelun jälkeen teetin Terveyskioskin henkilöstöä osallistavan ryhmätyön, jossa he joutuivat sekä itse että parin kanssa miettimään potilasohjauksen sisältöä. Kyselyn, fokusryhmähaastattelun sekä ryhmätyöskentelyn tuloksista tein alustavan mallin sähköisestä terveyden edistämisen mallista. Vein alustavan mallin Terveyskioskiin kommentoitavaksi, tämän jälkeen korjasin mallia ehdotusten pohjalta ja lopullisen mallin esittelin Terveyskioskin henkilöstölle marraskuussa 2013. Kuviossa 5 on kuvattu kehittämishankkeen toimintatutkimuksellinen sykli.



Kuvio 5. Kehittämishankkeen toimintatutkimuksellinen sykli

5.3 Kysely

Kehittämishankkeen tiedonhankinnassa käytettiin kyselyä, fokusryhmähaastattelua sekä ryhmätyöskentelyä. Tiedonhankinnassa henkilöstö osallistettiin tiedontuottamiseen. Toikon ja Rantasen (2009, 90) mukaan osallistaminen on mahdollisuuden antamista, jossa mahdollistuu omaehtoinen osallistuminen. Kyselyssä toivoin vastaajien pohtivan kolmea avointa kysymystä: mitä haasteita e- Terveyskioski tuo potilasohjaukseen, miten työnkuvasi muuttuu e- Terveyskioskin aloitettua toimintansa ja onko sinulla ammatillisia valmiuksia sähköisesti tapahtuvaan potilasohjaukseen? Valitsin kyselyyn avoimet kysymykset, jotta vastaajat saavat ilmaista itseään omin sanoin, enkä ehdota valmiita vastauksia.

Kyselyt toimitin Terveyskioskeihin elokuussa 2013. Trion Terveyskioskissa ja Launeen Prisman Terveyskioskissa on molemmissa kolme työntekijää, joten henkilöstöluvun mukaan vein kolme kyselyä Trion Terveyskioskiin sekä kolme kyselyä Launeen Prisman Terveyskioskiin. Trion Terveyskioskissa oli paikalla kolme työntekijää. Kerroin heille lyhyesti tekeväni opinnäytetyötä Lahden Terveyskioskiin ja selostin kyselyn tarkoituksen. Kerroin heille, että vastausaikaa on yksi viikko, jonka jälkeen haen kyselyt terveyskioskeilta. Samalla mainitsin, että yhteystietoni löytyvät kyselystä, jos he haluavat lisätietoja tai tarkentaa jotain asiaa. Launeen Prisman Terveyskioskissa oli paikalla kaksi työntekijää. Kerroin myös heille lyhyesti opinnäytetyöstäni sekä kyselystä. Myös heille kerroin hakevani henkilökohtaisesti kyselyt viikon kuluttua.

Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja lukee itse kirjallisesti esitetyn kysymyksen ja vastaa siihen itse kirjallisesti. Kyselylomakkeessa vastaaja jää aina tuntemattomaksi. Informoidussa kyselyssä tutkija kohtaa kyselylomaketta jakaessaan tai myöhemmin ne noutaessaan perusjoukkoon kuuluvat vastaajat. Tutkija samalla selvittää ja selostaa tutkimuksen tarkoitusta. Vastaajat täyttävät lomakkeen ja palauttavat lomakkeen postitse tai johonkin sovittuun paikkaan. (Hirsjärvi ym. 2004, 185–186, Vilka 2005, 73–74, Uusitalo 1995, 91.)

5.4 Fokusryhmähaastattelu

Terveyskioskin henkilöstö on fyysisesti kahdessa eri työpisteessä, jotka sijaitsevat eri kaupunginosissa. Henkilöstö tekee vuorotyötä, joten yhteisen ajan löytäminen on hankalaa. Fokusryhmähaastattelun pidin Trion Terveyskioskissa osastotunnin aikana, jotta mahdollisimman moni henkilöstöstä pääsi paikalle.

Haastattelut voidaan toteuttaa yksilöhaastatteluna tai ryhmähaastatteluna. Focus group- haastattelu on yksi ryhmähaastattelun alalaji, jonka Hirsjärvi ja Hurme (2001, 62) ovat suomentaneet täsmäryhmähaastatteluksi. Tässä kehittämishankkeessa käytän focus group -haastattelusta termiä fokusryhmähaastattelu. Fokusryhmähaastattelua voidaan pitää tavoitteeltaan vapaamuotoisena keskusteluna ja se on laadullinen tutkimusmenetelmä. Fokusryhmähaastattelun avulla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja vastaamaan kysymyksiin miksi, kuinka, mitä tai miten. Haastattelijalla ylläpitää keskustelua ennalta suunnitellun haastattelurungon pohjalta. Osanottajat kommentoivat asioita vapaasti, he tekevät huomioita sekä tuottavat monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Fokusryhmähaastattelussa haastattelijalla puhuu useille haastateltaville yhtä aikaa ja suuntaa väliin kysymyksiä myös ryhmän yksittäisille jäsenille. (Kaila & Mäntyranta 2008, 1507; Hirsjärvi & Hurme 2001, 61.)

Fokusryhmähaastattelu oli rento keskustelu, jossa minulla oli runko jonka pohjalta keskustelua käytiin läpi. Fokusryhmähaastattelun rungon tein kyselyn vastausten perusteella. Keskeiset teemat olivat työnkuvan muutos ja potilasohjaus Ruorissa. (ks. liite 2.) Haastattelun teko edellyttää haastattelijalta huolellista suunnittelua. Suositeltavaa olisi, ettei haastattelijalla kuulu ryhmän organisaatioon. (Kaila & Mäntyranta 2008, 1507.) En työskentele kohdeorganisaatiossa, joten toimin kehittämishankkeessa ulkopuolisena kehittäjänä. Ennen haastattelun alkua pyysin luvan haastattelun nauhoittamiseen. Kaikki haastateltavat antoivat luvan, joten tallensin haastattelun kännykässä olevalla nauhurilla.

Fokusryhmähaastattelun etuna on, että tietoa saadaan samanaikaisesti monelta vastaajalta. Ryhmän jäsenet ovat kutsuttu haastatteluun. Hyvä ryhmän koko on neljästä kymmeneen henkilöä. Haastattelutilanteessa haastattelijan tulee huomioida ryhmädynamiikka ja tarpeen tullen saada hiljaisemmat henkilöt mukaan keskusteluun. Ryhmäistunto pyritään saamaan mukavaksi ja rennoksi tilanteeksi, jos-

sa haastateltavat voivat vapautuneesti keskustella. Haastattelu kestää noin 45- 60 minuuttia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 62–63; Hirsjärvi ym. 2004, 202; Huovinen & Rovio 2007, 110–111; Kaila & Mäntyranta 2008, 1507.) Fokusryhmähaastattelussa oli paikalla kolme sairaanhoitajaa/terveydenhoitajaa sekä osastonhoitaja. Haastattelu kesti 46 minuuttia. 30 minuutin kohdalla kaksi sairaanhoitajaa joutuivat poistumaan paikalta.

Fokusryhmähaastattelu ei ole helppo menetelmä. Sen etuina ovat tehokkuus, nopeus, joustavuus ja vähäiset kustannukset. Eduistaan huolimatta fokusryhmähaastattelu on vaativa aineistonkeruumenetelmä, joka edellyttää haastattelijalta haastattelutaitoa ja taitoa käyttää ryhmädynamiikkaa tarkoituksenmukaisen aineiston saamiseksi. Lisäksi menetelmän käyttö edellyttää teknisten ratkaisujen sekä tutkimuksellisten ja eettisten näkökulmien suunnittelua. (Koskinen & Jokinen 2001, 307.)

5.5 Ryhmätyöskentely

Ryhmätyöskentelyssä käytin Nummen (2007, 34–36) kuvaamaa ryhmätyöskentelymenetelmää MeWeUs. Menetelmää on käytetty jo 1950- luvulla Texasin kouluissa. Opettajat huomasivat, että käyttämällä menetelmää hitaimmatkin oppilaat saivat rauhassa aikaa valmistautua. Parikeskustelussa hiljaisimmatkin saivat esittää ajatuksensa ja lopuksi kaikki näkivät yhteiset ideat. MeWeUs- menetelmässä on kolme vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa (Me) ryhmätyöskentelyyn osallistuvat pohtivat itsenäisesti ryhmätyöskentelyn teeman mukaisia aiheita. Ajatukset kirjataan ylös paperille. Toisessa vaiheessa (We) ryhmä jaetaan pareihin. Parit keskustelevat ajatuksistaan ja valitsevat kolme parasta ideaa. Kolmannessa vaiheessa (Us) parit esittelevät ajatuksensa toisille pareille. Lopuksi ryhmä yhdessä päättää, mitkä olivat tärkeimmät esille nousseet ajatukset.

Ryhmätyöskentelyn pidin Trion Terveyskioskissa osastotunnin aikana, jotta mahdollisimman moni henkilöstöstä pääsisi paikalle. Ryhmätyöskentelyyn osallistui viisi sairaanhoitajaa/terveydenhoitajaa sekä osastonhoitaja. Ryhmätyöskentelyn aloitin lyhyellä alustuksella potilasohjauksesta sekä mainitsin kehittämishankke-

ni tavoitteesta ja tarkoituksesta, sillä paikalla oli henkilöstöä, jotka eivät olleet fokusryhmähaastattelussa. Henkilöstön aiheena oli pohtia potilasohjauksen sisältöä Ruoriin tulevalle asiakkaalle.

Ryhmätyöskentely aloitettiin kokoontumalla yhteisen pöydän ääreen, jossa henkilöstö joi aamukahvejaan. Samalla he pohtivat itsenäisesti, mitä asioita kuuluu potilasohjaukseen. Tämän jälkeen henkilöstö jakautui kolmeen kahden hengen ryhmään. Parit keskustelivat keskenään ja he yhdessä päättivät, mitkä olivat tärkeitä asioita potilasohjauksen sisällössä. Ne he kirjasivat paperille. Kolmannessa vaiheessa parit kerääntyivät yhteen ja jokainen pari esitteli potilasohjaukseen liittyvät asiat toisille pareille. Lopuksi henkilöstö mietti yhdessä, mikä on tärkein yksittäinen asia, joka asiakkaalle korostetaan. Ryhmätyöskentelyn aikana havainnoin työskentelyä, mutta en puuttunut siihen. Ennen jokaista vaihetta kerroin, miten toimitaan ja paljonko aikaa on varattu kyseiseen vaiheeseen. Kun parit esittelivät toisilleen työskentelynsä tuloksia, tein muistiinpanoja ja lopuksi keräsin parien tekemät muistiinpanot itselleni.

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

6.1 Kyselyn tulokset

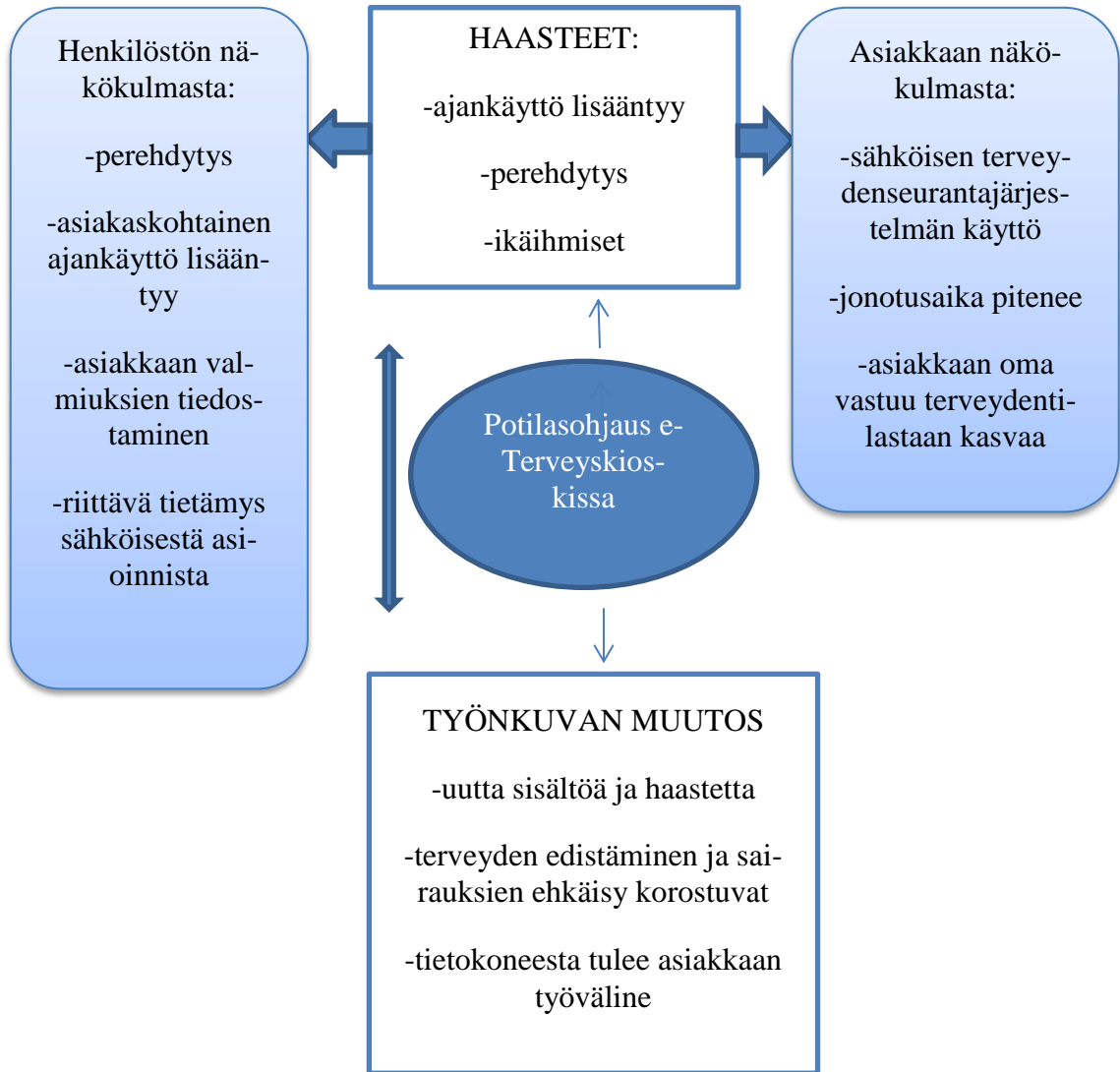
Kyselyjä toimitin molemmille Terveyskioskeille kolme kappaletta henkilöstölu-
vun mukaan. Vastattuja kyselyjä palautettiin viisi. Kyselyssä vastaajan taustatieto-
ja kartoittavana kysymyksenä selvitin vastaajan työkokemusta. Vastaajista kaksi
oli työskennellyt sosiaali- ja terveysalalla yli 15 vuotta. Kaksi vastaajaa oli työ-
kennellyt 10- 15 vuotta ja yksi vastaaja alle viisi vuotta.

Aineiston analyysissä mukailin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä pyritään
järjestämään tutkittavasta ilmiöstä saatu aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon.
(Tuomi & Sarajärvi 2013, 108). Kyselylomakkeet luin useita kertoja lävitse, jonka
jälkeen ryhmittelin vastaukset. Merkitsin vähintään kahdessa vastauksessa maini-
tun saman asian tai sanan samalla värillä. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2013,
109) aineiston pelkistäminen voi tapahtua siten, että kuvaavia ilmaisuja etsitään
tutkimustehtävän kysymyksillä. Tutkimuskysymyksiä kuvaavia ilmaisuja voidaan
esimerkiksi alleviivata erivärisillä kynillä. Metsämuurosen mukaan (2008, 51)
aineiston sisällöllistä analyysiä voi helpottaa tekemällä esimerkiksi miellekartan,
jonka avulla tutkija voi visuaalisesti hahmottaa kokonaisuuden. Vastauksista
nousseet asiat ryhmittelin kysymyksen alle ja vastauksista piirsin miellekartan,
joka selkiytti kyselyn aineistoa. Miellekartan pohjalta tein kuvion 6, jossa kuvaan
Terveyskioskin henkilöstölle tehdyn kyselyn tulokset.

Kysymykseen, mitä haasteita e-Terveyskioski tuo potilasohjaukseen, yleisin vas-
taus oli ajanpuute. Kaikki vastaajat nostivat asian esille. Vastauksista ilmeni, että
potilasohjaus vie enemmän aikaa, joka esimerkiksi ruuhka-aikana voi aiheuttaa
jonottavissa asiakkaissa tyytymättömyyttä. Haasteeksi nousi myös perehdytys.
Vastaajat kokivat, että perehdytyksen pitää olla hyvä, jotta asiakkaalle voi antaa
hyvää ja laadukasta ohjausta. Potilasohjauksessa korostui asiakkaan oman vastuun
tiedostaminen. Henkilöstön pitää potilasohjauksessa saada asiakas ymmärtämään,
että hänen tulee osata tulkita omia terveydentilaansa vaikuttavia tekijöitä, esimer-
kiksi kirjatessaan ylös verenpainearvojaan. Vastaajien mukaan tarvitaan myös
riittävästi tietoa sähköisestä asioinnista. Asiakkaat voivat kokea, että tietokone

tulee hoitajan ja asiakkaan väliin. Ikäihmisten osallistuminen e-Terveyskioskiin nähtiin haasteelliseksi samoin henkilöiden, jotka eivät osaa käyttää internetiä.

Pohtiessaan miten työnkuva muuttuu e- Terveyskioskin aloitettua toimintansa, vastaajat toivoivat terveyden edistämisen ja sairauksien ennaltaehkäisyn korostuvan enemmän työnkuvassa. e- Terveyskioskin koettiin tuovan uutta sisältöä ja haastetta työskentelyyn. Tärkeänä pidettiin, että asiakkaan oma vastuu terveydentilastaan painottuu enemmän. Ohjaus lisääntyy sekä uusia asioita on opiskeltava. Lisäksi vastaajat nostivat esille tietokonetyöskentelyn sekä tietoteknisen osaamisen lisääntymisen. Henkilöstön pitää esimerkiksi tietää, mitkä älypuhelimet soveltuvat sivuston käyttöön. Tietokoneesta tulee myös asiakkaan työväline. Potilasohjauksessa on kiinnitettävä huomiota internetin käytön ohjaamiseen. Vastaajat kokivat e-Terveyskioskin positiivisena asiana, jolla on muutosta työnkuvaan. Vain yhden vastaajan mukaan työnkuva ei muutu. Kuviossa 6 olen kuvannut Terveyskioskin henkilöstölle tehdyn kyselyn tulokset.



Kuvio 6. Terveyskioskin henkilöstölle tehdyn kyselyn tulokset

Kyselyssä kysyin myös, onko sinulla ammatillisia valmiuksia sähköisesti tapahtuvaan potilasohjaukseen. Kaikki vastaajat vastasivat, että heillä on ammatilliset valmiudet sähköisesti tapahtuvaan potilasohjaukseen. Pidin yhtenäisiä vastauksia mielenkiintoisina, sillä jokainen vastaaja löysi runsaasti haasteita, joita e-Terveyskioski tuo työhön. Samoin vastaajat vastasivat työnkuvaansa tulevan useita muutoksia. Vastaukseen saattoi vaikuttaa, että henkilöstö oli juuri ennen kyselyä käynyt e-Terveyskioskia koskevassa koulutuksessa, joten he kokivat, että he ovat saaneet ammatilliset valmiudet sähköisesti tapahtuvaan potilasohjaukseen.

6.2 Fokusryhmähaastattelun tulokset

Fokusryhmähaastattelu tallennetaan ja kirjoitetaan tekstiksi eli litteroidaan ja aineisto analysoidaan kuin muukin laadullinen aineisto. Tuloksia ei esitetä numeroina vaan teema-alueina tai teoreettisena mallina sekä suorina lainauksina. Fokusryhmähaastattelua käytetään esimerkiksi suunniteltaessa uuden teknologian käyttöä ja sen viemistä organisaatioon. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 62–63; Hirsjärvi ym. 2004, 202; Huovinen & Rovio 2007, 110–111; Kaila & Mäntyranta 2008, 1507.)

Fokusryhmähaastattelun aineiston analysoin sisällönanalyysiä mukailen. Sisällönanalyysissä kuvataan dokumenttien sisältöä sanallisesti. Dokumentti voi olla päiväkirja, haastattelu, keskustelu, raportti, jne. Sisällönanalyysi etenee kolmivaiheisena prosessina. Ensimmäiseksi aineisto pelkistetään, toiseksi aineisto ryhmitellään ja kolmanneksi aineistosta luodaan teoreettiset käsitteet. Aineiston pelkistäminen voi tapahtua siten, että kuvaavia ilmaisuja etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103, 109.) Aukikirjoitin eli litteroin nauhoituksen. Keskustelussa puhuttiin myös muista kun kehittämishankkeeseen liittyvistä asioista. Auki kirjoitin vain kehittämishankkeeseen liittyvät asiat. On mahdollista tehdä valikoituja litterointeja, joissa litteroidaan vain sellaiset osat, jotka ovat oleellisia tutkimuksen raportoinnissa. (Metsämuurinen 2008, 48). Aukikirjoitettua tekstiä tuli fontillaCalibri 11 ja rivivälillä 1 kirjoitettuna neljä sivua. Vain minä olen kuullut nauhoituksen. Tuhoan nauhoituksen, kun kehittämishanke on hyväksytty.

Litteroinnin jälkeen luin aineiston useita kertoja perehtyäkseni aineistoon. Fokusryhmähaastattelun keskeiset teemat olivat työnkuvan muutos sekä potilasohjaus Ruorissa. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2013, 109) aineiston pelkistäminen voi tapahtua siten, että kuvaavia ilmaisuja etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä. Tutkimuskysymyksiä kuvaavia ilmaisuja voidaan esimerkiksi alleviivata erivärisillä kynillä. Tekstistä etsin samoja asioita kuvaavia sanoja tai lauseita, jotka kuvasivat teemoja. Nämä ryhmittelin värikyniä käyttäen. Fokusryhmähaastattelun tulokset kuvasin sanallisesti ja tekstissä on suoria lainauksia haastattelusta, lainaukset ovat kursivoitu.

Työnkuvan muutos

Terveyskioskin toiminta keskittyy terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. Palvelujen painopisteenä on neuvonta, yleinen palveluohjaus ja teemapäivät. Terveyskioskissa ei ole sairaanhoidollista päivystystoimintaa. Henkilöstö kertoi kuitenkin, että työssä on painottunut sairaanhoidollinen puoli. Terveyskioskiin on helppo mennä ja se toimii ilman ajanvarausta, joten asiakkaat hyödyntävät Terveyskioskia sairaanhoidollisten asioiden hoidossa. Henkilöstö toivoi, että Ruorin myötä terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä työote korostuvat.

Kun kioski perustettiin niin yksi tehtävä oli saada edes joku tavallaan heräämään kiinnittämään huomiota terveellisiin elintapoihin ettei puhkea diabetes. Nyt olemme tavallaan siinä tehtävässä, joka tavallaan välillä oli hukassa.

Kun välillä on aika kiire ja tämä on sairaanhoito painotteista, palataan juurille.

Tyypillinen Terveyskioskin asiakas on yli 65-vuotias. Ruorin avulla asiakkaiksi tulee myös työikäisiä, jotka ovat aktiivisia ja kiinnostuneita elintapojensa muutoksesta. Henkilöstö koki, että Ruori tuo työskentelyyn positiivisuutta ja motivaatiota. Uudenlainen potilasohjausympäristö lisää mielenkiintoa työskentelyyn. Ruorin potilasohjaus tehdään yksilöllisesti, mutta joskus on tilanteita, että paikalla on useita ihmisiä, jotka haluaisivat liittyä Ruoriin. Silloin on mahdollista järjestää yhteisohjaus, jos se kaikille asiakkaille sopii. Ruorin potilasohjauksessa menee noin puoli tuntia aikaa, se voi jonottavissa asiakkaissa herättää kärsimättömyyttä. Terveyskioskin toiminta-ajatuksena on ilman ajanvarausta toimiva sairaanhoitajan palvelu. Palvelua saadakseen täytyy varautua joskus jonottamaan.

Jos meillä on tällainen terveyden edistämiskeskustelu, siinä menee aikaa ja tästähän lähtee päivittäin pois ihmisiä, jotka eivät jaksakaan tai halua tai voi odottaa.

Henkilöstö kokee kuitenkin, että he pystyvät unohtamaan jonottavat asiakkaat ja palvelemaan rauhassa sillä hetkellä olevaa asiakasta. Trion Terveyskioski sijaitsee kauppakeskuksessa käytävän varrella, jossa liikkuu runsaasti ihmisiä. Asiakaskon-

takti tapahtuu avoimessa tilassa, jossa kuuluu taustahälinää, musiikkia ja puhetta, lisäksi jonottavat asiakkaan istuvat vain muutaman metrin päässä. Henkilöstö on harjaantunut työskentelyyn näissä olosuhteissa.

Potilasohjaus Ruorissa

Potilasohjaus sisältää asiakkaan perustietojen kirjaamisen. Ruori – ohjelman esipilottivaihe vaatii asiakkaan nimen, iän, sukupuolen sekä pituuden. Lisäksi asiakkaalla tulee olla toimiva sähköpostiosoite. Leskisen (2008, 97) mukaan verkkopalvelujen kehittämistyön haasteita ovat vuorovaikutteiset asiointipalvelut, joihin liittyvät asiakkaan tunnistautumiskäytäntöjen kehittäminen. Tunnistamista vaativia verkkopalveluja ovat esimerkiksi asiakkaan omien tietojen tarkastelu viranomaisen tietojärjestelmässä. Ruorissa sähköpostiosoite toimii asiakkaan käyttäjätunnuksena. Sähköpostiosoite on nopea tapa tunnistautua. Se varmistaa, ettei samaa käyttäjätunnusta ole muilla. Tällaisella kevyellä tunnistautumisella ei voida säilyttää potilastietoja, vaan siihen tarvitaan vahvaa tunnistautumista. Vahvaa tunnistamista vaativat palvelut ovat vuorovaikutteisia sähköisiä asiointipalveluja, joissa asiakas tunnistetaan laatuvarmenteella tai julkisen avaimen tekniikkaan perustuvalla tunnistamisella eli sähköisellä tunnistamisella, HST tai TUPAS- menetelmään perustuvalla tunnistamisella, joka on pankkien oma tunnistamisjärjestelmä. (Leskinen 2008, 30.) Rekisteröityminen tehdään Terveyskioskissa ja Terveyskioskin henkilöstö ohjaa asiakasta käyttämään Ruoria.

Hoitajan kirjattua perustiedot, asiakas keksii itselleen salasanan. Hoitaja rekisteröi käyttäjätunnuksen ja salasanan. Tämän jälkeen hoitaja antaa asiakkaalle internetosoitteen, jolla pääsee kirjautumaan Ruoriin. Tällä hetkellä Lahden Terveyskioskin internetsivuilla ei ole suoraa linkkiä, jolla pääsisi kirjautumaan Ruoriin. Terveyskioskin henkilöstö tekee asiakkaalle terveydentilan arvioinnin. Hän keskustelee asiakkaan kanssa ja he yhdessä sopivat, mitkä osiot asiakkaalle aktivoidaan. Ruori sisältää seitsemän osiota, jotka ovat paino, verenpaine, vyötärön ympäryys, tupakointi, alkoholinkäyttö, diabetesriskitesti sekä alkoholiriskitesti eli Audit-testi. Jo pelkästään Ruorin esittely toimii ohjaustilanteena, jossa asiakkaalle kerrotaan terveyden edistämisestä ja elintapojen vaikutuksesta omaan terveyteen.

Se tulee vähän niin kun piilossa niille asiakkaille, kun sitä esittelee.

Me koko ajan esitellään terveyden edistämistä mitä suuremmassa määrin.

Siinä on hirveän paljon sitä terveystasvatusta, mikä on terveystioskin tehtävä.

Henkilöstö pitää Ruoria työkaluna aktiiviselle ihmiselle, joka haluaa vaikuttaa terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Ruoriin rekisteröityminen on asiakkaan kannalta tärkein potilasohjaus kontakti Terveystioskin henkilöstön kanssa. Siitä hetkestä riippuu, haluaako asiakas sitoutua muuttamaan elintapojaan ja kiinnittämään huomiota terveellisempiin elintapoihin. Henkilöstön mukaan potilasohjauksessa korostui asiakkaan henkilökohtaisien valmiuksien tunnistaminen. Potilasohjauksessa on tärkeää kuunnella asiakasta ja kertoa asiat, jotta asiakas ne ymmärtää. Joskus asioista on keskusteltava hyvin yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti.

Pitää pystyä lukemaan ihmistä, miten asiat esittää.

Toisille pitää vääntää rautalangasta.

Potilasohjaus on ainutkertainen hetki, jolloin asiakas on kiinnostunut omasta terveydestään, hän on aktiivinen ja valmis muutokseen. Ohjaustilanteen tulee olla rauhallinen ja kiireetön. Hoitaja antaa oman ammattitaitonsa asiakkaalle, joka itse tekee päätökset hyvinvointinsa suhteen. Henkilöstö ymmärtää, että jokainen asiakas voi elintapojen muutoksella saada aikaan merkittävän muutoksen terveydentilassaan ja se voi tuoda myös yhteiskunnalle huomattavia taloudellisia säästöjä.

Tämä voi olla se hetki sen ihmisen elämässä, jossa me voidaan muuttaa hänen elämänsä paljon terveellisempään suuntaan

Kun kioski perustettiin yksi tehtävä oli saada edes joku tavallaan heräämään ja kiinnittämään huomiota terveellisiin elintapoihin, ettei puhkea diabetes. Eihän sieltä montaa tarvi löytää, kun olemme palkkamme ansainneet.

Potilasohjauksessa korostuu motivoiva ohjaus. Asiakkaan kanssa keskustellaan hänen terveydelleen tärkeistä asioista. Keskustelun lomassa asiakkaalle esitetään kysymyksiä, joihin ei anneta valmiita vastauksia, vaan asiakas joutuu itse pohtimaan terveyteensä vaikuttavia tekijöitä. Asiakkaalta ei odotetakaan vastauksia esitettyihin kysymyksiin. Henkilöstö toivoo, että asiakas alkaisi itse miettiä elämäntapojaan ja asioita joita hän voisi muuttaa parantaakseen hyvinvointiaan.

Jos me halutaan tehdä terveyden edistämistä, on hyvä heittää sellaisia motivoivia kysymyksiä, mitä teette kun paino nousee.

Ei me anneta vastauksia, asiakas joutuu miettimään, että mitä hän tekee. et vaik hän ei sanoisikaan mitää, hän on käynnistänyt prosessin.

6.3 Ryhmätyöskentelyn tulokset

Ryhmätyöskentelyssä henkilöstö nosti tärkeimmäksi potilasohjaukseen vaikuttavaksi asiaksi, että se lähtee asiakkaan tarpeista. Asiakkaan saapuessa Terveyskioskiin, henkilöstö keskustelee asiakkaan tarpeista. Keskustelussa pyritään motivoimaan asiakasta miettimään, miten hän voi vaikuttaa omaan terveyteensä. Henkilöstö perehtyy asiakkaan lääkitykseen ja sairaushistoriaan. Asiakkaan kanssa käydään lävitse syy- ja seuraussuhteita ja kysytään syitä verenpaineen tai vyötärön ympäröityksen seurantaan. Sairastumisriskeistä kerrotaan, mutta asiakkaalle korostetaan elämäntapojen muutoksista syntyviä positiivisia asioita asiakkaan hyvinvoinnille.

Terveyskioskin henkilöstö kysyy asiakkaalta hänen ravitsemustottumuksistaan, ruokavaliostaan ja ateriarytmistään. Samalla häntä ohjataan monipuoliseen ruokavalioon. Ruokavalion muutoksella voidaan muun muassa vaikuttaa painoon, verenpaineeseen, kolesteroliarvoihin, verensokeriarvoihin ja vyötärön ympäröitykseen. Asiakkaan kanssa keskustellaan lisäksi levon ja unen sekä liikunnan hyvistä vaikutuksista terveydelle. Ruorin potilasohjauksen yhteydessä Terveyskioskin henkilöstö voi luontevasti kertoa samalla Lahden kaupungin liikuntamahdollisuuksista, erilaisista liikuntaryhmistä tai tarjota lainaksi liikuntavälineitä kuten kävelysauvat tai tasapainolaudan. Carson, Maynard, Fulton, Hootman & Yoon (2007) ovat tutkimuksessaan todenneet, että liikunta auttaa laskemaan verenpainetta. Terveyden-

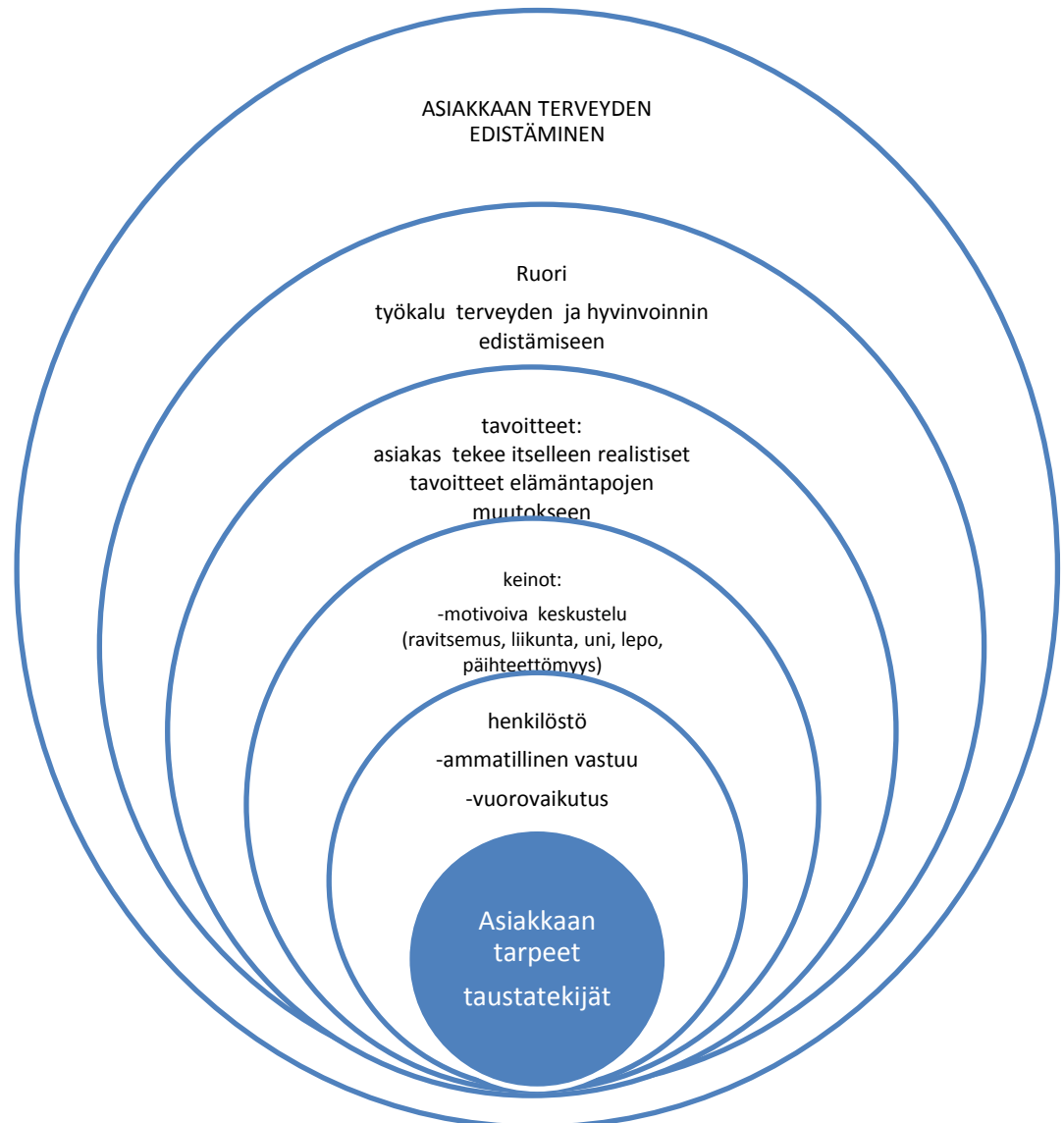
huoltohenkilöstön tulisikin joka asiakaskontaktissa korostaa liikunnan merkitystä ihmisen hyvinvoinnille.

Potilasohjauksessa tärkeää on vuorovaikutus. Potilasohjaus on annettava niin, että asiakas ne ymmärtää ja vuorovaikutuksen on oltava tasavertaista. Asiakkaan kanssa on tärkeä tehdä realistiset tavoitteet. Elämäntapojen muutos vaatii pitkäjänteisyyttä, johon asiakasta on motivoitava ja kannustettava. Elämäntapamuutos vaatii asiakkaalta ajatusmaailman muutosta ja tavoitteet onkin tehtävä pienin askelin kerrallaan. Elämäntapojen muutokseen asiakas saa työkalukseen Ruorin, jolla asiakas voi seurata terveydentilaansa vaikuttavien arvojen kehitystä.

7 SÄHKÖINEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN MALLI

Tämä kehittämishanke liittyy terveydenseurantajärjestelmä Ruoriin ja potilasohjaukseen, jota Lahden Terveyskioskin henkilöstö antaa asiakkaalle, joka haluaa rekisteröityä Ruorin käyttäjäksi. Kehittämishankkeessa rakennettiin malli, josta Lahden Terveyskioskin henkilöstö näkee, mitkä tekijät ovat keskeisiä Ruorin potilasohjauksessa. Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda terveyden edistämisen malli, jonka avulla Lahden kaupungin Terveyskioskin henkilöstö antaa potilasohjausta ja mahdollistaa terveydentilaan vaikuttavien asioiden seurannan sähköisesti. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää Lahden kaupungin Terveyskioskin henkilöstön työmenetelmiä potilasohjaukseen. Sillä voidaan tukea asiakkaan omaehtoista terveyden edistämistä sekä lisätä asiakkaan kiinnostusta omaan hyvinvointiinsa.

Lahden Terveyskioskille tehdyn kyselyn, fokusryhmähaastattelun ja ryhmätyön tulosten pohjalta tein sähköisen terveyden edistämisen mallin, josta näkee tekijät, jotka vaikuttavat asiakkaan terveyden edistämiseen. Potilasohjaus lähtee asiakkaan tarpeista ja siihen vaikuttavat asiakkaan taustatekijät. Henkilöstö hyödyntää potilasohjauksessa tietojaan ja taitojaan. Heillä on ammatillinen vastuu potilasohjauksesta. Potilasohjauksen onnistumiselle on tärkeää hyvän vuorovaikutussuhteen syntyminen. Kun asiakas kokee tulevansa kuulluksi ja vuorovaikutussuhde on tasavertainen, asiakas tekee itse terveyteensä vaikuttavat päätökset henkilöstön asiantuntevassa ohjauksessa. Ruori toimii asiakkaan ja Terveyskioskin välillä terveydenseurantajärjestelmänä, joka antaa asiakkaalle palautetta. Asiakas tekee itselleen realistiset tavoitteet, joiden saavuttamista hän voi Ruorin avulla seurata. Terveyden edistäminen on kaiken toiminnan tavoitteena. Kuviossa 7 on kuvattu sähköinen terveyden edistämisen malli. Liitteessä 3 on keskeisiä asioita, joista Terveyskioskin henkilöstö keskustelee asiakkaan kanssa.



Kuvio 7. Sähköinen terveyden edistämisen malli asiakkaan hyvinvoinnin parantamiseksi.

8 POHDINTA

8.1 Johtopäätökset

Terveyskioskin henkilöstölle tehdyn kyselyn vastauksista ilmeni, että työnkuvan muutos tuo uutta sisältöä ja haastetta työskentelyyn. Terveyskioskin henkilöstöllä on monipuolinen työkokemus. Osa oli työskennellyt alalla yli viisitoista vuotta, osa 10–15 vuotta ja yksi vastaajista alle viisi vuotta. Lipponen (2008, 133) ja Kääriäinen (2007, 101) ovat tutkimuksissaan todenneet, että henkilöstön työkokemuksella on vain vähäistä merkitystä asiakkaan saamaan ohjaukseen. Sen sijaan mitä enemmän henkilöstö käyttää aikaa ohjaukseen, sitä paremmat tiedot, taidot ja ohjausmenetelmien hallinnan sekä toimintamahdollisuudet hän omaa (Lipponen 2008, 133). Terveyskioskin toimintaperiaatteena on tuottaa ennaltaehkäiseviä palveluita, kuten terveysneuvontaa ja palveluohjausta. Kyselyn vastauksista ilmeni, että henkilöstö hallitsee terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn liittyvän potilasohjauksen. Haasteelliseksi nähtiin ikäihmisten ohjaus sekä asiakkaan valmiuksien tiedostaminen. Fokusryhmähaastattelussa sekä ryhmätyöskentelyssä korostuivat myös asiakkaan tarpeiden huomioiminen sekä tavoitteiden asettaminen.

Kähkönen, Kankkunen ja Saaranen (2012) ovat tutkineet sepelvaltimotautia sairastavien potilasohjausmenetelmiä, ohjauksen sisältöä ja kehittämistarpeita. Tutkimuksen mukaan puhelimitse ja sähköisten viestimien välityksellä tapahtuva ohjaus on yksilöllisen tiedon ja tuen antamista, jossa korostuu perinteisiä ohjausmenetelmiä selkeämmin henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen. Kehitysalueiksi nousivat potilasohjausmenetelmien ja ohjauksen sisällön monipuolistaminen sekä potilaan yksilöllisten tarpeiden, tietotason sekä väestön ikärakenteen huomioiminen.

Fokusryhmähaastattelussa sekä ryhmätyöskentelyssä korostuivat motivoivan haastattelun merkitys potilasohjauksessa. Asiakkaan kanssa keskustellaan hänen terveydelleen tärkeistä asioista. Keskustelun lomassa asiakkaalle esitetään kysymyksiä, joihin ei anneta valmiita vastauksia, vaan asiakas joutuu itse pohtimaan terveyteensä vaikuttavia tekijöitä. Lundahlin, Molenin, Burken, Buttersin, Tollefsonin, Butlerin & Rollnickin (2013, 158,166) mukaan motivoiva haastattelu on

yksi ohjauksen muoto, jossa pyritään elämäntapojen muutoksella edistämään terveyttä. Motivoiva haastattelu on määritelty asiakaslähtöiseksi ohjaustyyliseksi, jossa asiakkaalle osoitetaan terveyden ja elintapojen ristiriita ja tuetaan asiakkaan motivaatiota muutokseen. Motivoivalla haastattelulla terveydenhuoltohenkilöstö voi minimaalisin kustannuksin vaikuttaa asiakkaiden itsehoitoon ja elämäntapojen muutokseen. Erityisesti voidaan vaikuttaa liikunnan lisäämiseen, painonpudotukseen, verenpaine- ja kolesteroliarvoihin.

Ruori mahdollistaa uudenlaisen toimintatavan asiakkaan terveyden edistämiseksi ja hyvinvoinnin parantamiseksi. Potilasohjauksessa korostuu asiakkaan tarpeiden tunnistaminen. Ruoriin on valittu keskeisiä terveyteen vaikuttavia tekijöitä kuten verenpaine, paino, vyötärön ympäryys, tupakointi, alkoholinkäyttö, alkoholiriski sekä diabetesriski. Ruorin terveydenseurantajärjestelmä mahdollistaa, että asiakas voi itse seurata elämäntapojensa muutosta ja tavoitteidensa saavuttamista. Ruori antaa palautetta asiakkaan kirjattua arvonsa. Palaute kannustaa asiakasta positiivisesti tai se herättelee kriittisesti tarkastelemaan elämäntapojaan ja asettamia tavoitteita. Ruori ei ole asiakkaan ja hoitajan välinen yhteydenpidon väline, mutta asiakas motivoituu itse seuraamaan terveyteensä vaikuttavia asioita. Ruori mahdollistaa asiakkaan omaseurannan, se ei ole aikaan tai paikkaan sidottu.

Omaseurannan merkitystä sydän- ja verisuonitautien riskien vähentämiseksi on tutkittu esimerkiksi Etelä Koreassa. Siellä tutkittiin, miten kännykällä ja internetin välityksellä tehtävällä seurannalla voidaan vähentää sydän- ja verisuonitautien riskejä. Tutkimus koostui tutkimusryhmästä ja kontrolliryhmästä. Ennen tutkimusta kaikille tehtiin terveystarkastus mittauksineen. Ryhmät koostuivat naisista, jotka olivat jo saavuttaneet vaihdevuodet ja he kärsivät keskivartalolihavuudesta. Tutkimusryhmään kuuluvat pitivät verkkomuotoista (web-based) päiväkirjaa, johon he merkitsivät painonsa, verenpaineensa ja liikuntansa määrän. Lisäksi he pitivät ruokapäiväkirjaa. Tutkijat kommentoivat kerran viikossa liikunnan määrää ja ravitsemusta. Seuranta kesti 12 viikkoa. Lopuksi kaikille tutkittaville tehtiin terveystarkastus mittauksineen. Verkkomuotoista henkilökohtaista neuvontaa saaneiden tutkittavien verenpaine, paino ja paino- indeksi laskivat, kokonaiskolesteroli ja LDL- arvo paranivat. Kontrolliryhmän tuloksissa ei ollut merkittävää eroa. (Park & Kim 2012.)

Parkin ja Kimin (2012) tutkimus vahvistaa olettamusta, että internet-muotoisella omaseurannalla voidaan vaikuttaa esimerkiksi painoon ja verenpainearvoihin.

Myös Kanadassa (Nolan, Liu, Shoemaker, Hachinski, Lynn, Mikulis, Wennberg, Lum-Kwong & Zbib 2012) on tutkittu sähköisen potilasohjauksen vaikutuksia verenpaineen ja sepelvaltimotaudin hoidossa. Tutkimusryhmä koostui kohonnutta verenpainetta sairastavista potilaista. Tutkimuksessa oli sähköistä potilasohjausta (e- counselling) saava ryhmä sekä kontrolliryhmä. Sähköistä potilasohjausta saavan ryhmän jäsenet saivat ennen tutkimuksen alkua motivoivan ohjauksen, jossa osallistujan kanssa keskusteltiin elämäntapojen muutoksen tuomista positiivisista vaikutuksista hänen terveyteensä. Keskustelussa käytiin lävitse arkiliikunnan sekä aktiivisen urheilun, ruokavalion, erityisesti hedelmien ja vihannesten sekä rasvan ja suolan vaikutuksista sekä tupakoimattomuuden hyödyistä ihmisen terveydelle.

Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa sähköistä potilasohjausta saanut ryhmä sai myös sähköposteja tutkimuksen ajan. Ensimmäisen kuukauden aikana tutkittaville lähetettiin sähköposti kerran viikossa. Toisena tutkimuskuukautena tutkittavat saivat sähköpostin joka toinen viikko. Kolmannen ja neljännen tutkimuskuukauden aikana tutkittaville lähetettiin sähköposti kerran. Sähköposteilla pyrittiin pitämään tutkittavan motivaatio yllä terveellisiin elämäntapoihin. Kontrolliryhmä ei saanut ohjausta vaan he mittasivat verenpainettaan oma-aloitteisesti neljän kuukauden ajan. Tutkimuksen mukaan sähköistä potilasohjausta saaneet tutkittavat olivat motivoituneempia itsehoitoon ja elämäntapojensa muutokseen kuin kontrolliryhmä. Sähköistä potilasohjausta saaneen ryhmän verenpainearvot laskivat tutkimuksen aikana, lisäksi heidän liikunta- ja ravitsemustottumuksissaan tapahtui muutosta. (Nolan ym. 2012, 390–394.)

Myös Rosser, Vowles, Keough, Eccleston & Mountain (2009, 337) totesivat tutkimuksessaan, että teknologiaan perustuva omaseuranta tarjoaa mahdollisuuden sekä pitkäaikaissairauksien seurantaan että hoidolliseen ohjaukseen ja terveyskäyttäytymisen muutokseen. (ks. myös Vinkanharju 2006, Hyppönen & Valkeakari 2009, Becker ym. 2011, Chen ym. 2013, Mattila 2010, Heikkinen 2011)

Lahden kaupungin strategia 2025:n yhtenä tavoitteena on uusien sähköisten palveluiden ja asiakkuuden hallinnan kehittäminen (Lahden kaupungin strategia 2025, 12). Ruori on uudenlainen toimintatapa lisätä asiakkaan omaa vastuuta ja vahvis-

taa omatoimisuutta. Kansainväliset sekä kansalliset tutkimukset vahvistavat kehittämishankkeen tuloksia. Sähköisessä potilasohjauksessa korostuu yksilöllisen tiedon ja tuen antaminen. Ohjaus lähtee asiakkaan tarpeista ja on tärkeää tehdä asiakkaalle henkilökohtaiset tavoitteet. Sähköisillä terveyspalveluilla voidaan motivoida asiakasta elämäntapojen muutokseen.

Ruorin myötä Terveyskioskin henkilöstön työssä lisääntyy tietotekninen osaaminen ja esimerkiksi internetin käytön ohjaus asiakkaille. Näiden hallintaan tarvitaan perehdytystä. Kumpula (2011, 216.) on väitöskirjassaan todennut, että johtamisella voidaan vaikuttaa työntekijöiden sopeutumiseen. Muutosjohtajuudella, rekrytoinnilla, perehdyttämisellä sekä koulutuksella voidaan vaikuttaa työntekijöiden työmotivaatioon ja hyvinvointiin.

Työorganisaatioiden ja niiden jäsenien tulee aktiivisesti ja vuorovaikutteisesti kehittää omaa osaamistaan, toimintaansa sekä toimintaympäristöään. Asiakaslähtöinen toiminta sekä asiakkaiden nopeasti muuttuvat tarpeet ovat johtaneet siihen, että organisaatioissa tarvitaan jatkuvasti uudenlaista ammattitaitoa ja moniosaamista. (Hanhinen 2010, 12–13.) Osaamisen kehittäminen edellyttää monipuolisten menetelmien käyttöä ja vuorovaikutuksellisuuden vahvistamista (Ollila 2006, 222). Luottamuksellinen, avoin, moniääninen ilmapiiri, tavoitteisiin ja toimintakäytäntöihin sitoutuminen sekä tiedon jakaminen edistävät organisatorisen osaamisen muodostumista (Kivinen 2008, 198). Ruorin toiminnan kannalta on tärkeää, että johtamisella mahdollistetaan henkilöstölle riittävät resurssit potilasohjaukseen sekä riittävä perehdytys. Uudenlaisen terveyden edistämisen toimintaympäristön opettelu vaatii työyhteisöltä motivaatiota, jota esimies voi tukea mahdollistamalla avoimen ja keskustelevan työilmapiirin.

8.2 Kehittämishankkeen arviointia

Heikkisen ja Syrjälän (2007, 154) mukaan uuden kehittäminen perustuu aikaisemman toiminnan arviointiin. Arviointi auttaa kehittämään esimerkiksi uusia toimintatapoja, menetelmiä tai ajattelutapoja. Toikon ja Rantasen (2009, 61) mu-

kaan arvioinnin tehtävä on tuottaa tietoa kehitettävästä asiasta. Arvioinnin yhteydessä analysoidaan, onko kehittäminen saavuttanut tarkoituksensa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216–117.) Toikko ja Rantanen (2009, 82–83,127) lisäävät, että olennaista on tehtyjen valintojen näkyväksi tekeminen ja perustelu. Arviointi ei ole erillinen tehtävä, vaan siinä analysoidaan kehittämishankkeen perustelut, organisointi sekä toteutus. Arviointi saattaa muuttaa kehittämistoiminnan perustelua, organisointitapaa, toimintaa tai itse arviointiasetelmaa. Olen pyrkinyt kuvaamaan tekemäni valinnat, jotka ovat vaikuttaneet kehittämishankkeeseen.

Kehittämishankkeessa on toteutunut Heikkisen (2007, 36) oletamus, että tyypillistä hankkeille on, että lopputuloksen sisältö ja toteutustapoja koskevat ratkaisut täsmentyvät työn edetessä. Arviointia olen tehnyt koko kehittämishankkeen prosessin ajan ja kehittämishankkeen toteutusta on muokattu toiminnan aikana. Virtanen (2007, 178) mainitsee, että yksilön itsearvioinnin tehtävänä on oman työn kehittäminen ja oman työsuorituksen kriittinen arviointi. Yksilön itsearvioinnin hyötyjä ovat parempi ymmärrys oman työn tavoitteista ja tuloksista sekä parempi valmius kehittää omia työtapoja. Pidän hankepäiväkirjaa, johon kirjoitin kehittämishankkeeseen liittyviä tapahtumia, tekemiäni havaintoja, ajatuksia sekä saamaani palautetta.

On ollut mielenkiintoista päästä seuraamaan, kuinka pitkä prosessi on kuntatasolla ja rahoittajan välillä uuden projektin käynnistäminen. Kehittämishankkeeni aiheen sain Terveyskioskin osastonhoitajalta. Kehittämishanke liittyi alkavaan projektiin monikanavamalli (e-terveyskioski). Kehittämishankkeesta keskustelin ensimmäisen kerran jo keväällä 2012 Terveyskioskin osastonhoitajan kanssa. Kehittämishankkeen alkua hidasti informaation puute. Tuleva projekti oli salaista tietoa, josta terveystalouden johtaja oli kieltänyt kertomasta, koska neuvottelut Sitran kanssa olivat kesken. Koska kehittämishanke ei ollut osa monikanavamallia, tiedot olivat salaisia. Terveystalouden johtaja oli kuitenkin antanut luvan kehittämishankkeen tekemiselle. Kului vuosi ennen kuin projektin alku oli selvillä. En halunnut kuitenkaan hylätä kehittämishanketta, sillä aihe kuulosti todella mielenkiintoiselta ja terveyden edistämisen malli uudelta. Keväällä 2013 Sosiaali- ja terveystalouden lautakunta oli hyväksynyt projektin ja Lahden kaupunki oli saanut Sitran kanssa rahoituksen järjestettyä. Pääsin aloittamaan kehittämishankkeen tekemisen. Ajatuk-

sena kehittämishankkeessa oli uudenlainen toiminta asiakkaan terveyden edistämiseksi sekä oma kiinnostukseni potilasohjaukseen.

Keväällä 2013 keskustelin uudelleen Terveyskioskin osastonhoitajan kanssa kehittämishankkeestani. Kehittämishankkeeseen toivottiin asiakasnäkökulmaa. Varsin nopeasti kuitenkin jouduin sen hylkäämään jo ajallisten resurssien vuoksi. Päätös oli oikea, sillä keskustelun jälkeen kului viisi kuukautta ennen kuin pilotointi alkoi. Syyskuussa 2013 projektin esipilotointi esiteltiin rajatulle ryhmälle kuntalaisia. Tällöin myös minä näin ensimmäisen kerran, miltä Ruori näyttää ja kuinka se toimii. Kehittämishankkeen tavoitteeksi tuli luoda terveyden edistämisen malli, jonka avulla Lahden kaupungin Terveyskioskin henkilöstö antaa potilasohjausta ja mahdollistaa terveydentilaan vaikuttavien asioiden seurannan sähköisesti. Tarkoituksena oli kehittää Terveyskioskin henkilöstön työmenetelmiä potilasohjaukseen.

Kehittämishankkeen suunnitelman mukaan tein kyselyn ja pidin fokusryhmähaastattelun. En käynyt kertomassa etukäteen Terveyskioskilla tulevasta kyselystä, vaan osastonhoitaja lupasi tiedottaa asiasta henkilöstölleen. Mielestäni oli tärkeää, että vein ja hain kyselyt henkilökohtaisesti, jolloin pystyin kertomaan kyselyn tarkoituksesta. Myös saatekirje (liite1) oli tärkeä, sillä en tavannut kaikkia vastajia. Saatekirjettä ei yleensä mielletä osaksi tutkimusta tai sen arviointia. Saatekirjeessä tutkija perustelee tutkimuksensa tärkeyttä. Saatekirjeen tehtävä on vakuuttaa tutkittava tutkimuksesta, motivoida tutkimuskohde osallistumaan tutkimukseen ja lopulta motivoida jokainen tutkimuskohteeseen kuuluva vastaamaan kyselyyn. (Vilka 2005, 152.) Uskonkin henkilökohtaisella kyselyjen viennillä sekä saatekirjeellä olleen vaikutusta, että Terveyskioskin henkilöstö vastasi aktiivisesti kyselyyn.

Kyselylomakkeen pitäisi vastata tutkimussuunnitelmassa esitettyä tutkimustehtävää. Tämä on tärkeä seikka tutkimuksen pätevyuden eli validiteetin kannalta (Vilka 2005, 88). Kysely tuotti paljon materiaalia, josta sain koottua kuvion haasteista, joita e-Terveyskioski tuo. (kuvio 6. s.36) Kyselyssä olisin voinut vielä lisäkysymyksillä tarkentaa potilasohjauksen sisältöä.

Fokusryhmähaastattelussa kokemattomuuteni vaikutti ryhmädynamiikkaan. Olisin voinut tehdä suoria kysymyksiä hiljaisemmille, jotta hekin olisivat esittäneet enemmän omia mielipiteitään. Ruori oli julkistettu kolme päivää ennen fokusryh-

mähaastattelua. Fokusryhmähaastattelussa käsiteltiin paljon Ruorin toimintaa, ei niinkään, mitä potilasohjaukseen liittyy. Asettamiini kysymyksiin oli tietämättömyyteni Ruorin toiminnasta. Lisäksi Ruori oli myös henkilöstölle uutta, joten keskustelu kääntyi Ruorin toimintaan. Fokusryhmähaastattelussa ei kertynyt aineistoa potilasohjauksen sisällöstä, mutta teettämästäni ryhmätyöstä sain lisätietoa.

Ryhmätyöskentelyssä henkilöstö osallistui aktiivisesti työskentelyyn. Keskustelu oli vilkasta ja monipuolista. Työskentelyyn varattu puoli tuntia oli riittävä aika, sillä työskentely oli tehokasta ja kaikki pysyivät asiassa. He todella keskittyivät pohtimaan potilasohjausta ja asiakaskontaktia. Minä kehittämishankkeen tekijänä sain monipuolista aineistoa potilasohjauksen sisällöstä ja Terveyskioskin henkilöstö oli tyytyväinen tuottamaansa uuteen ideaan. Ryhmätyöskentelyn, fokusryhmähaastattelun ja kyselyn pohjalta loin alustavan mallin sähköiselle potilasohjaukselle.

Kehittämishankkeen tekemistä on ohjannut tekemäni suunnitelma, jota olen joutunut tarkentamaan aineiston keräämisen suhteen, mutta suunnittelemani aikataulu on pitänyt. Kehittämishankkeen aikana olen pyytänyt suullista palautetta ja arviointia Terveyskioskin henkilöstöltä. Palautetta on tullut vähän. Palaute on ollut kuitenkin positiivista, esimerkiksi ryhmätyöskentely koettiin antoisaksi.

8.3 Sähköisen terveyden edistämisen mallin arviointia

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystalot ovat muutoksen edessä ja heikentynyt taloudellinen tilanne ja jatkuvasti kasvava sosiaali- ja terveystalot on pakottanut kehittämään uusia kanavia palveluiden tuottamiseen. Lahden kaupungin strategia 2025:n mukaan asiakkaat tulee osallistaa hyvinvointinsa parantamiseen. Sähköinen terveyden edistämisen malli on uudenlainen tapa tuottaa perusterveydenhuollon palvelua asiakkaille.

Kehittämishankkeessa kuvataan sähköisen terveyden edistämisen mallin luominen. Mallin avulla Terveyskioskin henkilöstö antaa potilasohjausta ja mahdollistaa terveydentilaan vaikuttavien asioiden seurannan sähköisesti. Mallin tein kyse-

lyn, fokusryhmähaastattelun sekä ryhmätyöskentelyn pohjalta. Alustavan mallin vein arvioitavaksi Trion Terveyskioskiin marraskuussa 2013. Paikalla oli kolme työntekijää. He kommentoivat mallia ymmärrettäväksi ja selkeäksi, sekä siinä ovat olennaiset asiat. Jätin kuvion kommentoitavaksi Terveyskioskiin. Alustavaan sähköisen terveyden edistämisen malliin oli tehty kommentti Ruorin ja tavoitteiden järjestyksestä. Olin myös itse pohtinut samaa ja päädyin lopulliseen kuvioon vaihtamaan järjestyksen niin, että keinojen jälkeen asiakas tekee realistiset tavoitteet hyvinvointinsa parantamiseksi. Ruori auttaa asiakasta seuraamaan terveyden ja hyvinvoinnin edistymistä (ks. kuvio 7, s.44).

Lopullisen sähköisen terveyden edistämisen mallin esittelin Terveyskioskin henkilöstölle marraskuun lopussa 2013. Henkilöstö oli tyytyväinen siihen. Se koettiin selkeäksi ja kuvaavaksi. Siitä näki yhdellä silmäyksellä sähköiseen terveyden edistämiseen vaikuttavat asiat. Henkilöstö suunnitteli laittavansa sähköisen terveyden edistämisen mallin Terveyskioskin www-sivuille sekä Terveyskioskin seinälle asiakkaiden nähtäväksi.

8.4 Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus

Vastuullisella kehittämistoiminnalla tarkoitetaan kehittämishankkeen eettisyyden ja luotettavuuden arviointia. Vastuulliseen kehittämistoimintaan sisältyy kehittämisprosessin avoin kuvaaminen, virheettömät tulosten tulkinnat, kohdehenkilöiden anonymiteetin säilyttäminen ja arvovalintojen ja näkökulmien kuvaaminen perusteluineen. Lisäksi vastuullisessa kehittämistoiminnassa eritellään kehittämishankkeen aikana syntyneet epävarmuustekijät ja ristiriidat. (Toikko & Rantanen 2009, 128–129.)

Kehittämishankkeen aiheen sain Terveyskioskin osastonhoitajalta. Tein toimeksiantosopimuksen Terveyskioskin osastonhoitajan kanssa ja terveystalouden johtaja antoi suullisen luvan kehittämishankkeen toteutukselle. Kehittämishankkeessa toimin työyhteisön ulkopuolisena kehittäjänä. Noudatin eettisiä periaatteita raportoimalla kehittämishankkeen prosessin totuudenmukaisesti.

Tärkeä tutkimuseettinen periaate on tutkittavien anonymiteetin suojaaminen. Kehittämishanke on raportoitu niin, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Kysely

sisälsi kolme avointa kysymystä. Koska olen työyhteisön ulkopuolinen kehittäjä, en tunnista vastaajia käsialan perusteella. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastauksia palautettiin viisi kuudesta. Osallistumisaktiivisuus oli erittäin hyvä. Vastauksista näki, että kysymyksiä oli pohdittu perusteellisesti ja vastaukset olivat monipuolisia.

Fokusryhmähaastattelun ja ryhmätyöskentelyn pidin Terveyskioskin osastotunnin aikana. Näin varmistettiin, että mahdollisimman moni pääsi osallistumaan. Fokusryhmähaastattelun nauhoittamiseen kysyin luvan kaikilta haastateltavilta. Jokainen antoi luvan nauhoitukselle. Nauhoitusta ei ole kuullut kukaan muu kuin minä. Tuhoan nauhoituksen, kun kehittämishanke on hyväksytty. Fokusryhmähaastattelun luotettavuutta lisäsi se, että välittömästi haastattelun jälkeen kirjoitin hankepäiväkirjaan ajatuksiani ja tuntojani haastattelusta. Lisäksi aukikirjoitin haastattelun heti, jotta tilanne on selkeänä mielessäni.

Ryhmätyöskentelyssä tein muistiinpanoja vain loppukeskustelun aikana. Parit tuottivat kirjallisen tuotoksen, jonka he esittelivät toisille pareille. Parien tekemät muistiinpanot keräsin itselleni. Kyselyn vastauksia ja ryhmätyön kirjallisia tuotoksia sekä muistiinpanojani olen säilyttänyt suojatusti ja tuhoan ne polttamalla, kun kehityshanke on hyväksytty.

Toikko ja Rantanen (2009, 121) yhdistävät kehittämistoiminnassa luotettavuuden käyttökelpoisuuteen. Kehitystoiminnan yhteydessä syntyvän tiedon tulee olla hyödyllistä. Ei riitä, että se on todenmukaista. Luotettavuutta tarkasteltaessa huomio kiinnittyy tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 143; Soininen 1995, 126; Hirsjärvi ym. 2004, 218.)

Validiteetti kuvaa kehittämishankkeen luotettavuutta, siinä tarkastellaan käytettyjen mittareiden ja tutkittavan ilmiön välistä suhdetta. Teorian ja tehtyjen valintojen tulee olla johdonmukaisia ja lisäksi on tarkasteltava johtopäätösten ja ulkoisten ilmiöiden välistä suhdetta. Kehittämishankkeessa tehtyjen tulkintojen tulee olla yhdenmukaisia aineiston kanssa. (Toikko & Rantanen 2009, 122.) Tein aluksi Terveyskioskin henkilöstölle kyselyn, jossa kartoitin mitä haasteita e-Terveyskioski tuo potilasohjaukseen, miten työnkuva muuttuu ja onko henkilöstöllä ammatilliset valmiudet sähköiseen potilasohjaukseen. Näiden vastausten perusteella tein haastattelurungon fokusryhmähaastatteluun. Koska fokusryhmä-

haastattelun tulokset eivät täysin vastanneet kehittämishankkeen tavoitetta ja tarkoitusta, aineistoa kerättiin lisäksi ryhmätyömenetelmällä.

Kehittämishankkeessa henkilöstö osallistettiin tiedontuottamiseen. Toimintatutkimuksen luonne on kokonaisvaltainen ja tutkijat sekä osanottajat ovat asiantuntijoita ja tiedontuottajia. Dialogissa syntyy uutta tietoa. Dialogi on aktiivinen vuoropuhelu, jossa ihmiset kuuntelevat, puhuvat ja ajattelevat yhdessä. Kehittämishankkeissa menetelmällisillä valinnoilla tuotetaan käytännönläheistä tietoa, jolla tuetaan kehittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 113,123 -126.)

Kehittämistoiminnassa prosessin avoin ja johdonmukainen kuvaaminen kertovat luotettavuudesta. Tutkimusaineiston keruu ja analysointi kuvataan huolellisesta ja läpinäkyvästi. Hankkeen toteutus ja tulokset tulee esittää niin läpinäkyvästi, että hankkeen käytettävyyttä voidaan arvioida myös muissa yhteisöissä. (Toikko & Rantanen 2009, 124–126.) Kehittämishankkeen prosessin olen kuvannut avoimesti ja totuudenmukaisesti.

8.5 Kehittämishankkeen jatkokehityshaasteet ja hyödynnettävyys

Sähköisten terveystalvelujen kehittämiseen ovat vaikuttaneet monet tekijät. Väestön ikääntyminen ja palvelujen käytön lisääntyminen on yksi suuri syy. Asiakkaan roolia aktiivisena toimijana hoidossaan on alettu korostaa. Lainsäädännön muutokset hoidon saatavuuteen ja sosiaali- ja terveydenhuollon sähköiseen asiointiin lisäävät tarvetta kehittää sähköisiä terveystalveluja. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian kehitys ja kunta- ja palvelurakennemuudistus vaikuttavat muutokseen.

Sähköisten terveystalveluiden ja potilasohjausohjelmien tarkoituksena on tarjota käyttäjäystävällisiä ja kustannustehokkaita talveluita asiakkaille. Lisäksi ne ovat lisänneet asiakkaan tietämystä terveydestään ja hyvinvoinnistaan sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Internet-pohjaiselle palvelulle ja potilasohjaukselle on selkeästi tarvetta ja kustannustehokkuus lisää kuntien mielenkiintoa tuottaa sähköisiä

terveyspalveluja. Lahden kaupunki haluaa myös laajentaa palvelutarjontaansa sähköisillä palveluilla.

Kehittämishanke oli työelämälähtöinen toimintatutkimuksellinen hanke Lahden Terveyskioskiin, jossa aloitettiin uusi terveyden edistämisen toimintamalli. Ruori on innovatiivinen terveydenseurantajärjestelmä, joka tarjoaa asiakkaalle työvälineen elämäntapojen muutokseen. Kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda terveyden edistämisen malli, jonka avulla Lahden Terveyskioskin henkilöstö antaa potilasohjausta ja mahdollistaa terveydentilaan vaikuttavien asioiden seuraamisen sähköisesti. Tarkoituksena oli kehittää Terveyskioskin henkilöstön työmenetelmiä potilasohjaukseen. Sillä voidaan tukea asiakkaan omaehtoista terveyden edistämistä sekä lisätä asiakkaan kiinnostusta omaan hyvinvointiinsa.

Kehittämishanke eteni suunnitelman mukaan ja sähköinen terveyden edistämisen malli saatiin luotua. Henkilöstö keskusteli työmenetelmistä, joissa potilasohjauksella tuetaan asiakkaan omaehtoista terveyden edistämistä. Tärkeäksi työmenetelmäksi nousi motivoiva keskustelu, jossa kartoitetaan asiakkaan tarpeet ja niistä keskustellen pyritään saamaan asiakkaassa muutosprosessi käyntiin. Tärkeää on huomioida, että asiakas tekee realistiset tavoitteet elämäntapojensa muutokselle. Jatkokehittämishankkeena olisi mielenkiintoista tutkia, miten asiakkaat kokevat Ruorin, onko se tukenut elämäntapojen muutokseen ja asiakkaan terveyden edistämiseen ja hyvinvointiin.

Sote 2015 -hankkeen sähköiselle asioinnille asetettuna tavoitteena on, että vuoteen 2015 mennessä kymmenesosa asiakaskäynneistä on muuttunut virtuaalisiksi käynneiksi (Lahden kaupunki 2013a, 26). Olisi mielenkiintoista, jos Ruori palvelisi tehokkaammin terveydenhuollon ja asiakkaan välillä. Tulevaisuudessa esimerkiksi terveysaseman sairaanhoitaja voisi Ruorista katsoa asiakkaan verenpainearvot ennen verenpainekontrollia. Jos arvot ovat pysyneet hyvänä, asiakkaalle riittäisi soitto, jolloin kontrolleja voisi harventaa. Sairaanhoitaja korvaisi fyysisen käynnin puhelinsoitolla asiakkaalle.

Kaste 2012–2015 -kehittämisohjelman yhtenä tavoitteena on edistää innovatiivisten käytäntöjen ja tuotantotapojen käyttöönottoa. Asiakaslähtöisten ja taloudellisesti kestävien sosiaali- ja terveyspalvelujen varmistaminen vaatii merkittäviä ra-

kenteellisiä ja toiminnallisia uudistuksia. Ihmisten osallistumista omien palveluidensa suunnitteluun tulee vahvistaa. (STM 2012, 26.) Asiakkaat tulee myös ottaa suunnittelussa huomioon. Yhtenä jatkokehityshankkeena voisi olla hanke, jossa selvitetään, mitä asiakkaat haluaisivat Ruoriin. Osioina voisivat olla esimerkiksi liikuntapäiväkirja ja unen seuranta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistuminen ja lisääntyvä yhteistyö edellyttää uusia ratkaisuja asiakastietojen yhteiskäyttöön. Jotta yhteistyötä voidaan parantaa, täytyy tietojärjestelmiä kehittää ja lainsäädäntöä uudistaa (STM 2012, 28.) Myös pääministeri Jyrki Kataisen johtaman hallituksen tavoitteena on jatkaa sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tiedonhallinnan rakentamista, jotta asiakastiedot saataisiin tarvittaessa käyttöön. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiä tulisi muokata yhteensopiviksi, jotta tietojen vaihto onnistuu. (Valtioneuvosto 2011, 57.) Tulevaisuudessa Ruori ja Lahden kaupungin käytössä oleva sairauskertomusjärjestelmä Pegasos voisivat olla yhteydessä keskenään, jolloin asiakkaan Ruoriin laittamat arvot siirtyisivät suoraan hänen omaan sairauskertomukseensa Pegasoksessa.

Uudenlainen terveyden edistämisen malli tuo henkilöstölle haasteita, mutta se lisää myös työnkuvan mielekkyyttä. Mallin käyttöönottoon tarvitaan kuitenkin esimiesten tukea. Johtamisella on mahdollistettava, että henkilöstöllä on riittävä perehdytys ja mahdollisuudet työskentelyyn. Lahden kaupungin terveystasemilla on tarkoitus ottaa Ruori käyttöön vuoden 2014 kuluessa. Ruori on heille varmasti suuri muutos potilasohjaukseen. Toivon, että sähköinen terveyden edistämisen malli toimii terveystasemien sairaanhoitajille tukena Ruorin potilasohjauksessa.

LÄHTEET

- Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.
- Alayli-Goebbels, A., Dellaert, B., Knox, S., Ament, A., Lakerveld, J., Bot, S., Nijpels, G. & Severens, L. 2013. Consumers preferences for health and nonhealth outcomes of health promotion: Result from a discrete choice experiment. *Value of Health* 2013(16) 114-123.
- Becker, A., Herzberg, D., Marsden, N., Thomanek, S., Jung, H. & Leonhardt, C. 2011. A new computer-based counselling system for the promotion of physical activity in patients with chronic diseases- Results from a pilot study. *Patient Education and Counseling* 2011(83) 195-202.
- Carlson, S-A., Maynard, LM., Fulton, JE., Hootman, JM. & Yoon, PW. 2007. Physical activity advice to manage chronic conditions for adults with arthritis or hypertension. *Preventive Medicine* 2009(49) 209–212.
- Castren, J. 2008. Sähköinen viestintä ja verkkoneuvontapalvelu osana yliopistopistelijoiden terveydenhuoltoa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Chen, Y-C., Tsao, L-I., Huang, C-H., Yu, Y-Y. & Jou, H-J. 2013. An Internet-based health management platform may effectively reduce the risk factors of metabolic syndrome among career women. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2013 52(2) 215-221.
- Euroopan komissio. 2013a. Terveysstrategia. Kansanterveys. [Viitattu 25.10.2013]. Saatavissa: http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_fi.htm
- Euroopan komissio. 2013b. Sähköiset terveydenhuoltopalvelut. [Viitattu 1.7.2013]. Saatavissa: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_fi.htm
- Ihalainen, H. 2011. Tietohallinto osana julkishallinnon sähköistyvää muutosta.

Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Väitöskirja.

Hanhinen, T. 2010. Työelämäosaaminen: kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmän konstruointi. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirja.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino

Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 16–38.

Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2007. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 144–162.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2007. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 78–93.

Heikkinen, K. 2011. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.

Hubley, J. Copeman, J. 2010. Practical health promotion. Cambridge: Polity Press

Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 94–113.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 94–113.

- Huotari, P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten näkemyksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Väitöskirja.
- Hyppönen, H. & Niska, A. 2008. Kohti kansalaisten sähköisten terveystalvelujen rakentamisen hyvää käytäntöä. Stakes raportteja 9/2008. Helsinki.
- Hyppönen, H., Winblad, I., Reinikainen, K., Angeria, M. & Hirvasniemi, R. 2010. Kansalaisen sähköisen asioinnin vaikutukset terveysaseman toimintaan. Raportti 25/2010. Helsinki. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos.
- Hyrkäs, E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppatieteiden laitos. Väitöskirja.
- Ihalainen, H. 2010. Tietohallinto osana julkishallinnon sähköistyvää muutosta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntieteiden laitos. Väitöskirja.
- Isosaari, U. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen yksikkö. Väitöskirja.
- Jylhä, V. 2007. Terveystenhuollon verkkopalveluiden tarjoama tieto ja sen vaikutukset. Asiakkaiden ja henkilökulman näkökulmat. Kuopion yliopisto. Terveystenhallinnon ja talouden laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Karim, R. & Söderholm, P. 2009. Application of information and communication technology for maintenance support information services. Transferring experiences from an e- Health solution in Sweden. *Journal of Quality in Maintenance Engineering*. 2009 15(1) 78-91.
- Kauhanen, J., Erkkilä, A. Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. Kansanterveystiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Keulers, B.J., Welters, C.F.M., Spauwen, P.H.M. & Houpt, P. 2007. Can face-to-face patient education be replaced by computer-based patient education. A randomized trial. *Patient Education and Counseling*. 2007 67(1-2)176-182.

- Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden – ja talouden laitos. Väitöskirja.
- Koivuniemi, T. 2004. Henkilöstövoimavarojen moninaisuus, muutos ja johtaminen kuntasektorilla- Henkilöstötilinpäätöksillä ja kehittämishankkeilla hyvää henkilöstötyötä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirja.
- Kolari, P. 2010. Tunneälyjohtaminen asiantuntijaorganisaation muutoksessa. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirja.
- Kork, A-A., Kivimäki, R J., Rimpelä, A. & Vakkuri, J. 2012. Matalan kynnyksen vastaanotto: perusterveydenhuollon palvelua kauppakeskuksessa. Lahden terveystieteiden loppuarviointi. Sitran selvityksiä 66. Helsinki.
- Koskinen-Ollonqvist, P., Aalto-Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P., Parviainen, H., Saikkonen, P. & Tamminiemi, K. 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näyttäytyminen väitöstutkimuksissa. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2/2007. Helsinki: Edita Prima Oy
- Koskinen, L. & Jokinen P. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä- haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* 13(6) 301-309.
- Kreps, G.L & Neuhauser, L. 2010. New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges. *Patient Education and Counseling* 2010 (78) 329–336
- Kumpula, M. 2011. Vakuutusalan työn sisältö ja työntekijöiden ammatti-identiteetin muovautuvuus- vakuutusvirkaileijasta finanssialan myyjäksi? Turun kauppakorkeakoulu. Johtamisen ja organisoinnin laitos. Väitöskirja.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K. & Redfors, T. 2007.

Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kähkönen, O., Kankkunen, P. & Saarinen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede*. 2012, 24(3) 201- 215.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja

Käypä hoito. 2013. Diabetes. [Viitattu 15.10.2013]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>

Käypä hoito. 2012a. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. [Viitattu 24.10.2013]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020>

Käypä hoito. 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. [Viitattu 15.10.2013]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>

Käypä hoito. 2010. Kohonnut verenpaine. [Viitattu 24.10.2013]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00016>

Käypä hoito. 2012b. Liikunta. [Viitattu 28.10.2013]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075>

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede*. 2005, 17(5) 250–258.

Lahden kaupunki. 2013a. Sote 2015 toimenpideohjelma. [Viitattu 3.9.2013].

Saatavissa:

[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/D148418F424EF220C2257AF3004744FE/\\$file/sote_2015_toimenpidesuunnitelma_pakattu.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/D148418F424EF220C2257AF3004744FE/$file/sote_2015_toimenpidesuunnitelma_pakattu.pdf)

Lahden kaupunki. 2013b. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut. [Viitattu 1.9.2013].

Saatavissa:

[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/28765C4B1F50B007C2257B55001E7114/\\$file/orgkaaviot_sote%20100413.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/28765C4B1F50B007C2257B55001E7114/$file/orgkaaviot_sote%20100413.pdf)

Lahden kaupungin strategia 2025. [Viitattu: 15.5.2013.] Saatavissa:

[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/64D261C1C96A7094C225789D002242D2/\\$file/strategia2025.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/64D261C1C96A7094C225789D002242D2/$file/strategia2025.pdf).

Lahden kaupunki, 2012. Sosiaali- ja terveyslautakunta. 11.12.2012. § 182.

Terveyskioskin monikanavapalvelu (e-Terveyskioski)- projekti.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. , Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2006. 6-8.

Leskinen, S. 2008. Terveystuollon organisaatioiden verkkopalvelujen kehittäminen. Kuopion yliopisto. Terveystuollon ja -talouden laitos. Pro gradu- tutkielma.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008 45(2)121-135.

Lluch, M. 2011. Healthcare professionals`organisational barriers to health information technologies- A literature review. International Journal of Medical Informatics 2011(80) 849–862.

Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. & Rollnick, S. 2013. Motivational interviewing in medical care settings: A system review and meta-analysis randomised controlled trials. Patient Education and Counseling 2013 (93) 157-168.

Mastrian, K.G., McGonigle, D., Mahan, W.L. & Bixler, B. 2011. Integrated technology in nursing education. Tools of the knowledge area. The United States of America: Jones and Bartlett Publishers

Mattila, E. 2010. Design and evaluation of a mobile phone diary for personal health management. Tampereen yliopisto. Tekniikan laitos. Väitöskirja

Mckinley, J.B. & Marceau, L.D. 2012. From cottage industry to a dominant mode of primary care: Stages in the diffusion of a health care innovation (retail clinics). *Social Science and Medicine* 2012(75)1134–1141.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Oy

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Focusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Lääketieteellinen tutkimusseura Duodecim* 2008/124, 1507–1513.

Nielsen, M.M. & Barton, A.J. 2011. Innovations in E- Health. (Edited by) Saba, V.K. & McCormick, K.A. *Essentials of nursing informatics*. New York: The McGraw-Hill Companies. 559-575.

Noar, S.M. & Grant Harrington, N. 2012. e-Health Applications. An introduction and overview. (Edited by) Noar, S. & Grant Harrington, N. *e-Health applications promising strategies for behaviour change*. New York: Routledge. 3-16.

Nolan, R.P., Liu, S., Shoemaker, K.J., Hachinski, V., Lynn, H., Mikulis, D.J., Wennberg, R.A., Lum-Kwong, M.M. & Zbib, A. 2012. Therapeutic Benefit of Internet-Based Lifestyle Counselling for Hypertension. *Canadian Journal of Cardiology* 2012(28) 390–396

Nummi, P. 2007. Fasilitaattorin käsikirja. Tarina siitä miten Ykä Hirvi vie ryhmän tulokseen. Helsinki: Prima Edita Oy

Oh, H., Rizo C., Enkin M. & Jadad A. 2005. What Is eHealth: A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Medical Internet Research* 7(1) ei sivunumeroita

Oikeusministeriö. 2011. FINLEX - Valtion säädöstietopankki. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. [Viitattu 3.5.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi.Terveydenhuoltolaki>.

Oikeusministeriö. 2011. FINLEX - Valtion säädöstietopankki. Kansanterveyslaki 66/1972. [Viitattu 3.5.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi.Kansanterveyslaki>.

Oikeusministeriö. 2011. FINLEX - Valtion säädöstietopankki. Laki sähköisestä

asioinnista viranomaistoiminnassa 13/2003. [Viitattu 9.9.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi>.

Laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa.

Oikeusministeriö. 2011. FINLEX- Valtion säädöstietopankki. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. [Viitattu 10.10.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi>. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

Oikeusministeriö. 2011. FINLEX- Valtion säädöstietopankki. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. [Viitattu 10.10.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi>. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. Vaasan yliopisto. Hallintotieteen laitos. Väitöskirja.

Ojaniemi, K. 2006. Toimintamallien kehittäminen terveyden edistämisen hankkeissa- ymmärrys, suunnittelu ja arviointi. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Park, M-J. & Kim, H-S. 2012. Evaluation of mobile phone and Internet intervention on waist circumference and blood pressure in post-menopausal women with abdominal obesity. International journal of medical informatics 2012 81(6) 388–394.

Perneger, TV., Sudre, P., Uldry C., Courteheuse, C., Naef, AF., Jacquement, S. Nicod, L. Rochat, T. & Assal, JP. 2002. Effect of patient education on self-management skills and health status on patients with asthma: a randomized trial. American Journal on Medicine 2002 13(1) 7-14.

Pietilä, A-M. 2010. Terveyden edistämisen lähtökohtia. Teoksessa: Pietilä A-M. (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. 10–14.

- Pietilä, A-M., Halkoaho, A., Matveinen, M. 2010. Terveyden edistäminen päivittäisessä työssä - asiantuntijoiden näkemyksiä. Teoksessa: Pietilä, A-M. (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. 231–242.
- Pietilä, A-M., Länsimies- Antikainen, H., Vähäkangas, K., Pirttilä, T. 2010. Terveyden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa: Pietilä, A-M. (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. 15-31.
- Powell, J. 2010 E-health promotion. (Edited by) Thorogood, M. & Coombes, J. Evaluating Health Promotion. Oxford: University Press. 150-165.
- Ratia, S. 2013. Terveyskioski tarjoaa Ruoria. Etelä- Suomen Sanomat 28.9.2013
- Rosser, B.A., Vowles, K.E., Keough, E., Eccleston, C. & Mountain G.A. 2009. Technology- assisted behaviour change: a systematic review of studies of novel technologies for the management of chronic illness. Journal of Telemedicine and telecare. 2009 15(7) 327-338.
- Ryan, S. 2010. Convenient Care Clinics in Broader Health Care Landscape. American College of Nurse Practitioners 2010 6(1) 27-32.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein: Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Helsinki: Edita Prima Oy
- Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja 43/1995.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Terveyden edistäminen. [Viitattu 11.10.2013]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. [Viitattu: 3.5.2012]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta.

Etene – julkaisu 32. [Viitattu 10.10.2013]. Saatavissa:

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. Etene-julkaisu 30. [Viitattu 10.10.2013]. Saatavissa:

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=41970&name=DLFE-1504.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveyden edistämisen eettiset haasteet.

Etene -julkaisu 19. [Viitattu: 5.5.2013]. Saatavissa:

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-526.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen.

[Viitattu: 23.5.2013]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/periaatteet/terveyden_ja_hyvinvoinnin_edistaminen

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta 3. korjattu painos. Tampereen Yliopistopaino Oy

Toivanen, M. 2006. Sähköisten asiointipalvelujen kehittäminen kunnissa.

Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Väitöskirja

Tuomi, T. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Uusitalo, H. 1995. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan.

Juva: WSOY.

Valkeakari, S. & Hyppönen, H. 2009. Muutosvalmennus terveydenhuollon

sähköisten palvelujen käyttöönoton tukena; Case Oulu omahoito. Raportti

34/2009. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

Valtioneuvosto 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011.

[Viitattu: 3.5.2013]. Saatavissa:

<http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>

- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Vinkanharju, A. 2006. Terveysportaali terveyden ja sairaanhoidon tukena. Kuopion Yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon laitos. Pro Gradu tutkielma.
- Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy
- While, A. & Dewsbury, G. 2011. Nursing and information and communication technology (ICT): A discussion of trends and future directions. International Journal of Nursing Studies 2011 (48), 1302-1310
- WHO (World Health Organization) 1986. [Viitattu 22.5.2013]. Saatavissa: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
- Valtiovarainministeriö. 2004. Verkkopalvelustrategian vaikuttavuus. Tutkimukset ja selvitykset 3/2004. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Vataja, K. & Seppänen- Järvelä, R. 2006. Prosessiarviointi- mahdollisuus lujittaa kehittämissuunnitelmaa. Teoksessa Seppänen- Järvelä, R. & Karjalainen, V. (Toim.) Kehittämistyön risteyskohti. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy. 217- 230.
- Yasin, B. & Ötzen, H. 2011. E-health information search intentions of Turkish internet users. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing. 2011 5(2)135–152.

LIITTEET

Liite 1 Kyselylomake Terveyskioskin henkilöstölle

Hei!

Opiskelen Lahden ylemmässä ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen – opintoja. Opinnäytetyöni tekee Terveyskioskiin, aiheena e-Terveyskioski, sähköinen terveyden edistämisen malli asiakkaan hyvinvoinnin parantamiseksi. Teen kyselyn toiminnan vaikutuksista työhösi sekä asiakkaiden saamaan potilasohjaukseen. Jatkossa vastauksista nousevat teemat käymme läpi yhteisissä keskusteluissa. Vastaukset käsittelemme luottamuksellisesti.

Jos haluat esittää lisäkysymyksiä, minut tavoittaa numerosta xxxxxxxxxxxx, tai xxxxxxxxxx@phnet.fi

Kiitos vastauksistasi!

Saija Sillanpää

Rengasta oikea vastaus

Kuinka kauan olet työskennellyt sosiaali- ja terveystieteillä

1. alle 5 vuotta
2. 10–15 vuotta
3. yli 15 vuotta

Kirjoita vastaus tyhjään tilaan, voit jatkaa vastaustasi paperin toiselle puolelle

1. Mitä haasteita e-Terveyskioski tuo potilasohjaukseen?

2. Miten työnkuvasi muuttuu e-Terveyskioskin aloitettua toimintansa?

3. Onko Sinulla ammatillisia valmiuksia sähköisesti tapahtuvaan potilasohjaukseen? Rengasta oikea vastaus.

Kyllä / Ei

Jos vastasit Ei, miten haluaisit kehittää ammatillisia valmiuksiasi?

Liite 2 Fokusryhmähaastattelun runko

1. Potilasohjaus e-terveyskioskissa

Haasteet: Miten ratkaista?

Onko tarpeeksi tietoa potilasohjauksesta? Mitä on huomioitava? Pehdytys, miten riittävä tietämys, asiakkaan valmiuksien tiedostaminen?

Lisääntykö potilaskohtainen ajankäyttö, miten jonottavat asiakkaat? Voiko asiaan vaikuttaa työaikajärjestelyillä?

Ikäihmiset, haasteellisen asiakkaan kohtaaminen?

Asiakkaan oma vastuu, miten potilasturvallisuus on huomioitu?

2. Henkilöstön työmenetelmien kehittäminen

Työnkuvan muutos:

Mitä odotat uudelta toimintamallilta?

Lisääntykö potilasohjaus?

Millainen on uusi potilasohjausmalli? Toimiiko se?

3. Mallin luominen potilasohjaukseen

Malli, ohjausrunko potilasohjaukseen? Helpottaisiko, Koetaanko mallin luominen tärkeäksi, voisiko toimia työvälineenä Ruorin (e- Terveyskioskin) potilasohjauksessa? Jatkossa mukaan TA:n henkilöstö

Teemapäivä e-Terveyskioskista, sähköinen asiointi

Arviointia

Liite 3 Henkilöstön potilasohjauksessa huomioitavia asioita

Esitiedot Ruoriin liittyessä: nimi, ikä, pituus, sukupuoli

Käyttäjätunnus ja salasana

Vuorovaikutuksessa on tärkeä huomioida asiakkaan vastaanottokykyä, asiat on kerrottava, jotta asiakas ne ymmärtää. Asiakkaan ja hoitajan välisen vuorovaikutussuhteen tulee olla tasavertainen, aktiivinen ja positiivinen. Asiakkaan taustatekijät vaikuttavat potilasohjaukseen mm. sairaudet ja lääkitys.

Ruori sisältää seitsemän osiota, jotka ovat paino, verenpaine, vyötärön ympäryys, tupakointi, alkoholinkäyttö, diabetesriskitesti sekä alkoholiriskitesti eli Audit-testi.

1. Paino

Miksi painonpudotus on tärkeää.

Asiakkaan kanssa keskustellaan ruokavaliosta, millainen se nyt on, millainen ateriarytmi, annoskoot. Asiakkaan kanssa käydään lävitse, mitä on monipuolinen ruokavalio ja miten se vaikuttaa painonhallintaan.

Ruokavaliolla voidaan vaikuttaa myös verenpaineeseen, kolesteroliarvoihin, veren sokeriarvoihin sekä vyötärön ympärykseen.

2. Verenpaine

Miksi tärkeä seurata.

Kohonnut verenpaine ei oireile. Ihanteellinen verenpaine on 120/70 mmHg, kohonnut 140/90 mmHg.

Jos asiakkaalla on verenpainelääkitys, asiakkaalle korostetaan, että sitä on tärkeä noudattaa.

Elintavoilla voidaan vaikuttaa verenpaineeseen: ruokavalio, suola, lakritsi, liikunnan lisääminen, painonpudotus. Verenpaineen lasku vähentää diabetesriskiä, lisäksi kohonneen verenpaineen alentaminen vähentää aivohalvauksen ja sydäninfarktin riskiä. (Käypä hoito 2010.)

3. Vyötärön ympäryys

Vyötärön ympäryys mitataan sekä keskustellaan, mitä riskejä on sisäelinten ympärille kertyvästä niin sanotusta viskeraalista rasvasta. Viitearvot, ihanne, naisella vyötärön ympäryys alle 80 cm, miehillä alle 94 cm. Huomattava terveyshaitta, naisilla 88cm ja miehillä 102 cm.

Metabolinen oireyhtymä (MBO) tarkoittaa tilaa, jossa todetaan kolme seuraavista viidestä riskitekijästä:

-miehillä vyötärön ympärys on yli 94 cm ja naisilla yli 80 cm (eurooppalainen syntyperä)

-systolinen verenpaine on vähintään 130 mmHg, diastolinen vähintään 85 mmHg tai kohonneen verenpaineen lääkehoito

-seerumin triglyseridien paastoarvo on vähintään 1.7 mmol/l tai triglyseridipitoisuuden pienentämiseen tähtäävä lääkehoito

-seerumin HDL-kolesterolin paastoarvo on miehillä alle 1.0 mmol/l ja naisilla alle 1.3 mmol/l tai HDL-kolesterolipitoisuuden suurentamiseen tähtäävä lääkehoito

-plasman glukoosipitoisuuden paastoarvo on vähintään 5.6 mmol/l tai tyypin 2 diabetes. (Käypä hoito 2012b)

4. Tupakointi

Asiakkaan kanssa käydään läpi tupakoinnin vähentämiseen tai lopettamiseen liittyviä terveydellisiä etuja.

Asiakasta kannustetaan lopettamaan tupakointi. Kerrotaan positiivisia asioita, joita tupakoinnin lopettamiseen liittyy, kuten hiilimonoksidi häviää elimistöstä vuorokaudessa ja nikotiini kahdessa vuorokaudessa, hajujaisti paranee, syöpä- ja sepelvaltimotauti

riski pienenevät. (Käypä hoito 2012a.)

5. Alkoholinkäyttö

Asiakkaalta kysytään alkoholin kulutuksesta.

Alkoholin riskikäytön rajat ovat naisella kaksi annosta päivittäin tai viisi annosta kerralla viikoittain.

Miehillä riskiraja on neljä annosta päivittäin tai seitsemän annosta kerralla viikoittain.

Riskirajan ylityksellä on terveydellisiä vaikutuksia.

Runsas alkoholin käyttö altistaa haima- ja maksasairauksille.

Alkoholi sisältää runsaasti energiaa, joten alkoholin käyttö vaikuttaa painoon.

Alkoholin käytön vähentäminen vaikuttaa unenlaatuun.

Alkoholin käyttö nostaa verenpainetta ja altistaa rytmihäiriöille sekä sillä on metabolisia vaikutuksia.

Alkoholi vaikuttaa myös hormonitoimintaan ja voi aiheuttaa miehille esimerkiksi impotenssia. Audit-testillä voidaan testata asiakkaan alkoholin käyttöä. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) on WHO:n kehittämä kymmenen strukturoidun kysymyksen testi, jolla selvitetään alkoholin käyttöä. Riskikäytön pisteraja on miehillä vähintään kahdeksan ja naisilla kuusi pistettä. (Käypä hoito 2011.)

6. Liikunta

Liikunnan lisääminen on keskeinen elämäntapamuutos, joka auttaa useiden pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa.

Kaikille 18–64-vuotiaille suositellaan joko reipasta kestävyysliikuntaa ainakin 2 tuntia 30 minuuttia viikossa tai rasittavampaa liikuntaa tunti 15 minuuttia viikossa.

Yli 64-vuotiaille suositellaan kestävyysliikunnan lisäksi nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa, esimerkiksi kotivoimistelua.

Liikunta yhdistettynä vähäenergiaiseen ruokavalioon parantaa laihtumistulosta pelkkään ruokavalioon verrattuna. Laihdutuksessa ja painonhallinnassa tarvitaan siis aina myös ruokailutottumusten pysyvää muutosta.

Energian kulutuksen lisääminen vähentää sisäelinten ympärille kertyvän rasvan määrää jopa silloin, kun liikunta ei johda painon vähenemiseen, mutta kehon koostumus siis muuttuu edullisemmaksi. (Käypä hoito 2012b)

7. Diabetesriskitesti

Diabetesriskitestissä arvioidaan riskiä sairastua 2 tyypin diabetekseen seuraavan kymmenen vuoden aikana. Testi on Suomessa kehitetty. Siinä on kahdeksan kysymystä, jotka liittyvät ikään, painoindeksiin, vyötärön ympärukseen, ruokavalioon, liikuntaan, verensokeriarvoihin ja verenpainelääkitykseen sekä perimään. Maksimipistemäärä on 26. Mitä suurempi pistemäärä on, sitä suurempi mahdollisuus on sairastua 2 tyypin diabetekseen. (Käypä hoito 2013.)