



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen vaikuttavuus

Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarin laadinta

Eeva Nousiainen
Sari Standen

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen vaikuttavuus

Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarin laadinta

Eeva Nousiainen
Sari Standen
Terveystarkastaja YAMK
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2017

Eeva Nousiainen, Sari Standen

Kundit kondikseen-sähköisen Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarin laadinta

Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarin laadinta

Vuosi

2017

Sivumäärä

37

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana on Helsingin kaupungin Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen aikaansaama muutos käyttäjien terveyskäyttäytymisessä. Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut luoda mittari, jolla Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen vaikuttavuutta voidaan arvioida. Kundit kondikseen on Helsingin kaupungin 40-vuotiaille helsinkiläismiehille kohdennettu terveystarkastus, joka on ollut sähköisessä muodossa vuodesta 2015 lähtien. Sen avulla pyritään kartoittamaan miesten terveydentilaa ja terveyskäyttäytymistä sekä terveyden riskitekijöitä. Tarkastuksen tehneistä kutsutaan vastaanotolle miehet, joilla on kohonneita terveyden riskitekijöitä. Tarkastuksen tavoitteena on miesten terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen. Opinnäytetyön toimeksiantaja on ollut Helsingin kaupunki.

Mittarin rakentaminen lähti liikkeelle aihealueen teorian tietoon perehtymisestä sekä keskeisiin käsitteisiin ja aiempiin tutkimuksiin tutustumisesta. Teoriatiedon pohjalta on luotu Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittari. Mittarin perustana on suomalaisten kansantaudit ja aikuisväestön merkittävimmät terveyskäyttäytymisen riski- ja suojatekijät. Keskeisiä riskitekijöitä ovat epäterveelliset ruokailutottumukset, tupakointi, alkoholinkäyttö ja vähäinen liikunta sekä ylipaino. Näitä kartoitetaan selvittämällä painoindeksi, tupakointi, alkoholinkäyttö, verenpaine ja vyötärönympärysmitta sekä liikunta- ja ruokailutottumuksia. Tiedot kerätään mittariin. Vuotta myöhemmin samat tiedot kerätään uudestaan vastaanotolle kutsutuilta miehiltä ja tilannetta verrataan lähtötilanteeseen. Tarkoituksena on tutkia, onko miesten terveyskäyttäytymisessä tapahtunut muutoksia vuoden aikajanalla. Tuloksia voidaan hyödyntää palvelujen kehittämisessä.

Yhä useampi suomalainen on ylipainoinen. Miesten painoindeksi on ollut noususuuntainen jo useiden vuosikymmenien ajan. Yli puolet suomalaisista miehistä on ylipainoisia. Väestön tupakointi on vähentynyt, mutta se on edelleen merkittävä sairauksien ja kuolleisuuden aiheuttaja. Pääkaupunkiseudun miehistä tupakoi noin joka neljäs. Myös alkoholinkulutus on edelleen runsasta vaikkakin alkoholin kokonaiskulutus on vähentynyt viime vuosien aikana. Alkoholin riskikäyttäjiä on iso osa suomalaisista. Uudellamaalla asuvat miehet juovat enemmän alkoholia muihin alueisiin verrattuna. Tutkimusten pohjalta vaikuttaisi, että korkeampi koulutus on merkittävä terveyskäyttäytymiseen vaikuttava tekijä. Myös alueellisia eroja on havaittu terveyskäyttäytymisen riski- ja suojatekijöissä.

Terveyskäyttäytyminen on tärkein terveyttä määrittävä tekijä. Kansantautien ennaltaehkäisy on tarpeen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Terveyden edistäminen tulisi huomioida kaikessa päätöksenteossa. Terveyskäyttäytymisen riskitekijöiden väheneminen edistää väestön terveyttä ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Terveysriskeihin puuttumalla voidaan asiakasta tukea terveytensä edistämiseen omahoitoon kannustamalla. Sähköiset terveystarjonnat tarjoavat mahdollisuuden väestön terveydentilan kohentamiseen ja kustannusten tehostamiseen. Potilaan oma osallistuminen hoitoon ja terveyden ylläpitämiseen on vielä käyttämätön resurssi, joka olisi hyvä saada laajempaan käytäntöön.

Asiasanat: Omahoito, Sähköiset terveystarjonnat, Terveyden edistäminen, Terveyskäyttäytyminen, Vaikuttavuus

Eeva Nousiainen, Sari Standen

The effectiveness of Kundit kondikseen eHealth survey, The development of a health behavior change indicator

Year 2017

Pages

37

The premise of this thesis is to analyse the effect of the City of Helsinki's "Kundit kondikseen" electronic health check survey on the health behaviour of male participants. The aim of this thesis is to create an indicator to evaluate the effectiveness of the "Kundit kondikseen" electronic health check survey. The City of Helsinki offers the "Kundit kondikseen" survey for 40-year-old men in Helsinki. The survey has been in electronic format since 2015. With the aid of this survey it is intended to highlight participants of their own health status and their health behaviour and associated risk factors. Following the survey men with higher health risks are invited to a consultation. The purpose of the health check survey is to promote men's health generally and reduce health inequalities. The promoter of this thesis has been the City of Helsinki.

The development of the health indicator measurement began from understanding the theory behind the subject, familiarization of the key factors involved and analysing prior research. The main areas chosen to be measured were focused around the most common Finnish national adult health problems, their risks and preventions. These key areas are unhealthy food choices, smoking, alcohol consumption and lack of exercise as well as overweight. These health concerns were analysed using measurement data of body mass index, smoking frequency, alcohol usage, blood pressure, waist measurements, exercise and food choices. The data is gathered in the indicator. A year later the same data is gathered from the men who were invited to a consultation and differences are examined. It can then be measured if any significant changes have occurred in the participant's health within one year. The results may then be used to aid the development of healthcare services.

More and more Finns are becoming overweight. The average body mass index for men has been on the increase for tens of years. Over half of Finnish men are overweight. Whilst smoking levels have decreased the effects on health and death rates have remained significant. One in four men in the Helsinki region smokes. In addition, alcohol consumption remains high for men despite a fall in overall consumption rates. A large proportion of Finns are at risk of alcohol related health problems. Men from the Helsinki region consume more alcohol than other areas in Finland. Based on the studies, it would seem that higher education is also a major factor affecting healthy behavior. Regional differences have also been identified as a factor.

Health behavior is the most important determinant of health. The prevention of illness and disease is necessary to promote the health and well-being of the population. Health promotion should be taken into account in all decision-making. Reduction of health risk factors through healthy behavior promotes public health and reduces healthcare costs. By addressing health risks, individuals can be encouraged to improve their health through self-care. Electronic health services provide an opportunity to improve the health of the population and increase the cost efficiency. The patient's own involvement in healthcare maintenance and treatment is still an underused resource that would be beneficial for wider practice.

Keywords: Effectiveness, eHealth, Health behavior, Health promotion, Self-care

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	7
2.1	Keskeiset käsitteet.....	7
2.1.1	Terveyden edistäminen.....	7
2.1.2	Terveyskäyttäytyminen.....	8
2.1.3	Omahoito	8
2.1.4	Sähköiset terveyspalvelut	9
2.1.5	Vaikuttavuus	10
2.2	Aihealueen aikaisemmat tutkimukset.....	10
3	Opinnäytetyön taustaa	14
3.1	Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto.....	14
3.2	Kundit kondikseen-sähköinen terveystarkastus.....	14
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	16
5	Tutkimukselliset menetelmät	16
5.1	Kvantitatiivinen tutkimus	16
5.2	Aineiston valinta ja analyysi.....	17
5.3	Mittari.....	18
5.3.1	Mittarin rakentaminen	18
5.3.2	Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittari	18
5.3.3	Lihavuus.....	19
5.3.4	Tupakointi	19
5.3.5	Verenpaine	20
5.3.6	Alkoholi	20
5.3.7	Liikunta	20
5.3.8	Ruokavalio	21
6	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	21
7	Pohdinta	22
	Lähteet	26
	Liitteet	32

1 Johdanto

Yhteiskunta on jatkuvan kehityksen ja muutoksen alla. Väestömäärä on kasvussa ja väestöra-
kenne muuttumassa suurten ikäluokkien vanhentuuessa. Eläkeläisten määrä kasvaa suhteessa
työssäkäyviin. Suurten ikäluokkien eläköityminen vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon hen-
kilösten määrää ja lisää työvoimapolua. Suomen väestöryhmien väliset terveys- ja hyvinvoin-
tierot ovat suuret ja noususuuntaiset. Väestömäärän kasvu, ikärakenteen vanhentuminen sekä
väestöryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot lisäävät terveyspalveluiden kysyntää ja kus-
tannuksia. Samaan aikaan yhteiskunnan taloudellinen tilanne on epävakaa ja haastava. Myös
monikulutturuus tuo oman haasteensa palveluiden kehittämiseen. Sähköiset terveyspalvelut
tarjoavat mahdollisuuden väestön terveydentilan kohentamiseen ja kustannusten tehostami-
seen. (Hoitotyön vuosikirja 2016, 13; Hyppönen, Hyry, Valta & Ahlgren 2014, 17; Sosiaali- ja
terveysministeriö 2014a, 3-4, 11; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2015b.)

Väestön terveyden edistäminen tulisi huomioida kaikessa päätöksenteossa. Toimintojen vaiku-
tuksia tulisi arvioida eri näkökulmista huomioiden niiden sekä yhteiskunnalliset että eri väes-
töryhmiin kohdistuvat vaikutukset. Palvelujen laadun kehittäminen ja voimavarojen kohden-
taminen väestön terveyttä parhaiten edistäviin toimintoihin edellyttää tietoa toimintojen vai-
kuttavuudesta. Terveyskäyttäytymisen riskitekijöiden väheneminen voi edistää väestön ter-
veyttä sekä vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Laadukas sosiaali- ja terveydenhuolto
on tarpeita vastaavaa ja näyttöön perustuvaa kustannustehokasta toimintaa. (Kiiskinen,
Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 3, 122-123; Pekurinen, Räikkönen & Leinonen
2008, 3, 5.)

Kansantaudit ovat sairauksia, joilla on suuri merkitys koko väestön terveydentilaan ja jotka
ovat yleisiä kuolleisuuden aiheuttajia. Ne vaikuttavat merkittävästi väestön työkykyyn ja ter-
veydenhuollon palveluiden käyttöön. Keskeisiä Suomen väestön kansantauteja ovat sydän- ja
verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpätaudit, tuki- ja
liikuntaelimistön sairaudet, muistisairaudet sekä mielenterveysongelmat. Keskeisiä väestön
terveyskäyttäytymisen riskitekijöitä ovat tupakointi, riittämätön liikunta, epäterveellinen
ruokavalio, ylipaino sekä alkoholin liikakulutus. Kansantautien ennaltaehkäisy on tarpeen vä-
estön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. (Helldán & Helakorpi 2015, 5, 9, 27; Sosiaali-
ja terveysministeriö 2014a, 3; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015c.)

Helsingin kaupungin strategiaohjelman vuosille 2013 - 2016 tavoitteena on helsinkiläisten ter-
veyden paraneminen sekä terveys- ja hyvinvointierojen kaventuminen. Lisäksi palveluraken-
netta pyritään muokkaamaan laitoshuollosta avohuoltoon ja sähköisten palvelukanavien avulla
aktivoimaan kuntalaisia itse- ja omahoitoon. Palveluissa korostuu ennaltaehkäisyn sekä ter-
veyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulmat. Helsingin kaupunki on vuodesta 2006 alkaen
kartoittanut 40-vuotiaitten helsinkiläismiesten terveydentilaa Kundit kondikseen terveystar-
kastuksella. Sen avulla pyritään kartoittamaan asiakkaan terveyskäyttäytymistä ja terveyden-
tilan riskitekijöitä. Tavoitteena on miesten terveydentilan edistäminen ja terveyserojen ka-
ventaminen. Kundit kondikseen terveystarkastus siirtyi sähköiseksi vuonna 2015. (Eskola 2015,
4; Helsingin kaupunki 2013, 10, 29.)

Opinnäytetyömme käsittelee Helsingin kaupungin Kundit kondikseen-sähköistä terveystarkas-
tusta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on luoda mittari, jonka avulla Kundit kondikseen-säh-
köisen terveystarkastuksen vaikuttavuutta voidaan arvioida. Vaikuttavuuden arviointi perus-
tuu terveyskäyttäytymisessä tapahtuneiden muutosten kartoittamiseen. Mittarin avulla selvi-
tetään, onko muutoksia tapahtunut terveyskäyttäytymisessä ja terveyden riskitekijöissä vu-
oden aikajanalla. Mittarin käytön avulla saadut tulokset voivat mahdollistaa palvelun kehittä-
misen ja kohdentamisen tulosten pohjalta. Tulokset voivat tarjota tietoa terveyskäyttäytymi-
seen vaikuttavista tekijöistä ja antaa kuvan sähköisen terveystarkastuksen aikaansaamista
muutoksista asiakkaan terveyskäyttäytymisessä.

Aihe on ajankohtainen, koska terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen sekä hoi-
totyön kustannusten tehostaminen ovat välttämättömiä yhteiskuntamme nykytilanteessa. Ter-

veyskäyttäytymiseen ja terveydentilaan edistävästi vaikuttavat sähköiset terveyspalvelut voivat tarjota mahdollisuuden hoitotyön vaikuttavuuden parantamiseen ja kustannusten tehostamiseen.

2 Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

2.1 Keskeiset käsitteet

2.1.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämällä tarkoitetaan kansalaisten terveyttä edistäviä toimintoja sekä toimintoja, joilla pyritään vaikuttamaan yksilön, väestön tai yhteisön mahdollisuuksiin ja edellytyksiin omasta terveydestä tai ympäristöstä huolehtimiseen. Tavoitteena on yksilöiden ja yhteisöjen parempi terveydentila ja hyvinvointi sekä sairauksien ennaltaehkäiseminen. Ongelmia pyritään ennaltaehkäisemään ja yksilöiden terveydentilaa ja toimintakykyä vahvistamaan. Tähän pyritään vaikuttamalla terveydentilaa määrittäviin tekijöihin. (Kiiskinen ym. 2008, 19; Pietilä 2012, 15-16; Snelling 2014, 10, 12; Vertio 2003, 29-30; Willis 2014, 10, 19.)

Terveyden edistäminen voidaan määritellä prosessina, jonka tavoitteena on yksilöiden auttaminen optimaaliseen terveydentilaan terveyttä määrittäviin tekijöihin vaikuttamalla. Terveyttä määrittäviä tekijöitä ovat perinnölliset tekijät, sosiaaliset ja psykologiset tekijät, terveyspalvelut, terveyskäyttäytyminen ja politiikka. Niillä on merkittävä vaikutus yksilön ja yhteisön terveydentilaan. Suurin merkitys on yksilön terveyskäyttäytymisellä. Terveyden edistäminen on myös yksilöiden osallistamista omahoitoon. (Snelling 2014, 10, 12; Willis 2014, 10, 18-19.)

Terveyden edistäminen käsitteenä ei ole kovin vanha. Yhteiskunnan muutosten myötä ihmisten terveydentilat, terveyskäyttäytyminen sekä elintavat ja -olot ovat muuttuneet. Terveydentilan edistämisestä ja sairauksien ennaltaehkäisystä on tullut aiempaa tärkeämpää. Terveyden edistämisen käsitteen rinnalla olevia lähikäsitteitä ovat muun muassa terveyskasvatus ja kansanterveystyö, joihin terveyden edistämisen käsite voidaan sekoittaa. Käsitteillä on päällekkäisyyksiä ja niillä on sama tavoite, mutta ne lähestyvät terveyttä omista näkökulmistaan. (Snelling 2014, 3, 9-11; Willis 2014, 19.)

Terveyden edistämisen toimintoja voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta. Ne voivat kohdistua koko väestöön tai vaihtoehtoisesti toiminta voi kohdistua korkean riskin väestöön, jolloin toiminta kohdennetaan sille osalle väestöstä, jolla on kohonnut riski sairastua. Voidaan puhua primaari- ja sekundaaripreventiosta. Primaaripreventio on terveisiin kohdistuvaa sairauden ennaltaehkäisyä, kun taas sekundaaripreventiolla tarkoitetaan jo sairastuneiden sairauden etenemisen ja oireiden sekä sairauden hoitoa. Terveyden edistäminen voi kohdistua samanaikaisesti sekä primaari- että sekundaaripreventioon. (Kiiskinen ym. 2008, 19; Snelling 2014, 16-17; Willis 2014, 11.)

Terveyden edistäminen koskettaa koko yhteiskuntaa. Se ei rajoitu vain sosiaali- ja terveydenhuollolle vaan se on poikkihallinnollinen haaste, jonka huomioiminen kuuluu kaikille joiden päätöksenteko ja toiminta vaikuttavat yhteisön ja ympäristön terveydentilaan. Eri tahojen välinen yhteistyö olisi eduksi kaikille. Terveyden edistämisen toimintaan vaikuttavat kulttuuriset, ajalliset ja globaalit näkökulmat. (Kaikkonen ym. 2012, 4-5; Pietilä 2012, 3-4; Suhonen & Axelin 2014, 237; Vertio 2003, 29-30.)

Terveyden edistäminen on osa kansanterveystyötä. Terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena määritellään muun muassa väestön terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen sekä terveyserojen kaventaminen. Terveyden edistäminen määritellään yksilöön, väestöön, yhteisöön ja elinympäristöön kohdistuvana toimintana, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen. Laissa (11 §) määritellään kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtäviksi terveys- ja hyvinvointivaikutusten huomioon ottaminen päätöksenteossa. Kuntien tehtävä on seurata asukkaittensa terveyden ja hyvinvoinnin

tilaa. Kunnan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimista on raportoitava valtuustolle vuosittain. Lisäksi valtuustolle on laadittava hyvinvointikertomus jokaisen valtuustokauden aikana. Terveyden edistämisen on oltava osa kuntien strategiaa. Terveyden edistämisen työtä tulisi tehdä yhteistyönä eri toimialojen tahoilla. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 12 §.)

2.1.2 Terveyskäyttäytyminen

Terveyskäyttäytyminen määritellään yksilön elintapoina. Se määritellään yksilön käyttäytymisenä ja valintoina terveyteen vaikuttavissa asioissa. Terveyskäyttäytymisen taustalla nähdään sosiaaliset, taloudelliset ja kulttuuriset tekijät. Eri sosioekonomisissa ryhmissä arvot ja asenteet sekä perinteet voivat olla vaikuttamassa yksilön terveyskäyttäytymiseen. Yksilön sosioekonominen asema vaikuttaa tämän tiedollisiin, taloudellisiin ja sosiaalisiin resursseihin, joihin terveellisten elintapojen valinta pohjautuu. (Duodecim 2017; Helldán & Helakorpi 2015, 9; Sosiaali- ja terveysministeriö; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a.)

Terveyskäyttäytyminen eli elintavat ovat yhteydessä yksilön terveydentilaan ja kuolleisuuteen. Terveyskäyttäytymisellä nähdään keskeinen merkitys yksilön terveydentilaan ja sairastumisriskiin. Keskeisiä suomalaisten kansanterveyden terveyskäyttäytymisen riski- ja suojatekijöitä ovat ravitsemus, liikunta, alkoholin käyttö ja tupakointi. Sosiaali- ja terveysministeriö luokittelee terveyteen vaikuttavina terveyskäyttäytymisen osa-alueena lisäksi elinympäristön. (Duodecim 2016; Helldán & Helakorpi 2015, 9; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos on kartoittanut suomalaisen aikuisväestön terveydentilaan vuodesta 1978 lähtien vuosittaisella postikyselytutkimuksella. Tarkoituksena on selvittää työikäisten terveyskäyttäytymisen sen hetkistä tilaa sekä kartoittaa pitkän ja lyhyen aikavälin muutoksia suomalaisten terveydentilassa. Tutkittavia terveyskäyttäytymisen osa-alueita ovat ruokailu, liikunta, tupakointi ja alkoholinkäyttö. (Helldán & Helakorpi 2015, 5.)

Tutkimuksissa on ilmennyt pitkällä aikavälillä myönteistä kehitystä tupakoinnin ja joidenkin ruokailutottumusten osalta, mutta osa muutoksista on ollut huonompaan suuntaan. Alkoholin käyttö ja ylipainoisten osuus ei ole kehittynyt myönteisesti. Tupakointi on vähentynyt sekä miesten että naisten keskuudessa. Miehistä tupakoi päivittäin 17% ja naisista 14%. Alkoholin käyttö on lisääntynyt vuosien aikana ja raittiiden osuus vähentynyt. Alkoholinkäytössä voidaan nähdä alueellisia eroja. Uudellamaalla juodaan eniten alkoholia. Vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt, mutta työmatkaliikunta vähentynyt. Ravitsemussuosittelujen mukaisia ruokailutottumuksia noudattavien määrä oli nousussa ajanjaksolla 2005-2009, mutta tätä seuranneina neljänä vuotena myönteinen kehitys on pysynyt ennallaan. (Helldán & Helakorpi 2015, 5, 27.)

2.1.3 Omahoito

Omahoito-käsitteellä tarkoitetaan yksilön omasta terveydentilasta ja hyvinvoinnista huolehtimista. Se on oman terveydentilan ja hyvinvoinnin seuraamista ja edistämistä sekä sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Omahoidossa yksilö ottaa päävastuun omasta terveydestään ja terveydenhuollon henkilöstön tehtävänä on pyrkiä tukemaan yksilöä terveytensä edistämässä. Omahoidon avulla pyritään parantamaan väestön terveydentilaa, kaventamaan terveyseroja ja lisäämään kustannustehokkuutta. Lisäksi omahoidolla voidaan pyrkiä parantamaan terveydenhuollon ammattihenkilöstön resurssipulaa. Omahoito on terveydenhuollon mahdollisuus ja tärkeä osa sen tulevaisuutta. (Sitra 2014, 6.)

Potilaan oma osallistuminen hoitoon ja terveydenylläpitämiseen on vielä käyttämätön resurssi, joka olisi hyvä saada käytäntöön. Omahoidon avulla voidaan saada myönteisiä vaikutuksia sosiaali- ja terveysalan resurssipulaan, kustannuksiin ja potilastyytyväisyyteen. Omahoidon kiinnostus on lisääntynyt. Omasta terveydestä halutaan olla tietoisia ja sujuva sekä vaivaton palvelu on toivottavaa. Mobiiliteknologia on kehittynyt paljon ja omia terveystietoja voi seurata älypuhelimien avulla paikasta riippumatta. Sähköisten omahoitopalveluiden avulla asiakas voi saada alustavan arvion terveyden tilastaan ja ohjausta palvelun piiriin hakeutumisessa. Oman terveydentilan seurannan ja omahoidon ennaltaehkäisevien palveluiden, esimerkiksi unen ja alkoholin käytön seurannassa, on todettu olevan positiivisia vaikutuksia ongelmien ehkäisyyn. (Sitra 2014, 9, 32.)

Omahoidossa potilas on itse vastuussa omasta terveydestään ja ratkaisuisistaan. Omahoidossa merkittävää on juuri se, että hän on itse vaikuttamassa, suunnittelemassa ja toteuttamassa omaa hoitoansa. Omahoito suunnitellaan aina yhdessä ammattihenkilön kanssa ja räätälöidään potilaan elämäntilanteeseen sopivaksi. Ammattihenkilö toimii valmentajana hoitosuhteessa ja kannustaa sekä ohjaa hoidon toteuttamisessa. Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja ottaa lopulta vastuun hoidon toteutumisesta. Omahoidon aloitusta on kuitenkin arvioitava yksilöllisesti. Potilaalla on oltava valmiudet omahoidon toteuttamiseen. Vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi motivaatio muutokseen, tieto sairaudesta ja sen vaikutuksista sekä oikeiden hoito ja niiden vaikutukset. Omahoidon aloitusta suunniteltaessa on myös otettava huomioon potilaan yksilölliset terveystottumukset, uskonnolliset tekijät, kulttuuri ja sosiaalinen elämäntilanne. (Routasalo ym. 2009, 6, 9, 11, 20.)

Omahoidolla on saatu merkittäviä tuloksia esimerkiksi pitkäaikaissairauksien hoidossa, jossa potilas on itse suuressa osin vastuussa oman terveydentilan ylläpitämisessä. Hoitohenkilökunnan tulisi olla motivoiva ja potilaslähtöinen lähestymistapa on tärkeää, kun suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa sairauden omahoitoa ja vastuunottamista omasta terveydestä. Jokaisen potilaan kanssa on myös otettava huomioon yksilölliset tarpeet ja henkilökohtainen elämäntilanne. Hoitohenkilökunnan on myös otettava huomioon omahoidon haasteet ja kompastuskivet. (Rosenbek Minet, Lonvig, Henriksen & Wagner 2011, 1115-1116, 1120-1124.)

2.1.4 Sähköiset terveyspalvelut

Yhteiskunta digitalisoituu kansalaisten käyttäessä mobiili- ja tietotekniikkapalveluja yhä enenevässä määrin. Tilastokeskuksen mukaan tietotekniikka on läsnä suurimman osan arjessa. Suuri osa kansalaisista käyttää internetiä. Tilastokeskuksen mukaan 88 prosenttia 16-89-vuotiaista suomalaisista on käyttänyt internetiä viimeisten kolmen kuukauden aikana, 72 prosenttia tästä ikäryhmästä käyttää sitä useita kertoja päivässä (Tilastokeskus 2016a).

Internet tarjoaa helpon kanavan terveystiedon hakemiseen. Myös kansalaisten rooli suhteessa palvelujen tarjoajaan on muutoksessa. Kansalaiset ovat aiempaa aktiivisempia ja vuorovaikutteisuus asiakkaan ja palvelun tarjoajan välillä on lisääntymässä. Asiakkaiden palveluille asetamat tavoitteet ja tavoitteet ovat muuttumassa. Asiakaslähtöiset sähköiset palvelut voivat tehostaa palvelujärjestelmää sekä lisätä terveyttä ja hyvinvointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a, 4, 11, 17.)

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee eHealth, eTerveys, käsitteen tarkoittavan informaatioteknologian käyttämistä terveydenhuollossa (World Health Organization 2015). Euroopan komission määritelmän mukaan sähköiset terveyspalvelut, eHealth, tarkoittavat terveydenhuollon välineitä ja palveluja, jotka hyödyntävät tieto- ja viestintäteknologiaa. Sähköisten terveyspalveluiden tavoitteeksi luokitellaan sairauksien parempi ennaltaehkäisy ja diagnostiikka sekä hoidon, seurannan ja terveydenhuollon hallinnon parantaminen. Tavoitteena on myös hoidon saatavuuden ja laadun parantaminen toimintaa tehostamalla. (Euroopan komissio 2015.) Sähköiset terveyspalvelut kattavat tuotteiden ja palvelujen lisäksi tieto- ja viestintäteknologian käytön terveydenhuollon prosesseissa. (Hoitotyön vuosikirja 2016, 13.)

Sähköiset terveyspalvelut tarjoavat mahdollisuuden palveluiden kehittämiseen ja kustannustehokkuuden parantamiseen. Sähköisten terveyspalveluiden avulla voidaan parantaa palveluiden tasa-arvoista saatavuutta ja laatua sekä vaikuttavuutta. Niiden avulla terveydenhoitoa voidaan enenevässä määrin siirtää ennalta ehkäisevään hoitotyöhön, mikä tehostaa terveydenhuollon palveluja, vaikuttaa positiivisesti kansalaisten terveyteen ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Sähköiset terveyspalvelut tarjoavat kansalaisille työvälineitä ja edellytyksiä terveytensä omahoitoon. Pyrkimyksenä on sairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen. (Hoitotyön vuosikirja 2016, 13; Hyppönen ym. 2014, 6, 17; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a, 3-4, 11; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014.)

Vuosina 2009-2015 toimi sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma Sade-ohjelma. Ohjelma tuotti valtakunnalliseen käyttöön yhteen toimivia sähköisiä palveluita. Sosi-

aali- ja terveysalan palvelut kuuluivat Sade-ohjelman palvelukokonaisuuteen. Sosiaali- ja terveysministeriö toimi palvelukokonaisuuden valvojana. Ohjelman tavoitteena oli tuottaa sosiaali- ja terveysalan sähköisiä palveluita kansalaisten käyttöön jotka myös tukevat kansalaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Tavoitteena oli vaikuttaa palveluiden valintaan ja siihen hakeutumista. Haluttiin myös saada kansalaiset osallistumaan palveluiden suunnitteluun ja parantaa vuorovaikutusta kansalaisten ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä. Raportin mukaan ohjelmassa suunnitellut sähköiset palvelut muuttuvat kannattaviksi vuonna 2016 ja maksavat itsensä takaisin vuonna 2017. Sähköisillä palveluilla on myös mahdollista nostaa työn tuottavuutta palveluiden sähköistämällä ja yksinkertaistamalla palveluprosesseja. Ohjelmassa toteutettiin myös kansalaiskysely, jonka mukaan sähköisten palveluiden käyttö säästi sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjiltä 1,37 käyntiä kertaa vuodessa. Kyselyn mukaan 65% kansalaisista pitää sähköisiä terveyspalveluita tärkeänä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016.)

2.1.5 Vaikuttavuus

Vaikuttavuus, effectiveness, käsite voidaan määritellä eri tavoin. Sen määrittelyyn vaikuttaa käsitteen käytön asiayhteys sekä arvioinnin laajuus ja näkökulma. Yksiselitteistä määritelmää käsitteelle ei ole. Vaikuttavuutta voidaan tarkastella vertaamalla lähtökohtaa, toimintaa ja toiminnan vaikutuksesta syntyviä tuloksia. Vaikuttavuuden arviointi voi kohdistua prosessiin tai sen lopputulokseen. Tarpeen asettamien tavoitteiden saavuttaminen kuvaa toiminnan vaikuttavuutta. Vaikuttavuutta voi tarkastella yksilön tai yhteisön näkökulmasta. (Konu, Rissanen, Ihanola & Sund 2009, 285-286; Simonen 2012, 31-32; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Terveyspalvelujen vaikuttavuutta voidaan määritellä terveydenhuollon palvelujen tai toimintojen aikaansaamana ja tuottamana terveysvaikutuksena, terveydentilan tai elämänlaadun muutoksena. Toiminnan aikaansaama muutos on sen vaikuttavuus. Vaikuttavuudella tarkoitetaan terveydenhuollon toiminnan ansiosta tapahtuvana terveydentilan muutoksena. Toiminnalla voi olla joko myönteinen tai kielteinen vaikutus. Terveydenhuollon vaikuttavuus on riippuvainen hoidon tehosta ja asiakkaan hoitomyönteisyydestä. Vaikuttavuuden arvioinnissa tavoitteena on selvittää tietyn toiminnan vaikutus yksilön tai yhteisön terveydentilaan. (Konu ym. 2009, 286-287; Pekurinen ym. 2008, 21; Simonen 2012, 32.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos määrittelee terveyden edistämisen vaikuttavuuden ja vaikutusten arvioinnin olevan haasteellista. Se voi tarkoittaa eri asioita eri asiayhteyksissä. Yksilöitä koskevan terveyden edistämisen toiminnan vaikuttavuutta on helpompi arvioida kuin laajempien toimien vaikutuksia yhteisön näkökulmasta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Terveyden edistämisen toiminnan vaikutus yksilön terveydentilaan voi tapahtua välittömästi toiminnan seurauksena. Vaihtoehtoisesti voi se olla havaittavissa vasta pidemmällä aikavälillä. Vaikuttavuuden määrittäminen edellyttää vaikutusten mittaamista ja seuranta. Haasteelliseksi mittaamisesta tekee toiminnan aikaansaaman vaikutuksen osoittaminen. Mittaamisen työvälineinä voidaan käyttää erilaisia rekisteritietoja, mittareita ja kyselyitä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

2.2 Aihealueen aikaisemmat tutkimukset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi vuonna 2014 kansalaiskyselyn sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisestä asioinnista, jossa kartoitettiin kansalaisten kokemuksia ja tarpeita. Tutkimus on ensimmäinen Suomessa valtakunnallisella tasolla tehty tutkimus kansalaisten kokemuksista. Tutkimuksessa pyrittiin kartoittamaan kansalaisten käyttökokemusten lisäksi heidän sähköisten palvelujen käytöstä saamaa hyötyä sekä toiveita tulevista sähköisistä palveluista. (Hyppönen ym. 2014, 5.)

Keskeisiä tuloksia tutkimuksessa oli, että kansalaisilla on melko hyvät valmiudet sähköisten terveyspalveluiden käyttöön. Tutkimuksessa ilmeni myös, että terveydenhuollon palveluiden suurkulutuksella (yli 10 palvelutapahtumaa vuoden aikana) oli merkittävä yhteys sähköisten

terveyspalveluiden käyttöön. Kansalaisten käyttökokemukset olivat pääosin positiivisia. Tutkimukseen haastatelluista sähköisiä toimintoja käyttäneet arvioivat sähköisten terveyspalvelujen käytön säästäneen heiltä yli 1,5 käyntiä/vuosi. Väestötasolle yleistettynä tämä tarkoittaa suuria summien säästymistä ja terveydenhuollon henkilökunnan työtaakan keventymistä salli hoidon kohdentamisen sitä eniten tarvitseville. Tutkimuksen tuloksista nähtiin sähköisten palvelujen mahdollisuudet tukea uuden kustannustehokkaan ja vaikuttavan palvelurakenteen luomista, mutta ei korvaavan terveydenhuollon fyysisiä käyntejä. Sähköinen asiointi nähtiin olemassa olevia palveluja täydentävänä palveluna. Tuloksissa korostettiin kuitenkin kansalaisten eritasoisten valmiuksien ja mahdollisuuksien huomioiminen, jotta sähköiset palvelut eivät lisäisi kansalaisten eriarvoisuutta. Sähköisten terveyspalvelujen helppokäyttöisyys ja soveltuvuus sekä tarvittaessa ohjaus nähtiin tärkeänä. (Hyppönen ym. 2014, 6, 74-75, 82.)

Kansalaisten kokemuksia sähköisistä terveyspalveluista tutkittiin Suomessa vuonna 2014 myös toisessa tutkimuksessa. Tässäkin tutkimuksessa todettiin kansalaisilla hyvät tietotekniset valmiudet. Iällä ja koulutuksella havaittiin kuitenkin selkeä yhteys sähköisten palveluiden käyttöön ja valmiuksiin. Vastajat kokivat sähköiset palvelut hyödyllisinä. Tutkimustuloksissa yksilöllisten ja eri asiakasryhmien ohjaustarpeiden huomioiminen nähtiin tärkeänä. (Jauhiainen, Sihvo, Ikonen & Rytönen 2014, 70, 72, 77.)

Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra toteutti Taloustutkimuksen kanssa vuonna 2013 tutkimuksen, joka osoitti kansalaisten suhtautuvan myönteisesti sähköisiin terveyspalveluihin ja haluavan lisää ympäri vuorokauden saatavilla olevia sähköisiä terveys- ja hyvinvointipalveluja. Kyselyn mukaan yli 70 prosenttia kansalaisista uskoo, että uudet sähköiset terveyspalvelut lisäävät asiakkaiden tyytyväisyyttä ja helpottavat palveluiden käyttöä. Vastajista lähes joka toinen, 43 prosenttia, arvelee käyttävänsä sähköisiä terveyspalveluja tulevan vuoden aikana, joka tarkoittaisi Sitran mukaan reilun 20 prosentin kasvua nykyisestä käyttöasteesta. (Sitra 2013.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos kartoitti sähköisen terveydenhuollon palveluiden käyttöä vuonna 2014 (Reponen, Kangas, Hämäläinen & Keränen 2015). Terveydenhuollon tietotekniikan käytön kansallista kartoitusta on tehty muutaman vuoden välein vuodesta 2003 alkaen. Kyseinen kartoitus oli viides terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvitys aiheesta. Tarkoituksena on ollut selvittää terveydenhuollon palvelujen tuottajien tilannekuvaa ja organisaatiotason näkemystä sähköisten palveluiden levinneisyydestä ja käyttöasteesta. Tutkimuksen mukaan terveydenhuollon kansalaisille suunnatut sähköiset palvelut ovat lisääntyneet aiemmista kartoituksista. Raportin mukaan potilastietojen käsittely on siirtynyt paperisesta sähköiseksi. Suurimpina haasteina on pidetty ohjeistusta, resursseja ja koulutusta. Saadun ohjauksen ja ohjelmien käytettävyys koetaan entistä tärkeämpänä. (Reponen ym. 2015, 4-5, 17.)

Hollannissa julkaistiin vuonna 2013 systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka tarkastelukohteenä olivat elintapatottumuksiin kohdistuvat internet interventiot. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella julkaisuja, jotka käsittelevät internetin terveystottumuksiin kohdistuvia terveyden edistämiseen pyrkiviä interventioita. Lisäksi tutkimuksen avulla pyrittiin tunnistamaan heikkouksia ja puutteita interventioiden tavoitavuudessa ja käytössä sekä vaikuttavuudessa. (Kohl, Crutzen & de Vries 2013, 1, 4.)

Tutkimuksessa tarkasteltiin 41 julkaisua, jotka oli julkaistu vuosien 2006 ja 2012 välillä. Tutkimuksessa ilmeni, että internet interventiot kohdistuivat pääosin painonpudotukseen liikuntatottumusten ja ruokavalion kautta. Käyttäjien rekrytointi internet interventioihin oli tehty pääosin muualla kuin verkossa. Tutkimuksessa tarkastellut interventiot oli suunnattu kaikille, mutta interventioiden havaittiin tavoittavan paremmin naispuolisia, nuoria, korkeasti koulutettuja, kaukasialaisia ja hyvinvointivaltioissa asuvia. Merkittävänä ongelmana nähtiin interventioiden vähäinen käyttö. Interventioiden vaikutukset olivat pääosin pieniä ja vaihtelevia eivätkä pitkäaikaisia ja pysyviä. Interventioiden vaikuttavuuteen liittyvät taustatekijät olivat epäselviä, yksiselitteisiä selittäviä tekijöitä ei tutkimuksessa voitu osoittaa. (Kohl ym. 2013, 1, 4, 7.)

Tutkimuksessa epäselväksi jäi missä vaiheessa interventiot muuttuvat kustannustehokkaiksi. Interventioiden aikaansaama muutos vaikuttaisi vähenevän intervention keston kasvaessa ja

intervention päättymisen jälkeen sekä jos sen aikaansaamat muutokset olivat alun perinkin kovin pienet. Johtopäätöksenä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa oli, että internet interventioilla on mahdollisuus, vaikkakin pieni sellainen, saavuttaa muutoksia käyttäjien terveyskäyttäytymisessä. Tutkimuksessa ilmeni, että henkilökohtaisia tapaamisia sisältävät interventiot olivat tehokkaampia lisäten palvelun käyttöä ja vaikuttavuutta. Tutkimuksessa saatiin viitteitä siitä, että yksilöllinen palaute, vuorovaikutuksellisuus, tavoitteen määrittely sekä yhdistetty verkkovalmennus ja henkilökohtaiset tapaamiset voisivat parantaa intervention vaikuttavuutta. (Kohl ym. 2013, 1, 4, 7.)

Internet intervention vaikuttavuuteen saattaisi tutkimuksen mukaan vaikuttaa positiivisesti organisaatiokonteksti, esimerkiksi sidos terveydenhuollon organisaatioon. Tämä saattaisi lisätä palvelun tavoitavuutta ja käyttöä. Tutkimuksessa todettiin internet interventioiden voivan olla hyvä ensimmäinen askel terveyden edistämiseen, kun yksilölliset tarpeet arvioidaan ja huomioidaan tarjoten riittävä määrä tukea, aikaa ja osaamista. (Kohl ym. 2013, 4.)

Yhdysvalloissa kartoitettiin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa sähköisten terveyspalvelujen mahdollisuuksia parantaa terveyden lukutaitoa. Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin 12 tutkimusta, jotka käsitelivät terveyden lukutaidon parantamiseen pyrkiviä interventioita. Tutkimukset oli tehty Yhdysvalloissa, Australiassa ja Hollannissa. Tutkimusten interventiot kohdistuivat terveysriskeihin, elämäntapoihin ja sairauden hoitoon. Interventioiden käyttäjät olivat eri-ikäisiä ja eri kulttuureista tulevia. (Jacobs, Lou, Ownby & Caballero 2016, 81, 86.)

Tutkimuksen mukaan teknologiapohjaiset interventiot osoittivat merkittäviä tuloksia tai osoittivat lupaavia odotettavissa olevia tuloksia terveyden lukutaidon suhteen. Kirjallisuuskatsaus osoitti, että sähköisten terveyspalvelujen avulla on mahdollista parantaa terveyden lukutaitoa. Intervention käyttötavalla (kosketusnäyttö verrattuna tietokone) ei nähty olevan merkitystä vaikuttavuuteen. Myöskään intervention kestolla tai intensiivisyydellä ei nähty yhteyttä intervention vaikuttavuuteen. Yhtenä johtopäätöksenä tutkimuksessa oli, että terveyden lukutaitoa parantamiseen pyrkivien applikaatioiden ei tarvitse välttämättä olla laajoja ja hintavia, ollakseen vaikuttavia. (Jacobs ym. 2016, 81, 94-96.)

Sähköiset terveyspalvelut nähtiin tehokkaina vaihtoehtoina perinteiselle terveydenhuollolle ja keinona matalan terveyden lukutaidon kohottamiseksi. Huomioon otettavana seikkana nähtiin se, että sähköisten palveluiden ja uusien teknologisten ratkaisujen käyttö terveydenhuollossa saattaa lisätä terveyden eriarvoisuutta. Epäselväksi jäi, missä suhteessa käyttäjät kokevat luontevaksi terveyspalvelujen käytön tietokoneen ja elektronisten palveluiden avulla ja kuinka monella on mahdollisuus sähköisten terveyspalvelujen käyttöön. (Jacobs ym. 2016, 81, 94-96.)

Australiassa toteutettu ManUp tutkimus käsittelee keski-ikäisille miehille kohdistetun internet intervention vaikuttavuutta ja sen kykyä parantaa miesten fyysistä aktiivisuutta, ruokailutottumuksia ja terveyden lukutaitoa. Tutkimus toteutettiin satunnaistettuna kontrolloituna tutkimuksena, jossa vertailtiin internet interventiota ja kirjallisen materiaalin käyttöön pohjautuvaa interventiota. Intervention sisältö oli sama molemmille ryhmille. Internet intervention käyttäjiä oli suhteessa 2:1 enemmän kuin kirjallisen materiaalin käyttäjiä. Osallistujien fyysinen aktiivisuus, ruokailutottumukset ja terveyden lukutaito arvioitiin tutkimuksen alussa sekä kolmen ja yhdeksän kuukauden kuluttua. Tutkimukseen osallistui 317 miestä. Heistä 125 osallistui kaikkiin kolmeen arvioon. Osallistuneiden keski-ikä, jotka osallistuivat jokaiseen arviointikertaan, oli 45.11 vuotta. (Duncan ym. 2014, 1-2, 8.)

Tutkimuksen tulokset osoittivat merkittäviä parannuksia miesten itse-raportoimissa liikuntaan käytetyissä minuuteissa ja liikuntakerroissa sekä ruokailutottumuksissa. Merkittäviä eroja ryhmien välillä ei havaittu. Ravitsemukseen liittyvä osaaminen ei muuttunut ajan kanssa eikä ryhmien välillä. Tämän arveltiin johtuvan kohtalaisen korkeasta osaamisesta lähtötilanteesta sekä ravitsemusosaamisen arvioinnin välineiden rajoittuneisuus. Vaihtoehtoisesti miehet eivät tutustuneet ravitsemusta koskevaan materiaaliin tai kaipasivat ohjaavampaa opastusta ravitsemukseensa. (Duncan ym. 2014, 2, 15-17.)

Internet intervention etuna nähtiin sen mahdollisuus tavoittaa useampia käyttäjiä. Lisäksi sen avulla voidaan seurata käyttäjän sitoutumista ja intervention käyttöä. Haasteena internet interventiolle nähtiin niiden vähäinen käyttö ja käyttöön sitouttamisen vaikeus. Miehet terveyden edistämisen kohderyhmänä luokiteltiin vaikeasti tavoitettavana vastaten aiempia tutkimustuloksia. Tutkimukseen osallistuneista moni kaipasi yksilöllisiä ohjeita ja palautetta. Lisäksi miehet kokivat käyttöä vähentävänä tekijänä internetyhteyden tarpeellisuus mobiiliapplikaatiota käytettäessä. (Duncan ym. 2014, 15-17.)

Englannissa Sheffieldin yliopistossa vuonna 2010 tehtiin tutkimus, jonka mukaan internet interventiolla on vaikutuksia terveystyöskäytymiseen. Tutkimus tehtiin yhteensä 43236 henkilölle vuosina 2000-2008. Tutkimus osoitti, että internet interventiolla voidaan vaikuttaa ihmisten terveystyöskäytymiseen, esimerkiksi tupakointiin, ruokailutottumuksiin ja stressinhallintaan. Varsinkin henkilökohtaisilla sähköposteilla ja tekstiviesteillä todettiin olevan suurempi vaikutus. Kesäkuussa 2009 arvioitiin, että koko maailman väestöstä 25% oli päässyt internetiin. Euroopan osalta luku oli 50% ja Pohjois-Amerikassa vastaava luku oli 74%. Näiden tulosten pohjalta ja internetin käytön lisääntyneenä internetillä on suuri vaikutus tulevaisuudessa terveystyöskäytymiseen ja internet pohjaisten terveystyöskäytymisen käyttö tulee varmasti lisääntymään ja kehittymään jatkossa. (Webb, Joseph, Yardley & Michie 2010, 1, 4, 6, 10.)

San Diegossa Kaliforniassa tutkittiin vuosina 2002-2007 internet intervention vaikutusta liikkumiseen ja ravitsemukseen lihavilla ja ylipainoisilla ihmisillä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 352 ihmistä. Interventio kesti 12 kuukautta. Miesten ja naisten interventiot tehtiin erikseen, mutta ne olivat hyvin samanlaisia. Osallistujat olivat satunnaisesti valittuja lihavia ja ylipainoisia ihmisiä. Tutkimukseen otettiin aluksi 842 osallistujaa ja 597 osallistujaa sai suoritettua 12 kuukauden interventiojaksonsa. Ainostaan 352 henkilön tulokset olivat vertailukelpoisia ja tulokset riittävät tuloksien vertailuun. Miehet houkuteltiin mukaan sanomalehtien ja mainosten avulla, naiset sairaanhoidon kautta. Osallistujien painoindeksit olivat 25-40 välillä. Osallistujilla piti olla oma internetyhteys ja hyvä yleinen terveydentila. Osallistujia ei saanut olla raskaana tai raskaus suunnitteilla. Osallistujien piti osata hyvin sekä lukea että puhua englantia ja sitoutua kohtalaiseen liikunnan harrastamiseen 12 kuukauden intervention ajan. (Carlson, Sallis, Ramirez, Patrick & Norman 2012, 50-54.)

Internet pohjaisen sovelluksen avulla osallistujat saivat opetusta ja valmennusta. He saivat myös tehdä omaseuranta ja asettaa omia tavoitteita ravitsemuksen ja liikunnan toteuttamiseksi. Interaktiivisen sovelluksen avulla he saivat myös sosiaalista tukea puhelimitse omien tavoitteiden kanssa.

Tavoitteena oli lisätä päivittäiseen ruokavalioon 5-9 annosta kasviksia, vähentää rasvansaantia 30% ja lisätä päivittäistä liikuntaa 30-60 minuuttia 5-7 päivänä viikossa. Näiden lisäksi tavoitteena oli osallistua voimaharjoitteluun kahdesti viikossa. Osallistujia kannustettiin raporttoimaan tuloksista ja asettamaan uusia tavoitteita. Tutkimustulokset osoittivat että 55% osallistujista sai merkittäviä positiivisia tuloksia liikunnan ja ruokavalion suhteen 12 kuukauden aikana. Tutkimuksen perusteella internet pohjaisella valmennuksella on kansanterveydellisiä vaikutuksia ihmisten terveystyöskäytymiseen. (Carlson, Sallis, Ramirez, Patrick & Norman 2012, 50-53.)

Hollannin Maastrichtin yliopiston tekemän tutkimuksen mukaan sähköiseen palveluun osallistuvan tausta vaikuttaa palveluun sitoutumiseen ja säännöllinen henkilökohtainen muistutusviesti auttaa osallistujaa pysymään sitoutuneena ohjelmaan. Tutkimukseen osallistui 3448 henkilöä, joiden keski-ikä oli 44 vuotta. Yli puolet henkilöistä oli miehiä. Kolme neljäsosaa oli keski- ja suurituloisia työssäkäyviä ja puolet osallistujista avioliitossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja ennustaa sellaisten sähköisten terveystyöskäytymisen käyttöä, joiden pyrkimyksenä on positiivinen vaikutus käyttäjän terveystyöskäytymiseen. Tutkimuksessa havainnoidtiin, kuinka pitkäjänteistä sähköisten palveluiden käyttö on. Ohjelman avulla osallistujat tekivät henkilökohtaisen terveystyöskäytymisen. Näiden pohjalta ohjelma antoi terveystyöskäytymisestä henkilökohtaisen palautteen. Tarkoituksena oli tunnistaa omien terveystyöskäytymisen tunnistaminen ja terveystyöskäytymisen muuttuminen näiden pohjalta. Ohjelma koostui viidestä erillisestä moduulista. (Schneider, Osch, Schulz, Kremers & Vries 2012, 1-3, 6-8.)

Alussa 9169 ilmoitti olevansa kiinnostunut palvelusta, joista 5168 kirjautui sisään ja lopulta 3448 aloitti palvelun käytön. Henkilöt, jotka aloittivat palvelun, olivat hieman vanhempia, suurempi tuloisia ja omasivat suhteellisen terveelliset elintavat. Ohjelmaan kirjautui todennäköisesti myös henkilöitä, jotka olivat työssäkäyviä alhaisemmalla tulotasolla ja joilla oli epäterveellisemmät elintavat. He lopettivat kuitenkin tutkimusjakson eivätkä päässeet loppuun saakka. Tämä osoitti, että sähköisissä palveluissa on kehittämisen varaa, jotta saadaan kaikki ohjelmaan aloittaneet henkilöt sitoutumaan ohjelmaan. Tutkimuksessa huomattiin myös, että sähköpostiviesti, joka muistutti palvelusta, auttoi henkilöitä kirjautumaan uudestaan palveluun. (Schneider, Osch, Schulz, Kremers & Vries 2012, 1-3, 6-8.)

3 Opinnäytetyön taustaa

3.1 Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto

Vuonna 2014 asui pääkaupungissa 620 715 henkilöä. Väkiluku on kasvussa nousten vuoden aikana 8051 asukkaalla. Kaupungin väestöstä ruotsinkielisiä oli 5,8% ja ulkomaiden kansalaisia 8,9%. Yli 65-vuotiaita oli 16,4% asukkaista. Yli 75-vuotiaita oli 6,9%. Vuonna 2014 oli kaupungilla 25 terveysasemaa ja sairaaloita 6. Perusterveydenhuollon käyntejä kerääntyi vuoden aikana lähes 5 miljoonaa, joista terveysasemakäyntejä oli 4,5 miljoonaa. Perusterveydenhuollon laitoshoidossa oli päivittäin keskimäärin 911 potilasta ja erikoissairaanhoidon puolella 1123 henkilöä. Henkilökuntaa kaupungilla oli 40 350. (Helsingin kaupunki 2015, 7, 34-35, 43.)

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto aloitti toimintansa vuoden 2013 alussa sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen yhdistyessä. Virasto on Helsingin suurin virasto, jolla on noin 15 000 alaista. Viraston toimintaa järjestetään noin 400 eri toimipisteessä. Helsingin sosiaali- ja terveysviraston vuosille 2014-2016 tekemän strategiasuunnitelma määrittelee viraston tehtäväksi tuottaa helsinkiläisille hyvinvointia, terveyttä ja sosiaalista turvallisuutta. Tavoitteena on kaupunkilaisten kannustaminen ottamaan vastuuta omasta ja läheistensä terveydestä ja hyvinvoinnista. Tätä tuetaan sähköisillä ja vuorovaikutuksellisilla menetelmillä. Lisäksi tavoitteena on turvata kaupunkilaisille aukotonta apua. Helsingin kaupungin arvoiksi määritellään asukaslähtöisyys, ekologisuus, oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus, taloudellisuus, turvallisuus, osallisuus ja osallistuminen sekä yrittäjämielisyys. (Helsingin kaupunki 2014, 3-4, 28.)

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelmassa luetellaan kaupungin lähitulevaisuuden haasteita. Muutokseen ja palvelujen kehittämiseen haastavia tekijöitä ovat muun muassa väestömäärän kasvu, ikääntyminen ja eläkeläisten kasvava määrä, eri kaupunginosien asukkaiden sosioekonomiset terveys- ja hyvinvointierot, nuorten syrjäytyminen, monikulttuurisuus sekä työvoimapula. Palvelurakennetta on kevennettävä talouden tiukentuessa. Palvelujen kysyntä tulee kasvamaan. Palveluja ollaan keventämässä ja painopistettä siirtämässä laitoshuollosta ennaltaehkäisevään toimintaan ja avopalveluihin. Sähköiset palvelut määritellään tuottavuutta lisäävänä tekijänä. (Helsingin kaupunki 2013, 9-12; Helsingin kaupunki 2014, 18.)

Kaupunki määrittelee tavoitteenaan kaupunkilaisten hyvinvoinnin ja terveyden parantamisen sekä terveyserojen kaventamisen. Helsinkiläisten terveyteen liittyviä haasteita ovat muun muassa tupakoinnin ja päihteiden käytön vähentäminen sekä ylipainoisten määrän väheneminen. Kaupunkilaisten liikuntatottumusten parantaminen on yksi tavoite. (Helsingin kaupunki 2013, 10-11; Helsingin kaupunki 2014, 17.)

3.2 Kudit kondikseen-sähköinen terveystarkastus

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat merkittävä kansantauti Suomessa tyypin 2 diabeteksen lisäksi. Viimeisen 30 vuoden aikana suomalaisten terveydentila on parantunut, mutta viime aikoina positiivinen kehitys on hidastunut. Taustalla vaikuttavia tekijöitä ovat terveyskäyttäytymisen riskitekijöiden, kuten ylipainon, lisääntyminen. Keski-ikäiset miehet käyttävät terveys-

palveluja muita vähemmän. Miesten elinajanodote on naisia alhaisempi. Vuonna 2015 syntyneen suomalaisen tytön odotettu elinikä on 84,1 vuotta kun taas pojan 78,5 vuotta (Tilastokeskus 2016b). Helsingiläismiesten hyvinvointi- ja terveydentilassa on alueellisia eroja. Terveysriskejä pienentämällä ja terveyseroja kaventamalla sekä syrjäytymistä ehkäisemällä voidaan miesten hyvinvointia ja terveydentilaa edistää. (Ylänen & Ruokanen, 5.)

Kundit kondikseen toimintamalli pohjautuu Helsingin Sydänpiiri ry:n MBO (metabolinen oireyhtymä) -projektiin vuosilta 2001-2005. Projektissa kutsuttiin terveydenhoitajan vastaanotolle 40-, 45-, 50- ja 55-vuotiaita miehiä. Tutkimuksen mukaan interventioiden avulla voidaan riskitasoa laskea merkittävästi. Korkean riskin miesten riskipisteiden todettiin laskeneen puolen vuoden kuluttua interventiosta. Tutkimuksessa riskipisteitään pudottivat parhaiten 40-vuotiaat miehet osoittaen tämän ryhmän optimaalisena kohderyhmänä terveysinterventiolle. (Eskola 2013, 7; Ylänen & Ruokanen, 4, 6-7.)

Toimintamallin tavoitteena on helsinkiläismiesten terveyden edistäminen ja terveyden eriarvoisuuden vähentäminen. Seulomalla systemaattisesti kaikki 40-vuotiaat helsinkiläismiehet pyritään kohderyhmästä löytämään korkeanriskin miehet, joilla on suurentunut riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin tai tyypin 2 diabetekseen. (Ylänen & Ruokanen, 4, 9.)

Helsingin kaupunki on vuodesta 2006 alkaen kutsunut kaikki 40-vuotiaat helsinkiläismiehet terveystarkastukseen terveysasemalle. Terveydenhoitajan vastaanotoilla tehdyissä riskikartoituksissa on kolmasosalla havaittu kohonnut riski sairastua elinikää lyhentäviin ja elämänlaatua heikentäviin sairauksiin. Korkeanriskin miehet on ohjattu lääkärin vastaanotolle. (Eskola 2013, 3, 7; Helsingin kaupunki Sosiaali- ja terveysvirasto 2015.)

Riskitekijöitä kartoitetaan sydän- ja verisuonitautien riskitekijäkartoitus- (Liite 3) ja tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeisiin (Liite 4). Sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin vaikuttavat painoindeksi (body mass index, BMI), liikuntatottumukset, tupakointi, verenpaine ja kolesteroliarvot. Diabetesliiton arviointilomakkeessa sairastumisriskiä kartoitetaan iän, painoindeksin, vyötärön ympäryksen, liikuntatottumusten, verenpainelääkityksen, verensokerin häiriöiden, sukurasitteen sekä marjojen ja hedelmien syönnin pohjalta. Näiden pohjalta määrittyy asiakkaan riskipisteet. (Ylänen & Ruokanen, 10.)

Tarkastuksiin osallistuvien määrä on ollut laskeva viime vuosien aikana. Vuonna 2015 tuli Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen tehneistä vastaanotolle noin 90 miestä. Palvelu siirrettiin sähköiseksi vuonna 2015. Toimintamallin siirtäminen sähköiseksi terveystarkastukseksi rakennettiin Duodecimin tekemää Star-ohjelmaa hyödyntäen. Sähköisessä tarkastuksessa hyödynnettiin Kundit kondikseen tarkastuksen riskipisteystystä yhdessä Duodecimin mallin kanssa. Tavoitteena on helposti saavutettavan sähköinen palvelun tarjoaminen valitulle kohderyhmälle ja korkean riskin asiakkaiden poimiminen jatkotoimiin. Palvelu on saatavilla suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi. Sähköinen terveystarkastus on maksuton. (Eskola 2013, 9; Helsingin kaupunki Sosiaali- ja terveysvirasto 2015.)

Terveystarkastusprosessi lähtee käyntiin asiakkaan saatua kirjallisen kutsun ja ohjeet sähköisen terveystarkastuksen tekemiseen (Liite 2). Asiakas kirjautuu Helsingin kaupungin eAsiointipalveluun ja tunnistautuu pankkitunnuksella, mobiilivarmenteella tai varmennekortilla ja täyttää sähköisen asiointin suostumuksen. Asiakkaalle luodaan oman asiointikansio. Tunnistautumisen jälkeen asiakas pääsee tekemään sähköisen terveystarkastuksen eAsiointin linkin kautta. (Eskola 2013, 14.)

Kutsussa asiakkaalle kerrotaan mahdollisuudesta tehdä sähköinen terveystarkastus verkossa. Asiakkaalle kerrotaan sähköisen terveystarkastuksen tarjoavan asiakkaalle tietoa tämän terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja elintapojen vaikutuksista arvioituun elinikään ja sairastumisriskeihin. (Liite 2.)

Sähköisen terveystarkastuksen tarkoituksena on antaa asiakkaalle arvio tämän terveydentilasta ja tarjota keinoja terveydentilan parantamiseen. Ohjelma kartoittaa asiakkaan terveyden taustatekijät ja terveystarkastuksen eli elintavat sekä henkisen hyvinvoinnin ja toimin-

takyvyn tilat. Tehtyään sähköisen terveystarkastuksen asiakas saa raportin, jossa on arvio tämän terveydentilasta, ennusteen eliniästä, sepelvaltimotauti-, aivohalvaus- ja diabetesriskistä sekä kuvauksen elintapojen ja käyttäytymismallien vaikutuksesta terveydentilaan. Ohjelma tarjoaa tietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja keinoja terveydentilan edistämiseen. Vastauksista riippuen ohjelma tarjoaa asiakkaalle keinoja terveytensä edistämiseen, ohjaa tarvittaessa laboratoriotarkastuksiin tai varaamaan ajan terveydenhoitajalle. Vastaanotolle ohjattu asiakas tekee hoitosuunnitelman yhdessä terveydenhoitajan kanssa. Terveydenhoitaja konsultoi lääkärinä tai varaa tarvittaessa lääkärikäynnin. (Eskola 2013.)

Kundit kondikseen-sähköinen terveystarkastus selvittää asiakkaan painon, pituuden, painoindeksin (BMI), vyötärön ympärysmittan, kolesteroliarvot, verenpaineen, alkoholin käytön, tupakoinnin, ravitsemus- ja liikuntatottumuksia sekä unta, stressiä ja henkisen hyvinvoinnin tilaa. Lisäksi tarkastuksessa kartoitetaan parisuhteen ja perheen tilaa.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on luoda mittari, jonka avulla Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen vaikuttavuutta voidaan arvioida. Vaikuttavuutta arvioidaan muutoksen näkökulmasta. Mittarin avulla kartoitetaan, onko miesten terveystarkastuksessa ja terveyden riskitekijöissä tapahtunut muutoksia vuoden aikajanelalla.

Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen tekevästä miehistä kutsutaan vastaanotolle ne miehet, joiden terveydentilassa tai terveystarkastuksessa todetaan riskitekijöitä. Vastaanotolla tilannetta kartoitetaan perusteellisemmin ja hoitosuunnitelma laaditaan. Mittariin kerätään hoitosuunnitelmista miesten tiedot tarkastuksen tekohetkeltä sekä tilanne vuotta myöhemmin. Tarkoituksena on selvittää, onko Kundit kondikseen-sähköinen terveystarkastus vaikuttanut miesten terveydentilaan saamalla aikaan muutoksia heidän terveystarkastuksessa.

Mittarin avulla saatuja tietoja voidaan hyödyntää Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen kehittämistyössä. Tulokset tarjoavat tietoa sähköisen terveystarkastuksen aikaansaamista muutoksista ja vaikutuksista miesten terveystarkastukseen. Lisäksi tulokset voivat tarjota tietoa terveystarkastukseen vaikuttavista tekijöistä.

Tulosten pohjalta voidaan hahmottaa mihin terveystarkastuksen riskitekijöihin terveystarkastuksen avulla olla onnistuttu puuttamaan ja mihin terveystarkastuksen osa-alueisiin sen avulla ei olla onnistuttu vaikuttamaan. Tulosten pohjalta voidaan arvioida vastaanotolla tapahtuvien työkäytäntöjen muutos- ja uudistustarvetta.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat terveystarkastuksen keskeisiä osa-alueita tutkittuun tietoon perustuen?
2. Miten terveystarkastuksen sisältöalueet määritetään mittarin kysymyksiksi?
3. Mitkä ovat keskeisiä 40-vuotiaiden miesten terveystarkastuksen riskitekijöitä?

5 Tutkimukselliset menetelmät

5.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa aineiston keruu toteutetaan valmiiden rekisteritietojen ja tilastotietojen pohjalta. Kvantitatiivista tutkimusta aloittaessa tutkijoiden on tiedettävä ilmiön perusta, parametrit ja muuttujat. Mittauksia ei voida tehdä, ellei ilmiön

tausta ja perusta ole kunnolla tiedossa. Tutkimus voidaan tehdä vasta, kun tutkijat ovat selvillä ilmiöstä. Ilmiö on myös selitettävä ja määriteltävä hyvin. (Kananen 2011, 15-18.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään yleistämään tutkimustietoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään korostamaan tiedon perusteluita, luotettavuutta ja yksiselitteisyyttä. Kvantitatiivinen tutkimus voidaan tehdä vasta sitten, kun tutkittava ilmiö on riittävän selkeä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa lasketaan määriä ja tuloksista saadaan yleistävää tietoa. Tutkimus on kuin prosessi, joka etenee askel askeleelta. (Kananen 2008, 10-13, 15-18.)

Kvantitatiivinen tutkimus on joustava ja antaa tutkijoilleen erilaisia mahdollisuuksia ja polkuja tutkimusta tehdessä. Kvantitatiivisen tutkimuksen mittarit ovat määrällisiä. Tuloksia käsitellään tilastollisin menetelmin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on oltava riittävä määrä tietoa, jotta luotettava tulos voidaan antaa ja tuloksia yleistää. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu mittaamiseen, jonka tavoitteena on tuottaa perusteltua, luotettavaa ja yleistettävää tärkeää tietoa. Kvantitatiivisuus perustuu myös positivismiin, joka pyrkii absoluuttiseen ja objektiiviseen totuuteen. Menetelminä mittauksessa toimivat kysymykset, jotka muodostavat kyselylomakkeen. Kysymykset on luotu ilmiön muuttujista eli tekijöistä. Tutkimuksessa lasketaan määriä, joka edellyttää lukuja. Tutkimuksessa voidaan käyttää myös haastattelua ja avoimia kysymyksiä, joilla ilmiöön liittyviä ominaisuuksia ja esiintymistiheyttä voidaan selvittää. (Kananen 2011, 15-18.)

Tutkimuksen lähtökohtana on tutkimusongelma, johon haetaan ratkaisua. Tutkimusongelma ratkaistaan tutkitulla tiedolla. Kvantitatiivinen tutkimus etenee vaiheittain, jossa ensin määritellään tutkimusongelma, tutkimuskysymykset, tiedonkeruukysymykset, kysymystyytit ja kysymyksen teksti. Seuraavaksi määritellään lomakkeen ulkoasu, lomakkeen testaus, havaintomatriisi, tiedonkeruumenetelmät sekä tutkimuksen toteutus. Lopuksi tarkastetaan lomakkeet, jotka numeroidaan. Lomakkeet tallennetaan ja tarkistetaan, tulokset analysoidaan ja lopussa tulokset raportoidaan. Kvantitatiivisen tutkimuksen pohjalla on aina tutkittua tietoa ilmiöstä sekä selittäviä malleja ja teorioita. Tutkimuksessa sovelletaan malleja käytäntöön, joten kyseessä on deduktio (Kananen 2011, 20-21). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään sovelta-
maan malleja ja teorioita käytäntöön, jota kutsutaan deduktiiviseksi päättelyksi. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ilmiötä sovelletaan käytännöstä teoriaan, jolloin sitä kutsutaan induktiiviseksi tutkimusmetodiksi. Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ilmiötä. (Kananen 2011, 28.)

Tämän tutkimuksen tarkoitus on ollut luoda mittari, jota voidaan hyödyntää kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa aineiston analysoimiseen. Mittarin avulla pyritään tarkastelemaan tutkittavaa aihetta. Mittarin kehittämisen taustalla on tutkittavan aihealueen ilmiöön ja teoriaan tutustuminen. Menetelmänä mittauksessa toimivat tutkimuskysymykset, joihin halutaan saada vastaukset. Mittarin osa-alueet on luotu sen perusteella mitä halutaan tutkia. Mittarin osa-alueet pohjautuvat teoria- ja tutkimustietoon sekä Helsingin kaupungin Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen riskikartoituksiin. Mittarin avulla voidaan jatkossa tutkia muutoksia miesten terveydentilassa ja terveyskäyttäytymisestä vuoden aikajanalla.

5.2 Aineiston valinta ja analyysi

Ennen tutkimuksen aloittamista on päätettävä mitä lähdetään tutkimaan ja millä menetelmillä. Tutkimusta suunniteltaessa on mietittävä mikä on tutkimuksen kohde, miten tietoa kerätään ja miten tietoa lähestytään. Tutkimuskysymykset on luotu valmiiksi ennen aineiston läpikäyntiä ja mietitty menetelmät aineiston läpikäymiseen. Aineiston valinnassa tehdään ensin tietojen tarkistus. Tarkistetaan mahdolliset virheet ja puuttuvat tärkeät tiedot. Tietoja voidaan myös täydentää haastatteluilla ja kyselylomakkeilla. Lopuksi tehdään tutkitun tiedon järjestäminen analyysiä ja tallennusta varten. Aineiston käsittely ja analysointi tulisi aloittaa mahdollisimman pian tiedon keruun jälkeen. Analyysiä voidaan tehdä selittämisellä tai ymmärtämällä. Selittämisen analyysillä pyritään tilastolliseen tietoon ja päätelmien tekoon ja ymmärtämisen analyysillä laadulliseen analyysiin ja päätelmien tekoon. Kerätyn tiedon analysointi, tulkinta ja johtopäätökset ovat koko tutkimuksen tärkein osa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 119-121, 216-219.)

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana on Helsingin kaupungin Kundit kondikseen-sähköinen terveystarkastus. Mittarin suunnittelu ja aineiston valinta pohjautuvat Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen sisältöön ja Helsingin kaupungin kanssa tehtyyn yhteistyöhön. Tutkimuskysymykset on luotu ennen mittarin rakentamista. Mittarin rakentamista edeltää teorian tietoon ja aihealuetta käsitteleviin tutkimuksiin tutustuminen. Työn keskeiset käsitteet on valittu tutkittavasta aihealueesta. Keskeiset käsitteet, teorian tieto ja aikaisemmat tutkimukset ovat pohjana mittarin luomiselle. Teorian tietoa on kerätty useista eri lähteistä ja analysoitu työn pohjaksi. Teoriaa on etsitty kirjoista, aikaisemmista tutkimuksista, internetistä ja artikkeleista.

5.3 Mittari

5.3.1 Mittarin rakentaminen

Mittarin luominen alkaa tutustumalla aihealueesta löytyvään teorian tietoon. Aihealuetta on hyvä lähestyä useammasta näkökulmasta. Tutkittavan ilmiön rakenne ja sisältö on hyvä selvittää. Tutkijan tehtävä on valita tutkimukseen paras teoreettinen viitekehys. Valitun teorian tulee kuvata tutkittavaa tietoa riittävän laajasti. Teorian pohjalta luodaan keskeiset käsitteet ja mitattavissa olevat määritelmät eli operationalisoinnit. Operationalisoinnilla tarkoitetaan käsitteiden muokkaamista mitattavaan muotoon. Mittarin luomisessa ei tehdä eroa kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen mittarin välille. (Metsämuuronen 2002, 22, 25.)

Mittarin rakentaminen lähtee tutkimuskysymyksestä, johon halutaan vastaus. Mittarin avulla pyritään selvittämään todenmukainen tieto tutkittavasta ilmiöstä. Luotettava tieto edellyttää hyvää mittaria. Mittarin luotettavuus on tutkimuksen luotettavuuden perusta. Mikäli mittarin käsitteiden luominen ja operationalisointi epäonnistuvat, mitataan väärää asiaa tai vain osaa mitattavasta aihealueesta. (Metsämuuronen 2002, 23-26, 32.)

5.3.2 Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittari

Mittarin luominen lähti liikkeelle suomalaisten terveydentilaa ja terveyskäyttäytymistä koskevaan teoria- ja tutkimustietoon perehtymisestä. Lisäksi tutustuimme aihealueen keskeisiin käsitteisiin. Tutkimustuloksista kerättiin tietoa suomalaisten terveyskäyttäytymisestä ja sen osaluista.

Suomalaisten terveydentilaa ja terveyskäyttäytymistä sekä kansantautien riski- ja suojatekijöitä seurataan pitkällisin tutkimuksin tasaisin aikavälein. Tutkimustyön tarkoituksena on seurata kansalaisten terveydentilaa ja keskeisten kansantautien sekä niiden riski- ja suojatekijöiden tasoa ja muutosta. Tutkimusten tulokset antavat tietoa kansalaisten terveyskäyttäytymisestä ja terveyden riskitekijöistä sekä alueellisista eroista. Tutkimustietoa voidaan hyödyntää terveystieteissä päätöksenteossa ja terveyden edistämisen työssä sekä toiminnan kehittämisessä. (Borodulin ym. 2013, 5, 13.)

Suomalaisten kansantauteja eli sairauksia joilla on suuri merkitys väestön terveydentilaan ovat sydän- ja verisuonitaudit, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, diabetes, syöpätaudit, tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet, muistisairaudet sekä mielenterveysongelmat. Merkittävimmät terveyskäyttäytymisen riskitekijät ovat epäterveellinen ruokavalio, tupakointi, alkoholinkäyttö ja vähäinen liikunta sekä ylipaino. Monilla kansantaudeilla on samoja riskitekijöitä eli samat terveystottumukset voivat altistaa sairastumiselle. (Helldán & Helakorpi 2015, 5, 9; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015c.)

Teoria- ja tutkimustiedon pohjalta on rakennettu Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittari (liite 1). Mittari on koottu suomalaisten keskeisistä terveyskäyttäytymisen osa-alueista. Ne voivat toimia joko terveyttä ylläpitävinä tai terveydentilaa vaarantavina. Näillä terveyskäyttäytymisen suoja- ja riskitekijöillä on merkittävä vaikutus väestön terveydentilaan. Mittarissa kartoitettavia terveyskäyttäytymisen osa-alueita ovat tupakointi, alkoholin käyttö, liikuntatottumukset ja ruokailutottumukset. Lisäksi terveydentilaa ja terveyskäyttäytymistä havainnollistaa miesten painoindeksi (BMI), verenpaine ja vyötäröympärysmitta.

Mittaria käytettäessä ensimmäinen tiedonkeruu kohdistuu terveystarkastuksen tekohetkeen. Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen tehneistä miehistä kutsutaan vastaanotolle ne miehet, joilla on kohonneita terveyden riskitekijöitä. Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittariin voidaan kerätä vastaanotolle kutsuttujen miesten terveyskäyttäytymistä koskevat tiedot. Vuoden kuluttua vastaanotolle käyneiden miesten terveystottumukset kartoitetaan uudelleen ja tiedot voidaan kerätä mittariin. Tuloksia verrataan vuotta aiempaan lähtötilanteeseen. Tarkoituksena on tutkia, onko miesten terveyskäyttäytymisessä tapahtunut muutoksia vuoden aikajanelä.

5.3.3 Lihavuus

Lihavuus on yksi suomalaisten merkittävimmistä kansanterveydellisistä ongelmista. Se lisää sairastumisriskiä 2 tyypin diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä syöpäsairauksiin. Lihavuus on myös taloudellinen rasite yhteiskunnalle lisäten terveydenhuollon kustannuksia. Ylipainon terveydenhuollolle aiheutumien kustannusten on arvioitu olevan 330 miljoonaa euroa vuosittain. Ylipainoiseksi luokitellaan, kun painoindeksi BMI on yli 25kg/m². Lihavuuden rajana pidetään painoindeksiä, joka on yli 30kg/m². (Duodecim 2013, 2-6; Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012, 1-3.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimustulosten pohjalta on nähtävissä ylipainon lisääntyminen. Alueellisia eroja on havaittavissa. Uudellamaalla ylipainoisten osuus on hieman vähäisempi muuhun maahan verrattuna. Pääkaupunkiseudun miehet ovat tutkimuksen mukaan laihempia muihin alueisiin verrattuna. Suomalaisten miesten painoindeksi on ollut noususuuntainen vuodesta 1970 lähtien. Kehitys on kuitenkin hidastunut viime vuosien aikana. Miesten keskiarvo painoindeksissä vuonna 2012 oli 27.1kg/m². Tämä tarkoittaa, että yli puolet suomalaisista miehistä on ylipainoisia. Etenkin vyötärölihavuus on haitallista terveydelle. Vuonna 2012 oli 31%:lla miehistä vyötärönympäryys yli 100cm. Tutkimustuloksista näkyi sosioekonomisten terveyserojen vaikutus ylipainon yleisyyteen. Korkeammin koulutetuilla henkilöillä oli terveellisemmät elintavat. (Duodecim 2013, 4-5; Männistö ym. 2012, 1, 3.)

Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittari sisältää painoindeksin BMI ja vyötärönympärysmittan. Painoindeksi on jaettu kolmeen kategoriaan: BMI <25kg/m², BMI 25-30kg/m² ja BMI >30kg/m². Jaottelu perustuu Käypä hoito-suositukseen sekä FINRISKI-tutkimusten ja Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen sisältämän tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeen jaotteluihin. Jaottelun pohjalta on mahdollista tehdä luokittelu kolmeen luokkaan: normaalipainoinen, ylipainoinen ja lihava.

5.3.4 Tupakointi

Suomessa kuolee vuosittain tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin 4000-6000 ihmistä. Tupakoinnilla on merkittävä vaikutus syöpä-, hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksien aiheuttajana sekä kuolemien aiheuttajana. Vähäinenkin päivittäinen tai satunnainen tupakointi tai altistuminen tupakoinnin savulle lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta. Tupakoinnin yleisyys on kehittynyt positiiviseen suuntaan viime vuosien aikana. Sekä miesten että naisten tupakointi on vähentynyt. Alue-erot ovat vähäisiä, mutta eniten tupakoivia miehiä on Kaakkois-Suomessa ja vähiten Uudellamaalla. Tupakointi on yleisintä 25-34-vuotiaiden keskuudessa. Vuonna 2012 Helsinki-Vantaan alueella tupakoivien 30-59-vuotiaiden miesten osuus oli 25.8%. Koulutustasolla on selkeä yhteys tupakointiin. Vähiten koulutetut tupakoivat eniten, joilla tupakointi oli yli kaksi kertaa yleisempää. (Duodecim 2012, 2-3; Helldán & Helakorpi 2015, 5, 13, 22; Jousilahti & Borodulin 2012, 1-4.)

Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarissa kysytään vastaajan tupakointia. Tupakointi on merkittävä terveysriski ja lisää sairastumisriskiä jo vähäisessäkin käytössä. Mittarissa kysytään päivittäisten savukkeiden määrää. Tupakointia voidaan kartoittaa tarkemmin Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestillä.

5.3.5 Verenpaine

Kohonnut verenpaine lisää merkittävästi sydän- ja verisuonitautien sairastumisen riskiä. Kohonneen verenpaineen riskitekijöitä ovat ylipaino, liiallinen suolan käyttö, alkoholin liika- käyttö ja vähäinen liikunta. Verenpaine on kohonnut, kun systolinen painetaso on 140mmHg tai enemmän ja diastolinen 90mmHg tai enemmän. Vuodesta 1970 lähtien suomalaisten verenpaine on laskenut merkittävästi. Miesten systolinen verenpaine oli laskusuunnassa vuoteen 2002 saakka. Vuosina 2002-2007 miesten verenpaine pysyi ennallaan. Sen jälkeen vuosien 2007-2012 aikana on havaittu pientä laskua arvoissa mutta diastolisessa verenpainearvossa on havaittu pientä nousua. Verenpainetta alentavaa lääkitystä käytti vuonna 2012 noin miljoona suomalaista. (Duodecim 2014, 2-3; Laatikainen, Jula ja Salomaa 2012; 1-4.)

Verenpainetason luokittelu Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarissa perustuu systolisen ja diastolisen verenpaineen tavoitearvojen luokitteluun. Mittarissa kartoitetaan myös alkoholin liikakäyttöä ja ylipainoa, jotka lisäävät kohonneen verenpaineen riskiä. Lisäksi mittarissa huomioidaan päivittäinen liikunta, joka ollessaan vähäistä lisää korkean verenpaineen riskiä.

5.3.6 Alkoholi

Alkoholin käyttöön liittyy monia terveysriskejä. Alkoholin liikakäyttö lisää sairastavuutta ja alkoholi on yksi yleisimmistä työikäisten kuolemien aiheuttajista. Suomessa on noin 400 000-600 000 alkoholin riskikäyttäjää. Alkoholin käyttö aiheuttaa myös merkittäviä taloudellisia kustannuksia yhteiskunnalle. Vuosittaisten kustannusten on arvioitu nousevan miljardiin euroon. (Duodecim 2015, 2-3; Karlsson ym. 2016, 1, 4.)

Alkoholin kokonaiskulutus on lähtenyt laskuun vuoden 2007 jälkeen useammilla alueilla Suomessa. Alueelliset erot ovat kuitenkin pysyneet selkeinä ja Uudellamaalla juodaan eniten alkoholia. Pitkällä aikavälillä alkoholinkäyttö on kuitenkin lisääntynyt ja täysraittiiden määrä vähentynyt. Esimerkiksi Uudellamaalla vuosina 2010-2014 vastanneista miehistä 44% joi vähintään 8 annosta alkoholia viikossa. Vastaava osuus muilla alueilla suomessa 37-41%. (Helldán & Helakorpi 2015, 5, 24, 27.)

Käypä hoito-suositus jakaa miesten alkoholinkäytön riskitasot kolmeen luokkaan. Korkean riskin tasoon kuuluvat ne miehet, jotka juovat viikossa 23-24 annosta alkoholia. Kohtalaisen riskin tasolle kuuluvat miehet, jotka viikoittain juovat 14 annosta. Miehet, jotka juovat alkoholia 0-2 annosta päivässä kuuluvat ryhmään, jolla todennäköisesti ei ole riskiä alkoholin käytöstä. Tehokas tapa alkoholin käytön seulontaan on AUDIT-seula (Alcohol Use Disorders Identification Test). Riskikäytön rajana suomalaisille miehille on 8 pistettä. (Duodecim 2015, 5, 7.)

Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarissa alkoholin käyttöä kartoitetaan alkoholin käytön kertoina viikon tai kuukauden aikana sekä annosten määriä alkoholia käytettäessä. Mittarin pohjalla on käytetty AUDIT-seulan luokittelua.

5.3.7 Liikunta

Vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt kaikilla alueilla Suomessa, kun taas työmatkaliikunta on vähentynyt. Yleisintä vapaa-ajan liikunta on Itä-Suomessa ja vähäisintä Länsi-Suomessa. Suomalaisista joka viides on vapaa-ajallaan täysin passiivinen. Tutkimukset osoittavat kiistattomasti, että aktiivinen vapaa-aika ja liikunta vähentävät merkittävästi sydän- ja verisuonisairauksia, 2 tyyppin diabetesta, tuki- ja liikuntaelinsairauksia, ylipainoa ja syöpäsairauksia. Liikunnalla on myönteinen vaikutus myös mielenterveyteen ja yleiseen hyvinvointiin. Yhä useampi tekee istetä työtä ja työn fyysinen kuormitus on laskenut 1970-luvulta lähtien. Liikuntaa harrastavat eniten nuoret ja korkeasti koulutetut henkilöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2014 tekemän tutkimuksen mukaan miehistä 60% harrasti vapaa-ajan liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa. Vähiten säännöllistä vapaa-ajan liikuntaa harrastivat 35-44-vuotiaat miehet. (Borodulin & Jousilahti 2012, 1,3-4; Duodecim 2016, 2; Helldán & Helakorpi 2015, 19, 21-22, 24-27.)

Liikuntasuositus aikuisille on 150 minuuttia viikossa, jos se on kohtuukuormittavaa tai 75 minuuttia, jos liikunta on raskaampaa. Näiden lisäksi suositellaan liikuntaa, joka lisää tai ylläpitää lihasvoimaa- ja kestävyyttä kahtena päivänä viikossa. Vähintään 150 minuutin kestävä viikoittainen kestävyysliikunta ja lihasvoimaharjoittelulla on positiivisia vaikutuksia diabetekseen. Liikunta voi alentaa kohonnutta verenpainetta. Liikunta auttaa myös painonhallinnassa ja pienentää sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. (Duodecim 2016, 2, 6-9.)

Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarissa kartoitetaan päivittäistä yli 30 minuuttia kestävää liikuntaa. Mikäli päivittäistä liikuntaa on yli 30 minuuttia päivässä, kertyy viikoittaista liikuntaa suositusten mukaisesti.

5.3.8 Ruokavalio

Suomalaisten ruokailutottumukset ovat muuttuneet ravitsemussuosituksen mukaisiksi pitkällä aikavälillä tarkasteltuina. Ravitsemussuositukset kannustavat käyttämään tuoreita kasviksia päivittäin, juomaan rasvatonta maitoa ja käyttämään kasvisrasvalevitettä tai margariinia leivällä. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2014 tekemän tutkimuksen mukaan miehistä 34% söi päivittäin kasviksia ja 39% joi rasvatonta maitoa. Voi-kasvisöljyseoksen käyttö on kuitenkin noussut. (Helldán & Helakorpi 2015, 5, 23, 27.)

Terveellinen ruokavalio edistää terveyttä ja pienentää sairauksien riskiä. Suomalaisten terveydentilan edistämiseksi on laadittu ruokavaliota koskevat ravitsemussuositukset. Suositusten mukaan ruokavalion on hyvä sisältää runsaasti kasviskunnan tuotteita. Lisäksi viljoista täysjyvävilja on suositeltavaa ja maitovalmisteista vähärasvaiset tai rasvattomat vaihtoehdot. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014 8, 11.)

Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarissa ruokavaliota kartoitetaan kasvisten, hedelmien ja marjojen päivittäistä käyttöä. Ravitsemussuosituksen mukaisesti näiden päivittäiseksi määräksi suositellaan vähintään 500g vuorokaudessa eli noin 5-6 annosta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 21). Mittarissa selvitetään lisäksi täysjyväviljan käyttö sekä maitovalmisteiden käyttöä.

6 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan perusta. Tutkimusetiikka ja sen kehittäminen ovat keskeisiä hoitotieteen tutkimuksen aiheita. Hyvän eettisen pohdintaperustan tutkija saa tutkiessaan aineistoa oman aidon kiinnostuksen pohjalta uuden informaation toivossa paneutuen kattavasti aihealueeseen. Tutkimusta tehtäessä on huomioitava ihmisarvon kunnioittaminen ja otettava huomioon tutkittavien yksityisyyden suoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-172).

Tutkija noudattaa työssään ammattitaitoa ja eettisiä periaatteita, joita ovat säännöt, normit, arvot ja hyveet. Tutkijalta vaaditaan samoja periaatteita ja normeja kuin keneltä tahansa kansalaiselta. Eri ammattiryhmien harjoittamisessa voidaan kuitenkin soveltaa eettisiä arvoja erityistehtävien suorittamisessa, esimerkiksi hoitajan, lääkärin ja poliisin työssä. Tutkimuksen luotettavuus perustuu siihen, että tutkittu tieto on perusteltu kriittisesti, jolloin käytetään niitä menetelmiä mitä tutkimuksen alueilla käytetään. Menetelmiä voivat olla havaintojen teko, teorian muodostaminen, käsitteiden eksplikointi, sisällön analyysi ja oikeuttamisen menetelmät. Tutkimuksesta tuotetun informaation luotettavuus perustuu tutkimusmenetelmien hallintaan ja tutkijan rehelliseen työskentelyyn. Tutkijan on tuotettava julkistettavaa tietoa tutkimuksesta muille tutkijoille ja yhteiskunnan muille jäsenille. (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 58-59, 65.)

Tutkimuksessa on lisäksi noudatettava lakeja, jos yksityiset henkilöt ovat tutkimuksen kohteena. Suomessa säätelevät yksityisyyden suojan periaatteet, jolloin tutkijan velvollisuuteen kuuluu yksityisyyden suojan suojeleminen ja kunnioittaminen. Suomessa yksityiselämän suoja on määritelty perustuslakiin 10§ (Finlex 1999). Tutkimuksessa henkilötietoja voidaan käsitellä, jos henkilö on antanut siihen suostumuksen ja käyttötarpeet niiden tutkimiseen on perusteltu.

Tutkittavien suostumuksen heitä koskevien tietojen käytöstä tulee olla vapaaehtoinen, yksilöity ja tietoinen. Laki velvoittaa myös tutkijaa olemaan suunnitelmallinen ja tavoitteellinen. Lisäksi on muistettava aineiston suojaaminen, säilyttäminen, hävittäminen ja jatkokäytön suunnittelu. (Mäkinen 2006, 146-147.) Tutkimustyössä tulee myös huomioida Suomen perustuslaissa määritelty yksityiselämän suoja (10§) sekä henkilötietolain tutkimusta koskevan säädös (14§) (Henkilötietolaki 22.4.1999/523; Suomen perustuslaki 11.6.1999/731).

Tutkimusta tehtäessä on tärkeää saada luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa. Tutkimuksen luotettavuuden käsitteet ovat validiteetti ja reabiliteetti. Molemmat käsitteet tarkoittavat luotettavuutta. Validiteetti tarkoittaa, että tutkimuksessa mitataan ja tutkitaan oikeita asioita tutkimusongelman kannalta. Mittari on validi, jos sillä mitataan sitä mitä pitääkin. Reabiliteetti mittaa tutkimustulosten pysyvyyttä eli tutkimusta toistettaessa saadaan samat tulokset. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi on tärkeää. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi ei ole yhtä tärkeää. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa reabiliteetin toteaminen on helppoa, jos kaikki tutkimuksen vaiheet on hyvin dokumentoitu ja ratkaisut perusteltu. (Kananen 2011, 118-123; Metsämuuronen 2002, 32.)

Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarin osa-alueet pohjautuvat tutkittuun tietoon suomalaisten keskeisistä terveyskäyttäytymisen riskitekijöistä, joka parantaa mittarin validiteettia. Sen avulla selvitetään juuri niitä terveyskäyttäytymisen osa-alueita, joilla Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen vaikuttavuutta voidaan arvioida.

Mittarin avulla saatujen tulosten luotettavuuteen saattaa kuitenkin vaikuttaa muutkin tekijät, ei vain Kundit kondikseen-sähköinen terveystarkastus. Voi olla haasteellista osoittaa mihin terveyskäyttäytymisen muutokseen Kundit kondikseen-sähköinen terveystarkastus on ollut vaikuttamassa. Mahdolliset muutokset saattavat olla useammista tekijöistä johtuvia.

Tässä tutkimuksessa ei ole tarkasteltu potilaiden yksityishenkilötietoja. Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveystieteiden keskeisillä tiedossa henkilömäärä 91 kappaletta vuonna 2015 Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen tehneistä ja tämän pohjalta vastaanotolla käyneistä miehistä. Näiden henkilöiden tietojen pohjalta voisi tehdä tutkimuksen ja käyttää Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittaria Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen vaikuttavuuden arviointiin. Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarilla voidaan selvittää, onko vastaanotolla käyneiden miesten terveydentilassa tapahtunut muutoksia vuoden aikana.

7 Pohdinta

Terveyskäyttäytyminen on tärkein terveyttä määrittävä tekijä. Elintavat ja terveyttä koskevat valinnat voivat olla terveyttä edistäviä tai ne voivat olla terveydellä haitallisia. Yksilön ja yhteisöjen terveydentilaa voidaan pyrkiä edistämään terveyttä määrittäviin tekijöihin vaikuttamalla. Vaikuttaminen voi tapahtua joko yksilötasolla tai vaihtoehtoisesti yhteisöjä tai koko väestöä koskettavana. Vaikka yksilö onkin päävastuussa omasta terveydestään, on terveyskäyttäytymisen taustalla vaikuttamassa myöskin sosiaaliset, taloudelliset ja kulttuuriset tekijät. Näihin taustatekijöihin vaikuttaminen tulisi huomioida poliittisessa päätöksenteossa ja kaikessa terveyden edistämisen toimessa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on ollut kehittää mittari, jolla terveyskäyttäytymistä ja terveystarpeita voidaan kartoittaa. Kehittämämme Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittari on laadittu aihealuetta koskevan teoria- ja tutkimustiedon pohjalta. Mittari on kehitetty Helsingin kaupungin Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen vaikuttavuuden tutkimiseen. Pyyntö Kundit kondikseen-terveystarkastuksen vaikuttavuuden tutkimiseen tuli alunperin Helsingin kaupungilta.

Alunperin tarkoituksena oli myös tutkia vastaanotolle kutsuttujen miesten terveystarkastusta koskevia potilaskertomuksia ja käyttää kehittämämme mittaria tiedonkeruun apuna. Haasteena oli kuitenkin saada potilastietojärjestelmästä tutkittavien miesten tietoja. Lopulta opinnäytetyö päädyttiin tekemään teorian pohjalta tarkoituksena terveyskäyttäytymisen riskitekijöitä ja niissä tapahtuvia muutoksia kartoittava mittari. Terveyskäyttäytymisen

muutoksen mittaria voi jatkossa käyttää Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen vaikuttavuuden tutkimiseen ja hyödyntää palvelujen kehittämistyössä.

Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittari on kehitetty suomalaisten keskeisistä kansantaudeista ja riskitekijöistä, joilla on suuri vaikutus kansanterveyteen ja mahdollisten pitkäaikaissairauksien kehittymiseen. Keskeiset suomalaisten terveystarkastuksen riskitekijät ovat liiallinen alkoholin käyttö, vähäinen liikunta, tupakointi ja epäterveellinen ruokavalio sekä ylipaino (Helldán & Helakorpi 2015, 9). Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittarin avulla voidaan kartoittaa minkälaisia vaikutuksia Kundit kondikseen-sähköisellä terveystarkastuksella on ollut ja onko miesten terveydentilassa tapahtunut muutoksia vuoden aikana.

Mittarissamme terveystarkastusta mitataan alkoholin käytöllä, liikunnan määrällä, tupakoinnilla, ruokavaliolla ja painoindeksillä (BMI). Ruokavalio on lajiteltu maitotuotteiden, kasvien, hedelmien ja marjojen sekä täysjyväviljojen käytön kategorioihin. Niiden avulla voidaan tutkia tarkemmin miesten ruokailutottumuksia. Alkoholin käytön tutkimista varten käytimme AUDIT-testin asteikkoja, joka on virallinen alkoholin käytön mittari. Tupakointia mitataan mittarissa savukkeiden lukumäärällä. Liikunnallisuutta voidaan mitata päivittäisellä liikunnan määrällä. Lihavuutta ja ylipainoa selvitetään painoindeksillä (BMI) ja vyötärön ympärysmittalla. Mittarin osa-alueita voi jatkossa laajentaa nykyisestä.

Kundit kondikseen-sähköinen terveystarkastus on kohdennettu 40-vuotiaille miehille syystä. Miesten terveysriskit alkavat kasvamaan keski-ikänsä kynnyksellä ja juuri 40-vuotiaiden miesten terveydentilaan voidaan saada mahdollisesti myönteisiä vaikutuksia vielä varhaisessa vaiheessa. Tämän vuoksi olisi hyvä, että terveysriskeihin kiinnitettäisiin enemmän huomiota varhaisessa vaiheessa ennenkuin pysyviä vaikutuksia terveydentilaan on tullut. Terveystarkastukseen puuttamalla voidaan asiakasta tukea omahoitoon ja vastuuttaa terveytensä ylläpitämiseen ja edistämiseen omahoitoon tukemalla. Lisäksi Kundit kondikseen toimintamallin käyttöönottoa edeltänyt tutkimus osoitti 40-vuotiaiden miesten olevan potentiaalisin kohderyhmä terveystarkastukselle. (Eskola 2013, 7; Ylänen & Ruokanen, 4, 6-7.)

Aiempien tutkimusten (Hyppönen ym. 2014; Jauhiainen ym. 2014) mukaan suomalaisilla on hyvät valmiudet sähköisten palveluiden käyttöön. Tilastojen mukaan ihmiset ovat aktiivisempia internetin käytössä (Tilastokeskus 2016a). Sähköiset palvelut ovat lisääntymässä myös terveyden ja hyvinvoinnin palveluissa (Reponen, Kangas, Hämäläinen & Keränen 2015). Yksityishenkilö pystyy hoitamaan omia terveystietojaan internetissä ja olemaan yhteydessä ammattilaisiin. Internetin käytön ja sähköisten terveystietopalveluiden lisääntyminen tulee näkymään tulevaisuudessa.

Tutkimusten (Hyppönen ym. 2014; Jauhiainen ym. 2014; Kohl ym. 2013; Webb, Joseph, Yardley & Michie 2010; Carlson, Sallis, Ramirez, Patrick & Norman 2012) mukaan sähköisten terveystietopalveluiden avulla voidaan vaikuttaa positiivisesti ihmisten terveystarkastukseen. Niiden avulla voidaan mahdollisesti tavoittaa suurempi osuus väestöstä. Tärkeää on kuitenkin huomioida, että sähköiset terveystietopalvelut saattavat lisätä eriarvoisuutta ja terveyseroja väestöryhmien välillä. Sähköisten terveystietopalveluiden kehittämistyössä olisikin hyvä huomioida, että se tavoittaisi kaikki. Sähköiset palvelut eivät välttämättä ole kaikille mahdollisia tai ensisijainen valinta. Tätä ryhmää varten olisi hyvä olla tarjolla myös muita terveyden edistämisen kanavia.

Tutkimustiedon mukaan sähköisen terveystietopalvelun ei välttämättä tarvitse olla laaja ja hintava ollakseen vaikuttava (Jacobs, Lou, Ownby & Caballero 2016). Sähköisiä terveystietopalveluja voitaisiin jatkossa olla eri laajuuksissa ja kohdentuen eri terveysriskeihin. Kundit kondikseen-sähköinen terveystarkastus on kattava ja sisältää kaikki keskeiset terveystarkastuksen riski- ja suojatekijät. Vastaavia rajallisempia terveystarkastuksia voisi kohdentaa jo nuorempiin ikäluokkiin.

Kohl ym. 2013 tutkimuksessa kävi ilmi, että miehet ovat terveyden edistämisen kohderyhmänä vaikeammin tavoitettavia kuin naiset. Keski-ikäiset miehet myöskin käyttävät terveyspalveluita kaikista vähiten. Näemmekin haasteellisena miesten tavoittamisen ja motivoimisen terveyspalveluiden käyttöön.

Schneider, Osch, Schulz, Kremers & Vries 2012 tutkimuksessa havaittiin, että sähköiseen terveyspalveluun sitoutuminen saattaa olla haasteellista. Säännöllisten henkilökohtaisten muistutusviestien todettiin auttavan sitoutumisessa. Kunnat kondikseen-sähköiseen terveystarkastukseen osallistuvien miesten määrät ovat olleet laskussa. Palvelua olisi hyvä kehittää niin, että miehet saadaan kiinnostumaan sähköisestä terveystarkastuksesta ja sitoutumaan tarkastuksen tekoon. Tutkimuksissa huomattiin myös, että sähköpostilla lähetetty muistutusviesti auttoi käyttäjiä kirjautumaan uudelleen palveluun.

Sähköisen terveystervetion vaikuttavuuteen saattaisi Kohl ym. 2013 tutkimustulosten mukaan vaikuttaa positiivisesti organisaatiokonteksti eli esimerkiksi tunnetun terveydenhuollon organisaation mukanaolo. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto on iso organisaatio, joka saattaisi siis vaikuttaa positiivisesti Kunnat kondikseen-sähköiseen terveystarkastuksen vaikuttavuuteen. Samassa tutkimuksessa havaittiin, että monia sähköisiä interventioita käytettiin vähäisesti ja niiden vaikutukset olivat pääosin pieniä ja vaihtelevia. Kunnat kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen houkuttelevuutta voisi yrittää työstää, jotta useampi 40-vuotias mies kiinnostuisi sähköisen tarkastuksen tekemisestä. Tarkastuksiin osallistuvien määrä on ollut laskeva viime vuosien aikana.

Kohl ym. 2013 tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että henkilökohtaisia tapaamisia sisältävät sähköiset terveystervetiot olivat tehokkaampia ja lisäsivät palvelun käyttöä ja vaikuttavuutta. Tuloksissa oli viitteitä siitä, että yksilöllinen palaute, vuorovaikutuksellisuus, tavoitteen määrittely sekä yhdistetty verkkovalmennus ja henkilökohtaiset tapaamiset voisivat parantaa intervention vaikuttavuutta. Kunnat kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen tekneistä terveydenhoitajan vastaanotolle kutsutaan ne miehet, joilla oli kohonneita terveyskäyttäytymisen riskitekijöitä. Tulosten perusteella nämä vastaanottokäynnit voisivat parantaa palvelun vaikuttavuutta.

Vaikka 30 vuoden aikana suomalaisten terveydentila on parantunut, on kehitys kuitenkin hidastunut. Lisäksi terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuret ja jopa kasvaneet. (Ylänen & Ruokanen, 5.) Korkeammin koulutetuilla on todettu terveellisemmät elämäntavat. Tämä on havaittavissa terveyskäyttäytymisen eri osa-alueilla. Sähköisten terveyspalvelujen avulla tätä eroa voisi pienentää. Eri laajuiset eri kohderyhmille kohdennetut terveystervetiot voisivat helpottaa terveyden lukutaidon löytämistä ja vastaanottamista.

Huolestuttavaa on, että ylipainoisuus Suomessa on lisääntynyt ja yli puolet suomalaisista miehistä ovat ylipainoisia (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012). Ylipaino ja lihavuus ovat merkittäviä terveysriskejä ja niistä aiheutuu mittavia kustannuksia yhteiskunnalle. Varhainen puuttuminen lihavuuteen ja omahoitoon tukeminen voivat ennalta ehkäistä ylipainoa ja siitä aiheutuvia terveysongelmia. Lisäksi se vaikuttaisi positiivisesti terveydenhuollon kustannuksiin.

Suomalaisten vapaa-ajan liikunnan harrastaminen on lisääntynyt aiemmasta. Työmatkaliikunta taas on vähentynyt. Aluekohtaisia eroja liikunnan harrastamisessa on havaittavissa. Suuri osa ihmisistä viettää työpäivänsä ja mahdollisesti suuren osan vapaa-ajastaankin passiivisena ruutujen äärellä. Joka viides on vapaa-ajalla täysin passiivinen. Tämä näkyy lihavuuden ja ylipainon yleisyytenä sekä siitä johtuvien kansantautien yleisyytenä. (Borodulin & Jousilahti 2012; Helldán & Helakorpi 2015.) Haasteena onkin liikkumaan motivoiminen. Liikunnan lisääminen vaikuttaisi positiivisesti lihavuuteen ja kohonneeseen verenpaineeseen ja tätä kautta sydän- ja verisuonisairauksien yleisyyteen. Tällä olisi huomattava vaikutus kansanterveyteen ja terveyspalveluiden kustannuksiin. Liikkumaan kannustavia ja siinä opastavia sekä tukevia sähköisiä terveyspalveluita voisi kehittää tähän tarkoitukseen. Sähköiset mobiiliapplikaatiot voisivat toimia tässä parhaiten helpon saavutettavuuden vuoksi.

Hyppösen ym. 2014 tutkimuksen tuloksissa todettiin sähköisten terveystalveluiden tehostavan kustannuksia, joka on erityisen tärkeää yhteiskunnan haasteellisessa taloustilanteessa. Yhteenvetona teorian tiedon ja tutkimustulosten pohjalta voisi todeta sähköisten terveystalveluiden tarjoavan erinomaisen mahdollisuuden terveyden edistämiseen kustannustehokkaalla tavalla. Ensisijaisen tärkeää olisi terveys- ja hyvinvointierojen sekä alueellisten erojen kaventaaminen. Vaikuttaisi, että korkeampi koulutus on merkittävä terveystalveluiden käyttöön vaikuttava tekijä. Poliittisella päätöksenteolla olisikin tärkeää tukea koulutusta. Lisäksi terveyttä edistäviä valintoja koskevaa tietoa tulisi olla tarjolla eri kohderyhmille useilta eri tahoilta. Sähköisten terveystalveluiden avulla voidaan myös vaikuttaa positiivisesti asiakastytyvyyteen.

Suosittellemme esitestaamaan Terveystalveluiden käyttöön muutoksen mittaria ennen varsinaista tutkimusta. Mittaria voi tämän jälkeen tarvittaessa tarkentaa vastaamaan paremmin kyseisen tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Koulutuksen lisääminen Terveystalveluiden käyttöön mittariin voisi olla suositeltavaa, koska sillä näyttäisi olevan merkittävä vaikutus terveystalveluiden käyttöön. Tutkimuksen luotettavuutta lisää toimiva luotettava mittari, joka mittaa sitä mitä tutkimuskysymyksillä halutaan aihealueesta selvittää.

Lähteet

Painetut

Borodulin, K. & Jousilahti, P. 2012. Liikunta vapaa-ajalla, työssä ja työmatkalla 1972-2012. Tutkimuksesta tiiviisti 5, marraskuu 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Borodulin, K., Saarikoski, L., Lund, L., Juolevi, A., Grönholm, M., Helldán, A., Peltonen, M., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2013. Kansallinen FINRISKI 2012-terveystutkimus. Osa 1: Tutkimuksen toteutus ja menetelmät. Raportti 22/2013. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Carlson, J., Sallis, J., Ramirez, E., Patrick, K. & Norman, G. 2012. Physical activity and dietary behavior change in Internet-based weight loss interventions: Comparing two multiple-behavior change indices. *Preventive Medicine* 54 (2012), 50-54.

Duncan, M., Vandelanotte, C., Kolt, GS., Rosenkranz, RR., Caperchione, CM., George, ES., Ding, H., Hooker, C., Karunanithi, M., Maeder, AJ., Noakes, M., Tague, R., Taylor, P., Viljoen, P. & Mummery, WK. 2014. Effectiveness of a web- and mobile phone-based Intervention to promote physical activity and healthy eating in middle-aged males: randomized controlled trial of the ManUp study. *Journal of medical internet research* 2014; 16 (6): e136, 1-21.

Helldán, A. & Helakorpi, S. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. *Health Behaviour and Health among the Finnish Adult Population, Spring 2014*. Raportti 6/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13-14 uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hoitotyön vuosikirja 2016. Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hyppönen, H., Hyry, J., Valta, K. & Ahlgren, S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja kehittämistarpeet. Raportti 33/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Jacobs, RJ., Lou, JQ., Ownby, RL. & Caballero, J. 2016. A systematic review of e Health interventions to improve health literacy. *Health Informatics Journal*. Vol. 22 (2), 81-98.

Jauhiainen, A., Sihvo, P., Ikonen, H. & Rytönen, P. 2014. Kansalaisilla hyvät valmiudet sähköisiin terveystalviin. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2014; 6 (2-3), 70-78.

Jousilahti, P. & Borodulin, K. 2012. Suomalaisten tupakointi vähenee. Tutkimuksesta tiivisti 3, marraskuu 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kaikkonen, R., Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Markkula, J., Wickström, K., Ovaskainen, M., Virtanen, S. & Laatikainen, T. (toim.) 2012. Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2012. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Kananen, J. 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. 1. painos. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Kananen, J. 2008. Kvantti, kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. 1.painos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro.
- Karjalainen, M., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. 1 painos. Tampere: Tammer-paino.
- Karlsson, T., Kytö, S., Montonen, M., Mäkelä, P., Tigerstedt, T., Warpenius, K. & Österberg, E. 2016. Alkoholipolitiikalla voidaan edistää terveyttä ja hyvinvointia: tutkimustieto päätöksenteon tukena. Tutkimuksesta tiiviisti 3. helmikuu 2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kiiskinen, U., Vehko T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kohl, LFM., Crutzen, R. & de Vries, NK. 2013. Online prevention aimed at lifestyle behaviours: a systematic review of reviews. *Journal of medical internet research* 2013; 15 (7): el 146, 1-13.
- Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M. & Sund, R. 2009. ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2009: 46 285-297.
- Laatikainen T., Jula A., Salomaa V. Verenpaine Suomessa - FINRISKI- tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 2, marraskuu 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Metsämuuronen, J. 2002. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. *Metodologia- sarja* 6. 2.uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Oy.
- Mäkinen, O., 2006. Tutkimusetiikan abc. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. *Stakesin raportteja* 38/2008. Helsinki: Valopaino.
- Pietilä, A. 2012. Terveyden edistäminen: teoriasta toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro.
- Reponen, J., Kangas, M., Hämäläinen, P. & Keränen, N. 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 12/2015. Oulun yliopisto. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
- Rosenbek Minet, L., Lonvig, E-M., Henriksen, J., Wagner, L. 2011. The Experience of Living With Diabetes Following a Self-Management Program Based on Motivational Interviewing. *Qualitative Health Research*.
- Schneider, F., van Osch, L., Schulz, D., Kremers, S. & de Vries, H. 2012. The Influence of User Characteristics and a Periodic Email Prompt on Exposure to an Internet-Delivered Computer-Tailored Lifestyle Program. *Journal of medical internet research* 2012 vol 14 iss. 2, 1-14.
- Simonen, O. 2012. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Sitra 2014. Omahoito - 8 kokeilua terveyden tulevaisuudesta. Helsinki: Erweko.
- Snelling, A. 2014. Introduction to Health Promotion. John Wiley & Sons, Incorporated.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a. Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuusraportti 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:13. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino.

Suhonen, R. & Axelin, A. 2014. Terveyden edistämiseen ja palvelujärjestelmään kohdistuva hoitotieteellinen tutkimus Suomessa. *Hoitotiede* 26 (4), 237-238.

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

Willis, J. 2014. *Fundamentals of Health Promotion for Nurses*. John Wiley & Sons, Incorporated.

Ylänen, M. & Ruokanen, O. Helsingin Sydänpiirin sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy- ja kuntoutusprojekti (MOPPI). Loppuraportti. Helsingin Sydänpiiri ry

Sähköiset

Duodecim 2012. Käypä hoito-suositus. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Viitattu 3.11.17. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi40020.pdf>

Duodecim 2013. Käypä hoito-suositus. Lihavuus (aikuiset). Viitattu 3.11.2017. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi24010.pdf>

Duodecim 2014. Käypä hoito-suositus. Kohonnut verenpaine. Viitattu 3.11.2017. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi04010.pdf>

Duodecim 2015. Käypä hoito-suositus. Alkoholiongelmaisen hoito. Viitattu 3.11.2017. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028.pdf>

Duodecim 2016. Käypä hoito-suositus. Liikunta. Viitattu 5.11.2017. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50075.pdf>

Duodecim Terveyskirjasto 2017. Terveyskäyttäytyminen. Viitattu 27.10.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03441

Euroopan komissio 2017. EU:n toimet. Sähköiset terveydenhuoltopalvelut. Viitattu 27.10.2017. https://ec.europa.eu/health/ehealth/overview_fi

Finlex 1999. Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Viitattu 27.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L4P14>

Finlex 1999. Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Viitattu 27.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P10>

Finlex 2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 27.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2>

Helsingin kaupunki 2013. Strategiaohjelma 2013-2016. Viitattu 27.4.16. http://www.hel.fi/static/kanslia/Julkaisut/Strategiaohjelma_2013-2016_Kh_250313.pdf

Helsingin kaupunki 2014. Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden strategiasuunnitelma vuosille 2014-2016. Viitattu 27.10.2017. http://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/Sote_strategiasuunnitelma2014_2016.pdf

Helsingin kaupunki 2014. Sosiaali- ja terveystieteiden toimintakertomus 2014. Viitattu 27.10.2017. http://www.hel.fi/static/sote/virasto/Sote_Toimintakertomus_2014.pdf

Helsingin kaupunki 2015. Vuosikertomus 2014. Viitattu 27.4.2016. <http://www.hel.fi/static/helsinki/vuosikertomukset/hki-vuosikertomus-2014-fi.pdf>

Männistö S., Laatikainen T. & Vartiainen E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti 4, marraskuu 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_Lihavuus.pdf?sequence=1

Routasalo, P. & Pitkälä, K., 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Forssa: Forssan kirjapaino. Viitattu 10.2.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf

Sitra 2013. Gallup: Suomalaiset uskovat sähköisen asioinnin parantavan terveyspalveluja. Viitattu 18.5.2015. <http://www.sitra.fi/uutiset/omahoito/gallup-suomalaiset-uskovat-sahkoisen-asioinnin-parantavan-terveyspalveluja>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Elintavat ja elinympäristö. Viitattu 24.1.2017. <http://stm.fi/elintavat-ja-elinymparisto>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Vaikutusten ja vaikuttavuuden seuranta. Viitattu 11.5.16. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut/vaikutukset-ja-vaikuttavuus/vaikutusten-ja-vaikuttavuuden-seuranta>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a. Elintavat. Viitattu 24.1.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b. Vaikuttavuus ja kustannukset. Viitattu 27.4.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikuttavuus-ja-kustannukset>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015c. Yleistietoa kansantaudeista. Viitattu 26.4.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Tilastokeskus 2016a. Suomalaiset käyttävät internetiä yhä useammin. Viitattu 31.1.2017. http://www.stat.fi/til/sutivi/2016/sutivi_2016_2016-12-09_tie_001_fi.html

Tilastokeskus 2016b. Vastasyntyneiden elinajanodote oli vuonna 2015 pojilla 78,5 ja tytöillä 84,1 vuotta. Viitattu 31.1.2017. http://tilastokeskus.fi/til/kuol/2015/01/kuol_2015_01_2016-10-28_tie_001_fi.html

World Health Organization 2015. Health topics. eHealth. Viitattu 2.3.2016. <http://www.who.int/topics/ehealth/en/>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Viitattu 11.11.2017. https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemussuositukset_terveytta-ruoasta_2014_fi_web_v4.pdf

Julkaisemattomat

Eskola, A. 2013. ITE NETTIIN Sähköinen terveystarkastus. Esiselvityksiä Terveyskortti-pilotin jatkohankkeelle.

Helsingin kaupunki Sosiaali- ja terveysvirasto 2015. 40-vuotiaan miehen sähköinen terveystarkastusprosessi. ITE NETTIIN-hanke. Projektipäällikkö Anna Eskola 4.2.15 ja 12.2.15 koulutusmateriaali.

Liitteet

Liite 1: Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittari.....	33
Liite 2: Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen kutsu	35
Liite 3: Sydän- ja verisuonitautien riskitekijäkartoitus	36
Liite 4: Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake	37

Liite 1: Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittari

Kundit kondikseen sähköinen terveystarkastus		
Terveyskäyttäytymisen muutoksen mittari		
TERVEYSRISKI	LÄHTÖTILANNE	TILANNE 1V MYÖHEMMIN
<u>PÄIVITTÄINEN TUPAKOINTI</u>		
Ei		
Kyllä, alle 10kpl		
Kyllä, 11-20kpl		
Kyllä, 21-30kpl		
Kyllä, yli 30kpl		
<u>PAINOINDEKSI, BMI</u>		
< 25		
25-30		
> 30		
<u>RR</u>		
Systolinen < 140		
Systolinen > 140		
Diastolinen < 90		
Diastolinen > 90		
<u>ALKOHOLI</u>		
Ei		
Kyllä, 1krt/kk		
Kyllä, 2-4krt/kk		
Kyllä, 2-3krt/vk		
Kyllä, 4krt/vk tai useammin		

TERVEYSRISKI	LÄHTÖTILANNE	TILANNE 1V MYÖHEMMIN
Annosten määrä, 1-2		
Annosten määrä, 3-4		
Annosten määrä, 5-6		
Annosten määrä, 7-9		
Annosten määrä, 10 tai enemmän		
<u>VYÖTÄRÖ</u>		
< 94cm		
94-102cm		
>102cm		
<u>LIIKUNTA > 30min/pv</u>		
Kyllä		
Ei		
<u>RAVITSEMUS</u>		
Ei kasviksia/hedelmiä/marjoja päivittäin		
Kyllä, 1-5 annosta/päivä		
Kyllä, >5 annosta/päivä		
Täysjyvävilja, kyllä		
Täysjyvävilja, ei		
Maitovalmisteiden käyttö, kyllä		
Maitovalmisteiden käyttö, ei		
Rasvattomat maitovalmisteet, kyllä		
Rasvattomat maitovalmisteet, ei		

Liite 2: Kundit kondikseen-sähköisen terveystarkastuksen kutsu

Kundit kondikseen – 40-vuotiaan miehen terveystarkastus

Sinulle on varattu mahdollisuus terveystarkastukseen. Tee terveystarkastus verkossa.

Sähköisen terveystarkastuksen avulla saat tietoa terveytesi vaikuttavista tekijöistä. Näet, miten elämäntapasi vaikuttavat arvioitun elinikääsi ja riskiisi sairastua elinikää lyhentäviin ja elämäntapaa heikentäviin sairauksiin. Kutsomme tarkastukseen kaikki tänä vuonna 40 vuotta täyttävät helsinkiläiset miehet.

Joka kolmannella helsinkiläisellä miehellä todetaan kohonnut riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin tai diabetekseen. Terveystarkastuksen tehtyäsi saat raportin tuloksistasi ja niiden perusteella sinut tarvittaessa ohjataan varaamaan sähköisellä aika terveysasemalle tarkempia selvittelyjä varten.

Palvelun käyttöön tarvitsit pankkitunnukset tai mobiilivarmenteen sekä sähköpostiosoitteen.

Näin teet sähköisen terveystarkastuksen:

1. Mene e-asiointiin <https://asiointi.hel.fi>
2. Kirjaudu sisään.
3. Valitse "Terveyspalvelut" ja napsauta otsikkoa "Terveystarkastuslomakkeet/Resepti/40-v. miehen terveystarkastus".
4. Täytä sähköisen asiointisuostumus, jolle olet sitä jo tehnyt.
5. Lisää "HENKILÖTIETÖIHIN" puhelinnumerosi.
6. Valitse "LOMAKKEET" sivun alalaidasta "40-vuotiaan miehen sähköinen terveystarkastus".
7. Valitse "Ota käyttöösi sähköinen terveysvalmennus".
8. Luo itsellesi käyttäjätunnukset.
9. Valitse "Terveystarkastus".
10. Kun olet tehnyt terveystarkastuksen paina sivun alalaidasta "Näytä raportti". Saat raportin tuloksistasi ja niihin perustuvat toimintaohjeet sivun lopusta.

Lisätietoja 40-vuotiaan miehen terveystarkastuksesta löytyy www.hel.fi/kundit-kondikseen

Toivomme, että teet sähköisen terveystarkastuksen mahdollisimman pian.

Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto



Liite 3: Sydän- ja verisuonitautien riskitekijäkartoitus

KUNNIT KONDIKSEEN-HANKKEEN RISKITESTIT

Liite 2/1

Sydän- ja verisuonitautien riskitekijäkartoitus

Sydän- ja verisuonitautien riskitekijäkartoitus

Nimi _____ Sotu _____ Pvm _____

1. Ikä _____

2. Sukupuoli 1 Nainen 2 Mies

3. Ammatti _____

4. Paino _____ 5. Pituus _____

6. Onko suvussa vanhemmalla/sisaruksilla/lapsella?

Sepelvaltimotautia kyllä ei ei tietoaDiabetesta kyllä ei ei tietoaKohonnutta verenpainetta kyllä ei ei tietoaAivohalvausta kyllä ei ei tietoaKohonneita kolesteroliarvoja kyllä ei ei tietoa

7. Tupakointi

 en tupakoi kyllä, yhteensä _____ vuotta

Mikäli vastasitte kyllä, tupakoitte nykyisin?

 hajanaisesti 1-4 savuketta/pv 5-9 savuketta/pv 10-14 savuketta/pv 15-19 savuketta/pv 20-24 savuketta/pv 25-29 savuketta/pv 30 savuketta tai enemmän/pv piippua/sikaria

8. Käyttökäyttö alkoholi- ja juomia?

 en lainkaan kerran/lk tai harvemmin 2-4x/lk 2-3x/vko 4x/vko tai useammin

Mikäli vastasitte käyttävänne alkoholia, kuinka monta annosta juotte kerrallaan?

 1-2 annosta 3-4 annosta 5-6 annosta 7-9 annosta 10 annosta tai enemmän

9. Onko Teillä diabetesta = sokeritautia?

 ei diabetesta dieettihoitoinen diabetes tablettihoitoinen diabetes insuliinihoitoinen diabetes tabletti- ja insuliinihoitoinen diabetes

10. Onko Teillä verenpainetautiä tai muita sydän- ja verisuonisairauksia? Mitä?

11. Mitä lääkkeitä käytätte säännöllisesti? Nimet ja annokset?

12. Harrastatteko liikuntaa (= mitä tahansa liikuntaa, joka kestää yli 30 minuuttia yhtäjaksoisesti niin, että hikoilee ja hengästyy)

 3x viikossa tai enemmän 1-2x/vko n.1x/vko joskus ei koskaan

Liite 4: Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake

Tyypin II diabeteksen riskitesti

Liite 2/2


Suomen Diabetesliitto ry

TYYPIN 2 DIABETEKSEN SAIRASTUMISRISKIN ARVIOINTILOMAKE

Rengasta oikea vaihtoehto ja laske pisteet yhteen.

- Ikä**
 - 0 p. Alle 45 v.
 - 2 p. 45 – 54 v.
 - 3 p. 55 – 64 v.
 - 4 p. Yli 64 v.
- 2. Painoindeksi**
(katso taulukossa kääntöpuolelta)
 - 0 p. Alle 25 kg/m²
 - 1 p. 25 – 30 kg/m²
 - 3 p. Yli 30 kg/m²
- 3. Vyötärönympäryys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)**


MIHET	NAISET
0 p. Alle 94 cm	Alle 80 cm
3 p. 94 – 102 cm	80 – 88 cm
4 p. Yli 102 cm	Yli 88 cm


- 4. Sisältyykö jokaiseen päivään yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?**
 - 0 p. Kyllä
 - 2 p. Ei
- 5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?**
 - 0 p. Päivittäin
 - 1 p. Harvemmin kuin joka päivä
- 6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?**
 - 0 p. Ei
 - 2 p. Kyllä
- 7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?**
 - 0 p. Ei
 - 5 p. Kyllä
- 8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?**
 - 0 p. Ei
 - 3 p. Kyllä isovanhemmillä, vanhempien sisaruksilla tai serkeillä (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapolla)
 - 5 p. Kyllä vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapolla

Riskipisteitä yhteensä

Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on

- alle 7 Pieni arvioita yksi sadasta sairastuu
- 7 – 11 Jonkin verran lisääntyneet arvioita yksi 25:stä sairastuu
- 12 – 14 Keskitalainen arvioita joka kymmenes sairastuu
- 15 – 20 Suuri arvioita joka kolmas sairastuu
- yli 20 Hyvin suuret arvioita puolet sairastuu



Käänne! →

Terveystieteiden professori Jaakko Tuomi, Oulun yliopisto, Oulu ja Elin Laitinen, Kainuon yliopisto, Rovaniemi