

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2012

Sirpa Lehtola

TERVEYDEN EDISTÄMISEN OSAAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

- terveyden edistämisen osaamiskartta



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sirpa Lehtola

TERVEYDEN EDISTÄMISEN OSAAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

Tämä kehittämisprojekti on osa laajempaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojekti (Hoi-Pro) 2009- 2015-hanketta, jossa yhtenä tavoitteena oli kuvata henkilökunnan osaamista toimi- ja palvelualuein. Hoi-Pro-hankkeessa on mukana myös Turun ammattikorkeakoulu. Kehittämisprojektissa oli lisäksi mukana Turun perusterveydenhuolto.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää terveyden edistämisen osaamiskartta erikoissairaanhoidon kirurgian klinikan ja Turun perusterveydenhuollon hyödynnettäväksi. Projektiin liittyvän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata minkälaista terveyden edistämisen osaamista henkilökunnan työn näkökulmasta tarvitaan nyt ja tulevaisuudessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Osaamiskartta laaditaan tutkimustulosten pohjalta.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin Delfoi- teknikkaa. Aineistonkeruu kierroksia oli kaksi: ryhmähaastattelu (n=16) ja asiantuntijapaneeli (n=8). Tiedonantajat edustivat erikoissairaanhoidon kirurgian klinikkaa ja perusterveydenhuoltoa. Ryhmähaastattelut analysoitiin sisällön analyysillä.

Haastatteluista muodostui terveyden edistämisen osaamisen kuvaus. Asiantuntijapaneeli valitsi tärkeimmät osaamiset tutkimuksesta syntyneistä osaamisista ja siitä syntyi terveyden edistämisen osaamiskartta.

ASIASANAT:Terveyden edistäminen, osaaminen, erikoissairaanhoido,
perusterveydenhuolto,Delfoi

MASTER'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Decree Programme in Health Promotion

2012 | 90, 6 appendices

Sirpa Lehtola

THE KNOW-HOW OF HEALTH ADVANCEMENT IN HEALTH CARE

This development programme is a part of a bigger project called the Hospital of the Future-Health Care Developing Project (Hoi-Pro) 2009-2015 which was launched by the intermunicipal Hospital District of Southwest Finland. One of the goals of this project was to describe staff's know-how in the field of operation as well as in the service region. The Hoi-Pro project also features Turku University of Applied Sciences as well as the Turku municipal Primary Health Care.

The goal of this development programme was to develop the health advancement field of know-how to be made good use of in the Turku municipal Primary Health Care as well as in the special health care of the surgical ward. The result of this development project was a research that is meant to describe the know-how of health advancement.

The research method used here was the Delphi-technique. There were two levels of data collecting: group interview (n= 16) and an expert panel discussion (n= 8). The informants were representing the special health care of the surgical ward and the primary health care. The material gathered from the group interview were analysed using contents analysis.

Health care know-how description outcome from interviews. An expert panel chose most important competences in this research.

KEYWORDS:

Health advancement, know-how, special health care, primary health care, Delphi.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISPROJEKTI	7
2.1 Kehittämiprojektin lähtökohdat	7
2.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus	8
2.3 Kohdeorganisaatioiden kuvaus	8
2.3.1 Perusterveydenhuollon kuvaus	8
2.3.2 Erikoissairaanhoidon kuvaus	11
2.4 Kehittämiprojektin toteutus	12
3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN	15
3.1 Terveyden määrittelyä	15
3.2 Terveyden edistämisen määrittelyä	19
3.3 Terveyden edistämisen aikaisempia tutkimuksia	19
3.4 Terveyden edistäminen salutogeenisen mallin mukaan	22
4 OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ	24
4.1 Osaamisen käsitteitä	24
4.2 Terveyden edistämisen osaaminen	29
4.3 Terveyttä edistävä potilasohjaus	32
4.4 Osaamiskartta ja -kartoitus	32
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS	33
5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys	33
5.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	33
5.3 Aineiston analyysi	39
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	42

6.1 Terveyden edistämisen osaaminen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa	42
6.1.1 Potilaan/asiakkaan ohjaaminen ja motivointi	43
6.1.2 Leikkauspotilaan ohjaus	45
6.1.3 Kyky mitoitaa ja priorisoida ohjaus	46
6.1.4 Hoitajan uskottavuus	46
6.1.5 Lyhytkestoiset interventiot	47
6.1.6 Arkaluontoisten asioiden puheeksi ottaminen	47
6.1.7 Potilaa/asiakkaan fyysisen ja psykososiaalisen kokonaistilanteen tunteminen	48
6.1.8 Moniammatillinen ja monialainen yhteistyö	49
6.1.9 Tiedonkulusta huolehtiminen	50
6.1.10 Terveyden edistämisen tulokset	51
6.1.11 Säädösten tunteminen ja kulttuuritietoisuuden parantaminen	52
6.2 Terveyden edistämisen osaamisen kehittäminen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa	53
6.2.1 Potilaan/asiakkaan motivointitaitojen kehittäminen	53
6.2.2 Hoitajien suhtautumistapoihin vaikuttaminen	54
6.2.3 Ryhmänohjauksen kehittäminen	54
6.2.4 Potilastuntemuksen kehittäminen	54
6.2.5 Arkaluontoisten asioiden puheeksi ottaminen	55
6.2.6 Uusia työkaluja ja valmiita toimintamalleja hoitajien käyttöön	55
6.2.7 Koulutusta	56
6.2.8 Yhdys henkilöiden nimeäminen	58
6.2.9 Palvelujärjestelmä-verkoston tuntemisen parantaminen	58

6.2.10 Yhteistyön ja yhteisvastuun korostaminen	59
6.2.11 Varhaiseen ennaltaehkäisyyn panostaminen	60
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	62
7.1 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon terveyden edistämisen osaaminen	63
7.2 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon terveyden edistämisen osaamisen kehittäminen	65
8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	69
8.1 Luotettavuus	69
8.2 Eettisyys	70
9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS	72
9.1 Asiantuntijapaneeli	72
9.2 Osaamiskartta	75
10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	78
LÄHTEET	81

LIITTEET

Liite 1. Haastattelun saatekirje

Liite 2. Suostumuslomake

Liite 3 Saatekirje asiantuntijoille

Liite 4. Haastattelujen alakategoriat terveyden edistämisen osaamisesta

Liite 5. Haastattelujen alakategoriat terveyden edistämisen osaamisen kehittämisestä

Liite 6. Kyselylomake

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin vaiheet

Kuvio 2. Tutkimusprosessi ja sen vaiheet

Kuvio 3. Osaamiskartta

TAULUKOT

Taulukko 1. Aineistonkeruun yhteenveto

Taulukko 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen

Taulukko 3. Esimerkkejä haastattelujen tuloksista

Taulukko 4. Terveystiedon edistämisen osaamisten keskiarvot

1 JOHDANTO

Terveyttä edistävässä työssä hoitohenkilökunta tarvitsee kykyä jatkuvaan itsearviointiin, voimavarojen hyödyntämistä, varhaista puuttumista ja rohkeutta ottaa puheeksi asioita. Tarvitaan erilaisia työkaluja auttamaan potilasta näkemään omia mahdollisuuksiaan ja voimavarojaan terveyden edistämiseksi. Tämä taas edellyttää hoitohenkilökunnalta osaamista terveyden edistämisen kysymyksissä. (Pietilä, Halkoaho & Matveinen 2010c, 259- 272.) Terveyden edistämisen osaaminen vaatii terveyden edistämisen menetelmien sisällön ja menetelmän hallintaa sekä terveysvaikutusten ennakoitua (Ahonen, Pohjola & Suvivuo 2011, 103).

Tämä kehittämisprojekti oli osa laajempaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojekti (Hoi-Pro) 2009-2015-hanketta, jossa yhtenä tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan osaamista toimi- ja palvelualueittain. Hoi-Pro - hankkeessa olivat mukana Turun ammattikorkeakoulu. (VSSHP 2011, 3.) Kehittämisprojektissa olivat lisäksi mukana Turun perusterveydenhuollon terveysasemat ja ehkäisevä terveydenhuolto. Projektin tarkoituksena oli kehittää terveyden edistämisen osaamiskartta erikoissairaanhoidon kirurgian klinikan ja Turun perusterveydenhuollon hyödynnettäväksi.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli kuvata terveyden edistämisen osaaminen Turun Yliopistollisen keskussairaalan erikoissairaanhoidon kirurgian klinikalla ja Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen perusterveydenhuollossa. Tutkimustulosten pohjalta oli tarkoitus tuottaa terveyden edistämisen osaamiskartta, jota kummankin organisaation edustajat voisivat hyödyntää jatkossa terveyden edistämisen kehittämisessä. Tutkimus toteutettiin Delfoi-menetelmää soveltaen.

Osaamiskarttojen laatimista ja niiden käytön sovellusta voidaan hyödyntää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin osaamisen määrittelyn ja kehittämisen pohjana, koska tulevaisuudessa tarvitaan laaja-alaista osaamista, jota voidaan

taas hyödyntää potilaan hoitoa toteutettaessa (Kosklin 2011,50–51.) Osaamiskartta mahdollistaa osaamisesta käytävän yhteisöllisen keskustelun, helpottaa kehitystoimien arviointia sekä mahdollistaa raamit osaamisen kehittämiseksi. (Hätönen 2003,11; Ruuskanen 2006, 14.)

2 KEHITTÄMISPROJEKTI

2.1 Kehittämisprojektin lähtökohdat

Terveiden edistämisen politiikkaohjelmassa korostetaan terveyden edistämistä kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa korostetaan terveyden edistämisen huomioimista entistä enemmän, koska yhteiskunnalliset painopistealueet muuttuvat ja koska väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen tulisi huomioida ja lisätä väestön toimintakykyisiä elinvuosia (Tuominen ym. 2005, 5.) Terveysturvotlain (1326/2010) tavoitteina on muuan muassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnallisuuden vahvistaminen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vahvistaminen. Terveiden, toiminnallisuuden ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen kaikissa erilaisissa toimintaympäristöissä ja eri toimialojen tehtävissä edellyttävät lain mukaan yhteisiä tavoitteita potilaan hoidon laadun parantamiseksi (L1326/2011.).

On tärkeää, että terveyden edistämistä tehdään laaja-alaisesti, yhteistyössä eri sektoreiden kanssa siten, että vuoropuhelu, yhteinen tavoite ja yhteistyö korostuvat. Yhteistyön kautta myös terveyden edistämisen hyvien käytäntöjen jakaminen, levittäminen ja käyttöönotot korostuvat. Kun yhteinen kieli ja näkemys löytyvät, se luo myös pohjaa terveyden edistämisen työn merkitykselle (Aalto- Kallio & Mäkipää 2010, 9.) VSSHP:n strategian 2007–2015 yhtenä tavoitteena on ylläpitää ja kehittää henkilöstön osaamista ja erikoissairaanhoidossa tarvittavia tietoja ja taitoja noudattamalla laadittua

kehittämissuunnitelmaa, joka käsittää osaamiskartoituksen tekemisen, koulutuksen ja kouluttautumisen suunnittelun ja toteuttamisen sekä perehdyttämisen ja työhön opastamisen (VSSHP 2011, 11.)

Tämä kehittämisprojekti liittyy VSSHP:n Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojekti (Hoi-Pro) 2009- 2015-hankeeseen, jossa yhtenä tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan osaamista toimi- ja palvelualueittain.(VSSHP 2011,3.) Hoi-Pro -hankkeessa oli mukana Turun ammattikorkeakoulu. Kehittämisprojektissa oli lisäksi mukana Turun kaupungin perusterveydenhuolto.

Tämä kehittämisprojekti tukee tulevaisuudessa tarvittavaa terveyden edistämisen osaamista erilaisissa toimintaympäristöissä. On tärkeää selvittää, miten potilaan hoidon laatuun ja hänen toimintakykyynsä voidaan vaikuttaa terveyden edistämällä. Näin pysytään vaikuttamaan myös kustannuksiin, jotka varsinkin erikoissairaanhoidossa saattavat nousta korkeiksi.

2.2 Kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämisprojektin tavoitteena oli kuvata terveyden edistämisen osaaminen Turun Yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) erikoissairaanhoidon kirurgian klinikalla sekä Turun kaupungin perusterveydenhuollossa terveyskeskuksen yhdeksällä terveysasemalla ja ehkäisevän terveydenhuollon yksiköissä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli tuottaa terveyden edistämisen osaamiskartta, jota kummankin organisaation edustajat voisivat hyödyntää jatkossa terveyden edistämisen osaamisen kehittämisessä.

Tämän kehittämisprojektin perusolettamukseen liittyy siis kysymys siitä, miten terveyden edistämisen osaamisen kuvauksen avulla oli mahdollista kehittää henkilöstön terveyden edistämisen osaamista erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa nyt ja tulevaisuudessa ja näin edistää potilaan

terveyttä ja hyvinvointia. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, jotta saadaan yhteinen näkemys moniammatillisen työryhmän kautta terveyden edistämisen osaamisesta. Yhteisen käsityksen aikaansaaminen luo pohjaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyölle potilaan terveyden edistämiseksi tulevaisuudessa.

2.3 Kohdeorganisaatioiden kuvaus

2.3.1 Perusterveydenhuollon kuvaus

Perustuslain 19§: n mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystyöt ja edistettävä väestön terveyttä (Perustuslaki 1999).

Kuntalain tarkoituksena on pyrkiä edistämään kuntalaisten hyvinvointia ja kestävästä kehityksestä alueellaan (Kuntalaki 395/1995). Kansanterveyslaki (928/2005) toteuttaa kansanterveystyötä ja tavoitteena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Lisäksi kunnan tehtävänä on sairaanhoidon ja ehkäisevien palveluiden lisäksi terveyden edistäminen. (Kansanterveyslaki 1972.) 1.5.2011 tullut Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) painottaa kuntia ja sairaanhoitopiirejä mm. väestön terveyserojen vähentämiseen, väestön toimintakyvyn lisäämiseen, terveyden edistämiseen ja hyvinvoinnin lisäämiseen ja tietoiseen ja suunnitelmalliseen toimintaan väestön hyväksi sekä miettimään potilaan hoidossa terveyden ja hyvinvoinnin vaikutuksia. (Uusi terveydenhuoltolaki 1326/2010). Euroopan Unionin perustuslaki sisältää terveyden näkökulman. Kansanterveys nähdään perustuslaissa alana, jossa Unioni mahdollistaa yhteensovitus-, täydennys- ja tukitoimia. (Eurooppa-valmistelukunta 2003.) Myös poikkihallinnollisen yhteistyön kehittäminen on tärkeää muun muassa kustannusten vuoksi terveyden edistämiseksi. (Leino & Wiirilinen 2007, 152).

Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa kehittämällä terveyskeskusten käytäntöjä, hallintoa ja

johtamista sekä terveydenhuollon koulutusta ja tutkimusta. Ohjelmassa paneudutaan muun muassa terveydenhuollon henkilöstön saatavuuteen ja riittävyyteen, sillä ne ovat avaintekijöitä toimivuuden kannalta. Vastuunjakoa ja tehtäväkuvia uudistetaan, jonka tarkoituksena potilaan hoitoon pääsy helpottuu. Tavoitteena on myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön kehittäminen ja tiivistäminen, siten että myös erikoislääkärien palveluja olisi tarjolla myös terveyskeskuksissa. Tavoitteena on myös lisätä hoitajien ja fysioterapeuttien vastaanottoaikoja, jolla pyritään lisäämään potilaan samaa hoitomäärää ja samalla seuraamaan potilaan terveydentilaa paremmin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 1-3.) Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) panostaa perusterveydenhuollon toiminnalliseen kehittämiseen ja tukee terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista. Laki painottaa myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä toiminnalliseen kokonaisuuteen. (Uusi terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Turun asukkaiden Hyvinvointiohjelmaan(2008-2012) sisältyy muun muassa Työikäisten hyvinvointiohjelma 2009-2013. Valtuustokaudelle 2009-2013 on luotu niin sanottu Ryhmien välinen sopimus, joka toimii lähtökohtana kaikille tänä aikana tehdyille strategioille. Hallintokuntien yhteistyötä lisätään asiakaslähtöisten palveluprosessien luomisessa ja huomioidaan muun muassa ennaltaehkäisevä toiminta. Perusterveydenhuollon terveyskeskuksen toiminnan kehittäminen on yksi painopistealueista. Perusterveydenhuollossa toteutetaan vaihtoehtoisten järjestämistapojen kokeiluja ja esimerkiksi eri terveysasemilla kokeillaan jonkin alueellisen terveyskeskuksen toteuttamista ostopalveluna sekä panostetaan vakavien ja kalliiden kansansairauksien ennaltaehkäisyyn oikea-aikaisilla peruspalveluilla sekä kohdennetulla terveysneuvonnalla. Tavoitteena on työikäisen väestön hyvinvoinnin edistäminen ennaltaehkäisevän toiminnan kautta sekä hyvinvointipuutteiden kasautumisen ehkäiseminen (Asukkaiden hyvinvointiohjelma 2009-2013, 9-10).Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tavoitteena on edistää asukkaiden hyvinvointia ennalta ehkäisevillä palveluilla, tutkimus-, hoito-, perhe- ja kuntoutuspalveluilla sekä vaikuttamalla elinympäristön laatuun. (Turun kaupunki 2011.)

Kaupungin terveystoimen perusterveydenhuolto huolehtii väestövastuisesti noin 170 000 turkulaisen terveydestä. Perusterveydenhuolto jakautuu ehkäisevään terveydenhuoltoon, avosairaanhoidon, suun terveydenhuoltoon ja ympäristöterveydenhuoltoon. Palvelun tuottaa sosiaali- ja terveystoimi. Perusterveydenhuollon palveluja annetaan yhdeksällä terveysasema-alueella. Terveys- ja avosairaanhoidopalvelut kattavat yleislääkäritasoisien lääkärivastaanoton ja sairaanhoitajien vastaanoton sekä puhelinneuvonnan. Hoidon tarpeen arviolla varmistetaan kaikkien asukkaiden hoitoon pääsy tasapuolisesti. Hoidon perustana ovat hyväksytyt hoitosuositukset (Turun kaupunki 2011.)

Tähän kehittämissuunnitelmaan kuului yhdeksän alueellista terveysasema-alueita: Keskusta1,2,3, Mäntymäki 1,2,3, Kirkkotien, Runosmäen- ja Varissuon terveysasemat sekä avoterveydenhuolto.

2.3.2 Erikoissairaanhoidon kuvaus

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan tässä erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnat siltä osin kuin kuntoutusta ei ole säädetty kansaneläkelaitoksen tehtäviksi. (Laki erikoissairaanhoidosta 1062/1989.)

Nykyiset sairaalat on suunniteltu funktionaalisen (yksikkökeskeisen) toiminta- ja johtamismallin pohjalta. Johtaminen taas perustuu ammattiryhmien ja yksiköiden johtamiseen, eikä niinkään potilaan hoitamisen johtamiseen. Tulevaisuuden sairaalan yksi tärkeimmistä tavoitteista on toimia nopeasti ja joustavasti voimavaroja hyödyntäen. Potilaiden tulee jatkossa viiveettömästi ja

yksinkertaisesti liikkua hoitoprosesseissa. Yksikkökeskeisen sairaalan suurimpia heikkouksia ovat olleet yksiköissä ja organisaatiossa tapahtuvat viiveet ja tieto- toimintakatkokset. Potilasvirrat ovat olleet kaottisia ja tarpeettoman pitkät siirtomatkat kuluttavat hoidon resursseja. (VSSH 2010, 6.)

Sairaaloiden vetovoimaisuus perustuu ns. ”magneettisairaalaaloihin”, joille ominaista on henkilökunnan pysyvyys, korkea työtyytyväisyys ja hoitoonsa tyytyväiset potilaat. (VSSH 2006.) Lähiesimiesten vahva ammattitaito omalta erikoisalalta, oma esimerkki sekä opiskelun arvostaminen sekä alaisten tukeminen omissa kehitymisissään luovat pohjaa organisaation osaamistarpeille. (Hyrkäs, Appelqvist- Scmidlechner & Koivumäki 2005, 209-220) Terveystyön edistämisen osaaminen on yksi keskeinen kehittämisalue myös erikoissairaanhoidossa. Tämä kehittämisprojekti liittyi Tulevaisuuden sairaalahoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro) -hankkeeseen, jossa yhtenä tavoitteena on kuvata hoitohenkilöstön osaamista toimi- ja palvelualueittain.

VSSH:n strategiassa määritellään tulevaisuuden laatukriteerit ja tavoitteet, jossa keskeisenä tavoitteena on potilaan laadukas hoitaminen. (VSSH 2006, 9.) VSSH:n hoitotyön toimintaohjelman vuosille 2010- 2015 toiminta-ajatuksena on lisätä väestön terveyttä, elinvuosia ja sosiaalista hyvinvointia. Opetus- ja koulutuspoliittisen ohjelman sisältönä on osaaminen ja varmistaminen, jossa haasteena on tulevaisuudessa tarvittavan osaamisen turvaaminen (VSSH 2009a, 2.)

Turun yliopistollisen keskussairaalan ja sairaanhoitopiirin toimintatapaa muutetaan voimassa olevan strategian mukaisesti vuosina 2011- 2012 tukemaan entistä enemmän potilaslähtöistä toimintaa, jossa tavoitteena on hoitotapahtumien kokonaisuuksien hallinta ja osaava ja hyvinvoiva henkilöstö. Organisaatorakennetta ja johtamisjärjestelmää uudistetaan ja tuetaan hoitolinjoihin perustuvaa palvelutoimintaa. Konkreettisesti toimintatavan muutos näkyy T-sairaalan, mutta muutos koskee koko Turun yliopistollista keskussairaala ja sillä on vaikutusta koko sairaanhoitopiirin toimintamalleihin. (VSSH 2010, 5-6.)

Tässä kehittämisprojektitisissä mukana olivat: TYKS:n kirurgian klinikan neurologian vuodeosasto, sydän-, rinta- ja verisuonikirurgian vuodeosasto, urologian vuodeosasto, endokrinologian osasto, gastrokirurgian päivystävä osasto, gastrokirurgian elektiivinen osasto, gastroenterologian poliklinika, kirurgian, ortopedia ja traumatologian poliklinikka.

2.4 Kehittämisprojektin toteutus

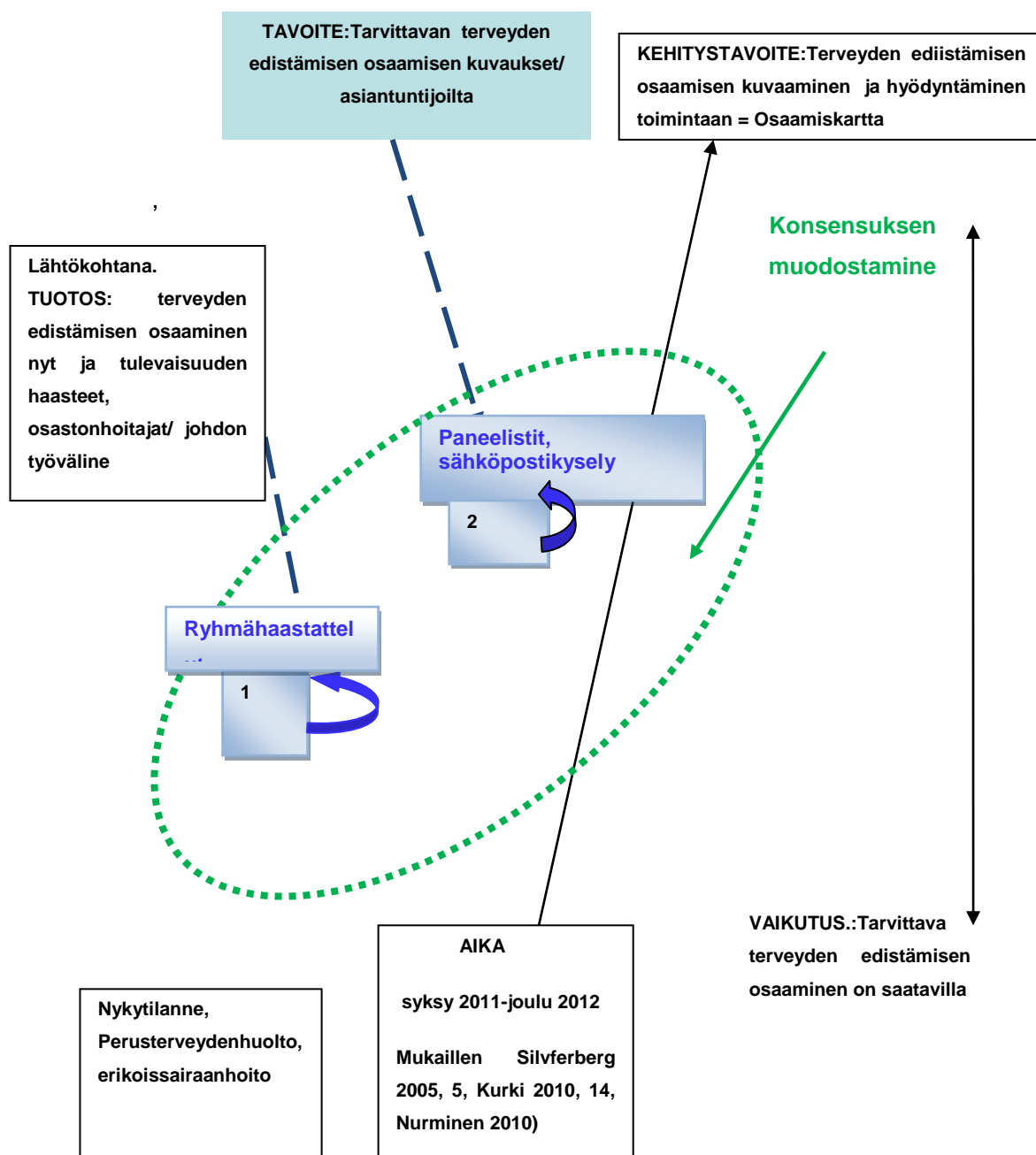
Kehittämisprojekti toteutettiin kevään 2011 ja syksyn 2012 välisenä aikana. Tänä aikana kerättiin aineistoa terveyden edistämisen osaamisesta.

Kehittämisprojekti eteni suunnitelma- ja toteutusvaiheiden kautta raportointivaiheeseen (vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 65). **Suunnitelmavaihe:** Idea, esiselvitys, tiedonhaku ja kirjallisuuskatsaus tammi-toukokuu 2011. **Toteutusvaihe:** projektisuunnitelma ja tutkimusluvut kesäkuu/2011- tammikuu /2012. Haastattelut ja paneeli tammi-lokakuu 2012, väliraportti maaliskuu/2012. **Raportointivaihe:** Tutkimustuosten analysointi huhtikuu-lokakuu/ 2012. Loppuraportti loka-marraskuu 2012. Kehittämistulosten julkaisu ja esittäminen. Kehittämisprojektin vaiheet on kuvattu kuviossa 1.

Kehittämisprojektissa toimi ohjausryhmä ja projektiryhmä ja se perustettiin 3/2011. Tässä kehittämisprojektissa projekti- ja ohjausryhmään kuului samoja henkilöitä. Ohjausryhmä muodostui VSSHP:n, Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sekä eri toimialojen asiantuntijoista (9 henkilöä). Projektiryhmä muodostui VSSHP:n sekä Turun sosiaali- ja terveystoimen asiantuntijoista (5 henkilöä).

Tutkimusaineistoa kerättiin kahdessa eri aineistonkeruuvaiheessa. Ensimmäinen vaihe toteutui haastattelemalla kummankin organisaation osastonhoitajia ryhmähaastatteluna ja toinen vaihe toteutui asiantuntijapaneelin toteutumisenä. Kehittämisprojektin tutkimuksen tavoitteena oli kuvata minkälaista terveyden edistämisen osaamista, henkilökunnan työn

näkökulmasta tarvitaan nyt ja tulevaisuudessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Tutkimuksesta saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää terveyden edistämisen osaamiskartan laatimisessa hoitohenkilökunnalle.



Kuvio 1. Kehittämiprojektin vaiheet mukailten Silferberg 2005, 5, Kurki 2010, 14 ja Nurminen 2010.

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

3.1 Terveyden määrittelyä

WHO:n määritelmän mukaan terveys on jokapäiväisen elämän voimavara ja sen edistäminen on yhteiskuntapoliittinen asia. (Ottawa Carter for 1986.)

Terveyden määritelmän taustalla on useita terveystulkintoja, jota voidaan jaotella tieteenaloittain, voimavarakeskeisesti, yksilöllisesti ja yhteisöllisesti. Biolääketieteellisessä tarkastelussa kiinnitetään huomio sairauksiin ja toimintakyvyn heikkenemisiin. Ihmisen elimistön toiminta määrittää näkemyksen terveydestä (Savola & Koskinen- Ollonqvist, 2005, 11.) Sosiaalitieteellinen näkemys käsittää ihmisen sosiaaliset roolit ja selviytymiset sopeutua joustavasti ympäristöön. Hoitotieteessä taas ihminen on kokonaisuus, itsenäinen ja aktiivinen toimija, joka omaa subjektiivisia kokemuksia ja näkemyksiä. Arvopohjaa terveyden edistämässä ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, omavoimaistaminen(empowerment) ja asiakasnäkökulma, oikeudenmukaisuus ja osallistaminen(participation)(Vertio 2003,25.)

Terveys käsittää myös sairauden ja –ei sairauden. Terveyttä pidetään prosessina, missä ”tietoisuus itsestä ja ympäristöstä lisääntyy samalla kun kyky havaita vaihtoehtoja ja reagoida monin eri tavoin kasvaa”. Newmanin mukaan terveys sisältää ”sairauden yhtenä kokonaisuuden olemistavan mielekkäänä ilmenemismuotona ja perustuu oletukseen, jonka mukaan elämä on jatkuvaa tietoisuuden laajenemista”. Terveys on pääkäsite Newmanin laajentuvan tietoisuuden teoriassa. Sairaus ja –ei sairaus ja niiden yhteensulautuminen luo synteetin, joka mielletään terveydeksi. Sairaus ja –ei sairaus ovat suuremman kokonaisuuden heijastumia, jolloin muodostuu uusi käsite, kokonaisuuden olemistapa. (Newman 1994, 462-465.) Tulevaisuudessa hoitotyössä tullaan korostamaan asiakkaiden terveyden ja omahoidon edistämistä, psykososiaalista tukemista, hoitotyön tehtäväkuvien laajentamista sekä väestön palvelutarpeeseen vastaamista. (STM, 2009, 15.) Käsitys terveydestä

määrittää myös terveyden edistämisen tavoitteet, sisällön ja toiminnan luonteen. (Ahonen, Pohjola & Suvivuo 2011, 96).

Sosiokulttuurinen ja fyysinen ympäristö ovat taas ympäristötieteellisiä käsityksiä terveydestä. (Tuominen, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 17.) Psykologinen terveystieteellinen käsitys painottaa hyvää oloa, toimintakykyä ja turvallisuutta. Positiivinen terveystieteellinen käsitys tarkoittaa fyysistä, henkistä ja sosiaalista tasapainoa, jossa korostuu voimavarat ja henkilön omavoimaistaminen. Yhteisön terveystieteellinen käsitys taas nähdään yksilön ja rakenteellisen ympäristön vuorovaikutuksena. (Savola-Koskinen – Ollonqvist, 2005, 11–12; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 250-258.)

Terveyden suojelusta (health protection) puhutaan silloin kun ympäristöön liittyviä rakenteellisia olosuhteita muutetaan yhteisötasolla terveyttä edistäväksi ja terveellistä käyttäytymistä ohjaavaksi (Savola & Koskinen- Ollonqvist, 2005, 3).

Tässä kehittämissuorituksessa terveys nähdään laajana käsitteenä. Terveyden edistamisestä on tunnistettava mitä on terveys, jota pyritään edistämään. Terveys voi olla sairaudesta riippumaton tai siihen liittyvä asia. Terveyden edistäminen lisää yleisesti toimintakykyisyyttä ja elämänhallintaa.

3.2 Terveyden edistämisen määrittelyä

Ottawan terveyden edistämisen ns. perusasiakirjassa (Ottawa Charter for Health Promotion 1986) terveyden edistäminen nähdään toiminnaksi, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia parantaa omaa kuin myös ympäristönsä terveyttä sekä edistää terveyden edellytysten parantumista. Asiakirjassa on viisi terveyden edistämisen avainstrategiaa: 1. terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, 2. terveellisen ympäristön aikaansaaminen, 3. yhteisöjen toiminnan tehostaminen, 4. henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja 5. terveyspalvelujen uudistaminen. Lähtökohtana on taata ihmisille terveyttä tukeva ympäristö, tiedonsaanti, elämäntaidot sekä mahdollisuus terveellisten valintojen tekemiseen. (WHO 1986). Määritelmässä painottuvat fyysisten

toimintaedellytysten voimavarat sekä henkilökohtaiset ja yhteiskunnalliset voimavarat. (Vertio 2003, 29-31, 113-174.) Hoitotieteessä on yleisesti Donaldsonin & Growleyn (1978) määrittelemät kohteet jotka ovat terveyden edistämässä keskeisiä. 1. Periaatteet, jotka ohjaavat ihmisen elämänprosessia, hyvinvointia ja toimintaa terveenä ja sairaana. 2. Ihmisen ja ympäristön välinen vuorovaikutus kaikissa elämäntilanteissa. 3. Vaikuttamismekanismit, joiden avulla tuetaan myönteisten muutoksien saavuttamisessa (Lauri & Elomaa 1995.)

Terveyden edistämisen kehittyminen on muuttunut sairauksien ehkäisyn näkökulmasta terveyttä määrittävien sosiaalisten tekijöiden tarkasteluun. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 16.) Terveyden edistämisen sisältö ja käsite ovat vuorovaikutuksessa terveyden näkökulmien kanssa ja käsitykset perustuvat ihmis- ja terveystieteisiin. (Koskinen-Ollonqvist, Peltola-Huikko, Rouvinen-Wilenius & Tuominen 2005, 20.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksen (2006) mukaan terveyden edistäminen on monitasoista ja monialaista toimintaa, joka vaatii horisontaalista yhteistyötä ja sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin. Tavoitteiden tulee perustua kuntalaisten terveystarpeisiin, paikallisiin olosuhteisiin ja kansallisiin terveystieteisiin tavoitteisiin. Terveyden edistäminen on tietoista voimavarojen kohdentumista väestön terveyden parantamiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi. Terveyssektori on terveyden edistämisen asiantuntija. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 3.)

Terveyden edistämistä voidaan tarkastella myös eettisyyden kannalta. Hoitotyössä tieteellinen tausta on aina tarkastettava, jotta esitetty tieto on tieteellisesti oikeaksi todistettua ja perusteltua. Riskinarviointi on käytännön hoitotyössä välttämätöntä, sillä asioiden vaikutus potilaaseen on harkittava huolellisesti ja esitettävä oleelliset seikat ymmärrettävästi ja luotettavasti potilaalle. (Leino-Kilpi 2008, 186-187.)

Terveyden edistämistä voidaan tarkastella yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla, promootion ja prevention näkökulmasta. Promootio tarkoittaa mahdollisuuksien luomista, ihmisen elinehtojen ja elämänlaadun parantamista, joka perustuu positiiviseen terveystieteeseen ja jolla pyritään vaikuttamaan terveyttä edistävästi ennen ongelmien syntymistä. Preventio taas tarkoittaa sairauksien ehkäisyä ja on ongelmalähtöistä. Tällä pyritään muun muassa järjestämään parempia oloja ihmisille ja luomaan turvallinen ympäristö. Primaaripreventio on sairauksien ehkäisyä, joka toteutetaan ennen taudin kehittymistä. Sekundaariprevention avulla pyritään estämään sairauden pahentuminen poistamalla riskitekijöitä. Tertiaariprevention on yhteydessä kuntoutuksen käsitteeseen ja tarkoituksena on lisätä toimintakykyä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13- 15, 24.) Elämäntapaohjausta voidaan pitää sekundääripreventiona, jonka tavoitteena on riskin, pulman tai oireiden varhainen tunnistaminen ja hoitaminen tai ratkaisu ennen terveysongelmien monimutkaistumista. Sekundääriprevention tyypillisiä menetelmiä ovat muun muassa seulontatutkimukset ja terveystalkot. Preventiossa korostetaan ennaltaehkäisevää toimintaa yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen elämänlaadun edistämiseksi. Preventio on sidoksissa yhteiskunnallisiin, taloudellisiin, kulttuurisiin ja ympäristötekijöihin sekä arvoihin. (Koponen, Hakulinen, & Pietilä 2002:83–84.)

Terveyden edistämistä voidaan tarkastella myös poliittisesta ja kulttuurisesta näkökulmasta. Terveyden edistämisen määrittelyä on tarkasteltu arvojen, tavoitteiden, toiminnan ja tulosten kautta. (Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2005, 24.) Yhteenvetona voidaan sanoa, että terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi ja siihen liittyy promotiivisia ja preventiivisiä toimintamuotoja, joihin kuuluvat primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventio. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. (Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2005, 39.)

3.3 Terveyden edistämisen aikaisempia tutkimuksia

Rimpelän (2008) tutkimuksessa terveyden edistäminen terveyskeskuksissa johtajille tehdyn kyselyn mukaan sitoutuminen ja johtaminen olivat yhteydessä toisiinsa ja molemmat yhteydessä johdon vahvistamiin yhteisiin käytäntöihin ja terveysseurantaan. 70% terveyskeskuksista ilmoitti, että johtoryhmässä oli nimetty väestön terveyden edistämisen vastuuhenkilö (Rimpelä ym. 2008.)

Pietilän, Varjorannan & Matveisen (2008) pilottitutkimuksessa terveyden edistämisen haasteena oli moninaisuus. Tutkimuksessa selvitettiin Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen avohuollon perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä ja sen arvioinnista sekä ennaltaehkäisevästä työstä. Tavoitteena oli myös selvittää työntekijöiden näkemystä omasta osaamisestaan ja osaamistarpeistaan ja tuottaa tietoa, jota voitaisiin myöhemmin hyödyntää terveyttä edistävien toimintamallien ja työmenetelmien kehittämiseksi sekä täydennyskoulutuksen tueksi. Tuloksista selvisi, että terveyden edistäminen on vuorovaikutusta potilaan kanssa, terveydenhoitoa ja ennaltaehkäisyä. Terveyden edistämisen tosin koettiin olevan integroitu osa kokonaistoimintaa ja siten mahdotonta määritellä erillisenä. Potilaan voimavarojen lähtöisyys sekä potilaan motivointi terveellisiin elämäntapoihin korostui. Ohjeet terveystyöskäytännön muuttamiseen olivat myös terveyden edistämistä, kuten myös kuntouttava ohjaava näkökulma, jossa sairauden hoitokin on osa terveyden edistämistä. Tutkimuksessa selvisi myös, että pitkäaikaishoidossa terveyden edistämällä tarkoitettiin potilaan vireillä pitämistä. Tuloksissa korostettiin terveydenhuollon tekijän tehtävää tiedonantajana ja eri vaihtoehtojen esittäjänä sekä moniammatillista yhteistyötä terveyden edistämiseksi. Puutteellisena koettiin yhteiskunnallinen vaikuttaminen, mukanaolo ja rohkeus varhaiseen puuttumiseen. (Pietilä, Varjoranta & Matveinen 2008, 22-23.)

Häkkisen (2007) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaalahenkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä sekä terveyttä edistävästä johtamisesta omalla kohdallaan. Tuloksista selvisi, että yksiköiden henkilökohtaiset terveyttä edistävät arvot ja sairaanhoitopiirin arvot eivät kaikilta osin kohdanneet.

Työntekijöiden sosiaaliset suhteet, työkykyä ja työhyvinvointia edistävä toiminta ja terveellinen ja turvallinen työympäristö koettiin terveyttä edistäväksi toiminnaksi työntekijöiden puolelta. Johtamisen puolella taas terveyttä edistäväksi toiminnaksi koettiin hyvä työn organisointi ja työhallinta (Häkkinen 2007)

Kotisaaren (2010) Pro gradu-tutkielman mukaan selvitettiin ja kuvattiin, mitä terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa tarkoittaa johtavien viranhaltijoiden näkökulmasta. Erikoissairaanhoidolla ja perusterveydenhuollolla on yhteinen tavoite terveyden edistämisestä, mutta esteenä on vakiintunut tehtäväjako. Perusterveydenhuollossa kaivataan tukea erikoissairaanhoidosta kehittämishankkeissa ja terveysneuvonnassa. Terveyden edistäminen ei toteudu tutkielman mukaan, koska erikoissairaanhoidolla ja perusterveydenhuollolla on ristiriita. Erikoissairaanhoidon mukaan kunta-asiakkaat eivät pidä terveyden edistämistä erikoissairaanhoidon tehtävänä, mutta perusterveydenhuollon mukaan terveyden edistäminen on myös erikoissairaanhoidon tehtävä ydinprosessissa perustehtävän ohella. Vaikuttavuus nähtiin vähäisenä ja terveystarpeiden tarkastelussa korostuu yksilönäkökulma väestönäkökulman sijaan. Edellytyksenä terveyden edistämiseen on johdon tuki. (Kotisaari 2010, 72-73.)

Helakorven ym. (2009) mukaan työikäisten terveyskäyttäytymisen ja terveystutkimuksen mukaan on tapahtunut positiivista muutosta tupakoinnin ja liikunnan sekä joidenkin ruokailutottumusten suhteen. Toisaalta taas ylipainon ja alkoholin käytön suhteen suunta on ollut toisenlainen. (Helakorpi, Paavola, Prättälä & Uutela 2009, 19.)

Anderssen ym(2007) ovat tutkimuksissaan selvittäneet, että neuvonta ja ohjaus ovat tehokkaita toimintatapoja fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi. Fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen oli nähtävissä vielä kuuden kuukauden kuluttua tutkimuksesta. (Anderssen, Aresskog, Engström, Harms-Ringdahl, Kristiansen & Kukkonen- Harjula 2007, 4.)

Tuomilehdon ym.(2001) tutkimuksessa diabeteksen esiintyvyyden riskin väheneminen oli suorassa yhteydessä elämäntapamuutoksiin. Diabetes ei kehittynyt kenellekään heistä, jotka saavuttivat 4-5 asetetuista tavoitteista.(Tuomilehto ym 2001, 1347-1349.) Lindström ym.(2006) suorittivat edellisen seurantatutkimuksen ja tutkimus osoitti suhteellisen sairastumisriskin olleen seitsemän henkilövuoden seurannan jälkeen edelleen 36 % pienempi tehostetun ohjauksen ryhmässä kuin verrokeilla. (Lindström ym.2006, 1673.) Sairastumista voidaan ehkäistä tai myöhentää sen alkamista oikea-aikaisella ohjauksella (Kiiskinen 2008, 26; Illanne-Parikka ym.2006,153–155) ja yksilöllisiä tapoja voidaan hyödyntää yksilöllisessä potilasohjauksessa (Paronen & Nupponen 2005, 210).

Clarkin ym. (2004) mukaan elämäntapainterventio on sopiva menetelmä kaikille 2- tyypin diabeetikoille elämäntapamuutoksessa, sillä tuloksia saadaan aikaiseksi myös muilla kuin erittäin motivoituneiden ja alhaisen riskin potilailla (Clark, 2004, 446) sekä sopivilla ohjausstrategioilla (Kasila ym.2003, 161-164).

Lancaster & Stead (2005) ovat tutkimuksissaan selvittäneet, että henkilökohtaisesti annettu neuvonta auttaa tupakoinnin lopettamisessa parhaiten. Yhdistelmäinterventiot ovat usein tehokkaampia kuin yksittäiset interventiot. Ohjauksella on erittäin suuri vaikutus tupakoinnin lopettamiseen, oli ohjausmuotona yksilö tai ryhmäohjaus. Myös yksilöllisesti räätälöidyt materiaalit painettuna tai internet-välitteisenä tuottivat parempia tuloksia kuin standardimateriaali. Puhelinpalvelut koettiin vaikuttavina intervention keinoina. Lääkärin antama lyhyt kehoitus lopettaa tupakointi lisäsi myös lopettaneiden määrää. (Lancaster & Stead 2005, 2.)

Elämäntapainterventiolla saavutetut tulokset säilyivät usein myös elämäntapaneuvonnan loppumisen jälkeen. Toisaalta vaikka yksinkertainen elämäntapaneuvonta tehoaa hyvin, lisätutkimusta tarvitaan selvittämään elämäntapaohjauksen toteutuksen paras mahdollinen ja kustannustehokkain strategia sekä ohjauksen kesto ja tiheys. (Lindström ym.2006, 1678.)

Millerin & Rollnicin (2002) mukaan asiakkaassa itsessään oletetaan olevan muutokseen tarvittavat voimavarat ja motivaatio. Ohjaajan tehtävä on vain löytää asiakkaan sisäinen motivaatio, tavoite, arvot ja yrittää sitten herätellä asiakkaan sisäinen motivaatio muutokseen. Asiakkaan huomatessa oman käyttäytymisensä olevan ristiriidassa omien tavoitteidensa suhteen on muutos mahdollinen. (Miller ym.2002, 34-38.) Kettunen ym.(2002) osoittivat kuinka hoitajan kuuntelu, kuuntelua osoittava palaute ja tunnusteleva puhe tarjosivat potilaalle osallistumisen mahdollisuuden ohjauksessa muutokseen. (Kettunen ym. 2002, 213-215.)

Tutkimuksen mukaan elämäntapamuutokseen tähtääviä henkilöitä pitäisi kannustaa enemmän itsetarkkailuun ja erityisesti painonhallintaan tähtäävässä neuvonnassa pitäisi kannustaa osallistujia säännölliseen oman painon mittaamiseen. Itsetarkkailussa voidaan hyödyntää teknologiaa ja manuaalista kirjaamista. (Wanworner, French, Pereira & Welsh 2008, 5- 54.)

3.4 Terveystieteen edistäminen salutogeenisen mallin mukaan

Salutogeneesi on Antonovskin (1979, 1991) kehittämä malli, jossa ihmisten voimavarojen esille tuominen on enemmän kuin pelkkä koherenssin tunteen mittaaminen. Voimavaroja hyödynnetään terveyden edistämiseen ja sen muutokseen.(Pietilä 2002,46.) Teoria nostaa hyvän elämän voimavarat esiin (Lindström & Eriksson 2008, 517-519). Mallissa kuvataan ihmisten terveyden taustalla olevien tekijöiden yhteisvaikutus. Ihmisen elämäntapa ja toiminta nähdään prosessina, jossa ei voida erottaa pelkästään yhtä osaa terveyden edistämisen kohteeksi. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007,27.) Lähiympäristön merkitys on korostunut ja koherenssin tunne sisältää yksilön omien sisäisten voimavarojen tunnistamisen (ymmärrettävyys), kokemuksen käytössä olevista voimavaroista (hallittavuus) ja kokemuksen voimavarojen kohdentamisesta erilaisiin sitoumuksiin (mielekkäisyys). (Pietilä, Matero, Kankkunen & Häggman-Laitila, 2008,3; Lindström & Eriksson 2008, 517-519.) Koherenssin tunne näyttäisi olevan Lindströmin & Erikssonin (2006) tutkimuksen mukaan terveyttä

edistävä voimavara, joka edistää myönteisiä kokemuksia terveydentilasta ja vahvistaa omaa sietokykyä (Lindström & Eriksson 2006, 376.) Pitkällä aikavälillä koherenssin tunne parantaa elämänlaatua sekä auttaa sairauksien selviytymisessä. Koherenssin tunne voi myös toimia puskurina vastoinkäymisiä vastaan. (Lindström & Eriksson 2010, 42- 44.)

Rakenteet, palvelut, hallinto, verkostot, yhteistyöryhmät ja yksilöt vaikuttavat tekijöihin, jotka taas määrittävät terveyden taustatekijöitä. Terveyden ymmärretään juontuvan ympäristöstä ja laajasti terveyden taustatekijöistä, ei niinkään terveydenhuollosta. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 2- 29.)

WHO:n (1998) mukaan Terveyden edistämisen käsite perustuu näkemykseen terveydestä, jossa yksilön ja yhteisön voimavarana on omavoimaistumisen käsite. Omavoimaistaminen on prosessi, jossa ihminen prosessoi ja kontrolloi omia päätöksiään ja toimiaan, jotka vaikuttavat terveyteen. Tämä terveyden prosessi voi olla sosiaalinen, kulttuurillinen, psykologinen tai poliittinen, riippuen siitä, miten ihmiset yksilöinä tai ryhminä ilmaisevat tarpeitaan, esittävät huolenaiheitaan ja osallistuvat mahdollisuuksien mukaan päätöksentekoon. Prosessin kautta on mahdollista yksilön nähdä yhteys elämän päämäärän ja niiden tavoitteiden välillä. Terveyden edistämisen avulla vahvistetaan juuri yksilön elämäntaitoja ja kyvykkyyttä sekä pyritään vaikuttamaan taustalla oleviin sosiaalisiin ja taloudellisiin tekijöihin ja ympäristöön. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 63.) Jakartan konferenssi (1997) korosti voimaantumisen merkitystä terveyden edistämisessä ja yksilön sekä yhteisön voimavarojen hyödyntämistä. (Vertio 2003, 83.) Omavoimaistuminen ja osallisuus mahdollistaa myös Kivistön (2009) mukaan yksilön terveyden edistämisen. Yksilön voimavarat tulevat tietoiseksi ja näkyväksi, jolloin ne on helpompi huomioida päätöksenteossa yksilön voimavaroina. (Kivistö, Rankinen, Johansson, Virtanen & Leino-Kilpi 2009, 13-22.)

4 OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

4.1 Osaamisen käsitteitä

Osaaminen on työhön vaadittavien tietojen ja taitojen hallintaa ja niiden soveltamista käytännön työtehtäviin (Nieminen 2007, 66.) Osaaminen koostuu monista eri tiedoista, taidoista, kokemuksista sekä kontakteista, arvoista ja asenteista sekä persoonallisuuden eri puolista, joita perimä ja sosiaalinen toimintaympäristö muokkaa (Ojala 2008, 103-104, Helakorpi 2005) ja organisaatiokulttuurista (Rantanen, Kilpiö, Haho & Vanttinen 2007, 108-109). Osaamisesta on tullut merkittävä elementti organisaatioiden kilpailukyvyyn takaamiseksi. Jotta osaamista voidaan kehittää tehokkaasti, tulee ymmärtää, mistä seikoista yksilön osaaminen muodostuu. Ilman tätä ymmärrystä osaamisen kehittäminen ei ole tehokasta, eikä organisaatio voi saavuttaa tehokkuutta. (Sandberg 2000, 9.) Osaamisen määrittely auttaa tekemään osaamisen näkyväksi ja konkreettisemmaksi asiaksi organisaatiossa, mikä myös edesauttaa yhteisen ymmärryksen syntymistä (Ojala 2008, 50).

Osaaminen hoitotyössä on hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista työtä, terveystavoitteista ja hoitotyön omaan tieto- ja arvoperustaan nojautuvaa toimintaa. Tarkoituksena on auttaa terveitä ja sairaita ihmisiä eri elämänvaiheissa vahvistamalla heidän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään, hyvinvointiaan sekä inhimillistä kasvuaan. Hoitotyön osa-alueita ovat: auttaminen, opettaminen, ohjaaminen, diagnosointi, tarkkaileminen, muuttuneiden tilanteiden hallinta, hoitotoimenpiteiden ja hoito-ohjeiden toteuttaminen ja seuranta, laadun tarkkailu ja varmistus sekä organisatoriset ja työrooliin liittyvät taidot. (Hilden 1999, 49-50.)

Osaamisen hallinnan (competence management) päämääränä on organisaationstrategian mukaisten toiminnallisten tavoitteiden saavuttaminen (Kukko, Yliniemi, Okkonen & Hannula 2004, 2). Osaamisen hallinta lähtee organisaation visiosta, strategiasta ja tavoitteista, joiden mukaan määritellään sekä organisaation ydinosaaminen että muu organisaatiossa tarvittava osaaminen. Organisaatiossa tarvittava osaaminen konkretisoidaan erilaisiksi

osaamisalueiksi ja osaamisiksi organisaation eri tasoilla, joita kehitetään organisaatiossa johdonmukaisesti. (Sydänmaalakka 2001, 18.) Osaamisen kehittämisessä (competence development) organisaatiotasolla on kyse kaikkien osaamisalueiden parantamisesta (Löfstedt 2001,120). Yksilöiden osaaminen muuttuu organisaation osaamiseksi, kun työntekijät jakavat, yhdistävät ja kehittävät osaamista yhdessä (Ojala 2008, 53). Tavoitteet saavutetaan rakentamalla, hyödyntämällä ja ylläpitämällä saatavilla olevaa osaamista (Isoherranen ym. 2008,154).

4.2 Terveyden edistämisen osaaminen

Oikeanlaisella koulutuksella ja oikein kohdistuneilla ammatillisella täydennyskoulutuksella voidaan kehittää ja ylläpitää sairaanhoitajan pätevyyttä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Laki kansanterveyslain muuttamisesta 992/2003, Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta 993/2003, ETENE 2008.) Potilailla on lakisääteinen oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

Puheiden ja konkreettisen toiminnan kohtaamattomuus terveyden edistämisessä luo ristiriitaa hoitohenkilökunnan kesken. Terveyden edistämiseen käytettävän ajan uskotaan lisääntyvän tulevaiduudessa potilaan hoidossa. Tarvitaan vahvaa yhteistyöverkostoa luomaan puitteita parempaan ja ajantasaisempaan terveyden edistämisen luomiseen potilaiden/asiakkaiden hoidossa ja hoidon tarpeen arvioinnissa (Pelto-Huikko ym. 2006, 7- 15.)

Perttilän (2006) mukaan terveyden edistämisessä ei välttämättä ole kyse uusien toimintojen tai organisaatioiden käynnistämisestä. On enemmänkin kyse terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta erti hallintokuntien toiminnassa, yhteisistä tavoitteista, niiden suunnitelmallisesta toteuttamisesta, arvioinneista ja päätelmistä. (Perttilä 2006, 14.)

Työntekijöiden tulisi suunnitella, toteuttaa ja arvioida potilaan/asiakkaan terveyden edistämisen tehtäviä erilaisissa tilanteissa ja yksilöllisesti.

Työmenetelmien kehittäminen on haastellista ja ajankohtaista, koska asiakkaiden odotukset, ympäristö sekä tieto terveyteen vaikuttavista tekijöistä kehittyvät ja muuttuvat nopeasti. (Hakulinen, Pietilä & Koponen 2002, 148-152.) Elintapoihin ja yksilön terveysvalintoihin vaikuttaminen on eräs tapa edistää työikäisten henkilön hyvinvointia. Siksi on tärkeää, mihin tekijöihin vaikuttamalla tai mitä tekijöitä muuttamalla voidaan vaikuttaa yksilön hyvinvointiin. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 4-25; Rautio & Husman 2010, 166.)

Terveyden edistämässä vaadittavat taidot on jaoteltu terveyden edistämisen erityistaitoihin ja yleistaitoihin. Erityistaidot käsittävät käytettyjen teorioiden ja mallien tuntemisen ja soveltamistaidot, kasvatukselliset ja opetukselliset taidot, terveyden edistämisen ohjelmien suunnittelu- ja toteutustaidot, arviointitaidot sekä tutkimuksen hyödyntämisen tuntemuksen. Yleistaidot käsittävät terveysviestinnän, ryhmätyötaidot ja projektinhallintataidot, sekä terveyden edistämässä korostuvat yleistaidot. (Tuominen, Savola, Koskinen – Ollonqvist, 2005, 15.)

Terveyttä edistävässä työssä hoitohenkilökunta tarvitsee kykyä jatkuvaan itsearviointiin, voimavarojen hyödyntämistä, varhaista puuttumista ja rohkeutta ottaa puheeksi asioita. Tarvitaan erilaisia työkaluja auttamaan potilasta näkemään omia mahdollisuuksiaan ja voimavarojaan terveyden edistämiseksi. Tämä taas edellyttää hoitohenkilökunnalta osaamista terveyden edistämisen kysymyksiin. Terveyden edistämisen osaaminen vahvistuu työkokemuksen, työvuosien ja määrätietoisen koulutuksen avulla. (Pietilä 2010c.) Terveyden edistämisen osaaminen vaatii terveyden edistämisen menetelmien sisällön ja menetelmän hallintaa ja terveysvaikutusten ennakoitua (Ahonen, Pohjola & Suvivuo 2011, 103).

Terveyden edistämässä eri toimintaympäristöissä tarvitaan eri tieteenalojen yhdistämistä sekä ammattilaisten yhteistyötä (Savola ym. 2005, 39). Terveysalan eri organisaatioissa tarvitaan lisäksi rakenteellisia ja taloudellisia edellytyksiä terveyden edistämisen osaamisen lisäämiseksi. (Pietilä ym. 2010c).

Terveyden edistämisen etiikkaa taas voidaan tarkastella yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntakuntatasolla. Huomattavaa on kulttuurien eroavaisuudet, globaalit näkemykset ja näkökohdat sekä ajalliset muutokset. Eettisten asioiden pohdinta helpottaa hoitohenkilökuntaa paremmin tekemään kestäviä valintoja terveyden edistämiseksi perustellusti sekä myös arviomaan omaa ja muiden tekemiä valintoja. (Pietilä 2010, 15.) Potilaan itsemääräämisoikeus nähdään potilaan terveyden edistämässä keskeisenä asiana, jota kunnioitetaan. Potilaan voimavaroja tuetaan ja hänelle mahdollistetaan erilaisten mahdollisuuksien kautta terveyden edistäminen omassa hoidossaan, mutta vastuu ja seuraukset ovat kuitenkin asiakkaan/potilaalla itsellään. (Pietilä 2010, 18-21.) Myös terveyserojen kaventaminen koetaan haastavaksi ja Pietilän (2010) mukaan terveyserojen kaventamisessa pitäisi vaikuttaa siihen väestöryhmään, joilla on heikot mahdollisuudet vaikuttaa terveytensä ylläpitämiseen, sekä niihin ryhmiin, joilla on huonoja kokemuksia omasta terveydestään (Pietilä 2010, 21-22).

Ylemmän ammattikorkeakoulun Terveyden edistämisen koulutusohjelmassa terveyden edistämisen ydinosaaminen muodostuu terveyden edistämisen, terveyden edistämisen johtamisen ja terveysalan tutkimus- ja kehittämisosaamisen opinnoista. Työelämän kehittämishankkeet yhdessä ammattikorkeakoulun kanssa tukevat erilaisia terveyden edistämisen oppinäytetöitä. Nämä taas mahdollistavat laajempien osaamiskokonaisuuksien hallintaa terveyden edistämässä erilaisissa toimintaympäristöissä. (Ahonen ym.2011, 107.)

Meretoja (2003) kehitti väitöskirjassaan sairaanhoitajille seitsemän eri osa-alueita käsittävän pätevyysmittariston NCS -mittariston (Nurse Competence Scale). Osa-alueet olivat: auttaminen, opettaminen-ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadun varmistus ja työrooli. Sairaanhoitajat arvioivat vahvimaksi osaamiseksi auttamisen, tilannehallinnan sekä tarkkailutehtävät. Heikoin osa-alue oli laadun varmistus. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat ovat kriittisiä oman osaamisensa ammattitaidon suhteen. (Meretoja 2003, 42-43, 48.)

Nurminen (2011) on kuvannut erikoissairaanhoidon tulevaisuuden erityisosaamisen erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon toimialojen lähentyminen edellyttää uusia osaamisvaatimuksia. Tulevaisuudessa osaamista tulee tarkastella tietojen, taitojen, arvojen, asenteiden ja verkostojen näkökulmasta. Verkosto-osaaminen, luovuus ja innovatiivisuus korostuvat tulevaisuuden osaamisvaatimuksissa. (Nurminen 2011, 9.)

Paakkosen (2008) tekemä väitöskirjatutkimus kuvasi sairaanhoitajien kliinistä osaamista päivystyspolilla sekä ennakoivat tulevaisuuden osaamisen haasteita. Tutkimuksessa arvioitiin sairaanhoitajien potilaan hoidon tarpeen arvioinnin ja sairaanhoitajien itsenäisten vastaanottojen lisääntyvän vuoteen 2020 mennessä sekä joidenkin tehtävien siirtyvän lääkäreiltä hoitajille. (Paakkonen 2008.)

4.3 Terveyttä edistävä potilasohjaus

Tässä kehittämissuorituksessa on haluttu tuoda esille ohjauksikäsitettä ja terveyden edistämisen osaamista ohjauksen tukena, koska terveyden edistämisen osaamisalue liittyy oleellisesti potilasohjaukseen. Ohjaus pitää aina sisällään menetelmällisen - ja sisällöllisen osuuden.

Potilasohjaus hoitotieteessä määritellään tasavertaiseksi toiminnaksi kahden eri asiantuntijan kesken, jossa potilas määritellään oman elämänsä asiantuntijaksi ja aktiiviseksi toimijaksi (Poskiparta ym. 2001, 69; Carpenter & Bell 2002, 157). Ohjaus on ajattelun ja kommunikaation väline potilaan ja hoitajan välillä (Kääriäinen 2007, 27).

Ohjaus on oleellinen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja potilaan hoitoa. Hyvällä ohjauksella on merkitystä potilaan terveyteen ja terveyden edistämiseen. Ohjaus lisää potilaan omahoitoa ja voimavaroja sekä edesauttaa hänen selviytymistään paremmin toimintakykyisenä. (Löfsted 2001, 15-125; Kassara ym. 2004, 32.) Voimavaristuminen ymmärretään tänä päivänä osaksi hyvää potilasohjausta ja se on myös keskeinen tavoite ohjauksessa, jolloin tavoitteena on potilaan sisäisen voimaantumisen tunteen saavuttaminen

(Liimatainen, Hautala & Perko 2005,12; Bowling 2002, 45) ja se käsittää myös arkojen asioiden puheeksi ottamisen (Magnan,Reynolds, Galvin 2005). Sosiokulttuuriset erot olisi otettava huomioon ohjauksessa, koska niillä voi olla merkittävää vaikutusta (Kääriäinen 2007, 116–117; Kyngäs ym. 2007, 25–29, 35; Kummell 2008, 51).

Ohjauksen tulee olla yhtä laadukasta kuin muunkin potilaan hoitotyön (Kyngäs 2007, 20). Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) käsiteanalyysin mukaan ohjaus pitää sisällään ohjaajan ja ohjattavan kontekstin, vuorovaikutuksen ja aktiivisen ja tavoitteellinen toiminnan yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi ja potilaan omien päämäärien saavuttamiseksi (Kääriäinen &Kyngäs 2005, 253-254) myös kirjaamisen avulla (Dowding & Thompson 2003, 55; Burns & Grove 2001, 22).

Sirkka Laurin (2003) mukaan ohjauksessa tulisi korostaa jatkuvan ohjauksen ja neuvonnan sekä psykososiaalisen tukemisen tärkeyttä (Lauri 2003, 3).Onnistunut potilasohjaus lyhentää hoitajaksoja ja vähentää potilaiden sairaalakäyntien määrää ja tarvetta (Torkkola ym. 2002, 24). Lyhyet hoitoajat ja resurssit asettavat haasteita ohjauksen toteuttamiselle (Kääriäinen &Kyngäs 2006, 6-7).

Leino- Kilven ja Välimäen (2003) mukaan hoitaja pyrkii ohjauksellisin keinoin tukemaan autettavaa terveyden ymmärtämisessä, mahdollisten terveysongelmien tunnistamisessa ja niiden ehkäisemisessä. Aineistosta erottui erilaisia ohjausmenetelmiä, jotka muodostivat käytännössä erilaisia ohjauskokonaisuuksia. Menetelminä olivat: kertaohjaus ja seuranta, toistuvat ohjauskerrat ja seuranta, valistusmateriaalin antaminen, yksilöllinen neuvonta, perusteleminen, tavoitteellinen toiminta, motivoivan haastattelumenetelmän käyttäminen ja muutosvaihemallin hyödyntäminen, muutoksen esteiden kartoittaminen, asiakkaan omiin kykyihin luottamisen mittaaminen sekä taloudellinen kannustaminen liikuntaan. Motivoivan haastattelumenetelmän käytöllä ja hallinnalla, muutosvaihemallin hyödyntämisellä ja asiakaslähtöisellä ohjausstrategialla oli keskeinen rooli tutkimuksissa. Muutosvaiheessa elämäntapojen muutosprosessissa ovat keskeistä potilaan itsensä kokemat tuntemukset ja usko omaan kykyihin. Motivoitumattomuudesta tai puutteellisesta

luottamuksesta omiin kykyihin huolimatta muutos on mahdollinen. Tämä on haaste ohjaajalle. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 162 -163.)

Hätösen (2010) väitöskirjan mukaan käytännön ohjauksen ja opettamisen toteutuksessa oli puutteita mielenterveyspotilaiden kohdalla. Potilaat olivat tyytymättömiä potilasohjaukseen ja potilaiden yksilöllisiä tarpeita ei huomioituu riittävästi. Tulevaisuudessa toivottiin enemmän hoitajalle enemmän tietoja ja taitoja ja toteuttaa ohjausta ja opettamista sekä varmistettava tilojen ja välineiden toimivuus ohjaustilanteissa. (Hätönen 2010)

Jackson ym. (2007) korostivat motivoivan haastattelumenetelmän ja käyttäytymisen muutosvaihevalmennuksen hallinnan tärkeyttä. Ohjausryhmän menestykseen elämäntapamuutoksessa vaikutti neuvonnassa käytetty tavoitteen asettaminen, repsahduksen estäminen ja muutoksen esteistä keskusteleminen sekä ohjaajan ohjaustaidot. (Jackson 2007, 27.)

Kasila ym. (2003) ovat tutkineet elämäntapaohjaamista potilaan muutosvalmiuden näkökulmasta ja Poskiparta ym. (2006) taas ammattilaisten ohjaustapoja ohjaajan näkökulmista katsottuna. He löysivät tutkimuksessaan ammattilaisten vuorovaikutus- ja ohjaustaidoista puutteita. (Poskiparta ym. 2006, 207–208.)

Internet – pohjaiset interventiot voivat auttaa tupakoinnin lopettamisessa etenkin, jos ne on suunniteltu yksilölliseen käyttöön, jos käyttäjiin voidaan olla yhteydessä helposti ja jos ne on mahdollisesti vielä yhdistetty muihin interventioihin. Interventio tavoittaa helposti nuoret asiakkaat. Tämä interventio mahdollistaa myös ilmaiset palvelut asiakkaiden omaehtoisen lopettamisen tueksi tai osaksi suurempaa tupakanlopettamisohjelmaa. Ne ovat myös edullisempia kuin intensiiviset ryhmätapaamiset ja niihin voivat osallistua ne, jotka eivät pysty tai halua osallistua ohjattuihin interventioihin. (Civljak, Sheikh, Stead & Car 2011, 47–8.) Aittasalo (2008, 100) toi esille tutkimuksessaan miten sähköpostia kannattaa hyödyntää osana interventioita motivoivien viestien lähettämisenä.

Katja Heikkisen (2011) väitöskirjassa tutkittiin tiedollista voimavaraistumista tukevaa internet-perustaista ohjausta päiväkirurgisille ortopedisille potilaille. Tämä tutkimus antaa viitteitä lähitulevaisuudessa käytettävistä uudentlaisista ohjausmuodoista sekä teknologian hyödyntämisestä ohjauksessa. Tällainen ohjausmuoto on vaihtoehto ja mahdollistaa myös hoitajaresurssien käytön yksikössä uudella tavalla. (Heikkinen 2011).

4.4 Osaamiskartta ja -kartoitus

Uuden osaamisvalikoinnin laatiminen osoittaa toiminnan kriittiset tekijät ja tulevaisuuden tarpeet. Uusien haasteiden ja tarpeiden esille nouseminen vaativat organisaation määrittelemään työvaatimuksia. Uudenlaisen osaamisen kuvaaminen on tulevaisuuteen tähtäävää ja sitä voidaan hyödyntää mm. kehittämissuunnitelman laadinnassa. (Hätönen 2010, 10, Berio & Hatzallah 2007, 199-209.)

Osaamiskarttaan kerätään organisaation tarvitsemat osaamisen kuvaukset, jolloin esimerkiksi hiljainen tieto muuttuu näkyväksi ja organisaation osaamista ohjaavat arvot, asenteet ja käsitykset saavat yhteisen ja julkisen muodon. Osaamiskarttaan voidaan laatia koko organisaation osaamisista, tietyn henkilöstöryhmän osaamisista, tietyn ryhmän osaamisista tai jostain erikseen valituista osaamisista alueet. Osaamiskartta voi esimerkiksi sisältää nyt ja tulevaisuudessa tarvittavan osaamisen, toimia kaikkien osaamisarviointin tukena, auttaa rekrytoinnissa, helpottaa kehitystoiminnan arviointia ja antaa raamit kehittämiselle. Se antaa myös mahdollisuuden työntekijöille oman osaamisensa itsearviointiin ja antaa välineitä osaamisesta käytävään yhteisölliseen keskusteluun. Osaamiskarttaa voidaan hyödyntää muun muassa henkilökunnan perehdytyksessä, kehityskeskustelun tukena ja täydennyskoulutuksessa.

Osaamiskartoitus (competence survey) tarkoittaa organisaation henkilöstön nykyisenosaamisen vertaamista organisaation tavoiteosaamiseen. Osaamiskartoituksen tuloksena nähdään nykyisen osaamisen vajeet

tavoiteosaamiseen verrattuna. (Ojala 2008, 346.) Kartoitus koostuu tavoiteprofiileiden laadinnasta sekä osaamisen arvioinnista (Hätönen 2010, 11; Viitala 2003, 198). Yksityiskohtaisten osaamiskartoitusten laatimista ja niiden käytön sovellusta voidaan hyödyntää VSSHP:ssä osaamisen määrittelyn ja kehittämisen pohjana, koska tulevaisuudessa tarvitaan laaja-alaista osaamista, jota voidaan taas hyödyntää potilaan hoitoa toteutettaessa (Kosklin 2011, 51). Osaamiskartoituksen pohjalta on mahdollista kehittää osaamisen kehittämissuunnitelma.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata terveyden edistämisen osaamista, hoitohenkilökunnan työn näkökulmasta nyt ja tulevaisuudessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Tutkimuksesta saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää terveyden edistämisen osaamiskartan laatimisessa hoitohenkilökunnalle.

Tutkimuskysymys: Minkälaista terveyden edistäminen osaamista sairaanhoitaja/terveydenhoitaja/kätilö tarvitsee omassa työyksikössään nyt ja tulevaisuudessa?

5.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Perinteisesti Delfoi-menetelmän tavoitteena on ollut hakea tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman laajaa ja luotettavaa mielipiteiden yksimielisyyttä, konsensusta (Burns & Grove 2001, 437; Kuusi 2002, 206-207). Nykyisin keskitytään enemmän mielipiteiden eroavaisuuksien tarkasteluun. Päämääränä

on saavuttaa asiantuntijoiden kesken mahdollisimman laaja-alainen näkemys erilaisista mielipiteistä, näkemyksistä ja perusteluista (Burns & Grove 2001, 437). Triangulaatio on tyypillistä Delfoi- menetelmää käytettäessä (Kuusi 2002, 206-207).

Delfoi- menetelmää käyttäen on aikaisemmin tutkittu muun muassa terveydenhuollon tulevaisuutta. Irvine (2005) on tutkinut terveydenhuollon ammattilaisten tarvitsemaa osaamista tehokkaaseen terveyden edistämisen osaamiseen. Paakkonen (2008) on tutkinut päivystyspoliikkasairaanhoidajan klinisiä taitoja nyt ja tulevaisuudessa sekä Tanninen(2009) kiireellisyysluokitusta klinisen päätöksenteon tukena päivystyspoliikkalla. French, ym. (2002) ja Bäck-Pettersson ym. (2008) ovat tutkineet näyttöön perustuvaa hoitotyön painopistealueiden tunnistamista. Kurki(2010) käytti Delfoi-menetelmää opinnäytetyössään kuvatessaan sairaanhoidajan osaamista akuutin sepelvaltimopotilaan hoitotyössä sydänhoitolinjalla.

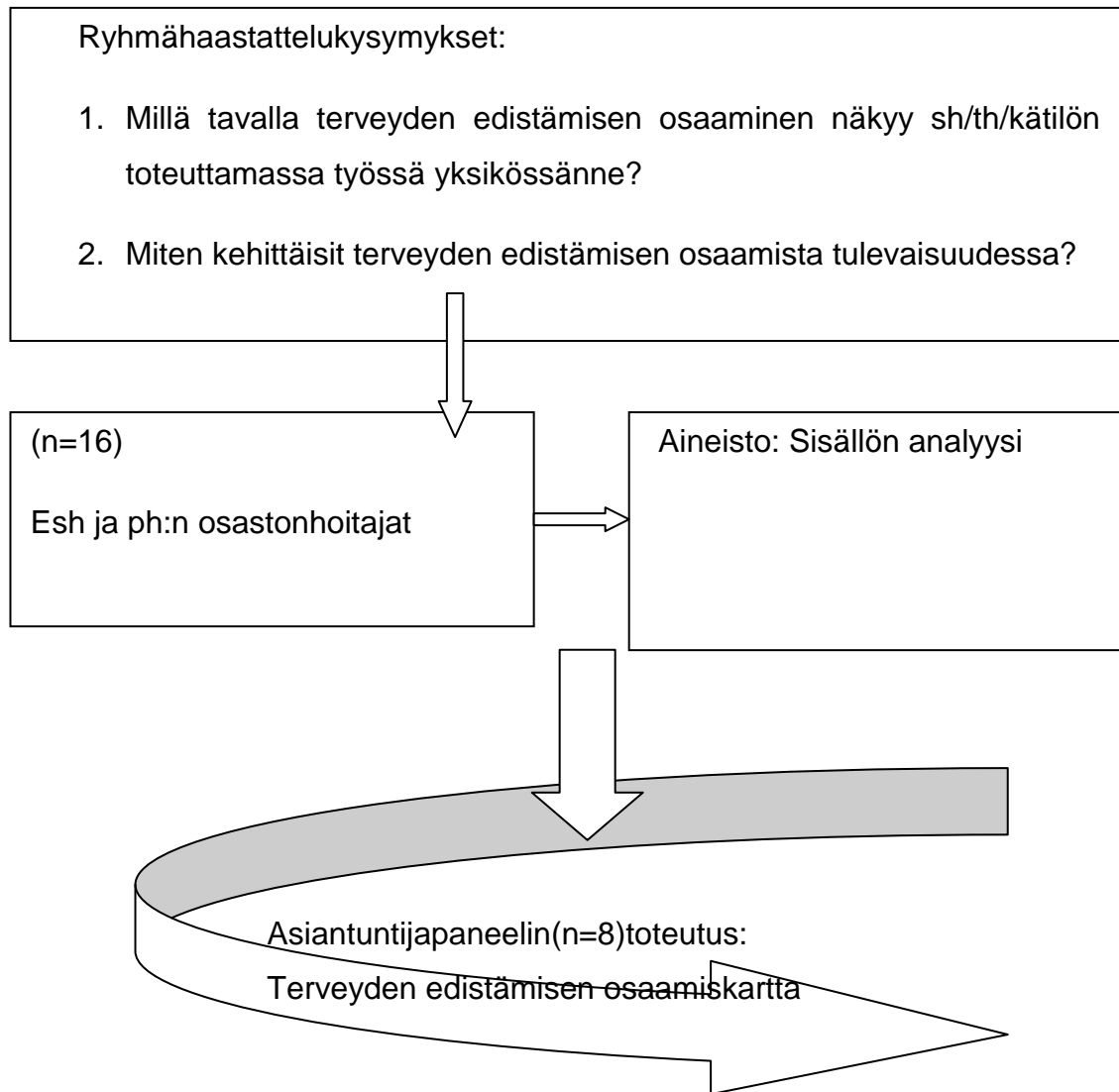
Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin Delfoi-menetelmällä kaksivaiheisesti erikoissairaanhoidon kirurgian klinikan ja Turun perusterveydenhuollon osastonhoitajilta ja eri toimialojen asiantuntijoilta. Taulukossa 1 on kuvattu aineistonkeruun yhteenveto.

Taulukko1. Aineistonkeruun yhteenveto

Aineiston keruumenetelmä	Aineisto	Analyysitapa	Tulos
1. kierros: ryhmähaastattelut 5 haastattelukertaa/ 16 haastateltavaa	53 sivua litteroitua tekstiä	Aineistolähtöinen sisällön analyysi	Terveyden edistämisen osaamisen kuvaukset
2. kierros: Asiantuntijapaneeli sähköpostikysely 8 asiantuntijapanelistia	Kvantitatiivinen: Haastatteluaineistos- ta nousseiden osaamisten tärkeyden arviointia	Tilastollinen	Terveyden edistämisen osaamiskartta

Ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin ryhmähaastattelu erikoissairaanhoidon kirurgian klinikan ja perusterveydenhuollon osastonhoitajille. Tiedonantajat antoivat tietoa terveyden edistämisen osaamisista omista organisaatioistaan. Tuloksina oli laajoja luokituksia terveyden edistämisen osaamisesta ja sen kehittämisestä. Luokitukset olivat seuraavan vaiheen eli asiantuntijapaneelin arvioinnin kohteena.

Toinen vaihe toteutui asiantuntijapaneelin toteutumisena. Asiantuntijapanelistit arvioivat haastattelujen tuloksista nousseita terveyden edistämisen osaamisia. Aineisto analysointiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon haastatteluista erikseen aineistolähtöistä sisällön analyysia soveltaen. Aineisto pelkistettiin, pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alakategorioiksi, alakategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi ja yläkategoriat ydinkategorioiksi. Tutkimustulokset kumpaankin haastattelukysymykseen esitettiin erikseen luokitus-kuvioiden muodossa. Kuvioissa on yhdistetty erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tulokset niiden osoittautuessa hyvin samanlaisiksi (liite 3 ja 4). Asiantuntijapanelisteille lähtettiin saatekirje (liite 5) sekä kysymyslomake (liite 6) sähköpostitse. Kuviossa 2 on kuvattu tutkimusprosessi ja sen vaiheet.



Kuvio 2. Tutkimusprosessi ja sen vaiheet

Ensimmäisen kierroksen tutkimusaineisto kerättiin erikoissairaanhoidon kirurgian klinikan ja perusterveydenhuollon osastonhoitajilta, koska haluttiin johdon näkemys terveyden edistämisen osaamisesta. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön kannalta tutkimus oli ajankohtainen ja perusteltu.

Delfoin ensimmäisen kierroksen aineisto koostui osastonhoitajien (N=16) haastatteluista. Tiedonantajina olivat TYKS:n erikoissairaanhoidon kirurgian klinikan osastonhoitajat (N=7), Turun kaupungin perusterveydenhuollon terveysasemien osastonhoitajat (N=5) ja Turun kaupungin ehkäisevän terveydenhuollon osastonhoitajat (N=4). Yhdyshenkilöinä toimivat kirurgian klinikan ylihoitaja ja Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen, ehkäisevän hoidon prosessin ylihoitaja, joiden kautta tiedonantajille välitettiin saatekirje (Liite1) ja pyydetiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta sekä haastattelukysymykset. Yhteydenoton tarkoituksena oli kertoa tulevasta haastattelusta. (Vrt Kuula 2006, 117-119). Ryhmähaastattelut toteutettiin viitenä erillisenä kertana 30.1- 5.3.2012 välisenä aikana erikseen erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa.

Haastateltavilta kysyttiin myös taustakysymykset, jotka olivat: mikä on koulutustaustasi, kuinka kauan olet toiminut osastonhoitajana ja missä organisaatiossa työskentelet?

Perusterveydenhuollon puolella järjestettiin kolme haastattelukertaa tiedonantajien valitsemissa paikoissa. Ensimmäisessä haastattelussa oli edustettuna kaksi perusterveydenhuollon osastonhoitajaa, toisessa haastattelussa viisi ja kolmannessa kaksi osastonhoitajaa. Kaksi ensimmäistä haastattelukertaa järjestettiin samana päivänä ja samassa kokoushuoneessa eri kellonaikoina. Haastattelupaikka oli myös lähellä haastateltavia ja he pystyivät osallistumaan siihen työaikana.

Viisi perusterveydenhuollon haastateltavaa oli toiminut osastonhoitajana 6- 14 vuotta ja neljä haastateltavaa oli toiminut osastonhoitajana muutamasta kuukaudesta - kolmeen vuoteen. Koulutustaustaltaan haastateltavat olivat kättilöitä, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja terveystieteitten maistereita.

Erikoissairaanhoidon haastattelut tapahtuivat kirurgian klinikan tiloissa, ylihoitajan työhuoneessa. Ensimmäisessä haastattelussa oli edustettuina neljä osastonhoitajaa ja toisessa kolme osastonhoitajaa. Myös

erikoissairaanhoidossa kysyttiin samat taustakysymykset kuin perusterveydnehuollon puolella ja haastateltavat pystyivät myös osallistumaan haastatteluihin työaikana.

Kaksi erikoissairaanhoidon haastateltavaa oli toiminut osastonhoitajana 1- 4 vuotta ja viisi haastateltavaa oli toiminut osastonhoitajana 5-12 vuotta. Kolutustaustaltaan haastateltavat olivat erikoissairaanhoidajia ja sairaanhoitaja YAMK. Osa haastateltavia oli hankkinut johtamisen lisäkoulutuksia ja yliopisto-opintoja.

Haastattelut suoritti tutkimuksen tekijä itse. Haastattelua saatiin ajallisesti 6 tuntia. Yhdessä haastattelussa puhelimen soitto keskeytti hetkeksi haastattelun, toisessa haastattelussa haastateltava poistui 20 minuuttia ennen haastattelun loppumista ja yhdessä haastattelussa käytävällä olevan porakoneen ääni heikensi hetkellisestii haastattelua. Haastattelujen pituus vaihteli 75- 100 minuutin välillä. Haastatteluaineisto aukikirjoitettiin puhtaaksi sana sanalta tutkijan toimesta 1.2- 19.3.2012 ja litteroitua tekstiä tuli 53 sivua. Aineisto litteroitiin tutkijan tekijän toimesta. Tutkimuksen tekijä kuunteli, kirjoitti ja teki tarvittavat tarkennukset aineistoon.

Delfoi-menetelmän toinen kierros muodostui asiantuntijapaneelistista (N=8).

Asiantuntijapaneeli otti kantaa haastatteluissa esille nousseisiin terveyden edistämisen osaamisiin. Asiantuntijapanelistit arvioivat, mitkä ovat tärkeimmät terveyden edistämisen osaamiskarttaan.

Kehittämiprojektin ohjausryhmän edustajat nimesivät asiantuntijapanelistit. Ohjausryhmän jäsenet edustavat laaja-alaisesti eri toimialoja, joten heidän ehdottamansa henkilöt asiantuntijapanelisteiksi olivat perusteluja. Paneelissa asiantuntijoina olivat erikoissairaanhoidon kirurgian klinikalta kaksi lääkäriä ja kliininen asiantuntija, perusterveydenhuollosta kaksi lääkäriä ja terveyden edistämisen yksikön johtaja, Turun ammattikorkeakoulun terveystieteiden koulutusjohtaja ja Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen edustaja. Asiantuntijat edustavat laaja-alaista asiantuntemusta eri aloilta ja näin saavutetaan

mahdollisimman monipuolinen näkemys terveyden edistämisen osaamisesta erikoissairaanhoidon kirurgian klinikalta ja perusterveydenhuollosta.

Asiantuntijaneliryhmälle toimitettiin saatekirje (liite 3), haastattelujen tuloksena saadut luokitukset sähköpostitse (liite 4 ja 5) ja kyselylomake (liite 6). Asiantuntijoita pyydettiin arvioimaan haastattelujen alakategorioita terveyden edistämisen osaamisesta. Tuloksia on tarkoitus arvioida lyhyesti kvantitaavisesti. Näin saadaan selville tarvittavat terveyden edistämisen osaamisalueet osaamiskarttaan. Asiantuntijaneliryhmä ei kokoontunut erikseen, vaan he kommentoivat esitettyjä kysymyksiä sähköpostin välityksellä. Asiantuntijanelisteille lähetettiin luokitukset 30.10- 6.11.2012 välisenä aikana.

Tutkimuksessa oli ensin tarkoituksena käyttää Delfoi-menetelmää kolmivaiheisesti. Tarkoituksena oli kyselylomakkeen avulla selvittää myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan näkemys terveyden edistämisen osaamisesta., molempien organisaatioiden haastattelutulosten pohjalta. Aikataulullisista syistä kyselylomakkeesta luovuttiin.

5.3 Aineiston analyysi

Ensimmäisen kierroksen tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Elo & Kyngäs 2007, 14).

Taulukossa 2 on kuvattu aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen Tuomen & Sarajärven (2009, 108-113) mukaan.

Taulukko 2. Aineistolähtöisen sisällönanlyysin eteneminen (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2009, 108- 113.)

1. Haastattelujen kuuntelminen ja aukikirjoitus sana sanalta.
2. Haastattelujen lukeminen ja perehtyminen aineistoon
3. Pelkistettyjen ilmauksien etsiminen
4. Pelkistettyjen ilmauksien listaaminen
5. Samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien etsiminen ja listaaminen pelkistetyistä ilmaisuista.
6. Pelkistettyjen ilmauksien yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen
7. Alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen
8. Yläluokkien yhdistäminen ydinkategorioiksi

Aineisto luettiin useaan kertaan läpi. Aineistoa tarkasteltiin siten, miten tiedonantajat sen ilmaisivat. Aineiston kuunteleminen, lukeminen ja hahmottaminen helpotti tutkijaa tarkastelemaan aineistoa laajasti. (vrt. Flinck & Åsted-Kurki 2009, 73.) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon analysoinnit tehtiin aluksi erikseen, mutta luokitusten osoittautuessa hyvin samanlaisiksi, ne yhdistettiin.

Tekstistä etsittiin haastattelukysymyksiin liittyviä ilmaisuja (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 112.) Analyysiyksiköksi valittiin terveyden edistämisen osaamista tai kehittämistä kuvaava ilmaisu, joka saattoi olla lause tai lausuma ja joskus lauseesta laajempikin ajatuskokonaisuus. Analyysiyksiköt alleviivattiin tekstistä, pelkistettiin ja samansisältöiset ilmaukset yhdistettiin.

Aineisto abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin ja aineistosta erotettiin olennainen tieto. Käsitteellistämistä jatkettiin niin kauan, kuin se oli aineiston kannalta mahdollista. Pelkistetetyistä ilmaisuista saatiin muodostettua ala- ja

yläkategoriota. Yhdistelyt katagoriat nimettiin aineiston sisältöä kuvaavilla nimillä. (vrt.Tuomi & Sarajärvi 2009, 111- 112; Hirsjärvi & Hurme 2008, 150.) Tuloksissa on esitetty syntyneet kategoriat ja niiden sisällöt. Taulukossa 3 on kuvattu esimerkkejä haastattelujen tulosten luokituksista perusterveydenhuollosta sekä erikoissairaanhoidosta 1. ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: Millä tavalla terveyden edistämisen osaaminen näkyy sairaanhoitajan/terveydenhoitajan/ kättilön toteuttamassa työssä?, sekä 2. tutkimuskysymykseen, miten kehittäisitte terveyden edistämisen osaamista tulevaisuudessa?

Taulukko 3. Esimerkkejä haastattelujen luokituksista

Pelkistetty ilmaus:	Alakategoria	Yläkategoria
Raskaana oleville annetaan ohjeita terveellisistä elämäntavoista. joita olisi hyvä noudattaa”	Elämäntapaohjeistus	Potilaan/asiakkaan ohjaaminen ja motivoiminen
”Mul on hyviä kokemuksia maahanmuuttajista” ”Kyl me pyritään aina kokonaisesti hoitamaan ja huomaamaan ne jutut siellä	Kulttuurin huomioiminen Potilaan /asiakkaan voimavarojen tunnistaminen	Potilaan/asiakkaan fyysisen ja psykososiaalisen kokonaistilanteen huomioimisessa
”Välillä huomaa ohjauksen tarpeen, mut sitä ei voi tarjota sillä hetkellä”	Ohjauksen mitoitus ja ajoitus	Kyvyssä mitoittaa ja priorioida ohjaus lyhyelle hoitajaksolle
” Ei osata ottaa puheeksi vaikeita asioita, tarvittais työkaluja”	Puuttuminen elämäntapoihin	Arkaluonteisten asioiden puheeksi ottamisen

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustulokset esitetään tutkimuskysymysten mukaisesti. Kummankin tutkimuskysymyksen (1. miten terveyden edistämisen osaaminen näkyy ja 2. miten terveyden edistämisen osaamista tulisi kehittää) alle on koottu analyysin tuloksena perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistetyt ala- ja yläkategoriat. Jotkut yläkategoriat eivät jakaannu alakategorioihin lainkaan. Tutkimusongelmaan 1 liittyen yläkategoriat jäsenyivät 4:n ydinkategoriaan, jotka olivat: potilaan/asiakkaan käyttäytymiseen vaikuttaminen, hyvä potilas-/asiakastuntemus sekä toimintaa ohjaavien säädösten tuntemus, laaja-alainen yhteistyö ja hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen sekä tuloksellisuus. Tutkimusongelmaan 2 liittyen yläkategoriat jäsenyivät 3:n ydinkategoriaan, jotka olivat: asiakkuustaitojen kehittäminen, toimintaedellytysten parantaminen ja yhteiset linjaukset ja periaatepäätökset. Tutkimustulokset esitetään kuvaamalla yhdistetyt yläkategoriat alakategorioineen.

6.1 Terveyden edistämisen osaaminen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

Terveyden edistämisen osaamisen yläkategoriat ovat seuraavat: potilaan/asiakkaan ohjaaminen ja motivointi, leikkauspotilaan ohjaus, kyky mitoitaa ja priorisoida ohjaus lyhyille hoitajaksolle, hoitajan uskottavuus, lyhytkestoiset interventiot ja arkaluonteisten asioiden puheeksi ottaminen, potilaan/asiakkaan fyysisen ja psykososiaalisen kokonaistilanteen tunteminen, moniammatillinen ja monialainen yhteistyö, tiedonkulusta huolehtiminen ja terveyden edistämisen tulokset.

6.1.1 Potilaan/asiakkaan ohjaaminen ja motivointi

Terveysten edistämisen osaaminen näkyy erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa potilaan/asiakkaan ohjauksessa. Potilaan/asiakkaan ohjaaminen näkyy potilaan **elämäntapaohjauksessa**, joka käsittää tupakan, alkoholin, päihteiden, ravitsemuksen, painonhallinnan ja liikunnan ohjauksen. Yleisesti potilaita ohjataan terveellisiin elämäntapoihin liittyvissä asioissa. Kirurgian klinikalla on edustettuna lähes kaikki kirurgian erityisalajat, joten erikoissairaanhoidossakin potilaan ohjaus käsitti hyvin paljon samanalaista ohjausta kuin perusterveydenhuollon puolellakin.

”Annetaan raskaana oleville ravitsemusneuvontaa, liikuntasuosituksia ja elämäntapaohjeita”

”Se on sitä painonhallintaohjeistusta ja liikuntaopastusta”

Etenkin neuvola- toiminnassa **yksilöohjauksia** pyritään antamaan jokaisella asiakaskäynnillä. Hoitajat kokivat yksilöohjaukset hyvinä, mutta nykyisillä aika- ja henkilöstöresursseilla yksilöohjauksiin ei henkilökunta ehdi panostaa, vaan on siirrytty **ryhmäohjauksiin**. Haasteena on, että hoitohenkilökunta kokee ryhmäohjaukset vaikeina ja haasteellisina. Ryhmäohjaukset usein myös ovat pitkäkestoisia, joten sitoutuneisuus niihin vaihtelee niin hoitajan kuin potilaankin omien intressien mukaisesti.

”Soitetaan perään ja annetaan tarvittaessa vaikka yksilöohjausta, jos asiakas sitä tarvitsee”

”Jos muualta tullut henkilö, joka ei puhu suomea, hän tarvitsee yksilöohjausta, ehdottomasti”

”Ryhmäohjaukset ovat tulevaisuutta, ihan jo ajankäytönkin suhteen”

Potilaan/asiakkaan **motivoiminen** koettiin tärkeänä ja motivoinnin koettiin lähtevän potilaasta/asiakkaasta itsestään ja se lähtee asiakkaan/ potilaan jäljellä olevan terveyden tukemisesta. Hoitohenkilökunta koki kuitenkin haasteellisena motivoida perheen muita jäseniä tai nähdä motivoituminen

pitkäkestoisena saavutuksena. Osa haastatelluista koki turhauttavalla puhua samoista asioista, samojen asiakkaiden kanssa useasti. Osa haastateltavista taas koki, että samojen asioiden toistaminen kuuluu ikään kuin työnkuvaan. Lääkärin ohjeistus potilaalle tulla hoitajan vastaanotolle jonkin syyn tai sairauden vuoksi, koettiin haasteena erityisesti terveysasemilla. Ehkäisevässä terveydenhuollossa tuli esille neuvoloiden antama perustyö, joka on terveyttä ylläpitävää toimintaa. Neuvoloiden asiakaskunta on pääsääntäisesti terveitä lapsia ja äitejä. Terveysasemilla taas kaikki potilaat ovat sairaita, ja heillä suurella osalla on jokin perussairaus. Kun potilas on sairas tai asiakas on terve, on asiakkaan tai potilaan motivointi lähtökohtaisesti erilaista. Potilaan **hoitoon ohjauksella** oli haastateltavien mielestä merkitystä potilaan motivaatioon, koskien hänen omaa hoitoaan.

”Muutoksen lähteminen asiakkaasta itsestään”

”Sais ihmiset pitkäkestoisesti motivoitumaan tupakoimattomiksi”

Suullinen ja kirjallinen ohjaaminen kuuluvat oleellisina asioina potilaan/asiakkaan ohjaukseen ja niitä annetaan lähes joka vastaanotto käynnillä. Valmiit kirjalliset ohjeet tukevat hoitohenkilökuntaa potilaan/asiakkaan ohjauksessa. Valmiiden materiaalien käyttäminen luo pohjaa yhtenäisille tavoitteille ja toimintatavoille. Hoitajat ohjasivat myös potilaita erilaisiin ryhmiin ja tapahtumiin ja **Vertaistuen järjestäminen** kuuluu osana työnkuvaan. Haastatteluissa tuli ilmi, että enenemässä määrin potilaiden hoitoa siirretään selkeästi potilasryhmille. **Tavoitteiden laadinta asiakkaan terveyden edistämiseksi** koettiin tärkeänä ja osana potilaan ohjaamista ja motivointia. Hoitajat kokivat että lääkärit korostavat terveyden edistämistä enemmän kuin hoitajat.

”Polilla ja osastastoilla ei kauan syvälle voi mennä ohjauksessa”

Erikoissairaanhoidossa lääkärin mukana olo potilaan hoidossa on koettu positiivisena asiana, koska on huomattu, että potilas ottaa ohjauksen paremmin vastaan lääkärin antamana. Osastonhoitajien mukaan tämä on selkeästi

potilasta motivoivaa ohjausta. Hoitoaikojen lyhyys on tänä päivänä haaste hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilö kokee, että potilaan voi olla vaikea ottaa vastaan ohjausta lyhyessä ajassa. **Vaikeiden sairauksien huomioiminen** voi olla vaikea potilaan sillä hetkellä ottaa vastaan ohjausta terveyden edistämisestä. **Sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin liittyvässä ohjauksessa** esimerkkinä oli muun muassa avanepotilaan ohjaus. Silloin potilasta on mahdollista ohjata pidempään, koska potilaan hoitoaika osastolla voi olla parikin viikkoa.

Erikoissairaanhoidossa tulohaastattelussa käydään läpi ne asiat, jotka potilaan kohdalla kartoitetaan. Potilaan motivointi koettiin olevan taustalla, jolloin on helpompi hoitajan tarjota työvälineitä potilaille. Tämä koettiin hyvänä työkaluna toimia. Potilaan voimavaroja voidaan huomioida jo hoidon alusta lähtien. Tällöin ratkaisun tekee potilas itse omista intresseistään käsin. Potilaan ohjauksen omaksuminen siinä ajassa mitä hän osastolla on hoidossa, koettiin haastavaksi. Hoitohenkilökunnan mukaan riippuu potilaasta itsestään, kuinka paljon hän omaksuu tietoa tietyssä ajassa ja pystyy sitä hyödyntämään.

6.1.2 Leikkauspotilaan ohjaus

Leikkauspotilaan yleinen pre- ja postoperatiivinen ohjaus on erityisen tärkeä ja katsotaan erityisesti erikoissairaanhoidon tehtäväksi.

Osa leikkauspotilaan ohjauksesta kohdistuu **leikkaushoidon ja elämäntavan väliseen yhteyteen**. Esimerkiksi lihavuusleikkausten lisääntyminen on tuonut ravitsemusneuvonnan oleellisesti erikoissairaanhoidon arkeen. Mahakirurgisten potilaiden ohjaukseen liittyy läheisesti elämäntapoihin puuttuminen ja niiden ohjaus. Terveyden edistämisen osaaminen näkyy myös **leikkauksiin liittyvässä spesifisessä ohjauksessa ja kirjallisen ohjausmateriaalin käytössä**. Tämä ohjaus eroaa sisältönsä puolesta siinä, että ohjaus on juuri tiettyyn leikkaukseen räätälöity ja kirjallinen materiaali tiettyä leikkausta varten suunniteltu. Hoitohenkilökunta on laajemmin perehtynyt aineistoon ja heillä on siitä laaja-alaista tietämystä ja osaamista.

6.1.3 Kyky mitoittaa ja priorisoida ohjaus

Kirurgian klinikan osastoilla koettiin, että ohjausta pyritään tarjoamaan silloin, kun sille on otollisin hetki. Haasteena oli myös huomioida sopivan ohjauksen määrä kullekin potilaalle yksilöllisesti. Haastatteluissa tuli esille, että sairaanhoitajat kyllä tunnistavat ohjauksen tarpeen, mutta käytännön syistä ohjausta ei voida aina antaa siinä hetkessä kun potilas olisi vastaanottavainen. Koettiin, että ohjauksen mitoitus ja ajoitus on erityisen tärkeää hoidon jatkuvuuden ja potilaan oman motivaation kannalta. Hoitajan kyky **arvioida potilaan ohjauksen tarve lyhyelle hoitajaksole** tuli esille myös perusterveydenhuollon puolella. Hoitajan tehtävä on oikea-aikaisesti tarjota potilaalle työvälineitä, jolloin potilas tekee itse ratkaisut. Silloin potilaan oma motivaatio on taustalla.

6.1.4 Hoitajan uskottavuus

Terveysten edistämisen osaaminen näkyy hoitajan uskottavuudessa eli **hoitajan vuorovaikutuksessa ja omassa esimerkissä** ja potilaan kanssa. Hoitajan uskottavuudella on erittäin suuri merkitys ohjauksen kannalta. Erityisesti opiskelija- ja kouluterveydenhuollossa asia korostuu.

”Tää oma malli on otettava esille”

” Kyl kaikki pohja menee, jos hoitaja haisee tupakalle, kyllä siinä on viestintäristiriita”

6.1.5 Lyhytkestoiset interventiot

Terveyden edistämisen osaaminen näkyy **rokotusten antamisena** ja rokotusohjelman tuntemisena. Rokotusten antaminen on myös sairauksien ehkäisyä ja rokotukset ovat osa myös osa hoitoa. Ennaltaehkäisy ja erilaiset **lyhytinterventiot** koettiin tärkeiksi.

”Kyllä nää kaikki rokotusohjelmat on tietty terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä, terveyden edistämistä omalla tavallaan”

”Kyl lyhyet interventiot kuuluvat kaikille, olis sitten kyse sairaanhoitajasta, terkkarista, lääkäristä. hammaslääkäristä, ihan kaikille ihmisille

6.1.6 Arkaluontoisten asioiden puheeksi ottaminen

Terveyden edistämisen osaaminen näkyy arkaluontoisten asioiden puheeksi ottamisessa. **Puheeksi ottaminen** koettiin vaikeana vaikeiden sairauksien yhteydessä tai silloin, kun asia oli hyvin henkilökohtainen potilaille, koska koettiin, ettei hoitajilla ollut taitoa ottaa puheeksi esille potilaalle arkoja asioita.

Myös tupakasta ja päihteistä puhuminen koettiin osana vaikeana, koska koettiin tämän tapaisen ohjauksen kuuluvan erityisen ohjauksen piiriin. Ehkäisevässä terveydenhuollossa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa koettiin päihteistä ja painonhallinnasta puhuminen jokapäiväiseksi ja kuuluvan tavalliseen vastaanottotilanteeseen. Osa haastateltavista taas koki että on vaikea ottaa puheeksi päihteitä, jos potilas ei ole tullut sitä varten hoitajavastaanotolle. Neuvola – asetus on helpottanut päihteiden puheeksi ottamista ehkäisevässä terveydenhuollossa. Terveyden edistämisen osaaminen näkyi haastateltavien mielestä myös **kyvyssä arvioida tarve puuttua asiakkaan asioihin.**

”Kyvyssä arvioida, milloin on tarpeen puuttua potilaan/asiakkaan asioihin”

Seksuaaliterveydestä puhuminen oli nuorilla hoitajilla kiusallista ja potilaan **yksilöllisyyden huomioiminen** potilashuoneessa hankalaa. Jos potilas ei itse ota puheeksi, on hoitajan vaikea kohdata potilas ja ottaa luonnollisesti puheeksi tiettyjä asioita. Erityisen vaikeaksi koettiin potilaan seksuaalisuuden kohtaaminen ja tilanne, jos potilas oli nuori ja hänellä oli vaikea sairaus.

”Kyl meidän kaikkien pitäisi osata ottaa puheeksi näitä asioita”

6.1.7 Potilaan/ asiakkaan fyysisen ja psykososiaalisen kokonaistilanteen huomioiminen

Potilaan tai asiakkaan fyysisen ja psykososiaalisen kokonaistilanteen huomioimiseen kuuluu asiakkaan voimavarojen tunnistaminen, kulttuurin huomioiminen asiakkaan taustan selvittäminen, sairauksien huomioiminen terveyden edistämisen yhteydessä, erilaisten testien ja kyselyjen käyttö hoidon tarpeen arvioinnissa sekä kyky tunnistaa potilaan ongelmia.

Potilaan/asiakkaan **voimavarojen tunnistaminen** tarkoittaa sitä, että pyritään selvittämään asiakkaan/potilaan elämäntilanne, sekä se, mihin asiakkaat ovat kykeneviä siinä elämäntilanteessa ja sillä hetkellä. **Kulttuurien huomioiminen** tulee esille enenemässä määrin. Haasteena koettiin kieliongelmat, kulttuurierot sekä maahanmuuttajien erityisryhmien ryhmät, jotka vaatisivat omat ryhmänsä ja ryhmänvetäjät. Koettiin myös, että eri kulttuurissa terveyden edistämisen käsite saattaa olla vieras käsite.

”Maahanmuuttajat on iso haaste, kulttuurierot on valtavat”

”Meillä puhutaan 60 eri kieltä, et kielimuuri ongelma on olemassa”

Potilaan/asiakkaan taustan selvittäminen sisältää myös yksilöllisyyden. Potilaan/asiakkaan yksilöllisyys koettiin tärkeäksi, mutta haasteelliseksi. Erityisen vaikeaa oli huomioida ohjauksen yksilöllisyys. Hoitohenkilökunta koki, että osalle asiakkaista ohjausta pitää antaa enemmän, osalle vähemmän.

Erikoissairaanhoidossa pyritään kiinnittämään tähän muun muassa selvittämällä tupakointi ennen leikkausta. Korvaavaa hoitoa tupakasta tarjotaan jos potilas sitä haluaa ja tilanne on otollinen. Osittain tämä liittyy myös **kykyyn tunnistaa potilaan ongelmia.**

”Osaamista on myös se, että tietää missä kohtaa kenenkin kohdalla raja menee ohjauksessa”

”Meillä hoitajilla on se paha tapa, se että me tasapäistetään kaikki potilaat ja tätä ohjausta annetaan kaikille samalla tavalla”

Terveyden edistämisen osaaminen näkyy molemmissa organisaatioissa **erilaisten testien tekemisenä ja kyselyjen käyttönä.** Näin halutaan kartoittaa jo ennen potilaan tuloa potilaan terveydentila mahdollisimman laajasti. Potilaskyselyjä, toimenpiteisiin valmistautumisia ja osastolle tulo-ohjeita lähetetään potilaille kotiin. Erikoissairaanhoidossa on sähköinen esitietolomake olemassa ja sitä myös käytetään tietyillä osastoilla. Alkoholikysely kuuluu luonnollisena osana potilaan haastatteluun erikoissairaanhoidossa ja ehkäisevässä terveydenhuollossa. Potilaan päihteiden käytöstä on erityisen tärkeä tietää ennen toimenpiteitä tai leikkauksia. Myös kuntoutuksen ja toipumisen kannalta on oleellista ohjata potilasta oikealla tavalla ja oikeaan paikkaan.

6.1.8 Moniammatillinen ja monialainen yhteistyö

Terveyden edistämisen osaaminen näkyy moniammatillisessa ja monialaisessa yhteistyössä ja **organisaatioiden rajat ylittävässä yhteistyössä. Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö,** kuten esimerkiksi lääkärit, psykologit ja sosiaalityöntekijät koettiin tärkeiksi yhteistyökumppaneiksi. Yhteistyötä kaivattiin neuvoloissa enemmän erityisesti sosiaalitoimen kanssa. Yhteistyö etenkin ehkäisevässä terveydenhuollossa koettiin tärkeäksi, erityisesti perheiden

huomioimisessa kokonaisvaltaisesti. Terveysasemien yhteistyössä korostui enemmän yhteistyö lääkärin kanssa potilaiden hoitamisessa tai terveyden edistämisessä. Osa perusterveydenhuollon yksiköistä teki yhteistyötä terveyden edistämisen yksikön kanssa.

”Ei olis mitään, jos ei olis yhteistyötä lääkäreiden kanssa”

”Meil on yhteistyötä terveyden edistämisen yksikön kanssa”

”En ole koskaan kuullutkaan terveyden edistämisen yksiköstä”

”Kallistuisin niin, et julkinen sektori ja 3.s sektori yhdessä olis se terveyden edistämisen taho”

” Kyl meil tarttis olla parempaa yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa”

6.1.9 Tiedonkulusta huolehtiminen

Tiedonkulku organisaatioiden välillä ja sen riittävyys sekä laajuus koettiin tärkeäksi, mutta haastavaksi. Terveyden edistämisen yksikkö on osalle hoitohenkilökuntaa vieras yksikkö, ja tämän yksikön kanssa kaivattiin enemmän yhteistyötä. Liikuntapuolelle, terveystasemille ja neuvoloihin lähetetään tietoja potilaasta. Psykiatrian puolelle lähetetään tarvittaessa tietoja. Potilaan tietojen välittäminen koettiin tärkeäksi, mutta haastavaksi. Potilaita tulee kirurgian klinikalle Varsinais-Suomesta ja potilaan tiedonkulku on tällöin erityisen tärkeää.

Tulevaisuudessa tullaan tarvitsemaan parempia työvälineitä ja keinoja kehittää tiedonkulkua ja **kirjaamista** parempaa suuntaan. Tällä hetkellä osa tiedonkulusta kulkee puhelimen, kirjeiden ja jopa asiakkaan tai potilaan antamassa informaatiossa. Osalla kirurgian klinikan osastoissa oli selkeä ohjeistus kirjaamisesta. Osastot kirjaavat potilaan tietoja eri potilastiedoston otsikoiden alle. Sähköisessä potilastietojärjestelmässä on niin paljon otsikoita, että osa osastoista kirjaa asioita eri paikkoihin. Joissakin osastoilla kirjataan sovitusti tiettyjen otsikoiden alle asiat. Myös erilaiset sähköiset potilastietojärjestelmät ja kirjaamisen sekavuus nousi esille. Koettiin, että helposti jatkumo puuttuu potilaan kirjauksesta ainakin silloin, kun potilas siirtyy takaisin perusterveydenhuoltoon.

” Meidän toive olis, et saatais sähköinen järjestelmä samaksi. Informaatio ei vaan toimi, kun joutuu välikäsien kautta kommunikoidaan”

6.1.10 Terveyden edistämisen tulokset

Terveyden edistämisen osaaminen saattaa näkyä myös siinä, että tuleeko asiakas vastaanotolle toisen kerran. Tällöin on kyse **ohjauksen vaikuttavuuden arvioinnista**.

Terveysneuvonnan tarjoaminen asiakkaille tai potilaille koettiin tärkeäksi, mutta haastavaksi. Osa haastatelluista koki, että jos terveysneuvonnan osaa tarjota oikealla tavalla, niin asiakkaan ei tarvitse tulla enää toista kertaa vastaanotolle saman ongelman kanssa. Terveyden edistämisen tuloksia on vaikea nähdä, koska **viiveellä** tulevat **tulokset näkyvät** usein vasta pitkän ajan kuluttua. Osa haastateltavista koki tärkeänä ohjauksen oikea-aikaisuuden. Jos ohjaus osataan antaa oikeana ajankohtana, esimerkiksi siten, ettei asiakas aloita tupakanpolttua. Ohjauksen vaikuttavuus koettiin siis erittäin tärkeänä osana miten terveyden edistäminen näkyy. Haastatteluissa tuli myös ilmi, miten eri tavalla hoitajan sanoma menee perille ja miten se sanoma vastaanotetaan. Esille tuli myös miten, ja mille eri ikäryhmille tietoa esitetään ja kuka tietoa tarjoaa. Haasteena koettiin, että tuloksia on vaikea mitata.

” Kun tehtäis pidemmän aikaa sitä terveyden edistämisen työtä, niin tuloksethan näkyy vasta viiveellä”

Neuvola on perinteisesti ylläpitänyt ja edistänyt kansanterveyttä vuosien ajan. Vuosien saatossa vain nimitykset ovat vaihdelleet. Terveyden edistämisen tulosten katsottiin näkyvän myös **kansanterveydessä**. Se koettiin tärkeänä osana terveyden edistämisen osaamista ja sen katsottiin olevan osa perusterveydenhuoltoon sekä osa terveydenhoitajan, sairaanhoitajansekä kättilön toimenkuvaa.

6.1.11 Säästösten tunteminen ja kulttuuritietoisuuden parantaminen

Tässä on yhdistetty säästösten tunteminen ja kulttuuritietoisuuden parantaminen. Nämä kategoriat jäivät erillisinä terveyden edistämisen osaamisen ja osaamisen kehittämisen luokista.

Säästösten tunteminen tuli etenkin ehkäisevässä terveydenhuollossa esille. Ehkäisevässä terveydenhuollossa ja neuvoloissa koettiin neuvola-asetus hyvänä asiana, joka helpottaa selkeästi arkityötä. Asetuksen myötä neuvolatyö jatkuu samanlaisena kaikkialla Suomessa, mikä on hyvä asia jatkuvuuden kannalta. Tarvitaan selkeitä asetuksia, jotka antavat työlle raamit. Lakisääteiset asetukset, lainsäädäntö, ohjeet ja normit koettiin erittäin tärkeänä ja säästösten noudattaminen luo turvaa terveydenhuollon henkilökunnalle kuin asiakkaallekin.

Kulttuurien huomioimisen tärkeys nousi esille. Osa koki kulttuurin haasteena, kielimuurin ja kulttuurin ymmärtämisen vuoksi. Kulttuuri nähtiin tärkeänä, mutta toisaalta rajoittavana tekijänä, koska lähes kaikki hoitajavastaanotolle tulevat potilaat tai asiakkaat tarvitsevat tulkin. Osa asiakkaista käyttää omia lapsiaan tulkkina etenkin akuuteissa tilanteissa, päivystyksessä. Kulttuurin huomioiminen on etenkin ehkäisevässä terveydenhuollossa tärkeä, koska neuvoloissa tehdään kotikäyntejä ja pyritään huomioimaan lapsen kasvu ja kehitys kulttuuria kunnioittaen.

”Mä en ymmärrä kaikkia noita kulttuurijuttuja, sitä on vaikea tajuta, täytyy myöntää”

”Mulla taas on positiivisia kokemuksia maahanmuuttajista sekä muualta tulleista hoitajista”

”Ne voi olla erilaisia ihmisinä, mutta terveyden edistämisen näkee samalla tavalla”

6.2 Terveyden edistämisen osaamisen kehittäminen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

Terveyden edistämisen osaamisen kehittämisen yläkategorioihin kuuluvat potilaan/asiakkaan motivointitaitojen kehittäminen, hoitajien suhtautumistapoihin vaikuttaminen,ryhmänohjauksen kehittäminen, potilastuntemuksen parantaminen ja arkaluonteisten asioiden puheeksi ottamisen kehittäminen, uusia työkaluja ja valmiita toimintamalleja hoitajien käyttöön, koulutusta, yhdyshenkilöiden nimeäminen, palvelujärjestelmä-verkoston tuntemisen parantaminen, yhteistyön ja yhteisvastuun korostaminen ja varhaiseen ennaltaehkäisyyn panostaminen.

6.2.1 Potilaan/asiakkaan motivointitaitojen kehittäminen

Terveyden edistämisen osaamisen kehittämiseen toivottiin motivointitaitojen kehittämistä. Kaivattiin **uusia työkaluja asiakkaan motivointiin**. Erityisesti motivoivaa haastattelua toivottiin käytettävän vuorovaikutustilanteissa. Motivoivaa haastattelua ei tällä hetkellä osata käyttää. Etenkin nuorten kohdalla tuli esille kuinka paljon hoitajan oma kehonkieli, eleet ja ilmeet voivat vaikuttaa ohjauksessa puhutun kielen lisäksi. **Nonverbaalisten viestintätaitojen kehittämistä** toivottiin tulevaisuudessa ohjauksen tukemiseksi. **Elämyksellisyyden lisäämisen** terveyden edistämisen keinoin uskottiin lisäävän erityisesti nuorten motivaatiota.

Asiakkaan päätöksentekoa tukevien taitojen kehittämisellä uskottiin olevan merkitystä asiakkaan/potilaan oman motivaation kannalta ja merkitystä myös siihen, kuinka pitkäkestoisesti potilas/asiakas omaan hoitoonsa sitoutuu ja motivoituu. Etenkin jo motivoituneen asiakkaan/potilaan kohdalla tämä voisi toimia.

”onko mejän työ ihan turhaa, koska sanoma ei mene perille”

6.2.2 Hoitajien suhtautumistapoihin vaikuttaminen

Hoitajien asenteiden muuttaminen ja hoitajan itsensä kehittäminen koettiin tärkeiksi ja haastaviksi asioiksi terveyden edistämisen osaamisessa. Aktiiviset ja innostuneet alaiset, jotka olivat kiinnostuneet oman työnsä kehittämisestä olivat osastonhoitajien mukaan hyvä asia, joka innosti myös omaa toimintaa. Koettiin, että hoitajien pitää itse muuttaa omia käsityksiään ja asenteitaan.

” Se on kans, miten kiinnostunut itse hoitajana olen asiasta viemään sen sille asiakkaalle”

6.2.3 Ryhmäohjauksen kehittäminen

Valmiita ryhmäohjauksen toteutussuunnitelmia ja panostusta ryhmäohjaukseen sekä ryhmäohjaustaitojen kehittämistä kaivattiin. Pitkien ryhmien vetäminen on haaste hoitohenkilökunnalle ja pitkäkestoinen sitoutuminen on haaste asiakkaille tai koko asiakasryhmälle. Ryhmäohjauksen ohjausmateriaalin päivityksessä toivottiin selkeämpää linjaa.

”Kyl meil jonkin verran yritetään houkutella näitä vetäjiä koulutuksiin”

6.2.4 Potilastuntemuksen kehittäminen

Hoitajien toivottiin kehittävän **profilointiosaamista** ja huomaamaan tietyt asiakkaat ja heidän tarpeensa entistä tarkemmin. Hoitajien pitäisi myös kyetä huomaamaan millä tavalla tietyille asiakkaille kannattaisi ohjausta antaa. Haastatteluissa ilmeni erityisen ohjauksen tarpeessa oleva asiakas.

”pitäisi heti löytää se oikea naru, sitä profilointiosaamista”

Potilaiden itsetestauslomakkeiden tarkoituksena oli selventää hoitajille asiakkaiden/potilaiden omat taustat ja tarpeet. Näin pystyttäisiin huomioimaan potilaan/asiakkaan yksiköllisiä voimavaroja paremmin ja näin edistämään

potilaan/asiakkaan terveyden edistämistä. Näitä lomakkeita on toteutettu kokeiluna jossain yksikössä.

6.2.5 Arkaluontoisten asioiden puheeksi ottaminen

Terveyden edistämisen osaamisen kehittämisessä toivottiin hoitajille enemmän **taitoa puuttua** laajemmin potilaan **elämäntapoihin** ja **ottaa puheeksi arkaluonteisia asioita** potilaan kanssa. Seksuaaliterveyden asiantuntijaa toivottiin yleisesti. Koettiin että hoitajien pitäisi tuntea olevansa kykeneviä ottamaan potilaan kanssa puheeksi arkaluonteisia asioita. Seksuaaliterveys koettiin haastavana ja vaikeana asiana ottaa esille. Koettiin, että yhdyshenkilö olisi sellainen henkilö, joka ottaisi viimeisen vastuun potilaan asioissa.

”Sä et voi tosta vaan mennä puhumaan potilaalle vähänkin herkästä aiheesta”

”Joidenkin kohdalla puuttuminen voi olla tosi vaikeeta”

”Ennen leikkausta pitäisi resursoida henkilöitä, jonka kanssa potilas voisi oikeasti puhua rauhassa esimerkiksi seksuaaliterveydestä”

6.2.6 Uusia työkaluja ja valmiita toimintamalleja hoitajien käyttöön

Potilasohjaukseen kaivattiin **uusia työkaluja** ja **valmiita toimintamalleja** vastata potilaan tarpeisiin. Potilaan motivoimisessa oli selkeä osaamisvaje hoitohenkilökunnalla. Ei löytynyt oikeanlaisia tapoja etsiä potilaalle oikeanlaista ohjausta motivoimiseen. Myös uusia työkaluja toivottiin erikoissairaanhoidon toimia perusterveydenhuollon kanssa. Haasteena kuvattiin, että **uusien toimintatapojen kustantaminen** saattaa olla esteenä mahdollisen toimintamallin aloittamisessa.

Eri sairauksilla on eroja, joten myös potilasohjaus pitää olla erilaista. Koettiin esimerkiksi, että aneuryssmapotilaalle on helpompi antaa ohjausta kuin käsikirurgiselle potilaalle. Riippuu paljon sairaudesta, milloin ohjaus on

luonnollinen osa keskustelua. Jos keskustelu käy luonnikkaasti, ohjaus onnistuu helposti ja vastavuoroisesti. Jos ohjauksesta pitää tehdä erillinen osa potilaan hoitoa, ohjaus on vaikeaa ja vierasta. Terveysasemilla koettiin, että samansisältöistä potilasohjausta pitäisi olla asemasta riippumatta, jotta potilasohjaus toteutuu tasalaatuisesti. **Kehittämideoita koordinoivan vastuutahon nimeäminen** koettiin tärkeäksi uusien toimintamalli-ideoiden eteenpäin viemisessä. Esimerkiksi terveyden edistämisen yksikkö mielellään nähtäisiin koordinoivana tahona.

6.2.7 Koulutusta

Koulutuksen merkitys korostui terveyden edistämisen kehittämisessä runsaasti. Haastatteluissa tuotiin esille koulutuksen **sisältöä** koskevia toivomia. Täsmäkoulutus, lisäkoulutus liittyen erilaisiin ohjauksiin (esimerkiksi diabeetikon ja astmaatikon terveyden edistämisen) koettiin tarpeellisena.

”Jos koulutuksesta saa yhdenkin hyvän helmen, se on jo paljon”

Kaivattiin myös nykyistä **koulutuksen koordinoinnin parantamista** hoitajien koulutuksiin. Yksi koulutus ei riitä, koska henkilökuntaa on niin paljon. Kaivattiin useita koulutuksia, että mahdollisimman moni pääsisi koulutuksiin. Tällä hetkellä yksi hoitaja käy koulutuksissa ja tuo sitten tiedon koulutuksesta muille tiedoksi. Koulutuksissa toivottiin terveyden edistämisen osuutta suuremmaksi. Toivottiin sellaisia koulutuksia jotka antaisivat lisäpotkua ja uskoa hoitajien omaan työhön. Toisaalta taas koettiin, ettei sisällöllistä koulutusta tarvitsisi lisätä. Koulutuksia on kuitenkin tarjolla aika runsaasti tällä hetkellä. Lisäkoulutuksia kaivattiin lähinnä kaikkiin potilasohjauksiin. Satunnaisesti koulutuksia oli lääkäreiden kanssa ja ne koettiin hyvänä asiana.

Terveyden edistämisen kehittämisessä kaivattiin erilaisia koulutuksia. **Sisäisessä koulutuksessa** toivottiin lyhyitä koulutuksia työpaikoilla, teknologiaa hyödyntäviä uusia koulutusmuotoja työpaikoille sekä jatkuvuutta ja koordinoitua sisäiseen koulutukseen. Yleisesti koettiin, että koulutuksia pitäisi

olla enemmän, koska ajantasainen tieto muuttuu nopeasti. Syventävää koulutusta kaivattiin etenkin joidenkin erityisryhmien, sairauksien hoidossa. Yleisesti kaivattiin yhteisiä koulutuksia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sisällä. Osastojen erilaisuudesta johtuen tarvitaan erilaisia koulutusmuotoja. Päivitettyä tietoa kaivattiin yleisesti myös molemmissa organisaatioissa.

Aikaisemmin oli erikoissairaanhoidossa tarjolla niin sanottua Terveystarjotin-koulutusta, joka koettiin pääsääntöisesti hyvänä. Haittana oli lähinnä se, että terveystarjottimen koulutukset kestivät ajallisesti kauan, ja osa hoitohenkilökunnasta ei voinut ajallisesti osallistua niihin. Sisällöllisesti ne kuitenkin koettiin rikkaana ja antoisina. Koulutukset eivät saa kestää liian kauan, koska osastoilla pitää olla tietty määrä henkilökuntaa työvuorossa. Poliklinikalla toivottiin tietoiskutyypisiä koulutuksia jostakin tietyistä aiheista.

Ehdotettiin esimerkiksi, että poliklinikalle voitaisiin ajatella noin 30 minuutin tietoiskutyypistä ohjeistusta. Paikalla olisi aina ainakin 25 ihmistä, jotka samanaikaisesti saisivat saman tiedon. Näin taattaisiin laaja kuulijakunta samanaikaisesti. Tänä päivänä yhden ihmisen käyminen koulutuksessa ei riitä.

Poliklinikalle voitaisiin ajatella myös teknologiaa hyödyntäviä koulutusmuotoja ja osaamisen ylläpitoa. Voitaisiin käyttää valmiita koulutustallenteita, joita voisi katsoa tietokoneelta yksin tai vielä tehokkaammin suunnitella katselu videotykillä suurennettuna osastokokouksissa.

Tällä hetkellä on vastuualueita jaettu hoitajien kesken ja hoitajat käyvät koulutuksessa ja jakavat tiedon sen jälkeen muulle henkilökunnalle lähinnä osastokokouksissa. Tiedonkulku koettiin myös puutteellisenä jos yksi hoitaja oli käynyt koulutuksessa. Koettiin, ettei info jatku eteenpäin. On myös koulutusryhmiä joissa ei ole yhtään hoitohenkilökunnan edustajaa paikalla.

Ulkoisessa koulutuksessa toivottiin koulutuksia perusterveydenhuollon kanssa, alueellisia koulutuksia, sekä sairaanhoitajan peruskoulutuksen kehittämistä. Koulutusten perusterveydenhuollon kanssa toivottiin parantavan yhteistyötä ja koulutusten kautta toimintatapojen sekä toisen organisaation

henkilökunnan uskottiin tulevan tutummaksi. Myös alueellisia koulutuksia kaivattiin. Sairaanhoidajan peruskoulutuksen kehittäminen koulutuksen kautta toisi osaamista selkeämmin näkyväksi. Toivottiin sairaanhoidajan peruskoulutuksessa kiinnitettävän huomiota potilaan motivoimiseen.

6.2.8 Yhdyshenkilöiden nimeäminen

Yhdyshenkilöiden nimeäminen eri organisaatioihin. Toivottiin yhdyshenkilöitä kumpaankin organisaatioon ja sellaisia yhdyshenkilöitä, johon potilas itse voisi olla yhteydessä. Yhdyshenkilöitä kaivattiin osastojen käyttöön sekä myös osastojen ulkopuolelle, jotta potilaan ohjaus muodostaisi jatkumon erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon yhdyshenkilön kautta. Tämä loisi asiakkaalle/potilaalle samoin kuin myös hoitohenkilökunnalle turvallisuuden tunnetta ja **Ohjausjatkumo** jatkuisi potilaan kohdalla ohjeiden mukaisesti, päivitetysin tiedoin.

6.2.9 Palvelujärjestelmä-verkoston tuntemisen parantaminen

Kehittämisessä toivottiin myös **palvelujärjestelmä- verkoston** parempaa **tuntemista**. Pystyttäisiin paremmin ohjaamaan potilaita eri palvelujen piiriin. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä käy paljon potilaita muualta kuin Turusta ja koettiin haasteelliseksi tuntea monen kunnan palvelujärjestelmä. Verkoston tuntemisen parantaminen auttaisi myös hoitajaa hahmottamaan potilaan tarvitsemien palveluiden tarpeen. Tosin tässäkin koettiin haasteena aika ja resurssit. Osastoilla ei ole aikaa soittaa tai etsiä tietoja palvelujärjestelmästä.

Kirurgian klinikalle tulee paljon potilaita Turun ulkopuolelta, ja yhdyshenkilön toivottiin myös olevan henkilö, joka neuvoisi eteenpäin potilaan omassa kunnassa. Koordinaattoria kaivattiin toisen päähän. Etenkin seksuaaliterveyden, tupakan, päihteiden sekä osteoporoosin erityisosaamisen yhdyshenkilöä toivottiin. Osastoilla kaivattiin ainakin erityisosaajaa, joka tietäisi muita enemmän seksuaalisuuden kohtaamisesta. Toisinaan osastoilla tunnistetaan

asioita, joihin pitäisi potilaan kohdalla puuttua, mutta aikaa ja resursseja ei ole. Tällöin potilas voisi palata tällaisen erityisosajaan ohjaukseen myöhemmin. Toisaalta toivottiin, ettei sitä osaamista vietäisiin kovin kauas siitä omasta kirurgian klinikan osastosta.

”Kyl peruspakettiohjauksesta osataan antaa, mutta sit kun mennään osteopatiaan, niin siinä se vaikeus sit tulee ki”

6.2.10 Yhteistyön ja yhteisvastuun korostaminen

Terveiden edistämisen osaamisen kehittämisessä toivottiin enemmän **yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä**. Yhteistyön lisääminen toisi myös eri organisaatioiden tavat, tottumukset ja toimintatavat selkeämmäksi ja konkreettiseksi näkyväksi puolin ja toisin.

Yhteistyötä lääkäreiden kanssa toivottiin enemmän. Lääkäreitä myös toivottiin kehittämiskumppaneiksi. Teemapäivät lääkäreiden kanssa koettiin hyväksi kehittämisideaksi. Kirurgian klinikan osastoilla yhteistyötä tehdään lääkäreiden kanssa jatkuvasti potilaan hoidon tai hoitajakson aikana. On paljon lääkäristä kiinni, kuinka paljon sairaanhoitajan kanssa yhteistyötä tehdään.

Yhteistyötä terveyden edistämisen yksikön kanssa kaivattiin. Koettiin, että yhteistyötä esimerkiksi potilaan leikkausten jälkeen pitäisi olla enemmän perusterveydenhuollon kanssa. Lähetteitä saadaan perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta lähetetään palautteita perusterveydenhuoltoon. Terveiden edistämisen yksikkö oli suurelle osalle osastonhoitajia vieras yksikkö ja yhteistyötä ei tehty ollenkaan tai hyvin vähän. Tähän toivottiin muutosta ja **yhteisvastuuta** terveyden edistämässä korostettiin eri sektoreiden kanssa.

Parempaa **monialaista yhteistyötä** kaivattiin etenkin sosiaalitoimen kanssa. Haasteena oli yhteistyön tekeminen sosiaalitoimen kanssa. Hoitoajat ovat nykyisin lyhyitä, joten yhteistyön merkitys korostui senkin vuoksi.

Korostettiin **kaikkien työyksiköiden yhteistä vastuuta** voimavaroja yhdistämällä sekä **koko yhteiskunnan vastuuta** terveyden edistämisen osaamisen kehittämisestä. Terveyden edistämisen osaaminen koettiin tärkeäksi ja kaikille tahoille kuuluvaksi.

”Haasteista pitäisi selvittää yhdessä eri tahojen kanssa”

Yhtenä yhteistyön kehittämisajatuksena mainittiin se, että lääkäreiden tulisi lukea hoitajien kirjoittamia tekstejä potilastietojärjestelmästä. Haastatteluista tuli esille, etteivät lääkärit lue välttämättä hoitajien tai edes toisten lääkäreiden tekstejä. Sähköisestä tiedostosta on myös vaikea löytää tekstiä ja teksteihin sokeutuu helposti, koska niitä on niin paljon. **Potilastietojärjestelmät ja kirjaaminen** toivottiin **selkeämmiksi**, koska tällä hetkellä potilastietojärjestelmät koetaan haastavaksi ja sekavaksi. Toivottiin selkeämpää ja yhtenäistä linjaa kirjaamisessa ja yleisesti selkeää linjaa siihen, mitä potilaan tiedostoja kannattaa lukea.

Kirjaamisen ongelmia oli etenkin selkeä kirjaaminen, kirjaus ja jatkumo siitä mihin ja miten kirjataan. Puute tuli esille etenkin silloin, kun potilas siirtyi takaisin perusterveydenhuoltoon. Toivottiin selkeitä malleja tiettyjen potilastietojärjestelmässä olevien otsikoiden alle kirjaamisesta. Epäselvyyttä lisää se, että eri osastoilla kirjataan eri paikkaan. Toisilla osastoilla on selkeät sabluunat tehdä kirjaus, toisilla osastoilla taas ei ollut systemaattisesti ohjeistettua tapaa kirjata.

6.2. 11 Varhaiseen ennaltaehkäisyyn panostaminen

Terveyden edistämisen osaamisen kehittämisessä toivottiin varhaiseen ennaltaehkäisyyn panostamista. Koettiin, että pitäisi kyetä hoitamaan potilaita jo aikaisemmin, eli sairaanhoidon osuutta pitäisi kyetä pienentämään ja lisäämään terveyslähdeistä ajattelua ja ohjausta. **Perusterveydenhuollon priorisointi ja terveyden edistämisen priorisointi** koettiin haastavaksi. Ennalta ehkäisyyn

korostaminen koettiin olevan erityisesti perusterveydenhuollon tehtävä. Perusterveydenhuollossa pitäisi ennaltaehkäistä ja pitäisi pystyä puuttumaan jo ennen sairauksien syntymistä. Perusosaamista laajemman terveyden edistämisen osaamisen katsottiin kuuluvan muualle kuin erikoissairaanhoidon. Haasteena koettiin selkeästi miten terveyden edistäminen saataisiin priorisoitua ensimmäiseksi tavoitteeksi ja asiaksi.

”Ohjaus kuuluu kyllä kaikille, mutta se laajempi osaaminen sit keskitetysti johki muualle”

Suurin osa potilaista/asiakkaista käy elämänsä aikana terveysasemilla. Osa potilaista ei milloinkaan elämänsä aikana käytä erikoissairaanhoidon palveluja. Ennaltaehkäisyyn painopisteen kohdentaminen perusterveydenhuoltoon olisi taloudellisesti kannattavaa ja potilaan näkökulmasta inhimillistä. Terveyden edistäminen koettiin olevan toisinaan erillinen osa hoitoa, toisinaan taas terveyden edistäminen oli osa potilaan hoitoa hoitajakson aikana. Etenkin lääkäreiden kohdalla oli persoonakohtaisia eroja tuoda terveyden edistäminen esille osana potilaan hoitoa haastateltavien mielestä.

Myös **lisää aikaa ja muita resursseja ohjaukseen** kaivattiin. Aika ja resurssit heikentävät haastateltavien mukaan selvästi terveyden edistämisen osaamista. Poliklinikalla ohjausaika on myös hyvin rajoittunut, keskimäärin noin 15 minuuttia. Esille tuli potilaanohjauksen tarve, mutta hoitohenkilökunta ei kyennyt antamaan ohjausta siinä ajassa mitä potilas oli vastaanotolla. Helposti ei myöskään resurssoida terveyden edistämistä, jos katsotaan kirurgisia potilaita nimenomaan kirurgisesta sairaudesta käsin.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimustulosten tarkastelun yhteenvedossa on tarkoituksena kuvailla mitä tutkimuksella on kuvattu, mitä on saavutettu, mitä on jäänyt mahdollisesti saavuttamatta, onko tutkimukselliseen kysymykseen pysytty vastaamaan ja kuinka yhtenevät tulokset ovat teoreettiseen viitekehykseen nähden (Burns & Grove 2001, 643).

Erilaiset osaamisen hallinnat lähtevät usein organisaation visioista, strategioista ja tavoitteista (Kukko ym.2004, 2) ja osaaminen konkretisoidaan erilaisiksi osaamisalueiksi ja osaamisiksi organisaation eri tasoille (Sydämaalakka 2001, 18) ja osaamisen kehittämisestä on kyse kaikkien osaamisalueiden parantamisesta (Löfsted 2001, 120).

Erilaiset osaamisalueet voidaan eritellä yksilön henkilökohtaisiin osaamisiin, työn tekemiseen vaadittavien taitojen ja tietojen osaamiseen sekä organisaation edellyttämään osaamiseen (Boyatzis 2008, 6). Tulevaisuudessa osaamisvaatimukset tulevat liittymään näyttöön perustuvaan toimintaan, potilasturvallisuuteen, moniammattillisiin toimintoihin, kliiniseen erityisosaamiseen ja asiakaskeskeisiin toimintatapoihin (STM 2009b.)

Tässä tutkimustulosten johtopäätöksissä ja pohdinnassa on jaoteltu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon terveyden edistämisen osaaminen yhteiseksi kappaleeksi ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon terveyden edistämisen kehittäminen yhteiseksi kappaleeksi. Tuloksista tarkastellaan tässä niitä luokkia, jotka eniten nousivat esille aineistosta. Ne myös herättivät eniten tiedoantajien kesken keskustelua ja ovat suuntaa antavia etenkin terveyden edistämisen osaamisen kehittämiselle.

7.1 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon terveyden edistämisen osaaminen

Potilaan rooli on muuttunut ohjauksen kohteesta aktiiviseksi osallistujaksi ja oman elämänsä asiantuntijaksi. (Poskiparta ym. 2001, 69; Carpenter & Bell 2002, 157; Hätönen 2010, 24.) Myös sosiokulttuuriset tekijät olisi huomioitava ohjaustilanteissa (Kääriäinen 2007, 116–117; Kyngäs ym. 2007, 25–29, 35; Kummell 2008,51;).Motivoiva ohjaus tarkoittaa potilaskeskeistä lähestymistapaa terveysneuvonnassa ja tavoitteena on saada potilas pohtimaan omaa terveyskäyttäytymistään ja pyrkiä muuttamaan elämäntapojaan. (Britt ym. 2004, 147-148.)

Terveyden edistämisen osaaminen perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa näkyy potilaan/asiakkaan ohjauksessa ja motivoinnissa. Se miellettiin jokapäiväiseksi ja toimenkuvaan kuuluvaksi. Ohjaukseen ja motivoimiseen liittyvät läheisesti elämäntapaohjeistus, yksilö- ja ryhmäohjaus, suulliset ja kirjalliset ohjeet, hoitoonohjaus, tavoitteiden laadinta ja vertaistuen järjestäminen. Potilaan ohjaaminen ja motivoiminen oli keskeinen käsite, jota toivottiin toteuttavan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, eli lyhytinterventioiden aikana. Yksilö- ja ryhmäohjaukset sekä erilaiset vaihtoehtoiset interventiot potilaan ohjauksen ja motivoimisen luokassa korostuivat haastatteluissa. (vrt. Lancaster & Stead 2005, 2: Civiljak, Sheikh, Stead & Car 2011, 47–8.) Watchelin ja Stanifordin (2010) tutkimus tuki lyhytintervention vaikuttavuutta motivoivan terveysneuvonnan tarjoamisessa (Watchel ja Staniford 2010, 605- 620).

Elämäntapaohjeistuksen antaminen nousi esille lähes jokapäiväisenä ohjauksen muotona perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa (vrt. Anderssen ym.2007, 4; Wanworner, French, Pereira & Welsh 2008, 5-54, Lindström ym. 2006, 1678; Poskiparta (2006). Motivoivan ohjauksen tarjoaminen ja motivoiminen liittyy läheisesti potilasohjaukseen. Tiedonantajat toivat esille potilaan/asiakkaan oman motivaation ja halun muutokseen (vrt. Kyngäs ym. 2007, 145; Kyngäs & Hentinen 2008, 28; Holmia , Murtonen,

Myllymäki & Valtonen 2008, 36 – 37; Ewles & Simnett 2003, 276 – 277.;Jallinoja 2009, 3561; Miller ym.2002, 38, Kettunen ym.2002, 213- 215.) Hyvä ohjaus tarjoaa potilaalle voimavaroja ja edesauttaa selviytymään juuri siinä elämäntilanteessa jossa hän on (vrt.Kassara ym. 2004,32.;Liimatainen, Hautala & Perko 2005,12; Kyngäs ym, 2007, 20; Kasila ym.2008; Renders ym. 2009, 2, 86). Tuomilehto ym.(2001, 1343-50) ja Oldroy ym(2006, 117-127) ovat tutkineet ohjauksen vaikuttavuutta ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Nämäkin tutkimukset tukevat keskeistä käsitettä ohjauksesta, lyhytinterventiosta ja motivoimisesta.

Myös fyysisen suorituksen parantaminen ja muutoshalukkuus tavoitteiden laatimisen myötä edesauttaa muutoksessa (vrt.Jackson ym. 2007, 27), jotka korostivat motivoivan haastattelumenetelmän ja käyttäytymisen muutosvaihevalmennuksen hallinnan tärkeyttä. Etenkin perusterveydenhuollon terveysasemilla ja ehkäisevässä terveydenhuollossa pitäisi enemmän korostaa potilaan omaa motivaatiota omaan hoitoonsa.

Potilaan /asiakkaan fyysisen ja psykososiaalisen kokonaistilanteen huomioiminen koettiin tärkeänä seikkana (vrt Lauri 2003, 3.; Kassara ym. 2004,32., Liimatainen ym. 2005,12;. Renders ym.2009; Hätönen 2010.) Etenkin ehkäisevässä terveydenhuollossa huomioidaan koko perhe ja ihmisen sen hetkinen elämäntilanne. Moniammatillinen ja monialainen yhteistyö nousi tuloksissa esille. (vrt. Kähärä 2003 ja Pietilä 2008.) Yhteistyöntekeminen ja moniammatillinen yhteistyö toisi selvää säästöä taloudellisesti ja toisi näkyville uusia toimintatapoja.

Erikoissairaanhoidon puolella nousi erikseen esille muun muassa lihavuusleikkausten lisääntyminen ja sen ohjaus. Tämän tapainen ohjaus kuuluu ainoastaan erikoissairaanhoidon. Esille tuli voisiko interventioiden kautta potilasta ohjata jo perusterveydenhuollon puolella aikaisemmin.

Terveyden edistämisen osaaminen on laaja-alaista ja monimuotoista. Se käsittää nykyisen osaamisen ja tulevaisuudessa tarvittavia uudenlaisia tapoja toteuttaa terveyden edistämisen osaamista eri organisaatioissa. Terveyden

edistämisen osaamisen painotukset, olemassa olevat osaamiset ja kehittämiset vaihtelevat jonkin verran sen mukaan, kummassa organisaatiossa työskennellään. Perusterveydenhuollon puolella voidaan katsoa olevan kahdenlaista toimintaa. Ehkäisevässä terveydenhuollossa, joka käsittää neuvolatoiminnan sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon terveyden edistämisen osaaminen näkyy terveiden lasten ja äitien ohjaamisena ja pitää sisällään koko ehkäisevän terveydenhuollon kirjon. Perusterveydenhuollon puolella potilaat taas ovat pääsääntöisesti sairaita. Lähtökohtaisesti potilaan ohjaus on erilaista ja monimuotoista.

7.2 Perusterveyden ja erikoissairaanhoidon terveyden edistämisen osaamisen kehittäminen

Tämän kehittämisprojektin tuloksena saatiin terveyden edistämisen osaamisen kuvauksia siitä, mitä tällä hetkellä osataan ja mitä tulevaisuudessa mahdollisesti pitäisi osata. Tulevaisuudessa tarvitaan ehdottomasti motivoivaa ohjausta. On tärkeää huomata yksilöllisyys ja potilaan/asiakkaan voimavaroja tukevia ohjausmuotoja, sillä miten hoitaja tarjoaa potilaalle/asiakkaalle voimavaraistavan ohjauksen siten, että potilas ottaa vastuun omasta terveydestään, voi olla kauaskantoiset vaikutukset hänen terveyteensä tai terveysvalintoihinsa.

Kehittämisen tuloksissa toivottiin etenkin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lähentymisen kehittämistä, verkostoitumista ja uudenlaisia toimintatapoja (vrt. Nurminen 2011,9). Hoitajien motivointitaitoihin kaivattiin uudenlaisia tapoja ja työkaluja (vrt. Kyngäs ym.2007, 20; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 253-254.) Hoitoaikojen lyhyys oli haaste ohjaukselle, ja siksi onnistunut potilasohjaus on merkittävässä roolissa sen kehittämisessä (vrt. Torkkola ym. 2002, 24). Tuloksissa tuli esille miten erilaisia koulutuksia tarvitaan vastaamaan tämän päivän tarpeisiin. On paljon kiinni siitä missä yksikössä työntekijä

työskentele ja minkäläistä osaamisvajetta yksikössä ilmenee. Koulutuksessa on tärkeää miettiä sen sisältöä ja vaikuttavuutta.

Erikoissairaanhoidossa kirjaamisen kehittämistä kaivattiin ja toivottiin yhtenäisempää linjaa myös eri ammattiryhmien ja potilaan hoidon jatkuvuuden vuoksi (vrt. Saranto ym. 2008, 132-133; Holma 2009, 24; Sonninen & Ikonen 2007, 77). Tiedonkulku ja kirjaaminen liittyvät läheisesti yhteen ja tuloksissa ne tulivatkin esille. Tähän toivottiin yhtenäisempää linjaa, selkeitä sabluunoita miten toimia yhtenevästi. Haasteena on eri potilastietojärjestelmät, jotka eivät keskustele keskenään, mutta myös se, että eri osastoilla on erilaisia tapoja kirjata ja mihin kirjataan potilaan tietoja.

Monialaisesti toteutettu yhteistyö yli organisaatorajojen potilaan/asiakkaan hoidossa on tätä päivää, mutta sen avulla pyritään vastaamaan myös tulevaisuuden erilaisiin haasteisiin (vrt. Nikander 2008, 288; Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 128; Isoherranen ym. 2008, 33-35.) Yhteistyötä kaivattiin ja sitä toivottiin myös lisättävän (vrt. Pitkälä 2006, 64-67). Yhteistyön tekeminen etenkin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on tärkeää etenkin potilaan hoidon jatkuvuuden vuoksi. Kun potilas liikkuu kummassakin organisaatiossa, olisi tärkeää, että tieto on ajantasaista ja kaikkien hoitoon osallistuvien saatavilla samanaikaisesti. Myös uusien toimintatapojen näkyväksi tekeminen mahdollistaisi laajemman toiminnan potilaan hyvinvoinnin tueksi.

Tärkeää on osata ottaa puheeksi arkaluonteisia asioita, jotka liittyvät läheisesti ohjaukseen. Arkaluonteisten asioiden, kuten esimerkiksi seksuaalisuuden puheeksi ottaminen ja puuttuminen potilaan elämäntapaan ovat asioita, joihin kaivattiin uudenlaisia työkaluja. Ei uskalleta ottaa puheeksi arkaluonteisia asioita. Seksuaalisuuden kohtaaminen ja puheeksiottaminen koettiin haastavaksi ja siitä toivottiin koulusta, kehittämistä ja mahdollisesti erityisosaaajaa (vrt. Magnan, Reynolds ja Galvin 2005; Aalto, 2002). Tämä nousi vahvasti esille etenkin erikoissairaanhoidon puolella.

Tietoteknologian hyödyntäminen tulevaisuudessa erilaisten koulutusmuotojen tarjoajana mahdollistaa uudenlaisia yhteistyöverkostoja ja työkaluja. Teknologian hyödyntämistä toivottiin etenkin esh:n puolella ja tiedonantajat toivatkin kehittämisideoita esille. Tietoteknologia mahdollistaa myös uuden tavan työskennellä terveyden edistämiseksi. Uudenlaisten toimintatapojen löytäminen, hyödyntäminen ja koulutus on tärkeää, mutta esteenä voi olla aika ja henkilöstoresurssit. Kustannusten huomioiminen voi olla esteenä jonkin uuden toiminnan aloittamiselle sekä myös sille, miten motivoitunut ja valmis henkilökunta on kehittämään omaa ja yksikönsä terveyden edistämisen osaamista. Pienikin panostus terveyden edistämiseen, näkyy selkeästi niin yksittäisen potilaan/asiakkaan kohdalla kuin myös väestön terveyshyötynä.

Uusien toimintatapojen käynnistämiseen tai erilaisten terveystekijöiden huomioon ottamiseen kehittämisessä kaivattiin uudenlaisia tapoja (vrt. Perttilä 2006, 14). Tämä liittyy läheisesti potilaan/asiakkaan ohjaamiseen ja motivoimiseen, mutta myös hoitajien asenteiden muuttumiseen. Tarvitaan erilaisia tapoja, työkaluja huomioida potilas yksilöllisesti. Yhteistyöntekeminen ja laajentaminen, verkostoituminen ja hyvien käytäntöjen jakaminen voisivat olla eräitä keinoja vaikuttaa uudella tavalla potilaan/asiakkaan motivoimiseen,

Myös tehokkuudessa pitää miettiä miten taloudelliset tulokset ja vaikutukset saadaan aikaan ja tehokkuus taas on riippuvainen siitä, miten tulokset saadaan maksimoitua tietyllä panoksella. Terveyden edistämässä tehokkuus on yhteydessä asiakkaan motivoitumiseen ja oikeaan aikaan annettuun ohjaukseen. (Pietilä ym.2002, 287.)

Potilaiden/asiakkaiden välillisiin terveystekijöihin pitäisi tulevaisuudessa kiinnitetään huomiota, jolloin asiakkaiden muutokset terveystottumuksiin tulisivat näkyviksi. Silloin myös terveyden edistämisen muutos näkyisi potilaan/asiakkaan motivaationa ja tiedon saannin lisääntymisenä sekä taitona käyttää uusia toimintatapoja terveyttä edistävällä ja ylläpitävällä tavalla.

Tulevaisuudessa tulisi kehittää potilasohjausta siten, että hoitajilla olisi enemmän profiloitiosaamista ja että, he osaisivat nähdä mihin yksilöllä on

voimavaroja ja millä menetelmillä hän on parhaiten sitoutunut ja motivoitunut omaehtoiseen hoitamiseen. Terveiden edistäminen tulisi olla osa arkea, joka on nivoutunut kaikkeen toimintaan, ei niinkään erillinen osa potilaan/asiakkaan hoitoa.

Kehittämisessä toivottiin keskeisesti ohjauksen ja motivointitaitojen kehittämistä. Erikoissairaanhoidon kirurgian klinikalla oli myös samansuuntaisia kehittämisajatuksia. Sama asia nousi myös koulutuksen kehittämisessä esille. Tämä oli aikaisempien tutkimustulosten ja nyt esille tulleiden tulosten kanssa yhdensuuntainen. Hoitohenkilökunta kohtaa päivittäin potilaita/asiakkaita työssään ja he antavat potilasohjausta usein, mutta silti siihen kaivattiin uusia työkaluja.

Osaamiskartta luo yhteisen näkemyksen organisaation osaamisesta. Strategiaan kirjatut tavoitteet konkretisoituvat ja henkilöstöryhmät voivat täydentää toisiaan. (VSSH Osaamisen kehittämissuunnitelma 2010, 7-8.) Terveiden edistämisen osaamiskartan tuominen konkreettisesti näkyväksi yksikköihin mahdollistaa sen käyttämisen kehityskeskustelun tukena, perehdytyksessä, oman osaamisen tarkastelussa ja koulutuksen suunnittelussa.

Tulevaisuudessa tarvitaan laaja-alaista osaamista ja uudenlaisten potilasryhmien kohtaamista, etenkin päihteet ja ikääntyneet ja monisairaat potilaat tuovat haasteita. Tarvitaan uudenlaisia keinoja tehdä työtä erilaisissa työympäristöissä yhteistyössä eri sektoreiden kanssa potilaan/asiakkaan terveyden edistämiseksi. Terveiden edistämisen osaaminen on haastavaa ja olisi tärkeää huomata ja huomioida jo varhaisessa vaiheessa erilaiset mahdollisuudet vaikuttaa potilaan/asiakkaan terveysvalintoihin.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

8.1 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tullaan arvioimaan laadullisen tutkimuksen näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi tulee olemaan tutkijan oman toiminnan kriittistä analysointia ja se sisältää koko tutkimusprosessin kulun (Tuomi & Sarajärvi 2009, 160).

Ryhmähaastatteluilla on merkitystä silloin, kun halutaan selvittää, miten haastateltavat muodostavat kannan johonkin ajankohtaiseen kysymykseen. Tietoa saadaan samanaikaisesti usealta vastaajalta. Ongelmia saattaa syntyä silloin, kun muutama haastateltava dominoi ryhmässä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 62-63.)

Haastattelykysymyksillä pyrittiin luomaan haastateltaville mahdollisuus esittää asiantuntemustaan ja haastattelutianteet olivat rauhallisia ja keskustelunomaisia, ilmapiiriltään avoimia. Aineiston luotettavuutta voidaan arvioida miten aineisto on kerätty, mittaumenetelmien sekä tutkimustulosten pohjalta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 149.) Tutkimuksen validiteettia tarkasteltaessa on huomioitava, onko tutkittu sitä mitä on haluttu tutkimuksella tutkia. Uskottavuutta voidaan myös arvioida sisäisen validiteetin avulla. Siinä arvioidaan miten tiedonantajat on valittu, miten hyvin tutkimuksen todellisuus on toteutunut sekä miten teoreettiset käsitteet on yhdistetty tutkimuksessa havaittaviin mitattaviin ominaisuuksiin (Burns & Grove 2001, 231.) Tutkimuksen laatua taas voidaan arvioida tutkimustulosten esittämässä siten, että niiden perusteella voidaan etsiä erilaisia ja vaihtoehtoisia tulkintoja (Graneheim & Lundman 2004, 110).

Uskottavuuden arvioinnissa hyödynnettiin tässä tutkimuksessa tiedonantajien asiantuntijuutta saataessa johdon näkemys esille terveyden edistämisessä. Tiedonantajien antama tieto oli merkittävä tutkimuksen kannalta. He myös osoittivat tietämystä, kiinnostusta, erilaista näkemystä sekä halua vaikuttaa tulevaisuuden terveyden edistämisen osaamisen kuvaamiseen (Burns & Grove 2001, 231; Kuula 2008, 108).

Luotettavuus tulee esille myös siinä, miten selkeästi, luottamuksellisesti tai ymmärrettävästi kehittämisprojektin eteneminen pystytään kuvaamaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 134-138). Aineistosta saatu tieto on verrannollista siihen, miten kehittämisprojektissa tutkija on saavuttanut tutkittavan ilmiön. Haastavaa on kuvata mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä sekä osoittaa aineiston ja tulosten välinen yhteys. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2004, 36.)

Tutkimuksen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja tutkittavat pystyivät keskeyttämään tutkimuksen halutessaan. Tutkimukseen osallistujille ei aiheutettu vahinkoa ja heidän identiteettinsä ei tullut esille tutkimuksessa. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Luotettavuuden varmistamiseksi tutkimuksellinen osio suunniteltiin, toteutettiin ja raporttiin yksityiskohtaisesti ja huolellisesti. (vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 266.)

Tutkimus raportointiin rehellisesti ja tarkasti. Aineiston käsittely ja säilytys pysyi koko tutkimuksen ajan vain tutkija omassa tiedossa. Tutkimusaineiston analysointi on pyritty tekemään mahdollisimman tarkasti ja tutkimustulokset on kirjoitettu siten, miten tiedonantajat ovat asian esittäneet. Haastattelun analysoimisessa on käytetty tiedonantajien omia lausumia. Ne on esitetty siten, ettei tiedonantajien henkilöllisyys tule esille.

8.2 Eettisyys

Edellytyksenä tutkimuksen eettiselle hyväksyttävyydelle, luotettavuudelle ja tulosten uskottavuudelle on se, että tutkimus tehdään noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2006, 3).

Tutkimusaiheen valintaa voidaan arvoida eettisyyden näkökulmasta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Kehittämisprojektia tehtäessä tutkijaa ohjaavat samat arvot ja periaatteet kuin missä tahansa muuallakin. Kehittämisprojektin eettisistä perusvaatimuksista on usein kyse eettisten periaatteiden soveltamisesta

projektin eri vaiheisiin (Pietarinen 2002, 58). Tämän kehittämisprojektin tekemisessä noudatettiin eettisiä periaatteita kaikissa sen vaiheissa.

Tässä kehittämisprojektissa toimeksiantajina olivat Turun yliopistollisen keskussairaalan kirurgian klinikka sekä Turun perusterveydenhuolto ja kehittämisprojekti oli perusteltu. Tämä kehittämisprojekti oli osa laajempaa VSSHP:n Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojekti (Hoi-Pro) 2009-2015-hanketta. Hoi-Pro-hankkeessa oli mukana Turun Ammattikorkeakoulu. Lisäksi tässä kehittämisprojektissa mukana oli Turun perusterveydenhuolto. Tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon terveyden edistämisen osaamisesta. Aihe oli perusteltu, koska aikaisemmin terveyden edistämisen osaamista ei ole kuvattu. Tutkimustulosten avulla saatiin tietoa, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa terveyden edistämisen osaamisen kehittämisessä. Tutkimuksellista osiota voidaan hyödyntää molemmissa organisaatioissa ja se on sovellettavissa myös muihin organisaatioihin.

Kehittämisprojektin tutkimusosion tutkimuslupien puollot myönnettiin kirurgian klinikan ylihoitajan, ylilääkärin sekä perusterveydenhuollon ylihoitajan kautta. Näissä yksiköissä myös tutkimus suoritettiin. Tutkimusluvat saatiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä sekä Turun perusterveydenhuollosta. Molemmissa organisaatioissa lupamenettely toteutui organisaatioiden ohjeiden mukaisesti. Tutkimus ei kohdistunut potilaisiin. Keskeistä on tutkimukseen osallistujan vapaaehtoisuus tutkimukseen sekä mahdollisuus poistaa omia ilmaisujaan tutkimuksesta.

Tiedonantajina toimivat kummankin organisaation osastonhoitajat ja tiedonantajille tiedotettiin tutkimuksesta. Tutkija kävi esittelemässä kehittämisprojektia molemmissa organisaatioissa. Näin tiedonantajat pystyivät seuraamaan tutkimuksen kulkua. Tiedonantajien suostumus perustui vapaaehtoisuuteen (Tutkimuksen eettinen arviointi suomessa 2006, 3).

Haastatteltavien vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti ja nauhoitusmateriaali tuhottiin ohjeiden mukaisesti.

9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS

Kehittämiprojektin tuotoksen tarkoituksena on saada terveyden edistämisen osaaminen näkyväksi ja määritellä tulevaisuudessa tarvittava terveyden edistämisen osaaminen. Uuden osaamisvalikoinnin laatiminen osoittaa toiminnan kriittiset tekijät ja tulevaisuuden tarpeet. Uusien haasteiden ja tarpeiden esille nouseminen vaativat organisaation määrittelemään työvaatimuksia. Uudenlaisen osaamisen kuvaaminen on tulevaisuuteen tähtäävää ja sitä voidaan hyödyntää mm. kehittämissuunnitelman laadinnassa. (Hätönen 2010, 10, Berio & Hatzallah 2007, 199-209.)

9.1 Asiantuntijapaneeli

Asiantuntijapaneliryhmälle toimitettiin haastattelujen tuloksena saadut luokitukset sähköpostitse 30.10- 6.11.12 välisenä aikana. Kysely toteutettiin Webropol-kyselynä.

Kyselylomake (liite 6) muodostui niistä haastattelututkimuksen tuloksena syntyneistä alakategorioista, jotka kuvasivat nimenomaan terveyden edistämisen osaamisia. Panelistejä pyydettiin arvioimaan 5-portaisella välimatka-asteikolla kunkin osaamisen (yhteensä 40) tärkeyttä suhteessa siihen, minkälaista terveyden edistämisen osaamista sairaanhoitaja/terveydenhoitaja/kätilö tarvitsee nyt ja tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Lisäksi mukana oli kaksi avointa kysymystä, joissa vastaajan oli mahdollista kommentoida/perustella eri osaamisten tärkeyttä sekä esittää muita, kyselylomakkeessa mainitsemattomia terveyden edistämisen osaamisia. Kysely lähetettiin kahdeksalle asiantuntijapanelistille ja heistä viisi vastasi kyselyyn.

Yksi vastaaja vastasi avoimiin kysymyksiin. Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä vastaaja koki, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitajilta vaaditaan erilaista osaamista eri osa-alueilta. Toiseen avoimeen kysymykseen vastaajan mukaan verkostoituminen on tärkeää ja perusterveydenhuollossa olisi kiinnitettävä huomiota enemmän ennalta ehkäisevään toimintaan ja erikoissairaanhoidossa jo olemassa olevien sairauksien tukemiseen ja elämänlaadun parantamiseen. Vastaajan mukaan psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen korostuu nyt ja tulevaisuudessa.

Muu aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen SPSS-Windows-tilasto-ohjelmaa ja taulukkolaskentaohjelmaa. Tulokset esitetään keskiarvoina taulukossa (taulukko 4). Keskiarvotarkastelu kertoo sen, että lähes kaikkia terveyden edistämisen osaamisia pidettiin tärkeinä. Osaamiset liittyivät potilaan/asiakkaan käyttäytymisen vaikuttamiseen sekä potilaan/asiakkaan fyysisen ja psykososiaalisen kokonaistilanteen tuntemiseen. Myös laaja-alaisen yhteistyön merkitys korostui keskiarvotarkastelussa. Tulokset vaihtelivat keskiarvojen 3.40 ja 5.00 välillä. Kaikki tulokset, jotka jäivät alle 4,6 keskiarvon, jätettiin pois kartasta. Tuloksissa hoitajan vuorovaikutus asiakkaan kanssa, rokotukset, kyky tunnistaa potilaan ongelmia, organisaatioiden rajat ylittävä yhteistyö, tiedonkulku organisaatioiden välillä ja hoitajan itsensä kehittäminen arvioitiin tärkeimmiksi, eli keskiarvolla 5.

Taulukko 4. Terveysten edistämisen osaamisten keskiarvot (n=5)

(1= ei lainkaan tärkeä 5=erittäin tärkeä)

	Terveysten edistämisen osaamiset	Ka
1.	Elämäntapaohjaus	4,80
2.	Hoitoonohjaus	4,60
3.	Tavoitteiden laadinta	4,60
4.	Vertaistuen järjestäminen	3,80
5.	Ptn/asiakkaiden motivointi	4,80
6.	Vaikeiden sairauksien huomioiminen terveyttä edistävää ohjausta annettaessa	4,80
7.	Sairaanhoitollisiin toimenpiteisiin liittyvä ohjaus	4,80
8.	Leikkauspotilaan yleinen pre- ja postoperatiivinen ohjaus	4,80
9.	Leikkaushoidon ja elämäntavan väliseen yhteyteen liittyvä ohjaus	4,40
10.	Leikkauksiin liittyvä spesifi ohjaus	4,80
11.	Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö	4,60
12.	Ohjauksen mitoitus ja ajoitus	4,60
13.	Potilaan ohjauksen tarpeen arviointi	4,80
14.	Hoitajan vuorovaikutus asiakkaan kanssa	5,00
15.	Hoitajan oma esimerkki	4,20
16.	Rokotukset	5,00
17.	Lyhytinterventiot	4,40
18.	Arkaluontoisten asioiden puheeksi ottaminen	4,40
19.	Asiakkaan voimavarojen tunnistaminen	4,80
20.	Kulttuurin huomioiminen	4,60
21.	Asiakkaan taustan selvittäminen	4,20
22.	Sairauksien huomioiminen terveyden edistämisen yhteydessä	4,80
23.	Erialaisten testien ja kyselyjen käyttö hoidon tarpeen arvioinnissa	4,20
24.	Kyky tunnistaa potilaan ongelmia	5,00
25.	Toimintaa ohjaavien säädösten tunteminen	4,20
26.	Organisaatioiden rajat ylittävä yhteistyö	5,00
27.	Erialaisten ammattiryhmien välinen yhteistyö	4,80
28.	Tiedonkulku organisaatioiden välillä	5,00
29.	Kirjaaminen	4,60
30.	Ohjauksen vaikuttavuuden arviointi	4,80
31.	Elämyksellisyyden lisääminen terveyden edistämiseen	3,40
32.	Asiakkaan päätöksenteon tukeminen	4,60
33.	Hoitajan itsensä kehittäminen	5,00
34.	Potilaan kokonaistilanteen tunteminen	4,60
35.	Palvelujärjestelmä-verkoston tunteminen	4,60
36.	Rajapintatyöskentely yhdyshenkilöiden kanssa	4,60
37.	Yhteistyö erikoissairaanhoitoiden ja perusterveydenhuollon välillä	4,80
38.	Yhteistyö lääkäreiden kanssa	4,60
39.	Yhteistyö terveyden edistämisen yksikön kanssa	4,20
40.	Monialainen yhteistyö	5,00
	Keskiarvo yhteensä	4,62

Ka= keskiarvo

9.2 Osaamiskartta

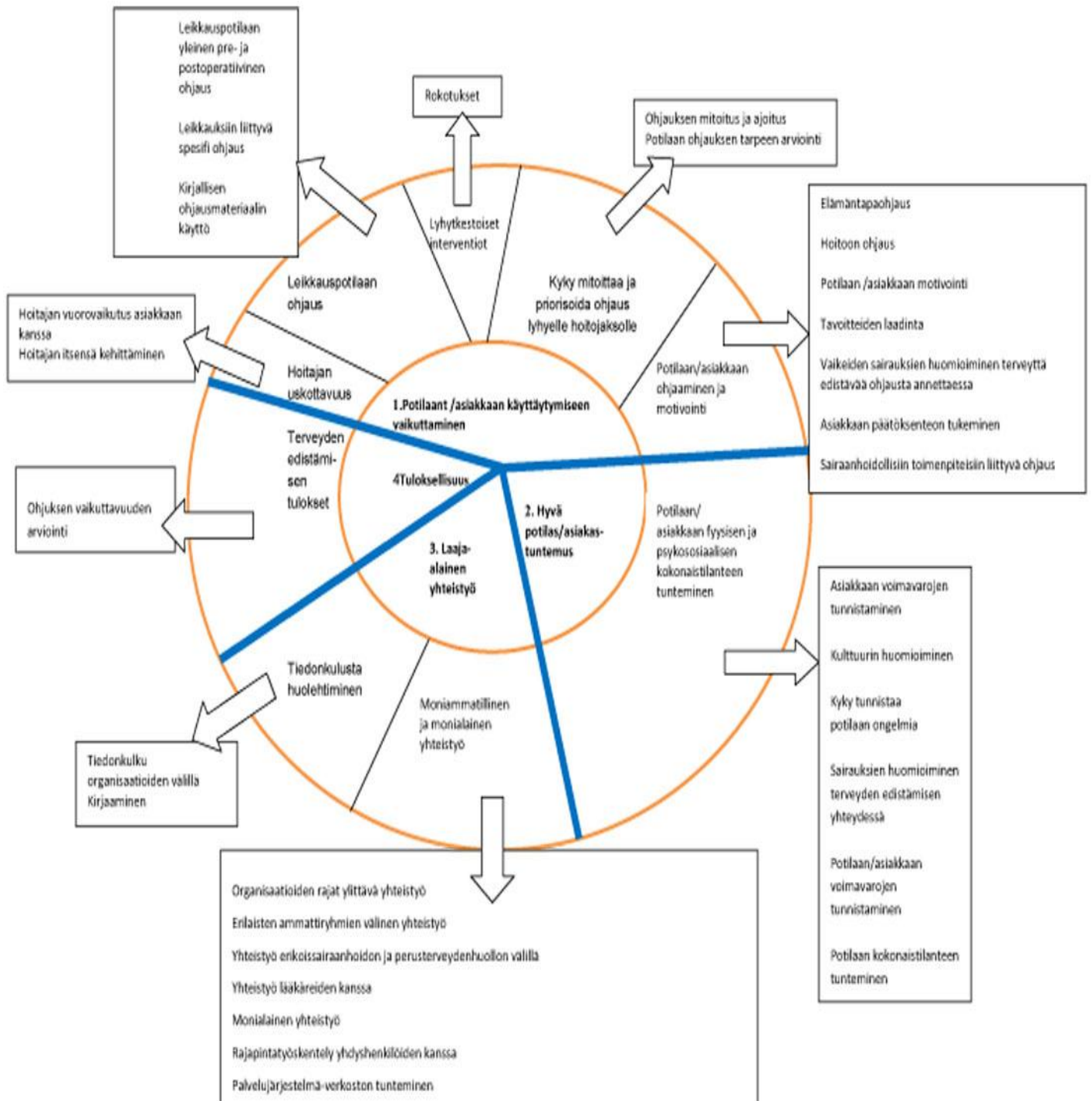
Osaamiskarttaan valikoitui terveyden edistämisen osaamisia keskiarvon perusteella. Kaikki terveyden edistämisen osaamiset koettiin tärkeiksi, mutta raja vedettiin siihen, miten kysymykset vastasivat osaamiskartan tarkoitusta. Osaamiskartta on tarkoitettu perehdytyksen, kehityskeskustelun ja täydennyskoulutuksen tukemiseksi.

Osaamiskarttaan valikoidut osaamiset liittyvät potilaan/asiakkaan käyttäytymisen vaikuttamiseen, hyvään potilas/asiakastuntemukseen, laaja-alaiseen yhteistyöhön ja hoidon jatkuvuudesta huolehtimiseen sekä tuloksellisuuteen. Tärkeimmiksi osaamisiksi valikoituivat: rokotukset, hoitajan vuorovaikutus asiakkaan kanssa, kyky tunnistaa potilaan ongelmia, organisaatioiden rajat ylittävä yhteistyö, tiedonkulku organisaatioiden välillä, hoitajan itsensä kehittäminen ja monialainen yhteistyö.

Kuviossa 3 on kuvattu terveyden edistämisen osaamiskartta. Osaamiskartassa sisimpänä ovat osaamisen luokitukselta tulleet neljä ydinkategoriaa. Uloimpana ympyrässä ovat terveyden edistämisen osaamisen yläkategoriat ja niiden yhteydessä laatikoissa kuhunkin yläkategoriaan liittyvät alakategoriat. Varsinainen osaamiskartta on siis laatikoissa. Yksinomaan laatikoita ei kuitenkaan haluttu esittää, vaan pidettiin tärkeänä havainnollistaa, mihin laajempaan kokonaisuuteen (luokkaan) osaamiskartan eri asiat kuuluvat.

Osaamiskartassa on mukana myös osaamisia terveyden edistämisen kehittämisen luokista: hoitajan itsensä kehittäminen, asiakkaan päätöksenteon tukeminen, potilaan kokonaistilanteen tunteminen, palvelujärjestelmä-verkoston tunteminen, rajapintatyöskentely yhdyshenkilöiden kanssa, yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, yhteistyö lääkäreiden kanssa ja monialainen yhteistyö. Hoitajan itsensä kehittäminen liittyy hoitajan uskottavuuteen, asiakkaan päätöksenteon tukeminen taas potilaan/asiakkaan motivointiin ja potilaan kokonaistilanteen tunteminen liittyy hyvään potilas/asiakastuntemukseen. Palvelujärjestelmä-verkoston tunteminen,

rajapintatyöskentely yhdyshenkilöiden kanssa, yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, yhteistyö lääkäreiden kanssa sekä monialainen yhteistyö liittyvät moniammatilliseen ja monialaiseen yhteistyöhön.



Kuvio 3. Terveyden edistämisen osaamiskartta.

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTIA

Kehittämiprojektin tavoitteena oli kuvata terveyden edistämisen osaaminen Turun Yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) erikoissairaanhoidon kirurgian klinikalla sekä Turun kaupungin perusterveydenhuollossa terveystieteiden yksikössä yhdeksällä terveysasemalla ja ehkäisevän terveydenhuollon yksiköissä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Kehittämiprojektin tarkoituksena oli tuottaa terveyden edistämisen osaamiskartta, jota kummankin organisaation edustajat voisivat hyödyntää jatkossa terveyden edistämisen osaamisen kehittämisessä. Kehittämiprojekti muodostui tutkimus- ja kehittämisosioista. VSSHP:n kirurgian klinikka ja Turun perusterveydenhuolto toimivat kehittämiprojektin tilaajina ja määrittelivät myös aiheen. Osaamiskartta toimitetaan VSSHP:n kirurgian klinikan sekä Turun perusterveydenhuollon hyödynnettäväksi henkilöstön terveyden edistämisen osaamisen kehittämisen avuksi. Osaamiskarttaa voidaan hyödyntää myös perehdytyksessä, kehityskeskusteluissa sekä täydennyskoulutuksessa.

Projektisuunnitelmaa tarkasteltiin matkan aikana ja joitakin suunnitelmia muutettiin aikataulullisista syistä. Alun perin piti tutkimusmenetelmänä käyttää kolmivaiheista Delfoi- menetelmää, mutta tästä luovuttiin aikataulullisista syistä. Riskianalyysissä arvioitiin projektin onnistumiseen liittyviä sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä. Mikään hanke ei koskaan ole täysin riskitön, ja voimavarat ja riskit kannatta tiedostaa, silloin niihin on myös helpompi vaikuttaa. (Silfverberg 2005, 47.) Swot – analyysiä käytettiin apuna tässä kehittämiprojektissa ja uhat ja mahdollisuudet kartoitettiin hyvissä ajoin ennen toteuttamista. (vrt. Arnkill 2006).

Ohjausryhmän keskeisiä tehtäviä on valvoa hankkeen etenemistä, arvioida sen tuloksia ja hoitaa tiedonkulku projektin ja muiden tahojen välillä. Projektiryhmä tarjoaa ohjausta ja tukea projektipäällikölle. (Silfverberg 2005, 49-50.) Tässä kehittämiprojektissa projektiryhmän ja ohjausryhmän tehtävät oli määritelty etukäteen.

Kehittämiprojektin projektipäällikkönä toimi loppuraportin tekijä. Hänen vastuullaan oli projektin eteneminen Projektiryhmän kaksi jäsentä toimi projektipäällikön työelämänmentoreina ja kaksi jäsentä kehittämiprojektin yhdyshenkilöinä. Yksi jäsen toimii projektipäällikön tuutorina ja hän vastasi ohjauksesta. Tiedonantajat osallistuivat työaikana tutkimukseen. Kehittämiprojektin tilaajat tarjosivat maksuttomat kokoukset.

Kehittämiprojekti oli kertaluonteinen, tarvelähtöinen ja kestoltaan koko koulutuksen kestävä prosessi. Rinnakkaiset toiminnot aiheuttivat etenkin aikataulullisia haasteita. Projektiryhmän jäsenten koollekutsuminen oli haasteellista, koska jäsenten tehtävät muuttuivat kehittämiprojektin aikana. Myös projektipäällikkönä toimiminen oli uutta, mutta uusien asioiden kautta mahdollistui uudenlaisia asioita, joita on pysytty hyödyntämään omassa työssä. Hankkeesta oltiin myös yleisesti kiinnostuneita ja opinnäytetyön tekijän oma motivaatio ja innostus toimivat taustalla vahvuuksina.

Toimiminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatioiden eri asiantuntijoiden kanssa tutkimuksen aikana loi pohjaa työskennellä terveyden edistämisen muuttuvilla areenoilla ja nähdä aitiopaikalta konkreettisesti terveyden edistämisen osaamista terveydenhuollossa. Tutkimuksen uskottavuutta lisäsi myös tutkijan itsensä toteuttama aineiston kerääminen ja analysoiminen. Tutkimusprojektin tutkimuksellinen osion kesto oli 11 kuukautta. Aika on laskettu tutkimussuunnitelman jättämisestä Turun perusterveydenhuoltoon. Aikataulu oli tiivis ja ajallisesti tutkija joutui tekemään lyhyessä ajassa enemmän kuin oli alun perin suunniteltu.

Tämän kehittämiprojektin tuloksena saatiin terveyden edistämisen osaamiskartta, jota voidaan hyödyntää molempien organisaatioiden terveyden edistämisen osaamisen kehittämisessä. Tuloksissa kaikki terveyden edistämisen osaamiset olivat tärkeitä, mutta raja vedettiin siihen, miten kysymykset vastasivat osaamiskartan tarkoitusta.

Tämän pohjalta olisi ehkä ollut perusteltua miettiä tulosten rajausta jo aikaisemmin. Vastausten kohdalla miettiin myös mihin terveyden edistämisen

osaamiskartta oli alun perin suunniteltu. Osaamiskartta on tarkoitettu perehdytyksen, täydennyskoulutuksen ja kehittämisen tueksi. Lopputuloksen kannalta osaamiskartta tuskin olisi toisenlainen, jos kaikki kahdeksan panelistia olisivat vastanneet kyselyyn. Osaamiskartan avulla pysytään paremmin avaamaan keskustelua terveyden edistämisen osaamisesta yleisesti. Terveyden edistämisen osaamiskartta vahvistaa nyt ja tulevaisuudessa kaikenlaisen vuorovaikutuksen tarpeellisuuden ja sen kehittämisen.

LÄHTEET

Aalto, S. 2002. Sairaanhoidtaja seksuaaliterveyden edistäjänä sisätauti-kirurgisella vuodeosastolla, hydrinen käsiteanalyysi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu-tutkielma.

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

Ahonen, P., Pohjola, M. & Suvivuo, P. 2011. Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Nurminen, R 2011.Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 113. Tampereen Yliopistopainos Oy- Juvenes Print: Tampere, 103.

Aittasalo, M. 2008. Promoting physical activity of working aged adults with selected personal approaches in primary health care: feasibility, effectiveness and an example of nationwide dissemination. Jyväskylän yliopisto.Väitöskirja. Viitattu 20.4.2012. <http://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/18620>

Anderssen, S., Areskog, N-H.,Engström, L- M., Harms- Ringdahl, K., Kristiansen, I. & Kukkonen- Harjula, K. 2007. Methods of promotion physical activity.A systematic review. The Swedish council on technology assessment in health care. Viitattu 20.4.2012. <http://lib/stakes.fi/ohtonen/>

Antonovsky, A. 1979. Healt, stress and coping. Jossey –Bass, Publishers, San Francisco.

Antonovsky, A. 1991. The structural sources of salutogenic strengths. Teoksessa: Cooper GL, Payne R, toim. Personality and stress: Individual differences in the stress process. Biddles Ltd, Guilford and King`s Lnn, Great Britain.

Arnkil, T. 2006. Mapping Out Good Practice – and How Can we learn from it? An Overview of the debate, themes and networks of good practice transfer. (Viitattu 1.10.2011) www.urbact.org/upload/mod.

Berio, G.& Harzallah, M. 2007.Towards and integrating architecture for competence management Computers in Industry. 58, 199-209.

Bowling A. 2002. Research methods in health. Investigating health and health services. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Boyazcis. R. E.2008. Competencies in the 21 st. centry, Journal of management Development 27 (1), 5-12.

Britt, E., Hudson, S.M. & Blampied, N.M. Motivational interviewing in health settings: a review. Patient Education and Counseling 2004:53(2):147-155.

Burns.N. & Grove, S.K. 2005. The practice of Nursing Reserch. Conduct, Critique & Utiliation. (4.th ed).Philadephia. W.B. Saunders Company.

Bäck-Petterson, S., Hermansson, E., Sernert, N. & Björkelund, C. 2008. Reearch priorities in nursing- in Delphi-stydy among Swedish nurses. Journal of Clinical Nursing 17, 2221-2231.

Carpenter, J. & Bell, S. 2002. What Do Nurses Know About Teaching Patients? Journal for Nurses in Staff Development 18 (3), 157-161.

Civiljak, M., Sheik, A., Stead, L. & Car, J.2010. Interent-based interventions for smoking cessation.

Clark, M., Hampson, S.E., Avery, L. & Simpson, R. 2004. Effects of a prief tailored intervention on the process and predictors of lifestyle behaviour change in patients with type 2 diabetes. Psychology Health Medicine, November 2004,9/4:440- 449.

Dowding, D. & Thompson, C. 2003. Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. Scandinavian Journal of Caring Sciences 44 (1), 49-57.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2007. The qualitative content analysis proses. Journal of Advanced Nursing 62 (1), 107- 115.

Ewles, L. & Simnett, I. 2003. Promoting health – A practical guide. 5. painos. Baillière Tindall, Edinburg.

Finlex.2011. Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Ajantasainen lainsäädäntö. Saatavissa Internet-osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Flink, A. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Analyysimentelmän probelmatiikkaa fenomenologisessa tutkimuksessa. Hoitotiede.21 (1), 67-77.

French, p., Ho,Y-O. & Lee, L-S. 2002. a Delphi survey of evidence –based ursoring priorities in Hong Kong. Journal of Nursing Management.10, 265-273.

Graneheim. U.H & Lundman, B.2004. Qualitative Content analysis in nursing research: Concepts, precedures and measures to achieve trestworthiness Nurse Education Today, 24, 105-112. .

Heikkinen, K.2011. Turun Yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.

Helakorpi, S., Paavola, M., Prättälä, R. & Uttela, A. 2009. Suomalaisen aikuiväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2008. Raportti 2/2009.Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.Viitattu 20.4.2012.<http://www.th.fi/thlclient/pdfs/deb684e6-d94f-4724-96d1-9f382492ac54>

Hilden, R.1999.Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyYTEEN vaikuttavat tekijät. Acta Universitatis Tamperensis 706. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Akateeminen väitöskirja.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H.2008. Tutkimushaastattelun teoria & käytäntö. Yliopistopainos: Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelun teoria & käytäntö. Yliopistopainos: Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P.& Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holma, T. 2009 Moniammatillinen kirjaaminen. Dia-esitys: Kuntaliitto

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. – 6. painos. WSOY, Helsinki.

Häkkinen, E. 2007. Terveyden edistäminen ja sen johtaminen sairaalalahenkilöstön kuvaamana, Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Hätönen, H. 2003. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Helsinki: Edita Prima.

Hätönen, H. 2010. Patient education to support the self-management of patients with mental illness. Turun yliopisto: Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.

Hyrkäs, K., Appelqvist- Scmidlechner, K. & Kivimäki, K. 2005. Firsty-line managers` vies of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in helat care? Journal on Nursing management 13, 209- 220.

Illanne- Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, T. & Rönnemaa, T. 2003. Diabetes. Duodecim. Diabetesliitto. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Irvine, F.2005. Exploring district nursing competencies in health promotion:The use of the Delphi technique. Journal of Clinical Nursing.14, 965-975.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy

Jackson, R., Asimakopoulou, P. & Scammell, A. 2007. Assessment of the transtheoretical model dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. The British Dietetic Association Ltd 2007. J Hum Nutr Diet 20: 27- 36.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., Patja, K., 2007. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses Scandinavian Journal of Primary Health Care 2007 25) 244-249.

Kasila, K., Poskiparta, M., Karhila, P. & Kettunen, T. 2003. Patients readiness of dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment The British Dietetic Association Ltd. J-Hum Nutr Dietet, 2003, 159-166.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.

Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila, P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14(5):213–222.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008: 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.4.2012. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/julkaisu/1064075#fi>

Kivistö, K., Rankinen, S., Johansson, K., Virtanen, H. & Leino-Kilpi, H. 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. Hoitotiede 1(22), 13-22.

Koponen, P. - Hakulinen, T. - Pietilä, A-M. 2002. – Asiakas ja terveyspalvelut. - Teoksessa Terveiden edistämisen uudistuvat työmenetelmät (toim. A-M. Pietilä. - T. Hakulinen, - E. Hirvonen. - P., Koponen. - E-M. Salminen. - K. Sirola.) Helsinki: WSOY.

Koskinen-Ollonqvist, P., Aalto-Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P., Parviainen, H., Saikkonen, P. & Tamminiemi, K. 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveiden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa. Terveiden edistämisen julkaisu 2. Helsinki.

Koskinen – Ollonqvist, P., Peltö-Huikko, A., Rouvinen- Wilenius, P. 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveiden keskuksen julkaisu 4/05. Oy Trio-Offset Ab.

Kosklin, R. 2011. Tulevaisuuden osaaminen Vatsa-toimialueella. Teoksessa Nygren, P. & Nurminen, R. (toim.) 2011. Tulevaisuuden osaaminen Varsinais-

Suomen sairaanhoitopiirissä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 114. Tampereen yliopistopainos Oy- Juvenes Print: Tampere, 50–51.

Kotisaari, S., Hakamäki, P., Rigoff, A-M. & Wiss K. 2008. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy sisätautien vastuualueella. Jukaisematon raportti Prkanmaan sairaanhoitopiiriin ja Stakesin yhteistyöstä 2007-2008.

Kukko.M., Yliniemi, T., Okkonen, J. & Hannula, M. 2004. Osaamisen ja tietämyksen hallinnalla kilpailukykyä-käytännön toteutus suomalaisessa suuryrityksessä. Tampere: Cityoffset Oy.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy

Kummel, M. 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveystyötytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Kurki, J. 2010. Sairaanhoitajan osaaminen akuutin sepelvaltimopotilaan hoitotyössä sydänhoitolinjalla. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kuusi, O. 2002. Delfoi-mentelmä. Teoksessa. Kempainen, M., Kuusi, O. & Söderlund, S. (Toim.) Tulevaisuuden tutkimus. Perusteet ja sovellukset. Helsinki: Kirjaka, 204- 225.

Kähärä, M-L. 2003. Terveyden edistämisen asiantuntijuus korkeakouluopinnoissa osa 1. Terveyden edistämisen keskus. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 5/2003. Helsinki: Trio-Offset. Viitattu 25.4.2012 http://www.health.fi/content/files/jul_laa_te-raporttiosa1.pdf.

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

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

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus –tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 2006/10, 6-9.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit, Helsinki.

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Lancaster, T. & Stead, L. 2005. Individual behaviour counselling for smoking cessation.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. &

Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Leino-Kilpi, H. 2008. Ehkäisevä terveydenhuolto ja etiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H & Välimäki, H. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Leino, I. & Wiirilinn, U. 2007. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä Salon seudulla. Turun kaupungin painatuskeskus, Turku.

Lindström, J., Illanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J., Hemiö, K., Hämäläinen, H., Härkönen, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Mannelin, M., Paturi, M., Sundvall, J., Valle, T., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2006. On behalf Finnish Diabetes Prevention Study Group. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006;368: 1673-1679.

Lindström, B. & Eriksson, M. 2008. Salutogeneesin teoria nostaa hyvän elämän voimavarat esiin. *Suomen lääkäri* 6, 517-519.

Lindström, B. & Eriksson, M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen. Teoksessa Pietilä, A-M (toim.) *Terveyden edistäminen*: Helsinki: WSOY.

Liimatainen L. 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. Väitöskirja.

Löfsted, U. 2001. Competence Development and Learning Organizations and Methods System Research and Behavioral Science 18 (1), 15-125.

Magnan, M., Reynolds, K., Galvin, E. 2005. Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *MedSurgical Nursing*. October 2005.

Mailman terveysjärjestö. WHO 2004. Standardit terveyden edistämiseen sairaaloissa. www.euro.who.int/healthprohosp. Luettu 12.7.2011

Meretoja, R. 2003. Nurse competence scale. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.

Miller, W.R. & Rollnick, S. 2002. Motivational interviewing. New York. Guilford Press.

Newman.M.1994.Terveymalli. Teoksessa A Marrier-Toney (toim.)Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä.Vammala: Sairaanhoidajan koulutussäätiö.

Nieminen.I.2007.Valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma.

Nikander, P. 2003 Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, no. 40/2003..

Nurminen, R.2011. Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 114.Tampereen yliopistopainos Oy-Juvenes Print, Tampere

Oldroyd., J.C., Unwin,N.C., White., M., Mathers.J.Cb. &Alberti K.G.M.M. 2006. Diabetes Research and Clinical Practice. 72,117–127.

Otala, L-M. 2008.Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. WSOY: Helsinki.

Ottawa Charter for Health Promotion 1986. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada 21 November. Viitattu 24.4.2011. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Paakkonen, H.2008. The contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses. Experts Perceptions Using Delphi-tekniique. University of Kuopio. Department of Nursing Science. Doctoral dissertation.

Paronen, O. & Nupponen, R.2005. Terveydne ja liikunnan edistäminen.206-215. Teoksessa terveystuokunta. Fokelholm, M. &Vuori, I.(toim.) Duadecim.Jyväskylä:Gummerus Kirjapaino Oy.

Pelto-Huikko, A., Karjalainen. K. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2006. Terveysten edistämisen toimintamallit: Terveysten edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveysten edistämisen keskus ry (Tekry). 4/2006.

Perttilä, K. 2006. Terveysten edistäminen käsitteenä ja käytännössä. Sairaanhoidaja 4, 12-14

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa: Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (Toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus Kirja Oy. 58- 69.

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

Pietilä, A-M., Halkoaho, A. & Matveinen, M. 2010. Terveyttä edistävää toimintaa mahdollistavat tekijät ja työn kehittäminen. Teoksessa: Pietilä, A-M(toim.)2010. Terveysten edistäminen. Teorioista toimintaan. WSOY, 259–272.

Pietilä, A-M., Länsimies – Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. Terveysten edistämisen eettinen perusta. Teoksessa: Pietilä, A-M(toim.)2010. Terveysten edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY, 18.

Pietilä, A-M., Matero, H., Kankkunen, P. & Häggman-Laitila, A. 2008. Koherenssin tunne ja siihen yhteydessä olevat tekijät aikuisväestössä. Tutkiva hoitotyö 2008 (3).

Pietilä, A-M, Varjoranta, P & Matveinen, M. 2008. Terveyttä edistävän toiminnan haaste on moninaisuus. Sairaanhoitaja 4, 21-25.

Poskiparta, M., Kasila, K. & Kiuru, P. 2006. Dietary and physical activity counselling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2006; 24 (4), 206- 210.

Rantanen, P., Kilpiö, A., Haho, P. & Vanttinen, P. 2007. Osaaminen vanhuspalveluiden hankintapalveluissa. Teoksessa Kimpassa tuloksiin: KIMPPA tutkimushankkeen-loppuraportti. (Toim.) Haho, P., Vanttinen, P. & Kilpiö, A. Helsinki. University of Technology Sim Lab Publications Report Series: 18, Espoo: Helsinki University of Technology 105-116.

Rautio, M. & Husman, P. 2010. Työikäisten terveyden edistäminen. Esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista. Teoksessa A-M. Pietilä (toim.) Terveysten edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro OY, 165- 190.

Renders, C.; Valk, G.; Griffin, S.; Wagner, E.; van Eijk, J. & Assendelft, W. 2009. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Editorial Group: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. Published Online: 21 JAN 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD001481.

Rimpelä, K. 2005. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2. Kansanterveysvastuu ja ydintehtävät. Suomen Lääkärilehti 45. Viitattu 20.4.2012 <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/2033E996-A005-4D83-9B32-63C526C3A813/0/SLL4520054651.pdf>

Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K. & Ståhl, T. (toim.) 2008. Terveysten edistäminen terveyskeskuksissa. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos, raportti 1/2009: Helsinki.

Sandberg J. 2000. Understanding Human Competence at Work: An Academy of Management Journal, Vol. 43. No. 1. 2000, 9-25

Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveysten edistämisen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisu – sarja 3/2005. Helsinki.

Savola, E. Peltto-Huikko, A., Tuominen, P. & Koskinen-Ollonqvist. 2005. Terveysten edistämisen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveysten edistämisen keskus ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 1.10. 2011. www.mol.fi/esf/ennakointi/raportti/pvopas.pdf

Sosiaali- ja terveystministeriö. 2009. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveyst 2015-kansanterveystohjelmasta. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisu 2009:4. Viitattu 17.11.2011. <http://terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

Sonninen, A. & Ikonen, H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 75–79.

Sydänmaalakka, P. 2001. Älykäs organisaatio. Jyväskylä: Gummerus.

Tanninen, S. 2009. Kiireellisyysluokitus klinisen päätöksenteon tukena päivistyspoliklinikalla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu-tutkielma.

Terveysten edistämisen laatusuositus 2006. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisu 19.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Tammi.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J., Valle, T., Hämäläinen, H., Illanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Luoharanta, A., Rastas, M., Salminen, V. & Uusitupa, M., 2001. Prevention of type II diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001: 344:1343-50.

Tuominen, P., Savola, E. & Koskinen- Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistämisen avainsisällöt. Katsaus terveyden edistämisen arviointitutkimuksiin. Terveyden keskuksen julkaisuja 5/2005: Helsinki.

Turun kaupunki. Viitattu 1.9.2011.<http://turku.fi/terveys/terveyskeskus>

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta ETENE. 2006. Tutkimusten eettinen arviointi Suomessa. Viitattu 1.10.2011. <http://www.etene.fi/julkaisut/2006>

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2008. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Helsinki: ETENE- julkaisu.

Wanwormer, J., French, S., Pereira, M. & Wels, E. 2008. The impact of regular self-weighing on weight management: A systematic literature review.

Watchel, T. & Staniford, M. 2010. The Effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and binge drinking in adolescents: a critical review of the literature. Journal Clinical Nursing 2010, mar.19(5-6), 605- 20.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP). 2006. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007- 2015. Viitattu 12.7.2011. www.kunnat.net/kperuslistasivu.asp?path=1;29;353;553;41788

VSSHP, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009a. Tyksin erityisvastuualueen (ERVA) opetus ja koulutuspolitiikka. Strategisen tason suunnitelma vuosille 2010- 2015. Versio 0.5. 29.12.2009.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP).2010. Hoitotyön toimintaohjelma vuosille 2010- 2015.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP) 2010. Osaamisen kehittämissuunnitelma. TYKSIN erityisvastuualueen Opetus- ja koulutuspolitiikan jalkauttaminen 1.6.2012.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP).2011. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin internet-sivut: www.vsshp.fi

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

Opinnäytetyön nimi:

Terveiden edistämisen osaaminen terveydenhuollossa.

-tuotoksena terveyden edistämisen osaamiskartta

Päiväys

Hyvä osastonhoitaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan ryhmähaastatteluun, jonka tavoitteena on kuvata terveyden edistämisen osaaminen terveydenhuollossa hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tarkoituksena on kehittää tulosten pohjalta terveyden edistämisen osaamiskartta, jota kummankin organisaation edustaja voivat hyödyntää omassa työssään. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämishankkeeseen (Hoi-Pro). Lupa aineiston keruuseen on saatu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiristä ja Turun kaupungin perusterveydenhuollosta.

Sinun osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää, koska terveyden edistämisen osaamisesta on niukasti tietoa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää määriteltäessä terveyden edistämisen osaamiskarttaa.

Haastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen haastateltavan näkemykset ole tunnistettavissa. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu, jos niin haluat.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on yliopettaja Marjo Salmela Turun amk/Terveysala. Yhteystiedot: 02- 26335513 marjo.salmela@turkuamk.fi

Osallistumisestasi kiittäen

Sirpa Lehtola

Sairaanhoitaja/ yamk-opiskelija

Yhteystiedot; 040- 5440788

sirpa.lehtola@students.turkuamk.fi

KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Suostun osallistumaan Sirpa Lehtolan opinnäytetyönä toteuttamaan ”Terveyden edistämisen osaaminen terveydenhuollossa” Delfoi-tutkimuksen ensimmäisen aineistokeruuvaiheen haastatteluun.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta, jos sitä haluan. Jos vetäydyn tutkimuksesta, minua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta. Tiedän, että haastattelut nauhoitetaan, ja että tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani. Lainaukset ovat kuitenkin kirjoitettu siten, että minua ei voida tunnistaa tekstistä. Minulle on myös selvitetty, että haastattelunauhat ja niiden pohjalta kirjoitetut haastattelukertomukset eivät joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin. Haastattelunauhoilla tai haastattelukertomuksissa ei myöskään mainita nimeäni.

Olen myös tietoinen mahdollisuudestani ottaa tarvittaessa myöhemmin yhteyttä Sirpa Lehtolaan tutkimuksen tiimoilta ja olen saanut yhteystiedot häneltä.

Tätä suostumusta on tehty kaksi samanlaista kappaletta, joista toinen jää minulle ja toinen tutkimuksen tekijälle.

_____/____20____

Paikka

Tutkimukseen osallistuja

Tutkimuksen tekijä
Tutkimuksen tekijä:
Sirpa Lehtola
Ylempi AMK – opiskelija
040- 5440788

Nimen selvennys

Nimen selvennys
Ohjaaja:
Marjo Salmela
Yliopettaja
02- 26335513

sirpa.lehtola@students.turkuamk.fi

marjo.salmela@turkuamk.fi

Päiväys:

Opinnäytetyön nimi: Terveyden edistämisen osaaminen erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa

Hyvä asiantuntija

Kehittämiprojektini tarkoituksena on tuottaa terveyden edistämisen yhteinen osaamiskartta (eli mitä hoitotyön ammattilaisen pitäisi osata) perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Osaamiskartta laaditaan kaksivaiheisen Delfoi-tutkimuksen avulla. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata, minkälaista terveyden edistämisen osaamista hoitohenkilökunta tarvitsee nyt ja tulevaisuudessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Ensimmäisen vaiheen ryhmähaastatteluihin osallistuivat Turun yliopistollisen keskussairaalan kirurgian klinikan osastonhoitajat sekä Turun perusterveydenhuollon ehkäisevän terveydenhuollon ja terveysasemien osastonhoitajat (n=16). Ryhmähaastattelut suoritettiin 30.1.–5.3.2012. Haastattelukysymykset olivat seuraavat: 1. Millä tavalla terveyden edistämisen osaaminen näkyy sairaanhoitajan / terveydenhoitajan / kättilön toteuttamassa työssä yksikössä? 2. Miten kehittäisit terveyden edistämisen osaamista tulevaisuudessa?

Ohessa esitetään tutkimustulokset kumpaankin haastattelukysymykseen erikseen luokitus-kuvioiden muodossa. Aineiston analysointi tehtiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon haastatteluista erikseen aineistolähtöistä sisällön analyysiä soveltaen. Aineisto pelkistettiin, pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alakategorioiksi, alakategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi ja yläkategoriat ydinkategorioiksi. Kuvioissa on yhdistetty erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tulokset niiden osoittautuessa hyvin samanlaisiksi.

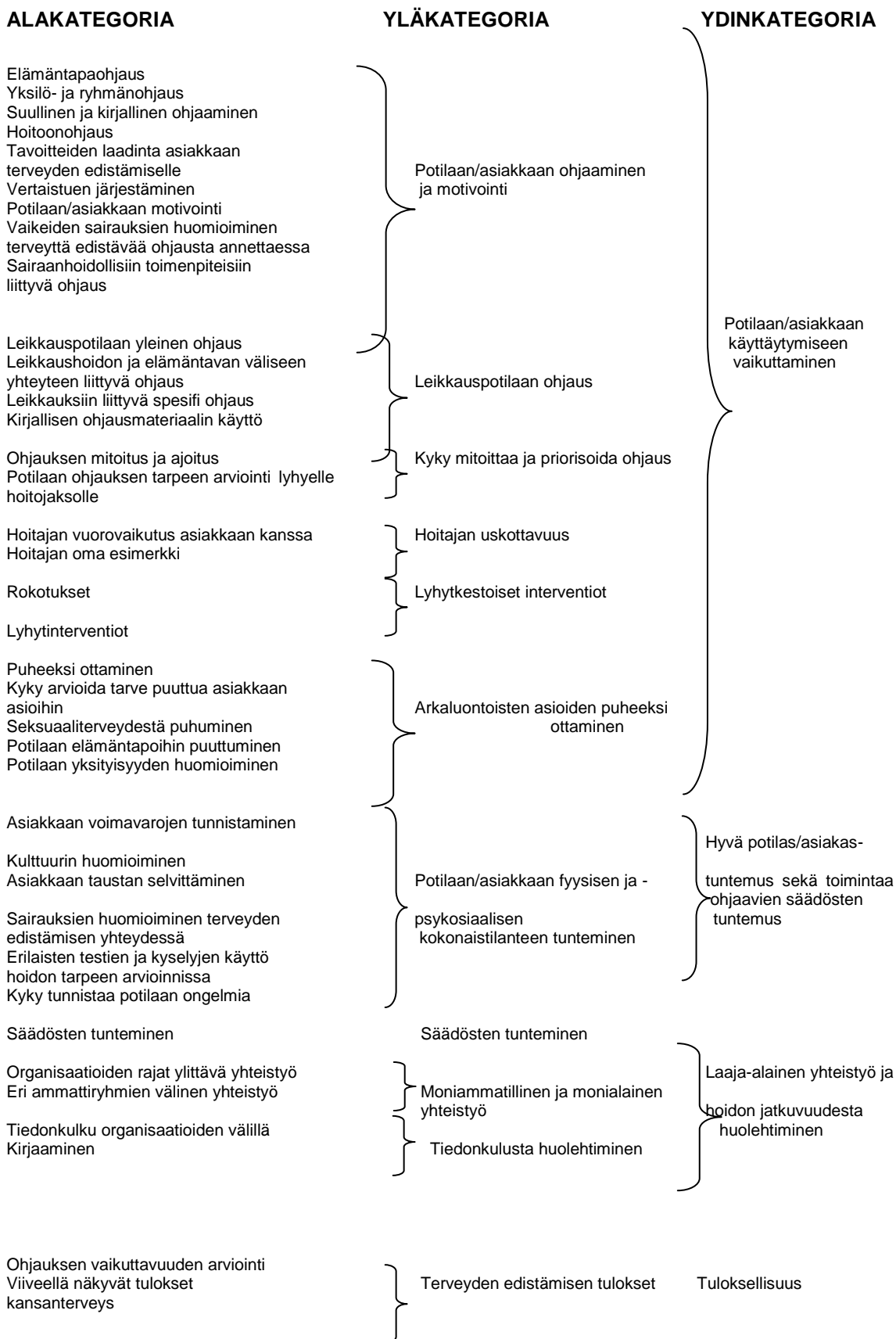
Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan Delfoin toiselle kierrokselle, jonka tarkoituksena on asiantuntijaraadin avulla valita terveyden edistämisen osaamiskarttaan tulevat asiat haastattelututkimuksen tuloksena syntyneiden luokitusten pohjalta sekä niitä täydentäen. Osallistuminen tarkoittaa oheiseen Webropol-kyselyyn: https://www.webropol-surveys.com/S/D8427414E03A3C50_par vastaamista 6.11.2012. Sinun osallistumisesi on erityisen tärkeää, koska terveyden edistämisen osaamisen kuvaamiseen tarvitaan moniammatillisen asiantuntijaraadin näkemystä yhteisen käsityksen aikaansaamiseksi.

Tämä kehittämiprojekti ja siihen liittyvä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämishankkeeseen (Hoi-Pro). Lisäksi mukana on Turun perusterveydenhuolto. Lupa aineiston keruuseen on saatu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä sekä Turun perusterveydenhuollosta.

Kehittämiprojekti liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaa opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Marjo Salmela, yliopettaja: marjo.salmela@turkuamk.fi, puh. 040 577 1712

Osallistumisestasi kiittäen Sirpa Lehtola Sairaanhoitaja / YAMK-opiskelija: sirpa.lehtola@students.turkuamk.fi, puh. 040 544 0788

Terveyden edistämisen osaamisen näkyminen sairaanhoitajan/terveydenhoitajan/kätilön toteuttamassa työssä persuterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa



Terveyden edistämisen osaamisen kehittäminen sairaanhoitajan / terveydenhoitajan / kättilön toteuttamassa työssä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	YDINKATEGORIA
Uusia työkaluja asiakkaan motivointiin Nonverbaalisten viestintätaitojen kehittäminen Elämyksellisyyttä terveyden edistämiseen Asiakkaan päätöksentekoa tukevien taitojen kehittäminen	Potilaan/asiakkaan motivointitaitojen kehittäminen	Asiakkuustaitojen kehittäminen
Hoitajan asenteiden muuttaminen Hoitajan itsensä kehittäminen	Hoitajien suhtautumistapoihin vaikuttaminen	
Panostus ryhmäohjaukseen Ryhmäohjaustaitojen kehittäminen Valmiita ryhmäohjauksen toteutus-suunnitelmia	Ryhmäohjauksen kehittäminen	
Profilointiosaaminen Itsetestauslomakkeita potilaille	Potilastuntemuksen parantaminen	
Kulttuurin huomioiminen	Kulttuuritietoisuuden parantaminen	
Puuttuminen elämäntapoihin Taito ottaa puheeksi arkaluonteisia asioita Seksuaaliterveyden asiantuntija	Arkaluonteisten asioiden puheeksi ottamisen kehittäminen	
Uusien toimintatapojen kustantaminen Uusia työkaluja Valmiita toimintamalleja Kehittämideoita koordinoivan vastuutahon nimeäminen	Uusia työkaluja ja valmiita toimintamalleja hoitajien käyttöön	Toimintaedellytysten parantaminen
Koulutus: sisällöllinen näkökulma Koulutuksen koordinoinnin parantaminen Sisäinen koulutus Ulkoisen koulutus	Koulutusta	
Yhdyshenkilö eri organisaatioihin Ohjausjatkumo yhdyshenkilön kautta	Yhdyshenkilöiden nimeäminen	
Lisää aikaa ja muita resursseja	Lisää resursseja ohjaukseen	
Palvelujärjestelmä-verkoston tunteminen	Palvelujärjestelmä-verkoston tuntemisen parantaminen	Yhteiset linjaukset ja periaatepäätökset
Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä Yhteistyö lääkäreiden kanssa Yhteistyö terveyden edistämisen yksikön kanssa Monialainen yhteistyö Potilastietojärjestelmät ja kirjaaminen selkeämmiksi Kaikkien työyksiköiden yhteinen vastuu Koko yhteiskunnan vastuu	Yhteistyön ja yhteisvastuun korostaminen	
Perusterveydenhuollon priorisointi Terveyden edistämisen priorisointi Lisää aikaa ja muita resursseja	Varhaiseen ennaltaehkäisyyn panostaminen	

Hyvä asiantuntija. Pyydän Sinua arvioimaan seuraavien osaamisten tärkeyttä suhteessa siihen, minkälaista terveyden edistämisen osaamista sairaanhoitaja / terveydenhoitaja / kättilö mielestäsi tarvitsee nyt ja tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa.

Arviointiasteikko: 1 – 5 (1 = Ei lainkaan tärkeä 5 = Erittäin tärkeä)

NÄMÄ VAIHTOEHDOT TULEVAT LÄHINNÄ ALAKATEGORIOISTA:

1. Elämäntapaohjaus	1	2	3	4	5
2. Hoitoonohjaus	1	2	3	4	5
3. Tavoitteiden laadinta asiakkaan terveyden edistämiseksi	1	2	3	4	5
4. Vertaistuen järjestäminen	1	2	3	4	5
5. Potilaan/asiakkaan motivointi	1	2	3	4	5
6. Vaikeiden sairauksien huomioiminen terveyttä edistävää ohjausta annettaessa	1	2	3	4	5
7. Sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin liittyvä ohjaus	1	2	3	4	5
8. Leikkauspotilaan yleinen pre- ja post-operatiivinen ohjaus	1	2	3	4	5
9. Leikkaushoidon ja elämäntavan väliseen yhteyteen liittyvä ohjaus	1	2	3	4	5
10. Leikkauksiin liittyvä spesifi ohjaus (esim. avanteen hoito)	1	2	3	4	5
11. Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö	1	2	3	4	5
12. Ohjauksen mitoitus ja ajoitus	1	2	3	4	5
13. Potilaan ohjauksen tarpeen arviointi	1	2	3	4	5
14. Hoitajan vuorovaikutus asiakkaan kanssa	1	2	3	4	5
15. Hoitajan oma esimerkki	1	2	3	4	5
16. Rokotukset	1	2	3	4	5
17. Lyhytinterventiot	1	2	3	4	5
18. Arkaluoteisten asioiden puheeksi ottaminen	1	2	3	4	5
19. Asiakkaan voimavarojen tunnistaminen	1	2	3	4	5
20. Kulttuurin huomioiminen	1	2	3	4	5
21. Asiakkaan taustan selvittäminen	1	2	3	4	5
22. Sairauksien huomioiminen terveyden edistämisen yhteydessä	1	2	3	4	5
23. Erilaisten testien ja kyselyjen käyttö hoidon tarpeen arvioinnissa	1	2	3	4	5
24. Kyky tunnistaa potilaan ongelmia	1	2	3	4	5
25. Toimintaa ohjaavien säädösten tunteminen	1	2	3	4	5
26. Organisaatioiden rajat ylittävä yhteistyö	1	2	3	4	5
27. Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö	1	2	3	4	5
28. Tiedonkulku organisaatioiden välillä	1	2	3	4	5
29. Kirjaaminen	1	2	3	4	5
30. Ohjauksen vaikuttavuuden arviointi	1	2	3	4	5
31. Elämyksellisyyden lisääminen terveyde edistämiseen	1	2	3	4	5
32. Asiakkaan päätöksenteon tukeminen	1	2	3	4	5
33. Hoitajan itsensä kehittäminen	1	2	3	4	5
34. Potilaan kokonaistilanteen tunteminen	1	2	3	4	5
35. Palvelujärjestelmä-verkoston tunteminen	1	2	3	4	5
36. Rajapintatyöskentely yhdyshenkilöiden kanssa	1	2	3	4	5
37. Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä	1	2	3	4	5
38. Yhteistyö lääkäreiden kanssa	1	2	3	4	5
39. Yhteistyö terveyden edistämisen yksikön kanssa	1	2	3	4	5
40. Monialainen yhteistyö	1	2	3	4	5

Jos haluat kommentoida erityisesti jotakin/joitakin edellä mainituista osaamisista (miksi tärkeä / ei-tärkeä), niin kirjoita tähän vapaamuotoiset kommentit/perustelut vastauksillesi.

Mitä muuta (tutkimustuloksissa mainitsematonta) terveyden edistämisen osaamista sairaanhoitaja / terveydenhoitaja / kättilö mielestäsi tarvitsee nyt ja tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa? Kiitos!