

Terveyskasvatus työterveyshuollossa

Terveydenhoitajien ja lääkäreiden mielipiteitä työterveyshuollon terveyskasvatustoiminnasta ja terveysneuvonnan toteutuminen asiakaskontakteissa Keski-Suomen, Kuopion ja Pohjois-Karjalän lääneissä.

Aira Hakkarainen

Jyväskylän yliopisto
Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta
Terveystieteiden laitos
Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma
Syksy 2000

TIIVISTELMÄ

Jyväskylän yliopisto

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

Terveystieteiden laitos

Aira Hakkarainen: Terveyskasvatus työterveyshuollossa. Terveystieteiden ja lääkärien mielipiteitä työterveyshuollon terveystieteiden toiminnasta ja terveysneuvonnan toteutuminen asiakaskontakteissa Keski-Suomen, Kuopion ja Pohjois-Karjalan lääneissä.

Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma, 61 sivua, 10 liitettä, 18 liitetaulukkoa.

Syyskuu 2000

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää työterveyshuollossa työskentelevien terveydenhoitajien ja lääkärien mielipiteitä terveystieteiden toiminnasta sekä kartoittaa, millaista terveystietoa työterveyshuollon asiakaskontakteissa toteutettiin. Tutkimuksessa kysyttiin myös työterveyshenkilöstön ehdotuksia terveystieteiden kehittämiseksi sekä koulutustarpeita.

Kysely toteutettiin keuhkokuumeella 1994. Kohdejoukkona olivat silloisten Keski-Suomen, Kuopion ja Pohjois-Karjalan läänien alueella toimivien työterveysasemien terveydenhoitajat ja lääkärit. Mielipidekyselylomakkeet lähetettiin kaikkiin 113 yksikköön, joista oli tiedot saatavilla. Kysely lähetettiin kaikille; 146 lääkäriä ja 204 terveydenhoitajalle. Kyselyyn vastasi 79 lääkäriä (54%) ja 151 terveydenhoitajaa (75%).

Asiakasneuvonnan toteutumista kysyttiin 25 työyksiköstä, jotka edustivat erilaisia työterveysyksiköitä. Yksiköissä yhtä terveydenhoitajaa ja yhtä lääkäriä pyydettiin kirjaamaan noin kymmenestä asiakaskontaktista neuvontaa koskevat tiedot. Asiakasneuvonnan toteutumista kirjasi 9 lääkäriä (36%) ja 18 terveydenhoitajaa (72%) ja tiedot analysoitiin 237 asiakastilanteesta. Terveydenhoitajien vastausten voidaan katsoa edustavan hyvin valitun alueen työterveyshoitajien mielipiteitä ja toimintaa. Lääkärien vastausprosentit jäivät alhaisiksi, eivätkä vastaukset ole edustavia.

Mielipidekyselyssä terveydenhoitajista suurempi osa kuin lääkäreistä ilmoitti olevansa erittäin hyvin motivoitunut terveystieteiden toimintaan. Sekä elämäntapoja koskevaa että työn terveysvaaroista ja niiden ehkäisystä annettavaa neuvontaa molemmat ammattiryhmät pitivät erittäin tärkeänä. Lääkärit

pitivät terveydenhoitajia yleisemmin erittäin tärkeinä neuvonnan aiheina tupakkaa ja alkoholia, kun taas terveydenhoitajat pitivät erittäin tärkeinä aiheina ergonomiaa, psyykkistä kuormitusta, työpaikan ilmapiiriä sekä ihmissuhteita.

Terveydenhoitajat ilmoittivat käyttäneensä yleisemmin neuvonnan menetelmänä keskustelua ja rohkaisua pohdintaan ja ongelmanratkaisuun, lääkärit taas enemmän kehotusta ja neuvoa. Helpoimmaksi terveyskasvatuskontakteissa molemmat ammattiryhmät ilmoittivat neuvonnan toteuttamisen ja tietojen saannin asiakkaan terveystottumuksista. Molempien ammattiryhmien mielestä neuvontatyötä eniten haittasi ajan puute, asiakkaiden kiinnostuksen puute sekä se, ettei neuvonnasta näy tuloksia. Lääkäreillä lisäksi neuvontaa haittasi asiakkaille jaettavan oheismateriaalin puute.

Kirjatuissa asiakaskontakteissa terveydenhoitajat toteuttivat neuvontaa lähes jokaisessa kontaktissa (95%), lääkärit harvemmin (63%). Neuvontaan käytetyn ajan keskiarvo oli 14 minuuttia. Useimmin käsitellyt neuvonta-aiheet käynneillä olivat liikunta ja ravitseminen sekä lääkkeiden käyttö, joka oli yleisin aihe molempien ammattiryhmien sairausvastaanotoilla. Aloitteen neuvontaan teki useimmiten terveydenhuollon ammattilainen, mutta aloitteen tekijänä oli usein myös asiakas silloin, kun keskusteltiin stressistä, psyykkisestä kuormituksesta ja ihmissuhteista. Terveydenhoitajan vastaanotolla asiakas on useammin aloitteen tekijä kuin lääkärin vastaanotolla. Menetelmänä käytettiin eniten keskustelua ja terveyskasvatustehtävistä painottuivat sivistävä ja virittävä tehtävä.

Terveysneuvonnan kehittämiseksi molemmat ammattiryhmät toivoivat lisää aikaa, terveyskasvatusmateriaalia ja resursseja. Yhteistyön kehittäminen sekä työterveyshuoltoyksikön sisällä että ulkopuolisten yhteistyökumppaneiden kanssa nähtiin tärkeäksi. Vastaajat katsoivat toiminnan suunnittelun ja terveysneuvonnan aiheiden priorisoinnin tärkeäksi kehityksen kannalta. Heidän mielestään neuvontatyön arvostus on myös saatava nousemaan.

Kehitystyötä voidaan vauhdittaa koulutuksella. Koulutusta kaivattiin molemmissa ammattiryhmissä eniten tietojen ajan tasalla pitämiseksi. Myös tietoa viestinnästä, terveyskasvatusmenetelmistä ja asiakkaan motivoinnista haluttiin. Terveyskasvatuksen vaikuttavuus, arviointi ja seuranta mainittiin myös tärkeinä koulutusaiheina.

Hakusanat: terveyden edistäminen, terveyskasvatus, terveysneuvonta, työterveyshuolto, työkykyä ylläpitävä toiminta.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
2. TYÖTERVEYSHUOLTOTOIMINNAN KEHITTYMINEN	3
2.1. Tehtaan sairastuvilta nykypäivän työterveyshuoltoon	3
2.1.1. Työterveyshuolto muualla Euroopassa	5
2.1.2. Suomalaisten työikäisten sairaudet	6
2.2. Työterveyshenkilöstön toimenkuvat ja koulutus	7
2.2.1. Työterveyshoitajat	7
2.2.2. Työterveyslääkärit	12
3. TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA TERVEYSKASVATUS TYÖTERVEYSHUOLLOSSA	
3.1. Käsitteistä	14
3.2. Terveyden edistäminen työpaikoilla ja työkykyä ylläpitävä toiminta	17
3.3. Työterveyshuollon terveystoiminta	18
3.4. Työterveyshuollossa tapahtuva tietojen antaminen ja ohjaus	19
3.5. Terveystoiminta terveystoiminnassa	21
4. AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA	24
4.1. Selvityksiä terveystoiminnan toteutumisesta terveydenhuollon piirissä	24
4.2. Esimerkkejä interventiotutkimuksista Suomessa	26
4.3. Esimerkkejä ulkomailta toteutetuista terveyden edistämishjelmista	31

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	33
6. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	34
6.1. Kohdejoukko ja aineiston keruu	34
6.2. Aineiston kuvaus	35
6.3. Tutkimuksen mittarit	37
6.4. Tilastolliset menetelmät	38
7. TULOKSET	39
7.1. Mielenpitoja ja kokemuksia terveyskasvatuksesta työterveyshuollossa	39
7.1.1. Terveyskasvatuskoulutus	39
7.1.2. Terveysneuvonnan tärkeys ja oma motivaatio	40
7.1.3. Kokemukset terveysneuvonnan prosessin vaiheista	40
7.1.4. Terveysneuvonnan aiheiden tärkeys	41
7.1.5. Neuvonnassa käytetyt menetelmät	43
7.1.6. Neuvontatyötä haittaavat seikat	44
7.1.7. Mielenpiteet työterveyshuollon terveyskasvatustoiminnan kehittämisestä	45
7.1.8. Koetut koulutustarpeet	46
7.2. Terveysneuvonnan toteutuminen kirjatuissa asiakaskontakteissa	47
7.2.1. Asiakkaiden taustatiedot	47
7.2.2. Käyntien syyt ja kesto	47
7.2.3. Neuvonnan toteuttaminen ja kesto	48
7.2.4. Neuvonnan aiheet ja aloitteen tekijä	48
7.2.5. Käytetyt terveyskasvatusmenetelmät ja –tehtävät	50
7.2.6. Vastaanoton ilmapiiri	52

8. POHDINTA	54
8.1. Tutkimuksen luotettavuus ja edustavuus	54
8.2. Terveyskasvatuksen toteutumisen edellytykset ja esteet	57
8.3. Terveysneuvontaprosessin toimivuus	57
8.4. Terveysneuvonnan toteutuminen työterveyshuollossa	58
8.5. Terveyskasvatustoiminnan kehittäminen	60
8.6. Jatkotutkimusaiheita	61

LÄHTEET

LIITTEET

LIITETAULUKOT

1. JOHDANTO

Työterveyshuoltolaki on ollut voimassa yli 20 vuotta ja sitä on uudistettu 90 –luvun alussa, jolloin siihen tuli mukaan työkykyä ylläpitävän toiminnan käsite. Työterveyshuolto on joutunut muuttamaan ja laajentamaan työskentelytapojaan vuosikymmenten aikana perinteisistä fysikaalisten ja kemiallisten haittojen ehkäisystä työyhteisöjen toiminnan tukijaksi, asiantuntijaksi, konsultiksi tavoitteenaan työpaikkojen hyvinvointi ja työntekijöiden terveyden edistäminen. Toimintaansa turvaamaan työterveyshuollon ammattihenkilöstö saa Suomessa korkeatasoista, monitieteellistä koulutusta. Työterveyshuolto on vakiinnuttanut asemansa perusterveydenhuollon yksikkönä, jolla on merkittävä rooli työikäisten terveydenhuoltopalveluiden toteuttajana.

Työterveyshuollon roolia selkiyttää Terveyttä kaikille 2000 –perusohjelma ja uudistettu yhteistyöohjelma, jossa sen tehtäväksi mainitaan työntekijöiden terveyden säilyttäminen ja edistäminen vähentämällä työolojen vaaroja. Terveyskasvatuksen kehittäminen ja suuntaaminen väestöryhmiin, joissa elämäntavoista johtuvat terveysongelmat ovat suurimmat, nähdään haasteena. Ihmisten omia mahdollisuuksia toimia terveyden edistämiseksi on vahvistettava. Yksilöitä koskevien toimien lisäksi tärkeää on huomioida yhteisölliset tekijät, työyhteisöjen tuki terveyden edistämiseen.

Etenkin Yhdysvalloissa ja läntisessä Euroopassa on jo 70 –luvulta lähtien toteutettu erilaisia terveyden edistämishoelmia. Kampanjat ovat tyypillisesti olleet neuvontaohjelmia aiheinaan mm. kolesteroli, verenpaine, tupakointi, alkoholi, liikunta yms. Työyhteisöt on todettu hyväksi paikaksi toteuttaa terveyskasvatusta. Suomessa interventio-ohjelmat yleistyivät 80 –luvulla, jolloin mm. teollisuudessa on toteutettu kaksi laajaa terveyskasvatuskampanjaa tavoitteenaan henkilöstön terveystottumusten ja –käyttäytymisen muuttaminen (Frilander ym. 1986, Karinpää ym. 1986). Nämä projektit ovat antaneet arvokasta tietoa työikäisten terveyskasvatuksen kehittämisessä. Työikäisten terveyden edistämisen kehittämiseen on pyritty myös projektissa, joka toteutettiin Turun terveystieteiden keskuksessa ja Neste Oy:n työterveyshuollossa (Järvisalo ym., 1990, Lahtinen ym., 1991, Lahtinen, 1996, Talvi ym., 1994, 1995).

Terveyskasvatustutkimus on ollut paljon terveyskäyttäytymistutkimusta; arviointitutkimus on vilkastunut vasta 1980- ja 90 -luvulla. Tutkimuksia, joissa tarkastellaan työterveyshuollon arjessa toteutuvaa terveyskasvatusta, on tehty vähän. Työterveyshuollon terveydenhoitajien mielipiteitä terveyskasvatuksesta ovat 80 –luvulla keränneet Mantere (1982) ja Rossi ym. (1987).

Laitakari ym. (1989) ovat selvittäneet terveystasvatuksen toteutumista terveysteskuksissa. Tutkimuksessa pyrittiin mm. selvittämään millaista terveystasvatusta esiintyy eri ammattiryhmien potilaskontakteissa. Tässä tutkimuksessa sovellettiin Laitakarin ym. mittausmenetelmiä työterveyshuoltoon. Tarkoituksena oli selvittää, millaista terveystasvatustoimintaa työterveyshuollossa toteutetaan sekä selvittää työterveyshuollossa toimivien terveydenhoitajien ja lääkärrien mielipiteitä työterveyshuollon terveystasvatuksesta. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös mahdollisia eroja terveystasvatuksen toteuttamisessa terveydenhoitajien ja lääkärrien välillä. Tutkimuksella pyrittiin saamaan tietoa työterveyshuollon terveystasvatuksen kehittämistarpeista ja henkilöstön terveystasvatukseen liittyvää jatko- tai täydennyskoulutustarvetta.

2. TYÖTERVEYSHUOLTOTOIMINNAN KEHITTYMINEN

2.1. Tehtaan sairastuvilta nykypäivän työterveyshuoltoon

Työntekijäin suojelua muistuttavia työsuojelusäädöksiä esiintyi jo 1600 -luvulla, jolloin kiellettiin alle 14 – vuotiaiden oppilaaksi ottaminen. 1700 -luvulla lainsäädäntöön sisältyi työsuojellisia piirteitä, joista esimerkkinä kaivossäännöt, jotka varjelivat uhkaavilta työtapaturmilta. (Hoskola, 1989, 9). Teollisuustyöväestön olot olivat surkeat 1700 –luvulla. Työajat olivat pitkät ja lasten työntekoa ei oltu rajoitettu mitenkään. Tarttuvat taudit olivat yleisiä, kuolleisuus ja sairastavuus olivat korkeita. Merkantilistinen talousjärjestelmä korosti työvoiman merkitystä tärkeänä tuotannon-tekijänä ja työvoiman hyvinvoinnin turvaamiseksi alettiin järjestää terveydenhuoltoa. (Vuori, 1979, 229, 304).

Teollistuminen 1800 -luvulla vaikutti myös terveydenhuoltomme kehitykseen. Piirilääkärit velvoitettiin 1832 vahvistetun ohjeen mukaan selvittämään, miten eri ammatit ja käsityöt vaikuttivat terveydelle haitallisesti, ja ryhtymään toimenpiteisiin haittojen poistamiseksi. Vuosisadan lopulla terveyslautakunnat velvoitettiin valvomaan alueellaan tehtaissa vallitsevia terveydellisiä oloja. Vuoden 1890 alusta tuli voimaan laki teollisuusammateissa olevien työntekijöiden suojelemisesta, jossa määriteltiin työssäkäynnin alin ikäraja ja lasten työaika (Hoskola, 1989, 20, Ylikoski, 1986)

Ensimmäiset työpaikkalääkärit tulivat Valtionrautateille vuonna 1857 ja ennen vuosisadan vaihdetta suurissa teollisuuslaitoksissa toimi jo useita työpaikkalääkäreitä ja teollisuusterveyssisaria. (Noro, 1979, 9-13). 1900 -luvulla sotateollisuus ja muun teollisuuden kehittyminen vaikutti työlääketieteeseen. Työpaikkojen terveydenhuolto alkoi muuttua ennaltaehkäisevään suuntaan. Lääkärit perustivat Suomen Teollisuuslääketieteen yhdistyksen vuonna 1946 kehittämään terveyden- ja sairaanhoitoa teollisuuden, kaupan, liikenteen ja muun elinkeinoelämän sekä virastojen ja laitosten piirissä, toimimaan työpaikkojen terveydellisten olojen parantamiseksi ja edistämään jäsentensä ammatillista kehitystä. Teollisuusterveyssisarkerho perustettiin kaksi vuotta myöhemmin. (Noro, 1979, 59-60, Siivola, 1985, 163, Ylikoski, 1986)

Työpaikkojen terveydenhuolto oli alussa lähinnä tapaturmien, äkillisten sairauksien, mutta myös ennen kaikkea kulkutautien, tartunta- ja sukupuolitautilien hoitoa tehtaan poliklinikoilla ja sairastuvissa. Tehtaanlääkärit saattoivat hoitaa myös työntekijöiden perheenjäseniä ja paikkakunnan muuta väestöä ja tehtaan sairastupa laajenikin koko maakuntaa palvelevaksi sairaalaksi. Ennaltaehkäisevässä työssä vuoden 1879 elinkeinoasetuksen nojalla tuli kiinnittää huomiota työntekijäin terveyteen

ja työkykyyn ja ryhtyä tarpeellisiin toimenpiteisiin heidän suojelemisekseen ruumiinvammalta. (Noro, 1979, 16-17, Siivola, 1985, 69, Ylikoski, 1986)

Työpaikkaterveydenhuolto yleistyi 1950 -luvulla. Vuoden 1958 työturvallisuuslaki velvoitti työnantajat järjestämään työntekijöilleen määräajoin terveystarkastuksia, mikäli työntekijät työskentelivät erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä. Sairausvakuutusjärjestelmä ryhtyi korvaamaan vuonna 1964 työnantajille työpaikkaterveydenhuollon kustannuksia ja korvaus laajeni v. 1969 koskemaan myös ehkäisevän toiminnan kustannuksia.

Keskeiset työmarkkinajärjestöt (SAK, STTK, STK) tekivät vuonna 1971 työpaikkaterveydenhuollon kehittämissopimuksen. ILO on määritellyt työterveyshuollon tehtävät v. 1950 ja antanut suosituksensa sen järjestämisestä v. 1959. WHO:n terveydenhuolto-ohjelma vuodelta 1976 kehottaa jäsenmaita kiinnittämään huomiota riskialttiisiin työoloihin ja kehittämään työterveyshuoltoa.

Työterveyshuoltolaki säädettiin vuonna 1978 ja se tuli voimaan 1.1.1979. Laki velvoitti työnantajia järjestämään työntekijöilleen työterveyshuollon palveluja porrastetusti siten, että aluksi työterveyshuollon piiriin tulivat riskialttiimmat alat. Kaikkia työssä olevia koskevana laki tuli voimaan maaliskuussa 1983. Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon usealla eri tavalla. Isoilla yrityksillä on yleensä omat työterveysasemansa ja keskisuuret yritykset ovat perustaneet yhteisiä asemia. Valtion työpaikkojen työterveyshuollon hoitavat alueelliset työterveysasemat. Terveyskeskuksilla on velvollisuus kansanterveyslain mukaan järjestää työterveyshuollon palveluja niitä haluaville yrityksille, jotka sijaitsevat kunnan alueella. Yritys voi ostaa palvelut myös yksityisiltä terveysasemilta.

Suomessa on työterveyshuollon kattavuus kansainvälisesti verrattuna korkea. Vuonna 1992 työterveyshuollon palvelujen piiriin kuului n. 1,65 miljoonaa kansalaista, joka on lähes 90% kaikista työntekijöistä. Terveyskeskusten työterveyshuollossa palveluja sai noin 711 000 henkilöä, yritysten omilta terveysasemilta sai palveluja noin 465 000, valtion alueellisilta terveysasemilta noin 126 000 ja yritysten yhteisiltä asemilta noin 85 000 henkilöä sekä lääkärikeskuksista noin 263 000 henkilöä. Työnantajakohtainen kattavuus työterveyshuoltopalveluissa oli noin 80%. (Räsänen ym., 1994, 15).

2.1.1. Työterveyshuolto muualla Euroopassa

Kansainvälinen työjärjestö (ILO) ja Maailman terveysjärjestö (WHO) ovat pyrkineet työterveyshuollon ja työsuojelun yhtenäiseen kehittämiseen eri puolilla maailmaa sopimusten, suositusten, ohjelmien, asiantuntijoiden ja koulutuksen avulla. ILO:n työsuojelu- ja työterveyssojimus (1981) edellyttää jäsenmaitaan suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan kansallista työsuojelu- ja työterveysohjelmaa. Vuonna 1985 ILO hyväksyi työterveyshuollon järjestämistä koskevan uuden sopimuksen ja suosituksen, joissa korostetaan kattavan, ehkäisevän ja monitieteellisen työterveyshuollon järjestämistä. (Ylikoski & Rantanen, 1986) Eri maiden työterveyslaitoksista perustettu yhteistyöverkosto on v. 1994 tuottanut maailmanlaajuisen työterveysstrategian ”Työterveyttä kaikille”, joka sisältää analyysin maailman työterveyden tilasta ja sen kehittämistarpeesta. Siinä kiteytetään mm. työterveyden kehittämisperiaatteet ja strategiset tavoitteet (Liite 1). Tärkein tavoite on työterveyshuoltopalvelujen järjestäminen kaikille maailman työtä tekeville kansalaisille. (Rantanen, 1996).

Työterveyshuoltoa koskevan lainsäädännön rakenne Euroopan maissa on hyvin vaihteleva. Sen perusteella työterveyshuoltojärjestelmät ovat ryhmiteltävissä suppeampiin, lähinnä vain riskialttiille ryhmille annettuihin palveluihin tai laajempiin järjestelmiin, joiden tavoitteena on tuottaa palvelut kaikille työelämäänsä osallistuville. Työterveyshuollon sisällössä on erotettavissa kolme eri pääsuuntaa; puhtaasti työperäisiin riskeihin suuntautuva preventiivinen työterveyshuolto, preventiivisten toimintojen lisäksi rajattuja hoitavia toimintoja, sekä laaja-alaisia preventiivisiä ja hoitavia toimintoja. Työterveyshuollon tavoitteena toteutuvat suojele- ja ehkäisyperiaate, työolojen sopeuttaminen, terveyden edistäminen, hoito ja kuntoutus sekä yleinen perusterveydenhuollon periaate. (Rantanen, 1992).

Työterveyshuollon kattavuusluvut vaihtelevat lainsäädännöllisistä ja laskennallisista syistä. Keskimäärin Euroopan työterveyshuollon kattavuus on noin 74 % (Rantanen, 1992). Euroopan maista 26:ssa on lakisääteinen työterveyshuolto ja kuudessa maassa, mm. Ruotsissa, työterveyshuolto perustuu vapaaehtoisuuteen tai työmarkkinasopimukseen (Rantanen, 1996). Ruotsin työterveyshuoltoon on tuonut muutoksia valtionapu- ja omalääkärijärjestelmät vuosina 1993-94 (Husman, 1994).

Pohjoismaiden työterveyshuollosta on tehty selvitys ministerineuvoston pyynnöstä. Paras työterveyshuollon kattavuus oli Suomessa (93%) ja huonoin Tanskassa (23%). Työterveyshuollon toteuttamistavoissa on jonkin verran eroja, esimerkiksi vain Islannissa ja Suomessa työterveyshuoltoa voidaan

järjestää terveyskeskuksissa. Kaikissa Pohjoismaissa työterveyshuollon sisältö on pääosin sopusoinnussa ILO:n työterveyshuoltosopimuksen kanssa. Täten palveluja on ensisijaisesti tarkoitettu kohdistaa työolosuhteiden terveyttä vaarantavien tekijöiden selvittämiseen ja ehkäisyyn sekä aiempaa terveellisemmän ja turvallisemman työympäristön aikaansaamiseen. Työterveyshuollon sisältöjen erot selittyvät osin toiminnan erilaisilla painotuksilla. (Rossi, 1990).

Eurooppalainen työterveyshuolto on varsin heterogeenista. Euroopan Unionin työterveyshuoltopoliittikka vaikuttaa kuitenkin työterveyshuoltoon puitedirektiivillään, joista esimerkkinä mainittakoon direktiivi työturvallisuudesta ja -terveydestä. Se sisältää yleiset periaatteet työympäristövaarojen ehkäisystä, työturvallisuudesta ja -terveydestä, riskitekijöiden eliminoinnista, työntekijöiden informaatiosta, osallistumisesta ja konsultaatiosta. Suomen työterveyshuoltosäännöstö on yleisesti EU:n säännöksiä kehittyneempi, esimerkiksi työterveyshuollon kattavuustavoite on laajempi, korvauskäytäntö on kehittyneempi ja työterveyshuollon sisältö on huomattavasti laajempaa. Pohjoismaiden työterveyshuollon strategia, joka tähtää samanaikaisesti työntekijän terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseen, työympäristön kehittämiseen ja työyhteisöjen toimivuuden ja työilmapiirin parantamiseen, ilmeisesti toimisi hyvänä mallina myös eurooppalaiselle työterveyshuollolle. (Rantanen, 1992).

2.1.2. Suomalaisien työikäisten sairaudet

Suomessa tärkeimmät kansantaudit ovat viime vuosina olleet verenkiertoelintensairaudet, syöpä, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja mielenterveyshäiriöt. Lisäksi yleisiä sairauksia ovat allergiat, krooniset keuhkosairaudet, diabetes ja tartuntataudit (Kansanterveyskertomus, 1996, 20, Lahelma, 1998). Näillä ongelmilla on huomattavan suuri kansantaloudellinen merkitys. Kansanterveyslaitoksen kyselytutkimuksen mukaan työikäinen suomalainen tuntee itsensä terveemmäksi nykyään kuin 70-luvulla. Sydän- ja verisuonitautikuolleisuus on pienentynyt alle puoleen. Kuitenkin tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus työikäisten pitkäaikaissairauksista on lisääntynyt ja niiden aiheuttamat oireet ovat tavallisia terveyspalvelujen käytön sekä töistä poissaolon syitä. Myös masentuneisuus on lievästi lisääntynyt. (Heistaro ym., 1997).

Nuorten aikuisten ryhmässä yleisimmät diagnoosit ovat hermoston ja aistien taudit ja sitten hengityselintaudit. 35-54 -vuotiailla olivat verenkiertoelinsairaudet suurin ryhmä, sen jälkeen tulivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Erot selvenivät yli 55 -vuotiailla, verenkiertoelinsairaudet lisääntyivät iän karttuessa. (Huuhka ym., 1996). Nuoret kokevat terveytensä yleisesti erittäin hyväksi tai hyväksi. Keskinkertainen tai sitä huonompi terveys lisääntyy iän myötä ja tasoittuu vasta yli 55 -vuotiailla.

Terveys koetaan sitä huonompana, mitä vähemmän koulutusta henkilöllä on ja mitä alhaisempaan sosiaaliluokkaan hän kuuluu. (Huuhaa ym., 1996; Lahelma, 1998)

Työikäisten terveys Suomessa on muita Pohjoismaita huonompi. Krooninen sairastavuus, monitautisuus ja työkyvyttömyys sekä sen riski ovat Suomessa korkeammalla tasolla. Kroonisten sairauksien osuutta kasvattaa alkoholin ja tupakoinnin aiheuttamien sairauksien lisääntyminen, mutta myös väestön ikääntymisellä sekä liikunta- ja ravintotottumusten kehityksellä on vaikutuksensa. Työkyvyttömyyden jakautuminen on epätasaista, suurin vaara liittyy raskaisiin ammatteihin sekä matalaan koulutus- ja palkkatasoon. (Aromaa ym. 1997, 186-188) Sosioekonomiset terveyserot ilmaantuvat aikuisikään tultaessa ja erot ovat jyrkät lähes kaikkien terveysmittareiden mukaan. Erot tulevat esiin myös yksittäisten sairauksien vaaratekijöissä, ilmaantuvuudessa, sairastuvuudessa ja kuolleisuudessa, mm. verenkiertoelin- ja syöpäsairauksien kohdalla.

Suomalaisen työikäisen väestön sairastavuus näkyy myös työterveyshuollon vastaanotoilla. Sekä terveydenhoitajilla että lääkäreillä eniten vastaanottokäyntejä tehtiin juuri tuki- ja liikuntaelinten vaivojen vuoksi. Toiseksi yleisin syy oli hengityselinsairaudet. Terveysneuvojilla yksittäisistä käyntisyistä yleisimmät olivat kuume ja kohonnut verenpaine tai epäily siitä. Lääkäreillä yksittäisistä käyntisyistä yleisin oli kaularangan oireyhtymä ja sen jälkeen selkävaurio. Mielenterveyshäiriöiden vuoksi käyntejä oli vähän, mutta maaseudulla enemmän. (Räsänen ym., 1990).

2.2. Työterveyshenkilöstön toimenkuvat ja koulutus

2.2.1. Työterveysneuvojat

Ensimmäiset koulutetut sairaanhoitajat toimivat teollisuudessa Suomessa 1800-luvun lopussa, jolloin työ oli lähinnä sairaanhoitoa. Mannerheimin Lastensuojeluliitto järjesti vuonna 1924 ensimmäisen terveysneuvojakoulutuksen, jossa pohjakoulutuksena oli sairaanhoitajakoulutus. Valtio otti hoitaakseen terveysneuvojakoulutuksen vuonna 1931 ja tuolloin kurssi oli puolivuotinen. (Siivola, 1985, 19-49, 58-59)

Vuonna 1944 säädettiin lait kunnallisista terveysneuvojista, kättilöistä, lasten- ja äitiysneuvojien terveysneuvojista. Lait rajasivat teollisuusterveysneuvojien työkentän tehtaaseen ja sen työntekijöihin. Ensimmäiset kahden kuukauden pituiset täydennyskoulutuskurssit työterveysneuvojille järjestettiin Helsingin sairaanhoito-opistossa v. 1950. Kun terveysneuvojakoulutuksen opetusohjelma uudistet-

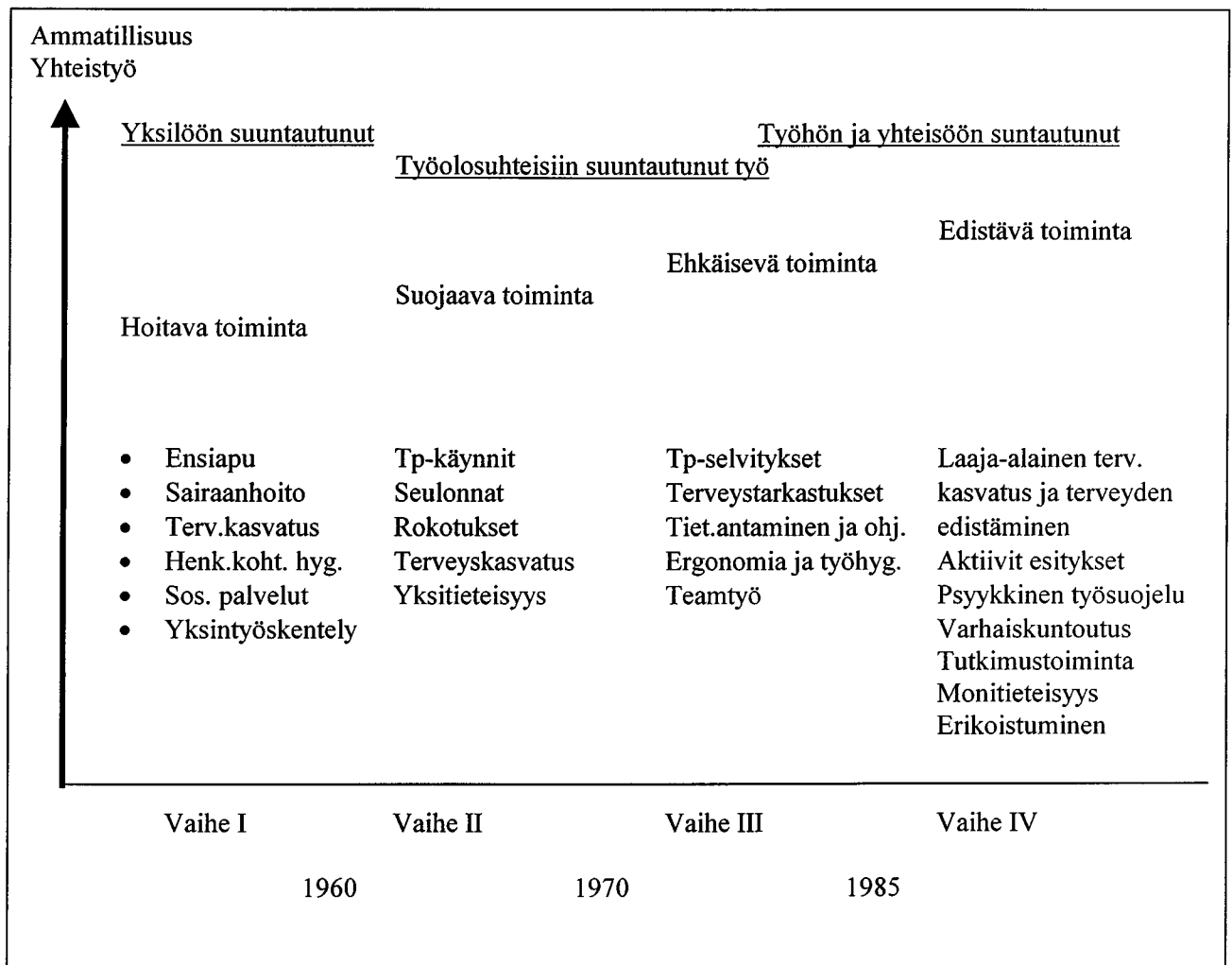
tiin v. 1955, saatiin koulutukseen liitetyksi myös työterveyshuollon perusaineita sekä työterveyshoitajan työnopetusta. Vuodesta 1960 alkaen on Työterveyslaitos järjestänyt säännöllisesti kolmen ja 1970-luvun puolivälistä alkaen neljän viikon täydennyskoulutusta työterveyshoitajille. (Rossi, 1992, Noro, 1979, 147, Siivola, 1985, 163-165).

Vuoden 1972 kansanterveyslain myötä terveystieteistä tuli terveydenhoitajia. Terveydenhoitajaksi erikoistuttiin vuoden mittaisella koulutuksella, kun ensin oli toimittu sairaanhoitajana ja hankittu käytännön kokemusta. Vuonna 1987 aloitettiin uusimuotoiset koulutusohjelmat, joilla koulutettiin suoraan terveydenhoitajia joko ylioppilaspohjaisesti tai peruskoulupohjaisesti.

Työterveyshuolto on melko uusi erikoisala perinteisessä terveydenhuollon kentässä. Työterveyshuollossa toimivat voivat hakeutua Työterveyslaitoksen täydennyskoulutukseen. Koulutuksen tarkoituksena on perehdyttää opiskelijat hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaiseen työterveyshuoltoon ja valmentaa yhteistoimintaan eri ammattiryhmien välillä. Koulutus antaa valmiudet suunnitella ja toteuttaa työterveyshuoltopalveluja työpaikan ja asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Nykyisin täydennyskoulutusohjelman voi suorittaa kahdella eri tavalla: lähiopiskeluna, johon kuuluu johdantojakso (2 pv) ja neljä lähiopiskelujaksoa (4 x 5 pv) tai monimuotokurssina, johon kuuluu neljä kolmen päivän lähiopiskelujaksoa ja yksi 2 päivän lähiopiskelujakso sekä jokaista jaksoa varten 2 päivän itsenäistä opiskelua edellyttävä määrä luku- ja harjoitustehtäviä. Kurssien oppisisällöt vastaavat toisiaan ja niiden laajuus on kahdeksan opintoviikkoa. Nämä Työterveyslaitoksen kurssit ovat yhteisiä terveydenhoitajille ja lääkäreille. (Työterveyslaitos)

Työterveyshuollon vaativuus on huomioitu koulutuksessa. Terveydenhuolto-oppilaitokset ovat vuodesta 1991 lähtien jo toteuttaneet 19 opintoviikon pituisia työterveyshuollon jatkolinjaa monimuoto-opetuksena. Koulutus ei johda uuteen tutkintoon, vaan antaa lisäpätevyyttä työterveyshuollon tehtäviin pyrkimällä kehittämään työterveyshoitajan valmiuksia ratkaista työelämän muuttuvia haasteita. (Heikkinen, 1992). Kuopion yliopistossa on alkanut hoitotyön asiantuntijakoulutus erityisalueena työterveyshuolto (Pasanen, 1991). Molemmissa koulutusohjelmissä on huomioitu hoitotiede sekä työterveyshoitajan työssään tarvitsema monitieteellisyys. Opinnot työlääkätieteessä, työpsykologiassa, terveys-taloustieteessä ja hallinnossa luovat hyvän pohjan vastata työterveyshuollon haasteisiin. Nykyään voi myös suorittaa 40 opintoviikon mittaisia työterveyshuollon erikoistumisopintoja sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulussa. (Liite 2).

Työterveyshoitajan työtä ja tehtäviä voidaan tarkastella monella tavalla ja monelta eri tasolta (kuvio 1). Tehtävät voidaan esim. jakaa terveydenhuollon keskeisten tehtäväalueiden mukaisesti a) terveyttä edistäviin, b) sairautta ehkäiseviin, c) hoitaviin ja d) kuntouttaviin toimintoihin. Alkuun työterveyshoitajan työ on ollut sairauksien ja tapaturmien hoitoa, ihmisten auttamista ja itsenäistä työskentelyä ilman toisten ammattilaisten tukea. Jatkossa toiminta kohdistetaan enenevässä määrin myös työhön ja työolosuhteisiin, työterveyshoitajan työ rationalisoituu ja yksilö on mittausten, hoidon ja terveyskasvatuksen kohde. (Rossi, 1990, Märkjärvi, 1995, 96-102, Kanerva ym., 1998, 166)



KUVIO 1 . Työterveyshoitajan työn kehitysvaiheet ja niiden vaikutus ammatillisuuteen ja yhteistyöhön Rossin & Heikkisen mukaan (1990).

Työterveyshuoltolain tultua voimaan painottui työssä ennaltaehkäisy, työolosuhteiden terveellisyyteen ja turvallisuuteen vaikuttaminen ja työperäisiin riskeihin painottuva terveystkasvatus. Työ muuttui myös enemmän yhteistyön suuntaan eri terveydenhuoltohenkilöstön kanssa, mutta myös työsuojeluun ja työhygieniaan erikoistuneiden ammattilaisten kanssa. Kuntoutuslain ja työterveyshuoltolain muutos sekä työmarkkinajärjestöjen sopimus työkykyä ylläpitävästä toiminnasta on entisestään laajentanut työterveyshoitajan työnkuvaa ja lisännyt yhteistyökumppaneiden määrää. Työ kohdistuu sekä yksilöön, mutta työpaikan lisäksi myös työyhteisöön ja voidaan puhua laaja-alaisesta terveyden edistämisestä. Työ edellyttää monitieteellistä koulutusta ja erikoistumista.

Työterveyshoitaja toimii hoitotyön periaatteiden mukaisesti edistämällä työntekijöiden terveyttä ja tukemalla turvallista ja terveellistä työympäristöä. Työterveyshoitajien toiminnan painopiste on terveyden edistämisessä, suojelemisessa, tukemisessa ja terveyden palauttamisessa. Työterveyshoitajat toteuttavat ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa; se sisältää sairauksien tai oireiden aikaisen havaitsemisen, terveystkasvatuksen ja neuvonnan. (Liite 3)

Työterveyshoitajan työn tarkoitus on työntekijän ja työyhteisöjen terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Työterveyshoitaja on asiantuntija, joka vastaa hoitotyön osalta työnantajan työntekijöilleen järjestämästä työpaikkaterveydenhuollosta. Työterveyshoitaja suunnittelee ja toteuttaa muiden työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja työnantajan ja työntekijöiden edustajien kanssa työterveyshuoltotoimintaa, jolla tuetaan yksilön ja työyhteisön omatoimista terveysriskien hallintaa sekä työkykyä edistävää ja ylläpitävää toimintaa. Työterveyshoitajan työ edellyttää oma-aloitteisuutta, itsenäisyyttä, yhteistyökykyä ja kykyä luoviin ratkaisuihin. (Suomen Työterveyshoitajaliitto)

Suomessa terveydenhoitajan tehtävät työterveyshuollossa määräytyvät osittain sen mukaan, millaisessa yksikössä hän työskentelee. Terveystkeskuksen antamat palvelut ovat lähinnä työnantajaa velvoittavia, lakisääteisiä palveluja ja kohdistuvat useisiin pieniin, useita eri toimialoja edustaviin yrityksiin. Myös maatalousyrittäjien työterveyshuolto on käytännössä järjestetty terveystkeskusten työterveyshuollossa. Yritysten omilla asemilla ja yritysten yhteisillä asemilla työnkuvaan kuuluu muitakin kuin työnantajaa velvoittavia tehtäviä. Yritysten yhteisten asemien perustamisen lähtökohdiana on usein tarve saada kattavampia palveluja kuin mitä terveystkeskusten työterveyshuolto pystyy tarjoamaan. (Peurala, 1993, 22).

Pasanen (1992) on tarkastellut terveystieteiden työturvallisuuden ja muilla työturvallisuusasemilla työskentelevien työturvallisuushoitajien työnsisältöä ja työtyytyväisyyttä. Tulosten mukaan työturvallisuushoitajat käyttivät suurimman osan työajastaan ehkäisevään työturvallisuushuoltoon (41,7 %) ja kirjallisiin töihin (27,8 %). Sairaanhoidon ja asiakaspalvelun osuudet olivat likimain yhtä suuret (8,6 % ja 8,8 %) viikkotyöajasta. Terveystieteiden työturvallisuushoitajien sairaanhoitoon käyttämän työajan osuus oli noin puolet pienempi kuin muilla työturvallisuusasemilla työskentelevillä työturvallisuushoitajilla.

Työturvallisuushuollossa toimivien terveydenhoitajien omaa terveyttä ja työsuojelua on tutkinut Aitta (1989). Sen mukaan työturvallisuushoitajien kuormitus työssä on selvästi enemmän psyykkistä kuin fyysistä ja yli puolet vastaajista tunnisti työssään psyykkisiä työsuojeluongelmia. Työturvallisuushoitajat kärsivät myös ylikuormituksesta, joka oli yhteydessä objektiivisesti mitattavissa olevaan työmäärään. Ylikuormittuneisuuden tunne oli enemmän yhteydessä työntekijän vastuualueeseen kuuluvien työpaikkojen lukumäärään kuin henkilöasiakkaiden lukumäärään. Ylikuormitus oli näin ollen suurinta terveystieteiden ja lääkärikeskuksissa, missä työpaikkojen lukumäärät työntekijää kohti olivat suurimmat.

Räsänen ym. (1990) tekemän selvityksen mukaan, sairaanhoidon suhteellinen osuus työturvallisuushoitajien viikkotyöajasta oli yritysten omilla asemilla kuusi kertaa suurempi kuin maaseututerveystieteiden työturvallisuushoitajilla. Kaupunkiterveystieteiden työturvallisuushoitajilla sairaanhoidon osuus oli kolmasosa yritysten omiin asemiin verrattuna. Työturvallisuushoitajien ehkäisevään työhön käyttämästä työajasta kului suurin osa terveystarkastuksiin kaikissa työturvallisuushuoltoyksiköissä.

Terveystieteiden työturvallisuushuollon toimintaa on vastaavien työturvallisuushoitajien puhelinhaastattelulla selvittänyt Työturvallisuushuollon kehittämissyksikkö vuonna 1997. Tuloksissa todettiin toimintaperiaatteiden olevan vaihtelevia, mm. suhtautumisessa kansanterveystyöhön, tulosvastuuseen ja hinnoitteluun.. Hoitajat totesivat työturvallisuushenkilöstön itsensä pitävän ”matalaa profiilia”. Resurssit koettiin monessa paikassa liian vähäisiksi ja tällöin edellytykset moniammatilliselle tiimityölle heikkenivät, joskin siitä huolimatta moniammatillisuus toteutuu terveystieteiden keskuksissa paremmin kuin muissa työturvallisuushuollon toteuttamisvaihtoehdoissa. Myös verkottuminen terveystieteiden työturvallisuushuolloissa muihin terveystietokeskuspalveluihin nähtiin vahvuutena. Kaiken kaikkiaan työturvallisuushuollon tulevaisuus nähtiin valoisana. (Piirainen, 1999)

2.2.2. Työterveyslääkärit

Työlääkätieteen isänä pidetään italialaista lääkäriä Bernardino Ramazzinia, joka kokosi v. 1700 julkaistuun väitöskirjaansa kuvaukset 42 ammatin työolosuhteista. Hän kehotti lääkäreitä potilaita kohdatessaan lisäämään kysymyksiinsä “mitä työtä potilas tekee“ (Mölsä, 1996). Suomen ensimmäisenä työterveyslääkärinä pidetään Carl Zandtia, joka huolehti 1700-luvun puolivälissä Suomenlinnaa rakentavien työntekijöiden terveydestä. Ensimmäiset päätoimiset työpaikkalääkärit aloittivat v. 1857 Valtionrautateilla. Vuosisadan vaihteessa maassamme toimi kymmenkunta tehtaanlääkäriä. Teollisuuden kasvamisen myötä työpaikkalääkärien määrä alkoi lisääntyä. (Savolainen ym., 1993, Noro, 1979, 9-12, Ylikoski, 1986)

Työterveyshuolto on Suomessa osa perusterveydenhuoltojärjestelmää. Vuonna 1992 alalla toimi kaikkiaan noin 1600 lääkäriä, joista suunnilleen puolet kokopäiväisiä ja puolet osa-aikaisia. (Räsänen ym., 1992, 21). Työterveyshuoltoon erikoistuneita näistä on noin 450. Lääkäreiden peruskoulutuksessa on yliopistosta riippuen työlääkätieteen opetusta 10-20 tuntia luentoina ja 4-16 tuntia ryhmäopetuksena. Opetukseen on sisällytetty tutustuminen työterveyshuoltoon ja työpaikkaselvitysten tekemiseen. Tavoitteena on tuntee työterveyshuoltotoiminnan peruseriaatteet ja perustiedot työperäisistä sairauksista ja ammattitautikäytännöstä.

Lääkäreiden erikoiskoulutus työlääkätieteeseen aloitettiin 1950-luvun alussa, mutta sitä ennen oli järjestetty työlääkätieteen opetusta Helsingin yliopistossa vuodesta 1945 lähtien ja vuonna 1946 ensimmäiset työterveyspäivät (Noro, 1979, 146, Ylikoski, 1986). Työterveyshuollosta on muotoutunut yksi avoterveydenhuollon erikoisala. Erikoisalana se on varsin uusi, se perustettiin v. 1981. Yliopistojen vastuulle erikoislääkärikoulutus siirtyi v. 1988. Työterveyshuoltoon erikoistuminen sisältää yleiskoulutuksen (2v.) ja erikoiskoulutuksen (4v.), johon kuuluu 2 vuoden palvelu työterveyshuollon koulutustoimessa, yhden vuoden palvelu kliinisillä erikoisaloilla ja yhden vuoden palvelu Työterveyslaitoksella. Erikoistujan tulee saada koulutuspaikassaan toimipaikkakoulutusta 160 tuntia, kliininen palvelu on suoritettava vähintään kolmella erikoisalalla ja Työterveyslaitospalvelun voi suorittaa joko keskuslaitoksella tai aluelaitoksella. Työterveyslaitosjaksosta voi korvata puolet tutkimustyöllä tai ammattitautidiagnostiikkaa tekevän yksikön palvelulla. Lisäksi vaaditaan 120 tuntia teoreettista kurssimuotoista koulutusta. Erikoislääkäritutkinto sisältää myös valtakunnallisen kuulustelun. (Virokannas ym., 1994, Manninen ym., 1995, Manninen ym., 2000)

Räsänen ym. (1990) tekemässä selvityksessä lääkäreiden työnkuvasta ilmeni, että terveyskeskusten ulkopuolisilla työterveysasemilla lääkäreillä oli pitempi työkokemus ja suurin osa heistä oli erikoistuneita. Maaseudulla lääkärit toimivat yleisimmin osa-aikaisesti työterveyshuollossa. Terveyskeskusten ulkopuolisilla työterveysasemilla lääkäreiden työajasta noin puolet kuluu sairaanhoitoon, terveyskeskuksissa noin 20 %. Ehkäisevän työterveyshuollon painopiste oli terveystarkastuksissa, jotka olivat pääsääntöisesti lakisääteisiä. Yritysten omilla terveysasemilla tehtiin enemmän yhteistyötä työsuojeluhenkilöstön tai työnantajan kanssa..

Työterveyslääkärit ja -hoitajat ovat selvitysten mukaan tyytyväisiä työhönsä. Heidän käsityksensä työnsä vaatimuksista olivat pääasiallisesti myönteisiä eivätkä he kokeneet paljon stressiä, joskin kiire ja työn henkinen raskaus vaivasi useita. (Elo, 1992) Ammatin ja työn luonne on monelle työtyytyväisyyden lähde. Työ koetaan mielekkääksi, itsenäiseksi ja arvostetuksi, vaikkakin 90-luvun alussa lama ja säästötoimenpiteet lisäsivät epävarmuutta ja uupumusta.(Moilanen, 1997).

3. TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA TERVEYSKASVATUS TYÖTERVEYSHUOLLOSSA

3.1. Käsitteistä

Terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. Jotta täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä tunnistamaan ja toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa. Terveyden edistämisen toiminta-alueet ovat tarkemmin terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja terveyspalvelujen uudistaminen. (Ottawan asiakirja).

Terveyden edistämisen sisällöt ja tavoitteet voidaan rajata seuraavasti:

1. Terveyden edistämisen kohteena ovat terveyden edellytykset: on vähennettävä vallitsevaa eriarvoisuutta
2. Kansanterveyden kehittyminen riippuu myös ympäristön terveellisyydestä, erityisesti kodin ja työpaikan olosuhteista.
3. Terveyden edistämiseen sisältyy ihmisten sosiaalisten verkkojen ja sosiaalisen tuen vahvistaminen.
4. Yhteisössä vallitsevat arvot ja elämäntapa ovat terveyden edistämisen kannalta olennaisen tärkeitä.
5. Tieto ja taito käyttää tietoa ovat terveellisten valintojen perusta. Tarkoituksena on lisätä terveystietoa ja tiedon leviämistä. (Vertio, 1992, 22-24).

Rimpelä (1992, 1993) on koonnut terveyden edistämisen ja terveystkasvatuksen määritelmiä kansainvälisestä ja kotimaisesta kirjallisuudesta 1950 -luvulta lähtien. Hän käsittelee kirjoituksessaan terveyden edistämisen ja terveystkasvatuksen kansainvälisiä ja kotimaisia kehitysnäkymiä, joista johtaa sitten terveyden edistämisen oman määrittelynsä: Terveyden edistäminen tarkoittaa yhteisön omatoimisesti valmistelemaa, hyväksymää ja toteuttamaa toimintaohjelmaa, jossa yhdistetään 1) terveyden suojelun, 2) terveystkasvatuksen, 3) tautien ehkäisyn sekä 4) sairaanhoidon osaamista ja voimavaroja yhteisön tiedostamien terveystongelmien voittamiseksi ja yhteisön terveyden vahvistamiseksi.

Terveyden edistäminen on kokonaisvaltainen toimintastrategia, joka koostuu terveyden yhteiskunnallisten, ympäristöön liittyvien sekä kasvatuksellisten edellytysten luomisesta. Terveyskasvatus on yksi terveyden edistämisen keinoista. (Kannas, 1992). Se kohdistuu ihmisten terveystottumuksiin lisäämällä tietoa ja vahvistamalla selviytymiskeinoja ottaen huomioon myös sosiaaliset ja ympäristötekijät.

Terveyskasvatuksen määrittelyssä on perinteisesti ollut esillä käyttäytymisen muuttamisen tavoite. Terveyskasvatustoiminta on pyrkinyt tottumusten, tietojen, asenteiden, arvojen ja taitojen omaksumiseen, joilla on terveydellistä merkitystä. Kannas (1992) on määritellyt terveyskasvatuksen tehtäviä kasvatuksen viitekehyksestä käsin: terveyskasvatuksen tehtävänä on kasvatuksellisin ja viestinnällisin keinoin tukea ihmisen kasvua ja selviytymistä, välittää sivistyksellistä terveystietoa sekä virittää terveyttä edistäviä muutostoiveita ja avustaa näissä muutospyrkimyksissä.

Tästä määritelmästä voidaan yhteenvedona nähdä neljä kasvatuksellista tehtävää: sivistävä tehtävä, virittävä tehtävä, mielenterveystehtävä ja muutosta avustava tehtävä. Sivistävän tehtävän tarkoituksena on tiedollisen pääoman välittäminen, antaa yleissivistävää tietoa esimerkiksi terveyskasvatuksen eri sisältöalueista, spesifiä ja tilannekohtaista tietoa esimerkiksi sairauksien luonteesta, ennusteesta. Virittävän terveyskasvatuksen tehtävä on kannustaa väestöä tai yksilöä ajattelemaan ja keskustelemaan terveyteen liittyvistä asioista ja auttaa asiakasta tiedostamaan käyttäytymistään sekä tarjota stimuloivia ideoita ja näkökulmia ja tukea asiakkaan omia oivalluksia. Mielenterveystehtävän tavoitteena on edistää kasvatuksellisin keinoin ihmisten psyykkisten voimavarojen uusiutumista ja ehkäistä voimavarojen epätarkoituksenmukaista kulumista. Mielenterveystehtävän tarkoituksena on toteuttaa ihmistä ymmärtävää, myötäelävää otetta terveyskasvatuksessa. Muutosta avustavan tehtävän tavoitteena on käyttäytymisen muutos, muuttaa terveyteen liittyviä asenteita ja arvostuksia sekä mielikuvia ja auttaa asiakasta päätöksenteossa. (Kannas, 1992; Kettunen ym. 1996, 14-43).

Heikkinen (1989) määrittelee terveyskasvatuksen laajasti toiminnaksi, jonka tavoitteena on terveyden säilyttäminen ja edistäminen sekä sairauksien ehkäisy vaikuttamalla ihmisten terveyteen yhteydessä olevaan käyttäytymiseen, terveyttä sääteleviin yhteisö- ja ympäristötekijöihin sekä terveyttä koskevaan yhteiskunnalliseen päätöksentekoon. (Heikkinen, 1989, 1)

Terveyskasvatuksessa yleisimmin käytetyt motivointiperusteet ovat "terveyden edistäminen ja yleiskunto", "sairastumisen ehkäisy", "työ- ja toimintakyky", "oireiden väheneminen", "elämänilo ja virkistys" sekä "sairastumisen uhka".(Laitakari ym., 1989, 97-100). Terveyskasvatusta voidaan

myös perustella terveyden lisääntymisellä, sillä väestötutkimuksissa on todettu, että terveet elintavat pienentävät kokonaiskuolleisuutta, vähentävät oireilua ja lisäävät toimintakykyisyyttä ja koettua terveyttä.

Terveyskasvatuksen tehtävänä on mm. tunnistaa asiakkaan muutosvaihe ja siinä vaikuttavat ns. vastavoimat, pyrkiä yhteistyössä asiakkaan kanssa eliminoimaan vastavoimat ja luomaan kyseistä osavaihetta tukevia voimia terveysviestinnän ja asiakkaan lähiympäristön muutosten avulla. Kiinnostuksen ja tiedostuksen vaiheissa asiakkaalle opetetaan terveyskäsitteet ja taidot, autetaan häntä ankkuroimaan ne aikaisempaan tietorakenteeseensa ja arkikokemukseensa. Arviointivaiheessa asiakasta rohkaistaan pohtimaan uskomuksiaan, asenteitaan ja arvojaan. Päätöksentekovaiheessa asiakasta ohjataan laatimaan käyttäytymisen muutosohjelma, jota kokeiluvaiheessa seurataan ja tuetaan. Tavan kiteytymisvaiheessa asiakasta ohjataan ottamaan terveyskäyttäytymisen ehdot omaan hallintaansa. (Laitakari, 1981, 35-39, 89-122, Wiiio & Puska, 1993, 113-122). Terveyskasvattajan on syytä kartoittaa, millaiseksi asiakas katsoo omat mahdollisuutensa. Hänen kanssaan määritellään konkreettiset tavoitteet. Terveyskasvattajan rooliin kuuluvat asiakkaan tukeminen ja asiakkaan taitojen kehittäminen, tällöin puhutaan käyttäytymisen muutosta mahdollistavien tekijöiden lisäämisestä (Nupponen, 1994, 155-157)

Kansanterveyslaki (1972) velvoittaa kuntia järjestämään terveyskasvatusta, terveystarkastuksia ja muita terveyden ylläpitoon ja edistämiseen tähtäviä toimia. Terveyskasvatuksen kehittäminen on sisällynyt maamme terveystoimintaan tavoitteisiin. Yksilöihin kohdistuvan toiminnan lisäksi on korostettu koko väestöön kohdistuvan toiminnan tärkeyttä. Kansanterveyslaissa käytetään terveyskasvatuksen asemesta sanaa terveysneuvonta, joka kohdistetaan enimmäkseen yksilöihin. Terveystieteiden huollon asiakaskontakteissa tapahtuvaa terveyskasvatusta sanotaan terveysneuvonnaksi. Laitakari ym. (1989) määrittelevät neuvonnan asiakaskontaktissa työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen keinoin tapahtuvaksi terveyskasvatukseksi. Neuvonta voi kohdistua sairauden hoitoon, sairauden ehkäisyyn tai terveyden edistämiseen. (Laitakari ym., 1989, 37).

Neuvontaprosessi työntekijän puolelta käsittää päätöksen neuvonnasta, neuvonnan valmistelun ja ohjaamisen sekä neuvonnan toteuttamisen. Päätös neuvonnasta syntyy, kun neuvonnan tarpeet on tunnistettu kyselemällä ja havainnoimalla. Valmistelulla tarkennetaan tietoa neuvontaa varten, täsmennetään tavoitteet ja laaditaan suunnitelma. Neuvonnan toteuttaminen sisältää neuvonnan aiheet, keinot ja arvion neuvonnan onnistumisesta. Työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus vaikuttaa neuvonnan toteutumiseen. (Laitakari ym., 1989, 35-36).

3.2. Terveyden edistäminen työpaikoilla ja työkykyä ylläpitävä toiminta

Terveyden edistämisen työpaikoilla voidaan ajatella sisältävän mitä tahansa toimintaa, jonka tarkoituksena on edistää työssäkäyvien terveyttä tai sen edellytyksiä kehittämällä työtä, työolosuhteita, työn organisointia ja muita työhön liittyviä tekijöitä. Toiminnalla pyritään vaikuttamaan työntekijöiden voimavaroihin niin, että heidän terveyden edellytykset lisääntyisivät. Laajasti määriteltynä terveyden edistäminen työpaikalla tarkoittaa samaa kuin työkykyä ylläpitävä toiminta. (Kalimo, 1994)

Työkykyä ylläpitävä toiminta (tyky) määritellään sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen päätöksessä työterveyshuollosta (1348/94) ”toiminnaksi, jolla työnantaja ja työntekijät sekä työpaikan yhteistoimintaorganisaatiot yhteistyössä pyrkivät edistämään ja tukemaan jokaisen työelämässä mukana olevan työ- ja toimintakykyä hänen työuransa kaikissa vaiheissa”. Tämä määritelmä on ollut toiminnan pohjana 1990 –luvun alkupuolelta, mutta viime vuosina työkykyä ylläpitävä toiminta on haluttu määritellä ” työnantajan, yhteistyöorganisaatioiden ja työntekijöiden yhteistyöksi, jolla pyritään tukemaan työkykyä. Toiminta kohdistuu henkilöstön terveyteen, toimintakykyyn, motivaatioon ja ammattitaitoon sekä työn, työympäristön ja työyhteisön kehittämiseen” (Matikainen & Männistö, 1999,32).

Työkyvyn ylläpitäminen on osa yleistä elämänhallintaa. Työkyvyn ylläpitämisessä on vastuu jokaisella itsellään, myös yhteiskunnalla ja yrityksillä on omat vastualueensa. Yhteiskunnalla on vastuunsa luoda yleiset puitteet ja mahdollisuudet työkyvyn hankkimiselle ja ylläpitämiselle ja työnantajalla jo työsuojelulainsäädäntöön perustuva tehtävä huolehtia työpaikan turvallisuudesta ja työterveydestä. (Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, 1997, 156-157). Terveyden edistämisen ideologia on laajentanut toimintakenttää yksilöstä ja hänen henkilökohtaisista ratkaisuistaan työympäristöön, koko elinympäristöön ja yhteiskuntapoliittisiin ratkaisuihin. Suomessa on jo vuosikymmenien ajan kiinnitetty huomiota työpaikkojen turvallisuuteen ja terveellisyteen. Työntekijöiden terveydentilaa on seurattu varsinkin riskialttiilla aloilla. Sen sijaan vähemmälle huomiolle ovat jääneet työntekijöiden sosiaaliset verkot ja työyhteisöissä vallitsevat kulttuuriset arvot.

Työkyvyn ylläpito ja edistäminen ovat kehittyneet 1990 –luvulla työpaikkojen kokonaisvaltaiseksi henkilöstön kehittämistoiminnaksi. Toiminnan kohteena ovat työntekijä, työympäristö, työyhteisö sekä henkilöstön ammatillinen osaaminen. Toiminnan tavoitteena on tukea työntekijöiden työkykyä koko työuran ajan sekä työyhteisöjen kykyä hallita ja kehittää omatoimisesti työtään, työkykyään ja

terveyttään sekä lisätä sosiaalista tukea työyhteisössä. Työkyvyn ylläpito on tavoitteellinen, järjestelmällinen ja tarvelähtöinen tapa kehittää henkilöstöä ja on osa työpaikkojen laatujärjestelmää. (Matikainen & Männistö, 1999, 34-35)

3.3. Työterveyshuollon terveyskasvatustoiminta

Terveyskasvatuksen kehittämissuunnitelmassa vuosille 1984-88 todetaan, että terveyskasvatuksen perustan muodostaa terveydenhuoltohenkilöstön jokapäiväinen työ ja tärkeimpänä työmenetelmänä on henkilökohtainen vuorovaikutus. Asiakkaan terveyskäyttäytymisen selvittäminen, tarkoituksenmukainen kirjaaminen, molemminpuoliseen vuorovaikutukseen perustuva keskustelu sekä työn seuraaminen ja arviointi muodostavat perustyötavan. Vaikka työterveyshuolto oli jo tuolloin vakiinnuttanut asemansa terveydenhuollon kentässä työikäisten terveyden edistäjänä, ei suunnitelmassa mainita työterveyshenkilöstöä erikseen toiminnan toteuttajana kuin alkoholin haittojen vähentäjänä. Työikäiset terveyskasvatustoimien kohteena mainittiin lisäksi hammashuollossa ja liikunnassa sekä koko väestöön kuuluvana ravitsemuksessa ja tupakoinnissa.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -perusohjelma (1986) mainitsee jo erikseen työperäisten terveystieteiden ehkäisyn ja työterveyshuollon tehtävän työntekijöiden terveyden säilyttäjänä ja edistäjänä vähentämällä työolojen vaaroja ja haittatekijöitä ja toisaalta edistämällä tekijöitä, jotka mahdollistavat työntekijöiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Tärkeänä kehittämiskohteena katsottiin olevan työterveyshuollon työn kehittämisen siten, että se käsittelee ihmisen terveyttä kokonaisuutena. Yhteistyön kehittäminen muun terveydenhuollon kanssa työikäisten terveyden edistämiseksi nähtiin tärkeänä. Myös ohjelman yleiset tavoitteet, väestön terveydentilan parantaminen ja eri väestöryhmien välisten terveysterojen vähentäminen tulee olla ohjeena työterveyshuollosakin, joskin se vaatii terveystalouden kehittämistä ja yhteiskuntapoliittisia toimenpiteitä kustannusten korvaamisessa.

WHO:n arviointiryhmä on vuonna 1991 arvioinut Suomen terveystaloutta em. perusohjelman näkökulmasta ja on todennut sen edenneen tavoitteiden suuntaisesti, mutta kehotti kiinnittämään huomiota joihinkin näkökohtiin. Tavoitteet kaipaisivat priorisointia ja heikossa asemassa oleville väestöryhmille olisi harkittava erillisiä tavoitteita. Eriarvoisuuden syitä tulisi selvittää. Palveluiden laatuun tulisi kiinnittää huomiota. Tältä pohjalta luotiin Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -uudistettu yhteistyöohjelma uusine haasteineen ja toimenpiteineen. Terveyskasvatusta kehitetään ja suunnataan siten, että se vaikuttaa erityisesti niihin väestöryhmiin, joissa elämäntavoista johtuvat terveysongel-

mat ovat suurimmat. Työterveyshuoltoa kehitetään erityisesti niillä aloilla, joilla työolosuhteisiin sidoksissa olevat terveysongelmat ovat suurimmat ja toimia työympäristön laadun parantamiseksi suunnataan riskialoille. Ehkäistäessä ennen aikaista eläköitymistä ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä työterveyshuollossa tulisi panostaa työolosuhteiden kehitykseen niin, että ne soveltuvat myös vanhimpien työkäisten toimintakyvylle. Työyhteisöissä tulisi edistää mielenterveyttä ja kehittää varhaiskuntoutusta. Pyrittäessä tavoitteisiin on huomioitava henkilökunnan täydennyskoulutus ja jatkuvan laadun arvioinnin kehittäminen.

Vuonna 1997 asetettu Kansanterveyden neuvottelukunta on valmistellut Terveyttä kaikille 21. vuosisadalle -ohjelmaa. Erillinen työryhmä arvioi elämäntapain ja työolosuhteiden hyödynnettävyyttä terveyden edistämiseksi. Ikääntyvän työväestön työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen nähtiin tärkeiksi kysymyksiksi, mutta kehitystyössä on oikeudenmukaisesti otettava huomioon eri ryhmien tarpeet. Yksilöihin liittyvien tekijöiden ohella tärkeitä kysymyksiä ovat yhteisölliset tekijät; miten esim. työyhteisö ja muut yhteisöt, joihin ihmiset kuuluvat, tukevat terveyttä ja sen edellytyksiä. Ihmisten omia mahdollisuuksia toimia terveyden edistämiseksi on vahvistettava. Työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen edellyttävät työterveyshuollon, työsuojelun ja työyhteisöjen toiminnan kehittämistä ja terveyttä edistävän elämäntavan edistämistä. (Elämäntapain ja terveys, 1999, 23-30)

3.4. Työterveyshuollossa tapahtuva tietojen antaminen ja ohjaus

Työterveyshuollon keskeinen periaate on työperäisten terveysvaarojen ehkäisy parantamalla työolosuhteita ja poistamalla työn ja työolosuhteiden terveydelliset vaarat. Työterveyshuollolla on tarkoitus vaikuttaa työpaikkojen olosuhteista, työmenetelmistä ja työympäristöstä johtuvien työntekijän terveyttä vaarantavien tekijöiden ehkäisemiseen terveydenhuollon keinoin. Tähän työnantajan tulee käyttää terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Työterveyshuollon asiantuntemusta tulisi käyttää jo työpaikkaa, työmenetelmiä ja työn organisointia suunniteltaessa sekä laitteita ja työssä käytettäviä aineita hankittaessa. (Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat, 1989).

Työterveyshuoltotoiminnan sisältö koostuu työpaikkaselvityksistä, tietojen antamisesta ja ohjauksesta, erilaisista terveystarkastuksista ja ensiapuvalmiussuunnitteluun osallistumisesta. Työpaikkaselvitys on työterveyshuoltotoiminnan suunnittelun perusta. Selvityksellä hankitaan tietoja työpaikan, työn terveyteen vaikuttavista tekijöistä, suojainten käytön tarpeellisuudesta, ensiapuvalmiudesta ja neuvonnan tarpeesta. Työnantajan on annettava työterveyshuollon ammattilaisia hyväksi

käyttäen työntekijöille yksilöllisesti tai ryhmäkohtaisesti tietoja työhön liittyvistä terveyden vaaroista ja haitoista, tietoja ja neuvoja näiden ehkäisemiseksi sekä tietoja ammattitaudeista ja muista työstä johtuvista sairaustiloista. Tietojen antaminen ja ohjaus on tärkeä osa työkykyä ylläpitävää toimintaa ja sitä voidaan mm. toteuttaa yksilöllisesti terveystarkastuksissa, joita tehdään työhön tullessa, määrääjain lakisääteisesti tai sovittuna sekä vajaakuntoisille (Opas työterveyshuollon toteuttamisesta, 1993). Tietojen antaminen ja ohjaus sisältää myös terveystarkastusta ja ohjausta terveyden edistämiseksi sekä työkyvyn ylläpitämiseksi sekä tietoja ja neuvontaa työhön, työympäristöön ja elintapoihin liittyvistä terveyttä edistävästä tekijöistä. Yksilöllisen vaikuttamisen lisäksi yhtä tärkeää on pyrkiä vaikuttamaan yrityksen johtoon, työnjohtoon ja suunnittelijoihin turvallisuutta edistävän ilmapiirin luomiseksi. (Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, 1997, 171-172)

Työterveyshuolto ja työsuojelu ovat toisiaan tukevia ja täydentäviä toimintoja. Työsuojelun päämääränä on saada aikaan työympäristö, jossa työntekijöiden turvallisuus ja terveys eivät vaarannu ja joka tukee työntekijöiden jatkuvaa ja kaikenpuolista kehittämistä. Työympäristö, työmenetelmät ja työn sisältö pyritään sovittamaan mahdollisimman hyvin ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita vastaaviksi. Psyykkisen työsuojelun korostuva merkitys vaatii erityisesti työpaikkojen omaehtoista työtä, kykyä ja uskallusta ongelmien käsittelyyn sen yhteisön keskellä, jossa ne syntyvät. Työturvallisuuslain uudistuksessa kiinnitettiin huomiota ennakoivaan työsuojeluun ja suunnittelijoiden vastuuseen, koska työn turvallisuuteen ja terveellisyyteen vaikuttavat ratkaisut tehdään yleensä jo työtilojen, koneiden, laitteiden ja työn organisoimisen suunnittelun yhteydessä. Työolot muuttuvat tällä hetkellä jatkuvasti ja voimakkaasti ja se asettaa työsuojelu- ja työterveyshenkilöstölle runsaasti haasteita. Uudistetussa laissa korostettiin myös työntekijöiden opetuksen ja neuvonnan tehostamista sekä haitallisen psyykkisen kuormituksen huomioon ottamista ja vähentämistä.

Suomen työterveyshuolto on ehkäisevää terveydenhuoltoa, jossa lähtökohtana on työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ehkäisy. Työterveyshuoltolain mukaan työpaikkojen terveydenhuoltoon voi lisäksi sisällyttää hoitavia ja kuntouttavia palveluita. Palvelut ovat perusterveydenhuoltoa, jossa myös sairauksien tutkimus ja hoito ovat mahdollisia. Mutta verrattuna perinteiseen terveydenhuoltoon työterveyshuollon luonne on toisenlainen, koska sen sisältönä ja tehtävänä on terveellisen ja turvallisen työympäristön aikaansaaminen ja työntekijän terveydentilan edistäminen. Työterveyshuolto on palvelutoiminto, joka tuottaa ja välittää terveydenhuollollisen asiantuntemuksen työpaikalle.

3.5. Terveysviestintä terveystieteissä

Terveysviestintä on terveyden tavalla tai toisella liittyvää viestintää. Terveysviestinnän tavoitteena on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairauden hoitaminen ja kuntoutuminen. Sen tavoitteena on myös antaa oikeaa ja hyödyllistä terveystietoa ihmisille, opettaa halukkaille taitoja toimia terveydellisten tavoitteiden hyväksi ja myötävaikuttaa yhteiskunnan terveystieteisiin ratkaisuihin. Terveysviestinnälle on ominaista tavoitteellisuus ja arvolutaus. (Wiio & Puska, 1993,16-23) Viestinnän onnistumiseen vaikuttavat monet asiat, mm kulttuurierot, persoonallisuus, odotukset, osapuolien tausta, asema, koulutus ja tiedot, viestintäkyvyt, sanaton viestintä ja tilanne kokonaisuudessaan. Keskinäisviestintä on henkilökohtaista vuorovaikutusta, jossa viestit kulkevat molempiin suuntiin ja se on tehokkain tapa muuttaa ihmisten asenteita ja käyttäytymistä ja siinä on suora palautemahdollisuus. (Wiio & Puska, 1993, 123, 161-163)

Terveystieteet ovat kommunikaation erityismuoto, koska se perustuu tiedon välittämiseen. Painopisteen tulisi olla asiakkaan tarpeissa, siinä miten niihin vastataan sekä terveystieteiden tuloksellisuudessa yleensä. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttaa luottamus, empatia, välittäminen, vastavuoroisuus. (Sundeen ym., 1987, 123-124). Heikkisen (1989) mukaan terveystieteiden on rakennuttava positiiviseen, kokonaisvaltaiseen terveystieteen. Terveystieteissä etusijalla tulisi olla ihmisen mielen eheydestä ja toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä sekä ihmisten elinympäristöstä huolehtiminen. Tulevaisuuden haasteena on asiakkaaseen luottava, hänestä aidosti kiinnostunut, elävä vuorovaikutteellisuus.

Terveydenhuollon vuorovaikutussuhteet ovat herkkiä, niissä kosketellaan ihmisen terveyttä ja käyttäytymistä terveyden suhteen (Kettunen, 1998). Toimiva vuorovaikutus on hoitosuhteen kulmakivi. Vuorovaikutuksen laatu säätelee sitä, millaista tietoa terveydenhuoltohenkilöstö saa ja vastavuoroisesti, kuinka asiakas vastaanottaa tietoa (Salmela, 1997, 52-53). Jokainen neuvontatilanne on ainutlaatuinen. Terveyttä edistävät neuvontatilanteet vaativat yksilön sitoutumista sekä yhteistä tavoitteen asettelua. Pelkkä terveystieteellinen terveystietäminen ei riitä, jos terveyttä ei kytkeä ihmisen merkitysmailmaan, kokemuksiin ja arkielämään. Terveystietäjän toiminta sisältää oman persoonallisen tyylin, terveystietäjän työssä tarvitaan intuitiota, luovuutta, improvisaatiota ja ilmaisukykyä, laaja-alaista ammattitaitoa. (Poskiparta, 1997,125)

Asiakkaan vuorovaikutussuhde terveydenhoitajaan on erilainen kuin lääkäriin. Lääkärin auktoriteettiasema luo suhteeseen omat ominaispiirteensä. Asiakkaan on roolissaan turvaututtava toisten asiantuntemukseen oman terveytensä suhteen, jolloin asema muotoutuu alisteiseksi ja olosta tulee epävarma. Viestintäkäyttäytymistä tulisi tulkita aina kulttuuritaustaa vasten. Ratkaisevaa asiakkaan viestinnän muotoutumiselle on hoitajan kuuntelemisen taidot. Asiakkaiden kannalta tärkeiksi asioiksi vuorovaikutussuhteessa nousevat yhteistyö, keskustelun vastavuoroisuus ja henkilökunnan osoittama kiinnostus. Asiakkaalle tulee tarjota mahdollisuus oma-aloitteeseen keskusteluun hakeutumiseen ja keskustelun aiheiden löytämiseen. (Kettunen, 1998).

Viestintä on terapeutista, kun asiakas hyötyy hoitajan teoista tai sanoista. Viestintää hyväksikäyttäen hoitaja voi tehdä suunnitelman, jonka mukaan hän ohjaa asiakkaitaan tekemään sitä, mistä on heille hyötyä. Sanaton viestintä hoitajan ja asiakkaan välillä on kaksisuuntaista ja hoitajan on tarkkailtava sanattomia viestejä itsensä ja asiakkaan välillä, jotta hän pystyy päättämään, mitä menetelmää käyttämällä saavutetaan paras tulos. (Blondis & Jackson, 1988, 13-18)

Viestinnässä ensivaikutelma on tärkeä. Henkilökohtainen viestintä on parhaimmillaan silloin, kun se on yksinkertaista. Väärinkäsitysten vaara kasvaa nopeasti, kun ihmiset yrittävät olla tavattoman monimutkaisia – he tekevät yksinkertaisista asioista mutkikkaita. Viestintä on aina kaksisuuntaista, antamista ja ottamista, puhetta ja kuuntelua. Kuuntelu on ymmärtämistä, yhteyksien tajuamista, merkitysten hoksaamista siten, että puhujakin huomaa sanoman menneen perille. Hyvä viestintä lähtee hyvästä kuuntelemisesta. Tavallisin inhimillisen kanssakäymisen muoto on keskustelu. Keskustelun sävy, sisältö ja tyyli vaihtelevat keskustelun tarkoituksen mukaan. Asiakeskustelu on tarkoitettu välittämään informaatiota ja ideoita. Keskustelu on vastavuoroista, molempien pitää ottaa ja antaa, keskustelu, jossa vain toinen on äänessä, ei ole keskustelua, vaan yksinpuhelua, eikä se johda hedelmällisen tulokseen. (Karhu, 1997, 14-15, 57)

Poskiparta (1997) on omassa tutkimuksessaan, jossa on analysoitu videoituja terveysterveystilanteita, käyttänyt terveyskasvatuksen muodoista Ingrosson mukaan käsitteitä asiantuntijajohtoinen, asiakaskeskeinen ja yhdessäoppiminen. Asiantuntijajohtoinen terveyskasvatus on kohdistettu riskiryhmän jäsenille, se on sekundaaripreventiota, luonteeltaan neutraalia, tiedon siirtoa asiantuntijalta asiakkaalle ja käyttäytymismuutosta korostavaa. Terveyskasvattaja pyrkii kieltojen, ohjeiden ja käskyjen avulla vaikuttamaan yksilön toimintaan. Asiakaskeskeinen terveyskasvatus on primaaripreventiota, siinä korostetaan asiakkaan vapautta tehdä itsenäisiä valintoja tavoitteena tietojen

välittäminen ja arvojen selkeyttäminen, jotta yksilö voisi tehdä tietoisia päätöksiä terveytensä edistämiseksi. Olennaista on asiakkaan motivointi. Terveyskasvattaja pyrkii tukemaan yksilön oman elämän hallintakyvyn lisäämistä. Yhdessäoppimisen terveyskasvatus on vastavuoroista ja vuorovaikutuksellista yksilötoimintaa, jossa pyritään oppimaan oppimiseen. Terveyskasvatuksen tavoitteena on ihmissuhdetaitojen oppiminen, positiivisen minäkuvan luominen, itsetunnon vahvistaminen ja terveyttä edistävien päätöksentekotaitojen parantaminen. Yksilö käyttää omia resurssejaan ja kokemuksiaan oman elämänsä hallintaan ja kehittämiseen. (Poskiparta, 1997, 20-24) Tutkimustulokset kertoivat, että asiantuntijajohtoinen ja asiakaskeskeinen terveyskasvatusmuoto olivat hallitsevia ja yhdessäoppimista esiintyi ajoittain. Neuvontakeskustelut olivat tiedonjakotilaisuuksia. Hoitajat painottivat asian tiedollista hallintaa, heidän työorientaationsa olivat traditionaalisia ja behavioristisia. (Poskiparta, 1997, 123-125, Liimatainen ym., 1999)

Terveysneuvontatilanteet voidaan myös tyypitellä sen mukaan, millainen on hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutussuhde ja roolit, mikä on neuvonnan luonne ja lähtökohta sekä millainen on neuvonnan ilmapiiri. Hallitsevassa terveysneuvontatyypissä hoitaja hallitsee tilannetta, jakaa tietoa ja asiakas nähdään passiivisena tiedon vastaanottajana. Ilmapiiri on hyvin muodollinen ja asiallinen, neuvonta perustuu yhteisön valmiisiin suunnitelmiin ja kirjallisella materiaalilla on tärkeä osuus. Osallistuvassa terveysneuvontatyypissä potilas on aktiivinen, tasavertainen hoitajan kanssa ja neuvonta on luonteeltaan keskustelunomaista. Aktiivinen kuunteleminen on olennaista ja hoitaja antaa asiakkaalle palautetta, joka voi vahvistaa asiakkaan itsetuntemusta, minäkuvaa ja omaa päätöksentekoa. Tässä tilanteessa asiakas on oman elämänsä ja hoitaja terveyskasvatuksen asiantuntija. Neuvonnan ilmapiiri on vapaa ja turvallinen. Konsulttiterveysneuvontatilanteessa hoitajalla on neutraali, myötäilevä konsultin rooli ja vuorovaikutussuhde etenee asiakkaan ehdoilla. Neuvonnan luonnetta kuvaa kuuntelu, ilmapiiri on hyväksyvä. (Kettunen ym., 1996, 63-96)

4. AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

4.1. Selvityksiä terveystutkimuksen toteutumisesta terveydenhuollon piirissä

Kannas (1988) on arvioinut suomalaista terveystutkimusta 1970-1980 -luvulla. Arviointi kohdistuu siihen, missä määrin terveystutkimuksen eri osa-alueilta on tehty tutkimuksia Suomessa. Terveystutkimus on ollut pääasiassa terveyskäyttämistutkimusta, etenkin 1970 -luvulla. Sille on ollut tyypillistä eriytyminen tottumuksellisiin tutkimusperinteisiin. Terveystutkimuksen arviointitutkimus vilkastui 1980 -luvulla. Teoreettinen ja yhteiskunnallinen tutkimus on ollut vähäistä.

Terveystutkimusta on tehty perinteisillä terveydenhuoltosektoreilla, eniten kouluterveydenhuollossa. Työterveyshuollossa toteutettavasta terveystutkimuksesta on olemassa hyvin vähän tutkimuksia. Sen sijaan erilaisia interventiotutkimuksia on tehty ja raportoitu. Terveystutkimuksen tulisi vaikuttaa terveystutkimuskäytäntöihin, mutta kokeellisia interventiotutkimuksia on hyödynnetty liian vähän (Kannas, 1988).

Mantere (1982) on selvittänyt vuosina 1980-1981 työterveyshuollon ammattihenkilöiden mielipiteitä siitä, miten terveystutkimustoiminta toteutuu erilaisilla työpaikoilla ja miten sitä voitaisiin tehostaa. Yli puolet (52%) ilmoitti työhönsä liittyvän paljon tai erittäin paljon terveystutkimustoimintaa. Lisäkoulutus katsottiin tarpeelliseksi, erityisesti terveystutkimuksen sisältöalueista. Kyselyssä tuli myös ilmi, ettei työsuojelullista ja työterveydellistä ohjaus- ja neuvontatyötä täysin sisäistetä työterveyshuollon ammattihenkilön toimenkuvaan kuuluvaksi terveystutkimukselliseksi osa-alueeksi.

Rossi ym. (1987) keräsivät tietoa työterveyshoitajien antamasta terveystutkimuksesta sekä arvioivat työajan käyttöä tähän työhön. Tutkimuksessa kysyttiin myös asiakkailta, mitä he muistivat saamastaan terveystutkimuksesta, ja millaista terveystutkimusta he halusivat lisää. Ajatuksena oli myös motivoida työterveyshoitajia arvioimaan ja kehittämään omaa työtään. Perinteisesti terveystutkimuksesta valtaosa annettiin erilaisten terveystarkastusten yhteydessä. Aloitteentekijä terveystutkimukseen oli 59 %:ssa työterveyshoitaja, 15 %:ssa asiakas itse. Terveystutkimusaiheet olivat vastausten perusteella puoliksi työolosuhteisiin liittyviä ja puoliksi kansanterveydellisiä. Yleisimmät aiheet olivat melu, ja ergonomia sekä ravinto, liikunta ja tupakointi. Eniten aikaa terveystutkimukseen käyttivät työnantajien yksityisillä terveystasemilla toimivat työterveyshoitajat. Asiakkaiden mielipi-

teistä kävi ilmi, että kansanterveyteen liittyvät aiheet terveystieteiden tutkimuksissa muistettiin parhaiten. Johtopäätöksenä tutkimuksesta todettiin, että työterveyshoitajat tarvitsevat hyviä vuorovaikutustaitoja. Hoitajan on yhteistyössä asiakkaan kanssa valmistettava ja kirjattava terveystieteiden tutkimussuunnitelma asiakkaan tarpeista lähtien. Oman työn arviointi onnistuu, mikäli mitattavissa olevat tavoitteet on asetettu ennakolta. Tämä tarjoaa mahdollisuuden kehittää oman työn laatua ja vaikuttavuutta.

Pohjana omalle tutkimukselleni on Laitakarin ym. (1989) tekemä selvitys terveystieteiden tutkimuksen nykytilasta maamme terveystieteiden tutkimuksissa. Se on ainoa käytettävissä oleva seikkaperäinen selvitys, jossa pyrittiin selvittämään a) missä määrin ja minkälaista terveystietoa esiintyy eri ammattiryhmien asiakas- ja potilaskontakteissa, b) minkälaisia ovat eri ammattiryhmien asiakas- ja potilaskontakteissa tapahtuvan terveystieteiden tutkimuksen kontaktien rakenteeseen liittyvät, ammatilliset ja työntekijäkohtaiset edellytykset ja kehittämisehdotukset, c) missä määrin ja minkälaista muuta terveystietoa kuin asiakaskohtaista neuvontaa terveystieteiden tutkimukset ovat järjestäneet yksin tai yhteistyössä muiden tahojen kanssa, d) minkälaisia ovat terveystieteiden tutkimuksen terveystieteiden tutkimuskohtaiset rakenteelliset, hallinnolliset ja työnjohdolliset sekä muut työn järjestämiseen liittyvät edellytykset ja kehittämisehdotukset.

Tutkittaviksi valittiin terveystieteiden tutkimuksen kannalta keskeisiä avoterveydenhuollon työntekijäryhmiä, jotka käytännön toteutusta varten jaettiin kolmeen ryhmään: lääkärit, hoitajat sekä fysioterapeutit. Työntekijät täyttivät kyselylomakkeen, jossa hankittiin taustatietoja vastaajasta, tietoja terveystieteiden tutkimuksen ehdoista (asenteet, valmiudet, tilaisuudet), lisätietoja neuvonnan ja muun terveystieteiden tutkimuksen toteutumisesta ja menetelmistä sekä ehdotuksia terveystieteiden tutkimuksen kehittämiseksi. Asiakaskontaktien rekisteröinnissä tutkimukseen osallistuvat työntekijät kirjassivat välittömästi käynnin jälkeen tietoja asiakkaasta, käynnin syystä, annetun terveystieteiden tutkimuksen aiheista, tarkoituksesta ja menetelmistä sekä välittömät vaikutelmansa sekä asiakkaasta että omasta olostaan.

Asiakasneuvonta toteutui fysioterapeuteilla ja lääkäreillä 2/3:ssa ja hoitajilla 3/4:ssa asiakaskontakteja. Neuvonta toteutui yleensä silloin, kun työntekijä oli todennut asiakkaan elintavoissa ongelman tai puutteen. Työntekijä oli neuvonnassa aloitteentekijä huomattavasti useammin kuin asiakas. Lääkäreillä neuvonnan tarkoitus oli yleisimmin sairauden hoito, hoitajilla ehkäisy ja terveet elintavat.

Työntekijöiden asenteet terveystieteiden tutkimuksesta kohtaan olivat myönteiset, vaikka he epäilivätkin terveystieteiden tutkimuksen vaikuttavuutta ja ihmisten kykyä muuttaa elintapojaan. Neuvontaa haittaavista tekijöistä huomattavin oli ajanpuute tapaamishetkellä.

Palvelupisteillä näytti olevan merkitystä siten, että työterveyshuollon lääkärikontakteissa annettiin merkittävästi useammin neuvontaa (82%) kuin terveystieteiden ajanvaraus- (59%) ja päivystyskäynneillä (60%). Työterveyshuollon hoitajakontakteissa neuvontafrekvenssi oli korkea (87%), samoin äitiysneuvoloissa (88%). Hoitajien päivystysvastaanotoilla neuvontafrekvenssi oli matala (58%).

Yleisimmät neuvontamenetelmät olivat lyhyet kehotukset ja neuvot sekä keskustelu. Asiakkaita ohjattiin harvoin muualle neuvontaan. Motivointiperusteina korostuivat terveys- ja sairauskeskeiset seikat, muita elämänarvoja käytettiin harvoin.

Terveystieteiden työntekijät kokivat erityisen vaikeaksi asiakkaiden elämäntapoihin vaikuttavien sosiaalisten suhteiden ja ympäristötekijöiden selvittämisen, yksilöllisten muutosohjelmien laadinnan ja neuvonnan seurannan. Kaikissa ammattiryhmissä esiintyi selviä puutteita asiakasneuvonnan taidoissa. Satunnaisissa ja lyhytkestoisissa kontakteissa neuvonnan toteutumisen edellytykset olivat puutteelliset. Terveystieteiden kasvatuksen ”hyvä” toteutuminen edellyttää työtovereiden ja johdon tukea tälle työlle, mahdollisuutta joustaviin järjestelyihin työssä sekä riittävästi koulutusta. (Laitakari ym.,1989)

4.2. Esimerkkejä interventiotutkimuksista Suomessa

Interventiotutkimukset ovat terveystieteiden kasvatuksen arviointitutkimusta, missä on tarkoitus selvittää ja arvioida terveystieteiden kasvatuskäytäntöjä. Interventiotutkimuksia on tehty enenevässä määrin 1980- ja 90-luvulla. Useimmiten tiedot näistä tutkimuksista ovat jääneet vain kyseisen kokeiluohjelman omaisuudeksi, tuloksia ei ole riittävästi hyödynnetty muualla.

Maamme teollisuudessa toteutettiin 1980-luvun alussa kaksi laajaa terveystieteiden kasvatuskampanjaa, Terve työpäivä tavaksi -projekti Yhtyneillä Paperitehtailla (Frilander ym., 1986) ja terveystieteiden kasvatuskokeilu Kymi-Strömberg Oy:n Voikkaan paperitehtailla (Karinpää ym., 1986). Terve työpäivä tavaksi -projektin tavoitteeksi asetettiin henkilöstön terveystieteen käyttäytymisen muuttaminen edullisemmaksi ja sairastavuuden vähentäminen yhtiötasolla.

Osatavoitteena oli työsuojelun ja terveystieteiden sekä yksilöön kohdistuvan tehostetun terveystieteiden tuloksellisuuden selvittäminen työterveyshuollossa ja yrityksen työsuojelun ja työterveysorganisaatioiden yhteistyön kehittäminen. Projektia suunniteltiin huolella ja sille valittiin valvontaryhmä. Projektissa käytettiin sekä suoria että epäsuoria vaikuttamiskeinoja. Suoria vaikuttamiskeinoja olivat mm. tiedotusmateriaali, tietokonepalautteet kyselyistä ja laboratoriotutkimuksista, terveystieteiden ja terveystapaamiset. Projektin aikana työpaikoilla järjestettiin erilaista kampanjatoimintaa. Tehostettua terveystieteiden toimintaa järjestettiin kysely- ja laboratoriotutkimuksiin osallistuneille. Ryhmäkohtaisessa terveystieteiden ohjelmassa käsiteltiin mm. seuraavia teemoja: tupakointia, ravitsemusta ja ruokailutottumuksia, laihdutusta ja painontarkkailua, liikuntaa ja ulkoilua, stressiä ja rentoutumista, alkoholin käyttöä sekä henkisiä tekijöitä ja tottumusten muutosta.

Muuttuiko henkilöstön terveystietoisuus sitten edullisemmaksi? Kuntoilutottumuksissa ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Naiset lisäsivät fyysistä toimintaansa kuitenkin miehiä useammin. Tupakointi vähentyi selvästi ja tupakoinnin lopettamisyrityksiä on ollut erittäin monella. Ravinnon koostumuksessa ja ruokailutottumuksissa tapahtui tietoista muuttamista useiden vastaajien kohdalla. Alkoholin käyttötiheydessä tapahtui laskua sekä miesten että naisten ryhmässä.

Kampanja otettiin Yhtyneillä Paperitehtailla myönteisesti vastaan. Projektin seurauksena on henkilöstön terveystietoisuudessa tapahtunut tietoista muuttamista terveydellisesti edullisempaan suuntaan erityisesti ravinnon ja tupakoinnin kohdalla. Sairauspoissaolot ovat myös vähentyneet.

Projektin tärkeänä tuloksena pidettiin sitä, että työsuojelu- ja työterveyshenkilöstö joutui pohtimaan ja kehittämään omia ammattikäytäntöjään ja tehostamaan toimintaansa. Kampanjan huolellinen suunnittelu on tärkeä, ja yrityksen koko organisaation tulee olla asiassa mukana. Kampanjan vaikutuksia on arvioitava ja mittaaminen on suunniteltava hyvin etukäteen. Kampanjan tavoitteiden on oltava realistisia ja tuloksia on voitava jatkossa hyödyntää.

Kymi-Strömberg Oy:n Voikkaan paperitehtaiden terveystieteiden kokeilun lähtökohtana oli terveystietoisuuden muuttumisen kautta pyrkiä sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden tason alentamiseen. Terveystietoisuutta pyrittiin muuttamaan tupakoinnin, ruokailutottumusten, liikuntaharrastuksen ja alkoholinkäytön osalta. Kahden vuoden aikana toteutettiin tehostettu terveystieteiden ohjelma, jonka periaatteet olivat yksilöllisyys, kokonaisvaltaisuus, itsehoito ja terveystieteiden keskeisyys. Terveystieteiden kokeilusta toteutettiin henkilökohtaisena neuvontana kaikkien kontaktien yhteydessä. Lisäksi järjestettiin ryhmätoimintaa.

Interventio-ohjelmalla ei voida katsoa olleen vaikutusta terveystietojen parantumiseen. Tupakointi näytti hieman vähentyneen vanhempien miesten kohdalla, mutta nuoremmat näyttivät jopa lisäävän tupakointiaan. Alkoholinkäyttö muuttui kohtuullisempaan suuntaan. Ruokailutottumuksissa ei tapahtunut interventioaikana merkittäviä muutoksia. Fyysinen kunto rasituskokeella mitattuna oli hieman laskenut, vaikka liikuntaharrastus oli lisääntynyt. Ylipainoisten lukumäärissä tai ylipainon määrässä ei tapahtunut kokeilun seurauksena olennaisia muutoksia.

Työpaikoilla kannattaa toteuttaa terveyskasvatusohjelmia, vaikka tämä projekti antoikin vähäiset vaikutustulokset. Ohjelmasta saatu kokemus ja hyöty ovat tärkeitä. Ne antavat hyvän pohjan terveyskasvatustoiminnan kehittämiseksi.

1980 -luvun loppupuolella on tehty liikunnan edistämiseen painottuvia terveyskasvatuskokeiluja. UKK-instituutissa (Paronen ym., 1989) on tutkittu työmatkaliikunnan merkitystä terveyttä edistävänä liikuntana. Kokeilu toteutettiin kolmessa tamperelaisessa teollisuuslaitoksessa. Ohjelma keskittyi kävelyn ja pyöräilyn edistämiseen työmatkoilla.

Edistämistoimet kohdistuivat henkilökunnan tietoihin ja asenteisiin sekä työpaikan liikuntaedellytyksiin. Tutkimuksen alussa kysyttiin talven työmatkoja ja työmatkan arvioitua kulkutapaa kesällä. Loppukyselyssä selvitettiin toteutunutta työmatkaliikuntaa. Kysymys oli siis aiotun ja toteutuneen kulkutavan vertailusta. Näin arvioituna kampanjan vaikutukset eivät näkyneet työmatkan pääasiallisissa kulkutavoissa. Työmatkaliikuntaa ilmoitti kuitenkin lisänneensä ohjelman aikana 7 % vastanneista. Vapaa-ajan liikuntaa oli lisännyt noin viidesosa vastaajista. Työmatkaliikkuminen tehtailla oli jo alkukyselyn perusteella suurta, näin merkittäviä muutoksia siinä ei ollut odotettavissakaan.

Haaviston ym. (1991) tutkimuksessa kokeiltiin liikunta- ja terveysohjelmaa työn ja työolojen kehittämiseksi. Tutkittavilta kyseltiin myös heidän terveydestään, elintavoistaan ja työstään. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, mitkä tekijät selittävät ihmisten psyykkisen vireyden vaihtelua ja mikä osuus liikunnalla ja liikunnallisella elämäntavalla on tämän vaihtelun selittäjänä.

Liikuntaohjelma kesti 2,5 kuukautta. Se koostui työpäivän alkuun, keskelle ja loppuun sijoitetuista noin tunnin mittaisista ohjatuista liikuntaharjoituksista. Ohjelmaan osallistuminen oli vapaaehtoista ja siihen sai käyttää työaika.

Naiset osallistuivat selvästi vilkkaammin liikunta- ja terveysohjelmaan kuin miehet. Ohjelmalla oli vaikutusta fyysiseen kuntoon ja psyykkiseen vireyteen. Naisten mielestä liikunta- ja terveysohjelma lisäsi työviihtyvyyttä. Tulosten mukaan ohjelma vaikutti sekä fyysiseen että psyykkiseen toimintaan. Myönteisiä tuloksia oli etenkin niillä henkilöillä, jotka eivät aikaisemmin olleet harrastaneet liikuntaa. Mielialan kohentumista ei kuitenkaan voida lukea vain ohjelman ansioksi. Tavanomainen vuodenaikavaihtelu on todennäköisesti myös tärkeä muutosta selittävä tekijä.

1990 –luvulla toteutettuja työikäisten terveyden edistämiseen tähtäviä hankkeita ovat mm. Turun seudulla toteutettu yhteistyöhanke (Järvisalo ym., 1990; Lahtinen ym., 1991; Lahtinen, 1996; Talvi ym., 1994, 1995). Kelan Kuntoutustutkimuskeskuksen, Turun terveystieteiden keskuksen ja Paavo Nurmi -keskuksen kuntotutkimusaseman hankkeessa pyrittiin kehittämään tehokkaita keinoja aikuisväestön sairauksien ehkäisyyn, toimintakyvyn ylläpitämiseen ja varhaiskuntoutukseen. Tutkimuksessa selvitettiin työikäisten ihmisten terveystarpeita ja halua terveyden edistämiseen. Erillisellä osahankkeella selvitettiin terveyden edistämishankkeen soveltuvuutta työterveyshuoltoon. Käytännössä tämä toteutettiin Neste Oy:n työterveysasemalla.

Hankkeen tutkimuskohteena olivat terveystarkastukset ja terveysneuvonta. Tavoitteena oli kehittää laaja-alainen terveystarkastusmittari arvioimaan terveydentilaa, elämäntilannetta ja -taitoja sekä elintapoja sekä kehittää todettuihin tarpeisiin vastaavat neuvontaohjelmat. Tarkoitus oli myös arvioida perusterveydenhuollossa tällaisen palvelujärjestelmän toteutettavuutta, hyväksyttävyyttä ja vaikuttavuutta sekä kerätä tietoja terveyskäyttäytymisestä, terveyteen liittyvistä asenteista sekä elämäntapojen muuttamisen motivaatiosta. Hankkeen toteutus oli hyvin laaja.

Kun tutkittavilta oli saatu osallistumisvarmistus, heille lähetettiin laaja kyselylomake. Sen jälkeen terveydenhoitaja haastatteli asiakkaita ja heille tehtiin laboratoriotutkimuksia. Toisella käynnillä lääkäri tutki asiakkaan, ja hänet ohjattiin tarvittaessa myös psykologin arvioon. Kolmannella käynnillä asiakkaalle tehtiin kuntotestaus. Ennen palautteen antamista asiakkaalle, tulokset käsiteltiin tiimissä, johon kuuluivat lääkäri ja terveydenhoitaja ja tarvittaessa myös psykologi. Palautteen tuloksista asiakkaalle antoi lääkäri, joka esitteli tulokset ja tiimin näkemyksen hänen keskeisimmistä muutostarpeistaan. Keskustelun jälkeen asiakas lopullisesti ratkaisi, mitä kahta kohdealuetta hän piti tärkeimpänä. Sen jälkeen toteutettiin neuvontaohjelmat.

Työterveyshuollon osahanke toteutettiin Neste Oy:n työterveysasemalla v. 1988 – 1991. Tarkoituksena oli selvittää, miten tällainen toiminta soveltuu osaksi työterveyshuoltoa. Työterveyshuollon osahankkeessa painotettiin lisäksi työpaikan riskitekijöitä, ihmissuhteita ja työssä viihtymistä. Neuvontaohjelmat olivat samanlaisia kuin terveyskeskusosahankkeessa ja ne työterveysasema toteutti itse. Lisäksi järjestettiin spesifejä työympäristöön kohdistuvia tietoiskuja yhteistyössä Turun aluetöterveyslaitoksen kanssa. Tavoitteena oli toteuttaa myös työyhteisöön ja elämäntapoihin sekä muihin taustatekijöihin liittyvien terveydenedistämistarpeiden arviointi samanaikaisesti. Ajatuksena on myös ollut, että näin kehitetty toiminta ja muut työterveyshuollon toiminnot, kuten työympäristön ja työssään haitallisille tekijöille altistuneiden seuranta toisaalta ja erilaiset seulontatutkimukset toisaalta, voidaan nivoa yhteen luontevaksi terveysturvaa toteuttavaksi järjestelmäksi.

Työterveyshuollon osahankkeeseen osallistui yli 95 % kutsutuista, kun taas terveyskeskuksessa suoritetuissa osavaiheissa vastaava luku oli 50-70 %. Tutkimuksen kohdistuminen kiinteään työpaikkayhteisöön sekä mahdollisuus osallistua työajalla selittänevät suuren osallistumisaktiiviteetin työterveyshuollon osahankkeessa. Työterveyshuollon osahankkeessa neuvontaohjelmiin osallistuminen oli jonkin verran yleisempää kuin terveyskeskuksen osahankkeessa. Niin terveyskeskuksessa kuin työterveyshuollossakin toiminnalliset neuvontaohjelmat näyttivät kiinnostavan enemmän kuin luonteeltaan tiedottavat. Työterveyshuollossa hanke otettiin alusta alkaen innostuneemmin vastaan. Vaikutelmaksi jäi, että terveysohjelman toteuttaminen kokonaisvaltaisessa työterveyshuollossa on helpompaa ja kannattavampaa jo pelkästään suuremman kattavuuden takia. “Terveysneuvonnalla voidaan saavuttaa pitkäaikaisia tuloksia, kun ryhmä tukee ja kannustaa”(Marniemi ym., 1996; Hietala ym., 1994).

Hanke oli työläs, mutta se sai hyvän vastaanoton. Sen toteutus toimi hyvin ison organisaation omassa työterveyshuollossa. Kohderyhmänä oli omin säännöin ja kulttuurein toimiva yhteisö ja asiakassuhteet työterveyshuoltoon olivat jatkuvia ja vakiintuneita. Tuloksissa verrattaessa tutkimusryhmää muihin maassamme tehtyihin terveystarkoitusten tuloksiin, ei suuria eroavaisuuksia ollut. Tuki- ja liikuntaelinoireet näyttivät olevan jonkin verran harvinaisempia, samoin kohonneet verenpaine- ja kolesteroliarvot. Liikunta-aktiivisuus oli suurempi.

Terveystarkastusten tehokkuus paranee, jos tarkastukset ja neuvonta kohdennetaan ikäryhmä- ja sukupuolikohtaisesti. Työkyvyn ylläpitämiseen tähtäävänä toimintana terveydentilan selvitys ja terveydenedistämishjelmat luovat hyvän pohjan. Työolosuhteiden ja työilmapiirin kartoitus on hyvä lähtökohta työn kehittämiseksi linjaorganisaatiossa.

4.3. Esimerkkejä ulkomailla toteutetuista terveyden edistämishjelmista

Muualla maailmassa, etenkin Yhdysvalloissa ja läntisessä Euroopassa, on paljon pitemmät perinteet erilaisten terveyden edistämishjelmien toteuttamisessa. Pioneerina toimi 1970-luvun puolivälissä innovatiiviset yhtiöt, jotka olivat huolissaan työntekijöidensä terveydestä ja kohonneista terveydenhuolto- ja vakuutusmaksuista. He totesivat sen tosiasian, että muuttamalla terveystottumuksiaan ihmiset voivat tulla terveemmiksi ja nostaa tuottavuuttaan samalla kun terveydenhuoltokustannukset alenevat. Tuloksena yhtiöissä järjestettiin kuntoharjoituksia, palkattiin sairaanhoitaja hoitamaan sairauksia ja kohennettiin työntekijöiden sosiaaliturvaa. Terveyden edistämishjelmista opittiin, että nimenomaan työntekijöiden tukeminen terveyden ylläpitämisessä on hyödyllistä sekä työntekijöiden että työnantajan kannalta (Jacobson ym., 1990).

Yhdysvalloissa varsinkin suuret yritykset ovat toteuttaneet erilaisia terveysohjelmia työntekijöidensä terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Vuonna 1985 tehdyn selvityksen mukaan (Warner, 1990) lähes kaksi kolmasosaa työpaikoista järjesti työntekijöilleen ainakin yhden terveysohjelman. Warner (1990) on myös huomauttanut vaikuttavuustutkimuksen tarpeellisuudesta, joissa selvitetään positiivisia muutoksia terveyskäyttäytymisessä samoin kuin kustannushyötyjä. Myös eurooppalaisissa suurissa yrityksissä on vastaavanlaisia terveysohjelmia kokeiltu.

Jeffery ym. (1993) raportoivat laajasta amerikkalaisesta tutkimuksesta, jonka tarkoituksena oli arvioida terveysohjelman tehokkuutta tupakoinnin vähentämisessä ja painon pudotuksessa. Tutkimukseen osallistui 32 työpaikkaa, joista muodostettiin koe- ja kontrolliryhmät. Interventiota johtivat tutkimusryhmän kouluttamat ja ohjaamat terveystasvattajat. Kaikki kelpuutettiin painonpudotusohjelmaan ja tupakoitsijat kutsuttiin tupakoinnin vähentämishjelmaan. Interventio käsitti oppitunteja. Ohjelmaan kuului myös rahallinen yllyke.

Tupakkaohjelmaan osallistuminen oli vähäistä, mutta osallistujien kohdalla tupakanpolto väheni huomattavasti verrattuna kontrolliryhmään. Painonpudotusohjelmassa tulokset olivat vähäisiä, joskin henkilöillä, jotka osallistuivat aktiivisemmin, paino putosi enemmän. Tutkimus herätti kysymyksen siitä, miten ohjelmat saataisiin tehokkaammiksi ja miten niitä tulisi markkinoida työpaikoille. Tähän tutkimukseen kieltäytyi osallistumasta 72 % työpaikoista, joita siihen alunperin kysyttiin. Taloudelliset perusteet ovat varmasti tehokkaita silloin, kun hyödyt voidaan muuttaa rahalliseksi arvoiksi.

Suurella indianalaisessa tehtaassa tutkittiin yli 400 työntekijää tarkoituksena arvioida eri työntekijäryhmien ja eri sukupuolten välisiä eroja ennen ja jälkeen työpaikalla tehtyjen terveyden seulontatarkastusten (Stonecipher & Hyner, 1993). Ensimmäisellä kerralla tehtiin seulontatutkimukset, kahden viikon kuluttua niistä annettiin palaute keskustellen ja arvioiden terveystarpeet ja 10 viikon kuluttua tehtiin kaikille loppukysely.

Tutkimukseen osallistumisessa ei ollut merkittävää eroa ammattinimikkeen tai sukupuolen mukaan. Sen sijaan tulokset viittasivat siihen, että eri työntekijäryhmien välillä on eroja terveystavoissa. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa, naisten terveystavat olivat positiivisempia kuin miesten, samoin kuukausipalkkaisten verrattuna tuntipalkkaisiin. Huomattavin ero tunti- ja kuukausipalkkaisten välillä oli ravintotottumuksissa, jotka olivat epäterveellisempiä tuntipalkkaisilla. Tutkimus osoitti, että osallistujat paransivat terveystottumuksiaan, ja muutokset vaihtelivat eri työntekijäryhmissä. Sekä miehet että naiset vähensivät suolan ja sokerin käyttöä, mutta muutos oli suurempi naisilla kuin miehillä. Vaikka tuntipalkkaiset paransivat ruokailutottumuksiaan, olivat ne vielä ohjelman jälkeenkin huonompia kuin kuukausipalkkaisilla. Tutkimus antaa vahvistusta sille, että suunniteltaessa erilaisia interventio-ohjelmia on huomioitava erilaisten ryhmien tarpeet ja kohdentettava kampanjat tarpeita vastaaviksi.

Työntekijöihin kohdistuneet terveyskasvatuskampanjat ovat tyypillisesti käsittäneet erilaisia neuvontaohjelmia aiheinaan kolesteroli, verenpaine, diabetes, tupakointi, huumeet, alkoholi ja liikunta (Herbert & Herbert, 1990). Työpaikoilla toteutetut kampanjat vaativat yksilöiden ja yhteisön ongelmien, tarpeiden, kiinnostuksen ja voimavarojen arviointia. Monet työyhteisöt ovat kiinteydessään ja toiminnassaan otollisia paikkoja toteuttaa terveyskasvatusta. Työterveyshuoltojen kiinteä yhteistyö työntekijöiden ja työnantajan kanssa mahdollistaa myös tehokkaamman tuloksen yksilöiden hoidossa ja terveyskasvatuksessa, kuten on todettu mm. vertailtaessa kolesterolikampanjaa yleisessä terveydenhuollossa ja työyhteisössä tehtynä (Wilson, 1991).

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää työterveyshuollossa työskentelevien terveydenhoitajien ja lääkärien mielipiteitä työterveyshuollon terveystasvatuksesta sekä kartoittaa, millaista terveysneuvontaa toteutettiin työterveyshuollon asiakaskontakteissa 1990 –luvun alussa. Tutkimus kohdistettiin Keski-Suomen, Kuopion ja Pohjois-Karjalan lääneissä toimiviin työterveysasemiin.

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia mielipiteitä ja kokemuksia työterveyshuollossa työskentelevillä terveydenhoitajilla ja lääkäreillä oli terveystasvatuksesta ?

- millaisina koettiin omat koulutukselliset valmiudet ja oma motivaatio terveystasvatuksen toteuttamiseen ?
- millaisena koettiin neuvontaprosessin toteutuminen terveystasvatuskontakteissa ?
- mitkä aiheet nähtiin tärkeiksi työterveyshuollon terveystasvatuksessa ?
- millaisia terveystasvatusmenetelmiä käytettiin ?
- mitkä asiat häiritsivät neuvontatyötä ?
- oliko mielipiteissä ja kokemuksissa terveystasvatuksesta eroja ammatin ja iän mukaan ?
- millaisia terveystasvatuksen kehittämisehdotuksia esiintyi ?
- mitkä olivat koetut koulutustarpeet ?

2. Millaista terveysneuvontaa työterveyshuollon asiakaskontakteissa toteutettiin ?

- mitkä olivat käyntien syyt ja niiden kesto ?
- mitkä olivat neuvonnan aiheet ja neuvonnan kesto ?
- mitkä olivat käytetyt terveystasvatusmenetelmät ja –tehtävät ?
- esiintyikö terveysneuvonnan toteuttamisessa eroja ammattiryhmien välillä ?
- esiintyikö terveysneuvonnan toteuttamisessa eroja käynnin syyn mukaan ?

6. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1. Kohdejoukko ja aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin resurssien rajallisuuden vuoksi vain silloisten Keski-Suomen, Kuopion ja Pohjois-Karjalan läänin alueella toimiville työterveyshuoltoasemille. Kuopion Alue työterveyslaitoksen työterveyshuollon tutkimusyksikkö (nyk. Työterveyslaitoksen Työterveyshuollon kehittämissyksikkö) tekee valtakunnallista selvitystä ”Työterveyshuolto Suomessa“ määrävuosin ja heiltä sain listat kyseisen alueen työterveyshuoltoyksiköistä ja niiden osoitteet. Vuonna 1993 toteutetussa kyselyssä näitä työterveyshuollon yksiköitä oli 142. Kysely lähetettiin 113 yksikköön. Muutama yksikkö oli lopettanut toimintansa ja loput yksiköt jätin pois lähinnä osoite-epäselvyyksien tai työntekijä-epäselvyyksien vuoksi. Katsoin kuitenkin, että jokainen työterveyshuollon toteutusmuoto (terveyskeskus, yksityinen, oma, yhteinen, valtion) on hyvin edustettuna. (liitetaulukot 1 ja 2)

Kyselylomakkeita, joissa kysyttiin lääkäreiden ja hoitajien mielipiteitä terveyskasvatuksesta, lähetettiin kaikkiaan 350 kappaletta. Työntekijätietojen perusteella alueella toimi 146 lääkäriä ja 204 terveydenhoitajaa ja kyselylomake lähetettiin kaikille. Terveyskeskuksissa työskenteleville lähetettiin 134 (38%) kyselylomaketta, työnantajan omalle työterveysasemalla työskenteleville 129 (37%), työnantajan yhteisellä työterveysasemalla työskenteleville 18 (5%), yksityisissä lääkärikeskuksissa työskenteleville 53 (15%) ja VK-työterveyshuolloissa (nykyään Medivire) työskenteleville 16 (5%) kappaletta. (liitetaulukko 3).

Vastauksia saatiin yhteensä 231. Lääkäreitä vastaajista oli 79 ja terveydenhoitajia 152. Vastausprosentti oli 66 %. Lääkäreiden kohdalla vastausprosentti oli 54% ja terveydenhoitajien 75%. Vastaajien joukossa oli myös 11 sairaanhoitajaa, jotka on laskettu terveydenhoitajien joukkoon.

Kontaktilomakkeita, joilla kerättiin tietoa asiakasneuvonnasta, lähetettiin Keski-Suomen ja Kuopion läänien alueella 25 työterveyshuoltoyksikköön (liitetaulukko 4). Yksiköt oli valittu siten, että ne edustavat erilaisia työterveyshuoltoyksiköitä. Yksikössä yhtä lääkäriä ja yhtä terveydenhoitajaa pyydettiin kirjaamaan noin kymmenestä asiakaskontaktista neuvontaa koskevat tiedot. Yksiköt saivat itse keskuudestaan tarvittaessa valita vastaajat. Tällä tavalla laskettiin saatavan tietoa 500 asiakaskontaktista.

Kontaktilomakkeita palautettiin 266 (53%). Niitä oli täyttänyt yhdeksän lääkäriä (36%) ja 18 terveydenhoitajaa (72%). Lääkärit olivat terveystieteidenkeskuksesta (3), työnantajan omalta työterveysasemalta (5) ja työnantajien yhteiseltä työterveysasemalta (1). Terveydenhoitajat olivat terveystieteidenkeskuksesta (6), työnantajan omalta työterveysasemalta (7), työnantajien yhteiseltä työterveysasemalta (2) ja yksityisestä lääkärikeskuksesta (3). Lääkärit olivat täyttäneet 86 lomaketta, terveydenhoitajat 151 lomaketta. 29 lomakkeesta puuttui tunnistuskoodi, ja ne on jätetty jatkoanalyysistä pois, koska vastauksia käsitellään vertaillen ammattiryhmiä.

6.2. Aineiston kuvaus

Vastaajista vajaa kolmannes oli 50 –vuotiaita tai vanhempia, noin 40 % 40-49 -vuotiaita ja vajaa 30 % alle 40 -vuotiaita. Vastaajien keski-ikä oli 49 vuotta. Terveydenhoitajat olivat vanhempia, yli 40 -vuotiaiden osuus oli noin 75 %, lääkäreiden kohdalla vastaava luku oli noin 66 %.

(Taulukko 1)

TAULUKKO 1. Vastaajien ikä ammattiryhmien mukaan (%)

	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
50 –vuotiaat ja yli	36.4	21.5	31.3
40-49 –vuotiaat	38.4	44.3	40.4
Alle 40 -vuotiaat	25.2	34.2	28.3
Yhteensä (%)	100	100	100
(N)	(151)	(79)	(230)

p = .060

Vastaajista suurin osa työskenteli terveystieteidenkeskuksessa, noin kolmannes työnantajan omalla työterveysasemalla, vajaa 10 % työnantajan yhteisellä työterveysasemalla, noin 15 % yksityisissä lääkärikeskuksissa ja vajaa 5 % VK-työterveyshuollossa. (Taulukko 2)

TAULUKKO 2. Vastaajien työpaikat ammattiryhmien mukaan (%)

	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Terveyskeskuksen työterveyshuolto	39.5	34.2	37.7
Työnantajan oma työterveysasema	34.2	32.9	33.8
Työnantajien yhteinen työterveysasema	9.2	10.1	9.5
Yksityinen lääkäriasema	13.2	16.5	14.3
Valtion alueellinen työterveyshuolto	3.9	6.3	4.7
Yhteensä	100	100	100
(N)	(150)	(78)	(228)

Vastaajat ovat työterveyshuollossa kokenutta henkilöstöä. Liki puolet on toiminut työterveyshuollossa yli kymmenen vuotta, terveydenhoitajista jopa 53.4 %. Yli 15 vuotta työskennelleissä on terveydenhoitajia enemmän. Vajaalla neljänneksellä on alle viiden vuoden kokemus. Toimipaikan mukaan lyhyin työkokemus oli terveyskeskuksissa, joissa 68.6 % henkilöstöstä oli työskennellyt työterveyshuollossa korkeintaan 10 vuotta. Pisimmät työkokemukset olivat kertyneet valtion työterveyshuollossa ja työnantajien yhteisellä työterveysasemalla, joissa yli puolet henkilöstöstä oli työskennellyt työterveyshuollossa yli 15 vuotta. Lääkäreistä reilu puolet (60,3%) on työskennellyt työterveyshuollossa korkeintaan kymmenen vuotta. Työterveyshuollossa työskentelyajan keskiarvo oli 11 vuotta. (Taulukko 3)

TAULUKKO 3. Vastaajien työkokemus ammattiryhmittäin (%)

Työkokemus vuosina	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
0-5 vuotta	19.3	28.2	22.4
6-10 vuotta	27.3	32.1	28.9
11-15 vuotta	20.7	16.7	19.3
16-20 vuotta	22.7	17.9	21.1
yli 20 vuotta	10.0	5.1	8.3
Yhteensä	100	100	100
(N)	(150)	(78)	(228)

p=.327

Vastaajat olivat työterveyshuoltoon myös hyvin koulutettuja. Noin 80 % kaikista vastaajista oli käynyt työterveyslaitoksen pitkän täydennyskoulutuskurssin, mutta terveydenhoitajien osuus kurssin käyneistä oli suurempi. (Liitetaulukko 5)

6.3. Tutkimuksen mittarit

Tutkimuksessa käytettiin kahta erilaista kyselylomaketta, joista toisen (liite 4) avulla kartoitettiin työterveyshuollossa toimivien lääkärin ja terveydenhoitajien käsityksiä ja mielipiteitä terveystasvatuksesta. Toisen lomakkeen (liite 5) avulla pyrin selvittämään työterveyshuollon asiakaskontakteissa tapahtuvaa terveystasvontaa. Lomakkeissa oli pohjana Laitakarin ym. (1989) tutkimuksessa käyttämät kyselylomakkeet sovellettuna tämän tutkimuksen tarkoitukseen. Kyselylomakkeet olivat suppeampia, jotkut kysymykset Laitakarin tutkimuksesta sellaisenaan olivat sopivia, muutamia kysymyksiä laadin lisää tutkimusongelmien mukaan. Esikyselyä kyselylomakkeen toimivuudesta en katsonut tarpeelliseksi, koska Laitakarin tutkimuksessa mittari oli toiminut hyvin.

Tutkimuksessa käytetty mielipiteitä selvittävä kyselylomake oli suppea ja suhteellisen helppo ja nopea täyttää. Kysymyksiin oli annettu valmiit vastausvaihtoehdot lukuunottamatta mielipidekyselyä asiakasneuvonnan ja terveystasvatuksen kehittämistä työterveyshuollossa ja koulutustarvekyselyä, jotka molemmat olivat avoimia kysymyksiä.

Kyselylomakkeen alussa olivat kysymykset taustamuuttujista; ikä, ammatti, työpaikka, työterveyshuollon kokemus ja koulutus, joista analyysissä vastaukset ristiintaulukoitiin iän, ammatin ja työkokemuksen mukaan pyrkimyksenä selvittää eroja terveystasvatuksessa.

Mielipiteitä terveystasvatuskoulutuksen riittävydestä perus- tai työterveyshuollon koulutuksessa tiedusteltiin kysymyksillä 6 ja 7. Käsitteitä eri neuvonta-aiheiden tärkeydestä mitattiin kysymyksillä 8, 9 ja 12. Omia edellytyksiä ja suhtautumista terveystasvontaan selviteltiin kysymyksillä 10, 11 ja 14. Terveystasvatusmenetelmien käyttöä kysyttiin kysymyksellä numero 13, kehittämisideoita numerolla 15 ja koulutustarpeita numerolla 16. (liite 4)

Terveystasvontaan toteutumista selvitettäessä vastaajia pyydettiin täyttämään kontaktitiedot – lomake, joka oli pyritty tekemään mahdollisimman helposti ja nopeasti täytettäväksi. Kysymyksissä oli valmiit vastausvaihtoehdot lukuunottamatta aika-arviokysymyksiä ja asiakkaan taustatietoja, joihin piti vastata syntymävuosi ja ammatti. Kontaktin kesto ja neuvontaan käytetty aika pyydettiin ilmoittamaan minuutteina. Lomakkeessa kysyttiin vastaanotolla annetun neuvonnan aihe tai aiheet,

tamaan minuutteina. Lomakkeessa kysyttiin vastaanotolla annetun neuvonnan aihe tai aiheet, neuvonnan aloitteen tekijä, käytetty neuvontamenetelmä ja terveyskasvatustehtävä. Kyselylomakkeen loppuun oli jätetty tilaa vapaille kommentteille.(liite 5)

6.4. Tilastolliset menetelmät

Palautetut lomakkeet tarkastettiin ja päätettiin ottaa kaikki mukaan tutkimukseen siitä huolimatta, että kaikki eivät olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Vastaukset oli jo numeroitu siten, että ei tarvittu erillistä koodausta ja aineisto voitiin näin tallentaa suoraan. Tallennus tehtiin Jyväskylän yliopiston laskentakeskuksessa ja molempien lomakkeiden vastaukset esitettiin aluksi muuttujittain suorina jakaumina, prosenttijakaumina ja prosenttiosuuksina sekä keskiarvoina. Jatkossa mielipidekyselylomakkeen vastaukset ristiintaulukoitiin ammatin, iän ja toimintavuosien mukaan tutkimusongelman mukaisesti käyttäen SAS –tilasto-ohjelmaa. Kontaktitiedot –lomakkeen vastaukset ristiintaulukoitiin ammatin ja kontaktin pääsyyn mukaan käyttäen SPSS –ohjelmaa. Jakaumien eroja taustamuuttujien suhteen testattiin Khin neliö –testillä. Merkitsevyyserot on ilmoitettu p-arvoina, numeerisesti.

Avoimien kysymysten vastaukset käsiteltiin kvalitatiivisesti. Luokittelin ne sisällön mukaan itse määrittelemiini luokkiin, jotka muodostuivat aineistosta käsin. Vastaukset esittelen luokkiin sijoitettuna lainauksina vastauksista.

Graafiset esitykset, taulukot ja kuviot on tehty Excel –taulukko-ohjelmalla ja Power Point –graafiikkaohjelmalla.

7. TULOKSET

7.1. Mielenpitoja ja kokemuksia terveyskasvatuksesta työterveyshuollossa

7.1.1. Terveyskasvatuskoulutus

Yli puolet vastaajista olivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että peruskoulutuksessa on jo saatu riittävästi terveyskasvatuskoulutusta, alle 40 –vuotiaista jopa kolme neljästä. Sen sijaan vanhemmista, yli 50 –vuotiaista, kaksi kolmesta oli eri mieltä. Ikäryhmien väliset erot olivat tilastollisesti erittäin merkitsevät. Ammattiryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä mielenpitoeroja. (Liitetaulukko 6 ja 7)

Toisaalta lähes kolme neljästä vastaajasta katsoi, että työterveyshuollon koulutuksessa pitäisi olla enemmän terveyskasvatukseen liittyviä aiheita, yli 50 –vuotiaista noin 85%. Terveystenhoitajat toivoivat koulutusta enemmän kuin lääkärit. (Taulukko 4, liitetaulukko 8.)

TAULUKKO 4. Mielenpiteet terveyskasvatuskoulutuksen lisäämisestä työterveyshuollon koulutuksessa ammattiryhmän mukaan (%)

Pitäisi lisätä	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Täysin samaa mieltä	28.4	6.5	20.9
Jokseenkin samaa mieltä	50.7	57.1	52.9
Jokseenkin eri mieltä	19.6	33.8	24.4
Täysin eri mieltä	1.3	2.6	1.8
Yhteensä %	100	100	100
(N)	(148)	(77)	(225)

p=.001

7.1.2 Terveysneuvonnan tärkeys ja oma motivaatio

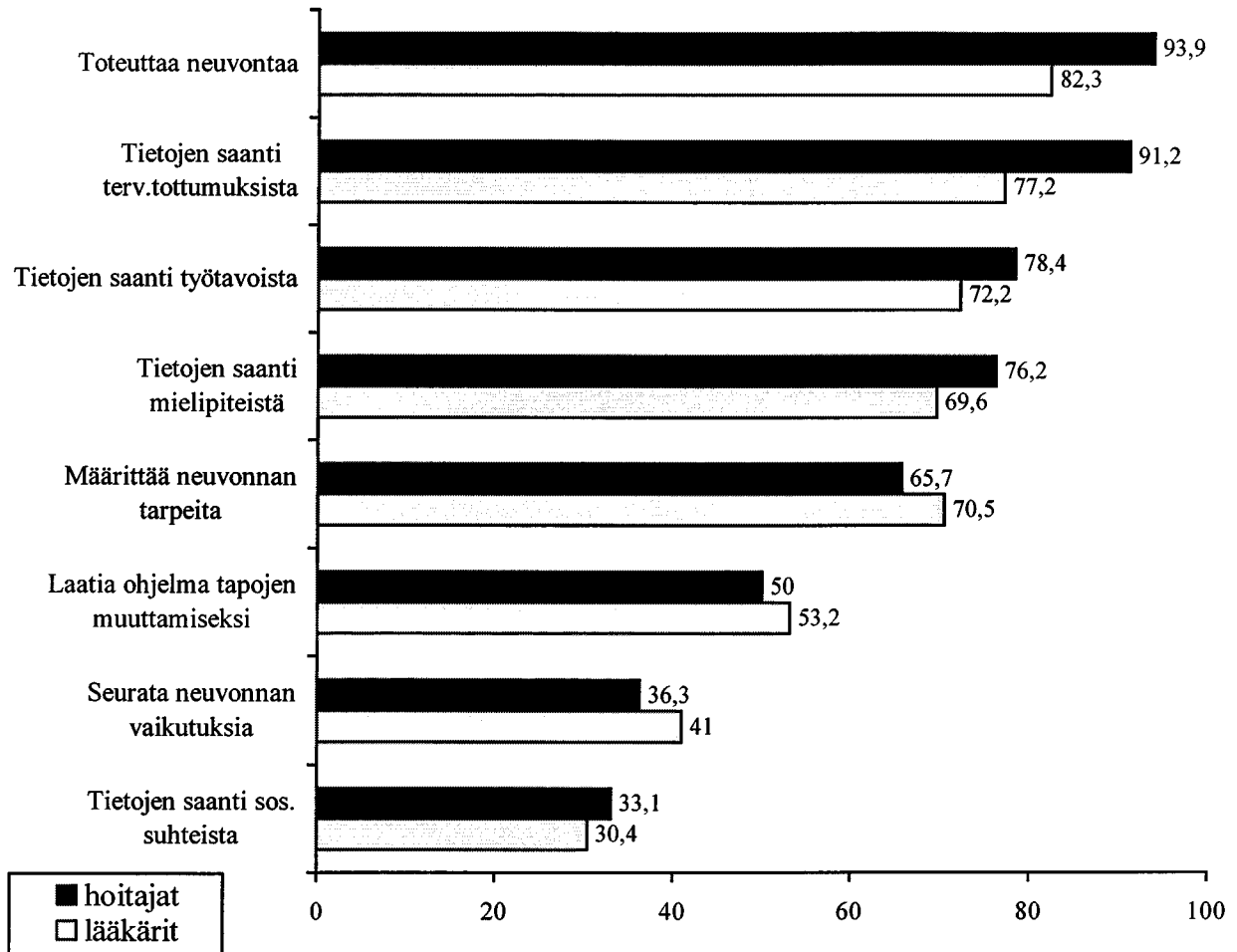
Lähes kaikki vastaajat pitivät erittäin tai melko tärkeänä sekä elämäntapoja koskevaa neuvontaa että työn terveysvaaroista ja niiden ehkäisystä annettavaa neuvontaa. Neuvonnan työn terveysvaaroista ja niiden ehkäisystä näki erittäin tärkeänä noin 83 % vastaajista. Suurempi osa terveydenhoitajista kuin lääkäreistä piti molempia aihealueita erittäin tärkeinä. (Liitetaulukko 9 ja 10).

Työterveyshenkilöstö on myös hyvin motivoitunut terveyskasvatustehtäviin. Erittäin hyvin motivoituneena itseään piti 30.3% vastaajista ja melko hyvin motivoituneena 63.6%. Terveydenhoitajien osuus erittäin hyvin motivoituneissa oli suurempi kuin lääkärien kohdalla. Melko huonosti tai erittäin huonosti motivoituneita oli lääkärien joukosta noin 10% ja terveydenhoitajien joukosta 4%. Erot ammattiryhmien välillä eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä. (Liitetaulukko 11).

7.1.3. Kokemukset terveysneuvonnan prosessin vaiheista

Terveyskasvatuskontakteissa helpoimpina pidettiin neuvonnan toteuttamista ja tietojen saamista asiakkaan terveystottumuksista. Melkein yhtä helppoa olivat tietojen saaminen asiakkaan työtavoista tai asiakkaan mielipiteistä ja asenteista. Neuvonnan tarpeiden ja tavoitteiden määrittäminen oli helppoa noin 2/3 mielestä ja noin puolet oli sitä mieltä, että on helppoa laatia ohjelma tapojen muuttamiseksi. Vaikeimmiksi vastaajat arvioivat tietojen saamisen asiakkaan tapoihin vaikuttavista sosiaalisista suhteista työpaikalla ja neuvonnan vaikutusten seuraamisen.

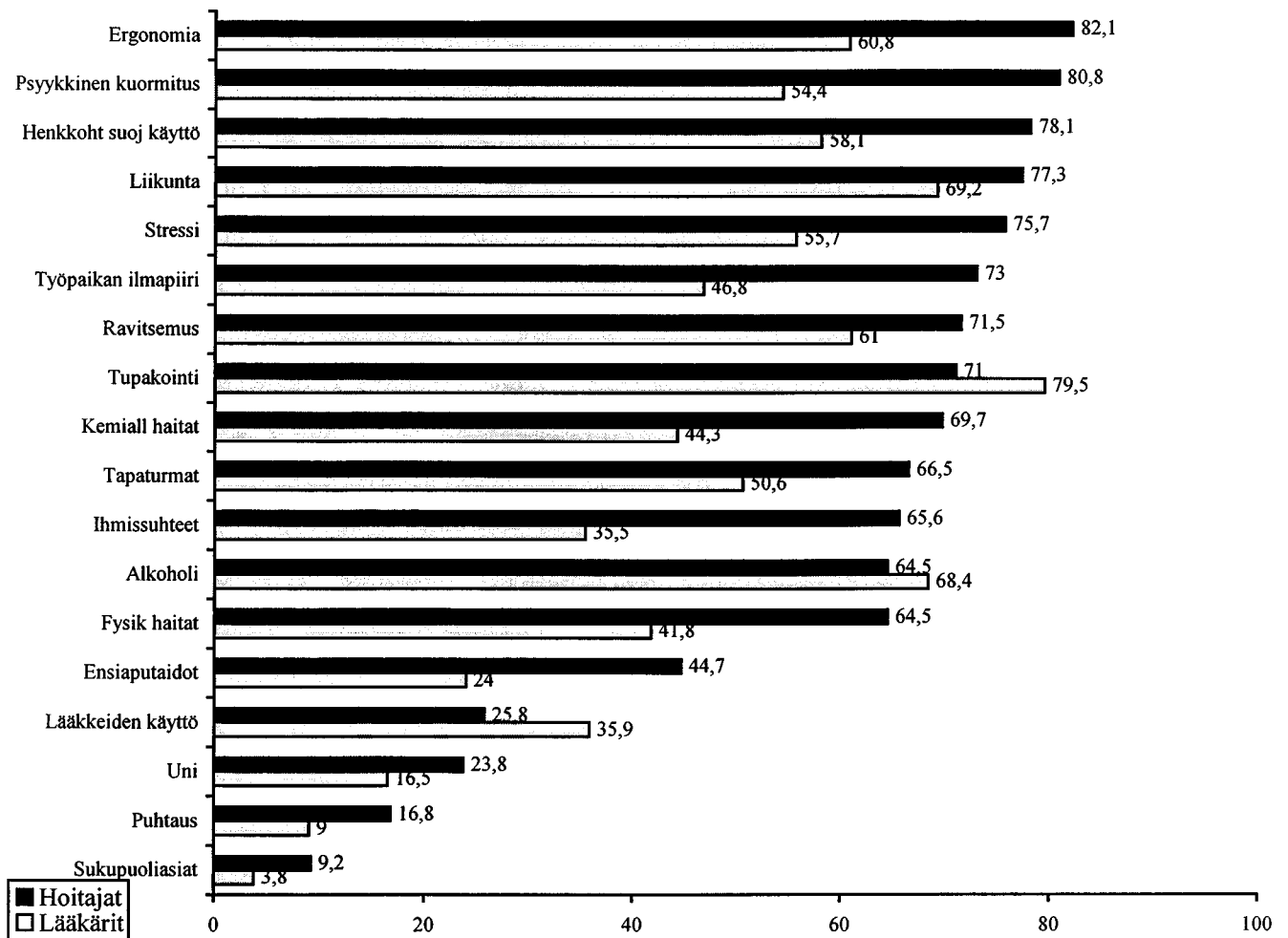
Terveysneuvonnan toteutuksen ja tietojen saannin arvioivat molemmat ammattiryhmät jokseenkin samalla tavalla. Neuvonnan tarpeiden ja tavoitteiden määrittely, ohjelman laatiminen ja neuvonnan vaikutusten seuranta olivat helpompaa lääkäreille. (Kuvio2, liitetaulukko 12 ja 13)



KUVIO 2. Tietojen saamisen ja neuvonnan toteutuksen arvioitu helppous ammattiryhmittäin (%)
Tilastolliset merkitsevyydet liite 6.

7.1.4. Terveysneuvonnan aiheiden tärkeys

Tärkeinä aiheina työterveyshuollon asiakkaiden terveysneuvonnassa molemmat vastaajaryhmät pitivät stressiä, psyykkistä kuormitusta, työpaikan ilmapiiriä ja ihmissuhteita. Yhtä tärkeinä perinteisistä aiheista pidettiin liikuntaa, alkoholia, ravitsemusta ja tupakointia. Työterveyshuollon perinteisistä alueista nousivat tärkeiksi myös ergonomia, henkilökohtaisten suojainten käyttö, fyysiset ja kemialliset haitat sekä tapaturmat. Vähemmän tärkeiksi aiheiksi jäivät mm. uni, lääkkeiden käyttö, hygienia ja sukupuoliasiat. (Liitetaulukko 14 ja 15)



KUVIO 3. Terveystieteiden hoitajien ja lääkäreiden erittäin tärkeinä pitämät neuvonnan aiheet terveysneuvonnan yhteydessä

Tilastolliset merkitsevyydet liite 7.

Suurempi osa terveydenhoitajista kuin lääkäreistä piti erittäin tärkeinä neuvonnan aiheina ergonomiaa, psyykkistä kuormitusta, työpaikan ilmapiiriä sekä ihmissuhteita ja ero lääkäreihin oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Sen sijaan lääkäreistä suurempi osa kuin terveydenhoitajista piti erittäin tärkeinä neuvonnan aiheina tupakointia ja alkoholin käyttöä sekä lääkkeiden käyttöä. Ero kuitenkin ei ole tilastollisesti merkitsevä. Liikunta ja ravitsemus olivat molemmissa ammattiryhmissä myös erittäin tärkeitä.

(Kuvio 3)

7.1.5. Neuvonnassa käytetyt menetelmät

Yleisimpänä menetelmänä viimeisen vuoden aikana asiakkaiden neuvonnassa vastaajat ilmoittivat käyttäneensä keskustelua sekä kehotusta ja neuvoa. Myös melkein puolet ilmoitti käyttäneensä päivittäin tai lähes päivittäin rohkaisua pohdintaan ja ongelmanratkaisuun. Oheisaineistoa jakoi lähes kolme neljästä päivittäin tai ainakin kerran viikossa ja noin puolet ohjasi asiakkaitaan muuhun neuvontaan ja opetukseen viikottain. (Taulukko 5)

Terveydenhoitajat ilmoittivat useammin kuin lääkärit käyttävänsä päivittäin keskustelua ja rohkaisua pohdintaan ja ongelman ratkaisuun, myös oheisaineistoa terveydenhoitajat jakoivat useammin. Lääkärit käyttivät useammin kehotuksia ja neuvoja sekä ohjasivat muuhun neuvontaan tai opetukseen. (Taulukko 5)

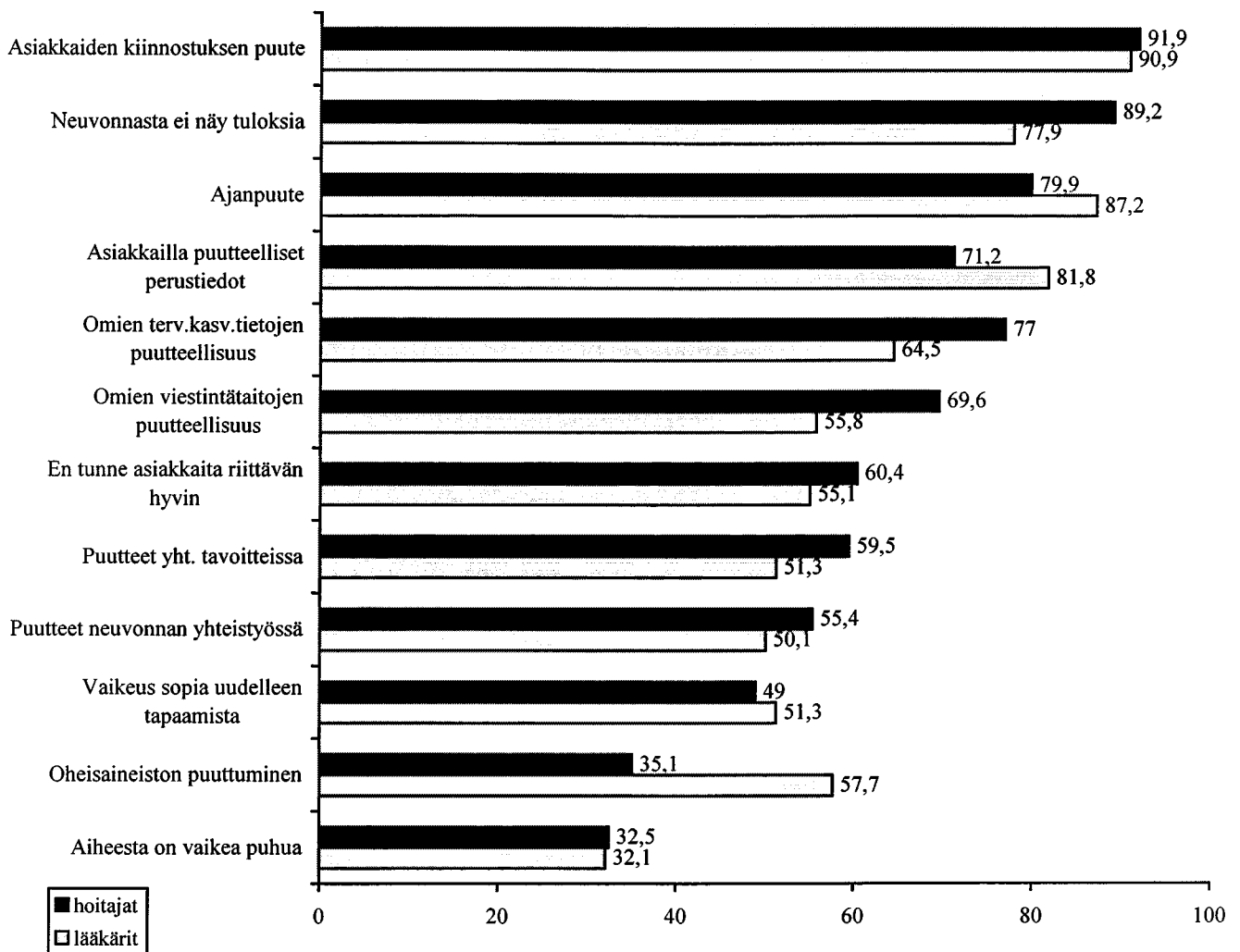
Taulukko 5. Terveydenhoitajien ja lääkärien ilmoittamat viimeisen vuoden aikana käyttämänsä menetelmät asiakkaiden neuvonnassa (%)

Menetelmät	Hoitajat (n=142-150)		Lääkärit (n=76-79)		Yhteensä (n=219-229)	
	päivittäin	ainakin kerran viikossa	päivittäin	ainakin kerran viikossa	päivittäin	ainakin kerran viikossa
kehotus, neuvo p=.770 *	75.4	19.0	79.2	16.9	76.7	18.3
keskustelu p=.027	89.3	9.3	76.0	21.5	84.7	13.5
rohkaisu pohdintaan ja ongelmanratkaisuun p=.076	53.0	40.9	37.7	52.0	47.8	44.7
havaintomalli tai -esitys p=.938	6.9	31.9	6.3	34.2	6.7	32.7
oheisaineiston jakaminen p=.075	27.5	47.7	16.5	46.8	23.7	47.4
taidon harjoittelu p=.145	3.4	21.2	0.0	15.8	2.3	19.4
ohjaus muuhun neuvontaan tai opetukseen p=.002	4.0	46.6	11.4	62.0	6.6	52.0
ryhmäneuvonta p=.236	0.0	6.8	0.0	11.4	0.0	8.4

* Tilastollinen merkitsevyys hoitajien ja lääkärien vastausjakaumien välillä.

7.1.6. Neuvontatyötä haittaavat seikat

Neuvontatyötä yleisimmin haittaavina tekijöinä vastaajat pitivät ajan puutetta, asiakkaiden kiinnostuksen puutetta ja sitä, ettei neuvonnasta näy tuloksia. Myös asiakkaiden puutteellisia perustietoja pidettiin haittaavana tekijänä. Noin kaksi kolmesta vastaajasta katsoi myös omien terveyskasvatus-tietojen ja viestintätaitojen puutteellisuuden haittaavan paljon tai jonkin verran. Eniten (noin 72%) viestintätaitojen puute haittasi yli 50 –vuotiaita. Suunnilleen puolella oli vaikeuksia uusintata-paamisen sopimisessa. Puutteita neuvontaa koskevassa yhteistyössä muiden työntekijöiden kanssa ja puutteita työyksikön yhteisissä tavoitteissa ja suunnitelmissa näki reilu puolet ja katsoi niiden haittaavan neuvontatyötä. (Kuvio 4).



KUVIO 4. Neuvontatyötä paljon ja jonkun verran haittaavat tekijät ammattiryhmittäin (%)

Tilastolliset merkitsevyydet liite 8.

Asiakkaille jaettavan oheismateriaalin puuttuminen haittasi lääkäreitä merkitsevästi enemmän kuin terveydenhoitajia. Suurempi osa terveydenhoitajista kuin lääkäreistä koki omien terveystietojen ja omien viestintätaitojen puutteellisuuden haittaavaksi tekijäksi. Ero ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä. (Kuvio 4, liitetaulukko 16 ja 17)

7.1.7. Työterveyshuollon terveystietotoiminnan kehittämisehdotuksia

Molemmissa ammattiryhmissä kaivattiin terveystietotoiminnan kehittämiseksi selkeästi lisää aikaa, materiaalia ja resursseja. ”Riittävästi aikaa asiakaskontakteihin” (lääkäri), ”Asiakasta tulisi kuulla enemmän (aikaa riittävästi)” (lääkäri), ”Aikaa lisää, jolloin riittäisi energiaa kehitellä ja keksiä uutta aineistoa ja uusia menetelmiä” (terveydenhoitaja). ”Tietopaketteja eri terveystietotoiminnan osa-alueilta sekä neuvonta niiden tehokkaaseen käyttöön” (terveydenhoitaja).

Molemmat ammattiryhmät olivat myös sitä mieltä, että yhteistyötä pitäisi kehittää sekä työterveyshuollon sisällä eri ammattiryhmien kesken, mutta myös ulkopuolisten kumppanien kanssa. ”Yhteisesti sovitut toimintalinjat eri portaissa” (lääkäri), ”Moniammatillista yhteistyötä tehostamalla” (lääkäri), ”Yhteiset suunnitelmat koko työterveyshuollon tiimissä siitä, mikä koetaan tärkeäksi ja kuinka siihen pyritään” (terveydenhoitaja), ”Yhteistyön kehittäminen terveystietokeskuksen kanssa (yhteiset aiheet, materiaalit, toteutuksen pohdinta)” (terveydenhoitaja).

Erilaisten koulutustilaisuuksien kehittäminen tietoisuuteen, teemaviikkoineen ja –vuosineen nähtiin tärkeänä. ”Järjestämällä erilaisia hyvin suunniteltuja tempauksia” (lääkäri). ”Teemavuodet terveystietotieteissä oli ihan hyvä idea” (terveydenhoitaja).

Terveystietotoiminnan aiheiden priorisoinnissa ja toiminnan suunnittelussa nähtiin kehitettävää. ”Suunnittelema toimintaa enemmän yhteistyössä työpaikkojen kanssa tarpeiden ja keinojen paremmaksi kartoittamiseksi” (lääkäri), ”Yhdessä muiden neuvovien tahojen löytää asian ydin eli kultajyvät” (terveydenhoitaja).

Terveydenhoitajien mielestä terveystietotoiminnan kehittämisessä pitää huomioida omien viestintätaitojen kehittäminen ja omien tietojen ajantasalla pitäminen. ”Saada riittävästi tietoa/taitokoulutusta. Tehdä yhteistyötä kollegojen kanssa” (terveydenhoitaja). Neuvonnassa on otettava huomioon asiakkaiden omat asenteet ja mielipiteet, asiakkaisiin on luotava hyvät suhteet. ”Asettaudutaan

asiakkaan kanssa samalle tasolle, kunnioitetaan hänen mielipiteitään ja mietitään yhdessä ”arkielämää” (terveydenhoitaja).

Neuvontatyön arvostus on saatava nousemaan sekä asiakkaiden että neuvontatyöntekijöiden itsensä keskuudessa. ”Arvostus ennaltaehkäisevään työhön noustava” (terveydenhoitaja). Sekä asiakkaan motivointi että itsensä motivointi nähtiin tärkeiksi neuvonnan kehittämisessä. ”Tietoa varmasti on jo ihmisillä, motivointia olisi tehostettava” (terveydenhoitaja), ”Mielestäni asia on paljon kiinni omasta aktiivisuudesta, miten hankit ajantasalla olevaa materiaalia ja miten kehität omia ihmissuhdetaitojasi” (terveydenhoitaja). (Mielipiteet työterveyshuollon terveystasvatustoiminnan kehittämisestä liite 9)

7.1.8. Koetut koulutustarpeet

Sekä terveydenhoitajat että lääkärit näkivät tiedot ajantasalla pitävät aihekohtaiset koulutukset tärkeimpänä. ”Sopivin väliajoin tapahtuvaa uusimman tiedon saamista uusimman materiaalin kanssa” (terveydenhoitaja), ”Tietyin välein tapahtuvat esim. puolen päivän koulutukset lähialueella vaihdellen eri teemoista” (lääkäri), ”Viimeisimmät tutkimustulokset olisi hyvä tietää. Ihmiset seuraavat aikaansa, joten hoitohenkilökunnan olisi pysyttävä vähintään samassa tahdissa” (terveydenhoitaja).

Lisäksi molemmat ammattiryhmät kaipasivat koulutusta viestinnästä, erilaisista terveystasvatustamethodista ja asiakkaiden motivoinnista. ”Aikuiskasvatuksen methodia” (lääkäri), ”Kokemukseen ja tietoon perustuvaa ohjausta viestin perille saamisesta, oikeasta lähestymistavasta yms.” (lääkäri), ”Tietoa vuorovaikutustaidoista, ihmiseen vaikuttamisesta, ihmisen motivoimisesta” (terveydenhoitaja), ”Taitoa asiakkaan motivointiin itsehoidossa, havaitsemaan terveystasvatustamethodit, tuloksetkaan terveystasvatustamethodin keinot” (terveydenhoitaja), ”Terveystasvatustamethodin uusia methodia – onko niitä?” (terveydenhoitaja).

Myös ryhmädynamiikan hallintaan haluttiin koulutusta sekä tietoa terveystasvatustamethodin vaikuttavuudesta, mittareista ja arvoinnista sekä seurannasta. ”Tietojen saamista erityisesti psyykkisen puolen terveystasvatustamethodista ja erityisesti niiden tuloksellisuudesta” (lääkäri), ”Ryhmän vuorovaikutukseen ja kahdenkeskiseen vuorovaikutukseen liittyvää” (lääkäri), ”Miten mitata tai kartoittaa terveystasvatustamethodin vaikuttavuutta lyhyellä tai pidemmällä aikavälillä?” (terveydenhoitaja), ”Koulutusta projektiluontoisten ryhmäprojektien suunnitteluun ja ohjaukseen” (lääkäri). (Jatko- ja täydennyskoulutustarpeet liite 10)

7.2. Terveysneuvonnan toteutuminen kirjatuissa asiakaskontakteissa

7.2.1 Asiakkaiden taustatiedot

Käyntitiedot analysoitiin 237 asiakkaasta, joista lääkäriä kävijöitä oli 86 ja terveydenhoitajalla 151. Naisia asiakkaista oli 52% ja miehiä 48%. Asiakkaiden ikäjakauma oli 18 vuodesta 65 vuoteen, yli 50-vuotiaita oli 21 %, liki puolet (49 %) oli ikävälillä 40-50 vuotta, ja alle 40-vuotiaita 30 %.

7.2.2 Käyntien syyt ja kesto

Käynnit kestivät 2 minuutista kahteen tuntiin, keskiarvon ollessa 26 minuuttia. Käynneistä kolme neljästä kestivät 30 minuuttia tai lyhyemmän ajan. Lääkärin vastaanotto kesti lyhyimmillään kolme minuuttia ja maksimissaan tunnin, keskiarvon ollessa 18 minuuttia. Terveydenhoitajan vastaanotolla vastaavat luvut olivat kaksi minuuttia ja kaksi tuntia, keskiarvon ollessa 30 minuuttia. Ero ammattiryhmien välillä oli erittäin merkitsevä.

Sairaus oli käynnin syy 142 asiakkaan kohdalla, 94 asiakkaalla terveystarkastus. Lääkärin vastaanotolla käynnin syy oli suurimmaksi osaksi sairaus, terveydenhoitajan vastaanotolla käynnin syy oli yhtä usein sairaus ja terveystarkastus. (Taulukko 6)

Taulukko 6. Käynnin syy eri ammattiryhmien vastaanotolla (%)

Käynnin syy	Asiakaskontaktin kohde		
	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Sairaus	48.3	81.2	60.2
Terveystarkastus	51,7	18.8	39.8
Yhteensä (%)	100	100	100
(N)	(151)	(85)	(236)

p=.000

7.2.3. Neuvonnan toteuttaminen ja kesto

Asiakasneuvontaa toteutettiin 197 (83%) käynnin yhteydessä ja neuvontaan käytetty aika vaihteli 1 minuutista yhteen tuntiin keskiarvon ollessa 14 minuuttia. Terveystarkastajat käyttivät aikaa neuvontaan keskimäärin 15 minuuttia ja lääkärit 12 minuuttia. Käynneillä noin kolmella neljästä (72%) käytettiin aikaa neuvontaan 15 minuuttia tai vähemmän.

Terveystarkastajat toteuttivat neuvontaa lähes jokaisessa kontaktissa; terveystarkastuksissa jokaisessa, sairaanhoitokontakteissa 89 %. Lääkärien kohdalla neuvonnan toteuttaminen oli vähäisempää; terveystarkastuksissa 88 %, sairaanhoitokontakteissa 57 %, kokonaisuudessaan kuitenkin reilusti yli puolessa kontakteista (63 %). (Taulukko 7)

Taulukko 7. Neuvonnan toteuttaminen asiakaskontaktissa ammattiryhmittäin (%)

Neuvonnan toteuttaminen	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Kyllä	94.7	62.8	83.1
Ei	5.3	37.2	16.9
Yhteensä	100	100	100
(N)	(151)	(86)	(237)

p=.000

7.2.4 Neuvonnan aiheet ja aloitteen tekijä

Noin puolessa neuvontakontakteissa käsiteltiin liikuntaan ja ravitsemukseen liittyviä aiheita. Lääkkeiden käyttö oli neuvonnan aiheena joka kolmannessa neuvontakontaktissa. Ergonomiaa, stressiä, ihmissuhteita sekä psyykkistä kuormitusta käsiteltiin vain joka neljännessä kontaktissa. Tupakointi ja alkoholin käyttö olivat neuvonnan aiheena harvemmin. Lääkäreiden toteuttamassa neuvonnassa lääkkeiden käyttö nousi liikunnan kanssa useimmin käsitellyksi aiheeksi. Terveystarkastajilla ravitsemus oli neuvonnan aiheena merkitsevästi useammin kuin lääkäreillä. (Taulukko 8)

TAULUKKO 8 . Toteutettu neuvonta aiheittain eri ammattiryhmien neuvontakontakteissa (%)

Aihe	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Liikunta, kuntoilu p=.328*	55.9	48.1	53.8
Ravitsemus, ruokavalio p=.004	52.4	29.6	46.2
Lääkkeiden käyttö p=.065	32.2	46.3	36.0
Ergonomia, työasennot p=.633	29.4	25.9	28.4
Stressi, yllirasitus p=.082	26.6	14.8	23.4
Ihmissuhteet p=.899	23.1	22.2	22.8
Psyykkinen kuormitus p=.378	22.4	16.7	20.8
Tupakointi p=.296	17.5	24.1	19.3
Uni p=.382	18.2	13.0	16.8
Työpaikan ilmapiiri p=.020	18.9	5.6	15.2
Fysikaaliset haitat p=.184	16.8	9.3	14.7
Alkoholi p=.221	16.1	9.3	14.2
Henkilökohtaisten suojainten käyttö p=.002	15.4	0	11.2
Kemialliset haitat p=.345	9.8	5.6	8.6
Puhtaus, hygienia p=.100	3.5	9.3	5.1
Tapaturmat p=.721	4.9	3.7	4.6
Sukupuoliasiat p=.208	2.1	5.6	3.0
Ensiaputaidot p=.382	1.4	0	1.0
(N)	(143)	(54)	(197)

* Hoitajien ja lääkäreiden toteuttaman neuvonnan välinen ero. Tilastollinen merkitsevyys.

Terveystarkastuksessa molemmilla ammattiryhmillä käsitellyimmät aiheet olivat liikunta ja ravitsemus. Lääkärintarkastuksessa myös tupakointi oli yleinen neuvonta-aihe. Sairausvastaanotolla molempien ammattiryhmien yleisin neuvonta-aihe oli lääkkeiden käyttö, sen jälkeen käsiteltiin liikuntaa ja ravitsemusta terveydenhoitajien vastaanotolla ja liikuntaa ja ergonomiaa lääkäreiden vastaanotolla. (Liitetaulukko 18).

Lääkäreiden asiakaskontakteissa käsiteltiin useimmin (46%) yhtä tai kahta neuvonta-aihetta, kun taas terveydenhoitajien kohdalla asiakaskontakteissa melkein puolessa (45%) käsiteltäviä neuvonta-aiheita oli neljä tai enemmän.

Aloitteen neuvontaan teki useimmiten terveydenhuollon ammattilainen, mutta aloitteen tekijänä oli useasti myös asiakas silloin, kun keskusteltiin stressistä, psyykkisestä kuormituksesta ja ihmissuh-teista. Terveydenhoitajien vastaanotolla asiakas oli useammin aloitteen tekijä kuin lääkärin vastaan-otolla. (Taulukko 9)

TAULUKKO 9. Aloitteen tekijä neuvontaan eri ammattiryhmien neuvontakontakteissa (%)

Neuvonnan aihe	Aloitteentekijä			
	Hoitaja	Asiakas	Lääkäri	Asiakas
Liikunta, kuntoilu	63.8	33.8	88.5	7.7
Ravitsemus, ruokavalio	60.0	33.3	81.3	6.3
Lääkkeiden käyttö	54.3	39.1	88.0	12.0
Ergonomia, työasennot	78.6	16.7	71.4	7.1
Stressi, ylipärasitus	39.5	52.6	50.0	50.0
Ihmissuhteet	51.5	48.5	83.3	8.3
Psyykkinen kuormitus	56.3	34.4	44.4	44.4

7.2.5 Käytetyt terveystkasvatusmenetelmät ja -tehtävät

Menetelmistä eniten käytettiin keskustelua. Melkein puolella käynneistä menetelmänä olivat kehoitus ja neuvo sekä rohkaisu pohdintaan ja ongelmanratkaisuun. Lääkärit käyttivät selvästi useammin kehoitusta ja neuvoa, ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Terveydenhoitajat ilmoitti-vat käyttäneensä useammin rohkaisua pohdintaan ja ongelmanratkaisuun, samoin oheisaineistoa terveydenhoitajat jakoivat useammin kuin lääkärit. (Taulukko 10)

Taulukko 10 . Neuvonnassa käytetyt menetelmät ammattiryhmittäin (%)

Menetelmä	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Keskustelu p=.303*	88.2	83.3	87.3
Kehotus, neuvo p=.000	39.2	70.4	47.7
Rohkaisu pohdintaan ja ongelmanratkaisuun p=.054	44.8	29.6	40.6
Oheisaineiston jakaminen p=.016	16.8	3.7	13.2
Havaintomalli tai –esitys p=.920	7.0	7.4	7.1
Ohjaus muuhun neuvontaan tai opetukseen p=.253	8.4	3.7	7.1
Taidon harjoittelu p=.103	0	1.9	0.5
(N)	(143)	(54)	(197)

* Tilastollinen merkitsevyys hoitajien ja lääkärin vastausjakaumien välillä.

Keskustelua terveyskasvatusmenetelmänä käytettiin enemmän terveystarkastuksissa, samoin rohkaisua pohdintaan ja ongelmanratkaisuun. Myös oheisaineiston jakaminen oli tavallisempaa terveystarkastuksen yhteydessä, lääkärit eivät jakaneet oheismateriaalia sairausvastaanotolla lainkaan. Terveydenhoitajat käyttivät enemmän kehotusta ja neuvoa sairausvastaanotoilla.

Kannaksen (1992) terveyskasvatustehtävistä painottui selkeästi eniten tiedon jakamiseen ja uusien ajatusten ja kiinnostuksen herättämiseen liittyvät sivistävä ja virittävä tehtävä. Lääkäreillä painottui sivistävä tehtävä eniten ja merkitsevästi enemmän kuin terveydenhoitajilla. Myös muutosta avustava suostuttelu ja motivointi muutokseen toteutui lähes yhtä usein. Sen sijaan mielenterveystehtävä, missä pyritään psyykkisten voimavarojen tukemiseen ja lisäämiseen, koettiin vieraammaksi. Reilu 60 % vastaajista katsoi sen osuuden painottuvan neuvonnassa melko vähän tai ei lainkaan. (Taulukko 11)

Taulukko 11. Terveyskasvatustehtävän painottuminen asiakkaan neuvontakontaktissa ammattiryhmän mukaan (%)

Terveyskasvatus - tehtävä	Hoitajat (n=118-137)		Lääkärit (n=51-53)		Yhteensä (n=169-190)	
	paljon tai melko pal- jon	melko vähän tai ei lainkaan	paljon tai melko pal- jon	Melko vähän tai ei lainkaan	Paljon tai melko pal- jon	Melko vähän tai ei lainkaan
Sivistävä p=.009*	65.7	34.3	88.7	11.3	77.2	22.8
Virittävä p=.250	64.8	35.2	78.9	21.1	71.9	28.1
Muutosta avustava p=.460	61.1	38.9	62.7	37.3	61.9	38.1
Mielenterveys p=.329	42.8	57.2	34.7	65.3	38.8	61.2

* Tilastollinen merkitsevyys hoitajien ja lääkäreiden vastausjakaumien välillä.

7.2.6 Vastaanoton ilmapiiri

Vastaanotolla olleen asiakkaan tunsu entuudestaan hyvin runsas 70 % vastaajista. Lääkärit tunsivat asiakkaansa hyvin yleisemmin kuin terveydenhoitajat. Huonosti asiakkaan tunsu vain 15 %. Asiakkaista 72 % oli käynyt useamman kerran vastaanotolla. Ensimmäinen kontakti oli 28 % asiakkaista.

Taulukko 12. Vastaanoton ilmapiiri terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvioimana (%)

vapautunut	49.1	35.5	11.7	3.8	jännittynyt
kiinnostunut	35.8	44.3	17.9	2.0	välinpitämätön
luonteva	46.8	38.8	13.6	0.8	kiusaantunut
innostunut	20.4	40.8	33.5	5.3	innoton
keskustelu vilkasta	29.8	40.8	25.3	4.1	keskustelu tahmeaa

Ilmapiiri vastaanotolla arvioitiin vapautuneeksi ja luontevaksi, myös kiinnostuneeksi. Sen sijaan katsottiin ettei keskustelu ollut kovin vilkasta ja innostunutta. Ammattiryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. (Taulukko12)

8. POHDINTA

8.1. Tutkimuksen luotettavuus ja edustavuus

Suomessa on 1087 toimivaa työterveysasemaa, joista päätoimipisteitä 859 ja sivutoimipisteitä 228. Työterveyslääkärien toimia oli vuonna 1998 koko maassa 1799 ja terveydenhoitajien toimia 1930, mutta luvut eivät tarkoita fyysisiä henkilöitä, koska mukana ovat myös osa-aikaiset ja varsinkin yksi ja sama lääkäri voi hoitaa tehtäviä usealla terveysasemalla. Työterveyslääkäreitä on noin puolet terveydenhoitajien määrästä tarkasteltuna henkilötyövuosina. (Räsänen, 1999, 9, 9-20) Tutkimus toteutettiin Keski-Suomen, Kuopion ja Pohjois-Karjalan lääneissä. Tällä alueella oli tutkimusajankohtana 142 työterveysasemaa, joista 113:lle lähetettiin mielipidekyselylomakkeet jokaiselle lääkärille ja terveydenhoitajalle. Kyselylomake lähetettiin kaikkiaan 146 lääkärille ja 204 terveydenhoitajalle.

Vastauksia saatiin 231, joista lääkäreitä oli 79 (54 %) ja terveydenhoitajia 152 (75 %). Kokonaisvastausprosentti oli 66, jota voidaan pitää tämän kaltaisessa postikyselyssä tyydyttävänä tuloksena. Katoon lienee vaikuttanut suuri joukko osa-aikaisia, jotka toimivat eri työterveysasemilla ja saivat kyselylomakkeen molempiin toimipaikkoihin, mutta vastasivat vain yhteen. Myöskään uusintakyselyä ei tehty ja tämä osaltaan on heikentänyt vastausprosenttia. Palautukseen liittyviä tekijöitä ovat myös tutkimuksen kiinnostavuus, tutkimuksen esittely, kysymysten lukumäärä, lomakkeen ulkoasu ja kyselyajankohta. Lähetekirjeellä pyrin motivoimaan vastaajia, ajankohdaksi valitsin kevätkuukauden ja vastausaikaa annoin reilun kaksi viikkoa, jotta nekin, jotka mahdollisesti viettivät vuosilomaa, ehtivät vastaamaan. Kysymysten lukumäärän pyrin minimoimaan, jotta lomake olisi mahdollisimman nopea täyttää.

Kontaktilomakkeita, joilla kerättiin tietoa terveysneuvonnan toteutumisesta asiakaskontakteissa, lähetettiin 25 työterveyshuoltoyksikköön. Yksikössä yhden lääkärin ja yhden terveydenhoitajan piti täyttää noin kymmenestä asiakaskontaktista, minkälaista neuvontaa vastaotolla antoi. Näin oli tarkoitus saada tietoa noin 500 asiakaskontaktista. Lomakkeita palautettiin 266 ja lopulliseen analyysiin hyväksyttiin 237 lomaketta. Niitä oli täyttänyt yhdeksän lääkäriä (vastausprosentti 36%) ja 18 terveydenhoitajaa (vastausprosentti 72%). Vastausten määrä jäi odotettua pienemmäksi. Syynä lienee ollut kiire ja ajan puute, joka vastauksissa oli myös neuvontatyötä haittaava seikka. Vastausten vähäisyys aiheutti ristiintaulukoinnissa joihinkin luokkiin pienet havaintoyksiköt ja se piti ottaa huomioon merkitsevyyseroja tarkasteltaessa. Vastaavanlaista asiakaskontaktien rekisteröintilo-

maketta on käytetty aiemmin UKK-Instituutin terveystieteiden tutkimuksessa ja sen todettiin antavan luotettavampaa tietoa terveystieteiden useudesta ja menetelmistä kuin vastaajan muistamiseen perustuva arvio. Sen antaman tiedon vertailu kyselylomakkeen antamaan tietoon käytettiin arvioi-
dessa hankitun tiedon luotettavuutta (Laitakari, 1989, 43).

Tutkimuksessa käytettiin kyselylomakkeita, joissa oli pohjana Laitakarin ym. (1989) tutkimuksessa käyttämät kyselylomakkeet sovellettuna tämän tutkimuksen tarkoitukseen. Kyselylomakkeet olivat suppeampia, tutkimusongelmien mukaan. Esikyselyä kyselylomakkeen toimivuudesta ei tehty, koska mittarin toimivuus oli jo hyväksi havaittu Laitakarin ym. tutkimuksessa. Pelkästään kyselylomakkeen avulla tehty tutkimus antaa mm. haastatteluun verrattuna pinnallisempaa tietoa, mutta se on hyvä tapa saada tietoa mielipiteistä, asenteista, arvostuksista. Kyselyyn voi vastata nimettömänä. Kyselylomake on joustamaton, kysymyksiä ei voi tarkentaa, jos vastaaja ymmärtää kysymyksen väärin. Kyselylomakkeen vastauksia arvioitaessa on huomioitava arviointien kasautuminen. Vastajan voi olla vaikea arvioida itseänsä suhteessa ryhmään, arvioinnissa saattaa esiintyä taipumusta antaa vastauksia mieliksi tutkijalle. Vastaamiseen vaikuttaa ns. lomakekäyttäytyminen, millaiseksi katsoo olevan parasta kuvata itseään, kieltämis- ja myöntämistäipumukset, sosiaalinen suotavuus. Joskus voi olla vaikeaa tahdä havaintoja itsestään, miten osaa itseään arvioida, kuinka positiivisessa tai negatiivisessa valossa itseään arvioi, millainen on itseluottamus, minäkuva.

Luotettavuudella tarkoitetaan korkeaa validiteettia, mittauksen pätevyyttä ja toisaalta tulosten pysyvyyttä, korkeaa reliabiliteettia. Tulosten pitäisi kuvata ilman satunnaisvirheitä juuri sitä ilmiötä, jota oli tarkoituskin kuvata. (Kari & Huttunen, 1988) Validiteetilla tarkoitetaan myös tutkimuksesta tehtävien päätelmien sopivuutta, mielekkyyttä ja käyttökelpoisuutta (Alkula ym., 1994; Nummenmaa ym. 1997, 203) sekä mittauksen kyvyksi antaa tietoa siitä, mitä halutaan mitata. Aineiston sisäinen luotettavuus liittyy siihen, miten luotettavasti ja oikein saadaan tietoja tutkittavista, jotka sisältyvät otokseen. Ulkoisessa luotettavuudessa kysytään, missä määrin aineistosta saatavat tulokset ovat yleistettävissä johonkin suurempaan perusjoukkoon. (Valkonen, 1984,67,77-78) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimus tuottaa tietyn näkökulman ilmiöstä (Tynjälä, 1991)

Aineiston luotettavuutta voidaan tarkastella vertaamalla samaa tai samantapaista asiaa mittaavien muuttujien yhtäpitävyyttä ja yhteyttä. Tässä tutkimuksessa voidaan verrata mielipidekyselylomakkeen ja kontaktitiedot –lomakkeen tuloksia toisiinsa ja mahdollisesti aikaisempien vertailukelpoisten tutkimustulosten kanssa. Mielipidelomakkeessa kysyttiin mm., miten tärkeinä eri aiheet nähtiin työterveyshuollon terveystieteiden neuvonnassa ja kontaktilomakkeella kysyttiin, mitä neuvontaa vastaanotolla annettiin. Terveystieteiden hoitajat pitivät erittäin tärkeinä aiheina ergonomiaa, liikuntaa, psyykkistä

kuormitusta, ravitsemusta, tupakointia ja lääkärit tupakointia, liikuntaa, alkoholia, ravitsemusta. Toteutuneessa neuvonnassa käsiteltiin terveydenhoitajan vastaanotolla useimmin liikuntaa, ravitsemusta, ergonomiaa ja lääkäreiden vastaanotolla liikuntaa, ravitsemusta ergonomiaa, tupakointia. Molemmissa lomakkeissa tiedusteltiin myös neuvonnassa käytettyjä menetelmiä. Molemmilla tiedonhankintamenetelmillä saatiin samanlainen kuva eri neuvontamenetelmien yleisyydestä.

Luotettavuutta vahvistavat vielä eräät muutkin muuttujien väliset loogiset yhteydet ja tutkimusaineistossa esiintyvät erot ammattiryhmien välillä. Suurempi osa terveydenhoitajista kuin lääkäreistä piti sekä elämäntapaneuvontaa että työn terveysvaaroista ja niiden ehkäisystä annettavaa neuvontaa erittäin tärkeänä. Terveydenhoitajat olivat myös useammin erittäin hyvin motivoituneita terveyskasvatustehtäviin. Niinpä terveydenhoitajat toteuttivat neuvontaa lähes jokaisessa kontaktissa, kun vastaavasti lääkärit toteuttivat neuvontaa vain reilussa puolessa kontakteista. Lääkäreillä vastaanottokäynnit kestivät lyhyemmän aikaa kuin terveydenhoitajilla, samoin neuvontaan käytetty aika oli lääkäreillä lyhyempi kuin hoitajilla. Lääkäreillä neuvontatyötä haittasikin eniten ajan puute. Merkittävästi enemmän kuin terveydenhoitajia lääkäreitä haittasi myös oheismateriaalin puute neuvontatyössä. Lääkärit eivät jakaneet sairausvastaanottokäynneillä ollenkaan oheismateriaalia.

Tutkimus rajattiin resurssien rajallisuuden vuoksi kolmen läänin alueelle, mutta alueen sisällä tutkimukseen otettiin mukaan kaikki työterveyshuoltopalveluja tuottavat yksiköt lukuunottamatta muutamaa osoite- ja työntekijäepäselvyyksien vuoksi pois jätettyä yksikköä. Näiden läänien alueella toimii työnantajan omia työterveyshuoltoja vähemmän ja terveyskeskuksen työterveyshuoltoja enemmän kuin maassa keskimäärin (Räsänen ym. 1994, 13). Mieliopidekysely lähetettiin kaikille lääkäreille ja hoitajille. Lääkäreistä kyselyyn vastasi 54% ja terveydenhoitajien kohdalla vastausprosentti oli 75%. Terveysneuvonnan toteutumista selvittävien kontaktilomakkeiden täyttämiseen osallistui lääkäreistä 36% ja terveydenhoitajista 72%. Lääkäreiden kohdalla vastausprosenttien pienuuden vuoksi otosta ei voida pitää edustavana. Terveydenhoitajien vastausten voidaan sanoa hyvin edustavan kyseisen alueen työterveyshoitajien mielipiteitä ja toimintaa.

8.2. Terveyskasvatuksen toteutumisen edellytykset ja esteet

Vastaajista yli puolet olivat sitä mieltä, että peruskoulutuksessa on ollut riittävästi terveystieteiden koulutusta. Yli 50-vuotiaista kuitenkin kaksi kolmesta oli eri mieltä, mikä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero. Tämä ero saattaa johtua koulutuksen muuttumisesta, nykyään koulutuksessa on enemmän terveystieteiden toteuttamiseen liittyvää opetusta. Terveystieteen tehtäviin oltiin hyvin motivoituneita. Sekä elämäntapaneuvontaa että neuvontaa työn terveysriskeistä ja niiden ehkäisystä pitivät lähes kaikki erittäin tai melko tärkeänä, terveydenhoitajat enemmän erittäin tärkeänä.

Neuvontatyötä eniten haittaavina pidettiin asiakkaiden kiinnostuksen puutetta ja sitä, ettei neuvonnasta näy tuloksia. Ajanpuute oli lääkäreillä eniten haittaava tekijä, vaikkakin kirjatuissa kontakteissa sekä vastaanoton kokonaisaika että neuvonnan kesto oli pitempi kuin mm. Laitakarin (1989, 61) tutkimuksessa. Lääkäreillä lisäksi neuvontaa haittasi asiakkaiden puutteelliset perustiedot aiheesta ja asiakkaille jaettavan oheismateriaalin puute. Terveydenhoitajat kokivat omien terveystietojen ja omien viestintätaitojen puutteellisuuden enemmän haittaavaksi kuin lääkärit, jotka kokivat, että viestintätaitojen puute ei haitannut lainkaan neuvontatyötä.

8.3. Terveystieteen prosessin toimivuus

Terveystieteen kontakteissa oli helpointa toteuttaa neuvontaa ja saada tietoja asiakkaan terveystieteen tieteistä. Terveydenhoitajille toteutus ja tietojen saanti olivat helpompaa, kun taas lääkäreiden oli helpompaa määrittää neuvonnan tarpeita ja tavoitteita, laatia ohjelma tapojen muuttamiseksi ja seurata neuvonnan vaikutuksia. Vaikeimpana pidettiin tietojen saamista asiakkaan tapoihin vaikuttavista sosiaalisista suhteista työpaikalla, kuten myös Laitakarin ym.(1989, 113) tutkimuksessa todettiin.

Tärkeimpinä aiheina perinteisistä aiheista pidettiin molemmissa ammattiryhmissä liikuntaa, ravitsemusta, alkoholia ja tupakkaa. Lääkärit pitivät terveydenhoitajia yleisemmin erittäin tärkeinä neuvonnan aiheina tupakkaa ja alkoholia. Terveydenhoitajat pitivät enemmän erittäin tärkeinä aiheina ergonomiaa, psyykkistä kuormitusta, työpaikan ilmapiiriä sekä ihmissuhteita. Nämä aiheet ovat yleisimpiä käsiteltyjä neuvonta-aiheita myös muiden tutkimustulosten mukaan (Laitakari, 1989; Nupponen, 1991; Vaaranen, 1987) Näiden aiheiden tärkeyden ymmärtää, kun tarkastelee asiaa sitä vasten, mitä suomalaiset työkäiset sairastavat ja minkä vuoksi he käyttävät työterveyshuollon

palveluja (Heistaro, 1997; Räsänen, 1990). Vähemmän tärkeinä aiheina vastaajat pitivät mm. puhtautta ja sukupuoliasioita, joista puhuminen saatetaan kokea liian intiimiksi tai henkilökohtaiseksi, myös vaikeaksi (Kettunen ym., 1996, 74), vaikka neuvontatyötä haittaavana seikkana vaikeus puhua asiasta koettiin kaikkein vähäisimpänä.

Yleisimmin käytetyt menetelmät asiakkaiden neuvonnassa olivat keskustelu sekä kehoitus ja neuvo. Terveydenhoitajat käyttivät enemmän keskustelua ja rohkaisua pohdintaan ja ongelmanratkaisuun, lääkärit taas käyttivät useammin kehoitusta ja neuvoa. Laitakarin (1989,93-97) tutkimuksessa molemmilla ammattiryhmillä keskustelun osuus oli suurin, nyt lääkäreillä kehoitus ja neuvo oli useimmin käytetty menetelmä, joskin myös keskustelun osuus oli suurentunut. Samoin rohkaisua pohdintaan ja ongelmanratkaisuun käytettiin päivittäisenä menetelmänä molemmissa ammattiryhmissä useammin kuin Laitakarin tutkimuksessa. Asiantuntijajohtoisissa ja hallitsevissa terveysneuvontatilanteissa terveydenhuollon ammattilaiset jakavat tietoa ja ohjeita, ja nämä tilanteet näyttävät säilyttävän asemansa, joskin keskustelun, rohkaisun ja ongelmanratkaisun tukemisen lisääntyminen antaa viitettä, että myös osallistuvat ja asiakaskeskeiset terveysneuvontatilanteet ovat lisääntyneet.

8.4. Terveysneuvonnan toteutuminen työterveyshuollossa

Potilaskäynnin keston keskiarvo oli lääkäreillä 18 minuuttia ja terveydenhoitajilla 30 minuuttia. Neuvontaan käytettiin aikaa keskimäärin 15 minuuttia terveydenhoitajan vastaanotolla ja 12 minuuttia lääkärin vastaanotolla. Sekä kontaktin kesto että neuvontaan käytetyt ajat ovat molemmilla ammattiryhmillä pitemmät kuin Laitakarin (1989, 61) tutkimuksessa, jossa käyntien kesto oli terveyskeskuslääkäreillä keskimäärin 16 minuuttia ja terveydenhoitajilla 23 minuuttia, sekä neuvontaan käytetyt ajat lääkärillä 6 minuuttia ja terveydenhoitajilla 12 minuuttia. Jokaisella terveystarkastuskäynnillä terveydenhoitajan luona annettiin neuvontaa, lääkäreillä 88%:ssa käynneistä. Sairasvastaanotolla vastaavat prosentit olivat 89 % ja 57 %. Toimipaikalla on oma merkityksensä selvittäessä neuvonnan toteuttamista (Laitakari, 1989, 74), mm. työterveyshuollon lääkärikontakteissa annettiin merkitsevästi useammin neuvontaa kuin muilla terveyskeskuksen ajanvaraus- tai päivystysvastaanotoilla. Työterveyshoitajien neuvontafrekvenssi oli korkea. Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat toteuttivat neuvontaa vielä yleisemmin, sen sijaan lääkäreiden neuvontakontaktit olivat vähäisempiä.

Useimmin neuvontakontaktissa käsiteltiin liikuntaan ja ravitsemukseen liittyviä aiheita ja lääkkeiden käyttöä. Myös ergonomia, stressi, ihmissuhteet ja psyykinen kuormitus olivat usein neuvonnan aiheena. Molemmilla ammattiryhmillä sairastavien yleisin neuvonta-aihe oli lääkkeiden käyttö. Sen sijaan tupakointi ja alkoholi olivat tässä tutkimuksessa harvemmin neuvottuja aiheita. Tässä tutkimuksessa ei kysytty, miksi neuvontaa ei toteutettu. Laitakarin (1989, 71)) tutkimuksessa syinä olivat mm. se, ettei neuvonta kuulunut käynnin luonteeseen, neuvontaan ei ollut tarvetta ja pieni osa käynneistä oli sellaisia, että todettiin tarve, mutta neuvontaa ei jostain syystä annettu.

Aloitteen tekijä neuvonnassa on edelleen, kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa (Laitakari, 1989; Vaaranen, 1987), useimmiten terveydenhuollon ammattilainen, joskin aihepiiristä riippuen aloitteen tekijä voi olla useasti myös asiakas. Tällaisia aiheita ovat stressi, psyykinen kuormitus ja ihmissuhteet, stressin kohdalla asiakas oli aloitteen tekijä jopa useammin kuin terveydenhoitaja. Terveydenhoitajan vastaanotolla asiakas on useammin aloitteen tekijä kuin lääkärin vastaanotolla. Tulokset kuvastelevat nykypäivän tilannetta työterveyshuollossa, työpaikoilla olosuhteet muuttuivat laman seurauksena, stressi, kiire, psyykinen kuormitus kasaavat ongelmia työpaikan ilmapiiriin ja ihmissuhteisiin ja niistä tullaan reilummin keskustelemaan työpaikan ja työn tuntevan asiantuntijan kanssa.

Lääkäreiden neuvontamenetelmien todettiin poikkeavan muiden käyttämistä menetelmistä siten, että kehoitus ja neuvo olivat lääkäreillä selkeästi suurempi ja keskustelun osuus pienempi kuin muilla ammattiryhmillä (Laitakari, 1989, 93) Tässä tutkimuksessa menetelmistä eniten käytettiin keskustelua ja sitä käytettiin useammin terveystarkastuksissa. Ammattiryhmien välillä ei kuitenkaan ollut eroja keskustelun käytössä menetelmänä neuvontatilanteissa. Lääkärit käyttivät selkeästi enemmän kehoitusta ja neuvoa, terveydenhoitajilla sen käyttö painottui sairastavien vastaanotolle. Terveydenhoitajat käyttivät myös enemmän rohkaisua pohdintaan ja ongelmanratkaisuun ja jakoivat enemmän oheismateriaalia. Terveyskasvatustehtävistä painottui eniten tiedon jakamiseen ja uusien ajatusten ja kiinnostuksen herättämiseen liittyvät sivistävä ja virittävä tehtävä. Lääkäreillä painottui sivistävä tehtävä eniten. Myös muutosta avustava suostuttelu ja motivointi muutokseen toteutui lähes yhtä usein. Mielenterveystehtävä, missä pyritään psyykkisten voimavarojen tukemiseen ja lisäämiseen, toteutui harvemmin.

Ilmapiiri vastaanotolla koettiin hyväksi, vapautuneeksi ja luontevaksi. Asiakkaat olivat tuttuja ja heidät tunnettiin entuudestaan. Lääkärit tunsivat asiakkaansa paremmin kuin terveydenhoitajat. Uusintakäynneillä sairauskäyntien osuus kasvaa (Laitakari, 1989, 60) ja lääkäreillä kävijöistä suurin osa oli vastaanotolla sairauden vuoksi. Työterveyshuollossa on perinteisesti ollut omalääkäri- ja oma

hoitaja –järjestelmä jo ennen väestövastuuta, työterveyshuollossa toimivat ovat myös pitkään alalla olleita ja usein pitkään samassa työpaikassa, joten asiakkaat ovat tulleet tutuiksi kiinteissä hoitosuhteissa.

8.5. Terveyskasvatustoiminnan kehittäminen

Työkykyä ylläpitävän toiminnan kehittyminen työpaikoilla on antanut mahdollisuudet erilaisten terveyttä edistävien toimien toteuttamiseen. Käsitteen laajuudesta johtuen työkykyä ylläpitävään toimintaan on katsottu kuuluvan mitä monipuolisin toiminta. Työpaikoilla tehdään kartoituksia toiminnan tarpeesta sekä toimintasuunnitelmia ja toteutetaan mm. fyysisen kunnon edistämiprojekteja, terveyskasvatustapahtumia, ergonomiatalkoita, työyhteisöjen kehittämistä, työnohjausta, johtamiskoulutusta, täydennyskoulutusta, virkistystapahtumia yms., joita kuvaillaan useissakin teoksissa (mm. Peurala & Husman, 1995; Matikainen ym., 1995; Järvisalo ym., 1996; Rissa, 1996; Hiisijärvi & Aaltonen, 1999). On hyvä, että eri yhteistyötahot ovat toiminnassa mukana toteuttamassa työpaikkojen hyvinvointia. Toiminta kaipaa myös arviointia ja seurantaa vaikutuksista sekä tietoa yleisesti erilaisten kampanjoiden vaikuttavuudesta ja hyödystä. Hyöty- ja tulosperusteluja kaipaa myös työnantaja tehdessään päätöksiä osallistumisesta toimintaan.

Terveyskasvatustoiminnan kehittämiseksi toivotaan edelleen monipuolista koulutusta, sekä eri aihepiireistä ajankohtaispäiviä että myös menetelmäkoulutusta sekä ryhmädynamiikan hallintaa. Vuorovaikutustaitojen kehittäminen nähtiin myös tärkeäksi. Monilla työpaikoilla voidaan varmaan pienin toimenpitein saada neuvontatyö laadukkaammaksi. Suunnitelmallisuus jäntevöittää toimintaa; sovitaan yhteisistä toimintalinjoista ja työnjaosta eri ammattiryhmien kesken. Myös ulkopuolisia yhteistyökumppaneita varmasti löytyy, jolloin toisten asiantuntemusta voidaan käyttää hyödyksi. Koko toiminnan perusta on asiakaslähtöisyys, yhteistyö sekä työntekijä- että työnantaja-asiakkaiden kanssa, heidän tarpeistaan lähtevä yhteistyö. Toiminnan tuloksellisuus edellyttää työterveyshenkilöstöltä kiinnostusta, motivoituneisuutta ja asiantuntijuutta terveysneuvontatyöhön.

Monilla työpaikoilla toteutetaan jo säännöllisesti järjestelmälliseen laatutyöskentelyyn liittyviä asiakastyytyväisyyskyselyjä, joissa asiakkaat ovat saaneet ilmaista mielipiteensä työterveyshuollon ammattihenkilöstön vastaanottoiminnasta, sekä sairastuvastuusta että myös terveystarkastuksista ja siitä, miten heidän tarpeensa huomioitiin vastaanottotilanteessa. Työterveyshuoltolaki velvoittaa antamaan tietoja ja neuvontaa työn terveysriskeistä ja terveystarkastustilanteesta tämä lain pykälä pyritään toteuttamaan kysymättä asiakkaan mielipidettä, haluaako hän kyseistä ohjantaa vai ei.

Aloitteentekijä neuvontaan on edelleenkin useimmin terveydenhuollon ammattilainen tunnistaessaan neuvontatarpeen. Olemmeko niin innokkaita neuvoja ettemme malta odottaa asiakkaan toivetta tai kysymystä, mistä hän on kiinnostunut ja mikä hänelle on tuossa tarkastustilanteessa tärkeintä. Karhu (1997) toteaa, että hyvä viestintä lähtee kuuntelemisesta ja kuuntelu on ymmärtämistä ja siltä pohjalta pitäisi myös neuvontatyön lähteä.

8.6. Jatkotutkimusaiheita

Tässä tutkimuksessa on selvitetty hoitohenkilökunnan mielipiteitä terveyskasvatuksesta työterveys-huollossa käyttämällä kyselylomaketta. Terveysneuvonnan toteutumista kartoitettiin kirjaamalla itse toteutunut neuvonta heti asiakaskontaktin jälkeen. Uudenlaista näkökulmaa asiaan voisi tuoda kvalitatiivinen tutkimusote ja neuvontatilanteen analysoiminen ulkopuolisen tarkkailijan toimesta. Tärkeää jatkossa olisi myös selvittää asiakkaiden toiveet terveyskasvatuksesta sekä mielipiteet ja kokemukset saamastaan terveysneuvonnasta. Pitemmällä aikavälillä tarkasteltu terveysneuvonnan vaikuttavuus antaisi hyvää tietoa terveysneuvonnan suunnittelulle ja toteuttamiselle.

LÄHTEET

Aitta, U., 1989. Työterveyshoitajat on tutkittu. Työterveyshoitaja nro 2, 4-5.

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY

Aromaa, A., Koskinen, S. & Huttunen, J. (toim.) 1997. Suomalaisten terveys. Kansanterveyslaitos. Helsinki.

Blondis, M & Jackson, B. 1988. Inhimillinen yhteys – sanaton viestintä potilaan kanssa. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Juva: WSOY

Elo, A.-L. 1992: Työstressikysely –TSK- työterveyshenkilöstön kokemukset omasta työstään ja terveydestään. Työterveyslääkäri 1/92, 48-51.

Elämänkulku ja terveys. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:22. Helsinki: Edita Oy.

Frilander, P., Roto, P., Niva, P., Hautamäki, T., Sipilä, E. & Puska, P. 1986. Terve työpäivä tavaksi –projekti Yhtyneet Paperitehtaat Oy:ssä vuosina 1983-1984. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja tutkimukset 3/1986.

Haavisto, S., Kirjonen, J. & Palmroth, A. 1990. Työolot –työnilo: liikunta- ja terveysohjelma osana työolojen kehittämishanketta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja, no 72. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö. Jyväskylä

Heikkinen, M-R. 1992. Työterveyshuollon jatkolinjakoulutus alkanut. Työterveyshoitaja nro 1, 4-5.

Heikkinen, R-L. 1989. Laadullisen neuvonta-aineiston valottama terveyskasvatusanalyysi. Tampereen yliopiston kasvatustieteen laitos A:42. Tampereen yliopisto.

Heistaro, S., Helakorpi, S., Uutela, A. & Puska, P. 1997. Suomalaisen aikuisväestön koettu terveys vuosina 1979-95. Suomen Lääkärilehti 52 (6), 535-542.

Herbert, D. & Herbert, W. 1990. Legal issues in the delivery of worksite health promotion. *Occupational Medicine* 5 (4), 851.

Hietala, V., Keinänen-Kiukaanniemi, S. Koistinen, P. & Piikivi, L. 1994. Tehoaako terveystasvatus? *Kunnallislääkäri* 10 (8), 16-22.

Hiisijärvi, S. & Aaltonen, T.(toim.), 1999. Osaamisen ja työkyvyn kehittämisen tositapauksia pk-yritysten työterveyshuollossa. *Konstit on monet* 3. Työterveyslaitos. Helsinki: Miktör.

Hoskola, H. 1989. Sata vuotta työsuojelua Suomessa. Työsuojelulainsäädännön synty ja kehitys 1889-1989. Työsuojeluhallitus. Tampere: Tampereen Keskuspaino.

Husman, K., 1994. Mitä Suomen työterveyshuollossa tapahtuu. *Työterveyslääkäri* 12 (1), 16-21.

Huuhka, M., Lahelma, E., Manderbacka, K., Mattila, V., Karisto, A. & Rahkonen, O. 1996. Terveystila ja sosiaalinen murros. Vuosien 1986-1994 elinolutkimukset. Tilastokeskus, Elinolot 1996:2. Helsinki: Edita Oy.

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Opas toiminnan suunnitteluun ja seurantaan. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos. Helsinki: Miktör. 1997.

Jacobson, M., Yenney, S. & Bisgard, J. 1990. An organizational perspective on worksite health promotion. *Occupational Medicine* 5 (4), 653.

Jeffery, R., Forster, J., French, S., Kelder, S. Lando, H., McGovern, P. Jacobs, D. & Baxter, J. 1993. The healthy worker project: A worksite intervention for weight control and smoking cessation. *American Journal of Public Health* 83 (3), 395-401.

Järvisalo, J., Knuts, L-R. & Lahtinen, E. 1990. Työikäisten terveyden edistäminen – Turun seudulla toteutettava yhteistyöhanke. *Suomen Lääkärilehti* 45 (13), 1232-1237.

Järvisalo, J., Laine, A., Lamberg, M., Matikainen, E. & Yrjänheikki, E. (toim.), 1996. Tositarinoita työkyvyn ylläpitämisestä. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Kalimo, R. 1994. Terveysten edistäminen työpaikalla. Teoksessa Lindström, K. (toim.). Terve työyhteisö – kehittämisen malleja ja menetelmiä. Työterveyslaitos. Helsinki, 86-100.

- Kanerva, S., Pasanen, A., Riekkinen, S. & Tuhkanen, T. 1998. Hyvä työterveyshoitajan työ. Kirjayhtymä Oy. Tampere: Tammer-Paino Oy
- Kannas, L. 1988. Terveyskasvatustutkimus Suomessa 1970 –80 –luvulla. Julkaisussa Kannas, L. & Miilunpalo, S (toim.). Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1988. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Helsinki, 63-77.
- Kannas, L. 1992. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. Aikuiskasvatus 12 (2), 66-67.
- Kansanterveyskertomus 1996. Valtioneuvoston kertomus eduskunnalle kansanterveydentilasta ja kehityksestä. Helsinki: Edita Oy
- Kansanterveyslaki 1972.
- Karhu, M. 1997. Viesti vakuuttavasti. Inforviestintä Oy. WSOY
- Kari, J. & Huttunen, J. 1988. Johdatus kasvatuksen ongelmien tutkimiseen. Keuruu: Otava.
- Karinpää, A., Kannas, L., Rajala, A-L., Hirvonen, P. & Myllykangas, M. 1986. Terveyskasvatuskokeilu teollisessa työyhteisössä. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja Tiilastot ja Selvitykset 11/1986. Helsinki.
- Kettunen, T. 1998. Sairaalapotilas viestijänä. Suomen Lääkärilehti 53 (11), 1275-1278.
- Kettunen, T., Liimatainen, L. & Poskiparta, M. 1996. Terveyskasvatus arjen hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Lahelma, E. 1998. Ikääntyminen , sosiaalinen rakenne ja terveys. Teoksessa Rahkonen, O. & Lahelma, E. (toim.) Elämänpää ja terveys. Tampere: Tammer-Paino, 202-222.
- Lahtinen, E. 1996. Työikäisten terveyden edistäminen avoterveydenhuollossa. Kelan ja Turun terveyskeskuksen kehittämän terveyden edistämishojelman toteutus ja tulokset. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 16. Turku.

Lahtinen, E., Talvi, A., Järvisalo, J., Knuts, L-R., Rönnemaa, T., Lahtela, K., Parvinen, I., Niite-
maa, R. & Viljanen, T. 1991. Työikäisten terveyden edistäminen –hankkeen tausta ja toiminta-
malli. Julkaisussa Urponen, H., Aarva, P. & Nupponen, R. (toim.). Terveyskasvatustutkimuksen
vuosikirja 1991. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tampere, 117-126.

Laitakari, J. 1981. Terveyskasvatus . Johdatus suunnitteluun, menetelmiin ja arviointiin. Sai-
raanhoitajien koulutussäätiö. Helsinki.

Laitakari, J., Miilunpalo, S., Pasanen, M. & Vuori, I. 1989. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa.
Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyden edistäminen. Sarja tutkimukset 6/1989. Helsinki:
VAPK.

Liimatainen, L., Poskiparta, M. & Sjögren, A. 1999. Terveyden edistämisen lähestymistavat ter-
veysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 36
(2), 99-110.

Manninen, P., Husman, K., Virokannas, H., Kilpikari, I. & Wickström, G. 1995. Työterveys-
huollon erikoislääkärikoulutus kärsii koulutusvirkojen puutteesta. Suomen Lääkärilehti 50 (17),
2007-2008.

Manninen, P., Karpansalo, M., Husman, K., Taskinen, H., Wickström, G. & Virokannas, H.
2000. Työterveyshuoltoon erikoistuvien määrä lisääntynyt ja koulutuksen sisältö kehittynyt –
lisää suunnitelmallisuutta ja voimavaroja kaivataan. Suomen Lääkärilehti 55 (41), 4185-4189.

Mantere, P. 1982. Selvitys terveystutkimuksen edellytyksistä työterveyshuollossa. Lääkintöhal-
lituksen monistesarja. Helsinki.

Marniemi, J., Seppänen, R., Impivaara, O., Järvisalo, J., Mäki, J. & Vuori, I. 1996. Keski-
ikäisten miesten terveystutkimuksen ja terveyden vaaratekijöiden muutokset 1980-94 –ravit-
semus- ja liikuntaohjauksen vaikutukset. Suomen Lääkärilehti 51 (36), 3839-3846.

Matikainen, E., Aro, T., Kalimo, R., Ilmarinen, J. & Torstila, I. (toim.), 1995. Hyvä työkyky.
Työkyvyn ylläpidon malleja ja keinoja. Työterveyslaitos. Eläkevakuutusyhtiö Ilmarinen. Helsin-
ki: Painotalo Miktor.

- Matikainen, E & Männistö, P. 1999. Työelämän kehittämistyöryhmän muistio. Selvitys kunta-alan henkilöstön työssä selviytymisestä sekä ehdotuksia toimenpiteiksi henkilöstön työkyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Kuntien eläkevakuutus.
- Moilanen, L. 1997. Muutokset työterveyshuollossa ja henkilöstön työtyytyväisyys, epävarmuus ja uupumus. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 34 (2), 135-149.
- Märkjärvi, L. 1995. Työterveyshoitajat päihdetyöverkoston kehittäjinä. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Mölsä, K. 1996. Referaatti kirjan Ramazzini B., De morbis arteficum diatriba, ruotsinkielisestä käännöksestä. Työterveyslääkäri 14 (1), 111-115.
- Noro, L. 1979. Työterveyslaitos, tausta ja kehitys. Työterveyslaitos. Kerava: Keski-Uusimaa Oy.
- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY.
- Nupponen, R. 1991. Aikuisten terveystarkastus- ja neuvontakäynnit terveydenhoitajien kuvamina. Julkaisussa Urponen, H., Aarva, P. & Nupponen, R. (toim.). Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja, 1991. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tampere, 91-104.
- Nupponen, R. 1994. Terveyspsykologian perusteet. Jyväskylä: Gummerus Oy
- Opas työterveyshuollon toteuttamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön opas-sarja 1993:4. Helsinki.
- Ottawan asiakirja. Teoksessa Vertio, H. 1992. Terveiden edistäminen. Hämeenlinna: Karisto Oy, 115-121.
- Paronen, O., Oja, P., Vuori, I. & Makkonen, P. 1989. Työmatkaliikunnan edistäminen teollisuusyrityksessä – kokeiluohjelman kuvaus ja arviointi. Työ ja ihminen . Työympäristötutkimuksen Aikakauskirja 3 (4), 276-287.
- Pasanen, A. 1991. Hoitotyön asiantuntijakoulutus Kuopion yliopistossa. Työterveyshoitaja nro 2, 10-11.

- Pasanen, A. 1992. Työterveyshoitajan työ ja työtyytyväisyys. Työterveyshoitaja nro 1, 6-8.
- Peurala, M. 1993. Työterveyshoitajan työ ja väestövastuu. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja –talouden laitos.
- Peurala, M. & Husman, K. 1995. Työkykyä ylläpitävä toiminta työterveyshuollossa 1992. Teoksessa: Mitä hyötyä työkyvyn ylläpitämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1995:3. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 155-169.
- Piirainen, H. 1999. Minkälaista on terveyskeskustyöterveyshuollon arki – työterveyshoitajat puhuvat. Työ ja Ihminen. Työympäristötutkimuksen Aikakauskirja 13 (4), 261-281.
- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Studies in Sport, Physical Education and Health 46. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Rantanen, J. 1992. Työterveyshuolto Euroopassa. Työterveyslääkäri 10 (2), 2-6.
- Rantanen, J. 1996. Työterveyshuollon kansainväliset kehitystrendit. Työterveyslääkäri 14 (1), 18-24.
- Rimpelä, M. 1992. Terveyttä suomalaisille, mutta tarvitaanko terveystasvatusta. I osa. Terveystasvatuksen keskuksen tiedotuksia 3/92. Helsinki.
- Rimpelä, M. 1992. Terveyttä suomalaisille, mutta tarvitaanko terveystasvatusta. II osa. Terveystasvatuksen keskuksen tiedotuksia 4/92. Helsinki.
- Rimpelä, M. 1993. Terveyttä suomalaisille, mutta tarvitaanko terveystasvatusta. III osa. Terveystasvatuksen keskuksen tiedotuksia 1/93. Helsinki.
- Rissa, K. 1996. Panosta työkykyyn. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Rossi, K., Vaaranen, V. & Suomela, T. 1987. Työterveyshoitaja ja terveystasvatus. Työterveyshoitaja nro 6, 17-20.
- Rossi, K. 1990. Kansainvälistä työterveyshuoltoa. Työterveyshoitaja nro 6, 4-8.

Rossi, K. 1992. Uutta ja vanhaa Työterveyslaitoksen koulutuksesta. Työterveyshoitaja nro 4, 6-7.

Rossi, K. & Heikkinen, M-R. 1990. A view of occupational health nursing practice. Current trends and future prospects. In: Radford, J.M. (edt.). Occupational Health Nursing. Recent Advances in nursing, 1990 (26). Churchill Livingstone, Edinburgh.

Räsänen, K. (toim.) 1999. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1997. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Räsänen, K., Peurala, M., Notkola, V., Husman, K., Virolainen, R & Kankaanpää, E. 1990. Työterveyslääkärin ja -hoitajan työnkuva. Työ ja ihminen 4 (2), 171-190.

Räsänen, K., Peurala, M., Kankaanpää, E., Niemi, J., Piirainen, H., Notkola, V. & Husman, K. (toim.) 1994. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 1992. Työterveyslaitos. Helsinki.

Salmela, T. 1997. Muuttuva potilas-lääkärisuhde. Teoksessa Salmela T. (toim.). Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta ? Juva: WSOY, 52-65.

Savolainen, A., Antti-Poika, M. & Torstila, I. 1993. Työterveyshuolto lääketieteen erikoisalana. Duodecim 109 (18), 1529-1531.

Siivola, U. 1985. Terveys- ja kansanterveystyössä. Porvoo: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriön päätös työnantajan velvollisuudeksi säädetyistä sekä yrittäjän ja muun omaa työtään tekevän työterveyshuollosta (1348/1994).

Stonecipher, L. & Hyner, G. 1993. Health practices before and after a worksite health screening –differences among subpopulations of employees. Journal of Occupational Medicine 35 (3), 297-305.

Sundeen, S., Stuart, G., Rankin, E. & Cohen, S. 1987. Vuorovaikutus – avain hoitotyöhön. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Juva: WSOY.

Suomen Työterveyshoitajaliitto ry. Julkaisematon moniste toimenkuvasta.

Talvi, A., Järvisalo, J., Knuts, L-R., Kaitaniemi, P. & Kalimo, R. 1994. Työikäisten terveyden edistäminen. Työterveyshuollon toteamat terveydenedistämistarpeet Neste Oy:ssä 1988-91. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:131. Turku.

Talvi, A., Järvisalo, J., Knuts, L-R., Kaitaniemi, P. & Kalimo, R. 1995. Työikäisten terveyden edistäminen. Työterveyshuollon toteamat terveydenedistämistarpeet Neste Oy:ssä 1988-91. Suomen Lääkärilehti 50 (20-21), 2193-2198.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: VAPK. 1986.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: VAPK. 1993.

Terveyskasvatuksen kehittämissuunnitelma vuosiksi 1984-1988. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja tutkimukset 2/1983. Tampere: Kirjapaino R. K. Virtanen.

Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Kasvatus 5-6, 387-398.

Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyshuollon neuvottelukunta. Helsinki: VAPK. 1989

Työterveyshuoltolaki 743/78, 608/91.

Työterveyslaitos. Koulutus 2000.

Työturvallisuuslaki 299/58.

Valkonen, T. 1984. Haastattelu- ja kyselyaineiston analyysi sosiaalitutkimuksessa. Helsinki: Kyriiri Oy.

Warner, K. 1990. Wellness at the worksite. Health affairs, 65-79.

Vertio, H. 1992. Terveyden edistäminen. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Wiio, O. & Puska, P. 1993. Terveystieteen opas. Keuruu: Otava.

Wilson, M. 1991. Cholesterol reduction in the workplace and in community settings. *Journal of community health* 16 (1), 49-65.

Virokannas, H., Manninen, P., Husman, K., Kilpikari, I. Wickström, G. & Hassi, J. 1994. Työterveyshuoltoon erikoistuminen: Tilannearvio ja kehittämistarpeet. *Työterveyslääkäri* 12 (2), 147-153.

Vuori, H., 1979. *Lääketieteen historia*. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Ylikoski, M., 1986. Työpaikkaterveydenhuollon kehitys Suomessa. Teoksessa Rantanen, J & Ylikoski, M. (toim.). *Työterveyshuolto*. Jyväskylä: Gummerus Oy, 32-37.

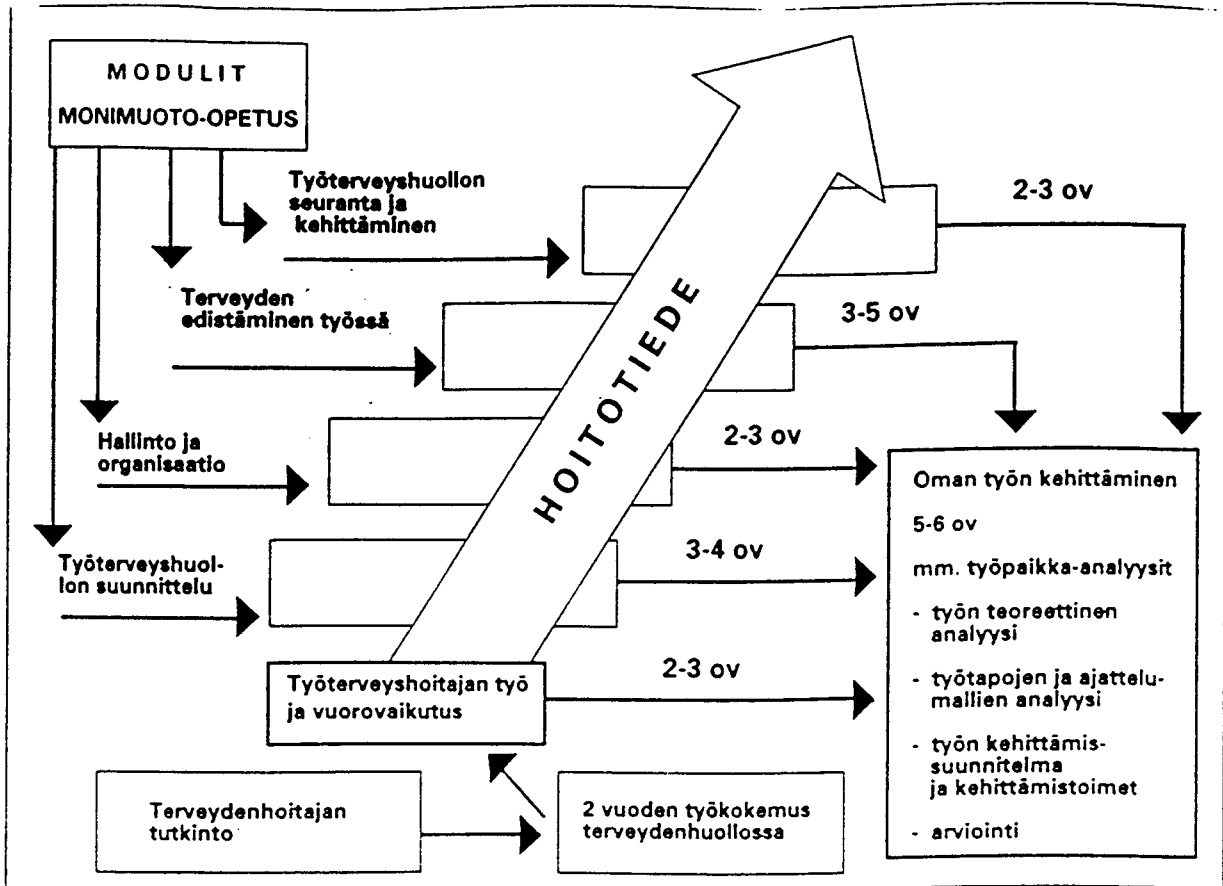
Ylikoski, M. & Rantanen, J. 1986. Työterveyshuollon kehitys eri maissa. Teoksessa Rantanen, J. & Ylikoski, M. (toim.). *Työterveyshuolto*. Jyväskylä: Gummerus Oy, 38-42.

WHO:n työterveysstrategian kehittämisperiaatteet

- Ennaltaehkäisyn ensisijaisuus
- Turvallisen tekniikan käyttö
- Työolojen optimointi
- Tuotannon ja työterveyden yhdistäminen
- Hallituksen johtovastuu työterveyden kehittämisessä
- Työnantajan ensisijainen vastuu käytännön työoloista
- Työntekijän oman intressin tunnustaminen
- Tasavertainen yhteistyö työnantajan ja työntekijän välillä
- Työntekijän oikeus osallistua työolojaan koskevaan päätöksentekoon
- Työntekijän oikeus tietää ja läpinäkyvyysperiaate
- Työolojen jatkuva seuranta ja parantaminen

WHO:n maailmanlaajuisen työterveysstrategian tavoitteet

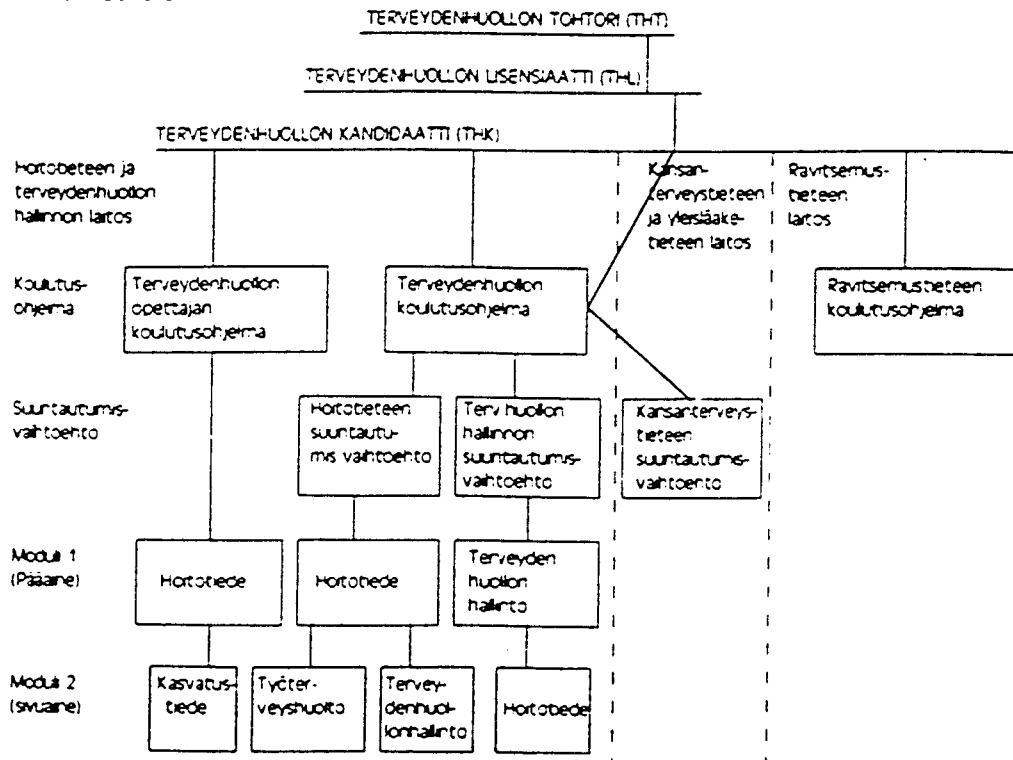
- Kansainvälisen ja kansallisen toimintapolitiikan vahvistaminen työterveysalalla
- Terveellisten työympäristöjen kehittäminen
- Terveellisten työkäytäntöjen kehittäminen ja työterveyden edistäminen
- Työterveyspalvelujen kehittäminen
- Työterveyshuollon tukipalvelujen kehittäminen
- Tieteelliseen riskinarvioon perustuvien raja-arvojen kehittäminen
- Henkilöstövoimavarojen kehittäminen
- Tieto-, rekisteröinti- ja tilastojärjestelmien sekä informaatiopalvelujen kehittäminen
- Työterveystutkimuksen vahvistaminen
- Työterveyshuollon yhteistyön kehittäminen



Kuva 1. Työterveyshuollon jatkolinjan toteutus

Lähde: Heikkinen, 1992.

KUOPION YLIOPISTO



Kuvio 1. Terveystyöntekijän kandidaattitutkintoon johtava koulutus Kuopion yliopistossa.

Lähde: Pasanen, 1991.



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
 Sosiaali- ja terveysala
 Täydennyskoulutus- ja palvelutoiminta

TYÖTERVEYSHUOLLON ERIKOISTUMISOPINNOT 40 OV

Opintokokonaisuudet	Ov:t	S1999	K2000	S2000	K2001	S2001	yht.
1. Orientoivat opinnot	4,0						
<i>yhteensä</i>	4,0						
2. Ammatilliset opinnot	15,0						
<i>Yhteiset ammatilliset opinnot</i>	10,0						
Hyvä työterveyshuoltokäytäntö	2,0						
Tth:n asiantuntijuus ja verkostoituminen työelämässä	2,5						
Työterveyshuollon työmuodot ja menetelmät	2,5						
Tth:n toiminnan tutkiminen, seuranta, arviointi ja kehittäminen	2,0						
Työhygieniä	1,0						
<i>Eriytyvät ammatilliset opinnot/TTH</i>	5,0						
Työterveysneuvottajan työ ja sen kehittäminen	1,0						
Työ- ja toimintakykyä ylläpitävä toiminta	3,0						
Työterveyshuoltotyön suunnittelu, hallinto ja johtaminen	1,0						
<i>Eriytyvät ammatilliset opinnot/TTF</i>	5,0						
Työfysioterapeutin työ ja sen kehittäminen	1,0						
Fyysisen kuormittuminen ja ergonomia	2,0						
Työ- ja toimintakykyä edistävä toiminta	2,0						
<i>yhteensä</i>	19,0						
3. Valinnaiset opinnot	10,0						
<i>yhteensä</i>	10,0						
4. Kehittämiprojekti/Työharjoittelu	10,0						
<i>yhteensä</i>	10,0						
5. Arviointijakso	1,0						
<i>yhteensä</i>	1,0						
<i>kaikki yht.</i>	40,0						

TYÖTERVEYSHOITAJAN TYÖNKUVA

WHO:n määritelmän (Geneven raportti v. 1950) mukaan työterveyshoitaja:

1. Huolehtii niistä toimenpiteistä, joita lääkäri on määrännyt sairaalle potilaalle
2. Tukee ja auttaa osaltaan terveen fyysisen ja psyykkisen työympäristön ylläpitämistä
3. Ryhtyy asiakkaan ja tämän perheen tervehdyttämiseen ja kuntoutukseen
4. Tekee sairaille ja terveille tarkastuksia edistääkseen yksilön kokonaisterveyttä
5. Suorittaa mittauksia sairauksien ehkäisemiseksi
6. Koordinoi hoitotoimet muiden terveydenhuoltoryhmän jäsenten kanssa

Englannissa työterveyshoitajien toimenkuvaan kuuluu:

1. Terveydentilan seuranta, kuten työhönsijoitustarkastukset, seurantatarkastukset, riskiryhmien tarkastukset, tarkastukset niille, joilla on erikoisriskejä, vajaakuntoisten tarkastukset ja rokotustoiminta
2. Terveyskasvatus ja neuvonta
3. Kuntoutus
4. Työympäristön tutkimukset ja kontrollit
5. Tapaturmien ehkäisy – erikoisesti henkilökohtaiset suojaimet
6. Työhön liittyvien sairauksien ja vammojen hoito
7. Ensiapupalvelut, ensiapuhenkilöstön ohjaus ja koulutus, työnantajan neuvonta ensiapuvalmiuteen liittyvissä vaatimuksissa
8. Yhteistyö muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa sekä työyhteisön sisällä että ulkopuolella olevien organisaatioiden kanssa kuten esim. kansanterveystyön, yleislääkäreiden ja vapaaehtoisten organisaatioiden kanssa
9. Työterveyshuoltoyksikön hallinnolliset tehtävät, kuten tilastojen pito, potilastietojen kirjaamisesta, päivittäiset tapaturmatilastot jne.

Suomen Työterveyshoitajaliiton (1992) määrittelyn mukaan työterveyshoitaja:

1. Suunnittelee, esittää, toteuttaa sekä seuraa työntekijöiden ja työryhmien työkykyä tukevia ja ylläpitäviä toimintoja. Tavoitteena on löytää yhteiset voimavarat työyhteisöjen kehittämiseksi henkilöstön, esimiesten ja työsuojeluorganisaation kanssa.
2. Edistää suunnitelmallisesti työterveyshuollon hoitotyön keinoin työntekijän ja työntekijäryhmien fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä sekä hyvinvointia työssä.
3. Tunnistaa ja arvioi työpaikkakäynnein ja työpaikkaselvityksin työntekijän työn, työympäristön ja muun ympäristön välisen vuorovaikutuksen merkitystä työhön ja työntekijän terveyteen.
4. Suunnittelee ja toteuttaa terveyttä edistäviä toimintoja yksilö- ja ryhmäkohtaisesti sekä seuraa ja arvioi tämän toiminnan tuloksia.
5. Vastaa työterveyshoitajan työn suunnittelusta, toteuttamisesta ja kehittämisestä.
6. Toimii työterveyshuollon asiantuntijana ja kouluttaa työyhteisössä.

TYÖTERVEYSHUOLTO / TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Hyvä työterveyslääkäri/-hoitaja


Työterveyshuollon terveystieteistä ei ole olemassa ajankohtaista tutkimustietoa. Siksi pyydän Sinun apuasi selvittääkseni terveystieteen nykytilaa. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää terveystieteen toimintaa työterveyshuollossa.

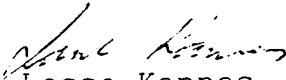
Jokaisen mielipide on tärkeä. Pyydän työyksikköne **kaikkia lääkäreitä ja hoitajia** vastaamaan oheiseen kyselylomakkeeseen, jolla tiedustelen mielipiteitänne työterveyshuollon terveystieteen kehittämiseen. Lomake on pyritty kehittämään mahdollisimman selkeäksi täyttää, joten se ei vie paljon aikaa. Vastaa **kaikkiin kysymyksiin**, joko laittamalla vastaus sitä varten varattuun tilaan tai ympyröimällä sopiva vaihtoehto.

Vastaukset pyydän palauttamaan **perjantaihin 18. helmikuuta 1994 mennessä** oheisessa palautuskirjekuoressa, jonka postimaksu on maksettu. Vastaukset käsitellän täysin **luottamuksellisesti**, koodinumeron tarvitsen yhdistääkseni vastaajan kontaktitietolomakkeen kanssa.

KIIITOS VASTAUKSESTASI

Lisätietoja annan tarvittaessa


Aira Hakkarainen
kasv.tiet.kand., terv.hoit.
puh. 941-619 781 (k)
941-626 531 (t)


Lasse Kannas
terv.kasv. apulaisprof.
Terveystieteen laitos
Jyväskylän yliopisto

KYSELY TERVEYSKASVATUKSESTA TYÖTERVEYSHUOLLOSSA

Vastaajan taustatiedot

1. Syntymävuotesi _____

2. Ammattisi 1. lääkäri
 2. terveydenhoitaja
 3. sairaanhoitaja

3. Mikä on työpaikkasi ?

1. terveyskeskuksen työterveyshuolto
2. työnantajan oma työterveysasema
3. työnantajien yhteinen työterveysasema
4. yksityinen lääkäriasema
5. valtion alueellinen työterveyshuolto

4. Kauanko olet toiminut työterveyshuollon tehtävissä ? _____ vuotta

5. Oletko käynyt TTL:n järjestämän ns. työterveyshuollon pitkän kurssin ? (3-4 viikkoa)

1. kyllä
2. en

Vastaajan mielipiteet

6. Sain peruskoulutuksessani riittävästi terveystieteiden koulutusta

- | | | | |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 1. täysin samaa
mieltä | 2. jokseenkin sa-
maa mieltä | 3. jokseenkin
eri mieltä | 4. täysin eri
mieltä |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------|

7. Työterveyshuollon koulutuksessa pitäisi olla terveystieteiden koulutukseen liittyviä aiheita enemmän

- | | | | |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 1. täysin samaa
mieltä | 2. jokseenkin sa-
maa mieltä | 3. jokseenkin
eri mieltä | 4. täysin eri
mieltä |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------|

8. Kuinka tärkeänä pidät työssäsi asiakkaan terveitä elämäntapoja koskevaa neuvontaa ?

- | | | | |
|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------------|
| 1. erittäin tärkeänä | 2. melko tärkeänä | 3. vähemmän tärkeänä | 4. ei lainkaan tärkeänä |
|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------------|

9. Kuinka tärkeänä pidät työssäsi neuvontaa työn terveysvaaroista ja niiden ehkäisystä ?

- | | | | |
|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------------|
| 1. erittäin tärkeänä | 2. melko tärkeänä | 3. vähemmän tärkeänä | 4. ei lainkaan tärkeänä |
|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------------|

10. Kuinka motivoitunut olet terveystieteisiin

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. erittäin hyvin motivoitunut | 2. melko hyvin motivoitunut | 3. melko huonosti motivoitunut | 4. erittäin huonosti motivoitunut |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

11. Arvioi, kuinka helppoa tai vaikeaa terveystietokontakteissa sinulle on

	erittäin helppoa	melko helppoa	melko vaikeaa	vaikeaa
tietojen saaminen asiakkaan terveystottumuksista	1	2	3	4
tietojen saaminen asiakkaan työtapoista	1	2	3	4
tietojen saaminen asiakkaan tapoihin vaikuttavista sosiaalisista suhteista työpaikalla	1	2	3	4
tietojen saaminen asiakkaan mielipiteistä ja asenteista	1	2	3	4
määrittää neuvonnan tarpeita ja tavoitteita	1	2	3	4
toteuttaa neuvontaa asiakaskontakteissa	1	2	3	4
laatia ohjelma tapojen muuttamiseksi	1	2	3	4
seurata neuvonnan vaikutuksia	1	2	3	4

12. Miten tärkeitä mielestäsi ovat seuraavat aiheet työterveyshuollon asiakkaiden terveysneuvonnassa ?

	erittäin tärkeä	melko tärkeä	vähemmän tärkeä	ei lainkaan tärkeä
1. lääkkeiden käyttö	1	2	3	4
2. uni	1	2	3	4
3. puhtaus, hygienia	1	2	3	4
4. liikunta, kuntoilu	1	2	3	4
5. ravitsemus, ruokavalio	1	2	3	4
6. tupakointi	1	2	3	4
7. alkoholi	1	2	3	4
8. stressi, ylirasitus	1	2	3	4
9. ihmissuhteet	1	2	3	4
10. sukupuoliasiat	1	2	3	4
11. ergonomia, työasennot	1	2	3	4
12. tapaturmat	1	2	3	4
13. psyykinen kuormitus	1	2	3	4
14. fysikaaliset haitat	1	2	3	4
15. kemialliset haitat	1	2	3	4
16. työpaikan ilmapiiri	1	2	3	4
17. ensiaputaidot	1	2	3	4
18. henkilökohtaisten sucjainten käyttö	1	2	3	4
19. muu, mikä _____	1	2	3	4
_____	1	2	3	4

13. Mitä menetelmiä olet käyttänyt neuvoessasi asiakkaitasi viimeisen vuoden aikana ?

	päivittäin tai lähes päivittäin	ainakin kerran viikossa	harvemmin
1. kehoitus, neuvo	1	2	3
2. keskustelu	1	2	3
3. rohkaisu pohdintaan ja ongelmanratkaisuun	1	2	3
4. havaintomalli tai -esitys	1	2	3
5. oheisaineiston jakaminen	1	2	3
6. taidon harjoittelu	1	2	3
7. ohjaus muuhun neuvontaan tai opetukseen	1	2	3
8. ryhmäneuvonta	1	2	3
9. muu, mikä _____	1	2	3
_____	1	2	3

14. Minkä verran seuraavat seikat haittaavat neuvontatyötäsi ?

	haittaa paljon	haittaa jonkin verran	ei haittaa lainkaan
1. ajanpuute tapaamishetkellä	1	2	3
2. vaikeus sopia uusinta- tapaamisia	1	2	3
3. puutteet neuvontaa koskevassa yhteistyössä muiden työn- tekijöiden kanssa	1	2	3
4. puutteet työyksikön yhteisissä tavoitteissa ja suunnitelmissa	1	2	3
5. en tunne asiakkaitani riittävän hyvin	1	2	3
6. omien terveystietojen puutteellisuus	1	2	3
7. omien viestintätaitojen puutteellisuus	1	2	3
8. asiakkaille jaettavan oheis- aineiston puuttuminen	1	2	3
9. asiakkaiden kiinnostuksen puute	1	2	3
10. asiakkailla on puutteelliset perustiedot aiheesta	1	2	3
11. aiheesta on vaikea puhua	1	2	3
12. neuvonnasta ei näy tuloksia	1	2	3
13. muu, mikä _____	1	2	3

15. Miten mielestäsi asiakasneuvontaa ja muuta terveystietoa voitaisiin kehittää työterveyshuollossa ?

16. Millaista terveystietoon liittyvää jatko- tai täydennys-
koulutusta katsoisit tarvitsevasi ?

TYÖTERVEYSHUOLTO / TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Hyvä työterveyslääkäri/-hoitaja

Tällä kyselylomakkeella on tarkoitus kerätä tietoa siitä, millaista terveyskasvatustoimintaa esiintyy työterveyshuollon asiakaskontakteissa.

Pyydän, että työyksiköstänne **yksi lääkäri ja yksi hoitaja** kirjaa 1-2 päivän aikana vastaanotollaan käymistä asiakkaista (n. 10 asiakasta/ henkilö) heti kontaktin jälkeen, millaista terveysneuvontaa heille antoi.

Lomake on nopea ja helppo täyttää eikä näin ollen vie paljon työaikaasi. Vastaa **kaikkiin kysymyksiin**, joko laittamalla vastaus sitä varten varattuun tilaan, ympyröimällä sopiva vaihtoehto tai useampi vaihtoehto (aiheet, menetelmät).

Vastauksia odotan **perjantaihin 11. helmikuuta 1994** mennessä oheisessa palautuskirjekuoressa, jonka postimaksu on maksettu. Vastaukset käsittelen täysin **luottamuksellisesti**, koodinumeron tarvitse vastaajan taustatietojen selvittämiseksi.

KIIITOS VASTAUKSESTASI

Lisätietoja annan tarvittaessa



Aira Hakkarainen

kasv.tiet.kand., terv.hoit.

puh. 941-619 781 (k)

941-626 531 (t)



Lasse Kannas

terv.kasv. apulaisprof.

Terveystieteen laitos

Jyväskylän yliopisto

KONTAKTITIEDOT

Asiakastiedot: 1. Sukupuoli: 1. nainen 2. mies
2. Syntymävuosi _____
3. Ammatti _____

4. Kauanko kontakti kesti ? _____ minuuttia

5. Mikä oli kontaktin pääsyy? 1. sairaus 2. terveystarkastus

6. Annoitko asiakkaalle neuvontaa (neuvoja, ohjeita, opetusta, tukemista) ?

1. kyllä
2. en (siirry kohtaan 11)

7. Mikä oli neuvontaan käytetty yhteenlaskettu aika? _____ min

8. Mikä oli neuvonnan aihe ja kumpi oli aloitteen tekijä ?

Aihe	minä	asiakas
1. lääkkeiden käyttö	1	2
2. uni	1	2
3. puhtaus, hygienia	1	2
4. liikunta, kuntoilu	1	2
5. ravitsemus, ruokavalio	1	2
6. tupakointi	1	2
7. alkoholi	1	2
8. stressi, ylirasitus	1	2
9. ihmissuhteet	1	2
10. sukupuoliasiat	1	2
11. ergonomia, työasennot	1	2
12. tapaturmat	1	2
13. psyykkinen kuormitus	1	2
14. fyysiset haitat	1	2
15. kemialliset haitat	1	2
16. työpaikan ilmapiiri	1	2
17. ensiaputaidot	1	2
18. henkilökohtaisten suojainten käyttö	1	2
19. muu, mikä _____	1	2
_____	1	2

9. Mitä menetelmiä käytit neuvonnassa?

1. kehoitus, neuvo
2. keskustelu
3. rohkaisu pohdintaan ja ongelmanratkaisuun
4. havaintomalli tai -esitys, demonstraatio
5. oheisaineiston jakaminen
6. taidon harjoittelu
7. ohjaus muuhun neuvontaan tai opetukseen
8. muu, mikä? _____

10. Arvioi, mikä terveystieteiden tehtävä painottui keskustellessasi asiakkaan kanssa

<u>terveystieteiden tehtävä</u>	paljon	melko paljon	melko vähän	ei lainkaan
sivistävä (tiedon jakaminen)	1	2	3	4
virittävä (uusien ajatusten ja kiinnostuksen herättäminen)	1	2	3	4
mielenterveys (psykkisten voimavarojen tukeminen ja lisääminen)	1	2	3	4
muutosta avustava (suostuttelu ja motivointi muutokseen, uusien taitojen opettaminen)	1	2	3	4

11. Tunsitko asiakkaan entuudestaan

hyvin 1 2 3 4 5 huonosti

12. Oliko kontakti asiakkaan kanssa

1. ensimmäinen kontakti
2. 1. tai 2. uusintakontakti
3. useampi uusintakontakti

13. Oliko kontaktin ilmapiiri

vapautunut	1	2	3	4	5	jännittynyt
kiinnostunut	1	2	3	4	5	välinpitämätön
luonteva	1	2	3	4	5	kiusaantunut
innostunut	1	2	3	4	5	innoton
keskustelu vilkasta	1	2	3	4	5	keskustelu tahmeaa

14. Muita kommentteja _____

Liite 6. Tietojen saamisen ja neuvonnan toteutuksen helppous terveydenhoitajien ja lääkäreiden arvioimina. Vastausjakaumien erojen tilastolliset merkitsevyydet.

Toteuttaa neuvontaa asiakaskontakteissa	p=.019
Tietojen saaminen asiakkaan terveystottumuksista	p=.004
Tietojen saaminen asiakkaan työtavoista	p=.757
Tietojen saaminen asiakkaan mielipiteistä ja asenteista	p=.432
Määrittää neuvonnan tarpeita ja tavoitteita	p=.605
Laatia ohjelma tapojen muuttamiseksi	p=.558
Seurata neuvonnan vaikutuksia	p=.884
Tietojen saaminen asiakkaan tapoihin vaikuttavista sosiaalisista suhteista työpaikalla	p=.207

Liite 7. Lääkäreiden ja terveydenhoitajien arviot terveysneuvonta-aiheiden tärkeydestä. Vastausjakaumien erojen tilastolliset merkitsevyydet.

Ergonomia	p=.001
Psyykinen kuormitus	p=.000
Henkilökohtaisten suojainten käyttö	p=.011
Liikunta	p=.279
Stressi	p=.004
Työpaikan ilmapiiri	p=.000
Ravitsemus	p=.216
Tupakointi	p=.362
Kemialliset haitat	p=.001
Tapaturmat	p=.012
Ihmissuhteet	p=.000
Alkoholi	p=.613
Fysikaaliset haitat	p=.001
Ensiaputaidot	p=.001
Lääkkeiden käyttö	p=.133
Uni	p=.047
Puhtaus	p=.041
Sukupuoliasiat	p=.167

Liite 8. Terveydenhoitajien ja lääkäreiden arviot neuvontatyötä haittaavista tekijöistä. Vastausjakaumien erojen tilastolliset merkitsevyydet.

Ajanpuute tapaamishetkellä	p=.008
Vaikeus sopia uusintatapaamisia	p=.624
Puutteet neuvontaa koskevassa yhteistyössä muiden työntekijöiden kanssa	p=.635
Puutteet työyksikön yhteisissä tavoitteissa ja suunnitelmissa	p=.442
En tunne asiakkaitani riittävän hyvin	p=.743
Omien terveyskasvatustietojen puutteellisuus	p=.133
Omien viestintätaitojen puutteellisuus	p=.012
Asiakkaille jaettavan oheisaineiston puuttuminen	p=.003
Asiakkaiden kiinnostuksen puute	p=.034
Asiakkailta on puutteelliset perustiedot aiheesta	p=.080
Aiheesta on vaikea puhua	p=.505
Neuvonnasta ei näy tuloksia	p=.077

Asiakasneuvonnan ja muun terveystieteiden kehittämisen työterveysalalla

Lääkärien vastauksia

- Terveystieteiden esille kaikissa kontakteissa ja kontakteihin varattava riittävästi aikaa
- Pitämällä odotustiloissa näkyvästi esillä riittävästi terveystietämateriaalia. Järjestämällä erilaisia hyvin suunniteltuja tempauksia (esim. liikunta, ravitsemus, tupakointi, alkoholi). Pitämällä tarvittaessa tietämisen aktiivisesti mielessä asiakaskontaktien yhteydessä.
- Terveystietämisen valistus tulisi antaa mainosmiehille. Kansalle tulee luoda unelmia ja tarpeita kuten yleensä tavaroitakin markkinoitaessa. Terveellisten elämäntapojen markkinointi ei onnistu kuivalla asiallisella informoinnilla. Mainosmiehet hallitsevat unelmien ja tarpeitten luomisen paremmin
- Työntekijää ja asiakasta tulisi kuulla enemmän (aikaa riittävästi). Omia taitoja ja tietoja tulisi kehittää jatkuvana prosessina.
- Jonkinlaista pakollisuutta tai palkitsemista.
- Erilaisilla terveystietämisen –projekteilla.
- Yhteistyötä lisää eri yksiköiden kanssa.
- Suunniteltu oheismateriaali, sanktiot, porkkanat ?
- Kirjallista materiaalia (ohjeita) on runsaasti, mutta se on sekalaista (usein kaupallista firmojen, lääketehaiden ym. tuottamaa). Voisiko ohjeita yhtenäistää, standardisoida, virallistaa? Lisäksi videoita voisi käyttää odotustiloissa ym.
- Potilasluennot, ryhmäopetukset.
- Omasta aktiivisuudesta ja ajasta enemmän kiinni. Teemavuosi olisi esim. hyvä ottaa käyttöön eri aiheesta. Myös ryhmävalistuksia tulisi lisätä.
- Antamalla enemmän resursseja työterveysalalle.
- Moniammatillista yhteistyötä tehostamalla.
- Käytettävä enemmän aikaa yksityiskohtaiseen neuvontaan. Tarvittaessa lisättävä ryhmätilaisuuksia.
- Neuvontaa annetaan paljon, mutta asiat eivät mene asiakkaalle perille. Miten motivaatio lisätään asiakkaassa?
- Pitäisi olla tiedossa, mitä asioita on käsitelty jo terveydenhoitajan vastaanotolla tai lääkintävoimistelijan luona. Koulutusta, jotta pysytään ajan tasalla.
- Suunnitelmallisella valistustyöllä. Yhteisesti sovitut toimintalinjat eri portaissa.
- Työpaikan kanssa yhteistyö – kampanjat tms.
- Saatava niveltymään paremmin muuhun työhön työterveysalalla. Nyt siitä on vaikea esim. laskuttaa työnantajaa.
- Asennekasvatuksella. Tietoa ja infoa lisäämällä. Hyvällä yhteistyöllä.
- Riittävästi aikaa asiakaskontakteihin.
- Parempi nivominen yleisiin kansanterveystietämisen kampanjoihin.
- Suunnittelemaan toimintaa enemmän yhteistyössä työpaikkojen kanssa tarpeiden ja keinojen paremmaksi kartoittamiseksi.
- Ryhmätilaisuuksia työpaikoille – joskus kahdenkeskisiä keskusteluja.
- Eri ryhmille järjestettäviä tietoisuuksia, tilaisuuksia ja keskustelutilaisuuksia.

Terveystenhoitajien vastauksia

- Neuvonnan keinot: Asettaudutaan asiakkaan kanssa samalle tasolle, kunnioitetaan hänen mielipiteitä ja mietitään yhdessä ”arkielämää”, kuinka entisiä tapoja muuttamalla (perustelluin) terveyttä edistäviin tapoihin ja toteutusmahdollisuuksiin.
- Enemmän napakkaa materiaalia stressistä, ihmissuhteista ja työpaikan ilmapiiristä.
- Kehittämällä oheismateriaalia.
- Yhteistyö muiden työntekijöiden kanssa. Oheismateriaalin kehittäminen.
- Työterveyshenkilö tulisi ottaa enemmän mukaan suunnitteluvaiheessa ja yleensä työyhteisön ja –ympäristön muutoksissa. Tieto tulee vasta sitten kun on kaikki tapahtunut. Samalla oppisi tuntemaan työntekijät, ilmapiirin, työnantajan ym.
- Pois liiasta tuputtamisesta. Asiakkaille tarjottava positiivisia vaihtoehtoja, joista he itse valitsevat. Selkeitä faktoja ja tutkimustietoa eri osa-alueista, ettei tarvitse tukeutua naistenlehtien artikkeleihin.
- Ajankohtaispiiriä terveyskasvatusasioista. Opetusta, potilasohjausta, neuvontaa. Miten saan viestin perille.
- Mielestäni asia on paljon kiinni omasta aktiivisuudesta, miten hankit ajan tasalla olevaa materiaalia ja miten kehität omia ihmissuhdetaitojasi (miten kohtaat asiakkaasi ja millä tasolla).
- Teemapäiviä, -viikkoja työntajalla, työpaikoilla. Työpaikkojen tiedostuslehtien hyväksi käyttö.
- Tietoa varmasti on jo ihmisillä, motivointi olisi tehostettava eikä työterveyshuolto voi kaikkeen vaikuttaakaan.
- Tietoiskuja vaikkapa TV/videon välityksellä odotustiloissa voisi jonkin verran lisätä. Henkilökohtaiseen neuvontaan enemmän varattava aikaa ja materiaaleja.
- Arvostus ennaltaehkäisevään työhön noustava. Nyt nähdään lyhytnäköisesti ja säästetään tyhmästi.
- Terveyskeskuksen terveyskasvatuksen yhteyshenkilön käyttö/konsultaatioapua myös yksityissektoreille.
- Tietoiskumalleja voisi kehittää. Yhteistyötä eri tahojen kanssa esim. ruokala: eri teemoja esillä (esim. leipäviikko). Terveystenhoitajille aikaa tehdä tätä työtä.
- Tietopaketteja eri terveyskasvatuksen osa-alueilta sekä neuvonta niiden tehokkaaseen käyttöön. Tieto muotoon, josta se omaksutaan parhaiten.
- Tiivistää tapaamisia. Ajanpuutteen vuoksi usein vain tehdään määräaikaistarkastukset. Aikaa tarvitaan paljon ja usein, jos terveystenhoitaja kykenee motivoimaan asiakkaan itsehoitoon.
- Esim. yhteistyön kehittäminen terveyskeskuksen kanssa (yhteiset aiheet + materiaali + toteutuksen pohdinta).
- Koulutuksella, niin, että periaatteet kaikille työterveyshuoltoa toteuttaville ovat samansuuntaiset (lääkäri, työterveyshoitaja, työfysioterapeutti).
- Ryhmäneuvontaa ja keskustelua ryhmissä. Ryhmätilanteita ei voi järjestää, koska urakkatyöstä ei saa poistua ryhmiin keskustelemaan – vuorotyön takia työajan ulkopuolella ryhmät ei onnistu, kaikilla on kiire kotiin ja eri työvuorot.
- Yhteistyöllä ! Koulutuksella.

- Työterveyshuollon painopisteen muuttaminen sairauskeskeisestä terveyttä edistävään ja ylläpitävään suuntaan (kokonaisvaltaisessa työterveyshuollossa). Työterveyshuoltohenkilökunnan koulutusta enemmän.
- Nyt olisi mielestäni aika ”vetää henkeä” ja miettiä mihin asti ihmisten hoamisessa on järkevää mennä. Perusta on hyvä, mutta asioiden priorisointi puuttuu = mihin aika ja työterveyshenkilöstöt riittävät, mikä on todella tärkeää !
- Kohtaamalla asiakkaat yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Enemmän ryhmäohjausta, jotta syntyy hyödyllistä vuorovaikutusoppimista.
- Esim. yhteisesti sovitut teemavuodet yleisestä terveystarkastuksesta.
- Asiakkaalle varataan aikaa paljon, koska omassa työssäni olen havainnut ihmisillä olevan keskustelun ja pohdinnan tarvetta.
- Ryhmäneuvontaa pitäisi lisätä ja muutenkin etsiä uusia keinoja viestin perille saamiseksi. Vuorovaikutuksen hyväksikäyttöä terveystarkastustilanteissa pitäisi lisätä. Yksilöllisyys pitäisi muistaa myös terveystarkastuksessa, ei kaikille kaikkea vaan tarpeen mukaan.
- Yhteiset suunnitelmat koko työterveyshuollon tiimissä siitä, mikä koetaan tärkeäksi ja kuinka siihen pyritään.
- Resurssien ja ajan puute jossain määrin on viime vuosina haitannut. Ajan käyttö. Ryhmätilaisuuksia voisi olla enempi.
- Työn tavoitteisuusmittareiden kehittämistä ja ”terveyden markkinoinnin” kehittämistä, motivointi. Erilaisten tyky-pakettien kehittämistä. Ryhmä- ja projektiluonteisen työn kehittämistä.
- Monella tavalla, pitää yllä jatkuvaa kehityksen linjaa. Huolehtia hyvästä koulutustasosta, nähdä asiat hyvin kokonaisvaltaisesti. Kehittää edelleen yhteistyötä (esim. työsuojelu + muut yhteisparit), kehittää erillisiä palvelumuotoja. Ottaa asiakas yhä vastuullisempana mukaan toimintaan.
- Toivottavasti ei ole enää käskyjä, kieltoja ja kehotuksia. Asiakkaan kanssa tulisi edetä yhdessä, tarvittaessa pieninkin askelin, ja hänen lähtökohdistaan käsin. Asiallisen tiedon antaminen on tärkeää. Pois tunnevärietykset. Tulisi huomioida myös se, ettei aina ”onnistu”. Ts. asiakas ei ota tietoa vastaan – oliko vika silloin kenties tavassa lähestyä asiaa?
- Teemavuodet terveystarkastuksessa oli ihan hyvä idea.
- Yhdessä muiden neuvovien tahojen kanssa löytää asian ydin eli kultajyvät.
- Aina havainnollisempaan, konkreettisempaan ja yksilöllisempään suuntaan. Seuranta pitäisi olla enemmän, kuten yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken.
- Lääkäreiden ja terveydenhoitajien yhteistyön kehittämisellä, tällöin turvataisiin ettei tule päällekkäisyyttä, eikä aukkoja neuvonnassa. Seuranta – palaute.
- Työnsuunnittelulla. Terveystarkastuksiin painopistealueet. Joskus esim. jätettäisiin muut ”temput” pois ja varattaisiin aikaa rauhalliselle keskustelulle terveystottumuksista – varsinkin sellaisten asiakkaiden suhteen, joilla ongelmia. Tulisi päästä yksilölähtöiseen toimintaan – ei samaa rutiinia kaikille.
- Asiakkaat pitäisi saada kiinnostumaan terveyteen liittyvistä asioista, pohtimaan yhdessä esim. työpaikalla ja hakemaan lisätietoa esim. työterveyshuollon työntekijöiltä, näin mukaan tulisi sovellutukset arkielämään.
- Esim. erilaisten kyselyjen käyttö ennen terveystarkastukseen tuloa helpottaisi tarpeen määrittystä sekä työterveyshuollon perinteisen ja yleisten terveystottumusten osalta. Niitä on käytettykin, mutta eri ammattiryhmät tarvitsevat erilaisia. Asiakkaan omat toiveet on erityisesti huomioitava ! Ei pakonomaista tietojen syöttöä ! Erilaisten projektien toteuttaminen yhdessä koko terveystarkastuksen kanssa olisi uutta.

Terveyskasvatukseen liittyvän jatko- ja täydennyskoulutuksen tarve

Lääkäreiden vastauksia

- Viestintä.
- Teemakohtaisia ”iskupäiviä”.
- Menetelmäkoulutusta. Positiivinen ajattelumalli.
- Aikuiskasvatuksen menetelmiä.
- Miten työterveyshuolto voisi toimia edistääkseen tehokkaasti asiakkaitten liikuntaharrastusta koska se on ainoa tie saada asiakkaat pysymään terveenä, fyysisesti hyväkuntoisina ja työkykyisenä. Miten motivoida jo alta kolmekymppiset säännölliseen liikuntaan.
- Didaktiikan taitoja tarvittaisiin !
- Opetus- (ja viestintä) taitoja. Tietojen saamista erityisesti psyykkisen puolen terveystasvatusmenetelmistä ja erityisesti niiden tuloksellisuudesta.
- Projektien suunnitteluun liittyvää.
- Ehkä vuorovaikutukseen liittyvää. Lääketiet. aina ajan tasalla pysyteltävä. Ryhmän vuorovaikutukseen ja kahdenkeskiseen vuorovaikutukseen liittyvää.
- Tietoa tutkitusta vaikutuksesta erilaisilla menetelmillä annettuna.
- Terveyskasvatuksen ”tekniikkaa”, viestintää, harjoittelua?
- Koulutusta projektiluontoisten ryhmäprojektien suunnitteluun ja ohjaukseen.
- Neuvottelutaidon kurssit. Työpaikan ilmapiiriin vaikuttaminen. ”Luonnon lääkintä” ja luulot !
- Miten motivoida asiakas/potilas.
- Tietyin välein tapahtuvat esim. puolen päivän koulutukset lähialueella vaihdellen eri teemoista. Esim. käsien perushoito, kuntoilu, laihduttaminen, tupakka, verenpaine jne. Tarkoitaa, että yhden iltapäivän teema olisi yksi aihe jne. Systeemit ja informaatio muuttuu vuosien varrella ja itsekin tarvitsee innostusta ja uutta virettä.

Terveydenhoitajien vastauksia

- Tietoa uusista tutkimuksista, jota liittyvät terveystasvatukseen.
- Ajankohtaisen uuden tiedon käsiinsä saanti joskus työlästä, oman motivaation kasvatuskoulutusta, ryhmien vetäjäkoulutusta, ideointikoulutusta.
- Ryhmäohjausta, viestintää.
- Asiakkaan motivointiin liittyvää, uutta ja ajankohtaista tietoa eri aiheista.
- Viestintätaitojen koulutus: kirjallinen – suullinen. Eri vaihtoehtomallien käyttö terveystasvatuksessa. Vanhoihin aiheisiin pitäisi saada uutta sisältöä koulutuksen kautta.
- Ajankohtaista, uutta tietoa eri aiheisiin liittyvillä lyhyillä kursseilla, joista olisi helppo koota materiaalia terveystasvatustilanteisiin.
- Psyykkinen kuormitus, työpaikan ilmapiiri.
- Ennaltaehkäisyyn mielenterveyden alueelta.
- Esim. 1-2 päivää koulutusta, uudesta tiedosta koottua ! Värikkyyttä ja havainnollisuutta lisää, mutta miten?
- Viestintätaitojen harjaannuttamista.
- Vuorovaikutustaitojen kehittäminen. Tutkittua tietoa eri aiheista. Ryhmäneuvonnan keinoista.
- Viestinnän koulutusta enemmän.

- Taitoa asiakkaan motivointiin itsehoidossa, havaitsemaan terveysriskit, tuloksekkaan terveystieteen keinot.
- Analysoivaa, kriittistä uusimman tiedon esille tuomista.
- Erilaisten terveystieteen menetelmien kertausta. Terveystieteen myönteisen ajattelun kautta. Henkisen rasittumisen ja loppuun palamisen käsittely ja asiakkaan tukeminen edellä mainituissa tilanteissa.
- Ryhmätyöskentelyyn liittyvää.
- Viestintä- ja haastattelutekniikkaa (perusteellinen kurssi).
- Viestinnän eri muodot terveystieteen tietojen perille saamiseksi.
- Kerran vuodessa olisi hyvä tutustua alan ”markkinoihin”, uusista materiaaleista ei aina ole meillä tietoa. Esim. ½-1 päivä /vuosi olisi hyvä.
- Terveystieteen tasolla 1-2 päivän koulutuksia vähintään kaksi kertaa vuodessa, tai yliopistolla, jonne kutsutaan kaikki työterveyshuollon työntekijät – jatkuva koulutus.
- Esim. yliopiston terveystieteen laitos järjestäisi meille iltaluentosarjan aiheesta terveystieteen laaja-alaisesti sekä viestinnän taitoja yhdessä.
- Uusimmista tutkimustuloksista tietoa. Ryhmäohjaukseen lisää tietoa ja taitoja.
- Viestintätaidot. Ryhmävetäjä –koulutusta.
- Säännöllisin väliajoin (esim. yksi kerta vuodessa) tapahtuva kertaus ja uusien, ajankohtaisten asioiden info tärkeimmistä työterveyshuollon terveystieteen asioista yhtenä ”pakettina” lyhyesti, mutta ytimekkäästi !
- Ryhmädynamiikan käyttöön liittyvää koulutusta.
- Ryhmäneuvontaan, viestintään ja muutoksen hallintaan liittyvää koulutusta.
- Vuorovaikutus ja viestintä.
- Käytännönläheistä pohdiskelua, teorian eivät kiinnosta.
- Terveystieteen uusia menetelmiä – onko niitä? Pois häiriöläheisestä terveystieteen tieteestä, samoista ”pulinoista”, jota eivät ole tuottaneet tulosta. Yliopistollista, syventävää, syvällisempää. Esim. ryhmien ohjausta, ja ”esiintymistaitoja”.
- Erityisesti työterveyshuoltoon sisältyvästä terveystieteen tieteestä. Mahdollisuudet lakisääteiseen työterveyshuoltoon sisältyvien keinoista, suunnittelusta, seurannasta, arvioinnista jne.
- Mittareiden luomisesta käytännön työhön.
- Viimeisimmät tutkimustulokset olisi hyvä tietää. Ihmiset seuraavat aikaansa, joten hoitohenkilökunnan olisi pysyttävä vähintään samassa tahdissa.
- Miten mitata tai kartoittaa terveystieteen vaikuttavuutta lyhyellä ja/tai pidemmällä aikavälillä? Peruskoulutuksestani on sen verran kauan, että päivänkohtaisen tiedon saaminen eri osa-alueilta olisi tarpeen muutaman vuoden välein.
- Markkinointikoulutusta. Projektikoulutusta. Tulostittareiden ja vaikuttavuusmittareiden oppimista. Viestintäkoulutusta.
- Terveystieteen tietoperustan lisääminen. Hoitotyön tietoperustan lisääminen. Viestintätaitojen lisääminen.
- Tietoa vuorovaikutustaidoista, ihmiseen vaikuttamisesta, ihmisen motivoimisesta.
- Edelleen lisää tietoa ja taitoja viestinnästä. Psykyksenpuolen koulutusta lisää. Ajankohtaista valtakunnallista terveystieteen tietoutta ja tietoa mikä on kullakin hetkellä tilanne koko maassa. Mikä on päättäjien suunnitelma pitkällä tähtäimellä. Ts. laajempaa, yleistä tietoutta.
- Esiintymiskoulutusta ryhmille ! Itsensä kehittämistä, että ei jännittäisi ryhmiä.

Liitetaulukko 1. Työterveyshuollon yksiköt Keski-Suomen, Kuopion ja Pohjois-Karjalan lääneissä v. 1992.

Työterveyshuollon järjestämistapa	Keski-Suomi	Kuopio	Pohjois-Karjala	Yhteensä	%
Terveyskeskuksen työterveyshuolto	12	18	15	45	31.7
Työnantajan oma työterveysasema	25	18	13	56	39.4
Työnantajien yhteinen työterveysasema	2	5	0	7	5.0
Yksityinen lääkäriasema	11	11	7	29	20.4
Valtion alueellinen työterveyshuolto	1	3	1	5	3.5
Yhteensä (N)	51	55	36	142	100

Liitetaulukko 2. Työterveysasemat (toimipaikat), joille lähetettiin mielipidekyselylomakkeet.

Työterveyshuollon järjestämistapa	Keski-Suomi	Kuopio	Pohjois-Karjala	Yhteensä	%
Terveyskeskuksen työterveyshuolto	9	17	11	37	32.7
Työnantajan oma työterveysasema	22	17	11	50	44.2
Työnantajien yhteinen työterveysasema	2	4	0	6	5.3
Yksityinen lääkäriasema	9	5	4	18	15.9
Valtion alueellinen työterveyshuolto	1	1	0	2	1.9
Yhteensä (N)	43	44	26	113	100

Liitetaulukko 3. Lähetettyjen mielipidekyselylomakkeiden lukumäärä toimipaikoittain.

Työterveyshuollon järjestämistapa	Keski-Suomi	Kuopio	Pohjois-Karjala	Yhteensä	%
Terveyskeskuksen työterveyshuolto	37	62	35	134	38.3
Työnantajan oma työterveysasema	60	41	28	129	36.9
Työnantajien yhteinen työterveysasema	8	10	0	18	5.1
Yksityinen lääkäriasema	26	17	10	53	15.1
Valtion alueellinen työterveyshuolto	9	7	0	16	4.6
Yhteensä (N)	140	137	73	350	100

Liitetaulukko 4. Työterveysasemat (toimipaikat), joille lähetettiin kontaktilomakkeet.

Työterveyshuollon järjestämistapa	Keski-Suomi	Kuopio	Yhteensä
Terveyskeskuksen työterveyshuolto	5	2	7
Työnantajan oma työterveysasema	6	3	9
Työnantajien yhteinen työterveysasema	2	0	2
Yksityinen lääkäriasema	3	2	5
Valtion alueellinen työterveyshuolto	1	1	2
Yhteensä (N)	17	8	25

Liitetaulukko 5. TTL:n ns. työterveyshuollon pitkän kurssin suorittaminen ammattiryhmän mukaan (%)

TTL:n kurssi	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Kyllä	84.2	70.9	79.6
Ei	15.8	29.1	20.4
Yhteensä	100	100	100
(N)	(152)	(79)	(231)

Liitetaulukko 6. Koettu terveystasvatuskoulutuksen riittävyys peruskoulutuksessa terveydenhoitajien ja lääkäreiden arvioimina (%)

Koulutus riittävää	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Täysin samaa mieltä	8.5	12.7	10.0
Jokseenkin samaa mieltä	48.7	40.5	45.9
Jokseenkin eri mieltä	34.9	34.2	34.6
Täysin eri mieltä	7.9	12.6	9.5
Yhteensä %	100	100	100
(N)	(152)	(79)	(231)

p = .410

Liitetaulukko 7. Koettu terveystasvatuskoulutuksen riittävyys peruskoulutuksessa ikäryhmittäin arvioituna (%)

Koulutus riittävää	50-vuotiaat ja yli	40-49-vuotiaat	alle 40-vuotiaat	Yhteensä
Täysin samaa mieltä	2.8	15.0	10.8	10.0
Jokseenkin samaa mieltä	29.2	44.1	67.7	46.1
Jokseenkin eri mieltä	55.5	31.2	15.4	34.3
Täysin eri mieltä	12.5	9.7	6.1	9.6
Yhteensä	100	100	100	100
(N)	(72)	(93)	(65)	(230)

***p=.000

Liitetaulukko 8. Mieli piteet terveystasvatuskoulutuksen lisäämisestä työterveyshuollon koulutuksessa ikäryhmittäin arvioituna (%)

Pitäisi lisätä	50-vuotiaat ja yli	40-49-vuotiaat	alle 40-vuotiaat	Yhteensä
Täysin samaa mieltä	29.6	17.4	14.8	20.5
Jokseenkin samaa mieltä	54.9	55.4	47.5	53.1
Jokseenkin eri mieltä	14.1	27.2	32.8	24.6
Täysin eri mieltä	1.4	0.0	4.9	1.8
Yhteensä	100	100	100	100
(N)	(71)	(92)	(61)	(224)

*p=.021

Liitetaulukko 9. Elämäntapaneuvonnan tärkeys asiakastyössä terveydenhoitajien ja lääkärin arvioina (%).

Pitää	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Erittäin tärkeänä	65.1	51.9	60.5
Melko tärkeänä	34.9	46.8	39.1
Vähemmän tärkeänä	0	1.3	0.4
Yhteensä	100	100	100
(N)	(149)	(79)	(228)

p=.072

Liitetaulukko 10. Työn terveysvaarojen ja niiden ehkäisyn neuvonnan tärkeys asiakastyössä terveydenhoitajien ja lääkärin arvioina (%).

Pitää	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Erittäin tärkeänä	87.9	73.4	82.9
Melko tärkeänä	12.1	25.3	16.7
Vähemmän tärkeänä	0	1.3	0.4
Yhteensä	100	100	100
(N)	(149)	(79)	(228)

*p=.013

Liitetaulukko 11. Terveydenhoitajien ja lääkärin motivoituneisuus terveyskasvatustehtäviin (%)

Motivoitunut	Hoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Erittäin hyvin	32.9	25.3	30.3
Melko hyvin	63.1	64.6	63.6
Melko huonosti	4.0	8.8	5.7
Erittäin huonosti	0	1.3	0.4
Yhteensä	100	100	100
(N)	(149)	(79)	(228)

p=.172

Liitetaulukko 12. Tietojen saamisen ja neuvonnan toteutuksen arvioitu helppous terveyskasvatuskontakteissa terveydenhoitajilla (%)

	erittäin helppoa	melko helppoa	melko vaikeaa	vaikeaa	yhteensä	(N)
Tietojen saaminen asiakkaan terveystottumuksista	8.1	83.1	8.1	0.7	100	(148)
Tietojen saaminen asiakkaan työtavoista	16.2	62.2	20.9	0.7	100	(148)
Tietojen saaminen asiakkaan tapoihin vaikuttavista sosiaalisista suhteista työpaikalla	2.0	31.1	61.5	5.4	100	(148)
Tietojen saaminen asiakkaan mielipiteistä ja asenteista	5.4	70.8	23.1	0.7	100	(147)
Määrittää neuvonnan tarpeita ja tavoitteita	2.7	63.0	32.9	1.4	100	(146)
Toteuttaa neuvontaa asiakaskontakteissa	16.3	77.6	6.1	0	100	(147)
Laatia ohjelma tapojen muuttamiseksi	3.4	45.6	44.9	6.1	100	(147)
Seurata neuvonnan vaikutuksia	2.7	33.6	53.4	10.3	100	(146)

Liitetaulukko 13. Tietojen saamisen ja neuvonnan toteutuksen arvioitu helppous terveyskasvatuskontakteissa lääkäreillä (%)

	erittäin helppoa	melko helppoa	melko vaikeaa	vaikeaa	yhteensä	(N)
Tietojen saaminen asiakkaan terveystottumuksista	13.9	63.3	22.8	0	100	(79)
Tietojen saaminen asiakkaan työtavoista	15.2	57.0	26.6	1.2	100	(79)
Tietojen saaminen asiakkaan tapoihin vaikuttavista sosiaalisista suhteista työpaikalla	3.8	26.6	57.0	12.6	100	(79)
Tietojen saaminen asiakkaan mielipiteistä ja asenteista	7.6	62.0	27.9	2.5	100	(79)
Määrittää neuvonnan tarpeita ja tavoitteita	5.1	65.4	27.0	2.5	100	(78)
Toteuttaa neuvontaa asiakaskontakteissa	19.0	63.3	15.2	2.5	100	(79)
Laatia ohjelma tapojen muuttamiseksi	7.6	45.6	41.8	5.0	100	(79)
Seurata neuvonnan vaikutuksia	3.9	37.2	47.4	11.5	100	(78)

Liitetaulukko 14. Aiheiden tärkeys työterveyshuollon asiakkaiden terveysneuvonnassa terveydenhoitajien arvioimana (%).

Aiheet	erittäin tärkeä	melko tärkeä	vähemmän tärkeä	ei lainkaan tärkeä	yhteensä	(N)
lääkkeiden käyttö	25.8	49.0	25.2	0	100	(151)
uni	23.8	62.3	13.9	0	100	(151)
puhtaus, hygienia	16.7	48.7	34.0	0.6	100	(150)
liikunta, kuntoilu	77.3	22.0	0.7	0	100	(150)
ravitsemus, ruokavalio	71.5	26.5	2.0	0	100	(151)
tupakointi	71.1	26.3	2.6	0	100	(151)
alkoholi	64.5	34.2	1.3	0	100	(151)
stressi, ylirasitus	75.6	24.3	0	0	100	(151)
ihmissuhteet	65.6	33.1	1.3	0	100	(151)
sukupuoliasiat	9.2	34.8	54.0	2.0	100	(151)
ergonomia, työasennot	82.1	17.2	0.7	0	100	(151)
tapaturmat	66.5	29.6	3.9	0	100	(151)
psykykkinen kuormitus	80.8	18.5	0.7	0	100	(151)
fysikaaliset haitat	64.5	32.2	3.3	0	100	(151)
kemialliset haitat	69.7	24.3	5.3	0.7	100	(151)
työpaikan ilmapiiri	73.0	26.3	0.7	0	100	(151)
ensiaputaidot	44.7	48.0	7.3	0	100	(150)
henk.koht. suojausten käyttö	78.1	17.8	4.1	0	100	(146)

Liitetaulukko 15. Aiheiden tärkeys työterveyshuollon asiakkaiden terveysneuvonnassa lääkäreiden arvioimana (%).

Aiheet	erittäin tärkeä	melko tärkeä	vähemmän tärkeä	ei lainkaan tärkeä	yhteensä	(N)
lääkkeiden käyttö	35.9	48.7	15.4	0	100	(78)
uni	16.5	57.0	26.5	0	100	(79)
puhtaus, hygienia	9.0	37.2	52.5	1.3	100	(78)
liikunta, kuntoilu	69.2	30.8	0	0	100	(78)
ravitsemus, ruokavalio	61.0	37.7	1.3	0	100	(77)
tupakointi	79.5	17.9	2.6	0	100	(78)
alkoholi	68.4	29.1	2.5	0	100	(79)
stressi, ylirasitus	55.7	40.5	2.5	1.3	100	(79)
ihmissuhteet	35.5	55.7	6.3	2.5	100	(79)
sukupuoliasiat	3.8	32.9	57.0	6.3	100	(79)
ergonomia, työasennot	60.8	31.6	6.3	1.3	100	(79)
tapaturmat	50.6	36.7	8.9	3.8	100	(79)
psyhygienia kuormitus	54.4	40.5	3.8	1.3	100	(79)
fysikaaliset haitat	41.8	45.6	12.6	0	100	(79)
kemialliset haitat	44.3	41.8	13.9	0	100	(79)
työpaikan ilmapiiri	46.8	45.6	6.3	1.3	100	(79)
ensiaputaidot	24.0	53.2	20.3	2.5	100	(79)
henk.koht. suojainten käyttö	58.1	35.1	5.4	1.4	100	(74)

Liitetaulukko 16. Neuvontatyötä haittaavat tekijät terveydenhoitajien arvioimina (%)

	haittaa paljon	haittaa jonkun verran	ei haittaa lainkaan	yhteensä	(N)
Ajanpuute tapaamishetkellä	16.8	63.1	20.1	100	(149)
Vaikeus sopia uusintatapaamisia	9.4	39.6	51.0	100	(149)
Puutteet neuvontaa koskevassa yhteistyössä muiden työntekijöiden kanssa	6.1	49.3	44.6	100	(148)
Puutteet työyksikön yhteisissä tavoitteissa ja suunnitelmissa	9.5	50.0	40.5	100	(148)
En tunne asiakkaitani riittävän hyvin	6.7	53.7	39.6	100	(149)
Omien terveyskasvatustietojen puutteellisuus	2.0	75.0	23.0	100	(148)
Omien viestintätaitojen puutteellisuus	7.4	62.2	30.4	100	(148)
Asiakkaille jaettavan oheisaineiston puuttuminen	2.7	32.4	64.9	100	(148)
Asiakkaiden kiinnostuksen puute	11.6	80.3	8.1	100	(147)
Asiakkailla on puutteelliset perustiedot aiheesta	8.9	62.3	28.8	100	(146)
Aiheesta on vaikea puhua	4.1	28.4	67.5	100	(148)
Neuvonnasta ei näy tuloksia	21.0	68.2	10.8	100	(148)

Liitetaulukko 17. Neuvontatyötä haittaavat tekijät lääkärin arvioimina (%)

	haittaa paljon	haittaa jonkun verran	ei haittaa lainkaan	yhteensä	(N)
Ajanpuute tapaamishetkellä	34.6	52.6	12.8	100	(78)
Vaikeus sopia uusintatapaamisia	6.4	44.9	48.7	100	(78)
Puutteet neuvontaa koskevassa yhteistyössä muiden työntekijöiden kanssa	3.8	46.2	50.0	100	(78)
Puutteet työyksikön yhteisissä tavoitteissa ja suunnitelmissa	6.4	44.9	48.7	100	(78)
En tunne asiakkaitani riittävän hyvin	6.4	48.7	44.9	100	(78)
Omien terveyskasvatustietojen puutteellisuus	1.3	63.2	35.5	100	(76)
Omien viestintätaitojen puutteellisuus	0.0	55.8	44.2	100	(77)
Asiakkaille jaettavan oheisaineiston puuttuminen	7.7	50.0	42.3	100	(78)
Asiakkaiden kiinnostuksen puute	24.7	66.2	9.1	100	(77)
Asiakkailla on puutteelliset perustiedot aiheesta	16.9	64.9	18.2	100	(77)
Aiheesta on vaikea puhua	1.3	30.8	67.9	100	(78)
Neuvonnasta ei näy tuloksia	18.2	59.7	22.1	100	(77)

Liitetaulukko 18. Toteutettu neuvonta aiheittain käynnin syyn perusteella eri ammattiryhmien neuvontakontakteissa (%).

Aihe	Hoitajat		Lääkärit	
	Terveystarkastus	Sairaus	Terveystarkastus	Sairaus
Liikunta, kuntoilu	67.5	41.5	92.7	33.3
Ravitsemus, ruokavalio	64.9	36.9	50.0	23.1
Lääkkeiden käyttö	14.3	53.8	28.6	53.8
Ergonomia, työasennot	48.1	7.7	14.3	30.8
Stressi, yirasitus	31.2	20.0	21.4	10.3
Ihmissuhteet	28.6	16.9	14.3	23.1
Psyykkinen kuormitus	26.0	16.9	14.3	17.9
Tupakointi	26.0	6.2	50.0	15.4
Uni	18.2	18.5	7.1	15.4
Työpaikan ilmapiiri	27.3	7.7	0	7.7
Fysikaaliset häirit	24.7	6.2	7.1	10.3
Alkoholi	16.9	15.4	14.3	7.7
Henkilökohtaisten suojainten käyttö	26.0	1.5	0	0
Kemialliset häirit	16.9	1.5	7.1	5.1
Puhtaus, hygienia	2.6	4.6	7.1	10.3
Tapaturmat	9.1	0	0	5.1
Sukupuoliasiat	2.6	1.5	0	7.7
Ensiaputaidot	2.6	0	0	0