

**SUUN TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN HELSINGISSÄ
LIKKUVAN SUUNHOITOYKSIKÖ LIISUN AVULLA**

Johanna Manninen
Terveyskasvatuksen
Pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2011

TIIVISTELMÄ

Suun terveyserojen kaventaminen Helsingissä liikkuvan suunhoitoyksikkö LIISUN avulla

Johanna Manninen

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

Terveystieteiden laitos

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 80 sivua, 5 liitesivua

Kevät 2011

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveyserojen kaventamisen strategista toimeenpanoa ja moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksia Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa. Tavoitteena oli suunnitella liikkuvan suunhoitoyksikkö LIISUN toimintaa ja moniammatillista yhteistyötä suun terveydenhuollon ja yhteistyötahojen välillä suun terveyserojen kaventamiseksi.

Tutkimustehtävinä olivat 1) Miten väestöryhmien välisiä terveyseroja voidaan kaventaa Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa? 2) Miten liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnalla edistetään moniammatillista yhteistyötä suun terveyserojen kaventamiseksi?

Tutkimus oli kvalitatiivinen ja siinä sovellettiin toimintatutkimuksen periaatetta. Tutkimuksen haastatteluaineisto koostui viiden henkilön teemahaastatteluista. Teemahaastattelun viitekehystenä toimi tähän tutkimukseen aiemman tutkimustiedon pohjalta kehitetty terveyserojen kaventamisen viitekehys. Analyysimenetelmänä käytettiin laadullista teoriaohjaavaa sisällönanalyysia.

Tulokset osoittivat, että liikkuvan suunhoitoyksikön toiminta tulee priorisoida ja suunnata aluekohtaisesti valituille kohderyhmille. Toiminnan suunnittelussa tulee huomioida asiakaslähtöisyys, tiedostaa kohderyhmien tärkeimmät elintapaongelmat ja pyrkiä vaikuttamaan niihin ennaltaehkäisevästi. Toiminnan aloittamisessa korostuu hyvien yhteistyöverkostojen luominen suun terveydenhuollon ja yhteistyötahojen välillä. Moniammatillista yhteistyötä eri sektoreiden kanssa tulee lisätä ja kehittää. Suun terveydenhuollon strategiset linjausten tulee olla toimijoiden tiedossa ja toimintaa tulee seurata ja arvioida, jotta sitä voidaan kehittää ja suunnata tarpeen mukaan.

Avainsanat

suun terveyserot, terveyden edistäminen, terveyserojen kaventaminen, strategia, moniammatillinen yhteistyö

ABSTRACT

Reduction of Oral Health Inequalities in Helsinki using Mobile Oral Healthcare Unit
LIISU

Johanna Manninen

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

Faculty of Sport and Health Sciences

Department of Health Sciences

Master`s thesis in Health Education, 80 pages, 5 appendices

Spring 2011

The purpose of this study was to find out how the strategy of reducing health inequalities has put into effect and the opportunities of multiprofessional co-operation in the department of oral healthcare in the city of Helsinki. The aim was to plan the operation of a mobile oral healthcare unit called LIISU and plan multiprofessional co-operation between oral healthcare and its co-operatives to reduce oral health inequalities.

The research tasks were 1) How can oral healthcare in Helsinki reduce health inequalities between population groups? 2) How does the operation of a mobile oral healthcare unit promote multiprofessional co-operation to reduce oral health inequalities?

The research was qualitative and the principle of action research was applied. The research material was collected by thematically interviewing five people. The frame of reference that concentrates on reducing health inequalities and that was generated for this study based on earlier research material functions as the frame of reference for the thematic interview. Qualitative theory-based content analysis was used as the method of analysis.

The results showed that the operation of a mobile oral healthcare unit has to be prioritized and directed towards regionally selected target groups. When the operation is planned, one needs to pay attention to customer orientation, be aware of the target groups' major problems in their way of life and try to influence them preventatively. Creating good co-operative networks between oral healthcare and its co-operatives is emphasized when the operation is started. Multiprofessional co-operation with different sectors needs to be increased and developed. Oral healthcare's strategical definitions of policy need to be known by the operators. The operation needs to be observed and evaluated so that it can be developed and directed where necessary.

Keywords

Oral health inequalities, Health promotion, Reduction of health inequalities, Strategy, Multiprofessional co-operation

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 SUUN TERVEYSEROT.....	2
2.1 Sosioekonomiset terveyserot.....	2
2.2 Suun terveyserojen näkyminen lapsuudessa.....	4
2.3 Suun terveyserot aikuisilla ja suun terveydenhuollon palvelujen käyttö	7
3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN	10
3.1 Tavoitteet	10
3.1.1 Asiakaslähtöisyys toiminnan lähtökohtana	14
3.1.2 Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen	16
3.1.3 Elintapoihin vaikuttaminen.....	18
3.2 Käytännön toimia terveyserojen kaventamiseksi	18
4 TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN HELSINGISSÄ.....	21
4.1 Terveystalouden strategiset tavoitteet	21
4.2 Suun terveydenhuollon strategiset tavoitteet	25
4.3 Moniammatillinen yhteistyö suun terveydenhuollossa	27
5 TERVEYSEROJEN KAVENTAMISEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	31
6 LIIKKUVA SUUNHOITOYKSIKKÖ LIISU -HANKE.....	34
7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	37
8 TUTKIMUSMENETELMÄ JA -AINEISTO.....	38
8.1 Toimintatutkimus teoreettisena lähtökohtana.....	38
8.2 Aineiston keruu ja kuvaus	40
8.3 Aineiston analyysi	41
9 TUTKIMUKSEN TULOKSET	45
9.1 Asiakaslähtöinen toiminta	46
9.2 Terveystalouden saatavuuden parantaminen.....	49
9.3 Ennaltaehkäisy.....	54
9.4 Yhteistyö	57
9.5 Terveyden edistämisen näkyvyys strategioiden toimeenpanossa	59
9.6 Uudet toimintamuodot.....	61
10 POHDINTA.....	64
10.1 Keskeiset tutkimustulokset.....	64
10.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	69
10.3 Jatkotutkimusaiheet	73
LÄHTEET	74
LIITTEET (1-5)	

1 JOHDANTO

Sosioekonomisia terveyseroja on tutkittu runsaasti ja alemman sosioekonomisen aseman on todettu olevan yhteydessä heikompaan terveyteen sekä korkeampaan kuolleisuuteen (Laaksonen 2010). Suomessa sosioekonomisten väestöryhmien välillä on suuria terveyseroja (Lahelma ym. 2007, Valkonen ym. 2007). Hyvätuloiset ja eniten koulutusta saaneet ovat terveempiä kuin pienituloiset ja pelkän perusasteen koulutuksen saaneet. Terveyspalvelujen käytössä on myös sosioekonomisia eroja (DH 2002, Wamala ym. 2006, Palosuo ym. 2007).

Sosioekonominen tausta vaikuttaa myös suun terveyteen. Tutkimusten mukaan vähiten koulutetuilla on huonompi suun terveys (Suominen-Taipale ym. 2004, Wamala ym. 2006, Jamieson ym. 2009). Vaikka sosioekonomisia terveyseroja ja niiden ilmenemistä on tutkittu paljon, ovat tulokset interventioiden vaikuttavuudesta yleisesti ottaen epäselviä (Millward ym. 2003, Bambra ym. 2010). Suun terveyserojen kaventamisen interventioista ei myöskään löydy tietoa niin laajasti.

Tilastot osoittavat, että Helsingissä on terveyseroja (Valkonen ym. 2007). Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa ja suun terveydenhuollossa terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen on ollut useita vuosia ensimmäinen strateginen linjaus. Terveyskeskuksessa on käynnistetty erilaisia toimintoja ja moniammatillisia yhteistyöhankkeita terveyserojen kaventamiseksi. Suun terveydenhuollossa on aloitettu liikkuva suunhoitoyksikkö LIISU -hanke, jonka toiminnalla pyritään vaikuttamaan väestön suun terveyden eriarvoisuuden vähentymiseen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää terveyserojen kaventamisen strategista toimeenpanoa ja moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksia Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa. Tavoitteena on suunnitella liikkuvan suunhoitoyksikön toimintaa ja moniammatillista yhteistyötä suun terveyserojen kaventamiseksi. Tutkimuksessa selvitetään terveyseroja ja suun terveyseroja sekä niiden kaventamisen strategioita Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa ja suun terveydenhuollossa. Lisäksi kartoitetaan jo olemassa olevia hankkeita, projekteja ja moniammatillista yhteistyötä suun terveydenhuollossa suun terveyden edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi.

2 SUUN TERVEYSEROT

Seuraavassa tarkastellaan sosioekonomisia terveyseroja ja suun terveyseroja, perehdytään eri ikäisten suun terveyserojen syihin ja ilmenemiseen sekä kuinka terveyspalvelujen käyttö vaikuttaa terveyseroihin.

2.1 Sosioekonomiset terveyserot

Sosiaalisen aseman mukaiset terveydentilan, sairastavuuden ja kuolleisuuden erot, joita voidaan nimittää lyhyesti terveyseroiksi, kuvaavat perustavanlaatuisia yhteiskunnallista eriarvoisuutta (Lahelma ym. 2007). Terveiden eriarvoisuus saa alkunsa siitä, että aineelliset, kulttuuriset ja psykososiaaliset yhteiskunnassa selviytymistä edistävät voimavarat jakautuvat epätasaisesti jo lapsuudessa ja nuoruudessa (Aho ym. 2004, KTL 2004). Terveiden eriarvoisuuteen vaikuttavat myös erot elinoloissa, elintavoissa, terveyskäyttäytymisessä ja terveydenhuollossa (Palosuo 2009).

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ilmeneviä systemaattisia eroja sosioekonomisten väestöryhmien välillä. Sosioekonomisen aseman osoittimina käytetään tavallisimmin koulutusta, ammattiin perustuvaa sosiaaliluokkaa, työmarkkina-asemaa sekä tuloja ja varallisuutta. Osoittimet liittyvät vahvasti toisiinsa, mutta kullakin on myös oma itsenäinen kytkentänsä terveyteen. Sosioekonomiset terveyserot ovat osin limittäisiä muiden väestöryhmittäisten terveyserojen kanssa, joista tärkeimpiä ovat sukupuolten, siviilisäätyjen, alueiden ja etnisten ryhmien väliset erot (DH 2002, STM 2008, Palosuo 2009).

Sosioekonomisia terveyseroja on tutkittu runsaasti ja alemman sosioekonomisen aseman on todettu olevan yhteydessä heikompaan terveyteen sekä korkeampaan kuolleisuuteen (Laaksonen 2010). Yleisesti on osoitettu, että terveys on yhteydessä sosiaalisiin tekijöihin (Bambra ym. 2010). Sosioekonomisten väestöryhmien välillä on Lahelman ym. (2007) mukaan suuria terveyseroja. Toimihenkilöt ovat terveempiä kuin työntekijät ja työssäkäyvät terveempiä kuin työttömät. Hyvätuloiset ja eniten

koulutusta saaneet ovat terveempiä kuin pienituloiset ja pelkän perusasteen koulutuksen saaneet.

Väestöryhmäerot ovat ilmeisiä myös monissa sairauksien riskitekijöissä. Esimerkiksi päivittäin tupakoivia on ylimmän koulutusryhmän miehistä 18 prosenttia, mutta alimman koulutusryhmän miehistä peräti 38 prosenttia. Väestöryhmien välisten terveyserojen syyt ovat monitasoisia ja ne kytkeytyvät ammatti- ja koulutusryhmien erilaisiin elinoloihin ja työoloihin, erilaiseen fyysiseen ja psykososiaaliseen kuormitukseen ja sukupolvienkin yli ulottuviin kulttuurisidonnaisiin käyttäytymismalleihin (Teroka 2008).

Pitkäaikaissairauksien ja mielenterveysongelmien on tutkimusten mukaan todettu olevan yleisempiä alemmassa koulutusryhmässä verrattuna ylempään. Vähintään yhden pitkäaikaissairauden sairastaminen oli 2000 -luvun alussa noin 50 prosenttia yleisempää alimmissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä kuin ylimmissä ryhmissä. Lähes kaikki yleiset pitkäaikaissairaudet olivat alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä vähintään hieman yleisempiä kuin ylemmissä (Palosuo ym. 2007).

Lasten ylipainoisuuden taustalla on tutkittu olevan sosioekonomisia tekijöitä (Apfelbacher ym. 2008). Työikäisten naisten ja miesten elintavoissa on tutkimusten mukaan varsin selviä eroja sen mukaan, mihin sosioekonomiseen ryhmään he kuuluvat. Toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien nuorten elintavat ovat paljon epäterveellisemmät kuin lukiolaisten. Erityisen huomion tarpeessa on peruskoulun jälkeisen koulutuksen ulkopuolelle jäävien nuorten ryhmä, jonka terveystottumuksista tiedetään vain vähän (Palosuo ym. 2007). Eläkeläisten elintavoissa on tapahtunut paljon myönteistä kehitystä, mutta sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, ylipaino ja alkoholin käyttö ovat yleistyneet. Ikääntyneen väestön elintavoissa on myös havaittu olevan sosioekonomisen aseman lisäksi asuinalueiden mukaisia eroja. On myös havaittu, että esimerkiksi eläkeikäisillä naisilla päivittäinen tupakointi on selvästi yleisempää pääkaupunkiseudulla (Laitalainen ym. 2010).

Sosioekonominen tausta vaikuttaa myös suun terveyteen. Suun terveys ja terveystottumukset ovat kaikissa maissa, myös Suomessa, voimakkaasti yhteydessä

koulutukseen, ammattiasemaan, etniseen taustaan sekä erilaisiin hyvä- ja huono-osaisuuden mittareihin. Tutkimusten mukaan vähiten koulutetuilla on huonompi suun terveys (Suominen-Taipale ym. 2004, Wamala ym. 2006, Jamieson ym. 2009). Myös Ylästö (2008) on tutkimuksessaan todennut, että huonot suun terveystavat ovat yhteydessä sydänsairauksien riskitekijöiden esiintymiseen. Tutkimuksen mukaan terveyskäyttäytymistä niin yleisterveyden kuin hammasterveyden osalta selittävät sosioekonomiset ja psykososiaaliset tekijät.

Keskimäärin väestön suun terveydentila on kohentunut viime vuosikymmenien aikana, mutta toisaalta voidaan puhua jopa kariesen polarisaatiosta. Tämä tarkoittaa sitä, että karies on muuttumassa pienen väestöryhmän ongelmaksi (Mattila ym. 2000). Tällä ryhmällä on lyhyt koulutus, huono sosiaalinen asema tai sosiaalisia ongelmia (Widström 2005).

2.2 Suun terveyserojen näkyminen lapsuudessa

Suun terveyden edistämisen päämääränä on väestön suun terveyden lisääminen, suun sairauksien ja terveysongelmien vähentäminen sekä suun terveyteen liittyvien terveyserojen kaventaminen. Suun terveyttä pyritään edistämään vaikuttamalla suun terveyden taustatekijöihin. Sosiaalisten determinanttien merkitys korostuu, koska suun terveys ja -sairaudet jakautuvat epätasaisesti ja eriarvoisuus voi näkyä suun terveydessä jo nuorena (STM 2009).

Tutkimukset osoittavat, että tietoisuus suun terveyden ylläpidosta alkaa jo lapsuudessa (Mattila ym. 2000, Poutanen 2007, Gill ym. 2009, Kaur 2009). Vanhempien tiedoilla, tuella ja osallistumisella on tärkeä merkitys lapsen suun terveyteen. Paremmin koulutetuilla vanhemmilla on paremmat tiedot myös suun terveyden ylläpidosta ja heidän lapsensa harjaavat useammin hampaita (Levin 2010). Myös äitien koulutustasolla on osoitettu olevan suuri merkitys (Peres ym. 2009).

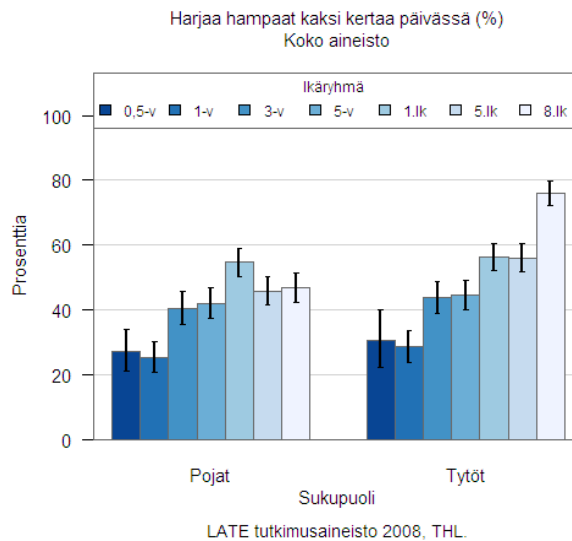
Hammaskariesen polarisoitumista riskyksilöille ja riskyksilöiden sekä sosiaalisen syrjäytymisen yhteyttä on myös tutkittu. Läärä (1999) on tehnyt yhteenvetoa

tutkimuksista, joissa terveyttä ja hammasterveyttä on rinnastettu sosioekonomiseen asemaan. Hammashoidon 4-6 -vuotiaista suurkuluttajia oli noin viidennes ikäluokasta ja he kuuluivat pääosin alimpaan sosiaaliluokkaan. Niillä asuinalueilla, joilla lapsilla oli esikouluiässä paljon hammassairauksia, oli myös enemmän yksinhuoltajia, sosiaaliavustuksen saajia sekä tunne- ja käytösongelmaisia lapsia. Myös kouluikäisillä hammassairauksien esiintyvyys oli korkeampaa alemmissa sosiaaliluokissa. Perheiden sosioekonominen tausta vaikuttaa näin ollen lasten suun terveyteen (Läärä 1999).

Tutkimusten mukaan perheen ja kodin tavoilla ja toiminnalla tulisi olla keskeinen rooli suun terveyden edistämässä. Ruokailuaikojen säännöllisyys, avoin vanhemmuus ja terveet luottamukselliset perhesuhteet lisäävät suun terveyttä ja terveellisiä elintapoja (Poutanen 2007, Levin 2010). On myös tutkittu, että jo lapsuudessa esiintynyt huono suun terveys lisääntyy aikuisiässä (Armfield 2009).

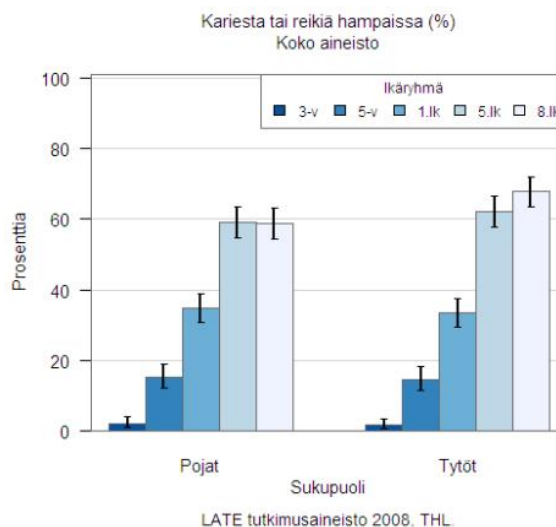
Vanhempien vastuuta olisi tärkeä korostaa, sillä tutkimukset osoittavat vanhempien suosivan koulussa tapahtuvaa hammashoitoa ja aktiivista suun terveystasvatusta (Kaur 2009). Kouluilla on merkittävä rooli suun terveyden edistämässä (Gill ym. 2009). Gill ym. (2009) tutkimuksen mukaan ihmisten yleinen tietous terveydestä ja suun terveydestä on hyvä, mutta silti suun terveys nähdään vielä erillisenä yleisterveydestä eikä suun terveyttä edistetä riittävästi kouluissa. Monilla kouluilla ei tutkimuksen mukaan ollut yhteistyötä suun terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Suun terveydenhuollon aktiivista läsnäoloa kouluissa tarvitaan, jotta tietoisuus suun terveydestä lisääntyisi ja kaikilla olisi samat tasavertaiset lähtökohdat ja mahdollisuudet oman terveytensä ylläpitoon. Suun terveyden edistämisen toimia tulisi jatkossa edistää enemmän ja yhdistää yleisiin terveyden edistämisen aktiviteetteihin kouluilla (Gill ym. 2009).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen LATE -hankkeen vuosina 2007-2009 keräämät tiedot lastenneuvoloista ja kouluterveydenhuollosta kertovat, että lapsista keskimääräisesti vain puolet harjaavat hampaansa kaksi kertaa päivässä (Kuva 1).



Kuva 1. Hampaansa kaksi kertaa päivässä harjaavien lasten määrä (THL 2010 www.terveytemme.fi/lastenterveys)

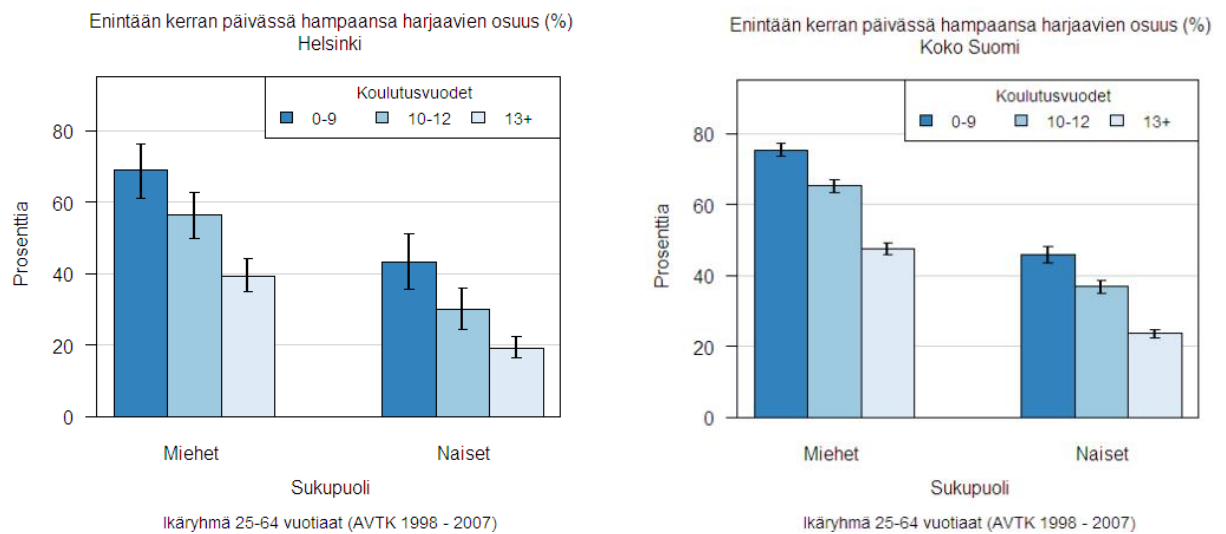
Kariesta hampaissa on keskimääräisesti 60 prosentilla koululaisista (Kuva 2). Hampaiden reikiintyminen lisääntyy myös kouluaikana (vrt. 1Ik/8Ik). Ensimmäisellä luokalla olevista kariesta on alle 40 prosentilla, mutta viidennellä ja kahdeksannella luokalla olevilla noin jo 60 prosentilla on reikiä hampaissaan.



Kuva 2. Kariesta tai reikiä hampaissa omaavien lasten määrä (THL 2010 www.terveytemme.fi/lastenterveys)

2.3 Suun terveyserot aikuisilla ja suun terveydenhuollon palvelujen käyttö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksen mukaan Helsingissä enintään kerran päivässä hampaansa harjaavien aikuisten määrä on hieman vähäisempi kuin koko maassa (Kuva 3). Myös koulutustasolla on merkitystä. Enemmän koulutetut harjaavat hampaansa useammin kuin vähemmän koulutetut.



Kuva 3. Enintään kerran päivässä harjaavien 25-64 -vuotiaiden määrä koulutusvuosien mukaan Helsingissä ja koko Suomessa (THL 2010 www.terveytemme.fi)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän selvityksen mukaan myös Pohjois-Pohjanmaalla hampaiden harjaus vähintään kahdesti päivässä on korkeammin koulutetuilla selvästi yleisempää kuin vähiten koulutetuilla. Pohjois-Pohjanmaalla koulutusryhmien väliset erot suun terveydessä ovat samaa tasoa kuin koko Suomessa (Murto ym. 2009).

Kansanterveyslaitoksen Kainuussa tekemässä tutkimuksessa havaittiin, että sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavia tekijöitä olivat juuri elinolot, elintavat ja terveystalvelujen käyttö. Suunhoidon osalta Kainuussa havaittiin, että suuhygieniää tulisi selvästi parantaa ja kehittää toimia, joilla voidaan vaikuttaa etenkin vähän

koulua käyneisiin ja ammattioppilaitoksissa opiskeleviin nuoriin (Kaikkonen ym. 2008).

Viime vuosina tutkijat (Lahelma ym. 2007, Helakorpi ym. 2009, Laitalainen ym. 2010) ovat kiinnittäneet huomiota terveyskäyttäytymiseen, sillä sen merkityksestä terveyserojen aiheuttajana on tutkimuksellista näyttöä. Terveyspalvelujen käytössä on tutkimusten mukaan sosioekonomisia eroja (DH 2002, Wamala ym. 2006, Palosuo ym. 2007). Suurituloiset käyttävät sekä työterveyshuollon että yksityislääkärien palveluja pienituloisia enemmän. Sen sijaan terveyskeskuskäyntejä on pienituloisilla suurituloisia enemmän. Terveystenhoito yhtäältä korjaa ja tasoittaa terveyseroja, mutta voi toisaalta myös ylläpitää ja vahvistaa niitä, jos terveydenhuollon toiminnassa ilmenee sosiaalista valikointia. Suomen lainsäädännön mukaan kaikille Suomessa asuville tulee turvata yhtäläiset ja laadukkaat palvelut sosioekonomisesta asemasta tai muista tekijöistä riippumatta (Palosuo ym. 2007).

Vaikka Suomessa ei tilastoida sosiaalisten ryhmien välisiä eroja suun sairauksien esiintyvyydessä, Helsingin terveyskeskuksen tietojen mukaan eri asuma-alueiden välillä on eroja (Valkonen ym. 2007, Turunen ym. 2008, Simoila 2011). Myös työikäisten välillä on suuria eroja koko maassa. Heistä hammashuoltopalveluja käyttävät huomattavasti vähemmän niihin tuloryhmiin kuuluvat, joiden suun terveydentila on huonoin ja hammashoidon tarve suurin (Widström 2005). Helsingin suun terveydenhuollon tilastot osoittavat myös, että päivystyskäynnit ovat lisääntyneet. Päivystyspalveluita käyttävät enemmän henkilöt, jotka ovat vähemmän koulutettuja (Turunen ym. 2008). Tutkimuksen mukaan nuorilla aikuisilla suurin syy välttää hammashoitokäyntejä olivat taloudelliset vaikeudet (Läärä 1999).

Suun terveydenhuollon palvelujen käytössä on siis sosioekonomisia eroja. Hyvätuloiset käyttävät hammaslääkäripalveluja kaikkiaan tarpeeseen nähden enemmän kuin pienituloiset. Terveyskeskuskäynnit ovat kuitenkin kohdentuneet pienituloisia suosivasti. Vuonna 2002 kuntien hammashoidosta poistettiin ikärajoitukset ja sairausvakuutuskorvaukset ulotettiin koko väestöön. Terveyskeskusten osuus hammaslääkärikäynneistä kasvoi 30 prosentista 40 prosenttiin vuosina 1987–2004 ja yksityislääkärikäyntien osuus väheni.

Hammaslääkäripalveluissa eriarvoisuus väheni tosin jo ennen vuoden 2002 uudistuksia, mutta hieman myös niiden jälkeen (Palosuo ym. 2007).

Tutkimustietoa suun terveyseroista ja terveyserojen kaventamisen interventioista kansainvälisesti ja kansallisesti on suhteellisen vähän (Millward ym. 2003, Bamba ym. 2010). Vaikka sosioekonomisia terveyseroja on tutkittu paljon, ei suun terveyseroista löydy tutkimuksia niin laajasti. Yleisesti voidaan olettaa, että suun terveyseroissa vaikuttavat samat tekijät kuin yleisterveyden suhteen. Suun terveyserojen kaventaminen tarvitsee näin ollen selvästi enemmän tutkimusta nyt ja tulevaisuudessa.

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN

Terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta (Vertio 2003, Green & Tones 2010). Ottawan asiakirjassa (Ottawa Charter 1986) terveyden edistämisen toimintasuuntia ovat terveystalouden kehittäminen, terveyttä edistävien ympäristöjen luominen, yhteisöllisten toimien vahvistaminen, yksilön taitojen kehittäminen sekä terveystalouksien uudistaminen.

3.1 Tavoitteet

Maailman terveysjärjestön WHO:n vuonna 2005 asettaman komission, WHO Commission of Social Determinants of Health (WHO 2008), tarkoituksena oli löytää keinoja, joilla terveyseroja voidaan kaventaa ja poistaa seuraavien vuosikymmenten aikana. Komissio esitti kolme keskeistä pääsuuntausta toiminnalle. Ensimmäiseksi elinolosuhteita tulisi kohentaa elämänkaaren keskeisillä areenoilla eli siellä, missä ihmiset kasvavat, työskentelevät ja ikääntyvät. Toiseksi olisi puututtava vallan, rahan ja muiden resurssien epätasaiseen jakautumiseen globaalilla, kansallisella ja paikallisella tasolla. Kolmanneksi tarvitaan lisää tietoa ja ymmärrystä maiden välisistä ja maiden sisäisistä terveyseroista sekä eroihin kohdistettavien toimenpiteiden vaikuttavuudesta. Lahelman ja Rahkosen (2008) mukaan tämän komission raportin merkitys Suomessa on tiedostettu ja Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman 2008-2011 toivotaan tuovan tulosta.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman pääpaino on terveyden edistämässä. Sen taustana on WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma. Suomen terveystalouden tavoitteet ovat terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisen terveyserojen pienentäminen (Valtioneuvosto 2001). Väestöryhmien välisiä terveyseroja on jo vuosikymmenien ajan pidetty terveystalouden keskeisinä haasteina. Suomalaisten terveydentila on viime vuosikymmeninä kokonaisuudessaan kohentunut ja elinikä pidentynyt, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat pääosin säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet (KTL 2004, Palosuo ym. 2007, Valkonen ym.

2007, Rimpelä ym. 2009). Tämä käy myös ilmi vuonna 2007 ilmestyneestä laajasta yli 40 suomalaistutkijan voimin kootusta tutkimuksesta suomalaisten sosioekonomisista terveyseroista ja niiden muutoksista (Palosuo ym. 2007).

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman kahdeksannen päätavoitteen mukaan väestön terveydentilan parantamiseen on pyrittävä siten *"että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat"* (Valtioneuvosto 2001). Terveyserojen kaventaminen on keskeinen osa terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisevää työtä. Panostus terveyden edistämiseen ja terveyserojen kaventamiseen tulee nähdä investointina, jonka kustannushyöty ilmenee pitkällä aikavälillä. Parhaimpia tapoja nostaa suomalaisten terveyden tasoa on supistaa väestöryhmien välisiä terveyseroja siten, että huonoimmassa asemassa olevien terveys paranee kaikkein nopeimmin ja lähenee paremmassa asemassa olevien terveyttä (Teroka 2008).

Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot ovat haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle (Aho ym. 2004, Palosuo ym. 2005, Prättälä ym. 2007). Terveyseroja aiheuttaviin ja ylläpitäviin tekijöihin voidaan vaikuttaa yhteiskuntapolitiikan toimin. Yleinen terveydenhuoltojärjestelmä ja työterveyshuolto voivat osaltaan ehkäistä terveyserojen syntyä ja toimia terveyseroja tasoittavasti.

Ruotsista, Hollannista ja Englannista on haettu ideoita terveyserojen kaventamistoimiin Suomessa (Palosuo ym. 2005). Ruotsissa terveyspolitiikan painopistettä on siirretty sairauslähteisestä tavoitteenmäärittelystä terveyserojen syihin, jotka ovat paljolti terveyssektorin ulkopuolella. Hollannissa on toteutettu kaksi järjestelmällistä tutkimusohjelmaa, joissa on selvitetty terveyserojen syitä ja kehitetty eri interventioilla menetelmiä terveyserojen kaventamiseksi. Englannissa terveyserojen vähentäminen on liitetty osaksi köyhyyden ja syrjäytymisen vastaista politiikkaa ja suunnattu interventioita syrjäytymisvaarassa olevien alueille. Tutkijoiden mukaan suoraan Suomeen soveltuvia ratkaisuja ei ole helppo osoittaa. Suomessa on kuitenkin paljon tutkimustietoa terveyseroista ja niiden kehityksestä, joten tämän perusteella voidaan määritellä tärkeimmät toimintapolitiikan kohteet (Palosuo ym. 2005).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (Rimpelä ym. 2009) tekemän tutkimuksen mukaan terveyskeskuksissa ja kunnissa on lisättävä tietoisuutta sosioekonomisten terveyserojen merkityksestä. Tutkimustulosten perusteella konkreettisille työkaluille terveyserojen seurantaan sekä toimintamalleille erojen vähentämiseksi on suurta tarvetta. Myös Laitalainen ym. (2010) korostaa tutkimuksessaan tehokkaiden terveyden edistämisen toimenpiteiden tarvetta erityisesti ikääntyvän väestönosan terveyserojen kaventamiseksi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Työterveyslaitoksen **TEROKA - hankkeessa** kehitetään toimintatapoja ja kootaan tietopohjaa Terveys 2015 -ohjelman terveyserojen kaventamistavoitteen saavuttamiseksi. Hankkeessa kootaan ja välitetään terveyseroja ja niiden kaventamista koskevaa tietämystä kansallisen tason toimijoille, kunnallisille päätöksentekijöille ja muille terveyden edistämistä harjoittaville tahoille. Terveyserojen kaventaminen pyritään saamaan osaksi terveyden edistämistä sekä kansallisessa terveystaloudessa että paikallistason toiminnassa. Terveyserojen kaventaminen on keskeinen osa terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisevää työtä, ja se kuuluu kaikille hallintokunnille. Kunnilla on itsehallintonsa ja laajan toimivaltansa puolesta hyvät mahdollisuudet terveyserojen kaventamiseen kuten Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa todetaan.

Väestöryhmien väliset terveyserot on mainittu myös kahdessa viimeisimmässä hallitusohjelmassa. Pääministeri Vanhasen ensimmäisen hallituksen ohjelmassa todetaan, että *"väestön terveyseroja pyritään kaventamaan määrätietoisin terveys- ja sosiaalipoliittisin toimin sekä vahvistamalla terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmaa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja toiminnassa"* (Valtioneuvoston kanslia 2003, 15).

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011 toimeenpanee osaltaan hallituksen tavoitteita edistää terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa määritellään käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseksi. Erillinen toimintaohjelma katsottiin tarpeelliseksi, koska terveyserot ovat osoittautuneet vaikeaksi terveys- ja yhteiskuntapoliittiseksi ongelmaksi. Terveyserojen vähentyminen on ollut Suomen

terveyspolitiikan tavoitteena jo parin vuosikymmenen ajan, mutta tavoitetta ei ole saavutettu, vaan erot ovat osittain jopa kasvaneet. Toimintaohjelma liittyy moniin muihin eri sektoreilla meneillään oleviin ohjelmiin ja hankkeisiin. Se kytkeytyy myös tiiviisti Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan (STM 2008).

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma on yksi hallituksen kolmesta politiikkaohjelmasta. Ohjelman tavoitteena on väestön terveydentilan paraneminen ja terveyserojen kaventuminen. Politiikkaohjelma pyrkii edesauttamaan terveysnäkökulmien huomioon ottamista yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmässä. Politiikkaohjelman tehtävänä on terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen, kansansairauksien ehkäisyyn vaikuttavien elintapamuutosten aikaansaaminen, terveitä elintapoja edistävien työ- ja elinolosuhteiden kehittäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen ja terveyden edistämisen uusien työmuotojen kehittäminen sekä järjestöjen toiminnan ja roolin vahvistaminen erityisesti osallisuuden ja yhteisöllisyyden tukena. Ohjelma edellyttää, että kuntien tulee myös seurata väestönsä terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä (STM 2008).

Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaryhmä on esittänyt politiikkaohjelman toteuttamiseksi suun terveydenhuollossa yhteistyöverkostotoimintaa. Suun terveyden edistäminen on perinteisesti mielletty suun terveydenhuollon tehtäväksi. Terveyden edistämisen päämäärien saavuttaminen edellyttää kuitenkin poikkihallinnollista yhteistyötä. Yhteistyössä korostetaan suun terveyteen liittyvien valintojen, osaamisen ja elintapamuutosten aikaansaamista ja mahdollistamista. Politiikkaohjelman tavoitteena on selvittää terveyden edistämisen strategista toteutumista kuntien suun terveydenhuollossa ja vahvistaa yhteistyön toteutumista suun terveydenhuollon toimijoiden kesken erilaisten hankkeiden muodossa (STM 2009).

Terveyserojen kaventamiseksi tarvitaan monia yhteiskunnallisia toimia. Terveyden edellytyksiä ja terveellisten elintapojen mahdollisuuksia tulee tukea veropoliittisin, elinkeinopoliittisin ja kontrollipoliittisiin päätöksiin. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2008) Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008-2011 terveyserojen vähentymistavoitteeseen pyritään seuraavien päälinjojen kautta:

1. Vaikuttamalla yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen.
2. Tukemalla terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä.
3. Parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä.

3.1.1 Asiakslähtöisyys toiminnan lähtökohtana

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan 1992. Laki suuntaa terveydenhuollon toimintaa kohti asiakslähtöisyyttä. Myös uusi 1.5.2011 voimaan astuva terveydenhuoltolaki huomioi entistä paremmin asiakslähtöisyyden ja lisää asiakkaan valinnanvapautta.

Kiikkalan (2000) mukaan asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollon periaatteena sisältää neljä ulottuvuutta. Se ilmenee toiminnan arvoperustana, näkemyksenä asiakkaasta, näkemyksenä hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta sekä näkemyksenä työntekijästä. Asiakslähtöisyys tarkoittaa Kiikkalan (2000) mukaan sitä, että jokainen asiakas kohdataan omana yksilönään ja kokonaisuutena. Asiakasta kunnioitetaan, samoin hänen kulttuuriaan, uskontoaan ja tapojaan. Hänen kanssaan tehdään yhteistyötä neuvotellen, jotta asiakalla itsellään on myös aktiivinen rooli. Ratkaisuja ei tulisi sanella ylhäältä. Työntekijän tulisi auttaa asiakasta näkemään mahdollisuuksia muutokseen. Asiakslähtöisyyden arvoperustaan kuuluvat muun muassa ihmisarvo, kunnioitus, itsemäärääminen, yksilöllisyys ja vaikuttaminen. Mönkkösen (2007) mukaan ammattilaisen ja asiakkaan tulisi olla dialoginen vuorovaikutussuhde. Tämä tarkoittaa sitä, että molempien osapuolien välillä vallitsee vastavuoroisuus ja molemminpuolinen ymmärrys.

Lapsiin ja nuoriin on kiinnitettävä erityistä huomiota, sillä monet elintavat omaksutaan varhaisissa elämänvaiheissa ja ne vaikuttavat terveyteen koko myöhemmän elämän ajan (Palosuo ym. 2007). Esimerkiksi ylipainaisuuden sosioekonomiset erot saattavat saada alkunsa jo imeväisiässä (Apfelbacher ym. 2008). Valkonen (2010) mainitsee,

että pelkästään terveydenhuollon ammattilaisten kannettavaksi terveyserojen kaventaminen on liian suuri taakka. Vanhempien kyky huolehtia lasten tarpeista ja kyky kasvattaa lasta tuntuvat usein olevan hukassa ja odotettavissa olevat ongelmat näkyvät usein jo neuvolassa ja päivähoidossa. Terveyserojen kaventaminen lapsuudessa ja nuoruudessa edellyttää, että lapsen etu otetaan nykyistä vahvemmin huomioon lainsäädännössä, suunnittelussa ja päätöksenteossa. Kaikkien lasten, nuorten ja heidän perheidensä hyvinvoinnin ja osallisuuden parantaminen tukee myös terveyserojen kaventamistyötä. Siksi on tarpeen kehittää lasten ja nuorten sosiaalisia ja fyysisiä kehitysympäristöjä, tukea pärjäämistä ja huolehtia riittävien universaalien palvelujen turvaamisesta ja niiden pitkäjänteisestä kehittämisestä. Toisaalta on välttämätöntä kohdentaa ajoissa voimavaroja syrjäytymisvaarassa oleviin perheisiin, lapsiin ja nuoriin (STM 2008).

Uusia haasteita asettaa myös Palosuon ym. (2007) ja Keskimäen ym. (2002) mukaan monikulttuurisuuden lisääntyminen. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa tavoitteena on kehittää ja vahvistaa myös maahanmuuttajien palveluita (STM 2008). Erityis- ja riskiryhmien huomiointi terveyserojen kaventamiseksi on tärkeää. Esimerkiksi koulupudokkaat, ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat, armeijapudokkaat, yksinhuoltajat, päihteitä käyttävät odottavat äidit, pitkäaikaistyöttömät, asunnottomat, entiset ja nykyiset vangit voivat olla riskiryhmiä (Teroka 2008). Tutkimusten mukaan terveyden edistämisen toimintoja tulisi kohdentaa heikoimmassa osassa oleviin väestöryhmiin kuten maahanmuuttajiin ja vähemmän koulutettuihin (Apfelbacher ym. 2008).

Olisi myös tärkeää kehittää keinoja, joilla huonossa sosiaalisessa ja taloudellisessa asemassa olevat ihmiset saadaan palvelujen piiriin. Huono-osaisten tarpeet olisi otettava huomioon jo terveydenhuollon suunnittelussa (DH 2002, Keskimäki ym. 2002, Palosuo ym. 2007). Sosiaali- ja terveysministeriön terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (STM 2008) linjaa terveyserojen kaventamiseksi pitkäaikaistyöttömien ja muiden työterveyshuoltopalvelujen ulkopuolella olevien työkäisten työkykyä vahvistavien terveystalvelujen turvaamisen, mielenterveystyön kehittämisen ja ikäihmisten tasa-arvoisten palvelujen turvaamisen. Rimpelä (2005) näkee myös terveystalveluksen merkityksen terveyserojen kaventamisessa.

Väestöä, ja erityisesti riskiryhmiin kuuluvia, on tärkeä opastaa omahoidossa ja ohjata kuntalaisia terveystalvelujen oikeaan käyttöön.

3.1.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen kehittäminen

Riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen saanti on säädetty perustuslaissa jokaisen perusoikeudeksi (STM 2008). Korkealuokkaiset sosiaali- ja terveystalvelut ovat kansalaisten kannalta hyvinvointivaltion tärkeimpiä elementtejä. Kunnilla on palvelujen järjestämisvelvollisuus ja mahdollisuus valita niiden toteutustavat ja painotukset (Nouko-Juvonen 2000).

Sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisellä on tärkeä rooli terveyserojen kaventamisessa. Ottawan asiakirjassa (Ottawa Charter 1986) määriteltiin myös yhdeksi toimintasuunnaksi terveystalvelujen uudistaminen. Terveyden edistäminen on osa kansanterveystyötä ja perustuu kansanterveystlakiin, jonka 14§:ssä on määritelty kuntien tehtävät väestönsä terveyden edistämiseksi. Siinä kuntien tulee seurata väestönsä terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi kuntia on velvoitettu ottamaan huomioon terveystnäkökohdat huomioon kaikissa toiminnoissaan (STM 2009).

Kansanterveyden tavoiteltu myönteinen kehitys edellyttää, että kaikille suomalaisille voidaan turvata yhtäläisesti korkeatasoiset saavutettavissa olevat sosiaali- ja terveystpalvelut. Terveyst 2015 -kansanterveystohjelman toimintasuunnan 19 mukaan ”kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvan valtionavustuksen rahoituksen perusteita tarkistetaan siten, että siinä otetaan huomioon myös kunnan toimenpiteet asukkaiden terveyden edistämiseksi”. Tämän tavoitteen toteutumiseksi tarvitaan tietoa kuntien terveyden edistämisen toimenpiteistä (Rimpelä ym. 2009). Sosioekonomisten terveyserojen kaventumisen kannalta on tärkeää, että kaikilla väestöryhmillä on yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää tarvitsemiaan terveystpalveluita sekä edistää niiden avulla terveyttään. Mikäli väestöryhmien välillä on eroja palvelujen saatavuudessa, voivat terveystpalvelut saada aikaan tai suurentaa terveyseroja (DH 2002, Keskimäki ym. 2002).

Julkisen vallan tehtävä on huolehtia, että palvelut kohdentuvat niiden todellisen tarpeen eikä esimerkiksi asiakkaan maksukyvyn tai asuinpaikan mukaan. Tämä tavoite ei nykyisin toteudu riittävästi. Palvelujärjestelmän on turvattava tasapuolinen sairauksien hoito ja estettävä tai vähintäänkin lievennettävä sairauksien sosiaalisia ja taloudellisia seuraamuksia. Terveiden edistäminen ja ehkäisevä työ ovat avainasemassa kavennettaessa terveyseroja sosiaali- ja terveydenhuollon toimin. Haasteena on ehkäisevän työn ankkuroiminen osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon perusrakenteita ja toimintaa, mukaan luettuna tietojärjestelmät ja johtaminen (STM 2008). Terveiden edistäminen ymmärretään Rimpelän (2005) mukaan kuntapolitiikan yhdeksi toimintasuunnaksi. Lähtökohtana on kunnan sitoutuminen kansanterveysvastuuseen. Pyykön (2008) mukaan päävastuu terveyden edistämisestä Suomessa on käytännössä monella tapaa kuntien johdolla. Myös Perttilä (1999) mainitsee, että perusterveydenhuollon palvelujen kehittämishankkeisiin on sisältynyt ennaltaehkäisevän työn vahvistamisen tavoite. Lahtinen (1996) puhuu myös terveyteen investoinnista, terveyden kohentamisesta ja ylläpitämisestä puhuessaan terveystalouden järjestämisestä.

Professori Veikko Launis on myös nostanut esille Terveys ihmisoikeutena-seminaarissa 2009 väestöryhmien väliset terveyserot. Hänen mukaansa ihmisten elintavat ja sosiaaliset ympäristöt selittävät osan terveyseroista. Terveystalouden rakenteilla on myös suuri merkitys kavennettaessa terveyseroja. Lääkäriliiton tekemän Terveys ihmisoikeutena 2009 -kyselyn tulokset tukevat Launin huolta, sillä tulosten mukaan erityisesti päihderiippuvaiset ja mielenterveyspotilaat jäävät paitsi terveydenhuollon palveluista (Aunola 2009).

Tutkittaessa koettua terveyttä ja terveyden tasa-arvoa hyvinvointivaltioissa Suomen epätasa-arvoinen tilanne johtuu ylimpään luokkaan kuuluvien hyvästä terveydentilasta, eikä niinkään alimpaan luokkaan kuuluvien huonosta tilanteesta. Tutkimustulosten mukaan voi olla niin, että pohjoismaisen hyvinvointivaltion palvelujärjestelmä hyödyttää suhteellisesti eniten ylintä sosiaaliluokkaa, koska heidän koettu terveytensä on selvästi keskitasoa parempi (Kallio 2006).

3.1.3 Elintapoihin vaikuttaminen

Elintavoilla on nyky-yhteiskunnassa huomattava vaikutus väestön terveydentilaan. Myös niissä on selviä sosioekonomisen aseman mukaisia eroja, erityisesti työikäisessä väestössä. Erot näkyvät kuitenkin jo nuorissa ikäryhmissä, mikä osaltaan ennakoii terveyserojen kärjistymistä tulevaisuudessa (STM 2008).

Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (STM 2008) linjataan elintapoihin vaikuttaminen yhdeksi osa-alueeksi. Linjauksessa asetetaan tavoitteeksi politiikan keinoin pyrkiä vähentämään alkoholin käyttöä ja tupakointia sekä edistämään terveellisiä ruokailutottumuksia ja liikuntaa. Sosioekonomisten erojen kaventamiseksi olisi esimerkiksi tuettava terveellisten elintapojen omaksumista etenkin sellaisin keinoin, jotka vaikuttavat tehokkaasti vähän koulutettujen, pienituloisten ja työntekijäammateissa toimivien sekä heidän perheidensä keskuudessa.

Epäterveellisillä elintavoilla on taipumus kasautua heikossa sosiaalisessa asemassa olevien ryhmiin. Elintavat ovat erityisesti alue, johon voidaan vaikuttaa sekä terveydenhuollossa että muilla politiikan sektoreilla. Terveydelle haitalliset elintavat ovat osaltaan välittävä lenkki ketjussa, joka johtaa heikosta sosioekonomisesta asemasta huonoon terveyteen (DH 2002, Prättälä ym. 2007, Laitalainen ym. 2010). Terveystieteillä on monia mahdollisuuksia vaikuttaa yksilötasolla terveyteen liittyvään käyttäytymiseen niin perusterveydenhuollossa (neuvoloissa, terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa) kuin erikoissairaanhoidossakin (mm. sairaaloissa). Elintapoja ja niihin vaikuttamista ei tulisi kuitenkaan terveyspolitiikassakaan tarkastella pelkästään yksilöllisinä valintoina tai riskeinä, vaan yhteydessä yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin (Sihto ym. 2007). Tämän vuoksi elintapoihin vaikuttamisella on tärkeä rooli terveyserojen kaventamisessa.

3.2 Käytännön toimia terveyserojen kaventamiseksi

Suun terveyseroissa heijastuvat samat tekijät kuin yleisterveyden osalta. Tämän vuoksi tarvitaan erilaisia paikallisia, kansallisia ja kansainvälisiä toimia suun

terveyden edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi. Wattin (2007) tutkimuksen mukaan kapea-alainen suuntautuminen vain riskiryhmien terveyskäyttäytymisen muuttamiseen ei ole onnistunut vähentämään terveyseroja, vaan jopa laajentanut kuilua.

Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen suun terveydenhuollossa on toteutettu vuosina 2005-2006 positiivisen diskriminaation hanke (PD -hanke), jossa tavoitteena oli helsinkiläisten suun terveyden edistäminen ja terveyden eriarvoisuuden vähentäminen hammashoitopalveluja kehittämällä ja suun terveyden edistämistoimenpiteillä. Toimintaa kohdennettiin juuri niille Helsingin alueille, joilla terveyden eriarvoisuuden riskit tutkimusten ja tilastojen mukaan kasaantuvat. Erityistä huomiota kiinnitettiin syrjäytymisvaarassa olevien väestöryhmien palveluihin sekä lapsiin ja nuoriin (Honkala 2008).

Tutkimustietoa interventioiden vaikuttavuudesta terveyserojen kaventamiseen on kuitenkin rajallisesti (Millward ym. 2003). Tuore kansainvälinen selvitys (Bambra ym. 2010) osoittaa, että terveyserojen kaventamiseen tähtäävien interventioiden vaikutukset ovat yleisesti ottaen epäselviä. Tietyn tyyppiset interventiot, kuten kohdennetut toimet riskiryhmiin voivat kuitenkin saada positiivisia vaikutuksia aikaan. Tulevaisuudessa terveyserojen kaventamisen tutkiminen tulisi asettaa etusijalle. Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen on yleisesti ottaen nähty haasteellisena, joten uusia keinoja ja tutkimustapoja tarvitaan terveyserojen kaventamiseksi.

Signalin ym. (2007) tekemässä tutkimuksessa terveyserojen kaventamisessa korostui eri sektoreiden välisen yhteistyön merkitys. Yhteistyössä tärkeää on selkeä strateginen lähestymistapa, yhteisöjen ja kohderyhmien osallistuminen toimintaan ja toimintojen jatkuva arviointi. Terveyskaventamiseksi tarvitaan selkeää sektorilähtöistä johtamisvastuuta, paikallisesti ja kohderyhmälle sopivia toimintatapoja sekä osallistujien omaa aktiivisuutta suunnitella toimintoja. Toiminnoissa on saatettu epäonnistua puutteellisen johtamisen vuoksi tai että tehokkaista interventioista ei ole ollut tarpeeksi tietoa (Signal ym. 2007).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että vesijohtoveden fluoraus on tehokas väestötason hammaskarieksen ehkäisykeino, jolla myös pienennettäisiin väestöryhmien välisiä terveyseroja (Honkala 2008, Antunes & Narvai 2010).

Edellä mainitut tutkimukset osoittavat, että terveyserojen kaventamiseksi tarvitaan monia yhteiskunnallisia toimia. Sosiaali- ja terveystalouden kehittämällä on tärkeä merkitys väestön terveyden edistämiseksi. Tässä työssä tarkastellaan seuraavaksi Helsingin kaupungin terveyskeskuksen ja suun terveydenhuollon strategisia linjauksia ja toimintasuunnitelmia sekä mitä toimenpiteitä ja moniammatillista yhteistyötä on olemassa suun terveyserojen kaventamiseksi.

4 TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN HELSINGISSÄ

Terveyserojen kaventaminen on ollut Helsingin terveyskeskuksen toiminnan tavoitteena 2000-luvun alusta alkaen. Valkosen ym. (2007) mukaan suuremmissa kaupungeissa ilmiöt esiintyvät usein äärimmäisissä muodoissaan. Tämä näkyy Helsingissä esimerkiksi terveyden jakaantumisessa. Helsinkiläisten naisten ja miesten elinajanodote on lyhyempi kuin muualla Suomessa, vaikka tulotaso ja koulutusaste ovat muuta maata korkeampia. Valkosen ym. (2007) tutkimusraportin tulokset osoittavat, että helsinkiläisten terveyden edistämiseksi on paljon tehtävää, johon tarvitaan kaikkien hallintokuntien yhdensuuntaisia ponnistuksia.

4.1 Terveyskeskuksen strategiset tavoitteet

Strategialla on monta määritelmää. Santalaisen (2006) mukaan strategiaa pidetään yleisesti ottaen eri laajuisena suunnitelmana. Strategia voi olla myös yksittäinen hanke, toimintamalli, organisaation suhtautumista ympäristöönsä tai näköala, käsite tai jopa ideologia. Strategisen ajattelun ytimeen kuuluu realiteettien tunnustaminen, tilanteiden ennakointi ja niihin varautuminen sekä määrätietoinen toiminta tavoitteiden saavuttamiseksi. Lisäksi siihen kuuluu edellytysten luominen tulevalle toiminnalle ja menestykselle. Olennaista strategiassa on kyky ja taito kyseenalaistaa nykyinen toiminta ja päämäärä.

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008- 2011 sanotaan, että väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseksi on kiinnitettävä huomiota seuraavanlaisiin strategisiin linjauksiin:

1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ovat kuntastrategiassa ja toiminnan suunnittelussa painoalueita. Toimia suunnataan erityisesti hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen.
2. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita ja johtamista kehitetään hallinnonalat ylittävän yhteistyön suuntaan.

3. Hyvinvointi- ja terveyseroja koskevan tiedon saatavuutta ja hyvinvoinnin ja johtamisen tietojärjestelmiä kehitetään. Kunnan johdolla on myös velvoite käyttää ja levittää tätä tietoa toimijoille.
4. Palvelujen oikeudenmukainen kohdentaminen, peruspalvelujen saatavuus ja ehkäisevien palvelujen toimivuus turvataan.
5. Turvataan terveelliset elinympäristöt ja -olosuhteet ja parannetaan heikkoja asuinalueita ja elinympäristöjä.
6. Terveellisten elintapojen edistämiseksi toimia kohdennetaan niistä eniten hyötyviin ryhmiin.

Seuraavassa tarkastellaan näyttäytyvätkö ja toteutuvatko nämä edellä mainitut strategiset linjaukset Helsingin terveyskeskuksen ja suun terveydenhuollon strategioissa.

Helsingin terveyskeskuksen strategiset linjaukset vuosille 2010–2012 ovat seuraavat:

1. Edistetään helsinkiläisten terveyttä ja kavennetaan väestöryhmien välisiä terveyseroja.
2. Turvataan hoitoon pääsy ja palvelun laatu sekä edistetään potilaiden vastuunottoa terveydestään.
3. Varmistetaan riittävä ja osaava henkilöstö sekä huolehditaan henkilöstön työhyvinvoinnista.
4. Lisätään kustannustehokkuutta ja jatketaan palvelujen rakennemuutosta hallitusti, turvaamalla ensin korvaavien palvelujen saanti.

Ensimmäisen strategisen linjauksen tavoitteena on, että helsinkiläisten terveyden edellytyksiä lisätään ottamalla huomioon terveysvaikutukset päätöksenteossa, kohdennetaan voimavaroja väestöryhmiin, joille terveyden eriarvoisuudet riskit kasautuvat ja vahvistetaan yksilöiden omia voimavaroja ja vastuunottoa terveydestään. Myös väestön tasa-arvo palveluiden saannissa varmistetaan kehittämällä palveluverkkoa väestön terveystarpeet huomioiden.



Kuva 4. Terveyskeskuksen ydinprosessit. (Terveyskeskuksen intranet 2010)

Terveyskeskuksen perustehtävänä on edistää helsinkiläisten terveyttä ja järjestää tarpeellinen sairauksien hoito. Ydinprosesseja ovat terveyden edistäminen ja sairaanhoito. Toiminnalla on tukevia ydinprosesseja, jotka on esitetty kuvassa 4.

Terveyskeskuksen strategiasuunnitelmassa vuosille 2010- 2012 palveluprosesseista sanotaan seuraavaa: *”Toimialat ylittävien palveluprosessien johtamistapa otetaan käyttöön asiakashyödyn lisäämiseksi ja konsernin resurssien yhteiskäytön tehostamiseksi. Keskeisiä kaupunkitasoisia toimialat ylittäviä kehitettäviä palveluja ovat muun muassa ikääntyneiden palvelut, lastensuojelu ja terveyden edistäminen. Kaikkia toimialat ylittäviä kaupungin sisäisiä ja ulkoisten kumppaneiden kanssa tehtäviä palveluprosesseja kehitetään.”* Tämän toteutumiseksi terveyskeskus pyrkii verkostoitumaan eri yhteistyötahojen kanssa.

Toimintakertomuksessa 2009 mainitaan toimista terveyden edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi. Terveyskeskuksessa on meneillään erilaisia kehittämishankkeita. **Terve Helsinki** (2009-2011) -hankkeen tavoitteena on helsinkiläisten terveyserojen kaventaminen. Hankkeessa keskitytään nuorten ja työikäisten syrjäytymisen ehkäisyyn ja terveydentilan kohentamiseen sekä syrjäytymisvaarassa olevien päivystyspotilaiden tunnistamiseen ja

hoitoonohjaamiseen. **Terveellinen kaupunginosa** (2007-2011) –hankkeessa tavoitteena on terveyden edistäminen, yksilön vastuun lisääminen ja mahdollisuuksien tarjoaminen itsenäiseen terveyttä edistävään toimintaan sekä sähköisten palveluiden ja hyvinvointiteknologian tehostettu ja laajamittainen käyttöönotto. **Kundit kondikseen** –hankkeessa keskitytään 40-vuotiaiden miesten sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn. **Lupaava** (2007-2009) -hankkeessa paneuduttiin vanhusten syrjäytymisen ehkäisyyn. Yhteistyössä sosiaaliviraston kanssa on luotu pitkäaikaistyöttömien tukiryhmiä, jotka avustavat kotihoidon asiakkaita muun muassa ulkoilussa, asiointissa ja kodin pienissä korjaustöissä. Tukiryhmien toiminnan tarkoituksena on ehkäistä sekä pitkäaikaistyöttömien että ikääntyneiden vanhusten syrjäytymistä. Asiakkaiden yksinäisyyttä ehkäistiin verkostoitumalla ja kehittämällä yhteistyömalleja vapaaehtoistyöntekijöiden ja järjestöjen kanssa. Päihteitä väärin käyttävien vanhusten auttamiseksi kotihoidon pohjoisella palvelualueella aloitettiin Päihdepolku -niminen kokeilu (2008-2010). Pohjoiselle A-klinikalle palkattiin sairaanhoitaja, jonka tehtävänä on kotihoidossa olevien, päihteitä käyttävien asiakkaiden kartoitus ja heidän hoitonsa tukeminen kotihoidon apuna. **Savuton Helsinki** -ohjelman tavoitteena on tupakoinnin ehkäisy sekä lasten ja nuorten suojeleminen tupakoinnin haitoilta. Näissä hankkeissa ja toimissa on paljon erilaisia yhteistyökumppaneita, kuten eri virastoja, järjestöjä sekä yrityksiä. Kaupungilla on siis meneillään strategialinjausten mukaisesti useita terveyserojen kaventamiseen tähtääviä hankkeita ja yhteistyöverkostoja.

Terveyserojen kaventumista seurataan terveyskeskuksessa erilaisten strategisten mittareiden avulla. Asiakasnäkökulmasta mitataan eroja elinajan odotteessa yleisesti ja eri koulutusryhmien välillä, rokotuskattavuutta, tupakoivien nuorten määrää, äitien tupakointia sekä ryhmäterveyskasvatustilaisuuksien kattavuutta.

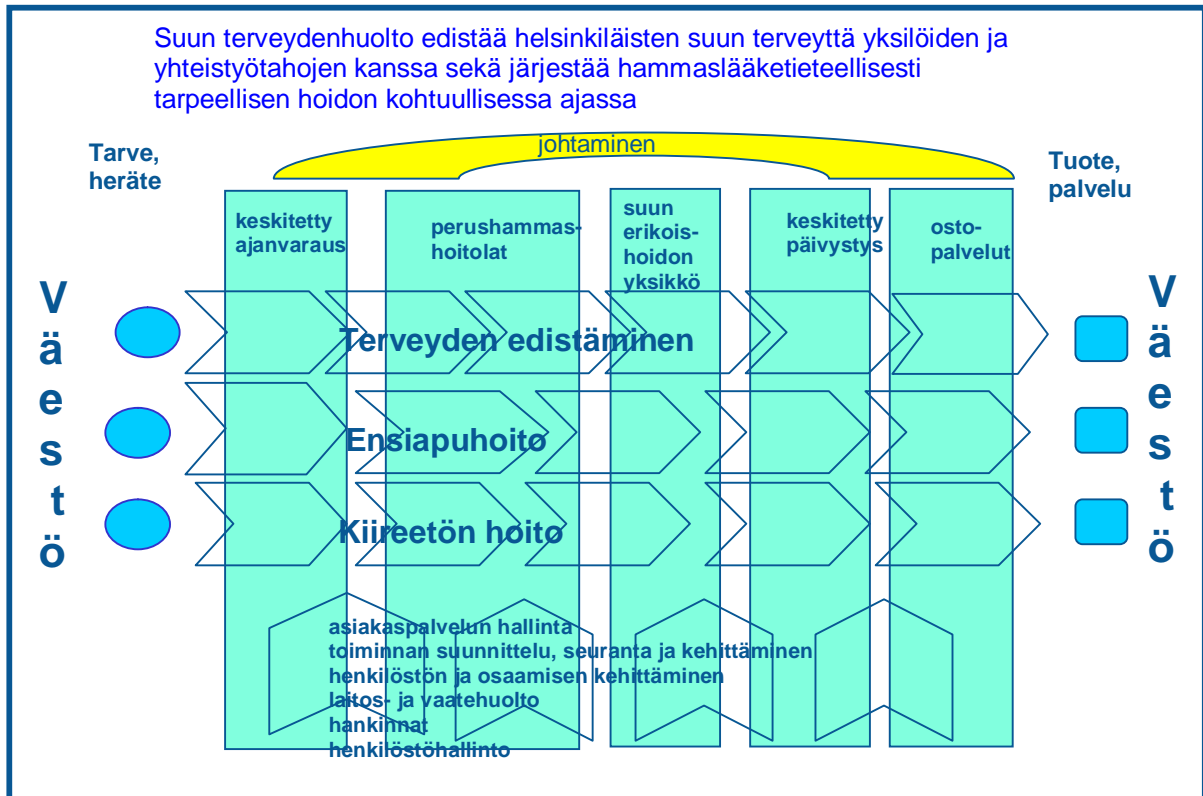
Helsingin kaupungin terveyskeskuksen strategiassa terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen on ollut linjauksena jo vuodesta 2000 lähtien. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat yleisesti tiedossa ja siihen on olemassa strategia (Simoila 2011). Yhteenvetona voidaan todeta, että Helsingin terveyskeskuksen strategisissa suunnitelmissa on kiinnitetty huomiota Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008-2011 mainittuihin linjauksiin väestöryhmien välisten terveyserojen

kaventamiseksi. Terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi on Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksessa suunnattu resursseja ja kehitetty useita erilaisia hankkeita ja projekteja.

4.2 Suun terveydenhuollon strategiset tavoitteet

Helsingin kaupungin suun terveydenhuolto edistää väestön suun terveyttä ja järjestää väestön tarvitsemia suun terveydenhuollon palveluja asiakkaiden tarpeen mukaisessa kiireellisyysjärjestyksessä. Suun terveydenhuollon perustehtävä on tukea kuntalaisten suun terveyttä heidän itsensä ja yhteistyötahojen kanssa, järjestää hammaslääketieteellisesti tarpeellinen hoito kohtuullisessa ajassa jakamalla työ tarkoituksenmukaisesti eri ammattiryhmien kesken sekä huolehtia yhteistyösopimusten mukaisesti perus- ja jatkokoulutuksen järjestämisestä sekä pääkaupunkiseudun päivystyksen ja erikoishoidon toteuttamisesta. Suun terveydenhuollon visio vuodelle 2020 on, että kuntalaisten suun terveys on parantunut ja toimenpiteet hoidon tarpeen vähentämiseksi sekä terveyserojen kaventamiseksi ovat tuottaneet tulosta sekä osaaminen on kehittynyt ja osaston tarjoamista työpaikoista kilpaillaan. Suun terveydenhuollon ydinprosesseja on kolme: terveyden edistäminen, kiireellinen hammashoito, kiireetön hammashoito (Kuva 5 s. 26).

Suun terveydenhuollon strategiassa terveyden edistäminen on yksi kolmesta prosessista. Tavoite on sama kuin terveystieteiden keskuksen ensimmäisessä strategisessa linjauksessa eli terveyden edistäminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Yksilön omaa vastuuta korostetaan, terveellisemmän ympäristön luomiseen pyritään vaikuttamaan ja lisätään verkostoitumista sekä yhteistyötä.



Kuva 5. Suun terveydenhuollon ydinprosessit (Terveyskeskuksen intranet 2010)

Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon toimintasuunnitelmassa vuodelle 2010 mainitaan toimista suun terveyden edistämiseksi ja terveystahojen supistamiseksi. Suun terveyttä edistetään yhteistyössä Helsingin muiden terveydenhuollon toimijoiden sekä päiväkotien ja koulujen kanssa. Terveyden edistämistoimet kohdistetaan erityisesti niille väestöryhmille, ikäryhmille, asuinalueille, kouluille ja päiväkodeille, joilla on vakavimmat suun ja hampaiston terveysongelmat. Lasten ja nuorten makeankäyttö ja ruokailutavat ovat viime aikoina muuttuneet epäterveellisemmiksi. Tämä näkyy lisääntyneenä kariessairautena, joka kasautuu kuitenkin vain pienelle väestöosalle (polarisaatio). Tämän kariesriskiryhmän tavoittaminen on osoittautunut haasteelliseksi. Yhtenä vaihtoehtona on todettu olevan yhteistyö koulujen kanssa ja hammashuollon aktiivisempi läsnäolo kouluissa (Widström 2005).

Suun terveydenhuollossa strategisten toimintamittareiden avulla seurataan kariuksen ja iensairauksien tilaa eri ikäryhmissä. Vuonna 2010 suun terveyden edistämisen

seuraamiseen kohdistettuja mittareita oli kaksi; kouluterveyskyselystä saatava harjausfrekvenssi sekä ryhmäterveyskasvatustilaisuuksien kattavuus. Nämä mittarit eivät ole antaneet riittävää kuvaa suun terveyden edistämisestä ja tämän vuoksi kehitteillä on uusia mittareita, joilla suun terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventumiseen tähtäviä toimintoja voidaan seurata.

Suun terveydenhuollon toimintakertomuksessa raportoidaan vuosittain toiminnoista, joita on tehty kaupunkilaisten suun terveyden edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi. Toimintaa ja interventioita on pyritty suuntaamaan strategisten linjausten vaatimusten mukaisesti.

Suun terveydenhuollossa kuntalaisten terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen on siis ensimmäinen strateginen linjaus ja perustehtävä. Moniammatillisen yhteistyön merkitys eri toimijoiden välillä korostuu myös perustehtävässä.

4.3 Moniammatillinen yhteistyö suun terveydenhuollossa

Sosioekonomiset terveyserot on nähty aiempaa laaja-alaisemmin yhteiskuntapoliittisena ongelmana ja terveyserojen kaventamisen ymmärretään vaativan kaikkien hallinnonalojen yhteistyötä (Signal ym. 2007, Linnanmäki ym. 2008, Melkas 2010). Myös Widström (2005) mainitsee, että terveyserojen kaventamiseksi yhteiskunnan tukitoimia tarvitaan erityisesti huono-osaisten, vähän koulutettujen, muualta muuttaneiden sekä itsestään huolehtimaan kykenemättömien hoitoon saattamiseen. Yhteistyö muiden sosiaali- ja terveystalouden toimijoiden kanssa on välttämätöntä. Pyykö (2008) mukaan myös kuntien yhteistyö järjestöjen kanssa on tärkeää, sillä järjestöt ovat arjen asiantuntijoita ja niillä on paljon annettavaa esimerkiksi hankkeiden eteenpäin viemisessä.

Moniammatillisen yhteistyön käsite on Isoherrasen (2004) ja Paukkusen (2003) mukaan epämääräinen ja sitä voidaan käyttää kuvaamaan monenlaisia yhteistyötapoja. Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveystalouden

asiakastyössä eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus (Isoherranen 2004, Krook 2006).

Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu Isoherrasen (2004) mukaan asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen. Yhteistyö tuottaa myös uutta tietoa ja erilaisia näkökulmia, joita ei välttämättä olisi syntynyt ryhmän yksittäisten jäsenten työskennellessä yksin. Jotta yhteinen keskustelu ja tiedon jakaminen toteutuu, tarvitaan vuorovaikutustietoista yhteistyötä, jossa vuorovaikutussuhteiden merkitys korostuu. Se voi olla erilainen eri yhteistyökumppaneiden ja tiimien välillä ja sopivan vuorovaikutustaidon löytäminen on asian ydin (Isoherranen 2004).

Asiakkaan ja hänen verkostonsa näkökulma on tärkeä ottaa mukaan prosessiin ja pyrkiä kohtaamaan asiakas mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Verkostot ovat Isoherrasen (2004) mukaan suhteita, jotka yhdistävät joukon ihmisiä, organisaatioita, kohteita tai tapahtumia. Rajojen ylityksillä tarkoitetaan organisaatioiden, yhteisöjen ja roolien rajoja koskevien sääntöjen sovittuja ylityksiä asiakaslähtöisesti ja joustavasti työskennellessä. Mönkkösen (2007) mukaan moniammatillisessa yhteistyössä ongelmana on ollut se, että eri alojen työntekijät toimivat hyvin erilaisissa toimintakulttuureissa. Kukin taho saattaa nähdä asiakkaan tilanteesta erilaisia asioita ja näkemyksiä voi olla vaikea sovittaa yhteen.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman ensimmäinen kohta painottaa, että suun terveydenhuollon panosta tarvitaan hyvinvointistrategian laatimisessa. Suun terveydenhuollon ammattilaiset ovat vastuussa suun terveyden edistämisen tiedon ja -osaamisen levittämisestä sekä terveysvaikutusten arvioinnista. Toiminta edellyttää, että ammattilaiset osallistuvat aktiivisesti kuntien hyvinvointistrategiatyöhön. Tämän vuoksi on esitetty, että suun terveyden edistämiseksi ja seurannalle nimetään vastuuhenkilö (STM 2009). Myös professori Rimpelä (2005) esittää, että terveyskeskuksen johtoryhmän yhden jäsenen tulisi vastata terveyden edistämisen johtamisesta.

Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa terveyden edistämisen prosessista vastaa yksi ylihoitaja sekä terveyden edistämisen asiantuntija. Terveyden edistämisen toimintojen suunnittelusta ja kehittämisestä vastaa terveyden edistämisen kehittämissyöryhmä. Suun terveydenhuollossa on myös maahanmuuttajayhteyshenkilö, joka toimii yhteistyössä järjestöjen ja kaupungin muiden virastojen kanssa. Suun terveydenhuollossa on lisäksi nimetty alueelliset neuvola-, päiväkot-, koulu-, laitos- ja kehitysvammaisten (KEHA) yhteyshenkilöt, joiden toimenkuvaan kuuluu yhteistyön luominen ja terveyden edistämisen toiminnan toteuttaminen.

Verkostomuistion (STM 2009) toinen kohta edellyttää yhteistyötä terveellisten ympäristöjen kehittämiseksi. Kunnan tulee laatia suunnitelma, jossa kuvataan miten kunnan ylläpitämät yhteisöt saadaan suun kannalta terveelliseksi sekä sovitaan yhteistyömuodoista keskeisten yhteistyötahojen kanssa. Muistiossa korostetaan myös kunnan roolia terveysneuvontapalvelujen järjestämisessä.

Taulukossa 1 (s. 30) on esitetty Helsingin suun terveydenhuollon jo olemassa olevaa moniammatillista yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa.

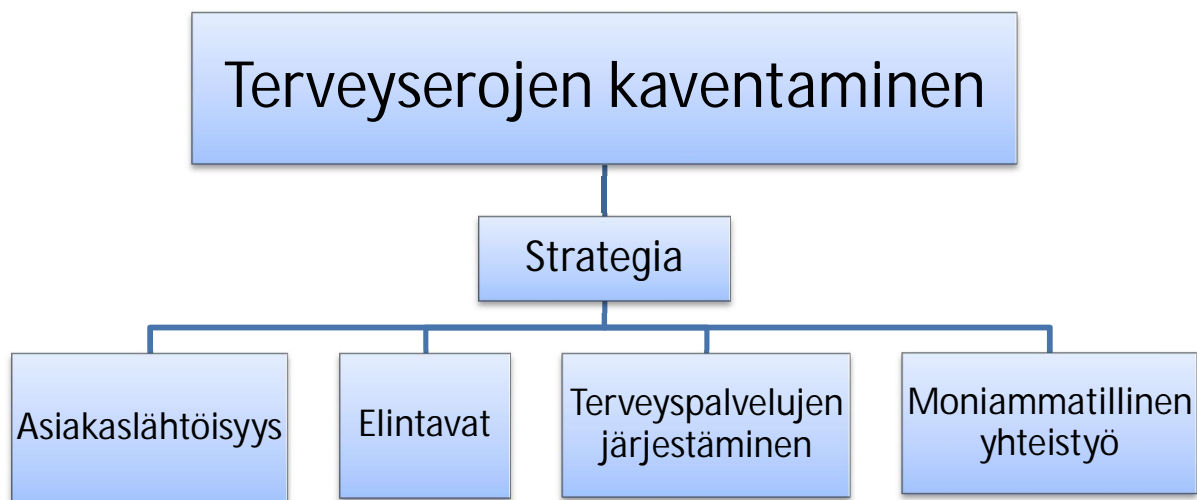
Taulukko 1. Moniammatillinen yhteistyö Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa

Yhteistyötaho	Yhteistyökumppanit	Esimerkkejä yhteistyöstä
Terveysasemat-osasto	Terveydenhoitajat, Verkkoterkkarit, Tupakkaklinikka	Terveydenhoitajien tiedotus, perhevalmennukset, moniammatilliset yhteistyöryhmät, tupakasta vieroitus, opioidikorvaushoitoa saavien suun terveysneuvonta
Kaupunginsairaala	Hoitohenkilökunta ja asiakkaat	Koulutusta henkilökunnalle ja asiakkaille
Kotihoito	”	”
Psykiatria	”	”
Savuton Helsinki- ohjausryhmä	Terveyskeskuksen eri osastojen ja järjestöjen edustajat	Savuttomuuden edistäminen
Opetusvirasto	Opettajat	Koululaisten terveyskasvatustilaisuudet, materiaalin tarjoaminen
Sosiaalivirasto	Päiväkotien, vanhainkotien ja pienryhmäkotien hoitohenkilökunta	Koulutusta henkilökunnalle ja asiakkaille
Metropolia- ammattikorkeakoulu	Opettajat, opiskelijat	Terveyskasvatustilaisuudet ja -tapahtumat, hankkeet
Valtakunnallinen SUHAT-työryhmä	Suun terveyden huollon ammattilaiset	Toimintamallien kehittäminen ja arviointi
Pääkaupunkiseudun HATE-työryhmä	Suun terveyden huollon ammattilaiset	Materiaalit, kampanjat, hankkeet, toimintojen yhdenmukaistaminen

Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa on jo olemassa melko laajat moniammatilliset yhteistyöverkostot eri osastojen ja yhteistyötahojen kanssa. Terveyskeskuksen osastoja ovat terveysasemat, kotihoito, suun terveydenhuolto, kaupunginsairaala ja psykiatria. Muita yhteistyötahoja ovat opetusvirasto, sosiaalivirasto, ammattikorkeakoulu ja muut toimijajärjestöt. Suun terveydenhuolto on yleisesti ottaen ollut oma osa-alueensa ja sitä ei aina ole osattu yhdistää perusterveydenhuoltoon vaikka suun terveys liittyy olennaisesti yleisterveyteen. Yhteistyöllä on siten suun terveydenhuollolle tärkeä merkitys.

5 TERVEYSEROJEN KAVENTAMISEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Edellisissä kappaleissa mainitut tutkimustulokset, raportit ja selvitykset osoittavat, että terveyserojen kaventamisessa olennaista on yhteiskuntapolitiikka ja kuntien toimintastrategiat, jotka muodostavat perustan terveyden edistämisen toiminnoille. Palosuo (2009) mainitsee, että terveyden eriarvoisuuteen vaikuttavat erot elinoloissa, elintavoissa, terveyskäyttäytymisessä ja terveydenhuollossa. Kaikkosen ym. (2008) tutkimuksessa havaittiin, että sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavia tekijöitä ovat elinot, elintavat ja terveystalvelujen käyttö. Terveyserojen kaventamiseksi ja väestön terveyden edistämiseksi huomiota tulee kiinnittää **asiakslähtöisyyteen, elintapoihin, terveystalvelujen järjestämiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön**. Nämä käsitteet muodostavat tässä tutkimuksessa terveyserojen kaventamisen teoreettisen viitekehksen (Kuva 6).



Kuva 6. Terveystalvelujen kaventamisen viitekehys

Yläkäsitteenä viitekehksessä on terveyserojen kaventaminen. Aläkäsitteenä on strategia, joka toimii perustana ja toiminnan ohjaajana terveyserojen kaventamiselle. Strategia luo suuntaviivat toiminnoille. Strategian aläkäsitteitä ovat asiakslähtöisyys, elintavat, terveystalvelujen järjestäminen ja moniammatillinen yhteistyö. Nämä ovat toistensa rinnakkaiskäsitteitä. Nämä viisi käsitettä ovat tekijöitä, joihin vaikuttaminen korostuu terveyserojen kaventamiseen liittyvissä tutkimuksissa. Käsitteet on määritelty edellisissä kappaleissa. Näiden teemojen avulla pyritään selvittämään

miten Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa voidaan vaikuttaa suun terveyserojen kaventumiseen moniammatillisena yhteistyönä liikkuvan suunhoitoyksikön avulla.

Helsingin terveystieteiden ja suun terveydenhuollon **strategisten toimintalinjausten** tavoitteena on lisätä helsinkiläisten terveyden edellytyksiä korostamalla yksilöiden omaa vastuuta, terveellisemmän ympäristön luomisella ja lisäämällä verkostoitumista sekä yhteistyötä. Voimavaroja kohdennetaan väestöryhmiin, joille terveyden eriarvoisuudet riskit kasautuvat. Myös väestön tasarvo palveluiden saannissa varmistetaan kehittämällä palveluverkkoa väestön terveystarpeet huomioiden. Verkostoituminen eri yhteistyötahojen kanssa on olennaista.

Terveyserojen kaventamisessa toiminnan lähtökohtana on **asiakaslähtöisyys**. Erityisryhmien huomiointi ja riskiryhmien tavoittaminen on tärkeää (Teroka 2008). Monikulttuurisuus asettaa myös uusia haasteita (Keskimäki ym. 2002, Palosuo ym. 2007) ja terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa tavoitteena onkin kehittää ja vahvistaa myös maahanmuuttajien palveluita (STM 2008). Suun terveydenhuollossa ongelmat kasautuvat myös pienelle väestöosalle. Hammashuoltopalveluja käyttävät huomattavasti vähemmän niihin tuloryhmiin kuuluvat, joiden suun terveydentila on huonoin ja hammashoidon tarve suurin (Widström 2005). Suun terveyttä pyritään edistämään vaikuttamalla suun terveyden taustatekijöihin (STM 2009). Kohderyhmien omaa osallistumista toimintoihin tulisi tukea (Teroka 2008).

Terveykäyttäytymisellä ja ihmisten elintavoilla on huomattava merkitys terveyserojen aiheuttajana (Lahelma ym. 2007, STM 2008, Aunula 2009, Laitalainen ym. 2010). **Elintavat** ovat alue, johon voidaan vaikuttaa sekä terveydenhuollossa että muilla politiikan sektoreilla (Linnanmäki ym. 2008, STM 2008). Terveydelle haitalliset elintavat voivat johtaa heikosta sosioekonomisesta asemasta huonoon terveyteen (DH 2002, Prättälä ym. 2007). Epäterveellisillä elintavoilla on lisäksi taipumus kasautua heikossa sosiaalisessa asemassa oleviin ryhmiin (Sihto ym. 2007). Tämän vuoksi elintapoihin vaikuttamisella on tärkeä rooli terveyserojen kaventamisessa.

Terveyserojen kaventamisen keinoina korostuvat yhtäläisesti korkeatasoiset **saavutettavissa olevat sosiaali- ja terveyspalvelut** (DH 2002, Keskimäki ym. 2002, Rimpelä ym. 2009), sillä terveyspalvelujen käytössä on sosioekonomisia eroja (DH 2002, Wamala ym. 2006, Palosuo ym. 2007). Terveysthuollon suunnittelussa tärkeää kehittää keinoja, joilla huonossa sosiaalisessa ja taloudellisessa asemassa olevat ihmiset saadaan terveyspalvelujen piiriin (Palosuo ym. 2007). Sosiaali- ja terveysministeriön terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (STM 2008) linjaa terveyserojen kaventamiseksi pitkäaikaistyöttömien ja muiden työterveyshuoltopalvelujen ulkopuolella olevien työkäisten työkykyä vahvistavien terveyspalvelujen turvaamisen, mielenterveystyön kehittämisen ja ikäihmisten tasa-arvoisten palvelujen turvaamisen.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että konkreettisille toimintamalleille erojen vähentämiseksi on suurta tarvetta (Millward ym. 2003, Rimpelä ym. 2009). Terveyserojen kaventamiseen tarvitaan monien tahojen pitkäjänteistä **yhteistyötä** (Palosuo ym. 2007, Signal ym. 2007, Linnanmäki ym. 2008, Melkas 2010). Suun terveyden edistäminen edellyttää myös poikkihallinnollista yhteistyötä. Yhteistyössä korostetaan muun muassa elintapamuutosten aikaansaamista ja mahdollistamista.

6 LIKKUVA SUUNHOITOYKSIKKÖ LIISU -HANKE

Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa on aloitettu vuonna 2009 Liikkuva suunhoitoyksikkö LIISU -hanke. Hankkeessa toteutetaan kuorma-autoon rakennettava hammashoitola, jonka toiminnan tavoitteena on edistää erityisesti lasten ja nuorten suun terveyttä, saavuttaa tehokkaammin kariesriskipotilaat ja syrjäytymisvaarassa olevat sekä saada näkyvyyttä suun terveyden edistämislle laajemmin.

Liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnalla pyritään vaikuttamaan suun terveyserojen kaventumiseen. Hankkeessa pyritään muodostamaan liikkuvalla suunhoitoyksikölle toimintasuunnitelmaa ja edistämään hallinnon rajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä, mikä on tämän tutkimuksen tavoitteena. Terveyserojen viitekehyksen mukaisesti (Kuva 6 s. 31) **asiakaslähtöisyys, elintavat, terveystalvelujen järjestäminen ja moniammatillinen yhteistyö** ovat tekijöitä, joita pyritään toteuttamaan ja kehittämään suunhoitoyksikön toiminnan avulla. **Strategiset toimintalinjaukset** muodostavat perustan toiminnalle.

Hanke on osa Terveellinen kaupunginosa -ohjelmaa, joka keskittyy terveyttä edistävien hyvien ja helppokäyttöisten toiminta- ja palvelumallien sekä hyvien käytäntöjen kehittämiseen yhteistyössä alueen asukkaiden ja toimijoiden kanssa. Toimialueena on Herttoniemi, Roihuvuori ja Tammisalo. Ohjelman kolme päätavoitetta ovat terveyden edistäminen, yksilön vastuun lisääminen ja mahdollisuuksien tarjoaminen itsenäiseen terveyttä edistävään toimintaan sekä sähköisten palveluiden ja hyvinvointiteknologian tehostettu ja laajamittainen käyttöönotto. Ohjelma on Helsingin kaupungin, Forum Virium Helsingin, yritysten, järjestöjen ja asukkaiden sekä alueellisten toimijoiden yhteinen ohjelma, joka toteutetaan vuosina 2007-2011. Tavoitteena on tarjota uudenlaisia mahdollisuuksia terveyden edistämiseen ja kehittää terveyden edistämisen palveluja eli kehittää uusia innovaatioita (Terveellinen kaupunginosa –hanke 2010). Liikkuva suunhoitoyksikkö on tällainen uusi innovaatio.

Perttilä (1999) esittää tutkimuksessaan terveyden edistämisen ulottuvuuksia ja niiden määrittelyä. Terveys edistäminen yksilötasolla on henkilökohtaisten taitojen

kehittämistä sekä työntekijöiden hyvinvoinnin ja terveyden parantamista. Yhteisötasolla hyödynnetään kansalaisten ja yhteisöjen omia voimavaroja ja mahdollisuuksia tukea toisiaan (Ottawa Charter 1986). Tässä tutkimuksessa suunhoitoyksikön toiminnan suunnittelemisen tavoitteena on edistää terveyttä yksilö- ja yhteisötasolla sekä pyrkiä vaikuttamaan suun terveyserojen kaventumiseen. Suunhoitoyksikön toiminnalla pyritään vaikuttamaan sekä yksilön omiin vahvuuksiin ja valmiuksiin että edistämään yhteisöjen terveyttä. Myös yksikössä työskentelevien työntekijöiden oman terveyden toivotaan vahvistuvan työn ja toimenkuvan monipuolistumisen sekä itsensä kehittämisen myötä.

Terveyspalvelujen järjestämisen ja uudelleen suuntaamisen ulottuvuuden (Perttilä 1999) mukaan terveyspalvelujen kehittämistä tulisi suunnata niin, että ne edistävät entistä enemmän väestön ja yksilön terveyttä (Ottawa Charter 1986). Palvelujen tuominen ihmisten lähelle ja sitä kautta ihmisten tavoittaminen on oleellinen tavoite terveyserojen kaventamiseksi. Riskiryhmien tavoittaminen on osoittautunut haasteelliseksi, joten terveydenhuollossa tarvitaan uusia tapoja ja keinoja tavoittaa eri väestöryhmiä. Tietoinen pyrkimys vaikuttaa ihmisten käyttäytymiseen ja asenteisiin kohdistuu usein terveyden riskiryhmiin, heidän ongelmiansa tunnistamiseen ja terveyttä uhkaavien tekijöiden vähentämiseen (Naidoo & Wills 1998).

Liikkuvan suunhoitoyksikön avulla voidaan myös edistää Helsingin kaupungin hallinnon rajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä muun muassa asunnottomien asuntoloiden läheisyydessä, varusmiesten kutsunnoissa sekä messu- ym. tapahtumissa. Yksikössä on alustavien suunnitelmien mukaan tarkoitus tehdä suun terveystarkastuksia, antaa terveysneuvontaa ja tehdä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Yksikkö varustellaan myös hammaslääkärin työskentelyä varten. Koska nämä ovat alustavia suunnitelmia liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan mahdollisuuksista, on tärkeä suunnitella ja muodostaa yksikön toiminta mahdollisimman kattavaksi.

Liikkuvan suunhoitoyksikön suunnittelutyöryhmässä on herännyt jonkin verran ajatuksia siitä, miten eri väestöryhmät tavoitettaisiin mahdollisimman kattavasti ja miten toiminnasta saataisiin tehokasta terveyserojen kaventamisen kannalta. Näitä

asioita ei ole kuitenkaan kirjattu erikseen työryhmän muistioihin. Liikkuva suunhoitoyksikkö on myös uusi innovaatio, joten yksikkö tarvitsee toimintasuunnitelman, jotta sitä voidaan hyödyntää tehokkaasti. Suunhoitoyksikön toiminnan suunnittelemiseksi ja moniammatillisen yhteistyön luomiseksi tarvitaan vielä tarkempaa tutkimusta.

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää terveysterojen kaventamisen strategista toimeenpanoa ja moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksia Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa. Tavoitteena on suunnitella liikkuvan suunhoitoyksikkö LIISUN toimintaa ja moniammatillista yhteistyötä suun terveydenhuollon ja yhteistyötahojen välillä suun terveysterojen kaventamiseksi.

Tutkimustehtävät ovat:

- Miten väestöryhmien välisiä terveysteroja voidaan kaventaa Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa?
- Miten liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnalla edistetään moniammatillista yhteistyötä suun terveysterojen kaventamiseksi?

8 TUTKIMUSMENETELMÄ JA -AINEISTO

Tutkimus on kvalitatiivinen ja siinä sovelletaan toimintatutkimuksen periaatetta. Tutkimuksen haastatteluosuuden aineisto koostuu viiden henkilön teemahaastatteluista.

8.1 Toimintatutkimus teoreettisena lähtökohtana

Toimintatutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa, jossa pyritään teoretietoa ja käytännön kokemuksellista tietoa yhdistelemällä ratkaisemaan jossain toiminnallisessa yhteisössä ilmeneviä ongelmia ja saamaan aikaan muutosta (Kuula 1999, Metsämuuronen 2008). Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi (Heikkinen 2006).

Toimintatutkimus on lähestymistapana erittäin käyttökelpoinen pyrittäessä löytämään kehittämissuhteita terveyserojen kaventamiseksi ja eri väestöryhmien tavoittamiseksi. Suun terveydenhuollossa on havaittu, että väestöryhmien, joiden suun terveydentila on heikoin, tavoittaminen on ollut hankalaa. Tämän vuoksi suun terveyserojen kaventamiseksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Heikkisen (2006) mukaan käytännön kehittäminen edellyttää yhteistyötä ja vuorovaikutuksellista toimintaa. Toimintatutkimuksessa tutkija voi myös olla työyhteisön jäsen. Tässä tutkimuksessa tutkija työskentelee Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa ja on mukana liikkuva suunhoitoyksikkö LIISU -hankkeessa.

Toimintatutkimuksen juuret ovat syvällä pragmatismissa, mutta sen tiedonprosessissa on empiristisiä (tietoa havaintojen kautta) ja rationalistisia (tietoa ajattelun kautta) piirteitä. Rationalismi painottuu suunnittelu- ja arviointivaiheessa, kun tarvitaan ajattelua, havainnoinnin vaiheessa tietoa muodostetaan empiristiseen tapaan ja pragmatistisesti tietoa muodostuu erityisesti toiminnan vaiheessa. Pragmatistisen näkemyksen mukaan tiedon lähde on siis toiminta tai käytäntö. (Patton 2002, 71-72, Heikkinen & Huttunen 2006).

Toimintatutkimukseen kuuluu syklisyys ja se on prosessinomaista (Kuula 1999, Heikkinen 2006). Toimintatutkimus käsittää seitsemän vaihetta. Ensimmäinen vaihe on **kartoitusvaihe**. Siinä pyritään selvittämään kohdeyhteisössä vallitseva tilanne ja esiintyvät ongelmat. Tässä tutkimuksessa kartoitusvaiheen kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin terveyseroja ja suun terveyseroja sekä niiden kaventamisen strategioita Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksessa ja suun terveydenhuollossa. Lisäksi kartoitettiin jo olemassa olevia hankkeita, projekteja ja moniammatillista yhteistyötä suun terveydenhuollossa suun terveyden edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön politiikkaohjelma, Helsingin terveystieteiden keskuksen strategiasuunnitelma vuosille 2010-2012, suun terveydenhuollon toimintasuunnitelma vuodelle 2010 ja strategiakartat sekä aikaisemmat tutkimukset, selvitykset ja raportit toimivat kartoitusvaiheessa perustana kirjallisuuskatsaukselle. Kirjallisuuden ja edellä mainittujen lähteiden avulla muodostettiin terveyserojen kaventamisen teoreettinen viitekehys ja viitekehysten käsitteet määriteltiin.

Kartoitusvaihe osoitti, että Helsingissä on terveyseroja ja suun terveyseroja. Terveystieteiden keskuksella on jo olemassa useita hankkeita ja projekteja terveyserojen kaventamiseksi. Suun terveydenhuollon liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan suunnittelemiseksi ja moniammatillisen yhteistyön edistämiseksi tarvitaan vielä konkreettisia kehittämissuunnitelmia.

Toimintatutkimuksen **prosessointivaiheessa** esiin tulleita ongelmia aletaan käsitellä ja tiedostaa (Costello 2003). Liikkuvan suunhoitoyksikkö LIISUN toiminnan ja moniammatillisen yhteistyön suunnittelemiseksi tehtiin suunhoitoyksikön toiminnan suunnitteluryhmän jäsenille haastattelut. Tässä tutkimuksessa prosessointivaihe käsitti aineiston keruun haastattelemalla sekä haastatteluaineiston analysoinnin.

Kolmannessa vaiheessa eli **sitoutumisvaiheessa** asetetaan tavoitteet ja pyritään toiminnan uudelleen suuntaamiseen. **Suunnitteluvaiheessa** aloitetaan muutokseen tähtäävän toiminnan konkreettinen suunnittelu (Costello 2003, Heikkinen 2006). Sitoutumis- ja suunnitteluvaiheissa keskitytään liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan ja moniammatillisen yhteistyön suunnitteluun.

Toteuttamisvaihe käsittää toiminnan toteutuksen ja seurannan. Toteuttamisvaiheessa toimintasuunnitelma otetaan teoriasta käytäntöön. Heikkisen (2006) mukaan toimintatutkimus onkin käytännönläheistä, sillä se yhdistää teorian ja käytännön. **Arviointivaiheessa** muutosprosessia ja sen tuloksia arvioidaan ja prosessoidaan. Seitsemäs vaihe on **hyväksymisvaihe**, jossa muutokset vakiintuvat pysyväksi toimintamalliksi (Costello 2003, Heikkinen 2006).

Toteuttamis-, arviointi- ja hyväksymisvaiheet jätetään tämän tutkimuksen ulkopuolelle aikataulun rajallisuuden vuoksi, joten tutkimus toteutuu vain osittain toimintatutkimuksen syklisen prosessin mukaisesti. Nämä vaiheet voivat toimia mahdollisen jatkotutkimuksen aiheena.

8.2 Aineiston keruu ja kuvaus

Haastatteluun valittiin viisi henkilöä (n=5) liikkuvan suunhoitoyksikön suunnittelutyöryhmästä. Haastateltavien joukko oli moniammatillinen ja he edustivat eri ammattiryhmiä. Haastateltavien pohjakoulutukset olivat hammashoitaja, suuhygienisti, hammaslääkäri, sairaanhoitaja ja terveystieteiden maisteri. Heidät valittiin haastatteluun, koska heillä on tietoa tämän uuden toiminnan tavoitteista ja tarkoituksesta. He tuntevat terveyskeskuksen toiminnan ja mahdollisuudet hankkeen käytännön toteutuksessa. Koska yksikkö on uusi innovaatio eikä tällaista toimintamuotoa ole vielä Suomessa olemassa, alun suunnitteluvaiheessa oli tärkeää saada tietoa asianosaisilta. Haastateltavat tavoitettiin ottamalla heihin yhteys henkilökohtaisesti.

Haastattelut noudattivat teemahaastattelun periaatteita ja ne toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastattelut nauhoitettiin. Haastateltavia informoitiin tutkimuksesta ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumuslomake. Heitä informoitiin myös haastattelun vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta sekä siitä, että nauhoitettu aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen jälkeen.

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu monipuolisen ja todenmukaisen aineiston saamiseksi. Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja

avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelulle tyypillistä on, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuu. Haastattelu etenee ainoastaan keskeisten teemojen varassa (Eskola & Suoranta 2008, Hirsjärvi & Hurme 2010). Haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna, jotta saataisiin haastateltavat kertomaan teemoista mahdollisimman vapautuneesti. Haastattelun edetessä haastateltavia ei johdateltu, vaan he kertoivat teemasta vapaasti mitä heille siitä mieleen tuli.

Haastattelun runko koostui viidestä teemasta (Kuva 6 s. 31). Teemat nousivat tähän tutkimukseen muodostetusta terveyserojen kaventamisen teoreettisesta viitekehyksestä. Kustakin teemasta muodostettiin avauskysymys, jolla pyrittiin saamaan haastateltava kertomaan teemaan liittyvistä asioista.

8.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin laadullisella teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi sopii hyvin kuvaamaan tekstiaineistoa, eli teemahaastattelun tekstiksi litteroitua aineistoa ja se mahdollistaa tutkimusaineiston kokonaisvaltaisen hahmottamisen (Patton 2002, 453). Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi noudatti teoriaohjaavaa analyysia. Teoriaohjaavassa analyysissä on teoreettisia kytkentöjä, mutta se ei suoranaisesti pohjautu mihinkään yksittäiseen teoriaan, vaan pohjalla voi olla useita aihetta käsitteleviä teorioita. (Tuomi & Sarajärvi 2006). Analyysi toteutettiin abduktiivisesti eli päättelyssä vuorottelivat induktiivisuus eli aineistolähtöisyys ja deduktiivisuus eli teoreettinen viitekehys. Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee aineiston ehdoilla kuten aineistolähtöisessä analyysissä. Abstrahointivaiheessa aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin, jotka teoriaohjaavassa analyysissä ovat jo valmiina, ilmiöstä ”jo tiedettynä” (Tuomi & Sarajärvi 2006). Tässä tutkimuksessa teoriasta nousseet viisi käsitettä; *asiakaslähtöisyys*, *elintavat*, *terveyspalvelujen järjestäminen*, *moniammatillinen yhteistyö* ja *strategia* toimivat teemahaastattelun runkona.

Haastattelut kestivät 34-56 minuuttia. Nauhoituksen jälkeen aineisto litteroitiin sanatarkasti kokonaan. Puhtaaksi kirjoitettua aineistoa tuli fontilla Arial, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1 yhteensä 31 sivua. Laadullisen aineiston analyysin haastavuutta lisää aineiston runsaus. Aineistosta tulisi löytää olennaisimmat ja tutkimuksen kannalta merkityksellisimmät sisällöt (Patton 2002, 433). Tässä tutkimuksessa haastatteluaineistoa oli melko runsaasti, vaikka haastateltavia oli pieni määrä (n=5). Kaikki haastateltavat ovat asiantuntijoita omalla alallaan, joten haastatteluaineistosta tuli rikas.

Eskolan ja Suorannan (2008) mukaan ensimmäinen tehtävä laadullisessa analyysissä on aineiston järjestäminen sen jälkeen, kun se on kerätty ja purettu tekstiksi. Aineiston analyysi aloitettiin heti litteroinnin jälkeen tutustumalla aineistoon perinpohjaisesti kokonaiskuvan saamiseksi. Tulostettuja keskusteluja luettiin useaan kertaan läpi, niistä pohdittiin millaisia asioita keskusteluista hahmottuisi ja mikä näkökulma kuvaisi aineistoa kokonaisuudessaan.

Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan analyysin tekninen vaihe lähtee liikkeelle aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä. Pelkistämisessä aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois ja informaatio tiivistetään (Tuomi & Sarajärvi 2006). Teemahaastattelulla kerätyn aineiston runko on pelkistykseen oivallinen apuväline, koska rungon rakentamisessa on käytetty tutkimuksista kerättyjä teoreettisia näkemyksiä. Teemat muodostavat myös eräänlaisen aineiston jäsenyyksen, josta voi lähteä liikkeelle (Eskola & Suoranta 2008).

Jokainen haastattelu (5) merkittiin eri värillä ja jokaisen haastateltavan vastaukset laitettiin peräkkäin teemoittain, jonka jälkeen koko aineisto pelkistettiin. Analyysiyksikkönä oli lause tai ajatuskokonaisuus. Teoriaohjaavassa analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta aikaisempi tieto ohjaa ja auttaa analyysia (Tuomi & Sarajärvi 2006). Analyysissä on näin ollen tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, joka tässä tutkimuksessa yhdistyi terveyserojen kaventamisen teoreettisen viitekehyksen käsitteisiin. Teemahaastattelun luonteen mukaisesti samasta teemasta saattaa syntyä keskustelua haastattelun eri vaiheissa (Hirsjärvi & Hurme 2010), joten eri teemojen yhteydessä tulleet asiat teemoiteltiin oikeiden teemojen alle. Teemoittelua ohjasi teoreettinen viitekehys.

Teemojen mukaisen pelkistuksen jälkeen aineistoa ryhdyttiin luokittelemaan. Aineiston luokittelu on olennainen osa analyysia, jolloin tutkittavaa ilmiötä jäsennetään vertailemalla aineiston eri osia toisiinsa (Hirsjärvi & Hurme 2010). Luokkien muodostamisen kriteerit ovat Hirsjärven ja Hurmeen (2010) mukaan yhteydessä tutkimustehtävään, aineiston laatuun ja tutkijan omaan tietämykseen sekä kykyyn käyttää tätä tietoa. Luokkien muodostamista analyysissä ohjasi teemahaastattelun mukaiset pelkistykset. Teemojen mukaisten käsitteiden sijasta käytettiin merkintöjä teema 1 (asiakaslähtöisyys), teema 2 (elintavat), teema 3 (terveyspalvelujen järjestäminen), teema 4 (moniammatillinen yhteistyö) ja teema 5 (strategia), jotta käsitteet eivät johdattaisi liikaa luokittelua ja saataisiin mahdollisimman objektiivisia luokkia muodostettua. Teemojen alla olevat samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin yhteen ja niistä muodostettiin alaluokkia. Alaluokka nimettiin siten, että se kuvaisi mahdollisimman hyvin sisältöä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tässä vaiheessa oli viiden eri teeman alla alaluokat muodostettuina. Samansisältöiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi (Taulukko 2, Liitteet 4 ja 5). Yläluokkia muodostui 18 (Kuva 7 s. 45).

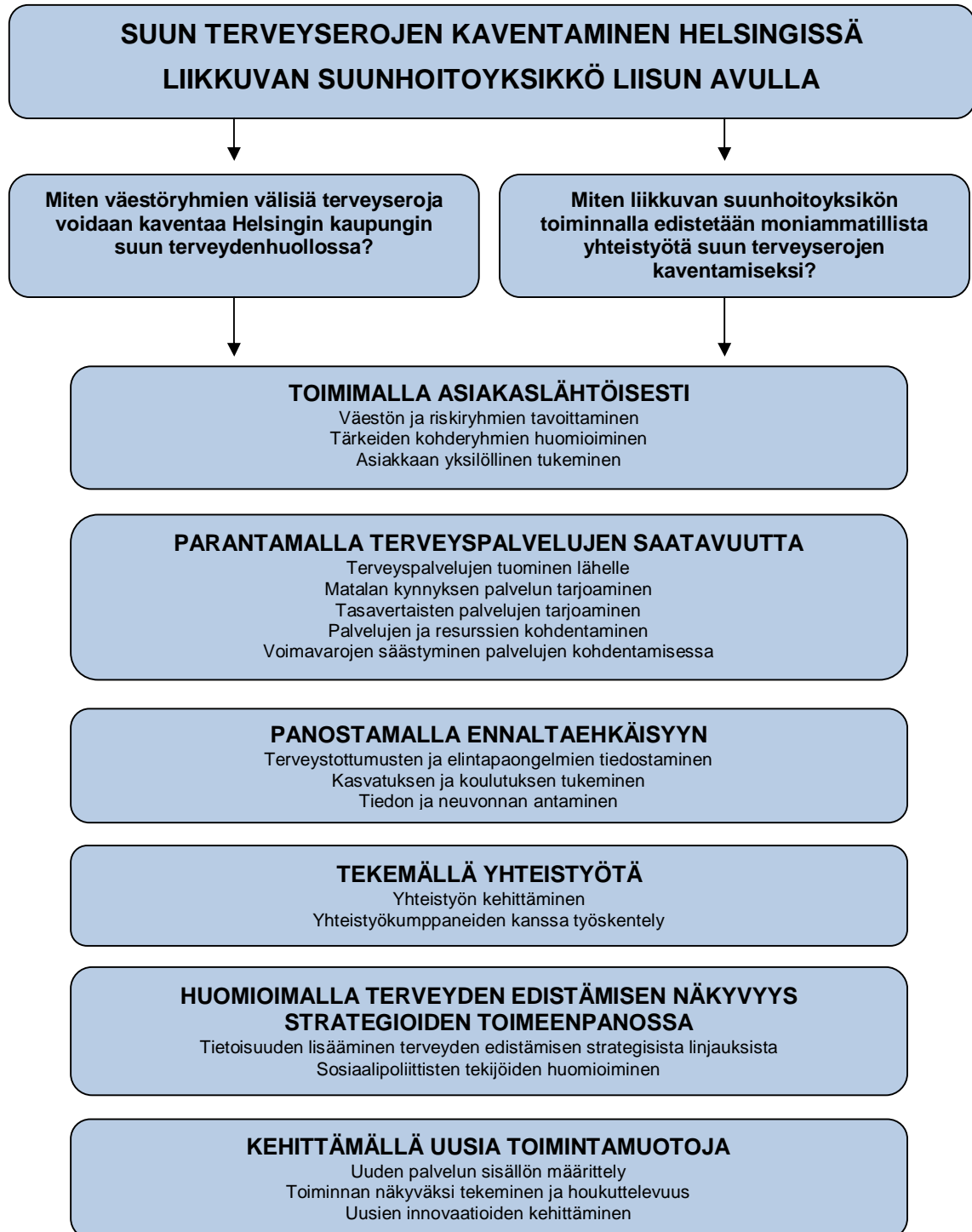
Aineiston abstrahointia jatkettiin siten, että samansisältöisiä yläluokkia yhdistettiin ja niistä muodostettiin pääluokat. Pääluokkia tuli yhteensä 6. Pääluokiksi muodostuivat **asiakaslähtöinen toiminta, terveyspalvelujen saatavuuden parantaminen, ennaltaehkäisy, yhteistyö, terveyden edistämisen näkyvyys strategioiden toimeenpanossa ja uudet toimintamuodot**. Teemoittelun ja luokittelun tarkoituksena oli luoda aineisto sellaiseen muotoon, että tuloksia on mahdollista tulkita. Muodostetut ylä- ja pääluokat (Kuva 7 s. 45) nousivat systemaattisen analyysin tuloksena aineistosta. Terveyserojen kaventamisen viitekehyksen teemat toimivat analyysin apuvälineenä.

Taulukko 2. Esimerkki pääluokan *asiakslähtöinen toiminta* muodostumisesta

TEEMA	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKKA
Asiakslähtöisyys	Asiakslähtöinen väestön ja riskiryhmien tavoittaminen	Väestön ja riskiryhmien tavoittaminen	
Yhteistyö	Syrjäytyneiden pariin meneminen		
Asiakslähtöisyys	Tärkeiden kohderyhmien huomioiminen asiakslähtöisesti	Tärkeiden kohderyhmien huomioiminen	ASIAKAS-LÄHTÖINEN TOIMINTA
Elintavat	Tärkeiden kohderyhmien huomioiminen elintapojen suhteen		
Asiakslähtöisyys	Asiakkaan tukeminen		
Elintavat	Tuki ja kannustus terveyskäyttäytymisessä		
Terveyspalvelujen järjestäminen	Ryhmän tuki ja kannustus		
Elintavat	Yksilöllisyyden huomioiminen	Asiakkaan yksilöllinen tukeminen	
Terveyspalvelujen järjestäminen	Ihmisläheinen lähestyminen terveysneuvonnassa		
Asiakslähtöisyys	Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioitus ja mahdollisuuksien parantaminen		
Strategia	Yksilön valinnanvapaus terveyskäyttäytymisessä		

9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Alla olevassa kuvassa (Kuva 7) on esitetty tutkimuksen haastatteluosuuden tulokset tutkimuskysymysten avulla.



Kuva 7. Suun terveyserojen kaventamisessa ja liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan suunnittelussa huomioitavat keskeiset tekijät

Tutkimuksen tulokset on esitetty pääluokittain. Yläluokat esiintyvät tekstissä tummennettuina ja kursivoituna. Haastatteluista on myös poimittu kutakin yläluokkaa parhaiten kuvaavia ilmaisuja.

9.1 Asiakaslähtöinen toiminta

Haastatteluissa tärkeäksi asiakaslähtöisen toiminnan kohteeksi terveyserojen kaventamiseksi nousi **väestön ja riskiryhmien tavoittaminen**. Haastatellut sanoivat, että pienen väestöosan tavoittaminen ei ole yksinkertaista, mutta terveyserojen kaventamiseen tähtäävä toiminta lähtee siitä. Riskiryhmien tavoittaminen on osa asiakaslähtöistä toimintaa. Riskiryhmiin kuuluvista on myös olemassa tutkimus- ja tilastotietoa, jotta toimintaa voidaan suunnata sitä tarvitseviin.

Syrjäytyneiden, esimerkiksi asunnottomien, ja muiden syrjäytymisvaarassa olevien tavoittaminen ja heidän pariin meneminen nousi muutamissa vastauksissa olennaiseksi terveyserojen kaventamisen kannalta.

”Et ku kuitenkin koko ajan puhutaan tässä maassa syrjäytymisen ehkäisystä ja pitkäaikaistyöttömistä, et ne on helposti ne ryhmät jotka syrjäytyy...niin se ois niinku semmonen positiivinen ele... niin... et tarjotaan tällasta palvelua...eihän sen tarvitse olla kun joku päivä vuodessa...”

Haasteellisuutta tavoittamisessa lisää myös se, että kaikki asiakkaat eivät osaa ajatella riskiryhmään kuulumistaan. Niiden tavoittaminen, jotka tarvitsevat palveluita, voi olla vaikeaa.

”Riskiryhmien tavoittamisen kyl mä nään sen osaks niinku asiakaslähtöisyyttä vaikka ne asiakkaat eivät välttämättä osaa itse niinku ajatella, et mä kuulun riskiryhmään ja mä tarviin palveluita.”

Keinoiksi tavoittaa näitä henkilöitä ehdotettiin sitä, että liikkuvalla suunhoitoyksiköllä voidaan mennä paikkoihin, joissa tavoittaisi syrjäytyneitä ja apua tarvitsevia.

Haastateltavista muutama ehdotti muun muassa erilaisia tempauksia ja tapahtumia asunnottomien palvelupisteiden luona.

Riskilasten, koululaisten ja erityisesti kaukana sijaitsevien koulujen ja koululaisten sekä maahanmuuttajien tavoittaminen koettiin myös tärkeänä. Lisäksi palvelukotien, laitosten ja kehitysvammaisten tavoittaminen mainittiin useissa keskusteluissa.

Tärkeiden kohderyhmien huomioiminen nousi asiakaslähtöisen toiminnan suuntaamisessa tärkeäksi. Tärkeistä kohderyhmistä, joita liikkuvalla suunhoitoyksiköllä voitaisiin tavoittaa, mainittiin päiväkotilapset ja koululaiset, vanhukset ja kehitysvammaiset, pitkäaikaistyöttömät, psykiatriset potilaat, asunnottomat ja muut syrjäytyneet. Lisäksi mainittiin eri sairastuvuusryhmiä kuten diabeetikot ja ylipainoiset henkilöt, erityisesti ylipainoiset lapset. Myös pelkopotilaiden ja niiden lasten vanhempien, jotka pelkäävät itse hammashoitoa sekä varusmiesten tavoittaminen nähtiin tärkeänä väestön suun terveyden edistämiseksi. Maahanmuuttajat nousivat myös yhdeksi tärkeäksi kohderyhmäksi. Esimerkiksi maahanmuuttajaäitien sekä maahanmuuttajakoululaisten tavoittaminen koettiin tärkeiksi. Suun terveystasvatusta tulisi suunnata erityisesti korkeamman kariesriskin oppilaiden luokille, kuten erityisluokille ja ulkomaalaisten oppilaiden luokille. Myös peruskoulun jälkeen syrjäytymisvaarassa saattavat olla koulupudokkaat ja 10-luokkalaiset, joten heidän huomioiminen LIISUN toiminnassa nähtiin hyvänä mahdollisuutena vaikuttaa suun terveyserojen kaventumiseen.

”Sit on nää pudokkaat, jotka peruskoulun jälkeen... siellä on se syöksykierre monista asioista... poisputoamiseen on tosi nopee...”

Asiakkaan yksilöllinen tukeminen nousi vastauksissa erittäin tärkeään rooliin. Asiakkaan kyky ymmärtää hänen terveyteensä liittyviä asioita tulee ottaa huomioon asiakkaan tukemisessa. Asiakkaan tulee ymmärtää, että hän itse pystyy vaikuttamaan omaan terveyteensä, ymmärtää elintapojen merkitys ja miksi hän tarvitsee terveystalveluja ja erityisesti suunhoitopalveluja. Oma ymmärrys ja oma-aloitteisuus lisää hänen mahdollisuuksia elää terveellisesti ja tehdä terveyttä edistäviä valintoja. Myös asiakkaan taloudellinen tilanne tulee huomioida terveysneuvonnassa.

Tukemisessa on tärkeää asiakkaan oman pystyvyyden tunteen ja voimavarojen lisääminen. Suun terveyden edistäminen on asiakkaan kokonaisterveyden edistämistä ja hyvinvoinnin tukemista. Nykypäivänä monet ihmiset ovat kuormittuneita eivätkä välttämättä jaksa välittää terveydestään. Myös huono taloudellinen tilanne ja työttömillä työterveyshuollon puute voi lisätä tuen tarvetta. Suun terveydenhuollon palveluista tulisikin tehdä helposti saavutettavia ja niiden tulisi olla kaikille mahdollisia taloudellisesta tilanteesta riippumatta.

”...teidän palvelut on niin helppoja, et ihmisten ei tarvitse nähdä vaivaa päästäkseen palvelujen piiriin... koska ihmiset on niin kuormittuneita on kaikkea sairauksia ja muuta... se kyky, että ei jaksa...”

Ongelmien kasautuessa tuki ja kannustus ammattilaisen taholta terveyskäyttäytymisessä koettiin vahvistavana tekijänä. Ammattilaisten tehtävä on pyrkiä vaikuttamaan terveystapoihin ja -käyttäytymiseen tukemalla asiakasta.

Ryhmän tuki ja kannustus lisää myös asiakaslähtöistä toimintaa. Ryhmähengen hyödyntäminen ja ryhmältä saatava tuki lisää rohkeutta ja uskallusta mennä hoitoon tai hakeutua terveystapojen pariin. Myös joku kilpailu tai muu houkutin koettiin tärkeänä tavoittamisessa.

”Rohkeus... porukan henki on tärkeä... et sinne missä nämä ihmiset kokoontuu... niin sieltä se, et kaikki on tervetulleita... meillä ei ole ikärajoja... kaikki on tervetulleita... tää ois niinku kaikille avoin ovi...”

”...ihmisethän on kauheen kiinnostuneita jos on joku kilpailu...joku houkutin...”

Asiakaslähtöisessä toiminnassa yksilöllisyyden huomioiminen on avainasemassa. Ihmisten syyllistämistä ja arvostelua pitäisi välttää. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja mahdollisuuksien parantaminen nousi tärkeäksi huomioitavaksi asiaksi. Asenteiden muuttaminen ja muutoksen aikaansaaminen terveyskäyttäytymisessä voi kuitenkin olla vaikeaa, koska jokaisella on oikeus tehdä omia valintoja. Terveyttä edistävän toiminnan tulee lähteä yksilöstä

itsestään. Ihmisten oma aktiviteetti vaikuttaa olennaisesti käyttäytymisen muutokseen.

”...ihmisen täytyy itse tehdä tämän asian eteen...”

”...itsestään se kyl lähtee... ja sen ymmärtäminen... itsensä arvostaminen...”

Ihmisläheinen lähestyminen terveysneuvonnassa, luottamuksen saavuttaminen ja ihmisten auttaminen oivaltamaan on tärkeää. Yksilön terveydentilan kohentaminen, hänen omista tarpeistaan lähteminen ja kohdistettu neuvonta on toiminnan lähtökohta. Asiakkaan tilanteen kartoittaminen ja yksilöllisten tarpeiden selvittäminen voidaan tehdä vaikkapa juttelun ja haastattelun lomassa. Yksilöllisten tapojen löytäminen siihen, miten ihminen oppisi parhaiten sekä tiedon antaminen ja jatkuva muistuttaminen on tärkeää. Liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnassa tulisikin haastateltavien mielestä panostaa näihin edellä mainittuihin asioihin, jotta asiakas kokisi saavansa yksilöllistä tukea terveystottumustensa oppimiseen ja ylläpitoon sekä rohkeutta hakeutua terveyspalvelujen pariin.

9.2 Terveyspalvelujen saatavuuden parantaminen

Terveyspalvelujen saatavuuden parantaminen todettiin haastatteluissa olennaiseksi terveyseroja vähentäväksi tekijäksi. Palvelujärjestelmän tulisi vastata asiakkaiden tarpeisiin. Tehokkuutta ja tuottavuuden parantamista tulee myös miettiä, sillä terveydenhuollossa tehdään kaikille yleensä kaikkea. Haastateltavien mielestä se, että kaikille tehdään kaikkea, ei välttämättä vähennä terveyseroja vaan voi enemmänkin lisätä kuilua väestöryhmien välillä. Terveyspalveluja suunniteltaessa palveluja tulisikin laittaa tärkeysjärjestykseen, jotta toimintaa voitaisiin priorisoida. Terveyspalveluiden saannin turvaaminen on tärkeää väestön terveyden kohentamiseksi. Terveyspalvelujen piiriin pääsemisellä on terveyserojen kaventumiseen myönteinen vaikutus. Ihmiset, jotka eivät itse pääse palvelujen pariin hyötyvät palvelujen tuomisesta lähelle. Esimerkiksi laitospotilaiden, vanhusten ja kehitysvammaisten suhteen palvelujen tuominen lähelle edistäisi heidän terveyttään, helpottaisi hoitoa ja parantaisi mahdollisuuksia.

Terveyspalvelujen tuominen lähelle ja palvelumahdollisuuksien tarjoaminen korostui monen vastauksissa. Mikäli terveyspalvelut ovat kaukana, ei ihmisten tule välttämättä hakeuduttua palvelujen pariin. Palvelujen ja toiminnan tulisi olla lähellä ja helpommin tavoitettavaa. Asiakslähtöisyys tulisi myös huomioida niin, että jokainen saisi omiin tarpeisiinsa sopivaa palvelua. Ihmisten pariin meneminen ja toiminnan näkyväksi tekeminen lisäisi palvelujen saavuttamisen konkretisoitumista.

”Kyl se varmaan sen saavuttamisen konkretisoituminen... osoitetaan että on mahdollista päästä palvelujen piiriin verrattuna aikaisempaan ja nykyiseen järjestelmään...”

Liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnassa asiakslähtöisyys on haastateltavien mielestä sitä, että palvelu tuodaan lähelle ja helposti asiakkaiden ja kohderyhmien tavoitettavaksi. Esimerkkeinä mainittiin suunhoito- ja terveyttä edistävien palveluiden tarjoaminen perheiden parissa esimerkiksi leikkipuistoissa tai muissa paikoissa, joissa tapaa vanhempia ja lapsia. Myös koulujen loma-aikoina liikkuvan suunhoitoyksikön tarjoamia palveluja voitaisiin antaa erilaisissa tapahtumissa ja tempauksissa esimerkiksi syrjäytyneille ja asunnottomille tai erilaisilla messuilla. Liikkuva suunhoitoyksikkö tarjoaa mahdollisuudet tavoittaa väestöä lähiöissä esimerkiksi kaupan-, koulun- tai kirjastonpihoilla.

Liikkuvan suunhoitoyksikön mahdollisuuksista tärkeäksi nousi **matalan kynnyksen palvelun tarjoaminen**. Palvelun tulisi yleisesti olla sellaista, että ihmisten olisi helppo lähestyä ja hakeutua palvelun pariin. Palvelun saavutettavuus ja aukioloaikojen tulisi myös vastata asiakkaiden tarpeisiin. Houkuttelevuutta pidettiin myös haastateltavien keskuudessa tärkeänä asiana huomioida matalan kynnyksen palveluissa.

Ihmisillä on myös yleisesti olemassa tieto siitä, että hammashoitoon on vaikea päästä. Mikäli koetaan, että ei soittamisen ja jonottamisen vuoksi pääse palveluiden pariin, voi palveluihin hakeutuminen jäädä. Tämän vuoksi palveluverkon kehittäminen ja helppous päästä niiden pariin on tärkeää huomioida. Liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnassa tuleekin pyrkiä tähän.

Haastateltavat totesivat, että julkinen terveydenhuolto kuuluu kaikille ja jokaisella on oikeus sekä mahdollisuudet päästä terveystalvelujen pariin. Tasa-arvoinen hoito kuuluu kaikille. Lait myös määrittävät ja antavat veloitteita palvelujen järjestämiselle. Tämän vuoksi poliittisilla päätöksillä on suuri rooli **tasavertaisten palveluiden tarjoamisessa**.

”No kylhän tasa-arvonen hoito kaikille, mut se on tarpeen mukaan. Eihän me kaikille tehdä sitä kaikkee... toisille täytyy tehdä enemmän ja toisille vähemmän... käytetään aikaa enemmän niihin joilla on tarvetta...”

Liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan suhteen haastateltavat pohtivat, että kaikki koululaiset tulisivat hoitoyksikköön ryhmissä tasavertaisesti, jotta ei muodostu eriarvoisuutta eikä ketään leimata. Tasavertaisuus ja kaikkien oikeus saada palveluita ajateltiin myös lasten kannalta. Mikäli liikkuva yksikkö on koulun pihalla, muistaa lapsi mennä hoitolaan ja mikäli vanhemmat eivät huolehdi tai vie lapsiaan hammashoitoon, niin lapset pääsisivät kuitenkin hoidon piiriin.

”Jos puhutaan ala-asteikäisistä... et jos hoitola on kaukana niin se voi olla se kulkeminen sinällään tai sitten et se lapsi ei muista mennä tai ei osaa mennä tai uskalla sanoa koulussa et hänen täytyy lähteä... et jos... puhutaan siitä, että jos vanhemmat ei viekkään... niin sit kuitenkin se palvelu vois tavoittaa sen lapsen...”

Liikkuvassa hoitoyksikössä voisi kehittää palvelujen ja toimintojen joustavuutta. Siellä voitaisiin käyttää hoitoaikaa enemmän tarpeen mukaan eikä ajanvarausaikoja laitettaisi kirjaan vaan toiminta olisi joustavampaa kuin esimerkiksi normaalisti hammashoitolassa. Esimerkkinä mainittiin muun muassa lapsiperheet, joita palvelujen saavutettavuus ja joustavuus helpottaisi. Näin voisi saada useamman saman perheen jäsenen suun terveydentilanteen katsottua.

Haastatteluista kävi myös ilmi, että syrjäytyneet ja asunnottomat voivat olla hankala asiakasryhmä toiminnan suuntaamisessa ja toteuttamisessa, mutta toisaalta jokainen on yksilö ja ansaitsee palvelut. Tämän vuoksi olisi tärkeää suunnata toimintaa ja tarjota liikkuvan suunhoitoyksikön tarjoamia palveluita näille riskiryhmille.

”Niitä, jotka tarvitsevat palveluita otettaisiinkin... niin tää on se mahdollisuus ja se vaikeus... koska siellä on tarkoitus löytää niitä jotka välttää ehkä palveluita...ei ymmärrä...ei halua...”

Terveyserojen kaventamiseksi palvelujen tarjontaa tulisi kohdentaa ja toiminnan priorisoinnin tulee olla selvillä. **Palvelujen ja resurssien kohdentaminen** on tärkeä asia huomioida terveyserojen kaventamisessa. Tilastojen mukaan terveyserojen esiintyminen on kaupunginosakohtaista. Palveluja tulisikin kohdentaa sosioekonomisten alueiden tarpeiden mukaisesti. Eri puolilla kaupunkia on erilainen hoidontarve.

”Et kyllähän meillä on hirveen erilainen hoidontarve eri puolilla... kyl mä pistäsin niitäkin sit järjestykseen...”

Eri alueilla on eri ikä- ja riskiryhmiä, jotka tarvitsisivat kuten syrjäytyneitä, lapsia, maahanmuuttajia ja kehitysvammaisia. Liikkuvan suunhoitoyksikön toimintaa tulisi suunnata aluekohtaisesti, eli toimintaa suunnattaisiin sinne, missä on eniten tarvetta.

”Jos sit puhutaan... siitä et mitä se palvelu on... mutta eihän se voi tarjota paikkaushoitoa kaikille ikäryhmille ilmaseksi, koska sithän ne käy kaikki siellä... vai pitäiskö se olla... onko se suunnattu kaikille... se on mun mielestä hyvä kysymys...”

Tässä nousee muutamien haastateltavien pohtima asia, että osa voi joutua luopumaan palvelujen saannin tasostaan, mikäli palveluja ja resursseja kohdennetaan. Voimavarojen kohdentamisessa nouseekin vaikeus mitä jätetään tekemättä. Toisilla alueilla ihmiset ovat tottuneet saamaan palveluita. Tasa-arvo on voinut johtaa eriarvoisuuden lisääntymiseen. Voidaan ajatella, että terveiden terveys vain lisääntyy ja terveyserot vain lisääntyvät. Vastauksista nousi esille sellainen seikka, että kaikille asiakkaille ei voida tarjota kaikkea.

”Meillä on aika paljon sellasta... et tehdään... neuvolatyöstä lähtien... et kaikille kaikkee... ja kaikille sitä samaa... tässähän vois ajatella et se on

johtanut ojasta allikkoon... et tasa-arvo on johtanut eriarvosuuden lisääntymiseen... nää on vaikeita asioita..."

Toiminnan kohdentamisessa on tärkeää, että mennään alueille, jossa ei ole palveluita tai pitkät matkat palveluiden pariin. Esille nousi liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan suuntaamisessa kaukana sijaitsevat alueet kuten Sipoo. Siellä olisi tarvetta kokonaisvaltaiselle terveystaloudelle. Myös Helsingin kariesriskialueet ovat tärkeitä, mihin suunnata suun terveyden edistämisen toimintaa.

Monista vastauksista tuli esille, että resurssit tulisi kohdentaa apua tarvitseville ja palvelujen tarjoaminen niitä tarvitseville. Palvelujen pariin tulisi päästä niiden joiden pitäisi. Toiminnan kohteeksi tulisi valita ryhmiä, jotka tarvitsevat palveluita ja sitten miettiä heidän tavoittamistaan.

"Et valittais semmoisia ryhmiä, et jotka tarttis ja mietittäis miten ne saavutetaan..."

Hoitoa tulisi myös antaa tarpeen mukaan, sillä toiset tarvitsevat enemmän tukea. Riskiryhmiin panostaminen ja erityisesti panostuksen määrä on ratkaisevaa, mikä riittävää kullekin kohderyhmälle. Mennään asiakkaiden pariin, jotka tarvitsevat ja viedään heille tietoa. Haasteelliseksi koettiin se, miten tunnistetaan ja priorisoidaan ne, jotka tarvitsevat tukea.

Toiminnan kohdentaminen tulisi kuitenkin tehdä voimavarojen mukaan. Liikkuvan suunhoitoyksikön suhteen tulee huomioida, että yksi yksikkö ei pysty tarjoamaan palveluita koko Helsingin alueelle. **Voimavarojen säästymisen palvelujen tehostamisessa** nähtiin huomioitavana seikkana terveystaloudien järjestämisessä. Kun palvelut viedään lähelle, on toiminta kustannustehokasta ja se säästää monia voimavaroja. Palvelujen tehostaminen helpottaa esimerkiksi laitospotilaiden ja vanhusten hoitoa. Suunhoitoyksikön toiminnan suhteen tämä nähtiin tärkeänä asiana. Liisussa voidaan hoitaa asiakkaan vaiva tai asia yhdellä kerralla ja saada hänen hoitonsa sillä erää valmiiksi tai ainakin tehdä mahdollisimman paljon kerralla. Laitoksissa ja pienryhmäkodeissa toiminta olisi tehokasta.

”Et onhan se kun ne kaikki on siellä ja sit sä saat tehtyy paljon kerralla... siis kyllä on hyvät mahdollisuudet... niin kaikki on siellä et pystyt hoitaan sen kunnolla... toiminta on niinku tehokasta... eikä heidän tarvi mennä sit hoitolaan...”

”Nykyään joudutaan viemään aika kauas... ne vanhukset sieltä... tai yhtäläilla ne kehitysvammaset... missä tahansa laitoksessa... se vaatii laitokselta aika paljon et he järjestää saattajan...”

Saattajien tarve vähenee, mikä helpottaa hoitohenkilökunnan avun tarvetta hoitoon viemisessä. Saattajien tarpeen vähentyminen vapauttaisi laitosten ja pienryhmäkotien henkilökunnan voimavaroja muuhun hoitotyöhön ja toimintaan. Myös päivystysvastaanottojen ja perushoitoloiden toimintaa helpottaisi liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan kohdentaminen laitospotilaisiin.

Lasten ja koululaisten suhteen suunhoitopalvelujen tuominen lähelle säästää myös monia voimavaroja. Vanhempien ei tarvitse viedä lapsia hoitolaan ja esimerkiksi alakoululaisten on helpompi kulkea hammashoitolaan, jos hoitola sijaitsee lähellä. Liikkuvassa yksikössä saadaan katsottua myös monta lasta kerralla muun muassa luokkatarkastusten avulla. Samalla kerralla lapsi saa suun terveystarkastuksen lisäksi yksilöllistä suun terveysneuvontaa ja ohjausta.

9.3 Ennaltaehkäisy

Terveyserojen kaventamisessa **terveystottumusten ja elintapaongelmien tiedostaminen** on oleellista. Kysyttäessä haastateltavilta väestön elintapaongelmista puutteellinen omahoito, ylipaino ja epäsäännölliset ruokailutottumukset nousivat tärkeimpinä. Lasten ja maahanmuuttajien elintavoista oltiin myös huolissaan. Koko väestöä ajateltaessa elämänhallinnan puute yleisesti koettiin huolestuttavana.

”Edelleen on arjen rytmittömyys... perheessä ei ole enää yhteisiä ruokailuaikoja... tai ei valmisteta kotona aterioita... eikä opita tunnistamaan

erilaisia ruoka-aineita... ja sitä kautta se terveyden edistämiseen liittyvä on hämärtynyt...”

Haastateltavien mielestä elintapamuutosta tarvitaankin ruokailun suhteen. Arjen rytmittömyys ja yhteisten ruokailuaikojen puute voi olla useissa perheissä ongelma. Myös yleisesti ruoan arvostuksen oppiminen ja erityisesti kouluruoan ja -ruokailun arvostaminen voi olla nuorten keskuudessa puutteellista. Kotitalouden lisäämistä kouluissa tarvittaisiin, koska lapset ja nuoret eivät opi tunnistamaan ruoka-aineita ja sitä kautta heille ei välttämättä muodostu kuvaa terveellisistä vaihtoehdoista.

Lapsuuden lyheneminen ja murrosiän aikaistuminen sekä aikuisuuteen liittyvät paineet ovat myös lisääntyneet nyky-yhteiskunnassa. Lasten kuormittaminen useilla harrastuksilla sekä valvominen ja unen vähyys koettiin lasten elintapoihin negatiivisesti vaikuttavina asioina.

Maahanmuuttajilla ongelmia elintavoissa voi olla sen vuoksi, koska heillä ei välttämättä ole tarpeeksi tietoa terveellisistä elintavoista eikä käytäntöä esimerkiksi hoitoon hakeutumisessa. Heidän elämäntavat ovat usein muuttuneet Suomeen tulon myötä. Myös kulttuurieroilla on vaikutusta elintapoihin.

Elämänhallinnan puutteesta mainittiin itse valittu kiire ja työsidonnaisuus, jatkuva suorittaminen ja kuluttaminen sekä perheen yhteisen ajan vähyys. Arvolähtökohtien tunnistaminen arjen valinnoissa voi olla haasteellista monelle. Vastuu arjen valinnoista voi kasata paineita. Aikuisten elintapaongelmista mainittiin ylipainon ja epäsäännöllisten ruokailutottumusten lisäksi alkoholin käytön lisääntyminen sekä mielenterveysongelmat.

Kasvatuksen ja koulutuksen tukeminen elintapojen oppimisessa nousi esille haastatteluissa. Vanhempien rooli kasvatuksessa ja elintapojen ohjauksessa nähtiin erittäin tärkeänä. Terveelliset elintavat opitaan jo pienestä pitäen kotona, joten vanhempiin vaikuttaminen on tärkeä keino. Vanhemmat saattavat antaa liikaa vastuuta lapsille ruokailuvalinnoissa ja lapsilta puuttuu aikuisten ohjaus. Perhekeskeisyyden lisääminen ja perheiden yhteiset tapaamiset sekä vanhempien tukeminen lasten hoidossa ovat tärkeitä huomioida terveysneuvonnassa.

Kasvatuksella ja koulutuksella on merkitys terveydenlukupäätösten ja kansalaistaitojen oppimisessa. Kasvun tukeminen jo varhaisvaiheessa edesauttaa ihmisten kykyyn ottaa vastuuta valinnoistaan ja elämästään.

*”...kuin tällaisen kasvatuksen ja oppimisen kautta... vaikuttaa ihmisten kykyyn
...itse... ottaa vastuuta valinnoistaan.. ja elämästään...”*

Terveellinen kouluympäristö mainittiin myös tärkeänä tekijänä elintapojen oppimisessa. Erilaisten makeis- ja virvoitusjuoma-automaattien poistamista pidettiin itsestäänselvyytenä.

Ennaltaehkäisyssä korostuu olennaisena **tiedon ja neuvonnan antaminen**. Haastateltavat sanoivat, että ihmisille tulee antaa tietoa ja neuvoja yleisesti sekä puhua asioista oikeilla nimillä. Tiedon konkretisoiminen esimerkiksi terveellisistä elintavoista, havainnollistaminen, vaihtoehtojen tarjoaminen ja houkuttelevaksi tekeminen sekä ihmisten kiinnostuksen hyödyntäminen nousivat terveysneuvonnan keinoina. Odotustiloissa tietoa voisi tarjota esimerkiksi videoiden avulla.

Suunhoidon osalta tiedon antaminen harjauksen ja ruokailun säännöllisyydestä, hoito-ohjeiden ja välineiden tarjoaminen, hoitopäätöksiä ohjeita sekä tiedon antaminen suun sairauksien yhteydestä muihin sairauksiin on tärkeää. Liikkuva suunhoitoyksikkö ja sen näkyvyys kaupungilla nähtiin oivallisena mahdollisuutena muistuttaa harjauksen ja suunhoidon merkityksestä.

*”...siitä täytyy tehdä tapa... se kuuluu ihmisen... siistiytymiseen...
tapakäyttäytyminen... se on vaan meidän tehtävä... tuoda enemmän esille...
...ne on harjattava...kerta ei riitä...”*

Tiedon lisäämisellä ja ihmisten pariin menemisellä voidaan yrittää saada muutosta aikaan. Oikean tiedon jakaminen voi kuitenkin olla haasteellista, koska kilpailevaa tietoa on paljon saatavilla. Yhden haastateltavan mukaan neuvontaa tulisi toisaalta suunnata koko väestölle, jotta se tehoaisi myös riskiryhmille. Ihmisillä tuntuu olevan tietoa, mutta nyt tarvittaisiinkin asennemuutosta terveyskäyttäytymisen ja –tottumusten suhteen.

”En nyt jaksa ymmärtää, et on tänä päivänä joku ihminen ei tiedä... miks pitää harjata... miten sitä voisi saada niitä asenteita muutettua, mutta kun tietoa tuntuu olevan, mutta toiminta puuttuu...”

9.4 Yhteistyö

Terveyserojen kaventamisessa **yhteistyön kehittäminen** eri toimijoiden välillä on erittäin tärkeässä roolissa. Moniammatillista yhteistyötä eri sektoreiden kanssa tulisi lisätä. Haastateltavat näkivät, että terveysalan johdolla on vastuu yhteistyön kehittämisessä. Johtamisen kautta tulisi luoda yhteistyörakenteita, koska terveyspalveluissa sektorilähtöisyys on ollut ongelma.

”Pitäis mieltä yhteistyörakenteet, millä tavalla markkinoidaan palveluita ja sen mahdollisuutta... se on se tie... se on raskas ja hankala ja pitkä tie, mutta oikotietä ei ole...”

Eri **yhteistyökumppaneiden kanssa työskentely** korostuu terveyserojen kaventamisessa monen asian suhteen. Suun terveyden ammattilaisten välinen yhteistyö ja tiimityö on suun terveyserojen kaventamisen kannalta tärkeää. Osaston sisäisen ammattitaidon ja osaamisen hyödyntäminen on yhteistyössä tärkeää, esimerkiksi maahanmuuttajayhteyshenkilön asiantuntija-apu maahanmuuttajien tavoittamiseksi.

Suun terveydenhuollon tulisi tehdä yhteistyötä terveysasemat- osaston kanssa. Hammashoitolat ovat usein samassa talossa neuvolan ja terveysaseman kanssa, joka luo hyvät edellytykset yhteistyölle. Myös terveyskeskuksen sisällä osastojen välinen yhteistyö, esimerkiksi psykiatria- osaston, kanssa koettiin tärkeänä.

Sosiaalivirasto yhteistyökumppanina nähtiin erittäin tärkeänä terveyserojen kaventamisen kannalta. Liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan avulla on mahdollisuus luoda uutta toimintaa yhdessä sosiaalityöntekijöiden kanssa.

”...sosiaalityöntekijät näkee sit et missä näitä syrjäytyneitä on ja mistä niitä tavottais... kun eihän me oikeen tiedetä missä niitä on...”

Sosiaalivirastolla on tieto esimerkiksi siitä, miten tavoittaa syrjäytyneitä ja erityisryhmiä. Sosiaalivirasto vastaa myös nuorten työpajatoiminnasta, joten tämä nähtiin mahdollisuutena tehdä yhteistyötä tavoittaen nuoria syrjäytymisvaarassa olevia. Sosiaaliviraston alaisuudessa toimivat myös päiväkodit, joten yhteistyön tiivistäminen myös pienten lasten ja heidän vanhempiensa tavoittamiseksi nähtiin hyvänä vaikuttamiskanavana jo varhaislapsuudesta lähtien.

Yhteistyön tiivistäminen myös laitosten ja pienryhmäkotien henkilökunnan ja asukkaiden kanssa koettiin tärkeäksi. Hoitohenkilökunnan motivoituminen on ensiarvoisen tärkeää laitospotilaiden suun terveyden ylläpitämiseksi.

Opetusviraston ja sitä kautta koulujen ja oppilaitosten kanssa yhteistyön kehittäminen ja lisääminen on avainasemassa lasten ja nuorten terveyserojen kaventamiseksi. Kouluissa yhteistyötä voidaan tehdä yhdessä opettajien ja kouluterveydenhoitajan kanssa. Ammattikoulut ja muut oppilaitokset nähtiin tärkeänä paikkana tavoittaa nuoria ja vaikuttaa ennaltaehkäisevästi nuorten terveyserojen syntymiseen. Media-alan oppilaitosten apua ja uuden tekniikan sekä median hyödyntämistä voisi hyödyntää esimerkiksi vaikuttavien kampanjoiden kehittämisessä. Nuorisoasiainkeskuksen kanssa tehtävä yhteistyö koettiin myös tärkeänä nuorten tavoittamisessa ja terveyserojen kaventamiseen tähtäävän toiminnan suuntaamisessa.

Kolmannen sektorin eli järjestöjen ja esimerkiksi seurakuntien avun hyödyntäminen tavoittamisessa ja toiminnan luomisessa sekä kehittämisessä nähtiin hyvänä. Järjestöillä ja yhdistyksillä on tietoa eri sairastuvuusryhmistä ja heidän kauttaan voidaan löytää esimerkiksi joku kansanterveydellisesti tärkeä kohderyhmä. Esimerkkeinä yhteistyökumppaneista kolmannen sektorin osalta mainittiin sydän- ja diabetesliitto ja niiden asiantuntijat.

Yhteistyö nähtiin toimintana hyvin moniulotteisena. Se on yhdessä tekemistä toiminnan kohteen hyväksi, asiantuntemuksen ja ajanmukaisen tiedon jakamista

puolin ja toisin sekä ennen kaikkea vuorovaikutuksessa olemista. Yhteistyössä toimijoilla tulee olla yhteiset tavoitteet ja suunnitelma, jonka teko vaatii yhteistä suunnittelua. Yhteistyön luomiseksi on tarpeen kartoittaa mitä tarvitaan ja toivotaan. Yhdessä sitten kehitetään molemmille toimijoille tarpeellista toimintaa. Osapuolien tavoitettavuus ja joustavuus toimijoiden välillä on tärkeää. Liikkuvan suunhoitoyksikön suhteen todettiin, että kun tavoitteet on yhdessä määritelty, toiminta priorisoitu ja tarpeet kartoitettu, mennään liisulla sovittuihin paikkoihin.

”Se vaatii sen, että liisu on... suun terveydenhuolto on se toimija, joka jollain tavoin kutsuu itsensä ja eri toimijoiden kanssa tekee yhteisen suunnitelman ja sitten... konkretisoi millä tavalla... mil taval ne asiat hoidetaan...”

Yhteistyö vaatii suun terveydenhuollon osalta paljon aktiivisuutta. Toisen osapuolen yhteydenotto ja toiminnoista tiedottaminen aloittaa yhteistyön. Haastateltavat sanoivat, että omista toiminnoistamme ja käytännöistämme tiedottaminen vaatii paljon omaa aktiivisuutta. Konkreettinen yhteydenotto sinne, mihin ollaan menossa, on toiminnan ja yhteistyön lähtökohta.

Tiedon välittäminen ja tiedottaminen yleensä on yhteistyössä tärkeää. Tieto tulee kohdentaa oikeille tahoille eli niille, joiden kanssa yhteistyötä halutaan luoda ja kehittää. Tiedon kulku yhteistyötoimijoiden välillä on tärkeää sekä tiedon saannin varmistaminen yhteistyötaholta. Toiminnoista tiedottaminen esimerkiksi lehdissä nähtiin myös yhtenä mahdollisuutena. Sosiaalityössä suun terveydenhuollon palvelujen markkinointia voisi haastateltavien mielestä lisätä. Jotta suun terveyttä edistävästä toiminnasta saadaan vaikuttavaa, on tärkeää luoda hyvät yhteistyöverkostot.

9.5 Terveyden edistämisen näkyvyys strategioiden toimeenpanossa

Terveyserojen kaventaminen ja terveyden edistäminen on haastateltavien mukaan tärkeä strateginen tavoite. Strategiset linjaukset antavat tavoitteita toiminnan suuntaamiselle. Kuitenkin erittäin tärkeänä nähtiin **tietoisuuden lisääminen terveyden edistämisen strategisista linjauksista**. Osalle haastateltavista eivät

terveyskeskuksen strategiset linjaukset olleet selviä tai tiedossa. Yleisesti ymmärrettiin terveyserot yksilöllisinä ja alueellisina eroina terveydessä. Terveyskeskuksen henkilökunnan tietoisuutta linjauksista ja hankkeista tulisi näin ollen lisätä. Vastauksista kävi myös ilmi, että ennaltaehkäisevän työn arvostusta tulisi lisätä.

”...mun mielestä niist ei oo kauheest puhuttu... ei meidän henkilökunta varmaan ees tiedä niitä...”

”...ymmärrän että meidän päätehtävä on suun terveyden edistäminen... eikä tää korjaava hoito... et kun se on monella on se käsitys, et se korjaava hoito on meidän ykköstehtävä... valitettavasti...”

Muutamien haastateltavien mielestä terveydenhuollolla on rajalliset mahdollisuudet ja muutamien mielestä hyvät mahdollisuudet terveyserojen kaventamisessa.

”Kyllä on mahdollisuuksia... jos otetaan vaikka toi äsköinen esimerkki kundit kondikseen-hanke... niin se on esimerkki siitä... jossa kohdennetaan resursseja johonkin valittuun asiaan... se on vaativaa... se tarkoittaa jos ajatellaan resursseja... niin pitää miettiä mihin niitä käytetään... ja sit kun on lakisääteiset velvoitteet...”

Johdon vastuuta strategisten linjausten toteutumisesta korostettiin, sillä linjausten puutteellinen näkyminen käytännössä voi aiheuttaa epäluuloa, että asian eteen ei olla tehty tarpeeksi toimenpiteitä. Paljon hyvää on voinut jäädä myös dokumentoimatta ja voi näyttää siltä, että linjausten toteuttamiseksi ei olla tehty tarpeeksi. Johdon vastuuna on myös huolehtia resurssien ja toimintojen kohdentamisesta linjausten mukaisesti. Terveyskeskuksen ammattilaisten tehtävänä on toteuttaa johdon asettamia linjausten toteuttamissuunnitelmia.

Haastateltavien mielestä suomalainen yhteiskunta on mennyt huonompaan suuntaan terveyseroissa. Terveyskeskukset nähtiin myös ennen kaikkea sosiaalipoliittisena kysymyksenä. Terveyspalvelujen järjestäminen ja kohdentaminen on tärkeää, sillä väestö, joka paremmin koulutettu, saa palveluita paremmin ja edullisemmin ja se osa

väestöä, jolla vähemmän koulutusta ja tietoa, saavat palveluja huonommin. Tämän vuoksi **sosiaalipoliittisten tekijöiden huomioiminen** terveyserojen kaventamiseen tähtäävässä toiminnassa on yksi tärkeistä lähtökohdista.

Haastatteluissa nousi esiin jo tutkimuksen kirjallisuusosuudessa mainittu asia, että terveyspalvelujen tasa-arvo on voinut johtaa jopa eriarvoisuuden lisääntymiseen. Yksi tärkeä seikka, mikä nousi myös haastatteluissa oli taloudellisen näkökulman huomioiminen. Maksupolitiikka on iso kysymys, mutta terveyserojen kaventamisen suhteen ilmaisuuskysymyksen esilleottaminen nähtiin hyvänä erityisesti, jos halutaan palvelujen pariin ne, jotka niitä eniten tarvitsevat. Matalat maksut olisivat tekijä, joka parantaisi palvelujen saavutettavuutta, varjopuolena koettiin kuitenkin mahdollinen asiakkaiden määrän lisääntyminen jo nyt ylikuormittuneessa terveydenhuollossa.

Elintapamuutosten aikaansaamiseksi tarvittaisiin myös yhteiskunnallista säätelyä, kuten tietoa esimerkiksi alkoholin käytön vaikutuksista. Saatavuus ja hinta vaikuttavat tutkitusti käytön vähenemiseen. Haastateltavat pohtivat myös verotuksellisten keinojen, kuten alkoholi- ja makeisveron vaikutusta elintapojen muutokseen.

9.6 Uudet toimintamuodot

Uuden terveyspalvelumuodon kehittämiseksi **uuden palvelun sisällön määrittely** on tärkeä seikka, josta toiminnan suunnittelu lähtee. Palvelu yleisesti ja palvelun tarve tulee määritellä. Palvelujen tarpeen määrittäminen on ammattilaisten tehtävä. Palvelujen sisältö on toiminnan suunnittelussa olennaista miettiä. On tärkeää pohtia ja selvittää mitä annettavan palvelun avulla halutaan saavuttaa, mitä asiakkaille tehdään ja onko palvelu suunnattu kaikille.

Liikkuvan suunhoitoyksikön suhteen tulee miettiä onko annettava suunhoitopalvelu ehkäisevää vai sairauden hoitoa. Toiminnan sisällön kehittämiseksi tulee pohtia onko toiminta muutakin kuin terveyden edistämistä. Mikäli toiminta on pelkkää terveyden edistämistä, voi se olla aika suppeaa. Yksi liikkuva yksikkö ei kuitenkaan voi tarjota kaikille esimerkiksi paikkaushoitoa. Tämän vuoksi haastateltavat kokivat, että yksikön toiminta ei voi välttämättä olla kaikille, koska se olisi mahdoton toteuttaa.

Uuden toiminnan tulee myös olla perusteltua ja tavoitteiden tulee olla määritelty. Toiminnan taustalle tarvitaan tutkimustietoa, jotta toiminta on perusteltua. Pohdittava on, mikä on uuden toiminnan hyöty verrattuna perinteiseen ja määritellä miten liikkuvan yksikön toiminta eroaa normaalitoiminnasta hoitolassa. Se, mihin toiminnalla vaikutetaan pitkällä tähtäimellä, on myös taloudellinen asia. Uuden toiminnan toimintasuunnitelmaan tulee kuulua johdonmukaisuus. Liikkuvan suunhoitoyksikön suhteen toiminnan suunnittelussa segmentointi voisi haastateltavien mielestä olla ratkaisu. LIISUN toiminnalle on myös kovat odotukset, sillä se koetaan tärkeänä välineenä väestön suun terveyden edistämiseksi ja suun terveyserojen kaventamiseksi.

Uuden toiminnan suunnittelussa ja tässä tutkimuksessa kohteena olevan liikkuvan yksikön **toiminnan näkyväksi tekeminen ja houkuttelevuus** on asia, joka tulee huomioida. Näkyväksi tekeminen olisi haastateltavien mielestä hyvä tehdä esimerkiksi erilaisissa tapahtumissa. Ehdotuksena oli muun muassa leikkipuistojen tapahtumat, jotta lapset voisivat tutustua hammashoitolan laitteisiin ja toimintaan tai vanhusten päivillä voitaisiin tehdä suun terveystarkastuksia ja antaa samalla terveysneuvontaa. Liikkuvalla yksiköllä konkreettisesti paikan päälle meno herättää varmasti monissa ihmisissä kiinnostusta. Pyyntöjä tulee varmasti myös muihinkin paikkoihin, kun yksikön toiminta tulee asiakkaiden tietoisuuteen. Haastateltavien mielestä liikkuva suunhoitoyksikkö ei voi olla pelkästään lapsille, vaan sen täytyy tarjota suunhoitopalveluita eri ikäisille ja eri kohderyhmille.

”...mut mä nään sen kun mennään näkyvästi esille ennaltaehkäisevällä mielellä ja lähdetään koululaista ja lapsista, että tää ei nyt heti näy... mutta jos jaksaa odottaa vuoden kaksi...”

Liikkuvan suunhoitoyksikön imago ja houkuttelevuus koettiin erittäin tärkeäksi. Liikkuvan suunhoitoyksikön lanseeraamisessa on tärkeää uutuus ja viesti. Jo auton ulkonäkö on tärkeä mieltä viestin välittämisessä. Liikkuvan yksikön tulee kiinnostaa, olla iloinen ja positiivinen. Se ei saa olla paikka, mihin joudutaan. Yksikön imago on tärkeä houkuttelevuuden vuoksi, jotta ihmisille ei tule negatiivisia mielleyhtymiä tai pelottavia kokemuksia. Moni syrjäytynyt ja riskiryhmiin kuuluva voi vältellä hammashoittoon hakeutumista esimerkiksi pelon vuoksi. Tämä tulee huomioida

viestinnässä ja markkinoinnissa sekä ulkoasussa. LIISUN tulee olla helposti lähestyttävä palvelu. Koska liikkuva suunhoitoyksikkö on uusi toiminta- ja palvelumuoto, herättää se ihmisissä kiinnostusta. Liikkuva suunhoitoyksikkö nähdään loistavana uutena mahdollisuutena suun terveyserojen kaventamisessa.

Liikkuva suunhoitoyksikkö on uusi innovaatio ja sen tärkeä tehtävä on konseptin kehittäminen. LIISU ei voi ratkaista kaikkia ongelmia väestön suun terveyden edistämisen alueella, vaan kehitystyön tavoitteena onkin tuottaa uudenlainen palvelumuoto suun terveydenhuollossa. Haastateltavat pohtivat myös, että yleisesti terveydenhuollossa esimerkiksi henkilökunnan rohkaiseminen innovaatioiden kehittämiseen voi saada uusia toimivia ideoita aikaan. Käytännön työstä voidaan saada paljon ideoita ja resursseja **uusien innovaatioiden kehittämiseen**.

Terveyskasvatuksessa tulisi myös keksiä uusia tapoja antaa tietoa, koska esimerkiksi koululaiset ovat kyllästyneet perinteiseen neuvontaan. Nykyajan yhteiskunnassa ihmiset myös tietävät jo paljon ja ovat valveutuneita, riippuen tietysti kohderyhmästä.

”Meidän pitäis keksii jotain uutta... koska nää ihmiset tietää kaiken jo... tai siis... tai no... se vähän riippuu kuka on kohderyhmä... mut jos puhutaan suomalaista koululaisista... niin ne on läpeensä täynnä sitä... sitä... ööö... perinteistä neuvontaa..”

10 POHDINTA

Tutkimuksen haastatteluosuuden sekä aikaisempien tutkimuksien myötä liikkuvan suunhoitoyksikkö LIISUN toiminnan suunnittelemiseksi nousi tärkeitä huomioitavia asioita suun terveyserojen kaventamiseksi ja moniammatillisen yhteistyön edistämiseksi Helsingissä. Kuvassa 8 (s. 68) esitetään tämän tutkimuksen tuloksena muodostettu liikkuvan suunhoitoyksikön toimintasuunnitelma.

10.1 Keskeiset tutkimustulokset

Suun terveyserojen kaventamiseksi liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnassa tulee huomioida terveyskeskuksen ja suun terveydenhuollon strategiat ja tavoitteet. **Strategiset linjaukset** luovat pohjan terveyden edistämisen toiminnoille ja niiden suuntaamiselle. Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon toimintasuunnitelmassa vuodelle 2010 mainitaan, että terveyden edistämistoimia kohdistetaan niille väestöryhmille, asuinalueille ja kouluille, joilla on vakavimmat suun ja hampaiston terveysongelmat. Tämä tutkimus osoitti, että tietoisuutta linjausten sisällöistä ja toiminnoista tulee lisätä, jotta henkilökunta tietää miksi toimintoja kehitetään ja mihin niitä suunnataan. Liikkuvan suunhoitoyksikön työntekijöiden, suun terveydenhuollon henkilöstön ja yhteistyötahojen tulee tietää terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen strategiset linjaukset, jotta toiminta osataan suunnata ja kohdentaa oikein.

Liikkuva suunhoitoyksikkö on uusi palvelumuoto, jota ei vielä ole ollut Suomessa, joten toiminnan suunnittelun tulee lähteä **tavoitteiden asettamisesta ja annettavien suunhoitopalvelujen määrittämisestä**. Terveyden edistämistoiminnan suunnittelu vaatii lähtötilanteen ja tarpeiden kartoittamista, jotta asetetut tavoitteet ovat kohderyhmälle mahdollisimman relevantteja ja saavutettavissa olevia (STM 2009). Suunhoitoyksikön toiminnan tavoitteena on suun terveyserojen kaventaminen ja erityisesti lasten ja nuorten suun terveyden edistäminen. Haastateltavat nostivat esiin sen, että toiminnan suunnittelemiseksi on määritettävä keskitytäänkö annettavilla suunhoitopalveluilla terveyttä edistäviin toimintoihin vai annetaanko yksikössä myös korjaavaa hoitoa. Yksikössä annettavien palvelujen maksullisuus tai maksuttomuus

tulee myös päättää. Terveyserojen kaventamisen kannalta palveluihin pääsemisen tulisi olla maksutonta, jotta maksukyky ei olisi tarpeenmukaisen hoitoon hakeutumisen esteenä (Leppo 2007). Tätä mieltä olivat myös haastateltavat. Vaikka palveluilla voidaan vaikuttaa vain rajallisesti terveyseroihin, terveyssektorilla tulisi johdonmukaisesti toimia asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Terveyspalveluiden rakenteet säätelevät hoitopääsyä ja käyttöä epätasa-arvoisesti, joten näihin tulee kiinnittää huomiota (Sihto & Palosuo 2004).

Tässä tutkimuksessa tuli esille, että liikkuvan suunhoitoyksikön toiminta tulee **priorisoida ja kohdentaa** tietyille alueille ja **valituille kohderyhmille**. Tutkimukset (Läärä 1999, Palosuo ym. 2007, Poutanen 2007, Armfield 2009, Levin 2010) osoittavat myös, että terveyden edistämisen toimintaa tulisi suunnata erityisesti sosioekonomisesti heikommassa asemassa oleviin lapsiperheisiin ja tietyille asuinalueille. Tilastojen (Valkonen ym. 2007, Turunen ym. 2008, Simoila 2011) mukaan terveyserojen esiintyminen Helsingissä on kaupunginosakohtaista, joten palveluja tulee kohdentaa sosioekonomisten alueiden tarpeiden mukaisesti.

Aluksi yksikön toiminta suunnitellaan ja kohdistetaan tavoitteiden mukaisesti koululaisiin valituilla alueilla ja kouluilla. Erilaisiin tapahtumiin voidaan liikkuvalla yksiköllä osallistua tarpeen mukaan ja resurssien puitteissa. Esimerkiksi iltaisin ja koulujen loma-aikoina tulee olla erillinen priorisoitu suunnitelma, jotta palvelu tavoittaisi suun terveyserojen kaventamisen kannalta tärkeät kohderyhmät.

Haastatteluissa nousi esiin toiminnan kohdentaminen erityisesti lapsiperheisiin, syrjäytymisvaarassa oleviin nuoriin ja aikuisiin sekä laitospotilaisiin. Toimintaa kannattaa suunnata myös eri sairastuvuusryhmiin, sillä lähes kaikki yleiset pitkäaikaissairaudet ovat alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä yleisempiä kuin ylemmissä (vrt. Palosuo ym. 2007). Toimintojen kohdentamisella on suun terveyserojen kaventamiseen myönteinen vaikutus.

Tämän tutkimuksen mukaan tärkeiden kohderyhmien **tavoittamiseksi** tarvitaan **suunnitelmallista yhteistyötä** eri tahojen kanssa. Koska aiemmat tutkimukset (DH 2002, Wamala ym. 2006, Palosuo ym. 2007, Lahelma ym. 2007, Helakorpi ym. 2009, Laitalainen ym. 2010) osoittavat, että terveyskäyttäytymisellä ja terveyspalvelujen

käytöllä on merkitystä terveyserojen aiheuttajana, on riskiryhmien saaminen palvelujen piiriin tärkeää. Suun terveystalouden tuominen lähelle ja ihmisten pariin meneminen parantaa asiakkaiden mahdollisuuksia päästä palvelun piiriin. Tasavertaisuus kohderyhmän sisällä huomioidaan siten, että heistä kaikkien on mahdollista saada kyseistä palvelua.

Huonossa sosiaalisessa ja taloudellisessa asemassa olevien ihmisten saamiseksi palvelujen piiriin tarvitaan tehokkaita keinoja (DH 2002, Keskimäki ym. 2002, Palosuo ym. 2007), joten suunhoitoyksikön toiminnasta tulee tehdä **matalan kynnyksen palvelu** ja jokaisen kohderyhmäläisen tulee saada omiin tarpeisiinsa sopivaa yksilöllistä palvelua. Osallistumiskynnyksen tulee olla matala eikä se saisi olla leimaavaa tai erottelevaa (Teroka 2008). Toiminnan suunnittelussa tulee huomioida **asiakaslähtöisyys**. Liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnassa tulee haastateltavien mielestä panostaa ihmisläheiseen ja yksilölliseen terveysneuvontaan sekä pyrkiä lisäämään asiakkaan omaa vastuunottoa terveydestään. Melkaksen (2010) mukaan ihmiset ja organisaatiot on voimaannutettava ottamaan terveyden edistäminen omiin käsiinsä. Toiminnan suunnittelussa tulee myös tiedostaa kohderyhmien tärkeimmät **elintapaongelmat** ja pyrkiä vaikuttamaan niihin **ennaltaehkäisevästi**, sillä terveydelle haitalliset elintavat voivat johtaa heikosta sosioekonomisesta asemasta huonoon terveyteen (DH 2002, Prättälä ym. 2007, Laitalainen ym. 2010).

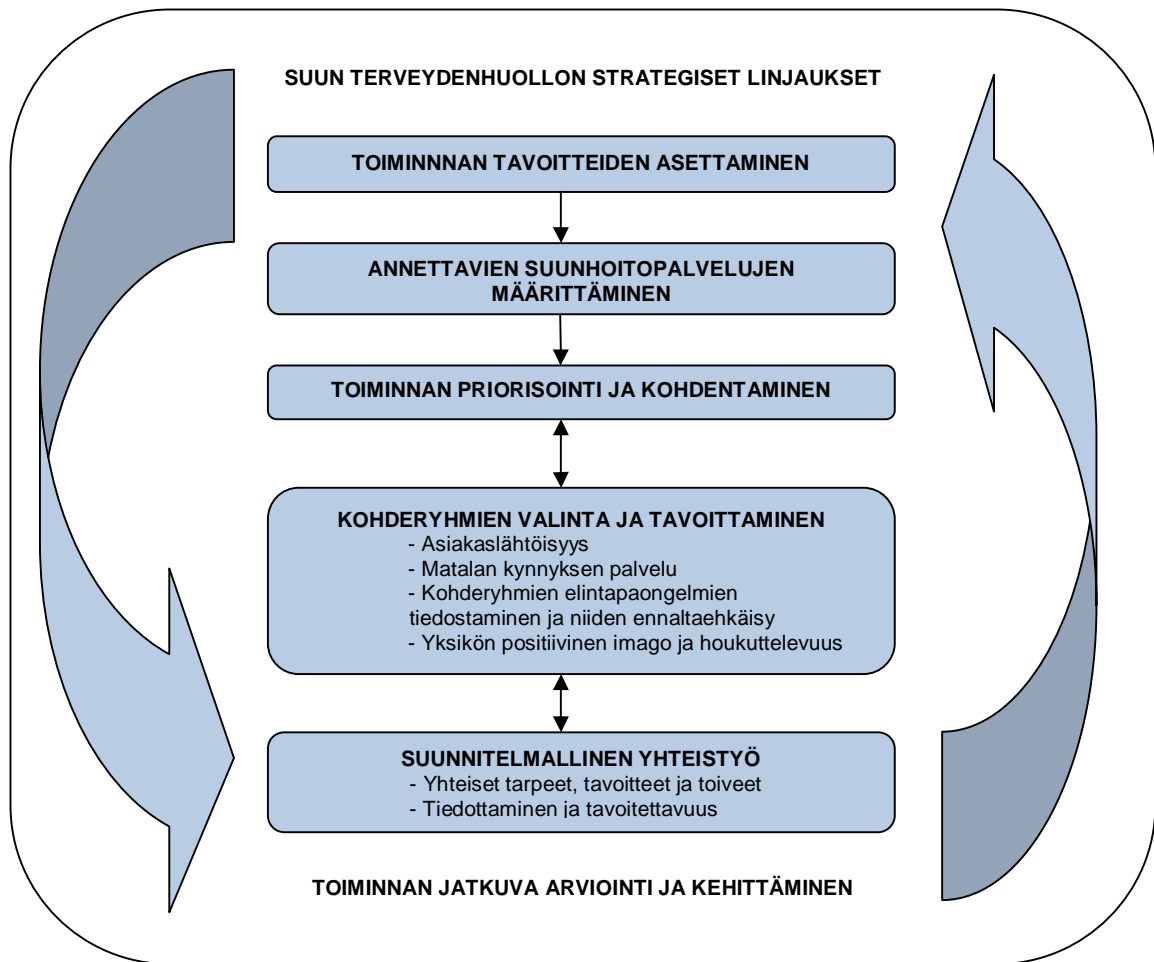
Tässä tutkimuksessa tuli esiin, että suunhoitoyksikön toiminnan näkyväksi tekemisessä yksikön **positiivinen imago ja houkuttelevuus** sekä markkinointi on tärkeää. Tiedon ja neuvonnan antaminen positiivisella tavalla sekä näkyvyys ihmisten parissa lisää kiinnostusta suunhoitoon. Terveyttä edistävän toiminnan tulisi olla myös uutta sisältöä elämään antavaa, jotta se olisi vaikuttavaa (Teroka 2008).

Tutkimus osoitti, että hyvien **yhteistyöverkostojen luominen** liikkuvan yksikön toiminnan suunnittelussa on tärkeää suun terveyserojen kaventamiseksi. Terveystalouden kaventamisessa tarvitaan monien tahojen pitkäjänteistä yhteistyötä (Widström 2005, Signal ym. 2007, Linnanmäki ym. 2008, Pyykkö 2008, STM 2008, Melkas 2010), joten suun terveydenhuollon tulisi lisätä moniammatillista yhteistyötä eri sektoreiden kanssa. Yhteistyössä tärkeää on selkeä strateginen lähestymistapa, yhteisöjen ja kohderyhmien osallistuminen toimintaan sekä toimintojen jatkuva

arviointi. Terveysalan johdolla on vastuu yhteistyön kehittämisessä ja haastateltavien mukaan johtamisen kautta tulee luoda yhteistyörakenteita sektorilähtöisyyden välttämiseksi.

Liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan aloittamisessa korostuu yhteistyön luominen ja kehittäminen terveyskeskuksen sisällä sekä erityisesti sosiaali- ja opetusviraston kanssa, kun ajatellaan suun terveyserojen kaventamiseen tähtäävien toimintojen luomista. Yhteistyö koulujen kanssa ja hammashuollon aktiivisempi läsnäolo kouluissa on todettu tärkeäksi (Widström 2005, Gill ym. 2009). Yhteistyön luomiseksi kartoitetaan aluksi molempien osapuolten tarpeet ja toiveet. Toimijoilla tulee olla yhteiset tavoitteet ja suunnitelma, jotta kaikille toimijoille luodaan ja kehitetään heille tarpeellista toimintaa. Tässä tutkimuksessa nousi esille, että osapuolien tavoitettavuus ja joustavuus sekä tiedon välittäminen ja tiedottaminen toimijoiden välillä on huomioitava. Molempien yhteistyökumppanien tulee myös hyötyä hyvästä yhteistyöstä. Mönkkösen (2007) mukaan yhteistyö ja yhteistoiminta edellyttävät jatkuvuutta, ennustettavuutta ja luottamusta, joka seuraa yhteistyön jatkuvuudesta ja osapuolien sitoutumisesta.

Terveiden edistämiseen ja terveyserojen kaventamiseen tähtäävän toiminnan tulee olla pitkäjänteistä eivätkä saavutetut vaikutukset saisi hävitä hankkeen loppuessa (Teroka 2008). Toiminnan vaikutuksia ja vaikuttavuutta tulee arvioida sekä tulos- että prosessinäkökulmasta (STM 2009). Koska tulokset interventioiden vaikuttavuudesta yleisesti ottaen ovat epäselviä (Millward ym. 2003, Bamba ym. 2010), tulee liikkuvan suunhoitoyksikön jatkotoiminnan kannalta toimintaa **jatkuvasti seurata ja arvioida**. Näin toimintoja voidaan suunnata ja kehittää tarpeen mukaan väestön suun terveydentila ja väestöryhmittäiset tarpeet huomioiden.



Kuva 8. Liikkuvan suunhoitoyksikkö LIISUN toimintasuunnitelma

LIISUN toiminnan suunnittelemiseksi ja kehittämiseksi on kiinnitettävä huomiota tässä suunnitelmassa esitettyihin asioihin. Suun terveydenhuollon strateginen linjaus terveyden edistämisestä ja terveyserojen kaventamisesta luo pohjan yksikön tavoitteille, toiminnalle ja kehittämiselle. Strategiset linjaukset eivät ole haastateltavien mukaan täysin henkilökunnan ja toimijoiden tiedossa, joten niiden kirkastaminen eri yhteyksissä on tarpeen. Koska suunhoitoyksikön toiminnan konkreettiset tavoitteet on määritelty, tulee suunnittelussa seuraavaksi määrittää minkälaisia suunhoitopalveluita yksikössä annetaan ja ovatko ne maksuttomia vai maksullisia. Yksikössä annettavat palvelut tulee kohdentaa ensisijaisesti terveyttä edistäviin toimintoihin ja korjaavaa hoitoa tulee antaa vain tarpeen mukaan. Tämä ja aikaisemmat tutkimukset (mm. Leppo 2007) puoltavat terveyserojen kaventamisen näkökulmasta yksikössä annettavien suunhoitopalveluiden maksuttomuutta.

Alustavien suunnitelmien mukaan toiminta suunnataan aluksi koululaisiin jo ennalta sovitussa kaupunginosassa. Toiminnan toteutumiseksi kouluilla tarvitaan aktiivista yhteistyötä opetusviraston kanssa. Yksikössä annettavat ennaltaehkäisevät suunhoitopalvelut tulee lisäksi kohdentaa ensisijaisesti lapsiperheisiin, syrjäytymisvaarassa oleviin nuoriin ja aikuisiin sekä laitospotilaisiin sosioekonomisten alueiden tarpeiden mukaisesti. Tämän toteutumiseksi tarvitaan hyviä yhteistyöverkostoja terveysasemat -osaston ja sosiaaliviraston kanssa. Projektiryhmäläisten ja LIISUN toimijoiden lisäksi kohderyhmien valinnassa ja tavoittamisessa sekä yhteistyön luomisessa tarvitaan suun terveydenhuollon terveyden edistämisen asiantuntijan ammattitaitoa. Yksikön positiivisen imagon luomiseksi jo aloitettua yhteistyötä mainostoimiston kanssa tulee jatkaa, jotta yksiköstä tulee houkutteleva ja kiinnostava. Yksikön toiminnoista ja palveluista tiedottamisessa tarvitaan myös yhteistyökumppaneiden apua, sillä heillä on mahdollisuus vaikuttaa kohderyhmien tavoittamiseen ja palvelujen piiriin pääsemiseen. Tässä tutkimuksessa nousi esiin, että yksikön toiminnan ja sen mahdollisuuksien tullessa tietoisuuteen, tulee pyyntöjä ja yhteydenottoja mahdollisesti moniin paikkoihin. Tämän vuoksi toiminnan kohdentamisesta tulee olla selkeä priorisointilista, sillä yksi yksikkö ei riitä koko Helsingin alueelle. Moniammatillisen yhteistyön luomiseksi LIISUN avulla toiminnan suunnittelutyötä tulee tehdä yhteistyössä yhteistyökumppaneiden kanssa. Näin voidaan saada uutta, erilaista ja monipuolisempaa näkökulmaa toimintojen suuntaamiseen.

Toimintaa tulee arvioida koko prosessin ajan projektityöryhmän jäsenien ja suun terveydenhuollon johdon toimesta yksikön toiminnan kehittämiseksi. Toiminnan tuloksia on hyvä pohtia myös moniammatillisessa työryhmässä. Jatkossa hyvän jatkuvan prosessi- ja toiminta-arvioinnin sekä tilastojen seuraamisen myötä yksikön toimintaa voidaan kohdentaa entistä paremmin asiakaslähtöisen tarpeen mukaan.

10.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tutkimuksen luotettavuuden, tulosten uskottavuuden sekä eettisen hyväksyttävyyden edellytys on, että tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeisto 2002). Tämä tutkimus tehtiin Helsingin

kaupungin suun terveydenhuollossa uuden innovaation, liikkuvan suunhoitoyksikkö LIISUN, toiminnan ja moniammatillisen yhteistyön suunnittelemiseksi. Tutkimuslupa anottiin terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinoitiryhmältä (TUTKA). Lupa on liitteenä (Liite 1).

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja pääasiallisin luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Näin ollen luotettavuuden raportointi koskee koko tutkimusprosessia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan tarkastella kolmen kriteerin kautta; *uskottavuuden, siirrettävyyden ja vahvistuvuuden*. (Eskola & Suoranta 2008). Tässä tutkimuksessa luotettavuutta tarkastellaan näiden kriteerien kautta.

Tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys (Tuomi & Sarajärvi 2006). Tutkimuksen aihe on ajankohtainen, sillä tutkimukset ja tilastot osoittavat väestöryhmien välillä olevan entistä suurempia terveyseroja. Terveyserojen kaventamiseen tähtäävät toimet ja interventiot ovat tällä hetkellä terveydenhuollossa tärkeitä toiminnan kohdentamisen ja kehittämisen kohteita. Tutkimusmenetelmäksi valittiin toimintatutkimus, koska Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa on havaittu väestöryhmien välillä olevan suun terveyseroja ja niihin tulee strategisten linjausten mukaisesti löytää ennaltaehkäiseviä keinoja välttää suun terveyserojen syntymistä sekä vähentää jo syntyneitä eroja. Tämän käytännössä havaitun ongelman vuoksi ja käytännön työn kehittämiseksi toimintatutkimuksen soveltaminen sopi tähän tutkimukseen.

Uskottavuutta luotettavuuden kriteerinä tarkastellaan siten, että vastaavatko tutkijan käsitteellistykset ja tulkinnat tutkittavien käsityksiä (Eskola & Suoranta 2008). Tutkimuksen tulee tuoda esille tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa niin hyvin kuin mahdollista. Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta (Hirsjärvi & Hurme 2010). Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu monipuolisen ja todenmukaisen aineiston saamiseksi. Teemahaastattelun avulla voidaan saada mahdollisimman hyvä kuva tutkittavien käsityksistä ja ajatuksista tutkittavasta ilmiöstä.

Haastatteluun valittiin viisi henkilöä (n=5) liikkuvan suunhoitoyksikön moniammatillisesta suunnittelutyöryhmästä. Haastateltavat valittiin haastatteluun, koska heillä on monipuolista tietoa uuden toiminnan tavoitteista ja tarkoituksesta. He tuntevat terveyskeskuksen toiminnan ja mahdollisuudet hankkeen toteutuksessa. He edustavat myös terveysalan eri ammattiryhmiä ja heillä on kaikilla pitkä työkokemus.

Haastateltaville kerrottiin ennen haastattelua tutkimuksesta ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumuslomake (Liite 2). Heitä informoitiin myös haastattelun vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta sekä siitä, että nauhoitettu aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen jälkeen. Koska tutkijalla on kokemusta teemahaastattelusta aineistonkeruumenetelmänä aiempien opintojensa johdosta, ei esihaastattelua tehty. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, jotta saataisiin jokainen kertomaan ajatuksiaan aiheesta mahdollisimman avoimesti. Koska haastattelut nauhoitettiin, voi nauhurin käytöllä ja sen läsnäololla olla jonkin verran vaikutusta haastateltavien vastauksiin.

Aineiston määrä on laadullisessa tutkimuksessa hyvin pitkälle tutkimuskohtainen. Vastauksia tarvitaan juuri sen verran kuin aiheen kannalta on välttämätöntä (Eskola & Suoranta 2008). Tässä tutkimuksessa aineistoa oli pienestä otoskoosta huolimatta riittävästi. Eskolan ja Suorannan (2008) mukaan aineisto on kylläntynyt eli saturoitunut kun aineistosta alkaa toistua tietty peruslogiikka. Haastatteluista nousi nopeasti samantyyppisiä vastauksia. Haastateltavat ovat kukin ammattilaisia alallaan ja heiltä nousi haastatteluissa paljon ajatuksia ja käsityksiä terveyserojen kaventamisesta ja kehittämisideoita liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan suunnittelemiseksi. Haastatteleamalla myös muita kuin LIISUN suunnittelutyöryhmän jäseniä, esimerkiksi asiakkaita, oltaisiin voitu saada vielä laajempaa näkökulmaa aiheeseen.

Reliaabelius koskee sitä kuinka luotettavaa tutkijan analyysi materiaalista on, onko kaikki käytettävissä oleva aineisto otettu huomioon ja onko tiedot litteroitu oikein (Hirsjärvi & Hurme 2010). Tuloksia julkistettaessa on myös huolehdittava siitä, ettei tutkittavien henkilöllisyys paljastu (Eskola & Suoranta 2008). Aineiston analyysi tehtiin systemaattisesti laadullisella teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Analyysia ohjasivat terveyserojen kaventamisen viitekehysten teoreettiset käsitteet. Aineiston

analyysi on raportoitu huolellisesti ja aineiston analyysistä on esimerkkitaulukoita tutkimuksessa (Taulukko 2) sekä liitteenä (Liitteet 4 ja 5). Tulokset perustuvat systemaattiseen analyysiin aineistosta. Niissä heijastuu haastateltujen oma ajatusmaailma sekä tutkijan näkemys ja tietämys ilmiöstä. Esimerkkien raportointi lisää luotettavuutta ja tulosten esittelyssä on sitaateissa haastatteluista poimittuja kutakin alaluokkaa parhaiten kuvaavia ilmaisuja. Haastattelujen tulos on aina seurausta haastattelijan ja haastateltavan yhteistoiminnasta (Hirsjärvi & Hurme 2010).

Toimintatutkimuksessa tutkija voi myös olla työyhteisön jäsen (Heikkinen 2006). Tutkijan roolissa toimintatutkimuksessa Kuulan (1999) tutkimuksen mukaan keskeisin ristiriita on se, missä määrin tutkijan pitää tai hän edes saa vaikuttaa prosessin kulkuun. Tässä tutkimuksessa tutkija työskentelee Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa ja on mukana liikkuva suunhoitoyksikkö LIISU -hankkeessa. Tutkijalla on hyvä tuntemus tämän tutkimuksen aiheesta, hankkeen sisällöstä ja sen tähänastisesta etenemisestä. Kuulan (1999) mukaan tutkijan keskeinen taito on kuitenkin pyrkiä pysymään erossa kaiken tietävän muutosta ohjaavan ekspertin roolista. Tutkijan ammattitietämys hankkeesta antoi ymmärrystä ja näkemystä analysoitavaan ilmiöön. Toisaalta tutkijan läheisyys projektissa on voinut vaikeuttaa tutkittavan ilmiön tarkastelua täysin avoimin silmin.

Vahvistuvuus luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa sitä, että tehdyt tulokset saavat tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista (Eskola & Suoranta 2008). Tässä tutkimuksessa lähteinä käytettiin virallisia dokumentteja, selvityksiä, raportteja ja ajanmukaista kirjallisuutta aiheesta. Lisäksi tutkimuksessa on käytetty runsaasti tuoreita tutkimuksia ja artikkeleita kansallisista ja kansainvälisistä lehdistä. Lähdeviitteet on merkitty asianmukaisesti tekstissä.

Toimintatutkimus on haasteellinen tutkimusmenetelmä (Kuula 1999). Se käsittää monta vaihetta ja vaatii pitkäjänteistä työtä ja aikaa. Tulokset eivät välttämättä nouse esiin välittömästi toiminnan uudelleen suuntautumisen jälkeen (Costello 2003). Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli suunnitella ja luoda liikkuvan suunhoitoyksikkö LIISUN toimintaa ja moniammatillista yhteistyötä suun terveydenhuollon ja muiden yhteistyötahojen kanssa. Toiminnan arviointikriteerejä ja -menetelmiä voidaan

suunnitella jo alustavasti, mutta varsinaisia tuloksia toiminnan tuloksellisuudesta voidaan saada vasta pidemmän ajan kuluttua.

Luotettavuuden kriteereistä tutkimustulosten *siirrettävyys* on mahdollista tietyin ehdoin, vaikka yleistykset eivät ole mahdollisia (Eskola & Suoranta 2008). Tämä tutkimus ei ole sovellettavissa sellaisenaan, koska tutkimuksessa haastateltavat kertoivat sen hetkisiä ajatuksiaan ja käsityksiään terveyseroista ja niihin vaikuttamisesta. Haastateltavien joukko oli myös hyvin pieni. Tutkittaessa ihmisten ajatuksia tietyssä kontekstissa, ei tutkimusta voida toistaa, sillä henkilöiden ajatukset ja käsitykset voivat ajan kuluessa muuttua ja eri ihmisillä on erilaisia näkemyksiä tutkitusta aiheesta.

10.3 Jatkotutkimusaiheet

Toimintatutkimuksen toteuttamisvaiheessa toimintasuunnitelma otetaan teoriasta käytäntöön. Toteuttamis-, arviointi- ja hyväksymisvaiheet jätetään tämän tutkimuksen ulkopuolelle aikataulun rajallisuuden vuoksi, joten tutkimus toteutuu vain osittain toimintatutkimuksen syklisen prosessin mukaisesti. Nämä vaiheet voivat toimia mahdollisen jatkotutkimuksen aiheena.

Jatkotutkimusaiheena olisi tärkeää ja mielenkiintoista selvittää liikkuvan suunhoitoyksikkö LIISUN toiminnan toteutumista toiminnan oltua käynnissä tietyn ajanjakson. Tutkimuksen kohteena voisi olla selvittää liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnalla saatu vaikutettua riskiryhmien tavoitettavuuteen, onko kohderyhmien suun terveydessä havaittu edistystä alueilla, joihin toimintaa on suunnattu ja miten asiakkaat ovat ottaneet yksikön tarjoaman palvelun ja toiminnan vastaan.

Moniammatillista yhteistyötä korostetaan nykyaikana paljon, joten tarvittaisiin lisää tutkimusta ja käytännön tietoa sen toteuttamista ja kehittämistä varten. Näin voidaan löytää ne tilanteet ja toimintaympäristöt, joihin moniammatillinen yhteistyö antaa aitoa lisäarvoa. Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia myös, miten suun terveydenhuollon ja yhteistyötahojen välinen yhteistyö on toteutunut uuden palvelumuodon lanseerauksen ja toiminnan kehittämisen suhteen.

LÄHTEET

Antunes JLF, Narvai PC. Dental Health policies in Brazil and their impact on health inequalities. *Rev. Saude Publica* 2010;44:2.

Apfelbacher C.J, Loerbroks A, Cairns J, Behrendt H, Ring J, Krämer U. Predictors of overweight and obesity in five to seven-year children in Germany. Results from cross-sectional studies. *BMJ Public Health* 2008;8:171.

Armfield J.M. Changing Inequalities in the Distribution of Caries Associated with Improving Child Oral Health in Australia. *Journal of Public Health Dentistry* 2009;69:2:125-134.

Aro H, Koskinen S, Martelin T, Nuorti P, Ostamo A, Pekkanen J, Prättälä R, Salomaa V, Talala K ja Uutela A. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen terveyden edistämisen painopisteeksi. *Kansanterveys* 2004;1:2-3.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf/2004_1.pdf

Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim, 2005.

Aunula A-M. Terveys ihmisoikeutena seminaari. Ihmiset itse vastuullisia terveydestään. *Suomen lääkärilehti* 2009;64:2918-19.

Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiol Community Health* 2010;64:284-291.

Costello P. *Action research*. Continuum, 2003.

Department of Health. *Tackling Health Inequalities. Cross-Cutting Review*.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4098280 2002.

Eskola J, Suoranta J. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8.painos. Tampere: Vastapaino, 2008.

Gill P, Chestnutt I.G, Channing D. Opportunities and challenges to promoting oral health in primary schools. *Community Dent Health* 2009;26:188-192.

Green J, Tones K. *Health Promotion. Planning and Strategies*. Second Edition. London: Sage, 2010.

Heikkinen H.L.T, Rovio E, Syrjälä L. (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Vantaa: Dark Oy, 2006.

Heikkinen H.L.T, Huttunen R. *Toimintatutkimus tieteenä*. Teoksessa Heikkinen H.L.T, Rovio E, Syrjälä L. (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Vantaa: Dark Oy, 2006:184-202.

Helakorpi S, Paavola M, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, raportti 2/2009. Helsinki: Yliopistopaino, 2009.

Helsingin terveystieteiden strategiasuunnitelma vuosille 2010-2012. Helsinki: terveystieteiden keskus.

Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press, 2010.

Honkala S. Annetaanko hyvinvointi- ja terveyserojen kasvaa? Suomen hammaslääkärilehti 2008;2:38-39.

Isoherranen K. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY, 2004.

Jamieson LM, Mejia GC, Slade GD, Roberts-Thomson KF. Predictors of untreated dental decay among 15-34-year-old Australians. Community Dent Oral Epidemiol 2009;37:27-34.

Kansanterveyslaki 66/28.1.1972.

Kaikkonen R, Kostianen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R, Koskinen S. (toim.) Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B27/2008.

Kallio J. Koettu terveys ja terveydellinen tasa-arvo kuudessa hyvinvointivaltiossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2006;43:218-30.

Kaur B. Evaluation of oral health awareness in parents of preschool children. Indian Jour of Dent Res 2009;20:4:463-65.

Keskimäki I, Koskinen S, Teperi J. Terveyspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveyseroja. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R ja Sihto M (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 281-299, 2002.

Keskinen H. Ehkäisevää hammashoitoa kuntatasolla. Suomen hammaslääkärilehti 2002;20:1194-96.

Kiikkala I. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen S, Ruotsalainen P, Kiikkala I (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 2000.

Krook P. Moniammatillinen asiantuntija. Sosiaalityöntekijöiden käsityksiä asiantuntijuudesta ja moniammatillisuudesta. Pro gradu-tutkielma. Kasvatustieteen laitos. Tampereen yliopisto, 2006.

KTL:n terveyserojen tutkimusohjelman koordinaatioryhmä. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen terveyden edistämisen painopisteeksi. Kansanterveys 2004;1:2.

Kuula A. Toimintatutkimus: Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. 2. painos 2001. Tampere: Vastapaino, 1999.

Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999;11:3-12.

Laaksonen E. Multiple sosioeconomic circumstances and health: associations and explanations among Finnish and British public sector employees. University of Helsinki, Faculty of Medicine, Department of Public Health, 2010.

Lahelma E, Rahkonen O. Terveyden tasa-arvo kansakuntien menestyksen mittariksi. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2008;45:255-57.

Lahelma E, Rahkonen O, Koskinen S, Martelin T ja Palosuo H. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E ja Linnanmäki E (toim.). *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, 25-41.

Lahtinen E. Työikäisten terveyden edistäminen avoterveydenhuollossa. Kelan ja Turun terveystieteiden kehittämisen terveyden edistämishojelman toteutus ja tulokset. Kansaneläkelaitos, sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 16. Turku. 1996.

Laitalainen E, Helakorpi S, Martelin T ja Uutela A. Eläkeikäisten elintavoissa eroja koulutuksen ja kuntatyypin mukaan. *Suomen lääkirlehti* 2010;65:373-81.

Leppo K. Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2007;44:228-38.

Levin K.A. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganization. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38:10-18.

Linnanmäki E. Terveyserojen kaventaminen Helsingissä. *Terve Helsinki- forum*. 21.1.2011.

Linnanmäki E, Palosuo H, Koskinen S. Toimintaohjelmalla terveyttä kaikille. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2008;45:95-97.

Läärä M. Polarization of caries and the explanatory background factors in a Finnish conscript population. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja 1999.

Mattila M.L, Rautava P, Sillanpää M, Paunio P. Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors. *J Dent Res* 2000;79:3:875-81.

Melkas T. Terveyden edistäminen – suuret saavutukset, suuremmat mahdollisuudet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010;47:140-42.

Metsämuuronen J. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä:Gummerus kirjapaino, 2008.

Millward L.M., Kelly M.P., Nutbeam D. Public health intervention research - the evidence. Health Development Agency. London. http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/pubhealth_intervention.pdf 2003.

Murto J, Kaikkonen R, Kostianen E, Martelin T, Koskinen S, Linnanmäki E. Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 31/2009.

Mönkkönen K. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita, 2007.

Naidoo J, Wills J. Practising Health Promotion, Dilemmas and Challenges. London: Baillière Tindall, 1998.

Nouko-Juvonen S, Ruotsalainen P, Kiikkala I (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 2000.

Ottawa charter for health promotion. Ottawa: An International Conference on Health Promotion, 1986.

Palosuo H. Terveyserojen kaventamispoliitikat Euroopassa. Terveystieteiden tutkimuksen päivät, Tampereen yliopisto 23.10.2009.

Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E ja Linnanmäki E (toim.). Terveystieteiden tutkimuksen päivät Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.

Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Manderbacka K, Koskinen S, Prättälä R, Linnanmäki E, Lahelma E. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen Ruotsissa, Hollannissa ja Englannissa. Kansanterveys 2005;6:9-10.

Patton M.Q. 2002. Qualitative research and evaluation methods. 3. painos. Thousand Oaks: Sage.

Paukkunen L. Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehittäminen. Koulutuskokeilun arviointitutkimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 103. Kuopion yliopisto, 2003.

Peres K.G, Peres M.A, Araujo C.L.P, Menezes A.M.B, Hallal P.C. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. Health and Quality of Life Outcomes 2009;7:95.

Perttilä K. Terveystieteiden edistäminen kunnan tehtävänä. Stakes, Tutkimuksia 103. Helsinki 1999.

Poutanen R. Boys and girls as health-promoting actors - determinants of oral health-related lifestyle among 11- to 12-year-old schoolchildren. [www-dokumentti] 2007 [haettu 28.3.2011]<http://herkules oulu.fi/isbn9789514285615/isbn9789514285615.pdf> Acta Univ. Oul. D 942, 2007.

Prättälä R, Koskinen S, Martelin T, Lahelma E, Sihto M ja Palosuo H. Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E ja Linnanmäki E (toim.). Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, 15-23.

Pyykkö M. Terveiden edistäminen yhteiskunnallista vaikuttamista. Suomen hammaslääkärilehti 2008;9:11.

Rimpelä M. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2. Kansanterveysvastuu ja ydintehtävät. Suomen lääkäri-lehti 2005;60:4651-55.

Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Ståhl T. (toim.) Terveiden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 19/2009.

Rimpelä M, Linnanmäki E, Ståhl T. Terveyserojen kaventaminen. Teoksessa Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Ståhl T. (toim.) Terveiden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 19/2009:185-90.

Santalainen T. Strateginen ajattelu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006.

Signal L, Martin J, Reid P, Carroll C, Howden-Chapman P, Ormsby V.K, Richards R, Robson B, Wall T. Tackling Health Inequalities: moving Theory to Action. International Journal for Equity in Health 2007;6:12.

Sihto M, Palosuo H. Terveyserojen kaventaminen – toivetta vai realismia? Kansanterveys 2004;1:14.

Sihto M, Palosuo H ja Linnanmäki E. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen ongelmia ja mahdollisuuksia Suomessa. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E ja Linnanmäki E (toim.). Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, 195- 218.

Simoila R. Terveyserojen kaventaminen Helsingissä. Terve Helsinki- forum. 21.1.2011.

STM Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveiden edistämisen politiikkaohjelma. [www-dokumentti] 2008 [haettu 14.3.2010]

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveyden_edistamisen_politiikkaohjelma [Luettu 14.3.2010]

STM Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveiden edistämisen politiikkaohjelman toteuttaminen suun terveydenhuollossa. [www-dokumentti] 2009 [haettu 14.3.2010]

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-10667.pdf [Luettu 14.3.2010]

STM Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.

Suominen-Taipale L, Vehkalahti M, Nordblad A, Aromaa A. Pohdinta ja päätelmät. Teoksessa Suominen-Taipale L, Vehkalahti M, Nordblad A, Aromaa A. (toim.) Suomalaisien aikuisten suun terveys. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004:155-61.

TEROKA -hanke. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja työterveyslaitos. [www-dokumentti] 26.9.2008 [haettu 10.4.2010] <http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=frontpage&Itemid=22> [Luettu 10.4.2010]

Terveellinen kaupunginosa – hanke. Helsingin kaupunki. [www-dokumentti] 2010 [14.3.2010] www.terveellinenkaupunginosa.fi [Luettu 14.3.2010]

THL Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [www-dokumentti] 2010 [haettu 4.7.2010] www.terveytemme.fi [Luettu 4.7.2010]

THL Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [www-dokumentti] 2010 [haettu 4.7.2010] www.terveysseuranta.fi/lastenterveysseuranta [Luettu 4.7.2010]

Terveyttä helsinkiläisille. Terveyskeskuksen toimintakertomus 2009. [www-dokumentti] 2009 [haettu 16.6.2010] www.hel.fi/terveyskeskus [Luettu 16.6.2010]

Toimintasuunnitelma 2010. Helsingin kaupunki: terveyskeskus.

Toimintakuvaus 2010. Helsingin kaupunki: terveyskeskus.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006.

Turunen S, Widström E, Helenius P. Arkipäivystyksen ei hakeuduta suotta. Suomen hammaslääkärilehti 2008;9:20-26.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeisto. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. [www-dokumentti] 2002 [haettu 23.2.2011] <http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf> [Luettu 23.2.2011]

Valkonen M. Vanhemmuus hukassa – terveyserot näkyvät yhä nuoremmilla. Suomen lääkäri-lehti 2010;65:513.

Valkonen T, Martikainen P, Kauppinen T.M, Tarkiainen L. Elinajanodotteen kehitys Helsingissä ja sen väestön osaryhmissä 1991-2005. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 2007:10. [www-dokumentti] 2007 [haettu 3.2.2011] http://www.hel2.fi/tietokeskus/julkaisut/pdf/07_12_17_tutk_10_valkonen.pdf [Luettu 3.2.2011]

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.

Vertio H. Terveiden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2003.

Widström E. Hammassairaudet. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, 2005: 236-41.

Wamala S, Merlo J, Boström G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. J Epidemiol Community Health 2006;60:1027-33.

Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol 2007;35:1:1-11.

WHO. Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva:WHO 2008.

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

[Luettu 25.8.2010]

Ylästö P. Huonot suunterveystavat altistavat sydänsairauksille. Suomen hammaslääkärilehti 2008;9:28-29.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa

Liite 2. Suostumuslomake haastatteluun

Liite 3. Haastattelun teemat

Liite 4. Esimerkki sisällön analyysin etenemisestä

Liite 5. Luokkien muodostuminen



Hakijan nimi Johanna Backström (nyk. Manninen)	Diaarinumero 10-564/054
Tutkimuksen nimi Terveystietojen kaventaminen moniammatillisena yhteistyönä Helsingin kaupungin hammashuollossa – Liikkuva suunhoitoyksikkö -projekti (Pro gradu)	

- Myönnän tutkimusluvan tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa ilmenevin ehdoin
- Myönnän samalla luvan saada tietoja salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä tutkimuslupahakemuksen mukaisesti
- Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille

En myönnä tutkimuslupaa tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa esitetyin perustein

Lisäehdot ja lisäperustelut

Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille

Tutkimuksesta terveyskeskukselle aiheutuvat kustannukset saavat olla:

- hakemuksen mukaiset
- muut, mitkä:
- Tutkimuksesta aiheutuvista kustannuksista tehdään sopimus
- Lisäehdot liitteenä Perustelut liitteenä Liitteenä sairaala-apteekin tiedote

Muut liitteet

PÄÄTTÄJÄ

TOIMITUS- JOHTAJA	Päivämäärä	Pykälä	Allekirjoitus ja nimeselvennös
	1.4.2010	2053 §, liitteet 1-5	 Matti Toivola

Päätöksen jakelu:

Tutkija / Tutkimusryhmän jäsenet

Terveyskeskuksen yksiköt:
Hammashuolto-osasto
- johtajahammaslääkäri
- ylihoitaja Riitta Saarela (PL 6452)

- Tietohallintoyksikkö
- Sairaala-apteekki
- Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä
- Muut
- Oikaisuvaatimusohjeet



Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta
Terveystieteen laitos
Ttyo Johanna Manninen
kevät 2010

ARVOISA HAASTATELTAVA

Pyydän ystävällisesti Sinulta suostumusta osallistua Pro gradu-tutkielmani osana olevaan haastatteluun. Tutkimustani ohjaa TtT Kirsti Kasila Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitokselta.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää terveyserojen kaventamisen strategista toimeenpanoa ja moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksia Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa. Tavoitteena on suunnitella liikkuvan suunhoitoyksikön LIISUN toimintaa ja moniammatillista yhteistyötä suun terveydenhuollon ja yhteistyötahojen välillä suun terveyserojen kaventamiseksi.

Tutkimusta varten olen valinnut liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan suunnittelutyöryhmästä viisi henkilöä haastateltavaksi. Yksittäiseen haastatteluun on varattu noin tunti aikaa. Haastattelu nauhoitetaan. Tutkimukseen liittyvä haastattelu on luottamuksellinen. Käsittelen haastattelun tuotoksia luottamuksellisesti eikä raportoinnissa tule yksittäisen vastaajan henkilöllisyys ilmi. Haastattelusta on myös mahdollisuus kieltäytyä.

Suostun haastateltavaksi ja annan luvan haastattelun nauhoittamiseen

pvm

allekirjoitus

Yhteistyöstä kiittäen,
Johanna Manninen

TEEMAHAASTATTELU

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta
Terveystieteen laitos
Ttyo Johanna Manninen
Pro gradu- tutkielma
2010

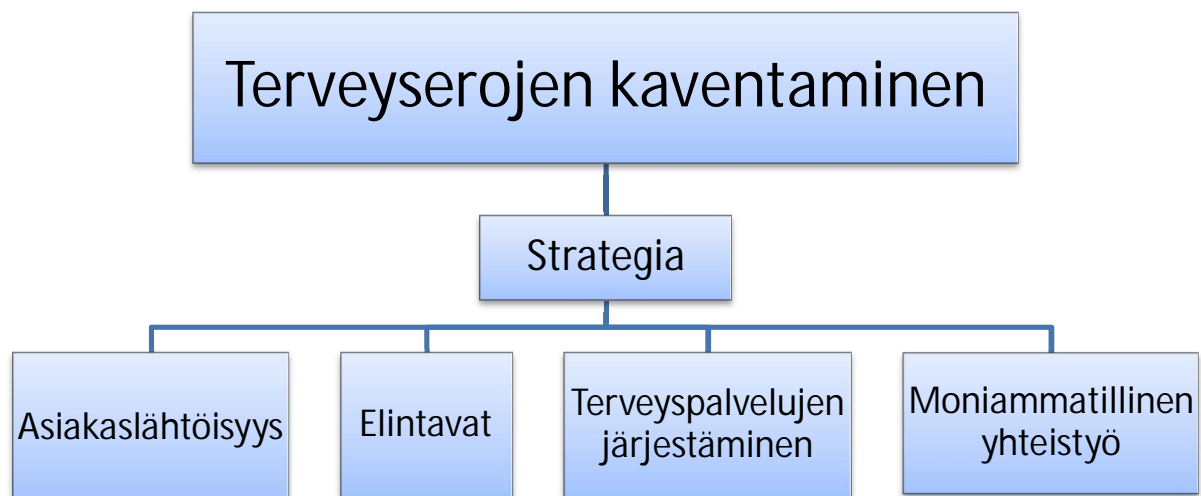
SUUN TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN HELSINGISSÄ LIKKUVAN SUUNHOITOYKSIKÖ LIISUN AVULLA

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää terveyserojen kaventamisen strategista toimeenpanoa ja moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksia Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa. Tavoitteena on suunnitella liikkuvan suunhoitoyksikkö LIISUN toimintaa ja moniammatillista yhteistyötä suun terveydenhuollon ja muiden yhteistyötahojen välillä suun terveyserojen kaventamiseksi.

Tutkimustehtävät ovat:

- Miten väestöryhmien välisiä terveyseroja voidaan kaventaa Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa?
- Miten liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnalla edistetään moniammatillista yhteistyötä suun terveyserojen kaventamiseksi?

Haastattelun runko koostuu viidestä teemasta. Teemat nousevat tähän tutkimukseen kirjallisuuskatsauksen perusteella muodostetusta terveyserojen kaventamisen teoreettisesta viitekehystä.



1. Asiakslähtöisyys

- Mitä ajattelet asiakslähtöisyydestä?
- Mitkä olisivat mielestäsi tärkeitä kohderyhmiä, joita liikkuvalla suunhoitoyksiköllä voitaisiin tavoittaa?
- Miten suunhoitoyksikön toiminnassa huomioidaan asiakslähtöisyys?

2. Elintavat

- Mitkä ovat mielestäsi suomalaisten eri-ikäisten suurimmat ongelmat elintavoissa?
- Miten näihin voisi vaikuttaa? Millä menetelmillä elintapojen muutosta voisi saada aikaan?
- Mitkä ryhmät olisivat priorisoinnin kannalta olennaisia?
- Miten terveyskäyttäytymiseen voitaisiin vaikuttaa suun terveydenhoidon osalta?

3. Terveyspalvelujen järjestäminen

- Miten näet liikkuvan suunhoitoyksikön toiminnan mahdollisuudet terveyspalvelujen järjestämisessä?
- Mitä palveluja yksikköä hyödyntäen voisi järjestää? Missä paikoissa? Millä alueella?
- Miten riskiryhmiä saataisiin paremmin palvelujen piiriin?
- Miten palveluista saataisiin tasa-arvoisia kaikille?

4. Moniammatillinen yhteistyö

- Mitä mielestäsi tarkoittaa yhteistyö?
- Mitä elementtejä yhteistyöhön liittyy?
- Mitkä voisivat olla suun terveydenhuollon mahdollisia yhteistyötahoja suun terveyden edistämiseksi ja riskiryhmien tavoittamiseksi?
- Missä muodossa yhteistyötä voisi toteuttaa, mm. kolmas sektori, järjestöt?
- Miten yhteistyötä voisi kehittää ja edistää muiden toimijoiden kanssa?

5. Strategia

- Mitä ajattelet terveyden eriarvoisuudesta/terveyseroista nyky-yhteiskunnassa?
- Mitä mahdollisuuksia terveydenhuollolla on mielestäsi vaikuttaa terveyseroihin?
- Oletko tietoinen terveystieteiden strategisista toimintalinjauksista ja näkyvätkö ne mielestäsi käytännössä?
- Miten linjaukset tulisi tuoda lähemmäksi käytännön toimintaa?
- Miten suun terveydenhuolto voisi vastata strategisten suunnitelmien toteutumisen haasteeseen?
- Onko sinulla ajatuksia miten terveyseroja voisi kaventaa suun terveydenhuollossa?

ESIMERKKI SISÄLLÖNANALYYSIN ETENEMISESTÄ

Liite 4

Pelkistys	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
<p>-tavoittaminen ei yksinkertaista, mutta toiminta lähtee siitä</p> <p>-pienen väestöosan tavoittaminen väestöstä</p> <p>-riskiryhmien tavoittaminen osa asiakaslähtöisyyttä</p> <p>-syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien tavoittaminen</p> <p>-asunnottomien tavoittaminen</p> <p>-riskilasten, koululaisten sekä maahanmuuttajien tavoittaminen ensisijaista</p> <p>-koululaisten, joista on syytä olla huolissaan, tavoittaminen</p> <p>-kaukana sijaitsevien koulujen ja koululaisten tavoittaminen</p> <p>-koululaisten tarkastaminen ja hoitaminen tarpeen mukaan</p> <p>-palvelukotien, laitosten ja kehitysvammaisten tavoittaminen</p>	<p>Asiakaslähtöinen väestön ja riskiryhmien tavoittaminen</p>	<p>Väestön ja riskiryhmien tavoittaminen</p>	<p>Asiakaslähtöinen toiminta</p>
<p>-tempaus asunnottomien palvelupisteiden luona</p> <p>-liisulla voisi mennä paikkoihin, joissa tavoittaisi syrjäytyneitä ja apua tarvitsevia</p>	<p>Syrjäytyneiden pariin meneminen</p>		
<p>-tärkeitä kohderyhmiä koululaiset ja päiväkotilapset</p> <p>-tärkeitä kohderyhmiä vanhuksat ja kehitysvammaiset</p> <p>-lastensairaala</p> <p>-terveyserojen kannalta tärkeitä kohderyhmiä työttömät</p> <p>-sairastuvuusryhmät voisivat olla tärkeitä kohderyhmiä, esimerkiksi diabeetikot</p> <p>-nuoret pelkopotilaat tärkeä kohderyhmä</p> <p>-vanhemmat, jotka pelkäävät itse</p> <p>-psykiatriset potilaat</p> <p>-asunnottomat ja syrjäytyneet ovat ulkona kaikesta</p> <p>-samoin pitkäaikaistyöttömät, masentuneet ja sairaat</p> <p>-kehitysvammaisten työkeskukset ja leikkipuistot</p> <p>-kehitysvammaisten ryhmäkotien pihalle meneminen liisulla ja he voisivat tulla siihen</p>	<p>Tärkeiden kohderyhmien huomioiminen asiakaslähtöisesti</p>	<p>Tärkeiden kohderyhmien huomioiminen</p>	
<p>-varusmiehet tärkeä kohderyhmä</p> <p>-ylipainoiset, erityisesti lapset, ja diabetespotilaat tärkeitä ryhmiä tavoittaa</p> <p>-ulkomaalaisten koululaisten luokat tärkeitä kohderyhmiä</p> <p>-maahanmuuttajaaitien tavoittaminen</p> <p>-maahanmuuttajien yhteinen tapahtuma</p>	<p>Tärkeiden kohderyhmien huomioiminen elintapojen suhteen</p>		

LUOKKIEN MUODOSTUMINEN

Liite 5(1/4)

TEEMAT	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKKA
Asiakaslähtöisyys Moniammatillinen yhteistyö	Asiakaslähtöinen väestön ja riskiryhmien tavoittaminen Syrjäytyneiden pariin meneminen	Väestön ja riskiryhmien tavoittaminen	ASIAKASLÄHTÖINEN TOIMINTA
Asiakaslähtöisyys Elintavat	Tärkeiden kohderyhmien huomioiminen asiakaslähtöisesti Tärkeiden kohderyhmien huomioiminen elintapojen suhteen	Tärkeiden kohderyhmien huomioiminen	
Asiakaslähtöisyys Elintavat Terveyspalvelujen järjestäminen Elintavat Terveyspalvelujen järjestäminen Asiakaslähtöisyys Strategia	Asiakkaan tukeminen Tuki ja kannustus terveyskäyttäytymisessä Ryhmän tuki ja kannustus Yksilöllisyyden huomioiminen Ihmisläheinen lähestyminen terveysneuvonnassa Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioitus ja mahdollisuuksien parantaminen Yksilön valinnanvapaus terveyskäyttäytymisessä	Asiakkaan yksilöllinen tukeminen	

TEEMAT	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKKA
Asiakaslähtöisyys Terveyspalvelujen järjestäminen Terveyspalvelujen järjestäminen	Palvelujen tuominen asiakkaan lähelle Palvelujen tuominen lähelle Ihmisten pariin meneminen	Terveyspalvelujen tuominen lähelle	TERVEYSPALVELUJEN SAATAVUUDEN PARANTAMINEN
Terveyspalvelujen järjestäminen Asiakaslähtöisyys Terveyspalvelujen järjestäminen	Kynnyksen madaltaminen Matalan kynnyksen palvelu Palveluiden pariin hakeutumisen helpottaminen	Matalan kynnyksen palvelun tarjoaminen	
Strategia Asiakaslähtöisyys Terveyspalvelujen järjestäminen	Palveluiden tasavertaisuus Palvelujen tasavertaisuus Palveluiden tasavertaisuus ja joustavuus	Tasavertaisten palveluiden tarjoaminen	
Asiakaslähtöisyys Terveyspalvelujen järjestäminen Moniammatillinen yhteistyö Terveyspalvelujen järjestäminen Strategia	Toiminnan suuntaaminen aluekohtaisesti Palvelujen alueellinen priorisointi Toiminnan priorisointi ja alueellinen kohdistaminen Palvelujen kohdentaminen Toiminnan ja resurssien kohdentaminen Resurssien kohdentaminen	Palvelujen ja resurssien kohdentaminen	
Terveyspalvelujen järjestäminen Asiakaslähtöisyys	Tuen tarpeessa olevien priorisointi		
Asiakaslähtöisyys	Palvelujen suuntaaminen asiakkaan tarpeen mukaan		
Strategia Terveyspalvelujen järjestäminen Terveyspalvelujen järjestäminen	Tehokkuuden ja tuottavuuden lisääminen Kustannustehokkuus ja voimavarojen säästyminen palvelujen viemisessä lähelle Laitospotilaiden ja vanhusten palveluiden helpottaminen	Voimavarojen säästyminen palvelujen tehostamisessa	

TEEMAT	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKKA
Elintavat Elintavat	Puutteellinen omahoito Ylipaino ja liikunnan puute nuorilla ja aikuisilla	Terveystottumusten ja elintapaongelmien tiedostaminen	ENNALTAEHKÄISY
Elintavat	Epäsäännölliset ruokailutottumukset		
Elintavat Elintavat	Lasten elintapaongelmat Maahanmuuttajien tiedon puute ja elintapaongelmat		
Elintavat	Elämänhallinnan puute		
Elintavat	Vanhempien rooli kasvatuksessa ja elintapojen ohjauksessa	Kasvatuksen ja koulutuksen tukeminen	
Elintavat	Kasvatuksen ja koulutuksen rooli elintapojen oppimisessa		
Elintavat	Terveellinen kouluympäristö		
Asiakaslähtöisyys Elintavat	Tiedon antaminen Tiedon antaminen ja konkretisoiminen terveellisistä elintavoista	Tiedon ja neuvonnan antaminen	

TEEMAT	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKKA
Moniammatillinen yhteistyö	Yhteistyörakenteiden kehittäminen	Yhteistyön kehittäminen	YHTEISTYÖ
Moniammatillinen yhteistyö	Suunhoidon ammattilaisten välinen yhteistyö	Yhteistyö- kumppaneiden kanssa työskentely	
Moniammatillinen yhteistyö	Yhteistyö terveysasemien kanssa		
Moniammatillinen yhteistyö	Yhteistyö sosiaaliviraston kanssa		
Moniammatillinen yhteistyö	Yhteistyö oppilaitosten kanssa		
Elintavat	Yhteistyön tekeminen		
Moniammatillinen yhteistyö	Järjestöjen ja seurakuntien avun hyödyntäminen tavoittamisessa		
Moniammatillinen yhteistyö	Asiantuntijuuden jakaminen		
Moniammatillinen yhteistyö	Yhteiset tavoitteet		
Moniammatillinen yhteistyö	Yhteistyön vuorovaikutuksellisuus		
Moniammatillinen yhteistyö	Aktiivinen yhteydenotto ja toiminnoista tiedottaminen		

TEEMAT	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKKA
Strategia Elintavat	Sosiaalipoliittisten asioiden huomioiminen Sosiaalipoliittiset tekijät elintapamuutoksien aikaansaamisessa	Sosiaalipoliittisten tekijöiden huomioiminen	TERVEYDEN EDISTÄMISEN NÄKYVYYS STRATEGIOIDEN TOIMEENPANOSSA
Strategia	Terveyserojen kaventaminen ja terveyden edistäminen tärkeä strateginen tavoite	Tietoisuuden lisääminen terveyden edistämisen strategisista linjauksista	
Strategia	Yksilölliset ja alueelliset erot terveydessä		
Strategia	Terveystuon rajalliset mahdollisuudet terveyserojen kaventamisessa		
Strategia	Strategisten linjausten puutteellinen näkyminen käytännössä		
Strategia	Ennaltaehkäisevän työn arvostuksen lisääminen		
Strategia	Henkilökunnan tietoisuuden lisääminen linjauksista ja hankkeista		
Strategia	Johdon vastuu strategisten linjausten toteutumisesta		

TEEMAT	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKKA
Terveyspalvelujen järjestäminen Terveyspalvelujen järjestäminen Strategia	Palvelun ja palvelun tarpeen määrittäminen Liikkuvan hoitoyksikön toiminnan sisällön kehittäminen Uuden toiminnan perustelu ja tavoitteen määrittely	Uuden palvelun sisällön määrittely	UJDET TOIMINTAMUODOT
Asiakslähtöisyys Terveyspalvelujen järjestäminen	Toiminnan näkyväksi tekeminen Liikkuvan hoitoyksikön imago ja houkuttelevuus	Toiminnan näkyväksi tekeminen ja houkuttelevuus	
Elintavat Strategia	Uudet ideat terveyskasvatuksessa Uuden innovaation kehittäminen	Uusien innovaatioiden kehittäminen	