

TERVEYDEN EDISTÄMINEN KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ

- Pilottitutkimus itsearviointin tuloksista

Elina Mokka

Terveyskasvatuksen

Pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Syksy 2013

TIIVISTELMÄ

Terveyden edistäminen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä –pilottitutkimus itsearvioinnin tuloksista

Elina Mokka

Terveyskasvatuksen Pro-gradu tutkielma

Jyväskylän yliopisto, Liikuntatieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos

Syky 2013, 86 sivua, 4 liitettä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toteutumista henkilökunnan näkökulmasta. Arviointi toteutettiin sitä varten kehitetyllä kyselylomakkeella, joka perustui WHO:n ja Health Promoting Hospitals & Health Services-verkoston kehittämiin terveyttä edistävän sairaalan standardeihin. Kyseessä oli pilottitutkimus ja se liittyi sairaanhoitopiirin strategiatyöhön. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää eri työyksiköiden terveyden edistämisen vahvuuksia ja kehittämiskohteita.

Tutkimusaineisto kerättiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin 15 eri työyksiköltä (n=239) keväällä 2012. Sähköinen Webropol-kyselylomake sisälsi yhteensä 60 väittämää. Aineisto analysoitiin kuvailevin menetelmin ja tilastollisin testein. Tulokset esitettiin prosenttilukuina, viivadiagrammeina sekä frekvensseinä. Summamuuttujien luotettavuutta tutkittiin Cronbachin alphan avulla ja summamuuttujien keskinäisiä riippuvuuksia korrelaatioin. Summamuuttujien reliabiliteettikertoimet vaihtelivat välillä .77-.89. Summamuuttujat korreloivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p < .001$) keskenään.

Terveyden edistämisen rakenteiden osalta henkilökunta tiesi terveystietokeskus Palanssin. Sen sijaan heillä oli vähän tietoa TE-toimintaohjelmasta, TE-yhdyshenkilöistä sekä heille suunnatuista resursseista. Terveellisen ja turvallisen työympäristön osuudessa tiedettiin sauttoman sairaalan toimintaohjeet sekä toimitettiin turvallisuus- ja työsuojeluohjeiden mukaisesti. Terveys- ja turvallisuusriskien arviointi ja riskitekijöihin puuttuminen toteutui osittain. Uusi työntekijä perehdytettiin heikosti terveys- ja hyvinvointiasioihin. Henkilökunta koki saavansa osittain tukea ahdistukseen, työssäjaksamiseen ja stressinhallintaan.

Potilaan tilanteen arvioinnissa huomioitiin potilaan sosiaaliset ja kulttuurilliset tekijät sekä otettiin puheeksi mielen hyvinvointiin liittyvät asiat. Sen sijaan yksilöllisistä riskeistä, hoidon tavoitteista ja läheisväkivaltakokemuksen mahdollisuudesta keskusteltiin potilaan kanssa vain osittain. Potilaan informoinnin ja intervention osalta varmistettiin potilaan ohjauksen kirjaaminen potilaskertomukseen. Hoidon aikana potilaalle tarjottiin tietoa tupakoinnin ja alkoholin lopettamisen hyödyistä paremmin kuin hoitoon tullessa. Jatkuvuuden ja yhteistyön osalta noudatettiin potilastietojen siirrossa sovittuja käytäntöjä. Yhteistyö sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa toteutui henkilöstön näkemyksen mukaan osittain.

Jatkossa tulee tukea työssäjaksamista, uuden työntekijän perehdyttämistä sekä lisätä henkilökunnan mahdollisuuksia osallistua terveyden edistämisen kehittämiseen. Potilaan alkoholi-käyttötottumusten ja läheisväkivaltakokemusten puheeksi ottamiseen tulee kiinnittää huomiota. Terveyden edistämisen rakenteita tulee kirkastaa ja ulkopuolisten yhteistyötahojen li-sänäkyvyyttä lisätä.

Asiasanat: terveyden edistäminen, terveyttä edistävä sairaala, itsearviointi ja terveyttä edistä-vät standardit

ABSTRACT

Health promotion in Central Finland Hospital District – a pilot study of self-evaluation

Elina Mokka

Master's thesis in Health Education

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

Autumn 2013, 86 pages, 4 appendixes

The objective of this study was to evaluate health promotion activities of Central Finland's Hospital District from the point of view of the personnel as a whole. The evaluation was conducted by questionnaire based on standards of health promoting hospitals developed by WHO and Health Promoting Hospitals & Health Services-network. The study was a pilot study which was connected to the health care district's strategy development. The specific aim of the study was to identify the strengths and development areas of different work units of the hospital.

The data was collected from 15 (n=239) work units of the Central Finland's Hospital District in spring 2012. The electronic Webropol –questionnaire included 60 statements. The data was analysed by using descriptive methods as well as statistical tests. Results were presented in percentages, line graphs and frequencies. The reliability of the sum variables was tested by Cronbach's alpha and the dependency between the sum variables was tested by correlation. The reliability coefficients of the sum variables varied between .77-.89. The correlation between the sum variables was statistically highly significant ($p < .001$).

Regarding the health promotion structures, the personnel were familiar with the centre of health education Palanssi. On the other hand, they only had a little information about the TE operational model, its contacts and resources. In the section of the healthy and safe work environment the directives of the smoke-free hospital were known. Employees also followed the security procedures and the work safety rules. The evaluation and involvement of the health and safety risk factors were partly realized. The introduction to a new employee was done poorly of health and well-being related matters. The personnel felt to be given partial support for anxiety, coping and stress management.

The social and cultural factors were considered in the evaluation of the patient situation and the issues related to the mental well-being were discussed. On the other hand, individual risks, the objectives of the treatment and the possibility of violence experiences were only discussed partly. Regarding the intervention and informing the patient it was ensured that the direction of the patient was registered in the patient report. During the treatment the patient was offered information about the benefits of quitting smoking and consuming alcohol better than at the time of entry. Regarding the continuity and cooperation, the agreed procedures of the transfer the patient record were followed. According to the personnel the co-operation with the social and health care services was partly realized.

In the future it is essential to promote work related well-being, improve the introduction of the new employee and increase the possibilities of the personnel to be part of the development of health promotion. How to bring up the drinking habits and the experiences of violence should be taken into consideration. The external cooperation partners need more visibility and the structures of health promotion should also be clearer.

Keywords: health promotion, health promoting hospital, self-evaluation, health promotion standard

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 TERVEYTTÄ EDISTÄVÄN SAIRAALAN VIITEKEHYS	3
2.1 Terveyden edistäminen käsitteenä.....	3
2.2 Terveyttä edistävät sairaalat	6
2.3 Suomen terveyttä edistävät sairaalat.....	10
3 TERVEYTTÄ EDISTÄVIEN STANDARDIEN TOTEUTUMINEN SAIRAALOISSA ...	11
3.1 Terveyttä edistävät standardit.....	11
3.2 Virallinen toimintasuunnitelma	13
3.3 Potilaan tilanteen arviointi.....	15
3.4 Potilaan informointi ja interventiot.....	17
3.5 Terveellisen työympäristön turvaaminen	19
3.6 Jatkuvuus ja yhteistyö.....	22
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	24
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUMINEN.....	25
5.1 Tutkimuksen suunnittelu ja aineiston keruu.....	25
5.2 Terveyden edistämisen itsearviointimittarin rakenne.....	28
5.3 Aineiston tilastollinen käsittely	29
6 TUTKIMUSTULOKSET	30
6.1 Terveyden edistämisen rakenteet.....	30
6.2 Terveellinen työympäristö.....	32
6.3 Potilaan tilanteen arviointi.....	38
6.4 Potilaan neuvonta ja elintapaohjaus	42
6.5 Jatkuvuus ja yhteistyö.....	44
6.6 TE-mittaria selittävät summamuuttujat	47
6.7 Terveyden edistämistä selittävät summamuuttujat työyksiköittäin.....	48
7 POHDINTA.....	53
7.1 Tulosten tarkastelua.....	53
7.1.1 Organisaatio varmistaa edellytykset terveydenedistämistoiminnan kehittymiselle	53
7.1.2 Organisaatio varmistaa terveellisen ja turvallisen työympäristön	54
7.1.3 Henkilöstön kehittäminen ja koulutus tukee työntekijän omaa terveyden edistämistä ...	55
7.1.4 Työntekijän tuen saanti terveydestään huolehtimiseen	56
7.1.5 Potilaan terveyden edistämistarpeiden arviointi hoitoon tullessa.....	57

7.1.6 Potilaan ja hänen läheistensä mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun.....	59
7.1.7 Henkilökunnan keinot ylläpitää ja edistää potilaiden terveystietoutta	60
7.1.8 Sairaalan palvelujen toteuttaminen alueellisten käytäntöjen kanssa	61
7.1.9 Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen	62
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	62
7.3 Eettisyys	64
7.4 Johtopäätökset ja kehittämissuositukset	67
7.5 Jatkotutkimusaiheet	70
LÄHTEET	71
Liite 1: Wienin suositukset	
Liite 2: Standardit terveyden edistämiseksi sairaaloissa	
Liite 3: TE-Itsearviointimittarin pilotointimittari 2012	
Liite 4: Saatekirje	

1 JOHDANTO

Terveydenalan ammattilaiset tietävät, kuinka haasteellista terveyden edistäminen sairaaloissa on (Ketola 2003, Tønnesen 2012a). Kun otetaan huomioon nykyväestön elämäntavoista johtuvien kroonisten tautien vaikea hoidettavuus ja yleistymisen, perinteinen terveystiedon tarjoaminen eivät enää riitä (Koivisto ym. 2002, Jallinoja ym. 2009). Potilaat ovat tietoisempia terveyteensä liittyvistä kysymyksistä ja he vaativat perusteluja terveyttä koskeviin päätöksiin (Sarajärvi ym. 2011, 7). Mikäli potilailla on hyvät valmiudet hoitaa itseään, välttään komplikaatioilta ja potilaan uudelleensijoittamiselta osastohoitoon (Groene & Garcia-Barbero 2005), ja lisätään ihmisten oman vastuun korostamista (Tønnesen 2012a).

Sairaaloiden terveyden edistämistä ohjaavat lait, terveydenhuollon valtakunnalliset strategiat ja ohjelmat. Keskeisiä lakeja ovat perustuslaki (1999/73), erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), kuntalaki (1995/365) ja kansanterveyslaki (1972/66). Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Keväällä 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) nostaa terveyden edistämisen entistä painokkaammin keskeiseksi palvelujen tuottamisen lähtökohdaksi.

WHO:n mukaan terveystaloudellisia palveluja on jatkuvasti kehitettävä terveyttä edistävään suuntaan (Ottawa Charter 1986). Terveystaloudellisen 2015 -kansanterveystaloudellisen ohjelman toimii laajana kehyksenä yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle terveyden edistämiseksi (STM 2001). Sairaaloiden terveyden edistämistä kansainvälisellä tasolla tukee Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH)-verkosto (Hätönen 2010, HPH 2013). Suomen terveyttä edistävät sairaalat (STES) -verkosto kuuluu kansainväliseen HPH-verkostoon (Hätönen 2010).

Tuloksetas terveyden edistäminen sairaalassa edellyttää sairaalan vision ja strategian omaksumista yhteiseksi arvoksi, jotta organisaatio todella muuttuu terveyttä edistäväksi (Whitehead 2004). Terveyden edistäminen edellyttää ammattilaisten laaja-alaista näkemystä terveyden edistämisestä niin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa kuin terveydenhuollon ulkopuolellakin järjestötoiminnassa ja terveystaloudellisuudessa (Liimatainen ym.1999). Sairaaloiden kehittyminen terveyttä edistäväksi on kuitenkin ollut hidasta ja keskittynyt lähinnä yksittäisiin projekteihin (Johnson & Baum 2001, Polluste ym. 2007). Haasteina sairaaloiden terveydenedistämistyölle ovat vakiintuneet työnjaot, välittömien kustannusten minimointi

ja koettu ristiriita sairaalan perustehtävien kanssa (Rigoff & Herrala 2010) sekä strategioiden toimeenpanon hankaluus (Tuomiranta ym. 2007, Lindfors ym. 2010). Terveyden edistäminen sairaaloissa onnistuu parhaiten, mikäli se integroidaan järjestelmällisesti terveydenhuollon alueellisiin strategioihin ja toimintakäytäntöihin (Pelikan et al. 2001). Lisäksi se vaatii asiakkaiden osallistumista oman palvelunsa suunnitteluun, henkilöstövoimavarojen jatkuvaa kehittämistä sekä vahvaa henkilöstöä kannustavaa ja osallistavaa johtamistapaa (STM 2009).

Terveydenhuollolta edellytetään laadukasta, tasapuolista ja vaikuttavaa hoitoa (STM 2008). Ehkäisevän terveyden edistämisen työn vaikuttavuutta on usein vaikea mitata sairaaloissa, koska vaikutukset näkyvät vasta pitkän ajan kuluttua ja muut tekijät, esimerkiksi ympäristö, voivat vaikuttaa tavoitteen saavuttamiseen (Laitinen-Pesola 2011, 139). HPH-standardit tarjoavat mahdollisuuden kehittää laadukasta, tasapuolista ja vaikuttavaa hoitoa laaja-alaisesti terveyden edistämisen näkökulmasta. Standardit on kehitetty selkeyttämään sairaalan terveyden edistämisen työtä. (Groene et al. 2005, Groene et al. 2010, McHugh et al. 2010.) Standardeihin perustuva itsearviointi on prosessi, jota sairaalat käyttävät arvioidakseen tuloksellisuustasoaan ja toteuttaakseen jatkuvaan kehitykseen tähtääviä toimia. Näin sairaalan henkilökunta voi asettaa kehitettävät asiat tärkeysjärjestykseen ja suunnitella tarvittavat toimenpiteet tai hyödyntää sairaalan muiden osastojen toimivia käytäntöjä. (Groene et al. 2005.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toteutumista henkilökunnan näkökulmasta. Arviointi toteutettiin sitä varten kehitetyllä kyselylomakkeella, joka perustuu WHO:n ja HPH-verkoston kehittämiin terveyttä edistävän sairaalan standardeihin. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää eri työyksiköiden terveyden edistämisen vahvuuksia ja kehittämiskohteita. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää sairaaloiden terveydenedistämiskäytäntöjen toimeenpanossa eri työyksiköissä.

2 TERVEYTTÄ EDISTÄVÄN SAIRAALAN VIITEKEHYS

2.1 Terveyden edistäminen käsitteenä

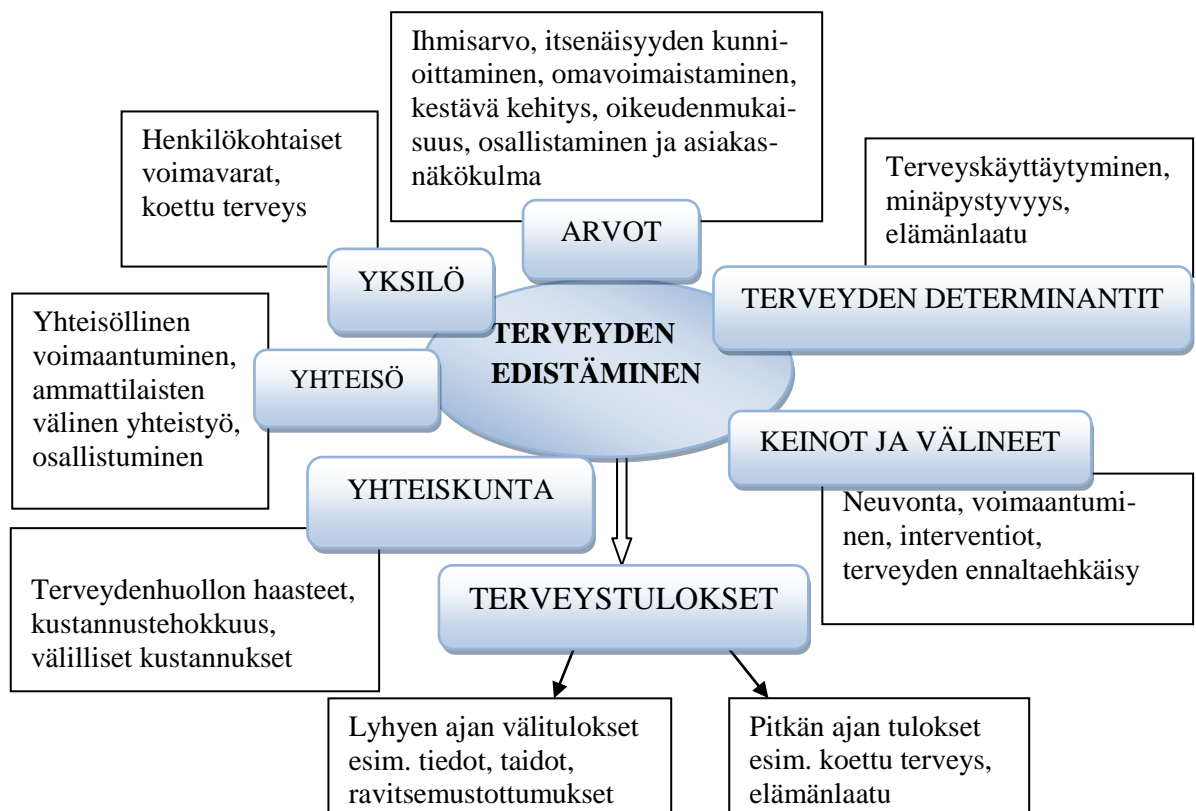
Terveyden ylläpitämiseen sekä sen saavuttamiseen tarvitaan terveyden edistämistä. Terveyden edistämisen laajan toimikentän vuoksi sen määrittely on todettu haastavaksi (Rootman et al. 2001, Davie & Macdowall 2006, Wills 2007, Piper 2008, Whitehead 2009). Sosiaaliset ja poliittiset vaikutteet eri organisaatioissa ja sosiaalisissa konteksteissa tekevät sen määrittelyn lähes mahdottomaksi (Tones & Tillford 2001, Bunton & Macdonald 2002). Lisäksi Rimpelän (2005a) mukaan useiden terveyden edistämisen määritelmien ongelmana on teoreettisuus, jolloin on vaikea tavoittaa terveyden edistämisen konkreettisia sisältöjä.

Terveyden edistämistoiminnan perusta luotiin vuonna 1986 Ottawan asiakirjan (Ottawa Charter for Health Promotion) myötä. Sen mukaan terveyden edistäminen tarkoittaa: "the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health" eli toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. Terveys on siten kaikkien oikeus ja voimavara, eikä vain elämän päämäärä. Sen saavuttamiseksi tiettyjen perustarpeiden tulee täytyä. Ihmisten tulee pystyä itse vaikuttamaan niihin tekijöihin, joista heidän terveytensä riippuu. Ottawan asiakirjassa (1986) terveyden edistämistä määriteltiin toiminta-alueiden kautta, jotka ovat: terveyttä edistävä toimintapolitiikka, terveyttä tukevat ympäristöt, terveyttä edistävän yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen, henkilökohtaisten tietojen ja taitojen vahvistaminen sekä palvelujen kehittäminen terveyttä edistäviksi. Toimintalinjat sisälsivät laajasti väestön terveyteen vaikuttavia tekijöitä sekä useiden politiikkalohkojen käsitteistöön ja päätöksentekoon liittyviä tavoitteita. Asiakirjan ajatus terveyden edistämisestä sai Awofesonin (2004) ja Lindforsin ym. (2010) mukaan ammatillis-tieteellisen sisällön, josta sittemmin tuli koulutuksen ja terveystieteellisen tutkimuksen ydinkäsitteitä.

Sittemmin terveyden edistämisen suuntauksia vahvistettiin rajatumminkin seuraavissa WHO:n konferensseissa. Adelaidessa korostettiin terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa ja terveyden edistämisen avainalueita (WHO 1988) ja Sundvallissa terveyttä edistävää ympäristöä (WHO 1991). Jakartassa painotettiin kaikkien yhteiskuntasektorien sitoutumista ja luotiin terveyden edistämisen uudet haasteet 2000-luvulle, esim. kaupungistuminen ja terveydelle

haitallisen käyttäytymisen lisääntyminen (WHO 1997). Mexican erityisteemana oli terveyden tasa-arvo (WHO 2000). Bangkokin teemana olivat terveyden edistämisen politiikka ja tulevaisuuden haasteet kuten Internet, globalisaatio, yksityinen sektori, näyttö ja kustannusvaikuttavuus (WHO 2005). Siten terveyden edistäminen on siirtynyt yksilöllisestä lähestymistavasta kohti yhteiskunnallisempaa lähestymistapaa sekä suppeammasta näkökulmasta kohti laajempaa näkökulmaa (WHO 2009).

Suomessa terveyden edistämistä on käsitelty hyvin laajasti ja yksityiskohtaisesti (Liimatainen ym. 1999, Perttilä 1999, Pietilä ym. 2002, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005). Arkielämässä terveyden edistämällä tarkoitetaan yksittäisten ihmisten toimintaa oman terveytensä edistämisessä (Lindfors ym. 2010), kuten terveyden merkityksen korostamista. Terveyden edistämistä voidaan kuvata arvoihin perustuvaksi toiminnaksi Kuva 1 (Ottawa Charter 1986, Lahtinen ym. 2003). Arvojen pohjalta määritellään terveyden edistämisen tavoitteet (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005).



Kuva 1. Terveyden edistämisen ulottuvuuksia (esim. Lahtinen ym. 2003, Vertio 2003, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005).

Tavoitteet voivat olla joko poromotiivisia, jolloin pyritään vahvistaman mahdollisuuksia sekä yksilön ja yhteisön voimavaroja tai preventiivisiä, jolloin pyritään ehkäisemään alttiutta sairastua ja sairauden pahentumista. Keinot ja välineet auttavat tavoitteeseen pääsyä. Terveyteen vaikutetaan determinanttien eli terveyttä määrittävien tekijöiden kautta. Determinantit ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia tai kulttuurisia tekijöitä, jotka voivat vahvistaa tai heikentää terveyttä. (Ewles & Simnett 1995, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, WHO 2009.) Terveyden edistämisen tuloksien vaikuttavuutta voidaan mitata kahdella tasolla: terveyden edistämisen välituloksina ja pitkän aikavälin muutoksina yksilön terveydessä ja hyvinvoinnissa. Terveyden edistämisen välituloksia ovat esimerkiksi muutokset yksilön asenteissa ja pystyvyyden tunteessa. Pitkällä aikavälillä nämä vaikuttavat myönteisesti terveyteen ja hyvinvointiin, esimerkkinä koettu terveys, elämänlaatu ja sairauksien ehkäisy. (Kiiskinen ym. 2008, 21.) Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön sekä yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. (Ewles & Simnett 1995, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, WHO 2009.)

Terveyden edistämisen määrittelyn haasteellisuutta lisää sen perustuminen arvoihin, mikä kuitenkin lähtee tavoitteista, keskittyy toimintaan tai korostaa terveyden edistämisen tuloksia. Lisäksi määritelmässä korostetaan poromotiivista näkökulmaa, mikä käytännössä kuitenkin usein muotoutuu preventiiviseksi toiminnaksi. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Terveyden puolesta puhuminen (advocacy for health) on yksi keskeisimmistä terveyden edistämisen tavoitteista, jonka vuoksi terveydenalan ammattilaisten on tärkeä tunnistaa terveyden edistämisen laaja-alainen perusta ja sen merkitys työssään (Mcqueen et al. 2009, Whitehead 2009). Käsite ”terveyden edistäminen” on kuitenkin herättänyt hämmennystä hoitotyössä tai se on käsitetty väärin, mikä mainittiin suurimmaksi esteeksi terveyden edistämistyön onnistumiselle (Mcbride 2004, Tountas et al. 2004, Whitelaw et al. 2006, Guo et al. 2007, Lin et al. 2009, Delobelle et al. 2010, Johansson et al. 2010, Lin & Lin 2011). Suomen sairaanhoitopiireissä terveyden edistämisen käsite on kritisoitu jäävän ylätasoinen käsitteeksi, ilman selkeitä tavoitteita (Rigoff & Herrala 2010). Käsitettä terveyden edistäminen ei usein eroteta käsitteistä sairauksien ennaltaehkäisy, terveystieto tai voimaannuttaminen (Groene 2006).

Ammattiauttajien on tärkeä toimia tukijoina erityisesti niille kansalaisille, joilla on heikot edellytykset edistää terveyttään joko itsenäisesti tai läheisten ja yhteisön tukemana (WHO 2009). Toimintaympäristöt voivat edistää yksilön mahdollisuuksia tunnistaa omat voimavaransa (Mattila 2008), mutta jokaisen vastuuta omasta ja läheistensä terveydestä tulee entisestään korostaa. Omavastuuseen liittyvä olennaisesti voimaantumisen (empowerment). Voi-

maantunut ihminen uskoo omiin voimavaroihinsa ja on itse itseään määräävä ja vapaa ulkoisesta pakosta (Siitonen 1999, Kuusi ym. 2006, WHO 2009).

2.2 Terveyttä edistävät sairaalat

Sairaalat on perinteisesti ollut paikkoja parantaa ja parantua syntyä ja kuolla (Korvenranta 2010). Sairaala ei tule kuitenkaan nähdä pelkkänä rakennuksena, vaan terveyttä lisäävän toiminnan tärkeänä osatekijänä (Porter 2009, Teisberg & Wallace 2009). Terveyden edistämiseen sairaaloissa on useita syitä. Terveyden edistäminen sairaaloissa tulisi ymmärtää toimintana, jonka avulla lisätään ihmisten mahdollisuuksia terveytensä ylläpitämiseen ja parantamiseen. (Pelikan et al. 2001, 240.) Toiminnan lopputuloksena voidaan mitata esimerkiksi potilaan terveydentilan parantumista (Porter 2009, Teisberg & Wallace 2009).

Sairaaloissa voidaan tarjota lääketieteellisten interventioiden ja lääkehoidon lisäksi tukea ja apua potilaille, jotta he kykenisivät noudattamaan terveyttä edistäviä elintapoja ja saavuttamaan mahdollisimman hyvän elämänlaadun (WHO 2007). On osoitettu, että potilaat ovat sairaustaessaan vastaanottavaisia terveyteen liittyville neuvoille (Ogden 1996, Groene & Gargia-Barbero 2005). Etenkin akuutin sairauden tai loukkaantumisen yhteydessä potilas on erityisen altis muuttamaan elämäntapojaan terveellisemmäksi, mikäli joku neuvoo ja ohjaa häntä tuolloin (Wills 2007). Siksi sairaaloissa on mahdollisuus auttaa potilaita ymmärtämään elintapojen muuttamisen tarpeellisuus. Tønnesen (2012b) mukaan Sairaaloissa on ollut puutetta systemaattisista ja toimivista terveyden edistämisen interventioista. Coulterin ja Jenkinsonin (2005) mukaan potilaat kaipasivat terveyttä edistäviin interventioihin parannusta etenkin lääkäreiden viestintä- ja kuuntelutaitoihin. Lisäksi potilaat toivoivat lisääntynyttä keskustelua terveyteen liittyvistä kysymyksistä. Phillipsin ja Hughesin (2008) mukaan terveyden edistäminen tulee suunnitella potilaalle ehjäksi kokonaisuudeksi, sillä se luo edellytykset myös hyvälle potilas-lääkäri/-hoitajasuhteelle ja parantaa terveyden edistämisen tuloksia.

Sairaaloissa voidaan edistää myös työntekijöiden, heidän perheidensä ja työyhteisöjen hyvinvointia (Tang et al. 2006). Terveyspalvelujen merkitys työllistäjänä on tasaisesti kasvanut (Mattila 2011). Sairaalat työllistävät noin 1-3 % väestöstä (Mckee & Healy 2001). Sairaalat, joissa on tehty turvallinen ja terveyttä edistävä ympäristö yhdessä henkilökunnan kanssa, houkuttelevat pysyviin työsuhteisiin. Panostamalla työympäristöön vähennetään kalliita työ-

poissaoloja (WHO 2007, Sounan & Gagnon 2005), saavutetaan paremmat työolosuhteet, palkataan parempaa henkilökuntaa, tarjotaan parempaa hoitoa ja tehostetaan työryhmiä (Havens & Aiken 1999). Lisäksi hyvä ja terveellinen työympäristö tukee työntekijöiden omaa hyvinvointia (Husman & Rautio 2008), sillä työpaikkana sairaalaan liittyy useita fyysisiä, kemiallisia, biologisia ja psykososiaalisia riskitekijöitä, jotka voivat vaikuttaa omaan terveyteen. Riskitilaisilla sairaaloilla, joissa pyritään parantamaan työoloja, tunnetaan henkilöstön terveyttä vaarantavia tekijöitä heikosti. Henkilöstön terveyden, tuottavuuden ja potilaiden hoidon tason välillä on kuitenkin todistetusti vahva yhteys. (Aiken 2002.)

Terveyden edistäminen onnistuu parhaiten, mikäli työntekijöille annetaan mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon ja työn hallintaan. Tarvitaan osallistamista tukevien järjestelmien luomista ja sellaisten menetelmien valintaa, joissa työntekijät toimivat aktiivisesti oman terveytensä rakentamiseksi. (Husman & Rautio 2008, Korvenranta 2010.) Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö (2011) korostaa työntekijöiden oikeudenmukaista kohtelua, yhteisten arvojen noudattamista, työpaikalla vallitsevan luottamuksen ja aidon yhteistoiminnan sekä tasa-arvon merkitystä. Kim et al. (2009) mukaan panostamalla yhteistyöhön vähennetään työntekijöiden keskinäistä tietokatkoa, lisätään oman osuuden vaikuttavuutta hoidon tulokseen.

HPH-verkostot edesauttavat potilaiden, terveellisen organisaation, henkilökunnan ja väestön terveyden edistämistä (Hätönen 2010, HPH 2013). Ajatus HPH-sairaaloista perustuu Ottawa Charterin (1986) ja viiden eri maan edustajien käynnistämään keskusteluun sairaaloiden mahdollisuuksista kehittää toimintatapojaan terveyttä edistäviksi. WHO:n näkemys oli sairaalan vahvempi rooli alueensa terveysresurssina ja vaikuttajana. (Milz & Vang 1988, Pelikan et al. 2001.) HPH-verkoston valmistelu sisälsi wieniläisessä sairaalassa toteutetun "Terveys ja sairaala" -pilottihankkeen, joka toteutettiin Wienin Rudolfstiftung sairaalassa vuonna 1989–1990. HPH-verkosto perustettiin vuonna 1991. HPH-verkoston ydinasiat kirjattiin Budapestin julistukseen. (Pelikan et al. 1998.) Sen mukaan sairaala ei toimi vain terveyspalveluja tuottavana ympäristönä vaan työpaikkana, joka vaikuttaa samalla myös asuinkuntansa alueella (The Budapest Declaration 1991). Miltzin ja Vangin (1988) mukaan sairaaloiden tuli ottaa vahvempi rooli alueensa terveysresurssina ja vaikuttajana.

Sittemmin laajan Eurooppalaisen pilottiprojektin 1993–1997 (Pelikan et al. 1998, Nowak et al. 1998) myötä vuonna 1997 hyväksyttiin Wienin suositukset terveyttä edistäville sairaaloille (Liite 1). Suositukset asettavat sairaalalle konkreettisia sisällöllisiä tavoitteita ottaen huomi-

oon terveydenhuollon uudistusten tarpeet ja sairaaloiden tarpeen kiinnittää enemmän huomiota terveyteen. (The Vienna Recommendations 1997.) Sairaaloiden, jotka haluavat kuulua Health Promoting Hospitals and Health Services-verkostoon, tulee ymmärtää toiminnan peruseriaatteet ja strategiat Wienin suosituksen mukaisesti. Suositusten keskeisiä tavoitteita ovat: oikeudenmukaisuus, solidaarisuus, kokonaisvaltainen terveyden tarkastelu, laadun parantaminen, terveyden tarkastelu, ihmiskeskeisyys, resurssien tehokas käyttö sekä selkeät suhteet muihin terveydenhuollon tasoihin ja yhteiskuntaan. (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005.)

HPH-sairaalat edistävät ajatusta siitä, että tietyn väestön terveysongelmat johtuvat kyseisen ryhmän sosiaalisen ympäristön ja henkilökohtaisten tekijöiden välisestä vuorovaikutuksesta (WHO 2007). Terveyden edistäminen tulee sisältyä sairaalan visioon ja strategiaan, jonka onnistumiseksi koko organisaation on muututtava terveyttä edistäväksi (Whitehead 2004). HPH-verkostoon kuuluvien sairaaloiden tulee esimerkiksi olla savuttomia (Clinical Health Promotion 2012, 41–42). Sairaala terveyden edistämisen ympäristönä perustuu Ottawan Charter asiakirjan (1986) viidennen toimintasuuntaan eli terveystalveluiden uudistamiseen (Pelikan et al. 2001, 240). Lisäksi HPH-sairaalat edistävät neljää lähestymistapaa Kuva 2. (Groene & Gargio-Barbero 2005).

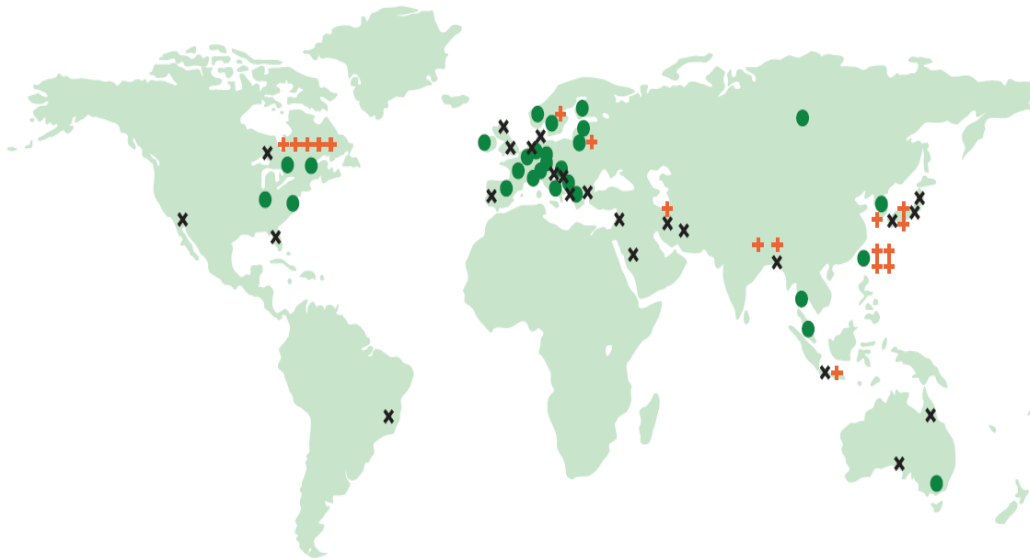


Kuva 2. Terveyttä edistävien sairaaloiden lähestymistavat (mukailten Groene & Gargio-Barbero 2005)

HPH-sairaaloiden tulee kuulua alueelliseen tai kansalliseen verkostoon. Jäsenten tulee noudattaa sääntöjä ja ohjeita, jotka on luotu kansainvälisellä, kansallisella tai alueellisella tasolla kansainvälisen verkoston jäsenten, WHO:n ja kansainvälisen koordinoivan instituution toimesta. (Hätönen 2010.)

HPH on globaali verkosto, johon kuuluu tällä hetkellä 850 jäsenorganisaatiota kaikilta mantereilta (Kuva 3).

- + = Uusi HPH-sairaalan jäsen vuonna
 - = HPH-sairaaloiden maa/alue
- × 2012= Yksityiset HPH-sairaalat



Kuva 3. Terveyttä edistävien sairaaloiden verkostojäsenet (Clinical Health Promotion 2012)

Kansainväliset terveyden edistämisen kongressit ovat keskeinen osa terveyttä edistävien sairaaloiden toimintaa. Kongressit pidetään eri jäsenmaissa ja niiden tieteellistä sisältöä koordinoi wieniläinen Ludwig Boltzmann Instituutti (LBI). Kongressit toimivat maailmanlaajuisena verkostoitumiskenttänä. (Hallman-Keiskoski ym. 2010.) HPH-verkoston näkyvyyttä halutaan jatkuvasti lisätä. Viimeisimpinä uudistuksina HPH-verkostolle on kehitetty Wepex Meetings -työkalu ja Google-karttapalvelu, joiden tarkoituksena on lisätä verkoston näkyvyyttä ja kannustaa sairaaloita terveyden edistämiseen. Wepexin avulla sairaalat voivat jakaa tietoa keskenään ja hyödyntää kuvankäsittelyaluetta piirto- ja kirjoitusalueena. Twinning-strategian tavoitteena on edistää sairaaloita toimimaan HPH-strategioiden ja HPH-standardien mukaisesti. Strategiatavoitteet voi kuka tahansa HPH-verkoston sairaaloista saavuttaa. Tavoitteiden saavuttajat palkitaan joka vuosi kansainvälisen HPH-konferenssin yhteydessä. (Clinical Health Promotion 2012, 41–42.)

2.3 Suomen terveyttä edistävät sairaalat

Lääkintähallituksen ohjekirje vuonna 1978 käynnisti Suomessa keskustelun terveyden edistämisen tehostamisesta ja myös sairaaloihin piti nimetä terveystasvatuksen yhdyshenkilö (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005). Sairaaloiden rooliin terveyden edistäjinä vaikutti merkittävästi Ottawan asiakirja (Ottawa Charter 1986). Sittenmin sairaaloissa on siirrytty ehkäisevän terveydenhuollon tavoitteiden toteutumisesta erityisesti terveystasvatuksen ja terveyden edistämisen näkökulmien korostamiseen (STM 1986, Laitakari ym. 1989, Miilunpalo & Laitakari 1996, Sihto 1997, Rimpelä 2005b) sekä kuntoutuspalveluiden lisäämiseen. Terveyden edistämisen määrittely laajeni 1990-luvulla koskemaan ajatusta arjen areenoista (settings for health), johon terveydenhuollon toimintaympäristöt kuuluvat. Periaatteena, että terveyttä edistetään lähellä ihmistä ja hänen arkielämänsä ympäristöä (Koskinen-Ollonqvist 2004), jolloin sairaala toimii aktiivisessa vuorovaikutuksessa toimintaympäristönsä kanssa (Groene & Garcia-Barbero 2005).

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:n (STES) jäsensairaalat kuuluvat kansainväliseen HPH-verkostoon. STES:n jäsenyhdistyksiä on Suomessa yhteensä 25 ja kannatusjäseniä 10. (Hätönen 2010.) Yhdistys on sekä suomen- että ruotsinkielinen (Hälsofrämjande sjukhus i Finland rf). Kansainvälisissä yhteyksissä yhdistyksestä käytetään epävirallista nimeä The association of Health Promoting Hospitals in Finland. STES:n tavoitteena on tuoda voimakkaammin terveyttä edistävä näkökulma Suomen sairaaloitten toimintakulttuuriin. Terveyden edistämiseksi yhdistys järjestää verkostotapaamisia, antaa vertaistukea sekä neuvoo ja ohjaa terveydenhuoltohankkeita, harjoittaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa, välittää tietoa terveyttä edistävän toiminnan mahdollisuuksista sairaanhoidossa ja ylläpitää Internet-sivuja ja yhdysjäsenluetteloja. (Hätönen 2010.) Yhdistyksen jäsenorganisaatioissa on kehitetty toimintamalleja yhteistyössä eri toimijoiden kanssa (Määttä 2012). Keskeinen osa STES:n toimintaa on kansainväliset henkilöstövaihdot ja HPH-kongressit (Hallman-Keiskoski ym. 2010, 50–52). Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (KSSHP) liittyi HPH-verkostoon vuonna 1998 (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005) ja oli STES:n perustajajäsen vuonna 2001 (Hätönen 2010). Toiminnan vahvana ajatuksena on edistää terveyttä edistävien sairaaloitten nelikenttäistä jaottelua potilaiden, henkilökunnan, väestön ja ympäristön terveyden edistämiseksi (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005).

3 TERVEYTTÄ EDISTÄVIEN STANDARDIEN TOTEUTUMINEN SAIRAALOISSA

3.1 Terveyttä edistävät standardit

Monissa maissa laatujärjestelmiä ylläpitävät organisaatiot ovat kehittäneet erilaisia sairaalahoitoon laatu mittaavia standardeja (WHO 2003). Laatu mittaavien standardien puutteena on ollut terveyden edistämisen heikko näkyvyys (WHO 2002). Erilaisia standardeja käytetään laajasti sairaaloiden eri työyksiköissä, mutta ne eivät ole saaneet yleistä hyväksyntää terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Ne eivät ole tarpeeksi potilaskeskeisiä, eikä niiden avulla ole saatu tarpeeksi kliinisiä tuloksia. Useimmilta standardeilta on puuttunut arvioinnin osuus sekä terveyden edistämisen osuus ei ole ollut riittävän yksiselitteinen. (WHO 2002, WHO 2003.) Puutteellisten standardien vuoksi HPH-verkostossa kehitettiin vuosina 2001–2006 kansainväliset terveyttä edistävän sairaalan standardit, jotka käännettiin STES:n verkostossa suomeksi (Groene et al. 2004, Hätönen 2010). Standardit kehitettiin yhteistyössä yhdeksän eri Euroopan maan ja 36 sairaalan kanssa myös Keski-Suomen sairaanhoitopiiri osallistui niiden testaukseen. Toiminnan lopputuloksena laadittiin viisi ydinstandardia (Taulukko 1), (Liite 2).

Taulukko 1. Kansainvälisen HPH-standardien sisältö (mukaillen Groene & Garcia-Barbero 2005, 51).

Ydinstandardit	Sisältö
1. Virallinen toimintasuunnitelma	Sairaalalla on virallinen, kirjallinen terveyden edistämisen toimintasuunnitelma.
2. Potilaan tilanteen arviointi	Terveysalan ammattilaiset arvioivat järjestelmällisesti terveyden edistämisen tarpeita yhdessä potilaiden kanssa.
3. Potilaan informointi ja interventiot	Potilaan hoitopolkujen kaikissa vaiheissa potilaalle annetaan tietoa hänen sairauttaan ja terveydentilaansa koskevista olennaisista tekijöistä. Terveyden edistämistoimet liitetään potilaalle tarjottavien palvelujen kokonaisuuteen.
4. Terveellisen työympäristön turvaaminen	Johdon tehtävänä on luoda edellytykset sairaalan kehittymiselle terveellisenä työympäristönä.
5. Jatkuvuus ja yhteistyö	Sairaalan toimintasuunnitelmaan sisältyy jatkuva yhteistyö muiden terveydenhuollon yksiköiden ja muiden yhteistyötahojen kanssa.

Jokaisessa ydinstandardissa on alastandardreja, jotka helpottavat standardin soveltamista käytäntöön. Standardit ilmaisevat ammatillisesti hyväksytyjä julkilausumia, joista jokaiseen standardiin kuuluu systemaattinen suunnittelu, toteutus ja arviointi. (WHO 2004.) Sairaaloiden terveyden edistämisen tueksi kehitetyt standardit ottavat huomioon yksilöiden terveystentiaalin ja painottavat sitä, miten tärkeää on aktivoida heitä saavuttamaan terveystentiaalin informoinnin, motivoinnin, neuvonnan, valmennuksen tai muiden toimintojen avulla. Standardit eivät keskity ainoastaan potilaiden hoitoon vaan myös henkilöstön terveyteen, sairaalan ja yhteisön suhteisiin sekä organisaation kehitykseen. (Bose et al. 2001, WHO 2004, Groene et al. 2006.)

Itsearviointi on keskeinen keino arvioida standardien toteutumista. Standardien itsearvioinnilla tarkoitetaan prosessia, jota terveydenhuolto-organisaatiot käyttävät arvioidakseen tarkasti tuloksellisuustasoaan suhteessa vakiintuneisiin standardeihin ja toteuttaakseen jatkuvaan kehitykseen tähtääviä toimia. Itsearvioinnin avulla henkilöstö voi asettaa kehitettävät asiat tärkeysjärjestykseen ja suunnitella tarvittavat toimenpiteet tai kopioida sairaalan muiden osastojen toimivia käytäntöjä. (Groene et al. 2006.) Arvioinnille on luonteenomaista yhteisöllisyys, läpinäkyvyys, osallistuvuus, avoimuus ja eri tahojen välinen vuoropuhelu. Se on luonteeltaan praktista, arvosiidonnaista ja käytännön kehittämistyötä hyödyntävää. (Patton 2002.) Standardien periaatteena on, että niitä voidaan arvioida sisäisesti tai ulkoisesti. Sisäisellä arvioinnilla viitataan esimerkiksi eri työyksiköissä tapahtuvaan arviointiin. Ulkoisella arvioinnilla viitataan asiantuntijan suorittamaan tarkastukseen, jonka seurauksena on ulkoinen vertaisarviointiprosessi. Ulkoinen arviointi johtaa tyypillisesti sairaalan laadun kokonaisvaltaiseen arvioon, jonka tarkoituksena on kartoittaa erityisesti sairaalan kehitystä vaativia alueita. (Bose et al. 2001, Groene et al. 2006.)

Tutkimuksissa itsearviointia on toteutettu eri keinoin. Keskeisiä keinoja ovat olleet arkistoidut tietokannat, suunnitellut kyselylomakkeet ja haastattelut, joiden avulla on arvioitu mm. sairaalan terveyden edistämisen tavoitteita, ongelmia ja kehittämistarpeita. (Lin & Lin 2011.) Keskeisiä keinoja muissa tutkimuksissa ovat olleet myös kirjallisuuskatsauksien hyödyntäminen (Groene et al, 2005, Lin et al 2009), lyhyet ja laajemmat kyselytutkimukset (McBride 2004, Tountas et al. 2004, Guo et al. 2007, Groene et al. 2010), haastattelut (Guo et al. 2007, Lin et al 2009) ja kyselytutkimukset, kuten postikyselyt (Polluste et al. 2007, Lin et al 2009). Lisäksi Etelä-Afrikassa arvioitiin itsearvioinnin toteutumista osana pilottiprojektia, jossa hyödynnettiin Preceed-Proceed-mallia (Delobelle et al. 2010).

Koska informointi, koulutus ja neuvot saavat aikaan pysyvän käyttäytymismuutoksen ainoastaan silloin, jos vallitsevat normit, säännöt ja kulttuuri tukevat niitä, organisaatioiden terveyttä edistävien interventioiden tulee ottaa huomioon nämä taustalla olevat tekijät. Samoin henkilökunta tarvitsee tietoa ja tukea. Toimiessaan standardit soveltuvat kaikkiin terveydenhuolto-organisaation sektoreihin, jotka ovat suoraan tai epäsuorasti tekemisissä potilaiden hoidon kanssa, esimerkkeinä julkiset ja yksityiset sairaalat sekä kuntoutuslaitokset, ja niitä voi myös soveltaa psykiatriin tai lastensairaaloihin. Standardit selkiyttävät asiakaslähtöistä lähestymistapaa. Standardien avulla voidaan lisätä näyttöön perustuvaa terveyden edistämistä, kehittää laatua sekä parantaa esimiesten ja alaisten välistä viestintää. (Bose et al. 2001, WHO 2004, Groene et al. 2006.)

3.2 Virallinen toimintasuunnitelma

Ensimmäinen standardi edellyttää, että HPH-sairaalalla on virallisesti hyväksytty terveyden edistämisen toimintasuunnitelma (WHO 2004). Toimintasuunnitelman sisältöjä ovat esimerkiksi nimetyt henkilöt, jotka vastaavat toimintasuunnitelman toteuttamisesta. Lisäksi se edellyttää tarvittavia resursseja, kuten rahoitusta, henkilökunnan perehdytystä ja koulutusta.

Virallisen toimintasuunnitelman tavoitteena on liittää organisaation terveydenedistämistoiminta olennaiseksi osaksi organisaation laadunhallintajärjestelmää (WHO 2004). Pollusten et al. (2007) tutkimus osoitti, että sairaalan terveydenedistämistoiminnan liittäminen osaksi organisaation laadunhallintajärjestelmää oli haasteellisempaa sairaaloissa, jotka eivät kuuluneet HPH-verkostoon. HPH-verkostoon kuuluvissa sairaaloissa potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. Hoidon komplikaatiot raportoitiin ja analysoitiin paremmin, yhteistyö potilasjärjestöjen kanssa oli sujuvampaa sekä toimintaympäristön riskit kartoitettiin selkeämmin. Lisäksi henkilökunta oli tyytyväisempiä työhönsä sekä burnouttien määrä oli vähäisempää. Laadunhallinta tukee selkeästi terveyden edistämistyötä ja päinvastoin. Samoin Tountasin et al. (2004) Kreikassa toteutettu WHO:n pilottiprojekti HPH-verkoston sairaaloille osoitti laadunhallinnan tuottavan terveyttä edistäviä tuloksia.

Virallinen toimintasuunnitelma edellyttää nimettyjä henkilöitä kuten johtajia, jotka vastaavat toimintasuunnitelman toteuttamisesta, arvioinnista ja säännöllisestä tarkistamisesta (WHO 2004). Johdon tuella ja panostuksella on todettu olevan merkittävä vaikutus toimintasuunni-

telman toteutumiseen (Jonhson & Baum 2001, Tountas et al. 2004, Guo et al. 2007). Guo et al. (2007) tutki sairaalan johtajien asennetta HPH:ta kohtaan. Tuloksien mukaan johtajien kiinnostuksen puute oli suurin este HPH:n näkyvyyden lisäämiselle. Samoin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettu terveyden edistämisen nykytilan selvitystutkimus osoitti ylimmän johdon asenteen vaikuttavan terveyden edistämisen toteutumiseen. Terveyden edistämisen hyväksyminen sairaaloiden suunnitelmiin ja strategioihin sekä osaksi potilastyötä koettiin hankalaksi suhteessa sairaalan perustehtävään eli sairauden hoitoon. (Hakamäki ym. 2010, Kotisaari ym. 2011.) Lisäksi johtajien erilaiset käsitykset terveyden edistämisen käsitteestä esitettiin yhdeksi esteeksi. Esimerkiksi eri toimialueilla ei tiedetty, millaisia terveyden edistämisen hankkeita ja millaista kehitystyötä muilla toimialueilla tehdään. Keskustelua ja suunnittelua helpottaa, kun käsitellään konkreettisia aiheita ja toimintamalleja, esimerkiksi masennuksen tunnistaminen sekä alkoholi- ja tupakkariippuvuudet. Yhteistyön ja tiedonkulun lisäämiseksi ehdotettiin yhtenäistä verkkosivustoa, jolloin terveyden edistämiseen liittyvät hankkeet löytyisivät yhdestä paikasta. (Rigoff 2010 & Herrala.) Guo et al. (2007) ehdottaa johtajille suunnattua lisäkoulutusta terveyden edistämiskäsitteen ymmärtämiseksi.

Henkilökunnan tulee olla myös tietoinen terveyden edistämisen toimintasuunnitelmasta. Toimintasuunnitelmasta tulee tiedottaa jo uuden työntekijän perehdytysvaiheessa. (WHO 2004.) Sairaalat, jotka kuuluivat HPH-verkostoon, toteuttivat johdonmukaisemmin uuden työntekijän terveyden edistämisperhehtyksen (Polluste et al. 2007). Perehdytys lisäsi huomattavasti terveydenedistämistoimia ja tiimityötä (Tountas et al. 2004). Jotta henkilökunta on myös jatkossa pätevä edistämään potilaiden terveyttä, tulee henkilökunnan lisäpätevöitymistä tukea (WHO 2004). Tutkimustulokset kuitenkin osoittavat terveyden edistämiskäsitteen ymmärtämisen ja lisäkoulutuksen puutteen olevan esteenä henkilökunnan terveydenedistämistaidoille (Whitelaw et al. 2006, Guo et al. 2007, Lin et al. 2009, Delobelle et al. 2010, Johansson et al. 2010, Rigoff & Herrala 2010, Lin & Lin 2011). Henkilökunnan kouluttautuminen ei yksin riitä terveyttä edistävän organisaation kehittämiseksi. Tarvitaan strategisia ja pitkäaikaisia sitoutumistaitoja terveyden edistämisen lisäämiseksi osana sairaalatyötä. Terveyden edistämisen vaatii kaikkien ammattialojen panostusta. (Johnson & Nolan 2004, Whitelaw'n 2006, Guon et al. 2007, Johanssonin et al. 2010.) Rigoffin ja Herralan (2010) mukaan lääkäreiden asenne nousi usein esteeksi terveydenedistämistyötä kohtaan.

Virallinen toimintasuunnitelma edellyttää tarvittavien resurssien varaamista toimintasuunnitelman toimeenpanoa, arviointia ja säännöllistä tarkistamista varten (Groene et al. 2004,

WHO 2004). Tutkimustulosten mukaan terveyden edistämisen kehittymisen esteeksi nousi usein resurssien puute (Johnson & Baum 2001, Johnson & Nolan 2004, Tountas et al. 2004, Guo et al. 2007, Johansson et al. 2010, Lehtinen ym. 2010, Lin & Lin 2011). Tountasin et al. (2004) mukaan rahoitus koettiin jopa suurimmaksi haasteeksi. Mertalan (2011) mukaan niukentuvien resurssien jakaminen vaatii selkeitä ja yhtenäisiä priorisointikriteerejä ja toimintaohjelmia potilaiden terveyden edistämiseksi. Ratkaisuja tulisi voida tehdä potilaan lähtökohdista. Rigoffin ja Herralan (2010) mukaan terveyden edistämiseen liittyvät projektit eivät ole vielä tarpeeksi systemaattisia, esimerkiksi yhteistyöverkostoja ei ole mietitty kokonaisuutena, vaan ne ovat monesti muodostuneet henkilöstön omien kiinnostuksien pohjalta. Resursoinnin selkiyttämiseen ehdotettiin selkeitä painopistealueita, esimerkiksi: lihavuus, päihteet, mielen-terveys, osteoporoosin tunnistaminen ja selkeät hoitoketjut. Resurssien rajallisuus ja potilaiden kasvavat tarpeet aiheuttavat helposti konflikteja, jonka vuoksi tarvitaan erityisiä kykyjä sekä organisaatioiden päätöksenteossa, hallinnossa että potilastyössä.

3.3 Potilaan tilanteen arviointi

Toinen standardi edellyttää, terveysalan ammattilaiset arvioivat järjestelmällisesti terveyden edistämisen tarpeita yhdessä potilaiden kanssa. Terveydenedistämistarpeita arvioitaessa otetaan huomioon potilaan aikaisemmat tiedot. Potilaalla tulee olla saatavilla ohjeita, kuinka hän voi itse tunnistaa terveyden edistämisen tarpeitaan. Muiden yhteistyötahojen antamaa tietoa tulee käyttää potilaan tarpeiden tunnistamisessa. (WHO 2004.) Potilaan tilannetta arvioitaessa kartoitetaan potilaan terveyden edistämistarpeita ja läheisten mahdollisuutta osallistua hoidon suunnitteluun, esimerkkinä alkoholi- ja tupakointikäyttötottumukset, sosiaaliset ja kulttuurilliset taustatekijät.

Potilaan terveyden edistämistarpeet tulee arvioida jo ensimmäisen sairaalakontaktin yhteydessä (WHO 2004). Virossa toteutettu potilastutkimus osoitti, että 83 % vastanneista ammattilaisista koki potilaan tilanteen arvioinnin toteutuneen hyvin lääke- ja hoitajarekisterin yhteydessä. Lisäksi useimmissa sairaaloissa toteutettiin sairauksien ennaltaehkäisyä ja terveydenedistämiskeinoja HPH-verkoston mukaisesti. (Polluste et al. 2007.) Kaikki sairaalat eivät kuitenkaan toimi tarpeeksi systemaattisesti potilaan tilanteen arvioinnissa (Johnson & Bauman 2001, Hibbard 2003). Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettu tutkimus osoitti, että enemmistö henkilökunnasta ei kokenut vaikeaksi haitallisten terveystottumusten kuten alkoholin-

käytön, tupakoinnin, ylipainon tai masennuksen puheeksi ottamista, silloin kun se liittyi tulosityhyn. Mikäli terveyshaitta ei liittynyt sairaalaan tulosityhyn, vastaajat kokivat sen puheeksi ottamisen hankalammaksi. Kiire mainittiin myös potilaiden terveydenedistämistyön esteeksi. Kiireen vuoksi ei ollut aikaa neuvoa, mitä terveelliset elintavat käytännössä tarkoittavat ja mikä niiden merkitys oman terveyden hoitamisessa on. Lääkäreiden oli helpointa ottaa puheeksi potilaan alkoholinkäyttö, tupakointi ja lihavuus, riippumatta siitä liittyvätkö ne tulosityhyn. Henkilökunta toivoi lisäkoulutusta ja keinoja haitallisten terveystottumuksien puheeksi ottamiseen. (Lehtinen ym. 2010.) Mertalan (2011) mukaan potilaan tilanteen arviointiin vaikuttaa eettismoraaliset ja oikeudelliset kysymykset, jotka voivat olla ristiriidassa taloudellisten ja organisatoristen edellytysten kanssa. Tulkintaerot voivat aiheuttaa ristiriitoja potilaan ja ammattilaisen välille. Potilaalla voi olla eri näkemys terveydenedistämistarpeistaan kuin ammattilaisella. Dialogisen orientaation perusasiat, kuten avoimuus, yhteinen sitoutuminen ja vastuunotto sekä toisen työn arvostaminen tiedetään, mutta ne toteutuvat kuitenkin vain osittain ja hetkittäin.

Terveyden edistämistarpeita arvioitaessa tulee ottaa huomioon potilaan sosiaalinen ja kulttuurinen tausta (WHO 2004). Potilaan taustatekijöiden ymmärtämistä helpottaa sujuva kommunikatio. Aiemmat tutkimukset osoittivat, että kommunikatio-ongelmat potilaan ja hoitajan välillä olivat tyypillisiä esteitä potilaan tilanteen arvioinnin onnistumiselle. Yleisimmät syyt olivat kielimuuri ja väärinkäsityksiä aiheuttaneet kommunikointitavat. Erityisesti nonverbaalinen viestintä, kuten katsekontakti, kehonkieli, eleet ja kommunikointi käsitettiin väärin. (Galanti 2008, Berlin et al. 2006.) Kommunikatio-ongelmia ehkäisee kulttuuriymmärrys. Potilasta ei tule luokitella pelkästään etnisen taustan tai kansallisuuden mukaan. Potilaan kulttuurista on laaja kompleksi, joka sisältää uskomuksia, moraalialueita, lakeja, tapoja ja erilaisia tottumuksia. Kulttuuri määrittää pitkälti sen, kuinka yksilö ymmärtää käsitteen terveys ja terveyden edistäminen. (Campinha-Bacote et al. 2002.) Jotta henkilökunta pystyy vastaamaan kulttuurihaasteisiin, tulee heidän oma kulttuurikompetenssinsa eli kulttuuritietous olla kehittynyt (Lassenius 2012). Työpaikkakoulutuksissa edistettiin minimaalista kulttuurikompetenssin kehittymistä (Berlin et al. 2006, Lassenius 2011). Kulttuurikompetenssin todettiin kehittyvän, mitä enemmän hoitotyön ammattilainen kohtaa työssään ulkomaalaistaustaisia potilaita (Cioffi 2006). Kulttuurikompetenssin kehittymistä edistävät yhtenäiset käyttäytymismallit, jotka mahdollistavat tehokkaan työskentelyn monikulttuurisissa tilanteissa. Kulttuurikompetenssinen hoitohenkilö tiedostaa omat ennakkoluulonsa ja olettamuksensa vieraan kulttuurin edustajaa kohtaan. Lisäksi hän omaa tietämystä vieraista kulttuureista, sekä kykenee muo-

dostamaan ja perustelemaan mielipiteitään, ja silti kunnioittamaan toista kulttuuria. (Campinha-Bacote 2002.)

Potilaan tilanteen arvioinnin toteutuminen edellyttää sen, että potilas on valmis keskustelemaan terveydenedistämistarpeistaan. Ammattilaisen tulee ymmärtää kuinka potilas tekee terveysvalintansa. (Mertala 2011.) Peterson et al. (2011) korostavat potilaan parempaa osallistamista terveystottumuksiensa suunnitteluun. Osallistamisessa tulee erityisesti korostaa potilaan henkilökohtaisia voimavaroja ja selviytymiskeinoja.

3.4 Potilaan informointi ja interventiot

Kolmannen standardin tavoitteena on, että potilas saa hoitopolkujen kaikissa vaiheissa tietoa hänen sairauttaan ja terveydentilaansa koskevista olennaisista tekijöistä sekä voimaantuu osallistumaan niihin aktiivisesti. Potilaalle annettavan tiedon tulee olla selkeästi ymmärrettävää ja asianmukaista. Potilaan terveyden edistämisen tarpeet, sovitut toimenpiteet ja jatko-suunnitelma dokumentoidaan hoitokertomukseen. Potilaan lisäksi henkilökunnalla ja vierailijoilla tulee olla mahdollisuus saada yleistietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja potilasjärjestöistä. (WHO 2004.)

Interventiolla tarkoitetaan tässä yhteydessä esimerkiksi toimenpidettä, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen. Interventioiden vaikuttavuutta voidaan arvioida sekä tehokkuuden että kustannusten näkökulmasta. (Patja & Absetz 2007.) Sairaalassa käytettyjä interventiomenetelmiä ovat esimerkiksi alkoholin käytön vähentämistä ohjaavat mini-interventiot (Lehtinen ym. 2010). Neuvonnan tavoitteena on herättää potilasta pohtimaan käyttäytymistä suhteessa haitallisiin terveystottumuksiin, esimerkkinä tupakoinnin lopettaminen. Jos ihmisiltä puuttuu tieto elintapojen vaikutuksesta terveyteen, puuttuu heiltä myös hyvä syy luopua nautintoa aiheuttavista, terveydelle vahingollisista elintavoista. (Bandura 2004.) Neuvonnan vaikutukset terveyteen ovat välillisiä. Positiivisia terveysvaikutuksia voidaan havaita vasta sitten, kun terveyskäyttäytyminen on parantunut riittävän paljon ja jatkunut tarpeeksi pitkään. (Nupponen & Suni 2006.) Toisaalta neuvonnan yhteydessä on aiheellista miettiä myös muita tukitoimia, joita uuden elämäntavan omaksuminen mahdollisesti vaatii, esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen voi vaatia lääkkeitä ja vertaistukea. (Lehtinen ym. 2010.)

Elintavat muovautuvat jo varhaislapsuudessa, mutta sairastavuus näkyy vasta vuosikymmenien päästä (Kiiskinen ym. 2008, Khaw et al. 2008). Koska sairauksien ehkäiseminen on monin verroin edullisempaa, kuin sairauksien hoito (Lehtinen ym. 2010) voidaan terveydenhuollossa saavuttaa merkittävä osa ihmisistä, jotka hyötyvät intervention ja informoinnin lisäämisestä osana potilaan elämäntapamuutosta (Jallinoja et al. 2007, McQueen et al. 2009).

Lisäksi tietoisuus elintapoihin liittyvistä riskitekijöistä on vaikuttanut siihen, että potilaat myös vaativat enemmän henkilökohtaista tukea ja intensiivisiä terveyden edistämisen ohjelmia (Kosunen 2007, McQueen et al. 2009, Toiviainen 2011). Tänä päivänä potilaan terveydenedistämisen valinnoissa korostuu konsumerismi, eli potilaan aseman ja valinnanvapauden korostuminen (Koivusalo ym. 2009, Toiviainen 2011). Konsumerismilla viitataan mikrotasolla potilas-lääkärisuhteeseen, jossa lääkärit jakavat tietoa ja päätöksentekoa potilaan kanssa (Entwistle & Watt 2006). Kun potilaat osallistuvat omaa terveyttään ja sairauttaan koskevaan päätöksentekoon, he ottavat samalla vastuuta hoidostaan (Kääriäinen 2007, Toiviainen 2011). Konsumerismin kanssa samanaikaisesti syntynyt ja osin samansuuntainen ilmiö on voimaantuminen (empowerment) (Tuorila 2009). Termiä on vaikea määritellä, mutta sillä tarkoitetaan voimavaraistumista ja vaikutusvaltaa (Karisto ym. 1998, Holosko ym. 2001). ”Empowerment” eli voimaantuminen on henkilökohtainen prosessi (Karisto ym. 1998), jota ulkopuolinen voi tukea mutta ei luoda (Tuorila 2011). Voimaantumiskäsite on johtanut tietoisuuteen päätösten seurauksista, parempiin ja nopeampiin hoitotuloksiin ja pitkäaikaissairauksien parempaan hallintaan (Kizer 2001, Légaré et al. 2010). Voimaantunut potilas kykenee ajattelemaan kriittisesti ja oppimaan (Tuorila 2006, Toiviainen 2007). Potilaiden voimavaraistajia ovat esimerkiksi lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattilaiset ja vertaisryhmät (Johnston 1999).

HPH-verkostossa löytyi melko vähän tutkimustuloksia informoinnin ja eri interventioiden hyödyntämisestä osana potilaan terveyden edistämistä. Pollusten et al. (2007) mukaan HPH-verkostoon kuulumisen oli selkeyttänyt potilaan informoinnin toteutumista terveyden edistämisen ja sairauksien ennaltaehkäisyn näkökulmasta. HPH-sairaaloissa panostettiin enemmän kroonisten tautien ennaltaehkäisykeinoihin. HPH-verkostoon kuulumisen lisäksi potilastyytyväisyyttä. HPH-sairaaloissa potilaista 83 % oli tyytyväisiä hoitoonsa, kun taas ei-HPH-sairaaloissa vain 46 % koki olevansa tyytyväinen saamansa hoitoon. McBriden (2004) mukaan hoitajilta saadut terveyden edistämisen ohjeet olivat selkeitä ja auttavia HPH-sairaalassa, mut-

ta potilaat kaipasivat säännöllisempää ohjausta ja tietoa, esimerkkinä mainittiin elämäntapaneuvonta.

Tehostettua informointia ja interventiota on tärkeää kehittää osana kaikkien potilasryhmien hoitoa ja seurantaa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005). Haasteellisen intervention ja informoinnin onnistumisesta tekee potilaiden lyhyet hoitajaksot. Potilasta ei välttämättä tavata enää sairaalassa, jolloin palaute omahoidon ratkaisevasta vaikutuksesta potilaalle jää saamatta, mikä voi heikentää interventioiden laadun ylläpitämistä. (Dooris 2005, Absetz 2010.) Interventio-ohjausten kirjaaminen on yksi mahdollinen kehittämiskohde. Vaikka terveysneuvontaa joudutaan yleensä toistamaan useaan kertaan, on ohjauksen tehokkuuden ja uskottavuuden kannalta tärkeää jatkaa siitä, mihin on päästy, kuin aloittaa aina alusta. Esimerkiksi ylipainoisen henkilön onnistunut kymmenen prosentin painonalennus ei välttämättä ole johtanut normaalipainoon, mutta on terveyden kannalta potilaalle tärkeää. (Rigoff & Herrala 2010.)

Potilaan informointi ja interventioiden käyttö edellyttää asianmukaisia toimintaedellytyksiä, kuten potilaiden riittävää ja vaikuttavaa ohjaamista (Johnson & Bauman 2001, Guo et al. 2007, Kääriäinen 2007, Rigoff & Herrala 2010, Lin & Lin 2011). Vaikuttava ohjaus edellyttää perheen ja vertaistukiryhmien merkityksen korostamista, jotka puolestaan edellyttävät selkeitä ja yhtenäisiä toimintakäytäntöjä (Kyngäs ym. 2007, Groene et al. 2005). Tuolloin, mikäli mahdollista, informoinnin tulisi tapahtua rauhallisessa tilassa, sillä omaiset odottavat tukea ja ohjausta sekä mahdollisuutta osallistua kahdenkeskiseen keskusteluun henkilöstön kanssa (Nuikka 2002, Hopia ym. 2002).

3.5 Terveellisen työympäristön turvaaminen

Neljännän standardin tavoitteena on luoda terveellinen ja turvallinen työympäristö ja tukea henkilökuntaa terveyden edistämässä (WHO 2004). Suomen perustuslain 18 §:n mukaan julkisen vallan on huolehdittava työvoiman suojelusta. Työympäristön kehittämiseen vaikuttaa työlainsäädäntö sekä työehtosopimukset, jotka määrittävät työntekijöiden vähimmäisoi-keudet työelämässä. (STM 2011.)

Terveellinen ja turvallinen työympäristö vaikuttaa henkilökunnan työviihtyvyyteen, parantaa työssä jaksamista ja vähentää työtä kuormittavia tekijöitä (Jonhson & Baum 2001, WHO 2004, Tountas et al. 2004, Groene et al. 2005, Pearson et al. 2006, Polluste et al. 2007). Huono työympäristö vaikuttaa työtyytyväisyyttä ja lisää stressiä (McGill & Doran 2007). Työtä kuormittavat tekijät sairaalassa yhdistettiin lisääntyneisiin ylitöihin, vieraan kielen hallintaongelmiin, lisääntyneisiin paperitöihin, työpaikkaväkivaltaan, ergonomisiin epäkohtiin sekä vakavasti sairastuneiden ja ylipainoisten potilaiden lisääntymiseen (Reineck & Furino 2005).

Työympäristöä edistäviä keinoja sairaalassa ovat riittävät resurssit ja tarkoituksenmukainen henkilöstörakenne, johdon tuki ja hyvä yhteistyö sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä (Aiken 2006) sekä toimiva työterveyshuolto. Niille, joiden työ- ja toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi alentunut, tulee tarjota työelämään osallistumisen mahdollisuuksia heidän voimavarojensa mukaisesti. Huomio tulee kiinnittää työkyvyttömyyden sijaan jäljellä olevan työkyvyn tukemiseen. (STM 2011). Työympäristöön liittyvät tekijät vaikuttivat sairauspoissaoloihin lisäävästi (Ariëns et al. 2002). Sairauspoissaolotutkimusten epäkohdaksi on muodostunut liiallinen keskittyminen vakavien mielenterveysongelmien selvittämiseen (Goldner et al. 2004) eikä työntekijän poissaolojen rakentumista kuvattu tarkemmin (Joensuu ym. 2008). Harvemmat tutkimukset ovat kartoittaneet työhön paluun tukemista tai työjärjestelyjä (Holmgren & Ivanoff 2004). Työhön paluuta helpottavat erilaiset työn mukautukset, jopa vähäisetkin mukautukset todettiin tehokkaiksi (Schartz et al. 2006).

Johtamisella voidaan vaikuttaa työympäristön kehittämiseen. Johtamisella todettiin olevan erityisen suuri merkitys henkisen hyvinvoinnin lisääntymiseen. (Holmgren & Ivanoff 2007, STM 2011.) Sairauslomien syntyminen yhdistettiin huonoon johtamiseen ja organisointiin (Serxner 2001, Väänänen ym. 2003, Joensuu ym. 2008). Esimiehen tuen puute yhdistettiin työntekijöiden depressio- ja ahdistuneisuusoireisiin (Weinberg & Creed 2000). Vähäinen tuki esimiehiltä ja työtovereilta yhdistettiin myös mielialalääkkeiden käytön suurempaan todennäköisyyteen ja unihäiriöihin (Sinokki 2009 et al., Sinokki ym. 2010). Rigoffin ja Herralan (2010) mukaan sairaalan henkilökunnan huomiointi osana työympäristön kehittämistä ja terveyttä edistäviä toimenpiteitä oli keskinkertaista. Henkilöstön hyvinvoinnin lisäämiseen panostettiin lähinnä lakisääteisten asioiden puitteissa.

Työympäristö tulee suunnitella siten, että se on mahdollisimman turvallinen, vaikka ihminen tekisi inhimillisiä virheitä. Vaaratekijät tulee poistaa tai minimoida siten, että työntekijän terveys ei vaarannu. (JHL 2013). HPH-verkoston kuulumisen todettiin lisäävän toimintaympäristön riskien kartoitusta 50 % (Polluste ym. 2007). Riskitekijöitä potilastyössä on useita, esimerkiksi sairaalaympäristössä tapahtuvat hoitovirheet ja lääkepoikkeamat, joihin viime vuosina on Suomessa kiinnitetty paljon huomiota. Työympäristön kehittämiseen on syytä kiinnittää huomiota, koska potilaiden hoitoon liittyvät virheet ja niistä johtuvat haitat ovat merkittävä terveydenhuollon ongelma. (Weingart ym. 2000, Pelkonen 2003.) Hoitovirhe on paitsi potilaalle ja hänen läheisilleen, myös häntä hoitaneelle lääkärille ja muulle hoitohenkilökunnalle järkyttävä kokemus. Virheen tekemisen jälkeen työntekijä tuntee useimmiten häpeän ja syyllisyyden tunnetta. Työympäristön tulee olla tässä suhteessa kannustava, ilman rangaistukseksi tulemisen uhkaa. (Barach & Small 2000, Pietro et al. 2000, Pronovost et al. 2005.) Terveyttä edistävässä sairaalassa tulisi järjestää systemaattinen toimintatapa myös hoidon haittapähtymiin osallisten työntekijöiden avuksi (Hallman-Keiskoski 2006). Turvallisessa ja terveellisessä työympäristössä huomioidaan järjestelmässä vähemmän näkyvät häiriötekijät, kuten organisaation rakenteissa, johdossa, johtamistaidoissa ja työympäristössä piilevät ongelmat (Tam et al. 2005).

Henkilökunnan mahdollisuus vaikuttaa työtilanteensa kehittämiseen on tehokas keino tukea sairaalan työympäristön kehittämistä (WHO 2004). Halu tehdä työtä ei synny vain ylhäältä annettujen määräysten perusteella, vaan siten, että työntekijä itse on mukana työnsä tavoitteiden suunnittelussa ja osaltaan hyväksyy ne (Polluste et al. 2007). Autonomia ja päätösten tekemiseen vaikuttaminen motivoi sitoutumaan vahvemmin työhön. Terve työympäristö luo paremmat edellytykset tiimityön toimivuudelle, organisaatiokulttuurin ja ilmapiirin paranemiselle. (Pearson et al. 2006, Sinokki 2010.) Yhteistyö hoitajien ja lääkäreiden välillä todettiin vaikuttavan paitsi työtyytyväisyyteen, mutta myös työympäristöön ja sitä kautta potilastuloksiin (Zangaro & Soeken 2007). Mahdollisuus vaikuttaa työympäristönsä päätöksentekoon yhdistettiin mielenterveyshäiriöiden pienempään riskiin (Elovainio et al. 2002, Virtanen et al. 2008). Kouvoson ym. (2008) mukaan epäoikeudenmukainen kohtelu lisäsi alkoholin suurkulutuksen riskiä.

3.6 Jatkuvuus ja yhteistyö

Viidennen standardin tavoitteena on taata yhteistyö keskeisten palvelutuottajien kanssa ja luoda kumppanuussuhteita terveydenedistämistoiminnan sisällyttämiseksi potilaan kaikkiin hoitopolkuihin. Terveyttä edistävien palveluiden tulee olla johdonmukaisia muun palvelutuotannon ja terveystuotteiden kanssa. Terveystuotteiden edistämisen toiminta tulee olla alueellisesti tunnettua ja näkyvää. Toiminnan tulee tukea yhteistyötä paikallisten terveys- ja sosiaalialan palvelujen tuottajien, organisaatioiden ja muiden toimijoiden kanssa. Näin huolehditaan potilaan hoidon ja terveyden edistämisen jatkuvuudesta myös potilaan sairaalasta kotiuttamisen jälkeen. Potilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät asiakirjat ja potilastiedot lähetetään asianmukaisesti potilaan jatkohoidosta ja seurannasta vastaaville yhteistyötahoille. (WHO 2004.)

Järjestöillä on pitkä ja kattava kokemus arkielämän haasteista, ongelmiin joutuneiden ihmisten auttamisesta ja palveluiden tuottamisesta (Juvakka & Mykrä 2008, 127). HPH-verkostoon kuuluvat sairaalat tekivät enemmän yhteistyötä eri potilasjärjestöjen (65 %) kanssa, verrattuna ei-HPH sairaaloihin (46 %) (Polluste et al. 2007). Hyvät jatkuvuuden ja yhteistyön tulokset yhdistettiin: henkilökunnan keskinäisiin vuorovaikutustaitoihin, yhtenäisiin tavoitteisiin ja sairaalan sähköisiin tiedonjakokanaviin (Tountas et al. 2004, Jonhson & Nolan 2004).

Hoidon jatkuvuutta tukee kirjaaminen, joka edellyttää yhdenmukaista kielen käyttöä. Kirjaamisen tarkoituksena on kuvata keskeiset tiedot potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Kirjaamisella varmistaa myös hoidon jatkuvuus sekä tiedonkulku yksiköittäin ja organisaatioittain. (STM 2001, Mykkänen & Huovinen 2011.) Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat selkeyttäneet dokumentoidun tiedon luettavuutta, saatavuutta ja tiedon uudelleenkäyttöä, mutta potilaskertomukset eivät ole parantaneet hoitajien ja lääkäreiden välistä tiedonvaihtoa eikä hoitajien keskinäistä tiedonvälitystä (Ammenwerth et al. 2011, Kaipio 2011, Nykänen et al. 2012, Kuusisto et al. 2012). Lisäksi potilasohjauksen kirjaaminen koettiin puutteelliseksi ja liian päällekkäiseksi (Kääriäinen & Kaakinen 2008). Kirjaamisessa pelkkä sisällön ohjauksen kirjaaminen ei ole riittävää. Potilaan tulee myös ymmärtää saamansa ohjeistus. (Mäkilä 2007.) Potilaan tiedonkulkua sekä tietojen siirrettävyyttä hankaloittivat epäyhtenäiset käytännöt samankin erikoisalain sisällä. Tiedonkulun turvaamisessa tulee myös huomioida potilaan läheiset. (Haapalainen-Suomi 2009.)

Jatkuvuuden turvaaminen edellyttää saumatonta tiedonsiirtoa eri hoitoketjujen välillä (Tanttu 2007, Silvennoinen-Nuora 2010), esimerkkinä terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö koko potilaan palveluprosessin ajan (Marcum et al. 2002). Toimenpiteitä jatkuvuuden ja yhteistyön lisäämiseen selkeästi kaivattiin terveyttä edistävissä sairaaloissa (Johnson & Baum 2001, Johnson & Nolan 2004, Tountas et al. 2004, Whitelaw et al. 2006, Lin et al. 2009, Delobelle et al. 2010, Johansson et al. 2010, Groene et al. 2010, Rigoff & Herrala 2010, Lehtinen ym. 2010). Vastaajat kokivat lisätiedon tarvetta siitä, mihin muihin tahoihin tulee ottaa yhteyttä asiakkaan tilan sitä vaatiessa, sekä tietoa potilaan jatkohoitomahdollisuuksista ja hoitoketjuista (Lehtinen ym. 2010). Mertalan (2011) mukaan potilaan tilanteen jatkuvuuden arviointia hidastaa hoidonporrastuksen mukaisen hoidon, potilaiden tarpeiden ja resurssi-realismin välinen kohtaamattomuus.

Jatkohoito kaipaa selkiyttämistä siihen, jatkuuko hoito perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidon ohjeiden mukaan, kun potilas siirtyy omasta yksiköstä muualle. Selkeyttä kaivattiin erityisesti silloin, kun mietitään jatkohoitoa perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa, mutta ei silloin kun potilas siirtyy erikoissairaanhoidon yksiköstä toiselle. (Rigoff & Herrala 2010.) Esteeksi yhteisen jatkohoidon onnistumiselle esitettiin tiedon kulun ja yhteisten ongelmanratkaisukeinojen puuttuminen eri ammattiryhmien välillä, sekä eri työyksiköiden alueelliset sijainnit. Johtopäätökseksi ehdotettiin yhtenäistä toimintamallia. Työntekijällä tulisi olla mahdollisuus seurata tehdyn työn hyötyä. Sairaaloiden keskinäiset verkostot tulee miettiä tarkemmin, jotta saadaan lisättyä yhteistyötä kaikkien niiden toimijoiden ja tahojen kanssa, joilla on sama päämäärä, esimerkiksi lihavuuden ehkäisy. (Lehtinen ym. 2010, Rigoff & Herrala 2010.) Groenen et al. (2010) mukaan Internetin hyödynnettävyyttä tulee lisätä.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toteutumista henkilökunnan näkökulmasta. Kyseessä oli pilottitutkimus ja se liittyi sairaanhoitopiiriin strategiatyöhön. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää eri työyksiköiden terveyden edistämisen vahvuuksia ja kehittämiskohteita.

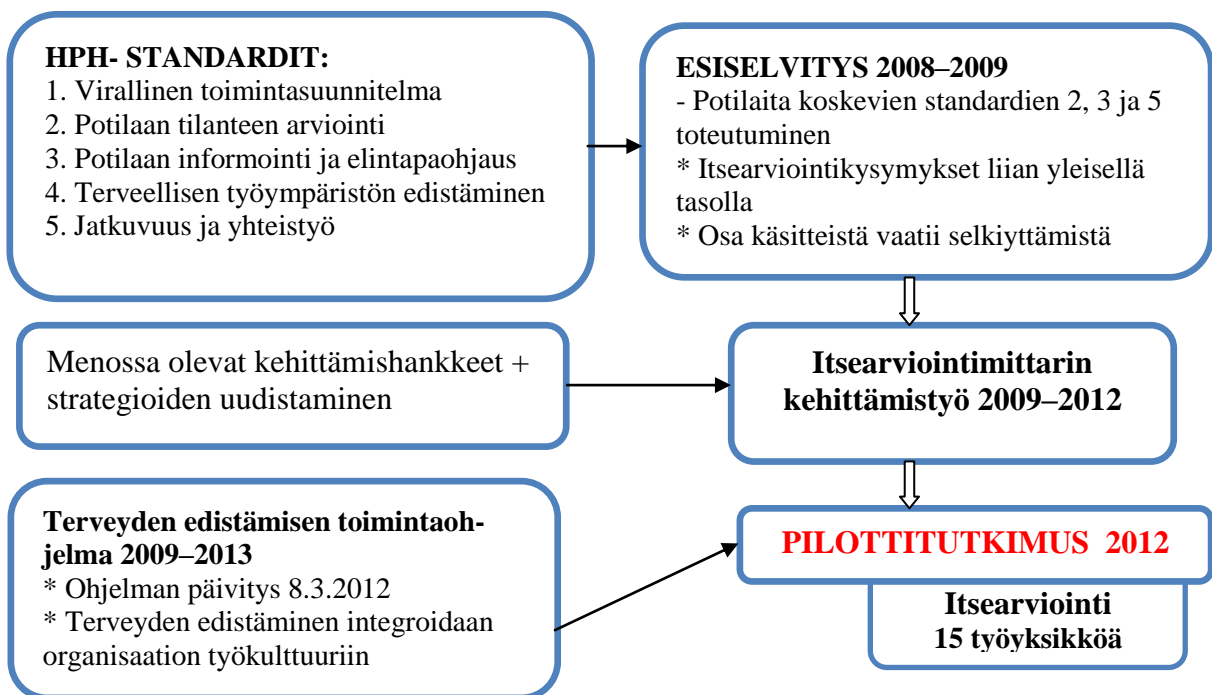
Aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja sen avulla vastattiin seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaiset ovat terveyden edistämisen rakenteet sairaalassa?
2. Millaiset ovat terveellisen ja turvallisen työympäristön edellytykset?
3. Miten potilaan tilannetta arvioidaan?
4. Miten potilaan informointi ja interventiot toteutuvat?
5. Millaiset edellytykset sairaalalla on potilashoidon jatkuvuuden ja yhteistyön toteutumiselle?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUMINEN

5.1 Tutkimuksen suunnittelu ja aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin pilottitutkimuksena Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Tutkimusaineisto kerättiin tätä tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella, josta jatkossa käytetään myös termiä itsearviointimittari. Hyvä itsearviointimittari on selkeä ja johdonmukainen, jossa kerrotaan selkeästi mittarin käyttötarkoitus. (WHO 2004.) Tässä tutkimuksessa käytettävän itsearviointimittarin tausta-ajatuksena olivat Terveyttä edistävän sairaalan standardit ja niiden sisällöt (Kaavio 1). Itsearviointimittari on terveyden edistämisen suunnitelmallista kehittämistyötä.



Kaavio 1. Itsearviointimittarin kehittämistyön lähtökohdat mukailten Hallman-Keiskoski (2012).

Lisäksi itsearviointimittarin tausta-ajatuksena on huomioitu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Terveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2009–2013, jonka sisältö on päivitetty 8.3.2012 (KSSHP 2013). Toimintaohjelman avulla painotettiin potilaiden ja henkilökunnan osalta hyvän mielen vahvistamista sekä terveyttä edistäviin elintapoihin kannustamista, tupakoinnin ja alkoholin osalta. Lisäksi potilaiden osalta painotettiin omahoidon tukitoimien li-

säämistä ja läheisväkivallan ehkäisykeinoja. Henkilökunnan osalta painotettiin myönteisen vuorovaikutuksen lisäämistä ja stressin hallintakeinoja. (Hallman-Keiskoski 2012a, KSSHP 2013.) Toimintaohjelman tavoitteena oli korostaa terveys- ja voimavaralähtöistä lähestymistapaa osana erikoissairaanhoidon toimintakulttuuria, lisäten terveyslähtöisyyden huomiointia organisaatiossa, johtamisessa ja yksilön vastuun korostamisessa. (Hallman-Keiskoski 2012b.)

Yleensä hyvän mittarin kehittäminen on varsin pitkä prosessi (Taulukko 2), joka alkaa mittarin raakaversiosta ja etenee useiden korjausten kautta valmiiksi mittariksi (Metsämuuronen 2003)

Taulukko 2. Itsearviointimittarin ajallinen eteneminen ja tutkijan osallistuminen pilottitutkimukseen.

21.2.–29.3.2012	<ul style="list-style-type: none"> - TE-itsearviointimittarin laadinta/muokkaus/aikataulu - TE-itsearviointimittari (TE:n ohjausryhmän kokous) - STES:in toimintaan perehdytys (STES ry:n verkostotapaaminen, Salo) - TE-itsearviointimittari, mielen hyvinvointia tukevat teemat (K-S Sairaanhoidopiirin neuvoston kokous)
26.3.–27.5.2012	<ul style="list-style-type: none"> - TE-itsearviointimittarin laadintaa/muokkausta - Kyselyohjelmisto Wepropol-koulutus (aineiston keruumuoto) - Itsearviointimittarin laadinta Wepropoliin - Esitestaus (n=15) ja 1 KSHP:n ulkopuolisen arvioitsija * kehitysehdotuksien lisäys/muokkaus - Kyselylomakkeen viimeistely *kyselylomake lähetettiin yhteensä 814 henkilölle 27.5.
4.4.–20.4.2012	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimuskysymysten muotoilu - Saatekirje & muistutusviestin laadinta - Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto
3.6.12–12.3.2013	<p>Aineiston analysointi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutkimustuloksien esikatselu ja analysointi yleiset tulokset ja työyksikkökohtaiset tulokset (esittely KSSHP:n TE:n ohjausryhmä, STES-verkostotapaaminen, Pori)

Luotettavuuden ja mittarin toimivuuden takaamiseksi kyselylomake esitestattiin 15 henkilöllä Keski-Suomen sairaanhoidopiirissä ja yhdellä ulkopuolisella tarkastajalla. Esitestattavat tavoitettiin sähköpostitse. Esitestauksen perusteella korjattiin havaitut virheet ja huomioitiin kehittämissuhteet. Kysymykset pyrittiin laatimaan mahdollisimman yksiselitteisiksi, ilman vääринymmärryksiä. Tutkimuksesta tiedotettiin mm. eri työyksiköiden esimiehille ja terveyden edistämisen yhteyshenkilöille. Ennen mittauksen ajankohtaa valituille työyksiköille lähetettiin

henkilökohtainen sähköpostilinkki vastaamisajankohdasta. Kyselylomakkeen mukaan liitettiin saatekirja (Liite 4), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista.

Tutkimukseen osallistuneet työyksiköt valittiin ylihoitajakokouksessa keväällä 2012. Hoitotyön valinnan peruste oli saada mukaan mahdollisimman erilaisia työyksiköitä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 14 hoitotyön työyksikköä ja ruokapalvelukeskus Caterina. Caterinan työntekijät vastasivat ainoastaan terveyden edistämisen rakenteita ja terveellistä työympäristöä koskeviin kysymyksiin (Liite 3). Lopullinen kyselylomake lähetettiin henkilökohtaiseen sähköpostiin valittujen työyksiköiden kaikille työntekijöille (N=726). Vastausprosentti oli 33 % (n=239) (Taulukko 3).

Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneet työyksiköt (n), vastaajien määrä (n) ja vastausprosentit.

Keski-Suomen keskussairaala	(Koko henkilökunta=N)	(Vastanneet= n)	(%)
Lastenosasto 1	45	25	56 %
Sisätautien osasto 10	82	22	27 %
Keuhkosairauksien osasto 26	35	18	51 %
Keuhkosairauksien poliklinikka	29	6	20 %
Kirurgian osasto 15	40	8	20 %
Kirurgian osasto 20	58	16	28 %
Äitiys- ja sikiötutkimus (Gravida)	12	12	100 %
Teho-osasto	69	24	35 %
Päivystys- ja infektio-osasto (POS)	106	27	26 %
Ruokapalvelu Caterina	64	13	22 %
Kangasvuoren sairaala			
Osasto 37	40	11	28 %
Osasto 38	25	13	52 %
Juurikkaniemen sairaala			
Osasto 33	45	14	31 %
Osasto 35	43	10	23 %
Osasto 36	33	20	61 %
Yhteensä (n)	N = 726	n= 239	33 %

Koska tutkimus toteutettiin ensimmäistä kertaa, ei aikaisempaa vertailutietoa työyksiköiden terveyden edistämisen tarpeista ollut. Tutkimuksen aikana selvisi, että äitiys- ja sikiötutkimus Gravidassa oli ennakkoon sovittu, että kaikki vastaavat kyselyyn, mikä näkyikin 100 % vastaajamääränä. Yli puolet työntekijöistä vastasi osastoilta: Lastenosasto 1, keuhkosairauksien osasto 26, Kangasvuoren osasto 38 ja Juurikkaniemen sairaala osasto 36. Muilta osin vastausprosentti jäi oletettua alemmaksi, mutta antaa kuitenkin viitetietoja eri työyksiköiden vahvuuksista ja kehittämiskohteista.

5.2 Terveyden edistämisen itsearviointimittarin rakenne

Kehitetty terveyden edistämisen itsearviointimittari sisälsi yhteensä 60 muuttujaa (Liite 3) perustuen laajaan taustakartoitukseen. Kehitetty itsearviointimittari rakentui siten, että ensimmäiset kahdeksan kysymystä käsittelivät *organisaation terveyden edistämisen kehittymisen edellytyksiä*. *Terveellistä ja turvallista työympäristöä* kartoitettiin kuudella kysymyksellä, *henkilöstön terveyden edistämisen kehittämistä ja koulutusta* kuudella kysymyksellä, sekä *riittävän tuen saantia* seitsemällä kysymyksellä.

Seuraaviin kysymyksiin vastasivat ainoastaan potilastyötä tekevät työyksiköt, jolloin henkilöstöravintola Caterina jäi pois. *Potilaan terveyden edistämisen tarpeita arvioitiin hoitoon tullessa* kahdeksalla kysymyksellä sekä *potilaan ja hänen läheistensä mahdollisuutta osallistua hoidon suunnitteluun* arvioitiin kuudella kysymyksellä. *Henkilökunnan keinoja ylläpitää ja edistää potilaan terveystietoa* kartoitettiin kymmenellä kysymyksellä. *Jatkuvuutta ja yhteistyötä* kartoitettiin yhteensä yhdeksällä kysymyksellä.

Anonyymiuden säilyttämiseksi työyksiköt (1= Lastenosasto...15=Caterina) toimivat ainoina taustamuuttujina. Kyselylomakkeen kysymykset olivat monivalintakysymyksiä. Muuttujien välisiä arvoja mitattiin 1-7-portaisella vastausasteikolla (1= erittäin hyvin, 2=hyvin, 3=osittain, 4=huonosti, 5=erittäin huonosti, 6=ei tietoa ja 7=ei koske työyksikköäni).

5.3 Aineiston tilastollinen käsittely

Tämä tutkimus oli määrällinen poikittaistutkimus. Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmäksi valittiin Internet-pohjainen Webropol-kyselyohjelma, joka mahdollisti tiedonkeruun laajalta vastaajajoukolta. Tämän lisäksi tarvittaessa työyksiköihin toimitettiin paperiversioita. Yhtään paperilomaketta ei palautettu. Tutkimuksen aineisto kerättiin 14.–27.5.2012. Vastausprosentin suurentamiseksi aineiston keräämistä jatkettiin 31.5.2012 asti.

Aineiston analyysi aloitettiin tarkastelemalla aineiston normaalisuutta SPSS for Windows 19.0-ohjelmistolla. Prosenttitaulukoiden analyysivaiheet tehtiin systemaattisesti ja yksityiskohtaisesti siirtämällä aineisto SPSS:stä Excel- taulukkolaskentaohjelmaan. Aineiston käsittelyä varten Excel-ohjelmaan tehtiin oma TE-mittarin analysointia varten kehitetty Excel-mallipohja, jonka avulla tutkija analysoi keskeiset päätulokset sekä työyksikkökohtaiset tulokset. Tilastollista testiä varten muuttujien luokat yhdistettiin väittämiksi 1) erittäin hyvin ja hyvin, 2) osittain 3) huonosti ja erittäin huonosti sekä 5) ei tietoa ja ei koske työyksikköäni (Liite 3). Kaikkien muuttujien prosenttijakaumat kuvattiin graafisesti muuttujaryhmittäin (Kuviot 1–9). Lisäksi muuttujille laskettiin keskiarvot asteikolla 1-5 (1=erittäin hyvin-5=erittäin huonosti). Keskiarvotarkastelua varten asteikot 6 (=ei tietoa) ja 7 (=ei koske työyksikköäni) poistettiin.

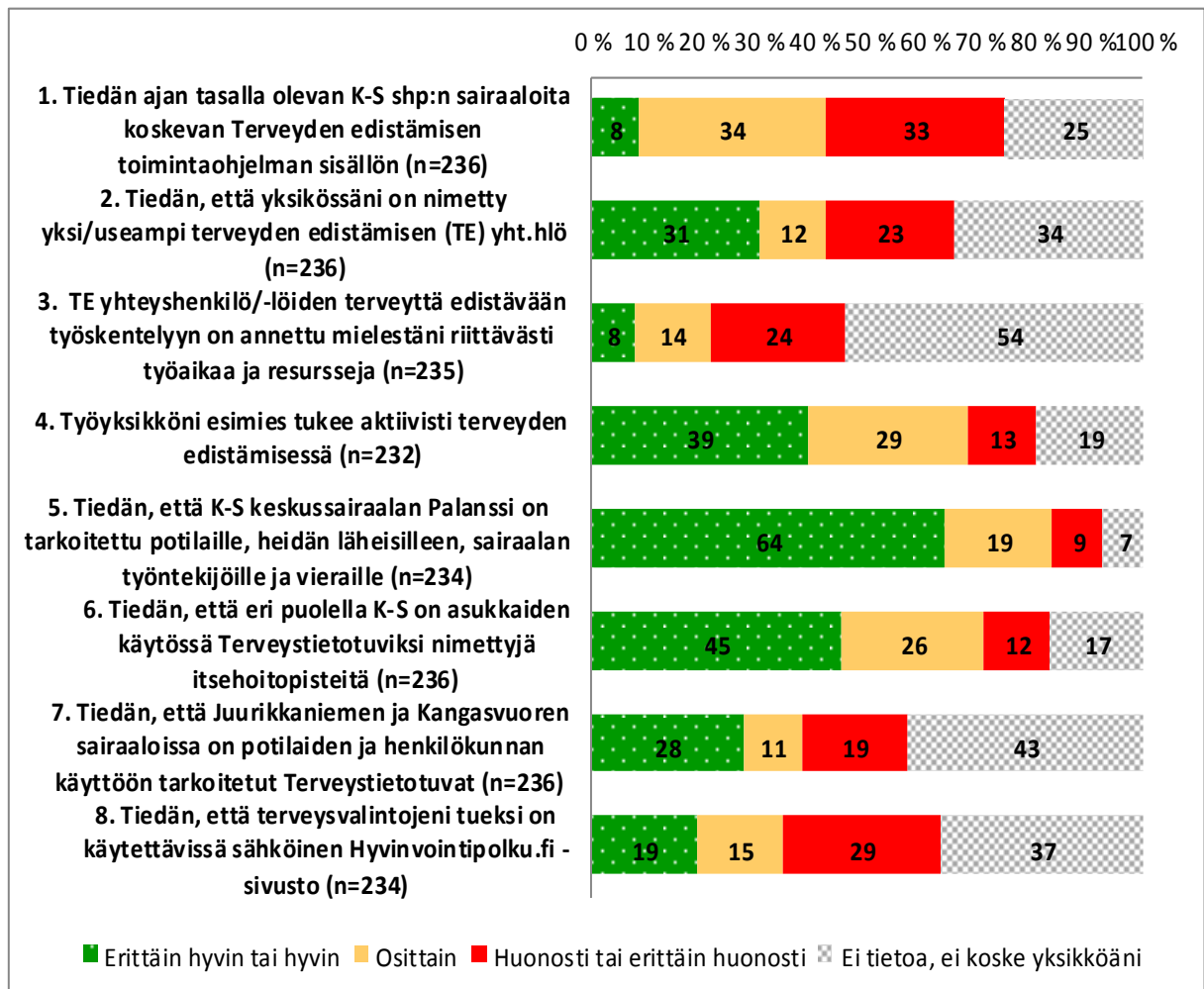
Summamuuttujien avulla muodostettiin tiivistetty kokonaiskuva tutkimukseen osallistuneiden työyksiköiden vahvuuksista ja heikkouksista (Kuviot 10–12). Summamuuttujille laskettiin keskiarvot, keskihajonta, minimi ja maksimi asteikolla 1-5 (1=erittäin hyvin-5=erittäin huonosti). Muuttujien keskinäisiä yhteyksiä tutkittiin korrelaatiokertoimien avulla. Summamuuttujien sisäistä konsistenssia eli reliabiliteettia mitattiin tässä tutkimuksessa Cronbachin alfan kertoimella. Mittarin summamuuttujien reliabiliteettikertoimet (Cronbach'n alpha) vaihtelivat välillä .77 - .89. joten tämän perusteella mittarin reliabiliteettia voidaan pitää korkeana. Saadut tulokset esitettiin graafisesti viivakuvion.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Terveyden edistämisen rakenteet

Organisaatio varmistaa edellytykset terveyden edistämistoiminnan kehittämiseksi

Vastaajat arvioivat terveyden edistämisen edellytysten kehittymistä kahdeksalla väittämällä (Kuvio 1). Parhaiten tunnettiin Keski-Suomen keskussairaalan **Terveystietokeskus Palanssi**. Vastaajista 64 % (n=150) tiesi Palanssin erittäin hyvin tai hyvin. Vastaajista 45 % (n=107) tiesi erittäin hyvin tai hyvin, että eri puolella Keski-Suomea on asukkaiden käyttöön tarkoitettuja **Terveystietotuviksi nimettyjä itsehoitopisteitä**. Itsehoitopisteet, jotka sijaitsevat Juurikkaniemessä ja Kangasvuoressa eivät olleet yhtä tunnettuja (28 % erittäin hyvin/hyvin, n=65).



Kuvio 1. Yhteenveto ”organisaatio varmistaa edellytykset terveyden edistämistoiminnan kehittämiseksi” liittyvistä vastauksista.

Terveysvalintojen tueksi kehitetty **Hyvinvointipolku-sivusto tiedettiin vaihtelevasti**. Vastaajista 29 % (n=67) tiesi sen erittäin huonosti tai huonosti. Lisäksi 37 % (n=86) vastaajista koki, ettei heillä ollut tietoa Hyvinvointipolusta tai tuo tieto ei koskenut omaa työyksikköä. Työyksiköiden **terveyden edistämisen yhteyshenkilöt** tiedettiin vaihtelevasti. Vastaajista ainoastaan kolmasosa (31 %, n=72) tiesi yhteyshenkilöt hyvin tai erittäin hyvin.

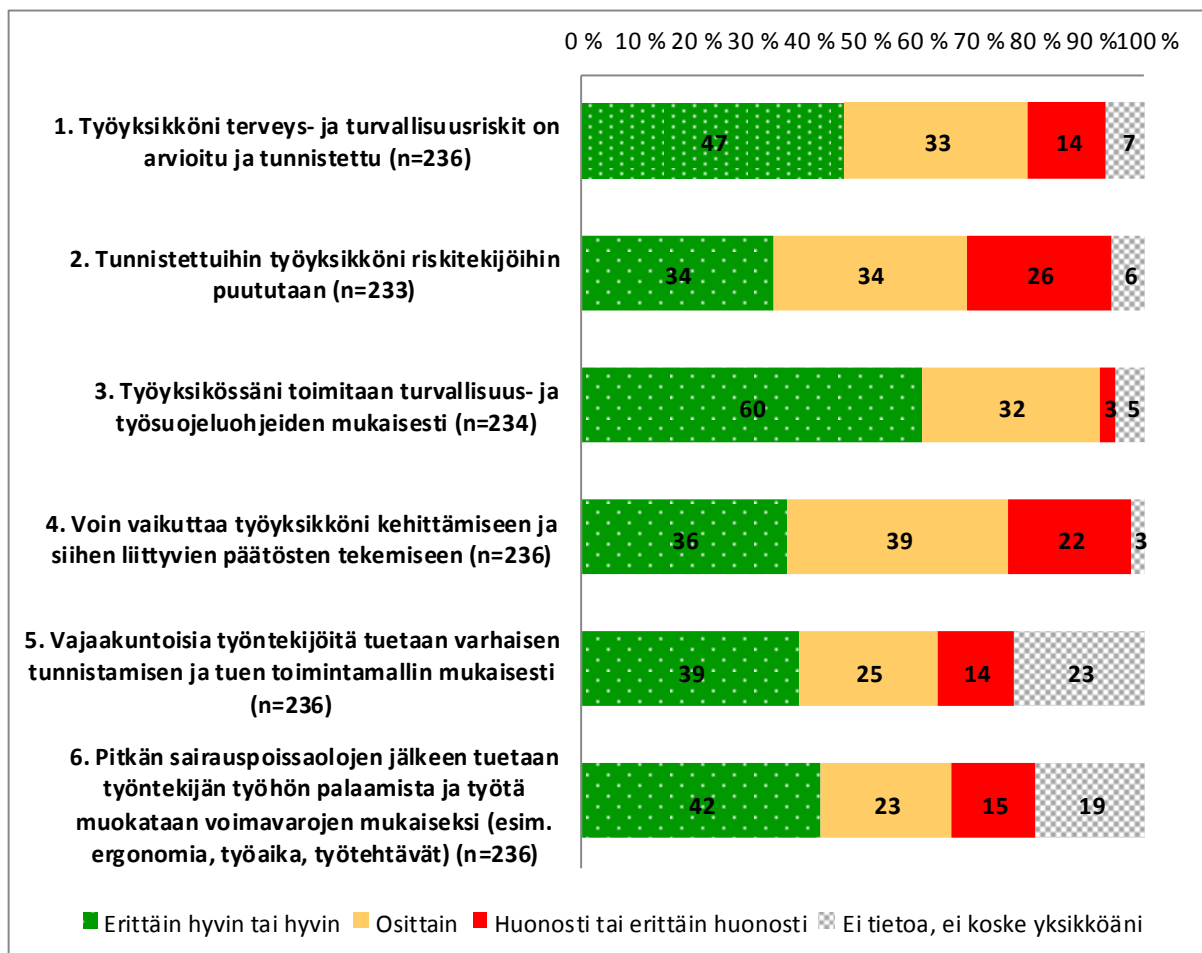
Esimiehen terveyden edistämisen tuki koettiin osittaiseksi. Vastaajista alle puolet (39 %, n=91) koki tuen saannin toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Vastaajat tiesivät heikosti terveyden edistämisen yhteyshenkilöille annetusta **työajasta ja resursseista**. Vastaajista yli puolet (54 %) koki, ettei heillä ollut tietoa tai asia ei koskenut omaa työyksikköä. Lisäksi **terveyden edistämisen toimintaohjelman sisältö** tiedettiin heikosti. Vastaajista ainoastaan 8 % (n=20) tiesi sen erittäin hyvin tai hyvin.

Heikoimman keskiarvon (ka =3,50) sai TE-yhteyshenkilöiden työaikaa ja resursseja koskeva väittäjä ja vahvimman keskiarvon sai puolestaan Terveystietokeskus Palanssia koskeva väittäjä (ka=2,10).

6.2 Terveellinen työympäristö

Organisaatio varmistaa terveellisen ja turvallisen työympäristön

Vastaajat arvioivat organisaation terveellisen ja turvallisen työympäristön kehittymistä kuudella väittämällä (Kuvio 2). Parhaiten toteutui **turvallisuus- ja työsuojeleuhjeiden noudattaminen** (60 % erittäin hyvin/hyvin, n=141). Osittain toteutui **työyksiköiden terveyst- ja turvallisuusriskien arviointi ja tunnistaminen**. Vastaajista alle puolet (47 %, n=110) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.



Kuvio 2. Yhteenveto ”organisaatio varmistaa terveellisen ja turvallisen työympäristön” liittyvistä vastauksista.

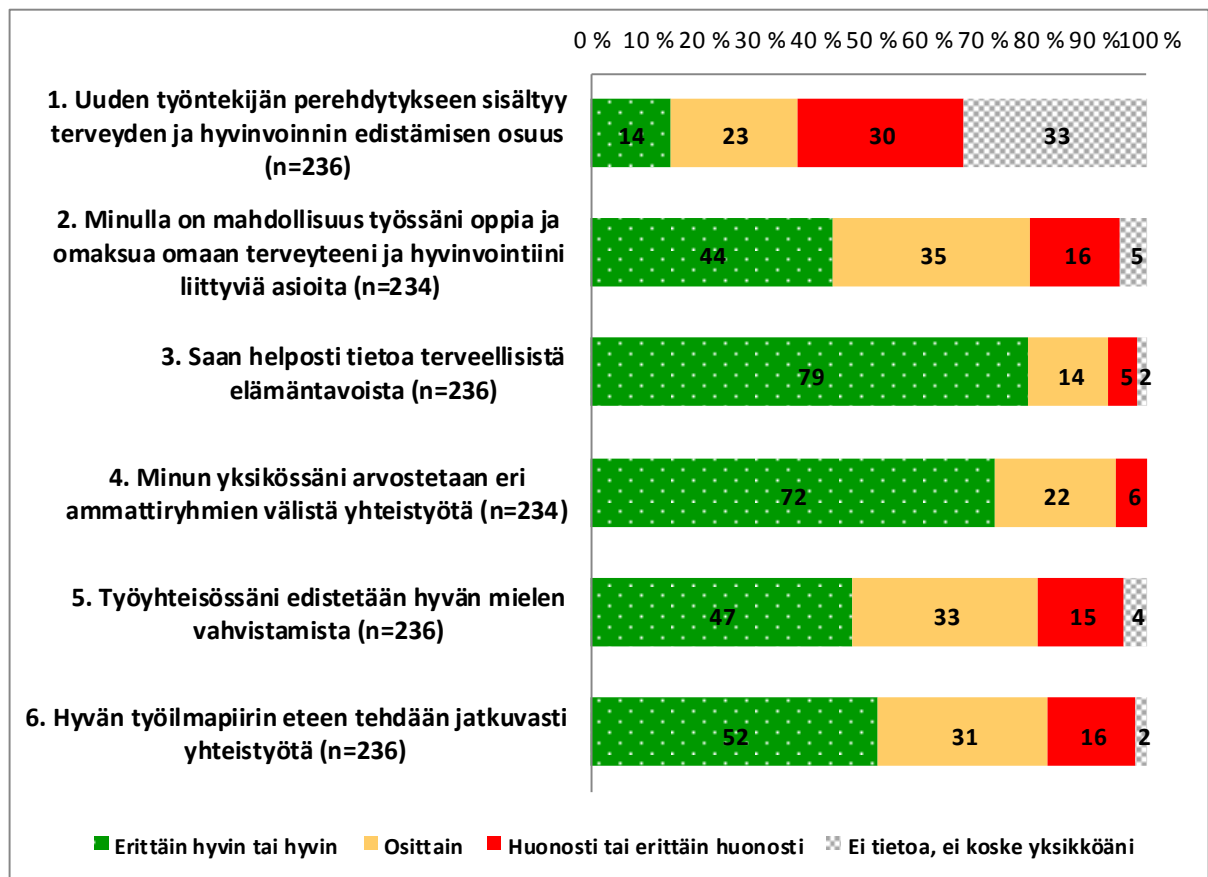
Vastaajat kokivat **voivansa vaikuttaa työyksikkönsä kehittämiseen ja siihen liittyvien päätösten tekemiseen** hyvin vaihtelevasti. Vastaajista 36 % (n=86) koki päätösten tekemiseen vaikuttamisen toteutuvan erittäin hyvin tai hyvin, 39 % (n=93) osittain ja 22 % (n=51) koki, ettei heillä ollut tietoa asiasta tai tieto ei koskenut omaa työyksikköä.

Vajaakuntoisia työntekijöitä tuettiin vaihtelevasti varhaisen tunnistamisen ja tuen toimintamallin mukaisesti. Vastaajista alle puolet 39 % (n=91) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Vastaajista 23 % (n=55) koki, ettei heillä ollut tietoa tukemisesta tai tieto ei koskenut omaa työyksikköä. **Työntekijän työhön palaamista pitkän sairauspoissaolojen jälkeen tuettiin voimavarojen mukaisesti** hieman paremmin, mutta kuitenkin alle puolet 42 % (n=100) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Terveellisen työympäristön osalta **tunnistettuihin riskitekijöihin** puututtiin heikoiten. Vastaajista ainoastaan 34 % (n=79) koki riskitekijöihin puuttumisen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.

Heikoimman keskiarvon (ka=2,97) sai tunnistettuihin riskitekijöihin puuttumista koskeva väittäjä ja vahvimman keskiarvon (ka=2,28) sai puolestaan turvallisuus- ja työsuojeluohjeiden noudattamista koskeva väittäjä.

Sairaanhoitopiirin henkilöstön kehittäminen ja koulutus tukee työntekijän oman terveyden edistämistä

Vastaajat arvioivat henkilöstön kehittämisen ja koulutuksen tukevan työntekijän omaa terveyden edistämistä kuudella väittämällä (Kuvio 3). Vastaajista reilusti yli puolet 79 % (n=186) koki saavansa erittäin hyvin tai hyvin tietoa **terveellisistä elämäntavoista**. Vastaajista 72 % (n=169) koki, että työyksiköissä **arvostettiin hyvin tai erittäin hyvin eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä**.



Kuvio 3. Yhteenveto ”sairaanhoitopiirin henkilöstön kehittäminen ja koulutus tukee työntekijän oman terveyden edistämistä” liittyvistä tuloksista.

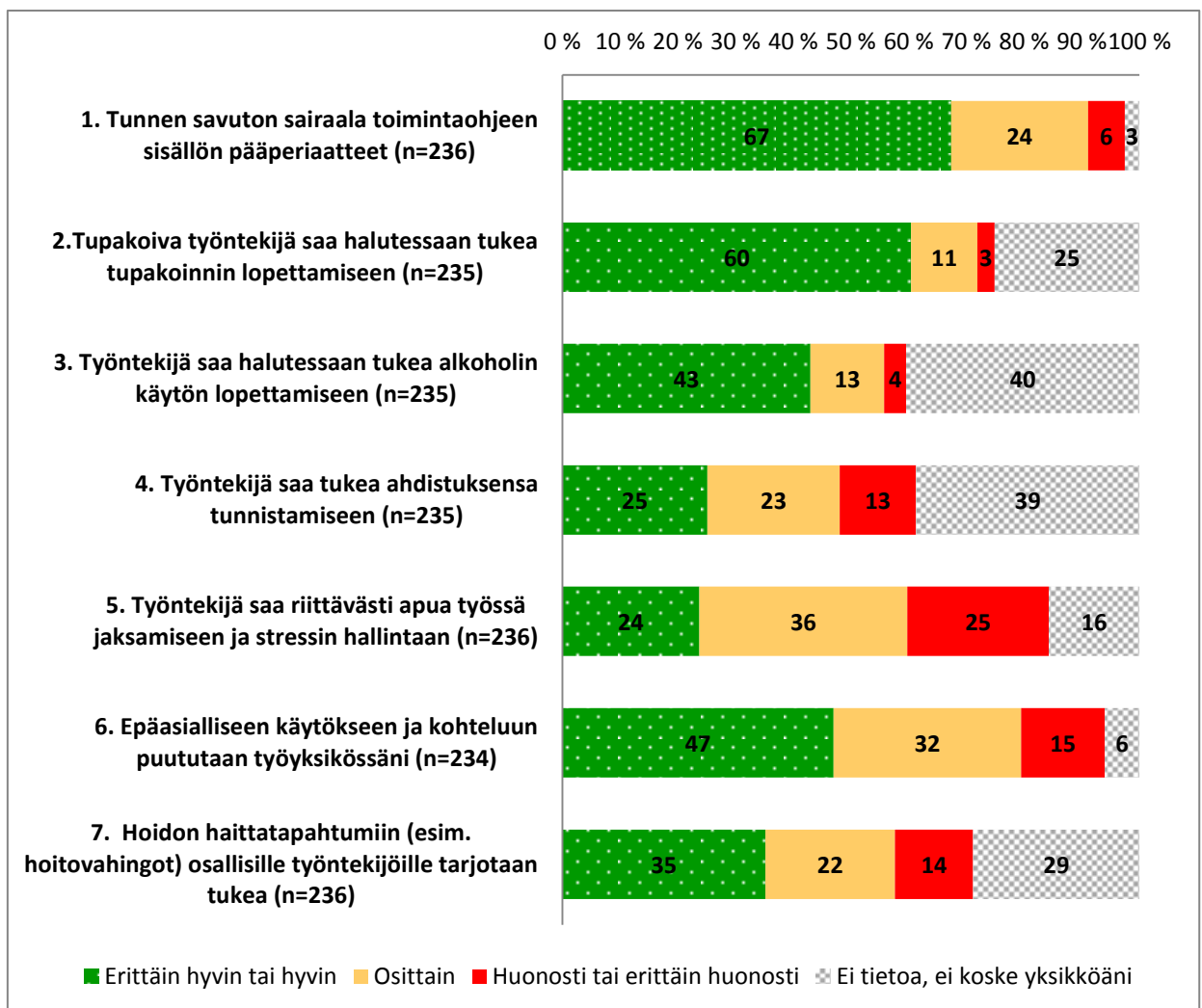
Osittain toteutui työntekijöiden mahdollisuus **oppia ja omaksua omaan terveyteen ja hyvinvointiin** liittyviä asioita työpaikalla. Vastaajista 44 % (n=102) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin, 35 % (n=83) osittain ja 16 % (n=38) huonosti tai erittäin huonosti. **Hyvän mielen vahvistamisen** arvioitiin toteutuneen myös osittain työyhteisöissä. Vastaajista alle puolet 47 % (n=111) koki hyvän mielen vahvistamisen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.

Kuitenkin yli puolet vastaajista 52 % (n=122) arvioi, että hyvän **työilmapiirin eteen tehtiin töitä** erittäin hyvin tai hyvin. Heikoiten toteutui **uuden työntekijän perehdytys terveys- ja hyvinvointiasioihin**. Vastaajista ainoastaan 14 % (n=34) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.

Heikoimman keskiarvon (ka=3,37) sai työntekijän perehdyttämistä koskeva väittämä ja vahvimman keskiarvon (ka=1,99) sai väittämä tiedonsaannista terveellisistä elämäntavoista.

Työntekijä saa riittävästi tukea terveydestään huolehtimiseen

Vastaajat arvioivat työntekijän tuen saantia terveydestä huolehtimiseen seitsemällä väittämällä (Kuvio 4). Vastaajista reilusti yli puolet 67 % (n=159) tiesi **savuttoman sairaalan toimintaohjelman pääpiirteet** erittäin hyvin tai hyvin. **Tupakoiva työntekijä** sai enimmäkseen erittäin hyvin tai hyvin (60 %, n=142) **tukea tupakoinnin lopettamiseen**. Heikommin toteutui **tuen saanti alkoholin käytön lopettamiseen**. Vastaajista alle puolet 43 % (n=101) arvioi sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Kuitenkin 40 % (n=95) vastaajista koki, ettei heillä ollut tietoa asiasta tai tieto ei koskenut heidän omaa työyksikköään.



Kuvio 4. Yhteenveto ”työntekijän tuen saanti terveydestään huolehtimiseen” liittyivistä tuloksista.

Tuen saanti ahdistuksen tunnistamiseen toteutui osittain. Vastaajista ainoastaan 25 % (n=59) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Samoin osittain toteutui **avun saanti työssä jaksamiseen ja stressin hallintaan**. Vastaajista ainoastaan 24 % (n=56) koki saa-

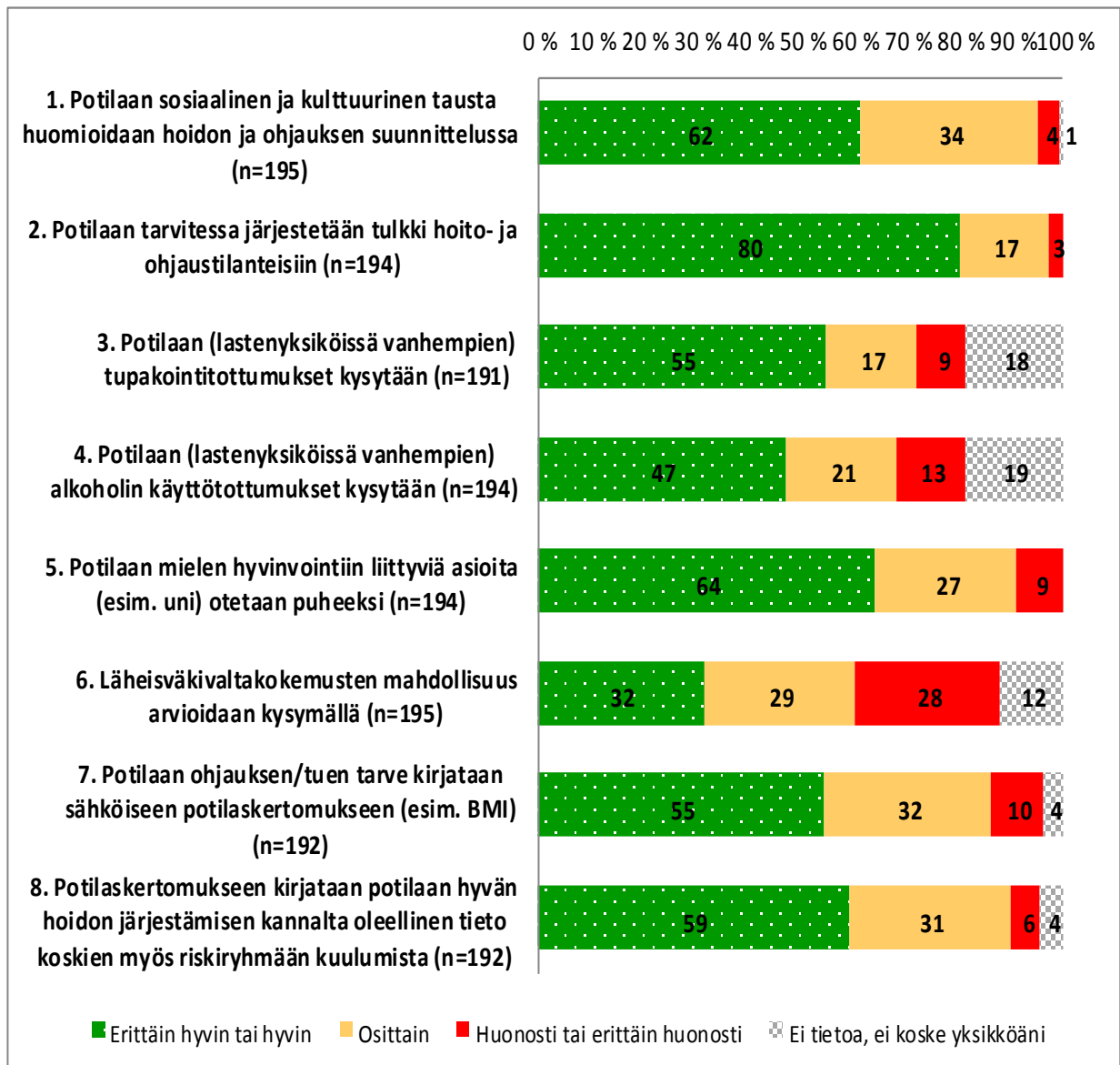
neensa apua erittäin hyvin tai hyvin. **Hoidon häiritsevyyteen**, kuten lääkepoikkeamiin osallisille työntekijöille tarjottiin tukea osittain. Erittäin hyvin tai hyvin toteutuneeksi sen arvioi vastaajista reilusti alle puolet 35 % (n=83). **Epäasiallisen käytökseen ja kohteluun puututtiin** varsin vaihtelevasti. Vastaajista 47 % (n=110) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin, 32 % (n=76) osittain ja 15 % (n=34) huonosti tai erittäin huonosti.

Heikoimman keskiarvon (ka=3,05) sai työssä jaksamista ja stressin hallintaan koskeva väittämä ja vahvimman keskiarvon (ka=2,02) sai väittämä tuen saamisesta tupakoinnin lopettamiseen.

6.3 Potilaan tilanteen arviointi

Potilaan terveyden edistämistarpeiden arviointi hoitoon tullessa

Vastaajat arvioivat potilaan terveyden edistämisen tarpeiden arviointia hoitoon tullessa kahdeksalla väittämällä (Kuvio 5). Tässä osuudessa parhaiten toteutui **tulkin järjestäminen hoito- ja ohjaustilanteisiin**, jonka valtaosa 80 % (n=155) arvioi toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.



Kuvio 5. Yhteenvedo ”potilaan terveyden edistämisen tarpeet arvioidaan hoitoon tullessa” liittyvistä tuloksista.

Yli puolet oli sitä mieltä (64 %, n=126), että **potilaan mielen hyvinvointiin liittyviä asioita**, esimerkiksi masennus ja unen merkitys otettiin puheeksi erittäin hyvin tai hyvin. Samoin yli

puolet oli sitä mieltä (62 %, n=119), että **potilaan sosiaalinen ja kulttuurillinen tausta huomioitiin hoidon ja ohjauksen suunnittelussa** erittäin hyvin tai hyvin.

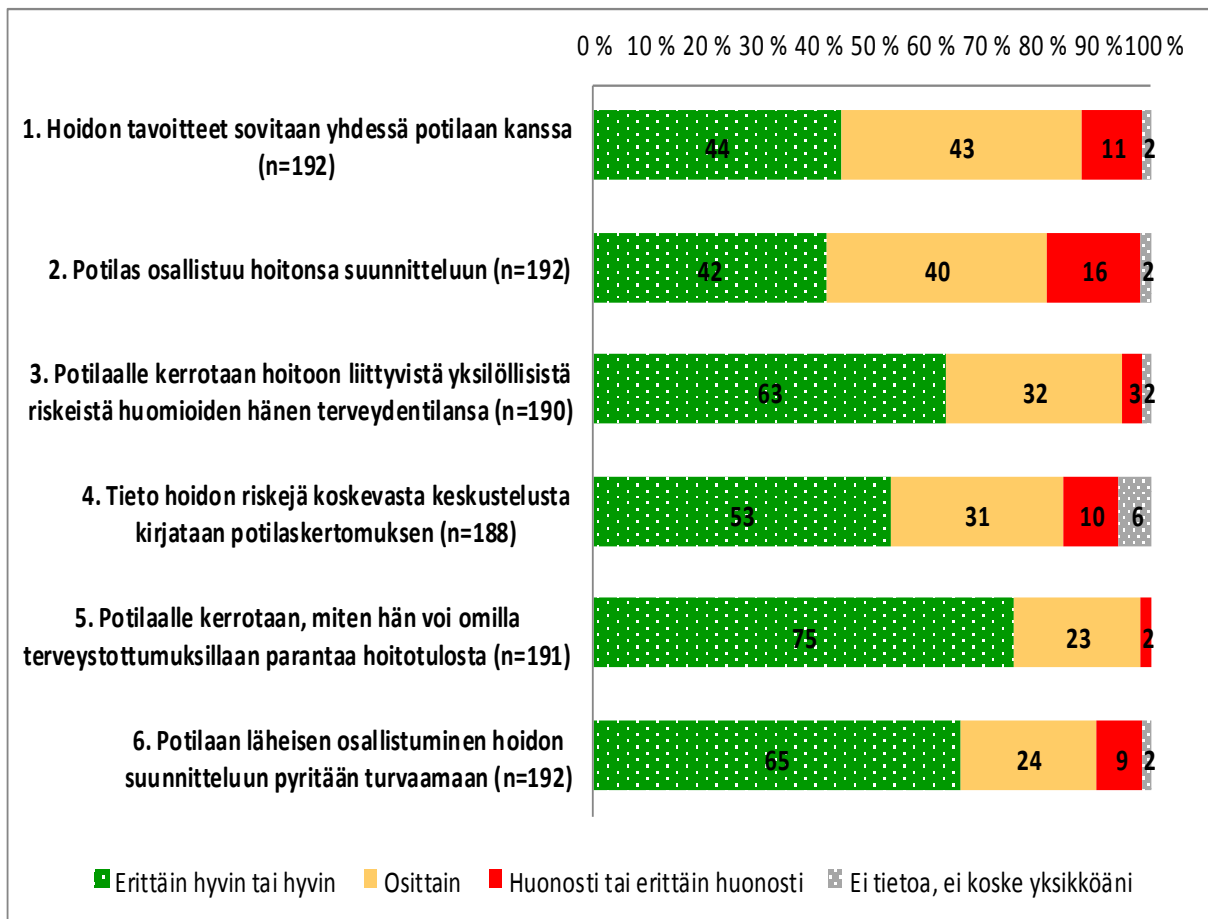
Potilaiden tupakointi- ja alkoholitottumuksien kysyminen toteutui osittain. Vastaajista 55 % (n=105) koki **tupakointitottumuksien kysymisen toteutuneen** erittäin hyvin tai hyvin. Sen sijaan **alkoholikäyttötottumuksien kysyminen** toteutui hieman heikommin. Vastaajista alle puolet 47 % (n=92) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.

Potilaan ohjauksen ja tuen tarpeen kirjaaminen sekä riskiryhmään kuuluvan tiedon kirjaaminen toteutuivat osittain. Vastaajista 55 % (n=105) koki potilaan **ohjauksen ja tuen tarpeen kirjaamisen toteutuneen** erittäin hyvin tai hyvin. Kuitenkin yli 30 % vastaajista arvioi sen toteutuneen osittain. Vastaajista yli puolet 59 % (n=114) koki, että **potilaskertomukseen kirjattavan tiedon koskien riskiryhmään kuulumista** toteutui erittäin hyvin tai hyvin. Potilaan **läheisväkivaltakokemuksen arvioinnin kysyminen** toteutui heikoiten. Vastaajista ainoastaan 32 % (n=61) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.

Heikoimman keskiarvon ($\bar{x}=2,96$) läheisväkivaltakokemusten arviointia koskeva väittämä ja vahvimman ($\bar{x}=1,9$) sai tulkkia koskeva väittämä.

Potilaan ja läheisten mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun

Vastaajat arvioivat potilaan ja läheisten mahdollisuutta osallistua hoidon suunnitteluun kuudella väittämällä (Kuvio 6). Parhaiten toteutui potilaalle kertominen miten hän voi **omilla terveystottumuksillaan parantaa hoitotulostaan**. Vastaajista 75 % (n=144) arvioi sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.



Kuvio 6. ”Potilaan ja läheisten mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun”.

Potilaalle kerrottiin osittain **hoitoon liittyvistä yksilöllisistä riskeistä huomioiden hänen terveydentilansa**. Vastaajista 63 % (n=120) arvioi sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Samoin osittain toteutui **potilaan ja hänen läheisensä osallistuminen hoidon suunnitteluun**. Vastaajista 65 % (n=126) arvioi sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.

Tieto hoidon riskejä koskevasta keskustelusta kirjattiin heikommin potilaskertomukseen. Vastaajista hieman yli puolet 53 % (n=100) arvioi kirjaamisen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. **Hoidon tavoitteista sovittiin vaihtelevasti yhdessä potilaan kanssa**. Vastaajista alle puolet 44 % (n=85) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. **Samoin potilas osallistui**

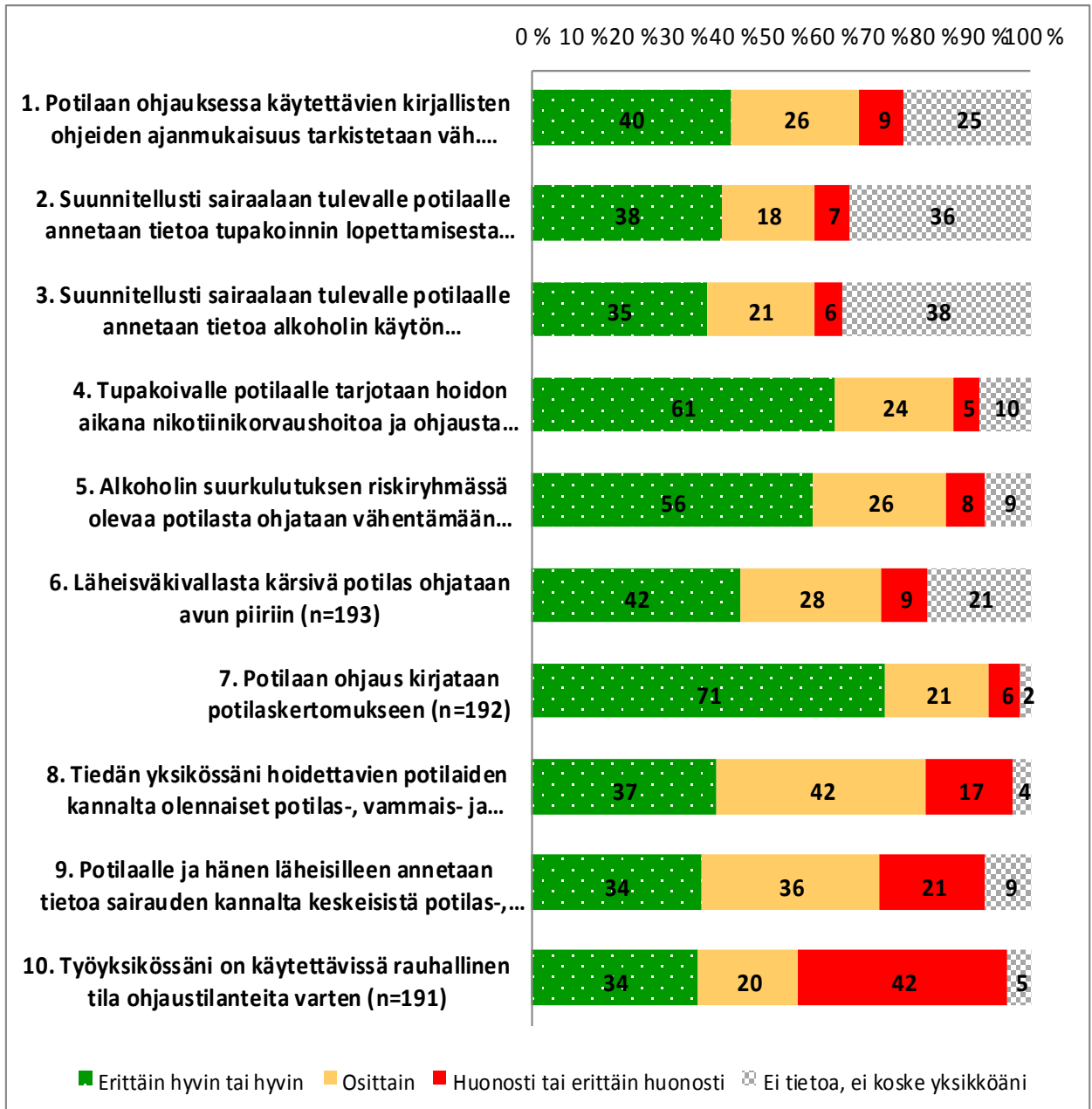
hoitonsa suunnitteluun vaihtelevasti. Vastaajista alle puolet 42 % (n=80) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.

Heikoimman keskiarvon (ka=2,68) sai väittämä potilaan osallistumisesta oman hoitonsa suunnitteluun ja parhaimman keskiarvon (ka=2,07) sai potilaan terveystottumusten vaikutus oman hoitotuloksen parantamisessa.

6.4 Potilaan neuvonta ja elintapaohjaus

Henkilökunnan keinot ylläpitää ja edistää potilaiden terveystietoutta

Vastaajat arvioivat henkilökunnan keinoja ylläpitää ja edistää potilaiden terveystietoutta 10 väittämällä (Kuvio 7). Parhaiten toteutui **potilaan ohjauksen kirjaaminen potilaskertomukseen**. Vastaajista yli puolet 71 % (n=136) arvioi sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.



Kuvio 7. Yhteenveto ”henkilökunnalla on käytettävissä keinot ylläpitää ja edistää potilaiden terveystietoutta” liittyvistä tuloksista.

Suunnitellusti sairaalan tulevalle potilaalle annettiin melko vähän tietoa **tupakoinnin lopettamisen ja alkoholin käytön vähentämisen terveyshyödyistä**. Vastaajista alle puolet 38 % (n=72) arvioi tupakoinnin suhteen annettavan tiedon toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Vastaavasti alle puolet 35 % (n=67) arvioi alkoholin suhteen annettavan tiedon toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Hoidon aikana tupakoivalle potilaalle tarjottiin **nikotiinikorvaushoitoa ja ohjausta** paremmin. Vastaajista yli puolet 61 % (n=117) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Vastaavasti **alkoholin suurkulutuksen riskiryhmäpotilasta ohjattiin hoidon aikana** heikommin. Vastaajista hieman yli puolet 56 % (n=109) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin.

Potilaan ohjauksessa käytettävien **kirjallisten ohjeiden ajanmukaisuuden** tarkistus toteutui vähintään kerran vuodessa osittain. Vastaajista alle puolet 40 % (n=76) arvioi sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Keskeisten **potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöjen tuntemus** toteutui melko vaihtelevasti. Vastaajista alle puolet 37 % (n=71) arvioi tietävänsä työyksikkönsä kannalta keskeisimmät potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöt erittäin hyvin tai hyvin. Samoin vastaajista alle puolet 34 % (n=64) arvioi antaneensa tietoa keskeisistä **potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöistä potilaalle ja hänen läheisilleen** erittäin hyvin tai hyvin.

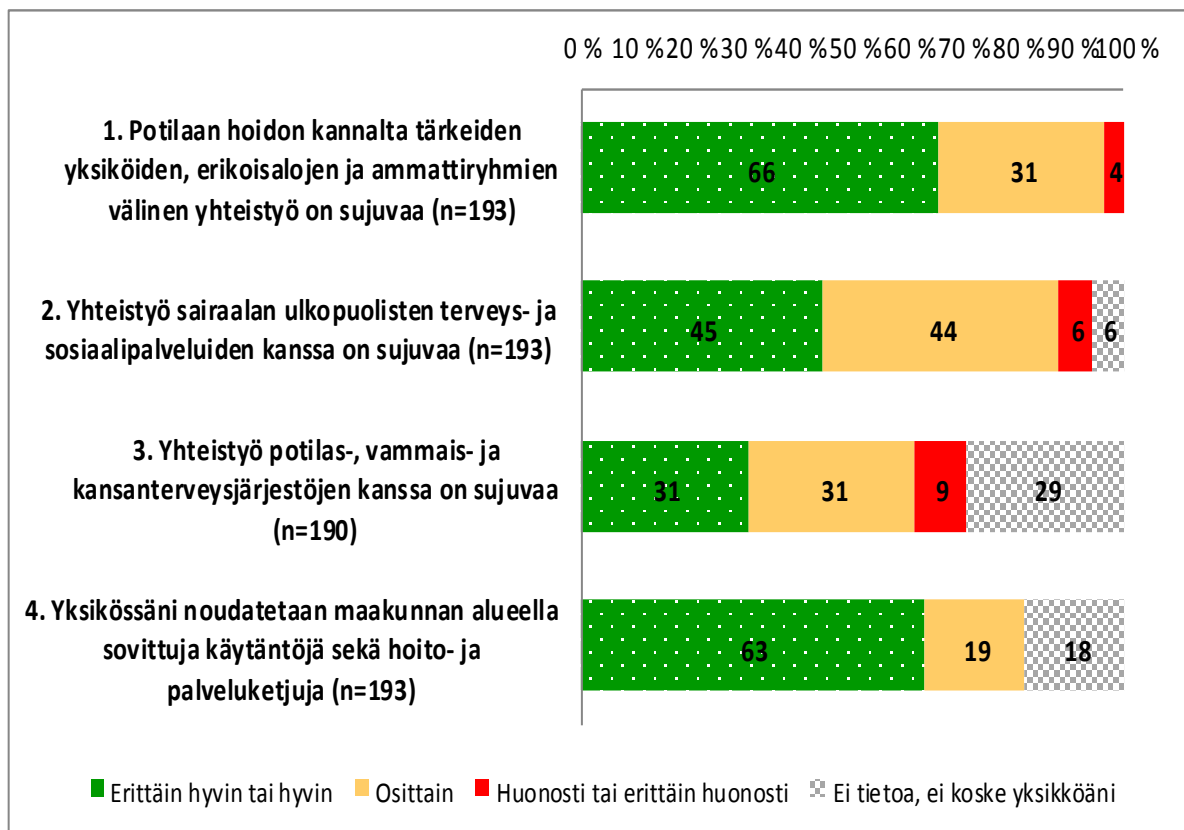
Rauhallinen tila potilasohjausta varten toteutui heikosti. Vastaajista ainoastaan 34 % (n=64) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Samoin alle puolet 42 % (n=80) vastaajista arvioi, että **läheisväkivallasta kärsivän potilaan ohjaus tuen ja avun piiriin** toteutui erittäin hyvin tai hyvin.

Heikoimman keskiarvo ($k_a=4,03$) sai alkoholin käytön rajoittamista koskeva väittämä ja vahvimman keskiarvon ($k_a=2,11$) väittämä potilaan ohjauksen kirjaamisesta potilaskertomukseen.

6.5 Jatkuvuus ja yhteistyö

Sairaalan palvelut toteutetaan alueellisten käytäntöjen kanssa

Vastaajat arvioivat sairaalan palvelujen toteutumista alueellisten käytäntöjen kanssa neljällä väittämällä (Kuvio 8). Parhaiten toteutui potilaan hoidon kannalta keskeisten **yksiköiden, erikoisalojen ja ammattiryhmien** välinen yhteistyö. Vastaajista yli puolet 66 % (n=126) koki yhteistyön toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin. Samoin yli puolet 63 % (n=122) koki, että työyksiköt noudattivat erittäin hyvin tai hyvin **maakunnan alueella sovittuja käytäntöjä sekä hoito- ja palveluketjuja**.



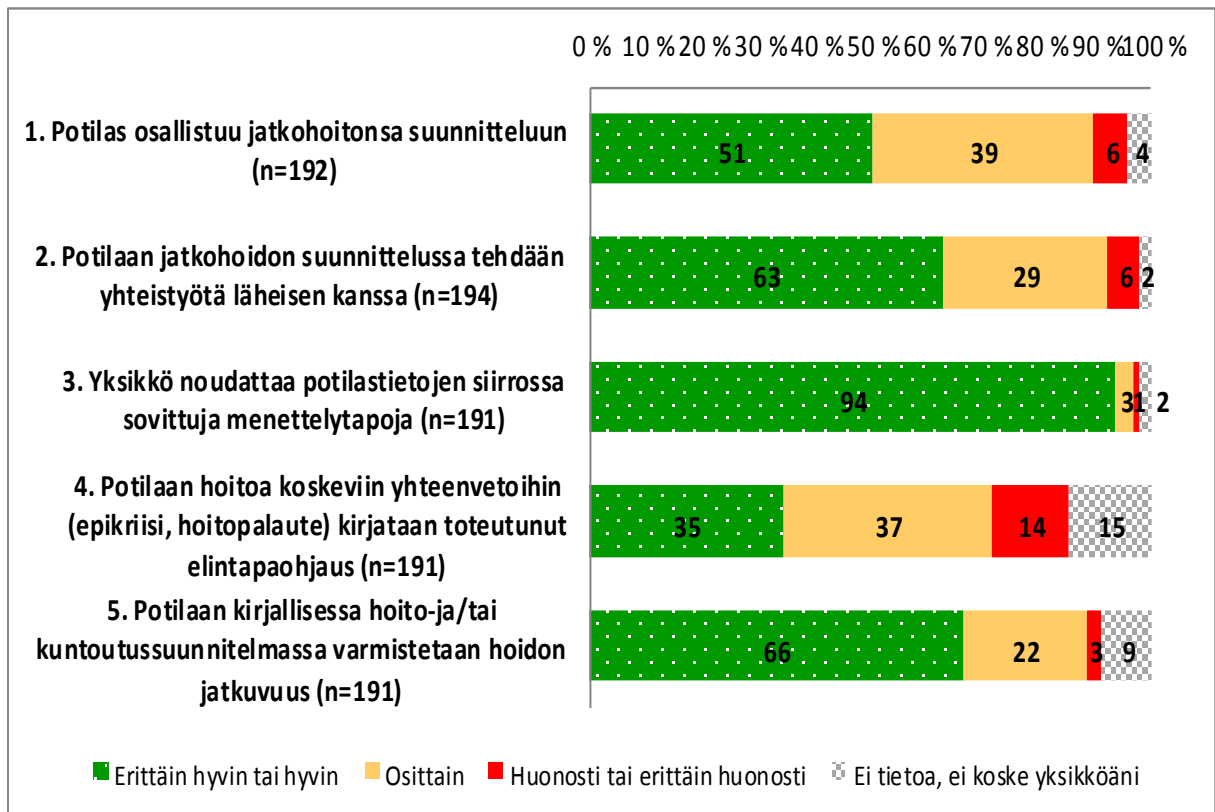
Kuvio 8. Yhteenvedo ”sairaalan palvelujen toteutuminen alueellisten käytäntöjen mukaan” liittyvistä tuloksista.

Yhteistyö sairaalan ulkopuolisten terveys- ja sosiaalipalveluiden kanssa toteutui osittain. Vastaajista alle puolet 45 % (n=85) koki sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin ja 43 % (n=83) osittain. Heikoiten toteutui yhteistyö **potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöjen** kanssa. Sillä vastaajista 31 % (n=59) arvioi sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin, 30 % (n=57) osittain, 10 % (n=18) erittäin huonosti tai huonosti. Vastaajista peräti 29 % koki, ettei heillä ollut tietoa asiasta tai tieto ei koskenut omaa työyksikköä.

Heikoimman keskiarvon ($ka=2,71$) sai potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöjen yhteistyötä koskeva väittäjä ja vahvimman ($ka=2,14$) sai väittäjä koskien maakunnan alueella soveltuvia käytäntöjä sekä hoito- ja palveluketjuja.

Turvataan potilaan hoidon jatkuvuus

Vastaajat arvioivat potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamista viidellä väittämällä (Kuvio 9). Vastaajista valtaosa 94 % (n=179) koki, että työyksiköt noudattivat erittäin hyvin tai hyvin potilastietojen siirrossa sovittuja menettelytapoja.



Kuvio 9. Yhteenveto ”potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen” liittyvistä tuloksista.

Potilaan jatkohoidon suunnittelu toteutui osittain läheisten kanssa. Vastaajista yli puolet 63 % (n=121) arvioi yhteistyön sujuneen erittäin hyvin tai hyvin. Samoin yli puolet 66 % (n=127) arvioi hoidon jatkuvuuden toteutuneen **kirjallisessa hoito- ja/tai kuntoutussuunnitelmassa** erittäin hyvin tai hyvin. **Potilas osallistui jatkohoitonsa suunnitteluun** heikommien. Vastaajista 51 % (n=96) arvioi sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin ja 39 % (n=74) osittain. Heikoiten toteutui **elintapaohjauksen kirjaaminen potilaan hoitoa koskeviin yhteenvetoihin**. Vastaajista ainoastaan 35 % (n=66) arvioi sen toteutuneen erittäin hyvin tai hyvin, 37 % (n=71) osittain ja 14 % (n=18) erittäin huonosti tai huonosti.

Heikoimman keskiarvon (ka=2,66) sai potilaan elintapaohjauksen kirjaamista koskeva väittämä ja vahvimman keskiarvon (ka=1,77) sai potilastietojen siirtoa koskeva väittämä.

6.6 TE-mittaria selittävät summamuuttajat

Summamuuttajat muodostettiin itsearviointimittarin pääotsikoiden suunnassa alkaen otsikosta ”organisaatio varmistaa TE:n edellytykset” loppuen otsikkoon ”potilaan hoidon jatkuvuus” (Liite 3). Näistä muodostuneille summamuuttujille laskettiin minimi (min) ja maksimi (max), keskiarvo (ka), keskihajonta (kh) ja alfa-kertoimet (α). Taulukosta 4 on havaittavissa se, että mitä enemmän havaintoarvot poikkesivat toisistaan, sitä suurempi oli ero keskiarvoon nähden ja sitä suurempi oli myös keskihajonta. Heikoimman keskiarvon (ka=2,82) sai summamuuttaja ”organisaatio varmistaa terveyden edistämisen edellytykset”. Vahvimman keskiarvon (ka=2,25) sai summamuuttaja ”potilaan hoidon jatkuvuus”.

Taulukko 4. Terveyden edistämisen itsearviointimittarin keskeisimmät summamuuttaja-arvot.

Summamuuttaja	Väittämien lkm	min-max	ka	kh	(α)
1. Organisaatio varmistaa TE:n edellytykset (n=236)	8	1–5	2,82	.77	.80
2. Terveellinen & turvallinen työympäristö (n=235)	6	1–5	2,70	.77	.86
3. Henkilöstön kehittäminen/koulutus (n=235)	6	1–5	2,49	.72	.84
4. Työntekijän TE:n tuki (n=235)	7	1–5	2,55	.72	.84
5. Potilaan TE:n tarpeiden arviointi (n=193)	8	1–4,5	2,34	.70	.85
6. Läheisten osallisuus (n=192)	6	1–5	2,39	.68	.89
7. Henkilökunnan TE:n keinot (n=192)	10	1–5	2,58	.69	.88
8. Alueelliset käytännöt (n=192)	4	1–5	2,31	.49	.77
9. Potilaan hoidon jatkuvuus (n=191)	5	1–5	2,25	.57	.81

Summamuuttujat korreloivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p < .001$) keskenään (Taulukko 5). Mittarin summamuuttuja osioiden keskinäiset korrelaatiot vaihtelivat välillä .31-.83.

Taulukko 5. Terveiden edistämisen itsearviointimittarin keskinäiset korrelaatiot summamuuttujille.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Organisaatio varmistaa TE:n edellytykset	-								
2. Terveellinen & turvallinen työympäristö	.48** *	-							
3. Henkilöstön kehittäminen/koulutus	.51** *	.62** *	-						
4. Työntekijän TE:n tuki	.58** *	.66** *	.71** *	-					
5. Potilaan TE:n tarpeiden arviointi	.39** *	.46** *	.62** *	.60** *	-				
6. Läheisten osallisuus	.38** *	.45** *	.54** *	.54** *	.67** *	-			
7. Henkilökunnan TE:n keinot	.51** *	.48** *	.58** *	.59** *	.68** *	.64** *	-		
8. Alueelliset käytännöt	.40** *	.35** *	.51** *	.46** *	.58** *	.61** *	.56** *	-	
9. Potilaan hoidon jatkuvuus	.35** *	.31** *	.42** *	.41** *	.53** *	.64** *	.56** *	.83** *	-

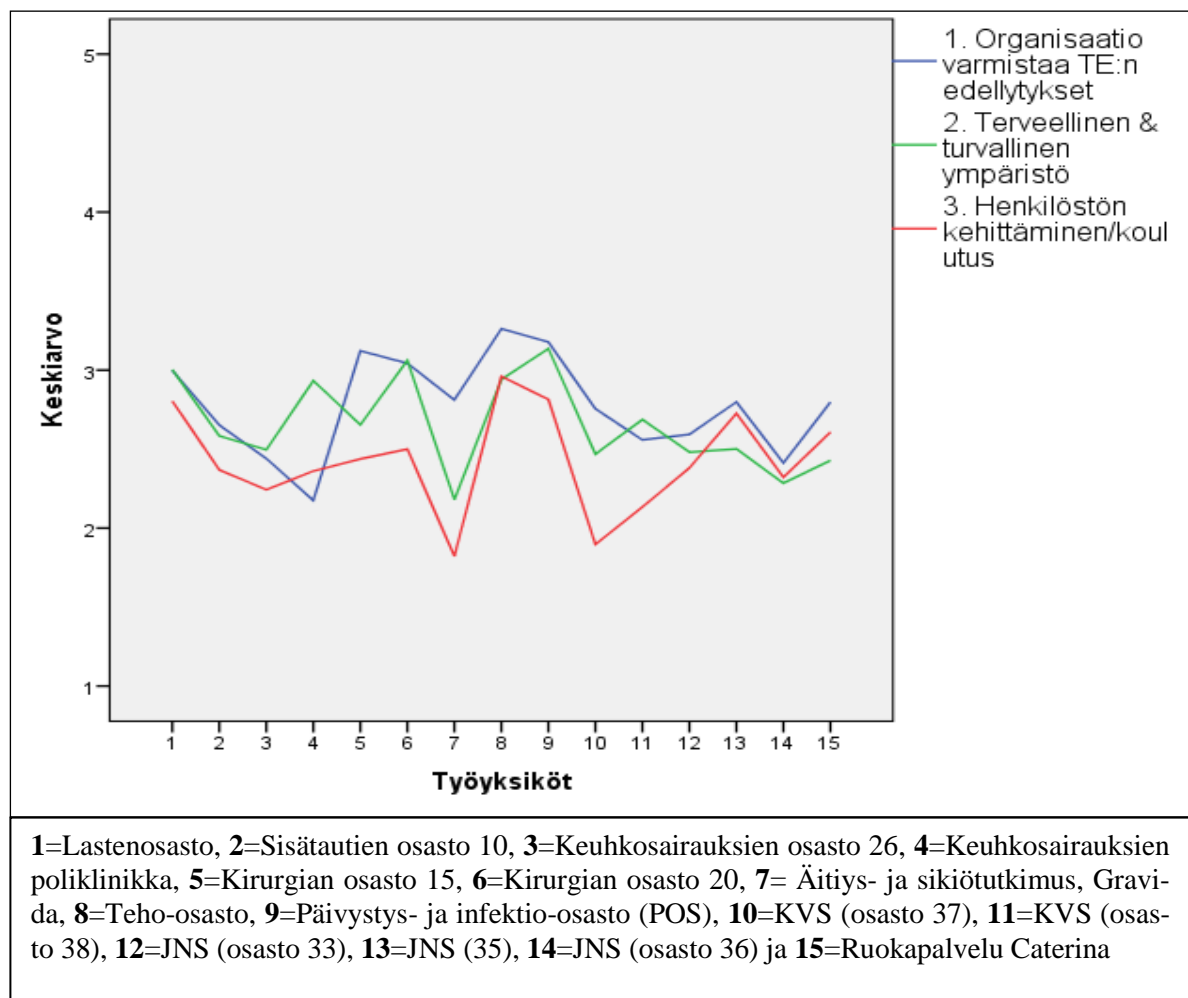
*** = tilastollisesti erittäin merkitsevä, $p < .001$; ** = tilastollisesti merkitsevä, $p < .01$; * = tilastollisesti melkein merkitsevä, $p < .05$

Heikoin korrelaatio ($r=.31$, $p<.001$) oli summamuuttujien *potilaan hoidon jatkuvuus ja terveellinen ja turvallinen työympäristö* välillä. Vahvimmin keskenään korreloivat summamuuttujat ($r=.83$, $p<.001$) *potilaan hoidon jatkuvuus* ja *alueelliset käytännöt* eli mitä tärkeämpänä pidetään, esimerkiksi potilaan hoidon jatkuvuutta sitä tärkeämpinä pidetään myös alueellisia käytäntöjä.

6.7 Terveiden edistämistä selittävät summamuuttujat työyksiköittäin

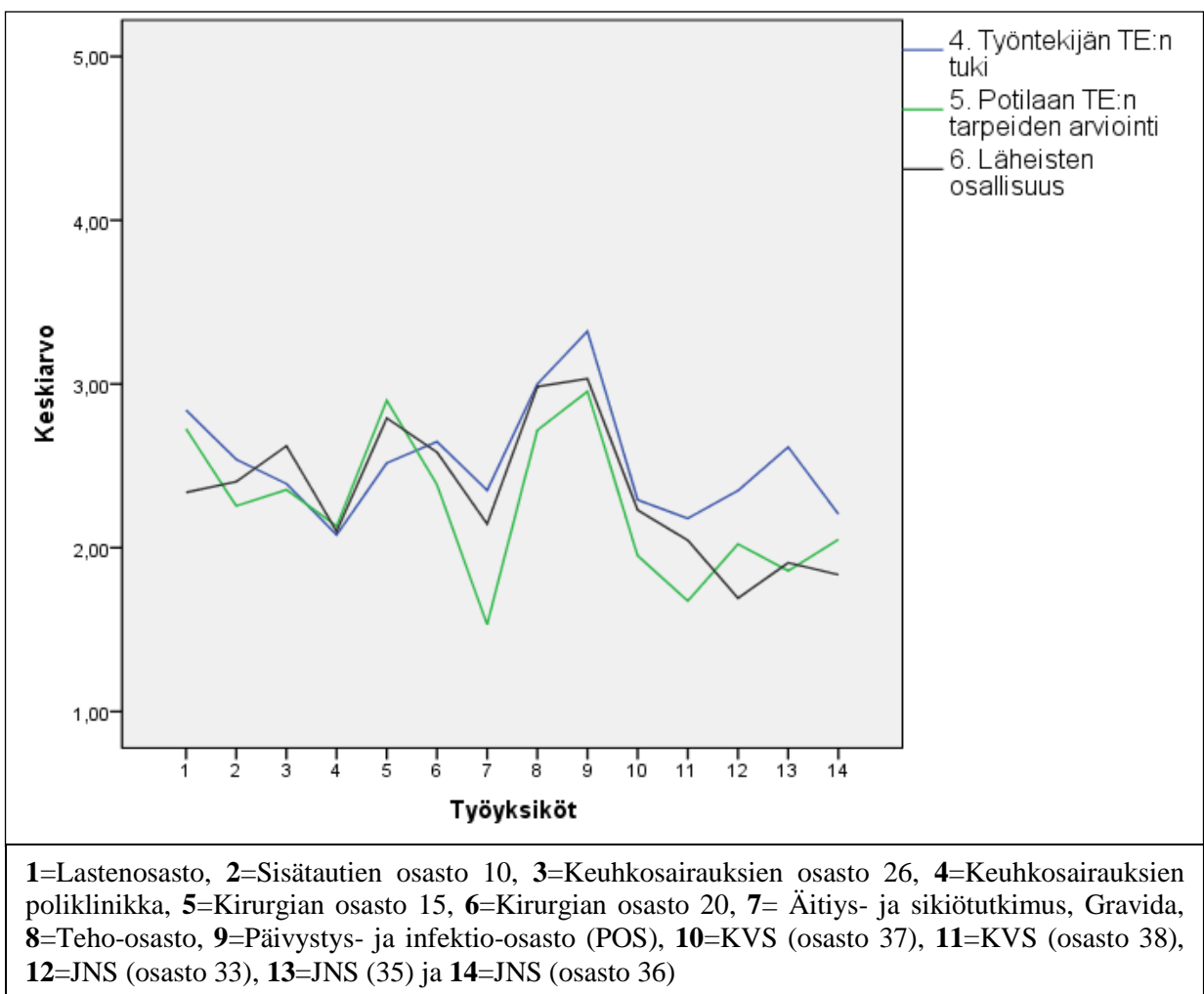
Summamuuttujia hyödyntäen vertailtiin työyksiköiden vahvuuksia ja heikkouksia (Kuviot 10–12). Kuvioden keskiarvot laskettiin asteikolla 1–5 (1=erittäin hyvin, 5=erittäin huonosti).

Ensimmäisessä kuviossa 10 huomioitiin Ruokapalvelu Caterinan tulokset, jonka jälkeen summamuuttujatarkastelu jatkui potilastyötä tekevien työyksiköiden osalta. Kuviossa 10 ensimmäiselle *organisaation varmistaa TE:n edellytykset* (organisaatio varmistaa edellytykset terveyden edistämistoiminnan kehittymiselle) summamuuttujalle vahvimman keskiarvon (2,18) sai keuhkosairauksien poliklinikka ja heikoimman (3,26) sai teho-osasto. Toiselle *terveellinen ja turvallinen työympäristö* (Organisaatio varmistaa terveellisen ja turvallisen työympäristön) summamuuttujalle vahvimman keskiarvon (2,18) sai äitiys- ja sikiötutkimus Gravida ja heikoimman (3,14) sai päivystys- ja infektio-osasto (POS). Kolmannelle *henkilöstön kehittäminen/koulutus* (Sairaanhoitopiiriin henkilöstön kehittäminen ja koulutus tukee työntekijän oman terveyden edistämistä) summamuuttajalle vahvimmat keskiarvot saivat äitiys- ja sikiötutkimus Gravida (1,82) ja Kangasvuoren osasto 37 (1,90). Heikoimman keskiarvon sai teho-osasto (2,96).



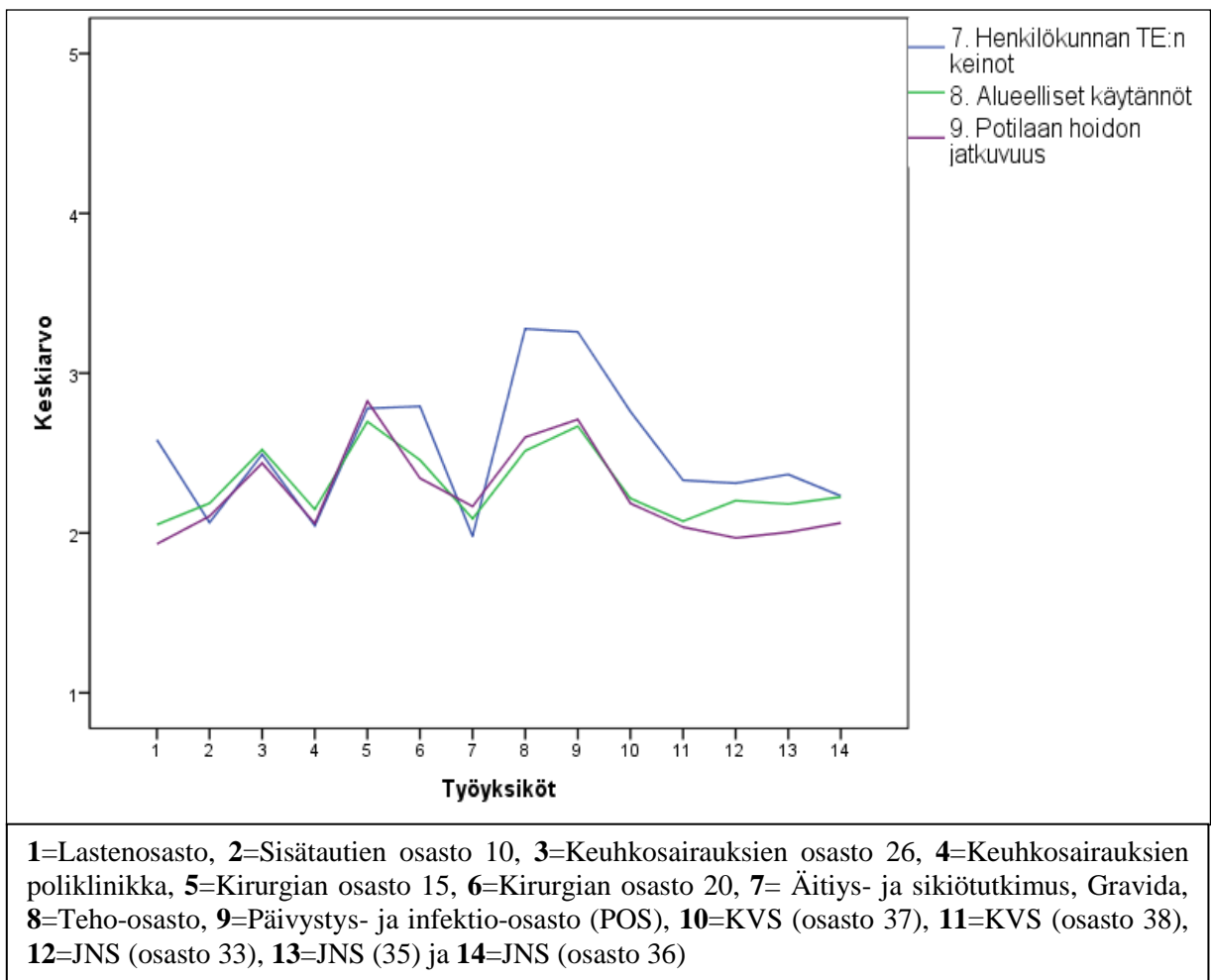
Kuvio 10. Keskiarvot summamuuttujille ”organisaatio varmistaa TE:n edellytykset, terveellinen ja turvallinen työympäristö sekä henkilöstön kehittäminen ja koulutus”.

Kuviossa 11 neljännelle *Työntekijän TE:n tuki* (Työntekijä saa riittävästi tukea terveydestään huolehtimiseen) summamuuttujalle vahvimman keskiarvon (2,07) sai keuhkosairauksien poliklinikka ja heikoimman (3,01) sai päivystys- ja infektio-osasto (POS). Viidennelle *potilaan TE:n tarpeiden arviointi* (Potilaan terveyden edistämisen tarpeet arvioidaan hoitoon tullessa) summamuuttujalle vahvimman keskiarvon (1,53) sai äitiys- ja sikiötutkimus Gravida ja heikoimman (2,96) sai päivystys- ja infektio-osasto (POS). Kuudennelle *läheisten osallisuus* (Potilaalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun) summamuuttujalle vahvimman keskiarvon (1,69) sai Juurikkaniemen sairaala (osasto 33) ja heikoimman (3,03) sai päivystys- ja infektio-osasto (POS).



Kuvio 11. Keskiarvot summamuuttujille ”työntekijän TE:n tuki, potilaan TE:n tarpeiden arviointi ja läheisten osallisuus”.

Kuviossa 12 seitsemännelle henkilökunnan TE:n keinot (Henkilökunnalla on käytettävissä keinot ylläpitää ja edistää potilaiden terveystietoutta) summamuuttujalle vahvimman keskiarvon (1,97) sai äitiys- ja sikiötutkimus Gravida ja heikoimman (3,27) sai teho-osasto. Kahdeksannelle alueelliset käytännöt (Sairaalan palvelut toteutetaan alueellisten käytäntöjen mukaisesti) summamuuttujalle vahvimman keskiarvon sai Äitiys- ja sikiötutkimus Gravida (2,09) ja heikoimman sai (2,70) kirurgian osasto 15. Yhdeksännelle potilaan hoidon jatkuvuus (Turvataan potilaan hoidon jatkuvuus) summamuuttujalle vahvimmat keskiarvot saivat Lastenosasto (1,93) ja Juurikkaniemen sairaala, osasto 33 (2,0) ja heikoimman keskiarvon (2,83) sai kirurgian osasto 15.



Kuvio 12. Keskiarvot summamuuttujille ”henkilökunnan TE:n keinot, alueelliset käytännöt ja potilaan hoidon jatkuvuus”.

Yhteenvedon voidaan todeta, että edellä mainittujen summamuuttujien keskiarvot vaihtelivat välillä: 1,53–3,03. Työyksiköittäin tarkasteltuna vahvuudet ja heikkoudet jakautuvat vaihtelevasti eri summamuuttujien välillä. Parhaiten organisaation edellytykset terveyden edistämistoiminnan kehittymiselle toteutuivat keuhkosairauksien poliklinikalla. Edellytykset terveelliselle ja turvalliselle työympäristölle, henkilöstön kehittämiseksi ja koulutukselle toteutuivat parhaiten äitiys- ja sikiötutkimuksessa.

Henkilöstön näkemyksen mukaan työntekijä saa eniten tukea terveydestään huolehtimiseen keuhkosairauksien poliklinikalla, Kangasvuoren osasto 38:ssa ja Juurikkaniemessä osastolla 36. Potilaan terveyden edistämistarpeet huomioitiin parhaiten äitiys- ja sikiötutkimusosasto Gravidassa ja Kangasvuoren osastolla 38. Läheisten osallisuus hoidon suunnitteluun toteutui parhaiten Juurikkaniemen osastolla 33. Selkeimmin henkilökunnan keinoihin ylläpitää ja edistää potilaiden terveystietoutta panostetaan äitiys- ja sikiötutkimusosasto Gravidassa, sisätautien osastolla 10 ja keuhkosairauksien poliklinikalla.

Sairaalan palvelut toteutuvat alueellisten käytäntöjen mukaisesti parhaiten äitiys- ja sikiötutkimusosasto Gravidassa ja lastenosasto 1:ssä ja Kangasvuoren osastolla 38. Potilaan hoidon jatkuvuus turvataan vahvimmin lastenosasto 1:ssä ja Juurikkaniemen osastolla 33. Heikoimpia tuloksia summamuuttujille saivat teho-osasto, päivystys- ja infektio-osasto (POS) ja kirurgian osasto 15.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toteutumista henkilökunnan näkökulmasta. Tutkimus tuotti tietoa sairaalan terveyden edistämisen vahvuuksista ja heikkouksista. Pilottitutkimukseen osallistui Keski-Suomen sairaanhoitopiirin 15 eri yksikön henkilöstöä. Työntekijöiden näkemysten mukaan terveyden edistämisen vahvuuksina voidaan pitää potilaan tilanteen arviointia ja läheistensä mahdollisuutta osallistua hoidon suunnitteluun. Heikoimmin toteutuivat organisaation edellytykset terveyden edistämistoiminnan kehittämiseksi. Kehittämistarpeita ilmeni terveelliseen työympäristön, potilaan neuvonnan, elintapaohjauksen sekä jatkuvuuden ja yhteistyön alueilla.

7.1.1 Organisaatio varmistaa edellytykset terveydenedistämistoiminnan kehittymiselle

Tutkimustulosten mukaan Keski-Suomen shp:n sairaaloita koskevan terveyden edistämisen toimintaohjelman sisältö koettiin vielä varsin tuntemattomaksi. Myös TE-yhteyshenkilöiden rooli näyttää olevan henkilöstölle epäselvä sekä heille suunnattu työaika sekä resurssit koettiin puutteelliseksi. Saadut tulokset ovat verrattavissa aiempiin tutkimustuloksiin, joissa resurssi- ja aikapula koettiin useimmiten terveyden edistämisen esteiksi sairaaloissa. (Johnson & Baum 2001, Johnson & Nolan 2004, Tountas et al. 2004, Guo et al. 2007, Johansson et al. 2010, Lehtinen ym. 2010 Lin & Lin 2011.)

Terveysvalintojen tueksi kehitetty sähköinen Hyvinvointipolku.fi -portaali koettiin tässä tutkimuksessa enimmäkseen tuntemattomaksi. Sen sijaan Terveystietokeskus Palanssi tunnettiin paremmin ja tiedettiin myös eri puolella Keski-Suomea sijaitsevat Terveystietotuviksi nimetyt itsehoitopisteet, lukuun ottamatta Juurikkaniemeä ja Kangasvuorta. Lammen pro gradu – tutkielmassa vuonna 2010 vastaajista alle puolet eivät tienneet Terveystietotuvista. Puustinen (2008) kannustaa omatoimiseen tiedonhankintaan sairaaloissa, sillä se vapauttaa resursseja passiivisempien asiakkaiden hoitoon. Kuusen ym. (2006) ja Väätäsen (2006) mukaan helposti saatavilla oleva tieto lisää potilaiden vastuuta omasta terveydestään ja mahdollistaa itsehoidon edellytykseen.

7.1.2 Organisaatio varmistaa terveellisen ja turvallisen työympäristön

Tämä tutkimus osoitti, että työyksiköissä toimitaan parhaiten määrättyjen turvallisuus- ja työsuojeluohjeiden mukaisesti. Sen sijaan työyksiköiden terveys- ja turvallisuusriskien tunnistaminen ja arviointi eivät toteudu kaikkien osalta. Samoin kaikkiin tunnistettuihin työyksiköiden riskitekijöihin ei puututa. STM:n (2001) mukaan turvallinen työympäristö edellyttää kaikkien tietoista vastuuta työympäristön turvaamiseksi. Pollusten et al. (2007) mukaan HPH-verkoston kuulumisen oli lisännyt toimintaympäristön turvallisuusriskien kartoitusta 50 %:lla.

Vaikuttamismahdollisuuksien luominen edesauttaa työympäristön kehittymistä (Manka ym. 2007). Saatujen tutkimustuloksien mukaan kaikki työntekijät eivät kokeneet voivansa osallistua tarpeeksi työympäristön kehittämiseen ja siihen liittyvien päätösten tekemiseen. Aiemmat tulokset osoittivat, että työntekijän mahdollisuus vaikuttaa kehittämiseen ja päätösten tekemiseen yhdistettiin parempaan työhön sitoutumiseen, halukkuuteen jatkaa pitempään työelämässä, työsuoritusten parantumiseen ja myönteisen työilmapiirin kehittymiseen. Vaikuttamismahdollisuuksien puute heijastui esimerkiksi mielenterveyshäiriöihin ja alkoholin kulutuksen lisääntymiseen. (Elovainio et al. 2002, Polluste ym. 2007, Virtanen et al. 2008, Kouvonon et al. 2008, Sinokki 2010.)

Tämän tutkimuksen mukaan vajaakuntoisten työntekijöiden tuki koettiin puutteelliseksi varhaisen tunnistamisen ja tuen toimintamallin mukaan. Samoin pitkän sairauspoissaolojen jälkeen työntekijän työhön palaaminen ja työn muokkaaminen voimavarojen mukaiseksi toteutui puutteellisesti. Jotta työntekijän työssä suoriutumista voidaan tukea, tulee työkyvyn heikkeneminen osata tunnistaa ja arvioida varhaisessa vaiheessa. Ennaltaehkäisevällä tuella työntekijä pystytään ohjaamaan oikeanlaisen hoidon ja kuntoutukseen piiriin varhaisessa vaiheessa. Samalla ehkäistään toisten työntekijöiden altistuminen vastaaviin ongelmiin. (Caven-Suominen 2005.) Lisäksi terveellisen työympäristön kehittämisellä vaikutetaan pitkällä aikavälillä turvallisuuteen, työviihtyvyyteen ja työssä pysymiseen, tuloksellisuuteen, työyhteisöjen toimivuuteen ja henkilökunnan terveyden edistämiseen. (Jonhson & Baum 2001, WHO 2004, Caven-Suominen 2005, Pearson et al. 2006.)

Saadut tutkimustulokset ovat siten verrattavissa aiempiin tutkimustuloksiin, joiden mukaan harvat tutkimukset olivat keskittyneet työhön paluun tukemiseen, työn uudelleen organisointiin sekä ennaltaehkäisyyn. Lisäpanostusta kaivattiin sairauspoissaolojen kehittymisen ennakointiin ja seurantaan sekä yhtenäisten tavoitteiden luontiin. (Holmgren & Ivanoff 2004, Kivistö ym. 2008, Joensuu ym. 2008.) Työhön paluuta helpottavat erilaiset, jopa vähäisetkin mukautukset (Holmgren ja Ivanoff 2004, Schartz et al. 2006 Bilsker et al. 2006).

7.1.3 Henkilöstön kehittäminen ja koulutus tukee työntekijän omaa terveyden edistämistä

Uuden työntekijän perehdytys terveys- ja hyvinvointiasioihin toteutui puutteellisesti tässä tutkimuksessa. Henkilökunnan perehdytykseen on syytä kiinnittää huomiota. Aiempien tutkimuksien mukaan terveyden edistämisen käsite ja lisäkoulutuksen puute olivat esteitä henkilökunnan terveydenedistämistaitojen kehittymiselle potilastyössä (Whitelaw et al. 2006, Guo et al. 2007, Lin et al. 2009, Delobelle et al. 2010, Johansson et al. 2010, Rigoff & Herrala 2010, Lin & Lin 2011). Uuden työntekijän perehdytyksen on todettu vaikuttavan myönteisesti koko organisaation terveyden edistämisen kehittymiseen (Tountas et al. 2004, Polluste et al. 2007). Perehdytysvaiheen tulee koskea kaikkia ammattiryhmiä, sillä lääkäreiden kielteisen asenteen on esitetty olevan yksi este terveydenedistämistyön kehittymiselle (Rigoff & Herrala 2010). Henkilökunnan perehdytys ei kuitenkaan yksin riitä, tarvitaan strategisia ja pitkäaikaisia sitoutumistaitoja (Johnson & Nolan 2004, Whitelaw et al. 2006, Guo et al. 2007, Johansson et al. 2010).

Tämä tutkimus osoitti, että henkilökunta koki saavansa tarvittaessa tietoa terveellisistä elämäntavoista työpaikalla. Sen sijaan osa henkilökunnasta koki puutteelliseksi mahdollisuuden oppia ja omaksua terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä asioita työpaikalla. Terveyttä edistävissä sairaaloissa on syytä painottaa terveystietoutta myös henkilökunnalle, sillä henkilökunta, joka huolehtii itse terveydestään, huomioi vastaavasti terveys- ja hyvinvointiasiat työssään. (Aiken 2002, WHO 2004 & Groene 2005.)

Tutkimustuloksien mukaan työyksiköissä arvostettiin eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Sen sijaan heikommin työyhteisöissä edistettiin hyvän mielen vahvistamista ja hyvää työilmapiiriä. Jokaisen oikeutta henkiseen hyvinvointiin työssä tulee korostaa (Kivistö ym. 2008).

Huono työilmapiiri on yhdistetty muun muassa työntekijöiden moraalisiin, henkilöstön vaihtuvuuteen, uusien keksintöjen käyttöönottoon ja tiimin tehokkuuteen. Lisäksi huono ilmapiiri yhdistettiin depression, masennuksen ja mielialalääkkeiden lisääntymiseen. (Ylipaavalniemi et al. 2005, Sinokki et al. 2009.) Ristiriita työn ja työntekijän välillä altisti työuupumuksen kehittymiseen. Jo lievä työuupumus lisäsi masennusriskiä yli kolminkertaiseksi, vakava työuupumus peräti 15-kertaiseksi. (Ahola et al. 2005.)

7.1.4 Työntekijän tuen saanti terveydestään huolehtimiseen

Tutkimustuloksien mukaan työntekijät tunsivat hyvin savuttoman sairaalan toimintaohjeet. Tupakoiva työntekijä sai halutessaan melko hyvin tukea tupakoinnin lopettamiseen. Vastavasti alkoholin käytön lopettamiseen koettiin saavan heikommin tukea. Työntekijät kokivat saavansa puutteellisesti tukea työssä jaksamiseen, stressin hallintaan sekä apua mahdollisen ahdistuksen tunnistamiseen. Tässä tutkimuksessa kartoitettiin ahdistuksen tunnistamista, sillä useimmiten ahdistus esiintyy ennen masennusta.

Aiemmat hoitotyön henkilöstöön kohdistuvat tutkimukset osoittivat, että työn fyysinen turvallisuus, kiire ja heikot työjärjestelyt lisäsivät henkistä kuormittuneisuutta. Henkinen hyvinvointi voi kärsiä työn vaatimusten kasvaessa sekä päätöksentekomahdollisuuksien kaventumassa. Yksilöllisten ominaisuuksien lisäksi työyhteisön ilmapiiri, ongelmien käsittely, tiedon kulku, johtaminen, sekä sosiaalinen tuki vaikuttivat psyykkiseen hyvinvointiin. (Lintula 2001, Nuikka 2004, Suonsivu 2003, Holmgren & Ivanoff 2004, Kanste 2005.) Liian yksinkertaiset ja virikkeettömät työtehtävät toimivat myös altistavina tekijöinä (Työsuojelupiiri 2009). Psyykkistä hyvinvointia edistäviä keinoja ovat yksilöön ja työyhteisöön kohdistuvat toimenpiteet. Edistäviksi keinoiksi esitettiin mm. työntekijän mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä sisältöön ja päätöksentekoon. (Suonsivu 2003, Miettinen 2000.) Hyvinvoinnin lisääntyminen ei synny organisaatioissa itsestään vaan se vaatii systemaattista johtamista, strategista suunnittelua, tavoitteiden asettelua ja jatkuvaa arviointia. Kielteisestä voimavaroja kuluttavasta mahdollisuuksien tarkastelusta, toiminnan tulee kohdistua työssä ilmenevien myönteisten piirteiden tutkimiseen ja kehittämiseen. (Manka ym. 2007.)

Työntekijöiden näkemyksen mukaan epäasialliseen käytökseen ja kohteluun puututtiin työyksiköissä osittain. Epäasiallinen kohtelu voidaan määritellä yleisen hyvän tavan, työvelvollis-

suuksien tai lain vastaiseksi käytökseksi toista kohtaan. (Työturvallisuuslaki 2002/738.) Esi-merkkinä uhkailu, fyysinen väkivalta, toistuva perusteeton puuttuminen työntekoon ja nöyryyttävät käskyjen anto (Muinonen 2005). SuPer:in eli lähi- ja perushoitajien työhyvinvointi selvityksen (2012) mukaan yli kaksi kolmasosaa (71 %) hoitohenkilökunnasta havaitsi epäasiallista kohtelua työpaikallaan. Epäasiallista kohtelua esiintyi enimmäkseen päivävuoroissa, ja enimmäkseen toisen työkaverin taholta. Epäasiallisen kohtelun varalle SuPer (2012) ehdotti työpaikkakohtaisen toimintaohjeen laadintaa, johon kaikki työntekijät sitoutuvat. Työterveyslaitoksen (2012) mukaan toimivassa työyhteisössä ongelmista uskalletaan puhua. Kehittämistyö suunnataan tulevaisuuteen ja etusijalla ovat ratkaisukeskeiset sekä ennaltaehkäisevät toimintatavat.

Saatujen tutkimustuloksien mukaan hoidon häiritsevyyteen osalliselle työntekijälle tarjottiin tukea suhteellisen vähän. Tässä tutkimuksessa hoidon häiritsevyyttä haluttiin lähestyä työntekijän näkökulmasta, koska Hallman-Keiskoski (2006) on esittänyt, että häiritsevyyteen osallisten työntekijöiden avuksi pitäisi kehittää systemaattinen selviytymisen tukimalli. Aiemmissa takautuviin sairauskertomuksiin perustuvissa tutkimuksissa hoitovirheitä, lääkepoikkeamia tai muita hoidon häiritsevyyksiä sattui arviolta joka kymmenelle potilaalle (Thomas et al. 2000, Davis et al. 2003). Lääkevahingoista kahdella kolmasosalla puuttui esitiedoista tieto käytössä olevista lääkkeistä tai niitä oli liikaa ja tiedot sisälsivät vääriä lisäyksiä. (Tam et al. 2005). Etsittäessä häiritsevyyteen alkuperää ei ole syytä selvittää kuka sen teki, vaan keskittyä järjestelmässä piileviin epäkohtiin. Suurin osa vahingoista johtuu esimerkiksi organisaation ja systeemin vähemmän näkyvistä ongelmista kuten johdon, johtamisen ja työympäristön ilmapiiristä. Selviytymisprosessissa esimies ja avoin käsittely työyhteisössä ovat ratkaisevassa asemassa. (Nolan 2000, Barach & Small 2000, Pietro et al. 2000, Pronovost et al. 2005, Pasternack 2006.)

7.1.5 Potilaan terveyden edistämistarpeiden arviointi hoitoon tullessa

Potilaan tilanteen arvioinnin onnistuminen edellyttää, että potilaan sosiaaliset ja kulttuurilliset taustatekijät otetaan huomioon (WHO 2004). Tämä tutkimus osoitti, että potilaan sosiaaliset ja kulttuurilliset taustatekijät otettiin hyvin huomioon hoidon ja ohjauksen suunnittelussa. Kuitenkin reilu kolmasosa arvioi sosiaalisten ja kulttuurillisten taustatekijöiden huomioon otettuneen osittain. Lisäksi terveyden edistämistarpeiden arviointia varten potilaalle järjes-

tettiin erittäin hyvin tulkki hoito- ja ohjaustilanteisiin. Poikkeuksena Juurikkaniemi, jossa sen arvioitiin toteutuneen osittain.

Sosiaalisista ja kulttuurillisista tekijöistä erityisesti kulttuurikompetenssin ymmärtämisen todettiin vaikuttavan henkilökunnan taitoon hoitaa potilaita oman kulttuurinsa mukaisesti (Giger & Davidhazir 2002, 187). Aiempien tutkimuksien mukaan henkilökunnan viestintäongelmat olivat esteenä kulttuurikompetenssin kehittymiselle. Keskeisiä esteitä olivat kielimuuri ja nonverbaaliset väärinymmärrykset. (Galanti 2008, Berlin et al. 2006.) Potilaan sosiaalisten ja kulttuurillisten taustatekijöiden ymmärtämiseksi esitettiin lisäkoulutusmahdollisuudet (Campinha-Bacote 2002, Berlin et al. 2006, Schim et al. 2010, Lassenius 2011). Tulkin käyttö hoito- ja ohjaustilanteissa vähentää kommunikaatio-ongelmia, mutta ei vielä mittaa henkilökunnan nonverbaalista kommunikaatiotaitoa eikä henkilökunnan kulttuurikompetenssia (Lassenius 2012).

Tässä tutkimuksessa kartoitettiin potilaan mielen hyvinvointiin sekä tupakointi- ja alkoholitottumuksiin liittyvien asioiden puheeksi ottamista hoitoon tullessa. Potilaan mielen hyvinvointiin liittyvät asiat otettiin puheeksi enimmäkseen hyvin. Potilaan tupakointitottumukset oli helpompi ottaa puheeksi, verrattuna alkoholikäyttötottumuksiin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettu tutkimus osoitti, ettei haitallisten (tupakointi, alkoholi, masennus) terveystapatottumusten puheeksi ottaminen ollut niin vaikeaa, mikäli terveyshaitta liittyi selkeästi tulosityhyn (Lehtinen ym. 2010). Tutkimustuloksia ei voi täysin verrata toisiinsa, mutta vaikuttaisi sille, että haitallisten terveystapatottumuksien puheeksi ottaminen hoitoon tullessa koetaan vielä osittain liian henkilökohtaiseksi.

Potilaan mahdollisuus läheisväkivaltakokemukseen tulee huomioida osana potilaan tilanteen arviointia (WHO 2002, Miranda et al. 2011). Tässä tutkimuksessa potilaan läheisväkivaltakokemuksen puheeksi ottaminen toteutui puutteellisesti. Mikäli väkivaltaa ei aleta systemaattisesti ottamaan puheeksi osana sairaalatyötä, työntekijä tukee väkivaltaa ja vaarantaa toiminnallaan väkivallan uhrien turvallisuuden (Daugherty & Houry 2008). Väkivallan tunnistaminen hoitotyössä ei ole helppoa (Perttu 2004, Perttu & Kaselitz 2006), jonka takia siihen tulee panostaa yhä enenevässä määrin (Garcia-Moreno 2002, MacMillan et al. 2006, Houry et al. 2008). Hoitotyön henkilökunta voi vaikuttaa esimerkiksi läheisväkivallan tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen, tilanteen tutkimiseen ja dokumentointiin (Hämäläinen 2010).

Potilaan terveyden edistämistarpeiden arvioinnin tueksi tässä tutkimuksessa kartoitettiin sähköisen potilaskertomuksen hyödyntämistä. Saatujen tutkimustulosten mukaan potilaan ohjauksen ja tuen tarpeen kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen toteutui osittain. Samoin potilaskertomukseen oli kirjattu osittain potilaan hyvän hoidon järjestämisen kannalta oleellinen tieto koskien myös riskiryhmään kuulumista, esimerkkinä aliravitsemus. Aiempien tutkimuksien mukaan sähköiset potilastietojärjestelmät olivat selkeyttäneet dokumentoidun tiedon laatua, saatavuutta ja tiedon uudelleenkäyttöä. Potilaskertomukset eivät kuitenkaan olleet parantaneet hoitajien ja lääkärin välistä tiedonvaihtoa eikä hoitajien keskinäistä tiedonvälitystä. (Ammenwerth et al. 2011, Kaipio 2011, Nykänen et al. 2012, Kuusisto et al. 2012.) Elämäntapatottumukset esimerkkinä alkoholi- ja tupakointitottumukset kirjattiin varsin vaihtelevasti (Polednak 2007, Rimpelä 2009). Esteitä kirjaamisen onnistumiseksi esitettiin epäyhtenäiset käytännöt sekä liialliset päällekkäisyydet (Kääriäinen & Kaakinen 2008, Hapalainen-Suomi 2009). Kirjaamisessa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota siihen, miten potilas ymmärtää saamansa ohjauksen ja miten hän siihen reagoi (Mäkilä 2007).

7.1.6 Potilaan ja hänen läheistensä mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun

Tämän tutkimuksen mukaan hoidon tavoitteista sovittiin yhdessä potilaan kanssa vain osittain. Samoin potilas osallistui hoitonsa suunnitteluun varsin vaihtelevasti. Sen sijaan läheisen osallistuminen hoidon suunnittelussa pyrittiin turvaamaan. Hoidon suunnittelussa tulee korostaa potilaan asemaa (Koivusalo ym. 2009, Toiviainen 2011). Kun potilas osallistuu omaa terveyttään ja sairauttaan koskeviin päätöksiin, samalla hän ottaa vastuuta omasta hoidostaan (Kääriäinen 2007, Toiviainen 2011). Potilaan voimaannuttaminen vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen ja potilaan kykenevyyteen selviytyä pitkäaikaissairaudesta. Läheisillä ja vertaistuella todettiin olevan erityisen suuri merkitys potilaan paranemisprosessissa. (Johnston 1999, Kizer 2001, Légaré et al. 2010, Tuorila 2006, Toiviainen 2007.)

Tässä tutkimuksessa henkilökunta kokee, että potilaalle kerrotaan hyvin hoitoonsa liittyvistä yksilöllisistä riskeistä huomioiden hänen terveydentilansa. Erityisen hyvin potilaalle kerrottiin siitä, miten hän voi omilla terveystottumuksillaan parantaa hoitotulostaan. Sen sijaan tieto hoidon riskejä koskevasta keskustelusta kirjattiin puutteellisemmin potilaskertomukseen. Vaikuttamalla ihmisten elintapoihin ja terveyttä vaarantaviin riskitekijöihin voidaan saavuttaa huomattavia terveyshyötyjä. Terveysriskeistä tiedottaminen, mahdollistaa yksilön toimimisen

oman terveytensä edistämiseksi. Tunne siitä, että oma terveys on hallinnassa, yhdistettiin oman elämän hallinnan tunteeseen. Jos ihmisiltä puuttuu tieto riskitekijöiden vaikutuksesta terveyteen, puuttui heiltä myös syy luopua nautintoa aiheuttavista, terveydelle vahingollisista elintavoista. (Nupponen & Suni 2006, Kiiskinen ym. 2008.)

7.1.7 Henkilökunnan keinot ylläpitää ja edistää potilaiden terveystietoutta

Potilaan tulee saada tietoa suunnitellusti haitallisista terveystottumuksista (WHO 2004). Tutkimustuloksien mukaan potilaan ohjauksessa käytettävien kirjallisten ohjeiden ajanmukaisuutta ei tarkisteta vähintään kerran vuodessa kuin osittain. Samoin suunnitellusti sairaalaan tulevalle potilaalle annettiin tietoa tupakoinnin ja alkoholin lopettamisen koituvista terveys-työhyödyistä varsin vaihtelevasti. Aiempien tutkimuksien mukaan sairaaloissa ei toimita systemaattisesti terveystietojen puheeksi ottamisessa. Saadut tulokset ovat siten verrattavissa aiempiin tuloksiin. (vrt. Johnson & Baumanin 2001, Hibbard 2003, Lehtinen ym. 2010, Mertala 2011.) Esteinä haitallisten terveystottumuksien systemaattiselle puheeksi ottamiselle esitettiin mm. aika- ja resurssipula, ammattihenkilöiden keskustelutaidon ja kiinnostuksen puute, potilaan aseman korostuminen, seurannan jatkuvuus ja potilaiden lyhyet hoitajakset (McBride 2004, Dooris 2005, Lappalainen-Lehto et al. 2005, Poskiparta et al. 2006, Gravel et al. 2006, Asbetz 2010).

Sen sijaan tämä tutkimus osoitti, että tupakoivalle potilaalle annettiin hyvin tietoa nikotiinikorvaushoidosta. Samoin alkoholin suurkulutuksen riskiryhmässä olevaa potilasta ohjattiin vähentämään alkoholin käyttöään. Vaikuttaisi siis sille, että haitallisten terveystottumuksien puheeksi ottaminen koetaan helpommaksi, mikäli niitä ei tarvitse heti hoitoon tullessa ottaa puheeksi.

Potilaan läheisväkivaltakokemuksen puheeksi ottaminen todettiin jo aiemmin tässä tutkimuksessa hankalaksi aiheeksi. Aihetta vahvistaa myös se, että vastaajista alle puolet koki puutteelliseksi läheisväkivallasta kärsivän potilaan ohjaamisen tuen avun piiriin. Aiemmat tutkimukset osoittivat systemaattisen seulonnan olevan keskeinen keino vaikuttaa läheisväkivallan uhrien hoitoonohjaukseen sekä ennaltaehkäisyyn. Tuen ja avun piirin ohjaamisen lisäksi henkilökuntaa tulee ohjeistaa tunnistamaan läheisväkivallasta kärsivä potilas. Henkilökunnan tulee olla tietoinen yhtenäisistä toimintamalleista, dokumentoinnista sekä potilasta koskevien

tietojen jakamista muiden sektoreiden välillä. (Garcia-Moreno 2002, MacMillan et al. 2006, Houry et al. 2008.)

Henkilöstön näkemyksen mukaan potilaan ohjauksen kirjaaminen potilaskertomukseen toteutui hyvin. Sen sijaan työyksiköt tiesivät puutteellisesti työyksiköiden kannalta keskeisistä potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöistä. Samoin potilaalle ja hänen läheisilleen annettiin tietoa puutteellisesti keskeisistä järjestöistä. Tämä tutkimus osoitti myös, että rauhalliselle potilasohjaustilalle olisi tarvetta. Tulokset ovat siten verrattavissa aiempiin tutkimuksiin (vrt. Johnson & Baum 2001, Johnson & Nolan 2004, Tountas et al. 2004, Guo et al. 2007, Johansson et al. 2010, Lehtinen ym. 2010 Lin & Lin 2011). Rauhallisen tilan puute esitettiin esteeksi henkilökohtaisten asioiden puheeksi ottamiselle (Lehtinen ym. 2010) sekä vähentävän omaisten tarvitsemää kahdenkeskistä tukea ja ohjausta (Nuikka 2002, Hopia ym. 2002).

7.1.8 Sairaalan palvelujen toteuttaminen alueellisten käytäntöjen kanssa

Tutkimustuloksien mukaan potilaan hoidon kannalta tärkeiden yksiköiden, erikoisalojen ja ammattiryhmien välinen yhteistyö oli melko sujuvaa. Samoin koettiin, että työyksiköissä noudatettiin enimmäkseen maakunnan alueella sovittuja käytäntöjä sekä hoito- ja palveluketjuja. Aiemmissä tutkimuksissa onnistunut yhteistyö ja jatkuvuus yhdistettiin eri ammattiryhmien välisiin kommunikaatiotaitoihin, yhteisiin tavoitteisiin, sähköisiin viestintäkanaviin sekä saumattomaan tiedonsiirtoon eri hoitoketjujen välillä. (Marcum et al. 2002, Tountas et al. 2004, Johnson & Nolan 2004, Tanttu 2007, Silvennoinen- Nuora 2010.)

Tässä tutkimuksessa sen sijaan yhteistyö sairaalan ulkopuolisten terveys- ja sosiaalipalveluiden kanssa arvioitiin toteutuvan heikommin. Samoin yhteistyö keskeisten potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöjen kanssa toteutui vaihtelevasti. Pollusten et al. (2007) tutkimus osoitti, että HPH-verkoston kuuluvat sairaalat tekivät kuitenkin enemmän yhteistyötä potilasjärjestöjen kanssa verrattuna ei-HPH-verkoston sairaaloihin. Saadut tutkimustulokset ovat osittain verrattavissa aiempiin tutkimustuloksiin, joiden mukaan toimenpiteitä jatkuvuuden ja yhteistyön lisäämiseen kaivattiin lisää. (Johnson & Baum 2001, Johnson & Nolan 2004, Tountas et al. 2004, Whitelaw et al. 2006, Lin et al. 2009, Delobelle et al. 2010, Johansson et al. 2010, Groene et al. 2010, Rigoff & Herrala 2010, Lehtinen ym. 2010.)

7.1.9 Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen

Tutkimustuloksien mukaan potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi työyksiköt noudattavat erittäin hyvin potilastietojen siirrossa sovittuja menettelytapoja. Samoin potilaan jatko-hoito suunniteltiin yhteistyössä läheisten kanssa ja potilaan kirjallisessa hoito- ja/tai kuntou-tussuunnitelmassa varmistettiin hoidon jatkuvuus. Sen sijaan potilaan hoitoa koskeviin yh-teenvetoihin kirjattiin toteutunut elintapaohjaus puutteellisesti sekä vain noin puolet vas-taajista arvioi, ettei potilas itse osallistu jatkohoitonsa suunnitteluun. Aiempien tutkimusten mukaan kehitettävä olisi yhtenäisissä käytänteissä sekä hoitajien ja lääkärin välisessä tiedo-tuksessa. (Mäkilä 2007, Kääriäinen & Kaakinen 2008, Haapalainen-Suomi 2009, Kaipio 2011, Ammenwerth et al. 2011, Nykänen ym. 2012, Kuusisto et al. 2012.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusta tehtäessä tavoitteena on välttää virheitä ja saada aikaan mahdollisimman luotetta-via ja päteviä tuloksia (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Luotettavuuden ensimmäinen edellytys on, että tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaan. Tutkimukseen liittyvien taustan ja tutkimusprosessin tarkka kuvaus muodostavat lukijalle luotettavuuden arvoperustan tutkimusta kohtaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Tutkimuksen ja mittauksen luo-tettavuutta on perinteisesti kuvattu validiteetti ja reliabiliteetti käsitteillä, jotka yhdessä muo-dostavat tutkimuksen kokonaiskuvan (Metsämuuronen 2005, 64–55).

Validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoi-tuskin mitata (Metsämuuronen 2005, Hirsjärvi ym. 2009). Kyselytutkimuksen validiuteen vaikuttaa se, miten onnistuneita kysymykset ovat, eli voidaanko niiden avulla saada ratkaisu tutkimusongelmiin (Hirsjärvi ym. 2009). Tämän tutkimuksen validiteettia lisää tutkimusky-symysten rakentuminen laajan teoriaosuuden pohjalta. Teoriaosuus rakennettiin mittarin aihe-alueiden pohjalta, joka lisää Metsämuuronen (2005) mukaan tutkimuksen rakennevaliditeettia. Kyselymittari rajattiin ala- ja yläkäsitteisiin pohjautuen terveyttä edistävien sairaaloiden stan-dardeihin. Ulkoasultaan kyselymittari pyrittiin tekemään selkeäksi ja johdonmukaiseksi. Tut-kija pyrki operationalisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielelle käyttämällä selkeitä esimerkkejä, jotka pohjaavat tieteellisille teorioille. Kyselymittarin avulla välttyttiin tutkijan läsnä-

ololta, jolla voi olla vastauksia ohjaava vaikutus. Samalla varmistettiin vastaajan anonyymiuden säilyminen. Tutkimusaineisto kuvattiin mahdollisimman avoimesti ja siten, etteivät tutkijan omat näkemykset muuta tuloksia.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää esitestaus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 166). Itsearviointimittari esitettiin kohdejoukon edustajilla (n=15) ja yhdellä K-S:n shp:n ulkopuolisella asiantuntijalla. Esitestauksella varmistettiin mittarin sisäinen johdonmukaisuus ja kysymysten ymmärtäminen. Esitestauksessa ilmenneet kehittämissuhteet huomioitiin, jonka jälkeen mittari lähetettiin viimeisteltynä valittujen työyksiköiden kaikille työntekijöille. Näin ollen kaikki työntekijät saivat mahdollisuuden osallistua tutkimukseen. Sähköinen Wepropol-kyselypohja antoi vastaajille vapauden vastata kyselyyn hänelle sopivana ajankohtana. Koska vastaaminen on täysin vapaaehtoista, oletettua on, että henkilöstö vastasi rehellisesti aidon kiinnostuksen pohjalta. Kääriäisen (2007) mukaan työyhteisön ympäristötekijät, esimerkkinä kiire ja stressi, ovat tekijöitä, jotka voivat alentaa tuloksien luotettavuutta, mutta niihin on kuitenkin mahdotonta tutkijana vaikuttaa.

Tämän tutkimuksen validiutta heikentää oletettua pienempi vastaajamäärä (n=239), jolloin vastausprosentti (33 %) jäi alhaiseksi. Alhaiseen vastausprosenttiin esitettiin johtajien ja osastonhoitajien puutteellinen informointi vastaamisajankohdasta sekä tutkimuksen tärkeydestä. Toisekseen kyselymittarin nimi *terveyden edistämisen itsearviointimittari* ei ollut tarpeeksi houkutteleva tai sitä ei osattu yhdistää palvelemaan kunkin työyksikön omia terveyden edistämisen tarpeita. Sähköistä Wepropol-tiedonkeruukanavaa ei voi käyttää esteenä vastaamiselle, koska kukin työyksikkö sai tarvittaessa paperisen version omalle osastolleen. Sen sijaan tiedonkeruujankohdan jälkeen ilmeni, että Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilötietojärjestelmä ei ollut ajantasainen kaikkien työyksiköiden osalta. Päivittämätön henkilötietojärjestelmä saattaa vaikuttaa alentavasti vastaajien kokonaisprosenttiosuuteen. Lopullinen vastausprosentti kuitenkin pyrittiin tarkastamaan niiden työyksiköiden osalta, joissa epäiltiin todellista työntekijämäärää kyseisenä ajankohtana, mutta tarkkaa tietoa tutkimusajankohdan henkilömäärästä ei ole jälkikäteen saatavilla. Jatkotutkimuksia ajatellen henkilötietojärjestelmän todellinen määrä on syytä tarkistuttaa ennen tutkimuksen alkua. Pieni otoskoko heikentää tulosten yleistettävyyttä laajempaan perusjoukkoon, mutta antaa viitteitä terveyden edistämisen vahvuuksista ja kehittämiskohteista.

Reliabiliteetilla viitataan tutkimuksen toistettavuuteen ja tutkimukseen kykyyn antaa ei-satumanvaraisia tuloksia (Uusitalo 2001, Vilkka 2007, Heikkilä 2008, Hirsjärvi ym. 2009). Tutkimuksen reliabiliteettia tulee arvioida jo tutkimuksen aikana (Alkula ym. 1994). Tässä tutkimuksessa käytettiin Cronbachin alfa (α)-kerrointa. Cronbachin alfaa käytettiin mittarin sisäisen konsistenssin eli yhtenäisyyden mittana ja näin reliabiliteetin mittana. Tässä tutkimuksessa kaikki alfa -kertoimet (α) ylittivät hyvin arvon 0.60 rajan. Alin hyväksyttävä alfan raja on 0.60 (Liukkonen 2011). Korkea reliabiliteetti kertoi ensisijaisesti siitä, että TE-mittarin osiot mittasivat samantyyppisiä asioita. Lisäksi korkea reliabiliteetti kertoi siitä, että TE-mittari erotteli luotettavasti ja tehokkaasti mitattavat yksilöt toisistaan. (Metsämuuronen 2005). Jatkossa mitään osiota ei ole syytä kokonaan poistaa. Koska TE-mittari oli pilottitutkimus, ei aiempaa vertailututkimus ollut saatavilla, mikä heikentää mittarin luotettavuutta. Toistomittaus tulevaisuudessa antaisi vertailuaineistoa sekä lisäisi mittarin luotettavuutta.

Luotettavuustarkastelun kannalta on huomattava, että pitkä mittari on usein luotettavampi kuin lyhyt. Lyhyt mittari on vähemmän erotteleva sekä suppea vastausvaihtoehtojen määrä vähentää mittarin varianssia ja täten myös mittarin reliabiliteettia. (Metsämuuronen 2005.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää suhteellisen pitkä mittari, joka sisälsi yhteensä 60 muuttujaa. Tässä tutkimuksessa käytettiin viisiportaisen Likert-asteikon lisäksi vastausvaihtoehtoja 6 (=ei tietoa) ja 7 (=ei koske työyksikköä), joita voidaan pitää tutkimuksen reliabiliteetin lisääjänä. Lisäksi mittari mittasi useita terveyden edistämistä mittaavaa aihealuetta eri näkökulmista. Luotettavuutta paransi se, että puuttuvia vastaustietoja ei löytynyt. Tutkimusaineisto tallennettiin huolellisesti SPSS for Windows 19.0-ohjelmistolle ja ennen analysoinnin aloittamista aineistoa tarkasteltiin mahdollisten virheiden toteamiseksi ja korjaamiseksi.

7.3 Eettisyys

Hyvä tutkimus noudattaa aina hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen tekijän tulee noudattaa rehellisyyttä ja tarkkuutta koko tutkimusprosessin ajan (Kuula 2006). Tutkimuksen kyselynasattelun, tavoitteiden, aineiston keräämisen ja käsittelyn sekä tulosten esittämisen ja aineiston säilytyksen ei tule loukata tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. (Vilkka 2007.) Tämän tutkimuksen avulla pyrittiin hyvän aikaansaamiseen, ihmisarvon kunnioittamiseen ja oikeudenmukaisuuteen. Eettisyyttä tässä tutkimuksessa tukee tutkijan hankkima tutkimuslupa Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä.

Tutkimusaiheen valinta on eettinen valinta (Vehviläinen-Julkunen 1998). Tämän tutkimuksen aihe oli tarpeellinen ja ajankohtainen, sillä terveyden edistäminen on sairaalan keskeisistä tehtävistä (Pelikan et al. 2001, Tønnesen 2012a.) Tutkimusaineisto hyödyttää tutkittavaa joukkoa, Keski-Suomen sairaanhoitopiiriä ja auttaa osaltaan STES-verkoston jäsensairaaloiden HPH-standardien käyttöönottoa (Hallman-Keiskoski 2012a). Lisäksi kehitetty mittari edistää Sarajärven ym. (2011) mukaan asiantuntijoiden kokemukseen perustuvaa tieteellistä näyttöä ja tutkivan työotteen lisäämistä.

Politin ja Hungerin (2004) mukaan kysymysten suhteen tulee noudattaa eettistä herkkyyttä. Tässä tutkimuksessa vältettiin syrjiviä tai muutoin epäoikeudenmukaisia kysymyksiä. Lisäksi tutkimusaiheen teoriaosuuden tulkinta sidottiin oman tieteen- ja ammattialan teorioihin ja malleihin asianmukaisesti. Eettistä herkkyyttä tukee myös esitestaus. Tutkimuksessa mittari toimi esitestauksena, jonka laatimisessa kiinnitettiin erityistä huomiota sen validiteettiin ja reliabiliteettiin.

Tutkimukseen osallistujille lähetettiin kirjallinen saatekirje (Liite 4), joka sisälsi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimusaineiston käyttämisestä ja luottamuksellisuudesta. Tutkimukseen osallistuminen perustui täysin vapaaehtoisuuteen. Tutkimukseen vastattiin anonyyminä, ainoastaan työyksikkö oli tunnistettavissa. Anonymiteetin säilymistä tuki myös se, että tutkija ei tuntenut tutkimukseen osallistuneita.

Tutkimusaineiston keräämisessä, säilyttämisessä ja analysoinnissa noudatettiin Vilkan (2007) mukaisesti huolellisuutta, selkeyttä ja luottamuksellisuutta. Tutkimuksen aikana käytettiin eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, esimerkkinä sähköinen tiedonhankintakanava Wepropol, SPSS- ja Excel-ohjelma. Tutkimuksen aikana ei käytetty loukkaavia, alistavia tai mitätöiviä ilmaisuja. Tutkimustuloksien julkaiseminen tehtiin rehellisesti ja vilpittömästi. Tulosten julkaisemisessa käytettiin avoimuutta, minkä tarkoituksena on kunnioittaa toisten työtä asianmukaisesti. Tuloksista tiedotettiin tutkimuksen kohderyhmille eli tutkimukseen osallistuneille työyksiköille, STES:n edustajille ja K-S:n sairaanhoitopiirin edustajille. Tutkielman hyväksymisen jälkeen tutkimuksen tekoon käytetty tutkimusaineisto säilytetään Sairaanhoitopiirin aineistona mahdollista K-S:n sairaanhoitopiirin jatkokäyttöä varten.

Arvioitaessa tutkimusta eettisesti mittarin käyttö aineistonkeruumenetelmänä on hyväksyttävä ja sillä voidaan saavuttaa haluttu tieto. Itsearviointimittariin vastatessa työntekijä toimi itse eettisesti oikein, sillä samalla hän kehitti oman asiantuntijuuden arviointia ja edisti koko sairaalan terveyden edistämistä.

7.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Pilottitutkimus tuotti tietoa sairaalan terveyden edistämisen vahvuuksista ja heikkouksista. Saadut tutkimustulokset selkeyttävät työyksikkö- ja organisaatiokohtaisesti potilaiden, henkilökunnan ja organisaation terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Saatujen tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavia kehittämisehdotuksia:

Organisaatio varmistaa edellytykset terveyden edistämistoiminnan kehittymiselle

- Terveyden edistämisen toimintaohjelman näkyvyyttä ja tunnettavuutta tulee lisätä.
- TE-yhteys henkilön roolia tulee terävöittää ja resurssia käyttää suunnitelmalliseen terveyden edistämisen työhön toimintaohjelman suunnassa.
- Juurikkaniemen ja Kangasvuoren Terveystietotupien tunnettavuutta tulee lisätä, esim. yhteiset terveyskampanjat ja toiminnallinen ”terveystietotupa tutuksi -päivä”.
- Hyvinvointipolku.fi. – sivuston tunnettavuutta tulee lisätä, esim. yhtenäinen vuosittainen tapahtuma, maininta uuden työntekijän perehdytysvaiheessa.

Terveellinen ympäristö

- Terveys- ja turvallisuusriskien arviointiin, tunnistamiseen sekä niihin puuttumiseen tulee panostaa systemaattisesti, esim. yhtenäiset käytännöt, lisäkoulutus.
- Mahdollistetaan työntekijä osallistumaan terveyden edistämisen kehittämiseen ja päätösten tekemiseen, esim. kiinnitetään enemmän huomiota myönteisen ilmapiirin luontiin ja ideoidaan uusia vaikuttamisen tapoja.
- Tehostetaan vajaakuntoisten työntekijöiden varhaisen tunnistamisen ja tuen toimintamallia.
- Kehitetään työntekijän työhön palaamisen tukemista sairauspoissaolon jälkeen. Muokataan työtä enemmän voimavarojen mukaiseksi, esim. työhön paluun tukeminen jo sairauspoissaolon aikana.

Henkilöstön koulutus ja kehittäminen tukee työntekijän omaa terveyden edistämistä

- Perehdytetään uusi työntekijä systemaattisemmin terveyttä edistävän sairaalan toimintamalliin.
- Annetaan työntekijöille lisämahdollisuuksia omaksua terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä asioita työpaikalla, esim. terveys- ja hyvinvointikansion laadinta, säännölliset koulutuspäivät sis. vertaistukihenkilöiden kokemukset sekä asiantuntijaluennot.

- Kannustetaan hyvän mielen vahvistamiseen työyksiköissä, esim. työyksikkökohtaiset ideariihpalaverit, kannustepalkinnot onnistuneita työsuorituksista ja kollegoiden auttamisesta.

Työntekijä saa riittävästi tukea terveydestään huolehtimiseen

- Toimenpiteitä työssä jaksamisen tukemiseen, stressin hallintakeinoihin sekä ahdistuksen tunnistamiseen tulee lisätä, esim. totuttujen työtehtävien uudelleen organisointia. Asetetaan työssäjaksamista tukevia tavoitteita ja arvioidaan niiden saavuttamista osana organisaation strategiatyötä. Mahdollistetaan työntekijöiden ”aitojen tunneilmaisujen esiintuominen” kehityskeskustelujen puitteissa. Asetetaan työssäjaksamista tukevat tavoitteet ja arvioidaan niiden saavuttamista osana organisaation strategiatyötä.
- Tuetaan työntekijää alkoholin käytön lopettamiseen, esim. korostetaan kollegoiden uskallusta ottaa asia puheeksi ja muistutetaan vertaistukiryhmistä.
- Epäasialliseen käytökseen ja kohteluun tulee puuttua kaikissa työyksiköissä.

Potilaan terveyden edistämistarpeiden arviointi hoitoon tullessa

- Kysytään systemaattisesti potilaan (lastenyksikössä vanhempien) alkoholikäyttötottumukset.
- Arvioidaan potilaan läheisväkivaltakokemuksen mahdollisuus, esim. väkivallan tunnistaminen tutuksi teemapäivä tai -viikko ja lisäkoulutukset.

Potilaan ja hänen läheistensä mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun

- Sovitaan hoidon tavoitteista yhdessä potilaan kanssa sekä rohkaistaan osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun. Ideoidaan uusia osallisuutta tukevia toimintamalleja.
- Tieto hoidon riskejä koskevasta keskustelusta tulee kirjata potilaskertomukseen.

Henkilökunnan keinot ylläpitää ja edistää potilaiden terveystietoutta

- Potilaan ohjauksessa käytettävien kirjallisten ohjeiden ajanmukaisuus tulee tarkistaa vähintään kerran vuodessa.
- Suunnitellusti sairaalaan tulevalle potilaalle tulee antaa tietoa alkoholin käytön ja tupakoinnin lopettamisen terveyshyödyistä, esim. yhtenäinen alkoholi- ja tupakointitottumuksien puheeksi ottamisen malli tai kotia lähetetty terveystapatottumusmalli täytettäväksi ennen sairaalaan tuloa.

- Läheisväkivallasta kärsivä potilas tulee ohjata systemaattisemmin avun piiriin, esim. varmistetaan keskeisimmät yhteystiedot ja vertaistukiryhmät.
- Potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöjen tunnettavuutta ja näkyvyyttä tulee lisätä.
- Varmistetaan rauhallinen tila ohjaustilanteita varten.

Sairaalan palvelut toteutetaan alueellisten käytäntöjen kanssa

- Kehitetään yhteistyötä keskeisten potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöjen kanssa, esim. näkyvät vertaistukihenkilöt suoraan osastoille, hyödynnetään vertaistuen malleja ja tiedotetaan eri järjestöistä osana henkilöstön perehdyttämistä.

Turvataan potilaan hoidon jatkuvuus

- Varmistetaan potilaan osallistuminen jatkohoitonsa suunnitteluun.
- Kirjataan potilaan hoitoa koskeviin yhteenvetoihin toteutunut elintapaohjaus, esim. yhtenäinen seurantajärjestelmä.

Sairaalan terveyden edistämisen kehittämiseksi työyksikkökohtainen suunnittelu terveyden edistämisen näkökulmasta on tärkeää. Työyksikkökohtainen suunnitelma palvelisi yksikön omia voimavaroja ja käytänteitä. Lisäksi sairaaloiden terveyden edistämisen kehittämisessä olisi tärkeä löytää ne painopisteet, joilla kukin ammattiryhmä osaa ja haluaa kehittää toimintaansa. Painopisteiden hyödyntämisessä on tärkeätä huomioida summamuuttuja-analysoinnissa havaittujen vahvimpien työyksiköiden kokemustietous sekä tehostaa heikompien työyksiköiden terveyden ja hyvinvoinnin kehittymistä.

Työyhteisön sosiaalisen pääoman kehittäminen tulisi myös huomioida suunnittelussa. Sosiaalisen pääoman kehittämisessä on tärkeätä edistää vuorovaikutuksellisen dialogin kehittymistä. Järjestetään esimerkiksi tilaisuuksia, joissa yksikkökohtaisia hyväksi todettuja terveyden edistämisen toimia ja käytänteitä voidaan jakaa toisille työyksiköille. Tällöin myös hyödynnettäisiin työntekijöiden ns. hiljaisen tiedon tuomaa tietoutta.

Kehitetyn itsearviointimittarin jatkokäyttö edellyttää sähköistä seuranta- ja raportointijärjestelmää. Paras seuranta-/raportointijärjestelmä tuottaisi kyselyn vastaamisen jälkeen heti tietoa työyksiköille. Tarvittaessa muuttujien haluttu vahvuus- ja heikkousalue olisi ennalta määrätty,

esimerkiksi näin: ”työyksikköni terveys- ja turvallisuusriskit on arvioitu ja tunnistettu” -muuttujan kohdalla ”erittäin hyvin/hyvin”-vastausprosentin tulee olla välillä 90–100%.

7.5 Jatkotutkimusaiheet

Sairaalan terveyden edistäminen on ajankohtainen tutkimusaihe. Suomen Terveyttä edistävät sairaalat ry:n jäsenorganisaatioille mittari tarjoaa yhden, kokonaisvaltaisen mallin HPH-standardien hyödyntämisestä. Muutaman vuoden päästä toteutettu jatkotutkimus toisi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin työyksiköille vertailuaineistoa ja lisäksi näin ollen mittarin validointia. Kehitetty mittari voisi toimia henkilökunnan terveyden edistämisen itsearviointimittarina, lisäten sairaalan terveyden edistämisen kehittymistä sekä henkilökunnan kollektiivista asiantuntijuutta. Tällöin tieto Korhosen ja Holopaisen (2011) mukaan jaetaan yhdessä muiden ongelmaan ratkaisuun osallistuvien kanssa. Jatkossa olisi myös syytä pohtia miten mittarin arviointi, asetetut kehittämistavoitteet ja niiden seuranta tuottavat tulosta terveyden edistämisen kehittymiselle. Henkilökunnan näkökulman lisäksi olisi myös aiheellista arvioida potilaiden ja heidän läheisten näkemyksiä sairaalan terveyden edistämiseksi.

Jatkotutkimuksissa olisi aiheellista selvittää henkilökunnan terveyden edistämisen käsitystä ja keinoja ottaa puheeksi potilaan terveys- ja hyvinvointitottumuksia, erityishuomio tulee kiinnittää potilaan arkaluontoisempiin aiheisiin. Koska henkilökunnan käsitys terveyden edistämisestä, vaikuttaa myös sen kehittymiseen sairaaloissa. (vrt. Whitelaw et al. 2006, Guo et al. 2007, Lin et al. 2009, Delobelle et al. 2010, Johansson et al. 2010, Lin & Lin 2011.) Henkilökunnan osalta olisi myös syytä kohdentaa jatkotutkimusaiheita keskeisten potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöjen näkyvyyden ja tunnettavuuden lisäämiseen, sillä toimenpiteitä yhteistyön lisäämiseen kaivattiin. (vrt. Delobelle et al. 2010, Johansson et al. 2010, Groene et al. 2010, Rigoff & Herrala 2010, Lehtinen ym. 2010.)

Lisäksi olisi mielenkiintoista kohdentaa jatkotutkimuksia terveyden edistämisen toimintaohjelman tunnettavuuden kehittämiseen ja Sähköisen Hyvinvointipolun hyödyntämiseen. Ajankohtaisia tutkimusaiheita olisi myös selvittää, kuinka edistää hoitohenkilökunnan työssä jaksamista ja stressinhallintaa. Olisi myös olennaista tutkia kuinka lisätään potilaan osallistumista oman hoitonsa suunnitteluun ja kuinka perehdyttää uusi työntekijä terveys- ja hyvinvointiasioihin tuloksellisesti.

LÄHTEET

Absetz P. Mikä on diabeteksen ehkäisyhankkeiden todellinen vaikuttavuus? Suomen Lääkärilehti 2010; 65:2390-1.

Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders - results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2005; 88:62-55.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16):1987-93.

Aiken LH. Superior outcomes for magnet hospitals: The evidence base. Teoksessa McClure M, Hinshaw A. (toim.) Magnet hospitals revisited. Attraction and retention of professional nurses. 4. painos. MD 2006:81-61.

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

Ammenwerth E, Rauchegger F, Ehlers F, Hirsch B, Schaubmayr C. Effect of nursing information system on the quality of information processing in nursing: An evaluation study using the HIS-monitor instrument. *Int J Med Inform* 2011; 80(1):38-25.

Ariëns G. A. M., Bongers P. M., Hoogendoorn W. E., van der Wal, G, van Mechelen W. High physical and psychosocial load at work and sickness absence due to neckpain. *Scan J Work, Environ Health* 2002; 28(4):231-222.

Awofeso N. What's New About the "New Public Health"? *Am J Public Health* 2004; 94(5): 705-9.

Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health educ behave* 2004; 31(2):164-143.

Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002; 359:1509-14.

Berlin A, Johansson, S. E., Törnkvist L. Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin – Primary Child Health Nurses' opinions. *Scand J Caring Sci* 2006; 20(2):160-8.

Bilsker D, Wiseman S, Gilbert M. Managing depression-related occupational disability: a pragmatic approach. *Can J Psychiatry* 2006; 51(2):83-76.

Bose S, Oliveras E, Edson WN. How can self-assessment improve the quality of healthcare? Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project, Bethesda, MD and JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD 2001;2 (4): 14-1.

Bunton R, Macdonald G. Health promotion – Disciplines, diversity and developments. Toinen painos. London & New York: Routledge, 2002.

Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A Model of Care. *J Transcult Nurs* 2002;13:184–181.

Caven-Suominen S. Aktiivinen aikainen puuttuminen: - tavoitteena pitkäaikaisterveys. Kannattaa jatkaa. Opas henkilöstön kehittäjille, esimiehille ja työterveyshuolloille. [www-dokumentti] 2005 [haettu 6.11.2012]

Cioffi J. Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care awards. *Int J Nurs Pract* 2006; 12(6):319-25.

Clinical Health Promotion 2012. Research & Best Practice for patients, staff and community. [www-dokumentti] Huhtikuu 2012 [haettu 20.9.2012] http://clinhp.org/images/stories/Archive/vol.2.issue1.april2012/clin.health.promot.vol2.issue1_fulljournal.pdf

Coulter A, Jenkinson C. European patients` view on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health* 2005; 15(4):360-355.

Daugherty JD, Houry DE. Intimate partner violence screening in the emergency department. *J Postgrad Med* 2008; 54:301-5.

Davie M, Macdowall W. Health Promotion Theory. Understanding Pubic health. USA: The UK Bell & Bain Ltd, Glasgow, 2006.

Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Scott A. Preventable in-hospital medical injury under the »no fault« system in New Zealand. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:256-251.

Delobelle P, Onya H, Langa C, Mashamba J, Depoorter M. Advances in health promotion in Africa: promoting health through hospitals. *Global health Promotion* 2010; 17(2):36-33.

Dooris M. Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promot. Int* 2005; 21(1):65-55.

Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health* 2002; 92 (1):108-105.

Entwistle VA, Watt IS. Patient involvement in treatment decision-making: the case for a broader conceptual framework. *Patient Educ Couns* 2006; 63 (3):268–267.

Erikoissairaanhoitolaki 1062 / 1.12.1989

Ewles L, Simnett I. Terveysten edistämisen opas. Keuruu: OTAVA, 1995

Galanti G-A. Caring for patients from different cultures. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 2008; 4:299-1.

Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet* 2002; 359:1509-14.

Giger N, Davidhizar R. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing* 2002; 13:185-188.

Goldner E, Bilsker D, Gilbert M, Myette M, Dewa CS. Disability management, return to work and treatment. *Healthc Pap.* 2004; 5(2):76-90.

Gravel K, Légaré F, Graham IC. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professions' perceptions. *Implement Sci.* 2006; 1:16

Groene O, Juul Jorgensen S, Garcia-Barbero M (toim.) Self-assessment tool for pilot implementation. [www-dokumentti] 2004 [haettu 7.6.2012]
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/99860/E85054.pdf

Groene O, Garcia-Barbero M. Health promotion in hospitals: evidence and quality management. [www-dokumentti] 2005 [haettu 8.9.2012]
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf

Groene O, Jorgensen S. J, Fugleholm A.M, Moller, Garcia-Barbero M. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18(4-5):300-7.

Groene O (edit.). Implementing health promotion in hospitals. Manual and self-assessment forms. [www-dokumentti] 2006 [haettu 6.6.2012]
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf

Groene O, Alonso J, Klazinga N. Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in eight countries. *Health Promot Int.* 2010 Jun; 25(2):221-9.

Guo X.H, Tian X.Y, Pan Y.S, Yang X.H, Wu S.Y, Wang W. Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promot. Int.* 2007; 22 (3):190-182.

Haapalainen-Suomi S. Hoitotyö näkyväksi: hoitotyön toimintojen kirjaaminen tehohoitopotilaan narratiiveihin. Retrospektiivinen asiakirja-analyysi lasten teho-osaston hoitokertomuksista. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto, 2009.

Hakamäki P, Kotisaari S, Rigoff , Wiss K. Perusterveydenhuollon johdon näkemyksiä terveyden edistämisestä kunnissa ja erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Rigoff A-M & Herrala J. (toim.). Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa. Helsinki: Yliopistopaino, 2010.

Hallman-Keiskoski M, Puolakka J. Erikoissairaanhoito terveyden edistämisen tiellä. *Suomen Lääkärilehti* 2005;60(20):2245-2241.

Hallman-Keiskoski M. Pilottitutkimus potilasturvallisuusmallin kehittämisestä terveyttä edistävän sairaalan viitekehyksessä. Potilas ja omainen osallisina hoitoon liittyvien haittojen sel-

vittelyssä ja ehkäisyssä. [www-dokumentti] 2006 [haettu 10.2.2013]
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12285/URN_NBN_fi_jyu-2006134.pdf?sequence=1

Hallman-Keiskoski M, Laapotti-Salo A, Honkala V. Sairaalat terveyttä edistämässä. *Terveys ja talous -terveysalan ammattilehti* 2010; 4-5:52–50.

Hallman-Keiskoski M. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2012–2012. Terveyden edistämisen ohjausryhmän kokous 8.3.2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Moniste 2012a.

Hallman-Keiskoski M. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2009-2013. Terveyden edistämisen ohjausryhmän kokous. Päivitetty 8.3.2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Moniste 2012b.

Havens D.S, Aiken L. Shaping systems to promote desired outcomes. The magnet hospital model. *J Nurs Adm.* 1999;29(2):20–14.

Heikkilä T. Tilastollinen tutkimus. 7. paino. Helsinki: Edita, 2008.

Hibbard JH. Engaging Health Care Consumers to improve the Quality of Care. *Med Care* 2003; 41(1):61-1.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 2009.

Holmgren K, Ivanoff SD. Women on sickness absence. Views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study. *Disabil Rehabil.* 2004; 26(4):213-22.

Holmgren K, Ivanoff SD. Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study. *J Occup Rehabil* 2007; 17(1):106-93.

Holosko M.J, Leslie D.R, Cassano D.R. How service users become empowered in human service organizations: the empowerment model. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2001; 14(3): 133–26.

Hopia H, Rantanen A, Mattila E, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. *Tutkiva Hoitotyö* 2002;4:29–24.

Houry D, Kaslow NJ, Kemball RS, McNutt LA, Cerulli C, Straus H, Rosenberg E, Chengxing Lu, Rhodes MD. Does screening in the emergency department hurt or help victims of intimate partner violence? *Ann Emerg Med* 2008; 51 (4): 442-433.

HPH 2013. The International HPH Network. [www-dokumentti] 2013 [haettu 27.3.2013]
<http://www.hphnet.org/index.php/about>

Hukkanen E, Vallimies-Patomäki M. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. *Selvitys Kansallisen terveystieteen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2005:21. Helsinki, 2005.

Husman P, Rautio M. Terveyttä edistävän työpaikan kriteeristö. Julkaisematon hankesuunnitelma. Työterveyslaitos. STM 2008 Teoksessa Pietilä A-M. Terveysten edistäminen. Teoriasta toimintaan. Helsinki: WSOY, 2010.

Hämäläinen P. Läheisväkivaltaan puuttumisen oltava järjestelmällistä. Mitä kuuluu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstölehti 2010; 2:12-2.

Hätönen H. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry. [www-dokumentti] 2010 [haettu 25.10.2011] <http://www.stes-hsf.fi/suomi/perustietoa-yhdistyksesta/toiminnan-lahtokohdat/wienin-suositukset/perusperiaatteet>

Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, Patja K. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scand J Prim Health Care*. 2007; 25(4):249–244.

Jallinoja P, Kuronen R, Absetz P, Patja K. Miksi potilaiden elämäntavat eivät muutu? Hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä. *Suomen Lääkärilehti* 2009; 64 (42):3561–3557.

JHL. Julkisten ja hyvinvointialojen liitto. Turvallinen työympäristö [www-dokumentti] 2013 [haettu 1.7.2013] http://www.jhl.fi/portal/fi/tyoelama/tyoohyvinvointi_tyopaikalla/turvallinen_tyoymparisto/

Joensuu M, Kivistö S, Malmelin J, Lindström K. Pitkä sairasloma ja työhönpaluu. Työterveyslaitos. Työ ja ihminen tutkimusraportti: 34: Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 2008.

Johansson H, Weinehall L, Emmelin M. If we only got a chance. “barriers to and possibilities for a more health-promoting health service. *J Multidiscip Healthc*. 2010;3:9-1.

Johnson A, Baum F. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot. Int*. 2001; 16(3):287-281.

Johnson A, Nolan J. Health promoting hospitals: gaining an understanding about collaboration. *Aust J Prim Health* 2004; 10:60-51.

Johnston R. K. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expect* 1999;2(2):82–92.

Juvakka J, Mykrä P. Raha-automaattiyhdistys sosiaalisten innovaatioiden edistäjänä. Teoksessa Saari, J. (toim.). Sosiaaliset innovaatiot ja hyvinvointivaltion muutos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 2008.

Kaipio J. Usability in Healthcare: Overcoming the Mismatch between Information Systems and Clinical Work. [www-dokumentti] 2011 [haettu 30.11.2012] <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/5041/isbn9789526043340.pdf?sequence=1>

Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 2009.

Kansanterveyslaki 66/ 28.1.1972

Kanste O. Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. [www-dokumentti] 2005 [4.4.2013]
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514276485/isbn9514276485.pdf>

Karisto A, Takala P, Haapola I. Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipoliitiikan muutos Suomessa. Porvoo: WSOY, 1998.

Ketola E. Elämäntapamuutosten edistäminen perusterveydenhuollossa. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim 2003;119(16):1502–1501.

Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined impact of health behaviors and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. BMJ. 2008; 337:1440.

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 1. Helsinki: Yliopistopaino, 2008.

Kim CS, Spahlinger DA, Billi JE. Creating Value in Health Care: The Case for Lean Thinking. [www-dokumentti] 2009 [haettu 5.5.2012] http://www.turner-white.com/memberfile.php?PubCode=jcom_dec09_lean.pdf

Kivistö S, Kallio E, Turunen G. Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:33. Helsinki: Yliopistopaino Oy, 2008.

Kizer K. Establishing health care performance standards in an era of consumerism. JAMA 2001; 286:1213-7.

Koivisto T, Muurinen S, Peiponen A, Rajalahti E (toim.). Hoitotyön vuosikirja 2003: Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi, 2002.

Koivusalo M, Ollila E, Alanko A (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 2009.

Korhonen T, Holopainen A. Kollektiivinen asiantuntijuus. Teoksessa Ranta I. (toim.) Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Foica Oy, 2011.

Korvenranta H. Tulevaisuuden sairaala. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2010;126(8):844-5.

Koskinen-Ollonqvist P. Uusia lähestymistapoja terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen PROMO-lehti 2004;33:29–28.

Koskinen-Ollonqvist P, Peltö-Huikko A, Rouvinen-Wilenius P. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2005:4. Helsinki, 2005.

Kosunen E. Perusterveydenhuolto terveyden edistäjän-visioita tulevaisuuteen. Suomen Lääkärilehti 2007;62:73–69.

Kotisaari S, Timo Ståhl T, Herrala J, Lindform P. Onko erikoissairaanhoidolla roolia terveyden edistämässä? *Lääkärilehti* 2011;66(46):3418–3415.

Kouvonen A, Kivimäki M, Elovainio M, Vaananen A, DeVogli R, Heponiemi T, Vahtera J. Low organisational justice and heavy drinking: a prospective cohort study. *Occup Environ Med* 2008;65:50-44.

KSSHP 2013. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Terveyden edistämisen toimintasuunnitelma vuosille 2009–2013. [www-dokumentti] [haettu 10.2.2013] <http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=33723>

Kuntalaki 365 / 17.3.1995

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

Kuusi O, Ryyänen O-P, Kinnunen J, Myllykangas M, Lammintakanen J. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Teknologian arvioinnin peruseräraportti. [www-dokumentti] 2006 [haettu 9.7.2013] Saatavilla: http://www.eduskunta.fi/fakta/vk/tuv/suomen_terveydenhuollon_tulevaisuudet.pdf

Kuusisto A, Kaipio J, Nykänen P. The National Nursing Model from the Nursing Practice Perspective – Results from a Finnish Evaluation Study. 11th International Conference on Nursing Informatics 2012. AMIA Proceedings 2012:237-233.

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

Kääriäinen M. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Ouluensis D937. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu, Oulun yliopisto. Oulu, 2007

Kääriäinen M, Kaakinen P. Potilasohjauksen rakenteiden kirjaaminen. *Sairaanhoitaja-lehti* 2008;81(1):15–13.

Lahtinen E, Koskinen-Ollonqvist P, Rouwinen-Wilenius P & Tuominen P. Muutos ja mahdollisuus. Terveyden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:15. Helsinki: Edita Prima Oy, 2003.

Laitakari J, Miilunpalo S, Pasanen M, Vuori I. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. *Lääkintöhallituksen julkaisuja* 1989:6. Helsinki: VAPK, 1989.

Laitinen-Pesola 2011. Teoksessa: Sairaanhoitaja asiantuntijana. Iira Ranta (toim.) Vuosikirja 2011. Helsinki: Edita, 2011.

Lampi P. Terveystietotuvat aikuisten terveydenedistäjinä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma, 2010.

Lappalainen-Lehto R, Seppä K, Nordback I. Cutting down substance abuse – present state and visions among surgeons and nurses. *Addict Behav* 2005;30(5):1013-8.

Lassenius Y. Utvecklingen av vårdlärarnas kulturkompetens. En kvalitativ studie som fokuserar på lärarna i mångkulturella lärandemiljöer i Finland. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 2011.

Lassenius Y. Kulttuurisen kompetenssin tarve hoitoalalla. *Pro Terveys-lehti* 2012;4:31–30.

Lehtinen N, Kulmala J, Rigoff A-M, Ståhl T. Terveysneuvonnan toteutuminen ja haasteet Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2010:6. Tampere: Yliopistopaino, 2010.

Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham I D, Turcotte S. Interventions for improving the adoption of shared decision making by health care professionals. 2010:5. *The Cochrane Collaboration: Published by JohnWiley & Sons*, 2010.

Liimatainen L, Poskiparta M, Sjögren A. Terveiden edistämisen lähestymistavat terveysalan ammattikorkeakoulutuksen haasteena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 1999;36:110-99.

Lindfors P, Rigoff A.M, Rimpelä M. Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä: kuntajohdon tulkintoja. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 2010;38(1):22-8.

Lin Y-W, Huang H-L, Tung S-C. The organizational diagnosis of a Health Promoting hospital In Taiwan. *Patient Educ Couns* 2009;76(2):263-248.

Lin Y-W, Lin Y-Y. Health-promoting organization and organizational effectiveness of health promotion in hospitals: a national cross-sectional survey in Taiwan. *Health Promot. Int* 2011;26(3):375–362.

Lintula H. Osastonhoitaja hoitotyön johtajana muuttuvassa toimintaympäristössä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteenlaitos. Pro-gradu tutkielma, 2001

Liukkonen J. Kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien syventäminen. LTKS002. Opetusmateriaalit. [www-dokumentti] 2011 [Haettu 1.8.2012] <http://users.jyu.fi/~jaliukko/>

MacMillan HC, Wathen N, Jamieson E, Boyle M, McNutt L-A, Worster A, Lent B, Webb M. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA* 2006; 296:530-6.

Manka M-L, Kaikkonen M-L, Nuutinen S. Hyvinvointia työyhteisöön. Eväitä kehittämistyön avuksi. Tampere: Tampereen yliopisto 2007.

Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *J Contin Educ Nurs* 2002;33:112–8.

Mattila H. Voimaantumisen ydin. Sosiaali- ja terveysalalla toimivien ihmisten mahdollisuuksia voimaantua työssään. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 151. Kuopio: Kopijyvä, 2008.

- Mattila Y. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? [www-dokumentti] 2011. [haettu 7.7.2012]
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26343/Tutkimuksia116.pdf?sequence=1>
- McBride A. Health promotion in the acute hospital setting: the receptivity of adult in-patients. *Patient Educ Couns* 2004;54(1):78-73.
- McHugh C, Robinson A, Chesters J. Health promoting services: a review of the evidence. *Health Promot Int* 2010;25(2):230-7.
- McKee M, Healy J (toim.) *Hospitals in a changing Europe*. Oxford, Open University Press, 2001.
- McGill Hall L & Doran D. Nurses' perceptions of hospital work environments. *J Nurs Manag* 2007;15(3):264-73.
- McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Jul 8; (3):CD005191.
- Mertala S. Yhdessä tietämisen episodeja. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto, 2011.
- Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus, 2003.
- Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp, 2005.
- Miettinen M. Työyhteisö ja hyvinvointi. Teoksessa Miettinen S, Miettinen M, Nousiainen I, Kuokkanen L. *Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: WSOY, 2000.
- Miilunpalo S, Laitakari J. Normiohjauksen vähentäminen, lama ja terveystieteiden järjestämistä koskevat muutokset terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti* 1996;51(13):1465-1461.
- Milz H, Vang J. Consultation on the role of health promotion in hospitals. *Health Promot. Int* 1988;3(4):427-425.
- Miranda H, Punnett L, Gore R, Boyer J. Violence at workplace increases the risk of musculoskeletal pain among nursing home workers. *Occup Environ Med* 2011;68(1):52-7
- Muononen T, Rintala J, Rätty T, Häkkinen K. Epäasiallinen kohtelu. Ohjeita häirinnän ja muun epäasiallisen kohtelun ehkäisyyn ja käsittelyyn työpaikalla. Tampere: Työsuojeluhallinto, 2005.
- Mykkänen M, Huovinen H. 2011. Hoitotyön yhteenveto – osana potilaan turvallista jatko-hoitoa. *Tehohoito* 2011;29(1):36-34.
- Mäkilä M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia

H & Koponen L (toim.). *Hoitotyön vuosikirja 2007: Hoitotyön kirjaaminen*. Jyväskylä: Gummerus Oy, 2007.

Määttä L. STES, Toimintasuunnitelma 2012. [www-dokumentti] 25.4.2012 [haettu 7.7.2012] <http://www.stes-hsf.fi/suomi/toiminta/toimintasuunnitelma/2012-2>

Nolan TW. System changes to improve patient safety. *BMJ* 2000;320:771-3.

Nowak P, Lobnig H, Krajic K, Pelikan JM. Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project “Health and Hospital”. In: Pelikan JM, Garcia -Barbero M, Lobnig H, Krajic K (edit.). *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Germany: Health Promotion Publications, 1998.

Nuikka M-L. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 152. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos 2002:100–14.

Nuikka M-L. Työntekijän näkemys johtamisen merkityksestä työhyvinvoinnille. Teoksessa: Peipponen A, Koivisto T, Muurinen S & Rajalahti E. *Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi*. Helsinki: Tammi 2004:113–105.

Nupponen R, Suni J. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä*. UKK-Instituutti: Duodecim 2006;2:228-216.

Nykänen P, Kaipio J, Kuusisto A. Evaluation of the national nursing model and four nursing documentation systems in Finland – Lessons learned and directions for the future. *Int J Med Inform.* 2012; 81(8):507-20.

Ogden J. *Health Psychology: A Textbook*. Oxford. USA: Open University Press, 1996.

Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion*, 1986: 4:iii-v.

Pasternack A. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2006; 122(20):2459–70.

Patja K, Absetz P. Miten saisin tämänkin muuttumaan? Interventiomenetelmien kehittäminen osana strategista osaamista. *Kansanterveyslaitos. Kansanterveys-lehti* 2007;7:26-2.

Patton M. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3. Edition. London: Sage Publications, 2002.

Pearson A, Pallas L.O., Doucette E, Trucker D, Wiechula R, Long L, Porritt K, Jordan Z. Systematic review of evidence impact of nursing workload and staffing on establishing healthy work environments. *Int J Evid Based Healthc* 2006;4(4):337–84.

Pelikan J, Lobning H, Krajic K, Dietscher C. Structure, Process and Outcome of the European Pilot Hospital Project –A Summary 1998. Teoksessa Pelikan J, Gargia-Barbero M, Lobning H, Krajic k (toim). *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Germany: Health Promotion Publications, 1998.

Pelikan Jürgen M., Kraijic K, Dietscher C. The health promotion hospitals (HPH): concept and development. *Patient Educ Couns* 2001;45(4):239–43.

Pelkonen R. Viisas oppii virheistä. *Lääketieteellinen aikakauskirja: Duodecim* 2003;119(4):281–283

Perttilä K. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. *Stakesin tutkimuksia* 103. Jyväskylä: Gummerus oy 1999.

Perttu S. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2004: 6. [www-dokumentti] 2004 [haettu:6.12.2012] <http://pre20090115.stm.fi/pr1104480484516/passthru.pdf>

Perttu S & Kaselitz V. Parisuhdeväkivalta puheeksi-opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiyshuollossa ja lasten terveyspalveluissa [www-dokumentti] 2006 [haettu 6.12.2012] <http://www.hyvan.helsinki.fi/daphne/vakivalta.pdf>

Perustuslaki 731/11.6.1999

Peterson SH, Feldinger B, Jessen N, Kaufman H, Pederson B, Tonnesen H. Patient experienced side effects and adverse events after cancer treatment -Patient initiated research. *Clinical Health Promotion* 2011;1:8-5.

Phillips PA, Hughes CF. Clinical process redesign - can the leopard change its spots? *Med J Aust* 2008;188 (6):8-7.

Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M & Sirola K. Terveyden edistäminen. *Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY, 2002.

Pietro DA, Shyavitz LJ, Smith RA & Auerbach BS. Detecting and reporting medical errors: why the dilemma? *BMJ* 2000; 320:794-6.

Piper S. A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. *Nurse Educ Today*. 2008;28(2):186–93.

Polednak AP. Documentation of alcohol use in hospital records of newly diagnosed cancer patients: a population-based study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007;33(3):403-9.

Polit D, Hungler Bp. *Nursing research. Principles and methods*. J.B. Philadelphia: Libbincott Williams & Wilkins, 2004.

Polluste K, Alop J, Groene O, Harm T, Merisalu E, Suurong L. Health promoting hospitals in Estonia: what are they doing differently? *Health Promot Int* 2007;22(4):327-36.

Porter ME. A strategy for health care reform - toward a value-based system. *N Engl J Med* 2009;361:109-112.

Poskiparta M, Kasila K, Kiuru P. Dietary and physical activity counseling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. *Scand J Prim Health Care* 2006;24(4):206-10.

Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH & Morlock LL. Defining and measuring patient safety. *Crit Care Clin* 2005;21:19-1.

Puustinen P. Keski-Suomen maakunnallinen terveyden edistämisen suunnitelma: Työkaluja sosiaali- ja terveystoimeen ja kuntien päätöksentekoon. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 2008;119:42-1.

Reineck C, Furino A. Nursing career fulfillment. Statistics and statement from registered nurses. *Nurs Econ*.2005;23(1):30-25.

Rigoff A-M, Herrala J. (toim.) Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 2010.

Rimpelä M. Terveyspolitiikan uusi kieli. Joutuvatko kansanterveystieteen käsitteet historiaan? [www-dokumentti] 2005a [haettu 7.6.2012]
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101197/051rimpela.pdf?sequence=1>

Rimpelä M. Ehkäisevä työ terveyskeskuksissa: mikä on terveydenhuollon tehtävä kansanterveyden edistämiseksi? [www-dokumentti] 2005b [haettu 24.12.2011]
<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/65C890FF-81D0-49E9-8AF2-34162C0F242A/0/Terveyskeskuskyselyraportti2003110505.pdf>

Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Ståhl T (toim.). Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti:19. Helsinki: Yliopistopaino, 2009.

Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. A framework for health promotion evaluation. Teoksessa Rootman et al. (edit.) *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. Denmark: WHO Regional Publications European Series, 2001.

Sarajärvi A, Mattila L-R, Rekola L. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY, 2011.

Savola E & Koskinen-Ollonqvist P. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Edita, 2005.

Schartz H, Hendricks D.J, Blanck P. Workplace accommodations. Evidence based outcomes. *J Prevention Assessment Rehabil* 2006;27(4):354-345.

Schim, Stephanie M, Doorenbos, Ardith 2010. A Three-Dimensional Model of Cultural Congruence: Framework for Intervention. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2010;6(3-4):270-256.

Serxner S. A. Gold, D. B, Bultman, K. The impact on behavioral health risks on worker absenteeism. *Occup Environ Med* 2001;43:354-347.

Sihto M. Terveyspoliittisen ohjelman vastaanottotutkimus Suomen terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. Stakesin tutkimuksia: 74. Jyväskylä: Gummerus Oy, 1997.

Siitonen J. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu: Oulu University Press, 1999.

Silvennoinen–Nuora L. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Akateeminen Väitöskirja. Tampere, 2010.

Sinokki M, Hinkka K, Ahola K, Koskinen S, Klaukka K, Kivimäki M, Puukka P, Lönnqvist J, Virtanen M. The association between team climate at work and mental health in the Finnish Health 2000 Study. *Occup Environ Med* 2009;66:528–523.

Sinokki M. Työyhteisö-uhka ja tuki mielenterveydelle. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2010;126:(15):1803-9.

Souan C, Cagnon S. Relationship among work climate, absenteeism and salary insurance in teaching hospitals. *Health Manage Forum* 2005;18(3):35-8.

STM 1986. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystoiminnan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1986.

STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja:4. Helsinki: Edita, 2001.

STM 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: 18. Helsinki: Yliopistopaino, 2008.

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja:18. Helsinki: Yliopistopaino, 2009.

STM 2011. Työympäristön ja työhyvinvoinnin linjaukset vuoteen 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja:13. Helsinki: Tampereen Yliopistopaino Oy, 2011.

Suonsivu K. Puun ja kuoren välissä. Hoitotyön johtajan tehtävät ja asema. Tehyn julkaisusarja A: tutkimuksia 2004:1. THL: Multiprint Oy, 2004.

SuPer. Lähi- ja perushoitajien työhyvinvointi 2012. SUPER:in selvityksiä: 2012. Helsinki: SuPer ry, 2012.

Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etohells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ* 2005;173:510-5.

Tang K.C, Beaghole R, Leuw E D. (toim.) Health Promotion International Bangkok. Oxford Journals. Oxford University Press 2006;21(1):98-6.

Tanttu K. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen väitöskirja. Vaasan yliopisto, 2007.

Teisberg EO, Wallace S. Creating a High-Value Delivery System for Health Care. *Seminars in Thoracic Cardiovascular Surgery* 2009;21(1):42–35.

Terveydenhuoltolaki 1326 / 30.12.2010

The Budapest Declaration. [www-dokumentti] 1991 [haettu 3.1.2012]
http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/Grunddokumente/Budapest-Declaration.pdf

The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals adopted at the 3rd Workshop of National/ Regional Health Promoting Hospitals Coordinators. Vienna, 1997

Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, ym. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38:261-71.

Toiviainen H. Potilas asiakkaana ja kuluttajana - konsumerismi lääkärintyössä. *Yksityislääkäri* 2007;6:27-26.

Toiviainen H. Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2011;127(8):777-83.

Tones K, Tilford S. *Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity.* 3.painos. United Kingdom: Chapman & Hall, 2001.

Tountas Y, Pavi E, Tsamandouraki K, Arkadopoulos N, Triantafyllou D. Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, Greece in the WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promot Int* 2004;19(4):453-62.

Tuomi J, Sarajärvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi.* Jyväskylä: Gummerus, 2009.

Tuomiranta M, Poutanen R, Silvennoinen-Nuora L, Hemminki H. Terveydenhuollon strategiat eivät ohjaa käytännön työtä. *Suomen lääkäri* 2007;62:52-2.

Tuorila H. *Onnistunut lääkäri* säkäynti. Potilaskuluttajan opas. Helsinki: Edita, 2006.

Tuorila H. *Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen.* Teoksessa Lammi M, Varjonen J (toim.). *Kulutuksen liikkeit.* Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 2009.

Työsuojelupiiri 2009. *Henkinen hyvinvointi töissä.* [www-dokumentti] 8.12.2010 [haettu 1.1.2013] <http://www.tyosuojelu.fi/fi/hyvinvointi>

Työterveyslaitos 2012 *Työhyvinvointi ja tuottavuus.* Työterveyslaitoksen verkkosivut. [www-dokumentti] 30.11.2012 [haettu 4.4.2013]
<http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tuottavuus/Sivut/default.aspx>

Työturvallisuuslaki 738 / 23.8.2002

Tønnesen H. 2012a (toim.). *Engage in the Process of Change; Facts and Methods.* WHO: Clinical Health Promotion Centre. Sweden: Schmidt Grafisk, 2012.

Tønnesen H. 2012b. *Clinical Health Promotion -what does it mean?* Clinical Health Promotion 2012. *Research & Best Practice for patients, staff and community.* [www-dokumentti] Huhtikuu 2012 [haettu 20.9.2012]

http://clinhp.org/images/stories/Archive/vol.2.issue1.april2012/clin.health.promot.vol2.issue1_fulljournal.pdf

Uusitalo H. Tiede, tutkimus ja tutkielma: Johdatus tutkielman maailmaan. Helsinki: WSOY, 2001.

Vehviläinen-Julkunen K.. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.). Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Tutkimus Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 1998.

Vertio H. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi, 2003.

Vilkkä H. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Oy, 2007.

Virtanen M, Pentti J, Vahtera J, Ferrie J. E., Stephen A, Stanfeld H. H, Elovainio M, Honkonen T, Terho H, Oksanen T, Kivimäki M. Overcrowding in hospital wards as a predictor of antidepressant treatment among staff. *Am J Psychiatry* 2008;165(11):1486-1482.

Väänänen A, Toppinen-Tanner S, Kalimo R, Mutanen P, Vahtera J, Peiro J. M. Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector. *Soc Sci Med* 2003;57(5):807–24.

Väätänen S. Terveystietoa etsimässä. Selvitys 15–69-vuotiaiden suomalaisten etsimän terveystiedon aihepiireistä. Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma. Jyväskylän Yliopisto, 2006.

Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 2000;355:533-7.

Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320:774-7.

Whitehead D. The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promot. Int* 2004;19(2):267–259.

Whitehead D. Reconciling the differences between health promotion in nursing and general health promotion. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(6):865-74.

Whitelaw S, Martin C, Kerr A, Wimbush, E. An evaluation of the Health Promoting Health Service Framework: the implementation of a settings based approach within the NHS in Scotland. *Health Promot Int* 2006; 21(2):136-44.

WHO 1998. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. [www-dokumentti] 1998 [haettu 24.7.2013]

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html>

WHO 1991. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. [www-dokumentti] 1991 [haettu 24.7.2013]

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>

WHO 1997. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. [www-dokumentti] 1997 [haettu 24.7.2013]
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>

WHO. 2000. Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health. [www-dokumentti] [haettu 24.7.2013]
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/statement/en/index1.html>

WHO 2002. Groene O. (toim.) Teoksessa Manual and self-assessment forms. Implementing health promotion in hospitals. [www-dokumentti] 2002 [haettu 20.12.2012]
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf

WHO 2003. Quality of accreditation in health care services. A global review. [www-dokumentti] 2003 [haettu 5.7.2012]
http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf

WHO 2004. Standards for Health Promotion in Hospitals. [www-dokumentti] 2004 [haettu 30.11.2011]
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf

WHO 2005. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. [www-dokumentti] 11.8.2005 [haettu 5.7.2013]
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

WHO 2007. The international Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. [www-dokumentti] 2007 [haettu 1.8.2012]
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf

WHO 2009. Milestones in Health Promotion. Statements for Global Conferences. [www-dokumentti] [haettu 24.7.2013]
http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf

Wills J. (toim.). Vital Notes for Nurses: Promoting Health. USA: Blackwell Publishing Ltd, 2007.

Ylipaavalniemi J, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M, Keltikangas-Järvinen L, Vahtera J. Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. Soc Sci Med 2005;61:111-22.

Zangaro G.A, Soeken K.L. A Meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. Res Nurs Health. 2007;30(4):458-45.

Liite 1: Wienin suositukset

1. Ajaa ihmisarvon, oikeudenmukaisuuden, solidaarisuuden ja ammattietiikan asiaa, ottaen huomioon eri väestöryhmien erilaiset tarpeet, arvot ja kulttuurit
2. Orientoitua laadun parantamiseen, potilaiden, omaisten ja henkilökunnan hyvinvointiin, sekä ympäristönsuojeluun, ja hyödyntää mahdollisuus kehittyä oppimiskeskukseksi
3. Keskittyä terveyden käsitteeseen kokonaisvaltaisesti eikä vain parantavasta näkökulmasta
4. Olla ihmiskeskeinen ja keskittyä tuottamaan terveystalvveluja parhaalla mahdollisella tavalla potilaiden ja heidän omaistensa näkökulmasta, helpottaa parantumisprosessia ja edistää potilaiden oman arvon ja kykyjen löytymistä
5. Käyttää varojaan tehokkaasti ja kannattavasti, sekä kohdentaa varat niin, että se vaikuttaa terveyttä parantavasti
6. Muodostaa mahdollisimman läheiset suhteet muihin terveydenhuollon tasoihin ja yhteiskuntaan (Hätönen 2010).

Liite 2: Standardit terveyden edistämiseksi sairaaloissa

Standardi 1: Virallinen toimintasuunnitelma

Organisaatiolla on virallisesti hyväksytty terveyden edistämisen toimintasuunnitelma. Tätä suunnitelmaa toteutetaan osana organisaation laadunhallintajärjestelmää, jonka tavoitteena on terveystulosten parantaminen. Terveyden edistämissuunnitelma on tarkoitettu potilaille, heidän omaisilleen ja sairaalan henkilökunnalle.

Tavoite:

Tämän standardin tavoitteena on liittää organisaation terveyden edistämistoiminta olennaiseksi osaksi organisaation laadunhallintajärjestelmää.

Alastandardit:

1.1 Nimetään henkilöt, jotka vastaavat toimintasuunnitelman toteuttamisesta, arvioinnista ja säännöllisestä tarkistamisesta.

1.2 Varataan tarvittavat resurssit toimintasuunnitelman toimeenpanoa, arviointia ja säännöllistä tarkistamista varten.

1.3 Henkilökunta on tietoinen terveyden edistämisen toimintasuunnitelmasta ja siitä tiedottaminen kuuluu uuden henkilökunnan perehdytysohjelmaan.

1.4 Tarvittavien tietojen hankinta ja arviointi on mahdollista terveyden edistämistoiminnan laadun tarkkailemiseksi.

1.5 Henkilökunnalla on riittävä pätevyys terveyden edistämisessä ja lisäpätevoitymistä tuetaan tarvittaessa.

1.6 Terveyden edistämistoiminnassa on käytettävissä tarvittava infrastruktuuri, johon kuuluvat muun muassa resurssit, toimitilat ja laitteet.

Standardi 2: Potilaan tilanteen arviointi

Terveysalan ammattilaiset arvioivat järjestelmällisesti terveyden edistämisen tarpeita yhdessä potilaiden kanssa.

Tavoite:

Tämän standardin tavoitteena on tukea potilaan hoitoa, parantaa ennustetta ja edistää potilaan terveyttä ja hyvinvointia.

Alastandardit:

2.1 Kaikilla potilailla on käytettävissään keinot arvioida terveyden edistämistarpeitaan.

2.2 Eri potilasryhmien terveyden edistämisen erityistarpeet ovat selkeästi arvioitavissa.

2.3 Potilaan terveyden edistämisen tarpeet arvioidaan ensimmäisen sairaalakontaktin yhteydessä. Arviota tarkistetaan ja muutetaan potilaan kliinisen tilan muuttuessa tai potilaan pyynnöstä.

2.4 Terveyden edistämistarpeita arvioitaessa otetaan huomioon potilaan sosiaalinen ja kulttuurinen tausta.

2.5 Muiden yhteistyötahojen antamaa tietoa käytetään potilaan tarpeiden tunnistamisessa.

Standardi 3: Potilaan informointi ja interventiot

Potilaan hoitopolkujen kaikissa vaiheissa potilaalle annetaan tietoa hänen sairauttaan ja terveydentilaansa koskevista olennaisista tekijöistä. Terveyden edistämistoimet liitetään potilaalle tarjottavien palvelujen kokonaisuuteen.

Tavoite:

Tämän standardin tavoitteena on varmistaa, että potilas saa tietoa suunnitelluista toimista ja voimaantuu osallistumaan niihin aktiivisesti, sekä helpottaa terveyden edistämistoimien sisällyttämistä potilaan hoitopolkuun.

Alastandardit:

3.1 Potilaan terveyden edistämistarpeet arvioidaan ja häntä informoidaan niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat hänen terveyteensä. Yhteistyössä potilaan kanssa sovitaan terveyden edistämiseen tähtäävistä toimenpiteistä.

3.2 Potilaille annetaan selkeää, helposti ymmärrettävää ja asianmukaista tietoa heidän terveydentilastaan ja hoidostaan sekä tekijöistä, jotka vaikuttavat heidän terveyteensä.

3.3 Terveyden edistämistoimia tarjotaan kaikille potilaille järjestelmällisesti tarvekartoituksen perusteella.

3.4 Potilaalle annettava tieto ja terveyden edistämisen toimet kirjataan ja arvioidaan mukaan lukien tiedot siitä, onko odotetut tai suunnitellut tulokset saavutettu.

3.5 Kaikilla potilailla, henkilökunnalla ja vierailijoilla on mahdollisuus saada yleistietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä.

Standardi 4: Terveellisen työympäristön turvaaminen

Sairaalalla on edellytykset kehittyä terveellisenä työympäristönä.

Tavoite:

Tämän standardin tavoitteena on luoda terveellinen ja turvallinen työympäristö ja tukea henkilökuntaa terveyden edistämisessä.

Alastandardit:

4.1 Sairaalan henkilöstöstrategiaan sisältyy henkilökunnan terveyden edistämistaitojen kehittäminen ja koulutus.

4.2 Työntekijöillä on terveellinen ja turvallinen työympäristö sekä toimiva työterveyshuolto.

4.3 Henkilökunta osallistuu työympäristöönsä koskeviin päätöksiin.

4.4 Henkilökunnalla on käytettävissään keinot ylläpitää ja kehittää tietoisuuttaan terveysasioista.

Standardi 5: Jatkuvuus ja yhteistyö

Organisaation toimintasuunnitelmaan sisältyy jatkuva yhteistyö muiden terveydenhuollon yksiköiden ja muiden yhteistyötahojen kanssa.

Tavoite:

Tämän standardin tavoitteena on taata yhteistyö keskeisten palvelutuottajien kanssa ja luoda kumppanuussuhteita terveyden edistämistoiminnan sisällyttämiseksi potilaan kaikkiin hoitopolkuihin.

Alastandardit:

5.1 Terveyttä edistävät palvelut ovat johdonmukaisia muun palvelutuotannon ja terveyssuunnitelmien kanssa.

5.2 Tunnetaan paikalliset terveys- ja sosiaali-alan palvelujen tuottajat, organisaatiot ja muut toimijat ja niiden kanssa tehdään yhteistyötä.

5.3 Huolehditaan potilaan hoidon ja terveyden edistämisen jatkuvuudesta myös potilaan sairaalasta kotiuttamisen jälkeen.

5.4 Potilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät asiakirjat ja potilastiedot lähetetään asianmukaisesti potilaan jatkohoidosta ja seurannasta vastaaville yhteistyötahoille (WHO 2004).

Liite 3: TE-Itsearviointimittarin pilotointimittari 2012

* Valitse oma työyksikkösi

1 TERVEYDEN EDISTÄMISEN RAKENTEET

1.1 Organisaatio varmistaa edellytykset terveyden edistämistoiminnan kehittymiselle

	Erittäin hyvin	Hyvin	Osittain	Huonosti	Erittäin huonosti	Ei tietoa	Ei koske yksikköäni
1.1.1 Tiedän ajan tasalla olevan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloita koskevan Terveyden edistämisen toimintaohjelman sisällön							
1.1.2 Tiedän, että yksikössäni on nimetty yksi tai useampi terveyden edistämisen (TE) yhteyshenkilö							
1.1.3 TE yhteyshenkilö/-löiden terveyttä edistävään työskentelyyn (esim. tiedotus ja kehittämistyö) on annettu mielestäni riittävästi työaika ja resursseja							
1.1.4 Työyksikköni esimies tukee aktiivisesti terveyden edistämisessä (esim. koulutukset)							
1.1.5 Tiedän, että Keski-Suomen keskussairaalan Terveystietokeskus Palanssi on tarkoitettu potilaille, heidän läheisilleen sekä sairaalan työntekijöille ja vieraille							
1.1.6 Tiedän, että eri puolilla Keski-Suomea on asukkaiden käytössä Terveystietotuviksi nimettyjä itsehoitopisteitä							
1.1.7 Tiedän, että Juurikaniemen ja Kangasvuoren sairaaloissa on poti-							

laiden ja henkilökunnan käyttöön tarkoitetut Terveystietotuvat							
1.1.8 Tiedän, että terveysvalintojeni tueksi on käytettävissä sähköinen Hyvinvointipolku.fi -sivusto							

2 TERVEELLINEN TYÖYMPÄRISTÖ

2.1 Organisaatio varmistaa terveellisen ja turvallisen työympäristön

	Erittäin hyvin	Hyvin	Osittain	Huonosti	Erittäin huonosti	Ei tietoa	Ei koske yksikköäni
2.1.1. Työyksikköni terveys- ja turvallisuusriskit on arvioitu ja tunnistettu							
2.1.2 Tunnistettuihin työyksikköni riskitekijöihin puututaan							
2.1.3 Työyksikössäni toimitaan turvallisuus- ja työsuojeluohjeiden mukaisesti							
2.1.4 Voin vaikuttaa työyksikköni kehittämiseen ja siihen liittyvien päätösten tekemiseen							
2.1.5 Vajaakuntoisia työntekijöitä tuetaan varhaisen tunnistamisen ja tuen toimintamallin mukaisesti							
2.1.6 Pitkän sairauspoissaolojen jälkeen tuetaan työntekijän työhön palaamista ja työtä muokataan voimavarojen mukaiseksi (esim. ergonomia, työaika, työtehtävät)							

2.2 Sairaanhoidopiirin henkilöstön kehittäminen ja koulutus tukee työntekijän oman terveyden edistämistä

	Erittäin hyvin	Hyvin	Osittain	Huonosti	Erittäin huonosti	Ei tietoa	Ei koske yksikköäni
2.2.1 Uuden työntekijän perehdytykseen sisältyy terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen osuus							
2.2.2 Minulla on mahdollisuus työssäni oppia ja omaksua omaan terveyteeni ja hyvinvointiini liittyviä asioita							
2.2.3 Saan helposti tietoa terveellisistä elämäntavoista							
2.2.4 Minun yksikössäni arvostetaan eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä							
2.2.5 Työyhteisössäni edistetään hyvän mielen vahvistamista							
2.2.6 Hyvän työilmapiirin eteen tehdään jatkuvasti yhteistyötä							

2.3 Työntekijä saa riittävästi tukea terveydestään huolehtimiseen

	Erittäin hyvin	Hyvin	Osittain	Huonosti	Erittäin huonosti	Ei tietoa	Ei koske yksikköäni
2.3.1 Tunnen savuton sairaala toimintaohjeen sisällön pääperiaatteet							
2.3.2 Tupakoiva työntekijä saa halutessaan tukea tupakoinnin lopettamiseen							
2.3.3 Työntekijä saa halutessaan tukea alkoholin käytön lopettamiseen							
2.3.4 Työntekijä saa tukea ahdistuksensa tunnistamiseen							
2.3.5 Työntekijä saa riittävästi apua työssä jaksamiseen ja stressin hallintaan							
2.3.6 Epäasialliseen käytökseen ja kohteluun puututaan työyksikössäni							
2.3.7 Hoidon haittapahtumiin (esim. hoitovahingot, lääkepoikkeamat) osallisille työntekijöille tarjotaan tukea							

* **Kuuluuko työhösi potilaiden tutkimusta, hoitoa tai neuvontaa? (kyllä/ei)**

3 POTILAAN TILANTEEN ARVIOINTI

3.1 Potilaan terveyden edistämisen tarpeet arvioidaan hoitoon tullessa. Arviota tarkistetaan potilaan voinnin muuttuessa tai potilaan pyynnöstä.

	Erittäin hyvin	Hyvin	Osittain	Huonosi	Erittäin huonosti	Ei tietoa	Ei koske yksikköäni
3.1.1 Potilaan sosiaalinen ja kulttuurinen tausta huomioidaan hoidon ja ohjauksen suunnittelussa							
3.1.2 Potilaan tarvitessa järjestetään tulkki hoito- ja ohjaustilanteisiin							
3.1.3 Potilaan (lastenyksiköissä vanhempien) tupakointitottumukset kysytään							
3.1.4 Potilaan (lastenyksiköissä vanhempien) alkoholin käyttötottumukset kysytään							
3.1.5 Potilaan mielen hyvinvointiin liittyviä asioita (esim. uni, masennus) otetaan puheeksi							
3.1.6 Läheisväkivaltakokemusten mahdollisuus arvioidaan kysymällä							
3.1.7 Potilaan ohjauksen/tuen tarve kirjataan sähköiseen potilaskertomukseen (esim. merkittävä ylipaino > BMI)							
3.1.8 Potilaskertomukseen kirjataan potilaan hyvän hoidon järjestämisen kannalta oleellinen tieto koskien myös riskiryhmään (esim. aliravitsemus) kuulumista							

3.2 Potilaalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun

	Erittäin hyvin	Hyvin	Osittain	Huonosti	Erittäin huonosti	Ei tietoa	Ei koske yksikköäni
3.2.1 Hoidon tavoitteet sovitaan yhdessä potilaan kanssa							
3.2.2 Potilas osallistuu hoitonsa suunnitteluun							
3.2.3 Potilaalle kerrotaan hoitoon liittyvistä yksilöllisistä riskeistä huomioiden hänen terveydentilansa							
3.2.4 Tieto hoidon riskejä koskevasta keskustelusta kirjataan potilaskertomuksen							
3.2.5 Potilaalle kerrotaan, miten hän on omilla terveystottumuksillaan voi parantaa hoitotulosta							
3.2.6 Potilaan läheisen osallistuminen hoidon suunnitteluun pyritään turvaamaan							

4 POTILAAN NEUVONTA JA ELINTAPOOHJAUS

4.1 Henkilökunnalla on käytettävissä keinot ylläpitää ja edistää potilaiden terveystietoutta

	Erittäin hyvin	Hyvin	Osittain	Huonosti	Erittäin huonosti	Ei tietoa	Ei koske yksikköäni
4.1.1 Potilaan ohjauksessa käytettävien kirjallisten ohjeiden ajanmukaisuus tarkistetaan vähintään kerran vuodessa							
4.1.2 Suunnitellusti sairaalaan tulevalle potilaalle (esim. leikkauspotilaat) annetaan tietoa tupakoinnin lopettamisesta koituvista terveyshyödyistä							
4.1.3 Suunnitellusti sairaalaan tulevalle potilaalle (esim. leikkauspotilaat) annetaan tietoa alkoholin käytön rajoittamisen terveyshyödyistä							
4.1.4 Tupakoivalle potilaalle tarjotaan hoidon aikana nikotiinikorvaushoitoa ja ohjausta tupakoinnin lopettamiseen							
4.1.5 Alkoholin suurkulutuksen riskiryhmässä olevaa potilasta ohjataan vähentämään alkoholin käyttöönsä							
4.1.6 Läheisväkivallasta kärsivä potilas ohjataan avun piiriin							
4.1.7 Potilaan ohjaus kirjataan potilaskertomukseen							
4.1.8 Tiedän yksikössäni hoidettavien potilaiden kannalta olennaiset potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöt							
4.1.9 Potilaalle ja hänen							

läheisilleen annetaan tietoa sairauden kannalta keskeisistä potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöistä							
4.1.10 Työyksikössäni on käytettävissä rauhallinen tila ohjaustilanteita varten							

JATKUVUUS JA YHTEISTYÖ

5.1 Sairaalan palvelut toteutetaan alueellisten käytäntöjen mukaisesti

	Erittäin hyvin	Hyvin	Osittain	Huonosti	Erittäin huonosti	Ei tietoa	Ei koske yksikköäni
5.1.1 Potilaan hoidon kannalta tärkeiden yksiköiden, erikoisalojen ja ammattiryhmien välinen yhteistyö on sujuvaa							
5.1.2 Yhteistyö sairaalan ulkopuolisten terveys- ja sosiaalipalveluiden kanssa on sujuvaa							
5.1.3 Yhteistyö potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöjen kanssa on sujuvaa							
5.1.4 Yksikössäni noudatetaan maakunnan alueella sovittuja käytäntöjä sekä hoito- ja palveluketjuja							

5.2 Turvataan potilaan hoidon jatkuvuus

	Erittäin hyvin	Hyvin	Osittain	Huonosti	Erittäin huonosti	Ei tietoa	Ei koske yksikköäni
5.2.1 Potilas osallistuu jatkohoitonsa suunnitteluun							
5.2.2 Potilaan jatkohoidon suunnittelussa tehdään yhteistyötä läheisen kanssa							
5.2.3 Yksikkö noudattaa potilastietojen siirrossa sovittuja menettelytapoja							
5.2.4 Potilaan hoitoa koskeviin yhteenvedoihin (esim. epikriisi, hoitopalaute) kirjataan toteutunut elintapaohjaus							
5.2.5 Potilaan kirjallisessa hoito- ja/tai kuntoutussuunnitelmassa varmistetaan hoidon jatkuvuus							

Liite 4: Saatekirje

Hyvä vastaanottaja!

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri kuuluu kansainväliseen Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) – verkostoon. Verkostossa on kehitetty potilaiden hoidon laatua, terveellistä työympäristöä ja terveyden edistämisen organisointia kuvastavat standardit ja niihin liittyvä itsearviointimittaristo. Tältä pohjalta olemme kehittäneet oman sairaanhoitopiirimme tarpeisiin soveltuvan itsearviointimittarin, jonka avulla pyritään löytämään shp:n yleisiä kehittämiskohteita sekä kartoittamaan työyksikön omia vahvuuksia ja kehittämistarpeita. Osallistuessasi tutkimukseen olet mukana kehittämistyössä.

Ole ystävällinen ja vastaa sähköisesti oheisen linkin kautta 27.5.2012 mennessä:

Tutkimuksen vastaaminen kestää noin 15 minuuttia. Antamiasi tietoja käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti. Tulokset käsitellään työyksiköittäin, joten kenenkään henkilökohtainen tunnistaminen ei ole mahdollista.

Työyksikössäsi järjestetään syksyllä 2012 tutkimustulosten yhteenveto- ja keskustelutilaisuus. Tulokset raportoidaan ensivaiheessa shp:n johtoryhmälle ja neuvostolle sekä Santrassa ja lehtikirjoituksena Sanomissa. Itsearviointimittarin kehittämistyö esitetään myös kansallisesti Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:n kautta sekä kansainvälisessä HPH-kongressissa keväällä 2013. Tutkimuksen loppuraportti julkaistaan keväällä 2013 TtM-opiskelija Elina Mokkilan Pro gradu työnä.

Yhteistyöstä kiittäen,

Maria Hallman-Keiskoski
Ylihoitaja, terveyden edistäminen
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Elina Morkkila
TtM-opiskelija
Jyväskylän terveystieteenlaitos